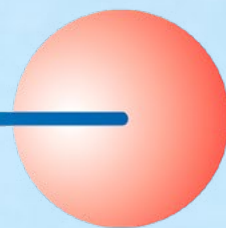


NIEBIESKA

LINIA



DWUMIESIĘCZNIK POŚWIĘCONY PROBLEMATYCE PRZEMOCY

4/165/2026

ISSN 1507-2916



Jak przeciwdziałać przemocy lokalnie – dobre praktyki

Rozmowa Moniki Sokołowskiej
z Adamem Mołdochem



Negatywne przekonania a praca „pomagaczy”

Arleta Balcerek

Jak pomagać, nie raniąc ponownie?

Marcelina
Kurzyk-Olędzka

DOBRE PRAKTYKI

- 5 Rozmowa Moniki Sokołowskiej z Adamem Mołdochem**
Jak przeciwdziałać przemocy lokalnie – dobre praktyki
- 17 Marcelina Kurzyk-Olędzka**
Jak pomagać, nie raniąc ponownie? Dobre praktyki w kontakcie z osobą po doświadczeniu przemocy seksualnej
- 32 Ewa Mażul**
Jak skutecznie komunikować się w zespole interdyscyplinarnym?

PRAWO A PRZEMOC

- 44 Damian Aptowicz**
Prawo a przeciwdziałanie przemocy domowej Q&A
- 54 Katarzyna Syroka-Marczewska**
Dostęp do dokumentacji medycznej dla osób pokrzywdzonych przemocą domową

AKTUALNOŚCI

- 64 Katarzyna Kulesza**
Debata ekspertów o roli lekarzy w procedurze „Niebieskie Karty”
- 76 Katarzyna Miłkowska**
116 123 i 116sos.pl – z pomocą w kryzysie.
Co wskazał roczny raport?

OKIEM SPECJALISTY

- 90 Joanna Szymyślik**
Kiedy umysł zwodzi na manowce
- 102 Arleta Balcerek**
Negatywne przekonania a praca „pomagaczy”.
W trosce o siebie i klientów
- 114 Justyna Rzytki-Sroka**
Trójkąt Dramatyczny w relacji pomocowej
- 127 Paulina Pawlak**
Zemsta czy sprawiedliwość? O odwecie w doświadczeniu przemocy domowej

DROGIE CZYTELNICZKI I DRODZY CZYTELNICY,

W tym numerze dużo miejsca poświęcamy dobrym praktykom. Po pierwsze, o wypracowanych strategiach działania opowiada w rozmowie z Moniką Sokołowską przewodniczący Zespołu Interdyscyplinarnego w Lublinie, Adam Mołdoch: jak wygląda praca lubelskiego ZI wobec rosnącej liczby zgłoszeń przemocy domowej, jak można skutecznie proces wsparcia osób doświadczających przemocy, a jakie systemowe mankamenty dostrzega, zwłaszcza w kontekście procedury „Niebieskie Karty”. To dla nas ważne, by przyglądać się konkretnym działaniom – dzięki temu jesteśmy bliżej realnego życia. Dziękujemy więc wszystkim specjalistom, którzy chcą się podzielić sprawdzonymi i realizowanymi z pozytywnym skutkiem lokalnymi działaniami w zakresie współpracy interdyscyplinarnej i przeciwdziałania przemocy.

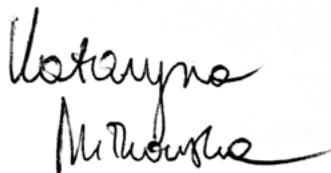
Po drugie, Marcelina Kurzyk-Oleńdzka przygląda się bardzo trudnemu tematowi, czyli pomaganiu osobom po doświadczeniu gwałtu. Przemoc seksualna dotyka najintymniejszych sfer życia człowieka – zarówno ciała, jak i psychiki. Bardzo łatwo wtedy o przekroczenie granic, nawet jeśli założeniem jest pomoc. Jak zatem wspierać, by ponownie nie skrzywdzić? Co mówić/robić, a czego lepiej unikać? Autorka daje wskazówki tak psychologom, jak również policji czy wszelkim innym służbom, które mogą podejmować działania interwencyjne włączające właśnie osoby po gwałcie.

Po trzecie, jednym z podstawowych elementów dobrych praktyk jest odpowiednia komunikacja – nie mogło więc zabraknąć tego tematu. Ewa Mażul, doświadczona mediatorka, w bardzo ciekawy i obrazowy sposób opisuje, jak to jest w ogóle możliwe, że w tak trudnym ob-

szarze, jakim jest przeciwdziałanie przemocy, obarczonym wieloma przeszkodami, zawiłościami i emocjami, udaje się specjalistom dogadywać. A właśnie to się udaje!

Zapraszam serdecznie do lektury i dzielenia się swoimi przemyśleniami. Przypominam, że aktywnie działają nasze social media – zarówno Facebook Pisma „Niebieska Linia”, jak również Facebook, Instagram oraz YouTube Niebieskiej Linii IPZ. Śledzimy na bieżąco to, co się tam dzieje i doceniamy każdy sygnał od Czytelniczek/Czytelników.

Bądźmy w kontakcie! ■



NIEBIESKA LINIA

ISSN 1507-2916

Ukazuje się od 1998 roku

www.pismo.niebieskalinia.pl

Redakcja: 00-023 Warszawa, ul. Widok 24, II piętro, tel./faks: 22 824 25 01

Redaktor naczelna: Katarzyna Miłkowska

Sekretarz redakcji: Katarzyna Kulesza, pismo@niebieskalinia.pl

Wydawca: Instytut Psychologii Zdrowia Polskie Towarzystwo Psychologiczne

Redakcja: tel. 22 824 25 01 (wtorek i czwartek) Księgowość: 22 863 87 38 wew. 120
ul. Gęślarska 3, 02-412 Warszawa

Druk: LOTOS Poligrafia sp. z o.o. www.lotos-poligrafia.pl

Skład i łamanie: Anna Abratańska

Ilustracje w numerze: 123RF

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

RADA PROGRAMOWA:

Renata Durda, dr Dorota Dyjakon,
prof. dr hab. Beata Gruszczyńska,
dr Magdalena Grzyb, prof. dr hab.
Ewa Jarosz, prof. Krzysztof
Krajewski, prof. Anna Kwak, Jacek
Lelonkiewicz, dr Michał Lewoc,
prof. Ilona Michailovič, dr Marek
Michalak, prof. Ewa Pisula,
prof. dr hab. Monika Płatek
– Przewodnicząca Rady,
dr Monika Sajkowska, Krzysztof
Sarzata, 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”

Jak przeciwdziałać przemocy lokalnie – dobre praktyki



„Najważniejszy zawsze pozostaje człowiek” – o tym, jak wygląda zwalczanie i przeciwdziałanie przemocy domowej w Lublinie, w jaki sposób swoje zadania realizuje zespół interdyscyplinarny, co wymaga usprawnienia, aby wsparcie dla osób doświadczających przemocy było efektywniejsze, z **Adamem Mołdochem**, przewodniczącym Zespołu Interdyscyplinarnego w Lublinie, rozmawia Monika Sokołowska.

