NIEBIESKA LINIA

DWUMIESIĘCZNIK POŚWIĘCONY PROBLEMATYCE PRZEMOCY 3/158/2025
ISSN 1507-2916

Myśląc i czując
Diagnoza osób stosujących przemoc
Dorota Dyjakon w rozmowie z Katarzyną Miłkowską

Praca z osobami stosującymi przemoc domową
O programach, uczestnikach, prowadzących
Piotr Wojnowski

Język, który nazywa, nie stygmatyzuje
Katarzyna Kulesza

PRACA Z OSOBAMI STOSUJĄCYMI PRZEMOC

5 Myśląc i czując. Diagnoza osób stosujących przemoc
Dorota Dyjakon w rozmowie z Katarzyną Miłkowską

18 **Piotr Wojnowski**
Praca z osobami stosującymi przemoc domową. O programach, uczestnikach, prowadzących

33 **Michał Gluzek**
Co dalej po programie korekcyjno-edukacyjnym dla osób stosujących przemoc domową?

42 **Anna Maria Nowakowska**
Wystarczy przemeblować głowę. Opowieść o zmianie przemocowego myślenia

W ŚWIECIE MŁODYCH

50 **Katarzyna Fenik-Gaberle, Renata Kałucka-Kokot**
Mapa Pomocy Dziecku. Algorytm postępowania pracowników oświaty w sytuacji podejrzenia przemocy domowej wobec dziecka

65 **Agata Sierota**
Body shaming – zawstydzanie ciała jako forma przemocy psychicznej

77 **Katarzyna Kulesza**
Zasadniczo nie, ale… Postawy dorosłych wobec przemocowego karania dzieci

88 **Karol Konaszewski**
Przemoc zaczyna się w domu. Kilka przemyśleń o doświadczeniach osób nieletnich z placówek resocjalizacyjnych

99 **Justyna Kotowicz**
Samouszkodzenia w cieniu przemocy domowej

Z INNEJ PERSPEKTYWY

113 Lekarz na pierwszej linii pomocy
Katarzyna Łukowska w rozmowie z Dorotą Jaszczak-Kuźmińską

123 **Katarzyna Kulesza**
Język, który nazywa, nie stygmatyzuje

DROGIE CZYTELNICZKI I DRODZY CZYTELNICY,

Pół kolejnego roku za nami. Tempo, w jakim czas ucieka, jest zawrotne i trudno znaleźć w tym wszystkim chwilę dla siebie. Mam jednak nadzieję, że zbliżające się wakacje będą do tego okazją – do odpoczynku, zdystansowania się od powszednich problemów i nadmiaru otaczających nas bodźców. „Niebieska Linia" poleca się jako towarzyszka tego czasu. Jak zawsze staramy się dostarczać ciekawych, merytorycznych, nieraz wzbudzających burzliwe wręcz dyskusje materiałów, które w wolnym czasie mogą stać się rozrywką, w innym – rzeczowym wsparciem w codziennej pracy. Jestem pewna, że taki będzie także i ten numer!

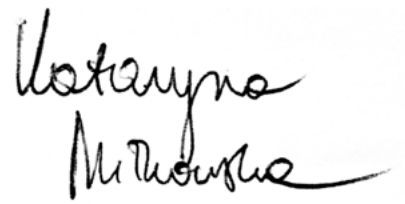
Głównym tematem wydania jest praca z osobami stosującymi przemoc domową, która dla wielu osób stanowi szczególne wyzwanie. Postanowiliśmy zatem opisać każdy z jej etapów. Po pierwsze, diagnoza. Związane z nią zagadnienia przybliża nam jedna z najznakomitszych ekspertek w opisywanej tu dziedzinie – dr Dorota Dyjakon. Trudno znaleźć też lepszą osobę do wyjaśnienia najważniejszych kwestii dotyczących samych programów, jakimi obecnie pracuje się w naszym kraju. Nimi zajął się bowiem Piotr Wojnowski, którego bez wątpienia można nazwać jednym z najbardziej doświadczonych polskich specjalistów właśnie w pracy z osobami stosującymi przemoc. Nie zabrakło też spojrzenia pracownika socjalnego – co po programie? O tym pisze dr Michał Gluzek, a całość dopełnia historia mężczyzny, który przez lata krzywdził swoich bliskich – o jego doświadczeniach i procesie zmiany opowiada Anna Maria Nowakowska.

To oczywiście nie wszystko, bo choć wakacje za pasem (a może zwłaszcza dlatego!), nie zabraknie u nas tematów poświęconych młodym ludziom:

ich problemom, specyfice pracy z nimi, a także konsekwencjom doświadczania przez nich przemocy domowej. Niestety, już na starcie może ona zdeterminować życie – róbmy więc wszystko, co tylko możemy, by tak nie było. Niech każdy ma szansę na doświadczanie rzeczywistości wolnej od przemocowych schematów. Cóż, być może to utopia..., ale któż zabroni nam w nią wierzyć?

W tym duchu życzę zatem udanego, pełnego słońca i nadziei lata – niech każdemu przyniesie to, czego najbardziej potrzebuje. ■

Z wyrazami szacunku



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

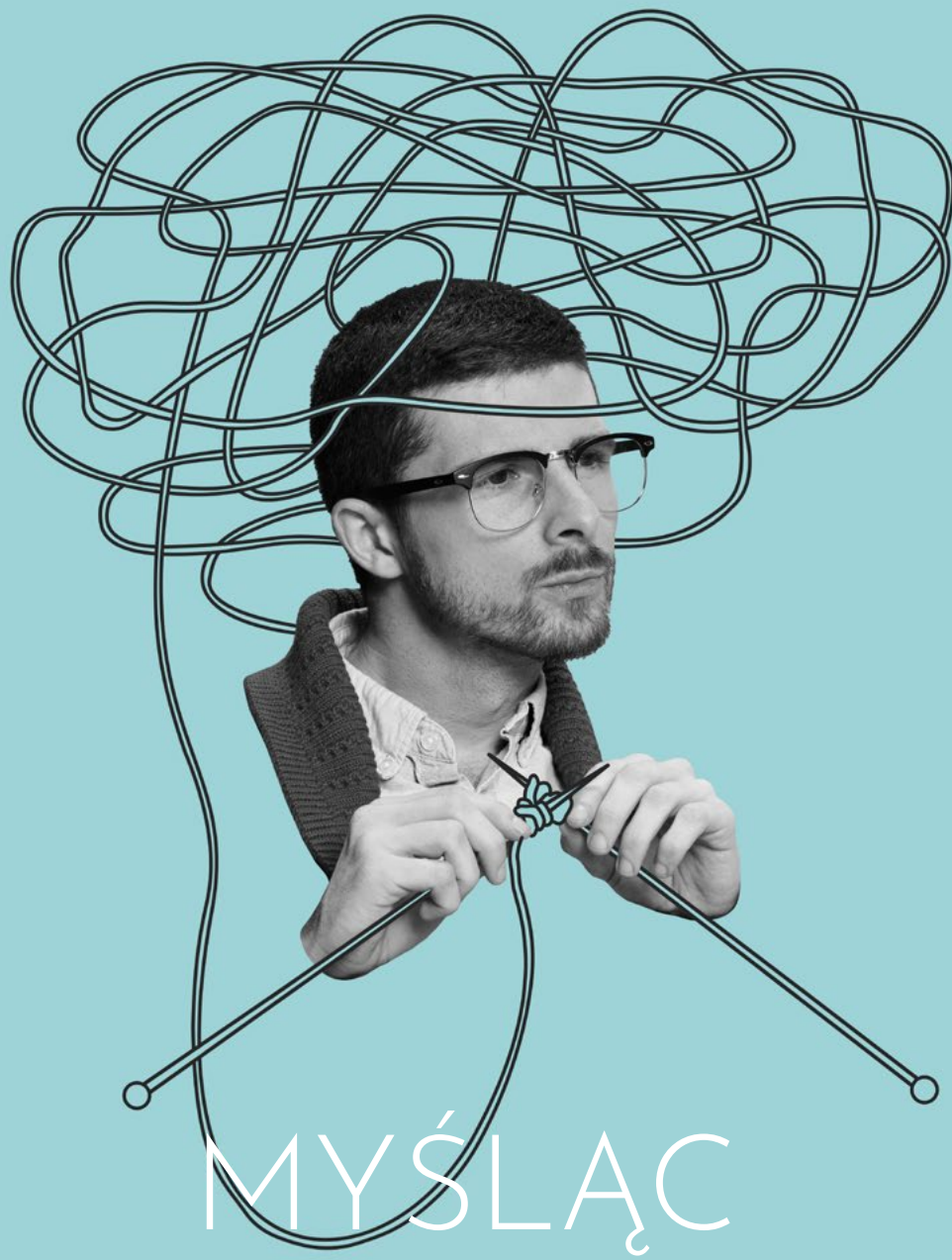
Druk: LOTOS Poligrafia sp. z o.o. **www.lotos-poligrafia.pl**
Skład i łamanie: **Anna Abratańska**
Ilustracje w numerze: **123RF**

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. Bibiana Mossakowska, 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"



MYŚLĄC I CZUJĄC

Diagnoza osób stosujących przemoc

Praca z osobami stosującymi przemoc już na początkowym etapie wiąże się z wieloma wyzwaniami. Jak sobie z nimi poradzić, mając na uwadze fakt, że „być może pierwsze spotkanie jednocześnie jest też tym ostatnim"? O meandrach procesu diagnostycznego opowiada **dr Dorota Dyjakon**, psycholożka, psychoterapeutka, superwizorka w zakresie przeciwdziałania przemocy domowej.

Katarzyna Miłkowska: Pani doktor, praca z osobami stosującymi przemoc ma swoją specyfikę – już w początkowym jej etapie pojawiają się elementy, które nie są wcale takie oczywiste.

Dr Dorota Dyjakon: To prawda. Długo już pracuję z osobami stosującymi przemoc i ciągle zastanawia mnie, jak właściwie rozpoczynać proces zmiany – bo tak też to nazywamy: „procesem zmiany". I to zmiany bardzo trudnej, poważnej. To zastanowienie widzę zresztą także na szkoleniach, które prowadzę. Zwykle biorą w nich udział psychoterapeuci, więc to dla nich oczywiste, że na tym etapie nawiązujemy relację, ustalamy kontrakt, cele psychoterapii itd. Musimy jednak pamiętać, że z osobami stosującymi przemoc jest o tyle trudniej, że bardzo często przychodzą do gabinetu z motywacją zewnętrzną,

co jest pierwszą rzeczą, która różni je od większości innych naszych pacjentów czy klientów. W tym przypadku wyrażenie zgody na uczestnictwo w terapii nie zawsze musi oznaczać chęć zmiany – uczestniczą, ponieważ jest im to potrzebne do celów, które mogą być bardzo dalekie od tych ustalanych w programie dla osób stosujących przemoc.

Pierwszym ważnym elementem jest zatem rozpoznanie motywacji: co sprowadza tę osobę i co ona tak naprawdę mówi, deklarując chęć bycia tutaj. Na uwadze musimy mieć też fakt, że być może pierwsze spotkanie jednocześnie jest też tym ostatnim. Musimy więc już na nim wyłapać, odkryć i uświadomić sobie, a później przekazać klientowi, jakie może mieć z tej pracy korzyści. Wzbudzenie motywacji do zmiany, przedstawienie jej w atrakcyjnym świetle, jest niezwykle ważne. To niezbędne, by osoba stosująca przemoc chciała się zmienić, a początkowo, żeby w ogóle zdecydowała się na uczestnictwo w spotkaniach. By była tym wszystkim zaciekawiona lub chociaż uznała, że: „No dobrze, przyjdę tu jeszcze. Może załatwię jakąś swoją sprawę". Wiem, może to brzmieć dość trywialnie…

Zdecydowanie nie – ja w tym widzę ogromnie odpowiedzialne zadanie.

Zgadza się, już na tym etapie terapeuci biorą na siebie dużą odpowiedzialność. Mają świadomość, że jeżeli ta osoba przyszła, to raczej nie dlatego, że świetnie sobie radzi w relacjach z bliskimi – ona ich krzywdzi.

Co ważne, trzeba też pamiętać, że diagnozy dokonuje się na dwóch poziomach. Jeden to ten motywacyjny. Drugim jest zaś rozpoznanie obejmujące kategorie psychopatologiczne – z kim mamy

do czynienia, kto to jest, czy możemy rozpoznać jakieś zaburzenia, jakie ma trudności w funkcjonowaniu poznawczym, emocjonalnym czy relacyjnym.

To wszystko oczywiście nie dzieje się na pierwszym spotkaniu – to jest po prostu niemożliwe. Nie zmienia to jednak faktu, że w początkowym etapie pracy terapeuta musi mieć każdy z tych elementów na uwadze. Plus oczywiście ocenę, na ile ta osoba jest zagrażająca.

I tutaj wracamy do odpowiedzialności – wagi tego, co się dzieje już na starcie pracy z osobą stosującą przemoc.

Tak, to prawda. Kwestia oceny w tym obszarze jest niezwykle ważna. Gdy prowadzę superwizje, pojawiają się liczne dyskusje na ten temat – co jeśli klient już na pierwszym spotkaniu wydaje się osobą o dużej impulsywności, prezentującą wiele zachowań agresywnych, bierno-agresywnych, na co trzeba zwrócić uwagę, kiedy zgłosić to chociażby do MOPS-u itd. Mamy do rozpoznania naprawdę wiele różnych problemów. Nie zapominając oczywiście o wspomnianych wcześniej elementach, takich jak nawiązywanie relacji, ustalanie celów, kontrakt – to aspekty, które niezależnie od tego, czy pracujemy z osobą stosującą przemoc, czy nie, trzeba podjąć i dokładnie przeanalizować.

Myślę o tym, jak bardzo trzeba być podczas takiej pracy samoświadomym, by nie poddać się wszystkim manipulacyjnym mechanizmom, iluzjom, które tworzą wokół siebie osoby stosujące przemoc. Oczywiście, to konieczne w każdym rodzaju pracy terapeutycznej, ale mam wrażenie, że w tym przypadku stanowi to szczególne wyzwanie.

Samoświadomość jest absolutnie niezbędna, by nie wejść z tymi osobami w relacje, które będą wzmacniały ich tendencje przemocowe. Dlatego też zawsze w trakcie superwizji zadajemy sobie pytanie, kim staje się dla mnie dany klient, kim ja się stałam dla niego – czyli nic innego jak praca na przeniesieniu i przeciwprzeniesieniu. Ten aspekt jest niezwykle istotny nie tylko na początku pracy, ale w zasadzie na każdym jej etapie, co zresztą wymaga nie tylko nieustającej pracy superwizyjnej, ale też dobrego zespołu. Superwizor zewnętrzny to – owszem – bardzo ważne wsparcie, lecz nie załatwi problemów, które trzeba rozwiązywać na co dzień. Zawsze to powtarzam, że konieczność budowania zespołów terapeutycznych, które zajmują się wyłącznie pracą terapeutyczną z osobami stosującymi przemoc czy też doznającymi przemocy, są niezbędne. Tym bardziej, że tu naprawdę często potrzebna jest głęboka praca, do której konieczne są odpowiednie zasoby. Nie może być tak, że np. osoba pracująca w pomocy społecznej, robiąca na co dzień coś zupełnie innego, zostanie „przy okazji" oddelegowana do prowadzenia programu korekcyjnego, edukacyjnego czy psychologiczno-terapeutycznego – będzie to dla niej szalenie obciążające.

Osoba będąca w takim położeniu w zasadzie już na starcie jest o krok od wypalenia – jeśli nie w jeszcze gorszej sytuacji.

Oczywiście, spotykam się z takimi sytuacjami i te osoby mierzą się z... To jest przecież jedna z najtrudniejszych prac! To praca z pacjentami, którzy mają w głowie bardzo mocno utrwalone przekonania na temat swojego działania, relacji rodzinnych, bliskich związków. My przecież to wszystko zbieramy.

Poza tym musimy pamiętać, że pierwsza rzecz, jaka się w takich pacjentach pojawia, to założenie, że tak naprawdę słuchają nas tylko po to, by następnie zanegować – ciągle mierzymy się z krytyką, różnymi sposobami deprecjonowania przekazywanej klientom wiedzy, nieraz w zasadzie wręcz z poczuciem byciem największym wrogiem. „Co mi tam pani mówi! Naczytała się pani książek i każą pani tak mówić, ale proszę mi pokazać rodzica, który nigdy nie uderzył swojego dziecka!". No cóż, nie pokażemy...

To naprawdę ogromne obciążenie dla terapeutów. W jednym z numerów „Niebieskiej Linii"[1] pisałam zresztą o superwizji i właśnie ciężarze, który mamy na swoich barkach. Ciężarze, który w pewnym sensie stawia nas w pozycji osób odpowiedzialnych za losy świata.

No tak, przecież po sesji z osobą stosującą przemoc nieraz mogą pojawić się myśli, czy aby na pewno rodzinie klienta/klientki zaraz nie stanie się krzywda – a dla tej rodziny to faktycznie cały świat.

Oczywiście. Tym bardziej że rodziny także się z nami kontaktują i zdarza się, że mówią: „On wyszedł od pani i zrobił mi potworną awanturę!".

Albo stłukł dziecko...

Dokładnie. W takich sytuacjach, nawet jeżeli bardzo chcemy siebie ochronić – bo przecież to, że dana osoba zachowała się agresyw-

1 https://www.niebieskalinia.pl/aktualnosci/artykuly-niebieskiej-linii/jak-historie-naszych-klientow-poruszaja-nasz-wewnetrzny-swiat-kilka-refleksji-superwizora-61432022

nie, nie jest moją odpowiedzialnością, prawda? – i tak zaczynamy analizować: czy w trakcie spotkania nie doszło do sytuacji, które mogły wywołać napięcie, frustrację, chęć odreagowania? Czy nie zauważyłam, że on lub ona wyszli w tak dużym napięciu, że chwilę później mogło dojść do zdarzenia o charakterze przemocowym?

Mam poczucie, że jesteśmy w tym momencie bardzo blisko obszaru psychopatologii – z jakimi trudnościami można spotkać się w takiej pracy najczęściej?

Patrząc z poziomu psychopatologicznego, mamy naprawdę cały wachlarz problemów. W gabinetach terapeutów pracujących z osobami stosującymi przemoc pojawiają się m.in. klienci z zaburzeniami osobowości, zaburzeniami impulsów, zaburzeniami poznawczymi, obniżonym ilorazem inteligencji. Bywa to niezwykle trudne, dlatego chcąc choć trochę wesprzeć terapeutów w pracy na tym etapie, wraz z zespołem, w skład którego wchodzi m.in. prof. Senejko i dr Cichoń, opracowałyśmy kwestionariusz, który ułatwia dostrzeżenie różnych stylów myślenia przemocowego. Na bazie moich pomysłów na temat typologii osób stosujących przemoc, wyróżniłyśmy sześć odrębnych stylów.

Idea takiego kwestionariusza od wielu lat chodziła mi po głowie, ponieważ, pracując superwizyjnie, nieraz słyszałam, że „właściwie to on wydaje się osobą, która doznaje przemocy". Kiedy jednak w grupie rozpoznawaliśmy, że to iluzja, mogliśmy zacząć bliżej przyglądać się stylowi myślenia danego pacjenta, jego wizji funkcjonowania w rodzinie, sposobu budowania takich wyobrażeń, czym dla niego jest bliska relacja itd. Nieraz mogliśmy dzięki takiej analizie odkryć, że ktoś,

kto ma przekonanie, że wszyscy go krzywdzą, tak naprawdę sam to robi. I trzeba przyznać, że jest to całkiem spora liczba osób, które w efekcie nieodpowiedniego rozpoznania, trafiają do grup dla doznających przemocy. Szczególnie często dotyczy to kobiet.

Mamy już przygotowany materiał, zrobiliśmy walidację kwestionariusza, oceniali go także sędziowie kompetentni – osoby, które od wielu lat pracują w obszarze przeciwdziałania przemocy i są niezwykle zaawansowane w sposobie myślenia o tym, kim są osoby ją stosujące.

Czyli lada moment będziemy mogli go poznać?

Mam nadzieję, choć trudno mi dookreślić, czym w tym przypadku jest „lada moment". Liczę jednak na to, że nasz kwestionariusz faktycznie stanie się narzędziem, które pozwoli już w pierwszym kontakcie rozpoznać potencjalne faktury osób stosujących przemoc, zarówno na poziomie treściowym, jak i funkcji wykonawczych. To ważny i nowy obszar badań, pomagający nie tylko w diagnozie, ale też w przygotowaniu zestawu narzędzi terapeutycznych do budowania relacji i realizacji celów terapii.

Idąc jednak dalej – w swoim opracowaniu „Diagnoza i psychoterapia sprawców przemocy domowej. Bezpieczeństwo i zmiana" odwołuję się m.in. do transteoretycznego modelu zmiany Prochaski i DiClemente. Dzięki niemu możemy rozpoznać, na jakim etapie rozumienia problemu jest zgłaszająca się do nas osoba. Bardzo często mamy do czynienia z pacjentami, którzy są na etapie prekontemplacyjnym, czyli wiedzą już, że coś się dzieje, ktoś ma do nich jakieś pretensje, opieka społeczna czegoś od nich chce, czegoś domaga się prokuratura, sędziowie, ale oni nie za bardzo rozumieją całą sytuację.

No tak – mechanizm zaprzeczania.

Cóż, właściwie są tylko dwa typy osób stosujących przemoc, które się do tego przyznają (mówiąc na podstawie typów wyróżnionych w naszym kwestionariuszu). Po pierwsze, grupa wysoko funkcjonująca. To osoby, które często stosują przemoc dlatego, że chcą idealnego związku, a partner czy partnerka ciągle mają jakieś inne pomysły na rozwój lub w zasadzie nieszczególnie tego rozwoju potrzebują – „wystarcza" im zwykłe, stereotypowe życie rodzinne. Osoba stosują przemoc tego nie rozumie i wymusza, prześladuje, krytykuje, szantażuje, czyli stosuje głównie przemoc werbalną, emocjonalną. Tacy pacjenci przyznają się do swoich zachowań, ale podkreślają, że robią to w dobrej wierze.

Kolejną grupą są osoby, które określiliśmy jako „skrzywdzone". Jasno mówią, że owszem, czasami są agresywne, lecz to dlatego, że inni ich krzywdzą. Przemoc traktują więc jako sposób na ochronę siebie. Analiza czynnikowa potwierdza, że u tych osób pojawia się bardzo specyficzny stosunek do świata zewnętrznego. Czują się skrzywdzone na każdym polu, nie tylko rodzinnym czy relacyjnym, ale też np. zawodowym – współpracownicy ich wykorzystują, szef mobbinguje lub w ogóle tej pracy nie mogą znaleźć. Jest takie słynne powiedzenie Ferdynanda Kiepskiego, że „dla ludzi z małym wykształceniem nie ma w tym kraju pracy". W związku z tym oni nawet nie próbują, żerują na partnerze czy partnerce, bo – jak tłumaczą – „ile razy poszli do pracy, tyle razy zostali w jakiś sposób oszukani".

Rozumiem więc, że od pozostałych wyróżnionych grup przyznania się do zachowań przemocowych już nie usłyszymy?

Raczej nie powinniśmy na to liczyć. Te osoby w różny sposób zaprzeczają, wyjaśniają, tworzą całe koncepcje rzeczywistości – wręcz odrębne struktury świata. Stąd też w naszym kwestionariuszu uwzględniliśmy to, co osoby stosujące przemoc myślą o innych ludziach i świecie w ogóle.

Co w zasadzie pomaga też w rozpoznaniu na poziomie psychopatologicznym.

Oczywiście, jak najbardziej. A wracając do tego tematu, warto dodać, że jeśli chodzi o inne psychopatologie, które w czasie diagnozy osób stosujących przemoc pojawiają się względnie często, to np. narcystyczne zaburzenia osobowości – w obu wersjach: i tej wielkościowej, i wrażliwej.

Tacy ludzie mają bardzo specyficzny stosunek do świata, co sprawia, że możemy rozpoznać, z kim mamy do czynienia, nie tylko podczas rozmowy o przemocy domowej, lecz także słuchając o ich podejściu do wielu innych spraw, w tym m.in. relacji społecznych, życia zawodowego, pasji. Daje nam to o wiele szerszy kontekst, a tym samym pozwala lepiej zrozumieć konstrukcję ich wewnętrznego świata. Możemy też rozpoznać, na ile występuje u nich brak elastyczności – sztywność, która nieraz pojawia się m.in. w zakresie funkcji wykonawczych.

Zapewne da się u nich rozpoznać czarno-białe myślenie, wyolbrzymianie, personalizację.

Jeśli chodzi o kontrolę poznawczą zachowań – tak, to jedne z istotnych zniekształceń. Generalnie takie osoby żyją trochę jakby w dysocjacji, ponieważ co innego mówią, a co innego oznacza to dla ich funkcjonowania.

Co jednak istotne, przez wiele lat dostępne były tylko programy korekcyjno-edukacyjne, które odnosiły się właśnie do struktur poznawczych. Owszem, mają one ogromne znaczenie, bo to na ich bazie dokonują się pierwsze zmiany. To jest jednak tylko wstęp.

Wierzchołek góry lodowej.

Dokładnie. Tym bardziej że często są to osoby, które mają bardzo poważną trudność z określeniem swojej tożsamości. Dotyczy to szczególnie wspomnianej grupy „skrzywdzonych", a także „zdezorientowanych". Z jednej strony rodzina i bliskie relacje są dla nich bardzo ważne, bo to m.in. one jakkolwiek pozwalają się dookreślić. Z drugiej są jednak zagrażające, co wynika właśnie z rozmytych granic tożsamości.

I blisko, i daleko źle.

Jak jest za daleko, trzeba bliską osobę przeprosić za wcześniejsze zachowania i zaprosić do zbliżenia. Pokazać, że już się „naprawiłem/naprawiłam". Kiedy jednak robi się za blisko, poczucie zagrożenia staje się nie do wytrzymania, w związku z czym pojawia się przemoc, która w zasadzie automatycznie oddala. Wszystko to zresztą idealnie obrazuje schemat cyklu przemocowego.

A gdyby miała Pani wymienić najczęściej pojawiające się lub najtrudniejsze do zmiany przekonania, które występują u osób stosujących przemoc – co jako pierwsze przychodzi Pani do głowy?

Każdy z typów myśli trochę inaczej. Przykładowo osoba władcza – władcza wielkościowa – mówi wprost: „Porządek ma być zgodny

z moimi oczekiwaniami, ponieważ ja wiem lepiej". Bardzo często to osoby, które myślą, że mężczyzna jest kimś dominującym. Zresztą w obszarze dotyczącym właśnie przekonań na temat kobiecości i męskości – ról w rodzinie, seksualności – występuje wiele tego typu zniekształceń. Niestety, takie osoby mają to wszystko bardzo mocno ugruntowane. Na tym opierają się ich wartości, stąd też są tak bardzo zacięci i gotowi do walki o zachowanie takiego, a nie innego obrazu świata.

Brak poczucia tożsamości, zaburzenie funkcji wykonawczych, obrazu siebie, liczne zniekształcenia poznawcze – brzmi to jak zaburzenia osobowości lub przynajmniej rysy z tej kategorii. W takich przypadkach faktycznie bez głębszej pracy raczej nie ma szans na trwałe zmiany.

Taki rodzaj psychopatologii można odnieść w zasadzie do wszystkich typów osób stosujących przemoc, poza tymi wysoko funkcjonującymi. Prof. Rode w swoim opracowaniu bardzo szczegółowo opisała tę grupę. Oni rzeczywiście mają kompetencje relacyjne na dobrym poziomie i generalnie dużo zasobów. W związku z czym, kiedy przedstawia im się schematy, w których funkcjonują, na poziomie poznawczym dokładnie to rozumieją. Poza tym są też najbardziej elastyczni w przyjmowaniu innych perspektyw czy wiedzy na temat tego, że to, co robią, jest przemocą. Te osoby zresztą nie bronią się szczególnie zawzięcie, a przynajmniej temu nie zaprzeczają. Mówią: „Tak, to się dzieje. Chciałbym jednak dla swojej rodziny jak najlepiej, żeby dzieci się rozwijały – miały angielski, tenisa, grę w szachy, może jeszcze balet i gimnastykę artystyczną. Nie zauważyłem, że są przeciążone, a moją żonę pochłonęła rutyna i chciałaby iść do pracy" itd. Na koniec zwykle pojawia się

też oczywiście pytanie o to, co mają w takim razie zrobić. Na szczęście, dysponując bardzo bogatym zasobem różnych kompetencji interpersonalnych, są w stanie naprawdę wiele zmienić.

