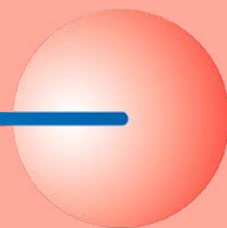


NIEBIESKA

LINIA



DWUMIESIĘCZNIK POŚWIĘCONY PROBLEMATYCE PRZEMOCY

3/164/2026

ISSN 1507-2916

**Co decyduje
o skuteczności
lokalnych systemów
przeciwdziałania
przemocy domowej?**

Michał Gluzek

**Wiara w zmianę
Środowiska religijne jako
sojusznik w przeciwdziałaniu
przemocy wobec kobiet
i dziewcząt**

Daniel Przygoda

**Gdy dziecko
ujawnia
krzywdzenie**

Maksymiliana Żaczek



SYSTEMOWE SPOJRZENIE NA PRZEMOC

5 Michał Gluzek

Co decyduje o skuteczności lokalnych systemów przeciwdziałania przemocy domowej? Analiza dobrych praktyk

18 Marcin Kozak

Przemoc domowa jako wyzwanie dla pracy socjalnej w Sosnowcu. Analiza działań pomocowych i barier interwencji

29 Daniel Przygoda

Wiara w zmianę. Środowiska religijne jako sojusznik w przeciwdziałaniu przemocy wobec kobiet i dziewcząt

41 Agnieszka Widera

Ekspertyza pozaprocesowa osoby pokrzywdzonej seksualnie – stanowisko organów procesowych

W TROSCE O DZIECI

62 Katarzyna Miłkowska

Nagroda Korczaka 2026. Wyróżnienie dla Niebieskiej Linii IPZ za Mapę Pomocy Dziecku

77 Maksymiliana Żaczek

Gdy dziecko ujawnia krzywdzenie

W GABINECIE TERAPEUTY

91 Aneta Gawełek

Od przetrwania do powielenia wzorca. Mechanizm identyfikacji z agresorem u osób doświadczających przemocy w dzieciństwie

102 Agata Sierota

Ukryta przemoc w rodzinie HFA – osób wysoko funkcjonujących, nadmiernie używających alkoholu

115 Dominika Padzik

Niewyspany sprawca przemocy

PRZEMOC A ADHD

126 Ewa Mażul

Krótki lont czy przemoc? Komunikacja z osobami z ADHD

137 Arleta Balcerek

Dysregulacja emocjonalna i impulsywność jako czynniki ryzyka zachowań przemocowych w bliskich relacjach

DROGIE CZYTELNICZKI I DRODZY CZYTELNICY,

Niniejsze wydanie jest dość szczególne – po raz pierwszy publikujemy je bowiem w podwójnej formie. Poza „standardowym” numerem oddajemy do Waszej dyspozycji także dodatek pt. „Antyprzemocownik wakacyjny”. Tak, to lektura, w której znajdzie się wiele odniesień do lata i urlopów, ale oczywiście nie tylko. Spokojnie będzie można ją czytać także przez kolejne miesiące.

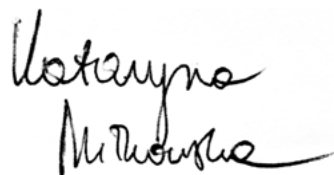
Jeśli jednak chodzi o publikację, którą teraz macie przed oczami, jako główny jej dział proponujemy „Systemowe spojrzenie na przemoc”. Przyglądamy się tym samym m.in. procedurze „Niebieskie Karty”, zwłaszcza z perspektywy pracowników socjalnych. Dr Michał Gluzek opisuje skuteczność lokalnych systemów przeciwdziałania przemocy domowej na przykładzie gminy Łapsze Niżne oraz Siemianowic Śląskich, zaś Marcin Kozak – Sosnowca. Bardzo ciekawym zagadnieniem w zakresie systemowej pracy jest też współpraca pomiędzy różnymi kościołami i wspólnotami religijnymi. W marcu odbył się w Warszawie warsztat OBWE/ODIHR „Wiara w zmianę”, w którym brał udział m.in. Daniel Przygoda, prawnik Niebieskiej Linii IPZ. Na łamach naszego czasopisma opisuje przebieg oraz warsztatowe wnioski, z kluczową myślą na czele, że: „Przemoc wobec kobiet i dziewcząt nie jest *sprawą kobiet*, którą to kobiety mają załatwić między sobą. Jest sprawą całego społeczeństwa, w tym mężczyzn, a także wspólnot wiary”.

Innym ważnym wydarzeniem ostatnich tygodni była też Gala Nagrody Korczaka 2026. Na kolejnych stronach znajduje się krótka fotorelacja z tego wieczoru oraz przybliżenie, czym dokładnie jest Nagroda Korczaka – kto ją przyznaje, jaki przyświeca jej cel, kto w tym roku otrzymał wyróżnienie i jakiej kategorii. Mały spoiler: jedną z laureatek była Niebieska Linia IPZ! Zostaliśmy nagrodzeni za Mapę Pomocy Dziecku. To interaktywne narzędzie,

które wskazuje, jak reagować, gdy pojawia się podejrzenie, że dziecko doznaje przemocy domowej.

Sama Gala, w której miałam przyjemność osobiście uczestniczyć, była wydarzeniem niezwykle wzruszającym i bardzo prawdziwym. To ogromna przyjemność przebywać w gronie osób, które swoje życie zawodowe (a często nie tylko to) poświęcają wsparciu i opiece nad najmłodszymi, szerząc dobro i wielowymiarowo rozumiane wartości korczakowskie.

Tym pozytywnym akcentem zapraszam do lektury i zachęcam do zamawiania wydań papierowych – zgłoszenia można wysyłać na adres pismo@niebieskalinia.pl. ■



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 Michailowicz, dr Marek
Michalak, prof. Ewa Pisula,
prof. dr hab. Monika Płatek
– Przewodnicząca Rady,
dr Monika Sajkowska, Krzysztof
Sarzała, Zofia Sobolewska-
Mellibruda, dr Grzegorz Wrona



„NIEBIESKA LINIA” dostępna jest w w wersji cyfrowej (pełne wydanie) i wersji drukowanej (skrócone wydanie).
Obydwie formy są dostępne nieodpłatnie. Posiadamy niektóre numery archiwalne.

Szczegółowe informacje na stronie internetowej dwumiesięcznika

INSTYTUT PSYCHOLOGII ZDROWIA, ul. Gęślarska 3, 02-412 Warszawa

Santander Bank Polska, O/Warszawa 32 1090 1056 0000 0001 0128 5123 z dopiskiem „Niebieska Linia”

Co decyduje o skuteczności lokalnych systemów przeciwdziałania przemocy domowej?

Analiza dobrych praktyk



Jasno wytyczone procedury i przepisy, odpowiedni poziom finansowania, dostępność i różnorodność form wsparcia dla społeczności lokalnych to oczywiście podstawa skutecznego przeciwdziałania przemocy domowej. Przykład zarówno małej, jak i dużej gminy pokazuje, że zaangażowanie specjalistów, trafna diagnoza problemów, gotowość do współpracy oraz umiejętność dostosowywania działań do potrzeb mieszkańców, to filary dobrego systemu wsparcia i ochrony mieszkańców przed przemocą domową.

MICHAŁ GLUZEK

Przeciwdziałanie przemocy domowej stanowi jedno z największych wyzwań współczesnej polityki społecznej. Pomimo jasno określonych ram prawnych, skuteczność podejmowanych działań nadal w dużej mierze zależy od jakości współpracy międzyinstytucjonalnej, kompetencji specjalistów oraz zdolności do tworzenia rozwiązań odpowiadających na lokalne potrzeby. W praktyce oznacza to, że nawet przy podobnych uwarunkowaniach formalnych, poszczególne samorządy osiągają różne rezultaty w zakresie ochrony osób doznających przemocy, pracy z oso-

bami stosującymi przemoc oraz organizacji lokalnych systemów wsparcia.

Perspektywa superwizora pracy socjalnej pozwala dostrzec nie tylko formalny wymiar realizowanych działań, ale przede wszystkim ich praktyczną skuteczność. Analiza funkcjonowania różnych zespołów i instytucji pokazuje, że najbardziej efektywne rozwiązania powstają tam, gdzie procedury są wspierane przez zaangażowanie specjalistów, kulturę współpracy oraz gotowość do wspólnego uczenia się i doskonalenia metod pracy. Szczególnie cenne wydają się te doświadczenia, które wykraczają poza standardową realizację ustawowych obowiązków i prowadzą do tworzenia spójnych systemów diagnozowania problemów, oceny ryzyka, ochrony osób zagrożonych przemocą oraz oddziaływań wobec osób stosujących przemoc. W wielu przypadkach są to rozwiązania wypracowane oddolnie przez praktyków i stanowią odpowiedź na konkretne potrzeby społeczności lokalnych.

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie wybranych przykładów działań realizowanych na poziomie lokalnym oraz identyfikacja czynników, które – z perspektywy superwizora pracy socjalnej – w największym stopniu wpływają na skuteczność systemów przeciwdziałania przemocy domowej. Opisane praktyki nie są prezentacją gotowych modeli możliwych do prostego powielenia w innych samorządach. Stanowią raczej ilustrację sposobów budowania współpracy, rozwijania kompetencji specjalistów oraz tworzenia lokalnych rozwiązań, odpowiadających na konkretne potrzeby społeczności.

SIEMIANOWICE ŚLĄSKIE – INTERDYSCYPLINARNOŚĆ OPARTA NA DIAGNOZIE, WSPÓŁPRACY I WSPÓLNEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

DIAGNOZA OPARTA NA NARZĘDZIACH I SYSTEMATYCZNYM MONITORINGU

Jednym z filarów siemianowickiego systemu przeciwdziałania przemocy domowej jest prowadzenie działań opartych na pogłębionej diagnozie sytuacji rodziny. Grupy diagnostyczno-pomocowe wykorzystują wypracowane lokalnie narzędzia, które pozwalają na kompleksową analizę funkcjonowania środowiska domowego, identyfikację zasobów rodziny oraz czynników ryzyka związanych z występowaniem przemocy. Narzędzia te wspierają nie tylko proces diagnozy, ale również bieżący monitoring sytuacji rodzin objętych procedurą „Niebieskie Karty”. Pracownicy socjalni systematycznie analizują zmiany w środowisku domowym, dokumentują podejmowane działania oraz oceniają poziom zagrożenia dla poszczególnych członków rodziny. Szczególne znaczenie ma bieżąca analiza czynników mogących świadczyć o wzroście ryzyka wystąpienia przemocy lub eskalacji zachowań stwarzających zagrożenie dla zdrowia lub życia osób doświadczających przemocy. Pozwala to na podejmowanie działań wyprzedzających i adekwatne planowanie pomocy.

SKUTECZNE MOTYWOWANIE OSÓB STOSUJĄCYCH PRZEMOC DO ZMIANY

W Siemianowicach Śląskich wypracowano skuteczny model motywowania osób stosujących przemoc do udziału w programach korekcyjno-edukacyjnych oraz psychologiczno-terapeutycznych. Jego siłą jest za-

angażowanie wielu służb i instytucji, które w ramach swoich kompetencji prowadzą spójne oddziaływania wobec osoby stosującej przemoc.

Proces motywowania rozpoczyna się już na etapie pracy grup diagnostyczno-pomocowych, podczas których podejmowane są rozmowy ukierunkowane na budowanie odpowiedzialności za własne zachowania oraz uświadamianie konsekwencji stosowania przemocy. Działania te są następnie wzmacniane przez pracowników socjalnych, kuratorów sądowych, dzielnicowych oraz innych specjalistów, którzy mają kontakt z osobą stosującą przemoc. Kluczowym elementem wypracowanego modelu jest konsekwencja i spójność przekazu. Osoba stosująca przemoc otrzymuje od przedstawicieli różnych służb jednoznaczną informację dotyczącą konieczności zmiany zachowań, ponoszenia odpowiedzialności za stosowaną przemoc oraz możliwości skorzystania z profesjonalnych form wsparcia. Ogranicza to zjawisko przerzucania odpowiedzialności na innych członków rodziny, minimalizowania skutków przemocy czy poszukiwania sprzecznych komunikatów pomiędzy instytucjami.

Istotną rolę odgrywają również kuratorzy sądowi oraz dzielnicowi, którzy dzięki regularnemu kontaktowi z osobą stosującą przemoc domową, mają możliwość wzmacniania działań motywacyjnych oraz monitorowania realizacji podejmowanych zobowiązań. Doświadczenia Siemianowic Śląskich pokazują, że skuteczne motywowanie osób stosujących przemoc nie jest rezultatem działań pojedynczej instytucji, lecz efektem dobrze skoordynowanej współpracy wielu specjalistów. Wypracowany model przekłada się na wysokie zainteresowanie udziałem w programach skierowanych do osób, które mają duże trudności z zapanowaniem nad zachowaniami agresywnymi oraz zwiększa szanse na trwałą zmianę przemocowych zachowań.

WSPÓŁPRACA Z PLACÓWKAMI OŚWIATOWYMI

Na uwagę zasługuje również wypracowany model współpracy z placówkami oświatowymi. Przedstawiciele szkół i przedszkoli uczestniczą w procesie diagnozowania sytuacji rodzin, przekazując informacje zebrane dzięki specjalnie opracowanym formularzom i narzędziom monitorującym.

Rozwiązanie to umożliwia uporządkowane przedstawienie funkcjonowania dziecka w środowisku szkolnym lub przedszkolnym, uwzględniając jego zachowanie, funkcjonowanie emocjonalne, relacje rówieśnicze, frekwencję, wyniki w nauce oraz obserwowane zmiany mogące świadczyć o przeżywanych trudnościach. Szczególną uwagę poświęca się identyfikowaniu czynników ryzyka, które mogą wskazywać na doświadczanie przemocy przez małoletniego lub występowanie innych zagrożeń w środowisku domowym. Dzięki temu grupy diagnostyczno-pomocowe otrzymują pełniejszy obraz sytuacji dziecka, co pozwala na podejmowanie bardziej trafnych decyzji dotyczących działań pomocowych i ochronnych.

Przykład Siemianowic Śląskich pokazuje, że skuteczność lokalnego systemu przeciwdziałania przemocy domowej opiera się przede wszystkim na połączeniu profesjonalnej diagnozy, systematycznej oceny ryzyka, partnerskiej współpracy służb oraz konsekwentnych oddziaływań kierowanych zarówno do osób doznających, jak i stosujących przemoc domową. Z perspektywy superwizora pracy socjalnej szczególnie interesujący wydaje się fakt, że opisane rozwiązania nie koncentrują się wyłącznie na realizacji obowiązków proceduralnych. W wielu samorządach diagnoza rodziny ogranicza się do gromadzenia informacji niezbędnych do

prowadzenia dokumentacji. W Siemianowicach Śląskich została ona jednak przekształcona w narzędzie wspierające podejmowanie decyzji, ocenę ryzyka oraz planowanie adekwatnych działań pomocowych. To właśnie odejście od formalizmu na rzecz praktycznego wykorzystania informacji stanowi jeden z najważniejszych elementów skutecznego systemu przeciwdziałania przemocy domowej.

ŁAPSZE NIŻNE – OD PROFILAKTYKI DO POMOCY. JAK NIEWIELKA GMINA BUDUJE LOKALNĄ SIĘĆ WSPARCIA

W debacie dotyczącej organizacji lokalnych systemów przeciwdziałania przemocy domowej często wskazuje się, że niewielkie gminy napotykają trudności związane z ograniczoną dostępnością specjalistycznego wsparcia. Mniejsza liczba mieszkańców, ograniczone zasoby kadrowe czy brak specjalistycznych instytucji są postrzegane jako bariery utrudniające skuteczne pomaganie osobom znajdującym się w sytuacji kryzysowej. Doświadczenia Gminy Łapsze Niżne pokazują jednak, że odpowiednio zorganizowana współpraca oraz umiejętne wykorzystanie dostępnych zasobów pozwalają na skuteczne przełamywanie tego stereotypu.

Jednym z największych atutów funkcjonującego na terenie gminy systemu jest ścisła współpraca pomiędzy przedstawicielami różnych służb i instytucji zaangażowanych w przeciwdziałanie przemocy domowej. Pracownicy socjalni, funkcjonariusze Policji, przedstawiciele oświaty, ochrony zdrowia oraz członkowie grup diagnostyczno-pomocowych pozostają ze sobą w stałym kontakcie, co umożliwia szybkie

reagowanie na pojawiające się problemy oraz sprawną wymianę informacji dotyczących rodzin, które potrzebują wsparcia. W niewielkiej społeczności szczególnego znaczenia nabiera dobra znajomość lokalnego środowiska oraz mieszkańców, co pozwala trafniej identyfikować potrzeby rodzin i skuteczniej planować działania pomocowe.

Na uwagę zasługuje również aktywne zaangażowanie placówek oświatowych w działania na rzecz ochrony dzieci i rodzin. Nauczyciele, wychowawcy oraz specjaliści szkolni stanowią ważne źródło informacji o funkcjonowaniu małoletnich, a ich obserwacje często pozwalają na wczesne dostrzeżenie sygnałów mogących świadczyć o występowaniu przemocy domowej lub innych problemów opiekuńczo-wychowawczych. Dzięki dobrej współpracy pomiędzy szkołami a pozostałymi służbami możliwe jest szybkie podejmowanie działań wspierających oraz kierowanie rodzin do odpowiednich ośrodków i specjalistów, by członkowie tych rodzin mogli otrzymać adekwatną do sytuacji pomoc.

Szczególnie wartościowym rozwiązaniem jest konsekwentne budowanie i promowanie lokalnej sieci wsparcia dla mieszkańców. Pomimo niewielkiej wielkości, gmina oferuje mieszkańcom dostęp do szerokiego katalogu specjalistycznych form pomocy obejmujących wsparcie psychologiczne, terapeutyczne, prawne, socjalne oraz poradnictwo specjalistyczne. Informacje o dostępnych instytucjach i specjalistach zostały uporządkowane w formie bazy wsparcia dla mieszkańców, dzięki czemu osoby znajdujące się w sytuacji kryzysowej mogą łatwiej znaleźć odpowiednią pomoc.

Warto podkreślić, że siłą tego rozwiązania nie jest wyłącznie sama dostępność specjalistów, lecz również bardzo dobra orientacja przedstawicieli poszczególnych służb w zakresie lokalnych zasobów pomo-

cowych. Pracownicy socjalni, nauczyciele, funkcjonariusze Policji oraz inni specjaliści posiadają wiedzę o możliwościach wsparcia dostępnych dla mieszkańców i potrafią sprawnie kierować osoby potrzebujące do odpowiednich form pomocy. Dzięki temu mieszkańcy nie są pozostawieni sami sobie w poszukiwaniu wsparcia, a pomoc może zostać uruchomiona szybko i adekwatnie do zgłaszanych potrzeb.

Istotnym elementem lokalnego systemu jest również inwestowanie w rozwój kompetencji specjalistów. Regularnie organizowane szkolenia, warsztaty oraz spotkania robocze służą nie tylko doskonaleniu wiedzy związanej z realizacją procedury „Niebieskie Karty”, ale również budowaniu współpracy pomiędzy służbami. Spotkania te stanowią przestrzeń do wymiany doświadczeń, omawiania bieżących problemów oraz wzajemnego poznawania kompetencji i możliwości poszczególnych instytucji. Dzięki temu współpraca opiera się na partnerstwie, zaufaniu i wspólnej odpowiedzialności za bezpieczeństwo mieszkańców.

PROFILAKTYKA JAKO ELEMENT LOKALNEGO SYSTEMU PRZECIWDZIAŁANIA PRZEMOCY

Na szczególne podkreślenie zasługują działania profilaktyczne realizowane na terenie Gminy Łapsze Niżne. Lokalny system przeciwdziałania przemocy nie koncentruje się wyłącznie na reagowaniu w sytuacjach kryzysowych, lecz obejmuje również działania edukacyjne i profilaktyczne skierowane do mieszkańców oraz specjalistów pracujących z dziećmi i rodzinami. Przykładem takiego podejścia była m.in. realizacja kampanii „Stop przemocy wobec dzieci”, w ramach której zorganizowano cykl spotkań edukacyjno-profilaktycznych. Wydarzenia skierowane były zarówno do specjalistów, psychologów szkolnych, dyrektorów placówek

oświatowych i kuratorów, jak również do uczniów oraz mieszkańców gminy. Tematyka spotkań obejmowała między innymi zagadnienia związane z bezpieczeństwem dzieci i młodzieży, przeciwdziałaniem przemocy domowej, cyberprzemocą, odpowiedzialnością prawną nieletnich oraz rolą profilaktyki w budowaniu bezpiecznego środowiska wychowawczego.

Ważnym elementem działań profilaktycznych są również spotkania informacyjne organizowane dla mieszkańców gminy. W ich realizację angażują się przedstawiciele miejscowego OPS-u, policji oraz specjaliści zajmujący się terapią uzależnień. Spotkania te służą zwiększaniu świadomości społecznej w zakresie zapobiegania przemocy domowej, przeciwdziałania przestępczości oraz promowania dostępnych form wsparcia. Dzięki temu mieszkańcy otrzymują nie tylko wiedzę dotyczącą zagrożeń, ale również informacje, gdzie i w jaki sposób mogą uzyskać pomoc.

Doświadczenia Łapsz Niżnych pokazują, że skuteczny system przeciwdziałania przemocy domowej powinien obejmować zarówno działania interwencyjne, jak i szeroko rozumianą profilaktykę społeczną. Inwestowanie w edukację mieszkańców, wzmacnianie kompetencji specjalistów oraz budowanie świadomości dzieci i młodzieży pozwala ograniczać ryzyko występowania przemocy i wzmacnia lokalny system ochrony rodzin.

CO DECYDUJE O SKUTECZNOŚCI LOKALNYCH SYSTEMÓW PRZECIWDZIAŁANIA PRZEMOCY DOMOWEJ?

Skuteczność lokalnych systemów przeciwdziałania przemocy domowej nie zależy tylko od wielkości samorządu, liczby zatrudnionych spe-

cjalistów czy dostępnych środków finansowych. Zarówno doświadczenia dużego miasta, jak i niewielkiej gminy pokazują, że kluczowe znaczenie mają czynniki organizacyjne oraz jakość współpracy pomiędzy osobami zaangażowanymi w pomoc rodzinom.

Z perspektywy superwizora pracy socjalnej można wskazać pięć elementów szczególnie wpływających na skuteczność lokalnych działań. Pierwszym z nich jest **rzetelna diagnoza** sytuacji rodziny, połączona z bieżącą oceną czynników ryzyka. Drugim – **regularna wymiana informacji** pomiędzy służbami oraz gotowość do wspólnego analizowania sytuacji rodzin wymagających wsparcia. Trzecim elementem jest **inwestowanie w rozwój kompetencji specjalistów** poprzez szkolenia, warsztaty i spotkania umożliwiające wymianę doświadczeń. Czwartym – **budowanie lokalnych sieci wsparcia**, pozwalających szybko kierować mieszkańców do odpowiednich form pomocy. Piątym natomiast jest przywództwo, rozumiane jako **zdolność integrowania różnych instytucji wokół wspólnego celu**, tj. bezpieczeństwa osób doznających przemocy domowej.

Warto zwrócić przy tym uwagę, że za większością skutecznych rozwiązań w kraju stoją nie tylko odpowiednie procedury, ale również osoby, które potrafią integrować przedstawicieli różnych służb wokół wspomnianego wyżej wspólnego celu. Doświadczenia opisywanych samorządów wskazują, że istotną rolę odgrywają przewodniczący zespołów interdyscyplinarnych, kierownicy jednostek organizacyjnych pomocy społecznej oraz inni liderzy lokalnych systemów wsparcia.

Z perspektywy superwizora pracy socjalnej wyraźnie dostrzegam, że tam, gdzie przewodniczący zespołów interdyscyplinarnych oraz kierownicy jednostek aktywnie inicjują współpracę pomiędzy

służbami, specjaliści znacznie częściej postrzegają przeciwdziałanie przemocy domowej jako wspólne zadanie, a nie wyłącznie zakres obowiązków własnej instytucji.

REKOMENDACJE PRAKTYCZNE

Przedstawione przykłady pozwalają sformułować kilka rekomendacji dla jednostek samorządu terytorialnego, które mogą pomóc w rozwijaniu lokalnych systemów przeciwdziałania przemocy domowej:

- rozwijanie narzędzi wspierających diagnozę sytuacji rodzin oraz ocenę czynników ryzyka występowania przemocy domowej;
- wzmacnianie współpracy pomiędzy służbami poprzez regularne spotkania robocze, szkolenia i wymianę doświadczeń;
- tworzenie lokalnych baz wsparcia ułatwiających mieszkańcom dostęp do specjalistycznej pomocy;
- budowanie spójnego systemu oddziaływań wobec osób stosujących przemoc domową, opartego na współpracy różnych instytucji;
- rozwijanie działań profilaktycznych skierowanych do dzieci, młodzieży oraz całych społeczności lokalnych;
- inwestowanie w rozwój kompetencji specjalistów pracujących w obszarze przeciwdziałania przemocy domowej;
- wzmacnianie roli placówek oświatowych w procesie wczesnego rozpoznawania problemów dzieci i rodzin;
- budowanie lokalnych sieci wsparcia umożliwiających szybkie kierowanie mieszkańców do odpowiednich form pomocy.

REFLEKSJA ZAMIAST PODSUMOWANIA

Przedstawione przykłady pokazują, że skuteczne przeciwdziałanie przemocy domowej nie zależy wyłącznie od wielkości samorządu czy liczby dostępnych instytucji. Zarówno doświadczenia dużego miasta, jak i niewielkiej gminy wskazują, że o jakości lokalnego systemu wsparcia decydują przede wszystkim zaangażowanie specjalistów, trafna diagnoza problemów, gotowość do współpracy oraz umiejętność dostosowywania działań do potrzeb mieszkańców. Dobre praktyki opisane w artykule pokazują, że skuteczne rozwiązania często powstają oddolnie, jako odpowiedź na konkretne wyzwania pojawiające się w codziennej pracy z rodzinami. To właśnie połączenie profesjonalizmu, interdyscyplinarności i otwartości na rozwój sprawia, że lokalne systemy przeciwdziałania przemocy domowej stają się skuteczniejsze i lepiej odpowiadają na potrzeby osób wymagających wsparcia. ■



MICHAŁ GLUZEK

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

PRZEMOC DOMOWA JAKO WYZWANIE DLA PRACY SOCJALNEJ W SOSNOWCU

Analiza działań pomocowych
i barier interwencji



Przemoc domowa stanowi jedno z najtrudniejszych wyzwań współczesnej pracy socjalnej oraz polityki społecznej. Jest zjawiskiem wielowymiarowym, dlatego pomoc w tym zakresie jest wymagająca – a jak wygląda dokładnie? W artykule analizie poddano działania pomocowe realizowane wobec osób doznających przemocy domowej na terenie Sosnowca oraz wskazano najważniejsze bariery, które utrudniają skuteczne interwencje społeczne w tym zakresie.

MARCIN KOZAK

PRZEMOC I JEJ RODZAJE

Prof. Jerzy Mellibruda definiował przemoc jako świadome i celowe działanie lub zaniechanie skierowane przeciwko drugiej osobie, które naruszają jej prawa, dobra osobiste oraz powodują cierpienie fizyczne, psychiczne lub emocjonalne. Co ważne, w kontekście przemocy domowej szczególnie podkreśla się przewagę sił osoby

krzywdzącej nad tą, która krzywdzenia doznaje, a także powtarzalność zachowań przemocowych¹.

Aby jednak w sposób trafny zrozumieć charakter tego zjawiska, warto dla szerszego kontekstu przytoczyć także opis zaproponowany przez Krystynę Kmiecik-Baran, która podaje, że definicja przemocy opiera się zasadniczo na trzech kryteriach²:

- rodzaju zachowania,
- intencjach,
- skutkach.

Może mieć przy tym charakter:

- instrumentalny, czyli służący jako środek do realizacji określonych celów,
- bezinteresowny, czyli jako poszukiwanie zadowolenia w znęcaniu się nad innymi,
- zbiorowy,
- lub indywidualny.

Autorka zwraca tym samym uwagę na to, że osobą stosującą przemoc mogą kierować różne motywacje. W przemocy instrumentalnej krzywdzące zachowania mogą być stosowane jako narzędzia służące osiągnięciu określonych korzyści, takich jak dominacja, wymuszenie posłuszeństwa czy kontrola członków rodziny. Z kolei przemoc bezin-

1 J. Melibruda: *Przeciwdziałanie przemocy domowej*, Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa 2009, s. 15.

2 K. Kmiecik-Baran: *Przemoc wobec dzieci – diagnoza i interwencja*, [w:] J. Papież, A. Płukis (red.), *Przemoc dzieci i młodzieży w perspektywie polskiej transformacji ustrojowej*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 1998, s. 364–365.

teresowna związana jest z czerpaniem satysfakcji z zadawania cierpienia i często ma podłoże emocjonalne lub psychopatologiczne.

Na potrzeby artykułu wyróżnimy cztery rodzaje przemocy, z którymi najczęściej mamy do czynienia na gruncie pracy socjalnej czy szeroko rozumianej pomocy:

- **przemoc fizyczna** – stosowanie działań naruszających nietykalność cielesną drugiej osoby. Obejmuje m.in. bicie, popychanie, szarpanie, kopanie, duszenie, policzkowanie czy używanie niebezpiecznych przedmiotów³;

- **przemoc psychiczna** – polega na systematycznym poniżaniu, wyśmiewaniu, kontrolowaniu, zastraszaniu oraz izolowaniu danej osoby lub grupy osób od rodziny i znajomych. Osoba krzywdząca stosuje manipulację emocjonalną, wzbudza poczucie winy oraz obniża poczucie własnej wartości osoby pokrzywdzonej⁴;

- **przemoc seksualna** – obejmuje wszelkie działania naruszające sferę intymną drugiej osoby, do których dochodzi bez jej zgody. Może przyjmować np. formę wymuszania współżycia seksualnego, zmuszania do nieakceptowanych praktyk seksualnych, poniżania w sferze seksualnej czy zmuszania do oglądania materiałów pornograficznych⁵;

- **przemoc ekonomiczna** – polega na kontrolowaniu dostępu do środków finansowych oraz uzależnianiu materialnym osoby doznającej przemocy od tej, która ją stosuje. Może obejmować odbieranie pieniędzy, uniemożliwianie podjęcia pracy zawodowej, kontrolo-

3 I. Pospiszyl. *Przemoc w rodzinie*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1994, s. 39–41.

4 J. Mellibruda, *Przemoc domowa – podstawowe informacje*, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 2008, s. 10–12.

