

Światowa Organizacja Zdrowia  
Polskie Towarzystwo Suicydologiczne

**ZAPOBIEGANIE SAMOBÓJSTWOM**  
**PORADNIK DLA FUNKCJONARIUSZY**  
**SŁUŻBY WIĘZIENNEJ**

GENEWA-WARSZAWA  
2003

- 1 -

Tytuł oryginału angielskiego:

*PREVENTING SUICIDE A RESOURCE FOR PRISON OFFICERS*

Mental and Behavioural Disorders  
Department of Mental Health  
World Health Organization  
Geneva 2000

Przekład z języka angielskiego:  
*Dr Barbara Mroziak*

© Copyright: *Polskie Towarzystwo Suicydologiczne*

Ten dokument jest jednym z serii informatorów adresowanych do określonych grup zawodowych i społecznych, szczególnie ważnych dla zapobiegania samobójstwom.

Poradnik przygotowano w ramach realizowanego na całym świecie z inicjatywy WHO programu SUPRE, którego celem jest zapobieganie samobójstwom.

Słowa kluczowe: samobójstwo / zapobieganie / zasoby / zakłady karne / areszty śledcze / więzienia

ISBN 83-918777-0-1

Wydano za zgodą Światowej Organizacji Zdrowia:  
*TR/02/114-118 z dnia 3 lipca 2002 r.*

ZAKŁAD WYDAWNICZO PRODUKCYJNY *FOLIAŁ* WARSZAWA

## Spis treści

Wstęp.....	5
Wstęp do wydania polskiego .....	7
Cel wydawnictwa.....	15
Ogólne fakty dotyczące samobójstwa.....	16
Więżniowie są grupą wysokiego ryzyka.....	17
Zapobieganie samobójstwom w środowisku więziennym.....	17
Opracowanie profili samobójców.....	18
Badanie selekcyjne osób przyjmowanych do zakładu karnego .....	21
Obserwacja po przyjęciu do zakładu karnego.....	23
Postępowanie po badaniu selekcyjnym .....	24
Jeśli zdarzy się próba samobójcza .....	27
Jeśli zdarzy się samobójstwo dokonane.....	29
Podsumowanie najlepszych sposobów postępowania .....	30
Wykaz literatury w języku polskim .....	32

## Wstęp

Samobójstwo jest złożonym zjawiskiem, które od stuleci przyciągało uwagę filozofów, teologów, lekarzy, socjologów i artystów. Francuski filozof, Albert Camus, w swoim *Micie Szyfry* uznał je za jedyny poważny problem filozoficzny.

Samobójstwami — jako poważnym problemem w dziedzinie zdrowia publicznego — trzeba się zająć, lecz zapobieganie im nie jest, niestety, łatwym zadaniem. Najnowsze badania wskazują, że zapobieganie samobójstwom jest wprawdzie możliwe, lecz wymaga całej serii działań, poczynając od zapewnienia jak najlepszych warunków wychowywania dzieci i młodzieży, poprzez skuteczne leczenie zaburzeń psychicznych, a skończywszy na kontrolowaniu czynników ryzyka w środowisku. Sukces programów zapobiegania samobójstwom zależy przede wszystkim od odpowiedniej popularyzacji informacji na ten temat oraz od pogłębienia świadomości.

W 1999 r. WHO rozpoczęło na całym świecie program zapobiegania samobójstwom — SUPRE. Ta broszura należy do serii poradników przygotowanych w ramach SUPRE i adresowanych do określonych grup społecznych, szczególnie ważnych dla zapobiegania samobójstwom. Jest ogniwem długiego i zróżnicowanego łańcucha, na który składa się wiele różnych osób i grup, m.in. pracownicy służby zdrowia, nauczyciele i pedagodzy, organizacje społeczne, rządy, legislatorzy, osoby zajmujące się zawodowo środkami przekazu i egzekwowaniem prawa, a także rodziny i społeczność.

Jesteśmy szczególnie wdzięczni profesorowi Diego de Leo z Griffith University w Brisbane, Queensland, w Australii, autorowi wcześniejszej wersji tej broszury. Jej tekst był następnie recenzowany przez następujące osoby z należącej do WHO Międzynarodowej Sieci Zapobiegania Samobójstwom, którym składamy podziękowanie:

Dr Sergio Pérez Barrero, *Hospital de Bayamo, Granma, Kuba,*

Dr Annette Beautrais, *Christchurch School of Medicine, Christchurch, Nowa Zelandia,*

Dr Ahmed Okasha, *Ain Shams University, Kair, Egipt,*

Profesor Lourens Schlebusch, *University of Natal, Durban, Afryka Południowa,*

Profesor Jean-Pierre Soubrier, *Groupe Hospitalitier Cochin, Paryż, Francja,*

Dr Airi Värnik, *Tartu University, Tallin, Estonia,*

Profesor Danuta Wasserman, *National Centre for Suicide Research and Control, Sztokholm, Szwecja,*

Dr Shutao Zhai, *Nanjing Medical University Brain Hospital, Nanjing, Chiny.*

Wyrazy wdzięczności składamy także dr Lakshmi Vijayakumar, *SNEHA, Chennai, Indie,* za pomoc w redakcji technicznej wcześniejszych wersji poradników.

Poradniki te są obecnie szeroko rozpowszechniane z nadzieją, że będą tłumaczone i adaptowane do warunków miejscowych — co jest niezbędne dla ich skuteczności. Chętnie udzielimy zgody na ich tłumaczenie i adaptację oraz oczekujemy na komentarze.

Dr J. M. Bertolote  
*Koordinator*

*Zaburzenia Psychiczne  
i Zaburzenia Zachowania  
Departament Zdrowia Psychicznego*

*Światowa Organizacja Zdrowia — WHO*

## Wstęp do wydania polskiego

W ostatnich latach notuje się znaczną liczbę przypadków samobójstw w więzieniach, i dlatego problematyka ta jest coraz częściej przedmiotem badań.

Najważniejszym kierunkiem zapobiegania samobójstwom więźniów jest rozpoznanie procesów motywacyjnych. Należy w szczególności dokonać identyfikacji osób o podwyższonym ryzyku suicydalnym. W świetle danych wskazujących, że osoby popełniające samobójstwa korzystają przed tym zdarzeniem z pomocy i porad psychiatrycznych i psychologicznych, celowe jest odpowiednie szkolenie więziennego personelu medycznego. Szkolenie takie powinno umożliwiać szybkie i wczesne identyfikowanie przez personel medyczny osób przejawiających oznaki wysokiego ryzyka suicydalnego. Dodatkowym czynnikiem prewencyjnym powinien być ścisły i bezustanny nadzór sprawowany nad osobami przebywającymi w pojedynczych celach.

W Polsce daje się zauważyć zbyt mały udział w działaniach prewencyjnych przedstawicieli nauk medycznych. O ile w rozpoznaniu motywacji i przyczyn samobójstw udział psychiatrów jest znaczny, o tyle w samej profilaktyce i poszukiwaniu — poprzez psychoterapię — środków zapobiegawczych działania są nadal niewystarczające, szczególnie gdy dotyczy to tak specjalistycznej instytucji jak więzienie — placówki powołanej do oddziaływania wychowawczego na przestępców, a nie tylko do wykonywania terminowych kar pozbawienia wolności.

Istnieje bogata literatura naukowa, której autorzy zwracają uwagę na to, że i w zakładach karnych częściej niż w normalnych środowiskach występują negatywne zmiany w psychice człowieka, zakłócenia w sferze świadomości, uczuć i procesu podejmowania decyzji, co w konsekwencji bardzo często prowadzi do zaburzeń w zachowaniu.

Psychologowie badający warunki wykonania kary pozbawienia wolności — ten szczególny typ izolacji, jakiej przymusowo zostaje poddany przestępca — bardzo silnie podkreślają nieadekwatność stworzonych tam warunków do wymogów prawidłowego funkcjonowania psychicznego i fizycznego jednostki. Zastrzeżenia swoje wobec zakładów karnych uzasadniają tym, że człowiek nie tylko żyje w środowisku społecznym i przyrodniczym, ale jego funkcje psy-

chiczne mogą się rozwijać jedynie w interakcji z otoczeniem. Liczba i jakość bodźców środowiskowych decydują, czy funkcje te rozwijają się lepiej lub gorzej, czy będą działały w sposób prawidłowy, czy odbiegający od normy.

