NIEBIESKA LINIA

DWUMIESIĘCZNIK POŚWIĘCONY PROBLEMATYCE PRZEMOCY 5/166/2026
ISSN 1507-2916



„Sprawczynie" – kobiety, które stosują przemoc domową

Joanna Szymyślik

Wtórna traumatyzacja pracowników socjalnych

Jak dbać o siebie, pomagając innym

Marcin Kozak

Przemoc domowa w kontekście migracji

Praca z osobą stosującą przemoc ze środowiska cudzoziemskiego

Michał Gluzek

PRACA Z OSOBAMI STOSUJĄCYMI PRZEMOC DOMOWĄ

5 Katarzyna Walczewska
Czy osoba stosująca przemoc może się zmienić?

19 Sebastian Pluta
ADHD a zachowania przemocowe. Co diagnoza i objawy ADHD zmieniają w pracy z osobą stosującą przemoc domową?

32 Michał Gluzek
Przemoc domowa w kontekście migracji. Praca z osobą stosującą przemoc ze środowiska cudzoziemskiego

50 Anna Wiechcińska-Szymańska, Wanda Paszkiewicz
Praca z osobami stosującymi przemoc – jak warto to robić? Doświadczenia Stowarzyszenia na Rzecz Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia"

62 Joanna Szymyślik
„Sprawczynie" – kobiety, które stosują przemoc domową

PRAWO POD LUPĄ

75 Małgorzata Sitarczyk, Ewelina Tracz
Zjawisko przemocy wobec kobiet w świetle opinii psychologiczno-sądowych

87 Malwina Bobrzyk
Jakie są moje prawa?

STOP PRZEMOCY WOBEC DZIECI

102 Rozmowa Katarzyny Miłkowskiej z Magdą Winiarską-Smoczyńską
„Dziecko uczy się przez obserwację" – o przemocy psychicznej wobec dzieci

113 Urszula Kubicka-Kraszyńska
Czy przemoc wobec dzieci to problem medyczny? O szczególnej roli pracowników ochrony zdrowia w profilaktyce przemocy wobec dzieci

Z GABINETU SPECJALISTY

126 Małgorzata Kardasz
DBT – czy to dobry nurt do pracy z przemocą domową?
Terapeutyczne rozważania po jubileuszowej Konferencji z okazji 10-lecia PTDBT

140 Marcin Kozak
Wtórna traumatyzacja pracowników socjalnych. Jak dbać o siebie, pomagając innym?

155 Paulina Pawlak
Wyuczona bezradność – dlaczego czasem przestajemy walczyć?

NEWSY

170 Katarzyna Miłkowska
Newsy z badań

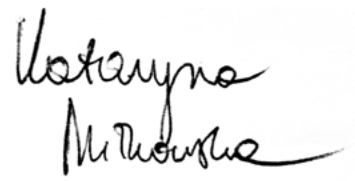
DROGIE CZYTELNICZKI I DRODZY CZYTELNICY,

Jesień to bardzo intensywny czas. Odbywa się w tym okresie wiele konferencji, spotkań, debat. Co więcej, od początku października do 19 listopada trwa ogólnopolska kampania Dzieciństwo Bez Przemocy. To już jej III edycja, a z każdą kolejną widać zarówno wzrost zaangażowania wszystkich jej twórców (choć tego nigdy nie brakowało), jak i odbiorców. W tym roku inauguracja Kampanii miała miejsce w Sejmie RP, w którym to wydarzeniu mogłam osobiście uczestniczyć. Bardzo się z tego cieszę, ponieważ bycie tam na żywo pozwoliło mi dodatkowo poczuć podniosłość całej akcji – dotknąć wiary w ogromny sens tego przedsięwzięcia i nadziei na lepsze, bezpieczniejsze dla dzieci jutro. A o takie niestety ciągle musimy walczyć… W tym roku Kampania skupia się przede wszystkim na przemocy psychicznej wobec najmłodszych. O sile jej rażenia znakomicie mówi Magda Winiarska-Smoczyńska, psycholożka i psychoterapeutka z Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę. Rozmowa z nią znajduje się na kolejnych stronach niniejszego wydania naszego Pisma.

Drugą akcją, o której warto w tym okresie pamiętać, jest 16 Dni Aktywizmu Przeciwko Przemocy ze względu na Płeć. To ogólnoświatowa kampania, która rusza 25 listopada, czyli w Międzynarodowy Dzień Przeciw Przemocy wobec Kobiet, a swój finał ma 10 grudnia – w Międzynarodowy Dzień Praw Człowieka. Kampania ta została zainicjowana w 1991 roku przez pierwszy Instytut Globalnego Przywództwa Kobiet (Women's Global Leadership Institute). Ich działania rozpoczęły się od petycji skierowanej do Światowej Konferencji Praw Człowieka ONZ, która miała miejsce 14-25 czerwca 1993 roku w Wiedniu. Działaczki wzywały Konferencję do kompleksowego zajęcia się prawami kobiet i uznania

przemocy ze względu na płeć za problem praw człowieka. W tym roku hasło kampanii brzmi: *UNITE to End Violence against Women and Girls: Ensure justice, protect survivors, end impunity* („Zjednoczmy się, by położyć kres przemocy wobec kobiet i dziewcząt: Zapewnić sprawiedliwość, chronić ocalałe, zakończyć bezkarność").

W obie te kampanie bez wątpienia warto się zaangażować i tym samym powiedzieć przemocy stanowcze NIE. My to robimy, co można na bieżąco śledzić w social mediach Niebieskiej Linii IPZ – zapraszam! ■



NIEBIESKA LINIA ISSN 1507-2916

Ukazuje się od 1998 roku
www.pismo.niebieskalinia.pl

Redakcja: 00-023 Warszawa, ul. Widok 24, II piętro, tel./faks: 22 824 25 01
Redaktor naczelna: Katarzyna Miłkowska
Sekretarz redakcji: Katarzyna Kulesza, pismo@niebieskalinia.pl

Wydawca: Instytut Psychologii Zdrowia Polskie Towarzystwo Psychologiczne
Redakcja: tel. 22 824 25 01 (wtorek i czwartek) Księgowość: 22 863 87 38 wew. 120
ul. Gęślarska 3, 02-412 Warszawa

Druk: LOTOS Poligrafia sp. z o.o. www.lotos-poligrafia.pl
Skład i łamanie: Anna Abratańska
Ilustracje w numerze: 123RF

Zadanie współfinansowane ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych na zlecenie Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.

RADA PROGRAMOWA:

Renata Durda, dr Dorota Dyjakon, prof. dr hab. Beata Gruszczyńska, dr Magdalena Grzyb, prof. dr hab. Ewa Jarosz, prof. Krzysztof Krajewski, prof. Anna Kwak, Jacek Lelonkiewicz, dr Michał Lewoc, prof. Ilona Michailovič, dr Marek Michalak, prof. Ewa Pisula, prof. dr hab. Monika Płatek – Przewodnicząca Rady, dr Monika Sajkowska, Krzysztof Sarzała, Zofia Sobolewska-Mellibruda, dr Grzegorz Wrona

„NIEBIESKA LINIA" dostępna jest w w wersji cyfrowej (pełne wydanie) i wersji drukowanej (skrócone wydanie).
Obydwie formy są dostępne nieodpłatnie. Posiadamy niektóre numery archiwalne.
Szczegółowe informacje na stronie internetowej dwumiesięcznika
INSTYTUT PSYCHOLOGII ZDROWIA, ul. Gęślarska 3, 02-412 Warszawa
Santander Bank Polska, O/Warszawa 32 1090 1056 0000 0001 0128 5123 z dopiskiem „Niebieska Linia"

Czy osoba stosująca przemoc może się zmienić?



W gabinecie terapeuty pomiędzy zdaniem pacjenta „zmienię się" a rzeczywistą zmianą jest proces. W kontakcie z osobami stosującymi przemoc i doznającymi przemocy zawsze podkreślam, że nie każda deklaracja poprawy jest początkiem zmiany, każde poczucie winy – odpowiedzialnością, abstynencja – zakończeniem przemocy, a rozpoczęcie terapii – gwarancją bezpieczeństwa.

KATARZYNA WALCZEWSKA

Już nigdy tego nie zrobię". „Zrozumiałem". „To się więcej nie powtórzy". „Zmienię się". „Pójdę na terapię". Takie słowa dość często pojawiają się po zachowaniu, w którym doszło do użycia przemocy. Towarzyszą im wtedy przeprosiny, żal, czasem płacz, obietnica rozpoczęcia terapii, zaprzestania picia alkoholu czy zmiany dotychczasowego sposobu życia. Dla osoby doświadczającej przemocy mogą oznaczać przede wszystkim nadzieję, że właśnie TYM razem, właśnie dziś wydarzyło się coś, co naprawdę oznacza początek zmiany na lepsze...

W pracy z osobami uwikłanymi w przemoc jedno z pytań powraca szczególnie często. Brzmi ono tak: „Czy osoba, która stosuje przemoc,

rzeczywiście może się zmienić?". Zawsze odpowiadam, że może, ale... Możliwość zmiany nie oznacza, że każda jej deklaracja jest początkiem rzeczywistego procesu. Przeprosiny, jak najbardziej szczerze wypowiedziane, nie są jeszcze zmianą. Poczucie winy nie jest tym samym co odpowiedzialność. A abstynencja wcale nie musi oznaczać zaprzestania zachowań przemocowych. Nawet samo rozpoczęcie terapii nigdy nie da gwarancji, że przemoc się nie powtórzy.

Dlatego ważniejsze od pytania: „czy osoba, która krzywdziła, może się zmienić?" wydaje się postawienie innego pytania: „po czym możemy rozpoznać, że zmiana rzeczywiście się rozpoczęła?". Przyjrzyjmy się temu problemowi.

POCZUCIE WINY TO NIE TO SAMO, CO PRZYJĘCIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

Poczucie winy może być bardzo ważnym momentem w procesie zmiany. Nie możemy jednak samego poczucia winy utożsamiać ze zmianą. Ważne jest, by podkreślić, że osoba stosująca przemoc może szczerze żałować swojego zachowania. Może ona doświadczać wstydu, lęku przed konsekwencjami, rozpadem związku. To wszystko może być prawdziwe, ale nadal nie musi oznaczać przyjęcia odpowiedzialności. Samo przeżywanie winy nie wystarcza. Ważne jest, czy prowadzi do zaprzestania przemocy i konkretnych działań naprawczych.

Poczucie winy, żal, wstyd, lęk koncentrują uwagę przede wszystkim na własnym przeżyciu: „źle się czuję z tym, co zrobiłem", „boję się, że ją stracę", „nie mogę sobie tego wybaczyć". Musimy je odróżnić od odpowiedzialności. Odpowiedzialność bowiem wymaga rozszerzenia

perspektywy także na drugiego człowieka: „to ja podjąłem takie działanie i moje zachowanie spowodowało określone konsekwencje dla drugiej osoby”. Bowiem o przyjęciu odpowiedzialności świadczą przede wszystkim działania wobec wyrządzonej krzywdy.

Osoba stosująca przemoc może bardzo intensywnie przeżywać poczucie winy, a jednocześnie oczekiwać, że jej cierpienie zostanie szybko zauważone i wynagrodzone: przebaczeniem, kolejną szansą, powrotem do związku czy wycofaniem podjętych kroków prawnych. Wtedy uwaga nadal pozostaje skoncentrowana przede wszystkim na jej potrzebach, a uczucia drugiej strony są zepchnięte na dalszy plan.

Przyjęcie odpowiedzialności oznacza gotowość do uznania, że osoba, która doświadczyła przemocy domowej, ma prawo nie wybaczyć, nie zaufać ponownie i nie chcieć kontynuować relacji. Jej decyzja wcale nie musi odpowiadać potrzebom osoby, która stosowała krzywdzące zachowania. Zdolność do przyjęcia tego faktu może być jednym z pierwszych ważnych sygnałów zmiany.

Odpowiedzialność nie brzmi tak: „przeprosiłem, teraz daj mi szansę”. Brzmi raczej tak: „rozumiem, że to, co zrobiłem, ma konsekwencje i nie ja będę decydować, kiedy i czy druga osoba ponownie poczuje się przy mnie bezpiecznie”.

„PRZECIEŻ NIC TAKIEGO SIĘ NIE STAŁO” – MINIMALIZOWANIE I USPRAWIEDLIWIANIE PRZEMOCY DOMOWEJ

Jedną z istotnych przeszkód w procesie zmiany jest minimalizowanie znaczenia własnych zachowań: „Tylko ją popchnąłem”. „Powiedzia-

łem kilka słów za dużo". „To była zwykła kłótnia". „Przecież jej nie uderzyłem". Takie sformułowania mogą sprawiać wrażenie przyznania się do określonego zachowania, ale jednocześnie pozwalają uniknąć skonfrontowania się z jego rzeczywistym znaczeniem.

Minimalizowanie nie dotyczy wyłącznie przemocy fizycznej. Szczególnie łatwo pomniejszane są zachowania, które nie pozostawiają widocznych obrażeń. Mam na myśli przede wszystkim: kontrolowanie telefonu, ograniczanie kontaktów z bliskimi, sprawdzanie miejsca pobytu, odbieranie dostępu do pieniędzy, poniżanie, wyśmiewanie, grożenie czy wzbudzanie strachu. Światowa Organizacja Zdrowia wskazuje zachowania kontrolujące i postawy usprawiedliwiające przemoc jako czynniki związane z przemocą partnerską (WHO, 2026). Dlatego jednym z ważnych elementów pracy z osobą stosującą przemoc domową jest uczenie się nazywania własnych zachowań bez ich łagodzenia. Chodzi przede wszystkim o przyjrzenie się konkretnym działaniom i dostrzeżenie w nich własnej odpowiedzialności. Trudno bowiem jest zmienić coś, czego się nie rozpoznaje.

W praktyce gabinetowej często potrzebne jest przejście od ogólnych określeń do faktów. Dlatego zamiast „pokłóciliśmy się" – pytam pacjenta, co dokładnie się wydarzyło? Czy pojawiły się groźby, ograniczanie swobody, niszczenie przedmiotów, strach lub podporządkowanie?

Podobny mechanizm pojawia się w usprawiedliwianiu: „nie powinienem był tego zrobić, ale sytuacja była wyjątkowa", „wiem, że przesadziłem, ale każdy ma jakąś granicę". W takim sposobie myślenia przemoc domowa jest przedstawiana jako niemal nieunik-

niona reakcja na okoliczności. W gabinecie staramy się to urealnić. Warto jednak pamiętać, że wyjaśnienie zachowania nie jest tym samym, co jego usprawiedliwienie. Możemy próbować zrozumieć historię człowieka, trudności w regulacji emocji czy utrwalone wzorce relacyjne, ale nie może to prowadzić do zdjęcia odpowiedzialności za konkretne zachowania. Złość jest emocją. Przemoc jest zachowaniem. A celem pracy terapeutycznej nie jest osiągnięcie stanu, w którym człowiek nigdy się nie złości, lecz umiejętność doświadczania silnych emocji bez naruszania bezpieczeństwa i granic innych osób.

„GDYBY MNIE NIE SPROWOKOWAŁA…" – PRZERZUCANIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

Kolejnym mechanizmem, który obserwuję u osób stosujących przemoc domową, jest lokowanie przyczyny własnego zachowania poza sobą. „Gdyby mnie nie sprowokowała, nic by się nie wydarzyło". „Byłem pod wpływem alkoholu". „Mam ogromny stres w pracy". „Gdyby mnie posłuchała, nie doszłoby do awantury". Po latach praktyki gabinetowej mogę stwierdzić, że dopóki osoba jest przekonana, że źródło jej zachowań przemocowych znajduje się przede wszystkim na zewnątrz, możliwość trwałej zmiany pozostaje ograniczona lub wręcz niemożliwa. Upraszczając myślenie osoby, która przerzuca odpowiedzialność na czynniki zewnętrzne, łatwo znaleźć wyjście z sytuacji. Jeśli przyczyna leży po stronie partnerki, rozwiązaniem staje się zakończenie relacji, zmiana partnerki. Jeśli winny jest stres – wystarczy poczekać, aż sytuacja się uspokoi. Jeżeli źródłem agresji jest alkohol

– wystarczy przestać pić. Tymczasem kluczowe pytanie do mojego pacjenta brzmi: „co robisz w sytuacji frustracji, konfliktu, zazdrości, odmowy czy poczucia utraty kontroli?”.

Przyjęcie odpowiedzialności wymaga uznania, że drugi człowiek może odmówić, zakończyć rozmowę, podjąć decyzję, której nie akceptujemy, a nawet odejść z relacji. Żadna z tych sytuacji nie odbiera nam odpowiedzialności za własne zachowanie.

Praca z osobami doświadczającymi przemocy i stosującymi przemoc powoduje, że zwracam szczególną uwagę na pojęcie „prowokacji”. Można poczuć się sprowokowanym, doświadczyć złości, frustracji czy upokorzenia. Nie oznacza to jednak, że druga osoba „sprowokowała przemoc” i ponosi za nią odpowiedzialność! Podobnie stres, kryzys finansowy czy trudna sytuacja rodzinna mogą zwiększać napięcie, ale są kontekstem, nie przedmiotem działania.

W terapii możemy zajmować się historią rodzinną, traumą, uzależnieniem czy kondycją psychiczną człowieka. Pooznanie kontekstu pomaga w rozumieniu mechanizmów zachowania, ale nadal nie zmienia odpowiedzi na pytanie, kto odpowiada za przemoc.

DLACZEGO ABSTYNENCJA LUB SAMO ROZPOCZĘCIE TERAPII NIE OZNACZAJĄ AUTOMATYCZNIE KOŃCA PRZEMOCY DOMOWEJ?

W przypadku współwystępowania przemocy domowej i problemowego używania alkoholu łatwo przyjąć prosty tok rozumowania: skoro do zachowań przemocowych dochodziło po spożyciu alkoholu, za-

przestanie picia powinno rozwiązać problem. Niestety nie jest to tak oczywiste. Zależność jest bardziej złożona.

Światowa Organizacja Zdrowia wymienia szkodliwe używanie alkoholu wśród czynników ryzyka związanych ze stosowaniem i doświadczaniem przemocy partnerskiej, obok m.in. doświadczeń przemocy w dzieciństwie, postaw usprawiedliwiających przemoc i zachowań kontrolujących (WHO, 2026). Oznacza to, że alkohol jest istotnym czynnikiem ryzyka, ale absolutnie nie wyjaśnia to całego zjawiska.

Osoba może przestać pić, a mimo to nadal kontrolować i manipulować partnerką lub partnerem, ograniczać kontakty, kontrolować wydatki, poniżać, zastraszać czy stosować szantaż emocjonalny. Abstynencja nie zmienia automatycznie sposobu budowania relacji. Dlatego przy współwystępowaniu uzależnienia od alkoholu i przemocy domowej, oba problemy wymagają rozpoznania i adekwatnej pracy terapeutycznej.

Podobną ostrożność warto zachować wobec samego faktu rozpoczęcia terapii. „Poszedłem na terapię" to może być ważnym komunikatem i początkiem procesu zmiany, ale nie jest jeszcze dowodem na zmianę. Motywacja do podjęcia terapii bywa różna: od autentycznej potrzeby zmiany po ultimatum bliskiej osoby, postępowanie sądowe czy strach przed innymi konsekwencjami. Motywacja zewnętrzna nie przekreśla pracy – może stać się jej początkiem – ale nie powinna być mylona z efektem.

Badania nad programami dla osób stosujących przemoc partnerską pokazują, że wzmacnianie motywacji może poprawiać frekwencję, zaangażowanie i utrzymanie w programie. Przegląd systematyczny

Pinto e Silva, Cunha i Caridade, obejmujący 15 badań, wskazał korzyści z włączania technik dialogu motywującego, szczególnie u osób o niskiej gotowości do zmiany. Autorzy jednocześnie podkreślają potrzebę dłuższych obserwacji, aby oceniać trwałość efektów (Pinto e Silva i in., 2023).

Dla mnie jako specjalisty szczególnie niepokojąca jest sytuacja, w której uczestnictwo w terapii zaczyna być argumentem wobec osoby doznającej przemocy domowej: „chodzę na terapię, więc powinnaś mi zaufać". Terapia może wtedy zostać włączona w dotychczasowy mechanizm nacisku. Warto podkreślić, że podjęcie terapii przez osobę stosującą zachowania przemocowe nie tworzy jednak po stronie osoby pokrzywdzonej obowiązku powrotu, przebaczenia ani rezygnacji z działań ochronnych.

CZEGO REALNIE MOŻNA OCZEKIWAĆ OD PRACY KOREKCYJNO-EDUKACYJNEJ I PSYCHOLOGICZNO-TERAPEUTYCZNEJ?

Bazując na moim doświadczeniu zawodowym, wiem, że praca z osobą stosującą przemoc domową nie powinna sprowadzać się wyłącznie do nauki „panowania nad złością". Przemoc nie zawsze jest efektem gwałtownego, niekontrolowanego afektu, obejmuje również utrwalone zachowania oparte na kontroli, przewadze i podporządkowaniu.

Polski standard programów korekcyjno-edukacyjnych wskazuje m.in. na zmianę przekonań dotyczących stosowania przemocy domowej, powstrzymanie dalszej przemocy, rozwijanie samokontroli i radzenia sobie z emocjami, zmniejszenie zachowań opartych na sile,

zwiększenie świadomości konsekwencji przemocy oraz poszerzanie repertuaru zachowań alternatywnych, opartych na poszanowaniu i partnerstwie (Rozporządzenie Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z 20 czerwca 2023 r.). Co to oznacza w praktyce? To praca nad rozpoznaniem wszystkich zachowań przemocowych, odpowiedzialnością, przekonaniami dotyczącymi relacji, władzy i kontroli, tolerowaniem odmowy, regulacją emocji oraz budowaniem innych sposobów reagowania w konflikcie.

Ważne jest tutaj także realistyczne spojrzenie na skuteczność oddziaływań. Badania nad programami dla osób stosujących przemoc partnerską niestety nie dają nam podstaw do prostego stwierdzenia, że ukończenie programu gwarantuje trwałe zaprzestanie przemocy. Wyniki badań są zróżnicowane, a ich interpretację utrudniają m.in. rezygnacje z programów, różnice między interwencjami i ograniczenia metodologiczne. Przeglądy wskazują też, że interwencje mogą przynosić korzyści, a ich skuteczność może zależeć od dopasowania oddziaływań, zaangażowania uczestnika i problemów współwystępujących (Karakurt i in., 2019; Pinto e Silva i in., 2023).

Dlatego należy podkreślić, że o zmianie nie powinno świadczyć wyłącznie ukończenie programu korekcyjno-edukacyjnego czy psychologiczno-terapeutycznego, liczba odbytych spotkań czy umiejętność posługiwania się językiem terapii. Zmiana musi być widoczna w zachowaniu. Co oznacza, że musimy widzieć ją w sposobie przeżywania konfliktu, respektowaniu odmowy, rezygnacji z kontroli, przyjmowaniu konsekwencji i pozostawieniu drugiemu człowiekowi prawa do własnych decyzji. I co ważne – zmiana musi utrzymywać się w czasie.

WSPIERANIE ZMIANY OSOBY STOSUJĄCEJ PRZEMOC A OCHRONA BEZPIECZEŃSTWA OSOBY POKRZYWDZONEJ

Praca z osobą stosującą przemoc opiera się na założeniu, że zmiana jest możliwa. Jednocześnie wiara specjalisty w możliwość zmiany nie może prowadzić do sytuacji, w której bezpieczeństwo osoby doznającej przemocy zostaje uzależnione od powodzenia tego procesu.

Jako specjaliści musimy pamiętać, że osoba pokrzywdzona nie jest uczestnikiem eksperymentu, którego celem jest sprawdzenie, czy druga osoba rzeczywiście się zmieniła. Nie ma ona żadnego obowiązku pozostawać w relacji, wracać do wspólnego mieszkania, podejmować rozmów czy rezygnować z działań ochronnych tylko dlatego, że osoba stosująca przemoc rozpoczęła terapię, program korekcyjno-edukacyjny albo przestała pić. Nie ma również obowiązku wybaczyć. Prawo osoby stosującej przemoc do profesjonalnej pomocy nie oznacza prawa do odzyskania relacji.

Sposób, w jaki osoba stosująca przemoc reaguje na granice osoby pokrzywdzonej, sam w sobie dostarcza ważnej informacji o procesie zmiany. Czy potrafi ona zaakceptować odmowę kontaktu? Czy respektuje decyzję o rozstaniu? Czy rozumie, że utracone zaufanie nie zostanie odbudowane dlatego, że odbyła kilka spotkań terapeutycznych? Czy też domaga się dostępu do drugiej osoby, argumentując, że „przecież się zmienia”?

Jeżeli zmiana ma być rzeczywista, musi obejmować zgodę na to, że konsekwencje wcześniejszej przemocy mogą być trwałe. Zwią-

zek może się zakończyć. Osoba pokrzywdzona może nie chcieć kontaktu, nawet jeśli osoba stosująca przemoc rzeczywiście wykonuje dużą pracę nad sobą. Przyjęcie tych konsekwencji bez odwetu, nacisku i obwiniania jest ważnym sprawdzianem odpowiedzialności za dotychczasowe zachowania i wkład w relację z drugą osobą. Z perspektywy specjalisty cel oddziaływań powinien pozostać jasny. Celem pracy z osobą stosującą przemoc nie jest uratowanie związku za wszelką cenę. Celem jest zatrzymanie przemocy i zmiana sposobu funkcjonowania człowieka.

ZMIANA JEST MOŻLIWA, ALE NIE MIERZYMY JEJ OBIETNICAMI

Zapytajmy więc ponownie: Czy osoba stosująca przemoc może się zmienić? Tak. Nie oznacza to jednak, że każda deklaracja poprawy jest początkiem zmiany, każde poczucie winy – odpowiedzialnością, abstynencja – zakończeniem przemocy, a rozpoczęcie terapii – gwarancją bezpieczeństwa.

Rzeczywista zmiana wymaga nazwania własnych zachowań bez minimalizowania, zaprzestania poszukiwania odpowiedzialności w partnerce lub partnerze, alkoholu, stresie czy sytuacji rodzinnej, pracy nad przekonaniami dotyczącymi kontroli i granic oraz uczenia się przeżywania złości, frustracji, zazdrości czy odrzucenia bez krzywdzenia drugiego człowieka. Wymaga również przyjęcia konsekwencji własnych działań. To ogrom pracy i mierzenie się z własnymi emocjami, a także zakończeniem pewnego etapu w życiu.

Dlatego w ocenie zmiany warto mniej uwagi poświęcać temu, co osoba obiecuje, a więcej temu, jak zachowuje się wtedy, kiedy nie dostaje tego, czego chce. Jak reaguje na „nie”? Jak przyjmuje granice? Co robi w konflikcie? Czy potrafi zrezygnować z kontroli? Czy szanuje decyzję drugiego człowieka również wtedy, gdy oznacza ona odejście? I czy konsekwentnie podąża za podjętą decyzją o zmianie zachowań? Przykładami zachowań, które mogą świadczyć o zmianie są: osoba respektuje odmowę bez nacisku, nie zastępuje przemocy fizycznej kontrolą, nie wymusza przebaczenia, reaguje bez odwetu. Warto mieć na uwadze także to, że pojedyncze pozytywne zachowanie i krótki okres spokoju nie dają jeszcze gwarancji bezpieczeństwa. Ważne jest także, by nie wyznaczać arbitralnego terminu „potwierdzenia zmiany”. Zmiana zachowania to proces, a czas jego trwania jest bardzo indywidualny.

Pomiędzy zdaniem „zmienię się” a rzeczywistą zmianą jest długa droga. Możemy ten proces wspierać, tworzyć warunki do zmiany, konfrontować, edukować i prowadzić terapię. Nie możemy jednak zmienić człowieka za niego ani oczekiwać od osoby pokrzywdzonej, że będzie czekała na rezultat. O zmianie świadczą zaprzestanie przemocy, rezygnacja z kontroli i respektowanie granic innych osób, utrzymywane w czasie. Przeprosiny i obietnice nie zastępują tych działań.

Osoba stosująca przemoc może się zmienić. Najważniejszym dowodem tej zmiany nie są jednak przeprosiny ani obietnice. Jest nim odpowiedzialność za swoje emocje, dążenia, bycie w relacji, która z czasem staje się widoczna w zachowaniu.■

Konsultacja merytoryczna: dr Agnieszka Olszewska-Dąbrowska

BIBLIOGRAFIA

Karakurt, G., Koç, E., Çetinsaya, E.E., Ayluçtarhan, Z., Bolen, S. (2019). Meta-analysis and systematic review for the treatment of perpetrators of intimate partner violence. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 105, 220–230.

Pinto e Silva, T., Cunha, O., Caridade, S. (2023). Motivational Interview Techniques and the Effectiveness of Intervention Programs With Perpetrators of Intimate Partner Violence: A Systematic Review. Trauma, Violence, & Abuse, 24(4), 2691–2710. DOI: 10.1177/15248380221111472.

Rozporządzenie Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 20 czerwca 2023 r. w sprawie programów korekcyjno-edukacyjnych dla osób stosujących przemoc domową, Dz.U. 2023 poz. 1163.

Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej – tekst jednolity z późn. zm.

World Health Organization (2025). RESPECT women: Preventing violence against women, second edition. Geneva: WHO.

World Health Organization (2026). Violence against women. Fact sheet.

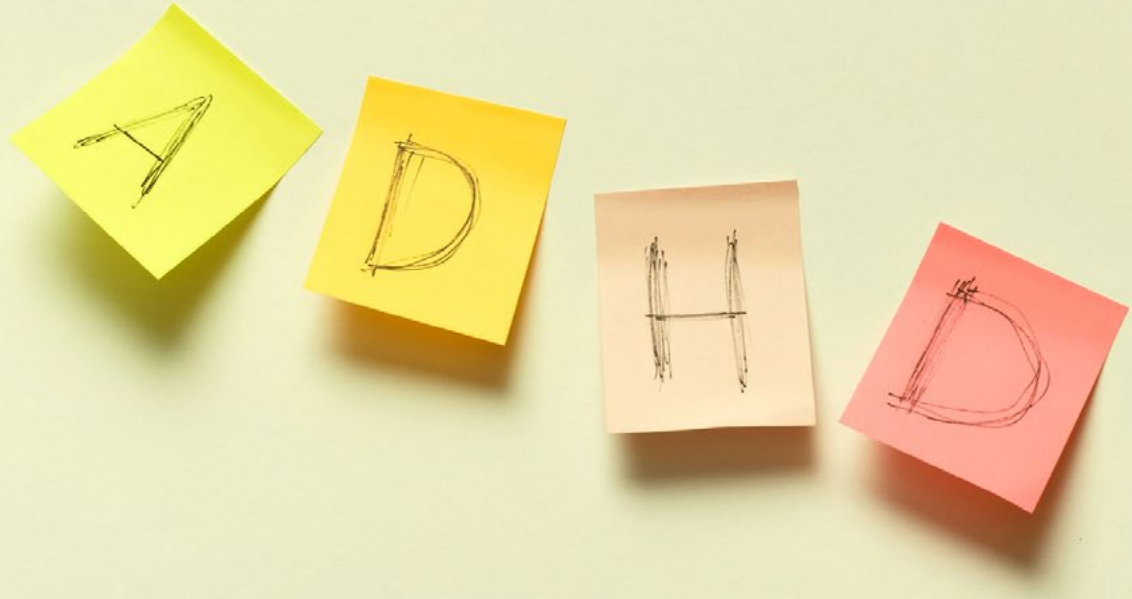


KATARZYNA WALCZEWSKA

– certyfikowana terapeutka i pedagog resocjalizacyjny, specjalista ds. przeciwdziałania przemocy, specjalista terapii uzależnień, biegły sądowy, Warszawa.

ADHD a zachowania przemocowe

Co diagnoza i objawy ADHD zmieniają w pracy z osobą stosującą przemoc domową?



ADHD nie przesądza o stosowaniu przemocy ani nie może stanowić usprawiedliwienia dla zachowań przemocowych. Z perspektywy praktyka istotne jest zatem nie to, czy osoba stosująca przemoc ma ADHD, ale przede wszystkim, w jaki sposób związane z tym zaburzeniem trudności uczestniczą u konkretnej osoby w sekwencji prowadzącej do przemocy. I czy standardowe oddziaływania ukierunkowane na zatrzymanie przemocy domowej wymagają dostosowania pracy do funkcjonowania osoby z ADHD.

SEBASTIAN PLUTA

Wiele osób mówi dziś o „modzie na ADHD", bo temat rzeczywiście stał się znacznie bardziej obecny w przestrzeni publicznej. Badania LaBianca i in. (2026) wskazują jednak, że wzrost liczby diagnoz można wiązać raczej ze zmianami w praktyce diagnostycznej i obejmowaniem rozpoznaniem szerszej grupy osób o zróżnicowanym nasileniu cech ADHD. Sposób, w jaki objawy ADHD przejawiają się u konkretnej osoby, może mieć znaczenie zarówno dla jej pracy nad sobą, jak i dla sposobu udzie-

lania specjalistycznego wsparcia. W kontekście przemocy domowej jest to szczególnie istotne.

ADHD wiąże się ze zwiększonym ryzykiem zarówno doświadczania, jak i stosowania przemocy, choć samo w sobie nie prowadzi do zachowań przemocowych. U części osób może jednak współuczestniczyć w mechanizmie eskalacji, zwłaszcza poprzez impulsywność, trudności z hamowaniem reakcji i regulacją emocji. W artykule skupiam się właśnie na tym obszarze.

CZYM WŁAŚCIWIE JEST ADHD?

ADHD jest zaburzeniem neurorozwojowym rozpoczynającym się w dzieciństwie, którego obraz i nasilenie mogą zmieniać się wraz z wiekiem. Ma złożone, wieloczynnikowe podłoże, obejmujące m.in. istotny komponent genetyczny oraz różnice w funkcjonowaniu procesów odpowiedzialnych za uwagę, hamowanie reakcji i regulowanie zachowania.

Podstawowy obraz ADHD obejmuje nieuwagę, nadpobudliwość oraz impulsywność. U części osób objawy słabną wraz z wiekiem, u innych utrzymują się lub zmieniają swoją postać. Nawet gdy pełne kryteria diagnostyczne nie są już spełniane, mogą nadal występować trudności wpływające na codzienne funkcjonowanie (van der Plas i in., 2026).

Z perspektywy niniejszego artykułu szczególne znaczenie ma regulacja emocji. Dysregulacja emocjonalna, niska tolerancja frustracji czy trudność w obniżaniu napięcia nie są odrębnymi kryteriami ADHD, ale mogą mieć istotne znaczenie kliniczne (Soler-Gutiérrez i in., 2023).

Dlatego warto rozróżnić diagnozę nozologiczną od funkcjonalnej. Pierwsza odpowiada na pytanie, czy osoba spełnia kryteria ADHD, druga – jak związane z tym zaburzeniem trudności wpływają na jej funkcjonowanie. W pracy z osobą stosującą przemoc kluczowe staje się pytanie: czy i w jaki sposób trudności związane z ADHD uczestniczą w sekwencji prowadzącej do eskalacji trudnych emocji i zachowań przemocowych? Diagnoza funkcjonalna może stanowić pomost między rozpoznaniem ADHD a planowaniem pracy nad zmianą zachowania.

CO MÓWIĄ NAM BADANIA? ADHD A ZACHOWANIA W ZWIĄZKU

Badania wskazują, że ADHD wiąże się ze zwiększonym ryzykiem zachowań przemocowych, ale zależność ta jest złożona i nie dotyczy każdej osoby z tym rozpoznaniem. Arrondo i in. (2023), analizując 14 badań obejmujących ponad 1,1 mln osób, wykazali większe prawdopodobieństwo zarówno doświadczania, jak i stosowania przemocy partnerskiej przez osoby z ADHD. Jednocześnie Buitelaar, Posthumus i Buitelaar (2020) podkreślają znaczenie zaburzeń współwystępujących, zwłaszcza zaburzeń zachowania i antyspołecznego zaburzenia osobowości. Znaczenie mogą mieć również impulsywność, nadpobudliwość oraz trudności ze skupieniem uwagi.

Wymbs i in. (2012) wykazali, że mężczyźni z ADHD rozpoznanym w dzieciństwie częściej stosowali agresję werbalną i przemoc wobec partnerek, szczególnie przy utrzymujących się problemach

z zachowaniem. McCauley i in. (2015) wskazali natomiast na większe ryzyko późniejszej przemocy w związku, zwłaszcza przy współwystępujących problemach związanych z używaniem substancji psychoaktywnych.

Szczególnie istotne z punktu widzenia praktyki są wyniki Buitelaar i in. (2021). U 209 osób stosujących przemoc partnerską i mających ADHD, podczas łączonego leczenia ADHD i oddziaływań przeciwprzemocowych zmniejszało się zarówno nasilenie objawów ADHD, jak i częstotliwość zachowań przemocowych. Nie oznacza to, że samo leczenie ADHD wystarcza do zatrzymania przemocy, ale może stanowić ważny element szerszego procesu zmiany zachowania.

ADHD U RODZICA A ZACHOWANIA WOBEC DZIECI

Podobne zależności obserwuje się w badaniach nad rodzicielstwem. Warto jednak zaznaczyć, że określenie *harsh parenting* nie jest tożsame z przemocą wobec dziecka, choć może opisywać sposób reagowania zwiększający ryzyko zachowań krzywdzących.

