

**Biblioteka Policjanta Prewencji**

**Alina Majchrzak**

**UMIEJĘTNOŚĆ NEGOCJACJI  
W SŁUŻBIE PREWENCYJNEJ**

(materiał dydaktyczny)

Według stanu prawnego na czerwiec 2012 roku

SŁUPSK 2012

**Materiał opracowany w Zakładzie Prewencji i Ruchu Drogowego Szkoły  
Policji w Słupsku**

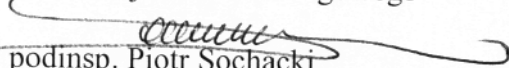
**Redakcja techniczna i językowa oraz korekta:** Grażyna Szot

**Projekt okładki:** Marcin Jedynak

**Druk:** Andrzej Block

Zatwierdzam i wprowadzam  
do użytku jako materiał dydaktyczny

p.o. KIEROWNIK  
Zakładu Prewencji i Ruchu Drogowego

  
podinsp. Piotr Sochacki

Wydawnictwo Szkoły Policji w Słupsku  
Słupsk 2012

## Spis treści

Wstęp .....	5
1. Statystyka 2010 .....	7
2. Przyczyny samobójstw .....	8
3. Analiza symptomów samobójczych .....	9
4. Profile osobowościowe osób manifestujących próbę samobójczą .....	11
5. Komunikacja interpersonalna .....	14
6. Wskazówki do przeprowadzania rozmów przed przybyciem negocjatora .....	16
7. Przykłady postępowania przed przybyciem negocjatora .....	18
Zakończenie .....	21
Bibliografia .....	22

Ta strona jest pusta

## Wstęp

Służba w pionie prewencji jest specyficzną służbą, w której funkcjonariusze mogą spotkać się z wszelkimi rodzajami zdarzeń, niebezpieczeństwami, a co się z tym wiąże, muszą stawiać im czoła. W związku z tym niezbędne jest posiadanie wiedzy z wielu dziedzin przez policjantów pracujących na pierwszej linii.

Samo słowo „prewencja” oznacza zapobieganie czemuś, zwłaszcza naruszeniu norm prawnych. Nigdy nie wiadomo, co spotka policjanta na miejscu zdarzenia, w jakiej interwencji będzie uczestniczył. Musi być zawsze przygotowany do działania. Jednego razu będzie musiał użyć siły fizycznej lub innych środków przymusu bezpośredniego, a kiedy indziej wczuć się w problem innej osoby i zrozumieć ją. Zawsze ocenia sytuację i podejmuje decyzje, które następnie determinują dalszy tok interwencji. Dlatego ważne jest podejmowanie szybkich i dobrych decyzji w pierwszej chwili, na miejscu zdarzenia. Wielokrotnie takie decyzje będą ratowały komuś życie lub zdrowie. Może się zdarzyć np., że ktoś będzie manifestował próbę samobójstwa lub będzie chciał je popełnić. Jeżeli policjanci zostaną wysłani na takie zdarzenie – będą musieli podjąć działania zmierzające do ratowania życia osoby.

W swojej pracy zawodowej jako negocjator policyjny wielokrotnie spotkałam się z osobami w kryzysie, negocjowałam. Zwracałam uwagę na to, jak ważne jest dobre przygotowanie policjantów, którzy jako pierwsi znajdą się na miejscu zdarzenia i którzy potwierdzają zaistnienie faktu manifestowanej próby samobójczej.

W niniejszym opracowaniu chcę przybliżyć czytelnikom choć jeden wycinek z ich ciężkiej pracy. Mianowicie postępowanie policjanta, który znajdzie się pierwszy na miejscu zdarzenia, gdy osoba manifestuje próbę samobójczą. Nie zaleca się w takiej sytuacji podejmowania negocjacji przed przybyciem negocjatora, lecz okoliczności zdarzenia często wymuszają na policjantach podjęcie działań zapobiegających próbie samobójczej właśnie poprzez rozpoczęcie rozmowy. Dlatego każdy policjant powinien posiadać podstawową wiedzę z zakresu negocjacji, którą postaram się przybliżyć.

W kolejnych rozdziałach przedstawiam m.in. dwie jednostki chorobowe (najważniejsze informacje o ich objawach) w celu uświadomienia policjantom, z kim mogą mieć styczność w codziennej służbie, jakich reakcji mogą się spodziewać i jak prawidłowo ocenić sytuację. Podaję także najważniejsze wskazówki dla policjantów, którzy są pierwsi na miejscu zdarzenia z osobą manifestującą próbę samobójczą. W publikacji znajdują się przykłady z praktyki, prezentujące udział i rolę policjantów przed przybyciem negocjatora.

Podkreślenia wymaga, że nie jest to poradnik dla negocjatora, tylko są to praktyczne wskazówki dla policjanta prewencji, który każdego dnia swojej służby może się z takim zdarzeniem spotkać.

Ta strona jest pusta

## 1. Statystyka 2010

Dopóki nie mamy z czymś do czynienia, może nam się wydawać, że problem nie istnieje. Chcąc uświadomić czytelnikom, jak często dochodzi do samobójstw w Polsce, przytoczę kilka ważnych danych statystycznych z r. 2010. Chcę, aby przez pryzmat tych wyników policjanci uświadomili sobie, jak często w swojej pracy mogą spotkać się z osobą, która podejmuje próbę samobójczą, i że nie ma to charakteru incydentalnego.

W r. 2010 do prób samobójczych na terenie Polski zakończonych zgonem doszło 3 063 razy, z czego w 2 642 przypadkach byli to mężczyźni, a w 421 kobiety. Liczby te są olbrzymie, co stanowi dowód na to, iż nie są to incydenty.

Do zdarzeń dochodzi w różnych miejscach, np. w 1 697 przypadkach osoby uciekały od życia w mieszkaniach, w 776 – w pomieszczeniach gospodarczych, w 502 – w piwnicach, a 315 razy – na obszarach leśnych i w parkach.