Na gruncie zależności wzajemnych oddziaływań „człowiek-środowisko” powstała relacyjna teoria potrzeb. Podstawowym założeniem tej teorii jest twierdzenie, że „osobowość jest sposobem funkcjonowania, który obejmuje dwie struktury: «ja-świat»”. Są to struktury wzajemnie na siebie oddziałujące w taki sposób, że każdy obiekt działa na inny i podlega całości. Wskutek ustawicznego oddziaływania „świat” wchodzi w skład osobowości jako jej element integralny. Osobowość nie może istnieć w sensie funkcjonalnym jedynie jako organizm somato-psychiczny, musi się rozwijać w ramach interakcji-komunikacji ze środowiskiem. Stąd potrzeby człowieka polegają na ustanawianiu i podtrzymywaniu pewnych typów związków ze środowiskiem, koniecznych do właściwego psychofizjologicznego funkcjonowania osobowości. Natomiast niemożność ustanowienia czy podtrzymania pewnego typu związków w ramach struktury „ja-świat”, np. utrata własnego świata osobniczego (zmiany w strukturze „ja”), lub zmiany w świecie przedmiotowym, przyrodniczym i społecznym (obejmuje strukturę „świat”) powodują, że osobowość funkcjonuje w warunkach nieadekwatnych do jej potrzeb, a więc nieprawidłowo, to zaś może doprowadzić do zaburzeń psychicznych.

Przy takim rozumieniu osobowości izolacja człowieka w warunkach zakładu karnego wydaje się najostrzejszą formą zaburzenia struktury „ja-świat”. Wprowadza ona bowiem jednocześnie gwałtowną konieczność przewartościowania i ograniczenia własnego świata osobniczego i totalną redukcję struktury „świat” w jej aspekcie społecznym, przyrodniczym i przedmiotowym. Najistotniejszy przy tym chyba jest fakt, że zburzenie tej struktury stanowi wyraz ostrego konfliktu między jednostką a społeczeństwem. Przestępca bowiem swoim zachowaniem narusza normy współżycia społecznego, społeczeństwo zaś reaguje odrzuceniem go od siebie. I jest to taki konflikt, w którym obie strony niełatwo jest namówić do pogodzenia. Społeczeństwo, choć silniejsze, z trudnością przebacza i opornie przyjmuje wszystkie idee i poglądy nakłaniające do rezygnacji z prawa odpłaty. Przestępca zaś nie zawsze chce, a najczęściej nie potrafi lub nie może dostosować się do ogólnie przyjętych norm społecznych.

Warunki, w jakich wykonywana jest kara w zakładzie karnym, powodują generalne niezaspokojenie potrzeb. Występuje tu bardzo silna deprivacja sensoryczna i informacyjna polegająca na ograniczeniu lub zupełnym odcięciu pewnych bodźców oddziałujących na zmysł wzrokowy, słuchowy i inne. Deprivacji ulegają też potrzeby samorealizacji, poczucia własnej wartości, bezpieczeństwa, miłości, przyjaźni, stowarzyszenia i kontaktów z innymi ludźmi, zespół potrzeb estetycznych oraz twórczych. Pojawia się natomiast w psychice skazanych odczucie zagrożenia własnej osoby.

Potrzeby są siłą napędową, mechanizmem motywacji pobudzającym organizm do działania, nadającym kierunki jego aktywności. Jednakże aby na bazie potrzeby powstał motyw, potrzebne jest dostrzeżenie wartości (celu działania) i powstania przekonania o możliwości jej osiągnięcia.

Skutki niezaspokojenia potrzeb są bardzo różnorodne i niejednakowo istotne dla funkcjonowania organizmu. Nie są one jeszcze w pełni znane nauce. Wydaje się, że najgroźniejsze dla człowieka zaobserwowane reakcje na deprivację potrzeb, to:

- powstanie negatywnych emocji, co powoduje, że osobowość nie może prawidłowo funkcjonować, rozwijać się, tworzyć, a przy przedłużaniu takiego stanu może nastąpić rozpad osobowości,
- w razie przedłużania się stanu niezaspokojenia potrzeb szansę zaspokojenia ich własnymi siłami są znikome lub żadne, wygasa motywacja i człowiek staje się bierny,
- pojawianie się zachowania typu agresji lub samoagresji trwałego przygnębienia, buntu przeciw normom moralnym,
- niekiedy obserwowanie paradoksalnego efektu unikania przedmiotu zaspokajającego potrzebę, o ile zbyt długo czekało się na ten przedmiot.

Badania obrazu emocjonalności skazanych świadczą o występowaniu u nich silnych zaburzeń nerwicowych (nerwic i psycho-nerwic). Obraz ten charakteryzuje się między innymi występowaniem:

- procesu neurotycznego zahamowania przeżywania uczuć przez wypieranie ich z pola świadomości i stłumienie, co prowadzi do powstania patologicznego lęku (proces ten obejmuje wszystkich badanych),
- objawów opozycji, buntu i agresji o różnym nasileniu i ukierunkowaniu (przeciw sobie lub innym albo jednocześnie przeciw sobie i innym — 74% badanych),



- lęku, który jest mechanizmem obronnym i nakładającym się na całe życie psychiczne skazanych, tłumiącym ich normalne funkcjonowanie; powoduje on i blokadę energii życiowej i duże zawężenie możliwości swobodnego przeżywania (97% badanych),
- lęku seksualnego, świadczącego o zaburzeniach życia uczuciowego, wynikających z zahamowania możliwości normalnego życia płciowego (66% badanych),
- osłabienia funkcji mechanizmu świadomego panowania nad nastrojami, co jest przejawem procesu dezintegracji struktury psychicznej badanych i wyraża się m.in. w stanach niepewności i poczucia małej wartości,
- przesunięcia punktu ciężkości z uczuciowości dojrzałej i stabilnej na uczuciowość labilną i impulsywną, co powoduje trudności w kontakcie uczuciowym z innymi ludźmi mimo potrzeby i dążenia do niego (80% badanych),
- wahań, ostrożności, nieufności, niechęci do szczerych kontaktów z ludźmi, a nawet potrzeby zupełnego odsunięcia się od ludzi (71% badanych).

Dość rozpowszechnionym zjawiskiem w zakładach karnych są bunt, które również osłabiają kondycję więźniów.

Zakłady karne zagrożone buntami można scharakteryzować za pomocą następujących pięciu cech:

- więźniowie sądzą, że nie są traktowani jak istoty ludzkie,
- miejscowi funkcjonariusze nie są na wypadek buntu przygotowani,
- kierownictwu zakładu karnego brak stałości i konsekwencji,
- ustawodawca jest niewrażliwy na bolączki systemu więziennego,
- opinia publiczna nie przejmuje się systemem wykonania kary.

Poniższych kilka teorii, wzajemnie się uzupełniających, ma na celu wyjaśnienie buntów w zakładach karnych.

Według teorii warunków życiowych, różne niewłaściwe stany faktyczne przyczyniają się do powstania „bomby czasowej”, która wybucha w postaci buntu więźniów. Przykłady takich stanów rzeczy to m.in.: przeludnienie, źle wyszkolony personel, nieodpowiednie programy spędzania wolnego czasu lub ich brak, grupy buntowniczych, zatwardziałych więźniów, zbyt mało kontaktu i komunikacji między kierownictwem i personelem a więźniami, nagromadzenie różnych typów więźniów w jednym zakładzie karnym.

Teoria spontaniczności — rozróżnia między klimatem społecznym, w którym bunt przygotowuje się, a nieoczekiwanym zdarzeniem, które wywołuje bunt. Na klimat społeczny wpływają nieznosne stany faktyczne wymienione wyżej. Czynnikiem wywołującym bunt może być np. konflikt między personelem nadzoru a więźniami.