Park, Hudec i Johnston (2017), analizując 32 badania, wykazali związek większego nasilenia objawów ADHD u rodziców z częstszym surowym i niespójnym reagowaniem wobec dzieci oraz rzadszym stosowaniem pozytywnych praktyk wychowawczych. Mazursky-Horowitz i in. (2015) wskazali dodatkowo, że u matek z ADHD surowsze reagowanie na trudne emocje dzieci było związane m.in. z trudnościami w regulowaniu własnych emocji. Tung i in. (2015) wykazali związek objawów ADHD u rodziców z częstszym stosowaniem kar cielesnych,

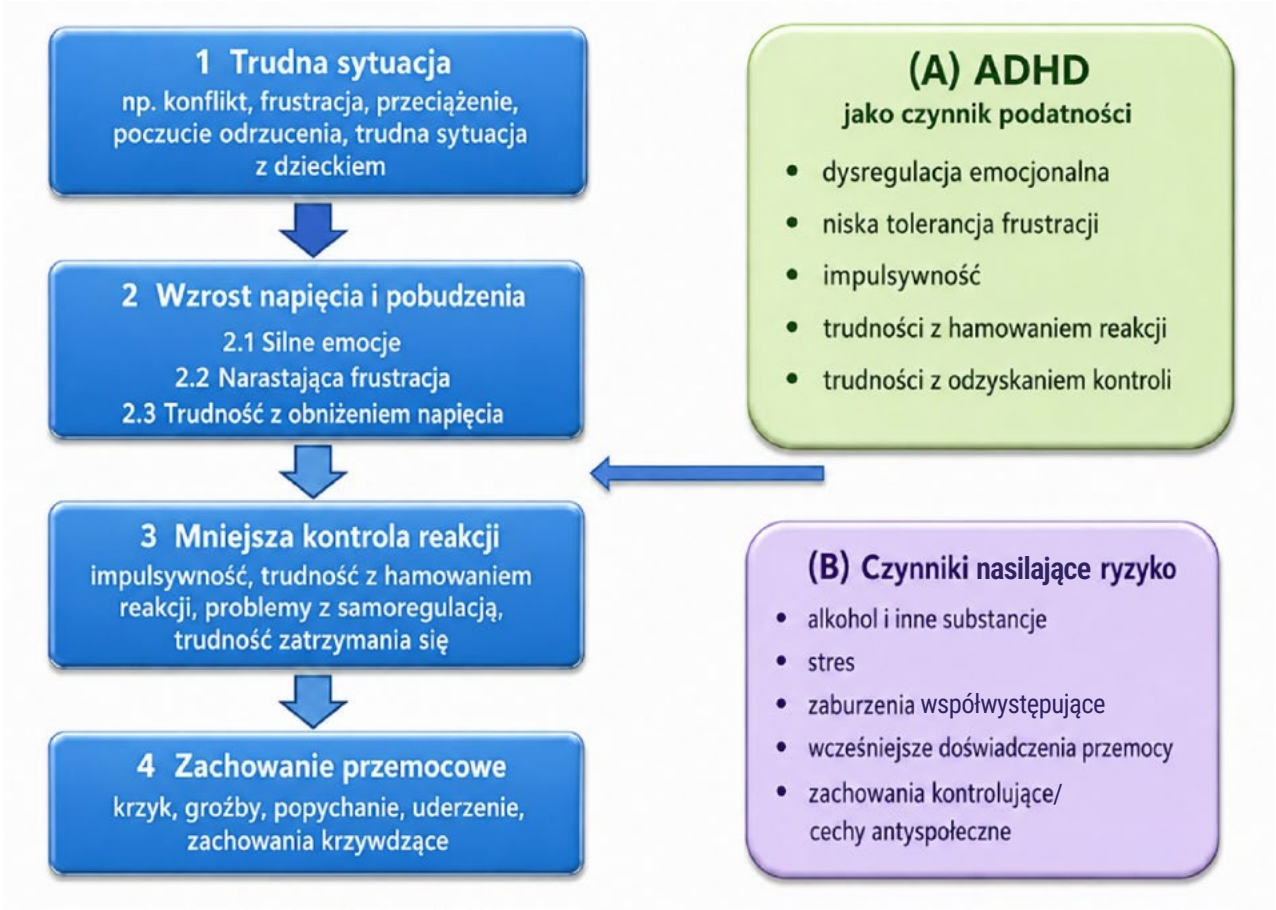
a Gul i Gurkan (2018) z większym ryzykiem przemocy emocjonalnej i zaniedbania emocjonalnego.

Znaczenie może mieć również rodzinne występowanie ADHD. Rodzic mający trudności z impulsywnością i regulacją emocji może wychowywać dziecko z podobnym profilem funkcjonowania, co może zwiększać liczbę sytuacji silnego napięcia. W polskim badaniu Błachno i in. (2006) rodzice z ADHD częściej stosowali kary fizyczne, a po treningu rodzicielskim 72% badanych deklarowało korzystanie z innych sposobów reagowania wobec dziecka.

Podsumowując, badania dotyczące przemocy partnerskiej i zachowań rodziców wobec dzieci wskazują, że ADHD nie usprawiedliwia przemocy i nie jest jej jedyną przyczyną, ale u części osób może być jednym z elementów mechanizmu prowadzącego do zachowań przemocowych. Znaczenie mogą mieć impulsywność, trudności z hamowaniem reakcji, dysregulacja emocjonalna czy używanie substancji psychoaktywnych, przy jednoczesnym uwzględnieniu innych czynników, takich jak zachowania kontrolujące, przekonania usprawiedliwiające przemoc czy cechy antyspołeczne.

CO Z TEGO WYNIKA DLA PRAKTYKI?

Samo rozpoznanie ADHD nie zmienia podstawowego celu pracy z osobą stosującą przemoc – nadal jest nim zatrzymanie zachowań przemocowych i rozwijanie niekrzywdzących sposobów reagowania. Diagnoza może jednak zmieniać sposób rozumienia mechanizmu prowadzącego do przemocy i tym samym sposób planowania pracy.



Ryc. 1. *Model koncepcyjny opracowany na podstawie dostępnych badań nad ADHD, samoregulacją i przemocą domową (opracowanie własne).*

Na podstawie przedstawionych badań proponuję wstępny model porządkujący elementy, które mogą mieć znaczenie w diagnozie funkcjonalnej osoby z ADHD stosującej przemoc domową:

1) Punktem wyjścia jest trudna sytuacja – konflikt, frustracja, przeciążenie, poczucie odrzucenia czy trudna sytuacja wychowawcza.

(A) Znaczenie może mieć sposób funkcjonowania związany z ADHD: impulsywność, trudności z hamowaniem reakcji, dysregulacja emocjonalna, niska tolerancja frustracji.

(B) Ryzyko mogą dodatkowo zwiększać m.in. alkohol i inne substancje psychoaktywne, stres, zaburzenia współwystępujące, wcześniejsze wzorce przemocy czy zachowania kontrolujące.

2) Trudna sytuacja prowadzi do wzrostu napięcia i pobudzenia.

3) Wraz z ich nasileniem coraz trudniejsze może być zatrzymanie reakcji i skorzystanie z nieprzemocowych sposobów rozwiązania konfliktu.

4) Końcowym elementem sekwencji może stać się zachowanie przemocowe.

Przemoc nie jest więc „objawem ADHD", ale u części osób może być efektem współdziałania sytuacji, indywidualnych trudności związanych z tym zaburzeniem oraz innych czynników ryzyka. ADHD nie powinno przesłaniać innych funkcji i przyczyn przemocy domowej, ale również nie powinno być pomijane wtedy, gdy realnie uczestniczy w mechanizmie eskalacji agresji oraz innych trudnych emocji.

JAK DOSTOSOWAĆ METODY PRACY DO OSOBY Z ADHD STOSUJĄCEJ PRZEMOC?

Uwzględnienie ADHD w pracy z osobą stosującą przemoc nie wymaga odrębnego programu, lecz dostosowania sposobu pracy do trudności konkretnej osoby. Jeśli pojawiają się cechy sugerujące ADHD, warto zachęcić do odpowiedniej diagnostyki. Zadaniem specjalisty prowadzącego oddziaływania nie musi być diagnozowanie ADHD, ale rozumienie, że sposób funkcjonowania konkretnej osoby może wpływać na przebieg pracy terapeutycznej.

Istotna jest wspólna analiza sytuacji poprzedzających zachowanie przemocowe: kiedy zaczyna narastać napięcie, jakie pojawiają się emocje i myśli, co zwiększa frustrację oraz w którym momencie nadal możliwe jest przerwanie eskalacji. W przypadku osób z ADHD szczególnie ważne może być nauczenie rozpoznawania tego momentu odpowiednio wcześnie. Nie wystarczy bowiem wiedzieć, że należy „się uspokoić" czy „wyjść z sytuacji", jeżeli próba zastosowania tej strategii następuje dopiero przy bardzo wysokim pobudzeniu.

Pomocne mogą być krótkie, jasno określone i wielokrotnie ćwiczone procedury: rozpoznanie sygnału ostrzegawczego, zatrzymanie rozmowy, oddalenie się od sytuacji, obniżenie pobudzenia i powrót do kontaktu po odzyskaniu kontroli. Warto także korzystać z zapisanych planów działania i prostych przypomnień, ponieważ jednorazowe omówienie strategii nie oznacza, że będzie ona dostępna w sytuacji silnego pobudzenia.

Istotnym elementem może być także leczenie ADHD. Nie zastępuje ono pracy nad przemocą domową, ale może również wspierać zdolność korzystania z prowadzonych oddziaływań. Buitelaar i in. (2021) wskazali, że podczas łączonego leczenia ADHD i pracy nad zachowaniami przemocowymi zmniejszało się zarówno nasilenie objawów ADHD, jak i częstotliwość występowania przemocy.

Warto uwzględnić odpowiednio dobraną farmakoterapię i oddziaływania psychologiczne. Widding-Havneraas i in. (2024), choć nie badali bezpośrednio przemocy domowej, wykazali zmniejszenie ryzyka niektórych zachowań związanych z przestępczością u leczonych farmakologicznie osób z ADHD. Z kolei metaanaliza Li i Zhang (2024) wskazuje na korzyści z łączenia CBT z farmakoterapią w redukcji ob-

jawów ADHD u dorosłych. Uzupełnieniem mogą być psychoedukacja, psychoterapia, wsparcie psychologiczne czy coaching ADHD. Jeżeli istotnym problemem jest gwałtowna eskalacja złości, elementem pracy może być również trening regulacji złości i zachowania, który nie powinien jednak zastępować właściwych oddziaływań dotyczących przemocy. Samo leczenie ADHD nie zastępuje pracy ukierunkowanej na zatrzymanie zachowań przemocowych.

Kluczowe jest więc równoległe oddziaływanie na mechanizmy związane z ADHD oraz mechanizmy odpowiedzialne za stosowanie przemocy domowej. Leczenie ADHD może wspierać samoregulację i hamowanie reakcji, ale nie zastępuje pracy nad odpowiedzialnością, przekonaniami usprawiedliwiającymi przemoc, zachowaniami kontrolującymi i nieprzemocowymi sposobami funkcjonowania w relacjach.

ADHD NIE MOŻE PRZESŁANIAĆ FUNKCJI PRZEMOCY

Równocześnie trzeba uważać, aby diagnoza ADHD nie stała się uniwersalnym wyjaśnieniem zachowań przemocowych. Nie każda przemoc osoby z ADHD wynika z impulsywności czy trudności z regulacją emocji. Jeżeli jest elementem trwałego wzorca kontroli, zastraszania, izolowania czy wymuszania podporządkowania, konieczna jest przede wszystkim praca nad funkcją przemocy, przekonaniami dotyczącymi kontroli i odpowiedzialnością za własne działania.

Dlatego w diagnozie funkcjonalnej warto postawić dwa pytania: jakie mechanizmy związane z ADHD mogą uczestniczyć w eskalacji oraz jaką funkcję pełni zachowanie przemocowe w konkretnej relacji?

Należy unikać dwóch skrajności: uznania, że ADHD „powoduje przemoc", oraz traktowania tego zaburzenia jako diagnozy całkowicie nieistotnej. Kluczowe jest ustalenie, czy impulsywność, dysregulacja emocjonalna lub trudności z hamowaniem reakcji stanowią część mechanizmu prowadzącego do stosowania przemocy domowej. Uwzględnienie tych trudności nie zmniejsza odpowiedzialności, ale pozwala precyzyjniej określić obszary pracy nad zmianą.

W praktyce oznacza to przejście od komunikatu „musisz się kontrolować" do pytania: „co musisz nauczyć się rozpoznawać i co robić odpowiednio wcześnie, aby nie dopuścić do kolejnego zachowania przemocowego?".

NIE TYLKO TRUDNOŚCI – ZASOBY, KTÓRE MOGĄ WSPIERAĆ ZMIANĘ

Na zakończenie warto pokazać również drugą stronę medalu. Koncentrując się na impulsywności, dysregulacji emocjonalnej czy trudnościach z hamowaniem reakcji, łatwo opisywać osoby z ADHD wyłącznie przez pryzmat deficytów. Tymczasem w praktyce warto poszukiwać także cech, które mogą wspierać proces zmiany.

U części dorosłych z ADHD obserwuje się nasilone ruminowanie i wielokrotne analizowanie własnych doświadczeń (Kandeğer i in., 2024). Odpowiednio ukierunkowana refleksja może pomagać w rozpoznawaniu własnych mechanizmów: „co zwiększa moje napięcie?", „w którym momencie mogłem się zatrzymać?", „co następnym razem mogę zrobić inaczej?". Znaczenie ma również rozpoznawanie indywidualnych zasobów osoby, a nie tylko jej trudności (Newark i in., 2016).

W praktyce klinicznej spotykam również osoby z ADHD, u których po zachowaniu przemocowym pojawia się poczucie winy lub wstyd. Poczucie winy odnoszące się do konkretnego zachowania – „zrobiłem coś krzywdzącego" – może wspierać odpowiedzialność i motywację do zmiany. Czym innym jest natomiast wstyd oparty na przekonaniu „jestem złym człowiekiem". Może on wówczas sprzyjać wycofaniu, zaprzeczaniu czy przerzucaniu odpowiedzialności na drugą osobę lub inne czynniki zewnętrzne.

Warto więc poszukiwać nie tylko czynników ryzyka, ale także indywidualnych zasobów możliwych do wykorzystania w procesie zmiany – autorefleksji, motywacji do naprawienia szkody czy gotowości do uczenia się nowych sposobów reagowania. Nie są to uniwersalne „zalety ADHD", lecz cechy, które u konkretnej osoby mogą wspierać pracę nad zatrzymaniem przemocy.■

BIBLIOGRAFIA

Arrondo G. i in. (2023). Attention-deficit/hyperactivity disorder as a risk factor for being involved in intimate partner violence and sexual violence: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine, 53*, 7883–7892.

Błachno M. i in. (2006). Karanie fizyczne dzieci z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej przez ich rodziców. *Psychiatria Polska, 40*, 43–55.

Buitelaar N.J.L., Posthumus J.A., Buitelaar J.K. (2020). ADHD in childhood and/or adulthood as a risk factor for domestic violence or intimate partner violence: A systematic review. *Journal of Attention Disorders, 24*, 1203–1214.

Buitelaar N.J.L. i in. (2021). The impact of ADHD treatment on intimate partner violence in a forensic psychiatry setting. *Journal of Attention Disorders, 25*, 1021–1031.

Gul H., Gurkan C.K. (2018). Child maltreatment and associated parental factors among children with ADHD: A comparative study. *Journal of Attention Disorders, 22*, 1278–1288.

Kandeğer A. i in. (2024). Excessive mind wandering, rumination, and mindfulness mediate the relationship between ADHD symptoms and anxiety and depression in adults with ADHD. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 31*, e2940.

LaBianca S. i in. (2026). Changes in genetic contributions to ASD and ADHD by year of diagnosis. *JAMA Psychiatry*.

Li Y., Zhang L. (2024). Efficacy of cognitive behavioral therapy combined with pharmacotherapy versus pharmacotherapy alone in adult ADHD: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Attention Disorders, 28*, 279–292.

Mazursky-Horowitz H. i in. (2015). Maternal emotion regulation mediates the association between adult attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and parenting. *Journal of Abnormal Child Psychology, 43*, 121–131.

McCauley H.L. i in. (2015). Psychiatric disorders prior to dating initiation and physical dating violence before age 21: Findings from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 50*, 1357–1365.

Newark P.E., Elsässer M., Stieglitz R.-D. (2016). Self-esteem, self-efficacy, and resources in adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders, 20*, 279–290.

Park J.L., Hudec K.L., Johnston C. (2017). Parental ADHD symptoms and parenting behaviors: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 56*, 25–39.

Soler-Gutiérrez A.M., Pérez-González J.C., Mayas J. (2023). Evidence of emotion dysregulation as a core symptom of adult ADHD: A systematic review. *PLOS ONE, 18*, e0280131.

Tung I. i in. (2015). Parenting behavior mediates the intergenerational association of parent and child offspring ADHD symptoms. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 44*, 787–799.

van der Plas N.E. i in. (2026). Systematic review and meta-analysis: Predictors of adult psychiatric outcomes of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 65*, 231–249.

Widding-Havneraas T. i in. (2024). Effect of pharmacological treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder on criminality. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 63*, 433–442.

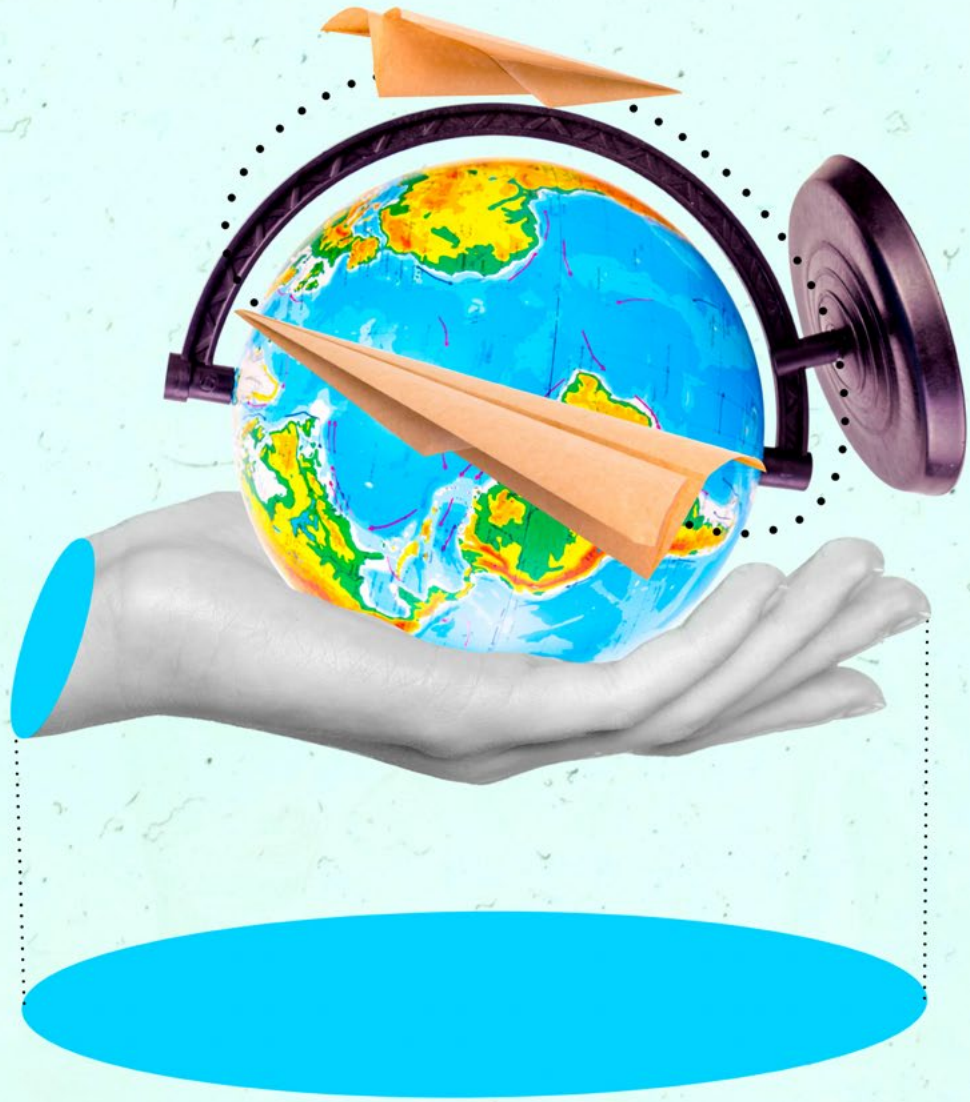
Wymbs B.T. i in. (2012). Risk of intimate partner violence among young adult males with childhood ADHD. *Journal of Attention Disorders, 16*, 373–383.

SEBASTIAN PLUTA

– psycholog, interwent kryzysowy, psychoterapeuta integracyjny w trakcie certyfikacji, certyfikowany terapeuta par (IPZ PTP), specjalista i certyfikowany superwizor przeciwdziałania przemocy IPZ PTP, Brzeg.

Przemoc domowa w kontekście migracji

Praca z osobą stosującą przemoc ze środowiska cudzoziemskiego



Migracja może zmieniać układ zasobów, ról i zależności. Może również tworzyć nowe narzędzia kontroli. Nie jest jednak samodzielnym wyjaśnieniem przemocy, a praca z osobą stosującą przemoc domową ze środowiska cudzoziemskiego nie powinna być rozumiana jako osobna kategoria pracy z „inną kulturą".

MICHAŁ GLUZEK

PRZEMOC NIE ZACZYNA SIĘ OD DEFINICJI

Przemoc domowa nie jest zjawiskiem właściwym określonym narodom, religiom czy grupom etnicznym. Występuje w różnych społeczeństwach i warstwach społecznych, a jej rozpoznawanie wymaga odejścia od pokusy prostego wiązania zachowań przemocowych z pochodzeniem sprawcy krzywdzenia. WHO opisuje przemoc ze strony partnera jako zachowania powodujące krzywdę fizyczną, seksualną lub psychiczną, obejmujące m.in. agresję fizyczną, przymus seksualny, nadużycia psychiczne i zachowania kontrolujące. Najnowsze szacunki wskazują zarazem, że doświadczenie przemocy partnerskiej i seksualnej pozostaje zjawiskiem globalnym, przy znacznym zróżnicowaniu ujawniania i rejestrowania przemocy pomiędzy regionami (WHO, 2025; WHO, 2026).

Dla praktyki istotne jest jednak coś więcej niż rozpowszechnienie zjawiska. Przemoc jest zawsze rozpoznawana przy pomocy języka dostępnego danej społeczności. To, co dla specjalisty funkcjonującego w polskim systemie przeciwdziałania przemocy domowej będzie oczywistym przykładem kontroli, przemocy ekonomicznej czy seksualnego przymusu, przez osobę pochodzącą z innego środowiska może być umieszczane w zupełnie innej kategorii znaczeniowej: odpowiedzialności męża, troski o rodzinę, autorytetu rodzica, obowiązku małżeńskiego czy ochrony reputacji rodziny.

Z tego powodu pytanie: „Czy stosuje pan przemoc?" ma ograniczoną wartość diagnostyczną. Nie tylko dlatego, że osoba może zaprzeczać albo minimalizować swoje zachowania. Możliwe jest również, że specjalista i klient odmiennie wyznaczają granice samego pojęcia przemocy. Człowiek może bez oporu przyznać, że sprawdza telefon partnerki, zabrania jej kontaktu z określonymi osobami, przejmuje wynagrodzenie albo wymaga zgody na opuszczenie domu, a jednocześnie szczerze utrzymywać, że nie stosuje przemocy. W takiej sytuacji przedmiotem profesjonalnej analizy nie powinna być wyłącznie deklarowana etykieta zachowania, lecz jego funkcja w relacji.

KULTURA JAKO KONTEKST ZNACZEŃ, A NIE GOTOWE WYJAŚNIENIE

Pojęcie kultury bywa w pracy z cudzoziemcami używane zbyt szeroko. Łatwo przejść od stwierdzenia, że określone normy rodzinne mają kulturowy kontekst, do przekonania, że zachowanie konkretnej osoby można wyjaśnić jej narodowością. Tymczasem kultura nie jest spój-

nym i jednorodnym zestawem reguł jednakowo obowiązujących wszystkich członków danej społeczności. W obrębie tego samego kraju, religii czy grupy językowej współistnieją odmienne modele ról płciowych, rodzicielstwa, seksualności, autonomii i sposobów rozwiązywania konfliktów. Różnice mogą przebiegać pomiędzy pokoleniami, klasami społecznymi, środowiskiem miejskim i wiejskim, stopniem religijności, poziomem wykształcenia czy indywidualnymi doświadczeniami rodzinnymi.

Dlatego w diagnozie nie jest szczególnie użyteczne pytanie, jak wygląda struktura rodziny w kulturze klienta. Bardziej trafne jest rozpoznanie tego, jak konkretny człowiek rozumie rolę partnera, małżonka, ojca, matki czy dziecka. Jeżeli klient mówi, że „mężczyzna powinien decydować o rodzinie", nie należy ani automatycznie uznać tej wypowiedzi za dowód przemocy, ani neutralizować jej jako elementu tradycji. Znaczenie diagnostyczne pojawia się dopiero wtedy, gdy specjalista ustali, co dzieje się w sytuacji sprzeciwu. Czy partnerka może odmówić? Czy może podjąć odmienną decyzję bez groźby sankcji? Czy brak podporządkowania uruchamia dialog, konflikt czy też izolowanie, groźby, odebranie pieniędzy, przemoc fizyczną albo wykorzystywanie dzieci?

Takie podejście pozwala ominąć dwa przeciwstawne błędy. Pierwszym jest etnocentryzm – traktowanie własnych norm jako jedynego oczywistego punktu odniesienia i interpretowanie odmienności jako deficytu. Drugim jest nadmierny relatywizm kulturowy, w którym obawa przed stereotypizacją prowadzi do obniżenia progu rozpoznawania przemocy. Wrażliwość kulturowa nie oznacza zawieszenia standardów dotyczących bezpieczeństwa i autonomii. Oznacza raczej zdol-

ność do rozumienia, z jakich znaczeń wyrasta zachowanie, przy jednoczesnym zachowaniu odpowiedzialności osoby za sposób, w jaki realizuje swoje przekonania.

RÓŻNE SPOSOBY IDENTYFIKOWANIA PRZEMOCY

To samo zachowanie może być odmiennie nazywane i społecznie oceniane. Dotyczy to zwłaszcza tych form przemocy, które nie pozostawiają bezpośrednich obrażeń. Przemoc fizyczna o dużym nasileniu bywa stosunkowo łatwo rozpoznawana jako przekroczenie, choć i tu istnieją różnice dotyczące kar cielesnych wobec dzieci. Znacznie większa rozbieżność pojawia się w obszarze przemocy psychicznej, ekonomicznej, seksualnej oraz zachowań kontrolujących.

Kontrolowanie telefonu partnerki może zostać opisane przez specjalistę jako naruszenie prywatności i element wzorca kontroli, podczas gdy osoba stosująca takie zachowanie może nazywać je troską, zazdrością będącą dowodem uczucia albo prawem wynikającym z małżeństwa. Ograniczanie kontaktów społecznych może zostać przedstawione jako ochrona rodziny przed niewłaściwym wpływem otoczenia. Przejmowanie wynagrodzenia partnerki może być racjonalizowane jako zarządzanie wspólnymi finansami. Wymuszanie kontaktu seksualnego może pozostawać nierozpoznane jako przemoc, jeżeli w indywidualnym systemie przekonań małżeństwo utożsamiane jest z trwałym uprawnieniem do współżycia.

Z tego powodu diagnoza międzykulturowa powinna możliwie szybko przechodzić od nazw do opisu zdarzeń. Zamiast pytać jedynie, czy klient „kontroluje”, warto rekonstruować, co dokładnie

robi, kiedy partnerka podejmuje decyzję bez jego wiedzy. Zamiast pytać wyłącznie o „groźby", warto ustalać, jakie komunikaty pojawiają się w sytuacji próby odejścia. Zamiast poprzestawać na pytaniu o „zgodę seksualną", trzeba analizować, w jaki sposób klient rozpoznaje odmowę i co robi wtedy, gdy druga osoba nie chce kontaktu seksualnego. Takie podejście ogranicza zależność diagnozy od tego, czy klient zna i akceptuje profesjonalne kategorie używane przez instytucje.

W pracy z osobą stosującą przemoc szczególnie ważne staje się więc nie pytanie: „Jak to nazywasz?", ale „Co dokładnie dzieje się w tej relacji i jaki skutek ma twoje zachowanie dla możliwości decydowania przez drugą osobę o sobie?".

KONTROLA PRZYMUSOWA – UŻYTECZNA PERSPEKTYWA W PRACY MIĘDZYKULTUROWEJ

Perspektywa kontroli przymusowej (*coercive control*), rozwijana między innymi przez Evana Starka, pozwala przesunąć punkt ciężkości z pojedynczego incydentu na wzorzec zachowań, którego funkcją jest ograniczanie autonomii drugiej osoby (Stark, 2007). Jest ona szczególnie użyteczna tam, gdzie przemoc fizyczna występuje rzadko albo wcale, natomiast codzienne funkcjonowanie partnerki jest systematycznie organizowane przez monitorowanie, izolowanie, zastraszanie, ograniczanie zasobów, podporządkowywanie decyzji czy nakładanie szczegółowych reguł zachowania. EIGE wskazuje na znaczenie takiego wzorca także w analizie przemocy psychicznej i kontroli w państwach Unii Europejskiej (EIGE, 2022).

W kontekście migracji perspektywa ta jest szczególnie cenna, ponieważ pokazuje, że narzędziem kontroli może stać się sama sytuacja migracyjna. Osoba lepiej znająca język, przepisy, instytucje i lokalne środowisko może posiadać przewagę, która sama w sobie nie jest przemocą, ale może zostać wykorzystana do zwiększania zależności partnera lub partnerki. Kontrola może wówczas obejmować przechowywanie dokumentów, ograniczanie dostępu do informacji, wprowadzanie w błąd co do konsekwencji prawnych rozstania, utrudnianie podjęcia pracy, blokowanie nauki języka, grożenie utratą prawa pobytu albo przekonywanie, że kontakt z instytucjami doprowadzi do odebrania dzieci.

Badania nad doświadczeniami kobiet migrantek wskazują, że ograniczona znajomość języka, niepewny status prawny, izolacja od sieci wsparcia czy zależność ekonomiczna mogą komplikować możliwość opuszczenia relacji przemocowej, nie oznacza to jednak większej „skłonności kulturowej" do przemocy (Menjívar i Salcido, 2002). Współczesne opracowania EIGE podobnie zwracają uwagę na nakładanie się różnych źródeł podatności oraz na bariery w dostępie do ochrony w warunkach migracji (EIGE, 2025).

Z punktu widzenia pracy z osobą stosującą przemoc ważne jest zatem nie tylko pytanie o agresję, lecz również o sposób zarządzania dostępem drugiej osoby do zasobów. Kto posiada dokumenty? Kto komunikuje się z urzędami? Kto zna hasła do kont, dysponuje pieniędzmi, decyduje o kontaktach z rodziną w kraju pochodzenia albo tłumaczy partnerce jej sytuację prawną? Informacja, język i orientacja instytucjonalna mogą stać się zasobami opiekuńczymi, ale mogą też być wykorzystywane jako narzędzia władzy.

MIGRACJA JAKO ZMIANA UKŁADU RÓL I ZALEŻNOŚCI

Migracja może głęboko zmieniać dotychczasowy układ rodzinny. Nie jest to prosty proces adaptacji do nowego kraju. Zmianie może ulec status zawodowy, pozycja ekonomiczna, sieć wsparcia, sposób sprawowania rodzicielstwa i dostęp do instytucji. Osoba zajmująca wysoką pozycję zawodową w kraju pochodzenia po migracji może wykonywać pracę poniżej kwalifikacji. Partner, który wcześniej pozostawał ekonomicznie zależny, może szybciej nauczyć się języka i wejść na rynek pracy. Dzieci niejednokrotnie szybciej niż rodzice nabywają kompetencje językowe i orientację w normach społeczeństwa przyjmującego.

Z perspektywy przeciwdziałania przemocy kluczowe jest jednak, aby nie przekształcać tych obserwacji w model przyczynowy. Utrata statusu, doświadczenie frustracji czy konflikt wokół nowych ról nie powodują przemocy w sposób automatyczny. Mogą natomiast ujawniać przekonania dotyczące tego, komu przysługuje prawo do podejmowania decyzji, jak rozumiany jest sprzeciw oraz w jaki sposób osoba reaguje na utratę dotychczasowego wpływu.

W praktyce znaczące są wypowiedzi w rodzaju: „Odkąd pracuje, już mnie nie szanuje”, „Tutaj dzieci myślą, że mogą wszystko” albo „Po przyjeździe żona się zmieniła”. Nie powinny być one traktowane jako dowód istnienia określonej kultury rodzinnej. Są natomiast cennym materiałem do analizy tego, co klient rozumie przez szacunek, posłuszeństwo i należną mu pozycję. Jeżeli autonomia drugiej osoby jest interpretowana jako odebranie tej osobie dotychczasowego statusu,

to centralnym problemem oddziaływania może być nie tylko regulacja emocji, ale również przekonanie o prawie do odzyskiwania wpływu poprzez przymus.

W tym miejscu szczególnego znaczenia nabiera rozróżnienie pomiędzy doświadczeniem a zachowaniem. Można uznać, że migracja była dla klienta źródłem utraty, upokorzenia czy niepewności, a jednocześnie konsekwentnie analizować, co zrobił z tym doświadczeniem w relacji z bliskimi. Empatyczne rozumienie sytuacji życiowej nie wymaga rezygnacji z przypisywania odpowiedzialności.

HONOR, WSTYD, REPUTACJA – JAK NIE ZAMIENIĆ KATEGORII KULTUROWEJ W STEREOTYP

W literaturze dotyczącej przemocy i migracji pojawiają się pojęcia honoru, wstydu oraz reputacji rodziny. Są one ważne, lecz wymagają szczególnej ostrożności. Łatwo bowiem stworzyć opozycję między rzekomo „kulturami honoru" a społeczeństwami, w których zachowania jednostki miałyby być wolne od presji reputacyjnej. W rzeczywistości znaczenie oceny społecznej, wstydu czy rodzinnego prestiżu występuje w wielu środowiskach, choć przyjmuje różne formy.

Z punktu widzenia diagnozy bardziej przydatne jest zatem ustalenie, co dla konkretnego klienta oznacza publiczne zakwestionowanie jego pozycji. Decyzja partnerki o rozstaniu może być przeżywana nie tylko jako koniec relacji, lecz także jako utrata twarzy w rodzinie lub wspólnocie. Zachowanie córki może być odczytywane jako naruszenie reputacji rodziny. Samo istnienie tych znaczeń nie przesądza jeszcze o przemocy. Kluczowe jest to, jakie działania klient uznaje za

dopuszczalne w odpowiedzi na doświadczenie wstydu, utraty autorytetu czy krytyki otoczenia.

Właśnie w tym sensie kultura może być ważnym kontekstem, ale nie może pełnić funkcji usprawiedliwienia. Konwencja Stambulska jednoznacznie wskazuje, że kultura, zwyczaj, religia, tradycja ani tak zwany „honor" nie mogą być uznawane za usprawiedliwienie aktów przemocy objętych zakresem Konwencji. Zasada ta ma także znaczenie praktyczne poza prawem karnym: specjalista może próbować zrozumieć społeczne znaczenie zachowania, nie rezygnując z oceny jego skutków i odpowiedzialności osoby, która je podejmuje.

W pracy warto więc unikać zdań typu: „To dla niego kwestia honoru". Taki skrót niewiele wyjaśnia. Znacznie bardziej użyteczne jest rozpoznanie, jakie zachowanie drugiej osoby zostało uznane za naruszenie normy, jakie znaczenie klient mu przypisał oraz co uznał za uprawnioną odpowiedź. Dopiero wtedy kategoria kulturowa przestaje być etykietą, a staje się materiałem diagnostycznym.

KULTURA JAKO REALNY KONTEKST CZY STRATEGIA NEUTRALIZACJI ODPOWIEDZIALNOŚCI?

Odwoływanie się do kultury może pełnić różne funkcje w narracji klienta. Czasem rzeczywiście pozwala opisać sposób socjalizacji, rodzinne przekazy i normy, które człowiek przyswoił. Innym razem może być strategią neutralizacji odpowiedzialności: „U nas wszyscy tak robią", „W moim kraju to normalne", „Wy nie rozumiecie naszej tradycji". Nie ma podstaw, aby każdą taką wypowiedź traktować jako obiektywny opis społeczności, z której wywodzi się klient.