Monika Sokołowska: Jaka jest skala przemocy domowej na terenie Lublina?

Adam Mołdoch: W 2025 roku prowadziliśmy ponad 1600 procedur „Niebieskie Karty”. To wyraźny wzrost w porównaniu z poprzednimi latami. Z jednej strony świadczy to o rosnącej świadomości mieszkańców Lublina. Coraz więcej osób wie, czym jest przemoc domowa, gdzie szukać pomocy i które instytucje zajmują się prowadzeniem procedury „Niebieskie Karty”. Z drugiej niestety obserwujemy wzrost samego zjawiska przemocy. Częściej niż w latach ubiegłych wszczynane procedury potwierdzają, że w danej rodzinie faktycznie dochodzi do przemocy. Pełnię funkcję przewodniczącego lubelskiego Zespołu Interdyscyplinarnego od niemal 11 lat. Pamiętam

lata 2016–2017, kiedy również zakładano wiele „Niebieskich Kart”, jednak znaczna część z nich okazywała się nieuzasadniona i procedura była zamykana z uwagi na brak potwierdzenia występowania przemocy. W ostatnich latach sytuacja wyraźnie się zmieniła – tak jak powiedziałem: obecnie zdecydowana większość wszczynanych procedur okazuje się uzasadniona.

Według mnie pokazuje to nie tylko skalę problemu, ale także konieczność dalszej profesjonalizacji wszystkich służb zajmujących się przeciwdziałaniem przemocy domowej.

Jak zatem wyglądają działania Zespołu Interdyscyplinarnego w Lublinie wobec rosnącej liczby zgłoszeń przemocy?

Lublin jest największym miastem we wschodniej Polsce i największym miastem województwa lubelskiego. Z perspektywy Zespołu Interdyscyplinarnego nie koncentrujemy się wyłącznie na prowadzeniu procedur „Niebieskie Karty”. Bardzo duży nacisk kładziemy również na działania profilaktyczne. Zespół został powołany na mocy przepisów ustawy o przeciwdziałaniu przemocy domowej. Tworzą go przedstawiciele instytucji wskazanych w ustawie, jednak najważniejszy zawsze pozostaje człowiek.

W skład Zespołu wchodzi m.in. przedstawiciele pomocy społecznej, policji, ochrony zdrowia, organizacji pozarządowych czy kuratorskiej służby sądowej. Instytucje te współpracują ze sobą nie tylko dlatego, że nakazują to przepisy, ale przede wszystkim dlatego, że w Lublinie wszyscy dostrzegamy wartość tej współpracy – razem możemy skuteczniej pomagać osobom doświadczającym przemocy.

Co równie ważne, osoby pracujące w Zespole Interdyscyplinarnym są zaangażowane i świadome znaczenia swojej roli. Dla mnie, jako przewodniczącego, ogromnym wsparciem jest to, że mogę liczyć na wszystkich jego członków. Podejmujemy bardzo wiele działań profilaktycznych, co jest o tyle ważne, że ostatnie zmiany w przepisach jeszcze mocniej ukierunkowały nas właśnie na prewencję i edukację. Realizujemy zarówno ogólnopolskie kampanie, takie jak „16 Dni Przeciw Przemocy ze względu na Płeć”, „Tydzień Pomocy Osobom Pokrzywdzonym Przestępstwem” czy „Dzieciństwo bez Przemocy”, jak również własne inicjatywy lokalne. Jednym z przykładów jest kampania realizowana wspólnie z Sądem Okręgowym oraz Kuratorską Służbą Sądową. Docieramy do środowisk zagrożonych przemocą oraz do różnego rodzaju współpracujących z nami instytucji, przekazując wiedzę na temat procedury „Niebieskie Karty”, zasad ingerencji sądu we władzę rodzicielską czy roli kuratora sądowego.

A jakie Zespół dostrzega mankamenty związane z prowadzeniem procedury „Niebieskie Karty”?

Jak już wspomniałem, liczba prowadzonych procedur systematycznie rośnie. W momencie naszej rozmowy (koniec czerwca br. – przyp. red.) przekroczyliśmy już liczbę 1500 czynnych procedur. Obejmuje to zarówno procedury kontynuowane z ubiegłego roku, jak i nowe, wszczęte w roku bieżącym. Tendencja wzrostowa jest więc bardzo wyraźna.

Jako praktyk i przewodniczący Zespołu Interdyscyplinarnego dostrzegam potrzebę zmian w obowiązujących przepisach. Powinny one – z jednej strony – umożliwić jeszcze skuteczniejsze wspieranie osób

doznających przemocy, a z drugiej możliwie odciążyć pracowników socjalnych od nadmiernych obowiązków administracyjnych, ponieważ to na nich spoczywa największy ciężar prowadzenia procedur. To oni odpowiadają za przygotowanie dokumentacji, sporządzanie protokołów, koordynację działań grup diagnostyczno-pomocowych oraz współpracę z innymi instytucjami.

Na przykładzie Lublina widać skalę tego obciążenia. Jeden pracownik socjalny, który pełni funkcję koordynatora grupy diagnostyczno-pomocowej, prowadzi średnio około 100 procedur „Niebieskie Karty”. To bardzo dużo, zwłaszcza że po zakończeniu procedury przez 9 miesięcy prowadzony jest jeszcze obowiązkowy monitoring sytuacji rodziny. Stąd też zauważam potrzebę zwrócenia uwagi ustawodawcy na możliwość wprowadzenia limitu liczby procedur przypadających na jednego pracownika socjalnego. Naszym zdaniem optymalna liczba wynosiłaby około 25–30 prowadzonych spraw. Pozwoliłoby to realizować zadania w sposób bardziej profesjonalny i skuteczny.

Z punktu widzenia realizatorów procedury, już na mocy zmienionej 3 lata temu ustawy, dostrzegamy także sytuacje, w których monitoring po zakończeniu procedury – co do zasady niezmiennie istotny i potrzebny – jest jednak nadmiarowy. Do takich przypadków należy przykładowo sytuacja, gdy osoba stosująca przemoc umiera lub monitoring trwa dłużej niż faktycznie trwała sama procedura „Niebieskie Karty”. Podobnie, jeśli grupa diagnostyczno-pomocowa uznała, że przemocy nie było i zakończyła procedurę. To tylko część sytuacji, z jakimi na co dzień się spotykam i w których naprawdę warto rozważyć, czy monitoring powinien być utrzymywany lub czy powinien trwać pełne 9 miesięcy.