Teoria konfliktowa uznaje za przyczynę powstawania buntu więźniów represyjny system władzy więziennej. Szczególną wagę przywiązuje ona do wynikających stąd subkulturowych konfliktów wartości i ograniczonej możliwości ich rozwiązywania. Przemoc jest wykorzystywana jako dramatyczny sposób zwrócenia uwagi na bezsilność, rezygnację, nadużycia i niesprawiedliwości. Konflikt polega na tym, że personel i grupa więźniów nie są zgodni co do tego, jak ma być realizowana władza w więzieniu. Dlatego każdy współczesny bunt więźniów zaczyna się od deklaracji, w której więźniowie ustnie bądź pisemnie wyrażają, w jaki sposób personel powinien wykorzystywać swą władzę. Więźniowie dysponują niewielkim lub żadnym potencjałem negocjacyjnym w rozwiązywaniu konfliktu, pozostaje im jedynie użycie przemocy. Zgodnie z modelem postępowania kolektywnego i kontroli społecznej, najważniejsze są w ocenie przyczyn buntu więźniów formalne i nieformalne mechanizmy kontroli społecznej w obrębie zakładu.

W zakładzie karnym istnieje skomplikowana sieć formalnych i nieformalnych społecznych uwarunkowań między więźniami i personelem. Jeżeli zerwie się tę sieć, to zostaje zagrożona skomplikowana równowaga kontroli. Zniszczenie półoficjalnej, nieformalnej samokontroli więźniów jest głównym czynnikiem powodującym bunt w zakładzie karnym. Od dawna nierealne jest sądzić, że więzienia mogą być kontrolowane wyłącznie przez zastosowanie państwowego monopolu przemocy. Są one raczej nadzorowane przy milczącej zgodzie i aktywnej współpracy samych więźniów. Bunty więc powstają, gdy formalne i nieformalne mechanizmy kontroli zawiodą.

Teoria próżni władzy wyjaśnia powstanie buntu więźniów nagłą zmianą w sieci formalnych mechanizmów kontroli i związanym z tym przesunięciem władzy. Gdy następuje zmiana kierownictwa zakładu karnego wiążąca się z drastyczną zmianą celów zakładu i gdy personel i więźniowie nie są na taką zmianę przygotowani — mogą powstać problemy. Przerwy w toku formalnej kontroli mogą uwidocznić rysy i pęknięcia w strukturze władzy, które więźniowie — tak sądzą — muszą wykorzystać.

Teoria zawyżonych oczekiwań i względnego pozbawienia (*deprivation*) dopatruje się powstania buntu więźniów w przepaści między jakością życia w tej instytucji a poglądami więźniów na to, jakie to życie być powinno. Koncepcja ta wiąże się ściśle z teorią nadmiernych oczekiwań, która twierdzi, że kolektywna przemoc zdarza się wówczas, gdy postęp po pewnym czasie wzrostu i poprawy ulega zwolnieniu.

W badaniach nad przyczynami samobójstw w amerykańskich więzieniach podkreśla się, iż interpretacje uzyskanych wyników powinny być traktowane z ostrożnością. Generalnie przyczyn wysokiego współczynnika samobójstw w więzieniach upatruje się w dwóch czynnikach: cechach osób, które trafiają do zakładów karnych, oraz warunkach samych zakładów, tworzących np. deprivację potrzeb więźniów. Aczkolwiek koncepcje podkreślające znaczenie cech osobowości skazanych są bardzo popularne, to jednak dostarczają one jedynie częściowych wyjaśnień zjawiska samobójstw w zakładach karnych.

Z innych badań wynika, iż zarówno samobójstwa jak i przypadki naturalnych zgonów są rzadsze w większych więzieniach, a także w tych zakładach, w których wykonywane są badania lekarskie przy przyjmowaniu skazanych. Samobójstwa zdarzają się również rzadziej w tych zakładach, w których proporcja personelu wobec skazanych jest wysoka. Stwierdzono, iż zgony z przyczyn naturalnych są mniej liczne w tych zakładach, w których zadbano o odpowiednie warunki bezpieczeństwa miejsc, w których przebywają skazani, a także w tych zakładach, w których funkcjonowała pełniąca dyżur całą noc izba chorych.

Ogólnie, zachowania suicydalne w populacji mężczyzn wiążą się silnie z depresją oraz z osłabieniem więzi społecznych, natomiast w populacji kobiet z impulsywnością i nieźrównoważeniem. W przeprowadzonych badaniach starano się stwierdzić, czy wspomniane prawidłowości dotyczą również populacji osób młodocianych umieszczonych w areszcie. Na drodze analiz statystycznych wykazano, iż dokonywanie zamachów samobójczych wśród mężczyzn najsilniej koreluje z depresją oraz z nieefektywnymi stylami radzenia sobie z problemami życiowymi, natomiast wśród kobiet z doświadczaniem sytuacji kryzysowych o znacznym ciężarze gatunkowym oraz z impulsywnością. U obu płci stwierdzono ponadto silną korelację pomiędzy dokonywaniem prób samobójczych a faktem niezamieszkiwania

przynajmniej z jednym biologicznym rodzicem przed znalezieniem się w areszcie.

Polskie Towarzystwo Suicydologiczne wysoko ocenia działalność prewencyjną WHO w dziedzinie zapobiegania samobójstwom.

Wyrażam przekonanie, że poradnik ten znajdzie Czytelników wśród pracowników więziennictwa a zawarte w nim praktyczne wskazówki wpłyną na obniżenie przypadków samoagresji w zakładach karnych.



*Brunon Hołyst*

PREZES  
Polskiego Towarzystwa  
Suicydologicznego

## CEL WYDAWNICTWA

Samobójstwo często bywa najpowszechniejszą pojedynczą przyczyną zgonów w warunkach więziennych. Areszty śledcze i więzienia są odpowiedzialne za ochronę zdrowia i bezpieczeństwo więźnia, a w razie niepowodzenia grozi im proces sądowy. Jeśli media zainteresują się przypadkiem samobójstwa w zakładzie karnym, sprawa może się rozkręcić i z łatwością przerodzić w skandal polityczny. Zapewnienie zarówno właściwego zapobiegania samobójstwom, jak i interwencji jest zatem korzystne nie tylko dla więźniów, ale także dla zakładu karnego, w którym oferuje się takie świadczenia. W tym właśnie kontekście więziennictwo na całym świecie zmagają się z problemem zapobiegania samobójstwom wśród więźniów.

Środowisko więzienne jest zróżnicowane ze względu na rodzaj populacji więźniów oraz na warunki miejscowe: tymczasowo aresztowani na 48 godzin — w Polsce policja ma ustawowe uprawnienia tylko dla aresztu policyjnego, skazani prawomocnym wyrokiem sądu, nadmierne zagęszczenie cel, warunki sanitarne, ogólne warunki społeczno-kulturowe, rozpowszechnienie HIV/AIDS, oraz dostępność podstawowych świadczeń w zakresie ogólnej oraz psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Każdy z tych czynników może w różny sposób wpływać na wysokość wskaźników samobójstw. Tym niemniej, można jednak ograniczyć liczbę samobójstw w aresztach i więzieniach dzięki przestrzeganiu pewnych podstawowych zasad i procedur<sup>1</sup>

Dokument ten adresowany jest do władz więziennych (kierownictwa zakładów karnych i aresztów), odpowiedzialnych za opracowywanie lub wdrażanie programów ochrony zdrowia psychicznego w więzieniach, a także do wszystkich funkcjonariuszy służby więziennej odpowiedzialnych za opiekę nad więźniami o skłonnościach samobójczych i ich bezpieczeństwo. Podajemy tu pewne ogólne informacje o samobójstwie i opisujemy szereg kluczowych działań, jakie można podjąć w ramach szeroko rozumianego programu zapobiegania samobójstwom, w celu zmniejszenia liczby samobójstw w środowisku więziennym.

---

<sup>1</sup> A.R. Felfous: Preventing jailhouse suicides. *Bulleting of the American Academy of Psychiatry and the Law* 1994, 22(4): 477–488.