W przypadku pozostałych grup musimy jednak przeprowadzić bardziej wnikliwą diagnozę na poziomie psychopatologicznym i problemowym. Dopiero to pozwoli sprawdzić, co właściwie możemy im zaproponować: czy ścieżkę indywidualną, czy grupową, a jeśli tak, to na jakim etapie powinna pojawić się każda z nich, gdzie znaleźć miejsce na porządną psychoedukację, a kiedy powinna zacząć się głębsza praca.

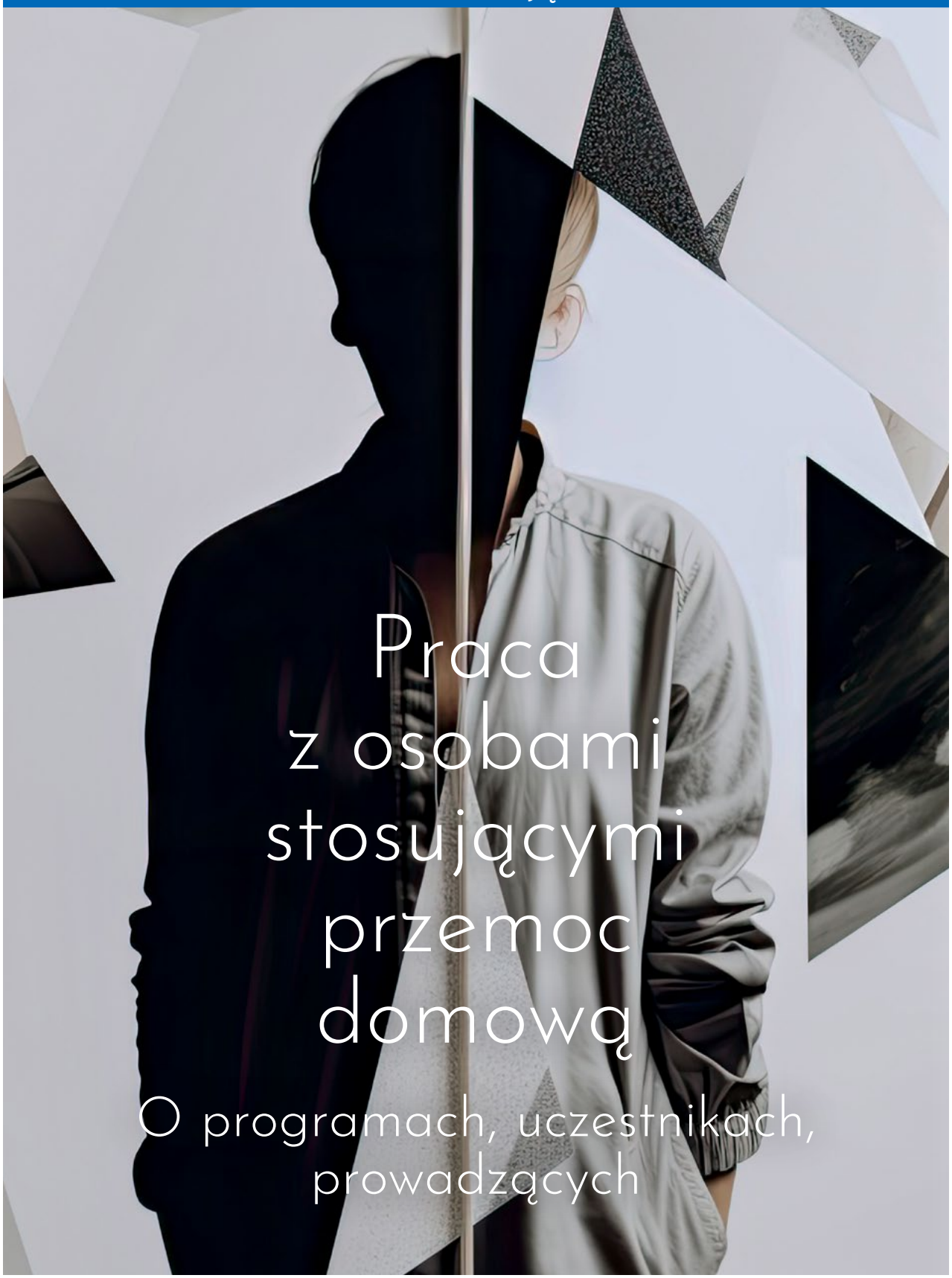
Taką terapię od 2007 roku oferujemy m.in. w ośrodku we Wrocławiu. Dzięki Urzędowi Miasta możemy prowadzić terapię długoterminową, pozwalającą na pracę właśnie na głębszym poziomie, także z pacjentami z zaburzeniami osobowości.

Niezależnie jednak od rodzaju pracy, podstawą i tak zawsze jest rzetelna diagnoza – czy zgodzi się Pani z tym stwierdzeniem?

Owszem, choć oczywiście wiem, że odpowiednie rozpoznanie może stanowić duże wyzwanie. Warto jednak pamiętać, że robi się wtedy coś, co ma ogromny sens! ■

DOROTA DYJAKON

– prof. Uniwersytetu Dolnośląskiego DSW, dr psychologii i psychoterapeutka, superwizorka oraz specjalistka w zakresie przeciwdziałania przemocy domowej, certyfikowana przez IPZ PTP, członkini Rady Programowej pisma „Niebieska Linia”.



Praca z osobami stosującymi przemoc domową

O programach, uczestnikach, prowadzących

Z osobami stosującymi przemoc domową pracujemy w Polsce od blisko 25 lat. Pozytywne doświadczenia z pierwszych lat realizacji programów, inspirowanych w głównej mierze amerykańskim Modelem Duluth, przełożyły się na to, że w 2005 roku, w ustawie o przeciwdziałaniu przemocy domowej, pojawiła się rekomendacja dla programów korekcyjno-edukacyjnych, jako formy pracy właśnie z osobami stosującymi przemoc domową. Jak wygląda to dzisiaj i na co szczególnie warto zwrócić uwagę, by zwiększać skuteczność tego typu działań?

PIOTR WOJNOWSKI

HISTORIA W PIGUŁCE

Pierwsze programy pojawiające się w naszym kraju z założenia trwały krótko – kilka miesięcy. Były to pogramy interwencyjne, ukierunkowane na zatrzymanie przemocy. Osoby je realizujące szybko jednak doszły do wniosku, że nie są one wystarczające, a absolwentki i absolwenci nadal potrzebują wsparcia w rozpoczętym procesie wprowadzania zmian (w obrębie przekonań, postaw, zachowań). Odpowiadając na te potrzeby, wdrażano różne moduły uzupełniające, specjalne programy dla absolwentów czy

grupy terapeutyczne ukierunkowane na dalszą pracę osób stosujących przemoc. W efekcie tych działań w 2014 roku w Krajowym Programie Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na lata 2014-2020 ujęto programy psychologiczno-terapeutyczne jako kolejną formę pracy z tą właśnie grupą klientów/pacjentów. Pierwotnym celem tych programów było wprowadzenie zmian we wzorcach zachowań osób stosujących przemoc domową, a realizatorami były gminy i powiaty, we współpracy z organizacjami pozarządowymi.

Od czasu wprowadzenia programów psychologiczno-terapeutycznych wciąż pojawiało się pytanie, czy powinny one stanowić kontynuację programów korekcyjno-edukacyjnych, czy raczej mają być dla nich alternatywą. I choć osoby opowiadające się za wybranym podejściem przytaczały przekonujące argumenty, dzisiaj można uznać, że obydwie koncepcje mogą z powodzeniem wspierać tworzenie systemu pracy z osobami stosującymi przemoc domową.

W Krajowym Programie Przeciwdziałania Przemocy Domowej na rok 2021 zapisana została też trzecia forma pracy z osobami stosującymi przemoc domową. Stanowią ją programy wspierające, służące wzmocnieniu i utrwalaniu zmian rozpoczętych w programach korekcyjno-edukacyjnych lub psychologiczno-terapeutycznych. Programy wspierające dedykowane są zatem zarówno absolwentom programów korekcyjno-edukacyjnych, absolwentom programów psychologiczno-terapeutycznych, jak i osobom, które najpierw ukończyły jeden, a następnie drugi rodzaj programu.

ZMIANY PO 2023 ROKU

Dzięki nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu przemocy domowej, w 2023 roku zyskaliśmy cenne narzędzie, jakim jest możliwość kierowania konkretnych osób właśnie do programów dla tych, którzy stosują przemoc domową. W wydanych aktach wykonawczych, tj. Rozporządzeniu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 20 czerwca 2023 roku w sprawie programów korekcyjno-edukacyjnych dla osób stosujących przemoc domową ((Dz.U. z 2023 r., poz. 1163) oraz w Rozporządzeniu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 22 czerwca 2023 roku w sprawie programów psychologiczno-terapeutycznych dla osób stosujących przemoc domową oraz wymagań kwalifikacyjnych wobec osób prowadzących te programy ((Dz.U. z 2023 r., poz. 1166) został określony standard realizacji programów i wymagania kwalifikacyjne stawiane osobom je realizującym.

Uprawnienie do kierowania osób stosujących przemoc domową do udziału w programie korekcyjno-edukacyjnym lub psychologiczno-terapeutycznym zyskały zespoły interdyscyplinarne, działające w ramach procedury „Niebieskie Karty", wspólnie z grupami diagnostyczno-pomocowymi. Było to narzędzie wyczekiwane od dawna, zwiększające możliwość oddziaływania na osoby stosujące przemoc domową. Należy jednak pamiętać, że nie zastępują one pracy merytorycznej osób tworzących grupy diagnostyczno-pomocowe. W katalogu zadań tej grupy, realizowanych w ramach procedury „Niebieskie Karty", zapisano motywowanie osoby stosującej przemoc domową do udziału w programie korekcyjno-edukacyjnym lub psychologiczno-terapeu-

tycznym, które powinno poprzedzać lub któremu powinno towarzyszyć kierowanie do udziału w programie.

Skierowana osoba nie tylko powinna wiedzieć, dlaczego podejmujemy taką decyzję i czego w związku z tym od niej oczekujemy, lecz również to, czym jest dany program, jak przebiega, co klient lub klientka może zyskać poprzez udział w danym programie itp. Należy przy tym zaznaczyć, że skorzystanie z tego narzędzia winno być każdorazowo poprzedzone przeprowadzeniem szczegółowej diagnozy sytuacji osoby stosującej przemoc oraz ustaleniem potrzeb i oczekiwań osoby, która jej doznaje. Z całą pewnością nie każda osoba stosująca przemoc będzie wymagała specjalistycznych oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych lub psychologiczno-terapeutycznych. W części przypadków skutecznie przeprowadzona interwencja w ramach procedury „Niebieskie Karty" oraz prowadzony monitoring środowiska mogą okazać się wystarczające. Poza tym trzeba pamiętać, że nie każda osoba będzie kwalifikowała się do tych programów.

OGRANICZENIA W KWALIFIKACJACH DO PROGRAMÓW

W pierwszej kolejności możemy mieć do czynienia z ograniczeniami wynikającymi wprost z rozporządzeń dedykowanych poszczególnym programom. Jedno z nich dotyczy osób z diagnozą uzależnienia od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych. Przyjęcie tych osób do programu możliwe jest dopiero po ukończonym programie psychoterapii uzależnień. Poza tym poszczególne programy mogą wprowadzać rożne kryteria kwalifikacyjne. Warto zwrócić uwagę m.in. na

restrykcyjny w tym względzie Model Duluth. Adresowany jest do mężczyzn stosujących przemoc wobec partnerek, co już znacząco zawęża grupę odbiorców. Co więcej, w tym konkretnym programie stosuje się reguły wykluczające udział, które nie tylko dotyczą uzależnień, lecz także innych zaburzeń psychicznych. Warto wspomnieć, że w USA kandydat do programu przechodzi badanie psychologiczno-psychiatryczne oraz badanie przesiewowe pod kątem używania narkotyków. Niezbędne w tej sytuacji wydaje się nawiązanie współpracy i wymienianie informacji pomiędzy osobami podejmującymi decyzję o skierowaniu do programu a osobami go realizującymi. W ten sposób można uniknąć nieporozumień wynikających ze skierowania osoby do niewłaściwego programu.

Zakładam, że celem skierowania danej osoby do udziału w programie korekcyjno-edukacyjnym lub psychologiczno-terapeutycznym jest dążenie do osiągniecia celu, jakim jest zaprzestanie stosowania przez nią przemocy domowej i wzrost bezpieczeństwa osób jej doznających (a nie wyłącznie dostarczenie grupie diagnostyczno-pomocowej stosownych zaświadczeń). Przede wszystkim właśnie przez ten pryzmat warto oceniać sytuację klientów.

Przepis pozwalający na wystąpienie z zawiadomieniem o możliwości popełnienia wykroczenia z art. 66c Kodeksu wykroczeń (uporczywe niestosowanie się do obowiązku udziału w programie korekcyjno-edukacyjnym lub psychologiczno-terapeutycznym) warto rozpatrywać indywidualnie, z uważnym dokonaniem rozpoznania sytuacji klienta i jego rodziny. Potrzebujemy przede wszystkim dostrzec uporczywość, czyli jednoznacznie negatywny stosunek psychiczny osoby skierowanej do udziału w programie. Następnie niezbędne jest ustale-

nie, czy skierowana osoba faktycznie miała możliwość udziału w danym programie (w tym, czy spełniała niezbędne wymogi kwalifikacyjne). Sprawa zdaje się być szczególnie trudna, gdy dany program wymaga na etapie kwalifikacji identyfikacji własnych zachowań przemocowych, a skierowana osoba, choć deklaruje wolę uczestnictwa w programie, nie identyfikuje własnego sprawstwa. Czy w takim przypadku odmowa przyjęcia do programu będzie świadczyła o rażącym uchylaniu się klientki lub klienta od wykonania zobowiązania wynikającego z otrzymanego skierowania?

OSOBY SKIEROWANE PRZEZ SĄD

Oprócz osób skierowanych do programu korekcyjno-edukacyjnego lub psychologiczno-terapeutycznego, kolejną grupę kliencką stanowią te, które zostały skazane przez sąd za popełnienie przestępstw związanych ze stosowaniem przemocy domowej. Należy przypomnieć, że za samo stosowanie przemocy domowej nie grozi odpowiedzialność karna. Wiąże się ona z popełnieniem konkretnych czynów zabronionych. Odnosząc się do statystyk sądów powszechnych, można wskazać, że najczęściej popełnianymi przestępstwami na szkodę osób najbliższych są czyny, o których mowa w:

- art. 207 § 1 kk (fizyczne lub psychiczne znęcanie się);
- art. 190 kk (groźba bezprawna);
- art. 190a § 1 kk (uporczywe nękanie);
- art. 157 § 2 i 4 kk (naruszenie czynności narządu ciała);
- art. 157 § 1 kk (inny uszczerbek na zdrowiu).

Warunkowo zawieszając wykonanie kary pozbawienia wolności, warunkowo przedterminowo zwalniając z odbycia reszty kary pozbawienia wolności, wymierzając karę ograniczenia wolności albo warunkowo umarzając postępowanie karne, sąd może, w trybie art. 72 § 1 pkt 6b kk, zobowiązać daną osobę do ukończenia programu korekcyjno-edukacyjnego, a w trybie art. 72 § 1 pkt 6a kk – do ukończenia programu psychologiczno-terapeutycznego. Sąd może nałożyć ten obowiązek również w postępowaniu wykonawczym, na podstawie o art. 74 § 2 kk. Dochodzi do tego w sytuacji, gdy np. okres próby nie przebiega wystarczająco pomyślnie, a jednocześnie brak jest jednoznacznych przesłanek do zarządzenia wykonania kary pozbawienia wolności.

Sąd rodzinny może z kolei zobowiązać do ukończenia danego programu rodzica lub rodziców, w toku postępowania dotyczącego ograniczenia władzy rodzicielskiej. Zgodnie z art.109 § 2 pkt 1 KRiO, jeżeli dobro dziecka jest zagrożone, sąd opiekuńczy może zobowiązać rodziców do określonego postępowania, w szczególności może skierować rodziców do placówki albo specjalisty zajmujących się terapią rodzinną, poradnictwem lub świadczących rodzinie inną stosowną pomoc, z jednoczesnym wskazaniem sposobu kontroli wykonywania wydanych zarządzeń.

KTO JESZCZE MOŻE BRAĆ UDZIAŁ W PROGRAMACH?

W programie korekcyjno-edukacyjnym lub psychologiczno-terapeutycznym mogą brać udział osoby stosujące przemoc domową, uczestniczące w procedurze „Niebieskie Karty", bez formalnego skierowania

przez zespół interdyscyplinarny, a zmotywowane w wyniku działań grupy diagnostyczno-pomocowej. Podobnie dotyczy to osób skazanych za przestępstwa popełnione z użyciem przemocy na szkodę osoby najbliższej, a także rodziców mających ograniczoną władzę rodzicielską – w ich przypadku zgłoszenie się do programu nie musi być związane z obowiązkiem orzeczonym przez sąd, a może wynikać z motywowania przez kuratora sądowego. Do programu zgłaszać się mogą osoby, wobec których toczy się postępowanie przygotowawcze lub przed sądem.

Rekomendację odnośnie do udziału w programie, z uwagi na ujawnienie problemu stosowania przemocy, mogą również otrzymać osoby uczestniczące w psychoterapii uzależnień, współuzależnienia, w psychoterapii własnej, małżeńskiej czy rodzinnej.

Kolejną grupę stanowią osoby, które programem zainteresowały się na skutek działań rodziny lub innych osób, a także same dostrzegły potrzebę pracy nad zmianą swojego krzywdzącego zachowania.

CELE PROGRAMÓW

Należy podkreślić, że w aktualnie obowiązującym Rządowym Programie Przeciwdziałania Przemocy Domowej na lata 2024-2030, główny cel programów korekcyjno-edukacyjnych i psychologiczno-terapeutycznych został określony tak samo. Jest nim „zmierzanie do zaprzestania stosowania przemocy domowej". Prowadzi to do wniosku, że obydwa programy służą temu samemu celowi (w przeszłości – przed 2023 rokiem – były to cele odmienne), lecz standardy ich realizacji w pewnych aspektach będą się różnić. Zostały

one określone bardzo szeroko, mając na względzie postulat Rządowego Programu Przeciwdziałania Przemocy Domowej na lata 2024-2030, mówiący o zapewnieniu w każdym powiecie całorocznej dostępności miejsc w realizowanych programach korekcyjno-edukacyjnych i programach psychologiczno-terapeutycznych. Oznacza to, że lokalne systemy przeciwdziałania przemocy domowej powinny być tak zorganizowane, aby osoba zgłaszająca się do pierwszego programu (korekcyjno-edukacyjnego lub psychologiczno-terapeutycznego) mogła do niego niezwłocznie przystąpić, a po jego ukończeniu miała możliwość przejścia do kolejnego programu wzmacniającego i rozwijającego dotychczasową pracę (programu psychologiczno-terapeutycznego lub wspierającego).

Nie ulega wątpliwości, że osiągnięcie bardzo szeroko określonych celów w standardzie realizacji programu korekcyjno-edukacyjnego i psychologiczno-terapeutycznego będzie możliwe przede wszystkim w rozbudowanych merytorycznie programach, które realizowane są w perspektywie długoterminowej. Im dany program będzie krótszy, tym możliwość osiągnięcia poszczególnych celów bardziej ograniczona. Tym samym należy wskazać na zasadność realizowania programów całorocznych, a w przypadkach, gdy ze względów organizacyjnych nie będzie to możliwe, np. z braku wystarczającego finansowania, osoby realizujące dany program powinny określić, które z celów i w jakim zakresie zamierzają osiągnąć. Ważne jest przy tym określenie profilu danego programu, w tym osób, do których jest adresowany. Co ważne, inaczej można określać standardy i cele w przypadku programu adresowanego do mężczyzn stosujących przemoc wobec partnerek, a odmiennie w przy-

padku programu kierowanego do rodziców lub opiekunów stosujących przemoc wobec dzieci.

KTO MOŻE PROWADZIĆ PROGRAMY DLA OSP?

Zgodnie z ustawą o przeciwdziałaniu przemocy domowej, programy korekcyjno-edukacyjne i psychologiczno-terapeutyczne prowadzone są przez specjalistów w dziedzinie przeciwdziałania przemocy domowej, dających gwarancję wysokiej jakości usług, w tym przez psychologów, pedagogów, terapeutów i psychoterapeutów. Szczegółowe wymogi kwalifikacyjne względem osób realizujących konkretne programy zostały określone w rozporządzeniach im dedykowanych.

▪ KWESTIE FORMALNO-MERYTORYCZNE

Analizując poszczególne zapisy, trzeba uznać, że oczekiwania względem specjalistek i specjalistów mających pracować z osobami stosującymi przemoc domową nie są zbyt wygórowane. Tym samym należy podkreślić, że do efektywnego prowadzenia programów korekcyjno-edukacyjnych i psychologiczno-terapeutycznych niezbędna jest szeroka i rzetelna wiedza na temat przemocy domowej, ze szczególnym uwzględnieniem uwarunkowań psychologicznych odnoszących się do sytuacji osób doznających przemocy domowej oraz tych, które ją stosują. Podobnie dotyczy to metod pracy w poszczególnych programach, co zdecydowanie powinno wykraczać ponad niezbędne w przypadku programów korekcyjno-edukacyjnych 100 godzin szkoleniowych, a także braku wymagań w przypadku realizacji

programów psychologiczno-terapeutycznych. Zasadne jest zatem, by osoby mające prowadzić programy dla osób stosujących przemoc domową, ukończyły przynajmniej specjalistyczne szkolenia przygotowując do pracy w obszarze przeciwdziałania przemocy domowej.

Wśród szkoleń należy wymienić Studium Przeciwdziałania Przemocy Domowej – pierwszy stopień (ok. 130 godzin) i drugi stopień (ok. 160 godzin). Przydatne może okazać się również ukończenie Studium Pomocy Psychologicznej i Interwencji Kryzysowej (pierwszy i drugi stopień), a także szkolenia finansowanego przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, tj. „Interdyscyplinarne szkolenie dla osób pracujących w obszarze przeciwdziałania przemocy domowej" (130 godzin). Konieczna jest również znajomość procesu grupowego oraz umiejętność pracy z grupą, a tym samym ukończenie specjalistycznych szkoleń w tym zakresie. Potwierdzeniem kwalifikacji zawodowych osoby realizującej programy powinien być certyfikat specjalisty ds. przeciwdziałania przemocy domowej, nadawany przez dyrektora KCPU w Warszawie (dawniej Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych). Program potwierdzania kwalifikacji osób pracujących w obszarze przeciwdziałania przemocy domowej dostępny jest na stronie internetowej https://kcpu.gov.pl/przemoc. Warto wspomnieć, że zarówno sam proces aplikacyjny, jak i egzamin, są nieodpłatne. Należy też uznać, że osoby prowadzące programy korekcyjno-edukacyjne i psychologiczno-terapeutyczne powinny posiadać certyfikat specjalisty, dający gwarancję wysokiej jakości usług, co wypełnia wymóg określony w ustawie o przeciwdziałaniu przemocy domowej.

▪ KWESTIE ETYCZNE

Od osób prowadzących programy należy wymagać nie tylko odpowiedniego przygotowania zawodowego, lecz także jednoznacznej postawy wobec przemocy, wyrażającej się w sformułowaniach:

- przemoc nie jest akceptowana;
- nic jej nie usprawiedliwia;
- zawsze odpowiada za nią wyłącznie osoba, która ją stosuje.

Bazując na swojej praktyce superwizorskiej w obszarze przeciwdziałania przemocy domowej, szczególnie podkreślam, że osoba prowadząca program korekcyjno-edukacyjny lub psychologiczno-terapeutyczny nie może posiadać osobistego przekonania o dopuszczalności stosowania kar cielesnych, czyli bicia dzieci, manipulacyjnie zwanego „klapsami". Podobnie nie może uznawać, że osoba doznająca przemocy jest w stanie swoim zachowaniem prowokować lub w inny sposób przyczyniać się do wywoływania zachowań przemocowych. Niestety, wśród osób pracujących w obszarze przeciwdziałania przemocy domowej nadal czasami można usłyszeć, że „w dawaniu klapsów dzieciom nie ma nic złego", a „ona mogłaby go nie prowokować". Chociaż takie przypadki należą do rzadkości, niewątpliwie stanowią przeciwwskazanie do wykonywania pracy w systemie przeciwdziałania przemocy domowej, w tym również do prowadzenia programów korekcyjno-edukacyjnych lub psychologiczno-terapeutycznych. Co jednak istotne, przekonania własne osób pracujących w obszarze przeciwdziałania przemocy domowej mogą być przedmiotem pracy edukacyjnej, superwizyjnej lub terapeutycznej i mogą ulegać zmianie.

Osoby prowadzące programy korekcyjno-edukacyjne lub psychologiczno-terapeutyczne, podobnie jak pozostałe osoby tworzące system przeciwdziałania przemocy domowej, zobowiązane są do przestrzegania siedmiu zasad etycznych, sformułowanych w Polskiej Deklaracji w sprawie Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie. Zgodnie z nimi:

- każdy człowiek ma prawo do życia w środowisku rodzinnym, wolnym od przemocy, która jest naruszaniem praw i dóbr osobistych;
- człowiek doznający przemocy nie może być za nią obwiniany;
- dzieci i młodzież mają prawo do wzrastania w bezpiecznym środowisku wolnym od przemocy, a obowiązkiem dorosłych jest im to zapewnić;
- każdy człowiek doznający przemocy ma prawo do pomocy prawnej, socjalnej, psychologicznej i medycznej, bez naruszania jego godności osobistej;
- każdy człowiek ma prawo do wiedzy potrzebnej do radzenia sobie z przemocą;
- każdy człowiek ma prawo do przeciwdziałania przemocy domowej;
- każdy człowiek ma obowiązek udzielania pomocy osobom doznającym przemocy domowej.

W pracy korekcyjno-edukacyjnej i psychologiczno-terapeutycznej ważna jest również postawa osoby prowadzącej wobec osób stosujących przemoc domową. Pomimo jednoznacznie negatywnego stosunku do przemocy, osoba prowadząca program ma odnosić się z szacunkiem i akceptacją do każdej osoby kandydującej lub uczestniczącej

w programie, wspierając ją w procesie zmiany. Bez poszanowania godności i akceptacji osoby zgłaszającej się do programu nie będzie możliwe nawiązanie i utrzymanie wspierającego kontaktu oraz zawarcie sojuszu potrzebnego w pracy nad zmianą.

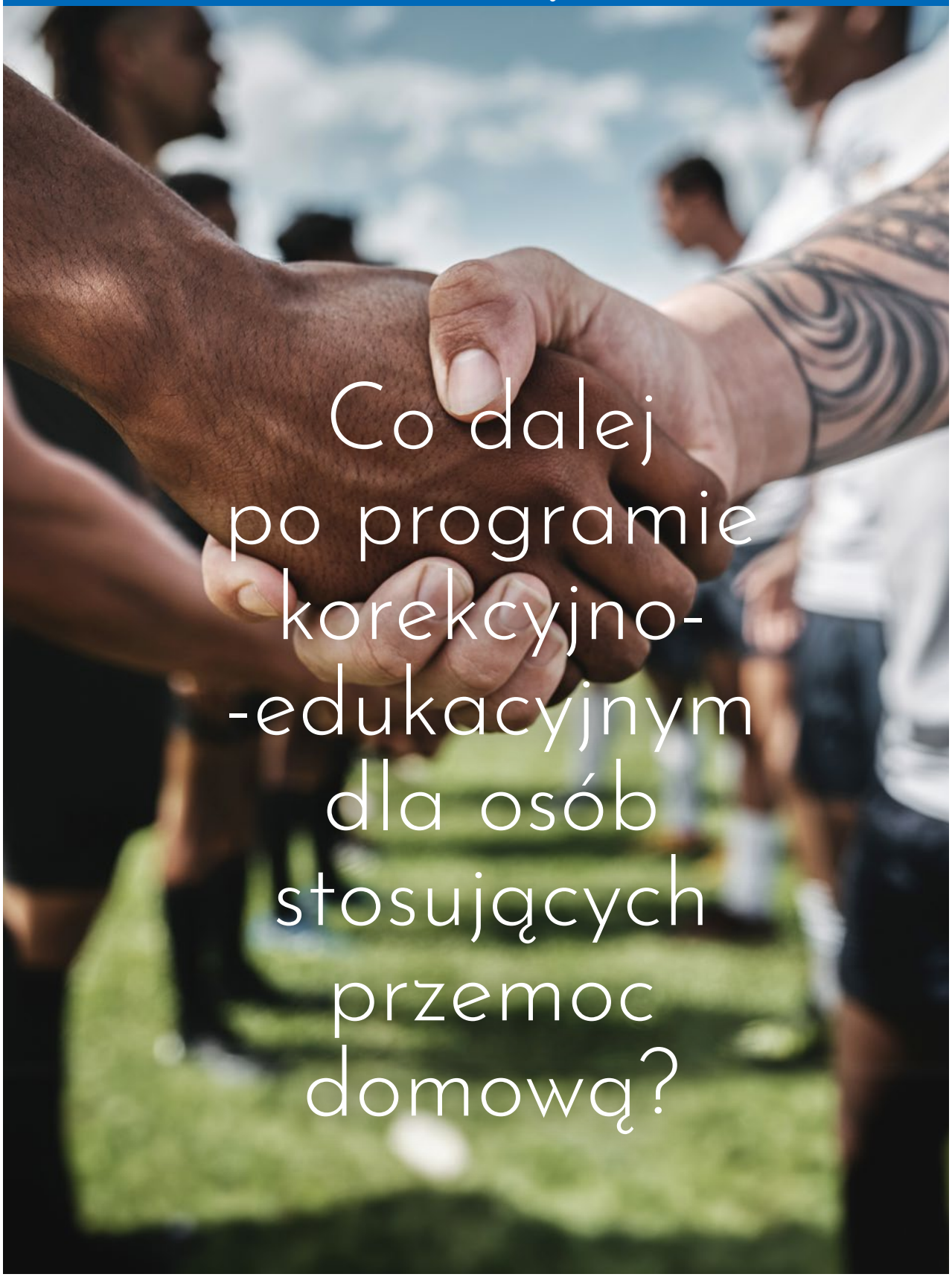
SUPERWIZJA = KONIECZNOŚĆ

Co więcej, celem zapewnienia wysokiego standardu prowadzonych programów, przy uwzględnieniu specyfiki trudnej i odpowiedzialnej pracy z osobami stosującymi przemoc domową, niezbędne jest korzystanie przez osoby prowadzące programy z regularnej superwizji. Podczas sesji superwizyjnej uczestnicy i uczestniczki doświadczają wsparcia ze strony superwizorki lub superwizora w zakresie rozpoznawania, wyrażania i rozwiązywania ewentualnych trudności emocjonalnych, merytorycznych lub organizacyjnych, rozwijania własnego warsztatu zawodowego, niwelowaniu stresu i przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu.