Sokoloff i Dupont (2005) zwracają uwagę na potrzebę ostrożności wobec wyjaśnień, które nadmiernie eksponują kulturę, a pomijają relacje władzy i czynniki strukturalne. Podobnie Burman i Chantler (2005) pokazują, że praktyka instytucjonalna może sama wytwarzać proces „minorytyzowania" problemu, kiedy doświadczenie osoby zostaje sprowadzone do etniczności lub religii. W odniesieniu do osoby stosującej przemoc ryzyko jest podobne: kultura może stać się wygodną kategorią zarówno dla klienta, jak i dla specjalisty, ponieważ zwalnia z dokładniejszego pytania o indywidualne przekonania i konkretne decyzje.

W oddziaływaniach pomocna jest więc zmiana języka z: „W naszej kulturze mężczyzna..." na: „Pan uważa, że jako partner ma pan prawo...". Nie chodzi o podważanie pochodzenia klienta, ale o przywrócenie odpowiedzialności za własne działania. Kultura może wpływać na repertuar przekonań, lecz konkretne zachowanie podejmuje konkretna osoba. Ta różnica ma zasadnicze znaczenie dla pracy korekcyjnej i terapeutycznej.

PRZEMOC SEKSUALNA I PROBLEM ODMIENNEGO ROZUMIENIA ZGODY

Jednym z najbardziej wymagających obszarów pracy międzykulturowej może być przemoc seksualna w związku. Samo pytanie o „zmuszanie do współżycia" często nie wystarcza, ponieważ klient może utożsamiać przymus wyłącznie z użyciem siły fizycznej. Jeżeli w jego systemie przekonań małżeństwo tworzy stałe uprawnienie do kontaktu seksualnego, nieobecność aktywnej zgody może nie być rozpoznawana jako problem.

W takiej sytuacji diagnoza powinna koncentrować się na konkretnych sygnałach odmowy i sposobach reagowania na nie. W pracy nie jest konieczne prowadzenie sporu o to, czy określona społeczność „uznaje" przemoc seksualną w małżeństwie. Taki spór łatwo przenosi uwagę z klienta na abstrakcyjną kulturę. Znacznie bardziej produktywna jest analiza przekonania: „Co według pana oznacza odmowa w małżeństwie?" oraz „Co daje panu prawo do kontynuowania zachowań, w sytuacji gdy druga osoba wyraża sprzeciw?". Pozwala to dotrzeć do norm osobistych podtrzymujących zachowania przemocowe bez stygmatyzowania całej grupy pochodzenia.

DZIECKO POMIĘDZY SYSTEMAMI NORM

Podobny problem dotyczy relacji rodzic-dziecko. Migracja może powodować, że dziecko szybciej przyswaja język i normy społeczne kraju przyjmującego, a rodzic doświadcza utraty wcześniejszych sposobów sprawowania autorytetu. Czasem staje się to przyczyną konfliktu dotyczącego samodzielności, ubioru, relacji rówieśniczych, obowiązków czy kar. Nie oznacza to, że konflikt kulturowy jest równoznaczny z przemocą. Ponownie kluczowe staje się pytanie o sposób egzekwowania norm.

Rodzic może uważać posłuszeństwo za ważną wartość wychowawczą. Przedmiotem interwencji nie musi być sama wartość, lecz przekonanie, że wolno ją wymuszać poprzez bicie, upokarzanie, groźby, pozbawianie podstawowych potrzeb albo wzbudzanie strachu. W pracy z rodzicem szczególnie ważne może być przeformułowanie pojęcia autorytetu: oddzielenie autorytetu od podporządkowania wynikającego z lęku.

Takie podejście ma dodatkową zaletę. Nie wymaga od rodzica przyjęcia tożsamości „człowieka, który wychowuje dzieci według zachodnich wzorców". Pozwala natomiast szukać takich sposobów realizowania cenionych przez niego wartości – odpowiedzialności, szacunku, ochrony rodziny – które nie naruszają bezpieczeństwa i godności dziecka.

TRAUMA, PRZYMUSOWA MIGRACJA I ODPOWIEDZIALNOŚĆ

Wśród osób z doświadczeniem migracji mogą znajdować się osoby po przymusowym przesiedleniu, wojnie, prześladowaniu, torturach czy utracie bliskich. Takie doświadczenia mogą wpływać na funkcjonowanie psychiczne, zwiększać pobudzenie, drażliwość, trudności ze snem i regulacją emocji. W praktyce istnieje ryzyko dwóch skrajnych reakcji. Pierwszą jest pomijanie traumatycznego kontekstu i traktowanie go jako nieistotnego dla pracy z osobą stosującą przemoc domową. Drugą jest używanie traumy jako ogólnego wyjaśnienia przemocy.

Oba podejścia są niewystarczające. Doświadczenie traumatyczne może wymagać osobnej diagnozy i leczenia, ale nie znosi odpowiedzialności za krzywdzące zachowania. Przydatne staje się rozdzielenie pytań: „Co panu się przydarzyło?" oraz „W jaki sposób pan traktował innych, kiedy doświadczał pan napięcia, lęku albo złości?". Pierwsze pytanie otwiera przestrzeń na omówienie tych doświadczeń i potrzebę pomocy, drugie utrzymuje sprawczość i odpowiedzialność.

PRACA Z TŁUMACZEM – NIE TYLKO PROBLEM TECHNICZNY

Bariera językowa ma szczególne znaczenie wtedy, gdy przedmiotem rozmowy są pojęcia abstrakcyjne i normatywne: odpowiedzialność, autonomia, zgoda, kontrola, przymus, granice. Osoba może komunikować się po polsku wystarczająco dobrze w codziennych sytuacjach, a jednocześnie nie rozumieć dokładnie pojęć używanych w diagnozie i programie korekcyjno-edukacyjnym. Bardziej miarodajne jest proszenie klienta o własne wyjaśnienie znaczenia omawianego pojęcia i odniesienie go do konkretnej sytuacji.

Jeżeli potrzebny jest tłumacz, nie powinien on przejmować roli specjalisty ani wchodzić w rolę osoby interpretującej lub oceniającej zachowania klienta. Należy również uwzględnić poufność i fakt, że w niewielkich społecznościach migracyjnych tłumacz może być osobą znaną klientowi lub jego rodzinie. Wpływa to na gotowość do ujawniania informacji i nierzadko modyfikuje przebieg diagnozy.

Szczególnie problematyczne jest angażowanie dzieci lub członków rodziny do tłumaczenia treści dotyczących przemocy domowej. Nie tylko zniekształca to proces komunikacyjny, ale może dodatkowo obciążać osoby już uwikłane w relację przemocową.

ADAPTOWAĆ SPOSÓB PRACY, NIE STANDARD ODPOWIEDZIALNOŚCI

Polskie standardy programów korekcyjno-edukacyjnych wobec osób stosujących przemoc domową obejmują między innymi zmianę prze-

konań dotyczących stosowania przemocy, powstrzymanie dalszych zachowań przemocowych, rozwijanie samokontroli oraz budowanie relacji opartych na szacunku i partnerstwie. W pracy z osobą po doświadczeniu migracji cele te nie tracą na znaczeniu. Zmiany może natomiast wymagać sposób ich realizacji.

Adaptacja może oznaczać prostszy język, większe wykorzystanie konkretnych sytuacji, sprawdzanie rozumienia, pracę z tłumaczem, wyjaśnianie lokalnego systemu prawnego i instytucjonalnego oraz świadome włączanie tematów dotyczących ról rodzinnych, migracji, zależności i reputacji społecznej. Nie powinna natomiast oznaczać przyjęcia łagodniejszych kryteriów oceny bezpieczeństwa ani pomijania zachowań kontrolujących tylko dlatego, że klient określa je jako tradycję. Szczególnie przydatna może być praca oparta na wartościach deklarowanych przez klienta. Takie podejście nie wymaga podważania tożsamości kulturowej, ale pozwala konfrontować niespójność pomiędzy deklarowanymi wartościami i rzeczywistym sposobem traktowania innych osób.

DIAGNOZA FUNKCJONALNA ZAMIAST KATALOGU „RÓŻNIC KULTUROWYCH"

Nie wydaje się ani możliwe, ani pożądane tworzenie katalogów opisujących, jakie formy przemocy są charakterystyczne dla poszczególnych narodowości czy grup etnicznych. Tego rodzaju zestawienia szybko stają się stereotypizujące, a ponadto mają niewielką wartość w pracy z konkretną osobą. Bardziej użyteczne jest funkcjonalne py-

tanie o to, co dane zachowanie powoduje w relacji. Taka perspektywa pozwala zachować jednocześnie dwie ważne rzeczy: wrażliwość na kontekst oraz porównywalny standard rozpoznawania przemocy domowej. Specjalista nie musi wiedzieć wszystkiego o kraju pochodzenia klienta, aby przeprowadzić dobrą diagnozę. Musi natomiast umieć pytać o znaczenia, rekonstruować zachowania i analizować ich funkcję w relacji.

***

Praca z osobą stosującą przemoc domową ze środowiska cudzoziemskiego nie powinna być rozumiana jako osobna kategoria pracy z „inną kulturą". Jest raczej sytuacją, w której szczególnie widoczne stają się ograniczenia diagnozy opartej wyłącznie na profesjonalnych etykietach i założeniu wspólnego rozumienia takich pojęć jak przemoc, zgoda, szacunek czy autorytet.

Kompetencja międzykulturowa w przeciwdziałaniu przemocy domowej nie polega przede wszystkim na posiadaniu rozbudowanej wiedzy o zwyczajach wielu narodów. Bardziej potrzebna jest zdolność do rozpoznawania, jakie znaczenie konkretny człowiek nadaje relacji, władzy, obowiązkowi i autonomii oraz jak się zachowuje, gdy druga osoba nie podziela tych znaczeń.

Migracja może zmieniać układ zasobów, ról i zależności. Może również tworzyć nowe narzędzia kontroli. Nie jest jednak samodzielnym wyjaśnieniem przemocy. Podobnie kultura – może pomagać zrozumieć źródła przekonań, lecz nie może zastępować diagnozy ani pomijać odpowiedzialności za zachowania. Profesjonalna praktyka wy-

maga zatem utrzymania równowagi pomiędzy ciekawością wobec doświadczenia klienta a jednoznacznością wobec zachowań naruszających bezpieczeństwo i autonomię innych osób.

Ostatecznie celem oddziaływań jest taka zmiana sposobu korzystania z władzy i reagowania na różnicę, aby konflikt, sprzeciw, utrata statusu czy odmienne oczekiwania nie prowadziły do przymusu, podporządkowania i przemocy.■

BIBLIOGRAFIA

Burman, E., Chantler, K. (2005). Domestic violence and minoritisation: Legal and policy barriers facing minoritized women leaving violent relationships. International Journal of Law and Psychiatry, 28(1), 59–74. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2004.12.004.

Council of Europe (2011). Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence (Istanbul Convention), w szczególności art. 42.

European Institute for Gender Equality (EIGE) (2022). Combating coercive control and psychological violence against women in the EU Member States. Publications Office of the European Union. https://doi.org/10.2839/341329.

European Institute for Gender Equality (EIGE) (2025). Responding to gender-based violence in the context of migration: Mapping EU Member States' policies and actions. Publications Office of the European Union. ISBN 978-92-9486-307-2. https://doi.org/10.2839/5385475.

Menjívar, C., Salcido, O. (2002). Immigrant Women and Domestic Violence: Common Experiences in Different Countries. Gender & Society, 16(6), 898–920. https://doi.org/10.1177/089124302237894.

Rozporządzenie Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 20 czerwca 2023 r. w sprawie programów korekcyjno-edukacyjnych dla osób stosujących przemoc domową (Dz.U. 2023 poz. 1163).

Sokoloff, N. J., Dupont, I. (2005). Domestic Violence at the Intersections of Race, Class, and Gender: Challenges and Contributions to Understanding Violence Against Marginalized Women in Diverse Communities. Violence Against Women, 11(1), 38–64. https://doi.org/10.1177/1077801204271476.

Spence, N., Spangaro, J., Cameron, J., Hegarty, K., Hasan, H., Koziol-McLain, J., McMahon, T., Walsh, J., Zwi, A. (2025). Screening for coercive control with refugee women accessing settlement services. BMC Public Health, 25, 1701. https://doi.org/10.1186/s12889-025-22886-y.

Stark, E. (2007). Coercive Control: The Entrapment of Women in Personal Life. Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/oso/9780195154276.001.0001.

Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej (tekst jedn.: Dz.U. z 2024 r. poz. 1673).

World Health Organization (2025). Violence against women prevalence estimates, 2023: Global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and non-partner sexual violence against women. Geneva: World Health Organization. ISBN 978-92-4-011696-2.

World Health Organization (2026). Violence against women prevalence estimates, 2023: WHO European Region. Geneva: World Health Organization, 31 July 2026.



MICHAŁ GLUZEK

– doktor nauk społecznych, certyfikowany superwizor pracy socjalnej, specjalista ds. przeciwdziałania przemocy domowej, certyfikowany trener programów profilaktycznych rekomendowanych przez Ministerstwo Edukacji i Nauki oraz Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (Unplugged oraz Debata).

Praca z osobami stosującymi przemoc – jak warto to robić?

Doświadczenia Stowarzyszenia na Rzecz Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia”



Gdy do placówki pomocowej przychodzi osoba stosująca zachowania przemocowe, to oznacza, że dysponuje ważną dla siebie motywacją. A to już jest pierwszy krok na drodze do zmiany. Zadaniem osób pomagających jest rozpoznanie i wzmocnienie tej motywacji na tyle, by osoba stosująca przemoc domową zyskała przekonanie, że podjęcie trudu zmiany zachowań przyniesie jej realne korzyści.

ANNA WIECHCIŃSKA-SZYMAŃSKA, WANDA PASZKIEWICZ

Program pracy z osobami stosującymi przemoc domową powstał na bazie doświadczenia członków Stowarzyszenia „Niebieska Linia", które sięga okresu pracy zespołu w Ogólnopolskim Pogotowiu „Niebieska Linia", gdzie w latach 1997-2004 był prowadzony program o charakterze pomocy psychologicznej dla osób stosujących przemoc. Składał się z takich działań jak: konsultacje indywidualne diagnostyczne i terapeutyczne, spotkania dla par i rodzin, zajęcia grupowe, warsztaty umiejętności i maratony terapeutyczne. W kolejnych latach osoby z zespołu Stowarzyszenia zbierały coraz więcej doświadczeń, prowadząc tego typu programy i działa-

nia w różnych dzielnicach Warszawy (wtedy: na zlecenie niektórych dzielnic, np. Ochota, Żoliborz czy jako jedno z zadań Ogólnopolskiego Pogotowia dla Ofiar Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia", które było finansowane przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i realizowane w ramach Instytutu Psychologii Zdrowia). Co również istotne dla tego artykułu, obie Autorki wiele lat pracowały w placówkach tworzących system pomocy i konkretne metody pracy z osobami z uzależnieniem, wśród których stosowanie przemocy było dość częstym zachowaniem (Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Ośrodek Terapii Uzależnień w dzielnicy Praga Północ w Warszawie, współpraca z Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (obecnie KCPU) etc.). Wiele z tych doświadczeń wykorzystaliśmy do tworzenia i modyfikowania programu dla osób stosujących przemoc.

Obecnie jako Stowarzyszenie NL realizujemy program w sposób ciągły w transzach trzyletnich, na zlecenie Miasta Stołecznego Warszawy. Dzięki dobrej współpracy Biura Pomocy i Projektów Społecznych ze Stowarzyszeniem program jest monitorowany i przy kolejnych kontynuacjach działań tego wieloletniego projektu wprowadzamy modyfikacje i nowe ważne elementy.

PODSTAWY TEORETYCZNE, CZYLI BAZA PROGRAMU DLA OSÓB STOSUJĄCYCH PRZEMOC

W toku naszych wieloletnich doświadczeń próbowaliśmy różnych metod i form działań skierowanych do osób stosujących przemoc. Szukaliśmy takich podstaw teoretycznych, które pozwoliłyby patrzeć na

naszych klientów stosujących przemoc z jak najszerszej perspektywy i takich sposobów pracy, które umożliwiłyby wzmacnianie ich motywacji do zmiany – tak, by zrezygnowali ze stosowania przemocy wobec osób bliskich. Byliśmy też głęboko przekonani, że jednym z ważniejszych aspektów jest nawiązywanie z nimi takiej współpracy, która pozwoli zachować im poczucie godności. Nasze doświadczenia pomocy psychologicznej oraz działań w obszarze przeciwdziałania przemocy domowej potwierdzały bowiem, że poszanowanie godności każdego człowieka jest podstawą skutecznych oddziaływań psychologicznych i przyczynia się do trwałych zmian w zachowaniu. Taka postawa pozwalała nam też na pokazanie osobom stosującym przemoc innej, często nowej dla nich perspektywy kontaktów z drugim człowiekiem, opartej na współpracy, szacunku oraz wzajemnym poszanowaniu granic osobistych i praw.

Nasza praca z osobami stosującymi przemoc odwołuje się do ekologicznego modelu wyjaśniającego źródła zjawiska przemocy (Alarcon, Świtek, Kowalak, 2004), którego fundamenty znajdują się w założeniach psychologii ekologicznej Urie Bronfrenbrennera. Stworzony przez niego model opisuje trzy konteksty, w których toczy się życie społeczne człowieka:

- makrosystem (kontekst kulturowy),
- ekosystem (kontekst społeczny),
- mikrosystem (kontekst rodzinny).

oraz ich wpływ na to, jak ludzie stają się osobami stosującymi przemoc, w tym przemoc domową.

W pracy z klientami posługujemy się także filozofią i założeniami podejścia skoncentrowanego na rozwiązaniach (TSR). Ten

rodzaj myślenia pozwala skupić uwagę na budowaniu rozwiązań, zamiast na analizie problemu i patologii. Ważniejsze dla nas jest to, jakie dana osoba ma potrzeby i cele, oraz jak może konstruktywnie je osiągnąć, niż dlaczego powstał problemu, z którym obecnie się zmaga. Takie podejście pozwala wspierać klientów w realizowaniu ważnych dla nich celów tak szybko, jak to jest możliwe, przy maksymalnym wykorzystaniu posiadanych przez nich zasobów.

DZIAŁANIA INTERWENCYJNE A DZIAŁANIA POMOCOWE WOBEC OSP

W przypadku osób stosujących przemoc domową tak prowadzony program jest naturalnym następstwem działań interwencyjnych podejmowanych przez różne służby. Takie możliwości stworzyły kolejne nowelizacje ustawy o przeciwdziałaniu przemocy domowej i powoływania grup diagnostyczno-pomocowych, w których współpracują przedstawiciele różnych służb (policja, przedstawiciele pomocy społecznej, ochrony zdrowia i inne). Interwencje służb powodują bowiem, że osoba stosująca przemoc domową zaczyna sobie uświadamiać, że musi coś zrobić inaczej niż dotychczas i nierzadko, czując się „ofiarą" prawa lub służb, zgłasza się do placówki pomocowej.

Z naszych doświadczeń wynika, że aby zatrzymać przemoc domową i zacząć pracę nad zmianą zachowań przez osobę stosującą przemoc, istotne jest wyraźne oddzielenie działań interwencyjnych od działań pomocowych. Polega ono na tym, że osoba,

która przeprowadza interwencję, nie pracuje z osobami stosującymi przemoc jako pomagający w nurcie pomocy psychologicznej. Istotne jest również, aby interwencja została tak przeprowadzona, by pozostawiała osobie stosującej przemoc wybór: może zmienić swoje zachowanie i skorzystać z pomocy psychologicznej lub – jeśli nadal będzie stosowała przemoc, nieuchronnie poniesie konsekwencje prawno-instytucjonalne. Zachęcamy więc służby interwencyjne do „kierowania współpracującego", czyli do stawiania klientom wymagań w celu zmiany ich zachowań i konsekwentnego monitorowania osiągnięć w tym zakresie oraz do prowadzenia dalszych kroków i procedur, jeśli warunki nie zostaną przez osobę stosującą przemoc spełnione. Tak prowadzoną interwencję traktujemy jako interwencję „na rzecz osób poszkodowanych", a nie „przeciwko osobie stosującej przemoc". Interwencja „przeciwko komuś" zakłada bowiem działania narzucone, wymuszone, realizowane pod przymusem, co umacnia w myśleniu osób stosujących przemoc domową przekonanie, że jest to powszechny sposób wywierania wpływu na drugą osobę.

Powyższe wnioski sformułowaliśmy m.in. na podstawie doświadczeń członków naszego Stowarzyszenia, którzy pracowali w zespołach interdyscyplinarnych w kilku dzielnicach Warszawy.

Pomoc psychologiczna, jakiej udzielają terapeuci i psychologowie w Centrum Pomocy Specjalistycznej „Niebieska Linia", polega na stworzeniu warunków do uruchomienia zmian przez samego klienta, któremu w wyniku działań interwencyjnych „pali się grunt pod nogami". Dopiero w takiej sytuacji – udzielaniu pomocy psychologicznej i współpracy opartej na wzajemnym zaufaniu – proces zmian

ma szansę na powodzenie. Dlatego też przywiązujemy dużą wagę do tego, aby wyraźnie oddzielać funkcję interwenta od funkcji terapeuty czy konsultanta psychologicznego. Nasze doświadczenia potwierdzają, że istotą skutecznych działań wobec osób stosujących przemoc domową jest równoległe prowadzenie interwencji i pomocy psychologicznej. Obie formy działań są ważne i potrzebne, wymagają jednak – co ustawicznie podkreślamy – prowadzenia ich przez inne instytucje i osoby. Dzięki takim rozwiązaniom prowadzone przez nas programy mają zastosowanie zarówno do osób dobrowolnie zgłaszających się do nas, jak i kierowanych przez służby czy zobowiązanych przez wymiar sprawiedliwości.

IDENTYFIKACJA ŹRÓDŁA PRZEMOCY PODSTAWĄ DO ROZPOCZĘCIA PRACY Z OSP

Pracując w nurcie pomocy psychologicznej z osobami stosującymi przemoc domową, rozpoznajemy relację, w jakiej zgłasza się do nas klient i w zależności od tego, jak ją identyfikujemy, wybieramy sposób prowadzenia rozmowy konsultacyjnej.

Rozróżniamy:

- **relację goszczenia** – gdy klient uważa, że nie ma problemu, ale przyszedł na konsultację, bo „ktoś mu kazał”, np. dzielnicowy, kurator, sąd, gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych, przedstawiciele grupy diagnostyczno-pomocowej,
- **relację narzekania** – klient uważa, że ma problem, ale jego rozwiązanie zależy od kogoś lub czegoś innego albo w ogóle identyfikuje

problem na zewnątrz, w drugiej osobie, np. w żonie, dziecku, kuratorze, złych przepisach prawnych,

- **relację współpracy** – klient umiejscawia problem raczej w sobie i uważa, że rozwiązanie tej sytuacji zależy, choćby w jakimś stopniu, od niego samego.

Powyższe rozpoznanie jest naszym zdaniem niezwykle istotne, ponieważ szczególnie relacje goszczenia i narzekania są bardzo częste u osób stosujących przemoc domową, a przez osoby pomagające odbierane jako trudne i potwierdzające brak motywacji osób stosujących przemoc do zmiany, co zniechęca do pracy z nimi. Natomiast rozumienie i nazywanie relacji pozwala pomagającemu przyjąć korzystną, dla współpracy z klientem, perspektywę. Staramy się na tym koncentrować swoją uwagę, niezależnie od prezentowanej przez osobę stosującą przemoc postawy. Przyświeca nam myśl, że jeśli osoba ta przyszła do placówki po pomoc, to dysponuje ważną dla siebie motywacją, co oznacza, że już jest na drodze zmiany. Naszym zadaniem, jako pomagających, jest więc rozpoznanie i wzmocnienie tej motywacji tak, by osoba stosująca przemoc domową zyskała przekonanie, że podjęcie trudu zmiany swojego zachowania i postępowania przyniesie jej realne korzyści.

Zdobyte przez nasz zespół doświadczenia pokazują, że, aby u osób stosujących przemoc zaszła trwała zmiana zachowań, potrzebne są oddziaływania na poziomie poznawczym i emocjonalnym oraz nauka nowych, bardziej konstruktywnych sposobów porozumiewania się z innymi osobami.

Z JAKICH ELEMENTÓW SKŁADA SIĘ PROGRAM ODDZIAŁYWAŃ WOBEC OSP?

W kompleksowym specjalistycznym programie oddziaływań wobec osób stosujących przemoc domową „Możesz inaczej" łączymy elementy psychoedukacyjne z oddziaływaniami psychologicznymi i pracą nad przyjęciem nowych perspektyw oraz uczeniem się zachowań bez przemocy.

Pierwszym krokiem w programie jest udział w konsultacji indywidualnej. W trakcie takiego spotkania (lub spotkań) prowadzący pomaga ustalić klientowi jego indywidualne cele, które będzie on realizował podczas udziału w programie. Taki tryb pracy obejmuje wszystkie osoby zgłaszające się do programu (także zobowiązane przez służby interwencyjne czy skierowane „pod presją"). Rozmowa ze specjalistą daje możliwość oceny stopnia realności osiągnięcia zakładanych celów, możliwych i konstruktywnych dla klienta, sposobów działania, a także omówienia warunków zakończenia udziału w zajęciach – czyli co trzeba robić inaczej niż dotychczas, by sytuacja uległa poprawie.

Klienci mają możliwość wielokrotnego udziału w konsultacjach psychologicznych podczas trwania programu, w zależności od indywidualnych potrzeb każdego z nich.

Grupa, stanowiąca ważny element programu, jest jednym z bardziej efektywnych narzędzi współpracy z osobami stosującymi przemoc domową. Istotną częścią pracy grupowej jest bowiem wymiana doświadczeń i możliwość interakcji z innymi uczestnikami grupy. Wartością jest możliwość spotkania innych osób będących w podobnej sytuacji, ale z innym bagażem doświadczeń i z różnymi punktami widzenia. Poszerzenie perspektywy pozwala zobaczyć siebie w nowym

świetle, zweryfikować poglądy i budować wspierające relacje z innymi ludźmi. Przyczynia się to do zmiany stereotypów dotyczących ról, bliskich związków, przemocy, wywierania wpływu i odpowiedzialności za własne zachowania.

W trakcie pracy grupy istotnym elementem spotkań jest określenie, czego potrzebują konkretni uczestnicy. Zadaniem osoby prowadzącej jest pomóc każdemu klientowi m.in. w:

- określeniu, jakie są jego potrzeby oraz w jakim stopniu zaspokojenie tej potrzeby spostrzega on jako realne,
- określeniu, jak ma wyglądać „oczekiwana przyszłość", tzn. jak będzie wyglądać jego świat po osiągnięciu celów, kiedy obecne problemy zostaną rozwiązane,
- określeniu „wyjątków", tzn. kiedy w przeszłości były takie sytuacje, kiedy potrafił w sposób konstruktywny zaspokajać swoje potrzeby i osiągać ważne dla siebie cele (bez stosowania przemocy),
- określeniu „obecnego stanu posiadania", tzn. co już jest obecne w jego życiu, a co chce, aby było w przyszłości,
- zaplanowaniu pierwszych i kolejnych kroków w kierunku poprawy własnej sytuacji i wprowadzenia zmian w życie,
- sprawdzaniu, na ile podjęte działania przynoszą pożądane efekty.

Osoba prowadząca grupę stwarza również możliwość ćwiczenia nowych zachowań i sposobów wywierania wpływu na innych bez używania zachowań przemocowych (np. wykorzystując asertywność, negocjacje), rozpoznawania własnych potrzeb i uczuć oraz konstruktywnego ich wyrażania (szczególnie wyrażania złości, ale też pozytywnych uczuć).

Grupa trwa pół roku (jest to 20 cotygodniowych spotkań) i w trakcie tego czasu uczestnicy uczestniczą też w 16-godzinnych warsztatach weekendowych poświęconych w/w zagadnieniom i ćwiczeniem ważnych dla uczestników umiejętności psychologicznych.

Taki sposób pracy przynosi efekty. Wiele osób, które ukończyły program dzieli się z nami pozytywnymi wrażeniami, określając je jako np.: „każdy ma prawo udowodnić, że chce coś zmienić, naprawić", „danie drugiej osobie szansę, żeby się zastanowić", „warto pokazać drogę jak można zmienić swoje postepowanie, a nie tylko ukarać", „mogłem mówić bez narażania się na ocenę", „można inaczej". Dla naszego zespołu jest to szczególnie budujące, gdy widzimy zmianę myślenia i zachowania uczestników programu „Można inaczej"[1].

Z naszej perspektywy istotne jest to, że w wyniku naszych doświadczeń i wielu rozmów z przedstawicielami Biura Pomocy i Projektów Społecznych m.st. Warszawy udało się pozyskać środki na konsultacje indywidualne dla uczestników programu, z których mogą korzystać przez cały czas jego trwania. Bowiem praca w programie zmiany zachowań dla osób stosujących przemoc domową rodzi wiele trudności, dlatego zależało nam na zadbaniu o wsparcie dla tych osób.

Drugą ważną kwestią jest też to, że program finansowany jest w trybie dotacji trzyletnich i dzięki temu nie ma „przestojów" – nabór trwa cały czas – kilkunastoosobowy zespół konsultantów cały czas przyjmuje osoby stosujące przemoc na konsultacje. Obecnie są prowadzone 2 grupy w roku – każda trwa 6 miesięcy. Następnie klienci

1 Szczegółami pracy w programie „Można inaczej" dzielimy się z uczestnikami Studium Pracy z Osobami Stosującymi Przemoc, które prowadzimy od wielu lat (aktualne informacje o szkoleniach www.niebieskalinia.org w zakładce szkolenia).

otrzymują kolejne możliwości uczestnictwa w trwającej 9 miesięcy cotygodniowej grupie dalszej pracy (grupa pomocy psychologicznej) i w treningach. Zależy nam na tym, by zmiana zachowań osób stosujących przemoc domową była trwała. ■

BIBLIOGRAFIA

Alarcon Arias L., Świtek T., Kowalak A., „Jak pracować z osobami stosującymi przemoc", IPZ PTP, Warszawa 2004.

Alarcon Arias L., Paszkiewicz W., Wiechcińska A., „Godne życie bez przemocy. Poradnik dla osób stosujących przemoc", Stowarzyszenie na Rzecz Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia", wydanie III, Warszawa 2025.

„Rekomendacje Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych dla Gminnych Komisji Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych - Interaktywna płyta edukacyjna", Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA 2009.

WANDA PASZKIEWICZ

– psycholog kliniczny, certyfikowany specjalista ds. przeciwdziałania przemocy PARPA i superwizor: Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Towarzystwa Psychoprofilaktycznego, Centrum Terapii Skoncentrowanej na Rozwiązaniach oraz Stowarzyszenia „Niebieska Linia". Członkini Rady ds. Przeciwdziałania Przemocy Domowej KCPU. Wieloletnia wiceprezes Stowarzyszenia „Niebieska Linia" i kierownik Ogólnopolskiego Pogotowia dla Ofiar Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia" prowadzonego przez Stowarzyszenie „NL" na zlecenie Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) i Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (KCPU). Jest także współautorką poradników m.in. „Wyprawa PoMoc", „Niebieska godzina wychowawcza", „Godnie życie bez przemocy".

ANNA WIECHCIŃSKA-SZYMAŃSKA

– psycholożka, certyfikowany specjalista ds. przeciwdziałania przemocy i specjalista psychoterapii uzależnień (certyfikaty Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych), superwizor przeciwdziałania przemocy (Certyfikat Stowarzyszenia NL) z wieloletnim doświadczeniem w pracy z osobami uzależnionymi, współuzależnionymi, doświadczającymi przemocy i stosującymi przemoc. Jest także współautorką poradników m.in. „Wyprawa PoMoc", „Niebieska godzina wychowawcza", „Godnie życie bez przemocy".

„SPRAWCZYNIE" – kobiety, które stosują przemoc domową



Mówiąc o przemocy domowej, najczęściej skupiamy się na mężczyznach – jako osobach ją stosujących – oraz kobietach i dzieciach, które jej doświadczają. Ale kobiety również bywają „sprawczyniami" przemocy. Kim są? Jak często to robią? I czy stosują przemoc inaczej niż mężczyźni?

JOANNA SZYMYŚLIK

PRZEMOC CZY AGRESJA?

Psycholodzy, tak jak reszta społeczeństwa, długo uważali, że mężczyźni są z natury bardziej agresywni od kobiet. Jednak pojawiające się od lat 70. XX wieku wyniki badań ujawniły, że kobiety w związkach potrafią być agresywne nie rzadziej od swoich partnerów. Ba, w niektórych badaniach wyniki były nawet wyższe dla kobiet! Badacze sformułowali tezę o symetrii płci w przemocy domowej. Jej zwieńczeniem była opublikowana w 2000 roku metaanaliza Johna Archera. Najważniejsze wnioski? W heteroseksualnych związkach kobiety stosowały agresję fizyczną nieco częściej niż mężczyźni, choć agresja mężczyzn częściej powodowała poważne obrażenia. Jednocześnie dane służb i pracowników z obszaru przemocy domowej wciąż wykazywały silną

dysproporcję między mężczyznami stosującymi przemoc i kobietami, które jej doświadczały. Skąd te różnice?

Czytelnik może zauważyć jak łatwo w tej naukowej dyskusji postawiono znak równości między agresją a przemocą. Tu pojawia się pierwszy problem: nie istnieje jedna, uniwersalna definicja przemocy partnerskiej. Przyjęta powszechnie w Polsce definicja zakłada, że zachowanie przemocowe musi spełniać cztery warunki: (1) jest intencjonalne, (2) wykorzystuje przewagę sił, (3) narusza prawa i dobra osobiste drugiego człowieka oraz (4) powoduje cierpienie i szkodę. Agresja nie musi wykorzystywać przewagi sił między dwoma osobami, dlatego nie każde zachowanie agresywne uznajemy za przemoc. Kwestia przewagi pozwala odróżnić przemoc od konfliktu czy samoobrony. Również polskie prawo, definiując przemoc domową, podkreśla występowanie po stronie osoby stosującej przemoc przewagi sił.

Natomiast Światowa Organizacja Zdrowia definiuje przemoc w związku intymnym (*intimate partner violence*, IPV) szerzej, jako zachowania partnera lub byłego partnera powodujące krzywdę fizyczną, seksualną lub psychiczną, w tym agresję fizyczną, przymus seksualny, przemoc psychiczną i zachowania kontrolujące. W tej definicji wystąpienie przewagi nie jest warunkiem koniecznym zaistnienia przemocy.

Skupienie na pojedynczych zachowaniach bez uwzględnienia szerszego kontekstu może zmieniać obraz badanych zjawisk i utrudnia porównywanie wyników. Socjolog Michael Johnson, próbując wyjaśnić sprzeczność danych pochodzących z różnych źródeł, przyjrzał się dynamice relacji, w których występowało IPV. Badacz wyróżnił kilka typów przemocy w związkach intymnych:

- „sytuacyjna przemoc partnerska” – dochodzi do niej w wyniku konkretnego konfliktu lub eskalacji kłótni, może być jednostronna lub obustronna;
- „terroryzm intymny” – długotrwały wzorzec przemocy połączonej z budowaniem systemu kontroli nad partnerem/ką, występuje asymetria i przewaga sił;
- „agresywny opór” – osoba, wobec której partner/ka stosuje przemoc i kontrolę, używa siły, by się przeciwstawić, obejmuje samoobronę, ale również odwet;
- „wzajemna przemoc i kontrola” – obie osoby stosują przemoc i próbują kontrolować siebie nawzajem; według Johnsona ten wzorzec występuje w relacjach najrzadziej.

Teoria Johnsona nie jest jedynym i ostatecznym podziałem wszystkich przypadków agresji w związkach, ale może być użyteczna w lepszym rozumieniu i badaniu IPV. Według Johnsona badania populacyjne oparte na wskaźnikach behawioralnych (najczęściej kwestionariusze z pytaniami o wystąpienie różnych zachowań) zwykle wyłapują „sytuacyjną przemoc partnerską”, podczas gdy badania skupione na specyficznych grupach (np. dane instytucji pomocowych) znacznie częściej przedstawiają „terroryzm intymny”. Mając na uwadze to rozróżnienie, sprawdźmy, co możemy powiedzieć o przemocy kobiet w związkach intymnych.

PRZEMOC W ZWIĄZKU INTYMNYM

Ustalenie odsetka mężczyzn doświadczających przemocy w związku intymnym jest nawet trudniejsze, niż ustalenie liczby kobiet, które jej doświadczają. Badań jest mniej. W dodatku większość badań popu-

lacyjnych wykorzystuje wskaźniki behawioralne bez pełnego uwzględnienia kontekstu i dynamiki relacji. Na przykład na pytanie: „Czy kiedykolwiek zostałeś uderzony przez partnerkę?" identycznej odpowiedzi może udzielić mężczyzna, który regularnie doświadcza przemocy fizycznej ze strony swojej żony, jak i mężczyzna, który podczas duszenia partnerki został przez nią uderzony w samoobronie.

W najnowszym badaniu Centers for Disease Control and Prevention ok. 17% Amerykanów zadeklarowało, że doświadczyło w życiu przemocy fizycznej, seksualnej i/lub stalkingu ze strony partnera intymnego. 8,6% wskazało, że doznało ciężkiej przemocy fizycznej, a co ósmy mężczyzna przyznał, że doświadczył konsekwencji IPV, takich jak obawa o bezpieczeństwo, obrażenia fizyczne czy objawy PTSD. W badaniu wykorzystano wskaźniki behawioralne. W opublikowanym raporcie nie podano rozkładu wyników ze względu na płeć osoby stosującej przemoc, dlatego nie można ustalić, jakiej części tych zachowań dopuściły się kobiety.

