



SAMO- BÓJ- STWO

PRZYPADEK, KONIECZNOŚĆ
A SIŁA PROFILAKTYKI

REDAKCJA NAUKOWA
MARLENA
STRADOMSKA

ARCHAEGRAPH
Wydawnictwo Naukowe

SAMOBÓJSTWO –
PRZYPADEK, KONIECZNOŚĆ
A SIŁA PROFILAKTYKI


REDAKCJA NAUKOWA

MARLENA STRADOMSKA

*Każdy nowy dzień zaczyna się głęboką nocą.
Nawet jeśli niebo zmęczyło się błękitem,
nie gaś nigdy światła nadziei.*

Bob Dylan

SAMO- BÓJ- STWO



PRZYPADEK, KONIECZNOŚĆ
A SIŁA PROFILAKTYKI

REDAKCJA NAUKOWA
MARLENA
STRADOMSKA

ARCHAEGRAPH
Wydawnictwo Naukowe

REDAKCJA NAUKOWA
MARLENA STRADOMSKA

RECENZENCI:
DR MARTYNA NAWROCKA
DR JOLANTA DYNDUR

KOREKTA
WERONIKA LEWANDOWSKA

SKŁAD I PROJEKT OKŁADKI
KAROL ŁUKOMIAK

© COPYRIGHT BY AUTHORS & ARCHAEGRAPH

ISBN: 978-83-67959-54-4

WERSJA ELEKTRONICZNA DOSTĘPNA NA STRONIE INTERNETOWEJ WYDAWCY:
www.archaeograph.pl

ORAZ W REPOZYTORIUM CYFROWYM BIBLIOTEKI NARODOWEJ
I PROFILACH AUTORÓW W INTERNETOWYCH SERWISACH NAUKOWYCH

ARCHAEGRAPH
Wydawnictwo Naukowe

ŁÓDŹ, MAJ 2024

SPIS TREŚCI

WSTĘP.....	7
SAMOBÓJSTWA W KONTEKŚCIE OKRESÓW GLOBALNIE TRAUMATYZUJĄCYCH – II WOJNY ŚWIATOWEJ I PANDEMII.....	11
WERONIKA BORUŃ	
PROBLEMATYKA GIER KOMPUTEROWYCH W XXI WIEKU – NADUŻYCIA, BENEFITY I DZIAŁANIA PREWENCYJNE.....	29
KACPER CHABIELSKI, ARTUR MASTALERZ	
RYZYSKO SUICYDALNE U OSÓB Z ZABURZENIAMI ODŻYWIANIA – PRZEGLĄD LITERATURY.....	47
ANETA PEICHERT	
STOSUNEK RELIGII DO SAMOBÓJSTWA I EUTANAZJI.....	63
BARBARA PASOWICZ, NATALIA MAJCHER	
GDZIE SZUKAĆ WSPARCIA SPECJALISTYCZNEGO W SYTUACJI KRYZYSU? CASE STUDY NA PRZYKŁADZIE GEDEON MEDICA SPECJALISTYCZNE CENTRUM TERAPII.....	77
MARLENA STRADOMSKA	
WHERE TO LOOK FOR SPECIALIST SUPPORT IN A CRISIS SITUATION? CASE STUDY ON THE EXAMPLE OF GEDEON MEDICA SPECIALIZED THERAPY CENTER.....	97
MARLENA STRADOMSKA	
AUTODESTRUKCJA NA EKRANIE. ANALIZA ROLI FILMÓW W ZROZUMIENIU I ZAPOBIEGANIU SAMOBÓJSTWOM WŚRÓD MŁODZIEŻY.....	115
ALEKSANDRA GARBACZ	
ZAKOŃCZENIE.....	133
NOTA O AUTORACH.....	136

WSTĘP

Przedmiotem zainteresowań autorów niniejszej publikacji *Samobójstwo – przypadek, konieczność a siła profilaktyki* są aspekty dotyczące zachowań samobójczych. Istotne jest przygotowywanie opracowań dotyczących tematu samobójstwa z uwagi na interdyscyplinarność tego zjawiska. Nie ma jednej przyczyny, która będzie doprowadzała do pozbawienia siebie życia, zawsze jest to szereg zdarzeń, które mogą się do tego przyczynić. Autorzy, reprezentując Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, przedstawiają interdyscyplinarny punkt widzenia na tę złożoną problematykę. Publikację otwiera *Wstęp*, w którym zostały opisane zagadnienia poruszone w publikacji oraz poszczególne aspekty istotne dla stworzenia tego zbioru.

Pierwszym tekstem w pracy jest publikacja autorstwa Weroniki Boruń *Samobójstwa w kontekście okresów globalnie traumatyzujących – II wojny światowej i pandemii*. Według autorki samobójstwo wciąż jest jedną z najczęstszych przyczyn śmierci na świecie. Jest to również bardzo złożone i wewnętrznie zróżnicowane zjawisko, różnorodnie definiowane w literaturze. W tej części monografii poruszono problematykę samobójstw w kontekście okresów globalnie traumatyzujących. Punktami wyjścia analizy uczyniono sposób patrzenia na ten rodzaj śmierci – z jednej strony współcześnie uznane za najtrafniejsze definicje tego zjawiska, a z drugiej rozległą jego historię na przestrzeni dziejów. Na tej podstawie przybliżono specyfikę samobójstw i ich rozumienie w okresie II wojny światowej oraz pandemii COVID-19. W odniesieniu do wojny wykorzystano wspomnienia seniorów, aby poznać ich perspektywę i wiedzę na ten temat, a także badania archiwalnych dokumentów z tego okresu z Wrocławia. W kontekście pandemii posłużono się najnowszymi analizami statystyk oraz tego wydarzenia w ogóle. Celem artykułu jest przybliżenie problematyki samobójstw występujących w tych specyficznych okresach na podstawie wykorzystanej aktualnej literatury przedmiotu.

Kolejny tekst *Problematyka gier komputerowych w XXI wieku – nadużycia, benefity i działania prewencyjne* jest autorstwa Kacpra Chabielskiego i Artura Mastelarza. Praca dotyczy problemu gier komputerowych i ich wpływu na człowieka, szczególnie młodzież. Ponadto porusza problem uzależnienia od gier i konsekwencje z tym związane. Proponowane są też pewne działania prewencyjne oraz benefity, które mogą być czerpane z takiej formy aktywności. W pracy omawiana jest problematyczna sytuacja jednostek w kontekście relacji seksualnych oraz życia rodzinnego. Opisany jest proces przechodzenia z przyjemnej formy rozrywki w trudne i szkodzące zdrowiu psychicznemu zachowania degeneracyjne. Poruszany jest również temat zachowań autodestruktywnych czy wręcz suicydalnych w grupie graczy. Prezentowane są ponadto statystyki pokazujące rozmiar problemu.

Trzeci rozdział został poświęcony istotnym zagadnieniom dotyczącym elementów związanych z samobójstwem – *Ryzyko suicydalne u osób z zaburzeniami odżywiania – przegląd literatury*, którego autorką jest Aneta Peichert. Autorka stwierdza, że w coraz bardziej rozwijającym się społeczeństwie coraz większą rolę przywiązuje się do utrzymania nienagannej sylwetki oraz postępowania zgodnie z zasadami zdrowego żywienia. Mass media na każdym kroku bombardują odbiorców treściami propagującymi wyidealizowany styl życia, stawiając go na piedestale. Oprócz pozytywnych skutków może prowadzić on do pojawiania się wielu niepokojących praktyk, a nawet rozwijania się zaburzeń odżywiania. Właśnie one stają się coraz większym problemem dzisiejszych społeczeństw. Z zaburzeniami odżywiania wiążą się nie tylko nieprawidłowe zachowania żywieniowe, ale również ryzyko pojawiania się innych zaburzeń zdrowia psychicznego oraz ich następstw, do których należą zachowania suicydalne. Ta część monografii jest przeglądem literatury przedmiotu dotyczącej zarówno zaburzeń odżywiania jako takich, ale także doniesień łączących je z zachowaniami suicydalnymi.

Następny rozdział autorstwa Barbary Pasowicz i Natalii Majcher to *Stosunek religii do samobójstwa i eutanazji*. Głównym celem pracy jest zaprezentowanie stosunku do samobójstwa i eutanazji w judaizmie, katolicyzmie, islamie oraz buddyzmie. We wstępie dokonano ogólnego omówienia, czym jest religia, samobójstwo oraz eutanazja. Następnie w poszczególnych rozdziałach zostały scharakteryzowane aspekty dotyczące podstaw każdej wiary oraz, w zależności od specyfiki danego wyznania, tego, czy w świętej księdze występuje pojęcie dotyczące tematyki samobójstwa, jak prawo religijne traktuje samobójstwo i eutanazję, jak postrzega osobę, która zakończyła swoje życie oraz czy istnieje wyjątek

od kary za samobójstwo. W podsumowaniu zawarte jest przedstawienie religii jako czynnika zagrażającego oraz chroniącego przed samobójstwem.

Kolejny rozdział autorstwa dr Marleny Stradomskiej dotyczy radzenia sobie z wieloaspektowym kryzysem na przykładzie jednego z ośrodków terapeutycznych – *Gdzie szukać wsparcia specjalistycznego w sytuacji kryzysu? Case study na przykładzie Gedeon Medica Specjalistyczne Centrum Terapii*. Leczenie zaburzeń i innych trudności natury psychicznej jest często długotrwałym i wymagającym procesem. Istotne w tym przypadku jest zaangażowanie pacjenta, rodziny, a także zespołu terapeutycznego. Centra medyczne będą się nadal rozwijać, aby zapewnić pacjentom jeszcze lepsze leczenie i wsparcie, a rozwój nowych metod leczenia, takich jak terapia elektrowstrząsowa czy terapia transkranialna, stymulacja magnetyczna, przyczyni się do jeszcze lepszych efektów. Gedeon Medica to prywatne centrum medyczne z siedzibą w Piasecznie i Konstancinie-Jeziornie, które specjalizuje się w leczeniu zaburzeń psychicznych. Centrum oferuje całodobową opiekę medyczną, w tym opiekę lekarską, pielęgniarską i psychologiczną. W ramach leczenia stosuje się różne metody, w tym farmakoterapię, terapię behawioralną poznawczą (CBT), terapię rodzinną i terapię grupową. Centrum zostało założone w 2015 roku przez lekarzy i psychologów z wieloletnim doświadczeniem klinicznym. Oferuje ono leczenie zaburzeń psychicznych, w tym depresji, zaburzeń odżywiania, zaburzeń lękowych oraz zaburzeń osobowości. Centra medyczne odgrywają coraz ważniejszą rolę w leczeniu problemów natury psychicznej. Zapewniają pacjentom całodobową opiekę medyczną i dostęp do szerokiego zakresu metod leczenia. Artykuł może być pomocny w wyborze centrum medycznego, które może zapewnić odpowiednie leczenie, oraz w zrozumieniu roli centrów medycznych w leczeniu zaburzeń psychicznych.

Ostatni rozdział autorstwa Aleksandry Garbacz podejmuje zagadnienie pt. *Autodestrukcja na ekranie. Analiza roli filmów w zrozumieniu i zapobieganiu samobójstwom wśród młodzieży*. Zjawisko autodestrukcji jest częstym motywem w filmach, gdzie może być wykorzystane jako narzędzie do wywołania napięcia i dezorientacji u widza. Niewątpliwie film może pełnić rolę narzędzia do analizy i zrozumienia tych zjawisk. Artykuł skupiony jest wokół roli filmów i seriali w analizie, zrozumieniu oraz profilaktyce samobójstw i innych zachowań autodestrukcyjnych wśród młodzieży. Celem artykułu jest zwrócenie uwagi na moc filmów jako narzędzi edukacyjnych i społecznych, które mogą pomóc w budowaniu świadomości społecznej oraz zapobieganiu tragediom związanym z samobójstwami wśród młodzieży.

Redaktor pragnie serdecznie podziękować Recenzentce dr Jolancie Dyn-
dur oraz dr Martynie Nawrockiej za cenne i życzliwe wskazówki merytoryczne
(uwagi), dzięki którym publikacja przybrała ostateczny kształt.

dr Marlena Stradomska
Redaktor Naukowy

SAMOBÓJSTWA W KONTEKŚCIE OKRESÓW GLOBALNIE TRAUMATYZUJĄCYCH – II WOJNY ŚWIATOWEJ I PANDEMII

Streszczenie: Samobójstwo wciąż jest jedną z najczęstszych przyczyn śmierci na świecie. Jest to również bardzo złożone i wewnętrznie zróżnicowane zjawisko, różnorodnie definiowane w literaturze. W niniejszym artykule poruszono problematykę samobójstw w kontekście okresów globalnie traumatyzujących. Punktami wyjścia analizy uczyniono sposób patrzenia na ten rodzaj śmierci – z jednej strony współcześnie uznane za najtrafniejsze definicje tego zjawiska, a z drugiej rozległą jego historię na przestrzeni dziejów. Na tej podstawie przybliżono specyfikę samobójstw i ich rozumienie w okresie II wojny światowej oraz pandemii COVID-19. W odniesieniu do wojny wykorzystano wspomnienia seniorów, aby poznać ich perspektywę i wiedzę na ten temat, a także badania archiwalnych dokumentów z tego okresu z Wrocławia. W kontekście pandemii posłużono się najnowszymi analizami statystyk i tego wydarzenia w ogóle. Celem artykułu jest przybliżenie problematyki samobójstw występujących w tych specyficznych okresach, na podstawie wykorzystanej aktualnej literatury przedmiotu.

Słowa kluczowe: samobójstwo, historia samobójstwa, przyczyny samobójstw, kryzys, trauma, wojna, II wojna światowa, pandemia, COVID-19

WSTĘP

Współcześnie śmierć samobójcza znajduje się w pierwszej dziesiątce najczęstszych przyczyn zgonów. Choć statystyki wydają się maleć na przestrzeni ostatnich kilku lat, to należy pamiętać, że wciąż dotyczą one tysięcy, a nawet setek tysięcy osób rocznie popełniających samobójstwo (WHO 2021). Według Światowej Organizacji Zdrowia co 40 sekund ktoś na świecie odbiera sobie życie (WHO 2019). Mimo wielu kampanii mających zapobiegać kryzysom samobójczym

i różnorodnych miejsc oferujących pomoc, tendencje wciąż mają charakter wzrostowy, ponieważ „samobójstwo stanowi problem wielowymiarowy, [dlatego] niemożliwe jest dostosowanie jednego programu profilaktycznego do całej populacji” (Stradomska i in. 2020, s. 197). W Polsce większość zaburzeń psychicznych częściej dotyka kobiet, jednakże to mężczyźni popełniają niemal sześciokrotnie więcej samobójstw. Niestety decydują się oni nie zgłaszać swoich problemów do odpowiednich specjalistów i zamiast tego zmagają się z nimi samodzielnie. Jedną z przyczyn mogą być naciski społeczne wskazujące, iż mężczyzna powinien być silną głową rodziny nieokazującą słabości, dlatego też mężczyźni obawiają się okazywania bezsilności i niepowodzeń, a także stygmatyzacji spowodowanej poszukiwaniem wsparcia u psychologa czy psychiatry. Opisane uwarunkowania są powodem tworzenia wielu kampanii skierowanych bezpośrednio do mężczyzn, jednakże nie są to kompleksowe, długofalowe działania, lecz jedynie doraźne, a wciąż wiele osób nie ma dostępu do specjalistycznej pomocy, której potrzebuje, lub nie chce z niej skorzystać (Stradomska i in. 2020).

Każdy pojedynczy zamach na własne życie jest ogromną tragedią nie tylko dla bliskich osoby popełniającej ten akt, ale także dla całego społeczeństwa. Przyczyn nigdy nie ogranicza się do konkretnego zdarzenia, lecz ujmuje się je z wielu perspektyw – jako ciąg zdarzeń, różne nakładające się czynniki, trudne emocje czy przeżycia (Greszta i in. 2018). Faktem jest jednak, że znaczący wzrost samobójstw następuje po wydarzeniach traumatycznych, zarówno tych rozumianych w węższych kategoriach – osobistych tragediach mniejszych grup społecznych czy nawet rodzin, ale również tych rozumianych jednakowo dla ogółu społeczeństwa i świata, takich jak wojny, klęski naturalne, ataki terrorystyczne czy pandemie, kiedy wiele ludzi jednocześnie doświadcza niezwykle stresu i cierpienia emocjonalnego. Dla niektórych jednostek te traumatyczne wydarzenia stanowią zbyt wielkie obciążenie dla ich psychicznego zdrowia, dlatego doszukują się w samobójstwie ucieczki od bólu i rozwiązania problemów lub odnajdują w nim sposób uporania się z traumą, która naruszyła ich poczucie bezpieczeństwa i stabilności, a także spowodowała utratę nadziei oraz przekonania o istnieniu dobrej przyszłości, wlewając w zamian poczucie pustki, bezradności i strach (Jarosz 2015). W niniejszym artykule przyjrano się zjawiskom występowania, rozumienia i ostrzegania samobójstw w okresach wielkich, globalnych tragedii oraz wzrostowi tendencji suicydalnych następujących bezpośrednio po tych wydarzeniach.

PODŁOŻE ROZWAŻAŃ

W literaturze pojawia się kilkanaście różnych definicji samobójstwa. Jedną z pierwszych, a mimo to wciąż najpopularniejszą, jest definicja socjologa Émile'a Durkheima: „samobójstwem nazywa się każdy przypadek śmierci, będący bezpośrednim lub pośrednim wynikiem działania lub zaniechania, przejawianego przez ofiarę zdającą sobie sprawę ze skutków swego zachowania” (Durkheim 1897, s. 68). Zawiera ona najważniejsze, choć również najbardziej ogólne elementy, czyli przede wszystkim świadomość konsekwencji popełnianego czynu. To właśnie ten francuski socjolog zapoczątkował traktowanie samobójstwa jako czynu społecznego, ponieważ postępująca dezintegracja społeczeństwa nie jest w stanie zapobiec kolejnym tragediom (Durkheim 1973). Należy się zgodzić w tej kwestii, ponieważ obecnie bez wątpienia stwierdza się zarówno, iż każdorazowe samounicestwienie jest stratą dla społeczeństwa, jak i czynniki społeczne niewątpliwie stanowią pewien fragment złożonych przyczyn tego aktu. W statystykach policyjnych z lat 2017–2022 największą grupę motywów samobójczych stanowi „powód nieustalony”, zaś pozostałe przyczyny zostały opatrzone adnotacją „dane o ofierze mogą występować w kilku pozycjach”, co wskazuje na wieloaspektowość przyczyn śmierci. Jednakże porównując owe kategorie pod względem podziału na przyczyny społeczne, które stanowią między innymi nieporozumienia rodzinne, konflikty z osobami spoza rodziny, problemy w pracy i szkole, zawody miłosne itp. oraz pozostałe, takie jak choroby psychiczne, fizyczne, trwałe kalectwo, stwierdzić można z pewnością, że zdecydowana większość samobójstw łączy się z czynnikami o podłożu społecznym (Polska Policja 2022).

Nieco bardziej współczesną koncepcję samobójstw proponuje Brunon Hołyst, który podobnie jak Émile Durkheim określa je jako poważny problem społeczny, mogący dotknąć właściwie każdego człowieka, niezależnie od jego pozycji społecznej, wieku czy pochodzenia. Często występuje w kryzysach psychospołecznych i zachorowaniach psychicznych. Hołyst ujmuje je wielowymiarowo – zarówno pod względem przyczyn, jak i skutków, jako akt wielopłaszczyznowy i złożony, na co zwraca się szczególną uwagę, ponieważ w inny sposób samobójstw w ogóle nie powinno się traktować. Uwzględnia więc, że nie jest to jedynie prosty akt samounicestwienia, ale konsekwencja długiego ciągu zdarzeń, mogącego trwać wiele lat kryzysu czy procesu autodestrukcji (Hołyst 2012).

Jako dwa punkty wyjścia rozważań o samobójstwach popełnianych w czasach kryzysów globalnych i społecznych należałoby uznać po pierwsze definicje tych aktów, ale również kontekst, przede wszystkim historyczny i kulturowo-społeczny,

ponieważ trudno uwzględnić wszystkie czynniki osobiste, które w okresie kryzysu mogły nałożyć się na siebie i przyczynić się tym samym do śmierci. Jak już podkreślono powyżej w samych definicjach, oddziaływanie samobójstwa na społeczeństwo jest ogromne i obustronne, zatem nie można tego aspektu pominąć. Jednak równie ważny jest fakt zmian, jakie następują razem z postępującym rozwojem poszczególnych społeczeństw i całego świata. Z jednej strony w kontekście historycznym – postrzeganie i rozumienie aktu samobójczego zmieniało się na przestrzeni dziejów, co wpływa na znaczące różnice w jego traktowaniu i ocenie przez ówczesnych ludzi w danych okresach czasowych, a z drugiej – każdy z wielkich kryzysów niósł za sobą określone konsekwencje, z których z niektórymi zmagamy się do dziś, a które przyczyniły się do rozwoju myśli społecznych, nauki, a w tym także rozumienia samobójstw. Ważne jest zatem uwzględnienie tego kontekstu, ponieważ postrzeganie śmierci samobójczej bardzo różni się w zależności nie tylko od tego, kto o niej pisze, ale także, kiedy się to dzieje. Szczególnie w okresie traumatycznych przeżyć, gdy wiele trudnych zdarzeń i emocji nakłada się na siebie, każdy może subiektywnie patrzeć i rozumieć na swój sposób to, co dzieje się wokół. Przykładem tutaj może być zarówno bardziej odległa czasowo II wojna światowa, ale również ostatni kryzys pandemiczny, który przyniósł społeczeństwu nie tylko postępujące załamanie gospodarki i inne skutki „generalne” w rozumieniu ogólnopaństwowym czy globalnym, ale także znaczne pogorszenie zdrowia psychicznego oraz zwiększenie poziomu depresji i lęku, co już bardziej bezpośrednio dotknęło każdego w mniejszym lub większym stopniu (Stańdo i in. 2022).

HISTORIA SAMOBÓJSTW

Warto w tym kontekście przedstawić pokrótce historię śmierci samobójczej na przestrzeni dziejów, aby lepiej zrozumieć wyżej opisany punkt wyjścia. Samobójstwa nie są bowiem „wymysłem naszych czasów”, jak czasem niektórzy sądzą, lecz towarzyszą ludzkości od niepamiętnych czasów. Wzmianki na ten temat pojawiały się w piśmiennictwie nie tylko pod postacią mitów, baśni czy legend, ale również dokumentów historycznych i rodowych. W odmiennych kulturach rozumiano samobójstwa w różny sposób, przykładowo jako ucieczkę od problemów, niechcianego małżeństwa czy jako manifestację niezgody i buntu, bowiem to społeczność, do jakiej przynależy jednostka, w dużej mierze jest czynnikiem kształtującym jej tożsamość – w tym rozumienie i pojmowanie rzeczywistości (Kielan i in. 2017). Właściwie nawet w obrębie jednej kultury można doszukać się wielu różnych motywów i interpretacji tegoż rodzaju śmierci, dlatego w tym

miejscu pojawiają się najbardziej popularne i dominujące motywy panujące w danym obszarze i czasie.

Jedne z pierwszych wzmianek pojawiały się już w starożytności, kiedy to greccy filozofowie w większości definitywnie sprzeciwiali się odbieraniu sobie życia, które wówczas traktowano jako najcenniejszy dar od bogów, dlatego też taki akt wywoływał ich wielki gniew (Gross 2000). Jednak w starożytnym Rzymie nie przywiązywano z kolei aż tak wielkiej wagi do śmierci. Kodeks Justyniana nie zakazywał ani nie karał śmierci samobójczej, a wręcz podawał jej zasadność w konkretnych sytuacjach, takich jak szaleństwo, ból fizyczny czy choroba (Michalska-Suchanek 2011). Na taki rodzaj śmierci decydowało się wiele osób wysoko urodzonych, ponieważ oznaczało to wybór „dobrej śmierci” i manifestację wolności. Poszczególnym sposobom przypisywano określone znaczenia i interpretacje. Śmierć sama w sobie była czymś powszechnym, a nawet stanowiła rozrywkę – bo jak inaczej można nazwać walki gladiatorów, którzy nierzadko sami decydowali się brać w nich udział. Przypadków samobójstw w starożytności było wiele, wiele z nich też zostało opisanych. Co ciekawe, część z zaciekleń greckich obrońców daru życia również z różnych przyczyn postanowiła je sobie sama odebrać, tak jak na przykład Sokrates czy Pitagoras (Gross 2000).

Interpretacja śmierci samobójczej jako odebrania sobie daru od Boga czy bogów utrzymuje się aż do dziś w religii chrześcijańskiej, a zapoczątkowana została w epoce średniowiecza, która, jak wiadomo, słynie ze swej znamienitej religijności i wysławiania Stwórcy. W związku z tym „morderstwo samego siebie” (gdyż termin samobójstwo wówczas jeszcze nie istniał) było wówczas surowo zakazywane przez kolejne synody i nawet karane. Osobę próbującą popełnić samobójstwo, a nawet samobójcę po śmierci czekała ekskomunika ze wspólnoty Kościoła, a jego ciało nie mogło być pochowane w poświęconej ziemi cmentarza (Kielan i in. 2017). Uznawano, że klęski żywiołowe i inne kataklizmy są skutkiem samobójstw, dlatego też tak się ich bano. Także w literaturze odnajdujemy kategoryczne potępienie tego rodzaju śmierci pod postacią tekstów chrześcijańskiego filozofa, św. Augustyna, a następnie jego kontynuatora, św. Tomasza z Akwinu (Szawarski 1988). Obaj wskazywali na bezwarunkową karygodność tego czynu, niezależnie od jego przyczyny, gdyż jest to jednoznaczny wyraz zerwania relacji z Bogiem i zaprzepaszczenie największego z darów, który człowiek otrzymał od Niego, więc tylko On może decydować, kiedy życie ma się skończyć, zaś samobójstwo jest równoznaczne z próbą zapanowania nad śmiercią i przejścia tej roli Boga (Michalska-Suchanek 2011).

Stopniowa zmiana restrykcyjnego światopoglądu rozpoczęła się dopiero na przełomie XVIII i XIX wieku, kiedy to *Esej o samobójstwie* Davida Hume'a ujrzał światło dzienne. Sprzeciwił się on powszechnie panującym zasadom i poglądom na temat samobójstwa i przedstawił zgoła odmienny punkt widzenia. Uważał, że wybierając taki rodzaj śmierci, człowiek wcale nie postępuje przeciwko Bogu czy prawom natury, ponieważ gdyby ludzie pozostawili każdy, nawet najmniejszy gest, ruch i czyn Stwórcy, to pozbawiliby się możliwości decydowania o sobie, a więc utraciliby wolną wolę – jeden z fundamentów wiary. Od tego momentu zaczęły się dyskusje na temat samobójstwa, coraz więcej znaczących osobistości i myślicieli Oświecenia wyrażało podobne poglądy, w tym Monteskiusz czy Jean-Jacques Rousseau, choć na przykład Immanuel Kant sprzeciwił się tym głosom (Szawarski 1988). Mimo to począwszy od Francji przez Niemcy, Włochy, kraje skandynawskie i Anglię powoli liberalizowano prawa dotyczące samobójców i ich rodzin (Michalska-Suchanek 2011). Z czasem przepisy prawne obejmujące samobójstwa zostały znacząco uregulowane; obecnie polski Kodeks karny uwzględnia wiele możliwości i sytuacji, w tym nakłanianie do odebrania sobie życia, wyznaczając odpowiednie wymiary kar w zależności od okoliczności (Lebiedowicz 2013).

W kolejnych dekadach pojmowanie śmierci samobójczej zależało już właściwie od poglądów konkretnego filozofa czy naukowca, co wpływało na ogół współczesnych społeczeństw. Bowiem inaczej rozumieli samobójstwo przykładowo stoicy, a inaczej przedstawiciele egzystencjalizmu. Jednymi z najpopularniejszych myślicieli XIX wieku w tym kontekście byli z pewnością Artur Schopenhauer oraz Fryderyk Nietzsche. Pierwszy z nich oparł swoją filozofię na pesymizmie i „woli” jako żądy kierującej człowiekiem. Uważał, że ludziom nie brakuje woli życia, a samobójstwo nie jest aktem jej destrukcji, ponieważ niszczy je tylko w konkretnej jednostce, zaś w jej metafizycznej istocie wola wciąż pozostaje, tak jak i źródło cierpienia. Nie jest to zatem prawdziwa ucieczka od problemów i wyzwolenie, lecz w wymiarze osobistym dla konkretnej jednostki stanowi skuteczne rozwiązanie. Nietzsche z kolei głosił, że „nadczłowiek”, czyli jednostka wybitna, nieprzeciętna i świadoma swojego „ja”, górująca nad „stadem” – przeciętnymi ludźmi – może decydować sam o sobie i nie można mu tego odebrać; jest twórcą własnego losu, zatem ma prawo również do samobójstwa (Michalska-Suchanek 2011).

Kolejne lata i okresy historyczne cechują się różnorodnymi poglądami filozoficznymi, a późniejsze rozważania wkraczają także w inne dziedziny nauki, takie jak socjologia. Od Oświecenia motyw samobójstwa częściej pojawiał

się w literaturze – począwszy od egzystencjalizmu, przez romantyczne marzenia o tym rodzaju śmierci i wręcz jego idealizowanie, aż po współczesną poezję, na przykład Herberta czy Czechowicza. Dzisiejsze naukowe postrzeganie śmierci samobójczej niejako integruje różne jej wcześniejsze ujęcia, zaś literatura rządzi się swoimi prawami – można doszukiwać się w niej wszelakich rodzajów samobójstw, ujętych na wiele (najczęściej metaforycznych) sposobów. Literaci chętnie polemizują z opinią publiczną i sobą nawzajem; nie szczędzą słów, nie przejmując się etycznym punktem widzenia ogółu społeczeństwa, bez skrupułów na swój sposób wyrażają przemyślenia dotyczące życia i śmierci, czasem wręcz drocząc się z moralnymi ideałami.

SAMOBÓJSTWA W CZASIE WOJNY

Jednym z najbardziej traumatyzujących okresów dla społeczeństwa jest definitywnie stan wojny, szczególnie, jeśli dotyka ona całego świata. W kontekście wydarzeń takich jak bitwy czy powstania raczej głównie myśli się o morderstwach i śmierci w walce, a nie o samobójstwach, jednak one również wówczas występują, dlatego warto je przeanalizować jako nieco odmienny segment, bo przecież różnią się chociażby przyczynami. Trudno jest odnaleźć rzetelne źródła podające konkretne liczby, ponieważ nie są one do końca znane; samobójstwa bowiem zazwyczaj są włączane po prostu do ogólnej liczby poległych walczących osób, chyba że dotyczą wyjątkowych osobistości, takich jak dowódcy czy pewne symboliczne postacie. Trudno jest więc zbadać, czy w czasie wojny ilość samobójstw wzrosła, szczególnie jeśli przed nią takie statystyki i badania były znikome. Czasem jednak zauważa się spadek ilości samobójstw w okresie wojen w stosunku do czasu przed konfliktem zbrojnym, co bywa tłumaczone wolą walki o życie, kiedy dookoła śmierć towarzyszy ludziom niemal zawsze i wszędzie (Jarosz 1997), lub mniejszym skupieniem na jednostkowych problemach i sytuacjach, gdy w czasie wojny dramatyczne wydarzenia umacniają poczucie wspólnotowości w cierpieniu, rekompensujące własne, indywidualne cierpienie (Hołyst 2012). Z pewnością nie o wszystkich samobójstwach również wiadomo, lecz nie jest to cecha charakterystyczna tylko wojen, ale nawet obecnych czasów, kiedy to nie bada się dokładnie, czy dana śmierć była świadomym celem zmarłego, czy też przypadkowym wypadkiem, przykładowo samochodowym, dlatego też nawet współcześnie ogólne statystyki różnią się od stanu rzeczywistego.

Do dokumentacji dotyczącej samobójstw z okresu I wojny światowej trudno dotrzeć, głównie z powodu odległości czasowej tego wydarzenia. Jednak już

o II wojnie światowej wiadomo w tym kontekście nieco więcej, dlatego też stanowić będzie ona przedmiot analizy głównie pod kątem postrzegania samobójstw. Wielu uczestników wojny przetrwało ją mimo dostania się do niewoli czy trudnych warunków i dzięki swojej wytrwałości mogło opowiedzieć o tym, czego doświadczyli. Wspomnienia seniorów są cennym źródłem wiedzy, choć też bardzo subiektywnym, ponieważ byli najczęściej faktycznymi, naoczными świadkami zdarzeń, o których mówili czy pisali. Z drugiej strony opowiadają historie również bardziej pośrednio – te zasłyszane od bliskich, w których nie brali udziału, lecz które również są cennym źródłem wiedzy, gdyż nawet zniekształcone, ale miały szansę dotrzeć do szerszego grona odbiorców. Temat ten podejmowany jest w literaturze nie tylko w postaci wywiadów i reportaży, ale także przez uczonych. Obecnie tym obszarem zajmuje się w swoich pracach i artykułach profesor Adam Czabański (Czabański i in. 2022, 2023).

SAMOBÓJSTWO WE WSPOMNIENIACH

Wojnę przeżył na przykład Marek Edelman – jeden z przywódców powstania w getcie warszawskim, kardiochirurg żydowskiego pochodzenia. Jego opowieść z czasów getta i późniejszej pracy znajduje się w książce Hanny Krall *Zdążyć przed Panem Bogiem*, początkowo wydrukowanej w czasopiśmie „Odra” w 1976 roku. Jest to reportaż autorki oparty na wywiadzie z Edelmanem. W swoich przemyśleniach weteran wskazał nawet kilkanaście różnych przypadków samobójstw w okresie II wojny światowej, różnorako je nazywając i interpretując, w zależności od ich przyczyn. Należy pamiętać, że bohaterowie tacy jak Edelman faktycznie zetknęli się z wszechobecną śmiercią, towarzyszącą im przez pewien czas codziennie i na każdym kroku, dlatego traktują ją nieco odmiennie, dla niektórych wręcz rażąco, bez szacunku, lecz ze względu na to, co przeżyli, należy oddać im możliwość własnej interpretacji tych zdarzeń, w geście chociażby szacunku. Edelman w swoich rozważaniach rozróżnia co najmniej cztery „kategorie” śmierci w ogóle: w getcie i w walce, godną i niegodną, estetyczną i nieestetyczną, sensowną i bezsensowną, w tym wysnuwa koncepcję „cichej śmierci”. Kontekst śmierci rozpoczyna się w jego historii już na samym początku, ponieważ jego zdaniem przyczynami wybuchu powstania w getcie były pragnienie estetycznej śmierci oraz możliwość wyboru sposobu umierania, co, biorąc pod uwagę bardzo ograniczoną możliwość decydowania o sobie w tamtym czasie, było nadzwyczaj ważnym wyrazem wolności dla więźniów getta. Jednakowoż Edelman nie rozpatruje każdorazowego przypadku samobójstwa w takich samych kategoriach.

Wskazuje na przypadek, kiedy to Jurek Winkler, chcąc uniknąć nieuchronnej śmierci w komorze gazowej, zastrzelił siebie i swoją rodzinę, przez co później osiemdziesiąt osób ogarniętych paniką również poszło w jego ślady i odebrało sobie życie. Tę sytuację Edelman ocenia jako przykład zbiorowej hysterii, której skutki historia z czasem mitologizuje. Wśród „estetycznej” i „pięknej” śmierci wyróżnił poświęcenie Krystyny Krahełskiej – poetki i modelki pozującej do pomnika Nike, która zmarła, ratując rannego kolegę. Z kolei jako przykład śmierci sensownej – niosącej za sobą pewną celowość, dającej rozgłos i efekt dla społeczności, wskazuje Michała Klepfisza – powstańca, który uratował resztę przygwoźdzonego oddziału, zaślaniając własnym ciałem karabin maszynowy, zaś śmiercią bezsensowną nazywa samobójstwo prezesa Judenratu – Adama Czerniakowa, który w liście pożegnalnym tłumaczył swój wybór zbyt małym wpływem swoich działań na oczekiwane zmiany. Jednak Edelman tłumaczy, że śmierć tak ważnej osobistości mogłaby przyczynić się dla społeczności, gdyby zdarzyła się w innych okolicznościach. Podobnie demitologizuje samobójczą śmierć dla symboli, której dokonali jego przyjaciele, i również nazywa ją bezsensowną (Krall 2018).

Badanie jakościowe w zbliżonym zakresie przeprowadził Adam Czabański, zajmujący się tematyką samobójstw w czasie wojny, przede wszystkim w Polsce. Przeanalizował bowiem wypowiedzi 95 osób powyżej 80 roku życia, które badano metodą wywiadu swobodnego pod kątem ich wiedzy na temat przypadków samobójstw altruistycznych popełnianych podczas II wojny światowej. Hipoteza zakładająca wiedzę, z racji doświadczenia i przeżytych wydarzeń, seniorów na temat konkretnych przykładów takich samobójstw nie została pozytywnie zweryfikowana. „[...] stosunkowo niewielu z nich znało przykłady samobójstw altruistycznych. Niektóre wypowiedzi dotyczą czynów heroicznych, ale nie noszących znamion czynów suicydalnych. Raczej dotyczą one czynów heroicznych, męczeńskich. Zazwyczaj brakuje dokładnych danych, gdzie i kiedy opisywane wydarzenia się zdarzyły” (Czabański 2012, s. 53). Badane osoby podawały bardzo szczątkowe i ogólne informacje, z których trudno było wyłuskać konkretne wydarzenia i odnaleźć wspomniane osoby. Zarówno wśród badanych seniorów, jak i u Marka Edelmana dochodzi również do mylenia samobójstw altruistycznych i czynów ofiarnych. Większość osób wyrażała swój krytyczny stosunek do śmierci samobójczych, wyjaśniając go wiarą w Boga, który każdemu człowiekowi ofiarował życie, zatem podjęcie decyzji o jego zakończeniu jest wielkim grzechem, ponieważ człowiek nie ma prawa sam odebrać sobie owego daru, nawet w imię sławnych idei czy manifestacji.