W jaki zatem jeszcze sposób, z Pana perspektywy, można skutecznie proces wsparcia osób doświadczających przemocy?

Na pewno warto zwrócić uwagę na czas reakcji. Rozumiemy potrzebę szybkiego zainteresowania się daną rodziną, jednak termin 3 dni, jaki jest wyznaczony na poinformowanie osoby stosującej przemoc o tym, że jest ona objęta procedurą, jest w naszej ocenie zbyt krótki. Z punktu widzenia realizatorów procedury zakładamy, że pierwsze podejmowane przez nas działania powinny być ukierunkowane na osobę doświadczającą przemocy – zapewnienia jej poczucia bezpieczeństwa i potrzebnego wsparcia. W tym momencie to jednak właśnie wspomniane informowanie osoby potencjalnie krzywdzącej wysuwa się na plan pierwszy. Nie kwestionujemy słuszności informowania jej o rozpoczęciu procedury, ale warto by było zaapelować do ustawodawcy o wydłużenie tego terminu.

Co więcej, na mocy nowelizacji ustawy zmieniła się także zasada przekazywania dokumentacji w ślad za zmianą miejsca zamieszkania osoby, której procedura „Niebieskie Karty” dotyczy. Przed zmianą ustawy, jeżeli tylko dany zespół posiadał wiedzę, gdzie określona osoba się przeprowadza, przekazywał dokumenty. Dziś procedura jest bardziej sformalizowana i wydłużona, oparta na wymianie informacji i zgód pomiędzy przewodniczącymi zespołów – przekazującego oraz właściwego miejscowo. Obserwujemy w tym zakresie różne interpretacje przepisów. Zdarzają się więc sytuacje, w których, czy to nasi koledzy, czy koleżanki z innych zespołów, nie występują o te dokumenty, wskazując, że – owszem – mogą to zrobić, ale nie muszą. Pożądana byłaby zatem zmiana legislacyjna polegająca na doprecyzowaniu tego

przepisu, poprzez wprowadzenie czytelnych obowiązków w zakresie przekazywania informacji, występowania o dokumentację i powołania grupy diagnostyczno-pomocowej, niezależnie od wniosku przewodniczącego, tak jak jest obecnie.

W interesie osób doświadczających przemocy jest przecież to, abyśmy mogli przekazywać dokumentację możliwie jak najszybciej, a do nas – jako realizatorów procedury – należy dbanie o to, aby osobom krzywdzonym nic się nie stało. Trudno to zapewnić, gdy w międzyczasie „negocjujemy”, czy ktoś wystąpi do nas o te dokumenty, czy też nie, a jeśli się tak nie stanie – jakie dalsze kroki warto podjąć.

A czy mieszkańcy Lublina mogą liczyć na bezpieczne schronienie, jeśli potrzebują natychmiast opuścić swoje miejsce zamieszkania, właśnie w związku z doświadczeniem przemocy domowej?

Zdecydowanie tak. Mimo że obowiązujące przepisy umożliwiają policji oraz Żandarmerii Wojskowej wydanie nakazu natychmiastowego opuszczenia mieszkania przez osobę stosującą przemoc oraz zakazu zbliżania się do osoby jej doświadczającej, nadal zdarzają się sytuacje, w których – najczęściej kobiety z dziećmi – potrzebują bezpiecznego schronienia poza miejscem zamieszkania. Miasto Lublin zapewnia taką pomoc. Centrum Interwencji Kryzysowej dysponuje dwoma miejscami schronienia. Jedno z nich znajduje się w utajnionej lokalizacji i oferuje 12 miejsc. Drugie mieści się przy ul. Północnej 125, gdzie dostępnych jest 20 miejsc oraz całodobowe wsparcie psychologa i pracowników. Każda osoba znajdująca się w sytuacji kryzysowej może się tam zgłosić, niezależnie

od pory dnia i nocy. W ramach przepisów ustawy o pomocy społecznej zapewniamy bezpłatne, interwencyjne schronienie na okres do trzech miesięcy. W przypadku mieszkańców Lublina wszystkie koszty pobytu pokrywa miasto. Ten czas pozwala osobom doświadczającym przemocy uporządkować swoją sytuację życiową przy wsparciu psychologa, terapeuty i prawnika oraz zaplanować dalsze działania. Z naszych doświadczeń wynika, że dla wielu osób taki okres jest wystarczający, aby rozpocząć proces wychodzenia z kryzysu. W tym zakresie współpracujemy również z organizacjami pozarządowymi. Jednym z naszych partnerów jest Caritas Archidiecezji Lubelskiej, który prowadzi specjalistyczne miejsce schronienia dla osób doświadczających przemocy domowej przy ul. Chmielewskiego 9. Dzięki temu system wsparcia w Lublinie jest bardziej kompleksowy i umożliwia skuteczne udzielanie pomocy osobom znajdującym się w sytuacji zagrożenia.

Z analiz zgłoszeń przemocy, których dokonuje Sekcja ds. Przeciwdziałania Przemocy Domowej MOPR w Lublinie, wynika, że coraz częściej dochodzi do występowania cyberprzemocy. Gdy zaś śledzi się inicjatywy edukacyjne podejmowane w Lublinie, widać, że Urząd Miasta, we współpracy z MOPR-em i Centrum Interwencji Kryzysowej, w którym pełni Pan funkcję wicedyrektora, prowadzi wiele działań skierowanych do dzieci i młodzieży. Czy jest to ze sobą powiązane i czy mógłby Pan opowiedzieć więcej o tych działaniach?

Obowiązujące przepisy wyraźnie wskazują, że niezależnie od sytuacji, dziecko jest osobą doświadczającą przemocy domowej, a nie jedy-

nie jej świadkiem. To bardzo istotna zmiana, ponieważ podkreśla podmiotowe traktowanie dziecka i jego praw. Od ubiegłego roku funkcjonuje również kwestionariusz służący do oceny ryzyka zagrożenia życia i zdrowia dziecka w związku z przemocą domową. Dzięki temu jeszcze większą uwagę poświęcamy bezpieczeństwu najmłodszych. Niestety, obserwujemy także wzrost przemocy wobec dzieci. Dotyczy to nie tylko przemocy psychicznej, która najczęściej pojawia się w procedurach „Niebieskie Karty”, ale również cyberprzemocy, zaniedbania czy zaniechania opieki.