W analogicznym badaniu kanadyjskim 35% mężczyzn wskazało doświadczenie przemocy psychicznej, a 17% przemocy fizycznej ze strony partnera/ki intymnego/nej. 2% respondentów deklarowało, że doświadczyło przemocy seksualnej, a 1%, że partner/ka ich dusił/a. Badanie to również wykorzystywało wskaźniki behawioralne i nie rozróżniało osób stosujących przemoc ze względu na płeć.

Dla Polski dysponujemy jeszcze skromniejszymi danymi. W 2018 roku przeprowadzono badanie pilotażowe na próbie 320 mężczyzn. Wykazało ono, że około 1 na 3 badanych doświadczył zachowań zakwalifikowanych jako przemoc psychiczna ze strony aktualnej partnerki, 1% – jako przemoc fizyczna, a 0,5% – jako przemoc seksualna. Blisko 8% bada-

nych doświadczyło zachowań klasyfikowanych jako przemoc fizyczna ze strony byłej partnerki. Badanie pozwala ustalić, że osobami stosującymi te zachowania były kobiety, jednak tu również nie brano pod uwagę szerszego kontekstu. Dodatkowo wyniki trzeba traktować ostrożnie, ponieważ pochodzą z pilotażu przeprowadzonego na niewielkiej próbie. We właściwym ogólnopolskim badaniu mężczyzn nie uwzględniono.

Mimo znaczących luk w badaniach populacyjnych, badania jakościowe i dane kliniczne jasno wskazują, że istnieją kobiety, które są głównymi „sprawczyniami" przemocy w związkach intymnych. Stosują wobec swoich partnerów (i partnerek) długotrwałą przemoc połączoną z kontrolą i izolowaniem. Dostępne dane nie pozwalają jednak wiarygodnie określić skali tego zjawiska.

JAKA JEST KOBIECA PRZEMOC?

Na podstawie istniejących badań możemy wysnuć pewne wnioski dotyczące charakteru przemocy stosowanej przez kobiety. Wiele kobiet stosujących agresję lub przemoc w związkach jednocześnie doświadcza agresji lub przemocy ze strony swoich partnerów. Dostępne metaanalizy wskazują na silne nakładanie się stosowania i doświadczania IPV. W bardziej szczegółowym badaniu Swan i Snow niemal wszystkie uczestniczki, które stosowały przemoc fizyczną wobec partnera, również jej doświadczały. Po uwzględnieniu nasilenia przemocy i wzorca kontroli badacze sklasyfikowali 34% uczestniczek przede wszystkim jako „ofiary", 12% jako „agresorki", a połowę jako osoby funkcjonujące w „relacjach mieszanych". W 1/3 całej próby większa kontrola występowała po stronie mężczyzny, a w 18% po stronie ko-

biety. Ten przykład obrazuje, jak trudno na podstawie samego faktu użycia siły wnioskować o sprawstwie przemocy.

Przedstawiciele obu płci mogą stosować agresję psychiczną i fizyczną w kontekście „sytuacyjnej przemocy partnerskiej" z podobną częstotliwością. Kobiety są natomiast rzadziej reprezentowane jako sprawczynie przemocy opartej na trwałym wzorcu kontroli, przemocy seksualnej i stalkingu, a stosowana przez nie agresja fizyczna rzadziej prowadzi do poważnych obrażeń.

W badaniach nad motywami stosowania IPV kobiety częściej niż mężczyźni wskazywały motywy związane z samoobroną i strachem przed partnerem. Badania, na których opiera się ten wniosek, zazwyczaj nie dotyczą wyłącznie kobiet będących głównymi osobami stosującymi przemoc w związku. Do kategorii kobiet „stosujących IPV" trafiały także te, które użyły siły w odpowiedzi na atak partnera. W części badań nie rozdzielano ponadto wyraźnie samoobrony od odwetu. Obok samoobrony często występującymi motywami były złość i chęć zemsty, a także motywy związane z kontrolą. Badania dotyczące czynników ryzyka stosowania przemocy wobec partnera wskazują natomiast na wiele podobieństw między kobietami i mężczyznami. Doświadczenie przemocy ze strony partnera należy do najsilniejszych czynników związanych ze stosowaniem fizycznego IPV – zarówno przez kobiety, jak i mężczyzn. Istotne są również problemy i dynamika samego związku.

PRZEMOC WOBEC DZIECI

Wydaje się, że w przypadku przemocy wobec dzieci nie istnieje tak silny stereotyp „sprawcy-mężczyzny" jak w przypadku przemocy part-

nerskiej. Przede wszystkim jeszcze do niedawna przemoc (np. kary cielesne) była powszechnie akceptowaną metodą „wychowawczą", a jednocześnie role opiekuńcze i wychowawcze przypisywano głównie kobietom.

Wartościowych danych dotyczących przemocy wobec dzieci w Polsce dostarczają badania Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę. Niemal 1 na 4 dzieci w wieku 11–17 lat zadeklarowało doświadczenie przemocy fizycznej ze strony bliskiego dorosłego. Jako sprawcę bicia lub kopania nieco częściej wskazywano ojca (35%) niż matkę (31%). Przemoc psychiczną rozumianą jako wyzywanie lub obrażanie zgłosiło 22% dzieci. Jako sprawczynie nieco częściej wskazywane były matki (43%) niż ojcowie (39%). W badaniu FDDS ponad 1/3 rodziców przyznała się do stosowania klapsów, ale nie podano osobnych wyników dla matek i ojców.

Kobiety stanowią dużą część osób odpowiedzialnych za zaniedbanie dziecka. Analiza ogromnej bazy danych administracyjnych dotyczących potwierdzonych przypadków krzywdzenia dzieci w USA wykazała, że 54% zidentyfikowanych sprawców stanowiły kobiety. Przyglądając się rodzajom krzywdzenia, okazało się, że 66% kobiet-sprawczyń należało wyłącznie do kategorii zaniedbania (w porównaniu z 36% mężczyzn). Sprawcy płci męskiej częściej odpowiadali za stosowanie aktywnych form przemocy. Jednym z powodów, dla których kobiety mogą częściej być identyfikowane jako osoby odpowiedzialne za zaniedbanie jest ilość czasu spędzanego z dzieckiem. Statystycznie to kobiety częściej są głównymi opiekunkami, są odpowiedzialne za zaspokajanie podstawowych potrzeb dziecka i częściej zostają samodzielnymi rodzicami.

Im cięższa przemoc fizyczna, tym bardziej zmieniają się proporcje płci sprawców, rośnie udział mężczyzn. Dobrym przykładem jest abusive head trauma (AHT), czyli ciężkie urazowe uszkodzenie głowy małych dzieci spowodowane silnym potrząsaniem lub uderzeniem. Aktualny raport American Academy of Pediatrics z 2025 roku wskazuje, że najczęściej identyfikowanymi sprawcami są męscy opiekunowie: ojcowie, ojczymowie i partnerzy matek. Matki stanowią około 13–16% zidentyfikowanych sprawców AHT.

Największa asymetria pod względem płci osób stosujących przemoc wobec dzieci dotyczy przemocy seksualnej. Według badania wykorzystującego dane National Child Abuse and Neglect Data System w USA kobiety stanowiły 7,6% zidentyfikowanych sprawców przemocy seksualnej wobec dzieci. W reprezentatywnym badaniu niemieckim 6,6% osób, które w dzieciństwie doświadczyły przemocy seksualnej, wskazało kobietę jako jedyną „sprawczynię", a co piąta osoba wskazała zarówno mężczyznę, jak i kobietę. Matkę jako jedyną lub jedną z osób odpowiedzialnych za przemoc seksualną wskazało 0,5% badanych.

Udział kobiet wśród sprawców przemocy seksualnej wobec dzieci może być niedoszacowany, szczególnie w statystykach opartych na przypadkach wykrytych przez instytucje. W badaniach ofiar przestępstw seksualnych procent kobiet wskazywanych jako sprawczynie jest wyższy niż w oficjalnych danych policyjnych czy sądowych. Kobiety częściej niż mężczyźni są opiekunkami dzieci, wobec których stosują przemoc seksualną. Dzieci te są również przeciętnie młodsze niż w przypadku mężczyzn. Silny stereotyp „sprawcy-mężczyzny" może utrudniać rozpoznanie przemocy seksualnej ze strony kobiety. Jeśli zachowania dopuszcza się matka lub opiekunka, dziecko

może je też łatwiej zinterpretować jako przejaw czułości lub czynność pielęgnacyjną.

SPECYFIKA KOBIECEJ PRZEMOCY: ZABÓJSTWO DZIECKA I ZESPÓŁ MÜNCHHAUSENA

Kobiety bardzo rzadko są sprawczyniami zabójstw. Według *Global Study on Homicide* w 2021 roku 90% podejrzanych o umyślne spowodowanie śmierci stanowili mężczyźni, ale również stanowili oni większość, bo aż 81% ofiar zabójstwa. Na tym tle zabójstwa dzieci są wyjątkowe, ponieważ kobiety odgrywają w nich znacznie większą rolę. Przegląd danych dotyczących ponad 70 tys. zabójstw dzieci z różnych krajów pozwolił ustalić, że ponad połowa została popełniona przez rodzica dziecka. Im młodsze dziecko, tym udział rodziców był większy. Wśród danych, które pozwalały ustalić płeć sprawcy, matki stanowiły ok. 55% rodziców-zabójców. Jednak największa dysproporcja między matkami a ojcami dotyczyła zabójstw najmłodszych dzieci.

Najbardziej charakterystycznym dla kobiet przestępstwem było zabójstwo noworodków. W Polsce istnieje specyficzne dla kobiet przestępstwo dzieciobójstwa, które z definicji jest zabójstwem dziecka przez matkę w okresie porodu i pod jego wpływem. W omawianym przeglądzie badań wyróżniono *neonaticide*, czyli zabójstwo noworodka najczęściej w ciągu 24 h od jego urodzenia. W danych pozwalających określić płeć rodzica dokonującego *neonaticide* mediana matek stanowiła 100%. *Neonaticide* jest formą zabójstwa, w której występuje skrajna przewaga kobiet nad mężczyznami. Również inne okoliczności tego przestępstwa są charakterystyczne. Sprawczyni neonaticide jest zazwyczaj opisywana jako młoda,

niezamężna; ciąża bywa niechciana, ukrywana albo nierozpoznana, a poród odbywa się zwykle w izolacji bez wsparcia medycznego.

Szczególną formą krzywdzenia dzieci, w której zdecydowaną większość zidentyfikowanych sprawców stanowią kobiety, jest tzw. przeniesiony zespół Münchhausena (w ICD-11 *factitious disorder imposed on another*). Opiekun fabrykuje, wyolbrzymia lub celowo wywołuje u dziecka objawy choroby, doprowadzając do niepotrzebnych badań, hospitalizacji i leczenia. Niekiedy bezpośrednio krzywdzi dziecko, np. wywołując zatrucie, by spowodować objawy. W przeglądzie systematycznym opisanych w literaturze sprawców prawie wszyscy byli kobietami, a 95,6% stanowiły matki dziecka. Nowszy przegląd 455 sprawców również wykazał bardzo dużą przewagę kobiet (92,8%). Jest to rzadka, ale potencjalnie bardzo ciężka forma przemocy, w której zdecydowaną przewagę sprawców stanowią kobiety.

CZY PRZEMOC MA PŁEĆ?

Udział kobiet w grupie osób stosujących przemoc domową różni się w zależności od rodzaju przemocy i osoby, do której jest skierowana. Wyciągając bardzo ogólne wnioski, kobiety rzadziej niż mężczyźni dopuszczają się ciężkiej przemocy fizycznej, przemocy seksualnej i „terroru intymnego". Jednocześnie istnieją specyficzne formy przemocy, takie jak zaniedbanie, zabójstwa noworodków czy zastępczy zespół Münchhausena, w których udział „kobiet-sprawczyń" jest nieproporcjonalnie większy.

Dodatkowo wciąż brakuje nam badań. Rzadziej analizowana jest przemoc, jakiej mężczyźni doświadczają w związkach intymnych. Jeszcze rzadziej badane są kobiety jako osoby stosujące przemoc. Obraz

zaciemnia też metodologia, która skupia się na zliczaniu konkretnych aktów przemocy, nie analizując kontekstu, dynamiki relacji i występującej przewagi sił. Co więcej, wciąż utrzymujący się stereotyp „sprawcy-mężczyzny" może dodatkowo utrudniać sięganie po pomoc osobom, które doświadczyły przemocy ze strony kobiet.

Z perspektywy osób pomagających ważne i wartościowe jest dalsze badanie podobieństw oraz różnic między kobietami i mężczyznami, zarówno stosującymi, jak również doświadczającymi przemocy. Jednocześnie warto pamiętać, że statystyczne różnice między płciami nie przesądzają o indywidualnym przypadku. Kobieta może być osobą stosującą każdy znany nam rodzaj przemocy, zarówno wobec dziecka, jak i osoby partnerskiej. ■

BIBLIOGRAFIA

Archer, J. (2000). Sex differences in aggression between heterosexual partners: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin, 126*(5), 651–680. https://doi.org/10.1037/0033-2909.126.5.651

Bair-Merritt, M.H., Crowne, S.S., Thompson, D.A., Sibinga, E., Trent, M., & Campbell, J. (2010). Why do women use intimate partner violence? A systematic review of women's motivations. *Trauma, Violence, & Abuse, 11*(4), 178–189. https://doi.org/10.1177/1524838010379003

Cotter, A. (2021). *Intimate partner violence in Canada, 2018: An overview*. Statistics Canada. Statistics Canada – Intimate partner violence in Canada, 2018

Gerke, J., Lipke, K., Fegert, J.M., & Rassenhofer, M. (2021). Mothers as perpetrators and bystanders of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 117*, 105068. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105068

Gerke, J., Rassenhofer, M., Witt, A., Sachser, C., & Fegert, J.M. (2020). Female-perpetrated child sexual abuse: Prevalence rates in Germany. *Journal of Child Sexual Abuse, 29*(3), 263–277. https://doi.org/10.1080/10538712.2019.1685616

Johnson, M.P. (2006). Conflict and control: Gender symmetry and asymmetry in domestic violence. *Violence Against Women, 12*(11), 1003–1018. https://doi.org/10.1177/1077801206293328

Makaruk, K., Drabarek, K., Popyk, A., & Wójcik, S. (2023). *Diagnoza przemocy wobec dzieci w Polsce 2023*. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę. Raport FDDS

Narang, S. K., Haney, S., Duhaime, A.-C., Martin, J., Binenbaum, G., de Alba Campomanes, A. G., Barth, R., Bertocci, G., Care, M., McGuone, D., Council on Child Abuse and Neglect, Section on Ophthalmology, Section on Radiology, Section on Neurological Surgery, Society for Pediatric Radiology, American Association of Certified Orthoptists, American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus, & American Academy of Ophthalmology. (2025). Abusive head trauma in infants and children: Technical report. *Pediatrics, 155*(3), e2024070457. https://doi.org/10.1542/peds.2024-070457

Scurich, N. (2023). Female perpetrators of child sexual abuse in the United States. *Journal of Criminal Psychology, 13*(4), 417–428. https://doi.org/10.1108/JCP-07-2023-0045

Shusterman, G.R., & Fluke, J. D. (2004). *Male perpetrators of child maltreatment: Findings from NCANDS*. U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation. Official ASPE report

Stöckl, H., Dekel, B., Morris-Gehring, A., Watts, C., & Abrahams, N. (2017). Child homicide perpetrators worldwide: A systematic review. *BMJ Paediatrics Open, 1*(1), e000112. https://doi.org/10.1136/bmjpo-2017-000112

Swan, S.C., & Snow, D.L. (2002). A typology of women's use of violence in intimate relationships. *Violence Against Women, 8*(3), 286–319. https://doi.org/10.1177/107780120200800302

Wang, D., Zhao, M., Yin, J., & La, Y. (2026). Characteristics, interventions, and outcomes of factitious disorder imposed on another (FDIA): A systematic review of 455 perpetrators and 469 victims. *Frontiers in Public Health, 13*, 1723415. https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1723415

Więcek-Durańska, A. (2024). Female violence against men [Przemoc kobiet wobec mężczyzn]. *Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii, 74*(4), 308–323. https://doi.org/10.4467/16891716AMSIK.24.024.21223

Yates, G., & Bass, C. (2017). The perpetrators of medical child abuse (Munchausen syndrome by proxy)—A systematic review of 796 cases. *Child Abuse & Neglect, 72*, 45–53. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.07.008

Zhang Kudon, H., Zhu, S., Chen, B., Breiding, M. J., Leemis, R. W., Zhang, X., Schwank, A., & Basile, K. C. (2026). *The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2023/2024 intimate partner violence data brief*. National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. Official CDC report



JOANNA SZYMYŚLIK

– psycholożka. Od kilku lat działa w obszarze przeciwdziałania przemocy wobec kobiet. Wolontariuszka Centrum Praw Kobiet, praktykantka w miejskim Ośrodku Wsparcia i Interwencji Kryzysowej.

Zjawisko przemocy wobec kobiet

W świetle opinii psychologiczno-sądowych



Poszukiwanie nowych danych i nowych sposobów badania przemocy domowej pozwoli lepiej zrozumieć to zjawisko. Cennym źródłem wiedzy o przemocy wobec kobiet są opinie psychologiczno-sądowe. Odgrywają one szczególną rolę w sytuacjach, w których materiał dowodowy ma charakter subiektywny, oparty na relacjach stron, często wzajemnie sprzecznych i obciążonych silnym ładunkiem emocjonalnym (Kowanetz, Haś-Obydzińska, 2004). W niniejszym artykule analizie poddano 40 takich opinii – co wykazały?

MAŁGORZATA SITARCZYK, EWELINA TRACZ

ROLA PSYCHOLOGII SĄDOWEJ

Psycholog sądowy dokonuje oceny wiarygodności zeznań, analizuje dynamikę, formy i mechanizmy przemocy, dokonuje oceny autentyczności przeżywanych emocji oraz stopnia narażenia ofiary na urazy psychiczne. Opisuje skutki doświadczanej przemocy. W przypadkach, gdy istnieje podejrzenie długotrwałej przemocy, biegły analizuje objawy wskazujące na chroniczne następstwa stresu, takie jak zaburzenia adaptacyjne, zespół stresu pourazowego czy cechy wyuczonej bezradności (Czerederecka, 2007).

W przypadku spraw o przemoc domową, istotne jest również rozpoznanie charakterystycznych wzorców emocjonalnych i poznawczych, które mogą świadczyć o długotrwałym funkcjonowaniu w relacji przemocowej. Osoby krzywdzone często przejawiają objawy tzw. współuzależnienia, wyuczonej bezradności, obniżone poczucie własnej wartości i zaburzenia z zakresu regulacji emocji. Osoby stosujące przemoc mogą zaś prezentować tendencje do zaprzeczania, minimalizowania szkód lub przenoszenia odpowiedzialności na osoby krzywdzone (Pilszyk, 2007).

W kontekście przemocy domowej opinia psychologiczno-sądowa pełni funkcję profilaktyczną i interwencyjną. Poprzez identyfikację czynników ryzyka i mechanizmów utrwalających przemoc psycholog może wskazać kierunki dalszej pomocy psychologiczno-terapeutycznej, zarówno dla osoby doznającej przemocy, jak i ją stosującej. Rzetelna diagnoza psychologiczna pozwala nie tylko na odtworzenie przebiegu zdarzeń i ich skutków, ale także na ocenę potencjału do zmiany zachowań agresywnych i podjęcia terapii (Kowanetz, Haś-Obydzińska, 2004).

METODA BADAWCZA

W ramach prowadzonych badań analizie poddano zmienne psychologiczne charakterystyczne dla zjawiska przemocy domowej wobec kobiet. Materiał badawczy stanowiło 40 opinii psychologiczno-sądowych. Opinie zostały sporządzone przez biegłego psychologa na potrzeby postępowań sądowych w związku z artykułem 207 k.k. i były wykonane na etapie dochodzeniowo-śledczym w postępowaniu przy-

gotowawczym lub na etapie sądowniczym. Podstawą wydania opinii był udział biegłego sądowego z zakresu psychologii w przesłuchaniu pokrzywdzonej, najczęściej odbywającym się w *Niebieskim Pokoju*.

Opinie powstałe po przesłuchaniu były dowodem w sprawie i w związku z tym podlegały ocenie sądu pod względem zgodności z zasadami logiki, wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego, podstaw teoretycznych opinii, toku rozumowania i sposobu motywowania, stanowczości, jednoznaczności i kompletności wniosków w kontekście wyjaśnienia okoliczności zawartych w sformułowanej tezie (m.in. art. 227, 278 i 285 k.p.c.).

Cele diagnostyczne opinii sformułowane przez prokuratora lub sędziego (tzw. tezy sądowe) najczęściej dotyczyły: ustalenia, jaki jest stan psychiczny świadka, jaka jest zdolność do postrzegania i odtwarzania spostrzeżeń, czy zdolność ta jest zaburzona, a jeśli tak, to przez jakie czynniki i w jakiej sferze, określenie stanu rozwoju umysłowego (intelektualnego), a także, czy zeznania świadka spełniają psychologiczne kryteria wiarygodności, czy świadek jest podatna na wpływ osób trzecich, czy pokrzywdzona ujawnia cechy osoby dotkniętej przemocą fizyczną, psychiczną, ekonomiczną lub seksualną, a jeśli tak, to co na to wskazuje?

W badaniach zastosowano metodę analizy dokumentów typu desk-research. Narzędziem badawczym był autorski arkusz analizy opinii psychologiczno-sądowych umożlwiający uporządkowanie danych zastanych zawartych w tych opiniach. Arkusz zbierał dane socjodemograficzne osoby doznającej przemocy domowej, m.in. wiek, wykształcenie, stan cywilny, ponadto pozwalał na pozyskanie danych dotyczących przemocy domowej, takich jak: cechy psychiczne osoby

doznającej przemocy domowej, relacja ze sprawcą krzywdzenia, mechanizmy typowe dla przemocy wskazane w opinii, formy przemocy, koszty i konsekwencje doznanej przemocy, pomoc instytucjonalna, metodologia powstania opinii. W podstawach metodologicznych tak zrealizowanych badań przyjęto, że metoda desk-research pozwala na zdobycie ważnych informacji z wiarygodnych źródeł, a także umożliwia replikę wyników badań pierwotnych.

DANE SPOŁECZNO-DEMOGRAFICZNE OPINIOWANYCH KOBIET

Analizowane opinie dotyczą 40 kobiet w wieku od 24 do 75 lat (M = 39,03; SD = 13,72). Opiniowane legitymowały się przede wszystkim wykształceniem zawodowym i średnim (n = 12; 30,0% w obu przypadkach). W odniesieniu do pracy zawodowej nieznacznie częściej wskazywano na brak zatrudnienia (n = 17; 42,5%) niż wykonywanie pracy zawodowej (n = 13; 32,5%). Zatem mimo stosunkowo dobrego wykształcenia (60% – łącznie zawodowe i średnie), jedynie co trzecia opiniowana pracowała zawodowo. W przypadku przemocy domowej brak samodzielności ekonomicznej stanowi czynnik ryzyka uzależnienia od agresora.

W grupie kobiet doznających przemocy dominowały osoby zamężne (n = 27; 67,5%). Znacznie rzadziej analizowane opinie dotyczyły osób stanu wolnego, określonych jako panny (n = 8; 20,0%), osoby rozwiedzione (n = 3; 7,5%) oraz wdowy (n = 1; 2,5%). Potwierdza się zatem wniosek, zgodnie z którym w związkach formalnych przemoc pojawia się zdecydowanie czyściej niż w nieformalnych (Pilszyk, 2007; Santambrogio, Colmegna, Trotta, 2019; Gruszczyńska, 2020).

Czas trwania relacji z osobą oskarżoną o przemoc mieścił się w okresie od 2 do 51 lat (*M* = 15,54; *SD* = 13,40), co oznacza, że w analizowanym materiale uwzględniono zarówno relacje stosunkowo krótkie, jak i trwające bardzo długo.

Wśród opiniowanych były kobiety bezdzietne, a także matki mające nawet pięcioro dzieci. Średnio osoby badane miały dwoje dzieci (*M* = 1,92; *SD* = 1,16). Jeśli chodzi o prawa rodzicielskie, większość opiniowanych kobiet miała je zachowane (*n* = 25; 62,5%), natomiast ich brak odnotowano jedynie u 12,5% (*n* = 5; 12,5%).

CECHY PSYCHICZNE OPINIOWANYCH KOBIET

Analiza danych ilościowych i jakościowych zawarta w opiniach pozwoliła wskazać, że w zakresie samooceny najczęściej odnotowywano u opiniowanych niski jej poziom (*n* = 23; 57,5%). Wysoka samoocena pojawiała się rzadziej (*n* = 5; 12,5%), a umiarkowana najrzadziej (*n* = 3; 7,5%).

Podobny obraz uzyskano dla poczucia sprawstwa. Najczęściej oceniano je jako niskie (*n* = 26; 65,0%), rzadziej jako umiarkowane (*n* = 4; 10,0%), a najrzadziej jako wysokie (*n* = 2; 5,0%). Analogiczny wynik uzyskano dla poczucia kontroli: najczęściej wskazywano jego niski poziom (*n* = 27; 67,5%), wyraźnie rzadziej poziom umiarkowany (*n* = 4; 10,0%) oraz wysoki (*n* = 2; 5,0%). Oznacza to, że niskie poczucie kontroli było jedną z najczęściej odnotowywanych cech psychologicznych. Wniosek ten jest zgodny z licznymi badaniami ukazującymi niski poziom poczucia kontroli jako rezultat współuzależnienia i nasilenia poczucia bezradności, a także z tymi, które sugerują, że jest to cecha wyjściowo sprzyjająca relacjom bierno-zależnym.

Wśród cech psychicznych osób pokrzywdzonych przemocą domową wskazuje się na znaczenie sfery emocjonalnej, doświadczane zmiany w tym obszarze oraz konsekwencje doznanego cierpienia psychicznego i/lub fizycznego. W przypadku objawów dotyczących sfery emocjonalnej, uzyskane wyniki były zróżnicowane. Cechy PTSD odnotowano u 8 osób (20,0%). Epizody depresyjne występowały natomiast u 18 osób (45,0%). Próby samobójcze odnotowano 5 razy (12,5%), a zaburzenia adaptacyjne wskazano u 10 osób (58,8%). Wyniki wskazują na wyraźną przewagę kobiet doświadczających epizodów depresyjnych.

W zakresie poziomu stresu w analizowanym materiale badawczym występowały wyłącznie kategorie umiarkowanego i wysokiego nasilenia. Nie odnotowano niskiego poziomu stresu u żadnej opiniowanej kobiety. Natomiast u ponad 60% opiniowanych kobiet miał miejsce silny stres, prawdopodobnie związany zarówno z doświadczeniem przemocowej relacji z partnerem, jak i nasilony w wyniku postępowania sądowego.

Zmienną psychologiczną, która stosunkowo często była diagnozowana, stanowił lęk (mierzony kwestionariuszem STAI). Podwyższony poziom lęku jako cechy i jako stanu odnotowano niemal powszechnie (n = 29; 72,5%), co wskazuje na wyraźną dominację tej cechy u opiniowanych. Często odnotowywanymi cechami były też uległość (n = 22; 55,0%) oraz zależność emocjonalna. Ta ostania cecha została wskazana u 16 kobiet (40,0%). Bierność okazała się nasilona w 8 przypadkach (20,0%), natomiast skłonność do samokrytycyzmu odnotowano w czterech przypadkach (5%).

Podsumowując, w analizowanych opiniach zarysowywał się obraz kobiet o niskim poziomie samooceny, niskim poczuciu sprawstwa

i kontroli, wysokim poziomie stresu, lękowych, uległych oraz zależnych emocjonalnie od partnera stosującego przemoc.

CHARAKTER RELACJI Z OSOBĄ STOSUJĄCĄ PRZEMOC

Ważny obszar analizy treści opinii psychologiczno-sądowych w sprawach z art. 207 k.k. obejmował zmienne opisujące relacje kobiet doświadczających przemocy z osobami ją stosującymi oraz wybrane przejawy przemocy i współuzależnienia. Uwzględniono charakter relacji, czas trwania przemocy domowej, strukturę relacji, formy przemocy, zjawisko współuzależnienia oraz szczegółowe cechy współuzależnienia.

W odniesieniu do charakteru relacji, najczęściej wskazywano na relację małżeńską (*n* = 28; 70,0%). Pozostałe kategorie pojawiały się zdecydowanie rzadziej: relację partnerską odnotowano w 4 przypadkach (10,0%), relację z rodzicem oraz z ojczymem po 3 razy (7,5%), a inną relację w 2 przypadkach (5,0% – chodziło o relację z kuzynami).

W zakresie struktury relacji szczególnie często odnotowywano brak równowagi sił (n = 35; 87,5%) oraz dominację osoby stosującej przemoc, którą wskazano w 27 przypadkach (67,5%). Kontrolę ze strony osoby krzywdzącej odnotowano u 17 osób (42,5%). Zależność ekonomiczna oraz zależność emocjonalna zostały wskazane w 14 przypadkach (35,0%).

Jeśli zaś chodzi o formy przemocy, zostały one szczegółowo opisane we wszystkich analizowanych opiniach. Najczęściej opisywano przemoc psychiczną, która występowała w 35 przypadkach (87,5%). Bardzo często występowała także przemoc fizyczna, odnotowana u 33 osób (82,5%). Przemoc seksualną wskazano w 14 opiniach (35,0%),

a przemoc ekonomiczna była obecna w 8 przypadkach (20,0%). W analizowanym materiale najrzadziej występowało zaniedbanie, które wskazano tylko w 1 przypadku (*n* = 1; 2,5%).

Ocenie poddano też korelaty psychiczne i społeczne przemocy relacyjnej, w tym rolę uzależnienia od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych u osoby stosującej przemoc oraz osoby jej doświadczającej. Objawy uzależnienia u osób krzywdzących odnotowano w większości przypadków (*n* = 27; 67,5%). Odmienny obraz uzyskano w odniesieniu do kobiet doznających przemocy. W zdecydowanej większości przypadków nie odnotowano u nich objawów uzależnienia od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych (*n* = 35; 87,5%), a ich obecność wskazano jedynie u 2 osób (5,0%). Analiza treści opinii pozwala wnioskować o problemie alkoholowym osób, które krzywdzą, co jest zjawiskiem ponadczasowym i bardzo dobrze udokumentowanym w badaniach nad genezą przemocy domowej.

W odniesieniu do cech zespołu współuzależnienia psychicznego, stwierdzono go u większości badanych kobiet (*n* = 31; 77,5%), natomiast brak odnotowano tylko w 8 przypadkach (20,0%). Diagnoza współuzależnienia wiązała się z analizą przejawów typowych dla tego mechanizmu adaptacyjnego. Iluzoryczną nadzieję, że partner się zmieni wykazywało 26 kobiet (65,0%). U większości opiniowanych mechanizm ten był trwały i zauważalny. Jedynie w 8 przypadkach (20,0%) nie sygnalizowano tego problemu. Iluzoryczna nadzieja na zmianę wiąże się z idealizowaniem partnera i taki mechanizm opisano w 8 przypadkach (20%). W 16 przypadkach (40%) kobiety nie ujawniały skłonności do idealizowania partnera, a w pozostałych 20% analizowanych opinii nie podejmowano tego tematu. Często jednak opisywano ambiwalentne uczu-

cia wobec osoby stosującej przemoc – odczuwalny lęk, żal i wrogość pomieszane z miłością. Diagnozę taką postawiono w 16 przypadkach (40%), a wykluczono w 10 (25%). Starania o utrzymanie „normalności" wskazano u 24 kobiet (60,0%), a jej brak w 11 przypadkach (27,5%).

Inaczej wyglądały wyniki dotyczące kolejnego przejawu współuzależnienia, mianowicie obawy przed utratą relacji. W tym przypadku częściej jej nie odnotowywano (*n* = 18; 45,0%), niż wskazywano na jej obecność (*n* = 3; 7,5%). Można wnioskować, że obawa opiniowanych kobiet przed utratą relacji z agresorem była rzadko opisywanym elementem współuzależnienia.

Podsumowując: w opiniach psychologiczno-sądowych najczęściej opisywano relacje małżeńskie, długotrwałe doświadczenie przemocy, wyraźną nierównowagę sił, zależność ekonomiczną i emocjonalną, kontrolę oraz dominację osoby stosującej przemoc. Spośród form przemocy zdecydowanie najczęściej występowały przemoc psychiczna i fizyczna, natomiast ekonomiczna, seksualna i zaniedbanie były odnotowywane rzadziej. Ważnym elementem opisywanego obrazu były także objawy uzależnienia po stronie osób krzywdzących oraz cechy współuzależnienia u kobiet doświadczających przemocy, w tym przede wszystkim starania o utrzymanie „normalności" i iluzoryczną nadzieję na zmianę partnera.

MECHANIZMY PRZEMOCY

Osobny fragment autorskiego arkusza analizy treści opinii psychologiczno-sądowych dotyczył mechanizmów typowych dla przemocy domowej. W tej części sprawdzono, czy w opiniach odnotowano syn-

drom wyuczonej bezradności, proces wiktymizacji, syndrom sztokholmski, cykl przemocy domowej, mechanizm zaprzeczenia i iluzji, wpajanie poczucia winy oraz monopolizację uwagi.

Najbardziej wyraźny wynik w tej części analizy kryterialnej dotyczył mechanizmu zaprzeczenia i iluzji. Jego obecność odnotowano u zdecydowanej większości kobiet doznających przemocy domowej (*n* = 31; 77,5%). Analizowane opinie psychologiczno-sądowe często opisują syndrom wyuczonej bezradności (n = 17; 42,5%) oraz cykl przemocy domowej (n = 13; 32,5%). Podobny obraz uzyskano dla procesu wiktymizacji. Występowanie tego mechanizmu wskazano u 11 kobiet (27,5%). Wpajanie poczucia winy wskazano u 10 osób (25,0%).

ZAKOŃCZENIE

Przeprowadzone badania, oparte na analizie 40 opinii psychologiczno-sądowych, pozwoliły na wielowymiarową charakterystykę funkcjonowania psychicznego kobiet doświadczających przemocy domowej. Analiza materiału empirycznego potwierdziła, że przemoc domowa nie jest jedynie incydentem, lecz procesem prowadzącym do głębokiej i destrukcyjnej przebudowy struktury osobowości osób jej doświadczających.

W świetle uzyskanych danych, kobiety trwające w przemocy powyżej 10 lat niemal powszechnie charakteryzują się niskim poczuciem sprawstwa i wysokim poziomem lęku. Niezwykle istotnym aspektem ujawnionym w badaniach jest mechanizm zaprzeczenia i iluzji, który wystąpił u 77,5% opiniowanych kobiet.

Wykonane analizy powalają postulować szersze wykorzystanie istniejących materiałów sądowych w metodologii badań nad przemocą. Przykładem niedocenionych i rzadko wykorzystywanych naukowo materiałów są *Niebieskie Karty*. Ta procedura bardzo się rozwinęła pod względem metodologicznych kwestii związanych z gromadzeniem danych dotyczących populacji osób doświadczającej przemocy domowej – warto to wykorzystywać.■

BIBLIOGRAFIA

Czerederecka, A. (2007). *Psychologia sądowa w praktyce*. Instytut Ekspertyz Sądowych, Kraków.

Gruszczyńska, B. (2020). *Przemoc wobec kobiet w Polsce. Aspekty prawne, społeczne i psychologiczne*. Wolters Kluwer.

Kowanetz, M., Haś-Obydzińska, A. (2004). *Rola biegłego psychologa w przeciwdziałaniu przemocy emocjonalnej wobec dzieci w rodzinach rozbitych*. Instytut Ekspertyz Sądowych, Kraków.

Pilszyk, A. (2007). Obraz psychopatologiczny sprawcy przemocy w rodzinie. *Psychiatria Polska*, *41*(6), s. 832–840.