SAMOBÓJSTWA W ARCHIWALNEJ DOKUMENTACJI

Wiedza i przekazy na temat samobójstw pochodzące ze wspomnień weteranów i seniorów to cenne źródło wiedzy w zakresie rozumienia tych czynów, interpretacji jakościowej, jeśli w ogóle można ją tak nazwać. Jednak coraz częściej doszukuje się również informacji czysto ilościowych i sporządza na ich podstawie zestawienia dotyczące na przykład określonych miejsc, zdarzeń czy grup społecznych. Ich źródłem są dokumenty urzędowe, zatem w mniejszym stopniu dotyka je problem subiektywizmu autorów, a w większym problemy techniczne, takie jak odręcznie prowadzone księgi, język obcy czy braki. Wspomniany już wyżej profesor Adam Czabański sporządził analizę samobójstw kobiet podczas wojny, wykorzystując dokumentację z Archiwum Niemieckiego Urzędu Stanu Cywilnego we Wrocławiu. Z tychże dokumentów wynika, że najwięcej kobiet we Wrocławiu podczas II wojny światowej zaczęło popełniać samobójstwa od roku 1941, zaś średni wiek owych kobiet stopniowo wzrastał i największy był w okresie oblężenia (średni wiek wynosił wówczas ok. 49 lat). Analiza wskazuje również, że najwięcej samobójstw popełniły kobiety samotne, bo aż 54,6% było wdowami, pannami lub rozwódkami, głównie w średnim lub podeszłym wieku (57,1%), co stanowi dowód na to, że samotność była i jest jednym z czynników ryzyka suicydalnego. Ogólna liczba samobójstw popełnionych przez kobiety w tym okresie we Wrocławiu sięga 395. Wiele osób należących do ludności cywilnej popełniło samobójstwo w szczególnie traumatyzującym czasie, gdyż dokładnie podczas oblężenia Wrocławia przez Armię Czerwoną – liczba samobójców mogła wynosić nawet 2700, w tym 38% kobiet. Łącznie w okresie od 1 września 1939 do 31 sierpnia 1945 roku udział kobiet wyniósł 34,7%. Zauważono zatem wzrost w stosunku do okresu przedwojennego wynoszący niemal 9% (z 34,7% do 43,5%). Kobiety popełniały samobójstwa metodami mało urazowymi, takimi jak zatrucie lekami czy gazem. Przyczyn dopatruje się w splotach różnorodnych zdarzeń, jednak tak precyzyjnych informacji trudno doszukać się w archiwalnych dokumentach urzędowych. Mimo to Czabański zakłada, że głównymi motywami mogły być „nieporozumienia małżeńskie, depresja, żaloba po śmierci syna lub męża na froncie, lęk przed gwałtami ze strony żołnierzy radzieckich” (Czabański 2011, s. 450).

SAMOBÓJSTWA W CZASIE PANDEMII

Najbliższym współczesnemu społeczeństwu wydarzeniem o charakterze globalnego kryzysu była pandemia COVID-19. Skutki tego zdarzenia utrzymują się do dziś nie tylko w skali państwowej poszczególnych krajów (kryzys gospodarczy, inflacja itp.), lecz również w skali osobistej każdego człowieka. W inny sposób pandemia wpłynęła na osoby dorosłe, młodzież czy dzieci. Dorosli bali się utraty źródeł utrzymania siebie i rodzin, lecz, co ciekawe, bezrobocie w Polsce nie wzrosło, a wręcz zmalało po przymusowym zamknięciu w domach, zatem wiele miejsc pracy zostało utrzymanych oraz pojawiły się nowe, mimo panującego kryzysu. W innym wypadku możliwy byłby wzrost ilości samobójstw również w tej grupie wiekowej w Polsce. Jednak wzrost nastąpił przede wszystkim w grupie adolescentów, którzy odczuli izolację w inny sposób, w szczególności w postaci odosobnienia od rówieśników, a także poprzez zdalną edukację. Może to być jedna z przyczyn znaczącego wzrostu ilości prób samobójczych w tej grupie wiekowej, idąca w parze z wiekiem, a co się z nim wiąże – mniejszą umiejętnością radzenia sobie w sytuacjach trudnych i stresowych niż osoby dorosłe (Stańdo i in. 2022). Mimo to w okresie pandemii ustabilizowała się liczba samobójstw dokonanych i zachowań suicydalnych w ogóle we wszystkich grupach wiekowych. Jest to jednak tylko częściowy powód do radości, gdyż kryzys pandemiczny przyczynił się do zachwiania dobrostanu psychicznego – obniżenia nastrojów wśród Polek i Polaków, a szczególnie wśród młodzieży uczącej się, ponieważ to właśnie w tej grupie odnotowano wyższy poziom depresji i lęku (Stańdo i in. 2022).

Według badań Marleny Stradomskiej (2019) dotyczących sytuacji problemowych, dotykających studentów Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, które mogą i często generują trudności oraz zachowania i skłonności autodestrukcyjne, respondenci wskazywali m.in. trudności z adaptacją w nowym środowisku, trudności w relacjach (w tym głównie dotyczące komunikacji), brak wsparcia finansowego oraz psychologicznego. Nietrudno zauważyć, że właściwie identyczne problemy dotykały adolescentów na początku pandemii. Całe społeczeństwo stanęło przed wyzwaniem zaadaptowania się do nowej sytuacji, jaką była zdalna praca i nauka, drastyczne zmniejszenie interpersonalnych kontaktów, które wcześniej towarzyszyły niemal codziennie, komunikacja ograniczona do rozmów telefonicznych czy przez portale społecznościowe. Z uwagi na ciągły szybki rozwój zdarzeń na początku izolacji firmy, organizacje, instytucje etc. musiały zadbać o zabezpieczenie swoich dóbr, pozycji, a także przystosować się do nowej sytuacji z perspektywy zarządzania swoimi pracownikami, biznesem itp.,

dlatego wsparcie psychologiczne dla pracowników, uczniów i studentów dotarło nieco później. Mimo to było ono oferowane w szerokim zakresie, bezpłatnie i online tak, aby każdy szukający wsparcia psychologicznego mógł je uzyskać. Przykładowo na UMCS-ie w Lublinie wykładowcy z Instytutu Psychologii udzielali porad poprzez komunikatory internetowe, a także stworzony został cykl darmowych e-booków *Strategie radzenia sobie w trakcie trwania pandemii i nie tylko* (od 2020), koordynowany przez Marlenę Stradomską, wspierany m.in. przez Towarzystwo Nowa Kuźnia, Polskie Towarzystwo Suicydologiczne Oddział Lublin oraz UMCS w Lublinie i WSE w Krakowie. Publikacje te stanowią przydatne w codziennych trudnościach porady, które nie straciły na aktualności nawet po zakończeniu pandemii, oraz odpowiedzi na najczęściej kierowane do psychologów pytania. Pomysł na stworzenie materiałów informacyjno-pomocowych powstawał już od początku epidemii, a jego efekty stanowią cenne źródło wsparcia do dziś (Stradomska 2020).

Jednak według najnowszych badań izolacja społeczna i pogłębiające się przez nią problemy psychiczne dotknęły w podobnym stopniu nie tylko nastolatków, ale także osoby starsze. „Wysokie ryzyko ciężkiego przebiegu choroby w połączeniu z podawanymi przez media statystykami zgonów i zachorowań oraz koniecznością izolacji mogły spowodować lęk oraz wywołać i pogłębić objawy depresyjne” (Fabiś i Pyrtek 2022, s. 61). Ogólne statystyki dotyczące liczby popełnianych samobójstw nie uległy zmianie, jednak analizy w podziale na grupy wiekowe wskazują, że w dobie pandemii jedną z najbardziej narażonych grup wiekowych stali się seniorzy. Z kolei polskie dane wskazują, że w latach 2020–2021 wykazano wzrost liczby aktów samobójczych wśród młodszych oraz najstarszych obywateli. Mimo to pokrzepiające są dane pokazujące, iż z czasem seniorzy nauczyli się wypracowywać nowe strategie adaptacyjne radzenia sobie z problemem izolacji, które umożliwiły im powrót do optymalnie normalnego funkcjonowania.

Pogorszenie dobrostanu psychicznego w czasie pandemii COVID-19 dotknęło nie tylko obywateli Polski, ale osiągnęło skalę globalną. Z pewnością przyczyniły się do tego strach, stres i panika wywołane pojawiającymi się w mediach informacjami oraz statystykami dotyczącymi rosnącej liczby zachorowań i zgonów. Departament Zdrowia Psychicznego i Nadużywania Substancji (MSD) WHO opublikował w związku z tym 18 marca 2020 roku dokument zawierający apele do różnych grup społecznych, mający na celu zwrócenie uwagi na zatroszczenie się o dobrostan psychiczny oraz funkcjonowanie psychospołeczne podczas pandemii. W tejże publikacji umieszczono konkretne porady i wskazówki dla ogółu społeczeństwa oraz poszczególnych grup, w jaki sposób można

zadbać o siebie w tym trudnym czasie, a także wskazano dokładne miejsca, gdzie można odnaleźć rzetelne i aktualne informacje, aby uniknąć paniki i rozprzestrzeniającej się dezinformacji. Dokument ten był szeroko udostępniany w artykułach i mediach, ponieważ stanowił niejako odskocznię od przerażających aktualności oraz był bardzo potrzebnym wówczas skierowaniem uwagi społeczeństwa na obszar zdrowia psychicznego, o który należało zatroszczyć się jeszcze intensywniej niż dotychczas.

PRZECIWDZIAŁANIE I PROFILAKTYKA

Światowa Organizacja Zdrowia (2021) podaje, że każdego roku więcej osób umiera w wyniku samobójstwa niż wojny. Zatrważającym jest również porównanie wskazujące, że co roku w Polsce umiera z powodu samobójstw ponad 5 tysięcy osób, zatem co roku z mapy kraju znika jedno niewielkie miasteczko (PAP 2022).

Mimo wskazówek i poradników WHO, Ministerstwa Zdrowia (2018) czy Polskiego Towarzystwa Suicydologicznego (2003) odnośnie treści dotyczących samobójstw mogących bezpiecznie pojawiać się w mediach, nie stanowiąc zagrożenia suicydalnego, wciąż segment ten nie jest dostatecznie uregulowany. W mediach społecznościowych takich jak Instagram czy TikTok zamieszczane są zdjęcia i filmiki, które z uwagi na regulaminy platform powinny być usuwane lub nie powinny wcale się tam pojawiać. Jednakże młodzi ludzie nauczyli się omijać zasady i algorytmy mające zapobiegać takim treściom. Powstaje zatem pytanie, czy to adolescentom udało się znaleźć słabe punkty oprogramowań, czy raczej to owe programy nie były dostatecznie silne lub zostały zbyt słabo dopracowane.

Pokrzepiający jest jednak fakt, że zaplanowane działania prewencyjne chociaż częściowo przynoszą skutki. Gdy w przeglądarce internetowej lub wyszukiwarki aplikacji wpisane zostaną hasła uznane za niepokojące lub zagrażające, pierwszymi wynikami wyszukiwania okażą się treści pomocowe, takie jak telefony zaufania czy miejsca, gdzie można znaleźć pomoc w kryzysie. Ponadto rokrocznie w Światowy Dzień Zapobiegania Samobójstwom (10 września) pojawiają się kampanie prewencyjne rządu oraz lokalnych stowarzyszeń, placówek, organizacji. Działania pomocowe nie są jednakże prowadzone jedynie przy pewnych większych okazjach. Każda osoba znajdująca się w kryzysie czy potrzebująca wsparcia może odnaleźć pomoc, chociażby dzwoniąc pod numer 116 111 – działający całodobowo Telefon Zaufania dla Dzieci i Młodzieży. Osoby preferujące inne

formy kontaktu, również dorośli, mogą skorzystać z pomocy oferowanej przez stronę internetową www.zwjrr.pl, gdzie można zarówno bezpłatnie i anonimowo napisać do specjalisty, jak i w łatwy sposób odnaleźć najbliższe placówki wsparcia psychologicznego i interwencji kryzysowej. Bezpłatna pomoc udzielana jest także w centrach zdrowia psychicznego, działających w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Najważniejsza jest jednak świadomość i monitorowanie wszystkich oznak mogących wskazywać na zły stan psychiczny bliskich osób. WHO (2021) w ramach przeciwdziałania samobójstwom rekomenduje między innymi: ograniczanie dostępu do narzędzi umożliwiających dokonanie samobójstwa, takich jak wysoce trujące pestycydy, broń palna oraz niektóre typy leków, współdziałanie z mediami poprzez odpowiedzialnie informowanie o samobójstwach, rozwój społeczno-emocjonalnych zdolności u młodzieży oraz jak najwcześniejsze rozpoznawanie oraz monitorowanie osób wykazujących skłonności samobójcze. Jeśli zatem wśród bliskich czy znajomych pojawią się symptomy takie jak przykładowo niespodziewane i niespotykane wcześniej porządkowanie swoich rzeczy, relacji, długów, otwarte mówienie o skłonnościach samobójczych, przebyty w ostatnim czasie lub trwający kryzys czy cięższy okres – warto okazać zrozumienie oraz wsparcie, a także poszukać pomocy.

ZAKOŃCZENIE

Samobójstwo jest wielowymiarowym zjawiskiem, które spotykało ludzkość od niepamiętnych czasów. Definiuje, interpretuje i rozumie się je na wiele różnych sposobów, w zależności od okresu historycznego, tła kulturowego czy towarzyszących mu zdarzeń o charakterze osobistym oraz globalnym. Na decyzję o jego popełnieniu składa się zwykle wiele przyczyn, wydarzeń i myśli towarzyszących samobójcy. Szczególnym czynnikiem ryzyka suicydalnego są okresy globalnie traumatyzujące, kiedy to duża część, jeśli nie całe społeczeństwo boryka się z problemami wszelakiej natury. Wyjątkowo intensywnie okresy te dotyczą jednostki słabsze, mniej doświadczone czy o słabszej wytrzymałości psychicznej, stąd wyraźnie częstszy wzrost samobójstw odnotowywany jest wśród kobiet, które są wrażliwsze i silniej reagują emocjonalnie na trudności, adolescentów oraz osób starszych – w zależności od specyfiki danego zdarzenia lub okresu. Definitywnie jednym z czynników zarówno ryzyka, jak i ochrony jest światopogląd, który może oddziaływać na wolę walki z problemami i chęć życia lub wręcz przeciwnie – oddalać od nich. Podobnie poczucie wspólnotowości – czy to w czasie wojny,

gdy umacniało jedność w cierpieniu, czy już po niej, kiedy Niezależny Samorządny Związek Zawodowy „Solidarność” rósł w siłę i dawał nadzieję na lepsze jutro, pokazując, że problemy (zarówno państwowe, jak i osobiste) mogą zostać rozwiązane w najbliższej przyszłości – może sprzyjać podtrzymywaniu ducha wytrwałości i wspólnoty trwania w trudnym czasie (Jarosz 2015). Drugi z aspektów rzadziej staje się motywem samobójstw, co wskazuje na celowość utrzymywania relacji społecznych i życia w grupie, nie tylko w okresach traumatyzujących i bolesnych, ale nawet we współczesnej codzienności jest to znaczący czynnik chroniący.

BIBLIOGRAFIA

Literatura

Czabański A.

2011 *Samobójstwa kobiet podczas wojny – socjologiczna analiza zjawiska*, „Dwumiesięcznik Naukowy Uniwersytetu Medycznego”, 80(6).

2012 *Przypadki samobójstw altruistycznych we wspomnieniach seniorów*, „Nowiny Lekarskie”, 81(1).

Durkheim É.

1897 *Samobójstwo*, Warszawa.

1973 *Le Suicide. Etude de sociologie*, „Presses Universitaires de France”.

Fabiś J., Pyrtek K.

2022 *Samobójstwa wśród osób starszych w dobie pandemii COVID-19. Przegląd literatury polskiej i światowej*, „EXLIBRIS Biblioteka Gerontologii Społecznej”, 1(23).

Greszta E., Kwiatkowska A., Trębicka P., Nowak M.

2018 *Uwarunkowanie samobójstw – przegląd teorii i badań*, „Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio”, 33(1).

Gross A.

2000 *Samobójstwa słynnych ludzi – mitologia, starożytność i Biblia*. „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii”, 34(5).

Hołyst B.

2012 *Suicydologia*, wyd. 2, Warszawa.

Jarosz M.

1997 *Samobójstwa*, Warszawa.

2015 *Samobójstwa w czasach kryzysu*, „Rocznik Polskiego Towarzystwa Suicydologicznego i Uczelni Łazarskiego”, 7(5).

Kielan A., Bąbik K., Cieślak I., Dobaczewska P.

2017 *Religia katolicka a zachowania suicydalne w Polsce*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, 23(2).

Krall H.

2018 *Zdążyć przed Panem Bogiem*, Kraków.

Lebiedowicz A.

2013 *Samobójstwo w ujęciu wielopłaszczyznowym*, „Wojskowy Przegląd Prawniczy”, 3.

Michalska-Suchanek M.

2011 *Fenomen samobójstwa: długa historia krótko opisana*, „Arkadia – Pismo Katastroficzne”, 71.

Stańdo J., Czabański A., Fechner Ż., Baum E., Andriessen K., Krysińska K.

2022 *Samobójstwa i próby samobójcze w Polsce przed i podczas pandemii COVID-19 w latach 2019–2021*, „International Journal of Environmental Research and Public Health”, 19(15).

Stradomska M.

2019 *Determinants of suicide attempts in a group of students – a preventive program at the university*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna”, 19(3).

Stradomska M., Kielan A., Walewska-Zielecka B.

2020 *Przykłady kierowanych do mężczyzn kampanii dotyczących zdrowia psychicznego*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna”, 20(3).

Szawarski Z.

1988 *Samobójstwo: w poszukiwaniu definicji*, „Etyka”, 23.

Netografia

Polska Agencja Prasowa

<https://www.pap.pl/aktualnosci/news%2C1421318%2Cniepokojace-statystyki-co-roku-z-powodu-samobojstw-znika-jedno-miasteczko> (dostęp: 6.06.2023).

Polska Policja

[https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze/63803,
Zamachy-samobojcze-od-2017-roku.html](https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze/63803,Zamachy-samobojcze-od-2017-roku.html) (dostęp: 5.06.2023).

Stradomska M.

2020 *Strategie radzenia sobie w trakcie pandemii i nie tylko*, <https://www.archa-egraph.pl/strategie> (dostęp: 16.06.2023).

Światowa Organizacja Zdrowia, Polskie Towarzystwo Suicydologiczne

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67604/WHO_MNH_MBD_00.2_pol.pdf?sequence=6 (dostęp: 6.06.2023).

Życie Warto Jest Rozmowy

https://backend.zwjz.pl/media/attachments/poradnik_dla_pracownikow_mediow.PDF (dostęp: 6.06.2023).

WHO

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide> (dostęp: 1.06.2023)

<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mental-health/suicide-rates>
(dostęp: 5.06.2023)

<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Mental-Health-2020.1> (dostęp: 5.06.2023)

<https://www.who.int/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>
(dostęp: 6.06.2023).

SUICIDES IN THE CONTEXT OF GLOBALLY TRAUMATIZING PERIODS – WORLD WAR II AND PANDEMIC

Abstract: To this day, suicide remains one of the leading causes of death worldwide. It is also a highly complex and internally diverse phenomenon, with various definitions found in the literature. This article addresses the issue of suicides in the context of globally traumatizing periods. The analysis begins by examining the way in which this type of death is viewed, encompassing both contemporary definitions and an extensive historical perspective. Based on this foundation, the specifics of suicides and their understanding during World War II and the COVID-19 pandemic are explored. In relation to the war, the article draws on the memories of seniors to gain their perspectives and knowledge, as well as archival research from the Wrocław region. Regarding the pandemic, the latest statistical analyses and information on the event as a whole are utilized. The aim of the article is to familiarize with the problem of suicides occurring during these specific periods of time, based on current relevant literature.

Keywords: suicide, history of suicide, causes of suicide, crisis, trauma, war, World War II, pandemic, COVID-19

KACPER CHABIELSKI
UNIwersytet Jagielloński w Krakowie

ARTUR MASTALERZ
UNIwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

PROBLEMATYKA GIER KOMPUTEROWYCH W XXI WIEKU – NADUŻYCIA, BENEFITY I DZIAŁANIA PREWENCYJNE

Streszczenie: Praca dotyczy problemu gier komputerowych i ich wpływu na człowieka, szczególnie młodzież. Ponadto porusza problem uzależnienia od nich i konsekwencje związane z tym aspektem. Proponowane są też pewne działania prewencyjne oraz benefity, które mogą być czerpane z takiej formy aktywności. W pracy omawiana jest problematyczna sytuacja jednostek w kontekście relacji seksualnych oraz życia rodzinnego. Opisany jest proces przechodzenia z przyjemnej formy rozrywki w trudne i szkodzące zdrowiu psychicznemu zachowania degeneracyjne. Poruszany jest również temat zachowań autodestruktywnych czy wręcz suicydalnych w grupie graczy. Prezentowane są ponadto statystyki pokazujące rozmiar problemu.

Słowa kluczowe: gry komputerowe, Internet, eskapizm, społeczność graczy, uzależnienie, samobójstwo

WPROWADZENIE

Niniejszy rozdział w monografii powstał w celu zwrócenia uwagi oraz otwarcia dyskursu w świetle coraz większego wpływu, jaki mają gry wideo na ludzi, ze szczególnym uwzględnieniem młodzieży w aspekcie czynników ochronnych i zagrażających ich zdrowiu psychicznemu. Tematyka nie jest łatwa do podjęcia z kilku powodów. Za główne można uznać:

1. Znikoma ilość polskiej literatury dotyczącej tematyki gier wideo w psychologii.
2. Uznawanie przez środowisko akademickie powyżej podanego środka przekazu za niewarty zwrócenia na niego uwagi, co bezpośrednio rzutuje na problem pierwszy.

Zatem praca ta może służyć rozszerzaniu zainteresowania, jak i zachęcaniu do zajmowania się proponowaną tematyką. Zjawisko grania w gry będzie tutaj szczególnie rozpatrywane w ujęciu eskapizmu, któremu często oddają się grający. Jak zauważa Klimczyk (2022), jest to „złożony fenomen psychologiczny”. Powinno się brać pod uwagę motywację grania w gry nie tylko od strony systemu nagrody oraz szeroko pojętej relaksacji. Aktywność ta może służyć także z jednej strony kompensacji za niepowodzenia lub nieefektywne relacje, z drugiej za podtrzymywanie tych zadowalających elementów (Katz i Foulkes 1962), co może mieć znaczący wpływ zarówno względem czynników chroniących nas przed samobójstwem, jak i zwiększających jego prawdopodobieństwo.

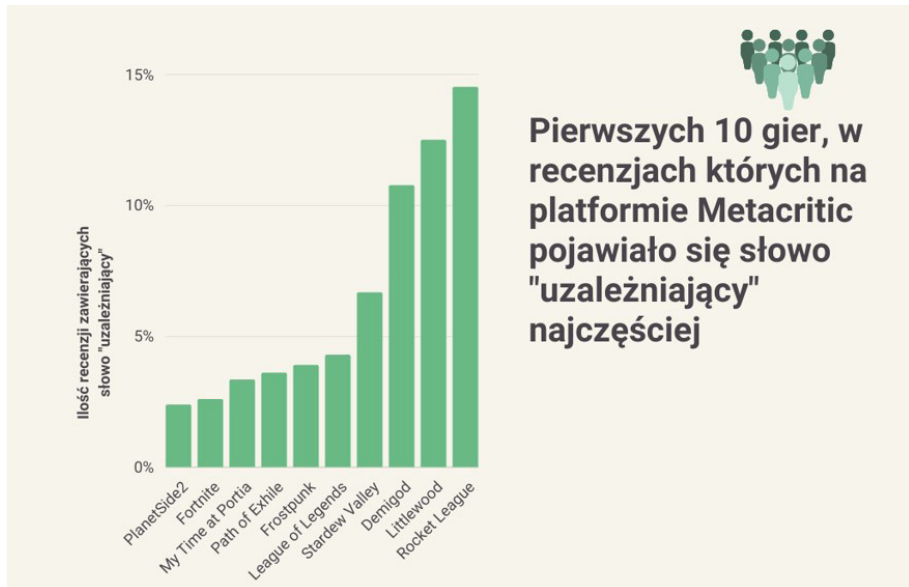
STATYSTYKI DOTYCZĄCE GIER WIDEO

Koncept gry komputerowej powstał w roku 1958, natomiast już od roku 1995 można obserwować pojawienie się prac naukowych dotyczących problematycznego spędzania czasu w digitalowym środowisku. W ostatniej dekadzie można obserwować olbrzymi wzrost zainteresowania tym problemem ze szczególnym uwzględnieniem roku 2014. Gry komputerowe obecnie są formą rozrywki dla ponad 1,2 miliarda osób na całym świecie, a wraz z pojawieniem się pandemii COVID można było zauważyć zwiększenie zainteresowania tą formą spędzania czasu nawet do 1,3 miliarda graczy, tylko i wyłącznie użytkowników komputerów. Forma mobilna (głównie market chiński) w połączeniu z konsolową daje nam dodatkowe 3,3 miliarda osób (Gliński 2021). Badania z Niemiec, Stanów Zjednoczonych i Singapuru na lata 2009–2015 wskazują, że procent młodzieży wpisującej się w grupę nadużywających oscyluje około 5–10% z grupy badanych (Gorman, Gentile i Green 2018).

Mimo powszechnego przekonania co do grupy docelowej gier komputerowych – młodych mężczyzn, badania donoszą, że prawie 44% graczy to kobiety, a 27% z ogółu to gracze powyżej 50 roku życia. Jednak to populacja mężczyzn stanowi w tej grupie większość uzależnioną i nadużywającą gry (Rohilla 2018). Kobiety jednak częściej spotykają się z problemem samotności w przypadku nadużyć związanych z grami komputerowymi, lecz częściej zgłaszają satysfakcję z życia

rodzinnego. Problemy z agresją są znowu większym problemem po stronie mężczyzn. Te elementy mogą być preludium do zamknięcia się w kole uzależnienia.

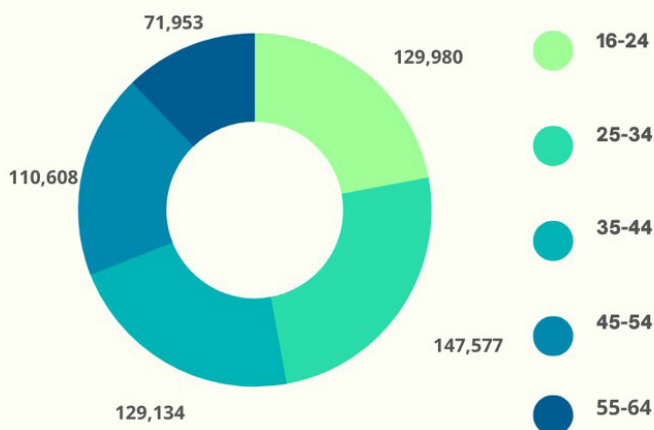
STATYSTYKI DOTYCZĄCE UZALEŻNIENIA OD GIER



Wykres 1. Pierwszych 10 gier, w których recenzjach na platformie Metacritic pojawiło się słowo „uzależniający” najczęściej

Źródło: Opracowano na podstawie Hopkins (2022).

Szacowana liczba uzależnionych graczy w Wielkiej Brytanii z podziałem na grupy wiekowe













Wykres 2. Szacowana liczba uzależnionych graczy w Wielkiej Brytanii z podziałem na grupy wiekowe

Źródło: Opracowano na podstawie Hopkins (2022).

Poniższa tabela pokazuje piętnaście najpopularniejszych gier w roku 2022 na podstawie danych ze strony activeplayer.io/.

Tabela 1. Piętnaście najpopularniejszych gier w roku 2022.

	Miejsce w rankingu	Gra	Liczba graczy ogółem
	1	Fortnite	30,950,114
	2	Roblox	22,506,614
	3	Minecraft	17,501,147
	4	League of Legends	14,000,060
	5	Counter Strike: GO	2,223,337

	Miejsce w rankingu	Gra	Liczba graczy ogółem
	6	Valorant	2,006,825
	7	Overwatch 2	1,419,252
	8	Apex Legends	12,265,022
	9	Rocket League	5,970,068
	10	Genshin Impact	8,366,726
	11	Destiny 2	807,719
	12	Call of Duty: Modern Warfare	914,806
	13	PUBG: Battlegrounds	48,146,926
	14	GTA V	1,093,205
	15	Dota 2	3,733,717

Źródło: Opracowano na podstawie danych ze strony activeplayer.io, 2022.

POJĘCIE ESKAPIZMU

Eskapizm w kontekście tego artykułu będzie rozumiany jako aktywna ucieczka od świata realnego w celu uniknięcia myślenia o problemach (Kardfelt-Winther 2014). Na jeden ze skutków eskapizmu zwrócono uwagę w badaniach Hussain i Griffiths (2009) na podstawie doświadczeń opisywanych przez osoby badane:

I've lost my IRL [in real life] friends because I couldn't find the time to be with them, I quit school. Whenever someone asks me to do something on the weekends, I always think "Ooh, but we're raiding, I really shouldn't go out," and that's a way of thinking which I really dislike.

Straciłam moich IRL przyjaciół (w realnym życiu), ponieważ nie mogłam znaleźć czasu dla nich, potem rzuciłam szkołę. Za każdym razem, jak ktoś prosił mnie o zrobienie czegoś w weekend, myślałam „och, ale będziemy rajdować, naprawdę nie powinnam wychodzić”, i jest to rodzaj myślenia, którego naprawdę nie lubię (Hussain i Griffiths 2009).

W opozycji do negatywnych doświadczeń sugerujących, że eskapizm w kierunku gier wideo może negatywnie wpływać na samopoczucie, co przekłada się na ryzyko wystąpienia tendencji samobójczych, można wyróżnić następujący aspekt: „You meet new people, you learn about new cultures, learn about teamwork, and build friendships. At the same time, you’re having fun by playing a game” (Hussain i Griffiths 2009) (poznajesz nowych ludzi, uczysz się o nowych kulturach, uczysz się o pracy w grupie i budujesz przyjaźnie. W tym samym czasie jesteś zadowolony, bo grasz w grę). Z tego powodu przyjęto założenie, że można rozpatrywać eskapizm w sferze zarówno pozytywnej (tworzenie nowych znajomości, relaksacja, rozwijanie swoich umiejętności), jak i negatywnej (zaniedbywanie starych znajomości w realnym świecie, zaniedbywanie własnej higieny, jak i strata czasu) (Hussain i Griffiths 2009).

ESKAPIZM W GRACH WIDEO – CZYNNIKI CHRONIĄCE I ZAGRAŻAJĄCE W KONTEKŚCIE ZACHOWAŃ SUICYDALNYCH

W niniejszej pracy zajęto się tematyką eskapizmu od strony złożonego wpływu na zachowania suicydalne. Mimo że gry komputerowe plasują się nisko, jeśli chodzi o postrzeganie ich w aspektach uzależnienia (Stradomska i Bidonko 2021), to zdecydowanie mogą one nieść skutki wpływające negatywnie na zdrowie psychiczne. Jak zauważyli w swoich badaniach Hussain i Griffiths (2009), część osób, odpowiadając na pytanie o negatywne skutki ich ucieczki w świat gier (w tym wypadku była to gra WoW, szerzej znana jako World of Warcraft), zwracała szczególną uwagę na zaniedbywanie higieny, stosunków międzyludzkich znajdujących się poza sferą wirtualną, pracy, jedzenia. Zatem sam eskapizm w tym wypadku nie był problemem, lecz prowadził do braku czasu, który przekładał się na zaniechanie działań w powyższych sferach życia. Natomiast każdy z wcześniej wymienionych skutków tego faktu znacząco obniża komfort życia, jak i zagraża jego dobrostanowi. Otóż tracąc pracę lub bliskie danej jednostce osoby, człowiek jest zdecydowanie bardziej narażony na zachowania suicydalne. Brak higieny lub odpowiedniej diety przekłada się na spostrzeganie siebie, jak i samopoczucie, które będzie prowadziło do myśli mogących zagrażać zdrowiu i życiu.

W opozycji do tego stanowiska jest to, że gry komputerowe mogą pozwolić odpocząć od problemów dnia codziennego, skutecznie obniżając tym napięcie. Część przebadanych osób zwróciła szczególną uwagę na poznanie nowych ludzi, kultur, jak i uzyskanie nowych zdolności pozwalających im lepiej funkcjonować w realnym świecie. Specyfika gry, jaką jest WoW, kładzie duży nacisk na pracę zespołową. Szczególnie widać to w zjawisku, jakim jest „rajdowanie”, które bardzo często jest procesem trwającym po kilkanaście godzin. W takich momentach bardzo ważne są rozwinięte umiejętności komunikacji, jak i posiadanie wiedzy o osobach, z którymi podejmowana jest dana aktywność. Bez tego nie można by było planować kolejnych działań, np. podczas rozgrywki. Przez taki aspekt niejako zostaje wymuszone poznanie innych członków serwera, a to przekładać się będzie na czynnik chroniący. Dużo lepiej i łatwiej jest utrzymywać kontakt z osobami, z którymi wystarczy kontakt za pomocą komunikatora internetowego, które mogą służyć radą czy wsparciem. Duża część osób angażujących się w takie społeczności uważa je za swoją „drugą rodzinę”. Jak zauważa Klimczyk (2022), w środowisku gier online gracze spotykają się i wchodzą w interakcje za pośrednictwem wytworzonych przez siebie awatarów, które mogą utożsamiać ze sobą. Pozwala im to otworzyć się w większym stopniu przed innymi, niż gdyby mieli zacząć konwersację z losową osobą. Gracze bardzo często znają każdego, dzieląc się przeżyciami z życia, które nie jest tylko internetowe. Nierzadko takie znajomości przenoszone są potem do świata realnego, gdzie dalej relacje mogą się rozwijać i pozwalać na zwiększenie dobrostanu psychicznego przez niwelowanie poczucia samotności.

Stawiając daleko posunięte przypuszczenie, można zakładać, że eskapizm w świat gier z gatunku multiplayer¹ będzie służył jako czynnik chroniący dla osób zaczynających granie jako osoby samotne, opuszczone. Natomiast będzie czynnikiem zagrażającym dla osób posiadających relacje i związki już w realnej przestrzeni. Przypuszczenia te można wysnuć na podstawie wcześniej przywołanych badań Hussain i Griffiths (2009), gdzie część osób zwracała uwagę na nowe znajomości, a część na zaniedbanie wcześniej posiadanych. Kolejnym spojrzeniem na przedstawiony temat może być utożsamianie się osoby z jej awatarem z gry. Jak zauważa Klimczyk (2022), awatar można interpretować jako cyfrową reprezentację gracza. Jest to twór, z którego gracz korzysta w doświadczaniu środowiska wirtualnego. Stwarza to dla niego bezpieczną przestrzeń na próbowanie oraz odkrywanie ciekawego dla niego „kontentu”, w tym interakcji z postaciami

¹ Typ gry pozwalający na rozgrywkę wielu graczy w tym samym czasie, w tej samej grze.

sterowanymi przez komputer. Można wyszukać tu następujący czynnik chroniący: działania te są w pewnym sensie, metaforycznie, poligonem dla interakcji albo substytutem dla działań społecznych, w tym nie ma potrzeby zwracania uwagi na źle dobraną kwestię dialogową albo urażenie drugiej osoby. Nawet jeśli tak by się stało, nic nie stoi na przeszkodzie wczytania wcześniejszego stanu gry. Służy ona graczowi głównie do eksplorowania własnej tożsamości. W kontrolowanym przez niego środowisku można angażować się w immersyjny sposób w działania, które byłyby negatywnie oceniane przez osoby postronne. Przykładem może być tworzenie i odgrywanie ról kobiecych przez męskich graczy. Pozwala im to eksplorować własną płć w zamkniętym dla innych środowisku. Niestety, duża ilość takich działań jest w stanie wytworzyć nierealne oczekiwania względem świata realnego u danej osoby lub zastąpić całkowicie spotkania z realnymi ludźmi. Problematyką utożsamiania się gracza z awatarem w wysokim stopniu może być także brak możliwości przyjmowania uwag dotyczących danych działań lub porównywanie stanu (awatara) do stanu osoby nim grającej (Klimczyk 2022).

Hejt nie jest czymś obcym dla ludzi, którzy podejmują aktywność w Internecie, także w grach multiplayer. Niekiedy niektóre komentarze mogą zostać wyjątkowo źle odebrane przez osoby niepotrafiące rozgraniczyć tych dwóch płaszczyzn – realnej i online. Negatywnie wpływać może wyżej wymieniona sytuacja, gdzie męski gracz odgrywa rolę damską za pomocą nośnika i uświadamia sobie, że taki stan odpowiadałby mu w realnym życiu, ale z powodów od niego niezależnych nie jest w stanie tego przenieść do świata rzeczywistego. Ciekawą przestrzenią, która nie posiada jeszcze wystarczającego poziomu rozwinięcia w badaniach, jest poziom eskapizmu z wykorzystaniem technologii wirtualnej rzeczywistości, potocznie nazywanych goglami VR. W tym momencie niemożliwe jest określenie, jaki wpływ na postrzeganie rzeczywistości lub siebie mają takie technologie z powodu nowoczesnego podejścia oraz braku badań w tym temacie.