5 A. Lipowska-Teutsch. *Rodzina a przemoc*, Wydawnictwo eFKa, Kraków 1995, s. 56–58.

wanie wydatków, zadłużanie rodziny bez wiedzy partnera czy zablokowanie dostępu do podstawowych środków potrzebnych do życia. Tego rodzaju działania prowadzą do ograniczenia samodzielności osoby krzywdzonej i utrudniają jej wyjście z przemocowej relacji⁶.

PRZEMOC DOMOWA A DZIAŁANIA POMOCOWE W SOSNOWCU

Podstawowa definicja pracy socjalnej, obowiązująca obecnie na gruncie prawa polskiego, została określona w ustawie o pomocy społecznej. Według tego dokumentu pracę socjalną należy rozumieć jako działalność zawodową, która ma na celu pomoc osobom i rodzinom we wzmacnianiu lub odzyskiwaniu zdolności do funkcjonowania w społeczeństwie, poprzez pełnienie odpowiednich ról społecznych, a także tworzenie warunków sprzyjających temu celowi⁷. Z tej właśnie definicji wynikają zadania pracownika socjalnego w kontekście osób doznających przemocy, bowiem nierzadko – po pierwsze – jest on diagnostą sytuacji, a więc osobą, która ocenia, czy zachodzi przemoc, a – po drugie – kiedy już pozyska taką wiedzę, staje się organizatorem wsparcia dla pokrzywdzonych.

Co to oznacza w praktyce, w tym także w działaniach podejmowanych przez pracowników socjalnych w Sosnowcu? Przede wszystkim warto zacząć od tego, że zgodnie z ustawą z dnia 29 lipca 2005 roku

6 K. Michalska, D. Jaszczak-Kuźmińska, *Przemoc w rodzinie*, Wydawnictwo Edukacyjne PARPA, Warszawa 2007, s. 23–25.

7 Ustawa o pomocy społecznej z 1997 r., art. 6, u. 12

o przeciwdziałaniu przemocy domowej⁸, pracownik socjalny jest jedną z osób, które mogą wszcząć procedurę „Niebieskie Karty”, poprzez wypełnienie formularza „Niebieska Karta – A” i przekazanie go do odpowiedniego Zespołu Interdyscyplinarnego ds. Przeciwdziałania Przemocy Domowej. Nie zapomina przy tym o doraźnej pomocy, jak np. pokierowaniu osoby pokrzywdzonej do psychologa współpracującego z określonym Ośrodkiem Pomocy Społecznej. Może pomóc także w uzyskaniu bezpłatnej porady prawnej czy aktywizować w różnych obszarach funkcjonowania społecznego.

Odwołując się do swojej codziennej praktyki zawodowej, pragnę podkreślić, że sytuacje różnią się od siebie – klienci mają różne zasoby oraz deficyty – a pomoc związana stricte ze zjawiskiem przemocy jest nierzadko tylko fragmentem działań, które należy podjąć, by skutecznie i holistycznie zaopiekować się daną rodziną. Oznacza to zatem konieczność posiadania szerokich kompetencji interpersonalnych oraz wiedzy z dziedziny prawa, psychologii i pedagogiki społecznej. Co więcej, jeśli ktoś doznaje przemocy, a pracownik socjalny podejmuje działania w tym zakresie, diagnozując też inne obszary wymagające wsparcia, powinien nawiązać kontakty zarówno wewnątrz, jak i na zewnątrz instytucji. W ramach aktywizacji zawodowej może współpracować np. z Klubem Integracji Społecznej, gdzie podopieczny może uzyskać szerszy dostęp do ofert pracy czy różnego rodzaju szkoleń, które mogą pomóc w rozwoju i zmianie sytuacji zawodowej. Gdy zaś w związku z trudną sytuacją rodzinną występują problemy opiekuńczo-wychowawcze, wówczas pracownik socjalny może – na

8 Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej (Dz.U. z 2024 r. poz. 1673 ze zm.).

prośbę strony – przygotować np. wniosek o objęcie pomocą w formie asystenta rodziny.

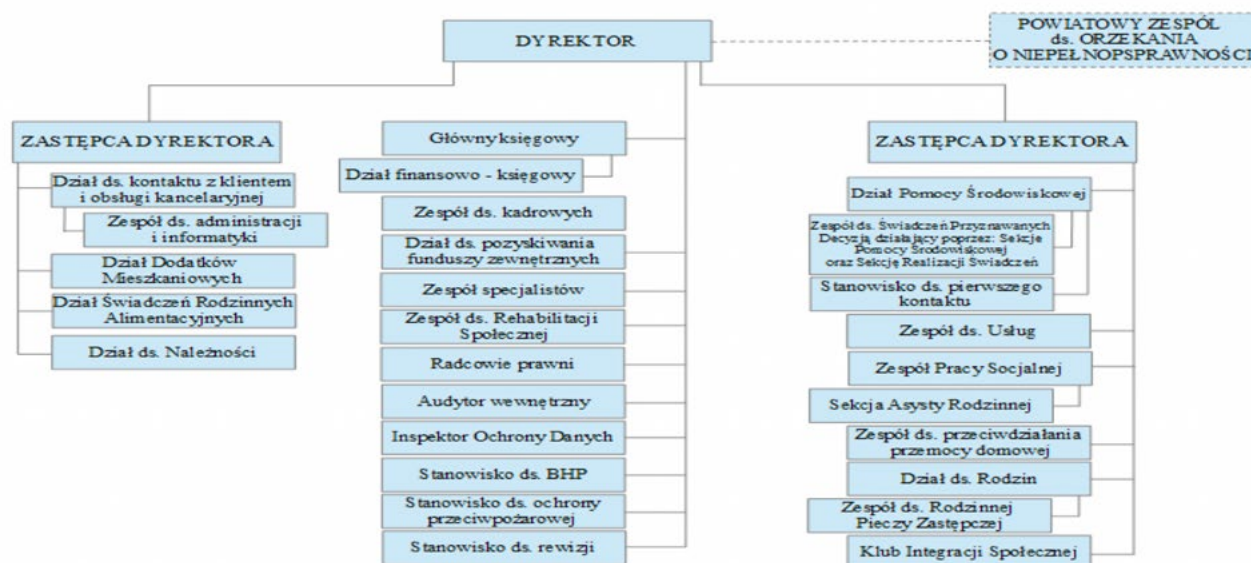
Zdarza się również, że rodziny są dotknięte ubóstwem. Mogą wtedy liczyć na pomoc finansową ze strony Działu Pomocy Środowiskowej. W takich przypadkach pracownik socjalny rozeznaje sytuację materialno-bytową rodziny i opierając się na ustawie o pomocy społecznej, przyznaje określone wsparcie finansowe (lub odmawia jego przyznania). W tym miejscu warto wspomnieć o współpracy Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Sosnowcu ze Stowarzyszeniem *Pomagamy sercem*. Dzięki wspólnym działaniom, beneficjentami pomocy mogą być także te osoby, które nie mieszczą się w kryterium dochodowym kwalifikującym do pomocy finansowej, jaką przyznaje MOPS. Mogą być obdarowane paczkami żywnościowymi czy innymi formami pomocy rzeczowej, nie podlegając konkretnym i sztywnym rygorom formalnym, które wynikają bezpośrednio z ustawy. Jeśli pracownik socjalny na podstawie rozeznania sytuacji określi zapotrzebowanie na taką pomoc, to dana osoba zostaje wówczas zaopiekowana przez wspomniane Stowarzyszenie.

Co równie ważne, jako że w praktyce sosnowieckiego MOPS-u, pracownik socjalny często jest pierwszą osobą, która podczas wywiadu środowiskowego lub wizyty w domu danej rodziny, dostrzega sygnały przemocy, musi posiadać też umiejętność prowadzenia rozmowy w sposób zapewniający bezpieczeństwo pokrzywdzonym. Osoby doznające przemocy często nie identyfikują własnej sytuacji jako przemoc domowa lub próbują ją zbagatelizować czy usprawiedliwiać. Dlatego niezwykle ważna jest wiedza pracowników socjal-

nych w zakresie mechanizmów psychologicznych towarzyszących przemocy i szeroki zakres kompetencji miękkich.

SCHEMAT DZIAŁAŃ SOSNOWIECKIEGO MOPS-U

W celu lepszego zrozumienia konkretnych działań, warto przytoczyć poniższy schemat, który dokładnie pokazuje, w jaki sposób zorganizowany jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Sosnowcu:



Źródło: Regulamin organizacyjny Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Sosnowcu.

W kontekście niniejszego artykułu interesuje nas przede wszystkim prawa strona schematu. Wyodrębniono tam komórki, które w zakresie swoich obowiązków mają właśnie organizowanie pomocy, w tym wsparcia osobom doświadczającym przemocy. Sosnowiec jest miejscem, gdzie na-

stąpił podział, dzięki któremu kompetencje się nie przenikają, a pomoc może być celowana w konkretny obszar. Przykładowo Zespół ds. Usług organizuje usługi opiekuńcze, a jego działania skierowane są głównie do osób starszych, Zespół Pracy Socjalnej podejmuje działania interwencyjne i doradcze, Sekcja Asysty Rodziny ściśle współpracuje z rodzinami, by zwiększyć ich kompetencje wychowawcze, Zespół ds. Przeciwdziałania Przemocy Domowej uczestniczy w procedurze „Niebieskie Karty” itd. Dzięki takiemu podziałowi, łatwiej jest pokierować konkretnymi działaniami wobec osoby doznającej krzywdzenia, tj. zaoferowanie jej wsparcia dopasowanego do tego, w jakiej jest sytuacji i jakie ma potrzeby. Jednocześnie wszystko toczy się w ramach jednej instytucji, co pozwala na współpracę pomiędzy konkretnymi jednostkami. To bardzo ważne, ponieważ praca socjalna w obszarze przemocy domowej ma charakter interdyscyplinarny i obejmuje zarówno działania pomocowe, jak i interwencyjne. Zwiększa to szansę na szybką reakcję oraz kompleksowe i skuteczne działania mające wspierać rodzinę.

BARIERY INTERWENCJI W PRACY SOCJALNEJ

Jako że zaniechaniem byłoby pominięcie barier, które występują w zakresie interwencji czy generalnie korzystania z usług Ośrodka Pomocy Społecznej w Sosnowcu, poniżej przedstawiam listę najczęściej dostrzeganych trudności:

a) trudności osób doznających przemocy ze zgłaszaniem się po pomoc – praktyka pokazuje, że osoby doświadczające przemocy mają obawy przed zgłoszeniem problemu, nieraz tłumacząc to stra-

chem przed eskalacją agresji, możliwością rozpadu rodziny czy problemami finansowymi lub wstydem;

b) problem niedoborów kadrowych – zawód pracownika socjalnego to typowy zawód środka, znajdujący się w samym centrum różnych dylematów. Dodatkowo wiąże się z niskim wynagrodzeniem i niezbyt dużym prestiżem, co jest nieproporcjonalne wobec dużej odpowiedzialności, jaką dźwigają pracownicy socjalni. Prowadzi to nierzadko do wypalenia zawodowego, a ostatecznie do rezygnacji z pełnionych funkcji;

c) biurokratyzacja – pracownicy socjalni zwracają również uwagę na wysoki poziom formalizacji procedury „Niebieskie Karty”. Konieczność sporządzania rozbudowanej dokumentacji często ogranicza czas przeznaczony na bezpośrednią pracę z rodziną;

d) ograniczona skuteczność oddziaływań wobec osób stosujących przemoc – problemem jest też niewystarczająca skuteczność programów korekcyjno-edukacyjnych dla osób stosujących przemoc. Badania pokazują, że część z nich uczestniczy w programach wyłącznie z powodu zobowiązania instytucjonalnego, bez rzeczywistej motywacji do zmiany zachowań⁹;

e) ograniczone zaufanie do instytucji – część rodzin objętych pomocą społeczną wykazuje niski poziom zaufania wobec instytucji

⁹ Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych: *Programy oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych wobec sprawców przemocy*, Warszawa 2020.

publicznych. Dotyczy to szczególnie osób, które wcześniej miały negatywne doświadczenia związane z interwencjami służb lub postępowaniami sądowymi. W praktyce prowadzi to do ukrywania problemu przemocy, unikania kontaktu z pracownikami socjalnymi oraz ograniczonej współpracy.

PODSUMOWANIE

Przemoc stanowi jedno z najważniejszych wyzwań pracy socjalnej nie tylko w Sosnowcu, ale również w innych miastach. Do najważniejszych form wsparcia realizowanych w Sosnowcu należą: interwencja kryzysowa, pomoc psychologiczna, poradnictwo prawne, wsparcie socjalne oraz monitorowanie rodzin objętych procedurą „Niebieskie Karty”. Istotnym elementem pozostaje także współpraca interdyscyplinarna, umożliwiająca szybszą diagnozę problemu i kompleksowe wsparcie osób doświadczających przemocy.

Podsumowując: z jednej strony rodziny mają szeroki wachlarz możliwości pomocowych, z których warto i należy korzystać, jednak z drugiej wciąż istnieje potrzeba wzmacniania procedur interwencyjnych, profilaktyki, zwiększania zasobów kadrowych pomocy społecznej oraz rozwijania współpracy międzyinstytucjonalnej, co przełoży się na jeszcze wyższy poziom skuteczności działań. ■



MARCIN KOZAK

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

WIARA W ZMIANĘ

Środowiska religijne jako
sojusznik w przeciwdziałaniu
przemocy wobec kobiet
i dziewcząt



Sprawozdanie z warsztatu OBWE/ODIHR „Wiara w zmianę” (Warszawa, 18-19 marca 2026 roku) oraz najważniejsze wnioski z raportu ODIHR Engaging Men on Gender Equality.

DANIEL PRZYGODA

Gdy kobieta doświadczająca przemocy domowej szuka pomocy, nierzadko pierwszą osobą, do której się zwraca, nie jest policjant, prawnik ani terapeutka, lecz duchowny albo inny lokalny autorytet z jej wspólnoty. Czy ta osoba wie, co wówczas zrobić? Czy potrafi rozpoznać sytuację zagrożenia, zareagować bez oceniania i – co równie istotne – wie, kiedy powinna powstrzymać się od działania na własną rękę, kierując pokrzywdzoną do wyspecjalizowanej instytucji? Pytania tego rodzaju wyznaczały rytm dwudniowego warsztatu „Wiara w zmianę”, który w połowie marca odbył się w warszawskiej siedzibie Biura Instytucji Demokratycznych i Praw Człowieka OBWE (ODIHR).

DWA DNI ROZMÓW NA MIODOWEJ

Spotkanie zatytułowane „Wiara w zmianę: zaangażowanie podmiotów religijnych w walkę z przemocą wobec kobiet i dziewcząt” zorganizowano 18-19 marca 2026 roku w siedzibie ODIHR przy ul. Miodo-

wej w Warszawie. Wydarzenie przygotowano w ramach projektu ODIHR „Capitalizing on the Human Dimension Mandate to Advance Gender Equality” (CHANGE), finansowanego przez rząd Wielkiej Brytanii. Robocza formuła – warsztat połączony ze spotkaniem dialogowym – nie była przypadkowa. Organizatorom nie zależało bowiem na kolejnej konferencji z wieloma prezentacjami, lecz na realnej wymianie doświadczeń i nakreśleniu punktów wyjścia do wspólnych działań w polskim kontekście.

Przy jednym stole zasiedli ludzie, którzy na co dzień raczej rzadko się spotykają, czyli przedstawicielki i przedstawiciele różnych wspólnot religijnych działających w Polsce (prawosławnej, ewangelicko-augsburskiej, ewangelicko-metodystycznej i katolickiej) obok podmiotów świadczących pomoc osobom pokrzywdzonym, organizacji zajmujących się prawami człowieka oraz instytucji ochrony praw człowieka. Założenie było jasne: skuteczne przeciwdziałanie przemocy wobec kobiet i dziewcząt (ang. *violence against women and girls*, VAWG) wymaga podejścia obejmującego całe społeczeństwo, a środowiska religijne są częścią tego społeczeństwa – zbyt liczną i zbyt wpływową, by je pomijać.

Otwarcia dokonały dr Susan Kerr, dyrektorka Departamentu Praw Człowieka ODIHR, a także Sanja Nikolin, koordynatorka projektu CHANGE. Podczas pierwszej sesji zaprezentowano publikację ODIHR „Wiara w zmianę: angażowanie przedstawicieli środowisk religijnych w działania na rzecz zakończenia przemocy wobec kobiet i dziewcząt” – dokument będący praktycznym narzędziem dla wszystkich, którzy chcą budować mosty pomiędzy światem wiary a systemem ochrony przed przemocą.

DLACZEGO ŚRODOWISKA RELIGIJNE?

Pomysł, by do rozmowy o przemocy wobec kobiet zapraszać liderów religijnych, czasem jest przyjmowany z rezerwą – i to z obu stron. Część działaczek na rzecz praw kobiet obawia się, że instytucje religijne częściej bywają źródłem problemu niż jego rozwiązaniem, a część środowisk religijnych traktuje „równość płci” jako hasło z obcego, podejrzanego słownika. ODIHR proponuje wyjście z tego klinczu, które najtrafniej oddaje tytuł jednej z rekomendacji jego raportu o angażowaniu mężczyzn: „Stań się częścią rozwiązania”.

Punkt wyjścia jest pragmatyczny. Liderzy religijni i tradycyjni – w przeważającej mierze mężczyźni – cieszą się autorytetem w swoich wspólnotach, kształtują postawy i zachowania. Docierają też do osób, do których nie dotrze żadna kampania społeczna. Niektórzy są skutecznymi rzecznikami praw człowieka i równości, inni nie, ale właśnie ze względu na ich wpływ – jak podkreślano w Warszawie – nie wolno ich lekceważyć ani z góry skreślać. Mogą bowiem odegrać konkretną i ważną rolę, np. kierując kobietę lub mężczyznę ze swojej wspólnoty do specjalistycznej placówki.

Warunkiem powodzenia takiej współpracy jest sposób, w jaki się ją prowadzi. Doświadczenia przywoływane podczas warsztatu – a także rekomendacje raportu ODIHR – zgodnie wskazują, że do wspólnot religijnych trzeba podchodzić bez konfrontacji i bez oceniania, ze świadomością własnych uprzedzeń, budując zaufanie i traktując religię jako część rozwiązania, a nie przeszkodę. Gdy rozmowa zaczyna się od tego, co łączy (a przekonanie, że przemoc wobec kobiet jest złem, któremu trzeba położyć kres, łączy w zasadzie zawsze), oka-

zuje się, że punktów wspólnych jest więcej, niż początkowo się wydawało. Tę myśl, sformułowaną w raporcie ODIHR przez prof. Wojciecha Brzozowskiego, zastępcę Rzecznika Praw Obywatelskich, sprawdzano podczas warszawskiego warsztatu niejako w działaniu.

OD POJĘĆ DO PRAKTYKI

Program warsztatu poprowadzono od podstaw ku konkretnym rozwiązaniom. Pierwszego dnia dr Noa Nogradi, ekspertka ds. praw kobiet, wprowadziła uczestników w kluczowe pojęcia: czym jest przemoc wobec kobiet i dziewcząt, w jaki sposób krzywdzi, na co powinni zwracać uwagę przedstawiciele środowisk religijnych, a na co podmioty świadczące usługi pomocowe, a także – jak wyglądają lokalne uwarunkowania tego zjawiska. Dr Romina Istratii z brytyjskiego Institute of Domestic Violence, Religion & Migration przedstawiła doświadczenia i wnioski z różnych kontekstów krajowych. Pokazała, że przedstawiciele środowisk religijnych w wielu miejscach świata już dziś podejmują działania przeciw przemocy i istnieją sprawdzone, lokalne dobre praktyki. Popołudniowa sesja poświęcona była wyzwaniom, barierom w angażowaniu liderów religijnych, możliwościom współpracy międzyreligijnej i międzywyznaniowej oraz współdziałaniu z podmiotami pomocowymi i organizacjami praw kobiet.

Drugi dzień rozpoczęła zaś dyskusja panelowa o przemocy wobec kobiet w różnych kontekstach i o roli wspólnot religijnych, z udziałem m.in. dr Sandry Pertek z University of Birmingham (badaczki związków między płcią, przemocą, religią i migracją przymusową) oraz Jane Lasonder, przewodniczącej Międzynarodowej Rady Doradczej Ocala-

łych z Handlu Ludźmi, która działa przy ODIHR. Kolejne sesje, prowadzone w grupach, dotyczyły tego, jak powinien wyglądać zintegrowany system świadczenia usług pomocowych i jakie miejsce zajmuje w nim duchowny czy lider wspólnoty. Było też dużo pracy ze studiami przypadków, a wreszcie też tworzenie polityk przeciwdziałania przemocy wokół koncepcji czterech „P”: zapobiegania (*prevent*), ochrony (*protect*), ścigania sprawców (*prosecute*) i zapewnienia zadośćuczynienia (*provide redress*). Ostatni blok poświęcono opracowaniu założeń lokalnej polityki przeciwdziałania przemocy wobec kobiet i dziewcząt – z pytaniami, jak wyglądałoby rozwiązanie idealne i co jest potrzebne, by mogło realnie zadziałać.

To przejście „od pojęć do praktyki” jest istotne także dla czytelniczek i czytelników „Niebieskiej Linii”. Pokazuje bowiem, że zaangażowanie środowisk religijnych nie ma być gestem symbolicznym ani PR-owym, lecz elementem lokalnego systemu pomocy. Systemu, w którym każdy podmiot zna swoją rolę i – co równie ważne – jej granice.

MĘŻCZYŹNI JAKO CZĘŚĆ ROZWIĄZANIA – RAPORT ODIHR

Warsztat „Wiara w zmianę” wpisuje się w szerszą strategię ODIHR, której wyrazem jest wydany w 2025 roku raport *Engaging Men on Gender Equality* („Angażowanie mężczyzn w działania na rzecz równości płci”). To dokument, który warto znać, bo dostarcza ram pojęciowych i argumentów dla pracy prowadzonej również w polskich realiach.

Punkt wyjścia raportu jest otwórzający. Według Światowego Forum Ekonomicznego, przy obecnym tempie zmian, osiągnięcie glo-

balnej równości płci zajmie 134 lata – to rok 2158, czyli pięć pokoleń od dziś. W dodatku w wielu obszarach postęp wyhamował, a miejscami obserwuje się regres. Raport powstał jako owoc konferencji *Women and Men: working together for equal rights*, zorganizowanej przez ODIHR w Warszawie w grudniu 2023 r., w której wzięły udział 74 osoby (49 kobiet i 25 mężczyzn) z różnych sektorów. Zawiera dziewięć rekomendacji rozłożonych na trzy wymiary działania OBWE.

Dla osób pracujących z przemocą domową szczególnie istotne są dwie z nich. Pierwsza rekomendacja wzywa, by mężczyzn i chłopców systematyczniej włączać w zapobieganie przemocy wobec kobiet i dziewcząt oraz jej zwalczanie. Raport przypomina ustalenie badań OBWE: trzy na dziesięć kobiet po 15. roku życia deklaruje, że doświadczyło przemocy fizycznej lub seksualnej ze strony partnera bądź innej osoby. Skoro przeważającą część tej przemocy stosują mężczyźni i chłopcy, to bez ich udziału w zmianie, nie sposób jej zatrzymać. Kluczowy jest tu jednak sposób ujęcia problemu. Raport zaleca bowiem, by patrzeć na mężczyzn i chłopców jak na sojuszników, a nie wyłącznie potencjalnych sprawców, przy jednoczesnym konsekwentnym komunikowaniu zasady: „Zero tolerancji dla przemocy”. Jako dobrą praktykę wskazano chorwacką organizację Status M, która od 2010 roku pracuje z chłopcami i młodymi mężczyznami nad przekształcaniem szkodliwych norm męskości, wychodząc z założenia, że problem przemocy zaczyna się od tego, jak wychowujemy chłopców.

Kolejna z ważnych w tym kontekście rekomendacji jest zaś merytorycznym fundamentem warszawskiego warsztatu, tj. wspomniana już – adresowana do mężczyzn ze środowisk religijnych i tradycyjnych – idea: „Stań się częścią rozwiązania”. ODIHR podkreśla, że Biuro jest

dobrze umocowane, by pośredniczyć między środowiskami religijnymi a organizacjami zajmującymi się prawami człowieka. Co więcej, podkreślano, że tego typu współpraca udaje się najlepiej wtedy, gdy łączy troskę o wolność religii lub przekonań z troską o równość płci. Powinna przy tym opierać się na zaufaniu i wzajemnym szacunku oraz akceptować myśl, że strony mogą wychodzić z różnych punktów – najważniejsze, by zgadzały się co do tego, że przemocy wobec kobiet trzeba się przeciwstawić. Raport przytacza tu słowa prof. Wojciecha Brzozowskiego, zastępcy RPO, który podkreślił, że „do wspólnot religijnych należy podchodzić bez konfrontacji i bez oceniania, ze świadomością własnych uprzedzeń, traktując religię jako część rozwiązania”. Jako pozytywny przykład raport opisuje działania projektu CHANGE w Macedonii Północnej, gdzie liderzy religijni włączyli się m.in. w międzynarodową kampanię „16 Dni Akcji Przeciw Przemocy ze względu na Płeć”.

Raport nie pomija też kwestii języka. Jedna z rekomendacji dotyczy bowiem posługiwania się językiem wrażliwym na płeć i wprost odnotowuje, że w części państw regionu OBWE stał się on przedmiotem sporu, a nawet bywa instrumentalizowany. ODIHR zaleca, by ekspertki i eksperci szukali języka, który nie jest oskarżycielski ani wrogi, a zarazem rzetelnie oddaje dane i realia.

CO Z TEGO WYNIKA DLA POLSKI?

Tym, co odróżniało warszawski warsztat od wielu spotkań międzynarodowych, była jego wyraźnie krajowa perspektywa. Przy stole spotkali się przedstawiciele polskich wspólnot religijnych, m.in. związana z prawosławnym ośrodkiem Eleos Magdalena Bieńkowska, rzeczniczka Ko-

ścioła Ewangelicko-Augsburskiego Agnieszka Godfrejów-Tarnogórska, duchowna tego Kościoła Katarzyna Rudkowska, pastorka Kościoła Ewangelicko-Methodystycznego Monika Zuber czy działaczka katolicka Marta Titaniec, współinicjatorka telefonu wsparcia „Zranieni w Kościele”, a także reprezentantki i reprezentanci organizacji od lat zajmujących się tematyką przemocy i równego traktowania: Niebieskiej Linii IPZ, Fundacji Autonomia, Fundacji La Strada, Gdańskiego Centrum Równego Traktowania czy inicjatywy „Nasz Rzecznik”.

Co ważne dla czytelniczek i czytelników „Niebieskiej Linii”, wśród uczestników znalazł się także autor niniejszego artykułu. Środowisko, do którego adresowane jest to pismo, było więc w Warszawie obecne – i to nie przypadkiem. Doświadczenie Niebieskiej Linii IPZ oraz osób pracujących w obszarze przeciwdziałania przemocy było w tej rozmowie niezbędne, bowiem bez niego dialog ze wspólnotami religijnymi pozostałby teorią.

Co praktycznego wynika z tych dwóch dni dla osób pracujących w systemie przeciwdziałania przemocy? Przede wszystkim pokazanie myślenia o liderze religijnym jako o możliwym ogniwie ścieżki pomocowej – kimś, kogo warto znać, przeszkolić i włączyć w lokalną sieć pomocową, a nie kimś, kogo z góry się pomija. Podkreślano też znaczenie jasnego podziału ról: duchowny ma rozpoznać sytuację, zareagować bez oceniania i skierować dalej, a nie zastępować specjalistów. Po trzecie – ale zdecydowanie nie ostatnie! – silnie wybrzmiał też etos, który w materiałach ODIHR streszcza hasło: „Widzisz coś, powiedz coś”. Reagowanie na przemoc, seksizm i krzywdzące żarty nie jest nadgorliwością, lecz elementarną przyzwoitością, której można i należy uczyć. Także mężczyzn, także we wspólnotach.

Raport ODIHR opatrzone myślą, która dobrze podsumowuje zarówno jego przesłanie, jak i sens warszawskiego spotkania: równe społeczeństwo byłoby korzystne (wygrane) także dla mężczyzn. Przemoc wobec kobiet i dziewcząt nie jest „sprawą kobiet”, którą to kobiety mają załatwić między sobą. Jest sprawą całego społeczeństwa, w tym mężczyzn, a także wspólnot wiary. Warsztat „Wiara w zmianę” nie zakończył się wypracowaniem gotowych rozwiązań – nie taki był jego cel. Zakończył się czymś trudniejszym i potencjalnie trwalszym: rozmową, która w polskich realiach naprawdę rzadko w tym zakresie miała miejsce. ■

W tekście wykorzystano materiały z warsztatu „Wiara w zmianę” (OBWE/ODIHR, Warszawa, 18–19 marca 2026 r.) oraz publikację OBWE/ODIHR „Engaging Men on Gender Equality” (Warszawa–Wiedeń 2025).

