

Samouszkodzenia – zrozumieć, żeby mądrze pomagać

Samouszkodzenia to zamierzone, przeprowadzone z własnej woli i stanowiące niewielkie zagrożenie życia uszkodzenia własnego ciała, które nie jest akceptowane społecznie. Dokonywane jest w celu zmniejszenia dyskomfortu psychicznego i/lub zakomunikowania o nim (Walsh, 2014). Zadawany sobie ból fizyczny, przekierowując uwagę z cierpienia psychicznego na cielesne, odgrywa w ten sposób często adaptacyjną rolę. Samouszkodzenia należą do szerokiego spektrum zachowań autoagresywnych. Mają tendencję do współwystępowania z problemami z tej kategorii, takimi jak: autoagresja werbalna (dewaluowanie własnej wartości, niesprawiedliwa i bolesna krytyka siebie i swojego zachowania), zaniedbywanie siebie i swoich potrzeb, uzależnienia, szkodliwe nawyki żywieniowe, zachowania ryzykowne, wyuczona bezradność (niepodejmowanie prób konstruktywnego radzenia sobie), autoagresja pośrednia (prowokowanie agresji innych i poddawanie się jej). Zakłada się, że tego typu zachowania najczęściej występują u nastolatków i młodych osób dorosłych (mniej więcej do ok. 35. r. ż.). Wiek inicjacji przypada zazwyczaj na okres między 12. a 14. rokiem życia. Częściej samouszkodzenia pojawiają się u dziewcząt i kobiet. Niestety niełatwo jest określić dokładną skalę tego problemu. Dzieje się tak przynajmniej z dwóch powodów. Po pierwsze, wiele młodych osób ukrywa fakt samookaleczania przed dorosłymi. Oprócz tego większość samouszkodzeń nie wymaga interwencji medycznej i nie jest w żaden sposób odnotowywana w statystykach opieki zdrowotnej. Zatem częstotliwość samouszkodzeń możemy jedynie szacować. Na podstawie anonimowych badań kwestionariuszowych, prowadzonych wśród młodzieży, określa się, że pojawiają się one u ok. 11-39% uczniów (Wycisk 2006). Jeśli optymistycznie przyjmiemy dolną granicę tego przedziału, oznaczać to będzie, że w przeciętnej klasie trzy osoby przynajmniej raz w życiu okaleczyły się. Wielu praktyków jest skłonna zgodzić się z przekonaniem, że samouszkodzenia pojawiają się w szkołach coraz częściej. Jest to związane z następującymi zmianami w naszym świecie.

Powody wzrostu częstotliwości samouszkodzeń wśród młodzieży		
Wpływ środowiska	Wpływ mediów	Wpływ grupy rówieśniczej
<p>Wysoce stresogenne środowisko szkolne – wielozadaniowość, nacisk na sukces edukacyjny i rywalizację, przemoc rówieśnicza</p> <p>Pozostawianie dzieci przez rodziców samym sobie przez większą część dnia</p> <p>Wzrastający wskaźnik rozwodów</p> <p>Brak konstruktywnego modelu regulacji emocji i samouspokajania w środowisku rodzinnym i szkolnym</p> <p>Zanik poczucia wspólnoty i wsparcia społecznego</p> <p>Propagowanie środków zmieniających świadomość jako metody radzenia sobie z emocjami i stresem</p> <p>Dominujące wzorce kulturowe, które kładą nacisk na atrakcyjność fizyczną</p>	<p>Przedstawianie samouszkodzeń jako normalnej reakcji na stres w różnych programach, filmach, serialach</p> <p>Gloryfikowanie zachowań autoagresywnych obdarzanie osób, które je przejawiają uwagą</p> <p>Prezentowanie zwierzeń o dokonywaniu samouszkodzeń przez znane osoby</p> <p>Materiały instruktażowe w internecie</p>	<p>Akceptowanie i wzajemne zachęcanie do eksperymentowania z substancjami psychoaktywnymi, zachowaniami ryzykownymi i autoagresywnymi</p> <p>Umacnianie spójności grupy poprzez tajemnice i angażowanie się w zachowania nieakceptowane przez dorosłych</p> <p>Oczekiwanie natychmiastowych efektów</p>

To nie zachowania samobójcze

Często samouszkodzenia traktowane są jako jedna z form zachowań samobójczych. Zupełnie niesłusznie. Istnieje kilka podstawowych różnic pomiędzy tymi zjawiskami.

Najważniejsze różnice między zachowaniami samobójczymi a samouszkodzeniami		
Różnicujący wymiar	Samouszkodzenia	Zachowania samobójcze
Cel	Obniżenie dyskomfortu psychicznego, stan ulgi, spokoju	Trwale wyłączenie świadomości, odcięcie się od bólu psychicznego
Powaga zagrożenia dla życia i obrażenia fizyczne	Niewielkie	Poważne
Chroniczność	Często powtarzający się wzorce zachowań	Rzadko
Używanie różnych metod	Zwykle więcej niż jedna metoda	Zwykle jedna metoda
Nasilenie cierpienia psychicznego	Cierpienie przynosi dyskomfort, ale pojawia się i znika	Cierpienie nie ustępuje, jest trudne do zniesienia
Zawężenie poznawcze	Brak lub niewielkie, tendencje do poszukiwania tymczasowego rozwiązania	Poważne, samobójstwo jest postrzegane jako jedyna alternatywa, poszukiwanie ostatecznego rozwiązania
Poczucie bezsilności i braku nadziei	Pojawia się okresowy optymizm i poczucie kontroli	Dominują nad innymi stanami
Zmniejszenie dyskomfortu psychicznego	Szybka poprawa i powrót do przeciętnego poziomu emocji	Brak natychmiastowej poprawy, do jej uzyskania potrzebne jest leczenie
Ograniczenie dostępu do środków	Niewykonalne i niewskazane, często przynosi nasilenie zachowania	Wskazane, często ratuje życie

Zródło: Tabela na podstawie: Walsh B. W. Terapia samouszkodzeń. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014.