OSTRACYZM, ESKAPIZM I UZALEŻNIENIE – ZAPĘTLANIE SIĘ PROBLEMU

Ostracyzm w nowoczesnym założeniu jest czynnością mającą na celu celowe wykluczenie jednostki z grupy społecznej lub procesów wspólnej działalności (Williams 2007). Często pojawia się on w dyskursie wobec szkodliwości gier komputerowych. Według założeń socjologii w grupach społecznych obserwuje się pewne normy i język, który sprawia, że stają się one spójne. Taka sama sytuacja zachodzi

w życiu grupowym graczy (Jędrzejko 2011). Zwykle wraz z wysokim zaangażowaniem w aktywność gier komputerowych pobierane są komunikatory tekstowe i głosowe pokroju aplikacji „Discord”² czy „Teamspeak”³, które mają otworzyć możliwości interakcji pomiędzy graczem a grupą internetową. Jednak istotne jest, aby przytoczyć, że możliwości takiej formy komunikacji są ograniczone ze względu na jej pośredniość. Dodatkowo warto uwzględnić anonimowość, którą umożliwia Internet – realne jest stworzenie wielu kont, korzystanie z awataru oraz tzw. nicku, czyli nazwy użytkownika. Elementy te pozwalają na przesunięcie norm świata rzeczywistego w świecie internetowym. Jednostka, która angażuje się w życie grupy internetowej, poświęca pewne umiejętności, które są podstawą w relacjach międzyludzkich, na rzecz lepszego dopasowania się do danego otoczenia. Przykładowo dzieci poprzez odkrywanie norm społecznych w różnych grach komputerowych analizują je i dostrzegają różnice pomiędzy rzeczywistością a fikcją (Koleva 2014). Spędzanie czasu w takim środowisku może prowadzić do zmian zachowania czy samego „bycia”, które w środowisku rzeczywistym okazują się niepożądane. Przykładowo do trudności można zaliczyć takie elementy jak: ograniczona ekspresja, niepoprawna higiena, zubożenie słownictwa czy trudności finansowe (Jakubik 2002). Prowadzi to do izolacji społecznej, obniżenia statusu społecznego i wreszcie ostracyzmu. Ostracyzm społeczny w grupie nieformalnej jest dużym problemem samym w sobie, objawia się samotnością, która jest z kolei ściśle związana z fenomenem samobójstwa (Dudek 2013). Ponadto impulsywność i ciężar związany z wysiłkiem psychicznym, które niektóre gry powodują, mogą pośrednio prowadzić do tendencji samobójczych (Krossbakken i in. 2018). Istotne jest, aby zwrócić uwagę na to, że nie ma jednej przyczyny samobójstwa i zawsze jest to proces (Stradomska 2019, 2020a, 2020b). Aby uniknąć autodestruktywnej ścieżki, jednostka wybiera eskapizm do świata wirtualnego, gdzie staje się normatywna czy zaspokaja swoje potrzeby interakcji z ludźmi.

² Discord to aplikacja na komputery i urządzenia mobilne, która pozwala na tworzenie małych lub dużych społeczności internetowych, dając w nich możliwość komunikacji tekstowej i głosowej z możliwością umieszczania zdjęć oraz filmów. Jest połączeniem serwisu społecznościowego z serwerem. Aplikacja powstała w roku 2015 i miała zastąpić większość komunikatorów głosowych, z których korzystały liczne grupy graczy (przykł. Ventrilo, Skype, Teamspeak).

³ Teamspeak jest aplikacją pozwalającą na komunikację głosową i tekstową między użytkownikami danego serwera. Aplikacja powstała w roku 2002 i była tak samo jak Discord platformą dedykowaną dla graczy.

PROCES PRZECHODZENIA Z GRANIA DLA ROZRYWKI DO UZALEŻNIENIA

Proces uzależnienia się jest zwykle procesem na wprost świadomym, opierającym się na popędach (Kostowski 2006). Pojawienie się uzależnień w strefie gier komputerowych wydaje się zatem być w wielu przypadkach uzasadnione. Definiować można je jako uzależnienia behawioralne, które będąc uzależnieniem od czynności, mają ograniczyć negatywne emocje, a jednocześnie powodować przyjemność (Jaraczewska i Adamczyk-Zientara 2015). Łączy się to ściśle z eskapizmem, który wiąże się z próbą ucieczki od problemów, a następnie niwelowaniem ich poprzez granie kompulsywne. Tworzy się w taki sposób mechanizm polegania na grach, od którego zależy normalne funkcjonowanie człowieka uzależnionego. Od momentu pojawienia się takiej formy myślenia możemy mówić o uzależnieniu od gier.

Późniejsze efekty takiego wpływu mogą objawić się jako:

- brak zainteresowania aktywnościami poza światem digitalnym,
- zaniedbanie obowiązków w pracy czy szkole,
- potrzeba dłuższego spędzania czasu przed komputerem,
- niszczenie związków i relacji z innymi ludźmi,
- utrata możliwości pracowniczych, co związane jest z brakiem zaangażowania, czasu; brak priorytetów zawodowych itd. (Gorman, Gentile i Green 2018).

UZALEŻNIENIE OD GIER A ŻYCIE SEKSUALNE

Frustracja seksualna, która z definicji jest niemożnością zaspokojenia własnych potrzeb seksualnych, może pojawiać się również w grupie społecznej uzależnionych graczy, dla których proces ostracyzmu już się rozpoczął lub trwa. Coraz częściej można zwracać uwagę na seksualizację postaci w grach komputerowych, zwykle poprzez „skiny”, czyli przebrania bohaterów czy samą fizjonomię postaci. W wielu przypadkach mogą powodować wygórowane oczekiwania wobec płci przeciwnej. Dodatkowo może dojść także do stygmatyzacji obrazu przedmiotowej seksualności. Ze względu na ograniczone kontakty międzyludzkie i pewną desensytyzację wobec bodźców erotycznych można zaobserwować zmiany wobec sposobów odbywania aktów seksualnych i podniesienie stopnia dewiacji w ich przypadku. Jedną z częściej wykorzystywanych form jest pornografia, która jest legalna, łatwo dostępna, tańsza od innych czynności łączących się z zagadnieniem seksbiznesu

(Pilecka 2007). Konsumpcja pornografii w dużych ilościach prowadzi do braku satysfakcji z aktów seksualnych, a w wielu przypadkach również frustracji. Innym sposobem, który pojawia się w kontekście rozwiązywania problemu frustracji, są „sexchaty”, gdzie osoba partycypuje w tekstowej i opisowej formie aktu seksualnego. Jeszcze innym tego przykładem są „cyberzwiązki”, które jako forma nieformalna i niezobowiązująca przynoszą korzyści seksualne w postaci „cyberseksu”, objawiającego się w podobny sposób jak „sexchat” – formą tekstową, masturbacją, wysyłaniem nagich zdjęć oraz spełnianiem fantazji erotycznych. Powyższe sposoby można określić jako próby poradzenia sobie z frustracją seksualną. Warto zaznaczyć, że mogą mieć negatywny wpływ na postrzeganie klasycznego stosunku i związków samych w sobie.

W konsekwencji długotrwałego działania takiego postrzegania rzeczywistości można zaobserwować dewiacje i zaburzenia seksualne, m.in. przemoc seksualną (Kutchinsky 1991). Na przestrzeni ostatnich dwóch dekad rozwinęła się grupa nazywana „Incele”, czyli osoby, które są pozbawione możliwości zaangażowania seksualnego z własnej przyczyny; skrót wziął się od angielskiego „Involuntary Celibacy”, czyli mimowolny celibat (Conley 2020). Osoby te przejawiają ekstremistyczne poglądy (przykładowo: rasizm, mizoginia, mizantropia i wychwalanie aktów o charakterze terrorystycznym), sami określają siebie mianem nieatrakcyjnych, oskarżając kobiety o zbyt wygórowane oczekiwania. Zwykle jednak sytuacja nie jest tak oczywista, a wiele osób w takich komentarzach wykorzystuje mechanizmy obronne. Nadużywanie materiałów pornograficznych, będące dość powszechnym zjawiskiem, powoduje negatywne konsekwencje.

RELACJE RODZINNE A UZALEŻNIENIE

Statystyki samobójstw prowadzone przez Polską Policję (2017) pokazują, że trzecim powodem, dla którego Polacy najczęściej popełniają samobójstwo, są problemy rodzinne. Problemy takie mogą pojawiać się w grupie uzależnionych. Zwykle uzależnienie rozpoczyna się bowiem od okłamywania członków rodziny odnośnie do czasu spędzanego w Internecie (Pilecka 2007). Uzależnieni zwykle starają się kryć z nałogiem przed osobami, które mogą ograniczyć do niego dostęp. W przypadku młodzieży może być to przykładowo gra w godzinach nocnych oraz kiedy domownicy są poza domem. Ponadto może pojawić się ograniczanie czasu spędzanego z rodziną na rzecz gier komputerowych. Uzależnienie takie może również objawiać się w formie kompletnego zaniedbania rozwoju relacji rodzinnych, a u dorosłych w formie zaniedbania obowiązków lub co gorsza dzieci,

jak miało to miejsce w roku 2010 w Korei Południowej. Dwójka dorosłych dopuściła do śmierci własnego dziecka, bowiem przez bardzo długi czas grali oni w roleplay RPG Prius Online; aktywność ta zajmowała około 12 godzin dziennie (Tran 2010). Na ten moment takie sytuacje są rzadkością, jednak definitywnie można obserwować rozszerzenie deklarowanego czasu spędzanego przed komputerem (Jędrzejko 2011), które w niektórych przypadkach można tłumaczyć zwiększonym zainteresowaniem i rozwojem technologicznym.

FORMY PREWENCYJNE CHRONIĄCE GRACZY PRZED TENDENCJAMI SAMOBÓJCZYMI

Internet, będąc jednocześnie problemem, jak i jego rozwiązaniem, daje kilka możliwości radzenia sobie z niniejszym problemem. Do istotnych elementów, które można wyróżnić w tym przypadku, należą:

- braki w interakcjach z innymi ludźmi w jakiś sposób mogą być zastąpione relacjami online,
- osoba może bardziej zaakceptować siebie i swoje możliwości, a niekiedy widzi swoje pozytywne strony, które ujawniają się podczas interakcji z innymi graczami,
- wsparcie ze strony rodziny wobec kontroli ilości spędzanego czasu przez młodzież,
- ogólnodostępność wiedzy na temat problematyczności gier oraz ich długotrwałego działania, przykładowo kanały YouTube o tematyce psychologicznej skierowanej stricte dla graczy, jak Healthy Gamer.

Jednak kluczowym elementem prewencji jest zrozumienie problemu i podjęcie adekwatnej terapii przystosowanej dla swojej grupy wiekowej – może to być terapia uzależnień, psychoterapia, pomoc psychologiczna czy wsparcie specjalisty z zakresu medycyny – lekarza psychiatry.

PODSUMOWANIE

Problematyka gier i ich wpływu na człowieka jest tematem badań wielu naukowców i praktyków. Rozwój technologiczny zbliża coraz bardziej do tej dominującej powoli formy rozrywki, jednakże dzięki wiedzy psychologicznej coraz częściej istnieje możliwość kontrolowania czynników ryzyka.

Pewnym jest natomiast, że długotrwały wpływ takiej formy aktywności szczególnie w środowisku młodych osób jest degradujący dla człowieka i powodować może liczne problemy, których rozwiązanie wymaga dużej ilości pracy w postaci przykładowo terapii.

Ponadto uzależnienie od gier wpływa negatywnie na stosunki społeczne, rodzinne, jak i w niektórych przypadkach seksualne. Niewątpliwie brak odpowiedniej reakcji na tego typu sytuacje oraz brak szukania wsparcia i pomocy może prowadzić do stanów depresyjnych, a następnie zachowań samobójczych.

Problemem jest też zapętlanie się sytuacji eskapizmu i ostracyzmu społecznego, który to prowadzić może do samotności ściśle związanej z tendencjami samobójczymi. Formy przeciwdziałania są liczne, natomiast wymagają poprawnego zrozumienia sytuacji oraz wsparcia ze strony najbliższych i nienadużywania tej formy relaksu.

BIBLIOGRAFIA

activeplayer.io

2022 *Top 15 Most Popular PC Games of 2023 – The Game Statistics Authority: ActivePlayer.io*, <https://activeplayer.io/top-15-most-popular-pc-games-of-2022/> (dostęp: 28.05.2023).

Conley J.

2020 *Efficacy, Nihilism, and Toxic Masculinity Online: Digital Misogyny in the Incel Subculture*, https://kb.osu.edu/bitstream/handle/1811/91688/Conley_Thesis_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y (dostęp: 03.06.2023).

Dudek D.

2013 *Samobójstwo*, <https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/choroby/76122,-samobojstwo> (dostęp: 25.05.2023).

Entertainment Software Association

2015 *2015 Essential Facts about the Computer and Video Game Industry*, “Social Science Computer Review”, 4(1), 2–4, <http://www.theesa.com/wp-content/uploads/2015/04/ESA-Essential-Facts-2015.pdf> (dostęp: 28.05.2023).

Gliński D.

2021 *Wpływ pandemii COVID-19 na branżę gier komputerowych*, [w:] 50. Międzynarodowe Seminarium Kół Naukowych w Olsztynie. „Seminarium Obrazowania Studenckiej Myśli Naukowej”. Tom 2. *Aktualne problemy badawcze. Nauki społeczne i humanistyczne*, red. A. Rychlik, Poznań, http://www.uwm.edu.pl/germanistyka/_kolo_/MSKN%202021_monografia.pdf#page=45 (dostęp: 28.05.2023).

Gorman T.E., Gentile D.A., Green C.S.

2018 *Problem gaming – a short primer*, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8552989/?fbclid=IwAR1RaoHQhZhFJGTv-IJrEyIMwAFVZuUjEZ6IBJRf2b2ngrQ_DBFgGosCrbUI (dostęp: 28.05.2023).

Hopkins S.

2022 *Gaming Addiction Report 2022*, <https://delamere.com/blog/gaming-addiction-report-2022> (dostęp: 28.05.2023).

Hussain Z., Griffiths M.D.

2009 *The Attitudes, feelings, and experiences of online gamers: a qualitative analysis*. “CyberPsychology & Behavior”, 12(6), 747–753.

Jakubik A.

2002 *Zespół uzależnienia od Internetu*, „Studia Psychologica”, 3, 133–142.

Jaraczewska J.M., Adamczyk-Zientara M.

2015 *Dialog Motywujący. Praca z osobami uzależnionymi behawioralnie*, Warszawa.

Jędrzejko M.

2011 *Śmierć jako zabawa – człowiek w świecie gier komputerowych i sieciowych (spojrzenie socjopedagogiczne)*, „Media i Społeczeństwo”, 1.

Kardefelt-Winther D.

2014 *The moderating role of psychosocial well-being on the relationship between escapism and excessive online gaming*, “Computers in Human Behavior”, 38, 68–74.

Katz E., Foulkes D.

1962 *On the Use of the Mass Media as „Escape”: Clarification of a Concept*, “The Public Opinion Quarterly”, 26(3), 377–388.

Klimczyk P.

2022 *Psychologia gier wideo – zarys problematyki i jej akademicka legitymizacja*, <https://pfp.ukw.edu.pl/archive/article-full/521/klimczyk-psychologia-gier-wideo--zarys-problematyki--i-jej-akademicka-legitymizacja/> (dostęp: 25.05.2023).

Koleva N.

2014 *Theory of the Phenomenon Called Video Game Addiction*, https://www.ocerints.org/intcess14_epublication/papers/301.pdf (dostęp: 24.05.2023).

Kostowski W.

2006 *Podstawowe mechanizmy i teorie uzależnień*, „Alkoholizm i Narkomania”, 19(2).

Krossbakken E., Pallesen S., Mentzoni R.A., King D.L., Molde H., Finserås T.R., Torsheim T.

2018 *A cross-lagged study of developmental trajectories of video game engagement, addiction, and mental health*, “Frontiers in Psychology”, 9(2239).

Kutchinsky B.

1991 *Pornography and Rape: Theory and Practice? Evidence from Crime Data in Four Countries where Pornography is Easily Available*, “International Journal of Law and Psychiatry”, 14, 47–64.

Pilecka B.

2007 *Uzależnienie od Internetu*, https://ruj.uj.edu.pl/xmlui/bitstream/handle/item/58952/pilecka_uzaleznienie_od_internetu_2007.pdf?sequence=1&isAllowed=y (dostęp: 25.05.2023).

Polska Policja

2017 *Zamachy samobójcze – od 2013 do 2016*, <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze/122324,Zamachy-samobojcze-od-2013-do-2016.html> (dostęp: 25.05.2023).

Rohilla S.S.

2018 *Gender Difference in Gaming Addiction among Adolescents*, “Journal of Emerging Technologies and Innovative Research”, 5(1).

Stradomska M.

2019 *Determinants of suicide attempts in a group of students – a preventive program at the university*, “Psychiatria i Psychologia Kliniczna”, 19(3), 293–307.

2020a *Zagrożenie samobójstwem a dostęp do środków letalnych – analiza suicydologiczna*, „Facta Simonidis”, 1(13), 131–143.

2020b *Komunikacja w sytuacji leczenia: biały personel a pacjent – ujęcie suicydologiczne*, „Journal of Modern Science”, 44(1), 29–42.

Stradomska M., Bidonko K.

2021 *Addiction in the age of Internet the case of e-drugs*, “Journal of Modern Science”, 45(2), 43–62.

Tran M.

2010 *Girl starved to death while parents raised virtual child in online game*, <https://www.theguardian.com/world/2010/mar/05/korean-girl-starved-online-game> (dostęp: 25.05.2023).

Williams K.D.

2007 *Ostracism*, “Annual Review of Psychology”, 58, 425– 452.

THE PROBLEM OF COMPUTER GAMES IN THE 21ST CENTURY – ABUSES, BENEFITS AND PREVENTIVE ACTIVITIES

Abstract: The work touches on the problem of computer games and their impact on man, especially the youth. In addition, it addresses the problem of addiction to them and the consequences that follow. It also proposes some preventive measures and benefits that can be derived from this form of activity. The paper discusses the problematic situation of individuals in the context of sexual relations and family life. The process of transition from a pleasant form of entertainment to severe and harmful degenerative behaviour is described. The subject of self-destructive or even suicidal behaviour in a group of players is also discussed. Statistics showing the size of the problem are also presented.

Keywords: computer games, Internet, escapism, gaming community, addiction, suicide

RYZIKO SUICYDALNE U OSÓB Z ZABURZENIAMI ODŻYWIANIA – PRZEGLĄD LITERATURY

STRESZCZENIE: W coraz bardziej rozwijającym się społeczeństwie większą rolę przywiązuje się do utrzymania nienagannej sylwetki oraz postępowania zgodnie z zasadami zdrowego żywienia. Mass media na każdym kroku bombardują odbiorców treściami propagującymi wyidealizowany styl życia, stawiając go na piedestale. Oprócz pozytywnych skutków może prowadzić on do pojawiania się wielu niepokojących praktyk, a nawet rozwijania się zaburzeń odżywiania. Właśnie one stają się coraz większym problemem dzisiejszych społeczeństw. Z zaburzeniami odżywiania wiążą się nie tylko nieprawidłowe zachowania żywieniowe, ale również ryzyko pojawiania się innych zaburzeń zdrowia psychicznego oraz ich następstw, do których należą zachowania suicydalne. Niniejsza praca jest przeglądem literatury przedmiotu dotyczącej zarówno zaburzeń odżywiania jako takich, ale także doniesień łączących je z zachowaniami suicydalnymi. Autorka starała się przybliżyć czytelnikom specyfikę zaburzeń odżywiania oraz wyjaśnić, jakie związki pojawiają się między nimi oraz zachowaniami suicydalnymi.

Słowa kluczowe: zachowania suicydalne, zaburzenia odżywiania, *anorexia nervosa*, *bulimia nervosa*

WSTĘP

W dzisiejszych czasach coraz większy nacisk kładzie się na idealną sylwetkę oraz zdrowy tryb życia. To zjawisko prowadzić może do wielu negatywnych skutków. Do jednych z najpoważniejszych należą zaburzenia odżywiania, które w ostatnich latach stają się coraz większym zagrożeniem zarówno dla osób młodych, jak i dorosłych (Kędra i Pietras 2011). Osoby cierpiące na zaburzenia odżywiania borykają się z uczuciem silnej presji, co prowadzić może

do pogorszenia ich samopoczucia, a tym samym – wystąpienia zaburzeń nastroju. Te właśnie zaburzenia są jednymi z predyktorów zachowań suicydalnych. Nie można zapomnieć, że większość zaburzeń odżywiania związanych jest z ograniczeniem spożywania kalorii, co wiązać może się z niedożywieniem. Niedożywienie, które jest powszechnym efektem wielu zaburzeń odżywiania, może mieć bezpośredni wpływ na funkcjonowanie mózgu i równowagę emocjonalną. Niski poziom składników odżywczych, takich jak witaminy i minerały, może prowadzić do zaburzeń nastroju, a nawet depresji. Osoby z zaburzeniami odżywiania mogą również odczuwać chroniczne zmęczenie, bezsenność i utratę zdolności koncentracji, co dodatkowo pogarsza ich samopoczucie (Brytek-Matera 2021).

W przebiegu zaburzeń odżywiania w znacznej części przypadków może pojawić się izolacja społeczna i osamotnienie, które również wpływają niekorzystnie na dobrostan psychiczny chorych. Osoby cierpiące na te choroby często unikają społecznych sytuacji, w których wystawione są na ocenę związaną z ich wyglądem czy jedzeniem. To prowadzi do pogorszenia stanu emocjonalnego i samopoczucia, a także zwiększa ryzyko samobójstwa (Ziora 2020; Walenda 2021).

W niniejszej monografii przedstawiono powiązania zaburzeń odżywiania z innymi zaburzeniami natury psychicznej oraz zachowaniami suicydalnymi. W kolejnej części przedstawiono wyniki badań na temat powiązań zaburzeń odżywiania z zachowaniami suicydalnymi.

ZABURZENIA ODŻYWIANIA

Za zaburzenia odżywiania uznawane jest pojawianie się nieprawidłowych zachowań związanych z żywieniem oraz nadmierna koncentracja na masie ciała. Zachowania te prowadzą do pogorszenia zarówno zdrowia fizycznego, jak i psychicznego, a także funkcjonowania w społeczeństwie (Brytek-Matera 2021).

Aktualnie obowiązują dwie główne klasyfikacje zaburzeń odżywiania: Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych – ICD-10 (w najbliższym czasie w Polsce wprowadzona zostanie nowelizacja do klasyfikacji ICD-11) oraz Kryteria Diagnostyczne Zaburzeń Psychiczych DSM-5.

Według pierwszej z wymienionych klasyfikacji (ICD-10) wśród zaburzeń odżywiania wyróżnić można:

- jadłowstręt psychiczny (F50.0),
- jadłowstręt psychiczny atypowy (F50.1),
- żarłoczność psychiczną (F50.2),
- żarłoczność psychiczną atypową (F50.3),

- przejadanie się związane z innymi czynnikami psychologicznymi (F50.4),
- wymioty związane z innymi czynnikami psychologicznymi (F50.5),
- inne zaburzenia odżywiania się (F50.8)
 - a) pica u dorosłych,
 - b) psychogenna utrata łaknienia,
- zaburzenia odżywiania nieokreślone (F50.9).

Ciekawym faktem jest dodanie nowych pozycji w klasyfikacji ICD-11, w której podział prezentuje się następująco:

- jadłowstręt psychiczny (6B80),
- bulimia psychiczna (6B81),
- zaburzenia z napadami objadania się (6B82),
- zaburzenia z ograniczaniem/unikaniem przyjmowania pokarmów (6B83),
- pica (6B84),
- zespół przeżuwania, regurgitacja (6B85),
- inne określone zaburzenia karmienia lub odżywiania (6B8Y),
- nieokreślone zaburzenia karmienia lub odżywiania (6B8Z) (Światowa Organizacja Zdrowia 2022).

Podział zaburzeń odżywiania w ICD-11 jest zbliżony do podziału w klasyfikacji DSM-5, który przedstawiono poniżej:

- pica,
- zaburzenia przeżuwania (307.53),
- zaburzenia z ograniczaniem/unikaniem przyjmowania pokarmów (307.59),
- jadłowstręt psychiczny (307.1),
- żarłoczność psychiczna (307.51),
- zaburzenia z napadami objadania się (307.51),
- inne określone zaburzenia jedzenia i odżywiania się (307.59),
- nieokreślone zaburzenia jedzenia i odżywiania się (307.50) (American Psychiatric Association 2018).

Za najbardziej rozpowszechnione zaburzenia odżywiania uznaje się anoreksję psychiczną oraz bulimię psychiczną. Są one również uznawane za prototypowe zaburzenia odżywiania. Z tego względu na ich temat prowadzonych zostało najwięcej badań.

ANOREKSJA PSYCHICZNA (*ANOREXIA NERVOSA*)

Za główny objaw anoreksji psychicznej uznawane jest ograniczanie spożywanej energii, biorąc pod uwagę należną dla danego wieku, płci oraz stanu zdrowia. Skutkuje to znacznym obniżeniem masy ciała, a wraz z tym licznymi zmianami hormonalnymi, metabolicznymi i psychicznymi. W przypadku tej jednostki chorobowej występuje również silna koncentracja na samej masie ciała oraz lęk przed jej zwiększeniem. W celu utrzymania założonej masy ciała osoba cierpiąca na to zaburzenie może zarówno ograniczać spożywanie pożywienia, jak również stosować zachowania kompensacyjne (prowokowanie wymiotów, nadużywanie środków przeczyszczających czy moczopędnych). Dla osoby chorej ciało (zarówno jego kształt, jak i masa) staje się centralnym punktem jej koncentracji (Brytek-Matera 2021).

W przypadku anoreksji mamy do czynienia z dwoma podtypami tego zaburzenia: ograniczającym oraz przeczyszczającym. Pierwszy podtyp charakteryzuje brak występowania zachowań związanych z przeczyszczaniem lub nadmiernym spożywaniem pożywienia. W postaci przeczyszczającej występują zarówno zachowania kompensacyjne, jak i napady objadania się (American Psychiatric Association 2018).

Biorąc pod uwagę aspekt psychologiczny, za zasadniczy uznawany jest lęk przed zwiększeniem masy ciała oraz otyłością (nazywany inaczej „fobią tłuszczu”). Lęk ten jest szczególnie charakterystyczny dla osób pochodzących ze społeczeństw „Zachodu”, gdzie szczególnie mocno kładziony jest nacisk na szczupłą sylwetkę (Fahs 2019; Hübel i in. 2021). Dla pacjentów z anoreksją kontrola masy ciała staje się jednym z najważniejszych elementów ich dnia codziennego. Pierwsza faza zaburzenia nazywana jest „fazą cierpienia”. W tym czasie łaknienie jest zachowane, więc pacjenci odczuwają silne napięcie związane z nałożeniem na siebie obowiązku niejedzenia. Charakterystyczne jest odczuwanie silnego niezadowolonia i obniżonego nastroju. Jest to również okres pojawiania się pierwszych objawów nasilającego się lęku przed przybraniem masy ciała (Ziora 2020).

Kolejnym etapem rozwoju tego zaburzenia jest moment, gdy pacjenci zaczynają cieszyć się ze spadku masy ciała, a niższa masa ciała staje się dla nich rodzajem nagrody. Dodatkowym elementem gratyfikacji staje się dla nich poczucie przejęcia kontroli nad pewnym obszarem swojego życia (kontrola spożywania pokarmów). Ich samoocena nieznacznie się poprawia, przez co wzrasta również samopoczucie. Te czynniki stają się motywacją do dalszego ograniczania

spożywania pokarmów. Z drugiej strony, im bardziej obniża się masa ciała pacjenta, tym bardziej wzrasta jego lęk przed zwiększeniem jej (Brytek-Matera 2021).

Dalszy etap choroby charakteryzuje się coraz szybszym wychudzeniem, połączonym z coraz bardziej restrykcyjnymi zachowaniami. Pojawia się zwiększona liczba myśli obsesyjnych, jeszcze silniejsza koncentracja na wyłączeniu z jadłospisu kolejnych pokarmów. W tym okresie pojawiają się zmiany w postrzeganiu swojego ciała. Osoba, mimo znacznej niedowagi, widzi siebie jako osobę z nadwagą, a nawet otyłością. Następuje stopniowe wycofanie z życia społecznego, rezygnacja z pasji. Co ciekawe, pogorszeniu zwykle nie ulegają wyniki w nauce (pomimo braku siły spowodowanego wychudzeniem osoba silnie koncentruje się na swoich osiągnięciach) (Brytek-Matera 2021).

Według badaczy obraz kliniczny anoreksji opiera się na trzech podstawowych obszarach:

- Zaburzenia percepcji ciała (wychudzenie uznawane jest za normalne, natomiast prawidłowa masa ciała za otyłość).
- Zaburzenie dokładności postrzegania i interpretacji bodźców z ciała (zaburzenie odczuwania głodu, nieprawidłowa interpretacja emocji jako symptomów głodu).
- Poczucie nieskuteczności (brak poczucia kontroli nad swoim życiem, uczucie presji ze strony innych na wykonywanie rzeczy, które nie odpowiadają pacjentowi, chęć zdobycia poczucia tożsamości) (Bruch 1973).

BULIMIA PSYCHICZNA (*BULIMIA NERVOSA*)

Kolejnym prototypowym zaburzeniem odżywiania jest bulimia psychiczna, nazywana inaczej „żarłocznością psychiczną”. W przypadku tego zaburzenia za najważniejszy przejaw uznawane jest pojawianie się napadów objadania się połączonych z późniejszym stosowaniem zachowań kompensacyjnych. Podobnie jak w przyczyszcającym podtypie anoreksji, zachowania kompensacyjne w bulimii mogą przybierać różną formę (prowokowanie wymiotów, nadużywanie środków przyczyszcających, poszczenie, intensywny wysiłek fizyczny) (Światowa Organizacja Zdrowia 2022).

Bulimia psychiczna charakteryzuje się również silną koncentracją na kształcie oraz wymiarach ciała. W odróżnieniu od *anorexia nervosa* w tym przypadku nie mamy do czynienia z wychudzeniem czy znacznym obniżeniem masy ciała, przez co choroba może pozostawać niezauważona przez długi okres. Zachowaniami, które mogą stanowić znak ostrzegawczy, są m.in.:

- jedzenie w samotności,
- znikanie znacznych ilości pożywienia w krótkim czasie,
- częste i wyczerpujące treningi fizyczne,
- pojawianie się pustych opakowań po lekach przeczyszczających lub moczopędnych,
- korzystanie z toalety od razu po posiłku (Światowa Organizacja Zdrowia 2022).

Przebieg bulimii charakteryzuje się, jak wcześniej wspomniano, napadami objadania się. Takie napady pojawiają się głównie w godzinach wieczornych, gdy osoba cierpiąca na to zaburzenie jest w domu sama. Czynniki wyzwalającymi taki napad mogą być zarówno sytuacje stresowe, jak również kłótnie, rozstania czy negatywne uczucia. Napad cechuje się utratą kontroli nad ilością i jakością spożywanych pokarmów. W trakcie takiego napadu chory może spożyć nawet 10 tysięcy kalorii. Kalorie te pochodzą w głównej mierze z produktów węglowodanowych i z wysoką zawartością tłuszczu (Gibson, Workman i Mehler 2019).

Epizod kończy się uczuciem bólu fizycznego, jak i psychicznego. Osoba doświadcza silnego obniżenia nastroju, nasilonego lęku oraz poczucia porażki. Po nim następują charakterystyczne dla tego zaburzenia zachowania kompensacyjne. Występowanie tych zachowań odróżnia bulimię od kompulsywnego objadania. Zadaniem zachowań kompensacyjnych jest odzyskanie poczucia kontroli oraz pozbycie się napięcia, które wyzwolił atak (Donnelly i in. 2018).

W odróżnieniu od osób z anoreksją osoby cierpiące na bulimię zdają sobie sprawę z choroby i odbiegania ich zachowania od normalności. Wiedzą również o braku swojej kontroli nad sposobem żywienia (Gibson, Workman i Mehler 2019).

Za główne czynniki bulimii można uznać czynniki psychiczne. Zaliczają się do nich między innymi:

- obniżona samoocena,
- ograniczenia w odróżnianiu emocji i tłumienie negatywnych emocji,
- liczne konflikty wewnętrzne,
- niezaspokojona potrzeba akceptacji i przynależności do grupy,
- brak akceptacji siebie (Brytek-Matera 2021).

Ważnym aspektem w przypadku osób borykających się z zaburzeniami bulimicznymi jest próba przejęcia kontroli nad jakimś obszarem swojego życia, w tym przypadku poprzez kontrolę masy ciała i wyglądu sylwetki. Jednak w efekcie zbyt

silnej koncentracji na utrzymaniu masy ciała oraz obsesyjnego usiłowania przejęcia kontroli dochodzi do czegoś zupełnie odwrotnego – pacjent doświadcza braku kontroli podczas występowania napadów objadania się (Donnelly i in. 2018).

PODOBIENSTWA I RÓŻNICE W PSYCHOLOGICZNYM PODŁOŻU ANOREKSJI I BULIMII

Zarówno w przypadku *anorexia nervosa*, jak i *bulimia nervosa* pojawia się znaczne przeszacowywanie przez pacjenta swojej masy i kształtu ciała. Dla chorych jest to podstawa oceny ich własnej wartości. Kolejnym podobieństwem tych dwóch zaburzeń jest pojawianie się silnego zaangażowania emocjonalnego pacjentów w utrzymanie masy ciała oraz przejęcie kontroli nad własnym żywieniem. Towarzyszą temu negatywne myśli na temat własnej osoby, obniżona samoocena, a także poczucie braku sprawczości. Ta próba przejęcia kontroli jest odpowiedzią na problemy z odnalezieniem swojej tożsamości przez pacjentów (Golden 2003).

Wartym uwagi jest również fakt utrzymywania przez pacjentów w obu zaburzeniach swojej choroby w tajemnicy. W odróżnieniu od pacjentów z anoreksją pacjenci z bulimią są jej świadomi, co stanowi bardzo ważny punkt, mogący pomagać w ich terapii (Donnelly i in. 2018).

Ważnym elementem różnic jest osobowość pacjentów. Znaczna część pacjentów z anoreksją prezentuje introwertyczny typ osobowości, zachowania obsesyjne, perfekcjonistyczne oraz małą otwartość na doświadczenia. W opozycji do tego prezentuje się osobowość pacjentów z bulimią, których częściej charakteryzuje otwartość na kontakty, impulsywność oraz skłonność do zachowań ryzykownych (Brytek-Matera 2021).

ZABURZENIA ODŻYWIANIA A INNE ZABURZENIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Zaburzenia odżywiania bardzo często współwystępują z innymi zaburzeniami zdrowia psychicznego. Warto wspomnieć o współwystępowaniu zarówno zaburzeń nastroju, zaburzeń lękowych, jak i nadużywania substancji psychoaktywnych (Brytek-Matera 2021).

Stawiano wiele hipotez mogących tłumaczyć pojawianie się tego współistnienia zaburzeń. Ostatecznie wyróżniono trzy typy czynników, które mogą wpływać na pojawianie się łącznie tych typów zaburzeń. Są to czynniki biologiczne, psychologiczne lub podłoże wieloczynnikowe. Nie jest określone, które zaburzenia

pojawiają się najpierw. Można mieć do czynienia z pojawieniem się wtórnych zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych, spowodowanych obsesyjnym podejściem do kontroli spożywanych posiłków, jak również rozwinieniem się zaburzeń odżywienia w następstwie zaburzeń afektywnych (tamże).

Według badań Godarta i współpracowników współwystępowanie anoreksji z zaburzeniami lękowymi może występować nawet w 80% przypadków, a w przypadku bulimii psychicznej – w 71%. Według autorów może mieć to związek ze wspomnianymi wcześniej obsesyjnymi myślami, które mogą koncentrować się właśnie na tematyce żywienia i utrzymania przez pacjenta jak najniższej masy ciała (Godart i in. 2015).

Kolejnym zaburzeniem często współwystępującym z zaburzeniami odżywiania jest depresja, która może pojawiać się zarówno przed wystąpieniem zaburzenia, jak i już po jego rozpoznaniu. W obu przypadkach podłoże może być podobne – obniżona samoocena, problemy z akceptacją samego siebie oraz kryzys tożsamości (Kennedy 1994).

W przypadku zaburzeń, w których występują napady objadania się (zarówno bulimia, jak i zespół kompulsywnego objadania się), możemy zwrócić uwagę na zdolności jednostki do kontroli swoich emocji, a konkretnie – na deficyty w tych zdolnościach. Według metaanalizy prowadzonej przez Haedt-Matt i Keel (2011) nawet między 69% a 100% pacjentów z tego typu zaburzeniami podawało zły nastrój i lęk za powód wystąpienia u nich napadu objadania się (Haedt-Matt i Keel 2011).

Kolejnym typem zaburzeń są zaburzenia osobowości. Według metaanalizy Rosenvinge'a i współpracowników (2000) ponad połowa kobiet cierpiących na zaburzenia odżywiania wykazywała zaburzenia osobowości. W przypadku pacjentek z anoreksją częstsze były zaburzenia osobowości lękowe (osobowość uległa, zależna czy zaburzenia obsesyjno-kompulsywne), natomiast w przypadku zaburzeń bulimicznych częstsze były zaburzenia osobowości typu dramatyczno-emocjonalnego (antyspołeczne zaburzenia osobowości, osobowość borderline, histrioniczne zaburzenie osobowości czy narcystyczne zaburzenie osobowości) (Rosenvinge, Martinussen i Ostensen 2000).

Kolejne badanie, które opisywało występowanie zaburzeń osobowości u pacjentek z zaburzeniami odżywiania, wykazało, że pacjentki dzieliły się na trzy „klastry”, z czego 49,3% wykazywało duże nasilenie cech kompulsywnych z trudnościami interpersonalnymi. Ciekawym faktem było, że 78% z nich to pacjentki z *anorexia nervosa*. Kolejną grupę stanowiły pacjentki z zaburzeniami typu borderline (18,4%). Natomiast pozostałe pacjentki, czyli 32,4%, wykazywały

nieznaczne cechy zaburzeń osobowości względem grupy kontrolnej (Goldner i in. 1999).

ZACHOWANIA SUICYDALNE W ZABURZENIACH ODŻYWIANIA

Za zachowania suicydalne można uznać wszystkie zachowania człowieka, które ingerują w jego życie lub/i zdrowie. Dokładnie zdefiniowane zostały one przez Brunona Hołysta jako „ciąg reakcji wyzwolonych w człowieku z chwilą, gdy w jego świadomości samobójstwo pojawia się jako antycypowany, pożądany stan rzeczy, jako cel, do którego się dąży” (Hołyst 1983). Mogą one przyjmować nie tylko formę aktów samobójczych, ale również innych form zachowania skutkujących uszkodzeniem ciała, np. groźby wykonania takich czynów, a nawet myślenie o wykonaniu tych czynów (Hołyst 1983).