## OGÓLNE FAKTY DOTYCZĄCE SAMOBÓJSTWA

Samobójstwo jest poważnym problemem zdrowotnym. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) szacuje, że usiłowanie samobójstwa zdarza się przeciętnie co trzy sekundy, a samobójstwo dokonane — w przybliżeniu co minutę. Oznacza to, że więcej ludzi umiera wskutek samobójstwa niż w wyniku konfliktów zbrojnych. Zmniejszenie liczby samobójstw stało się zatem ważnym celem zdrowotnym we wszystkich krajach<sup>2</sup>.

Przyczyny samobójstw są złożone<sup>3</sup>. Niektórzy ludzie wydają się szczególnie podatni na samobójstwo, gdy staną wobec jakiegoś trudnego wydarzenia życiowego lub zbiegu stresujących sytuacji. Naszym zadaniem w zapobieganiu samobójstwom jest rozpoznanie, jakie osoby i w jakich okolicznościach są szczególnie zagrożone samobójstwem, a następnie przeprowadzenie skutecznej interwencji. W tym celu badacze zidentyfikowali szereg ogólnych czynników, które w połączeniu zwiększają ryzyko samobójstwa — należą do nich czynniki społeczno-kulturowe, zaburzenia psychiczne, czynniki biologiczne, genetyczne, oraz stres społeczny. Sposób, w jaki czynniki te współdziałają prowadząc do samobójstwa i zachowań samobójczych, jest złożony i jeszcze nie do końca poznany. Tym niemniej, na podstawie różnych kombinacji tych czynników zidentyfikowano poszczególne grupy wysokiego ryzyka, czyli populacje wymagające szczególnej troski, ponieważ samobójstwo zdarza się w nich częściej niż przeciętnie. Są to:

- młodzi mężczyźni (w wieku 15–49 lat, w tym nieletni 13–15 i młodociani 15–24 lat),
- osoby w podeszłym wieku, szczególnie mężczyźni,
- ludzie z plemion tubylczych (chodzi o rdzennych mieszkańców, takich, jak Indianie czy Aborygeni, *przyp. tłum.*),
- osoby z zaburzeniami psychicznymi,
- osoby nadużywające alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych,
- osoby po wcześniejszych próbach samobójczych,
- osoby przebywające w areszcie lub zakładzie karnym.

---

<sup>2</sup> World Health Organization. Figures and facts about suicide. Geneva 1999.

<sup>3</sup> Task Force on Suicide in Canada. Suicide in Canada. Minister of National Health and Welfare, Ottawa 1994.

## WIĘŹNIOWIE SĄ GRUPĄ WYSOKIEGO RYZYKA

Więźniów jako grupę charakteryzują wyższe wskaźniki samobójstw niż osoby będące ich odpowiednikiem w ogólnej populacji. W aresztach śledczych, w których osadzeni przed rozprawą przebywają krótko, wskaźnik samobójstw jest dziesięciokrotnie wyższy niż w społeczeństwie na wolności. W zakładach karnych, w których przebywają więźniowie skazani, wskaźnik samobójstw jest trzykrotnie wyższy niż w społeczeństwie poza murami. Poza tym, na każde samobójstwo dokonane przypada znacznie więcej prób samobójczych<sup>4</sup>.

Dowolna kombinacja następujących czynników może odpowiadać za wyższe wskaźniki samobójstw w środowisku więziennym:

- W aresztach i więzieniach przebywają osoby z grup o tradycyjnie najwyższym ryzyku samobójstwa, czyli np. młodzi mężczyźni, osoby z zaburzeniami psychicznymi, z marginesu społecznego, izolowane społecznie, nadużywające alkoholu i narkotyków, albo też osoby po wcześniejszych próbach samobójczych.
- Psychologiczny wpływ aresztowania i pozbawienia wolności lub codzienne stresy życia więziennego mogą przekraczać umiejętności radzenia sobie ze stresem w przypadku osób podatnych.
- Zakład karny może nie mieć formalnej polityki i procedur identyfikacji więźniów o skłonnościach samobójczych oraz postępowania w takich przypadkach.
- Jeśli nawet odpowiednia polityka i procedury istnieją, zapracowany lub niewyszkolony personel więzienia może nie dostrzec wczesnych sygnałów ostrzegających o możliwości samobójstwa.
- Środowisko więzienne może być izolowane od istniejących w społeczeństwie programów ochrony zdrowia psychicznego, co powoduje utrudnienie lub brak dostępu do profesjonalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym lub do metod leczenia.

## ZAPOBIEGANIE SAMOBÓJSTWOM W ŚRODOWISKU WIĘZIENNYM

W wielu aresztach śledczych i więzieniach wprowadzono szeroko zakrojone programy zapobiegania samobójstwom, a w niektó-

---

<sup>4</sup> B. Danto: The role of the forensic psychiatrist in Jail and prison suicide litigation. In: R. Rosner, R. B. Harmon: *Correctional psychiatry*, Plenum Press, 61–88, New York 1989

rych krajach przyjęto ogólnokrajowe standardy i wytyczne dotyczące zapobiegania samobójstwom w środowisku więziennym. Raporty na ten temat wskazują, że po wprowadzeniu wszechstronnych programów profilaktycznych można osiągnąć istotny spadek liczby samobójstw dokonanych i usiłowanych. Specyfika tych programów różni się wprawdzie w zależności od lokalnych możliwości oraz potrzeb więźniów, mają one jednak szereg wspólnych elementów i działań, na podstawie których można się zorientować, jakie są najlepsze sposoby postępowania w tym zakresie.

## **OPRACOWANIE PROFILI SAMOBÓJCÓW**

Pierwszym ważnym krokiem w kierunku ograniczenia liczby samobójstw wśród więźniów jest opracowanie profili samobójców, które mogą posłużyć do identyfikacji grup i sytuacji wysokiego ryzyka. Na przykład, badania wykazują, że przebywający w areszcie śledczym różnią się od skazanych pod względem pewnych podstawowych czynników ryzyka istotnych dla samobójstwa. W niektórych zakładach osoby z populacji reprezentowanych przez te profile są jednak przemieszane w tym samym więzieniu<sup>5</sup>.

### **Profil 1: Tymczasowo aresztowani przed procesem sądowym**

Tymczasowo aresztowani oczekujący na proces, którzy popełniają samobójstwo w areszcie policyjnym lub śledczym, są to zwykle młodzi mężczyźni (20–25 lat), nieżonaci, po raz pierwszy w konflikcie z prawem, aresztowani za drobne wykroczenia, zwykle związane z alkoholem lub narkotykami. Na ogół w momencie aresztowania są pod wpływem substancji odurzających i popełniają samobójstwo w ciągu pierwszych 24 godzin od zatrzymania, często w ciągu pierwszych paru godzin.

Drugi okres zwiększonego ryzyka ma miejsce wówczas, gdy tymczasowo aresztowany staje przed sądem, szczególnie wtedy, gdy może oczekiwać osądzenia winy i surowej kary.

---

<sup>5</sup> R.L. Bonner: Isolation, seclusion, and psychosocial vulnerability as risk factors for suicide behind bars. In: R.W. Maris, A.L. Berman, J.T. Maltzberger, R.I. Yufit: *Assessment and Prediction of Suicide*. The Guilford Press, 398–419, New York 1992.



## Profil 2: Skazani

W porównaniu z tymczasowo aresztowanymi, osoby popełniające samobójstwo w więzieniu są na ogół starsze (30–35 lat), skazane za przestępstwa z użyciem przemocy, a ponadto popełniają samobójstwo po dłuższym okresie pozbawienia wolności (często po czterech — pięciu latach). Samobójstwo może nastąpić po jakimś konflikcie na terenie zakładu karnego ze współwięźniami lub władzami więziennymi, po konflikcie rodzinnym lub zerwaniu z kimś bliskim, albo też po negatywnych postanowieniach sądu, takich, jak odrzucenie apelacji lub odmowa zwolnienia warunkowego.