UCZESTNICZKI I UCZESTNICY WARSZTATU

IMIĘ I NAZWISKO	FUNKCJA/AFILIACJA
Magdalena Bieńkowska	Przedstawicielka środowiska prawosławnego, związana z Eleos – Prawosławnym Ośrodkiem Miłosierdzia
Agnieszka Caban	Kulturoznawczyni, animatorka kultury i wieloletnia działaczka na rzecz społeczności romskiej
Anna Duniewicz	Koordynatorka inicjatywy „Nasz Rzecznik”
Agnieszka Godfrejów-Tarnogórska	Rzeczniczka prasowa Kościoła Ewangelicko-Augsburskiego w RP
Romina Istratii	Dyrektorka Institute of Domestic Violence, Religion & Migration (Wielka Brytania)

SYSTEMOWE SPOJRZENIE NA PRZEMOC

IMIĘ I NAZWISKO	FUNKCJA/AFILIACJA
Susan Kerr	Dyrektorka Departamentu Praw Człowieka OBWE/ODIHR
Emilia T. Kowalewska	Badaczka związana z PAN, ekspertka w zakresie praw człowieka i konstytucjonalizmu; absolwentka prawa University of Cambridge
Małgorzata Kubik-Trojanowska	Radczyni prawna
Jane Lasonder	Przewodnicząca International Survivors of Trafficking Advisory Council przy OBWE/ODIHR
William Lauderdale	Przedstawiciel International Justice Mission
Delia Nita	Specjalistka OBWE/ODIHR ds. wolności religii lub przekonań
Noa Nogradi	Ekspertka ds. praw kobiet
Sandra Pertek	Badaczka University of Birmingham i UKRI Future Leaders Fellow, specjalizująca się w związkach między płcią, przemocą, religią, migracją przymusową i pomocą humanitarną
Daniel Przygoda	Adwokat, przedstawiciel Niebieskiej Linii IPZ, członek Zespołu Monitorującego ds. Przeciwdziałania Przemocy Domowej przy Kancelarii Prezesa Rady Ministrów
Katarzyna Rudkowska	Duchowna Kościoła Ewangelicko-Augsburskiego w RP
Elżbieta Rutkowska	Działaczka społeczna związana z Gdańskim Centrum Równego Traktowania i Modelem Równego Traktowania
Agata Teutsch	Dyrektorka programowa Fundacji Autonomia
Marta Titaniec	Działaczka katolicka i społeczna, współinicjatorka telefonu wsparcia „Zranieni w Kościele”, była prezeska Zarządu Fundacji Świętego Józefa KEP
Agnieszka Zoboiewicz-Wiśniewska	Członkini Zarządu Fundacji La Strada – Fundacji Przeciwko Handlowi Ludźmi i Niewolnictwu
Monika Zuber	Pastorka Kościoła Ewangelicko-Methodystycznego w RP



Facebook OSCE Office for Democratic Institutions and Human Rights (ODIHR)



DANIEL PRZYGODA

– adwokat, przedstawiciel Niebieskiej Linii IPZ, członek Zespołu Monitorującego ds. Przeciwdziałania Przemocy Domowej przy Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, Warszawa.

Ekspertyza pozaprocesowa osoby pokrzywdzonej seksualnie – stanowisko organów procesowych



Ekspertyzy pozaprocesowe osoby pokrzywdzonej przemocą seksualną czasami budzą wątpliwości organów procesowych.

Jednak podstawą oceny takich opinii powinno być przede wszystkim to, czy przy jej sporządzaniu zostały zachowane standardy etyczne i metodologiczne diagnozy psychologicznej. Szczególnie dotyczy to sytuacji, gdy dziecko ujawnia doświadczenie przemocy ze strony rodzica.

AGNIESZKA WIDERA

Sytuacje, kiedy osoba małoletnia ujawnia w gabinecie psychologa krzywdzenie, szczególnie przemoc seksualną, są bardzo trudne i wymagają dużej rozwagi, ostrożności oraz realizacji procedur z zachowaniem standardów wynikających z zasad etyki zawodowej. Bezwzględnie obowiązują w tym zakresie wymogi bezstronności diagnostycznej, ochrony dobra dziecka oraz standardów psychologii sądowej i klinicznej. Z moich doświadczeń zawodowych wynika, że w niektórych przypadkach organy procesowe zgłaszają zastrzeżenia, które mają wpływ na dalsze postępowanie oraz poczucie bezpieczeństwa osoby małoletniej, mogą powodować wtórne zranienia, a nie wynikać z rzetelnej oceny sytuacji i diagnozy psychologicznej.

1. Gdy prokurator czy sędzia uznają, że opinia sporządzona przez pozaprocesowego psychologa pierwszego kontaktu, dotycząca seksualnej przemocy domowej, jest nieprzydatna dla celów postępowania przygotowawczego i procesowego.

Wartość opinii pozaprocesowej, jako dokumentu prywatnego, często oceniana jest przez organ procesowy (podmiot uprawniony przez przepisy do prowadzenia postępowania i podejmowania decyzji procesowych: policja prowadząca dochodzenie, prokurator prowadzący lub nadzorujący postępowanie przygotowawcze, sędzia – organ orzekający) jedynie na podstawie okoliczności jej powstania, źródła zlecenia oraz sposobu finansowania. Zdarza się, że prokuratorzy i sędziowie twierdzą, iż prywatne ekspertyzy psychologiczne:

- nie są przeprowadzane zgodnie z zasadą obiektywizmu,
- ich treści nie mogą stanowić źródła informacji istotnych dla oceny sytuacji i skutków u osoby pokrzywdzonej,
- zawarte w nich wnioski są pozbawione znaczenia merytorycznego.

Gdy powyższe zastrzeżenia faktycznie zaistnieją, oznacza to, że prywatne ekspertyzy psychologiczne powstają z naruszeniem zasad etyki zawodowej i standardów merytorycznych. Niestety, takie także się zdarzają. Przykładem są sytuacje, gdy zawarte w opinii wnioski o kimś (np. o matce wspierającej dziecko) są sporządzone jedynie na podstawie wywiadu z osobą trzecią, często wrogo nastawioną do opisanej (np. z osobą podejrzaną o dopuszczenie się przemocy seksualnej). Takie opinie są nie dopuszczalne etycznie i niepoprawne metodologicznie.

Niedopuszczalne jest formułowanie opinii psychologicznej na temat osoby trzeciej, która nie została objęta badaniem psychologicznym. Psycholog nie może opisywać osobowości, motywacji, zaburzeń, intencji ani kompetencji wychowawczych osoby, której nie badał. Wnioski diagnostyczne muszą wynikać z przeprowadzonego badania, zastosowanych metod, analizy dokumentacji oraz bezpośredniego kontaktu diagnostycznego z osobą ocenianą. Standardy diagnozy psychologicznej PTP wskazują, że diagnoza powinna opierać się na rzetelnych podstawach metodologicznych i etycznych. Psycholog może zatem napisać, że osoba badana zgłasza lęk przed drugim rodzicem, opisuje zachowania przemocowe partnera, relacjonuje kontrolę, groźby albo zachowania seksualnie naruszające granice. Nie powinien jednak bez badania tej osoby stwierdzać, że drugi rodzic „jest sprawcą przemocy”, „ma osobowość narcystyczną”, „manipuluje dzieckiem”, „jest zaburzony”, „jest pedofilem” albo „nie posiada kompetencji rodzicielskich”, jeżeli takie wnioski nie wynikają z jego własnej diagnozy tej osoby ani z materiału procesowego ocenianego przez uprawniony organ.

Możliwe jest natomiast sformułowanie ostrożnych wniosków funkcjonalnych, na przykład: „relacjonowane przez badaną zachowania partnera mogą odpowiadać mechanizmom przemocy psychicznej” albo „opis dziecka wskazuje na potrzebę dalszej diagnostyki i zapewnienia mu ochrony”. W takiej sytuacji psycholog powinien wyraźnie zaznaczyć, że nie diagnozował osoby trzeciej, a jego wnioski dotyczą wyłącznie funkcjonowania osoby badanej oraz treści przez nią ujawnionych.

Jeżeli w postępowaniu pojawia się opinia psychologiczna zawierająca rozpoznania lub oceny dotyczące osoby niebadanej, na-

leży zakwestionować jej wartość diagnostyczną. W piśmie procesowym można wskazać, że opinia wykracza poza zakres badania, zawiera wnioski dotyczące osoby trzeciej bez przeprowadzenia jej diagnozy, nie spełnia wymogów rzetelności metodologicznej i nie powinna stanowić podstawy ustaleń faktycznych. Można także wnieść o zobowiązanie autora opinii do wskazania, na jakiej podstawie sformułował wnioski dotyczące osoby, której nie badał albo o dopuszczenie opinii biegłego sądowego lub opiniodawczego zespołu sądowych specjalistów.

Niestety zdarza się, że organy procesowe nie biorą pod uwagę profesjonalnych ekspertyz pozaprocessowych nawet w sytuacji, gdy diagnoza została przeprowadzona za pomocą specjalistycznych metod, które przeznaczone są do badania przemocy seksualnej, a opinia zawiera elementy niezbędne do stworzenia dokumentu metodologicznie poprawnego (tj. stworzona została na podstawie badania osoby pokrzywdzonej, a nie osoby trzeciej, z przedstawieniem celu ekspertyzy, zastosowanych metod, zawiera część faktograficzną, część analityczną, wnioski, podsumowanie, zalecenia). Może to znacznie zubażać obraz całej sytuacji.

2. Gdy prokurator kwestionuje bezstronność prywatnych opinii psychologicznych, pomijając fakt, że wnioski zawarte w tych opiniach zostały sformułowane na podstawie bezpośredniego badania dziecka, co było wyraźnie wskazane w ich treści.

Prokuratorzy wskazują, że prywatne opinie psychologiczne, nawet jeśli są pogłębione pod względem merytorycznym, stanowią

stanowisko strony, która zleciła ich sporządzenie. Należy jednak podkreślić, że opinie psychologiczne dotyczące sytuacji życiowej, funkcjonowania psychicznego oraz objawów występujących u małoletniego pokrzywdzonego powinny być lub są sporządzane wyłącznie na podstawie bezpośredniej diagnozy dziecka, co powinno zostać jednoznacznie wskazane w treści opinii.

Warto przypomnieć, że w procesie diagnostycznym informacje uzyskiwane od rodzica wspierającego mają charakter wyłącznie pomocniczy i kontekstowy. Służą poznaniu sytuacji rodzinnej dziecka, przebiegu jego rozwoju od urodzenia, historii zdrowotnej, funkcjonowania społecznego oraz okoliczności ujawnienia przemocy. Nie stanowią natomiast podstawy do formułowania wniosków dotyczących stanu psychicznego dziecka ani do oceny doznanych przez nie doświadczeń traumatycznych. Podstawą takich wniosków jest bezpośrednio badanie małoletniego (Widera-Wysoczańska, 2012, 2023, 2023), który sam te informacje przedstawia.

Rolę „kontekstową” teoretycznie mogą pełnić też informacje pochodzące od osoby wskazywanej przez dziecko jako potencjalny sprawca przemocy, jednak nie mogą stanowić podstawy do formułowania diagnozy psychologicznej dotyczącej dziecka. **Tylko materiał uzyskany podczas bezpośredniego badania małoletniego pozostaje podstawą wniosków diagnostycznych** odnoszących się do jego funkcjonowania psychicznego oraz rozpoznania doświadczonych zdarzeń traumatycznych.

3. Gdy organy procesowe wymagają, aby ten sam psycholog pozaprocessowy, który przeprowadził diagnozę osoby pokrzywdzonej, zbadał także domniemanego sprawcę. Nie biorą pod uwagę okoliczności, że może on nie zgłosić się do psychologa dobrowolnie.

W świetle standardów metodologicznych psychologii klinicznej i sądowej oraz zasad etyki zawodowej psychologa, prywatny psycholog nie posiada uprawnień ani narzędzi prawnych, pozwalających na wezwanie do udziału w badaniu osoby, która samodzielnie nie zgłosiła się na diagnozę psychologiczną lub nie wyraziła na nią świadomej zgody. Diagnoza psychologiczna prowadzona poza postępowaniem procesowym opiera się na zasadzie dobrowolności uczestnictwa oraz w poszanowaniu autonomii osoby badanej.

Uprawnienia do zobowiązania określonej osoby do stawienia się na badanie mogą przysługiwać instytucjom publicznym, działającym w granicach kompetencji przyznanych przez przepisy prawa, takim jak sąd, prokuratura lub inne organy procesowe oraz instytucje państwowe (np. szkoła). Obowiązek poddania się badaniu wynika nie z decyzji psychologa, lecz z odpowiednich regulacji prawnych i decyzji właściwego organu.

W przypadku, gdy dziecko wskazuje konkretną osobę jako potencjalnego sprawcę przemocy, osoba ta może zostać objęta prywatną diagnozą psychologiczną jedynie wtedy, gdy sama wyrazi wolę uczestnictwa w badaniu. Psycholog prowadzący praktykę prywatną nie dysponuje środkami przymusu, które umożliwiają przeprowadzenie diagnozy bez samodzielnego zgłoszenia się, zgody i aktywnego udziału osoby badanej. Analogiczne zasady obowiązują w przypadku

badania wykonywanych przez specjalistów opiniujących na potrzeby postępowań sądowych, w tym przez Opiniodawcze Zespoły Sądowych Specjalistów (OZSS) oraz biegłych psychologów. Przeprowadzenie badania wymaga zgody osoby i jej współpracy.

Art. 12 ustawy o zawodzie psychologa oraz samorządzie zawodowym psychologów wskazuje, że psycholog ma wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy psychologicznej, zasadami etyki zawodowej oraz ze szczególną starannością. Oznacza to konieczność zachowania bezstronności diagnostycznej i unikania konfliktu ról zawodowych. Warto zaznaczyć, że w ustawie o zawodzie psychologa oraz samorządzie zawodowym psychologów z 2001 roku nie ma przepisu wprost zakazującego pomocy psychologa osobie wskazywanej przez wcześniej przyjętego pacjenta jako sprawca przemocy domowej. Taki zakaz wyprowadza się z zasad etyki zawodowej, wymogu bezstronności diagnostycznej, ochrony dobra dziecka oraz standardów psychologii sądowej i klinicznej, a nie z literalnego brzmienia jednego konkretnego artykułu ustawy.

W świetle nowych regulacji dotyczących zawodu psychologa z 23 stycznia 2026 r. (Dz.U. 2026 poz. 187), które będą obowiązywać od 19 maja 2028 r. (poza nielicznymi przepisami organizacyjnymi dotyczącymi tworzenia samorządu zawodowego), szczególnego znaczenia nabiera zasada niezależności, bezstronności oraz działania w najlepiej pojętym interesie osoby korzystającej z pomocy psychologicznej. Z tego względu psycholog, który uzyskał od dziecka informacje o doświadczanej przemocy seksualnej, nie powinien i nie może równocześnie podejmować się diagnozy osoby wskazywanej jako potencjalny sprawca tych zachowań. Łączenie obu ról może prowadzić

do konfliktu interesów, utraty obiektywizmu diagnostycznego, podważenia zaufania do procesu pomocy psychologicznej oraz powstania wątpliwości co do rzetelności ustaleń zarówno dotyczących osoby pokrzywdzonej, jak i wskazywanej jako domniemany sprawca.

Stąd też psycholog, który dowiedział się o możliwej przemocy seksualnej wobec dziecka, nie powinien, a nawet nie może przyjmować w swoim gabinecie osoby wskazywanej jako potencjalny sprawca w celu jej diagnozowania i opiniowania w tej samej sprawie. Wyjaśnianie okoliczności zdarzenia, w tym diagnoza osoby podejrzewanej o stosowanie przemocy, powinna być prowadzona przez niezależnego specjalistę, działającego odrębnie od psychologa, który udziela wsparcia dziecku. Rozpoznanie cech osoby podejrzanej/oskarżonej należy przede wszystkim do kompetencji odpowiednich służb i organów procesowych działających na podstawie przepisów prawa, a w razie potrzeby – do biegłych powoływanych przez uprawnione organy.

Rolą psychologa pierwszego kontaktu jest zapewnienie dziecku wsparcia, udokumentowanie istotnych informacji w zakresie swoich kompetencji oraz podjęcie działań przewidzianych prawem w sytuacji podejrzenia krzywdzenia dziecka, a nie prowadzenie równoległego postępowania psychologicznego osoby wskazywanej jako osoba stosująca przemoc seksualną. Manipulacje sprawcy są tak silne, że uniemożliwiają stosowanie zasady obiektywizmu.

Domniemany sprawca może z własnej woli skorzystać z pomocy psychologicznej – diagnostycznej bądź terapeutycznej u każdego innego psychologa specjalizującego się w przeciwdziałaniu przemocy domowej i traumatopsychologii.

Podsumowując: zgodnie ze standardami diagnozy psychologicznej, proces diagnostyczny powinien opierać się na zapewnieniu osobie zgłaszającej pokrzywdzenie odpowiednich warunków badania, uwzględniających jej dobro. Psycholog powinien działać w granicach kompetencji zawodowych, unikać konfliktu ról i konfliktu interesów, które wystąpią, gdy badał on osobę pokrzywdzoną i domniemanego sprawcę (Paluchowski, 2007; Kodeks Etyczny Psychologa PTP). Oznacza to potrzebę zachowania szczególnej ostrożności w organizowaniu procesu diagnostycznego tak, aby nie osłabiał poczucia bezpieczeństwa pokrzywdzonej osoby małoletniej czy dorosłej ani nie wpływał na wiarygodność uzyskiwanych informacji, a zapewniał rzetelność uzyskiwanych wyników.

4. Gdy organy procesowe uznają, że diagnoza osoby małoletniej i dorosłej, która zgłasza doznanie przemocy seksualnej w rodzinie, powinna odbywać się w obecności domniemanego sprawcy/sprawczyni.

W sytuacji podejrzenia przemocy seksualnej wobec dziecka, zarówno zasady etyki zawodowej psychologa, standardy diagnozy psychologicznej, jak i rozwiązania prawne, służące ochronie małoletnich pokrzywdzonych, wskazują na konieczność prowadzenia diagnozy w warunkach zapewniających dziecku poczucie bezpieczeństwa psychicznego oraz zabezpieczających przed wpływem osoby wskazywanej jako potencjalny sprawca przemocy. Standardy te zdecydowanie nie rekomendują prowadzenia diagnozy w obecności osoby wskazywanej jako domniemany sprawca, zarówno w sprawach karnych, jak i rodzinnych, nawet jeżeli dotyczą one badania relacji rodzinnych.

Diagnoza psychologiczna dziecka powinna odbywać się w warunkach umożliwiających swobodną ekspresję emocjonalną i poznawczą, bez obawy przed oceną, karą czy reakcją osób mogących mieć związek z doznaną krzywdą. W tym zakresie pomocne są rozwiązania przyjęte w trakcie przesłuchania w procedurze karnej, których celem jest ochrona osób pokrzywdzonych przed wtórną wiktymizacją oraz ograniczenie kontaktu małoletniego z osobą podejrzaną lub oskarżoną podczas przesłuchania. Zgodnie z art. 185a § 1–3 k.p.k., przesłuchanie małoletniego pokrzywdzonego przestępstwami przeciwko wolności seksualnej oraz innymi przestępstwami popełnionymi z użyciem przemocy odbywa się w szczególnych warunkach ochronnych, z udziałem psychologa, a także przy zastosowaniu rozwiązań ograniczających bezpośredni kontakt z osobą podejrzaną lub oskarżoną. Podobne mechanizmy ochronne przewiduje art. 185c § 2 k.p.k. wobec pełnoletnich pokrzywdzonych przestępstwami o charakterze seksualnym, jak również przepisy art. 390 § 2–4 k.p.k., które dopuszczają wyłączenie obecności oskarżonego podczas czynności procesowych, jeżeli jego udział mógłby wywoływać u świadka lub pokrzywdzonego poczucie zagrożenia, lęk albo utrudniać swobodne składanie zeznań. Przepisy te powinny być uwzględniane podczas procesu diagnozy psychologicznej.

Dlaczego jest to aż tak istotne? Obecność osoby podejrzewanej o stosowanie przemocy może bowiem w istotny sposób wpływać na stan psychiczny osoby pokrzywdzonej. W konsekwencji może ona nie być zdolna do swobodnego ujawnienia doznanych krzywd lub przedstawienia ich w pełnym zakresie. Wynika to z mechanizmów psychologicznych charakterystycznych dla przemocy seksualnej, które mają

miejsce przed ostrą przemocą seksualną, w trakcie jej trwania i po jej ujawnieniu. Należą do nich między innymi manipulacje sprawcy prowadzące do idealizacji jego osoby, identyfikacji ze sprawcą, toksyczne lojalności wobec sprawcy, tworzenie alternatywnej rzeczywistości relacyjnej, mechanizmy przypominające syndrom sztokholmski, a także objawy unikania, odrętwienia emocjonalnego, dysocjacji, silnego lęku oraz chronicznego napięcia. Dziecko może bać się sprawcy i jednocześnie odczuwać potrzebę bliskości z osobą stosującą przemoc, ponieważ sprawca często pozostaje dla niego ważną figurą przywiązania i źródłem emocjonalnej zależności.

Dodatkowo sprawcy mogą stosować subtelne formy wpływu i mikromanipulacji (wzrok, ruch ręką, ton głosu, postawa ciała) wobec osoby pokrzywdzonej, które pozostają trudne do zauważenia nawet dla doświadczonego diagnosty. W rezultacie ujawnienie przemy może być utrudnione, a zachowanie dziecka może sprawiać wrażenie niespójnego, ambiwalentnego lub niezrozumiałego dla otoczenia.

Z tych powodów prowadzenie diagnozy psychologicznej dziecka w obecności osoby wskazywanej jako potencjalny sprawca przemocy mogłoby zwiększać ryzyko wtórnej wiktyimizacji (ponownego doświadczania przemocy) oraz wtórnej traumatyzacji (nasilania się objawów), hamować swobodę wypowiedzi osoby pokrzywdzonej, nasilać objawy stresu, uruchamiać mechanizmy obronne i w związku z tym ograniczać wartość diagnostyczną badania. Zapewnienie dziecku bezpieczeństwa psychicznego stanowi podstawowy warunek uzyskania rzetelnych, obiektywnych i wiarygodnych wyników diagnozy psychologicznej (Widera-Wysoczańska, 2012, 2023, 2023).

Na potrzebę zapewnienia małoletnim pokrzywdzonym szczególnie bezpiecznych warunków diagnostycznych i procesowych zwraca uwagę J. Heitzman (2016). Podkreśla on, że poczucie bezpieczeństwa stanowi jeden z podstawowych warunków uzyskania wiarygodnych informacji od dziecka oraz ograniczenia ryzyka wtórnej traumatyzacji. Dodatkowo J.L. Herman (1992) oraz C.A. Courtois i J.D. Forda (2013) opisują charakterystyczne dla przemocy mechanizmy psychologiczne, takie jak zależność emocjonalna od sprawcy, traumatyczne przywiązanie, lojalność wobec sprawcy czy trudności w ujawnianiu doświadczanej przemocy. Zjawiska te mogą w istotny sposób wpływać zarówno na przebieg diagnozy, jak i na zdolność dziecka do swobodnego opowiadania o własnych doświadczeniach autobiograficznych.

Warto również zauważyć, że już w 2001 roku Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne (APA), formułując wytyczne dotyczące diagnozy osób zgłaszających doświadczanie przemocy domowej, wskazywało, że ocena psychologiczna osoby pokrzywdzonej oraz skutków przeżytych zdarzeń traumatycznych powinna opierać się przede wszystkim na analizie funkcjonowania i doświadczeń osoby pokrzywdzonej. W tym ujęciu wypowiedzi osób podejrzewanych o stosowanie przemocy nie mają rozstrzygającego znaczenia dla diagnozy psychologicznej osoby pokrzywdzonej ani dla oceny następstw doświadczonej traumy. Można bowiem z góry założyć, że sprawca nie przyzna się do popełnionego przestępstwa seksualnego i przedstawia sytuację w sposób korzystny dla siebie, a nie na podstawie faktów.

5. Gdy organy procesowe i pełnomocnicy osoby podawanej przez dziecko jako sprawca przemocy seksualnej uznają konieczność przyjęcia przez psychologa tej osoby i przekazania informacji o stanie dziecka, zwłaszcza gdy sprawa toczy się w sądzie rodzinnym.

Zgodnie z ustawą o przeciwdziałaniu przemocy domowej oraz zasadami etyki zawodowej psychologa, w przypadku uzyskania informacji wskazujących na możliwość krzywdzenia dziecka, obowiązkiem psychologa jest przekazywanie informacji właściwym organom, takim jak policja, prokuratura lub sąd (art. 304 par. 1 k.p.k, art. 240 k.k. [karalne niezawiadomienie o przestępstwie]), w celu zapewnienia mu ochrony.

Ochrona dziecka wymaga jednak zachowania szczególnej ostrożności w zakresie obiegu informacji uzyskanych podczas diagnozy. Szczególnie istotne jest zapobieganie sytuacjom, w których informacje uzyskane od dziecka mogłyby zostać bezpośrednio lub pośrednio przekazane osobie wskazywanej jako potencjalny krzywdziciel, nawet gdy jest to rodzic.

Gdy jeden z rodziców, wykonując władzę rodzicielską (art. 98 k.r.o. [reprezentacja dziecka przez rodziców]), przyprowadza dziecko do psychologa, a w trakcie diagnozy lub terapii dziecko ujawnia, że doświadcza przemocy seksualnej (i innej) ze strony drugiego rodzica, psycholog jest zobowiązany do zachowania tajemnicy zawodowej wobec rodzica wskazywanego jako domniemany sprawca, w zakresie informacji przekazanych przez małoletniego. Obowiązek ten służy budowaniu poczucia bezpieczeństwa u diagnozowanego dziecka oraz umożliwieniu mu swobodnego ujawniania trudnych, traumatycznych

doświadczeń. Przekazanie informacji osobie, wobec której istnieje podejrzenie stosowania przemocy seksualnej, może zwiększać ryzyko wywierania nacisku na dziecko, działań odwetowych, zastraszania, prób wpływania na jego relację lub utrudniania dalszego ujawniania doświadczanej krzywdy.

Ryzyko to wzrasta zwłaszcza wtedy, gdy dziecko jest badane w obecności osoby wskazywanej jako sprawca lub gdy dziecko i ta osoba uczestniczą w diagnozie prowadzonej przez tego samego psychologa. Nawet niezamierzone ujawnienie informacji uzyskanych od dziecka może w takich okolicznościach naruszać jego poczucie bezpieczeństwa i wpływać na przebieg dalszego postępowania. Dlatego w praktyce diagnostycznej szczególną wagę przywiązuje się do organizowania badania w sposób ograniczający możliwość przepływu informacji pomiędzy dzieckiem a osobą wskazywaną jako potencjalny sprawca przemocy. Celem jest nie tylko ochrona małoletniego przed wtórną traumatyzacją, ale również zapewnienie warunków umożliwiających swobodne ujawnianie doświadczeń bez obawy, że przekazane informacje dotrą do osoby, której dotyczą i posłużą krzywdzeniu ofiary.

6. Gdy niektórzy prokuratorzy twierdzą, że ekspertyza przeprowadzona pozaprocesowo nie jest wartościowa, ponieważ nie ma w niej szczegółowego opisu zachowań domniemanego sprawcy przemocy seksualnej, którego dokonała osoba pokrzywdzona w trakcie diagnozy.

Psychologia oraz przepisy prawa podkreślają, że przesłuchanie dziecka pokrzywdzonego przestępstwem seksualnym powinno służyć ustaleniu faktów niezbędnych dla postępowania, a jednocześnie chronić

małoletniego przed wtórną traumatyzacją. Oznacza to, że zakres zadawanych pytań powinien być ograniczony do informacji koniecznych dla ustalenia, czy doszło do czynu zabronionego i jaki był jego charakter.

Z perspektywy dowodowej istotne jest ustalenie, że doszło do określonej czynności seksualnej, a niekoniecznie odtwarzanie jej szczegółowego przebiegu. Dlatego pytania dotyczące tego, jak głęboko sprawca włożył palec czy penis do pochwy lub odbytu dziecka, ile wykonywał ruchów, jak dokładnie wyglądały jego narządy płciowe i twarz podczas podniecenia, nie mają znaczenia dla ustalenia okoliczności przestępstwa. Tego rodzaju szczegóły rzadko wnoszą istotną wartość dowodową, natomiast mogą znacząco zwiększać obciążenie psychiczne osoby pokrzywdzonej.

Szczególnie problematyczne są pytania wymagające od małoletniego oceny wyglądu podniecenia seksualnego sprawcy. Dziecko często nie dysponuje wiedzą ani możliwościami poznawczymi pozwalającymi na rzetelne opisywanie takiego stanu osoby, która go krzywdziła, zazwyczaj udając, że to zabawa. Oczekiwanie odpowiedzi na pytania dotyczące wyglądu twarzy, erekcji, stopnia podniecenia czy szczegółów anatomicznych sprawcy może prowadzić do niepotrzebnego pogłębiania relacji o charakterze seksualnym, wzmacniając wtórną traumatyzację pokrzywdzonego. W psychologii sądowej podkreśla się, że dziecko powinno mieć możliwość opowiedzenia o swoich doświadczeniach własnymi słowami, przy wykorzystaniu pytań otwartych i niewywołujących niepotrzebnego napięcia. Nadmierne koncentrowanie się na seksualnych detalach zwiększa ryzyko wtórnej wiktymizacji i powoduje lęk, zawstydzenie, nasila

stres oraz może utrudniać ujawnianie przez dziecko najważniejszych informacji.

Takie podejście znajduje odzwierciedlenie w polskich przepisach procesowych, w szczególności w **art. 185a k.p.k., których celem jest ograniczenie liczby przesłuchań oraz minimalizowanie ryzyka ponownego przeżywania traumy przez małoletniego pokrzywdzonego**. Nie oznacza to zakazu zadawania pytań dotyczących sfery seksualnej. Każde takie pytanie powinno jednak spełniać kryterium konieczności, proporcjonalności i rzeczywistej wartości dowodowej. W przypadku dzieci oznacza to szczególną ostrożność wobec pytań dotyczących szczegółów anatomicznych, głębokości penetracji, liczby ruchów seksualnych czy wyglądu podniecenia sprawcy, ponieważ takie pytania mogą wyrządzać więcej szkody niż przynosić korzyści dowodowe.