Co więcej, jednymi z największych wyzwań XXI wieku są hejt oraz przemoc rówieśnicza. Choć obecnie nie stanowią one samodzielnej przesłanki do wszczęcia procedury „Niebieskie Karty”, widzimy, że problem narasta. Coraz częściej spotykamy się z wyśmiewaniem, wykluczaniem z grupy, poniżaniem czy ośmieszaniem młodych ludzi. Pojawiają się nawet opinie, że trudno dziś znaleźć placówkę oświatową, w której nie występowałaby przemoc rówieśnicza (w takiej czy innej formie). Stąd też staramy się temu przeciwdziałać właśnie poprzez działania edukacyjne.

Jednym z przykładów jest miejska kampania **„Hejt. Reaguj. Nie bądź obojętny”**. Jako przewodniczący Zespołu Interdyscyplinarnego prowadzę szkolenia dla rad pedagogicznych oraz specjalistów pracujących z dziećmi i młodzieżą – od przedszkoli, przez szkoły podstawowe, aż po szkoły ponadpodstawowe. Rozmawiamy przede wszystkim o symptomach krzywdzenia dziecka oraz o obowiązkach, jakie spoczywają na pracownikach oświaty w sytuacji podejrzenia przemocy. Przypominamy przy tym o obowiązkach wynikających z procedury „Niebieskie Karty”.

W Centrum Interwencji Kryzysowej nasi psychologowie i interwenci kryzysowi prowadzą z kolei zajęcia z dziećmi i młodzieżą dotyczące hejtu, cyberprzemocy oraz sposobów reagowania na przemoc. Uczymy młodych ludzi, jak wspierać rówieśników, dlaczego nie wolno pozostawiać drugiej osoby samej z problemem oraz jak reagować, gdy ktoś doznaje przemocy. Pokazujemy również, że inny wygląd, sposób ubierania się, kolor włosów czy odmienność nie mogą być powodem do wyśmiewania. Szacunek, empatia i tolerancja powinny być fundamentem relacji między młodymi ludźmi. Niestety wciąż spotykamy się z sytuacjami, gdy dziecko jest wyśmiewane dlatego, że nosi niefirmowe ubrania lub obuwie. Dla dorosłych mogą to wydawać się drobnostki, jednak dla młodego człowieka często są to doświadczenia bardzo bolesne, z którymi nie potrafi sobie poradzić. Dlatego obserwujemy bardzo pozytywny odbiór naszych kampanii społecznych. Wzmacniamy nie tylko świadomość dzieci i młodzieży, ale również wspieramy kompetencje nauczycieli i specjalistów pracujących w szkołach oraz przedszkolach. Wierzimy, że wiedza przekazywana młodym ludziom zapoczątkuje w przyszłości. Chcemy, aby wchodząc w dorosłe życie i zakładając własne rodziny, mieli świadomość, że przemoc nigdy nie jest sposobem rozwiązywania konfliktów. Przemoc zawsze krzywdzi drugiego człowieka i jest wyrazem bezradności, a nie skuteczną metodą wychowawczą.

Na zakończenie chciałabym jeszcze zapytać o statystyki dotyczące przemocy domowej.

Tak jak wspominałem, liczba 1609 procedur „Niebieskie Karty” prowadzonych w Lublinie w ubiegłym roku jest bardzo wysoka i po-

kazuje skalę problemu. Nie odzwierciedla jednak rzeczywistego obrazu przemocy domowej. Pamiętajmy, że procedura „Niebieskie Karty” jest wszczynana dopiero wtedy, gdy istnieje uzasadnione podejrzenie przemocy albo gdy takie zdarzenie zostaje zgłoszone przez świadka. Oznacza to, że statystyki obejmują wyłącznie przypadki, które zostały ujawnione. Nie wiemy natomiast, ile rodzin pozostaje poza zasięgiem systemu. Wiele środowisk jest zamkniętych i hermetycznych. Osoby doświadczające przemocy często nie chcą mówić o tym, co dzieje się w domu, a świadkowie również nie zawsze decydują się reagować. Nadal funkcjonuje przekonanie, że „nie należy wtrącać się w sprawy rodzinne”, co powoduje, że wiele przypadków przemocy nigdy nie trafia do odpowiednich służb. Dlatego jestem przekonany, że rzeczywista skala zjawiska jest znacznie większa, niż pokazują to oficjalne dane. Statystyki, o których mówimy, pochodzą przede wszystkim z danych Zespołu Interdyscyplinarnego. Jednocześnie współpracujące z nami instytucje – szkoły, placówki ochrony zdrowia, Miejska Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz inne podmioty – co roku przekazują informacje wykorzystywane do opracowania sprawozdania z realizacji Miejskiego Programu Przeciwdziałania Przemocy Domowej i Ochrony Osób Doświadczających Przemocy Domowej. To pozwala nam spojrzeć na problem szerzej niż tylko przez pryzmat procedury „Niebieskie Karty”. W praktyce pracujemy również z osobami zagrożonymi przemocą oraz z rodzinami, w których przemoc zostaje ujawniona dopiero na późniejszym etapie. Często pierwsze działania pomocowe rozpoczynają się jeszcze przed formalnym wszczęciem procedury. Z tego względu należy przyjąć, że oficjalne statystyki nie oddają pełnej skali

zjawiska. Pokazują jedynie tę część przemocy, która została ujawniona i objęta działaniami instytucji. Jaka jest rzeczywista liczba osób doznających przemocy domowej? Tego dziś nie jesteśmy w stanie jednoznacznie określić. Możemy jednak z dużym prawdopodobieństwem stwierdzić, że jest ona wyższa niż wynika z liczby prowadzonych procedur. ■

ADAM MOŁDOCH

– socjolog, przewodniczący Zespołu Interdyscyplinarnego w Lublinie, zastępca dyrektora Centrum Interwencji Kryzysowej w Lublinie, kurator społeczny w Wydziale Rodzinnym i Nieletnich Sądu Rejonowego Lublin – Zachód w Lublinie.



MONIKA SOKOŁOWSKA

– adwokatka, mediatorka, współautorka publikacji interdyscyplinarnej „Przeciwko Goliatowi – poradnik dla kobiet doświadczających przemocy”.

Jak pomagać, nie raniąc ponownie?

Dobre praktyki
w kontakcie
z osobą po
doświadczeniu
przemocy
seksualnej



Przemoc seksualna bezsprzecznie narusza autonomię, integralność cielesną i poczucie bezpieczeństwa osoby, która jej doświadczyła.

