

mgr Paulina Adamczyk

**WSPARCIE W KRYZYSIE.
ROLA WSPARCIA SPOŁECZNEGO W SYTUACJI
ZAGROŻENIA SUICYDALNEGO WŚRÓD
MŁODZIEŻY**

Rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem

dr hab. Alicji Łaskiej-Formejster, prof. UŁ

oraz promotora pomocniczego

dra hab. Wojciecha Woźniaka, prof. UŁ

Łódź 2023

***Dziękuję** Tym, którzy byli i są moim wsparciem.
Chciałabym, aby każdy mógł mieć tyle szczęścia.*

***Dziękuję** dr hab. Alicji Łaskiej-Formejster oraz dr hab. Wojciechowi Woźniakowi,
którzy w przeciwieństwie do mnie nie wątpili, że ta praca powstanie
(albo mi o tym nie powiedzieli).*

***Dziękuję** również moim Rozmówcom, którzy sprawili, że czuję się bogatsza w wiedzę
nie tylko jako socjolożka, ale przede wszystkim jako człowiek.*

SPIS TREŚCI

Wprowadzenie	9
CZEŚĆ I. Gdy sytuacja kryzysowa jest tuż za rogiem – zjawisko kryzysu	17
1. Kryzys – wybrane wymiary znaczeniowe	17
2. Kryzys w adolescencji	20
3. Trzy środowiska funkcjonowania dzieci i młodzieży jako potencjalne źródła kryzysu.....	25
3.1. Zagrożenia w środowisku rodzinnym.....	27
3.1.1. Rodzina dysfunkcyjna, czyli jaka?	28
3.1.2. Klaps i posłuszeństwo – (nie)werbalna przemoc w rodzinie.....	30
3.1.3. Niedaleko pada jabłko...? – wychowanie i socjalizacja.....	35
3.2. Rówieśnicy jako istotna grupa odniesienia.....	39
3.2.1. W poszukiwaniu akceptacji – poczucie samotności	39
3.2.2. Przemoc rówieśnicza	41
3.3. Szkoła jako coś więcej niż instytucja edukacyjna.....	44
3.3.1. Klimat szkoły.....	46
3.3.2. Nauczyciel – gdy przewodnik spisuje na straty.....	47
3.3.3. Iluzja pomocy psychologiczno-pedagogicznej.....	51
Podsumowanie.....	53
CZEŚĆ II. Samobójstwo – autodestrukcja czy destrukcja cierpienia?.....	55
1. Samobójstwo – definicje.....	57
2. „Nic nie zapowiadało, że...”	68
2.1. Syndrom presuicydalny.....	69
2.2. Czynniki suicydogenne.....	76
2.3. Ocena ryzyka suicydalnego.....	83
2.4. Zachowania samobójcze w Polsce – skala zjawiska.....	85
3. Prewencja zachowań samobójczych jako zadanie dla wszystkich	92
4. Eutanazja i samobójstwo wspomagane	94
Podsumowanie.....	97
CZEŚĆ III. Wsparcie społeczne a kryzys presuicydalny	99
1. Definicje i rola wsparcia społecznego.....	101
1.2. Ujęcie strukturalne wsparcia społecznego.....	105
1.2. Ujęcie funkcjonalne wsparcia społecznego.....	106
1.3. Wpływ wsparcia społecznego na jednostkę.....	107
2. Rodzina i szkoła jako istotne wsparcie osobiste.....	111

3.	Specjaliści od zdrowia psychicznego jako wsparcie profesjonalne	115
3.1.	Piętno i stygmatyzacja w sięganiu po wsparcie.....	122
	Podsumowanie	124
	CZĘŚĆ IV. Metodologia badań własnych	126
1.	Operacjonalizacja wybranych pojęć.....	126
2.	Podstawy teoretyczne założeń badawczych.....	128
3.	Cel badawczy	131
4.	Kryteria doboru osób do wywiadów	131
5.	Problematyka badawcza.....	133
6.	Hipotezy badawcze i ich źródła	135
7.	Opis zastosowanego narzędzia badawczego.....	138
8.	Organizacja i przebieg badań.....	141
9.	Charakterystyka zbadanych grup	147
10.	Trudności napotkane podczas procesu badawczego	148
	CZĘŚĆ V. Świat, który stworzyliśmy, nie jest najmiłym miejscem – analiza badań własnych	152
1.	Wstęp, czyli uwarunkowania środowiskowe.....	153
2.	<i>My nie mamy jednego pacjenta</i> – rola rodziny w kryzysie.....	156
2.1.	<i>Dziecko jest tym pacjentem delegowanym przez rodzinę</i> – rodzina jako system.....	157
2.2.	<i>Napraw to dziecko i je odbiorę jak będzie naprawione</i> - podejście do korzystania z opieki psychologicznej i psychiatrycznej.....	164
2.3.	<i>Chciałbym porozmawiać o tym z psychologiem, no i trafia po roku, po dwóch, po trzech</i> – decyzja o skorzystaniu ze wsparcia profesjonalnego.....	172
2.4.	<i>Pokłóciłam się z dzieckiem, i poszturczałam je i pchnęłam je</i> – przemoc w domu..	176
2.5.	<i>Dziecko jest narzędziem w ich walce</i> – rodziny rozbite i skonfliktowane.....	179
2.6.	<i>Masz mnie kochać, bo jesteś moim dzieckiem</i> – problemy w budowaniu więzi.....	180
2.7.	<i>Jak to? Razem czas? W tej rodzinie?</i> – brak wspólnych aktywności.....	187
2.8.	<i>Dzieci stoją na palcach przez cały czas, żeby zadowolić rodzica</i> – spełnianie oczekiwań.....	189
2.9.	<i>Gorące kartofle przekazywane z pokolenia na pokolenie</i> – nieuświadomione krzywdzenie od pokoleń.....	192
2.10.	<i>Żeby być rodzicem to nic nie trzeba, żadnego kursu mieć na to</i> – krzywdzące przekonanie o „intuicji” czy „instynkcie”	194
3.	<i>Występuje pewna sezonowość różnych trudności</i> – rola szkoły w kryzysie	196
3.1.	<i>Wszystko się da (...) a są takie szkoły, że nic się nie da</i> – istotność tkanki społecznej w szkołach.....	200
3.2.	<i>Żeby to nie był terror w tej szkole</i> – postawa nauczycieli.....	205

3.3.	<i>Zauważyć konkretnego dziecko (...) i pomóc mu poczuć się ważnym – przeładowanie klas.....</i>	208
3.4.	<i>Jestem maszyną, jestem komputerem do osiągnięcia sukcesu – presja wyników i osiągnięć.....</i>	209
3.5.	<i>„Idź się zabij”, „idź się potnij” – przemoc rówieśnicza w szkołach.....</i>	210
4.	<i>Wie pani, ja jestem do niczego – inne czynniki kryzysogenne w życiu dojrzewających jednostek.....</i>	212
4.1.	<i>Przyszła pandemia i całkowicie tak jakby obnażyła system - pandemia i jej pokłosie.....</i>	212
4.2.	<i>Że się mną nie interesują, że no właśnie jestem nikim – niska samoocena wśród dzieci i młodzieży.....</i>	216
4.3.	<i>Dzwonią do Telefonu Zaufania, żeby po prostu sobie z kimś porozmawiać – samotność.....</i>	217
4.4.	<i>W poniedziałki jest to basen, we wtorki są to konie, w środę to jest karate – przemęczenie nagromadzeniem obowiązków.....</i>	220
4.5.	<i>Wrażenie ciągłego kontaktu i żadnego kontaktu – rozwój technologii i mediów....</i>	223
4.6.	<i>Co ja mam ze sobą zrobić i kim ja chce być? - wielość wyborów i odpowiedzialność za nie.....</i>	225
4.7.	<i>Nikomui, nawet wąsatemu wujkowi, nie wolno jest tych granic przekraczać – niewiedza dzieci i młodzieży.....</i>	226
4.8.	<i>Wymagania wobec dziewcząt są takie, totalnie sprzeczne wewnętrznie i nieracjonalne – płciowe uwarunkowania kryzysu.....</i>	227
4.9.	<i>Te ośrodki, no fundują dzieciakom jeszcze więcej dysfunkcyjnych zachowań - dzieci „instytucjonalne”.....</i>	228
4.10.	<i>Żeby rodzice się nie rozwiedli to ja mam myśli samobójcze – objaw jako funkcja</i>	230
5.	<i>Tak właściwie bardziej pracujemy z powikłaniami kłopotu na początek, niż z samym kłopotem – rola specjalistów w zakresie zdrowia psychicznego.....</i>	231
5.1.	<i>No to po prostu zostaje bez dostępu do pomocy – problemy w dostępności wsparcia profesjonalnego.....</i>	231
5.2.	<i>Mieliśmy z rok siatkę z firanki – problem z organizacją i finansowaniem.....</i>	235
5.3.	<i>Pomysł, że psycholog jest lekiem na wszystko, czy też psychiatra, no też jest trochę wzięty z sufitu – niezrozumienie problemu w społeczeństwie.....</i>	236
5.4.	<i>No i tak trochę to jest takie przetrwanie – brakująca akceptacja.....</i>	237
5.5.	<i>Nawet paracetamol może uzależnić – opór przed włączeniem farmakoterapii.....</i>	238
5.6.	<i>Nie mówi się, nie wiem, „ty ze złamaną nogą”, tylko „ty psycholu” – stygmatyzacja związana z psychiatrią.....</i>	240
5.7.	<i>Jakby reforma sama w założeniu dla mnie jest okej – refleksje dotyczące reformy psychiatrii dzieci i młodzieży.....</i>	243
6.	<i>Być. Być przy nim - rekomendacje w zakresie wsparcia społecznego oczami specjalistów.....</i>	248

6.1. <i>Takiej dojrzałości, takiego zdrowego dorosłego w rodzicu</i> – rekomendacje w zakresie rodziny.....	248
6.2. <i>Powinna być profilaktyka i jeszcze raz profilaktyka</i> – rekomendacje w zakresie szkoły.....	257
6.3. <i>To by było super, żebyśmy mogli współpracować w zespołach</i> – rekomendacje w zakresie wsparcia profesjonalnego.....	264
6.4. <i>Życzliwiej na siebie spojrzeć</i> – zamiast podsumowania.....	269
7. <i>Czy szkoła na przykład wiedziała, że coś się dzieje</i> – perspektywa wizytatorów	271
8. Omówienie wyników	285
8.1. Weryfikacja hipotez.....	285
8.2. Kilka refleksji o narracjach badanych.....	288
8.3. Propozycja schematu roli wsparcia społecznego w kryzysie.....	291
8.4. Dyskusja.....	294
Zamiast podsumowania – być „One Good Adult”	298
Aneks	301
Załącznik 1. Scenariusz wywiadu - wizytatorzy z kuratorium oświaty	301
Załącznik 2. Obszary tematyczne wraz z przykładowymi pytaniami – specjaliści	302
Bibliografia	303
Wykaz rysunków, tabel i wykresów	326
Wykaz rysunków	326
Wykaz tabel	326
Wykaz wykresów	326

Wprowadzenie

Wydaje się, że szeroko rozumiany kryzys stał się znakiem współczesności. Kryzys humanitarny na granicy Polski i Białorusi, kryzys związany z zatrudnieniem i stabilizacją życiową wywołany sytuacją epidemiologiczną, czyli światową pandemią COVID-19, kryzysy finansowe gospodarstw domowych i przedsiębiorstw wynikłe z rosnącej inflacji i kosztów życia, kryzys demograficzny, migracyjny, żywnościowy, bankowy... Wszystko to nie tylko burzy dotychczasowy ład, ale także napawa lękiem, stając się potencjalnym czynnikiem kryzysogennym na poziomie mikro, tj. człowieka (Nowak 2011).

Globalizacja oraz dynamiczne zmiany gospodarcze, polityczne czy społeczno-kulturowe przyczyniają się do wyraźnego przeciążenia na wielu płaszczyznach i poziomach, co niczym domino oddziałuje na życie jednostek¹ (Jarosiewicz 2010). W socjologii kryzys rozpatrywany jest często na poziomie całych społeczeństw jako skutek pewnych procesów społecznych. Warto przyjąć inną perspektywę, w której (...) *występujące problemy społeczne są podłożem kryzysu w życiu jednostki* (Kotlarska-Michalska 2022: 21). Szczególnie, że kultura nie pozostaje w opozycji do stanu zdrowia jednostki zarówno pod względem fizycznym, tj. schorzeń somatycznych, jak i psychicznym. Uwarunkowania społeczno-kulturowe wpływają na wystąpienie danej choroby czy zaburzeń oraz na jej przebieg (w tym rodzaj i intensywność objawów), a także system leczenia (Jaroszevska 2013, Stypuła 2012). Przedstawiciele psychologii i psychiatrii coraz częściej wskazują na istotność społecznych czynników ryzyka w przypadku zagrożenia zdrowia psychicznego. Wskazywana jest nawet zależność między występowaniem i rodzajem zaburzenia psychicznego² a wzorcami kulturowymi (Stypuła 2012).

W przypadku Polski szerokim echem odbija się w dyskursie medialnym kryzys psychiatrii dzieci i młodzieży, którego odzwierciedlenia upatruje się w liczbie zachowań samobójczych wśród osób niepełnoletnich (Rynek Zdrowia 2022; Pakulski 2021). Nie

¹ Nienadążanie ludzi za postępem świata doskonale ilustruje spór o sztuczną inteligencję. W prestiżowym konkursie fotograficznym Sony World Photography Awards wygrała praca wysłana przez artystę Borisa Eldagsena, jednak nie była to fotografia, a grafika stworzona przez sztuczną inteligencję, zob. Bagiński K. (2023), *Wygrał prestiżowy konkurs fotograficzny. Okazuje się, że to zdjęcie... nie jest zdjęciem*, INN:Poland, <https://innpoland.pl/193181,sztuczna-inteligencja-wygrala-konkurs-fotograficzny-taki-dla-ludzi> (dostęp: 23.04.2023).

² Jeszcze do niedawna dokonywano rozróżnienia na choroby i zaburzenia psychiczne, jednak wraz z uaktualnieniem Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-11 (ang. *International Classification of Diseases 11th Revision*) zostało to ujednoczone do terminu zaburzeń psychicznych.

sposób wskazać jednego źródła tego zjawiska. Na pewno należy wspomnieć o czynnikach biologicznych czy psychologicznych, ale także i o dominującym wzorcu socjalizacji, będącym konsekwencją chociażby zmian ustrojowych lat 90. ubiegłego wieku. Przeobrażenia w stylu życia i w formach relacji (w tym sposobie wychowywania dzieci) nie zmieniły oczekiwań wobec sfery rodzinnej – dla zdecydowanej większości Polaków (80%) to właśnie szczęście rodzinne jest wciąż najważniejszą deklarowaną wartością (CBOS 2019)³. Mitologizacja rodziny jako ostoji bezpieczeństwa, radzącej sobie z każdym problemem, stawia pod znakiem zapytania zrozumienie czy choćby akceptację dla możliwości zachorowania jednego z jej członków, na przykład na depresję. Tymczasem wg Komendy Głównej Policji (2022) nieporozumienia i przemoc w rodzinie to jedna z trzech najczęstszych przyczyn prób samobójczych zakończonych zgonem. Z kolei co piąte samobójstwo popełnione w 2022 roku w Polsce spowodowane było zaburzeniem psychicznym⁴. Do informacji publicznej wciąż docierają jednak wiadomości o kolejnych zamknięciach oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży, a poziom finansowania psychiatrycznej opieki zdrowotnej w żaden sposób nie jest dostosowany do potrzeb naszego społeczeństwa. Wg raportu Najwyższej Izby Kontroli (2017) dzieci w Polsce nie otrzymują wystarczającej opieki psychologiczno-pedagogicznej. Wsparcie systemowe dla rodziców jest znikome lub żadne. Epizodyczna pomoc szpitalna udzielana w sytuacjach krytycznych już od dawna nie jest wydajna, natomiast odsetek dzieci i młodzieży potrzebujących pomocy w zadbaniu o zdrowie psychiczne wciąż rośnie.

Wobec młodzieży pojawia się wiele wyzwań rozwojowych, gdyż wiek dojrzewania jest stanem przejściowym pomiędzy dzieciństwem a dorosłością. Wymaga od jednostki podejmowania decyzji, mierzenia się z problemami i rozwiązywania konfliktów, które mogą zaważyć na jej przyszłości. Zadanie to okupione jest nie tylko dużym stresem, ale także kryzysami, których rozstrzygnięcie nie zawsze jest pomyślne. Tymczasem brak wsparcia społecznego skutecznie uniemożliwia konstruktywne poradzenie sobie w sytuacjach trudnych. Jeśli po podjętej próbie samobójczej jednostka wciąż nie otrzyma wystarczającej pomocy, a poczucie osamotnienia utrzyma się (lub nasili), to istnieje wysokie prawdopodobieństwo ponowienia próby. Za drugim, trzecim czy kolejnym razem

³ Nieco zmieniło się to w pierwszych miesiącach pandemii COVID-19, kiedy priorytetem było zdrowie. Wydaje się jednak, że był to chwilowy efekt globalnego niepokoju (CBOS 2020).

⁴ W 2022 roku policja odnotowała 14520 zachowań samobójczych, w tym 5108 samobójstw zakończonych zgonem. W przypadku zachowań samobójczych jako przyczynę ustalono najczęściej: chorobę lub zaburzenie psychiczne – 4052, zawód miłosny – 1475, nieporozumienia lub przemoc w rodzinie – 1318. W przypadku samobójstw zakończonych zgonem: choroba lub zaburzenie psychiczne – 1034, nieporozumienia lub przemoc w rodzinie – 216, zawód miłosny – 213 (Komenda Główna Policji 2022).

może zakończyć się zgonem. Każda kolejna hospitalizacja wydaje się wówczas światełkiem w tunelu. Daje często nadzieję na życie, jeśli nie szczęśliwe, to przynajmniej pozbawione przygniatającego cierpienia. Czasem jednak światło w tunelu oznacza nadjeżdżający pociąg, jeżeli zamiast spodziewanego profesjonalnego wsparcia młoda osoba spotyka się z przepracowanym personelem, brakiem miejsc na oddziale czy kilkumiesięcznym oczekiwaniem na konsultację psychiatryczną lub psychologiczną.

Pomiędzy socjologami a psychologami trwa niepisany konflikt dotyczący znaczenia i skali wpływu na jednostkę oraz jej zachowania czynników zewnętrznych w porównaniu z czynnikami wewnętrznymi, indywidualnymi, a nawet wrodzonymi. Krótko mówiąc, konflikt ten dotyczy sporu o to, co ważniejsze – to, co wewnątrz jednostki czy to, co na zewnątrz. Podobnie jednak jak jednostka w funkcjonowaniu na co dzień pogodzić musi toczące się w niej procesy, myśli i emocje z pełnionymi rolami społecznymi czy normami i wzorami kulturowymi, tak obie te nauki są wobec siebie komplementarne. Oderwanie od jednej z tych sfer jest dla człowieka, a więc przedmiotu zainteresowania psychologii i socjologii, zupełnie niemożliwe. Takie powinno być również dla dyskursu naukowego. Nie chodzi tu o bycie ekspertem w obu dyscyplinach, a jedynie o większą otwartość, świadomość własnych mocnych stron i ograniczeń oraz umiejętność czerpania od siebie nawzajem.

Uzasadnienie stosowania perspektywy socjologicznej w tematyce zdrowia psychicznego można odnieść analogicznie do społecznego spojrzenia na świat emocji, o czym pisali Jonathan H. Turner i Jan E. Stets:

(...) żaden element – biologia, konstruowanie kulturowe ani poznanie – nie odpowiada »wyłącznie« za to, jak odczuwamy i wyrażamy emocje. Elementy te wchodzi natomiast w złożoną interakcję, której nie może w pełni wyjaśnić żadna pojedyncza dyscyplina (Turner, Stets 2009: 25)

(...) podczas gdy dyscypliny takie jak psychologia koncentrują się na jednostkowych procesach, które wywołują emocje, socjologia umieszcza osobę w kontekście i bada, jak struktury społeczne i kulturowe wpływają na pobudzenie i przepływ emocji jednostek (Turner, Stets 2009: 16).

Termin „zdrowie” wywołuje skojarzenia z medycyną, a „psychiczne” z konkretną jej specjalizacją, tj. psychiatrią. Oczywiste wydaje się także połączenie z psychologią, zajmującą się psychiką jednostki i wpływem, jaki wywierają na jej zachowanie czynniki zewnętrzne oraz interakcje społeczne. Nie dzieje się to jednak w społecznej próżni,

a w ramach wzrastania w określonej kulturze, normach i zwyczajach, które jednostka internalizuje, podważa lub odrzuca. Zgodnie z przytoczonymi słowami Turner'a i Stets'a (2009), nauki społeczne nadają kontekst, bez którego pełne zrozumienie zjawiska jest niemożliwe.

Niniejsza dysertacja jest wynikiem badań własnych przeprowadzonych techniką wywiadów częściowo ustrukturyzowanych ze specjalistami pracującymi z dziećmi i młodzieżą w kryzysie. Rozmówcami bezpośrednio udzielającymi wsparcia profesjonalnego byli psychologami, psychoterapeutami, psychiatrami oraz terapeutami środowiskowymi. W badaniu wzięli udział również wizytatorzy kuratorium, pełniący rolę kontrolną nad wprowadzeniem odpowiednich środków zaradczych przez szkoły w przypadku samobójstwa ucznia.

Na poziomie analizy dostępnej literatury przegląd dotyczył dyscypliny nauk społecznych (tj. socjologii). Jednak przy kwestiach kryzysów, samobójstw, a także wsparcia rozumianego w sposób zarówno osobisty, jak i profesjonalny, nieuniknione było sięgnięcie również po literaturę z zakresu z psychologii, psychiatrii oraz pedagogiki. Wśród przedstawicieli tych dyscyplin byli i są naukowcy, którzy w centrum badań i analiz umieścili wspomniane wyżej zagadnienia, eksplorując nieznanne ich aspekty, powiązania i zależności, czy weryfikując potoczne przekonania. W swoich rozważaniach podjętych na potrzeby rozprawy doktorskiej, skłaniam się ku holistycznej analizie kryzysu, zachowań samobójczych i wsparcia społecznego, w celu zrozumienia ich genezy, przebiegu oraz efektów (a w przypadku problemów również rozwiązań czy rekomendacji). Część teoretyczną rozprawy podzieliłam na te trzy główne wątki tematyczne, a terminy z zakresu psychologii i psychiatrii konsultowałam ze specjalistami od zdrowia psychicznego. Chciałam uniknąć błędów wynikających z niewystarczających kompetencji pozasocjologicznych.

W części pierwszej opisane zostało zjawisko kryzysu – sytuacji trudnej, która wymaga od jednostki większych zasobów niż ma ona w swoim posiadaniu. Po ogólnym omówieniu definicyjnym kryzysu scharakteryzowałam jego szczególny rodzaj – kryzys rozwojowy oraz wskazano możliwe bodźce przyczyniające się do sytuacji kryzysowej w okresie adolescencji. Uwzględniłam przede wszystkim stresory funkcjonujące w trzech środowiskach, które odgrywają znaczącą rolę w kształtowaniu tożsamości jednostki oraz jej socjalizacji do ról społecznych i życia w społeczeństwie, tj. rodzinę, rówieśników oraz szkołę.

Część druga rozprawy dotyczy zachowań samobójczych, czyli ostatecznej decyzji, jaką jednostka, która nie otrzymała potrzebnego wsparcia, może podjąć w związku z przeciążającym kryzysem. W celu przybliżenia zjawiska opisałam proces suicydalny wraz z rozróżnieniem definicyjnym rodzajów samobójstw. Przytoczyłam także najważniejsze z perspektywy podjętej tematyki badania oraz statystyki w zakresie prób samobójczych oraz samobójstw zakończonych zgonem.

W części trzeciej przedstawiłam jeden z istotnych czynników ochronnych przed zachowaniami samobójczymi. Mowa tutaj o wsparciu społecznym, które opisałam na trzech poziomach: osobistym, formalnym oraz profesjonalnym. Uwzględniłam przede wszystkim wspomniane wcześniej środowiska, w których funkcjonuje młoda jednostka, tj. rodzinę, rówieśników oraz szkołę, a także pomoc profesjonalną, czyli specjalistów od zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży.

Kolejna, empiryczna, część pracy zaczyna się od opisu metodologii przeprowadzonych badań, wskazania celu oraz zakresu problematyki badawczej, a także procesu realizacji fazy terenowej wraz z napotkanymi trudnościami. W rozdziale tym szczegółowo opisano całą procedurę w celu zachowania przejrzystości przeprowadzonych badań i umożliwienia ich dalszego doskonalenia lub uzupełniania przez innych badaczy.

W części ostatniej szczegółowo opisałam wyniki badań, które ilustrowane są licznymi cytatami z transkrypcji przeprowadzonych wywiadów. Wnioski przedstawiłam, dzieląc je ze względu na poruszaną tematykę i wyodrębnione kategorie, które opatrzyłam analitycznym komentarzem. Wyróżniłam również sugerowane rekomendacje formułowane przez badanych w celu zredukowania liczby kryzysów u dzieci i młodzieży oraz podsumowałam zrealizowane badania w odniesieniu do stanowisk innych badaczy i badaczek. Rekomendacje powstałe w efekcie przeprowadzonych badań stanowią istotny wkład w postrzeganie prewencji nie tylko w kategoriach ogólnych działań systemowych, lecz jako dostępną dla wszystkich możliwość, którą określam prewencją codzienną.

Formułując ostateczny temat pracy, nie byłam świadoma, jak bardzo blisko poruszanego zjawiska społecznego znajdę się w życiu prywatnym. Pandemia COVID-19 stała się nie tylko rozciągniętym w czasie, globalnym kryzysem na wielu polach, lecz przede wszystkim przyczyniła się do największego kryzysu indywidualnego, z jakim przyszło mi się mierzyć. Zarówno zbieranie danych empirycznych, jak i analiza danych zastanych, zostały na dłuższy czas zawieszony – naukowczynią czy socjolożką w tym czasie jedynie bywałam, a moją główną rolą społeczną była rola córki w żałobie. Silne i bezpośrednie doświadczenie dwóch zjawisk, które opisuję w ramach pracy doktorskiej,

tj. kryzysu psychicznego oraz wsparcia społecznego, uniemożliwiło mi na jakiś czas podjęcie tej tematyki w sposób zdystansowany i obiektywny, zgodny z etosem naukowym. Jednocześnie wyraźnie ugruntowało we mnie pewność, co do istotności poruszania tych tematów w naukach społecznych.

Załamanie nerwowe było przerażające, a jednak z racji pracy naukowej bardzo je sobie cenię. Przez kilkadziesiąt lat zajmowałam się mózgiem i badałam choroby psychiczne, ale dopiero własne doświadczenie otarcia się o szaleństwo pozwoliło mi odczuć, co znaczy postradać zmysły. A potem je odzyskać⁵.

Barbara K. Lipska

⁵ Zob. Barbara K. Lipska we współpracy z Elaine McArdle (2020), *Neurolożka. Piękny umysł, który się zgubił*, tłum. Jolanta Kozak, Wydawnictwo Agora, Warszawa, s. 15.

CZEŚĆ I. Gdy sytuacja kryzysowa jest tuż za rogiem – zjawisko kryzysu

*Dorośli zazwyczaj nie doceniają,
z jak wieloma sytuacjami trudnymi
muszą mierzyć się młodzi ludzie⁶.*

Przyznawanie się do kryzysu nie stanowi problemu jeśli dotyczy spraw błahych – można mieć kryzys w wenie twórczej czy kryzys spadku energii w trakcie spotkania zawodowego. Trudniej przyznać się do kryzysu finansowego. Jednak wciąż najtrudniej powiedzieć, że przechodzi się (lub przeszło) kryzys związany ze zdrowiem psychicznym. Brak wiedzy o podłożu czyjegoś kryzysu czy ogólny brak świadomości dotyczącej samego zjawiska kryzysu może przyczynić się do ignorowania problemu, łatwości w utożsamianiu zaistniałej sytuacji z byciem „słabym”, zbyt wrażliwym czy niedostosowanym.

Chociaż samo zjawisko kryzysu nie jest rzadkie, wydaje się, że dotyka zdecydowaną większość ludzi, to skala, bodźce go wywołujące czy sposoby radzenia sobie z nim, mogą znacznie się od siebie różnić. Oznacza to, że zajmując się tym zjawiskiem (nie tylko poprzez rzetelne badanie zjawiska w celach naukowych, ale i poprzez jakąkolwiek pracę z osobami w kryzysie), bardzo ważne jest porzucenie subiektywnej interpretacji wyrażającej się w jednostkowym postrzeganiu granic czy natężenia kryzysu⁷.

1. Kryzys – wybrane wymiary znaczeniowe

Kryzys jest pojęciem wielowymiarowym i uniwersalnym jednocześnie. W pewien sposób dotyczy każdego człowieka (np. kryzysy rozwojowe). Jednak jego przeżywanie, definiowanie czy strategie radzenia sobie z nim, mogą się znacznie różnić, co znajduje odzwierciedlenie w naukowym dyskursie (Nowak 2011). W celu pełnego zrozumienia kryzysu zawsze niezbędne jest indywidualne podejście do każdego przypadku oraz poznanie jego genezy, tj. sytuacji kryzysowej, w której znalazła się jednostka.

⁶ Borecka-Biernat D. i in. (2018), *Radzenie sobie młodzieży w sytuacjach trudnych*, Wydawnictwo Difin SA, Warszawa, s. 17.

⁷ Właściwie wiedza ta powinna być przekazywana wszystkim członkom społeczeństwa w ramach profilaktyki zdrowia psychicznego (i jednocześnie rozwoju kompetencji miękkich) – np. wbrew potocznemu przekonaniu przytaczanie sytuacji osób, które w opinii mówiącego „mają gorzej”, w żaden sposób nie poprawia stanu odbiorcy komunikatu. Wiele takich mitów jest wciąż obecnych w dyskursie potocznym, zob. *Życie Warto Jest Rozmowy*, <https://zwjr.pl/mity-na-temat-samobojstw> (dostęp: 4.04.2023).

Kryzys w znaczeniu ogólnym to pewnego rodzaju zmaganie się z nagłym lub narastającym zagrożeniem, które przekracza posiadane możliwości (Kliza, Klimka 2010). Według Słownika Języka Polskiego kryzysem może być (...) *stan zniechęcenia i utraty motywacji do życia i pracy*⁸. Jego podłożem jest problem, którego jednostka nie potrafi sama rozwiązać, co wywołuje nie tylko frustrację, lecz przede wszystkim trudne do pokonania napięcie i dyskomfort. Jednocześnie to właśnie na nich, a więc na objawach kryzysu, a nie jego powódzie lub powodach, koncentruje się uwaga. Nie sprzyja to poszukiwaniu rozwiązania, skutkuje zaś raczej zatapianiem się w trudnych emocjach (Pilecka 2004: 9-10). W wymiarze społecznym poszukiwanie źródeł kryzysu jest równie ważne, co jego potencjalne konsekwencje, gdyż: *Spojrzenie socjologa sięga zarówno genezy społecznych uwarunkowań analizowanego zjawiska czy procesu, jak również skutków społecznych wywołanych kryzysem* (Kotlarska-Michalska 2022: 18).

W psychologii kryzys określa się jako zakłócenie równowagi psychofizycznej następującej na skutek trudnego dla jednostki wydarzenia określanego jako sytuacja krytyczna (Dołęga 2020; Przetacznik-Gierowska 1995). Bardziej rozbudowaną i szczegółową definicję sytuacji krytycznej przedstawiła Anna Kotlarska-Michalska (2022) w odniesieniu do perspektywy socjologów:

W ujęciu socjologicznym sytuacja krytyczna jest stanem, w którym zagrożone jest życie, zdrowie, materialny byt i godność osobista człowieka na skutek niezaspokojenia podstawowych potrzeb, a jednocześnie zawodzą dotychczasowe mechanizmy adaptacyjne, następuje destabilizacja, zaburzenie funkcjonowania i załamanie się drogi życiowej (Kotlarska-Michalska 2022: 22).

Pojawienie się sytuacji kryzysowej i wywołanie przez nią dyskomfortu czy lęku, stanowi bodziec do zmian. Kryzys jako zjawisko stanowi więc pewien stały element życia zarówno człowieka, jak i społeczeństw, który warunkuje ich rozwój (Nowak 2011).

Kryzys może wynikać z sytuacji niespodziewanej, zewnętrznej wobec jednostki i wymykającej się jej kontroli – może to być trudna do zaakceptowania diagnoza czy nagła śmierć bliskiej osoby, a także traumatyczne doświadczenia związane z przemocą lub wykorzystywaniem seksualnym – wówczas jest to **kryzys sytuacyjny**, często o ostrym charakterze. Innym, zewnętrznym wobec jednostki bodźcem przyczyniającym się do kryzysu są wydarzenia o charakterze kataklizmu (trąby powietrzne, powodzie itd.) lub wojny – są to **kryzysy środowiskowe**. Zupełnie odmiennym typem kryzysu jest **kryzys**

⁸ Słownik Języka Polskiego, *Kryzys*, <https://sjp.pwn.pl/sjp/kryzys;2565070.html> (dostęp: 3.07.2022).

rozwojowy, który stanowi pewien normatywny element przejścia w kolejną, lecz nieznaną fazę rozwoju jednostki, wywołując obawy o poradzenie sobie z nowymi wyzwaniami (Wojtanowicz, Białas 2020). **Kryzys egzystencjalny** wiąże się z poczuciem bezsensu, zwątpieniem w to, co do tej pory się osiągnęło, poczuciem braku spełnienia oraz z lękiem, że zmarnowało się poprzedni etap życia. Formę kryzysu egzystencjalnego może przybrać kryzys rozwojowy (Dołęga 2020).

Kryzys nie musi nastąpić natychmiast po pojawieniu się konkretnego bodźca, tj. po wydarzeniu nagłym. Może być wydłużony w czasie (np. migracja), może też być „wrywkciem” pewnych dłuższych wydarzeń, takich jak wyprowadzenie się z domu rodzinnego dorosłego dziecka (Sęk 2012: 51). Jedną z najważniejszych cech każdego kryzysu jest to, że prawdopodobieństwo jego wystąpienia dotyczy wszystkich jednostek. Od natężenia sytuacji kryzysowych, a także od konstrukcji psychicznej jednostki zależeć będzie, w jaki sposób poradzi sobie ona z tym kryzysem (lub czy w ogóle sobie poradzi). Jednak zdarzenie kryzysowe może przytrafić się każdemu. Pod tym względem jest to zjawisko uniwersalne, które nie wiąże się ze statusem społecznym, sytuacją finansową czy przynależnością do grupy zawodowej.

W rzeczywistości społecznej niewiele zjawisk jest jednoznacznych – podobnie ze zjawiskiem kryzysu, który może zostać zakończony pozytywną zmianą w życiu jednostki. Według Pileckiej (2004)⁹ efektem przezwyciężonego kryzysu może być zdobycie nowych umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych, a przede wszystkim kryzys może stać się pewną motywacją do wprowadzenia zmian w schematycznym, zrutynizowanym i niesatysfakcjonującym życiu. Takie przewartościowanie życia nastąpić może na przykład na skutek kryzysu egzystencjalnego po otrzymaniu diagnozy związanej z nieuleczalną lub trudną do wyleczenia chorobą (Pilecka 2004: 77). Sytuacja trudna może więc być rozwijająca, ponieważ wymaga readaptacji do nowych warunków. Granicą, po przekroczeniu której nie da się mówić o rozwijającej funkcji kryzysu, jest moment, w którym przewyższa on możliwości jednostki z poradzeniem sobie na jakimkolwiek polu, np. psychofizycznym czy emocjonalnym (Borecka-Biernat i in. 2018: 146).

⁹ Choć z pewną ciekawością poznawczą, to jednak przede wszystkim z dystansem należy podejść do rozdziału dotyczącego sugerowanych rozwiązań konfliktu tożsamościowego związanego z orientacją seksualną – autorka powołuje się bowiem na terapie skoncentrowane na „zmianie” homoseksualnej orientacji seksualnej będącej przyczyną wewnętrznego konfliktu (natomiast wcześniej, w tym samym rozdziale, opisuje, że konflikty te wywołane są przede wszystkim czynnikami kulturowymi) (zob. Pilecka B. (2004), *Kryzys psychologiczny. Wybrane zagadnienia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków).

Tak jak przygniatający klatkę piersiową ciężar sztangi wymaga interwencji innej osoby, tak i sytuacja psychicznego czy emocjonalnego przeciążenia słusznie przywodzi na myśl potrzebę odciążenia. I chociaż pomocną dłoń wyciągnąć może kolega ćwiczący obok, to niekiedy jedynie profesjonalista jest w stanie wytłumaczyć, w jaki sposób nie doprowadzić do urazu i o siebie zadbać. Podobieństwo sfer *soma* i *psyche* objawia się także w konsekwencjach kontuzji – mogą doprowadzić do poważnych powikłań, które nawet jeżeli się zaleczą, to nie pozwolą o sobie zapomnieć w konkretnych sytuacjach czy w codziennym funkcjonowaniu.

W przypadku młodych jednostek nagromadzenie kryzysów w procesie dorastania stanowi stały element wzrastania w społeczności. Pojawiają się pierwsze trudne pytania, niezgodności oraz wątpliwości, dotyczące nie tylko świata, ale i swojego miejsca w tymże świecie.

2. Kryzys w adolescencji

Warunki, w jakich wzrasta jednostka, znacznie oddziałują na proces kształtowania się jej cech, tożsamości czy upodobań. Za najistotniejsze pod tym względem uważa się dzieciństwo, adolescencję oraz wczesną dorosłość (Rek-Woźniak 2016). Szczególnie ten drugi okres często uznawany jest za burzliwy, trudny i intensywny, nie tylko dla samego młodego człowieka, ale także dla otoczenia. Rozpoczyna się około dziesiątego roku życia i trwa do osiągnięcia dorosłości, za której próg najczęściej przyjmuje się okolice dwudziestego roku życia, jednak nie jest to definicja ścisła. Ze względu na dynamiczny rozwój młodej osoby w tych latach, oczywiste wydają się różnice pomiędzy adolescentem dwunastoletnim a dziewiętnastoletnim – to nie tylko inny etap rozwoju psychofizycznego, ale także inne wyzwania i problemy. W literaturze pojawiają się więc wewnętrzne rozróżnienia tego okresu, można na przykład wyróżnić wczesną adolescencję (12–15 r.ż.), środkową adolescencję (15–18 r.ż.) i późną adolescencję (18–22 r.ż.) (Borecka-Biernat i in. 2018: 133). Współcześnie czas osiągania dorosłości bywa wydłużony, chociażby ze względu na studiowanie (Harwas-Napierała, Trempała 2002). Stanowi to jeden z przykładów, w jaki sposób uwarunkowania społeczno-kulturowe tworzą ramy dla przejścia do fazy dorosłości (Rek-Woźniak 2016).

Wzrastanie w tym wieku kojarzy się przede wszystkim ze zmianami widocznymi już na pierwszy rzut oka – zmiany hormonalne wyraźnie różnicują wygląd fizyczny dziewczynek i chłopców, prowadząc do osiągnięcia dojrzałości płciowej. Jednak jest to

również czas konfrontacji ze zmieniającym się „ja cielesnym”. Wywołuje to różne emocje i znacznie wpływa na samoocenę, pojawiają się bowiem reakcje otoczenia na zachodzące zmiany cielesne (Musiał 2007).

Społeczny odbiór jest także istotny w kontekście wchodzenia w nową rolę, adolescencja to czas stawania się równoważnym partnerem w relacji z dorosłymi. Owe „stawanie się” jest wyznaczaniem granic swojej niezależności. Werbalizowanie niezgody na poglądy czy nakazy rodziców lub nauczycieli to jedna z obserwowanych wówczas zmian behawioralnych, które nie są zazwyczaj akceptowane przez dorosłych (Oleszkowicz, Bąk 1997). Chociażby częściowa kontrola nad własnym życiem wiąże się zawsze z utratą części nadzoru ze strony rodziców. Bywa to dla nich niepokojące – nie tylko ze względu na mogące wystąpić różnice w wartościach, ale i obawę przed podejmowaniem przez młodą osobę negatywnych w konsekwencjach wyborów.

Przyjmuje się, że około 16 r.ż. występuje tzw. **kryzys tożsamości**, który może pojawić się na przełomie dwóch faz: wczesnej adolescencji i późnej adolescencji. W obliczu zachodzących zmian wewnętrznych i zewnętrznych młoda jednostka stoi przed koniecznością reidentyfikacji siebie samej. Pojawiają się pytania: „kim jestem?” oraz „kim chcę i mogę być?”. Zadanie tych pytań poprzez umożliwienie oddzielenia się jednostki od innych, przede wszystkim od osób znaczących, ma pozwolić jej samej się określić (Musiał 2007). Wystąpienie kryzysu tożsamości nie jest konieczne, jednak sposób, w jaki młoda jednostka rozwiąże ten kryzys, jeśli się on pojawi, istotnie warunkuje jej dalszy rozwój (Erikson 1968). Jednocześnie przejście przez kryzys tożsamościowy w znacznym stopniu uzależniony jest od (...) *warunków społecznych oraz klimatu psychologicznego, w jakim wzrasta i rozwija się jednostka* (Oleszkowicz, Bąk, 1997: 104). Dokładniej wpływ na to mają (...) *predyspozycje osobowościowe, typ temperamentu, cechy charakterologiczne, sytuacja w rodzinie, szkole, grupie społecznej* (Musiał 2007: 88). Tworzy się więc błędne koło – zastosowane rozwiązanie częściowo determinuje dalsze życie, jednak zależne jest od zasobów, na które jednostka nie zawsze ma wpływ. Brak umiejętności konstruktywnego radzenia sobie ze stresem nie powinien przynależeć do odpowiedzialności jednostki, ponieważ wypracowane w dzieciństwie destrukcyjne schematy będą powtarzane w dorosłości. Uwidacznia się to w trakcie kształtowania się pierwszej tożsamości, która zazwyczaj jest (...) *sumą dziecięcych identyfikacji, szczególnych zdolności, nagród społecznych, potrzeb, doświadczeń czy wyposażenia fizycznego* (Musiał 2007: 89).

Czas odkrywania siebie, po którym następuje ukształtowanie tożsamości Erikson (1968) określał jako **moratorium**, czyli czas „zawieszenia”, najbardziej kojarzony

z okresem pomiędzy dzieciństwem a dorosłością. Rzeczywiście moment zawieszenia jest najbardziej dostrzegalny właśnie w adolescencji, jednak tożsamość nie jest ukształtowana raz na zawsze – stanowi proces, w którym na skutek różnych wydarzeń jednostka może przeżywać kryzys i ponownie redefiniować swoje miejsce w świecie po kolejnym etapie moratorium. W fazie moratorium dojrzewająca jednostka może podejmować ryzykowne zachowania, by poznać siebie samą jak najlepiej, lub wręcz przeciwnie – w spokoju, refleksyjnie kształtować swoje „ja”. Proces ten jest więc zindywidualizowany (Musiał 2007).

James Marcia (1966), kontynuując myśl Ericksona, uznał, że aby tożsamość została przyjęta, po eksploracji musi nastąpić kolejny etap: podjęcie zobowiązania, a więc zaangażowanie w to, co zostanie wybrane. Wyodrębnił **cztery statusy tożsamości** będące różnym układem kryzysów i zobowiązań, które mogą stanowić końcowe stadium kryzysu w adolescencji:

- a) osiągnięcie tożsamości (ang. *identity achievement*) – jednostka poprzez eksplorację poznaje samą siebie i następnie sama decyduje o tym, co jest dla niej ważne i co zamierza dalej robić,
- b) nadanie tożsamości (ang. *foreclosed identity*) – jednostka nie eksploruje, poddaje się wpływom otoczenia, które wytyczają jej dalszą ścieżkę,
- c) rozproszenie tożsamości (ang. *diffused identity, identity confusion*) – jednostka nie ma możliwości eksploracji, a czuje zobowiązanie podjęcia decyzji ze strony otoczenia, podejmuje decyzje chwilowe, nie ma planów, co do tego, kim chce być,
- d) moratorium (ang. *moratorium identity*) – jednostka trwa w kryzysie – chociaż dokonuje eksploracji, nie potrafi podjąć zobowiązującej decyzji, dostrzega zbyt wiele możliwości (Marcia 1966).

Szczegółowe powiązanie statusu tożsamości z kryzysem według Marcii (1966) przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Cztery statusy tożsamości wg Jamesa Marcii (1966)

Status tożsamości	Kryzys (eksploracja)	Zobowiązanie	Efekt
Osiągnięcie tożsamości	obecny	obecne	ukształtowanie własnej tożsamości
Nadanie tożsamości	nieobecny	obecne	przyjęcie nadanej, lustrzanej tożsamości
Rozproszenie tożsamości	obecny lub nieobecny	nieobecne	podejmowanie tożsamościowych decyzji pod wpływem nacisków
Moratorium	obecny	obecne niejednoznacznie	trwanie w kryzysie

Źródło: opracowanie własne na podstawie Marcia J. E. (1966), *Development and Validation of Ego – Identity Status*, "Journal of Personality and Social Psychology", nr 3(5), s. 551–558.

Kryzysy rozwojowe stanowią istotną część procesu dorastania dziecka, a następnie nastolatka. Często jednak współwystępują kryzysy sytuacyjne czy sytuacje stresowe, które są zewnętrzne wobec procesu rozwoju psychofizycznego (Borecka-Biernat i in. 2018: 142). Poza stresorami mogącymi stać się bodźcem do kryzysu u każdej jednostki, niezależnie od wieku (takimi jak: doświadczenie kataklizmu czy wypadku), wskazać można **stresory kryzysogenne charakterystyczne dla młodzieży**:

- a) stresory łagodne – np. przeprowadzka i zmiana szkoły, rozstanie z partnerem/partnerką,
- b) stresory umiarkowane – np. narodziny rodzeństwa,
- c) stresory ciężkie – np. rozwód rodziców, nieoczekiwana ciąża nastoletnia,
- d) stresory skrajne – np. śmierć jednego z rodziców, przemoc fizyczna lub seksualna,
- e) stresory katastroficzne – np. śmierć obojga rodziców (Badura-Madej 2004, za: Borecka-Biernat i in. 2018: 144).

Wskazane stresory w dużym stopniu wiążą się z utratą poczucia stabilności i bezpieczeństwa młodej jednostki, które są niezwykle istotne dla jej rozwoju i kształtowania się własnego „ja”. Wszelkie zakłócenia w tych sferach mogą skutkować pojawieniem się kryzysu, z którym dziecko lub nastolatek nie zawsze potrafi sobie poradzić. Konieczne jest wtedy zwrócenie się po pomoc lub wsparcie do innych osób, a same sytuacje określane są jako trudne, krytyczne lub kryzysowe (Walter 2016: 48). Można byłoby więc zastosować dychotomiczny podział na sytuacje normalne, w których

pomiędzy wartościami a możliwościami występuje równowaga, oraz sytuacje trudne, w których jest ona zaburzona (Tomaszewski 1975, za: Karney 1991). Należy jednak pamiętać, że istotne jest tutaj subiektywne odbieranie danego wydarzenia przez jednostkę (Karney 1991). Karney (1991: 42–43), powołując się na **typologię sytuacji trudnych Tomaszewskiego** (1975), wymienia:

- a) sytuacje przeciążenia – do rozwiązania sytuacji jednostka musi wykorzystać maksymalnie swoje możliwości, ponieważ zadanie to jest przy samej granicy jej wytrzymałości lub nawet niewiele nad,
- b) sytuacje obciążenia – rozwiązanie sytuacji obarcza jednostkę dużymi kosztami, które nie są tego warte,
- c) sytuacje deprivacji – brakuje np. informacji lub czasu do rozwiązania danej sytuacji,
- d) sytuacje przeszkody – w trakcie rozwiązywania sytuacji pojawia się przeszkoda nie do pokonania,
- e) sytuacje konfliktu – jednostka nie może rozwiązać sytuacji, ze względu na występujące konflikty:
 - a. przyciąganie-przyciąganie
oba bodźce są przez jednostkę pożądane, nie potrafi więc wybrać;
 - b. odpychanie-odpychanie
oba bodźce są przed jednostką niepożądane, nie potrafi więc wybrać;
 - c. przyciąganie-odpychanie
gdy jeden z bodźców jest pożądany przez jednostkę, jednak na jego drodze stoi bodziec niepożądany,
- f) sytuacje zagrożenia – rozwiązanie sytuacji może wiązać się z utratą przez jednostkę różnych wartości, zarówno na poziomie materialnym, jak i społecznym (np. utrata prestiżu, akceptacji).

Rodzaj sytuacji trudnej, w której znalazła się jednostka, wpływa na postrzeganie przez nią swojego położenia oraz możliwych rozwiązań. Innych zasobów, zarówno indywidualnych, jak i zewnętrznego wsparcia, będzie wymagać sytuacja przeciążenia, a innych zagrożenia. Subiektywny odbiór, o którym pisała Karney (1991), jest więc niezwykle istotny.

W następnym rozdziale opisano najważniejsze dla adolescenta środowiska – rodzinę, rówieśników oraz szkołę, które mogą dostarczać mu zarówno wsparcia, jak i bodźców do kryzysu. Etap dojrzewania i kształtowania tożsamości jest bowiem czasem bardzo

plastycznym, a otoczenie jednostki wyposaża ją w schematy postępowania lub potencjalne rozwiązania.

3. Trzy środowiska funkcjonowania dzieci i młodzieży jako potencjalne źródła kryzysu

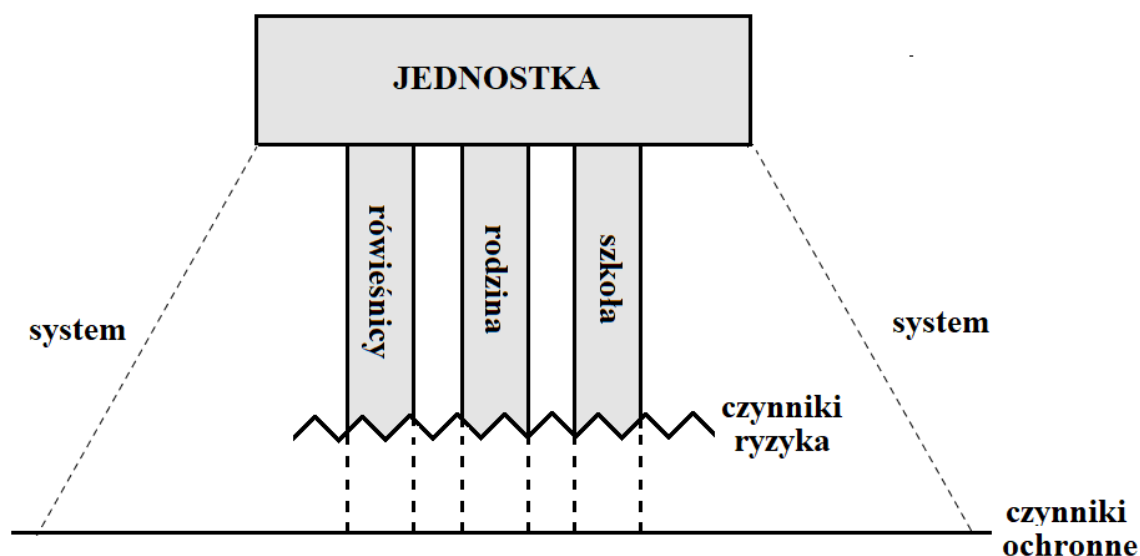
Najbliższe otoczenie dzieci i młodzieży składa się z trzech najważniejszych środowisk: rodziny, rówieśników oraz szkoły. Wymienia się je jako znaczące pod względem kształtowania się osobowości dziecka (Okulicz-Kozaryn, Bobrowski 2008), gdyż to w ich ramach dziecko zdobywa pierwsze i kluczowe doświadczenia społeczne (Brzezińska i in. 2012).

Rodzina to pierwsi znaczący inni – wychowują młodą jednostkę, socjalizują ją do życia w społeczeństwie, tym samym przekazując pierwsze wzory ról społecznych oraz normy i wartości (Siemaszko 2020). Istotną grupę odniesienia stanowią **rówieśnicy**, którzy pozwalają młodej osobie realizować potrzebę przynależności (a także uznania), potwierdzają jej umiejętności nawiązywania i utrzymywania relacji oraz przyczyniają się do kształtowania tożsamości jednostki. Trzecie środowisko ma wyraźnie instytucjonalny charakter. **Szkoła** skutecznie wypełnia czas młodego człowieka, aktywnie biorąc udział w procesie tworzenia się jego „ja” – zarówno poprzez relacje koleżeńskie, jak i relacje z nauczycielami i nauczycielkami, którzy niekiedy wykazują większą wiedzę o danym uczniu/uczennicy niż rodzina.

Wspomniane środowiska pełnią niejednoznaczną rolę w kryzysie młodej jednostki. Mogą stanowić zarówno czynnik ryzyka, jak i czynnik ochronny (Okulicz-Kozaryn, Bobrowski 2008). Pomimo niewątpliwych powiązań pomiędzy rodziną, rówieśnikami a szkołą i funkcjonowaniem w tych środowiskach młodej jednostki nie charakteryzują się one zgodnością, co do pełnionej roli – nie muszą spełniać tej samej funkcji, np. jedno z nich może stanowić zagrożenie, a dwa pozostałe pełnić funkcję ochronną.

Na potrzeby niniejszej dysertacji stworzyłam metaforę trzech filarów (rys. 1), na których wzrasta i wspiera się młoda jednostka, gdyż rodzina, rówieśnicy i szkoła w dużym zakresie wpływają na proces kształtowania się dziecka i nastolatka. Podobnie jak filar powinien podtrzymywać konstrukcję budynku, tak i te środowiska powinny wspierać jednostkę.

Rysunek 1. Metafora trzech filarów funkcjonowania młodej jednostki



Źródło: opracowanie własne.

Brak lub wyraźne ukruszenie któregoś z filarów stanowi zagrożenie; niekiedy jednak wystarczy, że chociaż jeden z nich spełnia swoją rolę właściwie, dostarczając jednostce potrzebnego wsparcia. W metaforze tej chodzi o ukazanie kilku właściwości w obliczu potencjalnego kryzysu:

- a) odpowiednio zbudowane filary (tj. zdrowo funkcjonujące środowiska) są stabilnym wsparciem dla młodej jednostki, stanowiąc czynnik ochronny,
- b) jednostka nie musi wspierać się na wszystkich trzech filarach, jeżeli otrzymuje potrzebne wsparcie od chociażby jednego z nich,
- c) nawet wszystkie trzy filary nie wystarczą, jeśli nie będą odpowiednio dostosowane do konstrukcji, tj. otrzymywane wsparcie nie będzie zgodne z potrzebami jednostki,
- d) niezależnie od liczby właściwie skonstruowanych filarów zewnętrzne czynniki mogą być na tyle obciążające, że potrzebna będzie podpora podtrzymująca niniejszą konstrukcję, czyli działania systemowe rozumiane jako wsparcie profesjonalistów (w tym sieć instytucji udzielających wsparcia potrzebującej jednostce).

Ze względu na poruszany w niniejszym rozdziale temat kryzysu i jego wyzwalaczy przedstawiłam tutaj wszystkie trzy filary: rodzinę, rówieśników¹⁰ oraz szkołę jako czynniki

¹⁰ Środowisko rówieśnicze wykracza poza szkołę, dzieci i młodzież zawierają takie relacje chociażby w ramach zamieszkiwanego osiedla. W dysertacji skupiam się jednak na roli dorosłych w zakresie wsparcia

ryzyka suicydalnego dla młodej jednostki. Redukcja ta wynika ze struktury pracy i nie jest tożsama z postrzeganiem tych trzech grup jedynie w kategoriach zagrożenia – w części III rozprawy przedstawiono ich rolę jako czynników ochronnych w trwającej lub potencjalnie tworzącej się sytuacji kryzysowej.

3.1. Zagrożenia w środowisku rodzinnym

Prawidłowe relacje w rodzinie, pełne zrozumienia i wsparcia, stanowią pierwszą linię pomocy dla młodej osoby w kryzysie. Wspierający rodzice czy rodzeństwo, którzy wykażą się uważnością, mogą dostarczyć potrzebnego wsparcia już w początkowej fazie sytuacji kryzysowej (Gmitrowicz, Krawczyk 2014; Glinowiecki 2019). To natomiast może okazać się na tym etapie wystarczające, by jednostka wróciła do stanu równowagi.

Niekiedy rodzina nie dysponuje jednak odpowiednimi zasobami, by wesprzeć potrzebującego pomocy młodego człowieka. W takiej sytuacji chęci oraz starania są niewystarczające, co nie tylko pozwala kryzysowi trwać dalej, ale wręcz może go pogłębić poprzez narastającą frustrację i bezsilność. Z różnych powodów jednostka może także nie chcieć przyjąć wsparcia od rodziny lub rodzina może nie chcieć takiego wsparcia okazać, może także stanowić główny powód sytuacji kryzysowej.

Konflikty między rodzicami a ich dorastającymi dziećmi wynikają zazwyczaj ze zmieniającej się roli dziecka – wciąż pozostaje „dzieckiem swoich rodziców”, jednak zaczyna również wyznaczać własną autonomię i kształtować swój światopogląd, który nie musi być zgodny z tym przyjętym przez rodziców (Karmolińska-Jagodzik 2018).

I chociaż na co dzień często nie dostrzegamy tego, w jaki sposób rodzina ukształtowała pewne nasze schematy funkcjonowania w relacjach i społeczeństwie, to prawdopodobnie jednym z najkrótszych żartów z zakresu psychologii obecnych w popkulturze jest ten obrazujący Zygmunta Freuda wpatrującego się przenikliwie w widza, z podpisem „YOUR MUM”. Można powiedzieć, że stanowi to największe skompresowanie i jednocześnie doskonale odzwierciedlenie stereotypizacji psychologii (a właściwie psychoanalizy) jako podejścia obarczającego rodziców winą i odpowiedzialnością za to, jak doświadczamy ludzkiej egzystencji. Freud oczywiście łączył ten wpływ z seksualnością, co należy współcześnie traktować z dużym dystansem. I chociaż całej odpowiedzialności nie można przypisać rodzicom, to na pewno należy podkreślić ich ogromną rolę w socjalizacji

dzieci i młodzieży w kryzysie, dlatego analizuję jedynie relacje zawiązywane w szkole, jako te, na które dorośli mają wpływ (osobiście i instytucjonalnie).

pierwotnej dziecka, a tym samym w jego kształtowaniu się jako dorosłego członka społeczeństwa.

Należy również zwrócić uwagę na to, że nie zawsze to rodzice sprawują opiekę nad dzieckiem – niekiedy są to dziadkowie, wujostwo, starsze rodzeństwo czy opiekunowie instytucjonalni. Nie oznacza to, że opisane w dalszej części rozdziału sytuacje, problemy czy zjawiska, takie jak chociażby przemoc, zaniedbanie czy nadopiekuńczość wówczas nie zachodzą. Na potrzeby dysertacji, a szczególnie realizacji części empirycznej, należało jednak dokonać pewnego zawężenia. Z tego powodu skupiałam się na sytuacji, w której to rodzice sprawują opiekę nad dzieckiem. Można jednak, a wręcz należałoby, potraktować treści przytoczone w ramach tej części rozprawy jako adekwatne dla każdego, kto tę opiekę sprawuje – niezależnie od tego, czy występują więzy krwi lub formalne potwierdzenie sprawowania opieki.

3.1.1. Rodzina dysfunkcyjna, czyli jaka?

Pierwsze znaczące relacje dla młodego człowieka to te z rodzicami (oraz z rodzeństwem, jeśli je ma). To poprzez wzrastanie w rodzinie jednostka przyjmuje chociażby określone wzorce postępowania czy system wartości, które następnie przenosi na swoje funkcjonowanie w społeczeństwie i relacje z innymi (Kiliszek 2019: 18). Rodzina pełni więc rozmaite funkcje, które właściwie realizowane zapewniają nie tylko prawidłowy rozwój jednostki, ale także większych systemów społecznych, w tym państwa (Łączkowska 1999). W ten sposób wyróżnia się rodziny funkcjonalne, które to zadanie realizują oraz dysfunkcyjne, które nie zapewniają prawidłowej socjalizacji pierwotnej dzieciom. Bożena Matyjas (2018) określa je jako rodziny w kryzysie.

W centrum **rodzin dysfunkcyjnych** znajdują się rodziny przemocowe czy takie, w których pojawia się uzależnienie od substancji psychoaktywnych, głównie od alkoholu¹¹. Pomija się natomiast w dyskusji często temat rodzin, które łączą jedynie więzy formalne – doskonale uwidacznia się to w polityce obecnego rządu, który za cel stawia sobie zmniejszenie liczby rozwodów, a nie poprawienie jakości małżeństw. Trudne do

¹¹ Problem nadużywania alkoholu był najczęściej wskazywanym zjawiskiem dysfunkcyjnym w najbliższym otoczeniu, chociażby w badaniach Krzysztofa Rosy. Badanie to zostało zrealizowane wśród osób hospitalizowanych po próbie samobójczej w Klinice Ostrego Zatrucia w Łodzi od marca 1989 do marca 1990. Cała próba wynosiła 397 osób, w tym 93 osoby (23,4%) zaliczono do młodzieży, przy czym ze względów instytucjonalnych była to młodzież od 14. roku życia (osoby do 14. r.ż. przyjmowano wówczas do szpitala dziecięcego). Prawie u 45% rodzin badanych osób występował problem alkoholizmu. Zob. Rosa K. (1996), *Próby samobójcze. Charakterystyka socjologiczna*, Instytut Medycyny Pracy im. prof. dra med. Jerzego Nofera, Łódź.

wyobrażenia jest, aby wydłużenie procesu rozwodowego czy obowiązkowe mediacje miały „uratować” związek dwojga osób, w którym wieloletni konflikt narastał tak długo, aż osiągnął rozmiar charakteryzujący się nie tylko brakiem zrozumienia dla drugiej strony, ale i brakiem szacunku do drugiego człowieka¹². To niczym postawienie stopy na drewnianej kładce rzuconej na lawę sączącą się z aktywnego wulkanu i łudzenie się, że nas utrzyma.

Wychowywanie się w tzw. rodzinie pełnej nie oznacza więc, że na pewno będzie to proces wypełniony miłością. Dziecko/dzieci często stanowi/ą argument za próbą utrzymania związku czy zachowania formalnej więzi. Jednak wzrastanie w rodzinie, w której rodzice nieustannie ze sobą walczą, kłócą się i nie wykazują względem siebie ani akceptacji, ani zrozumienia, wyrządza mu (lub im) większą krzywdę. Przekazywanie negatywnych wzorców relacji oraz nieprzyjemna atmosfera w domu sprawiają, że poczucie bezpieczeństwa jest zagrożone. Może to prowadzić do przeniesienia wyuczonych schematów na relacje poza rodzinne, a finalnie skutkować problemem w utrzymaniu relacji i związków z innymi ludźmi oraz budowaniem dystansu emocjonalnego (Pilecka 1995: 36).

Źródło problemów jednostki niekoniecznie musi jednak znajdować się w relacji łączącej jego znaczących innych, tj. rodziców lub opiekunów. Może w sposób bezpośredni być zakorzenione w relacji osób znaczących z dzieckiem. Bodźcami wpływającymi na emocjonalny dystans, który następnie oddziałuje na wszelkie inne relacje, są bowiem również wygórowane oczekiwania rodziców i nałożenie sprecyzowanych wymagań na własne dziecko, stające się ich projektem (Brown 1985, za Pilecka 1995: 122). Dziecko musi wówczas zasłużyć na miłość rodzica poprzez spełnienie stawianych przez niego warunków. Tylko w chwili wywiązania się z nich, zasłuży na to, by okazać mu miłość i akceptację – w pozostałych sytuacjach odczuwa odrzucenie, które może zażegnać jedynie udaną próbą poprawy swojego postępowania.

Podział na rodziny funkcjonalne i dysfunkcjonalne widoczny jest nie tylko w dyskursie potocznym, ale i w badaniach i artykułach naukowych, gdzie traktuje się je jako odrębne grupy trwające w *status quo*. Nie trudno jednak wyobrazić sobie rodzinę realizującą swoje funkcje, w której na skutek pewnych decyzji lub zewnętrznych

¹² Takie rozwiązania zaproponowano w ramach nowelizacji przepisów dotyczących rozwodów, jednak ze względu na wyraźną krytykę ekspertów wycofano się z tych zmian, zob. Stawicka I. (2022), *Rząd jednak nie utrudni rozwodów. Godzenia małżonków na siłę nie będzie*, Gazeta Prawna, <https://serwisy.gazetaprawna.pl/orzeczenia/artykuly/8411781.rozwody-w-polsce-nie-bedzie-godzenia-malzonkow-na-sile.html> (dostęp: 5.04.2023).

czynników dokonuje się znaczące załamanie. Oznacza to, że podział ten nie jest stały, a dychotomiczne postrzeganie rodziny jako „złej” lub „dobrej” przypisuje jej pewną etykietę, przekreślając możliwość dostrzeżenia zmiany. Może zdarzyć się bowiem sytuacja, w której właściwie zrealizowana zostanie dana funkcja w rodzinie określonej jako „ta zła” oraz niewłaściwa jej realizacja w rodzinie „dobrej”. Bożena Matyjas (2018: 126) używa sformułowania „rodziny w kryzysie” wobec rodzin, które nie radzą sobie z pojawiającymi się problemami i w ten sposób nie mogą realizować swoich funkcji. Poszerzyłabym tę definicję o dodanie „permanentnie lub w określonym czasie”. Tak jak jednostka może znaleźć się niespodziewanie w kryzysie, tak i cały system rodzinny jest tym zagrożony. Rodzina nie tylko socjalizuje, ale i prowadzi do (...) *zaspokajania indywidualnych potrzeb poszczególnych jednostek* (Glinowiecki 2019: 101). Realizacja wszystkich tych celów z różnych przyczyn może okazać się w danym momencie niemożliwa. Jeżeli nie jednoczesnym, to kolejnym krokiem w ekstrapolacji świadomości dotyczącej kryzysu i trwania w nim powinno być uwolnienie rodzin od stygmatyzującej łatki „tej złej” na podstawie jednego wycinka czasowego.

3.1.2. Klaps i posłuszeństwo – (nie)werbalna przemoc w rodzinie

W temacie zagrożeń w rodzinie, szczególnie istotny jest aspekt szeroko rozumianej przemocy stosowanej przez rodziców, która poza śladami na ciele pozostawia wyraźne ślady w psychice dziecka.

Wyróżnia się cztery formy krzywdzenia dzieci w rodzinie: przemoc fizyczną, przemoc psychiczną, przemoc seksualną oraz zaniedbanie (WHO 1999). Nie istnieją one jednak jako osobne byty. Zwłaszcza przemoc psychiczna (czy też emocjonalna) współistnieje zazwyczaj ze wszystkimi pozostałymi typami krzywdzenia, często jest także ich wyraźnym skutkiem.

Tymczasem wciąż za jedną z metod wychowawczych błędnie uważa się stosowanie kar cielesnych, rozumianych jako korygowanie zachowania dziecka poprzez świadome zadanie bólu fizycznego (niezranienia) (Halemba, Izdebska 2009: 2). Ze względu na dopiero rozwijające się procesy poznawcze dziecko nie jest w stanie przyswoić toku myślenia rodziców – w jego słowniku nie istnieje słowo „niebezpieczeństwo”, podobnie jak nierealne jest przewidywanie negatywnych konsekwencji własnych czynów. I chociaż nieustanne tłumaczenie i powtarzanie tych samych argumentów nie przynosi początkowo rezultatu (wymaga też ogromnych pokładów cierpliwości), to w dłuższej perspektywie

stanowi dobry fundament do tego, by dziecko w odpowiednim dla siebie momencie zrozumiało przekaz i przyjęło dane zachowanie jako swoje – bez strachu czy iluzorycznej zgody z rodzicami (Halemba, Izdebska 2009). W przypadku zastosowania kary cielesnej dziecko nie rozumie jej powodu, może więc jedynie unikać zachowania, które je wyzwała lub dalej się tak zachowywać, ale w sytuacjach, gdy opiekun tego nie widzi. Trudno w takim przypadku traktować karę fizyczną jako metodę wychowawczą. Kojarzy się jedynie z surową dyscypliną, niczym z filmu *Rodzaj ciszy* (oryg. *Tiché doteky*), inspirowanego sektą Twelve Tribes¹³ utożsamiającą „dobre wychowanie” z całkowitym posłuszeństwem, wyuczonym i wymuszonym poprzez kary cielesne wymierzone przeznaczonymi do tego różgami. I chociaż film jest pozbawiony emocjonalnego zabarwienia, to warto zastanowić się, na ile historia ta oraz cytata *A family is not a democracy* (z ang. *rodzina to nie demokracja*) w sposób wyostrojony przypominają nasze polskie sytuacje i przysłowie *Dzieci i ryby głosu nie mają*.

Dziecko, które za niewłaściwe zachowanie zostało ukarane poprzez szarpanie czy uderzenie, nie powtórzy tego zachowania nie dlatego, że rozumie sens zakazu sformułowanego przez rodziców. Nie powtórzy go ze względu na strach przed bólem fizycznym, a także upokorzeniem – niektórzy opiekunowie każą nawet dziecku przynieść z innego pomieszczenia pasek od spodni, którym zostanie wymierzona kara (Halemba, Izdebska 2009).

Joanna Włodarczyk (2017a) wyróżniła dwie główne grupy argumentów przywoływane za stosowaniem kar cielesnych: tradycję (uznanie tego za działanie w imię dobra dziecka, wiara w skuteczność kary cielesnej, powoływanie się na karanie fizyczne jako tradycję rodzinną) oraz poczucie bezradności (kara cielesna jako utrata panowania nad sobą, zmęczenie, brak wsparcia ze strony innych w wychowywaniu). Realizowane przez Włodarczyk (2017a) badanie przeprowadzono w 2017 roku metodą CAWI na próbie N = 1005 dorosłych Polaków w ramach projektu *From policy to reality – changing attitudes and practice from corporal punishment to safeguarding children*. Odpowiedzi na pytanie o to, które kary fizyczne wobec dzieci powinny być prawnie zabronione, nie były wcale

¹³ Twelve Tribes to wspólnota religijna działająca w Niemczech, której zasady funkcjonowania i wychowywania dzieci zostały pokazane w materiałach wyemitowanych w 2013 roku, zgromadzonych metodą ukrytej kamery przez dziennikarza Wolframa Kuhnięga. Ostatecznie ze wspólnoty zabrano czterdzieści krzywdzonych dzieci, które umieszczono w tymczasowych rodzinach zastępczych, zob. BBC (2013), *German Christian sect raided and children put in care*, <https://www.bbc.com/news/world-europe-23977577> (dostęp: 4.07.2022); Paterson T. (2013), *In Germany's Twelve Tribes sect, cameras catch 'cold and systematic' child-beating*, <https://www.independent.co.uk/news/world/europe/germany-s-twelve-tribes-sect-cameras-catch-cold-and-systematic-child-beating-8807438.html> (dostęp: 4.07.2022).

jednogłośnie – zaledwie 34% badanych uznało, że zakaz ten powinien dotyczyć tzw. klapsów. Pełnej zgodności nie otrzymano również w przypadku odpowiedzi najczęstszych – 90% zgodziło się ze słusznością zabronienia uderzenia w twarz, nieco mniej (88%) zakazałoby uderzenia pasem lub innym przedmiotem. I chociaż były to badania deklaratywne, co zawsze stanowi pewne ograniczenie (zwłaszcza przy tak drażliwym temacie) to aż 6% badanych (N=1005) przyznało się do uderzenia swojego dziecka w sposób pozostawiający ślad tj. siniak lub zadrapanie, a 5% uznało, że nie pamięta takiej sytuacji lub odmówiło odpowiedzi na to pytanie (Włodarczyk 2017a). Według najnowszego raportu Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę 39% badanych (N=892) więcej niż raz zastosowała wobec swoich dzieci karę cielesną, chociaż stosowanie kar fizycznych jest w Polsce zakazane. Jednocześnie według 20% badanych takich przepisów nie ma, a 23% nie wiedziało, czy takie przepisy w Polsce istnieją (Makaruk, Drabarek 2022).

Podobnie sytuacja przedstawia się w raportach traktujących o dzieciach i młodzieży, które doświadczyły przemocy. W reprezentatywnych badaniach zrealizowanych przez Fundację Dzieci Niczyje (obecnie Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę) w 2012 roku wśród respondentów w wieku 10–17 lat, aż 21% zadeklarowało doświadczenie przemocy fizycznej od znanej sobie osoby dorosłej, w tym 30% z nich (czyli 6% badanych ogółem) odczuwało skutki uderzenia jako utrzymujący się ból, widoczne siniaki, a nawet skaleczenia czy złamania (Wójcik 2013). Znaczna część respondentów (31%) nie chciała ujawnić, kto był sprawcą przemocy. Według autora może to sugerować, że była to bliska osoba, czego dziecko nie chciało ujawniać pomimo zagwarantowanej anonimowości.

Nawet jeżeli opiekunowie nie są przekonani, co do stosowania kar cielesnych, to nie wyrażają głośno wątpliwości, często przeciwnie, wzmacniają argumenty o słuszności stosowania takich kar. Zazwyczaj odnoszą się do własnych doświadczeń (np. „byłem bity i dobrze mi to zrobiło” czy „byłem bity i wyszedłem na ludzi”), lub mitów idealizujących przeszłość (np. „kiedyś się dzieci biło i były grzeczniejsze”). Rodzice stosujący kary fizyczne argumentują ich stosowanie głównie realizacją norm obowiązujących w ich dzieciństwie, które traktują niczym „dobrą praktykę”, jednak nie ulega wątpliwości, że rodzicom tym brakuje przede wszystkim wiedzy z zakresu prawidłowego wychowywania i rozwoju dziecka (Włodarczyk 2017a).

Karcenie fizyczne często wiąże się z karceniem słownym, które stanowią atrybuty tzw. rodzicielstwa każącego, chociaż trudno traktować to jako jeden ze stylów wychowywania dzieci. Włodarczyk (2017a) w swoich badaniach uwzględniła więc także i

karcenie słowne – w tym aspekcie badani wskazywali najczęściej na to, że krzyczeli na swoje dzieci (88%) oraz je krytykowali (66%), natomiast 54% badanych im groziło, a 24% wyzywało.

Kolejną formą przemocy, którą należy przytoczyć w ramach opisu krzywdzenia dzieci w rodzinach, jest **zaniedbanie**, oznaczające niezaspokojenie potrzeb dziecka lub uniemożliwienie mu zaspokojenia tych potrzeb (Pospiszył 1994). Zaniedbanie może być zarówno stała postawa zaniechania, jak i jednorazowy incydent (np. w zakresie zdrowia), którego konsekwencje będą wyraźnie odczuwane (Wójcik 2013; Kolankiewicz 2012). O ile jednak omówione wcześniej rodzaje przemocy wymagają pewnych intencjonalnych posunięć ze strony oprawcy, a więc stosowane są zazwyczaj w formie „kary” i mają wywołać założony przez sprawcę efekt, o tyle zaniedbanie wynikać może nie tyle ze zrobienia czegoś, co raczej z niewykonania. To z kolei może wiązać się nie ze świadomą decyzją rodzica/opiekuna, a brakiem możliwości odpowiedniego zadbania. Przykładem byłoby chociażby wyraźne zaniedbanie zdrowia dziecka wynikające z braku środków pieniężnych na potrzebną opiekę wykraczającą poza refundowane leczenie, co z kolei przekłada się na gorszy stan zdrowia dziecka (Henley-Walters 2007).

Zagregowane wyniki dwóch reprezentatywnych dla Stanów Zjednoczonych badań z lat 2011 i 2014 (ang. *National Surveys of Children's Exposure to Violence*) wskazują, że ponad 15% badanych dzieci (N=7852) przynajmniej raz w życiu doświadczyło zaniedbywania¹⁴. Poza zaniedbywaniem fizycznym dotyczącym np. potrzeb żywieniowych czy higienicznych, zwracano również uwagę na zaniedbywanie nadzoru nad dzieckiem, czyli opieki dorosłego, które w badaniach bywa często pomijane, a pełni równie istotną rolę (Vanderminden i in. 2019).

Problemy w definiowaniu zaniedbania wynikają głównie z trudności we wskazaniu granicy zaspokojenia potrzeb dziecka. W tym celu wskazuje się pewne normy dotyczące opieki, których niewypełnianie tożsame jest z zaniechaniem. Opieka nad niepełnoletnim dzieckiem zmienia się wraz z jego wiekiem i potrzebami. Zupełnie inaczej wygląda w przypadku dziecka kilkuletniego, które jest całkowicie zależne od opiekunów, niż w przypadku dojrzewającego nastolatka budującego własną tożsamość i autonomię, wciąż pozostającego jednak pod opieką rodziców. Jankowiak (2019) zwraca uwagę, że ze

¹⁴ Z powodów etycznych, przyjęta metodologia zakładała przeprowadzenie wywiadu z opiekunem w przypadku dzieci poniżej 10 r.ż. – wyniki są więc raczej szacunkowe, ich niedokładność opiera się na prawdopodobnym zaniżeniu. Ze względu na drażliwość tematu rozmówcy mogli udzielać odpowiedzi niezgodnych z prawdą.

względu na budowaną niezależność zaniedbanie jest najrzadziej poruszonym w literaturze naukowej rodzajem przemocy stosowanym wobec adolescentów. Nie oznacza to jednak, że się nie wydarza lub że nie jest istotne – wręcz przeciwnie, nastolatki, którzy doświadczyli zaniedbania wykazują niższą samoocenę, pesymistyczne nastawienie do świata, a swoje życie postrzegają jako mało ważne dla innych. Chociaż w okresie nastoletnim zaniedbanie częściej przyjmuje formę incydentalną to jego konsekwencje mogą wiązać się z późniejszymi wyborami jednostki, takimi jak przestępczość, a także zachowania samobójcze. Skutki doświadczania zaniedbania (np. rezygnacja z edukacji) są odmienne niż te występujące w okresie dziecięcym, dlatego należy dokonywać rozróżnienia wskazując na grupę, która go doświadcza. Odpowiednie środki zaradcze można bowiem wdrożyć jedynie w przypadku właściwego rozpoznania zjawiska. O ile nieustanny nadzór rodzica nad kilkuletnim dzieckiem rozumiany jest jako właściwa opieka, o tyle w przypadku nastolatka postrzegany będzie jako nadmierna kontrola psychologiczna, stanowiąca zagrożenie dla budowanej przez niego odrębności (Jankowiak 2019).

Jednostka, która w trakcie dzieciństwa doświadczyła krzywdzenia ze strony bliskich, częściej jako osoba dorosła podatna jest na zaburzenia psychiczne, a także ich współwystępowanie (Dragan 2018). Doświadczanie częstych kar cielesnych w dzieciństwie, może w przyszłości skutkować trudnościami w budowaniu relacji i zaufania, depresją, a nawet myślami samobójczymi. Osoba, wobec której stosowano przemoc, sama może zacząć przemoc tę stosować w stosunku do innych ludzi, także w zachowaniach seksualnych (Halemba, Izdebska 2009). Na obniżenie zdolności poznawczych dziecka wpłynąć mogą nie tylko mechaniczne uszkodzenia mózgu na skutek przemocy fizycznej. Doświadczanie zaniedbania w tym okresie może istotnie wpłynąć na proces kształtowania się struktur mózgu, w tym funkcji wykonawczych, takich jak np. rozumowanie, pamięć czy rozwiązywanie problemów. Tworzy się wówczas mniej połączeń neuronalnych warunkujących zdolności poznawcze, które są bardzo wrażliwe na oddziaływanie środowiska rodzinnego. W rodzinach, w których występuje przemoc, odczuwany jest permanentny stres, w związku z czym nadmiernie wydzielane są hormony stresu – m.in. kortyzol. Stan ten się utrzymuje, bo dzieci krzywdzone pozostają wyczulone na wszelkie bodźce mogące stanowić zagrożenie, trwają w nieustannym napięciu (Pietrzak 2018). Efektem staje się nadmierna wrażliwość w sytuacjach stresowych czy niewłaściwie wypracowane strategie radzenia sobie z emocjami i traumą, co może przyczynić się do podatności na zaburzenia psychiczne (Dragan 2018). Środowisko ma wyraźny wpływ na ekspresję genów, co Lynda Henley-Walters (2007) zilustrowała przykładem choroby

metabolicznej fenyloketonurii, która uaktywnia się poprzez zaniedbanie odpowiedniego żywienia dziecka. Krzywdzenie jest więc bardzo szerokim pojęciem i może mieć wyraźne, długoterminowe konsekwencje, przekładające się na funkcjonowanie dorosłej już jednostki.

Szczególnie, że dzieci oraz młodzież narażone są także na multiwiktyimizację, czyli (...) *doświadczanie przez nich wielu różnorodnych form krzywdzenia i przemocy w ciągu życia* (Makaruk, Malinowska-Cieślik 2019: 157) – w reprezentatywnej próbie warstwowo-losowej wśród nastolatków w wieku 13–17 lat, 33% badanych doświadczyło co najmniej czterech form przemocy, a 5% co najmniej dziewięciu. Metaanalizy wskazują jednoznacznie, że multiwiktyimizacja jest mocniej związana z zachowaniami samobójczymi niż podejmowaniem zachowań ryzykownych związanych z zażywaniem substancji psychoaktywnych (Makaruk, Malinowska-Cieślik 2019). Każda forma przemocy otwiera więc furtkę do następnej, a w świetle przytoczonych badań stosowanie jakiegokolwiek formy przemocy względem dziecka lub nastolatka jest jednoznacznie krzywdzące i pozostawia w nim głęboki ślad.

Warto jeszcze wspomnieć o istotności nie tylko bezpośredniego doświadczania przemocy, ale także bycia jej świadkiem (tzw. **wiktyimizacja pośrednia**), na przykład gdy jeden rodzic stosuje przemoc wobec drugiego (Wójcik 2013). Taka sytuacja z jednej strony budzi u dziecka dysonans poznawczy (np. tata, którego kocham, krzywdzi mamę, którą też kocham). Tworzą się w ten sposób niezdrowe schematy więzi pomiędzy ludźmi, wywołuje to także lęk i stres, które mogą przerodzić się w zachowania agresywne (Szredzińska, Włodarczyk 2019).

3.1.3. Niedaleko pada jabłko...? – wychowanie i socjalizacja

Prawidłowy rozwój emocjonalny i społeczny przede wszystkim zależy od pierwszych, znaczących relacji jednostki (Rosa 1996: 29). Poprzez zaspokojenie potrzeby bezpieczeństwa oraz innych podstawowych, emocjonalnych potrzeb, wytwarzają się pozytywne wzory więzi, wzrasta również odporność na sytuacje trudne i stresowe. Brak takiego wzmacniającego „przygotowania” skutkuje często ucieczkowymi strategiami radzenia sobie ze stresem i pustką, wśród których znajduje się spożywanie alkoholu, przyjmowanie leków czy zażywanie narkotyków (Cekiera 1995: 62). Wbrew niektórym opiniom obecnym w dyskursie potocznym, przyjmowanie tych strategii nie jest jednak spowodowane rozluźnieniem więzi na skutek zwiększającej się cyfryzacji, bo przecież już

w latach 90. ubiegłego wieku Krzysztof Rosa (1996: 32–33) wykazał, że młodzi ludzie jako „osoby, na które mogą liczyć w każdej sytuacji” wskazywali przede wszystkim swoją sympatię (60%) i przyjaciół (59,5%), a dopiero później na matkę (55,5%) i ojca (39,5%)¹⁵. W jego badaniach, wśród przyczyn próby samobójczej wymieniano najczęściej tę związaną brakiem zaspokojenia potrzeb emocjonalnych w relacjach z rodzicami (43,5%). Brak ten wiązano nie tylko z oschłością, ale i z jej przeciwieństwem – nadopiekuńczością oraz ze zbyt wysokimi oczekiwaniami opiekunów (Rosa 1996: 56–57).

Dostępna literatura, poradniki, liczne artykuły czy rozmowy ze specjalistami w telewizji śniadaniowej mogą pewne dylematy wychowawcze rozjaśnić lub do nich przygotować, jednak wychowanie (...) *ma charakter naturalny, spontaniczny, rodzice nie odnoszą się do wielkich teorii naukowych i nie prowadzą systematycznych metodycznych oddziaływań* (Kiliszek 2019: 28). Wystarczy wyobrazić sobie sytuację, w której rodzic czy opiekun zostanie zaskoczony przez dziecko jakimś pytaniem lub zachowaniem. Nie poprosi lub nie każe mu poczekać, aż przeprowadzi *desk research* i analizę problemu, po której uzna, że wie, w jaki sposób odpowiednio odpowiedzieć lub zareagować. Jadwiga Paruszevska (1991) zwraca również uwagę na to, że (...) *w wychowaniu nie można nakreślić ostrej granicy między tym, co jest świadome i wyraźnie zaplanowane, a tym, co ma charakter okolicznościowy, może nawet przygodny* (Paruszevska 1991: 108). Postawy, wartości i przekonania często internalizowane są przez młodą jednostkę poprzez naśladownictwo wynikające ze wzrastania wśród nich i obserwację swoich znaczących innych.

Z jednej strony dziecko uczy się więc poprzez świadome działania opiekunów, takie jak tworzenie wspólnych rytuałów (np. rodzic czytający dziecku bajkę zawsze przed snem), z drugiej zaś poprzez reakcje opiekunów na zachowania dziecka oraz na tworzone przez nich relacje i nawiązywane interakcje (Deptuła 2013). Schaffer określił to szeroko jako (...) *wszystkie rozmaite sposoby wpływania rodziców na zachowanie i rozwój dzieci* (Schaffer 2010: 190). Opisał również **trzy style wychowania dziecka**, które wpływają negatywnie na jego rozwój:

- a) styl autorytarny – dziecko nie ma prawa głosu, rodzic jest wymagający, wydaje polecenia przypominające rozkazy, które mają być wykonane przez dziecko; dyscyplina utrzymywana jest poprzez posłuszeństwo dziecka,

¹⁵ Próba wynosiła 397 osób, w tym 93 osoby należały do grupy młodzieży. Szczegółowe informacje o badaniu podano w przypisie w rozdziale 3.1.1.

a to podtrzymywane jest z kolei poprzez odwoływanie się do argumentu siły i władzy; dziecko wychowywane w taki sposób jest zależne od opinii innych i przejawia skłonność do agresji i brutalności (głównie chłopcy),

- b) styl permissywny – kontrola nad dzieckiem jest niewielka, ponieważ rodzice nie uważają, że powinno się je wychowywać ustanawiając granice lub cele; od dziecka nie oczekuje się osiągnięć, a tym samym i rozwoju; dziecko bierze udział w procesie podejmowania decyzji, a zachowanie rodziców często jest niekonsekwentne i nieprzewidywalne; dzieci wychowane w taki sposób często mają obniżoną pewność siebie, nie wyznaczają sobie celów, do których by dążyły, wykazują dużą zależność od innych; mogą przejawiać także zachowania agresywne, jeżeli rodzice w żaden sposób nie reagowali na takie zachowania,
- c) styl odrzucająco-zaniedbujący – brak zainteresowania dzieckiem i jego życiem, rodzice nie okazują dziecku czułości i wsparcia, nie wykazują też żadnego zaangażowania w jego wychowanie; może przyjąć formę zaniedbania wychowania (gdzie na dziecko zwraca się niewielką uwagą) lub odrzucenia (gdzie wprost widoczne jest odrzucenie dziecka); dzieci wychowane w taki sposób nie są przystosowane społecznie, ich zachowania charakteryzują się dużą impulsywnością (Schaffer 2006).

Ostatni styl wychowania, styl odrzucająco-zaniedbujący wskazany został jako najgorszy spośród wymienionych, pod względem wpływu na rozwój dziecka. Na przeciwległym biegunie znajduje się styl autorytatywny, który wspiera młodą jednostkę w jej kształtowaniu się i wzrastaniu. Rodzice okazują w nim bliskość i czułość dziecku oraz pozytywne emocje. I chociaż styl ten charakteryzuje się wysoką kontrolą oraz stawianiem pewnych wymagań, co do osiągnięć dziecka, to dzieje się to przy poszanowaniu jego granic i potrzeb, a zamiast rozkazów formułowane są raczej sugestie. Postępy dziecka są przez rodziców dostrzegane i doceniane. Dziecko wychowane w taki sposób nastawione jest w sposób pozytywny na działanie i osiąganie celów, czuje się kompetentne, potrafi i chętnie współpracuje z innymi. Można powiedzieć, że nie popada w skrajność – z jednej strony wykazuje się pewną niezależnością, z drugiej potrafi podporządkować się prośbom rodziców (Schaffer 2006, Deptuła 2013).

Lubińska-Bogacka (2019: 18) przedstawiła podobny **podział stylów wychowania**, wśród których znajdują się dwa skrajnie różne i negatywne style oraz jeden pozytywny:

- a) styl autokratyczny (odpowiadający stylowi autorytarnemu) – duży dystans rodzica do dziecka, wychowanie polegające na rozkazach i poleceniach, dziecko nie posiada podmiotowości,
- b) styl liberalny (odpowiadający stylowi permissywnemu) – rodzice nie angażują się w wychowanie, nie ustalają dziecku granic, (...) *podobnie szkodliwy jak styl autokratyczny. Polega on na pozostawieniu dzieci samym sobie* (Lubińska-Bogacka 2019: 18).
- c) styl demokratyczny (odpowiadający stylowi autorytatywnemu) – rodzice rozmawiają i tłumaczą dziecku, zamiast stosować rozkazy czy przymus, szanują jego granice i potrzeby.

Klasyfikacja ta uwzględnia więc pewien typ idealny wychowania, tj. styl demokratyczny oraz dwa dalekie od niego i przeciwstawne względem siebie style, w których rodzic jest albo nadmiernie kontrolujący albo w ogóle niezaangażowany. Nie istnieje wychowanie idealne, wyposażające młodego człowieka w zestaw cech idealnych. **Wychowanie** to proces, w wyniku którego jednostka kształtuje się wraz ze swoimi zaletami i wadami. Rodzice lub opiekunowie mogą jedynie minimalizować zachowania szkodzące dziecku i jego socjalizacji, skłaniając się w swoim postępowaniu do stylu demokratycznego. W dobie influencerek prezentujących się jako idealne matki, pracownice lub szefowe, gospodynie domowe i dbające o zdrowie oraz seksowną figurę kobiety w jednym, szczególnie ważne jest, aby w dążeniu do „jak najlepszego” wychowania pamiętać o tym, że jego typ idealny nie istnieje, a rodzice (...) *nieraz popełniają błędy wychowawcze nie ze złej woli, ale z braku wiedzy* (Pilecka 1995: 149).

Nie sposób opisać wszystkich możliwych konsekwencji konkretnego stylu wychowania. Tytuł niniejszego podrozdziału świadomie nie został dokończony – skrajności niekiedy są na tyle silne, że można byłoby go na przekór powszechnej formie i znaczeniu, sformułować „niedaleko pada jabłko od gruszy” (choć i to byłoby nie do końca trafne, jako że gruszka i jabłko nie stanowią przeciwieństwa).

W książce *Kasztanowy ludzik* Søren Sveistrup (2019) mowa o funduszu dla dzieci „społecznie obciążonych”. W świetle przytoczonych wyżej argumentów słuszne wydaje się zastosowanie takiego słownictwa – jednostka, przychodząc na świat, obciążona zostaje nie tylko biologicznymi wyzwaniem i trudnościami (takimi jak np. genetycznie dziedziczone choroby), ale i społecznymi warunkami, w jakich wzrasta w początkowych latach życia. Nie pozostaje to bez wpływu na jej późniejsze życie. Obciążenie społeczne (ang. *social burden*), podobnie jak biologiczne, następuje bez udziału jednostki, do niej

należy natomiast to, jak na to zareaguje. Trudno jednak przesunąć całą odpowiedzialność na kształtującą się jednostkę, gdyż może ona nie mieć możliwości lub zasobów własnych do zweryfikowania zinternalizowanych wzorów rodzinnych. Brak świadomości wyklucza zmianę postępowania i odmienienie swojego losu. Schemat powtarza się więc w kolejnym pokoleniu, chyba że młoda jednostka zweryfikuje swoją perspektywę w kontakcie z rówieśnikami o innych narracjach lub, szerzej, w ramach funkcjonowania instytucjonalnego w szkole.

3.2. Rówieśnicy jako istotna grupa odniesienia

Kształtowanie się młodej jednostki nie następuje tylko w rodzinie – właściwie im jest starsza, tym szersze pole wywieranego na nią wpływu¹⁶. Dostrzegane są przez nią inne środowiska społeczne ze swoimi wartościami i zasadami, które niekiedy są wobec siebie sprzeczne i w różnym nasileniu kreują „ja” jednostki. „Wychowanie” nie przynależy więc tylko do rodziców (wychowanie naturalne), ale i do szkoły (wychowanie instytucjonalne) czy rówieśników (wychowanie grupowe) (Paruszevska 1991: 107). Dużym przełomem dla dziecka jest wejście w wiek przedszkolny czy szkolny. To okresy, gdy kluczowe staje się nie tylko funkcjonowanie w „narzuconych” grupach rówieśniczych, ale i w ramach instytucji szkoły, gdzie występuje hierarchia i wyraźny podział ról społecznych. Dzieci nie tylko uczą się je rozpoznawać, ale także zaczynają traktować je jako niebezpośredni nośnik własnego „ja” – to z kim i jakie relacje utrzymują oraz jak zachowują się wobec innych osób w szkole, buduje przecież ich wizerunek. Ten z kolei jest niezmiernie ważny w uzyskaniu akceptacji rówieśników i poczucia przynależności do grupy.

3.2.1. W poszukiwaniu akceptacji – poczucie samotności

Związki z rówieśnikami to szerokie pojęcie, w którym zawierają się relacje o zróżnicowanej intensywności czy znaczeniu dla młodej jednostki. Najbliższe i najintensywniejsze są związki przyjacielskie, które opierają się na zaufaniu. Więż taka tworzona jest zazwyczaj z jedną lub dwiema osobami. Następnie należałoby wskazać „paczkę”, czyli niedużą grupę osób w podobnym wieku, zazwyczaj tej samej płci. Jej członkowie są ze sobą blisko i dobrze się znają. Natomiast grupy są liczniejsze, kontakt w nich jest bardziej rozluźniony, a tym co spaja są przede wszystkim podobne

¹⁶ Oczywiście jest to pewne uogólnienie. Wykluczone są pewne sytuacje skrajne, takie jak samowolna lub przymusowa izolacja społeczna.

zainteresowania (Birch, Malim, 1995, za: Harwas-Napierała, Trempała 2002). Zaborowski (1969) wskazuje, że wraz z rozwojem młodej jednostki zawierane relacje ulegają przekształceniom, tj. początkowo zawiązuje ona kontakty powierzchowne, oparte na tymczasowej wspólnej zabawie. W kontaktach z rówieśnikami powielane są wzory zachowania z domu rodzinnego, przy czym mogą być one modyfikowane poprzez dostosowywanie ich do zachowań i oczekiwań współtowarzyszy. Zawężenie do tzw. paczki znajomych charakteryzuje się natomiast pewną trwałością oraz częstotliwością spotkań. Grupę integruje nie tylko wspólna zabawa, ale wyzwania, trudy z którymi mierzą się jej członkowie. A także indywidualne problemy, które omawiane są na forum. W tym wieku (10–13 lat) powoli rozluźnia się wpływ rodziców, a dzieci ustalają już własne normy obowiązujące w paczce, (...) *uczą się samodzielnie współdecydować o zasadach życia społecznego, zdobywają świadomość społeczną, która staje się podstawą rozwijających się moralno-społecznych uczuć i postaw* (Zaborowski 1969: 27). Jest to również czas dużej wrażliwości na dezaprobatę społeczną oraz silnej potrzeby akceptacji – pojawiające się w okresie dojrzewania różnice przyczyniają się do rozpadu większych grup i tworzenia mniejszych, bardziej zżytych grup, opartych na więziach emocjonalnych oraz wspólnych, kształtujących się zainteresowaniach (Zaborowski 1969).

Proces kształtowania samego siebie zachodzi w znacznej mierze przy współdziałaniu rówieśników, stanowiących główną grupę odniesienia. **Grupa rówieśnicza** traktowana jest zazwyczaj w kategoriach szansy, zaś jako zagrożenie przedstawia się właśnie samotność jednostki, brak relacji z bliskimi osobami w podobnym wieku. Coraz częściej w literaturze przedmiotu wskazuje się jednak na krzywdzący wpływ zbyt silnych więzi z rówieśnikami, które mogą prowadzić do pojawienia się myśli samobójczych. Wiąże się to z silną potrzebą przynależności oraz akceptacji, szczególnie u kształtującej swoją tożsamość jednostki, która poszukuje odpowiedzi na pytania o siebie i świat. W tym celu często zwraca się w stronę rówieśników, nie zawsze w sposób jasny i zwerbalizowany. Przynależność do danej grupy rówieśniczej wiąże się z pewnym podobieństwem wartości i poglądów, co nie tylko uspokaja jednostkę, że nie jest sama w swoim postrzeganiu, ale też przekłada się na pewną wzajemną akceptację. Przekonanie o podobieństwie do innych członków grupy łatwo jednak rozszerzyć młodej osobie na wiele innych sfer życia, tworząc mylne założenie, które można byłoby sformułować jako „jeżeli mamy tak samo w tych aspektach, to na pewno w pozostałych też tak mamy”. Bliskie więzi w połączeniu z takim przekonaniem mogą zwiększać ryzyko podejmowania zachowań autodestrukcyjnych (np. samookaleczenia się) lub samobójczych, jeżeli przyjaciel lub przyjaciółka sam/a takie

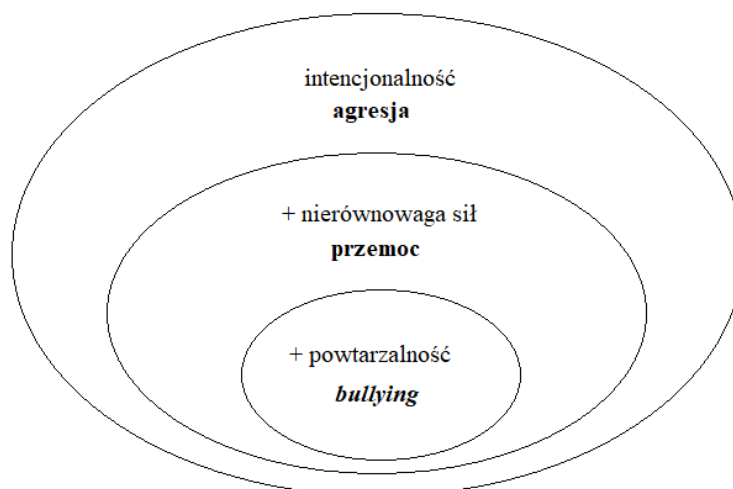
zachowania wykazuje w obliczu własnego cierpienia. Może wówczas dojść do rozprzestrzeniania się stresu (ang. *stress proliferation*) i normalizowania takich zachowań, jak samookaleczanie bez intencji samobójczych jako regulacji wewnętrznych napięć (Copeland et al., 2020). Zagrożenie to staje się tym realniejsze, im słabsze więzi łączą młodą osobę z rodziną – wówczas system wartości oraz wzory zachowania wyznacza grupa rówieśnicza, wobec której jednostka wykazuje nasilony konformizm (Harwas-Napierała, Trempała 2002). Jeżeli poglądy w grupie są skrajnie radykalne, to stwarza to dodatkowe zagrożenie dla podatnej na wpływy ideologiczne dorastającej jednostki. Granica pomiędzy „my” a „oni” (rodzice, nauczyciele czy inne grupy) znacznie bowiem przypominać solidny, choć niewidzialny mur (Oleszkowicz, Bąk, 1997).

3.2.2. Przemoc rówieśnicza

W relacjach rówieśniczych odzwierciedlane lub kompensowane są pewne wzory relacji przyjęte w środowisku rodzinnym. Jednym ze szkodliwych zachowań wśród dzieci i młodzieży jest stosowanie przemocy rówieśniczej, która bywa bagatelizowana i traktowana jako element „rywalizacji” czy kształtowania się hierarchii w grupie. W związku z tym jej konsekwencje krótko- i długoterminowe nie są dostrzegane, a samo zjawisko traktowane jest jako element dorastania, przez który należy „przejść”.

Zjawisko przemocy rówieśniczej sprawia pewne problemy już na etapie definiowania. Wskazuje się bowiem na pewną hierarchię trzech pojęć: agresji rówieśniczej, przemocy rówieśniczej oraz *bullyingu* (Włodarczyk 2017b, Wójcik 2019; Pyżalski 2012), który nie posiada jednoznacznego odpowiednika w języku polskim, dlatego w literaturze zazwyczaj stosowany jest termin angielski. Spośród wymienionych pojęć agresja jest najbardziej pojemna – dotyczy wszystkich zachowań, których intencją jest wymierzona w kogoś krzywda. W przemocy pojawia się jeszcze warunek nierównowagi sił, czyli silniejszy sprawca jest agresywny wobec słabszej ofiary, w *bullyingu* natomiast istotna jest jeszcze powtarzalność tego działania (Wójcik 2019; Włodarczyk 2017b).

Rysunek 2. Zakres znaczeniowy agresji, przemocy i *bullyingu*



Źródło: opracowanie własne na podstawie Pyżalski J. (2012), *Agresja elektroniczna i cyberbullying jako nowe ryzykowne zachowania młodzieży*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków oraz Włodarczyk J., Wójcik Sz. (2019), *Skala i uwarunkowania przemocy rówieśniczej. Wyniki Ogólnopolskiej Diagnozy krzywdzenia dzieci w Polsce*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka”, vol. 18 , nr 3.

Przemoc stosowana przez rówieśników, podobnie jak przemoc w rodzinie czy każda inna, może przyjmować różne formy, jednak okazuje się, że płeć jest jednym z istotnych czynników różnicujących zachowania przemocowe w tej grupie. Chłopcy częściej stosują wobec siebie bezpośrednią przemoc fizyczną, co może wynikać z większej aprobaty demonstrowania siły fizycznej u płci męskiej. Natomiast dziewczynki częściej stosują przemoc pośrednią, zwaną też utajoną, polegającą głównie na działaniu prowadzącym do izolacji lub wykluczenia konkretnej osoby lub osób (Poszwa, Myślińska 2020). W innej klasyfikacji wyróżnia się prześladowanie bezpośrednie, gdzie krzywda jest wyrządzana w sposób widoczny i natychmiastowy, oraz relacyjne, w którym nękanie opiera się na rozsiewaniu plotek czy ignorowaniu osoby (Wójcik, Mondry 2020). Podobne zjawiska opisywane są więc w literaturze przedmiotu w sposób niejednoznaczny, uzależniony niejednokrotnie od stanowiska (lub dyscypliny) samych autorów.

Przemoc rówieśnicza charakteryzuje się często jeszcze jednym elementem, który można byłoby nazwać „widownią”, czyli obecnością świadków zachowań przemocowych. Egzemplifikacją tego są wyniki badań Kingi Poszwy oraz Dominiki Myślińskiej (2020), według których do przemocy takiej dochodzi najczęściej w szkole (62%) lub poza szkołą, ale na jej terenie (20%), co daje gwarancję, że wydarzenie będzie obserwowane przez innych uczniów. Jednym z najniebezpieczniejszych miejsc w szkole są toalety, jednak do przemocy dochodzi także na szkolnym korytarzu czy boisku, a nawet w sali (Sawicka

2008). Przemoc rówieśnicza bywa bowiem sposobem na przekazanie grupie jasnej informacji, kto jest jej przywódcą i jakie ustala zasady. Można zatem stwierdzić, że jest funkcjonalna, gdyż podtrzymuje porządek społeczny, utrzymuje ład, oraz dysfunkcjonalna jednocześnie (Wójcik, Mondry 2020). Małgorzata Wójcik i Maria Mondry (2020) jednoznacznie wskazują, że tak zorganizowany porządek społeczny przypomina w swoim kontekście grę, w której uczestnicy dostosowują się do przyjętych zasad oraz doskonale znają pozycję pozostałych uczniów.

Istotność „widowni”, czyli rówieśników-świadków, jak nazywa ich Wojciech Woźniak (2022) dostrzeżono w Finlandii, w której przemoc rówieśnicza przyczyniła się do bardzo małej chęci uczęszczania do szkoły, na co wskazywał raport WHO z 2004 roku. W celu przeciwdziałania temu zjawisku wprowadzono holistyczny program KiVa skierowany do dzieci i młodzieży w wieku 7–15 lat, a opierający się na zaangażowaniu uczniów, rodziców i kadry nauczycielskiej. KiVa nie tylko zredukowała przemoc rówieśniczą w szkołach, w których została wdrożona, ale także wpłynęła pozytywnie na chęć uczęszczania do szkoły, samopoczucie oraz wyniki uczniów (Woźniak 2022)¹⁷.

Zjawisko przemocy rówieśniczej nie stanowi sytuacyjnego marginesu również w Polsce. Dotychczas nie podjęto jednak w naszym kraju ani tak dużych działań badawczych w tym zakresie, ani tym bardziej ogólnokrajowych inicjatyw naprawczych. W badaniu doświadczenia przemocy rówieśniczej przeprowadzonym przez Poszwę oraz Myślińską (2020) za pomocą dziennika elektronicznego rozprawdano ankietę w grupie 500 uczniów i uczennic szkoły podstawowej. Wśród badanych ofiarami przemocy częściej byli chłopcy (49%) niż dziewczyny (32%). Najczęściej była to przemoc słowna, głównie przezywanie, zaczepianie oraz wyśmiewanie, sprawcą przemocy była najczęściej osoba z klasy (233 wskazań) lub z innej klasy (124 wskazania).

Wraz z rozwojem internetu pojawiły się nowe formy **bullyingu** określane jako **cyberbullying** (z ang. cyberprzemoc), które stały się wyraźnym źródłem zagrożenia, gdyż przestały dotyczyć konkretnej społeczności szkolnej. Łatwość dodawania i przesyłania materiałów (w tym video) przyczynia się do doświadczenia przemocy w dłuższej perspektywie oraz bez ograniczenia przestrzeni, które kiedyś stanowiły mury szkoły czy granice osiedla. Piętno ofiary nie tylko utrzymuje się w świadomości sprawców przemocy

¹⁷ Program KiVa opracowano i wdrożono w oparciu o naukową diagnozę, którą prowadził zespół specjalistów z Uniwersytetu w Turku. Jest przykładem działań polityki publicznej popartej dowodami (ang. *evidence-based policy*), a jego wartość doceniana jest również poza Finlandią, np. w Chile czy Argentynie (zob. Woźniak 2022). KiVa stanowi także istotną inicjatywę w zakresie profilaktyki zdrowia psychicznego i prewencji zachowań samobójczych (zob. Adamczyk, Woźniak 2021).

czy świadków, ale także istnieje „dowód”, który można w dowolnym momencie pokazać. W takiej sytuacji działanie zaradcze, jakim bywa zmiana szkoły, nie stanowi żadnego rozwiązania. Podobnie mechanizmy kontroli w sieci internetowej, które zazwyczaj są o krok w tyle względem działań użytkowników stosujących mowę nienawiści. To z kolei może przyczynić się do wzmocnienia kryzysu u dziecka lub nastolatka, a w konsekwencji do podjęcia zachowania samobójczego (Witkowska 2021: 166).

Doświadczenie przemocy rówieśniczej przez dzieci czy młodzież może przyczynić się do wykazywania przez nie zachowań agresywnych. Mogą być to zarówno zachowania autodestrukcyjne, w których agresja skierowana jest na siebie, jak i destrukcyjne wobec innych. **Wiktyimizacja łączy się ze sprawstwem** – bycie ofiarą w jednym środowisku może przełożyć się na bycie sprawcą w innym. Metaanalizy ukazują jednak również zależność odwrotną – sprawcy przemocy mogą stać się w przyszłości jej ofiarami (Walters 2020).

3.3. Szkoła jako coś więcej niż instytucja edukacyjna

W ujęciu funkcjonalistycznym przed szkołą stawiane są zasadniczo trzy cele: kształcenia, wychowania i opieki (Helios, Jedlecka 2020: 83). Na oficjalnych stronach szkół, forach dla rodziców czy w wywiadach z nauczycielami lub innymi specjalistami często pojawia się krótkie zdanie „Szkoła uczy i wychowuje”. Dostarczając wiedzy i umiejętności, nakłada też bowiem na młode jednostki zobowiązania – zarówno dotyczące organizacji dnia (plan lekcji), jak i sposobu zachowywania się w określonych sytuacjach. To także nowy kontekst społeczny: jednostka zostaje tu umieszczona wraz z rówieśnikami oraz osobami w podobnym wieku. Staje się częścią odgórnie i formalnie wyodrębnionej grupy, w ramach której funkcjonują również mniejsze grupy nieformalne. Wiąże się to z różnorodnością we wszystkich możliwych aspektach, a więc i zderzeniem z nierównościami oraz często niesprawiedliwością (Borecka-Biernat i in. 2018: 21). Danuta Lalak (2008) w jednym z artykułów obala cztery popularne stereotypy odnośnie szkoły, które nazywa mitami. Jednym z nich jest przekonanie, że szkoła wyrównuje szanse edukacyjne¹⁸. Oczywiście problem ten nie leży jedynie po stronie szkoły. Nieodłącznie wiąże się chociażby z tematem ubóstwa i zjawiskiem dziedziczenia biedy, a brak skutecznych działań na tym polu uniemożliwia realizację wyrównywania szans edukacyjnych (Szymański 2008).

¹⁸ Pozostałe trzy mity wymienione przez Lalak (2008) to: (1) zjawiska patologiczne, które dzieją się w szkole, mają swój początek właśnie w szkole, (2) szkoły współpracują z rodzicami, (3) dzieci i młodzież do życia najlepiej przygotowuje rywalizacja i konkurowanie (Lalak 2008: 125).

Wraz z rosnącymi nierównościami w zarobkach i statusie materialnym rodzin nierówności szkolne wydają się zwiększać. Szkoły czy uczelnie z tzw. wysokim progiem przyjęcia przyjmują kandydatów osiągających najwyższe wyniki na egzaminach, podobnie np. szkoły artystyczne wymagające złożenia przez kandydata portfolio. Nie trudno sobie wyobrazić przewagę, jaką zdobywają wówczas dzieci i nastolatki, których rodzice finansują zajęcia dodatkowe. Założenie, że sama szkoła sprosta wyrównywaniu szans jest utopijne, co nie oznacza, że należy lekceważyć rolę pojawiającej się w ramach tej instytucji (nie)sprawiedliwości. Według Lalak (2008), gdyby nierówności szkolne nie istniały, a wręcz nie „miały się dobrze”, nie stanowiłyby jednego z filarów zainteresowań badawczych pedagogiki społecznej.

Szymanowska (2008), analizując badania dotyczące bezpieczeństwa szkoły, które przeprowadzono wśród nauczycieli 1141 szkół podstawowych i gimnazjalnych przez Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej w 2005 roku na zlecenie ówczesnego Ministerstwa Edukacji Narodowej, wysnuła wniosek, że otrzymane wyniki dalekie są od rzeczywistości, a respondentom zależało na przedstawieniu swojej placówki w jak najlepszy sposób, chociaż badania były anonimowe (Szymanowska 2008). Przykładowo, według tych wyników ofiary przemocy szukają pomocy u wychowawców, a sprawcami w znikomym stopniu są nauczyciele. W świetle przytoczonych w dalszej części tego podrozdziału badań nie da się z Szymanowską nie zgodzić – analizowane przez nią badanie, ze względu na dobraną próbę respondentów, miało raczej charakter wizerunkowy niż eksploracyjny.

Dzieci i młodzież narażone są w szkole na sytuacje stresujące, które obiektywnie ocenić można byłoby jako zwyczajne, takie jak klasówka czy odpytywanie ustne, ale także i te obiektywnie trudne, jak dręczenie przez innych uczniów czy poniżanie ze strony nauczycieli. Utrzymujące lub nasilające się szkolne sytuacje stresowe mogą wywołać w uczniach reakcje lękowe, a finalnie przerodzić się nawet w fobię szkolną (Karolczak-Biernacka 1991). Często u dzieci pojawiają się wówczas objawy somatyczne, takie jak bóle brzucha przed pójściem do szkoły. Jednocześnie szkoła stanowi drugie miejsce, zaraz po domu rodzinnym, gdzie jednostka spędza dużo czasu, a uczestnicy tej społeczności wywierają na nią wyraźny wpływ.

3.3.1. Klimat szkoły

Cechy organizacji mają duży wpływ na efektywność pracowników i ich pracy. Zastanawiając się więc nad efektywnością nauczania, podjęto badania nad istotnością klimatu szkoły jako ważnej cechy organizacji. Przy czym wiązanie cech szkoły z efektywnością prowadzonego nauczania zaczęło się stosunkowo niedawno – dopiero pod koniec lat 50. ubiegłego wieku (Ostaszewski 2012).

Klimatem szkoły nazywany jest (...) *sposób spostrzegania przez nauczycieli i uczniów środowiska swojej pracy lub nauki oraz wpływ tej percepcji na ich zachowania* (Ostaszewski 2012: 23). Kulesza wskazuje, że (...) *doświadczenie (przeżycie) określonych właściwości środowiska szkolnego przez uczniów stanowi odzwierciedlenie ich psychologicznej sytuacji* (Kulesza 2008: 66). Ostaszewski (2012) podkreśla, że w literaturze można spotkać się z różnymi definicjami tego pojęcia, gdyż jego rozumienie jest raczej intuicyjne. Odnosi się do wielu czynników, wśród których znajdują się na przykład: sposób prowadzenia lekcji przez nauczycieli, system kar i nagród, poczucie bezpieczeństwa. Przy czym bezpieczeństwo nie jest tutaj rozumiane jedynie w kategoriach zdrowia fizycznego czy przepisów BHP. Chodzi również o subiektywne poczucie bycia bezpiecznym/ą w szkole jako przestrzeni wolnej od jakiegokolwiek przemocy, w tym od ośmieszania czy upokarzania, zarówno ze strony uczniów, jak i nauczycieli (Szymanowska 2008).

Jeżeli klimat szkoły odbierany jest przez uczniów jako pozytywny, chętniej uczęszczają oni na lekcje, angażują się w nie oraz podejmują inne aktywności szkolne (Ostaszewski 2012). Jednym z elementów kultury szkoły, który temu sprzyja, jest wzajemne zaufanie uczniów i pracowników szkoły (Piorunek 2018). W kontekście edukacji pisał o tym również Piotr Sztompka (2007).

Jednym z tematów podnoszonym w debatach na temat szkolnictwa w Polsce jest również **system oceniania**. Stworzenie ujednoczonego, ustandaryzowanego systemu ocen i kryteriów wydaje się niemożliwe, jeżeli weźmiemy pod uwagę jak zróżnicowane jednostki mają mu podlegać. Zazwyczaj jedynym ich wspólnym czynnikiem jest wiek, który przypisuje do odpowiedniej klasy (a więc i do odpowiednich wymagań stawianych przez szkołę i egzekwowanych przez nauczyciela). Takie działanie uznawane jest jednak przez specjalistów za niepedagogiczne. Nie uwzględnia bowiem różnic indywidualnych, stanowi za to żyzną glebę dla przemocy, w tym przemocy strukturalnej oraz symbolicznej (Helios, Jedlecka 2020). Uwidacznia się to wyraźnie w przypadku dzieci, które

rozpoczynają szkołę z niewystarczającymi czy po prostu gorszymi zasobami intelektualnymi lub emocjonalnymi. Błędnym założeniem w micie całkowitej odpowiedzialności jednostki za własny los jest to, że rozpoczynamy wszyscy z tego samego miejsca, i tylko od naszej woli, talentu i pracowitości zależy, jak szybko dobiegniemy do mety. Wciąż jako społeczeństwo mamy problem z dostrzeżeniem różnic dotyczących zasobów intelektualnych i emocjonalnych, w które początkowo wyposaża nas, świadomie lub nie, dom rodzinny.

Według tak przyjętego systemu nauczania nie liczy się postęp „w ogóle”, lecz jako konkretny, adekwatny do określonych wymagań. Brak docenienia postępów w rozumieniu jednostkowym przyczynia się do utraty motywacji do nauki przez dzieci o mniejszych zasobach. Spada również zaangażowanie w wykonywane zadania, poczucie własnej wartości oraz kompetencji. Jednocześnie zwiększa się poziom odczuwanego stresu, który wzmacniany jest negatywnymi reakcjami rówieśników oraz nauczycieli na popełniane błędy (Deptuła 2013). Szkoła często pielęgnuje rywalizację pomiędzy uczniami, w której faworyzowane są jednostki z bardzo dobrymi ocenami, osiągnięciami w nauce lub sportach. Dla uczniów, którzy mają problemy z nauką lub wykazują trudne zachowania, szkoła nie stanowi wówczas miejsca do tzw. wyrównywania szans. Staje się instytucją pogłębiającą jednostkowe problemy, w tym te związane ze zdrowiem psychicznym (Urban 2012). Nasuwa się tutaj koncepcja reprodukcji kulturowej Pierre’a Bourdieu (Bourdieu, Passeron 2011), o której pisał, omawiając francuski system edukacji. Według autora sposób, w jaki funkcjonuje szkoła, reprodukuje nierówności wynikające z różnicy w posiadanym kapitale kulturowym wywodzącym się z rodziny. Oznacza to, że osoby o niższym kapitale kulturowym, a więc pochodzące z rodzin nieuprzywilejowanych, osiągają gorsze wyniki lub mają mniejsze szanse na dostanie się do tzw. dobrej szkoły, która wyposaży ich w odpowiednią wiedzę i umiejętności. Różnice wynikające z pochodzenia reprodukowane są więc przez system szkolny, który wzmacnia je w kolejnych pokoleniach. Utrwala funkcjonującą strukturę klasową, zamiast wyrównywać szanse (Adamczyk 2015; Zarycki 2009).

3.3.2. Nauczyciel – gdy przewodnik spisuje na straty

Ze względu na funkcjonowanie młodej jednostki z rówieśnikami przede wszystkim w środowisku szkolnym, część omówionych wcześniej zjawisk pokrywa się z tym, co można byłoby opisać w tym podrozdziale. Jednak szkoła to nie tylko uczniowie, ale

także pracownicy, przede wszystkim kadra nauczycielska, osoby pełniące rolę dyrektora oraz pedagoga lub psychologa szkolnego. Relacje ucznia z osobami dorosłymi w szkole są nie mniej ważne niż te zawierane z rówieśnikami. Mają nie tylko istotny wpływ na zainteresowanie uczniów danym przedmiotem, ale i na ich postrzeganie zaufania w relacjach, które zależne jest od doświadczeń (Jankowska 2013). Relacja nauczyciel–uczeń zakłada asymetrię opartą na władzy. Uczeń w pewien sposób podlega nauczycielowi, i to do tego aspektu odnoszą się przywoływane w dyskursie potocznym przekonania o zobowiązaniach w tej relacji. Trudno jednak całą odpowiedzialnością obarczyć jedną stronę. Brak szacunku, konsekwencji w postępowaniu czy poszanowania podmiotowości uczniów może skutecznie ich zniechęcić nie tylko do postępującego tak nauczyciela, ale także do nauczanego przez niego przedmiotu (Synder, Jankowska 2013).