Związek pomiędzy samouszkodzeniami a zachowaniami samobójczymi pozostaje w pewnym stopniu niejednoznaczny. Po pierwsze, samouszkodzenia uznawane są za długoterminowy (i pierwszorzędowy) czynnik ryzyka dla zachowań samobójczych. Po drugie, dopóki skutecznie regulują emocje, mogą być jednocześnie zachowaniem chroniącym przed podjęciem próby samobójczej. Wiążą się z tym dwa podstawowe wskazania praktyczne:

1. Jeśli mamy wsparciowy lub terapeutyczny kontakt z nastolatkiem, u którego obecne są samouszkodzenia, na początku pracy – dla jego i własnego bezpieczeństwa – warto, sprawdzić obecność myśli, planów i działań samobójczych oraz ocenić potencjalne ryzyko suicydalne.
2. W trakcie pracy warto, ponawiać ocenę ryzyka zwłaszcza wtedy, kiedy pojawią się następujące zmiany w samouszkodzeniach:
 - Zbyt silne, niezamierzone uszkodzenie ciała
Czy zdarzyło ci się okaleczyć mocniej niż zamierzałeś? Czy często zdarzają ci się takie sytuacje w ostatnim czasie?
 - Eskalacja samouszkodzeń
Czy obecnie kaleczysz się tak samo czy inaczej jak na początku? Słabiej czy mocniej?
 - Samouszkodzenia dokonywane pod wpływem alkoholu, środków zmieniających świadomość
Czy okaleczałeś się, kiedy byłeś pod wpływem alkoholu, narkotyków, „dopalaczy”?
 - Spadek skuteczności samouszkodzeń
Czy samouszkodzenia przynoszą oczekiwane przez ciebie rezultaty? Czy dają te samo efekty, co na początku?
 - Konieczność korzystania z pomocy medycznej
Czy po jakimś okaleczeniu potrzebna ci była pomoc lekarza, pielęgniarki? Trzeba było założyć ci szwy? Ile było takich sytuacji? Jak często zdarzają się takie sytuacje?

Najbardziej rozpowszechniony rodzaj to samouszkodzenia umiarkowane impulsywne. Polegają one na stosunkowo płytkim nacinaniu skóry ostrymi narzędziami (żyłetką, nożem,

kawałkiem szkła, ostrzem temperówki), przypalaniu, zadawaniu sobie ciosów, drapaniu, gryzieniu, nakłuwaniu, zazwyczaj pod wpływem trudnego do pohamowania impulsu, związanego z silnym napięciem. Zranieniu ulegają ramiona, przedramiona, uda, rzadziej brzuch i piersi. Kiedy samouszkodzenia są wyrazem okresowo przeżywanymi trudnościami lub odpowiedzią na przejściowy kryzys, mówimy o samookaleczeniach epizodycznych. Gdy samookaleczenia utrwalają się jako najczęstszy (lub wręcz jedyny) sposób radzenia sobie z przeżywanymi napięciami i występują wielokrotnie, nazywamy je chronicznymi. Zakłada się, że utrzymywanie się tendencji do samouszkodzenia wiąże się z biochemicznymi mechanizmami wydzielania endorfin (naturalnych, wewnętrznych środków przeciwbólowych, potocznie nazywanych „hormonami szczęścia”). W chwili zranienia endorfiny znieczulają ból, redukują dyskomfort, poprawiają samopoczucie, a u niektórych wywołują wręcz stan euforii. Są to jednak substancje opioidowe (podobnie jak morfina), od których można się uzależnić. Oznacza to, że ciężar pracy z osobą z samouszkodzeniami chronicznymi może być podobny jak z osobami uzależnionymi od substancji psychoaktywnych. Nie wystarczy pouczyć, powiedzieć o konsekwencjach, postraszyć lub zakazać. Taka terapia wymagać będzie często specjalistycznej pomocy i trwać może bardzo długo.

Dlaczego?

Podobnie jak w wielu innych problemach emocjonalnych, niełatwo jest wskazać przyczyny, które sprawiają, że u tej konkretnej młodej osoby pojawią się samouszkodzenia. Etiologię samouszkodzeń można tłumaczyć w odniesieniu do pięciu wzajemnie powiązanych grup czynników ryzyka: środowiskowego, biologicznego, poznawczego, afektywnego i behawioralnego.