Santambrogio, J., Colmegna, F., Trotta, G., Cavalleri, P.R., Clerici, M. (2019). Intimate partner violence (IPV) e fattori associati: una panoramica sulle evidenze epidemiologiche e qualitative in letteratura [Intimate partner violence (IPV) and associated factors: an overview of epidemiological and qualitative evidence in literature]. *Rivista di psichiatria*, *54*(3), 97–108. https://doi.org/10.1708/3181.31598

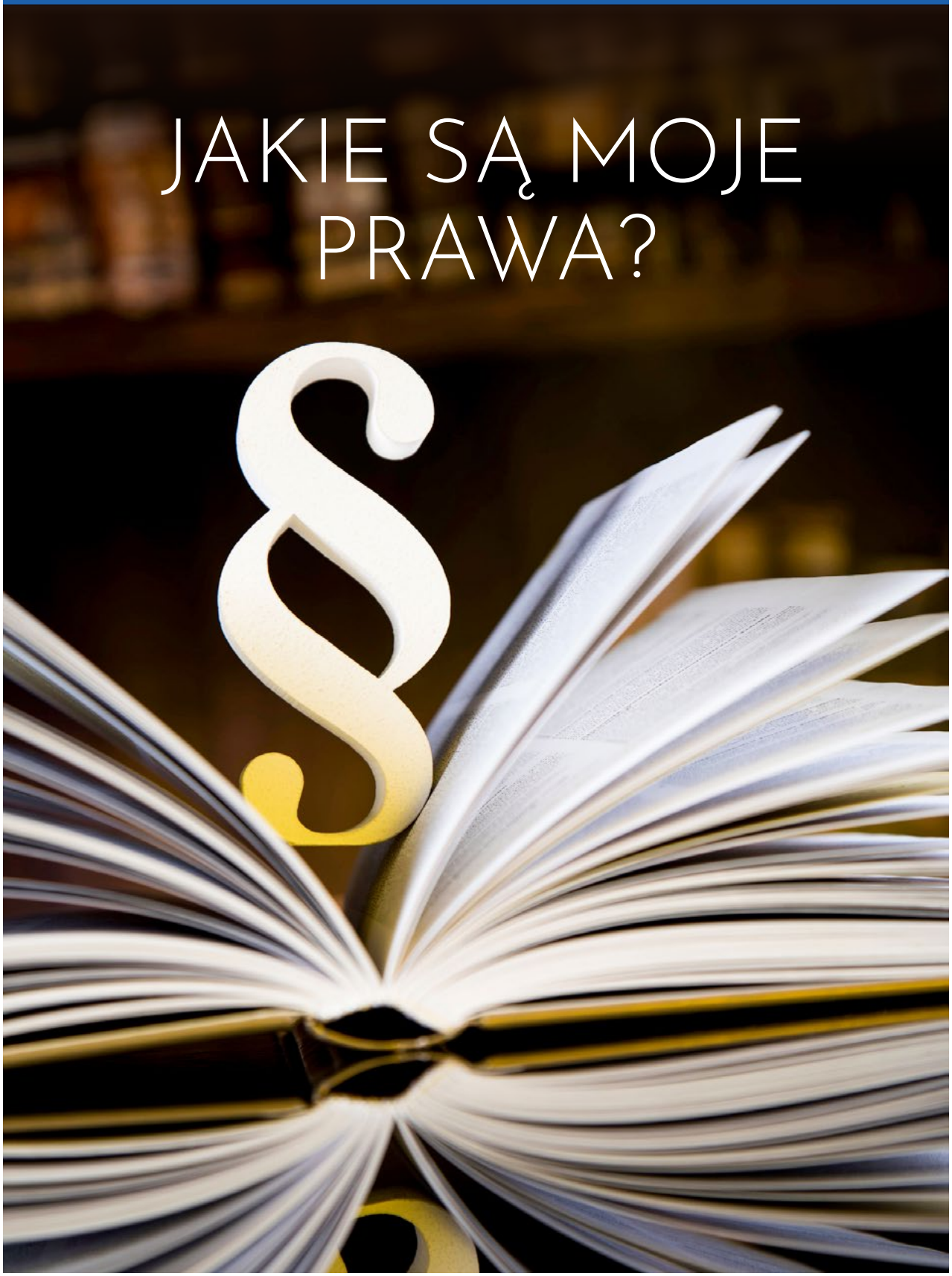
MAŁGORZATA SITARCZYK

– dr nauk społecznych, psycholog kliniczny, pedagog resocjalizacyjny, adiunkt w Wyższej Szkole Ekonomii i Innowacji w Lublinie, biegła sądowa z zakresu psychologii, wieloletni wykładowca w UMCS, UAM, współpracownik Pracowni Testów Psychologicznych PTP oraz pracownik placówek resocjalizacyjnych. Autorka i współautorka pięciu monografii i ponad 130 artykułów naukowych.

EWELINA TRACZ

– psycholożka, koordynatorka Indywidualnych Planów Usług Społecznych w Centrum Usług Społecznych w Gminie Strzyżewice, członkini Zespołu Interdyscyplinarnego z doświadczeniem w pracy z osobami i rodzinami znajdującymi się w trudnych sytuacjach życiowych, w tym doświadczającymi przemocy domowej.

JAKIE SĄ MOJE PRAWA?



Przemoc domowa jest szerokim i trudnym problemem społecznym, nierzadko stanowiącym także poważne naruszenie prawa. Zazwyczaj jest kwalifikowana na podstawie art. 207 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny, zwanej dalej k.k., jako przestępstwo znęcania się. Należy jednak pamiętać, że zachowania osoby stosującej przemoc mogą zawierać w sobie rozmaite działania, z których każde odrębnie może być ścigane w oparciu o inną podstawę prawną, a niekiedy także i w inny sposób (z oskarżenia prywatnoskargowego, na wniosek), np. uszkodzenie ciała – art. 156 i 157 k.k. czy groźby karalne – art. 190 k.k.

MALWINA BOBRZYK

WIEDZA = MNIEJ OBAW

Ponieważ rozpoczęcie działań związanych z podejrzeniem występowania przemocy domowej przez uprawnione podmioty/służby, np. w postaci wszczęcia procedury „Niebieskie Karty" czy wszczęcia postępowania karnego w związku z podejrzeniem popełnienia przestępstwa, odbywa się bez zgody osób pokrzywdzonych, kluczowe staje

się zwiększenie świadomości osób pokrzywdzonych co do przysługujących im praw.

> *Art. 9d ust.1 ustawy o przeciwdziałaniu przemocy domowej Podejmowanie interwencji w środowisku odbywa się na podstawie procedury „Niebieskie Karty" i nie wymaga zgody osoby doznającej przemocy domowej ani osoby stosującej przemoc domową.*

Ma to znaczenie o tyle, że udział tych osób w powyższych procedurach jest zazwyczaj obligatoryjny, a bierność i niechęć, często spowodowane niewiedzą, w konsekwencji prowadzą do negatywnych skutków w postaci ich zakończenia i dalszego trwania przemocy.

ART. 11A U.P.P.D.

W odniesieniu do ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej, *zwanej dalej u.p.p.d.,* będącej kluczowym aktem prawnym, na podstawie którego powstał system przeciwdziałania przemocy w Polsce, wiedza osób doznających przemocy powinna dotyczyć przede wszystkim przepisów pozwalających na odizolowanie osób stosujących przemoc. Chodzi więc o art. 11a u.p.p.d., na podstawie, którego osoba doznająca przemocy ma prawo do złożenia wniosku o zobowiązanie przez sąd osoby stosującej przemoc do opuszczenia wspólnie zajmowanego mieszkania i jego bezpośredniego otoczenia lub zakazanie zbliżania się do

mieszkania i jego bezpośredniego otoczenia, w sytuacji gdy swoim zachowaniem polegającym na stosowaniu przemocy czyni je szczególnie uciążliwym.

Co istotne, wystąpienie z powyższym wnioskiem przez osobę doznającą przemocy jest możliwe w sytuacji nie tylko wspólnego zamieszkiwania z osobą stosującą przemoc, ale obecnie obejmuje również sytuacje:

- kiedy osoba doznająca przemocy opuściła wspólnie zajmowane mieszkanie z powodu stosowania wobec niej przemocy w tym mieszkaniu;
- gdy osoba stosująca przemoc opuściła wspólnie zajmowane mieszkanie, np. obawiając się chwilowo konsekwencji dalszego w nim przebywania, i nie ma pewności, że do niego nie powróci;
- osoba stosująca przemoc domową okresowo lub nieregularnie przebywa w mieszkaniu wspólnie z osobą doznającą przemocy.

Konieczność zatem spełnienia przesłanki wspólnego zamieszkiwania osoby doznającej przemocy z osobą stosującą przemoc nie pozbawia już możliwości złożenia powyższych wniosków.

ART. 11AA U.P.P.D.

Kolejnym przepisem ustawy o przeciwdziałaniu przemocy domowej służącym odizolowaniu osób stosujących przemoc jest art. 11aa, na podstawie którego osoba doznająca przemocy ma prawo do złożenia wniosku o wydanie przez sąd wobec osoby stosującej przemoc domową, która swoim zachowaniem stwarza zagrożenie dla życia lub zdrowia, zakazu zbliżania się do niej na wyrażoną

w metrach odległość lub zakazu kontaktowania się z nią, czy też zakazu wstępu na teren szkoły, placówki oświatowej, opiekuńczej lub artystycznej albo teren, gdzie osoba doznająca przemocy uprawia sport lub pracuje.

Powyższe prawo do ustanowienia zakazu kontaktu dotyczy także formy kontaktu osoby stosującej przemoc z osobą doznającą przemocy za pomocą środków komunikacji elektronicznej na odległość, np. SMS-ów czy maili, gdy kontakt ten wzbudza w osobie doznającej przemocy uzasadnione okolicznościami poczucie zagrożenia, poniżenia lub udręczenia bądź istotnie narusza jej prywatność.

Sądem właściwym do rozpoznania wniosków złożonych w trybie ustawy o przeciwdziałaniu przemocy domowej jest sąd rejonowy, wydział cywilny, właściwy ze względu na miejsce zamieszkania osoby doznającej przemocy lub – jeśli nie ma miejsca zamieszkania – miejsce jej pobytu. Złożenie wniosku nie podlega opłacie. Osoba doznająca przemocy jest zwolniona również z wszelkich opłat na dalszym etapie postępowania sądowego, a także po jego zakończeniu, w sytuacji wydania przez sąd nakazów, zakazów, czy konieczności usunięcia osoby stosującej przemoc w drodze egzekucji.

Żądanie osoby doznającej przemocy zawarte we wniosku nie musi łączyć w sobie wszystkich wskazanych w ustawie nakazów i zakazów, a ograniczać się jedynie do tych, które w danym momencie są niezbędne, czyli np. wydania zakazu kontaktowania się osoby stosującej przemoc, jeżeli po tym, jak już opuściła wspólne miejsce zamieszkania, kontynuuje stosowanie przemocy przy okazji spotkań z osobą doznającą przemocy.

BEZPŁATNE BADANIE LEKARSKIE

Ważnym, wynikającym z ustawy o przeciwdziałaniu przemocy domowej uprawnieniem osób doznających przemocy jest wykonanie bezpłatnego badania lekarskiego w celu udokumentowania obrażeń ciała związanych z użyciem przemocy oraz otrzymania bezpłatnego zaświadczenia lekarskiego.

Osoby doznające przemocy często w sytuacji doznanych obrażeń ciała rezygnują z wizyty u lekarza w celu ich udokumentowania. Taka bezczynność nierzadko wynika z zasłyszanych informacji, że jedynym właściwym dokumentem o jakiejkolwiek wartości dowodowej jest obdukcja lekarska wystawiona przez lekarza medycyny sądowej. Takie informacje nie są do końca prawdziwe. Dokument w postaci zaświadczenia lekarskiego, którego wzór określa *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2023 r. w sprawie wzoru zaświadczenia lekarskiego o przyczynach i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy domowej*, to również dokument mający walor dowodowy, gdyż to na podstawie jego treści, biegły (powołany w związku z toczącym się postępowaniem karnym przez prokuratora lub sąd) sporządza opinię sądowo-lekarską, określającą mechanizm powstania urazu w sposób wymagany przez organ i oceniającą też czas trwania naruszenia czynności narządu ciała. Zaświadczenie lekarskie stanowi więc dowód pomocniczy i warto, aby osoba pokrzywdzona go posiadała. Co ważne, jest to dokument wystawiany bezpłatnie, w przeciwieństwie do obdukcji lekarskiej, która jest odpłatna, a na której koszt często nie stać osób doznających przemocy.

14-DNIOWA IZOLACJA I ZAKAZ ZBLIŻANIA

By zwiększyć skuteczność ochrony osób doznających przemocy, ustawodawca w kolejnym akcie prawnym, a mianowicie w ustawie z dnia 6 kwietnia 1990 r., o policji, *zwanej dalej u.p.,* wprowadził przepisy uprawniające funkcjonariuszy policji do zastosowania środków czasowej, bo 14-dniowej izolacji osób stosujących przemoc w sytuacji stwarzania przez nie zagrożenia dla życia lub zdrowia osób doznających przemocy. Mowa tutaj o art. 15aa u.p., na mocy którego osoba stosująca przemoc może zostać zobowiązana do natychmiastowego opuszczenia wspólnie zajmowanego mieszkania i jego bezpośredniego otoczenia oraz zakazu zbliżania się do niego i jego bezpośredniego otoczenia oraz o art. 15aaa u.p., na mocy którego może zostać wydany wobec osoby stosującej przemoc zakaz zbliżania się, zakaz kontaktowania się z osobą doznającą przemocy czy zakaz wstępu na określony teren, na którym przebywa chociażby okresowo osoba doznająca przemocy. O ile osoba doznająca przemocy nie ma wpływu na decyzję funkcjonariuszy o zastosowaniu wyżej wymienionych nakazów i zakazów, to ma już wpływ na decyzję o podjęciu działań w celu ich przedłużenia. Należy jednak pamiętać, że złożenie przez osobę doznającą przemocy wniosku o przedłużenie wydanych przez funkcjonariuszy policji nakazów i zakazów musi nastąpić w terminie ich obowiązywania, czyli w ciągu 14 dni od dnia ich wydania. Rozpatrzenie wniosku przez sąd następuje w trybie właściwym dla postępowań prowadzonych na podstawie art. 11a i 11aa u.p.p.d., co oznacza, że sądem właściwym, do którego należy skierować wniosek o ich przedłużenie, jest sąd miejsca zamieszkania osoby doznającej przemocy lub

miejsca pobytu, jeśli nie ma miejsca zamieszkania. Wniosek ten również nie podlega żadnym opłatom.

Osoba doznająca przemocy, składająca wnioski o nakazy i zakazy lub o ich przedłużenie, może w sądzie działać sama lub przez ustanowionego w sprawie pełnomocnika. Pełnomocnikiem w sprawach cywilnych może być adwokat lub radca prawny. W sytuacji, gdy osoba doznająca przemocy nie jest w stanie ponieść kosztów wynagrodzenia adwokata lub radcy prawnego bez uszczerbku utrzymania koniecznego dla siebie i rodziny, może domagać się jego ustanowienia przez sąd. W tym celu musi dołączyć do wniosku oświadczenie sporządzone według ustalonego wzoru, obejmujące szczegółowe dane o swoim stanie rodzinnym, majątku, dochodach i źródłach utrzymania. Sąd ustanowi pełnomocnika dla strony, jeżeli jego udział w sprawie uzna za konieczny.

W postępowaniu cywilnym pełnomocnikiem strony może być także małżonek, rodzeństwo, zstępni lub wstępni strony oraz osoby pozostające ze stroną w stosunku przysposobienia. Do jego ustanowienia potrzebne jest podpisanie przez stronę pełnomocnictwa dla osoby najbliższej i jego złożenie w sądzie. Złożenie pełnomocnictwa nie podlega opłacie.

KODEKS POSTĘPOWANIA KARNEGO

Kolejnymi niezwykle ważnymi prawami osób pokrzywdzonych, tym razem określonymi w przepisach procedury karnej zawartej w Ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego, *zwanej dalej k.p.k.,* w sytuacji kiedy przemoc nosi znamiona przestępstw, w tym przestępstwa znęcania się, jest:

I. Prawo do zawiadomienia organów ścigania o podejrzeniu popełnienia przestępstwa.

Osoba pokrzywdzona może złożyć zawiadomienie w każdej formie, np. pisemnej, ustnej, telefonicznej, mailowej. Najczęściej zalecaną jest forma ustna, polegająca na osobistym stawiennictwie we właściwej jednostce policji lub prokuratury. Z przyjęcia zawiadomienia zostaje wówczas sporządzony protokół. Każda jednostka policji lub prokuratury jest uprawniona do przyjęcia zawiadomienia o podejrzeniu przestępstwa, jednak do dalszego prowadzenia postępowania uprawniona będzie zazwyczaj jednostka właściwa ze względu na miejsce popełnienia czynu zabronionego.

Treść składanego zawiadomienia, wbrew licznym obawom osób je składających, nie musi wskazywać kwalifikacji prawnej danego czynu. Dokonują jej organy ścigania. Ważne jest natomiast to, by zawierało ono szczegółowy opis zdarzeń, wskazywało na będące w posiadaniu osoby zawiadamiającej/innych osób/instytucji dowody, np. dokumenty, nagrania, wskazywało na świadków zdarzeń itd.

II. Prawo osoby pokrzywdzonej do poinformowania jej przez organ prowadzący postępowanie o ciążących obowiązkach i przysługujących uprawnieniach (art. 16 k.p.k.).

Niedokonanie tego obowiązku lub mylne pouczenie przez organ nie może wywołać ujemnych skutków procesowych dla osoby pokrzywdzonej. W sytuacji osób poniżej 18. roku życia lub osób nieporadnych, w szczególności z uwagi na wiek lub stan zdrowia, ustawodawca wprowadził dodatkowe obostrzenie w postaci wymogu, by pouczenie zostało dostosowane do wieku, stanu zdrowia i rozwoju umy-

słowego danej osoby. Powyższe oznacza, że nie pozostaje w działaniu prowadzącego postępowanie wystarczające samo przekazanie treści przepisów, ale również upewnienie się, że przy danych cechach osoby, przekazywana informacje była jasna i zrozumiała.

III. Prawo do posiadania przez osobę małoletnią reprezentanta, gdy osobą podejrzewaną/podejrzaną o popełnienie przestępstwa jest jeden z rodziców.

Osoba małoletnia do 18. roku życia nie może samodzielnie realizować swoich praw pokrzywdzonego w postępowaniu karnym. Zgodnie z art. 51 § 2 k.p.k. reprezentuje go w nim przedstawiciel ustawowy (matka, ojciec) lub osoba, pod której stałą pieczą małoletni pozostaje (opiekun zastępczy). Jednakże żadne z rodziców nie może reprezentować dziecka przy czynnościach prawnych między dzieckiem a jednym z rodziców lub jego małżonkiem, o czym stanowi przepis art. 98 § 2 ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy, *zwanej dalej k.r.i.o*. W tym celu prowadzący postępowanie występuje z wnioskiem o ustanowienie dla osoby małoletniej reprezentanta, którym powinien być adwokat lub radca prawny posiadający kompetencje i doświadczenie w sprawach z udziałem dzieci (art. 99 (1) § 1. k.r.i.o.).

IV. Prawo do udziału w czynności przesłuchania osoby pokrzywdzonej w postępowaniu przygotowawczym *osoby wskazanej* przez nią (art. 299a § 1 k.p.k.).

Osobą wskazaną przez osobę pokrzywdzoną może być każda osoba pełnoletnia, bez względu na łączące ją z osobą pokrzywdzoną więzi i stosunki. Posiadanie przez osobę pokrzywdzoną na tym etapie

postępowania wsparcia, ogranicza się jednak do biernej obecności osoby przez nią wskazanej. Osoba ta nie może ingerować w prowadzoną czynność, tj. zwracać uwagę pokrzywdzonemu na treść jego zeznań, zadawać pytań, zwracać uwagę osobie przeprowadzającej przesłuchanie itp. Takie zachowanie może zostać potraktowane jako utrudniające wykonywanie czynności i być podstawą do odmowy udziału w czynności tej osoby.

V. Dokonania czynności przesłuchania małoletnich pokrzywdzonych w charakterze świadków w trybie szczególnym.

Małoletniego pokrzywdzonego przestępstwami z użyciem przemocy lub groźby bezprawnej lub określonymi w rozdziałach XXIII, XXV i XXVII Kodeksu karnego, który w chwili przesłuchania nie ukończył 15 lat, przesłuchuje się wyłącznie, gdy jego zeznania mogą mieć istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy i tylko jeden raz. Uchylenie tej zasadzie może nastąpić jedynie wówczas, gdy wyjdą na jaw istotne okoliczności, których wyjaśnienie wymaga ponownego przesłuchania, lub w razie uwzględnienia wniosku dowodowego oskarżonego, który nie miał obrońcy w czasie pierwszego przesłuchania pokrzywdzonego. Czynności przesłuchania dokonuje sąd, na posiedzeniu z udziałem biegłego, który powinien być osobą płci wskazanej przez pokrzywdzonego. Przesłuchanie powinno się odbyć niezwłocznie, nie później niż w terminie 14 dni od dnia wpływu wniosku o dokonanie czynności przesłuchania, w odpowiednio przystosowanych pomieszczeniach zwanych „przyjaznymi pokojami".

W przesłuchaniu może wziąć udział także pełnomocnik pokrzywdzonego, przedstawiciel ustawowy albo osoba, pod której stałą pie-

czą pozostaje pokrzywdzony lub osoba wskazana przez pokrzywdzonego, jeżeli nie ogranicza to swobody wypowiedzi przesłuchiwanego (art. 185a § 1-2 k.p.k.).

Małoletniego pokrzywdzonego, który w chwili przesłuchania ukończył już 15. rok życia, przesłuchuje się w warunkach określonych dla pokrzywdzonych małoletnich poniżej 15. roku życia tylko wtedy, gdy zachodzi obawa, że przesłuchanie w innych warunkach mogłoby wywrzeć negatywny wpływ na jego stan psychiczny (art.185a § 4 k.p.k.).

Przesłuchanie małoletnich pokrzywdzonych w obu trybach utrwala się za pomocą urządzenia rejestrującego obraz i dźwięk (art. 147 § 2a k.p.k.).

VI. Prawo do korzystania przez osobę pokrzywdzoną, w toku całego postępowania, tj. od momentu złożenia zawiadomienia do czasu prawomocnego zakończenia postępowania – z pomocy wybranego przez siebie pełnomocnika, a w sytuacji wykazania, że sytuacja materialna osoba doznającej przemocy nie pozwala na ustanowienie pełnomocnika z wyboru (nie jest ona w stanie ponieść kosztów pełnomocnika bez szkody dla niezbędnego utrzymania siebie i swojej rodziny) prawo do wystąpienia z wnioskiem o wyznaczenie przez sąd pełnomocnika z urzędu.

VII. Prawo do składania wniosków o dokonanie czynności trwającego postępowania, np. przesłuchanie świadka, uzyskanie dokumentu, dopuszczenie opinii biegłego itd., a także prawo do udziału w tych czynnościach.

VIII. Na etapie postępowania przygotowawczego prawo uzyskania za zgodą prowadzącego postępowanie dostępu do akt sprawy, sporządzania odpisów i kserokopii oraz uzyskiwania uwierzytelnionych kopii dokumentów. Odmowa dostępu może mieć miejsce, jeżeli zachodzi potrzeba zabezpieczenia prawidłowego toku postępowania lub ochrony ważnego interesu państwa.

IX. Prawo do otrzymania informacji o uchyleniu tymczasowego aresztowania stosowanego wobec podejrzanego lub o jego ucieczce z aresztu śledczego.

X. Prawo do złożenia zażalenia na postanowienie o odmowie wszczęcia, umorzeniu śledztwa lub dochodzenia oraz zażalenia na bezczynność organu, jeżeli w ciągu 6 tygodni od złożenia zawiadomienia o przestępstwie osoba pokrzywdzona nie została powiadomiona o wszczęciu albo odmowie wszczęcia śledztwa lub dochodzenia.

XI. Prawo do otrzymania przez pokrzywdzonego pomocy prawnej, psychologicznej, psychiatrycznej, psychoterapeutycznej, finansowania rehabilitacji, wsparciu w zdobyciu nowych kwalifikacji zawodowych lub przekwalifikowaniu, pomocy medycznej, materialnej i innej, w Okręgowych Ośrodkach i Lokalnych Punktach Pomocy Pokrzywdzonym Przestępstwem (adresy miejsc pomocy: **www.fundusz-sprawiedliwosci.gov.pl).**

XII. Prawo do odmowy złożenia zeznań w przypadku, gdy sprawcą jest osoba najbliższa, a więc: małżonek, wstępny (rodzic,

dziadkowie), zstępni (dzieci, wnuki), rodzeństwo, powinowaty w tej samej linii lub stopniu, osoba pozostająca w stosunku przysposobienia oraz jej małżonek, a także osoba pozostająca we wspólnym pożyciu.

W przypadku tego uprawnienia należy pamiętać, że nierzadko osoba stosująca przemoc na tym etapie podejmuje wysiłki, by przekonać osobę doznającą przemocy do wycofania zawiadomienia o popełnieniu przestępstwa bądź odmowy złożenia zeznań w dalszej fazie postępowania. W praktyce składane przy tej okazji obietnice zmiany zachowania rzadko są realizowane, wobec faktu poczucia sprawcy, iż w swym dotychczasowym zachowaniu pozostaje on bezkarny. Jeżeli osoba pokrzywdzona ma wątpliwości co do złożenia zawiadomienia czy też odmówienia złożenia zeznań, powinna przed podjęciem takiej decyzji skonsultować ją z prawnikiem, psychologiem, terapeutą lub inną osobą pomagającą osobom pokrzywdzonym.

XIII. Prawo do złożenia wniosku o skierowanie sprawy do postępowania mediacyjnego.

Udział osoby pokrzywdzonej w postępowaniu mediacyjnym jest dobrowolny, a ewentualne pozytywne wyniki przeprowadzonej mediacji są brane pod uwagę przez sąd przy wymiarze kary. Należy jednak pamiętać, że w przypadku przestępstwa znęcania się, u osób doznających przemocy niezwykle często rozwija się syndrom wyuczonej bezradności, natomiast osoby stosujące przemoc to osoby bardzo skutecznie manipulujące otoczeniem zewnętrznym. Dlatego występowanie przemocy w rodzinie jest przeciwwskazaniem do prowadze-

nia mediacji. Jeśli jednak organ skierował sprawę do mediacji, a osoba pokrzywdzona nie czuje, że przyniesie ona właściwe rezultaty – co więcej – może ją narazić na dalsze krzywdzenie, bez jakichkolwiek konsekwencji dla siebie może do niej nie przystąpić (powołując się na przesłankę przemocy). ■

MALWINA BOBRZYK

– adwokatka, członkini Izby Adwokackiej w Warszawie, absolwentka prawa na Uniwersytecie im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Z Niebieską Linią IPZ związana od 2005 roku, w której świadczy poradnictwo prawne w postaci konsultacji indywidualnych dla osób doświadczających przemocy domowej, świadków tych czynów oraz osób pokrzywdzonych innymi przestępstwami. Specjalizuje się w prawie rodzinnym i opiekuńczym, a także karnym.

„Dziecko uczy się przez obserwację"

– o przemocy psychicznej wobec dzieci



Przemoc wobec dzieci wciąż często kojarzymy przede wszystkim z przemocą fizyczną. Tymczasem równie niszczące mogą być słowa, odrzucenie, zastraszanie czy atmosfera, w której dziecko przez cały czas musi sprawdzać, czy jest bezpieczne. O tym, czym jest przemoc psychiczna, jak ją rozpoznać i co zrobić, kiedy dziecko ujawnia, że jej doświadcza, rozmawiamy z psychoterapeutką **Magdą Winiarską-Smoczyńską** z FDDS.

Katarzyna Miłkowska: W tym roku tematem wiodącym kampanii „Dzieciństwo Bez Przemocy" jest przemoc psychiczna. Co pani pomyślała, kiedy się o tym dowiedziała?

Magda Winiarska-Smoczyńska: Bardzo się ucieszyłam. Przemoc wobec dziecka – i przemoc w ogóle – często rozpatrywana jest przede wszystkim w kontekście przemocy fizycznej. Przemoc psychiczna jest znacznie rzadziej zauważana, a także dużo trudniej ją zdefiniować. Dlatego bardzo ważna jest rozmowa o tym, czym właściwie jest i jakie zachowania możemy uznać za przemoc psychiczną, szczególnie w kontekście relacji rodzic–dziecko czy dorosły–dziecko.

Tym bardziej że wiele zachowań, o których dziś wiemy, że są szkodliwe, kiedyś było uznawanych za normę. Dobrze pokazuje to chociażby samo sformułowanie „władza rodzicielska". Obecnie odchodzi

się od takiego sposobu myślenia, ale jeśli w ten sposób rozumiemy zależność małego dziecka od osoby dorosłej, bardzo łatwo przekroczyć granicę przemocy.

Zdefiniujmy ją zatem.

Kluczowe są przede wszystkim relacja władzy i zależności, a także pewien powtarzalny wzorzec lub nawet jednorazowe zdarzenie, które poważnie narusza potrzeby emocjonalne dziecka. Wpływa to na jego poczucie bezpieczeństwa, godność i rozwój. Można powiedzieć, że chodzi o pewien klimat emocjonalny, który tworzy dorosły. Co ważne, trzeba pamiętać, że to zawsze on jest za to odpowiedzialny – nie dziecko. Nawet jeśli zachowania dziecka są trudne, dorosły musi umieć je unieść i sobie z nimi poradzić. Kiedy nie jest w stanie tego zrobić, często działa impulsywnie, a stąd już krok do zachowań przemocowych. Naprawdę rzadko spotykam w swoim gabinecie dorosłych, którzy celowo krzywdzą dziecko – czy to fizycznie, czy psychicznie. Przeważnie są to sytuacje, w których rodzic czy opiekun nie wytrzymuje tego, co się z nim dzieje. To bardzo ważne, żeby to widzieć.

Jeśli chodzi o konkretne zachowania, Światowa Organizacja Zdrowia zalicza do przemocy psychicznej m.in. poniżanie, wyśmiewanie, groźby, zastraszanie, odrzucanie dziecka i inne wrogie zachowania, które nie wiążą się z użyciem przemocy fizycznej.

Czy te zachowania różnią się w jakiś sposób od tych, które dorośli stosują wobec siebie?

Niekoniecznie, przy czym trzeba pamiętać, że poziom zależności dziecka od dorosłego jest o wiele większy niż w relacji dorosły–dorosły.

Rodzic jest dla małego dziecka osobą, od której zależy właściwie wszystko: zaspokojenie potrzeb, bezpieczeństwo, a wręcz przeżycie. Osoba dorosła, nawet jeśli znajduje się w sytuacji zależności, jest w stanie różne potrzeby zrealizować samodzielnie. Małe dziecko nie ma takiej możliwości.

Trzeba też pamiętać, że im mniejsze dziecko, tym większy wpływ ma na jego rozwój to, co płynie od dorosłego. Dorosła osoba jest już ukształtowana, więc jeśli doświadcza przemocy – oczywiście będzie to dla niej bardzo trudne – ale ma większe możliwości ochrony przed wpływem takiej sytuacji. Dziecko ich nie ma.

Każdy z nas rodzi się z niedojrzałym układem nerwowym, a wczesne doświadczenia dopiero budują architekturę naszego mózgu. Jeśli więc rodzic od początku mówi dziecku: „Jesteś beznadziejny", ono od pierwszych dni dowiaduje się, że bycie w relacji zależności nie jest bezpieczne. Zaczyna jawić się jako coś ambiwalentnego – ta sama osoba, która jest źródłem opieki i bezpieczeństwa, staje się jednocześnie źródłem wrogości. Dla małego dziecka jest to szczególnie trudne, bo nie może po prostu odsunąć się od tej relacji – jest od niej całkowicie zależne. I nie chodzi nawet o same słowa, ale o intencję i wspomniany wcześniej klimat emocjonalny. Dziecko odbiera ten klimat całym sobą.

Rozumiem, że mówi pani przy tym m.in. o ryzyku internalizacji szkodliwych słów i tego, że dziecko będzie dorastało w przekonaniu, że faktycznie coś jest z nim nie tak.

Dokładnie. Zaczyna budować na tej podstawie obraz siebie: „Jestem nieodpowiedni", „Jestem ciężarem", „Muszę być bardzo uważny, żeby nie zdenerwować mamy". To ostatnie jest już pewną strategią adaptacyjną – np. unikaniem kontaktu z mamą czy wycofywaniem się z relacji.

Dla małego dziecka, szczególnie takiego, które od początku czuje się bezpiecznie, naturalne jest kierowanie wszystkich swoich potrzeb do głównego opiekuna, najczęściej mamy. Ono rozwija się w relacji. Potrzebuje dorosłego nie tylko po to, żeby je nakarmił czy przewinął, ale również po to, żeby nadawał znaczenie temu, czego doświadcza. Jeśli jednak ze strony rodzica pojawia się wrogość, dziecko przestaje nie tylko prosić o różne rzeczy, ale może również przestać szukać informacji o świecie. A to jest ogromne ryzyko dla jego rozwoju.

Rewersem dla tego jest…?

Powiedziałabym, że czułość i życzliwość. Postawa, w której rodzic nie zakłada złych intencji dziecka. Rozumie, że jego zachowania mogą być trudne do wytrzymania, ale dziecko nie robi tego specjalnie. Ono po prostu nie potrafi inaczej. To wyraz tego, że sobie z czymś nie radzi, więc potrzebuje dorosłego, który pomoże mu to uporządkować i nadać znaczenie. Nie mówimy, że małe dziecko jest agresywne, a raczej, że ma ono zachowania agresywne, które wynikają z impulsywności, a ta z kolei wiąże się ze wspomnianą już niedojrzałością układu nerwowego.

W sytuacjach dużego napięcia łatwo jednak o tym zapomnieć…

Oczywiście. Każdemu z nas zdarzyło się nieodpowiednio potraktować inną osobę – obrazić ją czy wyrazić wobec niej wrogość. Ważne jednak, żeby w takich sytuacjach zastanowić się, co sprawiło, że nie daliśmy sobie rady z napięciem. W przypadku rodziców takim wyzwalaczem może być przemęczenie i brak snu, czyli niezaspokojenie bar-

dzo podstawowych potrzeb. W efekcie mamy krótszy lont i łatwiej tracimy cierpliwość – nie tylko wobec dziecka, ale w ogóle.

Poza tym bycie rodzicem od samego początku konfrontuje nas z tym, jak sami byliśmy traktowani i jak się nami opiekowano. Z tym, jak nasi opiekunowie radzili sobie z emocjami i co się z nami działo, kiedy byliśmy mali. Możemy tego nie pamiętać, ale tego typu doświadczenia zapisują się w nas jako sposoby koregulacji, czyli regulacji emocji pomiędzy dwiema osobami. Małe dziecko jest regulowane przez dorosłego, ponieważ samo jeszcze nie ma takich narzędzi. Jeśli dostaje dużo opieki i doświadcza dorosłego, który próbuje je uspokoić, uwewnętrznia te doświadczenia i z czasem uczy się samodzielnego radzenia sobie z emocjami.

Czyli mamy „wgrany" pewien wewnętrzny model.

Tak, mamy określony repertuar zachowań i w trudnych sytuacjach to prawdopodobnie z niego pierwszego będziemy korzystać. Pojawienie się dziecka jest też jednak szansą.

Szansą na zmianę?

Na zmianę, naukę, rozwój. Często rodzice, którzy przychodzą do nas do Fundacji, mówią: „Widzę, że zupełnie nie potrafię". Za tym więc naturalnie pojawia się pytanie: jak nauczyć dziecko czegoś, czego nas samych nie nauczono?

Być może więc trzeba się zatrzymać i sprawdzić, czego jako rodzic – jako człowiek w ogóle – potrzebuję do lepszego, zdrowszego funkcjonowania w relacji. Przede wszystkim warto nauczyć się rozpoznawać wczesne sygnały napięcia. Zauważać moment, w którym za-

czyna ono rosnąć, by móc je rozładować już na samym początku – nie dopuścić do eskalacji i utraty kontroli.

Warto też pracować nad językiem. Jeśli bowiem ktoś był wychowywany w domu, w którym panowała wroga atmosfera i pomiędzy rodzicami wyrażane było dużo złości, trudno oczekiwać, że nie uwewnętrzni tego sposobu komunikacji. Dlatego tak ważne jest nie tylko to, co mówimy bezpośrednio do dzieci, ale przede wszystkim to, czym one nasiąkają poprzez obserwację. Staje się to później swego rodzaju matrycą traktowania innych ludzi.

A jak można rozpoznać, że dziecko doświadcza przemocy psychicznej – czy są jakieś jednoznaczne objawy, które mogą na to wskazywać?

Nie, nie ma konkretnego objawu, który pozwalałby rozpoznać przemoc psychiczną. Dzieci reagują bardzo różnie. Co więcej, trzeba mieć na uwadze fakt, że podobne objawy mogą mieć wiele przyczyn.

Generalnie jednak Światowa Organizacja Zdrowia wskazuje m.in. na nagłą zmianę w zachowaniu. Dziecko, które było pogodne, staje się smutne, wycofane czy przygnębione. Albo odwrotnie – było spokojne, a nagle staje się pobudzone. Ważne jest również to, że zmiana może pojawiać się w relacji z konkretną osobą albo w określonych sytuacjach. To może być dla nas ważną wskazówką.

Może też pojawić się silny lęk. Oczywiście dziecko może być lękowe z wielu innych powodów – wynikających z rozwoju, trudnych doświadczeń czy sytuacji rodzinnej – ale silny lęk może być jednym z sygnałów doświadczania przemocy psychicznej. Podobnie czujność. Ewolucyjnie jesteśmy czujni po to, żeby wykrywać zagrożenie. Jeśli jednak dziecko po-

zostaje permanentnie w stanie czujności, cały czas sprawdza, co się dzieje i czy jest bezpiecznie, warto zastanowić się nad historią tej czujności.

Mogą pojawić się również wybuchy złości czy zachowania agresywne lub przeciwnie – nadmierna uległość i podporządkowanie. Dziecko może nie wyrażać swoich potrzeb i bać się różnicy zdań, ponieważ ma doświadczenie, że źle się to dla niego kończyło. Może też nadmiernie przepraszać, bo jeśli przez lata słyszy: „To wszystko twoja wina", może później mieć poczucie, że kiedy coś się psuje, to z pewnością przez niego. Zaczyna więc zabezpieczać różne rzeczy i nadmiernie kontrolować otoczenie.