W 2007 roku przeprowadzono na terenie Łodzi ogromne badania wśród młodzieży na temat poczucia bezpieczeństwa¹⁹. Zbadano przede wszystkim skalę zachowań agresywnych nauczycieli względem uczniów. Uwagę zwracają szczególnie wartości dotyczące ośmieszania i zawstydzania uczniów – 69% respondentów ze szkoły podstawowej, 45,1% z gimnazjum, 36,3% z liceum i 42,6% z zespołu szkół odpowiedziało, że nigdy się one nie zdarzyły. Biorąc pod uwagę istotność szkoły w procesie wychowawczym, wartości te powinny być dużo wyższe. Tymczasem 5,6% respondentów z gimnazjum i 5% respondentów z zespołu szkół wskazało, że ośmieszanie i zawstydzanie ze strony nauczycieli występuje bardzo często. Budowaniu bezpiecznej przestrzeni i relacji nie służy również krzykzenie, które najczęściej pojawiało się w gimnazjach (23,3% – bardzo często, 32,1% – często). Zaledwie dla niespełna ¼ respondentów (24,2%) nauczyciele robią wszystko, co w ich mocy, aby w szkole było bezpieczniej, a 16,7% uważało, że nauczyciele robią w tym kierunku niewiele (Michałowska i in., 2008: 127).

Kopciwicz (2011) wskazuje na kilka dyskursów dotyczących **poniżania uczniów przez nauczycieli**. Obok dyskursu klasowego czy dyskursu poddaństwa pojawia się przede wszystkim dyskurs normalizacyjny. Stosowanie przez kadrę pedagogiczną takich sformułowań czy określeń, które autorka badań nazywa mową nienawiści i przemocą werbalną, nie tylko zamiast sprzeciwu wywołuje u pozostałych uczniów śmiech, lecz przede wszystkim daje im wyraźny sygnał aprobaty takiego zachowania wobec innych. W badaniu realizowanym przez Lucynę Kopciwicz (2011) przeprowadzono 145

¹⁹ Zastosowano ankietę audytoryjną, a próba obejmowała aż 18 192 uczniów, w podziale na szkoły: szkoła podstawowa, gimnazjum, liceum, zespół szkół. Przeprowadzono także 4 zogniskowane wywiady grupowe (tzw. focusy lub fokusy).

wywiadów narracyjnych z kobietami, które wspominały najbardziej degradującą w swojej ocenie sytuację doświadczoną w szkole. Najczęściej były to negatywne komentarze ze strony nauczycieli i nauczycielek dotyczące ich wyglądu. Komentarze zawierały porównania mające na celu poniżenie uczennic oraz przypisanie motywów niestosowności ich zachowań, gdyż w wypowiedziach odwoływano się do „szkodzenia chłopcom”, tj. prowokowania czy rozpraszenia ich swoim ubiorem (Kopciewicz 2011: 120). Już na poziomie edukacji szkolnej można więc dostrzec wzmocnienie postawy, która w przyszłości skutkuje obwinianiem ofiary, tak jak dzieje się to chociażby w tak poważnym i destrukcyjnym przestępstwie jak gwałt (van der Bruggen, Grubb 2014)²⁰.

Takie zachowanie nauczycieli stanowi przeciwieństwo tego, jakiej postawy oczekują od nich uczniowie. W badaniach przeprowadzonych przez Agnieszkę Jankowską (2013) w 2013 roku w jednym z gimnazjów w województwie zachodniopomorskim (N = 103; dane zbierane metodą sondażu diagnostycznego) uczniowie wskazali, że relacja z nauczycielem powinna charakteryzować się przede wszystkim uczciwością (72,8%) oraz szacunkiem (70,9%). Jednocześnie 31% badanych zadeklarowało całkowity brak zaufania do kadry nauczycielskiej (Jankowska 2013).

Natomiast nauczyciele zazwyczaj postrzegają siebie samych jako osoby budzące zaufanie, do których uczniowie przyszliby ze swoimi problemami. Takie zdanie wyraziło aż 75% nauczycieli i nauczycielek szkół podstawowych i ponadpodstawowych w badaniu zrealizowanym w 2020 roku na próbie 1535 osób (Fundacja Szkoła z Klasą 2021). Odpowiedzi te w żaden sposób nie dziwią, trudno jest bowiem uwierzyć, że osoba zajmująca takie stanowisko zadeklarowałaby brak wzbudzania zaufania wśród „podopiecznych”. Bardziej wiarygodne wydają się opinie uczniów i uczennic, którzy zmagając się z problemami lub kryzysami podejmują decyzję, do kogo się zwrócić. Niestety, ich chęć do dzielenia się problemami z gronem pedagogicznym jest dużo mniejsza, niż deklarują to nauczyciele.

W społeczności szkolnej pojawia się jednak jeszcze jeden problem wynikający z wyraźnego podziału „my” – uczniowie, „oni” – nauczyciele. W celu zbudowania zaufania

²⁰ Ofiara obwiniana jest o „prowokowanie” sprawcy, którego linia obrony zazwyczaj wiąże się z: ubiorem ofiary, stanem jej trzeźwości, brakiem wyraźnej niezgody, przeciwstawienia się itd. Żaden z tych aspektów nie usprawiedliwia działania oprawcy. W przypadku braku przeciwstawiania się często występuje efekt zamrożenia czy też dysocjacji ofiary – efektem tego jest niemożność wydobywania z siebie głosu oraz poruszania się. Z tego powodu od wielu lat zgłaszano potrzebę redefinicji pojęcia „zgwałcenie” w polskim prawodawstwie, jednak jak dotychczas nie zostało to uwzględnione. Temat ten doskonale przedstawiono w monodramie *Prima Facie* z Jodie Coster, wcielającą się w postać adwokatki, która niejednokrotnie broniąc sprawców, sama staje się ofiarą gwałtu.

i poczucia bezpieczeństwa w relacji nauczyciel–uczeń, potrzebna jest wzajemność, co z kolei wzbudza wśród uczniów pewne obawy. Bycie w dobrym kontakcie z nauczycielem może być postrzegane przez resztę klasy jako tzw. podlizywanie się, którego konsekwencją jest etykietka „kujona” czy „pupilka” i wykluczenie z grupy rówieśniczej (Denst-Sadura 2007). Tymczasem poczucie sprawiedliwego traktowania przez nauczyciela oraz wykazywanie się przez niego postawą wspierającą i wyrozumiałą przyczynia się do zmniejszenia podejmowania zachowań ryzykownych przez młodzież (Ostaszewski 2012).

Problemy szkolne młodzieży bardzo często utożsamia się ze złymi wynikami w nauce lub problemami w kontakcie z rówieśnikami. Jednak nauczyciele, podobnie jak szkoła, podlegają parametryzacji, w której nie uwzględnia się najważniejszego czynnika sprzyjającego uczeniu się, najogólniej określić można go jako postawę. Postawa zaangażowania i szczerze zainteresowania nauczaniem, empatyczne podejście do ucznia jako indywidualnej jednostki, jest znacznie ważniejsze pod względem efektywności procesu nauczania niż zastosowane na lekcjach metody czy techniki (Nyczaj-Draż 2003: 38). Tymczasem pewne deficyty funkcji wykonawczych, które mogą pojawić się u dzieci krzywdzonych lub doświadczających krzywdy w przeszłości, znacznie wpływają na ich umiejętności skupienia się, przyswajania nowych treści czy utrzymania dyscypliny. Ich zachowanie w szkole lub osiągnięte na lekcjach wyniki mogą więc odbiegać od tych, które charakteryzują wzorowych uczniów bez tego typu deficytów. Nauczyciel niewykazujący zaangażowania w zrozumieniu przyczyn tych różnic może je potraktować jako wybór dziecka dotyczący przyjęcia przez niego postawy tzw. **trudnego ucznia** (Pietrzak 2018). Następujący wówczas brak zainteresowania nauczaniem tej konkretnej osoby tworzy błędne koło, gdyż mając utrudniony start, nie tylko nie dogoni ona pozostałych, ale coraz wyraźniej będzie pozostawać w tyle. W pewnym momencie strat nie da się nadrobić, a dalsze losy jednostki – najpierw edukacyjne, a potem zawodowe, wydają się przesądzone.

Co ciekawe, kontrola NIK (2017) wykazała, że 24% nauczycieli nie czuje się przygotowanych do rozpoznawania problemów psychospołecznych występujących u uczniów, a 17,4% odczuwa brak dostatecznej wiedzy oraz kompetencji z zakresu prowadzonych przez siebie zadań wychowawczych i profilaktycznych. Ze względu na brak kadry opieka pedagogiczno-psychologiczna w niektórych szkołach była przekazywana nauczycielom z dodatkowymi kwalifikacjami). Wyniki te jednoznacznie wskazują na braki kompetencyjne nauczycieli w zakresie podstaw psychologii, co nie tylko znajduje odzwierciedlenie w realizacji programów profilaktycznych, ale przede wszystkim

w codziennym funkcjonowaniu w relacji nauczyciel–uczeń. Brak umiejętności rozpoznawania sytuacji kryzysowych u ucznia sprzyja chociażby etykietowaniu go jako „trudnego”. Zamiast wsparcia w kryzysie i pomocy w znalezieniu rozwiązania doświadcza on lekceważenia i braku zrozumienia.

3.3.3. Iluzja pomocy psychologiczno-pedagogicznej

Wśród zadań szkoły znajduje się jasno sprecyzowana pomoc psychologiczno-pedagogiczna, która ma wspierać zarówno uczniów uzdolnionych w dalszym rozwoju, jak i uczniów z problemami wychowawczymi czy edukacyjnymi – w tym samym zakresie. Oznacza to, że szkoła ma za zadanie w pewnym sensie otoczyć uczniów opieką ze strony pedagoga i psychologa. Jak czytamy na głównej rządowej stronie: (...) *realizacja zajęć z zakresu pomocy psychologiczno-pedagogicznej jest jedną z podstawowych form działalności dydaktyczno-wychowawczej przedszkola, szkoły, placówki*²¹. O zasadności postawienia w tytule tego podrozdziału tezy, że jest to jedynie iluzja, świadczą wyniki kontroli Najwyższej Izby Kontroli, z której raport opublikowano w 2017 roku. Wykazano w nim, że w roku szkolnym 2015/2016 na jedną szkołę (bez rozróżnienia jej typu oraz rodzaju) przypadało 0,2 etatu psychologa. Liczba ta jest jeszcze niższa na wsiach – 0,09 etatu psychologa. Korzystając z innego wskaźnika, na który powołuje się NIK, na 1.000 uczniów przypada 0,89 etatu psychologa w mieście oraz 0,57 etatu na wsi (Najwyższa Izba Kontroli 2017).

Dyrektorzy, ustalając pensum nauczycieli specjalnych, kierowali się dostępnością kadry oraz możliwościami finansowymi podmiotu, przez co liczba godzin wahała się od 18 do 40 tygodniowo. Nietrudno wyobrazić sobie ogromne obciążenie obowiązkami, a także towarzyszący temu stres, przy jednoczesnym, niewysokim wynagrodzeniu finansowym, a przy tym dużą odpowiedzialność. Tymczasem jak czytamy w raporcie NIK: (...) [w skrajnym przypadku jeden etat specjalisty przypadał na 819 uczniów (Najwyższa Izba Kontroli 2017: 45). Do specjalistów w szkole zalicza się: psychologa, pedagoga, logopedę, doradcę zawodowego oraz terapeutę.

Nie wszystkie szkoły publiczne zatrudniały w ramach etatu pedagoga i psychologa. Obowiązek realizacji opieki psychologiczno-pedagogicznej był wówczas realizowany np. przez współpracę z poradnią psychologiczno-pedagogiczną. Jednak czas oczekiwania na

²¹ Zob. <https://www.gov.pl/web/edukacja-i-nauka/pomoc-psychologiczno-pedagogiczna2> (dostęp: 12.06.2022).

wizytę wynosił około miesiąca, a w najgorszym przypadku nawet 21 miesięcy. W tabeli 2 przedstawiono zróżnicowanie w dostępie do pomocy pedagoga i psychologa w zależności od typu i rodzaju szkoły. Przedstawione wyniki dotyczą lat 2011–2016, wówczas funkcjonowały jeszcze gimnazja (3-letnie, po 6-letniej szkole podstawowej) oraz zasadnicze szkoły branżowe (dzisiejsze szkoły branżowe). Podane w tabeli wartości to średnia liczba uczniów z danego okresu oraz skontrolowanych przez NIK szkół przypadająca na jeden etat pedagoga oraz na jeden etat psychologa. Najlepszy dostęp do wspomnianych specjalistów w szkole mieli uczniowie gimnazjów, przy czym absolutnie nie jest to wynik zadowalający.

Tabela 2. Zróżnicowanie w dostępie do pomocy pedagoga i psychologa w podziale na typ i rodzaj szkoły

Typ szkoły	Średnia liczba uczniów przypadająca na jeden etat pedagoga	Średnia liczba uczniów przypadająca na jeden etat psychologa
Szkoła podstawowa	460–505	1786–2544
Gimnazjum	325–345	1139–1433
Liceum ogólnokształcące	590–687	1996–2945
Technikum	899–1084	5965–8455
Zasadnicze szkoły zawodowe	1043–1195	3245–4185

Źródło: opracowanie własne na podstawie Najwyższa Izba Kontroli (2017), *Przeciwdziałanie zaburzeniom psychicznym u dzieci i młodzieży. Informacja o wynikach kontroli*, <https://www.nik.gov.pl/kontrole/P/16/026/> (dostęp: 16.10.2022).

W maju 2022 roku uchwalono *Ustawę z dnia 12 maja 2022 r. o zmianie ustawy o systemie oświaty oraz niektórych innych ustaw* (Dz.U. 2022 poz. 1116), w której szczegółowo rozpisano standaryzację zatrudniania nauczycieli psychologów, pedagogów, logopedów, terapeutów pedagogicznych i pedagogów specjalnych. Jest to odpowiedź na duże zróżnicowanie liczby godzin przepracowywanych przez nauczycieli specjalnych, zależnie od jednostki, w której są zatrudnieni. We wrześniu 2022 roku zaczęto wdrażać pierwszy etap, który określany jest jako przejściowy. Zakłada on niższe wartości standardów dotyczących łącznej liczby etatów nauczycieli psychologów, pedagogów, logopedów, terapeutów pedagogicznych i pedagogów specjalnych niż docelowe i potrwa do 31 sierpnia 2024 roku. Drugi etap rozpoczynający się 1 września 2024 roku ma już spełniać docelowe wartości założonych standardów. Jest też bardziej zróżnicowany niż

etap pierwszy – łączna liczba etatów zależy jeszcze wyraźniej od liczby dzieci lub uczniów, co szczegółowo przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Standaryzacja zatrudniania nauczycieli specjalistów – liczba etatów w etapie I i II

Liczba dzieci lub uczniów	Łączna liczba etatów	
	Etap I (przejściowy)	Etap II (docelowy)
1-10	0,25	0,25
11-20	0,25	0,4
21-30	0,25	0,6
31-40	0,5	0,8
41-50	0,5	1
51-100	1	1,5
Od 101	1,5 etatu + 0,2 etatu na każdych kolejnych 100 uczniów	2 etaty + 0,2 etatu na każdych kolejnych 100 uczniów

Źródło: opracowanie własne na podstawie Ustawy z dnia 12 maja 2022 r. o zmianie ustawy o systemie oświaty oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2022 poz. 1116).

Jesteśmy jednak na początku wdrażania tych zmian, a ich skuteczność będzie można ocenić dopiero po kilku latach. Weryfikacja przyjętych w ustawie założeń zostanie dokonana bezpośrednio przez środowisko szkolne, szczególnie uczniów i uczennice, dla których standaryzacja ta jest wprowadzana. Tym samym otworzy się szerokie pole dla nauk społecznych i humanistycznych do prowadzenia jakościowych badań w temacie zmian w opiece pedagogiczno-psychologicznej w polskich szkołach.

Podsumowanie

Stworzona przeze mnie metafora trzech filarów, na których opiera się proces kształtowania jednostki, odnosi się do rodziny, rówieśników i szkoły. W niniejszym rozdziale wszystkie trzy środowiska zostały przedstawione jako wadliwe, niestabilne czy też „ukruszone”. Rodzina nie zawsze realizuje bowiem swoje zadanie w prawidłowym socjalizowaniu dziecka czy nastolatka do życia w społeczeństwie i budowaniu zdrowych relacji. Dysfunkcyjność rodzin wykracza daleko poza takie charakterystyki jak alkoholizm rodziców czy przemoc fizyczna pozostawiająca wyraźne siniaki (Matyjas 2018, Halemba, Izdebska 2009). Podobnie proces kształtowania tożsamości nie przynależy tylko do wychowania naturalnego, które odbywa się w ramach rodziny, ale także do wychowania grupowego wśród rówieśników czy instytucjonalnego w szkole (Paruszewska 1991).

W tych środowiskach również mogą pojawić się pewne dysfunkcjonalne aspekty, takie jak przemoc rówieśnicza czy niesprawiedliwość i odrzucenie, które przyczyniają się do powstania lub rozwijania się u dziecka/nastolatka kryzysu.

Tak jak uszkodzone czy niestabilne filary nie utrzymają konstrukcji budynku, tak niewłaściwie funkcjonujące środowisko rodzinne, rówieśnicze czy szkolne mogą stanowić potencjalny czynnik kryzysogenny. Brak odpowiedniej strategii radzenia sobie z problemem czy wsparcia z zewnątrz może doprowadzić do eskalacji kryzysu, który staje się na tyle przeciążający, że jedynym wyzwoleniem od cierpienia jest dla jednostki podjęcie zachowania samobójczego (Zwoliński 2013, Hołyst 1991, 2012). Rozważania na temat tej skrajnej postaci autodestrukcji zawarto w kolejnej części rozprawy.

CZEŚĆ II. Samobójstwo – autodestrukcja czy destrukcja cierpienia?

*(...) samobójstwo stało się siłą destrukcyjną,
która zbiera ogromne żniwo śmierci.
Jest istotnym współczesnym tematem „wojny o człowieka”²².*

Kryzys, czyli zaburzenie równowagi psychicznej, występuje na różnych etapach życia każdego człowieka i może mieć różne konsekwencje, w tym przyczynić się do rozwoju jednostki (Ringel 1987). Samopoczucie i jego subiektywna ocena przesuwają się bowiem na granicy dwóch biegunów – poprawy i pogorszenia. Pierwszy z nich oznacza pozytywne wyjście z kryzysu, prawdopodobnie też zyskanie nowych strategii radzenia sobie, i w tym znaczeniu rozumiany jest tutaj rozwój. Skrajny biegun pogorszenia oznacza natomiast stan na tyle przeciążający, że jednostka nie wyobraża sobie dalszego życia w danych warunkach. Momentem krańcowym jest popełnienie samobójstwa, które w zamierzeniu ma uwolnić od cierpienia (Zwoliński 2013; Hołyst 1991, 2012).

Samobójstwo, chociaż jest działaniem jednostkowym, ma wyraźny charakter społeczny. Stanowi obciążenie dla bliskich pod względem psychicznym, emocjonalnym, społecznym, ale i ekonomicznym – także dla całego kraju (Hołyst 2018). Chociaż temat ten zyskuje coraz większe znaczenie i podejmowane są państwowe oraz międzynarodowe działania w celu zapobiegania samobójstwom, skala zjawiska zachowań samobójczych rośnie w wymiarze globalnym (van Velzen i in. 2022). Opublikowana w 2021 roku analiza samobójstw, które miały miejsce w 175 krajach w okresie 1991–2017 wykazała, że mężczyźni giną w wyniku samobójstwa 1,63 razy częściej niż kobiety. Liczba samobójstw okazała się też pozytywnie skorelowana ze stopą bezrobocia – im wyższe bezrobocie, tym wyższe wskaźniki samobójstw zakończonych zgonem (Meda i in. 2021). Podczas przeanalizowanego okresu 27 lat, do statystyk trafiło 21 milionów przypadków śmierci w wyniku samobójstwa. Warto dodać, że były to „jedynie” samobójstwa oficjalnie zarejestrowane, więc jest to najprawdopodobniej liczba znacząco zaniżona.

Samobójstwa stanowią główną przyczynę zgonów wśród adolescentów (niezależnie od płci) nie tylko w Polsce, lecz w ujęciu globalnym (WHO 2022; van Vuuren

²² Zwoliński A. (2013), *Samobójstwo jako problem osobisty i publiczny*. Wydawnictwo WAM, Kraków, s. 50.

i in. 2021; McManama O'Brien i in. 2019; Sivertsen i in. 2019). Oficjalne stanowisko Światowej Organizacji Zdrowia wskazuje, że obszar zdrowia psychicznego był przez wiele lat niedoceniany w ramach całej sfery zdrowia publicznego. Tymczasem dostęp do profesjonalnej opieki zdrowia psychicznego stanowi podstawowe prawo człowieka (WHO 2022).

Samobójstwo nie jest traktowane jednowymiarowo – bywa gloryfikowane, potępiane, komentowane, rozumiane. Przez psychologów i psychiatrów traktowane jest jako jedna z form autoagresji, do tej kategorii zaliczyć możemy również takie zjawiska jak: samouszkodzenie ciała np. poprzez wykonywanie nacięć na skórze, podtruwanie się, przypalanie czy uderzanie głową (Makowska, Gmitrowicz 2018). Intencjonalne wyrządzanie sobie samemu/samej krzywdy wydaje się niezrozumiałe dla wielu osób, dlatego tego skrajny przejaw, którym jest samobójstwo, utożsamiany jest często z chorobą psychiczną. Rzeczywiście, nie bez znaczenia pozostaje tutaj kondycja zdrowia psychicznego jednostki popełniającej samobójstwo, „automatyczne” tłumaczenie samobójstwa chorobą psychiczną jest jednak znaczącym uproszczeniem. Bardzo istotną kategorią czynników oddziałujących na decyzję o samobójstwie jest ta powiązana z otoczeniem społecznym, w którym jednostka wzrasta i żyje. Pod tym względem klasyczna socjologiczna analiza Durkheima, piszącego, że.: (...) *przyczyną tego, iż Niemcy popełniają samobójstwa częściej niż inne narody, nie jest krew płynąca w ich żyłach, lecz kultura, w której zostali wychowani* (Durkheim 2011: 110), nie straciła na aktualności.

Zachowania samobójcze traktowane są jako jedna z ostrych i bezpośrednich form autodestrukcji, tj. samozniszczenia (Radziwiłłowicz 2020). Destrukcja to (...) *całkowite zniszczenie lub całkowity samoistny rozpad czegoś*²³. Przyjmując jednak, że podejmowane samobójstwo nie jest np. manifestem (jak zdarza się w przypadku dokonania samospalenia w miejscu publicznym), to zgodnie z przywoływanymi już definicjami, stanowi próbę skrócenia przeciążającego cierpienia. Autodestrukcja nie jest więc w centrum postępowania – gdyby możliwe było zakończenie cierpienia w inny sposób, jednostka podjęłaby takie kroki. Jednak zawężenie percepcyjne, w którym się znajduje, jest niczym wąski i nieprzyjemny tunel, z którego ma się tylko jedną drogę wyjścia. Destrukcja koncentruje się więc tutaj na cierpieniu, a nie jednostce. Samobójstwo nie jest „kończeniem z samym sobą” (jak się potocznie przyjmuje), lecz „kończeniem z cierpieniem”. Choć

²³ Słownik Języka Polskiego, *Destrukcja*, <https://sjp.pwn.pl/sjp/destrukcja;2554857.html> (dostęp: 14.03.2022).

to rozróżnienie może wydawać się drugorzędne – w każdym przypadku efektem autodestrukcji jest śmierć – jest jednak istotne z punktu widzenia postrzegania zjawiska oraz profilaktyki. Język kształtuje świadomość oraz określa zakres, możliwości i sposób radzenia sobie z problemem, który zależy od sposobu zdefiniowania, co nim właściwie jest. Dla skuteczności działań kluczowe jest przeświadczenie, że „problemem do rozwiązania” nie jest jednostka, lecz jej cierpienie.

Kryzys suicydalny charakteryzuje się zawężeniem percepcyjnym, które uniemożliwia dostrzeżenie alternatywnych sposobów wyjścia z sytuacji kryzysowej. Jeżeli silnie spragnionemu człowiekowi oferujemy dwie możliwości – albo brak spożycia płynu w ogóle albo spożycie płynu szkodliwego, możemy zdziwić się, że czasem wybierze możliwość szkodliwą. Wynika to z podjęcia decyzji o zakończeniu cierpienia, którym jest wzmagać się odwodnienie, finalnie i tak prowadzące do śmierci. Życie w cierpieniu jest powolnym umieraniem, jeżeli nie dostrzega się innej możliwości skrócenia cierpienia niż własna śmierć. Nie chodzi tu o gloryfikowanie zachowań samobójczych czy postrzeganie ich jako rzeczywistych rozwiązań, a jedynie próbę interpretacji kryzysowej sytuacji życiowej i podjętych decyzji. Chodzi o to, by pamiętać, że decyzja o samobójstwie nie jest podejmowana w oparciu o analizę wszystkich możliwości. Ma zakończyć nie tyle życie, co wewnętrzne, powolne umieranie w cierpieniu (Zwoliński 2013; Hołyst 1991). Użyta metafora wskazuje także na jeszcze jeden istotny aspekt dotyczący osoby w kryzysie suicydalnym. Gdyby wśród wspomnianych możliwości spragniona osoba otrzymała wodę, z wysokim prawdopodobieństwem możemy stwierdzić, że to właśnie ją by wybrała. Stąd tak ważna rola otoczenia jednostki, a więc i podejmowania od najmłodszych lat trudu psychoedukacji, która wzmocniałaby pozytywne strategie radzenia sobie w kryzysie oraz udzielania wsparcia innym.

Společnej wagi problemu samobójstw nie sposób już dziś kwestionować – tymi słowami rozpoczął artykuł Kazimierz Kopczyński (1991: 203), który ukazał się w 1991 roku. Ponad trzydzieści lat później słowa jeszcze zyskały na aktualności.

1. Samobójstwo – definicje

Rozbieżności definicyjne dotyczące samobójstwa wynikają przede wszystkim z interdyscyplinarności tego zjawiska. Często inaczej definiują je psychiatrzy, psycholodzy, socjolodzy czy filozofowie, przywiązujący różną wagę do odmiennych jego aspektów (Domańska 2017; Czabański 2009).

Odebranie sobie życia zaczęto określać neolacińskim słowem *suicidium* w połowie XVII wieku (Zwoliński 2013). W języku polskim słowo „samobójstwo” zbudowano na bazie źródłosłowu „boju”, podobnie jak „zabójstwo”²⁴.

Samobójstwo definiowane jest przez socjologów jako rezygnacja z życia społecznego (Zwoliński 2013). Oznacza to, że powodem jest niewłaściwie funkcjonujące społeczeństwo, w którym jednostka nie widzi szansy na zaspokojenie swoich potrzeb (Hołyst 1991), czyli spowodowane jest stanem społecznej anomii (Durkheim 2011). Jak pisze Mirosława Michalska-Suchanek (2011), koncepcja Durkheima skierowała uwagę na społeczne czynniki stanowiące podłoże decyzji o samobójstwie, co stanowiło (...) *doniosły argument w sporze socjologizmu z psychologizmem* (2011: 54). Jednostki nie można wyrwać ani ze społecznego kontekstu, ani z wewnętrznych przeżyć i doświadczeń, a socjologia z psychologią stanowią wzajemne uzupełnienie w problemie zachowań samobójczych.

Émile Durkheim stworzył w 1897 roku najpopularniejszą i najbardziej wpływową typologię samobójstw, do której wciąż odwołują się suicydolodzy, socjologowie czy psychologowie. Zastosował kryterium warunków występowania. Klasyfikacja ta wyróżnia typy samobójstw względem przyczyny, ma więc charakter nie tyle morfologiczny, co etiologiczny. Badacz wskazał cztery warunki – egoizm, altruizm, anomie i fatalizm – przyczyniające się do wyróżnienia czterech typów samobójstwa, tj. altruistycznego, egoistycznego, anomicznego i fatalistycznego (Durkheim 2011). Samobójstwo altruistyczne i egoistyczne stanowią w pewien sposób swoje przeciwieństwa. Pierwsze wiąże się z bardzo silną integracją jednostki z grupą lub ze społeczeństwem, do którego przynależy, natomiast drugie wręcz przeciwnie, wynika z zerwania więzi lub słabej integracji jednostki. W przypadku samobójstwa anomicznego podstawą jest anomia, dezintegracja społeczna i wynikający z tego niepokój oraz brak równowagi. Podłożem samobójstwa fatalistycznego jest natomiast poczucie braku sensu i beznadziejności swego położenia, które może wynikać z załamania psychicznego czy tragicznych wydarzeń (Durkheim 2011; Grochmal-Bach 2014).

Mimo upływu lat podejście Durkheima pozostaje najbardziej wpływowym w socjologii, niezależnie od kontekstu kulturowego. W ostatnim czasie pojawiają się próby ożywienia debaty na temat operacjonalizacji samobójstwa przypominające ujęcia

²⁴ Słownik Języka Polskiego, *Samobójstwo*, <https://sjp.pwn.pl/poradnia/haslo/samobojstwo:375.html> (dostęp: 14.03.2022).

niesłusznie, jak twierdzą ich propagatorzy – zapomniane. Przykładem może być podejście Ruth Cavan (1928) ze szkoły chicagowskiej. Według Cavan (1928) organizacja społeczna pełni dwie funkcje: (...) *tworzy instytucje - takie jak rodzina, kościół, szkoła, organizacje handlowe i przemysłowe wystarczające do zaspokojenia różnorodnych interesów ludzi żyjących w danej społeczności, a także formuje zwyczaje, tradycje, ideały i cele o wystarczającej spójności dla całej grupy. Zbudowane wokół instytucji, aby kontrolować jednostki, mają zapewnić zaspokojenie indywidualnych potrzeb i możliwość realizacji własnych celów* [tłum. własne] (Cavan 1928: 100, cyt. za: Abrutyn 2023: 301). Osłabienie tych funkcji prowadzące do społecznej dezorganizacji skutkuje trudnościami na poziomie jednostkowym, takimi jak: utrzymanie rutyny codziennego funkcjonowania w znanym otoczeniu; unikanie bólu fizycznego lub psychicznego; znalezienie i utrzymanie miłości konkretnej osoby oraz bycie rozpoznawanym i szanowanym. Efektem może być wzrost liczby samobójstw występujący w społeczności dotkniętej dezorganizacją.

Według Durkheima samobójstwo to (...) *każdy przypadek śmierci, jaki bezpośrednio lub pośrednio wynika z pozytywnego lub negatywnego działania ofiary, która wiedziała, że da ono taki rezultat* (Durkheim 2011: 53). Z kolei w prawniczej definicji Andrzeja Wąska (1982) zawarta jest nie tylko postawa aktywna, ale również bierna, wyrażająca się niepodejmowaniem działań, a więc pogodzeniem ze śmiercią – (...) *zadanie sobie śmierci poprzez bezpośrednie lub pośrednie działanie lub zaniechanie działania, jeżeli sprawca – ofiara chciała tego skutku lub przewidując możliwość jego nastąpienia godziła się nań* (Wąsek 1982: 13). W słowach Andrzeja Zwolińskiego (2013) dostrzec można akcentowanie tragedii jednostki i niemożność poradzenia sobie z nią, nazywa on bowiem samobójstwo (...) *prerażającym znakiem nierozwiązanych spraw, które ktoś nosi w sobie i nie potrafi sobie z nimi poradzić* (Zwoliński 2013: 254). Shneidman (1996) używa tu określenia „ból psychiczny” (ang. *psychache*), który dotyczy sfery psychicznej i emocjonalnej w takim stopniu, że jednostka nie może sobie z nim poradzić.

W samobójstwie upatruje się dobrowolnego aktu pozbawienia się życia, co zdaniem Bielickiego (2004) już jest pewnym problemem definicyjnym, zaraz obok tworzenia definicji projektujących, uzależnionych od zmieniających się w czasie systemów wartości i norm społecznych. Podobnie Pilecka (1995) zwraca uwagę na to, że dobrowolność jest jednym z trzech warunków tzw. samobójstwa racjonalnego, drugim warunkiem jest rzeczywista chęć i intencja śmierci, a trzecim nieodwracalność sytuacji trudnej, w której ta osoba się znajduje. Jako źródło takiego rozumienia samobójstwa autorka wskazuje czasy starożytne, kiedy to w Grecji osoba chcąc pozbawić się życia argumentowała swoją

decyzję przed Senatem, który wyrażał (lub nie) zgodę na wykonanie czynu (Pilecka 1995). Trudno jednak współcześnie wyobrazić sobie, że ktokolwiek miałby oceniać naszą reakcję emocjonalną i „zasadność” cierpienia. Nie istnieje bowiem żadna definicja sytuacji, którą obiektywnie można byłoby wskazać jako uniwersalnie predysponującą do popełniania samobójstwa. Nie ma sytuacji „deterministycznych”, w których wszystkie doświadczające je osoby decydowałyby się na zakończenie życia (Cross, Hirschfeld 1986). Subiektywność oceny sytuacji jest w przypadku zachowań samobójczych niezwykle ważna, ponieważ (...) każde samobójstwo z całym bogactwem jego uwarunkowań uwikłane jest w unikatowy świat jednostki (Pilecka 1995: 9), w tym od (...) wrażliwości, wytrzymałości i odpowiedzialności cierpiącego człowieka (Osińska 1990: 64). To, co jedni postrzegają w kategoriach zwyczajnych trudów życia codziennego, dla innych może być przeciążeniem nie do przejścia – i odwrotnie (Hołyst 1991). Nie jest to jednak wolna wola jednostki w wyborze „być albo nie być”, ponieważ (...) samobójcy często podejmują decyzję z braku możliwości dalszego życia, a nie z chęci śmierci (Witkowska 2021: 171). To, w jaki sposób jednostka interpretuje daną sytuację oraz jakie ma wypracowane strategie radzenia sobie z trudnościami, jest nierozłącznie związane z ryzykiem samobójczym (Pilecka 1995). Wpływ indywidualnych czynników Cavan (1928) uwzględniła już prawie sto lat temu wśród trzech typów motywacji samobójczej:

- a) niezaspokojone pragnienia (z różnych przyczyn, częściowo powiązanych z niemożnością realizacji pragnień z powodów strukturalnych),
- b) konflikty moralne (wynikające z funkcjonowania w przynajmniej dwóch grupach, w których zasady moralne są sprzeczne ze sobą)
- c) i kryzysy osobiste.

Przy czym zdaniem Setha Abrutyna (2023) trzeci typ motywacji samobójczej wiąże się z niemożnością readaptacji do życia w społeczeństwie, w taki sposób, aby przypominało to funkcjonowanie sprzed kryzysu.

Trzecią przyczyną samobójstwa, która wydaje się najbardziej relewantna dla współczesnych zachodnich doświadczeń, jest współlistnienie "kluczowych sytuacji" lub kryzysów osobistych spowodowanych czynnikami pozostającymi poza kontrolą, takimi jak choroba lub aresztowanie. Ich skutkiem jest całkowite zaburzenie indywidualnej organizacji, przez co ponowne dostosowanie wydaje się niemożliwe. W niektórych społecznościach istnieje większe prawdopodobieństwo takiej śmierci "społecznej", mogące skutkować do wybrania śmierci

biologicznej jako możliwego, logicznego i być może honorowego rozwiązania tego kryzysu
[tłum. własne] (Abrutyn 2023: 304)²⁵

Bielicki (2004) proponuje definicję samobójstwa o charakterze indukcyjnym, w której zawiera zakres zjawiska wraz z jego różnorodnymi aspektami, starając się przy tym niczego nie wykluczać:

Samobójstwem jest każdy zgon wynikły z autoagresywnego (uświadomionego albo afektywnego) zachowania człowieka nastawionego na unicestwienie swojej psychofizycznej struktury, zdeterminowanego endogennymi i egzogennymi czynnikami współkształtującymi sytuację suicydogenną, która jest przez niego w taki sposób percypowana, że niweczy naturalną skłonność do samozachowania (2004: 11).

Jak zauważa Rosa (2012: 14) wielu badaczy i autorów z samobójstwem wiąże zazwyczaj intencję pozbawienia się życia. Tymczasem Płużek (1982) odróżniła tzw. **samobójstwa prawdziwe**, które umotywowane są odebraniem sobie życia i wynikają zazwyczaj z kryzysu egzystencjalnego i powiązanych z nim brakiem motywacji do dalszego życia, **od samobójstw rzekomych**, gdzie w wyniku kryzysu pojawia się uczucie beznadziejności i cierpienia, a samobójstwo staje się reakcją na ten stan lub ucieczką od niego. W przypadku obojętnego nastawienia zarówno wobec życia, jak i śmierci, gdy samobójstwo popełniane jest jako szantaż i wyraz bezradności jednostki oraz winy otoczenia, mowa o tzw. **samobójstwie demonstracyjnym** (Kołodziej i in. 2020; Płużek 1982). Takie manipulowanie otoczeniem poprzez zachowanie samobójcze nazywane jest też **samobójstwem instrumentalnym**. Intencja nie zawsze jednak pokrywa się z konsekwencjami – śmierć może nastąpić jako wynik np. złego oszacowania przyjętej dawki leków czy zewnętrznych okoliczności, gdy np. rodzic wróci później, niż zakładano (Rosa 1996: 16). Sytuacje, w których jednostka nie chce umierać, lecz podejmuje zachowania samobójcze dla realizacji innego celu, określane są także jako gesty samobójcze. Według Hołysta (2012) podejmowane są przez osoby o niedojrzałej i niezrównoważonej osobowości. Intencja jest jednak zazwyczaj interpretacją osób trzecich, dlatego zawieranie jej w definicji samobójstwa spotyka się niekiedy z krytyką (Ziółkowska 2016).

Schopenhauer uważał, że człowiek popełniający samobójstwo tak naprawdę (...) *pragnie życia, niezadowolony zaś jest tylko z jego warunków, jakie przypadły mu*

²⁵ W cytowanej pracy Seth Abrutyn (2023) zaproponował teorię społecznej dezorganizacji jako ramy pomagającej wyjaśniać występowanie zachowań samobójczych i ich częstotliwości. Nie wiadomo jaka będzie recepcja tej nowej koncepcji w socjologii i na ile okaże się użyteczna w zastosowaniach empirycznych, warto jednak o niej wspomnieć jako obiecującej próbie nowej konceptualizacji problematyki samobójstw.

w *udziale* (Schopenhauer 1994, za: Sahaj 2008: 136). Natomiast według Allana Carra (2004: 57) samobójstwo postrzegane jako rozwiązanie trudnej sytuacji podejmowane jest w celu: (1) ucieczki przed tą sytuacją lub cierpieniem, które wywołuje, (2) wzbudzenia w innych poczucia winy, (3) zapewnienia sobie uwagi lub troski innych osób, (4) wymierzenia kary samemu sobie, (5) poświęcenie siebie samego.

Ziółkowski (2018) w książce *Okrutny teatr samospaleń. Protesty samobójcze w ogniu i ich echa w kulturze współczesnej*, nagrodzonej Nagrodą im. Pierwszego Rektora Uniwersytetu Łódzkiego Tadeusza Kotarbińskiego za najwybitniejszą polską monografię w dziedzinie humanistyki, analizował szczególny rodzaj samobójstw – **samospalenia** dokonywane w akcie protestu i niezgody. Jest to jedna z form **samobójstwa altruistycznego**, wyjątkowo okrutna, ale też widowiskowa. Akt ten silnie oddziałuje na społeczeństwo i kieruje jego uwagę na manifest osoby popełniającej samobójstwo (Zwoliński 2013).

Rzadziej spotkać można określenie **samobójstwo kombinowane** czy też **samobójstwo złożone** (ang. *complex suicide*), które odnosi się do łączenia różnych metod odebrania sobie życia w celu zwiększenia prawdopodobieństwa śmierci. Metody te stosowane są jednocześnie lub jedna po drugiej, i wówczas jest to zaplanowane samobójstwo kombinowane/złożone. Z niezaplanowanym mamy natomiast do czynienia wtedy, gdy kolejne metody stosowane są w sposób improwizowany po pierwszej próbie, która nie przyniosła zakładanego rezultatu lub np. sprawiała zbyt duży ból fizyczny (Gawliński 2017).

Gdy dwie lub więcej osób decyduje się wspólnie zakończyć życie w tym samym czasie, np. poprzez jednoczesne połknięcie trucizny czy powieszenie się, najczęściej pojawia się termin **pakt samobójczy**. Niekiedy czas samobójstwa nieco się różni, chociażby ze względu na użycie tego samego narzędzia (np. broni palnej), przez co tworzy się kolejność popełniania samobójstwa. Pakt samobójczy nie zawsze też kończy się śmiercią wszystkich osób w nim uczestniczących. Jedna z osób może na przykład w reakcji obronnej organizmu zwrócić truciznę i tym samym nie dojdzie do zgonu. Chociaż pakt samobójczy mogą kojarzyć się ze wspólną decyzją dwójki bliskich sobie ludzi (zazwyczaj partnerów lub osób spokrewnionych), to wskazać można także samobójstwa grupowe i masowe (Kuruc i in. 2014), a osoby zawierające pakt mogą być sobie całkowicie obce. Nie musi ich także łączyć powód, każdy spośród zawierających pakt może mieć sobie tylko znane przyczyny takiego postępowania. A czasem przyczyną staje się nacisk grupy, do której się przynależy (Harasim 2017). Zawieranie paktów samobójczych może więc

mieć czysto instrumentalny charakter: by mieć pewność, że się samemu nie wycofa w ostatniej chwili albo że próba zostanie zakończona zgonem, lub po prostu by nie być wtedy samemu (Lee, Kwon 2018).

Sformułowanie „pakt samobójczy” miało 1702 tweetów dodanych w czasie 43 dni przez 551 użytkowników koreańskiego Twittera. Zdecydowana większość wpisów dotyczyła poszukiwania osoby do wspólnego popełnienia samobójstwa i zawierała opis sugerowanej metody. Były tam też podane inne formy kontaktu, preferowana płeć partnera/ki paktu lub dodatkowe informacje. Znaczna większość kont została założona dzień lub dwa przed opublikowaniem analizowanego tweeta, konto służyło więc tylko temu określönemu celowi (Lee, Kwon 2018).

Przeprowadzone w 2008 roku badanie wyszukiwarek internetowych (Google, Yahoo, MSN oraz ASK) w zakresie anglojęzycznych haseł powiązanych z samobójstwem ukazało liczne witryny poświęcone zachęcaniu do samobójstwa i opisywaniu metod popełnienia go. Były one pozycjonowane wyżej niż witryny poświęcone zapobieganiu samobójstwom (Biddle i in. 2008). Dzisiaj jest to dużo lepiej monitorowane, a wpisywanie haseł w związku z niniejszą rozprawą, także skutkowało wyświetlaniem się witryn oferujących pomoc w kryzysie samobójczym na pierwszych pozycjach wyników. Zauważalna jest marginalizacja stron sugerujących popełnienie samobójstwa czy propagujących konkretne metody, co w dużej mierze jest zasługą podejmowania działań skoncentrowanych na zapobieganiu samobójstwom (Kemp, Collings 2011).

Niekiedy samobójstwa wiążą się też z zabójstwami, które stanowią czyn zabroniony, często niesłusznie nazywanych samobójstwami rozszerzonymi. W anglojęzycznej literaturze przedmiotu *homicide-suicide* (z ang. zabójstwo-samobójstwo) często używane jest zamiennie z *extended-suicide*, *murder-suicide* i *dyadic death* do różnych zdarzeń, w których samobójstwo następuje po zabójstwie jednej lub większej liczby osób (Rouchy i in. 2020). Na podstawie dostępnych statystyk wielu autorów opracowało pewne modelowe cechy tego czynu. Samobójstwa popełniane po zabójstwie częściej dokonywane są przez mężczyzn, a ofiarami zazwyczaj są kobiety i dzieci ze środowiska rodzinnego sprawcy-samobójcy (Saleva i in. 2007; Rouchy i in. 2020). Mężczyźni najczęściej zabijają swoje partnerki, zazwyczaj z powodu zazdrości i rozpadu związku, a następnie krótko po dokonują samobójstwa. Kobiety natomiast zwykle zabijają swoje dzieci, wierząc, że je chronią (Milroy 1995; Eliason 2009). W przypadku kobiet *modus operandi* zazwyczaj stosowany przy zabójstwie to otrucie (Hickey 2012). Osoba dopuszczająca się morderstwa przed popełnieniem samobójstwa nie

musi mieć przeszłości kryminalnej – nie stanowi to czynnika wskazującego na takie zagrożenie (Hillbrand 2001).

Szeroko rozumiane zabójstwo-samobójstwo, często przywoływane w mediach ze względu na swoją spektakularność, zdarza się jednak dość rzadko (Rouchy i in. 2020). Szczególnie wielokrotne zabójstwo. W Chinach, które charakteryzuje bardzo duża populacja, w latach 2000–2014 wielokrotnego morderstwa przed samobójstwem dopuściły się 63 osoby, a łącznie ofiar było 212 (Densley i in. 2016).

W literaturze anglosaskiej jako „podwójną śmierć” (ang. *dyadic deaths*) traktuje się zabójstwo-samobójstwo (Cynkier 2020). Jednak zdaniem autorki określenie to zawiera w sobie zbyt dużo niewiadomych, w żaden sposób nie wskazuje na charakter czynu. W literaturze polskojęzycznej również pojawia się zabójstwo-samobójstwo, a także samobójstwo rozszerzone i samobójstwo poagresyjne. Często stosowane są wymiennie, jednak ich zakres znaczeniowy nie jest tożsamy. W 2020 roku podjęłam próbę uporządkowania tego definicyjnego chaosu (zob. Adamczyk 2021). Poniżej przedstawiono propozycję rozróżnienia pojęć ze względu na (nie)zgodę na śmierć osób zabijanych oraz stan psychiczny sprawcy.

Samobójstwo poagresyjne następuje po akcie agresji, która wymierzona jest w inną osobę i kończy się odebraniem jej życia. Samobójstwo sprawcy jest tu wynikiem wcześniejszego działania – nie jest zamierzone. Konflikt między dwójką osób wywołany zazdrością i podsycony alkoholem, który kończy się zabójstwem jednej osoby, a następnie samobójstwem drugiej, będzie więc samobójstwem poagresyjnym. Natomiast matka podejmująca decyzję o samobójstwie, najpierw zabiwszy swoje dziecko, aby uniknęła cierpienia, które ją samą dosięgnęło, dokonuje samobójstwa rozszerzonego (Adamczyk 2021).

Zjawisko powszechnie definiowane jako **samobójstwo rozszerzone** poprzedzone jest aktem agresji wobec innych, i w tym sensie zawiera się w kategorii samobójstw poagresyjnych, jednak posiada pewne cechy odróżniające (Stukan, Staszak 2018). W samobójstwie rozszerzonym głównym zamiarem jest odebranie sobie życia – zadanie śmierci innym osobom dokonywane jest bezpośrednio przed samobójstwem. Ofiara zabójstwa jest emocjonalnie bliska sprawcy – łączy ich silna więź, a osoba popełniająca samobójstwo rozszerzone wykazuje cechy psychotyczne (Kunz i in. 2002), które łączą się z pewnymi niekorzystnymi warunkami środowiskowymi, ekonomicznymi itd. (Czabański 2011). Sprawca często próbuje ochronić ofiarę (lub ofiary) przed wyobrażonym przez siebie cierpieniem czy nieszczęściem, które mogłoby go spotkać, wybiera też metody

sprawiające jak najmniej bólu lub nie sprawiające go wcale, np. podanie leków (Pilszyk, Cynkier 2015; Stukan, Staszak 2018).

Wydaje się, że stosowanie określenia „samobójstwo rozszerzone” dla odebrania czyjegoś życia bez jego zgody jest nieodpowiednie. Samobójstwo wynika bowiem z subiektywnej oceny jednostki (Gotowica 2002), a tutaj osoba je popełniająca „rozszerza” ją na innych co wynika ze „złania się” z nimi (Stukan, Staszak 2018). Odbiera im tym samym możliwość podjęcia własnej decyzji. Intuicyjnie raczej zastosowano by to nazewnictwo do samobójstw, w których jest więcej niż jedna śmierć, jednak wszystkie odbywają się za zgodą, tj. zabójstwo-samobójstwo za zgodą czy pakt samobójczy (Adamczyk 2021).

W literaturze **zabójstwo-samobójstwo** bywa utożsamiane z samobójstwem poagresywnym, jednak moim zdaniem zabójstwo poprzedzające samobójstwo nie musi zostać dokonane w akcie agresji. Wręcz przeciwnie, przypisuję to określenie szczególnej sytuacji, w której osoba zabijana wyraża na to zgodę. W tym sensie zabójstwo-samobójstwo jest bliżej do paktu samobójczego niż do samobójstwa poagresywnego. Zakładając, że dotyczy ono dwóch osób, obie wyrażają zgodę na zakończenie życia, z tą różnicą, że jedna z nich nie potrafi, nie może lub nie chce sama popełnić czynu samobójczego. Wyraża natomiast zgodę na to, by ta druga osoba dokonała jej zabójstwa. Oznacza to, że mamy tutaj specyficzną sytuację zabójstwa „za przyzwoleniem”, a następnie samobójstwa zabójcy. Przykład ilustrujący zabójstwo-samobójstwo został opisany przez dziennikarkę i socjolożkę, Justynę Kopińską w reportażu *Nieśmiertelność chrapąszczy* w książce *Polska odwraca oczy*. Profesor Krzysztof Kruszewski najpierw czterokrotnie strzelił do żony, a następnie dwukrotnie do siebie samego. Znalezione ich leżących razem we własnym mieszkaniu, profesor Kruszewski w ramach „zabezpieczenia” własnej śmierci miał dodatkowo na głowie worek. Wyjaśnienie zaistniałej sytuacji możliwe było dzięki znalezieniu listu pożegnalnego, a w nim fragmentu: *W Polsce nie ma możliwości prawnej eutanazji, co skazuje moją żonę na agonię i cierpienie. Wybieram zatem podwójną eutanazję. Broń palna to jedyny wybór, który nie odbierze mi w tej sytuacji godności* (Kopińska 2019).

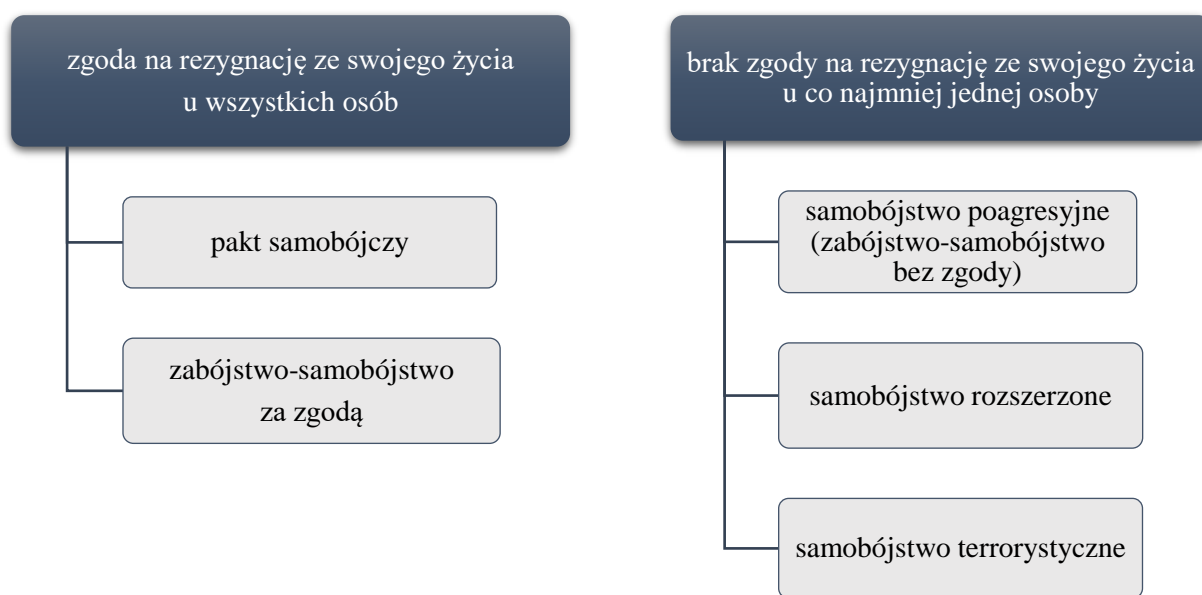
Dodatkowo bez odpowiedzi pozostają pytania, na które trudno byłoby znaleźć odpowiedź, gdyż wymagałyby zaangażowania samego zainteresowanego/zainteresowanej. Warto się jednak nad nimi zastanowić: czy może mieć tutaj znaczenie również religia? Strach przed popełnieniem grzechu, którym w religii katolickiej jest czyn samobójczy? Czy mamy tu do czynienia z „oddelegowaniem do tego zadania” drugiej osoby?

Jeszcze innym typem samobójstwa, który wiąże się ze śmiercią większej liczby osób jest **samobójstwo masowe** zwane też zbiorowym, czyli wspólne popełnienie samobójstwa przez grupę ludzi (Hołyst 2012). Przykładem jest masowe samobójstwo dokonane 18 listopada 1978 roku pod wpływem Jima Jonesa, który przewodził Świątyni Ludu – stworzonej przez siebie sekcje. Liczba ofiar wyniosła wówczas 918, część osób, w tym dzieci, została do samobójstwa zmuszona (Guinn 2020).

Skrajnym przeciwieństwem jest **samobójstwo terrorystyczne**, w którym poza sprawcą-ofiarą nikt inny nie wyraził zgody na odebranie sobie życia. Głównym motywem tego samobójstwa jest fanatyzm moralny, często związany z religią. Dodatkowymi powodami mogą być: chęć wyzwolenia z grzechów, uratowanie swojego narodu czy stanie się męczennikiem i tym samym awans społeczny, którego dostąpi imię samobójcy i jego rodzina (Zwoliński 2013).

Na rysunku 3 przedstawiono podział definicji dotyczących samobójstw, w których następuje zgon więcej niż jednej osoby – główny wyróżnik stanowi aspekt zgody.

Rysunek 3. Samobójstwa z więcej niż jedną ofiarą – podział definicji



Źródło: opracowanie własne na podstawie Adamczyk P. (2021), *Gdy prawo do decyzji zostaje odebrane wraz z życiem – samobójstwo poprzedzone zabójstwem. Deficyjny chaos a istota problemu* [w:] Anna Krzpiet, Medoń Sebastian, red., *Memento mori – wątki tanatologiczne w humanistyce i naukach społecznych*, Wydawnictwo Rys, Poznań, s. 391-402.

Przy stosowanych pojęciach i definicjach wspomnieć należy o przemianach w języku stosowanym do opisu zachowań samobójczych. Przeświadczenie, że język ma istotny wpływ na postrzeganie rozmaitych zjawisk, niesie za sobą coraz częściej świadome

wypieranie z dyskursu pojęć uznawanych za nieadekwatne lub szkodliwe. W literaturze coraz rzadziej spotkać można określenia takie jak samobójstwo dokonane (czyli zakończone zgonem) oraz samobójstwo niedokonane (czyli próba samobójcza, która nie zakończyła się zgonem). Obecnie pojęć tych nie stosuje się ze względu na ich wydźwięk – samobójstwo dokonane brzmi niczym osiągnięty cel czy ukończone zadanie, przeciwnie do samobójstwa niedokonanego.

Tabela 4. Podstawowa nomenklatura „dawniej i dziś”

Pojęcia dotychczas używane w literaturze	Pojęcia alternatywne stosowane obecnie
samobójstwo dokonane	samobójstwo
samobójstwo udane	samobójstwo
nieudana próba samobójcza	próba samobójcza
nieudane samobójstwo	próba samobójcza
niedokonane samobójstwo	próba samobójcza
suicydalność	zachowania samobójcze

Źródło: opracowanie własne na podstawie Ziółkowska J. (2016), *Samobójstwo. Analiza narracji osób po próbach samobójczych*, Wydawnictwo Naukowe PWN SA, Warszawa, s. 18.

Wśród sposobów popełnienia samobójstwa wskazuje się na sposoby **twarde**, które mają większe prawdopodobieństwo doprowadzenia do zgonu i mniejsze możliwości wdrożenia działań ratujących (np. skok z dużej wysokości) oraz **miękkie**, takie jak zażycie leków, które rzadziej wywołują zgon (Bąbik, Olejniczak 2014). W przypadku intencji samobójczych (a nie sygnalizujących czy demonstracyjnych) wybierane są zazwyczaj metody spełniające dwa warunki – po pierwsze, są dla jednostki łatwo dostępne, po drugie, są skuteczne (Gawliński 2017). Z tego powodu np. w Finlandii jest to broń palna (Saleva i in. 2007), z kolei w Polsce powieszenie lub otrucie, zazwyczaj lekami lub pestycydami (Gawliński 2017). Nie są to też, jak mogłoby się wydawać, tylko silne leki sprzedawane na receptę, np. kardiologiczne czy na nadciśnienie, które młodzież „podbiera” rodzicom czy opiekunom. Wręcz przeciwnie – często stosowane są najprostsze leki przeciw przeziębieniowe, czego efektem może być zgon lub trwałe uszkodzenie organów wewnętrznych (Zwoleński 2013). Leki te można bez problemu zakupić w najbliższym supermarkecie jako lek OTC (ang. *over-the-counter*), czyli sprzedawany bez recepty, jak każdy inny produkt w sklepie.

Zdeterminowane działanie samobójcze wiąże się z intencją nie tyle zakończenia swojego cierpienia, co bezpośrednio życia. Modelowy schemat zdeterminowanego działania samobójczego opisany przez Rosę obejmuje:

- występowanie prób samobójczych w przeszłości,
- częste myśli samobójcze,
- szczegółowe planowanie śmierci samobójczej,
- uwzględnienie i wykluczenie wszystkich okoliczności, które mogłyby przeszkodzić w dokonaniu tego czynu (np. powrót rodzica z pracy),
- brak werbalizacji swoich zamierzeń (Rosa 2007).

Determinacja w zakończeniu swojego życia ujawnia się szczególnie w dwóch ostatnich punktach, które uniemożliwiają otoczeniu zareagowanie na zamierzenia jednostki. Rosa (2007) podkreśla jednak, że to jedynie model i nie należy podważać intencji osób, które będąc w stanie silnego zawężenia poznawczego, podjęły próbę samobójczą w innych warunkach. Podobny pogląd wyraził Stefan Chwin w eseistycznej książce *Samobójstwo jako doświadczenie wyobraźni*:

Pytanie „dlaczego to zrobili?” zasługuje na poważne traktowanie. Zasługuje jednak o tyle, o ile odpowiedzi będą zawsze tylko hipotezami. Nie będzie więc nadużyciem budowanie psychosocjogenetycznego modelu samobójstwa z poszlak i „śladów” – modelu, sięgającego nawet daleko w głąb indywidualnej, rodzinnej i społecznej biografii samobójcy – o ile konstruując taki model stale będziemy pamiętać, że to tylko model, nic więcej. (Chwin 2011: 18)

2. „Nic nie zapowiadało, że...”

Każdy z nas powinien dopuścić do świadomości możliwość doświadczenia kryzysu suicydalnego, który może (...) *pojawiać się w życiu każdego, najbardziej nawet szczęśliwego człowieka* (Bałandynowicz 2014: 33). W niniejszym podrozdziale omówiono, co może doprowadzić do podjęcia zachowania samobójczego czy wytworzenia się tzw. samobójczej atmosfery (Rzadkowska 2016). W literaturze przedmiotu wyróżnia się pewne grupy czynników zagrożenia samobójstwem (Kołodziej i in. 2020). Społeczne czynniki ryzyka, czyli rodzina, szkoła oraz rówieśnicy stanowią trzon rozprawy i zostały szerzej opisane w części pierwszej. Natomiast w tym podrozdziale zarysowane zostaną pozostałe grupy czynników, które mogą wpłynąć na podjęcie przez jednostkę decyzji o samobójstwie. Decyzji, która może mieć źródła zewnętrzne wobec jednostki, tj. być rezultatem impulsu przychodzącego „z zewnątrz”, co dana osoba po prostu przyjmuje. Ziółkowska (2016) określiła to jako „olśnienie”, które przychodzi nagle i to poczucie braku

kontroli nad myślami i decyzją traktuje jako najważniejszy wniosek swoich badań jakościowych przeprowadzonych wśród osób po próbach samobójczych.

2.1. Syndrom presuicydalny

Epidemiologia zachowań samobójczych nie jest uniwersalna i jednoznaczna. Albański wskazuje na dwie główne teorie funkcjonujące jako swoiste modele:

- a) **model depresyjny** – samobójstwa są tutaj przede wszystkim konsekwencją zaburzeń psychicznych, a osoba decydująca się na samobójstwo często choruje na depresję lub schizofrenię, albo jest uzależniona od alkoholu,
- b) **model stresowy** – samobójstwa są wynikiem głównie społecznych warunków i niesprzyjającego kontekstu społecznego (Albański 2010: 69–70).

Złożoność życia jednostki uniemożliwia wyodrębnienie jednego powodu, który miałby przyczynić się do podjęcia zachowania samobójczego (Jarema 2018). Zawsze któryś z czynników musi być tym ostatnim, bezpośrednio poprzedzającym ten czyn, jednak wraz z wcześniejszymi składa się on na tzw. atmosferę samobójczą (Rzadkowska 2016). Taką kumulację czynników, które przeciążają jednostkę, Jarosz określa jako suicydogenny syndrom sytuacyjny (Jarosz 1997). A bodźcem wyzwalamym ostateczną decyzję może być wówczas niewielki gest czy niewłaściwe zdanie (Szymańska, Żelazowska 1996).

Błędne jest natomiast zmedykalizowane przekonanie, że zachowania samobójcze podejmują jedynie osoby z diagnozą psychiatryczną (De Leo 2011). Taki pogląd w dyskursie potocznym wzmacniany jest przekazami medialnymi, gdzie czyny traktowane jako patologie społeczne często łączone są z tematem zaburzeń psychicznych. Wydaje się, że taki zabieg nie tylko przyciąga czytelników poprzez zwiększanie tzw. klikalności danego tematu na portalu, ale także pozwala utrzymać ład społeczny poprzez dychotomiczny podział „my – oni”. Dobrze zilustrował to Chwin:

Strach przed samobójstwem to nie tylko strach przed samobójstwem innych, to także strach przed tym, co my sami – jak skrycie podejrzewamy – w jakiejś niedobrej chwili możemy zrobić ze sobą. Dlatego samobójstwo chętnie spychamy do kroniki dziwactw i osobliwości. Tak przekonujemy siebie, że nie mamy z „tym” nic wspólnego (...), że samobójstwo nie należy do świata „zwykłych, normalnych ludzi” (Chwin 2011: 24–25).

Kryzysy przeżywane są przez ludzi z różną intensywnością i częstotliwością. Wpływają na to indywidualne predyspozycje osobowościowe, w tym wrażliwość, a także gromadzone doświadczenia i strategie radzenia sobie płynące z najbliższych środowisk

(Musiał 2007). Często zdarza się jednak, że połączenie różnych czynników i wydarzeń doprowadza do kryzysu, który nierozwiązany może się pogłębiać i doprowadzić do stanu presuicydalnego (Pilecka 1995). Szczególnie w warunkach społeczno-kulturowych, w których wielość wyborów prowadzi do (...) *trudności związanych z samookreśleniem się we współczesnym świecie* (Musiał 2007: 89).

Zachowania samobójcze to szerokie spektrum zachowań związanych z samobójstwem – od myśli o samobójstwie, przez planowanie, aż po podjęcie próby samobójczej lub samobójstwo kończące się zgonem (Ziółkowska 2020). Na procesualny charakter zjawiska wskazuje Hołyst, odnosząc się do zasadności stosowania pojęcia zachowań suicydalnych, (...) *przez który rozumiemy ciąg reakcji, jakie wyzwolone zostają w człowieku z chwilą, gdy w jego świadomości samobójstwo pojawia się jako antycypowany, pożądany stan rzeczy, a więc jako cel* (Hołyst 1991: 50). Hołyst wyróżnia cztery etapy „przekształcania się” myśli samobójczych w czyn, czyli zachowanie suicydalne:

- **samobójstwo wyobrażone**, w którym samobójstwo ukazuje się jako rozwiązanie trudnej sytuacji,
- **samobójstwo upragnione**, gdy tworzy się konkretny zamiar,
- **samobójstwo usiłowane**, a więc próby samobójcze, które nie kończą się zgonem,
- **samobójstwo dokonane**, czyli zakończone zgonem (Hołyst 1983: 12-13).

Koweszko (2019) przedstawia natomiast rozbudowany model procesu decyzyjnego dotyczącego samobójstwa, składający się aż z dziewięciu etapów, co przedstawiono na rysunku 4.

Rysunek 4. Model procesu decyzyjnego dotyczącego samobójstwa



Źródło: opracowanie własne na podstawie Koweszko T. (2019), *Zatrzymać samobójstwo. Poradnik dla rodzin i bliskich*, Wydawnictwo Medyk Sp. z o.o., Warszawa, s. 32–33.

Proces decyzyjny dotyczący samobójstwa często nie przebiega jednak tak linearnie, a jego dynamika może być zmienna w czasie (Ziółkowska 2016). Szczególnie jeśli jednostka doświadczyła wydarzenia traumatycznego lub silnego stresora, które należą do psychologicznych czynników ryzyka (Zwołiński 2013). Wówczas podjęte działanie wynika raczej z chwilowej impulsywności, gdzie etap pierwszy (myśli o treści depresyjnej) może szybko przerodzić się np. w etap szósty (utrzymujące się myśli dotyczące samobójstwa). Takie próby samobójcze podejmowane są częściej niż te długo planowane, częściej dotyczą mężczyzn znajdujących się pod wpływem silnych emocji i impulsu (Bąbik, Olejniczak 2014).

W badaniach Rosy (1996) przeprowadzonych wśród osób hospitalizowanych w Klinice Ostrejch Zatruc w Łodzi od marca 1989 do marca 1990 roku potwierdzono, że decyzja o podjęciu zachowania samobójczego poprzedzona była najczęściej splotem różnych wydarzeń. Kumulacja czynników prowadziła do momentu, w którym samej jednostce trudno jest orzec o wadze konkretnych czynników (Jarosz 1990). Siła samozniszczenia jest silniejsza niż siła samozachowawcza (Bielicki 2004): (...) *nie ma samobójstwa bez „decyzji”, która częstokroć jest niczym innym, jak poddaniem się naporowi pchającemu z przemożną siłą ku śmierci* (Ringel 1987: 103).

Podobnie jak teorii racjonalnego wyboru zarzucano, że każdy tworzy własną hierarchię potrzeb i wartości, a więc nie istnieje obiektywna racjonalność, tak i postrzeganie samobójstwa zależy od położenia oceniającego. Chociaż dla wszystkich

wokół będzie ono nieracjonalne, to dla jednostki w kryzysie stanowi jedyne słuszne rozwiązanie w dychotomicznym dylemacie „cierpienie – brak cierpienia” (Pilecka 1995). Takie postrzeganie swojej sytuacji określane jest jako tunelowe (Koweszko 2019) lub tzw. zawężenie percepcyjne (Shneidman, 1996). Oznacza ono (...) *załamanie równowagi pomiędzy zewnętrzną sytuacją a subiektywnymi możliwościami adaptacyjnymi* (Koweszko 2019: 108). Stanowi jeden z elementów składowych **syndromu presuicydalnego** – obok agresji hamowanej i autoagresji oraz fantazji samobójczych (Ringel 1987). Ringel (1987) wskazuje na cztery rodzaje zawężenia:

- **zawężenie sytuacyjne**, charakteryzujące się poczuciem osaczenia przez przeszkody i brakiem zasobów w celu ich przezwyciężenia,
- **zawężenie dynamiczne**, czyli kierujące (poza kontrolą jednostki) myśli i wyobrażenia jedynie w stronę wyraźnie pesymistycznych nastrojów,
- **zawężenie stosunków międzyludzkich**, a więc wycofanie się z kontaktów, prowadzące do izolacji, lub odczuwanie samotności wśród innych ludzi,
- **zawężenie świata wartości**, które wynika z konsumpcjonizmu i sztucznego wytwarzania potrzeb, a także wiąże się ze zmniejszeniem poczucia własnej wartości (Ringel 1987: 57–79).

Samo zawężenie sytuacyjne nie stanowi przyczyny samobójstwa. Istotne jest tu doświadczenie również zawężenia dynamicznego, które prowadząc tunelowo w stronę pesymistycznych scenariuszy, uniemożliwia dostrzeżenie innych możliwości poradzenia sobie z problemami (Polewka i in. 2005). Natomiast załamanie się świata wartości jest szczególnie istotne dla młodych, kształtujących się osób, które potrzebują stabilnych zasad, by móc kierować się nimi w życiu podczas dokonywania kluczowych wyborów. Tymczasem (...) *to, co miało być pryncypiami w życiu, zostało w ich obiektywnym przekonaniu zdewaluowane* (Bednarski, Urbanek 2012: 255).

Poza zawężeniem na syndrom presuicydalny składa się **agresja hamowana i autoagresja**. Agresja towarzyszy życiu jednostki, a rośnie wraz z poczuciem frustracji na skutek niezaspokojenia potrzeb. Jeżeli nie może zostać rozładowana w sposób akceptowalny społecznie, przeradza się w agresję skierowaną ku innym (zabójstwa, wojny) lub autoagresję. Zmniejszenie liczby samobójstw w tym przypadku wynika z przyjęcia innej formy wyrażania agresji – na zewnątrz zamiast do wewnątrz (Ringel 1987; Polewka i in. 2005)

Ostatni element syndromu presuicydalnego to **fantazje samobójcze** różniące się w zależności od etapu, w którym znajduje się jednostka. Najpierw pojawia się myśl,

wyobrażenie o śmierci, następnie myśl ukierunkowana zostaje na sposób zakończenia życia, którym jest samobójstwo. Ostatnim etapem, najniebezpieczniejszym, jest szczegółowe zaplanowanie w wyobraźni aktu samobójczego (Ringel 1987, Polewka i in. 2005).

Jednym z problemów obecnych zarówno w praktyce klinicznej, jak i w badaniach naukowych, jest koncentracja na występowaniu (lub nie) myśli samobójczych, które (...) *przychodzą, nadchodzą, odchodzą* (Ziółkowska 2016: 51). Przy jednoczesnym pomijaniu pragnień, przekonań czy odczuć tych osób, także związanych z (nie)chęcią życia. W ten sposób przeprowadzany przez psychiatrę wywiad kliniczny zostaje zubożony o informacje (...) *na temat stosunku pacjenta do życia, śmierci i samobójstwa* (Ziółkowska 2016: 56). Jednocześnie myśli samobójcze mogą służyć redukcji występującego napięcia i nie muszą prowadzić do ideacji i planowania samobójstwa. Wiedza o tym nie powinna jednak w żadnym przypadku zmniejszać troski o osoby w kryzysie (Koweszko 2019).

Występowanie myśli samobójczych może charakteryzować się nie tylko różnym natężeniem, ale także i stopniem szczegółowości (Zwoliński 2013). Wyobrażenia dotyczące własnej śmierci mogą być bierne i oznaczać pragnienie bycia nieżywym lub aktywnie wyrażać się w chęci zabicia siebie samego (Cha i in. 2018). Mogą być aktywne, czyli celowe, wynikające z intencji jednostki, jak i pasywne, pojawiające się bez kontroli jednostki, wręcz kompulsywne (Polewka i in. 2005). Mogą również zostać zwerbalizowane spontanicznie lub jako odpowiedź na pytanie innej osoby (Albański 2010). Wyobrażenia własnej śmierci występują rzadko przed 10 rokiem życia, jednak potem następuje ich gwałtowny wzrost w grupie wiekowej 12–17 lat (Cha i in. 2018).

Witkowska (2021) zwraca uwagę na społeczny kontekst, w którym osadzona jest osoba z myślami samobójczymi:

Osoba w stanie presuicydalnym jest otoczona nie tylko przez społeczeństwo, lecz także przez jego kulturę. Jej wytwory – obrazy, dźwięki, słowa, kreacje – tworzą codzienne otoczenie, które w zupełnie inny sposób może odbierać osoba o nawracających myślach samobójczych. Kultura ma doraźny wpływ na samobójcę, konstruuje jego wizerunek; to w kulturze na co dzień przegląda się potencjalny samobójca, to do jej wyobrażeń na temat życia, piękna czy idealnego związku porównuje swoje prywatne przeżycia. (Witkowska 2021: 167–168)

Dla jednostki w kryzysie społeczne cechy rzeczywistości mogą budzić inne skojarzenia i emocje niż przed kryzysem. Gdy jednym z czynników kryzysogennych jest śmierć bliskiej osoby, świąteczne reklamy w telewizji czy na billboardach przedstawiające szczęśliwą rodzinę przy stole czy pakowaniu prezentów, przynoszą ból, rozpacz czy żal.

Pisząc tę rozprawę, zaczęłam zastanawiać się nad gloryfikacją samobójstwa w prozie i poezji, które znajdują się w kanonie lektur szkolnych. *Romeo i Julia*, czyli Szekspirowski dramat opowiadający o skłóconych rodach oraz, według powszechnej interpretacji, nieszczęśliwie zakochanej tytułowej dwójce (Michalska-Suchanek 2011) w żaden sposób nie przedstawia miłości, a początkową fascynację i impulsywność działań, a *Cierpienia młodego Wertera* przyczyniły się do tzw. **efektu Wertera**, czyli naśladownictwa zachowań samobójczych, których intensywność nasiliła się po publikacji książki. Termin ten wprowadził socjolog David Phillips w latach 70. XX wieku. Odnosi się on do wzrostu liczby samobójstw w wyniku nagłaśniania samobójstw w mediach, szczególnie samobójstw osób sławnych (Drzewiecki 2011). Efekt ten określany jest również efektem kuli śnieżnej (ang. *snowball effect*) lub powielenia (ang. *copycat effect*) (Zwoliński 2013). Do dziś konsekwencją tej książki jest strach wielu dorosłych przed rozmową z dziećmi i młodzieżą o zachowaniach samobójczych – w obawie przed możliwym naśladownictwem. Samobójstwo nie pozostaje bowiem bez wpływu na innych ludzi, a niektórzy badacze mówią wręcz o „zarażaniu” społecznym (Durkheim 2011): (...) *przechodzi z człowieka na człowieka, przenosi się jak infekcja* (Ringel 1987: 155). Zjawisko to może zachodzić zarówno na poziomie mikro, czyli w ramach bliskich kontaktów, jak i makro – poprzez internet czy telewizję (Ziółkowska 2020). A jednak ta gloryfikacja, piękno samobójczej śmierci od lat widoczne jest w sztuce rozumianej wszelako – (...) *jest ono zawsze „piękną śmiercią”, nawet jeśli budzi odrazę, lęk i przerażenie, bo sztuka wszystko zamienia w sztukę* (Chwin 2011). Współczesny kanon lektur szkolnych dobrze byłoby odświeżyć i zamiast utworów literackich gloryfikujących śmierć samobójczą włączyć do niego chociażby książkę Ewy Nowak *Orkan*, której część pierwsza zaczyna się słowami *Ciało nie ma monopolu na ból* (Nowak 2020: 7). Natomiast posłowie napisała dr Halszka Witkowska, jedna z czołowych suicydolożek w Polsce, popularyzująca wiedzę o zachowaniach samobójczych.

Przeciwnością efektu Wertera jest znacznie mniej znany **efekt Papageno**, nawiązujący do bohatera Mozartowskiego *Czarodziejskiego fletu*. Tą nazwą określa się działania prowadzące do tego, by poprzez środki masowego przekazu osobom zagrożonym samobójstwem przedstawić potencjalne rozwiązania sytuacji kryzysowych i przekazać informacje o dostępnych źródłach wsparcia. Przekaz ten budowany jest przede wszystkim scenami, w których jednostki korzystają z takich możliwości i tym samym udaje im się wyjść z kryzysu (Edwards i in. 2020). Przykładem kampanii społecznej wykorzystującej efekt Papageno może być piosenka amerykańskiego rapera Logica z 2017 roku, w której

śpiewają także Alessia Cara oraz Khalid, a tytuł to *1-800-273-8255* – numer telefonu zaufania dla osób w kryzysie w Stanach Zjednoczonych. Teledysk przedstawia nastolatka w splocie trudnych wydarzeń, który nie widząc żadnej możliwości poprawy swojej sytuacji, zaczyna rozważać samobójstwo. Wszystko zmienia się jednak, gdy jego szkolny trener okazuje mu zainteresowanie i wsparcie, a on sam decyduje się skorzystać z tytułowego telefonu zaufania. Teledysk kończy się scenami z życia głównego bohatera kilkanaście lat później, gdy udało mu się pokonać kryzys i gdy jest szczęśliwy. Teledysk ma ponad 438 mln odtworzeń na YouTube. W pierwszych dniach po jego opublikowaniu zauważono wzrost liczby telefonów pod numer zaufania, a liczba samobójstw w tym okresie okazała się być niższa niż w latach wcześniejszych. Badania prowadzone w ostatnim czasie sugerują znaczną skuteczność tego typu działań prewencyjnych (Niederkrötenhaler i in. 2021).

Jednym z ważnych działań w zakresie popularyzowania wiedzy o zachowaniach samobójczych jest odczarowanie mitu, że osoby zastanawiające się nad samobójstwem czy planujące samobójstwo o tym nie mówią. Zapowiedź samobójstwa stanowi drugi czynnik syndromu presuicydalnego, zaraz po pierwszym, którym jest zły stan psychiczny (Ringel 1987). Jednostka może kierować do otoczenia (świadomie lub nie) komunikaty werbalne lub niewerbalne, w których ujawniają się jej tendencje samobójcze – są to tzw. **przekazy samobójcze**. Przekaz dotyczący samobójstwa może być też wyrażany instrumentalnie jako **groźba samobójcza**, która ma na celu zaszantażowanie otoczenia. Z jednej strony na szali stawiane jest życie jednostki, a z drugiej jej potrzeby, warunki lub życzenia (Hołyst 2012: 95).

Jednostka decyduje się na samobójstwo, gdy (...) *już nie ma więcej powodów do komunikowania o sobie swojemu otoczeniu, gdyż nie spodziewa się pomocy* (Polewka i in. 2005: 400). Zaniechanie pomocy może wynikać z upływającego czasu po zwerbalizowaniu swoich myśli czy zamiarów. Jak opisano wcześniej, droga do czynu stanowi pewien proces, który nie jest jednoznacznie określony w czasie. Jeżeli od komunikatu upłynęło „dużo” czasu, a zachowanie samobójcze nie zostało podjęte, osoby, do których skierowany został dany komunikat, mogą uznać, że to już nie nastąpi (Bałandynowicz 2014).

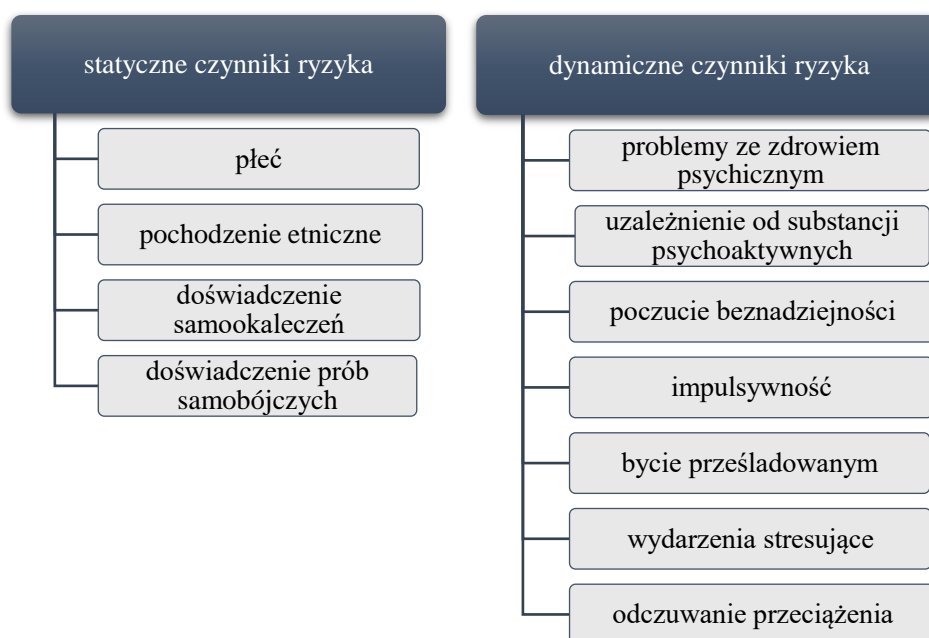
Nie oznacza to jednak, że w każdym przypadku osoba informuje o swoim zamiarze. Ważne, by nie wzmacniać poczucia winy już i tak istniejącego w rodzinie czy wśród bliskich osoby, która popełniła samobójstwo. Zarzut bycia niewystarczająco dobrym

rodzicem często nakładają na siebie sami rodzice po samobójczej śmierci dziecka (Czabański 2019; Young i in. 2012).

2.2. Czynniki suicydogenne

Czynniki ryzyka zagrożenia samobójstwem można podzielić na **statyczne**, odnoszące się do aspektów demograficznych i osobistych doświadczeń jednostki, z samookaleczaniem lub podejmowaniem prób samobójczych, oraz **dynamiczne**, które ulegają zmianom w czasie i są sytuacyjne, jak np. poczucie beznadziejności czy wydarzenia stresujące (Holman, Williams 2020). Szczegółowe przykłady czynników należących do tych dwóch grup przedstawiono na rysunku 5.

Rysunek 5. Podział czynników ryzyka na statyczne i dynamiczne



Źródło: opracowanie własne na podstawie Holman M.S., Williams M.N. (2020), *Suicide Risk and Protective Factors: A Network Approach*, "Archives of Suicide Research", vol. 26, nr 1.

Depresja, poczucie beznadziejności oraz odczuwanie przeciążenia stanowią największe ryzyko zagrożenia samobójstwem. Tak jak uzależnienie od substancji psychoaktywnych są wyraźnie i bezpośrednio związane z myślami samobójczymi (Holman, Williams 2020).

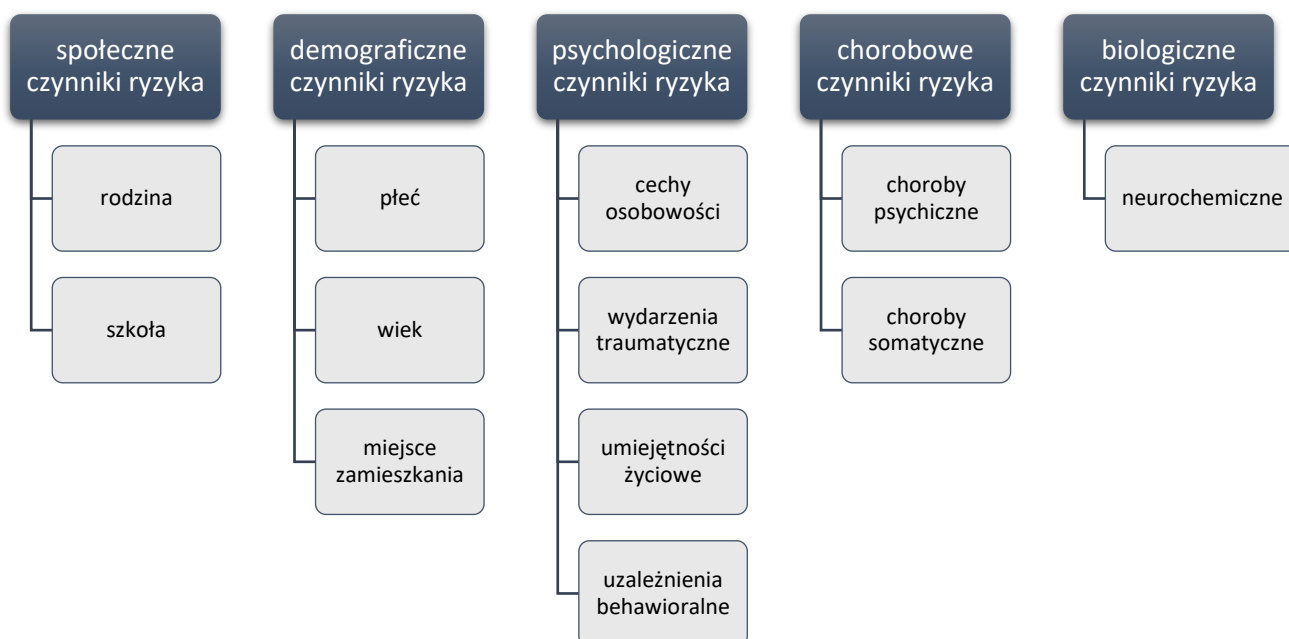
Czynniki ryzyka uniwersalne dla krajów rozwiniętych i rozwijających się to przede wszystkim podejmowanie prób samobójczych w przeszłości, niski status społeczno-ekonomiczny, stosowanie substancji psychoaktywnych oraz wydarzenia traumatyczne czy też silnie stresujące (Vijayakumar 2005).

Podjęcie zachowań samobójczych w przeszłości stanowi czynnik ryzyka ich powtórzenia (Hołyst 2012; Young i in. 2012). Wiele osób podejmujących próby samobójcze nie znajduje się jednak w oficjalnych statystykach. Zostają np. uratowani przez członków rodziny w warunkach domowych lub w szpitalu identyfikowany jest inny powód niż podjęcie zachowania samobójczego. Badanie osób, które doświadczyły leczenia na oddziale psychiatrycznym czy w klinice, nie stanowi więc reprezentacji grupy decydującej się na zadanie sobie śmierci, lecz jest jej wycinkiem (Hołyst 2012: 67).

Pewnym predyktorem zachowań samobójczych są także samookaleczenia ciała podejmowane bez intencji samobójczych (ang. *non-suicidal self-harm*, NSSH), takie jak np. nacinanie skóry czy przypalanie (Sivertsen i in. 2019), które w literaturze określane są także jako samouszkodzenia ciała, podejmowane bez intencji samobójczych (ang. *non-suicidal self-injury*, w skrócie NSSI) (Walsh 2014). Chociaż większość dorastających jednostek dokonujących samouszkodzeń nie podejmie próby samobójczej, to prawdopodobieństwo podjęcia przez nich tej próby jest aż dziewięciokrotnie wyższe niż u młodzieży bez takich doświadczeń. Dodatkowo zagrożenie samobójstwem w tej grupie rośnie wraz z częstością samouszkodzeń (Neupane, Mehlum 2022). Z kolei dokonywanie samouszkodzeń ciała wykazuje pozytywną korelację z lękowym stylem przywiązania ukształtowanym w dzieciństwie (Woo i in. 2020) zwanym też niepewnym, który wiąże się z brakiem wsparcia lub nadmierną kontrolą ze strony rodziców (Janssens i in. 2022). Sam akt często bywa bezpośrednio poprzedzony poczuciem obezwładniającego smutku i żalu (Kostyła 2009).

Jak wskazują Kielan i Olejniczak, w nurcie socjologicznym uwagę zwraca się na (...) *społeczne warunki zapobiegające lub sprzyjające zamachom na własne życie* (Kielan, Olejniczak 2018: 10). Poniżej przedstawiono rysunek z grupami czynników ryzyka.

Rysunek 6. Grupy czynników ryzyka zagrożenia samobójstwem



Źródło: opracowanie własne na podstawie Kielan A., Olejniczak D. (2018), *Czynniki ryzyka oraz konsekwencje zachowań samobójczych z uwzględnieniem problematyki samobójstw dzieci i młodzieży*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka”, vol. 17, nr 3, s. 9–26.

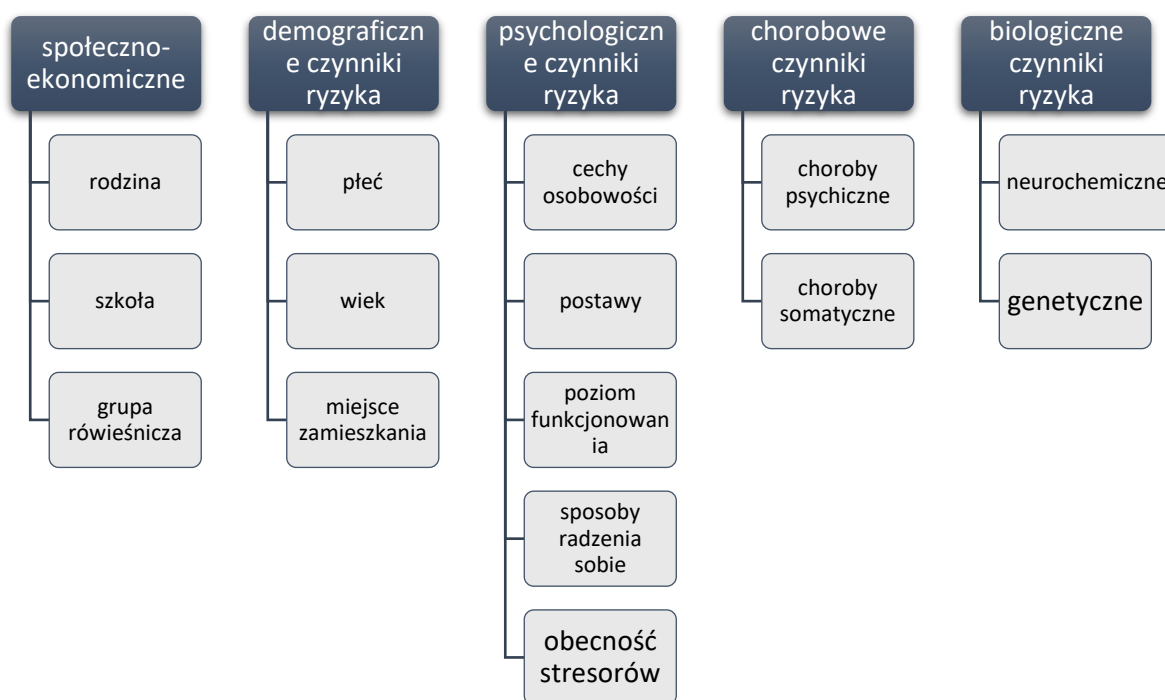
Umiejętność rozwiązywania problemów czy podejmowania decyzji, skuteczne komunikowanie się z innymi oraz radzenie sobie ze stresem to przykłady **umiejętności życiowych**, dzięki którym jednostka jest w stanie poradzić sobie w różnych sytuacjach (Orłowska 2021). Ta ostatnia umiejętność jest na tyle ważna, że w niektórych klasyfikacjach czynników ryzyka wyodrębnia się ją jako osobny czynnik (rys. 7).

Jednostka w sytuacji stresowej przyjmuje jedną z trzech **strategii/stylów radzenia sobie**: (1) styl zorientowany zadaniowo – brak emocjonalnego zaangażowania, nastawienie na zebranie jak największej ilości danych umożliwiających rozwiązanie problemu, (2) styl skoncentrowany na emocjach – akcent na własne emocje i przeżycia, dążenie do redukcji napięcia emocjonalnego, (3) styl unikający – wypieranie istnienia stresora, angażowanie się w inne działania (Mroczkowska, Białkowska 2014). W badaniu realizowanym w irlandzkich szkołach (N = 3684) przeanalizowano powiązania między stylem zorientowanym zadaniowo oraz stylem skoncentrowanym na emocjach a kondycją zdrowia psychicznego uczniów. Zdecydowanie niższy poziom objawów depresyjnych i lęku, a także wyższą samoocenę wykazywały osoby o stylu zorientowanym zadaniowo. Aktywnie poszukiwały rozwiązania swojego problemu, ale też korzystały ze wsparcia społecznego i szukały go. Przeciwnie osoby o stylu skoncentrowanym na emocjach, które wykazywały gorszą kondycję psychiczną, a w celu zredukowania napięć emocjonalnych

np. sięgały po alkohol (McMahon i in. 2013). W badaniu obejmującym pacjentów hospitalizowanych na Oddziale Psychiatrii Młodzieżowej Centralnego Szpitala Klinicznego Instytutu Stomatologii UM w Łodzi (n = 80 osób w wieku 13–19 lat) najczęstszymi reakcjami na sytuację trudną były: płacz, zamykanie się we własnym pokoju oraz samookaleczanie (Gmitrowicz i in. 2015).

Podobną, lecz nieco bardziej rozbudowaną typologię czynników przedstawia Zwoliński (2013: 200). W czynnikach społeczno-ekonomicznych pojawia się osobny czynnik grupy rówieśniczej, który w poprzedniej klasyfikacji zawierał się w „szkole”. Wyodrębniono również genetyczny czynnik ryzyka w kategorii biologicznej. W grupie psychologicznych czynników zamieniono wydarzenia traumatyczne na obecność stresorów, a umiejętności życiowe i uzależnienia behawioralne zastąpiono postawami, poziomem funkcjonowania oraz sposobami radzenia sobie.

Rysunek 7. Grupy czynników ryzyka u dzieci i młodzieży



Źródło: opracowanie własne na podstawie Zwoliński A. (2013) *Samobójstwo jako problem osobisty i publiczny*, Kraków, Wydawnictwo WAM, s. 200.

W publikacji WHO dotyczącej zapobiegania samobójstwom w ujęciu globalnym główne czynniki ryzyka samobójstwa pogrupowano w następujące kategorie:

- a) **systemy opieki zdrowotnej** – problemy w dostępie do opieki zdrowotnej;
- b) **społeczeństwo** – przede wszystkim stygmatyzacja związana z problemami ze zdrowiem psychicznym, ale też dostęp do środków (np. broni palnej) czy też

niewłaściwie skonstruowane przekazy medialne, które gloryfikują samobójstwa lub przekazują szczegółowe informacje o samobójstwach celebrytów;

- c) **społeczność lokalna** – np. doświadczenie wojny lub klęski żywiołowej, dyskryminacja, która często wiąże się z aktami szeroko rozumianej przemocy wobec dyskryminowanych, trauma np. na skutek doświadczenia przemocy, molestowania;
- d) **relacje** – utrata bliskiej osoby, konflikty (w tym te dotyczące relacji w kontekście prawnym, jak np. rozwód czy rozprawy dotyczące opieki nad dzieckiem), poczucie izolacji społecznej czy braku wsparcia;
- e) **indywidualne** – np. podejmowanie prób samobójczych w przeszłości, czynniki genetyczne i biologiczne, zaburzenia psychiczne, nadmierne spożywanie alkoholu (Hołyst 2018: 49–71).

W oparciu o analizę literatury Ostaszewski i współpracownicy wyróżnili natomiast jeszcze inne czynniki ryzyka zachowań problemowych czy też ryzykownych, w tym samobójstw, wśród dzieci i młodzieży:

- a) czynniki **indywidualne** (np. deficyty poznawcze),
- b) czynniki związane z **funkcjonowaniem rodziców i rodziny** (np. uzależnienia rodziców, niski status społeczno-ekonomiczny),
- c) czynniki związane z **wypełnianiem ról rodzicielskich** (np. emocjonalne odrzucenie dziecka),
- d) czynniki związane ze **szkołą i nauką** (np. konflikty z nauczycielami, brak postępów w nauce),
- e) czynniki związane z **rówieśnikami** (np. rówieśnicy wykazujący zachowania problemowe, odrzucenie przez rówieśników),
- f) czynniki związane ze **środowiskiem lokalnym** (np. wysoki poziom przestępczości),
- g) czynniki makrospołeczne związane z **działaniem mediów i popkulturą** (np. ukazywanie aktów przemocy) (Ostaszewski 2008: 21–23).

W innej klasyfikacji zaproponowano jedynie trzy główne grupy czynników ryzyka, podzielone na bardzo ogólne kategorie:

- a) **środowiskowe** – np. doświadczenie przemocy lub zaniedbania w dzieciństwie, przemocy rówieśniczej, a także wpływ mediów;
- b) **psychologiczne** – związane z procesami afektywnymi, poznawczymi oraz społecznymi;

- c) **biologiczne** – w tym neurobiologiczne, genetyczne czy dotyczące aspektów molekularnych, np. markery prozapalne (Cha i in. 2018).

Wydarzenia życiowe można uznać za jeden z bardziej demokratycznych czynników stwarzających ryzyko samobójstwa. Dostrzeżenie siły tego czynnika możliwe jest dopiero po wyzbyciu się subiektywnej opinii dotyczącej danego doświadczenia. Traumatyczne dla nas wydarzenie nie musi bowiem takim być dla innej osoby, i odwrotnie (Jarema 2018; Hołyst 1991). Subiektywne poczucie trudności stanowi ważny element wskazania danego wydarzenia jako trudne (Karney 1991). Załamującą wewnątrznie sytuacją może być dla kogoś śmierć bliskiej osoby, dla kogoś innego natomiast obniżenie średniej ocen. Nie istnieje tutaj kategoria „błahych” wydarzeń, które można byłoby określić jako „niewystarczające” do popełnienia samobójstwa. Wydarzenia traumatyczne mogą też doprowadzić do mechanizmu obronnego, którym jest dysocjacja, czyli odrealnienie, oddzielenie od doświadczania traumy (Radziwiłłowicz 2020).

W grupie 100 osób w wieku 15–19 lat przyjętych po samobójczej próbie zatruć do Kliniki Ostrych Zatruc Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi, aż 2/3 badanych doświadczyło traumatycznego wydarzenia życiowego do tygodnia przed podjęciem tejże próby, z czego 41 osób w czasie do 24 godzin przed (Rosa 2007). Silne przeżycie bez wątplenia jest wyraźnym czynnikiem ryzyka zwiększającym prawdopodobieństwo podjęcia zachowań samobójczych. Według badań z 2011 roku, wśród 2100 studentów czterech poznańskich uczelni, aż 46,2% (970 osób) doświadczyło samobójstwa osoby bliskiej lub znajomej (Czabański 2019).

Dla wielu osób w różnym wieku, wyraźnym wydarzeniem traumatycznym w skali globalnej była pandemia COVID-19, która zaczęła się w marcu 2020 roku i trwała przez wiele miesięcy, z różnym nasileniem. Był to czas nie tylko wzmożonego niepokoju, ale też i izolacji, problemów finansowych czy utraty pracy lub ryzyka jej utraty (Port i in. 2022).

Okres dojrzewania jest często bardzo stresującym doświadczeniem. To czas wielu zmian – tych biologicznych, fizycznych, ale także dotyczących sfery psychospołecznej. Nastolatki często wykazują się dużą emocjonalnością oraz podatnością na sugestie i pomysły innych osób (Flis-Świeczkowska 2018; Kielan, Olejniczak 2018). Wiąże się to ze zwiększoną potrzebą akceptacji wśród rówieśników, co przekłada się na zwiększony wpływ grupy rówieśniczej na jednostkę (Ostaszewski 2008; Musiał 2007). Szczególnie, że w tym okresie osłabia się autorytet rodziców czy dorosłych (...) *dorośli sami są zagubieni moralnie, stad młodzież próbuje sama, na własną rękę, wypracować sobie etyczne, obyczajowe i kulturowe „paradygmaty”* (Mizińska 2002: 24). Jednocześnie

zasoby zgromadzone w dzieciństwie, a następnie w okresie dojrzewania stanowią istotny wkład w proces stawania się dorosłą jednostką (Kielan i in. 2017). Proces ten nie jest jednak linearny, charakteryzuje się labilnością emocjonalną, która z zewnątrz jest postrzegana jako nagłe wybuchy złości, lęku czy rozpacz, często niezrozumiałe dla otoczenia. Niekontrolowanie własnych emocji raczej wynika tu z braku umiejętności niż chęci ich eskalacji (Kostyła i in. 2009).

Dla dorastającej młodzieży szczególnie ważnym czynnikiem ryzyka jest niskie poczucie własnej wartości, które wykazuje istotną korelację z trudnościami emocjonalnymi i zachowaniami samobójczymi. Chłopcy wykazują wyższe poczucie własnej wartości niż dziewczynki w ich wieku (de la Barrera i in. 2020). Badanie Malinowskiej (2007) wśród osób dorosłych, które ukończyły 20 r.ż. przyniosło podobne wyniki. Osoby po próbach samobójczych, hospitalizowane na Oddziale Toksykologii Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. Jana Bożego w Lublinie miały bardziej negatywny obraz siebie niż osoby z grupy kontrolnej. Częściej postrzegały siebie jako niepasujące do grupy społecznej, do której należały. Niskie poczucie własnej wartości i niespełniona potrzeba bycia zaakceptowanym może również prowadzić do zaburzeń odżywiania (Orłowska 2021). Poczucie własnej wartości jest jednocześnie jednym z najsilniejszych czynników chroniących przed zagrożeniem samobójstwem wśród osób dorastających (de la Barrera i in. 2020).

W badaniu realizowanym w 2015 roku na próbie 1439 uczniów warszawskich liceów ogólnokształcących w wieku 16–19 lat, spośród wszystkich czynników niespełna 60% badanych uznało, że odrzucenie przez bliskich przyczynia się do poczucia osamotnienia, i tym samym może stać się przyczyną podjęcia decyzji o zachowaniu samobójczym. Brak zrozumienia przez rodziców (37%) i doznanie krzywdy od osoby z rodziny (25,7%) to najważniejsze czynniki związane z rodziną, które również mają wpływ na tę decyzję (Kielan i in. 2017).

Zjawisko pogarszającej się kondycji psychicznej młodych osób nie jest czynnikiem charakterystycznym dla Polski – stanowi raczej tendencję globalną (van Vuuren i in. 2021; McManama O'Brien i in. 2019; Sivertsen i in. 2019). W reprezentatywnym norweskim badaniu przeprowadzonym w 2018 roku aż 21% studentów (n = 10 494) doświadczyło myśli samobójczych, 19,6% dokonywało w przeszłości samouszkodzeń bez intencji samobójczych; pierwsze samookaleczenie ciała następowało przeciętnie w wieku około 15 lat. Próbę samobójczą podjęło w przeszłości 4,2% studentów (n = 2 112), w tym zdecydowana większość zrobiła to raz (49%), co czwarta osoba (24%) pojęła dwie takie

próby (Sivertsen i in. 2019). Wśród siedemnastolatków w Wielkiej Brytanii (n = 10 103), aż 24,1% dokonało samookaleczenia w trakcie 12 miesięcy przed badaniem, a 7,4% podjęło kiedykolwiek w życiu próbę samobójczą (Patalay, Fitzsimons 2021). Dokonując porównań międzynarodowych, należy zawsze mieć na uwadze pewną „niewiarygodność” oficjalnych danych dotyczących zjawiska samobójstwa i różnic urzędowych, które mogą tu występować (Rosa 2012).

Można powiedzieć, że dzieci i młodzież to specyficzna grupa ryzyka zagrożenia samobójstwem. Wiąże się to z brakiem umiejętności radzenia sobie ze stresem i niepokojem, a także słabszą kontrolą emocji i większą impulsywnością. Wynika to z szeroko rozumianego procesu dojrzewania (Grochmal-Bach 2014). Jednocześnie młodzież chciałaby móc rozmawiać z lekarzami ogólnymi o myślach samobójczych czy dokonanych samouszkodzeniach. Ważny jest tu dialog oparty na współpracy i pozbawiony piętnowania, w którym lekarze wykażą się wyrozumiałością oraz wsparciem informacyjnym o możliwej pomocy (Bellairs-Walsh i in. 2020). Wymaga to dużo ostrożności i wyczucia ze strony lekarzy pierwszego kontaktu. A często podczas wizyty poza pacjentem w gabinecie są obecni rodzic/rodzice, którzy niekiedy zakłócają potrzebną młodemu pacjentowi prywatność (Bellairs-Walsh i in. 2021).

Niezależnie jednak od przyjętej klasyfikacji czynników ryzyka należy pamiętać, że przenikają się one wzajemnie i często kumulują się w życiu jednostki. Ich występowanie nie warunkuje bezwzględnie podjęcia decyzji o samobójstwie (Hołyst 2018). Można powiedzieć, że decyzja ta jest wynikiem życiowego równania, w którym czynniki ryzyka muszą przeważać nad czynnikami ochronnymi.

2.3. Ocena ryzyka suicydalnego

Myśli samobójcze nie zawsze muszą być zwerbalizowane. Jarema (2018) zwraca uwagę na istotę **wnioskowania pośredniego**, które skupia się na zachowaniu danej osoby. Może zaczęła nagle uporządkowywać swoje życie, rozwiązuje dawne konflikty, przekazuje wartościowe rzeczy, sporządziła testament? A może zupełnie nie, może wycofuje się z kontaktu, stała się bardziej bierna i zamknięta w sobie?

Ocena ryzyka zagrożenia samobójstwem u młodzieży może nastąpić przy użyciu modelu składającego się z trzech kategorii czynników ryzyka i czterech etapów oceny (Stoelb, Chiriboga 1998), które przedstawiono w tabeli 5.

Tabela 5. Model procesu oceny ryzyka samobójstwa u nastolatków

Etapy oceny ryzyka	Kategorie czynników ryzyka
Etap pierwszy – ocena występowania pierwszorzędowych czynników ryzyka	Pierwszorzędowe – np. próby samobójcze w przeszłości, poczucie beznadziejności, zaburzenia afektywne
Etap drugi – ocena występowania myśli i zamiarów samobójczych, w tym planów samobójczych	
Etap trzeci – ocena występowania wtórnych czynników ryzyka	Wtórne – np. nadużywanie substancji psychoaktywnych, zaburzenia osobowości, zaburzenia zachowania
Etap czwarty – ocena występowania sytuacyjnych czynników ryzyka	Sytuacyjne – np. wydarzenia stresowe, posiadane wsparcie społeczne, relacje rodzinne, kształtowanie się tożsamości psychoseksualnej

Źródło: opracowanie własne na podstawie Stoelb M., Chiriboga J. (1998), *A process model for assessing adolescent risk for suicide*, „Journal of Adolescence”, nr 21, s. 359–370.

Wśród 100 pacjentów Regionalnego Ośrodka Toksykologii Klinicznej w Lublinie w wieku 14–18 lat znaczny wpływ na podjęcie decyzji o podjęciu zachowania suicydalnego miały czynniki dotyczące więzi z innymi, np. odrzucenie emocjonalne przez bliskich (65%) lub odrzucenie emocjonalne przez rodziców (57%), ale także trudności w relacjach rówieśniczych (56%). Najczęściej treść myśli samobójczych odnosiła się do zdania „Lepiej byłoby, gdybym nie istniał/a” (46%) lub „Moje życie jest bezwartościowe” (34%) (Makara-Studzińska 2013). Chwilowa samotność może być potrzebą czy nawet koniecznością w celu regulacji napięcia czy odpoczynku. Jednak problemy w relacjach mogą przekształcić się w chroniczną samotność, która bywa silnym bodźcem do zachowań autodestrukcyjnych. Wycofywanie się jednostki z kontaktu przyczynia się do odsuwania się ludzi wokół. To z kolei eliminuje zaistnienie czynnika ochronnego, jakim jest wsparcie społeczne w otoczeniu. Pojawia się za to obniżone samopoczucie i samoocena (Wasilewska-Ostrowska 2018)²⁶.

²⁶ Niektóre komercyjne podmioty wprowadzają rozwiązania w zakresie przeciwdziałania samotności klientów, co ma polepszyć ich samopoczucie (a dodatkowo jest poniekąd kampanią marketingową). W 2019 roku holenderska sieć supermarketów Jumbo otworzyła pierwszą kasę, w której klienci nie tylko nie muszą się spieszyć z zakupami, ale przede wszystkim mogą spokojnie porozmawiać z kasjerem lub kasjerką. Działanie to miało na celu zredukowanie poczucia osamotnienia, zwłaszcza wśród osób starszych. Obecnie powstaje 200 kolejnych kas tego typu w rejonach, gdzie samotność w tej grupie wiekowej postrzegana jest jako istotny problem społeczny. Projekt wspierany jest przez holenderskie ministerstwo zdrowia. Zob. Dutch News, *Jumbo opens 'chat checkouts' to combat loneliness among the elderly*, <https://www.dutchnews.nl/news/2021/09/jumbo-opens-chat-checkouts-to-combat-loneliness-among-the-elderly/> (dostęp: 10.02.2023).

W celu oszacowania ryzyka podjęcia przez jednostkę zachowania samobójczego poza wywiadem stosuje się także różnorodne skale zaprojektowane w formie kwestionariusza. Wskazać tutaj można np.:

– *Skalę Prawdopodobieństwa Popęlnienia Samobójstwa* (ang. *Suicide Probability Scale*, SPS, tłumaczenie własne) opracowaną przez Johna G. Culla i Wayne’a S. Gilla. Skala składa się z 36 twierdzeń (tworzących cztery podskale – poczucie beznadziejności, myśli samobójcze, wrogość, negatywna samoocena), które badany ocenia w czterostopniowej skali Likerta (Eskin i in. 2007);

– *Skalę Powodów do Życia* czy też *Inwentarz Powodów do Życia* (ang. *Reasons for Living Inventory*, RFL-48), opracowane przez Marszę M. Linehan i współpracowników narzędzie, które składa się z 48 twierdzeń (początkowo było ich aż 72), odnoszących się do sześciu czynników wpływających na poradzenie sobie z kryzysem. Są to: przekonanie o umiejętności radzenia sobie, poczucie odpowiedzialności wobec rodziny, lęk przed samobójstwem, wątpliwości moralne, lęk przed dezaprobatą społeczną i obawy związane z potomstwem (Siewierska, Chodkiewicz 2022);

– *Skalę Krytycznych Wydarzeń Życiowych u Młodzieży* opracowaną przez zespół z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, składającą się z 73 twierdzeń odnoszących się do różnych krytycznych wydarzeń. Skala skierowana jest *stricte* do młodzieży w wieku 15–19 lat i występuje w dwóch wersjach: wersja A pozwala zidentyfikować ryzyko wystąpienia myśli samobójczych, natomiast wersja B ryzyko podjęcia prób samobójczych (Grochmal-Bach 2014).

Profesjoniści oceniają ryzyko samobójstwa przede wszystkim poprzez rozpoznanie sytuacji jednostki, występujących bodźców, relacji z bliskimi oraz ich reakcji na sytuację jednostki (Hołyst 2012; Albański 2010). Przy ocenie ryzyka samobójstwa warto również wziąć pod uwagę dostęp do różnorodnych metod ich popełnienia. Zwłaszcza, że (...) wraz z wiekiem rozszerza się zakres możliwości popełnienia samobójstwa, co z jednej strony może wynikać z większej wyobraźni i możliwości intelektualnych młodych ludzi, z drugiej zaś może być skutkiem faktycznej zwiększonej dostępności niebezpiecznych środków np. leków (Napieralska i in. 2010: 96).

2.4. Zachowania samobójcze w Polsce – skala zjawiska

Statystyki dotyczące samobójstw przenikają do dyskursu publicznego za sprawą mediów, które na tym opierają ostrzegawczy przekaz (Witkowska 2021: 156). Szczególnie

chwytlive w swojej dramatyczności są niepokojące liczby zachowań samobójczych podejmowanych w Polsce przez bardzo młodych ludzi. W 2022 roku samobójstwo w Polsce popełniło 156 osób w wieku 7–18 lat, w tej samej grupie wiekowej zidentyfikowano 2178 prób samobójczych (Komenda Główna Policji 2022). Szacuje się, że na 1 samobójstwo zakończone zgonem przypada ponad 20 prób samobójczych (WHO 2022), a w Stanach Zjednoczonych ten stosunek może wynosić nawet 1 do 33 (Holman, Williams 2020).

Poza rzeczywistym wzrostem należy tu wziąć pod uwagę także zmianę w identyfikowaniu samobójstw i prób samobójczych, na skutek udoskonalenia stosowanego narzędzia. Krajowy System Informacyjny Policji (KSIP) zastąpił w 2013 roku Policyjny System Statystyki Przeszłości „Temida”. Rejestracja zgłoszenia zachowania samobójczego, które w policyjnej terminologii określa się mianem zamachu samobójczego, od tej pory następowała od razu po wydarzeniu i ustaleniu, że do niego doszło. Jeżeli nie doszło jednak do zachowania samobójczego, dane te można zweryfikować i poprawić, system ze względu na takie ewentualności przekazuje dane z miesięcznym opóźnieniem. W 2017 roku formularz *Rejestracja zgłoszenia zamachu samobójczego* został wyraźnie zmodyfikowany, co wiązało się nie tylko z uszczegółowieniem kryteriów, ale także i dostosowaniem do panujących warunków poprzez dodanie nowych kategorii (GUS 2019). W nowym formularzu, *KSIP 10 – zgłoszenie zamachu/zachowania samobójczego* dokonano przede wszystkim następujących zmian:

- uszczegółowiono miejsca zamachu/zachowania samobójczego, stan świadomości jednostki i kategorie społeczno-demograficzne (wykształcenie, źródła utrzymania, stan zdrowia),
- dodano nowe kategorie do sposobu dokonania samobójstwa (np. zatrucie dopalaczami) i powodu zamachu/zachowania samobójczego²⁷.

Dokonane zmiany umożliwiły dokładniejsze opisanie zdarzenia, co z kolei przyczyniło się do szczegółowych opracowań zbiorczych. Tych, które wstrząsają opinią publiczną. Co ciekawe, inne liczby dotyczące samobójstw w Polsce odczytamy ze statystyk prowadzonych przez GUS. Ze względu na brak danych z 2022 roku zwróćmy uwagę na rok 2021, w którym GUS odnotował 4 582 samobójstw, a rok wcześniej – 4 553. Według

²⁷ *Uwagi i wyjaśnienia*, Komenda Główna Policji, <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze/63803.Zamachy-samobojcze-od-2017-roku.html> (dostęp: 10.02.2023).

Komendy Głównej Policji było to odpowiednio: 5 201 zarejestrowanych samobójstw w 2021 roku i 5 165 w 2020. Rozbieżności te wynikają z korzystania z innych źródeł informacji (Rosa 2012; Kielan, Olejniczak 2018). O ile zestawienie policyjne tworzone jest na podstawie wspomnianego wyżej formularza *KSIP-10* wypełnianego przez funkcjonariusza po oględzinach miejsca zdarzenia, o tyle GUS tworzy swoje zestawienia na podstawie Kart zgonu i Karty statystycznej wypełnianej w szpitalu po stwierdzeniu zgonu lub po sekcji zwłok (Rosa 2012; Bąbik, Olejniczak 2014).

Całkowitemu odwróceniu uległo natomiast zjawisko opisywane przez Rosę jeszcze kilkanaście lat temu, kiedy to porównał statystyki obu tych instytucji z lat 2000–2009 (Rosa 2012). W jego analizie dane GUS przewyższały liczbowo dane policyjne, gdyż uwzględniały np. zgon po kilku dniach od podjętej próby na skutek odniesionych obrażeń. Można byłoby się spodziewać, że zaniżenia statystyk dotyczących zamachów samobójczych przez Komendę Główną Policji ulegną zmianie po wprowadzeniu szczegółowego formularza do ich rejestrowania. Jednak już w 2013 roku, a więc cztery lata przed wprowadzeniem formularza *KSIP-10*, widzimy niemal zrównanie się obu statystyk. Dane z kolejnych lat można byłoby określić jako pewne „przeszacowanie” zamachów samobójczych przez funkcjonariuszy. Od 2016 roku identyfikują oni o ok. 700–800 więcej samobójstw niż wynika to z danych GUS gromadzonych na podstawie kart zgonu. W tabeli 6 przedstawiono kontynuację porównania dokonanego przez Rosę, obejmującego okres po publikacji jego artykułu tj. lata 2010–2022. Wyraźnie zaznaczono rok 2017, w którym wprowadzono zmiany w formularzu Komendy Głównej Policji.

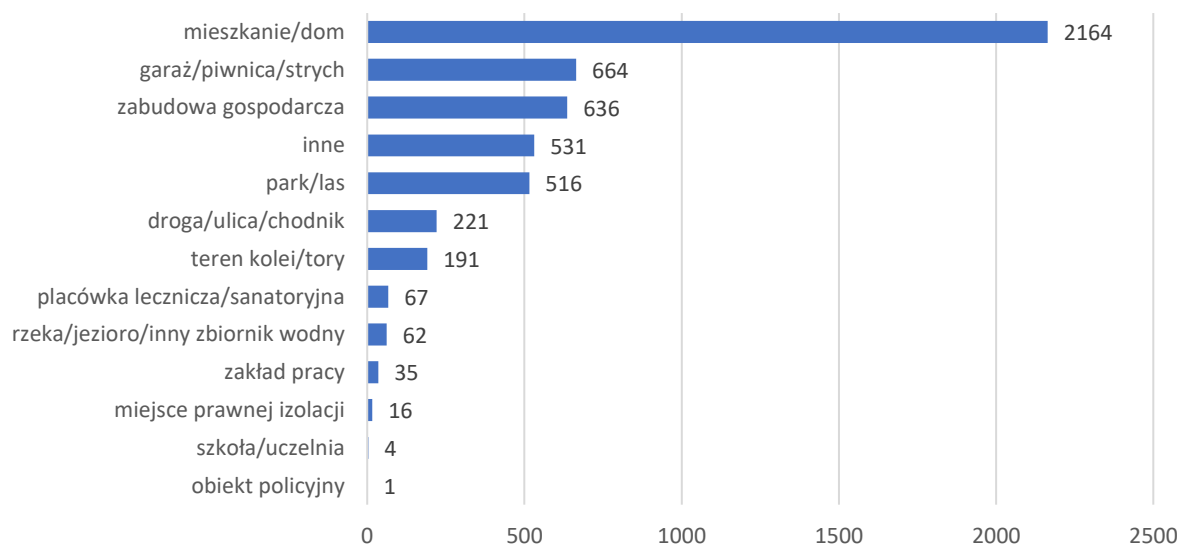
Tabela 6. Liczba samobójstw według Komendy Głównej Policji i GUS

	Dane Komendy Głównej Policji	Dane GUS	Różnice w liczbie zgonów samobójczych w statystykach Policji i GUS
2022	5 108	brak danych	-
2021	5 201	4 582	-619
2020	5 165	4 553	-612
2019	5 255	4 567	-688
2018	5 182	4 441	-741
2017	5 276	4 482	-794
2016	5 405	4 671	-734
2015	5 688	5 417	-271
2014	6 165	5 933	-232
2013	6 101	6 215	114
2012	4 177	6 365	2 188
2011	3 839	6 112	2 273
2010	4 087	6 342	2 255

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych statystycznych Komendy Głównej Policji i GUS.

Zgodnie ze statystykami Komendy Głównej Policji najczęściej samobójstwo zakończone zgonem popełniano w domu lub mieszkaniu (ponad 42% zarejestrowanych samobójstw). Często miejscem popełnienia samobójstwa była także rzadziej używana część w domu lub przy domu – garaż, piwnica, strych (niepełna 13%) lub inna zabudowa gospodarcza (niemalże 12,5%). Na uwagę zasługuje odnotowanie przez policję czterech samobójstw na terenie placówki edukacyjnej – szkoły lub uczelni (Komenda Główna Policji 2022). Szczegółowy rozkład zaprezentowano na wykresie 1.

Wykres 1. Miejsce popelnienia samobójstwa zakończonego zgonem – dane z roku 2022



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Komendy Głównej Policji.

Przy opisywaniu zachowań samobójczych często podkreślany jest powód osadzony w zaburzeniach psychicznych. Wśród 5108 osób w Polsce, które według statystyk policyjnych zakończyły życie przez samobójstwo w 2022 roku, informacja o leczeniu psychiatrycznym dotyczyła 1074 osób, a więc co piątej osoby, która podjęła decyzję o odebraniu sobie życia (Komenda Główna Policji 2022). Jest to zgodne z tezą sformułowaną wiele lat temu przez Durkheima, który zauważył, że (...) [z] przykłady samobójców, których widzieli psychiatrzy i którzy naturalnie byli chorzy umysłowo, nie można przenieść wniosków na tych, których nie obserwowali, a których przecież jest o wiele więcej (Durkheim 2011: 75).