Biorąc pod uwagę mnogość badań prowadzonych nad zachowaniami suicydalnymi u osób z zaburzeniami odżywiania, należy stwierdzić, że są one mocno rozpowszechnione. Nie bierze się tu pod uwagę jedynie prób samobójczych, ale również zachowania autodestrukcyjne. Szczególnie podatne na zachowania autodestrukcyjne są osoby chorujące na bulimię psychiczną. Może mieć to związek z cechami charakteru. Ciekawym faktem jest jednak to, że w przypadku pacjentów z bulimią psychiczną odsetek popełnianych samobójstw jest niższy niż u pacjentów z anoreksją psychiczną (Brytek-Matera 2021).

Jeżeli pod uwagę weźmie się zgony z powodu samobójstw, to nie są one główną przyczyną zgonów pacjentów z zaburzeniami odżywiania, jednak stanowią duży odsetek ogólnej liczby zgonów. W badaniu przeprowadzonym w roku 1998 stwierdzono, iż aż 32% zgonów u pacjentów było spowodowane właśnie przez czyny samobójcze, natomiast dla porównania śmierć z powodu zagłodzenia wynosiła 46%. Badacze ci przedstawili również wskaźnik śmiertelności dla samobójstw w różnych zaburzeniach odżywiania. Wskaźnik ten porównywał liczbę zgonów poprzez samobójstwo do ogólnej liczby zgonów, tym samym dając możliwość przewidywania ryzyka samobójstwa. W przypadku anoreksji psychicznej wynosił on 32,4, natomiast w przypadku bulimii psychicznej był bliski zeru. Dla porównania możemy przytoczyć współczynniki dla innych zaburzeń zdrowia psychicznego: dla zaburzeń depresyjnych był równy 27,8, a dla schizofrenii – 8,0 (Harris i Barraclough 1998).

Kolejne badanie przeprowadzono w latach 1965–1985 w Szwecji na grupie 12 647 osób z diagnozą zaburzeń odżywiania ($n = 422$) oraz bez tej diagnozy ($n = 12 225$) dla wąskich kryteriów diagnozy zaburzeń odżywiania. W przypadku

osób z anoreksją rozpowszechnienie co najmniej jednej próby samobójczej w ciągu życia pacjentów wynosiło 7,69% dla typu restrykcyjnego, natomiast dla typu bulimicznego – 13,33%. W przypadku podwójnej diagnozy (anoreksji oraz bulimii) częstość wynosiła już 17,39%. W przypadku samej bulimii rozpowszechnienie wynosiło 12,9%. Dla porównania, w grupie kontrolnej (bez rozpoznania zaburzeń odżywiania) częstość wynosiła 1,74%. Stwierdzono również, że wiek pierwszej próby samobójczej oscylował w obrębie 13–50 lat. Liczba prób samobójczych podejmowanych przez pacjentów wahała się między 1 a 34 próbami. Dodatkowo nie stwierdzono różnic między grupą o szerszych kryteriach diagnozy zaburzeń odżywiania (Pompili i in. 2004).

Metaanaliza z 2022 roku również pokazuje podobne wyniki. Jedno z badań opisanych w jej ramach wykazało pięciokrotnie częstsze pojawianie się prób samobójczych u osób z zaburzeniami odżywiania w porównaniu do grupy kontrolnej (Forrest i in. 2017). Inne badanie opisane w tej metaanalizie dotyczyło występowania myśli samobójczych u pacjentów z zaburzeniami odżywiania. Badanie to wykazało trzykrotnie częstsze pojawianie się myśli samobójczych u pacjentów z zaburzeniami odżywiania niż w grupie kontrolnej (osoby z innymi zaburzeniami zdrowia psychicznego) (Obeid i in. 2020).

PSYCHOLOGICZNE CZYNNIKI MOGĄCE WPŁYWAĆ NA CZĘSTOŚĆ WYSTĘPOWANIA ZACHOWAŃ SUICYDALNYCH U OSÓB Z ZABURZENIAMI ODŻYWIANIA

Do najważniejszych czynników mogących wpływać na częstość pojawiania się zachowań suicydalnych u pacjentów z zaburzeniami odżywiania należą ich cechy osobowości. Według badań osoby z anoreksją częściej charakteryzują się lękiem, niższą samooceną, trudnościami w określeniu swojej tożsamości oraz wyższym poziomem narcyzmu w porównaniu z grupą kontrolną (Goldner i in. 1999). Inne badanie podłużne, prowadzone kwestionariuszem EPQ-R na populacji zagrożonej zaburzeniami odżywiania, wykazało, że wysoki poziom neurotyzmu sprzyjał rozwijaniu się zaburzeń. Czynnikiem chroniącym natomiast była wysoka samoocena (Cervera 2003).

Podobne wyniki uzyskano w badaniu nastoletnich pacjentek z zaburzeniami odżywiania. Na ich podstawie opisano trzy typy osobowości pacjentek: typ lękowy z obniżoną samooceną, impulsywny z niską tolerancją frustracji i dysmorficznym nastrojem oraz typ z nieznaczną patologią osobowości (Strober 1981).

Innym ważnym czynnikiem wpływającym na samopoczucie psychiczne

pacjentów z zaburzeniami odżywiania, jednocześnie wpływającym na możliwość wystąpienia u nich zachowań suicydalnych, jest poczucie ciągłej presji i braku kontroli nad własnym życiem. Poczucie presji może tworzyć się przez docierające z wielu stron komunikaty o konieczności posiadania szczupłej sylwetki oraz o wyglądanu w pożądanu przez społeczeństwo sposób. Presja ta może stać się tak silna, że pacjent za wszelką cenę będzie próbował się jej podporządkować (Kędra i Piertas 2011).

Do czynników, które mogą predysponować do pojawiania się zachowań suicydalnych, możemy w tym przypadku zaliczyć również wspomniane wcześniej problemy z samoakceptacją oraz ze znalezieniem własnej tożsamości. W przypadku pacjentów z *anorexia nervosa* można wyróżnić także takie czynniki, jak silny perfekcjonizm, który łączy się z trudnością z poradzeniem sobie z porażką, trudności z przystosowaniem się do zmieniających się warunków oraz nadmiernym poczuciem odpowiedzialności. Natomiast u pacjentów z *bulimia nervosa* mamy do czynienia z pojawianiem się takich cech, jak trudności z samokontrolą, wysoka impulsywność, silne pragnienie aprobaty społecznej czy słaba kontrola popędów (Brytek-Matera 2021).

WNIOSKI

Zaburzenia odżywiania stanowią coraz większy problem w naszym społeczeństwie, co powodowane jest silnym wpływem mass mediów na życie młodych osób. Cechy, którymi charakteryzują się osoby dotknięte tymi zaburzeniami, predysponują nie tylko do pojawiania się innych zaburzeń zdrowia psychicznego, ale także do możliwości podjęcia przez osoby chore zachowań suicydalnych. Ważna jest w tym obszarze praca z pacjentami, nie tylko w zakresie terapii zaburzeń, które już wystąpiły, ale również profilaktyki pojawienia się innych zaburzeń współistniejących.

Zarówno zaburzenia odżywiania, jak i zachowania suicydalne zaczynają dotyczyć coraz młodszych grup wiekowych, co skłania do refleksji nad sposobem profilaktyki zarówno jednych, jak i drugich. Warto zainteresować się możliwością wprowadzenia programów profilaktycznych dla dzieci i młodzieży już od najwcześniejszych lat szkolnych.

Pojawia się zdecydowanie zbyt mała ilość badań nad zachowaniami suicydalnymi wśród osób z zaburzeniami odżywiania. Stanowi to problematykę, której warto się podjąć. Innym ważnym aspektem, nad którym powinni pracować specjaliści, jest zwiększenie społecznej świadomości nie tylko w przypadku zachowań

suicydalnych, lecz również zaburzeń odżywiania, które w dalszym ciągu w naszym społeczeństwie stanowią temat tabu. Zwiększenie tej świadomości może pomóc zarówno w profilaktyce, jak i terapii osób już dotkniętych tymi zaburzeniami.

W przypadku osób cierpiących na zaburzenia odżywiania kluczowe jest wczesne rozpoznanie, odpowiednie leczenie i wsparcie psychologiczne. Ważne jest, aby zapewnić im bezpieczne i przyjazne środowisko, w którym mogą szukać pomocy i otwarcie rozmawiać o swoich trudnościach. Pomoc profesjonalistów, takich jak terapeuci, psychiatry i dietetycy, jest niezbędna w procesie leczenia i zapobiegania ryzyku samobójstwa. W przypadku osób z zaburzeniami odżywiania najważniejsza jest praca terapeutyczna nad zmianą postrzegania siebie oraz wyznaczania priorytetów życiowych. Z tego powodu jedną z najbardziej popularnych w ostatnich latach jest terapia ACT (terapia akceptacji i zaangażowania).

Jeżeli podejrzewamy, że osoba może wykazywać zwiększone ryzyko zachowań suicydalnych, należy udzielić jej odpowiedniej pomocy. Najważniejsze jest okazanie wsparcia oraz zaproponowanie możliwych form pomocy instytucjonalnej, takich jak udanie się do odpowiedniego terapeuty czy wizyta u lekarza specjalisty. Rozwiązania te jednak wymagają niekiedy dłuższego oczekiwania. W takim przypadku należy zaproponować osobie zagrożonej kontakt z numerami wsparcia, takimi jak:

- Telefon zaufania dla dzieci i młodzieży – 116 111;
- Centrum Wsparcia dla Osób Dorosłych w Kryzysie Psychicznym – 800 702 222;
- Telefon Wsparcia Emocjonalnego dla Dorosłych – 116 123;
- Bezpłatny całonocowy numer Ośrodka Interwencji Kryzysowej w Krakowie – 12 421 92 82.

Wartym uwagi jest fakt, że w przypadku pojawienia się kryzysów u dzieci i młodzieży wsparcie powinno płynąć nie tylko w ich stronę, ale również ich opiekunów. W tym przypadku również możemy zaproponować kontakt z telefonami wsparcia, takimi jak:

- Telefon dla rodziców i nauczycieli w sprawie bezpieczeństwa dzieci – 800 100 100;
- Telefon dla rodziców i opiekunów dzieci w kryzysie – 800 800 602.

Kolejną możliwością wsparcia osób w kryzysie suicydalnym jest zaproponowanie im skorzystania z pomocy Centrum Interwencji Kryzysowej, Centrów Pomocy Rodzinie oraz innych placówek świadczących darmową pomoc osobom

w kryzysie. Listę placówek oraz innych form pomocy można znaleźć za pośrednictwem strony *Życie Warto Jest Rozmowy* (zwjr.pl).

BIBLIOGRAFIA

Bruch H.

1973 *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa, and the Person Within*, New York.

Brytek-Matera A.

2021 *Zaburzenia odżywiania*, Warszawa.

Cervera S. i in.

2003 *Neuroticism and low self-esteem as risk factors incident eating disorders in a prospective cohort study*, „International Journal of Eating Disorders”, 33(3), 271–280.

Donnelly B. i in.

2018 *Neuroimaging in bulimia nervosa and binge eating disorder: a systematic review*, „Journal of Eating Disorders”, 6(1), 1–24.

Fahs B.

2019 *Fat and furious: Interrogating fat phobia and nurturing resistance in medical framings of fat bodies*, „Women's Reproductive Health”, 6(4), 245–251.

Forrest L.N., Zuromski K.L., Dodd D.R., Smith A.R.

2017 *Suicidality in adolescents and adults with binge-eating disorder: Results from the national comorbidity survey replication and adolescent supplement*, „International Journal of Eating Disorders”, 50(1), 40–49.

Gibson D., Workman C., Mehler P.S.

2019 *Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa*, „Psychiatric Clinics”, 42(2), 263–274.

Godart M.

2015 *Mood disorders in eating disorder patients: Prevalence and chronology of ONSET*, „Journal of Affective Disorders” 185, 115–122.

Golden, N.H. i in.

2003 *Eating disorders in adolescents: position paper of the Society for Adolescent Medicine*, „Journal of Adolescent Health”, 33(6), 496–503.

- Goldner E.M., Srikameswaran S., Schroeder M.L., Livesley W.J., Birmingham C.L.
1999 *Dimensional assessment of personality pathology in patients with eating disorders*, „Psychiatry Research”, 85(2), 151–159.
- Haedt-Matt A.A., Keel P.K.
2011 *Revisiting the affect regulation model of binge eating: A meta analysis of studies using Ecological Momentary Assessment*, „Psychological Bulletin”, 137(4), 660–681.
- Harris E.C, Barraclough B.
1998 *Excess mortality of mental disorder*, “British Journal of Psychiatry”, 173, 11–53.
- Hübel Ch. i in.
2021 *One size does not fit all. Genomics differentiates among anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge-eating disorder*, „International Journal of Eating Disorders”, 54(5), 785–793.
- Hołyst B.
1983 *Samobójstwo. Przypadek czy konieczność*. Warszawa.
- Kennedy S.H., Kaplan A.S., Garfinkel P.E., Rockert W., Toner B., Abbey S.E.
1994 *Depression in anorexia nervosa and bulimia nervosa: discriminating depressive symptoms and episodes*, „Journal of psychosomatic research”, 38(7), 773–782.
- Kędra E., Pietras J.
2011 *Zaburzenia odżywiania – znak naszych czasów*, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne”, 1(2), 169–175.
- Obeid N. i in.
2020 *Bingeing, purging, and suicidal ideation in clinical and non-clinical samples of youth*, „Eating Disorders”, 28(3), 289–307.
- Pompili M., Mancinelli I., Girardi P., Ruberto A., Tatarelli R.
2004 *Suicide in anorexia nervosa: A meta-analysis*, „International Journal of Eating Disorders”, 36, 99–103.
- Rosenvinge J.H., Martinussen M., Ostensen E.
2000 *The comorbidity of eating disorders and personality disorders: a meta-analytic review of studies published between 1983 and 1998*, „Eating and Weight Disorders”, 5(2), 52–61.

Strober M.

1981 *The relation of personality characteristics to body image disturbances in juvenile anorexia nervosa: a multivariate analysis*, „Psychosomatic Medicine”, 43, 323–330.

Walenda A. i in.

2021 *Regulacja emocji w zaburzeniu z napadami objadania się*, „Psychiatria Polska”, 55(6), 1433–1448.

Ziora K.

2020 *Jadłowstręt i bulimia psychiczna* [w:] *Psychodietetyka*, red. A. Brytek-Matera, Warszawa.

SUICIDAL RISK IN PEOPLE WITH EATING DISORDERS – A REVIEW OF THE LITERATURE

ABSTRACT: In an increasingly developing society, a greater role is attached to maintaining an impeccable figure and following the principles of healthy eating. The mass media at every step bombards the recipients with content promoting an idealized lifestyle, putting it on a pedestal. In addition to the positive effects, this can lead to the emergence of many disturbing practices and even the development of eating disorders. They are becoming a growing problem in today's societies. Eating disorders are associated not only with inappropriate eating behavior, but also with the risk of other mental health disorders and their consequences, which include suicidal behaviour. This thesis is a review of the literature on both eating disorders as such, but also reports linking them to suicidal behavior. The author tried to familiarize the readers with the specifics of eating disorders and to explain the connections between them and suicidal behavior.

Keywords: suicidal behavior, eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa

BARBARA PASOWICZ
NATALIA MAJCHER
UNIwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

STOSUNEK RELIGII DO SAMOBÓJSTWA I EUTANAZJI

Streszczenie: Głównym celem pracy jest zaprezentowanie stosunku do samobójstwa i eutanazji w judaizmie, katolicyzmie, islamie oraz buddyzmie. We wstępie dokonano ogólnego omówienia, czym jest religia, samobójstwo oraz eutanazja. Następnie w poszczególnych rozdziałach zostały omówione aspekty dotyczące podstaw każdej wiary oraz, w zależności od specyfiki danego wyznania, tego, czy w świętej księdze występuje pojęcie dotyczące tematyki samobójstwa, jak prawo religijne traktuje samobójstwo i eutanazję, jak postrzega osobę, która zakończyła swoje życie oraz czy istnieje wyjątek od kary za samobójstwo. W podsumowaniu zawarte jest przedstawienie religii jako czynnika zagrażającego oraz chroniącego przed samobójstwem.

Słowa kluczowe: samobójstwo, eutanazja, religia, judaizm, katolicyzm, islam, buddyzm

WSTĘP

Religia według słownika PWN to „zespół wierzeń dotyczących istnienia Boga lub bogów, pochodzenia i celu życia człowieka, powstania świata oraz w związane z nimi obrzędy, zasady moralne i formy organizacyjne”. Człowiek religijny wierzy swoje problemy Bogu, ufa mu, powierza swój los oraz podporządkowuje swoje życie nakazom religijnym. Religia daje również poczucie sensu życia oraz informacje dotyczące tego, jak powstał wszechświat oraz człowiek. Przekonania religijne oraz nakazy wpływają na wszystkie aspekty życia wierzącego, w tym na tematy dotyczące samobójstwa i eutanazji (Godlewska i Gebreselassie 2018).

Samobójstwo przez Światową Organizację Zdrowia (ang. World Health Organization WHO) określane jest jako zamierzony, celowy akt odebrania sobie życia. Nie ma jednoznacznych przyczyn zachowań samobójczych, gdyż czynniki przyczynowe mają często charakter zindywidualizowany oraz niełatwy do stwierdzenia przez wzajemne oddziaływanie czynników (Płaczkiewicz 2018). Można wyróżnić czynniki bliższe, które obejmują schorzenia lub zaburzenia psychiczne, wydarzenia związane z wystąpieniem silnego stresu. Czynniki dalszymi samobójstwa natomiast będzie sytuacja rodzinna, przeciwności losu i cechy osobowościowe (Romaszko 2020). Jednakże jedną z przyczyn odebrania sobie życia mogą być wyznawane poglądy religijne. Pomimo tego, że większość religii uznaje samobójstwo za grzech, czyn niemoralny, to istnieją przypadki, w których wiara stanowi przyczynę odebrania sobie życia. Na przykład wysoka religijność u osoby cierpiącej na chorobę afektywną dwubiegunową oraz schizofrenię może być czynnikiem zwiększającym zachowania samobójcze. W większości przypadków jednak religia będzie miała czynnik ochronny (Gearing i Alonzo 2018).

Eutanazja w dosłownym tłumaczeniu oznacza „dobrą śmierć” (Bieniek 2019, s. 12). Jest to procedura, w toku której lekarz za pomocą odpowiednich środków medycznych celowo skracając życie pacjenta w celu oszczędzenia mu cierpienia (Dom i in. 2020). Wyróżnia się różne rodzaje eutanazji. Eutanazja czynna polega na przyśpieszeniu śmierci chorego wskutek celowych i przemyślanych działań lekarza. Jest to między innymi podanie pacjentowi śmiertelnej dawki leku. Natomiast eutanazja bierna polega na zaniechaniu przez personel medyczny działań podtrzymujących życie chorego, może to być m.in. odłączenie od aparatury lub rezygnacja z dalszego leczenia choroby (Orzeł i in. 2021). Jednym z czynników decydujących o zgodzie na przeprowadzenie eutanazji są przekonania religijne zarówno pacjenta, jak i lekarza. Większość religii na świecie potępia wszelkie intencjonalne działania prowadzące do zakończenia życia oraz uznaje eutanazję za rodzaj samobójstwa (Sabriseilabi i Williams 2022).

JUDAIZM

Około 2% populacji światowej, czyli około 15,3 milionów osób, wyznaje najstarszą religię Abrahامową, czyli judaizm. Jest to religia monoteistyczna, która opiera się na wierze w Jahwe, czyli jedynego Boga, Stwórcę, który zawarł wieczne przymierze z ludem Izraela (Wozikowski 2019). Żydowskie prawo opiera się na Biblii hebrajskiej oraz Talmudzie, który zawiera komentarze do niej. W skład Biblii hebrajskiej wchodzi Tora, czyli Pięcioksiąg Mojżeszowy, który

jest najważniejszą księgą w judaizmie, przedstawiającą przymierze z Bogiem, oraz Prorocy i Pisma (Rabinowitz i Orbach 2021).

Tora nie odnosi się bezpośrednio do tematu samobójstwa, gdyż nie występuje w niej żaden leksem określający je (Gorzowski 2019). Jednakże według Talmudu samobójstwo jest formą morderstwa, przez co narusza przykazanie „nie zabijaj” (Pwt 5, 17). Również słowa skierowane do synów Noaha (Noego): „Kto przeleje krew człowieka – jego krew będzie przelaną przez człowieka; bo stworzyłem człowieka na obraz Boga” (Rdz 9,6) wskazują, że osoba, która popełniła samobójstwo, będzie osądzona przez Boga. Ważną kwestią w judaizmie jest postrzeganie życia człowieka, które uznawane jest za największy dar od Stwórcy (Brunstein-Klomek 2019). Osoba popełniająca samobójstwo wyrzeka się tego daru oraz równocześnie przeciwstawia się decyzji Boga o momencie jego śmierci. Z tego powodu według mistycyzmu żydowskiego dusza takiej osoby nie może wejść do Szeolu, gdyż nie nadszedł jej czas, ani nie może powrócić do zniszczonego ciała, przez co nie zaznaje spokoju. Dodatkowo żydzi wierzą, że człowiek stworzony został na podobieństwo Boga. Ciało dane jest człowiekowi tylko na określony czas przez Stwórcę, dlatego prawo żydowskie zakazuje zabijania oraz jakiegokolwiek okaleczania ciała (Rabinowitz i Orbach 2021; Dadon 2022).

Żydzi, którzy popełnili samobójstwo, nie mają prawa do pełnego żydowskiego pochówku. Osobie takiej nie wygłasza się mowy pochwalnej, a jej ciało nie jest chowane na cmentarzu żydowskim, lecz w wydzielonym, odległym miejscu przy ogrodzeniu. Na cmentarzu nie odmawia się za nią kadiszu, czyli modlitwy za zmarłych, a dopiero w synagodze. Dlatego w wielu przypadkach rodzina osoby, która popełniła samobójstwo, przedstawia śmierć jako wypadek, by mogły zostać przeprowadzone wszystkie rytuały żałobne zgodnie z tradycją (Dadon 2022).

Wartość życia ludzkiego w judaizmie jest niezmienna niezależnie od tego, czy osoba cierpi na śmiertelną chorobę. Aż do ustania oddechu i funkcji mózgu nie wolno użyć niczego, co mogłoby przyspieszyć śmierć (Orońska 2009). Wszelkie formy aktywnej, a nawet pasywnej eutanazji są w Talmudzie i tradycji rabinistycznej traktowane jako morderstwo. Akt aktywnej eutanazji może polegać nawet na poprawieniu poduszki lub dotknięciu umierającego, gdyż każdy najmniejszy ruch może skrócić jego życie (Strządała 2019).

W Biblii hebrajskiej znajdują się przykłady pragnienia śmierci skierowane ku Jahwe. Mojżesz kieruje w stronę Boga słowa: „A jeśli już tak ze mną postępujesz – jeśli znalazłem łaskę w Twoich oczach, raczej mnie zabij, bym nie widział mojego nieszczęścia” (Lb 11, 15). Eliasz: „Dość żyłem! Teraz, Wiekuiesty, zabierz moją duszę, bowiem ja nie jestem lepszy od moich przodków” (1 Krl 19, 4).

Hiob: „Wolałbym uduszenie; raczej śmierć, niż ten mój szkielet” (Hi 7, 5). Jonasz: „A teraz, o Wiekuisty, zabierz ode mnie moje życie; bo lepszą jest dla mnie śmierć, niż moje życie” (Jon 4, 3). We wszystkich tych przypadkach Bóg pomaga pragnącym śmierci, zapobiegając dalszym myślom samobójczym poprzez okazanie łaski (Rabinowitz i Orbach 2021).

Pomimo tego, że samobójstwo jest w judaizmie zakazane, to w Biblii hebrajskiej znajduje się aż sześć opisanych przypadków samobójstwa (Gorzkowski 2019). Pierwsza wzmianka dotyczy Abimeleka, któremu w czasie bitwy kobieta stojąca na wierzy roztrzaskała czaszkę, rzucając w niego kamieniem młyńskim. Nie chcąc, by opowiadano, że zabiła go kobieta, prosił swojego sługę, by ten go dobił (Sdz 9, 52–56). Druga wzmianka dotyczy obrońcy i przywódcy Izraela Szimszona (Samsona), który po zdradzeniu sekretu swojej siły został schwytyany przez Filistynów. W obliczu tortur poprosił Boga o siłę, by wraz ze swoją śmiercią mógł zabrać jak największą ilość wrogów. Bóg wysłuchał go i dał mu siłę, która pozwoliła Szimszonowi na zburzenie centralnych filarów świątyni, przez co zginął on wraz z tysiącami Filistynów (Sdz 16, 1–31). Trzecim oraz czwartym przykładem dotyczącym samobójstwa jest przykład pierwszego króla Izraela, Saula. Rozpoczął on wojnę z Filistynami, jednakże widząc, że zaczyna przegrywać, wiedząc, że zostanie wzięty do niewoli, gdzie będzie torturowany i upokorzony przez wrogów, Saul sam „przebił się mieczem”, gdyż sługa jego odmówił mu zabicia króla. Następnie sługa ten sam popełnił samobójstwo (1 Sm 31, 1–4). Piąta wzmianka dotyczy Ahitopela, który po przegranej buncie przeciwko królowi Dawidowi powiesił się w swoim domu (2 Sm 17, 23). Szóste samobójstwo zostało popełnione przez wysokiego rangą oficera Zimreigo, który zdając sobie sprawę z nieuchronnej przegranej, podpalił swój pałac, gdyż wolał popełnić samobójstwo, aniżeli zostać zamordowanym (1 Krl 16, 18). We wszystkich tych przypadkach nie występuje jednoznaczna ocena samobójstwa, a reputacja i pamięć o samobójcach jest nienaruszona. Przy bezbożnikach potępia się ich czyny, a u bohaterów pochwała się ich czyny, jednakże w żadnym przypadku nie ma oceny samobójstwa. Jedynie w przypadku Szimszona Bóg pomaga mu w samobójstwie, które jest traktowane jako wykonanie powierzonej mu misji przez Jahwe (Gorzkowski 2019).

KATOLICYZM

Pierwszym źródłem, do którego należy się odnieść w kontekście wiary katolickiej, jest Biblia, lecz w księdze tej nie ma jasnych wypowiedzi dotyczących

samobójstwa. Warto też wspomnieć, że nie zawiera się w niej również żadne słowo, które można tłumaczyć jako dzisiejsze „samobójstwo”. Jednak samych opisów takich zamachów jest wiele – osiem zawiera się w Starym Testamencie, z czego dwa w Drugiej Księdze Machabejskiej, która uważana jest za natchnioną przez Kościół katolicki, oraz dwa w Nowym Testamencie. Samobójstwa te nie są jednak wykorzystywane, by wyjaśnić rygorystyczny zakaz odebrania sobie życia w Kościele katolickim (Haszczyński 1993).

We wczesnym okresie trwania tego wyznania ludzie wierząc w życie wieczne, popełniali liczne samobójstwa, ponieważ chcieli żyć wiecznie. W tamtym czasie Kościół katolicki nie zabraniał zamachów samobójczych (Mencel 2020).

Pierwszą osobą, która zaczęła poruszać problem samobójstwa i je opisywać, był święty Augustyn w dziele *O Państwie Bożym*. W swojej pracy potępił on ten czyn oraz przedstawił powód negatywnego stosunku do samobójstwa. Napisał on tam, że w księgach kanonicznych nie ma żadnego zezwolenia na odebranie sobie życia, a zakaz tego czynu odnalazł w przykazaniu „nie będziesz zabijał”. Święty Augustyn popierał swoją interpretację twierdzeniem, że w częściej używanej katechetycznej formie „nie zabijaj” nie jest dodane zakończenie „bliźniego swego”, tak jak jest przy przykazaniu dotyczącym dawania fałszywego świadectwa. Interpretując tę zależność, święty Augustyn doszedł do wniosku, że gdyby samobójstwo było dobrowolne, to owe zakończenie byłoby dodane na końcu (Haszczyński 1993).

Rygorystyczne poglądy świętego Augustyna ukształtowały stanowisko Kościoła katolickiego i obowiązywały prawie dziewięćset lat, a ich konsekwencją było między innymi stygmatyzowanie samobójców (tamże).

Kolejną znaczącą osobą, która przyczyniła się do ukształtowania stanowiska Kościoła katolickiego na temat samobójstwa, był św. Tomasz z Akwinu. Twierdził on, że skoro Bóg mówił: „Ja zabijam i Ja sam ożywiam”, to tylko On „ma prawo decydować o życiu i śmierci”. Głównym zarzutem dotyczącym tej argumentacji jest określenie życia człowieka jako Daru Boga, ponieważ zazwyczaj, jeśli ktoś jest czymś obdarowany, to może robić, co zechce z podarunkiem, a w tym rozumowaniu jest to ograniczone. Niezależnie od interpretacji słowa „Dar” przez Tomasza z Akwinu głównym przekazem jego, jak i innych osób, które sprzeciwiały się samobójstwu, było to, że odebranie sobie życia przez człowieka jest przekroczeniem jego kompetencji. W późniejszych latach Tomasz z Akwinu napisał jeszcze pozycję *Suma Teologiczna* i zawarł w niej dwa argumenty przemawiające przeciwko samobójstwu. Pierwszym było to, że czyn ten jest sprzeczny

z prawem natury i miłością do siebie, a drugim, że samobójca wyrządza krzywdę społeczeństwu. Słuszność obu tych stwierdzeń jest kwestią sporną (tamże).

Przez wiele lat samobójcy w Kościele katolickim nie mogli zostać pochowani na cmentarzu, nie mieli odprawionej mszy świętej ani żadnych innych obrzędów religijnych, a bliscy tych osób nie mogli się za nich modlić. Brak zgody na pochowanie zmarłych samobójców był zawarty między innymi w katolickim Kodeksie Prawa Kanonicznego Piusa X z 1917 roku. Dokument ten zakładał dużą karę dla księży, którzy odprawili mszę za samobójcę, a mianowicie interdykt z zakazem wstępu do kościoła. Zmieniło się to w 1983 roku za sprawą papieża Jana Pawła II, gdy w Kodeksie Prawa Kanonicznego zrezygnowano z zapisu o zakazie pochówku zmarłych śmiercią samobójczą (tamże).

Negatywny stosunek Kościoła katolickiego do zamachów samobójczych utrzymuje się do dziś. Spowodowane jest to między innymi zaklasyfikowaniem samobójstwa do grzechów śmiertelnych (tamże).

Kościół katolicki ma negatywny stosunek do eutanazji, postrzega ją jako czyn niemoralny. Każda śmierć w postrzeganiu katolików jest tragiczna i zła, dlatego współcześnie nie mówi się o tzw. dobrej śmierci. Nieuleczalnie chory katolik powinien przyjmować środki przeciwbólowe, aby nie cierpieć fizycznie i mógł przygotować się duchowo do śmierci (Skura-Madziąła 2009).

ISLAM

Islam jest najszybciej rozwijającą się i drugą pod względem ilości wyznawców religią na świecie, z populacją liczącą 1,9 miliarda osób. Oznacza to, że aż 24,9% światowej populacji wyznaje tę religię (worldpopulationreview 2023). Jest to religia monoteistyczna, oparta na wierze w Allaha i na świadectwie życia ostatniego z proroków Mahometa (Bortkiewicz 2016). Islam z arabskiego oznacza „uległość”, „całkowite poddanie się Bogu”. Religia ta narzuca wiernym wartości oraz systematyzuje ich życie, które ma przebiegać według określonego ideału (Al-Maududi 2003; za: Bortkiewicz 2016). Najważniejszą księgą i podstawowym źródłem prawa w islamie jest Koran, który uważany jest przez muzułmanów za objawienie słów Allaha (Koran 10:37). Drugim podstawowym źródłem prawa oraz przykładem życia proroka Mahometa jest Sunna. W niej można znaleźć informacje dotyczące wszystkich sfer życia muzułmanina, w tym samobójstwa (Koran, 4:80).

Muzułmanie uznają całkowitą zależność człowieka od Boga, gdyż to on jest stwórcą zarówno ich, jak i świata, w którym żyją. To Allah decyduje

o narodzinach i śmierci każdego człowieka (Stefaniuk 2015). Dlatego samobójstwo jest uważane w islamie za grzech główny, bo jest to sprzeciwienie się decyzji Boga dotyczącej życia człowieka: „I nie zabijajcie samych siebie! Zaprawdę, Bóg jest dla was miłosiwny!” (Koran 4:29). Muzułmanie wierzą, że ci, którzy popełnili samobójstwo, mają zakaz wstępu do Raju. „Mężczyzna spośród tych, którzy byli przed wami, został ranny. Był w takiej udręce, że wziął nóż, przeciął sobie nadgarstek i pozwolił krwi płynąć aż do śmierci. Allah Wszechmogący powiedział: Mój sługa wyprzedził mnie swoją duszą, więc zabroniłem mu Raju” (Sahih al-Bukhari 1363, 1364). Ponadto osoba, która popełniła samobójstwo, trafia do piekła, gdzie skazana jest na wieczną karę w postaci ciągłego powtarzania aktu samobójczego:

Kto zabił samego siebie mieczem, jego miecz pozostanie na zawsze w jego dłoni, zagłębiając się w brzuchu w Piekło po wszystkie czasy, na wieczność. Kto zadał sobie śmierć za pomocą trucizny, w tego dłoni po wszystkie czasy, na wieczność, pozostanie trucizna, którą będzie pił w Piekło. Kto rzucił się z góry i w ten sposób poniósł śmierć, będzie rzucony w ogień piekielny po wszystkie czasy, na wieczność (ibn Radżab 2019, s. 16).

Ponadto Koran podkreśla, że Allah pomaga ludziom w trudnych sytuacjach i że mogą mu zaufać (Eilers i Kasten 2022).

Postrzeżenie samobójstwa jako grzechu jest czynnikiem powodującym, że w krajach arabskich wskaźniki samobójstwa są niższe. Jednakże te dane należy interpretować z ostrożnością, gdyż przez status karny i piętno związane z nim nie wszystkie przypadki są zgłaszane. Często dzieje się tak, że osoby po próbie samobójczej nie stawiają się do szpitala z obawy, że zostanie to zgłoszone na policję jako przestępstwo. Natomiast rodziny osób zmarłych nie zawsze zgłaszają, że śmierć nastąpiła na skutek samobójstwa, ale raczej wskutek wypadku, aby uniknąć wstydu i stygmatyzacji oraz by zmarły mógł być pochowany na mużulmańskim cmentarzu (Gearing i Alonzo 2018).

Również eutanazja w islamie uznawana jest za grzech z powodu działania wbrew woli Allaha oraz wbrew przepisom religijnym. Islam uznaje, że pod żadnym pozorem, nawet w przypadku nieuleczalnej choroby, nie wolno skracać życia własnego lub cudzego. Według mużulmanów osoba chcąca zakończyć życie popełnia samobójstwo, a osoba asystująca popełnia morderstwo. Dodatkowo mużulmanie wierzą, że ból i cierpienie, które ich dotyka, są wyrazem woli Allaha. Cierpienie i ból odbierane są przez nich jako kara zadana przez Boga lub też jako następstwo grzechu. To, czy człowiek odzyska zdrowie, zależy od wiary, pobożności i oddania się woli boskiej (Skura-Madziła 2009).

W islamie jedynym akceptowalnym odstępstwem od samobójstwa jako grzechu jest działanie o charakterze męczeńskim. Muzułmanie wierzą, iż ostateczny akt oddania życia, walcząc w świętej wojnie, czyli džihadzie, w imię religii, ma przynieść odkupienie, w tym darowanie grzechu samobójstwa wraz z natychmiastowym zbawieniem do Raju, gdzie osoba taka otrzyma nagrodę. Żeby uzyskać w islamie status męczennika, trzeba spełnić następujące przesłanki: musi odbywać się wojna, a wyznawca musi walczyć dla Boga i umrzeć w toku walki, najlepiej z rąk przeciwnika, śmierć nie może być zaplanowana, a działanie prowadzące do śmierci może być skierowane przeciwko heretykom lub niewiernym, którzy stanowią zagrożenie dla wiary (Łubiński 2018). Według Akmana męczeństwo zostaje bezwzględnie wykluczone, gdy muzułmanin zabije niewinne osoby, wyrządzi straty w kraju, który przyjął go do swojej społeczności, zepsuje wizerunek islamu lub swoim działaniem wspomaga organizacje przestępcze. W literaturze przedmiotu można spotkać typologię męczenników w islamie, którzy zginęli na polu walki. Pierwszy z nich to męczennik doskonały, czyli taki, który wypełnia słowo Allaha, dzięki czemu trafia do raju. Uznawany jest często za bohatera, a w niektórych odłamach islamu za osobę pokroju świętego. Drugi typ męczennika to męczennik tego świata, którego czyn jest niezgodny z wolą Allaha. Jednakże męczennik nigdy nie ma gwarancji, czy jego działanie będzie uznane za działanie w imię Allaha (Harasim 2017). Zgodnie z charakterystyką Durkheima działanie takie klasyfikuje się do samobójstwa altruistycznego. Samobójstwo to popełniane jest dla dobra grupy społecznej, do której samobójca należy. Męczennicy tacy postrzegani są jako obrońcy religii, którzy są w stanie oddać swoje życie w imię wyższych, świętych celów (Domańska 2017).

Wśród fundamentalnych wyznawców islamu kult męczeństwa wykorzystywany jest do zamachów terrorystycznych (Harasim 2017). Powodzenie ich uzależnione jest od śmierci bądź gotowości do niej. Organizacje terrorystyczne tworzą doktrynę religijną, która łączy w sobie elementy aktów przemocy oraz pragnienia walki w obronie wiary. Fundamentalisci uznają, że śmierć samobójcza w takim zamachu stanowi aspekt niezbędny, honorowy i zaszczytny. Usprawiedliwiają swoje działanie w świętej wojnie, czyli džihadzie, przeciw niewiernym (Gądzik 2019).