Sposoby popełnianych samobójstw są różne, np. 30 osób zatrulo się gazem, 19 zażyło truciznę, 164 – środki nasenne, 130 osób uszkodziło sobie układ krwionośny, 138 dokonało innych samouszkodzeń, 73 osoby rzuciły się z wysokości, inni powiesili się, zastrzelili.

Statystyki pokazują również źródła zamachów na swoje życie, jednak należy zauważyć, iż jeden zamach może mieć więcej niż jedną przyczynę, np. w 572 przypadkach była to choroba psychiczna, w 509 – nieporozumienia rodzinne, w 267 – warunki ekonomiczne, w 249 – zawód miłosny, w 238 – przewlekła choroba, w 73 – nagła utrata źródła utrzymania, w 64 – śmierć bliskiej osoby, w 43 – popełnienie przestępstwa lub wykroczenia, w 24 – problemy szkolne, w 18 – trwałe kalectwo, w 3 – niechciana ciąża.

Przedstawiona statystyka jednoznacznie wskazuje, że samobójstwa nie są rzadkie. Wielokrotnie osoby manifestują próbę samobójczą, a wtedy policjanci z pionu prewencji najczęściej są pierwsi na miejscu zdarzenia.

Liczba podejmowanych prób samobójczych rośnie i z tego względu wszyscy policjanci powinni być przygotowani, że w swojej pracy spotkają się z osobą manifestującą taką próbę. Należy jednak zastanowić się, dlaczego tak właśnie się dzieje. Przytaczam to z uwagi na fakt, iż aby móc rozwiązać problem, należy go najpierw poznać.

## 2. Przyczyny samobójstw

W literaturze istnieje wiele definicji samobójstw, jednak moim zdaniem autorem najpełniejszej jest Brunon Hołyst, według którego samobójstwo nie jest jedynie przypadkiem samounicestwienia się, lecz trwającym niekiedy całymi latami ciągiem wzajemnie ze sobą powiązanych myśli i czynów. Hołyst wyróżnia również rodzaje samobójstw, tj.: samobójstwo wyobrażone (myśl), upragnione (cel), usiłowane (próba samobójcza) i dokonane (udana próba samobójcza)<sup>1</sup>.

Z biegiem czasu w naszym kraju zmienia się system wartości, priorytety. Zmieniły się tempo i wymagania życia codziennego, a jak mówi jedna z koncepcji psychologicznych, przyczyną samobójstw jest kumulowanie się zachodzących na siebie czynników, takich jak: choroby psychiczne, stres wywołany niepowodzeniem życiowym, trudności dnia codziennego, błędna ocena własnych możliwości realizacji wybranych celów, samotność, kryzys wartości, niekorzystne relacje społeczne, a ostatnio także trudna sytuacja materialna. Policjanci temu właśnie będą musieli stawić czoło: rozpoznać problem i poradzić sobie z nim.

Stres jest naturalną reakcją na sytuację kryzysową. W psychologii stres to stan ogólnej mobilizacji organizmu jako odpowiedź na silny bodziec psychiczny bądź fizyczny. Stan ten wskazuje, że działanie w stresie nie jest złe, bo wtedy ukierunkowujemy się na działanie. Pod warunkiem, że potrafimy go opanować i się wewnątrznie zmobilizować.

Samobójstwa są zjawiskiem częstszym wśród osób samotnych, zwłaszcza owdowiałych. Nie ma reguły na to, w jakiej grupie zawodowej są osoby popełniające samobójstwa. Wysoki wskaźnik takich czynów mają zarówno grupy zawodowe lekarzy, jak i żołnierzy.

Osoby w kryzysie chcą pozbawić się życia z różnych powodów, lecz nie można uogólnić przyczyn dokonywania samobójstw. Można jedynie podzielić je na różne grupy. Każda osoba ma swój powód i do każdej osoby należy podejść indywidualnie. Przyczyną samobójstw są choroby, zwłaszcza te nieuleczalne. Brak środków finansowych na leczenie, brak perspektywy na wyzdrowienie, notoryczny ból, a co za tym idzie, chęć zakończenia cierpienia – to czynniki mające wpływ na decyzje samobójcze. Często jest to choroba psychiczna, np. schizofrenia paranoidalna, na którą cierpi około jednego procentu ludności. Osoby chore mają zaburzenia w sferze myślenia, spostrzegania, są nieprzystosowane do życia społecznego, rodzinnego i zawodowego, miewają halucynacje<sup>2</sup>. Bodźcem do podjęcia decyzji samobójczej są także nieporozumienia rodzinne. Osoby

---

<sup>1</sup> B. Hołyst, *Kryminologia*, Warszawa 2000.

<sup>2</sup> W dalszej części publikacji przedstawię wskazówki do rozmowy z osobą z takim zaburzeniem.



czują się samotne, opuszczone przez rodzinę, słabe i psychicznie nie radzą sobie z taką sytuacją. Niekiedy bywa, że młodzi ludzie przeżywają zawód miłosny, twierdzą, że bez utraconej osoby nie mogą żyć. To samo dotyczy się ludzi, którzy tracą kogoś bliskiego, nie radzą sobie z życiem w samotności. Złe warunki ekonomiczne i nagła utrata pracy są kolejnymi przyczynami niechęci do życia. Wysoki wskaźnik samobójstw zanotowano w kryzysie ekonomicznym. W obecnych czasach często przyczyną jest zagrożenie bytu materialnego, czyli poważne i długotrwałe trudności materialne, nagła strata dóbr materialnych, utrata pracy, zagrożenie pozycji zawodowej. Wielu policjantów podczas służby miało styczność z osobami, które podawały właśnie powyższe przyczyny podjęcia próby samobójczej.

Nigdy nie wiadomo, z kim policjant spotka się w codziennej służbie. Należy jednak pamiętać, że bez względu na to, jaka to będzie sytuacja i jaki problem będzie miała osoba, zawsze najpierw należy być człowiekiem i starać się zrozumieć jej sytuację i pomóc.