Osadzenie w więzieniu może oznaczać utratę wolności, utratę wsparcia społecznego i ze strony rodziny, lęk przed nieznanym, lęk przed przemocą fizyczną i molestowaniem seksualnym, niepewność i obawę o przyszłość, wstyd i poczucie winy w związku z popełnionym przestępstwem, oraz lęk lub stres związany ze złymi warunkami środowiskowymi. Z upływem czasu uwięzienie przynosi dodatkowe stresy, takie jak konflikty w obrębie zakładu karnego, wiktyimizację, frustrację z powodów prawnych, oraz załamanie psychiczne i fizyczne.

### Czynniki ryzyka wspólne dla aresztów i więzień

Niezależnie od przedstawionych wyżej specyficznych profili, osadzeni w więzieniach — tymczasowo aresztowani i skazani o skłonnościach samobójczych mają wiele cech wspólnych. Na tej podstawie można podejmować właściwe działania profilaktyczne wobec osób o skłonnościach samobójczych.

#### *Czynniki sytuacyjne*

Zarówno w więzieniach, jak i w aresztach śledczych samobójstwo dokonywane jest najczęściej przez powieszenie, wówczas, gdy ofiara znajduje się w izolatce lub osobnej celi, oraz wtedy, gdy personel jest najmniej liczny, tzn. w nocy lub podczas weekendu.

#### *Czynniki psychospołeczne*

Słabe wsparcie społeczne i ze strony rodziny, wcześniejsze zachowania samobójcze (szczególnie w ciągu ostatniego roku lub dwóch lat), oraz obecność choroby psychicznej i problemów emo-

cyjonalnych w przeszłości często zdarzają się wśród więźniów-samobójców. Niezależnie od tego, jakie są słabe strony człowieka i jakie czynniki stresowe mogą na niego oddziaływać w poszczególnych przypadkach, wydaje się, że ostatecznie wspólną drogą prowadzącą więźnia do samobójstwa jest poczucie beznadziejności, zawężenie perspektyw na przyszłość oraz utrata możliwości poradzenia sobie. Samobójstwo zaczyna być spostrzegane jako jedyne wyjście z rozpaczliwej i beznadziejnej sytuacji. Należy przyjąć, że w przypadku osób mówiących o swoim poczuciu beznadziejności lub przyznających się do zamiarów czy planów samobójczych, ryzyko samobójstwa jest wysokie.

### **Kobiety**

Jeśli chodzi o samobójstwa zdarzające się w środowisku więziennym, najwięcej samobójstw popełniają mężczyźni (ponieważ stanowią oni przeważającą liczebnie grupę wśród osób pozbawionych wolności) — jednak ryzyko samobójstwa w przypadku kobiet-więźniarek jest również wysokie. Więźniarki podejmują próby samobójcze pięciokrotnie częściej niż będące ich odpowiednikiem kobiety na wolności<sup>6</sup>, oraz dwukrotnie częściej niż mężczyźni-więźniowie o analogicznych cechach. Wskaźniki poważnych zaburzeń psychicznych wśród kobiet więźniarek są również wysokie<sup>7</sup>. Nadal wprawdzie brakuje specyficznych profili ryzyka samobójstwa kobiet oczekujących w więzieniu na proces sądowy i kobiet skazanych, lecz działania profilaktyczne należy kierować do kobiet, które mają słabe wsparcie społeczne i ze strony rodziny, które już wcześniej podejmowały zachowania samobójcze, oraz kobiet, które w wywiadzie mają chorobę psychiczną i problemy emocjonalne.

### **Nieletni**

Doświadczenie pozbawienie wolności może być szczególnie trudne dla młodocianych przestępców rozłączonych z rodziną i przy-

---

<sup>6</sup> H.L. Holley, J. Arboleda-Florez, E. Love: Lifetime prevalence of prior suicide attempts in a remanded population and relationship to current mental illness. *International journal of offender therapy and comparative criminology* 1995, 39(3); 190–209.

<sup>7</sup> T. Fryers, T. Brugha, A. Grounds, D. Melzer: Severe mental illness in prisoners. *British medical journal* 1998, 317; 1025–1026.

jaciółmi. Młodocianych umieszczonych w zakładach karnych dla dorosłych należy uważać za szczególnie zagrożonych samobójstwem.

### Profile mogą się zmieniać z czasem

Profile są przydatne do identyfikacji grup potencjalnie wysokiego ryzyka, które mogą wymagać dalszych badań przesiewowych oraz interwencji. W miarę wdrażania skutecznych programów zapobiegania samobójstwom, profile wysokiego ryzyka mogą się z czasem zmieniać<sup>8, 9</sup>. Podobnie, specyficzne warunki lokalne mogą zmienić tradycyjny profil więźnia wysokiego ryzyka w poszczególnych placówkach penitencjarnych. Profile należy zatem traktować jako pomoc przy identyfikacji grup i sytuacji potencjalnie wysokiego ryzyka. Tam, gdzie to tylko możliwe, należy je udoskonalać tak, by uwzględniały warunki miejscowe, a także regularnie uaktualniać, aby uchwycić wszelkie zmiany, jakie się mogą pojawić.

## **BADANIE SELEKCYJNE OSÓB PRZYJMOWANYCH DO ZAKŁADU KARNEGO**

Po przeszkoleniu personelu zakładu karnego i zapoznaniu go z czynnikami ryzyka samobójstwa, następnym krokiem jest wdrożenie formalnego badania selekcyjnego nowo przyjętych więźniów pod kątem samobójstwa<sup>10</sup>. Ponieważ przypadki samobójstwa w aresztach śledczych mogą się zdarzyć w ciągu pierwszych paru godzin od aresztowania i zatrzymania, to badanie selekcyjne — aby było skuteczne — musi być przeprowadzone niemal natychmiast po przyjęciu. Najskuteczniejsze byłoby przebadanie każdego nowego tymczasowo aresztowanego czy skazanego po przyjęciu, oraz ponowne zbadanie go wówczas, gdy zmienią się jego prawne okoliczności lub warunki. W zakładach penitencjarnych o dużej fluktuacji i ograni-

---

<sup>8</sup> G.E. Winkler: Assessing and responding to suicidal jail inmates. *Community mental health journal* 1992, 28(4): 317–326.

<sup>9</sup> K.A. Farmer, A.R. Felthous, C.E. Holzer: Medically serious suicide attempts in a jail with a suicide-prevention program. *Journal of forensic sciences* 1996, 41(2): 240–246.

<sup>10</sup> G. Landsberg, J.F. Cox, D.W. McCarthy, M.P. Paravati: The New York State Model of Suicide Prevention and Crisis Intervention with local jails and police lockups. In: R. Rosner, R.B. Harmon: *Correctional psychiatry*, Plenum Press, 89–108. New York 1989.

czonych zasobach badanie selekcyjne pod kątem samobójstwa wszystkich przyjmowanych więźniów jest niemożliwe. Pragmatycznym rozwiązaniem byłoby zbadanie selekcyjne tych więźniów, którzy odpowiadają profilom wysokiego ryzyka oraz tych, którzy przejawiają zamiary samobójcze.

Jeśli zasoby na to pozwalają, badanie selekcyjne pod kątem samobójstwa mogą przeprowadzić zatrudnieni w danej placówce pracownicy służby zdrowia w ramach pobieżnego badania lekarskiego nowoprzybyłych. Gdyby takie badanie selekcyjne mieli przeprowadzać funkcjonariusze służby więziennej, powinni być oni odpowiednio przeszkoleni<sup>11</sup> i posługiwać się kwestionariuszem do oceny ryzyka samobójstwa<sup>12</sup>. Na przykład, w kontekście badania prowadzonego w środowisku więziennym, odpowiedzi twierdzące przy jednym lub dwóch z poniższych stwierdzeń mogłyby wskazywać na podwyższone ryzyko samobójstwa oraz potrzebę dalszej interwencji:

- Więzień jest odurzony, pod wpływem alkoholu lub narkotyków.
- Więzień okazuje niezwykle wysoki poziom wstydu, poczucia winy, oraz zmartwienia w związku z aresztowaniem i uwięzieniem.
- Więzień wyraża poczucie beznadziejności i lęk o przyszłość, lub ma objawy depresji, takie jak płacz, brak emocji, brak ekspresji werbalnej (nie odzywa się).
- Więzień przyznaje, że ma obecnie myśli samobójcze.
- Więzień był w przeszłości leczony z powodu zaburzeń psychicznych.
- Więzień cierpi obecnie na jakąś chorobę psychiczną albo zachowuje się w sposób niezwykle lub dziwaczny (na przykład ma trudności ze skupieniem uwagi, mówi do siebie, słyszy głosy).
- Więzień ma już za sobą jedną lub więcej prób samobójczych i/lub przyznaje, że samobójstwo jest obecnie rozwiązaniem możliwym do przyjęcia.
- Więzień przyznaje, że obecnie planuje popełnienie samobójstwa.