Policja rejestruje również próby samobójcze, jednak należy pamiętać, że ma to wartość raczej szacunkową – liczba zgłoszonych czy odnotowanych prób samobójczych jest zdecydowanie niższa niż rzeczywista skala zjawiska (Rosa 2012)²⁸. W 2022 roku liczba zarejestrowanych przez policję prób samobójczych wynosiła 14 520, a liczba samobójstw zakończonych zgonem 5 108. Zgodnie z tą statystyką, na 1 samobójstwo przypadały 3 próby samobójcze (Komenda Główna Policji 2022). Tymczasem WHO szacuje, że stosunek ten prezentuje się raczej jako 1:20 (WHO 2022). Oznacza to, że w 2022 roku

²⁸ Krzysztof Rosa (2012), ówczesny pracownik Kliniki Ostrych Zatrucí Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi, wskazuje, że tylko w roku 2004 przyjęto do tej placówki aż 776 pacjentów po próbie samobójczej, którzy zastosowali otrucie, i którzy mieszkają w obrębie regionu Kliniki.

miało miejsce, szacunkowo, ponad 100 tys. prób samobójczych. A odnosząc się do niedoszacowanej liczby samobójstw wynikającej z trudności prowadzenia ich rejestru (Rosa 2012), bez wątpliwości można wysnuć wniosek, że było ich zdecydowanie więcej.

Grupą wyraźnie zagrożoną samobójstwem na całym świecie są osoby w wieku 15–29 lat (Hołyst 2018). W 2022 roku samobójstwo w Polsce popełniło 5108 osób, w tym 6 osób w wieku 7–12 i aż 150 w grupie 13–18 lat. W 2021 było to odpowiednio 2 i 125, a w 2020 roku 1 i 106. Jednocześnie znacznie wzrosła liczba podejmowanych prób samobójczych w tych grupach wiekowych – w 2019 roku, czyli przed pandemią koronawirusa odnotowano 46 prób samobójczych u osób w wieku 7–12 i 905 u osób w wieku 13–18. Dane z roku 2022 są ponad dwukrotnie wyższe – 85 prób samobójczych wśród grupy 7–12 lat i 2008 prób w grupie wiekowej 13–18 (Komenda Główna Policji 2022). Wyraźny wzrost dostrzegalny w zachowaniach klasyfikowanych jako próby samobójcze, niekończących się śmiercią, wynika nie tylko ze zmian zachodzących w społeczeństwie, ale także wiąże się z dokładniejszym definiowaniem sytuacji zamachu samobójczego i modyfikacją formularza *KSIP 10*. Z tego powodu rok 2017 został wyraźnie oznaczony w tabeli 7, w której przedstawiono szczegółowy rozkład danych z lat 2013–2022, gdzie uwzględniono liczbę zachowań samobójczych ogółem, w nawiasie podając liczbę samobójstw zakończonych zgonem. Statystyki te przedstawione zostały jedynie poglądowo. Charakteryzują się one znacznym niedoszacowaniem, wynikającym z trudności uchwycenia omawianego zjawiska, ze względu na np. dylemat, czy podjęte działania charakteryzowała intencja pozbawienia siebie życia, czy jedynie redukcja wewnętrznego napięcia (Rosa 2012).

Tabela 7. Zachowania samobójcze dzieci i młodzieży w Polsce w latach 2013–2022

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Wiek 0-6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Wiek 7-12	9 (4)	14 (3)	12 (5)	9 (2)	28 (1)	26 (5)	46 (4)	29 (1)	85 (2)	85 (6)
Wiek 13-18	348 (144)	428 (124)	469 (114)	466 (101)	702 (115)	746 (92)	905 (94)	814 (106)	1411 (125)	2093 (150)
Razem	357 (148)	442 (127)	481 (119)	475 (103)	730 (116)	772 (97)	951 (98)	843 (107)	1496 (127)	2178 (156)

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Komendy Głównej Policji.

W okresie między 1999 a 2006 rokiem śmiercią samobójczą w Polsce zmarło 2556 osób w wieku 10–19 lat, z czego zdecydowaną większość stanowili chłopcy (2181). Najwięcej spośród tych samobójstw odnotowano w maju, a najmniej w miesiącach wakacyjnych, tj. lipiec–sierpień, co według autorów analizy ma związek ze stresem szkolnym – w tym egzaminami oraz zagrożeniem niezdania do kolejnej klasy (Napieralska i in. 2010).

Liczba samobójstw zakończonych zgonem jest wyższa w grupie chłopców, natomiast liczba prób samobójczych niezakończonych zgonem jest znacznie wyższa w grupie dziewcząt, jednak przed rokiem 1939 sytuacja w Polsce wyglądała całkowicie odwrotnie (Ziółkowska 2020). Dominującą przewagę mężczyzn w samobójstwach zakończonych zgonem widać również w ogólnej strukturze samobójstw – 4 261 chłopców i mężczyzn popełniło samobójstwo w 2022 roku, co stanowiło ponad 83% wszystkich samobójstw w danym roku. Rejestrowane przez policję próby samobójcze również wskazują na większy udział płci męskiej – 9 381, 5 139 wśród dziewcząt i kobiet (Komenda Główna Policji 2022). Może wiązać się to z nierejestrowaniem dużej części prób samobójczych podejmowanych przez osoby płci żeńskiej, ze względu na stosowanie tzw. miękkich metod. Metody te mogą zostać zinterpretowane inaczej niż próba odebrania sobie życia lub nie wymagają interwencji medycznej.

Dane statystyczne w zakresie zjawiska samobójstwa stanowią podstawę do planowania działań prewencyjnych (Hołyst 2018). Jednak analizując statystyki dotyczące zachowań samobójczych, należy mieć na uwadze, że przedstawiają one zaniżone wartości dotyczące zjawiska (Rosa 2012; Jobes i in. 1986). Są (...) *jedynie naświetleniem problemu, który nadal pozostaje tajemnicą człowieka* (Zwoliński 2013: 18).

Durkheim, za Friedrichem Wagnerem uważa, że wierne trzymanie się danych statystycznych w przypadku analizowania zachowań samobójczych wpędza nas od razu w błędną interpretację zjawiska:

(...) to, co nazywa się statystyką motywów samobójstw, jest w istocie statystyką opinii, jakie na ich temat mają urzędnicy, często niżsi rangą, zajmujący się zbieraniem tych informacji. (...) W zależności do tego, czy o danej osobie mówi się, że niedawno straciła pieniądze lub miała zmartwienia rodzinne, czy lubiła pić, obwinia się ją albo o pijaństwo, albo o kłopoty rodzinne, albo też o niepowodzenia finansowe. Tak wątpliwych informacji nie można przyjąć za podstawę wyjaśniania samobójstw (Durkheim 2011: 192).

Z danych dotyczących identyfikowanych powodów samobójstwa warto korzystać, jednak w sposób zdystansowany. Poza interpretacją instytucjonalną pojawia się jeszcze interpretacja rodzinna, a rodzina często obawiając się stygmatyzacji otoczenia, tworzy mity dotyczące śmierci i sugeruje np. nieszczęśliwy wypadek (Czabański 2019; Sulska, Sumiła 2006). Dzieje się tak ze względu na to, że poprzez popełnienie samobójstwa (...) *jednostka łamie funkcjonujący w danej zbiorowości system norm i wartości, dlatego też naraża się na ocenę krytyczną, a nawet na pogardę* (Bałandynowicz 2014: 24). Klasyfikacja czynu zawsze może być więc obciążona błędem, w wyniku niepełnych lub błędnych informacji.

Na zakończenie tej części, chciałabym wspomnieć o popularnym współcześnie w dyskursie medialnym „newsie” o większej liczbie śmierci samobójczych niż śmierci na skutek wypadków drogowych. To informacja, na którą badacze zajmujący się suicydologią zwracają uwagę od dekad. Przykładem mogą być chociażby słowa: *Alarmują dane statystyczne – w Polsce prawie tyle samo osób umiera, popełniając samobójstwo, co ginie w wypadkach drogowych* (Rosa 1996: 9). Oznacza to, że ani zjawisko, ani jego skala nie powinna nas szokować. Skala zjawiska nie maleje od lat. To konsekwencja braku działań lub podejmowania niewłaściwych działań co najmniej od kilku dekad. Szokować powinno raczej, że dla części społeczeństwa jest to nowa informacja, co świadczy również o braku adekwatnej obecności tej problematyki w dyskursie medialnym od wielu lat.

3. Prewencja zachowań samobójczych jako zadanie dla wszystkich

Bielicki (2004) uznaje tematykę zachowań samobójczych za tak skomplikowaną, że nie da się opowiedzieć o wszystkich działaniach profilaktycznych, które można w związku z nimi podejmować. Analiza materiałów potrzebnych do stworzenia pracy doktorskiej sprawiła, że zgadzam się z nim całkowicie. Z tego powodu, w niniejszej części tylko wspomnę o kilku, istotnych z mojej perspektywy, aspektach w zakresie zapobiegania samobójstwom.

Profilaktyka dotycząca zachowań samobójczych zaczyna się już w dzieciństwie w ramach przekazywania norm i wartości, dlatego tak ważnym jest, aby rodzina traktowała zdrowie psychiczne jako wartość, o którą należy dbać (Lubińska-Bogacka 2019). Zdaniem Pileckiej (1995) podobne zadanie należy do szkoły, która powinna promować nie tylko zdrowie fizyczne, ale także i psychiczne, jako pierwszy poziom profilaktyki zapobiegania samobójstwom. Drugi poziom powinien obejmować osoby, u których pojawiają się pewne zachowania autodestrukcyjne (np. samouszkodzenia ciała), ale bez planów samobójczych.

Natomiast trzeci skierowany powinien być do osób po próbach samobójczych, a także rodzin, w których ktoś zmarł śmiercią samobójczą²⁹ (Pilecka 1995: 124-132).

Najważniejsze jest, aby każda sytuacja kryzysowa była rozpatrywana indywidualnie, z uwzględnieniem poszukiwania odpowiedzi na takie pytania, jak: co przyczyniło się do podjęcia zachowania samobójczego? Co można zrobić by to się nie powtórzyło? Co sprawiało tej osobie ból i cierpienie? Z jakimi problemami się zmagала? (Bielicki 2004: 46). Równie istotna jest identyfikacja motywacji, która doprowadziła jednostkę do zachowania samobójczego, ponieważ to ona wymaga zmiany (O'Connor, Sheehy 2002). Każdorazowe jej rozpoznanie jest konieczne, nie istnieje bowiem uniwersalne wsparcie, które odpowie na potrzeby wszystkich jednostek (Cohen, Syme 1985). Według Pileckiej (1995) w temacie zapobiegania samobójstwom trzeba jednak rozróżnić dwie sytuacje, które wymagają zastosowania odmiennych podejść. Pierwszy sposób prewencji opiera się na interwencji kryzysowej i dotyczy osób, u których myśli samobójcze wystąpiły, np. wskutek trudnej sytuacji życiowej czy bolesnego doświadczenia. Drugi sposób polega na terapii ciągłej i skierowany jest do osób ujawniających pewne ogólne skłonności autodestrukcyjne. W obu istotna jest jednak rola środowiska społecznego, którą należy rozpoznać (Ringel 1987).

Wśród czynników kryzysogennych bardzo istotne są czynniki społeczne, których wciąż nie wiąże się w debacie publicznej i politycznej³⁰ ze zdrowiem psychicznym w społeczeństwie (Woźniak 2014). Tymczasem zapobieganie samobójstwom to nie tylko ratowanie w wymiarze fizycznym, lecz przede wszystkim przywrócenie chęci do życia (O'Connor, Sheehy 2002; Hołyst 1991), a więc podejmowanie rozwiązań w zakresie społecznym.

Ze względu na tematykę mojej pracy, do ważnych aspektów związanych z zapobieganiem samobójstwom wpisuję wsparcie społeczne dostępne w bliskim otoczeniu (Bednarski, Urbanek 2012). Dostarcza ono jednostce powody do lepszego

²⁹ Osoby, które doświadczyły śmierci samobójczej w swoim bliskim otoczeniu, Shneidman (1973) określa jako tzw. ofiary ocalenia.

³⁰ Jednym z pomysłów przeciwdziałania zachowaniom samobójczym było zastosowanie lepszego ich monitorowania oraz dostępność informacji o takich zachowaniach dla lekarzy. W celu poprawy gromadzonych danych w zakresie zachowań samobójczych, podjęto w kwietniu 2020 roku uchwałę dotyczącą utworzenia Krajowej Bazy Danych na rzecz Monitorowania i Profilaktyki Zachowań Samobójczych, w której rejestrowano by zachowania samobójcze. Wyraźnie podzieliła ona środowisko z obawy przed niewłaściwym wykorzystaniem zgromadzonych w ten sposób danych – zarówno z premedytacją, jak i w wyniku ewentualnego „wycieku” danych. Zarówno Polskie Towarzystwo Psychiatryczne (PTP), jak i Polskie Towarzystwo Zapobiegania Samobójstwom (PTZS) opisały publicznie swoje stanowisko będące jawnym sprzeciwem wobec prowadzenia takiego rejestru (PTZS 2020).

samopoczucia na wielu płaszczyznach, od poczucia własnej wartości do przekonania, że ma się na kogo liczyć w trudnej sytuacji. Według literatury, dla dzieci i młodzieży najważniejszym czynnikiem ochronnym, który zapobiega samobójstwu jest rozmowa, w której czują się wysłuchani i zaakceptowani (Ringel 1987). Dbanie o otwarte rozmowy z bliskimi, w których poruszane byłyby tematy emocji i uczuć, jest szczególnie ważne w kontekście chłopców i mężczyzn, u których kulturowy wzorzec męskości prezentuje zupełnie odmienne wartości (O'Connor, Sheehy 2002). Skuteczny sposób przełamania wspomnianego stereotypu zastosowano w Finlandii w stosunku do myśliwych – model *Hyvä Mehtäkaveri* zakładał przede wszystkim rozpoznawanie objawów depresji oraz przeszkolenie w zakresie nawiązywania rozmów o problemach i trudnościach. Program nie tylko spotkał się z pozytywnym odbiorem, ale też uznano go za tzw. dobrą praktykę, w związku z czym zaczęto rozszerzać jego ideę w innych regionach Finlandii³¹.

Bliskie mojemu podejściu jest zdanie Erwina Ringela (1987), według którego prawdziwe zapobieganie samobójstwom dzieje się w codziennych relacjach i nie można go sędować jedynie na specjalistów w zakresie zdrowia psychicznego:

(...) co jest najważniejszym zadaniem w interwencji kryzysowej: być przy kimś, by mógł on jeszcze być (...) O powodzeniu interwencji kryzysowej decyduje jeszcze jeden czynnik, mianowicie trzeba przekonać człowieka zagrożonego samobójstwem, że jest potrzebny, że jest niezbędny, że byłoby go komuś brak, że jakaś sprawa bez niego nie ma szans powodzenia (Ringel 1987: 220-238)

Tak postrzeganą prewencję traktuję jako działania możliwe do zrealizowania przez różne jednostki, niezależnie od ich statusu materialnego, poziomu wykształcenia i innych czynników strukturalnych, i określam ją jako prewencję codzienną. Działania te, chociaż mogą być na co dzień niedostrzegane, oddziałują bardzo silnie na wspomniane przez Ringela (1987) poczucie ważności czy bezpieczeństwa.

4. Eutanazja i samobójstwo wspomagane

Jeszcze na początku XIX wieku podjęcie próby samobójczej skutkowało w wielu krajach karą, w tym karą pozbawienia wolności (Hołyst 2018). Samobójstwo w Polsce nie jest

³¹ Finlandia jest zresztą dość wyjątkowa pod względem podejścia do zachowań samobójczych jako do problemu społecznego. W 1987-1988 przeprowadzono analizę wszystkich (1397) samobójstw, które wówczas odnotowano w trakcie roku. Aż 245 osób z personelu medycznego prowadziło wywiady z rodzinami zmarłym wskutek samobójstwa. Badanie to określa się jako „psychologiczna autopsja samobójstw” (ang. *psychological suicide autopsy*). Przyczyniło się do opracowania fińskiej strategii zapobiegania samobójstwom, która skutecznie obniżyła wskaźnik samobójstw w kraju (zob. Adamczyk, Woźniak 2021).

penalizowane, co oznacza, że nie podlega karze w sensie prawnym. W Kodeksie Karnym istnieje jednak artykuł 151 dotyczący namowy do samobójstwa oraz udzielania pomocy w popełnieniu samobójstwa: *Kto namową lub przez udzielenie pomocy doprowadza człowieka do targnięcia się na własne życie, podlega karze pozbawienia wolności do 3 miesięcy do lat 5* (Dz.U. 1997 Nr 88 poz. 553). Dotyczy on sytuacji, w których do jednostki zostaje sformułowany jednoznaczny komunikat będący prośbą, radą czy propozycją (lecz nie groźbą), by zakończyła swoje życie, a także gdy otrzymuje ona instrukcje postępowania, narzędzia lub odpowiednie substancje, by zrealizować ten zamiar. Najświeższe statystyki policyjne w tej kategorii przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu obejmują 2020 rok, w którym wszczęto 3458 postępowań dotyczących namowy lub udzielenia pomocy do samobójstwa. Przestępstwa stwierdzono zaledwie w 11 przypadkach³². Należy także wspomnieć o niedoszacowaniu, które w tych statystykach występuje. Przestępstwa te są trudne do wykrycia, a jeszcze trudniejsze do udowodnienia, w związku z tym skazania z art. 151 k.k. są dość jednostkowe (Gurgul 1990). W internecie łatwo o poradniki wskazujące skuteczne sposoby zakończenia życia. Można również zawrzeć pakt o wspólnym samobójstwie z użytkownikiem forum internetowego o tej tematyce. Rzetelne i dokładne monitorowanie internetu, w którym nieustannie pojawiają się nowe treści, przekracza możliwości policji. Zwłaszcza, że wokół pojawia się wiele spraw bieżących (kradzieże, rozboje) lub przestępstw o wysokim stopniu istotności (np. zabójstwa). Tymczasem, pomimo niemożności dokładnego zbadania liczby samobójstw wynikających z namowy lub udzielonej pomocy, jest to realne zagrożenie dla jednostek, szczególnie tych o wysokiej wrażliwości czy pozostających bez wsparcia społecznego. Z tego powodu art. 151 k.k. wymaga uaktualnienia o nowe formy namowy czy pomocy w samobójstwie, do których warunki stwarza rozwój technologii i internetu (Gawliński, Zero 2021) oraz istnienie witryn prosuicydalnych przedstawiających rady odnośnie metod odebrania sobie życia (Witkowska 2021). W internecie prowadzone są również transmisje na żywo przedstawiające osobę popełniającą samobójstwo w czasie rzeczywistym (Rzadkowska 2016). W 2022 roku 34-latek z województwa wielkopolskiego prowadził transmisję, w trakcie której rozpędził prowadzone auto. W pewnym momencie

³²*Namowa lub pomoc do samobójstwa (art. 151)*, Komenda Główna Policji, <https://statystyka.policja.pl/st/kodeks-karny/przestepstwa-przeciwko/63420.Namowa-lub-pomoc-do-samobojstwa-art-151.html> (dostęp: 6.09.2020).

zjechał z drogi, by uderzyć w drzewo. Popęłnił więc samobójstwo, zginął wtedy też jego pies³³.

W prawie kanonicznym jeszcze do niedawna sytuacja przedstawiała się zupełnie inaczej. Już w 452 roku samobójstwo zostało określone zbrodnią i powiązane z działaniem diabła, a nieco ponad sto lat później, na soborze praskim podjęto decyzję o egzekwowaniu kary wobec samobójcy (Durkheim 2011). Dopiero w 1983 roku zrezygnowano z zapisu, według którego osobie, która zginęła wskutek samobójstwa, odmawiano prawa pochówku połączonego z liturgią (Tekliński 2018). Obecnie Kościół katolicki wciąż traktuje samobójstwo jako naruszenie Dekalogu i (...) *sprzeciwia się czynom samobójczym, nie potępia jednak człowieka, który takiego czynu się dopuścił* (Kielan i in. 2017: 162).

Eutanazja czy też samobójstwo wspomagane wiąże się z zaangażowaniem osób trzecich. W Polsce jest to prawnie zakazane i podlega karze. Natomiast obowiązująca w Wielkiej Brytanii i Walii ustawa o poczytalności (ang. *Mental Capacity Act*) wiąże się ze świadomym odmówieniem leczenia osób powyżej 18 roku życia³⁴. Wzbudza ona wiele pytań i wątpliwości na gruncie etycznym, osobistym oraz prawnym w związku z zachowaniami samobójczymi. Nieuleczalna choroba fizyczna wiąże się bowiem z brakiem lekarstwa na daną przypadłość, natomiast zdrowie psychiczne jest zmienne w czasie. Ponadto lekarze ratujący osobę po próbie samobójczej nie mają dostępu do pełnej dokumentacji, która pozwoliłaby ocenić, czy rzeczywiście decyzja o nieratowaniu była podjęta przez osobę poczytalną i świadomą. W badaniach fokusowych medycy wskazali, że potrzebowaliby zwrócić się do osób z większym doświadczeniem i na wyższym stanowisku, na co przecież nie byłoby czasu w sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia (Quinlivan i in. 2019).

Zapobieganie samobójstwom może kojarzyć się z pomocą medyczną, np. w formie odtrucia organizmu, to jednak jest zaledwie wstęp do udzielenia pełnego ratunku. Hołyst stawia tu wyraźną granicę: (...) *uratować życie to uratować ciało, uratować człowieka to uratować chęć życia* (Hołyst 1991: 6). Kontynuując myśl, zadaje pytanie: *Czy jednak wolno nam ratować ciało, jeżeli nie potrafimy ratować ducha?* (Hołyst 1991: 6). Trudniej jest odpowiedzieć na tak zadane pytanie, w którym ratunek *somy* postrzegany jest jako dalsze tortury *psyche*. Zwraca na to uwagę Ringel: *Jeśli brak pomocy psychicznej,*

³³ *Wielkopolskie. Śmiertelny wypadek na drodze. Kierowca transmitował go w sieci*, PolsatNews, <https://www.polsatnews.pl/wiadomosc/2022-10-21/wielkopolskie-smiertelny-wypadek-na-drodze-kierowca-transmitowal-go-w-sieci/> (dostęp: 10.02.2023).

³⁴ Chociaż w obecnych źródłach internetowych wskazuje się raczej na wiek od 16 r.ż.

do absurdu sprowadza się efekt zabiegów przywracających zdrowie fizyczne, ponieważ zbyt często w końcu triumfuje śmierć (Ringel 1987: 150). Idąc dalej, podjęcie zachowania samobójczego jawi się wtedy także jako wyraz woli i wolności jednostki (Szasz 1989). Poniekąd takie podejście widoczne jest w krajach, gdzie eutanazja czy też samobójstwo wspomagane postrzegane jest jako prawo człowieka. W grudniu 2022 roku w Belgii zaakceptowano wniosek o skrócenie życia 89-letniej kobiety, zgwałconej w domu opieki przez 36-latkę, który wtargnął do jej pokoju. Na życzenie kobiety z wykonaniem eutanazji wstrzymano się do czasu rozprawy sprawcy³⁵.

Wątpliwości budzi jednak to, kto i w jaki sposób ocenia wnioski dotyczące „zgody na samobójstwo”. Chociaż opisana wyżej sytuacja wydaje mi się zrozumiała, to czy mogę na podstawie swojej oceny wydawać wyrok (na dalsze życie lub śmierć)? Przez znaczną część rozprawy powołuję się przecież na badaczy, którzy podkreślają, że „błaha” dla jednej jednostki bodźce, dla innej mogą być podstawą do podjęcia zachowania samobójczego. Czy aby na pewno własne przekonania czy hierarchie wartości nie przebijają przez oceny, którym przyznaje się rangę „obiektywnych”, bo formułują je osoby mające status ekspertów? Kto i dlaczego ma uznawać, że dany powód jest wystarczający do śmierci, a inny już nie?

Podsumowanie

Zdaniem Hołysta (1991) medyczne ratowanie osoby, która ucierpiała w wyniku próby samobójczej, a więc ratowanie jedynie ciała, podczas gdy człowiek cierpi wewnątrz, nie jest żadnym rozwiązaniem i nie przyczynia się do zapobiegania powtórnego podjęcia zachowania samobójczego. Skupienie się na łagodzeniu objawów bez dotarcia do prawdziwych przyczyn nie uchroni przed toczącą organizm chorobą. Podobnie wdrażanie prewencji względem zachowań samobójczych skierowanej do wąskiej grupy ryzyka, bez szeroko zakrojonych, niezbędnych zmian w środowisku społecznym, skazane jest na niepowodzenie. Każda trudna sytuacja może w pewnym momencie stać się zbyt obciążająca, a cierpienie może przekroczyć próg wytrzymałości jednostki. Każdy kryzys może przerodzić się w kryzys suicydalny (Pilecka 1995), co poniekąd świadczy o tym, że wszyscy znajdujemy się w tzw. potencjalnej grupie ryzyka.

³⁵ Zob. Daily Mail, *Wheelchair-bound woman, 89, is granted right to die after she was raped in Belgian care home: Victim postponed her euthanasia so she could first see her attacker jailed*, <https://www.dailymail.co.uk/news/article-11512145/Belgium-care-home-rape-Victim-89-granted-right-die.html> (dostęp: 10.03.2023).

Tylko odpowiednio realizowana profilaktyka, która obejmuje w różnym stopniu całe społeczeństwo, umożliwi skuteczną redukcję liczby kryzysów wśród dzieci i młodzieży, a finalnie także i dorosłych. *Każdy człowiek powinien mieć chociażby minimum wiadomości o tym zjawisku, aby w krytycznych chwilach mógł przynieść pomoc drugiemu. Jest to tylko jeden człon w łańcuchu profilaktyki, ale czasem decydujący o życiu lub śmierci człowieka* (Pilecka 1995: 138–139).

Największe przedsięwzięcie badawcze dotyczące tematu samobójstw, którego wyniki miały bezpośrednie odzwierciedlenie w polityce państwa zostało przeprowadzone w Finlandii. Zespół składający się z 450 naukowców przeanalizował szczegółowo każdy z 1397 przypadków samobójstw w kraju, które miały miejsce między 1 kwietnia 1987 a 31 marca 1988. Badanie to zostało określone „psychologiczną autopsją samobójstw” (ang. *psychological suicide autopsy*). Wyniki pozwoliły opracować szereg rekomendacji ogólnych, a także kierowanych do konkretnych grup ryzyka, zarówno w zakresie radzenia sobie z kryzysem, jak i szeroko rozumianej profilaktyki. Przyczyniły się tym samym do rzeczywistego obniżenia wskaźników zachowań samobójczych (Woźniak 2022, Adamczyk, Woźniak 2021).

Dotychczas badania dotyczące zachowań samobójczych w Polsce raczej nie wykraczały poza dyskurs naukowy. Jest to doskonale widoczne chociażby na przykładzie wniosków z badań Rosy (1996). Autor zwracał uwagę już prawie trzy dekady temu na pogarszającą się sytuację zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, o czym dopiero od kilku lat dyskutuje się w polskiej polityce. W dużej mierze dzieje się tak pod wpływem nacisku presji medialnej.

Z kolei zagrożenie kryzysem suicydalnym to balansowanie pomiędzy czynnikami ryzyka a czynnikami ochronnymi, które mogą występować na różnych płaszczyznach i poziomach. Nie stanowią więc swojego bezpośredniego przeciwieństwa (Sharaf i in. 2009). W kolejnej części dysertacji skupiam się na temacie wsparcia społecznego, który jest jednym z istotnych czynników ochronnych, a który również, w swojej funkcjonalności, jest niejednoznaczny.

CZĘŚĆ III. Wsparcie społeczne a kryzys presuicydalny

*(...) co jest najważniejszym zadaniem w interwencji kryzysowej:
być przy kimś, by mógł on jeszcze być³⁶.*

W pierwszej części dysertacji omówiono wybrane trudności stanowiące czynniki kryzysogenne w ramach środowiska rodzinnego, rówieśniczego oraz szkolnego. Część druga odnosiła się natomiast do sytuacji, w których kryzys staje się na tyle przeciążający w subiektywnym odczuciu jednostki, że podejmuje ona zachowanie samobójcze. Nawet jeżeli trudności są zbyt obciążające dla dziecka czy nastolatka, nie musi to zakończyć się aktem skrajnej autodestrukcji. Jednym z czynników ochronnych jest wsparcie społeczne pomagające przezwyciężyć kryzys.

Wiek dojrzewania jest bogaty w różnego rodzaju kryzysy – od rozwojowych po sytuacyjne czy relacyjne. To okres przejściowy, jednostka jedną nogą jest jeszcze w dzieciństwie, a drugą już w dorosłości, doświadczając wyzwań typowych dla obu etapów. Na różnych płaszczyznach stawiane są jej wymagania, niekiedy zbyt niskie, a czasem zbyt wysokie. Niektóre pojawiające się w związku z tym kryzysy można przezwyciężyć indywidualnie, jednak w sytuacji przeciążającej istotne jest wsparcie społeczne, które pełni rolę ochronną dla cierpiącej jednostki. Jest to jeden z zasobów człowieka (tzw. zasoby społeczne), obok zasobów fizycznych i psychologicznych (Lazarus, Folkman 1984). W sytuacji kryzysu kluczowe jest dostarczenie odpowiedniego wsparcia przez środowisko, co możliwe jest tylko po rozpoznaniu sytuacji kryzysowej przez otoczenie (Suchodolska 2016). Jednak nie zawsze adekwatne wsparcie może być udzielone przez najbliższe otoczenie, a wynika to z różnych powodów. Niekiedy osoby te nie posiadają odpowiednich zasobów, by pomóc zagrożonej jednostce, a czasem ich system wartości i posiadane przekonania nie motywują ich do takich działań. Sytuacja trudna, z którą mierzy się jednostka (...) *nie jest ani tylko elementem otoczenia, ani też tylko doświadczeniem człowieka. Jest, podobnie jak stres, relacją pomiędzy człowiekiem a jego otoczeniem* (Sęk 2012: 50).

³⁶ Ringel E. (1987), *Gdy życie traci sens. Rozważania o samobójstwie*, tłum. Elżbieta Kaźmierczak, Wydawnictwo „Glob”, Szczecin, s. 220.

Kształtowanie się młodej jednostki początkowo w znacznej części przynależy do sfery rodziny. Wraz z wiekiem pojawiają się nowe grupy odniesienia, zmieniają się role społeczne oraz sytuacje, w których jednostka podlega ocenie, jak chociażby egzaminy warunkujące dalsze wybory szkolne (Stanisławska-Kubiak i in. 2010). Trudne doświadczenia w środowisku szkolnym mogą nawet przyczynić się do wystąpienia lęku wyraźnie związanego z tą instytucją, który określa się fobią szkolną (Tabak 2014).

Osoby osadzone w dobrze funkcjonującej sieci wsparcia nie tylko lepiej sobie radzą z sytuacjami trudnymi czy stresem, ale także nie są narażone na ich permanentne oddziaływanie (Ostafińska-Molik, Wysocka 2014). Gdy poza otrzymaniem adekwatnego wsparcia społecznego jednostka doświadcza pozytywnych wydarzeń w życiu, powstaje efekt synergii, który redukuje napięcie i zmniejsza ryzyko pojawienia się myśli samobójczych w sytuacji trudnej. Natomiast przy braku wsparcia same pozytywne wydarzenia, jako wyizolowany czynnik, nie stanowią przeciwwagi dla sytuacji trudnych i nie przynoszą takich korzyści (Kleiman i in. 2014). W tym sensie można więc powiedzieć, że dobre zdarzenia jedynie wzmacniają efekt, który przede wszystkim tworzony jest przez osoby oferujące jednostce potrzebne wsparcie.

Chociaż wsparcie społeczne nie powinno być traktowane jako lek na całe zło (Cobb 1976; Sęk 2003), a w wielu sytuacjach trudnych czy problemowych wystarczą własne zasoby (Juczyński 2019), to jednak warto wziąć pod uwagę jego znaczenie. Także dlatego, że to właśnie odpowiednie wsparcie może przyczynić się do poszerzenia zasobów i wzmocnienia poczucia zaradności, co przekłada się na lepsze radzenie sobie z sytuacjami trudnymi w przyszłości (Kawula 1997; Kocór 2018b). Wydawać by się mogło, że rosnąca liczba zachowań samobójczych wśród dzieci i młodzieży sugeruje zarówno brak własnych zasobów, jak i brak wsparcia. Często osoby młode nie posiadają poczucia własnej sprawczości, a samoocena i poczucie własnej wartości w znacznej części uzależnione są od wizerunku siebie w oczach innych.

W efekcie nierozwiązanego kryzysu czy kumulujących się sytuacji trudnych mogą wystąpić objawy depresyjne, które wpływają na codzienne funkcjonowanie. Począwszy od wycofywania się z relacji i aktywności, po osłabioną koncentrację czy pamięć oraz odczuwanie permanentnego zmęczenia (Tabak 2014). Takie symptomy mogą bezpośrednio wpłynąć na wyniki w nauce, a więc i dalsze decyzje edukacyjne.

Dodatkowo zdrowie psychiczne jest silnie powiązane ze zdrowiem somatycznym na każdym etapie – od powstawania chorób somatycznych, przez ich przebieg aż po leczenie (Bulska 2017). Relacja ta jest zresztą dwustronna, gdyż objawy somatyczne mogą

również obniżać komfort życia czy poczucie własnej wartości, finalnie prowadząc chociażby do epizodu depresyjnego.

Wsparcie społeczne dla osób młodych powinno obejmować wszystkie konteksty, w których jednostki te się znajdują – rodzinę, szkołę oraz inne miejsca, w których przebywają, bawią się czy uczą (Standley, Foster-Fishman 2021). Przemawia za tym nie tylko troska o ich zdrowie psychiczne, ale o zdrowie w rozumieniu holistycznym.

1. Definicje i rola wsparcia społecznego

W latach 70. XX wieku psychologowie zaczęli zastanawiać się nad wpływem wsparcia na zdrowie jednostek – w jaki sposób może oddziaływać ono na proces leczenia, a nawet bezpośrednio na stan zdrowia pacjentów? (Leśniewska 2012). By przeprowadzić badania empiryczne, należało najpierw zoperacjonalizować pojęcie „wsparcia społecznego”. Okazało się, że jest to zjawisko niezwykle trudne do uchwycenia i opisania. Przede wszystkim jest wielopłaszczyznowe, a więc należy je studiować interdyscyplinarnie. Trzeba powiązać narzędzia badawcze i podejścia typowe dla psychologii, a także pedagogiki, pracy socjalnej czy socjologii. W literaturze można więc napotkać wiele perspektyw, skutkujących odmiennymi definicjami i sposobami pomiaru (Cohen, Syme 1985).

Początkowo (lata 70. i początek lat 80. XX wieku) badania nad wsparciem społecznym odnosiły się do osoby, interakcji lub relacji, jednak wraz z biegiem lat pojmowanie tego pojęcia rozszerzyło się na różnorodne formy, rodzaje czy źródła, prowadząc do rozmycia terminologicznego (Hupcey 1998). Cechą wspólną tworzonych definicji była jednak osoba potrzebująca wsparcia oraz interakcja kierowana w stronę tej osoby w celu udzielenia wsparcia. Hupcey (1998: 1232) wskazuje na pięć kategorii teoretycznych definicji wsparcia społecznego opierających się o:

1. **rodzaj dostarczanego wsparcia** – przykładem takiego definiowania może być wyróżnienie przez Cobba (1976: 300–301) trzech „klas” informacji, prowadzących do tego, że jednostka czuje się: (1) kochana i zaopiekowana – tzw. wsparcie emocjonalne, (2) szanowana i ceniona – tzw. wsparcie oceniające, (3) częścią wspólnoty – przynależność do sieci powiązań i wzajemnych zobowiązań. Wsparciem społecznym jest informacja przynależąca do jednej lub więcej klas,

2. **spozrzeganie otrzymanego wsparcia** – według Procidano i Hellera (1983) do wsparcia społecznego doszło w sytuacji, w której jednostka czuje, że otrzymane wsparcie zaspokoilo jej potrzebe,
3. **intencje lub zachowania osoby wspierajacej** – akcent w definicji polożony jest tutaj np. na poprawie dobrostanu osoby wspieranej. Pojawia się to chociażby w definicji Zofii Kawczyńskiej Butrym (1994), podkreślajacej mobilizację sił i zaradności w jednostce wpieranej,
4. **wzajemne wsparcie** – podkreślenie wymiennej roli osoby wspierajacej i wspieranej, o czym wspominają chociażby Sęk i Cieślak (2012) czy Winiarski (2015),
5. **sieci społeczne** – odniesienie wsparcia społecznego do sieci kontaktów jednostki, o czym pisali Caplan (1987) czy Juczyński (2019).

Podane przy wszystkich pięciu kategoriach definicji wsparcia społecznego przykłady wskazują na różnorodność definiowania tego zjawiska. Niekiedy kategorie te na siebie nachodzą, co najlepiej przedstawi bardziej szczegółowy przegląd definicji. Według Bulskiej wsparciem społecznym jest (...) *działanie lub inna forma pomocy skierowana do człowieka lub do grupy, umożliwiajaca im przewycięzenie własnych problemów* (Bulska 2017: 63). Fundamentem dla wsparcia społecznego jest (...) *istnienie sieci społecznych, w których ludzie są zakorzenieni, w których żyją i działają* (Sęk, Cieślak 2012: 14). Niektórzy badacze wymiennie stosują pojęcie wsparcia i sieci społecznej, błędnie utożsamiając je ze sobą. Rzeczywiście sieć jako struktura zawiera się we wsparciu, tworząc jego podstawę, jednak, jak zauważa Anna Kacperczyk (2006: 19), wsparcie jako działanie niekoniecznie zawiera się w sieci. Można więc powiedzieć, że o ile do wsparcia zawsze potrzebujemy innych, a co najmniej jednej osoby, o tyle w ramach zawieranych

i utrzymywanych relacji nie musi dochodzić do działań wspierajacych. Z tego powodu wskazuje się także niekiedy na konieczność rozróżniania źródeł wsparcia od potencjalnych źródeł (...) *bowiem sam fakt, że dana osoba/instytucja może udzielić wsparcia społecznego nie przesądza o tym, że tego wsparcia udzieli* (Lausch-Chudy 2014: 160).

Ze wsparciem społecznym utożsamiana jest również pomoc – wyraźnie widać to w definicjach pedagogicznych, gdzie wsparcie rozumiane jest (...) *jako pomoc w rozwiązywaniu indywidualnych problemów podopiecznego (...) celem wsparcia jest dążenie do włączenia podopiecznego, rodziny w proces rozwiązywania problemu* (Olubiński 1997: 24, za: Winiarski 2015: 15) przy zachowaniu konkretnych

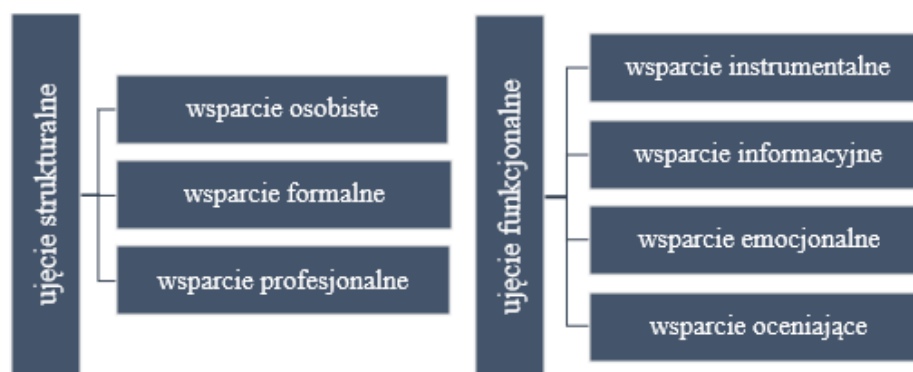
warunków. A także jako (...) *pewien rodzaj interakcji, która zostaje nawiązana po to, aby pomóc jednemu bądź obu jej uczestnikom, w rozwiązaniu problemu, przezwycięzeniu trudności, reorganizacji zakłóconej relacji z otoczeniem* (Marynowicz-Hetka 2006: 516). Podobne podejście prezentuje w socjologii Kawczyńska-Butrym (1994), według której wsparcie (...) *jest specyficzną formą pomagania, która polega na umiejętności wyzwolenia wiary we własne siły, mobilizowania sił, aktywności i możliwości osoby wspieranej do działań na rzecz własnej samodzielności w pokonywaniu trudności lub we własnym rozwoju* (Kawczyńska-Butrym 1994: 29–32).

Zarówno Anna Kacperczyk (2006), jak i Mikołaj Winiarski (2015), wskazują na pewne zbieżności w definicjach wsparcia i pomocy. Podkreślają jednak ich charakterystyczne, a więc różnicujące cechy. Perspektywy te pozostają jedynie częściowo zgodne. Według Winiarskiego (2015) pojęcia „pomoc” oraz „wsparcie” są odmienne, mają kilka elementów zbieżających się ze sobą, np. formy i metody działania. Jako że elementy „współdzielone” nie są jedynie drobnostkami, a stanowią wartość merytoryczną, to bliskość obu tych terminów wydaje się uzasadniona. Według Winiarskiego (...) *wsparcie społeczne jest – w porównaniu z pomocą – bardziej „ludzkim” wymiarem w sensie zapotrzebowania i „dawania” drugiemu człowiekowi* (2015: 20). Opiera się przede wszystkim na relacjach w najbliższym otoczeniu, jest nie tylko naturalne i dobrowolne, ale także spontaniczne i wymienne (Winiarski 2015). I o ile Kacperczyk również wskazuje na różnice w zakresie obu pojęć, przy czym „pomoc” traktuje jako termin znacznie szerszy, o tyle samo „wsparcie” przedstawia nieco inaczej niż Winiarski. Przede wszystkim dokonuje wyróżnienia kluczowego celu. W przypadku „pomagania” akcent położony jest na podejmowanie (...) *działania, wysiłku aby osiągnąć pożądany efekt*, natomiast we „wspieraniu” (...) *raczej zapewnienie jakiegoś rodzaju równowagi, która z kolei dopiero może przyczynić się, ułatwić, posłużyć pośrednio do uzyskania czegoś innego – osiągnięcia jakiegoś innego celu* (Kacperczyk 2006: 16–17). Wskazuje również, że wsparcie społeczne (...) *zawęża te możliwe zakresy znaczeń i łączy je jednoznacznie z tkanką społecznych interakcji* (Kacperczyk 2006: 18). Nie odnosi więc wsparcia jedynie do relacji zawieranych czy utrzymywanych w środowisku naturalnym, gdzie rola wspierającego i wspieranego może się zmieniać w tym samym układzie jednostek (jednostka A ze wspieranego staje się wspierającym, a jednostka B ze wspierającego wspieranym). Odnosi je szeroko do interakcji międzyludzkich. Te z kolei mogą przyjąć formę, w której sugerowana przez Winiarskiego (2015) wymiana ról jest niemożliwa, tj. gdy jednostka udaje się do specjalisty, a więc korzysta ze wsparcia profesjonalnego.

Wsparcie jako interakcję społeczną opisują również Sęk i Cieślak (2012). Podstawą tej interakcji jest wymiana szeroko rozumianych zasobów (Lausch-Chudy 2014), z której czerpać mogą obie strony lub tylko jedna. Może to też ulegać zmianom w czasie (Winiarski 2015). Jest to jednak indywidualna potrzeba i każdy może mieć tutaj inny zakres zapotrzebowania czy gotowości (Bochniarz 2015).

Złożoność pojęcia jakim jest wsparcie społeczne wyraża się w jego różnorodnych wymiarach, źródłach czy interpretacjach. Sęk oraz Cieślak (2012) wyróżniają **pięć wymiarów (czy też kategorii) wsparcia społecznego**, które przywoływane są w literaturze oraz analizach badań empirycznych. Są to strukturalne i funkcjonalne ujęcie wsparcia, źródła wsparcia, rodzaje wsparcia, rozróżnienie pomiędzy wsparciem otrzymywanym a spostrzeganym, potrzeba i mobilizacja wsparcia.

Rysunek 8. Dwa sposoby ujęcia wsparcia społecznego



Źródło: opracowanie własne na podstawie Singer J.E., Lord D. (1984), *The role of social support in coping with chronic or life-threatening illness*, "Handbook of Psychology and Health", t. 4, s. 269-277 oraz House J.S. (1981), *Work stress and social support*, Reading, MA, Addison-Wesley.

Podsumowując, ujęcie wsparcia może skupiać się na strukturze (dostępne sieci społeczne, które w sytuacji trudnej mogą stanowić dla jednostki wsparcie) lub funkcji (rodzaj oferowanego wsparcia i zachodzącej interakcji) (Cohen, Syme 1985).

1.1. Ujęcie strukturalne wsparcia społecznego

Jednostka w kryzysie może otrzymać wsparcie z różnych źródeł. Od niektórych bywa ono niespodziewane (np. członkowie wspólnoty ukierunkowanej na inny cel niż pomoc), od innych wręcz oczekiwane (np. rodzina czy przyjaciele). W celu zidentyfikowania źródeł wsparcia zadaje się pytania wprost. Mogą one bazować na retrospekcji, czyli badają, od kogo badany otrzymał wsparcie w sytuacji kryzysowej i na czym ono polegało, a także na wizji przyszłości, czyli sondują, na kogo może liczyć, jeśli taka sytuacja zaistnieje.

Te relacje, które rzeczywiście stanowią dla jednostki źródło wsparcia, określa się również mianem zasobu wsparcia społecznego (Sęk, Cieślak 2012: 16). Sieci społeczne, które są obecne i oferują dostępne dla jednostki wsparcie, nazywane są także systemami oparcia (Axer 1983; Caplan 1987), które (...) *działają na rzecz dobra swoich członków lub osób, dla których sieć ta jest dostępna* (Juczyński 2019: 195).

Istnieją różne klasyfikacje źródeł wsparcia – dychotomiczna wersja podziału zawiera w sobie systemy **pierwotne** (przede wszystkim rodzina, osoby bliskie, lecz niespokrewnione, sąsiedzi) oraz systemy **wtórne** (np. stowarzyszenia, fundacje, organizacje charytatywne, grupy wyznaniowe, ale też instytucje rządowe i pozarządowe) (Kawczyńska-Butrym 1998). Inna klasyfikacja także obejmuje pierwotne systemy oparcia, czyli osoby z najbliższego otoczenia, ale dalej wyróżnia dwa rodzaje systemów – organizacje pomocowe tworzone przez profesjonalistów lub spontanicznie oraz instytucje, które dostarczają profesjonalnej pomocy medycznej lub psychologicznej (Axer 1983).

Zbliżony podział uwzględnia klasyfikacja Singera i Lorda (1984), chociaż autorzy postawili inne pytanie. Nie wyróżnili systemów, lecz rodzaje wsparcia zależne od źródła, z którego pochodzą:

- **wsparcie osobiste** (ang. *personal*) – pochodzi od najbliższego otoczenia jednostki: rodziny, przyjaciół oraz dalszych znajomych;
- **wsparcie formalne** (ang. *formal*) – pochodzi od grup ukierunkowanych na pomaganie (np. organizacje charytatywne), działających w zupełnie innym celu (np. harcerstwo) czy zrzeszających (np. wspólnota kościelna);
- **wsparcie profesjonalne** (ang. *professional*) – pochodzi od profesjonalistów, którzy są odpowiednio przygotowani do udzielenia takiego wsparcia (np. psychoterapeuta) (Singer i Lord 1984).

Niezależnie jednak od przyjętej klasyfikacji, wsparcie pierwotne czy osobiste, określane jest jako najważniejsze w życiu jednostki – wypływa ono z bezpośrednich i bliskich relacji jednostki z ludźmi, którzy są w jej życiu istotni (Kawczyńska-Butrym 1998). Nie oznacza to jednak, że korzystanie z innych źródeł wsparcia jest tożsame z brakiem takich zasobów wśród najbliższych. Najczęściej w sytuacji trudnej potrzebne jest różnorodne wsparcie (np. zarówno instrumentalne, jak i emocjonalne) płynące z różnych źródeł. Taka zresztą „rozłożona” odpowiedzialność zmniejsza w jednostce obciążenie psychiczne oraz fizjologiczne, zwiększa natomiast poczucie zaradności i własnej skuteczności (Dąbrowska 2015). Wydaje się też pożądane w kontekście

nieuzależniania swojego funkcjonowania od jednej jedynej osoby, dostarczającej wszelkich rodzajów wsparcia (co z kolei dla niej stałoby się wyraźnie obciążające).

1.2. Ujęcie funkcjonalne wsparcia społecznego

Wsparcie nie funkcjonuje jako jeden uniwersalny byt. W celu prawidłowego zdiagnozowania potrzebnego wsparcia lub opisanie doświadczanego wsparcia, niezbędne jest odniesienie się do jego charakterystycznych podziałów, czyli tego, kto wspiera i w jaki sposób.

Wsparcie może przybrać różną formę – w zasadzie nawet powinno, zależnie od kryzysu, w którym znajduje się w danej chwili potrzebująca jednostka. To, co jest dostarczane potrzebującej jednostce w toku wsparcia, określa się **treścią wymiany społecznej** (Bulska 2017). W literaturze przedmiotu (zob. Mirczak 2014; Sęk 2012; Nowakowski 2004; Pommersbach 1988) znaleźć można przede wszystkim odwołania do typologii House'a (1981), która wyróżnia **cztery rodzaje wsparcia**:

- **wsparcie instrumentalne** (ang. *instrumental support*) – udzielanie bezpośredniej pomocy (np. pomoc w wykonywaniu jakiejś czynności);
- **wsparcie informacyjne** (ang. *informational support*), nazywane również wsparciem poznawczym (Dąbrowska 2015); polega na dostarczeniu informacji pomocnej w wyjściu z sytuacji kryzysowej, czyli np. o tym, z jakim profesjonalistą się skonsultować czy do jakiej instytucji lub grupy samopomocy się udać (Kózka 2010);
- **wsparcie emocjonalne** (ang. *emotional support*) – polegające przede wszystkim na okazaniu empatii oraz na wysłuchaniu jednostki w kryzysie, przy jednoczesnym okazywaniu troski i wygaszaniu trudnych emocji;
- **wsparcie oceniające** (ang. *appraisal support*, w innych źródłach także *esteem support*)
- nazywane również wsparciem wartościującym (Włodarczyk 2016; Szymańska, Sienkiewicz 2011; Kózka 2010); okazywane poprzez wyrażanie akceptacji i uznania dla jednostki, wskazywanie na jej wartość;

Część badaczy wymienia jeszcze inne treści wymiany społecznej w relacji wspierającej:

- **wsparcie materialne** – nazywane również wsparciem rzeczowym (Włodarczyk 2016; Szymańska, Sienkiewicz 2011); czyli pomoc finansowa lub rzeczowa, polegająca np. na pożyczeniu pieniędzy lub jakiejś rzeczy;

– **wsparcie duchowe** – stosowane szczególnie w kryzysach egzystencjalnych oraz terminalnych, związane z sensem życia (Włodarczyk 2016; Dąbrowska 2015, Szymańska, Sienkiewicz 2011).

– **wsparcie integrujące** – odnoszące się do sieci społecznej, w której z jednej strony pojawia się poczucie odpowiedzialności, a z drugiej poczucie przynależności i tzw. zobowiązania wzajemności (Olender-Jermacz 2020; Kacperczyk 2006)

Wymienione rodzaje wsparcia nie są rozłączne i wykluczające się (Kacperczyk 2006). Oznacza to, że mogą na siebie zachodzić, i często tak się dzieje. Podział ten może natomiast być pomocny w procesie diagnozowania, które wsparcie w większym stopniu zostało jednostce dostarczone lub potrzeba otrzymania, którego wsparcia dominowała.

1.3. Wpływ wsparcia społecznego na jednostkę

Informacja o rodzaju wsparcia i jego źródle nie jest jednak wystarczająca, by móc nazwać je odpowiednim czy chociażby wystarczającym. Są to oczywiście pewne dane, jednak prezentują one jedynie **wsparcie otrzymane**, czyli w rzeczywistości dostarczone, ujęte w obiektywnych kryteriach. Z punktu widzenia jednostki w kryzysie zdecydowanie ważniejszy jest zbiór przekonań o tym, czy wsparcie jest dla niej dostępne i od kogo może je otrzymać, czyli **wsparcie spostrzegane** (Bulska 2017). Możemy także wyróżnić wsparcie **oczekiwane** przed jednostką, **oferowane** jej oraz **otrzymywane** (Kocór 2018b). Często nie są one tożsame.

Wsparcie można mierzyć różnorodnymi skalami oraz psychologicznymi kwestionariuszami, które często są dostosowane do konkretnej sytuacji lub grup. Jako przykładowe skale do mierzenia wsparcia społecznego można wymienić:

– *Kwestionariusz Wsparcia Społecznego*, opracowany przez Tomasa Fydricha, Gerta Sommera i Elmara Brählera w 1989 roku. Składał się on z 54 twierdzeń, które następnie skrócono do 22, a potem do 14 (Juczyński 2019),

– *Interpersonalną Skalę Wsparcia Społecznego* (Skala ISEL – ang. *Interpersonal Support Evaluation List*). W wersji dla populacji ogólnej (ISEL-40 v. GP) zawiera 40 stwierdzeń, a dla studentów 48 (ISEL College 48 Version) (Zarzycka i in. 2010; Ławnik i in. 2018).

Oddziaływanie wsparcia społecznego można przedstawić za pomocą wpływu bezpośredniego (**model wpływu głównego**) oraz pośredniego (**model buforowy**). Wsparcie może bezpośrednio „poprawić” postrzeganie zaistniałej sytuacji trudnej lub

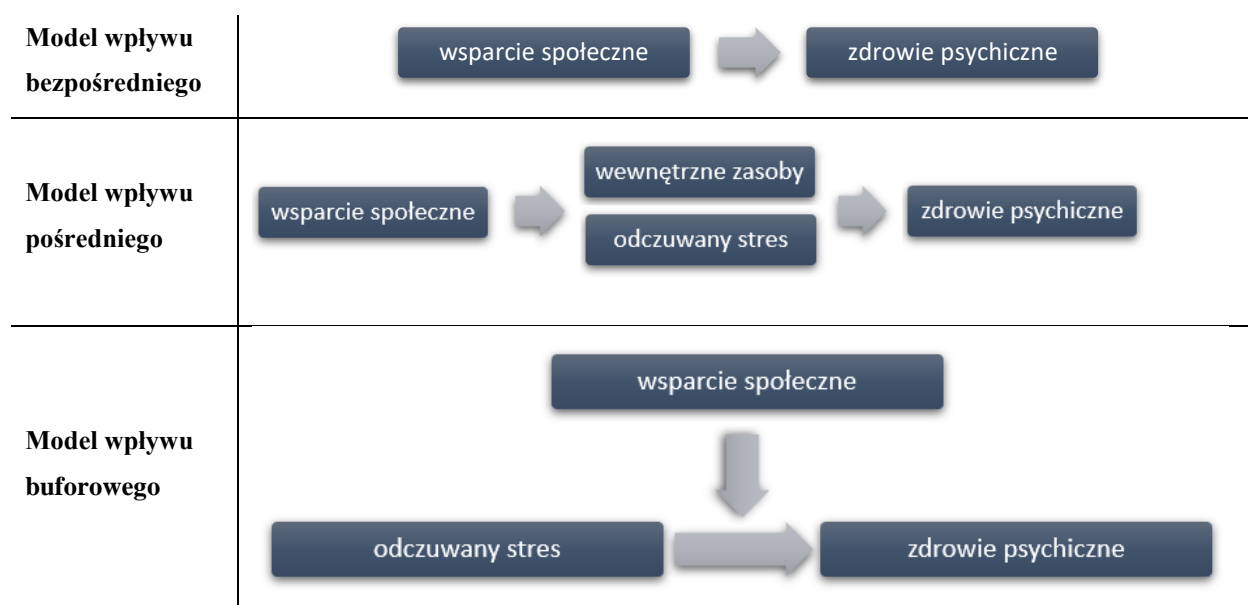
pośrednio zredukować skutki tego zdarzenia (Juczyński 2019; Procidano 2012). W przypadku modelu wpływu głównego koncentracja przypada na strukturę wsparcia jednostki, tj. to, jakie pełni role społeczne, do jakich grup przynależy w sensie kulturowym, etnicznym, religijnym i wiele innych. A więc czy i w jakim poczuciu bezpieczeństwa i stabilizacji się znajduje. Natomiast drugi model zakłada obniżenie napięcia i stresu w wyniku ich buforowania poprzez posiadane zaplecze wsparcia społecznego (Dąbrowska 2015). Świadomość obecności osób gotowych adekwatnie wesprzeć jednostkę wzmacnia jej poczucie przynależności, ale także i gotowości do podjęcia działań (Bochniarz 2015).

W innej klasyfikacji rozróżnia się wpływ pośredni od buforowego, wyróżniając trzy mechanizmy oddziaływania wsparcia społecznego na zdrowie psychiczne, przekładające się na jego trzy główne modele:

1. **model wpływu bezpośredniego** – gdy otrzymywane wsparcie bezpośrednio oddziałuje na kondycję psychiczną jednostki,
2. **model wpływu pośredniego** – gdy otrzymywane wsparcie wpływa na zdrowie psychiczne poprzez oddziaływanie na wewnętrzne zasoby jednostki oraz na stosowane strategie radzenia sobie, które oddziałują na postrzeganie skali stresującej sytuacji,
3. **model wpływu buforowego** – gdy otrzymywane wsparcie redukuje wpływ stresującej sytuacji (Bovier i in. 2004).

W tabeli 8 zawarto ilustrację tych wpływów, która ukazuje różnice pomiędzy opisanymi mechanizmami.

Tabela 8. Modele wpływu wsparcia społecznego na zdrowie psychiczne



Źródło: opracowanie własne na podstawie Bovier P.A., Chamot E., Perneger T.V. (2004), *Perceived stress, internal resources, and social support as determinants of mental health among young adults*, "Quality of Life Research", nr 13, s. 161–170.

Sytuacja kryzysowa, która stanowi dla młodej jednostki przeciążenie, nie zawsze prowadzi do aktywnego poszukiwania wsparcia – często nawet wiąże z jego odrzuceniem. Prośzenie o wsparcie czy przyjęcie wsparcia kojarzone jest w niektórych kręgach kulturowych czy grupach społecznych ze „słabością”. Jest to kulturowy, szkodliwy mit oznaczający, że osoba dobrze funkcjonująca i „silna” poradzi sobie zawsze ze wszystkim sama. Wymagania takie szczególnie często stawiane są chłopcom oraz mężczyznom (Brodniak 2015).

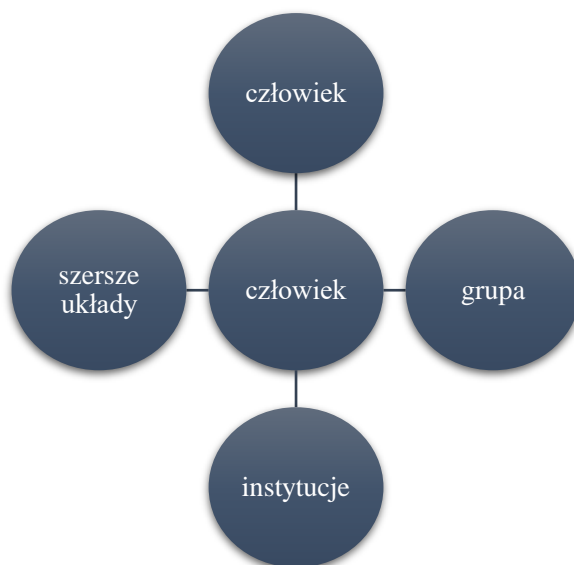
Badania nad wsparciem społecznym w kontekście zdrowia fizycznego i psychicznego wydają się prowadzić do uniwersalnych wniosków, których realizację łatwo wcielić w życie. Z opisywanym mitem Cohen i Syme (1985) rozprawili się jednak już ponad 30 lat temu – **nie istnieje żaden uniwersalny wzór dostarczenia wsparcia, które byłoby jednoznacznie pozytywnie skorelowane dla wszystkich ze zdrowiem i dobrą jakością życia**. Zawsze trzeba uwzględnić społeczny kontekst oraz obie strony wymiany, w tym odpowiedzieć na pytania:

- komu należy udzielić wsparcia i kto ma go udzielać (nie zawsze „dawca” będzie akceptowany),
- jakiego rodzaju wsparcie ma zostać udzielone i z jakiego powodu,
- kiedy udzielić danego wsparcia i jak długo go udzielać,

– jaki jest koszt udzielania/przyjmowania tego wsparcia (Cohen, Syme 1985: 9-11).

Szczególnie że wsparcie nie jest prostym konstruktem i, jak wykazał Stanisław Kawula (1997), zawiera się w różnych układach w trakcie trwania ludzkiego życia. Każdy z tych układów charakteryzuje się innym stopniem więzi. Począwszy od układu człowiek–człowiek, w którym relacje są najbliższe i dotyczą więzi rodzinnych, rówieśniczych czy towarzyskich, po człowiek–szersze układy, które odnoszą się np. do rejonu zamieszkania (Kawula 1997). Cztery podstawowe układy wyróżnione przez Kawulę przedstawiono na rysunku 9.

Rysunek 9. Podstawowe układy ludzkiego życia zawierające relacje wspierające



Źródło: opracowanie własne na podstawie Kawula S. (1996), *Spirala życzliwości: od wsparcia do samodzielności*, „Auxilium Sociale – „Wsparcie Społeczne”, nr 1, s. 15–16.

W niektórych relacjach rola osoby wspieranej i wspierającej bywa przypisana na stałe, co wynikać może nie tylko z czynników niezależnych, takich jak np. choroba, ale i z wewnętrznego układu czy umowy pomiędzy obiema jednostkami. Zazwyczaj człowiek w cyklu swojego życia pełni jednak wymiennie rolę wspierającego i wspieranego (Bochniarz 2015). Obie te role mogą być zresztą wypełniane jednocześnie – podobnie jak od jednej lub większej liczby osób można wsparcie otrzymywać, tak i oferować można je więcej niż jednemu człowiekowi. Co więcej, udzielane czy otrzymywane wsparcie może różnić się pod wieloma względami, takimi jak chociażby jego rodzaj (np. osoba A wspiera emocjonalnie, a osoba B finansowo). Można również w tym samym czasie być wspieranym przez kogoś i wspierającym dla innej osoby.

Wewnętrzne zasoby jednostki, takie jak dobrze rozwinięte kompetencje społeczne, postawa otwartości, czy przekonania o tym, że prośba o wsparcie lub pomoc nie jest niczym wstydlivym, stanowi istotny czynnik tego, czy w ogóle pojawi się przestrzeń na zaoferowanie pomocy. Wspomniana (...) *umiejętność proszenia o pomoc, związana z kompetencjami społecznymi i cechami osobowościowymi* (Bulska 2017: 65), to tzw. **mobilizacja wsparcia**. Umiejętność ta jest szczególnie istotna w sytuacji, gdy jednostka nie posiada wystarczających zasobów lub mobilizacja ich jest nieskuteczna (Szymańska, Sienkiewicz 2011).

Wewnętrzne zasoby, w tym np. poczucie własnej wartości, stanowią istotny warunek poradzenia sobie z sytuacją trudną, gdy jednostka nie posiada możliwości skorzystania ze wsparcia społecznego lub jest ono zbyt małe w stosunku do jej potrzeb (Bovier i in. 2004). W reprezentatywnym badaniu populacji polskiej w wieku 20–74 lat na niski poziom wsparcia społecznego wskazało 38% kobiet i 30% mężczyzn. Co ciekawe, wyniki były zróżnicowane na poziomie wojewódzkim. Zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn, najgorzej wypadło województwo łódzkie – odpowiednio 48% i 38% (Piwoński i in. 2005).

Zdrowie psychiczne jest nierozzerwalnie połączone z interakcjami z innymi ludźmi, a przede wszystkim nawiązywaniem i utrzymywaniem relacji satysfakcjonujących, bliskich i „bezpiecznych”. Wsparcie społeczne ze strony najbliższego otoczenia postrzegane jest więc nie tylko jako istotny element w wychodzeniu z kryzysu młodego człowieka, ale także jako skuteczna prewencja. Odpowiednie wsparcie otrzymane we właściwym momencie czy nawet sama świadomość jego dostępności redukuje stres i pozwala odbierać sytuacje stresową jako przeszkodę do przejścia, a nie kryzys. Lepsze radzenie sobie w sytuacjach trudnych i odczuwanie mniejszego napięcia czy stresu wpływa również pozytywnie na zdrowie. Dostrzegalne jest to u osób otrzymujących wsparcie nie tylko ze strony najbliższych krewnych, ale także od przyjaciół czy osób, z którymi łączą ich wspólna wiara lub wyznawane cele i wartości (Jaworowska-Obłój, Skuza 1986).

2. Rodzina i szkoła jako istotne wsparcie osobiste

W części pierwszej rozprawy omówiłam system rodzinny jako jedną z istotnych kategorii czynników ryzyka, zagrożenia szeroko rozumianym kryzysem, w tym kryzysem suicydogennym (zob. część I). Rodzina stanowi jednak najbliższe otoczenie kształtującej się jednostki i tym samym, pierwsza może kryzys zauważyć i na niego zareagować

(Glinowiecki 2019). Nadawanie przez rodzinę znaczenia kryzysowi, z którym mierzy się dziecko lub nastolatek, stanowi istotny czynnik wpływający na to, w jaki sposób cały system rodzinny sobie z nim poradzi (Namysłowska 2003). Wspierająca postawa rodziców realnie wpływa na obniżenie tendencji samobójczych młodej jednostki (Gmitrowicz, Krawczyk 2014). W ujęciu strukturalnym, które skupia się na źródłach wsparcia (w tym chociażby na wielkości czy dostępności sieci wsparcia), przynależy do kategorii wsparcia osobistego i jest podstawowym źródłem wsparcia, które nie jest dostarczane przez profesjonalistów (Walter 2016).

Tak naprawdę to nie moment diagnozy czy nawet pierwszej konsultacji z psychologiem wymaga od rodziny pewnego określenia własnego stosunku do problemów czy choroby dziecka. Jak wskazuje Namysłowska (2003), rodzina przyjmuje pewną rolę już na etapie zauważania zachowań trudnych czy po prostu odbiegających od normy. Brak działań, nawet najprostszych (często i najtrudniejszych zarazem), jak rozmowa z dzieckiem o tym, czy coś się stało lub jak się czuje, jest już pewną pozycją, którą przyjmują rodzice wobec zaistniałych trudności.

Prawidłowo funkcjonująca rodzina chroni dzieci przed negatywnymi skutkami trudnych sytuacji w sposób, można powiedzieć, profilaktyczny, nie zaś dopiero gdy symptomy kryzysu staną się zauważalne. Poprzez prawidłowe funkcjonowanie rodziny rozumie się np. akceptację swojego dziecka, zainteresowanie nim, wspieranie go, przy zachowaniu jego odrębności, wspólne spędzanie czasu i podtrzymywanie bliskiej więzi (Cheng i in. 2009). Wśród rodzinnych czynników ochronnych wymienia się także zaangażowanie rodzica w sprawy dziecka, silną więź pomiędzy rodzicami a dzieckiem, jasne zasady i wymagania czy pozytywne wzmocnienie dziecka przez rodziców (Tabak 2014). Młodzieży potrzebna jest przede wszystkim obecność rodziców oraz ich uważność i akceptacja. W badaniu Suchodolskiej (2016), aż 82% respondentów wskazało, że to wsparcie emocjonalne stanowi dla nich najbardziej oczekiwaną i pożądaną pomoc ze strony rodziców. Wsparcie, którego oczekuje młodzież, wiąże się zazwyczaj z wysłuchaniem i brakiem oceniania, a więc (...) *nie wyręcza ich z konieczności samodzielnego radzenia sobie z sytuacją trudną* (Lausch-Chudy 2014: 165). Przekazując dziecku odpowiednie strategie radzenia sobie z problemami oraz wykazując otwartą postawę na rozmowę z nim, rodzice często zapobiegają rozwojowi kryzysu czy nawet jego powstaniu. Poprzez socjalizację w rodzinie przekazuje się pewne schematy zachowań, które często pozostają już w dziecku, a następnie w dorosłym i towarzyszą w dalszym życiu (Bołoz 1995). Mają więc wpływ na to, jak jednostka będzie sobie radzić w przyszłości. Pojawienie się kryzysu

nie oznacza automatycznie nieprawidłowości w funkcjonowaniu rodziny. Nawet wsparcie najbliższych nie chroni przed obciążającymi czynnikami zewnętrznymi. Szczególnie, że rodzina, podobnie jak jednostka, także wchodzi w interakcje z otoczeniem i podobnie jak jednostka może spotkać się z różnymi reakcjami – od stygmatyzacji i izolowania po obdarzanie wsparciem (Namysłowska 2003).

Poza wsparciem oczekiwanym i spostrzeganym przez młodą osobę istotne jest, w jaki sposób definiują je jego rodzice. Zdarza się, że utożsamiają je z nadmierną kontrolą i opiekuńczością, która przyczynia się do uzależnienia młodego człowieka od opiekunów (Suchodolska 2016). Silne wsparcie społeczne może natomiast osłabić poczucie własnej sprawczości, wpływając na obniżenie samooceny. Jednostka w wyniku nadmiernej opiekuńczości i kontroli może utracić zdolność samodzielnego rozwiązywania problemów czy radzenia sobie z trudnościami (Sęk, Cieślak 2012; Ross, Mirowsky 1989). W ten sposób kształtuje się tzw. **syndrom wyuczonej bezradności**. Termin ten został wprowadzony do psychologii przez Martina Seligmana i oznacza wycofywanie się z podejmowania zadań ze względu na przewidywanie niepowodzenia. Stanowi to efekt nadmiernego wyręczania jednostki, przez co pozbawia się ją możliwości ukształtowania zarówno niezależności, jak i zaradności. Wzmacnia się w niej tym samym przekonanie, że sama nie poradziłaby sobie z danym zadaniem (Skałbania, Lewandowska-Kidoń 2016). Młoda jednostka powinna powiększać zakres swojej odpowiedzialności i niezależności wraz z dojrzewaniem, tak aby uczyć się podejmować własne decyzje, budując w ten sposób wyodrębnioną z rodziny, dojrzałą tożsamość. Nie oznacza to jednak pozostawienia młodej osoby samej sobie. Wiele kryzysów pojawiających się na tym etapie życia może wymagać adekwatnego, lecz nie nadmiernego wsparcia ze strony rodziców, które przyczyniałoby się do wzmacniania zaradności (Suchodolska 2016).

W okresie adolescencji autorytet rodziców często zmniejsza się lub zostaje utracony całkowicie. Jednostka poszerza swoje społeczne horyzonty i wyodrębnia się z rodziny jako autonomiczny podmiot, a to nie zawsze spotyka się z akceptacją czy otwartością opiekunów (Karmolińska-Jagodzick 2018). W tym czasie równolegle na znaczeniu zyskuje grupa rówieśnicza (Walter 2016). Spełnienie potrzeb akceptacji i przynależności wiąże się u adolescentów z kształtującym się poczuciem własnej wartości. Jest sygnałem dla jednostki, że jest kimś ważnym i że ma wokół siebie grono osób, na których może polegać (Deptuła 2013). Środowiskiem, które zaczyna wyraźnie zyskiwać na znaczeniu staje się wówczas szkoła.

Literatura z zakresu wsparcia społecznego w środowisku szkolnym wiąże zazwyczaj wsparcie z sytuacją uczniów z niepełnosprawnością, chorobami przewlekłymi lub ponadprzeciętnymi zdolnościami (zob. Hłobił 2017; Barłóg 2015; Rybska-Kłapa, Bem-Bełzowska 2012). Szkoła jest jednak środowiskiem, w którym dzieci i młodzież spędzają bardzo dużo czasu i uczą się funkcjonowania w grupach innych niż własna rodzina. Uczą się w niej zasad i norm, które następnie będą wykorzystywać, żyjąc w społeczeństwie (Szymańska 2014). Brakuje w polskiej literaturze przedmiotu badań na temat tego, jak szkoła wspiera, lub może wspierać, uczniów jako pewną wspólnotę – dynamiczną i niejednorodną, ale wspólnotę. Szkoła, jako znacząca instytucja, może bowiem być (...) *szkołą minimalizującą krytyczne sytuacje życiowe oraz ich skutki poprzez swoją prozatrudnieniową i nacechowaną pomocniczością oraz wsparciem społecznym – działalność* (Mosiek 2022: 149). Instytucja ta może więc wspierać uczniów na wiele sposobów, chociażby poprzez organizowanie spotkań z zewnętrznym specjalistą, dodatkowych zajęć pozalekcyjnych czy prowadzenie indywidualnych rozmów ze szkolnym personelem. Istotne są również aspekty, niebezpośrednio związane ze zdrowiem psychicznym, w tym myśłami samobójczymi oraz podejmowanymi zachowaniami samobójczymi, ale mające na nie duży wpływ. Jest to klimat szkoły czy zawiązywane w szkole relacje (Standley, Foster-Fishman 2021). Chociaż wsparcie kojarzy nam się potocznie z wyraźnym działaniem, to treść wymiany w tej interakcji może być subtelna, acz wciąż znacząca: (...) *wspomaganie i wspieranie winno być stałym elementem oddziaływań pedagogicznych, zarówno podczas lekcji, jak i innych zajęć pozalekcyjnych* (Skałbania, Lewandowska-Kidoń 2016: 158). Przyjazna atmosfera pomiędzy uczniami, a także pomiędzy kadrą pedagogiczną a uczniami, rozwijanie poczucia przynależności do społeczności szkolnej oraz wyraźna niezgoda na niesprawiedliwość i przemoc to tylko część czynników, które hamują pogłębianie się kryzysów czy ich powstawanie (Tabak 2014). Odejście od szkoły jako instytucji dyscyplinującej i surowej, do szkoły życzliwej i wzbudzającej zaufanie tworzy przestrzeń wspierającą zarówno uczniów, jak i nauczycieli – tak w sytuacjach utrudnień, przeciążeń, jak i konfliktów czy zagrożeń (Kocór 2018a).

Siedem obszarów jakości (ang. *quality areas*), które odnoszą się do zdrowego klimatu panującego w szkole, tworzą rekomendacje w zakresie programu szkolnego, dydaktyki czy profilaktyki:

1. Utrzymanie przyjaznej, wspierającej atmosfery,
2. wspieranie współpracy oraz aktywnego uczenia się,
3. zakaz przemocy (w tym kar fizycznych),

4. brak tolerancji dla dyskryminacji, zastraszania czy molestowania,
5. docenianie i wspieranie rozwoju aktywności twórczej,
6. angażowanie rodziców,
7. promowanie równych szans i uczestniczenia w procesie podejmowania decyzji (WHO 2003).

Refleksja, którą powinni wykazywać się w działaniach nauczyciele, wiąże się przede wszystkim z pewną otwartością na relację z uczniem – zadaniem sobie pytań o to, dlaczego uczeń sobie nie radzi, dlaczego zmienił swoje zachowanie, co się zmieniło w jego postawie itd. Poprzez takie podejście nauczyciel wychodzi z powszechnej roli osoby z góry oceniającej ucznia negatywnie (Skałbana, Lewandowska-Kidoń 2016). Porzucenie takich kategorii jak „posłuch”, „pilność” czy „podporządkowanie” jest konieczne do uzyskania dialogu z uczniem, który miałby okazać nauczycielom zaufanie (Kwiatkowska 2012). Zaufanie wiąże się z kolei z ryzykiem, tj. z otworzeniem się przed drugą osobą, dlatego do jego uzyskania konieczna jest wiarygodność tejże osoby. Otwarta i wiarygodna postawa nauczycieli, czy w ogóle personelu szkolnego, sprzyja dostrzeganiu korzyści z wzajemnego zaufania (Piorunek 2018). Wzmacniając przekonania zinternalizowane w domu lub wręcz przeciwnie – przełamując negatywne wzorce rodzinne.

Niekiedy kryzys wymaga jednak wsparcia, którego nie jest w stanie dostarczyć ani rodzina, ani szkoła. Aby sytuacja się nie zaostrzyła i nie doprowadziła np. do izolowania się członków rodziny od społeczeństwa, konieczne w takich chwilach jest skorzystanie ze wsparcia profesjonalnego, którego działania skupiają się na młodej jednostce, ale które oferują również wsparcie czy konsultacje dla jej rodziców (Podogrodzka-Niell, Tyszkowska 2014). Pierwszym takim specjalistą powinien, w założeniu, być psycholog szkolny, który posiada szerokie źródła informacji o uczniu – pracuje w dużym, szkolnym zespole, gdzie może porozmawiać z nauczycielami danego ucznia, w tym z jego wychowawcą, ma również dostęp do dziennika (Frąckowiak 2016). Stanowi on jednak pewien niewykorzystany przez polskie szkolnictwo potencjał.

3. Specjaliści od zdrowia psychicznego jako wsparcie profesjonalne

W przypadku profesjonalnego wsparcia w kryzysie niepełnoletnich jednostek stosuje się zazwyczaj psychoterapię indywidualną, a także systemową, która uwzględnia ich rodziców, czasem także rodzeństwo (Tabak 2014). Terapia indywidualna w kryzysie najczęściej prowadzona jest w nurcie poznawczo-behawioralnym (ang. *cognitive-*

bahavioural therapy, CBT). Główne założenie opiera się na tym, że (...) sposób, w jaki dana osoba interpretuje wydarzenia i doświadczenia ją otaczające, wpływa na to, jak się ona czuje i zachowuje (Fox, Hawton 2016: 68). Wśród stosowanych działań wskazuje się również na treningi umiejętności społecznych (tzw. TUS), interwencję kryzysową, terapię środowiskową czy grupową, niekiedy włącza się również leczenie farmakologiczne. Gdy kryzys przyjmuje formę suicydalnego, który doprowadza do próby samobójczej, wdrażane jest leczenie szpitalne z powodu zagrożenia życia lub zdrowia jednostki (Hołyst 2012).

Leczenie na oddziale psychiatrycznym wywołuje negatywne skojarzenia. Po pierwsze, ze względu na popkulturowy obraz (od legendarnego *Lotu nad kukułczym gniazdem* z 1975 roku po współczesne seriale jak *Kingdom Hospital*, *Mental* czy *House, M.D.*) Po drugie ze względu na artykuły i reportaże, koncentrujące się najczęściej na najmroczniejszych aspektach funkcjonowania tego typu instytucji, obrazujące je zgodnie ze stereotypem, jak na przykład w głośnym reportażu *Szramy. Jak psychosystem niszczy nasze dzieci*:

Szpital w Józefowie pod Warszawą. Pościel dobrze pamięta pobyt poprzedniego pacjenta. Jest mocno przepocona, wyraźnie brudna, ale najgorsze wrażenie robią zaschnięte plamy krwi, które nie pozwalają nawet na moment zapomnieć o miejscu, w którym się jest. (...) I wszędzie ślady krwi: stare, rozmazane, sięgające sufitu (Schwertner, Bereś 2020: 7-8)³⁷

Anczewska ze współpracownikami (Anczewska i in. 2007) przeanalizowała dane zebrane od 1190 pacjentów warszawskich oddziałów psychiatrycznych w dniu opuszczania przez nich placówki (jesień 2004–jesień 2005). Opinie podzielono na pozytywne (748) oraz negatywne (370). Wśród aspektów pozytywnych wskazywano np. na uprzejmość personelu, jego kompetencję oraz organizację leczenia. Wśród negatywnych odnoszono się przede wszystkim do warunków, a także pewnych specyficznych zasad, które wiążą się z pobytem w tego typu placówce (izolacja, tłok, brak prywatności, ograniczenia wynikające

³⁷Wobec książki można sformułować sporo zarzutów. W sposób, w mojej opinii, szkodliwy łączy wiele wątków, w tym dwa bardzo intensywnie obecne w naszej obecnej sytuacji polityczno-społecznej: kryzysu psychiatrii dzieci i młodzieży oraz sytuacji osób LGBTQ+. Tytuł wskazuje na to, że w książce znajdziemy odpowiedź na pytanie „jak psychosystem niszczy nasze dzieci”, na okładce widnieje cytat ... z zakrwawionych, szpitalnych łóżek wystają pręty, którymi dzieciaki się okaleczają, w podsumowaniu zaś czytamy: *Są jeszcze lekarze. Owszem, zwykle walczą o dobro pacjentów. Ale bardzo często ich opieka sprowadza się do wypisania jakiejś chemii, mija dwadzieścia minut, należy się dwieście złotych. Bo często w tym środowisku jeżeli nie masz co roku nowego samochodu, to znaczy, że nie zrobiłeś kariery jako lekarz* (Schwertner, Bereś 2020: 272–273). Całość wydaje się tabloidowa, trudno jest mi w niej dostrzec wartość psychoedukacyjną. Jej skutkiem może być raczej pewnego rodzaju zastraszenie czytelników, w tym potencjalnych odbiorców usług systemu. Trudno sobie wyobrazić, że rodzic skorzysta z systemowej opieki psychiatrycznej (do której mimo wszystko autorzy zachęcają w zakończeniu), po takiej lekturze.

z regulaminu). Autorzy zwrócili uwagę, że znaczną część negatywnych aspektów da się poprawić jedynie poprzez całościowe, odgórne działania w całym systemie psychiatrii. Zgłaszanych przez pacjentów problemów nie da się zniwelować inaczej niż poprzez zwiększenie finansowania czy przeniesienie części pacjentów, którzy nie wymagają leczenia ambulatoryjnego do leczenia środowiskowego, które pozbawione jest warunków izolacji czy wprowadzania tak sztywnych regulaminów i harmonogramów dnia (Anczewska i in. 2007).

Temat opieki psychiatrycznej, a konkretnie oddziałów psychiatrycznych, poruszany był w socjologii najczęściej w kontekście Goffmanowskich instytucji totalnych (Goffman 1957, 2011). Chciałabym się jednak skupić na aspekcie wsparcia profesjonalnego i specjalistach go udzielających, a nie na instytucji jako takiej (zob. Davies 1989; Weinstein 1994; Quirk, Lelliott, Seale 2006; Chow, Priebe 2013; Kmieciak 2017). Takie podejście wynika z przyjętej w dysertacji perspektywy badawczej oraz z dominującej dzisiaj perspektywy psychiatrii środowiskowej, która w swoim założeniu dąży do zaopiekowania się pacjentem w jego środowisku, bez wrywania go zeń i osadzania w izolowanych warunkach (Perzanowski 2018). Deinstytucjonalizacja jest jednym z głównych założeń wdrażanej reformy psychiatrii w Polsce. Nowy model systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży został wprowadzony na mocy *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 sierpnia 2019 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień* (Dz.U. 2019 poz. 1640) i składa się z tzw. **trzech poziomów referencyjnych**:

- a) **I poziom referencyjny** – Ośrodek lub Zespół Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży,
- b) **II poziom referencyjny** – Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży; Poradnia Zdrowia Psychicznego (+ oddział dzienny),
- c) **III poziom referencyjny** – Ośrodek Wysokospecjalistycznej Całodobowej Opieki Psychiatrycznej³⁸.

Podstawowa opieka zapewniona ma zostać w ramach I poziomu referencyjności, w którym zatrudniani są psycholodzy, psychoterapeuci oraz terapeuci środowiskowi.

³⁸ Ministerstwo Zdrowia, *Informacja o aktualnym stanie prac nad reformą w systemie ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży*, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/informacja-o-aktualnym-stanie-prac-nad-reforma-w-systemie-ochrony-zdrowia-psychicznego-dzieci-i-mlodziezy> (dostęp: 20.03.2023).

Aby skorzystać z ich usług, nie jest konieczne skierowanie lekarskie, a ośrodki te bazują na niefarmakologicznym leczeniu dzieci i młodzieży, tj. poprzez konsultacje, interwencję czy psychoterapię indywidualną, rodzinną czy grupową. W zakresie II poziomu referencyjności opieką objęci są pacjenci, którzy potrzebują intensywniejszej pracy i opieki psychiatrycznej. W zespole tym jest lekarz psychiatra, a w niektórych placówkach poza poradnią ma być również dzienny oddział psychiatryczny. III poziom referencyjności dotyczy całodobowej opieki psychiatrycznej, a więc przeznaczony jest dla osób hospitalizowanych, głównie z powodu zagrożenia życia i zdrowia.

Model zwizualizowany jest w formie piramidy, której podstawę stanowi I poziom referencyjny. Kształt ten odpowiada głównym założeniom reformy w co najmniej dwojaki sposób. Po pierwsze, im wyższy poziom referencyjny, tym wyższy stopień zaawansowania opieki wynikający z zaawansowania trudności jednostki, po drugie, im wyższy poziom referencyjności, tym mniejsza liczba ośrodków. Wynika to z przyjętego założenia, że wczesna reakcja na sytuację trudną czy problematyczną chroni przed rozwinięciem się kryzysu, a więc przede wszystkim powinny być tworzone ośrodki w ramach I poziomu referencyjności.

Rysunek 10. Trzy poziomy referencyjności i ich zakładana dostępność



Źródło: opracowanie własne na podstawie oficjalnej informacji Ministerstwa Zdrowia, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/informacja-o-aktualnym-stanie-prac-nad-reforma-w-systemie-ochrony-zdrowia-psychicznego-dzieci-i-mlodziezy> (dostęp: 20.03.2023).

Najprościej psychiatrię środowiskową można opisać słowami doktora nauk medycznych, lekarza psychiatry Artura Kochańskiego:

(...) to taki sposób organizacji opieki psychiatrycznej, który umożliwia choremu korzystanie ze wszystkich form pomocy w jego naturalnym środowisku, jak najbliższym miejscu zamieszkania, na oddziałach dziennych albo w ramach hospitalizacji domowej (Pałowska 2020: 317)

Głównym założeniem takiego modelu psychiatrii jest zaprzestanie „odrywania” jednostki od jej kontekstu społecznego. W reportażu Krystyny Rożnowskiej (2017) dotyczącym pierwszego szpitala psychiatrycznego w Polsce³⁹ znajdziemy wypowiedź Haliny Bonarowskiej, wieloletniej pielęgniarki oddziałowej, o słuszności takiego działania: *Psychiatrii nie można zamknąć w szpitalu i ograniczyć kontraktami oraz ścisłym regulaminem (2017: 229)* Zaś jedna z lekarek mówi:

Wielu naszych pacjentów mogłoby leczyć się w domu, gdyby krewni chcieli ich zrozumieć i tolerować. (...) Ludzie nie potrafią zrozumieć chorego, apatię biorą za lenistwo, izolowanie się i lek za wrogość wobec ludzi. Nie pojmują, że chory człowiek kieruje się inną logiką i inną ma skalę wrażliwości (2017: 59).

Szczegółowe rozróżnienia i wymagania odnośnie profesjonalnej opieki psychiatrycznej zawiera *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień* (Dz.U. 2022 poz. 2184). Znajdujemy w nim chociażby informacje, czym różni się porada psychologiczna od sesji wsparcia psychospołecznego, ile powinny trwać i kto może je prowadzić. Pomimo podejmowania prób detabuizacji leczenia psychiatrycznego czy uczęszczania na terapię wciąż dla wielu osób niejasne jest, kto i czym zajmuje się w ramach profesjonalnej opieki dotyczącej zdrowia psychicznego. To nie tylko psychiatra czy psycholog. Wśród specjalistów w tej dziedzinie Joanna Chatizow (2018: 26–27) rozróżnia:

a) **psychiatrów,**

osoby, które przynależą do kadry lekarskiej, są to lekarze z ukończoną specjalizacją z psychiatrii (osobną specjalizacją jest psychiatria dzieci i młodzieży), tylko oni są uprawnieni do diagnozy medycznej oraz wdrożenia i prowadzenia leczenia farmakologicznego;

b) **psychologów,**

osoby, które ukończyły studia psychologiczne, tj. posiadają tytuł magistra psychologii; mogą prowadzić psychoedukację, interwencję kryzysową, konsultacje

³⁹ Decyzja o budowie szpitala psychiatrycznego w Kobierzynie została podjęta w 1903 roku, a pierwszych pacjentów zaczęto przyjmować w 1917 roku (zob. Rożnowska 2017).

psychologiczne, a także przeprowadzać testy diagnostyczne i stawiać diagnozę psychologiczną;

c) **psychoterapeutów,**

osoby, które ukończyły studia psychologiczne (warunek konieczny w nurcie poznawczo-behawioralnym) lub pokrewne (dopuszczalne w niektórych innych nurtach, np. w nurcie Gestalt), po czym ukończyły kilkuletnią, certyfikowaną szkołę psychoterapii w danym nurcie, były we własnym procesie terapeutycznym, a swoją pracę poddają superwizji, tj. monitorowaniu i nadzorowi superwizora, czyli osoby bardziej doświadczonej i posiadającej do tego uprawnienia⁴⁰.

Ze względu na dokonywaną reformę psychiatrii, wskazać możemy jeszcze **terapeutów środowiskowych**, którzy przeprowadzają wywiady środowiskowe, poznając środowisko, w którym wzrasta młoda jednostka. Terapeuta środowiskowy współpracuje nie tylko z rodziną, ale także ze szkołą i innymi instytucjami sprawującymi opiekę nad dzieckiem lub nastolatkiem. Kwalifikację uprawniającą do prowadzenia terapii środowiskowej dzieci i młodzieży uzyskuje się po spełnieniu określonych wymagań (w tym odbycie określonych szkoleń i treningu własnego oraz udokumentowanie doświadczenia zawodowego w pracy z dziećmi i/lub młodzieżą, lub rodziną) i otrzymaniu certyfikatu dla tej kwalifikacji rynkowej⁴¹.

W trakcie terapii nastolatek uczy się nazywania własnych emocji i konstruktywnych sposobów radzenia sobie w trudnych sytuacjach oraz redukcji napięcia (Makara-Studzińska 2017). Celem jest wyposażenie go w umiejętności, które pozwolą mu sobie poradzić z trudnościami, zamiast stosować autodestrukcyjne strategie, jak np. samookaleczanie czy podjęcie próby samobójczej. Terapia wymaga pewnej otwartości ze strony jednostki, która na nią uczy się, co bywa szczególnie

⁴⁰ Obecnie wykonywanie zawodu psychoterapeuty nie jest prawnie uregulowane. W celu podjęcia pracy w ramach usług NFZ wymagane jest uzyskanie certyfikatu ukończenia szkoły terapeutycznej posiadającej akredytację Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego lub Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, co nie jest jednak wymagane w sektorze prywatnym. Środowisko od wielu lat dąży do uregulowania zawodu psychoterapeuty, a rozporządzenie Ministra Zdrowia o wprowadzeniu nowej specjalizacji medycznej, tj. psychoterapii dzieci i młodzieży z dnia 31 stycznia 2019 roku nie rozwiązuje podnoszonych przez specjalistów problemów, wprowadza natomiast zupełnie nowe. Zob. Zagórski S. (2022), *Masowy protest psychoterapeutów przeciwko szkodliwemu dla pacjentów posunięciu ministerstwa*, OKO.press, <https://oko.press/masowy-protest-psychoterapeutow> (dostęp: 3.05.2023). W bieżącym roku powstał Parlamentarny Zespół ds. ustawowego uregulowania zawodu psychoterapeuty, który w ramach planowanych posiedzeń prowadzi dyskusję nad propozycjami zapisów do ustawy regulującej zawód psychoterapeuty. Zob. Parlamentarny Zespół ds. ustawowego uregulowania zawodu psychoterapeuty, sejm.gov.pl, <https://sejm.gov.pl/sejm9.nsf/agent.xsp?symbol=POSIEDZENIAZESP&Zesp=866> (dostęp: 3.05.2023).

⁴¹Zob. Centrum CBT, <https://cbt.pl/terapeuta-srodowiskowy-dzieci-i-mlodziezy-jak-uzyskac-kwalifikacje/> (dostęp: 27.03.2023).

problematyczne w przypadku dzieci i młodzieży. Wynika to z przypisania psychologa czy też psychoterapeuty do grupy „oni” w dychotomicznym podziale my – młodzi, wyodrębniający się jako niezależne jednostki ze swoich systemów rodzinnych, oni – dorośli. Nie wpływa to korzystnie na proces terapeutyczny, a na pewno sprawia pewne trudności na początku wytworzenia się więzi terapeutycznej (Makara-Studzińska 2017). Szczególnie że w wielu sytuacjach to dorośli bezpośrednio przyczynili się do problemów młodej jednostki lub zawiedli, gdy byli proszeni o pomoc.

Psychiatra prowadzi z kolei pacjenta przez proces leczenia farmakologicznego, jeżeli istnieje taka konieczność. To również pewna forma współpracy, która trwa od rozpoczęcia leczenia, przez ustalenie odpowiednich leków i dawki, aż do zakończenia farmakoterapii, czyli powolnego „schodzenia z leków”. Pacjent nigdy nie powinien stosować farmakoterapii, kończyć jej lub zmieniać dawek bez konsultacji z lekarzem psychiatrą. W temacie leczenia farmakologicznego istnieją także wątpliwości. Zarówno w przypadku dorosłych, jak i młodzieży, pojawiają się głosy odnoszące się do medykalizacji tego obszaru zdrowia (zob. Melosik 2013). Nie posiadając odpowiedniej wiedzy neurobiologicznej, chciałabym odnieść się (w perspektywie społecznej) do tego aspektu zaledwie poprzez pewną krótką uwagę. Polska jest krajem, w którym stosowanie leków bez recepty (OTC, ang. *over the counter*) czy suplementów diety jest codziennością. Według raportu z 2016 roku 21% badanych stosuje je bez wcześniejszej konsultacji z lekarzem, 28% przyznało, że zdarzyło się im stosować je w sposób niezgodny z opisaniem w ulotce, np. zwiększając dawkę, a 22% uważa, że stosowanie leków bez recepty nie jest szkodliwe dla zdrowia (CBOS 2016). Tymczasem, jak pisałam w części II rozprawy, leki tego typu stosowane bez nadzoru lekarskiego mogą doprowadzić do poważnych konsekwencji (Zwoliński 2013). Wydaje się więc, że jako społeczeństwo nie jesteśmy wystarczająco wyedukowani w zakresie zdrowia i bezpiecznych zachowań. Jeśli w kwestii zdrowia psychicznego postępuje medykalizacja, to raczej jest to jedynie konsekwencja braku wiedzy i ekspansji medykalizacji jako takiej, a nie specyficzny problem psychiatrii.

Główną trudnością w opiece psychiatrycznej w Polsce jest mała dostępność lekarzy specjalistów. Zgodnie z danymi Centralnego Rejestru Lekarzy RP, na dzień 28.02.2023 r. w Polsce było 4820 psychiatrów, w tym 4553 wykonujących zawód oraz 565 psychiatrów dzieci i młodzieży, w tym 532 wykonujących zawód (Naczelna Rada Lekarska 2023). Liczba ta zwiększyła się w ostatnich latach – jeszcze 3 lata temu było w Polsce 491 psychiatrów dzieci i młodzieży, z czego 455 wykonywało zawód (Naczelna Rada Lekarska 2020). Wciąż jednak nie zaspokaja to potrzeb w zakresie opieki psychiatrycznej.

Rozwiązanie tego problemu wymaga czasu, gdyż ukończenie specjalizacji jest procesem nie tylko wymagającym, ale też i czasochłonnym.

Profesjonalna opieka w zakresie zdrowia psychicznego nie dotyczy jednak tylko i wyłącznie oddziałów psychiatrycznych, a szeroko rozumianego wsparcia w tym zakresie w poradniach, centrach czy środowiskowych ośrodkach, które powinny ze sobą współpracować i zapewniać sobie dostęp do potrzebnych danych, w celu sprawnego przekazywania informacji o pacjencie:

(...) podstawą leczenia i rehabilitacji jest zintegrowany system wsparcia społecznego (...) [który] zapewnia dostęp do opieki psychiatrycznej, gwarantuje uzyskanie pomocy w sytuacjach kryzysowych, ułatwia identyfikację naturalnych i profesjonalnych źródeł wsparcia, sprzyja koordynacji świadczeń oraz pomaga w odszukaniu osób wymagających pomocy (Kaszyński 2004: 47–48)

Empatyczne podejście personelu oddziału psychiatrycznego stanowi kolejne wzmocnienie dla młodej osoby, które przyczynia się do zmniejszenia prawdopodobieństwa podejmowania zachowań samobójczych w przyszłości (Gmitrowicz, Krawczyk 2014). Dobre relacje terapeutyczne, poświęcanie czasu oraz odnoszenie się z szacunkiem wymieniane są przez pacjentów jako jedne z najważniejszych czynników świadczących o jakości usług medycznych na oddziale psychiatrycznym (Zarzeczna-Baran i in. 2012). Cały personel każdego oddziału powinien być przygotowany do życzliwego i nieoceniającego kontaktu z pacjentem, gdyż obrażenia po próbie samobójczej, szczególnie nierozpoznanej, mogą skutkować wizytą na różnych oddziałach (Stanisławska-Kubiak i in. 2010).

3.1. Piętno i stygmatyzacja w sięganiu po wsparcie

Skorzystanie ze wsparcia profesjonalnego wciąż bywa traktowane jako coś wstydlivego – w przypadku ciała często traktowane są w ten sposób specjalizacje takie jak ginekologia czy urologia. W przypadku *psyche* sfera związana z szeroko rozumianym leczeniem w wielu grupach społecznych wiąże się ze stygmatyzacją: *Społeczne konsekwencje rozpoznania choroby psychicznej niekiedy mogą być dla pacjentów nie mniejszym obciążeniem niż same objawy psychopatologiczne, stanowiąc niejako drugą chorobę* (Świtaj 2009: 377). Napiętnowane społecznie jest nie tylko posiadanie diagnozy, lecz sama konsultacja psychiatryczna, dlatego decyzja o skorzystaniu z profesjonalnej formy wsparcia często jest odwlekana (Tyszkowska, Podogrodzka 2013).

Podczas hospitalizacji na oddziale psychiatrycznym pojawia się silny lęk przed doświadczeniem stygmatyzacji. Pobyt w szpitalu często jest ukrywany, gdyż w dyskursie potocznym wciąż używane są sformułowania takie jak: „szpital wariatów” czy „żółte papiery”. W różnych regionach Polski konkretne nazwy geograficzne określające lokalizację szpitali psychiatrycznych (np. Tworki, Kochanówka, Świecie) są w mowie potocznej traktowane jako synonim miejsca odosobnienia dla ludzi niebezpiecznych dla otoczenia, „szalonych”, będących zagrożeniem. Osoby, które skorzystały z takiego wsparcia, często w opinii publicznej postrzegane są jako nieprzewidywalne i niebezpieczne, dlatego wyklucza się je z różnych aktywności i ról społecznych. Jest to szczególnie widoczne w przypadku osób ze schizofrenią (Jackowska 2009; Rasmus i in. 2013). Doprowadzenie do takiej społecznej alienacji i odrzucenia może pogłębić objawy, np. epizodu depresyjnego i utrudnić jego przezwyciężenie.

Hospitalizacja często bywa traktowana przez samych pacjentów jako dowód na ich niezaradność. Dlatego tak istotne jest, aby personel swoją postawą i oddziaływaniem redukował odczuwany lęk, poczucie porażki, oraz wzmacniał w tym, że leczenie nie stanowi powodu do wstydu (Zalewska-Łunkiewicz 2017). Lękowi przed stygmatyzacją często towarzyszy autostygmatyzacja (ang. *self-stigma*), a więc podzielenie tych negatywnych opinii, oraz poczucie winy za napiętnowanie swoją chorobą bliskich osób (Tyszkowska, Podogrodzka 2013). Piętno udzielone (ang. *courtesy stigma*) wynika najczęściej z obwiniania rodziny pacjenta za jego stan przez inne, zewnętrzne systemy (Podogrodzka-Niell, Tyszkowska 2014). Każdy z tych elementów wpływa niekorzystnie na proces leczenia, a także szeroko rozumiane pełnienie ról społecznych.

Obawa przed oceną i napiętnowaniem jest dla wielu rodzin barierą, która oddala ich od decyzji o udanie się po profesjonalne wsparcie (Podogrodzka-Niell, Tyszkowska 2014). Upływający czas działa natomiast niekorzystnie na kondycję psychiczną dziecka czy nastolatka zmagającego się z kryzysem.

Jako osobie mieszkającej od jedenastu lat w Łodzi, nie wypada mi nie wspomnieć o pewnym wyjątkowym miejscu na mapie tego miasta, które jest przykładem działania destygmatyzującego. Pub Spółdzielczy w Łodzi jest spółdzielnią socjalną, w której pracują osoby z niepełnosprawnością – w tym z zaburzeniami psychicznymi, które w innym miejscu mogłyby mieć problem z zatrudnieniem⁴². Możliwość podjęcia pracy, poczucie

⁴² Pub Spółdzielczy w Łodzi to jeden z pięciu pubów Browaru Spółdzielczego. Puby otwarte zostały także w Gdańsku, Toruniu, Rzeszowie i Rybniku. Właścicielem Browaru Spółdzielczego jest Spółdzielnia Socjalna DALBA. Zob. Browar Spółdzielczy. Piwo, które warzy więcej, <https://www.browarspoldzielczy.com/o-nas>

bycia potrzebnym jest ważnym aspektem w procesie leczenia, które niestety często jest nie do zrealizowania. Jak czytamy u socjolożki i dziennikarki, Justyny Kopińskiej, stygmatyzacja diagnozy psychiatrycznej jest tak silna, że (...) *częstym zjawiskiem wśród policjantów leczonych na depresję jest przyjmowanie leków „na żonę” lub „na męża”* (Kopińska 2022: 350).

W temacie wsparcia społecznego pojawia się jednak jeszcze jedna perspektywa stygmatyzacji, niezwiązana z psychiatrią – proszenie o pomoc. Prośenie kogoś o coś utożsamiane jest w wielu kręgach kulturowych ze „słabością” i brakiem zaradności, dotyczy to szczególnie chłopców i mężczyzn, którzy według tradycyjnego kulturowego (i szkodliwego) stereotypu powinni być silni, niezależni i dominujący (Brodniak 2015). W sytuacji trudnej, którą jednostka określiłaby jako kryzysową, pojawia się więc ryzyko podwójnej stygmatyzacji. Pierwsze piętno nakładane jest w związku z proszeniem o wsparcie, a drugie dotyczy tego, kogo prosimy o wsparcie. Stygmatyzacja jest więc tutaj obecna zarówno w ujęciu funkcjonalnym, jak i strukturalnym wsparcia społecznego.

Podsumowanie

Wsparcie społeczne wpływa pozytywnie na proces leczenia czy rehabilitacji jednostki, a także jej adaptacji do nowych warunków wynikających ze stresujących sytuacji. Pozostaje to w zgodzie z tezą, że brak takiego wsparcia oraz poczucie samotności przyczyniają się do obniżenia odporności jednostki, nie tylko w wymiarze psychicznym, ale i fizycznym (Dołęga 2020; Kózka 2010). Warto podkreślić, że dostępność wsparcia społecznego ma zazwyczaj pozytywny wpływ na dobrostan jednostki znajdującej się nie tylko w kryzysie, ale i na co dzień (Titkow 1993). Sytuacja kryzysowa może jednak w różnym stopniu wzmacniać potrzebę wsparcia. Wzrasta wówczas zapotrzebowanie na szeroko rozumiane wspierające otoczenie, ponieważ zasoby indywidualne nie są w danej chwili wystarczające (Szymańska, Sienkiewicz 2011). Zapotrzebowanie to nie jest uniwersalne dla wszystkich jednostek. Zależy od wielu czynników, takich jak chociażby wzorce kulturowe, doświadczenia biograficzne czy różnice osobowościowe (Knoll, Schwarzer 2012). Wsparcie może płynąć od rodziny, szkoły, rówieśników, ale także i od profesjonalistów. Żadne z tych źródeł nie jest niewłaściwe, a na pewno nie

(dostęp: 30.04.2023); Gontarek L. (2019), *W tym łódzkim pubie wypijesz piwo podane przez wyjątkowych pracowników*, Portal wyborcza.pl, <https://lodz.wyborcza.pl/lodz/7,154682,25513806,od-milosci-do-piwa-do-pomocy-niepelnosprawnym-w-pubie-spoldzielczym.html> (dostęp: 15.03.2023).

powinno być dla jednostki stygmatyzujące. Wyjątek stanowią na przykład sytuacje, w których okazywane wsparcie przewyższa potrzebę wsparcia. Nadopiekuńcze działanie nie tylko nie jest wspierające, ale i staje się przyczyną problemów, prowadząc do obniżenia samooceny osoby w sytuacji trudnej, poprzez zakwestionowanie jej umiejętności radzenia sobie (Skałbana, Lewandowska-Kidoń 2016). Tymczasem szybka reakcja otoczenia już w początkowej fazie kryzysu pozwala ochronić jednostkę przed jego dalszym rozwojem oraz negatywnymi konsekwencjami na różnych szczeblach. Od szeroko rozumianego zdrowia psychicznego przez objawy somatyczne, po zagrożenie życia.

CZĘŚĆ IV. Metodologia badań własnych

Innowacyjność podjętych badań zawiera się przede wszystkim wyborze badanej grupy. Narracja profesjonalistów, mierzących się w swoim doświadczeniu zawodowym z pojedynczymi jednostkami, jednak w skali wielu przypadków tygodniowo, pozwala spojrzeć z „lotu ptaka” na młode osoby w kryzysie i sformułować pewne ogólne obserwacje.

Moje zainteresowania naukowe ewoluowały w trakcie studiów doktoranckich, nie oddalając się jednak od głównej osi, tj. zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Studia doktoranckie rozpoczęłam jesienią 2017 roku i początkowo temat miał zostać powiązany ze współczesną kulturą sukcesu, presją osiągnięć i wypaleniem wśród dzieci i młodzieży. Obecność wśród moich przyjaciół i znajomych osób pracujących jako psychologowie i psychoterapeuci zwróciło jednak moją uwagę na pogarszającą się w kraju sytuację opieki psychiatryczno-psychologicznej, o której zaczęto coraz więcej pisać i mówić również w dyskursie medialnym. Przez pierwsze lata studiów doktoranckich gromadziłam więc wiedzę (w tym zasób adekwatnego słownictwa) w oparciu o nieformalne rozmowy oraz literaturę, przede wszystkim psychologiczną, psychiatryczną, pedagogiczną i socjologiczną. Po zgłębieniu problematyki w trakcie przeglądu literatury, stworzona została koncepcja badań, a jesienią 2020 roku opracowałam pierwsze wersje narzędzi badawczych.

Początkowo pisałam w trzeciej osobie formy bezosobowej, jednak ostatecznie zdecydowałam się na ujawnienie siebie jako badaczki. Wynikało to z odrzucenia autorytarności perspektywy badacza i roszczenia do obiektywizmu, a zwrócenie się w stronę refleksyjności uznającej współtworzenie wiedzy przez badacza, o których pisał Graham Gibbs (2015). Poza wybraną metodologią, istotne są bowiem zasoby badacza jako takiego, w tym jego personalne czy moralne perspektywy (Malewski 2017).

1. Operacjonalizacja wybranych pojęć

W części teoretycznej rozprawy przywołałam różne definicje, koncepcje i kategoryzacje, kluczowych dla podjętego tematu pojęć. Następnie dokonałam operacjonalizacji tylko do tych, którymi posługiwałam się projektując badania własne.

W przyjętej przeze mnie koncepcji **kryzys** rozumiany jest jako stan zagrożenia, który przekracza możliwości pokonania go (Kliza, Klimka 2010), ponieważ posiadane zasoby czy mechanizmy adaptacyjne są niewystarczające (Kotlarska-Michalska 2022).

Zakładam przy tym, za Jarosz, że (...) *samobójcy to ludzie normalni, „tacy jak my wszyscy”, nie umiejący dostosować się do nowych, dotąd niewyobrażalnych warunków i sytuacji* (1999: 117).

Jako socjolożka skupiam się na **środowiskowych czynnikach kryzysogennych** (Cha i in. 2018), które Zwoliński (2013) określił społeczno-ekonomiczną grupą ryzyka zagrożenia suicydalnego wśród dzieci i młodzieży. Składają się na nią trzy czynniki: rodzina, szkoła oraz grupa rówieśnicza. W ramach badań uwzględniłam także ich rolę kontrastową, tj. ochronną, odwołując się do **strukturalnego ujęcia wsparcia społecznego** i źródeł, z których może ono pochodzić, wyodrębniając rodzinę, szkołę oraz specjalistów od zdrowia psychicznego (Siner i Lord, 1984).

W kategorii wsparcia rozróżniam **wsparcie oczekiwane od otrzymywanego**, a więc to, na które zdaniem badanych pacjenci zgłaszają zapotrzebowanie oraz to, jakie w rzeczywistości otrzymują (Kocór 2018b). W tym kontekście skorzystałam z **funkcjonalnego podejścia do wsparcia społecznego** i typologii stworzonej przez House'a (1981) wyróżniającej **cztery rodzaje wsparcia**: wsparcie instrumentalne (udzielanie bezpośredniej pomocy), wsparcie informacyjne (udzielanie informacji pomocnej w wyjściu z kryzysu), wsparcie emocjonalne (polegające na empatii, zainteresowaniu i troski) oraz wsparcie oceniające (udzielane poprzez wyrażanie akceptacji jednostki i pozytywny wpływ na jej poczucie własnej wartości).

Jolanta Grotowska-Leder (2008) zwróciła uwagę, że socjologowie zajmują się zazwyczaj cechami i udziałem struktur oraz instytucji, które dostarczają wsparcia. W swoich badaniach koncentruję się jednak nie tylko na tych aspektach, ale również uwzględniam element odnoszący się do proponowanych zmian, co pozwoliło mi wypracować pewne rekomendacje dotyczące przebiegu i budowy relacji rodziców z dzieckiem, funkcjonowania szkoły czy opieki profesjonalnej w zakresie zdrowia psychicznego.

Poprzez kategorię **młodzieży** rozumiałam jednostki będące w okresie adolescencji, trwającym od ok. 10 r.ż. do ok. 22 r.ż. (Borecka-Biernat i in. 2018). W ramach wsparcia profesjonalnego, udzielanego w poradniach zdrowia psychicznego przy oddziałach, często kategoria młodzieży dotyczy osób od 12 lub 13 r.ż. do pełnoletności lub 21 r.ż. w przypadku kontynuowania nauki. W realizowanym badaniu zależało mi na skupieniu się na osobach niepełnoletnich, którzy podlegają opiece rodzica lub opiekuna prawnego, tj. którzy nie ukończyli jeszcze 18 roku życia.

Zoperacjonalizowane definicje i kategorie, do których będę się odnosić w ramach problematyki badawczej oraz w analizie, zostały również szerzej omówione w I, II i III części niniejszej dysertacji.

2. Podstawy teoretyczne założeń badawczych

Jedną z głównych inspiracji naukowych podczas konceptualizacji badania były publikacje Marii Jarosz, która postrzegana jest jako jedna z czołowych polskich suicydolożek (Czabański, Mariański 2018, Jasiocki 2015). Jarosz (1999, 1996) traktuje samobójstwa jako konsekwencję przemian politycznych, gospodarczych i społeczno-kulturowych, które nie tylko zmieniają dotychczasowe zasady funkcjonowania jednostek, ale czasem nawet nie wprowadzają określonego, nowego porządku lub wprowadzają go w sposób niejasny lub niesprawiedliwy. W tym sensie jest to kontynuacja myśli Durkheima (2011) i powiązania zachowań samobójczych z anomią, tj. dezintegracją społeczną. Jarosz (1999) nie negowała jednak indywidualnych powodów, które różnicują grupę osób popełniających samobójstwo:

(...) skoro człowiek jest częścią określonego społeczeństwa, to źródeł samobójstw należy szukać w zakłóceniach funkcjonowania tego społeczeństwa. Samobójstwo jako zjawisko społeczne należy więc badać jako efekt dezintegracji społeczeństwa, a nie jako przejaw dezintegracji osobowości samobójcy. Nie oznacza to lekceważenia indywidualnych motywów działań samobójczych, ale przesunięcie zainteresowań z działań jednostkowych na działania stanowiące ich wspólny mianownik: warunki społeczne zapobiegające lub sprzyjające zamachom na własne życie (Jarosz 2013: 32).

Jako socjolożka, Jarosz nie wykluczała również roli biologicznych uwarunkowań wpływających na decyzję o zachowaniu samobójczym, jednak wiążąc samobójstwa ze wspomnianą dezintegracją społeczną, w swoich badaniach i refleksjach koncentrowała się na społecznych uwarunkowaniach takiej decyzji. Zwracała przy tym również uwagę na pewne trendy w zjawisku zachowań samobójczych, jak np. popełnianie samobójstw przez coraz młodsze osoby (Jarosz 2013, 1999, 1997).

Niezależnie od zindywidualizowanych motywów i okoliczności odbierania sobie życia przez poszczególne osoby, zjawisko samobójstwa ma określone rozmiary, strukturę i tendencje odzwierciedlające – pośrednio – wielkie społeczne procesy, których częścią stanowi (Jarosz 1999: 125).

Jarosz (2013, 1999, 1997), której intensywne prace badawcze nad zjawiskiem samobójstwa przypadają na przełom XX i XXI wieku, skupiała się w swoich analizach na transformacjach ustrojowych w Polsce. Jej zdaniem, jedną ze strategii przeciwdziałania zachowaniom samobójczym jest przeciwdziałanie wykluczeniu i nierównościom społecznym w różnych wymiarach, w tym edukacyjnym czy materialnym, które warunkują tzw. start w życiu (Jarosz 2015, 1990). Poza nierównościami, do kryzysu w ujęciu socjologicznym przyczyniają się także dysfunkcje w dwóch wymiarach: w życiu społecznym i wymiarze instytucjonalnym, gdyż jednostkowe działania nie pozostają bez echa dla społeczeństwa (Danecka 2018).

To z kolei wiąże się z drugą inspiracją, która wpłynęła na koncept dysertacji, tj. z teorią systemów, społeczeństwo stanowi bowiem system, na który składają się mniejsze podsystemy. Jednym z nich jest rodzina, która powinna prawidłowo wypełniać swoje funkcje, aby zapewnić trwanie społeczeństwa poprzez właściwy rozwój jednostek (Łączkowska 1999), pełniących różnorodne role społeczne i przynależących do różnych podsystemów. Zmiany w sferze politycznej, gospodarczej czy społeczno-kulturowej w społeczeństwie wymuszają również pewne przekształcenia w ich składowych, a więc takich podsystemach jak rodzina. Wydaje się, że obecna dynamika tempa zmian jest niedostosowana do możliwości adaptacyjnych jednostek, a tym samym systemów, które muszą się w jakiś sposób przeorganizować nie tylko wewnętrznie, ale także i w relacji z innymi systemami.

Podążając dalej tropem założeń teoretycznych, przyjmuję, że kryzys zdrowia psychicznego (w tym kryzys suicydalny) jest zjawiskiem będącym odstępstwem od przyjętej normy, budzącym sprzeciw (Frysztacki 2012). Tym samym rozpatruję je w kategoriach problemu społecznego, którego definiuję za Jolantą Grotowską-Leder jako:

(...) zjawisko uważane przez grupę jako niepożądane, zagrażające jej funkcjonowaniu, porusza znaczną liczbę ludzi, a jednocześnie jest możliwe do przezwyciężenia poprzez zbiorowe działania podejmowane w celu ograniczenia jego skali (rzadziej zlikwidowania), eliminowania przyczyn i negatywnych skutków (Grotowska-Leder 2017 : 5-6)

Rosnąca liczba kryzysów, w tym kryzysów suicydalnych, wśród dzieci i młodzieży wydaje się nie tyle charakterystyczne dla Polski, co dla współczesności w ogóle (WHO 2022, van Vuuren i in. 2021, McManama O'Brien i in. 2019, Sivertsen i in. 2019). Pewne rozwiązania systemowe i instytucjonalne wraz z dynamiką zmian i zwiększającej się

złożoności życia społecznego, wpływają natomiast niekorzystnie na ich skalę, co stanowi jedną z cech problemów społecznych (Grotowska-Leder 2017).

Spełniają również trzy najważniejsze cechy, które Grotowska-Leder (2011) wymienia jako wspólne w rozumieniu problemów społecznych w różnych podejściach i paradygmatach nauk społecznych, tj.:

1. istnieje rozbieżność pomiędzy tym, jaki stan jest oczekiwany, zgodnie z panującymi normami i wartościami, a tym, jaki jest stan rzeczywisty;
2. zjawisko to porusza dużą część członków społeczności, wywołuje w niej uczucie niepokoju i zagrożenia;
3. podejmowane jest zbiorowe działanie w celu przeciwdziałania temu zjawisku, a jego celem jest ograniczenie czy zmniejszenie tego zjawiska.

Bardzo podobny zestaw cech przedstawili Paul B. Horton i Gerald R. Leslie (1970), według których problem społeczny to zjawisko:

1. niepożądane społecznie,
2. subiektywnie uznane w świadomości społecznej jako problem,
3. wydaje się, że istnieje możliwość rozwiązania tego problemu,
4. żeby rozwiązać dany problem, należy podjąć działania zbiorowe.

Oba zestawy cech problemów społecznych stanowią pewien kompromis pomiędzy perspektywą obiektywistyczną, traktującą problemy społeczne jako fakty społeczne, oraz subiektywistyczną, w której kluczowe jest nadawane znaczenie (Kaźmierczak-Kałużna 2012). Przyjmuję, że kryzysy suicydalne wśród dzieci i młodzieży stanowią problem społeczny w rozumieniu Hortona i Lesliego (1970).

W socjologii problemów społecznych podstawę stanowi nie tylko zrozumienie danego problemu, ale także rozpoznanie oraz wskazanie kierunku zmian służących poprawie sytuacji, co wiąże się z pragmatycznym podejściem do zjawisk (Miś 2018). O takiej krytycznej i zaangażowanej roli badacza pisała również Jarosz (1984) uznając, że socjologiczna analiza społeczeństwa powinna wskazywać doskwierające mu istotne problemy, które należy przezwyciężyć. W przygotowanej rozprawie starałam się uwzględnić także i ten aspekt, jednak pozwoliłam sobie wykorzystać kontekst socjologii problemów społecznych jedynie w ujęciu pragmatycznym, czego efektem są rekomendacje sformułowane w ostatniej części pracy.

3. Cel badawczy

W realizowanych badaniach skupiłam się na społecznym kontekście wsparcia społecznego wobec dzieci i młodzieży w kryzysie. Choć tytuł pracy wskazuje na kryzysy suicydalne u młodzieży jako najważniejszy wątek rozważań, zebrany materiał empiryczny jest wzbogacony o szerszą perspektywę, tj.:

- a) uwzględnia szeroko rozumiane kryzysy, ponieważ każdy nierozwiązany konstruktywnie kryzys może doprowadzić do kryzysu suicydalnego (Pilecka 1995: 16).
- b) uwzględnia nie tylko kryzysy wśród młodzieży, ale i wśród dzieci, ponieważ brak odpowiedniego wsparcia i wzorów radzenia sobie w sytuacjach trudnych często ma swoje początki już w dzieciństwie jednostek, a kryzysy w okresie nastoletnim stanowią wtedy tego konsekwencje.