BUDDYZM

W buddyzmie samobójstwo nie jest traktowane tak krytycznie jak w katolicyzmie, chociaż stosunek do tego czynu jest nadal negatywny. Buddyści wierzą,

że w czasie śmierci dusza oddziela się od ciała i wędruje do kolejnego życia. W religii tej zamach na własne życie nie może być ucieczką od cierpienia, ponieważ efekty działania karmy przenoszą się do kolejnego wcielenia razem z duszą, dlatego też buddyści często uważają samobójstwo za akt nieracjonalny (Skura-Madziala 2009). Duża część mnichów traktuje samobójstwo jako grzech, a ludzie, szukając pomocy, zwracają się do nich w celu rozwiązania swoich problemów i poszukiwania pomocy w doznawanym cierpieniu. W buddyzmie obowiązuje zakaz zabijania i czynienia wszelkich form zła istotom żywym, w tym samemu sobie. Podkreślany jest tam także obowiązek utrzymania w zdrowiu swojej duszy i ciała. Wyznawcy buddyzmu wierzą, że skutkiem pozbawienia życia swojego ciała mogą być negatywne konsekwencje w przyszłej inkarnacji (Mencel 2020).

Buddyzm jednak wyróżnia wyjątki od ogólnego zakazu zamachów samobójczych. Są to głównie decyzje związane z zasadą racjonalności, która polega na wyborze, czy śmierć jest rozsądnym rozwiązaniem w danej sytuacji. W komentarzu do Vinaya, czyli jednej z głównych ksiąg Pali Canon, opisany został przypadek poważnie chorego mnicha, którego decyzja o odebraniu życia była determinowana przez jego sytuację życiową. W przypadku, gdy inni mnisi mogli mu zapewnić pomoc i opiekę, powinien nie popełniać samobójstwa, zaś w przypadku, gdy byłby obciążeniem dla innych, zamach na własne życie zostałby uzasadniony, a to rozwiązanie byłoby uznane jako właściwe. Według części buddyjskich uczonych sam Budda popełnił samobójstwo, motywując to uzyskaniem w ten sposób absolutnego szczęścia (Mencel 2020).

Samobójstwa popełniane przez osoby świeckie są jednak przeważnie krytykowane. Ogólną zasadą, względem której buddyści decydują o słuszności zamachu samobójczego, jest kwestia związana z poświęceniem swojego życia na rzecz miłości do bliskich bądź dla dobra ogółu. Zamach samobójczy z taką intencją może skutkować nawet lepszą inkarnacją. Buddyści zwracają też uwagę na różnicę zabójstwa i samobójstwa, podkreślając, że zabójstwo krzywdzi drugiego człowieka, a samobójstwo jest indywidualną decyzją jednostki; co za tym idzie, niemoralność obu tych czynów odbiega od siebie (Mencel 2020).

Stosunek do eutanazji w buddyzmie jest negatywny, tak samo jak sztuczne podtrzymywanie życia osoby śmiertelnie chorej. Buddyści uważają, że człowiek chorujący na nieuleczalną chorobę potrzebuje wsparcia moralnego i duchowego, a nie inwazyjnych zabiegów medycznych. Biorąc pod uwagę wiarę w inkarnację, eutanazja nie sprawi, że człowiek pozbędzie się cierpienia, ponieważ karma powędruje z duszą do kolejnego wcielenia. Współcześni buddyści zalecają stosowanie technik medycyny paliatywnej, a osoby chore mogą zażywać środki

przeciwbólowe, ale takie niepowodujące utraty świadomości, ponieważ umysł w czasie śmierci powinien być jasny i spokojny (Skura-Madziła 2009).

PODSUMOWANIE

Religijność może być czynnikiem chroniącym przed samobójstwem, np. badania nad katolikami wskazują na mniejszy współczynnik samobójstw wśród osób wierzących. W katolicyzmie samobójstwo jest grzechem ciężkim, ale przewidziane są tam wyjątki, w których dusza może zostać zbawiona (Krawczyk i Gmitrowicz 2014). Według Dervica i współpracowników osoby zaangażowane religijnie mają wzmocnione więzi społeczne oraz zredukowane poczucie izolacji. Badania Departamentu Zdrowia w Utah wskazują, że ryzyko popełnienia samobójstwa wśród wierzących dzieci jest o 60,4% mniejsze niż u niewierzących (Kielan i in. 2017). Wyższy poziom religijności wiąże się z mniejszym ryzykiem samobójstwa. Co więcej, uczestnictwo w nabożeństwach może być czynnikiem chroniącym przed próbami samobójczymi. Religia może też pozytywnie wpływać na przeżywanie procesu żałoby u osób, które przeżyły próbę samobójczą (Alonzo i Gearing 2018). Badania nad islamem również wskazują na protekcyjny charakter wiary u muzułmanów, religijność wiąże się u nich z niższym poziomem depresji i lęku (Gearing i Lizardi 2008). Jest to bardzo restrykcyjna religia, gdzie samobójcy są stygmatyzowani, a ich dusza nie może trafić do nieba (Krawczyk i Gmitrowicz 2014). Z powodu wykluczania społecznego samobójców w islamie zamachy na własne życie są rzadko zgłaszane. W judaizmie samobójstwo jest ściśle określone i traktowane jako przestępstwo. Badania ze Stanów Zjednoczonych wskazują, że osoby pochodzenia żydowskiego popełniają mniej samobójstw od chrześcijan i protestantów. Warto też wspomnieć, że w Izraelu wskaźniki samobójstw należą do najniższych na świecie (Gearing i Lizardi 2008). Najmniej restrykcyjną religią jest buddyzm, gdzie samobójstwo jest indywidualnym wyborem wierzącego, chociaż osoba popełniająca zamach na własne życie musi się liczyć z konsekwencjami w przyszłej inkarnacji (Krawczyk i Gmitrowicz 2014).

BIBLIOGRAFIA

- Abd ar-Rahman ibn Ahmad ibn Radżab
2019 *Opis Piekła, przyczyny zstania do niego i co od niego ratuje. Muzułmański Związek Religijny w RP Najwyższe Kolegium Muzułmańskie*, Wrocław.

Bieniek M.

2019 *Eutanazja – jeden z najważniejszych problemów etycznych współczesnego świata*, „Ministry of Education and Science of Ukraine MP Drahmanov National University of Pedagogy”, 12.

Bortkiewicz P.

2016 *Czy jest możliwy dialog z islamem?*, „Civitas et Lex”, 3(11), 48–57.

Brunstein-Klomek A., Nakash O., Goldberger N., Haklai Z., Geraisy N., Birani A.A., ... & Levav I.

2019 *Suicide and Suicide Attempts among Palestinian Citizens in Israel. Mental Health and Palestinian Citizens in Israel*, Bloomington.

Dadon K.

2022 *Samobójstwo u starozawjetnim spisima, Talmudu i rabinskoj literaturi*, „Nova Prisutnost”, 20(2), 286–286.

Dom G., Stoop H., Haekens A., Sterckx S.

2020 *Eutanazja i wspomagane samobójstwo w kontekście zaburzeń psychicznych w krajach niderlandzkich: doświadczenie poparte praktyką*, „Psychiatria Polska”, 54(4), 661–672.

Domańska J.M.

2017 *Teoretyczne aspekty zjawiska samobójstw*, „Pedagogika. Studia i Rozprawy”, 2(26), 187–201.

Eilers J.J., Kasten E.

2022 *Finished with Life Anyway and Then Stigmatized for Attempting Suicide – An Overview*, „In Healthcare”, 10(11), 2303.

Gądzik Z.

2019 *Prawnokarna ocena samobójstw popełnianych z motywów religijnych*, „Acta Iuris Stetinensis”, 25(1), 27–47.

Gearing R.E., Alonzo D.

2018 *Religion and suicide: new findings*, „Journal of Religion and Health”, 57, 2478–2499.

Gearing R.E., Lizardi D.

2009 *Religion and Suicide*, „Journal of Religion and Health”, 48, 332–341.

- Godlewska D., & Gebreselassie J.
2018 *Religia a zdrowie i choroba*, „Język. Religia. Tożsamość”, 1(17), 223–236.
- Gorzkowski A.
2019 *„A ciało zawiesili na murach Bet-Szean” (1 Sm 31, 10). Problem samobójstwa w Starym Testamencie*, [w:] *Heroica: bohaterstwo w literaturze i kulturze europejskiej* (s. 23–51), red. A. Gorzowski, Poznań.
- Harasim K.
2017 *Terroryzm samobójczy w interpretacji Islamu. Kultura bezpieczeństwa*, „Nauka-Praktyka-Refleksje”, 25, 70–84.
- Haszczyński J.
1993 *Wiara i samobójstwo*, „Przegląd Filozoficzny – Nowa Seria”, 2(1), 1230–1493.
- Kielan A., Bąbik K., Cieślak I., Dobaczewska P.
2017 *Religia katolicka a zachowania suicydalne w Polsce*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, 23(2), 158–164.
- Krawczyk J., Gmitrowicz A.
2014 *Analiza czynników chroniących przed samobójstwem*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna”, 14(1), 43–49.
- Łubiński P.
2018 *Prawo do życia a ataki samobójcze w islamie i prawie międzynarodowym*, „Studia de Securitate”, 8, 54–64.
- Mencel P.
2020 *Stanowisko religii wobec samobójstwa*, Wrocław.
- Orońska A.
2009 *Godność człowieka umierającego w różnych religiach świata*, „Palliative Medicine in Practice”, 3(2), 82–85.
- Orzeł Z., Kwietniewska S., Sutryk M., Niwińska K., Kutnik B., Guz E.
2021 *Postawy pielęgniarek wobec eutanazji*, „Journal of Education, Health and Sport”, 11(10), 63–73.
- Płackiewicz B.
2018 *Analiza wybranych przyczyn zachowań samobójczych wśród osób dorosłych*, „Rocznik Towarzystwa Naukowego Płockiego”, 10, 317–329.

Rabinowitz A., Orbach I.

2021 *Suicide in the Jewish scriptures*, [w]: *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention* (s. 47–52), red. D. Wasserman, Oxford.

Romaszko K.

2020 *Samobójstwa i zachowania samobójcze jako przedmiot zainteresowań nauk medycznych. Definicja, podział i przegląd biomarkerów zachowań samobójczych. Część I. Psychiatryczne i neuroobrazowe markery zachowań samobójczych*, „*Studia Medyczne*”, 36(4), 316–327.

Sabriseilabi, S., Williams, J.

2022 *Dimensions of religion and attitudes toward euthanasia*, “*Death Studies*”, 46(5), 1149–1156.

Sahih al-Bukhari 1363, 1364.

Skura-Madziąła A.

2009 *Religie świata i ich stanowisko wobec eutanazji*, „*Annales. Etyka w Życiu Gospodarczym*”, 12(2), 25–34.

Stefaniuk T.

2015 *Starość w ujęciu islamu – stanowisko tekstów źródłowych: Koranu i hadisów*, „*Theologica Wratislaviensia*”, 10, 117–127.

Strządała A.

2019 *Bioetyka żydowska wobec początków i końca życia*, „*Medycyna Nowożytna*”, 1, 7–26.

Wozikowski K.

2019 *Zwyczajne pogrzebowe Żydów*, „*Adhibenda*”, 6, 131–145.

Tanach

1996–2011 *Nowa Biblia Gdańska* (Rdz 9,6; Pwt 5, 17; Lb 11, 15; 1 Krl 16, 18; 1 Krl 19,4; Hi 7, 5; Jon 4, 3; Sdz 9, 52–56; Sdz 16, 1–31; 1 Sm 31, 1–4).

Strony internetowe

Jewishagency

2022 *Jewish Population Rises to 15.3 Million Worldwide, with Over 7 Million Residing in Israel*. Pobrano z: <https://www.jewishagency.org/jewish-population-rises-to-15-3-million-worldwide-with-over-7-million-residing-in-israel/> (dostęp: 3.06.2023).

sjp.pwn

b.d. *Religia*. Pobrano z: <https://sjp.pwn.pl/sjp/religia;2514825> (dostęp: 23.06.2023).

Worldpopulationreview

2023 *Ludność świata według religii*. Pobrano z: <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/religion-by-country> (dostęp: 23.06.2023).

THE ATTITUDE OF RELIGION TO SUICIDE AND EUTHANASIA

ABSTRACT: The main aim of the work is to present the attitude towards suicide and euthanasia in Judaism, Catholicism, Islam and Buddhism. The introduction contains a general discussion of what religion, suicide and euthanasia are. Then, in the individual chapters, aspects regarding the foundations of each faith were discussed, and, depending on the specificity of a given denomination, whether there is a concept of suicide in the holy book, how religious law treats suicide and euthanasia, how it perceives a person who has ended his life and whether there is an exception from the penalty for suicide.

Keywords: suicide, euthanasia, religion, Judaism, Catholicism, Islam, Buddhism

GDZIE SZUKAĆ WSPARCIA SPECJALISTYCZNEGO W SYTUACJI KRYZYSU? CASE STUDY NA PRZYKŁADZIE GEDEON MEDICA SPECJALISTYCZNE CENTRUM TERAPII

Streszczenie: Leczenie zaburzeń i innych trudności natury psychicznej jest często długotrwałym i wymagającym procesem. Istotne w tym przypadku jest zaangażowanie pacjenta, rodziny, a także zespołu terapeutycznego. Centra medyczne będą się nadal rozwijać, aby zapewnić pacjentom jeszcze lepsze leczenie i wsparcie, a rozwój nowych metod leczenia, takich jak terapia elektrowstrząsowa czy terapia transkraniałna, stymulacja magnetyczna, przyczyni się do jeszcze lepszych efektów. Gedeon Medica to prywatne centrum medyczne z siedzibą w Piasecznie i Konstancinie-Jeziornie, które specjalizuje się w leczeniu zaburzeń psychicznych. Centrum oferuje całodobową opiekę medyczną, w tym opiekę lekarską, pielęgniarstwa i psychologiczną. W ramach leczenia stosuje się różne metody, w tym farmakoterapię, terapię behawioralną poznawczą (CBT), terapię rodzinną i terapię grupową. Centrum zostało założone w 2015 roku przez lekarzy i psychologów z wieloletnim doświadczeniem w leczeniu zaburzeń psychicznych. Centrum oferuje leczenie zaburzeń psychicznych, w tym depresji, zaburzeń odżywiania, zaburzeń lękowych oraz zaburzeń osobowości. Centra medyczne odgrywają coraz ważniejszą rolę w leczeniu zaburzeń psychicznych. Zapewniają pacjentom całodobową opiekę medyczną i dostęp do szerokiego zakresu metod leczenia. Artykuł może być pomocny w wyborze centrum medycznego, które może zapewnić odpowiednie leczenie, oraz w zrozumieniu roli centrów medycznych w leczeniu zaburzeń psychicznych.

Słowa kluczowe: samobójstwo, terapia, Gedeon Medica, wsparcie

WSTĘP

Specjalistyczne Centrum Terapii Gedeon Medica to placówki medyczne zajmujące się całodobowym leczeniem zaburzeń psychicznych. Co istotne, misją Gedeon Medica jest wspieranie pacjentów w powrocie do pełnego funkcjonowania w życiu rodzinnym, zawodowym i społecznym. Działania ośrodka skupiają się na udzielaniu jak najlepszej pomocy osobom chorującym m.in. na depresję, zaburzenia odżywiania, zaburzenia lękowe, zaburzenia osobowości. Dodatkowo, pomoc udzielana jest także w przypadku innych problemów związanych ze zdrowiem psychicznym – niezależnie od fazy zaawansowania wskazanych trudności. Priorytetem leczenia jest dobro pacjenta, a ośrodek Gedeon Medica koncentruje się na holistycznym podejściu, które uwzględnia zarówno aspekty fizyczne, jak i psychologiczne zdrowia pacjentów. W ramach swojej działalności placówka oferuje szeroki zakres usług i terapii mających na celu poprawę dobrostanu psychicznego pacjentów.

Istotne jest, aby zdawać sobie sprawę z tego, że warto koncentrować się na wielu płaszczyznach, aby zoptymalizować skuteczność terapii. Program ośrodka Gedeon podczas miesięcznego pobytu obejmuje 125 godzin różnorodnych oddziaływań terapeutycznych, takich jak:

- psychoterapia grupowa,
- psychoterapia indywidualna,
- arteterapia,
- psychorysunek,
- choreoterapia,
- muzykoterapia,
- psychoedukacja,
- psychodrama,
- body image,
- trening społecznego poznania i neuropoznania,
- relaksacja.

W wymagających tego przypadkach stosowana jest również farmakoterapia. Pacjenci przebywający w Specjalistycznym Centrum Pomocy uzyskują kompleksową, całodobową pomoc od wykwalifikowanych specjalistów z ponad 20-letnim doświadczeniem¹. Pozostają pod stałą opieką kadry medycznej: lekarzy psychia-

¹ Przy Specjalistycznym Centrum Terapii działa Fundacja Gedeon Medica Help. Misją fundacji jest finansowanie leczenia depresji, zaburzeń odżywiania, zaburzeń lękowych oraz zaburzeń osobowości osobom, które przez brak wystarczających środków nie mogą się podjąć leczenia.

trii, internistów, psychoterapeutów, psychologów, dietetyków oraz innych specjalistów (Młynarska i in. 2015; Nowicki i in. 2018; Kalandyk i Dyndur 2020, 2021; Dyndur i Stradomska 2022; Stradomska i Dyndur 2022a, 2022b).

KOMPLEKSOWE ODDZIAŁYWANIA TERAPEUTYCZNE

Kompleksowe oddziaływania terapeutyczne to takie oddziaływania, które obejmują różne metody i techniki terapeutyczne, skierowane na różne aspekty problemu pacjenta. Celem kompleksowych oddziaływań terapeutycznych jest zapewnienie pacjentowi jak najszerszej pomocy i wsparcia, tak aby mógł on w pełni wyzdrowieć lub poprawić jakość swojego życia. Kompleksowe oddziaływania terapeutyczne mogą być prowadzone przez różne osoby, w zależności od rodzaju problemu pacjenta – mogą to być lekarze, psycholodzy, pedagodzy, terapeuci zajęciowi, terapeuci rodzinni, a także osoby z innych dziedzin. Do zalet tego podejścia można zaliczyć to, że pozwala na lepsze zrozumienie problemu pacjenta i dostosowanie leczenia do jego indywidualnych potrzeb. Po drugie, kompleksowe oddziaływania terapeutyczne zwiększają szansę na sukces terapeutyczny, ponieważ obejmują różne aspekty problemu pacjenta. Po trzecie, są bardziej efektywne niż leczenie stosowane w ramach jednej metody terapeutycznej². Kompleksowe oddziaływania terapeutyczne są coraz bardziej popularne w leczeniu zaburzeń psychicznych i innych problemów zdrowotnych, ponieważ – jak już wskazano – uznawane są za skuteczniejszy sposób leczenia niż leczenie stosowane w ramach jednej metody terapeutycznej.

PSYCHOTERAPIA GRUPOWA

Psychoterapia grupowa jest formą terapii, która odbywa się w grupie pacjentów pod przewodnictwem doświadczonego terapeuty. Polega na aktywnym uczestnictwie pacjentów w procesie terapeutycznym, dzieleniu się swoimi doświadczeniami, odczuciami i wyzwaniem związanymi z ich problemami psychologicznymi. Psychoterapia grupowa opiera się na założeniu, że interakcje między członkami grupy i obserwacja innych osób w podobnych sytuacjach mogą

² Przykładami kompleksowych oddziaływań terapeutycznych mogą być na przykład: leczenie depresji z wykorzystaniem farmakoterapii, psychoterapii i psychoedukacji; leczenie zaburzeń odżywiania z wykorzystaniem farmakoterapii, psychoterapii, dietetyki i wsparcia grupy terapeutycznej; leczenie zaburzeń lękowych z wykorzystaniem farmakoterapii, psychoterapii i treningu relaksacyjnego czy leczenie uzależnień z wykorzystaniem farmakoterapii, psychoterapii, wsparcia grupy terapeutycznej i terapii behawioralnej.

przynieść korzyści terapeutyczne (Yalom 1985; Tryjarska 2000; Sikorski 2005). Współpraca i wsparcie ze strony innych uczestników grupy mogą przynieść poczucie przynależności, zrozumienia i wzajemnej solidarności. Poprzez przebywanie w grupie możliwa jest obserwacja, poznanie odmiennych perspektyw oraz strategii radzenia sobie m.in. w sytuacjach trudnych przez innych uczestników. To umożliwi wzajemne uczenie się od siebie, zdobywanie nowych spostrzeżeń i rozwiązań problemów. Psychoterapia grupowa daje pacjentom okazję do eksploracji i zrozumienia własnych wzorców interpersonalnych. Poprzez interakcje w grupie pacjenci mogą odkrywać swoje schematy komunikacyjne, reakcje emocjonalne i dynamikę relacji z innymi. Możliwość dzielenia się w grupie swoimi emocjami, obawami i sukcesami sprzyja otwartej atmosferze, co pomaga łagodzić uczucie samotności, izolacji czy napięcia emocjonalnego. Psychoterapia grupowa umożliwia pacjentom praktykowanie umiejętności społecznych w bezpiecznym środowisku, a terapeuta pełni rolę moderatora (Tryjarska 2000; Kratochvil 2003). Poprzez interakcje z innymi członkami grupy pacjenci mogą ćwiczyć asertywne komunikowanie się, rozwiązywanie konfliktów, nawiązywanie relacji i inne umiejętności społeczne. W grupie terapeutycznej pacjenci mają okazję do refleksji i samorefleksji, dzięki czemu mogą lepiej zrozumieć swoje własne myśli, emocje i zachowania. Terapeuta i inni uczestnicy grupy mogą stymulować proces samorefleksji i pomagać pacjentom w rozwijaniu większej świadomości siebie. Psychoterapia grupowa może być skuteczną formą terapii, zwłaszcza przy problemach takich jak: zaburzenia lękowe, depresja, uzależnienia czy zaburzenia odżywiania.

ARTETERAPIA

Arteterapia jest formą terapii, która wykorzystuje proces twórczy i ekspresję artystyczną do wsparcia rozwoju osobistego, samowiedzy, zdrowia psychicznego i emocjonalnego (Sikorski 2003; Popek 2010; Korbut 2016). Za pomocą procesu twórczego pacjenci wyrażają swoje emocje, myśli i doświadczenia w sposób bezpośredni, niewerbalny i twórczy. Poprzez pracę z różnymi formami sztuki, takimi jak rysunek, malarstwo czy rzeźba, pacjenci mają możliwość wyrażenia emocji, które mogą być trudne do opisanego w sposób bezpośredni³. Twórczy pro-

³ Arteterapia może pomóc pacjentowi w eksploracji nieświadomych treści i emocji, które mogą być ukryte lub niejasne dla pacjenta. Praca z obrazami, symbolami i metaforami w sztuce może ułatwić odkrywanie głębszych warstw osobowości i ukierunkować terapię na rozwiązanie ukrytych problemów.

ces w arteterapii zachęca pacjentów do refleksji i introspekcji. Poprzez tworzenie sztuki i obserwację własnych prac pacjenci mogą zyskać większą świadomość siebie, zrozumieć swoje emocje, potrzeby i zasoby, a także zidentyfikować wzorce myślowe i zachowań. Praca z twórczym procesem w arteterapii może pomóc w integracji emocji, zwłaszcza tych, które są trudne, sprzeczne lub nieprzetworzone. Pacjenci mogą doświadczyć procesu rozwojowego, który pozwala na stopniowe uwalnianie i transformację emocji oraz integrację różnych aspektów swojej tożsamości. Arteterapia może pomóc pacjentom w lepszym zrozumieniu swoich myśli, uczuć i potrzeb, co przyczynia się do lepszej komunikacji zarówno wewnętrznej, jak i z innymi ludźmi. Poprzez pracę nad sztuką pacjenci mogą wyrazić siebie w sposób jasny, bezpośredni i autentyczny. Praca z twórczym procesem arteterapii może przynieść ulgę i redukcję stresu, umożliwiając pacjentom skoncentrowanie się na twórczych działaniach i pozytywnych doświadczeniach. To może przyczynić się do poprawy ogólnego samopoczucia i dobrostanu psychicznego. Terapia za pośrednictwem sztuki odbywa się pod profesjonalnym nadzorem arteterapeuty, który wykorzystuje różnorodne techniki i metody terapeutyczne, aby dostosować proces do indywidualnych potrzeb pacjenta. Praca ze sztuką jako narzędziem terapeutycznym w arteterapii ma na celu wspieranie rozwoju emocjonalnego, zdrowia psychicznego i samowiedzy pacjenta.

PSYCHORYSUNEK

Jedną z odmian pracy ze sztuką jest psychorysunek – rodzaj techniki projekcyjnej, która polega na analizie rysunków wykonanych przez pacjenta (Tyszkiewicz 1987; Wallon, Cambier i Engelhart 1993). Psychorysunek opiera się na założeniu, że rysunek jest formą projekcji nieświadomych treści i emocji. Poprzez rysowanie pacjent może nieświadomie wyrażać swoje uczucia, myśli, fantazje i konflikty, które mogą być trudne do uchwycenia lub wyrażenia słowami. Psychorysunek używa symboliki i metafor, które mogą służyć jako okno do zrozumienia wewnętrznych procesów pacjenta. Symbole, postacie, kolory, linie i inne elementy obecne w rysunku mogą reprezentować różne aspekty osobowości, konflikty, pragnienia, lęki, relacje interpersonalne i wiele innych. Terapeuta zachęca pacjenta do refleksji nad swoim rysunkiem i interpretacji własnych treści. Pacjent może dzielić się swoimi skojarzeniami, emocjami i myślami związanymi z rysunkiem, co może prowadzić do większej samoświadomości i zrozumienia własnych procesów wewnętrznych. Analiza rysunków może pomóc w identyfikacji konfliktów, obszarów do pracy, wzorców zachowań i możliwości

rozwojowych. Terapeuta może wykorzystać rysunek do dalszej eksploracji i zrozumienia problemów pacjenta, a także do wspierania procesu terapeutycznego.

CHOREOTERAPIA

Choreoterapia, znana również jako taniec terapeutyczny, to forma terapii, która wykorzystuje ruch i taniec jako środki do wsparcia rozwoju osobistego, emocjonalnego i społecznego pacjenta (Koziełło 1997; Kran 2001). Ta forma terapii pozwala pacjentom wyrazić swoje emocje, myśli i przeżycia za pomocą ruchu i ciała. Taniec jest niewerbalną formą komunikacji, która umożliwia wyrażanie głębokich uczuć, które mogą być trudne do opisanego słowami. Pacjenci mogą używać ruchu jako ekspresji swojej radości, smutku, gniewu, lęku i innych emocji. Choreoterapia wspiera integrację ciała i umysłu, co pozwala na większą samoświadomość i zrozumienie siebie. Poprzez ruch i taniec pacjenci mogą doświadczać jedności pomiędzy swoimi fizycznymi doświadczeniami a ich stanem emocjonalnym i psychicznym. Aktywność fizyczna i kreatywność w tańcu może pomóc pacjentom w rozwijaniu pozytywnego postrzegania siebie, zwiększeniu samoakceptacji czy poczucia kontroli. Ruch i taniec wzmacniają budowanie pozytywnego obrazu siebie i spójności poczucia tożsamości. Choreoterapia może wspierać rozwijanie umiejętności społecznych, takich jak komunikacja, empatia i współpraca. Taniec w grupie stwarza okazje do wspólnej interakcji, uczenia się od siebie nawzajem i zrozumienia innych. Taniec i ruch mogą służyć jako narzędzia do redukcji stresu, relaksacji i uwalniania napięcia emocjonalnego. Poprzez aktywność fizyczną pacjenci mogą doświadczyć ulgi i odprężenia. Choreoterapia może być prowadzona w różnych kontekstach, takich jak terapia indywidualna, grupowa, a także terapia z osobami w różnym wieku, w tym z dziećmi, młodzieżą i osobami starszymi.

MUZYKOTERAPIA

Psychoterapia wykorzystująca muzykę (muzykoterapia) stanowi środek do wsparcia zdrowia psychicznego i emocjonalnego pacjentów (Galińska 1978; Dobson 1999; Szulc 2000). Muzyka działa jako środek wyrazu emocji, które mogą być trudne do opisanego słowami. Pacjenci mogą znaleźć w muzyce formę komunikacji i ekspresji swoich uczuć, myśli i przeżyć emocjonalnych. Odsłuchiwanie lub tworzenie muzyki może pomóc w zrozumieniu i identyfikacji własnych stanów emocjonalnych, co przyczynia się do lepszej samoświadomości.

Spokojna i harmonijna muzyka może łagodzić napięcie emocjonalne, pomagać w uspokojeniu, a nawet zmniejszyć poziom stresu i lęku. Muzykoterapia może być stosowana w pracy z osobami, które doświadczyły traumy lub trudnych zdarzeń. Poprzez muzykę ułatwione jest przetwarzanie i uwalnianie zablokowanych emocji związanych z traumą. Muzykoterapia może również wpłynąć na poprawę motoryki i koordynacji ruchowej pacjentów, co może mieć pozytywny wpływ na ich samopoczucie i poczucie kompetencji. Grupowe sesje muzykoterapeutyczne stwarzają okazje do wspólnego działania, interakcji i rozumienia innych w bezpiecznym i kreatywnym środowisku. Dzięki wykorzystaniu muzyki jako narzędzia terapeutycznego, muzykoterapia otwiera unikalne możliwości dla ekspresji, transformacji i rozwoju osobistego, co przyczynia się do poprawy zdrowia psychicznego i emocjonalnego pacjenta.

PSYCHOEDUKACJA

Psychoedukacja to forma terapii, która skupia się na dostarczaniu pacjentom informacji na temat ich problemów emocjonalnych, zdrowia psychicznego i sposobów radzenia sobie z trudnościami. Te działania zwiększają wiedzę i zrozumienie pacjenta na temat swoich ograniczeń, a także dostarczają narzędzi i umiejętności, które pomogą mu radzić sobie z wyzwaniami życia (Majewicz i Wolny 2017). Podczas psychoedukacji pacjent dowiaduje się o charakterystyce i objawach różnych zaburzeń psychicznych, takich jak depresja, lęki, zaburzenia odżywiania, zaburzenia nastroju i inne. Edukacja ta pozwala pacjentowi zrozumieć, że jego doświadczenia emocjonalne i psychiczne mają konkretne nazwy i są znane w dziedzinie psychologii. Pacjent uczy się o potencjalnych przyczynach swoich problemów emocjonalnych, objawach czy symptomach świadczących o trudnościach. Terapeuta pomaga mu zrozumieć, jakie mechanizmy psychologiczne mogą wpływać na jego zachowania, myśli i emocje. Poprzez psychoedukację pacjentowi dostarczane są konkretne narzędzia i strategie, które pomagają mu radzić sobie z problemami emocjonalnymi – może to obejmować techniki relaksacyjne, umiejętności radzenia sobie ze stresem, rozwiązywania problemów, komunikacji interpersonalnej i inne. W ramach psychoedukacji pacjent otrzymuje informacje na temat wpływu zdrowego stylu życia, takiego jak regularna aktywność fizyczna, zdrowa dieta, odpowiednia ilość snu, odpoczynek czy unikanie używek, na zdrowie psychiczne. Terapeuta może pomóc pacjentowi we wprowadzaniu pozytywnych zmian w jego styl życia, które wspierają zdrowie psychiczne. Edukacja i zrozumienie własnych problemów emocjonalnych i zachowań mogą

pomóc pacjentowi w zwiększeniu samoświadomości, dzięki czemu pacjent lepiej rozumie siebie i swoje reakcje na różne sytuacje, co może prowadzić do większej samoakceptacji i lepszego zarządzania swoimi emocjami.

PSYCHODRAMA

Psychodrama to technika terapeutyczna, która wykorzystuje działania sceniczne i dramatyczne do pracy z problemami emocjonalnymi, konfliktami interpersonalnymi oraz do eksploracji i przetwarzania trudnych doświadczeń i emocji pacjenta (Roine 1994; Aichinger i Holl 1999; Sikorski 1999). W psychodramie pacjenci odgrywają różne role i scenki, co pozwala na ożywione odtworzenie sytuacji z ich życia i eksplorację różnych możliwości działania oraz reakcji. Psychodrama daje pacjentom możliwość bezpośredniego wyrażenia swoich emocji poprzez działania sceniczne. To pozwala na eksplorację i odkrywanie różnych aspektów osobowości i emocji pacjenta, które mogą być ukryte lub zablokowane. Podczas psychodramy pacjenci odgrywają różne zdarzenia, sytuacje, historie, co pozwala im na rozwijanie zdolności społecznych, takich jak empatia, komunikacja, współpraca i rozwiązywanie konfliktów. Praca w grupie może wspierać proces integracji społecznej i rozwijanie umiejętności interpersonalnych. Odgrywanie roli pomaga w zrozumieniu swojej tożsamości i roli w różnych kontekstach życia. Praca nad różnymi rolami na scenie może pomóc pacjentom w rozwijaniu większej samoakceptacji i pewności siebie. Psychodrama pozwala na eksplorację różnych opcji i możliwości działania w odmiennych sytuacjach życiowych. Pacjenci mogą testować różne strategie i reakcje na scenie, co może pomóc im w rozwiązywaniu problemów i podejmowaniu lepszych decyzji w rzeczywistych sytuacjach.

PROGRAM TERAPII OBRAZU CIAŁA (BODY IMAGE)

Program terapii obrazu ciała (body image) opiera się na założeniu, że osoby, które mają negatywne postrzeganie swojego ciała, jego elementów oraz negatywne osobiste relacje z własnym ciałem, poddawane są silnej autokrytyce. Może prowadzić to do obniżonego nastroju, poczucia nieatrakcyjności, a w skrajnych przypadkach nawet do obsesji związanych z ciałem. Długotrwały stan zniekształconej percepcji własnego ciała może prowadzić do choroby lub podtrzymywać jej objawy. Terapia opiera się na modelu krótkoterminowym, składającym się z 12 sesji terapeutycznych trwających po 60 minut każda, prowadzonych przez psychoterapeutów, z naciskiem na podejście poznawczo-behawioralne. W trakcie

pierwszych spotkań terapeuta ustala, jakie zniekształcenia mają miejsce u pacjenta. Następnie analizuje myśli wywołujące te zniekształcenia, przekonania, założenia i sądy oraz konsekwencje wynikające z takich myśli. Program terapii obejmuje wstęp do treningów, zmianę dotychczasowych nawyków, które utrudniają akceptację siebie, naukę technik, które pomagają wypracować postawy nienegatywnie oceniające własne ciało oraz urealnienie zniekształconego obrazu siebie poprzez wykonanie obrysu konturu swojego ciała. Ponadto, terapeuta prowadzi dyskusję m.in. na temat wpływu mediów na postrzeganie ciała. W terapii wykorzystywane są różne techniki, takie jak karty pracy, dziennik obrazu ciała, ekspresyjne pisanie oraz ustalanie osobistych planów zmian. Celem programu jest pomoc pacjentom w rozwijaniu pozytywniejszego postrzegania swojego ciała, zwiększenie samoakceptacji i zmniejszenie autokrytyki. Terapia skupia się na poprawie relacji pacjenta z własnym ciałem, co ma na celu polepszenie ogólnego stanu emocjonalnego i jakości życia.

TRENING SPOŁECZNEGO POZNANIA I NEUROPOZNANIA

Trening społecznego poznania i neuropoznania to program terapeutyczny skupiający się na złożonych procesach poznawczych związanych z percepcją emocji, stylem atrybucji i teorią umysłu w kontekście społecznym. Terapia neuropoznania koncentruje się na metapoznawczej pracy, mającej na celu terapię deficytów przetwarzania informacji oraz usprawnienie procesów poznawczych. Dodatkowo skupia się na stylu myślenia, a nie na zawartości poznawczej. Szczególny nacisk jest kładziony na to, w jaki sposób pacjent myśli, a nie co dokładnie myśli o sobie. Zaleca się przeprowadzenie co najmniej 20 sesji terapeutycznych w ciągu 10 tygodni, równoległe jednej sesji treningu społecznego poznania oraz jednej sesji treningu neuropoznania tygodniowo.

Trening autogenny Schultza to zestaw ćwiczeń relaksacyjnych stworzony przez Johanesa Schultza w latach 50. XX wieku. Poprzez prawidłowe wykonywanie tych ćwiczeń możliwe jest zrelaksowanie się i odprężenie ciała. Relaksacja mięśni Jacobsona to technika opracowana w latach 30. XX wieku przez Edmunda Jacobsona. Jej podstawą jest założenie, że odprężenie psychiczne wynika naturalnie z odprężenia fizycznego. Jest to podejście do zarządzania stresem, które pozwala na naukę naturalnego doświadczania głębokiego odprężenia, a w konsekwencji redukuje lęk i napięcia mięśniowego.

KWESTIE DOTYCZĄCE LECZENIA DEPRESJI

Aby zapewnić skuteczną terapię depresji, istnieje potrzeba uwzględnienia różnych aspektów. Specjalistyczne Centrum Terapii Gedeon Medica oferuje całodobowe leczenie depresji, zarówno dla dorosłych, jak i dla młodzieży, z możliwością różnych trybów leczenia, które są dostosowywane do poziomu zaawansowania choroby. W przypadku trybu ambulatoryjnego pacjenci, u których zaobserwowano poprawę po stosowaniu zaleconych przez psychiatrę leków, mogą kontynuować terapię na ambulatoryjnych wizytach. Jednak w przypadku braku zmniejszenia objawów choroby lub ich nasilenia zaleca się zmianę trybu leczenia z ambulatoryjnego na stacjonarny. W ramach opieki całodobowej pacjenci korzystają z farmakoterapii pod ścisłą kontrolą lekarza psychiatry, terapii integracyjnej, stałej opieki internistycznej i pielęgniarskiej. Przebywanie w terapeutycznej społeczności zapewnia pacjentowi poczucie bezpieczeństwa i umożliwia zdystansowanie się od własnych objawów, a także ujrzenie ich z innej perspektywy. Psychoterapia odgrywa istotną rolę w procesie leczenia. Wykorzystuje różnorodne metody psychologiczne, dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjenta, zarówno w sesjach indywidualnych, jak i grupowych. Podczas psychoterapii indywidualnej pacjent ma możliwość szczerej rozmowy z terapeutą o swoich emocjach, odczuciach, zdarzeniach, zachowaniach, nawykach i objawach chorobowych. Relacja między pacjentem a terapeutą umożliwia odreagowanie emocji, uczenie się i rozwijanie wglądu. Psychoterapia grupowa jest doskonałym uzupełnieniem terapii indywidualnej, gdyż umożliwia pacjentom aktywne dyskusje na temat ich problemów i podejmowanie nowych zachowań. Wartością dodaną terapii grupowej jest wsparcie i motywacja, które pacjenci otrzymują dzięki dzieleniu się swoimi doświadczeniami i refleksjami w grupie. Pacjenci nabierają pewności siebie i mogą poznać historie innych osób, które pokonały podobne trudności. Społeczność pacjentów odgrywa ważną rolę w leczeniu depresji, umożliwiając nawiązywanie nowych przyjaźni i relacji, które stanowią ogromne wsparcie w walce z chorobą. Ważnym elementem leczenia jest również psychoedukacja, która pomaga pacjentom zrozumieć nawroty choroby oraz przyczyny ich zachowań i nawyków. Jeśli depresja jest związana z traumą lub trudnymi przeżyciami z przeszłości, skutecznym narzędziem terapeutycznym jest psychodrama. Podczas psychodramy pacjenci odgrywają scenki, co pomaga im zrozumieć emocje związane z konkretnymi sytuacjami. Terapia sztuką, choreoterapia i muzykoterapia umożliwiają pacjentom wyrażenie emocji w symboliczny sposób i pomagają

w przetwarzaniu trudnych doświadczeń. Otoczenie, w którym przebywa pacjent, odgrywa również istotną rolę w stacjonarnym leczeniu depresji.