---

<sup>11</sup> G. Farrell, B. Mainprize: Update on suicide prevention training: Correctional Service of Canada. Communications and Corporate Development, Program and Information Analysis, Ottawa, Canada 1990.

<sup>12</sup> J. Arboleda-Florez, M.L. Holley: Development of a suicide screening instrument for use in a Remand Centre setting. *Canadian journal of psychiatry* 1998, 33: 595–598.

- Więzień podaje lub wygląda na to, że ma niewiele wewnętrznych i/lub zewnętrznych źródeł wsparcia.

Kwestionariusze do oceny ryzyka samobójstwa stanowią istotną część programu zapobiegania samobójstwom, z wielu powodów:

- Dostarczają funkcjonariuszowi przyjmującemu więźnia ustrukturyzowanych pytań dotyczących obszarów, które budzą niepokój i które należy uwzględnić.
- Jeśli na wstępne badanie selekcyjne jest mało czasu, stanowią one pomoc pamięciową dla zapracowanego personelu przyjmującego więźniów.
- Ułatwiają komunikowanie się funkcjonariuszy z różnymi miejscami w obrębie placówki.
- Stanowią dokumentację prawną świadczącą o tym, że więzień został poddany badaniu selekcyjnemu w celu oceny ryzyka samobójstwa przy przyjęciu do placówki i ponownie po zmianie warunków.

Nawet wtedy, gdy pobieżne badanie lekarskie przeprowadza personel służby zdrowia zatrudniony w danej placówce, z tych samych co wyżej powodów ważne jest, by ocenić ryzyko samobójstwa za pomocą ustrukturyzowanego kwestionariusza. Stwierdziwszy podwyższone ryzyko samobójstwa, należy to zapisać w dokumentacji danej osoby, tak, aby tę informację przekazać personelowi z innej zmiany, albo innej instytucji lub placówce. Przydatność takich kwestionariuszy nie ogranicza się do sytuacji przyjęć nowych więźniów; są one pomyślane jako odrębne, samodzielne narzędzia do oceny ryzyka samobójstwa. Można je stosować w dowolnym momencie okresu odbywania kary pozbawienia wolności, aby określić ryzyko samobójstwa i potrzebę dalszej interwencji przez różnych, odpowiednio przeszkolonych przedstawicieli służb więziennych.

## **OBSERWACJA PO PRZYJĘCIU DO ZAKŁADU KARNEGO**

Ponieważ wiele samobójstw w aresztach śledczych i zakładach karnych zdarza się w początkowym okresie pozbawienia wolności (w niektórych przypadkach — po wielu latach), nie wystarczy przebadać więźniów tylko w momencie przyjęcia, lecz należy powtarzać badanie regularnie co jakiś czas. Aby zapobieganie samobójstwom było skuteczne, konieczne jest prowadzenie ciągłej obserwacji. Funkcjonariuszy służby więziennej należy wyszkolić tak, aby za-

chowowali czujność przez cały okres kary pozbawienia wolności<sup>13</sup>. W tym celu funkcjonariusze służby więziennej powinni zwracać uwagę na możliwe sygnały skłonności samobójczych więźnia podczas takich czynności, jak:

- Rutynowe kontrole ze względów bezpieczeństwa — należy wówczas szukać oznak zamiarów samobójczych lub zaburzeń psychicznych (np. płacz, bezsenność, ospałość, skrajny niepokój lub krążenie po celi tam i z powrotem; nagłe zmiany nastroju, sposobu odżywiania się lub snu; pozbywanie się własności, np. rozdawanie innym rzeczy osobistych; utrata zainteresowania zwykłymi zajęciami czy kontaktami z ludźmi; odmowa przyjmowania leków lub domaganie się większej dawki leków).
- Rozmowy z więźniem w okresie tuż przed ogłoszeniem wyroku i po skazaniu lub w innych krytycznych momentach (jak np. śmierć kogoś z rodziny czy rozwód), aby rozpoznać jego poczucie beznadziejności lub zamiary samobójcze więźnia.
- Nadzorowanie odwiedzin przez rodzinę lub przyjaciół, aby zidentyfikować temat rozmów lub problemy ujawniane podczas takiej wizyty. Należy zachęcać członków rodzin, aby zawiadamiali funkcjonariuszy więziennych, jeśli obawiają się, że ich krewny przebywający w więzieniu być może chce popełnić samobójstwo.

### **POSTĘPOWANIE PO BADANIU SELEKCYJNYM**

Po badaniu selekcyjnym konieczne jest właściwe i adekwatne postępowanie. Należy ustalić sposób postępowania z określonymi procedurami i sprecyzować, kto odpowiada za przyjęcie do placówki penitencjarnej, oraz za ciągły nadzór i interwencję z zakresu zdrowia psychicznego (pomoc psychologiczno-psychiatryczną) w przypadku więźniów, u których rozpoznano wysokie ryzyko samobójstwa.

#### **Ciągła obserwacja (monitorowanie)**

Odpowiednie monitorowanie więźniów o skłonnościach samobójczych ma zasadnicze znaczenie, szczególnie podczas nocnej

---

<sup>13</sup> G. Landsberg: Issues in the prevention and detection of suicide potential in correctional facilities. In: R. Rosner: *Principles and practice of forensic psychiatry.*: Chapman and Hall, 393–397, New York 1994.

zmiany (kiedy jest najmniej strażników) oraz w placówkach, gdzie funkcjonariusze mogą nie być przydzieleni na stałe do nadzorowania określonego rewiru (np. w aresztach policyjnych). Stopień monitorowania powinien odpowiadać poziomowi zagrożenia samobójstwem. Więźniowie, którzy w ocenie funkcjonariuszy są skłonni do podjęcia aktywnych działań samobójczych, wymagają stałego dozoru. Więźniowie, którzy u funkcjonariuszy wzbudzili podejrzenie, że mają skłonności samobójcze, lecz nie przyznają się do aktywnych działań samobójczych, mogą wymagać regularnej obserwacji co 10–15 minut.

### **Interwencja społeczna**

Więźniowie wchodzą w środowisko więzienne z pewną indywidualną gotowością do samobójstwa. W połączeniu z kryzysem spowodowanym przez pozbawienie wolności oraz z bieżącymi stresami życia więziennego może ona doprowadzić do załamania psychicznego i społecznego, a w końcu do samobójstwa. Ryzyko samobójstwa wzrasta wskutek izolacji społecznej i fizycznej oraz braku dostępnych źródeł wsparcia. Istotnym elementem w zapobieganiu samobójstwom w środowisku więziennym jest zatem znacząca, sensowna interakcja społeczna.

Większość samobójstw w środowisku więziennym zdarza się wówczas, gdy więzień jest odosobniony — izolowany od funkcjonariuszy służby więziennej i współwięźniów. Umieszczenie więźnia w izolatce lub osobnej celi z przyczyn koniecznych może zatem zwiększyć ryzyko samobójstwa. Umieszczenie więźnia podejrzanego o skłonności samobójcze w wieloosobowej sypialni lub wspólnej celi może znacznie zmniejszyć ryzyko samobójstwa, szczególnie, jeśli współwięźniowie w celi są życzliwi. W niektórych placówkach wsparcie społeczne zapewnia się korzystając ze specjalnie przeszkolonych współwięźniów — „kumpli”. Wizyty rodziny mogą być nie tylko źródłem informacji o skłonnościach samobójczych więźnia, lecz można je także traktować jako dodatkowe wsparcie społeczne.