Biopsychospołeczne czynniki ryzyka pojawienia się samouszkodzeń	
Wymiar środowiskowy	<ul style="list-style-type: none"> • Zdarzenia z przeszłości rodziny, m.in. przemoc, nadużywanie substancji psychoaktywnych, samouszkodzenia i zachowania samobójcze wśród bliskich • Zdarzenia z przeszłości dziecka, m.in. zaniedbanie, problemy z więzią, utrata ważnej osoby, doświadczenia traumatyczne (przemoc fizyczna i seksualna) • Unieważniające środowisko rodzinne – emocjonalne doświadczenia dziecka są ignorowane, negowane, wyśmiewane lub potępiane; to sprawia, że ono samo zaczyna również kwestionować zasadność, a nawet istnienie swoich wewnętrznych stanów afektywnych, • Obecne problemy, np. strata, konflikt w relacji, niepowodzenie, nadużycie, kontakt z rówieśnikami dokonującymi samouszkodzeń
Wymiar biologiczny	<ul style="list-style-type: none"> • Zaburzenia psychiczne (najczęściej depresja, zaburzenia lękowe, zaburzenia odżywiania, zaburzenia osobowości) • Hipotezy dotyczące niewłaściwej regulacji poziomu serotoniny, dysfunkcji endogennego systemu opioidowego, zmniejszonej wrażliwości na ból
Wymiar poznawczy	<ul style="list-style-type: none"> • Niska samoocena • Niewielkie poczucie sprawstwa • Samooskarżanie • Tendencja do zniekształceń poznawczych w myśleniu • Myśli, obrazy i wspomnienia związane z traumą
Wymiar afektywny	<ul style="list-style-type: none"> • Podatność na częste występowanie silnych i długotrwałych emocji • Częste odczuwanie złości, lęku, napięcia, wstydu, osamotnienia
Wymiar behawioralny	<ul style="list-style-type: none"> • Niewielkie umiejętności psychospołeczne • Najczęstsze bodźce spustowe, m.in. kłótnie, izolacja, zażycie substancji psychoaktywnej

Źródło: Tabela na podstawie: Walsh B. W. Terapia samouszkodzeń. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014.

Nie ma prostego związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy danym czynnikiem ryzyka, a wystąpieniem samouszkodzenia. To, czy dane dziecko wybierze samouszkodzenie się jako sposób radzenia sobie z trudnościami, zależy będzie od kombinacji różnych czynników ryzyka i obecnych czynników protekcyjnych.

Ale po co?

Wielu dorosłych ma lekceważący stosunek do samouszkodzeń i zakłada, że w ten sposób nastolatki próbują zwrócić uwagę, manipulować innymi, coś wymusić. Niektórzy uznają tego typu zachowania za wyraz głupoty, braku umiejętności przewidywania konsekwencji, błahostkę lub modę, która za chwilę przeminie. Taki sposób myślenia ma swoje poważne konsekwencje. Dorośli, którym będzie towarzyszyć przekonanie, że w samouszkodzeniach jest jakakolwiek zła wola dziecka, spróbują poradzić sobie z nimi restrykcjami. Ci, którzy uznają, że problem rozwiąże się sam, zignorują te zachowania. Kiedy ktoś atakuje siebie i swoje ciało, warto zawsze potraktować to poważnie i sprawdzić, co się z tym wiąże. Naszym obowiązkiem jest uważnie przyjrzeć się psychologicznym korzyściom samouszkodzeń, zamiast wyciągać pochopne wnioski i patrzeć na nie przez pryzmat krzywdzących stereotypów.

Funkcje samouszkodzeń	
Funkcje związane z radzeniem sobie i przetrwaniem (np. regulacja napięcia emocjonalnego)	<ul style="list-style-type: none">• Przestać czuć to, co jest trudne (ból psychiczny), uwolnić się od trudnych do zniesienia emocji, takich jak złość, gniew na siebie i innych• Rozładować napięcie i/lub lęk• Poczuć ulgę, odprężyć się• Uwolnić się od pustki, odrętwienia• Poczuć cokolwiek, choćby ból• Dostarczyć sobie silnych bodźców
Funkcje związane z ja (np. uzyskanie poczucia kontroli i autonomii)	<ul style="list-style-type: none">• Zogniskować ból, żeby lepiej go kontrolować• Zapanować nad własnym ciałem i bólem• Znaleźć poczucie kontroli i/lub autonomii w swoim życiu• Mieć wpływ na siebie
Funkcje związane z relacjami z innymi ludźmi (np. komunikowanie, wywieranie wpływu)	<ul style="list-style-type: none">• Zasygnalizować swojego cierpienie otoczeniu• Zwrócić na siebie uwagę innych ludzi, zakomunikować im coś• Wywrzeć wpływ, sprawić, aby inni zachowali się w określony sposób
Funkcje rozwojowe, regulacja procesu formowania się tożsamości	<ul style="list-style-type: none">• Pokazać swoją indywidualność• Zadeklarować swoją przynależność do konkretnej grupy, subkultury
Funkcje związane z samokaraniem i pozostawaniem w roli ofiary	<ul style="list-style-type: none">• Ukarać siebie za coś• Znaleźć „dobry” powód/uzasadnienie do zaopiekowania się sobą• Szukać sposobu oczyszczenia siebie, swojego ciała
Funkcje odnoszące się do wcześniejszych traumatycznych doświadczeń (np. ekspresja cierpienia wynikającego z urazu)	<ul style="list-style-type: none">• Odtworzyć traumatyczne doświadczenia• Uwolnić się od trudnych wspomnień, doświadczeń• Zasygnalizować swojego cierpienie otoczeniu• Ukarać innych, np. swojego prześladowcę

Źródło: Tabela na podstawie: Babiker G., Arnold L. Autoagresja. Mowa zranionego ciała. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003.