Lista superwizorek i superwizorów w zakresie przeciwdziałania przemocy domowej, certyfikowanych przez Instytut Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego dostępna jest na stronie www.superwizorzy.eu. ▪

PIOTR WOJNOWSKI

– psycholog, specjalista i superwizor w zakresie przeciwdziałania przemocy domowej, szef zespołu merytorycznego Poznańskiego Centrum Profilaktyki Społecznej. Od 2002 roku pracuje z osobami stosującymi przemoc domową Programem terapeutyczno-edukacyjnym „Partner”.



Co dalej po programie korekcyjno-edukacyjnym dla osób stosujących przemoc domową?

Utrzymywanie zmian w myśleniu o sobie, w swojej postawie i zachowaniu wymaga determinacji oraz wsparcia z zewnątrz. Ryzyko powrotu do przemocowych zachowań jest bardzo duże, dlatego ogromnie ważne są strategie pracy długoterminowej i kontynuowanie wsparcia po zakończeniu interwencji wobec osób stosujących przemoc.

MICHAŁ GLUZEK

Programy korekcyjno-edukacyjne dla osób stosujących przemoc domową są istotnym elementem systemu przeciwdziałania przemocy. Ich głównym celem jest zatrzymanie zachowań przemocowych oraz budowanie trwałej zmiany postaw i schematów relacyjnych. Zakończenie programu nie oznacza jednak końca procesu zmiany – przeciwnie, to dopiero początek etapu, który często decyduje o tym, czy osoba utrzyma nowe wzorce zachowań, czy powróci do stosowania przemocy domowej. Choć udział w programie może być momentem przełomowym w procesie zmiany, praktyka pokazuje, że zakończenie interwencji nie gwarantuje automatycznej trwałości efektów. Osoby stosujące przemoc domową często wracają do utrwalonych wzorców działania, zwłaszcza w sytuacji braku dalszego wsparcia, nierozwiązanych problemów osobistych czy w obliczu nowych kryzysów życiowych. W takiej sytuacji może dochodzić do nawrotu

przemocy – czasem w mniej bezpośrednich formach (np. przemocy psychicznej, ekonomicznej), ale równie destrukcyjnych dla życia osób bliskich.

Coraz częściej w środowisku profesjonalistów podkreśla się konieczność budowania kompleksowych modeli pracy długoterminowej z osobami po zakończeniu programu korekcyjno-edukacyjnego. Utrzymanie zmiany nie jest bowiem wydarzeniem jednorazowym, ale procesem, który wymaga konsekwencji, relacji z systemem wsparcia i umiejętności samoregulacji emocjonalnej. To także wyzwanie dla systemu instytucjonalnego – wymaga integracji działań pomocy społecznej, kuratorów sądowych, psychoterapeutów, policji oraz organizacji pozarządowych.

ZMIANA ZACHOWANIA JAKO PROCES DŁUGOTERMINOWY

Utrwalenie zmiany zachowań przemocowych wymaga zrozumienia, że jest to proces złożony, nielinearny i obarczony ryzykiem nawrotów. Zgodnie z transteoretycznym modelem zmiany zachowań autorstwa Jamesa Prochaski i Carlo DiClemente (1983), zmiana nie następuje jednorazowo – przebiega etapami i wymaga wielowymiarowego wsparcia, szczególnie w późniejszych, kiedy osoba nie jest już formalnie objęta oddziaływaniem programu. Model zmiany zakłada pięć kluczowych etapów:

- **Prekontemplacja** – osoba nie postrzega własnych zachowań jako przemocowych lub nie widzi potrzeby zmiany.

- **Kontemplacja** – pojawia się refleksja nad konsekwencjami zachowań, jednak decyzja o zmianie jeszcze nie zapadła.
- **Przygotowanie** – osoba dostrzega potrzebę zmiany i zaczyna szukać rozwiązań (np. bierze udział w programie).
- **Działanie** – realne wdrażanie nowych strategii w życie; aktywny udział w programie korekcyjno-edukacyjnym.
- **Utrzymanie zmiany** – najbardziej wymagający etap, związany z codzienną praktyką nowych zachowań i radzeniem sobie z trudnymi sytuacjami bez użycia przemocy.

Warto podkreślić, że wiele osób trafiających do programów znajduje się na etapie prekontemplacji lub kontemplacji, a udział w programie wynika z czynników zewnętrznych (np. nakazu sądu, działania instytucji). Praca nad zmianą często rozpoczyna się dopiero w toku programu i nie kończy się z jego ostatnim spotkaniem. Choć faza utrzymania zmiany jest kluczowa, w praktyce jest najmniej wspierana systemowo. Osoby kończące program nie mają najczęściej możliwości dalszej pracy w zorganizowanej formie, a ich sytuacja osobista (rozpad relacji, ograniczony kontakt z dziećmi, problemy mieszkaniowe lub finansowe) może potęgować napięcie i prowadzić do regresji.

Typowe trudności w tej fazie to:

- **brak poczucia sprawstwa** – „i tak nic się nie zmieniło", „nikt nie docenia mojej pracy nad sobą";
- **osamotnienie i izolacja** – utrata kontaktów, brak pozytywnych wzorców;

- **brak stałego odniesienia do wartości i zasad wypracowanych w programie;**
- **trudności z wdrożeniem nowych zachowań w sytuacjach stresowych** (np. konflikt z byłą partnerką, frustracja w relacjach rodzinnych).

Niepowodzenia, kryzysy lub błędne decyzje w tym okresie mogą prowadzić do uruchomienia dawnych wzorców działania, szczególnie jeśli osoba nie ma realnego wsparcia lub nie rozumie mechanizmów prowadzących do nawrotu przemocy. Specjaliści, którzy pracują z osobami stosującymi przemoc, spełniają kluczową rolę nie tylko na etapie oddziaływań edukacyjno-korekcyjnych, ale także później – jako osoby „kotwiczące" zmianę. Ich zadaniem powinno być:

- **wzmacnianie refleksji nad procesem zmiany,** pokazywanie postępów i budowanie poczucia skuteczności;
- **konkretne przygotowanie do sytuacji ryzykownych** – praca na scenariuszach, analiza własnych „punktów zapalnych";
- **mobilizacja do kontynuacji pracy terapeutycznej,** uczestnictwa w grupach wsparcia, szukania pomocy w kryzysach.

Warto zatem traktować zakończenie programu nie jako moment „zamykania sprawy", ale jako punkt przejścia do kolejnej fazy pracy – być może mniej intensywnej, ale równie ważnej z perspektywy trwałości efektów. W literaturze przedmiotu i praktyce pracy z osobami stosującymi przemoc domową podkreśla się, że utrzymanie zmiany zachowań przemocowych nie zależy wyłącznie od jednostki. Jest ono efektem wspólnego wysiłku wielu osób pracujących w systemie prze-

ciwdziałania przemocy oraz instytucji prowadzących programy, terapeutów, zespołów interdyscyplinarnych, a także instytucji wsparcia społecznego oraz – pośrednio – systemu wymiaru sprawiedliwości. Niezbędna jest zatem zmiana podejścia: z interwencyjnego na długofalowe i procesowe. Takie rozumienie zmiany pozwala projektować systemowe mechanizmy wsparcia – w tym kontynuację kontaktu z osobą po zakończeniu programu, oferowanie grup wsparcia, monitorowanie sytuacji rodzinnej oraz aktywizację społeczną i zawodową.

MODELE PRACY DŁUGOTERMINOWEJ – PRAKTYCZNE STRATEGIE

PLAN UTRZYMANIA ZMIANY (PUZ)

Plan Utrzymania Zmiany (PUZ) to narzędzie, które może znacząco zwiększyć skuteczność programów korekcyjno-edukacyjnych, poprzez uporządkowanie procesu wdrażania nabytych umiejętności w życie codzienne. Jego opracowanie powinno stanowić standardową praktykę w ostatniej fazie programu. Zadaniem tego narzędzia jest przygotowanie osoby stosującej przemoc do funkcjonowania poza strukturą programu – bez regularnego nadzoru i specjalistycznego wsparcia. PUZ powinien być wynikiem autentycznej pracy własnej uczestnika, a nie wyłącznie dokumentem przygotowanym przez prowadzącego. Rola specjalisty polega tu na facylitowaniu procesu refleksji i dopilnowaniu, aby plan był realistyczny, indywidualny i możliwy do wdrożenia. Dobrze skonstruowany PUZ powinien zawierać takie elementy, jak:

- **Identyfikacja osobistych czynników ryzyka (tzw. wyzwalaczy)**

Jakie sytuacje, emocje, osoby lub miejsca mogą wywoływać napięcie i zwiększać ryzyko zachowań przemocowych? Przykłady: bezsilność w relacjach rodzicielskich, stres w pracy, poczucie odrzucenia, kontakt z byłym partnerem/partnerką, poczucie utraconej kontroli nad rodziną.

- **Strategie samoregulacji emocjonalnej**

Jakie konkretne działania pomogą w sytuacji napięcia? Przykłady: techniki oddechowe, wyjście z sytuacji konfliktowej, kontakt z osobą wspierającą, zapisanie myśli w dzienniku, wykorzystanie techniki „pauzy i decyzji".

- **Sieć wsparcia społecznego i instytucjonalnego**

Do kogo mogę się zwrócić w sytuacji kryzysowej? Przykłady: terapeuta, pracownik socjalny, grupa wsparcia, telefon zaufania, zaufany członek rodziny lub znajomy. Dobrą praktyką jest tu przygotowanie tzw. mapy wsparcia z imionami, kontaktami i przypisaniem ról.

- **Znaki ostrzegawcze nawrotu**

Po czym mogę rozpoznać, że zbliżam się do zachowania przemocowego? Przykłady: narastające napięcie, zamknięcie się w sobie, impulsywne reakcje, pojawiające się myśli, które usprawiedliwiają przemoc.

- **Plan awaryjny na sytuację wysokiego ryzyka**

Co zrobię, jeśli zauważę, że jestem blisko powrotu do przemocy? Przykłady: zadzwonię do terapeuty, przerwę kontakt z osobą, której

dotyczy napięcie, pójdę na spacer, udam się do ośrodka interwencji kryzysowej.

- **Cele i motywacje długoterminowe**

Po co chcę utrzymać zmianę? Przykłady: chcę być obecny w życiu dzieci, chcę żyć bez poczucia winy, chcę tworzyć relacje oparte na szacunku, chcę odzyskać szacunek do samego siebie.

GRUPY POST-PROGRAMOWE

Jednym z najskuteczniejszych narzędzi podtrzymywania zmiany po zakończeniu programu korekcyjno-edukacyjnego mogą być grupy post-programowe, które oferują byłym uczestnikom możliwość dalszego rozwoju osobistego, dzielenia się doświadczeniami i monitorowania postępów. Ich celem nie jest powtarzanie treści z programu, lecz stworzenie przestrzeni dla refleksji, wzmacniania samokontroli, budowania odpowiedzialności i utrzymywania motywacji do nieprzemocowego funkcjonowania w relacjach. Zakończenie programu może być dla osoby stosującej przemoc momentem „próżni" – ustaje regularna struktura wsparcia, kontakt z prowadzącymi oraz mechanizmy kontroli zewnętrznej. Grupa post-programowa pełni więc kilka kluczowych funkcji:

- **podtrzymuje odpowiedzialność za zachowanie,** poprzez konieczność werbalizacji swoich działań i podejmowanych decyzji wobec innych;
- **zapewnia wsparcie emocjonalne i społeczne,** które jest szczególnie ważne w sytuacjach życiowego kryzysu lub utraty relacji rodzinnych;

- **normalizuje trudności związane z procesem zmiany,** pomagając zrozumieć, że nawroty i wahania są naturalną częścią długoterminowej pracy nad sobą;
- **tworzy przestrzeń do dzielenia się strategiami** radzenia sobie z napięciem, kontrolą emocji, konfliktami w relacjach.

Uczestnictwo w grupie może wzmacniać tożsamość osoby, która aktywnie rezygnuje z przemocy i podejmuje odpowiedzialność za swoje życie. W zależności od możliwości organizacyjnych, grupy mogą przyjmować różną formułę:

- **spotkania cykliczne** (np. raz w miesiącu przez rok od zakończenia programu),
- **grupy zamknięte** (stały skład przez określony czas) lub **otwarte** (możliwość dołączenia w dowolnym momencie),
- **moderowane przez specjalistę** (psychologa, terapeutę, pracownika socjalnego) lub **współprowadzone przez osobę, która sama zakończyła program i przez dłuższy czas utrzymuje zmianę** (element mentoringu partnerskiego). ▪

MICHAŁ GLUZEK

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

Wystarczy przemeblować głowę

Opowieść o zmianie przemocowego myślenia

„Kiedy zaczęła się moja zmiana? Nie, to nie było jakieś nagłe olśnienie, przebłysk rozumu czy gwałtowny zwrot w myśleniu. Owszem, były punkty zwrotne, ale chyba nigdy nie będę mógł stwierdzić, który z nich był tą przysłowiową kroplą przelewającą czarę" – mówi o sobie Arek, który po stosowaniu przemocy domowej, stara się zmienić swoje życie i walczy każdego dnia, by ta zmiana była trwała.

ANNA MARIA NOWAKOWSKA

SPOTKANIE

Zapraszam, wejdź i rozgość się. Na lewo jest nasz salon, tam siądziemy. Zrobię kawę. Nie, żona nie będzie uczestniczyć. Doszliśmy do wniosku, że to mogłoby być trochę upokarzające. Dla niej.

Itka ma fatalne doświadczenie z terapią. Poszła, no, właściwie nie poszła, bo terapia miała być zdalna, żeby pozbyć się strachu i przestać patrzeć podejrzliwie, gdy tylko zdarzy mi się na coś wkurzyć. Ona się bała – i chyba nadal tak jest – że pewnego dnia wróci tamten dawny, zły Arek i znowu będzie żyła w domu grozy.

A ta terapia... coś poszło nie tak już na pierwszym spotkaniu. Ta psycholożka jej powiedziała coś w rodzaju: „Pani jest głupia, bo mą-

dra kobieta dawno by postawiła tamę takim zachowaniom". No, ja też nie wierzyłem, ale Itka nie ma powodu zmyślać. Rozłączyła się przed końcem sesji. I na tym koniec.

DŹWIĘKI BEZPIECZNEJ PRZESTRZENI

Słyszysz to? U dzieciaków na górze słychać śmiechy, gra jakaś muzyka. W kuchni moja żona rozmawia przez telefon z siostrą.

Widzisz to? Ubłocone kalosze; jeden stoi, drugi leży. I kurtka rzucona byle jak na szafkę, a tu wala się skarpetka. Tak wygląda normalny dom. Mój dom. Moje bezpieczne miejsce. Nie, źle powiedziałem. Bezpieczne miejsce mojej rodziny.

Był czas, gdy witała mnie cisza. I porządek.

Gdybym znalazł w wiatrołapie brudne buty, ktoś dostałby nimi w głowę. Niedbale ciśnięta kurtka znalazłaby się w śmietniku, może pocięta nożem. Brudna skarpetka… rusz wyobraźnią. Wyobraź sobie faceta, który żąda, żeby było cicho i czysto, kiedy wraca z roboty. Bo ten facet ciężko pracuje na bandę darmozjadów. Obiad ma być gotowy do podania. Żona ma się uśmiechać i mówić tylko wtedy, gdy się ją o coś zapyta. Smarkacze? Czego te gęby wiecznie kwaśne? Tatuś wrócił, baczność, uśmiechy! Lubiłabyś takiego faceta?

No widzisz, a ja siebie lubiłem. Ja siebie szanowałem. Podziwiałem siebie. I nikogo poza tym. Miałem o sobie wysokie mniemanie i wszystko, co mogło mi zepsuć ten obraz, było aktem wrogości wobec mnie.

IMPULS DO ZMIANY

Kiedy zaczęła się moja zmiana? Nie, to nie było jakieś nagłe olśnienie, przebłysk rozumu czy gwałtowny zwrot w myśleniu. Owszem, były punkty zwrotne, ale chyba nigdy nie będę mógł stwierdzić, który z nich był tą przysłowiową kroplą przelewającą czarę.

Czy to się stało wtedy, gdy Itka przykładała lód do spuchniętej wargi, a po jej brodzie skapywała krew? Do tamtej chwili nigdy w tym domu nie było krwi. Chciałem jak zwykle krzyknąć do niej: „Zobacz, idiotko, do czego mnie doprowadziłaś!". Ale poczułem jak ta fraza, mocno już zużyta, utknęła mi w gardle i zachciało mi się wyć.

Oczywiście, bardziej było mi żal siebie niż jej. Miałem poczucie, że gram rolę w jakimś paskudnym filmie.

To był początek pandemii, wszyscy czworo siedzieliśmy w domu. Jakiś drobiazg – wtedy nie wydawał mi się drobiazgiem – doprowadził mnie do szału. Bo przecież moim świętym prawem było wybuchać gniewem i karać osobę, która ośmieliła się mnie zdenerwować. A zdenerwować mnie nie było trudno. Wystarczyło, że ktoś z domowników zrobił coś, cokolwiek, niezgodnie z moimi oczekiwaniami. Moje oczekiwania natomiast powinny być dla nich oczywiste. Żądałem, żeby czytali w moich myślach.

Prawda jest taka, że coraz trudniej mi rozpoznać siebie w człowieku, którego teraz tobie opisuję. To jest jak opowieść o obcym, który przez całe życie zamieszkiwał moją głowę i wcale nie mówię tego po to, żeby się usprawiedliwić czy wybielić. Tu nie ma usprawiedliwienia, pewnych rzeczy będę się wstydził i żałował do końca życia. Tego, jak wrzeszczałem na matkę. Poniżania najbliż-

szych. Rękoczynów. Słów, które nigdy nie powinny paść z ust ojca i męża.

PUNKTY ZWROTNE

A tak, miałem mówić o punktach zwrotnych. Cóż, był taki kolega, może nawet przyjaciel, fajny gość, ale pił. Kiedyś u mnie pracował. Był zdolny, dawał się lubić, tylko nie można było na niego liczyć, a w takiej firmie jak moja zaufanie to podstawa. No i wyrzuciłem go, mówiąc: „Ogarnij się człowieku, bo idziesz na dno". Spotkałem go kilka lat później. Wpadliśmy na siebie w aptece w czerwcu dwudziestego pierwszego roku. Wyglądał świetnie! Promieniował takim spokojem, że prawie go nie poznałem, bo to był zawsze kłębek nerwów. I pytam, co zrobił z tym gościem, któremu się trzęsły łapy, a on mi na to, że jest w procesie trzeźwienia i jest szczęśliwy po raz pierwszy od kilkudziesięciu lat. Więc mówię: „Fajnie, że walczysz z gorzałą, gratulacje".

On tak jakoś popatrzył, jakby zdziwiony, i mówi, że on z niczym nie walczy, wręcz przeciwnie – ogłosił całkowitą bezsilność. To tak nie pasowało do tamtego Mirka, którego znałem od podstawówki. Byłem pewien, że mnie robi w balona. Ale przysiedliśmy na ławce, Mirek się rozgadał na temat programu Dwunastu Kroków. Otworzył się, a ja czułem i ciekawość, i trochę zażenowanie; przecież faceci tak ze sobą nie rozmawiają, prawda?

Powiedział kilka rzeczy, które wydały mi się znajome – o agresji i wybaczeniu ze strony najbliższych, o przemeblowaniu w głowie. Wyraził się dokładnie tak: „Wystarczy przemeblować głowę, reszta to już łatwizna".

Na tamtym etapie nie sądziłem, że to może mnie jakoś dotyczyć. Nie miałem problemu z piciem. Czasem drink czy dobre piwo, częściej jakieś stymulanty czy okazjonalnie zioło. Ale, nie wiedzieć czemu, w mózgu mi zawył alarm i poczułem się niekomfortowo. Wiesz, jakby ktoś ci podsunął lustro w chwili, gdy jesteś brzydki i bez makijażu. Może dlatego, że opowiedział mi o wsparciu i miłości, jakie otrzymuje od żony i córki. To było dziwne, zważywszy, jak on je traktował, gdy chlał… a do tego kochał hazard i przepuszczał kupę pieniędzy, rujnując życie swojej rodziny.

Przypomniałem sobie podsłuchaną rozmowę Itki z naszą córką:

– „Żeby się tam nie zaraził".

– „Niech się zarazi, a najlepiej niech zdechnie".

Nie uwierzysz, ale wtedy udałem, że nie słyszę. Nie ogarnął mnie gniew. Nie chciałem ich zwyzywać czy szarpać. Po prostu zachciało mi się płakać i szybko „wyczyściłem" pamięć. To nie o mnie, wmówiłem sobie.

PIJANE MYŚLENIE

Ten Mirek powiedział coś dziwnego, nazwał to „pijanym myśleniem" – że nawet nie pijąc, można być pijanym, jeśli twierdzisz, że wszyscy są winni, że wszyscy ponoszą odpowiedzialność za twoje zachowania, tylko nie ty sam. Bo źródłem twoich problemów jesteś ty i twoje myślenie, a co za tym idzie – także twoje zachowanie i wszystkie twoje reakcje. Pomyślałem wtedy, że się nadyma i mądrzy, ale on tylko mówił o sobie. A jednocześnie o mnie.

Rozstaliśmy się, ale to spotkanie dało mi do myślenia bardziej, niż mi się na początku wydawało. Dziwne, co? Przecież ja nie miałem żadnego problemu.

To moja żona była głupia i niechlujna.

To moje dzieci były tępe, niewychowane i roszczeniowe.

To moja matka była starą, męczącą zrzędą.

Ja? Ze mnie przecież taki równy gość!

I coś się zaczęło w tej mojej głowie przestawiać. Kojarzysz te obrazki, na których raz widać kaczkę, a raz królika? Albo starą babę albo młodą dziewczynę? Jeśli się raz to zobaczy, to się nie da „odzobaczyć". U mnie zaczęło się dziać coś podobnego. Powoli. Samo.

Wtedy nie miałem terapii, a gdyby mi ktoś zaproponował, to bym go posłał w diabły. Więc, jak powiedziałem, zaczęło mi to i owo przeszkadzać. Zapytałem syna, czy się mnie kiedykolwiek bał. Popatrzył jak na wariata. „Nie wiem"– powiedział – „Mama się ciebie boi. I babcia".

PROCES ZMIANY

Domowym terrorystą byłem przez czternaście lat. Od pięciu jestem w procesie zmiany. Zaczynałem samotnie, szukając lektur i kontaktów w sieci. Sporo wiedzy, jeszcze więcej rozczarowań, zwłaszcza na forach. Teraz mam przewodnika. Kogoś w rodzaju terapeuty, chociaż nie jest psychologiem, tylko zakonnikiem.

Ja? Ja jestem agnostykiem, ale jemu to nie przeszkadza. Zajmujemy się sprawami duszy, jeśli mogę to tak ująć. Oglądamy moje uzależnienie od wściekłości i opracowujemy proste techniki wyciszania.

Miewam trudniejsze chwile. Miewam czarne myśli. Zdarza mi się wpadać w samozachwyt na zmianę z poczuciem niższości. To podobno normalne, gdy uczysz się być świadomym siebie. Niedawno była taka sytuacja, że skaleczyłem sobie dłoń przy skręcaniu mebla.

Krzyknąłem. Zakląłem. W domu nagle zapadła cisza. Nikt nie zapytał, co się stało. Oni ciągle pamiętają, że mnie należy się bać. To bardzo boli, a jednocześnie jest przestrogą. Zresztą – powiedzmy to sobie wprost – to są właśnie konsekwencje, które przyjmuję z pokorą.

PRZYSZŁOŚĆ

Chciałbym móc kiedyś pomagać takim jak ja, uwięzionym we własnych poglądach i emocjach mężczyznom, którzy niszczą swoich najbliższych i nie zdają sobie sprawy z tego, że to oni są problemem. Dlatego zacząłem studiować na wydziale filozofii, a po licencjacie, czyli za rok, wybiorę między kierunkiem bardziej psychologicznym albo raczej coachingowym. Jeszcze nie zdecydowałem.

Dziękuję losowi za to, że w naszych czasach tyle rzeczy można robić przez internet. Odnowiłem relację z Mirkiem, który zaprosił mnie na wyjazdowy miting AA, gdzie po raz pierwszy publicznie opowiedziałem o sobie, o swojej bezsilności wobec gniewu. Ktoś się wtedy odezwał, że mi współczuje, bo on ma przynajmniej swoją chorobę alkoholową jako alibi, a ja co? Niby trzeźwy, a drań. Ale to był tylko żart, żeby rozładować napięcie.

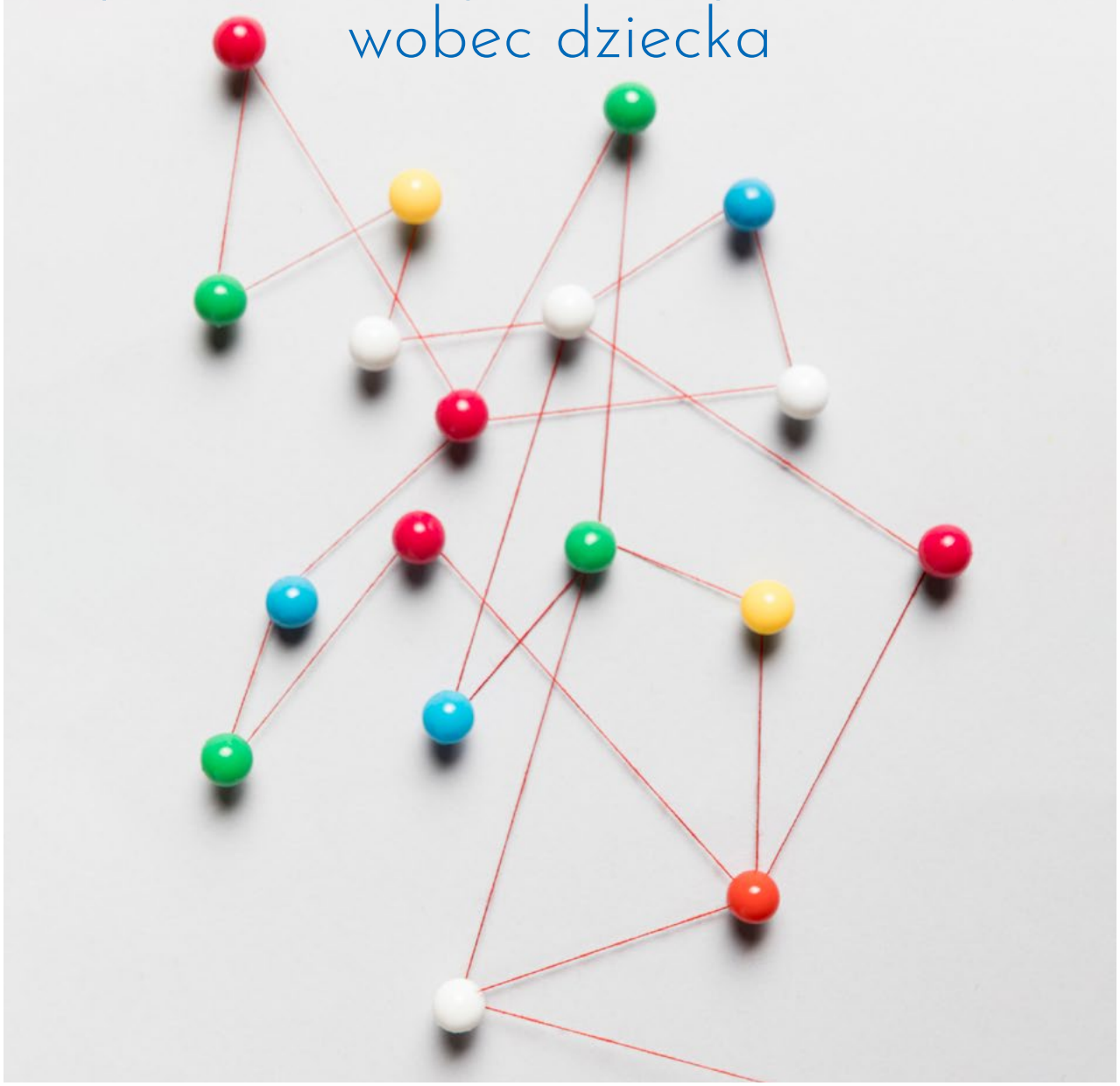
Trzeźwość umysłu to przecież nie tylko brak alkoholu we krwi. Utrzymuję kontakty z kilkoma osobami, które tam poznałem, rozmawiamy na Zoomie i to pomaga, bo jesteśmy dla siebie nawzajem lustrem. ■

ANNA MARIA NOWAKOWSKA

– terapeutka i pisarka, autorka książki „Przeklęte” (2002) o molestowaniu seksualnym dziewczynek oraz trzech części cyklu o „Dziuni” – „Dziunia”, „Dziunia na uniwersytetach”, „Wymarzony dom Dziuni” (Wydawnictwo W.A.B.).