Ustalenie przedmiotu badań, a następnie poszerzenie o nim wiedzy stanowi cel badawczy w ujęciu Dutkiewicza (1996). Celem badania było poznanie zjawiska wsparcia w kryzysie suicydalnym u młodzieży z perspektywy pracujących z nią specjalistów. Badanie zmierzało do wyjaśnienia jaką rolę w kryzysie młodej jednostki pełni rodzina oraz szkoła oraz tego, jaką mogłyby lub powinni pełnić. Uwzględniając społeczny kontekst i funkcję rodziny i szkoły, dążyłam także do rozpoznania i opisanie wsparcia otrzymywanego oraz oczekiwanego przez młodzież, które identyfikowali specjaliści na podstawie swoich doświadczeń. W tym sensie realizowałam poniekąd wszystkie trzy cele badań wymieniane przez Earla Babbiego (2013): eksplorowałam i wyjaśniałam, lecz przede wszystkim opisywałam zjawisko kryzysu dzieci i młodzieży oraz oczekiwanego i otrzymywanego przez nie wsparcia społecznego w perspektywie specjalistów. I chociaż ze względu na przyjętą metodologię, cel ten nie był realizowany w odniesieniu do reprezentatywnej grupy, to przeprowadzona analiza stanowi pionierską eksplorację i opis pewnego wycinka rzeczywistości społecznej. Za Jerzym Apanowiczem przyjęłam bowiem, że jest to (...) *niewiedza, którą należy usunąć w toku badań naukowych* (2005: 127), a za ich rezultat przyjęłam rozumienie poprzez jak najdokładniejsze odwzorowanie punktu widzenia specjalistów (Malewski 2017).

4. Kryteria doboru osób do wywiadów

Cel badań powinien określać badaną zbiorowość, a nie odwrotnie (Nowak 2011: 45), dlatego też zdecydowałam się na wywiady z osobami zajmującymi się zawodowo

sytuacjami kryzysowymi u młodzieży z poziomu opieki psychiatryczno-psychologicznej (specjaliści od zdrowia psychicznego) oraz oświaty (wizytatorzy z kuratoriów oświaty). Chociaż wydawać by się mogło, że najlepszym źródłem informacji o wsparciu oczekiwanym i otrzymywanym przez młodzież w kryzysie jest przeprowadzenie wywiadów bezpośrednio z nimi, to wzbudza to, co najmniej kilka wątpliwości etycznych. Po pierwsze, aby uczestniczyć w badaniu o poruszanej przeze mnie tematyce, potencjalna osoba musiałaby być w sytuacji opanowanego kryzysu. Poruszanie tematu ciężkich przeżyć osobistych byłoby jednak wciąż problematyczne, a w wielu przypadkach zapewne stanowiłoby element odbywanej terapii. Z kolei ja nie posiadam wykształcenia psychologicznego ani przygotowania interwencyjnego, które pozwoliłoby mi poruszać tak bolesne tematy w sposób odpowiedzialny i bezpieczny dla rozmówcy. Młoda osoba przedstawiałaby swoją interpretację sytuacji, mogłaby chcieć ukryć czy też pominąć szczególnie wstydliwe lub kłopotliwe jej aspekty. Co ważne, ze względu na niepełnoletność tych osób, wymagana byłaby zgoda rodziców lub opiekunów, czego prawdopodobnie nie udałoby się uzyskać w sytuacjach, w których to rodzina przyczyniła się do kryzysu, co stanowi jeden z istotniejszych kontekstów podjętego tematu. Natomiast przeprowadzenie wywiadu z osobą dorosłą, która w czasie adolescencji przechodziła kryzys, nie tylko byłoby retrospektywne w kontekście biografii tej osoby, ale także i zmieniających się warunków społeczno-kulturowych. Badana rzeczywistość byłaby więc zupełnie odmienna od tej współczesnej, pozbawiona chociażby wpływu tak istotnego kryzysu globalnego, jak światowa pandemia COVID-19.

Przeprowadzenie wywiadów ze specjalistami, których codzienne obowiązki zawodowe dotyczą badanego przeze mnie obszaru, pozwoliło mi uzyskać nie tylko spojrzenie „z lotu ptaka”, które obejmowało wiele różnych przypadków i sytuacji, ale przede wszystkim pewną profesjonalną „diagnozę rzeczywistości”. Osoby uczestniczące w realizowanym przeze mnie badaniu były bowiem profesjonalistami, które bazowały na swoim zawodowym doświadczeniu. Pracując z młodymi osobami oraz ich systemami rodzinnymi, widziały jakie wsparcie otrzymują od bliskich oraz jak współpracują rodzice, a jak szkoły. Wydaje się, że w podejmowanym przeze mnie temacie nie ma lepszego źródła wiedzy, z tego powodu zdecydowałam się na ustalenie poziomu analizy socjologicznej właśnie na nich (Nowak 2011).

Dobór specjalistów od zdrowia psychicznego uczestniczących w badaniu, których w przyjętej metodologii nie nazywa się respondentami, lecz rozmówcami, był celowy, co oznacza, że przyjęto konkretne kryteria doboru:

1. wykonywanie pracy psychologa, psychoterapeuty, psychiatry lub terapeuty środowiskowego,
2. praca z dziećmi i/lub młodzieżą,
3. praca w ramach I, II lub III poziomu referencyjności lub w poradni psychologiczno-pedagogicznej,
4. doświadczenie minimum 1 roku w pracy o takim charakterze.

Pierwsze trzy kryteria były warunkiem przedstawianym na samym początku, także w komunikatach kierowanych mailowo czy listownie do oddziałów oraz poradni. Kryterium doświadczenia w pracy było początkowo weryfikowane w ramach bezpośredniego pytania dotyczącego stażu pracy. Wraz ze zmianą zastosowaną w narzędziu (co zostało szczegółowo opisane w podrozdziale 7 niniejszej części) zdecydowałam się jednak weryfikować staż pracy poprzez pytanie otwierające wywiad, odnoszące się do doświadczenia zawodowego w ogóle. W ten sposób uzyskiwałam dokładniejszą charakterystykę pracy rozmówców, którzy w mniej stresujący dla siebie sposób wchodzili w sytuację wywiadu.

W przypadku wizytatorów byli oni wskazywani przez osobę pełniącą funkcję dyrektora w danym kuratorium oświaty.

5. Problematyka badawcza

Problematyka badawcza stanowi zbiór pytań, na które badacz musi zebrać odpowiedzi, aby osiągnąć założony cel badawczy (Lutyński 2000, Nowak 2011). Projektując i realizując badanie, starałam się jak najlepiej odpowiedzieć na pytania zbliżone do wymienionych przez Sheldona Cohena i Leonarda S. Syme (1985), w celu uwzględnienia kontekstu społecznego wsparcia, a dokładniej:

- Komu należy udzielić wsparcia?
- Kto ma go udzielać?
- Jakiego rodzaju wsparcie ma zostać udzielone? Z jakiego powodu?
- Kiedy udzielić danego wsparcia? Jak długo go udzielać? (Cohen, Syme 1985: 9-11).

Zdecydowałam się na analizę wsparcia społecznego kierowanego do dzieci i młodzieży w kryzysie (o powodach, dla których poszerzyłam uwzględnianą grupę o dzieci wspomnianą we wcześniejszym podrozdziale dotyczącym celów badawczych). Skupiłam się również na wsparciu pochodzącym od konkretnych grup dorosłych jednostek:

rodziców, pracowników szkoły oraz specjalistów w zakresie zdrowia psychicznego. Kolejne pytania Cohena i Syme włączyłam natomiast do problematyki badawczej.

Opisana problematyka badawcza dotyczyła obszarów kluczowych z punktu widzenia realizowanych badań, tj. zjawiska kryzysu i czynników przyczyniających się do jego powstania oraz wsparcia społecznego w trzech wymiarach: rodziny, szkoły i profesjonalistów. Osiągnięcie założonych celów badawczych oraz weryfikacja przyjętych hipotez było możliwe tylko poprzez pozyskanie odpowiedzi na poniższe pytania badawcze.

Kryzys i czynniki kryzysogenne:

1. Jakie są najczęstsze zaobserwowane przyczyny kryzysów dzieci i młodzieży?
2. Jaką rolę w tym zakresie pełni rodzina?
3. Jaką rolę w tym zakresie pełni szkoła?
4. W jaki sposób można zredukować liczbę kryzysów dzieci i młodzieży?
5. Jaką rolę w tym zakresie pełnią: rodzina, szkoła, profesjonaliści?

Wsparcie społeczne dzieci i młodzieży w rodzinie:

1. Czym powinno charakteryzować się wsparcie dzieci i młodzieży w kryzysie - udzielane przez rodziców?
2. Jakiego wsparcia od rodziców potrzebują dzieci i młodzież?
3. Jakie wsparcie dzieci i młodzież otrzymują od rodziców w rzeczywistości?

Wsparcie społeczne dzieci i młodzieży w szkole:

1. Czym powinno charakteryzować się wsparcie dzieci i młodzieży w kryzysie udzielane w szkole?
2. Jakiego wsparcia od szkoły potrzebują dzieci i młodzież?
3. Jakie wsparcie dzieci i młodzież otrzymują od szkoły w rzeczywistości?

Wsparcie profesjonalne dzieci i młodzieży:

1. Jakie czynniki wpłynęły na pogorszenie się zdrowia psychicznego wśród dzieci i młodzieży?
2. Jakie czynniki utrudniają dostarczenie odpowiedniego wsparcia jednostce w kryzysie?
3. W jaki sposób przebiega współpraca z rodzicami pacjentów?
4. W jaki sposób obecna reforma odpowiada na potrzeby psychiatrii dzieci i młodzieży w ocenie badanych?

W oparciu o postawione pytania badawcze, analizę literatury i danych statystycznych sformułowałam cztery hipotezy oraz opracowałam narzędzia badawcze zastosowane w opisywanym badaniu.

6. Hipotezy badawcze i ich źródła

Poprawne oraz wartościowe projektowanie badań wymaga przygotowania się w zakresie wiedzy teoretycznej o badanym zjawisku, co z jednej strony stanowi uzasadnienie skonstruowanej problematyki, a z drugiej strony wiąże się z przyjęciem pewnych założeń, co do nich (Nowak 2011). Podobnie uważa Danuta Urbaniak-Zajac (2009), według której przyjmowanie założeń jest pewnym elementem procesu konceptualizacji projektu badawczego i przygotowania się do niego, a sformułowanie w oparciu o nie hipotez⁴³ pozwala natomiast je sprawdzić.

Hipotezy badawcze stanowią pewne przypuszczenie i zakładają odpowiedzi na wybrane pytania zawarte w problematyce (Podgórski 2007). Przyjmowanie hipotez w badaniach jakościowych spotyka się w naukach społecznych z różnymi opiniami, często negatywnymi (Creswell 2013). Według wielu badaczy ograniczają one możliwość eksploracji i prowadzą do selekcji materiału pod ich kątem (Urbaniak-Zajac 2009). Natomiast według Charlesa Peirce'a powstawanie hipotez wynika z przyjmowania pewnych przypuszczeń, co jest naturalnym procesem, chociaż nie zawsze uświadomionym (Buczyńska 1965). Weryfikacja hipotez pozwala to przypuszczenie potwierdzić albo przeformułować.

Początkowo nie chciałam formułować hipotez badawczych, będąc w pełni otwarta na eksplorację zjawiska kryzysów u młodych jednostek. Jednak podczas procesu projektowania badań prowadziłam nieformalne rozmowy z psychologami i psychoterapeutami, a przede wszystkim zapoznawałam się z liczną literaturą w zakresie kryzysów, szczególnie kryzysów suicydalnych dzieci i młodzieży. Analizowałam również dane statystyczne dotyczące zachowań samobójczych w Polsce. W pewnym momencie, szukając kolejnych źródeł wiedzy, zrozumiałam, że nieświadomie przyjąłam pewne założenia, które zawęziły moje poszukiwania literaturowe w tak interdyscyplinarnym i złożonym temacie. Na ich podstawie stworzyłam cztery hipotezy, które następnie pomogły mi w stworzeniu narzędzi badawczych. Według Urbaniak-Zajac (2009) hipotezy ukierunkowują badanie, tym samym wskazując na to, co jest w danym projekcie badawczym istotne i na czym powinien skupić się badacz. Z mojej perspektywy było to o tyle istotne, że poruszana przeze mnie tematyka jest wielopłaszczyznowa i wielowątkowa, a moje wyraźne zaangażowanie w poznawanie jej, otwierało pole

⁴³ Autorka wyraźnie zaznacza granicę pomiędzy założeniami a hipotezami, które pomimo podobnego statusu poznawczego różnią się funkcją, „zadaniem” hipotez jest bowiem ich weryfikowanie (Urbaniak-Zajac 2009).

badawcze zbyt szeroko, o czym przekonałam się gromadząc literaturę, a także podczas realizacji pierwszych wywiadów.

H1. Zaburzenia relacji w środowisku rodzinnym stanowią największe zagrożenie kryzysem suicydalnym dla adolescentów.

Współczesne przemiany społeczno-kulturowe, wśród których wskazać można chociażby wzrost indywidualizmu czy zwiększone tempo życia, wpłynęły na wystąpienie kryzysu rodziny, a dokładnie jej funkcji zabezpieczającej (Grotowska-Leder 2008). Na aktualności zyskują badania Rosy (1996) sprzed prawie trzydziestu lat, według których 43,5% badanych jako przyczynę swojej próby samobójczej wskazało „brak zaspokojenia potrzeb emocjonalnych” w relacji z rodzicami, w czym zawarto oschłość rodziców, ich nadopiekuńczość lub zbyt wysokie wymagania. Według danych statystycznych zbieranych i udostępnianych przez Komendę Główną Policji (2022), nieporozumienia lub przemoc w rodzinie to jedna z trzech najczęstszych, ustalanych w Polsce przyczyn zachowań samobójczych.

Hipoteza ta odnosi się do kryzysów suicydalnych wśród młodzieży, a więc grupy wiekowej, gdzie wpływ rodziny jako znaczących innych jest bardzo duży, stąd przyjęcie założenia, że rodzina stanowi nie tyle jedno z najważniejszych, co najważniejsze potencjalne źródło kryzysów.

H2. Problemy młodzieży nie są utożsamiane przez rodziców z problemami w systemie rodzinnym.

Jedną z przyczyn podatności na zaburzenia psychiczne w dorosłości, jest doświadczanie w dzieciństwie krzywdzenia w rodzinie (Dragan 2018). Fizyczne karanie poprzez popychanie dziecka czy uderzenia (w tym tzw. klapsy) wywołuje cały proces destrukcji dziecka, który może przyczynić się do trudności w budowaniu bliskich relacji w przyszłości, a także depresji czy myśli samobójczych. Tymczasem wciąż w wielu środowiskach uważa się, że kary fizyczne są metodą wychowawczą (Halemba, Izdebska 2009). Już sam ten jeden aspekt pozwala przypuszczać, że wielu rodziców nie wiąże swoich zachowań ze złym stanem psychicznym własnych dzieci.

W tej hipotezie wyrażam przypuszczenie, że rodzice nie dostrzegają swojego wpływu na kryzysy występujące u własnych dzieci i raczej postrzegają je jako indywidualne kryzysy dziecka, związane z innymi czynnikami niż rodzina.

H3. Młodzież w kryzysie nie otrzymuje oczekiwanego wsparcia.

Analizując dane statystyczne już po wprowadzeniu formularza *KSIP 10 - zgłoszenie zamachu/zachowania samobójczego*, tj. od 2017 roku, zaobserwować można wyraźny wzrost zachowań samobójczych wśród dzieci i młodzieży w wieku od 7 do 18 lat - 730 zachowań samobójczych, w tym 116 zakończonych zgonem, w 2017 roku, a w 2022 roku 2178 zachowań samobójczych, w tym 156 zakończonych zgonem (Komenda Główna Policji 2022). W tym czasie, w dyskursie medialnym nieustannie pojawiały się również artykuły lub wywiady ze specjalistami dotyczące kryzysu opieki, w tym likwidacji oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży oraz niewystarczającej liczby miejsc, w tych które wciąż istnieją⁴⁴.

Zwiększająca się liczba dzieci i młodzieży w kryzysie suicydalnym pozwala przypuszczać, że nie tyle nie otrzymują one wsparcia w ogóle, co nie otrzymują one wsparcia, którego oczekują, aby przezwyciężyć kryzys.

H4. Wsparcie profesjonalne, pomimo wprowadzanych zmian, nie jest w stanie odpowiedzieć na potrzeby młodzieży w kryzysie.

Hipoteza ta wiąże się z poprzednią (H3), jednak w tak sformułowanym wstępnym założeniu badacza, skupiam się na wsparciu profesjonalnym młodzieży w kryzysie. Zgodnie z reformą w zakresie psychiatrii, wprowadzono trzy poziomy referencyjne w ochronie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, co ma poprawić przede wszystkim dostępność wsparcia profesjonalnego. Reforma zakłada tym samym odciążenie oddziałów psychiatrycznych poprzez szybsze udzielanie wsparcia już na początku kryzysu psychicznego dziecka lub nastolatka w ramach I poziomu referencyjnego. Odnosząc się do danych przywołanych w H3, tj. rosnącej liczby zachowań samobójczych oraz informacji o przepełnionych oddziałach psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży, można przypuszczać, że jak na razie nie udało się tego celu zrealizować.

⁴⁴ Artykułów medialnych w tym zakresie jest bardzo dużo, wymieniam jedynie trzy przykładowe z różnych portali. Zob. Dobrołowicz M. (2023), *Wszystkie miejsca na oddziałach psychiatrii dziecięcej zajęte*, RMF24, https://www.rmf24.pl/fakty/polska/news-wszystkie-miejsca-na-oddzialach-psychiatrii-dzieciecej-zajet,nId,6570888#crp_state=1 (dostęp: 28.04.2023), Wantuch D. (2022), *Jedyny oddział psychiatrii dzieci i młodzieży na Podkarpaciu nie przyjmuje pacjentów. Nie ma miejsc, brakuje lekarzy*, Wysokie Obcasy, <https://www.wysokieobcasy.pl/wysokie-obcasy/7,173910,28059541,jedyny-oddzial-psychiatrii-dzieci-i-mlodziezy-na-podkarpaciu.html?disableRedirects=true> (dostęp: 28.04.2023), Walewski P. (2018), *Psychiatria dziecięca na zakręcie? Już za nim. Właśnie runęła w przepaść*, Tygodnik Polityka, <https://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/spoleczenstwo/1775494,1,psychiatria-dziecieca-na-zakrecie-juz-za-nim-wlasnie-runela-w-przepasc.read> (dostęp: 28.04.2023).

Hipotezy można wyprowadzać w oparciu o teorię (dedukcyjnie), obserwację (indukcyjnie), intuicyjnie lub poprzez połączenie tych sposobów (Frankfort-Nachmias, Nachmias 2001). Sformułowane przeze mnie hipotezy zostały wyprowadzone w oparciu o ostatnią możliwość, czyli pewne intuicyjne założenia budowane na podstawie analizowanej literatury oraz monitorowania sytuacji psychiatrii w Polsce w dyskursie medialnym.

7. Opis zastosowanego narzędzia badawczego

Zarówno tematyka wsparcia społecznego, jak i kryzysów suicydalnych, nie przynależą jedynie do socjologii, lecz są złożonymi i interdyscyplinarnymi zagadnieniami. Uznałam, że zgromadzenie wartościowego merytorycznie materiału empirycznego służącego osiągnięciu wyznaczonego celu badawczego będzie możliwe poprzez zastosowanie badań jakościowych. Projektując badanie, podążałam za myślą, aby (...) *najlepiej, tj. najpełniej, najdokładniej i najbardziej zasadnie udzielić odpowiedzi na interesujące nas [mnie] pytania* (Nowak 2011: 48), zdecydowałam się więc na wywiady częściowo ustrukturyzowane.

Odnosząc się do dychotomicznego podziału na wywiady eksploracyjne, skoncentrowane na poszukiwaniu nowych informacji, oraz na bardziej ustrukturyzowane wywiady testujące hipotezy, który przedstawił Steinar Kvale (2012) trudno jest mi umieścić zrealizowane badania w którymś z tych biegunów. Uważam, że chociaż były to wywiady testujące pewne ogólne hipotezy, postawione po przeprowadzeniu analizy literatury i danych statystycznych, a także uczestnictwie w wydarzeniach tematycznych czy rozmowach nieformalnych ze specjalistami w zakresie zdrowia psychicznego, to wciąż charakteryzowały się dużą otwartością na perspektywę badanych i przywoływane przez nich wątki, co znalazło swój wyraz w rozbudowanych kategoriach analitycznych.

Ze względu na zróżnicowanie osób badanych powstały trzy scenariusze: dla specjalistów pracujących w oddziałach stacjonarnych, dla specjalistów pracujących w poradniach i centrach oraz dla wizytatorów z kuratorium oświaty. Początkowo struktura narzędzi opierała się na konkretnych pytaniach, dlatego wskutek pierwszych, zrealizowanych wywiadów zdecydowałam się na wprowadzenie zmian w scenariuszach. Przede wszystkim usunęłam pytania, które nie wносиły istotnych treści z punktu widzenia podejmowanej analizy. Okazało się bowiem, że niektóre pytania są zbyt otwierające i przenoszą rozmowę na znacznie szerszy kontekst dotyczący zdrowia psychicznego.

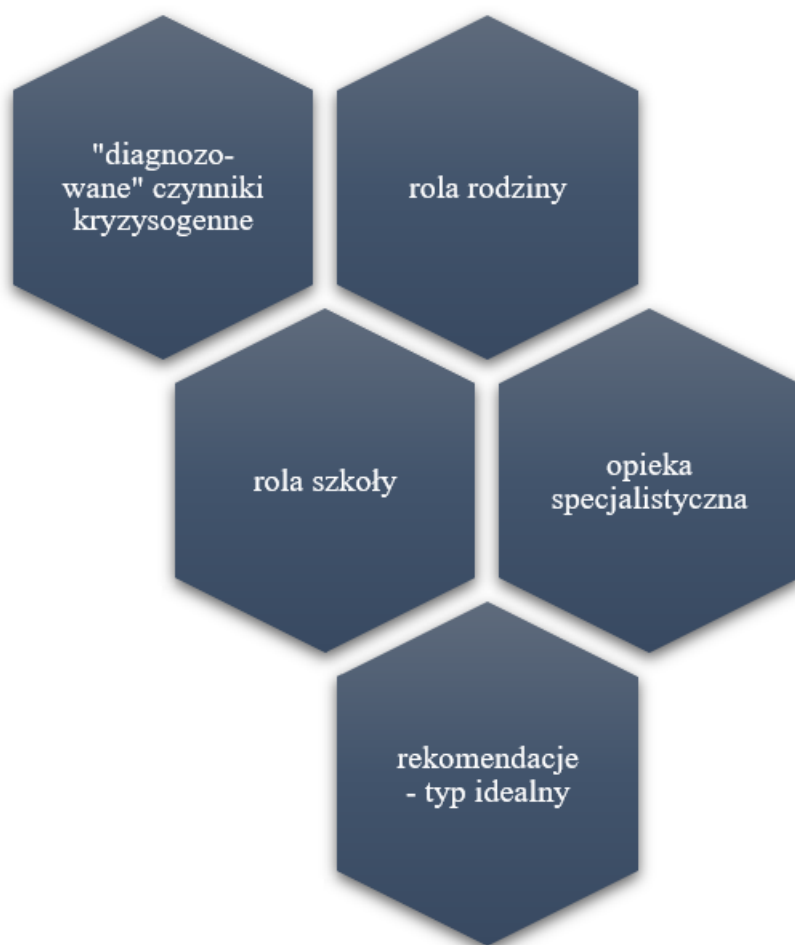
Wielopłaszczyznowość poruszanej tematyki nieustannie skłaniała do strategii, którą Silverman (2012) nazwał „strategią nadmiaru”, tj. chęcią ujęcia wszystkich istotnych aspektów zjawiska kryzysów występujących u dzieci i młodzieży. Celem uniknięcia płytkiego poruszania się po wszystkich kategoriach z tym związanych (w tym: samookaleczenia, zaburzenia psychiczne i inne), zdecydowałam się zredukować zawartość narzędzia.

Powrót do realizacji wywiadów w 2023 roku, czyli po prawie dwuletniej przerwie w ich prowadzeniu (o czym więcej piszę w podrozdziale 8 dotyczącym przebiegu badania), wiązał się ze zmianą narzędzia pod względem poziomu jego ustrukturyzowania. Skupiłam się tym samym na wyznaczeniu obszarów tematycznych wraz z przykładowymi pytaniami, zamiast konkretnej listy pytań, co sprawdziło się w niejednorodnej grupie rozmówców. Przekonałam się tym samym o tym, co opisywał Kvale (2012) - dobre przeprowadzenie wywiadu wiąże się nie tylko z wcześniejszym rozpoznaniem tematu, ale również z pewnym otwarciem się na intuicję badawczą, za którymi wątkami podążać. Stosowane narzędzie stanowiło punkt wyjściowy do prowadzenia wywiadu, jednak starałam się podążać za rozmówcą. Pojawiające się nowe, lecz istotne lub niezrozumiałe dla mnie wątki na bieżąco zapisywałam, aby w odpowiednim momencie do nich powrócić czy o nie dopytać. Układ pytań zmieniał się w zależności do rozmówcy, wywiady nie były więc standaryzowane pod względem kolejności pytań, były natomiast częściowo ustrukturyzowane pod względem ich treści (Gudkova 2012). To otwarte podejście do realizacji wywiadów Kvale (2012) określa jako umożliwiające uczenie się od badanych, podążanie za nimi i próbę jak najlepszego poznania ich perspektywy i interpretacji. W mojej opinii okazało się także najlepszym sposobem na uzyskanie wartościowych pod kątem analizy informacji od badanych, którzy poza tym, że pracowali w różnorodnych placówkach, ośrodkach czy instytucjach, charakteryzowali się również zróżnicowanym doświadczeniem czy kwalifikacjami⁴⁵.

Wyróżniłam więc pięć głównych obszarów tematycznych, o które pytałam, a które przedstawia rysunek 11.

⁴⁵ Oczywiście poza wyznaczonymi kryteriami doboru, które były warunkiem koniecznym, aby wziąć udział w realizowanym projekcie badawczym. Badani pracowali jednak np. w różnych nurtach, niekiedy łączyli także specjalizacje, np. lekarza psychiatry i psychoterapeuty czy seksuologa.

Rysunek 11. Obszary tematyczne w wywiadach



Źródło: opracowanie własne.

W wywiadach zaczynałam od szerokiego ujęcia czynników kryzysogennych, skupiając się na najczęściej występujących, z perspektywy doświadczenia badanych specjalistów. Kluczowa była dla mnie również rola rodziny i szkoły w kryzysie dzieci i młodzieży, które w zdecydowanej większości pojawiały się w wypowiedzi rozmówców samoistnie. Kolejnym obszarem tematycznym była opieka specjalistyczna, w którym eksplorowałam doświadczenia i refleksje badanych w związku z dostarczaniem wsparcia młodym jednostkom w kryzysie. Ostatni obszar tematyczny, tj. rekomendacje, dotyczył tego, jakie badani „diagnozują” potrzeby u dzieci i młodzieży związane z oczekiwanym wsparciem, oraz w jaki sposób miałyby zaspokoić je rodzina, szkoła oraz profesjonaliści.

W aneksie zawarłam scenariusz wywiadu z wizytatorami z kuratoriów oświaty (Załącznik 1) oraz rozrysowane obszary tematyczne wraz przykładowymi pytaniami, którymi posługiwałam się w trakcie wywiadów ze specjalistami (Załącznik 2), czyli już po rezygnacji z pierwszej wersji narzędzia.

8. Organizacja i przebieg badań

Przygotowanie do zrealizowania badań w terenie w początkowej fazie opierało się na poznawaniu literatury przedmiotu, szczególnie z zakresu socjologii, psychologii oraz psychiatrii, a także przekazów medialnych. Uczestniczyłam również w wydarzeniach o tematyce zdrowia psychicznego czy kryzysów suicydalnych, prowadzonych zarówno stacjonarnie (np. Kongres Zdrowia Psychicznego w 2019 roku w Warszawie), jak i realizowanych online (np. w webinarach Polskiego Towarzystwa Suicydologicznego), których forma wynikała głównie ze społecznej izolacji panującej w trakcie pandemii koronawirusa COVID-19. Paradoksalnie wpłynęło to pozytywnie na liczbę wydarzeń, w których mogłam uczestniczyć, wyeliminowany bowiem został aspekt dojazdu na wykłady, panele dyskusyjne czy spotkania.

Prowadziłam również nieformalne rozmowy z psychoterapeutami oraz obserwowałam grupy wsparcia w Internecie i grupy dla psychologów w social mediach. Wszystkie te działania razem pozwoliły mi uzyskać wstępną wiedzę do ostatecznego sformułowania tematu oraz zaprojektowania badań, przy jednoczesnym uniknięciu merytorycznych błędów w rozmowach z badanymi⁴⁶ (Kvale 2012). Zależało mi bowiem na tym, (...) *aby słowa, którymi obaj [badacz i badany] posługują się w tej komunikacji, znaczyły choćby w przybliżeniu to samo dla mówiącego, co dla słuchającego* (Nowak 2011: 87). Praca nad narzędziami badawczymi skierowanymi do wybranych grup zakończyła się stworzeniem scenariuszy, które zostały poddane pilotażowi w marcu i kwietniu 2021 roku.

W pierwszej połowie marca 2021 roku wysłano do kuratoriów oświaty oficjalne listy z krótkim opisem badania oraz prośbą o wskazanie osób do wywiadu. Każdy list opatrzony był podpisem moim oraz opiekunki naukowej pracy wraz z danymi kontaktowymi. W okresie od 16.03.2021 r. do 20.04.2021 r. prowadzone były rozmowy telefoniczne oraz wymiany mailowe z kuratoriami oświaty. Poza sytuacjami, w których odmowa pojawiła się od razu, często kontynuowano rozmowy i wówczas proszono o dodatkowe informacje o badaniu, wyrażano swoje wątpliwości lub odmawiano udziału w badaniu. Uzasadnieniem odmów był brak bezpośredniego udziału wizytatorów w sytuacji kryzysowej wynikającej z samobójstwa ucznia lub uczennicy. W niektórych przypadkach polecano skontaktować się w tej sprawie z osobami z poradni

⁴⁶ Jeżeli jednak w którymkolwiek miejscu wywiadu popełniłam w swojej wypowiedzi lub pytaniu błąd merytoryczny wynikający z braku wykształcenia psychologicznego lub psychiatrycznego, chciałabym w tym miejscu szczerze przeprosić rozmówcę.

psychologiczno-pedagogicznych, jako z osobami uczestniczącymi w procesie w większym stopniu niż kuratorium. Zaledwie cztery kuratoria zgodziły się na udział w badaniu w celu opowiedzenia o przebiegu pracy w tej szczególnej sytuacji kryzysowej oraz swoich doświadczeniach współpracy z dyrektorami w tym zakresie.

Wywiady z wizytatorami odbyły się w dniach 16-27.04.2021 r. W trzech przypadkach były to rozmowy telefoniczne (dwie diady oraz jeden wywiad indywidualny z osobami na stanowisku wizytatora), w jednym była to natomiast rozmowa online z obrazem video (w której uczestniczyły dwie osoby pracujące na stanowisku wizytatora oraz osoba pełniąca w przeszłości funkcję wizytatora, a obecnie funkcję dyrektora). Wizytatorzy oraz wizytatorki mieli pod swoją opieką konkretną pulę szkół, często różniących się wiekiem uczniów lub typem szkoły, przez co wywiad realizowany w diadzie umożliwiał wzajemne uzupełnianie swoich doświadczeń. Wiązało się to oczywiście z pewnym ryzykiem zatracenia informacji indywidualnych na rzecz uspołnionej narracji, jednak ze względu na takie same procedury oraz obowiązki wizytatorów uczestniczących w badaniu, forma ta nie utrudniała uzyskania niezbędnych do analizy danych - w sytuacji pominięcia informacji przez jedną z osób, mogła ona zostać przywołana przez drugiego rozmówcę. W zakresie doświadczeń każda z osób badanych odwoływała się natomiast do własnej współpracy z dyrektorami przypisanych placówek.

Chociaż wywiady powinny zostać przeprowadzone jeden na jeden w celu utrzymania pełnej zgodności metodologicznej z założeniami metody wywiadów pogłębionych, zdecydowałam się na odstępianie od tej reguły. Była to bowiem jedyna możliwość porozmawiania z wizytatorami o interesującym mnie badawczo zagadnieniu, a biorąc pod uwagę niedostępność i nieufność badanej grupy, uznałam zmienioną formę uzyskania informacji za korzystniejszą niż żadną. W tym sensie blisko mi do podejścia, w którym zakłada się, że:

Metodologia opatrzona racjonalnymi argumentami winna rodzić się w trakcie badań, a nie być bezrefleksyjną aplikacją algorytmów, które oferują badaczom metodologiczne przewodniki, wmawiając im przy okazji, że te metodologiczne „gotowce” mają zastosowanie uniwersalne i pasują do każdego podejmowanego problemu (Malewski 2017: 118).

W grupie specjalistów od zdrowia psychicznego początkowo zdecydowałam się na wysłanie wiadomości e-mail, z załączonym oficjalnym pismem z podpisem opiekunki naukowej pracy, do sekretariatów oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży. Działanie to okazało się jednak nieskuteczne – uzyskałam w ten sposób zaledwie dwie

odpowiedzi na piętnaście wysłanych wiadomości, z czego jedna okazała się odmowna ze względu na przewidywany czas realizacji wywiadu.

Uwzględniając możliwość nie otrzymania przez osoby decyzyjne przesłanej wiadomości (przy czym brane były pod uwagę różne powody zaistniałej sytuacji, także te związane z błędnym zakwalifikowaniem wiadomości przez skrzynki pocztowe jako SPAM), zdecydowałam w tej grupie badanych również zastosować oficjalne pisma wysłane imiennie do osób pełniących funkcję kierownika lub ordynatora wybranych oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży oraz wybranych poradni psychologiczno-pedagogicznych. Oficjalne listy wyjaśniające cel i zakres badania z podpisem moim oraz opiekunki naukowej, a także z pieczętą instytucji zostały finalnie wysłane do 16 oddziałów stacjonarnych oraz 19 poradni psychologiczno-pedagogicznych. Ten sposób okazał się jednak jeszcze mniej skuteczny.

Powróciłam więc do kontaktowania się poprzez wiadomość e-mail z załączonym oficjalnym pismem w formie skanu. W tym celu skorzystałam z listy placówek zarejestrowanych jako I, II lub III poziom referencyjny ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży według stanu na grudzień 2022 roku. Wysłałam niespełna 100 maili w okresie od 17 stycznia do 8 marca 2023 roku. Ze względu na niewielki i powolny napływ odpowiedzi, zdecydowałam się także na skorzystanie z metody kuli śnieżnej, tj. dotarcie do rozmówców sposobami nieoficjalnymi, poprzez wskazywanie przez jednego rozmówcę kolejnej osoby do wywiadu, która spełniałaby przyjęte kryteria.

W sumie zebrałam ok. 1640 minut materiału. Czas ten nie uwzględnia każdorazowego *briefingu*, tj. wprowadzenia, którym rozpoczynano rozmowę (Kvale 2012). W krótkim wstępie zawarłam także wyjaśnienie metodologiczne prowadzonych badań, w tym zapis pliku audio, późniejsze sporządzenie z niego transkrypcji oraz dokonanie anonimizacji danych, tj. usunięcia wszelkich danych i szczegółów umożliwiających identyfikację rozmówcy. Następnie, po ewentualnych pytaniach (co zdarzyło się w pojedynczych przypadkach), po uzyskaniu oficjalnej zgody na nagrywanie dźwięku, rozpoczynałam wywiad oraz nagrywanie audio.

Zastosowane wprowadzenie było o tyle istotne, że pozwalało uczestnikom zapoznać się z tematem i celem pracy oraz samym przebiegiem wywiadu, co umożliwiło uzyskanie od nich świadomej i dobrowolnej zgody na udział w badaniu (Silverman 2012). Zachęcałam także badane osoby do kontaktu w późniejszym terminie, jeżeli pojawiłyby się z ich strony jakieś pytania lub wątpliwości.

Chociaż wywiad jest pewną sztucznie wytworzoną sytuacją, interakcją społeczną podejmowaną z inicjatywy badacza, zależało mi na wytworzeniu poczucia komfortu i bezpieczeństwa u badanych. Z tego powodu zawsze oddawałam badanym decyzję, co do formy wywiadu – szczególnie, jeśli chodziło o kanał zapośredniczenia kontaktu. Nie chcąc wzbudzać w badanych dodatkowego stresu, związanego z korzystaniem, np. z nowej dla nich platformy, jaką byłaby video rozmowa poprzez Microsoft Teams, starałam się jak najlepiej do nich dostosować. W związku z tym wywiady prowadzone były:

- a) stacjonarnie, tj. w kontakcie *face-to-face* (4 wywiady),
- b) jako video rozmowa poprzez Microsoft Teams, Zoom, WhatsApp lub Messenger (6 wywiadów),
- c) telefonicznie (20 wywiadów).

Wywiad kończył się *debriefingiem* (Kvale 2012), tj. pytaniem czy rozmówca chciałby dodać coś, o co nie zapytałam, a co powinno jego zdaniem pojawić się w temacie wsparcia dzieci i młodzieży w kryzysie.

Pierwszy okres realizacji wywiadów przypadł na czas marzec-czerwiec 2021 roku, drugi natomiast dwa lata później, tj. styczeń-kwiecień 2023 roku. Powód przerwy w realizacji badań omawiam szerzej w ramach podrozdziału 10, dotyczącego trudności napotkanych podczas realizowania projektu badawczego.

Wszystkie wywiady zostały zrealizowane i stranskrybowane bezpośrednio przeze mnie. Doświadczenie zawodowe zdobywane w instytucji badawczej w ramach projektowania, monitorowania i analizowania badań, których realizacja zlecona jest na zewnątrz, ukazała mi jak dużo traci wtedy badacz. Bezpowrotnie utracone zostają wówczas możliwości obserwowania badanego i dopytania go (Gudkova 2012, Kvale 2012). W ten sposób przeprowadzone wywiady traktuję jako dalsze doskonalenie rzemiosła (Kvale 2012), którego podjęłam się w 2012 roku przystępując do studiów I stopnia na kierunku socjologia.

Po przeprowadzonych wywiadach osiągnęłam teoretyczne nasycenie w głównym temacie (Kvale 2012). Wciąż pojawiały się nowe, ciekawe przykłady lub wątki, jednak były albo tematami pobocznymi albo kolejną ilustracją wiedzy przyswojonej w ramach poprzednich wywiadów.

Zastosowano kodowanie otwarte, czyli kodowanie na podstawie zgromadzonych danych, bez uprzednio przygotowanej listy kodów (Gibbs 2015). W celu opracowania materiału empirycznego, skorzystałam z programu Microsoft Word. Ten wypracowany jeszcze w trakcie wcześniejszych badań sposób jest pracochłonny, lecz pozwolił mi

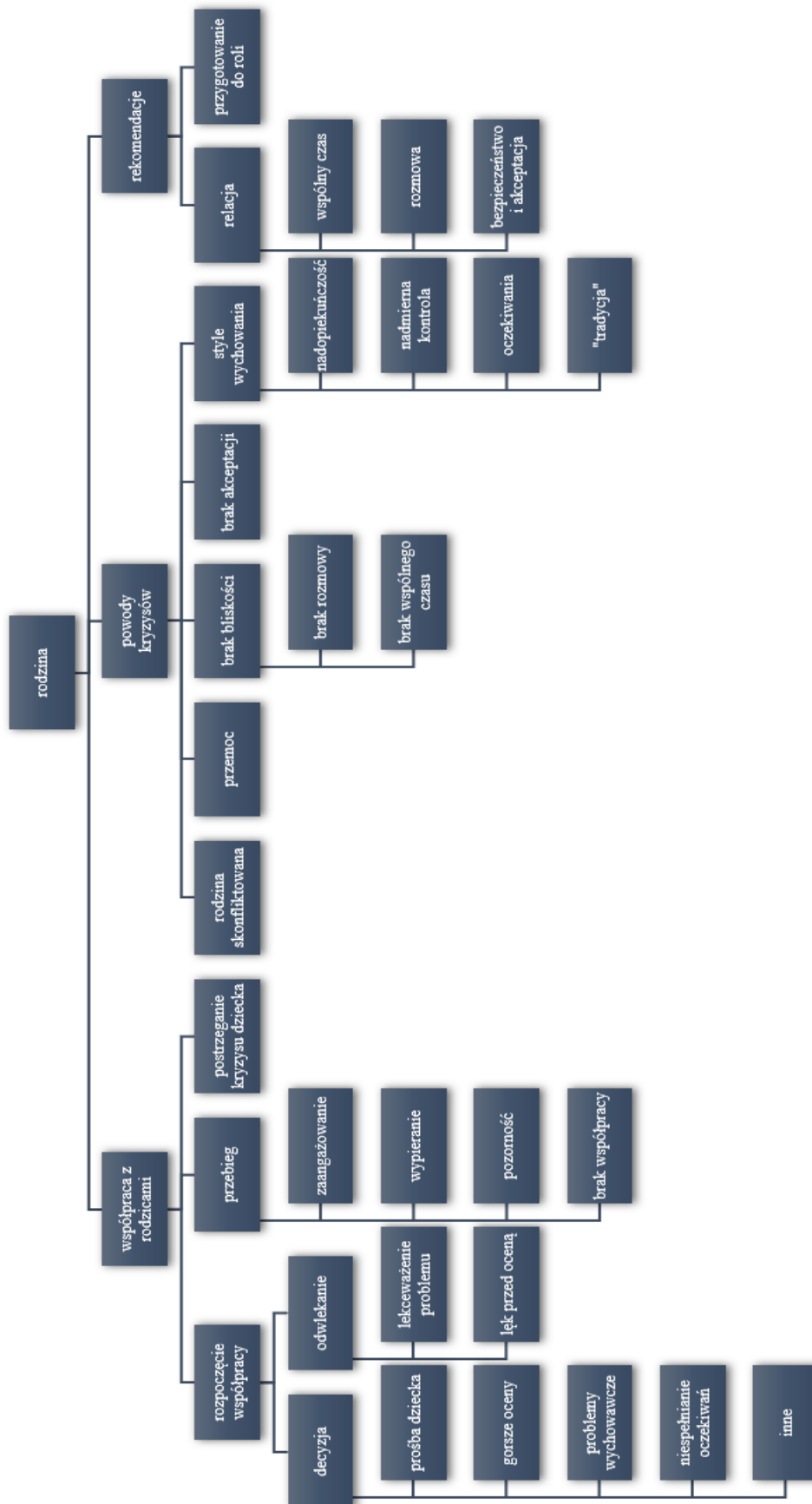
rzetelnie i dokładnie operować kodami i łączyć je w kategorie. Istotnym elementem tych działań było jak najdokładniejsze kodowanie słów rozmówców oraz nieustanne porównywanie fragmentów w ramach danej kategorii, ale i między kategoriami (Hensel, Glinka 2012). Był to czasochłonny proces, który ze względu na tworzenie różnych zestawień umożliwił wyodrębnienie szczegółowych kategorii użytecznych w analizie oraz jak najlepsze dopasowanie kodów do kategorii.

Projektując drzewo kodowe starałam się opracować szczegółowe kody, które pozwoliły jak najlepiej uchwycić złożoność badanej przeze mnie tematyki. Umożliwiło mi to następnie łączenie kodów w większe kategorie wraz z uporządkowaniem ich hierarchicznie. Najogólniejsze kategorie wyznaczyłam w oparciu o strukturę rozprawy. Tym samym, głównymi kategoriami były:

1. rodzina,
2. szkoła,
3. opieka psychologiczno-psychiatryczna.

Każdy z nich posiada osobną „gałąź” drzewa kodowego, w której kody ze stopni niższych stanowią doprecyzowanie i szczegółowe rozróżnienie na kategorie mniejsze. Jako przykład, na następnej stronie zaprezentowano fragment struktury drzewa kodowego odnoszącego się do kategorii „rodzina”.

Rysunek 12. Fragment drzewa kodowego



Źródło: opracowanie własne.

Wyodrębnione kody oraz stworzone na ich podstawie kategorie posłużyły mi za wyznaczenie obszarów analizy, które opisuję w części V rozprawy.

9. Charakterystyka zbadanych grup

Początkowy pomysł z przedstawieniem zawodowej charakterystyki rozmówców w formie tabeli z każdym kolejnym wywiadem wydawał się coraz mniej adekwatny. Zdecydowana większość rozmówców pracowała bowiem w kilku placówkach czy instytucjach, co dobrze zilustruje poniższy cytat:

(...) bo ja pracuję w tym momencie w pięciu, wcześniej pracowałam w sześciu różnych miejscach [p14]

Na potrzeby wywiadu, do rozmówców, którzy poza pracą w poradniach czy oddziałach, pracowali również z dziećmi i/lub młodzieżą w prywatnych gabinetach lub ośrodkach czy instytucjach, np. ukierunkowanych na pracę z dziećmi w spektrum autyzmu, kierowano prośbę, aby w swoich wypowiedziach skupiali się na doświadczeniu w pracy realizowanej w ramach poradni psychologiczno-pedagogicznej, I, II lub III poziomu referencyjności.

W grupie specjalistów w zakresie zdrowia psychicznego w badaniu wzięło udział 26 osób:

- a) 20 osób będących psychologami i/lub psychoterapeutami z ukończoną specjalizacją w konkretnym nurcie lub w trakcie takiej specjalizacji, w tym jedna osoba zajmująca się arteterapią,
- b) 5 osób będących lekarzami o specjalizacji z psychiatrii dzieci i młodzieży, w tym jedna osoba była również seksuologiem klinicznym, a jeszcze inna była również seksuologiem i psychoterapeutą,
- c) 1 osoba będąca terapeutką środowiskową.

Grupa specjalistów w zakresie zdrowia psychicznego biorących udział w badaniu była sfeminizowana, tj. wśród 26 badanych było 3 mężczyzn i 23 kobiety. Chociaż badania jakościowe w żaden sposób nie są reprezentatywne, to tak rozłożone proporcje przypominają rzeczywistą sytuację sfeminizowania, szczególnie wśród osób będących psychologami i psychoterapeutami.

Pomimo zrealizowania 4 wywiadów z wizytatorami, to w ramach badanej grupy wzięło udział łącznie 7 osób (dokładniej wyjaśniam to w podrozdziale 8 dotyczącym organizacji i przebiegu badań):

- a) 6 osób pełniących funkcję wizytatora w momencie prowadzenia badań,

- b) 1 osoba pełniąca funkcję wizytatora w przeszłości, a od kilku lat pełniąca funkcję zarządzającą w kuratorium.

W badanej grupie wizytatorów było 2 mężczyzn oraz 5 kobiet.

Podane powyżej informacje mają charakter ogólnikowy i nie są przypisane do konkretnych osób. W celu zadbania o poufność badania i brak możliwości zidentyfikowania badanych (Kvale 2012), zdecydowałam się bowiem nie opisywać cech, takich jakich szczegółowe przypisanie osoby do rodzaju podmiotu, wskazanie miejscowości lub województwa czy podanie stażu pracy. Uznałam, że w obliczu otrzymanych przeze mnie rozbudowanych informacji w trakcie wywiadu, które przywołuję w części analitycznej, a które niekiedy były powiązane z funkcjonowaniem danego podmiotu, mogłyby w połączeniu z tak szczegółowymi charakterystykami umożliwić chociażby częściową identyfikację badanych. Chcąc więc zadbać o bezpieczeństwo danych osób biorących udział w badaniu, zrezygnowałam ze szczegółowej charakterystyki.

10. Trudności napotkane podczas procesu badawczego

Wśród trudności napotkanych podczas realizowanego procesu badawczego wyróżniłam trudności zewnętrzne, niezależne ode mnie: kontakt z kuratoriami oświaty, brak czasu specjalistów w zakresie zdrowia psychicznego oraz problemy techniczne. Drugą kategorię stanowią natomiast trudności wewnętrzne, które związane były bezpośrednio z moją osobą i projektem badania: zbyt długie narzędzie oraz czasowe wstrzymanie prac.

Niektóre rozmowy z kuratoriami oświaty, nawet pomimo odmowy udziału w badaniach, cechowały się miłą atmosferą i chęcią pomocy chociażby poprzez wskazanie konkretnych poradni psychologiczno-pedagogicznych, do których mogłabym się zgłosić. W przypadku znacznej części kuratoriów oświaty napotkałam jednak niechętnie nastawienie i pewne trudności w kontakcie. Ze względu na aktualność i drażliwość tematu zachowań samobójczych wśród dzieci i młodzieży, można byłoby określić go jako „trudny teren badawczy” w rozumieniu opisanym przez Sylwię Męcfal (2012), a kuratoria te jako zamkniętą i nieufną grupę, która pozostaje niedostępna. W instytucjach tych spodziewano się dziennikarskiego podstępu celem uzyskania informacji do artykułów medialnych. Przez jedno z kuratoriów bezpośrednio zwerbalizowana została obawa podstępu z mojej strony celem uzyskania informacji do artykułów medialnych poprzez bezpośredni komentarz, że (...) *wielu socjologów staje się domorosłymi dziennikarzami* (notatka z rozmowy telefonicznej z kuratorium z dnia 19.03.2021 r.), a sama rozmowa polegała na silnej

potrzebie zbudowania przez rozmówcę swojej pozycji i dystansu. Oczywiście kuratorium to odmówiło udziału w badaniu.

Duże trudności napotkałam ze strony specjalistów w zakresie zdrowia psychicznego, jednak nie w związku z brakiem chęci uczestnictwa w wywiadzie, co braku czasu na rozmowę. Czas realizowania tego typu projektu badawczego rzeczywiście nie był sprzyjający – najpierw pojawiły się problemy z zapewnieniem personelu w oddziałach psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży, następnie pandemia koronawirusa COVID-19, a w związku z nią długo trwające niepokoje i zmiany decyzji, co do formy nauczania. W międzyczasie wprowadzano reformę psychiatrii, a w związku z nią trzy poziomy referencyjne ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Obserwując sytuację w mediach, a przede wszystkim prowadząc nieformalne rozmowy z psychologami i psychoterapeutami, dostrzegałam jak rośnie ich czas pracy w związku z narastającym zapotrzebowaniem. Kontaktując się już oficjalnie z wybranymi podmiotami, wielokrotnie po przekazaniu informacji o czasie trwania wywiadu otrzymywałam odmowę, a jeszcze częściej brak odpowiedzi. Dobrze ilustruje to treść maila z 09.03.2021 r.: *Muszę przyznać, że czas wymagany na wywiad w naszym aktualnym obciążeniu pracą może okazać się wykluczający nasz udział.*

W trakcie realizacji badań pojawiły się także problemy techniczne. Wywiady w większości przypadków nagrywane były na dwa niezależne urządzenia – komputer i telefon, aby uniknąć ewentualnych problemów z nagraniem. Każde z tych urządzeń specyfikuje inną jakość nagrania, posiadanie dwóch wersji okazywało się więc przydatne w miejscach, gdzie sporządzanie transkrypcji sprawiało trudność wynikającą ze źle zebranego dźwięku przez jedno z nich. Pojedynczo nagrane zostały jedynie te wywiady, które zapośredniczone były przez aplikację uniemożliwiającą włączenie dyktafonu na telefonie (np. WhatsApp). Niestety w przypadku jednego z takich wywiadów nie nagrał się dźwięk i w związku z tym, w trakcie analizy zmuszona byłam korzystać wyłącznie ze swoich notatek. Pliki sprawdzałam każdorazowo od razu po wywiadzie, dlatego tuż po odkryciu problemu, uzupełniłam swoje notatki z wywiadu w bardziej szczegółowe informacje dotyczące wszystkiego, co zapamiętałam z wypowiedzi osoby biorącej w nim udział. W analizie nie pojawiają się więc żadne cytaty z oznaczeniem (p18).

Innym problemem technicznym była dość niespotykana trudność z telefonem, poprzez który realizowano ostatni wywiad. W trakcie trwania wywiadu telefon dwukrotnie się wyłączył i przez kilka minut powtarzał zapętloną czynność włączania i wyłączania się. Pomimo tych trudności rozmówczyni wykazała się ogromną cierpliwością

i wyrozumiałością, a wywiad udało się zrealizować w całości (choć w ramach trzech nagrań).

Trudnością zależną ode mnie było natomiast początkowe zaprojektowanie narzędzia badawczego, w którym próbowałam uchwycić temat wsparcia społecznego w kryzysie, w zbyt szerokim zakresie. Przesycenie literaturą sprawiło, że poza głównymi wątkami, pragnęłam poznać opinie badanych dotyczące kwestii wykraczających poza zasadniczy obszar wpisujący się w temat. Jednak już realizacja pierwszego wywiadu wpłynęła na decyzję o przebudowie scenariusza, zauważyłam bowiem, że chcąc zmieścić się w zakładanym czasie ok. 60 minut (który i tak był dla wielu potencjalnych rozmówców zbyt długi, aby mogli wziąć udział w badaniu) musiałam zredukować zakres poszukiwanych przeze mnie informacji do umożliwiających realizację przyjętych celów badawczych.

Drugą trudnością wewnętrzną, tj. wynikającą „ze mnie” jako badaczki, była przerwa w realizacji projektu badawczego. Badania zrealizowano w dwóch turach – w 2021 roku oraz w 2023 roku, co jednak nie wynikało z założeń badawczych, a z doświadczenia własnego kryzysu w zakresie zdrowia psychicznego po pierwszym Dniu Ojca, w którym po raz pierwszy w swoim życiu nie miałam komu złożyć życzeń.

Przerwę w realizowanych badaniach terenowych traktuję dwojako. Z jednej strony pozwoliło mi to dojrzeć prywatnie, a tym samym i badawczo do podejmowanego tematu. Moje postrzeganie kryzysu wyszło poza pewną wąską ramę instytucjonalną, wprowadziłam też znaczne zmiany w sposobie prowadzenia wywiadów – ze scenariusza w pewne obszary tematyczne, co wpłynęło pozytywnie na ich realizację. Tym samym przeprowadzone w 2023 roku wywiady zyskały jeszcze więcej treści, która pozwoliła mi lepiej eksplorować badane zagadnienie.

Wśród dodatkowych trudności, o których chciałabym wspomnieć, był długi proces pracy nad konceptualizacją badania, który wiązał się z małą przychylnością środowiska socjologicznego, co do podjęcia społecznej perspektywy w zakresie tematu zdrowia psychicznego. Kilukrotnie usłyszałam na początku swojej drogi doktoranckiej, że „psychologizuję”, chociaż w literaturze psychologicznej i psychiatrycznej często wskazywano na społeczne pole do badań w tym zakresie. Z dużo lepszym odbiorem swojego projektu badawczego spotykałam się natomiast wśród psychologów, psychoterapeutów, psychiatrów i terapeutów środowiskowych, którzy reagowali pozytywnie na podjęcie przeze mnie tego tematu. Krytyka „psychologizowania” była dla mnie zaskakująca i jednocześnie wzbudzała wiele wątpliwości, co do zasadności analizy

tego obszaru, co wpłynęło na wydłużenie tworzenia koncepcji i zapoznawanie się z kolejnymi danymi. Na szczęście Promotorka i Promotor pomocniczy niniejszej pracy od początku widzieli w tym zakresie tematycznym sens dla badań socjologicznych, co zaowocowało realizacją badań i analizą dużej ilości wartościowej materiału empirycznego, którą przedstawiam w następnej części dysertacji.

CZĘŚĆ V. Świat, który stworzyliśmy, nie jest najmiłym miejscem – analiza badań własnych

*Ja mam takie wrażenie, że to jest taka ostatnia, ostatnie wołanie o pomoc, tak?
Już nikt nic nie słyszy, a to już jest takie pukanie po prostu pięściami w drzwi,
jak już podejmują próby [p6]*

Najważniejszym źródłem danych w prowadzonym projekcie badawczym były wywiady ze specjalistami w zakresie zdrowia psychicznego i to do nich przede wszystkim odwołuję się w niniejszej części rozprawy. Grupa ta liczyła łącznie dwudziestu sześciu specjalistów – psychologów, psychoterapeutów, psychiatrów oraz terapeutów środowiskowych. Ich wypowiedzi opisane zostały jako [px], przy czym x oznacza numer wywiadu.

Wywiady z wizytatorami z kuratoriów oświaty dotyczyły przede wszystkim współpracy ze szkołami, funkcjonowania szkół w ogóle oraz potencjalnych czynników kryzysogennych, które pojawiały się u młodzieży. Ze względu na opisane w rozdziale metodologicznym trudności, udało się porozmawiać z reprezentantami zaledwie czterech kuratoriów oświaty. Wypowiedzi wizytatorów opisane zostały jako [kx], gdzie x ponownie oznacza numer wywiadu.

Ze względu na to, że wywiady z wizytatorami są zaledwie uzupełnieniem perspektywy specjalistów od zdrowia psychicznego, zdecydowałam się prowadzić główną analizę przede wszystkim w oparciu o tę drugą grupę. Z tego powodu, w każdym miejscu, gdzie używam sformułowań „badani”, „rozmówcy” lub podobnego bez dookreślenia grupy, mam na myśli badanych psychologów, psychoterapeutów, psychiatrów i terapeutów środowiskowych. Analiza wypowiedzi wizytatorów została natomiast zamieszczona w rozdziale siódmym.

W analizie nie odnoszę się do liczby badanych, która poruszyła dany temat lub użyła konkretnego argumentu, gdyż szczegółowe dane liczbowe w badaniach jakościowych wydają mi się niewłaściwe z punktu widzenia celu takich badań. Badania jakościowe nie służą bowiem ukazaniu siły zjawiska czy zależności, nie są również reprezentatywne. Wyjątkiem są sytuacje, w których uwagę na coś zwróciło skrajnie mało osób (jedna lub dwie) lub duży (wszyscy lub zdecydowana większość). Wtedy rzeczywiście zaznaczam to w analizie, aby przekazać na ile poruszany aspekt był w badanej grupie powszechny lub wyjątkowy.

Pogrubione słowa w cytatach oznaczają, że osoba badana wyraźnie je podkreśliła w swojej wypowiedzi. Natomiast ewentualne błędy w nich występujące, chociażby stylistyczne, wynikają ze specyfiki gromadzenia danych empirycznych poprzez wywiad, podczas którego rozmówca na bieżąco formułuje swoją myśl, a czasem zmienia ją w trakcie konstruowania zdania.

1. Wstęp, czyli uwarunkowania środowiskowe

Pytanie dotyczące obserwowanych źródeł kryzysu u dzieci i młodzieży miało charakter otwarty. Zależało mi na tym, aby badani sami wskazali to, na co zwracają szczególną uwagę. W ich wypowiedziach pojawiały się uwarunkowania biologiczne czy też genetyczne niektórych trudności, jednak zgodnie podkreślali, że zdarza się to dużo rzadziej niż problemy wynikające z dysfunkcyjnych czy szkodliwych środowisk. Szczególny nacisk badani kładli tutaj na środowiska, w którym młoda osoba się kształtuje, a więc otoczenie rodzinne, a także nieprzychylnie otoczenie poza domem dziecka lub nastolatka, tj. w szkole czy wśród rówieśników.

Brutalnie powiem, że, że, że pierwszym, pierwszą jakąś myślą jest środowisko plus rodzina (...) dużo rzadziej chyba spotykam takie genetyczne uwarunkowanie, że gdzieś w historii rodziny, historii rodziców występują już zaburzenia depresyjne, i że mogłoby mieć to taką konotację, chociaż oczywiście to nie jest wykluczone, ale rzeczywiście w opowieści czy w procesie terapeutycznym bardzo często wynika to z jakiegoś dramatycznego wydarzenia albo po prostu z takich doświadczeń bycia w trudnej rodzinie albo w takim trudnym środowisku szkolnym, rówieśniczym [p8]

Zwrócono także uwagę, że wpływ środowiska rodzinnego na rozwój psychiczny i emocjonalny dziecka zaczyna się od momentu jego przyjścia na świat, szczególnie w pierwszych latach życia. To okres pojawiania się różnych kryzysów rozwojowych, które są całkowicie naturalne, jednak to od reakcji rodziców na nie zależy w dużej mierze to, jak dziecko będzie radzić sobie z szeroko rozumianymi kryzysami w przyszłości (Nowak 2011; Musiał 2007). Oznacza to, że strategie radzenia sobie w trudnych sytuacjach kreują się już na wczesnym etapie dzieciństwa w relacjach ze znaczącymi innymi, a następnie często są odtwarzane przy trudnościach w okresie dojrzewania, a potem w dorosłym życiu.

(...) myślę, że jakby się miało wskazywać na takie pierwotne czynniki, nie? Które wywołują u dzieciaków zaburzenia, no to trzeba by było przede wszystkim skupić się na rozwoju dziecka i na podstawowych kryzysach do drugiego roku życia. Bo jakby później pewne rzeczy, no one są trochę wtórne do tego, co się zadziało, nie? (...) u trzy, cztero-, pięcioletków przecież pojawi

się cały cykl lęków, które są lękami rozwojowymi, nie? Lęk przed ciemnością, obcymi, potworami i tak dalej, i tak dalej. Więc właśnie reagowanie rodziców na to, to jak oni to dziecko wspomagają w radzeniu sobie z tymi lękami, to też potem są rzeczy wtórne, nie? Które, jeśli na przykład dziecko nie nauczy się sobie radzić z lękami rozwojowymi, no to nie będzie umiało sobie radzić z żadnymi lękami, nie? [p21]

Nawet jeżeli pewne zaburzenia mają podłoże genetyczne to badani podkreślali, że środowisko może pewne trudności wzmacniać i przekazywać niekonstruktywne sposoby radzenia sobie.

No bo to by wynikało w ogóle z niezrozumienia etiologii zaburzeń psychicznych, że praktycznie nie ma chorób psychicznych, które są tylko i wyłącznie dziedziczone genetycznie, że zawsze jest środowisko. W każdej chorobie, w każdej jednostce środowisko, środowisko, środowisko [p5]

Dziecko czerpie wzory zachowań z najbliższego otoczenia, którym początkowo jest rodzina. Badani wyraźnie zwracali uwagę na to, że odbywa się to przede wszystkim poprzez naśladownictwo i powielanie schematów postępowania, które funkcjonują w rodzinie jako utrwalone sposoby radzenia sobie z trudnościami.

*Musimy mieć też świadomość tego, że to są też genetyczne i w przypadku i depresji i zaburzeń lękowych to jednak też to współwystępowanie **w rodzinie** tych zaburzeń ma znaczenie, i to nie tylko na poziomie genetycznym, ale też na takim poziomie modelowania zachowań, i często zdarza się, że historia pacjenta, na przykład, który bardzo niechętnie chodzi do szkoły, wyjście do szkoły wiąże się z jakimiś objawami somatycznymi, to znaczy bólem brzucha, bólem głowy, biegunką, tak? I przez co, przez co jakoś rodzice decydują się dziecko w domu zostawić, i ta, ta absencja trwa coraz dłużej, kiedy my prowadzimy wywiad, okazuje się, że na przykład, któryś z rodziców ma **bardzo podobne** sposoby radzenia sobie, takie unikowe sposoby radzenia sobie z, z różnymi sytuacjami, z różnymi wyzwaniem [p12]*

*Dzieciaki obserwują rodziców i też widzą, w jaki sposób rodzice radzą sobie ze **swoimi** wyzwaniem i trudnościami [p12]*

Dziedziczenie trudności czy zaburzeń psychicznych wynika wtedy nie tyle z uwarunkowań genetycznych, co pewnych cech jakimi charakteryzuje się wówczas wychowanie. Jedna z badanych podała przykład środowiskowego przekazywania w rodzinie lęku, który wyrażał się w zachowaniach starszych pokoleń, a następnie internalizowany był przez kolejne pokolenia⁴⁷.

⁴⁷ Proces ten wywołuje skojarzenia ze zjawiskiem międzypokoleniowej transmisji traumy (ang. *transgenerational transmission of trauma*, TTT), który badany był przede wszystkim w kontekście osób ocalałych z Holocaustu. Wpływ traumatycznych doświadczeń był na tyle silny, że ich potomstwo również doświadczało traumatyzacji, w konsekwencji częściej zmagając się np. z objawami depresyjnymi (zob. Grand, Salberg 2021; Nowak, Łucka 2014).

Jedna, jedna grupa czynników to są w ogóle te czynniki biologiczne, dziedziczne związane z tym, że lękowa była babcia, lękowa była matka, lękowe teraz jest dziecko, nie? Więc to jest jedna sprawa, druga to jest bardzo taki nasilony przekaz lęków w rodzinie. Mamy też takie rodziny, w których od pokoleń są jakieś różne traumy, różne bardzo mroczne nie omówione doświadczenia, które dają o sobie znać w postaci objawów, czyli zaburzeń lękowych u najmłodszych członków [p24]

Nie tylko jednak mikrosystem wpływa na kondycję psychiczną dzieci i młodzieży, lecz także to, co dzieje się w kraju lub na świecie. Szeroki dostęp do informacji przytłacza liczbą wiadomości, które są negatywne i trudne. Wydarzenia takie jak agresja Rosji na Ukrainę zapoczątkowana w 2022 roku nie jest tematem, który nie dotyczy młodych osób – one o tym słyszą, czytają, czują też niepokój swoich rodziców wywołany tą sytuacją. Podobnie jest na przykład z problemami finansowymi czy innymi, które wydawałoby się, że należą do „świata dorosłych”.

My to widzieliśmy na przykład rok temu jak prowadziłyśmy grupy dla dzieci, no to właśnie superwizując je to po prostu ciągle wychodziło, że dzieci są w stanie takiego niepokoju, że... nie są...nie jest możliwe prowadzenie tej grupy tak jak zawsze ona wygląda, czyli dzieci budują sobie domki, jakieś swoje miejsca, zajmują się czymś na tej grupie, bo tam non stop po prostu było...czy przyjdziemy na następną grupę, czy nie, czy będziemy bezpieczni, czy nie, czy się spotkamy jeszcze, czy nie. Bardzo widać jak dzieci przeżywają to co się dzieje w świecie, nie, no bo nie da się tego oddzielić [p11]

*(...) że to ma **ogromny** wpływ, to co się dzieje społecznie, to co się dzieje kulturowo. Rozmawiałam o tym ostatnio z moją przyjaciółką - jeśli kiedyś byśmy myśleli o depresji to pewnie mielibyśmy takie poczucie, że to jest taka depresja endogenna, czyli taka „z trzewi”, tak? Jakby z organizmu, genetycznie uwarunkowana bądź, no nie wiem, jakimiś dysfunkcjami w obszarze neuroprzebieżników i tak dalej. Natomiast teraz, ja mam takie poczucie, że ta depresja, która towarzyszy społeczeństwu i dorosłym i młodszemu, w dużej mierze czynnikami sprawczymi są czynniki społeczno-kulturowe [p10]*

Co ważne, problemy dorosłych nie zawsze muszą zostać zwerbalizowane czy przez nich okazywane, aby dzieci i młodzież nie tylko je zauważyły, ale także doświadczyły ich konsekwencji. Jeżeli nie odczuwają ich bezpośrednio, to dostrzegają zestresowanie i zmęczenie rodziców, którzy mierzą się z trudnościami współczesności, często bez adekwatnego wsparcia w tym zakresie.

*To co w tej chwili jest jeszcze na pewno trudne, że właściwie po Covidzie nie wyszliśmy z kryzysu, bo przyszła wojna, teraz przyszło trzęsienie ziemi w Turcji, i tak jest, jakieś jest takie wrażenie serii, myślę, że rodzice są w ogromnych kryzysach w ostatnich latach, **również**, że nie*

do końca wiemy, na razie nie widzimy chyba jak bardzo. W sensie nie mamy tego zbadanego, nie? I te dzieci też w związku z tym nie mają wsparcia, nie mają takiej adekwatnej pomocy [p7]

Jedna z badanych określiła to zwięźle jednym zdaniem:

Świat, który stworzyliśmy, nie jest najmilszym miejscem do życia [p1]

Niezależnie od tego, do której grupy specjalistów należeli badani (psychiatrów, psychologów, psychoterapeutów czy terapeutów środowiskowych), środowisko społeczne wyraźnie przedstawiano jako mające bardzo duży wpływ na pojawiające się trudności i kryzysy u dzieci i młodzieży. To przede wszystkim w nich upatrywali nie tylko wzmocnień zaburzeń funkcjonowania swoich pacjentów, ale często i ich źródeł.

2. *My nie mamy jednego pacjenta* – rola rodziny w kryzysie

Młode jednostki czerpią swoje pierwsze wzorce zachowania i systemy wartości od najbliższych osób. To w systemie rodzinnym socjalizowane są do życia w społeczeństwie (Kiliszek 2019). Zakłócenia w rodzinach wpływają więc na ogół społeczeństwa, które musi reagować (często poprzez regulacje prawne) na ich skutki, takie jak przemoc w rodzinie czy zachowania ryzykowne zagrażające spójności społecznej. To w rodzinie następuje bowiem najważniejsza socjalizacja, czyli socjalizacja pierwotna, od której w dużym stopniu zależy rozwój i przyszłość dziecka. Rodzice sprawując opiekę nad dzieckiem dopóki nie osiągnie ono wieku pełnoletności, muszą dbać o zaspokajanie jego potrzeb, w tym podstawowych potrzeb bytowych. Praca terapeutyczna z samym dzieckiem nie da więc zamierzonych rezultatów, jeżeli rodzina w jakiś sposób jest dysfunkcyjna i nie chce tego zmienić, gdyż tego nie dostrzega lub nie chce podjąć pewnego wysiłku, aby tę zmianę wprowadzić.

Tematyka rodziny jako źródła potencjalnego kryzysu u młodej jednostki pojawiała się zazwyczaj samoistnie, jako odpowiedź na pytanie o najczęstsze, zauważane przez badanych powody przyczyniające się do trudności u dzieci i młodzieży. W sytuacjach, gdy rodzina została jedynie wymieniona jako jedna z możliwych przyczyn, dopytywałam rozmówców o to, co dokładnie mieli na myśli. Wielokrotnie wskazywano wtedy na więcej niż jedną sytuację problemową, niektórzy badani od razu je rozwijali, podając niekiedy także przykłady, w innych przypadkach zapisywałam podawane określenia w notatkach, aby kolejno o wskazane aspekty zapytać (np. co badany rozumie poprzez określenie rodzina dysfunkcyjna, jeżeli użył tego określenia).

2.1. Dziecko jest tym pacjentem delegowanym przez rodzinę – rodzina jako system

Opiekę psychologiczną i psychiatryczną nad dzieckiem wyróżnia to, że nie jest to praca tylko z pacjentem⁴⁸, który przychodzi z pewnymi trudnościami, lecz i z jego rodzicami lub innymi opiekunami prawnymi, którzy muszą wyrazić zgodę na terapię, wizytę u psychiatry czy ewentualne wdrożenie leczenia farmakologicznego. To oni tworzą także najbliższe otoczenie dziecka i wywierają silny wpływ na jeszcze kształtującą się osobowość młodej osoby.

*(...) bo tutaj nie chodzi też o relację z **samym** pacjentem, bo tu jest **system**, bo tu musimy zbudować relację nie tylko z samym dzieckiem, młodą osobą, ale zbudować taką relację z **całą rodziną** [p2]*

*(...) my zawsze mamy rodzica z tyłu głowy. **Zawsze**. Nie, nie da się, nie da się wyrwać dziecka i pracować terapeutycznie z samym dzieckiem, (...) musimy o tym pamiętać, że dziecko jest w kontekście i w kontekście szkoły, w kontekście rówieśników, w kontekście rodziny i to wszystko ma na nie wpływ, no i my to zawsze gdzieś tam mamy w głowach, tak? [p10]*

Według badanych rodzice nie postrzegają rodziny jako systemu, w którym pojawiają się wzajemne zależności pomiędzy jego elementami, wpływające na zdrowie psychiczne dziecka. Tym samym nie zauważają, że determinują wiele jego trudności, przekazują mu szkodliwe wzory radzenia sobie z kryzysem czy własnymi emocjami.

(...) nie ma też świadomości tego, że wiele sytuacji wynika z tego jak wygląda, jak wyglądają kontakty i relacje w domu [p20]

(...) rodzice bardzo często tak jakby, starają się też zrzucić winę na dziecko, że jakieś problemy wynikają, bo dziecko ma jakieś problemy wychowawcze i tak dalej, przy czym nie widzą, że no, oni są tak jakby źródłem oddziaływań wychowawczych, bo szkoła ani nie wiem, terapeuta, nie wychowa dziecka za nich [p25]

Zachowanie dziecka nie jest przez rodziców traktowane jako odzwierciedlenie problemów pojawiających się w środowisku rodzinnym. Źródła trudności upatrują oni w innych relacjach lub podejmowanych przez nie czynnościach, a przede wszystkim w nim samym.

(...) to jest tak, że dziecko zaczęło być kłopotliwe, tak? To jest właśnie ta różnica – ono jest kłopotliwe, a nie to, że ma kłopot [p9]

⁴⁸ W niektórych nurtach nie stosuje się słowa „pacjent”, lecz „klient”, w swojej pracy używam jednak tego pierwszego określenia, gdyż utożsamiam je z korzystaniem z usług związanych z holistycznie rozumianym zdrowiem, natomiast drugie pojęcie wywołuje moim zdaniem raczej skojarzenia z rynkiem, usługami szeroko rozumianymi i konsumpcją.

Natomiast problemy mające źródło w systemie rodzinnym często przekładają się na trudności również w innych płaszczyznach społecznych, w których funkcjonuje dziecko, tj. w szkole czy wśród rówieśników. Mogą wówczas wystąpić chociażby problemy w nauce lub w relacjach z innymi uczniami i uczennicami, w tym zachowania agresywne, poprzez które dziecko wyraża swoje cierpienie i frustrację gromadzące się na skutek trudnej sytuacji w systemie rodzinnym (Witkowska-Paleń 2019).

(...) najczęściej jest tak, że rodzice nie dostrzegają tego, że tak naprawdę to wadliwy system domowy jest źródłem problemów dziecka, tak? Bo to dziecko na przykład przeżywa swoje małe, codzienne traumy związane z alkoholem, związane z awanturami, związane z przemocą fizyczną, psychiczną, ekonomiczną, często to właśnie gdzieś tam leży u podłoża buntu, tak? Nastolatka. To są tak naprawdę bardzo tragiczne sytuacje, tak? Kiedy to dziecko po prostu cierpi na skutek niewydolności systemu rodzinnego, a ta niewydolność przekłada się również na niewydolność w innych relacjach, tak? W innych systemach – rówieśniczych, szkolnych i tak dalej [p26]

Natomiast według badanych, dziecko jest uzewnętrznieniem problemów występujących wewnątrz rodziny, które często nie przekraczają progu domu. Z tego powodu dzieci i młodzież traktuje się jako tzw. pacjenta „delegowanego” przez rodzinę. Nie oznacza to jednak, że rodzice kierują dziecko do psychologa lub psychiatry w celu rozwiązania własnych trudności. Jak wspomniano wcześniej, opiekunowie często nie wiążą problemów dziecka z problemami funkcjonującymi w systemie rodzinnym. Część rodziców funkcjonuje jednak przez wiele lat w niezdrowych schematach postępowania, które mogą przybrać formę wyraźnie widoczną, jak uzależnienie od alkoholu, ale też i tych mniej dostrzeganych na co dzień problemów, takich jak nieumiejętność komunikowania się czy stawiania granic. Negatywny wpływ tych schematów na dziecko może być niezauważany lub wypierany. Z kolei u młodej jednostki, która obserwuje inne wzory zachowania w swoim otoczeniu czy poświęca uwagę własnym emocjom i reakcjom pojawiającym się w odpowiedzi na zachowania rodziców, może pojawić się kryzys nimi wywołany. Można więc powiedzieć, że dziecko stanowi papierek lakmusowy problemów pojawiających się w systemie rodzinnym.

(...) często gęsto było tak, że to dziecko było wysłannikiem, tak? To on załatwi pewną sprawę, tak? Nie wiem, w rodzinie robi się syf, no najłatwiej wskazać na dziecko, które nie wytrzymuje napięcia i na przykład zaczyna być agresywne, tak? (...) I przyjęcie do świadomości, że on tylko pokazuje, że w systemie coś nie działa to jeden z pierwszych podstawowych problemów [p9]

Bo jeżeli coś się dzieje z nastolatkiem, coś się dzieje z dzieckiem, to znaczy, że w systemie coś się dzieje, że coś jest nie tak [p14]

Jest taka teoria, że dziecko jest najsłabszym ogniwem systemu i ono jest delegowane do tego, pokazując te swoje objawy, więc tak to wygląda. No niestety, tak, muszę przyznać, że w dużej mierze bardzo często spotykamy się właśnie z takim oporem, z taką niechęcią i niezrozumieniem tego, co się dzieje i niechęcią też, brakiem gotowości też, tak? Do przyjrzenia się sobie jako osobie takiej dorosłej, sprawczej, która tak naprawdę w dużej mierze jest odpowiedzialna za całą sytuację [p22]

Tego typu kryzysy wymagają współpracy rodziców lub opiekunów, gdyż proces leczenia będzie nieskuteczny, jeżeli nie zmieni się najbliższe środowisko, w którym przebywa dziecko lub nastolatek. W tym sensie specjaliści w zakresie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży stają się terapeutami nie tylko tych niepełnoletnich osób, ale także i ich rodziców, niejednokrotnie też potrzebujących wsparcia.

*My właściwie pracujemy z całą rodziną i trudno jest w ogóle pracować z pacjentem bez poznania całego kontekstu rodzinnego, bo w ogóle w takiej pracy systemowej mówi się o tym, że pacjent jest tym, znaczny dziecko jest tym pacjentem **delegowanym** przez rodzinę, ale tak naprawdę bardzo możliwe, że **wsparcia** wymaga cały system rodzinny, tak? [p12]*

Jedna z osób badanych zauważyła, że współpraca z rodzicami przebiega na wielu różnych poziomach. Samo przyjscie na spotkanie czy konsultację jest już pewnego rodzaju podjęciem współpracy, szczególnie w przypadku I poziomu referencyjnego, gdzie rodzic zgłasza się z dzieckiem, szukając dla niego profesjonalnego wsparcia. Można by powiedzieć, że uczestniczenie w konsultacjach to jednak fasadowa współpraca, często będąca jedynie wypełnieniem swojego obowiązku jako opiekuna prawnego, który odpowiada za nieletnią osobę zgłaszającą problemy czy trudności. Prawdziwa współpraca zaczyna się na etapie wprowadzania zaleceń przekazanych przez psychologa, psychoterapeutę czy psychiatrę. Rodzic może je realizować tylko w pewnym stopniu lub tylko niektóre spośród sporządzonych sugestii. Rozmówczyni wskazała też, że niektórzy rodzice jako wsparcie swojego dziecka w kryzysie i bycie po jego stronie, rozumieją na przykład próbę wniesienia mu na oddział psychiatryczny papierosów.

Są tacy, dla których hospitalizacja dziecka jest w ogóle dużym przeżyciem i pokazuje im, że coś nie działa i są gotowi, nie wiem, w ogóle dokonać rewolucji życiowej, a są tacy, którzy absolutnie nie [p19]

Nawet przychodzą, to są tacy rodzice, którzy potrafią przyjść na umówione spotkanie, chociaż zawsze jest to ogromna trudność – czasowa, każda, bo to wymówek jest mnóstwo, ale przyjdą na to spotkanie, na zasadzie chyba „no tam odbębnię to, będę tam, wysłucham czegoś”, ale i tak nic w sobie nie zmieni, takie sztuczne zaangażowanie. Czasami to występuje, no i wtedy

nie pozostaje nic innego jak próba wsparcia i pokazania temu młodemu człowiekowi, że ten dorosły nie jest taki zły, no i praca tylko na tym, co mamy między sobą w tej relacji [p8]

Współpraca może być podejmowana przez rodziców także w obawie o konsekwencje prawne oraz z lęku przed oceną ze strony otoczenia. Zmiana zachowania i zaangażowanie w proces leczenia dziecka są wówczas jedynie chwilowe, a przede wszystkim pozorne. Takie działanie nie ma na celu trwałych przekształceń w systemie rodzinnym, które wpłynęłyby pozytywnie na stan zdrowia psychicznego młodej jednostki, lecz uspokojenie sytuacji, która w rozumieniu rodziców, zagraża im jako opiekunom, a także rodzinie jako całości.

(...) lęk, tak? Przed kuratorem, przed tym, że się wyda, że ktoś się dowie, tak? Powoduje, że ci rodzice coś robią, natomiast tutaj też zawsze pojawia się taka obawa, tak? Czy to jest jakieś takie doraźne, żeby załagodzić sytuację tu i teraz, czy faktycznie to będzie jakaś zmiana długofalowa [p26]

Badani w swoim doświadczeniu zawodowym rzadko spotykali się z sytuacjami, które określone zostały jako brak współpracy ze strony rodziców. Sugerowali raczej, że samo przyście na wizytę już jest jakąś jej formą, co doskonale ilustruje różnicę w postrzeganiu tego zjawiska pomiędzy mną, tj. badaczką, osobą z zewnątrz, a specjalistami. Poprzez współpracę rozumiałam zaangażowanie rodziców w proces leczenia dziecka i wykonywanie zaleceń, tymczasem dla badanych, samo przyście z dzieckiem na wizytę lekarską lub terapeutyczną jest już pewnym jej załżkiem. Kolejnym krokiem jest udział rodziców w konsultacjach ze specjalistą, i według badanych, to na nim często współpraca ta się kończy.

Jedna z rozmówczyń jako całkowity brak współpracy określiła wyłącznie sytuację, w której rodzice w ogóle nie zgłaszają się po wsparcie profesjonalne dla swojego dziecka.

(...) są rodzice, którzy przez rok nie zainteresują się ani na moment na przykład psychoterapią własnego dziecka, które ma szesnaście lat, nie? Bo uznają, że po co mają to wiedzieć i po co mają pytać o różne rzeczy [p21]

Rodzic, który nie chce współpracować, może w dowolnym momencie, jeżeli nie ma bezpośredniego zagrożenia życia dziecka lub nastolatka, przerwać proces terapeutyczny, korzystać z opieki psychiatrycznej czy wypisać dziecko z ośrodka lub oddziału. Oznacza to, że dziecko lub nastolatek, który zgłasza problemy i potrzebę skorzystania z profesjonalnej pomocy, może jej nie otrzymać.

Wie pani co, bycie zdrowym nie jest obowiązkowym, tak bym powiedziała. Leczenie dzieci też nie jest obowiązkowe. No to jest pewien problem, że jak dziecko trafi do szpitala i no nie ma

bezwzględne zagrożenia życia i chce wyjść, rodzice chcą wyjść, no to za zgodą opiekunów może wyjść i już nie musi chodzić do żadnego specjalisty [p1]

W niektórych sytuacjach, gdy specjaliści podejrzewają jakiegokolwiek zagrożenie zdrowia lub życia dziecka w jego domu rodzinnym lub gdy rodzic utrudnia proces leczenia w sytuacji takiego zagrożenia u dziecka, składany jest do sądu wniosek z prośbą o wgląd w sytuację rodziny. Poza typowo formalnymi aspektami, wniosek taki powinien zawierać szczegółowy opis przyczyn jego składania oraz niekiedy dane ewentualnych świadków niepokojących zdarzeń⁴⁹.

(...) przypominam sobie konkretny przykład. Dziewczynka w kryzysie samobójczym, w rodzinie młodszy i starszy brat, ten starszy już pełnoletni. Rodzice nigdy nie byli małżeństwem, natomiast nie są razem, tata mieszka za granicą, rodzice się w ogóle rozeszli, rozpad tam nastąpił ze 2 lata temu, więc to też był jeden z czynników, który predystynował dziecko do jakby rozwinięcia tego kryzysu. Dziewczynka jest w kryzysie samobójczym, po próbach i po hospitalizacji bardzo krótkiej, takiej ustawiającej leki. Natomiast mama na przykład łyka sobie neuroleptyki, które podbiera swojej własnej mamie, nasennie, nadużywa alkoholu i generalnie z takiej rozmowy, a kilkakrotnie miałam z nią kontakt, no była sugestia skorzystania z konsultacji psychiatrycznej. Dziewczynka zaczęła opowiadać o takiej kompletnej parentyfikacji w domu, kiedy zajmuje się dzieckiem, kiedy musi mamę ogarniać, bo wraca pijana z imprez, i najpierw dawaliśmy mamie szansę i prosiłyśmy ją o spotkanie, bo wyraziła zgodę na współpracę środowiskową, natomiast trzykrotnie odmówiła tego spotkania, za każdym razem z tak naprawdę bardziej taką roszczeniową postawą, no i musieliśmy napisać o wgląd w sytuację rodzinną, do sądu rodzinnego w związku z utrudnianiem procesu leczenia, uniemożliwianiem procesu leczenia dziecka, którego stan zdrowia wskazuje na zagrożenie dla zdrowia i życia [p23]

Tylko część rodziców jest w pełni zaangażowana w proces leczenia swojego dziecka i gotowa jest podjąć się terapii rodzinnej czy wprowadzić zalecane zmiany w życiu rodzinnym. Sama otwartość na pracę nie jest jednak wystarczająca, niektórym rodzicom brakuje bowiem indywidualnych zasobów, aby niektóre działania wprowadzić. Specjalista ma szczególną rolę polegającą na dobraniu odpowiednich narzędzi i metod pracy do każdej osoby tak, aby nie zniechęcić żadnej z nich do rezygnacji z wprowadzania zmian służących procesowi leczenia.

Natomiast są też oczywiście rodzice, którzy są w ogóle fantastyczni, bardzo tacy samoświadomi, którzy oczywiście popełniają jakieś błędy, ale przychodzą na terapię z takim rzeczywistym oczekiwaniem, żeby ktoś im pomógł coś zobaczyć, którzy są otwarci na inną

⁴⁹ Wzór wniosku o wgląd w sytuację dziecka dostępny jest na różnych portalach, także na stronie Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę, www.fdds.pl (dostęp: 07.05.2023).

perspektywę, którzy też chętnie doczytają coś na przykład, jakiś artykuł, jeśli się im to zasugeruje, i którzy są w stanie wprowadzić takie też dalekosiężne zmiany w swoim życiu [p24]

To może trwać dłużej, to może być taki proces, który no wymaga czasu, wysiłku, ale jeśli już to się uda, jeśli my złapiemy trochę tego rodzica tutaj, to mamy dla niego różne formy pomocy, to tak jak powiedziałam, nie musi być terapia rodzinna, to może być spotkanie psychoedukacyjne, to może być oddanie książki temu rodzicowi do poczytania, jeśli taka formuła jest dla niego lepsza, to może być warsztat dla rodziców (...) to może być wsparcie psychologa (...) żeby tego rodzica wzmocnić i zmotywować do pracy nad sobą w relacji z tym dzieckiem [p10]

Badani zwracali uwagę na to, że rodzice potrzebują niekiedy czasu na oswojenie się z myślą o swoim wpływie na dziecko. Jedna z badanych osób określiła to jako „fazę zaakceptowania”, która jest naturalnym etapem wynikającym z uczestniczenia w procesie zdrowienia. Inna badana użyła natomiast określenia „przebudzenie”, które kojarzy się bardziej rytualnie i raczej jako coś, czego doświadcza się nagle i co jest pewnym zaskoczeniem, jednak co również wywołuje zmianę w postępowaniu.

No nikt nie chce usłyszeć, że problem tkwi w rodzinie, prawda? Łatwiej jest usłyszeć, że to coś się dzieje z dzieckiem, ale że to trochę, trochę nie my. W związku z czym też należy o tym pamiętać pracując z rodzicami, że no rodzic musi przejść tą fazę (...) zaakceptowania tego, że rodzic także jest częścią tego, co się dzieje z dzieckiem, i że od niego też jest wymagana jakaś, jakaś praca. I to jakby cała składowa tej pomocy dla dziecka jest właśnie wypadkową i tej gotowości, i tego czasu, który rodzic potrzebuje i tego wglądu [p10]

*Tak naprawdę takie uświadamianie, które przychodziło czasami po **wielu** tych konsultacjach, no było takim, na takie trochę jak **przebudzenie** tych rodziców, że „kurczę, tutaj jest jednak trochę/ może to jest moja wina, że gdzieś coś właśnie trzeba było inaczej zrobić, że ten problem wymagał rozwiązania od razu, że nie powinno się tego zbagatelizować, uświadomieni no zupełnie inaczej potem w tym wszystkim funkcjonują [p13]*

Współpraca z rodzicami zawsze wymieniana była przez rozmówców jako istotny element wychodzenia dziecka z kryzysu, często jednak oceniano ją jako trudną czy stresującą dla samych specjalistów.

Nie ukrywam, że dla mnie, chyba nie tylko dla mnie, dla mnie najtrudniejszą rzeczą jest kontakt z rodzicem. To jest chyba coś, co jest najbardziej stresujące w tej pracy [p9]

Czy ja tu napotykam trudności (śmiech) Ja się zastanawiam, czy są rodzice tak fajnie współpracujących, gdzie tych trudności nie ma (...) Tak, napotykam tutaj bardzo dużo trudności i rodzice w większości, nie chcą powiedzieć, że wszyscy, ale w zdecydowanej większości stawiają bardzo duży opór względem jakiegokolwiek swojej zmiany. Oczekują tej zmiany na pewno od tego młodego człowieka, ale u siebie niewiele chcą zauważyć i bardzo

rzadko decydują się na to, żeby na przykład podjąć terapię własną, co byłoby zmianą dla całego systemu, dla tego młodego człowieka też. Albo nawet podjąć się takiego szkolenia, nie wiem, szkoły dla rodziców, które też bardzo dużo wnosi i daje i wydawałoby się, że, że coś mogłoby się zmienić, ale no nie, nie, tu jest tylko to oczekiwanie - on/ona ma się zmienić, ma coś zrobić, ma się słuchać, ma chodzić do szkoły, ma, ma, ma, nie? Dużo, dużo, dużo... więc tak, systemowo z rodzicami to jest trudność [p8]

Badani podkreślali jednak, że zawsze na początku próbują psychoedukować rodziców i tłumaczyć zasadność procesu i ich udziału w nim. Wielu rodziców nie zdaje sobie sprawy ze swojego wpływu na dziecko, które odbywa się nie tylko poprzez świadomie formułowane komunikaty, ale przede wszystkim poprzez naśladownictwo i modelowanie zachowań. Często specjaliści odwołują się do tego w ramach psychoedukacji podkreślając, że jest to jeden z najistotniejszych czynników mających wpływ na dalsze, dorosłe życie młodego człowieka.

Ja też rodzicom zawsze mówię „proszę pani, ile pani włoży w to, żeby pomóc dziecku, to naprawdę to zaowocuje. To dziecko pani kiedyś podziękuje. Niekoniecznie słowami, po prostu zobaczy pani to, nie? W jego życiu. W jego życiu. Że on będzie fajnie żył. I on nie musi być pani wdzięczny, nie wiem, mówić, że nie wiadomo co pani zrobiła, nie, to tak nie działa (...) odwdzięczy się tym swoim życiem i swoimi dziećmi” i tak dalej [p6]

Zdaniem badanych specjalistów, niektóre młode osoby traktowane są przez rodziców i/lub nauczycieli jako młodzież problemowa czy trudna, która zachowuje się w ich opinii nieodpowiednio do sytuacji, jest wulgarna czy po prostu „niegrzeczna”. Rozmówcy zwrócili jednak uwagę na istotność kontekstu środowiska społecznego, z którego osoba ta pochodzi, i które stanowi dla niej źródło wzorów postępowania. Ich zdaniem zawsze trzeba wziąć pod uwagę system rodzinny, w którym dana jednostka się kształtuje, i który często jest bardziej dysfunkcyjny, niż można byłoby się spodziewać po zachowaniu danego dziecka.

I czasami, mówiąc tak potocznie, trochę kolokwialnie, jak obserwuję jacy są rodzice, oczywiście nie wszyscy, ale jak funkcjonują niektórzy rodzice, jak funkcjonują niektóre domy, to się dziwię, że te dzieci są tak normalne. I to, to mówię całkiem serio, nie? Czasami rodzice mówią, że to dziecko jest w ogóle najgorsze, nie słucha się, jakoś się dziwnie zachowuje, a ten dzieciak naprawdę przyzwoicie funkcjonuje, jak na to, że doznawał przemocy, że jest pozostawiony sam sobie, że w domu są uzależnienia. Także czasami naprawdę jestem pod ogromnym wrażeniem siły dzieciaków i młodzieży i taką wiarą w to, że jeszcze może być lepiej, że jeszcze się może poukładać [p24]

(...) jak docieraliśmy do przyczyn w zasadzie, dlaczego to dziecko zmagają się z takimi problemami, bo to z reguły podczas tych konsultacji rodzinnych padało, no to czasami to były

naprawę dramatyczne historie. Jak sobie wyobrażaliśmy przez co to dziecko musiało przejść w tak młodym wieku (...) no z reguły to są bardzo trudne historie, całych tych rodzin [p13]

Wszyscy rozmówcy zwrócili uwagę na to, że praca z pacjentem niepełnoletnim to zazwyczaj praca z całym systemem rodzinnym. Doświadczenia badanych we współpracy z rodzinami nie były jednoznaczne, wskazywali oni na różnorodność poglądów czy gotowości rodziców, które bezpośrednio przekładają się na ich udział w procesie zdrowienia dziecka.

2.2. Napraw to dziecko i je odbiorę jak będzie naprawione - podejście do korzystania z opieki psychologicznej i psychiatrycznej

Brak zaangażowania rodziców w proces własnych zmian jako elementu procesu zdrowienia dziecka wynika z różnych powodów. Niekiedy wiąże się z wciąż funkcjonującym etykietowaniem korzystania z usług psychologicznych czy psychoterapeutycznych. Psychiatria jest dość młodą specjalizacją medyczną, wobec której zaufanie społeczne w Polsce wciąż jest niskie. Brak wspomnianego zaufania, a także wiedzy wśród społeczeństwa, sprzyja postrzeganiu kryzysu zdrowia psychicznego jako jednostkowej dolegliwości, dotyczącej jednej, konkretnej osoby. Rodzina traktowana jest w takim ujęciu raczej jako suma odrębnych jednostek, kryzys dziecka nie jest więc kryzysem rodziny. Tym samym prowadzi to do analogicznego wniosku odnośnie procesu zdrowienia, tj. skoro sytuacja trudna dotyczy dziecka, to znaczy, że to ono musi uczestniczyć w „dbaniu” o siebie. Część badanych odniosła się tutaj do postawy rodziców, która sprowadza się do konieczności „naprawy tego, co nie działa” – to sformułowanie padało kilkakrotnie w wypowiedziach badanych.

(...) trochę to tak wygląda, że przyprowadzają dziecko, odstawiają, kierują komunikat „napraw to dziecko i je odbiorę jak będzie naprawione”, no nie? [p20]

*Cały czas jednak, u dużej części rodziców ja się spotykam z taką postawą wstawiania dziecka za drzwi do psychologa i „pani coś z tym, pani coś z **nim** zrobi”, prawda? [p4]*

Dosyć często zdarza się taka postawa rodziców, którzy przyprowadzając swoje dziecko do psychologa, tak trochę traktują to miejsce jak jakieś, nie wiem, zakład naprawczy, mechaniczny, tak? I że my przyprowadzimy dziecko na godzinną terapię raz w tygodniu i będziemy oczekiwać szybkich efektów, że nasze dziecko zacznie się, nas słuchać, że nasze dziecko będzie wykonywało swoje obowiązki domowe, że będzie się w jakiś taki odpowiedni sposób, oczekiwany przez rodziców, z nimi komunikowało, tak? [p12]

W celu zilustrowania postawy rodziców, którzy zgłaszają się do psychologa lub psychiatry, aby „naprawić” dziecko, jeden z badanych przyrównał tę sytuację do oddania auta do mechanika. Zastosowana w ten sposób metafora sugeruje, że przez niektórych rodziców dziecko traktowane jest raczej przedmiotowo niż podmiotowo, a jego problemy stanowią dla nich przyczynę dyskomfortu. Poprzez wizytę u specjalisty chcą zredukować problematyczność zaistniałej sytuacji, zlecając jej rozwiązanie „na zewnątrz”.

Część rodziców chciała by właśnie zostawić po prostu swojego podopiecznego w, jakby... w duży cudzysłów biorąc oczywiście, ale trochę do warsztatu. Tak że tu są jakieś części do dokręcenia, coś jest do naprawy, i proszę to zrobić. A no to tak... ten proces tak nie działa [p16]

Posiadany kapitał kulturowy czy światopogląd wpływają na podejmowane przez nas decyzje, podobnie jest ze wstrzymaniem się od podjęcia współpracy w procesie zdrowienia własnego dziecka. Niektórzy rodzice nie posiadają odpowiednich zasobów (przy czym nie chodzi tu tylko o zasoby materialne, a raczej np. intelektualne), jednak bardzo starają się, aby zrobić tyle, ile mogą by uczestniczyć w tym procesie. Niektórzy zaś nie tylko nie próbują pomóc, ale nawet nie wyrażają zainteresowania aktywnym uczestnictwem, albo wręcz sabotują proces leczenia, co nie tylko utrudnia działanie specjalistom od zdrowia psychicznego, ale przede wszystkim wprowadza jeszcze większy chaos w życie już i tak zagubionego, młodego człowieka.

Nieraz to rodzice nam sabotują [sabotują] terapię, bo oni w to nie wierzą. I wtedy na przykład dziecko chodzi na terapię, ale jakby gdzieś cały czas w domu są sygnały typu, że „to jest bez sensu”, „tyle pieniędzy, a nic nie działa”, tak? [p6]

Taki stosunek może także wyrażać się poprzez chociażby bagatelizowanie trudności i problemów dziecka, wskazywanie na korzyści jego sytuacji, których nie zauważa lub nie docenia, umniejszanie odczuwanemu przez nie bólowi.

Czasami bardzo dobrze, bardzo wysoko funkcjonujące rodziny troszkę unieważniają taki problem, troszkę mówią „lee, jak ja byłem w twoim wieku to dopiero miałem problemy”, jakby starają się nie zauważać, „no to może pojedziemy na wakacje” albo nie wiem, „kupię ci coś to ci przejdzie”, no nie wiem, no jakoś tak starają się, nie dopuszczają do siebie możliwości, że taka rzecz się może zdarzyć [p17]

Lekceważenie zdania dziecka (przysłowiowe, vide: *dzieci i ryby głosu nie mają*) może tylko wzmacniać przekonanie, że sprawy i problemy młodych są nieistotne lub przynajmniej nie tak istotne, jak sprawy dorosłych.

(...) ja pamiętam jak z mojego własnego doświadczenia, no to na przykład były takie powiedzenia, nie wiem, „nie gadaj wole, co się dzieje w szkole”, tak? „Twoje problemy są

twoimi problemami”, no myślę, że trzeba trochę zmienić podejście do tego, że jednak no jak jesteśmy jakąś taką jednostką społeczną, rodziną, no to fajnie by było, żeby nie tylko tata mógł powiedzieć o swoich kłopotach w pracy, ale żeby dziecko też mogło powiedzieć, co mu się udało na przykład [p17]

Warto jednak wspomnieć, że niekiedy bagatelizowanie trudności nastolatka ma swoje podłoże w niezrozumieniu występujących u niego objawów, które cechują się dość dużą różnorodnością (Bomba, Modrzejewska 2006). Poza obniżoną aktywnością czy koncentracją uwagi, mogą również pojawić się zachowania agresywne czy i przestępcze (Radziwiłłowicz 2010), które przez rodziców mogą zostać niewłaściwie zinterpretowane. Szczególnie, że pojedyncze objawy, takie jak np. drażliwość, a nawet wrogość, są charakterystyczne w depresji u dzieci, w związku z czym kryteria diagnostyczne dostosowane są do wieku (Link-Dratkowska 2011). Mimo to, nawet dla specjalistów diagnostyka depresji u młodzieży może niekiedy wiązać się z trudnościami, ze względu chociażby na współwystępowanie innych zaburzeń czy nadużywanie substancji psychoaktywnych (Radziwiłłowicz 2010).

Czasem nie wierzą, trudno jest uwierzyć, bo rzeczywiście, chorujący nastolatek jest, no słabo to jest czytelne, powiedziałabym, dla rodziców, bo to są objawy, czasem depresja wygląda jak złośliwość, jak drażliwość, jak niecierpliwość [p1]

Rodzic może jednak nie wierzyć nie tylko w objawy występujące u swojego dziecka, co także w ich przyczynę, szczególnie jeśli w jakiś sposób burzą one obraz rodziny.

(...) niektóre z tych problemów dotyczą rodziny na przykład w takim sensie, no jakby, jak molestowanie. No i zdarzyć się może tak, że mama nie wierzy w to, co mówi dziecko. No i w związku z tym nie chce się z tym konfrontować, nie chce tego rozdrapywać [p1]

Opór niektórych z rodziców ma swoją genezę również w niewiedzy i wierze w mity dotyczące psychiatrii, szczególnie w te stygmatyzujące pacjentów korzystających z opieki psychiatrycznej. Sytuacja, w której ich dziecko wymaga takiej opieki jest dla nich wówczas nie do zaakceptowania. Świadomi konsekwencji wynikających z zaniedbania dziecka (specjaliści mogą sporządzić pismo do sądu rodzinnego z prośbą o wgląd w sytuację rodziny) uczestniczą w procesie leczenia bez zaangażowania, a sugestie pracy wspólnej na terapii rodzinnej lub nad własnymi emocjami czy zachowaniami w formie terapii indywidualnej, traktują jako atak.

A już nie daj boże jak powiemy, że musi rodzic iść na terapię, o matko, to jakbyśmy co najmniej powiedzieli, nie wiem, obrazili, jakimiś wulgaryzmami tam gdzieś kogoś potraktowali, nie? (...)

i to jest takie wchodzenie na takie tony „to co, to moja wina?!”. A ja mówię „a czy to ktoś tak powiedział, że to jest jakaś wina kogoś?”. Po prostu tak się stało no. Ja wtedy mówię tak „wie pani co, nie, to nie jest tak, że to jest pani wina, lecz jeżeli pani tego nie podejmie i pani nic z tym nie zrobi to będzie pani wina” [p6]

Przy czym podłożem tak agresywnego odbioru przez rodziców wspomnianych zaleceń jest bardzo często lęk przed oceną. Stygmatyzujące postrzeganie zaburzeń psychicznych sprawia, że wciąż negatywnie oceniane są osoby korzystające z opieki specjalistów z zakresu zdrowia psychicznego. To utrudnia proces zaakceptowania przez rodziców tego, że ich dziecko powinno z takiego wsparcia skorzystać.

*(...) często jest tak, że rodzice po prostu obawiają się pewnych rzeczy i dlatego nie chcą brać udziału w takich konsultacjach. Bardzo dużo rodziców się obawia **oceny** – oceny tego czy są dobrymi rodzicami, jakie błędy zrobili, kiedy to w ogóle nie o to chodzi [p15]*

Nie mamy w sobie takiej otwartości jako rodzice, jako rodziny, na kryzysy emocjonalne u dziecka. W sensie takiej akceptacji nie mamy (...) trudno nam jest, rodzicom, zaakceptować fakt, że naszemu dziecku coś może być, psychicznie, emocjonalnie [p17]

Jedna z badanych szczególnie podkreślała, że terapia nie jest od obwiniania rodziców, jak to się powszechnie przyjęło. Kryzys może mieć różne przyczyny, a nawet jeżeli ich genezą jest rzeczywiście rodzina, to specjaliści dążą do współpracy i poprawy sytuacji, a nie do opiniowania. W opinii badanych specjalistów nad relacjami w rodzinie można pracować, a występujący w niej kryzys nie przekreśla tego, co rodzice robili wychowawczo dobrze. Natomiast przekonanie, że sensem terapii jest obwinianie rodziców, jest nie tylko bardzo spłycające takie tematy jak kryzys, wychowanie czy dorastanie, ale przede wszystkim jest bardzo krzywdzące.

Wiesz co, tak, chciałabym, żeby wybrzmiała taka rzecz, która no czasami spędza sen z powiek rodzicom, a myślę, że jest to istotne, że to nie jest tak, że wszystko co się dzieje z naszymi dziećmi, że to, że nasze dziecko ma jakiś kryzys, ma zdiagnozowaną depresję, to nie jest tak, że to wszystko jest wina rodziców. Oczywiście, środowisko rodzinne ma ogromny wpływ na to, co się z dzieckiem dzieje, na jego przyszłość i tak dalej, no ale to naprawdę nie jest tak, że jeśli dziecko cierpi, jeżeli dziecko ma trudności to znaczy, że rodzice byli toksyczni, zwłaszcza matka, tak? Bo w patriarchacie jak już ktoś jest winien to matka. Myślę też, że warto, żeby rodzice zdawali sobie sprawę z tego też, że nawet jeśli coś w rodzinie było nie ok, nawet jeżeli już ten kryzys wystąpi, to nie jest tak, że to jest koniec, równia pochyła i katastrofa. Tylko po prostu, że można, naprawdę, jeśli się chce, mnóstwo rzeczy w rodzinie naprawić, zmienić i odzyskać zdrowie nie tylko własnego dziecka, ale też swoją psychiczną równowagę. Także ta terapia nie jest od obwiniania, my nie obwiniamy rodziców, naprawdę [p24]

Poprzez nadawanie etykiet takich jak „wariat” czy „szaleniec” społeczeństwo zaznacza odrębność chorych, ich odmienność i płynące z ich strony zagrożenie. Wyznacza granice między zdrowymi i chorymi, upewniając swoich członków, że są po „właściwej” stronie. Etykietowanie może również dotyczyć całej rodziny przede wszystkim rodziców, których obwinia się tym samym za trudności czy zaburzenia dziecka.

(...) bardzo często jak do mnie już rodzice trafiają (...) to oni mieli już tyle różnych negatywnych informacji albo nie wiem, odbijali się od drzwi z komentarzami, które ich oceniały, że bardzo często stają się tacy też agresywni na samym początku, pretensjonalni, tak? No to wynika bardziej z lęku, z tego że coś ich może spotkać znowu nieprzyjemnego niż z tego, że rzeczywiście są do nas jakoś negatywnie nastawieni, w ogóle też są w stresie [p6]

*(...) też się niestety zdarzają takie przypadki, że ten rodzic **boi się** wręcz przyjść do psychologa, bo to jest jednak jakieś takie **etykietowanie** w społeczeństwie [p26]*

Rodzice natomiast upatrują źródła kryzysu w środowisku szkolnym lub rówieśniczym, a często w samym dziecku. Nauczyciele również nie dostrzegają swojego udziału, skupiając się na środowisku rodzinnym czy relacjach z innymi uczniami jako przyczynach trudności dziecka. W ten sposób tworzy się błędne koło obwiniania, w którym energia tracona jest na uciekanie od odpowiedzialności i przerzucanie jej jak najdalej od siebie. Z horyzontu znika natomiast całkowicie sedno sytuacji, czyli cierpiące dziecko.

*[nauczyciele] raczej oceniają **objaw** negatywnie, naciskają rodziców, rodzice naciskają dzieci, robi się takie koło zamknięte agresji względem siebie [p6]*

*(...) zdarzają się rodzice, którzy taką pracę podejmują, aż po takich, którzy po prostu wypierają, „to przecież nie ja”, to, nie wiem, nie jest problem, przychodzą rodzice, opowiadają, dziecko siedzi przede mną, jak to **szkoła** niszczy dziecko, rówieśnicy są nietolerancyjni i dziecko ma w związku z tym **potężne** problemy ze zdrowiem, bo już psychosomatyka wchodzi, i tak dalej, rodzice wychodzą, a dziecko mi zaczyna opowiadać o awanturach alkoholowych, tak? [p26]*

Przekonania dotyczące psychiatrii budowane na niewiedzy i mitach skutkują często odkładaniem w czasie decyzji o skorzystaniu ze wsparcia profesjonalnego. Jedna z badanych podczas wywiadu wspomniała o sytuacji, w której nastolatka zdecydowała się „wytrzymać” do czasu osiągnięcia pełnoletności, aby jej wizyta u psychologa nie wymagała zgody rodziców (a nawet ich wiedzy)⁵⁰. Jest to jednak działanie bardzo

⁵⁰ Choć przykład ten odnosi się do osoby już dorosłej, zdecydowałam się go tutaj umieścić, ponieważ pokazuje jakie decyzje dotyczące skorzystania ze wsparcia profesjonalnego mogą podjąć nastolatki ze względu na niechęć lub niemożność poproszenia rodziców o konsultację psychologiczną.

ryzykowne, gdyż kryzys może się zintensyfikować, w tym także doprowadzić do zachowań autoagresywnych.

(...) mam też dziewczynę, która czekała, żeby skończyć osiemnaście lat, żeby móc się tutaj zapisać samodzielnie, ponieważ, ja nawet nie wiem czy ona by nie uzyskała współpracy tych rodziców, ja ich nie poznałam, ponieważ ona tak jakby nie wyraziła zgody, ale ona nie chciała ich w ogóle o niczym informować [p4]

Najważniejsze we wsparciu jest jednak jego dopasowanie do potrzeb i oczekiwań osoby, której jest ono dostarczane. Praca specjalistów w zakresie zdrowia psychicznego polega więc na pełnej koncentracji na danym przypadku pacjenta i jego systemu rodzinnego w trakcie wizyty. Dopiero po rozpoznaniu możliwości i gotowości zarówno dziecka, jak i jego rodziców, opracowywana jest forma wsparcia, a także pracy własnej dla tych osób. Bardzo istotne jest również to, że niezależnie od przyczyn kryzysu, wsparcie jest zawsze dostarczane potrzebującej jednostce, niezależnie od tego czy jej rodzice okazują się w tym procesie wspierający, czy nie. Zmienia się forma oddziaływań, nie pozostawia się jednak potrzebującej wsparcia jednostki samej sobie.

*Nie zawsze jest tak, że terapia rodzinna jest jedynym rozwiązaniem albo koniecznym albo **możliwym**, no bo musimy też o tym pamiętać, że nie każdy system jest na to gotowy, nie każdy system jest w stanie popracować i terapia jednak wymaga jakiegoś wysiłku od człowieka, wymaga jakiejś refleksji, jakiejś mobilizacji, systematyczności chociażby i czasami po prostu są systemy rodzinne, które w tym momencie nie mają takiej gotowości. I to nie wyklucza tego dziecka z opieki, tak? Wtedy my indywidualnie jesteśmy w stanie z tym dzieckiem pracować i na przykład pracować psychoedukacyjnie z rodzicami, ponieważ mamy poczucie, że to jest to, na co tych rodziców w tym momencie stać i to też jest okej [p10]*

Odpowiednie rozpoznanie zasobów indywidualnych posiadanych przez członków danej rodziny i dopasowanie formy wsparcia jest niezbędne do kontynuowania procesu leczenia pacjenta. Jeżeli zalecenia specjalisty będą przekraczać możliwości danego systemu rodzinnego, ze strony rodziców może pojawić się poczucie zagrożenia, niezrozumienia stosowanych narzędzi czy lęk przed oceną. Występuje wówczas wysokie prawdopodobieństwo przerwania współpracy, co jest jednoznacznie niekorzystne dla niepełnoletniego pacjenta pozostającego wówczas bez profesjonalnego wsparcia. Tym samym dostosowanie metod i narzędzi do systemu rodzinnego okazuje się równie ważne, co dostosowanie ich do występujących objawów czy trudności.

Ja mówię, że nasz zawód polega głównie na szatkowaniu, no szatkowanie kojarzy się z kapustą, ponieważ nasze oczekiwania musimy przeszatkować. Jeśli tego nie zrobimy, jeśli nie wyjdziemy

z założenia, że nie możemy swoją miarą jakby oczekiwać mierzyć to, co jest do zrobienia, to możemy poleć od razu, nie? [p7]

*Zdarzyło się, że (...) jak chciałam zaprosić też rodziców, żeby z nimi porozmawiać i też zastanowić się wspólnie, co możemy zrobić, no to taka wizyta odbyła się założmy jedna, a potem albo się już nie pojawił **nikt**, czyli jakby no, klasycznie, cała rodzina się w ogóle wypisała z tego systemu, bo być może w jakiś sposób poczuła się zagrożona, albo ewentualnie tylko jedno z rodziców zrezygnowało, a drugie na przykład wyrażało chęć dalszej współpracy [p15]*

Konfrontacja ze specjalistą postrzegana jest przez niektórych rodziców jako zagrożenie dla dotychczasowego porządku życia, szczególnie jeśli sugeruje się im dokonanie pewnych zmian w swoim postępowaniu. Zwrócenie uwagi przez psychologa na popełniane błędy wychowawcze, chociaż pozbawione będzie piętnowania, odbierane jest jako atak na sposób w jaki realizowane jest w danym systemie rodzinnym wychowanie. W tym sensie jest to ingerencja w mikro świat społeczny, w którym od lat, a nawet pokoleń realizowane są pewne schematy postępowania (zob. Rek-Woźniak, Woźniak 2014, 2013).

(...) konsultacja psychologiczna jest postrzegana jako w pewien sposób taka zagrażająca, tak? [p4]

Dobrze ilustruje to wypowiedź rozmówczyni, która zwróciła uwagę na wycofywanie się rodziców (wraz z dziećmi) z procesu terapeutycznego, gdy pewne zachowania destrukcyjne zostają nazwane przez specjalistę. W takim zachowaniu uwidacznia się brak akceptacji dla konfrontacji z popełnianymi przez siebie błędami wychowawczymi, a także własnymi problemami i niekonstruktywnymi strategiami radzenia sobie z trudnościami (np. poprzez nadużywanie substancji psychoaktywnych).

Udzielić wsparcia emocjonalnego, rozmawiać o tych sytuacjach, badać jaki jest stopień, nie wiem, zagrożenia tej sytuacji, w jakiej te dzieci są w domu. Natomiast akurat w tym przypadku, po takiej interwencji, gdzie nazwaliśmy te to co się dzieje w domu problemem alkoholowym, kiedy nazwaliśmy to przemocą, gdy mama się zwraca w pewien sposób do tej dziewczynki, no to dziewczynka no nie wróciła już nigdy na sesję [p23]

Stan dziecka lub nastolatka bywa niekiedy ukrywany przez rodziców nawet w sytuacji podjęcia przez nie zachowania samobójczego. Zdarza się, że jeżeli nie jest potrzebna specjalna pomoc medyczna (np. odtruwanie organizmu) to opiekunowie nigdzie tego nie zgłaszają, próbując udzielić pomocy we własnym zakresie lub „przykrywając” problem. Wynika to zarówno z obawy przed ingerencją zewnętrzną w rodzinę, jak i związaną z tym konfrontacją z problemami dziecka, a często także całego systemu rodzinnego.

Są sytuacje, kiedy rodzice nie reagują w ten sposób, tak? Tylko, tylko właśnie no z tego powodu, żeby nie wiem, no właśnie nie zrobiło się głośno, boją się takich, takich procedur uruchamianych sądowych, boją się, że będzie kuratela w rodzinie, no i nie podejmują takich prób tylko sami jakoś tam próbują, prawda? Spróbują albo sprowokować wymioty albo w jakiś sposób tam inny czuwać nad tym dzieckiem, żeby to było, żeby się upewnić, że to już nic jakby nie szkodzi [p4]

Psychoedukacja rodziców jest niezwykle istotna z powodu różnorodnych konsekwencji jakie niesie ze sobą niewiedza w tym obszarze. Począwszy od braku umiejętności właściwego komunikowania się z innymi oraz budowania zdrowych i bezpiecznych relacji rodzinnych, po niezrozumienie przez nich procesu wychodzenia dziecka z kryzysu. Wiąże się to również z ich postawą względem specjalistów, procesu leczenia czy stosowania się do zaleceń (Owens i in. 2002), a więc wyraźnie wpływa na dziecko w kryzysie, które potrzebuje ich oficjalnej zgody, aby skorzystać ze wsparcia profesjonalnego.

*(...) że jeśli zgłaszam się do specjalisty to znaczy, że on coś załatwi, nie wiem, zaordynuje coś i to rozwiąże temat. Jest takie oczekiwanie, że to będzie szybko i w pigułce. Albo dosłownie albo w przenośni „w pigułce”. No to, jakby, w psychoterapii jest nieadekwatne do... do tego co psychoterapia ma do zaoferowania. Że często to rodzic musi się zmierzyć z tym, że po pierwsze, nie będzie szybko, a po drugie, że będzie wymagało też od **niego** jakiejś pracy, co nie zawsze jest do przyjęcia dla rodziców [p16]*

Również po hospitalizacji dziecka, czy zakończeniu procedury jakiegokolwiek innej formy wsparcia, istotne jest udzielenie chociażby wskazówek dotyczących tego, gdzie można kontynuować proces leczenia w warunkach ambulatoryjnych, lub gdzie udać się lub zadzwonić w razie powrotu trudności. Dla osób spoza środowiska psychiatrycznego czy psychologicznego stosowane słownictwo często bywa niezrozumiałe i skomplikowane. Badani zwracali uwagę na to, że wielu osobom trudno jest jednoznacznie wskazać na różnice pomiędzy psychologami a psychiatrami, a jeszcze trudniej na to, co od psychologów odróżnia psychoterapeutów. Obecnie wprowadzone wraz z reformą pojęcia odnoszące się do poziomów referencyjności, w tym wyróżnienie poradni, centrów i oddziałów, może początkowo nie być czytelne dla osoby, która dopiero szuka, do kogo powinna się zgłosić z problemem swoim lub swojego dziecka. Udzielenie wsparcia informacyjnego opierającego się na prostych i jasnych komunikatach, gdzie można uzyskać potrzebną pomoc, staje się wówczas bardzo istotne.

(...) jeśli chodzi o współpracę z rodzicami to jest jeszcze kwestia podpowiedzenia, czasem rodzice są absolutnie jak we mgle, wiedzą, że dziecko powinno dostać jakąś pomoc, ale nie

bardzo wiedzą, gdzie jej szukać, więc to jest jakiś rodzaj podpowiedzenia, jaki rodzaj pomocy po hospitalizacji byłby najlepszy [p19]

Szczególnie, że wiele rodzin po hospitalizacji dziecka dostaje zalecenie podjęcia terapii rodzinnej, która pozwoliłaby rozwiązać źródło trudności, co stanowi kolejny argument odnoszący się do znaczenia systemu rodzinnego w procesie kształtowania się młodej jednostki, a także w rozwoju sytuacji dla niej kryzysowej.

(...) to jest tak jakby 90% przypadków dzieci obecnie hospitalizowanych wychodzi ze skierowaniem na terapię rodzinną [p25]

Zwrócenie się po wsparcie do profesjonalistów w zakresie zdrowia psychicznego w przypadku osoby niepełnoletniej wymaga również udziału rodziców. Ich podejście do uczestnictwa w procesie leczenia dziecka jest często odbiciem ich poglądów i przekonań o psychiatrii w ogóle. Źródło trudności upatrywane jest bardzo często właśnie w dziecku, które w opinii rodziców należy „naprawić” – dokładnie tego sformułowania użyło kilku rozmówców w swoich wypowiedziach dotyczących postawy rodzin.

2.3. Chciałbym porozmawiać o tym z psychologiem, no i trafia po roku, po dwóch, po trzech – decyzja o skorzystaniu ze wsparcia profesjonalnego

Zaledwie na przestrzeni ostatnich 3 lat liczba psychiatrów dzieci i młodzieży wykonujących zawód zwiększyła się z 455 w 2020 roku do 532 w 2023 roku (Naczelna Rada Lekarska 2020, 2023). Wydaje się jednak, że zapotrzebowanie na konsultacje psychiatryczne (podobnie, jak i psychologiczne) rośnie dużo szybciej niż potencjał kadrowy. Diagnozowane coraz częściej kryzysy nie wynikają tylko z tego, że współczesność się w jakiś sposób się do nich przyczynia. Przede wszystkim należy podkreślić zmianę społeczną w postrzeganiu korzystania z profesjonalnego wsparcia zdrowia psychicznego. Można ją zaobserwować na poziomie decyzji o udaniu się do specjalisty oraz motywacji, która się do niej przyczyniła. Badani zwrócili uwagę na fakt, że często to osoby niepełnoletnie prosiły rodzica lub opiekuna prawnego o skorzystanie z takiej możliwości, gdyż odczuwali pogorszenie swojego samopoczucia lub funkcjonowania i chcieli poprawić tę sytuację. Zwrócenie się z prośbą do rodzica wynikało natomiast z konieczności wyrażenia formalnej zgody osoby sprawującej prawną opiekę nad dzieckiem lub nastolatkiem na jego udział w konsultacji psychologicznej lub psychiatrycznej, badaniach diagnostycznych czy sesjach terapeutycznych.