### **3. Analiza symptomów samobójczych**

Okazuje się, że:

- na 10 samobójców aż osiem wcześniej niedwuznacznie wspominało o swoich zamiarach,
- niektórzy w niedawnym czasie przeżyli poważną stratę,
- część osób sygnalizowała zamiar samobójczy zachowaniami niewerbalnymi,
- większość oscylowała między pragnieniem życia i śmierci, odślaniając swoje uczucia otoczeniu,
- w części incydentów samobójca był krańcowo nieszczęśliwy, ale nie chory,
- wiele osób przejawiało zainteresowanie problemami śmierci i umierania,
- osoby zagrożone przygotowywały się do śmierci, pisząc testament, porządkując swoje sprawy,
- w kryzysie zwiększało się spożycie alkoholu, narkotyków lub leków, zwłaszcza u osób niedojrzałych emocjonalnie i niedostosowanych społecznie,
- wzrastała tendencja do niepotrzebnego podejmowania ryzykownych działań,
- po kryzysie samobójczym następowała zaznaczająca się poprawa, nie oznaczająca końca ryzyka – w ciągu kolejnych trzech miesięcy ponownie poja-

wiały się chorobliwe zamiary; równie często jednak nieszczęśliwi ludzie tylko w pewnym okresie swojego życia odczuwają pragnienie zabicia siebie<sup>3</sup>.

Część osób podejmuje próbę samobójczą, stojąc na krawędzi dachu, filarze mostu lub rusztowania. Ma ona charakter samobójstwa rzekomego lub samobójstwa demonstratywnego. W pierwszym przypadku desperat nie wybiera śmierci w skutecznym akcie samobójczym, lecz stając „na krawędzi” – tylko dopuszcza taką możliwość. Akt ten jest rodzajem mechanizmu obronnego, formą wołania o pomoc, wyrazem bezsilności, chęcią zwrócenia na siebie uwagi, czasem protestem albo szantażem<sup>4</sup>.

W stosunkowo rzadkim samobójstwie demonstratywnym brak chęci umierania. Całą akcją osoba, najczęściej o niedojrzałej osobowości, starannie planuje i kontroluje. W praktyce rozróżnianie między „prawdziwymi” samobójcami a „manipulantami” lub „histerykami” może być niebezpieczne<sup>5</sup>.

Przed podjęciem rozmów z osobą chcącą odebrać sobie życie zawsze należy przeprowadzić wywiad o niej. Może to mieć duży wpływ na podjęcie określonej linii rozmowy z nią. Czasami udaje się wyjaśnić przyczynę podjęcia takiej próby. Rodzina, sąsiedzi często bagatelizują oczywiste symptomy samobójczej chorej osoby. Ale mając określoną wiedzę na ten temat, łatwiej będzie nam obrać kierunek rozmów i zapobiec jej w odebraniu sobie życia.

Jakie symptomy wskazują na to, że osoba chce popełnić samobójstwo, i co będzie policjantowi potrzebne, aby prawidłowo ocenić sytuację? „Znaczna część osób ujawnia swoje zamiary w różnej formie. Niektórzy czynią to wprost – mówiąc o niechęci do życia i zamiarze popełnienia samobójstwa. Inni ujawniają swoje zamiary poprzez podjęcie odpowiednich przygotowań, np. gromadzenie leków, zdobycie ostrego narzędzia, odpowiedniego sznura. Do oznak wskazujących na tendencje samobójcze należą pozornie abstrakcyjne rozważania o bezsensie życia, sposobach popełnienia samobójstwa, o problematyce śmierci (...). Osoby dokonujące samobójstwa są istotnie często samotne, niedostosowane do warunków środowiskowych, nie utrzymujące bliskich kontaktów z innymi lub pozostające z najbliższymi w kontakcie formalnym. Jeżeli mają rodziny, z którymi zamieszkują, to częstym zjawiskiem są poważne konflikty, sytuacje kryzysowe w małżeństwie i inne.”<sup>6</sup>

---

<sup>3</sup> T. Bielska *Zachowanie policjanta na miejscu incydentu z zakładnikami lub manifestowanej próby samobójczej*, Szczytno 2001.

<sup>4</sup> Tamże.

<sup>5</sup> Tamże.

<sup>6</sup> A. Bilikiewicz, *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, Warszawa 2001.

## 4. Profile osobowościowe osób manifestujących próbę samobójczą

Policjant nie jest psychiatrą czy też psychologiem, ale powinien poznać podstawowe symptomy chorób psychicznych. Służba w policji jest to codzienne obcowanie ze społeczeństwem, a umiejętność rozpoznania i dokonywania prawidłowej oceny sytuacji daje możliwość wdrożenia prawidłowego postępowania. Należy więc przed podjęciem działań uzyskać jak najwięcej informacji o osobie.

### Depresja

Grupą podwyższonego ryzyka próby samobójczej są chorzy na depresję. Potwierdzają to badania. Niepokojący jest fakt, iż pomimo coraz skuteczniejszych metod terapii wskaźnik samobójstw w tej grupie jest nadal wysoki.

„Samobójstwo chorego na depresję wydaje się stanowić wydarzenie, które w sposób oczywisty i zrozumiały dla znajdującego chorobowe przeżycia pacjenta wynika z faktu istnienia depresji. Takie przejawy depresyjnego obrazu myślenia, jak: pesymizm, negatywna ocena przyszłości, poczucie beznadziejności, winy, przekonanie istnienia sytuacji bez wyjścia, i niemożności uzyskania pomocy, wydają się stanowić dostateczny motyw do wyboru samobójstwa jako sposobu rozwiązania beznadziejnej sytuacji.”<sup>7</sup> W służbie prewencji policjanci spotykają się z osobami, które w taki sposób będą oceniać swoją sytuację. Nie wszyscy jednak chcą popełnić samobójstwo, czy też proszą o pomoc, manifestując jego próbę.

Każdego, kto spotyka się z chorymi na depresję, zastanawia fakt, że aczkolwiek przeważająca większość chorych zdradza niechęć do życia, to jedynie część z nich realizuje samobójstwo. Zdarza się, że zamach samobójczy pozostaje w sprzeczności z ujawnianymi przez chorego ocenami jego sytuacji i stwierdzanym przez lekarza małym nasileniem depresji. Przyczyny samobójstw chorych na depresję okazują się bardziej złożone, niż można sądzić na podstawie powierzchownej oceny<sup>8</sup>.