Dlatego podstawą skutecznego wsparcia powinno być przywrócenie jej poczucia kontroli poprzez udzielenie rzetelnych informacji, poszanowanie decyzji, uzyskiwanie zgody na podejmowane działania oraz ograniczanie ryzyka wtórnej wiktymizacji. Zasady te powinny obowiązywać zarówno osoby bliskie, jak i psychologów, personel medyczny, policję czy przedstawicieli wymiaru sprawiedliwości.

MARCELINA KURZYK-OLĘDZKA

Pierwsza reakcja, sposób zadawania pytań, zapewnienie prywatności, wyjaśnienie kolejnych czynności oraz respektowanie decyzji osoby pokrzywdzonej mogą pomóc jej odzyskać część utraconego poczucia sprawczości i bezpieczeństwa. Podejrzliwość, ocenianie, wywieranie presji czy zmuszanie do wielokrotnego opowiadania o zdarzeniu mogą natomiast stać się kolejnym doświadczeniem naruszającym granice.

W PUŁAPCE TERMINOLOGII

W języku potocznym najczęściej mówi się o „gwałcie”. To określenie jest powszechnie rozumiane, ale nie zawsze precyzyjne. W języku prawnym właściwą nazwą przestępstwa opisanego w art. 197 Kodeksu karnego jest zgwałcenie. Dlatego w kontekście postępowania karnego, pracy policji czy sądu trafniej mówić o zgwałceniu lub przestępstwie zgwałcenia. Jeśli zaś chodzi o pojęcie przemocy seksualnej, jest ono szersze – obejmuje nie tylko zgwałcenie, ale także inne działania naruszające seksualność lub cielesność osoby bez jej zgody, takie jak wymuszanie innych czynności seksualnych, niechciany dotyk, wykorzystanie bezradności czy seksualne komentarze i zachowania.

Precyzyjne nazwanie zdarzenia ma znaczenie, ale nie powinno odbywać się kosztem osoby, która go doświadczyła. Nie każda osoba od razu nazwie swoje doświadczenie gwałtem, zgwałceniem czy przemocą. Może mówić o „sytuacji”, „tym, co się wydarzyło” albo używać zupełnie innych słów. Osoba udzielająca wsparcia nie powinna narzucać jej własnej interpretacji ani wymagać, by przyjęła określoną etykietę. Warto posługiwać się językiem, którego używa sama osoba pokrzywdzona, a terminy prawne wyjaśniać wtedy, gdy są potrzebne do zrozumienia jej sytuacji i dostępnych możliwości.

Sposób komunikacji ma ogromne znaczenie. Podważanie relacji, poprawianie słów, komentowanie zachowania, pytania sugerujące winę albo wielokrotne zmuszanie do opowiadania o zdarzeniu mogą prowadzić do wtórnej wiktymizacji, czyli kolejnego zranienia, doświadczanego już w kontakcie z osobami lub instytucjami, które powinny

udzielić pomocy. Dlatego dobra praktyka zaczyna się nie tylko od znajomości właściwych pojęć, ale także od uważności na to, jak i po co ich używamy.

PRZEMOC SEKSUALNA W STAŁEJ RELACJI

Jednym z najbardziej utrwalonych mitów jest przekonanie, że do zgwałcenia dochodzi przede wszystkim podczas ataku ze strony kogoś nieznajomego. Tymczasem sprawcą często jest osoba, z którą pokrzywdzona pozostaje lub pozostawała w mniej lub bardziej formalnej relacji. Kluczowe jest to, że pozostawanie w związku ani wcześniejsze kontakty seksualne nie oznaczają stałej zgody na seks – zgoda musi być każdorazowa, dobrowolna i może zostać wycofana w dowolnym momencie.

Nadal jednak nie wszyscy postrzegają wymuszanie seksu w związku jako przemoc. W badaniu przeprowadzonym w 2025 roku przez Experience Institute na zlecenie Fundacji Feminoteka i Warner Bros., obejmującym 1012 dorosłych Polek i Polaków, aż 20% osób uznało, że naleganie na współżycie, mimo braku ochoty drugiej osoby, nie jest przemocą. Taką opinię podzielało 25% mężczyzn i 16% kobiet.

Badanie pokazało też, że wciąż silne są oczekiwania dotyczące tego, jak osoba po przemocy „powinna” się zachowywać. Aż 36% respondentek i respondentów uznało, że powrót do partnera stosującego przemoc oznacza akceptację przemocowych zachowań, a 15% stwierdziło, że dalszy kontakt z osobą krzywdzącą podważa wiarygodność relacji o doświadczonej przemocy.

Tymczasem reakcje na sytuacje ekstremalne są bardzo różne. Nie każda osoba krzyczy, ucieka lub się broni – może znieruchomieć, podporządkować się, działać automatycznie albo później nie pamiętać dokładnej kolejności zdarzeń. Po wszystkim może płakać, być roztrzęsiona, zachowywać się spokojnie lub nie okazywać widocznych emocji. Żadna z tych reakcji nie świadczy o tym, czy jej relacja ze zdarzenia jest prawdziwa, czy nie.

ZNACZENIE PIERWSZEJ REAKCJI

Osoba, która dowiaduje się o doświadczeniu przemocy seksualnej, nie musi być psychologiem ani znać wszystkich procedur. Nie musi również od razu wiedzieć, jak rozwiązać całą sytuację. Najważniejsze jest stworzenie przestrzeni, w której będzie miejsce i czas na wysłuchanie bez oceniania czy nacisku.

Pomocne mogą być proste komunikaty np.: „Wierzę ci”, „To, co się wydarzyło, nie jest twoją winą”, „Dziękuję, że mi o tym mówisz”, „Czego teraz potrzebujesz?” albo „Czy jesteś w tej chwili bezpieczna lub bezpieczny?”. Warto też zapewnić: „Możemy wspólnie sprawdzić dostępne możliwości, ale nie musisz teraz podejmować wszystkich decyzji”.

Nie należy sprawdzać spójności opowieści, wypytawać o szczegóły z ciekawości ani pytać: „Dlaczego tam poszłaś?”, „Dlaczego nie krzyczałaś?”, „Czemu wcześniej tego nie zgłosiłaś?” albo „Dlaczego nadal masz z nim kontakt?”. Takie pytania mogą brzmieć jak próba szukania odpowiedzialności po stronie osoby pokrzywdzonej. Jeżeli zaś pewne informacje są niezbędne do udzielenia pomocy, warto spokojnie wyjaśnić, dlaczego o nie pytamy.