Mapa Pomocy Dziecku

Algorytm postępowania pracowników oświaty w sytuacji podejrzenia przemocy domowej wobec dziecka



Dla wielu pracowników placówek oświatowych ujawnienie przemocy domowej wobec dziecka jest sytuacją trudną, rodzi wiele pytań i wątpliwości. Jak zwiększyć ochronę najmłodszych, jakie działania podjąć, by były pewne i profesjonalne? Mapa Pomocy Dziecku to narzędzie, dzięki któremu przedstawiciele oświaty będą mogli skutecznie działać, by dzieci czuły się bezpiecznie (i w szkole, i w domu).

KATARZYNA FENIK-GABERLE
RENATA KAŁUCKA-KOKOT

Każdą placówkę oświatową, zgodnie z zapisami ustawy o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (potocznie zwaną „Ustawą Kamilka"), obowiązują Standardy ochrony małoletnich[1]. Jednym z jej znaczących obszarów, obligujących profesjonalistów do podejmowania działań, jest przeciwdziałanie przemocy domowej, szczególnie, gdy doznaje jej dziecko. Co ważne, w aktualnie obowiązującej ustawie o przeciwdziałaniu przemocy domowej[2] definicja dziecka doznającego przemocy obejmuje także najmłodszych, którzy są świadkami krzywdzenia osób najbliższych – rodzica lub rodzeństwa.

1 O Standardach ochrony małoletnich szerzej pisaliśmy w nr 4/153/2024 „Niebieskiej Linii". – przyp. red.

2 Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej (Dz.U. 2005 nr 180 poz. 1493).

Mapa Pomocy Dziecku powstała jako narzędzie wynikające z potrzeby profesjonalnego reagowania przez pracowników placówek oświatowych na sytuację zagrożenia bezpieczeństwa dziecka przemocą domową. Poprzednia wersja została opracowana w 2015 roku i była dostępna w formie papierowej. Zmieniające się przepisy prawa zrodziły konieczność opracowania nowego, bardziej szczegółowego narzędzia, ułatwiającego pracownikom oświaty m.in. poruszanie się po meandrach procedury „Niebieskie Karty".

Aby rozszerzyć możliwość korzystania z niego, opracowałyśmy nie tylko bardziej rozbudowaną koncepcję algorytmu, lecz także nową formę. Mapa Pomocy Dziecku dostępna jest jako interaktywny plakat. W poszczególnych jej miejscach, pod niebieskimi punktami, znajdują się załączniki z rozwinięciem treści przedstawionych początkowo tylko hasłowo[3]. Mapa dostępna jest także w wersji mobilnej (przy użyciu smartfona).

DLACZEGO MAPA POMOCY DZIECKU?

Wielu profesjonalistów udziela pomocy dziecku bez uruchamiania procedury „Niebieskie Karty", bez powiadamiania służb, instytucji. Dostrzegamy także tendencję do pomijania i traktowania sytuacji dziecka jako mniejszą, jedynie dodatkową część pomagania jego rodzinie. Proponując to narzędzie, chcemy zwracać szczególną uwagę właśnie na sytuację i potrzeby dziecka w rodzinie z problemem przemocy domowej. Co więcej, trzeba też pamiętać, że jego opiekun/opiekunka sami mogą

3 Mapa Pomocy Dziecku jest dostępna na stronie Niebieskiej Linii IPZ. Link: https://www.niebieskalinia.pl/materialy-edukacyjne/algorytmy.

doznawać przemocy ze strony partnera/partnerki, ale też jednocześnie krzywdzić i/lub zaniedbywać dziecko. Może być też tak, że zarówno dziecko, jak i jego opiekun/ka doznają przemocy domowej od jednej osoby. W naszej opinii sytuacja każdego dziecka, pod kątem jego bezpieczeństwa, powinna być analizowana odrębnie.

ROZPOZNANIE SYTUACJI DZIECKA

Mapa przedstawia dwie różne sytuacje, z którymi spotykają się pracownicy oświaty:

1. Zauważają niepokojące zachowania, sposób funkcjonowania, stan emocjonalny, wygląd dziecka w placówce, które mogą być objawami doznawania przemocy domowej.

2. Dziecko ujawnia pracownikowi placówki, że doznaje przemocy domowej.

W przypadku zaniepokojenia pracowników placówki zachowaniem, funkcjonowaniem konkretnego dziecka, należy wybrać na Mapie ścieżkę, która prowadzi do portretów. Opisują one trzy grupy objawów występujących u dzieci, które doznają przemocy:

- **Portret 1 – „Dziecko używa agresji, przemocy”**
- **Portret 2 – „Wycofanie, autoagresja”**
- **Portret 3 – „Ślady przemocy, zaniedbania”**

Każdy z trzech portretów został opisany dla czterech kategorii wiekowych: wiek przedszkolny, klasy I-III, klasy IV-VIII, szkoła ponadpodstawowa.

Analizując daną sytuację, trzeba pamiętać, że u konkretnego dziecka mogą występować cechy z różnych portretów, np. gdy jest

ono zaniedbane edukacyjnie i jednocześnie wycofuje się z relacji rówieśniczych (może też doznawać przemocy rówieśniczej). Warto pamiętać o tym, że granice wiekowe, ze względu na indywidualne cechy rozwoju każdego dziecka, mogą być przesunięte.

Charakterystycznym elementem wszystkich rodzajów przemocy jest nieadekwatność (nadmiarowość, brak) dotycząca różnych aspektów funkcjonowania dziecka. Czasem jest to symptom, który jako pierwszy budzi naszą czujność.

Na szczególną uwagę zasługuje kilka grup dzieci. Zwłaszcza te **z niepełnosprawnościami i przewlekle chore.** W związku z tym, że są w dużym stopniu zależne od osób dorosłych, stanowią grupę ryzyka doznawania przemocy. Mogą mieć większą trudność w ujawnieniu swojej sytuacji domowej. Druga grupa to **dzieci i młodzież z cechami demoralizacji.** Ich funkcjonowanie rozumiemy jako konsekwencję faktu, że dziecko wzrastało lub wzrasta w środowisku przemocy i zaniedbania. Trzecią grupę stanowią **dzieci w spektrum autyzmu.** Ich zachowanie często wpisuje się w cechy opisane w portretach. Czasami, mimo takiego sposobu funkcjonowania, nie doznają przemocy. Należy tę kwestię dobrze rozpoznać.

Jeśli zachowanie dziecka wpisuje się w opisy portretów, następnym krokiem jest zebranie w placówce informacji na temat jego sytuacji obserwowanej przez innych pracowników, w odniesieniu zarówno do funkcjonowania w placówce, jak i sytuacji rodzinnej.

Kolejnym krokiem jest rozmowa z samym dzieckiem na temat spostrzeżeń pracowników w odniesieniu do tego, co obserwują na terenie placówki. Podczas tej rozmowy dziecko może ujawnić, że do-

znaje przemocy domowej. Tu warto zatrzymać się przy zagadnieniu ujawnienia przemocy przez dziecko.

UJAWNIENIE

Kiedy dziecko ujawnia, że doznaje przemocy domowej, często pracownicy zadają sobie wiele pytań. By pomóc zrozumieć to zjawisko, wyjaśniamy trzy ważne kwestie.

1. Czy to, co powiedziało dziecko, jest już ujawnieniem przemocy?

Ujawnieniem przemocy domowej jest każda sytuacja, w której dziecko mówi komuś o przemocowym zachowaniu lub zaniedbaniu ze strony opiekuna lub innej osoby dorosłej, sprawującej funkcję wychowawczą wobec niego, np. partnera rodzica biologicznego.

2. Czy prawdą jest to, co mówi dziecko?

Pracownik placówki oświatowej nie musi mieć pewności, że dziecko mówi prawdę. Nie musi oceniać jego prawdomówności, prowadzić śledztwa. Jego zadaniem jest zareagowanie zgodnie z procedurami oraz zadbanie o bezpieczeństwo dziecka.

3. Jak najczęściej przebiega ujawnienie przemocy?

Zwykle dzieci ujawniają tylko część swoich doświadczeń przemocy, ponieważ sprawdzają, co się stanie, jaka będzie reakcja ze strony dorosłych. Zdarza się to np. wtedy, gdy choć przez chwilę poczują się bezpiecznie – w relacji z nauczycielem, pedagogiem, psychologiem,

pracownikiem szatni czy kuchni. Sytuacją sprzyjającą jest także oddalenie się sprawcy, na przykład jego wyjazd. Jeszcze inna okoliczność to perspektywa pozostania ze sprawcą blisko przez dłuższy czas i strach dziecka przed taką sytuacją.

Kiedy dzieci już podejmą to ryzyko i ujawnią przemoc ze strony opiekuna, niestety, mogą wycofywać się z dalszej współpracy. Mogą nie chcieć ponownie podjąć rozmowy, odwołują to, co powiedziały, albo mówią, że sytuacja już się zmieniła. Robią wszystko, żeby zakończyć temat, który rozpoczęły. Dzieje się tak w sytuacjach, gdy:

- czują się oceniane,
- nie wiedzą, co będzie dalej („Co się teraz stanie?" – sytuacja ujawnienia zmienia bardzo wiele w relacjach wewnątrzrodzinnych, pojawia się lęk o to, co się wydarzy, strach przed reakcją sprawcy itd.),
- obawiają się reakcji opiekunów (np. opiekun stosujący przemoc straszy dziecko, że zostanie zabrane do domu dziecka, wzbudza poczucie winy, mówiąc, że przez ujawnienie jemu samemu stanie się krzywda – pójdzie do więzienia, rodzina nie będzie miała pieniędzy itp.),
- opiekun niekrzywdzący nie daje wiary w to, co ujawniło dziecko.

W Mapie Pomocy Dziecku zwracamy szczególną uwagę na bezpieczeństwo dzieci i przypominamy, że po ujawnieniu przemocy dziecko nie może pozostać pod wyłączną opieką osoby stosującej przemoc.

PRZYJĘCIE UJAWNIENIA – PROFESJONALNE POSTĘPOWANIE

W jednym z załączników opisujemy, jak profesjonalnie zareagować na ujawnienie. W tym opisie jest także uzasadnienie, dlaczego reakcja

każdej osoby dorosłej jest tak istotna w procesie pomagania dzieciom, oraz wyjaśnienie, co się dzieje w wyniku braku reakcji i dlaczego ów brak ma tak duże znaczenie.

Niezależnie od tego, w jaki sposób, komu, w jakich okolicznościach dziecko ujawni, że doznaje przemocy w domu rodzinnym, warto kierować się poniższymi zasadami:

- Uwierz dziecku.
- Udziel wsparcia poprzez przyjazne nastawienie, otwartość, docenienie faktu, że powiedziało komuś o swoich trudnych sprawach.
- Zapewnij o swojej chęci udzielenia mu pomocy.
- Zbierz dodatkowe informacje od dziecka:

– dotyczące przemocy – przykładowo: co dokładnie się wydarzyło, kiedy i gdzie (wystarczy, że dziecko nazwie choć jedno zachowanie przemocowe)? Jak długo trwa przemoc, kiedy się zaczęła? Jak z reguły wygląda? Kto jest wtedy blisko dziecka i jak reaguje na przemoc?

– dotyczące dotychczasowej pomocy udzielonej dziecku – komu dotychczas dziecko o tym powiedziało? Jaka była reakcja tej osoby? Co się wydarzyło później?

- Sprawdź jego poziom bezpieczeństwa – zorientuj się, czy dziecko może wrócić do domu w poczuciu, że będzie tam bezpieczne.
- Powiedz dziecku, jaki będzie następny krok twojego działania. Nie zostawiaj dziecka bez informacji. Jeśli nie wiesz, co będzie następnym krokiem, powiedz dziecku, że zorientujesz się w tej sprawie i wrócisz z informacją. Dotrzymaj słowa, aby zachować swoją wiarygodność w oczach dziecka.

Brak reakcji na ujawnienie jest szkodliwy dla dziecka, dla jego dalszego rozwoju emocjonalnego i społecznego.

OCENA BEZPIECZEŃSTWA DZIECKA

W Mapie Pomocy Dziecku nadajemy **duże znaczenie oszacowywaniu poziomu bezpieczeństwa dziecka.** Składa się na to: ocena bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego dziecka, sprawdzenie stopnia nasilenia oraz drastyczności przemocy.

Pracownik oświaty, zbierając informacje na temat sytuacji dziecka oraz rozmawiając z dzieckiem i/lub jego opiekunami, może dokonać choćby wstępnej oceny bezpieczeństwa. Rozmowa z dzieckiem nie ma na celu zwiększenia jego niepokoju, a raczej ujawnienie ewentualnego zagrożenia i doprowadzenie do opracowania planu bezpieczeństwa. W opisie umieszczonym w jednym z załączników Mapy przedstawiamy, w jaki sposób można rozmawiać na temat stopnia zagrożenia przemocą – dajemy propozycje obszarów pytań, które powinny być zadane dziecku.

Jeśli zbadamy wiedzę dziecka na temat funkcjonowania opiekuna, który stosuje przemoc, może się okazać, że ujawni ono sporo informacji o typowych zachowaniach agresora w domu rodzinnym. Jeżeli opowie, jakie środki zaradcze stosuje ono samo lub inni członkowie rodziny, zna sposoby łagodzenia agresji, dowiemy się w ten sposób, że przemoc trwa dłuższy czas i należy jak najszybciej wprowadzić zmiany w jego środowisku wychowawczym. Czasem dzieci przekazują informacje o tym, że wielokrotnie próbowano powstrzymać osobę używającą przemocy, ale wysiłki te były nieskuteczne. Innym razem okazuje się, że dziecko jest lub było jedyną osobą, która powstrzymywała sprawcę krzywdzenia (niezależnie od skuteczności tych działań). Identyfikujemy w takim wypadku potrzebę podjęcia natychmiastowych działań zmierzających do zatrzymania przemocy i uruchomienia ochrony dziecka.

Co więcej, w treści ujawnienia lub podczas oceny bezpieczeństwa dzieci mogą wnosić informacje, które wskazują na potrzebę udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej lub psychologicznej (te sytuacje wymienione są w treści załączników do Mapy).

Ocena drastyczności przemocy ma za zadanie wychwycić elementy, które powodują, że należy podjąć natychmiastowe działania – zawiadamiając o sytuacji policję i ośrodek pomocy społecznej. Elementy wskazujące na wysoki poziom drastyczności to przede wszystkim:

- zachowania w znacznym stopniu zagrażające życiu człowieka,
- gwałtowność zachowań,
- używanie niebezpiecznych narzędzi lub groźby posłużenia się nimi,
- zapowiedzi dotyczące zamiaru pozbawienia życia jakiejkolwiek osoby.

Informacje wskazujące na drastyczność przemocy powinny być także wskazówką do działań podejmowanych w zespole (nie pojedynczo) i przy współpracy z innymi instytucjami, służbami.

ROZMOWY Z OPIEKUNAMI DZIECKA

W zależności od rodzaju podejmowanych przez pracowników placówki oświatowej działań, Mapa prowadzi do różnych rodzajów rozmów z opiekunami dziecka i opisuje, w jaki sposób można je poprowadzić. Część szczegółowych wyjaśnień dotyczących rozmów jest umieszczona w załączniku pt.: „Twoja rola w NK".

Gdy u dziecka zauważa się niepokojące objawy, ale nie ujawnia ono przemocy, przedstawiciel placówki podejmuje rozmowę sprawdza-

jącą, której celem jest zweryfikowanie, jak wygląda sytuacja dziecka w rodzinie (możliwe, że jej efektem będzie ujawnienie przez opiekuna dziecka przemocy domowej). W sytuacji, gdy dziecko ujawniło przemoc domową, Mapa podaje opis rozmowy interwencyjnej, której najczęstszym celem, zgodnie z obowiązującą ustawą o przeciwdziałaniu przemocy domowej, jest uruchomienie procedury „Niebieskie Karty".

Pracownicy oświaty są także aktywnymi realizatorami zadań wynikających z procedury „Niebieskie Karty". Podajemy zatem także propozycję możliwego przebiegu rozmów wspierających i naprawczych z obojgiem opiekunów – zarówno z tym, który wspiera dziecko, jak i tym, który stosuje przemoc. Celem tych rozmów jest zbadanie sytuacji opiekuńczo-wychowawczej dziecka, możliwości współpracy z rodzicami w zakresie chronienia go przed krzywdzeniem i zmianę jego sytuacji domowej.

Jeśli podczas tego spotkania opiekun (jednen lub obydwoje) ujawni, że aktualnie w rodzinie występuje przemoc domowa, pracownik placówki oświatowej powinien rozpocząć uruchamianie procedury „Niebieskie Karty". Potrzebuje zatem podpowiedzi, jakich elementów nie powinien w takiej rozmowie pominąć. Jeden z załączników podlinkowanych do Mapy Pomocy Dziecku opisuje możliwy scenariusz tego spotkania.

Spotkanie z opiekunem wskazywanym jako osoba stosująca przemoc często jest najtrudniejszą częścią pracy w obszarze przeciwdziałania przemocy domowej i być może właśnie dlatego wielu pracowników instytucji jej unika. Co więcej, pojawia się też sporo istotnych błędów w tym zakresie, wynikających z braku odpowiedniego przygotowania. Dlatego też w jednym z załączników zamieściłyśmy ważne informacje o tym, jak przeprowadzić takie spotkanie, by mogło służyć ochronie dziecka i tworzeniu planu bezpieczeństwa.

OCENA MOŻLIWOŚCI OCHRONY DZIECKA

Jednym z narzędzi od dawna towarzyszących nam podczas szkoleń dla pracowników instytucji i służb pracujących w kontakcie z rodzinami z problemem przemocy, w których wychowują się dzieci, była Ocena Możliwości Ochrony Dzieci (w skrócie OMOD). W naszym algorytmie umieszczamy go w miejscu opisanym jako „Twoja rola w NK". Polecamy używanie tego schematu jako elementu obserwacji przebiegu rozmów z niekrzywdzącymi opiekunami dzieci.

Zakłada on badanie 4 obszarów:

- Wiedza na temat przemocy wobec dziecka.
- Postrzeganie problemu przez opiekuna.
- Odpowiedzialność za przemoc.
- Współpraca z placówką w celu ochrony dzieci.

Skutkiem tych obserwacji ma być oszacowanie, czy opiekun ochroni dziecko, a także ustalenie, w jakich aspektach będzie potrzebował pomocy specjalistów. Obserwacje mogą pomóc odpowiedzieć na pytanie, czy dany opiekun jest wspierający, czy nie.

W załącznikach opisujemy też, po czym można rozpoznać rodzicielską postawę wspierającą i niewspierającą oraz propozycje dróg postępowania w poszczególnych sytuacjach.

DZIAŁANIA INTERWENCYJNE

Zarówno rozmowy z opiekunami, jak i OMOD odbywają się nie tylko przed uruchomieniem procedury „Niebieskie Karty", lecz także w trakcie jej trwania, gdy pracownik placówki oświatowej zostaje powołany przez Zespół

Interdyscyplinarny ds. Przeciwdziałania Przemocy do grupy diagnostyczno-pomocowej. Powołanie do tego grona oznacza, że należy wcześniej zapoznać się z zasadami pracy, które opisano w ustawie o przeciwdziałaniu przemocy domowej oraz rozporządzeniu opisującym przebieg procedury „Niebieskie Karty". Forma pracy, jaką jest współpraca interdyscyplinarna, to najbardziej profesjonalny sposób działań podejmowanych na rzecz przeciwdziałania przemocy domowej.

Mapa Pomocy Dziecku wskazuje także na ważne czynności interwencyjne, które należy podjąć w zależności od zbadanej przez profesjonalistów sytuacji dziecka w danym momencie.

Z CZEGO SKŁADA SIĘ MAPA POMOCY DZIECKU?

Mapa to zarówno algorytm działań, jak i opis zawartości merytorycznej, dedykowanej poszczególnym narzędziom potrzebnym do tych działań. Każdy z załączników zawiera podpowiedzi konkretnych czynności, których podjęcia może spodziewać się właściwie każdy pracownik placówki. Są to:

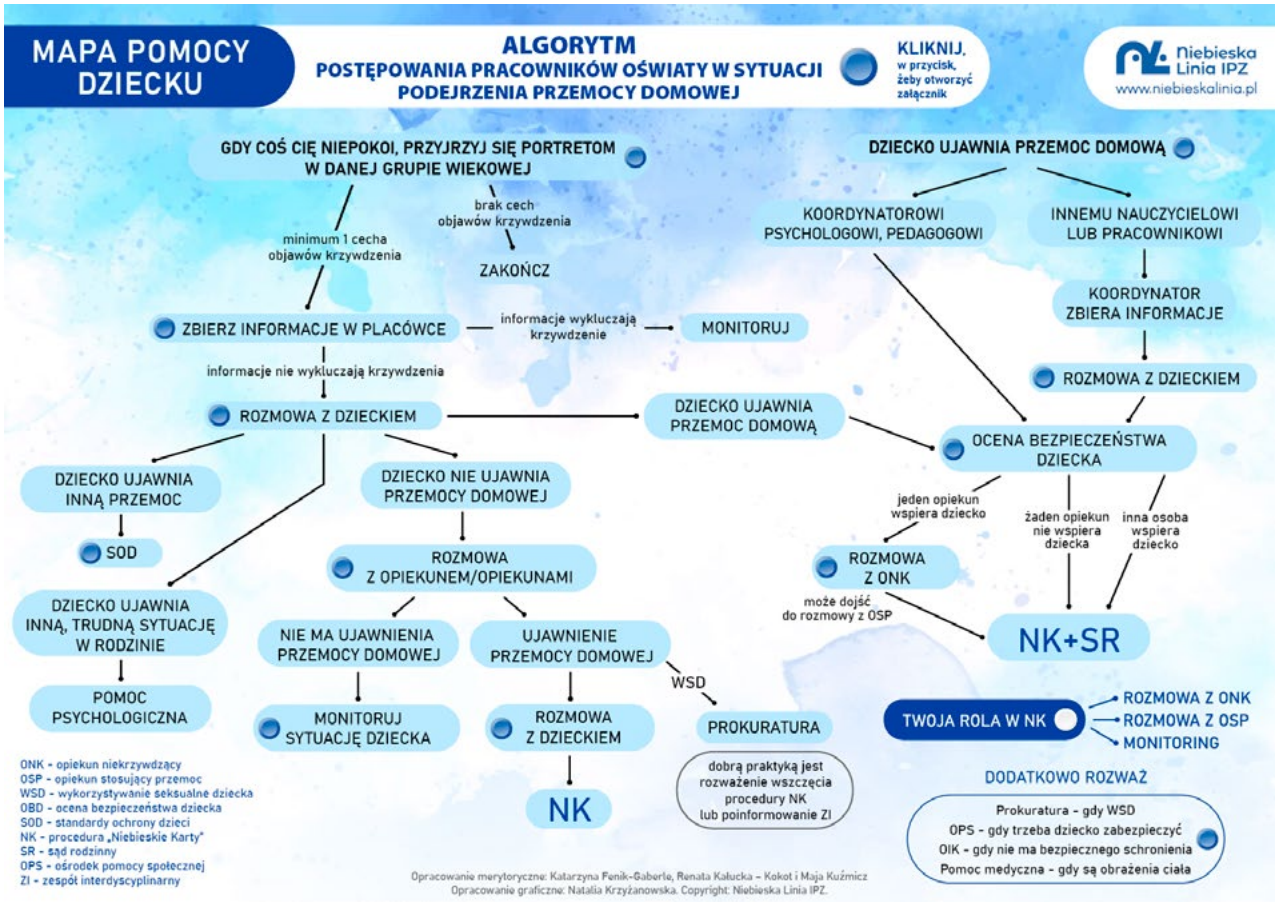
1. „Potrafisz pomóc" – co pomaga w pomaganiu? (lista ważnych aspektów pomocnych przy podejmowaniu działań ochronnych względem dzieci).
2. Objawy przemocy – portrety.
3. Jak zbierać informacje w placówce?
4. Rozmowa z dzieckiem, gdy podejrzewasz przemoc domową.
5. Rozmowa z opiekunami/opiekunem w celu sprawdzenia sytuacji dziecka w rodzinie.
6. Udział dziecka w procedurze „Niebieskie Karty".

7. Rozmowa z dzieckiem po ujawnieniu przemocy.
8. Ocena bezpieczeństwa dziecka (OBD).
9. Rozmowa interwencyjna z opiekunem niekrzywdzącym po ujawnieniu przemocy.
10. Twoja rola w procedurze „Niebieskie Karty" – rozmowa z opiekunem niekrzywdzącym, rozmowa z opiekunem stosującym przemoc, monitoring.
11. Monitoring w placówce.
12. Lista działań interwencyjnych.
13. Materiał dla koordynatora SOM – jak przygotować placówkę?
14. Ujawnienie przemocy domowej.

CO DALEJ?

Zdajemy sobie sprawę, że Mapa Pomocy Dziecku nie odpowiada na wszystkie potrzeby pracowników oświaty w zakresie przeciwdziałania przemocy domowej wobec dzieci. Liczymy, że w efekcie współpracy podejmowanej z przedstawicielami tego środowiska, będziemy nadal otrzymywać informacje o tym, czego potrzebują, aby ich praca miała profesjonalny charakter, służyła konkretnym celom oraz przynosiła satysfakcję w podnoszeniu poziomu bezpieczeństwa dzieci w środowisku domowym. ▪

Mapę Pomocy Dziecko stworzono na zlecenie Niebieskiej Linii IPZ. Za opracowanie merytoryczne odpowiadają: Katarzyna Fenik-Gaberle, Renata Kałucka-Kokot, Maja Kuźmicz, natomiast za opracowanie graficzne – Natalia Krzyżanowska.



Mapa ze wszystkimi funkcjonalnościami dostępna jest TUTAJ

KATARZYNA FENIK-GABERLE

– psychoterapeutka, pedagożka, specjalistka i superwizorka ds. przeciwdziałania przemocy w rodzinie/domowej Instytutu Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa.

RENATA KAŁUCKA-KOKOT

– psycholożka, psychoterapeutka, specjalistka i superwizorka ds. przeciwdziałania przemocy w rodzinie/domowej Instytutu Psychologii Zdrowia PTP , Warszawa.

BODY SHAMING – zawstydzanie ciała jako forma przemocy psychicznej

Wielu rodziców pozwala sobie na krytyczne uwagi wobec wyglądu dziecka czy pozornie niewinne żarty. „Jesteś za gruba", „Brzuszek masz jak Kubuś Puchatek" – obie uwagi mogą ranić równie mocno. Takie zachowania to forma przemocy psychicznej wobec dziecka, zaburzająca więź rodzicielską, osłabiająca poczucie bezpieczeństwa. Body shaming (zawstydzanie ciała), jak każda przemoc, obniża poczucie wartości i zwiększa ryzyko, że dziecko nie będzie umiało się bronić np. przed podobnymi zachowaniami rówieśników.