Najważniejszą i pierwotną funkcją samouszkodzeń jest regulacja napięcia emocjonalnego. Osoby z samouszkodzeniami mają trudności w radzeniu sobie z własnym afektem – sytuacje stosunkowo mało znaczące i powodujące niewysokie pobudzenie, szybko zmieniają się w ich doświadczeniu w intensywne stany, których nie mogą one znieść. Akt autoagresji przynosi niemal natychmiastową ulgę i uspokojenie, przez co staje się bardzo atrakcyjny. Jednak na dłuższą metę nie tylko nie rozwiązuje on problemów, ale również może je pogłębiać.

Jak rozpoznawać?

Osoby okaleczające się będą miały częściej niż inne niskie poczucie własnej wartości, poczucie bycia nieskutecznymi w swoich działaniach. Ich kompetencje radzenia sobie (zwłaszcza w zakresie samoregulacji emocji, radzenia sobie ze stresem, komunikacji oraz

kontroli impulsów) będą często niewielkie. W relacji z otoczeniem mogą czuć się opuszczone, nierozumiane, skrzywdzone, niewidziane. Może im się wydawać, że nie mogą liczyć na zainteresowanie i pomoc innych. Dla niektórych ich własne ciało jest narzędziem, nie w pełni akceptowaną, niewartą troski, odpychającą częścią siebie.

Behawioralne sygnały ostrzegawcze samouszkodzeń	
Bardziej specyficzne	Mniej specyficzne
Blizny, zadrapania, skaleczenia, siniaki o niewiadomym pochodzeniu	Skrajne, impulsywne, silne reakcje (lęku, gniewu, rozpacz) emocjonalne na trudne sytuacje
Ślady krwi na ubraniu	Sięganie po alkohol, narkotyki
Liczne i częste opatrunki	Zachowania ryzykowne (skakanie z wysokości, przebieganie przez ulicę, prowokowanie w sferze seksualnej)
Noszenie ubrań z długimi rękawami, nogawkami, które mogą ukryć rany, nieadekwatnie do pogody	Nagłe zmiany w kontaktach z rówieśnikami, zainteresowaniach
Unikanie aktywności, podczas których mogą zostać odsłonięte rany, blizny (przebieranie się, zajęcia na basenie itp.)	Stany depresyjne (przedłużający się smutek, przygnębienie, wycofanie, izolacja)
Noszenie przy sobie ostrych narzędzi (żyłетки, nożyki, agrałki, pinezki)	Niska samoocena i niechęć wobec siebie
Spędzanie długiego czasu w toalecie, w odosobnionych miejscach	Brak sieci wsparcia
Zdjęcia, filmiki, opisy dotyczące samouszkodzeń przesyłane w wiadomościach, zamieszczane na komunikatorach społecznościowych, blogach itp.	Prace o tematyce fizycznego zranienia, bólu, krwi, smutku

Źródło: Tabela na podstawie: Wycisk J., Ziółkowska B. Młodzież przeciwko sobie. Zaburzenia odżywiania i samouszkodzenia – jak pomóc nastolatkom w szkole. Wydawnictwo Difin, Warszawa 2010.

Za każdym razem, kiedy zauważymy w zachowaniu ucznia coś, co można uznać za sygnał ostrzegawczy, należy poprosić go o rozmowę, podczas której językiem faktów nazwiemy szczerze i wprost swoje obserwację, wyrazimy troskę, chęć pomocy oraz poprosimy o dodatkowe informacje.

Od twojej koleżanki wiem, że wczoraj zamieściłaś na swoim FB wpis o kaleczeniu siebie razem ze zdjęciem rany. Zaniepokoiło to ją i mnie, ponieważ myślę sobie, że możesz mieć jakieś kłopoty albo przeżywasz trudne chwile. Poprosiłam o tę rozmowę, bo zależy mi na tobie i w razie potrzeby bardzo chcę ci pomóc. Porozmawiaj, proszę, o tym, co się u ciebie dzieje.

Przed pierwszym spotkaniem możemy odczuwać obawę, niepokój, ciężar odpowiedzialności, a nawet bezradność. Oznacza to, że dostrzegamy powagę sytuacji. Najważniejsze, aby w kontakcie być sobą: „właściwe słowa” nie są tak ważne, jak zainteresowanie, komunikowane przez twój głos i sposób mówienia. To, co możemy zrobić, to pozwolić dziecku opowiedzieć o trudnościach, których doświadcza, pomóc mu nazwać jego emocje, pozwolić zobaczyć mechanizmy jego problemów i obszar wpływu na nie. Pamiętajmy, że problemy o charakterze autoagresywnym często idą w parze, np. z atakami na siebie, byciem dla siebie niedobrym i prowokowaniem agresji otoczenia. Uczeń może zatem być nieprzyjemny, nie chce mówić, odrzucać pomoc. Jeśli tak się zdarzy, komunikuj mu wprost swoje zainteresowanie, życzliwość, troskę.

Teraz możesz nie chcieć ze mną rozmawiać. Jeśli chcesz, możemy porozmawiać, kiedy będziesz w lepszym nastroju. Poczekał, bo martwię się o ciebie i zależy mi na tym, żeby ci pomóc. Zależy mi, abys jak najszybciej poczuł się lepiej.