Wielokrotnie chciano wyodrębnić elementy, które powodują chęć pozbycia się życia. Przytoczę elementy zespołu depresyjnego, które wiążą się z silnie wyrażonymi tendencjami samobójczymi, są to:

- wysoki poziom lęku przejawiający się niepokojem psychoruchowym, podnieceniem ruchowym, idący w parze z zaburzeniami snu, niekiedy z całkowitą bezsennością,
- poczucie beznadziejności, sytuacji bez wyjścia, niemożności uzyskania pomocy ze strony najbliższych lub personelu leczącego, przekonanie o nieuleczalności, obecności ciężkich chorób, urojenia nihilistyczne,

---

<sup>7</sup> Tamże.

<sup>8</sup> Tamże.

- poczucie winy, przekonanie o dopuszczeniu się ciężkich grzechów, przestępstw, dążenie do poniesienia kary,
- nastrój dysfotyczny,
- dolegliwości typu bólowego i obecność przewlekłych chorób somatycznych,
- uporczywe zaburzenia snu<sup>9</sup>.

W swojej pracy zdarzało mi się spotykać z ludźmi, którzy manifestowali próbę samobójczą, podając jako przyczynę powyższe elementy, co dowodzi, że nie są to jedynie rozważania, lecz fakty i prawdziwe problemy ludzi chorych na depresję.

Depresja, pomimo że jest najczęstszą chorobą tego typu, nie jest jedyną, która się ujawnia w czasie manifestowanego samobójstwa. Następną jednostką chorobową jest schizofrenia.

### **Schizofrenia**

„Psychozy są chorobami psychicznymi w ścisłym znaczeniu, ze zmianami w sferze uczuć, autyzmem, zaburzeniami komunikacji międzyludzkiej, z zaburzeniami w sferze myślenia, spostrzegania, z brakiem krytycyzmu i nieprzystosowaniem do życia społecznego, rodzinnego i zawodowego, nieświadomymi sobie przez chorego.”<sup>10</sup>

Schizofrenia to grupa zaburzeń psychicznych klasyfikowana jako jedna z psychoz powstająca wewnątrz organizmu. Słowo „schizofrenia” z języka greckiego oznacza „rozszczenie umysłu”, co znaczy, że nie ma powiązań myśli, emocji oraz innych zachowań osoby. Chorzy z tym problemem zazwyczaj nie potrafią funkcjonować w społeczeństwie. Występują u nich próby samookaleczeń, a nawet samobójstwa. Zgodnie ze statystyką życie próbuje sobie odebrać co 10 osoba ze schizofrenią.

Przyjmując, że na tę chorobę cierpi około jednego procentu ludzkości, uważa się, iż w pracy policjanta można mieć do czynienia z osobą chorą na schizofrenię, manifestującą próbę samobójczą.

Schizofrenia ma wiele objawów. Jednym z nich jest autyzm, który polega na skupieniu się chorego na swoich wewnętrznych przeżyciach, co za tym idzie, izolacji od świata zewnętrznego. W ten sposób, nie dzieląc się swoimi przeżyciami z otoczeniem, żyjąc tylko swoją wyobraźnią, chory staje się dla otoczenia coraz bardziej niezrozumiały. Postawa izolacji sprawia, że otoczenie może się do tej osoby odnosić krytycznie, co rani chorego, powodując większe wycofanie się. „Autyzm jest więc zaburzeniem komunikacji międzyludzkiej.”<sup>11</sup>

Kolejną grupą objawów są zmiany w sferze uczuciowej. Polegają one na tym, że chory obojętnie wobec uczuć wyższych. Jest to konsekwencja izolacji od społeczeństwa. „Łączność afektywna z chorym bywa bardzo powierzchowna. Nie można się wczuć w jego przeżycia ani ich zrozumieć (...). Od chorego ema-

<sup>9</sup> Tamże.

<sup>10</sup> T. Bielska, *Zachowanie policjanta na miejscu incydentu...*, dz. cyt.

<sup>11</sup> A. Bilikiewicz, *Psychiatria...*, dz. cyt.

nuje chłód uczuciowy, obojętność. Czasem chory zdaje się przeżywać pewne uczucia i werbalizuje je, lecz w ich wewnętrznym przekazie jest pewna sztuczność, nieszczerłość, a niekiedy fałszywy patos. Płacz chorego nie wzrusza, a śmiech nie rozwesela. Na każdą próbę wdarcia się w treść jego przeżyć lub wciągnięcia go w jakieś konkretne działanie, względnie w kontakt ze światem zewnętrznym, reaguje on oporem, a nawet gniewną drażliwością.”<sup>12</sup> Przytoczony cytat wyraźnie daje wskazówki, jak nie należy rozmawiać z osobą chorą, i jakich zasad należy przestrzegać podczas pierwszego kontaktu.

Następnym objawem osiowym schizofrenii jest rozszczepienie osobowości. Zakłóceniu ulega współzycie jednostki ze środowiskiem, brak równowagi między czynnościami myślowymi a uczuciowymi. Zaznacza się to także w braku adekwatnych reakcji mimicznych i modulacji głosu. „Rozszczepienie może spowodować zaburzenie toku i treści myślenia, wyraża się to rozkojarzeniem myśli i trudnościami w konstruowaniu logicznych zmian, dobieraniu słów dla wyrażenia aktualnych przeżyć. Chorzy tworzą neologizmy, to jest nowe słowa będące czasem zlepkiem kilku innych słów potrzebnych im na określenie czasem niezrozumiałego działania, sytuacji lub przedmiotu. Powstają też dziwaczne sformułowania, np. zamiast »karmiłem zwierzęta domowe« chory mówi: czyniłem zwierzętonakarmialność domową.”<sup>13</sup>