AGATA SIEROTA

CZYM JEST BODY SHAMING?

Body shaming to ocenianie ciała, powodujące uczucie zawstydzenia, dyskomfortu. Zjawisko występuje w różnych formach, także mających wyraźne znamiona przemocy psychicznej[1]. Najczęściej body shaming określa się jako działania/wypowiedzi o charakterze krytycznym, ośmieszające, poniżające drugą osobę ze względu na jej wygląd[2]. Mogą to być słowa kierowane bezpośrednio, ale też aluzje czy komentarze pod

1 M. Bury-Motyl (2020). *Kaya Szulczewska o bodyshamingu.* https://zycie.hellozdrowie.pl/kaya-szulczewska-o-bodyshamingu-to-rodzaj-przemocy-psychicznej-i-ma-negatywny-wplyw-na-zdrowie-i-zycie-ludzi-jak-z-nim-walczyc/ (dostęp: 20.03.2025).

2 J. Kobyra (2022). *Body shaming – czym jest i jak mu zapobiegać.* https://earlystage.pl/blog/body-shaming--czym-jest-i-jak-mu-zapobiegac/ (dostęp: 18.03.2025).

zdjęciami w mediach społecznościowych, np.: „Ale grube nogi", „Twój nos przesłania resztę zdjęcia" itp. Wypowiedzi zawstydzające i oceniające wygląd mogą być kierowane przez znajomych, rówieśników, osoby obce, a niestety także przez bliskie otoczenie: rodzinę i wychowawców. Często osoby dorosłe – rodzice, opiekunowie – oceniają wygląd dzieci, ponieważ chcą mieć wpływ na to, w jaki sposób ubiera się, jak wygląda ich syn czy córka. Szczególnie, gdy dzieci wchodzą w okres nastoletni, mogą mieć odmienny pogląd na to, w jaki sposób chcą zaznaczyć swoją indywidualność wśród rówieśników. Nowa fryzura, makijaż czy dieta, która ma na celu zachowanie szczupłej sylwetki, mogą stać się przyczyną komentarzy ze strony dorosłych. Opiekunowie, mówiąc np. „Jesteś chudy jak patyk" czy „Brzydko ci w tej fryzurze", chcą zwrócić uwagę i zmotywować młodą osobę do dobrych (w ich ocenie) zmian. Jednak działania te, jeśli są powtarzane i dodatkowo występują w niedelikatnej czy ośmieszającej formie, są przekraczaniem granic młodego człowieka – i jest to forma przemocy psychicznej, której nastolatek czy nastolatka doświadcza w domu, ze strony najbliższych.

Co ważne, rodzice, rodzeństwo lub dalsza rodzina nie zawsze celowo wypowiadają się na temat wyglądu w sposób, który ma zranić. Czasem po prostu brakuje im empatii i refleksji, że jedna uwaga skierowana do dorastającej, wrażliwej osoby może spowodować zawstydzenie oraz wpłynąć na obniżenie jej samooceny[3]. Bywa, niestety, że rodzice czy inni dorośli „żartobliwie" nękają młodego człowieka przy każdym spotkaniu, powtarzając np. do wysokiej nastolatki: „Jesteś naszą żyrafką". Tymczasem dziecko od najmłodszych lat two-

3 S. Zalewska (2023). *Porozmawiajmy o samoocenie.* Fundacja Dorastaj z nami. Warszawa.

rzy obraz swojego ciała przede wszystkim na podstawie reakcji i zachowań rodziców/opiekunów.

Krytyczne uwagi dotyczące wyglądu, zmieniającego się ciała, sposobu poruszania, a także dotyk, który wywołuje zawstydzenie czy wręcz cierpienie, dziecko może zinternalizować i zacząć myśleć o sobie: „Jestem niezdarą", „Jestem gruba" itp.[4]. To o tyle istotne, że sposób, w jaki młody człowiek będzie radził sobie w przyszłości z oceną innych na temat wyglądu, w dużej mierze zależy od wzorców, które przekazywali mu rodzice, w tym także tego, czy nauczyli go podchodzić do siebie z szacunkiem, włączając w to szacunek do swojego ciała. Co więcej, wykazano, że negatywne doświadczenia w tym obszarze, które pojawiają się w dzieciństwie i okresie dorastania, mogą zwiększać ryzyko wystąpienia stanów depresyjnych czy nawet myśli samobójczych[5].

JAK NASTOLATKI POSTRZEGAJĄ SWOJE CIAŁO?

Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę w 2021 roku opublikowała raport dotyczący postrzegania swojego ciała przez nastolatki w wieku 13-17 lat oraz doświadczania przez nich hejtu związanego z wyglądem. Wyniki badania m.in. pokazały, że ok. 1/3 dziewcząt i 1/5 chłopców czuje presję, żeby poprawić swój wygląd, a 1/5 badanych uważa, że nie ma szans na popularność ze względu na brak atrakcyjności. Młodzi ludzie starają się o jak najlepszą stylizację na zdjęciach i technicznie

4 https://rodzice.fdds.pl/wiedza/jak-wesprzec-nastolatki-w-akceptacji-wlasnego-ciala/ (dostęp: 20.03.2025).

5 M. Iwanek (2021). *Czy body shaming to przemoc? Jaki ma wpływ na dzieci?* https://yourkaya.pl/blogs/you-know/czy-body-shaming-to-przemoc-jaki-jest-jego-wplyw-na-dzieci (dostęp: 17.03.2025).

poprawiają swój wygląd. Stresują się też, jak zostaną ocenieni. Wyniki badania ponadto wskazują, że 30% nastolatków spotkało się z hejtem dotyczącym swojego wyglądu, 18% wstydzi się tego, jak wygląda, a 9% twierdzi, że nienawidzi swojego ciała[6].

Badania NASK „Nastolatki 3.0" (2023) wykazały, że prawie 40% młodych ludzi doświadcza wyzwisk w sieci (wzrost o 10% w porównaniu z rokiem 2021), a w połowie przypadków powodem przemocy online jest wygląd fizyczny.

Co jednak istotne, body shaming dotyczy także osób dorosłych. Mental Health Foundation, organizacja promująca zdrowie psychiczne, przeprowadziła badania, których wyniki wskazują, że 20% ankietowanych w ciągu ostatniego roku czuło się zawstydzonych z powodu swojego wyglądu.

ZARYS PROBLEMU

Body shaming ze strony rodziców występuje często wraz z innymi formami przemocy wobec dziecka. Szarpanie za włosy, popychanie, używanie oceniających i raniących określeń sprawiają, że w świat rówieśników wchodzi niepewne i zagubione. Niektórzy rodzice ulegają presji bycia pięknym i zamiast uczyć dzieci akceptacji ciała, starają się wywrzeć na nie nacisk, np. zmuszając swoimi krytycznymi uwagami, by schudło i wyglądało jak najlepiej. To także jest przemoc.

6 https://fdds.pl/o-fundacji/co-nowego-w-fundacji/nastolatki-pod-presja-wygladu-fundacja-dajemy-dzieciom-sile-publikuje-najnowsze-badania-i-rusza-z-kampania-w-duchu-cialoneutralnosci-pn-cialo-nie-okresla.html (dostęp: 17.03.2025).

Problemem jest też to, że dzieci mają tendencję do patrzenia na świat zerojedynkowo. Wszelkie odmienności są natychmiast dostrzegane i najczęściej wyśmiewane w grupie rówieśników, np. dzieci z wagą powyżej czy poniżej normy, noszące okulary lub aparat ortodontyczny. W obecnym świecie nie potrzeba cechy, którą realnie można uznać za jakąkolwiek niedoskonałość czy odmienność. Hejterzy zawsze znajdą szczegół, który można ośmieszyć, np. „Pomimo pieprzyka na policzku, do Marlin Monroe jeszcze ci daleko".

Co więcej, problem dążenia do ideału i często anonimową krytykę wyglądu nasiliło intensywne funkcjonowanie dzieci i nastolatków w wirtualnym świecie. W mediach społecznościowych pojawiają się nie tylko zdjęcia celebrytów, ale także rówieśników (wystylizowane i poprawiane technicznie), pozornie udowadniając nastolatkom, że można osiągnąć ideał piękna. Jednak to, w jakim stopniu nastolatek poddaje się presji bycia idealnym i jak reaguje na ośmieszające czy poniżające komentarze innych, a także to, czy sam staje się hejterem, w dużej mierze zależy od wychowania i wartości, jakie przekazują swoim dzieciom opiekunowie.

WYCHOWANIE A HEJT DOTYCZĄCY WYGLĄDU

To w rodzinie – gdy rodzice adekwatnie reagują na potrzeby, traktują z czułością i nie nadużywają bliskości – dzieci uczą się, że ich ciała są ważne. Brakiem szacunku do ciała dziecka może być np. z pozoru niekrzywdzące wywieranie presji na to, by przywitało się z nielubianą ciocią czy wujkiem: „No daj cioci buzi". By to zrobić, młody człowiek musi pozwolić innym na przekroczenie swoich granic.

Co więcej, rodzice powinni pomagać dziecku w budowaniu pozytywnego obrazu ciała, niezależnie od przyjętych kanonów mody i piękna. Gdy od najmłodszych lat słyszy krytyczne, ośmieszające, poniżające opinie dorosłych na temat swojego wyglądu czy tego, jak prezentują się inni, jest większe ryzyko, że nie tylko będzie wstydzić się swojego ciała, ale też atakować w tym obszarze pozostałe osoby[7]. Warto się zatem zastanowić, co i w jaki sposób mówimy do dziecka o jego ciele oraz w jaki sposób reagujemy na jego problemy związane generalnie z cielesnością i wyglądem. Wielu dorosłych nie zdaje sobie sprawy, że stosuje (pozornie w dobrej wierze) wobec swoich pociech nic innego jak opisywany tu body shaming.

KIEDY UWAGI DOROSŁYCH STAJĄ SIĘ PRZEMOCĄ?

Nie bez znaczenia jest to, jak często i w jakiej formie rodzice przekazują swoje uwagi oraz czego one dotyczą. Inaczej brzmi: „Może chcesz, żebyśmy wykupili ci karnet na siłownię?" niż: „Powinnaś schudnąć". Trzeba pamiętać, że nie tylko wypowiedzi dotyczące ciała, ale także sposobu ubierania, który jest manifestacją tego, jak traktujemy swoje ciało, mogą być raniące. Uwagi mają jednak inny wydźwięk, gdy dotyczą elementów wyglądu, które obiektywnie można zmienić, np. ubranie, fryzurę czy makijaż, a inny, gdy dotyczą cech wrodzonych, np. kształtu nosa lub nóg: „Po co obcinasz grzywkę, przynajmniej trochę zakrywa ci nos" czy: „Taka krótka spódnica przy twoich nogach?". Do tego wypowiedzi oceniające nieraz są wzmacniane negatywnymi gestami i mimiką twarzy.

7 R. Kałucka (2018). Zrozumieć dzieci, które krzywdzą innych. *Niebieska Linia*, nr 6.

Czy takie zachowania i uwagi naprawdę nie są wypowiadane intencjonalnie? Czy nie krzywdzą, nie powodują cierpienia emocjonalnego? Czy nie są przekraczaniem granic? Czy takie sytuacje nie noszą znamion przemocy w środowisku domowym?

Rodzic, niezależnie od postawy nastolatka, zawsze będzie dla niego silną i ważną „instytucją" wpływającą na samoocenę. Nastolatkowi, który nawet jeśli odpowie na krytyczne uwagi względem siebie i swojego ciała, tak naprawdę trudno jest obronić się emocjonalnie przed nieakceptacją wyglądu przez matkę czy ojca. Poczucie bycia niewystarczającym może prowadzić m.in. do kompulsywnych starań, by sprostać kreowanym społecznie ideałom piękna. Jako dorośli musimy więc uczyć się ciałopozytywności i rozmawiać o niej z dziećmi.

CIAŁOPOZYTYWNOŚĆ

Rozmowom z nastolatkami na temat akceptacji ciała i hejtu związanego z wyglądem sprzyjają podejmowane obecnie działania społeczne. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę przygotowała w 2021 roku kampanię społeczną „Ciało nie określa", realizowaną pod hasłem „Moja wartość nie zależy od tego, jak wyglądam". Celem kampanii jest promowanie, głównie wśród nastolatków, neutralnej perspektywy wobec ciała, która koncentruje się na idei, że samoocena i szczęście nie są zależne od tego, co prezentujemy na zewnątrz.

Wartą poznania inicjatywą jest też powstała w 2024 roku pierwsza taka edukacyjna i darmowa przestrzeń w social mediach – Cześć Ciało, która skierowana jest przede wszystkim do dzieci i młodzieży. W ciekawy i atrakcyjny dla młodych ludzi sposób mówi głównie o róż-

nych aspektach dojrzewania – fizycznych oraz psychicznych – pomagając choć odrobinę ułatwić ten etap. Oferuje także materiały dla rodziców, w tym m.in. te dotyczące body shamingu, związanych z tym zaburzeń odżywiania i innych problemów emocjonalnych.

DZIAŁANIA RODZICÓW I WYCHOWAWCÓW

Włączanie się w nurt ciałopozytywności to pomoc w problemie nieakceptacji ciała, a także profilaktyka przemocy związanej z wyglądem, która ma miejsce online, jak i bezpośrednio. Co mogą zrobić rodzice czy wychowawcy, by pomóc powstrzymać narastający body shaming i hejt?

ZWIĘKSZANIE ŚWIADOMOŚCI

- Uczmy się wypowiadać na temat wyglądu dziecka, innych osób i swojego bez oceniania czy porównywania[8]. Nie pozwalajmy sobie na żarty z czyjegoś wyglądu, ośmieszanie go i poniżanie. Reagujmy, gdy ktoś tak robi w naszej obecności.
- Trzeba poruszać z dzieckiem/wychowankami temat body shamingu, zachęcać do rozmowy, wypowiadania własnego zdania o akceptacji i nieakceptacji swojego ciała oraz wyglądu innych osób.
- Warto tłumaczyć, że porównywanie się z innymi nie ma sensu. Każdy z nas ma unikalne ciało, a porównywanie frustruje i prowadzi do poczucia niższości. Nie uczmy też dziecka tzw. porównywania

8 M. Jasińska (2024). *Ciałoakceptacja i dorastanie.* https://portal.librus.pl/rodzina/artykuly/cialoakceptacja-i-dorastanie (dostęp: 16.03.2025).

w dół, np. pocieszając w następujący sposób: „Wcale nie ważysz najwięcej, zobacz – Ola jest grubsza od ciebie".

- Uświadamiajmy młodym ludziom, że wizerunki ciał prezentowanych w mediach często nie są do końca prawdziwe. Są poprawiane technicznie i stylizowane, a za uśmiechem prezentujących je osób nierzadko kryje się niepewność i depresja.
- Unikajmy w rozmowach częstego podkreślania znaczenia urody. Skuteczne może być też ograniczenie komplementów wobec wyglądu, ponieważ gdy w przestrzeni, w której funkcjonujemy, dużo się o nim mówi, nasze samopoczucie zaczyna być zależne właśnie od jego oceny. Uczmy dziecko komplementowania w inny sposób, np. zamiast słów: „Jesteś piękna", możemy zauważyć: „Lubię z tobą rozmawiać" czy „Inspirujesz mnie do działania". Pamiętajmy też, że komplementy mogą wzmocnić presję wobec wyglądu, a te, które mają sprawić przyjemność i podnieść samoocenę, często nie działają.

REAKCJE NA BODY SHAMING

- Pamiętajmy, że doświadczenie hejtu często jest przed rodzicami ukrywane, a tak naprawdę może dotknąć każdego nastolatka: od tych szczególnie dbających o swoją urodę, po osoby z pozoru zupełnie tym niezainteresowane.
- Nie można bagatelizować problemu hejtu ze strony rówieśników, mówiąc np. „Nie przejmuj się. Krytykują cię, bo zazdroszczą ci dobrych ocen".
- Trzeba uczyć młodych ludzi, jak reagować na hejt rówieśników. Co więcej, jeśli słyszą niekomfortowe, zawstydzające uwagi od

dorosłych, także mają prawo i powinny stawiać granice: „Proszę tak do mnie nie mówić".

- Uwrażliwiajmy dzieci, by reagowały na stosowany wobec innych body shaming, zaznaczając, że nie podoba im się takie traktowanie[9].

NIEPOKOJĄCE SYMPTOMY

Trzeba umieć rozpoznać u dziecka niepokojące objawy. W przypadku doświadczania hejtu, może być to np. przygnębienie, zmiana sposobu ubierania czy ograniczenie kontaktów towarzyskich. Warto też zwrócić uwagę na częste, negatywne wypowiedzi na temat wyglądu innych osób i poświęcanie zbyt dużej ilości czasu na dbanie o wizerunek, zwłaszcza jeśli dzieje się to np. kosztem nauki czy innych zajęć[10].

Należy mieć również świadomość tego, że nadmierna koncentracja na wyglądzie może być zaburzeniem, które wymaga terapii. Jeśli dziecko ma w naszym odczuciu poważny problem w zakresie obrazu ciała, warto skonsultować się ze specjalistą, by zasugerował, jak pomóc młodemu człowiekowi.

ZAKOŃCZENIE

Przemoc domowa wobec ciała dziecka to szereg zachowań, prowadzących do obniżenia jego poczucia wartości. Krytyczne uwagi, agresywne traktowanie ciała dziecka to jedno. Trzeba bowiem pamiętać,

9 https://hedepy.pl/o-zdrowiu-psychicznym/nie-godzmy-sie-na-body-shaming-jak-reagowac-gdy-ktos-krytykuje-nasze-cialo

10 A. Sierota (2025). Nienawidzę swojego ciała. *Remedium*, 3.

że silnie negatywnie może oddziaływać też zaniedbywanie jego higieny czy niezapewnienie dopasowanego do pogody ubioru. Zwiększa to ryzyko wyśmiewania przez rówieśników, zwłaszcz gdy ubrania dziecka są przepocone, zabrudzone, a stan jego włosów czy zębów świadczy o braku higieny.

Jako rodzice, wychowawcy, pedagodzy musimy reagować na przemoc wobec ciała dziecka, a także zwrócić uwagę na nasz własny stosunek do cielesności i sposobu, w jaki o niej mówimy. Powinniśmy mądrze wspierać budowanie pozytywnego obrazu ciała u dzieci, a także uczyć ich reagowania na przekraczające granice, zawstydzające i raniące komentarze. Zwracajmy uwagę na osoby, które doświadczają tej formy przemocy, a także na te, które jej dokonują (niezależnie, czy są rówieśnikami dziecka, czy bliskimi mu dorosłymi). Włączmy się w ruch ciałopozytywności, by powoli, systematycznie wprowadzać zmiany w naszym postrzeganiu ciała oraz uchronić dzieci i młodzież przed poważnymi problemami, które mogą się z tym wiązać, jak np. depresja czy zaburzenia odżywiania[11]. ■

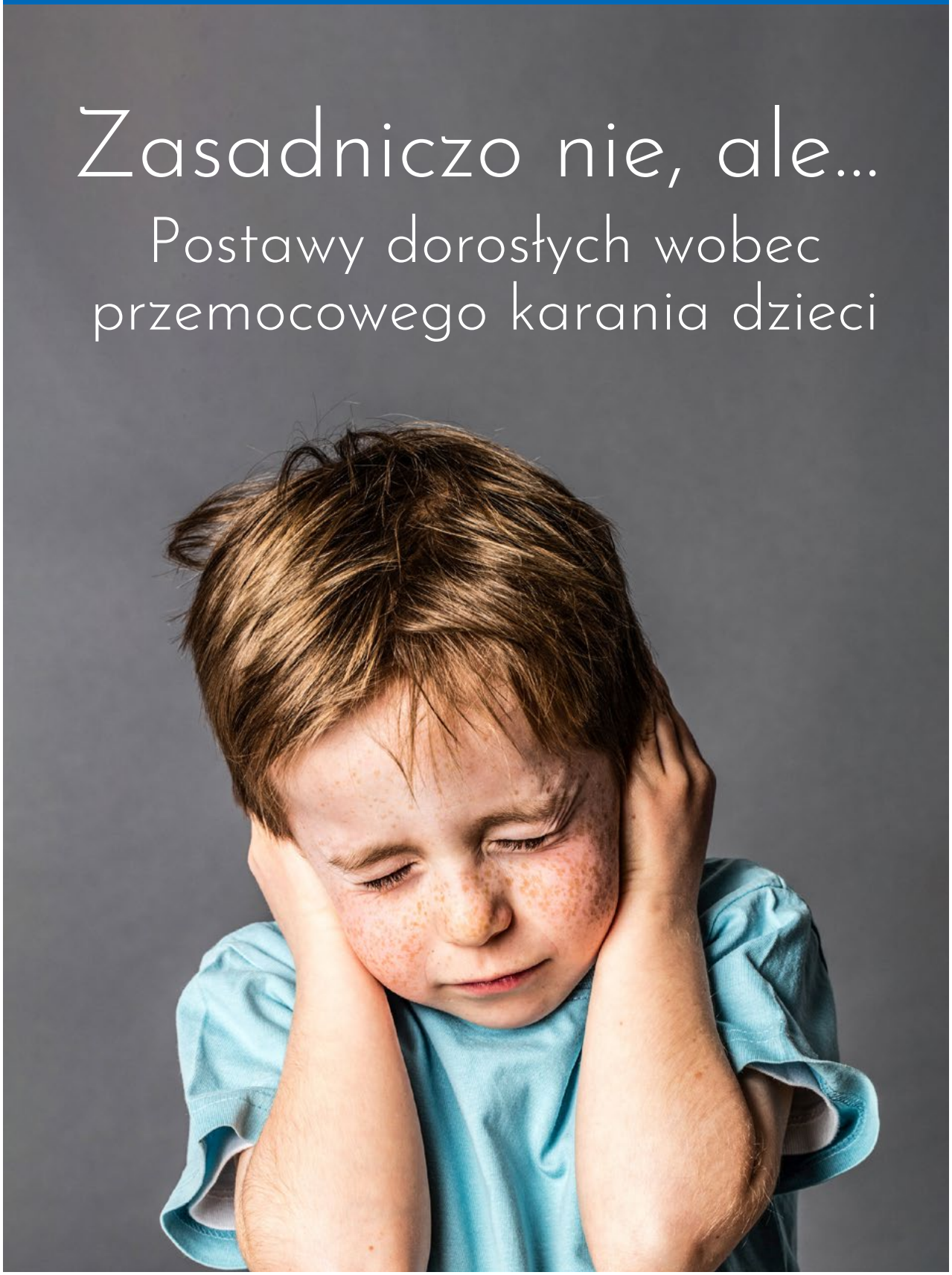
11 https://e-dtp.pl/body-shaming/ (dostęp: 18.03.2025).

AGATA SIEROTA

– psycholożka społeczna i kliniczna, autorka wielu artykułów dotyczących obszaru uzależnień i psychologii, Lublin.

Zasadniczo nie, ale...

Postawy dorosłych wobec przemocowego karania dzieci



Przemiany społeczne następują powoli, zwłaszcza jeśli chodzi o poglądy na temat wychowywania dzieci i traktowania ich jako „własność" rodziców. Granica pomiędzy „wychowywaniem" a stosowaniem przemocy wobec dzieci jest bardzo cienka. Nadal potrzeba wielu działań edukacyjnych i profilaktycznych zorientowanych na wzmacnianie czynników chroniących przed przemocą domową.

KATARZYNA KULESZA

CZY JEST O CO KRUSZYĆ KOPIE?

Jeśli chodzi o przemoc, jakiej dzieci doświadczają ze strony bliskich dorosłych, w tym kar fizycznych, warto się przyjrzeć rzeczywistości przez pryzmat badań. Badanie Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę z 2023 roku na grupie nastolatków w wieku 11-17 lat (N=2026) ujawniło, że 32 proc. badanych doświadczyło przemocy ze strony bliskich dorosłych w ciągu całego życia, a w ciągu ostatniego roku poprzedzającego badanie – 20 proc. Przemocy psychicznej (wyzywania, obrażania) doznał więcej niż co piąty nastolatek (22 proc.). Przemocy fizycznej (bicia, kopania, kar fizycznych co najmniej kilka razy w roku lub częściej) doświadczył prawie co czwarty nastolatek (24 proc.). Chłopcy częściej doznawali przemocy fizycznej, a dziewczyny psychicznej (Makaruk i in., 2023).

Liczne badania naukowe dowodzą, że kary fizyczne i psychiczne, które mają działać „wychowawczo", nie działają w ten sposób. Przejawem przemocy fizycznej jest nie tylko bicie, np. lanie, bicie pasem, ale też klapsy, które niestety nadal dla części społeczeństwa są akceptowane. Metaanaliza badań Gershoff i Grogan-Kaylor (2016, za: *Dzieci się liczą 2017*, 2018) jasno pokazała, że klapsy mają negatywny wpływ na późniejsze funkcjonowanie dzieci. Dokonano przeglądu badań, w których wzięło udział łącznie ponad 160 tys. dzieci i wykazano związek stosowania klapsów przez opiekunów z podwyższonym ryzykiem wystąpienia aż 13 z 17 badanych negatywnych konsekwencji. Jakich? A mianowicie – agresji, zachowań antyspołecznych, niskiej internalizacji moralnej, zaburzeń relacji rodzica z dzieckiem, problemów ze zdrowiem psychicznym, zaburzeń poznawczych i niskiej samooceny. To są konsekwencje, które zaobserwowano jeszcze w dzieciństwie. I co ważne, i warte podkreślenia – nie znaleziono żadnych dowodów na pozytywny aspekt wychowawczy klapsów.

ZMIANA MYŚLENIA?

Monitoring postaw społecznych dotyczących aprobaty kar fizycznych w wychowaniu dzieci pokazuje, że w ciągu ostatnich kilkunastu lat w obszarze postaw społecznych daje się zauważyć pozytywny trend dotyczący dyscyplinowania dzieci – maleje liczba zwolenników kar fizycznych. Widać to w badaniach Rzecznika Praw Dziecka, a także w monitorowaniu zjawiska przez Fundację Dajemy Dzieciom Siłę. Oczywiście wszystkich wyników badań nie da się porównać ze sobą, ponieważ były prowadzone odmiennymi metodami i na różnych gru-

pach, jednak możliwe jest zaobserwowanie ogólnych trendów w obszarze postaw społecznych wobec kar fizycznych w wychowaniu.

Badanie CBOS przeprowadzone w 2008 roku na próbie 1107 dorosłych mieszkańców Polski (monitoring RPD), pokazało, że „lanie" stosowało w wychowaniu 41 proc. rodziców/opiekunów (za: Jarosz, 2014). Natomiast badanie z 2018 roku (Kantar TNS na próbie 1042 osób pow. 15. roku życia) pokazało, że stosowanie kar cielesnych (bicie dzieci) w wychowaniu stosuje 19 proc. badanych. Widać zmiany na lepsze.

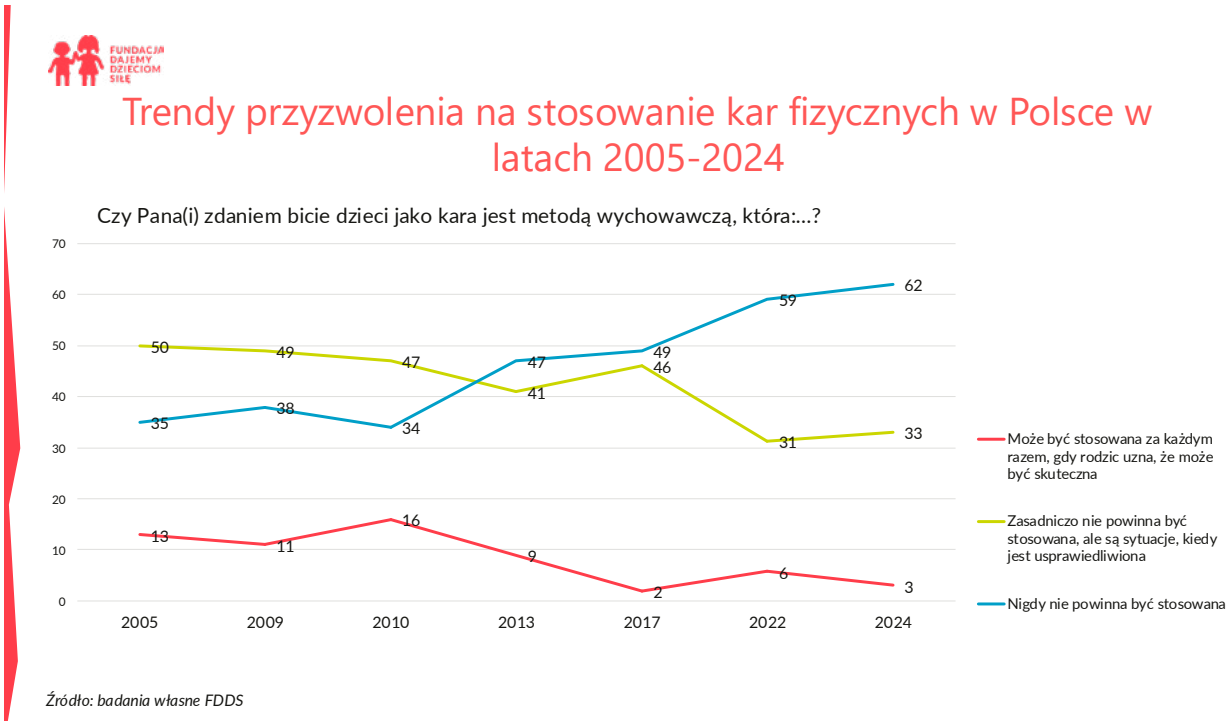
POSTRZEGANIE KAR FIZYCZNYCH JAKO ŚRODKA WYCHOWAWCZEGO

W sierpniu 2024 roku Ipsos na zlecenie FDDS przeprowadził na reprezentatywnej grupie Polek i Polaków (N=1000) badanie dotyczące postaw społecznych wobec aprobaty stosowania kar w wychowaniu dzieci (*Barometr postaw*, 2024).