7. Gdy dla niektórych organów procesowych prywatna opinia psychologiczna nie stanowi dowodu w postępowaniu o przemoc seksualną.

W rozumieniu przepisów procesowych, prywatna opinia psychologiczna nie jest opinią biegłego sądowego. Nie oznacza to jednak, że pozostaje bez znaczenia dla postępowania. Stanowi ona dokument prywatny, który może być oceniany przez sąd lub prokuratora, wraz z pozostałym materiałem dowodowym zgromadzonym w sprawie.

W ramach zasady kontradyktoryjności postępowania, prywatna opinia psychologiczna może stanowić źródło informacji wskazujących na potrzebę dalszego wyjaśnienia określonych okoliczności. Jeżeli wyniki diagnozy psychologicznej dziecka wskazują na możliwość

doświadczania przemocy, dokument ten może uzasadniać podjęcie dalszych czynności dowodowych, w tym przeprowadzenie specjalistycznych badań z udziałem biegłych sądowych.

W razie potrzeby dalsza diagnoza może również objąć osobę wskazywaną jako potencjalny sprawca przemocy, jednak decyzje w tym zakresie należą do właściwych organów procesowych, a nie do psychologa sporządzającego opinię prywatną.

Należy również zwrócić uwagę, że **opinie sporządzane przez Opiniodawczy Zespół Sądowych Specjalistów (OZSS)**, z którymi często porównywane są wyniki diagnozy prywatnej, zazwyczaj powstają na podstawie postanowienia sądu, określającego konkretny zakres badania. **W wielu sprawach rodzinnych celem takiej opinii nie jest ustalenie czy dziecko doświadczyło przemocy seksualnej, lecz ocena sytuacji rodzinnej i wychowawczej małoletniego**, jakości więzi emocjonalnych z rodzicami, kompetencji wychowawczych rodziców oraz ich zdolności do zaspokajania potrzeb dziecka w przyszłości. Często sąd oczekuje także odpowiedzi na pytania dotyczące ewentualnego konfliktu rodzicielskiego, wpływania przez jednego rodzica na postawę dziecka wobec drugiego czy wzbudzania u dziecka lęku przed drugim rodzicem. Bywa, że specjaliści z OZSS pomimo wskazania przez sąd rodzinny konieczności zbadania wystąpienia przemocy seksualnej, nie czynią tego lub podają we wnioskach, że do przemocy nie doszło, pomimo braku badania w tym zakresie.

Jeżeli natomiast przedmiotem postępowania jest podejrzenie przemocy seksualnej wobec dziecka, diagnoza wymaga zastosowania metod i procedur ukierunkowanych na rozpoznanie zdarzeń traumatycznych, ocenę następstw traumy oraz analizę typowych obja-

wów wynikających z seksualnych doświadczeń traumatycznych. W praktyce można zauważyć, że nie wszystkie opinie OZSS zawierają szczegółowy opis wykorzystania metod przeznaczonych do diagnozy traumy seksualnej ani analizę zagadnień typowych dla tego rodzaju doświadczeń.

Z tego względu porównywanie wniosków pochodzących z ekspertyz OZSS oraz diagnoz psychologicznych wykonywanych poza postępowaniem procesowym o przemoc seksualnej wymaga dużej ostrożności. Jeżeli obie opinie dotyczą odmiennych pytań badawczych i służą realizacji różnych celów diagnostycznych, różnice we wnioskach nie muszą świadczyć o nieprawidłowości którejkolwiek z nich. Mogą być przede wszystkim konsekwencją tego, że każda z opinii powstała na podstawie analizy innego aspektu funkcjonowania dziecka i odpowiadała na inne pytania postawione przez organ zlecający lub osobę zgłaszającą się po pomoc psychologiczną.

ROLA PROKURATORA

Na koniec warto podkreślić, że niezwykle ważna jest w tym kontekście także rola prokuratora. Na gruncie polskim, w postępowaniu karnym jego zadaniem nie jest bowiem „pozbawianie wiarygodności” określonych osób, niezależnie od tego, czy są to psychologowie, rodzice, świadkowie czy sam pokrzywdzony. Prokurator pełni funkcję rzecznika interesu publicznego, a jego ustawowym obowiązkiem jest wszechstronne i obiektywne wyjaśnienie okoliczności sprawy. Zgodnie z art. 4 k.p.k., powinien uwzględniać zarówno okoliczności przemawiające na korzyść, jak i na niekorzyść podejrzanego oraz dążyć

do ustalenia rzeczywistego przebiegu zdarzeń, a nie do potwierdzania z góry przyjętej przez niego tezy.

Podsumowując: należy dostrzegać ograniczenia związane z ekspertyzami sporządzonymi przez psychologa pierwszego kontaktu, a ocena takich opinii powinna uwzględniać standardy etyczne i metodologiczne diagnozy psychologicznej dziecka. W szczególności dotyczy to sytuacji, gdy małoletni ujawnia doświadczenia przemocy ze strony rodzica. Należy doceniać rolę ekspertyz pozaprocesowych ze względu na sposób ich powstawania sprzyjający uzyskaniu wiarygodnych informacji mających zastosowanie w postępowaniach procesowych. ■

BIBLIOGRAFIA

Courtois C., Forda J. (red.) (2013). *Treating Complex Traumatic Stress Disorders in Children and Adolescents*, New York.

Heitzman J. (2016). *Psychiatria sądowa*, Warszawa.

Herman J. (1992). *Trauma and Recovery*, New York.

Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Dz.U.2026.236 t.j. Akt obowiązujący. Wersja od: 27 lutego 2026 r. LEX.

Kodeks postępowania karnego. Dz.U.2026.490 t.j. Akt obowiązujący. Wersja od: 12 czerwca 2026 r. do: 18 maja 2028 r. LEX.

Kodeks karny. Dz.U.2025.383 t.j. Akt obowiązujący. Wersja od: 29 stycznia 2026 r. LEX.

Paluchowski W.J. (red.) (2007). *Diagnoza psychologiczna. Standardy i wskazówki praktyczne*, Warszawa.

Polskie Towarzystwo Psychologiczne, *Kodeks Etyczny Psychologa*.

Widera-Wysoczańska A. (2012). Factors influencing court diagnoses of sexually abused children and their family – some lessons from practice, *Polish Journal of Applied Psychology*, t. 10(1), s. 33–64

Widera-Wysoczańska A., Gałęcka D. (2023). *Prawo do psychologicznej i prawnej ochrony dziecka przed przemocą seksualną doznaną w rodzinie*, III Konferencja Naukowa Przemoc domowa – perspektywa psychologiczna, społeczna i prawna, Warszawa.

Widera-Wysoczańska A. (2023). *Problemy rzetelnej diagnozy psychologiczno-sądowej osób skrzywdzonych seksualnie w dzieciństwie*, w: Domina I., Szymczyk P. (red.), *Ofiara i sprawca przestępstwa w perspektywie psychologicznej i społecznej*, Warszawa: Naukowe Wydawnictwo Tygiel, s. 65–95.

Widera-Wysoczańska, A. (2012). Problems of court psychological assessment of sexually abused children and their families - some lessons from practice, 2nd Global Conference – Trauma: Theory & Practice. Oxford Inter-Disciplinary Net., Prague.

Widera-Wysoczańska A. (2023). *Proces psychologiczno-sądowej diagnozy małoletniego zgłaszającego doznanie przemocy seksualnej*. w: Domina I., Szymczyk P. (red.), *Ofiara i sprawca przestępstwa w perspektywie psychologicznej i społecznej*. Warszawa: Naukowe Wydawnictwo Tygiel, s. 40-65.



AGNIESZKA WIDERA

– dr nauk hum. w zakresie psychologii, Adiunkt Instytutu Psychologii Uniwersytetu Wrocławskiego, Psychoterapeuta Certyfikowany przez Europejskie Towarzystwo Psychoterapeutyczne, specjalista w zakresie przeciwdziałania przemocy, superwizor PTT, superwizor w zakresie przeciwdziałania przemocy IPZ PTP, Ekspert Senatu RP (od 2021).



NAGRODA KORCZAKA 2026

Wyróżnienie
dla Niebieskiej Linii IPZ
za Mapę Pomocy Dziecku

21 maja w Muzeum Historii Żydów Polskich POLIN w Warszawie odbyła się Gala Nagrody Korczaka 2026, podczas której ogłoszono zwycięskie w tym roku osoby i organizacje. Jedną z nich jest Niebieska Linia IPZ, którą doceniono za stworzenie narzędzia, jakim jest Mapa Pomocy Dziecku. To wyjątkowe wyróżnienie, które bardzo wiele dla nas znaczy!

KATARZYNA MIŁKOWSKA

Nagroda Korczaka przyznawana jest od 2022 roku. Jak podkreślają organizatorzy, jej „celem jest promowanie idei Janusza Korczaka oraz wspieranie zmian w edukacji, poprzez nagradzanie instytucji i osób, które kierują się wartościami korczakowskimi”. Oznacza to, że docenieni zostają ludzie oraz organizacje, które wspierają podmiotowość dzieci, dbają o ochronę ich praw, wspierają w trudnych sytuacjach i tworzą środowisko przyjazne szczęśliwemu, zdrowemu dzieciństwu.

„W tym roku do Nagrody Korczaka zgłoszonych zostało ponad 220 wyjątkowych osób i inicjatyw. Tak duża liczba zgłoszeń pokazuje, jak potrzebne jest docenienie działaczy i instytucji, którzy na co dzień pracują z dziećmi i młodzieżą, poświęcają swój czas na ich



Wszyscy nominowani oraz nagrodzeni Nagrodą Korczaka 2026, prowadzący Galę, a także członkowie i członkinie Kapituły

edukację i wychowanie, troszczą się o ich zdrowie i rozwój. Nagroda Korczaka ma dostrzegać te działania, a jednocześnie wyróżniać je i wzmacniać. Janusz Korczak od lat inspiruje wychowawców, rodziców, nauczycieli – i dzieci. A wciąż mamy wokół siebie wiele osób, które współcześnie działają w duchu Korczaka, konsekwentnie, po cichu, z dobrym skutkiem” – podkreślał prof. Mirosław Grewiński, rektor Uczelni Korczaka, czyli organizatora Nagrody.

Uczelnia Korczaka – Akademia Nauk Stosowanych to jedna z najstarszych uczelni niepublicznych w Polsce. Działa od 1993 roku i kształci w obszarze pedagogiki, polityki społecznej i pracy socjal-



Maja Kuźmich, kierowniczka Niebieskiej Linii IPZ, odbierająca Nagrodę Korczaka 2026. Wyróżnienie wręczał Ryszard Majer, Senator RP.

nej oraz psychologii i zarządzania. Opierając się na własnym Modelu Pedagogiki Korczakowskiej, prowadzi sieć szkół podstawowych (Podstawówki Korczaka – Korczakowskie Szkoły Marzeń) oraz średnich (Licea Korczaka). Rozwija także placówki psychologiczno-pedagogiczne.

LAUREACI NAGRODY KORCZAKA 2026

Nagrody rozdawane są w pięciu kategoriach – oto poszczególne z nich, wraz z tegorocznymi laureatami:



Maju Kuźmicz, krótka przemowa po odebraniu Nagrody.

INSTYTUCJE I ORGANIZACJE KIERUJĄCE SIĘ WARTOŚCIAMI KORCZAKOWSKIMI (w tej kategorii nagradzane są działania i projekty prowadzone przez podmioty instytucjonalne, lokalne, regionalne, centralne: placówki edukacyjne i wychowawcze, organizacje społeczne i pozarządowe, podmioty samorządowe i rządowe, przedsiębiorstwa i inne podmioty krajowe lub międzynarodowe, działające w sposób zinstytucjonalizowany)

- Fundacja Itaka
- Fundacja ULICA
- Niebieska Linia IPZ za Mapę Pomocy Dziecku



Łukasz Szeliga odbierający Nagrodę Główną

LIDERZY ZMIAN (osoby fizyczne, działające lokalnie – w skali regionalnej lub powiatowej czy gminnej – które wprowadzają nowe idee edukacyjne i społeczne, stymulują rozwój lokalnych środowisk, inspirują do współpracy i do zmian w edukacji oraz wychowaniu, a przede wszystkim i takie zmiany skutecznie wdrażają)

- **Ewa Reimann** – cicha bohaterka codzienności, matka ośmiorga dzieci zgłoszona do tegorocznej edycji Nagrody Korczaka przez własnego, dorosłego dziś syna. Przez lata tworzyła dom, w którym edukacja, odpowiedzialność, pracowitość i szacunek do drugiego człowieka były nie tylko deklaracją, ale codzienną praktyką.



Retana Szredzińska (Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę), Maja Kuźmicz, Marzena Affeldt (Fundacja Dziecko w Centrum), Katarzyna Miłkowska (Niebieska Linia IPZ)

- **Michał Gawel** – prezes Fundacji Dialog, społecznik od lat zaangażowany w pracę na rzecz osób wykluczonych i uchodźców, jeden z najbardziej rozpoznawalnych działaczy społecznych z Podlasia.
- **Ewa Drobek** – pierwsza w historii polska nauczycielka, która znalazła się w dziesiątce konkursu Global Teacher Prize 2026, nazywanego „nauczycielskim Noblem”.
- **Jolanta Bobińska** – założycielka Fundacji Dom w Łodzi, inicjatorka i założycielka pierwszego w Polsce i w tej formule jedyne, Domu Dziecka dla Dzieci Chorych.



Przedstawicielki instytucji nominowanych do Nagrody Korczaka 2026

▪ **Aleksandra i Marcin Sawiccy** – nauczyciele i liderzy, którzy od ponad 2 dekad konsekwentnie budują alternatywną wizję szkoły opartej na rozwoju bezpłatnych szkół Montessori.

NAGRODA GŁÓWNA (w tej kategorii nagradzane są osoby prowadzące wieloletnią działalność o charakterze ogólnokrajowym w obszarze edukacji, wspierania dzieci i troski o ich prawa, których działania charakteryzują się dużym zasięgiem społecznym oraz skutecznością).

▪ **Łukasz Szeliga i Polski Komitet Paraolimpijski** – Łukasz Szeliga, Prezes Polskiego Komitetu Paraolimpijskiego, wielokrotny mistrz Polski w parasnarciarstwie alpejskim i trzykrotny paraolimpijczyk, do-



Tamuna Museridze podczas odbierania Nagrody Korczaka 2026

skonale wie, że sport to najlepsza forma rehabilitacji. Od lat walczy z krzywdzącym stereotypem, że niepełnosprawność wyklucza z aktywnego życia. Jak powiedział podczas Gali: „Sport zmienia życie. Daje siłę, sprawczość i poczucie, że nie ma rzeczy niemożliwych”.

NAGRODA ZAGRANICZNA (za upowszechnianie idei i dorobku Janusza Korczaka za granicą)

- **Tamuna Museridze** – gruzińska dziennikarka, która w 2016 roku, podczas poszukiwań rodzinnych korzeni, odkryła, że została nielegalnie adoptowana. Jej determinacja i walka z systemem doprowadziły do skan-



Prowadzący Galę Nagrody Korczaka 2026

dal, zmieniającego życie setek tysięcy ludzi i obnażającego bezduszną maszynę handlu noworodkami. Historię poszukiwań sprawiedliwości dla rozdzielonych rodzin pokazuje film dokumentalny „Skradzione dzieci” (2025) w reżyserii Martyny Wojciechowskiej i Jowity Baranieckiej.

NAGRODA SPECJALNA (za publikacje związane z dorobkiem Janusza Korczaka)

- **Dr Agnieszka Witkowska-Krych** – autorka książki „Dziecko wobec Zagłady. Instytucjonalna opieka nad sierotami w getcie warszawskim”.



Anna Jurkiewicz, prezeska Fundacji Itaka, odbierająca nagrodę z rąk dr Moniki Sajkowskiej, członkini Kapituły Nagrody Korczaka

■ **Prof. Roman Romuald Wasserman Wróblewski** – najmłodszy syn Michała Wassermana (Wróblewskiego), czyli „Pana Miszy”, wychowawcy z Domu Sierot. Badacz zajmujący się tematami zachowania prawdziwego dziedzictwa myśli pedagogicznej i biografii Janusza Korczaka oraz historii Zagłady i edukacji młodego pokolenia o Zagładzie. Jest autorem pierwszej książki o Zagładzie opublikowanej w Szwecji w minionym roku „Liberated 1945”. Współpracował także przy licznych badaniach dotyczących Korczaka, prowadzonych między innymi przez ośrodek Korczakianum – Muzeum Warszawy w Warszawie.

PREZYDIUM KAPITUŁY:

Prof. Barbara Smolińska-Theiss (Przewodnicząca Kapituły), dr Joanna Lizut, Mirosława Kątna, Paweł Rabiej, Dorota Zawadzka, ks. prof. Stanisław Dziekoński, Katarzyna Stoparczyk (In memoriam).

CZŁONKOWIE KAPITUŁY:

Prof. Julian Auleytner, Magdalena Bigaj, Sławomir Broniarz, dr Konrad Ciesiołkiewicz, prof. Agnieszka Cybal-Michalska, Marta Florkiewicz-Borkowska, Batia Gilad, Grzegorz Babicki, prof. Agnieszka Gromkowska-Melosik, prof. Ewa Jarosz, dr Agata Jastrzębowska, ks. prof. Marek Jeziorański, Piotr Kabaj, Katarzyna Kania, prof. Ewa Kantowicz, dr Iga Kazimierczyk, prof. Maria Kiesner, prof. Barbara Kromolicka, Dominik Kuc, Dorota Łoboda, Ryszard Majer, prof. Mirosława Nowak-Dziemianowicz, prof. Anna Odrowąż-Coates, Iwona Pietrzak-Płachta, Monika Rosa, dr Monika Sajkowska, prof. Barbara Skałbana, Barbara Janina Sochal, prof. Katarzyna Stanny, Monika Stutz-Kowalska, Renata Szredzińska, dr Alicja Zielińska, Maciej Żywno

MAPA POMOCY DZIECKU

Niebieska Linia IPZ, wraz ze współpracującymi psychologami, stworzyła w 2025 roku narzędzie **Mapa Pomocy Dziecku – Algorytmy postępowania pracowników oświaty w sytuacji podejrzenia przemocy domowej**. To narzędzie online, dostępne pod adresem: <https://www.niebieskalinia.pl/materialy-edukacyjne/algorytmy>. Jest interak-

tywne, tzn. podstawę stanowi MAPA, lecz po najechnaniu na poszczególne punkty (kropki), pojawiają się pogłębione treści.

Narzędzie skierowane jest – jak wskazuje sam tytuł – do osób pracujących w oświacie (nie tylko nauczycieli), ale tak naprawdę może pomóc każdemu, kto podejrzewa, że dziecko doświadcza przemocy, bo też **KAŻDY ma obowiązek reagować**. Niestety, nie każdy wie, jak to zrobić, na co odpowiedzią jest właśnie Mapa.

Narzędzie krok po kroku tłumaczy, jak należy się zachować, na co zwracać uwagę, co warto monitorować, jakie pytania zadawać i gdzie kierować się w razie jakichkolwiek wątpliwości. Mapa podzielona jest na dwie ścieżki:

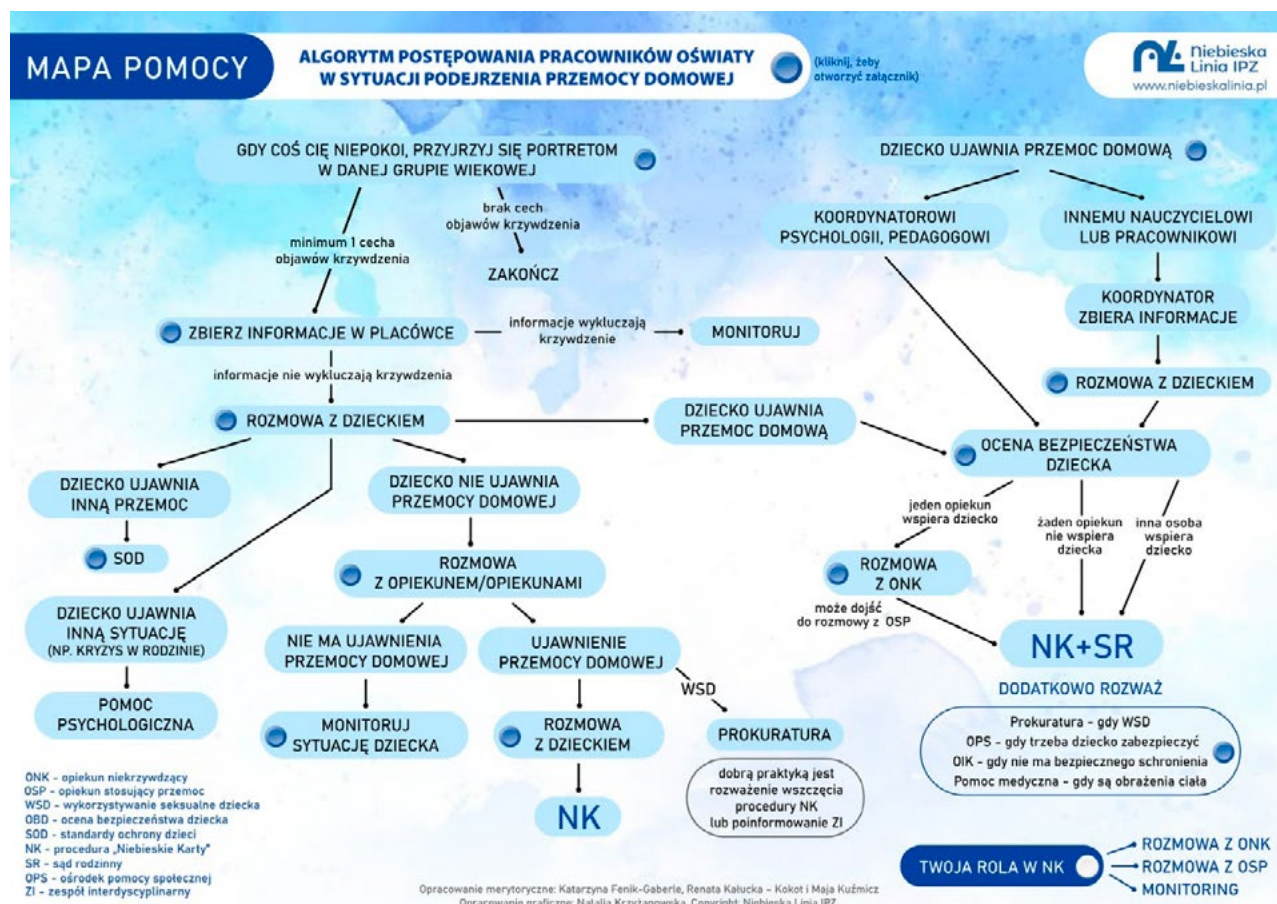
1. gdy dorosły podejrzewa, że dziecko doświadcza przemocy domowej;

2. gdy dziecko ujawnia przemoc domową.

Poszczególne punkty dokładnie opisują, jak może objawiać się doświadczanie przemocy domowej i to na każdym etapie rozwoju (u przedszkolaków, dzieci w klasach I-III, IV-VIII oraz u młodzieży w szkołach ponadpodstawowych). Pokazują, jak rozmawiać z dzieckiem, dostarczając konkretne pytania. Opisują również, jak reagować i czego nie robić/mówić w trakcie takiej rozmowy.

Kolejnym elementem są wskazówki, jak rozmawiać z opiekunami i na co podczas takich rozmów zwracać uwagę (zarówno z opiekunem krzywdzącym, jak i niekrzywdzącym).

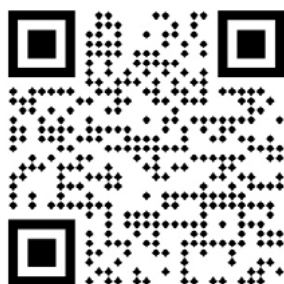
Mapa tłumaczy też, jaka jest rola osób pracujących w oświacie w procedurze „Niebieskie Karty” – jakie działania można w jej ramach podejmować, by jak najlepiej zadbać o bezpieczeństwo dziecka.



To tylko podstawowe informacje o narzędziu, jakie stworzyła Niebieska Linia IPZ (a konkretnie psycholożki: Maja Kuźmicz, Renata Kalucka-Kokot oraz Katarzyna Fenik-Geberle). Jest ono naprawdę rozbudowane, a dodatkowo prowadzone są szkolenia, które pokazują, jak z niego korzystać. Dotąd przeprowadzono dwa ogólnopolskie webinary na ten temat, a także szkolenia stacjonarne dla kilku warszawskich szkół, co tylko pokazało, jak tego typu narzędzia – i generalnie edukacja w zakresie przeciwdziałania przemocy wobec dzieci – są potrzebne. Pytań o to narzędzie jest wiele, a organizacje z całej Pol-

ski pragną poznać szczegóły korzystania z niego. Co przy tym ważne, jest ono opatrzone patronatem honorowym Rzeczniczki Praw Dziecka.

Zapraszamy do korzystania z niego – jest darmowe i dostępne dla wszystkich zainteresowanych:



Nagroda Korczaka 2026 jest dla nas ogromnym wyróżnieniem i traktujemy ją znacznie szerzej – nie tylko jako docenienie samej Mapy, ale jako zauważenie naszych starań i codziennej, nieraz bardzo trudnej pracy, właśnie w duchu wartości Janusza Korczaka. Wartości, według których żaden mały (i ten nieco większy) człowiek nie powinien doświadczać przemocy, a otrzymywać opiekę, wsparcie, zrozumienie – być wysłuchanym, potraktowanym poważnie i docenionym za sam fakt, że JEST.

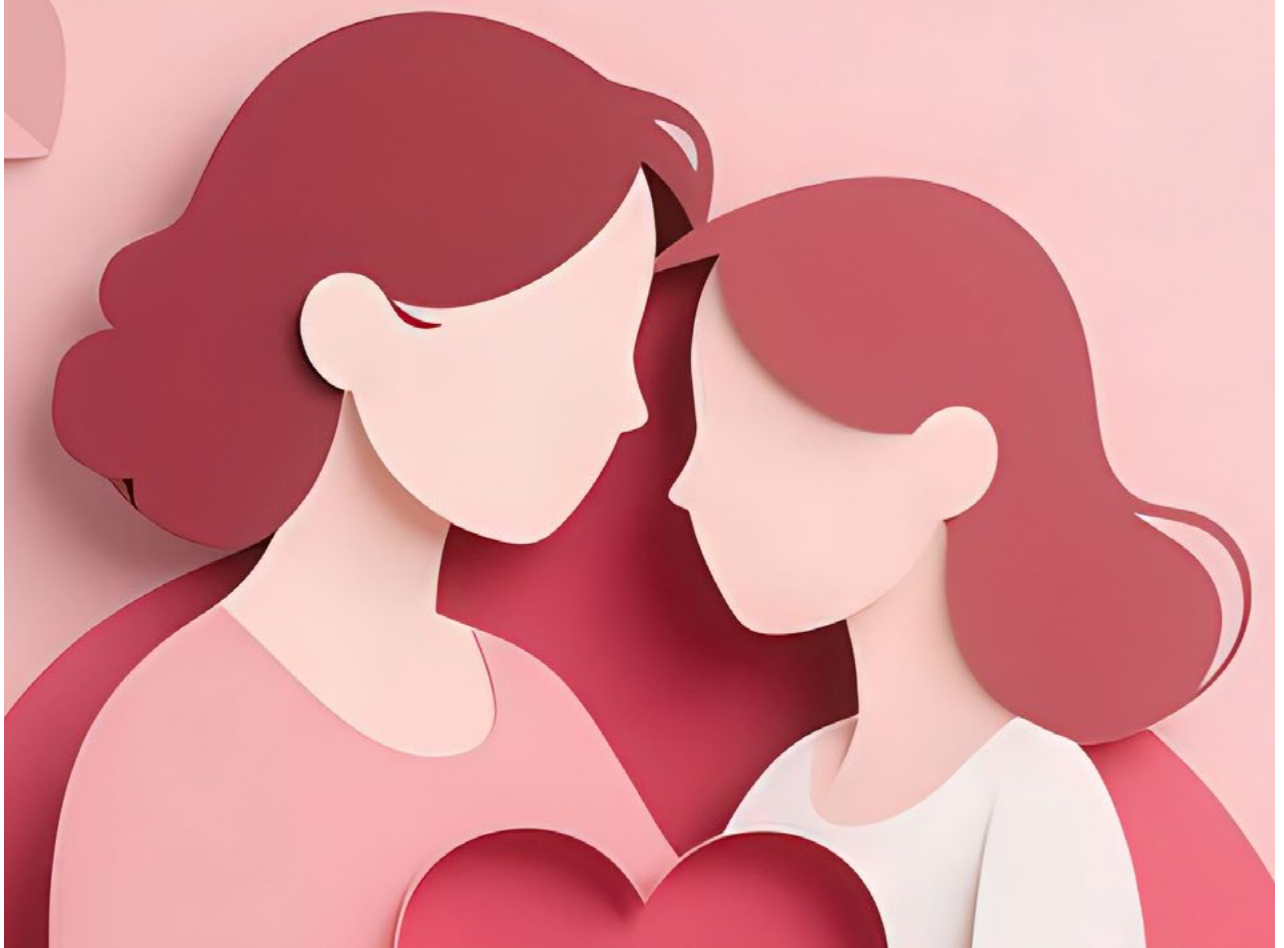
Dziękujemy więc jeszcze raz całej Kapitulie i Uczelni Korczaka. Gala była wydarzeniem absolutnie wyjątkowym – przepięknym, niezwykle wzruszającym i dodającym motywacji do dalszej pracy. Gratulujemy też wszystkim pozostałym organizacjom oraz osobom nominowanym – Wasza praca naprawdę tworzy świat lepszym miejscem, a jak mawiał Korczak: „Nie wolno zostawiać świata takim, jakim jest”.