Mogą wystąpić również zachowania autoagresywne, samouszkodzenia, izolowanie się czy unikanie kontaktów. Czasami pojawia się bardzo silna reakcja na krytykę lub popełnianie błędów.

U starszych dzieci mogą pojawić się także ucieczki z domu. U młodszych – zachowania regresywne, czyli dziecko coś już osiągnęło, czegoś się nauczyło i potrafiło to robić, a nagle to traci, jakby cofało się w rozwoju.

Częste są również problemy ze snem i objawy psychosomatyczne, czyli somatyzowanie napięcia. Mogą pojawić się również trudności w nawiązywaniu relacji i zaufaniu, a u dzieci szkolnych – spadki w nauce. Trzeba bowiem pamiętać, że przewlekły stres utrudnia uczenie się.

Mówi pani o bardzo szerokim spektrum.

Zgadza się, dlatego w diagnozie przemocy psychicznej niezwykle ważny jest wywiad i różnicowanie, z czego właściwie wynikają trudności dziecka. Tak jak mówiłam: przyczyny tego typu objawów mogą być bardzo różne.

A jak w takim razie reagować, kiedy podejrzewamy, że dziecko faktycznie tej przemocy doświadcza?

Po pierwsze, jeśli cokolwiek w zachowaniu dziecka czy jego rozwoju nas zaniepokoi, warto to sprawdzić. Nie ma co od razu zakładać, że dziecko doświadczyło przemocy. Trzeba po prostu rozeznać się w sytuacji, bo jeśli jest objaw, jest też jakiś jego powód, jakaś przyczyna.

Po drugie, mamy dzisiaj dużą wiedzę na temat rozwoju dzieci. Mamy też dostęp do specjalistów. Warto z tego korzystać, zwłaszcza jeśli faktycznie coś wydaje się odbiegać od normy.

Po trzecie, nie bójmy się interesować tym, co dzieje się w rodzinie dziecka, którego zachowanie w jakiś sposób nas niepokoi. Dotyczy to m.in. osób, które pracują z dziećmi – opiekunek w żłobku, nauczycieli w przedszkolu czy innych specjalistów. Jeśli przykładowo mamy dziecko, które w przedszkolu jest bardzo pobudzone, intensywne, nie jest w stanie usiedzieć w jednym miejscu, warto zastanowić się, dlaczego tak się dzieje. Oczywiście może to wynikać z temperamentu, ale bardzo często podłożem takiego pobudzenia są emocje. Dziecko może w ten sposób próbować rozładować swój niepokój i napięcie. Dlatego tak ważne jest, by sprawdzić, co dzieje się w domu i w jego bliskich relacjach.

Tym bardziej, że przemoc psychiczna jest szczególnie szkodliwa, kiedy pochodzi od osób, które powinny nas kochać i o nas dbać.

Dokładnie. Dlatego elementem każdej diagnozy powinno być sprawdzenie, jak wyglądają relacje w rodzinie danego dziecka – również między dorosłymi. Pamiętajmy, że nawet zgodnie z prawem

i ustawą o przeciwdziałaniu przemocy domowej, już samo bycie świadkiem przemocy domowej przez dziecko – niekoniecznie bezpośrednie jej doświadczanie – sprawia, że jest ono osobą jej doznającą. Jest przecież zanurzone we wrogiej atmosferze, która nie stwarza warunków do spokojnego rozwoju.

W jaki sposób można w takiej sytuacji rozmawiać z dzieckiem?

Bardzo ważne, żeby pod wpływem własnego niepokoju nie wejść w rolę osoby, która od razu przesłuchuje, konfrontuje i chce szybko działać. Trzeba się zatrzymać i zauważyć, jak ważna rzecz się dzieje pomiędzy nami a tym dzieckiem. Mówi nam w końcu coś trudnego, zwłaszcza jeśli dotyczy to jego najbliższych opiekunów. Trzeba taki sygnał potraktować bardzo poważnie, a przed wyciągnięciem wniosków – wysłuchać bez presji przepytywania i nie oceniać. Oczywiście, można też dopytać, od kiedy to trwa, czy ktoś już o tym wie, czy komuś wcześniej o tym mówiło, ale przede wszystkim trzeba pozwolić dziecku stworzyć własną narrację.

Bardzo ważne są przy tym komunikaty, które uwzględniają perspektywę dziecka: „To musiało być dla ciebie trudne", „Dobrze, że do mnie przyszedłeś", „Dobrze, że mi powiedziałeś".

Trzeba też odbarczyć dziecko z odpowiedzialności, bo niezależnie od tego, co zrobiło – czy słuchało rodziców, czy nie, czy dobrze się uczyło, czy nie – dorosły nie może traktować go w sposób przemocowy: „To nie jest twoja wina".

Ważne jest również powiedzenie: „Chcę ci pomóc". Trzeba jednak pamiętać, że nie wszystko, co dziecko mówi, może pozostać tajemnicą.

Mówiąc to, musimy jednak uważać, by nie przestraszyć dziecka. Nie możemy sprawić, że poczuje się zdradzone – zaufało nam, a my natychmiast zrobimy coś bez jego udziału. Powinno rozumieć, dlaczego chcemy porozmawiać o jego problemie z innymi osobami.

Podsumowując: wspierająca komunikacja, właściwa ocena sytuacji, sprawdzenie faktów przed wyciągnięciem wniosków i przede wszystkim zapewnienie dziecku bezpieczeństwa – to najważniejsze rzeczy, o które trzeba zadbać. Co ważne, zadbać nie tylko w sytuacji, gdy podejrzewamy, że dziecko doświadcza przemocy psychicznej, ale najlepiej także w każdej innej interakcji z najmłodszymi. ▪





MAGDA WINIARSKA-SMOCZYŃSKA

– psycholożka, certyfikowana psychoterapeutka, absolwentka Uniwersytetu Humanistycznospołecznego SWPS, studiów podyplomowych z Diagnozy Klinicznej Dziecka i jego Rodziny na Uniwersytecie Warszawskim, Szkoły Psychoterapii Dzieci i Młodzieży przy Ośrodku Regeneracja oraz całościowego szkolenia w Krakowskiej Katedrze Psychiatrii UJ. W Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę pracuje terapeutycznie z rodzinami z małymi dziećmi.

Czy przemoc wobec dzieci to problem medyczny?

O szczególnej roli pracowników ochrony zdrowia w profilaktyce przemocy wobec dzieci



Trudno obronić pojawiające się u niektórych osób wykonujących zawody medyczne przekonanie, że krzywdzenie dzieci to problem prawny, społeczny, ale nie medyczny, a reagowanie na sytuacje, w których prawdopodobną przyczyną stanu zdrowia dziecka jest przemoc – to zadanie innych służb, a nie pracowników systemu ochrony zdrowia.

URSZULA KUBICKA-KRASZYŃSKA

Światowa Organizacja Zdrowia wskazuje, że krzywdzeniem jest każde zamierzone i niezamierzone działanie lub zaniechanie działania jednostki, instytucji bądź społeczeństwa jako całości i każdy rezultat takiego działania lub bezczynności, które naruszają równe prawa i swobody dzieci[1] i/lub zakłócają ich optymalny rozwój. Podobnie szeroko – już nie tylko jako „brak choroby", ale jako pełen dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny jednostki – współcześnie definiowane jest zdrowie. Dzieciństwo naznaczone przemocą oznacza zagrożenie zdrowia i/lub życia dziecka, a dające się zauważyć objawy i symptomy krzywdzenia przede wszyst-

1 W tekście „dziecko" oznacza osobę, która nie ukończyła 18 r.ż.

kim dotyczą fizycznego oraz emocjonalnego funkcjonowania dziecka. Lekarz, pielęgniarka, położna i inne osoby, które w ramach swoich czynności zawodowych mogą dokładnie zbadać i obejrzeć dziecko, mają – w przeciwieństwie do nauczycieli, pracowników socjalnych czy innych profesjonalistów – unikalny dostęp do informacji, które mogą stanowić sygnał o tym, że dziecko jest krzywdzone. Trudno więc obronić pojawiające się od czasu do czasu u osób wykonujących zawody medyczne przekonanie, że krzywdzenie dzieci to problem prawny, społeczny, ale nie medyczny, a reagowanie na sytuacje, w których prawdopodobną przyczyną stanu zdrowia dziecka jest przemoc – to zadanie innych służb, a nie pracowników systemu ochrony zdrowia.

Oficjalne statystyki dotyczące liczby wszczynanych procedur „Niebieskie Karty" toczących się lub zakończonych postępowań w sprawach związanych z krzywdzeniem dzieci czy też decyzji sądu nie oddają pełnego obrazu skali krzywdzenia dzieci w Polsce. Dotyczą bowiem sytuacji, w których przemoc została zidentyfikowana i zgłoszona do odpowiednich służb. Tymczasem większość przypadków przemocy nie jest właściwie rozpoznawana, nie jest zgłaszana, a dzieci nie otrzymują odpowiedniego wsparcia.

Przemoc wobec dzieci występuje powszechnie – według danych z badania skali problemu krzywdzenia dzieci w Polsce zrealizowanego przez Fundację Dajemy Dzieciom Siłę w 2023 r. na ogólnopolskiej reprezentatywnej próbie 2026 nastolatków w wieku 11–17 lat, 79% respondentów w wieku 11–17 lat choć raz doświadczyła w swoim życiu przemocy lub zaniedbania, a 52% miała takie doświadczenie w roku poprzedzającym badanie.

W rekomendacjach dla pracowników systemu ochrony zdrowia, Światowa Organizacja Zdrowia podkreśla, że wysoka częstość występowania krzywdzenia dzieci oznacza, że w swojej praktyce przedstawiciele ochrony zdrowia na co dzień spotykają dzieci i nastolatki, które obecnie lub w niedalekiej przeszłości doświadczyli krzywdzenia, nawet jeśli inny problem jest zgłaszany jako powód wizyty (World Health Organization, 2022).

KONSEKWENCJE DOŚWIADCZENIA KRZYWDZENIA

Krzywdzenie dzieci może prowadzić do poważnych, krótko- i długoterminowych konsekwencji zdrowotnych, a nawet śmierci. Do konsekwencji w sferze fizycznej należą m.in. urazy, także prowadzące do niepełnosprawności, zaburzenia ze strony układu pokarmowego, nerwowego, opóźnienie rozwoju fizycznego i poznawczego. Skutki dotyczące zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego obejmują zakażenia przenoszone drogą płciową (STI), w tym zakażenie wirusem HIV, a u dziewcząt w okresie dojrzewania problemy ginekologiczne i niechcianą ciążę.

Konsekwencje dla zdrowia psychicznego obejmują zespół stresu pourazowego (PTSD), zaburzenia lękowe, depresję, zachowania eksternalizacyjne (przejawiające się m.in. agresją i problemami behawioralnymi), zaburzenia odżywiania, trudności w relacjach interpersonalnych, zaburzenia snu, samookaleczenia oraz myśli samobójcze.

Ale skutki krzywdzenia to nie tylko te szkody, które możemy zaobserwować u dziecka w trakcie bądź niedługo po doświadcze-

niu krzywdzenia. W ciągu ostatnich dziesięcioleci, m.in. dzięki rozwojowi psychologii i neuronauk, postępowi technologicznemu w dziedzinie neuroobrazowania, a także wielu badaniom z obszaru zdrowia publicznego, znacznie pogłębiło się rozumienie, w jaki sposób doświadczenie przemocy wpływa na całe dalsze życie dziecka.

Do badań tych należą prowadzone od lat 90. XX wieku analizy nad negatywnymi doświadczeniami z dzieciństwa (ACE, *Adverse Childhood Experience*). Do katalogu tych doświadczeń zaliczane są sytuacje, które w sposób znaczący zaburzają podstawowe poczucie bezpieczeństwa u dziecka. Są to m.in. przemoc fizyczna, przemoc seksualna, przemoc emocjonalna, zaniedbanie fizyczne i/lub emocjonalne (każdy typ przemocy brany jest pod uwagę osobno), dorastanie w rodzinie, w której występowało uzależnienie lub nieleczona choroba psychiczna, bycie świadkiem przemocy domowej, doświadczenie przemocy rówieśniczej, a także problemy z prawem w rodzinie (np. pobyt w więzieniu członka rodziny), rozwód lub rozstanie rodziców i inne, np. doświadczenie śmierci lub utraty rodzica, bliskiego krewnego lub przyjaciela, niestabilna sytuacja życiowa – niedostatek, bezdomność, poważna choroba lub uraz, bycie świadkiem przemocy, poważna choroba w rodzinie, doświadczenie uchodźstwa, oddzielenie od osób bliskich.

Z badań nad ACE'S wynika, że osoby z negatywnymi doświadczeniami z dzieciństwa są, w porównaniu z osobami bez takich doświadczeń, bardziej narażone na podejmowanie zachowań niekorzystnych dla zdrowia (takich jak m.in. palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, używanie innych substancji psychoaktywnych, ryzy-

kowne zachowania seksualne, próby samobójcze), występowanie poważnych problemów zdrowotnych (m.in. chorób autoimmunologicznych, częstych bólów głowy, choroby wieńcowej i innych schorzeń układu krążenia, udaru, astmy, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, raka, chorób nerek, cukrzycy, otyłości, HIV, chorób przenoszonych drogą płciową, problemów ze zdrowiem reprodukcyjnym), a także niepowodzeń w życiu społecznym, zaburzeń zdrowia psychicznego i uzależnienia od substancji psychoaktywnych oraz stosowanie i doświadczanie przemocy w relacjach intymnych, przemocy seksualnej, przemocy rówieśniczej i zachowań autodestrukcyjnych (samookaleczeń).

Wpływ negatywnych doświadczeń na zdrowie i dalsze życie ma charakter kumulatywny – im więcej dana osoba doznała negatywnych doświadczeń w dzieciństwie, tym większe jest ryzyko, że będzie miało to poważne, trwałe konsekwencje dla całego jej dalszego życia, np. zdrowia, samopoczucia psychicznego, zdolności wykorzystania edukacji i potencjału zawodowego, relacji z innymi ludźmi. Za liczbę ACE, które w sposób znaczący zwiększają wystąpienie powyższych konsekwencji, uznaje się więcej niż 2 ACE. Osoby, które doświadczyły 2 lub więcej ACE (w porównaniu z osobami z 0 ACE): 2 razy częściej nadużywają alkoholu i zapadają na choroby układu oddechowego, 1,5 raza częściej chorują na raka, choroby układu krwionośnego i cukrzycę oraz 2,5 raza częściej doświadczają zaburzeń lękowych i depresji. Z kolei u osób, które miały 4 lub więcej negatywnych doświadczeń, 12 razy częściej obserwuje się uzależnienia, próby samobójcze i epizody depresji oraz ponad 7 razy częściej stosowanie przemocy i zachowania autoagresywne.

Podobne wnioski znajdziemy w badaniu realizowanym wśród studentów polskich uczelni przez Fundację Dajemy Dzieciom Siłę w 2017 r. Wykazano związek między doświadczeniem krzywdzenia w dzieciństwie a zachowaniami szkodliwymi dla zdrowia. Osoby, które w przeszłości doświadczyły przemocy emocjonalnej 8 razy częściej podejmowały próby samobójcze, a osoby, które doświadczyły zaniedbania emocjonalnego – 11 razy częściej.

Na podstawie badań nad ACE's przeprowadzane są kalkulacje kosztów społecznych i ekonomicznych związanych z tym, że każdego roku określona liczba osób traci zdrowe lata życia – a więc nie ukończy edukacji, nie będzie pracować, znajdzie się w ośrodku penitencjarnym, będzie wymagać opieki medycznej i socjalnej lub przedwcześnie umrze w konsekwencji długofalowych oddziaływań negatywnych doświadczeń z dzieciństwa. Średni roczny koszt samych tylko skutków zdrowotnych negatywnych doświadczeń z dzieciństwa dla Polski szacowany jest na ponad 14 miliardów dolarów (kwota ta odpowiada mniej więcej kosztowi rocznego utrzymania programu 800+).

DLACZEGO TAK SIĘ DZIEJE?

Mechanizmy oddziaływania doświadczenia krzywdzenia na całościowy rozwój dziecka są bardzo złożone.

Wśród najważniejszych należy wymienić znaczenie wczesnych doświadczeń, zwłaszcza związanych z jakością opieki ze strony rodzica/opiekuna. Od momentu narodzin dziecko jest zależne od dorosłego i tworzy strategie zachowań, które służą osiąganiu bliskości z opiekunem oraz zaspokajaniu potrzeb, a więc warunkują przetrwa-

nie. Strategie te opisywane są jako wzorce przywiązania i to od nich zależy, jak dziecko będzie funkcjonować społecznie i emocjonalnie, jakie relacje będzie nawiązywać w kontaktach z rówieśnikami, dorosłymi i partnerami. Małe dziecko nie potrafi jeszcze rozpoznawać, nazywać i interpretować własnych potrzeb (sygnałów z „wewnątrz") i bodźców z zewnątrz, potrzebuje responsywnego dorosłego jako „tłumacza" tych bodźców i „regulatora" swojego dobrostanu – poprzez fizyczną i emocjonalną bliskość, poczucie bezpieczeństwa, dotyk, ciepło, zaspokajanie głodu. Jeżeli opiekun nie daje podstawowego poczucia bezpieczeństwa, nie zawsze trafnie rozpoznaje i zaspokaja potrzeby dziecka, opiekuje się w sposób chaotyczny, stosuje przemoc – dziecko nie rozwinie w sposób prawidłowy umiejętności regulacji procesów wewnętrznych i zachowania, a także zbuduje zafałszowany obraz siebie jako istoty, która nie zasługuje na miłość i opiekę. Dziecko będzie adaptować się do niekorzystnej sytuacji w sposób zakłócający jego prawidłowy rozwój emocjonalny, fizyczny i społeczny.

Dziecko rodzi się z niedojrzałym układem nerwowym – mózg noworodka stanowi około 25% mózgu osoby dorosłej, a jego najbardziej intensywny rozwój następuje w pierwszych 3 latach życia. Niektóre części mózgu (kora czołowa) rozwijają się aż do wieku dorosłego – 20–25 lat. Rozwój mózgu polega na tworzeniu nowych połączeń między komórkami nerwowymi na podstawie doświadczeń dziecka i jego interakcji ze środowiskiem. Badania wskazują, że doświadczenie krzywdzenia w dzieciństwie utrudnia tworzenie połączeń między neuronami, wymianę informacji pomiędzy różnymi strukturami w mózgu, a także może uszkadzać ważne ob-

szary odpowiedzialne za: uczenie się, pamięć, rozpoznawanie i regulację emocji, analizę i ocenę sytuacji i adekwatne do niej reagowanie – co możemy zaobserwować na obrazach z tomografii komputerowej.

Dziecko doświadczające krzywdzenia znajduje się w stanie przewlekłego, toksycznego stresu, w wyniku którego duże ilości adrenaliny i kortyzolu stale oddziałują na jego organizm. Układ nerwowy permanentnie znajduje się w stanie pobudzenia. Ma to negatywny wpływ na rozwój mózgu, zdolności poznawcze, a także na układ odpornościowy, metabolizm, układ krwionośny, mięśniowy i kostny.

Im mniejsze dziecko, tym bardziej narażone jest na trwałe i poważne skutki przemocy, zarówno fizycznej, jak i emocjonalnej czy zaniedbania.

CO CHRONI DZIECI PRZED KRZYWDZENIEM I JEGO SKUTKAMI?

Po pierwsze – tworzenie bezpiecznych środowisk, w których przebywają dzieci, wspieranie rodziców w tworzeniu bezpiecznej, chroniącej więzi z dzieckiem.

Po drugie – wczesne zauważenie niepokojących sygnałów, uruchomienie działań, których celem jest zatrzymanie przemocy wobec dziecka i zapewnienie mu bezpieczeństwa. Im szybciej przemoc zostanie zatrzymana, tym większe szanse dziecka na reparację, zminimalizowanie skutków krzywdzenia.

DLACZEGO TAK TRUDNO REAGOWAĆ?

Pracownicy systemu ochrony zdrowia zapytani o to, jakie widzą bariery w zgłaszaniu podejrzeń, że dziecko jest krzywdzone, wskazywali najczęściej na brak pewności co do swojej oceny sytuacji, obawę przed reakcją rodziców, współpracowników czy przełożonych, brak wiedzy o konkretnych procedurach działania i trudności organizacyjne, a także brak wiary w skuteczność interwencji, jak podaje raport z badania „Praktyka zgłaszania przez pracowników ochrony zdrowia podejrzeń krzywdzenia dzieci", Raport z badania, Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, 2019. Z pewnością nie pomaga fakt, że przepisy dotyczące reagowania na podejrzenie przemocy wobec dziecka rozproszone są w różnych aktach prawnych i osoba interweniująca powinna dokonać wstępnej interpretacji sytuacji, a ścieżki działania różnią się w zależności od tego, czy mamy do czynienia z zagrożeniem dobra dziecka, podejrzeniem przemocy domowej czy przestępstwa. Warto też podkreślić fakt, że w toku kształcenia lekarzy, pielęgniarek, położnych i innych zawodów medycznych przez długi czas temat rozpoznawania przemocy i reagowania na nią traktowany był marginalnie, co jest pewnego rodzaju paradoksem, zważywszy na fakt, że równolegle przepisy prawa zobowiązują te osoby do podejmowania określonych interwencji, jak np. uruchomienie procedury „Niebieskie Karty".

Obawy przed podjęciem działania i bariery wskazywane przez pracowników medycznych powinny być potraktowane poważnie – nie jako usprawiedliwienie bierności, ale jako sygnały o słabych punktach systemu ochrony dzieci. Gdy zostaną one właściwie zidentyfikowane, można przejść do kroków naprawczych.

W CZYM POMAGAJĄ STANDARDY OCHRONY MAŁOLETNICH (SOM)?

Wprowadzony nowelizacją ustawy z dnia 13 maja 2016 roku o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich obowiązek posiadania, wdrożenia i ewaluowania standardów ochrony małoletnich przez wszystkie podmioty prowadzące działalność skierowaną do dzieci lub związaną z dziećmi obejmuje również wszelkie podmioty lecznicze udzielające świadczeń medycznych dzieciom, od szpitali do indywidualnych praktyk.

Wdrożenie standardów to nie tylko formalny obowiązek przygotowania i przyjęcia dokumentu. Ich sens polega na włączeniu perspektywy ochrony dzieci przed przemocą w kulturę organizacyjną podmiotu.

Dobrze opracowane standardy uwzględniają specyfikę danej instytucji, jej zasoby, a także wspomniane wyżej słabe punkty. Przygotowanie personelu do stosowania SOM oznacza, że personel potrafi zidentyfikować sytuacje stwarzające ryzyko krzywdzenia dziecka oraz symptomy krzywdzenia, a więc jest przeszkolony, ze szczególnym uwzględnieniem profilu podmiotu – z innymi przypadkami i objawami będą mieli do czynienia pracownicy SORu czy oddziału pediatrycznego, a odmiennego kliniki stomatologicznej czy przychodni POZ. Wyznaczenie osób odpowiedzialnych za przyjmowanie zgłoszeń o podejrzeniu krzywdzenia dziecka minimalizuje ryzyko rozproszenia odpowiedzialności i wątpliwości organizacyjne. Procedury reagowania określające konkretne kroki, jakie powinien podjąć każdy pracownik – zarówno wykonujący zawód medyczny, jak i osoby z administracji – są komunikatem dla wszystkich, że reagowanie na prze-

moc jest elementem opieki nad dzieckiem i nie będzie spotykać się z negatywną reakcją współpracowników czy przełożonych. Wyznaczenie i przeszkolenie osób odpowiedzialnych za podejmowanie interwencji pozwala na koordynację i monitorowanie skuteczności podejmowanych działań.

SOM nie zmieniają nic w przepisach prawnych, które dotąd określały indywidualne obowiązki osób wykonujących zawody medyczne w zakresie reagowania na podejrzenie krzywdzenia dziecka. Natomiast włączają odpowiedzialność kierownictwa danego podmiotu za stworzenie procedur, które będą realnym wsparciem dla pracowników w realizacji tych obowiązków i działaniu na rzecz dobra dziecka.

Szczegółowe informacje na temat opracowania i wdrażania standardów ochrony dzieci w podmiotach leczniczych opracowane przez Fundację Dajemy Dzieciom Siłę dostępne są na stronie standardy.fdds.pl ▪

BIBLIOGRAFIA

Bellis, M.A., Hughes, K., Ford, K., Ramos Rodriguez, G., Sethi, D., & Passmore, J. (2019). Life course health consequences and associated annual costs of adverse childhood experiences across Europe and North America: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 4(10), e517–e528. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30145-8

Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss M.P. & Marks J.S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *American Journal of Preventive Medicine, 14(4), 245–258, https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8*

Hughes, K., Bellis, M.A., Hardcastle, K.A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health,* 2(8), e356–e366. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4

Hughes, K., Ford, K., Bellis, M.A., Glendinning, F., Harrison E., Passmore, J. (2021). Health and financial costs of adverse childhood experiences in 28 European countries: a systematic review and meta-analysis - *The Lancet Public Health*. Articles Volume 6, Issue 11, e848-e857.

Makaruk, K., Włodarczyk, J., Sethi, D., Michalski, P., Szredzińska, R., Karwowska, P. (2018). Negatywne doświadczenia w dzieciństwie i związane z nimi zachowania szkodliwe dla zdrowia wśród polskich studentów. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 17(2), 58–97.

Makaruk, K. Drabarek, K., Popyk, A. Wójcik, S. (2023). *Diagnoza przemocy wobec dzieci w Polsce, 2023*, Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, https://fdds.pl/badania-i-raporty/diagnoza-przemocywobec-dzieciw-polsce-2023/

Responding to child maltreatment: a clinical handbook for health professionals. Geneva: World Health Organization, 2022.

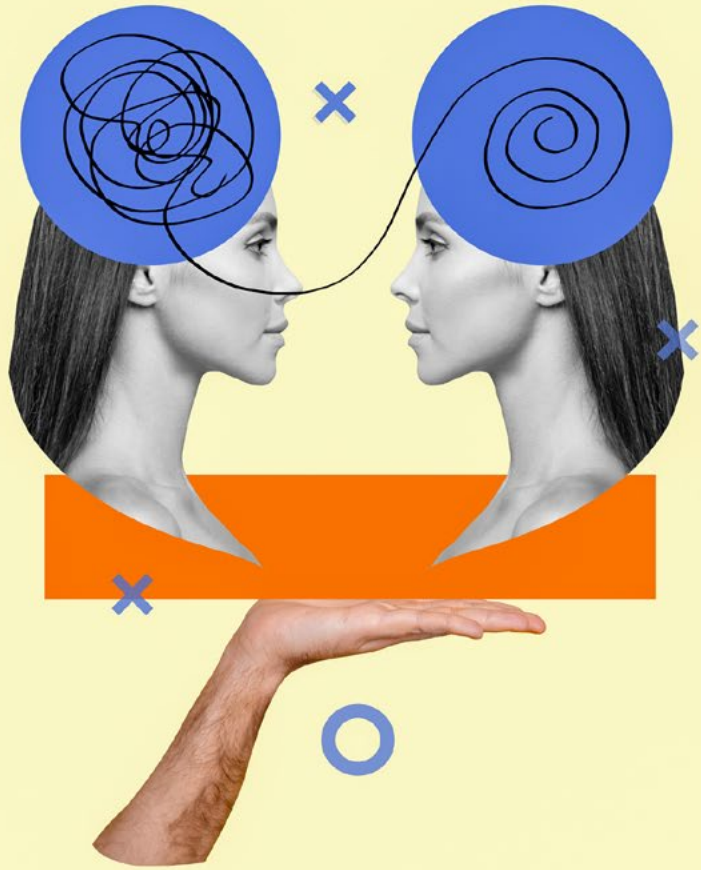
Stirling, J. et al., American Academy of Pediatrics, COUNCIL ON CHILD ABUSE AND NEGLECT (2024) The Pediatrician's Role in Preventing Child Maltreatment: Clinical Report, *Pediatrics* (2024) 154 (2): e2024067608 https://doi.org/10.1542/peds.2024-067608

URSZULA KUBICKA-KRASZYŃSKA

Socjolożka, absolwentka Szkoły Praw Człowieka Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka, psychotraumatolożka. Od 2017 r. pracuje w Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę, w latach 2019-2022 była koordynatorką Centrum Dziecka i Rodziny w Warszawie – programu wczesnej profilaktyki krzywdzenia dzieci oraz wspierania rodzicielstwa. Aktualnie w FDDS kieruje programem Standardy Ochrony Dzieci. Zajmuje się problematyką wdrażania standardów ochrony małoletnich w instytucjach pracujących z dziećmi i profilaktyką krzywdzenia dzieci na poziomie instytucjonalnym.

DBT – czy to dobry nurt do pracy z przemocą domową?

Terapeutyczne rozważania po jubileuszowej Konferencji z okazji 10-lecia PTDBT



W dniach 25-26 września 2026 roku odbyła się konferencja organizowana przez Polskie Towarzystwo Terapii Dialektyczno-Behawioralnej (PTDBT). Tegoroczna edycja była jednak wyjątkowa, ponieważ świętowaliśmy 10-lecie istnienia organizacji. Być może jest to więc dobry moment, by tutaj – na łamach magazynu mogącego pochwalić się tak dużym wkładem w edukację polskiego Czytelnika na temat przemocy – przyjrzeć się temu, co DBT ma do zaoferowania osobom stosującym i doświadczającym przemocy domowej oraz specjalistom z obszaru zdrowia (nie tylko psychicznego).

MAŁGORZATA KARDASZ

Nie można poprzez myślenie nauczyć się nowych zachowań – to poprzez nowe zachowania można nauczyć się nowego myślenia.

Marsha Linehan

DLACZEGO DBT?

Zanim odwołam się do badań dotyczących skuteczności DBT, chciałam podzielić się swoimi początkami przygody z tym nurtem. Przygoda ta, jak się okazuje, rozpoczęła się bardzo standardowo. Szuka-

łam bowiem podejścia, które z jednej strony pozwoli mi odetchnąć z ulgą o bezpieczeństwo moich osób klienckich, z drugiej – zapobiegnie wypaleniu w pracy z tzw. trudnym pacjentem (o nazewnictwie „trudnego pacjenta" później).

Pierwsze szkolenie DBT przeszłam dzięki Zuzannie Sitarskiej – psychiatrce, z którą pracowałam wtedy w Szpitalu Wolskim. Było to szkolenie dotyczące programu Family Connections™ (w skrócie: FC). Jak można przeczytać na oficjalnej stronie PTDBT: „To 12-tygodniowy bezpłatny program, w ramach którego rodziny i bliscy osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza (BPD, borderline), dysregulacją emocji lub doświadczającymi często kryzysów, otrzymują niezbędną wiedzę, umiejętności oraz wsparcie". Program zaprasza uczestników i uczestniczki do przyjmowania dialektycznej perspektywy na życie oraz korzystania z DBT-owych umiejętności radzenia sobie z kryzysem i regulacją emocji.

WSZYSTKO JEST ZE SOBĄ POŁĄCZONE, CZYLI DIALEKTYKA RELACJI

Prowadzenie treningu dla bliskich osób z zaburzeniami osobowości czy dysregulacją emocji jest zajęciem niezwykle zniuansowanym, ponieważ (zaczerpnę tu z żargonu terapii systemowej) zazwyczaj nie mamy do czynienia z pacjentem identyfikowanym, a temat przemocy w bliskich relacjach na początkowym etapie programu FC często rozumiany jest przez jego uczestników jako przemoc fizyczna, wyzwiska czy szantaże, których doświadczają ze strony pacjenta identyfikowanego. I chociaż, oczywiście, doświadczenia osób uczestniczących zasługują na to, by zaopiekować je ze wszelką starannością, to dużą zaletą programu

FC jest wprowadzenie dialektycznej perspektywy na relacje (tutaj myślimy m.in. o transakcyjnym modelu tego, co dzieje się pomiędzy dwoma osobami) oraz rzuceniem światła na przemoc, której na co dzień, często od dzieciństwa, doświadczają osoby z dysregulacją emocji.

Ważnym pojęciem, które wprowadza się w trakcie FC jest „unieważnienie". Rozumie się je jako (za oficjalnymi polskimi materiałami FC):

- odmowę uznania doświadczeń danej osoby, w szczególności negację jej prywatnych przeżyć (emocji, pragnień, myśli, przekonań, odczuć). Unieważnia się te doświadczenia SZCZEGÓLNIE wtedy, gdy nie przystają one do doświadczeń innych osób;
- brak akceptacji różnic lub brak ich docenienia. Próba zmiany lub kontroli;
- ignorowanie lub niepoświęcanie uwagi;
- krytykanctwo lub osądzanie;
- brak przekazu dotyczącego akceptacji i troski, nawet jeżeli ta akceptacja i troska faktycznie występują.

Szczerze mówiąc, nie zdawałam sobie wtedy [w trakcie tworzenia podstaw terapii DBT] sprawy, że mam do czynienia ze sobą. Ale myślę, że to prawda, że opracowałam terapię, która zapewnia to, czego potrzebowałam przez tyle lat, a czego nigdy nie otrzymałam.

Marsha Linehan

Dla mnie, jako praktyczki, jest coś niezwykle uwodzącego w stosowaniu interwencji według modelu DBT. Sądzę, że część tego uroku bierze się z faktu, że sama twórczyni podejścia zmagała się z dużym brakiem umiejętności panowania nad emocjami, a misją swojego ży-

cia uczyniła znajdowanie skutecznych rozwiązań problemów, z którymi zmagały się jej pacjentki i ona sama. Swoją poruszającą historię opisuje w autobiograficznej książce „Życie warte przeżycia", w której dowiadujemy się, jak z naukową precyzją (w końcu jest profesorką University of Washington) weryfikowała różne strategie radzenia sobie z silnymi emocjami, aż stworzyła spójny nurt terapeutyczny.

CZY TO OKAZAŁO SIĘ SKUTECZNE?

Powyższe pytanie zadajemy uczestnikom treningów DBT, pacjentom indywidualnym oraz sobie w trakcie zespołów konsultacyjnych czy superwizji. Ponieważ nurt DBT powstał jako odpowiedź na brak skutecznej interwencji dla pacjentek z dużym ryzykiem samobójstwa (a potem został rozwinięty jako nurt „ostatniej szansy" dla pacjentów, wobec których klinicyści czują się bezradni czy wręcz żywią uprzedzenia), jedynym, co interesowało Marshę Linehan, było poszukiwanie rozwiązań powstrzymujących ludzi przed wyrządzeniem krzywdy sobie lub innym. W repertuar umiejętności DBT wchodzi więc zarówno obniżanie temperatury ciała, celem wywołania tzw. efektu nurka (obniżenie tętna i niemal natychmiastowa redukcja pobudzenia emocjonalnego), skrupulatne wypełnianie szczegółowych kart pracy czy taniec, modlitwa i… masturbacja.

O CZYM MÓWIMY, KIEDY MÓWIMY O TERAPII DBT

Standardowa terapia DBT składa się z trzech elementów i kiedy mówimy o badaniach nad skutecznością terapii DBT, mamy na myśli po-

prawę funkcjonowania pacjentów, którzy brali udział w tych trzech oddziaływaniach:

- **terapia indywidualna** – cotygodniowe, około godzinne spotkanie z terapeutą, które dla uproszczenia możemy porównać do sesji terapii CBT (tj. w nurcie poznawczo-behawioralnym);

- **coaching telefoniczny** – możliwość kontaktu z terapeutą poza sesjami. Założenie, które przyświeca tej interwencji jest takie, że osoba pacjencka ma prawo czuć się zagubiona w trudnych sytuacjach życiowych i sięgać wtedy po wsparcie swojej terapeutki. Jest to interwencja stosowana w sytuacjach kryzysowych. Wykonanie telefonu do terapeuty daje możliwość skutecznego poradzenia sobie z wyzwaniem, które stoi przed osobą pacjencką „tu i teraz", zamodelowanie właściwych zachowań oraz obniżenie napięcia, co skutkuje zmniejszeniem negatywnych skutków dysregulacji emocjonalnej w życiu pacjenta. Z mojej perspektywy coaching telefoniczny pomaga również terapeucie. 15-20 minutowa rozmowa zabezpiecza pacjenta, który odzyskuje poczucie bezpieczeństwa i kompetencji. Na kolejnej sesji indywidualnej możemy zajmować się terapią zgodnie z planem, a nie „sprzątaniem" po kryzysie;

- **trening umiejętności DBT** – spotkania grupowe, których celem jest nauka regulacji emocji. Trening składa się z 4 modułów (umiejętności przetrwania kryzysu, regulacja emocji, skuteczność interpersonalna oraz uważność). Standardy DBT mówią, że warto uczestniczyć w każdym z modułów po dwa razy, co zajmuje około roku. Spotkania te nie są terapią samą w sobie, skupiają się na

wspólnych ćwiczeniach nabywanych umiejętności, co nie oznacza, że nie są „głębokie". Osoby uczestniczące udzielają sobie uprawomocnienia, ćwiczą rozwiązywanie konfliktów, wspólnie przezwyciężają swoje słabości.