Trzeba jednak zauważyć, że źle zaplanowane czy niestarannie monitorowane interwencje społeczne mogą również nieść ze sobą pewne ryzyko. Na przykład, więźniowie o silnych skłonnościach samobójczych umieszczeni we wspólnej celi mają lepszy dostęp do narzędzi, za pomocą których można popełnić samobójstwo. Nieżyczliwi współwięźniowie mogą nie ostrzec strażników więzien-

nych, że w ich celi dokonano próby samobójczej. Nigdy nie wolno zatem uznać, że umieszczenie więźnia o skłonnościach samobójczych we wspólnej celi zastąpi uważną obserwację i wsparcie społeczne ze strony wyszkolonych funkcjonariuszy placówki penitencjarnej<sup>14</sup>.

### **Środowisko fizyczne i architektura**

Większość więźniów popełnia samobójstwo przez powieszenie, używając w tym celu czegoś z odzieży (np. skarpetek, bielizny, paska, sznurowadeł, koszuli), prześcieradeł lub ręczników. Za środowisko zabezpieczone przed samobójstwem można uważać celę lub sypialnię, w której wyeliminowano lub ograniczono do minimum punkty nadające się do zaczepienia pętli oraz niekontrolowany dostęp do materiałów niezbędnych do popełnienia samobójstwa.

Więźniowie skłonni do podjęcia aktywnych działań samobójczych mogą wymagać odzieży ochronnej lub pasów obezwładniających ograniczających swobodę ruchów. Ze względu na kontrowersyjny charakter pasów obezwładniających, jeśli mają być one użyte, muszą obowiązywać jasno określone sposoby postępowania i procedury. Niezbędne jest określenie sytuacji, w których użycie pasów obezwładniających jest właściwe lub niewłaściwe, określenie metod gwarantujących, że w pierwszej kolejności stosuje się środki najmniej restryktywne, zagadnień bezpieczeństwa, limitów czasowych do stosowania pasów obezwładniających, potrzeby monitorowania i nadzorowania więźnia przebywającego w pasach obezwładniających, oraz dostępu do profesjonalistów z dziedziny zdrowia psychicznego — psychiatrów, psychologów i specjalistów resocjalizacji.

Dzięki postępowi technicznemu w niektórych placówkach kamera zastąpiła bezpośrednią obserwację wzrokową przez strażników więziennych przy nadzorowaniu więźniów skłonnych do podjęcia aktywnych działań samobójczych. Martwe pola, których kamera nie obejmuje, oraz fakt, że operatorzy obsługujący kamery bywają zajęci, mogą jednak nadal prowadzić do problemów. Nadzór przy użyciu kamery powinien być zatem wspomagany przez regularną bezpośrednią obserwację wzrokową (np. co 10–15 minut).

---

<sup>14</sup> B.L. Danto: Suicide litigation as an agent of change in jail and prison: an initial report. *Behavioral sciences and the law* 1997, 15, 415–425.



## **Zdrowie psychiczne**

Kiedy w przypadku jakiegoś więźnia stwierdzi się wysokie ryzyko samobójstwa, może to być wskazaniem do dalszej diagnozy i leczenia przez profesjonalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym. W wielu zakładach penitencjarnych dostęp do takich profesjonalistów jest jednak skomplikowany ze względu na to, że zasoby tego typu na terenie placówek są ograniczone, zaś możliwości przeniesienia więźnia w razie potrzeby do placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej poza murami są niewielkie, o ile w ogóle istnieją.

Nie wydaje się prawdopodobne, aby zakłady karne kiedykolwiek dysponowały takimi kadrami, które umożliwiłyby zaspokojenie wszystkich potrzeb więźniów w zakresie ogólnej i psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Rozwój takiej specjalizacji nie jest też praktyczny i możliwy z punktu widzenia zakładów karnych, które odpowiadają przede wszystkim za dozór więzienny i kontrolę. Aby zatem w pełni zaspokoić potrzeby więźniów w zakresie ogólnej i psychiatrycznej opieki zdrowotnej, zakłady karne będą musiały zadbać o silne powiązania z cywilną służbą zdrowia. Oznacza to, że zakłady karne podległe wymiarowi sprawiedliwości, w powiązaniu ze służbą zdrowia i psychiatryczną opieką zdrowotną muszą stworzyć integralną całość służącą zapobieganiu samobójstwom w środowisku więziennym. W zależności od umiejscowienia, może to wymagać współdziałania wielu służb z różnych resortów oraz umów ze szpitalami ogólnymi, pogotowiem ratunkowym, placówkami psychiatrycznej opieki zdrowotnej, oraz programami z zakresu psychiatrii środowiskowej i leczenia uzależnień.

### **JEŚLI ZDARZY SIĘ PRÓBA SAMOBÓJCZA**

Jeśli zdarzy się próba samobójcza, funkcjonariusze służby więziennej muszą być dostatecznie dobrze wyszkoleni, aby umieli zabezpieczyć to miejsce i udzielić pierwszej pomocy więźniowi, czekając na przybycie pogotowia ratunkowego lub ratowników zatrudnionych w danym zakładzie karnym. Przeszkolenie funkcjonariuszy służby więziennej w zakresie udzielania pierwszej pomocy jest głównym elementem zapobiegania samobójstwom. Tak naprawdę, udzielenie pierwszej pomocy na miejscu przez funkcjonariuszy służby więziennej powinno być częścią formalnie zapisanej, standardowej procedury postępowania. Aby uniknąć zwłoki, skuteczne drogi komunikowania

się z personelem opieki zdrowotnej oraz procedury reagowania w nagłych wypadkach powinny być z góry zaplanowane, jeszcze zanim zdarzy się jakiś incydent. Sprzęt ratowniczy potrzebny do udzielenia pierwszej pomocy powinien być utrzymywany w stanie sprawności, sprawdzany rutynowo i dostępny w miejscu zdarzenia. Ćwiczenia dla nabrania wprawy zapewnią optymalny sposób działania funkcjonariuszy służby więziennej i personelu pogotowia ratunkowego<sup>15</sup>.

### Próby manipulacji

W niektórych sytuacjach więźniowie podejmujący próbę samobójstwa czy wykonujący gesty samobójcze będą spostrzegani jako manipulatorzy. Mogą wykorzystać swoją próbę samobójczą do uzyskania pewnej kontroli nad otoczeniem, np. po to, by znaleźć się w szpitalu lub w mniej restryktywnym środowisku<sup>16, 17</sup>. Możliwość upozorowania próby samobójczej w celu doprowadzenia do ucieczki albo też z jakiegoś innego niegodziwego powodu musi być zawsze brana pod uwagę przez funkcjonariuszy, którym zależy na bezpieczeństwie, szczególnie tych, którzy przebywają w warunkach obostrzonego rygoru. Mężczyźni-więźniowie o osobowości antyspołecznej lub socjopatycznej mogą być bardziej skłonni do prób manipulacji, ponieważ prawdopodobnie trudno im się przystosować do nadmiernie kontrolowanego, zbiorowego życia więziennego o surowej dyscyplinie. U kobiet-więźniarek powtarzające się samookaleczenia (takie, jak pokaleczenie się czy poparzenie) mogą być reakcją na stres spowodowany przez zamknięcie w więzieniu i subkulturę więzienną.

Kiedy funkcjonariusze służby więziennej uważają, że jakiś więzień będzie próbował kontrolować otoczenie lub manipulować nim za pomocą zachowań autodestruktywnych, wówczas skłonni są nie traktować serio jego próby samobójczej — aby nie poddać się manipulacji. Dzieje się tak szczególnie wtedy, gdy więzień ma za sobą pogwałcenie lub naruszenie regulaminu. Próby samobójcze, niezależnie od motywów dla których więzień je podejmuje, mogą jednak

---

<sup>15</sup> L.M Hayes. From chaos to calm: one jail system's struggle with suicide prevention. *Behavioral sciences and the law* 1997, 15: 399-413.