KATARZYNA MIŁKOWSKA

– redaktorka naczelna pisma „Niebieska Linia”.

Gdy dziecko ujawnia krzywdzenie



Ujawnienie przemocy wobec dziecka jest jednym z najtrudniejszych momentów zarówno w życiu samego dziecka, jak i całego systemu rodzinnego. Szczególnie dramatyczny charakter ma sytuacja, gdy sprawcą okazuje się osoba bliska, wobec której dziecko żywi zaufanie i przywiązanie. W takich przypadkach ujawnienie często oznacza zachwianie podstawowych przekonań dotyczących bezpieczeństwa, relacji oraz świata zewnętrznego.

MAKSYMILIANA ŻACZEK

UJAWNIE NIE PRZEMOCY – POCZĄTEK KOŃCA CZY POCZĄTEK ZDROWIENIA?

Współczesna psychologia i psychotraumatologia pokazują, że o długofalowych skutkach dla zdrowia psychicznego dziecka decyduje nie tylko rodzaj i nasilenie doznanej krzywdy, lecz również to, co wydarzy się po jej ujawnieniu. Reakcje rodziców, specjalistów, szkoły, wymiaru sprawiedliwości czy dalszej rodziny mogą stać się źródłem wsparcia i ochrony albo kolejnym doświadczeniem cierpienia.

W praktyce klinicznej spotykamy dzieci, które po ujawnieniu przemocy zaczynają stopniowo odzyskiwać poczucie bezpieczeństwa, ale

również takie, których cierpienie nasila się wskutek niedowierzania, obwiniania, wielokrotnego przesłuchiwania czy uwikłania w konflikty pomiędzy dorosłymi. Dlatego rozmowa o ujawnieniu przemocy nie może ograniczać się wyłącznie do pytania, jak rozpoznać krzywdzenie. Równie ważne jest to, co dzieje się z dzieckiem, które zdecydowało się opowiedzieć o swoim doświadczeniu.

DLACZEGO DZIECI NIE MÓWIĄ?

Jednym z najczęściej zadawanych pytań po ujawnieniu przemocy jest: „Dlaczego dziecko wcześniej nic nie powiedziało?”. Pytanie to wydaje się naturalne, jednak często opiera się na założeniach charakterystycznych dla sposobu myślenia osób dorosłych. Zakładamy, że jeśli dzieje się coś złego, należy o tym poinformować kogoś, kto może pomóc. Dziecko znajduje się jednak w zupełnie innej sytuacji psychologicznej.

Z perspektywy rozwojowej, dziecko jest zależne od dorosłych. To oni zapewniają bezpieczeństwo, opiekę, wsparcie emocjonalne i zaspokajanie podstawowych potrzeb. Gdy jednak osobą krzywdzącą staje się ktoś bliski, pojawia się konflikt, którego dziecko nie jest w stanie samodzielnie rozwiązać – osoba stanowiąca źródło zagrożenia jest bowiem jednocześnie osobą potrzebną do przetrwania.

W przypadku przemocy seksualnej sytuację dodatkowo komplikują wstyd, poczucie winy i dezorientacja. Małe dzieci często nie rozumieją, że doświadczają przemocy. Mogą odczuwać dyskomfort, lęk lub niepokój, ale nie mają wiedzy pozwalającej nazwać to doświadczenie. Jeśli zaś chodzi o starsze dzieci i nastolatki, owszem – one

częściej rozumieją niewłaściwy charakter zachowań osoby stosującej przemoc, jednak obawiają się konsekwencji ich ujawnienia.

Badania wskazują, że dzieci najczęściej milczą nie dlatego, że nie chcą otrzymać pomocy, lecz dlatego, że boją się konsekwencji ujawnienia prawdy o sytuacji. Obawiają się rozpadu rodziny, utraty kontaktu z rodzicem, konfliktów pomiędzy dorosłymi, odrzucenia przez bliskich lub odpowiedzialności za cierpienie innych osób. Szczególnie silny jest lęk przed tym, że nikt im nie uwierzy. Co ważne, w przypadku przemocy seksualnej, osoby krzywdzące często wykorzystują w tym kontekście proces określany jako *grooming*. Polega on na stopniowym budowaniu zależności emocjonalnej, zdobywaniu zaufania dziecka, przekraczaniu granic w sposób niezauważalny dla otoczenia oraz utrwalaniu tajemnicy wokół relacji. Dziecko może słyszeć, że jest wyjątkowe i łączy je ze sprawcą szczególna więź lub że ujawnienie doprowadzi do tragedii. W konsekwencji zaczyna funkcjonować w świecie pełnym sprzecznych komunikatów i emocji.

TRAUMA RELACYJNA, GDY ŹRÓDŁEM ZAGROŻENIA JEST OSOBA NAJBLIŻSZA

Kiedy krzywdzenie pochodzi od osoby bliskiej, naruszeniu ulega nie tylko poczucie bezpieczeństwa, ale również fundament rozwoju emocjonalnego osoby małoletniej. Zjawisko to dobrze tłumaczy teoria przywiązania Johna Bowlby'ego. Zgodnie z nią, dziecko posiada biologicznie uwarunkowaną potrzebę poszukiwania bliskości z opiekunem, szczególnie w sytuacjach zagrożenia. Nawet jeśli opiekun stosuje przemoc, system przywiązania nie przestaje działać. Podobnie

wyjaśnia to teoria traumy zdrady (*Betrayal Trauma Theory*), opracowana przez Jennifer Freyd (1996). Także zgodnie z tą koncepcją, szczególnie dotkliwe skutki psychologiczne pojawiają się wtedy, gdy dochodzi do zerwania lub naruszenia zaufania – zdrady – właśnie ze strony osoby, od której dziecko pozostaje zależne emocjonalnie lub materialnie.

To właśnie dlatego dzieci mogą prezentować reakcje, które dla dorosłych wydają się niezrozumiałe. Mogą ujawnić przemoc, ale tęsknić za osobą, która je krzywdziła, odczuwać wobec niej złość i jednocześnie jej bronić albo też mówić o lęku przed spotkaniem, a zarazem przeżywać smutek po rozłące. Te ambiwalentne uczucia są naturalną konsekwencją funkcjonowania więzi przywiązaniowej, a ich obecność w żaden sposób nie podważa wiarygodności dziecka. Tak samo jak fakt, że część dzieci po ujawnieniu doznawanej krzywdy zaczyna wycofywać swoje wcześniejsze wypowiedzi lub minimalizować znaczenie doznanej przemocy

Co więcej, umniejszanie swojej krzywdzie czy wycofywanie się z wypowiedzianych wcześniej słów może wynikać także ze wspomnianych wcześniej niewspierających reakcji środowiska. Zdarza się, że po ujawnieniu przemocy dziecko obserwuje rozpacz niekrzywdzącego rodzica, konflikty rodzinne, działania policji czy postępowania sądowe. Pojawia się u niego przekonanie, że to ono doprowadziło do kryzysu rodzinnego. Z tego powodu bagatelizuje znaczenie doznanej przemocy albo broni osoby, która je skrzywdziła. Warto więc na takie zachowania patrzeć przede wszystkim jak na próbę zachowania równowagi psychicznej w sytuacji, która przekracza możliwości adaptacyjne dziecka, a nie jak na objaw potencjalnego kłamstwa.

JAK WYGLĄDA PROCES UJAWNIANIA PRZEMOCY?

Ujawnienie przemocy przez osobę małoletnią jest zwykle procesem, a nie jednorazowym wydarzeniem. Informacje pojawiają się stopniowo, fragmentarycznie i często w sposób pośredni. Dziecko może wspomnieć o jednym incydencie, przetestować reakcję dorosłego, a dopiero później ujawnić kolejne szczegóły. Co ważne, część dzieci mówi o przemocy podczas zabawy, rysowania lub rozmowy na pozornie niezwiązany z sytuacją temat. Niektóre ujawniają ją przypadkowo, inne po długim okresie przygotowywania się do rozmowy. Zdarza się również, że dziecko później – jak to zostało opisane wyżej – zaprzecza swoim wcześniejszym słowom lub odmawia dalszej rozmowy, co dla dorosłych może być frustrujące. Z perspektywy psychologicznej jest to jednak całkowicie zrozumiałe. Ujawnienie przemocy oznacza bowiem dla dziecka ogromne ryzyko emocjonalne, a każda reakcja otoczenia staje się informacją na temat tego, czy to, co mówi – i zarazem ono samo – zostanie przyjęte, czy odrzucone.

CO DZIEJE SIĘ Z DZIECKIEM PO UJAWNIENIU PRZEMOCY? PERSPEKTYWA POZNAWCZO-BEHAWIORALNA

Wbrew powszechnym przekonaniom, ujawnienie przemocy nie oznacza automatycznego zakończenia cierpienia. Dla wielu dzieci to dopiero początek kolejnego etapu mierzenia się z konsekwencjami traumatycznych doświadczeń. Zmienia się sytuacja rodzinna, odbywają się rozmowy z przedstawicielami różnych instytucji, pojawiają się kon-

flikty pomiędzy bliskimi. W tym kontekście szczególnie istotna staje się perspektywa poznawczo-behawioralna, według której kluczowe znaczenie ma nie tylko samo wydarzenie traumatyczne, ale również sposób, w jaki dziecko interpretuje to, co się wydarzyło. Aaron Beck, twórca terapii poznawczej, zwracał uwagę, że emocje człowieka są związane nie tyle z samymi zdarzeniami, ile z nadawanym im znaczeniem. Niestety, wiele dzieci po doświadczeniu przemocy buduje negatywne przekonania dotyczące siebie. Mogą pojawiać się myśli: „To moja wina”, „Jestem słaby”, „Jestem gorszy od innych”. Szczególnie często obserwuje się je u dzieci, które były manipulowane przez osobę krzywdzącą lub którym wprost przypisywano odpowiedzialność za przemoc. Równocześnie mogą pojawiać się negatywne przekonania dotyczące świata i innych ludzi. Dziecko może zacząć postrzegać świat jako miejsce niebezpieczne, a relacje z dorosłymi jako potencjalne źródło zagrożenia („Nie można ufać dorosłym”, „Mówienie prawdy jest niebezpieczne”, „Nikt mnie nie ochroni”). W efekcie wzrasta poziom lęku, nieufności i nadmiernej czujności.

Według poznawczego modelu PTSD, opracowanego przez A. Ehlers i D.M. Clark (2000), szczególnie istotnym mechanizmem podtrzymującym objawy pourazowe jest utrzymywanie się poczucia aktualnego zagrożenia. Choć doznana przemoc należy do przeszłości, dziecko nadal może funkcjonować tak, jakby niebezpieczeństwo było obecne tu i teraz. Może to przejawiać się między innymi poprzez:

- trudności z zasypianiem i koszmary senne,
- nadmierne reagowanie na bodźce przypominające o traumie,
- wzmożoną czujność,
- problemy z koncentracją,

- drażliwość,
- wybuchy złości,
- wycofanie społeczne,
- unikanie określonych osób, miejsc lub tematów rozmów.

Objawy te bywają błędnie interpretowane jako nieposłuszeństwo, manipulacja lub problemy wychowawcze. Tymczasem często stanowią naturalną reakcję organizmu na poczucie zagrożenia.

GDY UJAWNIE NIE STAJE SIĘ KOLEJNYM ŹRÓDŁEM CIERPIENIA

Jednym z najpoważniejszych zagrożeń po ujawnieniu przemocy jest wtórna wiktymizacja. Pojęcie to odnosi się do sytuacji, gdy w wyniku reakcji otoczenia lub instytucji mających zapewnić pomoc i wsparcie, osoba pokrzywdzona doświadcza kolejnych krzywd.

Dziecko może spotkać się z reakcją niedowierzania ze strony dorosłego, a także bagatelizowaniem problemu, obwinianiem lub próbami ochrony krzywdziciela. Niekiedy słyszy pytania: „Dlaczego wcześniej nic nie powiedziałeś?”, „Czy jesteś pewny?”, „Może źle to zrozumiałeś?”, „Czy na pewno tak było?”. Choć część tych pytań wynika z potrzeby zrozumienia sytuacji, jednak dla dziecka mogą one oznaczać coś zupełnie innego. Mogą zostać odebrane jako komunikat: „Nie wierzę ci”, „Twoje doświadczenie jest nieważne”, „Musisz udowodnić, że mówisz prawdę”. Z perspektywy poznawczo-behawioralnej tego typu reakcje mogą utrwalać destrukcyjne przekonania na temat siebie i świata, a im częściej dziecko otrzymuje podobne komunikaty, tym to ryzyko jest większe.

Co równie istotne, wtórna wiktymizacja może też pojawić się w wyniku kontaktów z różnymi instytucjami. Wielokrotne przesłuchania, konieczność powtarzania szczegółów traumatycznych wydarzeń oraz brak koordynacji działań pomocowych mogą prowadzić do ponownego przeżywania przeszłej sytuacji i nasilenia cierpienia. Dlatego współczesne standardy ochrony dzieci podkreślają konieczność ograniczania liczby przesłuchań i prowadzenia ich w warunkach dostosowanych do potrzeb rozwojowych dziecka (Szymańska-Pytlińska, Chodecka, 2014).

ROLA RODZICA NIEKRZYWDZĄCEGO

Badania nad skutkami przemocy seksualnej wobec dzieci konsekwentnie wskazują, że jednym z najważniejszych czynników chroniących jest obecność wspierającego opiekuna, który nie uczestniczył w krzywdzeniu. Oczywiście, w dorosłych naturalnie pojawiają się wtedy silne emocje: szok, złość, poczucie winy, rozpacz czy bezradność. Kluczowe znaczenie ma jednak sposób ich przeżywania – taki, który nie pozwoli, by dziecko weszło w rolę ich powiernika czy opiekuna. Sytuacja, w której małe dziecko zaczyna przejmować odpowiedzialność za samopoczucie dorosłego, jest bowiem ogromnym zagrożeniem, a – niestety – zdarza się, że po ujawnieniu przemocy dzieci próbują pocieszać rodziców, uspokajać lub wycofywać swoje wypowiedzi po to, aby zmniejszyć ich cierpienie. Stąd też jednym z podstawowych zadań rodzica jest zadbanie o własny stan emocjonalny. Pomocy w tym zakresie warto szukać u bliskich, psychologów, terapeutów czy w grupach wsparcia.

Warto w tym kontekście podkreślić także to, jak bardzo niebezpieczne mogą być sytuacje, w których dziecko zostaje uwikłane w kon-

flikt pomiędzy dorosłymi. Może być proszone o opowiedzenie się po jednej ze stron, przekazywanie informacji lub uczestniczenie w rozmowach dotyczących odpowiedzialności osoby, która je krzywdziła. To ogromne obciążenie i nic dziwnego, że w takich warunkach część dzieci zaczyna się emocjonalnie wycofywać. Inne przejawiają zaś zachowania agresywne, a jeszcze kolejne – takie, które za wszelką cenę starają się przywrócić rodzinie dawną równowagę – nawet autoagresywne, stawiając na szali własne zdrowie i bezpieczeństwo.

JAK REAGOWAĆ, GDY DZIECKO UJAWNIA PRZEMOC?

Choć każda sytuacja jest inna, badania oraz doświadczenia kliniczne wskazują kilka uniwersalnych zasad postępowania, które zmniejszają ryzyko wtórnej wiktyimizacji i wspierają proces zdrowienia.

Najważniejsze jest wysłuchanie dziecka. W praktyce oznacza to stworzenie przestrzeni do swobodnej wypowiedzi – bez przerywania, oceniania czy sugerowania odpowiedzi. W takim momencie nie chodzi o szczegółowe przesłuchanie. Dziecko potrzebuje tylko (i aż!) dorosłego, który będzie gotowy usłyszeć to, co ma do powiedzenia.

Jeśli zaś chodzi o odpowiedź na usłyszane słowa, w literaturze przedmiotu podkreśla się, że szczególnie pomocne są proste stwierdzenia: „Wierzę ci”, „Dobrze, że mi o tym powiedziałaś”, „To nie jest twoja wina”, „Nie powinno cię to spotkać”, „Zadbam o twoje bezpieczeństwo”. Takie komunikaty pełnią nie tylko funkcję wspierającą emocjonalnie. Stanowią również ważny czynnik chroniący przed rozwojem negatywnych przekonań dotyczących odpowiedzialności za przemoc.

Co równie ważne, warto unikać zadawania pytań sugerujących odpowiedź. W dobrej wierze dorośli czasem pytają: „Czy tata zrobił ci coś złego?”, „Czy dotykał cię tam, gdzie nie powinien?”, „Czy to było wiele razy?”. Tego rodzaju pytania mogą wpływać na sposób relacjonowania wydarzeń przez dziecko i utrudniać późniejsze działania diagnostyczne oraz procesowe. Znacznie bezpieczniejsze są pytania otwarte, takie jak: „Powiedz mi więcej”, „Co się wydarzyło?”, „Co sprawiło, że postanowiłeś mi o tym powiedzieć?”.

Trzeba też stanowczo podkreślić: psycholog, pedagog, nauczyciel czy pracownik socjalny nie powinien pełnić roli śledczego. Jego zadaniem nie jest ustalenie wszystkich szczegółów zdarzenia ani przesądzanie o odpowiedzialności sprawcy krzywdzenia. Podstawowym celem jest zapewnienie dziecku bezpieczeństwa oraz uruchomienie odpowiednich procedur pomocowych. W praktyce oznacza to koncentrację na potrzebach dziecka, a nie na zaspokajaniu ciekawości dorosłych. Każda rozmowa o przemocy powinna mieć jasno określony cel. Dziecko nie powinno wielokrotnie opowiadać swojej historii kolejnym osobom tylko dlatego, że są zaangażowane w sprawę.

CO POMAGA DZIECKU W POWROCIE DO RÓWNOWAGI?

Jednym z najważniejszych czynników wspierających zdrowienie jest odbudowa poczucia bezpieczeństwa. Dziecko potrzebuje doświadczenia, że zagrożenie minęło, a otaczający je dorośli są zdatni zapewnić mu odpowiednią ochronę. W procesie powrotu do równowagi mają znaczenie:

- przewidywalna codzienność,
- stałe rytuały rodzinne,
- regularny sen i posiłki,
- wspierające relacje z rówieśnikami,
- aktywność fizyczna,
- możliwość wyrażania emocji,
- poczucie wpływu na własne życie.

Wbrew obawom wielu rodziców, dzieci nie muszą rozmawiać o traumie każdego dnia. Znacznie ważniejsze jest stworzenie przestrzeni, w której będą mogły wracać do trudnych doświadczeń wtedy, gdy będą na to gotowe.

TERAPIA POZNAWCZO-BEHAWIORALNA SKONCENTROWANA NA TRAUMIE

Jeśli zaś chodzi o pracę terapeutyczną, jedną z najlepiej przebadanych metod pomocy dzieciom po doświadczeniu przemocy jest Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT). Model ten został opracowany przez Judith Cohen, Anthony'ego Mannarino oraz Esther Deblinger (2017) i obecnie uznawany jest za jedną z metod o najlepiej udokumentowanej skuteczności w pracy z dziećmi po doświadczeniu przemocy seksualnej, fizycznej oraz innych traum interpersonalnych.

Podstawowym celem terapii nie jest zapomnienie o traumie, lecz przetworzenie doświadczenia tak, by przestało ono dominować nad codziennym funkcjonowaniem dziecka. Stąd też w terapii szczególną

uwagę poświęca się identyfikowaniu i modyfikowaniu nieadaptacyjnych przekonań. Dzieci uczą się rozpoznawać myśli związane z poczuciem winy, wstydu oraz przekonaniem o własnej bezwartościowości. Przykładowo dziecko, które myśli: „To moja wina, że to się stało”, stopniowo uczy się bardziej realistycznego spojrzenia na sytuację. Proces ten nie polega na mechanicznym zastępowaniu negatywnych myśli pozytywnymi. Chodzi raczej o budowanie przekonań opartych na faktach i wspierających proces zdrowienia.

Istotnym elementem terapii jest również praca z rodzicem lub opiekunem. Jak to zostało już wspomniane, badania pokazują, że wsparcie ze strony bezpiecznego dorosłego stanowi jeden z najsilniejszych czynników chroniących przed długofalowymi konsekwencjami traumy.

NIE KAŻDE DZIECKO BĘDZIE CHORE

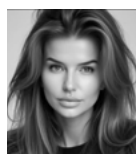
Prawdą jest, że przemoc znacząco zwiększa ryzyko problemów emocjonalnych, zaburzeń lękowych, depresyjnych czy stresu pourazowego. Bez wątpienia nie determinuje jednak przyszłości dziecka, a nie zawsze i nie każde doświadczenie traumy prowadzi do trwałych zaburzeń psychicznych. Wiele zależy od czynników ochronnych, obecnych po ujawnieniu przemocy. Do najważniejszych należą:

- szybkie zapewnienie bezpieczeństwa,
- wsparcie ze strony niekrzywdzącego opiekuna,
- adekwatna pomoc psychologiczna,
- ograniczenie wtórnej wiktymizacji,
- wspierające środowisko szkolne,
- obecność stabilnych i przewidywalnych relacji.

Warto zaznaczyć, że dzieci posiadają znacznie większą zdolność zdrowienia, niż to dorośli często zakładają. Nie oznacza to bagatelizowania skutków przemocy. Oznacza jednak, że odpowiednio udzielona pomoc może realnie ograniczyć jej długoterminowe konsekwencje. ■

BIBLIOGRAFIA

- Alford B.A., Beck A.A. (2025). *Terapia poznawcza jako teoria integrująca psychoterapię*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., & Deblinger, E. (2017). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents* (2nd ed.). Guilford Press.
- Ehlers, A., & Clark, D.M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319–345. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)
- Freyd, J.J. (1996). *Betrayal trauma: The logic of forgetting childhood abuse*. Harvard University Press.
- Herman, J.L. (2015). *Trauma i powrót do równowagi. Następstwa przemocy – od terroru domowego do politycznego*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Makaruk, K., Włodarczyk, J., & Szredzińska, R. (2023). *Diagnoza przemocy wobec dzieci w Polsce 2023*. Warszawa: Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę.
- Szymańska-Pytlińska, M., & Chodecka, A. (2014). Zagrożenia wtórną wiktymizacją dziecka – ofiary wykorzystywania seksualnego związane z badaniami sądowymi. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, Badania, Praktyka*, 13(1), 85–101.



MAKSYMILIANA ŻACZEK

– psycholożka, psychoterapeutka poznawczo-behawioralna, pedagożka na co dzień współpracująca z Niebieską Linią IPZ. Członkini Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczo-Behawioralnej (PTTPB). Pracuje z dziećmi, młodzieżą oraz osobami dorosłymi.

Od przetrwania do powielenia wzorca

Mechanizm identyfikacji
z agresorem u osób doświadczających
przemocy w dzieciństwie



Nawet bez świadomej chęci identyfikowania się z rodzicem stosującym przemoc, pomimo pragnienia odcięcia się od niego w każdy możliwy sposób, dziecko i tak może mimowolnie się z nim identyfikować, jako dominującym i władczym obiektem. W dorosłości zupełnie nieintencjonalnie może więc odwzorowywać reakcje rodzica, od którego wcześniej doświadczało przemocy.

ANETA GAWĘŁEK

Stosowanie przemocy domowej ze strony rodzica czy opiekuna stanowi głęboki akt zdrady wobec dziecka, którego fundamenty poczucia bezpieczeństwa są w takim świecie nieustannie naruszane. Nie zawsze jednak jest tak, że osoba stosująca przemoc jest jednoznacznie agresywna i odrzucająca wobec innych. Często może przejawiać pewnego rodzaju niestabilność emocjonalną: w jednej chwili – owszem – jawi się jako groźna, niedostępna, zagrażająca, ale w innej jest kochająca i zaangażowana. Stanowi więc obiekt, który z jednej strony daje uwagę, miłość i zachęca do tworzenia bliskości, a z drugiej jest niedostępny lub wprost raniący, np. poprzez fizyczną agresję. Tworzy w ten sposób niezwykle niestabilny fundament do budowania emocjonalnych więzi i bliskich rela-

cji. Dziecko, pozostające w takiej relacji ze swoim opiekunem, jest czujne i rozwija w sobie uważność na wszelkie zmiany nastroju po stronie rodzica.

ZNISZCZENIA WYNIKAJĄCE Z PRZEMOCY DOŚWIADCZANEJ W RELACJACH RODZINNYCH

Doświadczenie przemocy o chronicznym charakterze blokuje i utrudnia proces kształtowania się tożsamości i osobowości dziecka oraz zniekształca wzajemną integrację emocji z myśleniem oraz zachowaniem. We wrogim i odrzucającym środowisku społecznym, przeżywane przez ludzi emocje często nie są odpowiednio nazywane ani wyrażane. W zamian za to mogą być tłumione, odcinane od świadomości, odreagowywane w działaniu lub wypierane, ponieważ sama myśl o tym, że można by je otwarcie wyrazić, budzi przerażenie. Jest to niezwykle trudna sytuacja, ponieważ wiąże się z przywiązaniem do osoby, która jednocześnie jest ważna i bliska, jak również stanowi źródło zagrożenia. Opiekun, który z założenia powinien stabilizować emocje i wzmacniać poczucie bezpieczeństwa, sam ma kłopot w przeżywaniu emocji i wytrzymywaniu napięcia psychicznego. Nawiazanie więzi emocjonalnej w takiej sytuacji wymaga odcinania się od sprzecznych ze sobą uczuć, emocjonalnych konfliktów, a także wykształcenia w sobie postawy nie-czucia czy nawet nie-myślenia o emocjach.

Stąd też osoby, które doświadczały przemocy czy zaniedbania emocjonalnego w okresie dzieciństwa, często mają poważne trudności w rozumieniu, co właściwie przeżywają i jakie emocje im towarzy-

szą. Nieraz czują się nimi zalane i przytłoczone – tak jak w dzieciństwie, kiedy bywały opuszczane w chwilach odczuwania intensywnych stanów.

Podobne doświadczenia miewają osoby wychowywane w rodzinie z problemem uzależnienia od alkoholu. Wiele z nich doznało braku troski i uwagi ze strony rodziców przygniecionych ciężarem uzależnienia i wynikających z niego kłopotów. Niestety, doświadczenie traumy relacyjnej wpływa destrukcyjnie nie tylko na umiejętność kształtowania emocjonalnych więzi z ludźmi, ale także na wspomnianą już tożsamość osoby. Może stać się ona podatna na zranienie i przeżywanie poczucia krzywdy w relacjach, a także doznawanie częstej chwiejności nastroju (Howell, 2002).

Co więcej, w takiej sytuacji dziecko może rozwinąć w sobie nie nazwane poczucie „bycia używanym” przez stosującego przemoc opiekuna, który nie potrafiąc znieść ani przetransformować własnego napięcia emocjonalnego w bardziej konstruktywny sposób, rozładowuje je na podopiecznym. W takiej dynamice dziecko może nie być widziane jako odrębna istota, mająca wartość samą w sobie, lecz jako instrumentalnie traktowany obiekt. W celu uchronienia się przed zagrożeniem związanym z agresją i odrzuceniem, dziecko uczy się więc wspomnianej wyżej uważności na potrzeby opiekuna, które stara się jak najszybciej rozpoznawać (Ferenczi, 1949; za: Howell, 2014). Może to oznaczać, że dziecko rozwinie w sobie taki sposób funkcjonowania, który w przyszłości sprawi, że będzie odbierał innych wrogo, jako potencjalnie zagrażające obiekty, które należy wyczuć i obserwować na wypadek, gdyby miały skierować się przeciwko niemu. W przeszłości, w warunkach doświadczanej przemocy,

opieranie się na takim sposobie działania było przystosowawcze, ponieważ istniało realne zagrożenie agresją. Jeżeli jednak osoba dorosła opuszcza swoje rodzinne środowisko i nawiązuje nowe więzi, w których funkcjonuje na podobnych zasadach, zaczyna w pewnym sensie sama wzmacniać w sobie traumę, co oczywiście dzieje się w sposób nieświadomy. Prowadzi to jednak do odtwarzania w kontaktach z ludźmi ciągłego poczucia zagrożenia, kiedy wszelka niejasność czy niepewność wzbudzą lęk lub wspomnienie o otrzymywanym dawniej agresywnym odwecie. Przypomina to objaw zespołu stresu pourazowego, nazywany *flashbackiem*, który powoduje wzrost odczuwanego napięcia emocjonalnego oraz uruchamia mechanizm walki lub ucieczki.

W takim rozumieniu punktem odniesienia dla własnych emocji, decyzji czy może nawet poczucia wartości jest postępowanie innych. Oznacza to, że osoba odtwarza w swoim dorosłym życiu relację z agresywnym rodzicem lub opiekunem, który w przeszłości stosował przemoc.

POWIELANIE WZORCÓW Z PRZEMOCOWEJ PRZESZŁOŚCI

Jeśli wczesne relacje dziecka z opiekunami ukształtują się względnie dobrze, czyli będą opierały się na wzajemności, zrozumieniu i wsparciu, będą wówczas stanowić bezpieczną matrycę tworzenia relacji z ludźmi w późniejszych etapach życia. Jeżeli jednak w tym procesie brakuje wzajemności czy umiejętności dostrajania się do siebie nawzajem, mogą rozwinąć się dysfunkcyjne sposoby

radzenia sobie w sytuacjach nawiązywania nowych kontaktów społecznych.