Wcześniej wspomniany program Family Connections™ nie jest niezbędną częścią terapii DBT, ponieważ nie możemy uzależniać ukończenia terapii DBT przez osobę zmagającą się z dysregulacją emocji od ewentualnej pracy wykonanej (bądź nie) przez jej bliskich. Niemniej jednak FC opiera się na spuściźnie nurtu DBT i gorąco zachęcamy do korzystania z niego.

Podejście DBT jest adaptowane na potrzeby różnych grup pacjenckich: nastolatków, osób zmagających się z uzależnieniem bądź traumą czy osób doświadczających zaburzeń, w których dużą rolę gra nadmierna kontrola (OCD, anoreksja). Powstają także interwencje dedykowane osobom stosującym i doświadczającym przemocy, w tym przemocy domowej.

DBT DLA PAR, CZYLI DBT Z BONUSEM

Jeśli możliwa jest praca z parami czy rodzinami, stosujemy standardowe techniki DBT, oczywiście dostosowane do wieku i roli odbiorców. Narzędziem, na które szczególnie chciałabym zwrócić uwagę w kontekście rozumienia par, jest podwójna analiza łańcuchowa. Zanim jednak zrozumiemy złożoność podwójnej analizy łańcuchowej, przyjrzyjmy się, czym jest pojedyncza analiza, ponieważ dobrze przedstawia ona rozumienie powstawania zachowań problematycznych przez nurt DBT.

Analiza łańcuchowa to narzędzie, które powstało, by nauczyć pacjentów rozumienia siebie w sytuacji problematycznej, w której sięgają po stare, nieskuteczne metody radzenia sobie (np. sięgnięcie po używki czy wybuch gniewu). Celem przeprowadzenia analizy na sesji jest zarówno pogłębienie wglądu, jak i zapobiegnięcie kolejnym nieskutecznym zachowaniom, poprzez identyfikację czynników zwiększających podatność na impulsywne reakcje.

Analizę, jak większość narzędzi DBT, zapisujemy w formie graficznej, co pozwala utrwalać informacje, do których uzyskujemy dostęp. Spisanie wniosków na kartce zwiększa również prawdopodobieństwo, że pacjent wróci do nich w życiu codziennym.

ANALIZA TRANSAKCYJNA

- **Czynniki podatności:** Ogólny stan organizmu przed zdarzeniem (np. głód, zmęczenie, niewyspanie, odstawienie leków, wcześniejsze trudne zdarzenia).
- **Zdarzenie wyzwalające:** Konkretny, zewnętrzny lub wewnętrzny impuls, od którego zaczął się ciąg dalszy. Tutaj korzystamy z DBTowej umiejętności opisywania, czyli zawieszenia swoich odczuć i opierania się na faktach.
- **Ogniwa łańcucha:** Poszczególne myśli, emocje, doznania z ciała i małe kroki behawioralne prowadzące do eskalacji.
- **Zachowanie docelowe:** Samo problemowe zachowanie, zdefiniowane precyzyjnie i bez oceniania.
- **Konsekwencje:** Co się stało bezpośrednio po zachowaniu (krótkoterminowe i długoterminowe skutki dla pacjenta i otoczenia).

- **Rozwiązania i alternatywy:** Wskazanie momentów, w których można było zastosować inne umiejętności DBT.

PODWÓJNA ANALIZA, PODWÓJNY WGLĄD

Jak już być może Czytelnik/Czytelniczka się domyśla, celem podwójnej analizy (oprócz tego, co jest celem pojedynczej) jest zrozumienie, jak zachowania partnerów wpływają na dynamikę konfliktu i zapobieżenie kolejnym.

DBT – COŚ NOWATORSKIEGO CZY STARE METODY W ODŚWIEŻONEJ FORMIE?

Pisząc ten tekst, stanęłam przed niełatwym zadaniem pokazania szans, które daje zastosowanie DBT w praktyce klinicznej. Zdaję sobie sprawę, że część tego, o czym piszę, nie jest dla praktyków innych podejść terapeutycznych żadną nowością. Podwójna analiza łańcuchowa, chociaż bardziej szczegółowa, przypomina tzw. podwójną kajzerkę znaną terapeutom CBT. Terapeuci systemowi od lat uczą nas, że „całość jest czymś więcej niż sumą części", a sama twórczyni DBT nie ukrywa, że dużą część swojego podejścia terapeutycznego oparła na kontemplacji zarówno chrześcijańskiej, jak i zen. Dlaczego więc zapraszam Państwa do pochylenia się nad skrupulatnie przygotowanymi kartami pracy, schematami użycia konkretnych umiejętności w konkretnych sytuacjach, do prowadzenia terapii, w której umawiamy się z osobą pacjencką, że może do nas dzwonić w najtrudniejszych momentach swojego życia?

Po pierwsze, bo badania dotyczące skuteczności zastosowania terapii DBT u osób stosujących i doświadczających przemocy oraz w tzw. *high conflict couples* są naprawdę obiecujące. Zostawię Państwa z kilkoma artykułami w wolnym dostępie, dzięki którym obietnice te będziecie mogli na spokojnie przeanalizować:

- Arunagiri, V. (2021). Adapting DBT skills in a community center for south Asian women who have experiences with intimate partner violence. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 82*(3-B).

Vinu Arunagiri ocenia m.in. akceptowalność oraz wstępną skuteczność zaadaptowanej formy treningu umiejętności w ramach dialektycznej terapii behawioralnej (DBT), opracowanej z myślą o kobietach pochodzenia południowoazjatyckiego, które doświadczyły przemocy ze strony partnera. Jak wynika z analiz, uczestniczki wysoko oceniły wiarygodność terapii, a za szczególnie korzystne uznały moduły dotyczące uważności (mindfulness).

- Christina, D. (2020). The role of DBT-based counseling in supporting recovery of traumatized women from domestic violence. *Jurnal Psikologi Klinis Indonesia*, 5(2), 50–58.

Badanie autorstwa Diana Christina i Irwanto (2020) opublikowane w *Jurnal Psikologi Klinis Indonesia* bada, jak poradnictwo oparte na terapii dialektyczno-behawioralnej (DBT) wspiera kobiety w zdrowieniu po traumie związanej z przemocą domową. Podejście to opiera się na trzech modułach: tolerancji dystresu, uważno-

ści oraz regulacji emocji, co pomaga pacjentkom odzyskać kontrolę nad myślami i emocjami.

- Teibowei, B.J. (2018). Effectiveness of dialectical behaviour therapy intervention programme for female victims of spousal abuse in Bayelsa State, Nigeria. *Prestige Journal of Counselling Psychology*, 1(1), 13–24.

W niniejszym badaniu oceniano skuteczność 12-tygodniowego programu interwencyjnego opartego na dialektycznej terapii behawioralnej (DBT), skierowanego do kobiet doświadczających przemocy ze strony partnera w stanie Bayelsa w Nigerii. Wyniki wskazały, że DBT jest skuteczną metodą pracy, przy czym stwierdzono, że wiek oraz poziom wykształcenia mają istotny wpływ na skuteczność programu. Na podstawie uzyskanych wyników zalecono stosowanie DBT zarówno wobec osób stosujących przemoc, jak i doświadczających przemocy domowej, a także utworzenie stanowych ośrodków wsparcia, w których profesjonalni doradcy świadczyliby usługi terapeutyczne i doradcze.

ALAN FRUZZETTI – NAZWISKO, KTÓRE WARTO ZANOTOWAĆ

Gościem 10. Kongresu DBT był również Alan Fruzzetti – naukowiec i praktyk DBT, którego duża część pracy poświęcona jest relacjom partnerskim i rodzinnym. To właśnie on, wraz z prof. Perrym Hofmannem, stworzył wspomniany wcześniej program

Family Connections™. Co ważne, sam jest też autorem artykułów na temat DBT właśnie w kontekście leczenia zachowań agresywnych i przemocy domowej. Oto przykładowe z nich (niestety bez wolnego dostępu, ale zachęcam do lektury):

- Fruzzetti, A.E., Levensky, E.R. (2000). Dialectical behavior therapy for domestic violence: Rationale and Procedures. *Cognitive and Behavioral Practice, 7*(4), 435–447. https://doi.org/10.1016/S1077-7229(00)80055-3
- Iverson, K.M., Shenk, C., Fruzzetti, A.E. (2009). Dialectical behavior therapy for women victims of domestic abuse: A pilot study. *Professional Psychology: Research and Practice, 40*(3), 242–248. https://doi.org/10.1037/a0013476

Po drugie, bardziej osobiste z mojej strony, bo…

…PACJENCI SĄ TRUDNI CZY TO MY MAMY TRUDNOŚĆ Z PACJENTAMI?

Podtytuł ten jest cytatem z warsztatów przeprowadzonych przez dr Katarzynę Sikorę podczas tegorocznej konferencji. Cytat ten jest dla mnie meritum tego, co znaczy dialektyczne widzenie nas, naszych pacjentów, świata, w którym żyjemy.

Jako specjalistom z obszaru ochrony zdrowia towarzyszy nam ryzyko wypalenia czy wręcz wtórnej traumatyzacji. Są to te-

maty ważkie, na omówienie których chciałabym mieć więcej przestrzeni, a nad którymi naukowcy badający skuteczność DBT również pracują (znów odsyłam Czytelnika/Czytelniczkę do bibliografii).

Być może podejście wypracowane przez Marshę Linehan, z – chciałoby się napisać – mnisim oddaniem sprawie, nie jest niczym nowym, a jego siła tkwi właśnie w fakcie, że zebrała ona to, co najcenniejsze miały nauki społeczne, psychologiczne i nurty duchowości. Być może właśnie ta mnisia precyzja, której oczekuje się od praktyków DBT, a która pozwala dojść do sedna naszych trudności (musimy zawiesić nasze przekonania, odczucia i zdać się na zimny, oparty na faktach opis sytuacji) jest również tym, co może pomóc nam patrzeć mniej uprzedzonym okiem na naszych pacjentów, ich zmagania, ale także na nasz świat oraz kata i ofiarę w nas samych.

Być może wyposażenie ludzi w narzędzia radzenia sobie z emocjami, które do tej pory niosły pożogę, zanim będziemy oczekiwali od nich rozumienia siebie, jest czymś najbardziej współczującym, co możemy zrobić jako osoby mające nieść pomoc. Być może zastanowienie się, ile naszego osądu jest w etykietce „manipulująca" i czy potrzebnym jest wpisywanie tego w kartę choroby pacjentki, jest w stanie choć częściowo uchronić ją od jatrogennych skutków potrzebnej przecież diagnozy. Być może zawieszenie oceny wobec samego siebie jako lekarza/terapeuty i żmudna, codzienna refleksja: *Czy ta interwencja była skuteczna?* pozwoli nam nie tylko doskonalić warsztat pracy, ale tworzyć świat, w którym szewc nie chodzi bez butów. ■

BIBLIOGRAFIA

Fruzzetti, A.E. (2025). *DBT dla par: Jak przekształcić konflikt w bliskość? Terapia dialektyczno-behawioralna, aby osiągnąć spokój, równowagę i uprawomocnienie w bliskiej relacji* (A. Bluhm, tłum.). Edra Urban & Partner.

Fruzzetti, A.E., Fantozzi, B. (2008). *Couple therapy and the treatment of borderline personality and related disorders*. W A. S. Gurman (Red.), Clinical handbook of couple therapy (wyd. 4, s. 567–590). Guilford Press.



MAŁGORZATA KARDASZ

– psycholożka, seksuolożka, certyfikowana psychoterapeutka CBT i trenerka umiejętności DBT.

Wtórna traumatyzacja pracowników socjalnych

Jak dbać o siebie, pomagając innym



Pomaganie drugiemu człowiekowi jest jednym z fundamentów pracy socjalnej. Profesjonalna działalność pracownika socjalnego opiera się na kontakcie z osobami i rodzinami doświadczającymi różnego rodzaju trudności: ubóstwa, bezdomności, przemocy, uzależnień, chorób, niepełnosprawności, kryzysów rodzinnych, utraty bliskich czy wykluczenia społecznego. W wielu przypadkach kontakt ten oznacza również konfrontację z doświadczeniami traumatycznymi.

MARCIN KOZAK

Pracownik socjalny może przez wiele godzin słuchać historii przemocy domowej, zaniedbania dzieci, wykorzystywania seksualnego, nagłej śmierci członka rodziny czy życia w warunkach skrajnego zagrożenia. Choć nie jest bezpośrednim uczestnikiem tych wydarzeń, pozostaje ich świadkiem i osobą, która musi emocjonalnie oraz zawodowo na nie reagować (w ramach swoich kompetencji).

Problem ten ma znaczenie nie tylko z perspektywy indywidualnego dobrostanu pracownika. Kondycja psychiczna osób wykonujących zawody pomocowe pozostaje związana z jakością świadczonych usług, relacją z klientem, zdolnością do podejmowania trafnych

decyzji oraz gotowością do pozostania w zawodzie. Pracownik przeciążony emocjonalnie może stopniowo tracić zdolność do angażowania się w relacje pomocowe, stawać się bardziej cyniczny lub zdystansowany, a w konsekwencji doświadczać poczucia bezsensu własnej pracy. Jednocześnie paradoksalnie może nadal bardzo silnie identyfikować się z misją pomagania.

Dlatego pytanie o ochronę pracowników socjalnych przed wtórną traumatyzacją nie powinno być traktowane jako kwestia wyłącznie indywidualnej higieny psychicznej. Jest ono również pytaniem o organizację pracy, kulturę instytucjonalną, dostęp do superwizji, jakość wsparcia społecznego oraz sposób rozumienia profesjonalizmu w zawodach pomocowych.

WTÓRNY STRES TRAUMATYCZNY JAKO KONSEKWENCJA POMAGANIA

Jednym z najważniejszych pojęć wykorzystywanych do opisu psychicznych konsekwencji kontaktu z cudzą traumą jest wtórny stres traumatyczny. Odnosi się on do występowania reakcji przypominających objawy stresu pourazowego u osoby, która nie tyle sama doświadczyła traumatycznego wydarzenia, co zetknęła się z traumą innego człowieka. Ma to szczególne znaczenie w kontekście zawodu pracownika socjalnego, który opiera się na działaniu w bezpośrednim kontakcie z ludzkimi przeżyciami, trudnościami, problemami.

W przypadku pracowników socjalnych ogromne znaczenie ma fakt, że kontakt z traumą nie jest zazwyczaj zdarzeniem incydentalnym czy jednorazowym. Jest wręcz stałą częścią praktyki zawo-

dowej. Pracownik może spotykać osoby po doświadczeniu przemocy czy jakkolwiek rozumianej stracie nie raz, ale wielokrotnie, a kolejne historie powodują piętrzenie się przeżyć, gromadzenie emocji. Z czasem może dochodzić do kumulacji obciążenia, którego źródłem nie jest pojedynczy przypadek, lecz całokształt wykonywanej pracy.

Wtórny stres traumatyczny może obejmować objawy podobne do tych występujących w bezpośrednich reakcjach pourazowych. Mogą pojawiać się nawracające wspomnienia lub obrazy, koszmary senne, unikanie sytuacji kojarzących się z traumą, zwiększona czujność, drażliwość, trudności ze snem czy poczucie zagrożenia. Czy oznacza to jednak, że może dotyczyć każdego pracownika? Nie da się tego jednoznacznie stwierdzić, ponieważ zależy to od różnych czynników psychicznych, środowiskowych, społecznych oraz zawodowych (szczególnie atmosfery panującej w pracy).

WTÓRNA TRAUMATYZACJA, TRAUMATYZACJA ZASTĘPCZA I ZMĘCZENIE WSPÓŁCZUCIEM

Trudność w opisywaniu problemu wynika również z wielości stosowanych terminów. W literaturze spotykamy pojęcia wtórnego stresu traumatycznego, traumatyzacji zastępczej, zmęczenia współczuciem oraz wypalenia zawodowego. Chociaż odnoszą się one do zbliżonego obszaru doświadczeń, opisują nieco odmienne mechanizmy. Traumatyzacja zastępcza odnosi się między innymi do głębszych zmian w sposobie postrzegania siebie, innych ludzi i świata, które mogą rozwijać się w wyniku pracy z osobami po traumie. Szczególne znaczenie przy-

pisuje się tutaj zmianom w podstawowych przekonaniach dotyczących bezpieczeństwa, zaufania, kontroli czy sensu świata. Pracownik, który przez lata słucha historii przemocy, czy szerzej rzecz ujmując, trudnych przypadków, może zacząć postrzegać świat jako znacznie bardziej niebezpieczny, niż widział go wcześniej. Może również utracić przekonanie, że ludzie są z natury godni zaufania.

Wypalenie zawodowe ma natomiast szerszy związek z chronicznym stresem wynikającym ze środowiska pracy. Jego źródłem może być nadmierne obciążenie obowiązkami, brak kontroli nad pracą, niewystarczające zasoby, konflikty interpersonalne czy brak wsparcia. Nie jest zatem konieczne, aby pracownik miał kontakt z traumą innych osób, aby doświadczyć wypalenia. Granice pomiędzy tymi zjawiskami są jednak w praktyce nieostre. Oznacza to, że pracownik socjalny może jednocześnie doświadczać kilku różnych procesów. Może być emocjonalnie obciążony historiami klientów, odczuwać objawy wtórnego stresu traumatycznego, a jednocześnie być przemęczony nadmiarem obowiązków administracyjnych i ograniczonymi zasobami instytucji. Próba przypisania wszystkich tych doświadczeń wyłącznie do jednej kategorii może prowadzić do zbyt uproszczonego obrazu problemu.

WTÓRNA TRAUMATYZACJA A SPECYFIKA PRACY SOCJALNEJ

Praca socjalna ma szczególny charakter, ponieważ łączy profesjonalną pomoc z bardzo bliskim kontaktem z rzeczywistością społeczną osób znajdujących się w kryzysie. Pracownik nie funkcjonuje wyłącz-

nie w gabinecie czy przy biurku. Często odwiedza domy klientów, obserwuje warunki ich życia, uczestniczy w interwencjach i podejmuje decyzje dotyczące sytuacji osób szczególnie podatnych na krzywdę. Właśnie ta bliskość może być jednocześnie źródłem skuteczności, jak i obciążenia. Pracownik socjalny, aby prawidłowo rozpoznać sytuację klienta, musi być uważny na jego emocje, potrzeby i kontekst życia. Sama empatia nie jest więc dodatkiem do warsztatu zawodowego, lecz jednym z jego podstawowych elementów. Problem pojawia się wtedy, gdy empatyczne rozumienie zaczyna przechodzić w emocjonalne utożsamianie.

Profesjonalna empatia umożliwia pozostawanie blisko doświadczenia drugiej osoby, przy jednoczesnym zachowaniu granicy psychologicznej. Nadmierne utożsamienie może natomiast sprawić, że problemy klienta przestają kończyć się wraz z opuszczeniem miejsca pracy i zaczynają towarzyszyć pracownikowi również w czasie prywatnym. Szczególne znaczenie ma tutaj charakter klientów, z jakimi pracownicy socjalni mają kontakt. Są to często osoby, których sytuacja jest wynikiem nakładania się wielu problemów. Przemoc może współwystępować z uzależnieniem, ubóstwo z chorobą psychiczną, bezdomność z rozpadem więzi rodzinnych, a problemy opiekuńcze z doświadczeniem przemocy międzypokoleniowej. Pracownik nie mierzy się więc zazwyczaj z jednym, izolowanym problemem, ale z całym systemem zależności.

W konsekwencji może pojawiać się poczucie bezsilności. Tym bardziej że nawet dobrze zaplanowana i profesjonalnie przeprowadzona interwencja nie zawsze prowadzi do oczekiwanej zmiany. Klient może wrócić do osoby stosującej przemoc, ponownie sięgnąć po sub-

stancje psychoaktywne, odmówić leczenia albo nie wykorzystać oferowanych form wsparcia. Dla osoby, która bardzo silnie identyfikuje się z rolą pomagającego, może być to szczególnie trudne.

JAKA JEST CENA PRACY PRACOWNIKA SOCJALNEGO?

W zawodach pomocowych często podkreśla się znaczenie zaangażowania, empatii i odpowiedzialności. Są to niewątpliwie wartości niezbędne. Jednocześnie nadmierne zaangażowanie może stać się źródłem problemów, jeśli pracownik zaczyna traktować los każdego klienta jako własną odpowiedzialność. Jednym z najbardziej obciążających przekonań może być myśl: „Jeżeli nie udało mi się pomóc, oznacza to, że zawiodłem". Taki sposób interpretowania pracy prowadzi do przenoszenia odpowiedzialności za rezultat całego procesu pomocowego na jedną osobę. Tymczasem skuteczność pomocy zależy od wielu czynników pozostających poza kontrolą pracownika: decyzji klienta, sytuacji rodzinnej, dostępności świadczeń, funkcjonowania innych instytucji, sytuacji mieszkaniowej czy ekonomicznej itd.

Pracownik może odpowiadać za rzetelne wykonanie swoich obowiązków, właściwą diagnozę sytuacji, przekazanie informacji, podjęcie interwencji czy respektowanie praw klienta. Nie może jednak odpowiadać za wszystkie jego decyzje i późniejsze ich konsekwencje. Umiejętność rozróżniania tych dwóch poziomów odpowiedzialności jest jednym z istotnych elementów ochrony przed przeciążeniem psychicznym. Co ważne, nie oznacza ona obojętności. Oznacza przyjęcie

realistycznej granicy własnego wpływu. W świetle tego zasadne więc jest pytanie: kiedy empatia zaczyna szkodzić?

Empatia jest często przedstawiana wyłącznie jako wartość pozytywna. W kontekście zawodów pomocowych warto jednak przyjrzeć się jej bardziej krytycznie. Nie każda forma empatycznego zaangażowania ma takie same konsekwencje. Można wyobrazić sobie pracownika, który po spotkaniu z klientem przez wiele godzin odtwarza w pamięci jego historię. Zastanawia się, co wydarzy się z rodziną, czy dziecko jest bezpieczne, czy klient wróci do osoby stosującej przemoc. Wieczorem opowiada o tym bliskim, a następnego dnia ponownie analizuje sytuację. Z czasem historia klienta staje się częścią jego własnego życia psychicznego. Taka reakcja może wynikać z głębokiego współczucia, ale jednocześnie ograniczać możliwość regeneracji. Jeżeli powtarza się przez lata, pracownik może zacząć funkcjonować w stanie permanentnego pobudzenia emocjonalnego.

Nie chodzi zatem o to, aby zmniejszać empatię. Chodzi o rozwijanie takiego sposobu empatycznego funkcjonowania, który pozwala być obecnym przy cierpieniu drugiego człowieka, bez konieczności zabierania tego cierpienia ze sobą do domu.

OSOBISTA HISTORIA PRACOWNIKA A PODATNOŚĆ NA WTÓRNĄ TRAUMATYZACJĘ

Istotnym, choć wymagającym ostrożności, obszarem badań jest związek pomiędzy osobistymi doświadczeniami traumatycznymi pracowników a ich podatnością na wtórny stres traumatyczny. Pracownicy

socjalni nie są przecież jednostkami bez własnej historii życiowej, bez osobistych przeżyć czy problemów.

Spotkanie z historią klienta może czasami uruchomić skojarzenia z własnym życiem. Pracownik pomagający osobie doświadczającej przemocy może mieć własne doświadczenia rodzinne związane z przemocą. Osoba pracująca z dziećmi może zetknąć się z historią, która przypomina jej własne dzieciństwo. W takich sytuacjach reakcja emocjonalna może być intensywniejsza. Nie oznacza to jednak, że osoby z doświadczeniem traumy są niezdolne do profesjonalnego pomagania. Przeciwnie, własne doświadczenia mogą niekiedy zwiększać wrażliwość na cierpienie drugiego człowieka. Kluczowe znaczenie ma świadomość własnych reakcji oraz możliwość przepracowania ich w bezpiecznej, profesjonalnej relacji.

CZY MOŻNA CZERPAĆ SATYSFAKCJĘ Z POMAGANIA I JEDNOCZEŚNIE BYĆ STRAUMATYZOWANYM?

Jednym z ciekawszych aspektów tego zagadnienia jest możliwość współwystępowania negatywnych i pozytywnych konsekwencji pracy pomocowej. Pracownik socjalny może być zmęczony, przeciążony i doświadczać objawów wtórnego stresu traumatycznego, a jednocześnie czuć ogromną satysfakcję z wykonywanego zawodu. W literaturze zjawisko to wiązane jest z pojęciem *compassion satisfaction*, czyli satysfakcji ze współczucia. Odnosi się ono do pozytywnych emocji związanych z możliwością pomagania innym, poczucia sensu pracy oraz świadomości, że wykonywane działania mają znaczenie.

Ta obserwacja jest szczególnie ważna, ponieważ pozwala uniknąć fałszywej alternatywy: albo jestem zaangażowany i odporny, albo jestem wypalony i nie nadaję się do tego zawodu. Rzeczywistość jest znacznie bardziej złożona. Można jednocześnie czerpać sens z pomagania i potrzebować ochrony przed jego kosztami. W kulturze zawodów pomocowych samoopieka bywa czasami postrzegana jako coś prywatnego, co pracownik powinien organizować we własnym zakresie. Tymczasem coraz częściej wskazuje się, że troska o dobrostan osób pomagających powinna być traktowana jako element profesjonalnego funkcjonowania. Dbanie o siebie obejmuje oczywiście podstawowe potrzeby fizjologiczne: sen, odpoczynek, aktywność fizyczną, odpowiednie odżywianie oraz czas spędzany poza pracą. Nie należy jednak sprowadzać samoopieki do porad w rodzaju: „Wysypiaj się i uprawiaj sport". Problem wtórnej traumatyzacji ma bowiem również wymiar emocjonalny i organizacyjny.

Jednym z ważniejszych elementów jest zdolność do wyznaczania granic. Pracownik socjalny powinien mieć możliwość zakończenia pracy również w sensie psychicznym. Jeżeli po wyjściu z instytucji nadal analizuje przypadki, sprawdza wiadomości służbowe i zastanawia się nad kolejnymi problemami klientów, jego dzień pracy nie kończy się w momencie opuszczenia biura. Pomocne może być również rozwijanie refleksyjności. Zamiast automatycznie reagować na każde trudne doświadczenie, pracownik może nauczyć się zauważać własne reakcje. Oczywiście, sama świadomość nie rozwiązuje problemu, ale umożliwia wcześniejsze podjęcie działań zmierzających do poprawy swojego dobrostanu.

Istotnym elementem ochrony przed przeciążeniem może być także rozwijanie samowspółczucia. Pojęcie to oznacza zdolność do odnoszenia się do własnych trudności z podobną życzliwością, jaką okazujemy innym ludziom. Dla pracownika socjalnego może to być szczególnie trudne. Osoba, której zawód polega na pomaganiu, może mieć silnie rozwinięty odruch troski o innych, a jednocześnie bardzo wysoki poziom krytycyzmu wobec siebie. Co ważne, samowspółczucie nie oznacza pobłażania. Oznacza realistyczne uznanie faktu, że również profesjonalista ma ograniczone zasoby i nie może zagwarantować pozytywnego zakończenia każdej historii.

Istnieje granica pomiędzy naturalnym zmęczeniem związanym z trudną pracą a sytuacją, w której potrzebna jest profesjonalna pomoc psychologiczna lub psychiatryczna. Nie zawsze łatwo ją rozpoznać, ponieważ osoby pracujące pomocowo często są przyzwyczajone do funkcjonowania w warunkach stresu. Niepokój powinny budzić przede wszystkim utrzymujące się i nasilające objawy: przewlekłe problemy ze snem, natrętne wspomnienia lub obrazy, koszmary, silna drażliwość, poczucie stałego zagrożenia, wyraźne unikanie określonych sytuacji, narastające zobojętnienie emocjonalne czy istotne pogorszenie funkcjonowania zawodowego i prywatnego.

ZNACZENIE SUPERWIZJI

Jednym z najważniejszych mechanizmów ochronnych w pracy socjalnej jest superwizja. Jej znaczenie wykracza poza kontrolę jakości wykonywanych obowiązków. Dobrze prowadzona daje możliwość spojrzenia na przypadek z dystansu, omówienia emocji oraz

przyjrzenia się relacji pomiędzy pracownikiem a klientem. Superwizja pozwala również zobaczyć sytuacje, w których pracownik bierze na siebie nadmierną odpowiedzialność. Czasami dopiero rozmowa z innym profesjonalistą pozwala zauważyć, że przekonanie: „Muszę coś zrobić" zostało rozciągnięte poza rzeczywiste możliwości zawodowe.

Brak takiego wsparcia może natomiast wzmacniać izolację. Pracownik zaczyna sądzić, że tylko on nie radzi sobie z obciążeniem, podczas gdy pozostali „jakoś dają radę". W rezultacie może ukrywać objawy przeciążenia, zamiast szukać pomocy. Ważnym elementem współczesnego podejścia do zdrowia psychicznego pracowników jest odejście od przekonania, że odporność psychiczna jest wyłącznie cechą jednostki. Pracownik może stosować najlepsze techniki radzenia sobie ze stresem, a mimo to ulec przeciążeniu, jeśli funkcjonuje w środowisku chronicznie generującym nadmierne wymagania.

W przypadku pracowników socjalnych oznacza to konieczność zwrócenia uwagi na liczbę prowadzonych spraw, czas przeznaczony na kontakt z klientem, obowiązki administracyjne, dostępność superwizji, możliwość korzystania z urlopu oraz jakość relacji z przełożonymi. Potrzebna jest zatem kultura organizacyjna, w której korzystanie z pomocy nie jest postrzegane jako dowód słabości. Pracownik powinien móc powiedzieć, że dana sytuacja była dla niego trudna, bez obawy, że zostanie uznany za osobę niekompetentną. Bez skrępowania powinien móc również skorzystać z pomocy specjalisty, co nie powinno zostać uznane za dowód zawodowej porażki. Pracownik socjalny nie przestaje być profesjonalistą dlatego, że sam potrzebuje

wsparcia. Wręcz przeciwnie – zdolność do rozpoznania własnych ograniczeń i podjęcia odpowiednich działań jest jednym z przejawów dojrzałości zawodowej.

Odporność psychiczną należy więc rozumieć nie jako brak reakcji, lecz jako zdolność do powrotu do równowagi po doświadczeniu obciążenia. Wymaga ona zarówno zasobów osobistych, jak i środowiska, które pozwala z tych zasobów korzystać. W przypadku pracowników socjalnych szczególnie ważna jest zdolność do pozostawania w kontakcie z cierpieniem bez całkowitego przejmowania go na siebie. Pomaganie nie wymaga bowiem emocjonalnego poświęcenia własnego zdrowia. I tutaj swoje zastosowanie może mieć również superwizja.

ZAKOŃCZENIE

Wtórna traumatyzacja pracowników socjalnych jest problemem, którego nie można sprowadzić ani do indywidualnej „odporności psychicznej", ani do prostego zmęczenia pracą. Jest konsekwencją złożonej relacji pomiędzy człowiekiem pomagającym, osobami, którym pomaga, charakterem doświadczanych problemów oraz warunkami organizacyjnymi, w których wykonywana jest praca.

Pracownicy socjalni są szczególnie narażeni na kontakt z cierpieniem innych. Ich praca wymaga empatii, uważności i zaangażowania, ale jednocześnie właśnie te cechy mogą stać się źródłem obciążenia, jeśli nie towarzyszą im odpowiednie granice i możliwości regeneracji. Wtórny stres traumatyczny, traumatyzacja zastępcza, zmęczenie współczuciem i wypalenie zawodowe mogą częściowo nakładać się

na siebie, prowadząc do pogorszenia dobrostanu oraz jakości funkcjonowania zawodowego.

Jednocześnie nie należy postrzegać pomagania wyłącznie jako źródła zagrożenia. Praca socjalna może być również źródłem poczucia sensu, satysfakcji i przekonania o własnej skuteczności. Badania pokazują, że satysfakcja ze współczucia może współistnieć z wysokim poziomem wtórnego stresu traumatycznego. Oznacza to, że troska o zdrowie psychiczne pracowników nie powinna polegać na eliminowaniu emocjonalnego zaangażowania, lecz na stworzeniu warunków, w których zaangażowanie pozostaje możliwe bez nadmiernego kosztu psychicznego.

Dbanie o siebie w pracy socjalnej powinno zatem zostać potraktowane jako część profesjonalizmu, a nie jako prywatna sprawa pracownika. Obejmuje ono zarówno podstawową troskę o regenerację i granice, jak i zdolność do refleksji nad własnymi emocjami, korzystanie z superwizji oraz gotowość do szukania pomocy. Jednocześnie odpowiedzialność za dobrostan nie może zostać całkowicie przeniesiona na jednostkę. Organizacje zatrudniające pracowników socjalnych powinny tworzyć takie warunki pracy, które pozwalają wykonywać ten zawód w sposób długofalowo bezpieczny.

Najważniejsza zmiana perspektywy polega być może na odejściu od pytania: „Jak sprawić, żeby pracownik socjalny był wystarczająco silny, aby wytrzymać cierpienie innych?”. Bardziej adekwatne wydaje się: „Jak stworzyć warunki, w których pracownik może pozostać empatyczny, zaangażowany i skuteczny, nie tracąc przy tym kontaktu z własnymi potrzebami?”.

Nie można skutecznie pomagać innym, traktując siebie jak zasób, który nigdy się nie wyczerpuje. Profesjonalna pomoc wymaga nie tylko wiedzy i kompetencji, lecz również świadomości własnych granic. Pracownik socjalny nie musi być człowiekiem, którego nic nie porusza. Powinien natomiast mieć możliwość rozpoznania momentu, kiedy cudze cierpienie zaczyna przekraczać jego własne zasoby, a także powinien mieć dostęp do narzędzi i ludzi, którzy pomogą mu odzyskać równowagę. W tym znaczeniu troska o siebie nie stoi w opozycji do pomagania. Jest jednym z jego warunków. ■

BIBLIOGRAFIA

Bilska E., *Wypalenie zawodowe – przyczyny i zapobieganie*, Warszawa, 2004.

Heszen I., *Psychologia stresu. Korzystne i niekorzystne skutki stresu życiowego*, Warszawa, 2013.

Kanios A., *Praca socjalna. Zagadnienia teoretyczne i metodyczne*, Lublin, 2014.

Kaźmierczak T., *Praca socjalna. Między uprawomocnieniem a zarządzaniem,* Warszawa, 2010.

Ogińska-Bulik N., *Stres zawodowy w zawodach usług społecznych. Źródła – konsekwencje – zapobieganie*, Warszawa, 2006.

Ogińska-Bulik N., *Dwa oblicza traumy. Negatywne i pozytywne skutki zdarzeń traumatycznych u pracowników służb ratowniczych*, Warszawa, 2015.

Sęk H., *Wypalenie zawodowe. Psychologiczne mechanizmy i uwarunkowania*, Warszawa, 2000.

Szmagalski J., *Stres i wypalenie zawodowe pracowników socjalnych,* Warszawa, 2009.

Trawkowska D., *Portret współczesnego pracownika socjalnego. Studium socjologiczne,* Katowice, 2007.

Wilsz J., *Zarządzanie własnym rozwojem zawodowym*, Warszawa, 2009.



MARCIN KOZAK

– absolwent socjologii oraz pracy socjalnej. Obecnie pracownik socjalny Zespołu Pracy Socjalnej w Sosnowcu, nauczyciel akademicki Akademii WSB oraz działacz Stowarzyszenia „Pomagamy Sercem”.

WYUCZONA BEZRADNOŚĆ – dlaczego czasem przestajemy walczyć?



Bezradność nie oznacza po prostu, że człowiek czegoś nie potrafi (choć może się to łączyć). Mechanizm sięga głębiej, do nieświadomości: taka osoba jest szczerze przekonana, że jej działania nie mają znaczenia dla rezultatu. Obecnie w psychologii kładzie się większy nacisk nie na fakt, że organizm „uczy się bezradności", lecz na to, że szczególnie ważną praktyką jest uczenie się kontroli.

PAULINA PAWLAK

Dlaczego osoba nie odchodzi z krzywdzącej relacji, skoro cierpi? Dlaczego nie protestuje, choć jest źle traktowana? Dlaczego przestaje szukać pomocy, choć z zewnątrz wydaje się, że nadal ma wybór? Może się wydawać, że brakuje jej motywacji czy sił, ale czasem wcześniejsze doświadczenia nauczyły ją czegoś znacznie bardziej fundamentalnego: że niezależnie od tego, co zrobi, rezultat będzie taki sam. Zrozumienie mechanizmu wyuczonej bezradności pozwala przeanalizować, jak tracimy poczucie wpływu, a także – jak możemy je odzyskiwać.

„Próbowałem/am. Naprawdę próbowałem/am. Tylko po pewnym czasie już wiedziałem/am, że cokolwiek zrobię, i tak będzie źle".

Podobne zdania słyszę w gabinecie psychoterapeutycznym w różnych wersjach. Czasem dotyczą dorosłej relacji, w której osoba przez lata doświadczała kontroli, poniżania, manipulowania czy przemocy domowej. Innym razem prowadzą znacznie dalej – do domu rodzinnego, w którym dziecko szybko nauczyło się, że protest nie zatrzymuje krzyku, tłumaczenie nie chroni przed karą, a proszenie o pomoc niekoniecznie powoduje, że się ją otrzyma.