Powyżej opisano zaburzenia wewnętrzne chorych. Istnieją także podstawowe widoczne symptomy schizofrenii – halucynacje i urojenia. **Halucynacje, omamy** są spostrzeżeniami, które powstają w psychice człowieka chorego mimo braku obiektywnie istniejącego przedmiotu. **Omamy** można podzielić według wszystkich naszych zmysłów:

- słuchowe – chory słyszy głosy, w tym ludzkie, dialogi, które nierzadko komentują jego zachowanie,
- wzrokowe – chory widzi obrazy, a nawet całe filmy pojawiające się przed oczami, widzi ludzi, zwierzęta, których nie ma,
- czuciowe – wrażenia z obrębu skóry dotyczące poczucia ruchu i lokalizacji w przestrzeni,
- smakowe – odczuwanie w jedzeniu smaków, których nie ma,
- węchowe – mogą być zapachami przyjemnymi lub nie, mogą łączyć się z urojeniami prześladowczymi lub towarzyszyć patologicznym stanom ekstazy.

**Urojenia** natomiast stanowią zaburzenia myślenia – fałszywe, niepodważalne dla osoby chorej dotyczące jego lub otoczenia, które nie mają odbicia w rzeczywistości. Mamy wiele form urojeń. Podstawowe to:

- urojenia prześladowcze, które polegają na przekonaniu wewnętrznym chorego, że jest obiektem działania otoczenia, które wpływa na jego niekorzyść, np. wciąga w działania przestępcze, nagrywa, podsłuchuje,

---

<sup>12</sup> Tamże.

<sup>13</sup> Tamże.

- urojenia wielkościowe, które polegają na przekonaniu o swojej wyższości, np. bycia przywódcą, a nawet Bogiem.

Powyższe objawy mogą powodować, że chory zachowuje się nieprzewidywalnie i emocjonalnie. Wcześniejszy wywiad o osobie może pomóc policjantom w określeniu prawidłowego kierunku rozmów przed przybyciem negocjatora.

## 5. Komunikacja interpersonalna

Ważną umiejętnością w naszej służbie jest proces prawidłowego komunikowania się z osobami, które np. znajdują się w sytuacji kryzysowej. Każdy gest, ruch, wyraz twarzy oraz słowa mogą być istotne dla osoby w kryzysie.

Na początku pracy wspomniałam, że policjant, który jest pierwszy na miejscu zdarzenia z osobą chcącą odebrać sobie życie, nie prowadzi negocjacji, ale odgrywa on ważną rolę, gdyż pierwsze chwile kontaktu mogą zdeterminować dalsze działania przybyłego negocjatora. Pierwsze słowa, zdania do człowieka, który nie chce żyć, są najważniejsze i mogą go uratować.

Należy pamiętać, że w sytuacji kryzysowej jest osoba powodująca zdarzenie, a policjanci są po to, aby jej pomóc. Funkcjonariusz mający do czynienia z osobą manifestującą próbę samobójczą podświadomie czuje się odpowiedzialny za jej życie, chce pomóc.

Aby wiedzieć, kim jest osoba w kryzysie, należy zebrać jak najwięcej informacji o niej, rozpytując rodzinę, sąsiadów i osoby będące na miejscu. To pozwoli ukierunkować policjanta oraz negocjatora na odpowiednie tory rozmowy.

W pierwszej fazie rozwiązywania incydentu policjant sam powinien opłacać swoje emocje. Nie może zacząć prowadzenia rozmowy, jeżeli sam jest roztrzęsiony. Rozmówca wyczuje wątpliwości policjanta, a to może źle wpłynąć na nawiązanie kontaktu. Na początku mogą pojawić się trudności z panowaniem nad sytuacją i kontrolowaniem zachowania sprawcy, ale jedynym czynnikiem, nad którym policjant ma absolutną kontrolę, są jego emocje. Jeżeli nie potrafi kontrolować samego siebie, nie będzie w stanie kontrolować sytuacji<sup>14</sup>.

Należy pamiętać również o własnym bezpieczeństwie. Nigdy do końca nie można być pewnym, z kim ma się do czynienia i co za chwilę może się wydarzyć, więc jeśli policjant podjął decyzję o nawiązaniu kontaktu, musi pamiętać o wybraniu miejsca, gdzie będzie bezpieczny, będzie dobrze słyszał oraz skąd będzie słyszany.

---

<sup>14</sup> T. Bielska, *Zachowanie policjanta na miejscu...*, dz. cyt.

Każdy policjant powinien mieć umiejętności interpersonalne. Poprzez wysłuchiwanie osoby, obserwowanie jej gestów i mimiki można wiele wyczytać oraz ocenić sytuację. Poprzez złe zrozumienie niektórych przekazów można źle ocenić sytuację. Należy pamiętać, że „obserwowanie zachowania rozmówcy jest dodatkowym źródłem cennych informacji, których nie uzyskamy z wypowiedzianych słów. Z reguły jest tak, że słowa zawierają głównie odniesienie do problemu (...), a zachowania niewerbalne odnoszą się do stosunku między rozmówcami”<sup>15</sup>.

Mamy wiele kategorii zachowań niewerbalnych, niektóre z nich to:

- wyraz twarzy (mimika) – może informować nas o stanie emocjonalnym i postawie rozmówcy,
- wpatrywanie się – cecha zainteresowania partnerem, może ułatwić rozmowę, jak również nawiązanie kontaktu,
- gesty – podkreślają istotne dla rozmówcy części wypowiedzi,
- postawa ciała – dzięki niej można zauważyć pozytywny lub negatywny stosunek do rozmówcy,
- zachowanie przestrzenne – odległość między rozmówcami jest niezwykle istotna w prowadzeniu rozmów z osobą manifestującą próbę samobójczą. Często zdarza się, że osoba nie pozwala zbliżyć się do siebie fizycznie. Należy to uszanować. Każdy ruch naprzód może źle wpłynąć na jej dalsze postępowanie,
- ton głosu, głośność mówienia, tempo, intonacja – świadczą o stanie emocjonalnym człowieka.