Ustalenie kontaktu z rodzicami/ opiekunami

Zawsze wtedy, kiedy dziecko doświadcza problemów, potrzebujemy przekazać informacje o jego trudnościach jego rodzicom i nawiązać z nimi współpracę. W tej interwencji zadbajmy o to, aby dać dziecku poczucie wpływu i możliwość decyzji. Otwarcie rozmawiamy z dzieckiem, jakie informacje i komu będą przekazywane. Wyjaśnijmy powody konsultacji z rodzicami. Na spotkanie zaprosimy rodzica, którego wskaże uczeń. Jest to szczególnie istotne w przypadku rodzin skonfliktowanych, w których relacja z jednym z opiekunów może być lepsza.

Informacje o twoich problemach muszę przekazać twoim rodzicom, abyśmy mogli razem, jak najszybciej ci pomóc. Powiedz mi, z kim mogę o tym porozmawiać: z twoją mamą czy tatą? Z którym z rodziców lepiej się dogadujesz? Zastanówmy się wspólnie, co im powiemy. Czy sam chcesz to zrobić? A może wolisz, abym zrobiła to ja w twoim imieniu? Czy chcesz uczestniczyć w tej rozmowie?

Ważne, abyśmy w trakcie rozmowy z rodzicami starali się nie obwiniać ich, nie oceniać. Dajmy im poczucie, że głównym celem jest zatroszczenie się o dziecko i zrozumienie jego sytuacji, a nie szukanie winnych. Przedstawmy problem. Opiszmy niepokojące zachowania, pokazując rodzicom, że są one sygnałami trudnej sytuacji dziecka, które nie radzi sobie z emocjami i napięciem oraz potrzebuje pomocy. Wyjaśnijmy, na czym polega jego mechanizm. Przekażmy rodzicom niezbędną wiedzę, dzięki której będzie im łatwiej zrozumieć przyczyny zachowania dziecka oraz dostrzec konsekwencje zbagatelizowania problemu. Pamiętajmy, aby wszelkie ustalenia były dokładnie spisywane i dołączane do tworzonej przez nas dokumentacji.

Potwierdzamy, że zostaliśmy powiadomieni o problemach, jakich doświadcza nasze dziecko (imię i nazwisko dziecka) oraz konieczności podjęcia następujących działań:.....
Zostały nam przekazane numery telefonów i adresy miejsc, gdzie możemy uzyskać pomoc (dokładne adresy i numery telefonów):
Izba przyjęć szpitala psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży (z oddziałem dla dzieci i młodzieży)
Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży
Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna
Ośrodek Interwencji Kryzysowej
Inne
Wspólnie ustalamy, że działania zostaną zrealizowane do (konkretna data):
Data i miejscowość.....
Podpis rodziców.....
Podpis osoby pomagającej

Kiedy zdarzy się, że rodzice zbagatelizują lub całkowicie odrzucają przedstawiony przez nas problem, warto, abyśmy nadali właściwe znaczenie ich zachowaniom. Brak pomocy dziecku, brak przyjęcia do wiadomości informacji o jego problemach jest formą zaniedbania. Zaniedbanie jest formą przemocy. Podejrzenie przemocy w rodzinie daje nam możliwość do sądu rodzinnego z wnioskiem o wgląd w sytuację rodzinną. Dodatkowo zapisy „Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19.08.1994” (Dz.U. 1994 nr 111, poz.535) pozwalają na konsultację psychiatryczną bez zgody opiekuna prawnego ucznia (oraz samego ucznia, gdy jest on pełnoletni), którego zachowanie wskazuje na to, że może zagrażać bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób. Oznacza to możliwość wezwania karetki w celu zapewnienia uczniowi w trybie nagłym konsultacji psychiatrycznej bez zgody jego rodziców. Za każdym razem jest to skrajnie trudne i ostateczne rozwiązanie. Trzeba mówić rodziców o możliwości takich interwencji i pokazywać je jako konsekwencje braku współpracy ze szkołą i pomocy dziecku.

Powiedziałam państwu o problemach, jakie zauważyliśmy u państwa dziecka. Zaproponowałam , co możemy zrobić, aby pomóc mu w trudnościach. Spotkanie z lekarzem jest jednym z niezbędnych elementów pomocy. Kiedy boli ząb, naturalnym jest, że idziemy do dentysty, kiedy mamy problemy z

sercem, idziemy do kardiologa. Lekarz psychiatra jest specjalistą od takich problemów, jakich doświadcza państwo dziecko. Brak zgody na konsultacje psychiatryczną oznacza, że jako rodzice nie pozwalają państwu pomóc swojemu dziecku tak, jak jest to tylko możliwe. Nie pozwalają państwu, aby wasze dziecko jak najszybciej poczuło się lepiej. Brak państwa zgody oznacza brak pomocy. Brak zgody na udzielenie dziecku pomocy jest zaniedbaniem, a zaniedbanie jest traktowane przez prawo jak forma przemocy. Jeśli nie zgodzą się państwo zapewnić swojemu dziecku kontaktu z lekarzem, szkoła będzie zmuszona wystąpić do sądu rodzinnego z wnioskiem o wgląd w sytuację rodzinną. W ten sposób nie chcę państwa straszyć, a jedynie pokazać, że problemy państwa dziecka są wg mnie na tyle poważne, że będę robić wszystko, aby mu pomóc.