Nie należy również podejmować decyzji za osobę pokrzywdzoną. Namawianie do natychmiastowego zgłoszenia sprawy na policję, zakończenia relacji, kontaktu z rodziną czy rozpoczęcia terapii może wynikać z troski, ale jednocześnie ponownie odbierać kontrolę. Wsparcie powinno polegać na przedstawieniu możliwości, pomocy w ich zrozumieniu i uszanowaniu decyzji – poza przypadkami, w których przepisy nakładają obowiązek zawiadomienia odpowiednich organów. Jeżeli określone działanie musi zostać podjęte bez zgody osoby, należy wyjaśnić jej przyczynę, dalszy przebieg procedury, przysługujące prawa oraz dostępne formy wsparcia.

CO JEST NAJWAŻNIEJSZE BEZPOŚREDNIO PO ZDARZENIU?

Pierwszym krokiem powinno być ustalenie, czy osoba nie znajduje się w bezpośrednim zagrożeniu i czy nie potrzebuje natychmiastowej pomocy. W przypadku poważnych obrażeń lub zagrożenia życia, należy zadzwonić pod 112 i wezwać karetkę. Pomoc medyczna może obejmować opatrzenie obrażeń, ocenę ryzyka ciąży i zakażeń przenoszonych drogą płciową, zapewnienie antykoncepcji awaryjnej, profilaktyki poekspozycyjnej HIV, szczepień, badań oraz dalszych wizyt kontrolnych.

Równie ważna jest pierwsza linia wsparcia: spokojne wysłuchanie osoby, zapytanie o jej najpilniejsze potrzeby, zapewnienie bezpieczeństwa i przekazanie informacji o dostępnej pomocy. Jak to zostało już wspomniane, nie należy naciskać na opowiadanie o szczegółach

ani podejmować decyzji za nią – warto raczej dać jej czas i możliwie duży wpływ na to, co wydarzy się dalej.

Jeżeli osoba rozważa zgłoszenie i zabezpieczenie materiału dowodowego, warto poinformować ją, że do czasu badania dobrze jest nie myć ciała, nie myć zębów, nie pracować ani nie wyrzucać ubrania oraz nie porządkować miejsca zdarzenia. Zalecenia te powinny być przekazane spokojnie, wraz z wyjaśnieniem ich celu.

Nie wolno jednak wywoływać poczucia winy, jeżeli osoba już się umyła, przebrała, zjadła posiłek albo wyrzuciła ubranie. Po przemocy naturalnym odruchem może być potrzeba natychmiastowego umycia się lub pozbycia się rzeczy przypominających o zdarzeniu. W takiej sytuacji nadal należy zgłosić się po pomoc – umycie się czy uporządkowanie przestrzeni nie odbiera prawa do opieki medycznej ani możliwości zawiadomienia organów ścigania.

JAK POWINIEN POSTĘPOWAĆ PERSONEL MEDYCZNY?

Badanie medyczne nie może stać się kolejną sytuacją, w której osoba traci wpływ na to, co dzieje się z jej ciałem. Każda czynność powinna zostać wcześniej wyjaśniona prostym i zrozumiałym językiem. Osoba powinna wiedzieć, na czym polega badanie, jaki jest jego cel oraz które działania służą leczeniu, a które zabezpieczeniu materiału dowodowego.

Zgoda nie może dotyczyć całego badania „raz na zawsze”. Osoba ma prawo odmówić wykonania określonej czynności, poprosić o przerwę, zadać pytanie albo wycofać wcześniej udzieloną

zgode. O ile jest to możliwe, należy uwzględnić jej preferencje dotyczące płci osoby przeprowadzającej badanie oraz pozwolić na obecność wskazanej osoby wspierającej. Rozmowa i badanie powinny odbywać się w prywatnym pomieszczeniu, z udziałem wyłącznie niezbędnych osób.

Personel powinien zadawać wyłącznie pytania potrzebne do udzielenia pomocy, zaplanowania leczenia i ewentualnego zabezpieczenia materiału dowodowego, bez komentowania wyglądu, zachowania, życia seksualnego czy decyzji osoby. Nie należy oczekiwać pełnej i chronologicznej relacji ani oceniać jej wiarygodności – zadaniem personelu jest udzielenie świadczeń i neutralne opisanie ustaleń, a ocena prawna zdarzenia należy do organów ścigania i sądu.

Zbieranie dowodów jest ważne, ale nie może opóźniać czynności koniecznych dla ratowania zdrowia lub życia. Kompleksowa opieka powinna obejmować leczenie obrażeń, profilaktykę i diagnostykę zakażeń przenoszonych drogą płciową, możliwość skorzystania z antykoncepcji awaryjnej, ocenę stanu psychicznego, wsparcie psychospołeczne oraz wskazanie miejsc dalszego leczenia. Po zakończeniu badania i zabezpieczeniu materiału osoba powinna otrzymać możliwość umycia się i przebrania, a w razie zatrzymania odzieży jako dowodu – ubranie zastępcze.

Pomoc medyczna nie powinna być traktowana jako nagroda za decyzję o zgłoszeniu przestępstwa. Osoba ma prawo otrzymać świadczenia zdrowotne niezależnie od tego, czy jest gotowa na kontakt z policją. Jednocześnie personel powinien jasno wyjaśnić zasady poufności oraz sytuacje, w których przepisy nakładają obowiązek zawiadomienia odpowiednich organów.

JAK POWINNA ZACHOWAĆ SIĘ POLICJA?

Kontakt z policją może być dla osoby pokrzywdzonej szczególnie trudny. Może ona obawiać się, że nie zostanie potraktowana poważnie, będzie zmuszona wiele razy opowiadać o zdarzeniu albo usłyszy pytania dotyczące ubioru, alkoholu, wcześniejszej relacji ze sprawcą czy własnego zachowania.

Przyjęcie zawiadomienia powinno odbywać się w osobnym pomieszczeniu, bez udziału osób postronnych i funkcjonariuszy niezajmujących się sprawą. Osoba pokrzywdzona powinna w miarę możliwości móc zdecydować o płci osoby przyjmującej zgłoszenie oraz skorzystać z obecności wskazanej przez siebie zaufanej osoby dorosłej, o ile nie utrudnia to przeprowadzanych czynności.

Funkcjonariusz lub funkcjonariuszka powinni w prosty sposób wyjaśnić, jakie działania zostaną podjęte, jak może przebiegać dalsze postępowanie, jakie prawa przysługują osobie pokrzywdzonej oraz gdzie może uzyskać pomoc medyczną, psychologiczną, prawną i socjalną. Osoba pokrzywdzona nie ma obowiązku znać przepisów ani samodzielnie orientować się w skomplikowanych procedurach.