KWESTIE DOTYCZĄCE LECZENIA ZABURZEŃ ODŻYWIANIA

Ośrodek Gedeon Medica oferuje leczenie zaburzeń odżywiania, takich jak: anoreksja, bulimia, otyłość oraz kompulsywne objadanie. Tryb leczenia anoreksji jest dostosowany do fazy choroby, czasu jej trwania, zaawansowania oraz zmian somatycznych w organizmie pacjenta. W przypadku ostrej fazy choroby zalecane jest leczenie stacjonarne, zapewniające całodobową opiekę. Natomiast w fazie zdrowienia wskazana jest terapia ambulatoryjna. Jeśli u pacjenta występuje spadek masy ciała pomimo odpowiedniej ilości kalorii lub BMI spada poniżej 15, wtedy niezbędne jest podjęcie leczenia w trybie stacjonarnym. Podczas miesięcznego pobytu w Specjalistycznym Centrum Terapii pacjent korzysta z 126 godzin terapii, co zapewnia wielopłaszczyznowe oddziaływanie terapeutyczne. Kompleksowe podejście obejmuje integratywną psychoterapię, stałą opiekę pielęgniarską, funkcjonowanie w społeczności pacjentów, wspólne posiłki pod kontrolą personelu oraz odizolowanie od czynników wywołujących objawy, co przyczynia się do poprawy stanu zdrowia pacjenta. W leczeniu anoreksji kluczowe jest kompleksowe podejście, które obejmuje terapię indywidualną, ale także inne formy terapii, takie jak arteterapia, choreoterapia i muzykoterapia. Te techniki pozwalają pacjentom wyrazić swoje emocje w bezpiecznych warunkach, co jest szczególnie istotne, gdyż osoby z anoreksją mają negatywne wyobrażenie o swoim ciele. Wsparciem w terapii anoreksji jest również terapia obrazu ciała, która pomaga pacjentom zmienić nawyki utrudniające akceptację siebie oraz wypracować postawy pozytywne wobec swojego ciała. Dopełnieniem psychoterapii jest terapia żywieniowa, która uwzględnia indywidualne potrzeby pacjenta w zależności od stanu somatycznego i zaawansowania choroby. Pacjent jest pod stałą opieką psychodietetyka, dietetyka klinicznego oraz internisty, a dieta jest dostosowywana do jego potrzeb. Ważne jest także wsparcie rodziny pacjenta, dlatego odbywają się warsztaty takie jak model Maudsley, które pozwalają edukować rodzinę na temat istoty choroby, umiejętności komunikacji i reagowania w trudnych sytuacjach związanych z chorobą. To kompleksowe podejście do leczenia anoreksji, oparte na różnorodnych formach terapii oraz wsparciu rodziny, przyczynia się do skuteczności terapii i poprawy stanu pacjenta.

Tryb leczenia bulimii jest dostosowany do zaawansowania choroby. Leczenie ambulatoryjne może być wystarczające, jeśli pacjent uzyskuje satysfakcjonującą

poprawę pod opieką lekarza psychiatry, psychoterapeuty i dietetyka. W przypadku braku efektów w terapii ambulatoryjnej leczenie stacjonarne jest zalecane. Wczesne rozpoczęcie leczenia stacjonarnego może skrócić jego czas i zwiększyć skuteczność. Kompleksowa terapia bulimii obejmuje stosowanie różnych metod terapeutycznych, takich jak psychoterapia, terapia żywieniowa i w razie potrzeby farmakoterapia. Zastosowane terapie są indywidualnie dostosowane do stanu zaawansowania choroby. W psychoterapii bulimii konieczne jest wielopłaszczyznowe podejście, które obejmuje psychoterapię integratywną, terapię obrazu ciała (body image) oraz psychoedukację. Psychoedukacja pomaga pacjentom zdobyć wiedzę na temat zdrowego żywienia i wypracować odpowiednie nawyki żywieniowe. Terapia Obrazu Ciała umożliwia pacjentom wypracowanie realistycznego postrzegania swojej sylwetki. Wsparcie społeczności pacjentów, z którą pacjent ma styczność w trybie leczenia stacjonarnego, odgrywa ważną rolę w psychoterapii bulimii. Pacjenci wzajemnie udzielają sobie wsparcia i zrozumienia, co pomaga im zdystansować się od swoich objawów. Zajęcia arteterapeutyczne są także istotnym elementem kompleksowego podejścia terapeutycznego. Pacjent ma szansę wyrazić swoje emocje, odczucia i nastroje przy pomocy sztuki, co może prowadzić do dalszego rozwoju i leczenia. Terapia żywieniowa obejmuje indywidualnie dostosowaną kaloryczność i rodzaj diety w zależności od stanu somatycznego pacjenta i zaawansowania choroby. W placówce pacjent pozostaje pod stałą opieką psychodietetyka, dietetyka klinicznego oraz internisty, a dieta jest na bieżąco dostosowywana do aktualnych potrzeb pacjenta. Wspólne spożywanie posiłków pomaga pacjentom wypracować zdrowe nawyki żywieniowe.

W leczeniu otyłości terapia żywieniowa odgrywa istotną rolę. Odpowiednio dobrana dieta, uwzględniająca stan somatyczny pacjenta i zaawansowanie choroby, umożliwia stopniową utratę masy ciała. Ważne jest, aby kaloryczność i rodzaj diety były dostosowywane na bieżąco w trakcie procesu leczenia, pod stałą kontrolą dietetyka klinicznego. Indywidualne podejście dietetyka do każdego pacjenta gwarantuje dobranie diety odpowiedniej do jego poziomu otyłości. W leczeniu otyłości należy unikać pozostawiania na deficycie kalorycznym, gdyż może powodować uczucie głodu. W Specjalistycznym Centrum Terapii dieta jest starannie dostosowana, aby pacjent nie odczuwał głodu, co zapobiega efektowi jojo oraz wspomaga wypracowanie zdrowych nawyków żywieniowych. Leczenie otyłości wymaga holistycznego podejścia, ponieważ jest to problem o podłożu psychicznym. Poprzez wspomaganie diety psychoterapią pacjent może nauczyć się zdrowego sposobu myślenia o jedzeniu i zmienić nawyki żywieniowe. Psychoterapia pomaga również w pracy nad motywacją i wytrwałością w procesie leczenia oraz

wzmocnieniu aspektów psychicznych związanych z utratą masy ciała. Wsparcie społeczności terapeutycznej jest również niezwykle ważne w procesie leczenia otyłości. Wspólne przepracowywanie przyczyn zaburzeń odżywiania podczas zajęć grupowych oraz przebywanie w społeczności terapeutycznej zapewniają ogromne wsparcie i motywację pacjentom. Otyłość często wynika z kompulsywnego objadania, wtedy psychoterapia indywidualna i grupowa jest kluczowa. Podczas psychoterapii indywidualnej pacjent ma możliwość szczerej rozmowy z terapeutą o emocjach, odczuciach, zachowaniach i nawykach. Pozwala to znaleźć przyczyny kompulsywnego objadania i podjąć odpowiednie kroki w leczeniu. Psychoterapia grupowa umożliwia wspólne poszukiwanie, identyfikację i przepracowanie przyczyn tego zachowania w grupie pacjentów.

Osoby kompulsywnie objadające się często błędnie wierzą, że wystarczy podjąć dietę, aby pozbyć się nadmiaru kilogramów i w ten sposób rozwiązać problem. Niestety, kompulsywne objadanie to złożone zaburzenie o podłożu psychicznym, dlatego skuteczne leczenie wymaga kompleksowej psychoterapii, działającej na wielu poziomach. Kluczowe w przypadku leczenia kompulsywnego objadania są: zmiana nawyków żywieniowych oraz sposobu myślenia o jedzeniu. Podczas psychoterapii indywidualnej pacjent ma szansę na szczere rozmowy z terapeutą prowadzącym o emocjach, odczuciach, zdarzeniach, zachowaniach, nawykach oraz objawach chorobowych. Dzięki tej więzi możliwe jest odkrycie przyczyn kompulsywnego objadania oraz podjęcie odpowiednich kroków w procesie leczenia. W psychoterapii grupowej pacjent wraz z innymi członkami grupy poszukuje, identyfikuje i przepracowuje przyczyny tego zachowania. Wśród przyczyn kompulsywnego objadania się mogą być: nieumiejętne rozładowywanie stresu, uleganie głodowi emocjonalnemu, jedzenie z nudów, silne pokusy jedzenia w trudnych emocjonalnie chwilach. Otyłość lub nadwaga związane z kompulsywnym objadaniem mogą wpływać negatywnie na samopoczucie i poczucie własnej wartości, co często stanowi jedną z przyczyn tego zaburzenia. Terapia obrazu ciała (body image) może pomóc pacjentom w wypracowaniu realistycznego postrzegania siebie i akceptacji własnego ciała. Podczas zajęć z arteterapii pacjenci mają możliwość wyrażania swoich emocji, odczuć, nastrojów, skojarzeń za pomocą sztuki. Terapia żywieniowa odgrywa istotną rolę w leczeniu zaburzeń odżywiania. W Specjalistycznym Centrum Terapii posiłki są regularne, wspólne, a każdy pacjent ma indywidualnie dostosowywaną kaloryczność i rodzaj diety w zależności od stanu somatycznego i zaawansowania choroby.

KWESTIE DOTYCZĄCE LECZENIA ZABURZEŃ LĘKOWYCH

Gedeon Medica oferuje program leczenia zaburzeń lękowych. W zależności od ich rodzaju istnieją różne możliwości terapeutyczne. W przypadku niewielkiego nasilenia zaburzeń lękowych zazwyczaj wystarczy zastosowanie psychoterapii indywidualnej w trybie ambulatoryjnym. Jeśli jednak nasilenie zaburzeń lękowych jest znaczne, wskazane jest włączenie opieki psychiatrycznej, a często również farmakoterapii. W przypadku gdy poziom odczuwanego lęku przez pacjenta jest bardzo wysoki i leczenie ambulatoryjne nie przynosi oczekiwanych rezultatów, konieczne może być wprowadzenie leczenia stacjonarnego. W trakcie leczenia stacjonarnego w Specjalistycznym Centrum Terapii pacjent ma zapewnioną stałą opiekę medyczną oraz dostęp do różnorodnych zajęć terapeutycznych. Kompleksowa terapia ma kluczowe znaczenie w leczeniu zaburzeń lękowych. Psychoterapia odgrywa znaczącą rolę i powinna być prowadzona na różnych płaszczyznach. Podczas terapii indywidualnej pacjent ma możliwość otwartej rozmowy o swoich emocjach, odczuciach, zdarzeniach, zachowaniach, nawykach oraz objawach chorobowych z terapeutą prowadzącym. Dzięki relacji z terapeutą możliwe jest zidentyfikowanie przyczyn lęku i podjęcie konkretnych kroków w celu jego zmniejszenia. W terapii grupowej pacjenci aktywnie dyskutują o swoich problemach w grupie. Dzięki wspólnemu dzieleniu się doświadczeniami pacjenci otrzymują wsparcie i motywację, nabierają dystansu do swoich objawów i uczą się spojrzeć na swoje trudności z innej perspektywy. Psychodrama ma podobne działanie, pozwalając pacjentom przedstawić sytuacje związane z lękiem, a następnie otrzymać wsparcie grupy i terapeuty w znalezieniu alternatywnych rozwiązań i zmiany postrzegania sytuacji. Przebywanie w społeczności pacjentów sprzyja otwarciu się, zwiększa pewność siebie i pomaga w wypracowaniu zdrowego dystansu do objawów chorobowych. Jeśli jest to konieczne, farmakoterapia może być użyta jako uzupełnienie psychoterapii w przypadku zaburzeń lękowych. Leczenie farmakologiczne prowadzone jest pod nadzorem specjalisty lekarza psychiatry, a dawki i rodzaj leków są dostosowywane do indywidualnych potrzeb pacjenta i zaawansowania choroby. Ważne jest, aby cała terapia była nadzorowana przez wykwalifikowaną i kompleksową opiekę medyczną, obejmującą lekarza psychiatrę, lekarza internistę, psychoterapeutę, psychologa i stałą opiekę pielęgniarską.

KWESTIE DOTYCZĄCE LECZENIA ZABURZEŃ OSOBOWOŚCI

Podczas leczenia zaburzeń osobowości istotne jest nabywanie umiejętności regulacji emocji, ponieważ brak tej umiejętności może prowadzić do zachowań autodestrukcyjnych, włącznie z myślami i czynami samobójczymi. W Specjalistycznym Centrum Terapii pacjent uczy się właściwego regulowania emocji, między innymi podczas sesji muzykoterapii. Muzykoterapia to forma terapeutycznych zajęć, w trakcie których pacjent ma możliwość wyrażenia swoich uczuć w sposób pośredni. Gra na instrumentach ułatwia ekspresję emocji i pomaga pacjentom zrozumieć objawy chorobowe.

Relaksacja odgrywa ważną rolę w terapii i jest realizowana poprzez różne metody. Jedną z nich jest trening autogenny Schultza – zestaw ćwiczeń relaksacyjnych, które powodują pełne odprężenie ciała i relaks. Inna metoda to choreoterapia, w której pacjent pracuje z ciałem. Emocje często powodują różne napięcia w ciele, a odpowiednia praca z ciałem pod nadzorem specjalisty pozwala na rozluźnienie i zmniejszenie napięć emocjonalnych. Choreoterapia pomaga także w otwarciu się na drugiego człowieka oraz akceptacji siebie. Przebywanie wśród innych pacjentów odgrywa znaczącą rolę w leczeniu zaburzeń osobowości, zwłaszcza podczas terapii grupowej. Pacjent ma możliwość aktywnego omawiania swoich problemów i podejmowania nowych zachowań wraz z grupą. Terapia grupowa pozwala na wspólne poszukiwanie, identyfikowanie i przepracowywanie przyczyn choroby. Dzięki kontaktowi z grupą pacjent może spojrzeć na swoje problemy z innej perspektywy i zyskać bardziej obiektywny punkt widzenia. Przebywanie w społeczności terapeutycznej umożliwia także wypracowanie zdrowych zachowań oraz naukę właściwej regulacji emocji. Bezpieczeństwo jest nieodzowne w leczeniu zaburzeń osobowości. Całodobowa opieka medyczna zapewniana przez personel Specjalistycznego Centrum Terapii jest kluczowym elementem. Pacjenci są pod stałą opieką lekarską, psychoterapeutyczną i pielęgniarstwa, co gwarantuje najwyższy poziom bezpieczeństwa.

ZAKOŃCZENIE

Proces leczenia w Gedeon Medica odbywa się w kilku krokach. Przed dołączeniem pacjenta do Specjalistycznego Centrum Terapii przychodzi on na wizytę kwalifikującą do przyjęcia u psychiatry, lekarza internisty oraz dietetyka. Podczas konsultacji oceniany jest stan zdrowia pacjenta w ujęciu holistycznym. Na wizycie kwalifikującej odbywa się badanie lekarskie przez psychiatrę oraz internistę,

badanie EKG oraz test moczu na obecność narkotyków. Pacjent na wizytę kwalifikacyjną powinien zabrać wszelkie przydatne rzeczy, gdyż pobyt w ośrodku rozpoczyna się bezpośrednio po wspomnianej rozmowie. Przeciwwskazaniami do przyjęcia w Specjalistycznym Centrum Terapii jest stwierdzona znaczna bradykardia w EKG, BMI poniżej 13, obecność jakiegokolwiek narkotyku w moczu lub stan psychiczny sugerujący konieczność hospitalizacji na oddziale ogólnopsychiatrycznym. Podsumowując, podczas miesięcznego pobytu pacjent uczestniczy w ponad 125 godzinach zajęć terapeutycznych obejmujących psychoterapię grupową i indywidualną, arteterapię, psychorysunek, choreoterapię, muzykoterapię, psychoedukację, psychodramę, body image, trening społecznego poznania i neuropoznania oraz relaksację. W trakcie całego pobytu monitorowane są efekty leczenia, a pacjent pozostaje pod stałą opieką lekarzy, specjalistów. Na podstawie obserwacji aktualnego stanu zdrowia pacjenta dostosowywane są kolejne kroki leczenia. Ostatnim etapem jest kontynuacja terapii ambulatoryjnej. W momencie kiedy stan pacjenta się polepszył i nie wymaga już stałej opieki medycznej, możliwe jest kontynuowanie terapii ambulatoryjnie lub online. Istotne jest także to, że Gedeon Medica pozostaje w kontakcie z pacjentem i usprawnia dalszy proces leczenia. Specjalistyczne Centrum Terapii oferuje różne tryby leczenia. Tryb ambulatoryjny jest przeznaczony dla pacjentów, których stan pozwala na leczenie w domu i kontynuowanie spotkań psychoterapeutycznych raz w tygodniu oraz psychiatrycznych raz w miesiącu. Tryb ambulatoryjny okresowy opiera się na monitorowaniu stanu pacjentów, którzy ukończyli leczenie z wyraźną poprawą stanu zdrowia. Oddział dzienny jest przeznaczony dla pacjentów, dla których tryb leczenia stacjonarnego jest zbyt obciążający i nie mogą sobie na nie pozwolić. Na oddziale dziennym przebywają pacjenci, dla których leczenie ambulatoryjne jest niewystarczające. Spotkania online dedykowane są pacjentom, którzy kwalifikują się do leczenia ambulatoryjnego oraz tym, którzy ukończyli leczenie całodobowe. Tryb stacjonarny obejmuje leczenie całodobowe w Specjalistycznym Centrum Terapii i jest skierowany do pacjentów, którzy wymagają stałej opieki medycznej ze względu na nasilenie objawów chorobowych, które utrudniają im codzienne funkcjonowanie.

BIBLIOGRAFIA

- Aichinger A., Holl W.
1999 *Psychodrama – terapia grupowa z dziećmi*, Kielce.
- Dobson M.
1999 *Tajemnice i możliwości muzykoterapii*, „Wspólne Tematy”, 7–8, 31.
- Dyndur, J., Stradowska, M.
2022 *Monoprofile Medical Simulation Centres – Selected Issues*, “Innovative Teaching Methods”, 117–131.
- Galńska E.
1978 *Podstawy teoretyczne muzykoterapii*, „Zeszyty Naukowe Akademii Muzycznej we Wrocławiu”, 17, 81–98.
- Gedeon Medica. Specjalistyczne Centrum Terapii*. Pobrano z: <https://gedeonmedica.pl/sct/> (dostęp: 10.11.2023).
- Kalandyk, H., Dyndur, J.
2020 *Wiedza studentów kierunku pielęgniarstwa na temat jakości życia chorych po udarze mózgu*. „Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne”, 9(4).
- 2021 *Ocena jakości życia pacjentów chorych na stwardnienie rozsiane*. „Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne”, 10(2), 58–64.
- Korbut A.
2016 *Arteterapia i jej zastosowanie w obszarze edukacji*, „Edukacja Elementarna w Teorii i Praktyce”, 3(41), 267–280.
- Koziello D.
1997 *Terapia tańcem*, „Kultura Fizyczna”, 1, 20.
- Kran M.
2001 *Taniec jako forma terapii*, „Arka”, 2, 24.
- Kratochvil S.
2003 *Podstawy psychoterapii*, Poznań.
- Majewicz P., Wolny J.
2017 *Psychoedukacja jako płaszczyzna integracji działań psychologicznych, psychiatrycznych oraz pedagogicznych*. „Humanum – Międzynarodowe Studia Społeczno-Humanistyczne”, 26(3), 29–48.

- Młynarska, M., Nowicki, G., Rudnicka-Drożak, E., Zagaja, A., Misztal-Okońska, P., Dyndur, J.
2015 *Health behaviors of people over 65 years of age and their socio-demographic factors*, "Gerontologia Polska", 4, 143–158.
- Nowicki, G.J., Młynarska, M., Dyndur, J., Ślusarska, B., Jagnicki, J., Chempe-
rek, E.
2018 *Aktywność zawodowa osób z niepełnosprawnością fizyczną z województwa
lubelskiego a czynniki społeczno-demograficzne*, „Rozprawy Społeczne”,
12(1), 80–85.
- Poppek S.L.
2010 *Psychologia twórczości plastycznej*, Kraków.
- Roine E.
1994 *Psychodrama. O tym, jak grać główną rolę w swoim życiu*, Opole.
- Sikorski W.
1999 *Psychodrama – teatr terapeutyczny*, „Gestalt” 1999, 1, 24–28.
2003 *Arteterapia*, [w:] *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku* (s. 177–188), t. 1,
Warszawa.
2005 *Aspiracje. Studium psychologiczne i socjopedagogiczne*, Nysa.
- Stradomska, M., Dyndur, J.
2022a *Subjective and mental well-being*, „National Pedagogical Drahomanov
University”, 68.
2022b *The threats of the 21st century. Selected aspects: Addictions, modern didac-
tic methods*, „Redakcyjna Kolegia”, 67.
- Szulc W.
2000 *Meloterapia – teoretyczne walory śpiewu*, „Zeszyty Naukowe Akademii
Muzycznej we Wrocławiu”, z. 77.
- Tryjarska B.
2000 *Psychoterapia grupowa*, [w:] *Psychoterapia. Szkoły, zjawiska, techniki
i specyficzne problemy*, red. L. Grzebiuk, Warszawa.
- Tyszkiewicz M.
1987 *Psychopatologia ekspresji. Twórczość artystyczna chorych psychicznie*,
Warszawa.

Wallon P., Cambier A., Engelhart D.

1993 *Rysunek dziecka*, Warszawa.

Yalom I.D.

1985 *The theory and practice of group psychotherapy*, New York.

WHERE TO LOOK FOR SPECIALIST SUPPORT IN A CRISIS SITUATION? CASE STUDY ON THE EXAMPLE OF GEDEON MEDICA SPECIALIZED THERAPY CENTER

Abstract: Treatment of mental disorders and other difficulties is often a long-term and demanding process. In this case, the involvement of the patient, family and therapeutic team is important. Medical centers will continue to develop to provide patients with even better treatment and support, and the development of new treatment methods, such as electroconvulsive therapy or transcranial magnetic stimulation therapy, will contribute to even better results. Gedeon Medica is a private medical center based in Piaseczno and Konstancin-Jeziorna, which specializes in the treatment of mental disorders. The center offers 24/7 health care, including medical, nursing and psychological care. Treatment uses a variety of methods, including drug therapy, cognitive behavioral therapy (CBT), family therapy, and group therapy. The center was established in 2015 by doctors and psychologists with many years of experience in the treatment of mental disorders. The center offers treatment of mental disorders, including depression, eating disorders, anxiety disorders and personality disorders. Medical centers are playing an increasingly important role in the treatment of mental disorders. They provide patients with 24/7 medical care and access to a wide range of treatments. The article may be helpful in choosing a medical center that can provide patients with appropriate treatment and in understanding the role of medical centers in the treatment of mental disorders.

Keywords: suicide, therapy, Gedeon Medica, support

WHERE TO LOOK FOR SPECIALIST SUPPORT IN A CRISIS SITUATION? CASE STUDY ON THE EXAMPLE OF GEDEON MEDICA SPECIALIZED THERAPY CENTER

Abstract: Treatment of mental disorders and other difficulties is often a long-term and demanding process. In this case, the involvement of the patient, family and therapeutic team is important. Medical centers will continue to develop to provide patients with even better treatment and support, and the development of new treatment methods, such as electroconvulsive therapy or transcranial magnetic stimulation therapy, will contribute to even better results. Gedeon Medica is a private medical center based in Piaseczno and Konstancin-Jeziorna, which specializes in the treatment of mental disorders. The center offers 24/7 health care, including medical, nursing and psychological care. Treatment uses a variety of methods, including drug therapy, cognitive behavioral therapy (CBT), family therapy, and group therapy. The center was established in 2015 by doctors and psychologists with many years of experience in the treatment of mental disorders. The center offers treatment of mental disorders, including depression, eating disorders, anxiety disorders and personality disorders. Medical centers are playing an increasingly important role in the treatment of mental disorders. They provide patients with 24/7 medical care and access to a wide range of treatments. The article may be helpful in choosing a medical center that can provide patients with appropriate treatment and in understanding the role of medical centers in the treatment of mental disorders.

Keywords: suicide, therapy, Gedeon Medica, support

INTRODUCTION

The Gedeon Medica Specialised Therapy Centre is a medical facility dedicated to the 24-hour treatment of mental disorders. Importantly, Gedeon Medica's mission is to support patients in returning to their full functioning in family, professional and social life. The centre's activities focus on providing the best possible assistance to people suffering from, among other things, depression, eating disorders, anxiety disorders and personality disorders. In addition, help is also provided for other mental health problems – regardless of the stage of the difficulties indicated. The priority of treatment is the well-being of the patient, and the Gedeon Medica Centre focuses on a holistic approach that takes into account both the physical and psychological aspects of patients. As part of its activities, the facility offers a wide range of services and therapies aimed at improving the mental wellbeing of patients.

It is important to realise that it is useful to focus on multiple levels to optimise the effectiveness of therapy. The programme of the Gedeon Centre during a one-month stay includes 125 hours of various therapeutic interventions such as:

- group psychotherapy,
- individual psychotherapy
- art therapy
- psychodrawing
- choreotherapy
- music therapy,
- psychoeducation,
- psychodrama,
- body image,
- social cognition and neurocognition training,
- relaxation.

When required, pharmacotherapy is also used. Patients staying at the Specialised Help Centre receive comprehensive, round-the-clock assistance from qualified specialists with more than 20 years of experience. They remain under the constant care of the medical staff: psychiatric doctors, internists, psychotherapists, psychologists, dieticians and other specialists (Młynarska et al. 2015; Nowicki et al. 2018; Kalandyk & Dyndur 2020, 2021; Dyndur & Stradomska 2022; Stradomska & Dyndur 2022a, 2022b).

COMPREHENSIVE THERAPEUTIC INTERACTIONS

Comprehensive therapeutic interactions are those interactions that include a variety of therapeutic methods and techniques, targeting different aspects of the patient's problem. The aim of comprehensive therapeutic interactions is to provide the patient with as much help and support as possible so that they can fully recover or improve their quality of life. Comprehensive therapeutic interactions can be carried out by a variety of people, depending on the nature of the patient's problem – these can include doctors, psychologists, educators, occupational therapists, family therapists, as well as people from other disciplines. The advantages of this approach include the fact that they allow a better understanding of the patient's problem and tailor the treatment to the patient's individual needs. Secondly, they increase the chances of therapeutic success because they cover different aspects of the patient's problem. Thirdly, comprehensive therapeutic interactions are more effective than treatment applied as a single therapeutic method. Comprehensive therapeutic interactions are increasingly popular in the treatment of mental disorders and other health problems. They are recognised as a more effective treatment than treatment applied in a single therapeutic method.

GROUP PSYCHOTHERAPY

Psych Group psychotherapy is a form of therapy that takes place in a group of patients under the guidance of an experienced therapist. It involves patients actively participating in the therapeutic process, sharing their experiences, feelings and challenges related to their psychological problems. Group psychotherapy is based on the assumption that interaction between group members and observation of others in similar situations can be therapeutically beneficial (Yalom 1985; Tryjarska 2000; Sikorski 2005). Cooperation and support from other group members can bring a sense of belonging, understanding and mutual solidarity. By being in a group it is possible to observe, learn about different perspectives and coping strategies of, for example, difficult situations used by other participants. This makes it possible to learn from each other, gain new insights and solutions to problems. Group psychotherapy gives patients the opportunity to explore and understand their own interpersonal patterns. Through group interaction, patients can explore their communication patterns, emotional reactions and relationship dynamics with others. The opportunity

to share their emotions, concerns and successes in the group promotes an open and supportive atmosphere, which helps to alleviate feelings of loneliness, isolation or emotional tension. Group psychotherapy enables patients to practice social skills in a safe environment, with the therapist acting as a facilitator (Tryjarska 2000; Kratochvil 2003). Through interactions with other group members, patients can practice assertive communication, conflict resolution, relationship building and other social skills. In a therapy group, patients have the opportunity for reflection and self-reflection, so that they can better understand their own thoughts, emotions and behaviour. The therapist and other group participants can stimulate the process of self-reflection and help patients develop greater self-awareness. Group psychotherapy can be an effective form of therapy, especially for problems such as anxiety disorders, depression, addictions or eating disorders.

ART THERAPY

Art therapy is a form of therapy that uses the creative process and artistic expression to support personal development, self-knowledge, mental and emotional health (Sikorski 2003; Popek 2010; Korbut 2016). Through the creative process, patients express their emotions, thoughts and experiences in a direct, non-verbal and creative way. By working with different art forms, such as drawing, painting or sculpture, patients have the opportunity to express emotions that may be difficult to describe in a direct way. The creative process in art therapy encourages patients to reflect and introspect. Through creating art and observing their own work, patients can gain greater self-awareness, understand their emotions, needs and resources, and identify patterns of thought and behaviour. Working with the creative process in art therapy can help to integrate emotions, especially those that are difficult, contradictory or unprocessed. Patients can experience a developmental process that allows for the gradual release and transformation of emotions and the integration of different aspects of their identity. Art therapy can help patients to better understand their thoughts, feelings and needs, which contributes to better communication both internally and with other people. By working on art, patients can express themselves in a clear, direct and authentic way. Working with the creative process of art therapy can provide relief and stress reduction, allowing patients to focus on creative activities and positive experiences. This can help to improve overall wellbeing and psychological wellbeing. Therapy through art takes place under the professional supervision of an art therapist, who uses a variety of therapeutic

techniques and methods to tailor the process to the individual patient's needs. Working with art as a therapeutic tool in art therapy aims to support the patient's emotional development, mental health and self-knowledge.

PSYCHODRAWING

One variation of working with art is psychodrawing, and this is a type of projective technique that involves analysing drawings made by the patient (Tyszkiewicz 1987; Wallon, Cambier & Engelhart 1993). Psychodrawing is based on the idea that drawing is a form of projection of unconscious contents and emotions. Through drawing, the patient can unconsciously express their feelings, thoughts, fantasies and conflicts that may be difficult to capture or express in words. Psychodrawing uses symbolism and metaphors that can serve as a window into understanding the patient's inner processes. Symbols, figures, colours, lines and other elements present in a drawing can represent different aspects of personality, conflicts, desires, fears, interpersonal relationships and much more. The therapist encourages the patient to reflect on their drawing and interpret their own content. The patient can share their associations, emotions and thoughts related to the drawing, which can lead to greater self-awareness and understanding of their own internal processes. Analysis of the drawings can help identify conflicts, areas to work on, behavioural patterns and developmental opportunities. The therapist can use drawing to further explore and understand the patient's problems and to support the therapeutic process.

CHOREOTHERAPY

Choreotherapy, also known as therapeutic dance, is a form of therapy that uses movement and dance as a means to support the patient's personal, emotional and social development (Koziello 1997; Kran 2001). This form of therapy allows patients to express their emotions, thoughts and experiences through movement and the body. Dance is a non-verbal form of communication that allows the expression of deep feelings that may be difficult to describe in words. Patients can use movement as an expression of their joy, sadness, anger, fear and other emotions. Choreotherapy promotes the integration of body and mind, which allows for greater self-awareness and self-understanding. Through movement and dance, patients can experience the unity between their physical experiences and their emotional and mental state. Physical activity and creativity in dance

can help patients to develop a positive self-perception, increase self-acceptance or a sense of control. Movement and dance enhance the building of a positive self-image and a coherent sense of identity. Choreotherapy can support the development of social skills such as communication, empathy and cooperation. Dancing in a group provides opportunities to interact together, learn from each other and understand others. Dance and movement can serve as tools for stress reduction, relaxation and the release of emotional tension. Through physical activity, patients can experience relief and relaxation. Choreotherapy can be carried out in a variety of contexts, such as individual therapy, group therapy, and therapy with people of different ages, including children, adolescents and the elderly.

MUSIC THERAPY

Psychotherapy using music (music therapy) provides a means to support the mental and emotional health of patients (Galińska 1978; Dobson 1999; Szulc 2000). Music acts as a means of expressing emotions that can be difficult to describe in words. Patients may find in music a form of communication and expression of their feelings, thoughts and emotional experiences. Listening to or making music can help them to understand and identify their own emotional states, which contributes to better self-awareness. Calm and harmonious music can relieve emotional tension, help to calm and even reduce stress and anxiety levels. Music therapy can be used to work with people who have experienced trauma or difficult events. Through music, the processing and release of blocked emotions associated with trauma is facilitated. Music therapy can also improve patients' motor skills and coordination, which can have a positive impact on their mood and sense of competence. Group music therapy sessions provide opportunities to work together, interact and understand others in a safe and creative environment. By using music as a therapeutic tool, music therapy opens up unique opportunities for expression, transformation and personal growth, which contributes to the patient's mental and emotional health.

PSYCHOEDUCATION

Psychoeducation is a form of therapy that focuses on providing patients with information about their emotional problems, mental health and ways to cope with difficulties. These activities increase the patient's knowledge and

understanding of their limitations and provide tools and skills to help them cope with life's challenges (Majewicz & Wolny 2017). During psychoeducation, the patient learns about the characteristics and symptoms of various mental disorders, such as depression, anxiety, eating disorders, mood disorders and others. This education allows the patient to understand that their emotional and mental experiences have specific names and are known in the field of psychology. The patient learns about the potential causes of his emotional problems, symptoms or signs that indicate difficulties. The therapist helps him to understand what psychological mechanisms may be influencing his behaviour, thoughts and emotions. Through psychoeducation, the patient is provided with specific tools and strategies to help them cope with their emotional problems – this may include relaxation techniques, stress management skills, problem solving, interpersonal communication and more. As part of psychoeducation, the patient is provided with information on the impact of a healthy lifestyle, such as regular physical activity, a healthy diet, adequate sleep, rest or avoiding stimulants, on mental health. The therapist can help the patient to make positive lifestyle changes that support mental health. Education and understanding of one's own emotional and behavioural problems can help the patient to increase self-awareness, so that the patient better understands themselves and their reactions to different situations, which can lead to greater self-acceptance and better management of their emotions.

PSYCHODRAMA

Psychodrama is a therapeutic technique that uses stage and dramatic activities to work with emotional problems, interpersonal conflicts and to explore and process the patient's difficult experiences and emotions (Roine 1994; Aichinger & Holl 1999; Sikorski 1999). In psychodrama, patients act out different roles and scenes, which allows for an animated re-enactment of situations from their lives and an exploration of different possibilities for action and response. Psychodrama gives patients the opportunity to express their emotions directly through stage actions. This allows for the exploration and discovery of different aspects of the patient's personality and emotions that may be hidden or blocked. During psychodrama, patients act out different events, situations and stories, which allows them to develop social skills such as empathy, communication, cooperation and conflict resolution. Group work can support the process of social integration and the development of interpersonal skills. Role-playing helps

to understand one's identity and role in different life contexts. Working on different roles on stage can help patients develop greater self-acceptance and confidence. Psychodrama allows for the exploration of different options and possibilities to act in different life situations. Patients can test different strategies and reactions on stage, which can help them to solve problems and make better decisions in real-life situations.

BODY IMAGE THERAPY PROGRAMME

The Body Image Therapy Programme is based on the premise that people who have a negative perception of their body, its elements and a negative personal relationship with their body are subjected to strong self-criticism. This can lead to depressed mood, feelings of unattractiveness and, in extreme cases, even body obsessions. A long-term state of distorted perception of one's own body can lead to illness or sustain symptoms. Therapy is based on a short-term model, consisting of 12 therapy sessions of 60 minutes each, led by psychotherapists, with an emphasis on a cognitive-behavioural approach. During the first meetings, the therapist identifies the distortions in the patient. They then analyse the thoughts triggering these distortions, the beliefs, assumptions and judgements, and the consequences resulting from such thoughts. The therapy programme includes an introduction to training, changing existing habits that hinder self-acceptance, learning techniques that help to develop attitudes that are non-negative about one's own body and making the distorted self-image more realistic by making an outline of one's body contour. In addition, the therapist leads a discussion on, among other things, the influence of the media on body perception. Various techniques are used in therapy, such as worksheets, a body image journal, expressive writing and setting up personal change plans. The aim of the programme is to help patients develop a more positive perception of their body, increase self-acceptance and reduce self-criticism. The therapy focuses on improving the patient's relationship with their own body, with the aim of improving their overall emotional state and quality of life.

SOCIAL COGNITION AND NEUROCOGNITION TRAINING

Social Cognition and Neurocognition Training is a therapeutic programme focusing on complex cognitive processes related to emotion perception, attribution style and theory of mind in a social context. Neurocognition therapy

focuses on metacognitive work to treat information processing deficits and improve cognitive processes. Within therapy, the work focuses on thinking style rather than cognitive content. Particular emphasis is placed on how the patient thinks, rather than what exactly they think about themselves. A minimum of 20 therapy sessions over 10 weeks is recommended, in parallel one session of social cognition training and one session of neurocognition training per week.