Z perspektywy osoby, która z zewnątrz przygląda się sytuacji, bierność bywa trudna do zrozumienia. „Dlaczego nic nie zrobił?", „Dlaczego wcześniej nie odeszła?", „Dlaczego się nie sprzeciwiła?". Pytania te zakładają jednak coś, czego w doświadczeniu drugiego człowieka może już nie być albo wręcz mogło nigdy nie zaistnieć: głębokie przekonanie, że działanie ma sens.

KIEDY UCZYMY SIĘ, ŻE NIC OD NAS NIE ZALEŻY

Historia pojęcia *wyuczonej bezradności* zaczęła się od eksperymentów Martina Seligmana i Stevena Maiera prowadzonych w latach 60. XX wieku. Badania na zwierzętach – z dzisiejszej perspektywy budzące oczywiste zastrzeżenia etyczne – pokazały interesujące zjawisko. Zwierzęta, które wcześniej doświadczały nieuniknionego bodźca awersyjnego, później miały trudność z podjęciem działania nawet wtedy, kiedy ucieczka stawała się możliwa.

Pierwotna interpretacja była następująca: organizm uczy się, że jego zachowanie nie ma związku z tym, co się wydarzy. Powstaje oczekiwanie: „To, co zrobię i tak niczego nie zmieni". Z czasem więc próby ustają. Zwyczajnie nie przynoszą rezultatu, a jedynie wydatkują energię.

Co ciekawe, po kilkudziesięciu latach Maier i Seligman wrócili do własnej koncepcji i na podstawie badań neurobiologicznych częściowo ją zrewidowali. Współczesny model kładzie większy nacisk nie na to, że organizm „uczy się bezradności", lecz na to, że szczególnie ważną praktyką jest uczenie się kontroli. Doświadczenie, że własna reakcja może zmienić sytuację, uruchamia mechanizmy chroniące przed późniejszą biernością.

To subtelna, ale niezwykle ważna różnica. Zmienia ona sposób myślenia o bezradności, bo być może jednym z najważniejszych pytań jest: „Kiedy nauczyłeś/aś się, że masz wpływ – albo dlaczego nie miałaś/eś okazji się tego nauczyć?" zamiast: „Skąd się wzięła twoja bezradność?".

BEZRADNOŚĆ A SPRAWCZOŚĆ

Bezradność nie oznacza, że człowiek po prostu czegoś nie potrafi (choć może się to łączyć). Mechanizm sięga głębiej, do nieświadomości: taka osoba jest szczerze przekonana, że jej działania nie mają znaczenia dla rezultatu.

Sprawczość jest jej przeciwieństwem, ale nie oznacza przekonania: „Mogę wszystko". Zdrowe poczucie sprawczości przejawia się w przekonaniu: „Nie mam wpływu na wszystko, co mnie spotyka, ale mam wpływ na część tego, co zrobię dalej".

Człowiek sprawczy również doświadcza lęku, porażek i sytuacji, których nie może kontrolować. Różnica polega na tym, że nadal dostrzega związek pomiędzy własnym działaniem a przynajmniej częścią możliwych konsekwencji.

W gabinecie pytam czasem:

– „Co mógłby/mogłaby pan/i zrobić w tej sytuacji?”.

– „Nic”.

– „Naprawdę nic?”.

– „Mógłbym/mogłabym odmówić”.

– „Czyli jest jedna rzecz”.

– „Tak, ale wtedy ktoś się zdenerwuje/rozczaruje/będzie smutny”.

I właśnie w tym miejscu często znajduje się sedno problemu. Nie zawsze jest tak, że osoba nie widzi możliwości działania. Czasami doskonale zna rozwiązania, ale nauczyła się, że cena za podjęcie działania będzie tak wysoka, że bezpieczniej jest z niego zrezygnować.

KIEDY DZIECKO PRZESTAJE PRÓBOWAĆ

Dziecko ma bardzo ograniczoną kontrolę nad swoim światem. Nie może wyprowadzić się z domu, zmienić rodziców ani (zazwyczaj) skutecznie przeciwstawić się dorosłemu, od którego jest zależne.

Jeżeli dorasta w środowisku przewidywalnym, stopniowo uczy się, że jego zachowanie ma znaczenie. Płacz może sprowadzić opiekuna. Powiedzenie: „Nie chcę” może zostać usłyszane. Prośba może spotkać się z odpowiedzią. Popełnienie błędu nie musi oznaczać katastrofy.

W środowisku przemocowym doświadczenia bywają inne.

Dziecko próbuje być „grzeczne” – dorosły i tak wybucha.

Próbuje przewidzieć jego nastrój – zasady nagle się zmieniają.

Mówi prawdę – zostaje ukarane.

Kłamie ze strachu – również zostaje ukarane.

Woła drugiego dorosłego – nikt nie reaguje.

Po pewnym czasie szukania skutecznej strategii, dziecko może zacząć budować szersze przekonanie: „To, co robię, nie ma znaczenia", a w przemocowym środowisku, może łączyć się dalej: „I tak spotka mnie kara/coś złego".

Badania nad doświadczeniami przemocy w dzieciństwie wskazują na ich związek z niższym poczuciem osobistej kontroli w dorosłości. Nie oznacza to, że każde dziecko doświadczające przemocy stanie się bezradnym dorosłym. Pokazuje jednak jeden z możliwych mechanizmów, poprzez które wczesne doświadczenia mogą wpływać na późniejsze funkcjonowanie.

„NIE UMIEM DECYDOWAĆ"

Czasami konsekwencje doznawanej przemocy domowej, zwłaszcza przemocy psychicznej, widać dopiero wiele lat później.

„Nie wiem, czego chcę" – mówi pacjentka.

Pytam o z pozoru prostą sytuację: gdzie chciałaby pojechać na weekend?

„Wszystko mi jedno".

Co chciałaby zjeść?

„Nie wiem".

Czy odpowiada jej sposób, w jaki partner podejmuje decyzje?

„Chyba tak".

Po chwili pojawia się jednak zdanie: „W domu i tak nigdy nikogo nie obchodziło, czego chcę".

Brak sprawczości może przejawiać się trudnością w podejmowaniu drobnych decyzji, automatycznym pytaniem innych o zdanie, wycofaniem własnej opinii, gdy tylko ktoś się z nią nie zgadza czy rezygnacją z działania przed pierwszą próbą.

Dość często słyszę także: „Taki już jestem, nie potrafię o siebie walczyć".

Jednak, kiedy zaczynamy odtwarzać historię życia tej osoby, okazuje się, że kiedyś próbowała. Wielokrotnie. Dopiero później przestała.

PRZEMOC UCZY REGUŁ

W relacji opartej na przemocy mechanizm wyuczonej bezradności może rozwijać się także u osób, które wcześniej nie miały doświadczeń związanych z przemocą domową.

Osoba próbuje rozmawiać – słyszy, że przesadza.

Stawia granice – spotyka się z groźbą, karą albo nasileniem kontroli.

Szuka wsparcia – ktoś z boku odpowiada: „W każdym związku są problemy".

Próbuje odejść – pojawiają się przeprosiny, obietnice, groźby, presja ekonomiczna albo lęk o dzieci.

Zazwyczaj nie chodzi w tych sytuacjach o pojedyncze decyzje. Mechanizm wyuczonej bezradności kształtują wielokrotnie powtarzane doświadczenia braku wpływu na rzeczywistość. Składa się na to cały kontekst: człowiek funkcjonuje w określonym systemie konsekwencji i stopniowo się go uczy.

Dlatego pytanie: „Dlaczego po prostu nie odejdzie?” jest z psychologicznego punktu widzenia zbyt proste. Pomija nie tylko bardziej „namacalne” bariery – ekonomiczne, mieszkaniowe, rodzinne czy związane z bezpieczeństwem – ale także to, czego osoba mogła nauczyć się podczas wcześniejszych prób zmiany sytuacji.

Badania dotyczące przemocy domowej pokazują, że znaczenie ma właśnie postrzegana możliwość wpływu. Większe oczekiwanie kontroli nad przyszłymi wydarzeniami wiązano z mniejszym nasileniem dysforii, a bardziej aktywne, skoncentrowane na problemie sposoby radzenia sobie – z mniejszą beznadziejnością.

To ważne, ponieważ bierność osoby doświadczającej przemocy nie musi świadczyć o braku potrzeby zmiany. Czasem świadczy o tym, jak wiele razy wcześniejsza próba zmiany okazała się nieskuteczna, kosztowna albo wręcz niebezpieczna. W jednym z klasycznych badań kobiety doświadczające przemocy wskazywały wręcz więcej rozważnych lub podejmowanych sposobów rozwiązania problemów w relacji niż kobiety z grupy porównawczej!

BEZRADNOŚĆ MOŻE WYGLĄDAĆ JAK „BRAK MOTYWACJI”

Oczywiście nikt nie przychodzi do gabinetu i nie mówi: „Mam wyuczoną bezradność”. Znacznie częściej brzmi to następująco:

„Nie ma sensu”.

„Próbowałam/em już wszystkiego”.

„I tak mi się nie uda”.

„Tak już jest”.

„Zawsze kończy się tak samo”.
„Nie dam sobie rady sam/a”.
„Po co mam znowu próbować?”.
„Nie mam siły”.
„Czuję jakbym walczył/a z wiatrakami”.

Łatwo odpowiedzieć: „Musisz uwierzyć w siebie”, jednak człowiek nie odzyskuje sprawczości dlatego, że ktoś poleci mu ją poczuć.

Jeżeli przez lata doświadczenie potwierdzało przekonanie: „Twoje działanie nie zmienia rezultatu”, bardziej pomocne może być stworzenie nowych doświadczeń, w których działanie rzeczywiście prowadzi do zauważalnej konsekwencji. Sprawczość potrzebuje dowodów.

CO ODBIERA SPRAWCZOŚĆ?

W historiach pacjentów powtarza się kilka motywów. Pierwszy to nieprzewidywalność. Jeżeli ta sama reakcja raz spotyka się z akceptacją, a innym razem z karą, trudno zbudować stabilne poczucie wpływu.

Drugi to wielokrotna nieskuteczność działania. Człowiek próbował mówić, prosić, tłumaczyć, stawiać granice, szukać pomocy – i nic się nie zmieniało.

Trzeci to karanie za autonomię. Własne zdanie, odmowa albo próba oddzielenia się od drugiej osoby prowadziły do złości, wycofania miłości, gróźb czy przemocy.

Czwarty to brak potwierdzenia własnej percepcji. Kiedy przez długi czas człowiek słyszy: „Przesadzasz”, „Wymyślasz”, „Jesteś przewrażliwiony”, może przestać ufać nie tylko innym, ale również własnej ocenie sytuacji.

Piąty to kolejne nieudane próby uzyskania pomocy. Bezradności może sprzyjać nie tylko zachowanie osoby stosującej przemoc. Może ją wzmacniać również doświadczenie, że otoczenie nie reaguje albo instytucje, do których człowiek się zwraca, nie przynoszą oczekiwanej ochrony. Każde kolejne „Nic się nie da zrobić" może stać się dowodem na rzecz przekonania: „Nie mam wpływu".

A KIEDY CZŁOWIEK ZACZYNA ODZYSKIWAĆ WPŁYW?

„Powiedziałam/em mu, że nie przyjadę".
„I co się stało?"
„„Był/a zły/a".
„A pan/i?"
Dłuższa cisza.
„Nic. Było mi strasznie nieprzyjemnie, stres ogomny, ale… nic się ze mną nie stało".

Czasami właśnie tak wygląda początek odbudowywania sprawczości. Wytrzymywanie dyskomfortu, silnych i nieprzyjemnych emocji, odbudowa wiary w siebie i swoje możliwości. Klucz to zrobić coś inaczej i zobaczyć, że potrafię znieść konsekwencje.

Inna osoba po raz pierwszy samodzielnie dzwoni do instytucji, której wcześniej się bała. Ktoś otwiera własne konto bankowe. Ktoś mówi bliskiej osobie, co naprawdę dzieje się w domu. Ktoś podejmuje decyzję bez pytania o zgodę. Ktoś inny jeszcze nie jest gotowy odejść, ale zaczyna odkładać dokumenty i tworzyć plan bezpieczeństwa. Z

zewnątrz mogą wydawać się to drobne rzeczy. Psychologicznie to bardzo ważny proces, niełatwy dla osoby, której autonomia nie miała bezpiecznych podstaw.

SPRAWCZOŚĆ NIE OZNACZA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA PRZEMOC

Mówiąc o odzyskiwaniu wpływu, trzeba jednak uważać na bardzo ważną pułapkę. Jeżeli powiemy osobie doświadczającej przemocy: „Musisz odzyskać sprawczość", łatwo nieświadomie przesunąć odpowiedzialność ze sprawcy na osobę pokrzywdzoną. To nie jej brak sprawczości spowodował przemoc. To nie od niej zależało, czy druga osoba będzie ją krzywdzić. Sprawczość nie oznacza: „Mogłam temu zapobiec".

Oznacza raczej: „Nie kontroluję i nie odpowiadam za zachowania drugiego człowieka. To, co mogę, to stopniowo odzyskiwać wpływ na własne decyzje, bezpieczeństwo i życie". To rozróżnienie jest fundamentalne.

NIE ZAWSZE TRZEBA ZACZYNAĆ OD WIELKIEJ DECYZJI

W gabinecie psychoterapeuty często dostrzegam jeszcze jeden paradoks. Im bardziej osoba czuje się bezradna, tym większych zmian oczekuje od niej otoczenie.

„Musisz odejść".

„Musisz zgłosić sprawę na policję".

„Musisz w końcu postawić granice".

Dla osoby, która przez lata doświadczała, że nie ma wpływu na swoją sytuację, kolejne „musisz" może brzmieć znajomo. Znowu ktoś wie lepiej, co powinna zrobić.

Odbudowywanie sprawczości wymaga natomiast przywracania możliwości wyboru i samodzielnego decydowania o tym, co zrobi się dzisiaj, jutro, pojutrze.

„Co byłoby dla pana/i teraz możliwe?"

„Na co jest pan/i gotów/gotowa?"

„Czego pan/i dla siebie nie chce?"

„Jaki najmniejszy krok zależy dzisiaj od pana/i?"

Czasami odpowiedź brzmi: „Jeszcze nie wiem". I to również może być początek do zmiany dotychczasowej sytuacji.

SPRAWCZOŚĆ ROŚNIE W DOŚWIADCZENIU

Badania nad kontrolowaniem stresu pokazują bardzo ciekawą zależność: doświadczenie kontroli może wpływać nie tylko na reakcję na bieżącą trudność, lecz także na sposób reagowania na późniejsze stresory. Innymi słowy, organizm może zarówno uczyć się bezradności, jak i tego, że jego działanie ma znaczenie.

W psychoterapii podobny proces obserwujemy na bardziej złożonym poziomie. Pacjent podejmuje mało znaczącą decyzję. Widząc jej efekt, zaczyna ufać kolejnej swojej decyzji. Stawia granice. Odkrywa, że lęk można przeżyć. Prosi o pomoc. Ktoś odpowiada. Podejmuje działanie. Coś rzeczywiście się zmienia. W ten sposób powoli aktualizuje się wcześniejsze przekonanie: „Nie mam wpływu" na „Mam jakiś

wpływ". Zadaniem psychoterapeuty nie jest przekonanie osoby, że jest silna, a raczej stworzenie warunków, by zaczęła zauważać i kwestionować własne nieadaptacyjne przekonania i gromadzić doświadczenia osobistej skuteczności.

„A CO, JEŚLI ZNOWU MI SIĘ NIE UDA?"

Odzyskiwanie sprawczości nie oznacza, że od pierwszej udanej próby każda kolejna zakończy się sukcesem. To szczególnie ważne, ponieważ człowiek z historią bezradności może traktować pojedynczą porażkę jako potwierdzenie całej wcześniejszej teorii: „Wiedziałem. Nie ma sensu próbować".

Dlatego jednym z elementów terapii może być uczenie się bardziej precyzyjnego rozumienia kontroli. Nie udało mi się osiągnąć zakładanego rezultatu – ale podjąłem działanie. Nie mogłem zmienić drugiej osoby – ale mogłem zdecydować, co zrobię. Nie dostałam pomocy od pierwszej osoby – ale mogę poprosić kolejną. Postawiłam granicę i ktoś ją przekroczył – to nie oznacza, że moje działanie było błędem.

Sprawczość polega również na rozpoznawaniu, gdzie kończy się moja kontrola, a gdzie zaczyna mój wybór.

„MYŚLAŁEM/AM, ŻE TAKI/A PO PROSTU JESTEM"

Jednym z bardziej poruszających momentów terapii jest odkrycie przez klienta, że zachowanie uznawane przez lata za cechę charakteru mogło kiedyś być adaptacją do trudnej rzeczywistości.

„Zawsze byłem/am bierny/a".

„A kiedy nauczył/a się pan/i, że lepiej się nie odzywać?"

Cisza.

„Chyba w domu".

To, co w dorosłym życiu wygląda jak bierność, w dzieciństwie mogło być rozsądną strategią przetrwania. Jeżeli sprzeciw zwiększał zagrożenie, milczenie mogło chronić. Jeżeli żadna próba nie zmieniała sytuacji, zaprzestanie oszczędzało energię i zmniejszało liczbę kolejnych bolesnych rozczarowań. Problem zaczyna się wtedy, gdy strategia potrzebna kiedyś, nadal działa w świecie, który już nie jest tak zagrażający jak w przeszłości. Nie jest rzeczywistością małego dziecka, tylko osoby dorosłej, odpowiedzialnej za swoje życiowe wybory i dysponującej zestawem narzędzi, których z oczywistych względów dziecko nie miało. Może odejść. Może odmówić. Może poprosić o pomoc. Może zarabiać pieniądze. Może wybierać ludzi, których dopuszcza do siebie. Warto jednak mieć na uwadze, że wiedza o tych możliwościach oraz poczucie, że naprawdę można z nich skorzystać, to dwie różne rzeczy.

OD: „NIC NIE MOGĘ" DO: „CO MOGĘ?"

W pracy z bezradnością jedno z najważniejszych pytań brzmi: „Na co masz wpływ?", a nie: „Jak naprawić wszystko?". Nie: „Jak sprawić, żeby druga osoba się zmieniła?", „Jak przestać się bać?". Tylko: „Jaka część tej sytuacji zależy ode mnie?".

Odkrycie, że w ogóle coś od nas zależy może być początkiem wielkiej zmiany. Nawet jeśli zaczynamy od jednego telefonu, jed-

nej rozmowy, jednej odmowy czy jednej decyzji podjętej samodzielnie. Właśnie z takich doświadczeń można budować swoją sprawczość.

Współczesne badania pokazują, że doświadczenie kontroli również pozostawia ślad. Możemy uczyć się, że mamy wpływ.■

BIBLIOGRAFIA

Badura-Madej, W., Dobrzyńska-Mesterhazy, A. (2000). *Przemoc w rodzinie. Interwencja kryzysowa i psychoterapia*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Herman, J.L. (2002). *Przemoc. Uraz psychiczny i powrót do równowagi*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Wojciszke, B. (2011). *Psychologia społeczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Maier, S.F., Seligman, M.E.P. (2016). Learned helplessness at fifty: Insights from neuroscience. *Psychological Review, 123*(4), 349–367.

Baratta, M.V., Seligman, M.E.P., Maier, S.F. (2023). From helplessness to controllability: Toward a neuroscience of resilience. *Frontiers in Psychiatry, 14*, 1170417.

Clements, C.M., Sawhney, D.K. (2000). Coping with domestic violence: Control attributions, dysphoria, and hopelessness. *Journal of Traumatic Stress, 13*(2), 219–240.

Shaw, B.A., Krause, N. (2002). Exposure to physical violence during childhood, aging, and health. *Journal of Aging and Health, 14*(4), 467–494.

Pitzer, L.M., Fingerman, K.L. (2010). Psychosocial resources and associations between childhood physical abuse and adult well-being. *The Journals of Gerontology: Series B, 65B*(4), 425–433.

Campbell, J.C. (1989). A test of two explanatory models of women's responses to battering. *Nursing Research, 38*(1), 18–24.



PAULINA PAWLAK

– psycholożka, psychoterapeutka, w trakcie certyfikacji 4-letniej Szkoły Psychoterapii Poznawczo-Behawioralnej CBT-EDU w Warszawie, autorka książek i artykułów o tematyce psychologicznej.


NEWSY
z badań

Naukowcy nie przestają przyglądać się tematowi przemocy. My zaś przyglądamy się ich badaniom – danym, które pozyskali, wynikom ich analiz oraz wnioskom, jakie wyciągnęli. Przybliżamy 3 ciekawe publikacje z różnych stron świata, które pojawiły się w pismach naukowych w ciągu kilku ostatnich miesięcy.

KATARZYNA MIŁKOWSKA

CHATBOTY Z POMOCĄ

Różnego rodzaju chatboty coraz częściej znajdują zastosowanie w zakresie wspierania osób doświadczających przemocy domowej. Wciąż jednak pojawia się wokół nich wiele pytań dotyczących bezpieczeństwa, skuteczności, zarządzania czy sposobu kontroli. Autorzy opisywanego artykułu poddali audytowi 36 takich chatbotów z 22 krajów – z Europy (12), Ameryki Północnej (9), Ameryki Południowej (6), Afryki (4), Azji (2), Ameryki Środkowej (2) i Oceanii (1). Większość chatbotów była darmowa, nie wymagała uwierzytelniania i powstała z inicjatywy organizacji non-profit.

W swojej analizie autorzy opierali się na publicznie dostępnych danych, w tym deklarowanych celach, kontekstach wdrożeń oraz obec-

ności i treści polityk prywatności. Następnie przeprowadzili ewaluacje użyteczności, co pozwoliło ocenić ich interfejsy i doświadczenia użytkownika. Na koniec przeprowadzili audyt podzbioru dziewięciu chatbotów opartych na LLM, dostępnych w języku angielskim lub hiszpańskim (LLM, ang. *Large Language Model*, czyli duży model językowy – to rodzaj sztucznej inteligencji, który potrafi rozumieć i tworzyć tekst przypominający ludzką mowę). Ten ostatni krok bazował na trzech dodatkowych analizach i pozwolił ocenić odpowiedzi na pytania związane z przemocą domową oraz bezpieczeństwem cyfrowym.

Wśród przebadanych chatów m.in. można wymienić: Hope Chat i Ruth, które zostały opracowane w Stanach Zjednoczonych, chatbot Violetta z Meksyku czy Sophia ze Szwajcarii.

Co pokazały analizy? „Ekosystem chatbotów zajmujących się przemocą domową rozwija się na całym świecie. Wiele z tych chatbotów angażuje liczne podmioty w proces rozwoju i wdrażania, z różnymi politykami prywatności i wiedzą specjalistyczną, co potencjalnie stwarza złożone zagrożenia dla prywatności. Spośród 36 funkcjonujących chatbotów, 16 nie posiadało polityki prywatności. Tylko siedem z nich udostępniło politykę prywatności specjalnie dla chatbota (tj. nie dla strony internetowej twórcy chatbota). Ponadto zidentyfikowaliśmy istotne luki w sposobie, w jaki chatboty informują o swoich ograniczeniach osoby, które doświadczyły przemocy domowej, co może generować fałszywe oczekiwania u użytkowników. Co więcej, odkryliśmy, że większość chatbotów opartych na LLM nie zadaje pytań uzupełniających, które mogłyby dostarczyć cennych informacji kontekstowych na temat sytuacji osoby, która doświadczyła przemocy domowej, a które mogą mieć kluczowe znaczenie dla jej bezpieczeństwa” – piszą autorzy.

Dlaczego aspekt cyberbezpieczeństwa był tak ważny dla badaczy? Trzeba bowiem pamiętać, że oprócz przemocy fizycznej czy psychicznej, osoby doznające krzywdzenia często są poddawane atakom wspomaganym technologicznie. Krzywdziciele wykorzystują legalny dostęp do urządzeń, kont i usług w chmurze do monitorowania, manipulowania czy nękania. Tego typu chatboty mogą więc być potencjalnie kolejnym wykorzystanym w podobny sposób narzędziem. Jak podkreślają autorzy pracy: „Źle skonfigurowany chatbot może narazić użytkowników na zwiększone ryzyko poprzez udzielanie niewłaściwych porad, a nawet poprzez samo ujawnienie, że użytkownik szuka wsparcia". Ich odpowiednie zaprojektowanie, regularne testowanie i ochrona są więc kluczowe.

Bardzo ważnym elementem kończącym artykuł są rekomendacje dla deweloperów, rzeczników i decydentów. Wśród nich wymieniono m.in. następujące wskazówki:

- chatboty powinny zniechęcać do udostępniania danych osobowych,
- powinny jasno określać swoje ograniczenia, m.in. przypominać, że nie są prawdziwymi ludźmi, nie zastępują profesjonalnego wsparcia ani nie świadczą usług ratunkowych,
- powinny przekazywać dane kontaktowe w nagłych wypadkach,
- deweloperzy powinni upewnić się, że korzystanie z chatbotów jest usuwane z historii przeglądarki.

Poveda, J., Lanter, A., Antoniuk, I., Mazurek, M. L., Freed, D., 2026. "CHAT WITH ME below as if I were a human": Insights from Auditing AI Chatbots for Survivors of Domestic Violence. In Proceedings of the 2026 ACM Conference on Fairness, Accountability, and Transparency (FAccT '26). Association for Computing Machinery, New York, NY, USA, 1398–1423. https://doi.org/10.1145/3805689.3812260

POWYBORCZY GNIEW A PRZEMOC DOMOWA

Czy powyborczy gniew przyczynia się do przemocy domowej? Badacze przeanalizowali pod tym kątem sytuację, jaka miała miejsce po wyborach prezydenckich w USA w 2020 roku, tj. po wyborach pomiędzy D. Trumpem a J. Bidenem.

To bardzo ważne badanie, ponieważ porusza tematykę teoretycznie niezwiązaną bezpośrednio z przemocą domową – a jednak! Badacze we wstępie swojego artykułu wyjaśniają bowiem, jak silnie może „rozlewać się" gniew wyborczy, który jest specjalnie podsycany przez sztaby poszczególnych partii/kandydatów. Nasila się to przede wszystkim w okresie wyborczym, gdy zwiększa się natężenie komunikacji. Celowo podsyca ona nadzieje i lęki, aby mobilizować zwolenników danych kandydatów. Gdy jednak przegrywają, ten gniew nie znika. Niektóre przytaczane w opisywanym artykule badania wskazują, że złość kierunkowana jest na działania odwetowe, ale nie zawsze bazujące na pierwotnym źródle tej emocji. Wpływ gniewu politycznego wykracza bowiem poza sferę działań politycznych i obejmuje różnego rodzaju więzi społeczne, w tym także rodzinne.

Badacze postawili hipotezę, że jeśli kandydat zaangażowanego politycznie obywatela przegrał ważne wybory, czuje się on sfrustrowany i/lub zagrożony, co sprawia, że jest bardziej skłonny do ataku na bliskie osoby, w tym potencjalnie z użyciem przemocy fizycznej.

Sprawdzano konkretne okręgi wyborcze – różnicę w poziomie przemocy domowej w danym okręgu przed wyborami i po wyborach, w zależności od poparcia dla przegranego w danym okręgu kandydata (poziom sprawdzano poprzez analizę policyjnych rejestrów zgłoszeń dotyczących przemocy domowej). Co się okazało? Jak piszą badacze: „20-punktowy

wzrost udziału głosów oddanych na Trumpa w obu partiach koreluje z 8-procentowym wzrostem przemocy domowej po wyborach. Co więcej, efekt ten jest opóźniony do czasu zakończenia ponownego liczenia głosów, co sugeruje, że faktycznie wynika z rozstrzygnięcia wyborów prezydenckich, a nie z samego głosowania, zaprzestania emisji reklam lub wyników równoczesnych wyborów (...). Stwierdzamy, że wybory wywołują efekt partyjnego wpływu na występowanie przemocy domowej, a wskaźniki po wyborach są wyższe w dzielnicach, w których istniało większe poparcie dla przegranego kandydata".

Bouchard, A., Yun, M., Shelton, C. A. (2026). Elections and domestic violence. *Economics Letters, 265*, 112991. https://doi.org/10.1016/j.econlet.2026.112991

POWIĄZANIA PRZEMOCOWYCH ZACHOWAŃ

Bardzo ciekawe badanie opublikowano w czerwcu w Journal of Aggression, Conflict and Peace Research – „Gaslighting, przymusowa kontrola i stalking w relacjach intymnych: analiza związku z przemocą i osobowością". Celem było zbadanie związku pomiędzy gaslightingiem w związkach intymnych a innymi formami przemocy, z uwzględnieniem potencjalnej roli tej przemocy w rozwoju osobowości.

Warto przy tym przypomnieć, że „gaslighting to forma manipulacji psychologicznej, w której zachowanie osoby stosującej przemoc podważa rzeczywistość osoby jej doświadczającej, poprzez szereg powtarzalnych i emocjonalnie manipulacyjnych technik, takich jak minimalizowanie, groźby i udawanie niewiedzy lub dezorientacji. Efektem tego może być tworzenie dezorientacji i wątpliwości w samospo-

strzeganiu, myślach, przekonaniach, osądach i/lub pamięci osoby krzywdzonej" – wyjaśniają autorzy i dodają: „Kontrola przymusowa składa się z taktyk behawioralnych i psychologicznie manipulacyjnych, w których sprawca celowo próbuje kontrolować ofiarę poprzez zachowania, komentarze lub groźby".

Badanie polegało na wypełnieniu internetowych kwestionariuszy. Udział wzięło w nim 246 osób, z czego 73% identyfikowało się jako kobiety. Przedział wiekowy wynosił od 18 do 77 lat. Jeśli zaś chodzi o pochodzenie, 32% respondentów pochodziło z Holandii, 20% z Wielkiej Brytanii, 17% ze Stanów Zjednoczonych, 7% z Niemiec i po 2% z Australii, Kanady i Grecji. Pozostała grupa pochodziła z krajów azjatyckich i innych krajów europejskich (wszystkie > 0,8%). Długość obecnych związków uczestników wahała się od jednego miesiąca do 53 lat (średnia = 9,06 roku, SD = 12,69). Wypełnili oni: Kwestionariusz Zachowań Gaslightingowych (GBQ), Zrewidowaną Skalę Zachowań Kontrolujących (CBS-R), Kwestionariusz Stalkingu i Obsesyjnych Intruzji Relacyjnych (SORI-Q), Mini Międzynarodową Skalę Osobowości (Mini IPIP) oraz Ocenę Przetwarzania Psychopatycznego i Osobowości (PAPA-2).

Wyniki wykazały, że stosowanie gaslightingu, kontroli przymusowej i stalkingu jest ze sobą powiązane. Co więcej, stosowanie gaslightingu było predyktorem stosowania kontroli przymusowej i stalkingu. Potwierdziło to przewidywanie, że wszystkie trzy formy agresji są pozytywnie powiązane i wskazało, że gaslighting może być kluczowym elementem przyczyniającym się do angażowania się w inne zachowania przemocowe w związkach.

Jeśli zaś chodzi o kwestie osobowości osób stosujących przemoc, psychopatia była znaczącym predyktorem stosowania gaslightingu

i kontroli przymusowej, ale nie stalkingu. Inne typy osobowości były zaś powiązane tylko w ograniczonym zakresie. Jak piszą autorzy: „Wyniki dotyczące osobowości były zasadniczo zgodne z analizą sieciową, wskazując, że związek z zachowaniami jest ograniczony. Wskazuje to, że po uwzględnieniu wszystkich cech osobowości, były one w większości powiązane ze sobą, a nie z zachowaniami przemocowymi. Potwierdza to jednak związek między zachowaniami przemocowymi. Niemniej jednak, kontrola przymusowa nadal była związana ze zwiększoną psychopatią, co sugeruje, że istnieje coś szczególnie godnego uwagi i zbadania w przyszłości w odniesieniu do tej konkretnej formy agresji i jej związku z określoną nieprzystosowawczą wiązką osobowości".

Wyniki te są niezwykle ciekawe zarówno z perspektywy badawczej, jak i klinicznej. Zwłaszcza kwestia powiązań pomiędzy poszczególnymi przemocowymi zachowaniami – jeśli bowiem zidentyfikuje się jedno z nich, warto pamiętać, że ryzyko wystąpienia także innych jest zwiększone. ■

Beekman, A.N., Ireland, J.L. (2026). Gaslighting, coercive control and stalking in intimate relationships: considering abuse association and personality. *Journal of Aggression, Conflict and Peace Research*, Vol. ahead-of-print No. ahead-of-print. https://doi.org/10.1108/JACPR-01-2026-1100



KATARZYNA MIŁKOWSKA
– redaktorka naczelna e-pisma „Niebieska Linia".



W TROSCE O SWOJE GRANICE

PODRĘCZNIK DLA PSYCHOTERAPEUTÓW, KTÓRZY CHCĄ O SIEBIE ZADBAĆ

John C. Norcross, Gary R. VandenBos
Tłumaczenie: Andrzej Homańczyk
Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2026, s. 384

Autorzy podręcznika przekonują, że dbanie o siebie to jeden z podstawowych obowiązków terapeuty – nie luksus, nie fanaberia, lecz profesjonalna i etyczna konieczność. Opierając się na wynikach badań empirycznych i korzystając z wieloletniego doświadczenia klinicznego, ukazują, jak powszechnym problemem wśród przedstawicieli zawodów pomocowych jest zaniedbywanie własnych potrzeb. Autorzy poddają analizie najważniejsze obszary terapeutycznej samoopieki. Uczą, jak rozpoznawać sygnały przeciążenia i zapobiegać wypaleniu zawodowemu, rozwijać uważność i wyznaczać zdrowe granice. Podkreślają wagę terapii własnej, rozwoju pasji i kreatywności oraz umiejętnej regeneracji jako integralnych elementów odpowiedzialnej praktyki terapeutycznej.



OSIEM KLUCZY DO BEZPIECZNEGO WYJŚCIA Z TRAUMY

PORADNIK Z ĆWICZENIAMI

Babette Rothschield, Vanessa Bear
Tłumaczenie: Maria Moskal
Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2026, s. 320

Autorki tego podręcznika proponują osiem kluczy do bezpiecznej pracy z traumą – zestaw praktycznych narzędzi, z których możesz korzystać

w swoim tempie i na własnych warunkach. Autorki poprowadzą cię przez kolejne etapy zdrowienia: od odbudowywania stabilności i nauki uważności, przez uwalnianie się od flashbacków i wstydu, aż po wzmacnianie sprawczości i odnajdywanie sensu. Ćwiczenia angażujące ciało i wyobraźnię pomogą ci stopniowo odzyskiwać spokój oraz poczucie wpływu na własne życie. „Osiem kluczy do bezpiecznego wyjścia z traumy" to poradnik dla każdego, kto szuka stabilności po trudnych doświadczeniach. Sprawdzi się w samodzielnej pracy lub jako uzupełnienie terapii.



LĘK PRZED ŻYCIEM
O MĄDROŚCI CZERPANEJ Z NIEPOWODZEŃ

Alexander Lowen
Tłumaczenie: Paweł Luboński
Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2026, s. 344

Autor podręcznika przekonuje, że lęk przed życiem nie jest słabością, lecz doświadczeniem wpisanym w ludzką kondycję. W swojej książce wyjaśnia, jak niewyrażone emocje, napięcia i traumy zapisują się w ciele, wpływając na sposób, w jaki kochamy, działamy i przeżywamy codzienność. Autor pokazuje, że prawdziwa zmiana nie polega na nieustannej kontroli czy walce z własnymi słabościami, lecz na wsłuchaniu się w swój organizm i odzyskaniu kontaktu z ciałem. A także na akceptacji bólu, rozpaczy, smutku czy wewnętrznej pustki, bo tylko w ten sposób możemy uleczyć traumę i osiągnąć spełnienie.

DZIECIŃSTWO BEZ PRZEMOCY

dziecinstwobezprzemocy.pl

PRZEMOC ODBIERA DZIECKU MOC



ORGANIZACJA: FUNDACJA DAJEMY DZIECIOM SIŁĘ

WSPÓŁORGANIZACJA: Krajowa Koalicja na Rzecz Ochrony Dzieci

PARTNER GŁÓWNY: Rzecznik Praw Dziecka

PARTNERZY: KCPU Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, NFZ, ORE Ośrodek Rozwoju Edukacji

FINANSOWANIE: Fundusz Sprawiedliwości, Ministerstwo Sprawiedliwości, LIDL

Sfinansowano ze środków Funduszu Sprawiedliwości, którego dysponentem jest Minister Sprawiedliwości

Kampania objęta została patronatami honorowymi: Marszałka Sejmu RP Włodzimierza Czarzastego, Marszałkini Senatu RP Małgorzaty Kidawy-Błońskiej, Ministry Edukacji Narodowej Barbary Nowackiej, Ministra Spraw Zagranicznych Radosława Sikorskiego, Sekretarz Stanu w KPRM Katarzyny Kotuli

PATRONATY MEDIALNE: 100 LAT POLSKIEGO RADIA, TVP, PAP, KAI, tokfm, POLSKIE RADIO RDC, eska, WP, nasze miasto.pl, Pismo., Ładne Bebe, mamotoja, na:Temat, mama:Du, KRS, ngo.pl

PATRONAT HONOROWY: Prezydent miasta stołecznego Warszawy