Nie należy komentować jej decyzji, zachowania, wyglądu ani stroju. Jeżeli konieczne jest zadanie pytania, które mogłoby zostać odebrane jako oceniające, należy wyjaśnić jego cel. Pytanie o ubranie może być na przykład potrzebne do rozpoznania osoby na nagraniach monitoringu, a nie do oceniania, czy jej strój „prowokował” sprawcę. Jeżeli odzież zostaje zabezpieczona jako dowód, trzeba zadbać o ubranie zastępcze.

Pierwszy kontakt nie powinien zmieniać się w wielogodzinne, szczegółowe przesłuchanie. Należy ograniczyć liczbę sytuacji, w których osoba musi ponownie relacjonować zdarzenie. Każde kolejne opowiadanie może zwiększać obciążenie, zwłaszcza jeśli odbywa się bez odpowiedniego przygotowania, informacji i poczucia bezpieczeństwa.

JAKĄ ROLĘ ODGRYWA PSYCHOLOG?

Pierwszy kontakt psychologiczny po przemoc seksualnej nie powinien przypominać przesłuchania ani szczegółowej rekonstrukcji zdarzenia. Jego celem jest przede wszystkim rozpoznanie najpilniejszych potrzeb, zmniejszenie aktualnego napięcia i pomoc w odzyskiwaniu poczucia bezpieczeństwa oraz wpływu.

Psycholog może zapytać, jak osoba czuje się w tej chwili, czy ma bezpieczne miejsce, do którego może wrócić, czy może liczyć na wsparcie oraz czy jest w stanie zadbać o podstawowe potrzeby. Powinien również ocenić, czy nie występuje bezpośrednio zagrożenie samouszkodzeniem lub samobójstwem. Nie powinien natomiast naciskać na opowiadanie o szczegółach, jeżeli nie jest to konieczne i osoba nie jest na to gotowa.

Psycholog udzielający pomocy nie powinien przejmować roli śledczego ani samodzielnie rozstrzygać, co dokładnie wydarzyło się w sensie prawnym. Jego zadaniem jest wsparcie osoby, nie zaś sprawdzanie jej wiarygodności.

PROCEDURY TO NIE WSZYSTKO

Zachowanie osób reprezentujących ochronę zdrowia, policję i wymiar sprawiedliwości nie jest neutralnym tłem procedury. Jest częścią interwencji i może mieć ogromne znaczenie dla zdrowia psychicznego osoby pokrzywdzonej, jej poczucia bezpieczeństwa oraz gotowości do korzystania z dalszej pomocy. Spokojny ton, zapewnienie prywatności, potraktowanie relacji poważnie, wyjaśnienie każdej czynności i pytanie o zgodę mogą stopniowo odbudowywać poczucie sprawczości. Podejrzliwość, żarty, moralizowanie, komentarze dotyczące wyglądu, pozostawienie osoby bez informacji, okazywanie zniecierpliwienia czy przeprowadzenie badania bez odpowiedniego przygotowania mogą natomiast prowadzić do wtórnej wiktymizacji.

Szczególnie niepokojące są także dane dotyczące zaufania do instytucji, przedstawione w przywołanym wcześniej badaniu Experience Institute dla Fundacji Feminoteka i Warner Bros. Największym zaufaniem w sprawach przemocy cieszyły się organizacje pozarządowe – ufało im 63% badanych – oraz lekarze i służby medyczne, którym ufało 60%. Zaufanie do policji deklarowało 58% osób, do ośrodków pomocy społecznej 44%, a do sądów i wymiaru sprawiedliwości 43%.

Wyraźne różnice pojawiały się jednak między osobami, które same doświadczyły przemocy, a tymi bez takich doświadczeń. Brak zaufania do wymiaru sprawiedliwości deklarowało 34% osób z doświadczeniem przemocy, do ośrodków pomocy społecznej – 31%, a do policji – 28%. Wśród osób bez takiego doświadczenia brak za-

ufania do policji deklarowało 15%. Wyniki te mogą wskazywać, że osoby po przemocy rzadziej postrzegają instytucje jako źródło skutecznej ochrony i wsparcia.

Dlatego profesjonalizm nie może ograniczać się do poprawnego wypełnienia dokumentów. Sposób powitania osoby, miejsce rozmowy, język używany podczas zadawania pytań, dostęp do informacji, liczba osób obecnych w pomieszczeniu i umożliwienie przerwy są elementami jakości udzielanej pomocy.

DOBRA PRAKTYKA NIE MOŻE ZALEŻEĆ OD JEDNEJ EMPATYCZNEJ OSOBY

Profesjonalne wsparcie nie powinno zależeć od tego, czy osoba pokrzywdzona przypadkiem trafi na życzliwą lekarkę, dobrze przygotowanego policjanta albo doświadczoną psycholożkę. Dobre praktyki muszą zostać wpisane w sposób działania całej instytucji. Placówki powinny mieć jasne i znane personelowi procedury, dostęp do odpowiednio przeszkolonych osób, prywatne pomieszczenia, możliwość skorzystania z tłumacza, pakiety do zabezpieczenia materiałów dowodowych, ubranie zastępcze oraz aktualną listę miejsc udzielających dalszej pomocy. Potrzebne są również regularne szkolenia dotyczące przemocy seksualnej, mechanizmów traumy, komunikacji bez obwiniania oraz przeciwdziałania stereotypom.

Równie istotna jest współpraca pomiędzy ochroną zdrowia, policją, pomocą społeczną, wymiarem sprawiedliwości i organizacjami pozarządowymi. Osoba pokrzywdzona nie powinna być pozostawiana sama z listą numerów telefonów i koniecznością sa-

modzielnego odnalezienia się w wielu niezależnych instytucjach. Ścieżki kierowania do dalszej pomocy powinny ograniczać liczbę punktów kontaktu i konieczność wielokrotnego relacjonowania wydarzeń, szanować prawo do samostanowienia oraz chronić bezpieczeństwo i poufność danych.

Warto zadbać również o osoby udzielające pomocy. Kontakt z osobami po przemocy może być emocjonalnie obciążający. Regularne szkolenia, supervizja, możliwość konsultowania trudnych sytuacji i jasny podział odpowiedzialności zmniejszają ryzyko przeciążenia, działania w chaosie oraz reagowania pod wpływem własnych emocji.