Kroki terapeutyczne

Wsparcie dziecka, u którego obecne są samouszkodzenia, to przede wszystkim bycie w relacji. Optymalnie jeśli mamy możliwość zaproponowania regularnych spotkań i dłuższego kontaktu. Aby ta relacja była terapeutyzująca, musimy szczególną uwagę zwrócić na swoje własne emocje. Na samouszkodzenia ludzie zwykle reagują bardzo intensywnie. Czasami jest to silne zatroskanie i wylewna chęć natychmiastowej pomocy. Albo lęki, obawy, przytłoczenie i udręczenie. Innym razem złość lub nawet otwarta wrogość, potępienie i wyszydzenie. Terapeutyczny jest stonowany, zrównoważony styl bycia. Zawiera się w nim pełne szacunku zainteresowanie i pozbawiona oceny chęć współodczuwania. Co to oznacza? Rozmowa wprost, żywa ciekawość, przyjmowanie wszystkich emocji i doświadczeń ucznia bez potrzeby ich komentowania, docenianie dziecka i jego wysiłku (nawet jeśli nie ma spektakularnej poprawy), oddzielanie zachowania od osoby (czyli „jesteś dobry nawet wtedy, kiedy popełniasz błędy”), terapeutyczne wykorzystanie milczenia zamiast postawy zadaniowej, akceptacja indywidualnego tempa zmiany, systematyczne przypominanie (sobie również) celu spotkań.

Zanim rozpoczniemy wspieranie dziecka z samouszkodzeniami:

- Zdobądźmy wiedzę o samouszkodzeniach, która pomoże nam zrozumieć mechanizmy oraz funkcje tych zachowań. Szanujmy samouszkodzenia i pamiętajmy, że są czynnikiem ochronnym przez zachowaniami samobójczymi,
- Uświadommy sobie własne niepokojące emocje, reakcje na samouszkodzenie, zapytajmy siebie: Czy mamy doświadczenie w pracy z osobami okaleczającymi się? Jak oceniamy swoje umiejętności i kompetencje? Co myślimy o osobach kaleczących swoje ciało? Jakie ma dla nas znaczenie, że podczas pracy terapeutycznej z nami, uczeń nie przestanie kaleczyć się? Czy odbierzemy to jako formę manipulacji, złośliwości, uporu? Czy będziemy oceniać to w kategoriach osobistej porażki? Co w takiej sytuacji pomyślimy o swoich kompetencjach w pomaganiu? W odpowiedzi na wszystkie te pytania bądźmy szczerzy wobec samych siebie.

A co jest celem pracy terapeutycznej z uczniami, którzy się kaleczą? Nie jest nim powstrzymanie samouszkodzeń za wszelką cenę. Nie jest nim tłumaczenie, że to niewłaściwe zachowanie, które pociąga za sobą szereg negatywnych konsekwencji („Jeśli nie przestaniesz kaleczyć swego ciała, zobaczysz, blizny zostaną Ci do końca życia.”). Nie jest nim proszenie, aby dziecko powstrzymało się od takich działań („Proszę, skończ z tym natychmiast!”). Nie jest nim zabranianie dziecku samookaleczania, stawianie ultimatum i karania za nie („To, co robisz, jest obrzydliwe, złe, wstrętne, niemoralne. Powinieneś wiedzieć, że nie wolno tego robić. Jeśli nie przestaniesz się kaleczyć, to...”). Takie interwencje błędnie zakładają, że dziecko jest w stanie kontrolować swoje zachowanie i potrzebuje jedynie motywacji zewnętrznej – „kija” albo marchewki – aby tego zaprzestać. Co więcej, zazwyczaj nie przynoszą one pożądanego skutku, a długofalowo mogą wręcz szkodzić, ponieważ dziecko czuje się nierozumiane i odrzucone. Dodatkowo bez samouszkodzeń staje się całkowicie bezradne wobec doświadczanych przez siebie problemów. Właściwym celem pracy jest pomoc w zrozumieniu funkcji, adaptacyjności, instrumentalności tych zachowań, przepracowaniu trudnych emocji, doświadczeń, bólu, zdobycie umiejętności lepszego radzenia sobie z trudnościami.

Praca behawioralna	Praca poznawcza
1. Ocena rozmiaru samouszkodzeń	1. Badanie i odkrywanie funkcji samouszkodzania
2. Zastąpienie zachowań ryzykownych zachowaniami bezpieczniejszymi – cel pracy krótkoterminowej	
3. Trening radzenia sobie ze stresem, z emocjami, z trudnymi stanami/sytuacjami, trening komunikacji	3. Poznawcza analiza samouszkodzania, szukanie przekonań aktywizujących i hamujących to zachowanie
Nowy scenariusz reakcji w trudnej sytuacji – cel pracy długoterminowej	