Dzięki sukcesywnie powtarzanym badaniom przez Fundację, można zaobserwować, że od 2005 do 2024 roku o 10 punktów procentowych zmalał odsetek osób, które uważają, że stosowanie kar fizycznych (w tym lania) jest zasadne za każdym razem, kiedy rodzic uzna, że to może być skutecznym środkiem wychowawczym. Natomiast o 17 punktów procentowych zmalał odsetek osób przyzwalających na stosowanie kar fizycznych wobec dzieci, czyli takich, które zasadniczo nie aprobują bicia dzieci, ale uważają, że są sytuacje, kiedy taka kara jest uzasadniona. Ponadto wzrósł odsetek przeciwników stosowania kar fizycznych wobec dzieci o 27 punktów procentowych – co napawa optymizmem.

Większość społeczeństwa deklaruje, że kary fizyczne mają negatywny wpływ na zachowanie dziecka (55 proc.), na jego stan psychiczny (83 proc.) i relacje między rodzicem a dzieckiem (78 proc.). Jednak blisko jedna piąta (18 proc.) uważa, że efektem stosowania kar fizycznych wobec dziecka jest poprawa jego zachowania.

Wykres 1. Trendy przyzwolenia na stosowanie kar fizycznych



Źródło: Barometr postaw wobec krzywdzenia dzieci 2024, Ipsos, FDDS.

Gdy popatrzymy na grupę przeciwników i zwolenników stosowania kar fizycznych pod względem społeczno-demograficznym, to okazuje się, że z opinią „bicie dzieci jako metoda wychowawcza nigdy nie powinna być stosowana" zgadzają się częściej kobiety niż mężczyźni, osoby młode w wieku 18-29 lat niż osoby powyżej 29 r.ż., osoby miesz-

kające w miastach powyżej 500 tys. mieszkańców oraz osoby z wyższym wykształceniem, także osoby, które mają dzieci niepełnoletnie niż te, których dzieci są już dorosłe.

Właśnie osoby młodsze (18-29 lat), kobiety i osoby z wyższym wykształceniem częściej zgadzają się z opinią, że kary fizyczne w wychowaniu dziecka pogarszają relacje pomiędzy rodzicem a dzieckiem, negatywnie wpływają na jego zachowanie i stan psychiczny.

Edukacja społeczeństwa dotycząca konsekwencji stosowania przemocy wobec dzieci, wprowadzony w 2010 roku zakaz prawny bicia dzieci oraz kampanie społeczne z obszaru profilaktyki przemocy mają pozytywny wpływ na zmianę postrzegania stosowania kar fizycznych (w tym lania, klapsów) w procesie wychowywania dzieci. Potwierdza to także fakt, że **wzrósł odsetek osób, które mają świadomość, że w Polsce obowiązuje prawny zakaz bicia dzieci, w tym stosowania klapsów – w 2024 roku do 68 proc. (w 2022 roku taką wiedzę deklarowało 57 proc. badanych).** Wśród tych osób, które wiedzą o obowiązującym prawnie zakazie, stosowanie kar fizycznych aprobuje 29 proc. Natomiast w grupie osób, które nie mają świadomości funkcjonujących przepisów prawa, zakazujących stosowania kar fizycznych aż 58 proc. zadeklarowało, że bicie dzieci w celach wychowawczych może być stosowane zawsze lub usprawiedliwia takie metody w pewnych okolicznościach.

REAKCJE ŚWIADKÓW

W badaniu *Barometr postaw wobec krzywdzenia dzieci w Polsce 2024* (2024) zapytano także o reagowanie w sytuacjach, gdy respondenci

byli świadkami dyscyplinowania dziecka. Spośród osób, które dostrzegały takie sytuacje, 38 proc. zwróciło uwagę osobie dyscyplinującej dziecko, a 5 proc. świadków zgłosiło fakt krzywdzenia dziecka przez osobę dorosłą odpowiednim służbom (np. zadzwoniło na policję czy do OPS-u). Jednak aż 28 proc. osób badanych, które były świadkami zastosowania kary fizycznej wobec dziecka, w żaden sposób nie zareagowało. Dlaczego? Najczęściej brak reakcji był tłumaczony poglądem, że o sposobie wychowania dziecka decydują rodzice (39 proc.) oraz obawą przed negatywną reakcją osoby, która karze dziecko (19 proc.). W mniejszym stopniu świadkowie krzywdzenia małoletniego nie zareagowali w obawie, że swoją reakcją pogorszą jego sytuację (14 proc.). Ponadto część osób nie wiedziała jak zareagować lub ma przekonanie, że nie warto reagować, ponieważ nic to nie zmieni w zachowaniu rodzica/opiekuna.

POSTRZEGANIE PRZEMOCY PSYCHICZNEJ WOBEC DZIECI JAKO ŚRODKA WYCHOWAWCZEGO

W opiniach respondentów badania widać, że krzyk (forma przemocy psychicznej) jako środek dyscyplinujący dziecko jest częściej aprobowany w porównaniu z karaniem fizycznym. **Jedna czwarta (24 proc.) polskiego społeczeństwa uważa, że krzyczenie na dziecko prowadzi do poprawy jego zachowania.** Tylko jedna trzecia (36 proc.) uważa, że krzyczenie na dziecko powoduje pogorszenie jego zachowania. Natomiast większość społeczeństwa dostrzega negatywny wpływ krzyku na stan psychiczny dziecka (72 proc.) i relacje między rodzicem a dzieckiem (62 proc.).

Tak jak w przypadku przemocy fizycznej wobec dziecka, częściej kobiety niż mężczyźni zgadzają się z opiniami, że przemoc psychiczna (krzyczenie) ma negatywny wpływ na zachowanie, stan psychiczny dziecka i relacje między nim a rodzicem. Jeśli chodzi o korelacje pomiędzy wiekiem osób badanych a negatywnym postrzeganiem krzyku jako metody wychowawczej, to osoby wieku 50 lat i więcej częściej zgadzają się z opinią, że krzyczenie negatywnie wpływa na zachowanie dziecka, natomiast osoby młode (18-29 lat) częściej deklarują, że taka forma przemocy pogarsza relacje między rodzicem a dzieckiem.

REAKCJE ŚWIADKÓW

Jeśli chodzi o reakcje świadków krzyczenia na dziecko, to 24 proc. osób zwróciło uwagę osobie dyscyplinującej dziecko krzykiem i niemal tyle samo – 25 proc. świadków okazało dezaprobatę niewerbalnie, np. poprzez ganiący wzrok. Niestety, na tę formę przemocy psychicznej nie zareagowało aż 42 proc. respondentów. W porównaniu z obserwowanymi przejawami przemocy fizycznej, krzyczenie na dziecko nie wzbudza tak dużej dezaprobaty.

Najczęściej – podobnie jak w przypadku kar fizycznych – brak reakcji na krzyk był podyktowany przekonaniem, że o sposobie wychowania dziecka decydują rodzice (37 proc.). 17 proc. respondentów przyznało, że nie wiedzieli jak się zachować, tyle samo odpowiadało, że nie lubi się wtrącać. Natomiast 13 proc. nie zareagowało w obawie przed negatywną reakcją osoby, która krzyczy na dziecko, a 11 proc. obawiało się pogorszenia sytuacji małoletniego (*Barometr postaw…,* 2024).

CZY I JAK REAGOWAĆ NA PRZEMOCOWE ZACHOWANIA WOBEC DZIECI?

Na pytanie „czy?" odpowiedź jest prosta: tak! Natomiast nie zawsze wiemy, jak to zrobić, zwłaszcza gdy obawiamy się, że pogorszymy sytuację dziecka lub gdy widzimy, że dorosły opiekun jest w emocjach. Z pomocą mogą przyjść kampanie społeczne Rzecznika Praw Dziecka czy Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę przygotowane z myślą o osobach, które mogą stać się potencjalnymi świadkami przemocy wobec dzieci.

Na przykład na stronie internetowej kampanii FDDS pn. *Nieobojętni. Reaguj na przemoc* dostępne są materiały edukacyjne, także w formie krótkich filmów, by każdy mógł zobaczyć, jakie ma możliwości zareagowania w różnych sytuacjach i środowiskach[1]. Dodatkowo można tam znaleźć wskazówki, co zrobić w przypadku zaobserwowania różnych rodzajów i form przemocy wobec dzieci.

Nie obawiajmy się zareagować w sytuacji, kiedy jesteśmy świadkami krzywdzenia dziecka. Może będziemy jedyną dorosłą osobą, która uświadomi rodzicowi/opiekunowi, że bicie lub/i krzyczenie na dziecko to przemoc.

Zawsze też, kiedy mamy wątpliwości, czy powinniśmy się wtrącać, bo to „nie nasza sprawa i nie nasze dzieci", a poza tym – czy mamy prawo… możemy odwołać się do zapisów prawa właśnie. Zgodnie z art. 96 [1] Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego: „Osobom wykonującym władzę rodzicielską oraz sprawującym opiekę lub pieczę nad małoletnim zakazuje się stosowania kar cielesnych".

1 Strona internetowa kampanii społecznej FDDS: https://fdds.pl/co-robimy/kampanie/reaguj.html

Przykłady sytuacji, kiedy są przekraczane psychiczne i fizyczne granice dziecka jest bardzo dużo, bo codzienne życie generuje ogrom stresu. Poczynając od aspektów związanych ze zdrowiem i funkcjonowaniem dziecka, poprzez sytuację osobistą rodziny, aspekty kulturowe i społeczne – to wszystko ma wpływ na nasze postrzeganie świata i innych ludzi. Oczywiście, że każdy ma prawo być zmęczony, zdenerwowany, czasem ponoszą nas emocje, mamy wrażenie, że nie dajemy sobie rady z dziećmi. To prawda. Jednak granica pomiędzy dyscyplinowaniem a przemocą wobec dziecka jest bardzo cienka. Dodatkowo badania pokazują, że przyzwolenie na tzw. łagodniejsze przejawy przemocy jest pozytywnie skorelowane z liczbą przypadków znęcania się nad dziećmi (Bussmann, Ethal, Shroth, 2009, za: Jarosz, 2014). Zdarza się, że mamy do czynienia z argumentami, które można nazwać „gdybaniem". Na przykład – w zasadzie trudno określić, czy „mocniejsze" przytrzymanie dziecka za rękę jest już przemocą, czy to tylko pokazanie dziecku, że rodzic nie chce, by ono niegrzecznie się zachowywało. I na ile taki uścisk miałby być „mocny", ale nie „za mocny", aby dziecko „zrozumiało". Dla niektórych osób słowa wypowiedziane z naciskiem po raz kolejny do płaczącego dziecka na placu zabaw „przestań ryczeć, było się tak nie zachowywać; jak się nie uspokoisz, to nie ręczę siebie", albo szarpnięcie dziecka w emocjach nie jest przemocą, tylko zdyscyplinowaniem niesfornego malucha. Nic bardziej mylnego.

Każdy z nas może wyobrazić sobie sytuację, że rodzic w chwili wzburzenia nakrzyczy na dziecko i ono usłyszy, że jest głupie, złe, krnąbrne i „co z niego wyrośnie", „i jak się nie poprawi, to pójdzie do domu dziecka" - będzie to przemoc psychiczna. A gdy taka sytuacja zdarza się nie raz na jakiś czas, a kilka razy w tygodniu, to skutki ta-

kich krzywdzących zachowań mogą być bardzo dotkliwe dla dziecka, powodować lęk i znacząco wpływać na obniżenie poczucia wartości. Autorów takich zachowań nie można uznać za surowych wychowawców, tylko za osoby stosujące przemoc domową.

Jeśli będziemy wychodzili z założenia, że dzieci są „naszą własnością", to naprawdę niewiele się zmieni w postrzeganiu karania małoletnich jako skutecznej metody wychowawczej. Reagujmy. Zwracajmy uwagę w sytuacjach, które budzą nasz sprzeciw. Miejmy także refleksję nad własnym zachowaniem – w jaki sposób zwracam się do dziecka? Czy zdarzyło mi się przeprosić dziecko za podniesiony głos czy wybuch złości na koniec trudnego dnia? Czy pokazując dziecku, że siłą można wyegzekwować realizację swoich potrzeb spowoduję, że to będzie ono dobrym, empatycznym dorosłym? ■

BIBLIOGRAFIA

Barometr postaw wobec krzywdzenia dzieci w Polsce 2024. Badanie Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę i Ipsos Polska (2024). Warszawa: FDDS.

Dzieci się liczą 2017. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce (2018). Warszawa: Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę.

Jarosz E. (2014). „Tyłek nie szklanka" – postawy Polaków wobec przemocy nad dziećmi. „Niebieska Linia" nr 1/90/2014.

Makaruk, K., Drabarek, K. (2022). *Postawy wobec kar fizycznych i ich stosowanie. Raport z badań*. Warszawa: Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę.

Makaruk, K., Drabarek, K., Popyk, A., Wójcik, Sz. (2023). *Diagnoza przemocy wobec dzieci w Polsce 2023*. Warszawa: Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę.

KATARZYNA KULESZA

– redaktorka, dziennikarka, redakcja pisma „Niebieska Linia", Warszawa.

PRZEMOC zaczyna się w domu

Kilka przemyśleń o doświadczeniach osób nieletnich z placówek resocjalizacyjnych

Życie rodzinne, które jest niszczone przez epizody fizycznego lub emocjonalnego znęcania, może wywołać u dzieci poczucie odrzucenia i opóźnić normatywny rozwój. Takie osoby są też m.in. bardziej narażone na nadużywanie substancji psychoaktywnych, zachowania przestępcze, tendencje depresyjne i samobójcze. Mają również większe ryzyko kontynuowania cyklu przemocy domowej jako dorośli, stając się osobami ją stosującymi i/lub poszkodowanymi. Bardzo często dotyczy to dzieci i młodzieży, którzy zostali skierowani przez sąd rodzinny do placówki resocjalizacyjnej.

KAROL KONASZEWSKI

Dzieci narażone na przemoc domową muszą wytrzymywać ustawiczne konsekwencje negatywnych działań i zachowań w ramach funkcjonowania swojej rodziny. Destrukcyjne tego efekty są długotrwałe i dotykają nie tylko zdrowia fizycznego, ale i psychicznego. Jedną z grup, w kontekście której szczególnie głośno powinno się mówić o doświadczeniu przemocy i agresji w domu, są wspomniane już dzieci i młodzież skierowane przez sąd rodzinny do placówek resocjalizacyjnych. Z jednej strony są to bowiem osoby, które same stosują przemoc – w końcu podlegają środkom wychowawczym, zastosowanym wobec nich w związku z popełnionymi

czynami karalnymi lub objawami demoralizacji. Z drugiej jednak nie można zapominać, że jednocześnie są też młodymi, dopiero rozpoczynającymi życie ludźmi, którzy w wielu przypadkach sami doświadczali (lub wciąż doświadczają) przemocy domowej, a ich rodziny funkcjonowały w sposób atypowy, co warunkowało ich przyszłe wybory i zachowania.

PRZEMOC DOMOWA POD LUPĄ

Estymacje dotyczące liczby osób doświadczających przemocy w rodzinie zależą od definicji, okoliczności i metod badania (Moffit, Caspi, 1998), ale nawet najniższe liczby pokazują, że jest to powszechny i poważny problem na świecie (nie mówiąc już o niedoszacowaniach w tym obszarze). Osobami stosującymi, jak i doświadczającymi przemocy, mogą być dzieci, rodzice i ich partnerzy oraz starsi członkowie rodziny – te role mogą się też w różnych momentach zmieniać (Browne, Herbert, 1997). Szczególnie jednak przemoc ze strony rodziców stanowi duże ryzyko, ponieważ dzieci, które jej doświadczają, są bardziej narażone na niedostosowanie niż te, które wzrastają w środowisku akceptacji i miłości (Margolin, Gordis, 2000).

Istnieją obszerne badania sugerujące związek pomiędzy doświadczeniami przemocy a późniejszym zaangażowaniem w przestępczość wśród młodzieży (Crooks i in. 2007). Takie doświadczenia rodzinne powodują, że młodzi ludzie wykazuje szereg zachowań, które świadczą o naruszeniu zasad społecznych. W konsekwencji, m.in. czyny karalne czy demoralizacja, prowadzą do umieszczenia młodego człowieka w placówce resocjalizacyjnej.

WPŁYW PRZEMOCY NA OSOBY NIELETNIE Z PLACÓWEK RESOCJALIZACYJNYCH

Niestety, narażenie na przemoc domową może prowadzić do uszkodzeń fizycznych, najczęściej takich jak siniaki, skaleczenia czy złamania, ale zdarzają się też znacznie poważniejsze obrażenia, ze śmiercią włącznie. Dzieci doznające przemocy domowej częściej odczuwają również różne trudne stany emocjonalne, w tym strach i niepokój. Mogą być cały czas czujne, zastanawiając się, kiedy nastąpi kolejne gwałtowne wydarzenie.

Warto też pamiętać, że u młodych osób występują różnice w reakcjach na takie doświadczenia, co zależy m.in. od wieku. Małe dzieci mogą wykazywać zachowania regresywne (symptomy m.in. takie jak: moczenie się w łóżku, ssanie kciuka, częstszy płacz i marudzenie). Mogą mieć również trudności z zasypianiem, utrzymaniem snu lub wykazywać oznaki silnego lęku separacyjnego. Natomiast dzieci w wieku szkolnym mogą nie uczestniczyć w zajęciach (wagarować) lub nie mieć możliwości osiągania dobrych ocen czy sprawiać problemy wychowawcze, jak również częściej wykazywać objawy psychosomatyczne (np. ból głowy, brzucha). Z kolei młodzież w okresie dorastania może podejmować ryzykowne zachowania, takie jak nadużywanie substancji psychoaktywnych czy samookaleczenia. U takich dzieci może rozwinąć się depresja i różnego rodzaju zaburzenia lękowe. Młodzi ludzie mogą stać się wycofani, unikając interakcji społecznych i zajęć pozalekcyjnych. Mogą wykazywać niską samoocenę i trudności ze znalezieniem przyjaciół, jak również wszczynać bójki lub dręczyć innych. Ponadto – w większym stopniu są na-

rażeni na kłopoty z prawem, właśnie z konsekwencją skierowania do placówki resocjalizacyjnej.

Zgadza się, opisywana tu grupa dzieci i młodzieży popełniła czyny karalne oraz przejawia zachowania dysfunkcyjne, które spotykają się z dezaprobatą i uwagą dorosłych. Jeżeli jednak będziemy patrzeć na to przez pryzmat ich doświadczeń wyniesionych z domu, można stwierdzić, że jest to swego rodzaju sprzeczność – ponoszą bowiem konsekwencje nie tylko swoich działań. To przemoc, której doznawali z rąk innych, doprowadziła do poszukiwania jakichkolwiek alternatyw, także tych niezgodnych z normami prawnymi.

Z opowieści młodzieży przebywającej w placówkach resocjalizacyjnych wyłania się negatywny obraz ich rodzin. Część z nich pochodzi z domów, gdzie doświadczyli rozwodu lub separacji rodziców, braku miłości, uwagi czy przynależności. Osoby przebywające w ośrodkach wskazują na brak zaspokojenia potrzeb bliskości i akceptacji. Często jedno lub oboje rodziców są aktywnymi uczestnikami przemocy – znęcającymi się fizycznie i emocjonalnie. Niektórzy używają alkoholu lub innych środków odurzających, co nasila agresję i usuwa zahamowania. Inni wybuchają z powodu własnej nierozwiązanej traumy. Dla tych nieletnich pojęcie „rodziny" jest głęboko zniekształcone. Zasady i granice funkcjonowania psychospołecznego są rozmyte lub w ogóle nie istnieją. W ich świecie autorytet zdobywa się siłą, a nie szacunkiem. Wielu nieletnich trafiających do ośrodków resocjalizacyjnych jest agresywnych, ostrożnych i nieufnych wobec dorosłych, powielając wzorce przetrwania, których nauczyli się w domu. Ich gniew i wrogość mogą być błędnie rozumiane jako bunt, a ich milczenie mylone z apatią. W rzeczywistości

są dziećmi ukształtowanymi przez przemoc, zmagającymi się z ponownym zdefiniowaniem siebie.

Można stwierdzić, że nieletni przebywający w ośrodkach mierzą się z szeregiem negatywnych doświadczeń życiowych, które wpływają na ich zdrowie i dobrostan psychiczny, funkcjonowanie psychospołeczne, rozwój i – niestety – zmniejszają szanse na resocjalizację.

SKIEROWANIE NIELETNIEGO DO PLACÓWKI RESOCJALIZACYJNEJ: ASPEKTY PRAWNE

Cechami środowiska rodzinnego dzieci i młodzieży nieprzystosowanej społecznie jest nie tylko przemoc domowa, ale także uzależnienie od alkoholu, przestępczość, uzależnienie od narkotyków, ubóstwo materialne i kulturowe czy niewydolność wychowawcza. Można wskazać, że są to szeroko rozumiane uwarunkowania późniejszych zachowań niezgodnych z normami społeczno-moralnymi. Należy przy tym podkreślić, iż obserwuje się znaczące zróżnicowanie zarówno statusu materialnego rodzin wychowanków placówek resocjalizacyjnych, jak i stopnia występujących w nich dysfunkcji.

Według ustawy[1] o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich, każdy, kto wie o dopuszczeniu się przez nieletniego czynu karalnego, ma społeczny obowiązek zawiadomić o tym sąd rodzinny lub policję. Ponadto każdy, kto stwierdzi istnienie okoliczności świadczących o demoralizacji nieletniego, w szczególności dopuszczenie się czynu zabronio-

1 Ustawa z dnia 9 czerwca 2022 roku o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich (Dz.U. 2022 poz. 1700).

nego, naruszanie zasad współżycia społecznego, uchylanie się od obowiązku szkolnego lub obowiązku nauki, używanie alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, ich prekursorów, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (...) ma społeczny obowiązek odpowiednio przeciwdziałać temu, a przede wszystkim zawiadomić o tym rodziców lub opiekuna nieletniego, szkołę, sąd rodzinny, policję lub inny właściwy organ. Te przesłanki powodują, że wobec osoby nieletniej mogą być stosowane środki wychowawcze lub poprawcze. Sąd rodzinny w takich przypadkach może skierować młodego człowieka na przykład do:

- ośrodka kuratorskiego,
- młodzieżowego ośrodka wychowawczego,
- okręgowego ośrodka wychowawczego,
- zakładu poprawczego.

A CO Z ZAPOBIEGANIEM? WSKAZÓWKI PRAKTYCZNE

Wiele osób niepełnoletnich, które przebywają w ośrodkach resocjalizacyjnych, pochodzi z rodzin, gdzie przemoc jest stałym elementem codziennego życia. Ci młodzi ludzie, dorastając w domach naznaczonych przemocą fizyczną, zaniedbaniem emocjonalnym i ciągłym strachem, zamiast doświadczać miłości i bezpieczeństwa, są narażeni na krzyki, groźby i krzywdę. Dlatego szeroko podejmowane interwencje, mające na celu poprawę funkcjonowania psychospołecznego nieletnich czy zmniejszenie zachowań niezgodnych z normami wydają się szczególnie istotne.

W związku z niezwykle ważną rolą rodziny, warto zapoznać się z kilkoma wskazówkami dla rodziców i bliskich, które mają na celu wspieranie dziecka w rozwoju oraz budowaniu zasobów. Chodzi przede wszystkim o to, co należy robić, aby rozwijać szeroko rozumiane zasoby dzieci – od urodzenia aż do okresu dorosłości. Jednym z najważniejszych czynników ochrony przed ryzykownymi zachowaniami jest poczucie przynależności. Ludzie od pierwszych dni życia potrzebują kogoś, kto się o nich zatroszczy. Może to być matka i/lub ojciec, ale też dziadek i/lub babcia lub inne godne zaufania osoby. Jeśli rodzice są chorzy, zaniedbujący lub z jakiegokolwiek powodu niedostępni, posiadanie innego dorosłego, który okazuje zainteresowanie, daje opiekę i poczucie bezpieczeństwa, jest bardzo ważne dla zdrowego rozwoju (Konaszewski, Kwadrans, 2018). Co ważne, warto pamiętać, że przywiązanie do kogoś innego niż matka czy ojciec nie oznacza, że dzieci będą mniej przywiązane do swoich rodziców. W rzeczywistości jest odwrotnie, ponieważ pozwala to rozwijać zdolność do obdarzania zaufaniem i możliwość nawiązywania relacji społecznych w ogóle.

Kiedy dziecko czuje się akceptowane, rozumiane i wspierane, pomaga mu to przezwyciężać trudne chwile w życiu. To dotyczy także tych młodych ludzi, którzy trafili do ośrodków resocjalizacyjnych. Mają oni tak duże deficyty w zaspokajaniu potrzeb ciepła, troski, poczucia bezpieczeństwa, że tym bardziej potrzebują doświadczenia wspierającej relacji z dobrym dorosłym. Przedstawiam więc kilka podpowiedzi adresowanych do rodziców, które mogą pomóc budować pozytywną relację z dziećmi, także tymi dorastającymi:

- **okazuj uczucia** – istotny jest uśmiech i przytulanie, które pokazują dzieciom, że są kochane i cenione. Nie bój się jednak także trudnych emocji, przy czym zarówno ich przeżywanie, jak i opowiadanie o nich, powinno być dostosowane do wieku oraz etapu rozwoju dziecka;
- **baw się z dziećmi** – wspólne gry i zabawy to świetny sposób, aby lepiej poznać swoje pociechy. Co więcej, m.in. właśnie w zabawach dzieci rozwijają umiejętności społeczne, wyobraźnię i kreatywność;
- **zadbaj o komfort** – kiedy dziecko jest przestraszone, smutne lub złe, bliskość kochającej je osoby niesie ukojenie. Pokazuje też, że nie muszą być same z problemami. Daje im to szansę na naukę zdrowych sposobów regulacji i wyrażania emocji;
- **słuchaj z zainteresowaniem** myśli i pomysłów swoich dzieci – pozwoli im to poczuć, że to, co mają do powiedzenia, jest ważne;
- **bądź empatyczny/empatyczna** – w wielkim skrócie empatię można określić jako umiejętność patrzenia na sprawy z punktu widzenia innych. To nie znaczy, że musisz się z nimi zgadzać, ale możesz rozumieć, co czują, co stało za ich wyborami, reakcjami itd. (lub przynajmniej się starać). Empatia to podstawa do głębszego rozwijania relacji z innymi ludźmi;
- **pomagaj dzieciom identyfikować ich własne uczucia i wyrażać je w zdrowy sposób** – pamiętając przy tym, że nie ma „złych emocji". Wszystkie są wskazówkami, które można niejako traktować jak kompas dla swojego życia psychicznego;
- **ogranicz czas korzystania z urządzeń multimedialnych** – mają one negatywny wpływ w wielu aspektach. Oczywiście, za ich pośrednictwem można robić też wiele ciekawych i rozwojowych rzeczy, ale

nie powinny one przeważać. Zamiast tego znajdź aktywności, które pobudzą twoją relację z dzieckiem w „realu", na przykład czytanie czy uprawianie ulubionego sportu (Konaszewski, Kwadrans, 2018; Konaszewski, 2020).