„Zachowania niewerbalne nie są jednoznaczne, np. uśmiech może być odczytywany jako drwina, szyderstwo lub jako wyraz sympatii, co może być źródłem nieporozumienia. Dlatego dla dobra intencji nadawcy ważna jest zgodność między zachowaniami werbalnymi a niewerbalnymi.”<sup>16</sup>

Jeżeli było konieczne podjęcie rozmów przez policjanta przybywającego jako pierwszy na miejsce manifestowania próby samobójczej, musi on wiedzieć, że najważniejszą cechą przekazu jest relacja wypowiedzianych treści do motywacji, które leżą u podstaw przystąpienia do rozmowy. Jeżeli przedstawiane argumenty trafiają do sedna motywacji rozmówcy, większa jest szansa na uzyskanie oczekiwanego skutku.

Istotą w prowadzeniu rozmowy jest poznanie podstaw zachowania rozmówcy. Im więcej będziemy wiedzieli o motywach próby samobójczej, tym łatwiej nam będzie ukierunkować rozmowę.

Przemyślenia i wybiórczości podlegają również same argumenty, jakie stosujemy.

Zachęcamy do rozmowy, budując pozytywną atmosferę. Należy pamiętać, aby unikać uczuć negatywnych, niechęci do rozmówcy, negocjowania tego, co my-

---

<sup>15</sup> J. Trepka-Starosta, A. Roszkowska, *Rola umiejętności interpersonalnych w negocjacjach sądowych*, Katowice 1999.

<sup>16</sup> Tamże.

śli, robi, stosowania gróźb, potępiania, straszenia. Należy wzmacniać uczucia będące pozytywnymi emocjami, co wprowadza w kolejny aspekt przekazu, tj. powtarzalności pewnych treści – szczególnie tych, które pozytywnie się kojarzą. „Musimy pamiętać o tym, że każdy człowiek dokonuje selekcji treści dopływających do niego na poziomie dostrzegania, zapamiętywania i interpretowania, dlatego nie bądźmy zdziwieni, że nie wszystko, co powiedzieliśmy, dotarło do naszych odbiorców. Nasz słuchacz wybiera treści, na które zwraca uwagę według swojej woli.”<sup>17</sup>

Przy podejściu do osoby ważne jest, że nie tylko zdolności prowadzenia rozmowy są najważniejsze. Istotną rzeczą jest również umiejętność aktywnego słuchania. Daje to do zrozumienia rozmówcy, że jest się zainteresowanym jego problemem. W trakcie aktywnego słuchania słuchacz przekazuje mówiącemu informacje zwrotne i upewnia się, czy właściwie zrozumiał jego słowa.

Aby być dobrym słuchaczem, należy pamiętać o:

- motywacji – jeżeli chce się dobrze słuchać, należy tego chcieć i uznać za ważne wszystko to, co mówi druga osoba,
- obiektywizmie – należy szanować to, co mówi druga osoba, nawet jeżeli się to nie podoba,
- cierpliwości – trzeba wysłuchać całości wypowiedzi, nawet jeżeli jest ona długa,
- otwartości – nie należy przerywać mówcy,
- wsparciu – to działanie, które stwarza atmosferę aprobaty i zrozumienia dla rozmówcy.

Opanowanie powyższych zasad, okazanie zrozumienia osoby, która nie chce żyć, wysłuchanie jej argumentów i okazanie chęci niesienia pomocy są najistotniejsze w rozmowach.

## **6. Wskazówki do przeprowadzania rozmów przed przybyciem negocjatora**

Nie ma algorytmu dla przeprowadzenia rozmowy z osobą manifestującą próbę samobójczą. Niniejsze opracowanie wskazuje tylko kilka przykładów osobowości, które z uwagi na stan swojego zdrowia psychicznego lub sytuację, w której się znalazły, nie chcą żyć. Należy jednak pamiętać, że ile jest osób w kryzysie, tyle jest algorytmów. Każdy jest jednostką indywidualną, ma swoje motywy popychające do czynów. Z tego też względu do każdego trzeba podejść

---

<sup>17</sup> Tamże.



indywidualnie. Niniejsze wskazówki są jedynie naprowadzeniem i uogólnieniem, ale warto z nich skorzystać.

**Uwaga! O wszystkich podejmowanych krokach, decyzjach zawsze informuje się dyżurnego jednostki.**

**Czynności prewencyjne.** Po uzyskaniu informacji, że np. człowiek stoi na krawędzi dachu budynku, należy niezwłocznie udać się na wskazane miejsce i potwierdzić ten fakt dyżurnemu, przekazując wszelkie uzyskane informacje. Przy potwierdzeniu manifestowanej próby samobójczej dyżurny jednostki uruchamia procedurę powołania zespołu negocjatorów. Rolą policjanta będącego pierwszym na miejscu zdarzenia do czasu przybycia zespołu negocjatorów jest zarządzanie incydem. Podejmuje on działania zmierzające do przywrócenia stanu poprzedniego. Należy pamiętać o zadbaniu o bezpieczeństwo swoje oraz innych uczestników incydemu, jeżeli tacy są.

Policjant musi wiedzieć, że nie wolno mu prowadzić negocjacji, gdyż nie jest negocjatorem, jednak czasami sytuacja wymusza podjęcie rozmów. Ich kierunek będzie uzależniony od uzyskanych informacji, np. czy jest to pierwsza próba, jaki jest stan zdrowia psychicznego, stan rodzinny oraz przyczyna.

Policjant musi upewnić się, na jaką odległość może podejść do sprawcy. Często sprawca sam ją określa, widząc zbliżającego się policjanta. Ten musi to uszanować. Każdy krok może skłonić sprawcę do skoku.

**Pierwszy wariant wskazówek** jest ukierunkowany na osobę w kryzysie, osamotnioną, przeżywającą problemy dnia codziennego, czyli kłopoty finansowe, utratę rodziny itp.