Jednym z nich może być wspomniane już funkcjonowanie w stanie ciągłego pobudzenia – jakby ktoś nieustannie spodziewał się zagrożenia z zewnątrz. Może się to przejawiać przyjmowaniem postawy obserwatora w kontaktach międzyludzkich. W takich przypadkach, nawet jeśli ktoś w miarę aktywnie uczestniczy w rozmowie czy pełni dominującą rolę w towarzystwie, to i tak emocjonalnie pozostaje czujny, przyglądając się reakcjom oraz uczuciom innych. Taki mechanizm obronny, będący konsekwencją traumy relacyjnej, chroni psychikę przed zniszczeniem przez spodziewany atak z zewnątrz (Howell, 2014). Oczywiście taka strategia w żadnym stopniu nie zapobiega wystąpieniu jakiejkolwiek potencjalnie zagrażającej sytuacji ani nawet jej nie opóźnia (Bromberg, 1996; za: Howell, 2014). Daje jedynie poczucie, że nie pojawiła się ona niespodziewanie, czyli zaspokaja potrzebę kontroli, która wcześniej była wielokrotnie brutalnie naruszana przez osobę stosującą przemoc. Niestety, skutkuje to jednocześnie umacnianiem się w przekonaniu, że nikomu nie można zaufać ani przed nikim się otworzyć, a wszelkie relacje kończą się doznaniem krzywdy i rozczarowania.

Co więcej, osoba, która doświadczała chronicznej przemocy w bliskiej czy ważnej dla siebie relacji, może w efekcie rozwinąć w sobie (oczywiście zupełnie nieświadomie) takie rodzaje psychicznego funkcjonowania, które opierają się na tendencji do dominowania w relacjach z ludźmi lub podporządkowywania się. Skłonności te mogą występować naprzemiennie, ponieważ osoba z doświadcze-

niem przemocy może mieć kłopot z wytrzymywaniem zarówno złości wobec drugiego człowieka, jak i lęku przed odrzuceniem lub utratą czy pustką. Co jednak istotne, doświadczenie, jak i literatura, wskazują, że oba te stany mogą się wzajemnie nakręcać – obawa przed opuszczeniem zatrzymuje wściekłość i uruchamia proces idealizowania relacji (nawet takiej, która nie jest satysfakcjonująca), która jednak nie może trwać zbyt długo, ponieważ wzbudza poczucie zależności i pewnego rodzaju oddania się drugiej osobie, co uruchamia obronną złość i dewaluację (Howell, 2002). Błędne koło!

Co istotne, opisane tu mechanizmy można uznać za charakterystyczne dla postępowania części osób stosujących przemoc – wskazują bowiem, że trudno im wytrzymać intymność i poczucie zależności emocjonalnej, bez której nie da się mówić o jakiegokolwiek bliskiej relacji. Niestety, osoba z doświadczeniem przemocy, zwłaszcza jeśli myślimy o przemocy doznawanej w dzieciństwie, może identyfikować się psychicznie z takim właśnie sposobem funkcjonowania. Warto przy tym podkreślić, że opis ten brzmi podobnie do zaburzenia osobowości borderline, często zresztą rozpoznawanego u osób, które doświadczyły przemocy. Poza tym zbliżona chwiejność nastroju obecna jest również u osób z diagnozą złożonego syndromu stresu pourazowego (tzw. cPTSD), często diagnozowanego u pacjentów z tzw. syndromem DDA.

FUNDAMENTY PSYCHICZNEJ IDENTYFIKACJI Z AGRESOREM

Według Sandora Ferenczi (1949; za: Howell, 2014) tego rodzaju emocjonalna czy psychiczna identyfikacja z obiektem kojarzonym z prze-

mocą czy agresją opiera się w głównej mierze na przeżywanym lęku oraz poczuciu wszechogarniającego przytłoczenia emocjonalnego. Nie jest więc świadomym, intencjonalnym, a na pewno zdrowym rodzajem identyfikacji. W tym rozumieniu proces ten wynika raczej z reakcji psychicznej bezbronnego dziecka, które naturalnie silnie wiąże się ze swoimi rodzicami czy opiekunami. W sytuacji zagrożenia agresją bądź przemocą doświadcza zaś zawężenia uwagi, która kieruje się do źródła tego zagrożenia, przez co mocniej przyswaja wszelkie elementy z nim związane. Wydają się one głównie dotyczyć afektu, czyli postawy, mimiki czy tonu głosu, które wyrażają silne napięcie emocjonalne u wzburzonego i niekontrolującego swoich reakcji opiekuna.

Naturalnym elementem rozwoju emocjonalnego i społecznego jest naśladownictwo. Dzieci spontanicznie naśladowują swoich bliskich i wydają się szczególnie intensywnie odwzorowywać reakcje emocjonalne i behawioralne nie tylko tych, przejawiających wobec nich dużo ciepła i miłości, ale także tych, którzy jawią się jako silni i władczy (Bandura i in., 1963; za: Howell, 2014). Gallese (2009; za: Howell, 2014) dowodzi, że odpowiedzialne za ten efekt są neurony lustrzane związane z umiejętnością empatyzowania z cudzymi stanami emocjonalnymi i działające w powiązaniu z tym części mózgu, które kierują reakcjami motorycznymi. Nawet bez świadomej chęci identyfikowania się ze stosującym przemoc rodzicem, pomimo pragnienia odcięcia się od niego w każdy możliwy sposób, dziecko i tak uwewnętrznia w sobie jego obraz, przez co może mimowolnie identyfikować się z nim jako dominującym i władczym obiektem. Proces ten zachodzi nieświadomie i nie jest obarczony niczyją winą. Prowadzi jednak do tego, że w dorosłości zupełnie

nieintencjonalnie odwzorowuje we własnym funkcjonowaniu reakcje rodzica, od którego wcześniej doświadczało przemocy.

MOMENT KONFRONTACJI W TERAPII

Pracując psychoterapeutycznie z osobami, które w dzieciństwie, a później nierzadko w dorosłości, doświadczały chronicznej przemocy, można dostrzec przerażenie związane ze stopniowym uświadamianiem sobie pewnego rodzaju podobieństwa pomiędzy własnym postępowaniem czy przeżywaniem emocjonalnym niektórych sytuacji a sposobem funkcjonowania obserwowanym w dzieciństwie u rodzica czy opiekuna. Taka myśl budzi opór i lęk, które przekierowują w formie złości wobec innych, w tym psychoterapeuty, pokazującego im psychiczną więź, łączącą ich z oprawcą. Pacjenci czują się bowiem w takich sytuacjach niesprawiedliwie oceniani. Mogą w związku z tym tłumić odczuwaną złość, obawiając się jej wyrażenia i chcąc uniknąć ujawnienia własnej identyfikacji z osobą stosującą przemoc. Mechanizm ten często wiąże się z uporczywie występującymi objawami lękowo-depresyjnymi, przejawiającymi się w chronicznym poczuciu zmęczenia, napięcia, obniżonego nastroju, drażliwości, trudności ze snem czy też stosunkowo łatwym traceniem cierpliwości.

LĘK PRZED WŁASNĄ AGRESJĄ U PACJENTÓW Z HISTORIĄ TRAUMY

Zamiast być zdolnym do wytrzymania napięcia i kontynuowania podjętego działania bądź dalszego realizowania zobowiązań wo-

bec innych, osoba, która doświadczała przemocy, prawdopodobnie będzie miała tendencję do tłumienia i zaprzeczania przeżywanemu dyskomfortowi lub rozładowywania go w formie niekontrolowanego wybuchu złości. Odkrywanie w sobie podobieństwa pomiędzy własnymi nieprzewidywalnymi wybuchami agresji wobec własnych dzieci, rzucaniem przedmiotami czy szarpaniem a wybuchami złości swoich rodziców, którzy stosowali agresję fizyczną, może budzić przerażenie. Niektórzy, aby uchronić się przed świadomością identyfikacji z opiekunem stosującym przemoc i związanym z tym poczuciem winy, stosują liczne zaprzeczenia bądź racjonalizacje własnego postępowania. Przykładowo podkreślają, że nigdy nie uderzyli swojego dziecka, tak jak sami byli bici, albo że mieli powody, by stracić cierpliwość. Wydaje się, że są to strategie obrony, stosowane w celu uniknięcia konfrontacji ze świadomością identyfikacji ze sprawcą, która pochodzi z wnętrza pacjenta, a nie z zewnętrznych okoliczności, na jakie się powołuje (co już samo w sobie jest bezpośrednim odwołaniem do postępowania ich krzywdziciela).

Trudno się dziwić, że można nie chcieć uznać swojego podobieństwa do stosującego przemoc rodzica oraz przyjąć istnienia emocjonalnej z nim więzi. Krok ten wymaga nie tylko uznania własnej agresywności oraz odpowiedzialności za swoje postępowanie, ale też dużego poziomu akceptacji i zaufania. Stanowi to jednak ważny element budowania zdrowszego wzorca funkcjonowania, w czym pomoc psychoterapeuty może okazać się niezbędna. ■

BIBLIOGRAFIA

Bandura, A., Ross, D. & Ross, S.A. (1963). A comparative test of the status envy, social power, and secondary reinforcement theories of identificatory learning. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 67(6), 527-534.

Bromberg, P. (1996). *Hysteria, dissociation, and cure: Emmy von N revisited*. [w:] P. Bromberg (red.) *Standing in the spaces: Essays on clinical process, trauma, and dissociation* (s. 223-237). Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Ferenczi, S. (1949). Confusion of the tongues between the adults and the child (The language of tenderness and of passion). *International Journal of Psycho-Analysis*, 30, 225-231.

Gallese, V. (2009a). Mirror neurons, embodied simulations, and the neural basis of social identifications. *Psychoanalytic Dialogues*, 19(5), 519-536.

Howell, E.F. (2002). Back to the "states": Victim and abuser states in borderline personality disorder. *Psychoanalytic Dialogues*, 12(6), 921-957.

Howell, E.F. (2014). Ferenczi's concept of identification with the aggressor: understanding dissociative structure with interacting victim and abuser self-states. *The American Journal of Psychoanalysis*, 74, 48-59.



ANETA GAWEŁEK

– psycholożka, pedagogka resocjalizacji, specjalistka psychoterapii uzależnień, psychoterapeutka psychodynamiczna w trakcie procesu certyfikacji. Pracuje w Ośrodku Psychoterapii DDA oraz gabinecie prywatnym, Kraków.



Ukryta przemoc w rodzinie HFA

- osób wysoko funkcjonujących,,
nadmiernie używających alkoholu

Jest grupa osób – tzw. *High-Functioning Alcoholics* (HFA) – która mimo spożywania dużych ilości alkoholu, z powodzeniem realizuje się zawodowo, społecznie i rodzinie. Doświadczany stres zawodowy, wysoka tolerancja na alkohol, mechanizmy zaprzeczania oraz społeczna niewidoczność problemu mogą jednak sprzyjać nasilaniu problemu alkoholowego, eskalacji konfliktów rodzinnych i przemocy.

AGATA SIEROTA

Jednym z ważnych czynników ryzyka wystąpienia przemocy domowej są uzależnienia, a zwłaszcza używanie substancji psychoaktywnych, takich jak alkohol (Mellibruda, 2006). Liczne badania wykazały, że intensywne spożywanie go przez jednego lub oboje partnerów zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia przemocy. Przyczynia się do tego m.in. obniżenie kontroli impulsów, zwiększenie agresji reaktywnej, błędna interpretacja sygnałów społecznych oraz wzrost konfliktów interpersonalnych. Ryzyko wystąpienia agresji w trudnych sytuacjach domowych dodatkowo wzrasta, gdy do alkoholu dochodzą też inne czynniki ryzyka (Testa i in., 2012; Dyjakon, 2016). Można tu m.in. wymienić: zaburzenia oso-

bowości osoby stosującej przemoc (np. cechy antyspołeczne, narcystyczne), wysoki poziom stresu, doświadczenia przemocy w dzieciństwie oraz cechy indywidualne osoby doznającej przemocy (np. niskie poczucie własnej wartości, niezaspokojona potrzeba miłości, brak umiejętności stawiania granic).

SYNDROM HFA

Badania Howarda B. Mossa i współpracowników (za: Morawska, Chodkiewicz, 2019) dowiodły istnienia kilku typów ludzi, którzy mają problem z używaniem alkoholu. Jednym z nich były właśnie osoby określane jako **HFA, tj. wysoko funkcjonujące**. Wyróżniały się przede wszystkim dobrym funkcjonowaniem społecznym, zawodowym oraz rodzinnym. Były przy tym najlepiej wykształcone, osiągały wysokie dochody i zwykle były w związkach małżeńskich. Wśród badanej grupy stanowiły 19%.

W późniejszym czasie zaczęły pojawiać się szczegółowe opisy HFA, co zapoczątkowała Sarah A. Benton (2015). Były one jednak nie do końca uporządkowane i zweryfikowane empirycznie, gdyż grupa osób nadmiernie pijących, wysoko funkcjonujących okazała się być bardzo zróżnicowana. Poza tym HFA byli opisywani w badaniu jako szczególne przypadki problemowego picia. Często bowiem przez długi okres ich wzorzec spożywania alkoholu nie spełnia kryteriów uzależnienia: silne pragnienie używania alkoholu u HFA występuje czasowo, zdolność kontroli nad piciem jest częściowo zachowana, występuje wysoka tolerancja na działanie substancji psychoaktywnej. Osoby te zwykle nie piją codziennie i w towarzystwie starają się pić umiarko-

wanie; większe ilości wypijają raczej w samotności, w domu. Uzasadniają spożywanie alkoholu potrzebą relaksu (Kazimierska, 2021).

W przypadku HFA nasilenie problemów następuje względnie późno – zwykle w wieku ok. 37-41 lat, a proces degradacji trwa dłużej niż u osób z pełnymi objawami uzależnienia. Mimo że piją dużo, zwykle nie porzucają swoich aktywności, pracują i wywiązują się ze swoich obowiązków. Nie pasują do stereotypu „alkoholika”, więc często ani oni, ani otoczenie nie widzą problemu. Co ważne, badania wykazały, że HFA zwykle nie korzystają ze specjalistycznej pomocy. Wysoka pozycja społeczna i dobry status materialny powodują, iż wielu z nich nie osiąga tzw. dna, rozumianego jako osobisty kryzys, który bywa przyczynkiem do zachwiania mechanizmów obronnych, uniemożliwiających dostrzeżenie problemu.

Niestety, wraz z upływem czasu szkodliwe skutki picia mogą się pogłębiać. Coraz wyraźniej będą doskwierać problemy ze zdrowiem (np. mogą to być pogłębiające się problemy sercowo-naczyniowe, nadciśnienie, przewlekłe bóle głowy, zaburzenia snu), problemy rodzinne (np. separacja, rozwód) czy kłopoty w pracy. Ponieważ praca zwykle jest dla HFA priorytetem, nierzadko niepowodzenia w tym właśnie obszarze mogą przyczynić się do podjęcia decyzji o szukaniu pomocy.

HFA W ŚRODOWISKU RODZINNYM

Występujące u HFA cechy narcystyczne mogą przejawiać się w potrzebie silnej kontroli ekonomicznej i psychologicznej bliskich. Taka osoba wymaga od najbliższych szczególnego traktowania: szacunku,

doceniania, wdzięczności, uległości – stara się wtedy zachować pozory pełnionej roli dobrego męża i ojca lub żony i matki, szczególnie na zewnątrz. Problem z alkoholem może jednak pozostać niezauważalny nawet dla domowników. Wysoki status materialny i społeczny umożliwia skompensowanie nikłej obecności w przestrzeni domowej i brak zaangażowania w życie rodzinne.

Co jednak ciekawe, badacze zjawiska zauważają, iż syndrom HFA może być czynnikiem chroniącym – zwłaszcza dzieci – przed przyjmowaniem typowych dla rodzin alkoholowych ról (tj. bohater rodziny, maskotka, błazen, kozioł ofiarny, wspomagacz), a także niwelować ryzyko wytworzenia u partnerów życiowych osób pijących mechanizmów, które dawniej nazywano współzależnieniem. Nie jest to jednak myśl dominująca. W głównym nurcie podkreśla się, że ryzyko wystąpienia klasycznie rozumianego współzależnienia jak najbardziej także istnieje, ale – faktycznie – może rozwinąć się ono w nieco inny sposób lub być trudniejsze do uchwycenia. U osób bliskich tym, które określa się jako HFA, niektóre standardowe zachowania związane z współzależnieniem (np. ciągłe ratowanie po spektakularnych kryzysach) mogą występować rzadziej, ponieważ kryzysów jest mniej lub są mniej widoczne. Często jednak pojawiają się inne dysfunkcyjne wzorce, takie jak zaprzeczanie, minimalizowanie problemu, życie w niepewności czy ciągłe dostosowywanie się do nastroju osoby pijącej. Nieraz pojawia się także usprawiedliwianie nadużywania alkoholu: „Ciężko pracuje, to musi się czasem napić, żeby odreagować” (za: Zaworska-Nikoniuk, 2021).

Warto też dodać, że samo pojęcie współzależnienia jest dziś w psychologii przedmiotem dyskusji. Współcześnie wielu specjali-

stów większy nacisk kładzie na opis konkretnych strategii adaptacyjnych, problemów z granicami czy skutków przewlekłego stresu, niż na traktowanie współzależnienia jako odrębnej diagnozy klinicznej. Stąd też współczesna literatura bliższa jest podkreślanu potencjalnych ryzyk związanych z życiem w rodzinie HFA.

MECHANIZMY SPRZYJAJĄCE PRZEMOCY DOMOWEJ

Syndrom HFA powiązany jest z określonymi mechanizmami psychologicznymi, które mogą nasilać ryzyko wystąpienia przemocy domowej. Część z nich została już wymieniona, ale warto przyjrzeć im się nieco bliżej:

- **mechanizm zaprzeczania** – minimalizowanie problemu picia, a co za tym idzie, innych negatywnych sytuacji, za które osoba określana jako HFA powinna ponosić odpowiedzialność, np. trudności w relacji, stosowanie przemocy;
- **racjonalizacja** – np. uzasadnianie picia stresem zawodowym. To także może prowadzić do przenoszenia odpowiedzialności za przemoc na partnera/partnerkę w relacji („To przez ciebie!”);
- **podwójne funkcjonowanie społeczne** – na zewnątrz utrzymywanie wizerunku osoby, która odnosi sukcesy i jest idealnym mężem/idealną żoną, a w domu agresor/agresorka.

Dlaczego rozpoznawanie tego typu mechanizmów jest ważne? Ponieważ minimalizowanie znaczenia własnych zachowań agresywnych, obwinianie partnera/partnerki za konflikty, racjonalizowanie za-

chowań manipulacyjnych, przemocy psychicznej i inne tego typu działania utrudniają HFA refleksję nad własnym funkcjonowaniem oraz ograniczają motywację do zmiany.

Pani Anna (45 lat, mężatka, wykształcenie średnie, dwójka dzieci – 23 i 18 lat) pojawiła się w gabinecie psychologicznym w silnym kryzysie psychicznym. Wykazywała m.in. objawy depresji: poczucie wyczerpania, bezsensu życia, zaburzenia snu, których przyczyny nie potrafiła jasno określić. W wywiadzie okazało się, że od lat jest w związku małżeńskim z prezesem dużej firmy, ich sytuacja materialna jest bardzo dobra. Anna, po poznaniu Adama, na jego prośbę przestała pracować i zajęła się domem. W rozmowie z psychologiem uświadomiła sobie, że od początku związku nie czuła się szanowana przez męża. Miała wrażenie, że zawsze traktował ją jak „głupią kurę domową”, wypominając często brak wykształcenia i pracy. Czuła się upokorzona tym, że musiała prosić go o pieniądze na wydatki i się z nich dokładnie tłumaczyć. W obecności innych osób prezentował się jako czuły, kochający mąż, ale zdarzało się, że nawet wtedy żartował z jej niewiedzy, np. często nazywał ją „swoją słodką blondynką”. W opinii Anny, Adam nie miał problemów z alkoholem, chociaż lubił wypić w sytuacjach towarzyskich. Relacja między nimi znacząco zaczęła się psuć, gdy zwróciła mu uwagę, żeby nie pił alkoholu przy dzieciach i nie upijał na spotkaniach rodzinnych. Odtąd zaczął odnosić się do niej coraz gorzej: był złośliwy, wyśmiewał ją, krzyczał na nią nie tylko, gdy wspominała o alkoholu, ale także z błahych powodów, stawał się coraz bardziej agresywny po wypiciu alkoholu. Gdy starszy syn wyjechał na studia do innego miasta, a młodszy coraz rzadziej bywał w domu, spędzając czas z kolegami, jej samopoczucie znacznie się pogorszyło.

RODZAJE PRZEMOCY W RODZINIE HFA

EMOCJONALNA – mogą pojawić się zachowania typu:

- gaslighting – zaprzeczanie wydarzeniom („To się nie wydarzyło”), deprecjonowanie („Przesadzasz”);
- minimalizowanie problemu alkoholowego – przekonywanie partnerki/partnera, że „wszyscy w towarzystwie piją”;
- ośmieszanie i poniżanie – szczególnie w sytuacjach prywatnych, ale czasem także publicznie, pod maską „inteligentnych żarcików”;
- budowanie na zewnątrz wizerunku „idealnego partnera” i jednocześnie przedstawianie partnerki/partnera jako tego „problematicznego”;
- wykorzystywanie autorytetu zawodowego do podważania wiarygodności partnerki/partnera w oczach innych;
- obwinianie partnerki/partnera za picie – np. „Piję przez ciebie”;
- huśtawka emocjonalna – okazywanie ciepłych uczuć, przeplatane agresją i wybuchami złości.

KONTROLUJĄCA – jak to zostało już wspomniane, osoby wysoko funkcjonujące, nadmiernie używające alkoholu, które koncentrują się na karierze zawodowej, często mają wysoki status materialny. Stąd też nierzadko pieniądze są wykorzystywane przez nich jako narzędzie kontroli. Mogą pojawiać się takie zachowania jak:

- kontrolowanie wszystkich domowych wydatków;
- ograniczanie dostępu partnerce/partnerowi do konta lub gotówki;
- wydawanie dużych kwot na alkohol lub życie towarzyskie kosztem rodziny;

- uzależnianie partnerki/partnera finansowo (podkreślanie swojego statusu materialnego: „Beze mnie sobie nie poradzisz finansowo”).

Co ważne, zachowania kontrolujące mogą pojawiać się także w innych sferach. Przykładowo:

- sprawdzanie telefonu, wiadomości, lokalizacji;
- kontrolowanie, z kim partnerka/partner się spotyka;
- izolowanie od rodziny i znajomych;
- ustalanie sztywnych zasad i karanie za ich naruszenie.

WERBALNA – szczególnie w trakcie lub po spożyciu alkoholu, mogą pojawiać się zachowania, takie jak:

- krzyki i wyzwiska;
- wulgarne komentarze;
- poniżające żarty;
- agresywne monologi lub „wykłady”.

W rodzinach osób HFA mogą występować także **przemoc fizyczna oraz seksualna**, zwłaszcza po spożyciu dużej ilości alkoholu. Jeśli zaś chodzi o przemoc wobec dzieci, w przypadku HFA, skoncentrowanego na pracy, można wskazywać zwłaszcza na ryzyko wystąpienia **zaniedbania emocjonalnego**.

JAK PRZERWAĆ KRĄG PRZEMOCY DOMOWEJ I UZALEŻNIENIA?

Przemoc w rodzinach HFA może prowadzić m.in. do obniżonej samooceny, poczucia winy i bezradności, stanów lękowych, depresji,

izolacji, zaburzeń snu oraz łaknienia, różnych dolegliwości somatycznych (często bez konkretnego podłoża medycznego), a także obniżonej odporności osób, które jej doświadczają. Dobra sytuacja materialna rodziny i wysoki status społeczny powodują, że fasada „idealnego funkcjonowania” jest bardzo silnie podtrzymywana, co często utrudnia zauważenie problemu i pomoc osobie krzywdzonej. Na pewno jednak warto wspierać w niej określone mechanizmy, które pomogą w przerwaniu kręgu przemocy:

- **stawianie jasnych granic** – ważne jest wyraźne komunikowanie, że określone zachowania są niedopuszczalne („Nie życzę sobie, żebyś się ze mnie wyśmiewał w obecności znajomych czy rodziny”), odmawianie udziału w sytuacjach, w których pojawia się agresja słowna („Nie będę cię słuchać, jeśli będziesz krzyczał i mnie obrażał”), przerywanie rozmowy w momencie eskalacji konfliktu („Wróćmy do tej rozmowy, gdy oboje się uspokoiemy”), a także ograniczenie kontaktu w sytuacji powtarzającej się przemocy. Granice powinny być komunikowane w sposób spokojny i stanowczy;

- **nieuleganie manipulacji** – czyli przykładowo takim zachowaniom, jak: minimalizowanie przemocy, przerzucanie odpowiedzialności na partnerkę/partnera niekrzywdzącego czy przedstawianie siebie jako ofiary. W reakcji na takie zachowania, warto opierać się na faktach i konkretnych sytuacjach, unikać długich sporów oraz tłumaczenia się;

- **poszukiwanie wsparcia społecznego** – to kluczowe, ponieważ izolacja jest jednym z głównych mechanizmów podtrzymujących przemoc domową. Pomoc otoczenia może obejmować zarówno rozmowę z zaufanymi członkami rodziny lub przyjaciółmi, jak i konsultację z psychologiem/terapeutą czy udział w grupach wsparcia dla osób doświadczających przemocy domowej. Wsparcie społeczne zmniejsza poczucie osamotnienia i zwiększa zdolność do podejmowania decyzji ochronnych;

- **dokumentowanie przemocy** – w przypadku występowania długotrwałej przemocy, zaleca się dokumentowanie krzywdzących zachowań. Może to obejmować zapisywanie dat i opisów incydentów, zachowywanie wiadomości lub nagrań, notowanie, kto był świadkiem zdarzenia i poproszenie o wsparcie. Dokumentacja może mieć znaczenie zarówno terapeutyczne, jak i prawne;

- **skorzystanie z pomocy specjalistycznej** – skorzystanie z profesjonalnej pomocy może pomóc w uporządkowaniu chaosu myśli, emocji, nazwaniu i zrozumieniu charakteru doświadczeń, co umożliwi podjęcie decyzji o wyjściu z krzywdzącej relacji (Comito, 2021).

Aby zmiana była możliwa, osoba z uzależnieniem sama powinna zdecydować o leczeniu i poszukaniu pomocy terapeutycznej. Kiedy osoby HFA zwykle takiej pomocy szukają? Najczęściej dochodzi do tego w momencie, gdy odczuwają skutki swoich zachowań: pojawią się problemy w pracy lub groźba utraty rodziny. Skuteczna w tym przy-

padku, bardziej niż tradycyjne formy leczenia uzależnienia od alkoholu, jest **terapia ograniczania picia** (Modrzyński, 2017). Niewiele osób HFA dostrzega potrzebę zachowania abstynencji, ale argumenty za zmniejszeniem ilości spożywanego alkoholu dla wyraźnych korzyści zdrowotnych, zawodowych i rodzinnych, mają większą szansę zmotywować do zmiany zachowania. Do skutecznego w przypadku HFA Programu Ograniczania Picia (POP)* należy koniecznie stosować kontekst rodzinny, z uwzględnieniem możliwości wystąpienia przemocy domowej.

Warto też podkreślić, że wczesna identyfikacja problemu alkoholowego umożliwia wdrożenie terapii i ograniczenie ryzyka wystąpienia przemocy domowej. Wsparcie psychologiczne dla członków rodziny HFA i terapia problemów używania alkoholu dla osoby stosującej zachowania agresywne i krzywdzące mogą zapobiec dalszemu pogłębianiu problemu. ■

BIBLIOGRAFIA:

- Benton, S.A. (2015). *Alkoholicy wysokofunkcjonujący z perspektywy profesjonalnej i osobistej*. Wydawnictwo Feria.
- Comito, T. (2021). *Przemoc, której nie widać. Jak rozpoznać i przerwać cykl przemocy psychicznej*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Dyjakon, D. (2016). *Przemoc domowa. Czy można wybaczyć i być razem?* Difin.
- Jończyk, K., Wilczyńska, K., Waszkiewicz, N. (2020). Obraz alkoholika wysoko funkcjonującego. *Medycyna po Dyplomie*, 1. <https://podyplomie.pl/medycyna/33864,obraz-alkoholika-wysoko-funkcjonujacego>
- Kazimierska, I. (2021). Dylematy osób wysokofunkcjonujących, uzależnionych od alkoholu. *Kurier Medyczny*, 7, 55–56.
- Mellibruda, J. (2006). Przemoc domowa a uzależnienia. *Świat Problemów*, 6(161), 1–7.
- Modrzyński, R. (2017). *Abstynencja czy ograniczanie picia?* Difin.

Morawska, K., Chodkiewicz, J. (2019). Alkoholicy wysokofunkcjonujący – odrębny typ? Poszukiwanie wspólnych cech w istniejących typologiach alkoholizmu. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 19(4), 411–417. <https://doi.org/10.15557/PiPK.2019.0045>

Rodzinna tajemnica. Przemoc w rodzinie z problemem alkoholowym. (2021). Wydawnictwo Zielone Drzewo.

Sierota, A. (2024, 18 lipca). Problem osób wysoko funkcjonujących, nadmiernie używających alkoholu (HFA). *Strategie JST*. <https://www.strategiejst.pl/2024/07/18/problem-osob-wysoko-funkcjonujacych-nadmiernie-uzywajacych-alkoholu-hfa/>

Testa, M., Kubiak, A., Quigley, B.M., Houston, R.J., Derrick, J.L., Levitt, A., Homish, G.G., Leonard, K.E. (2012). Husband and wife alcohol use as independent or interactive predictors of intimate partner violence. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73(2), 268–276. <https://doi.org/10.15288/jsad.2012.73.268>

Zaworska-Nikoniuk, D. (2021). Alkoholicy wysokofunkcjonujący – trudności diagnostyczne, charakterystyka i modele leczenia. *Resocjalizacja Polska*, 22, 205–225.

AGATA SIEROTA

– doktor nauk społecznych, psycholożka społeczna i kliniczna, autorka wielu artykułów z obszaru psychologii, uzależnień, profilaktyki zdrowotnej i z obszaru zdrowia psychicznego, Lublin.