Nie trzeba się też bać różnych metod rozwojowych, które oferują specjaliści, zwłaszcza jeśli dziecko przeżywa trudności. Treningi terapeutyczne i interwencyjne czy profilaktyczne programy szkolne, które mają na celu rozwijanie umiejętności interpersonalnych, naukę radzenia sobie z codziennymi wyzwaniami i regulacji emocji — wszystkie te działania mogą przynieść wiele korzyści. Stąd też tego typu oferta, ale też kształtowanie szeroko rozumianych umiejętności wychowawczych wraz z monitoringiem funkcjonowania rodziców, powinny być głównym elementem planu profilaktyki oraz zapobiegania nieprzystosowaniu społecznemu dzieci i młodzieży.

PODSUMOWANIE

Kluczowe jest, aby **rozumieć, że za zachowaniami dzieci i młodzieży często kryje się historia głębokiej dysfunkcji rodzinnej.** Bez wczesnego, uwzględniającego traumę wsparcia, ci młodzi ludzie pozostają uwięzieni w cyklach przemocy — powtarzając dokładnie te same wzorce, których doświadczali w swoich procesach socjalizacji i wychowania. Trzeba więc pamiętać, że często potrzebują zrozumienia, wsparcia, a nie potępienia. Zajęcie się źródłem ich zmagań oznacza patrzenie poza czyny i zachowania, które podejmują, a zwrócenie uwagi na kryzysy, jakich doświadczali w swoich domach. Dopiero wtedy może rozpocząć się resocjalizacja i zdrowienie. ■

BIBLIOGRAFIA

Browne, K., Herbert, M. (1996). *Preventing family violence:* Kevin Browne and Martin Herbert. Chichester: Wiley.

Child Welfare Information Gateway. (2014). *Domestic violence and the child welfare system.* Washington, DC: Children's Bureau, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services.

Crooks, C.V., Scott, K.L., Wolfe, D.A., Chiodo, D., Killip, S. (2007). Understanding the link between childhood maltreatment and violent delinquency: What do schools have to add? *Child maltreatment*, *12*(3), 269-280.

Konaszewski, K. (2020). *Pedagogika wrażliwa na resilience: studium teoretyczno-empiryczne*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls".

Konaszewski, K. (2016). *Tożsamość wychowanków Młodzieżowych Ośrodków Wychowawczych*. Gdańsk: Wydawnictwo Naukowe „Katedra".

Konaszewski, K., Kwadrans, Ł. (2018). *Zasoby osobiste młodzieży nieprzystosowanej społecznie: uwarunkowania środowiskowe*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls".

Konwencja Rady Europy o zapobieganiu i zwalczaniu przemocy wobec kobiet i przemocy domowe, z dnia 11.05.2011.

Margolin, G., Gordis, E.B. (2000). The effects of family and community violence on children. *Annual review of psychology*, *51*(1), 445-479.

Moffitt, T.E., Caspi, A. (1998). Annotation: Implications of violence between intimate partners for child psychologists and psychiatrists. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *39*(2), 137-144.

Ustawa z dnia 9 czerwca 2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich (Dz.U. 2022 poz. 1700).

KAROL KONASZEWSKI

– doktor habilitowany nauk społecznych, pedagog i kryminolog, prof. UwB – wydział Nauk o Edukacji, Uniwersytet w Białymstoku.

Samouszkodzenia w cieniu przemocy domowej

Analiza czynników ryzyka

Samouszkodzenia to rosnący problem wśród młodzieży i dorosłych. Choć mogą szokować, nie są tylko próbą zwrócenia na siebie uwagi – to dramatyczna forma radzenia sobie z bólem psychicznym, który nie znajduje ujścia w słowach. Często mają swoje źródło w doświadczeniu przemocy, szczególnie tej domowej – fizycznej, emocjonalnej, a także zaniedbaniu. Przemoc narusza poczucie bezpieczeństwa, niszczy zdolność do regulacji emocji i buduje przekonanie, że ból jest jedynym językiem, który można zrozumieć.

JUSTYNA KOTOWICZ

SAMOUSZKODZENIA – SKALA PROBLEMU W POLSCE

Ciało stanowi najbardziej podstawowy oraz pierwotny element Ja, będący fundamentem poczucia tożsamości, odzwierciedleniem wszelkich stanów emocjonalnych, przeżyć wewnętrznych i napięć. Czasem staje się obiektem troski, opieki i miłości, lecz niekiedy również niepokoju, zaniedbań czy ataków. Doświadczanie istnienia we własnym ciele może zostać zaburzone na różnych etapach rozwoju, co prowadzi do różnorodnych objawów psychopatologicznych.

Zjawisko samouszkodzeń jest rozumiane jako intencjonalne, pozbawione intencji samobójczych uszkadzanie własnego ciała, które powoduje ból fizyczny lub widoczne rany. Często przypisujemy im błędne znaczenie, zapominając o tym, by traktować je jako rodzaj niewerbalnej komunikacji: „Boli mnie", „Jestem sam", „Nie radzę sobie".

Samookaleczenia najczęściej występują u nastolatków oraz młodych dorosłych. Niełatwo jednak określić dokładną skalę tego zjawiska, ponieważ często są ukrywane. Co więcej, większość aktów autoagresji nie wymaga interwencji medycznej i nie jest w żaden sposób odnotowywana w statystykach opieki zdrowotnej. Na podstawie zebranych danych szacuje się, że osoby okaleczające się stanowią **4-6 % populacji ogólnej,** przy czym **kobiety robią to 3-4 razy częściej niż mężczyźni,** częściej kobiety mieszkające w mieście niż na wsi (Pawłowska i inni, 2016). Jeśli zaś chodzi o nastolatków, raport Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę z 2023 roku m.in. wskazuje, że 22% z nich deklarowało samookaleczenia, a 9% miało za sobą próbę samobójczą (Makaruk i in., 2023).

Warto też wiedzieć, że samouszkodzenia przybierają różne formy w zależności od płci. U dziewcząt częściej obserwuje się cięcie skóry, drapanie, obgryzanie paznokci i wyrywanie włosów, u chłopców – bicie siebie, uderzanie pięścią czy gryzienie. Drapanie czy wykręcanie rąk występuje niezależnie od płci biologicznej. Kobiety zwykle bardziej dbają o rany i częściej je ukrywają, natomiast mężczyźni intensywniej odczuwają ból (Kubiak, 2013).

Więcej o rodzajach samouszkodzeń i objawach, które mogą pomóc w ich rozpoznawaniu, pisałam w numerze 1/156/2025. Tam też przybliżyłam m.in. temat interwencji, w tym prezentowałam wskazówki, jak rozmawiać z osobą, która stosuje zachowania autodestrukcyjne.

Zróbmy jednak krok wstecz i przyjrzyjmy się dokładniej przyczynom problemu, który – co podkreślałam już we wspomnianym artykule – silnie wiąże się z przemocą domową. Poszerzenie obrazu opisywanego tu zjawiska może bowiem pomóc w skuteczniejszym pomaganiu osobom dotkniętym problemem samouszkodzeń, które cierpią, a nie znajdują innego sposobu na wyrażenie swojego ogromnego bólu.

CZYNNIKI RYZYKA SAMOUSZKODZEŃ

Samouszkodzenia raczej nie występują jako wyizolowany problem – częściej są jednym z objawów różnych trudności. Właściwe rozumienie tego zjawiska stanowi podstawę do jego oceny oraz wdrożenia odpowiednich oddziaływań pomocowych. Warto tu zaprezentować model biopsychospołeczny (Walsh, 2014), który – choć mało swoisty – wyczerpuje i porządkuje większość aspektów związanych z samouszkodzeniami. Zakłada on, że wystąpienie samouszkodzeń warunkowane jest przez wzajemne oddziaływanie pięciu wymiarów:

- środowiskowego,
- biologicznego,
- poznawczego,
- afektywnego,
- behawioralnego.

WYMIAR ŚRODOWISKOWY

Analizując wpływ środowiska na pojawienie się samouszkodzeń, konieczne jest uwzględnienie zarówno historii rodzinnej i osobistych do-

świadczeń młodego człowieka, jak i aktualnego kontekstu jego życia oraz bieżących wydarzeń, które wpływają na codzienne funkcjonowanie.

Rodzina to pierwsze i najważniejsze środowisko wychowawcze, w którym dziecko uczy się regulacji emocji i sposobów radzenia sobie w trudnych sytuacjach. Rodzice oraz inni członkowie rodziny, poprzez wzmacnianie, wygaszanie, modelowanie czy karanie, przekazują dziecku repertuar reakcji i zachowań. Istotny jest również **przekaz transgeneracyjny.** Gdy w historii rodzinnej obecne są takie zdarzenia, jak: przemoc domowa, zaburzenia psychiczne, uzależnienie od alkoholu lub innych środków psychoaktywnych, samobójstwo lub samouszkodzenia bliskich – rośnie prawdopodobieństwo, że dziecko przejmie wzorce autodestrukcyjnych zachowań jako możliwy sposób radzenia sobie z emocjami.

Zdarzenia z dzieciństwa mogą stanowić adaptacyjną bazę, ale też napędzać przeciwne tendencje – zachowania nieprzystosowawcze. Osobiste doświadczenia, które mają wpływ na wystąpienie samouszkodzeń, to:

- separacja, utrata, śmierć rodzica,
- zaburzone więzi w rodzinie,
- doświadczenie zaniedbywania fizycznego,
- nadmierne wymagania i krytyka ze strony rodziców,
- przemoc fizyczna,
- wykorzystanie seksualne,
- nadopiekuńczość,
- brak stabilności struktury i rytmu życia codziennego (np. nieobecność rodziców, rozłąka spowodowana emigracją zarobkową).

Bieżące kryzysy, takie jak strata, konflikty interpersonalne, niepowodzenia w ważnych obszarach życia, nadużycia (zwłaszcza seksualne) czy kontakt z rówieśnikami dokonującymi samouszkodzeń, mogą stanowić bezpośredni impuls do podjęcia działań autodestrukcyjnych.

Środowisko szkolne również odgrywa znaczącą rolę. Presja osiągnięć, konflikty, doświadczenie wykluczenia czy przemoc rówieśnicza – szczególnie silnie odbierana w okresie dojrzewania – także mogą zwiększać ryzyko samouszkodzeń. Koncentracja na wyglądzie i ciele może prowadzić do negatywnego obrazu siebie i prób autodestrukcji jako formy regulacji emocjonalnej.

Warto także zwrócić uwagę na wpływ kultury młodzieżowej i mediów społecznościowych. Romantyzowanie cierpienia, obecność motywów destrukcyjnych w muzyce, literaturze, serialach czy subkulturach (np. subkultury emo, goth) może prowadzić do normalizacji samouszkodzeń. Niektóre treści w mediach społecznościowych niosą ryzyko propagowania zachowań autodestrukcyjnych jako formy przynależności czy ekspresji emocji.

Nie bez znaczenia jest też szerszy kontekst kulturowy. Współczesna estetyka ciała – obecność zjawisk, takich jak body art, modyfikacje, medycyna estetyczna – może rozmywać granicę pomiędzy ekspresją a samouszkodzeniem. Dlatego kluczowe jest uważne rozpoznanie motywów danego zachowania: czy służy ono upiększaniu, ekspresji tożsamości czy raczej wyraża cierpienie i ból psychiczny. Granica ta bywa cienka, ale jej zrozumienie jest kluczowe w pracy terapeutycznej i profilaktyce zachowań autodestrukcyjnych.

WYMIAR BIOLOGICZNY

Dzięki rozwojowi neuroobrazowania i badań nad neurochemią coraz wyraźniej widać, że samouszkodzenia mają również biologiczne uwarunkowania. Czynniki neurobiologiczne wpływają m.in. na regulację emocji, impulsywność i sposób odczuwania bólu.

Dysfunkcja układu limbicznego

Zaburzenia w funkcjonowaniu układu limbicznego, struktury mózgu odpowiedzialnej m.in. za przetwarzanie emocji i kontrolę impulsywności, mogą utrudniać regulację napięcia. W efekcie ból fizyczny staje się substytutem dla emocji, których nie da się wyrazić słowami.

Obniżony poziom serotoniny

Niedobór serotoniny, neuroprzekaźnika odpowiadającego za nastrój i kontrolę impulsów, wiąże się z większym ryzykiem zachowań autodestrukcyjnych. Leczenie za pomocą środków SSRI może ograniczać częstotliwość samouszkodzeń, wspierając równowagę emocjonalną.

Zaburzenia układu opioidowego

Rosnące zainteresowanie nauki coraz częściej koncentruje się także na endogennym układzie opioidowym – systemie odpowiedzialnym za łagodzenie bólu oraz modulację napięcia emocjonalnego. W tym obszarze wysuwane są dwie główne hipotezy wyjaśniające mechanizm samouszkodzeń:

- *hipoteza uzależnieniowa* – częste akty samouszkodzeń mogą prowadzić do „uzależnienia" od endorfin, a kolejne rany stają się próbą odzyskania równowagi;
- *hipoteza bólowa* – sugeruje, że u niektórych osób układ opioidowy może być zaburzony już w sposób konstytucjonalny: wrodzony lub wtórny do wcześniejszych doświadczeń traumatycznych. To z kolei skutkuje niską wrażliwością na ból, co sprawia, że fizyczne zranienie staje się próbą odzyskania kontaktu ze sobą. Ponad 60% osób samouszkadzających się nie odczuwa bólu w trakcie aktu, co wskazuje na adaptacyjny charakter tych zachowań.

WYMIAR POZNAWCZY

U osób dokonujących samouszkodzeń często obserwuje się zniekształcenia poznawcze w dwóch obszarach: **interpretacji zdarzeń zewnętrznych** oraz **myśli generowanych wewnętrznie.** Oba mechanizmy prowadzą do nasilenia cierpienia emocjonalnego.

Codzienne sytuacje – nawet drobne niepowodzenia – bywają odbierane jako przytłaczające i bez wyjścia. Towarzyszą im myśli katastroficzne, często zakorzenione w niskim poczuciu własnej wartości: „Skoro dostałam jedynkę, to już sobie nie poradzę". Równolegle pojawiają się uporczywe negatywne antycypacje – myśli oderwane od rzeczywistości, ale nasycone lękiem i bezradnością: „Nic dobrego mnie dziś nie spotka", „Nie przetrwam tego dnia", „Nie wytrzymam kolejnej kłótni rodziców" itp.

Dopełnieniem są irracjonalne schematy poznawcze: nadmierny samokrytycyzm, nierealistyczne oczekiwania wobec siebie oraz utrwalone przekonania o własnej bezwartościowości. W chwilach napięcia przybierają postać bolesnych osądów: „Zasługuję na ból", „To jedyny sposób, by dać sobie radę".

WYMIAR AFEKTYWNY

Wymiar emocjonalny ściśle łączy się z poznawczym – nie tyle sama sytuacja, ile jej subiektywna interpretacja kształtuje przeżywaną emocję. Człowiek, który widzi świat jako zagrażający, a siebie jako bezradnego, częściej doświadcza silnych uczuć: smutku, wstydu, lęku, złości czy poczucia winy. Gdy emocje te narastają i stają się trudne do udźwignięcia, samouszkodzenie może pojawić się jako sposób na chwilową ulgę i odzyskanie kontroli nad przeżywaniem.

WYMIAR BEHAWIORALNY

Odnosi się do całego łańcucha działań – tych, które poprzedzają akt samouszkodzenia, bezpośrednio do niego prowadzą, jak i tych, które po nim następują. To pewien indywidualny scenariusz zachowań, powtarzający się często według określonego wzorca.

1. Wydarzenia poprzedzające

Zazwyczaj są to sytuacje silnie obciążające emocjonalnie: kłótnie, porażki, odrzucenie, samotność, przemoc domowa, ale też epizody zaburzeń odżywiania, impulsywne kontakty seksualne czy uży-

wanie substancji. Prowadzą one do narastającego napięcia, z którym młoda osoba nie potrafi poradzić sobie inaczej.

2. Przygotowanie

Ten etap bywa cichy i niewidoczny, ale znaczący – obejmuje decyzję o miejscu, czasie, metodzie, a także przygotowanie narzędzia. Może mieć charakter rytuału, który daje chwilowe poczucie kontroli nad cierpieniem.

3. Reakcje po samouszkodzeniu

Zachowania po akcie bywają różne – niektórzy opatrują ranę, inni ją ukrywają. Narzędzie bywa wyrzucone lub schowane. Ujawnienie samouszkodzenia może być prośbą o pomoc lub próbą odzyskania kontaktu z otoczeniem. Czasem następuje sen, powrót do codzienności albo dalsze poszukiwanie ulgi.

Aby doszło do samouszkodzenia, muszą wystąpić określone czynniki w poszczególnych wymiarach. Warto pamiętać, że ich współzależność jest indywidualna, a jej rozpoznanie stanowi podstawę do efektywnej pracy terapeutycznej. Przykładowo biologiczne podłoże wpływa na sposób reagowania na warunki środowiskowe i odwrotnie – traumatyczne doświadczenia, w tym te związane z przemocą domową, wpływają na dysfunkcje biologiczne. Warunki środowiskowe i fizjologia mają wpływ na sferę poznawczą, a ta na emocje – emocje natomiast zwrotnie wpływają na aspekt poznawczy. Z kolei aspekt emocjonalny i poznawczy warunkują zachowanie itd.

KORZENIE BÓLU – PRZEMOC DOMOWA W TLE

Za każdym aktem samouszkodzenia kryją się historie, których nie widać na pierwszy rzut oka. To nie ostrze zostawia najgłębsze rany, lecz drugi człowiek – często bliski, który powinien chronić, a nie zadawać ból. Dla wielu dzieci i nastolatków przemoc domowa staje się codziennością – nie tylko w formie uderzeń czy krzyków, ale też poprzez wyśmiewanie, ignorowanie potrzeb czy zamrażanie emocji. Te ciche formy przemocy są trudniejsze do zauważenia, lecz zostawiają wyjątkowo bolesne ślady. **Przemoc doświadczana w dzieciństwie jest zatem jednym z najważniejszych czynników ryzyka rozwoju zachowań autodestrukcyjnych w późniejszych latach.**

Przemoc emocjonalna, choć niewidoczna, potrafi zranić najgłębiej. Gdy dziecko słyszy, że „przesadza", „robi sceny" albo że „inni mają gorzej", uczy się, że jego emocje są niewłaściwe i niechciane. Nieraz dochodzą do tego różnego rodzaju manipulacje, w tym np. przerzucanie na dziecko odpowiedzialności za awantury czy bójki w domu. Młody człowiek przestaje wtedy mówić, zamyka się w sobie, a to, czego nie może wyrazić słowami, zaczyna odczuwać w ciele.

Zaniedbanie emocjonalne, brak wsparcia i zainteresowania ze strony dorosłych są równie destrukcyjne jak przemoc fizyczna. Pustka emocjonalna boli, a ciało staje się jedynym miejscem, gdzie można doświadczyć uczucia – choćby był to ból.

Przemoc seksualna stanowi największe ryzyko wystąpienia zachowań autodestrukcyjnych. Niesie za sobą poczucie winy, wstydu i obrzydzenia do własnego ciała. W takich przypadkach samouszko-

dzenie nieraz staje się formą karania siebie, próbą „oczyszczenia" lub rozładowania napięcia.

Jednym z bolesnych zjawisk jest też parentyfikacja, gdy dziecko przejmuje rolę opiekuna i „rezygnuje" z własnego dzieciństwa. Nie ma miejsca na słabość ani pomoc z zewnątrz, dlatego może zacząć regulować się poprzez ból. To często jedyny sposób, by poradzić sobie z napięciem psychicznym.

Wszystkie te doświadczenia łączy wspólny mianownik – brak bezpiecznej relacji. Takiej, w której emocje są przyjęte, zrozumiane, nazwane. Zamiast niej pojawia się chaos, a samouszkodzenie staje się próbą „uciszenia" cierpienia. To nie przyczyna, ale skutek. Reakcja na chroniczny stres, bezsilność, przemoc – jawną lub ukrytą.

Zrozumienie relacji między przemocą domową a samouszkodzeniami opiera się na modelach psychopatologii rozwojowej. Wczesne doświadczenia traumy zaburzają mechanizmy regulacji emocjonalnej. Dziecko nie może myśleć źle o opiekunie – by przetrwać, musi zachować jego obraz jako „dobrego". Uwewnętrznia więc nienawiść i kieruje ją przeciwko sobie. To prowadzi do zniekształconego obrazu siebie i do samouszkodzeń jako wspomnianej już formy samokarania – szczególnie wtedy, gdy trauma trwa latami, a relacja przywiązania jest zaburzona.

Dysocjacja, czyli odcięcie od własnych uczuć i doznań, jest tu istotnym mechanizmem obronnym. Młody człowiek czuje się obco we własnym ciele, jakby był „obok" realnego świata. Samouszkodzenie staje się wtedy próbą przerwania martwoty, przebicia się do uczuć.

Badania empiryczne potwierdzają związki pomiędzy przemocą domową a zachowaniami autodestrukcyjnymi, choć należy pamiętać, że samouszkodzenia nie powstają jako bezpośrednia konsekwencja przemocy, a istotną rolę pełnią też czynniki chroniące (wsparcie, właściwa ekspresja emocji). W tym wszystkim przemoc seksualna pozostaje najsilniej powiązana z powtarzalnymi aktami samouszkadzania. Z kolei przemoc fizyczna częściej wiązała się z epizodycznymi okaleczeniami, a bycie świadkiem/świadkinią przemocy z tendencją do zachowań samobójczych. Co też istotne, dwie trzecie badanych kobiet wskazywało traumatyczne doświadczenia z dzieciństwa jako źródło swoich samouszkodzeń, a jedna czwarta łączyła je z trudnymi doświadczeniami zarówno z dzieciństwa, jak i dorosłości, wskazując na: wykorzystanie seksualne – 49%, zaniedbanie opieki – 49%, krzywdzenie emocjonalne – 43%, przemoc fizyczną – 25%, rozłąkę – 25% (Babiker i Arnold, 2002 za: Kubiak, 2016).

Samouszkodzenia nie są więc „problemem samym w sobie" – to dramatyczny sygnał, że zabrakło bezpiecznej relacji, zrozumienia i miejsca na przeżywanie emocji, które często wiążą się z przemocą domową. Tam, gdzie zabrakło słów i wsparcia, pojawia się ból, który staje się jedyną możliwą formą wyrażenia cierpienia. Tylko poprzez kompleksowe podejście – łączące empatię, edukację i interwencję – możemy pomóc osobom dotkniętym tym trudnym doświadczeniem odnaleźć drogę do zdrowia i wewnętrznego spokoju. ■

BIBLIOGRAFIA:

Chotkowska, K. (2022). Doświadczanie przemocy w dzieciństwie – skutki w życiu dorosłym. Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka Vol. 21 Nr 1.

Kubiak, A. (2013). Mechanizm radzenia sobie z napięciem u osób podejmujących nawykowe samouszkodzenia. Praca doktorska napisana pod kierunkiem Prof. dr. hab. Władysława J. Paluchowskiego, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza, Wydział Nauk Społecznych, Instytut Psychologii, Poznań.

Kubiak, A. (2016). Rola przemocy doświadczonej w dzieciństwie w podejmowaniu samouszkodzeń. Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka Vol. 15 Nr 2.

Makaruk, K., Drabarek, K., Popyk, A., Wójcik, Sz. (2023). Diagnoza przemocy wobec dzieci w Polsce 2023. Warszawa: Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę.

Młodzi w Kryzysie, Praca zbiorowa, Warszawa 2022, https://bit.ly/MlodziWKryzysieUM

Pawłowska, B., Potembska, E., Zygo, M., Olajossy, M., Dziurzyńska, E. (2016). Rozpowszechnienie samouszkodzeń dokonywanych przez młodzież w wieku od 16 do 19 lat, Psychiatria Polska 50(1): 29–42.

Radziwiłłowicz, W., Lewandowska, M. (2017). Funkcje zamierzonych samookaleczeń i ich kliniczne korelaty wśród młodzieży hospitalizowanej psychiatrycznie, Psychiatria Polska 51(2): 303–322

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

JUSTYNA KOTOWICZ

– psycholog, psychoterapeuta, trener umiejętności miękkich, coach rodzicielski, terapeuta przez sztukę. Prowadzi Nove Centrum Rozwoju w Bielsku Podlaskim.

LEKARZ na pierwszej linii pomocy

O postawach medyków wobec rozpoznawania i reagowania na przypadki przemocy domowej wśród pacjentów z **Katarzyną Łukowską,** zastępcą dyrektora KCPU, rozmawia Dorota Jaszczak-Kuźmińska, dyrektorka Centrum Edukacyjnego Profilaktyki Problemowej Fundacji ETOH.

Dorota Jaszczak-Kuźmińska: W swoim artykule „Medyczne i psychologiczne skutki przemocy w rodzinie jako problem zdrowia publicznego[1]" piszesz, że lekarska diagnoza – i ta podstawowa, i specjalistyczna – powinna obejmować szerszy kontekst funkcjonowania pacjenta, w tym wypadku sytuację rodzinną. Czy twoim zdaniem może się to wydarzyć? Z raportu NIK wynika, że w zasadzie lekarzy w tym systemie nie ma – nie uruchamiają procedury „Niebieskie Karty" – czy więc w ogóle dostrzegają ten problem w swojej praktyce?

Katarzyna Łukowska: Dostrzec i uruchomić pomoc to dwie odmienne rzeczy. Jestem przekonana, że lekarze z punktu widzenia swojej medycznej wiedzy dostrzegają to, że niektóre urazy czy złamania nie powstały przypadkowo. Rozumieją też, że zaburzenia psychosomatyczne oraz zaburzenia zdrowia psychicznego mogą być efektem

1 *Hygeia Public Health 2018, 53(1): 24-30.*

długotrwałego stresu. Tutaj jednak potrzebne jest zastosowanie pełnej zasady 3Z: „Zauważyć. Zainteresować. Zainterweniować". Czyli, jeśli lekarz dostrzega sygnały ostrzegawcze, powinien porozmawiać o tym w sposób zapewniający bezpieczeństwo i troskę oraz podjąć konkretne kroki. Te 3Z to pewien model odpowiedzialności nawet nie tyle lekarskiej, co ogólnospołecznej. Wielu ludzi widzi przemoc, ale nie reaguje. Owszem, zobaczenie to pierwszy krok, lecz bez reakcji pozostajemy tylko niemymi świadkami czyjejś krzywdy.

W KCPU w 2023 roku zrobiliśmy bardzo ciekawe badania wśród przedstawicieli ochrony zdrowia – ich postaw, postrzeganych kompetencji i barier w podejmowaniu interwencji wobec przemocy domowej[2]. To były badania jakościowe, które – co do zasady – pozwalają lepiej poznać badane zjawisko od strony motywów, zachowań czy postaw właśnie. Wyniki były analizowane w trzech grupach: lekarze pierwszego kontaktu (pierwsza grupa), lekarze psychiatrii, ginekologii i SOR (druga) oraz specjaliści psychoterapii uzależnień (trzecia). W każdej grupie było po 20 osób. Metodą badania był częściowo ustrukturalizowany wywiad. Dołączona była też do niego ankieta, w której zbierano dane dotyczące m.in. szkoleń, kompetencji itp. To bardzo interesujące, bo blisko 34% przedstawicieli ochrony zdrowia zadeklarowało, że „zdecydowanie posiada" umiejętność rozpoznawania przemocy domowej, a co drugi, że „raczej je posiada". Najlepiej ocenili swoje kompetencje specjaliści psychoterapii uzależnień – 40% odpowiedzi „zdecydowanie tak" i 55% „raczej tak".

2 Ł. Wieczorek, S. Kluczyńska (2023). *Ocena postaw pracowników sektora ochrony zdrowia wobec zjawiska przemocy domowej oraz kompetencji w zakresie jej przeciwdziałania.* Warszawa.

W sumie nie jest to zaskakujące, ponieważ prawdopodobnie duża część pacjentów w placówkach leczenia uzależnień to osoby z uzależnieniem i stosujące przemoc, a także ich partnerzy, którzy tej przemocy doświadczają. No i jest to jednak badanie deklaratywne, nie weryfikowano tych umiejętności.