Nastawienie policjanta i rozpoczęcie rozmowy są kluczowe dla rozwiązania incydemu, więc pamiętać należy o spokojnym, delikatnym zachowaniu. Jeżeli pozwoli policjantowi na to sprawca, należy się przedstawić i ustalić formę zwracania się do siebie. Pozwolić trzeba, by to osoba mówiła, a policjant powinien jej wysłuchać. Nie wolno ponaglać, okazywać zniecierpliwienia, ale pokazać chęć udzielenia pomocy w danej sytuacji. Funkcjonariusz musi pamiętać, że nie jest psychologiem ani psychiatrą, więc nie może doradzać czy oceniać zachowania. Należy dać wyraz zrozumienia problemu, ale nie powinno się wyrażać współczucia, gdyż to może zranić odbiorcę. Trzeba zwracać uwagę na pozytywne aspekty.

Są to jedynie wskazówki do kierunkowania rozmowy, które można zastosować w wielu sytuacjach. Pamiętać należy, że po przybyciu negocjatora to on powinien przejąć rozmowę.

**Drugi wariant wskazówek** jest ukierunkowany na osobę chorą psychicznie. Jeżeli policjant z przeprowadzonego wywiadu ustali, że osoba jest chora np. na schizofrenię paranoidalną, powinien zastosować się do poniższych wskazówek.

Nie wolno się bać takiej osoby, ale traktować ją z szacunkiem. Często się zdarza, że są to osoby bardzo inteligentne, więc pocieszenie jej nie przyniesie pożądanego skutku. Zawsze należy ustalić zamiary sprawcy, czyli co chce zrobić, jaki chce osiągnąć cel. To pozwoli policjantowi określić stopień zagrożenia, biorąc pod uwagę warunki techniczne i sytuację, w której się znajduje (bliskość osób trzecich, duża wysokość itp.). Jak w każdej podobnej sytuacji pamiętać trzeba o aktywnym słuchaniu i powtarzaniu niektórych zdań (parafrazowanie). Jeżeli policjant ma do czynienia z osobą mającą halucynacje (omamy), nie wolno mu się z nimi utożsamiać (np. sprawca mówi, że widzi Boga. Policjant nie może powiedzieć, że też go widzi. To może wywołać negatywne skutki, policjant może się zagubić). Należy rozmawiać o jego myśli samobójczej i nie uciekać od tematu. Należy cały czas pamiętać, że ma się do czynienia z osobą chorą, i być przygotowanym na zmianę nastroju, emocji, które mogą przerodzić się w agresję, stąd należy pamiętać o dystansie sprawca – policjant.

Nie zawsze sprawca będzie chciał podjąć rozmowę, więc na siłę nie można przełamywać tego oporu. Pamiętać też trzeba, że negocjatorzy są w drodze na miejsce zdarzenia i dalsza część rozmowy będzie należała do nich.

Powyżej zostały przedstawione dwa modele postępowania z osobami, które manifestują próbę samobójczą. Mimo że jest wiele powodów, które pchają ludzi do tego czynu, zasady prowadzenia rozmów są podobne, z tego też powodu jako punkt odniesienia wystarczą trzy poniższe przykłady.

## **7. Przykłady postępowania przed przybyciem negocjatora**

1. Na początku 2006 r. dyżurny KMP Słupsk został powiadomiony o podpaleniu mieszkania na jednym z osiedli w Słupsku oraz że wewnątrz znajduje się sprawca tego podpalenia: mężczyzna, który trzymając noże w ręku, twierdzi, że popełni samobójstwo. Na miejsce został wysłany patrol Policji i funkcjonariusze potwierdzili ten fakt. Natychmiast zaalarmowana przybyła straż pożarna oraz karetka pogotowia ratunkowego.

Policjanci na bieżąco przekazywali informacje dyżurnemu jednostki, opisując całą sytuację: Pod blokiem, w którym znajdowało się przedmiotowe mieszkanie, leżały meble, ubrania oraz przedmioty gospodarstwa domowego. Na trzecim piętrze, na parapecie siedział mężczyzna z nożami w ręce. Po wejściu pod wskazany wcześniej adres, wyraźnie było czuć woń spalenizny, podłoga była zalana wodą. Z rozmów z mieszkańcami ustalili, że siedzący na parapecie mężczyzna podpalił swoje mieszkanie, powyrzucał meble przez okno i grozi,

że się zabije. Drzwi do mieszkania były zamknięte, na każdą próbę ich otwarcia mężczyzna krzyczał, że podetnie sobie gardło. Policjanci ustalili dane personalne sprawy. Okazał się nim 28-letni Marcin K.

Na podstawie tych relacji dyżurny rozpoczął procedurę powoływania zespołu negocjacyjnego. W oczekiwaniu na przybycie negocjatorów policjanci próbowali podjąć rozmowę ze sprawcą tego incydentu, chcąc na bieżąco ustalać, co dzieje się wewnątrz mieszkania i czy nie doszło do samobójstwa. Nie otwierali drzwi, czekając na negocjatorów.

Po około 30 minutach zespół przybył na miejsce. Policjanci przekazali wszelkie informacje negocjatorom, którzy mogli z tą wiedzą podjąć kontakt. Marcina K. udało się nakłonić do rozmowy najpierw przez zamknięte drzwi, później sprawca zgodził się je otworzyć, co znacznie ułatwiło kontrolowanie sytuacji. Mężczyzna usiadł około 5 m od drzwi na podłodze, trzymał przy gardle noże kuchenne, mówiąc, że chętnie porozmawia, ale to będzie jego ostatnia rozmowa. Mówił, że przez dłuższy czas przebywał w więzieniu jako więzień szczególnie niebezpieczny i wiele się tam nauczył. Po wyjściu z więzienia chciał uporządkować swoje życie, założył rodzinę, ale obecnie jego żona i teściowa utrudniają mu kontakt z synem. Życie straciło dla niego sens, nie może się dostosować.

Negocjacje trwały około dwóch godzin, zostały zakończone nakłonieniem mężczyzny do wyjścia z mieszkania, a następnie odwiezieniem go na oddział nerwic Szpitala Psychiatrycznego w Słupsku.