Niewyspany sprawca przemocy domowej



Wyniki badań eksperymentalnych wskazują, że niedobór snu negatywnie wpływa na wiele obszarów funkcjonowania organizmu, wiąże się z wyższym poziomem agresji, wrogości oraz pogorszeniem kontroli emocjonalnej.

A poprawa snu może być potencjalnie ważnym elementem wspierającym redukcję agresji i kontroli impulsywności u osób stosujących przemoc domową.

DOMINIKA PADZIK

Sen jest jednym z kluczowych procesów biologicznych, a mimo to bywa regularnie bagatelizowany. Co więcej, skutki deficytu snu nie zawsze są dla nas zrozumiałe, pomimo poważnego wpływu na wiele aspektów naszego życia – zaczynając od zdrowia psychicznego i prawidłowego funkcjonowania organizmu, na kontaktach społecznych kończąc. W kontekście przemocy domowej niezwykle ważne jest też to, że brak snu jest jednym z mniej oczywistych, ale istotnych elementów, które mogą wpływać na nasilenie zachowań agresywnych.

FAZY SNU

Sen dzieli się na trzy główne fazy: płytki sen NREM, głęboki sen NREM oraz sen REM. Każda z nich pełni istotną funkcję dla prawidłowego

działania organizmu. Jedną z najlepiej udokumentowanych korzyści snu jest jego wpływ na pamięć i uczenie się – zarówno na przygotowanie mózgu do przyswajania nowych informacji, utrwalanie ich, jak i selektywne zapominanie. Podczas fazy REM i marzeń sennych pobudzone są struktury mózgu związane z emocjami i pamięcią, takie jak ciało migdałowe, hipokamp oraz wybrane obszary kory mózgowej. W czasie fazy nREM mózg przenosi informacje z hipokampa, odpowiedzialnego za pamięć krótkotrwałą, do kory mózgowej, gdzie przechowywane są elementy zapisane w pamięci długotrwałej. Dzięki temu lepiej zapamiętujemy, szybciej się uczymy, ale i jednocześnie „zwalniamy miejsce” na nowe informacje. Sen wspiera również kreatywność i rozwiązywanie problemów. Podczas snu mózg łączy ze sobą odległe informacje i tworzy nowe skojarzenia, co wzmacnia intuicję i twórcze myślenie. Sen sprzyja także podejmowaniu decyzji i koncentracji, nie tylko poprzez wzmacnianie uwagi i refleksu, ale także wspierając logiczne myślenie i kontrolę impulsów.

TERAPEUTYCZNA ROLA SNU

Co istotne, sen pełni też niezwykle ważną funkcję terapeutyczną, szczególnie w regulacji emocji. Zmniejsza reaktywność ciała migdałowego, pomaga przetrwać trudne doświadczenia i poprawia stabilność emocjonalną. Przyjmuje się, że śnimy po to, by zachować ważne doświadczenia w pamięci, jednocześnie osłabiając związany z nimi ładunek emocjonalny. Mechanizm ten nie działa jednak prawidłowo, np. w przypadku PTSD, gdzie emocje pozostają stale intensywne i nieprzetworzone.

Znaczący wkład w badania nad terapeutyczną rolą snu wniosła dr Rosalind Cartwright. Podkreślała, że sny nie są przypadkowe – pomagają regulować emocje, przeżywać stres i radzić sobie z trudnymi doświadczeniami, a niedobór snu utrudnia proces zdrowienia. Doktor Cartwright (2006) zwracała również uwagę na potrzebę uwzględniania tematyki snu w psychoterapii. Badając sny osób po rozwodzie, zauważyła między innymi, że śnienie o byłym partnerze może stanowić element procesu zdrowienia. U osób stopniowo odzyskujących równowagę psychiczną sny były bardziej emocjonalne i złożone, natomiast u osób zmagających się z depresją częściej pozostawały emocjonalnie ubogie i mniej pomocne w adaptacji psychicznej.

Ponadto sen pełni także funkcję biologicznego „sprzątania” mózgu. W jego trakcie aktywuje się tzw. układ glimfatyczny, odpowiedzialny za usuwanie toksyn i produktów przemiany materii. Eliminowane są m.in. białka beta-amyloidowe, których nagromadzenie wiąże się z rozwojem choroby Alzheimera. Brytyjski naukowiec i psycholog dr Matthew Walker (2018) wprost stwierdza, że „nie istnieje ani jedna funkcja mózgu, której sen by nie poprawiał”.

SKUTKI DEFICYTU SNU

Jakie skutki dla organizmu ma pogorszenie jakości snu lub jego chroniczny deficyt? Cierpi wówczas układ odpornościowy – zmniejszają się zdolności regeneracyjne organizmu, a reakcje zapalne ulegają nasileniu. Niedobór snu zaburza również gospodarkę hormonalną. Wzrasta poziom kortyzolu, hormonu stresu, przy jednoczesnym rozregulowaniu hormonów odpowiedzialnych za odczucie głodu i sytości (gre-

liny i leptyny). W efekcie zwiększa się apetyt, szczególnie na produkty słodkie. Stąd też przewlekły niedobór snu wiąże się ze zwiększonym ryzykiem otyłości, cukrzycy typu 2 i chorób sercowo-naczyniowych.

Jednym z kluczowych obszarów, szczególnie istotnych w kontekście psychoterapii, jest wpływ deficytu snu na funkcje poznawcze i emocjonalne. Brak odpowiedniej ilości snu pogarsza koncentrację, pamięć, refleks oraz zdolność logicznego myślenia. Trudniej nam się uczyć, podejmować decyzje i kontrolować impulsywne reakcje. W związku z nadreaktywnością ciała migdałowatego łatwiej o rozdrażnienie, impulsywność, lęk czy obniżony nastrój. Osłabione funkcjonowanie kory przedczołowej nie tylko zwiększa podatność na stres, ale również utrudnia hamowanie emocjonalnej reakcji oraz sprzyja uruchomieniu trybu walki lub ucieczki. Badania dr. Matthew Walkera wskazują, że u osób pozbawionych snu dochodzi do nawet 60-procentowego nasilenia reaktywności emocjonalnej. Dr Walker zauważa, że deficyt snu ukierunkowuje mózg ku „prymitywnemu wzorcowi niekontrolowanej reaktywności”. Ponadto trudniejsze jest wówczas umiejscawianie zdarzeń w szerszym kontekście, co skutkuje niepożądanymi i nieodpowiednimi reakcjami emocjonalnymi, w tym dużymi wahaniami nastroju. W swoich badaniach dr Walker dochodzi również do wniosku, iż dobra jakość snu REM wpływa na lepsze odczytywanie emocji. Z kolei u tych samych uczestników badań, pozbawionych fazy REM, pogarszała się zdolność odczytywania emocji z twarzy innych ludzi. Tym samym częściej interpretowali neutralne lub lekko przyjazne twarze jako zagrażające. Oznacza to, że ta sama **rzeczywistość może być odbierana przez niewyspaną osobę jako bardziej niebezpieczna i nieprzyjazna**, mimo że obiektywnie taka nie jest.

Co ważne, negatywne skutki mogą pojawiać się zarówno w przypadku całkowitego 24-godzinnego pozbawienia snu, jak i stopniowego ograniczenia liczby przespanych godzin przez kolejne dni (np. 5 godzin snu przez 5 dni).

Długotrwały deficyt snu koreluje także z występowaniem zaburzeń psychicznych i uzależnień. Analizując kryteria diagnostyczne wielu zaburzeń i chorób psychicznych (depresja, zaburzenia lękowe), trudno przeoczyć fakt, że często jednym z objawów są właśnie zaburzenia snu. Rodzi to także pytanie o kierunek zależności: czy problemy ze snem są wyłącznie skutkiem zaburzeń psychicznych, czy też jednym z czynników zwiększających ryzyko ich rozwoju?

NIEDOBORY SNU A AGRESJA I PRZEMOC

Niektóre badania eksperymentalne wskazują wprost na korelację pomiędzy skróconym snem a wyższym poziomem agresji, wrogości oraz pogorszeniem kontroli emocjonalnej. Co istotne, eksperymentalne wydłużenie zbyt krótkiego snu prowadziło do obniżonego poziomu gniewu. Wyniki te wzmacniają potrzebę uwzględnienia problemów ze snem w działaniach profilaktycznych i terapeutycznych, ponieważ poprawa jakości snu wydaje się obiecującym kierunkiem wspierania regulacji emocji oraz zachowań agresywnych.

W badaniu Hishino K. i in. (2009), obejmującym relacje kobiet doświadczających przemocy (53 kobiety w grupie badanej oraz 30 w grupie kontrolnej), aż 58 proc. wskazało, że ich partnerzy byli bardziej agresywni po nieprzespanej nocy, a 50 proc. zgłosiło występowanie przemocy fizycznej. Autorzy zwracali uwagę na mechanizmy

pośredniczące, takie jak spożywanie alkoholu, lęk czy zaburzenia snu, sugerując istnienie związku między deficytem snu a nasileniem przemocy.

Z kolei w długoterminowych badaniach Mony El-Sheikh oraz Amy J. Rauer (2012), dotyczących przemocy w relacjach, wskazano na dwukierunkowy charakter tej zależności. Badaczki doszły do wniosku, że problemy ze snem i przemoc w związku mogą wzajemnie się nasilać, podtrzymując destrukcyjny cykl funkcjonowania relacji.

W literaturze rozróżnia się przemoc „gorącą” i „chłodną”. Ta pierwsza wiąże się z impulsywnością, gwałtownymi wybuchami emocji, wściekłością i trudnością w kontrolowaniu reakcji. Przemoc chłodna ma natomiast charakter bardziej zaplanowany, wykalkulowany i systematyczny. Szczególnie istotne wydają się tutaj mechanizmy związane z przemocą gorącą, ponieważ **deficyt snu zwiększa impulsywność, drażliwość, nadreaktywność emocjonalną oraz skłonność do konfliktów interpersonalnych**. W połączeniu z niekonstruktywnymi wzorcami zachowania, krzywdzącymi przekonaniem czy doświadczaniem w przeszłości przemocy domowej, może to dodatkowo nasilać ryzyko wystąpienia przemocy. Prawdopodobnie zjawisko to nasila się w połączeniu z takimi czynnikami jak: obecność alkoholu, przewlekły stres oraz wcześniejsza historia przemocy.

PERSPEKTYWA GABINETU TERAPEUTYCZNEGO

Moje obserwacje w pracy z osobami stosującymi przemoc domową pozostają spójne z powyższymi wnioskami. W praktyce wielokrot-

nie spotykałam się z sytuacjami, w których osoby te funkcjonują w przewlekłym deficycie snu, często nie dostrzegając skali problemu. Wielu klientów uznaje za „normalne” spanie około 5 godzin na dobę w dni robocze, mimo że deficyt snu ulega wtedy kumulacji, a każdy kolejny dzień niedospania pogarsza funkcjonowanie psychiczne i emocjonalne.

Przyczyny pogorszenia jakości snu bywają bardzo różne. Niektóre osoby regulują napięcie emocjonalne poprzez nocne granie, wielogodzinne korzystanie z telefonu czy spożywają wieczorami alkohol. Pozostali realizują obowiązki domowe, na które zabrakło godzin w ciągu dnia, pracują nadmiernie lub zmianowo. Część osób to rodzice małych dzieci, zaś inni zmagają się z problemami zdrowotnymi (często niezaopiekowanymi), takimi jak bezdech senny czy przewlekły ból. Co więcej, niektóre osoby mają utrudnione zasypianie i/lub wybudzają się w nocy stricte przez przemoc, co dotyczy zwłaszcza tych, którzy mierzą się z częstymi i wybuchowymi konfliktami w relacjach.

Warto również podkreślić, że człowiek nie potrafi trafnie ocenić własnego poziomu niewyspania. Subiektywne przekonanie o „normalnym funkcjonowaniu” bywa znacząco rozbieżne z rzeczywistym spadkiem sprawności poznawczej i emocjonalnej. Mechanizm ten ma istotne konsekwencje społeczne i wiąże się nie tylko z przemocą domową, ale także ze zwiększonym ryzykiem wypadków drogowych, błędów w pracy czy trudności w kontroli zachowania. Ten ostatni obszar nierzadko w gabinecie brzmi jak wyrażenia: „Nie wytrzymałem”, „Puściły mi nerwy”, „Nie wiem, co mnie opętało”, „To była prowokacja” czy po prostu – „Wybuchłam”.

SEN JAKO WSPARCIE REDUKCJI AGRESJI

Poprawa snu jest więc potencjalnie ważnym elementem wspierającym redukcję agresji i kontrolę impulsywności u osób stosujących przemoc domową, choć oczywiście temat zależności pomiędzy snem a przemocą z pewnością wymaga dalszych badań i obserwacji. Na pewno jednak interesujących danych dostarcza 14-tygodniowe badanie Van Veen i współpracowników (2005) przeprowadzone wśród 31 pacjentów psychiatrycznych z wykorzystaniem metod psychoterapii poznawczo-behawioralnej – znacząca redukcja bezsenności wiązała się ze spadkiem poziomu wrogości.

W kontekście przytoczonych tu danych wydaje się więc zasadne, aby w pracy terapeutycznej z osobami stosującymi przemoc (zarówno indywidualnej, jak i grupowej) uwzględniać interwencje ukierunkowane na poprawę jakości snu. Mogą to być m.in. działania psychoedukacyjne dotyczące higieny snu, techniki relaksacyjne czy wprowadzanie elementów monitorowania snu. Dr Rosalind Cartwright wskazywała także na znaczenie pracy z marzeniami sennymi w procesie terapeutycznym, podkreślając ich rolę w regulacji emocji i integracji doświadczeń psychicznych. Szczególnie ważnym obszarem pozostaje także psychoterapia uzależnień, ponieważ wiele destrukcyjnych sposobów regulowania napięcia emocjonalnego, takich jak spożywanie alkoholu, nocne korzystanie z urządzeń elektronicznych czy kompulsywne aktywności, odbywa się kosztem snu i dodatkowo pogłębia dysregulację emocjonalną.

W praktyce klinicznej warto zatem zachować uważność na objawy bezsenności i innych zaburzeń snu. Wywiad diagnostyczny można

rozszerzyć o bardziej szczegółową ocenę jakości snu, a sam proces terapeutyczny uzupełnić o elementy monitorowania rytmu dobowego i nawyków związanych ze snem. Psychoedukacja dotycząca higieny snu może obejmować naukę konkretnych zasad, takich jak utrzymywanie stałych godzin zasypiania i wstawania, ograniczenie kofeiny oraz innych substancji psychoaktywnych (szczególnie w godzinach popołudniowych), redukcja ekspozycji na światło niebieskie czy budowanie wieczornych rytuałów wyciszających. Dużą wartość mogą mieć również treningi relaksacyjne, techniki oddechowe oraz praktyka uważności wspierająca obniżanie poziomu pobudzenia fizjologicznego.

Uważam, że poprawa snu stanowi istotne uzupełnienie oddziaływań terapeutycznych ukierunkowanych na ograniczenie agresji. Może wspierać rozwijanie zdolności do samoregulacji, obniżenia napięcia psychofizycznego oraz bardziej adekwatnego odczytywania sygnałów zewnętrznych. Jednocześnie należy podkreślić, że sama poprawa snu nie rozwiązuje problemu przemocy domowej, ale może być istotnym, choć często niedocenianym elementem zmniejszenia ryzyka eskalacji przemocy i wspierania skuteczności procesu terapeutycznego. ■

BIBLIOGRAFIA:

- Cartwright, R., Agargun, M.Y., Kirkby, J., & Friedman, J.K. (2006). *Relation of dreams to waking concerns*. *Psychiatry Research*, 141(3), 261–270.
- Cartwright, R., Luten, A., Young, M., Mercer, P., & Bears, M. (1998). Role of REM sleep and dream affect in overnight mood regulation: A study of normal volunteers. *Psychiatry Research*, 81(1), 1–8 (1998).
- Cartwright, R.D., Tipton, L.W., & Wicklund, J. (1980). Focusing on dreams: A preparation program for psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 37(3), 275–277.

Hoshino, K., Pasqualini, J.C., D'Oliveira, É.P., Da Silva, C.P., Modesto, Â.E., & Silveira, R.S.M. (2009). *Is sleep deprivation involved in domestic violence?* Sleep Science, 2(1), 14–20.

Maaik Marina Van Veen. (2025). Treatment of Insomnia in Forensic Psychiatric Patients: A Randomized Controlled Trial. *Brain Sciences*, 15(3), 302.

Van Veen, M.M., Lancel, M., Şener, O., Verkes, R.J., Bouman, E.J., & Rutters, F. (2022). *Observational and experimental studies on sleep duration and aggression: A systematic review and meta-analysis*. Sleep Medicine Reviews, 64, 101661.

Walker, M. (2018). *Dlaczego śpimy. Odkrywanie potęgi snu i marzeń sennych* (M. Guzowska, tłum.). Marginesy.

ŹRÓDŁA ONLINE:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165178198000894?via=ihub>

https://www.researchgate.net/publication/7280813_Relation_of_dreams_to_waking_concerns

<https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/492281>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1087079222000740?via=ihub>

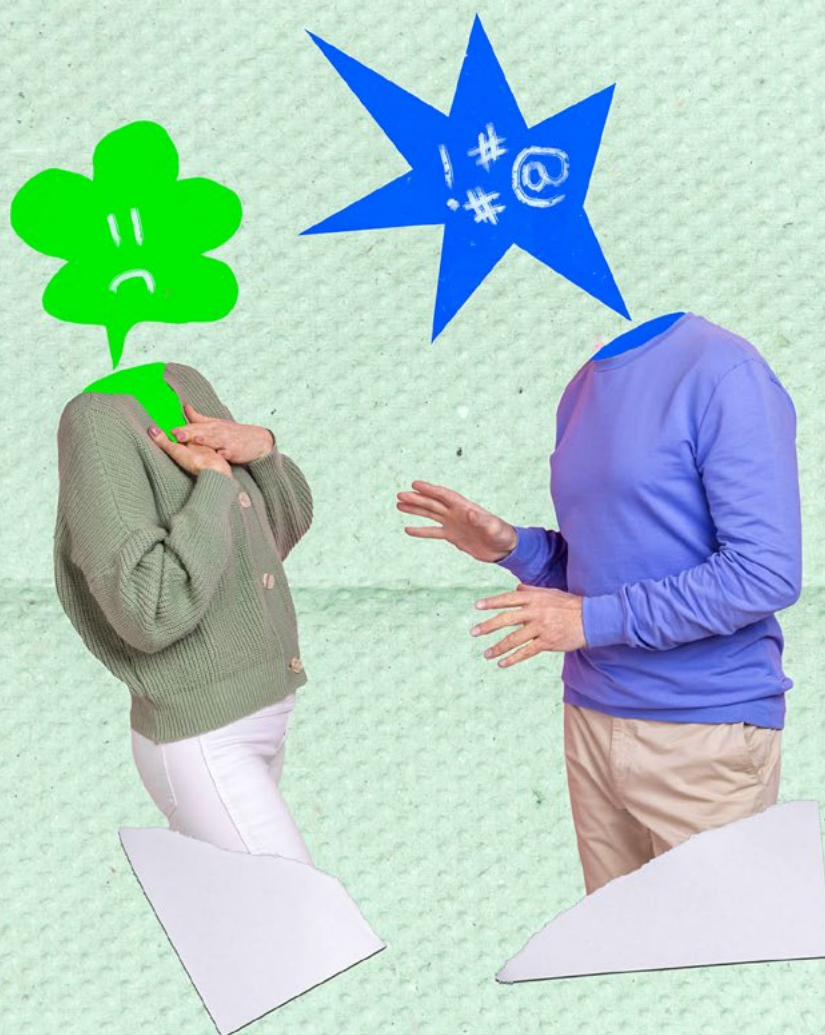
<https://research.monash.edu/en/publications/is-sleep-deprivation-involved-in-domestic-violence/> <https://www.mdpi.com/2076-3425/15/3/302>

DOMINIKA PADZIK

– psycholożka i psychoterapeutka w nurcie integracyjnym. Absolwentka Uniwersytetu SWPS oraz Profesjonalnej Szkoły Psychoterapii przy Instytucie Psychologii Zdrowia PTP. Zajmuje się przeciwdziałaniem przemocy domowej, prowadząc psychoterapię, grupy wsparcia dla osób doświadczających przemocy oraz programy korekcyjno-edukacyjne i psychologiczno-terapeutyczne dla osób stosujących przemoc domową. Prowadzi psychoterapię w Ośrodku Psychoterapii i Promocji Zdrowia „Ogród” Instytutu Psychologii Zdrowia.

KRÓTKI LONT CZY PRZEMOC?

Komunikacja
z osobami z ADHD



Kiedy w czasie trudnej rozmowy z klientem uda się dostrzec, że zachowania rozmówcy nie są wyrazem braku szacunku ani agresji, tylko specyficznym „oprogramowaniem komunikacyjnym” osoby z ADHD, to z dużym prawdopodobieństwem mamy szansę na nawiązanie współpracy. A zatem – jak odróżnić przemocowe nastawienie od zachowań impulsywnych i nieuwagi bez premedytacji? Przyglądamy się temu tematowi, który w kontekście pracy z problematyką przemocy domowej może być szczególnie istotny.

EWA MAŻUL

KOMUNIKATY ODCINAJĄCE OD ŻYCIA

Dla osób wykonujących zawody pomocowe trudne rozmowy są bardziej codziennością niż wyjątkiem. Nie zawsze jednak zachowujemy uważność na to, że umiejętnie prowadzona komunikacja – tj. skierowanie większej energii na poszukiwanie potrzebnych rozwiązań niż na wypalające dyskusje – pozwala zmniejszyć napięcie w relacjach z klientami i ograniczyć własne koszty psychiczne.

Jak tego dokonać w praktyce, kiedy słyszy się nieprzyjemne, agresywne komunikaty od klienta, podniesiony głos i zachowania, które trudno odebrać inaczej niż jako brak szacunku?

Jednym z podziałów dotyczących komunikacji jest podział na komunikację opresyjną (opartą na walce o władzę, rywalizacji i manipulacji) oraz komunikację zrównoważoną (nieopresyjną, opartą na współpracy i wzajemnym szacunku).

KOMUNIKACJA OPRESYJNA

Komunikacja opresyjna charakteryzuje się używaniem „komunikatów blokujących porozumienie”. Ten termin wywodzi się z metody NVC – Nonviolent Communication (porozumienie bez przemocy). NVC pomaga nawiązać kontakt z samym sobą i z innymi, poprzez rozwijanie współczucia w stosunku do siebie samego, pogłębianie swoich związków osobistych oraz budowanie bardziej owocnych relacji. Ucząc się ją stosować, jesteśmy w stanie przeprogramować swoje życie i relacje rodzinne, przyjacielskie, a także zawodowe. Wymaga to jednak zmiany utrwalonych nawyków językowych, w tym m.in. właśnie zaniechania używania komunikatów blokujących:

Te „niebezpieczne” sformułowania to:

- osądy moralne (oceny, obwinianie, zarzuty, krytyka): „Jesteś głupi”, „Kłamiesz!”, „Źle pracujesz, masz mnie w nosie”;
- porównania: „On gorzej traktuje klientów niż jego poprzednik”, „W tamtej dzielnicy to umieją pomagać ludziom, ale nie tu”;
- uchylanie się od odpowiedzialności: „Zrobiłem to, bo on mi każał”, „Przez ciebie to się nie uda!”, „To moja żona (mąż) wszystko psuje”;

- stawianie żądań: „Albo zrobisz to natychmiast, albo.... (tu padają różne groźby)”, „Jak tego nie załatwisz, to pójdę z tym do burmistrza”.

Marshall Rosenberg po kilkunastu latach badania zależności zjawisk językowych i przemocy stwierdził, iż z *natury zdolni jesteśmy odczuwać radość z porozumiewania się z wzajemnym szacunkiem. Nauczyliśmy się jednak rozmawiać za pomocą różnego typu „komunikatów odcinających od życia”, które skłaniają nas do mówienia i postępowania w sposób bolesny i szkodliwy dla nas samych i dla innych ludzi. Jedną z form takiego komunikatu są osądy moralne, z których wynika, że każdy, kto nie działa zgodnie z naszym systemem wartości, jest zły albo nie ma racji. Inna forma komunikatu odcinającego od życia to uciekanie się do porównań, które blokują w nas współczucie zarówno wobec nas samych, jak i wobec innych. Komunikaty odcinające od życia zaćmiewają też naszą świadomość tego, że każdy z nas odpowiada za swoje myśli, uczucia i czyny. Dla języka blokującego współczucie typowe jest także uzewnętrznianie własnych pragnień w postaci żądań* (Rosenberg, s. 43).

Komunikaty blokujące porozumienie to sygnał, że osoba, która używa takich sformułowań, bardzo potrzebuje empatii – dodatkowej „porcji” energii psychicznej, która pomoże jej rozpoznać swoje uczucia i kryjące się pod nimi potrzeby. Wtedy będzie mogła wyrazić je w sposób nieinwazyjny. To dopiero może przywrócić swobodny, bezpieczny przepływ komunikacji. Taka dodatkowa porcja energii może pojawić się dzięki świadomemu wsparciu rozmówcy, który rozumie, co się dzieje i autentycznie chce pomóc.

PORYWCZOŚĆ CZY AGRESJA?

Oczekiwanie od wzburzonych (zazwyczaj sfrustrowanych własną trudną sytuacją życiową) klientów, że będą w klarowny sposób rozpoznawać i wyrażać swoje uczucia oraz kryjące się za nimi ważne niezaspokojone potrzeby, byłoby po prostu naiwnością. Tak się nie stanie i w związku z tym, za przebieg komunikacji, uspokojenie emocji i odstąpienie od opresyjnego charakteru rozmowy odpowiadać może jedynie osoba mająca w danym momencie możliwość zapanowania nad trudnymi emocjami i zdolność do przeniesienia uwagi na poszukiwanie rozwiązania – czyli zdecydowanie bardziej „pomagacz” niż jego klient.

Każdy ma jednak jakąś granicę odporności emocjonalnej wobec czyichś wybuchów złości, oskarżeń i odmowy współpracy. Trudno jest wykrzesać z siebie empatię, kiedy ma się poczucie totalnej wrogości po stronie rozmówcy. I tu pojawia się kwestia tego, czy mamy do czynienia z rzeczywistą wrogością i agresją, co może prowadzić do chęci skrzywdzenia kogoś, czy może raczej z „krótkim lontem”, za którym – owszem – kryje się osoba zdestabilizowana emocjonalnie, ale nie pełna wrogości.

Umiejętność takiego rozróżnienia jest szczególnie ważna w przypadku, gdy mamy do czynienia z osobami z ADHD, a osoby pracujące w obszarze pomocy i wsparcia instytucjonalnego mogą stykać się z osobami z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (czyli właśnie ADHD) szczególnie często. To większe prawdopodobieństwo wynika ze statystyk pokazujących związek pomiędzy występowaniem ADHD i byciem klientem opieki społecz-

nej (czy innego rodzaju instytucji oferujących szeroko rozumiane wsparcie).

W 2024 roku przeprowadzono w Szwecji badanie¹, które objęło ponad milion osób z diagnozą ADHD. Wykazało, że występowało u nich cztery razy większe prawdopodobieństwo skazania za przestępstwo z użyciem przemocy oraz dwukrotnie większe za przestępstwo bez użycia przemocy niż w grupie osób bez tego typu diagnozy. Badania związku ADHD z podatnością na uzależnienia wskazują na 2-3 razy większe zagrożenie w porównaniu z osobami bez ADHD (szczególnie chodzi tu o nadużywanie substancji psychoaktywnych, często alkoholu). Badania wykazują również, że osoby z ADHD częściej trafiają do opieki społecznej z powodu kombinacji objawów zaburzenia, dysfunkcji rodzinnych i czynników socjoekonomicznych (m.in. takich jak: niski poziom dochodów, wykształcenie, status zawodowy czy warunki mieszkaniowe).

Jeśli więc pracuje się pomocowo, warto założyć, że prawdopodobieństwo zetknięcia się z osobami z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwag jest wysokie, a poznanie odpowiednich metod komunikacji wydaje się w tym kontekście kluczowe.

JAK ZADBAĆ O TO, BY NIE DAĆ SIĘ PONIEŚĆ?

Wracając do komunikacji NVC (która jest niezwykle przydatna do „rozbrajania” sytuacji konfliktowych) – trzeba pamiętać, że w pierwszej kolejności wymaga ona okazania empatii sobie samej/samemu. Je-

¹ Ångström A.-K. i in., Criminal convictions in males and females diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder: A Swedish national registry study, „JCPP Advances” 2024, t. 4, nr 1, e12217.

żeli odczuwam np. wzburzenie wobec zachowania klienta, który nie przebiera w słowach i używa wielu komunikatów blokujących porozumienie, istnieje duże prawdopodobieństwo, że odbiorę to intuicyjnie – także z poziomu reakcji ciała – jako atak. W takiej sytuacji moim pierwszym, automatycznym odruchem będzie wejście w tryb obrony i odparcie ataku. W komunikacji jest to zazwyczaj użycie słów wywołujących wstyd, strach lub poczucie winy. Przykładowo: „Jeśli dalej będziesz się tak zachowywał, to skończymy rozmowę i niczego nie uzyskasz”, „Jest pani dorosła, proszę się zachowywać jak człowiek dorosły”, „Chyba nie chcecie, żeby wasze dzieci otrzymały pomoc, skoro przychodząc tu, wszystkich obrażacie” itp.

Chcąc jednak powstrzymać się od kierowania rozmowy na tory komunikacji opresyjnej, nie możemy wypowiedzieć głośno tych wszystkich komunikatów, które niemalże z automatu uruchamiają tryb walki. Empatia wobec siebie polega w takim przypadku na rozpoznaniu własnej niezaspokojonej w tej sytuacji potrzeby. Wiele osób w trakcie warsztatów komunikacji wskazuje m.in. na potrzebę szacunku: „Kompletny brak szacunku” – mówią – „A przecież tyle z siebie daję, żeby temu człowiekowi pomóc”.