*Generalnie no to tak jest, że czasami rodzice **nie widzą** problemów, tak? I sami nastolatkwie (...) zwracają uwagę, szczególnie teraz, w tych okresach pandemii, chociaż przed okresem pandemicznym też już tak było, tak? Że gorzej się czują, coś się dzieje, a ten młody, i ten młody człowiek zwraca uwagę, że prosi, nie? Czy mówi, że chciałby skorzystać z pomocy psychologicznej, no głównie mówię o pomocy psychologicznej, tak? Że coś się, że nie wiem, że nie może się skoncentrować, że płacze po nocach, że ma problemy ze snem [p2]*

Według badanych, współczesna młodzież obserwuje swoje reakcje i emocje, odnotowując utrzymujący się stan niepożądany czy odmienny niż dotychczasowy, objawiający się chociażby problemami ze snem. Tymczasem rodzice mają w sobie mniejszą gotowość do sięgania po wsparcie związane ze zdrowiem psychicznym, co wyraża się w odkładaniu takiej decyzji w czasie. Dla badanych sytuacje, gdy rodzic z wizytą u psychologa wstrzymywał się, np. rok lub dłużej od zauważenia niepokojących sygnałów ze strony swojego dziecka lub od wprost zwerbalizowanego przez nie komunikatu o takiej potrzebie, nie były wcale rzadkością.

(...) jest też tak, że nastolatek zgłasza już kilka lat wcześniej potrzebę kontaktu z psychologiem, na przykład dokonuje samookaleczeń i mówi o tym, że chciałbym porozmawiać o tym z psychologiem, no i trafia po roku, po dwóch, po trzech [p12]

(...) wielokrotnie mieliśmy przypadki dzieciaków, które prosiły rodziców, że mają trudności i potrzebują psychologa, a rodzice odwlekali, tak? I odwlekali miesiąc, drugi, trzeci, no i dziecko tak jakby no nie mogąc doczekać się pomocy, no stwierdziło, że to nie ma sensu i podejmowało na przykład próbę samobójczą lekową [p25]

Należy zauważyć, że w przytoczonych cytatach wyraźnie podkreślone zostało przez badanych, że zwlekanie z zapisem do specjalisty nie wynikało z niezauważenia problemu czy objawów przez rodzica i jego niewiedzy o tym. Nie decydowali się oni na skorzystanie z wizyty u psychologa i/lub psychiatry pomimo jasnego komunikatu ze strony swojego dziecka, że tego potrzebuje. Według badanych takie bagatelizowanie trudności przez opiekunów prowadzi zazwyczaj do zaostrzenia objawów. W sytuacji, gdy młoda osoba uzna odczuwane cierpienie za przeciążające, a nie otrzyma adekwatnej pomocy pomimo werbalizowania takiej potrzeby, może zdecydować się na podjęcie zachowania samobójczego. Szczególnie, że w sytuacji kryzysu, decyzja o zakończeniu swojego cierpienia podejmowana bywa pod wpływem impulsu.

Nie potrzeba wiele często. To często jest na takiej fali chwiejności emocjonalnej, kiedy idzie ta górka taka, kiedy jest ciężko. Pamiętam takie zdarzenie, to już jakby sprzed kilku lat, bo miałam dziewczynkę w kontakcie taką odratowaną, i ona sama powiedziała, że ona teraz jak o tym myśli, to ona w ogóle nie rozumie co się stało, bo jej ktoś tam w szkole napyszczył, coś tam jej

powiedziano, ona się poczuła bardzo źle, była sama w domu, zerknęła na apteczkę i już, i wzięła. I to po prostu był moment, nie zdążyła się nad tym zastanowić [p4]

W niektórych grupach społecznych akt „proszczenia o pomoc” traktowany jest jako wyrażenie swojej słabości, w naszej kulturze szczególnie dotyczy do chłopców (Brodniak 2015). W takim rozumieniu za słabość i brak umiejętności radzenia sobie może być traktowane również udanie się po wsparcie profesjonalne w zakresie zdrowia psychicznego (O'Connor, Sheehy 2002)⁵¹. Tymczasem specjaliści biorący udział w badaniu jednoznacznie wskazywali, że zareagowanie na czas mogłoby znacznie zmniejszyć liczbę hospitalizacji.

(...) wielu rodziców też za późno reaguje w ogóle na jakiegokolwiek trudności dziecka, wiele dzieci, tak jakby na pierwszym poziomie podjąć interwencję w odpowiednim czasie to w ogóle nie trafiałyby do trzeciego poziomu. Szacuje się, że gdyby te interwencje były w odpowiednim momencie to pięćdziesiąt procent dzieci i młodzieży, które w tej chwili jest hospitalizowane, w ogóle nie trafiłoby do szpitala [p25]

Zdarzają się również sytuacje, w których rodzice spełniają prośbę i zapisują dziecko na wizytę do specjalisty, jednak nie wykazują poza tym innego zaangażowania. Nie podejmują chociażby rozmowy z dzieckiem o tym, jakie są powody jego gorszego samopoczucia, w związku z czym nie potrafią podczas umawiania terminu z psychologiem wskazać na występujące trudności. Według badanych samo zapisanie się na konsultację, nie oznacza dostrzegania dziecka i jego problemów, jest po prostu innym wymiarem umniejszania jego odczuwania i potrzeb, niż całkowite bagatelizowanie próśby o pomoc.

*Ja zawsze na początku pytam, co się dzieje, żeby ten rodzic mi powiedział, no i bardzo często otrzymuję „wie pani co, ja to nie wiem w sumie, co się dzieje tylko on, ona tak czy on mnie poprosiła, żebym zadzwoniła i żebym mówiła” i to jest w sumie tak naprawdę, powiem ci szczerze, że no tak z 60% do 40% - 60% tego, że jednak ci rodzice zgłaszają, a 40% do tego, że że, że **te dzieci** proszą tych rodziców [p14]*

(...) natomiast ja obserwuję jak tutaj do nas do poradni często rodzice przyprowadzają, bo „a tam dziecko chce porozmawiać”, prawda? A potem się okazuje, że to dziecko się regularnie tnie czy coś tam prawda? O czym rodzice najczęściej nie mają pojęcia po prostu [p3]

⁵¹ Na postrzeganie braku skutecznej strategii radzenia sobie w sytuacji kryzysowej jako słabości wskazują także listy pożegnalne osób, które popełniły samobójstwo, szczególnie młodych i w średnim wieku. W niektórych listach jako powód samobójstwa podawano nie obciążanie bliskich swoimi deficytami i trudnościami (zob. Bednarski, Urbanek 2012).

Według badanych zdarzają się także sytuacje, w których rodzice nie zdają sobie sprawy, że dziecko podjęło w przeszłości zachowanie samobójcze bez skutku śmiertelnego, a nawet, że takich sytuacji było więcej.

Mnie dzieci czasem mówią o większej ilości, jak już tutaj przychodzą, prawda? Jak ja z nimi pracuję to mówią mi o większej ilości prób samobójczych niż te, które zgłaszają ich rodzice. Czyli wygląda na to, że różne działania takie autodestrukcyjne, które podejmują, które na szczęście nie kończą się no tym ostatecznym skutkiem, są po prostu przez rodzinę niezauważane [p4]

Wielu rodziców nie lekceważy natomiast pogorszenia się wyników dziecka w nauce. Otrzymywanie niskich ocen staje się wyraźnym sygnałem do zaniepokojenia, szczególnie, jeśli wcześniej dziecko miało co najmniej przeciętną średnią. Nagła zmiana w wynikach staje się wówczas bodźcem do skorzystania ze wsparcia profesjonalistów, chociażby w formie konsultacji.

(...) w ogóle oceny też są bardzo często, to pogorszenie w edukacji, jest bardzo częstym dla rodziców takim sygnałem alarmującym, że coś się dzieje z dzieckiem i wtedy należy je zaprowadzić na jakąś konsultację [p15]

Podobnie w sytuacji, gdy dziecko w ich interpretacji jest niegrzeczne czy nieposłuszne. Rodzice, nie mogąc sobie z tym poradzić, zgłaszają się wówczas do psychologa. Przy czym jako konfliktowość dziecka często postrzegane bywa wytworzenie przez niego własnych poglądów oraz hierarchii wartości, które nie są zgodne z wartościami rodziców (Tillmann 2006).

Konsultacja ze specjalistą nie jest więc postrzegana jako sposób na rozwiązanie trudności dziecka, lecz własnych problemów wychowawczych. Decyzja o skorzystaniu ze wsparcia profesjonalnego wynika tym samym z motywacji ukierunkowanej na dobrostan rodzica, a nie młodej jednostki zmagającej się z szeroko rozumianym kryzysem.

Przychodzą też dzieci często, no właśnie, gdzie rodzice mówią „nie słucha się” (śmiech), „nie słucha się”, „jest niegrzeczny”, „sto razy powtarzam”, i tak dalej [p11]

*(...) najczęściej to jest tak, że przychodzi rodzic, ten rodzic albo **sam** coś zauważył albo na przykład widzi, bo dziecko jest, jego zdaniem, konfliktowe w stosunku do niego, prawda? I to jest coś, co go niepokoi, bo **on** czuje dyskomfort (...) niestety bardzo często ta troska wynika z bardzo egoistycznych pobudek, tak? „Bo on/ona się nie słucha, „bo on/ona mi pyskuje”, „bo on/ona jest taki czy siaki” [p26]*

Jeszcze innym powodem, który staje się dla rodziców bodźcem do skorzystania z konsultacji psychologicznej jest niespełnianie przez dziecko ich wysokich oczekiwań.

Wizyta u psychologa staje się wówczas próbą pracy nad tym, aby dziecko osiągało sukcesy lub jeszcze lepsze wyniki niż obecne, spełniając tym samym przyjęte przez rodziców wymagania.

(...) czasami jest tak, że zgłaszają się rodzice z kolei, którzy chcą popracować nad czymś żeby dziecko było jeszcze lepsze, nazwijmy to, że problemem nie jest coś co by można w ogóle rozpatrywać w patologicznym jakimś rozumowaniu czy diagnozowaniu patologii, tylko, że, no nie wiem, dziecko, które ma mieć oceny, nie wiem, powyżej czwórek, czy jakieś takie... chęć perfekcji. (...) żeby dziecko było jeszcze bardziej doskonałe, chociaż patrząc w kategoriach normy (...) jest zdecydowanie w normie, wszystko się rozwija dobrze, emocjonalnie, poznawczo, społecznie, wszystko się zgadza, tylko rodzic ma jakieś wymagania, i też się zgłasza z tym do poradni. (...) takie chęci pracy wokół... nie wiem jakby to nazwać... polepszeniem, jakimś takim... hiper rozwinięciem dziecka, też by chcieli rodzice [p16]

Luka w dostępie do leczenia (ang. *treatment gap*) oznacza różnicę pomiędzy liczbą osób, które doświadczają zaburzeń psychicznych i potrzebują profesjonalnego wsparcia w tym zakresie, a liczbą osób, która rzeczywiście z takiej pomocy korzysta. Nie wynika ona jednak jedynie z braku specjalistów, a na przykład z obawy przed oceną, stygmatyzacją czy samą diagnozą, tj. w barierach psychologicznych oraz społecznych (Klingemann, Moskalewicz 2021).

Badani zwracali uwagę, że współczesne dzieci oraz młodzież częściej niż starsze roczniki przełamują wieloletnie, kulturowe tabu związane z korzystaniem ze wsparcia profesjonalnego w zakresie zdrowia psychicznego. Wizyta u psychologa lub psychiatry nie stanowi dla nich powodu do odczuwania wstydu, a raczej jest naturalną próbą poprawy swojej sytuacji i samopoczucia. Często zupełnie odmienną postawę prezentują natomiast ich rodzice lub opiekunowie, od których zależy możliwość zapisania się wizytę, przez co przesuwana jest ona w czasie. Konsekwencją tego jest chociażby udzielanie pomocy dziecku w zaognionym już kryzysie, czego można było uniknąć reagując na zwerbalizowane potrzeby.

2.4. Pokłóciłam się z dzieckiem, i poszturchałam je i pchnęłam je – przemoc w domu

Wśród przyczyn kryzysów dzieci i młodzieży badani wymieniali zazwyczaj rodziny dysfunkcyjne, w których występuje przemoc, alkohol lub inne substancje psychoaktywne. Jeden z badanych zwrócił uwagę na wieloletnie, społeczne przekonanie, że przemoc fizyczna nie jest tak naprawdę przemocą, lecz stanowi metodę wychowawczą. Przemocowi

rodzice nie wiążą trudności dziecka z wymierzaniem przez nich kar cielesnych, jak wskazał rozmówca, świadomość w tym zakresie wciąż jest bardzo niska.

*(...) często spotykam rodziny po prostu niewydolne wychowawczo. W ogóle w Polsce wśród dorosłych ludzi jest bardzo duże, tak jakby niezrozumienie czym jest przemoc fizyczna czy psychiczna. W Polsce dalej, tak jakby jest takie myślenie wśród rodziców, że danie klapsa to jest prawidłowe oddziaływanie wychowawcze. (...) jedna na trzy-cztery rodziny (...) no to piszemy średnio właśnie do sądu rodzinnego o wgląd kuratora w sytuację rodzinną. I bardzo często tak jakby na konsultacjach rodzinnych rodzice dopiero tak jakby uświadamiają sobie, że no nie wiem, popchnięcie dziecka na szafę, tak? Czy uderzenie go ścierką, kablem czy czymś tam, jest **przemocą** (...) i tacy rodzice nie mają świadomości, że powoduje to jakieś zaburzenia u dziecka, choćby nie wiem, lękowe, tak? (...) miałem chyba w zeszłym roku taką sytuację, gdzie tak jakby rodzic mówi „no, tam pokłóciłam się z dzieckiem, i poszturczałam je i pchnęłam je, właśnie, na szafę, a potem, po popchnięciu upadło na podłogę” i ta osoba mówiła to tak bez jakiegokolwiek refleksji [p25]*

Przemoc ma różne oblicza, badani wyraźnie wskazywali na to, że rodzice wielokrotnie stosując ją względem swoich dzieci, wypierają lub nie są świadomi swojego krzywdzącego działania. Jedną ze stosowanych przez rodziców form przemocy jest wzbudzanie wyrzutów sumienia i obarczanie dziecka odpowiedzialnością lub winą za niewydolność systemu rodzinnego.

Na przykład dziewczynka, mieszkała z mamą, tatą, tata pił, w ogóle jest upośledzony umysłowo, jest tam babcia, która jest już trochę „zdemenciała”, no i była przemoc, alkohol i w ogóle, i mama się wyprowadziła z dziećmi do niedalekiej miejscowości. Tata nie chce współpracować, w ogóle uważa, że to jest skandal i w ogóle, dziewczynka no jakoś tam zareagowała tak depresyjnie i ten tata ją nęka telefonami, że powinna wrócić, że to jest w ogóle nie w porządku, że go zostawiła, opuściła i tak dalej, i tak dalej. I to samo babcia. No i teraz jak to dziecko, jak my mamy pomagać? Jak ono się ma dobrze czuć? No żeby nie wiem jak mu poprawić nastrój lekami, podnieść poziomy tych substancji, które pospadały, no to codziennie jest narażone na to, że ma znowu wyrzuty sumienia i tak dalej [p1]

Wśród takich zachowań pojawia się również stosowanie szantażu emocjonalnego względem dziecka lub nastolatka.

*(...) ostatnio taką miałam, powiedziała, że ona się boi, no ja rozumiem, że się boi, co to będzie, czy to dziecko znowu nie podejmie próby samobójczej, i że ona powie dziecku w takim razie, że jeżeli dziecko coś jeszcze odwali to ona już tego nie wytrzyma i wyśle je do ojca. Z którym to dziecko nie ma w ogóle kontaktu. Od, nie wiem, dziesięciu lat. (...) I ta mama robi to **naprawdę** nieświadomie i niecelowo i w ogóle nie zdając sobie sprawy z tego, co to się dzieje [p1]*

Niektórzy rodzice tak bardzo nie zauważają udziału przemocy w rodzinie w kryzysie dziecka, że interwencje specjalistów, którzy zobowiązani prawem karnym, mają obowiązek zgłaszania incydentów przemocy, traktują jako atak na rodzinę. Z jednej strony wynika to z błędnego traktowania przemocy fizycznej względem dzieci jako jednej z metod wychowawczych (Halemba, Izdebska 2009), z drugiej strony można tu również zauważyć poczucie zagrożenia wywołane przez obcą osobę naruszającą system rodzinny (zob. Rek-Woźniak, Woźniak 2014, 2013), podobne do tego, o którym pisałam w podrozdziale 2.2. dotyczącym podejścia do opieki psychologicznej i psychiatrycznej.

*Ja też się zdarzyła kiedyś z taką sytuacją, że matka, która **naprawdę** się ostro znęcała nad swoją córką, oczywiście zgłosiłam sprawę, poszło pismo o zabezpieczenie dziecka i tak dalej, zaczęła grozić mi, że mnie zniszczy, bo jej rozbijam rodzinę i chcę jej dziecko zabrać, nie? [p24]*

Jednocześnie zwrócono uwagę, że dla dziecka lub nastolatka wychowywanego w dysfunkcyjnej rodzinie, codziennością są uzależnienia, zachowania agresywne czy szkodzące dziecku i całemu systemowi rodzinnemu. Przekazywane wówczas wzory postępowania w życiu codziennym odbiegają od przyjętych w społeczeństwie norm i wartości. Stanowią jednak jedyną znaną i sprawdzającą się w danych warunkach strategię przetrwania w toksycznym środowisku. Według jednej z badanych jest to naturalna konsekwencja wzrastania w niesprzyjającym środowisku, w którym stosowanie przemocy i ukazywanie swojej siły wyznacza pozycję społeczną jednostki.

Jeżeli dziecko jest z rodziny, w której leje się alkohol strumieniami na przykład i jest przemoc, to jak ono ma się zachowywać? Ja bym też się zachowywała źle [p1]

(...) kiedyś na przykład taki chłopak (...) bardzo wulgarny, no i tam jakaś rozmowa, że może by jednak te wulgaryzmy w stosunku do naszych pielęgniarek to trochę ograniczył, no bo coś tam, coś tam, a on mówi „pani! Jak ja się odzwyczaję, to ja nie będę miał po co do siebie wracać! Pani ze mnie jakiegoś aniołka zrobi, i przecież mnie tam no śmiechem zabiją”. No i też ma rację [p1]

Temat przemocy rodziców względem dzieci pojawiał się w wypowiedziach wielu badanych. Zazwyczaj dotyczył przemocy fizycznej oraz stosowania jej jako tzw. metody wychowawczej, która przez wielu rodziców wciąż nie jest postrzegana jako krzywdzenie. Równie niską świadomość posiadają rodzice w temacie tego, czym jest przemoc psychiczna, którą stosują wobec swoich dzieci w postaci np. szantażu emocjonalnego czy wzbudzania poczucia winy. Badani poruszyli także temat rzadko wspomianej przemocy ekonomicznej względem dzieci. Główny wniosek w ramach tej kategorii analitycznej

dotyczy powszechności różnych form przemocy w systemach rodzinnych oraz bardzo niskiego poziomu świadomości ich konsekwencji w społeczeństwie.

2.5. Dziecko jest narzędziem w ich walce – rodziny rozbite i skonfliktowane

Według badanych, kolejnym czynnikiem w obrębie rodziny, który może pogarszać stan psychiczny młodych jednostek jest skonfliktowanie wewnątrz systemu rodzinnego, które przyjmuje skrajną postać w sytuacji rozwodu rodziców. Rzeczywiście rozwód postrzegany jest jako jeden z ciężkich stresorów kryzysogennych charakterystycznych dla młodzieży (Badura-Madej 2004, za: Borecka-Biernat i in. 2018). Zdaniem badanych nie tyle jednak sam rozwód, co postawa osób rozwodzących się lub już rozwiedzionych jest zazwyczaj źródłem trudności i cierpienia młodych osób. Niektórzy rodzice wykorzystują bowiem dziecko do walki między sobą, traktując je tym samym bardziej niczym przedmiot niż podmiot.

(...) dużo dzieci jest z rodzin albo dysfunkcyjnych albo rozbitych, i tam rodzice są tak skonfliktowani, że, że jakby dziecko jest narzędziem w ich walce [p6]

Konflikty rozwiedzionych rodziców, którzy dzielą prawa do opieki nad dzieckiem, często bezpośrednio przekładają się na powstawanie sporów w sytuacjach podejmowania decyzji dla lub za niepełnoletnie dziecko. Mogą to być zarówno decyzje dotyczące udziału w wycieczkach szkolnych, jak i procesu leczenia zarówno zdrowia w zakresie fizycznego, jak i psychicznego. Spory te nie zawsze wynikają z różnicy poglądów, niekiedy jest to jedynie poszerzeniem pola konfliktu byłych partnerów. W takiej sytuacji w ogóle nie jest brane pod uwagę dobro dziecka, a to dorośli i ich konflikt znajdują się w centrum.

Stanowi to również dodatkowe obciążenie dla specjalistów, którzy chcą wprowadzić lub kontynuować określone leczenie, lecz nie mogą postąpić wbrew jednemu z rodziców, który posiada prawo do decydowania. Natomiast wypracowanie wspólnego zdania u rodziców pacjenta bywa czasem nie tyle kłopotliwe, co wręcz niemożliwe.

(...) dużo, i to nieproporcjonalnie dużo dzieci, które trafiają do oddziałów psychiatryczny są z rodzin rozbitych albo zrekonstruowanych. I jest konflikt między rodzicami. (...) powiedzmy, że mama ma pełne prawa rodzicielskie, ojciec ma ograniczone prawa czy tam te, władze rodzicielskie, ale ograniczone władze, no on i tak może decydować, więc przychodzi mama, chce, żeby córka była w szpitalu, przychodzi tata i żąda wypisu, bo on nie akceptuje tego, tak? Bywa też, że, że szpital tak, ale leki nie. I nie wiadomo właściwie, co z tym pacjentem mamy robić, skoro leczyć nie wolno, tak? [p5]

Rozwód rodziców wiąże się jednak nie tylko z konfliktami – dzielenie praw i obowiązków wynikających z opieki nad osobą nieletnią może prowadzić do funkcjonowania dziecka w jakby dwóch odmiennych rzeczywistościach społecznych. Badani wskazali na sytuację, w której dziecko ma inny styl funkcjonowania w rodzinie będąc z matką, a inny będąc z ojcem. Zazwyczaj u rodzica, z którym mieszka, musi dostosować się do szeregu reguł i obowiązków, z kolei czas spędzany z drugim rodzicem kojarzony jest z rozrywką.

(...) rodzic nierówny (...) to bardzo często w rodzinach po rozwodzie, że jeden wymaga bardzo dużo, jeśli chodzi o, nie wiem, sprzątanie, naukę, i to jest ten rodzic z reguły, który ma to dziecko dłużej u siebie, a drugi rodzic właśnie no dziecku kojarzy się z wakacjami, z jakimś takimi odpočzynkiem i potem jest tak, że rodzą się ogromne trudności w tym jak to dziecko ma, ma się odnaleźć [p13]

Sytuacje, w których rodzice oczekują, że dziecko opowie się po jednej ze stron, nie dotyczą jednak tylko rodziców po rozwodzie – czasem jeden z rodziców wymaga tego od dziecka przy okazji kłótni z drugim rodzicem.

Zauważyłam, że właśnie miałam sporo pacjentek, które skarżyły mi się właśnie na to, że muszą być dla swoich mam doradczyniami, przyjaciółkami, że mama opowiada o co się pokłóciła z tatą, że w jakiś sposób doradza się u tego dziecka, co ma robić albo właśnie zaczyna gdzieś to dziecko rozszczępiać w tej jego miłości do rodziców, że powiedzmy jest kłótnia z tatą, no to dziecko wie o co ta kłótnia, wie, że tata nie zachował się tak, jakby mama chciała i, i to potem właśnie rodzi takie kryzysy [p13]

Rozwód rodziców jest jednym z czynników kryzysogennych, badani zwrócili jednak uwagę nie tyle na sam rozwód, co na skonfliktowanie rozwodzących się lub rozwiedzionych rodziców. Napięta sytuacja pomiędzy nimi prowadzi bowiem często do traktowania dziecka jako narzędzia w sporze, co z kolei przyczynia się nie tylko do powstawania u niego trudnych emocji czy myśli, ale także znacznie utrudnia proces leczenia, w którym wymagana jest zgodność opiekunów.

2.6. Masz mnie kochać, bo jesteś moim dzieckiem – problemy w budowaniu więzi

Jako jeden z ważniejszych czynników, które przyczyniają się do trudności dzieci i młodzieży, badani wskazywali brak więzi w rodzinie, które wyodrębniłam jako kolejną kategorię analityczną. Zawarłam w niej zarówno brak stworzonej więzi w ogóle, gdyż w niektórych rodzinach nie miała ona nawet szans się wytworzyć ze względu na silną dysfunkcjonalność rodziny, jak i brak więzi, którą można byłoby określić jako zdrową

i nieszkodzącą. Obie te sytuacje nie spełniają funkcji otoczenia dziecka lub nastolatka bezpiecznymi relacjami ze znaczącymi innymi, które przyczyniałyby się do prawidłowego rozwoju emocjonalnego i społecznego, w tym do ugruntowania pewności siebie i zaufania do innych, co wpływa na budowanie relacji w przyszłości (Rosa 1996, Pietrasiński 1990). Jeden z rodziców zazwyczaj stanowi dla dziecka tzw. główną figurę przywiązania, natomiast dzieci nie posiadające w ogóle wzoru bezpiecznego przywiązania funkcjonują dużo gorzej (Stawicka 2008). Niektórzy rodzice wychodzą jednak z założenia, że miłość dziecka do rodzica (i odwrotnie) jest naturalna i nie ma potrzeby o nią dbać. Takie przekonanie usprawiedliwia pewnego rodzaju bierność w interakcjach i brak zaangażowania w budowanie relacji, zaufania i bliskości.

(...) to jest niestety znak naszych czasów, że brak tak jakby budowania relacji z dziećmi, tak? (...) mieliśmy pacjentkę, która w zasadzie dziewięć miesięcy spędziła sama w pokoju, jak było zdalne nauczanie w czasie pandemii. Wyglądało to tak, że miała lekcje zdalne w pokoju, od rana do tam, popołudnia, popołudniu przychodzili rodzice do domu, ona wychodziła z pokoju, i było na zasadzie „co tam słyhać?”, „dobrze”, „a w szkole jak tam?”, „też okej” i na tym rozmowa się kończyła i to dziecko wracało do pokoju, gdzie spędzało resztę dnia, a rodzice spędzali resztę dnia tam, nie wiem, w drugiej części mieszkania. I finalnie, tak na dobrą sprawę, to dziecko było w izolacji dziewięć miesięcy. Tylko w takiej całkowitej izolacji, pomimo, że przebywało z rodzicami w domu. No skończyło się depresją (...) i miała myśli samobójcze [p25]

Dziecko wzrastające w otoczeniu pozbawionym bliskości i bezpieczeństwa, może mieć nie tylko trudności w budowaniu zdrowych relacji w przyszłości, ale przede wszystkim doświadcza emocjonalnego zaniedbania. W przeciwieństwie do swoich rodziców, zazwyczaj nie wypiera konsekwencji tak wyglądających relacji w rodzinie, gdyż wyraźnie je dostrzega w swoim stanie zdrowia psychicznego, a przede wszystkim w braku wsparcia ze strony najbliższych mu osób. W takiej sytuacji nastolatek (gdyż zazwyczaj dotyczy to już młodzieży) wykazuje często dużo większą otwartość niż rodzice na sformułowanie myśli, że nie czuje miłości w stosunku do pozostałych członków swojej najbliższej rodziny. Wydaje się, że w tym sensie młodzież potrafi lepiej wsłuchać się w swoje własne emocje i potrzeby, niż w nakładane kulturowo oczekiwania dotyczące bezwzględnej miłości i szacunku do matki i ojca⁵².

W moim odczuciu, ilość pacjentów psychiatrycznych wzrasta ze względu na to, że oddalamy się od siebie jako ludzie, oddalamy się od siebie w rodzinach, nie dostajemy w rodzinach odpowiednio dużo wsparcia emocjonalnego (...) ta emocjonalna więź jest coraz słabsza, co

⁵² Podobnie jak w przypadku miłości rodzica do dziecka, która kulturowo postrzegana jest jako bezwarunkowa, szczególnie w przypadku matek (zob. Badora 2011).

*przenosi się na to, że **później** ta kondycja psychiczna dzieciaków jest jaka jest (...) gdyby no te więzi były w porządku, w sensie, że byłyby silniejsze to na pewno mielibyśmy zdecydowanie mniej pacjentów, co nie znaczy, że by ich nie było, ale byłoby ich zdecydowanie mniej [p19]*

*(...) wydaje mi się, że nie potrafi się budować relacji z dzieckiem, że to jest chyba takie clue, że tutaj nic się takiego nie dzieje, że to powinno być według rodziców chyba **samo** powinno istnieć, bez takiego, wiesz, wkładu własnego, tak? Bez wysiłku, że to **powinno być**, tak? No **masz mnie kochać**, bo jesteś moim dzieckiem, ja cię kocham, bo ja jestem twoją matką, tak? Ale no ta miłość różnie wygląda. Dla mnie czymś niesamowitym jest kiedy niejednokrotnie dzieci, wiesz co, przewyższają taką, taką odwagą wglądu w siebie i kiedy dziecko mówi, że „wie pani co, ja chyba nie kocham swojej matki”, rzadko który rodzic sobie pozwala chyba na taki wgląd w siebie, a niektóre dzieciaki to potrafią, tak? [p9]*

W relacjach pozbawionych bliskości i otwartości na siebie nawzajem, brakuje również akceptacji dla dziecka. Jeżeli jego upodobania, zainteresowania czy poglądy odbiegają od tych, które posiadają rodzice, może w codziennym kontakcie doświadczać oceny, agresywnych komentarzy czy wręcz niechęci i odrzucenia ze strony środowiska rodzinnego.

Najgorzej jest dzieciom w tych środowiskach, które są bardzo sztywne i bardzo oceniające i bardzo takie napastliwe, takie agresywne wobec różnych inności, to jest chyba wtedy takie najbardziej zagrażające kryzysem [p7]

Stworzenie zdrowej więzi wymaga uważności na drugą osobę i umiejętności komunikowania się w sposób otwarty, pozbawiony oceniania czy agresji. Badani zwracali uwagę na braki w tych zasobach u wielu rodziców. Wskazywali także na brak zainteresowania życiem dziecka, a konkretniej aspektami, które wychodziłyby poza oceny otrzymane w szkole. Brak rozmowy o tym, co dzieje się u dziecka, czym się interesuje czy jak się czuje wpływa na wzmacnianie w nim poczucia nieistotności.

*No a szczególnie, no **głównym** problemem, **głównym** problemem, ja tak widzę, że jest brak uwagi, brak uwagi rodziców i opiekunów [p2]*

(...) niewielu jest takich rodziców, którzy mają w sobie taką otwartość i taką świadomość, że warto też dziecku zadać pytanie nie tylko jaki jest twój ulubiony przedmiot w szkole, ale jaki jest na przykład twój ulubiony influencer czy kanał na youtube. No jak się nie wie takich rzeczy, no to to niestety rzutuje na relacje [p24]

Szczególnie, że dorośli są współcześnie przemęczeni nagromadzeniem obowiązków i informacji, a więc sytuacja, w której dziecko nie jest absorbujące, nie zwraca na siebie uwagi jest traktowana jako „normalna” i pożądana.

(...) my jesteśmy przebadzowani, więc jak ktoś jest taki niewidoczny to my, to my się cieszymy, tak? Że no po prostu mamy trochę wytchnienia (...) taka uważność nas dorosłych, tak? [p3]

Rozmówcy zwrócili także uwagę na to, że werbalizowanie uczuć przychodzi niektórym rodzicom z trudem, przez co ich dzieci rzadko słyszą o uczuciach.

*Też taka nieumiejętność komunikowania się, tak? Z dziećmi. Cała masa niedomówień, nie wiem, życie w tajemnicach, tak? W takim właśnie ograniczaniu dostępu dzieciaków do takiego życia rodzinnego i do takiego zapewnienia ich ważności w tej rodzinie (...) to, że rzeczywiście nie ma się dla niego czasu i to, że nie wiem, nie mówi się, że się kocha dzieci – „no przecież wiedzą o tym, tak? No przecież o tym wiedzą”. Ale często dzieciaki tego **nie** wiedzą, tak? Nie zawsze potrafią czytać między zachowaniami rodziców, że to jest właśnie to, a nie co innego [p9]*

Tymczasem bliska relacja pomiędzy rodzicami a dzieckiem, bazująca na przywiązaniu bezpiecznym, pełni funkcję ochronną nie tylko w sytuacji pojawienia się trudności. Jest także istotnym czynnikiem prewencyjnym, który daje młodej osobie poczucie bezpieczeństwa i pewność, że może polegać na swoich bliskich (Deptuła 2013). Badani podkreślali, że w rodzinach, gdzie tworzone są bliskie relacje, w chwili pojawienia się problemu dziecko nie ma wątpliwości do kogo może się z nim zwrócić. Pierwszym, dość oczywistym wyborem są wówczas rodzice. Nie zawsze posiadają oni wystarczające zasoby, aby udzielić potrzebnego wsparcia, mogą jednak wówczas poszukać odpowiedniego miejsca, do którego zgłoszą się wraz z dzieckiem.

(...) to nie chodzi o reakcję na konkretny kryzys tylko w ogóle o relację z dzieckiem, bo jak masz fajną relację z dzieckiem i dziecko czuje się bezpieczne w relacji to najczęściej będzie szukało pomocy u ciebie (...) oczywiście może wtedy potrzebować pomocy psychologa, psychiatry, (...) ale rzadko, rzadko będzie potrzeba hospitalizacji [p19]

Zdaniem badanych, przyjmowanie skrajnych postaw wychowawczych również nie sprzyja budowaniu zdrowej relacji. Jeśli rodzice nie wykazują żadnego zainteresowania dzieckiem, tym co robi czy gdzie jest, traktowane to jest jako zaniedbanie i nieodpowiedzialne zachowanie względem osoby, dla której jest się opiekunem. Równie szkodliwe jest jednak zbyt duże zainteresowanie, które wiąże się z nadmierną kontrolą i narusza granice prywatności dziecka (Michałowska i in. 2008). W wypowiedziach badanych obie te skrajności wymieniane były jako źródła trudności dla młodzieży w tworzeniu zdrowej tożsamości, a także jedna z przyczyn nieprawidłowego wyodrębniania przez nich swojej jednostkowej niezależności.

(...) podstawowym błędem to jest takie myślenie, że to jest miniatura dorosłego, już powinna być odpowiedzialna taka osoba i takie albo, albo takie przesadne jakby pilnowanie, kontrolowanie albo też zostawienie samemu sobie, tak? [p4]

*(...) mam takie poczucie, że to partnerstwo jest czasem źle rozumiane, tak? (...) Że rzeczywiście te granice są zatarte i nie wiem, dzieci stają się dorosłymi, tak? (...) kwestia pełnienia ról w tej rodzinie jest tak bardzo pomieszana, tak? I jak, nie wiem, chłopiec, który do mnie przychodzi od dwóch lat, i który w końcu mówi, że „wie pani co? No chyba jestem zbyt dorosły”. I to chyba jest, no z jednej strony jest dobre, ale jednocześnie nie jest w stanie się porozumieć ze swoimi rówieśnikami, tak? Oni wydają mu się tak dziecinni, ale on od szóstego roku życia jest partnerem matki. I on pełni **taką** rolę. I mama mówi „no on jest taki wspaniały! Jest taki cudowny, zawsze taki wyrozumiały, zawsze mnie wspierał, taki dojrzały, on się nigdy nie buntował”, tak? Tylko nagle zaczął się samookaleczać, tak? Tylko ma tiki. Tylko nie może sobie dać rady, nie może wyjść z domu, żeby nie wykonywać tysiąca rytuałów, tak? [p9]*

Niezależność jednostki kształtuje się wraz z jej dorastaniem. Wraz z wchodzeniem w etap adolescencji pojawia się coraz wyraźniejsza potrzeba wyznaczania swoich granic, a tym samym modyfikacji dotychczasowej roli rodzica jako troskliwego, zaangażowanego opiekuna i autorytetu. Rodzice nie zawsze przyjmują proces tych zmian łatwo (Oleszkowicz, Bąk 1997). Według badanych, rodzice mający trudności w zaakceptowaniu swojej nowej roli, wcale nie należą do rzadkości.

(...) jeżeli bierzemy pod uwagę nastolatki, no to w momencie, w którym one zaczynają wkraczać w wiek dojrzewania, dziecko się zmienia. Bardzo często jest tak, że rodzice nie do końca są na to przygotowani, że te zmiany będą tak mocne, tak silne, i jakby no, rodzice muszą się troszeczkę pożegnać, tak trochę z dnia na dzień, z takim wizerunkiem dziecka, które do tej pory uznawało je za autorytet, słuchało ich i no, można powiedzieć, że nie podważało żadnego ich zdania [p15]

*(...) natomiast u starszych dzieciaków, no tak myślę siódma, ósma klasa, liceum, to to już są dzieci, które też potrzebują też trochę swobody i trochę niezależności (...) wiele dzieci **nie ma** tego pola. Po prostu nie dostają tego pola na bycie niezależnym i na decydowanie o czymkolwiek, no nie? A potrzebują tego, bo to jest ta potrzeba autonomii, którą oni chcą wykształcić, to jest naturalne rozwojowo, ale gdzieś tam dużo rzeczy jest hamowanych. Myślę, że rodzice robią to kompletnie nieświadomie, natomiast hamują to w jakiś sposób i dzieciaki się buntują, frustrują, no też z tego wynika dużo zachowań trudnych, które się pojawiają, tylko rodzice tego po prostu w jakiś sposób nie potrafią połączyć [p20]*

Według badanych dużym problemem dla niektórych rodziców jest dostrzeżenie granicy pomiędzy troską a nadopiekuńczością wobec dziecka i wyważenie swojej postawy. W tym sensie można byłoby przyrównać decyzyjność do gry o sumie zerowej – im więcej o nastolatku decyduje rodzic, tym mniej może on decydować sam o sobie, i odwrotnie.

Nadopiekuńczość ze strony rodziców oznacza „zawłaszczenie” przez nich pola decyzyjności, które w coraz większym zakresie powinno przechodzić we władanie młodej jednostki. Zdaniem badanych, przejawem podporządkowania się takiej sytuacji są w konsekwencji trudności, z którymi dziecko będzie zmagać się w przyszłości już jako dorosły.

(...) na początku jest więcej tej chociażby kontroli ze strony rodziców, tak? Ona stopniowo, gdzieś tam się musi, tak, zmniejszać w kierunku tej autonomii, którą, którą dziecko powinno mieć. No i zdarzają się na przykład tacy rodzice albo bardzo kontrolujący albo bardzo narzucających gdzieś swoje zdanie, no i to dziecko nie ma takiej możliwości, na przykład, poradzania sobie z tym – no podporządkowuje się, no i jakby to wszystko gdzieś tak wychodzi w postaci tych właśnie trudności emocjonalnych albo, albo są też właśnie rodzice, którzy zupełnie nie podążają za, za dzieckiem, zupełnie nie są responsywni, no i wtedy jest, jest właśnie to zaniedbanie tych wszelkich potrzeb [p22]

Co ciekawe, w przypadku opowiadania o nadopiekuńczości, jeżeli badani rezygnowali z określenia „rodzic” czy „rodzice” to zawsze mówili w tym kontekście o matkach. Z przytaczanych przez nich historii wynikało, że częściej to matki mają trudności w dostrzeżeniu granicy pomiędzy troską a jej nadmiarem, w związku z czym stanowczo zbyt długo sprawują pełną opiekę nad dzieckiem wykonując wokół niego czynności, które z racji swojego wieku, powinno wykonywać już samo. Dotyczy to chociażby pielęgnacji ciała, co w przypadku nastolatków jest już nie tylko ingerowaniem w ich niezależność, ale także i prywatność. Innym przykładem przywołanej nadopiekuńczości było natomiast „zlewanie się” matki ze swoim dzieckiem poprzez stosowanie narracji „my”, odbierającej dziecku poczucie odrębności i własnej podmiotowości.

*(...) mamy kryzys rodziny. I jakby tam nie ma relacji **żadnych**, rodzice nie potrafią nawiązywać poprawnych relacji, jak gdyby to jest tak, że znowu jest ze skrajności w skrajność - albo rodzice są totalnie odizolowani, (...) te dzieci też nie mogą mieć poczucia przynależności, bo co to jest za rodzina, która, nie wiem, ze sobą nie rozmawia, która się ignoruje, która nie spędza ze sobą czasu albo znowuż jest **taka** nadopiekuńczość i kontrola (...) oni nie są osobną jednostką tylko są **razem z mamą** albo razem z rodzicami. Właśnie w piątek miałam taką, takiego nowego chłopaka, na pierwszą wizytę oczywiście przychodzi z rodzicem (...) generalnie nie ma żadnego problemu z tym chłopcem, tylko jakiś tam problem z nauką, no i ona mówi „no bo wie pani, bo my mamy jedynekę z matematyki, mamy dwójkę z czegoś tam”, a ja mówię „przepraszam, ale jacy my?”, a ona, tak, niech to będzie Krzysiu (śmiech) „no Krzysiu ma”, ja mówię „ale to dlaczego pani powiedziała my?”, a ona w szoku po prostu, a ona „no bo mi chodziło no, że no, że Krzysiu ma, że ten” i ja mówię „no to jeżeli Krzysiu ma to proszę mówić,*

*że Krzysiu ma jedynekę, a jeżeli pani również wystawią tą jedynekę, no to wtedy pani może powiedzieć że **my** mamy jedynekę, prawda?” (...) one **pożerają**, te **matki** w tym momencie **pożerają** po prostu dla mnie te dzieci [p14]*

(...) mam taką nastolatkę, gdzie po pół roku się okazuje, że rodzice są, mama właściwie, tak nadopiekuńczy, że do tej pory jej myje włosy [p11]

Postawa charakteryzująca się nadopiekuńczością i nadmierną kontrolą jest współcześnie wspierana przez dynamiczny rozwój technologiczny. Rodzice nie tylko mogą instalować oprogramowania do bezpiecznego korzystania z Internetu, które dodatkowo potem pozwalają im prześledzić odwiedzane przez dzieci witryny internetowe, ale także zainstalować lokalizator w telefonie czy po prostu sprawdzać lokalizację dziecka poprzez uruchomiony GPS w telefonie. Takie działania nie tylko obdzierają młode osoby z prywatności, której potrzebują jej coraz więcej wraz z dojrzwaniem, ale także nie uczą zaufania. Taka inwigilacja może być odebrana jako brak zaufania ze strony najbliższych. Badani podkreślali jednak, że zachowania te wynikają z nadmiernej troski rodziców i nieświadomości konsekwencji swoich czynów, i że nie można tego określić jako świadome szkodenie swojemu dziecku.

(...) i okazuje się, że problemem jest to, że rodzice nie wypuszczają tego dziecka mimo, że ma piętnaście lat, tak, i nadal, nie wiem, myją mu włosy. No i, no właśnie, przekrój jest różny, bo może być okaleczające się dziecko z depresją, i może być dziecko, które rodzice chcą dobrze a robią mu krzywdę. Nie, i to też jest trudne żeby powiedzieć tym ludziom, że chcą dobrze, a to robi więcej złego... niż dobrego [p11]

*Ja rozumiem, że mogę mieć lokalizator i gdyby **naprawdę** dziecko się nie odzywało, no to, to zajrzę, tak? Że nie wiem, dzwoniłam raz, drugi, trzeci, nie ma dwie godziny po, no to, ale moment, w którym zaglądam po to, żeby stwierdzić „a dobra, jest u Krysi”, czyli nie dzwonię, nie pytam „gdzie jesteś? Co robisz?” [p7]*

Jedna z rozmówczyń nazwała to „przytłoczeniem lękiem” o dziecko. Przekazy medialne napawają niepokojem pod różnymi względami, sugerując, że wszędzie czyha niebezpieczeństwo. Codzienne funkcjonowanie z podsycanym przez media lękiem zaburza funkcjonowanie i wpływa negatywnie na relację z dzieckiem, które stoi pomiędzy potrzebą własnej niezależności, a wzbudzonymi przez rodzica wyrzutami sumienia, gdy próbuje się odseparować. Wyodrębnienie się młodego człowieka z rodziny jest całkowicie naturalnym procesem w cyklu życia. Zadaniem rodziców jest, aby poradzić sobie z własnym lękiem o swoje dziecko, a także z jego rosnącą niezależnością. Inna rozmówczyni zasygnalizowała, jak ogromną rolę we wzmacnianiu tego lęku i braku konieczności

radzenia sobie z nim, pełni właśnie współczesna technologia i urządzenia elektroniczne, które umożliwiają sprawowanie nadmiernej kontroli nad dzieckiem.

*(...) dzieci zaczynają być wychowywane przed media, bo rodzice też chyba są przytłoczeni takim lękiem o dziecko i łatwiej jest posadzić, coraz częściej też widzę, że już te małe dzieci są posadzone przy tej komórce czy przy komputerze i właściwie z jednej strony przychodzą leczyć z tego dzieci, a z drugiej strony wychodzi, że bezpieczniej jest, jak to dziecko siedzi w domu i na tym komputerze tam coś robi niż jakby miało wyjść i nie daj boże nie mieć zegarka przynajmniej z lokalizatorem, bo to też jest coś niesamowitego (...) „nie mogę wyjść z psem, bo nie mam tutaj zegarka ciociu, nie wzięłam zegarka”, ja mówię „jak nie możesz wyjść z psem?” (śmiech), „bo muszę mieć ze sobą” (...) do mnie dopiero dociera jak sobie nasi rodzice radzili z tym, że no, no trzeba było **znieść** ten niepokój, że poszliśmy dalej niż przed dom, tak? No i jakoś sobie poradzić z tym **wyobrażeniem**, co to się może dziać [p7]*

Jednym z istotniejszych problemów zidentyfikowanych przez badanych jako czynnik kryzysogeny jest problem w budowaniu więzi z własnym dzieckiem. Rozmówcy podkreślali, że rodzina jest podstawowym i najważniejszym środowiskiem młodego człowieka, w którym musi czuć się dobrze i bezpiecznie, aby prawidłowo się rozwijać. W przeciwieństwie do powiązań genetycznych, więzi emocjonalne wymagają jednak z obu stron zaangażowania i pracy.

2.7. Jak to? Razem czas? W tej rodzinie? – brak wspólnych aktywności

Współczesność oferuje wiele możliwości spędzania czasu. Każdy z członków rodziny indywidualnie gospodaruje swoim czasem wolnym, często niezależnie od pozostałych osób. Omówione wcześniej trudności w przebiegu i budowaniu konstruktywnej komunikacji nie sprzyjają planowaniu wspólnego, rodzinnie spędzanego czasu. W tym zakresie rodzina funkcjonuje bardziej jak zbiór jednostek mieszkających razem, niż jak system. Wielu badanych zwróciło uwagę na ten problem jako na charakterystyczną dla współczesności sytuację nowego typu.

(...) wiele dzieci, które do mnie trafiają, nie spędza aktywnie czasu z rodzicami [p20]

(...) brak umiejętności spędzania wspólnie czasu. Ja myślę, że zarówno wśród dzieci, jak i dorosłych z dziećmi [p7]

Myślę, że tak, że w dzisiejszych rodzinach, gdzie tam pomijany jest wątek bycia ze sobą, czasu dla siebie i to bardzo wybrzmiewa potem w, no w tych pacjentach, którzy tutaj przychodzą [p8]

Czasem mam takie doświadczenia, że jak pytam „jak spędzacie razem czas?” jak jestem na wizycie takiej w domu, i to jest takie pytanie, które no czasami dzieci śmieją się tak troszkę cynicznie, troszkę ironicznie, że „jak to? Razem czas? W tej rodzinie?”. No często jest tak,

że nie spędzają. (...) żadnych rytuałów nie ma, żadnych jakichś takich stałych punktów, każdy jakby no ma swoją działkę, nie ma takich, takich punktów przecięcia dla wszystkich [p17]

Niektórzy rozmówcy jako prawdopodobną przyczynę braku wspólnego spędzania czasu wskazywali zapracowanie rodziców, a więc brak lub niewiele czasu wolnego. Z wypowiedzi rozmówców wyłonił się obraz rodzin, w których wspólne aktywności nie znajdowały się na liście priorytetów dla rodziców przy planowaniu zajęć.

No a można mieć też takie wrażenie, że nie za bardzo rodzice wiedzą jak i co powinno się robić w tym czasie wolnym, tak jakby oni sami nie wiedzieli co mają zrobić ze sobą bo, no wiadomo, siedzenie na telefonie nie za bardzo, ale jakby co innego (...) no to co oni robią razem, „no gramy w gry planszowe”, no a okazuje się, że w gry planszowe ostatnio grali trzy miesiące temu, tak, więc tego czasu oni razem za bardzo też nie spędzają, i domyślam się, że sami rodzice też nie mają go za dużo [p11]

Z analizy wypowiedzi wynika, że częściowo przyczynił się do tego także współczesny model rodziny, w którym rodzice w mniejszym stopniu oddają swoje dziecko pod opiekę dziadków, oboje też pracują zawodowo. Dorośli są więc zapracowani, zabiegani i zmęczeni, przez co trudno jest im znaleźć czas dla swojego dziecka lub są na tyle przebodźcowani, że potrzebują odpocząć w inny sposób niż spędzając razem aktywnie czas.

*Kolejną rzeczą jest to, na ile my wszyscy jesteśmy **wypaleni**, nie? I że jest nas za mało, że jesteśmy zmęczeni, przemęczeni, i to jest też myślę, przyczyna czemu my czasami nie dajemy rady czy też zachowujemy się jako dorośli w trudny sposób [p7]*

(...) wychowywanie się też w takich wielopokoleniowych rodzinach, to jest coś takiego, co było ogromnym zasobem, bo zobacz jak jest teraz - teraz jest tak, że matki i ojcowie zwykle mieszkają już bez swoich rodziców, ale to niesie z sobą jakby dodatkowe obciążenie, bo rodzice nie dość, że pracują zawodowo, są aktywni, no to wracają, mają drugi etat w domach i są po prostu przemęczeni, przestymulowani, przebodźcowani, i trochę nie ma gdzie znaleźć oddechu i my nie mamy tej intuicji, bo łatwiej nam jest właśnie zaczerpnąć, przeczytać, doczytać niż troszkę skupić się nad tym, jak ja uważam na ten temat, tak? I co jest mi bliskie, a co nie [p10]

Okazuje się, że dla niektórych rodziców „poświęcenie” dziecku pół godziny dziennie jest niemożliwe do zrealizowania, a wspólne podejmowanie aktywności musi być ujęte w kontrakcie dotyczącym relacji, zleconym przez specjalistę.

Ja czasami ze zdumieniem na przykład stwierdzam, jak rozmawiam z rodzicami jakichś dzieci, które znam lepiej, że pytam „no dobra, a jak często rozmawiacie ze sobą?”, no i się okazuje, że w ogóle nie rozmawiają ze sobą, i mama, która nie pracuje, mówi „no bo ja to nie mam

czasu proszę panią”. No to negocjujemy, to ile – to pół godziny dziennie, co drugi dzień pół godziny? [p17]

(...) jak już jest dziecko w szpitalu i ma wyjść, i tak jakby umawiamy się na jakiś kontrakt z dzieckiem, z rodzicami, i tak dalej, to bardzo często wypisuję, że na przykład przynajmniej jedno popołudnie w tygodniu, powiedzmy to jest wspólne spędzanie czasu. To jest taki czas, gdzie można pogadać o emocjach, porobić pewne rzeczy wspólnie [p25]

Jeśli młoda osoba nie otrzymuje uwagi ze strony rodziców, często poszukuje jej u innych osób. Powszechny dostęp do internetu umożliwia bycie w stałym kontakcie z ludźmi, z którymi nie współdzielimy przestrzeni w aspekcie fizycznym. Oznacza to, że dziecko lub nastolatek może siedzieć w jednym pokoju z rodzicami, jednak każde z nich może prowadzić konwersację z kimś innym, np. poprzez czat w telefonie. Nadużywanie korzystania z elektronicznych narzędzi nie tyle jest wówczas przyczyną braku bliskich więzi w systemie rodzinnym (jak przyjęło się w dyskursie medialnym czy potocznym), lecz jego konsekwencją.

(...) jeżeli no nie proponują tej bliskości nie dają nic od siebie, to dziecko chętniej po prostu usiądzie do tego komputera, no i takie chyba, takie błędne koło z tym związane [p8]

I chociaż brak czasu rodziców na wspólne aktywności podejmowane wraz z dzieckiem nie jest traktowany jako wskaźnik krzywdzenia dziecka, to przyczynia się do zaniedbania jego potrzeb emocjonalnych.

(...) z jednej strony mamy takie dzieci, które są same sobie, a rodzice są z jakiegoś powodu nieobecni, czy to po prostu bardzo dużo pracują, nie mają jakby, nie, nie dzieje się im żadna jakaś straszna krzywda, natomiast są zaniedbane emocjonalnie, po prostu w pewnym momencie nie dają rady, trafiają do nas [p19]

Wspólne aktywności czy rodzinne rytuały scalają rodzinę i mają pozytywny wpływ na budowane w niej więzi. Badani wskazywali jednak, że współcześni rodzice często są zapracowani i nie mają czasu na spędzanie go ze swoimi dziećmi, co prowadzi do emocjonalnego zaniedbania wśród dzieci i młodzieży.

2.8. Dzieci stoją na palcach przez cały czas, żeby zadowolić rodzica – spełnianie oczekiwań

Kolejną kategorią, którą wyodrębniłam w toku analizy, było dostosowywanie się dzieci i młodzieży do oczekiwań stawianych przez rodziców. Wiąże się to zarówno z przekazywanymi normami i wartościami kulturowymi, jak i wewnętrzną potrzebą bycia kochanym (lub kochaną) oraz obdarzaniem rodziców dziecięcą lojalnością (Bąbik,

Olejniczak 2014). Niezrealizowanie przyjętych przez opiekunów założeń, przyczynia się do rozczarowania ich, a także pogorszenia własnego samopoczucia i samooceny wynikającej z bycia „gorszym” niż zakładano. Szczególnie, jeśli rodzice wiążą niespełnianie pewnych oczekiwań z katastroficzną wręcz wizją przyszłości dziecka.

Ja myślę, że dziecko nie ma tego w sobie wydrukowanego. To znaczy dziecko jest, jakby reaguje na to, jakie wymagania w stosunku do niego mają dorośli i świat, więc jeżeli dziecko czuje, że to jest ważne dla rodzica, że to ma znaczenie, że musi być świetne, że musi się wyrabiać, bo inaczej będzie, cytuję, to są cytaty z trzech ostatnich, z tamtego tygodnia, tak? Od trójki dzieci, „że będę zamiatać ulice”, „że się nie dostanę na studia”, „że się nie nadaje do niczego” to to nie jest coś, co jest naturalne dla dziecka, to jest coś, co to dziecko słyszy, w związku z czym, jeśli to słyszy, no to musi się do tego ustosunkować i albo będzie dawało radę albo nie będzie dawało rady, jeśli nie będzie dawało rady to będzie czuło się źle, będzie czuło się gorsze, będzie miało poczucie porażki, no i za tym dalej pociągnie się jakby kolejne konsekwencje takie emocjonalne dla niego [p10]

Rodzice przyjmują wówczas postawę, która nie pozostawia dziecku przestrzeni na odnośnienie „porażek”, rozumianych często w kategoriach szkolnych, jako gorsza ocena czy niezaliczona kartkówka. Tym samym wywierana jest na nim presja bycia zawsze przygotowanym i to w najwyższym możliwym stopniu, aby osiągnięty wynik był najlepszy i nie pozostawiał wątpliwości czy można było się jeszcze lepiej przygotować.

Wiesz, to co widzę, to co obserwuję w tej chwili, jak dzieciaki są zestresowane i uczniowie klasy ósmej i licealiści, to co szkoła robi to jedno, ale to co robią też rodzice, tak? Jak stawiają tak na te wybory, jaką szkołę, ile punktów, ile procent... to jest koszmar (...) w ogóle nie pozwala się na to, żeby dzieciaki mogły popełniać błędy, że w ogóle to nie jest brane pod uwagę. Popołnienie błędu jest równoznaczne z tym, że naprawdę jesteś człowiekiem gorszego sortu [p9]

Osiągane przez dziecko dobre wyniki w nauce traktowane są jako zadanie, które musi wykonać, a więc, za które nie należy się nawet pochwała. Reakcją rodzica wywołuje natomiast zła ocena, która wiąże się z niewywiązaniem się przez dziecko z nałożonego na nie obowiązku. Częściej w wychowaniu stosowane są tym samym nagany i kary niż słowa uznania czy pochwały (Ringel 1987).

Czasami jest tak, że trzeba powiedzieć „No a pochwali pani na przykład jak dostanie dobrą ocenę?”, „No za co mam pochwalić? Przecież to jest jego obowiązek” [p17]

Rozmówcy zwracali uwagę na zmniejszanie się roli pasji, zainteresowań czy po prostu zabawy w grupie rówieśniczej, która byłaby rozrywką w pełni kreowaną przez dzieci. Rodzice planując harmonogram zajęć swojego dziecka, doprowadzają często do

sytuacji, w której nie ma ono żadnego wpływu na jego ostateczny wygląd. Tym samym swoboda wyboru oraz możliwość podejmowania decyzji zostają młodej osobie odebrane. Najważniejsze stają się wybory rodziców, którzy często kierują się rozwojem dziecka i zapewnienia mu dostatniej przyszłości już od najmłodszych lat. Aktywności te zazwyczaj nie sprawiają młodej osobie przyjemność same w sobie, gdyż nie wiążą się z jej zainteresowaniami i marzeniami. Dodatkowo liczba zajęć pozalekcyjnych często prowadzi do przemęczenia.

Jednocześnie badani podkreślali, że dotyczy to raczej rodzin o co najmniej dobrej sytuacji materialnej i stanowi pewien paradoks posiadania, w którym dziecko jest niczym inwestycja, a w związku z tym więcej jest wobec niego oczekiwań niż zgody na to, aby było po prostu dzieckiem.

*(...) my mamy przebodźcowany system stymulacji intelektualnej, tak? No przecież tak funkcjonuje szkoła, rodzice w związku z tym też popadają w obłąd posyłając dzieci na rozliczne zajęcia, bo egzamin, bo matura, bo coś tam i w tym wszystkim giną pasja, zainteresowania, no nie wiem, no talenty tych dzieci, no bo to się w ostatecznych rachunku nie liczy, tak? (...) A nie są to dzieci, które mają ani złe rodziny, tak? Znaczy w sensie no od strony materialnej, życiowej, są bardzo dobrze, brzydko mówiąc, ustawione, bardzo zaopiekowane od strony finansowej i materialnej, życiowej, a **totalnie** nieszczęśliwe, tak? Bo nie ma tej relacji, nie ma kontaktu, nie liczę się ja, oni często tak mówią o sobie „jestem maszyną”, tak? „Jestem maszyną, jestem komputerem do osiągnięcia sukcesu” [p3]*

(...) trudno nam jest zobaczyć, że te dzieci potrzebują czasu na, na odpoczynek, na zabawę, w ogóle na takie konsolidowanie się w grupie, też w ogóle mało jest chyba wokół tego, coraz mniej jest wokół tego tematu zainteresowania ze strony dorosłych, tylko bardziej na wyniki, no i to wszystko te dzieci przytłacza [p7]

Zadaniem dziecka staje się wówczas realizacja zamierzeń i ambicji rodziców, co bywa przez niektóre dzieci internalizowane i traktowane jako własne marzenia, dla innych staje się natomiast przytłaczające. Według badanych wiąże się bowiem z dużą presją, poczuciem zobowiązania wobec rodzica i braku możliwości do zwerbalizowania swojego sprzeciwu. Wybranie własnej ścieżki życiowej może wydawać się wówczas nielojalnym postępowaniem wobec rodziców.

Albo mam taką pacjentkę, która na bazie tej motywacji rozwinęła natręctwa, tak, bo też tego wszystkiego już było za dużo, jakiejś takiej presji szkolnej. No i też, powiedzenie ambitnej mamie, w tym przypadku, tak, ambitnej mamie, że ona musi odpuścić bo inaczej jej córka się rozsypie, jest mega trudne. Bo mama jest ambitna [p11]

*Bardzo często rodzice przekładają na dzieci swoje niezrealizowane ambicje, tak? To wiemy, i te dzieci po prostu żyją w przekonaniu, że **muszą** kogoś zadowolić, ja mam takie swoje określenie, że dzieci stoją na palcach przez cały czas, żeby zadowolić rodzica. I to mogą być zarówno jakieś sukcesy szkolne, sukcesy sportowe, że musisz być **jakiś**, tak? [p26]*

Oczekiwania rodziców nie dotyczą zresztą tylko i wyłącznie szeroko rozumianych sukcesów, niekiedy odnoszą się także do szczegółowych wytycznych, jak dziecko ma się zachowywać i co czuć. Można byłoby powiedzieć, że niczym szczególnym jest chęć rodzica, aby jego dziecko było szczęśliwe. Według badanych zdarzają się jednak rodzice, którzy tego stanu wręcz wymagają od własnych dzieci.

(...) okazuje się na przykład, że rodzic chciał by czegoś innego, a podstawą właśnie, nie wiem, problemem jest inna rzecz, no, nie wiem, przychodzi rodzic i mówi, że chciał by żeby jego dziecko miało „błysk w oku”, tak, a potem się okazuje, albo w trakcie już pierwszego wywiadu, rozmowy, się okazuje, że rodzice są po rozstaniu, nie widuje się, nie wiem, z ojcem, z matką, coś tam się dzieje w szkole, tutaj się nie dogadują, a rodzic chce żeby miało błysk w oku. I to jest takie, że trzeba też sprowadzić tego rodzica do tego, że nie da się pewnych rzeczy, i też co to dla nich oznacza, tak. No bo może chcą i marzą sobie, może marzą o takim dziecku, które będzie szczęśliwie rano podśpiewywało i jadło, nie wiem, kanapkę, i szło do szkoły, no ale trochę rzeczywistość wygląda inaczej [p11]

Według badanych rodzice nakładają na dzieci nadmierną presję związaną ze szkołą oraz sukcesami poza szkolnymi. Bardzo dobre wyniki traktują niczym obowiązek dziecka, a na dalszy plan schodzą własne zainteresowania czy pasje. Życie dziecka składa się wówczas głównie z wyzwań stawianych przez rodziców, co może przerodzić się w niezdrowy perfekcjonizm, o którym Rory O'Connor i Noel Sheehy (2002) pisali jako istotny bodziec do podejmowania zachowań samobójczych. Każdy popełniony błąd czy odniesiona porażka znacznie obniża u takiej osoby poczucie własnej wartości i przyczynia się do nadmiernego umartwiania się. Wynika to z doświadczeń z dzieciństwa, w których to właśnie osiągnięcia i sukcesy warunkowały otrzymanie od rodzica bliskości, ciepła i zapewnienia o miłości.

2.9. Gorące kartofle przekazywane z pokolenia na pokolenie – nieświadomione krzywdzenie od pokoleń

Wychowując się w danej rodzinie, jednostka uczy się wielu zachowań, internalizuje również różne przekonania, w tym te odnoszące się do wychowywania. Następnie, mając własne dzieci, często nieświadomie powiela destrukcyjne schematy postępowania. Niejednokrotnie zdarza się, że są to dokładnie te same zachowania, których sama w swoich

rodzicach nie lubiła lub których nie rozumiała. Niektóre wspomnienia krzywdzących doświadczeń z dzieciństwa i wywołanych przez nich emocji pozostają w pamięci na długie lata. Zdaniem badanych, w ten sposób tworzy się błędne koło, którego mocą napędową jest brak refleksji nad własnymi doświadczeniami i nieświadome powielanie szkodliwych zachowań przyswojonych w trakcie swojego kształtowania się.

Są mało dopasowani, mają też jakieś, no nie wiem, swoje trudności, swoje schematy, które wynieśli z rodzin pochodzenia, no i na zasadzie tej takiej transmisji międzypokoleniowej to wszystko gdzieś przekazują zupełnie, no w dużej mierze jest to też nieświadome, tak? Gdzieś tam działanie w taki, taki sposób niecelowe natomiast no w dużej mierze często zdarza się, że dochodzimy wspólnie do takiego wniosku, że jednak te procesy są, są szkodliwe i należałoby je zmienić [p22]

(...) zdanie „jak chcesz to potrafisz, zobacz, jak chcesz to potrafisz”, tak, i było pod tytułem, że może lepiej tak nie mówić. I rodzice mieli z tym bardzo ciężko. Nie wiedzieli dlaczego nie (...) I może to nie jest najgorsze na świecie zdanie, bo mogą być dużo gorsze, ale jakby przekazanie im tego, że okej, można, ale można motywować inaczej, i są lepsze na to sposoby, no to jest nadal jeszcze trudne, i do załapania dla nich trudne, tak? (...) Więc bardzo często to powtarzam tym rodzicom, że to wam... jakby macie tak dlatego, że ktoś do was tak mówił. A do waszych rodziców mówili inni, tak? No oni nie wiedzieli, że można by było to zrobić inaczej. No jak coś się powtarza cały czas no to ciężko żeby coś zmienić. Ale no są tutaj po to, że chyba mogli by jednak, albo chcą... coś zmienić. No i czasem się udaje, a czasem... nie [p11]

(...) tak naprawdę większość systemów rodzinnych ma jakiś kurz pod dywanem zamieciony, jakieś gorące kartofle przekazywane z pokolenia na pokolenie [p4]

Badani zwrócili uwagę na pewną myśl, która prawdopodobnie powinna być przekazywana wszystkim potencjalnym rodzicom – nie istnieje wychowanie idealne, pozbawione błędów. Mając jednak własne doświadczenie tych, które popełnili rodzice, można szczególnie zwracać uwagę na podobne cechy i zachowania występujące u siebie. Dotyczy to tych elementów wychowania, które odbieraliśmy jako krzywdzące i wywołujące negatywne emocje, wciąż pozostające we wspomnieniach. Odpowiedzialne podejście do swojego własnego zdrowia psychicznego wpływa pozytywnie na pełnienie roli rodzica i eliminację błędów, których samemu doświadczyło się w procesie wychowania. Zdaniem badanych, nie wyklucza to popełniania innych błędów, gdyż jest to trudna i złożona rola społeczna. Istotna jest jednak refleksja nad sobą i konsekwencją swoich czynów względem własnych dzieci.

(...) czasem mają swoje takie trudne historie rodzice, że nie mają do nikogo w ogóle zaufania i wydaje im się, że mówienie o takich jakichś sprawach z obcymi ludźmi to i tak nic nie zmienia, bo w ich życiu na przykład nic się nie poprawiało nigdy, no to po co [p1]

(...) rodzice nie potrafią być często rodzicami (...) nie robią, nie wiem, jakiegoś takiego wiesz, porządku z samym sobą, żeby wejść w tę rolę i w związku z tym jest cała masa takich potknięć, i jest to zupełnie oczywiste, tak? Że robiąc coś się potykamy, ale trudno, i to jest też to, czego tutaj dotykam, trudno jakby przyjąć taką odpowiedzialność za te błędy rodzicom, tak? To jest tak, że obwiniają tylko i wyłącznie dzieciaki, rzadko kiedy zdarza się, że któryś rodzic powie „no ok, no chyba nawaliłem, no chyba powinienem się czemuś przyjrzeć” [p9]

Badani wyraźnie podkreślali, że brak zadbania o własne zdrowie psychiczne przez rodziców bezpośrednio przekłada się na samopoczucie ich dzieci, co często wynika z powielania niezdrowych sposobów funkcjonowania.

(...) dzieci uczą się przez obserwację i przez modelowanie, prawda? To jaki wzorzec my życia mamy, to może się bezpośrednio przenieść na wzorzec (...) życia naszych dzieci. Jeżeli my jesteśmy cały czas zmęczeni, jeżeli my jesteśmy ciągle załęknieni, jeżeli my jesteśmy poirytowani, sfrustrowani, jeżeli dla, jakby dla nas priorytetem jest osiągnięcie kolejnych celów, a nie dobrostan nasz jako rodziców i naszych dzieci, no to to jest coś w tym jakby, w czym te dzieci wyrosną i one będą uznawały, że taki model jest ok. On nie jest ok, on nie jest zdrowy, więc tak, no to my powinniśmy jako dorośli pokazać tym dzieciom jak o siebie zadbać, ale nie możemy tego zrobić, skoro sami nie zadbamy o siebie i to jest takie zamknięte koło, prawda? Nie jestem w stanie dać innym czegoś, czego sam nie mam albo mi brakuje, więc myśląc znowu nie o gaszeniu pożaru tylko o sytuacji, w której dbamy o zdrowie psychiczne naszych dzieci to jest faktem to, że powinniśmy zadbać o siebie też, tak? To są frazesy, mogłoby się wydawać, bo to jest coś o czym się ciągle mówi, ale nikt tego nie robi, mało osób to robi, może tak, może nie nikt, tylko mało osób to robi po prostu. [p10]

Poprzez socjalizację dzieci przyjmują wiele norm i wartości uznawanych przez swoich rodziców. Często nie modyfikują ich w trakcie swojego dorastania, a wówczas przekazują je w przyszłości swoim dzieciom. Nie zawsze są to jednak „zdrowe” zachowania czy przekonania oraz konstruktywne strategie radzenia sobie z emocjami czy kryzysami. Przełamanie schematów, które są niezdrowe dla dziecka czy samego rodzica, wymaga od niego przyjrzenia się swoim zasobom i gotowości do podjęcia zmiany.

2.10. Żeby być rodzicem to nic nie trzeba, żadnego kursu mieć na to – krzywdzące przekonanie o „intuicji” czy „instynkcie”

Krzywdzącym jest zakładanie, że wraz z narodzinami dziecka tzw. świeżo upieczeni rodzice wiedzą, jak je wychowywać. Jeżeli rzeczywiście istniałyby instynkt czy intuicja

jak obchodzić się ze swoim potomstwem, aby wspierać jego rozwój, oznaczałoby to, że znaczna część rodziców się z nim nie urodziła. Oczywiście nie wykluczam istnienia intuicji, jednak stanowi ona raczej ułamek codziennego postępowania i nie zastąpi w pełni wiedzy i umiejętności, które należy nabyć.

Obejmując jakiegokolwiek stanowisko w pracy, od najprostszych prac rutynowych po skomplikowane prace biurowe, nowy pracownik zobowiązany jest zazwyczaj ukończyć szkolenie stanowiskowe. Podobnego przeszkolenia jako społeczeństwo nie wymagamy w, wydałoby się, najtrudniejszym zadaniu – rodzicielstwie.

Żeby być rodzicem to nic nie trzeba, żadnego kursu mieć na to [p5]

Tymczasem wychowanie dziecka wymaga wielu umiejętności, szczególnie tych, które można byłoby określić jako społeczne: komunikowania się, utrzymywania relacji, aktywnego słuchania itd. Rodzice czy potencjalni rodzice często jednak ich nie posiadają, realizują więc swoją funkcję metodą prób i błędów, opartą na intuicji czy radach otoczenia. Opiekunom brakuje często narzędzi czy technik, które nie tylko ulżyłyby im w procesie wychowania dziecka i łagodniej przez niego przeprowadziły, ale też byłyby zdrowsze dla kształtującej się jednostki.

(...) to, co my robimy teraz to jest gaszenie pożarów. Coś się wydarza, to już musi być wierzchołek góry lodowej, dziecko trafia do pomocy, a okazuje się, że być może gdyby to się wydarzyło parę lat wcześniej, gdyby ktoś z tymi rodzicami pogadał, gdyby ktoś im pokazał inną perspektywę to oni by byli w zupełnie innym miejscu [p10]

Dużo się zmienia, ale nikt tak naprawdę rodzicom nie, nie daje warsztatu, ani nie daje narzędzi, żeby sobie radzić w tych sytuacjach. Boli mnie to, że na dużo rzeczy potrzeba kursu i nawet są kursy przedmażeńskie, ale dotyczą one spraw zupełnie nie, nieistotnych, nie najważniejszych, o, może nie, że nieistotnych, ale nie najważniejszych [p5]

Z jednego z pierwszych przeprowadzonych wywiadów dowiedziałam się, że w Polsce funkcjonują Szkoły dla Rodziców⁵³, które są częścią działań profilaktycznych realizowanych zazwyczaj w poradniach psychologiczno-pedagogicznych. Ich głównym zadaniem jest wspieranie rodziców w budowaniu bezpiecznej relacji z dzieckiem, nabywaniu umiejętności komunikowania się z nim i stawiania granic. To także refleksja nad swoją postawą w procesie wychowania oraz uczenie się, w jaki sposób motywować

⁵³ Zazwyczaj taką nazwę można zaobserwować na profilach szkół i poradni, chociaż według głównej strony Ośrodka Rozwoju Edukacji pełna nazwa tego programu profilaktycznego brzmi „Szkoła dla Rodziców i Wychowawców” i mogą w nim uczestniczyć również wychowawcy, którym zależy na poprawieniu relacji z wychowankami (zob. *Szkoła dla Rodziców i Wychowawców*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, <https://www.ore.edu.pl/2010/04/szkola-dla-rodzicow/> (dostęp: 29.05.2023).

dziecko i wzmacniać jego poczucie własnej wartości. Wiedza o Szkołach dla Rodziców nie jest jednak w żaden sposób rozpowszechniona nawet w środowisku specjalistów od zdrowia psychicznego – tylko nieliczni spośród badanych o tym wspomnieli, a niektórzy wyrazili zdziwienie, że takie szkoły w ogóle istnieją.

Rozmówcy, którzy nawiązali do Szkół dla Rodziców wskazywali niestety, że zazwyczaj nie jest to miejsce, z którego rodzice korzystają dobrowolnie, a raczej kierowani są tam przez różne instytucje, ich uczestnictwo jest więc poniekąd wymuszone prawnie.

Jest coś takiego jak Szkoła dla Rodziców organizowana przy poradniach czy MOPSach, MOPRach, tylko, że mam koleżankę, która adoptowała dziecko i ona mówi, że chyba tylko ona była tam z własnej woli, reszta rodziców to byli, to były osoby, które miały przymus tam chodzenia albo przez lekarza psychiatrę albo przez sąd z uwagi na dysfunkcjonalność rodziny [p5]

Jednocześnie badani zwrócili uwagę, że takie instytucje poprzez odpowiednie przygotowanie do pełnienia nowej roli społecznej są właściwie elementem profilaktyki z zakresu zdrowia psychicznego.

(...) to przygotowanie, te szkoły, te rozmowy z tymi rodzicami, to pokazywanie tego, jakim można być rodzicem inaczej, jakie są mechanizmy, jakie są metody wychowawcze, to jest zadbanie o zdrowie psychiczne i to jest to czego tutaj cały czas brakuje, czyli to jest jakby profilaktyka, tak? Zdrowia psychicznego [p10]

Rodzicielstwo jest niezwykle trudnym zadaniem, w ramach którego dorośli mierzą się z różnymi wyzwaniem. Według badanych brakuje w naszym społeczeństwie świadomości, że jest to rola, o której można się uczyć poprzez korzystanie z profesjonalnego wsparcia w tym zakresie. Z dostępnej psychoedukacji w ramach np. Szkół dla Rodziców korzystają głównie te osoby, które mają taki nakaz wynikający z dopuszczania się zaniedbań względem dzieci.

3. Występuje pewna sezonowość różnych trudności – rola szkoły w kryzysie

Szkoła jest miejscem, w którym dzieci i młodzież spędzają dużo swojego czasu, tam też uczą się funkcjonowania w grupie i wchodzenia w interakcje społeczne, często jest to miejsce zawiązywania się pierwszych przyjaźni (Zawistowska 2018). W psychiatrii dzieci i młodzieży występuje sezonowość, którą wyznacza rok szkolny. Oznacza to, że w trakcie lipca i sierpnia, a więc czasu wolnego od szkoły, zmniejsza się intensywność przyjęć w ramach oddziałów psychiatrycznych, nasila się natomiast w trakcie roku szkolnego (Napieralska i in. 2010).

(...) jest sezonowość w psychiatrii dziecięcej, gdzie na oddział stacjonarny to w wakacje jest dużo mniejszy obrót pacjentów i dużo mniej pacjentów się w ogóle zgłasza i to częściowo dlatego, że tej szkoły nie ma. Nie ma stresu szkolnego, nie ma dokuczania w szkole [p5]

(...) występuje pewna sezonowość różnych trudności, tak? Jak jest szkoła to my po prostu mamy epidemię, wie pani, problemów z tym związanych, tak? [p6]

Rolę szkoły w powstawaniu i rozwoju kryzysu unaoczniała również pandemia COVID-19, w trakcie której wprowadzono naukę zdalną w celu zmniejszenia ryzyka zarażenia. Rozmówcy szczególnie zwracali uwagę na zmniejszenie liczby pacjentów, u których szkoła wzmacniała różnorodne zaburzenia lękowe.

(...) jak wróciła nauka stacjonarna, nam się w ogóle oddział rozrósł trzykrotnie mniej więcej [p19]

(...) jak były te szkoły zamknięte, tak? I dzieciaki były zamknięte w domach, no to my mieliśmy, ja przynajmniej zauważyłam, że ja miałam 30% mniej pacjentów lękowych (...) no to jest dla mnie też informacja, że szkoła jest w dużym procencie czynnikiem, który powoduje, że dzieciaki po prostu sobie nie radzą [p6]

Środowisko szkolne, podobnie jak system rodzinny, często nie postrzega swojej roli jako potencjalnie kryzysogennej. Zdaniem badanych, w takich sytuacjach rodzina skupia się na tym, aby dziecko zostało „naprawione”, natomiast szkoła dąży do tego, aby dziecko wykazujące trudności jak najszybciej opuściło jej mury. W tym sensie rodzice przenoszą odpowiedzialność na specjalistów, a instytucja szkoły nie tyle przekazuje odpowiedzialność, co po prostu unika brania jej na siebie.

To nie jest, że mamy dziecko, które ma problem, trzeba mu pomóc, tylko dziecko jest problemem, trzeba się go pozbyć [p6]

Tymczasem szkoła jest drugim istotnym w rozwoju młodej jednostki środowiskiem. Szczególnie w sytuacji, gdy rodzice są nieobecni dorosłymi w jej życiu.

Szkoła to nie jest tylko dydaktyka. Właśnie to jest takie miejsce, w którym to dziecko kształtuje się, no najbardziej, że w domu z rodzicami ono jest potem przez kilka godzin, o ile w ogóle ma z nimi kontakt, bo, bo być może musi siedzieć tylko przy książkach albo idzie na jakieś zajęcia dodatkowe albo rodzic jest w pracy [p13]

Badani wyraźnie wskazywali na udział szkoły w kryzysach wielu dzieci i nastolatków. Miesiące, w których rozpoczyna się szkoła lub trwają ważne egzaminy końcowe, są najtrudniejszymi miesiącami dla psychologów, psychiatrów czy terapeutów. To czas zwiększenia się liczby pacjentów, u których szkoła wywołuje lub wzmacnia zły stan psychiczny, niekiedy prowadząc do zachowań samobójczych.

W przypadku śmierci samobójczej ucznia lub uczennicy szkoły zwracają się po wsparcie do poradni psychologiczno-pedagogicznych, które prowadzą wówczas interwencję kryzysową. Polega ona na objęciu wstępną opieką młodzieży i stworzeniu im warunków do rozmowy o swoich emocjach związanych z sytuacją.

(...) tak jak było w ostatnim przypadku, gdzie nauczyciele, znaczy pani pedagog poinformowała wspólnie z wychowawcą klasy o tym, co się stało, zbierali zapotrzebowanie do czego młodzież jest gotowa w tej sytuacji, bo to chodzi zarówno o jakieś pożegnanie kolegi, o udział w pogrzebie, no tam różne tam kwestie (...) my chodzimy na tak zwaną wczesną interwencję, tak? Czyli to jest takie spotkanie grupowe, w którym, na którym jest szansa, żeby każdy się wypowiedział, no też opowiedział, jak to przeżywa od strony emocjonalnej, ewentualnie wspólne pomyślenie o tym, jak pożegnać tą osobę (...) to są oczywiście spotkanie dobrowolne [p3]

Podczas spotkań prowadzonych przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne, których bodźcem wywoławczym było samobójstwa ucznia lub uczennicy, pojawia się wiele trudnych emocji nie tylko ze strony uczniów, ale także i nauczycieli. Jedna z badanych zwróciła uwagę, że nauczyciele postrzegali takie zachowanie ze swojej strony jako nieprofesjonalne. W tym rozumieniu, jako nieprofesjonalne traktowane jest okazywanie wzruszenia, z czym badana specjalistka wyraźnie się nie zgodziła. Taka postawa nauczycieli wzmacnia przekaz kulturowy, zgodnie z którym okazywanie swoich emocji jest wyrazem słabości.

Oczywiście te spotkania są bardzo emocjonalne, no i też no, jedni to znoszą dobrze, inni mają no, inne oczekiwania, raczej ja zauważam taką tendencję, żeby no nie mówić o tych emocjach, tak? Czyli to jest taka naturalna reakcja obronna, prawda? Żeby, żeby coś takiego zrobić, no nie wiem, wywiad czy wykład o zdrowiu psychicznym, ale nie tykając własnych emocji. No to, to nie jest interwencja kryzysowa w moim rozumieniu, tak? (...) No nie wszyscy nawet byli zadowoleni, głównie nauczyciele, którzy po prostu w międzyczasie no, pojawiły się łzy i uważali to za zachowanie nieprofesjonalne, tak? Chociaż w tej sytuacji to było profesjonalne i nawet bym powiedziała, tuż przed pogrzebem no, nawet naturalne, tak? (...) to, co mnie zdziwiło, to to, że dorośli ludzie uważają, że nieprofesjonalne jest to, że płaczą, tak? W tej sytuacji. No to ja zupełnie inaczej jakoś pojmuję profesjonalizm, tak? No bo nie ma bardziej naturalnej sytuacji, że się pojawiają te łzy w oczach i jakieś tam wzruszenie, tak? [p3]

Poradnie psychologiczno-pedagogiczne bywają również proszone o poinformowanie uczniów o śmierci samobójczej ucznia lub uczennicy, jednak zdaniem jednej z badanych osób nie jest to właściwe rozwiązanie, ponieważ tak trudna informacja powinna zostać przekazana młodzieży przez kogoś, kogo znają. Sytuacja śmierci kolegi

lub koleżanki w wyniku samobójstwa sama w sobie jest trudnym doświadczeniem, a ingerencja kogoś z zewnątrz staje się kolejnym, dodatkowym stresem.

(...) szkoły się boją nawet poinformować uczniów o próbie samobójczej, niedawno była taka sytuacja (...) nauczyciele bali się przekazać uczniom informację, że ich kolega po prostu nie żyje, tak? No i, no i tutaj było duże oczekiwanie, żebyśmy my, my jako psychologowie czy tam w ogóle pedagogowie z poradni, poszli i powiedzieli dzieciom, no i my się na takie rzeczy, ja przynajmniej się na coś takiego nie zgodziłam, bo uważam, zresztą takie mam doświadczenie z pracy z młodzieżą, że oni odbierają to bardzo źle, jeżeli nie rozmawiają z nimi ludzie, którzy pracują z nimi na co dzień, a przychodzi jakaś obca osoba, prawda? [p3]

Natomiast prośby o to, aby informacja o tragicznej śmierci ucznia lub uczennicy w wyniku zachowania samobójczego, została przekazana przez specjalistów z poradni, a nie pracowników szkoły, wynika według badanych przede wszystkim z lęku mówienia w ogóle o śmierci. Dodatkowo śmierć poniesiona poprzez czyn samobójczy stanowi jej wyjątkową kategorię, obarczoną lękiem o możliwość naśladownictwa ze strony innych uczniów lub uczennic.

(...) jest taki ogromny lęk społeczny bym powiedziała, przed w ogóle rozmową o śmierci, tak? (...) ja osobiście zauważam ogromny, ogromny lęk właśnie dorosłych, przed tym tematem, tak? Ja myślę, że no nikt tego też nie uczy, prawda? [p3]

Rzeczywiście informacja śmierci samobójczej osoby z klasy lub szkoły wiąże się z trudnymi emocjami i myślami u młodzieży, ale także i u niektórych rodziców, którzy zaczynają się wówczas niepokoić o swoje własne dziecko w kontekście zachowań samobójczych. Zarówno u pracowników szkoły, jak i u rodziców pojawia się więc obawa o powielenie zachowania samobójczego przez inne osoby, co określane jest efektem Wertera, efektem kuli śnieżnej lub powielenia (Drzewiecki 2011, Zwoliński 2013).

(...) samobójstwo uruchamia takie lęki społeczne wszystkich rodziców, tak? Więc to, nawet nie to, że się nauczyciele boją, ale też no rodzice zaczynają myśleć o swoim dziecku (...) głównie się boją, że „moje dziecko też coś może takiego zrobić” [p3]

Szkoła stanowi jeden z istotnych czynników kryzysogennych dla młodej, kształtującej się jednostki. Dziecko lub nastolatek nie tylko spędza tam dużo czasu, ale także nawiązuje relacje pozarodzinne, uczy się funkcjonowania w grupie oraz wśród nowych reguł życia społecznego. W środowisku szkolnym pojawia się więc wiele potencjalnych trudności, które mogą stać się przyczyną wewnętrznego cierpienia młodej osoby.

3.1. *Wszystko się da (...) a są takie szkoły, że nic się nie da* – istotność tkanki społecznej w szkołach

Podobnie jak w przypadku rodzin, badani specjaliści mają bardzo różnorodne doświadczenie we współpracy ze szkołą oraz w podejściu nauczycieli i dyrekcji do swoich uczniów. W wypowiedzi każdej z tych osób wyłaniała się jednak istotność nie tyle szkoły, jako instytucji i jej systemowych rozwiązań, co ludzi w niej pracujących. Badani zwracali uwagę na starania pracowników niektórych szkół o zaopiekowanie potrzeb uczniów i doceniali podejmowane inicjatywy, nawet jeżeli efektu nie udało się pełni osiągnąć.

Ja jestem zaskoczona, cały czas mnie zaskakuje jak bardzo szkoły, które naprawdę nie mają lekko w naszych czasach, jak bardzo szkoły chcą pomagać, chcą współpracować, jeśli chodzi o pomoc młodym ludziom, naprawdę. Wychodzi im to lepiej albo gorzej [p17]

(...) mam różne doświadczenie ze szkołami, od takich, w których wszystko, co się zaleci jest do zrobienia, ja uważam, że sławne powiedzenie „ryba psuje się od głowy” – jeżeli jest dyrektor plus pedagog, którzy tworzą pewne grono pedagogiczne ukierunkowane na to, żeby widzieć ucznia i go wesprzeć to naprawdę wszystko się da. Wszystko się da (...) a są takie szkoły, że nic się nie da [p7]

W opinii badanych wsparcie szkoły przez specjalistów w zakresie zdrowia psychicznego jest niewystarczające przez wzgląd na zatrudnianie psychologa w niepełnym wymiarze godzin dla całej szkoły. Jedna osoba nie byłaby w stanie zadbać o wszystkie osoby potrzebujące wsparcia w ramach danej placówki nawet w wymiarze pełnego etatu, a co dopiero np. jego połowy. W niektórych szkołach nie ma zaś w ogóle zatrudnionego psychologa. Uniemożliwia to dzieciom i młodzieży skorzystanie ze wsparcia profesjonalisty w ramach placówki edukacyjnej.

(...) jest psycholog, jeżeli w ogóle jest psycholog, na jakieś tam pół etatu, ćwierć etatu, jeden na całą szkołę, gdzie jest tam, nie wiem, ze dwustu uczniów albo i więcej, no to nie ma szans, nie ma po prostu szans, żeby to wylapać [p5]

*Ja mam świadomość tego, że etatów psychologa czy pedagoga szkolnego jest też **niedobór**, tak? W oświacie, więc ci pracownicy też nie są w stanie wszystkich uczniów zabezpieczyć na takim poziomie, na jakim oni tego potrzebują [p12]*

Niewystarczające zapewnianie opieki psychologicznej przez dyrekcję szkół nie wpływa również pozytywnie na przełamywanie tabu dotyczącego korzystania z takiej pomocy. Uczniowie nie chcą pójść do szkolnego psychologa, bo boją się reakcji innych uczniów i ich ewentualnej oceny.

(...) jeżeli jesteśmy w dobie Internetu i właściwie wszystko poszło tak do przodu internetowo i szkoły też są internetowe, to wiem z doświadczenia, że młodym ludziom jest ciężko jakby w bezpośrednim kontakcie podejść do pedagoga czy psychologa szkolnego, bo po pierwsze ktoś to zobaczy, a po drugie wolą być na początek anonimowe, żeby wyczuć grunt, żeby zobaczyć na ile mogą zaufać [p6]

Nie postrzegają także gabinetu szkolnego psychologa jako bezpiecznego miejsca, w którym rzeczywiście mogą się otworzyć i szczerze porozmawiać.

(...) na przykład układam z niektórymi pacjentami, to mówimy, że jeżeli chciałbyś, nie wiem, wyjść z tej szkoły czy coś się trudnego wydarzy to, co mogłoby być i ja sobie wyobrażam, że nie mógłby to być gabinet pedagoga, a oni mówią „nie, tylko nie tam, bo tam dostanę opierdziel”, przepraszam za wyrażenie, „tam nie zostanę zaakceptowany, tam mi każe wrócić na tą lekcję i tak naprawdę nic się nie zmieni”. No i to, to taka strata, nie? [p8]

(...) na przykład na warsztatach mówi się do kogo mogli by się zwrócić po pomoc i pada jakimś tam przykład ze szkoły, czy mogli by do kogoś w szkole, to bardzo często tak jest, że „no to pani psycholog?”, „nie...”. Pani pedagog jest, nie wiem, we wtorki i w czwartki, i jak jest środa, poniedziałek, to ona, nie wiem, zaczyna wtedy kiedy ja kończę, nie, czy tego typu rzeczy, czyli ma tak ograniczony czas, nie we wszystkich szkołach, ale tak się często zdarza, że nie mają takiego dostępu [p11]

Wydaje się to o tyle istotne, że szkoła jest znaczącą instytucją dla dojrzewającej jednostki, która kształtuje swoją tożsamość. Nawet jeżeli młoda osoba nie doświadcza kryzysów sytuacyjnych czy traumatycznych wydarzeń to przechodzi przez zupełnie naturalne kryzysy rozwojowe (Nowak 2011). Pomimo tego, że stanowią część jej rozwoju, mogą doprowadzić to różnorodnych trudności, z którymi jednostka może sobie sama nie poradzić. Jak ukazano w poprzednim rozdziale (zob. rozdział 2 w części analitycznej), nie zawsze możliwe jest uzyskanie wsparcia w rodzinie. Szkoła stanowi drugie, potencjalne środowisko, w którym młodzież mogłaby je otrzymać.

Ostatnio rozmawiałam z koleżanką (...) która jest psychologiem w jednym z liceów w [nazwa miasta] i ona mówi, że ona to właściwie ma poczucie, że to jest oddział dzienny psychiatryczny, że bardzo dużo dzieci jest w kryzysie [p17]

*Czasem jest tak, że środowisko dziecka jest tak trudne (...) takie domowe, że to pozadomowe musi się troszkę spiąć, żeby mu pomóc, tak? Żeby na przykład **szkoła** wykonała więcej, żeby dostał więcej uwagi ze strony szkoły [p17]*

W temacie współpracy ze szkołami, badani specjaliści rzadko odnosili się do zachowań samobójczych ucznia, a raczej szeroko rozumianego kryzysu czy zaburzeń, co wymagało wdrożenia w szkole specjalnych zaleceń. Nie każda szkoła korzystała jednak

z dostarczanej przez rodziców opinii psychologicznej, chociaż wielu badanym zależało na podkreśleniu, że szkoły w tym zakresie są bardzo różne. Wynikało to z niejednoznacznej opinii, co do współpracy ze szkołami. Zdaniem badanych to, jak ostatecznie przebiega ich kontakt z placówkami edukacyjnymi oraz jakie działania podejmują nauczyciele lub pedagodzy, jest efektem przede wszystkim aspektów indywidualnych, tj. związanych chociażby z postawą danego nauczyciela lub pedagoga wobec specjalistów od zdrowia psychicznego i ich zaleceń.

*I muszę powiedzieć, że jestem bardzo zaskoczona jak bardzo szkoły są, jak bardzo szkoły **potrzebują** takich oddziaływań, tak naprawdę takiego wsparcia (...) dla szkół często informacja, że to dziecko potrzebuje pomocy, jest pod naszą opieką, jest pod opieką specjalistów, to jest coś takiego, co im pozwala jakby potwierdzić swoje niepokoje albo, nie wiem, albo zastanowić się, co można zrobić [p17]*

(...) to jednak, jak nauczyciele bardzo często mimo wszystko nie biorą pod uwagę stanów emocjonalnych uczniów, tak? I tak jak rodzice mówią, tak? My piszemy w tych opiniach różne rzeczy, takie, żeby a to wydłużyć czas, a to tutaj nie wiem, zastępować na przykład pytanie przy tablicy czym innym, no coś takiego, żeby na czas tej terapii ten dzieciak był pod ochroną i to dość często po prostu jest niestosowane [p4]

(...) jak na przykład piszę zalecenia do szkół, że na przykład tam, jak pracować z danym dzieckiem, to w wielu szkołach niestety kończy się to tym, że te zalecenia są wkładane do szuflady i tak jakby, nic się z tym już dalej nie robi [p25]

Wprowadzenie przez szkołę zaleceń dla dziecka czy nastolatka w procesie wychodzenia z kryzysu jest o tyle ważne, że przyczynia się do stworzenia mu na to odpowiednich warunków. Brak reakcji ze strony szkoły na zalecenia sformułowane przez psychologów czy psychoterapeutów skutkuje powrotem do niesprzyjającego środowiska, co nie tylko może utrudnić zdrowienie, lecz także unieważnić podjęte działania terapeutyczne prowadząc do nawrotu lub nasilenia wciąż jeszcze świeżego kryzysu.

(...) żeby dziecko mogło wrócić do, do środowiska musimy mieć grunt dla tego dziecka, które będzie, no miękkim lądowaniem, tak? A nie powrotem do tej samej szkoły, w której albo dziecko jest nieakceptowane przez rówieśników albo przez nikogo nie jest akceptowane i tak realnie to po prostu jest, no nie ma, nie ma gdzie wracać [p7]

Jeden nauczyciel, który pracuje z chłopcem od półtora roku na Librusie napisał rodzicom, że muszą popracować z synem, bo chyba ma problemy z koncentracją uwagi, gdzie chłopiec ma diagnozę od ponad dwóch lat i tak jakby cała dokumentacja chłopca jest w szkole [p25]

Szczególnym problemem okazała się sztywność szkoły wynikająca z formalnych regulacji, które utrudniają dzieciom uczestniczenie w terapii czy konsultacji

psychologicznej. Wizyty w poradniach, centrach czy oddziałach dziennych odbywają się bowiem w godzinach zajęć lekcyjnych. Frekwencja jest natomiast jednym z warunków zdania przedmiotu. Zdarza się więc, że rozwiązaniem jest „przeniesienie” ucznia na nauczanie indywidualne, tylko ze względu na możliwość uczestniczenia w procesie terapeutycznym np. raz w tygodniu.

*(...) to, co szkoły ogranicza to są formalności, to mnie też strasznie wkurza, nie? Że wie pani, że jeżeli dziecko musi uczęszczać w danych godzinach na terapię, no bo my też mamy swoje godziny pracy i nie możemy w innym momencie, jakby nie jesteśmy w stanie każdego popołudnia czy właściwie wieczoru spędzać w pracy, bo popołudnia i tak spędzamy. I nie wiem, no i to dziecko **musi** przyjść na godzinę 13stą, bo nie ma innej możliwości, no to jakby, to co nas ogranicza to, to, że szkoła musi mieć określoną frekwencję, jak to jest jedyny przedmiot to wtedy trzeba się indywidualnym nauczaniem, co jest totalnie bez sensu, bo w ogóle ostatnie czego chcemy to zabierać dziecko ze szkoły, więc tu trochę brakuje dla mnie rozwiązań systemowych na to, nie? [p21]*

Tak, to jest, to jest jedna z głównych tak naprawdę trudności, która się pojawia, czyli to, że nie wiem, spotkanie musi być we wtorek o godzinie 11:00, ale przecież wtedy jest matematyka czy tam fizyka czy cokolwiek innego. Więc to jest problem szkolny i też problem rodzica, że no to jest koniec świata, jeśli dziecko pójdzie na terapię, a nie pójdzie na zajęcia. I nie widzą tego w ten sposób, że jeżeli dobrze się będzie czuło to chętniej pójdzie na te zajęcia (...) to jest priorytetowe, że wykształcenie i wszystko inne to koniec świata, a zwłaszcza terapia [p8]

(...) częstym problemem jest fakt, że dzieci trafiające do poradni jednocześnie są uczniami szkół. Więc pomimo, powiedzmy zakresu godzinowego prac naszej poradni, dla większości naszych usługobiorców optymalnym byłoby korzystanie z naszych usług dopiero w godzinach mocno popołudniowych, żeby nie tracić godzin lekcyjnych. Więc to trochę, myślę, że zmniejsza jakby nasze możliwości faktyczne przerobowe, czyli jakby mamy większe możliwości przerobowe, gdyby ludzie byli chętni skorzystać na przykład z sesji w godzinach do południowych niż to faktycznie wygląda [p23]

Jedna z rozmówczyń przytoczyła przykład ze swojego doświadczenia zawodowego, w którym szkoła odmawiając wprowadzenia zaleceń dla nastolatki w kryzysie, odwołała się do argumentu sztywnych formalności, które nie zostały spełnione. Zalecenia pochodziły bowiem z I poziomu referencyjnego, a nie poradni psychologiczno-pedagogicznej.

*Podam ci przykład - mam pacjentkę, która ma depresję, **bardzo** trudna sytuacja rodzinna, zmarła jej mama, wychowywana jest od 1,5 roku przez tatę, nastolatka. Aktualnie jest ustawiona na lekach przeciwdepresyjnych, jest też od ponad roku w terapii. Uważam, że jak na kryzys, w którym się znalazła naprawdę ma sporo zasobów, żeby sobie dobrze z tym poradzić, natomiast ma pewne kłopoty w szkole, ma zaburzenia koncentracji, co jest naturalne, ponieważ ma kłopoty ze snem, nie wyrabia się z niektórymi przedmiotami w związku z czym napisałam*

zalecenia do tej szkoły jak mają pracować z tą dziewczynką, żeby ją wesprzeć, a nie żeby jej zaszkodzić. Ta dziewczynka i tata zanieśli te zalecenia do tej szkoły, to jest liceum, natomiast szkoła powiedziała, że nie będzie respektowała tych zaleceń, ponieważ nie jestem poradnią psychologiczno-pedagogiczną, no i teraz mamy dwa wyjścia, tak? Albo będę współtworzyła szkołę, która będzie wsparciem dla dziecka i będę, no nie wiem, na tyle na ile jesteśmy w stanie, pomagała temu dziecku albo postawię granicę i pójdę w stronę jakąś taką formalności, co nie spowoduje, że temu dziecku się poprawi [p10]

W doświadczeniach badanych zdarzały się jednak szkoły, które wykazywały duże zaangażowanie w poprawę sytuacji ucznia i wypracowywały swoje sposoby radzenia sobie z taką sytuacją problemową, jaką jest na przykład zwalnianie go z danej lekcji na czas wizyty u psychologa lub psychoterapeuty.

Na kontakt, zgodę na to, żeby dzieci w czasie lekcji przychodziły na terapię, że to się dzieje, nie? Że to są takie rzeczy generalnie potrzebne i ja mam takie poczucie, że to się na przykład w tych placówkach, z którymi my pracujemy dzieje [p21]

Rozmówcy wspominali o tym, że ze względu na tajemnicę zawodową nie mogą przekazywać informacji o stanie zdrowia pacjenta do jego szkoły. Wszelkie zalecenia czy opinie wystawiane są rodzicom, którzy następnie sami zanoszą je do placówki, w której uczy się ich dziecko. W tej sytuacji należy zwrócić także uwagę na to, że niekiedy szkoły nie realizują zaleceń, bo o nich nie wiedzą. Wyraźnie na to wskazały dwie rozmówczynie, w tym jedna terapeutka środowiskowa, której jednym z zadań jest kontaktowanie się z instytucją szkoły w przypadku takiej konieczności.

No to z tym różnie bywa, no bo to jeszcze zależy, od tego młodego człowieka, który podejmuje albo nie podejmuje decyzji o przekazaniu ewentualnie tych zmian, co też wiąże się z różnym lękiem, i tym co się wydarzy jeśli ja zwrócę na coś uwagę, a nauczyciele, no niektórzy zachowują się w bardzo niestosowny sposób, no ale w związku z tym swoim własnym lękiem no to nie robią tego, nie? Może takie zalecenie nawet mogłoby być i no mogliby tego użyć i mają to na papierze, czyli to jest coś, co też jest istotne, to i tak nie używają tego z lęku przed tym, że potem nie zdam albo ten nauczyciel się zemści w jakiś taki sposób [p8]

No wczoraj byłam na takim spotkaniu, gdzie chłopiec jest w liceum (...) ma jakiś taki epizod depresyjny, miał dosyć taki pogłębiony ostatnio, nie chciał chodzić do szkoły, jest troszkę lepiej (...) najpierw pojechałam do psycholożki szkolnej, psycholożka mówi, że kurczę, oni to w ogóle nic nie wiedzą, no więc zadzwoniłam do mamy, mama mówi, że (...) ona wszystko zaniósła, po czym się okazało, że zaniósła jakieś zaświadczenie o dysleksji [p17]

Wśród badanych pojawił się również głos, że niektóre działania szkół wydają się realizowane raczej dla szkoły niż dla dzieci. Chodzi tu o strategię szkoły mającą na celu

zabezpieczenie przed negatywnymi wynikami kontroli w sytuacji, gdyby próbowano w niej szukać przyczyn ryzykownych zachowań młodzieży, przemocy rówieśniczej czy zachowań samobójczych. Najważniejszą cechą działań profilaktycznych jest wówczas ich odbycie się, a nie merytoryczna wartość czy skuteczność.

Wracając do tych samobójstw, no czasami też takie mam wrażenie, że nas się zaprasza, jeśli są takie rzeczy, też po to, żeby potem ktoś, kto przyjdzie na kontrolę nie powiedział, że szkoła niczego nie zrobiła [p3]

Według badanych przebieg współpracy ze szkołami zależy od czynnika ludzkiego, tj. dyrekcji oraz nauczycieli, którzy w nich pracują. Niektóre osoby są bardzo zaangażowane w podejmowanie działań dla dobra uczniów i uczennic, a część pozostaje na to, z różnych przyczyn, obojętna. Systemowo narzucane wymagania dotyczące chociażby realizacji profilaktyki zdrowia psychicznego, prowadzone są więc w sposób nieujednolicony. Uczniowie i uczennice nie są traktowani równo przez system szkolnictwa, wiele zależy bowiem od tego, jakie wewnętrzne zasady oraz podejście panuje w danej instytucji.

3.2. Żeby to nie był terror w tej szkole – postawa nauczycieli

Rozmówcy zwrócili uwagę na rolę nauczyciela, która w życiu młodego człowieka jest bardzo ważna. Nauczyciel jest dorosłym, który może wzmocnić niektóre pozytywne schematy funkcjonowania przyswojone z domu lub skorygować te, które są dla dziecka szkodliwe czy destrukcyjne. Empatyczna i wyrozumiała kadra nauczycielska może na przykład oferować dziecku uwagę, której nie otrzymuje od swoich rodziców. I chociaż to nigdy nie będzie całkowicie zaspokajało pełni potrzeb, to jednak będzie sygnałem, że nie wszyscy dorośli lekceważą dzieci i młodzież oraz ich potrzeby.

Wydaje mi się też, że bardziej indywidualne mimo wszystko traktowanie tego dziecka, jakkolwiek jest to trudne na, na ten zapchany system, to da się to zrobić i mam szkoły, które rzeczywiście, widzę, że coś takiego działa i, i to naprawdę, to są zupełnie inne dzieci, tak naprawdę. No tu wszystko zależy od dobrej woli tak naprawdę, no i właśnie tej empatii, którą ten nauczyciel posiada i tego podejścia do swojego zawodu [p13]

Dzieci uczą się poprzez modelowanie i naśladowanie, łatwo zauważają więc różnicę pomiędzy słowami a czynami dorosłego. Badani zwrócili uwagę na to, że szkoła bywa miejscem, w którym funkcjonują podwójne standardy. Nauczyciel stawiany na wyższej pozycji w hierarchii jest osobą, którego zasady nie dotyczą, co wywołuje w uczniach poczucie niesprawiedliwości.

(...) dosyć często jest tak, że jak dziecko się minutę spóźni czy tam pół minuty, bo się tam coś zatnie, nie włączy bądź nie zadziała Internet, to jest ostra interwencja, taka bym powiedziała nadmiarowa nauczyciela, a jak dwadzieścia minut czekają na nauczyciela i na przykład dostają informację „no wiedziałam, że ten moment nadejdzie i w końcu, i w końcu zapomnę o was” (...) i nie ma, nie skutkuje to żadnymi tam konsekwencjami, prawda? No to te dzieci skrzętnie to odnotowują [p3]

Nauczyciele w przeszłości posiadali silny autorytet, a także wyraźną władzę, często wynikającą ze sposobu w jaki egzekwowali dyscyplinę. Jeszcze czterdzieści-pięćdziesiąt lat temu każde odstępstwo od normy czy nieposłuszeństwo karane było takimi zachowaniami, jak uderzenia drewnianą linijką w dłoń czy rzucanie kredą. Pozycja nauczyciela była na tyle ugruntowana, że nie wywoływało to żadnego sprzeciwu, zwłaszcza, że w domu również często karano dzieci fizycznie.

(...) my w sumie no jesteśmy trochę z takich czasów, ja już tak na pograniczu, mało już tego było, ale już moje koleżanki, które mają tam powyżej 45 lat, no to tam było jeszcze lanie po rękach, prawda? Linijką, przemoc, rzucanie kluczami i kredą, w najlepszym razie, bo czasami i większa, no i właściwie trochę się tak ci rodzice zachowują, jakby nauczyciel mógł wszystko [p7]

Współcześnie takie zachowania nie tylko są niedopuszczalne, lecz karane prawnie. Nie oznacza to jednak, że przemoc ze strony nauczycieli, którzy zajmują uprzywilejowaną pozycję w niesymetrycznej relacji nauczyciel-uczeń, zniknęła ze szkół. Ze zrealizowanych wywiadów wynika, że zmieniła się jedynie jej forma. Wielu badanych odnosiło się do sposobów traktowania uczniów przez nauczycieli, które są krzywdzące i nie powinny się wydarzyć, gdyż stanowią przemoc psychiczną. Przykładem takich zachowań jest chociażby upokarzanie czy ośmieszanie, także publiczne, gdy świadkami są inni uczniowie.

*(...) czasem nauczyciele **sami** pozwalają sobie też na takie, na takie trochę ośmieszanie w różnych sytuacjach uczniów, którzy z jakiegoś powodu są dla nich trudni [p4]*

Szkola jest bardzo często tym ogniwem krytycznym, bo naprawdę to, do czego potrafi dochodzić w polskich szkołach, jeśli chodzi o w ogóle współpracę nauczycieli i to, jak powiedzmy traktują te dzieci, to powiedzmy, że tak średnio to pasuje do kraju europejskiego w XXI wieku, natomiast nie mówię, że tak jest zawsze [p13]

Czasami mam wrażenie „odczłowieczenie”, jeśli chodzi o nauczycieli i sposoby traktowania tych młodych ludzi, że być może oni działają w jakiś takich starych schematach, gdzie nauczyciel ma być tym guru, autorytetem, a dzisiejsza młodzież też poprzez media dowiaduje się, że mogą być sobą, mogą czuć to, co czują, mogą mówić to, co chcą powiedzieć, tak? I nikt

nie powinien mnie w zasadzie za to oceniać, a raczej być może zaprosić do jakiejś dyskusji, i oni w szkole są bardzo często ukrócani, nie? Masz być, siedzieć, uczyć się i dostawać jakieś tam oceny, więc myślę, że to, to głównie, głównie to, że ta rola nauczyciela [p8]

Już nie mówiąc o takich ekstremach, że dziecko z tikami było, nie wiem, straszone przez nauczyciela, że ma przestać tiki robić, no i więcej tików miało [p5]

Wśród badanych pojawił się głos, że może to wynikać z braku przygotowania psychologicznego, czyli wiedzy z podstaw psychologii, która umożliwiłaby im tworzenie zdrowej i bezpiecznej relacji z uczniami.

*Da się z nimi [szkołami] współpracować i ta współpraca naprawdę potrafi być fajna, ale to wszystko zależy od, od nauczyciela i jego dobrej woli. Mam wrażenie, że u nauczycieli zdecydowanie brakuje takiego przeszkolenia **psychologicznego** tak naprawdę, i jakby podejścia **zdrowego** do zdrowia psychicznego dzieci i takiego zapewniania im komfortu, żeby to nie był **terror** w tej szkole, tylko żeby to było po prostu „idę do szkoły, mam zrobić swoje, wracam do domu i jestem dzieckiem” [p13]*

Wciąż jednak w niektórych miejscach panuje usprawiedliwianie takiej postawy wśród nauczycieli, chociażby poprzez odwoływanie się do takich kategorii, jak „dyscyplina”, która od nauczyciela wymaga zachowania „surowego” czy „wymagającego”. Argumenty te formułowane są nie tylko przez rodziców, ale jak zwrócili uwagę niektórzy badani, także przez dyrekcję szkół, która nie reaguje adekwatnie na takie sytuacje.

Niestety to też jest plaga w polskich szkołach, nie może być mowy o tym, że dyrektor tłumaczy, że a bo ten nauczyciel jest taki wymagający, taki surowy - być może jest przemocowy i trzeba to powiedzieć wprost, i gościa utemperować albo w skrajnych sytuacjach, jeżeli nie pomaga nagana, podziękować za współpracę [p24]

Kolejną rzeczą są przemocowi nauczyciele, którzy być może z racji tego, że jest mało nauczycieli to się ich utrzymuje jakoś w szkole [p7]

Jedna z badanych osób podała z kolei przykład, który bardzo dobrze ilustruje nieświadome działanie na szkodę dziecka, szczególnie w przypadku dzieci czy nastolatków o specjalnych potrzebach.

*Przykład z życia wzięty – mam chłopca z zespołem Aspergera, który, no wiadomo, zespół Aspergera, oni są tacy sztywni i bardzo wyczuleni na różne takie rzeczy, społecznie niedostosowani przy tym, więc ta ich reakcja zwykle jest nieadekwatna, i nauczyciel pozwala, żeby jedna z uczennic rozdawała zaproszenia na urodziny podczas tam, lekcji, zajęć i rozdała tylko części uczniów. I jak ta reszta ma się poczuć? No nie może się poczuć **dobrze** [p5]*

Pełnienie roli nauczyciela jest odpowiedzialnym zadaniem, które ma realny wpływ na kształtujące się dzieci i nastolatów. Z tego powodu ważne jest, aby zawód ten wykonywały jednostki charakteryzujące się odpowiednimi umiejętnościami i kompetencjami, takimi jak skuteczne przekazywanie wiedzy, ale także i postawami, wśród których wymienić można chociażby empatyczne podejście. Według badanych wciąż pracuje jednak wielu nauczycieli, którzy wykorzystują swoją pozycję władzy w relacji nauczyciel-uczeń i szkodzą uczniom oraz uczennicom. Wśród takich zachowań wymieniono chociażby stosowanie podwójnych standardów czy ośmieszanie i upokarzanie.

3.3. Zauważyć konkretnego dziecko (...) i pomóc mu poczuć się ważnym – przeładowanie klas

Zdecydowana większość rozmówców zwracała uwagę na liczebność szkolnych klas, która zazwyczaj przekracza liczbę trzydziestu uczniów w jednej klasie. To nie tylko utrudnia pracę nauczycielom, którzy w takich warunkach prowadzą lekcje, ale także uniemożliwia jakiegokolwiek indywidualne podejście, w tym zaobserwowanie niepokojących symptomów, które często bywają subtelne. Przy takiej liczbie uczniów wielu objawów nie da się zauważyć, szczególnie, że samym dzieciom czy nastolatkom łatwiej jest wówczas wtopić się w grupę i nie zwracać na siebie uwagi.

*(...) klasy są przeładowane i te dzieci są mało indywidualne w tym wszystkim (...) trudno odpowiedzieć na potrzeby, indywidualne potrzeby konkretnego dziecka w trzysięstopięciosobowej klasie. Gdyby to była połowa z tego to łatwiej by było w ogóle, nie tylko zauważyć problemy, bo problemy rozumiem, że już są jakś tam, następstwem jakiegoś zaniedbania emocjonalnego, ale w ogóle **zauważyć konkretnego dziecko (...)** i pomóc mu poczuć się ważnym [p19]*

Według badanych duże liczebnie klasy są niesprzyjające zarówno dla nauczycieli, jak i dla uczniów. Uczniowie mogą czuć się pominięci, gdyż w takiej grupie trudne staje się prowadzenie lekcji, szczególnie z zachowaniem uważności na każdej jednostce. Nauczyciel nie jest też w stanie wdrożyć wielu elementów warsztatowych, które mogłyby zaangażować całą klasę w równym stopniu. Wielu rozmówców uznało to za czynnik niezbędny do zmiany, którego modyfikacja wpłynęłaby korzystnie na komfort obu grup, dlatego wyodrębniłam go jako osobną kategorię w swojej analizie.

3.4. *Jestem maszyną, jestem komputerem do osiągnięcia sukcesu – presja wyników i osiągnięć*

W rozdziale 2 części analitycznej scharakteryzowałam niektóre oczekiwania rodziców, co do osiąganych przez dzieci wyników i sukcesów. Możliwość porównywania swojego dziecka z innymi możliwe jest ze względu na wystawianie ocen w oparciu o efektu nauki, na którym bazuje system edukacji w Polsce. Aby sprawdzić posiadane przez ucznia wiedzę i umiejętności, stosuje się kartkówki, klasówki, testy, egzaminy czy prace domowe. System ten funkcjonuje od lat, jednak jak zauważyli rozmówcy, presja związana z osiąganiem jak najlepszych ocen znacznie się zwiększyła. Oczekiwanie osiągnięć w nauce może wpływać od różnych osób, które otaczają dziecko, tj. rodziców, nauczycieli, może być także związane z rywalizacją rówieśniczą czy własną samooceną. Najczęściej wątki te się przeplatają lub tworzą ciąg przyczynowo-skutkowy, który skutkuje dużym napięciem u dziecka lub nastolatka. Próba spełnienia wysokich oczekiwań, niezależnie od kogo płynących, skutkować może znacznym przemęczeniem, a wręcz wypaleniem.

(...) dla mnie szkoła jest po prostu systemem opresyjnym. Dla mnie szkoła jest systemem, w którym nie liczy się uczeń, nie liczy się dziecko, liczą się pewne osiągnięcia, pewne punkty, realizacja podstawy programowej. Uważam, że to jest szkoła z systemem, który powinien się zatrzymać na latach osiemdziesiątych i on nie jest modyfikowany, znaczy oczywiście, nie chcę uogólniać, bo znam nauczycieli, znam szkoły, które starają się jakby nadażyć za tym co, co społecznie się zmienia, ale w dużej mierze to się nie udaje i rodzice mają bardzo podobne jakby myślenie na temat szkoły i osiągnięć dziecka – liczą się czerwone paski, liczą się w piątki i szóstki, nie liczą się wybiórcze kompetencje danego dziecka w jakimś obszarze. I myślę sobie, że to jest kolejna rzecz, która się jakby składa na to, że te dzieci nie są w dobrej kondycji [p10]

Ja myślę, że te dzieciaki, naprawdę mi ich szkoda, bo one żyją pod ciągłą presją [p3]

Problem presji ze strony dorosłych oraz rywalizacji rówieśniczej dotyczy wielu szkół, niezależnie od ich poziomu czy profilu. Natomiast szczególnie widoczny jest w szkołach kładących bardzo duży nacisk na edukację swoich uczniów, która w zamierzeniu ma przełożyć się na osiąganie sukcesów podczas olimpiad czy egzaminów kończących szkołę. W tym sensie wizerunek szkoły opiera się na przygotowywaniu uczniów do zapewnienia sobie dobrej przyszłości także w długoterminowej perspektywie. Często jednak, przeciwnie do tych założeń, egzekwowanie jak najlepszych wyników i związana z tym presja, działają na szkodę wielu uczniów, doprowadzając niektórych z nich do skrajności wytrzymałości objawiającego się podjęciem zachowania samobójczego.

*(...) no nawet genialni uczniowie, olimpijczycy, przecież to jest taki, no też zmiotany pod dywan problem, tak? No w **bardzo** renomowanych liceach w [nazwa miasta] jest największy wskaźnik prób samobójczych i zaburzeń psychicznych, tak? [p3]*

*To jest też tak, że do nas, do centrum trafiają zarówno ci, ci pacjenci z przeciętnych szkół i z tych takich bardzo, bardzo dobrych, pierwszych w rankingach, i tak myślę sobie, że **dużo** w ogóle też tych źródeł tych ich trudności, jednak jest związana z dużą presją szkolną też, z takim przeciążeniem edukacyjnym [p12]*

Osiąganie bardzo dobrych wyników w nauce czy szczególnych osiągnięć w ramach konkursów i olimpiad związane jest w wielu narracjach nauczycieli i rodziców z zapewnieniem dziecku dobrej przyszłości, tj. co najmniej dobrze płatnej pracy i stabilnego życia pod względem finansowym i zawodowym, jeśli nie prestiżowych sukcesów zawodowych. Badani zwracali uwagę na to, że dla części dzieci jest to bardzo duża odpowiedzialność, która wywołuje w nich napięcie i stres nieproporcjonalny do sytuacji, czyli np. zbliżającej się klasówki.

(...) polski system edukacji, taki testocentryczny, ocenocentryczny no nie służy (...) dzieciaki mają teraz spooorą presję, a podstawa programowa jest przeladowana, jeżeli rodzice jakoś tak bardzo cisną i oceny są dla nich super ważne i dzieci cały czas słyszą, że bez dobrego wyniku na teście ósmoklasisty to nie dostaną się do dobrego liceum, jak nie dostaną się do dobrego liceum to nie dostaną się na dobre studia, jak nie dostaną się na dobre studia to nie dostaną pracy, więc właściwie, dobrej pracy, więc właściwie od klasówki z matematyki, która jest jutro, zależy całe ich życie, no to mamy problem [p19]

Badani wyraźnie zwracali uwagę na to, że zadania szkoły nie ograniczają się do przekazywania wiedzy i umiejętności. Szkoła reprodukuje również niektóre wzory kulturowe, które współcześnie bazują na presji osiągnięć i dążenia do ideału. Pogoń za sukcesem często podsycana jest rówieśniczą rywalizacją, systemem oceniania panującym w szkole i podejściem pracujących w niej nauczycieli.