W trakcie całego zajścia policjanci byli obecni na miejscu zdarzenia, relacjonując dyżurnemu rozwój sytuacji. Byli gotowi do podjęcia natychmiastowych działań i bezpośrednio współpracowali z negocjatorami, co miało bardzo duży wpływ na przebieg zdarzenia.

2. W grudniu 2005 r. dyżurny KMP w Słupsku otrzymał informację, że na dziewiątym piętrze jednego z budynków w Słupsku za balustradą balkonu znajdującego się na klatce schodowej stoi mężczyzna z wyraźnym zamiarem skoczenia. Na miejsce został wysłany patrol Policji i funkcjonariusze po chwili potwierdzili ten fakt, po czym przekazali dyżurnemu jednostki informację, że na dziewiątym piętrze za barierką stał mężczyzna, który nie pozwolił im podejść do siebie, wyraźnie mówiąc, że będzie skakał, bo nie widzi sensu dalszego życia.

Na podstawie tych informacji dyżurny jednostki podjął decyzję o powołaniu zespołu negocjacyjnego. Do czasu jego przybycia policjanci ustalili dane personalne mężczyzny, którym okazał się Mieczysław O., lat 54. Z uwagi na to, że tego dnia temperatura powietrza spadła do 14 stopni poniżej zera, istniało zagrożenie, że mężczyzna przemarźnie, puści barierkę i spadnie. Dlatego policjanci przez cały czas utrzymywali kontakt słowny z mężczyzną, podnosząc go na duchu oraz próbując nakłonić go do zejścia.

Po około 30 minutach przybyli negocjatorzy. Policjanci przekazali im wszelkie istotne informacje, a ich kontakt z Mieczysławem O. znacznie ułatwił negocjatorom podjęcie dalszej rozmowy. Okazało się, że sprawca stracił mieszkanie, opuściła go rodzina. Był alkoholikiem. Przez większość negocjacji twierdził, że skoczy z balkonu. Po około godzinie rozmowy powiedział, że jest mu bardzo zimno. Przyjął zaproponowaną herbatę. Po około dwóch godzinach postanowił zejść z balkonu. Nie mógł tego uczynić sam z uwagi na przemarznięcie i zeszywniałe kończyny. Pomogli mu policjanci, którzy pierwsi nawiązali kontakt. Mężczyzna został odwieziony do Szpitala Psychiatrycznego w Słupsku.

I w tym przypadku dzięki dokładnemu rozpoznaniu i wrażliwości policjantów bardzo znacznie był ułatwiony kontakt z mężczyzną, co świadczy o tym, jak ważna jest znajomość tego zagadnienia przez każdego z policjantów.

3. W 2005 r. dyżurny jednego z komisariatów z terenu KMP Słupsk odebrał telefon od nieznanego mężczyzny, który powiedział, że wszedł na wieżę telekomunikacyjną (wskazał, gdzie ona się znajduje) i ma zamiar skoczyć. Na miejsce natychmiast został wysłany patrol Policji i funkcjonariusze przekazały dyżurnemu, iż znaleźli mężczyznę, który stał na wieży na wysokości piątego piętra, z rozłożonymi rękoma na bok i krzyczał, że może polecieć. Policjanci rozpoznali sprawcę. Okazał się nim dwudziestokilkuletni Daniel R. od wielu lat cierpiący na schizofrenię paranoidalną.

Wszelkie informacje przekazano dyżurnemu – został powołany zespół negocjacyjny. Jednocześnie skontaktowano się z rodziną Daniela R., która przekazała, że od kilku dni nie brał on leków na swoją chorobę, nie mogli go do tego skłonić, pił również alkohol. Policjanci na miejscu incydentu próbowali utrzymać stały kontakt ze sprawcą, jednak ten nie był chętny do rozmowy.

Przybyły po około 30 minutach zespół negocjatorów rozpoczął rozmowę, używając do tego telefonu komórkowego. Policjanci w tym czasie izolowali teren, gdyż zdarzeniem zainteresowało się kilkadziesiąt osób, co znacznie utrudniało negocjację. Mężczyzna mówił, że jest ptakiem i poleci wysoko w górę, a potem spadnie i się zabije. Negocjacje zakończyły się po czterech godzinach. Daniel R. zgodził się zejść. Nie mógł tego sam uczynić z powodu utrudnionego dostępu do drabiny. Na miejsce przybyli strażacy, którzy za pomocą lin pomogli mu zejść na ziemię, po czym przewieziono go do Szpitala Psychiatrycznego w Słupsku.

Również i w tej sytuacji dobre rozpoznanie, profesjonalizm policjantów przybyłych na miejsce zdarzenia pomogły w doprowadzeniu do pozytywnego zakończenia zdarzenia.

## **Zakończenie**

Celem niniejszej pracy jest ogólne przedstawienie problemu ludzi w kryzysie oraz zarys prawidłowego postępowania policjanta, który jako pierwszy przybywa na miejsce zdarzenia. Opanowanie całości tematu jest niezwykle trudne. Oprócz wiedzy teoretycznej należy posiadać wiedzę praktyczną oraz przede wszystkim – trzeba być człowiekiem. Rozmowa z osobą, która nie chce żyć, wiąże się z silnymi emocjami po dwóch stronach, a żeby je opanować, trzeba zrozumieć drugiego człowieka i być pewnym tego, co się robi. Negocjowanie to trudne zadanie, ale można się go nauczyć. Najważniejsze jest, żeby pamiętać, że najpierw jest się człowiekiem, a później policjantem.

## **Bibliografia**

Aronson E., *Człowiek istota społeczna*, Warszawa 2009.

Balawajder K., *Komunikacja konflikty negocjacje w organizacji*, Katowice 1998.

Bielska T., *Zachowanie policjanta na miejscu incydentu z zakładnikami lub manifestowanej próby samobójczej*, Szczytno 2001.

Bilikiewicz A., *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, Warszawa 2001.

Dana D., *Rozwiązywanie konfliktów*, Warszawa 1993.

Hołyst B., *Kryminologia*, Warszawa 2000.

Trepka-Starosta J., Roszkowska A., *Rola umiejętności interpersonalnych w negocjacjach sądowych*, Katowice 1999.