Schultz autogenic training is a set of relaxation exercises created by Johannes Schultz in the 1950s. By performing these exercises correctly, it is possible to relax and unwind the body. Jacobson muscle relaxation is a technique developed in the 1930s by Edmund Jacobson. It is based on the premise that mental relaxation follows naturally from physical relaxation. It is an approach to stress management that allows you to learn to experience deep relaxation naturally, reducing anxiety and muscle tension.

QUESTIONS CONCERNING THE TREATMENT OF DEPRESSION

In order to provide effective treatment for depression, there is a need to address various aspects. The Gedeon Medica Specialised Therapy Centre offers round-the-clock treatment for depression for both adults and adolescents with the possibility of different treatment modes that are tailored to the severity of the illness. In the case of the outpatient mode, patients who have seen improvement after taking the psychiatrist's prescribed medication can continue therapy at outpatient appointments. However, if symptoms do not improve or become more severe, a change of treatment from outpatient to inpatient is recommended. In 24-hour care, patients benefit from pharmacotherapy under the close supervision of a psychiatrist, integrative therapy, ongoing internal medicine and nursing care. Being in a therapeutic community provides the patient with a sense of security and enables them to distance themselves from their symptoms and see them from a different perspective. Psychotherapy plays an important role in the healing process. It uses a variety of psychological methods, tailored to the individual needs of the patient, in both individual and group sessions. During individual psychotherapy, the patient has the opportunity to talk frankly about his or her emotions, feelings, events, behaviours, habits and illness symptoms with the therapist. The relationship between patient and therapist enables the patient to unwind emotions, learn and develop insight. Group psychotherapy is an excellent complement to individual therapy, enabling patients to actively discuss their problems and undertake new behaviours. The added value

of group therapy is the support and motivation patients receive from sharing their experiences and reflections in the group. Patients gain self-confidence and can learn the stories of others who have overcome similar difficulties. The patient community plays an important role in the treatment of depression, enabling new friendships and relationships to be formed, which provide great support in the fight against the illness. Psychoeducation is also an important part of treatment, helping patients to understand relapses and the causes of their behaviour and habits. If depression is related to trauma or difficult past experiences, an effective therapeutic tool is psychodrama. During psychodrama, patients act out scenes, which helps them to understand the emotions associated with specific situations. Art therapy, choreotherapy and music therapy enable patients to express emotions in a symbolic way and help them process difficult experiences. The patient's environment also plays an important role in the inpatient treatment of depression.

QUESTIONS CONCERNING THE TREATMENT OF EATING DISORDERS

The Gedeon Medica Centre offers treatment for eating disorders such as anorexia, bulimia, obesity and compulsive overeating. The treatment modality for anorexia is adapted to the phase of the illness, its duration, severity and the somatic changes in the patient's body. For the acute phase of the illness, inpatient treatment providing 24-hour care is recommended. On the other hand, in the recovery phase, outpatient therapy is indicated. If the patient experiences weight loss despite adequate calorie intake or the BMI falls below 15, then inpatient treatment is necessary. During a one-month stay at the Specialised Therapy Centre, the patient benefits from 126 hours of therapy, which provides a multifaceted therapeutic impact. The comprehensive approach includes integrative psychotherapy, continuous nursing care, functioning in a patient community, shared meals under staff supervision and isolation from symptom triggers, all of which contribute to the patient's recovery. In the treatment of anorexia, a comprehensive approach is crucial, which includes individual therapy, but also other forms of therapy such as art therapy, choreotherapy and music therapy. These techniques allow patients to express their emotions in a safe environment, which is particularly important as people with anorexia have negative perceptions of their bodies. Also supporting anorexia therapy is Body Image Therapy, which helps patients to change habits that hinder self-acceptance and develop positive

attitudes towards their bodies. Psychotherapy is complemented by nutritional therapy, which takes into account the patient's individual needs depending on the somatic state and severity of the disease. The patient is under the constant care of a psychodietitian, a clinical nutritionist and an internist, and the diet is adapted to the patient's needs. The support of the patient's family is also important, which is why workshops such as the Maudsley Model are held to educate the family on the nature of the illness, communication skills and how to respond to difficult situations related to the illness. This holistic approach to the treatment of anorexia, based on various forms of therapy and family support, contributes to the effectiveness of the treatment and the improvement of the patient's condition.

The mode of treatment for bulimia is adapted to the severity of the illness. Outpatient treatment may be sufficient if the patient achieves satisfactory improvement under the care of a psychiatrist, psychotherapist and dietician. If there are no results with outpatient therapy, inpatient treatment is recommended. Early initiation of inpatient treatment can shorten its duration and increase its effectiveness. Comprehensive therapy for bulimia includes the use of various therapeutic approaches, such as psychotherapy, nutritional therapy and, if necessary, pharmacotherapy. The therapies used are individually tailored to the condition. A multifaceted approach is necessary in the psychotherapy of bulimia, which includes integrative psychotherapy, Body Image Therapy and psychoeducation. Psychoeducation helps patients gain knowledge about healthy eating and develop appropriate eating habits. Body Image Therapy enables patients to develop a realistic perception of their figure. The support of the patient community, with which the patient interacts in inpatient treatment, plays an important role in bulimia psychotherapy. Patients give each other support and understanding, which helps them to distance themselves from their symptoms. Art therapy activities are also an important part of a comprehensive therapeutic approach. Patients can express their emotions, feelings and moods using art, which can lead to further development and treatment. Nutritional therapy includes individually adapted calorie and type of diet, depending on the patient's somatic state and the severity of the disease. At the facility, the patient is under the constant care of a psychodietitian, a clinical dietician and an internist, and the diet is continuously adapted to the patient's current needs. Eating meals together helps patients develop healthy eating habits.

In the treatment of obesity, nutritional therapy plays an important role. An appropriately selected diet, taking into account the patient's somatic state

and the severity of the disease, enables gradual weight loss. It is important that the calorie content and type of diet are adjusted on an ongoing basis during the treatment process, under the constant supervision of a clinical dietician. The dietitian's individual approach to each patient ensures that a diet appropriate to their level of obesity is selected. In the treatment of obesity, remaining on a caloric deficit should be avoided, as it can cause feelings of hunger. At the Specialised Therapy Centre, the diet is carefully tailored so that the patient does not feel hungry, preventing the yo-yo effect and supporting the development of healthy eating habits. Treating obesity requires a holistic approach because it is a psychological problem. By supporting the diet with psychotherapy, the patient can learn a healthy way of thinking about food and change eating habits. Psychotherapy also helps to work on motivation and perseverance in the treatment process and to reinforce the psychological aspects associated with weight loss. The support of the therapeutic community is also extremely important in the obesity treatment process. Working through the causes of the eating disorder together in group activities and being in a therapeutic community provide immense support and motivation for patients. Obesity often results from compulsive overeating, in which case individual and group psychotherapy is crucial. During individual psychotherapy, the patient has the opportunity to talk honestly about emotions, feelings, behaviours and habits with the therapist. This allows the causes of compulsive overeating to be found and appropriate treatment steps to be taken. Group psychotherapy enables the causes of this behaviour to be sought, identified and worked through together in a group of patients.

People with compulsive overeating often mistakenly believe that all they need to do is go on a diet to get rid of excess weight and thus solve the problem. Unfortunately, compulsive overeating is a complex psychological disorder, so effective treatment requires comprehensive psychotherapy that works on multiple levels. Central to the treatment of compulsive overeating is changing eating habits and the way people think about food. During individual psychotherapy, the patient has the chance to talk frankly about emotions, feelings, events, behaviours, habits and illness symptoms with the attending therapist. Through this bond, it is possible to discover the causes of compulsive overeating and to take appropriate steps in the treatment process. In group psychotherapy, the patient, together with other group members, seeks, identifies and works through the causes of this behaviour. Among the causes of compulsive overeating may be failure to relieve stress, succumbing to emotional hunger, eating out

of boredom, strong temptations to eat during emotionally difficult moments. Obesity or overweight associated with compulsive overeating can negatively affect mood and self-esteem, which is often one of the causes of this disorder. Body Image Therapy can help patients to develop a realistic self-perception and acceptance of their bodies. In art therapy classes, patients have the opportunity to express their emotions, feelings, moods and associations through art. Nutritional therapy plays an important role in the treatment of eating disorders. At the Specialised Therapy Centre, meals are regular, shared, and each patient has an individually adapted calorie and type of diet depending on their somatic state and the severity of their illness.

QUESTIONS CONCERNING THE TREATMENT OF ANXIETY DISORDERS

Gedeon Medica offers a treatment programme for anxiety disorders. Depending on their there are different treatment options. If the severity of the anxiety disorder is low, individual psychotherapy on an outpatient basis is usually sufficient. However, if the severity of the anxiety disorder is significant, it is advisable to include psychiatric care and often pharmacotherapy. If the level of anxiety experienced by the patient is very high and outpatient treatment is unsuccessful, inpatient treatment may be necessary. During inpatient treatment at the Specialised Therapy Centre, the patient is provided with continuous medical care and access to a variety of therapeutic activities. Comprehensive therapy is crucial in the treatment of anxiety disorders. Psychotherapy plays a significant role and should be carried out on various levels. During individual therapy, the patient has the opportunity to talk openly about his or her emotions, feelings, events, behaviours, habits and illness symptoms with the attending therapist. Through the relationship with the therapist, it is possible to identify the causes of anxiety and take concrete steps to reduce it. In group therapy, patients actively discuss their problems in the group. By sharing experiences together, patients receive support and motivation, gain distance from their symptoms and learn to see their difficulties from a different perspective. Psychodrama has a similar effect, allowing patients to present situations related to anxiety and then receive support from the group and therapist to find alternative solutions and change their perception of the situation. Being in a patient community promotes openness, increases confidence and helps to develop a healthy distance from the symptoms of the illness. If necessary, pharmacotherapy can be used

to complement psychotherapy for anxiety disorders. Pharmacological treatment is carried out under the supervision of a specialist psychiatrist, and the doses and type of medication are tailored to the individual patient's needs and the severity of the illness. It is important that all therapy is supervised by qualified and comprehensive medical care, including a psychiatrist, an internal medicine doctor, a psychotherapist, a psychologist and continuous nursing care.

QUESTIONS CONCERNING THE TREATMENT OF PERSONALITY DISORDERS

When treating personality disorders, it is important to learn the skill of emotion regulation, as the lack of this skill can lead to self-destructive behaviour, including suicidal thoughts and acts. At the Specialised Therapy Centre, the patient learns how to regulate emotions properly, for example during music therapy sessions. Music therapy is a form of therapeutic activity in which the patient has the opportunity to express their feelings in an indirect way. Playing instruments facilitates the expression of emotions and helps patients to understand their symptoms.

Relaxation plays an important role in therapy and is implemented through various methods. One of them is Schultz Autogenic Training, a set of relaxation exercises that cause the body to fully relax and unwind. Another method is choreotherapy, in which the patient works with the body. Emotions often cause various tensions in the body, and appropriate body work under the supervision of a specialist allows the patient to relax and reduce emotional tensions. Choreotherapy also helps the patient to open up to others and to accept themselves. Being among other patients plays a significant role in the treatment of personality disorders, especially during group therapy. The patient has the opportunity to actively discuss his or her problems and adopt new behaviours with the group. Group therapy allows the patient to explore, identify and work through the causes of the illness together. Through this contact with the group, the patient is able to see his or her problems from a different perspective and gain a more objective viewpoint. Being in a therapeutic community also enables the patient to develop healthy behaviours and learn how to regulate emotions appropriately. Safety is indispensable in the treatment of personality disorders. The 24-hour medical care provided by the staff of the Specialised Therapy Centre is a key element. Patients are under constant medical, psychotherapeutic and nursing care, which guarantees the highest level of safety.

CONCLUSION

The treatment process at Gedeon Medica takes place in several steps. Before admission to the Specialised Therapy Centre, the patient comes for a qualifying appointment with a psychiatrist, an internal medicine doctor and a dietician. During the consultation, the patient's health is assessed holistically. At the qualifying appointment, there is a medical examination by a psychiatrist and an internist, an ECG examination and a urine drug test. The patient should bring all useful things to the qualifying appointment, as the stay in the centre begins immediately after the aforementioned interview. Contraindications for admission to the Specialised Therapy Centre are a known significant bradycardia in the EKG, a BMI below 13, the presence of any drug in the urine or a psychiatric condition suggesting the need for hospitalisation in a general psychiatric ward. In summary, during the one-month stay, the patient participates in more than 125 hours of therapeutic activities including group and individual psychotherapy, art therapy, psychotherapy, choreotherapy, music therapy, psychoeducation, psychodrama, body image, social cognition and neurocognition training and relaxation. Throughout the stay, the effects of the treatment are monitored and the patient remains under the constant care of doctors, specialists. Based on observations of the patient's current state of health, the next treatment steps are adjusted. The final stage is the continuation of outpatient therapy. Once the patient's condition has improved and no longer requires constant medical care, it is possible to continue the therapy on an outpatient basis or online. It is also important that Gedeon Medica stays in contact with the patient and enhances the further treatment process. The Specialised Therapy Centre offers different treatment modes. The outpatient mode is for patients whose condition allows them to be treated at home and continue with psychotherapy appointments once a week and psychiatric appointments once a month. The intermittent outpatient mode is based on monitoring the condition of patients who have completed treatment with a marked improvement in their condition. The day ward is designed for patients who find the inpatient treatment mode too burdensome and cannot afford it. The day ward accommodates patients for whom outpatient treatment is insufficient. Online appointments are dedicated to patients who qualify for outpatient treatment and for those who have completed 24-hour treatment. The inpatient mode involves round-the-clock treatment in the Specialised Therapy Centre and is dedicated to patients who require ongoing medical care due to the severity of their symptoms, which impede their daily functioning.

BIBLIOGRAPHY

- Aichinger A., Holl W.
1999 *Psychodrama – terapia grupowa z dziećmi*, Kielce.
- Dobson M.
1999 *Tajemnice i możliwości muzykoterapii*, „Wspólne Tematy”, 7–8, 31.
- Dyndur, J., Stradomska, M.
2022 *Monoprofile Medical Simulation Centres – Selected Issues*. “Innovative Teaching Methods”, 117–131.
- Galíńska E.
1978 *Podstawy teoretyczne muzykoterapii*, „Zeszyty Naukowe Akademii Muzycznej we Wrocławiu”, 17, 81–98.
- Gedeon Medica. Specjalistyczne Centrum Terapii*. Pobrano z: <https://gedeonmedica.pl/sct/> (dostęp: 10.11.2023).
- Kalandyk, H., Dyndur, J.
2020 *Wiedza studentów kierunku pielęgniarstwa na temat jakości życia chorych po udarze mózgu*. „Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne”, 9(4).
- 2021 *Ocena jakości życia pacjentów chorych na stwardnienie rozsiane*. „Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne”, 10(2), 58–64.
- Korbut A.
2016 *Arteterapia i jej zastosowanie w obszarze edukacji*, „Edukacja Elementarna w Teorii i Praktyce”, 3(41), 267–280.
- Kozięłło D.
1997 *Terapia tańcem*, „Kultura Fizyczna”, 1, 20.
- Kran M.
2001 *Taniec jako forma terapii*, „Arka”, 2, 24.
- Kratochvil S.
2003 *Podstawy psychoterapii*, Poznań.
- Majewicz P., Wolny J.
2017 *Psychoedukacja jako płaszczyzna integracji działań psychologicznych, psychiatrycznych oraz pedagogicznych*. „Humanum – Międzynarodowe Studia Społeczno-Humanistyczne”, 26(3), 29–48.

- Młynarska, M., Nowicki, G., Rudnicka-Drożak, E., Zagaja, A., Misztal-Okońska, P., Dyndur, J.
2015 *Health behaviors of people over 65 years of age and their socio-demographic factors*, "Gerontologia Polska", 4, 143–158.
- Nowicki, G.J., Młynarska, M., Dyndur, J., Ślusarska, B., Jagnicki, J., Chempe-rek, E.
2018 *Aktywność zawodowa osób z niepełnosprawnością fizyczną z województwa lubelskiego a czynniki społeczno-demograficzne*, „Rozprawy Społeczne”, 12(1), 80–85.
- Popek S.L.
2010 *Psychologia twórczości plastycznej*, Kraków.
- Roine E.
1994 *Psychodrama. O tym, jak grać główną rolę w swoim życiu*, Opole.
- Sikorski W.
1999 *Psychodrama – teatr terapeutyczny*, „Gestalt” 1999, 1, 24–28.
2003 *Arteterapia*, [w:] *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku* (s. 177–188), t. 1, Warszawa.
2005 *Aspiracje. Studium psychologiczne i socjopedagogiczne*, Nysa.
- Stradomska, M., Dyndur, J.
2022a *Subjective and mental well-being*, „National Pedagogical Drahomanov University”, 68.
2022b *The threats of the 21st century. Selected aspects: Addictions, modern didactic methods*, „Redakcyjna Kolegia”, 67.
- Szulc W.
2000 *Meloterapia – teoretyczne walory śpiewu*, „Zeszyty Naukowe Akademii Muzycznej we Wrocławiu”, z. 77.
- Tryjarska B.
2000 *Psychoterapia grupowa*, [w:] *Psychoterapia. Szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy*, red. L. Grzesiuk, Warszawa.
- Tyszkiewicz M.
1987 *Psychopatologia ekspresji. Twórczość artystyczna chorych psychicznie*, Warszawa.

Wallon P., Cambier A., Engelhart D.

1993 *Rysunek dziecka*, Warszawa.

Yalom I.D.

1985 *The theory and practice of group psychotherapy*, New York.

GDZIE SZUKAĆ WSPARCIA SPECJALISTYCZNEGO W SYTUACJI KRYZYSU? CASE STUDY NA PRZYKŁADZIE GEDEON MEDICA SPECJALISTYCZNE CENTRUM TERAPII

Streszczenie: Leczenie zaburzeń i innych trudności natury psychicznej jest często długotrwałym i wymagającym procesem. Istotne w tym przypadku jest zaangażowanie pacjenta, rodziny, a także zespołu terapeutycznego. Centra medyczne będą się nadal rozwijać, aby zapewnić pacjentom jeszcze lepsze leczenie i wsparcie, a rozwój nowych metod leczenia, takich jak terapia elektrowstrząsowa czy terapia transkranialna, stymulacja magnetyczna, przyczyni się do jeszcze lepszych efektów. Gedeon Medica to prywatne centrum medyczne z siedzibą w Piasecznie i Konstancinie-Jeziornie, które specjalizuje się w leczeniu zaburzeń psychicznych. Centrum oferuje całodobową opiekę medyczną, w tym opiekę lekarską, pielęgniarzką i psychologiczną. W ramach leczenia stosuje się różne metody, w tym farmakoterapię, terapię behawioralną poznawczą (CBT), terapię rodzinną i terapię grupową. Centrum zostało założone w 2015 roku przez lekarzy i psychologów z wieloletnim doświadczeniem w leczeniu zaburzeń psychicznych. Centrum oferuje leczenie zaburzeń psychicznych, w tym depresji, zaburzeń odżywiania, zaburzeń lękowych oraz zaburzeń osobowości. Centra medyczne odgrywają coraz ważniejszą rolę w leczeniu zaburzeń psychicznych. Zapewniają pacjentom całodobową opiekę medyczną i dostęp do szerokiego zakresu metod leczenia. Artykuł może być pomocny w wyborze centrum medycznego, które może zapewnić pacjentom odpowiednie leczenie, oraz w zrozumieniu roli centrów medycznych w leczeniu zaburzeń psychicznych.

Słowa kluczowe: samobójstwo, terapia, Gedeon Medica, wsparcie

AUTODESTRUKCJA NA EKRANIE. ANALIZA ROLI FILMÓW W ZROZUMIENIU I ZAPOBIEGANIU SAMOBÓJSTWOM WŚRÓD MŁODZIEŻY

Streszczenie: Zjawisko autodestrukcji jest częstym motywem w filmach, gdzie może być wykorzystane jako narzędzie do wywołania napięcia i dezorientacji u widza. Psychologia filmu koncentruje się na procesach tworzenia i odbioru, a filmy mają moc kształtowania pamięci i światopoglądu. W analizie samobójstw wśród młodzieży istotne jest uwzględnienie takich czynników, jak naśladownictwo, potrzeba przynależności do grupy oraz konformizm. Film może pełnić rolę narzędzia do analizy i zrozumienia tych zjawisk. Poprzez filmy można szerzyć wiedzę na temat samobójstw wśród młodzieży oraz budować świadomość społeczną w celu zapobiegania tym tragediom. Artykuł skupiony jest wokół roli filmów i seriali w analizie, zrozumieniu oraz profilaktyce samobójstw i innych zachowań autodestrukcyjnych wśród młodzieży. Celem artykułu jest zwrócenie uwagi na moc filmów jako narzędzi edukacyjnych i społecznych, które mogą pomóc w budowaniu świadomości społecznej oraz zapobieganiu tragediom związanym z samobójstwami wśród młodzieży. Ponadto podkreśla potrzebę włączenia do filmów i seriali wątków dotyczących prewencji i edukacji w zakresie zachowań autodestrukcyjnych oraz samobójczych, szczególnie w produkcjach skierowanych do młodej widowni.

Słowa kluczowe: samobójstwa młodzieży, autodestrukcja, psychologia i film, samobójstwo w mediach

WSTĘP

Zjawisko autodestrukcji jest powszechne w ludzkiej naturze, co czyni je popularnym motywem filmowym. Czasami sam akt samobójczy stanowi początek historii bohatera, a innym razem jest dramatycznym punktem kulminacyjnym

opowieści. W filmach, szczególnie w tych, gdzie samobójstwo jest częścią fabuły, może być wykorzystane jako narzędzie do wywołania napięcia, zaskoczenia lub dezorientacji u widza, pozostawiając go z nierozstrzygniętymi pytaniami (Witkowska, 2021).

Zgodnie ze *Słownikiem języka polskiego* samobójstwo to „celowe odebranie sobie życia” (SJP PWN). Nie jest to jednak jedyna definicja, bowiem specjaliści zajmujący się samobójstwami wskazują na różnorodność czynników motywujących i kontekstów, co utrudnia stworzenie spójnej definicji. Według statystyk Światowej Organizacji Zdrowia rocznie na całym świecie około 800 000 osób decyduje się na samobójstwo. WHO podaje również, że samobójstwo dokonuje się co 40 sekund, a próby samobójcze podejmowane są co 3 sekundy (Witkowska 2021).

PSYCHOLOGIA I FILM

Współcześnie psychologia cieszy się niezwykle popularnością i zdaje się być tematem nieustannie przyciągającym uwagę. Jak zauważa Ludy Benjamin Jr., psychologia zawładnęła różnymi sferami naszego życia, w tym również światem filmu: „Chyba nic nie przykuwa dziś bardziej uwagi niż psychologia. Wygląda na to, że ludzie wciąż nie mają jej dosyć. Psychologia zawładnęła telewizją (...), jest obecna w filmach, kolorowej prasie, sztukach, powieściach (...), stacjach radiowych (...) oraz w Internecie” (Benjamin Jr. 2008, s. 11).

Ludy Benjamin Jr. w książce *Historia współczesnej psychologii* zwraca uwagę na związek między psychologią a filmem. Film stanowi cenne narzędzie dla psychologii, umożliwiające dokumentowanie badań oraz wizualizację różnych zjawisk psychologicznych. Ponadto filmy umożliwiają popularyzowanie wiedzy psychologicznej wśród szerszej publiczności. Z kolei psychologowie mogą przyczynić się do rozwoju branży filmowej, pomagając w lepszym oddaniu postaw i emocji bohaterów (Brol 2014).

Adam Kulik stworzył definicję psychologii filmu, która koncentruje się na wyższych czynnościach psychicznych związanych z tworzeniem i odbiorem filmu. Psychologia filmu obejmuje psychologię twórczości filmowej i psychologię odbioru filmu, ale wciąż nie jest to w pełni rozwinięty i zamknięty system (Kulik 1966). Zaś Hugo Munsterberg, niemiecki filozof i psycholog, uważał, że dramat kinowy jest podporządkowany przede wszystkim zasadom umysłu, i był pierwszym, który zwrócił uwagę na psychikę widza filmowego. Zdaniem badacza film posiadał duży potencjał eksperymentalny, gra obrazów filmowych

odzwierciedlała mechanizmy umysłowe człowieka, a poznawcze zasoby widza są kluczowe dla nadania ruchomym obrazom znaczenia i zrozumienia opowiadania. Choć nie miał tak szczegółowego zrozumienia wpływu poszczególnych elementów filmowej konstrukcji na odbiór filmu, jak to jest możliwe obecnie, nadal uważa się go za prekursora myśli o widzu jako tym, który aktywnie przetwarza filmowe obrazy (Pisarek i Fortuna 2017).

„Ironia bije w oczy: jeszcze nigdy dotąd nie było tak dobrego dostępu do technologii, a tak mizernego dostępu do kultury” (Kidron 2012). Ekran ma potężną moc przyciągania uwagi widza, ale próby utrzymania tej uwagi mogą prowadzić do fragmentaryzacji treści kosztem kontekstu i refleksji, które są marginalizowane lub pomijane. W rezultacie komunikaty stają się coraz bardziej skondensowane i intensywne, a ich forma staje się coraz bardziej złożona, co przyczynia się do dalszego spłykania treści (Brol 2014).

Jeśli chcemy innych wartości, musimy opowiedzieć inną historię. Taką, która rozumie, że narracja indywidualna jest ważnym składnikiem tożsamości każdej osoby, a narracja zbiorowa jest ważnym składnikiem tożsamości kulturowej, bez której nie można wyobrazić sobie siebie jako części grupy (Kidron 2012).

Filmy zapewniają wspólne doświadczenie historii oraz mają moc kształtowania pamięci i światopoglądu, zwłaszcza poprzez umiejętne wykorzystanie emocji. Osoby, które formują swój światopogląd pod wpływem filmów, posiadają bogate zasoby obrazów. Film wyraźnie wpływa na ich wrażliwość na różnorodność form, kolorów i dźwięków oraz na konkretne elementy rzeczywistości. Chociaż obrazy filmowe bardzo często są nierealne, potrafią poruszyć widza tak mocno, że tylko nieliczne rzeczywiste sytuacje mogą dorównać intensywności filmowych przeżyć. W kinie nie można być obojętnym – radość, śmiech i smutek nabierają w kinowej sali zupełnie nowych wymiarów. To zjawisko wynika z „facylitacji”¹, czyli społecznego ułatwienia. Okazuje się, że w obecności innych ludzi człowiek nie tylko intensywniej przeżywa różne doznania. Filmy wykorzystują te prawidłowości, przyczyniając się do kształtowania pragnień i silniejszego przeżywania treści oraz różnicowania doznań emocjonalnych. Dziś jest to również istotny element światopoglądu młodych ludzi (Matuszewicz 1978).

¹ Facylitacja według *Słownika języka polskiego* PWN to „wzajemny wpływ członków grupy powodujący wzrost zachowań określonego rodzaju” (sjp.pwn.pl).

SAMOBÓJSTWA WŚRÓD MŁODZIEŻY

Ze względu na wrażliwość, ale też chęć podejmowania niebezpiecznych wyzwań, młodzi ludzie są szczególnie narażeni na wpływ czynników z grupy ryzyka. Okres dorastania, zwany adolescencją², jest najtrudniejszym i najbardziej skomplikowanym etapem w życiu, który wpływa znacząco na postawy, poglądy, styl życia i przyszłość jednostki. Postępujące w tym czasie zmiany w organizmie i psychice młodych ludzi, wymagania stawiane przez samych siebie oraz oczekiwania dorosłych są tego przyczyną. Zgodnie z raportem Światowej Organizacji Zdrowia z 2014 roku samobójstwa wśród młodzieży są trzecią przyczyną zgonów w grupie wiekowej od 10 do 19 lat. Ten fakt zwraca uwagę na motywacje stojące za podejmowaniem przez młodzież prób samobójczych (Gmitrowicz i in. 2015).

Proces samobójczy często zaczyna się bardzo wcześnie i związany jest z trudnościami wychowawczymi. W okresie dojrzewania mogą występować problemy z separacją od rodziny lub traktowanie młodej osoby jako zbędnej. Niektóre rodziny stawiają przed nastolatkiem nierealne wymagania i postrzegają go jako złego, a jego zachowania jako celowe prowokacje. W takim środowisku czynnikiem wyzwalamym zachowania samobójcze mogą być trudne doświadczenia życiowe, takie jak konflikty z innymi ludźmi, upokarzające sytuacje, problemy szkolne, problemy z prawem, przeprowadzki i trudności w adaptacji do nowych miejsc. Badacze zajmujący się wzrostem liczby samobójstw wśród młodzieży w wieku 15–19 lat zwracają uwagę na mniejsze znaczenie systemów wsparcia, takich jak rodzina i szkoła, ze względu na proces separacji i indywidualizacji w okresie dojrzewania. Czynniki rozwojowe, takie jak nagłe zmiany psychiczne i biologiczne, powodują zmniejszenie odporności na stres i zwiększenie podatności na traumy. W tym wieku zauważa się również wyższe wskaźniki zaburzeń psychicznych, takich jak depresja i nadużywanie substancji psychoaktywnych, które stanowią dobrze znane czynniki ryzyka w przypadku samobójstw młodzieży. Pojawienie się niesprzyjających wydarzeń życiowych, zaburzenia zachowania i relacje społeczne przyczyniają się do wyuczonej bezradności, rezygnacji z celów i zachowań uciekowych czy wycofania się z trudnych sytuacji. Istotne jest zatem rozwijanie skutecznych mechanizmów radzenia sobie z trudnościami w życiu (Kuberska-Przekwas 2014).

² Termin *adolescencja* pochodzi od łacińskiego czasownika *adolescere* – dorastać, wzrastać, rosnąć, wzmacniać się. Przyjmuje się, że proces dojrzewania zaczyna się zwykle w 9–12 roku życia, kończy zaś w wieku około 18–20 lat (Brzezińska, Appelt i Ziółkowska 2016).

Przeprowadzone w latach 2011–2015 badania nad analizą przyczyn i uwarunkowań prób samobójczych podejmowanych w okresie adolescencji wykazały, że większość nastolatków ma trudności w radzeniu sobie z problemami rodzinnymi, szkolnymi i emocjonalnymi. Nastolatki, którzy nie radzą sobie skutecznie z codziennymi wyzwaniami, często stają się nadmiernie krytyczni wobec siebie. Większość uczestników badania odczuwa brak wystarczającej wiedzy na temat zdrowia psychicznego oraz nie otrzymuje efektywnej pomocy. Młodzi ludzie zauważają, że ich bliscy i koledzy ignorują ich psychiczne cierpienie, a znaczna część jako przyczynę wskazała problemy w komunikacji. Nastolatki podejmują próby porozmawiania o śmierci i problemach suicydalnych, ale ich rodzice i opiekunowie nie wykazują należytego zrozumienia (Stradomska i in. 2016).

Aby zbadać przyczyny zachowań samobójczych, trzeba wziąć pod uwagę różnice między samobójstwami dorosłych, dzieci i młodzieży. Problemy, które mogą prowadzić do samobójstw w tych grupach, są całkowicie odmienne. Wydarzenia i sytuacje, które dla dorosłych nie stanowią problemu, mogą dla młodych ludzi być nierozwiązywalne. W przypadku młodzieży konieczne jest uwzględnienie biologiczno-psychologicznych uwarunkowań, które są charakterystyczne dla okresu dojrzewania i związanych z nim dodatkowych zagrożeń (Hołyst, Staniaszek i Binczycka-Anholcer 2002). Według Światowej Organizacji Zdrowia większość osób podejmujących próby samobójcze charakteryzuje się bardzo niskim progiem odporności na stres. Oznacza to, że nawet drobne wydarzenia mogą spowodować u nich cierpienie związane z urażoną godnością, co w konsekwencji może prowadzić do próby samobójczej (Światowa Organizacja Zdrowia 2003).

Erwin Ringel w swojej koncepcji zespołu presuicydalnego opisał trzy etapy procesu, jakim jest samobójstwo. Pierwszym etapem jest zawężenie, który charakteryzuje się skupieniem się na własnych problemach, które wydają się być nie do rozwiązania. Towarzyszy temu zamknięcie w sobie i izolacja społeczna. Kolejnym etapem jest hamowanie agresji, w którym człowiek kumuluje swoje emocje i nie wyładowuje ich na zewnątrz. W końcu pojawia się autoagresja. Ostatnim etapem jest wyobrażenie śmierci, w którym pojawiają się pierwsze myśli o samobójstwie. Z kolei Brunon Hołyst w swojej koncepcji zachowań suicydalnych wyróżnił cztery kategorie: samobójstwo wyobrażone (nawracające myśli o samobójstwie), samobójstwo upragnione (planowanie i przygotowanie do samobójstwa, takie jak szukanie informacji w Internecie i zakup niezbędnych przedmiotów), samobójstwo usiłowane (próba samobójcza) oraz samobójstwo dokonane (śmierć przez

samobójstwo). W przypadku młodzieży można wyróżnić samobójstwa prawdziwe, których celem jest śmierć, rzekome, które mają na celu wywołanie poczucia winy, wstydu u bliskich lub mogą być aktami zemsty czy rozpacz, oraz demonstratywne, których istotą jest zwrócenie uwagi na problemy i potrzeby osoby, która podejmuje próbę samobójczą. W kontekście wzrostu liczby samobójstw wśród dzieci i młodzieży, istnieje wiele potencjalnych czynników. Jednym z nich może być zjawisko naśladownictwa, które wynika z silnego poczucia przynależności do grupy lub przywiązania do konkretnych jednostek, konformizmu oraz powtarzania zachowań innych (Wasilewska-Ostrowska 2015).

Daniel Philips, amerykański socjolog, zwraca uwagę na zjawisko nazywane efektem Wertera, które polega na tym, że nagłaśnianie samobójstw w mediach masowych może zwiększać liczbę kolejnych prób samobójczych. Informacje o samobójstwie znanych osób, szczególnie nagłaśniane przez media, mogą prowadzić do wzrostu liczby zamachów na własne życie w okresie do 10 dni po ich ogłoszeniu. Wpływ filmów fabularnych na samobójstwa nie jest w pełni zrozumiały, ponieważ niektóre filmy wywołują wzrost zachowań samobójczych, a inne nie. Dotychczasowe badania nie wykazały związku pomiędzy muzyką, sztukami scenicznymi a samobójstwami. Brak również systematycznych badań, które analizowałyby wpływ stron internetowych zachęcających do samobójstwa na ich realne przypadki (Drzewiecki 2011).

TEMAT SAMOBÓJSTWA W MEDIACH

Sposób upubliczniania przez media informacji o samobójstwie nierzadko budzi kontrowersje. Prawidłowe podawanie tego typu informacji w przestrzeni publicznej jest ważne, ale też niesamowicie trudne, bowiem wszystkie elementy takiego przekazu odgrywają niezwykle istotną rolę. Światowa Organizacja Zdrowia opublikowała wytyczne dla mediów dotyczące sposobów, w jaki te powinny przekazywać informacje o samobójstwie. Powołując się na liczne badania, poradnik WHO podaje, że niewłaściwe opisy samobójstw w mediach doprowadzają do zwiększenia ich liczby (WHO). W poradniku zawarte są konkretne instrukcje, które pomagają we właściwym przygotowaniu komunikatu medialnego dotyczącego samobójstwa. W polskiej wersji językowej również powstał taki poradnik stworzony przez Baran, Gmitrowicz, Koszewską i współpracowników pod tytułem *Rola mediów w promocji zdrowia psychicznego i w zapobieganiu samobójstwom. Poradnik dla pracowników mediów*. Obydwie pozycje podkreślają, aby w tego typu przekazach unikać sensacyjnego tonu, dramatycznych nagłówków,

wyolbrzymienia, a przede wszystkim gloryfikacji. Uczulają, by nie podawać szczegółów samobójstwa, zdjęć, sposobów dokonania czynu. Nieumiejętnie podany przekaz medialny może stać się swoistego rodzaju instruktazem, na który najbardziej podatni są ludzie będący w kryzysie. Warto zatem w takich przekazach zamieszczać kontakty do miejsc, w których możliwe jest uzyskanie pomocy.

Zalecenia WHO odnoszą się do mediów i kojarzone są głównie z mediami dziennikarskimi. Jakże zatem mają odniesienie na gruncie kultury? Na podanej w poradniku WHO liście jedenastu zaleceń, jak odpowiedzialnie powinno się przedstawić samobójstwo, niektóre z nich można odnieść do tekstów kultury, jakimi są filmy czy seriale. Przykładowe zalecenia to np. „wykorzystaj okazję do edukacji na temat samobójstwa”, „unikaj dokładnych opisów metody lub lokalizacji samobójstwa” czy „podaj dokładne informacje, gdzie szukać pomocy” (WHO 2017, s. VIII). Jednak jak wygląda to w praktyce? Temat autodestrukcji nastolatków, która bardzo często prowadzi do prób samobójczych, a niekiedy do dokonanego samobójstwa, jest motywem wielu popularnych seriali, które zajmują pierwsze miejsca w rankingach znanych serwisów VOD³. Czy twórcy, umieszczając takie wątki w swoich produkcjach, faktycznie przestrzegają wytycznych zaproponowanych przez specjalistów?

FENOMEN SERWISÓW VOD I SERIALI

Psychologowie Melanie Green i Wilson Brock proponują model wyobraźniowego przenoszenia się w świat narracji, który wyjaśnia siłę oddziaływania filmów na widzów. Według nich, aby film miał wpływ na zmianę widza, musi on na jakiś czas przenieść się do świata przedstawionego. Ten proces nazywany jest „przenoszeniem się” i wymaga zaangażowania uwagi, emocji i wyobraźni widza. Kiedy widz identyfikuje się z bohaterami filmu, a ich przeżycia stają się jego własnymi, to zmiany, jakie zachodzą w postaciach filmowych, mogą wpłynąć na odbiorcę. Oddziaływanie filmów może również trwać długo po ich emisji, ponieważ widz może wielokrotnie wracać do treści filmu i wyprowadzać z niego nowe wnioski. Ten typ oddziaływania, który działa za pośrednictwem refleksji, a nie tylko wyobraźni, nazywamy perswazją retoryczną (Pisarek i Fortuna 2017).