W przypadku osób z ADHD, warto jednak spojrzeć na tego typu sytuacje nie tyle z poziomu braku szacunku, co braku umiejętności opowania emocji i zbyt „krótki lont”, niepozwalający się zatrzymać, zanim słowa z „ust wylecą ptakiem” (by – jak wiadomo – często wrócić kamieniem...). Niestety, nadpobudliwość psychiczna popycha do wygłaszania słów często będących dorodną wiązką komunikatów blokujących porozumienie. W efekcie zaczynamy podejrzewać, iż mamy do czynienia z osobą przemocową, a niekoniecznie tak musi być.

JAK ODRÓŻNIĆ ADHD OD AGRESJI?

Impulsywne reakcje, wybuchy złości i częsta w ADHD nadwrażliwość na krytykę nieraz prowadzą do eskalacji konfliktów, np. podczas rozmów z pracownikami socjalnymi czy „pomagaczami” z innych instytucji. Utrudnia to budowanie zaufania i odpowiednie realizowanie planów wsparcia. Tacy klienci często ignorują granice, przerywają, wchodzą w słowo i próbują kierować rozmowę na inne tory, niż te związane z realizacją jakichkolwiek planów czy ustaleń.

Deficyty w odczuwaniu sygnałów społecznych mogą z kolei powodować liczne niezręczności w rozmowach. Niektóre osoby z ADHD mogą próbować zdominować dyskusję, cechują się nieuwagą czy nieumyślnie obrażają swoich interlokutorów, co powoduje, że współpraca przebiega w sposób chaotyczny i frustrujący dla pracowników, którzy muszą powtarzać instrukcje lub radzić sobie z oporem.

Jednak to, co odróżnia komunikację osób z ADHD od stylu komunikacji osób prezentujących zachowania przemocowe, to fakt, że ich impulsywność czy nieuwaga pojawiają się bez premedytacji i wrogości. Przemoc zaś ma charakter celowy.

Cechy komunikacji ADHD:

- przerywanie, dominowanie w rozmowie,
- nieuwaga (np. rozproszenie, nieutrzymywanie kontaktu wzrokowego, brak śledzenia wątku rozmowy),
- nieprzefiltrowane komentarze wynikające z impulsywności (można to poznać po tym, że taka osoba szybko żałuje tego, co powiedziała, a po ochłonięciu przeprasza),
- wiercenie się w czasie rozmowy,

- szybkie tempo mowy i głośne mówienie (w znaczeniu hałaśliwe),
- nieczytanie sygnałów niewerbalnych (np. mimiki rozmówcy),
- znaczący element rozróżniający komunikację ADHD od agresji: brak dążenia do eskalacji konfliktu.

Agresywne (przemocowe) zachowania to:

- świadome ataki werbalne (obelgi, groźby),
- podniesiony głos z intencją dominacji (przekrzyczenia rozmówcy),
- wroga postawa (np. zaciskanie pięści, skrzyżowane ramiona, zaciskanie szczęki, ręce na biodrach),
- unikanie wzroku z pogardą (zmrużone oczy, skrzywiona mina),
- częste mruganie i/lub grymasy towarzyszące złości,
- brak skruchy po fakcie, często z historią powtarzalnych incydentów.

Testem na sprawdzenie, czy mamy do czynienia z osobą z ADHD, czy kimś, kto jest ewidentnie nastawiony do nas agresywnie, jest zrobienie pauzy w rozmowie. Ma to dać czas na wyciszenie emocji. Osoba z ADHD jest po takiej pauzie skłonna dostosować się do sytuacji i współpracować. Osoba nastawiona agresywnie nie zmniejsza swojej wrogości – wręcz przeciwnie: może się ona nasilać.

Kiedy w czasie trudnego spotkania z klientem uda się w pierwszym kroku okazać empatię własnym potrzebom, a w drugim dostrzec, że zachowania rozmówcy nie są wyrazem braku szacunku ani agresji, tylko specyficznym „oprogramowaniem komunikacyjnym” osoby z ADHD, to w dalszej rozmowie warto świadomie dostosować styl komunikacji do specyficznych potrzeb takiego interlokutora. Zdecydowanie zmniejsza to jego opór i jednocześnie zwiększa prawdopodobieństwo nawiązania współpracy.

JAK POWINNA WYGLĄDAĆ ROZMOWA Z OSOBĄ Z ADHD?

- Mów powoli.
- Jeden wątek naraz – bez dygresji i skojarzeń pobocznych.
- Unikaj długich monologów – wtedy osoby z ADHD tracą wątek, co je frustruje i prowokuje przerywanie.
- Dawaj możliwość odnoszenia się do tego, co powiedziałeś na bieżąco, dzieląc rozmowę na krótkie sekwencje.
- Używaj komunikatu „ja”: „Jest mi trudno się skupić na tym, co mówię, kiedy ktoś mówi równocześnie ze mną, pilnujmy tego, że będziemy się wypowiadać na zmianę” (zamiast mówić: „Proszę mi nie przerywać”).
- Słuchaj bez przerywania, okazuj empatię pytaniami typu: „Czy to jest tak, że teraz czujesz się pogubiony i potrzebujesz to jeszcze raz usłyszeć?”.
- Wykazuj cierpliwość, gdy czasem trzeba jakąś instrukcję powtórzyć.
- Zapytaj, czy klient potrzebuje zapisania jakichś rzeczy.
- Rób krótkie 5-minutowe przerwy, gdy widzisz, że klient traci wątek lub jest rozproszony.

Przestrzeganie tych zasad można również połączyć z asertywnym ustawieniem granic, jeśli wymaga tego sytuacja, np. „Rozmawiamy spokojnie, w innym wypadku – przerwa”.

Niezwykle ważne jest, by powstrzymywać się od motywowania rozmówcy poprzez krytykowanie jego niepożądanych zachowań. Osoby z ADHD są bardzo wyczułone na krytykę i popadają pod jej

wpływem w zachowania buntowniczo-obronne. Zdecydowanie więcej pozytywnych rozwiązań może więc przynieść motywowanie poprzez komunikaty pozytywne: „Cieszę się, że udaje ci się realizować kolejne punkty planu”. W skrócie: jak pokazują badania, w przypadku osób z ADHD (choć nie tylko ich), zdecydowanie lepsze rezultaty daje stosowanie marchewki, nie kijka.

Pamiętając o tym wszystkim, łatwiej nam będzie porozumieć się z osobą z ADHD w stylu, który Marshall Rosenberg określał jako sytuację: „Przychodzi człowiek do człowieka”. Kiedy będziemy rozmawiać bez nadmiernej presji i własnego nastawienia obronnego, będzie większa szansa, że dostrzeżemy u rozmówcy krótki lont, za którym skrywa się wrażliwe serce, zamiast umieszczając go w szufladce *przemoc*. ■

BIBLIOGRAFIA

- Alberti R., Emmons M. (2017). *Asertywność. Sięgaj po to, czego chcesz nie raniąc innych*, Sopot: GWP.
- Bernau S. (2022). *ADHD u dorosłych. Jak ułatwić sobie życie i uspokoić myśli*. Warszawa: WAM.
- Goulston M. (2020). *Jak rozmawiać z furiatami, techniki, ćwiczenia, strategie*. Warszawa: Wydawnictwo Zwierciadło.
- Mate G. (2023). *Rozproszone umysły. Przyczyny i leczenie zespołu deficytu uwagi*. Warszawa: Czarna Owca.
- Rosenberg M.B. (2016). *Porozumienie bez przemocy. O języku życia*, wydanie III. Warszawa: Czarna Owca.



EWA MAŻUL

– prowadzi mediacje, szkolenia i warsztaty z zakresu komunikacji w oparciu o metodę NVC (Nonviolent Communication – Porozumienie bez przemocy), autorka książki „Od czerwieni do turkus. Jak lepiej porozumiewać się w pracy”, Warszawa.

DYSREGULACJA EMOCJONALNA I IMPULSYWNOŚĆ

jako czynniki ryzyka zachowań
przemocowych w bliskich
relacjach



Trudności w zarządzaniu własnymi stanami afektywnymi oraz w ich kontrolowaniu mogą być jednymi z przyczyn zachowań przemocowych. To o tyle istotne, że tego typu trudności nieraz pojawiają się u osób z ADHD, ASD czy BPD, choć – co ważne – wszelkie medyczne diagnozy powinniśmy traktować jako podłoże do zrozumienia określonych zachowań, a nie jako ich wytłumaczenie. Jak najbardziej dotyczy to także zjawiska przemocy w bliskich relacjach.

ARLETA BALCEREK

W dyskursie publicznym coraz częściej – i słusznie – mówi się o neuroróżnorodności (ADHD, ASD) oraz zaburzeniach osobowości (m.in. zaburzeniach osobowości z pogranicza, BPD). Rzadziej jednak porusza się kwestię tego, jak te specyficzne sposoby funkcjonowania układu nerwowego i psychiki mogą wpływać na dynamikę relacyjną, prowadząc – w niesprzyjających warunkach – do zachowań raniących lub przemocowych.

Owszem, osoby z rozpoznaniem ADHD, ASD lub BPD mogą stosować przemoc wobec swoich bliskich, jednak sama diagnoza nie jest determinantą tego, czy w danej rodzinie faktycznie pojawi się przemoc. Zachowania przemocowe w tych grupach mogą mieć wiele róż-

nych źródeł, podobnie jak w populacji ogólnej. Do czynników ryzyka moglibyśmy zaliczyć wysoki poziom impulsywności, problemy z samoregulacją (dysregulację emocjonalną), doświadczenia przemocy ze strony bliskich lub rówieśników w okresie dzieciństwa i dorastania, a także cechy osobowości ukształtowane na bazie trudnych doświadczeń życiowych.

Również specyfika rozumienia innych osób może mieć wpływ na rozwój zachowań przemocowych. W przypadku wspomnianych trzech grup, tzw. teoria umysłu, czyli umiejętność odczytywania stanów mentalnych i intencji innych osób, bywa niekiedy słabiej rozwinięta lub może rozwijać się później, niż wynosi średnia populacyjna.

PROBLEMY Z SAMOREGULACJĄ I IMPULSYWNOŚCIĄ

Zaniedbanie i przemoc w dzieciństwie mogą istotnie przyczyniać się do zaburzeń sfery emocjonalnej i kształtowania się takich cech osobowości, które w przyszłości mogą stanowić podłoże dla zachowań trudnych lub krzywdzących dla otoczenia. Nie każda osoba, która doświadczyła przemocy w środowisku rodzinnym, będzie stosować ją w dorosłości, jednak takie przeżycia zwiększają to ryzyko, odciskając swoje piętno na całym życiu. W efekcie, u osób o wyższej podatności, trauma przemocy może stać się przyczyną głębszej dysregulacji emocjonalnej, rozumianej jako trudność w skutecznym zarządzaniu własnymi stanami afektywnymi i kontrolowaniu ich. Problemy z samoregulacją wydają się występować częściej u osób neuroróżnorodnych niż w populacji ogólnej, a w przypadku osób z BPD są jednym z osiowych kryteriów diagnostycznych (pod postacią chwiejności emocjo-

nalnej, trudności w ukojeniu bolesnych uczuć czy nadmiernej czujności na sygnały odrzucenia).

Co więcej, także wspomniana wcześniej impulsywność bywa wyższa u osób z ADHD, w spektrum autyzmu oraz u tych z rozpoznaniem BPD. Najprościej cechę tę opisuje tendencja do działania zanim przeanalizuje się jego konsekwencje. Warto zaznaczyć, że impulsywność sama w sobie nie jest tożsama z zachowaniami przemocowymi. Jednak jej wysokie nasilenie, połączone z innymi czynnikami biopsychospołecznymi, może sprzyjać pojawianiu się zachowań agresywnych w bliskich relacjach. Osoba wysoce impulsywna może bowiem mieć trudność w przewidywaniu długofalowych skutków swoich czynów. Szybkie, nieprzemyślane działania, połączone z niską tolerancją na frustrację i trudnościami z hamowaniem reakcji, mogą sprzyjać pojawianiu się nadużyć w bliskich związkach.

Dysregulacja emocjonalna z kolei bywa definiowana jako problem z elastycznym zarządzaniem swoimi emocjami. Osoba może doświadczać trudności w wyrażaniu uczuć w natężeniu adekwatnym do sytuacji. Wyzwaniem może być dla niej kojenie własnych stanów emocjonalnych oraz hamowanie automatycznych reakcji. W rozmowach z osobami zmagającymi się z dysregulacją często pojawiają się opisy poczucia „zalanía” przez emocje, które bolą, generują silne napięcie i dyskomfort – nawet wtedy, gdy sam stan jest teoretycznie pozytywny (np. intensywna radość, fascynacja czy satysfakcja). Dlatego też częstą strategią radzenia sobie z tym stanem bywają próby unikania dyskomfortu, które mogą przybierać formę przerzucania odpowiedzialności na partnera (np. „To przez ciebie tak się czuję!”, „Ciągłe się mnie czepiasz i dlatego nie mogę być spokojny/na!”).

Zachowania agresywne i idąca za nimi przemoc w bliskich relacjach mogą rozwijać się na bazie wcześniejszych doświadczeń życiowych. Zarówno osoby z diagnozą BPD, jak i osoby neuroróżnorodne, statystycznie częściej niż inni mogą doświadczać przemocy rówieśniczej lub ze strony opiekunów. Doświadczenia te mogą stawać się źródłem nieadaptacyjnych przekonań o świecie (np. „Tylko silni są bezpieczni”, „Siła to agresja”, „Ludzie są zagrażający”), ale stanowią też – niestety – bezpośredni przykład modelowania zachowań.

IMPULSYWNOŚĆ I DYSREGULACJA A ADHD

W przypadku osób z ADHD impulsywność jest związana z trudnością w odraczaniu gratyfikacji oraz ze specyfiką kontroli impulsów. Czynnikiem nasilającym ten stan w tej grupie osób mogą być m.in. nuda, niewystarczająca stymulacja oraz poszukiwanie szybkich nagród. Osoby z diagnozą ADHD dość często opisują nudę jako stan skrajnie bolesny, wręcz wyniszczający. Nuda połączona z trudnościami w samoregulacji może prowadzić do poszukiwania silnych bodźców, np. poprzez zachowania konfrontacyjne, takie jak dokuczanie partnerowi, szukanie pretekstu do kłótni czy bierna agresja. W efekcie może to prowadzić do eskalacji, która paradoksalnie pozwala na chwilowe rozładowanie nagromadzonego napięcia psychofizycznego. Problemy z kontrolą impulsów w momentach silnego wzburzenia mogą przybierać formę ataków fizycznych czy niszczenia przedmiotów, gdy siła emocji utrudnia racjonalne opanowanie zachowania.

Jak to zostało już wspomniane, osoby z ADHD, z racji możliwych zaburzeń funkcji wykonawczych, mogą mieć także trudność z bieżą-

cym wyciąganiem wniosków z własnych doświadczeń. Wiąże się to m.in. z osłabieniem pamięci roboczej i uwagi, co w sytuacji narastającego napięcia psychofizycznego może ograniczać zdolność do płynnego generowania konstruktywnych rozwiązań. Zamiast poszukiwania bezpiecznych strategii samouspokojenia, może się wówczas pojawiać skłonność do rozładowania afektu w relacji z bliskimi.

Dodatkowym, istotnym czynnikiem ryzyka w tej grupie wydaje się być sięganie po substancje psychoaktywne. Osoby z ADHD mogą być bardziej narażone na rozwój uzależnień, gdyż substancje te początkowo często są stosowane jako forma samoleczenia i próba redukcji napięcia. Z czasem jednak stają się czynnikiem nasilającym dysregulację. W bliskich relacjach agresja i zachowania zagrażające mogą ulegać nasileniu zwłaszcza w fazach trzeźwienia lub przy próbach podejmowania rozmów o ograniczeniu używek.

TRUDNOŚCI U OSÓB BPD

Impulsywność i problemy z samoregulacją to osiowe objawy zaburzeń osobowości typu borderline (BPD). Ten wzorzec funkcjonowania bywa silnie powiązany z trudnościami w utrzymaniu stabilnych, bezpiecznych relacji. Chwiejność emocjonalna i głęboki lęk przed odrzuceniem mogą stawać się podłożem zachowań kontrolujących, które mają w założeniu przynieść ulgę i poczucie bezpieczeństwa. Trudności w trafnym odczytywaniu stanów mentalnych oraz nadmierna czujność na sygnały niewerbalne mogą prowadzić do sytuacji, w których osoba z BPD przypisuje partnerowi wrogie intencje (np. reagując agresją słowną na neutralny komunikat). Ze względu na trudności z ha-

mowaniem afektu, w takich momentach łatwo o eskalację emocji i negatywnych zachowań.

Strategie, które w założeniu mają pomóc w wyregulowaniu, takie jak ciągłe domaganie się zapewnień o uczuciach, kontrolowanie mediów społecznościowych, telefonu, prywatnej poczty czy ograniczanie czasu, który partner spędza z innymi, w długiej perspektywie przynoszą skutek odwrotny do zamierzonego. Zarówno osoba z BPD, jak i jej bliscy mogą odczuwać narastającą frustrację. Co ważne, należy przy tym zaznaczyć, że same powtarzające się próby kontroli życia osoby bliskiej spełniają kryteria przemocy psychologicznej.

OSOBY W SPEKTRUM AUTYZMU

W przypadku osób w spektrum autyzmu dynamika ta może wyglądać nieco inaczej. Prowadzone badania sugerują, że osoby z ASD zdecydowanie częściej są narażone na doświadczanie przemocy, niż same ją stosują. Niemniej jednak wysoka impulsywność i trudności z samoregulacją mogą negatywnie odbijać się na bliskich, nawet przy braku intencji wyrządzenia krzywdy. Wyzwaniem bywa to, jak cechy charakterystyczne dla ASD są odbierane przez partnerów. Silna potrzeba stałości i przewidywalności otoczenia może stawać się źródłem dużego dyskomfortu dla domowników. Ilustruje to przykład relacji, w której mąż z diagnozą ASD oczekiwał od rodziny bezwzględного zachowania stałego porządku w najdrobniejszych szczegółach, reagując krzykiem i złością na przedstawione poduszki czy niedosunięte krzesło. Partnerka w tej relacji zgłaszała permanentny lęk przed powrotem do domu. Opór mężczyzny przed podjęciem terapii i prze-

konanie, że to otoczenie powinno bezwarunkowo podporządkować się jego sztywnym regułom, pogłębiały kryzys i nosiły znamiona nadużyć emocjonalnych.

U osób w spektrum autyzmu frustracja prowadząca do zachowań agresywnych może wynikać również z przebodźcowania (przeciążenia sensorycznego) oraz barier komunikacyjnych. Często zgłaszanym przez bliskich problemem bywa nagłe milczenie lub wycofanie się osoby z ASD w trakcie trudnej rozmowy. Choć z perspektywy partnera czy dziecka zachowanie to może być interpretowane jako manipulacja, chęć ukarania milczeniem czy forma groźby, w rzeczywistości może ono wynikać z głębokiego zamrożenia (*shutdown*) systemu nerwowego w odpowiedzi na stres.

„TAK JUŻ MAM, PRZECIEŻ MAM DIAGNOZĘ!”

Osoby stosujące przemoc domową mogą korzystać z szerokiego wachlarza nieadaptacyjnych strategii radzenia sobie, w tym zaprzeczania i racjonalizacji zachowań przemocowych w stosunku do bliskich. Przerzucanie odpowiedzialności na czynniki zewnętrzne lub na samego partnera bywa niestety uzupełniane o instrumentalne wykorzystywanie diagnozy medycznej lub psychologicznej. Rozpoznanie ADHD, ASD czy BPD może być czasami traktowane jako alibi, dające złudne poczucie zwolnienia z odpowiedzialności za własne czyny. Taka argumentacja („Taki już jestem, to silniejsze ode mnie”, „Przecież nie mam na to wpływu”, „ADHD ma się przez całe życie – skoro masz do mnie pretensje o moje zachowanie, to znaczy, że nie akceptujesz mnie takiego/takiej jakim jestem”) może nasilać poczucie bezsilności u osób

doznających przemocy, utwierdzając je w przekonaniu, że sytuacja jest patowa i niestety nie uda się jej zmienić.

Warto zatem wyraźnie zdefiniować rolę diagnozy, ponieważ żadne rozpoznanie neuroróżnorodności ani zaburzeń osobowości nie stanowi usprawiedliwienia dla zachowań krzywdzących. Rolą diagnozy powinno być bowiem precyzyjne wskazanie kierunku działań terapeutycznych i dobranie takich interwencji, które pomogą we wprowadzeniu realnej zmiany. Rzetelna ocena funkcjonowania psychicznego bywa niezbędna do włączenia farmakoterapii, która w wielu przypadkach (np. w ADHD) okazuje się kluczowym czynnikiem redukującym impulsywność i stabilizującym nastrój.

Równolegle niezbędne wydaje się wdrażanie oddziaływań psychoterapeutycznych, ukierunkowanych na trening nowych strategii samoregulacji, konstruktywną komunikację potrzeb oraz modyfikację nawyków życiowych, w tym pracę nad ewentualnymi uzależnieniami, dbałość o higienę układu nerwowego i rozbudowywanie bezpiecznej sieci wsparcia społecznego. Odpowiednio dostosowane strategie terapeutyczne oraz psychoedukacja bliskich są szansą na rozwój adaptacyjnych umiejętności i współpracę między członkami rodziny. Przyjęcie na siebie odpowiedzialności za krzywdę bliskich, praca nad zmianą mechanizmów stojących za przemocowymi zachowaniami oraz rozwój umiejętności komunikacyjnych mogą pomóc w przezwyciężeniu spirali przemocy.

Zrozumienie biologicznych i psychologicznych przyczyn dysregulacji emocjonalnej oraz impulsywności nie służy zatem znoszeniu odpowiedzialności, lecz daje narzędzia do jej pełnego przyjęcia. Przemoc w bliskich relacjach rzadko ma tylko jedno źródło, jednak w przy-

padku współwystępowania trudności o podłożu neurorozwojowym czy osobowościowym, kluczem do bezpieczeństwa rodziny jest specjalistyczna pomoc. Tylko poprzez połączenie świadomości własnych ograniczeń z aktywnym procesem leczenia i terapii możliwe staje się przerwanie cyklu doznawania i wyrządzania krzywdy. Ostatecznie bowiem diagnoza nie definiuje tego, jakimi partnerami jesteśmy, ale może wskazać drogę do tego, jak budować relacje oparte na szacunku i bezpieczeństwie. ■

BIBLIOGRAFIA:

Caballero Guzmán, M.C., Rodríguez Hernández, L.T., Fernández Muñoz, J.J. (2024). Borderline personality disorder and intimate partner violence: a systematic review. *Papeles del Psicólogo/Psychologist Papers*, 45(1), 48-55. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.3032>

Merscher, J., Barra, S., Xander, A.M. *et al.* Adult ADHD predicts intimate partner violence perpetration and victimization irrespective of gender and age. *Sci Rep* 15, 4914 (2025). <https://doi.org/10.1038/s41598-024-74222-w>

Steinke, H.R. The Convergence of Autism Spectrum Disorder and Intimate Partner Violence: Implications for Clinical Practice. *Journ Child Adol Trauma* 18, 23–33 (2025). <https://doi.org/10.1007/s40653-024-00673-y>



ARLETA BALCEREK

– psycholożka, certyfikowana psychoterapeutka CBT, prowadzi szkolenia, przygotowuje warsztaty i pomaga rodzicom w rozwijaniu kompetencji wychowawczych, pracuje w Centrum Terapii Schematu InTeGral, Warszawa.

TERAPIA SCHEMATÓW EMOCJONALNYCH

Robert L. Leahy

Tłumaczenie: Beata Radwan

Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2026, s. 432



Autor dogłębnie analizuje zastosowanie skali schematów emocjonalnych (LESS i LESS-II), psychoedukację oraz normalizację trudnych doświadczeń przez powiązanie ich z celami i wartościami pacjenta. Odwołując się do przykładów klinicznych, proponuje eksperymenty zwiększające elastyczność reakcji i poprawiające samoregulację. Książka zawiera przykładowe dialogi, scenariusze interwencji oraz procedury pomocne w leczeniu zaburzeń lękowych, depresji czy zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych. W książce znajdziemy także wyjaśnienie, czym jest „niedopasowanie schematyczne” w diadzie pacjent–terapeuta.

POZNAWCZO-BEHAWIORALNA TERAPIA BEZSENNOŚCI

PODRĘCZNIK DLA PRAKTYKÓW

Joanna Salbert, Małgorzata Fornal-Pawłowska

Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2026, s. 208



Przewlekła bezsenność dotyka aż 10% populacji osób dorosłych i stanowi poważny problem zdrowotny, znacznie pogarszający codzienne funkcjonowanie. Autorki wskazują, jakie interwencje, kiedy i w jaki spo-

sób należy wdrażać, oraz ilustrują je licznymi przykładami z praktyki klinicznej. Podręcznik zawiera szczegółowy opis dwóch programów: obejmującego sześć sesji protokołu ambulatoryjnego i dwutygodniowego programu opracowanego dla oddziałów dziennych. Przedstawiono w nim również wskazówki dotyczące pracy z pacjentami z bezsennością współwystępującą z innymi zaburzeniami (m.in. z depresją, ADHD, ChAD), a także z osobami przyjmującymi leki o działaniu nasennym, kobietami w ciąży, seniorami oraz pracownikami zmianowymi.

ZABURZENIE LĘKOWE UOGÓLNIONE PRZEWODNIK PRAKTYKA

Melisa Robichaud, Naomi Koerner, Michel J. Dugas

Tłumaczenie: Agata Błaż

Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2026, s. 304



Książka stanowi kompleksowy, oparty na dowodach przewodnik, który łączy wiedzę zdobytą dzięki badaniom naukowym z praktyką kliniczną, oferując terapeutom skuteczne narzędzia do pracy z osobami z zaburzeniem lękowym uogólnionym. Autorzy przedstawiają model poznawczo-behawioralny, w którym kluczową rolę odgrywa nietolerowanie niepewności jako główny czynnik podtrzymujący zamartwianie się i niepokój. Przystępnie wyjaśniają, w jaki sposób lęk przed niepewnością wiąże się z pozytywnymi przekonaniami na temat użyteczności martwienia się, negatywną orientacją wobec problemów oraz unikaniem poznawczym, tworząc wzajemnie się wzmacniający system procesów podtrzymujących zaburzenie.



Ministerstwo
Zdrowia



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

PRO – warsztaty szkolące osoby uzależnione zajmujące się udzielaniem pomocy osobom z uzależnieniem w zakresie rozwijania umiejętności do wspierania w rozwoju oraz rozwiązywania trudności relacyjnych

Instytut Psychologii Zdrowia PTP zaprasza do udziału w bezpłatnych warsztatach szkolących osoby z uzależnieniem od alkoholu zajmujące się udzielaniem pomocy osobom z uzależnieniem w zakresie rozwijania umiejętności do wspierania w rozwoju oraz rozwiązywania trudności relacyjnych. Są to warsztaty szkolące, skierowane do osób dorosłych z uzależnieniem od alkoholu, które przeszły terapię uzależnień i aktualnie utrzymują co najmniej dwuletnią abstynencję, jednak w dalszym ciągu mają trudności w rozwiązywaniu problemów osobistych. Dzięki uczestnictwu w programie beneficjenci zdobędą kompetencje w zakresie zwiększenia poziomu samokontroli oraz samoświadomości w obszarze rozpoznawania własnych emocji i budowania relacji społecznych. A przede wszystkim wzrost wiedzy i kompetencji w pomaganiu stanie się ważnym czynnikiem rozwoju osób biorących udział w szkoleniu, co przełoży się wraz z uzyskaną wiedzą i umiejętnościami na możliwość profesjonalnych oddziaływań w środowisku.

Program zawiera 3 sesje szkoleniowe po cztery dni każda:

I sesja: 20 – 23.08.2026 r.

II sesja: 22 – 25.10.2026 r.

III sesja 19 – 22.11.2026 r.

obecność obowiązkowa na wszystkich zajęciach!!

MIEJSCE SZKOLENIA: Centrum Barnabitów ul. Smoluchowskiego 1, 02-679 Warszawa

Udział w programie jest bezpłatny i obejmuje: 100 godzin zajęć dydaktycznych, koszty noclegu i wyżywienia oraz koszty materiałów edukacyjnych, (dojazd na zajęcia to koszt własny uczestnika).

LICZBA MIEJSC OGRANICZONA!!

Więcej informacji i formularz zgłoszeniowy do pobrania na stronie www.psychologia.edu.pl

Zgłoszenia prosimy przysyłać na adres: i.dziwulska@ipz.edu.pl lub idziwulska@ipz.edu.pl

Iwona Dziwulska tel. 603 254 393

ZAPRASZAMY

INSTYTUT PSYCHOLOGII ZDROWIA PTP

ul. Gęślarska 3, 02-412 Warszawa, tel. 22 863 87 38, 22 863 90 97, 22 863 42 76

e-mail: poczta@ipz.edu.pl NIP. 522-11-51-102, REGON: 017182025

STUDIUM PRZECIWDZIAŁANIA PRZEMOCY DOMOWEJ I STOPNIA

EDYCJA JESIEŃ 2026

**REKRUTACJA TRWA
DO 24 SIERPNIA 2026**



I SESJA 07-11 WRZEŚNIA 2026
II SESJA 12-16 PAŹDZIERNIKA 2026
III SESJA 16-18 LISTOPADA 2026
IV SESJA 07-11 GRUDNIA 2026

**WIĘCEJ INFORMACJI
ZNAJDZIESZ NA STRONIE
WWW.NIEBIESKALINIA.PL**