Ocena rozmiaru samouszkodzeń

Na początku warto, abyśmy jak najdokładniej przeanalizowali sytuację dziecka, które się okalecza. Warto dowiedzieć się szczególnie o jego sytuacji rodzinnej (np. czy w rodzinie dziecka nie występuje alkoholizm, przemoc, czy można liczyć na wsparcie ze strony rodziców, kto może być sojusznikiem dziecka w rodzinie i poza nią), relacjach z rówieśnikami, sytuacji szkolnej. Wskazane jest również przyjrzeć się dokładnie samym aktom okaleczania. Niektóre dzieci będą miały trudności w rozmowie o samouszkodzeniach – nie będą chciały się przyznać, pojawi się u nich wstyd, obawa przed negatywną oceną, mogą złościć się na to, że wtrącamy się w ich prywatne sprawy. Warto, abyśmy pytali je wprost, modelując otwartą postawę wobec tego problemu. Czego warto dowiedzieć się w pierwszej kolejności? Kiedy pojawiły się samouszkodzenia, jak długo i z jaką częstotliwością występują, w jakich okolicznościach się najczęściej pojawiają, jakich narzędzi używa dziecko do okaleczania, jakie części ciała kaleczy, jaka jest powaga obrażeń. W rozmowach o samouszkodzeniach ważne, żebyśmy unikali określania ich mianem „gestów samobójczych”, „prób samobójczych” albo „parasamobójstw”. Skoro wiemy, że to inne zjawisko niż zachowania samobójcze, nie łączmy ich niepotrzebnie ze sobą. Najbardziej wskazane jest używanie języka ucznia („ciąć się”, „drapać”, „przypalać”, „rozdrapywać”). Jest to oznaka akceptacji, szacunku, dowód naszej uważności oraz ważna metoda, pozwalająca wejść w przestrzeń psychiczną drugiej osoby. Jednak od tej reguły są wyjątki. Posługiwanie się językiem dziecka jest niewskazane, kiedy jego sposób mówienia o samouszkodzeniach nie odzwierciedla skali zjawiska i bagatelizuje jego konsekwencje dla zdrowia, np. głębokie rany są określane jako „draśnięcia”. Kiedy dziecko niechętnie zareaguje na pytania, można zastosować odpowiednie kwestionariusze, które mogą być alternatywą dla wstępnego wywiadu. Przykładami takich narzędzi są FASM (The Functional Assessment of Self-Mutilation) oraz ABUSI (The Alexian Brothers Urge to Self-Injure Scale) – oba dostępne w książce „Terapia samouszkodzeń” autorstwa B. Walsh.

Badanie i odkrywanie funkcji samouszkodzania

Kolejnym krokiem we wsparciu jest sprawdzenie, jaką rolę w życiu ucznia odgrywają samouszkodzenia. Aby go zrealizować, trzeba poprosić o bardzo dokładne opisanie sytuacji, kiedy pojawiło się samouszkodzenie, a także dopytać o emocje i myśli w tamtym momencie. Jest to sposób pokazania uczniowi związku między trudnymi sytuacjami, jakich doświadcza, a tym, co dzieje się w nim samym (jego myśli i emocje) i tym, co w odpowiedzi na to robi. Dzięki temu etapowi możemy zaplanować dalszą pomoc, ponieważ dowiadujemy się czego dziecko potrzebuje, jakich umiejętności mu brakuje.

Opowiedz mi, proszę, jak wyglądała sytuacja, kiedy ostatnio się pociąłeś. Co się wtedy dokładnie działo? Co się zdarzyło przed?
 Jak się w tamtym momencie czułeś? Jakie były w tobie emocje?
 Co w tamtym momencie przyszło ci do głowy, przyszło ci na myśl?
 Jakiego rodzaju obrazy, wyobrażenia pojawiły się w twojej głowie? Czego dotyczyły?
 Jakie myśli pojawiły się w twojej głowie tuż przed tym, jak skaleczyłeś się?

Na tym etapie możliwe jest również zachęcanie dziecka do tworzenia bilansu zysków i strat powiązanych z samouszkodzaniem. Ten zabieg pomaga budować motywację do zmiany. Ważne jednak, abyśmy prosili o wskazywanie nie tylko „za”, ale również „przeciw”.

„Za”	„Przeciw”
<ul style="list-style-type: none"> • Po co to robię? Co osiągam przez to zachowanie? • W czym ono mi pomaga? • Co by się stało złego, gdybym tego nie robił? 	<ul style="list-style-type: none"> • Co przez to zachowanie straciłem, tracę, stracę? • Co by było dobrego, gdybym przestał to robić? • Dlaczego chcę przestać to robić?

Zachowania zastępcze

Ważnym elementem pomocy jest uczenie dziecka, co może zrobić zamiast samouszkodzenia, w sytuacji, kiedy doświadcza silnych emocji. Stosowanie negatywnych zachowań zastępczych to strategia, która opiera się o podobny mechanizm, co samouszkodzenia. Wykorzystuje ona różne doznania zmysłowe (przede wszystkim czuciowe i wizualne), ale bez naruszania tkanek. Dziecko doświadcza czegoś podobnego jak w akcie okaleczania, ale kontroluje sytuację i nie szkodzi sobie. Ta metoda jest sugerowana uczniom, u których samouszkodzenia są chroniczne, częste, drastyczne, zagrażające powikłaniami zdrowotnymi. Nie tylko ogranicza ona potencjalne negatywne konsekwencje medyczne, ale daje dziecku i nam czas na rozwijanie bardziej konstruktywnych sposobów radzenia sobie.

Zrób eksperyment i w sytuacji, kiedy pojawi się impuls, aby pokaleczyć siebie, sprawdź, czy coś innego zadziała. Możesz:

- „Pstrykać” gumką-recepturką w nadgarstek,
- Przyłożyć kostkę lodu w miejsce, gdzie chciałby się zranić,
- Trzymać kostkę lodu w dłoni, w ustach (na języku, pod językiem, dociśniętej do zębów),
- Włożyć dłonie do lodowatej wody,
- Rozgryźć pieprz, ziele angielskie lub inne gorzkie przyprawy,
- Klaskać w dłonie aż ścierpną
- Pomasować, ucisnąć miejsce, które chciałbyś skaleczyć,
- Wziąć lodowaty lub gorący prysznic,
- Popłukać usta bardzo mocnym płynem do zębów,
- Pisać po ciele czerwonym długopisem, markerem,
- Przykleić plastry w miejsca, gdzie planujesz okaleczenie,
- Posmarować miejsca wcześniejszych ran lub blizn maścią rozgrzewającą,
- Pogłodzić miejsca wcześniejszych ran lub blizn miękkim przedmiotem,
- Szczegółowo opisać aktu samouszkodzenia.