Nastolatkowie są bardzo podatni na wpływy, a seriale mają moc oddziaływania na odbiorcę, który chce uwierzyć, że to, co widzi na ekranie, jest rzeczywiste. Wiele uwagi poświęca się detalom, aby imitować rzeczywistość jak najdokładniej.

³ „VOD to usługa umożliwiająca oglądanie filmu, odcinka serialu, programu (także nadawanego na żywo) w wybranym przez kogoś czasie (późniejszym niż czas emisji)” (dobryslownik.pl).

Dzięki temu widz może się utożsamiać z bohaterem i jego światem, szukając w nim siebie. Według Glena Creebera, brytyjskiego medioznawcy, jedną z najważniejszych funkcji seriali jest nie tylko odwzorowanie rzeczywistości, ale także jej kreowanie i angażowanie widza w interakcję. Twórcy seriali świadomie wykorzystują tę moc, aby kształtować styl, zachowania i zainteresowania swoich widzów. Popularność seriali wzrosła i stały się one coraz bardziej pożądaną formą rozrywki, przede wszystkim z powodu spełniania konkretnych potrzeb społecznych. Stanowią one nie tylko najtańszą i najłatwiej dostępną formę rozrywki, ale również źródło wiedzy na temat różnych stylów życia i zachowań. Dzięki swojej rozpoznawalności i popularności wpływają na upowszechnienie różnych postaw, tworzenie wzorców oraz umacnianie lub dekonstruowanie istniejących stereotypów (Ziarnicka 2010). Filmy i seriale oferowane przez platformę Netflix stanowią istotny element kultury popularnej, wprowadzając do niej nowe elementy. Platforma ta tworzy również swoją własną społeczność odbiorców, którą można zaobserwować zarówno w świecie wirtualnym, jak i realnym. Dzięki temu powstają pewne rytuały i więzi między użytkownikami, szczególnie w kontekście premier nowych sezonów popularnych seriali. Można stwierdzić, że Netflix nie tylko jest elementem kultury, ale sam zaczyna ją kształtować. Platforma ma szeroką gamę produkcji, uwzględniającą różnorodne gatunki, dzięki czemu niemal każdy może znaleźć coś dla siebie. Warto zauważyć, że poziom filmów i seriali tam prezentowanych jest bardzo zróżnicowany. Netflix oferuje zarówno seriale typu *guilty pleasure*⁴, które nie wymagają od widza dużego zaangażowania, jak i wysokiej jakości produkcje telewizyjne. Zdecydowanie zyskuje popularność poprzez poruszanie tematów, które wywołują kontrowersje i pobudzają ludzką wyobraźnię. Takie tematy są w stanie wpłynąć na światopogląd widza, zachęcając go do bardziej dogłębnych refleksji. Netflix tworzy również wątki i postaci, które stanowią fundamenty współczesnej popkultury (Winiarczyk 2021).

Seriale z drugiej połowy XX wieku przeszły przemianę, prezentując różnice między dobrem a złem. W tamtych czasach produkcje koncentrowały się na moralności, a bohaterowie wzbudzali emocje zgodne z wartościami etycznymi. W rezultacie seriale z lat 90. XX wieku coraz częściej były uważane za produkcje rodzinne. W ostatnich 10–15 latach miała miejsce kulturowa zmiana i rewolucja wartości oferowanych przez telewizję. Trudno jednoznacznie stwierdzić, co było pierwszą przyczyną, ale na pewno oczekiwania społeczeństwa XXI wieku różnią się od tego, co oferowano poprzedniemu pokoleniu. Obecnie zamiast

⁴ „Przyjemność wywołująca poczucie wstydu” (nowewyrazy.uw.edu.pl).

seriali takich jak „Przyjaciele” czy „Chirurdzy” na całym świecie popularne stają się produkcje takie jak „Peaky Blinders”, w których zło jest fascynujące i odnosi zwycięstwo, a widz stoi w obliczu dylematów moralnych, ponieważ bohaterowie są zarówno sympatyczni i uwodzicielscy, jak i niegodziwi.

Każdorazowo oglądając filmy czy seriale na popularnych serwisach VOD, w lewym górnym rogu ekranu można odnaleźć ostrzeżenia dotyczące treści, jakie mogą występować w danym odcinku. Jest to pomocna informacja nie tylko dla rodziców, którzy w ten sposób mogą upewnić się, czy ich dziecko ogląda treści dostosowane do jego aktualnego wieku, ale także dla osób, które są wrażliwe na widok drastycznych scen przemocy i chcą uniknąć możliwości natknięcia się na nie podczas seansu.



Fot. 1. „Peaky Blinders”, odcinek 6, sezon 6, reż. A. Bryne, Wielka Brytania 2022
Źródło: Netflix.

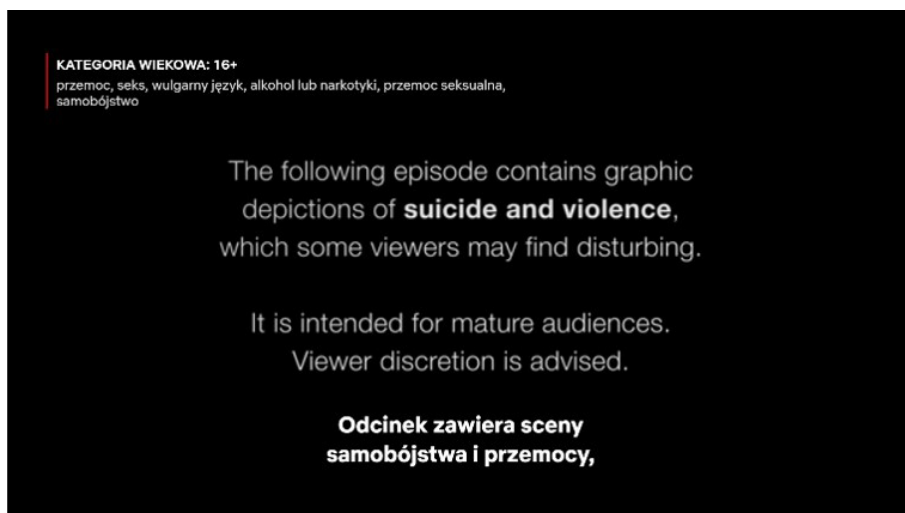
Czy istnieje ryzyko kreowania rzeczywistości poprzez świat produkcji telewizyjnych? Przez niemal 20 lat można zaobserwować wzrastające zainteresowanie nowym rodzajem seriali, w których główni bohaterowie wykazują cechy psychopatyczne – co być może ważniejsze – niewywołujące oporu ani niechęci. Przeciwnie, cechy psychopatyczne stały się modnym trendem i budzą sympatię widzów (Zarzycki i Łoza 2016).

AUTODESTRUKCJA MŁODZIEŻY UKAZANA W POPULARNYCH SERIALACH

Istnieje pewien problem z serialami przedstawiającymi wątki autodestrukcyjne, ponieważ ciężko przedstawić sytuacje w nich występujące w taki sposób, aby nie stały się poradnikiem. Wspomniane wyżej w artykule wytyczne zaproponowane przez WHO mogły, a nawet powinny stać się pomocą dla twórców, którzy w swoich tekstach kultury chcą poruszyć temat samobójstwa czy autodestrukcji. Na przestrzeni czasu widać jednak, że bardziej niż wartości edukacyjne liczy

się rozgłos budowany bardzo często na kontrowersji czy dramaturgii objawiającej się w różnorodnych scenach.

Jednym z najczęściej przywoływanych przykładów niewykorzystania rad dotyczących bezpiecznego i prawidłowego mówienia o samobójstwie jest serial „13 powodów”, opublikowany w 2017 roku w serwisie Netflix, który zyskał ogromny rozgłos na całym świecie. Pierwszy sezon serialu jest najczęściej przytaczany we wszelakich rozmowach na temat szkodliwości nieodpowiedniego przedstawiania samobójstwa w mediach.



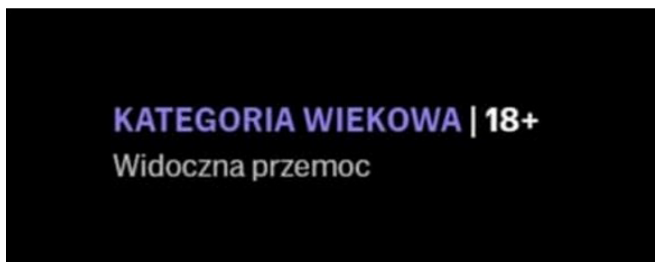
Fot. 2. „13 reasons why”⁵, odcinek 13, sezon 1, reż. K.P. Alvarez, USA 2017
Źródło: Netflix.

Największym zarzutem wobec serialu jest według specjalistów gloryfikacja samobójstwa głównej bohaterki, Hanny Baker. Cała fabuła pierwszego sezonu opiera się bowiem na nagraniach pozostawionych przez Hannah, gdzie każdy z trzynastu odcinków odpowiada jednej z kaset, które zawierają historię i powody jej samobójstwa. Każdy odcinek to jeden powód, a z każdym kolejnym widz dostrzega, jak duży wpływ mają pozostawione kasety na życie osób, których dotyczą. Może to tworzyć mylny obraz i sugerować, że samobójstwo ma pewne pozytywne aspekty, takie jak zemsta na prześladowcach lub zwrócenie uwagi otoczenia. Serial przedstawia samobójstwo jako złożony proces, który wynika z wielu różnych czynników. Zgodnie z zasadami WHO, których serial częściowo przestrzega,

⁵ Tłumaczenie: „Odcinek zawiera sceny samobójstwa i przemocy, które mogą być drastyczne. Materiał jest przeznaczony dla widzów dorosłych. Prosimy o zachowanie rozwagi”.

produkcja ta ukazuje, że samobójstwo jest zjawiskiem złożonym i skomplikowanym. Jednakże sposób, w jaki przedstawione są powody jego popełnienia, pozostawia wiele do życzenia. Hierarchia powodów: od tych bardziej codziennych do tych bardziej traumatycznych sugeruje, że samo doświadczenie traumatycznych wydarzeń nie jest wystarczające do podjęcia decyzji o samobójstwie. Serial może sugerować odbiorcom serialu, którzy doświadczyli podobnych przeżyć, że samobójstwo jest jedynym racjonalnym wyjściem z sytuacji. Jednakże, traumatyczne wydarzenia wywołują wiele negatywnych emocji, które można, a nawet trzeba, przepracować. Konieczna jest rozmowa o trudnych emocjach i zwrócenie się o pomoc, a nie uciekanie się do autodestrukcyjnych działań. Samobójstwo nigdy nie stanowi rozwiązania (Filipowicz 2021). Ponadto Polskie Towarzystwo Suicydologiczne w oświadczeniu na temat serialu wskazuje na potencjalne niebezpieczeństwo, które wynika z ryzyka identyfikacji młodych osób znajdujących się w kryzysie emocjonalnym lub cierpiących na zaburzenia psychiczne z główną bohaterką serialu i naśladowaniem jej samobójczego zachowania. Twórcy serialu nie przestrzegają zaleceń specjalistów dotyczących odpowiedzialnego przedstawiania samobójstw w mediach podczas portretowania problemów młodych ludzi (Hołyst 2017). Omawiając ten serial, nie można pominąć jego zakończenia, a właściwie zakończenia pierwszego sezonu, którym jest kilkuminutowa scena przedstawiająca dokładnie krok po kroku samobójstwo głównej bohaterki – scena, która zamiast wywołać strach i odwrócić potencjalne myśli od tego czynu, wywołała u widza większy szok i stała się swoistym materiałem instruktażowym. Zgodnie z zaleceniami WHO ważne jest unikanie szczegółowego opisu samobójstwa oraz pokazywania momentu jego dokonywania na ekranie. Ta scena niewątpliwie nigdy nie powinna znaleźć się w serialu. Po opublikowaniu badań oraz opinii ekspertów, które informowały o powiązaniu prób samobójczych z emisją serialu, produkcja zdecydowała o usunięciu ostatniej sceny przedstawiającej akt samobójczy.

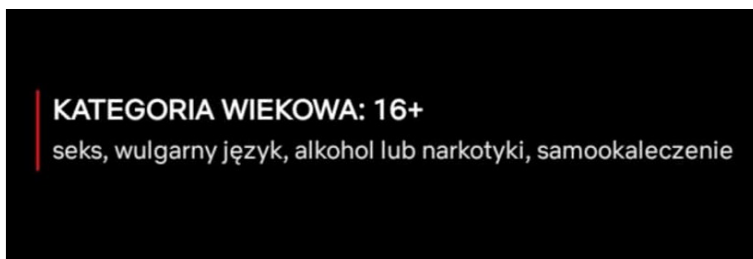
Jednym z najpopularniejszych seriali debiutujących na platformie HBO, który nie przedstawia *stricte* tematu samobójstwa, ale ukazuje skalę problemów, z jakimi zmagają się młode osoby, jest „Euforia”.



Fot. 3. „Euphoria”, odcinek 1, sezon 1, reż. A. Frizzell, USA 2019
Źródło: HBO.

Główną bohaterką, która prowadzi widza przez świat przedstawiony w serialu, jest Rue – młoda dziewczyna, która walczy ze swoim uzależnieniem od substancji psychoaktywnych i skłonnościami autodestrukcyjnymi. Jednak nie tylko ona w serialu zmagają się z trudnościami. Każdy z bohaterów posiada jakiś problem, jakiegoś rodzaju uzależnienie czy też niekiedy chorobę psychiczną. Pomimo poruszania tak trudnych tematów cały serial utrzymany jest w kolorowych, brokatowych barwach. „Euforia” próbuje być prawdziwa i bezlitosna, jednak czy osiąga ten cel? Wiele wątków i poruszanych zagadnień może wywoływać sprzeciw u widza, ponieważ wydają się przerysowane. Jednak pod tą osłonką ze świateł i brokatu kryją się realne problemy, z którymi młodzi ludzie się borykają. Choć w serialu żadna z postaci nie podejmuje samobójstwa, motyw balansowania między życiem a śmiercią jest stale obecny. Bohaterowie kierują się w stronę samoznisczenia, zmagają się z poważnymi problemami psychicznymi. Odczuwamy, jak silne emocje, którym nie potrafią dać upustu w inny niż destrukcyjny sposób, ich ogarniają. W dyskusjach dotyczących „Euforii” pojawiały się kwestia nadmiernej estetyzacji przemocy i narkomanii. Niektórzy wyrażali obawy, że taki sposób przedstawienia może być zachętą dla niedojrzałych osób do eksperymentowania z używkami. Twórcy podkreślają, że „Euforia” jest przeznaczona dla widzów dorosłych, nie romantyzuje narkotycznych uniesień.

We wspomnianym już wyżej najpopularniejszym serwisie VOD (Netflix) w 2021 roku zadebiutował serial „Ginny & Georgia”, który od razu po premierze zajmował pierwsze miejsca w rankingach serwisu. Fabuła serialu oparta jest na historii opowiadającej o losach matki i jej dwójki dzieci. W opowieści można znaleźć takie tematy, jak nastoletnia ciąża, molestowanie czy skłonności autodestrukcyjne, z którymi walczy jedna z głównych bohaterek – Ginny.



Fot. 4. „Ginny & Georgia”, odcinek 8, sezon 2, reż. A. Adams, USA 2023
Źródło: Netflix.

U młodej dziewczyny, gdy poziom stresu i niepokoju zaczyna ją przytłaczać, pojawia się niekontrolowana chęć zrobienia sobie krzywdy. Ginny samookalecza się w takim miejscu, by nikt nie zauważył jej obrażeń. W pierwszym sezonie bohaterka borykała się z własnymi problemami, jednak w kolejnym postanawia zmienić podejście i szukać pomocy oraz wsparcia. Zaczyna od zwierzenia się ojcu z samookaleczenia, co prowadzi do tego, że Ginny zgadza się na rozpoczęcie spotkań z terapeutą.

We wszystkich trzech serialach przeznaczonych dla młodej widowni pojawiły się wątki związane z samookaleczaniem, uzależnieniami czy w konsekwencji z samobójstwem. Czy zasadnym jest w serialach ukierunkowanych głównie na młodych odbiorców w tak rozbudowany sposób poruszać tak trudne tematy bez odpowiednio przygotowanego podłoża do prowadzenia dyskusji? Bardzo często zaniedbywany jest również jeden z najważniejszych aspektów, który powinien znaleźć się w takich produkcjach, a mianowicie wątki dotyczące prewencji zachowań autodestrukcyjnych czy samobójczych.

W Polsce w 2021 roku Rada Ministrów przyjęła Narodowy Program Zdrowia na lata 2021–2025. Jednym z realizowanych przez projekt celów jest promocja zdrowia psychicznego, w tym zapobieganie zachowaniom samobójczym. Realizacja odpowiedzialnej polityki informacyjnej dotyczącej zachowań samobójczych obejmuje monitorowanie mediów oraz uwzględnianie zaleceń specjalistów (takich jak suicydologzy i specjaliści zdrowia publicznego) w procesie tworzenia materiałów informacyjnych i innych przekazów medialnych przez instytucje publiczne oraz media publiczne. W ramach tego zadania podejmowane są różnorodne konkretne działania, wśród których warto wspomnieć o działalności grupy konsultacyjnej, której członkowie wspierają dziennikarzy, twórców kultury oraz inne zainteresowane osoby i instytucje publiczne w tworzeniu i redagowaniu publikacji, dzieł lub wystąpień dotyczących zachowań samobójczych. Kolejnym

aspektem programu są również warsztaty i webinaria, prowadzone przez ekspertów z zakresu suicydologii, podczas których uczestnicy (między innymi dziennikarze oraz studenci dziennikarstwa) zdobędą podstawowe informacje dotyczące zachowań samobójczych oraz zasad właściwego informowania o tych zachowaniach w mediach (zapobiegamysamobojstwom.pl).

PREWENCJA W POPULARNYCH SERIALOWYCH PRODUKCJACH

Spośród trzech przytoczonych wyżej seriali tylko jeden prowadził dosyć szeroko zakrojone działania prewencyjne. Wskazać można tutaj serial „13 powodów”, który wraz z wypuszczeniem pierwszego sezonu uruchomił witrynę internetową „13reasonswhy.info”. Strona dostępna jest również w polskiej wersji językowej. Można na niej znaleźć materiały edukacyjne nagrane przez obsadę serialu, telefony pomocowe czy informacje, które pomogą uzyskać potrzebne wsparcie. Wraz z publikacją kolejnych sezonów ukazywały się również materiały dodatkowe. W wyprodukowanym przez Netflix dodatku do serialu pod tytułem „13 powodów: nic nie dzieje się bez przyczyny” obsada serialu oraz jego twórcy i specjaliści z różnych dziedzin psychologii omawiają wątki autodestrukcji i przemocy względem młodzieży poruszane w produkcji. Każdy temat jest dokładnie analizowany pod kątem pomocy i możliwej szkodliwości. Pomimo iż założenia producentów na temat serialu ostatecznie okazały się nie do końca przemyślane, to sama otoczka w postaci strony internetowej czy materiałów edukacyjnych jest dobrym przykładem prewencji zachowań samobójczych.

PODSUMOWANIE

Portale VOD w ostatnich latach zyskały ogromną popularność, co przyniosło się na wzrost liczby produkowanych filmów czy seriali. Ze względu na to, że największą grupą odbiorców jest młodzież, to właśnie dla nich i o nich powstaje najwięcej produkcji. W związku z pędem produkcyjnym bardzo często wątki poruszane w poszczególnych odcinkach, pomimo ryzyka wywarcia negatywnego wpływu na odbiorcę, nie są konsultowane ze specjalistami z danego zakresu. Jest to ogromnym błędem, ponieważ jak pokazują wyżej wymienione przykłady seriali, przedstawienie na ekranie pewnych problemów, takich jak samobójstwo czy samookaleczenia, może mieć tragicznie w skutkach konsekwencje. Młody człowiek czerpie przykłady, wzorce z wiadomości i z tego, co widzi. Umieszczając tego typu wątki w swoich produkcjach, producenci powinni z wielką starannością

podchodzić do konsultacji takiej problematyki z odpowiednimi specjalistami, aby zapobiegać błędnej interpretacji ze strony odbiorcy.

Na stronie zwjr.pl w zakładce „Strefa pomocy” (<https://zwjr.pl/bezplatne-miejsca-pomocowe>) można znaleźć informacje na temat bezpłatnych miejsc pomocowych w całej Polsce. Dla osób będących w kryzysie samobójczym oraz ich bliskich na stronie tej dostępna jest również opcja napisania do specjalisty, który udzieli pomocy. Dodatkowo na terenie całego kraju działają całodobowe bezpłatne linie pomocowe.

- Telefon zaufania dla dzieci i młodzieży – 116 111
- Dziecięcy Telefon Zaufania Rzecznika Praw Dziecka – 800 121 212
- Telefon wsparcia emocjonalnego dla dorosłych – 116 123

BIBLIOGRAFIA

Benjamin Jr. L.T.

2008 *Historia współczesnej psychologii*, przeł. J. Rydlewska, Warszawa.

Brzezińska A.I., Appelt K., Ziółkowska B.

2016 *Psychologia rozwoju człowieka*, Sopot.

Brol M.

2014 *Psychologia i film*, [w:] *Psychologiczna praca z filmem*, red. A. Skorupa, M. Brol, Katowice, 13–42.

Drzewiecki P.

2011 *Samobójstwa nastolatków w Internecie w perspektywie pedagogiki mediów*, „Kultura – media – teologia”, 5, 61–73.

Filipowicz D.

2021 *Trzyście Powodów, sezon 1 – recenzja*, [w:] *Życie Warto Jest Rozmowy*. Pobrano z: <https://zwjr.pl/artykuly/trzynastie-powodow-recenzja> (dostęp: 19.05.2023).

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”, s. 51–64.

Hołyst B.

2017 „Trzyście powodów”/ „13 Reasons Why”. Pobrano z: <https://suicydologia.org/trzynastie-powodow-13-reasons-why/> (dostęp: 15.06.2023).

- Hołyst B., Staniaszek M. i Binczycka-Anholcer M.
2002 *Samobójstwo*, Warszawa.
- Kidron B.
2012 *The shared wonder of film*. Pobrano z: https://www.ted.com/talks/beebean_kidron_the_shared_wonder_of_film/transcript?subtitle=pl (dostęp: 19.05.2023).
- Kuberska-Przekwas K.
2014 *Samobójstwa dzieci i młodzieży jako choroba społeczna*, „Warmińsko-Mazurski Kwartalnik Naukowy, Nauki Społeczne”, 1, 51–70.
- Kulik A.
1966 *Elementy psychologii odbioru filmu*, Warszawa.
- Matuszewicz Cz.
1978 *Recepcja filmu a światopogląd*. Pobrano z: <https://www.filmopedia.org/archiwum/1978/1296/7914/Recepcja-filmu-a-swiatopoglad.html> (dostęp: 19.05.2023).
- Pisarek J., Fortuna P.
2017 *Filmowy leksykon psychologii*, Lublin.
- sjp.pwn
Samobójstwo. Pobrano z: <https://sjp.pwn.pl/szukaj/samob%C3%B3jstwo.html> (dostęp: 19.05.2023).
Facylitacja. Pobrano z: <https://sjp.pwn.pl/sjp/facylitacja;2557384.html> (dostęp: 19.05.2023).
- Stradomska M., Wolińska J., Marczak M.
2016 *Uwarunkowania prób samobójczych u nastoletnich pacjentów szpitali i klinik psychiatrycznych w perspektywie psychologicznej*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna”, 16, 136–149.
- Światowa Organizacja Zdrowia, Polskie Towarzystwo Suicydologiczne
2003 *Zapobieganie samobójstwom*, Genewa, Warszawa.
- Wasilewska-Ostrowska K.
2015 *Profilaktyka zachowań suicydalnych wśród młodzieży*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, Badania, Praktyka”, 14(3), 152–164.

Witkowska H.

2021 *Samobójstwo w kulturze dzisiejszej. Listy samobójców jako gatunek wypowiedzi i fakt kulturowy*, Warszawa.

World Health Organization

2017 *Preventing suicide: a resource for media professionals*, Geneva.

zapobiegamysamobojstwom.pl

O projekcie. Pobrano z: <https://zapobiegajmysamobojstwom.pl/o-projekcie> (dostęp: 19.05.2023).

Zadanie nr 1 – zapobieganie. Pobrano z: <https://zapobiegajmysamobojstwom.pl/o-projekcie/zadanie-nr-1-zapobieganie> (dostęp: 19.05.2023).

Zarzycki M., Łoza O.

2016 *Bohaterowie seriali filmowych z zaburzeniami osobowości z klastra B według klasyfikacji DSM*, „Neuropsychiatria. Przegląd Kliniczny”, 8(3), 111–116.

Ziarnicka, M

2010 *Rola seriali telewizyjnych w kształtowaniu opinii publicznej*, [w:] *Media w Społeczeństwie Informacyjnym*, red. E. Jaska, Warszawa, 33–42.

SELF-DESTRUCTION ON SCREEN. ANALYSIS OF THE ROLE OF MOVIES IN UNDERSTANDING AND PREVENTING SUICIDES AMONG YOUTH

Abstract: The phenomenon of self-destruction is a common motif in films, where it can be used as a tool to create tension and disorientation in the viewer. The psychology of film focuses on the processes of creation and reception, films have the power to shape memory and worldview. In the analysis of youth suicide, it is important to take into account factors such as imitation, the need to belong to a group and conformism. The film can act as a tool for analyzing and understanding these phenomena. Through films, you can spread knowledge about suicide and build social awareness in order to prevent these tragedies.

Keywords: youth suicide, self-destruction, psychology and film, suicide in media

ZAKOŃCZENIE

W pracy pt. *Samobójstwo – przypadek, konieczność a siła profilaktyki* podjęto się kompleksowej analizy zagadnienia samobójstwa z wielu perspektyw. Autorzy poruszają różnorodne problemy, z jakimi ludzie borykają się na co dzień, a także prezentują różne sposoby radzenia sobie z nimi, niekiedy trudne i problematyczne. W jednym zbiorze zebrano interdyscyplinarne treści, które mogą inspirować i pomagać w realizacji zadań. Niniejsza praca stanowi jedynie początek pogłębiania wiedzy na temat samobójstw.

Ze względu na wieloaspektowość i złożoność przemian cywilizacyjnych i społecznych człowiek XXI wieku jest zmuszony do dokonywania trudnych wyborów. W monografii opisano jedynie kilka przykładów takich wyborów. Autorzy, dzięki swojej wiedzy, zaangażowaniu i umiejętności opisywania implikacji praktycznych, przyczynili się do poszerzenia wiedzy na kluczowe tematy zawarte w monografii. Szczegółowe informacje o autorach można znaleźć w części *Nota o autorach*.

Wartościowym aspektem publikacji jest zebranie w jednym miejscu tak wielu tematów, które pomagają zrozumieć kontekst funkcjonowania człowieka. Ważnym walorem pracy jest również to, że w stosunkowo krótkim czasie pozwala ona poszerzyć wiedzę na wiele różnych tematów. Nie sposób wyczerpać wszystkich zagadnień współczesności w jednym zbiorze.

Samobójstwo to poważny problem społeczny, który dotyka ludzi na całym świecie. Publikowanie książek o tematyce samobójstw może na kilka sposobów przyczynić się do zmniejszenia liczby samobójstw: może zwiększyć świadomość społeczną na temat problemu samobójstw i przełamać tabu, które go otacza, może dostarczyć informacji i wsparcia osobom, które mają myśli samobójcze lub zmagają się z kryzysem suicydalnym czy pomóc rodzinom i przyjaciołom osób, które popełniły samobójstwo, zrozumieć to, co się wydarzyło, i poradzić sobie z żalem i stratą. Istotną kwestią jest także możliwość zachęcenia osób, które mają

myśli samobójcze lub zmagają się z kryzysem suicydalnym, do szukania pomocy. Autorzy mają także nadzieję na to, że niniejsza publikacja może zainspirować do badań naukowych nad problemem samobójstw i prowadzić do opracowania nowych metod profilaktyki i interwencji.

Istnieje wiele różnych rodzajów książek o tematyce samobójstw. Niektóre z nich to książki naukowe, które przedstawiają wyniki badań nad problemem samobójstw. Inne to książki beletrystyczne, które opowiadają historie osób, które doświadczyły myśli samobójczych lub popełniły samobójstwo. Jeszcze inne to książki poradnikowe, które oferują wsparcie i wskazówki osobom, które zmagają się z kryzysem suicydalnym. Warto dodać, że wszystkie rodzaje książek o tematyce samobójstw mogą być wartościowe, jeśli są napisane w sposób rzetelny i odpowiedzialny. Ważne jest, aby książki te zawierały dokładne informacje na temat samobójstw i nie gloryfikowały tego zjawiska. Powinny również oferować wsparcie i nadzieję osobom, które zmagają się z kryzysem suicydalnym. Publikowanie książek o tematyce samobójstw to ważny krok w walce z tym problemem. Książki te mogą pomóc uratować życie, zwiększając świadomość społeczną, dostarczając informacji i wsparcia oraz zachęcając do szukania pomocy.

Podsumowując, mimo bogatej literatury przedmiotu prezentowane tematy i idee stanowią jedynie inspirację do dalszych interdyscyplinarnych badań naukowych. Niewątpliwie jednak publikacja zawiera ważne treści, które mogą przyczynić się do poszerzenia wiedzy w wielu różnych aspektach.

Jeśli zmagasz się z myślami samobójczymi lub znasz kogoś, kto potrzebuje pomocy, skontaktuj się ze specjalistą poprzez telefon zaufania:

- **116 111** – Dziecięcy Telefon Zaufania
- **116 123** – Kryzysowy Telefon Zaufania
- **800 70 22 22** – Telefon Zaufania dla osób starszych
- **988** – Ogólnopolski Telefon dla Ofiar Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia”

Dodatkowo na stronie internetowej [Życie Warte Jest Rozmowy \(zwjr.pl\)](http://ZycieWarteJestRozmowy(zwjr.pl)) można znaleźć wiele informacji i materiałów dotyczących problemu samobójstw oraz profilaktyki suicydalnej. Strona jest podzielona na kilka sekcji, aby ułatwić nawigację i odnalezienie potrzebnych treści.

W sekcji „Potrzebuję pomocy” znajdują się:

- Informacje o tym, gdzie i jak uzyskać pomoc w kryzysie suicydalnym, w tym lista telefonów zaufania i ośrodków interwencji kryzysowej.
- Poradniki dla osób w kryzysie oraz ich bliskich.

- Historie osób, które doświadczyły myśli samobójczych, ale pokonały kryzys i odnalazły sens życia.

W sekcji „Chcę komuś pomóc” znajdują się:

Informacje o tym, jak rozpoznać osoby w kryzysie suicydalnym i jak im pomóc. Poradniki dla rodziców, nauczycieli i innych osób, które mogą mieć kontakt z osobami w kryzysie suicydalnym.

Materiały edukacyjne dotyczące problemu samobójstw i profilaktyki suicydalnej.

W sekcji „Strefa wiedzy” znajdują się:

- Artykuły naukowe dotyczące problemu samobójstw.
- Statystyki dotyczące samobójstw w Polsce i na świecie.
- Definicje pojęć związanych z problemem samobójstw.

Strona internetowa *Życie Warto Jest Rozmowy* jest cennym źródłem informacji i wsparcia dla osób w kryzysie suicydalnym, ich bliskich oraz osób, które chcą dowiedzieć się więcej o problemie samobójstw i profilaktyce suicydalnej.

Dodatkowo strona jest prowadzona przez specjalistów ds. profilaktyki samobójstw, co zapewnia rzetelność i wiarygodność prezentowanych treści, jest łatwo dostępna i bezpłatna oraz – co ważne – jest anonimowa, co zapewnia bezpieczeństwo i komfort osobom korzystającym z jej zasobów.

Jeśli Ty lub ktoś, kogo znasz, zmaga się z myślami samobójczymi, koniecznie odwiedź stronę internetową *Życie Warto Jest Rozmowy*. Możesz tam znaleźć pomoc i wsparcie, które uratują Ci życie.

Samobójstwom można i trzeba zapobiegać!

NOTA O AUTORACH

Weronika Boruń – studentka psychologii Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie. Aktywnie uczestnicząca w wolontariacie Polskiego Czerwonego Krzyża poprzez Grupę Społecznych Instruktorów Młodzieżowych, gdzie współorganizowała wiele wydarzeń dla wolontariuszy oraz społeczności lokalnej, harcerka Federacji Skautingu Europejskiego “Zawisza”. Chętnie bierze udział w szkoleniach, warsztatach i konferencjach oferowanych przez uczelnię i inne instytucje. Członkini uczelnianych kół naukowych oraz PSSiAP. Do jej zainteresowań w dziedzinie psychologii należą obszary związane z psychologią emocji, suicydologią, zaburzeniami lękowymi, wypaleniem zawodowym, stresem oraz psychologią sądową i penitencjarna/resocjalizacyjna. Obecnie studiuje na II roku oraz działa społecznie z dziećmi i młodzieżą. W przyszłości pragnie pracować jako psycholog sądowy lub więzienny.

Kacper Chabielski – student pierwszego roku zarządzania publicznego na Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie. Do zainteresowań naukowych należą socjologia oraz filozofia. W przyszłości pragnie pracować w zawodzie wykładowcy o specjalizacji psychologia społeczna.

Natalia Majcher – studentka drugiego roku psychologii na Uniwersytecie Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, aktywny członek Studenckiego Koła Naukowego Psychologii „Adesse”, komendantka Lubelskiego Harcerskiego Kręgu Akademickiego „Żywioty”. Jej zainteresowania naukowe dotyczą m.in. budowania resilience, technik relaksacyjnych w praktyce psychologicznej i prewencji zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży.

Artur Mastalerz – student drugiego roku psychologii na Uniwersytecie Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie. Członek PSSiAP. Do jego zainteresowań należą neuroatypowość oraz niemonogamia. W przyszłości pragnie pracować w zawodzie seksuologa.

Barbara Pasowicz – studentka drugiego roku psychologii na Uniwersytecie Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie. Jej zainteresowania naukowe koncentrują się głównie na chorobach i zaburzeniach psychicznych, szczególną uwagę poświęca zagadnieniom związanym z uzależnieniami, a jej aspiracją zawodową jest praca jako psychoterapeutka.

Aneta Peichert – magister dietetyki na Uniwersytecie Medycznym w Lublinie oraz studentka psychologii na Uniwersytecie Marii Curie-Skłodowskiej. Aktywna członkini Koła Naukowego Psychologów UMCS oraz członkini Polskiego Stowarzyszenia Studentów i Absolwentów Psychologii. Czynna uczestniczka wielu konferencji naukowych z zakresu psychodietetyki oraz dietoterapii. Zainteresowaniami badawczymi są zaburzenia odżywiania oraz dietoterapia osób z problemami związanymi z psychiką.

dr Marlena Stradomka – psycholog, pedagog, trener, wykładowca akademicki, ekspert Biura ds. Zapobiegania Zachowaniom Samobójczym w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Suicydologicznego, doktor psychologii oraz filozofii Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie. Zainteresowania naukowe – suicydologia, trenerstwo, praca z osobami chorymi psychicznie, nowoczesne wyzwania edukacyjne. Autorka publikacji naukowych z zakresu pedagogiki i psychologii oraz nauk o poznaniu i komunikacji społecznej, <https://orcid.org/0000-0002-2294-856X>.

Aleksandra Garbacz – studentka psychologii na Wydziale Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie. W obszarze zainteresowań znajduje się psychologia stresu, psychoseksuologia, rozwój osobisty, a także psychopatologia i psychologia społeczna w aspekcie wpływu społecznego i manipulacji. Prywatnie lubi oglądać seriale, klasyczne filmy oraz czytać – w szczególności literaturę kryminalną.

W pracy pt. Samobójstwo – przypadek, konieczność a siła profilaktyki podjęto się kompleksowej analizie zagadnienia samobójstwa z wielu perspektyw. Autorzy poruszają różnorodne problemy, z jakimi ludzie borykają się na co dzień, a także prezentują różne sposoby radzenia sobie z nimi, niekiedy trudne i problematyczne. W jednym zbiorze zebrano interdyscyplinarne treści, które mogą inspirować i pomagać w realizacji zadań. Niniejsza praca stanowi jedynie początek pogłębiania wiedzy na temat samobójstw.

Ze względu na wieloaspektowość i złożoność przemian cywilizacyjnych i społecznych człowiek XXI wieku jest zmuszony do dokonywania trudnych wyborów. W monografii opisano jedynie kilka przykładów takich wyborów. Autorzy, dzięki swojej wiedzy, zaangażowaniu i umiejętności opisywania implikacji praktycznych, przyczynili się do poszerzenia wiedzy na kluczowe tematy zawarte w monografii.

[...]

Samobójstwo to poważny problem społeczny, który dotyka ludzi na całym świecie. Publikowanie książek o tematyce samobójstw może na kilka sposobów przyczynić się do zmniejszenia liczby samobójstw: może zwiększyć świadomość społeczną na temat problemu samobójstw i przełamać tabu, które go otacza, może dostarczyć informacji i wsparcia osobom, które mają myśli samobójcze lub zmagają się z kryzysem suicydalnym czy pomóc rodzinom i przyjaciółom osób, które popełniły samobójstwo, zrozumieć to, co się wydarzyło, i poradzić sobie z żalem i stratą. Istotną kwestią jest także możliwość zachęcenia osób, które mają myśli samobójcze lub zmagają się z kryzysem suicydalnym, do szukania pomocy. Autorzy mają także nadzieję na to, że niniejsza publikacja może zainspirować do badań naukowych nad problemem samobójstw i prowadzić do opracowania nowych metod profilaktyki i interwencji.

Jeśli zmagasz się z myślami samobójczymi lub znasz kogoś, kto potrzebuje pomocy, skontaktuj się ze specjalistą poprzez telefon zaufania:

116 111 – Dziecięcy Telefon Zaufania

116 123 – Kryzysowy Telefon Zaufania

800 70 22 22 – Telefon Zaufania dla osób starszych

988 – Ogólnopolski Telefon dla Ofiar Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia”

Życie Warto Jest Rozmowy - zwjr.pl

ISBN: 978-83-67959-54-4