<sup>16</sup> C. Fulwiler, C. Forbes, S.L. Santagelo, M. Folstein: Selfmutilation and suicide attempt: distinguishing features in prisoners. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 1997, 25(1): 69-77.

<sup>17</sup> H.L. Holley, J. Arboleda-Florez: Hypernomia and selfdestructiveness in penal settings. *International journal of law and psychiatry* 1998, 22: 167-178.

doprowadzić do śmierci, nawet jeśli nie taki był jego pierwotny zamiar. Niezwracanie uwagi na zachowania autodestrukcyjne lub karanie za takie zachowania przez umieszczenie w oddzielnej celi może tylko pogorszyć sprawę, wymagając od więźnia podejmowania coraz większego ryzyka. A zatem, w przypadku więźniów zachowujących się demonstracyjnie, którzy mogą sobie zrobić krzywdę, programy obejmujące ścisły nadzór, wsparcie społeczne i dostęp do zasobów psychospołecznych mają równie duże znaczenie.

### **JEŚLI ZDARZY SIĘ SAMOBÓJSTWO DOKONANE**

Jeśli zdarzy się samobójstwo, muszą istnieć odpowiednie procedury umożliwiające sporządzenie oficjalnej dokumentacji i sprawozdania na temat takiego wypadku, a także udzielenie konstruktywnych informacji zwrotnych po to, by w przyszłości skuteczniej zapobiegać samobójstwom. Każdy taki wypadek należy omówić z funkcjonariuszami służby więziennej i personelem służby zdrowia, starając się:

- zrekonstruować zdarzenia prowadzące do samobójstwa;
- zidentyfikować czynniki, które mogły doprowadzić do zgonu więźnia, a które być może przeoczono lub niewłaściwie potraktowano;
- ocenić, czy prawidłowo udzielono pomocy;
- wyciągnąć wnioski co do sposobu postępowania na przyszłość, tak, by usprawnić działania profilaktyczne.

Poza tym, funkcjonariusze służby więziennej i inni pracownicy placówki, którzy doświadczyli samobójstwa więźnia znajdującego się pod ich nadzorem, mogą przeżywać różne emocje — od złości i urazy do poczucia winy i smutku. Dla takich osób może być korzystne bardziej szczegółowe omówienie wypadku albo też formalnie zorganizowana koleżeńska grupa wsparcia lub skorzystanie z poradnictwa psychologicznego.

Więzienie jest jednym z takich środowisk, w których mogą zdarzać się samobójstwa seryjne<sup>18</sup>. Badania nad samobójstwami seryjnymi wśród więźniów wskazują, że zwiększone ryzyko kolejnych samobójstw obejmuje okres czterech tygodni po pierwszym samo-

---

<sup>18</sup> P.W. O'Carroll, J.A. Mercy, J.A. Steward: Suicide contagion and the reporting of suicide: Recommendations from a national workshop. *Morbidity and mortality weekly report* 1988, 43 (No. RR-6), 1-9.

bójstwie i, jak się wydaje, maleje z czasem<sup>19</sup>. Personel więzienia powinien mieć świadomość, że taki okres podwyższonego ryzyka istnieje. Aby zmniejszyć ryzyko rozprzestrzeniania się zachowań samobójczych można stosować następujące strategie: zapewnienie opieki psychiatrycznej więźniom chorym psychicznie, przeniesienie lub leczenie osób szczególnie podatnych, oraz dbałość władz więziennych o to, by nie upowszechniać informacji, że w ich placówce zdarzyło się samobójstwo.

## **PODSUMOWANIE NAJLEPSZEGO SPOSOBU POSTĘPOWANIA**

Najlepszy sposób zapobiegania samobójstwom w środowisku aresztu śledczego i zakładu karnego polega na opracowaniu i dokumentacji wielostronnego planu zapobiegania samobójstwom, zawierającego następujące elementy:

- Program szkolenia (obejmujący kursy doskonalące, dla odświeżenia wiadomości) przeznaczony dla funkcjonariuszy służby więziennej. Program ten ma im pomóc w rozpoznawaniu więźniów o skłonnościach samobójczych oraz właściwym reagowaniu w sytuacji kryzysowej związanej z samobójstwem więźnia.
- Procedury systematycznego badania selekcyjnego więźniów w momencie przybycia do placówki penitencjarnej oraz przez cały okres ich pobytu, w celu zidentyfikowania osób z grupy wysokiego ryzyka.
- Mechanizm utrzymywania ciągłej komunikacji między funkcjonariuszami w sprawie więźniów z grupy wysokiego ryzyka.
- Procedury określające na piśmie minimum warunków, jakie muszą być spełnione w zakładzie, w którym przebywają więźniowie z grupy wysokiego ryzyka: zapewnienie wsparcia społecznego, wielokrotna rutynowa kontrola wzrokowa i ciągła obserwacja więźniów o silnych tendencjach samobójczych oraz właściwe użycie ograniczenia swobody ruchów.
- Rozwój wystarczających zasobów wewnętrznych zakładu karnego lub powiązań z placówkami psychiatrycznej opieki zdrowotnej poza murami, w celu zapewnienia dostępu do profes-

---

<sup>19</sup> B. Cox, K. Skegg. Contagious suicide in prisons and police cells. *Journal of epidemiology and community health* 1993, 47: 69–72.

jonalistów z dziedziny zdrowia psychicznego wówczas, gdy konieczna jest dalsza diagnostyka i leczenie.

- Kiedy zdarzy się samobójstwo, strategia omawiania takiego wypadku z personelem, aby znaleźć sposoby na to, jak ulepszyć wykrywanie tendencji samobójczych, monitorowanie takich więźniów i postępowanie z nimi w środowisku więziennym.

## Wykaz literatury w języku polskim

Binczycka-Anholcer M.: *Przemoc w zakładach karnych* [w:] B. Hołyst, S. Redo (red.): *Problemy więziennictwa u progu XXI wieku*, Warszawa-Wiedeń-Kalisz 1996, s. 290–296.

Hansen E.: *Samobójstwo osób pozbawionych wolności*, Instytut Problematyki Przeszłości, Warszawa 1979.

Hołyst B.: *Suicydologia*, Warszawa 2002, s. 624–633 oraz s. 985–996,.

Hołyst B., Staniaszek M. Binczycka-Anholcer M. (red.): *Samobójstwo*, Warszawa 2002.

Hołyst J., Krause K.: *Znaczenie sądowo-lekarskie zatrucić talem*, *Archiwum Medycyny Sądowej, Psychiatrii Sądowej i Kryminologii* 1956, t. XII, s. 20 i nast.

Jarosz M.: *Samobójstwo*, Warszawa 1997.

Kotlarczyk T.: *Usiłowania samobójcze tymczasowo aresztowanych i skazanych na karę pozbawienia wolności*, *Przegląd Penitencjarny i Kryminologiczny* 1987, nr 12–13 s. 40–68 oraz *Samobójstwa tymczasowo aresztowanych i skazanych*, *Przegląd Więziennictwa Polskiego* 1997, nr 16–17, s. 53 i nast.

Kopciuch M.: *Analiza przyczyn i uwarunkowań samobójstw dokonanych przez osoby pozbawione wolności w zakładach penitencjarnych w Polsce w latach 1995–1997*. Praca doktorska (promotor prof. dr hab. n. med. A. Florkowski), WAM, Łódź 2000.

Moczydłowski P.: *Zapobieganie samobójstwom osób pozbawionych wolności*, Warszawa 1993.

Pużyński S.: *Depresje*, Warszawa 1988.

Sikora J.: *Problemy resocjalizacji w świetle badań psychologicznych*, Warszawa 1978.

Waligóra B.: *Funkcjonowanie człowieka w warunkach izolacji więziennej*, Poznań 1974.

Wrona S.: *Samobójstwo tymczasowo aresztowanych i skazanych*, *Przegląd Więziennictwa Polskiego* 1967, nr 16–17, s. 47–67.