3.5. „Idź się zabij”, „idź się potnij” – przemoc rówieśnicza w szkołach

Szkoła to nie tylko edukacja i zbiór formalnych reguł, ale także grupa rówieśnicza oraz uczniowie z innych roczników. Poza rolą ucznia, dziecko lub nastolatek funkcjonuje również w roli kolegi/koleżanki w klasie, która wiąże się z pozycją w klasowej hierarchii, popularnością, poznawaniem innych wzorów i postaw (Stankowski, Stankowska 2000). Relacje te nie zawsze są dobre, czasem bywają wręcz niepoprawne. Jednym z istotnych problemów szkół jest przemoc rówieśnicza, która może przybierać różnorodne formy. Poza przemocą fizyczną często pojawia się także przemoc psychiczna, w tym upokarzanie

i poniżanie danej jednostki w klasie czy na szkolnym korytarzu lub boisku. Biorąc pod uwagę, że przemoc rówieśnicza odbywa się głównie na terenie szkoły (Poszwa, Myślińska 2020), wydawałoby się, że szkoła powinna powstrzymać wszelkie jej przejawy. Rozmówcy wskazywali jednak na bierność zarówno ze strony rodziców, jak i kadry szkolnej, a także „niezauważanie” przemocowych incydentów wśród uczniów.

I też bierność. Właśnie to jest też przerażające, że nadal zdarza się tak, że przychodzą rodzice i mówią właśnie, że dziecko w szkole jest ofiarą przemocy i no, konkretne jakby zachowania uczniów opisują, między innymi nakłanianie do prób samobójczych wśród rówieśników, takie głupie teksty „idź się zabij”, „idź się potnij”, i gdzieś jakby rodzice interweniują w tych sprawach, a często szkoły nie robią z tym zupełnie nic [p13]

Do przemocy rówieśniczej dochodzi zazwyczaj w miejscach niezabezpieczonych kontrolą nauczycielską. Uczniowie doświadczający takiej przemocy często jej nie zgłaszają. Możliwe, że wiąże się to z wciąż utrzymującym się przekonaniem, że nie należy „skarżyć”, a także z niechęcią do tego, by ktoś z dorosłych dowiedział się o tym problemie. Nauczyciele zaś brak informacji o aktach i przejawach przemocy interpretują jako wskaźnik braku problemu w danej jednostce edukacyjnej, a więc, że problem nie istnieje.

(...) przemoc w szkole się zamiata pod dywan. Wychodzi nauczyciel z założenia, że jak on nie widzi to jej nie ma. Ja też się nauczyciela czasami pytam „proszę panią, a pani jakby popełniała przestępstwo to na oczach kogoś czy raczej by pani to ukryła?” [p6]

Badani zwrócili uwagę na to, że doświadczenie przemocy rówieśniczej często wynika z braku akceptacji dla jakiegokolwiek inności. Podkreślono również istotność i długotrwałość tych negatywnych oddziaływań, które odczuwane mogą być nawet przez dorosłą już jednostkę.

*(...) często to są takie dzieci, które gdzieś tam odbiegały od normy swoim wyglądem, od **przeciętności**, nie od normy tylko od przeciętności, lub jakby nie wiem, zachowaniem swoim, tak? Jakoś bardziej wrażliwe. I one mają za sobą takie przykłady dręczenia i to jest, to jest straszne zjawisko, dlatego, że tak bardzo łatwo podłącza się cała grupa do tego, że taka osoba w końcu jest po prostu ugotowana w całej klasie i nawet jak później to mija, przychodzi taki czas, że one jakoś tam sobie radzą z terapią czy z takim wsparciem, prawda? (...) Natomiast to zostawia jakiś taki ślad i taką koleinę [p4]*

W temacie szkoły, badani zwrócili uwagę na istotność przemocy rówieśniczej, która często jest niezauważana przez nauczycieli lub ignorowana zarówno przez szkołę, jak i rodziców. Według badanych specjalistów są to zachowania niebezpieczne i mogą

nakłaniać młode jednostki, które są podatne na wpływ innych ludzi (szczególnie grupy rówieśniczej) do zachowań autoagresywnych.

4. *Wie pani, ja jestem do niczego* – inne czynniki kryzysogenne w życiu dojrzewających jednostek

Zidentyfikowanie głównych czynników kryzysogennych wydaje się podstawą do dyskusji o roli wsparcia społecznego oraz aktorach społecznych, którzy powinni go dostarczyć. Właściwe rozpoznanie przyczyn oraz potrzeb pozwala zaplanować działania, które uwzględniałyby zmodyfikowanie dotychczasowych interwencji lub wprowadzenie zupełnie nowych, aby, obecna, krytyczna sytuacja się zmieniła, tj. aby zmniejszyła się liczba dzieci i młodzieży będących w kryzysie.

W niniejszym podrozdziale nie wyczerpuję listy wszystkich możliwych czynników kryzysogennych, a jedynie wskazuję na inne niż rodzina i szkoła czynniki, o których wspominali rozmówcy w trakcie wywiadów jako te, które pojawiają się często lub na które zwrócili szczególną uwagę.

4.1. *Przyszła pandemia i całkowicie tak jakby obnażyła system* - pandemia i jej pokłosie

Przykładem zewnętrznej sytuacji, która wyraźnie wpłynęła na więzi w wielu rodzinach w wymiarze globalnym była pandemia koronawirusa COVID-19, która rozpoczęła się w 2020 roku i towarzyszyła nam przez wiele miesięcy, nieodwracalnie zmieniając naszą rzeczywistość.

Funkcjonowanie oddziałów psychiatrycznych stacjonarnych było wówczas mocno zaburzone – oddziały miały wydzielone różne strefy, do niektórych nie można było wchodzić bez kombinezonu, dzieci i nastolatki mieli bardzo ograniczony kontakt z personelem i całkowicie odcięty kontakt z bliskimi, którzy nie mogli ich odwiedzać.

[pandemia] to był bardzo trudny czas (...) zaczęła się praca w bardzo trudnych warunkach, w kombinezonach, części zamknięte, cholernie trudny czas, kiedy wiesz, próbowaliśmy się przebić przez gogle, przez maski, kiedy był oddział covidowy i wchodziliśmy wiesz, w całym takim oprzyrządowaniu, gdzie człowiek, wiesz, nie mógł oddychać, a co dopiero myśleć i odczuwać, tak? I przebijał się do, do dzieciaków, które były odcięte od wszystkiego. Jakaś masakra [p9]

Wiele obszarów życia społecznego musiało przenieść się do świata wirtualnego, gdyż ze względu na ryzyko zarażenia się wirusem, wprowadzono liczne obostrzenia

dotyczące kontaktów z innymi ludźmi, gromadzenia się, pracy czy nauki. Rodziny często mierzyły się z trudnościami logistycznymi - w jednym gospodarstwie domowym rodzice pracowali zdalnie, a dzieci miały lekcje online. Poza utrudnionymi warunkami pracy lub nauki, pojawiły się jednak zupełnie inne problemy, a właściwie unaocznily się. Izolacja społeczna była bowiem dla niektórych rodzin bodźcem do zmierzenia się z tym, że stworzone więzi rodzinne są wątłe lub w ogóle ich nie ma.

*Myszę, że to jest dość znamienne ostatnio – pandemia, myśle, że ta izolacja w czasie pandemii i w ogóle ta **adaptacja**, konieczność zmiany adaptacji w czasie pandemii to pewnie był taki jeden z wyraźnych punktów w kryzysie [p23]*

*(...) ale widać było, szczególnie po tych naszych pacjentach, że się więzi rodzinne tak dość mocno posypały, nie? Że to bycie w domu razem pokazało, że w **ogóle** rodziny nie potrafią razem funkcjonować, nie? (...) U dzieciaków? Oni się pochowali, wleźli w sieć i tak z tej sieci już nie wyszli, nie? Bardzo często [p21]*

Bardzo szybko lekarze wielu specjalizacji zaczęli zwracać uwagę na długofalowe konsekwencje zdrowotne, z którymi będą mogą mierzyć się pacjenci w różnym wieku po przechorowaniu koronawirusa. Podobnie i lekarze psychiatry, psycholodzy oraz psychoterapeuci zwracali uwagę na psychologiczne skutki pandemii i społecznej izolacji, z którymi jako społeczeństwo będziemy mierzyć się długo po jej zakończeniu. Dla wielu osób był to czas wzmocnionego i wręcz permanentnego niepokoju o zdrowie i życie swoje oraz swoich bliskich. Był to również czas odizolowania się od innych ludzi, co w przypadku dzieci i młodzieży miało znaczący wpływ na rozwój kluczowych kompetencji społecznych. Rozmówcy zwracali uwagę na rosnącą liczbę dzieci i młodzieży z fobiami społecznymi, na co w dużym stopniu miała wpływ pandemia.

Covid, izolacja, która wiązała się nie tylko z izolacją z rówieśnikami, ale w ogóle z rodzinami, ze śmiercią w rodzinach, kryzysem finansowym, kryzysem siedzenia w jednej przestrzeni nagle, i unoszenia tak naprawdę niepokoju wszystkich, tak? I to całą dobę, przez kilka dobrych miesięcy takiej niepewności. Myszę, że my jako dorośli sobie różnie z tym radzimy nadal, a co dopiero dzieci [p7]

No więc tak, w ostatnim okresie bardzo intensywne zwiększenie, myśle, że w wyniku pandemicznych sytuacji, takich lęków społecznych, fobii szkolnych... to to było teraz takie na pewno zauważalnie więcej [p16]

Polska nie była przygotowana chociażby technologicznie na wprowadzenie zdalnej formy nauczania dla wszystkich poziomów i profili szkół czy uczelni. Pojawił się także problem małej aktywności uczniów w trakcie lekcji online, a nawet wyłączenia

mikrofonów i kamer. Niektórzy nauczyciele korzystali z różnych, niekomfortowych dla uczniów sposobów, aby zweryfikować posiadaną przez nich wiedzę.

(...) dla mnie kuriozum jest na przykład (...) jak dzieci z chemii musiały odpowiadać patrząc w monitor i mając zamknięte oczy [p3]

Badani zwrócili uwagę, że chociaż współczesne dzieci i młodzież wychowały się już w tzw. dobie internetu, to jednak całkowite przeniesienie kontaktów społecznych do wymiaru wirtualnego w związku z izolacją społeczną wywołało pewne ogólne wycofanie z kontaktów społecznych. Nagle spotykanie się ze znajomymi czy niewielkie interakcje z obcymi (np. w sklepie) przestało być pewnym naturalnym kontekstem funkcjonowania w społeczeństwie. Powrót do nauki stacjonarnej i kontaktów *face-to-face* okazał się dla wielu dzieci i nastolatków trudnością. Szczególnie, jeśli w tradycyjnie postrzeganej szkole doświadczały na przykład przemocy rówieśniczej.

*Jak tylko gruchnęła informacja, że dzieci wracają do szkoły to mieliśmy nawał przyjęć dzieci z jakimiś tam zachowaniami agresywnymi, znaczy autoagresywnymi albo myślami samobójczymi, zwyczajnie, że to jest ta grupa dzieci, które się **boją** wrócić do szkoły z tego czy innego powodu – czy zaburzeń lękowych czy dokuczania czy czegośkolwiek innego [p5]*

Zaczęliśmy mieć nową kategorię klientów, którzy wcześniej nie doświadczali lęków społecznych, a przy tym lockdownie, zanim jeszcze nawet ta nauka zdalna się zakończyła i oni teraz ruszają do szkół, to oni zaczęli się bać na przykład wychodzić z domów, tak? Taka się robi spirala w dół [p4]

W trakcie pandemii koronawirusa wprowadzono różne formy nauki zdalnej, co okazało się nowym rozwiązaniem nie tylko na sytuację izolacji społecznej, ale też dzieci i młodzieży, które jeszcze przed pandemią zmagaly się z fobią społeczną. Wśród nowych form nauki pojawiła się na przykład Szkoła w Chmurze, czyli platforma wspierająca w edukacji domowej, w ramach której znajduje się program nauczania dla szkoły podstawowej i liceum ogólnokształcącego⁵⁴. Ten wątek poruszyła dwójka badanych, oboje mieli jednak wątpliwości na ile jest to rozwiązanie, a na ile wzmacnianie w dziecku lęku.

*(...) no są takie... grupa dzieci, która w trakcie pandemii się wycofała i trudno im wrócić do takiego współzycia w grupie na żywo. I jest taka grupa, której trudno było **wcześniej**, tak? Że oni się borykali się z jakimiś takimi lękami już społecznymi, ale pracowali nad tym. Nie było takiego wyobrażenia o możliwościach nauki zdalnej. Albo szkoły w chmurze, bo to też teraz mocno się zmieniło (...) taka grupa była, że podejmowali pracę i było to dla nich trudne, ale rozwojowo robili to i wchodzili w relacje rówieśnicze. A w momencie pandemii zmieniła się*

⁵⁴ Szkoła w Chmurze, <https://szkolawchmurze.org/o-nas> (dostęp: 16.04.2023).

możliwość tego, żeby to wycofanie się wzmocniło, tak jakby, że jest szansa na to żeby być uczniem, na przykład, po prostu, ale online. I ich praca trochę wtedy... i motywacja, i siła tej pracy zniknęły też [p16]

Zwiększyła się również liczba młodzieży z zaburzeniami odżywiania. Najczęściej wiązało się to z jednym z dwóch powodów: zmiana sylwetki na skutek braku aktywności fizycznej i zaburzony obraz swojego ciała lub zachowania autoagresywne dotyczące jedzenia (np. anoreksja).

(...) myślę, że najbardziej było to w pewnym momencie związane z zaburzeniem obrazu własnego ciała, dzieciaki godzinami leżały w łóżkach, nie? Gdzieś tam każdy moment wyjścia do świata zewnętrznego był dla nich trudny, wiele dzieciaków no super sobie radziło, prawda? W tych zajęciach zdalnych, no bo oczywistym było czemu, natomiast potem wyjście do tej rzeczywistości i zmierzenie się z tymi, no z tymi słabszymi wynikami uruchamiało potrzebę perfekcjonizmu i kontroli, no jakoś wyjątkowo dużo się tego pojawiło wtedy (...) chociaż mam też taką grupę nastolatków, bo to najczęściej dziewczyny, (...) u których bycie razem w domu i konflikt, trudność z przeżywaniem złości, bardzo mocno uaktywniły, nie? Zaburzenia odżywiania właśnie, anoreksja, bo to są zaburzenia autoagresywne, nie? A złość, która nie mogła nigdzie wyleźć, kanalizowała się do środka i jakby tam można było upatrywać przyczyn [p21]

Pandemia COVID-19 i wszelkie jej konsekwencje nie dla wszystkich dzieci czy nastolatków stały się jednak podłożem do kryzysu czy znacznych problemów w codziennym funkcjonowaniu. Wpływ na to miało wiele czynników, takich jak poziom wrażliwości czy pewne predyspozycje indywidualne. Niektóre badane osoby zwróciły jednak uwagę na to, że pandemia wyostrzyła widoczność problemów, z którymi jako społeczeństwo mierzymy się od wielu lat. Wśród nich znajdują się nie tylko wieloletnie zaniedbania psychiatrii (jak chociażby jej niewidoczność w debacie politycznej czy przeznaczanie na nią zbyt niskich nakładów finansowych z budżetu państwa), ale także słaba kondycja zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży oraz ich rodziców jeszcze przed pandemią.

Według mnie to jakby pandemia była takim momentem, który obnażył to, co się toczyło od dłuższego czasu. I dla mnie to był punkt zwrotny, natomiast to nie jest tak, że trudności pojawiają się 11 marca 2020 roku, kiedy zamykamy szkoły, tak? I wchodzimy w okres kwarantanny. Gdyby te dzieci były stabilniejsze, gdyby te dzieci były w lepszym zdrowiu psychicznym wcześniej i ich rodzice, i ich środowiska to zupełnie inaczej poradziłyby się z adaptacją do nowej sytuacji, ponieważ kryzys, według mnie, zdrowia psychicznego u dzieci i młodzieży trwa od lat to pandemia była tylko takim czynnikiem spustowym, który przyspieszył pewne procesy, które i tak się toczyły, to jest moje zdanie [p10]

(...) to są efekty, które ciągnęły się w zasadzie dekadami, i po prostu przyszła pandemia i całkowicie tak jakby obnażyła system, tak? Że on jest totalnie niewydolny [p25]

Pandemia COVID-19 unaoczniała różnorodność problemów na wielu płaszczyznach i poziomach – od mikro po makrostruktury. Społeczna izolacja odsłoniła brak emocjonalnych więzi w niektórych domach, ujawniła dotychczasowe zaniedbania psychiatrii dzieci i młodzieży ze strony decydentów czy potwierdziła pewną opresyjność polskiego systemu edukacji. Wszystkie wymienione przykłady stanowiły z kolei potencjalne czynniki kryzysogenne dla młodych osób.

4.2. Że się mną nie interesują, że no właśnie jestem nikim – niska samoocena wśród dzieci i młodzieży

Według rozmówców dzieci i młodzież, które trafiają do systemu opieki psychiatryczno-pedagogicznej, często są niedowartościowane i nie mają o sobie dobrego zdania. Każda sytuacja, w której młody człowiek został potraktowany bez szacunku, szczególnie, jeśli powtarza się czy jest wręcz permanentną cechą relacji, może przyczynić się do obniżonego poczucia własnej wartości. Młoda jednostka może wówczas postrzegać siebie samą jako osobę, która nie jest ważna dla innych ludzi, czy w ogóle dla świata.

(...) większość dzieciaków, które do mnie przychodzą, nieważne z jakimi trudnościami, to są dzieci, które mają zaniżoną samoocenę i to jest podstawa też, która się pojawia praktycznie u większości tych dzieciaków [p20]

(...) brak oparcia w rodzinie, poczucie, że jestem nikomu niepotrzebny, prawda? Że się mną nie interesują, że no właśnie jestem nikim, jak to mówi młodzież [p3]

Niska samoocena może wynikać z wysokich oczekiwań rodziców czy nauczycieli, a także zasłyszanych wypowiedzi na swój temat. Dodatkowo brak jednoznacznie ukierunkowanego scenariusza zawodowego na przyszłość, na który zwraca się uwagę zarówno w rodzinie, jak i szkole, staje się obciążeniem i wzmacnia przekonanie, że niczego się w życiu nie osiągnie.

Oni mają rzeczywiście takie przekonania, że „wie pani, ja jestem do niczego”, „ja w niczym nie jestem dobra”, „ja nie wiem, co bym chciała robić, to ja będę nikim, mnie się nic nie uda” [p1]

Niskie poczucie własnej wartości czy niska samoocena mogą także wynikać z braku akceptacji w otoczeniu zarówno rodzinnym, jak i szkolnym.

(...) na przykład, tak jak myślę o tym teraz, to w takich procesach u osób trans, które też się pojawiają w gabinetach i o tym, że rodzice są kategorycznie po stronie nieakceptacji, wręcz gdzieś tam światopoglądowo bardzo odbiegające od tego swojego dziecka, no i tutaj to jest, to jest na przykład taki moment, nie? Gdzie współpraca z rodzicem, no chce się towarzyszy się dziecku, dziecku, młodemu człowiekowi, który już w zasadzie tą swoją tożsamość, on wie, co czuje, wie czego potrzebuje. Rodzic jest w totalnej kontrze, czasami jest nawet tak, że nie jest świadomy tego, nie? Co się dzieje, no i, no i tutaj tylko jest wsparcie i akceptacja i pokazywanie no tej osobie, co ona może czuć, znaczy co czuje i że to jest okej, to jest w porządku, no a rodzic... no nic się nie zmienia, nie? Nic się nie zmienia. Nie jest w stanie się przez to przebić [p8]

Ukształtowanie pozytywnego obrazu siebie jest ważną częścią tworzenia swojej tożsamości. Niska samoocena czy poczucie własnej wartości znacznie obniżają na to szansę, a według badanych nie jest to sytuacja sporadyczna wśród dzieci i młodzieży.

4.3. Dzwonią do Telefonu Zaufania, żeby po prostu sobie z kimś porozmawiać – samotność

Badani zwrócili uwagę na problem samotności, który występuje u młodych osób. Częściowo aspekt ten został opisany w ramach braku bezpiecznej relacji w systemie rodzinnym, tutaj natomiast pojawia się on w kontekście relacji rówieśniczych, które dla młodej jednostki stają się coraz ważniejsze wraz z kształtowaniem swojej tożsamości i niezależności. Zdaniem badanych dzieci i młodzież często czują się nie tyle niezrozumiane, co nieakceptowane i odrzucane przez rówieśników. To z kolei staje się niekiedy podłożem do innego zjawiska, jakim jest doświadczenie przemocy rówieśniczej.

(...) trafiła do nas na oddział pacjentka, po takim dość masywnym samookaleczeniu, gdzie kolega ze szkoły się nad nią znęcał psychicznie [p25]

Brak uwagi w domu rodzinnym, niskie poczucie własnej wartości, brak przynależności w grupie rówieśniczej – to wszystko sprawia, że młoda osoba nie czuje się ważna. Dla nikogo.

Brak człowieka. To co, jak nastolatki mówią o tym, że nie ma sensu to życie to są zazwyczaj nastolatki, które w ogóle nie mają człowieka obok siebie. Przyjaciela, przyjaciółki, koleżanki, po prostu nikogo, nie? To są takie samotne dzieciaki. Dzieciaki, które dzwonią do Telefonu Zaufania, żeby po prostu sobie z kimś porozmawiać [p8]

Według badanych potrzeba przynależności do grupy rówieśniczej i brak możliwości jej zaspokojenia, często pojawia się w gabinetach jako jeden z głównych tematów. Niektóre dzieci skłonne są do podjęcia wielu działań czy zmian w sobie, wynikających

z rozpaczliwych wręcz prób dopasowania się do rówieśników. Dążenie do bycia przez nich zaakceptowanym staje się wówczas ważniejsze niż własne wartości czy upodobania.

*(...) „ja nie jestem ani taka, ani taka, **jestem nikim**, bo jestem zwykła, bo się nie wyróżniam”. Mam bardzo dużo osób, które przychodzą i mówią, że bo ja chcę być, nie wiem, w środku grupy, „bo ja chcę być taka błyszcząca”, tak? Wiesz o co mi chodzi, takie metafory, „bo ja chcę żeby wszyscy mnie znali” i w ogóle (...) i z mojej strony pytanie „no a czy ty się w tym czujesz komfortowo, że wyobraź sobie, że stoisz na środku tej grupy i wszyscy się na ciebie patrzą” – „no nie, nie czuję się okej, nie czuję się komfortowo”. „To czemu chcesz taka być?” „Bo chcę, żeby inni mnie też zauważyli, i żeby mnie wzięli do swojej grupy”, tak? [p14]*

(...) jest taka przemożna chęć bycia popularnym, tak? Te ilości lajków, które ktoś tam zbiera, czy jest popularny czy nie, czy kogo bardziej się lubi w klasie, to też jest jakaś taka forma właśnie takiej rywalizacji wynikająca bardzo często z kruchości i braku poczucia własnej wartości i akceptacji dla samego siebie [p26]

Odrzucone, osamotnione dzieci i młodzież stanowią grupę ryzyka pod wieloma względami, także pod względem ryzyka suicydalnego. Brak wsparcia w swoim otoczeniu, chociaż jednej osoby, w której miałoby się oparcie w kryzysie, nie pomaga w żaden sposób przezwyciężyć pojawiających się trudności, wręcz przeciwnie. Szczególnie, że różne osoby wokół, szczególnie w powszechnie dostępnym internecie, mogą namawiać jednostkę w kryzysie do podjęcia zachowania samobójczego.

Każda inna osoba – sąsiadka, bo to nigdy nie wiadomo kto był na tyle, był w dobrych relacjach, że udzieli tego wsparcia, no te osoby, które targają się na swoje życie zwykle nie mają takiej osoby [p1]

One potrzebują, to są takie dzieciaki zwykle, nie bez powodu u niektórych się pojawiają stany depresyjne albo lękowe, bo one są zwykle osobami, które są albo samotne albo niezrozumiane albo odrzucone po prostu w pewnym momencie, gdzieś tam, tak? Więc one szukają akceptacji, no i biorą to, co im ten świat da, nie? Bez, bez jakiegoś filtra takiego, no bo są też młode, nie? [p6]

*(...) dzieciaki niestety szukają tam, gdzie nie mają szukać, czyli szukają na portalach społecznościowych osób, które jakby no, zaburzonych, o, tak powiem, które **namawiają** ich nawet do tego, żeby popełnić samobójstwo, że to jest dobry sposób rozwiązania problemu, tak? Więc dodatkowo spotykają się jakby z taką **zachętą** nawet do tego, żeby sobie coś zrobić, bo wtedy uważają, że ktoś ich **rozumie**, tak? Jak mi na przykład odpowiadają na pytania, gdy się pytam dlaczego no, co popchnęło do tego, żeby, że się zdecydował ktoś na, na próbę, no to mówi „no bo ktoś go namówił”, „no bo ten ktoś go rozumie tam i tak mu powiedział, że to będzie okej”, a to są jednak dzieci, nie? [p6]*

Badani specjaliści zwracali uwagę na poczucie bezsilności i bezradności, które towarzyszy jednostce decydującej się na podjęcie zachowania samobójczego.

[próby samobójcze] *bardziej to są akty, wydaje mi się, takiej frustracji i bezsilności niż, niż takiego tylko i wyłącznie, nie wiem, braku sensu życia* [p5]

Ja mam takie wrażenie, że to jest taka ostatnia, ostatnie wołanie o pomoc, tak? Już nikt nic nie słyszy, a to już jest takie pukanie po prostu pięściami w drzwi, jak już podejmują próby [p6]

Jednocześnie niekiedy poczucie samotności jest na tyle silne, że nawet pojawienie się próby nawiązania kontaktu czy relacji z czyjejs strony, może być niewłaściwie odebrane i odrzucone.

Mhm. Samotność, tak? Z tym związana i brak akceptacji, to poczucie braku akceptacji, może tak, no bo to też jest ważne, że to jest po prostu ich takie poczucie braku akceptacji. Czasami często już w tym poczuciu są tak mocno ugruntowani, że odrzucają jakąkolwiek formę takiej społecznej relacji [p8]

Samotność wśród dzieci i młodzieży często dotyczy wszystkich obszarów, w których mogłyby nawiązać relacje. Poznawaniu znajomych i przyjaciół nie sprzyja wiele czynników, z których część omawiam także w ramach innych podrozdziałów tej części, np. nagromadzenie obowiązków pozaszkolnych, które nie pozostawiają wolnego czasu na spędzaniu go z innymi dziećmi lub nastolatkami (zob. podrozdział 5.4). Nie sprzyja temu również architektura przestrzenna, którą Tadeusz Gałkowski (1990) już w latach 90. ubiegłego wieku porównywał do klatek niczym w ogrodzie zoologicznym. Dziś, ponad trzydzieści lat później, gdy deweloperzy budują przede wszystkim odgradzone osiedla zamknięte, zapoznavanie się z innymi dziećmi (szczególnie z innych kręgów społecznych) na placach zabaw wydaje się dużo bardziej ograniczone.

Niekiedy bliskie osoby są bliskie jedynie według kryteriów biologicznych, brakuje natomiast budowania bliskości w relacji. Jej deficyt w systemie rodzinnym (o czym więcej piszę w podrozdziale 2.6) lub w grupie rówieśniczej wzmacnia poczucie niskiej samooceny i sprawia, że jednostka może postrzegać swoją obecność na świecie jako nieistotną dla innych ludzi. To z kolei sprzyja rozwojowi kryzysu, który może doprowadzić do zachowań samobójczych.

4.4. W poniedziałki jest to basen, we wtorki są to konie, w środę to jest karate – przemęczenie nagromadzeniem obowiązków

Jeżeli wykorzystujemy metaforę wyścigu szczurów do dorosłych, to o dzisiejszych dzieciach i młodzieży możemy powiedzieć, że są przemęczeni już w blokach startowych. W trosce o ich dobrą przyszłość, rodzice często zapisują je na wiele dodatkowych zajęć korygujących niepowodzenia lub uczących nowych umiejętności, takich jak karate, pływanie czy kolejny język obcy. Aktywności te odbywają się po szkole, a po nich jest jeszcze obowiązek odrobienia pracy domowej. To wszystko razem sprawia, że zdaniem rozmówców współczesne dzieci są zmęczone i nie mają czasu oraz energii by samemu organizować sobie czas poza domem i nawiązywać relacje.

(...) ma się właśnie takie wrażenie, że one nie mają, poza szkołą i pracą w domu nad lekcjami, czy nauką, nie mają żadnych innych rzeczy czasami. (...) nie wychodzą ze znajomymi, że, nie wiem, nie chodzą, nie wiem, na kółko plastyczne, czy na coś tam, bo siedzą i się uczą, i właściwie tak wygląda ich dzień [p11]

*(...) dużo dzieciaków ma też, w sumie większość tak naprawdę ma bardzo dużo zajęć dodatkowych, chodzą do szkoły, nieważne, w której to jest klasie, czy to są klasy pierwsze, drugie, piąte, szóste i dalej to samo, że generalnie dzieci idą do szkoły, po szkole mają zajęcia, w poniedziałki jest to basen, we wtorki są to konie, w środę to jest karate, więc tak naprawdę często w weekendy również coś się dzieje i dużo dzieciaków zgłasza, że po prostu nie mają jakby czasu odpocząć to raz, a dwa – nie mają **kiedy** tych kontaktów nawiązywać [p20]*

Badani zwracali także uwagę, że dla niektórych rodziców dziecko nigdy nie ma wystarczająco dużo zajęć dodatkowych. Harmonogram dnia powinien być zorganizowany od rana do wieczora, przez co brakuje w nim przestrzeni na czas wolny, przeznaczony na dowolne zagospodarowanie go przez młodą jednostkę. Dodatkowe aktywności pozalekcyjne, nie są też traktowane przez rodziców jako wysiłek, po którym należałoby odpocząć. Pojawiające się u opiekunów obawy dotyczą wówczas tego, z czego jeszcze powinno skorzystać ich dziecko lub na jakie inne zajęcia uczęszczać, a nie refleksji nad ich nadmiarem w planie tygodnia.

No i, tak, no i z jednej strony oni mówią, że nie wychodzą, że nie mają czasu, ale też nie dziwię się bo są też takie osoby, które przychodzą i okazuje się, że no faktycznie nie mają tego czasu, bo jak robimy sobie rozpiskę ich, nie wiem, tygodnia, planu, czy nawet dnia, no to kończą lekcje o czternastej, wydawałoby się mega, ale potem jadą szybko do domu zjeść obiad, potem mają właśnie korepetycje z angielskiego, potem wracają do domu to już jest, nie wiem, osiemnasta, czy któraś, więc muszą zrobić lekcje, kończą o dwudziestej, coś tam, tak, dosłownie mają chwilę i muszą iść spać. No i nie dziwię im się, że też są tym zmęczeni, nie wiem, jacyś tacy

przeladowani, i są przykłady też rodziców, którzy mówią „on się nie chce uczyć”, tak? A na przykład wychodzi jak już zrobimy rozpiskę, że on ma tylko dwa dni w tygodniu kiedy mógł by się tak naprawdę pouczyć. (...) I na przykład pytają, co jeszcze mogli by i wtedy im muszę powiedzieć „stop, wasze dziecko ma lekcje, prace domowe, hipoterapię, terapię tutaj, psychologiczną, korepetycje z angielskiego dwa razy w tygodniu”, tak? Albo nie wiem, inne dziecko ma treningi cztery razy w tygodniu, to kiedy ma robić te różne inne rzeczy, nie? A kiedy ma odpocząć, albo coś wyjść, w ogóle, czasem to się w ogóle nie pojawia, nie? Że nie martwią się rodzice tym, że dziecko nie odpoczywa, tylko, że robi czegoś za mało [p11]

Decyzje o zapisaniu dziecka na kolejne zajęcia dodatkowe mogą też wynikać z wyobrażeń rodzica na temat tego, jakie powinno być jego dziecko – w czym powinno być dobre, na czym się znać i co robić w przyszłości. Jest to związane z pragnieniami i ambicjami rodziców, które niekiedy wynikają z ich własnych, niezrealizowanych w dzieciństwie marzeń.

*(...) plus dzieci nadambitnych rodziców, które chodzą na sto tysięcy różnych rzeczy, tak? Żeby, żeby jakoś zadowolić swoich rodziców. No i są po prostu, najzwyczajniej w świecie, zmęczone. Ja często rodzicom mówię, że ja chodzę do pracy i dużo pracuję, nie? Ale pytam ich na przykład czy oni są zachwyceni jak mają nadgodziny? **Za darmo.** No nikt nie jest. A dziecko ma być zachwycone tym faktem. No nie będzie no [p6]*

Problem ten dotyczy szczególnie dzieci, które starają się realizować wszystkie plany rodziców w taki sposób, aby ich zadowolić i spełnić nałożone na nich oczekiwania. Dla rodzica jest to sygnał, że dziecko nie ma problemów w realizacji tych obowiązków, a wręcz bardzo dobrze sobie radzi, może więc robić coś jeszcze. Tymczasem dziecko jest przemęczone i nieszczęśliwe, ale posłusznie wykonuje kolejne zadania.

I co więcej, wydaje się, że czym dziecko wyżej funkcjonuje, tym jest większa trudność, żeby przyjąć, że ono nie da rady (...) te dzieci mają dużo trudniej, że ponieważ są porządne, zawsze dostosowane i, i jakby zakładają tą maskę, że jakoś dadzą radę, no to tak się za tym idzie, prawda? Dorosły za tym idzie, w związku z czym daje więcej zadań, próbuje wycisnąć więcej [p7]

Według jednej z badanych osób takie „grzeczne”, spełniające oczekiwania dzieci są częściej w grupie zagrożenia kryzysem niż dzieci zachowujące się według rodziców w sposób nieakceptowalny, chociażby poprzez sprzeciwianie się ich woli. Tymczasem bunt ten może wynikać z zaznaczenia przez dziecko lub nastolatka swoich granic czy też wyrażenia swojej niezgody na działania, które nie są z nim zgodne lub wywołują u niego dyskomfort.

Moje osobiste obserwacje i doświadczenia są takie, że na pewno mniej się boję jako psycholog o dziecko, które wykrzykuje, no nie wiem, jest złośliwe nawet, agresywne jakieś tam, pobudzone, mówi nam niemiłe rzeczy, tak? Najbardziej boję się o te dzieci takie ciche, dobre, grzeczne, tylko tak jakby nieobecne, prawda? Takie, które no można powiedzieć, że w ogóle nie zajmują sobą miejsca, tak? No to, to są dzieci z grupy, w moim przekonaniu, ryzyka największego, tak? [p3]

Ta sama osoba przytoczyła tragiczną historię chłopca, który popełnił samobójstwo na własnym balkonie, co dla otoczenia było tym większym zaskoczeniem, że nie postrzegano go jako nastolatka zmagającego się z problemami czy tzw. problematycznego, sprawiającego trudności wychowawcze.

*(...) gdzie dziecko czuje się anonimowe, gdzie nie ma realnego wsparcia, no to taki spektakularny przykład, który mi przychodzi do głowy (...) gdzie po prostu syn jej przyjaciółki powiesił się na własnym balkonie w domu w trakcie kiedy mama gotowała obiad, tak? I nic nie wskazywało (...) że no owszem, był cichy, spokojny, zamknięty, skupiony na lekcjach, taki no, jakby bardzo wzorowe dziecko niesprawiające **żadnych** trudności, tak? I rzeczywiście ta mama jak poszła go zawołać na obiad to, to okazało się, że dziecko nie żyje, tak? (...) i dopiero szok ogromny, no jak ten chłopak czuł się samotny, tak? [p3]*

Jednocześnie badani wielokrotnie zwracali uwagę na to, że sami dorośli nie mają wolnego czasu, ciągle pracują lub są czymś zajęci. Rzadko spędzają czas z własnymi dziećmi na wspólnych aktywnościach, poznawaniu siebie nawzajem i budowaniu relacji. Wydaje się więc, że niektóre młode osoby powielają ten schemat postępowania, gdyż tego się od nich oczekuje, nawet jeżeli nie zostało to wprost zwerbalizowane przez dorosłych.

*(...) cały czas jesteśmy aktywni, cały czas jesteśmy w stanie gotowości, trochę zatracamy nawet taką umiejętność chyba odpoczywania, ja mam takie wrażenie. Bo jeśli byśmy pomyśleli o zdrowiu psychicznym to nasz dzień powinien być podzielony na pewne obszary, prawda? Oczywiście wysiłek umysłowy jak najbardziej, czyli pewnie tutaj bym myślała o pracy, relacje z innymi **bezpośrednie**, czyli kontakt z drugim człowiekiem, ale też czas na realizację swoich, nie wiem, przyjemności i też czas na odpoczynek i na sen. I to jest coś takiego, z czego ten dzień powinien się składać. I jakbyśmy pomyśleli o tym, jak wygląda dzień przeciętnego dorosłego człowieka i dziecka, to gdzieś są luki, prawda? Czegoś jest za dużo, czegoś jest za mało i ja mówiąc o odpoczynku myślę o takim odpoczynku, który jest wolny od dodatkowych bodźców, nie mówię o odpoczynku przy scrollowaniu ekranu od telefonu tylko myślę o takim odpoczynku, który po prostu pozwala nam w ciszy pobyc sobie ze sobą może trochę i myślę, że to są też czynniki, które po prostu wpływają na to, że tego zdrowia psychicznego jest mało u nas ogólnie, tak? W społeczeństwie [p10]*

Współczesne dzieci często są przemęczone, co wynika z liczby dodatkowych zajęć, na które uczęszczają w trakcie tygodnia. Wiążą się one z dodatkowym wysiłkiem, zazwyczaj intelektualnym, co w połączeniu z kilkoma godzinami spędzonymi w szkole, jest dla dziecka dość dużym obciążeniem poznawczym⁵⁵. Natomiast motywacje rodziców do zapisywania dzieci na kolejne aktywności pozaszkolne są różnorodne, od nadmiernej troski o przyszłość zawodową swojego dziecka, aż po realizację ich własnych, niespełnionych pragnień i ambicji.

4.5. Wrażenie ciągłego kontaktu i żadnego kontaktu – rozwój technologii i mediów

Według niektórych badanych rozwój technologii stwarza pewne ryzyko dla interakcji bezpośrednich, gdyż dzieci i młodzież nie ćwiczą ich nawiązywania, a także radzenia sobie z różnorodnymi trudnościami, które się w nich pojawiają.

Media niosą różne rzeczy – od rozwoju po takie wrażenie ciągłego kontaktu i żadnego kontaktu.

I właściwie z jednej strony zmniejszają możliwość ćwiczenia się w różnych trudnych sytuacjach, bo tam zawsze można „wyskoczyć”, udać, że się po prostu straciło zasięg i w ogóle już nie doświadczać tej frustracji, kolegi z klasy, jak ja to mówię, nie da się wyłączyć [p7]

Według jednej z badanych, nie tyle jednak młodzi ludzie zawierają mniej relacji, co po prostu zmienia się sposób w jaki to robią. To z kolei wiąże się z zupełnie innymi konsekwencjami wynikającymi z relacji niż te, z którymi mierzyły się osoby z czasu „sprzed” ogólnie dostępnego Internetu.

(...) ludzie, którzy wychowali się w erze Internetu w ogóle nie znają czasu bez Internetu, więc ja sobie myślę, że czasami jak narzekamy, my starsi, że nie ma relacji, ja myślę sobie, że nawet są za intensywne te relacje teraz, że teraz po prostu młodzi ludzie piszą do siebie o wszystkim i wszystko, i później mają z tym problemy, tak? No bo napisze coś spontanicznie, a później, później musi się mierzyć z konsekwencjami na przykład, tak? [p17]

Dynamiczny rozwój technologii wpływa bowiem na poszerzanie się różnic międzypokoleniowych, które następuje bardzo szybko. Poszerza się także zakres dostępnych informacji, co sprzyja odczuwaniu przez odbiorcę stanu określanego jako przeładowanie informacjami (ang. *information overload*) czy odczuwanie nadmiaru informacji (Furmanek 2013). Szczególnie, że często powielane są wiadomości negatywne, dotyczące chociażby wypadków, kataklizmów czy kryzysów gospodarczych, które

⁵⁵ Niemiecki psychiatra, prof. Michael Schulte-Markwort (2015) uważa, że dzieci coraz częściej cierpią na wypalenie, czyli depresję z wyczerpania, związaną z presją osiągnięć i sukcesów. Konieczność pogoni za ideałem bywa werbalizowana wprost, jednak przekazywana jest przede wszystkim w treściach medialnych czy współczesnych wzorach kulturowych.

sprzyjają poczuciu stresu i niepokoju, nawet jeżeli nie dotyczą bezpośrednio czytelnika⁵⁶. Wielość informacji jest dla współczesnych dzieci i młodzieży codziennością, która często prowadzi do przeładowania informacyjnego o charakterze permanentnym, a w konsekwencji do odczuwania stresu informacyjnego (Furmanek 2013).

Generalnie świat zaczął się jawić jako coraz mniej bezpieczny. To jest też chyba taki natłok informacji, których, których się nie jest w stanie jakoś tak przerobić, nawet tych bodźców, tak? Tych informacji niezwiązanych bezpośrednio z naszym życiem, ale które też tworzą jakieś takie, jakieś takie tło dookoła, takiego nie wiem, niepokoju też, też chyba funkcjonowanie dorosłych, którzy też robią się bardziej napięci i to się tak po prostu przenosi (...) chyba generalnie też poziom takiego stresu, stresu i napięcia takiego, takiego przeciągłego [p4]

Natomiast też myślę, że ta globalizacja teraz informacji w ogóle, ja nie do końca mogę sobie wyobrazić, co przeżywają dzisiaj dzieci na etapie rozwoju, od początku właściwie mając dostęp do wielu informacji, nie dość, że takiej ilości w ogóle informacji, jak ja sobie tak wspominam swoje dzieciństwo, no to wiadomo, to co w domu się zasłyszalo plus dwie przecznice od domu. To był zakres, no i jakieś tam imprezy rodzinne, to się tam człowiek nasłuchał o jakichś tam ciociach czy innych, ale czy, nie wiem, wojna czy lawina na drugim krańcu świata to w ogóle nie były tematy, które nas dosięgały, a dzisiaj to jest po prostu, wydaje mi się, że to musi być szalenie przytłaczające, ja mam wrażenie, że dzieci są zwyczajnie przeciążone informacją i już niezależnie czy pozytywną czy negatywną, po prostu jest tego strasznie dużo [p7]

W tej wielości dostępnych treści i informacji bardzo łatwo jest się zagubić każdemu odbiorcy – dziecku, nastolatkowi, ale także i dorosłej osobie.

Dodatkowo w mediach społecznościowych ludzie czują się dużo bardziej odważni, a czasem anonimowi, przez co łatwiej o krytykę, negatywną ocenę czy hejt. To także nowa, nieznaną wcześniejszym pokoleniom przestrzeń na przemoc rówieśniczą.

Następny obszar to jest permanentny dostęp do Internetu, do social mediów, do miejsc, w którym dziecko jest 24 godziny na dobę oceniane, w którym dostaje różne informacje zwrotne na swój temat. Młody człowiek nie jest na to przygotowany, nie jest na to gotowy, on się tego uczy, tak? Reagować na krytykę, reagować na ocenę społeczną. Mam wrażenie, że dzieci są wrzucone w taki wir i po prostu sobie z tym nie radzą, nie wiedzą jak z tego wybrnąć, nie wiedzą jak to selekcjonować, nie wiedzą jak to rozumieć. No oczywiście kwestia przemocy rówieśniczej, przemocy w sieci, no to jest coś z czym te dzieci się po prostu na co dzień spotykają, czego wcześniej nie było, bo my wcześniej byliśmy oceniani, ale w bezpośrednich relacjach z ludźmi, prawda? A teraz tego nie ma, teraz jesteśmy oceniani, no w pewnym takim

⁵⁶ Zjawiska przeładowania negatywnymi informacjami sama poniekąd doświadczyłam w trakcie swoich studiów doktoranckich, podczas których wielokrotnie wyszukiwałam informacji o krzywdzeniu dzieci i młodzieży czy zachowaniach samobójczych. Przez internetowe algorytmy stworzone na podstawie moich wyszukiwani, od kilku lat wyświetlają mi się przede wszystkim reklamy z różnorodnych portali informacyjnych, które odnoszą się do śmierci samobójczych w całym kraju.

sztucznym tworze i oceniani przez wszystkich w związku z czym myślę sobie, że to jest też taki kawałek, który po prostu bezpośrednio wpływa na to jak te dzieci się czują w dzisiejszych czasach [p10]

Według badanych, dzieci i młodzież często są przeładowane docierającymi do nich treściami, co podwyższa ich poziom napięcia i stresu każdego dnia. Jednocześnie odczuwają presję nadążania za dynamicznie zmieniającym się światem. Wybór, którego dokonują, stanowi więc wybór pomiędzy złym a gorszym. Nie spełniają społecznych oczekiwań dotyczących „bycia na bieżąco” lub będą trwać w przeładowaniu informacjami, co może negatywnie wpłynąć na ich zdrowie psychiczne i fizyczne.

4.6. Co ja mam ze sobą zrobić i kim ja chce być? - wielość wyborów i odpowiedzialność za nie

Wśród badanych pojawił się również głos dotyczący złożoności i elastyczności współczesnego świata. Ścieżka życiowa, zarówno zawodowa, jak i prywatna, dotycząca związków czy hobby, może być bardzo różnorodna i zmieniać się w czasie. Wachlarz możliwości dotyczących tego, co chce się robić i w jaki sposób żyć, jest znacznie obszerniejszy niż był chociażby w młodości poprzedniego pokolenia. Z jednej strony wpływa to na większą decyzyjność i mniejsze ograniczenia wyborze, z drugiej nakłada na jednostkę bardzo dużą odpowiedzialność za wybór, który podejmuje.

Najczęściej no to to jest kryzys taki tożsamości, tożsamościowy, no który jest charakterystyczny dla takich dorastających młodych ludzi, natomiast mam wrażenie, że teraz jest on bardziej zaznaczony ze względu na to, że mamy duży wybór, ja mam takie poczucie, że nastolatki mają bardzo duży wybór mogą przebierać i wybierać (...) jakby bardzo się cieszę, że mamy takie możliwości (...) natomiast myślę, że też dla takiego dorastającego nastolatka to ta tożsamość, którą on w sobie kształtuje to jednak jest ważne jakiegokolwiek wskazanie, wskazanie jakiegokolwiek drogi. A teraz jest trochę tak, że jest mieszmasz (...) Co ja mam ze sobą zrobić i kim ja chce być? [p14]

(...) ktoś na przykład kończy szkołę podstawową, przechodzi do liceum czy do technikum, już nie czuje się dzieckiem, ale jeszcze nie jest osobą dorosłą, tak nie bardzo wie, co dalej zrobić ze swoim życiem, no i właśnie ten kryzys manifestuje się pod postacią depresji [p24]

Tym samym dorosłość i podejmowanie wiążących decyzji jawi się dojrzewającym jednostkom jako coś przerażającego, szczególnie, że nie czują się do tej roli w żaden sposób przygotowani przez otoczenie.

(...) ja mam bardzo dużo młodych ludzi z liceum, którzy mają taki wiesz, kryzys tożsamościowy, jeżeli też chodzi o, nie wiem, wybór chociażby czym, kim ja chce być w przyszłości, a jaki chcę,

*jaki chcą zawód. Oni się bardzo boją, bardzo boją dorosłości, bardzo boją obowiązków i ja pamiętam no, że jak ja wchodziłam w ten wiek dorosły, tak? Dorosłości - 18 lat to było wow, super, ekstra! A oni po prostu czasami to wręcz mi płaczą, że oni już zaraz będą mieć 18 lat i to znaczy, że będą dorośli i to jest strasznie, strasznie ich przeraża, co mnie też nie dziwi, (...) **bardzo często** nie mają umiejętności radzenia sobie z takimi teoretycznie prostymi rzeczami, bo nie zostali do tego przygotowani, nie zostali tego nauczeni, a oni mają stać się osobną całkowicie jednostką, która jest zależna tak naprawdę tylko od siebie, nie? [p14]*

Młode jednostki czują się zagubione w oczekiwaniach nie tylko dotyczących tu i teraz, ale także tych odnośnie przyszłości i stania się dorosłym. Często nie wiedzą, kim chcą być i co robić, a czują, że bycie dorosłym do tego zobowiązuje, i że tego się od nich wymaga.

4.7. Nikomu, nawet wąsatemu wujkowi, nie wolno jest tych granic przekraczać – niewiedza dzieci i młodzieży

Jedna z rozmówczyń poruszyła w swojej wypowiedzi wątek niewiedzy młodych osób w zakresie edukacji seksualnej. Luka dotycząca tego tematu w polskim systemie edukacji⁵⁷ prowadzić może do przekraczania granic ze strony partnerów tych jednostek, ale także kolegów, koleżanek czy członków rodziny. To w efekcie może przyczynić się do różnych form wykorzystania, których następstwem może być kryzys. Ze względu na brak rzetelnej wiedzy, wiele decyzji związanych z życiem seksualnym jest podejmowana przez dojrzewające osoby bez świadomości ich konsekwencji. Niekiedy nie zdają sobie oni sobie nawet sprawy z tego, że zastosowano wobec nich nadużycie.

*(...) absolutnie potrzebna jest **na już** rzetelna edukacja seksualna w polskich szkołach. Bardzo dużo osób cierpi, bo **nie wie**, że to, co ich spotyka albo spotkało to była przemoc seksualna, że to co im robi wujek, to co im robił chłopak to było nie ok, to było przekroczenie granic, że to nie była ich wina. Gdyby taka edukacja była dostępna, to myślę, że mielibyśmy naprawdę **dużo** mniej kryzysów. (...) w ogóle na stawianie granic, na rozumienie tego, czym są te granice i gdzie one są i na to, że **nikomu**, nawet wąsatemu wujkowi, nie wolno jest tych granic przekraczać [p24]*

⁵⁷ Luka ta skutkuje chociażby niezrozumieniem tematyki edukacji seksualnej przez decydentów oraz różne organizacje i instytucje, czego efektem jest jeszcze większe ograniczenie wiedzy poprzez tworzenie projektu ustawy, której celem jest zapobieganie tzw. seksualizacji dzieci w szkołach, a wobec której stosowane są raczej ogólne i narracja oparta na budowaniu niepokoju, zob. Sobczak K. (2023), *Rzecznik PiS zachęca do poparcia projektu przeciwko seksualizacji dzieci*, portal prawo.pl, <https://www.prawo.pl/oswiata/projekt-ustawy-przeciw-seksualizacji-dzieci,520899.html> (dostęp: 20.05.2023).

Dostęp do aktualnej edukacji seksualnej wiąże się z poznaniem granic własnej cielesności czy aspektu świadomej zgody. Brak odpowiedniej wiedzy w tym zakresie tworzy lukę, którą inni ludzie mogą wykorzystać do swoich celów.

4.8. Wymagania wobec dziewcząt są takie, totalnie sprzeczne wewnętrznie i nieracjonalne – płciowe uwarunkowania kryzysu

W omawianych w części teoretycznej statystykach wskazywano na pewne różnice płciowe w zachowaniach samobójczych, tj. próby samobójcze istotnie częściej identyfikowane są u dziewcząt, a samobójstwa zakończone zgonem u chłopców. Różnice płciowe pojawiają się jednak już wcześniej, na etapie docierających do jednostek bodźców, które mogą wywołać kryzys, a które są społecznie „upłciowione”. Aspekt ten nie stanowił wyodrębnionego obszaru badawczego w niniejszych badaniach, nie pytano więc o niego wprost, a tylko w nielicznych wypowiedziach pojawił się samoistnie.

Jedna z osób badanych zwróciła uwagę na różnice w socjalizacji dzieci, a dokładniej na „ugrzecznienie” dziewczynek w tradycyjnym modelu wychowania. Wyrażanie przez nie złości czy niezgody jest nieakceptowalne społecznie, nie oznacza jednak, że brak jej ekspresji jest tożsamy z brakiem jej odczuwania. Wręcz przeciwnie, prowadzi często do zachowań autoagresywnych, poprzez które młoda jednostka reguluje wówczas swoje emocje i napięcie.

*(...) jest też taki fenomen, że, szczególnie u dziewcząt, że są tłumione, mają być emocje, szczególnie złość, bo dziewczęta nie mają mieć, nie mogą się złościć, nie mają dostępu do złości, i to źle, źle po prostu wygląda dla rodziny i tego po prostu, zwyczajnie **blokują** u dziewcząt. A jak wiadomo, emocje gdzieś muszą **wyjść**, więc wychodzą w innych formach, na przykład okaleczeń [p5]*

Wychowanie prowadzone w takim stylu wzmacniane jest także przez popkulturę, szczególnie przez przekazy medialne. Jednocześnie wizerunek współczesnej kobiety sukcesu, do którego miałyby dążyć dziewczynki, odnosi się do osiągnięcia sukcesów i najwyższych szczybli perfekcyjności w każdym obszarze życia równocześnie, co raczej nie jest możliwe.

(...) wymagania wobec dziewcząt są takie, totalnie sprzeczne wewnętrznie i nieracjonalne – mają być jednocześnie wysportowane i piękne, i być gospodynią i jeszcze dobrą w pracy, z sukcesem, no tego się nie da zrobić, po prostu się tego nie da zrobić, a jednak tak to jest promowane. Kobiety sukcesu są piękne, szczupłe i jeszcze są super mamami, no nie da rady [p5]

Chociaż temat uwarunkowania płciowego kryzysów młodych osób nie należał do wyznaczonych w badaniu obszarów, głos jednej z badanych osób o wynikających z tego powodu zachowaniach autoagresywnych wśród dziewczynek jest istotnym elementem w rozumieniu różnic doświadczania kryzysów.

4.9. Te ośrodki, no fundują dzieciakom jeszcze więcej dysfunkcyjnych zachowań - dzieci „instytucjonalne”

Badani zwracali wyraźną uwagę na kondycję psychiczną dzieci i młodzieży przebywających w takich placówkach jak Miejskie Ośrodki Wychowawcze, Młodzieżowe Ośrodki Socjoterapii, pogotowia opiekuńcze czy domy dziecka. Osoby te nie tylko często są hospitalizowane, ale także najczęściej wracają na oddział po kolejnych zachowaniach samobójczych.

Najczęściej wracają te dzieci, i przykro mi to stwierdzić, instytucjonalne, czyli z placówek opiekuńczo-wychowawczych, DPSów i różnych takich miejsc, pogotowia opiekuńczego, Młodzieżowych Ośrodków Wychowawczych. Po pierwsze to są dzieci, które już dużo przeszły w swoim życiu i one faktycznie mają powody, żeby mieć te zaburzenia psychiczne, druga rzecz, że ewidentnie system, no nie działa, po prostu [p5]

Wadliwość systemu w tym temacie badani dostrzegali przede wszystkim w złej organizacji funkcjonowania takich ośrodków, tj. chociażby niskich wynagrodzeniach pracowników i obciążającej pracy, co skutkuje dużą rotacją pracowników. Jako najważniejszy błąd wskazywano jednak brak terapii czy w ogóle wsparcia psychologicznego dla osób przebywających w MOW-ach czy MOS-ach. Tymczasem ze względu na trudności i doświadczenia tych dzieci i nastolatków, wydawałoby się to podstawą. Według badanych taka organizacja wsparcia prowadzi do niespełniania swojej funkcji przez te ośrodki, i raczej „przechowywania” (takiego sformułowania używali specjaliści) młodzieży określanej jako trudna.

Są na przykład, są ośrodki socjo-terapeutyczne, z nazwy super, nie? (...) tam powinien być sztab terapeutów, tak? A tam są osoby z przypadku. Jest może terapeuta jeden, ale na przykład nie na pełny etat, a tak są wychowawcy, to są zwykle nauczyciele na przykład, nie? Pedagogzy [p6]

Albo na przykład MOWy, to są Młodzieżowe Ośrodki Wychowawcze, no tam, no tam oni nie są w nagrodę, tak? To nie jest SPA, nie? I wielkie zdziwienie, że przychodzi młody człowiek do ośrodka wychowawczego (...) i nagle jest telefon „bo on jest agresywny” do szpitala psychiatrycznego, ja mówię „serio?” [p6]

*(...) pracujemy też na przykład przy współpracy z pogotowiem opiekuńczym, więc tam czasami **nie ma** w ogóle możliwości kontaktu z opiekunem prawnym z uwagi na ograniczenie praw albo ich brak i to jest dość szczególnie trudna sytuacja z tym pogotowiem opiekuńczym, ponieważ w zasadzie trudno jest zaadresować pewne rzeczy związane tak systemowo z tym w jakim środowisku się dzieciak znajduje i trafia ze swojego środowiska, które generalnie, skoro tam trafiło, najprawdopodobniej było przesiąknięte jakąś, jakąś trudnością i nierzadko trafia do środowiska, które, no niekoniecznie jego trudności natury psychologicznej, więzi są rozumiane i odgrywa się ponownie ten sam scenariusz odrzucenia, deprywacji potrzeb, unieważniania, więc myślę, że to jest w ogóle taki bardzo niezbadany grunt teren wymagający poszerzenia współpracy [p23]*

Jedna z osób badanych, pracująca w III poziomie referencyjnym odniosła się do stanu szpitalnego w trakcie przeprowadzania wywiadu. Prawie połowa hospitalizowanej wówczas młodzieży na oddziale to byli nastolatki z MOSu lub MOWu. Wynikało to nie tylko z trudnych doświadczeń z ich przeszłości, ale także i z warunków panujących w tych placówkach. Hospitalizacja była dla tych młodych osób sposobem na uniknięcie przebywania wśród innych nastolatków, wykazujących różnorodne zaburzenia zachowania.

*Bardzo dużo dzieci trafia z ośrodków typu MOS czy MOW, które po prostu nie chcą tam przebywać ze względu na trudną atmosferę, ponieważ te ośrodki są bardzo niedofinansowane, tam średnio na jednego psychologa przypada pięćdziesięcioro dzieci. Tam nie ma **żadnej** terapii, to jest po prostu, interwencyjnie się pracuje i po prostu te dzieciaki, sąd przekierowuje je do tych ośrodków, znaczy do MOWów, bo do MOSu też rodzic może skierować, po to żeby tam były poddane jakiejś resocjalizacji, natomiast tak na dobrą sprawę te ośrodki, no fundują dzieciakom jeszcze więcej dysfunkcyjnych zachowań, no bo one tak jakby przebywają wśród trudnej młodzieży, jak miały problem to wychodzą z jeszcze większym problemem (...) no robią to ucieczkowo, tak? Czyli na przykład (...) zgłaszają wychowawcy, że mają myśli samobójcze, specjalnie się samookaleczają tylko po to, że wiedzą, że po prostu no w szpitalu, na oddziale będzie im łatwiej niż w tym ośrodku [p25]*

Problem zrozumienia trudności w zachowaniach dzieci i młodzieży wynikających z ich doświadczeń pojawia się czasem w rodzinach zastępczych, które chciałyby przyspieszyć proces zmian w zachowaniu młodej osoby. Sprawniejsze dostosowanie się do nowych warunków życia miałyby sprawić, aby swoim postępowaniem nie różnili się od rówieśników, co jednak jest niemożliwe ze względu na różnice w ich biografiiach.

*Albo na przykład rodziny zastępcze, które mają dzieci po strasznych przeżyciach i są w opiece, i tak naprawdę to dziecko jeszcze nie jest w żaden sposób na stabilnej sytuacji... stabilnej swojej sytuacji życiowej, a oni by chcieli żeby się już coś zmieniło, już coś zmieniło, mimo tego, że **już** się zmieniło bardzo dużo w ich życiu tam, nie wiem, po kilku miesiącach bo mieli dziecko*

z...udejrzające głową w ścianę, niereagujące, i w jakichś atakach szału, a teraz jest w stanie chodzić do szkoły, i są takie rzeczy, ale...i takie ataki, ale dużo słabsze, i dużo rzadziej, ale są takie właśnie osoby, które...no, jeszcze za mało, i jeszcze chciały by bardziej. No to jest zrozumiałe, że chciały by bardziej, może chciały pomóc dziecku, pewnie też chciały by funkcjonować inaczej, i lepiej, i mieć spokojniejsze domy, no ale jest to niewykonalne czasami, nie. Albo dłużej jeszcze trwa [p11]

Opisywany brak zrozumienia trudności dzieci i nastolatków, którzy przebywają w specjalnych ośrodkach lub placówkach ze względu na często bardzo dramatyczne historie rodzinne, stanowi podstawę do reorganizacji nieadekwatnej obecnie pomocy systemowej, która nie uwzględnia odpowiedniego wsparcia psychologicznego. Tym samym pomoc ta jest nieskuteczna i prowadzi jedynie do zgromadzenia w jednym miejscu wielu młodych osób z trudnymi doświadczeniami. Brak profesjonalnego wsparcia w takiej sytuacji przyczynia się do powstawania wzajemnych, szkodliwych oddziaływań oraz kolejnych kryzysów w ich życiu. Dzieci wychowane w pieczy zastępczej lub w placówce opiekuńczo-wychowawczej dużo częściej dokonują bowiem samookaleczeń i zachowań samobójczych niż dzieci mieszkające z rodzicem lub opiekunem (Szmajda, Gmitrowicz 2018).

4.10. *Żeby rodzice się nie rozwiedli to ja mam myśli samobójcze* – objaw jako funkcja

Dwóch ekspertów zwróciło uwagę na pewną szczególną sytuację, w której objawy kryzysu zgłaszane są ze względu na potencjalną funkcję jaką mogą spełnić w życiu jednostki lub rodziny. Nie tyle są więc konsekwencją, co pewną strategią poradzenia sobie z trudnościami, która nie musi być uświadomiona. Często jest to funkcja ochronna, która ma uchronić jednostkę przed nieprzyjemnymi czy trudnymi sytuacjami. Może też pełnić funkcję scalająca rodzinę, która przechodzi przez jakiś kryzys (np. konflikty między rodzicami, wizja rozwodu), a wystąpienie na przykład objawów depresyjnych u dziecka mobilizuje rodziców do porozumienia się w obawie o jego stan zdrowia. W ten sposób tworzy się jednak błędne koło, ponieważ wyleczenie objawów może doprowadzić do negatywnych, w opinii dziecka czy nastolatka, konsekwencji np. rozwodu.

(...) objawy spełniają pewną funkcję w systemie rodzinnym, szkolnym bądź jakimkolwiek innym społecznym i na rękę jest posiadanie choroby (...) zdrowienie jest niemożliwe, bo pacjent musi mieć objaw, żeby ta rodzina funkcjonowała w taki sposób, a nie inny. Czasami to wynika z tego, że „żeby rodzice się nie rozwiedli to ja mam myśli samobójcze” albo „ja mam myśli

samobójcze, bo tata podjął terapię wtedy alkoholową, jak ja zacząłem zgłaszać te myśli samobójcze”, więc wycofać się z tego jest niezmiernie trudno [p5]

Objaw bardzo często pełni funkcję (...) dziecko nie może wyzdrowieć, bo objaw zaczął pełnić funkcję. Funkcję ochronną, funkcję, nie wiem, usprawiedliwiającą, funkcję scalającą rodzinę, tak? [p6]

Objawy pełniące tę funkcję są trudne do wyleczenia, gdyż często pełnią rolę ochronną. Tym samym uniemożliwiają poprawę jakości życia jednostki, wymagają więc innego sposobu postępowania, dlatego tak ważne jest, aby umieć je zidentyfikować.

5. *Tak właściwie bardziej pracujemy z powikłaniami kłopotu na początek, niż z samym kłopotem* – rola specjalistów w zakresie zdrowia psychicznego

W przypadku kryzysu czy trudności, z którymi młoda osoba nie jest w stanie sobie poradzić sama lub przy wsparciu osób z bliskiego otoczenia, konieczne jest skorzystanie ze wsparcia profesjonalnego, dostarczanego przez specjalistów w zakresie zdrowia psychicznego. Czynniki kryzysogenne zazwyczaj się na siebie nakładają wywołując negatywne skutki na wielu płaszczyznach życia młodej osoby, dlatego psycholodzy czy psychoterapeuci często najpierw muszą interwencyjnie zabezpieczyć dziecko lub nastolatka w danej chwili, aby potem rozpocząć terapeutyczną pracę docierania do źródła problemu czy trudności.

*Tak właściwie bardziej pracujemy z **powikłaniami** kłopotu na początek, niż z samym kłopotem [p6]*

Rozmówcy biorący udział w badaniu wypowiedzieli się szeroko o swojej pracy – w jaki sposób dostarczają wsparcia dzieciom i młodzieży, co im utrudnia wykonywanie swoich obowiązków zawodowych, a także jaką opinię mają o wprowadzanych reformach w opiece psychologicznej i psychiatrycznej w Polsce.

5.1. *No to po prostu zostaje bez dostępu do pomocy* – problemy w dostępności wsparcia profesjonalnego

Bardzo dużym problemem psychiatrii w Polsce, często poruszonym w dyskursie medialnym, jest zbyt mała liczba specjalistów. Rzeczywiście, zdecydowana większość rozmówców wskazywała, że braki kadrowe to jedno z głównych utrudnień w dostarczaniu wsparcia dzieciom i młodzieży. Odległe terminy wizyt wpływają negatywnie na proces zdrowienia młodej jednostki, która zazwyczaj trafia po pomoc i tak już późno, w stanie zaognionego kryzysu. Tymczasem koszt wizyt prywatnych stale rośnie i dla wielu rodzin jest zbyt

dużym wydatkiem finansowym nawet jednorazowo, nie mówiąc już o wizytach regularnych.

Myślę, że ogromnym problemem jest to, o czym wszyscy mówią, czyli dostęp do psychiatrów, po prostu, bo często jest tak, że te dzieci jednak potrzebują konsultacji psychiatrycznej, do nas się zgłaszają dzieciaki z myślami samobójczymi, właśnie samookaleczeniami i nie mają, gdzie szukać pomocy (...) to jest też takie frustrujące dla nas, dla terapeutów, dla psychologów, bo czasami jest też tak, że w terapii pojawiają się jakieś kryzysy, to jest naturalne, tak? (...) no ale te terminy są naprawdę bardzo odległe, nie każdego jest stać na pomoc prywatną i prywatne terminy w gabinetach także są odległe i to jest chyba taki kłopot też, duży to jest problem systemu [p10]

(...) pracujących w oddziale [lekarzy psychiatrów] jest dwóch, nie? No to ja mam, jeden dzień jestem w poradni, a mój doktor jest dwa dni w poradni, no to już trzy dni jest tylko jeden lekarz [na oddziale], nie? [p6]

Jakbym chciała tak naprawdę każdą osobę, która w jakiś sposób sygnalizuje, że myśli o autodestrukcji, że myśli o tym, żeby się zabić, że ma jakieś takie, nie wiem, tendencje czy plany czy coś robiła, to praktycznie każdą osobę, którą mam w gabinecie w takim wieku nastoletnim należałoby umówić do psychiatry, którego nie ma w naszym powiecie na NFZ [p4]

Na problem w dostępności zarówno wizyt u psychiatry, jak i w poradni w ramach I poziomu referencyjnego, wskazuje historia jednej z badanych, która pomimo dwuletniej już pracy w danej poradni, nie jest w stanie przyjmować pacjentów na bieżąco, gdyż przyjmowani są pacjenci z kolejki sprzed kilkunastu miesięcy.

*Szczerze mówiąc to, jakby do tej pory, pomimo tego, że pracuję już dwa lata, w zasadzie cały czas przyjmuję z kolejki dzieciaki, które trafiły do nas po raz pierwszy po pomoc powiedzmy w pierwszym półroczu po otwarciu placówki, bo ja pracuję tam od momentu otwarcia. Więc po prostu te, które były pierwsze, dostały od razu proces terapeutyczny, te które przyjechały na przykład w ostatnim kwartale na ten proces musiały poczekać i na przykład pozostawały we wsparciu i biorąc pod uwagę to że u 50% mówiliśmy o myślach, była mowa o myślach samobójczych to one **wszystkie** dostały takie zalecenie konsultacji psychiatrycznej i z tego, co wiem chyba żadne bez tej konsultacji nie zostało, jakby różnicowane to było tylko na poziomie czy rodzic mógł sobie pozwolić na wizytę prywatną czy czekał w kolejce na NFZ. W naszym, naszej miejscowości problem jeszcze taki, że jest tylko jeden lekarz psychiatra dziecięcy, więc... i to jest chyba jedyny lekarz na 3 powiaty, więc jakby nawet na prywatnie kolejki do niego są przeraźliwie długie [p23]*

Braki kadrowe przy jednoczesnym zapotrzebowaniu na wsparcie profesjonalne, przekładają się na wykonywanie pracy z uwzględnieniem ograniczeń, zazwyczaj czasowych.

No niestety zdarza mi się, że mam wybór między badaniem pacjentów a rozmową z rodzicami i muszę wybrać, czy ja dzisiaj dzwonię do rodziców czy rozmawiam z pacjentami, bo nie mam czasu na wszystko, no nie zdążę tego zrobić [p5]

(...) powinna mieć możliwość trafienia no do specjalisty, który będzie miał dla niej czas, tak? U nas też często to jest, wie pani, że jak ja mam tylu klientów i to wszystko są takie stany pilne, no to czasem na przykład raz na dwa tygodnie się spotykamy, bo nie mam po prostu możliwości, a to jest na pewno za rzadko [p4]

Wśród przyczyn braku wystarczającej liczby psychiatrów badani wskazywali na nieatrakcyjność zawodu psychiatrii dzieci i młodzieży, którego praca dotyczy nie tylko kształtujących się jednostek, ale także ich rodzin, i którego zakres odpowiedzialności jest bardzo szeroki.

Ta praca jest bardzo ciężka, w ogóle jest mało osób, które się chcą zajmować psychiatrią dziecięcą, bo my nie mamy jednego pacjenta, my mamy zawsze dwóch pacjentów, a najczęściej są całe rodziny, nie? [p7]

(...) psychiatria dziecięca jest niedowartościowanym kawałkiem i gdybyśmy pomyślały o tym, jak pracuje psychiatra, jaki ma kaliber odpowiedzialności i jak małą ilość pacjentów może przyjąć w ciągu godziny, bo ja znam psychiatrów dziecięcych, którzy potrafią godzinę siedzieć z jednym pacjentem, ich koledzy dermatolodzy lub ginekolodzy w tym samym czasie przyjmują 5 pacjentów. Tu ta dysproporcja jest ogromna, więc nie ma co się dziwić, że młodzi lekarze nie wybierają po prostu tej specjalności [p10]

Zwrócono również uwagę na mniejsze szanse zatrudnienia specjalistów w ośrodkach znajdujących się w niedużych miejscowościach, a także coraz szybciej podejmowane decyzje o przechodzeniu do sektora prywatnego.

Myślę, że jest dużo takiego wyobrażenia właśnie jak z dużej aglomeracji, gdzie jest bardzo dużo pracowników chętnych do pracy, bo jest mimo wszystko, proporcjonalnie jest po prostu dużo więcej chętnych, bo jest dużo większa rywalizacja w ogóle o miejsce pracy (...) młodzi ludzie dzisiaj chcą być często w dużych miastach, chcą, że tak powiem, pracować w jednym miejscu (...) taka osoba bardzo szybko po prostu przechodzi na swoje prywatne działanie i my bardzo szybko przestajemy być atrakcyjni dla nich, nie? [p7]

Kwestię zbyt małej liczby specjalistów poruszono także w kontekście stwarzania nowych miejsc oferujących wsparcie dla dzieci i młodzieży – ich wybudowanie i wyposażenie nie rozwiązuje problemu braku specjalistów, którzy mieliby tam pracować.

(...) no bo co z tego, że nie wiem, tam bodajże TVN chyba buduje klinikę w Warszawie (...) no okej, no wybudują piękny budynek, tak? Z ilością pomieszczeń, sprzętem i tak dalej, no ale no tam muszą pracować ludzie, którzy się, tak jakby to wszystko ogarną, tak? No a znaleźć ich to też nie jest łatwa sprawa [p25]

Inną przyczyną, na którą zwrócili uwagę badani, były także ogromne różnice w wynagrodzeniu pomiędzy sektorem publicznym (np. w poradni czy na oddziale psychiatrycznym) a prywatnym (we własnym gabinecie). Jednocześnie praca w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia musi być rozpisana według ściśle określonych wymagań, na czym lekarze spędzają dużo więcej czasu niż przyjmując w ramach własnej praktyki.

A kaliber problemu często dużo, dużo cięższy, dużo więcej papierologii, bo każdą wizytę trzeba opisać i rozliczyć do NFZu także no mam na przykład w pracy kolegę, który pracował w NFZowskiej poradni jeszcze rok temu na pełen etat, ale no z racji tego, że rodzi mu się drugie dziecko i tak dalej, zmniejszył ilość godzin też do 2 dni w tygodniu, z czego jeden pracujemy razem i przeszedł do poradni prywatnej, bo po prostu było im ciężko finansowo, nie? [p24]

Wśród placówek w ramach III poziomu referencyjnego dostrzegane są braki nie tylko wśród kadry lekarzy, ale i pielęgniarek, które popołudniami i nocami zostają same z pacjentami. Ich liczba często nie jest wystarczająca do zaopiekowania wszystkich pacjentów, którzy w ramach oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży często przyjmowani są ponad stan, na tzw. dostawkach.

(...) oddziały psychiatryczne dziecięce nie mogą być traktowane tak jak oddziały psychiatryczne dorosłych, bo to jest zupełnie inna specyfika pracy. U nas nie ma możliwości, żeby pacjent był sam sobie, nie był, nie był na dozorze, tak powiem. Bo nie można ich spuścić z oka, dziecka się nie spuści z oka jak nie jest w szpitalu psychiatrycznym, a co dopiero w szpitalu psychiatrycznym, prawda? [p6]

Badani wskazywali także na zapotrzebowanie na terapeutów rodzinnych, którzy mają uprawnienia do prowadzenia terapii rodzinnej, która w wielu sytuacjach jest po prostu konieczna.

I bardzo brakuje jeszcze takich miejsc, gdzie można odbywać terapię rodzinną, bo my czasami nie mamy gdzie tych pacjentów pokierować, mimo, że to wydaje nam się podstawa, żeby od tego zacząć, a okazuje się, że na terapię rodzinną czas oczekiwania – pół roku [p13]

Dwie rozmówczynie zwróciły uwagę na problem różnicy w dostępie do opieki psychologicznej i psychiatrycznej ze względu na zamieszkiwanie w mniejszym mieście lub na wsi. W mniejszych miejscowościach nie funkcjonują bowiem poradnie czy środowiskowe centra zdrowia psychicznego. Do specjalisty w tym zakresie należy wybrać się do sąsiadującego, większego miasta lub jeszcze dalej. Generuje to koszty finansowe, na które wiele rodzin nie może sobie pozwolić mając niskie dochody.

(...) nasi klienci są z terenu całego powiatu, cały czas tak jest, że są takie miejsca tutaj w powiecie naszym, że są dwa, trzy autobusy w ciągu dnia, dojazd w tę i z powrotem kosztuje

dwadzieścia-trzydzieści złotych, jakby tak policzyć, prawda, za rodzica jednego, no i to dla niektórych rodzin są po prostu też wydatki [p4]

Niektóre miejscowości nie posiadają nawet transportu publicznego do miasta, w którym można byłoby skorzystać z konsultacji psychologicznej lub psychiatrycznej. Wykluczenie komunikacyjne przekłada się na wykluczenie instytucjonalne rodziny, jeśli nie posiada ona własnego auta lub możliwości dowożenia dziecka czy nastolatka na wizyty. Jeżeli dodatkowo dziecko nie posiada warunków do profesjonalnego wsparcia prowadzonego online, to właściwie zostaje całkowicie wykluczone z możliwości skorzystania z niego w każdej z form.

No i tutaj też wydaje mi się, że trzeba powiedzieć o problemie, chociażby wykluczenia komunikacyjnego. No akurat o ile w [nazwa miasta] dostanie się do psychologa, psychoterapeuty, psychiatry, pod takim logistycznym względem nie jest może jakimś największym na świecie problemem, o tyle są miejsca w Polsce, no chociażby [nazwa miejscowości], gdzie jest to niezwykle trudne, gdzie nie kursuje żaden autobus (...) Więc jeśli dziecko nie ma rodziców, którzy są zmotoryzowani i będą chcieli je gdzieś dowozić, no to po prostu zostaje bez dostępu do pomocy. Jakąś pomocą może być praca zdalna z takim dzieckiem, no ale do tego też jest potrzebne odpowiednie łącze internetowe, przestrzeń, własny pokój, do tego, żeby można było porozmawiać. Dziecko wykluczone cyfrowo raczej takiej możliwości miało nie będzie [p24]

W kontekście braku dostępności wsparcia profesjonalnego, najczęściej odwoływano się do braków na stanowiskach lekarzy psychiatrów o specjalizacji z psychiatrii dzieci i młodzieży. Niektórzy badani specjaliści zwracali jednak uwagę także na małą liczbę terapeutów środowiskowych, stanowiących podstawę środowiskowego modelu psychiatrii oraz terapeutów rodzinnych, niezbędnych do prowadzenia terapii rodzinnych.

5.2. Mieliśmy z rok siatkę z firanki – problem z organizacją i finansowaniem

Problemem, który zdaniem badanych bezpośrednio przekładał się na jakość opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży, była niewłaściwa organizacja psychiatrii i jej finansowania. Niedofinansowanie oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży wiązało się chociażby z brakiem możliwości zorganizowania aktywności w czasie wolnym od terapii czy konsultacji z lekarzem.

(...) dobra byłaby sala gimnastyczna, no taka infrastruktura, żeby te dzieci miały zajęcie cały czas, żeby rzeczywiście można było, żeby się nie nudziły, żeby były dodatkowe etaty dla na

przykład osoby, która zajmie się ruchem, dla pedagoga, który im zorganizuje jakieś inne zajęcia, a tu z trudem udaje się wywalczyć dwa etaty dla terapeuty zajęciowego, nie jeden, no bo formalnie to nie wiadomo czy przypadkiem nie mamy ich za dużo [p1]

Jedna z badanych osób opowiedziała jak wyglądało stworzenie dla pacjentów miejsca do gry w siatkówkę, gdzie część środków udało się uzyskać, natomiast siatką była domowa firanka.

(...) kilkanaście lat temu (...) no że siatkę do siatkówki. No to dyrekcja znalazła pieniądze na to, żeby zrobić dwa słupki, ale już nie było kasy, nie było jak kupić siatki. I koleżanka pielęgniarka z firanki uszyła własnej i mieliśmy z rok siatkę z firanki [p1]

To także łączenie wielu różnych zaburzeń w ramach jednego budynku, co niekiedy jest niekomfortowe zarówno dla pacjentów, jak i dla samych specjalistów.

I teraz pani sobie wyobrazi, jak ja mam oddział, który jest właściwie od zera do osiemnaście, nie? I mam na przykład lękowego dziesięciolatka i przychodzi siedemnastolatek, który jest wulgarny, agresywny, zastrasza (...) to jest po prostu bardzo trudne wtedy, nie? Nie jestem w stanie zapewnić komfortu leczenia tego lękowego pacjenta [p6]

Według badanych sposób finansowania i organizacji psychiatrii, szczególnie oddziałów stacjonarnych, nie jest właściwy. Oszczędności w tych aspektach przyczyniają się do pogorszenia warunków, w których pacjenci odbywają swoje leczenie, co z kolei ma negatywny wpływ na ich proces zdrowienia.

5.3. Pomysł, że psycholog jest lekiem na wszystko, czy też psychiatra, no też jest trochę wzięty z sufitu – niezrozumienie problemu w społeczeństwie

Niewiedza dotycząca zdrowia psychicznego przekłada się na postrzeganie grup zawodowych nim się zajmujących, a także decyzje związane ze skorzystaniem z ich usług. Według badanych, część osób kierowałaby do psychologa, psychoterapeuty lub psychiatry wszelkie problemy lub trudności w celu ich sprawnego wyeliminowania.

Oni jakby traktują trochę terapię jak, jakby to miał być, nie wiem, terapeuta musi być Harry'm Potterem, mieć różdżkę i robić czary mary, hokus pokus [p6]

Takie postrzeganie wsparcia profesjonalnego w zakresie zdrowia psychicznego może jednak prowadzić do nieprzemyślanych decyzji, wynikających z założenia, że psycholog jest w stanie wszystko rozwiązać, także w sytuacjach krytycznych. W niektórych sytuacjach dużo ważniejsza jest jednak bliska i zaufana osoba.

(...) to nie jest tak, że każde dziecko w kryzysie powinno trafić do psychologa. Według mnie w kryzysie dziecko powinno być zaopiekowane przez rodziców w pierwszej kolejności. I to jest najważniejsze, tak? Czyli dostają wsparcie od osób, którym najbardziej ufam, i które są mi najbliższe [p10]

Jedna z badanych przytoczyła trudną historię ze swojego życia zawodowego, która wiązała się właśnie z niewłaściwym zrozumieniem jej roli jako psychologa.

*Takim bardzo przejmującym wydarzeniem, które mi się zdarzyło, jak zadzwoniła policja, pracowałam w ośrodku interwencji kryzysowej, i zadzwonił policjant, że jakaś pani, no mama wypadła, rzuciła się z okna. Popelniła samobójstwo ze skutkiem śmiertelnym, w domu jest dziewczynka i oni tę dziewczynkę przywiozą (...) **Bo ja jestem psychologiem.** Ja mówię „no ale wie pan co, ale po co mi pan tę dziewczynkę przywiezie? Matka jej z okna wyskoczyła i do obcej osoby ją pan przywiezie? Ja jestem sama przez całą noc”, bo to już było późno wieczorem i mówię „ja jej nawet tutaj nie mam łóżka, żeby ją położyć, nie mam kolacji, żeby jej zrobić, no **nic** nie mam i na dodatek ona mnie nie zna. Może jednak pan zadzwoni, może jest jakaś babcia, ciocia, wujek, jeżeli się okaże, że to jest już w ogóle teraz sierota absolutna to tak, to proszę dzwonić, to ja się już będę martwić” i mówię „i proszę do mnie zadzwonić za dwadzieścia minut”, no i powiedziałam to konkretnym tonem, no to pan jakiś tam zadzwonił za dwadzieścia minut, że oczywiście no, zaraz, przecież, zawiadomili rodzinę i już jadą. Także no pomysł, że psycholog jest lekiem na wszystko, czy też psychiatra, no też jest trochę wzięty z sufitu [p1]*

Kolejna z badanych zwróciła również uwagę na to, że samo przychodzenie do psychologa nie rozwiąże problemu, gdyż duża część pracy jest po stronie pacjenta, który musi poradzić sobie z dużym dyskomfortem podczas procesu leczenia i wykazać się gotowością do pracy nad problemem czy samym sobą.

Jak boli nas ząb, prawda, no to idziemy do dentysty, tak? Natomiast samo to, że usiądę na fotelu nie spowoduje, że mnie dentysta uzdrowi. Ja muszę narazić się na dyskomfort, na czasami trochę bólu, muszę otworzyć buzię, żeby potem było lepiej. Bo jak tego nie zrobię to za chwilę przyjdę z ropniem i będę musiała wyrwać pół szczęki. I tak samo jest z leczeniem chorób takich psychiatrycznych [p6]

Osoby udzielające wsparcia profesjonalnego w zakresie zdrowia psychicznego rzeczywiście pomagają w wielu trudnych czy krytycznych sytuacjach, według badanych nie należy jednak zapominać o roli najbliższego otoczenia.

5.4. No i tak trochę to jest takie przetrwanie – brakująca akceptacja

Według badanych gabinet czy oddział to często jedyne miejsce, gdzie dzieci lub młodzież w kryzysie nie spotykają się z odrzuceniem i krzywdą. Praca specjalistów polega wówczas

na wzmacnianiu dziecka i pokazywaniu mu, że jest w tym miejscu akceptowane dokładnie takie, jakie jest. Szczególnie, gdy doświadcza trudnych sytuacji w domu rodzinnym, w którym musi pozostać ze względu na aspekty prawne.

Akceptację, wsparcie (...) no bo wiadomo, jak rodzic mnie nie akceptuje, no to ja też mam dużo swoich trudnych myśli, (...) czasami to idzie w takie zaburzenia depresyjne, bardziej pewnie nastroju. No więc no pracujemy jakby z tym czymś, no i tak trochę to jest takie przetrwanie (...) [do czasu] ucieczki. Ucieczki po prostu z tego domu rodzinnego [p8]

Jeżeli dodatkowo rodzice nie chcą w żaden sposób współpracować ze specjalistą, to podejmowana jest wówczas praca z samym dzieckiem, na zasobach, które posiada.

Mierzymy się też z takimi sytuacjami, kiedy widzimy, że rodzice nie podejmują tych sugerowanych działań dla siebie, no i wtedy już jakby nasza praca też taka terapeutyczna, indywidualna z dzieckiem czy z nastolatkiem, no szczególnie z nastolatkiem, też polega na wzmocnieniu po prostu zasobów radzenia sobie z tą sytuacją rodzinną u nastolatka, tak? [p12]

Ważna jest także tzw. praca oparta na relacji, którą nawiązuje się z terapeutą lub psychologiem, a która polega na stworzeniu mu bezpiecznej przestrzeni w gabinecie i kontakcie, wysłuchaniu go i umożliwieniu werbalizowania swoich myśli i emocji.

No w dużej mierze wtedy to jest taka praca też no, oparta na relacji, na tym, żeby ten młody człowiek, tak? Mógł kontenerować te swoje emocje, no czuć się bezpiecznie, tak? [p22]

Badani wskazywali, że dla opuszczonego dziecka, które nie czuje się akceptowane, bardzo ważne jest okazanie mu tego w ramach wsparcia profesjonalnego. Pozwala to także zbudować więź terapeutyczną, potrzebną w procesie zmian.

5.5. Nawet paracetamol może uzależnić – opór przed włączeniem farmakoterapii

W sytuacjach, gdy kryzys jest zbyt przeciążający by podjąć samą pracę terapeutyczną, włącza się do leczenia farmakoterapię. Połączenie tych dwóch form leczenia uznawane jest za najefektywniejsze, np. w zaburzeniach depresyjnych. Leki normują bowiem organizm biologicznie, czy też raczej chemicznie, poprzez uregulowanie poziomów neuroprzekaźników. Ustabilizowanie ich w wielu sytuacjach jest konieczne, aby w ogóle rozpocząć proces terapeutyczny i pracować nad źródłem kryzysu.

Leczenie farmakologiczne może wdrożyć tylko lekarz, w tym przypadku lekarz psychiatra. Jeżeli psycholog lub psychoterapeuta uzna, że ta forma leczenia wspomogłaby proces zdrowienia lub jest wręcz konieczna, zaleca udanie się na wizytę do psychiatry, który sporządza diagnozę, a następnie wprowadza odpowiednie leki psychiatryczne.

(...) w przypadku depresji, zaburzeń lękowych, psychozy najlepsze efekty daje łączenie psychoterapii i farmakoterapii, dlatego to jest, no u nas taki właściwie klasyk, nie? Że najlepiej jest, jeżeli dana osoba jest skonsultowana przez psychiatrę i na przykład tam sobie przyjmuje leki, które pomagają jej na co dzień funkcjonować, no ale jednocześnie sobie pracuje terapeutycznie nad przyczynami tego, co jej się tam dzieje w życiu i wypracowuje nowe strategie radzenia sobie z tymi trudnościami [p24]

Psychiatryczne leczenie farmakologiczne wciąż wywołuje niepokój u wielu osób. Wynika to ponownie przede wszystkim z niewiedzy, jak takie leki działają i co mają na celu. Zażywający leki psychiatryczne postrzegani bywają przez pryzmat stereotypowego wizerunku otumanionej lekami, sennej i bezwolnej osoby. Dodatkowo niektórzy rodzice są negatywnie nastawieni do stosowania jakichkolwiek leków, a w leczeniu wszelkich przypadłości korzystają jedynie z medycyny niekonwencjonalnej.

Ludzie też niekoniecznie mają zaufanie do leków – „psychotropy” taka nazwa to już od razu, to już wiadomo, że to może być niedobrze [p1]

(...) w ogóle dla mnie też bardzo takie przykre jest to jak w siłę rośnie Altmed i różne pomysły typu leczenie depresji witaminą B, bo leki SSRI cię w ogóle zabijają, uzależniają (...) a dzieciak po prostu cierpi, nie? [p24]

Rzeczywiście leki psychiatryczne posiadają różne skutki uboczne – jak każde inne lekarstwa. Zwykle leki bez recepty, które można kupić w supermarkecie potrafią przy niewłaściwym stosowaniu lub zażywaniu przy konkretnym schorzeniu, wyrządzić duże szkody w organizmie człowieka. Podobnie z leczeniem farmakologicznym, które zawsze powinno przebiegać pod ścisłą kontrolą lekarza psychiatry – od rozpoczęcia leczenia, przez jego trwanie (po upewnieniu się, że dany lek odpowiada potrzebom pacjenta) aż po zakończenie, które nie jest nagłym urwaniem stosowania leku, lecz stopniowym tzw. schodzeniem z dawki.

Oni też się boją, że leki uzależniają. Ja mówię „wie pani, no jak ktoś bierze niezgodnie z zaleceniami to nawet paracetamol może uzależnić” [p6]

Dwie osoby spośród rozmówców zwróciły także uwagę na sytuację poniekąd odwrotną, czyli kiedy leki traktowane są przez rodziców jako automatyczne rozwiązanie problemu. Zależnie od zaburzenia, na jakie są stosowane, ich działanie może opierać się np. na wyciszeniu i uspokojeniu, co dla niektórych rodziców oznacza brak zachowań niepokojących ze strony dziecka. Stosowanie samej farmakologii nie rozwiązuje jednak przyczyn, które wywołały trudności czy kryzys sytuacyjny.

(...) jeśli u nastolatka, u którego rozwija się zaburzenie osobowości, zdrowego z trudną historią, też z jakąś taką historią, uzależnień w tle czy ryzykownych zachowań, to trochę taka tendencja by poskromić emocje tego dziecka, to jest właśnie to, żeby je „naćpać”, przepraszam za dosłowność (...) no ale jeżeli mam „naćpanego” nastolatka, no to ja nie jestem w stanie z nim pracować terapeutycznie, bo ja mam cały afekt wycięty, nie? (...) to dziecko powinno jednak trochę w tym afekcie funkcjonować, no bo przecież później dorośnie, odstawi leki i jakby nic się nie zmieni, nie? Powiedziałabym, że raczej idzie to w tą stronę, nie? Że ta niechęć jest już rzadziej, częściej pojawia się kwestia tego, że rodzice chętniej by zalekowali te dzieci, żeby one jakby już nie były na przykład takie męczące, nie? [p21]

Dla niektórych rodziców jest to szybki sposób na zapanowanie nad sytuacją, który jednocześnie nie wymaga większego zaangażowania. Sugerują lekarzowi psychiatrze zastosowanie wobec ich dziecka farmakoterapii, ponieważ sami stosują takie rozwiązanie.

Często są też rodzice, którzy sami naciskają na leki, bo powiedzmy sami się leczą, i że wiedzą, że to działa, więc mówią, co przyjmują i że może jemu by to też pomogło (...) często mi się zdarza odmawiać właśnie wtedy tego włączania leczenia (...) szczególnie jak na przykład przyszedł rodzic pięciolatki, która no absolutnie nie miała wskazań do farmakoterapii, ale nie chcieli iść z nią na terapię [p13]

Zalecenia związane z farmakoterapią wywołują różnorodne reakcje wśród opiekunów osób niepełnoletnich – od pełnego zaakceptowania, przez obawy i liczne pytania, po całkowite odrzucenie tego sposobu leczenia. Badani w swoim doświadczeniu zawodowym spotykali się zazwyczaj z całym spektrum reakcji na zalecenie farmakoterapii. Pomimo dokonujących się zmian w postrzeganiu psychiatrii, wciąż u części osób pojawia się opór wynikający z braku wiedzy oraz z funkcjonowania pewnych stereotypów dotyczących leków psychiatrycznych. Częściej obawy te zgłaszają rodzice i opiekunowie, niż sami pacjenci.

Nowym zjawiskiem, o którym wspomnieli badani, a które może zyskiwać na popularności, jest z kolei zgłaszanie przez rodziców prośby, aby lekarz przepisał dziecku leki psychiatryczne, postrzegane jest to bowiem przez nich jako rozwiązanie trudności wywołanych jego kryzysem.

5.6. Nie mówi się, nie wiem, „ty ze złamaną nogą”, tylko „ty psycholu” – stygmatyzacja związana z psychiatrią

Według części rozmówców stygmatyzacja dotycząca psychiatrii i psychologii zmniejsza się na przestrzeni ostatnich lat. Jest to jednak proces powolny, na który pozytywny wpływ wywierają głównie osoby młode, które podchodzą do swojego zdrowia holistycznie i nie

traktują zdrowia psychicznego jako tematu tabu. Tym samym, korzystanie z usług psychologa, psychoterapeuty czy psychiatry nie jest dla nich powodem do wstydu.

Wciąż jednak są zamknięte środowiska, które podtrzymują dawne przekonania. Ogromny wpływ miała na to również popkultura, przedstawiająca szpitale psychiatryczne w niekorzystnym świetle. Ludzie od dawna obawiali się bowiem osób chorujących psychicznie, głównie dlatego, że były postrzegane jako nieprzewidywalne i niebezpieczne. Oddział psychiatryczny stał się więc idealną scenerią dla wielu horrorów, zarówno w literaturze, jak i filmie. Niektórzy badani uznali, że przedstawiane w ten sposób leczenie psychiatryczne wzmocniło stygmatyzację i obawę przed skorzystaniem z tego rodzaju wsparcia.

Trochę jest tak, że nie wiem no, psychiatra zawsze się kojarzy jako taki psychiatra z filmów amerykańskich, wie pani, nie? I „psychiatryk”. Psychiatra to jakby w ogóle bardziej chory od pacjenta, tak? I psychiatryk po prostu będący jak z horroru, nie? No to, no to są tylko filmy. Niektórzy przychodzą na oddział i się dziwią, że tu jest tak normalnie [p6]

Natomiast zdarzyły mi się sytuacje, że to rodzice reagowali w ogóle jakąś paniką, wiesz, posługiwali się wiedzą o psychiatrii, o szpitalu psychiatrycznym czerpaną z „Lotu nad kukułczym gniazdem” albo wiesz, z jakichś tam dziwnych mitów. Po prostu bardzo się tego obawiali [p24]

Dewaluowania problemu, że on nie istnieje, że nie istnieją choroby psychiczne, że sobie dzieci wymyślają, że po co do tego psychiatry, to kosztuje pieniądze, nic nie daje tylko będzie gorzej po lekach, czyli jakby opieranie się na takiej całej masie mitologii w stylu science fiction i stereotypów o leczeniu psychiatrycznym i w ogóle chorobach psychicznych [p23]

Stosowane w dyskursie potocznym słownictwo kojarzone z leczeniem psychiatrycznym czy psychiatrią w ogóle, takie jak „żółte papiery”, „wariat”, „czubek”, „psychiatryk” nacechowane jest negatywnie i wykorzystywane bywa jako wyrażenia obraźliwe.

(...) też czasem wykorzystywanie tej etykiety na zasadzie „jesteś chory”, „jesteś porąbany”, „tobie nie wolno niczego powiedzieć”, „idź się leczyć”, co też jest chyba dość stereotypowe, myślę, że horrory zrobiły swoje w świadomości społecznej na temat leczenia [p23]

Nie bez kozery mówi się „ty psycholu”, tak? Nie mówi się, nie wiem, „ty ze złamaną nogą”, tylko „ty psycholu”, więc no jest to taka rzecz, która jest stygmatyzowana, boimy się trochę wykluczenia, ale jest coraz lepiej [p17]

Takie postrzeganie opieki psychiatrycznej i psychologicznej od razu nastawia pacjenta negatywnie, jakby musiał przed czymś się bronić (a dokładniej przed etykietą „nienormalnego”). Przekazywane z ust do ust mity dotyczące psychiatrii, czy samych

oddziałów psychiatrycznych, wzmacniają podział na osoby zdrowe i chore. Przypisuje się im jak najwięcej kontrastowych cech, aby mieć pewność, że należy się do grupy „normalnych”, a nie postrzeganych stygmatyzująco „nienormalnych”, uznawanych za nieprzewidywalnych i niebezpiecznych.

*(...) niestety nadal jest takie podejście, że do psychiatry no to idą tylko „czubki” albo ludzie „nienormalni” (...) no też mi się raz zdarzyło, że pacjent, który do mnie przyszedł, czyli przyszedł do psychologa i od razu mi powiedział z marszu, że przecież on jest **normalny** i dlatego on tutaj jest [p15]*

(...) na przykład spotkałam się z tym, że dziewczyna, która była z całkiem takiego wykształconego domu, jak ją przywieźli do [nazwa miejscowości, w której jest oddział] to po prostu była naprawdę no strasznie przestraszona i po latach dopiero mi powiedziała, że w jej okolicy panowało takie przekonanie, że jak kogoś odwozi się do [nazwa miejscowości, w której jest oddział] to on już nie wraca. To już z niego właśnie robią takiego, no taką bezwonną osobę, która już nie wróci do społeczeństwa [p1]

Lęk przed stygmatyzacją pojawia się także, gdy dziecko musi skorzystać ze wsparcia specjalisty w zakresie zdrowia psychicznego. Niekiedy trudność w zaakceptowaniu diagnozy jest tak silna, że rodzice nie zgadzają się z nią, podważają ją i szukają innego uzasadnienia dla zachowania swojego dziecka.

Natomiast jeszcze, jak już myślałam, że jest z tym nieźle, to w tamtym tygodniu miałam rozmowę z rodzicami gdzie tata zadał mi cztery razy pytanie czy na pewno wierzę w ADHD, i czy to jest na pewno to, mimo, że jego dziecko w czasie wcześniej rozmowy potrafiło przechodzić po pokoju, zmieniać pozycje, rozmawiać w ten sposób, mieć nogi pod spodem, na sobie, przed sobą (śmiech). I według tego taty, na przykład, było by łatwiej gdyby on był po prostu, tak jak to powiedział, po prostu „lobuzem”. A nie był w stanie przyjąć tego, że to może być ADHD [p11]

Co ciekawe, wśród młodych osób często zauważane jest poniekąd odwrotne zjawisko do stygmatyzowania zaburzeń psychicznych, jakim jest samodiagnozowanie się i przypisywanie sobie zaburzeń. Duży wpływ miało na to upowszechnienie się pewnych tematów związanych z psychiatrią, jak np. temat depresji.

Pozytywny efekt jest taki, że stygmatyzacja, powiedzmy, się zmniejsza, ale negatywny jest taki, że taka nadmierna jakaś rozpoznawalność u samych siebie tych chorób się pojawia. To że to nie są realne jednostki chorobowe tylko to... nadmiarowe używanie tych określeń. Depresja, trauma, tak, no to jest taki już... mam dzisiaj depresję, no, wczoraj nie miałem, dzisiaj mam, jutro nie będę miał, traumę przeżyłem bo dostałem gorszą ocenę. No tak się mówi... to jest taki już styl wypowiedzi popkulturowy [p16]

Według badanych, pomimo upływu lat, stygmatyzacja psychiatrii wciąż jest dostrzegalna. Częściej jednak dotyczy rodziców, niż ich dzieci, co świadczy o pozytywnej zmianie w społecznym postrzeganiu zaburzeń psychicznych i opieki psychiatrycznej oraz psychologicznej (o czym więcej pisałam w rozdziale dotyczącym podjęcia decyzji o skorzystaniu ze wsparcia profesjonalnego), jednakże wciąż występują pewne stygmatyzujące określenia w języku stosowanym przez młode osoby.

5.7. Jakby reforma sama w założeniu dla mnie jest okej – refleksje dotyczące reformy psychiatrii dzieci i młodzieży

Wprowadzana reforma psychiatrii dzieci i młodzieży, która wiąże się z nowym modelem ochrony zdrowia psychicznego, przez część badanych oceniona została jako słuszny kierunek zmian. Szczególnie praca środowiskowa, która nie „wrywa” młodych jednostek z ich otoczenia i kręgów społecznych, a która wcześniej nie funkcjonowała w Polsce. Podejście środowiskowe umożliwia też pozyskanie nowej perspektywy względem pacjenta.

My w ogóle współpracujemy też ze szkołami w ramach tego naszego wsparcia środowiskowego, tak? Więc to jest też tak, że my spotykamy się z pedagogami szkolnymi i z psychologami, i to wyjaśniamy, tak? Wspólnie zastanawiamy się, co zrobić, żeby ten nastolatek zechciał wrócić do tej szkoły, jak z powrotem na przykład włączyć go do klasy, kiedy już bardzo długo w tej klasie nie był, tak? Jak adekwatnie określić jakieś wymagania takie szkolne, edukacyjne, żeby on w ogóle zdecydował się na tą aktywność szkolną na nowo, tak? [p12]

(...) terapeuta środowiskowy może wejść do domu i trochę jakby poobserwować, jak to tam wygląda, jak wygląda organizacja dnia, jak wygląda planowanie dnia, jak wygląda egzekwowanie różnych zadań, z takim uwzględnieniem, na przykład, specyfiki pracy z dziećmi z taką nadrucliwością, z trudnością w koncentracji, tak? [p12]

Terapeuta środowiskowy przyjmuje także na siebie część rozpoznania sytuacji dziecka lub nastolatka, odciażając psychologów i psychoterapeutów, którzy uzyskują od niego istotne informacje o funkcjonowaniu pacjenta.

(...) branie odpowiedzialności za dziecko w systemie rodzinnym to jest trochę pacjent razy trzy
(...) I to jest też to moje odczucie częste, gdy w innych formach pracowałam to miałam bardzo duże takie poczucie obciążenia tym potrójnym pacjentem, tutaj przy wsparciu terapeuty środowiskowego ta odpowiedzialność trochę się rozkłada i mam wrażenie, że jakość i komfort pracy jest wyższy [p23]

Rola terapeuty środowiskowego jest nieoceniona w przypadku pacjentów, którzy nie skorzystaliby inaczej ze wsparcia profesjonalnego, gdyż z różnych powodów nie wychodzą z domu lub tego wychodzenia unikają.

Ale też to, że my jakoś spotykamy się też z tymi pacjentami w domach, bo w tym domu jakby bardzo wiele możemy zobaczyć, ale też w tych domach często po prostu te dzieci jakoś najlepiej się czują i na przykład nie chcą z nich wychodzić, tak? Mamy takich pacjentów, którzy po prostu nie wychodzą z domu i nie przyszliby do nas na, na wizytę, gdyby nie fakt, że my się gdzieś u nich pojawiaemy. [p12]

Jest to, jest to ciekawe, jest to pomocne, w ten sposób rzeczywiście można dotrzeć do tego środowiska pacjenta i tam z nim pracować wtedy, kiedy na przykład nie ma możliwości, żeby uczestniczył w takich systematycznych sesjach w placówce [p22]

Praca terapeuty środowiskowego wiąże się również z zupełnie nowymi możliwościami oddziaływań, które ukierunkowane są na pacjenta i polepszenie jego funkcjonowania.

Jeżeli no młody człowiek wychodzi z psychoterapii i mówi na psychoterapii, że nie wiem, „no jestem sam, jestem samotny, jestem samotna”, no to, no to jakby psychoterapeuta nie może tu nic zrobić, prawda? Poza tym, żeby nie wiem, żeby popracować nad tym, natomiast (...) w pracy takiej środowiskowej możemy wykonać wiele działań, żeby, żeby pomóc się w tym środowisku odnaleźć, czy znaleźć środowisko, które dla niego jest fajne, czy pomóc się odnaleźć w tym środowisku, w którym jest [p17]

Wśród badanych pojawił się jednak głos, że nie wszyscy psychologowie i psychoterapeuci doceniają wprowadzoną zmianę i pracę środowiskową, uznając, że wszystko powinno odbywać się w ramach procesu terapeutycznego w gabinecie.

(...) terapeuci długo pracujący w takim, no w takim systemie naszym, no że terapia to terapia, terapia to są zamknięte drzwi, i w ogóle gabinet, jakby nie do końca mają potrzebę, jakby nie widzą do końca potrzeby, żeby gdzieś do tego środowiska jechać. Myślę, że to też trochę czasu musi upłynąć, żeby ta reforma została zaakceptowana też przez środowisko takie terapeutyczne, prawda? [p17]

Zdaniem większości badanych cele i założenia przyjęte w ramach reformy są adekwatne względem społecznych potrzeb, ale także i światowych trendów. Realizacja odbiega jednak od dobrze brzmiącej idei. Przede wszystkim wskazywano tutaj na niewłaściwe zaplanowanie I poziomu referencyjnego, którego najważniejszą cechą miała być powszechna dostępność w udzielaniu wsparcia dzieciom i młodzieży. Jeszcze przez pewien czas nie będzie on jednak realizował swojego zadania, gdyż liczba placówek funkcjonujących w ramach I poziomu jest zdecydowanie zbyt mała, a ich przyrost wydaje

się dość powolny w stosunku do występującego zapotrzebowania. Jako główne przyczyny podano brak specjalistów oraz wysokie wymagania Narodowego Funduszu Zdrowia względem powstawania tego typu placówek.

*Znaczy ja myślę, że założenia reformy są super, (...) bardzo dużo jest jakby narzędzi i szkoleń i innych rzeczy, natomiast jak wszystko, w założeniu jest dość, jest pełna ideałów. No raczej na poziomie naszych ośrodków bardzo trudno, żeby się wydarzały, nie? Czyli, że na przykład zakładałaby, że do naszego ośrodka nie może przyjść osoba z tak zwanej ulicy, nie? Ponieważ my mamy pacjentów, którzy są skierowani albo z pierwszego poziomu, albo z trzeciego poziomu albo są skierowani przez, poprzez wizytę u lekarza. To ogranicza de facto dostęp, bo tak naprawdę ośrodków na pierwszym poziomie teoretycznie miało być **bardzo** dużo, ale niestety, aż tak dużo nie jest [p21]*

*To zależy, bo jakby reforma sama w założeniu dla mnie jest okej, tak? Bo jakby przenosi ciężar na pracę właśnie w środowisku, na pracę z pacjentem poza oddziałem stacjonarnym i jakby **idea** jest super, to jest to do czego dążą zachodnie kraje, to jest to, o czym my mówimy od lat, że to jest jakby **ten** kierunek. Natomiast forma, w jakiej ona jest wprowadzana no już nie jest do końca ok, bo okazuje się, że te pierwsze poziomy się zamykają, że one nie, nie dają rady, tak? Że nie ma ludzi, którzy mają tam pracować, że oczekiwania NFZ to są tak wyśrubowane, że w zasadzie mało kto jest w stanie zrealizować ten kontrakt w jakby w takiej formule w jakiej oczekuje NFZ i to już nie jest w porządku [p10]*

Zmieniony został chociażby sposób rozliczania – obecnie placówki mają płacone za wykonane usługi, które są w szczegółowy sposób opisane w dokumentach, mających bardzo dużą objętość.

(...) pokażę to pani – ten dokument ma ponad 200 stron i to jest tylko część tego dokumentu i to są standardy i rekomendacje merytoryczne dla poziomów, dla drugiego poziomu referencyjności, to jest „drobny” dokumencik, który tak, trzeba przeczytać i przekazać, bo jakby nie wierzę w to, że zespół weźmie i przeczyta, bo tego nie robi. Podobny dokument skracałam, miał jakby w skróceniu 27 stron i się domyśla pani, że nikt go nie przeczytał, a tam są warunki, które muszą być zrealizowane, bo inaczej NFZ pani nie zapłaci za usługę (...) ja rozumiem sens tego, rozumiem ideę, natomiast no, jakby tak jak mówię, ten program jest pełen ideałów niemożliwych do zrealizowania, nie? [p21]

Dla niektórych specjalistów, szczególnie tych pełniących funkcję kierowników czy ordynatorów, oznacza to poświęcenie czasu na zapoznawanie się z bardzo szczegółowymi wytycznymi kosztem czasu, który mogliby spędzić na konsultacjach z pacjentami.

Więc jakby jest to fajna pomoc, jak najbardziej, ale jest wokół tego ogromny chaos, nie? W ogóle jest teraz dużo napięcia wokół jakichś tam kwestii związanych ze zdrowiem psychicznym, tak formalnie, nie? W samym środowisku, więc to jest odczuwalne od kilku lat,

tak naprawdę to po prostu wymaga od nas bardzo dużego, po prostu spędzania kupy czasu z dokumentami, a nie z pacjentem, nie? I też nas to cofnęło (...) był taki moment, kiedy się scyfrizowaliśmy i wszystkie dane pacjenta, wszystko było w komputerze – wróciliśmy do kart papierowych (śmiech) i jakby, jakby robimy to, co robiliśmy piętnaście lat temu, nie? Produkuje makulaturę [p21]

Według badanych, niektóre poradnie funkcjonujące w ramach I poziomu referencyjnego zostały zamknięte niedługo po uruchomieniu.

(...) sama też trochę widzę, że był taki czas, że na moim osiedlu pojawiło się jakieś takie miejsce, miało nawet naklejkę, że jest, tak, pierwszym poziomem psycholog tam dla dzieci i młodzieży, i po roku później już go nie było [p11]

Badani wskazywali także, opierając się na własnym doświadczeniu zawodowym, że przyjmowani w ramach I poziomu pacjenci, tak naprawdę powinni zostać przyjęci w ramach co najmniej II poziomu. W ośrodkach I poziomu nie pracują bowiem psychiatry, tymczasem wielu młodych pacjentów wykazuje, np. myśli samobójcze lub doświadcza objawów, które powinny być skonsultowane psychiatrycznie. Przekierowanie pacjenta do II poziomu było natomiast niemożliwe ze względu na dostępne terminy.

*(...) też trzeba pamiętać o tym, że my w zasadzie pracujemy z dziećmi z drugiego poziomu, to znaczy my robimy robotę drugiego poziomu, bo to nie są dzieci, które mają drobne trudności, tak? Takie do wsparcia - to nie są dzieci do wsparcia, to są dzieci do intensywnych oddziaływań terapeutycznych, psychoterapeutyczny. I gro z tych dzieci jest w opiece psychiatrycznej w związku z czym, według reformy to powinno być dzieci z drugiego poziomu, ale my **nie możemy** ich odesłać do drugiego poziomu, ponieważ tam nie ma miejsc dla nich, więc zamykamy się, jakby koło się zamyka, więc w zasadzie my jako pierwszy poziom realizujemy de facto pracę pierwszego i drugiego poziomu, choć oficjalnie tylko pierwszego [p10]*

Specjaliści starali się mimo wszystko zapewnić tym dzieciom i nastolatkom wsparcie profesjonalne, aby nie pozostały całkowicie bez zorganizowanej opieki. Z kolei u młodych osób oczekujących w kolejce do poradni z I poziomu, często rozwijały się dalej kryzysy, prowadząc do pogorszenia stanu zdrowia psychicznego.

*(...) ta reforma powstała w momencie, kiedy mieliśmy **bardzo wysokie** jakby procent populacji wymagającej takiego wsparcia, po bardzo dłuugim czasie **zaniedbań** w tym obszarze, więc moja pierwsza refleksja związana z referencyjnymi poziomami jest taka, że to 50% dzieci, które trafiło do nas na pierwszym poziomie referencyjności, nie powinno było być obsługiwane przez pierwszy poziom referencyjności, co najmniej przez drugi. Więc de facto te dzieci, które w tamtym momencie, dla których w tamtym momencie skorzystanie z pierwszego poziomu referencyjności byłoby **adekwatne**, czekając w kolejce, aż obsłużymy te dzieci w kryzysach, niestety często już rozwinęły kryzysy, więc jakby ciągle gonimy zajęczka. (...) [pierwszy*

*poziom] obsługiwał w pierwszym rzucie dzieciaki z, które właściwie często wymagały hospitalizacji, czyli trzeciego poziomu referencyjności, a na pewno już drugiego (...) kiedy te dzieciaki czekały na, na konsultację, miały wdrażane leczenie w warunkach ambulatoryjnych, to tak naprawdę tylko kontakt ten terapeutyczny był przestrzenią, gdzie można było w ogóle na przykład obserwować, przy czym to też nie są jakby w pełni nasze kompetencje, psychoterapeutów, no jak na dziecko wpływają modyfikacje dawek lub leków. Ale wydawało się to być i tak bezpieczniejszym rozwiązaniem niż zostawienie tych dzieci bez **jakiegokolwiek** specjalistycznej pomocy [p23]*

Podkreślano tutaj szczególną rolę zaangażowanych jednostek, które działają i podejmują wysiłki ponad typowo systemowe rozwiązania.

Natomiast to, co widzę w jednostce, w której pracuję, to chcieć to móc, po prostu. Jeżeli ludziom się chce, to zarówno od strony administracyjnej, tak? Zarządzania tym wszystkim, jak i tych którzy pracują bezpośrednio w polu z młodzieżą, tak? No to naprawdę można bardzo wiele zrobić [p26]

Według badanych, jak na razie reforma nie wpłynęła znacząco na zmniejszenie liczby hospitalizacji dzieci i młodzieży.

(...) one w jakiejś formie nie spełniają według mnie no tego, do czego zostały powołane, bo ilość dzieci w szpitalach się nie zmniejszyła [p25]

Jedna z osób biorących udział w badaniu wyraziła swoją niezgodę, na to, aby hierarchizować istotność poziomów referencyjnych, tak jak robią to niektórzy w środowisku specjalistów w zakresie zdrowia psychicznego. Każdy z poziomów stanowi bowiem element systemu ochrony zdrowia, w którym pełni określoną funkcję. Brak któregokolwiek z nich byłby odczuwalny dla wszystkich pozostałych.

Lekarze pracujący tam [na III poziomie] dość często mają poczucie, że to oni wykonują tą trudniejszą część programu, jakby trochę nie widząc, tego że wielu pacjentów do nich nigdy nie trafi, bo my jesteśmy tam na dole i tą pracę robimy, nie? [p7]

Zdaniem rozmówcy znajduje to swoje odzwierciedlenie w propozycjach, które były zgłaszane do wprowadzenia w ramach reformy.

*(...) wie pani, to nas chyba zabolalo trochę w tej ostatniej reformie, w propozycjach, żeby ośrodki takie jak my, w małych miejscowościach, były ośrodkami rehabilitacyjnymi wyłącznie, a nie diagnostycznymi. My **robimy** te diagnozy, robimy je dobrze, nie od wczoraj, a druga sprawa, że ja już czekam na radość moich kolegów z [nazwa większego miasta] jak ja wszystkie dzieci na diagnozę wysyłam im do [powtórzenie nazwy miasta]. No raz, że one nie dojadą, część nie dojedzie, nie ma takiej potrzeby, po drugie to będzie jakieś po prostu no, jakieś karkołomne [p7]*

Według większości rozmówców, psychiatrię dzieci i młodzieży w Polsce czeka jeszcze wiele zmian, aby można było uznać, że system ten działa prawidłowo. Obecna reforma ma dobre założenia, szczególnie te związane z pracą środowiskową i zwiększeniem dostępności pomocy psychologicznej, jednak zdaniem badanych w rzeczywistości nie działają one tak, jak powinny.

6. *Być. Być przy nim* - rekomendacje w zakresie wsparcia społecznego oczami specjalistów

Badani zostali zapytani o rady lub zalecenia, które daliby rodzicom oraz szkołom w celu zapobiegania rozwojowi kryzysu u swoich dzieci i uczniów. Mieli także wyobrazić sobie typ idealny, w którym mogą wprowadzać dowolne modyfikacje i rozwiązania np. systemowe czy instytucjonalne mające jeden cel - zmniejszenie liczby kryzysów u młodych osób. Zebrane wypowiedzi posłużyły do sformułowania rekomendacji w trzech obszarach: rodziny, szkoły oraz organizacji profesjonalnego wsparcia zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży.

Rekomendacje różnią się między sobą złożonością (niektóre można wprowadzić od zaraz, inne wymagają zaangażowania różnych instytucji), a także prawdopodobieństwem wprowadzenia w życie, jednak badani wyraźnie zwracali uwagę, że każdy z nas może przyczynić się do poprawy kondycji psychicznej dziecka lub nastolatka drobnymi słowami, gestami czy niewielkimi zmianami w swoim zachowaniu czy stosunku do niego.

To jest czasami tak, że chyba nie do końca sobie zdajemy sprawę jak bardzo takie oddziaływania, które się wydają proste, jakie mają duże znaczenie dla młodego człowieka [p17]

Wszystkie rekomendacje wiążą się z wątkami omawianymi przez rozmówców jako sytuacje problemowe, czynniki kryzysogenne czy braki, które szczegółowo opisano w poprzednich rozdziałach.

6.1. *Takiej dojrzałości, takiego zdrowego dorosłego w rodzicu* – rekomendacje w zakresie rodziny

Najczęściej formułowaną przez badanych radą dla rodziców w celu zmniejszenia ryzyka wystąpienia u ich dzieci kryzysu było przede wszystkim budowanie z nimi zdrowej relacji. Takiej, w której bardzo ważna jest rozmowa, szacunek dla drugiej osoby i otwartość na poznanie jej perspektywy. Wszystkie te aspekty składają się na poczucie bezpieczeństwa w relacji dziecka z rodzicem.

*(...) tolerancyjny, wyrozumiały, akceptujący rodzic, tak? Który rozmawia (...) w pełen szacunku sposób, szanuje prawa człowieka, godność, i tak dalej, tak? Jest otwarty (...) jest **zaciekawiony** swoim dzieckiem, tak? To to są takie czynniki, które zmniejszają ryzyko zaistnienia takiego poważniejszego kryzysu, tak? Bo jeżeli nawet dzieje się źle gdziekolwiek indziej, ale dziecko ma **bazę** w domu bezpieczną, no to to jest bardzo ważne [p26]*

(...) że [rodzic] jest taką jakby bezpieczną przystanią [p15]

*Mnie się wydaje, że najbardziej ważne jest to, że jeżeli rodzina jest **rodziną**, no to trzeba, nie wiem, rozmawiać, powodować, że każdy w tej rodzinie jest ważny [p17]*

W tak budowanej relacji rodzic powinien być wsparciem, a nie osobą krytykującą i oceniającą. Wykazywanie zainteresowania swoim dzieckiem powinno trwać i wykraczać poza tematy związane ze szkołą i otrzymanymi ocenami.

(...) tak naprawdę rolę rodzica powinno być przez całe życie bycie takim dobrym słuchaczem tego dziecka. Żeby ono się nie bało powiedzieć, żeby nie miało poczucia, że jest w domu z sędzią tylko właśnie z rodzicem, który umie doradzić, który sam umie sobie poradzić z jakąś trudną sytuacją, rodzicem, który właśnie nie wciąga dziecka, gdzieś w swoje sprawy takie prywatne, co też bardzo często teraz się zdarza, że właśnie dziecko chętniej przyjdzie do osoby, której wie, że sama sobie radzi z czymś i że nie musi go obciążać swoimi problemami, więc taki rodzic wsparciowy od samego początku w zasadzie, który, który jest na bieżąco z tym, co się u dziecka dzieje i, i rozmowa, przede wszystkim, żeby to nie ograniczało się powiedzmy tylko do pytania „co w szkole?” tylko właśnie z wychodzeniem też właśnie w takie elementy „jak się czujesz?”, „czy jest coś, co mogę dla ciebie zrobić? [p13]

Zbudowanie z dzieckiem dobrej relacji daje rodzicom szansę na zauważenie i rozpoznanie ewentualnych trudności czy zmian w jego zachowaniu, wynikających z pojawiającego się kryzysu. Dziecko, które czuje się bezpiecznie i wie, że może porozmawiać z rodzicem o swoich problemach, ma też większą otwartość, aby mu o nich opowiedzieć. Według badanych nie jest to więc reakcja jedynie na kryzys, lecz dbanie o relację od samego początku.