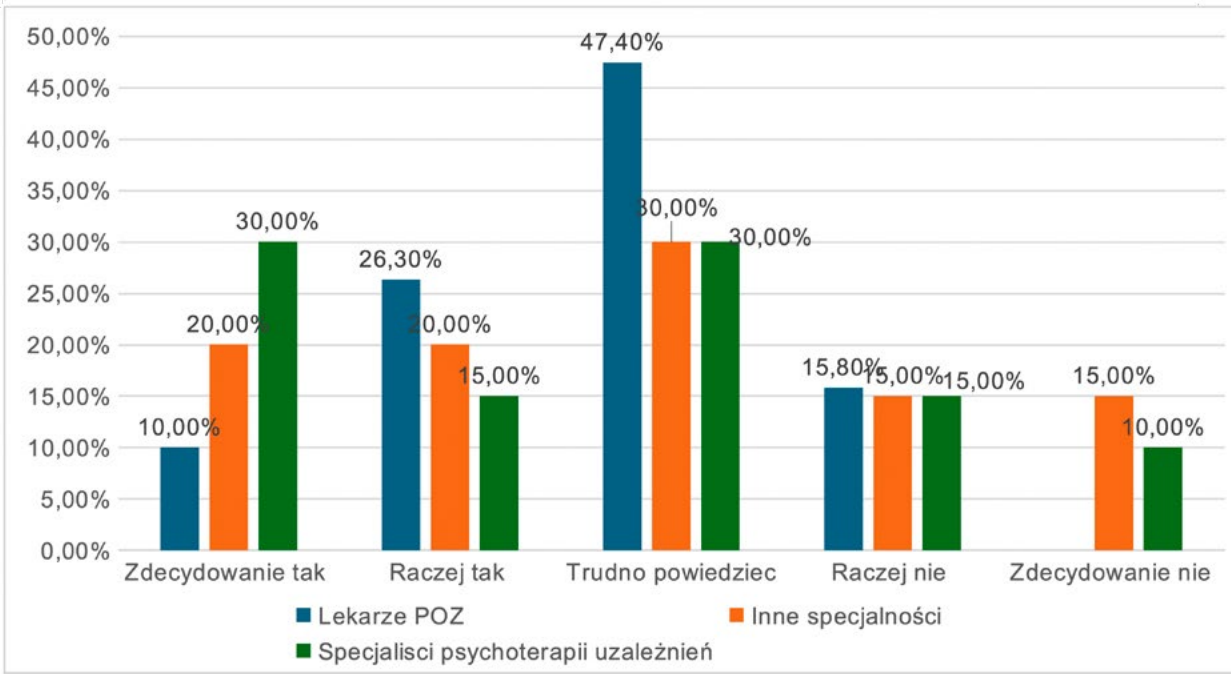
To prawda, przy czym widzę tu także inny kłopot – przekonanie o posiadaniu jakichś kompetencji sprawia, że nie mamy motywacji do uczenia się i dalszego rozwoju. Oczywiście nie podważam, że lekarze faktycznie te umiejętności mają. Jeśli jednak zestawimy ich deklaracje z danymi, które jasno pokazują, jak rzadko inicjują oni proces pomocowy, zaczynam wątpić w faktyczne ich posiadanie. Podobnie w zakresie wiedzy – aż 97% „dobrze" lub „bardzo dobrze" ocenia swoją znajomość rodzajów przemocy, 75% twierdzi, że zna mechanizmy psychologiczne przemocy domowej i większość potwierdza umiejętność prowadzenia rozmów z osobą doświadczającą przemocy domowej (73%). W tym ostatnim aspekcie istotnie lepiej oceniali siebie specjaliści psychoterapii uzależnień (95%), ale blisko 37% lekarzy pierwszego kontaktu i 40% innych specjalności wskazało na brak pewności co do takiej kompetencji, wybierając odpowiedź „trudno powiedzieć".

Czy w badaniach znajdowały się także pytania o znajomość procedury „Niebieskie Karty"? Raport NIK wskazywał na małą aktywność ochrony zdrowia w jej uruchamianiu.

Tak, takie pytanie też się pojawiło. Najczęściej wybieraną odpowiedzią było „trudno powiedzieć" – zaznaczyło ją 35,6% responden-

tów. Jeśli jednak popatrzymy konkretnie na lekarzy pierwszego kontaktu, wśród nich blisko połowa nie potrafi ocenić swoich kompetencji w tym zakresie (47,4%).

Wykres 1. Umiejętność posługiwania się procedurą „Niebieskie Karty" w trzech grupach pracowników ochrony zdrowia: lekarze pierwszego kontaktu, pozostałe specjalności, specjalisty psychoterapii uzależnień.



Źródło: Ł. Wieczorek, S. Kluczyńska (2023). *Ocena postaw pracowników sektora ochrony zdrowia wobec zjawiska przemocy domowej oraz kompetencji w zakresie jej przeciwdziałania.* Warszawa.

Można przypuszczać, że odpowiedzi „trudno powiedzieć" oznaczają nic innego jak to, że wskazana grupa lekarzy nigdy nie wypełniała takiej dokumentacji – ani w sytuacji realnej wizyty, ani w podczas różnego rodzaju szkoleń.

Też interpretowałabym to właśnie w taki sposób. Tym bardziej że o szkolenia z zakresu przeciwdziałania przemocy domowej także pytaliśmy. Z badania wynika, że brało w nich udział aż 83% terapeutów uzależnień, 41% lekarzy POZ i 37% pozostałych specjalności. Ogółem ponad 57% nie uczestniczyło nigdy w żadnym szkoleniu z realizacji procedury „Niebieskie Karty".

Porozmawiajmy zatem o części jakościowej tego badania – czego można się z niej dowiedzieć o aktywności i postawach lekarzy wobec reagowania na przemoc domowa?

Zarówno lekarze, jak i specjaliści, wskazywali, że dowiadują się o przemocy najczęściej od osób, które same im to zgłoszą. Jeśli chodzi o medyków, zwykle dzieje się to w przypadku prośby o przeprowadzenie obdukcji lub opracowanie innej dokumentacji medycznej. Owszem, niektórzy sami pytają o przemoc, ale zwykle dopiero wtedy, gdy widzą fizyczne obrażenia. Trzeba też podkreślić, że w lokalnych społecznościach wszyscy po prostu wiedzą (w tym także lekarze), u kogo w rodzinie taka przemoc występuje. W małych gminach naprawdę nie ma anonimowości.

Chcę jednak podkreślić inną ważną kwestię – moim zdaniem niezwykle istotną częścią tych badań była identyfikacja barier w reagowaniu na przemoc, które podali sami lekarze.

Nietrudno zgadnąć, że zapewne największą barierą, o której sama słyszę na szkoleniach, jest krótki czas wizyt w placówkach POZ.

No tak, nie jest to szczególnie nowa informacja. Podobnie jak fakt, że dużą część takich wizyt zajmuje biurokracja. Owszem, to

obiektywna sytuacja, ale jeśli zestawimy tę trudność z czyimś zdrowiem czy nawet życiem, warto zmienić podejście i nie ulegać presji czasu. Lekarz zobowiązuje się do ochrony życia i zdrowia, a identyfikacja przemocy oraz reagowanie na nią jak najbardziej wpisuje się w tę podstawową misję z przysięgi Hipokratesa. Wiem, że to, co mówię, zahacza o moralne motywacje, ale często to właśnie lekarz jest pierwszą osobą poza domem, z którą osoby doświadczające przemocy mają kontakt i z którą mogą porozmawiać. To niezwykle ważne, by w każdym lokalnym systemie docierać do lekarzy z tym apelem, jak również z ofertą pomocy, np. w zakresie szkoleń, pomocy prawnej, konsultacji itp.

Jakie inne przeszkody ujawniono w badaniach?

Niektórzy badani sami przyznali, że jeśli pacjent tego nie zgłasza, nie mają oni gotowości, żeby podejmować próby rozmawiania o przemocy. Koncentrują się na problemie medycznym i tyle. Nie szukają, jaki wpływ ma na niego sytuacja życiowa danej osoby czy środowisko. Część lekarzy zwracała też uwagę na to, że brakuje im testów przesiewowych do identyfikacji przemocy, które mogłyby im to ułatwić. To o tyle ważne, że wiele analiz udowadnia, jak rutynowe badania przesiewowe przyczyniają się do zwiększenia rozpoznawania zjawiska[3]. Są też jednak i takie, które pokazują, że większość pracowników służby zdrowia nie chce rutynowo zadawać pytań o występowanie przemocy w randomowych grupach pacjen-

3 K. Hegarty, G. McKibbin, M. Hameed, J. Koziol-McLain, G. Feder, L. Tarzia, et al. Health practitioners' readiness to address domestic violence and abuse: A qualitative metasynthesis. *PLoS One* 2020 Jun 16; 15(6): e0234067. DOI: 10.1371/journal.pone.0234067.

tów, natomiast w grupach ryzyka, czyli tam, gdzie widoczne są obrażenia, 70% lekarzy byłoby do takiej rozmowy gotowych[4]. W tym przypadku jednak łatwo zauważyć, że reakcje są ograniczone tylko do sytuacji widocznych skutków przemocy fizycznej. Moim zdaniem należałoby zachować większą wrażliwość i rozmawiać z każdą pacjentką czy pacjentem, którzy skarżą się na nadmierny stres, lęki, problemy ze spaniem, zaburzenia depresyjne, spadek energii i psychosomatyczne dolegliwości.

Najbardziej zastanawiające były jednak opinie lekarzy POZ, którzy uważają, że przemoc to nie jest problem medyczny i nie należy do ich kompetencji. Postrzegają go raczej jako temat dla psychologów lub prawników. Oczywiście, że na kolejnych etapach potrzebna jest pomoc psychologiczna i pewnie interwencja prawna, ale nie da się przeciwdziałać przemocy bez współpracy z lekarzami.

Wyrazem takiego rodzaju podejścia do kompleksowej pomocy są zapisy ustawowe, zgodnie z którymi ochrona zdrowia to jedna ze służb uruchamiających procedurę „Niebieskie Karty".

Brak wiedzy o procedurze, jej uruchamianiu i kolejnych krokach, jakie należy podjąć, to kolejna bariera. Lekarze obawiają się, że jak dowiedzą się już o doświadczeniu przemocy u ich pacjenta, nie będą wiedzieli, co mają dalej zrobić, gdzie go pokierować itd. To jest jednak zadanie dla samorządów lokalnych – warto organi-

4 K. Cann, S. Withnell, J. Shakespeare, H. Doll, J. Thomas. Domestic violence: a comparative survey of levels of detection, knowledge, and attitudes in healthcare workers. *Public Health* 2001; 115(2): 89-95. DOI: 10.1038/sj.ph.1900749.

zować spotkania z dyrektorami placówek POZ oraz lekarzami, na których można przedstawić lokalny system pomocy: miejsca, konkretnych ludzi, telefony, adresy. To może być nawet spotkanie on-line, które przecież względnie łatwo zorganizować. Inną opcją może być przygotowanie przewodnika z lokalnymi miejscami pomocy, a następnie przekazanie dla każdego lekarza czy pielęgniarki – to też nie powinno być trudne.

Inną kwestią jest również to, że respondenci zgłaszali wątpliwości w zakresie tego, czy uruchomienie przez nich interwencji będzie w ogóle efektywne, czy ktoś dalej zajmie się pomocą dla ich pacjentów doświadczających przemocy itd. Oczywiście, że słyszę słowa krytyki pod adresem lekarzy, że za mało angażują się w przeciwdziałanie przemocy, ale może warto zmienić tę narrację i zadać sobie pytanie: co możemy zrobić, żeby im to ułatwić. KCPU w lipcu rozpoczyna kampanię „Lekarzu, reaguj na przemoc". Zapraszam wszystkich do zapoznania się ze stroną internetową **www.reagujnaprzemoc.pl** i promowania jej wśród swoich placówek ochrony zdrowia.

To kolejna edycja tej kampanii. Możesz opowiedzieć o niej trochę więcej?

Kampania to pewnie temat na osobną rozmowę, ale w dużym skrócie: jej głównym celem jest dostarczenie lekarzom aktualnej wiedzy na temat problematyki przemocy domowej oraz roli i zadań medyków w systemie przeciwdziałania przemocy domowej. W ramach kampanii powstaje strona internetowa, swego rodzaju portal edukacyjny. Będą tam artkuły o przemocy, o prawnych procedurach, wy-

wiady z lekarzami, historie pacjentek oraz zalecane działania, które lekarz powinien podjąć w sytuacji, gdy podejrzewa, że jego pacjent doznaje przemocy domowej.

Na stronie będzie także film instruktażowy pokazujący przykładową rozmowę lekarza z pacjentką, która takiej przemocy doznaje. Może po obejrzeniu takiego 20-minutowego filmu, wraz z komentarzami, łatwiej będzie lekarzom podejmować temat przemocy ze swoimi pacjentami. Bardzo mocno do tego zachęcam – i lekarzy, i pielęgniarki. Dotyczy to zresztą wszystkich placówek, ponieważ z przemocą można spotkać się wszędzie, na SOR-ze, w szpitalu, przychodni. Taka rozmowa naprawdę może zatrzymać przemoc, uruchomić pomoc i realnie zmienić życie człowieka. ■

KATARZYNA ŁUKOWSKA

– zastępca Dyrektora Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom ds. Profilaktyki i Współpracy z Samorządem Terytorialnym. Absolwentka Wydziału Samorządu Terytorialnego i Rozwoju Lokalnego UW oraz psychologii klinicznej. Certyfikowana specjalistka w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w społecznościach lokalnych.

DOROTA JASZCZAK-KUŹMIŃSKA

– certyfikowana specjalistka w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie, terapeutka motywująca, psychoterapeutka w trakcie nauki w szkole psychoterapii, autorka i współautorka publikacji nt. przeciwdziałania przemocy domowej. Od 30 lat pracująca w obszarze przeciwdziałania przemocy domowej.

JĘZYK, który nazywa, nie stygmatyzuje

„Sprawca przemocy", „ofiara", „alkoholik", „narkoman" to określenia, które mają swój ciężar, oceniają, zamykają na zmianę, etykietują. Zatem twórzmy mosty, nie mury. Używajmy języka, który nie krzywdzi, nie stygmatyzuje, nie budzi negatywnych skojarzeń.

KATARZYNA KULESZA

Język pełni wiele funkcji, m.in. informacyjną, sprawczą, nakłaniającą (impresywną), ekspresywną, poetycką – i nie musimy znać ich wszystkich, żeby intuicyjnie wiedzieć, co chcemy przekazać. A to, w jaki sposób nasz komunikat zostanie odebrany, zależy nie tylko od nadawcy, ale także od odbiorcy komunikatu. Co jednak najważniejsze – język nie tylko informuje, nazywa rzeczywistość, lecz także ją kształtuje.

WRAŻLIWI NA SŁOWA

W 2010 roku Polskie Towarzystwo Psychiatryczne wraz z fundacją Hej, Koniku!, firmą Janssen oraz Radą Języka Polskiego przy Prezydium PAN zainicjowały kampanię społeczną Wrażliwi na słowa. Wrażliwi na ludzi, która miała na celu uwrażliwienie społeczeństwa na problemy osób z zaburzeniami psychicznymi. Jednym z tych problemów jest język. Obfituje on w oceniające, stygmatyzujące określenia, za

którymi kryją się m.in. przekonania, że osoba z zaburzeniem psychicznym jest nieobliczalna, zagrażająca, agresywna, nie potrafi sama o siebie zadbać, a więc jest zależna. Aspekt zależności może zwiększać ryzyko pojawienia się zachowań przemocowych, zwłaszcza gdy jest utożsamiany z jakimś rodzajem władzy nad drugim człowiekiem.

Komunikując się z drugim człowiekiem, nie tylko przekazujemy wiedzę, ale także nasze zasoby, emocje i stosunek do zjawisk, które dzieją się wokół nas. Słowami i sposobem ich wypowiadania możemy dać komuś wsparcie, życzliwość, okazać zrozumienie, ale możemy też ocenić, zlekceważyć, dotknąć, spowodować cierpienie. „Słowa mogą podnosić na duchu, ale też ranić. Niektóre słowa mogą stygmatyzować, inne budzić lęk. Zdając sobie sprawę z tego, że język współtworzy interpretację zdarzeń, określa rozumienie emocji, a także sugeruje sposób myślenia i postępowania, apelujemy o wrażliwość na słowa. Wrażliwość na słowa to wrażliwość na ludzi”[1].

S JAK SPRAWCA, O JAK OFIARA, A JAK ALKOHOLIK

Zmiany, które zachodzą w języku, są odzwierciedleniem zmian społeczno-kulturowych. Gdy w Polsce zaczynały się kształtować systemy pomocowe, które miały na celu przeciwdziałanie przemocy domowej (dawniej: w rodzinie) oraz przeciwdziałanie uzależnieniu od alkoholu, funkcjonowały jednoznaczne określenia: „sprawca przemocy”, „ofiara przemocy”, „alkoholik”, „alkoholizm”, „narkoman”, „narkomania”, które

1 Doroszewska A., Dudek D., Jabłoński J.M., Kłosińska K., Murawiec S., Sobczak B. (2010). Wrażliwi na słowa. Wrażliwi na ludzi. Rekomendacje dotyczące języka niedyskryminującego osób z zaburzeniami psychicznymi. Warszawa.

wprost nazywały rzeczywistość. Jedną z cech języka mówionego jest prosty, bezpośredni i nieskomplikowany przekaz, który będzie zrozumiały dla wszystkich, ułatwi komunikowanie się i da nam pewność, że nadawca i odbiorca komunikatu porozumiewają się w obrębie tego samego kodu językowego oraz kulturowego.

Język nie tylko nazywa, ale też odzwierciedla poglądy i sposób patrzenia na świat oraz interpretuje to, co widzi posługująca się nim osoba. Co więcej – jeśli ta osoba jest dla kogoś autorytetem (np. rodzic dla małego dziecka, specjalista w jakiejś dziedzinie, osoba pracująca w zawodzie zaufania publicznego), to także kształtuje i wpływa na postrzeganie rzeczywistości przez inne osoby.

Warto zwracać uwagę na to, jakim językiem mówimy i jakich określeń używamy, zwłaszcza nazywając wrażliwe obszary naszej rzeczywistości – związane z godnością, osobowością i funkcjonowaniem człowieka. Te same osoby można określić na wiele różnych sposobów, jedne są neutralne, inne pozytywne, a jeszcze inne negatywne, czy wręcz pejoratywne i obraźliwe. Najlepszym sposobem na budowanie tolerancyjnego, niestygmatyzującego i równościowego społeczeństwa jest bycie uważnym na to, by samemu używać niestygmatyzujących określeń.

Zmiany w języku „słychać" także w przestrzeni publicznej. Coraz częściej spotykamy się z terminami *osoba z niepełnosprawnością, osoba z zaburzeniem psychicznym, osoba doznająca przemocy, osoba stosująca przemoc*, *osoba z uzależnieniem.* Terminy te nie odnoszą się do człowieka jako całości, tylko do pewnej jego cechy lub nazywają zachowania. Osoba doznająca przemocy może być czyjąś mamą, córką, siostrą i jednocześnie nauczycielką, dyrektorką, lekarką – pełni wiele ról i w każdej z tych ról jest „jakaś". Natomiast, gdy wprost nazywając

rzeczywistość, pójdziemy utartym, zwyczajowym szlakiem, określając tę osobę „ofiarą przemocy", odbierzemy jej tym samym sprawczość i szansę na zmianę.

Osoba z zaburzeniem psychicznym może być *wariatem, psycholem,* co narusza jej godność jako człowieka i rodzi negatywne skojarzenia. Aby nikogo nie urazić i nie używać pejoratywnych określeń, można powiedzieć *osoba z diagnozą schizofrenii, z depresją, z chorobą dwubiegunową.*

Alkoholik, narkoman to określenia, jakie nie kojarzą się z osobami zmagającymi się z chorobą. Przywołują raczej na myśl tych, którzy sami są sobie winni, bo doprowadzili do tego, że substancja psychoaktywna kieruje ich myśleniem i zachowaniem. W powszechnej opinii żyją na tak zwanym marginesie społeczeństwa. Obecnie, dzięki badaniom i wraz z rozwojem specjalistycznej wiedzy oraz doświadczeniu wielu specjalistów pracujących w obszarze leczenia uzależnień, można zaobserwować wzrost świadomości społecznej dotyczącej uzależnień, przyczyn ich powstawania i mechanizmów. Wiemy, że różne są źródła tego problemu – kolejnym krokiem powinna więc być zmiana języka, jakiego używamy do jego opisu.

„Język bowiem jest nie tylko narzędziem komunikacji i opisywania świata, ale też narzędziem kształtującym postrzeganie rzeczywistości. I nie jest to narzędzie bezstronne. Słowa tylko pozornie opisują obiekty czy zdarzenia, w rzeczywistości służą raczej do wyrażania naszej perspektywy i stosunku do tego, co opisujemy. Gdy wybieramy jakieś słowo, jednocześnie wybieramy sposób oglądania, rozumienia i działania wobec nazwanego obiektu, a także wpływamy na to, jak będą go widzieć inni" (Doroszewska i in., 2010, s. 5).

SŁOWNIK UZALEŻNIEŃ

W 2021 roku, na bazie prac badawczych, rozmów z ekspertami – naukowcami pracującymi w obszarze uzależnień i profilaktyki uzależnień, terapeutami uzależnień, lekarzami psychiatrami, przedstawicielami polityki zdrowia publicznego, prawnikami, specjalistami ds. antydyskryminacji oraz dyskusji z beneficjentami placówek leczenia uzależnień – powstał *Słownik uzależnień.* Słownik, proponujący nową terminologię związaną z przeciwdziałaniem przemocy, przeciwdziałaniem uzależnieniom, obszarem leczenia uzależnień, został opracowany przez dr. Michała Bujalskiego oraz dr hab. Justynę Klingemann z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Eksperci i badacze uzasadniali potrzebę zmiany terminologii i zadbania o wprowadzenie nowego nazewnictwa rozwojem wiedzy naukowej, dynamiką zjawisk w obszarze zachowań uzależniających, aktualizacją narzędzi diagnostycznych (DSM V, ICD-11), a nie zwyczajem czy nawykiem językowym.

Przykłady terminów i określeń zaczerpniętych ze *Słownika uzależnień*, których warto używać, mając na uwadze nieoceniający i niestygmatyzujący przekaz:

- **osoba doświadczająca przemocy (osoba doznająca przemocy)** zastępuje określenie: *ofiara przemocy*
- **osoba stosująca przemoc** zastępuje określenie: *sprawca przemocy*
- **osoba z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych, od alkoholu, od opioidów itp.** zastępuje określenia: *uzależniony/uzależniona, osoba uzależniona alkoholik/alkoholiczka,* w tym: *wysoko funkcjo-*

nujący/a, zdrowiejący/a, uzależniony/uzależniona od alkoholu, osoba uzależniona od alkoholu, narkoman

- **osoba używająca substancji psychoaktywnych** zastępuje określenia: *osoba sięgająca po narkotyki, osoba biorąca narkotyki*
- **osoby z rodzin z uzależnieniem/bliscy osób z uzależnieniem** zastępują określenia: *dorosłe dzieci alkoholików, osoby z syndromem DDA/DDD, osoby współuzależnione, koalkoholik/koalkoholiczka*
- **osoba z kompulsywnymi zachowaniami seksualnymi** zastępuje określenie: *seksoholik*
- **osoba z uzależnieniem od hazardu** zastępuje określenia: *patologiczny hazardzista, hazardzista, nałogowy hazardzista*
- **osoba z zaburzeniem odżywiania** zastępuje określenie: *jedzenioholik, anorektyczka, bulimiczka itd.* ▪

BIBLIOGRAFIA

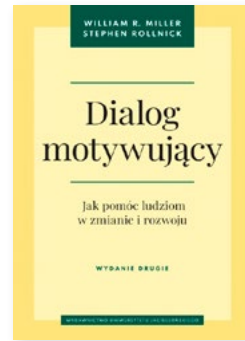
Bujalski M., Klingemann J., *Słownik uzależnień* https://kcpu.gov.pl/badanie/jezyk-pomocy-w-uzaleznieniach-slownik-terminologiczny-akronim-just-2021/#tresc (dostęp: 6.06.2025).

Doroszewska A., Dudek D., Jabłoński J.M., Kłosińska K., Murawiec S., Sobczak B. (2010). *Wrażliwi na słowa. Wrażliwi na ludzi. Rekomendacje dotyczące języka niedyskryminującego osób z zaburzeniami psychicznymi.* Warszawa, https://rjp.pan.pl/?view=article&id=1904:kampania-wrazliwi-na-slowa-wrazliwi-na-ludzi&catid=122 (dostęp: 6.06.2025)

https://stopuzaleznieniom.pl/artykuly/przemoc-w-rodzinie/slowa-ksztaltuja-rzeczywistosc-stad-slowa-ofiara-i-sprawca-przemocy-nie-wspieraja-w-zmianie/ (dostęp: 6.06.2025).

KATARZYNA KULESZA

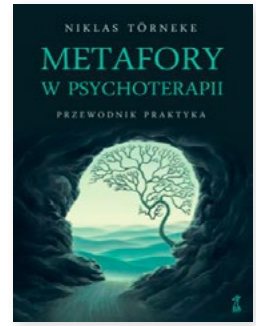
– redaktorka, dziennikarka, redakcja e-pisma „Niebieska Linia”, Warszawa.



DIALOG MOTYWUJĄCY
JAK POMÓC LUDZIOM W ZMIANIE I ROZWOJU

William R. Miller i Stephen Rollnick
Tłumaczenie: Joanna Gołąb
Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Warszawa 2025, wydanie II, s. 416

Jak skutecznie stosować metodę dialogu motywującego (DM) w praktyce terapeutycznej? Zapewne wielu Czytelnikom podręcznik W.R. Millera i S. Rollnicka jest doskonale znany, a teraz ukazało się drugie zaktualizowane wydanie, w którym autorzy omawiają podstawowe zadania w pracy z klientami: angażowanie, ukierunkowywanie, wywoływanie oraz planowanie. W zaktualizowanym wydaniu znalazły się informacje o stosowaniu języka zmiany w stanach ambiwalencji, sposobach wzmacniania motywacji oraz unikania typowych pułapek komunikacyjnych. Jasno i przejrzyście są przedstawione kolejne etapy prowadzenia dialogu motywującego, co pozwala skutecznie wspierać innych w ich drodze do pozytywnej zmiany. Publikacja zawiera praktyczne wskazówki, które pomogą usprawnić proces terapeutyczny.



METAFORY W PSYCHOTERAPII
PRZEWODNIK PRAKTYKA

Niklas Törneke
Tłumaczenie: Maja Zawierzeniec
Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Warszawa 2025, s. 232

Często używamy metafor w języku codziennym, by opisać swoje emocje, nazwać złożone myśli, a także wzbudzić motywację do działania, a szczególnie do dokonywania zmian w swoim życiu. Metafory mogą być także wykorzystywane jako skuteczne narzędzie w psychoterapii, o czym przekonuje Niklas Törneke i w swoim

podręczniku dla praktyków wyjaśnia, w jaki sposób i kiedy stosować metafory, aby zwiększyć skuteczność terapii. Co najważniejsze – przedstawia wyniki badań klinicznych, które dotyczą wykorzystania metafor w pracy terapeutycznej. Podręcznik zawiera przykłady metafor oraz ćwiczenia, które można wykorzystać podczas sesji, aby pomóc klientom wprowadzać trwałe zmiany w życiu. Są to narzędzia już gotowe do zastosowania w codziennej pracy psychoterapeutów, a zatem publikacja będzie dużym wsparciem w pracy specjalistów.

NIE MILCZ
OPOWIEŚCI O ODWADZE

Praca zbiorowa
Tłumaczenie: Marta Duda-Gryc
Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2024, s. 182

Wyjątkowa antologia przejmujących historii, z których każda przedstawia jakiś rodzaj przemocy, została stworzona przez wyjątkowych autorów w formie komiksu. Każda z dziewięciu opowieści jest sprzeciwem wobec przemocy we wszystkich jej formach i przejawach. Bo, jak podkreśla Jennifer Guerra we wstępie „Komiks przyglądający się z bliska postaciom i budujący szczególnie bliski związek opowieści z czytelnikiem, jest zapewne jednym z najlepszych środków do realizacji tego celu".

Z przeżyciami i doświadczeniami przemocy, z jakimi zmagają się bohaterki graficznych opowieści może się zidentyfikować wiele Czytelniczek. W jaki sposób reagować na przejawy przemocy, jak się bronić przed przemocowymi, krzywdzącymi zachowaniami, jak pomóc sobie, ale też innym osobom – wskazówki znajdziemy w tej książce. Czasem nie zdajemy sobie sprawy z faktu, że ktoś nas wykorzystuje czy manipuluje nami, czasem ze strachu lub z braku umiejętności i narzędzi, nie reagujemy, „zamiatamy pod dywan" – a trzeba głośno o tym mówić.

(NIE)WIDZIALNE KOSZTY PRZEMOCY DOMOWEJ W POLSCE

SGH

Niebieska Linia IPZ

WNIOSKI I REKOMENDACJE

GŁÓWNE REKOMENDACJE

Zwiększenie systemowego finansowania przeciwdziałania przemocy domowej w Polsce, uwzględnienie faktycznych kosztów związanych z prowadzeniem tych działań przez instytucje publiczne i organizacje pozarządowe.

Wypracowanie kompleksowego i skoordynowanego systemu zbierania danych dotyczących przemocy domowej w Polsce, który umożliwi faktyczne określenie skali zjawiska i jego kosztów.

Wprowadzenie w statystyce publicznej jednoznacznej identyfikacji przypadków związanych z przemocą domową.

Całość raportu znajdziesz na stronie www.niebieskalinia.pl