Który pomysł wydaje ci się najbardziej sensowny? Który spróbujesz zastosować?

Trening radzenia sobie

W dalszej pracy należy stopniowo dążyć, aby ograniczać negatywne zachowania zastępcze na rzecz bardziej konstruktywnych i akceptowanych społecznie form radzenia sobie z trudnościami. Będziemy zapoznawali ucznia z umiejętnościami regulowania własnych emocji (rozpoznawania, nazywania, skalowania, samouprawamiania, odreagowywania), relaksacji (szczególnie technik oddechowych i wyobrażeniowych), większej skuteczności interpersonalnej (bazującej na elementach treningu asertywności, języku porozumienia bez przemocy), rozwiązywania problemów krok po kroku. Niezwykle ważna będzie nauka sposobów większej akceptacji dyskomfortu psychicznego (wykorzystująca odwracanie uwagi, uważność i myśli zaradcze). Oprócz tego istotne, aby podczas spotkań rozmawiać z dzieckiem o tym, czym jest i na czym polega dbanie o siebie i własne ciało, opieka nad samym sobą, bycie dla siebie dobrym, docenianie siebie, chwalenie, akceptowanie swoich wad i popełnianych błędów.

Rodzina

W terapii dziecka z samouszkodzeniami często ważne są również interwencje na poziomie jego rodziny. Czasami pojawia się potrzeba wniesienia wniosku o wgląd w sytuację rodzinną (podejrzenie lub wiedza o obecności różnych form przemocy), pokierowania wszystkich na terapię systemową albo regularnego zapraszania rodziców na co trzecie, co czwarte spotkanie. Podstawowymi celami tych zabiegów są:

- Edukowanie członków rodziny o mechanizmach samouszkodzeń i ich funkcjach,
- Zmniejszanie w rodzinie takich interakcji, które prowokują nasilenie samouszkodzania,
- Uczenie wzajemnego uprawamocniania stanów emocjonalnych oraz umiejętności patrzenia na sytuacje problemowe nie tylko z własnej perspektywy,
- Zwiększenie skuteczności komunikowania się pomiędzy członkami rodziny.

Kiedy psychiatra?

Nie każdy uczeń z samouszkodzeniami wymaga konsultacji psychiatrycznej. Dotyczy to zwłaszcza takich dzieci, u których samouszkodzenia pojawiły się w formie epizodycznej (kilkukrotnie) lub jako efekt zarażenia społecznego, tzn. jako zachowanie pod presją grupy, związane ze sprawdzeniem „jak to jest”. Jeśli jednak uczeń potrzebuje sięgać po okaleczanie z dużą częstotliwością (kilka razy dziennie, kilka razy w tygodniu) i od dłuższego czasu (kilka miesięcy) lub ich efektem są głębokie rany, warto zadbać o to, aby spotkał się z lekarzem. Konsultacja psychiatryczna jest również wskazana, kiedy samouszkodzenia występuje obok innych objawów i istnieje podejrzenie, że może mieć związek z zaburzeniami psychicznymi (zaburzenia psychotyczne, depresja, zaburzenia lękowe, zaburzenia odżywiania, zaburzenia osobowości lub inne). W większości przypadków najważniejszą formą pomocy będą działania psychoterapeutyczne oraz interwencje psychosocjalne.

Mądre wspieranie dzieci z samouszkodzeniami zawsze będzie odrobinę przypominało negocjacje, podczas których, jeśli zechcemy, aby druga strona nam coś oddała, musimy zaproponować coś atrakcyjnego i podobnie skutecznego w zamian. Nie możemy tylko zabierać...

Literatura:

Linehan, M. M. (2016). Terapia dialektyczno-behawioralna (DBT). Trening umiejętności. Materiały i ćwiczenia dla pacjentów. Kraków: WUJ.

Linehan, M. (2016). Terapia dialektyczno-behawioralna (DBT). Trening umiejętności. Podręcznik terapeuty. Kraków: WUJ.

Łuba, M. (2011). Gdy emocje kaleczą. Głos Pedagogiczny, 34.

Łuba M. (2016). Samouszkodzenia u młodzieży – zrozumieć, żeby mądrze pomagać. Świat Problemów, 281, 13-17.

Łuba M. (2016). Samouszkodzenia u młodzieży – sposoby wsparcia. Świat Problemów, 282, 33-37.

Miller, A., Rathus, J., Linehan, M. (2011). Dialektyczna terapia behawioralna nastolatków z tendencjami samobójczymi. Kraków: WUJ.

Walsh, B. W. (2014). Terapia samouszkodzeń. Kraków: WUJ.

Wycisk, J., Ziółkowska, B. (2010). Młodzież przeciwko sobie. Zaburzenia odżywiania i samouszkodzenia – jak pomóc nastolatkom w szkole. Warszawa: Wydawnictwo Difin.