Punktem wyjścia jest znajomość swojego dziecka. To znaczy, jeśli my nie znamy swojego dziecka to nie będziemy w stanie wychwycić tego, co się z nim dzieje. Jeżeli ja mam relację, przez relację rozumiem przebywanie z tym dzieckiem, rozmowę z tym dzieckiem, bycie zainteresowanym tym, co się u niego dzieje, z kim się przyjaźni, co jest dla niego trudne, co przeżywa, co go cieszy, czy jakby bycie w ogóle w kontakcie z tym dzieckiem - dla mnie to jest klucz i jeżeli jest rodzic, który jest w kontakcie z dzieckiem, to po pierwsze on zauważy ten kryzys i będzie umiał z tym dzieckiem o tym, co się z nim dzieje porozmawiać i ja wychodzę z założenia, że rodzic powinien być ekspertem od swojego dziecka. (...) ale jeśli pytasz mnie o to, co w kryzysie, to ja uważam, że w kryzysie rozmowa, w kryzysie zastanawianie się,

*co takiego się dzieje też dookoła, co powoduje, że to dziecko źle się czuje i czasem możliwe są jakieś ruchy wcale niezwiązane z pomocą psychologiczną tylko takie ruchy w środowisku, które na przykład zadbają o to dziecko, bo może się okazać, że dziecko jest w kryzysie, bo na przykład doświadcza przemocy rówieśniczej. I pewne ruchy na terenie szkoły, zaangażowanie rodzica, spowodują, że to ustąpi, tak? I że ten kryzys się nie, nie wiem, nie będzie przeradzał w jakąś ogromną kulę śniegową, ale jeżeli rodzic nie rozmawia, nie zna, nie jest zainteresowany, zostawia to dziecko zamknięte w swoim pokoju i siedzi z nosem w telefonie, to nie ma szans na to, żeby ten kryzys zażegnać na takim poziomie. Więc uważam, że **nie ma złotych metod**, nie ma czegoś takiego. Bycie z dzieckiem, rozmowa, bycie zainteresowanym, empatia w stosunku do tego dziecka, to jest coś, co jest chyba, no jedynym takim kluczem do pomocy takiej doraźnej, tak? [p10]*

Podjęmowane przez rodziców rozmowy powinny według badanych dotyczyć także przeżywanych emocji, co bardzo często bywa lekceważone i niedoceniane.

(...) ten czynnik emocjonalny jest gdzieś tam bardzo zmarginalizowany i tak jakby jest taka zadaniowość właśnie, niestety, typu „czy zdobyłeś jakąś ocenę?”, „czy wszystko się zgadza?”, „czy zrobiłeś to, o co cię prosiłem?” [p25]

No kontakt z emocją to dla nastolatka to w ogóle jest abstrakcja. (...) To też by ułatwiło, to też idealny plan, to żeby rodzic w domu potrafił o emocji porozmawiać ze swoim dzieckiem, nazwać chociażby tą emocję, pokazać jak on sobie radzi z tą emocją, żeby to dziecko też potrafiło sobie z nią poradzić [p8]

(...) myślę, że bardzo ważne jest to, żeby uczyć dziecko nie tylko kolorów, nie tylko wiązania butów, ale też nazywania, różnicowania swoich stanów emocjonalnych i pozwalając mu na to, nie? Mówić mu „no wkurzyłeś się, no, no normalne, nie? Ja też się czasem wkurzam” [p24]

Zwrócono również uwagę na to, że szczerą i bezpieczną rozmową stanowi podstawę oddziaływań profilaktycznych w zakresie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Często nie są wymagane żadne specjalne narzędzia, techniki czy umiejętności, lecz właśnie rozmowa rodzica z dzieckiem.

Albo że jeżeli coś się właśnie, nie wiem, mam problem jakiś z moim dzieckiem to mogę z nim spróbować po prostu pogadać, nie? Nie, nie muszą do tego stosować jakiejś szczególnej techniki wychowawczej, że czasem rozmowa jest po prostu najlepszym narzędziem, no i są takie proste rzeczy, ale to znowu jesteśmy w kręgu edukacji, nie? Jakby to trzeba powiedzieć, żeby ludzie to robili, nie? [p10]

Bardzo istotne jest również znormalizowanie tematu kryzysów i zapewnienie dziecku o tym, że ma w rodzicu wsparcie i nie pozostanie samo ze swoimi problemami czy trudnymi emocjami.

*(...) żebyśmy rozmawiali z dziećmi o tym, że jeżeli coś jest nie tak, a może być, niezależnie od tego jak bardzo się staramy i tak dalej w życiu są różne kryzysy, również w życiu naszych dzieci, to żeby mówić o tym, że wspólnie będziemy szukać pomocy, i żeby nasze dziecko wiedziało, że jeśli będzie miało kryzys emocjonalny, kryzys psychiczny, będzie intensywnie szukało własnej tożsamości, to że może do nas z tym przyjść, i że będziemy wspólnie szukać rady, będziemy szukać pomocy, przejdziemy przez to, że na pewno nie usłyszysz od nas „popie*doliło ci się, nie masz żadnej depresji, weź się do nauki”, nie? [p24]*

Co wiąże się również z otwartością na skorzystanie ze wsparcia profesjonalistów w zakresie zdrowia psychicznego.

(...) nie bać się pomocy z zewnątrz, nie bać się pomocy psychologa, psychoterapeuty, psychiatry [p26]

Według badanych budowanie zdrowej relacji ze swoim dzieckiem wiąże się z pewną otwartością i wyrozumiałością, która nie ma nic wspólnego z koncentracją na swoich własnych, rodzicielskich oczekiwaniach względem tego, jak dziecko ma wyglądać, zachowywać się czy kim być.

*(...) to jest kwestia tego, żeby komunikować się z dziećmi **tak**, jak sami chcielibyśmy, żeby z nami rozmawiano, tak? Z szacunkiem, z poszanowaniem praw człowieka, z odpowiednim doбором słownictwa i tak dalej. A przede wszystkim słuchać, tak? Otworzyć się na potrzeby człowieka, tego młodego człowieka i nie koncentrować się tylko i wyłącznie na sobie, na tym co **ja bym chciał** jako rodzic, bo **ja bym oczekiwał** tego, tego, tego, tak? [p26]*

Badani wskazywali także na zainteresowanie swoim dzieckiem nie tylko w kwestii zapewnienia mu bezpieczeństwa, ale także okazywania zaciekawienia i zainteresowania tym, co jest dla niego istotne i co lubi.

Powiedziałabym też, żeby żywo interesować się tym, co dziecko robi w Internecie, że to nie jest tak, że w tym Internecie to tylko jakieś głupoty i najlepiej to jest sobie usiąść i ponarzekać, jak to teraz ci młodzi z tymi smartfonami. Tylko tak, jak kiedyś nasze mamy, babcie być może się przyglądały przez okno, co robią dzieci na podwórku, tak my powinniśmy się trochę zainteresować tym, co robią dzieci na podwórku wirtualnym [p24]

(...) interesować się tym, co interesuje nasze dzieci, co lubią, żeby dowiadywać się o nich jak najwięcej, po prostu z nimi rozmawiać. Bo tego chyba najbardziej brakuje wśród dzisiejszych dzieciaków i młodzieży [p25]

Według badanych rodziny powinny otrzymać systemowe wsparcie w zakresie przygotowania do pełnienia roli rodzica. Jest to niezwykle istotna funkcja, gdyż ma bezpośredni wpływ na kształtujące się w danej rodzinie dziecko. Z tego powodu powinno się organizować spotkania lub warsztaty dla rodziców, podczas których tłumaczone byłyby

okresy rozwoju dzieci i występujące w nich kryzysy rozwojowe czy inne trudności mogące pojawić się w toku wychowywania.

(...) że w każdej szkole rodzice są poddawani jakimś takim warsztatom psychologicznym o rozwoju dzieci, tak? Co jest normalne, co jest nienormalne, czego się należy spodziewać, na co się należy przygotować. Z jednej strony to by im pomogło sobie poradzić z wieloma kryzysami w znacznie lepszy sposób niż sobie radzą, bo radzą sobie czasem fatalnie, z drugiej strony [p26]

(...) brakuje też takiej dużej wiedzy na temat w ogóle, tak? Tego procesu rozwoju tych potrzeb w kontekście kryzysów właśnie rozwojowych u dzieci i młodzieży, że to jest coś dynamicznego, że trzeba się wykazać elastycznością, że pod każdym zachowaniem jest tak naprawdę jakaś potrzeba. Więc też taka wiedza, tak? Na temat tego rozwoju dziecka, której wydaje mi się, że rodzicom brakuje [p22]

Jeszcze czego brakuje, szkół dla rodziców brakuje, właśnie miejsc, w których rodzic będzie mógł uzyskać od jakiegoś doświadczonego terapeuty wsparcia takiego, jak zareagować w kryzysie, jak sobie radzić z rozpoznaniem choroby dziecka i właśnie takie oddziaływania wdrożyć. To na przykład jest na razie w Polsce bardziej dla dzieci z ADHD, dla dzieci z autyzmem coś takiego, żeby tych rodziców uczyć, ale tego powinno być więcej [p13]

Badani odnosili się także do konieczności uwzględnienia we wspomnianej psychoedukacji rodziców takich elementów jak umiejętności komunikowania się, w tym komunikowanie bez agresji, umiejętność wyznaczania granic czy rozpoznawania własnych stanów emocjonalnych.

*(...) tak sobie czasem żartujemy, ale to właściwie niekoniecznie powinny być żarty, tylko fajnie by było jakby to była prawda, że się w Polsce wymaga tego żeby, na przykład, mieć te przedmałżeńskie spotkania, wizyty, tak, żeby się przygotować, i tak dalej. Fajnie, tylko nikt nigdy nie wpadł na to, żeby zrobić konieczne dla dorosłych spotkania jak to sobie poradzić jak już ma się dziecko. Wiadomo, że nikt tego nie sprawdza, może oczywiście to też nie było w porządku gdyby ktoś tam ingerował, tak, jakoś nie wiem, państwowo, czy instytucjonalnie, jak ma wyglądać wychowywanie, ale żeby ludzie mieli jakąś **bazę** w ogóle jak to zrobić, jak się komunikować, jak przekazywać to o co mi chodzi, jak rozmawiać z dzieckiem [p11]*

Pierwsze co przychodzi mi do głowy to jest przede wszystkim takie zweryfikowanie na ile sam rodzic ma dostęp na przykład do swoich emocji. Czy potrafi je nazywać, jakie ma przekonania związane z przeżywaniem emocji, trochę to byłby taki trop w kierunku tego czy środowisko rodzinne ma predyspozycje, żeby być unieważniające wobec emocji, a w rezultacie wygenerować dysregulację emocji u dziecka. Więc myślę, że to byłby taki ważny element związany z psychoedukacją taką o emocjach, z psychoedukacją o sposobach radzenia sobie, dalej pewnie trochę o tym, że dzieci bardzo wiele uczą się poprzez obserwację i mogą naśladować pewne strategie radzenia sobie. Myślę sobie też, że to byłyby takie elementy

związane z komunikacją, chociażby tak bazowa umiejętność jak formułowanie komunikatów typu „ja” w miejsce komunikatów typu „ty”. I też pewnie praca ze asertywnością, ale nie rozumianą tylko i wyłącznie jako wzmacniania asertywności u rodzica, ale też umiejętność przyjmowania asertywnych komunikatów i oddawania pewnych, pewnej przestrzeni dziecku, oczywiście adekwatnie do wieku rozwojowego. To chyba byłoby takie top trzy, bez którego sobie w ogóle nie wyobrażam, że rodzic może zauważyć jakąś trudność [p23]

Zadbanie przez rodziców o swoje umiejętności radzenia sobie, wpływa pozytywnie i bezpośrednio na sposoby radzenia sobie przyjmowane przez ich dzieci. Edukowanie rodziców, w jaki sposób mogą rozwiązywać swoje problemy konstruktywnie, zostanie więc jednocześnie przekazane poniekąd kolejnym pokoleniom poprzez obserwację i modelowanie zachowań.

*Najważniejsze jest stworzenie jakiegoś bezpiecznego środowiska dla rozwoju tego młodego człowieka, tak? Możliwie **stabilnego** środowiska, z dojrzałymi emocjonalnie dorosłymi, którzy są w stanie adekwatnie reagować na te trudności, które się pojawiają na różnym etapie rozwojowym. Rodziców, którzy też jakoś radzą sobie ze **swoimi** trudnościami, tak? [p12]*

(...) takiej dojrzałości, takiego zdrowego dorosłego w rodzicu. Jak ktoś ma dobrze zbudowanego w sobie zdrowego dorosłego to wie, jak reagować na potrzeby swojego dziecka [p19]

Jest to także o tyle istotne, że zadbanie o swoje zdrowie psychiczne przekłada się na funkcjonowanie rodzica w życiu codziennym, który nie jest wówczas sfrustrowany czy nieszczęśliwy.

(...) i oczywiście dbanie o samego siebie. No trudno jest, tak sobie wyobrażam, pracować nad tym, żeby nasze dziecko na przykład nie miało depresji, jeśli sami ją mamy i nic z tym nie robimy. Żeby zadbać też w rodzicielstwie, które bywa strasznie trudne, o samych siebie i o swoje relacje. (...) dziecko nie potrzebuje udręczonej matki Polki ani sfrustrowanego ojca, który koncentruje się tylko na zaspokajaniu potrzeb innych, nie? Bycie masochistą nie robi dobrze dzieciom. Dzieciom dobrze robi to, kiedy sami też staramy się być szczęśliwi [p24]

Badani wskazali także na konieczność ograniczenia przez rodziców swojej impulsywności, która często pojawia się w sytuacji przejawiania przez dziecko różnorodnych trudności. Negatywne komunikaty czy postawa koncentrująca się na obwinianiu dziecka czy robieniu mu wyrzutów dotyczących jego kondycji psychicznej nie są w żaden sposób motywujące do zmiany, wręcz przeciwnie, pogłębiają jedynie kryzys i pogarszają samoocenę dziecka lub nastolatka.

(...) żeby nie dali do zrozumienia dziecku, że są na niego źli, bo jest w trudnej sytuacji, bo często rodzice tak reagują, tak? [p25]

*Po pierwsze rozmowa, próbować rozmawiać. Po drugie **nie oceniać** tego dziecka, nie dawać mu komunikatów, że coś jest z nim bardzo nie tak, bo często też rodzice sami nie wiedzą, co mają robić, sami są pogubieni, więc reagują bardzo emocjonalnie, a to też jakby, dzieci odczuwają to jeszcze mocniej (...) nie kierowanie do dzieci komunikatów „znowu to zrobiłeś źle”, „znowu coś nie wyszło”, „znowu się złościś”, ponieważ to są takie komunikaty nacechowane bardzo negatywnie w odbiorze dziecka, nastolatka to jest komunikat, który, jeżeli oni usłyszą ten komunikat to czują się jeszcze gorzej i ich samoocena **jeszcze bardziej** spada, a no, przynajmniej, że z reguły dzieciaki też mają niską samoocenę [p20]*

Rozmówcy zwrócili również uwagę na pewnego rodzaju presję względem pełnienia roli rodzica. Otoczenie w różnorodny sposób nakłada na rodziców oczekiwania dotyczące tego, w jaki sposób powinni się zachowywać, przede wszystkim nie ma społecznego przyzwolenia na popełnianie błędów w wychowaniu. Współcześnie dużym wyzwaniem dla rodziców jest zapewnienie mu dobrych warunków materialnych oraz edukacyjnych, które wymagają finansowania dodatkowych zajęć. Badani sugerowali, że w celu zadbania o swoje własne zdrowie psychiczne, a tym samym o pełnioną rolę matki lub ojca, rodzice powinni niekiedy zmniejszyć tempo swojego życia zawodowego i znaleźć czas, by odpocząć czy spędzić go z dziećmi⁵⁸.

(...) odpuszczenie pewnych rzeczy sobie, tak? Bo na przykład, to się może wydać absurdem, ale do rangi dramatów rodzinnych urasta bałagan w pokoju nastolatka, tak? No jakież to jest problem? [p26]

*(...) to nie tylko dzieci, no to rodzice, nie? Że to **im** trzeba pomóc. Że **im** trzeba, na przykład, coś odpuścić, albo oni muszą odpuścić [p11]*

*No też takie zadbanie o siebie, o to, żeby rzeczywiście **być**, czyli mniej tych kryzysów takich systemowych, rodzinnych. Rodzice gonią, tak? Za pracą, tego czasu jest mało, wielu rzeczy gdzieś nie dostrzegają na czas [p22]*

Według badanych, nabycie przez dorosłych umiejętności rezygnacji z pogoni za ideałem wpłynęłoby pozytywnie nie tylko na ich samopoczucie, ale także i na dzieci, ponieważ zmniejszyłyby się wymiar obowiązków i oczekiwań na nie nakładanych. Odczuwane napięcie i presja zredukowałoby się wówczas w całym systemie rodzinnym.

Ja bym poszła w takie zwolnienie, ja bym poszła w takie wiesz, większe rozluźnienie tego napięcia i tej choleryjnej presji, która jest wiesz, na nas dorosłych to raz, ale to jak my tą presję przerzucamy na dzieciaki (...) trochę taką większą swobodę i nie napinanie się nie wiem,

⁵⁸ Szczególnie, że poczucie bezpieczeństwa w rodzinie i panująca w niej dobra atmosfera okazują się ważniejsze z perspektywy wychowania niż sytuacja materialna (zob. Witkowska-Paleń 2019).

na sukces, na osiągnięcia. Na zdecydowanie większą tolerancję nie wiem, różnych ścieżek wyboru [p9]

*Kolejna bardzo ważna rzecz to jest nie uzależnianie wartości dziecka (...) od tego jakie osiąga sukcesy, bo dziecko **nie jest** istotą, która przychodzi na świat po to, żeby zaspokajać jakieś nasze pragnienia, żeby realizować nasze niezrealizowane pasje [p24]*

W wypowiedziach badanych osób pojawiła się również kwestia gotowości do udzielenia wsparcia swojemu dziecku, ale przy jednoczesnym wzmacnianiu jego niezależności i decyzyjności.

*(...) żeby **być** przy tym dziecku, wspierać je, a jednocześnie dawać mu taką możliwość trochę takiej wolności, trochę takiej możliwości decydowania o sobie, no i przede wszystkim też **reagowanie**, reagowanie na czas, a nie na przykład późno [p15]*

Daj przestrzeń, ale bądź blisko [p4]

Rozmówcy zwrócili również uwagę na konieczność wyeliminowania z postawy rodziców elementu oceny, który często werbalizują w rozmowach z dzieckiem. Podważanie tego, co przeżywa dziecko, bagatelizowanie jego emocji i stanu nie służy zarówno dziecku, jak i jakości więzi z nim. Dziecko, które otworzyło się ze swoim problemem czy trudnością, a zostało wyśmiane, ocenione czy odrzucone, nie zwróci się ponownie po pomoc.

*Bardzo często jest tak, że dzieciaki nie mówią początkowo, kiedy coś się zaczyna dziać, albo dzieciaki o tym nie mówią albo to jest takie na zasadzie takich krótkich półsłówek, takiego **jednego** spróbowania i jeżeli rodzic w tym momencie nie zareaguje, no to wtedy dziecko sobie odpuszcza [p15]*

Często jeśli dziecko mówi, że przeżywa, to ważne jest to żeby nie zaprzeczać temu, że nie no co ty... "nie, co ty mówisz", tylko, że „rozumiem, że ty tak to czujesz”, jakoś tam potwierdzić i przyjąć to, i podjąć pracę. (...) Na pewno ważne jest to, że jest poczucie takiego zrozumienia, właśnie, nieodrzczenia, tylko przyjęcia tego, że to co przeżywasz jest prawdziwe, i ja przyjmuję, że skoro ty to mówisz, to przeżywasz, to tak jest, i mogę jakoś ci pomóc, na przykład, właśnie, zgłoszenie się czy tu, czy tu. Tak jakby, nie wiem, na zasadzie, ja używam takiej, może nie super trafnego porównania, ale jednak, że jeśli, nie wiem, dziecko ma złamaną nogę no to nie zastanawiamy się czy ona spuchła za mało, za dużo, tylko po prostu jedziemy na SOR, zakładamy gips, i już, czy to... nie ma znaczenia wtedy kto, co będzie o tobie opowiadał tylko po prostu reagujemy. Jest to realne. Jest na to metoda dostępna, mamy opiekę medyczną, więc korzystamy z tego. I tutaj tak samo, no, jest takie poczucie, jest, właśnie, jakiś długotrwały smutek czy lęk. Dziecko o tym mówi, ja w to wierzę, chcę mu pomóc, i reaguję w związku z tym adekwatnie [p16]

Wywieranie nacisku, szczególnie na nastolatku, nie tworzy bezpiecznej przestrzeni. Badani zwrócili uwagę na to, że do przeprowadzenia takich rozmów powinien być stworzony pewien komfort, związany z nastawieniem na wysłuchanie. Szczególnie na wysłuchanie tego, czego dziecko lub nastolatek w danym momencie potrzebuje od rodzica. Istotnym elementem jest również rezygnacja z zasypania dziecka radami, którymi mógłby poczuć się przytłoczony. Zdaniem badanych, dużo częściej dzieciom i młodzieży zależy na wysłuchaniu niż propozycji sugerowanych rozwiązań.

No najważniejszą rzeczą byłoby zapewnienie takiego komfortu do rozmowy, bo często jest tak, że rodziny za bardzo naciskają albo za bardzo starają się, oczywiście z dobrej swojej jakiejś tam woli czy tam intencji, starają się wyciągać jakieś informacje albo dawać jakieś dobre rady, a młodzież moim zdaniem nie oczekuje tego, to nie o to chodzi, żeby dawać dobre rady, tylko żeby wysłuchać, a generalnie, w większości przypadków, młodzi ludzie sami dochodzą do, do tych wniosków i chcą być wysłuchanym [p5]

*Działania, które są podejmowane zwykle to są takie działania jakieś **chaotyczne**, one są podyktowane, jakby no po pierwsze lękiem tych osób, które zajmują się dziećmi i młodzieżą w kryzysie w danym momencie, i trochę działają po omacku, nie pytając właśnie, wymyślają swoje własne, ich zdaniem najlepsze sposoby pomocy tym osobom, niekoniecznie to jest coś, co pomaga, a wręcz przeciwnie, może spowodować, że osoba zamknie się przed, przed tym, żeby cokolwiek mówić, bo jeżeli jest niewysłuchana to z czasem dochodzi do wniosku, że cokolwiek powie to i tak nie ma znaczenia [p6]*

Być. Być przy nim. Myślę, że to jest pierwszy i najważniejszy punkt. Być, nie oceniać, czasem pewnie nawet się nie odzywać, tylko dać to poczucie bezpieczeństwa, tak? [p8]

Szczególnie, że czasem w tej szczerzej rozmowie może pojawić się prośba o pomoc profesjonalną i rodzice nie powinni takiej prośby odsuwać w czasie czy ignorować.

Przede wszystkim zapytać jak mu pomóc. I słuchać go, nie? Żeby/ wydaje mi się, że w przypadku nastolatka, to też zależy w jakim wieku, ale trudno będzie uzyskać szczerą informację, otwartą, na temat tego, co się dzieje, nie? Ale nastolatki jasno już mówią o tym, że potrzebują pomocy, po prostu. I nie ignorować tego. Ja mam wrażenie, że większość nastolatków, którzy do mnie trafiają, to nie są dzieciaki przyprorowadzone przez rodziców, bo oni uważają, że powinni przyjść, tylko to są dzieci, które poprosiły o pomoc. Więc przede wszystkim nie ignorować tego, że proszą o pomoc. [p21]

Według badanych taka sytuacja wymaga od rodziców, aby wykazali się postawą wspierającą. Okazanie swojej gotowości w tym, by wesprzeć swoje dziecko w pokonywaniu trudności, jest bardzo istotne w poczuciu, że dany kryzys da się pokonać.

Przede wszystkim to, żeby została zauważona i wysłuchana to na pewno, bez jakichś komentarzy, bez jakichś dodatkowej oceny, żeby te słowa, które wypowiada, były potraktowane poważnie i z szacunkiem, a nie jakby z taką, jakby informacją zwrotną, że „ja wiem lepiej, co tobie jest i wiem, jak tobie pomóc najlepiej”, plus pytanie jakiej pomocy ktoś oczekuje, no i na pewno trzeba jakby pokazać, że jakby jesteście cali dla tej osoby, że nie spieszymy się nigdzie, że mamy dla niej czas, że jest dla nas ważna i zrobimy wszystko, żeby czuła się lepiej [p6]

Wśród zaskakujących aspektów, na które zwrócili uwagę rozmówcy pojawiła się również konieczność uświadamiania rodziców o tym, że na umówioną wcześniej wizytę należy przyjść lub ją odwołać, aby inna osoba mogła skorzystać z wyznaczonego terminu. Zdarza się bowiem, że rodzice z dzieckiem nie przychodzą na wizytę bez poinformowania o tym poradni, co w przypadku często długiego oczekiwania na termin konsultacji, jest dużą stratą dla potencjalnych, innych pacjentów.

*(...) uświadamiałabym społeczeństwo, co do tego, że wizyty na NFZ to są takie wizyty, o których raczej no **nie wypada** zapomnieć (...) trzeba pamiętać, że to jest zawsze miejsce, że to jest zawsze tak, że ktoś nie przyjdzie, a założymy jakieś inne dziecko, które bardzo długo czeka na termin, mogłoby z tego skorzystać [p15]*

A jeśli pacjent nie przyjdzie do poradni to poradnia nie wystawia do funduszu rachunku za to, tak jakby, więc też to... to wywołuje różne tam efekty, że tak powiem, z tego wynikające. I u tych świadczeniodawców i świadczeniobiorców [p16]

Wśród porad czy zaleceń dla rodziców, zdecydowana większość dotyczyła tego, w jaki sposób budować z dzieckiem zdrową, bezpieczną relację. Zdaniem badanych jest to jeden z głównych czynników chroniących przed pogłębianiem się kryzysu w wyniku trudnej sytuacji, a nawet w ogóle przed pojawieniem się kryzysu.

6.2. Powinna być profilaktyka i jeszcze raz profilaktyka – rekomendacje w zakresie szkoły

Badani zwracali uwagę na znaczenie szkoły w profilaktyce zdrowia psychicznego. Uważali, że należy to powiązanie wzmocnić i wykorzystać potencjał szkoły w tym zakresie. Zdaniem rozmówców pewne wzory zdrowego stylu życia powinny być przekazywane na jak najwcześniejszym etapie, najlepiej począwszy już od edukacji wczesnoszkolnej.

*Powinna być profilaktyka i jeszcze raz profilaktyka. Uważam, że od **przedszkola**, od przedszkola, a nawet od **żłobka** powinniśmy jakby uczyć dzieci takiego zdrowego, zdrowego stylu życia, ale takiego **psychicznego** zdrowego stylu życia, tak? Ale też jakby uczyć na różne,*

na różne u siebie objawy, u innych objawy, żeby też im mówić, że to jest okej, że, że może ktoś im pomóc, to nic takiego strasznego, żeby zgłaszać się o pomoc [p6]

Wielu badanych zwracało także uwagę na konieczność zwiększenia opieki psychologicznej w szkołach. Wśród propozycji było nie tylko zwiększenie wymiaru etatu, ale przede wszystkim zatrudnianie więcej niż jednej osoby na stanowisku szkolnego psychologa, co pozwoliłoby zwiększyć dostępność wsparcia psychologicznego w szkole, by uczniowie mogli poczuć się w tym zakresie zaopiekowani.

*(...) uważam, że każda szkoła powinna mieć nie jednego psychologa na jedną czwartą etatu czy pół etatu, ponieważ on nie jest w stanie jakby wesprzeć uczniów w taki sposób, w jaki powinien, bo jest po prostu za mało godzin pracy psychologa w szkole i myślę, że nie powinien być to jeden psycholog, tylko **większa** liczba. Nie mówię o liczbie **dwudziestu**, aczkolwiek nie jeden, który bierze wszystko na siebie, ale powinien być zespół psychologów, którzy pracują nie dość, że grupowo, z klasami, prowadzą warsztaty, bo taka też jest rola psychologa w szkole i potem nie wystarcza czasu na to, żeby faktycznie na indywidualne konsultacje spotykać się z dziećmi [p20]*

*(...) wtedy kiedy dziecko jest w szkole żeby **była** ta osoba dorosła pod tytułem pedagog, psycholog, żeby można było z nią jednak pogadać. No bo nie rzadko zdarza się tak, że nastolatek, którym mówi mi, że ma lekcje do piętnastej-szesnastej, a pewnie mało jest takich pedagogów, którzy siedzą do szesnastej w szkole. No i też, jakby, przerwa dziesięciominutowa nie sprzyja temu żeby przyjść i powiedzieć, że moją trudnością jest, tak, że ktoś tam, nie wiem, mnie z klasy obok gnębi [p11]*

Zdaniem jednej z osób badanych, ważne byłoby również zewnętrzne zatrudnianie takich osób, dzięki czemu nie byłyby one zależne od dyrektora. Nie tylko mogłoby to mieć pozytywny wpływ na organizację ich pracy, ale także uczniowie prawdopodobnie nie postrzegali by ich wtedy, jako część kadry pedagogicznej szkoły.

*Tam [w szkole] powinno być psychologów przynajmniej trzech albo czterech, w zależności od tego, co to jest za szkoła, jak duża, którzy **nie powinni** być zatrudnieni przez dyrektora szkoły tylko przez jakąś odrębną jednostkę, ponieważ wtedy są zależni od dyrektora [p6]*

Wśród badanych pojawił się również głos dotyczący osób zatrudnianych na stanowisku psychologa szkolnego, tj. że powinno przykładać się do tego większą wagę i powinny to być osoby posiadające rzetelną wiedzę i adekwatne umiejętności w zakresie psychologii.

Myślę też, że w każdej szkole powinien być psycholog, nie osoba, która skończyła jakieś tam zajęcia z psychologii, kiedyś tam i wiesz, nie ma pojęcia o pracy z dziećmi i młodzieżą,

ale przyszła, bo nie ma innego pomysłu na życie, tylko naprawdę ktoś, kto rozumie młodzież, ktoś kto będzie dostępny na cały etat, ktoś kto po prostu weźmie to na klatę [p24]

Wśród rekomendacji pojawiło się prowadzenie w szkołach psychoedukacji, które byłyby realizowane przez zewnętrznych specjalistów, na przykład w formie warsztatów. Dostarczyłoby to dzieciom i młodzieży bardzo potrzebnej edukacji w zakresie własnych emocji i redukcji w sposób konstruktywny pojawiających się napięć.

A fajniej pewnie byłoby, żeby szkoła wprowadziła jakiś element taki... psychoedukacji prawdziwej, a nie, że tak powiem, papierkowej. Nie chodzi o to żeby zrobić prezentację i omówienie, nie wiem, zagrożeń w sieci, tylko być może warsztaty grupowe, poświęcić na to dzień, czy nawet, nie wiem, kilka dni, żeby ten element właśnie takiej pracy psychoedukacyjnej był równoprawny z wszystkimi innymi, które są w szkole [p16]

*(...) fajnie by było, jakby w szkołach były takie przedmioty, które uczą dzieci akceptowania swoich emocji, uczą przede wszystkim radzenia sobie z tymi emocjami. Bardzo dużo czy to różnych takich zachowań, które są takie **groźne** dla nas, z naszej perspektywy, czy są dla nas jakieś niepokojące, wynika po prostu z tego, że dziecko nie potrafi sobie radzić z emocjami w taki adekwatny sposób tylko reguluje to napięcie na przykład, nie wiem, dokonując samouszkodzeń [p15]*

*(...) przede wszystkim jakaś taka psychoedukacja by się przydała w szkole, **uwrażliwienie**, takie zajęcia, które pozwoliłyby na destygmatyzację tego, co się dzieje z młodzieżą, tak? Że jeżeli masz depresję to nie znaczy, że jesteś „nienormalny”, żeby zachęciły młodzież, żeby nie bali się, nie kłepowali, nie wstydzili prosić o pomoc, żeby szkoła pokazała ścieżki, którymi można się udać po tą pomoc, tak? (...) no bo skąd te dzieciaki mogłyby czerpać wiedzę, gdzie mogą szukać pomocy, jeśli zawodzi to, co powinno dawać im bezpieczeństwo, czyli dom na przykład, nie? [p26]*

Według badanych, dzieci często nie mają skąd czerpać rzetelnej wiedzy na temat swoich emocji, sposobów radzenia sobie ze stresem czy rozwiązywania sytuacji sprawiających trudność. Brakuje również psychoedukacji dotyczącej różnic indywidualnych i tego, że każdy może odczuwać na swój sposób czy mieć inne potrzeby. Dzieci oraz nastolatki polegają w tych kwestiach na swojej intuicji lub na otrzymywanych przekazach – w rodzinie, wśród grupy rówieśniczej czy mediach. Te nieweryfikowane treści mogą jednak być dla nich szkodliwe, tj. utwierdzać ich w błędnych przekonaniach albo negatywnie wpływać na ich poczucie własnej wartości czy zaradności. Konsekwencje braku wiedzy z tego zakresu odczuwane są przez dziecko przez resztę jego życia.

*(...) ja jestem zwolenniczką jednak myśli, że przede wszystkim jednak zapobieganie, a potem leczenie, więc edukacja, edukacja i jeszcze raz edukacja, nie? No i w ogóle wszyscy dorośli pacjenci, którzy są na terapii, i powtarzają **naprawdę** jedno zdanie „dlaczego nikt mi o tym nie powiedział wcześniej?”. **Nie uczy się** dzieci emocji, nie opowiada się o emocjach, mówię o takim systemowym działaniu, nie wprowadza się żadnych zagadnień, jakby nie daje się dzieciom wiedzy, a bez wiedzy nie są w stanie sobie poradzić, nie? Że będzie grupa dzieciaków, które z tą wiedzą sobie poradzą, będzie taka, którą **dzięki tej wiedzy** i budowaniu tej wiedzy się wylapie, do tego, że one **potrzebują już** wsparcia na ten moment, natomiast my jak zwykle działamy, przepraszam za sformułowanie, ale od dupy strony, czekamy, aż się wszystko wywali, żeby potem gasić pożary (...) Bo naprawdę, jeśli miałabym powiedzieć zdanie, które zawsze powtarzają dorośli pacjenci to powiedziałabym „dlaczego nikt mi tego nie powiedział wcześniej?”. „Dlaczego nikt nie uczył w szkole, nie? Dlaczego mnie uczyli tego, tego czy siamtego, ale nikt mi nie opowiedział o tym, że ja tak działałam? Że taką mam głowę, czy tak się układają moje myśli, że ja mogę sobie z nimi tak radzić?” [p21]*

Szczególnie, że dzieci i młodzież często potrzebują zredukować odczuwane cierpienie i napięcie. Brak wiedzy o tym, w jaki sposób zrobić to konstruktywnie, prowadzi ich do zachowań szkodliwych czy ryzykownych. Jedną z najpopularniejszych prób poradzenia sobie jest samookaleczanie się, aby ból psychiczny „zakryć” bólem fizycznym.

Myśli samobójcze to już jest ta taka, jakby ostatni punkt na tej ścieżce, nie? Jeszcze po drodze są różne autodestrukcyjne, inne myśli, które też bardzo często się w gabinecie pojawiają, i teraz samookaleczenia to, to jest większość przypadków, że dzieciaki eksperymentują z tym jako próbę poradzenia sobie w trudnej sytuacji [p8]

W temacie psychoedukacji podkreślano także konieczność uwrażliwiania dzieci na to, czym jest przemoc – jakie przyjmuje formy, jakie są jej przejawy oraz jak na nią reagować i gdzie zgłosić się po pomoc.

Powinien być większy nacisk kładziony na jakieś warsztaty tematyczne (...) żeby uwrażliwiać dzieci – czym jest przemoc psychiczna, czym jest przemoc fizyczna [p25]

Jednocześnie zwrócono uwagę, że współpraca z zewnętrznymi specjalistami i otwarcie się na różne możliwości edukowania dzieci i młodzieży, może być dla szkół pewnym odciążeniem w zakresie profilaktyki zdrowia psychicznego.

Też coraz częściej jakieś wdrażane są z jakichś tam projektów, tak? Zewnętrznych, takie zajęcia z właśnie kształtowania kompetencji emocjonalno-społecznych, gdzie dzieciaki uczą się być ze sobą, uczą się rozmawiać, akceptować siebie, są psychoedukowane w aspekcie regulacji emocji, czym są emocje, że tak kompleksowo to jest też takie istotne (...) więc myślę, że taka też otwartość szkół na różne inne możliwości, na to żeby gdzieś ten ciężar, tak? Tych obowiązków, ilości przede wszystkim, przenieść też na jakieś inne instytucje [p22]

Według badanych szkoła jest miejscem, które nie jest w stanie zaopiekować w pełni potrzeb dzieci i młodzieży w kryzysie, jednak powinna im udzielić wsparcia informacyjnego, tj. przekazać do jakich instytucji lub ośrodków mogą się zgłaszać czy jakie są numery kontaktowe różnych organizacji i fundacji, które prowadzą telefony zaufania. Szkoła może również destygmatyzować korzystanie z usług psychologicznych lub psychiatrycznych i zachęcać do sięgania po wsparcie profesjonalistów.

(...) żeby zachęcały do tego, żeby jednak zgłosiły się po tę pomoc i też podpowiadałyby gdzie, bo dzieci są zagubione, one nie wiedzą, gdzie mają pójść czasami i wystarczy, że ktoś ich wysłucha, coś im podpowie [p6]

No i też myślę, że no mamy chociażby godziny wychowawcze, mamy przedmiot nazywany wiedzą o społeczeństwie, mamy gdzie zmieścić w programie wspomnienie dzieciom tego, gdzie w razie trudności można się zgłosić po pomoc. Na to powinniśmy, na to powinniśmy stawiać, że numer do Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę powinien być znany absolutnie przez każde dziecko, tak jak jest znany numer na pogotowie [p24]

Poza działaniem podejmowanym *stricte* w ramach profilaktyki zdrowia psychicznego, w szkole, według badanych, powinna panować przyjazna atmosfera, tak aby każdy uczeń i uczennica mogli czuć się częścią szkolnej społeczności. Oznacza to akceptującą postawę szkoły, włączającą i pozbawioną dyskryminacji na różnym tle, dzięki czemu szkoła kojarzyłaby się młodym jednostkom z szeroko rozumianym bezpieczeństwem.

No jeszcze, no wiadomo, że się to nie wydarzy, przynajmniej nie mam za bardzo takich nadziei, ale absolutnie powinniśmy postawić na edukację włączającą, bo szkoła powinna być dla wszystkich, edukację antyprzemocową, równościową [p24]

(...) że będą w stanie takiej pomocy i takim modelem być ci dorośli, nauczyciele, którzy są w pełnym kontakcie ze sobą, ze swoimi emocjami, którzy no nie są w swoich kryzysach albo nawet jeśli z nimi są to potrafią je przyjąć i zaakceptować i potrafią dać wsparcie na zasadzie akceptacji nieprzyjemnych stanów, nie wiem, nastrojów. Nie są każącymi dorosłymi, nie są dorosłymi, którzy oceniają tylko, tylko potrafią dać przestrzeń do tego żeby to dziecko poczuło się i bezpiecznie, i też mogło powiedzieć o tym co się dzieje [p23]

Poza przekazywaniem i egzekwowaniem postaw odnoszących się do zbudowania bezpiecznej i akceptującej atmosfery, powinny być one reprezentowane również przez samych nauczycieli. Wymaga to od nich zarówno wrażliwości na drugą osobę, jak i umiejętności pohamowania reakcji, które mogłyby być dla kogoś nieprzyjemne. Zdaniem badanych, niezależnie od sytuacji, nauczyciele powinni być więc w swojej roli dawania przykładu poprzez własne postępowanie.

(...) większa wrażliwość i jednak pilnowanie też pewnych zasad, prawda? Że takich zasad, które tworzą też bezpieczeństwo takie społeczne – że nie ośmieszamy, jakby ja uważam, że nauczyciel jest takim dorosłym, który jednak powinien zawsze być w tej roli, tak? I nawet jak nie wiem, coś jest śmieszne, a może to w kogoś uderzyć, no to jednak powinien na to reagować, modelować takie zachowania, które sprzyjają szacunkowi, tolerancji, prawda? Różności, odmienności w różnych, w różnych jakby obszarach [p4]

Dwie spośród badanych osób sugerowały także rezygnację z powszechnego podejścia skupionego na karaniu i podkreślaniu tego, co dziecku lub nastolatkowi nie wychodzi. Zachowanie takie jest szczególnie widoczne wobec uczniów, którzy mają większe trudności z nauką lub koncentracją.

(...) mamy takie, wydaje mi się, społeczeństwo, że u nas się zwraca uwagę na negatywy i mało się chwali tak naprawdę, i nie chwali się uczniów za ich osiągnięcia i nie, nie stara się tych gorszych uczniów, w cudzysłowie „gorszych”, bo nie są gorsi tylko po prostu gorzej sobie radzą w jakiś sposób, nie, nie kreuje się dla nich sytuacji, w których będą mogli się poczuć dowartościowani [p5]

*(...) one potrzebują zwykłego, dobrego słowa czasami, że ktoś coś zauważy. Bo u nas taki system jakiś jest nie wiem, wychowawczy (...) na zasadzie **karania**, wytykania błędów. Jak jest wszystko dobrze to dziecko znika. Nie ma go po prostu. Ma być grzeczne i jest, jak tak jest, to ono nie istnieje [p6]*

Z perspektywy badanych istotne jest poznanie przez nauczyciela przyczyny obniżenia ocen, czy w ogóle negatywnej postawy ucznia względem danego przedmiotu czy nauki. Bardzo często niechętny stosunek do lekcji czy pogorszenie wyników jest efektem trudności, z którymi mierzy się dane dziecko lub nastolatek. Kontakt z uczniem, na przykład poprzez indywidualną rozmowę, może być wtedy dla niego bardzo istotny. Niestety jest to znacznie utrudnione ze względu na bardzo duże liczebnie klasy. Aby wspomniane rekomendacje udało się wprowadzić, zdaniem badanych należałoby przede wszystkim zmniejszyć liczbę uczniów w klasach, co zwiększyłoby komfort zarówno nauczycieli, jak i dzieci oraz młodzieży.

(...) też pochylenia się nad tym dlaczego ten uczeń jest taki właśnie nieobecny albo dlaczego on się tak nie interesuje tym przedmiotem, tak? Oczywiście większość z nas myśli, że no to dlatego, że nie lubi albo nas źle traktuje albo nas nie szanuje albo coś tam, natomiast oni naprawdę no, bardzo często mają szereg takich problemów, o których my nie mamy pojęcia [p3]

(...) nie koncentrowanie się wyłącznie na nauce, tak? Czyli jednak komunikacja, rozmowa, wsparcie, no kontakt z uczniami, tak? [p3]

Szkola może zastanowić się, po pierwsze, co z ramienia szkoły się dzieje, przeanalizować sytuację tego dziecka, rozeznąć się w tym dziecku - jaki jest system, co się dzieje w szkole, jak to dziecko się wyrabia lub się nie wyrabia, jak jest w relacjach rówieśniczych, przegadać to z nauczycielami i zebrać informacje dotyczące tego dziecka, to jest dla mnie na początek. (...) to jest coś, co ja mówię zawsze w szkołach na szkoleniu - to jest moje po prostu motto, to jest tak jak z rodzicami – „jeżeli nie znacie swojego ucznia, nie będziecie w stanie mu pomóc. Jeżeli to będzie jedno dziecko z miliona to nie ma szans, żeby szkoła go wsparła, ale jeżeli się pochylicie chwilę, zrobicie zebranie zespołu, wspólnie obgadacie, co takiego, co jest zasobem tego dziecka, z czym sobie radzi z czym sobie nie radzi, gdzie może być kłopot, to to nam daje punkt wyjścia do tego, żeby zaplanować pomoc dla tego dziecka” [p10]

Dwie osoby zasugerowały wykonywanie badań przesiewowych w szkole, które pozwalają na tzw. wyłapanie osób z trudnościami czy osób w kryzysie. Jedna z tych badanych miała w swoim doświadczeniu pracę w szkole, w której takie badania były realizowane i w jej opinii, były one bardzo skuteczne, w związku z czym warto byłoby realizować je również w innych szkołach.

No, no ja mam taką przygodę, tak? Ze szkołą swoją, pracowałam w szkole przez 4 lata, nie pamiętam dokładnie w jakich to było latach, ale pracowałam. Naprawdę fajna szkoła, w małej miejscowości i rzeczywiście to była dobra szkoła taka pod względem terapeutycznym, też działań profilaktycznych, dlatego, że dyrektor miał, tak, dużą wiedzę na temat trudności, sam był też terapeutą, pedagogiem. To co my na przykład robiliśmy, co było takie, takie wydaje mi się istotne to były badania przesiewowe. To były badania przesiewowe w zależności od tam grup wiekowych, też były właśnie w kierunku zaburzeń nastroju, są takie przesiewowe kwestionariusze, badania były robione za zgodą rodziców. Więc wydaje mi się, że więcej takich właśnie badań przesiewowych mogłoby być w szkołach [p22]

Jeden z badanych zasugerował „odświeżenie” czy też „zaktualizowanie” całego systemu szkolnego, zgodnie z nauką i aktualną wiedzą o człowieku. Zwrócił uwagę przede wszystkim na lepsze dostosowanie warunków w szkole do tego, jak najlepiej się uczyć oraz wyeliminowanie elementów, które negatywnie wpływają na procesy poznawcze itd.

Szkola mogła by się zmienić bardzo mocno, właśnie, wziąć pod uwagę wiedzę, obecną wiedzę o tym jak człowiek się uczy, jak wpływa na niego poziom stresu, kortyzol, właśnie rytm dnia, indywidualne preferencje i możliwości każdego człowieka. (...) przede wszystkim, nie wiem, to takie moje pobożne życzenie, żeby brać pod uwagę aktualną wiedzę o człowieku, o neurologii, o funkcjonowaniu, jak się uczymy, co nam ułatwia, co nam utrudnia, po prostu, procesy poznawcze. Wiemy to, jest to badane, można to brać pod uwagę. (...) Ale raczej nie jest brane pod uwagę za bardzo [p16]

Wielu badanych zwracało uwagę w pierwszej kolejności na systemową konieczność zmniejszenia liczby uczniów w klasie, ponieważ w dużej grupie trudno jest prowadzić zajęcia w sposób aktywizujący wszystkich, który pozwoliłby poczuć się każdej jednostce ważną. W tłumie łatwiej jest też „zniknąć” młodej osobie z problemami czy trudnościami. O ile liczba uczniów w klasie wydaje się barierą nie do przejścia w tym momencie, o tyle ważne jest, aby wdrażać szeroko rozumianą profilaktykę zdrowia psychicznego do szkół zarówno pod postacią spotkań z psychologiem czy pedagogiem szkolnym, jak i zewnętrznymi specjalistami. Kluczowa według badanych jest również postawa nauczycieli, których uczniowie obserwują w codziennych interakcjach.

6.3. To by było super, żebyśmy mogli współpracować w zespołach – rekomendacje w zakresie wsparcia profesjonalnego

Główną rekomendacją badanych w zakresie opieki psychologicznej i psychiatrycznej było zwiększenie liczby specjalistów, szczególnie lekarzy psychiatrów ze specjalizacją z psychiatrii dzieci i młodzieży. Poza tym wskazywano także na konieczność zwiększenia liczby terapeutów środowiskowych oraz rodzinnych, którzy stanowią podstawę dla środowiskowego modelu psychiatrii.

(...) większy dostęp do psychologów, taki oczywiście darmowy, więcej tych instytucji takich, które rzeczywiście dysponują tym zapleczem specjalistów. Mhm, no myślę, że to właśnie poprzez taki dostęp, tak? Głównie to do takich miejsc, gdzie świadczona jest pomoc [p22]

Więc to że tam są jakieś pierwsze, drugie, trzecie poziomy, no to dla mnie to jest drugorzędna kwestia. Bardziej taka żeby były miejsca i moce takie przerobowe, żeby można było przyjąć tego człowieka, nie. Bo okej, fajnie, mam na przykład, nie wiem, w czwartek o trzynastej wolne miejsce i mogła bym kogoś wziąć z kolejki i przeprowadzić wywiad, ale potem, na przykład, nie zapewnię mu miejsca stałego co tydzień żeby móc coś zrobić i pomóc, bo po prostu go nie ma, nie? [p11]

Niektóre rekomendacje dotyczyły zwiększenia wynagrodzenia specjalistów pracujących w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, aby zmniejszyć lukę pomiędzy wynagrodzeniami w sektorze publicznym i prywatnym, i tym samym, „zatrzymać” specjalistów w tym pierwszym.

(...) zwiększyłabym wynagrodzenie personelu, który zajmuje się takimi pacjentami (...) jeszcze do niedawna, do reformy sprzed tamtego roku no to było tak, że psycholog, który poszedł do szpitala, no to tak naprawdę zarabiał raczej najniższą krajową, może troszeczkę ponad (...) a obciążenie psychiczne, z jakim człowiek się styka załóżmy pracując z pacjentem, który jest

obciążony czy ryzykiem samobójczym czy jakimkolwiek innym ryzykiem, jest to generalnie obciążenie psychiczne [p15]

W innych rekomendacjach uwzględniono z kolei temat szkoleń i kursów, które specjaliści w zakresie zdrowia psychicznego muszą podejmować, aby nieustannie aktualizować swoją wiedzę w trosce o zdrowie i życie pacjenta. Certyfikowani psychoterapeuci muszą również odnawiać swój certyfikat, który zwykle wydawany jest na okres 5 lat. Jednym z warunków przedłużenia jest odbycie określonej liczby godzin w ramach doszkalania się (konferencji, seminariów, warsztatów itp.). Kursy i szkolenia w zakresie zdrowia psychicznego są jednak bardzo kosztowne. Podobnie jak możliwość korzystania z superwizji w trosce o własną kondycję psychiczną, gdyż praca w tych zawodach charakteryzuje się dużym obciążeniem emocjonalnym i psychicznym, które wynika z pełnionych obowiązków.

*No musimy mieć świadomość, że oczywiście jakby w naszych miejscach pracują specjaliści, ale no my jesteśmy takim zawodem, który wymaga nieustannego szkolenia się i też takiej pracy na własnych zasobach, i takiego też troszczenia się o to, jak **my** przeżywamy te, te sytuacje i te kryzysy tych naszych pacjentów, i myślę, że zadbałabym po prostu o dobrostan pracowników w tym wszystkim. No same szkolenia chociażby psychoterapeutyczne, no to są olbrzymie, olbrzymie kwoty, które ponoszą, no ponoszą z prywatnej kieszeni psychologa [p12]*

Jedna z badanych osób zwróciła uwagę na problem, który jej zdaniem wyraźnie przyczynia się obecnie do trudności w znalezieniu lekarzy zainteresowanych specjalizacją dzieci i młodzieży. Trwające od lat problemy psychiatrii w Polsce wpłynęły na bardzo duże obłożenie oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży. Wzrosła tym samym odpowiedzialność podejmowanych decyzji i „kalkulowania” kogo należy przyjąć na oddział, gdyż niekiedy psychiatra nie tylko nie ma jak przyjąć potencjalnego pacjenta, ale nawet nie ma gdzie go odesłać, gdyż sąsiednie oddziały również są przepełnione⁵⁹.

*No bo w tych sytuacjach ostatecznych, w dzisiejszym świecie, ja sobie w ogóle **nie wyobrażam**, jaki to jest ciężar przy 30 dostawkach, łóżek na oddziale z trzeciego poziomu, przyjmąc w izbie przyjęć dziecko w kryzysie samobójczym i szacować decyzję, czy on sobie coś zrobi czy nie. (...) że nie ma **gdzie** tego dziecka przyjmąc, prawda? (...) Ja myślę, że żaden specjalista, który pracuje w służbach państwowych, publicznych wykonując tą pracę często za niższą stawkę,*

⁵⁹ Głośno było w mediach o sytuacji, w której ze względu na brak miejsc na oddziale dla młodzieży, zdecydowano się przyjąć na oddział dla dorosłych niepełnoletnią pacjentkę. 15-latkę została zgwałcona przez jednego z dorosłych pacjentów. Zob. Beres W., Schwertner J. (2020), *15-latkę zgwałcono w szpitalu psychiatrycznym. Prokurator umorzył sprawę, bo była na oddziale dla dorosłych*, Gazeta Wyborcza, <https://wyborcza.pl/duzyformat/7,127290,26285373,15-latke-zgwalcono-w-szpitalu-psychiatrycznym-prokurator.html> (dostęp: 20.03.2023).

co już jest obciążeniem, nie powinien być stawiany w takiej sytuacji, gdzie przez ekonomię, przez finanse, trochę ma takie poczucie, że nie może zrobić czegoś zgodnie z literą swojego zawodu, bo musi brać pod uwagę organizację na przykład miejsca, w którym pracuje i wydolność (...) żeby było miejsce, żeby to dziecko przyjąć, nawet na dobę, gdyby się miało okazać, że to się nie stanie, nie? Bo sobie myślę, że tu się zaczyna cała historia mówienia o psychiatrii, my się zastanawiamy jak ją zmienić na rzecz pacjenta, ale ja sobie też tak myślę, że się w ogóle nie dziwię młodym lekarzom, że oni nie chcą zostawać psychiatrami dziecięcymi, jak słyszą o tym, co się dzieje. No sorry, ale to trochę jest masochizm [p23]

Zwracano również uwagę na konieczność zmian w sposobie organizacji pracy i tworzenia zespołów specjalistów. Według badanych duże znaczenie ma współpraca pomiędzy specjalistami, którzy mają pod swoją opieką konkretne dziecko lub nastolatka, ponieważ pozwala na bardziej holistyczne spojrzenie na pacjenta.

(...) żeby ten psychiatra, (...) mógł pracować znowuż w zespole, gdzie ma psychologa, gdzie ma psychoterapeutę, gdzie ma terapeutę środowiskowego i on może zająć się tym dzieciakiem kompleksowo i nie ma na sobie całej tej odpowiedzialności ogromnej za to dziecko [p23]

Zwrócono uwagę na to, że praca w zespołach złożonych z różnych specjalistów wpłynęłaby korzystnie na efektywność pomocy udzielanej dziecku. A także na to, że takie spotkania i wymienianie informacji o pacjencie czy naradzanie się, co do dalszego postępowania, były uznawane jako część pracy, która objęta jest wynagrodzeniem.

Pewnie było by świetnie, gdyby zawsze zespoły, czyli neurolog, psychiatra, psycholog, psychoterapeuta, i żeby było miejsce na spotkania zespołów. I specjaliści... ich praca podczas spotkania zespołu jest traktowana jako praca, a nie jako czas bez pracy (...) To by było super, żebyśmy mogli współpracować w zespołach, i było by to uznane za element, właśnie, pracy opłaconej. I żeby w ogóle specjaliści byli. No bo, to nie jest takie oczywiste, że w placówce będzie neurolog i psychiatra. Zresztą terapeutów też wcale tak bardzo dużo nie ma. Takich certyfikowanych [p16]

W wypowiedziach badanych wskazano na konieczność zaistnienia współpracy pomiędzy środowiskami, w których funkcjonuje młoda jednostka. Obecnie każde otoczenie działa w swoim obrębie, przez co wsparcie udzielane dziecku lub nastolatkowi nie jest właściwie skoordynowane i przede wszystkim, ujednolicone. Różnice w podejściach utrudniają proces leczenia i wychodzenia z kryzysu, gdyż proponują mu różne rozwiązania i sposoby radzenia sobie z trudnościami. Współpraca tych środowisk i instytucji może efektywniej poradzić sobie z oporem i cierpieniem młodej osoby.

*(...) **niezbędna** jest taka praca wspólna, tak? Że wiesz, i szkoła tutaj ma swój kawałek i rodzina ma swój kawałek, my mamy swój kawałek, no największy kawałek to jest po stronie dziecka, tak? Bo to jest jego, jego praca, i z jego oporem, ale przede wszystkim no z jego bólem [p9]*

A także na pozytywne aspekty współpracy pomiędzy instytucjami, które są z danym dzieckiem lub nastolatkiem powiązane.

(...) przede wszystkim jest jakby no brak takiego ogólnego systemu współpracy, tak? Że nie wiem, że poradnia współpracuje ze szkołą, szkoła współpracuje z rodzicami, tak? Czy tam nie wiem, z jakimiś ośrodkami terapeutycznymi, czy tam właśnie na przykład MOSy, MOWy, one współpracują nie wiem, ze szpitalami, i tak dalej, i tak dalej, że nie ma jakiejś taki sieci powiązań, które by no pomagały temu dziecku w kryzysie [p25]

(...) to powinien być system naczyń, wiesz, połączonych, gdzie rzeczywiście w momencie, kiedy dzieje się coś takiego, że wiemy, że tutaj już nie to jest krótka piłka i wiadomo, że dziecko idzie pod inną opiekę, tak? Bardziej dostosowaną do jego potrzeb, żeby to nie była kwestia, wiesz, wykonywania tysięcy telefonów i przebijania się przez jakieś idiotyzmy [p9]

*(...) myślę sobie, że jakby ta współpraca między instytucjami jest tu szalenie ważna. Myślę sobie, że fajnym narzędziem byłoby wykorzystanie tej opcji psychologa w szkole, który miałby szansę być takim pierwszym dorosłym, który **przesiewa** potencjalnie niepokojące go symptomy i objawy zachowań, nastrojów dzieci i od niego się zaczyna w ogóle taki proces **zauważania** trudności i rozmowy [p23]*

Rozmówcy poruszyli również temat współpracy pomiędzy lekarzami różnych specjalizacji, szczególnie w kontekście diagnozowania. Ich zdaniem, traktowanie oddziału psychiatrycznego jako osobnego bytu, oddzielonego przestrzennie od innych oddziałów dziecięcych, nie służy diagnostyce. Pacjenci miewają zlecane badania medyczne, na które muszą obecnie być dowożeni, co przyczynia się niekiedy do różnych trudności organizacyjnych. Oddział psychiatryczny dla dzieci i młodzieży nie jest też w takiej sytuacji traktowany jako jeden z oddziałów, lecz jako stygmatyzujący, osobny budynek, znajdujący się tuż obok, równie stygmatyzowanego, oddziału psychiatrycznego dla dorosłych.

*(...) oddziały psychiatryczne dziecięce powinny **wyjść** z ośrodków psychiatrycznych dla dorosłych, powinny być umiejscowione w szpitalach pediatrycznych, somatycznych (...) Żeby dzieci były z dziećmi. Żeby dziecko psychiatryczne miało szybki dostęp do kardiologa, do chirurga, do neurologa, żeby mogło mieć szybkie badanie, bo to jest też czasami niezbędne, jeżeli trafią dziecko z zaburzeniami odżywiania albo dziecko, nie wiem, neurologicznie jest diagnozowane to oddział psychiatryczny dziecięcy musi przesyłać to dziecko za grube pieniądze do szpitala somatycznego i często po prostu nie ma na to tych pieniędzy. W związku z czym, te dzieci mogą być nie dodiagnozowane. Jeżeli to by się działo w obszarze szpitala dla*

dzieci, to po pierwsze, te dzieci nie byłyby stygmatyzowane, po drugie miałyby szybki dostęp do rozszerzonej diagnostyki, no i byłyby w miejscu, które jest dedykowane dzieciom, a nie dorosłym z chorobami psychicznymi [p10]

Badani zauważyli także konieczność powstawania większej liczby ośrodków terapeutycznych dla dzieci i młodzieży wymagających stałego wsparcia terapeutycznego. Oddział psychiatryczny jest natomiast ośrodkiem interwencyjnym i nie prowadzi długotrwałych terapii, a duża część pacjentów potrzebuje właśnie takiego wsparcia. Rozmówcy wskazywali, że ośrodków terapeutycznych dla dzieci i młodzieży jest jednak w Polsce bardzo mało i tym samym nie zaspokajają one potrzeb w tym zakresie.

W jakiś sposób modyfikacja działania oddziałów tych psychiatrycznych, takich kryzysowych, na takie oddziały, (...) żeby to było miejsce, tak naprawdę na ostre reakcje, na szybkie, ostre reakcje i następnie natychmiastowe wypuszczenie tego dziecka w jakieś miejsce też bezpieczne, coś jak ośrodek terapeutyczny, żeby się po tym kryzysie pozbierało jak najszybciej, a nie po prostu siedziało w szpitalu, który właśnie no tym ośrodkiem terapeutycznym nie jest [p13]

Zwiększenie przede wszystkim ilości ośrodków terapeutycznych dla dzieci i młodzieży (...) pewne dzieci funkcjonują tak źle, że wymagają długoterminowej terapii w ośrodkach na przykład zamkniętych (...) tych ośrodków w Polsce jest bardzo mało. Dla dorosłych? Nie ma problemu, w każdym województwie coś się znajdzie. Natomiast dla dzieci i młodzieży (...) czas oczekiwania, żeby przekierować takie dziecko do ośrodka to jest... cztery miesiące? Pół roku? Czasami dłużej, tak? (...) to dziecko może dotrwać, może nie dotrwać do tego czasu [p25]

Podkreślano również istotność pracy środowiskowej jako tej, która powinna być głównym wsparciem oferowanym dzieciom i młodzieży.

Myślę, że kaliber powinien być, ciężkości, postawiony na pomoc środowiskową, czyli pracę w środowisku, pracę w szkołach, pracę w domach [p10]

W wypowiedziach badanych pojawiła się rekomendacja dotycząca edukowania i uświadamiania lekarzy pediatrów w zakresie istotności zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Zazwyczaj, gdy pacjenci trafiają do lekarza pierwszego kontaktu z niepokojącymi objawami, zlecane są badania oparte na fizycznych aspektach, które mają na celu pomóc ustalić diagnozę medyczną, tymczasem niektóre objawy są psychosomatyczne. Wykluczenie czynników biologicznych jest wówczas kluczowe, ale według badanych, na tym często się kończy, dlatego ich zdaniem powinno się psychoedukować pediatrów i zwiększać ich świadomość w temacie zaburzeń psychicznych, aby byli w stanie je rozpoznać i zalecić wizytę u psychologa lub psychiatry.

Uważam że oni powinni być edukowani w rozpoznawaniu objawów, symptomów depresji, zaburzeń nastroju, zaburzeń lękowych, ADHD, ponieważ pediatra jest pierwszym lekarzem, do którego często dziecko trafia. I jeśli pediatra dobrze pokieruje dzieckiem i rodzicem, no to to dziecko trafi do odpowiedniej pomocy. Jeżeli pediatra mylnie rozpozna to, co się z dzieckiem dzieje, no to to dziecko nie uzyska pomocy adekwatnej do tego, jaką to, jaką pomoc powinno dostać, więc uważam, że pediatrzy są kluczowym elementem tego łańcucha pomocowego [p10]

Myszę, że powinien popłynąć strumień edukacji (...) dla pediatrów także, czyli dla tych wszystkich dorosłych, którzy są najbliżzej dziecka [p10]

Wśród propozycji zmian pojawiło się również wprowadzenie do bilansu dziecka kwestii związanych z jego stanem psychicznym, co wiązałoby się na przykład z konsultacją psychologiczną dla każdego dziecka.

Na pewno bym wprowadziła, jak są wiesz, w przychodniach, u pediatrów bilanse dziecka, nie? Wprowadziłabym, poza taką stricte medyczną konsultacją z psychiatrą, również konsultacje psychologiczne, żeby ocenić też rozwój emocjonalny, to jak się tym dzieciom dzieje, nie tylko ile ważą, ile mają wzrostu, ale też czy radzą sobie ze swoją złością, czy nie mają myśli samobójczych, czy nie doświadczają przemocy. To na pewno to [p24]

Według badanych reforma rozwiązuje część problemów, które dotyczą organizacji wsparcia profesjonalnego. W związku z tym zaproponowali szereg zmian, począwszy od dofinansowywania specjalistycznej edukacji, przez tworzenie zespołów specjalistów obejmujących także specjalizacje typowo medyczne jak np. neurologia, po edukowanie pediatrów. Zdaniem badanych osób wprowadzenie takich rozwiązań w dużej mierze jest nierealne w obecnych warunkach, jednak warto byłoby je rozważyć, gdyż przyczyniłyby się do lepszej diagnostyki i efektywniejszego dostarczania wsparcia potrzebującym jednostkom.

6.4. Życzliwiej na siebie spojrzeć – zamiast podsumowania

Badani opowiedzieli o wielu zmianach, które powinny zostać wprowadzone, aby liczba kryzysów wśród dzieci i młodzieży się zmniejszyła. Część z nich można potraktować jako rekomendacje do wprowadzenia już teraz, bez angażowania w to innych osób czy instytucji. Niektóre wymagają jednak współpracy na wielu poziomach, a czasem i przeorganizowania wieloletnich systemów, w których funkcjonujemy pomimo ich niewydolności.

Wśród takich propozycji pojawiła się konieczność większego finansowania instytucji skierowanych do młodzieży wykazującej pewne trudności, np. Młodzieżowych

Ośrodków Wychowawczych, w których powinna być obowiązkowa terapia dla pojawiających się tam nastolatków. W ten sposób mogłyby one poradzić sobie ze swoimi traumami i nauczyć się lepiej redukować napięcie.

(...) przede wszystkim dofinansować ośrodki typu MOS i MOW, tak? Dla trudnej młodzieży, gdzie jak młodzież tam trafia to faktycznie ma terapię, a nie w zasadzie jest przechowywana tam, tak? Żeby nie sprawiała problemów w innych placówkach [p25]

Natomiast dla wszystkich dzieci i nastolatków na pewno istotna byłaby szeroko rozumiana psychoedukacja, która pozwoliłaby im odnaleźć się w świecie swoich emocji i myśli, i która byłaby realizowana na wielu płaszczyznach, nie tylko w domach rodzinnych czy w szkołach.

Myślę, że powinien popłynąć strumień edukacji dla dzieci, takiej samoświadomości, takiego dbania o siebie, takiego zgłaszania wtedy, kiedy coś się ze mną dzieje, trochę rozpoznawania tego w jakim jestem stanie, trochę zmniejszania takiego poczucia tabu związanego z pomocą psychologiczną i psychiatryczną [p10]

Wśród zebranych wypowiedzi pojawiły się również takie, które trudno jest przyporządkować do konkretnych grup wyszczególnionych w niniejszym rozdziale – w zasadzie dotyczą one nas wszystkich, jako społeczeństwa. Takimi ogólnymi, lecz w mojej opinii szczególnie istotnymi rekomendacjami były: umiejętność odpuszczania sobie współczesnej pogoni za ideałem oraz postawa cechująca się otwartością i życzliwością dla drugiego człowieka, której nie da się wprowadzić poprzez formalne regulacje i zapisy.

(...) ale też taki przekaz chyba, odgórny, nie wiem od kogo, nie wiem, od mediów? Nie wiem. Żeby się nie zażynać po prostu, nie? Żeby sobie, żeby sobie odpuszczać, i że to jest też ok, nie? Że możemy po prostu sobie odpuścić jako społeczeństwo trochę [p10]

Hm, na pewno czego bym sobie życzyła to to żeby jakoś tak, nie wiem, życzliwiej na siebie spojrzeć. (...) żeby tak właśnie się zauważyć i spróbować coś, nie wiem, zrobić razem, skomunikować, posiedzieć, pogadać. No nie da się zrobić tego reformą, tak? [p11]

Bycie odpowiedzialnym dorosłym, który będzie miał pozytywny wpływ na dziecko lub nastolatka w kryzysie, nie musi być powiązane z byciem dla niego rodzicem czy nauczycielem. Możliwość zwrócenia uwagi na młodą osobę w kryzysie, wysłuchania go i wsparcia chociażby informacją o tym, gdzie uzyska adekwatną pomoc, dotyczy każdej osoby w naszym społeczeństwie.

Takie są chyba realia, chociaż chciałbym wierzyć, że nie musi być człowiek doedukowany w podstawach psychologii, żeby był w kontakcie z sobą i potrafił być odpowiedzialny za

drugiego, żywego człowieka. Bo oczywiście nawet wyedukowany ktoś w tym zakresie może mieć swój gorszy czas i nie być w stanie jakby udzielać takiego adekwatnego wsparcia. Myślę wtedy, że świadomość polega na tym, że widząc trudność delegujemy i prosimy o pomoc inne osoby i różne inne instytucje (...) chodziłoby po prostu o takiego odpowiedzialnego dorosłego, który nie będzie się bał wziąć te odpowiedzialności, nawet jeśli wśród różnych jego skojarzeń jest skojarzenie o tym, że to co mówi dziecko nie musi być prawdą, bo przecież to co jest źródłem naszego przeżywania nie musi być zawsze prawdą, raczej często nią nie jest, a mimo to przeżywamy [p23]

Badani, stanowiąc część systemu wsparcia dzieci i młodzieży, poprzez gromadzone doświadczenia zawodowe mogą zaobserwować pewne ogólne trudności młodych jednostek. Pracując z nimi i ich rodzinami, zajmują się problemami pojawiającymi się w środowisku rodzinnym, szkolnym czy rówieśniczym. W związku z wykonywanymi obowiązkami napotykają także na wadliwe rozwiązania w zakresie opieki psychiatrycznej i psychologicznej, które utrudniają realizację ich celów i założeń. Nie wszystkie stworzone przez badanych specjalistów rekomendacje są na ten moment realne, ale nie musiały takie być – rozmówcy zostali poproszeni o rady dla rodziców i szkół, ale także o wyobrazenie sobie zmian, tworzących typ idealny. Jako społeczeństwo powinniśmy bowiem dążyć do wprowadzania jak najskuteczniejszych działań zmniejszających kryzysy wśród dzieci i młodzieży. I chociaż z samego założenia nie uda się nigdy osiągnąć typu idealnego, to warto jak najbardziej się do niego zbliżyć. Szczególnie, że wprowadzenie znacznej części stworzonych rekomendacji zależy od nas samych, tym samym traktuję je jako prewencję codzienną, w myśl działań, które opisywał Ringel (1987). Ten rodzaj zapobiegania samobójstwom nie jest przypisany do systemu w rozumieniu instytucjonalnym, lecz podkreśla rolę codziennych interakcji, które mogą przyczynić się do redukcji liczby kryzysów w społeczeństwie.

7. Czy szkoła na przykład wiedziała, że coś się dzieje – perspektywa wizytatorów

Zgodę na udział w badaniu wyraziły tylko cztery kuratoria oświaty, jednak przeprowadzone wywiady pozwoliły mi poznać inną perspektywę kryzysu dzieci i młodzieży. Chociaż w niektórych spostrzeżeniach narracje badanych z obu grup były zbieżne, to jednak pojawiły się także znaczne różnice, szczególnie w aspekcie roli środowiska szkolnego, zarówno jako czynnika kryzysogenego, jak i ochronnego.

Szkoła zobowiązana jest prawnie poinformować kuratorium oświaty o śmierci ucznia, jeżeli wydarzy się ona na terenie szkoły. Dotyczy to zarówno zgonu w wyniku

samobójstwa, jak i śmierci wskutek np. nieszczęśliwego wypadku. Nie jest natomiast zobowiązana do informowania o zachowaniach samobójczych, które wydarzyły się poza placówką lub nie zakończyły się śmiercią ucznia lub uczennicy.

(...) jest zapis, że dyrektor szkoły ma obowiązek powiadomić również kuratora oświaty (...) o wypadku śmiertelnym, ale który miał miejsce na terenie szkoły [k4]

Kontrola doraźna, polegająca na sprawdzeniu np. procedur szkoły przez wizytatora, przeprowadzana jest w przypadku stwierdzenia przez odpowiednie organy powiązania szkoły ze śmiercią samobójczą na jej terenie.

*(...) my tutaj nie wchodzimy do szkoły w celu przeprowadzenia kontroli, bo nie ma takiej potrzeby, sytuacja, która ma miejsce, ma miejsce poza terenem szkoły, w związku z czym no nie widzimy tutaj potrzeby, aby dokonywać czy przeprowadzać kontrolę w szkole, my jedynie w swoim zakresie możemy **wspomóc** dyrektora [k4]*

Kontrola odbywa się również w sytuacji, gdy wpłynie skarga lub podejrzenie, np. o wystąpieniu zaniedbań ze strony szkoły czy przemocy rówieśniczej. Kuratorium oświaty musi takie informacje wówczas zweryfikować, w związku z tym do szkoły wysyłany jest kurator.

(...) chyba, że rzeczywiście coś tam takiego się zadziało, że wpłynęła na przykład skarga, że, nie wiem, wychowawca wiedział, a nie podjął odpowiednich kroków, tak? (...) wtedy jest kontrola doraźna, tak? Jeżeli wpływa skarga (...) jeżeli zachodzi podejrzenie i wpływa skarga, że coś zostało, jakieś procedury, zostały niedotrzymane [k2]

*(...) sprawdzam na przykład czy (...) z tym dzieciakiem jakieś problemy były, czy szkoła miała wcześniej jakieś, na przykład **sygnały**, jeżeli by była kontrola, tak? Na temat zachowań, tak? Czy szkoła na przykład wiedziała, że coś się dzieje i na przykład, co z tym zrobiła, czy poinformowała na przykład **sąd**, aby sąd sprawdził, zrobił w ogóle coś takiego jak wgląd w sytuację małoletniego dziecka, tak? (...) sprawdzam czy tam były rozmowy przeprowadzane, czy pedagog tutaj reagował coś, czy widać, że dziewczynka czy nie wiem, osoba się robi wycofana, spokojna, jest taka wyciszona, nie rozmawia z nikim, czy szkoła bierze pod uwagę jakieś takie zewnętrzne rzeczy czy coś po prostu działa, tak? Czy dziecko jest po prostu pozostawione samo sobie [k3]*

(..) my też tak działamy, w sytuacji, w której nie kończy się to tak źle, tak? Kiedy nie kończy się ostatecznie. Ale kiedy tylko dostajemy informacje, jakiegokolwiek, o jakiejś formie przemocy szkolnej, klasowej, cyberprzemocy, natychmiast reagujemy, natychmiast działamy [k4]

Wśród badanych wizytatorów pojawił się jednak głos, że podobne kontrole wykonywane są także w przypadku poinformowania o jakichkolwiek zachowaniach samobójczych uczniów lub uczennic. Prawne uregulowanie dotyczy jednak tylko śmierci

samobójczej w szkole lub na jej terenie, poinformowanie kuratorium o próbie samobójczej wynika więc z indywidualnego podejścia dyrektora lub dyrektorki szkoły.

*Kontrola ta polega na sprawdzeniu jak, jakie są działania, jak realizowana jest pomoc psychologiczno-pedagogiczna w szkole (...) i jeżeli zdarzył się jakiś incydent to głównie **jak** zorganizował dyrektor pomoc klasie, oczywiście temu uczniowi, jeżeli to była tylko próba samobójcza, z jakimi instytucjami współpracował, czy wszedł we współpracę z poradnią i również jest wsparcie rodziny, prawda? I oczywiście całej, całej szkoły, a szczególnie klasy, do której ten uczeń uczęszczał. I w tym zakresie my potem tę sytuację monitorujemy, na ile to zostało zrealizowane [k1]*

W przypadku wykrycia uchybień, wizytatorzy tworzą zalecenia, które następnie dyrektor danej placówki musi w odpowiednim czasie wprowadzić oraz potwierdzić pisemnie ich wprowadzenie.

Wydajemy zalecenia. Zalecenia poparte podstawą prawną. (...) [dyrektor] ma trzydzieści dni na odniesienie się, co do wypełnienia tych zaleceń, które są dokonane przez wizytatora czy osobę kontrolującą i o tych, o wypełnieniu tych zaleceń musi poinformować zarówno organ prowadzący, jak i organ nadzorujący [k2]

W przypadku braku reakcji ze strony dyrekcji, czy podejrzenia niewykonania wskazanych zadań, możliwe jest odbycie tzw. rekontroli. Polega ona ściśle na weryfikacji czy zalecenia zostały wprowadzone w szkole i w jaki sposób. Podpis złożony przez dyrektora lub dyrektorkę pod zaleceniami przy pierwszej kontroli wizytatora jest bowiem zobowiązujący do ich wdrożenia.

(...) kiedy mija czas realizacji tych zaleceń, dyrektor nas oraz organ prowadzący, swój informuje (...) o wykonaniu zaleceń pokontrolnych i my udajemy się na rekontrolę, czyli sprawdzamy w placówce jak te zalecenia, które otrzymał dyrektor podczas kontroli są realizowane [k1]

Dyrektor zobowiązany jest poinformować kuratorium oświaty o różnych trudnościach, a następnie kurator oświaty w danym województwie podejmuje decyzje odnośnie działań, które zostaną w danej sytuacji podjęte. Decyzja o skierowaniu na kontrolę jest raczej działaniem standardowym w opinii badanych wizytatorów.

*(...) jest generalnie informacja od dyrektora, co się wydarzyło i jak to wygląda na chwilę obecną, następnie [województwo] kurator oświaty podejmuje **decyzję**, „pani/-e [imię] proszę jechać i zbadać tą sprawę” bądź „pani/-e [imię] nie wiem, proszę tam wesprzeć szkołę w takich działaniach, bo potrzebna jest pomoc” [k3]*

(...) wówczas dyrekcja decyduje, nasza dyrekcja, czy jedziemy na kontrolę, ale zwykle jedziemy [k1]

Badani wizytatorzy zwracali uwagę na konieczność zdiagnozowania potrzeb szkoły i jej uczniów w związku z zaistniałą sytuacją. Podejmowane działania nie są więc uniwersalne, a dostosowywane do aktualnego zapotrzebowania i placówki edukacyjnej, której dotyczą.

Na początek to się robi diagnozę potrzeb, tak? Nie może być tak, że my mamy coś w głowie poukładane, idziemy to ma być według naszego planu, tylko to ma być według potrzeb placówki [k2]

W sytuacji podejrzenia występowania przemocy wizytator może podjąć różne działania, w tym przeprowadzić anonimowe badanie wśród uczniów w celu rozpoznania zjawiska. W ten sposób uzyskuje informacje od uczniów i uczennic o problemie, który weryfikuje w ramach kontroli.

*Czasami na przykład, jeżeli jest też, nie wiem, **przemoc** w szkole, tak? Lub coś się dzieje bardzo negatywnego lub bardzo złego, na polecenie przełożonych mogę przeprowadzić anonimową ankietę [k3]*

Mając pod swoją opieką różnorodne szkoły, wizytatorzy biorący udział w badaniu dostrzegali również czynniki, które ich zdaniem miały wpływ na pogorszenie się stanu zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Wśród nich podkreślali znaczenie pandemii COVID-19 i wynikającej z niej izolacji od życia społecznego.

Przede wszystkim, w moim odczuciu, w mojej refleksji no to pandemia, która teraz jest [k3]

*(...) ta izolacja od grupy rówieśniczej, jeżeli mówimy o uczniach, to ma duże znaczenie. Dzieci łakną kontaktu ze szkołą (...) tęsknią za szkołą, tęsknią za nauczycielem, tęsknią za kolegami, i po prostu żeby **przyjść** do tego budynku [k2]*

Chociaż pojawił się również głos wyrażający przeciwne stanowisko, wskazujący, że niektórzy uczniowie nie chcą wracać do szkół i boją się tego momentu powrotu do relacji społecznych. Mimo wszystko głos ten odnosił się krytycznie do konsekwencji wynikających ze społecznej izolacji, przede wszystkim wskazano tutaj na zaburzenie uczenia się wchodzenia w interakcję, której nabywa się poprzez doświadczenie.

*Dla młodzieży hasło powrotu do szkoły to jest tragedia. Dzieciaki, które zaczynają **nie chcieć** wracać do szkoły, zaczyna im być **dobrze** (...) oni jeszcze się uczą nadal, tak? Tego nawiązywania relacji i kształtują swoje miejsce w grupie, a przestali to po prostu robić [k1]*

Wskazano również na indywidualny poziom wrażliwości każdego dziecka, który wpływa na odbiór komunikatów i sytuacji.

I jego wrażliwość jaka jest, prawda? Wrażliwe bardzo się przejmie tym, co usłyszy [k2]

Może być jeden komentarz nauczyciela, który jedno dziecko pchnie w tym kierunku [samobójstwa], a drugie przyjmie to jako konstruktywną krytykę, tak? To zależy od tego, jakie ma zasoby dzieciak w tym momencie [k2]

Pogorszenie się stanu zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży wynika według badanych wizytatorów także z poczucia osamotnienia oraz samotnego radzenia sobie z pojawiającymi się trudnościami. Takie przekonanie oraz odczucia wzmacniają się wskutek braku komunikacji w systemie rodzinnym i rozmowy, w której młoda osoba byłaby dostrzeżona wraz ze swoimi problemami. Dodatkowym obciążeniem jest wówczas np. odrzucenie przez grupę rówieśniczą.

(...) odrzucenie od grupy społecznej, tak? (...) wyśmiewanie się, pewnie jakaś taka sytuacja kryzysowa w szkole, gdzie młodzież, uczeń, uczennica sobie nie radzi (...) i nie ma kto mu pomóc, tak? [k3]

Najczęściej to chodzi o jakieś takie zakłócenia w takich kontaktach interpersonalnych, prawda? Brak właściwej komunikacji [k4]

*(...) myślę, że taki też brak zaufania młodzieży do rodziców, do rodziny, do najbliższych, że dzieciak pozostawiony jest sam sobie, że w domu nie ma rozmowy tylko jest **mówienie** do siebie, tak? Wymiana komunikatów „jak w szkole?”, „dobrze”, „co słyhać?”, „dobrze”, „jakie oceny?”, tak? A więc nie ma tej takiej no po prostu rozmowy, tak? [k1]*

(...) podjęcie decyzji o samobójstwie dla dziecka to już jest bycie pod ścianą (...) nie ma wsparcia, nie ma też możliwości, nie widzi do kogo może się tutaj otwarcie zgłosić i pozostaje po prostu sam sobie [k1]

Samotność i poczucie bycia pozostawionym samemu sobie wzmaga się w sytuacji rozvodu rodziców, który jest dla młodej jednostki silnym stresorem. Przede wszystkim wpływa na poczucie stabilizacji i bezpieczeństwa dziecka, ale także wprowadza do jego życia niekomfortowe sytuacje wynikające z konfliktu pomiędzy rozwodzającymi się rodzicami.

(...) to poczucie, że nagle przestajemy być rodziną chyba jest problemem częstym. Jak żyć teraz samemu, tak? Bez rodziny, która no jakąś wydawała się opoką [k4]

Ale często sytuacją i to szczególnie, zresztą na to zwracamy uwagę dyrektorom, żeby objęli pomocą dzieci, kiedy rodzice się rozwodzą. To jest poważna sprawa, często jest to rozgrywka między rodzicami i te dzieci zaczynają się odsuwać, zamykać. Jeżeli szkoła nie pomoże to może się to naprawdę źle skończyć [k1]

Według badanych wizytatorów, innym, ważnym w życiu rodziny wydarzeniem, które może przyczynić się do kryzysu dziecka lub nastolatka jest również pojawienie się

kolejnego dziecka. To trudna sytuacja dla młodej osoby, która nagle musi dzielić się uwagą rodziców, a także ich czasem i uczuciem. Dla niektórych dzieci taka sytuacja jest bardzo niejasna i wiąże się z poczuciem odrzucenia przez rodziców.

Też jeszcze jest problem jak się dziecko pojawia w rodzinie, i również czuje się odrzucone, niekochane i to trzeba bardzo szybko zauważyć [k1]

Szczególnie istotny jest także brak zainteresowania ze strony rodziców lub zainteresowanie związane z ich wysokimi oczekiwaniami wobec dziecka, które według przekonania tychże rodziców, musi realizować.

(...) brak autorytetów również, prawda? Brak takiego właściwego zainteresowania się ze strony rodziców nawet dzieckiem [k4]

(...) dziecko nie jest w stanie sprostać bardzo wysokim oczekiwaniom stawianym przez rodziców, częściej przez rodziców, niż przez szkołę [k4]

Rozmówcy zwrócili również uwagę na rozwój technologii i postępującą cyfryzację, a także nadmiar obowiązków rodziców, przyczyniające się do braku czasu dla dziecka na rozmowę, spędzanie wspólnie czasu i budowanie relacji.

(...) postępująca cyfryzacja (...) rodzice też są, wie pani, w dzisiejszych czasach bardzo zapędzeni, praca, praca, dom, więc też czasami nie widzą problemów i nie rozmawiają z dziećmi, tak? Co potem implikuje różne inne problemy [k3]

Jest też część dzieci, które uważają, że nie są wysłuchiwane i rodzice nie mają też dla nich czasu – „później” i „później” albo „nie mam czasu”, dzieci zostają ze swoimi problemami same sobie [k4]

Wskazano także na przemoc rówieśniczą, także taką, która jest utajona, a która współcześnie może rozgrywać się w przestrzeni wirtualnej.

*(...) ja bym z kolei powiedziała jeszcze o takiej **utajonej przemocy rówieśniczej** [k4]*

W przypadku trudności lub zachowań samobójczych dzieci i młodzieży, rola wizytatorów ogranicza się do powodów związanych ze szkołą, dlatego dyrektorzy są proszeni o informowanie, jeżeli pojawi się jakikolwiek przypuszczenie, że szkoła miała w danym kryzysie swój udział.

(...) dostajemy telefon od dyrektora, zwykle jest to telefonicznie, widzimy, że towarzyszą temu no emocje już po stronie dyrektora, więc najpierw spokojnie wysłuchujemy tej krótkiej relacji, ale rzeczywiście jesteśmy bardzo wyczuleni na to, czy przypadkiem nie ma to związku ze szkołą. Zatem tak naprawdę, pierwsze pytanie, kiedy już te emocje w rozmowie trochę opadną, to jest pytanie czy już coś wiadomo o przyczynach takiego kroku ze strony młodego człowieka. (...)

my najczęściej prosimy dyrektora, „panie dyrektorze, pani dyrektor, jeśli zdarzy się, że pojawi się jakieś domniemanie, że być może taki krok był efektem jakichś konfliktów w grupie rówieśniczej, nacisku szkolnego czy jakichkolwiek problemów z nauką, to bardzo prosimy o taką informację” [k4]

Według badanych wizytatorów szkoła rzadko przyczynia się do zaistnienia kryzysów dzieci i młodzieży, które prowadzą do zachowań samobójczych. Jednocześnie odwołano się do dwóch przykładów śmierci samobójczej, które miały miejsce w ostatnim czasie, traktując bardzo dobre wyniki tych uczniów jako argument eliminujący szkołę z możliwych przyczyn kryzysu.

(...) żaden z przypadków, które pojawiły się u nas w ostatnich, myślę, że 10ciu latach to na pewno (...) nie przypominam sobie przypadku, żeby ten no desperacki krok był efektem tego, co zadziało się w szkole [k4]

(...) ja w urzędzie tutaj pracuję ponad 20 lat i ja również (...) no nie spotkałam się nigdy z taką sytuacją, że to czy próba samobójcza czy samobójstwo podyktowane było jakąś sytuacją, która zadziała się na terenie placówki. No ostatnio te przypadki, które miały miejsce, zarówno w szkole podstawowej, jak i w szkole ponadpodstawowej dotyczyły bardzo dobrych uczniów, jeśli chodzi o szkołę ponadpodstawową to była wzorowa uczennica [k4]

W przypadku badanego wizytatora z innego województwa, przypadek śmierci samobójczej wystąpił raz, jednak jako oficjalny powód uznano zawód miłosny.

Ja byłam raz (...) uczeń, który się powiesił, powiesił się w domu, to był zawód miłosny, i stało się to na terenie no domostwa [k1]

Zwrócono również uwagę na to, że po śmierci samobójczej ucznia lub uczennicy przekazywane są nauczycielom informacje nie tylko o samym wydarzeniu, ale też o tym, w jaki sposób powinni zostać poinformowani uczniowie.

(...) dyrektorzy szkoły dbają też o to, aby taką informację o tym tragicznym zdarzeniu w sposób właściwy przekazać uczniom [k4]

(...) informuje o tym, żeby te dzieci nie dowiedziały się, gdzieś tam pokątnie o tym zdarzeniu, bo też najczęściej jest, że (...) duża część uczniów już wie, ale jednak czeka też uczeń, co powie nauczyciel, który wejdzie, ten wychowawca, który do klasy wejdzie [k4]

Szczególną opieką psychologiczną otaczani są w takiej sytuacji koledzy i koleżanki osoby, która popełniła samobójstwo. Po pierwsze mierzą się oni ze stratą kogoś, z kim funkcjonowali w codziennej, szkolnej przestrzeni. Po drugie, istnieje ryzyko zachowań naśladowczych, dlatego wdrażane jest działanie profilaktyczne.

(...) kiedy pani dyrektor powiedziała o tym, że pani psycholog też natychmiast próbuje rozpoznać tą bliską grupę rówieśniczą tej dziewczynki, czyli jakby osoby pozostające w największym związku emocjonalnym, tak? Z dziewczynką, która odbiera sobie życie, ponieważ no są to osoby, które mogą też cierpieć w największym stopniu, tak? I potrzebują też wyjątkowej opieki [k4]

Według badanych wizytatorów, bycie w stałym kontakcie z dyrektorami ułatwia przepływ informacji i adekwatne reagowanie na występujące trudności. Z tego powodu relacja stworzona pomiędzy nimi a dyrekcją szkoły ma bardzo duże znaczenie. Sprawnie uzyskiwana informacja nie jest jednak wystarczająca, gdyż wiele działań pomocowych wymaga zgody rodziców ze względu na niepełnoletność ich dzieci.

*My mamy taką umowę ze swoimi dyrektorami szkół (...), że prosimy swoich dyrektorów w swoich regionach wizytatorskich, żeby takie informacje, czyli o śmierci ucznia bądź o próbie samobójczej informowali wizytatora rejonowego. I tak rzeczywiście się dzieje (...) też jesteśmy w stałym kontakcie z dyrektorami, prosimy ich o to, aby nas informowali, ale również **proponujemy** ewentualnie jakieś rozwiązania czy instytucje, do których dyrektorzy szkół mogliby się zgłosić [k4]*

(...) dzwoni do mnie dyrektor, że na przykład z uczennicą są problemy, tak? To ja oczywiście mogę wskazać tutaj pomoc (...) ale to jest generalnie (...) w gestii rodziców, tak? Bo jeżeli uczeń jest niepełnoletni, no to ja, jeżeli nawet pomogę dziecku tutaj kontakt z terapeutą nawiązać, to jeżeli rodzic nie wyrazi na to zgody, bo to rodzic rejestruje, rodzic jedzie, no to ręce mamy związane, tak? [k3]

Wspomniana zgoda rodziców bywa bardzo problematyczna dla instytucji, ponieważ w przypadku rodziców skonfliktowanych często dochodzi do traktowania dziecka jako narzędzia w swoich kłótniach. Każdy z rodziców podejmuje inną decyzję dotyczącą działań, które mają być podjęte wobec dziecka, a szkoła nie może opowiedzieć się za żadną ze stron.

*Szkoła tak naprawdę ma nieco związane ręce i **nie może** podjąć czasami koniecznych działań, które widzi, że byłyby wskazane, dobre dla dziecka, ponieważ w porozumieniu z **jednym** z rodziców ustala, że dobrze, zrobimy to i to, i niestety za chwilę słyszy od drugiego rodzica „nie, ja się na to nie zgadzam. Jakim prawem matka decyduje o tym, że możemy zrobić tak i tak, skoro **ja** decyduję, że będzie tak i tak”. Nierzadko dyrektor dzwoni do nas z pytaniem „pani wizytator, panie wizytatorze, co robić w takiej sytuacji? My widzimy, ustalamy z mamą, no ale ojciec nie jest pozbawiony praw rodzicielskich, ojciec ma prawo również decydowania” [k4]*

Ale bardzo często zwracamy też uwagę, że rodzice rozstają się, a to dziecko staje się kartą przetargową. I to rzeczywiście, to dziecko nie potrafi odnaleźć się w tej sytuacji, a tutaj no

niestety nie może liczyć na mądrość ani ze strony mamy, ani ze strony ojca, bo tak jak mówię, te relacje są naprawdę tak niewłaściwe, że... [k4]

Wizytatorzy z jednego kuratorium zwrócili uwagę na istnienie Szkół dla Rodziców organizowanych przez poradnie, w których prowadzi się psychoedukację dotyczącą rozwoju dzieci, ich potrzeb czy sposobów komunikowania się z nimi. Podkreślili jednak, że nie każdy rodzic ma świadomość istnienia takiej instytucji.

Pedagogizacja rodziców. Jak rozwiązywać konflikty na przykład, tak? Jaki jest rozwój psychospołeczny w zależności od wieku ich własnego dziecka, jakie ma potrzeby nastolatków na przykład (...) nie każdy rodzic oczywiście wie, od tego jest szkoła, żeby informować rodziców o instytucjach pomocowych [k2]

Wśród działań profilaktycznych, które podejmują bezpośrednio szkoły jest natomiast współpraca z Powiatowymi Centrami Pomocy Rodzinie. Pedagog lub wychowawca bierze udział w spotkaniach, podczas których opisuje przede wszystkim współpracę z rodzicami zastępczymi lub adopcyjnymi.

Szkoły też współpracują z Powiatowymi Centrami Pomocy Rodzinie, bo na przykład jeżeli są uczniowie, którzy są w rodzinach zastępczych to oni są objęci takim szczególnym nadzorem właśnie z ramienia Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie i przeważnie wychowawca lub pedagog bierze udział w spotkaniach w zespołach w tych Centrach Pomocy Rodzinie. Raz na jakiś czas, gdzie przedstawia swoją opinię od strony szkoły jaka jest współpraca tej rodziny, która adoptowała na przykład dziecko czy jest rodziną zastępczą, jak oni się wywiązują z zadań, jak dziecko sobie radzi w szkole [k1]

Natomiast oddziaływaniami skierowanym do wszystkich uczniów i uczennic w danej szkole jest tworzenie programu profilaktyczno-wychowawczego, który jest sporządzany co roku i zatwierdzany przez radę pedagogiczną i radę rodziców. Oznacza to, że każda szkoła przygotowuje własny program profilaktyczno-wychowawczy, jego jakość między szkołami może się więc znacznie różnić.

Każda szkoła ma coś takiego jak program profilaktyki i wychowania. Musi być zatwierdzony raz na rok (...) przez radę pedagogiczną i tam są warsztaty, cykle spotkań [k3]

(...) szkoła jest zobowiązana rokrocznie do napisania programu wychowawczo-profilaktycznego, więc my sprawdzamy, tak? W zależności od potrzeb, to nie jest tak, że szkoły muszą nam przekładać, tak? Do wglądu, tylko ten program profilaktyczno-wychowawczy jest kontrolowany przy okazji kontroli doraźnej [k2]

Założeniem programu profilaktyczno-wychowawczego jest jak najefektywniejsze spełnianie przez niego swojej roli ochronnej, dlatego opracowanie programu poprzedzone jest wykonaniem diagnozy potrzeb występujących w danej placówce szkolnej.

(...) na początku roku szkolnego, przy opracowywaniu programu profilaktyczno-wychowawczego szkoły, prowadzona jest taka diagnoza szeroka i tutaj właśnie już na tym etapie jest możliwość zgłoszenia takich różnych propozycji do tego programu na dany rok szkolny, czy też warsztatów, konsultacji dla nauczycieli czy dla samych uczniów [k4]

*(...) odbywa się to w porozumieniu z radą pedagogiczną, i co najważniejsze, wprost w **prawie** oświatowym jest zapis, że ten program wychowawczo-profilaktyczny **musi być** opracowywany po **corocznej** diagnozie. A więc najpierw trzeba zbadać grunt, zlokalizować problemy, trudności i na tej bazie działania, przede wszystkim profilaktyczne i wychowawcze, wskazać [k1]*

Program profilaktyczno-wychowawczy jest sprawdzany w trakcie kontroli doraźnej przez wizytatora z kuratorium oświaty, a szczególnie to, czy znajduje on swoje odzwierciedlenie w szkolnej rzeczywistości, tj. czy dane zajęcia i tematy się odbyły.

(...) również sprawdzany jest na ile, jak jest realizowany ten program – czy ten dokument jest „żywy” [k1]

Badani wizytatorzy jednoznacznie podkreślali istotną rolę programu profilaktyczno-wychowawczego w profilaktyce zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Ich zdaniem, konieczne jest ujęcie w nim tematyki radzenia sobie w kryzysie czy trudnych sytuacjach pojawiających się w życiu.

*Tak **naprawdę** to gdyby to było w miarę dobrze realizowane to niwelowałyby te próby samobójcze czy samobójstwa, **chyba**, że przyczyną takich zachowań są rzeczy nie należące już do szkoły, tak? Jakiś zawód miłosny, jakieś sytuacje w domu kryzysowe, no to to już wiadomo, że wszystkich sytuacji się nie przewidzi, tak? Ale gdzieś **profilaktyka radzenia sobie** w trudnych sytuacjach na przykład, powinna być w programie profilaktyczno-wychowawczym jak najbardziej zawarta [k1]*

Stworzony program profilaktyczno-wychowawczy podlega również modyfikacjom. Rodzice mogą zgłosić do kuratorium swoje wątpliwości, co do zewnętrznych osób zapraszanych przez szkołę na spotkania czy warsztaty.

(...) trafiają do nas skargi ze strony rodziców, że szkoła zaprasza kogoś, kto jest osobą w cudzysłowie „niewygodną”, jest osobą, która działa niezgodnie z jakimiś wartościami wyznawanymi przez rodziców [k4]

Poza tworzeniem programu profilaktyczno-wychowawczego i zapraszania specjalistów z zewnątrz, szkoły współpracują również z przypisanymi do nich poradniami psychologiczno-pedagogicznymi, do których mogą kierować bardzo konkretne prośby wynikające z potrzeb uczniów i uczennic.

*(...) jeśli szkoła ma taką potrzebę, żeby na przykład w danym roku szkolnym zająć się, chociażby profilaktyką samobójstw czy radzeniem sobie może ogólnie w sytuacjach kryzysowych przez młodzież i wystąpi z takim wnioskiem do poradni to poradnia ma **obowiązek** współpracować w tym zakresie ze szkołą [k1]*

Współpraca z poradniami jest również nawiązywana przez dyrektorów w przypadku trudnych sytuacji, które wymagają specjalistycznego wsparcia. Poradnia psychologiczno-pedagogiczna przypisana do danej szkoły jest wówczas pierwszym miejscem, gdzie mogą oni uzyskać profesjonalną pomoc.

(...) [dyrektor] w pierwszej kolejności uruchamia swojego pedagoga i psychologa, który jest zatrudniony na terenie placówki, jeżeli ta pomoc, czasami nie jest wystarczająca, ze strony pedagoga czy psychologa, który pracuje w danej placówce, to najczęściej dyrektorzy szkół zwracają się o pomoc do poradni psychologiczno-pedagogicznej, no wiemy, że mamy tam wykwalifikowaną kadrę psychologów, pedagogów, którzy no też zajmują się takimi sytuacjami, takimi zagrożeniami, które występują wśród młodzieży [k4]

Szczególnie widać to w sytuacjach związanych z samobójstwem ucznia lub uczennicy, kiedy to profesjonalnym wsparciem przez poradnię psychologiczno-pedagogiczną obejmowani są zarówno uczniowie, jak i rodzice.

*(...) takim wsparciem, takim psychologicznym, to **zawsze** są objęci uczniowie na terenie szkoły i ich rodzice też. Szkoła bardzo często proponuje spotkania z tymi specjalistami na terenie szkoły bądź też w poradni [k4]*

Badani wizytatorzy pozytywnie oceniali organizowaną przez szkoły profilaktykę dotyczącą zdrowia psychicznego uczniów i uczennic. Ich zdaniem szkoły prowadzą wartościowe zajęcia i spotkania w tym celu, dbając o różnorodność podejmowanych tematów oraz inicjowanych działań.

(...) kiedy przebywamy na terenie placówki, czy to podczas kontroli czy podczas innej formy nadzoru pedagogicznego, dużą dbałość ze strony dyrektorów szkół, bo naprawdę profilaktyka, którą prowadzą, chociażby nawet i w tym zakresie, jest bardzo duża i taka naprawdę urozmaicona [k4]

*To są różnorodne warsztaty dla młodzieży, to są też prelekcje, (...) spotkania z profesjonalistami. Zauważamy **teraz** zwiększenie natężenia tych spotkań, to wynika oczywiście z tego, że młodzież została zamknięta w domach [k4]*

(...) budujemy poczucie własnej wartości i relacji w klasie, tak? Bo też są zajęcia integracyjne na dzień dobry w każdej szkole zawsze robione. Praca w zespole, tak? Są takie zajęcia, żeby dzieci współpracowały ze sobą [k2]

Wizytatorzy z jednego kuratorium zwrócili również uwagę na funkcjonowanie w wielu szkołach tablic informacyjnych, na których znajdują się numery telefonów i adresy instytucji udzielających wsparcia w sytuacjach kryzysowych.

(...) takie informacje są również w szkołach wywieszane „jeżeli masz problem, a nie chcesz się zwrócić do nikogo w szkole to możesz zadzwonić” i są informacje właśnie na korytarzach przedstawione albo na stronie, stronach internetowych [k1]

Z doświadczeń badanych wizytatorów wynika, że znaczna większość szkół zatrudnia psychologów i pedagogów w swojej placówce.

(...) jest pedagog i psycholog na terenie szkoły, który wspiera w sytuacjach kryzysowych dzieci i młodzież na bieżąco, do tego są zajęcia, nie wiem, podnoszące poczucie własnej wartości, są zajęcia z zaburzeń odżywiania, są zajęcia z komunikacji interpersonalnej, tak? [k2]

(...) często jest tak, że jest powiedzmy, pół etatu pedagoga i pół etatu psychologa, to też zależy od organu prowadzącego [k4]

Według nich są to ważne osoby w szkole, do których uczniowie i uczennice mogą zgłosić się ze swoim problemem lub wiedząc o problemie kolegi lub koleżanki, a więc pełnią istotną rolę profilaktyczną.

*(...) ta młodzież, jeżeli są dobrze zbudowane relacje, ona trafia do psychologa, znaczy pedagoga **niekoniecznie** ze swoim problemem, tylko na przykład wie, że coś się dzieje w rodzinie kolegi, koleżanki, coś się dzieje, nie wiem, w Internecie coś niepokojące się zadziało, tak? I te osoby przychodzą prosząc o pomoc, tak? [k2]*

Szczególnie, że ich zdaniem, podejście młodzieży do szkolnych psychologów się zmieniło i sami chętnie z takiego wsparcia korzystają.

*Widzimy, że psycholog, pedagog to są osoby wiodące w tym zakresie i są to osoby, do których młodzi ludzie mają zaufanie i są to dzisiaj osoby nie takie, do których się **wysyła** albo które **wzywają** do siebie, tylko to są osoby, do których młodzi ludzie sami chętnie pukają [k2]*

Szkoły nie są jednak prawnie zobligowane do zatrudniania psychologów czy pedagogów, w czym wizytatorzy upatrują trudności. Brak prawnego obowiązku oznacza bowiem, że nie można tego od szkół wymagać.

*(...) tutaj myślę, że warto powiedzieć o tym, że trudnością **dla nas** jest fakt, iż prawo oświatowe nie nakłada obowiązku na organ prowadzący zatrudnienia w szkole pedagoga czy psychologa (...) ale dyrektorzy wszyscy oczywiście **widzą tą** potrzebę i wszyscy dyrektorzy bardzo chętnie*

widzieliby u siebie zarówno pedagoga, jak i psychologa, no ale to organ prowadzący zatwierdza [k4]

Badani wizytatorzy zalecają jednak zatrudnienie pedagoga i psychologa w szkołach, w których takich etatów nie ma stworzonych.

(...) przy opiniowaniu arkuszy na kolejny rok szkolny, w każdym roku szkolnym, też zwracamy uwagę na to, poprzez odpowiedni tam zapis w tej opinii, jeśli się zdarzy, że w szkole nie ma pedagoga czy psychologa, że wskazane by było zatrudnienie takiej osoby [k4]

Zmiana rozwiązań prawnych w tym zakresie i zobligowanie szkół do zatrudniania psychologów oraz pedagogów w swoich placówkach jest jedną z najważniejszych rekomendacji zaproponowanych przez badanych wizytatorów.

(...) żeby to prawo dzisiaj tak naprawdę nakładało obowiązek na organ prowadzący zadbania o to, żeby w każdej szkole był pedagog i psycholog [k4]

*(...) życzylibyśmy sobie, żeby w **każdej** szkole, niezależnie od tego czy to jest mała szkoła, duża szkoła, wiejska czy miejska, żeby w każdej szkole był zatrudniony zarówno pedagog, jak i psycholog (...) natomiast zdajemy sobie sprawę, że organem prowadzącym są zazwyczaj gminy, miasta, powiaty no i wiąże się to oczywiście z finansami, w związku z tym, **zazwyczaj** właśnie oszczędzając, oszczędzają no na etatach czy pedagoga czy psychologa [k4]*

W ramach wywiadu spytano również o instytucję koordynatora ds. bezpieczeństwa w szkole, która powstała w ramach rządowego programu *Zero tolerancji dla przemocy w szkole* z 2006 roku. Jednak zdaniem badanych wizytatorów, w większości szkół rozwiązanie to nie jest już stosowane.

(...) to umarło śmiercią naturalną [k2]

Według nich było to poniekąd sztuczne stanowisko, gdyż zadania do niego przydzielone z powodzeniem wykonywane są przez inne osoby w szkole.

*To była dodatkowa funkcja, taka przydzielona komuś, i tak te wszystkie zadania, które miał **niby** robić koordynator są realizowane przez psychologów, pedagogów szkolnych, dyrektora, więc tutaj żadnej szkody nie ma [k2]*

(...) nie ma takiego oddzielnego tworu, aczkolwiek te zadania są przy wielu osobach, i to że one są przy wielu osobach, nie sprawia, że one się rozmywają nie wiadomo na kogo, prawda? [k4]

Natomiast w przypadku kryzysu, także suicydalnego, wizytatorzy wskazali na konieczność posiadania dostępu do wsparcia profesjonalnego oraz możliwość odbywania z rodzicami bezpiecznych rozmów, pozbawionych oceniania.

Przede wszystkim szeroko zakrojoną pomoc terapeutyczną. Tutaj tylko i wyłącznie terapeuta jakiś z zachowań kryzysowych powinien mieć pole do popisu, ale oczywiście też bardzo ważne jest wsparcie rodziny i bliskich. To najważniejsze chyba w tym wszystkim, prawda? [k3]

Jeżeli wiemy, że coś z danym dzieckiem się dzieje, coś nie tak, że zachowuje się inaczej to przede wszystkim to jest rozmowa. Rozmowa i jeszcze raz rozmowa. Jeżeli rozmowa nie skutkuje i widzimy, że problem się pogłębia to natychmiast, według nas, należy skontaktować się z psychologiem, psychoterapeutą [k2]

Badani zwrócili również uwagę na pewne działania, które w tym zakresie może podjąć szkoła. Przede wszystkim podkreślano tutaj wzmacnianie młodzieży i ich poczucia własnej wartości, pomoc w poszukiwaniu rozwiązań, ale i edukację w zakresie, np. rozpoznawania przemocy.

*Przede wszystkim powinna to być kompleksowa obserwacja, rozmowa, wskazywanie alternatyw, wskazywanie rozwiązań, pokazywanie, że taka sytuacja [samobójstwo] to nie jest sytuacja dobra i służy rozwiązaniu jakiegokolwiek problemu, wspieranie uczniów, obserwowanie każdego ucznia, rozmowa z **każdym** uczniem, i też no wie pani, znęcanie się, takie rzeczy, to są formy przemocy, które są karane, tak? Jeżeli ktoś się z kogoś wyśmiewa, dokucza mu, robi mu zdjęcia, teraz to bardzo takie modne w szkołach, jakieś takie dziwne, tak? To też jest pewna forma przemocy i podlega to odpowiedzialności karnej, tak? Więc tutaj młodzież trzeba uzmysławiać, pod tym względem [k3]*

Wskazano także na wzmacnianie poczucia, że nawet jeżeli dziecko lub nastolatek nie może zwrócić się ze swoimi problemami do rodziców to zawsze jest osoba, z którą może porozmawiać – koleżanka, kolega, nauczyciel, inny dorosły czy specjalista.

(...) uświadamianie młodzieży (...), że są miejsca, gdzie może znaleźć pomoc, jeżeli nie chce z nich korzystać w domu, w szkole czy w najbliższym otoczeniu (...) w większości szkół są takie tablice [k1]

(...) żeby też nie bała się rozmawiać (...) nie tłumić w sobie jakiegoś problemu tylko zwrócić się do jakiejś osoby, bo często jest tak, że to wcale do rodziców się nie zwracają tylko do koleżanki, przyjaciółki, do nauczyciela, do którego mają zaufanie [k2]

Chociażby podkreślanie młodzieży, że nie są sami, tak? [k1]

Osoby z jednego z kuratoriów wskazały również na potrzebę zmiany roli wizytatorów z kontrolnej na bardziej wspierającą placówki szkolne.

*My byśmy wolały **wspierać** szkoły, jeździć na przykład po szkołach, siedzieć u nich tak mówiąc kolokwialnie, na przykład tydzień, dwa, zajmować się tymi problemami, które mają, pomagać im, ustalać jakieś punkty wyjścia, a my bardzo często jesteśmy tylko tymi kontrolerami z teczką, bo się zadziała skarga, bo się coś stało [k1]*

Według badanych wizytatorów zdecydowana większość szkół będąca pod ich nadzorem prowadzi dopasowaną do potrzeb dzieci i młodzieży profilaktykę dotyczącą zdrowia psychicznego kształtowaną w oparciu o corocznie zatwierdzany przez radę rodziców i radę pedagogiczną program profilaktyczno-wychowawczy. Ich zdaniem szkoły zazwyczaj zatrudniają psychologa lub pedagoga, jeżeli jednak takiej osoby nie było, to badani wizytatorzy zalecali jej zatrudnienie. Perspektywa ta znacząco różni się od wyników uzyskanych w ramach wywiadów ze specjalistami w zakresie zdrowia psychicznego. Obie grupy podkreśliły jednak istotność bezpiecznych relacji, uwagi ze strony rodziców czy akceptacji wśród rówieśników w kontekście czynników, które mogą chronić przed kryzysem lub do niego się przyczyniać.

8. Omówienie wyników

Przeprowadzone badania przyniosły bardzo obszerny materiał empiryczny oparty o wiedzę i doświadczenia ekspertów w zakresie wsparcia społecznego dzieci i młodzieży w kryzysie. W pierwszym podrozdziale zaprezentowana została weryfikacja przyjętych podczas projektowania badań czterech hipotez badawczych, w drugim omówiłam natomiast kilka refleksji dotyczących sposobu, w jaki budowali narracje badani, w tym jakiego używali języka. W kolejnym podrozdziale zaprezentowałam prosty i złożony schemat roli wsparcia społecznego w kryzysie, które jest bardziej niejednoznaczne niż zakłada to dychotomiczny podział: obecność wsparcia – czynnik ochronny, brak wsparcia – czynnik ryzyka. Natomiast w ostatnim podrozdziale odniosłam uzyskane wyniki do innych badań prowadzonych w Polsce i na świecie.

8.1. Weryfikacja hipotez

Podczas procesu projektowania niniejszych badań prowadziłam nieformalne rozmowy z psychologami i psychoterapeutami oraz zapoznawałam się z liczną literaturą w zakresie kryzysów, szczególnie kryzysów suicydalnych dzieci i młodzieży. Na tej podstawie sformułowałam cztery hipotezy, które pozwoliły mi wyznaczyć obszary badawcze do wywiadów z ekspertami.

Zgromadzony materiał empiryczny umożliwił mi zrealizowanie przyjętego celu badawczego dotyczącego rozpoznania zjawiska wsparcia w kryzysie suicydalnym u młodzieży z perspektywy pracujących z nią specjalistów. Uzyskane informacje pozwoliły wyjaśnić rolę rodziny i szkoły w kryzysach młodych osób, zarówno jaką pełnią, jak i jaką

powinny pełnić, a także poznać perspektywę specjalistów dotyczącą „diagnozowanego” przez nich wsparcia oczekiwanego przez dzieci i młodzież.

Chociaż hipotezy zostały sformułowane w sposób ogólny, to dotyczą badanej grupy, gdyż ze względu na przyjętą metodologię, wnioski ze zrealizowanego badania nie stanowią podstaw do uogólnień.

H1. Zaburzenia relacji w środowisku rodzinnym stanowią największe zagrożenie kryzysem dla adolescentów – hipoteza potwierdzona

Rodzina jest najważniejszym środowiskiem dla kształtującej się jednostki. Wiele zinternalizowanych w niej norm i wzorów stanie się dla młodej osoby punktem odniesienia przy budowaniu własnej rodziny, a także innych relacji społecznych. Istotność rodziny dla procesu kształtowania się tożsamości nastolatka może jednak oznaczać dla niego pojawienie się kryzysu. Nie każda rodzina jest bowiem wydolna wychowawczo, na co zwrócili uwagę wszyscy badani specjaliści z zakresu zdrowia psychicznego, a także i wizytatorzy kuratoriów oświaty.

Badani specjaliści jednogłośnie wskazali rodzinę jako główny czynnik kryzysogenny u dzieci i młodzieży. Wśród powszechnie rozumianych dysfunkcyjności rodziny wymieniano przede wszystkim przyjętą w wielu domach jako metodę „wychowawczą” przemoc fizyczną i psychiczną, a także występujące uzależnienia rodziców. Co jednak ważniejsze, badani wymienili szereg postaw i działań rodziców, które nie będąc dysfunkcyjnymi lub nie mając cech zaniedbywania dzieci, krzywdzą równie mocno. Wśród nich wskazano chociażby na wyraźne problemy w budowaniu więzi z dzieckiem, brak zainteresowania lub nadmierną kontrolę i nadopiekuńczość czy stawianie wysokich wymagań i oczekiwań. Badani specjaliści, odwołując się do swoich doświadczeń zawodowych, nie mieli najmniejszego problemu z przytaczaniem przykładów ze swoich gabinetów lub oddziałów, które ilustrowały ich ogólne opinie.

Poznanie perspektywy specjalistów, którzy w trakcie swojej pracy mieli do czynienia z wieloma przypadkami kryzysów wśród młodych osób, wydaje się rzetelnym źródłem wiedzy o ich przyczynach. Rodzina i pojawiające się w niej trudności stanowiły najobszerniejszą część ich wypowiedzi. Nie oznacza to oczywiście, że rodzina była w nich ukazywana jedynie jako czynnik kryzysogenny – wspomniano również jej rolę ochronną w kryzysie dzieci i młodzieży, a także zaangażowanie rodziców w proces zdrowienia dziecka. Nie zmienia to jednak ogólnego obrazu, który wyłonił się w trakcie analizy wyników. Badani podkreślali bowiem, że posiadanie wsparcia w rodzinie i bezpiecznych

relacji z rodzicami stanowi powłokę chroniącą przed wieloma innymi czynnikami kryzysogennymi.

H2. Problemy młodzieży nie są utożsamiane przez rodziców z problemami w systemie – hipoteza potwierdzona

Według badanych specjalistów w zakresie zdrowia psychicznego kryzys dotyczący dziecko często bywa konsekwencją problemów, które występują w rodzinie. Z ich doświadczenia zawodowego wynika natomiast, że rodzice tego nie zauważają, przenosząc odpowiedzialność na inne konteksty, np. środowisko szkolne, rówieśnicze lub na media. Z wypowiedzi badanych wynika, że rodzice zauważają swoją rolę w kryzysie dziecka lub nastolatka dopiero w ramach któregoś ze spotkań konsultacyjnych z psychologiem lub psychoterapeutą. Moment uświadomienia sobie swojego udziału w kryzysie własnego dziecka nazwane zostało przez jedną z badanych osób jako „faza zaakceptowania”, przez inną natomiast jako moment „przebudzenia”.

Często jednak rodzice w ogóle nie przyjmują do świadomości, że mogli znacząco przyczynić się do kryzysu dziecka, nie podejmują więc współpracy ze specjalistą uznając, że to młoda jednostka ma problem, który musi rozwiązać. Z odmową spotykają się także często sugestie podjęcia własnej terapii indywidualnej przez rodzica lub terapii rodzinnej. Chociaż badani wspominali również o rodzinach zaangażowanych, to współpraca z rodzicami dużo częściej opisywana była jako trudna, a nawet stresująca dla samych specjalistów.

H3. Młodzież w kryzysie nie otrzymuje oczekiwanego wsparcia – hipoteza potwierdzona

Nieotrzymywanie wsparcia, którego młodzież oczekuje, wybrzmiało zarówno w rekomendacjach badanych specjalistów, jak i wskazywanych przez nich czynnikach kryzysogennych. W obu przypadkach badani podkreślali rolę wysłuchania dziecka lub nastolatka oraz rozmawiania z nim w sposób szanujący jego perspektywę i nieoceniający. Tego dotyczyły najczęściej formułowane rekomendacje, szczególnie dla rodziców, gdyż wcześniej to te braki wymieniono jako potencjalne źródła kryzysów u młodych jednostek. Zwracano przy tym uwagę na zamykanie się nastolatków i pogłębianie kryzysu, gdy stykają się z bagatelizowaniem ich problemów przez dorosłych. Badani wskazali również na lekceważenie próśb osób niepełnoletnich o zapisanie ich na konsultację psychologiczną, która wymaga zgody opiekuna prawnego. Odkładanie przez rodziców decyzji o spełnieniu tej prośby trwa niekiedy miesiące lub dłużej.

H4. Wsparcie profesjonalne pomimo wprowadzanych zmian nie jest w stanie odpowiedzieć na potrzeby młodzieży w kryzysie – hipoteza potwierdzona

Według badanych specjalistów psychiatria dzieci i młodzieży przez lata była zaniedbywana na różnych polach. Wprowadzana w ostatnich latach systemowa reforma uznana została przez nich za krok w dobrym kierunku, jednak wykonany zdecydowanie za późno i w nie do końca dobrze przemyślany sposób. Zdaniem rozmówców rzeczywistość odbiega od założeń i idei zawartych w reformie, przy czym za jeden z największych problemów uznano niewłaściwe funkcjonowanie poziomów referencyjnych. Kolejki młodych pacjentów chcących zapisać się na wizytę u psychologa lub terapeuty w ramach I poziomu referencyjnego (w którym nie jest potrzebne skierowanie) są na tyle długie, że zazwyczaj nie udaje się spełniać założenia o szybko dostępnej pomocy. Tym samym, u oczekujących pacjentów kryzysy rozwijają się do takiego stopnia (w tym do kryzysu suicydalnego), że potrzebna jest konsultacja psychiatryczna. Psychiatra natomiast nie jest zatrudniany w ramach I poziomu.

Badani zwrócili również uwagę na to, że nie wszystko daje się rozwiązać reformą, ponieważ współczesne dzieci i młodzież cierpią w dużej mierze w związku z niewłaściwymi relacjami w rodzinie. Chociaż w ramach wsparcia profesjonalnego okazują oni młodym jednostkom akceptację i zrozumienie, to nie są w stanie w pełni odpowiedzieć na ich potrzebę oczekiwanego wsparcia, która wiąże się bardzo często z potrzebą wsparcia emocjonalnego otrzymanego w ramach najbliższych środowisk. Zdaniem badanych najlepszą odpowiedzią na kryzysy dzieci i młodzieży będzie nie tylko zadbanie o wsparcie profesjonalne, ale przede wszystkim o źródła kryzysów, w tym rodzinę.

8.2. Kilka refleksji o narracjach badanych

Realizując projekt badawczy w ramach rozprawy doktorskiej przekonałam się również, jak istotna jest weryfikacja dokonana przez innych badaczy. Dla doktorantów taką weryfikację stanowią uwagi i komentarze promotora, w moim przypadku Promotorki i Promotora pomocniczego. Oboje zwrócili uwagę na język stosowany w narracjach niektórych badanych specjalistów, zdziwieni niektórymi sformułowaniami. Dzięki tym spostrzeżeniom mogłam przyjrzeć się cytowanym wypowiedziom i przeanalizować aspekt, którego wcześniej, przyznaję, nie dostrzegłam.

Codzienny język psychologów, psychiatrów czy psychoterapeutów, którego używają w konwersacjach między sobą, różni się bowiem od poważnego czy poprawnego języka, znanego z przekazów medialnych i oficjalnych wypowiedzi. Podobnie jak w wielu innych branżach, pojawiają się pewne skróty myślowe, potoczmy, czy nie do końca poprawne określenia, które nie oznaczają jednak lekceważącego stosunku do pacjenta, lecz stanowią chociażby pewien mechanizm obronny stosowany w celu wytworzenia dystansu do trudnej sytuacji. Jest to szczególnie ważne w tzw. zawodach pomocowych, gdzie identyfikacja z każdym jednostkowym cierpieniem uniemożliwiłaby wykonywanie obowiązków w należyty, kompetentny sposób.

Poniżej przedstawiłam trzy przykłady, które najlepiej obrazują specyfikę używanego przez część badanych specjalistów języka.

Na przykład dziewczynka, mieszkała z mamą, tatą, tata pił, w ogóle jest upośledzony umysłowo, jest tam babcia, która jest już trochę „zdemenciała” [p1]

(...) w wakacje jest dużo mniejszy obrót pacjentów [p5]

Czasami mam wrażenie „odczłowieczenie”, jeśli chodzi o nauczycieli i sposoby traktowania tych młodych ludzi [p8]

Stosowanie przez niektórych badanych wspomnianych określeń podczas realizowanego wywiadu stanowi przykład obdarzenia przez nich zaufaniem i potraktowania mnie poniekąd jako „swojej”, która nie zinterpretuje niewłaściwie użytych przez nich słów. W takim założeniu nie uznaję (i rzeczywiście nie uznałam), że określenie „zdemenciała babcia” ma kogoś obrazić czy urazić, a jest jedynie skrótowym opisaniem zarysu tła opowiadanego przypadku.

Kilkuletnie zaangażowanie w tematykę zdrowia psychicznego i przeprowadzenie wielu nieformalnych rozmów z psychologami i psychoterapeutami sprawiło, że rzeczywiście ten specyficzny sposób komunikowania się rozumiałam dość dobrze w trakcie wywiadów. W wypowiedziach, w których badani stosowali pewne „wewnątrzbranżowe” skróty i określenia, nie tylko nie stanowiło to dla mnie problemu w przyswojeniu przekazywanych przez nich treści, ale przede wszystkim, nie było zaskakujące. Dopiero zdziwienie moich Promotorów pozwoliło mi na chwilę porzucić dotychczas zgromadzoną wiedzę i przyjąć perspektywę osoby całkowicie spoza środowiska psychologów, psychoterapeutów, psychiatrów czy terapeutów środowiskowych.

Wielokrotnie prosiłam natomiast badanych o wytłumaczenie stosowanych przez nich określeń, jeśli dotyczyły ogólnych sformułowań, jak np. kryzys może być powodowany przez szkołę czy relacje z rówieśnikami, rodzice są nadopiekuńczy. W ten sposób udało mi się uzyskać rozwinięcie ich perspektywy, a także uniknąć niewłaściwej interpretacji wypowiedzi.

Ciekawa była dla mnie również różnica pomiędzy badanymi specjalistami w zakresie zdrowia psychicznego a wizytatorami z kuratoriów oświaty. O ile osoby z pierwszej grupy niejednokrotnie zwracały uwagę na źle funkcjonujące aspekty w opiece psychologicznej i psychiatrycznej, a więc z własnego pola, o tyle osoby z drugiej grupy skupiały się na dobrym zaprezentowaniu zarówno kuratorium, jak i szkół. Podczas realizacji wywiadów z tą grupą miałam poczucie, że wchodzi ona w rolę rzecznika, który nie porusza lub unika tematów trudnych czy niewygodnych. Odniosłam również wrażenie, że próbowano stworzyć wizerunek oparty na profesjonalnej wiedzy i kompetencjach, który podpierano odnoszeniem się do rozporządzeń czy regulacji. Atmosfera tych wywiadów była zupełnie odmienna od tej z psychologami, terapeutami i psychiatrami, nawet jeżeli również była miła i przyjazna. W każdym z tych czterech wywiadów czułam się jako osoba z zewnątrz, która niczym inspektor poszukuje nieścisłości i nieprawidłowości, aby następnie wyciągnąć z nich konsekwencje.

Jeszcze jedna refleksja wyłaniająca się z analizy wypowiedzi badanych dotyczy odmienności strategii postrzegania kryzysu u dziecka lub nastolatka w środowisku rodzinnym i szkolnym. Rodzice pełnią poniekąd aktywną rolę, przenosząc odpowiedzialność za trudności dziecka z siebie na szkołę, rówieśników, gry komputerowe, warunki społeczno-kulturowe czy samo dziecko (jako konfliktowe czy problematyczne). Koncentrują się więc na tzw. szukaniu winnych poza swoim systemem rodzinnym. Szkoła natomiast pełni w tym znaczeniu rolę bierną, koncentrując się na „odpychaniu” od siebie ewentualnych zarzutów sugerujących, że jakieś czynniki w jej środowisku mogły przyczynić się do kryzysu młodej osoby. Obie te postawy nie dostarczają młodym jednostkom wsparcia, którego potrzebują i oczekują w sytuacji kryzysowej. Można wręcz powiedzieć, że obu przypadkach pojawia się rozproszenie odpowiedzialności, które odciąga uwagę od sedna problemu, czyli cierpiącego dziecka lub nastolatka.

Perspektywa szkół była jednak w przeprowadzonym badaniu zapośredniczona i pochodziła od badanych wizytatorów z kuratorium oświaty oraz specjalistów w zakresie zdrowia psychicznego. Warto byłoby zweryfikować spostrzeżenia na temat tej narracji na przykład poprzez realizację badań wśród pracowników szkoły, szczególnie

wychowawców, nauczycieli oraz wśród psychologów i pedagogów. Ciekawa mogłaby być tutaj również analiza porównawcza szkół zatrudniających i niezatrudniających psychologów na etacie.

8.3. Propozycja schematu roli wsparcia społecznego w kryzysie

Przeprowadzone wśród specjalistów w zakresie zdrowia psychicznego i wizytatorów kuratoriów oświaty wywiady oraz analiza uzyskanych wyników, pozwoliły wyciągnięte z danych empirycznych wnioski, przedstawić na schemacie wsparcia społecznego w kryzysie.

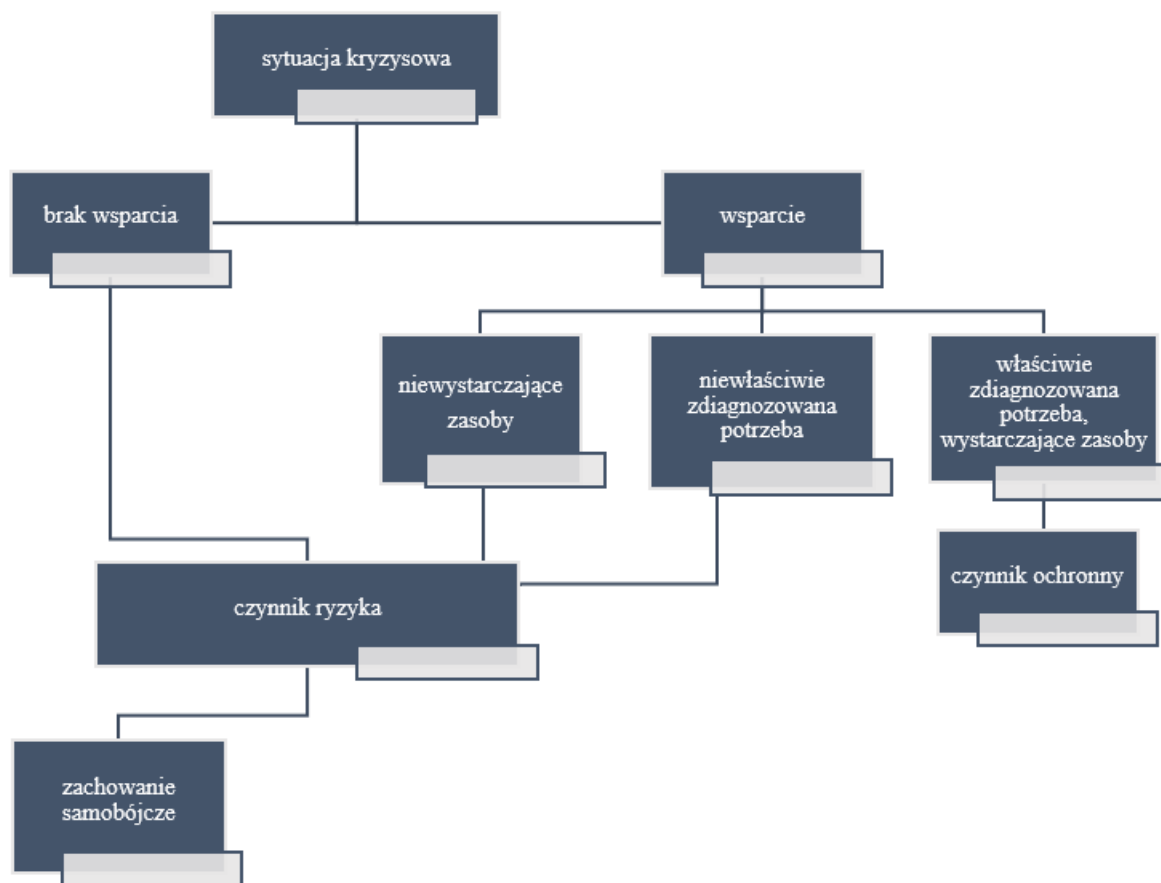
Według badanych, brak wsparcia społecznego z jakiegokolwiek źródła (osobistego, formalnego lub profesjonalnego) stanowi dla jednostki główny czynnik ryzyka mogącego prowadzić do powstania lub rozwoju kryzysu. Przeciążenie wynikające z cierpienia, którego doznaje jednostka, może wówczas doprowadzić do zachowania samobójczego, tj. próby samobójczej lub samobójstwa zakończonego zgonem. Odwrotna sytuacja, czyli otrzymanie wsparcia, niekoniecznie musi jednak przynosić równie kontrastowy rezultat. Błędem byłoby postrzeganie tego zjawiska w kategoriach dychotomicznych: brak wsparcia – czynnik ryzyka, wsparcie – czynnik ochronny.

W kwestii roli rodziców, badani zwracali uwagę na to, że nie wszyscy posiadają indywidualne zasoby, aby wesprzeć swoje dziecko we własnym zakresie, podjąć współpracę ze specjalistą lub podjąć własną terapię (co również w wielu przypadkach wpływa pozytywnie na proces leczenia dziecka, a więc jest wsparciem poprzez zmianę postępowania). Rozmówcy podkreślali również znaczenie potrzeb dziecka lub nastolatka, które często pozostają nierozpoznane lub rozpoznane w sposób błędny. Nakładane przez otoczenie własne interpretacje, co do oczekiwanego wsparcia, powodują, że nie jest dostarczane ono w takiej formie, która jest potrzebna. W takiej sytuacji dziecko lub nastolatek jeszcze mocniej może poczuć się osamotniony i niezrozumiany. Schemat ten przebiega analogicznie w przypadku każdego innego źródła wsparcia, gdyż problem dotyczy nie tylko tego, kto dostarcza wsparcia, lecz tego, czy dostarczane wsparcie pokrywa się z potrzebami osoby w kryzysie. Chodzi więc tutaj o rozbieżność pomiędzy wsparciem oczekiwanym, a wsparciem otrzymanym.

Oznacza to, że niewłaściwie zdiagnozowana potrzeba wsparcia lub brak odpowiednich zasobów osoby udzielającej wsparcia nie powstrzymuje przed pojawieniem się lub dalszym rozwojem kryzysu. Co ważne, w obu wymienionych powyżej przypadkach jednostka

nie tyle nie otrzymała wsparcia, co nie otrzymała **odpowiedniego** wsparcia. Tymczasem dostosowanie wsparcia nawet nie tyle do sytuacji, co do potrzeb danej osoby stanowi kluczowy czynnik wpływający na powodzenie tego działania (Lubińska-Bogacka 2019). Niewłaściwie dobrane wsparcie czy brak zasobów w tym zakresie jest więc w efekcie często podobne do braku wsparcia w ogóle, stanowiąc czynnik kryzysogenny.

Rysunek 13. Schemat prosty roli wsparcia społecznego w sytuacji kryzysowej

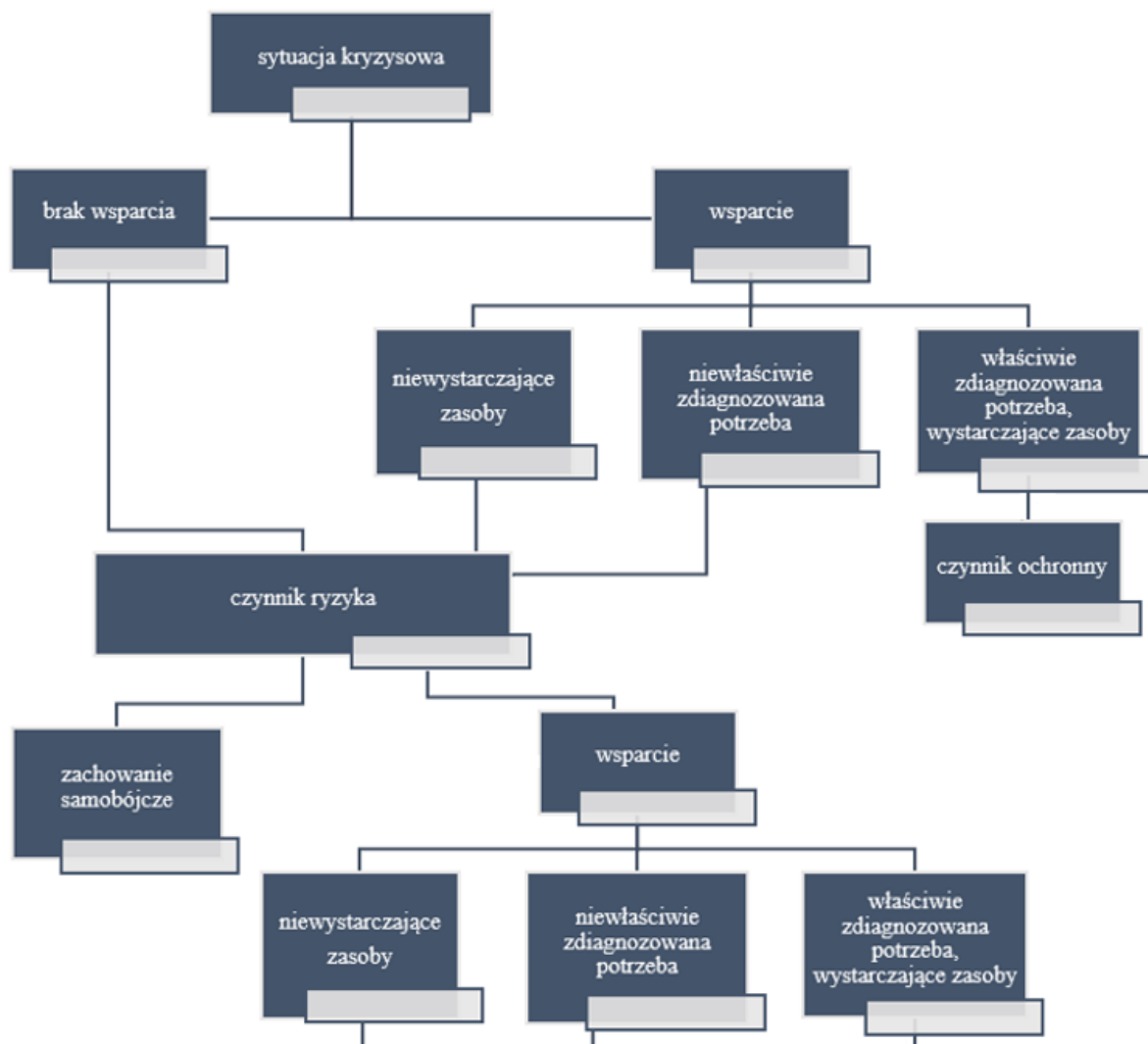


Źródło: opracowanie własne

Przedstawiony schemat można byłoby określić jako **schemat prosty**, który dotyczy wsparcia ujętego ogólnie, tj. całościowo. Można go również traktować jako schemat roli wsparcia pochodzącego z jednego źródła. Jeżeli jednostka posiada inne, potencjalne źródło wsparcia to pojawiłoby się ono jako kafelek obok tego z napisem „czynnik ryzyka”, a odchodzące od niego możliwości byłyby dokładnie takie same, jak w przypadku kafelka „wsparcie”. Oznacza to, że jeżeli na przykład w rodzinie nie będzie wystarczających zasobów lub potrzeba dziecka czy nastolatka w kryzysie zostanie niewłaściwie zdiagnozowana, to kryzys dalej się rozwija, chyba że pojawi się ktoś inny (np. nauczyciel, psycholog), który nie tylko właściwie rozpozna, jakie wsparcie jest potrzebne,

ale też będzie mógł go dostarczyć. W związku z tym, schemat ten można określić jako **schemat złożony**.

Rysunek 14. Schemat złożony roli wsparcia społecznego w sytuacji kryzysowej



Źródło: opracowanie własne

Przedstawione schematy powstały w oparciu o dane zebrane metodą jakościową, które nie są badaniami reprezentatywnymi, wyników nie można więc generalizować na całą populację.

Opracowane schematy odnoszą się tylko do niejednoznacznej roli kategorii wsparcia w kryzysie. Istnieją jednak także inne zmienne, które również należy uwzględnić w analizie tego zjawiska, takie jak czas reakcji osób dostarczających wsparcia. Badani specjaliści wyraźnie podkreślali bowiem, że w wielu sytuacjach wsparcie otrzymywane jest zbyt późno.

8.4. Dyskusja

Społeczeństwo składa się z jednostek połączonych ze sobą poprzez różne relacje i więzi – jedną z istotniejszych, warunkujących kondycję całego społeczeństwa, jest rodzina i jej własna kondycja (Kiliszek 2019, Łączkowska 1999). Według uczestników realizowanego przeze mnie badania, młodzieży brakuje przede wszystkim wsparcia emocjonalnego w rodzinie, w tym zauważania i wysłuchania w sposób pozbawiony oceny przez rodziców. Podobne wyniki uzyskała w badaniach ilościowych Suchodolska (2016), w których ten rodzaj wsparcia był najbardziej pożądanym przez 82% badanej przez nią młodzieży.

Rodzina stanowiąc system będący częścią różnych układów lub większych systemów, podlega zakłóceniom na skutek zdarzeń pojawiających zarówno wewnątrz niej, jak i poza nią (Minczakiewicz 2014). Obecne uwarunkowania społeczno-kulturowe nie sprzyjają budowaniu więzi pomiędzy rodzicami a dziećmi. Najczęściej oboje rodziców pracuje i to, jak wskazali badani w ramach realizowanych przeze mnie badań, na tyle dużo, że doskwiera im brak czasu wolnego. Z kolei na dzieciach wywierana jest presja osiągnięcia bardzo dobrych wyników i sukcesów, ich harmonogram dnia jest więc równie napięty. Sam ten jeden aspekt bardzo wyraźnie wpływa na funkcjonowanie rodziny i jakość zawiązywanych w niej więzi (King, Merchant 2008).

Badani wskazywali również na brak poczucia własnej wartości i niską samoocenę wśród młodzieży, której dostarczali wsparcia profesjonalnego w kryzysie. Zgadza się to z wynikami badań publikowanymi w najważniejszych czasopismach suicydologicznych (np. *Archives of Suicide Research*), w których wskazuje się, że zarówno poczucie własnej wartości, jak i pozytywna samoocena stanowią istotny czynnik chroniący przed kryzysem, szczególnie kryzysem suicydalnym (zob. Holman, Williams 2020, de la Barrera i in. 2020; Laukkanen i in. 2005).

Rekomendacje dla szkół wymienione przez badanych specjalistów są odzwierciedleniem siedmiu obszarów jakości, które wyznaczają zdrowy klimat w szkole (WHO 2003), a których ich zdaniem często w szkołach brakuje. Co ciekawe, zdaniem badanych wizytatorów szkoła rzadko przyczynia się do kryzysów dzieci i młodzieży, co z kolei jest sprzeczne z relacjami uczestniczących w badaniu specjalistów, według których szkoła nie ma sprzyjających warunków, a nauczyciele często ignorują zjawisko przemocy wśród uczniów. Podobne zdanie do badanych specjalistów mają również autorzy publikacji, w której wyniki badań sygnalizowały, że do przemocy rówieśniczej najczęściej dochodzi w szkole (62%) lub na jej terenie, np. boisku (20%) (Poszwa, Myślińska 2020).

W łódzkich badaniach przeprowadzonych na bardzo dużej próbie (18 192 uczniów) zaledwie 45% badanych z gimnazjum i 36% z liceum nie spotkało się podczas swojej edukacji z ośmieszaniem lub zawstydzaniem (Michałowska i in. 2008). W prowadzonych przeze mnie badaniach również wskazano na powszechność takich zachowań ze strony nauczycieli - badani specjaliści nie tak rzadko spotykają się w swojej pracy z dziećmi i młodzieżą wyśmiewaną czy ośmieszaną przez nauczycieli. Ich zdaniem niektórzy nauczyciele bardzo źle traktują swoich uczniów i wymagają od nich dyscypliny często w sposób agresywny. W badaniach Michałowskiej i współpracowników (2008), prawie co czwarty spośród badanych uczniów z gimnazjum wskazał, że nauczyciele krzyczą bardzo często, a co trzeci, że często.

Według badanych wizytatorów szkoła prowadzi dopasowaną do potrzeb uczniów i uczennic profilaktykę zdrowia psychicznego. Uwzględnia w niej aktualne tematy, wzmacnia poczucie własnej wartości i przekazuje niezbędną wiedzę do radzenia sobie z sytuacjami trudnymi. Odmienne zdanie mieli natomiast badani specjaliści, którzy odnosili się do problemu braku psychologa szkolnego w niektórych szkołach lub zatrudniania na to stanowisko specjalisty zaledwie na część etatu. Zwrócono również uwagę na brak pewnych społecznych kompetencji wśród części nauczycieli, które mogą przekładać się na wzmacnianie kryzysów u młodych osób. To stanowisko zgodne jest z kolei z kontrolą NIK (2017), która wykazała, że na 1000 uczniów w mieście przypada 0,89 etatu psychologa, a na wsi 0,57 etatu. Z tej samej kontroli wynika również, że 17,4% nauczycieli czuje, że posiada niewystarczającą wiedzę i kompetencje do prowadzenia zajęć profilaktycznych, a 24% nie czuje, że potrafi właściwie rozpoznawać problemy psychospołeczne u uczniów. Na swoiste „zastanie” funkcjonowania systemu edukacji w Polsce wskazuje Kwiatkowska: (...) *jakby świat zatrzymał się w swym rozwoju, jakby nic się nie zmieniło w uwarunkowaniach szkolnej edukacji, chociażby za sprawą współczesnych mediów i ogromnej podaży przeróżnych form poznawania wiedzy* (Kwiatkowska 2012: 125).

Zdaniem specjalistów biorących udział w badaniu, wsparcie profesjonalne powinno ulec systemowemu przeorganizowaniu. I chociaż jesteśmy w trakcie realizowanej reformy ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, to zauważane przez badanych obszary, takie jak finansowanie psychiatrii czy redukcja pacjentów hospitalizowanych poprzez przeniesienie do opieki ambulatoryjnej, na które zwróciła uwagę Anczewska wraz ze współpracownikami (Anczewska i in. 2007) ponad 16 lat temu, wciąż nie zostały właściwie zorganizowane.

Wciąż aktualny jest również problem zbyt małej liczby lekarzy psychiatrów – według Naczelnej Rady Lekarskiej (2023) na koniec lutego bieżącego roku, psychiatrów dzieci i młodzieży wykonujących zawód było w Polsce 532. Według badanych należy również zwrócić uwagę na to, że znaczna część tych specjalistów przechodzi do sektora prywatnego ze względu na dużo lepsze warunki pracy nie tylko pod względem finansowym, ale także i komfortu jej wykonywania, który w przeładowanych placówkach NFZ nie istnieje.

Każdy kryzys może przerodzić się w kryzys suicydalny - tylko w 2022 roku zidentyfikowano 85 prób samobójczych w grupie 7-12 lat oraz 2008 prób w grupie 13-18 lat (Komenda Główna Policji 2022). Przeprowadzone na potrzeby niniejszej rozprawy doktorskiej badanie jest badaniem jakościowym, a więc nie można z niego wyprowadzać nadmiernie uogólniających wniosków, ani ich generalizować na całą populację. Jego wyniki są jednak zgodne z najświeższymi i największymi badaniami zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży we współczesnej Polsce, które zorganizowane zostały przez Fundację UNAWEZA Martynty Wojciechowskiej⁶⁰. Poprzez wymagającą rejestracji platformę internetową przeprowadzono badania ilościowe obejmujące próbę 184 447 młodych osób w wieku 9-21 lat. Wadą zrealizowanych badań jest to, że próba nie została opracowana w sposób reprezentacyjny, szkoły same zgłaszały się do badania. Mimo wszystko, zdecydowałam się przywołać niektóre wyniki, gdyż ze względu na skalę projektu, zasługują na uwagę (i weryfikację w ramach badań reprezentatywnych). Szczególnie, że badania te były realizowane w podobnym czasie do realizowanych przeze mnie badań jakościowych, a więc w podobnych uwarunkowaniach społeczno-kulturowo-politycznych. Wydarzenia ostatnich lat, przede wszystkim pandemia COVID-19 i wojny w Ukrainie, ale także i dynamiczna ekspansja technologii w życiu codziennym dzieci i młodzieży (Instagram, WhatsApp, Tik Tok, BeReal i wiele innych aplikacji) stworzyły bowiem świat społeczny, który trudno jest porównywać z tym sprzed 15 czy nawet 10 lat. Wyraźnie podkreślali to badani przeze mnie specjaliści mówiąc, że dorośli zbyt często odnoszą się do swoich doświadczeń z okresu dojrzewania, które w dzisiejszych czasach są wyraźnie nieaktualne.

Według opublikowanego 17 kwietnia 2023 roku raportu z badania, aż 65,9% badanych chciałoby mieć więcej szacunku do samego siebie, a 58,4% czuje się czasem

⁶⁰ Autorami raportu są dr Maciej Dębski, socjolog problemów społecznych, ekspert Najwyższej Izby Kontroli i Rzecznika Praw Obywatelskich, naukowiec i wykładowca Uniwersytetu Gdańskiego oraz mgr Joanna Flis, pedagog, psycholog, terapeutka oraz naukowczyni związana z Uniwersytetem Szczecińskim.

bezużyteczna. Co trzeci badany (37,5%) czuje się samotny i aż 10,5% uważa, że nie ma nawet jednej osoby w swoim otoczeniu, która go w pełni akceptuje. Wskazano również na trudne sytuacje w rodzinach, aż 12% badanych czuje się niekochana przez swoich rodziców, a 11,3% zaniedbana przez nich. Jednocześnie to w rodzicach młode osoby poszukują wsparcia - w trudnych sytuacjach, 53,2% zwraca się właśnie do nich. Zebrane dane dotyczące zachowań samobójczych i autoagresywnych są równie niepokojące. Aż 39,2% badanych myślało o podjęciu próby samobójczej, 25,9% mówiło o samobójstwie, a 18,6% planowało samobójstwo. Podjęcie próby samobójczej zadeklarowało 8,8% badanych, a dokonywanie samookaleczeń 16%. Jednocześnie zdecydowana większość badanych (68,5%) nigdy nie korzystała ze wsparcia psychologa w szkole lub poza nią (Dębski, Flis 2023).

To tylko wybrane wyniki z raportu dotyczącego stanu zdrowia młodych osób w Polsce, które najmocniej wiążą się z tematyką przeprowadzonych przeze mnie badań. Wnioski, które uzyskałam metodą jakościową, nie stanowią obiektywnego obrazu kondycji psychicznej dzieci i młodzieży w naszym kraju, podobnie jak przywołany raport Fundacji UNaweza. Istnieje jednak wyraźna zgodność pomiędzy nimi, co do kluczowych wniosków. W mojej opinii potwierdza to tylko, że warto byłoby ten temat dalej eksplorować, szczególnie w badaniach reprezentatywnych. Młodzi ludzie czują się osamotnieni, niezrozumiani i nieakceptowani, pozostawieni ze swoimi problemami sami sobie. Zaburzone relacje rodzinne wydarzają się częściej, niż można byłoby się spodziewać i stanowią jednocześnie wyraźną trudność w życiu dzieci i młodzieży. Profesjonalne wsparcie udzielane jest natomiast rzadziej niż powinno, gdyż kryzysy młodych jednostek przeradzają się w kryzysy suicydalne i nie jest to zjawisko marginalne.

Zamiast podsumowania – być „One Good Adult”

(...) należy stwierdzić, iż dopóki kwestie związków zdrowia z kontekstem społecznym życia jednostek i warunkami zdrowotnymi zbiorowości nie staną się przedmiotem debaty publicznej, będziemy w najbliższych dziesięcioleciach płacić wysoką cenę tej ignorancji (zaniechania) zarówno w aspekcie zdrowotnym, jak i finansowym (koszty opieki zdrowotnej) oraz w dobrostanie i jakości życia obywateli⁶¹.

W Talmudzie Babilońskim, jednej z podstawowych ksiąg judaizmu znajdziemy słynne zdanie: *(...) jeśli człowiek niszczy jedno życie, to jest tak, jak gdyby zniszczył cały świat. A jeśli człowiek ratuje jedno życie, to jest tak, jak gdyby uratował cały świat⁶²*. Zgodnie ze słowami Hołysta (1991), klasyka polskiej suicydologii, nie możemy ratować jedynie ciała, gdy sednem cierpienia jest sfera pozacielesna, gdyż jednostka (...) *niesie w dalsze życie albo dobre wzorce, dające wsparcie, na nich buduje odniesienie do partnera życiowego oraz przekazuje je dzieciom, albo złe wzorce, niedające poczucia bezpieczeństwa, przynależności, spełnienia, niepozwalające na realizację planów życiowych* (Kiliszek 2019: 9). Uratowanie samej powłoki cielesnej nie tylko nie powstrzyma jednostki przed kolejnymi zachowaniami samobójczymi czy autodestrukcyjnymi, ale także może przyczynić się do przekazywania szkodliwych wzorów kolejnym pokoleniom.

Jak pisze Rosa, jednostka, która umiera w wyniku samobójstwa (...) *pozbawia innych tego wszystkiego, co wносиła do społecznego świata, zarówno w skali mikro-, jak i makrosocjalnej* (Rosa 2016: 73). Jeśli jednak argumenty odnoszące się do utraconego życia, konsekwencji psychologicznych u osób, które pozostają czy szeroko rozumianych konsekwencji społecznych, nie stanowiły przez lata istotnych powodów dla decydentów do zaopiekowania się tym aspektem w skali kraju, to warto przyjrzeć się konsekwencjom ekonomicznym. Samobójstwa oraz próby samobójcze przyczyniają się do kosztów pośrednich, takich jak, np. utracona produkcja i wydajność oraz do kosztów bezpośrednich, jak chociażby wypłacanych rent, zasiłków czy pokrywanie leczenia. W swoim artykule

⁶¹ Woźniak Z. (2014), *W stronę zdrowia społeczności – socjologiczny kontekst nowej polityki zdrowotnej*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny”, nr 66, s. 186-187.

⁶² <https://muzeum-ak.pl/zbiory/odznaczenia/medale-okolicznosciowe/medal-sprawiedliwy-wsrod-narodow-swiata/> (dostęp: 31.03.2023).

Rosa przywołuje koszt leczenia ok. 800 osób po próbach samobójczych, które były hospitalizowane w 2004 roku w Klinice Ostroch Zatruc Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi – koszt ten wyniósł około 2,7 mld zł (Rosa 2016: 77). Należy przy tym pamiętać, że to kwota odnosząca się nie do całego kraju, lecz tylko do jednej placówki, i to zajmującej się jedną, konkretną metodą samobójstwa.

Zachowania samobójcze są wielowymiarowym zjawiskiem. Nie istnieje uniwersalny wzór prowadzący do kryzysu suicydalnego – wiele zależy chociażby od czynników ochronnych, które jednostka posiada w swoich zasobach. Jak pisze Zwoliński (2013: 114) *każde samobójstwo jest inne: śmierć Nerona nie była śmiercią Sokratesa*. Można natomiast wyróżnić czynniki ryzyka, których wystąpienie stanowi pewne zagrożenie i po zauważeniu których warto wzmóc uważność na drugą osobę. Sieci społeczne, które postrzegane są przez jednostkę jako potencjalne źródła wsparcia, nie są jednak wypracowywane w sytuacji trudnej, lecz tworzone i podtrzymywane są w toku jej życia (Sęk, Cieślak 2012).

W swojej rozprawie doktorskiej zdecydowałam się poświęcić szczególną uwagę rodzicom, nauczycielom oraz specjalistom od zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, jako dorosłym, którzy mają znaczący wpływ na kształtowanie się młodych jednostek. Zebrany materiał empiryczny nie napawa optymizmem – zdaniem badanych współczesne warunki społeczno-kulturowe nie sprzyjają bliskości, budowaniu więzi i wspieraniu młodych osób zmagających się z różnorodnymi kryzysami w swoim życiu. Jak powiedziała jedna z badanych specjalistek w zakresie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży: *świat, który stworzyliśmy, nie jest najmilszym miejscem do życia* [p1].

Aby nie kończyć tak pesymistycznym akcentem, gdyż jest go bardzo dużo zarówno w części teoretycznej, jak i empirycznej niniejszej pracy, chciałabym na zakończenie przywołać koncepcję One Good Adult, stworzoną przez organizację Jigsaw The National Centre for Youth Mental Health, a z której korzysta chociażby National Health Service Greater Glasgow & Clyde (NHSGGC)⁶³ czy sieć sklepów Lidl⁶⁴. Koncepcja One Good Adult, czyli w dosłownym tłumaczeniu Jeden Dobry Dorosły, podkreśla znaczenie wsparcia społecznego młodej jednostki w trudnej sytuacji. Wsparcie to polega na wysłuchaniu pozbawionego oceny, na pomocy w znalezieniu rozwiązania, a przede wszystkim byciu i akceptowaniu dziecka lub nastolatka dokładnie takim, jakie jest.

⁶³ NHSGGC, *One Good Adult*, <https://www.nhsggc.scot/downloads/11-one-good-adult-powerpoint/>. (dostęp: 24.04.2023).

⁶⁴ Lidl, *One Good Adult*, <https://www.abettertomorrow-lidl.ie/one-good-adult> (dostęp: 24.04.2023).

Prewencja zachowań samobójczych zaczyna się bowiem już w niewielkich, codziennych interakcjach, dlatego określam ją jako prewencję codzienną. Według organizacji Jigsaw każdy z nas może być takim dorosłym, który ją podejmuje, przyczyniając się w ten sposób do zredukowania trudności psychicznych czy emocjonalnych wśród dzieci i młodzieży, zmniejszenia wśród nich zachowań ryzykownych i autoagresywnych, a także podniesienia ich poczucia własnej wartości i samooceny⁶⁵. O wszystkich tych aspektach wypowiedzieli się badani w ramach realizowanych przeze mnie badań empirycznych, a ich wypowiedzi zgodne są z koncepcją stworzoną przez organizację Jigsaw. W tym miejscu chciałabym więc napisać pewną ogólną rekomendację dla nas wszystkich, jeżeli chcemy zredukować liczbę kryzysów wśród młodych osób: **bądźmy tym Jednym Dobrym Dorosłym.**

⁶⁵ Jigsaw, *What does One Good Adult mean?*, <https://jigsaw.ie/what-does-one-good-adult-mean/> (dostęp: 24.04.2023).

Aneks

Załącznik 1. Scenariusz wywiadu - wizytatorzy z kuratorium oświaty

Samobójstwo ucznia

1. Jakie działania są podejmowane przez wizytatora po otrzymaniu informacji o samobójstwie ucznia? Proszę opowiedzieć krok po kroku.
2. W jakim zakresie prowadzi P. nadzór w takiej sytuacji?
 - a. Co dzieje się w przypadku stwierdzenia zaniedbań ze strony szkoły?
 - b. Co dzieje się w przypadku nie stwierdzenia zaniedbań ze strony szkoły?
3. Z jakimi podmiotami/instytucjami P. współpracuje w trakcie takiego nadzoru?
4. Jakie działania podejmowane są w celu zmniejszenia ryzyka naśladownictwa zachowań samobójczych w otoczeniu szkolnym?
 - a. Kto je realizuje i w jaki sposób?
5. Czym od postępowania w przypadku samobójstwa różni się postępowanie w przypadku próby samobójczej?
6. Czy zdarzyło się, że szkoła nie poinformowała kuratorium o samobójstwie ucznia? Co wtedy?
7. Jakie są efekty przeprowadzonej przez P. interwencji?
8. Od czego zależy częstotliwość przeprowadzanych wizytacji w szkole?
9. Czy w szkołach, które P. nadzoruje, funkcjonują zespoły kryzysowe?
 - a. W odniesieniu do P. doświadczenia - jak ocenił(a)by P. ich skuteczność?
10. Czy w szkołach, które P. nadzoruje, funkcjonują koordynatorzy ds. bezpieczeństwa?
 - a. Z P. doświadczenia - jak ocenia P. współpracę z koordynatorami ds. bezpieczeństwa w szkole?

Prewencja/profilaktyka

1. Czy kuratorium sprawuje nadzór nad programami profilaktycznymi w szkołach?
 - a. W jaki sposób?
 - b. Jakie działania są podejmowane w przypadku negatywnej oceny programu?
2. Jakie działania profilaktyczne w zakresie zdrowia psychicznego skierowane do dzieci i młodzieży są podejmowane przez szkoły? (Czy zna P. jakieś konkretne działania, programy?)
 - a. Czy programy profilaktyczne w szkołach prowadzone są we współpracy z innymi podmiotami? Jakimi?

Refleksje i rekomendacje

1. Jaki czynnik lub czynniki odegrały P. zdaniem najważniejszą rolę w zwiększeniu się liczby dzieci i młodzieży zmagających się z zaburzeniami psychicznymi w Polsce?
2. Jakimi P. zdaniem sytuacje szkolne wpływają na decyzję o próbie samobójczej/samobójstwie?
 - a. Jakimi P. zdaniem rozwiązania należałoby przyjąć by sytuacja ta uległa poprawie?
3. Z jakimi trudnościami spotyka się w takiej sytuacji w swojej pracy (np. bariery instytucjonalne, finansowe, ale także i te dot. czynnika ludzkiego)?
 - a. Jakimi P. zdaniem 3 najważniejsze rekomendacje by sytuacja ta uległa poprawie?
4. Jaką pomoc P. zdaniem powinna otrzymać osoba zagrożona samobójstwem?

Załącznik 2. Obszary tematyczne wraz z przykładowymi pytaniami – specjaliści

"diagnozowane" czynniki kryzysogenne

- *Jakie powody kryzysów u dzieci i młodzieży są najczęstsze w P. doświadczeniu?*
- *W jaki sposób może przyczynić się do kryzysu rodzina?*
- *W jaki sposób może przyczynić się do kryzysu szkoła?*
- *Jaki wpływ na zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży miała pandemia COVID-19?*

rola rodziny

- *Jak przebiega współpraca z rodzicami?*
- *Co można zrobić w przypadku braku współpracy z rodzicami?*
- *Czy pojawia się opór u rodziców w sytuacji zalecenia wizyty u psychiatry?*
- *Czy pojawia się opór u rodziców w sytuacji zalecenia farmakologii?*
- *Co mogliby zrobić rodzice, aby wesprzeć swoje dziecko w kryzysie?*
- *Co mogliby zrobić rodzice, żeby kryzys u dziecka w ogóle się nie pojawił?*

rola szkoły

- *Jak przebiega współpraca ze szkołą?*
- *Jakie działania profilaktyczne prowadzą szkoły?*
- *Co mogłaby zrobić szkoła, aby wesprzeć swoich uczniów i uczennice?*

opieka specjalistyczna

- *Czy zdarza się, że pacjenci się samodiagnostują?*
- *Co utrudnia P. pracę?*
- *Jakie bariery w swojej pracy P. dostrzega?*
- *Co musiałoby się zmienić?*
- *Jak ocenia P. najnowszą reformę psychiatrii? Dlaczego?*

rekomendacje - typ idealny

- *Gdyby miał(a) P. nieograniczone możliwości decyzyjne, finansowe itd., co zmienił(a)by P. lub wprowadził(a), aby zmniejszyć liczbę kryzysów wśród dzieci i młodzieży?*
[pytanie projekcyjne]

Bibliografia

- Abrutyn S. (2023), *A Social Disorganizational Theory of Suicide*, „Sociological Forum”, t. 38, nr 2, s. 298-323.
- Adamczyk P. (2021), *Gdy prawo do decyzji zostaje odebrane wraz z życiem – samobójstwo poprzedzone zabójstwem. Deficytowy chaos a istota problemu* [w:] Anna Krzpiet, Medoń Sebastian, red., *Memento mori – wątki tanatologiczne w humanistyce i naukach społecznych*, Wydawnictwo Rys, Poznań, s. 391-402.
- Adamczyk P., Woźniak W. (2021), *Prewencja zachowań samobójczych jako zadanie polityki zdrowia publicznego. Doświadczenia Finlandii, inspiracja dla Polski?*, „Studia z Polityki Publicznej”, t. 8, nr 4, s. 1-34.
- Adamczyk M.D. (2015), *Kapitał kulturowy jako czynnik reprodukcji nierówności społecznych w teorii Pierre’a Bourdieu* [w:] Jolanta Grotowska-Leder, Ewa Rokicka, red., *Przemiany społeczne we współczesnej Polsce i ich konsekwencje. Perspektywa socjologiczna*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, s. 13-30.
- Albański L. (2010), *Wybrane zagadnienia z patologii społecznej*, Kolegium Karkonoskie w Jeleniej Górze, Jelenia Góra.
- Anczewska M., Indulska A., Raduj J., Pałyska M., Prot K. (2007), *Analiza jakościowa opinii pacjentów o pobycie w szpitalu psychiatrycznym*, „Psychiatria Polska”, t. 41, nr 3, s. 427-434.
- Apanowicz J. (2005), *Metodologiczne uwarunkowania pracy naukowej. Prace doktorskie, prace habilitacyjne*. Wydawnictwo DIFIN, Warszawa.
- Axer A. (1983), *Społeczne systemy oparcia w środowisku chorego psychicznie*, „Studia Socjologiczne”, nr 4(91).
- Babbie E. (2013), *Podstawy badań społecznych*, Wydawnictwo Naukowe PWN SA, Warszawa.
- Badora S. (2011), *Miłość rodzicielska – reguła czy przypadek? Studium antropologiczne*, „Pedagogika Rodziny”, t. 1, nr 1, s. 41-56.
- Bałandynowicz A. (2014), *Profilaktyka i prewencja zachowań suicydalnych w okresie adolescencji u dzieci i młodzieży*, „Resocjalizacja Polska. Polish Journal of Social Rehabilitation”, nr 6, s. 17-40.
- Barłóg K. (2015), *Wsparcie wczesnorozwojowe dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i niepełnosprawnych*. Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów.
- Bąbik A., Olejniczak D. (2014), *Uwarunkowania i profilaktyka samobójstw wśród dzieci i młodzieży w Polsce*, „Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka”, vol. 13, nr 2, s. 99-121.
- Bednarski L., Urbanek A. (2012), *Śmierć samobójcza – perspektywa kryminalistyczna i pedagogiczna*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Bellairs-Walsh I., Perry Y., Krysinska K., Byrne S.J., Boland A., Michail M., Lamblin M., Gibson K.L., Lin A., Li T.Y., Hetrich S., Robinson J. (2020), *Best practice when working with suicidal behaviour and self-harm in primary care: a qualitative exploration of young people’s perspectives*, “BMJ Open”, vol. 10, nr 10.

- Bellairs-Walsh I., Byrne S.J., Bendal S., Perry Y., Kryszynska K., Lin A., Michail M., Lamblin M., Li T.Y., Hetrick S., Robinson J. (2021), *Working with Young People at Risk of Suicidal Behaviour and Self-Harm: A Qualitative Study of Australian General Practitioners' Perspectives*, "International Journal of Environmental Research and Public Health", vol. 18, nr 24, s. 1-19.
- Biddle L., Donovan J., Hawton K., Kapur N., Gunnell D. (2008), *Suicide and the Internet*, "British Medical Journal", nr 336.
- Bielicki R. (2004), *Dynamika, uwarunkowania, profilaktyka samobójstw w ostatnim ćwierćwieczu XX wieku w Polsce*, Dom Wydawniczy Duet, Wydawnictwo Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej w Bydgoszczy, Toruń.
- Bochniarz A. (2015), *Doświadczenie wsparcia społecznego przez dzieci wychowywane w rodzinach niepełnych*, „Wychowanie w Rodzinie”, nr 11, s. 213-228.
- Bołoz W. (1995), *Rodzinne uwarunkowania uzależnień* [w:] Jan Kłysz, red., *Nauki o rodzinie*, Szczecińskie Wydawnictwo Archidiecezjalne „Ottonianum”, Szczecin, s. 117-133.
- Bomba J., Modrzejewska R. (2006), *Prospektywne badanie dynamiki depresji u dzieci między preadolescencją a wczesną fazą dorastania*, „Psychiatria Polska”, t. 40, nr 3, s. 481-490.
- Borecka-Biernat D., Kurtek P., Woźniak-Krakowian A. (2018), *Radzenie sobie młodzieży w sytuacjach trudnych*, Wydawnictwo Difin SA, Warszawa.
- Bourdieu P., Passeron J. (2011), *Reprodukcja: element teorii systemu nauczania*, tłum. Elżbieta Neyman, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Bovier P.A., Chamot E., Perneger T.V. (2004), *Perceived stress, internal resources, and social support as determinants of mental health among young adults*, "Quality of Life Research", nr 13, s. 161-170.
- Brodniak W.A. (2015), *Teorie socjologiczne w perspektywie suicydologii*, „Suicydologia”, t. 7, s. 19-30.
- Brzezińska A.I., Czub T., Hejmanowski Sz., Rękosiewicz M., Kaczan R., Piotrowski K. (2012), *Uwarunkowania procesu kształtowania się tożsamości w okresie przejścia z adolescencji do dorosłości*, „Kultura i Edukacja”, nr 3(89), s. 23-50.
- Buczyńska H. (1965), *Pierce*, Wiedza Powszechna, Warszawa.
- Bulska J. (2017), *Znaczenie systemów społecznych wspierających zdrowie i samopoczucie współczesnego człowieka*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Organizacja i Zarządzanie”, t. 112, s. 61-70.
- Caplan G. (1987), *Systemy oparcia* [w:] Wojciech Widłak, red., *Pomoc nieprofesjonalna i grupy wzajemnej pomocy*, Wydawnictwo Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa.
- Carr A. (2004), *Depresja i próby samobójcze młodzieży. Sposoby przeciwdziałania i reagowania*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Cavan, R. S. (1928), *Suicide*. Chicago: University of Chicago.
- Cekiera Cz. (1991), *Rozwój osoby w warunkach stresu psychologicznego*, [w:] Brunon Hołyst, red., *Człowiek w sytuacji trudnej*, Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej, Warszawa, s. 60-66.

- Cha Ch.B., Franz P.J., Guzmán M., Glenn C.R., Kleiman E.M., Nock M.K. (2018), *Annual Research Review: Suicide among youth – epidemiology, (potential) etiology, and treatment*, “The Journal of Child Psychology and Psychiatry”, vol. 59, nr 4, s. 460-482.
- Chatizow J. (2018), *Depresja i samobójstwa dzieci i młodzieży. Życie, nie umierać – poradnik dla rodziców i nauczycieli*, Difin SA, Warszawa.
- Cheng Y., Tao M., Riley L., Kann L., Ye L., Tian X., Tian B., Hu J., Chen D. (2009), *Protective factors relating to decreased risks of adolescent suicidal behaviour*, “Child: Care, Health and Development”, t. 35, nr 3, s. 313-322.
- Chow W.S., Priebe S. (2013), *Understanding psychiatric institutionalization: a conceptual review*, “BMC Psychiatry”, vol. 13, nr 169.
- Chwin S. (2011), *Samobójstwo jako doświadczenie wyobraźni*, Wydawnictwo TYTUŁ, Gdańsk.
- Cobb S. (1976), *Social support as a moderator of life stress*, “Psychosomatic Medicine”, vol. 38, nr 5, s. 300-314.
- Cohen S., Syme S.L. (1985) *Issues in the Study and Application of Social Support* [w:] Sheldon Cohen, S. Leonard Syme, red., *Social Support and Health*. San Francisco: Academic Press, s. 3-22.
- Copeland M., Alqahtani R. T., Moody J., Curdy B., Alghamdi M., Alquarashi F. (2020) *When Friends Bring You Down: Peer Stress Proliferation and Suicidality*, “Archives of Suicide Research”, volume 25, issue 3, s. 672-689.
- Creswell J.W. (2013), *Projektowanie badań naukowych. Metody jakościowe, ilościowe i mieszane*, tłum. Joanna Gilewicz, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Cross CH. K., Hirschfeld R. A. (1986), *Psychosocial factors and suicidal behavior. Life events, early loss and personality* [w:] Psychobiology of Suicidal Behavior. Mann J., Stanley M. (eds.). The New York Academy of Science, New York, s. 77-89.
- Cynkier P. (2020), *Użyteczność konstruktów opisujących zabójstwo-samobójstwo w psychiatrii sądowej*, „Psychiatria Polska”, nr 208, s. 1-12.
- Czabański A. (2019), *Zachowania samobójcze w rodzinach. Społeczne konsekwencje zjawiska*, „Teologia i Moralność”, vol. 14, nr 2(26), s. 47-57.
- Czabański A., Mariański J. (2018), *Problematyka samobójstw w ujęciu Marii Jarosz*, „Teologia i Moralność”, t. 13, nr 2(24), s. 225-241.
- Czabański A. (2011), *Społeczna charakterystyka samobójstw rozszerzonych*, „Poznańskie Zeszyty Humanistyczne”, t. 16, s. 19-24.
- Danecka M. (2018), *Nierówności, wykluczenia, patologie. Socjologia zaangażowana wobec kryzysu społecznego*, „Civitas. Studia z filozofii polityki”, nr 22, s. 249-264.
- Davies Ch. (1989), *Goffman's Concept of the Total Institution: Criticisms and Revisions*, “Human Studies”, vol. 12, nr 1-2, s. 77-95.
- Dąbrowska A. (2015), *Wybrane modele wsparcia społecznego dla rodzin w kryzysie. Rekomendacje dla działań pomocowych ukierunkowanych na rodziny migracyjne*, „Studia nad Rodziną”, t. 19, nr 1 (36), s. 115-133.
- De la Barrera U., Montoya-Castilla I., Pérez-Albéniz A., Lucas-Molina B., Fonseca-Pedrero E. (2020), *Mental Health Difficulties Related to Suicidal Behavior in*

- Adolescents: The Moderating Role of Self-Esteem*, "Archives of Suicide Research", vol. 26, nr 2, s. 716-730.
- De Leo D. (2011), *DSM-V and the future of suicidology*, "Crisis. The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention", vol. 32, nr 5, s. 233-239.
- Densley J.A., Hilal S.M., Li S.D., Tang W. (2016), *Homicide-Suicide in China: an Exploratory Study of Characteristics and Types*, "Asian Journal of Criminology", nr 12, s. 199-216.
- Denst-Sadura A. (2007), *B jak budowanie zaufania*, „Głos Nauczycielski”, nr 44.
- Deptuła M. (2013) *Odrzucenie rówieśnicze. Profilaktyka i terapia*, Wydawnictwo Naukowe PWN SA, Warszawa.
- Dołęga Z. (2020), *Poczucie samotności jako moderator przebiegu kryzysów sytuacyjnych, rozwojowych i egzystencjalnych*, „Psychologia Rozwojowa”, t. 25, nr 3, s. 89-99.
- Domańska J. (2017), *Teoretyczne aspekty zjawiska samobójstw*, „Prace naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie”, t. 26, nr 2, s. 187-201.
- Dragan M. (2018), *Zaburzenia psychiczne u dorosłych krzywdzonych w dzieciństwie – badanie z zastosowaniem wywiadu strukturalizowanego SCID-I*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka”, vol. 17, nr 2, s. 9-25.
- Drzewiecki P. (2011), *Samobójstwa nastolatków w Internecie w perspektywie pedagogiki mediów*, „Kultura – Media – Teologia”, nr 5, s. 61-73.
- Durkheim É. (2011), *Samobójstwo*, tłum. Krzysztof Wakar, Oficyna Naukowa, Warszawa.
- Dutkiewicz W. (1996), *Przewodnik metodyczny dla studentów pedagogiki*, Wydawnictwo Strzelec, Kielce.
- Edwards T., Torok M., McGillivray L., Ford T., Mok K., Li E., Larsen M.E. (2020), *Social Media Responses to Online Suicide-Related News Articles*, "Crisis. The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention", vol. 42, nr 4, s. 309-313.
- Eliason S. (2009), *Homicide-suicide: a review of the recent literature*, "Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law", nr 37, s. 371-376.
- Erikson E. H. (1968). *Identity Youth and Crisis*. New York: Norton and Company.
- Eskin M., Ertekin K., Dereboy C., Demirkiran F. (2007), *Risk Factors for and Protective Factors Against Adolescent Suicidal Behavior in Turkey*, "Crisis. The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention", vol. 28, nr 3, s. 131-139.
- Flis-Świeczkowska M. (2018), *Wybrane aspekty opiniowania biegłych w postępowaniu karnym związanym z samobójstwem małoletniego*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka”, vol. 17, nr 3, s. 86-102.
- Fox C., Hawton K. (2016), *Jak – dlaczego – kiedy rozmawiać z młodymi zagrożonymi samobójstwem*, tłum. Karolina Bojadżijewa-Wesołowska, Sylwia Kuchta, Fraszka Edukacyjna Sp. z o.o., Warszawa.
- Frankfort-Nachmias C., Nachmias D. (2001), *Metody badawcze w naukach społecznych*, Wydawnictwo Zysk i S-ka. Poznań.
- Frąckowiak T. (2016), *Rola i zadania psychologa szkolnego*, „Relacje. Studia z nauk społecznych”, nr 1, s. 37-49.
- Frysztański K. (2012), *Socjologia problemów społecznych – raz jeszcze*, „Studia Humanistyczne AGH”, t. 11, nr 4, s. 13-18.

- Furmanek W. (2013), *Niektóre pedagogiczne konsekwencje nadmiarowości informacji*, „Edukacja-Technika-Informatyka”, t. 4, nr 2, s. 15-28.
- Gałkowski T. (1990) *Rola systemu wartości w procesie psychicznego i społecznego rozwoju jednostki* [w:] Brunon Hołyst, red., *System wartości i zdrowie psychiczne*, Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej, Warszawa, s. 56-61.
- Gawliński A., Zero D. (2021), *Namowa lub pomoc w samobójstwie – aspekty prawnokarne, porównawcze i kryminalistyczne*, „Studia Prawnoustrojowe”, nr 52, s. 113-132.
- Gibbs G. (2015), *Analizowanie danych jakościowych*, tłum. Maja Brzozowska-Brywczyńska, Wydawnictwo Naukowe PWN SA, Warszawa.
- Glinowiecki M. (2019), *Chory na schizofrenię w rodzinie i środowisku społecznym – potrzeba wsparcia*, Wydawnictwo Nomos, Kraków.
- Gmitrowicz A., Wolanek U., Madej A., Makara-Studzińska M. (2015), *Motywy podejmowania prób samobójczych przez młodzież w wieku 13-19 lat*, „Journal of Education, Health and Sport”, vol. 5, nr 6, s. 51-64.
- Goffman E. (1957), *The Characteristics of Total Institutions* [w:] National Research Council, *Symposium on Preventive and Social Psychiatry*. Washington, DC. The National Academies Press, s. 43-84.
- Goffman E. (2011), *Instytucje totalne. O pacjentach szpitali psychiatrycznych i mieszkańcach innych instytucji totalnych*, tłum. Jacek Łaszcz, Olena Waśkiewicz, GWP Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Grand S., Salberg J. (2021), *Trans-Generational Transmission of Trauma* [w:] Andreas Hamburger, Hancheva C., Volkan V.D., red., *Social Trauma – An Interdisciplinary Textbook*. Springer, Cham.
- Grotowska-Leder J. (2017), *Wprowadzenie. Nowe aspekty współczesnych problemów społecznych*, „Folia Sociologica”, nr 62, s. 5-9.
- Grotowska-Leder J. (2011), *Wprowadzenie. Wybrane współczesne problemy społeczne i ich rozwiązywanie*, „Folia Sociologica”, nr 38, s. 3-10.
- Grotowska-Leder J. (2008), *Wsparcie społeczne w perspektywie teorii socjologicznych – kontekst więzi społecznej, sieci społecznych, sieci wymiany społecznej* [w:] Jolanta Grotowska-Leder, red., *Sieci wsparcia społecznego jako przejaw integracji i dezintegracji społecznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, s. 9-27.
- Gotowica I. (2002), *Samobójstwo: konieczność czy życzenie*, „Prace Naukowe. Pedagogika”, t. 11, 45-51.
- Grochmal-Bach B. (2014), *Zachowania suicydalne osób młodych jako skutek traumatycznych relacji ze środowiskiem* [w:] Dorota Kubacka-Jasiecka, Krzysztof Mudyń, red., *Kryzysy i ich przezwyciężanie. Problemy interwencji i pomocy psychologicznej*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń.
- Gudkova S. (2012), *Wywiad w badaniach jakościowych* [w:] Dariusz Jemielniak, red., *Badania jakościowe. Metody i narzędzia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. 111-129.
- Guinn J. (2020), *Co się stało w Jonestown? Sekta Jima Jonesa i największe zbiorowe samobójstwo*, Wydawnictwo Poznańskie sp. z o.o., Poznań.
- Gurgul J. (1990), *Postępowanie przygotowawcze dotyczące samobójstwa (wybrane problemy)*, „Problemy Praworządności”, nr 4-5.

- GUS (2019), *Zeszyt metodologiczny. Działalność służb ratowniczych*, Urząd Statystyczny w Krakowie, Kraków.
- Halemba K., Izdebska A. (2009), *Kary fizyczne w wychowywaniu dzieci – uwarunkowania i konsekwencje*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka”, nr 3 (28), s. 1-26.
- Harwas-Napierała B., Trempała J. (2002), *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka. Tom 1*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Helios J., Jedlecka W. (2020), *Przemoc instytucjonalna wobec dzieci. Kulturowe uzasadnienie przemocy instytucjonalnej*, Wydawnictwo Difin SA, Warszawa.
- Henley-Walters L. (2007), *Intergenerational Inheritance of Poverty: Bad News for Children, Challenges for Policy*, „Przegląd Socjologiczny”, t. 56, nr 2, s. 27-42.
- Hensel P., Glinka B. (2012), *Teoria ugruntowana* [w:] Dariusz Jemielniak, red., *Badania jakościowe. Podejścia i teorie*, Wydawnictwo Naukowe PWN SA, Warszawa.
- Hickey E. (2012), *Serial murderers and their victims*, (6th ed.). Belmont: Wadsworth.
- Hillbrand M. (2001), *Homicide-suicide and other forms of co-occurring aggression against self and others*, „Professional Psychology: Research and Practice”, nr 32, s. 626-635.
- Hłobił A. (2017), *Źródła wsparcia społecznego ucznia zdolnego i jego rodziny na terenie szkoły*, „Szkoła – Zawód – Praca”, nr 13, s. 69-79.
- Holman M.S., Williams M.N. (2020), *Suicide Risk and Protective Factors: A Network Approach*, „Archives of Suicide Research”, vol. 26, nr 1.
- Hołyst B. red., (2018), *Zapobieganie samobójstwom. Imperatyw ogólnoświatowy*, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Warszawa.
- Hołyst B. (2012), *Suicydologia. Wydanie 2 zmienione i rozszerzone*, LexisNexis Polska Sp. z o.o., Warszawa.
- Hołyst B. (1991), *Przywróceniu życia*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa.
- Hołyst B. (1983), *Samobójstwo – przypadek czy konieczność*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa.
- Horton P.B., Leslie G.R. (1970), *Studies in the Sociology of Social Problems*, Appleton-Century-Crofts, New York.
- House J.S. (1981), *Work stress and social support*, Reading, MA: Addison-Wesley.
- Hupcey J. E. (1998), Clarifying the social support theory – research linkage, „Journal of Advanced Nursing”, nr 27, s. 1231-1241.
- Jackowska E. (2009), *Stygmatyzacja i wykluczenie społeczne osób chorujących na schizofrenię – przegląd badań i mechanizmy psychologiczne*, „Psychiatria Polska”, t. 43, nr 6, s. 655-670.
- Jankowiak B. (2019), *Młodzież w kryzysie – doświadczenie zaniedbania wśród adolescentek i adolescentów jako „zaniedbany” obszar teorii i badań*, „Nauki o Wychowaniu. Studia Interdyscyplinarne”, nr 2(9), s. 73-86.
- Jankowska A. (2013), *Nauczyciel (nie)godny zaufania*, „Edukacja Humanistyczna”, nr 2(29), Szczecin, s. 235-244.
- Janssens J.J., Myin-Germeys I., Lafit G., Achterhof R., Hagemann N., Hermans K.S.F.M., Hiekkaranta A.P., Lecei A., Kirtley O.J. (2022), *Lifetime and Current Self-Harm Thoughts and Behaviors and Their Relationship to Parent and Peer Attachment*,

- “Crisis. The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention”, Advance online publication.
- Jarema M. (2018), *Czy można ocenić ryzyko samobójstwa?*, „Psychiatria Polska”, nr 52, s. 7-19.
- Jarosiewicz H. (2010), *Kryzys wartości a czynniki potencjału człowieka w rozwoju psychologicznym*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie”, t. 11, z. 1, s. 43-60.
- Jarosz M. (2015), *Samobójstwa w czasach kryzysu*, „Suicydologia”, t. 7, nr 1, s. 5-17.
- Jarosz M. (2013), *Samobójstwa. Dlaczego teraz?*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Jarosz M. (1999), *Rezygnacja z życia: analiza socjologiczna zjawiska samobójstwa w Polsce*, „Ethos”, nr 3, s. 115-126.
- Jarosz M. (1997), *Samobójstwa*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Jarosz M. (1996), *Przedmowa* [w:] Krzysztof Rosa, *Próby samobójcze. Charakterystyka socjologiczna*, Instytut Medycyny Pracy im. prof. dra med. Jerzego Nofera, Łódź.
- Jarosz M. (1990), *Niektóre wskaźniki kondycji społecznej Polaków* [w:] Brunon Hołyst, red., *System wartości i zdrowie psychiczne*, Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej, Warszawa, s. 81-91.
- Jarosz M. (1984), *Nierówności społeczne*, Książki i Wiedza, Warszawa.
- Jaroszewska E. (2013), *Kultura jako czynnik warunkujący zdrowie, diagnozowanie chorób i ich leczenie*, „Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje”, t. 21, nr 2, s. 71-84.
- Jasiecki K. (2015), *Co jest fascynującego w zachowaniach autodestrukcyjnych – społeczeństwo w świetle wskaźników samobójstw*, „Studia Socjologiczne”, nr 1(216), s. 319-329.
- Jaworowska-Obłój Z., Skuza B. (1986), *Pojęcie wsparcia społecznego jego funkcje w badaniach naukowych*, „Przegląd Psychologiczny”, nr 3, s. 733-746.
- Jobes D.A., Berman A.L., Josselson A.R. (1986), *The impact of psychological autopsies on medical examiners' determination of manner of death*, “Journal of Forensic Sciences”, vol. 31, nr 1, s. 177-189.
- Juczyński Z. (2019), *Znaczenie spostrzeganego wsparcia społecznego dla dobrostanu jednostki – na przykładzie badań Kwestionariuszem Wsparcia Społecznego (Soz-U K-14)*, „Czasopismo Psychologiczne – Psychological Journal”, vol. 25, nr 2, s. 195-202
- Kacperczyk A. (2006), *Wsparcie społeczne w instytucjach opieki paliatywnej i hospicyjnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Karmolińska-Jagodzik E. (2018), *Dialog międzygeneracyjny jako wartość w kształtowaniu tożsamości współczesnego nastolatka* [w:] Łukasz Kwadrans, Ewa Sowa-Behtane, Bogdan Stańkowski, red., *Młodzi. Przeciw czemu się buntują? Czego pragną? Co budują?*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Ignatianum w Krakowie, Kraków, s. 19-32.
- Karney J.E. (1991), *Mechanizmy regulujące zachowanie człowieka w sytuacjach normalnych i trudnych* [w:] Brunon Hołyst, red., *Człowiek w sytuacji trudnej*, Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej, Warszawa.

- Karolczak-Biernacka B. (1991), *Stres szkolny ucznia*, [w:] Brunon Hołyst, red., *Człowiek w sytuacji trudnej*, Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej, Warszawa, s. 130-143.
- Kaszyński H. (2004), *Socjologiczna praca socjalna w trosce o zdrowie psychiczne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Kawczyńska-Butrym Z. (1998), *Niepełnosprawność – specyfika pomocy społecznej*, Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”, Katowice.
- Kawczyńska-Butrym Z. (1994), *Wsparcie jako element promocji zdrowia* [w:] Zofia Kawczyńska Butrym, red., *Wsparcie społeczne w zdrowiu i chorobie*, Centrum Metodyczne Doskonalenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Medycznego, Warszawa.
- Kawula S. (1997), *Spirala życzliwości: od wsparcia do samodzielności*, „Auxilium Sociale – Wsparcie Społeczne”, nr 1, s. 13-22.
- Kaźmierczak-Kałużna I. (2012), *Ubóstwo jako problem społeczny. Kwestie terminologiczne i ustalenia empiryczne*, „Kultura i Społeczeństwo”, nr 1, s. 147-157.
- Kemp Ch.G., Collings S.C. (2011), *Hyperlinked Suicide*, “Crisis. The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention”, vol. 32, nr 3, s. 143-151.
- Kielan A., Bąbik K., Cieślak I., Dobaczewska P. (2017), *Religia katolicka a zachowania suicydalne w Polsce*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, t. 23, nr 2, s. 158-164.
- Kielan A., Olejniczak D. (2018), *Czynniki ryzyka oraz konsekwencje zachowań samobójczych z uwzględnieniem problematyki samobójstw dzieci i młodzieży*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka”, vol. 17, nr 3, s. 9-26.
- Kielan A., Cieślak I., Skonieczna J., Olejniczak D., Jabłkowska-Górecka K., Panczyk M., Gotlib J., Walewska-Zielecka B. (2017), *Analiza opinii młodzieży na temat czynników ryzyka popełnienia samobójstwa*, „Psychiatria Polska”, nr 86, s. 1-9.
- Kiliszek E. (2019), *Rodzina wobec zagrożeń rodzina wobec szans. Socjopsychopedagogika rodziny Studium rodziny pełnej*, Wydawnictwo Difin SA, Warszawa 2019.
- Kleiman E.M., Riskind J.H., Schaefer K.E. (2014), *Social Support and Positive Events as Suicide Resiliency Factors: Examination of Synergistic Buffering Effects*, “Archives of Suicide Research”, nr 18, s. 144-155.
- Klingemann J., Moskalewicz J. (2021), *Korzystanie z leczenia i ocena jego skuteczności* [w:] Jacek Moskalewicz, Jacek Wciórka, red., *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań – EZOP II”*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, s. 505-514.
- Kliza E., Klimka M. (2010), *Analiza percepcji pojęcia kryzys w kontekście poczucia koherencji i cech osobowości. Doniesienie z badań*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie”, t. 11, z. 1, s. 125-148.
- Kmieciak B. (2017), *Czy szpital psychiatryczny jest (nadal) instytucją totalną?*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna, t. 17, nr 2, s. 142-151.
- Knoll N., Schwarzer R. (2012), *“Prawdziwych przyjaciół...” Wsparcie społeczne, stres, choroba i śmierć*, tłum. Jacek Suchecki [w:] Helena Sęk, Roman Cieślak, red., *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. 29-48.

- Kocór M. (2018a), *Szkoła jako miejsce wsparcia w trudnych sytuacjach*, „Edukacja – Technika – Informatyka”, nr 1/23, s. 218-224.
- Kocór M. (2018b), *O potrzebie badań nad wsparciem uczniów w trudnych sytuacjach w rodzinie i szkole*, „Prima Educatione”, nr 2, s. 99-112.
- Kolankiewicz M. (2012), *Zaniedbywanie dzieci*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka”, nr 2(39), s. 81-94.
- Kołodziej K., Jarek K., Murzyn M., Kuźniar J. (2020), *Uwarunkowania zachowań samobójczych dzieci i młodzieży*, „Pielęgniarstwo Polskie”, nr 4(78), s. 203-208.
- Kopciewicz L. (2011), *Nauczycielskie poniżanie. Szkolna przemoc wobec dziewcząt*, Wydawnictwo Difin SA, Warszawa.
- Kopczyński K. (1991), *Psychospołeczne uwarunkowania prób samobójczych u młodzieży* [w:] Brunon Hołyst, red., *Człowiek w sytuacji trudnej*, Polskie Towarzystwo Higieny Psychicznej, Warszawa, s. 203-218.
- Kopińska J. (2019), *Polska odwraca oczy*, Wydawnictwo Świat Książki, Warszawa.
- Kopińska J. (2022), *Współczesna wojna*, Wydawnictwo Świat Książki, Warszawa.
- Kostyła M., Szczepaniak A., Gmitrowicz A. (2009), *Funkcjonowanie emocjonalne młodzieży dokonującej samouszkodzeń*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna”, vol. 9, nr 4, s. 249-261.
- Kotlarska-Michalska A. (2022), *Wielopropblematowość sytuacji kryzysowych a system wsparcia*, „Kultura – Społeczeństwo – Edukacja”, nr 1(21), s. 17-38.
- Koweszko T. (2019), *Zatrzymać samobójstwo. Poradnik dla rodzin i bliskich*, Wydawnictwo Medyk Sp. z o.o., Warszawa.
- Kózka M. (2010), *Wsparcie społeczne w chorobie* [w:] Maria Kózka, Lucyna Płaszewska-Żywko, red., *Modele opieki pielęgniarskiej nad chorym dorosłym: podręcznik dla studiów medycznych*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, s. 45-49.
- Kunz J., Bolechała F., Kaliszczak P. (2002), *Sądowo-lekarska problematyka zabójstwa z samobójstwem sprawcy („dyadic death”)*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii”, t. 52, nr 3, s. 163-176.
- Kvale S. (2012), *Prowadzenie wywiadów*, tłum. Agata Dziuban, Wydawnictwo Naukowe PWN SA, Warszawa.
- Kwiatkowska H. (2012), *Zaufanie w przestrzeni komunikacyjnej szkoły*, „Studia Edukacyjne”, nr 22, s. 109-126.
- Lalak D. (2008), *Rodzina i szkoła w systemie wychowania*, [w:] Libiszowska-Żółtkowska Maria, Ostrowska Krystyna, red., *Agresja i w szkole. Diagnoza i profilaktyka*. Warszawa, s. 124-137
- Lausch-Chudy M. (2014), *O oczekiwaniach młodzieży względem wsparcia społecznego – jakiego wsparcia udzielać?* [w:] Magdalena Piorunek, red., *Pomoc – wsparcie społeczne – poradnictwo. Od teorii do praktyki*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń, s. 158-172.
- Lazarus R., Folkman S. (1984), *Stress, Appraisal, and Coping*, New York: Springer.
- Link-Dratkowska E. (2011), *Depresja dzieci i młodzieży – podejście poznawczo-behawioralne. Teoria i terapia*, „Psychiatria”, t. 8, nr 3, s. 84-90.
- Lutyński J. (2000), *Metody badań społecznych. Wybrane zagadnienia*, Łódzkie Towarzystwo Naukowe, Łódź.

- Łączkowska M. (1999) *Wybrane zagadnienia z socjologii rodziny* [w:] Tadeusz Rzepecki, red., *Studium Rodziny* (praca zbiorowa), Oficyna Wydawnicza, Poznań, s. 143-146.
- Lee S.Y., Kwon Y. (2018), *Twitter as a place where people meet to make suicide pacts*, "Public Health", nr 159, s. 21-26.
- Leśniewska G. (2012), *Wsparcie społeczne jako element zrównoważonego rozwoju społecznego*, „Handel Wewnętrzny”, t. 3, s. 210-218.
- Lipska B., McArdle E. (2020), *Neurolożka. Piękny umysł, który się zgubił*, tłum. Jolanta Kozak, Wydawnictwo Agora, Warszawa.
- Lubińska-Bogacka M. (2019), *Wybrane problemy przemocy w rodzinie*, Wydawnictwo PETRUS, Kraków.
- Ławnik A., Marcinowicz L., Szepeluk A. (2018), *Wsparcie społeczne a zachowania agresywne młodzieży ponadgimnazjalnej z uwzględnieniem płci oraz wieku badanej grupy*, „Rozprawy Społeczne”, t. 12, nr 3, s. 47-54.
- Makara-Studzińska M. (2013), *Przyczyny prób samobójczych u młodzieży w wieku 14-18 lat*, „Psychiatra”, t. 10, nr 2, s. 76-83.
- Makara-Studzińska M. (2017), *Formy pomocy osobom po próbach samobójczych*, „Sztuka Leczenia”, nr 1, s. 53-61.
- Makaruk K., Drabarek K. (2022), *Postawy wobec kar fizycznych i ich stosowanie. Raport z badań*. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę. Warszawa.
- Makaruk K., Malinowska-Cieślik M. (2019), *Czynniki rodzinne i zachowania autodestrukcyjne związane z multiwiktyzacją wśród dzieci i młodzieży w Polsce*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka”, vol. 18, nr 3, s. 157-177.
- Makowska I., Gmitrowicz A. (2018), *Samoobaleczenia bez intencji samobójczej a zachowania samobójcze*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna”, vol. 18, nr 2, s. 173-179.
- Małewski M. (2017), *Badania jakościowe w naukach społecznych. O potrzebie metodologicznej wyobraźni*, „Teraźniejszość – Człowiek – Edukacja”, t. 20, nr 4(80), s. 105-120.
- Malinowska K. (2007), *Realny i idealny obraz siebie u osób po próbach samobójczych*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J. Paedagogia-Psychologia”, vol. 20, s. 85-100.
- Marcia J. E. (1966), *Development and Validation of Ego – Identity Status*, “Journal of Personality and Social Psychology”, nr 3(5), s. 551-558.
- Marynowicz-Hetka (2006), *Pedagogika społeczna. Tom 1. Podręcznik akademicki*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Matyjas B. (2018), *Działania pomocowe i interwencyjne wobec rodzin w kryzysie*, [w:] Magdalena Piorunek, red., *Społeczne i jednostkowe konteksty pomocy, wsparcia społecznego i poradnictwa. Tom 1. Koncepcje – Dyskursy – Inspiracje*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Poznań, s. 125-136.
- McMahon E.M., Corcoran P., McAuliffe C., Keeley H., Perry I.J., Arensman E. (2013), *Mediating Effects of Coping Style on Associations Between Mental Health Factors and Self-Harm Among Adolescents*, “Crisis. The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention”, vol. 34, nr 4, s. 242-250.

- McManama O'Brien K.H., Nicolopoulos A., Almeida J., Aguinaldo L.D., Rosen R.K. (2019), *Why Adolescents Attempt Suicide: A Qualitative Study of the Transition from Ideation to Action*, "Archives of Suicide Research", vol. 25, nr 2, s. 269-286.
- Meda N., Miola A., Slongo I., Zordan M.A., Sambataro F. (2021), *The impact of macroeconomic factors on suicide in 175 countries over 27 years*, "Suicide and Life-Threatening Behavior", vol. 52, nr 1, s. 49-58.
- Melosik Z. (2013), *Rekonstrukcje szczęścia w społeczeństwie neoliberalnym: Prozak jako sposób na życie*, „Studia Edukacyjne”, nr 28, s. 109-128.
- Męćfal S. (2012), *Problemy badań terenowych – wybrane kwestie metodologiczne, praktyczne oraz etyczne w badaniu zjawisk „trudnych”*, „Przegląd Socjologiczny”, t. 61, nr 1, s. 156-178.
- Michalska-Suchanek M. (2011), *Fenomen samobójstwa. Długa historia krótko opisana*, Instytut Mikołowski, Mikołów.
- Michałowska E., Daniłowicz P., Szymczak M. (2008), *Bezpieczeństwo dzieci w szkole i rodzinie w Łodzi*, Łódzkie Towarzystwo Naukowe. Łódź.
- Milroy C.M. (1995), *The epidemiology of homicide-suicide*, "Forensic Science International", vol. 71, nr 2, s. 117-122.
- Mirczak A. (2014), *Determinanty wsparcia społecznego wśród starszych mieszkańców wsi*, „Labor et Educatio”, nr 2, s. 189-203.
- Miś L. (2018), *Polska socjologia problemów społecznych w ostatnich trzydziestu latach*, „Zeszyty Pracy Socjalnego”, z. 3, nr 23, s. 251-261.
- Mizińska J. (2002), *Depresja pedagogiczna i jej językowy wyraz*, „Forum Oświatowe”, nr 2.
- Mosiek P. (2022), *Szkoła, rynek pracy, wsparcie społeczne – dynamika zmian relacyjnych*, „Pedagogika Społeczna Nova”, t. 2, nr 3, s. 137-152.
- Mroczkowska D., Białkowska J. (2014), *Style radzenia sobie ze stresem jako zmienne determinujące jakość życia młodych dorosłych*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, t. 20, nr 3, s. 265-269.
- Musiał D. (2007), *Kształtowanie się tożsamości w adolescencji*, „Studia z psychologii w KUL”, t. 14, s. 73-92.
- Namysłowska I. (2003), *Rola rodziny w powrocie pacjenta do środowiska*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, vol. 12, nr 4, s. 449-456.
- Napieralska E., Kułaga Z., Gurzkowska B., Grajda A. (2010), *Epidemiologia zgonów dzieci i młodzieży z powodu samobójstw w Polsce w latach 1999-2006*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, vol. 91, nr 1, s. 92-98.
- Neupane S.P., Mehlum L. (2022), *Adolescents With Non-Suicidal Self-Harm – Who Among Them Has Attempted Suicide?*, "Archives of Suicide Research", s. 1-14.
- Niederkröthaler T., Tran U.S., Gould M., Sinyor M., Sumner S., Strauss M.J., Voracek M., Till B., Murphy S., Gonzalez F., Spittal M.J., Draper J. (2021), *Association of Logic's hip hop song "1-800-273-8255" with Lifeline calls and suicides in the United States: interrupted time series analysis*, "BMJ Open", vol. 375.
- Nowak B.M. (2011), *Rodzina w kryzysie złożonym – kontekst resocjalizacyjny*, „Resocjalizacja Polska”, nr 2, s. 159-169.
- Nowak E. (2020), *Orkan. Depresja*, Wydawnictwo Egmont Polska Sp. z o.o., Warszawa.

- Nowak P., Łucka I. (2014), *Młody Polak po doświadczeniach wojennych. Siła transgeneracyjnej transmisji traumy*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna”, t. 14, nr 2, s. 84-88.
- Nowak S. (2011), *Metodologia badań społecznych*, Wydawnictwo Naukowe PWN SA, Warszawa.
- Nowakowski M. (2004), *Pojęcie wsparcia społecznego i problemy jego pomiaru ze szczególnym uwzględnieniem populacji seniorów* [w:] Jerzy Tadeusz Kowaleski, Piotr Szukalski, red., *Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Nyczaj-Drag M. (2003) *Nauczyciel w oczekiwaniach i doświadczeniach pierwszoklasistów* [w:] Danuta Waloszek, red., *Pytania o edukację*, Wydawnictwo Uniwersytetu Zielonogórskiego, Zielona Góra.
- Okulicz-Kozaryn K., Bobrowski K. (2008), *Czynniki ryzyka, czynniki chroniące i indeksy tych czynników w badaniach nad zachowaniami problemowymi nastolatków*, „Alkoholizm i Narkomania”, t. 21, nr 2, s. 173-199.
- Olander-Jermacz B. (2020), *Doświadczenie przez rodzinę wsparcia społecznego podczas izolacji domowej spowodowanej chorobą COVID-19*, „Kwartalnik Naukowy Fides Et Ratio”, t. 2, nr 42, s. 206-213.
- Oleszkowicz A., Bąk O. (1997), *Bunt młodzieży – reakcja na kryzys społeczny czy konieczność rozwojowa*, Rocznik Naukowo-dydaktyczny WSP w Krakowie, Praca Psychologiczne VI, z. 180, s. 99-108.
- Orłowska B. (2021), *Profilaktyka zachowań suicydalnych u dzieci i młodzieży szkolnej*, „Acta Iuris Stetinensis”, vol. 35, nr 3, s. 65-83.
- Osińska K. (1990), *Zdrowie psychiczne człowieka cierpiącego* [w:] Brunon Hołyst, red., *System wartości i zdrowie psychiczne*, Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej, Warszawa, s. 62-67.
- Ostafińska-Molik B., Wysocka E. (2014), *Doświadczenie wsparcia społecznego przez młodzież*, „Pedagogika Społeczna”, nr 3(53), s. 83-104.
- Ostaszewski K. (2012), *Pojęcie klimatu szkoły w badaniach zachowań ryzykownych młodzieży*, „Edukacja”, nr 4(120), s. 22-38.
- Ostaszewski K. (2008), *Czynniki ryzyka i czynniki chroniące w zachowaniach ryzykownych dzieci i młodzieży* [w:] Joanna Mazur, Izabela Tabak, Agnieszka Małkowska-Szkutnik, Krzysztof Ostaszewski, Hanna Kołoto, Anna Dzielska, Anna Kowalewska, red., *Czynniki chroniące młodzież 15-letnią przed podejmowaniem zachowań ryzykownych. Raport z badań HBSC 2006*, P.P.H.U. Vespa-Druk, Warszawa, s. 19-46.
- Owens P.L., Hoagwood K., Horwitz S.M., Leaf P.J., Poduska J.M., Kellam S.G., Ialongo N.S. (2002), *Barriers to Children's Mental Health Services*, “American Academy of Child & Adolescent Psychiatry”, t. 41, nr 6, s. 731-738.
- O'Connor Rory, Sheehy Noel (2002), *Zrozumieć samobójcę*, tłum. Anna Tanalska-Dulęba, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Paruszevska J. (1991), *Wychowanie i samowychowanie w procesie rozwoju osobowości*, [w:] Brunon Hołyst, red., *Człowiek w sytuacji trudnej*, Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej, Warszawa, s. 106-114.

- Patalay P., Fitzsimons E. (2021), *Psychological distress, self-harm and attempted suicide in UK 17-year olds: prevalence and sociodemographic inequalities*, "The British Journal of Psychiatry", vol. 219, nr 2, s. 437-439.
- Pałowska E. (2020), *Psychiatrii. Sekrety polskich gabinetów*, Wydawnictwo Znak, Kraków.
- Perzanowski A. (2018), *Środowisko. Wykluczenie i reintegracja społeczna w praktyce psychiatrii środowiskowej*, „Lud. Organ Polskiego Towarzystwa Ludoznawczego”, t. 101, s. 203-229.
- Pietrasinski Z. (1990), *Szanse rozwoju a zależności interpersonalne* [w:] Brunon Hołyst, red., *System wartości i zdrowie psychiczne*, Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej, Warszawa, s. 15-25.
- Pietrzak M. (2018), *Deficyt funkcji wykonawczych – jako bezpośrednia i długotrwała konsekwencja krzywdzenia w dzieciństwie*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka”, vol. 17, nr 2, s. 38-57.
- Pilecka B. (2004), *Kryzys psychologiczny. Wybrane zagadnienia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Pilecka B. (1995), *Wybrane problemy samobójstw młodzieży*, Pracownia Wydawnicza Fundacji „Masz Szansę”, Lublin.
- Pilecka B. (2004), *Kryzys psychologiczny. Wybrane zagadnienia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Piorunek M. (2018), *Zaufanie interpersonalne jako komponent relacji edukacyjnych i pomocowych*, „Studia Edukacyjne”, nr 49, s. 41-53.
- Piwoński J., Piwońska A., Głuszek J., Bielecki W., Pająk A., Kozakiewicz K., Wyrzykowski B., Rywik S. (2005), *Ocena częstości występowania niskiego poziomu wsparcia społecznego oraz objawów depresji w populacji polskiej. Wyniki programu WOBASZ*, „Kardiologia Polska”, vol. 63, nr 6.
- Płużek Z. (1982), *Problemy psychologiczne suicydologii*, „Przegląd Lekarski”, nr 39, s. 14-43.
- Podgórski R.A. (2007), *Metodologia badań socjologicznych. Kompendium wiedzy metodologicznej dla studentów*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz.
- Podogrodzka-Niehl M., Tyszkowska M. (2014), *Stygmatyzacja na drodze zdrowienia w chorobach psychicznych – czynniki związane z funkcjonowaniem społecznym*, „Psychiatria Polska”, t. 48, nr 6, s. 1201-1211.
- Polewka A., Chrostek-Maj J., Warchoń K., Groszek B. (2005), *Ocena zagrożenia samobójstwem w koncepcji syndromu presuicydalnego jako perspektywy dla terapii i profilaktyki samobójstw*, „Przegląd Lekarski”, vol. 62, nr 6, s. 399-402.
- Pommersbach J. (1988), *Wsparcie społeczne a choroba*, „Przegląd Psychologiczny”, t. 31, nr 2, s. 503–523.
- Port M.S., Lake A.M., Hoyte-Badu A.M., Rodriguez C.L., Chowdhury S.J., Goldstein A., Murphy S., Cornette M., Gould M.S. (2022), *Perceived Impact of COVID-19 Among Callers to the National Suicide Prevention Lifeline*, "Crisis. The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention".
- Pospiszyl I. (1994), *Przemoc w rodzinie*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa.

- Procidano M.E. (2012), *Międzykulturowy pomiar wsparcia społecznego: postępy, problemy i perspektywy*, tłum. Jacek Suchecki [w:] Helena Sęk, Roman Cieślak, red., *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. 91-105.
- Procidano M.E., Heller K. (1983), *Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies*, "American Journal of Community Psychology", t. 11, nr 1, s. 1-24.
- Przetacznik-Gierowska M. (1995) *Zdarzenia życiowe a kryzysy w rozwoju człowieka*, „Chowanna” 1, s. 5-25.
- Poszwa K., Myślińska D. (2020), *Analiza zjawiska przemocy rówieśniczej – teoria i badania własne*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka”, vol. 19, nr 4, s. 12-25.
- Pyżalski J. (2012), *Agresja elektroniczna i cyberbullying jako nowe ryzykowne zachowania młodzieży*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Quinlivan L., Nowland R., Steeg S., Cooper J., Meehan D., Godfrey J., Robertson D., Longson D., Potokar J., Davies R., Allen N., Huxtable R., Mackway-Jones K., Hawton K., Gunnell D., Kapur N. (2019), *Advance decisions to refuse treatment and suicidal behaviour in emergency care: ‘it’s very much a step into the unknown’*, „BJPsych Open”, nr 5, s. 1-8.
- Quirk A., Lelliott P., Seale C. (2006), *The permeable institution: An ethnographic study of three acute psychiatric wards in London*, "Social Science & Medicine", vol. 63, nr 8, s. 2105-2117.
- Radziwiłłowicz W. (2020), *Autoagresja – samobójstwa i samookaleczenia* [w:] Iwona Grzegorzewska, Lidia Cierpiałkowska, Aneta R. Borkowska, red., *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Radziwiłłowicz W. (2010), *Depresja u dzieci i młodzieży. Analiza systemu rodzinnego – ujęcie kliniczne*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Rasmus P.A., Nowaczyńska E., Rasmus A., Sobów T., Stetkiewicz-Lewandowicz A. (2013), *Wykluczenie społeczne i dyskryminacja przewlekle chorych psychicznie w województwie łódzkim*, „Polski Merkurusz Lekarski”, t. 35, nr 209, s. 272-278.
- Rek-Woźniak M. (2016), *Młodzi dorośli. Wzory ruchliwości społecznej w okresie transformacji systemowej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Rek-Woźniak M., Woźniak W. (2013), *Children Pu-shed Aside: Moral Panic over Families and the State in Contemporary Poland* [w:] Charles Krinsky, red., *The Ashgate Research Companion to Moral Panics*. Farnham, Burlington: Ashgate, s. 249–264.
- Rek-Woźniak M., Woźniak W. (2014,) *Dziecko, rodzina i państwo w polskiej debacie welfare. Analiza przypadku w perspektywie paniki moralnej*, „Folia Sociologica”, nr 50, s. 43–67.
- Ringel E. (1987), *Gdy życie traci sens. Rozważania o samobójstwie*, tłum. Elżbieta Kaźmierczak, Wydawnictwo „Glob”, Szczecin.
- Rosa K. (1996), *Próby samobójcze. Charakterystyka socjologiczna*, Instytut Medycyny Pracy im. prof. dra med. Jerzego Nofera, Łódź.

- Rosa K. (2007), *Młodzież podejmująca próby samobójcze. Charakterystyka socjologiczna*, „Przegląd Lekarski”, nr 64, s. 24-30.
- Rosa K. (2012), *(Nie)wiarygodność danych statystycznych dotyczących zachowań samobójczych. Perspektywa teoretyczna i praktyka społeczna*, „Przegląd Socjologiczny”, vol. 61, nr 2, s. 265-290.
- Ross C.E., Mirowsky J. (1989), *Explaining the social Patterns of Depression: Control and Problem Solving – or Support and Talking?*, “Journal of Health and Social Behavior”, t. 20, nr 2, s. 206-219.
- Rouchy E., Germanaud E., Garcia M., Michel G. (2020), *Characteristics of homicide-suicide offenders: A systematic review*, “Aggression and Violent Behavior”, nr 55.
- Rożnowska K. (2017), *Można oszaleć. Osobliwy świat szpitala psychiatrycznego*, Wydawnictwo WAM, Kraków.
- Rybska-Kłapa J., Bem-Belzowska M. (2012), *Szkolny system wspierania uczniów zdolnych* [w:] Wanda Jakubaszek, Danuta Topa, red., *(Kontro)wersje wielowymiarowości współczesnej edukacji*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków, s. 110-134.
- Rzadkowska M. (2016), *Zachowania samobójcze wśród dzieci i młodzieży – charakterystyka ryzyka i profilaktyka*, „Studia Prawnicze. Rozprawy i Materiały”, nr 1(18), s. 161-179.
- Sahaj T. (2008), *Samobójstwo. Antologia tekstów filozoficznych*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń.
- Saleva O., Putkonen H., Kiviriusu O., Lönnqvist J. (2007), *Homicide-suicide – An event hard to prevent and separate from homicide or suicide*, “Forensic Science International”, vol. 166, nr 2-3, s. 204-208.
- Sawicka K. (2008), *Zapobieganie przemocy rówieśniczej w szkole*, [w:] Maria Libiszowska-Żółtkowska, Krystyna Ostrowska, red., *Agresja i w szkole. Diagnoza i profilaktyka*. Warszawa, s. 80-96.
- Schulte-Markwort M. (2015), *Wypalone dzieci. O presji osiągnięć i pogoni za sukcesem*, tłum. Małgorzata Guzowska, Wydawnictwo Dobra Literatura, Gdańsk.
- Schwertner J., Bereś W. (2020), *Szramy. Jak psychosystem niszczy nasze dzieci*, Wielka Litera Sp. z o.o., Warszawa.
- Sęk H. (2003), *Wsparcie społeczne jako kategoria zasobów i wieloznaczne funkcje wsparcia* [w:] Zygryd Juczyński, Nina Ogińska-Bulik, red., *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, s. 17-32.
- Sęk H. (2012), *Rola wsparcia społecznego w sytuacjach stresu życiowego. O dopasowaniu wsparcia do wydarzeń stresowych* [w:] Helena Sęk, Roman Cieślak, red., *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. 49-67.
- Sęk H., Cieślak R. (2012), *Wsparcie społeczne – sposób definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne* [w:] Helena Sęk, Roman Cieślak, red., *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. 11-28.

- Sharaf A.Y., Thompson E.A., Walsh E. (2009), *Protective Effects of Self-Esteem and Family Support on Suicide Risk Behaviors among At-Risk Adolescents*, "Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing", t. 22, nr 3, s. 160-168.
- Shneidman E.S. (1996), *The Suicidal Mind*, New York: Oxford University Press.
- Shneidman E. S. (1973), *The Death of Man*, The New York Times Book Co, New York 1973.
- Siemaszko A. (2020), *Wsparcie jako niezbędny czynnik w procesie pomagania jednostkom w kryzysie*, „Zeszyty Pracy Socjalnej”, 25, z. 2., s. 97-105.
- Siewierska J., Chodkiewicz J. (2022), *Polska adaptacja Skali Powodów do Życia (RFL-48) M.M. Linehan i współpracowników*, „Psychiatria Polska”, vol. 56, nr 3, s. 603-621.
- Silverman D. (2012), *Prowadzenie badań jakościowych*, tłum. Joanna Ostrowska, Wydawnictwo Naukowe PWN SA, Warszawa.
- Singer J.E., Lord D. (1984), *The role of social support in coping with chronic or life-threatening illness*, "Handbook of Psychology and Health", t. 4, s. 269-277.
- Sivertsen B., Hysing M., Knapstad M., Harvey A.G., Reneflot A., Lønning K.J., O'Connor R.C. (2019), *Suicide attempts and non-suicidal self-harm among university students: prevalence study*, "BJPsych Open", vol. 5, nr 2, s. 1-8.
- Skałbana B., Lewandowska-Kidoń T. (2016), *Pomoc psychologiczno-pedagogiczna w szkole – między rutyną a refleksyjną praktyką*, „Lubelski Rocznik Pedagogiczny”, t. 35, nr 1, s. 157-166.
- Standley C.J., Foster-Fishman P. (2021), *Intersectionality, social support, and youth suicidality: A socioecological approach to prevention*, "Suicide and Life-Threatening Behavior", nr 51, s. 203-211.
- Stanisławska-Kubiak M., Matecka M., Mojs E. (2010), *Nastoletni pacjent po próbie samobójczej w szpitalu*, „Pielęgniarstwo Polskie”, nr 2(36), s. 104-109.
- Stankowski A., Stanowska N. (2000), *Szkoła a zachowania dewiacyjne*, [w:] Anna Nowak., red., *Wybrane zjawiska powodujące zagrożenia społeczne*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków, s. 121-137.
- Stawicka M. (2008), *Autodestruktywność dziecięca w świetle teorii przywiązania*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, Poznań.
- Stoelb M., Chiriboga J. (1998), *A process model for assessing adolescent risk for suicide*, „Journal of Adolescence”, nr 21, s. 359-370.
- Stukan J., Staszak A. (2018), *Samobójstwo rozszerzone i poagresyjne – próba uporządkowania pojęć*, „Problemy Kryminalistyki”, nr 301, s. 35-43.
- Stypuła A. (2012), *Kultura a choroba psychiczna. Rola czynników kulturowych w postrzeganiu, przebiegu i leczeniu zaburzeń psychicznych*, Zakład Wydawniczy NOMOS, Kraków.
- Suchodolska J. (2016), *Młodzież i młodzi dorośli wobec kryzysu indywidualnego – potrzeba wsparcia społecznego w rozwoju psychicznej niezależności (i dojrzałej tożsamości)*, „Kultura – Społeczeństwo – Edukacja”, nr 2, s. 231-247.
- Sulska E., Sumiła A. (2006), *Zachowania samobójcze u dzieci i młodzieży hospitalizowanych psychiatrycznie* [w:] Wioletta Radziwiłłowicz, Anita Sumiła, red., *Psychopatologia okresu dorastania*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.

- Szasz T., Suicide and psychiatric coercion, *Journal of Humanistic Psychology* 1989, 3, 380-384.
- Szmajda R., Gmitrowicz A. (2018), *Wybrane problemy z zakresu zdrowia psychicznego wśród nastolatków*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna”, t. 18, nr 4, s. 354-363.
- Szredzińska R., Włodarczyk J. (2019), *Przemoc w rodzinie. Wyniki Ogólnopolskiej diagnozy skali i uwarunkowań krzywdzenia dzieci*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka”, vol. 18, nr 3, s. 36-67.
- Sztompka P. (2007), *Zaufanie. Fundament społeczeństwa*, Wydawnictwo Znak, Kraków.
- Sveistrup S. (2019), *Kasztanowy ludzik*, tłum. Justyna Haber-Biały, Wydawnictwo W.A.B.
- Szymanowska A. (2008), *Bezpieczeństwo szkoły w opinii nauczycieli* [w:] Maria Libiszowska-Żółtkowska, Krystyna Ostrowska, red., *Agresja i w szkole. Diagnoza i profilaktyka*. Warszawa, s. 45-63.
- Szymańska Z., Żelazowska Z. (1996), *Próby samobójcze wśród młodzieży*, „Zdrowie Psychiczne”, nr 1-2.
- Szymańska J., Sienkiewicz E. (2011), *Wsparcie społeczne*, „Current Problems of Psychiatry”, vol. 12, nr 4, s. 550-553.
- Szymański M.J. (2008), *W poszukiwaniu drogi. Szanse i problemy edukacji w Polsce*, wyd. drugie poszerzone, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków.
- Świtaj P. (2009), *Rola diagnozy psychiatrycznej w procesie stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, t. 18, nr 4, s. 377-386.
- Tabak I. (2014), *Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. Wsparcie dzieci i młodzieży w pokonywaniu problemów*, „Studia BAS”, nr 2(38), s. 113-138.
- Tekliński J. (2018), *Czy człowiek ma prawo do samobójstwa?*, „humanistica 21”, t. 2., s. 97-128.
- Tillmann K.J. (2006), *Teorie socjalizacji. Społeczność, instytucja, upodmiotowienie*, tłum. Grzegorz Bluszcz, Bartek Miracki, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Titkow A. (1993), *Stres i życie społeczne. Polskie doświadczenia*, PIW, Warszawa.
- Tomaszewski (1975), *Psychologia* (red.), Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Turner J.H., Stets J.E. (2009), *Socjologia emocji*, tłum. Marta Bucholc, Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa.
- Tyszowska M., Podogrodzka M. (2013), *Stygmatyzacja na drodze zdrowienia w chorobach psychicznych – czynniki bezpośrednio związane z leczeniem psychiatrycznym*, „Psychiatria Polska”, t. 47, nr 6, s. 1011-1022.
- Urban B. (2012), *Agresja młodzieży i odrzucenie rówieśnicze*, Wydawnictwo Naukowe PWN SA, Warszawa.
- Urbaniak-Zajac D. (2009), *O stosowaniu hipotez w badaniach pedagogicznych*, „Teraźniejszość – Człowiek – Edukacja: kwartalnik myśli społeczno-pedagogicznej”, nr 1(45), s. 7-27.
- van Velzen L.S., Toenders Y.J., Avila-Parcet A., Dinga R., Rabinowitz J.A., Campos A.I., Jahanshad N., Renteria M.E., Schmaal L. (2022), *Classification of suicidal thoughts and behaviour in children: results from penalised logistic regression analyses in the Adolescent Brain Cognitive Development study*, “The British Journal of Psychiatry”, vol. 220, s. 210-218.

- Vanderminden J., Hamby S., David-Ferdon C., Kacha-Ochana A., Merrick M., Simon T. R., Finkelhor D., Turner H. (2019) *Wskaźniki zaniedbywania w próbie krajowej – charakterystyka dzieci i rodzin oraz skutki psychologiczne*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka”, vol. 18, nr 1, s. 153-176.
- van der Bruggen, Grubb A. (2014), *A review of the literature relating to rape victim blaming: An analysis of the impact of observer and victim characteristics on attribution of blame in rape cases*, “Aggression and Violent Behavior”, nr 19, s. 523-531.
- van Vuuren C.L., van der Wal M.F., Cuijpers P., Chinapaw M.J.M. (2021), *Are Suicidal Thoughts and Behaviors a Temporary Phenomenon in Early Adolescence?*, “Crisis. The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention”, vol. 42, nr 1, 78-81.
- Vijayakumar L., John S., Pirkis J., Whiteford H. (2005), *Suicide in Developing Countries. Risk Factors*, “Crisis. The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention”, vol. 26, nr 3, s. 112-119.
- Walsh B.W. (2014), *Terapia samouszkodzeń*, tłum. Marta Kapera, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Walter N. (2016), *Internetowe wsparcie społeczne. Studium socjopedagogiczne*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.
- Walters G.D. (2020), *Przemoc rówieśnicza (bullying) wśród osób w wieku szkolnym – wiktyimizacja i sprawstwo. Metaanaliza badań prospektywnych*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka”, vol. 19, nr 4, s. 74-98.
- Wasilewska-Ostrowska K. (2018), *Chroniczna samotność jako czynnik ryzyka zachowań autodestrukcyjnych wśród młodzieży*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka”, vol. 17, nr 3, s. 63-74.
- Wąsek A. (1982), *Prawnokarna problematyka samobójstwa*, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa.
- Weinstein R.M. (1994), *Goffman's Asylums and the total institution model of model hospitals*, “Psychiatry”, vol. 57, nr 4, s. 348-367.
- WHO (2022), *World mental health report: transforming mental health for all*, World Health Organization, Geneva.
- WHO (1999), *Report on Consultation of Child Abuse Prevention*, World Health Organization, Geneva.
- Winiarski M. (2015), *Dylemat relacji pojęć „wsparcie” i „pomoc” w przestrzeni działań prorodzinnych – wewnętrznych i zewnętrznych*, „Pedagogika Rodziny”, t. 5, nr 3, s. 7-22.
- Witkowska H. (2021), *Samobójstwo w kulturze dzisiejszej. Listy samobójców jako gatunek wypowiedzi i fakt kulturowy*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- Witkowska-Paleń A. (2019), *Sprawcy przemocy w rodzinie. Uwarunkowania, okoliczności i konsekwencje stosowania przemocy*, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów.
- Włodarczyk E. (2016), *O wsparciu społecznym i jego znaczeniu* [w:] Jolanta Spętana, Danuta Krzysztofiak, Ewa Włodarczyk, red., *Od wykluczenia do wsparcia. W*

- przeżyci współczesnych problemów społecznych*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków, s. 191-195.
- Włodarczyk J. (2017a), *Kłaps za karę. Wyniki badania postaw i stosowania kar fizycznych w Polsce*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka”, vol. 16, nr 4, s. 81-107.
- Włodarczyk J. (2017b), *Przemoc wobec dzieci* [w:] Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, *Dzieci się liczą. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce*, s. 192-213.
- Włodarczyk J., Wójcik Sz. (2019), *Skala i uwarunkowania przemocy rówieśniczej. Wyniki Ogólnopolskiej Diagnozy krzywdzenia dzieci w Polsce*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka”, vol. 18, nr 3, s. 9-35.
- Wojtanowicz K., Białas A. (2020), *Pomoc społeczna w obliczu kryzysu wywołanego pandemią*, „Praca Socjalna”, nr 2(35), s. 54-71
- Woo J., Wrath A.J., Adams G.C. (2020), *The Relationship Between Attachment and Self-Injurious Behaviors in the Child and Adolescent Population: A Systematic Review of the Literature*, “Archives of Suicide Research”, vol 26, nr 2.
- Woźniak W. (2022), *Państwo, które działa. O fińskich politykach publicznych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Woźniak Z. (2014), *W stronę zdrowia społeczności – socjologiczny kontekst nowej polityki zdrowotnej*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny”, nr 66, s. 161-187.
- Wójcik S. (2013), *Przemoc w rodzinie, zaniedbanie, wiktyimizacja pośrednia. Wyniki Ogólnopolskiej diagnozy problemu przemocy wobec dzieci*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka”, 12 (3), s. 40-62.
- Wójcik M., Mondry M. (2020), *Prześladowanie rówieśnicze jako gra – konteksty, zasady i gracze*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka”, vol. 19, nr 4, s. 99-125.
- Young I.T., Iglewicz A., Glorioso D., Lanouette N., Seay K., Ilapakurtti M., Zisook S. (2012), *Suicide bereavement and complicated grief*, “Dialogues in Clinical Neuroscience”, vol. 14, nr 2, s. 177-186.
- Zaborowski Z. (1969) *Rówieśnicy. Problemy wychowawcze środowiska rówieśniczego*, Wydawnictwo Harcerskie, Warszawa.
- Zalewska-Łunkiewicz K. (2017), *Samoocena młodych dorosłych w kryzysie pierwszorazowej hospitalizacji psychiatrycznej* [w:] Katarzyna Popiołek, Augustyn Bańka, Karolina Zalewska-Łunkiewicz, red., *Kryzysy osobiste i systemowe*, Stowarzyszenie Psychologia i Architektura, s. 7-17.
- Zarycki T. (2009), *Kapitał kulturowy – założenia i perspektywy zastosować teorii Pierre’a Bourdieu*, „Psychologia Społeczna”, t. 4, nr 1-2, s. 12-25.
- Zarieczna-Baran M., Bandurska E., Nowalińska M., Daniluk R. (2012), *Ocena jakości usług opiekuńczo leczniczych dokonana przez pacjentów psychiatrycznego lecznictwa zamkniętego*, „Annales Academiae Medicae Gedanensis”, nr 42, s. 41-52.
- Zarzycka D., Śpila B., Wrońska I., Makara-Studzińska M. (2010), *Analiza walidacyjna wybranych aspektów Skali Oceny Wsparcia Społecznego – Interpersonal Support Evaluation List – 40 v. General Population (ISEL-40 v. GP)*, „Psychiatria”, t. 7, nr 3, s. 83-94.

- Ziółkowska A.M. (2020), *Samobójstwa dzieci i młodzieży przed wybuchem II wojny światowej i obecnie – co się zmieniło, co pozostało bez zmian*, „Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego”, t. 55, s. 117-141.
- Ziółkowska J. (2016), *Samobójstwo. Analiza narracji osób po próbach samobójczych*, Wydawnictwo Naukowe PWN SA, Warszawa.
- Ziółkowski G. (2018), *Okrutny teatr samospaleń. Protesty samobójcze w ogniu i ich echa w kulturze współczesnej*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.
- Zwołański A. (2013), *Samobójstwo jako problem osobisty i publiczny*. Kraków: Wydawnictwo WAM.

Źródła internetowe

- Bagiński K. (2023), *Wygrał prestiżowy konkurs fotograficzny. Okazuje się, że to zdjęcie... nie jest zdjęciem*, INN:Poland, <https://innpoland.pl/193181,sztuczna-inteligencja-wygrala-konkurs-fotograficzny-taki-dla-ludzi> (dostęp: 23.04.2023).
- BBC (2013), *German Christian sect raided and children put in care*, <https://www.bbc.com/news/world-europe-23977577> (dostęp: 4.07.2022).
- Bereś W., Schwertner J. (2020), *15-latkę zgwałcono w szpitalu psychiatrycznym. Prokurator umorzył sprawę, bo była na oddziale dla dorosłych*, Gazeta Wyborcza, <https://wyborcza.pl/duzyformat/7,127290,26285373,15-latke-zgwalcono-w-szpitalu-psychiatrycznym-prokurator.html> (dostęp: 20.03.2023).
- Browar Spółdzielczy. Piwo, które warzy więcej, <https://www.browarspoldzielczy.com/o-nas> (dostęp: 30.04.2023).
- CBOS (2016), *Leki dostępne bez recepty i suplementy diety. Komunikat z badań nr 158/2016*, Warszawa, https://cbos.pl/SPISKOM.POL/2016/K_158_16.PDF (dostęp 10.03.2023).
- CBOS (2019), *Rodzina – jej znaczenie i rozumienie. Komunikat z badań, nr 22*, https://cbos.pl/SPISKOM.POL/2019/K_022_19.PDF (dostęp: 10.09.2022).
- CBOS (2020), *Wartości w czasach zarazy. Komunikat z badań, nr 160*, https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2020/K_160_20.PDF (dostęp: 10.09.2022).
- Centrum CBT, <https://cbt.pl/terapeuta-srodowiskowy-dzieci-i-mlodziezy-jak-uzyskac-kwalifikacje/> (dostęp: 27.03.2023).
- Daily Mail, *Wheelchair-bound woman, 89, is granted right to die after she was raped in Belgian care home: Victim postponed her euthanasia so she could first see her attacker jailed*, <https://www.dailymail.co.uk/news/article-11512145/Belgium-care-home-rape-Victim-89-granted-right-die.html> (dostęp: 10.03.2023).
- Dobrołowicz M. (2023), *Wszystkie miejsca na oddziałach psychiatrii dziecięcej zajęte*, RMF24, https://www.rmf24.pl/fakty/polska/news-wszystkie-miejsca-na-oddzialach-psychiatrii-dzieciej-zajet.nId,6570888#crp_state=1 (dostęp: 28.04.2023).

Dutch News, *Jumbo opens 'chat checkouts' to combat loneliness among the elderly*, <https://www.dutchnews.nl/news/2021/09/jumbo-opens-chat-checkouts-to-combat-loneliness-among-the-elderly/> (dostęp: 10.02.2023).

Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę, www.fdds.pl (dostęp: 7.05.2023).

Fundacja Szkoła z Klasą (2021), *Rozmawiaj z klasą. Zdrowie psychiczne uczniów i uczennic oczami nauczycieli i nauczycielek. Raport z badania*, <https://www.szkoлакlasa.org.pl/zdrowie-psychiczne-uczniow-i-uczennic-oczami-nauczycieli-i-nauczycielek-raport-z-badania/> (dostęp: 5.04.2022).

Gontarek L. (2019), *W tym łódzkim pubie wypijesz piwo podane przez wyjątkowych pracowników*, Portal wyborcza.pl, <https://lodz.wyborcza.pl/lodz/7,154682,25513806,od-milosci-do-piwa-do-pomocy-niepelnosprawnym-w-pubie-spoldzielczym.html> (dostęp: 15.03.2023).

Jigsaw, *What does One Good Adult mean?*, <https://jigsaw.ie/what-does-one-good-adult-mean/> (dostęp: 24.04.2023).

Komenda Główna Policji (2022), *Zamachy samobójcze*, <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze> (dostęp: 12.03.2023).

Lidl, *One Good Adult*, <https://www.abettertomorrow-lidl.ie/one-good-adult> (dostęp: 24.04.2023).

Ministerstwo Zdrowia, *Informacja o aktualnym stanie prac nad reformą w systemie ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży*, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/informacja-o-aktualnym-stanie-prac-nad-reforma-w-systemie-ochrony-zdrowia-psychicznego-dzieci-i-mlodziezy> (dostęp: 20.03.2023).

Naczelna Rada Lekarska (2020), *Zestawienie liczbowe lekarzy i lekarzy dentystów wg dziedziny i stopnia specjalizacji*, <https://nil.org.pl/rejestry/centralny-rejestr-lekarzy/informacje-statystyczne> (dostęp: 24.05.2020).

Naczelna Rada Lekarska (2023), *Zestawienie liczbowe lekarzy i lekarzy dentystów wg dziedziny i stopnia specjalizacji*, <https://nil.org.pl/rejestry/centralny-rejestr-lekarzy/informacje-statystyczne> (dostęp: 12.03.2023).

Najwyższa Izba Kontroli (2017), *Przeciwdziałanie zaburzeniom psychicznym u dzieci i młodzieży. Informacja o wynikach kontroli*, <https://www.nik.gov.pl/kontrole/P/16/026/> (dostęp: 16.10.2022).

Namowa lub pomoc do samobójstwa (art. 151), Komenda Główna Policji, <https://statystyka.policja.pl/st/kodeks-karny/przestepstwa-przeciwko/63420,Namowa-lub-pomoc-do-samobojstwa-art-151.html> (dostęp: 6.09.2020).

NHSGGC, *One Good Adult*, <https://www.nhsggc.scot/downloads/11-one-good-adult-powerpoint/>, (dostęp: 24.04.2023).

Pakulski C. (2021), *Od stycznia do września samobójstwo próbowało popełnić 1000 nastolatków. Nie miał kto ich powstrzymać*, OKO.press, https://oko.press/od-stycznia-do-wrzesnia-samobojstwo-probowalo-popelnic-1000-nastolatkow-nie-mial-kto-ich-powstrzymac?fbclid=IwAR33hi0p_gJB2omiDNQFQPR3bGvcXDWaoT0CWSDHVjYMpt4xeBa1cMmcfYI (dostęp: 10.09.2022).

Parlamentarny Zespół ds. ustawowego uregulowania zawodu psychoterapeuty, sejm.gov.pl, <https://sejm.gov.pl/sejm9.nsf/agent.xsp?symbol=POSIEDZENIAZESP&Zesp=866> (dostęp: 3.05.2023).

Paterson T. (2013), *In Germany's Twelve Tribes sect, cameras catch 'cold and systematic' child-beating*, <https://www.independent.co.uk/news/world/europe/germany-s-twelve-tribes-sect-cameras-catch-cold-and-systematic-child-beating-8807438.html> (dostęp: 04.07.2022).

PTZS (2020), Stanowisko PTZS w sprawie rejestru prób samobójczych obywateli RP, <https://ptzs.pl/aktualnosci/stanowisko-ptzs-w-sprawie-rejestru-prob-samobojczych-obywateli-rp/> (dostęp: 11.03.2021).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. 2022 poz. 2184), <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20220002184> (dostęp: 20.03.2023).

Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 sierpnia 2019 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. 2019 poz. 1640), <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190001640> (dostęp: 02.04.2023).

Rynek Zdrowia (2022), *Coraz więcej samobójstw. „W Polsce jest ich więcej niż ofiar wypadków drogowych”*, <https://www.rynekzdrowia.pl/Psychiatria/Coraz-wiecej-samobojstw-W-Polsce-jest-ich-wiecej-niz-ofiar-wypadkow-drogowych,236700,16.html> (dostęp: 03.02.2023).

Słownik Języka Polskiego, *Destrukcja*, <https://sjp.pwn.pl/sjp/destrukcja;2554857.html> (dostęp: 14.03.2022).

Słownik Języka Polskiego, *Kryzys*, <https://sjp.pwn.pl/sjp/kryzys;2565070.html> (dostęp: 3.07.2022).

Słownik Języka Polskiego, *Samobójstwo*, <https://sjp.pwn.pl/poradnia/haslo/samobojstwo;375.html> (dostęp: 14.03.2022).

Sobczak K. (2023), *Rzecznik PiS zachęca do poparcia projektu przeciwko seksualizacji dzieci*, portal prawo.pl, <https://www.prawo.pl/oswiata/projekt-ustawy-przeciw-seksualizacji-dzieci,520899.html> (dostęp: 20.05.2023).

Stawicka I. (2022), *Rząd jednak nie utrudni rozwodów. Godzenia małżonków na siłę nie będzie*, Gazeta Prawna,

<https://serwisy.gazetaprawna.pl/orzeczenia/artykuly/8411781,rozwoj-w-polsce-nie-bedzie-godzenia-malzonkow-na-sile.html> (dostęp: 05.04.2023).

Szkola dla Rodziców i Wychowawców, Ośrodek Rozwoju Edukacji, <https://www.ore.edu.pl/2010/04/szkola-dla-rodzicow/> (dostęp: 29.05.2023).

Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz.U. 1997 Nr 88 poz. 553), <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu19970880553> (dostęp: 10.03.2023).

Ustawa z dnia 12 maja 2022 r. o zmianie ustawy o systemie oświaty oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2022 poz. 1116), <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20220001116> (dostęp: 10.03.2023).

Walewski P. (2018), *Psychiatria dziecięca na zakręcie? Już za nim. Właśnie runęła w przepaść*, Tygodnik Polityka, <https://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/spoleczenstwo/1775494,1,psychiatria-dziecieca-na-zakrecie-juz-za-nim-wlasnie-runela-w-przepasc.read> (dostęp: 28.04.2023).

Wantuch D. (2022), *Jedyny oddział psychiatrii dzieci i młodzieży na Podkarpaciu nie przyjmuje pacjentów. Nie ma miejsc, brakuje lekarzy*, Wysokie Obcasy, <https://www.wysokieobcasy.pl/wysokie-obcasy/7,173910,28059541,jedyny-oddzial-psychiatrii-dzieci-i-mlodziezy-na-podkarpaciu.html?disableRedirects=true> (dostęp: 28.04.2023),

WHO (2003), *Creating an environment for emotional and social well-being: an important responsibility of a health promoting and child-friendly school*, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42819> (dostęp: 27.03.2023).

Wielkopolskie. Śmiertelny wypadek na drodze. Kierowca transmitował go w sieci, PolsatNews, <https://www.polsatnews.pl/wiadomosc/2022-10-21/wielkopolskie-smiertelny-wypadek-na-drodze-kierowca-transmitowal-go-w-sieci/> (dostęp: 10.02.2023).

Życie Warto Jest Rozmowy, <https://zwjr.pl/mity-na-temat-samobojstw> (dostęp: 4.04.2023).

<https://muzeum-ak.pl/zbiory/odznaczenia/medale-okolicznosciowe/medal-sprawiedliwy-wsrod-narodow-swiata/> (dostęp: 31.03.2023).

<https://www.gov.pl/web/edukacja-i-nauka/pomoc-psychologiczno-pedagogiczna2> (dostęp: 12.06.2022).

Wykaz rysunków, tabel i wykresów

Wykaz rysunków

Rysunek 1. Metafora trzech filarów funkcjonowania młodej jednostki	26
Rysunek 2. Zakres znaczeniowy agresji, przemocy i <i>bullyingu</i>	42
Rysunek 3. Samobójstwa z więcej niż jedną ofiarą – podział definicji	66
Rysunek 4. Model procesu decyzyjnego dotyczącego samobójstwa	71
Rysunek 5. Podział czynników ryzyka na statyczne i dynamiczne	76
Rysunek 6. Grupy czynników ryzyka zagrożenia samobójstwem	78
Rysunek 7. Grupy czynników ryzyka u dzieci i młodzieży	79
Rysunek 8. Dwa sposoby ujęcia wsparcia społecznego	104
Rysunek 9. Podstawowe układy ludzkiego życia zawierające relacje wspierające	110
Rysunek 10. Trzy poziomy referencyjności i ich zakładana dostępność	118
Rysunek 11. Obszary tematyczne w wywiadach	140
Rysunek 12. Fragment drzewa kodowego	146
Rysunek 13. Schemat prostej roli wsparcia społecznego w sytuacji kryzysowej	292
Rysunek 14. Schemat złożony roli wsparcia społecznego w sytuacji kryzysowej	293

Wykaz tabel

Tabela 1. Cztery statusy tożsamości wg Jamesa Marcii (1966)	23
Tabela 2. Zróżnicowanie w dostępie do pomocy pedagoga i psychologa w podziale na typ i rodzaj szkoły	52
Tabela 3. Standaryzacja zatrudniania nauczycieli specjalistów – liczba etatów w etapie I i II	53
Tabela 4. Podstawowa nomenklatura „dawniej i dziś”	67
Tabela 5. Model procesu oceny ryzyka samobójstwa u nastolatków	84
Tabela 6. Liczba samobójstw według Komendy Głównej Policji i GUS	88
Tabela 7. Zachowania samobójcze dzieci i młodzieży w Polsce w latach 2013–2022	90
Tabela 8. Modele wpływu wsparcia społecznego na zdrowie psychiczne	109

Wykaz wykresów

Wykres 1. Miejsce popełnienia samobójstwa zakończonych zgonem – dane z roku 2022	89
--	----