Osoba, która doświadczyła przemocy seksualnej, nie potrzebuje idealnie dobranych słów ani kogoś, kto natychmiast rozwiąże wszystkie jej problemy. Potrzebuje przede wszystkim bezpieczeństwa, szacunku, rzetelnej informacji i możliwości podejmowania własnych decyzji. Co ważne, trzeba też dodać, że zgwałcenie jest przestępstwem ściganym z urzędu. Oznacza to, że po uzyskaniu informacji o podejrzeniu popełnienia przestępstwa organy ścigania nie potrzebują wniosku osoby pokrzywdzonej, aby prowadzić postępowanie. W praktyce jednak organy bardzo często w ogóle nie dowiadują się o przemocy seksualnej, ponieważ znaczna część tych przestępstw nie jest zgłaszana ani ujawniana. To właśnie dlatego decyzyjność osoby pokrzywdzonej w kontekście samego ujawnienia przemocy pozostaje tak istotna. Osoby doświadczające prze-

mocy seksualnej mogą nie zgłaszać jej m.in. z obawy przed wtórną wiktymizacją, z powodu braku zaufania do organów ścigania, wstydu, strachu, braku świadomości, że dane zachowanie stanowiło przemoc czy pozostawania w przemocowej relacji. To wszystko sprawia, że dobra pomoc bardzo często zaczyna się po prostu od komunikatu: „Wierzę ci. To nie twoja wina. Masz prawo zdecydować, co będzie dalej”. Następnie wymaga cierpliwego towarzyszenia, przedstawienia dostępnych możliwości i zadbania, aby każda kolejna procedura nie powtarzała mechanizmu przemocy poprzez presję, ocenianie lub odebranie kontroli.

Nie zawsze można usunąć skutki tego, co się wydarzyło. Można jednak zadbać, aby kontakt z osobami bliskimi i instytucjami nie stał się kolejnym źródłem krzywdy. Właśnie na tym powinna polegać najważniejsza dobra praktyka w pracy z osobami po przemocy seksualnej – na pomaganiu w taki sposób, który nie rani ponownie. ■

BIBLIOGRAFIA

Feminoteka, *Pierwsza linia wsparcia dla osób po przemocy seksualnej*, 2025.

<https://feminoteka.pl/edukacja/pierwsza-linia-wsparcia-dla-osob-po-przemocy-seksualnej>

Feminoteka, *Kontakt z osobami po gwałcie – wskazówki dla policji*, 2025.

<https://feminoteka.pl/edukacja/kontakt-z-osobami-po-gwalcie-wskazowki-dla-policji>

Feminoteka, *Kontakt z osobami po gwałcie – wskazówki dla biegłych*, 2025.

<https://feminoteka.pl/edukacja/kontakt-z-osobami-po-gwalcie-wskazowki-dla-bieglych>

Feminoteka, Experience Institute, *Społeczne postawy, przekonania i reakcje wobec przemocy w bliskich relacjach*, 2025.

https://feminoteka.pl/wp-content/uploads/2025/11/postawy-wobec-przemocy_badanie-feminoteka-experience-institute.pdf.pdf

Kampania 16 Dni, *Przemoc – podstawowe informacje*.

<https://kampania16dni.pl/zasoby-edukacyjne/przemoc-podstawowe-informacje/>

Ministerstwo Zdrowia, Zespół do spraw opracowania procedur i wytycznych postępowania z osobami, które doświadczyły przemocy seksualnej, *Raport Zespołu do spraw opracowania procedur i wytycznych postępowania z osobami, które doświadczyły przemocy seksualnej*, wraz z dokumentem *Procedura postępowania z osobą, która doświadczyła przemocy seksualnej*, 2026.

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/procedura-postepowania-z-osoba-ktora-doswiadczyła-przemocy-seksualnej>

Światowa Organizacja Zdrowia, *Violence against women*, 2026.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

World Health Organization, UNFPA, UNHCR, *Postępowanie kliniczne w przypadkach zgwałcenia i przemocy w relacjach intymnych. Zasady opracowania protokołów postępowania w warunkach kryzysów humanitarnych*, Regionalne Biuro WHO dla Europy, 2023.

<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/8bf05742-fa22-404f-91b6-b4e7c1d3e573/content>

World Health Organization i in., *RESPECT women: preventing violence against women*, wydanie drugie, 2025.

<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/90fcb5c1-3b08-4ce6-99d5-bf6a7c243229/content>

Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku – *Kodeks karny*, art. 197, tekst ujednolicony według stanu opublikowanego w 2026 roku.



MARCELINA KURZYK-OLĘDZKA

– koordynatorka Grupy PONTON, edukatorka seksualna i zdrowotna. Autorka artykułów oraz broszur edukacyjnych dla Fundacji FEDERA, konsultantka w Telefonie Zaufania, organizatorka warsztatów edukacyjnych dla dzieci, młodzieży i dorosłych w ramach Grupy PONTON. Współtwórczyni Akademii Menstruacji by Fundacja Różowa Skrzyneczka.

Jak skutecznie komunikować się w zespole interdyscyplinarnym?



Czy w warunkach presji czasu, odmiennych perspektyw zawodowych i formalnych ograniczeń możliwe jest realne porozumienie? Oczywiście, że tak! Jeśli komunikacja opiera się na szacunku, odpowiedzialności i gotowości do współpracy. Przyjrzyjmy się kwestii skutecznej komunikacji w zespołach interdyscyplinarnych, by lepiej zrozumieć trudności, z jakimi mierzą się pracujące w nich osoby oraz docenić, że pomimo tych utrudnień, udaje się im działać skutecznie i efektywnie.

EWA MAŻUL

PRZYPADEK TRZMIELA

Znanym wiralem krążącym w internecie jest powielana wielokrotnie, a powstała w latach trzydziestych XX wieku, historia o trzmielu, który według praw fizyki, nie ma prawa latać, jednak – nie znając tej teorii – owad szybuje sobie w powietrzu jakby nigdy nic. Dzisiejsza nauka potrafi już bez problemu wyjaśnić zasady techniczne, dzięki którym lot trzmieľa, z punktu widzenia aerodynamiki, jest jak najbardziej możliwy. Nie zmienia to jednak faktu, że urok „nieprawdopodobnej” historii ciągle budzi zainteresowanie i przyciąga uwagę.

Kiedy rozmawiałam z osobami pracującymi w zespołach interdyscyplinarnych na temat warunków ich współpracy, najczęściej powtarzały się opowieści o presji czasu, nielubianej „papierologii” i odmiennym podejściu do wykonywania powierzonych zadań, wynikającym ze specyfiki pracy w różnych zawodach. Słuchając tych relacji, za każdym razem spodziewałam się usłyszeć od swoich rozmówców, że te wszystkie utrudnienia finalnie uniemożliwiają efektywną współpracę. Tymczasem takie zdanie nie padło ani razu. Moi rozmówcy deklarowali, że mimo wszystko czują się zgodnie zmierzającym do wspólnego celu teamem. Stąd też pomyślałam sobie, że oni wszyscy są jak ten trzmiel – według znanych zasad fizyki nie powinien unosić się w powietrzu, a jednak lata.

Co zatem powoduje, że pomimo wszystkich utrudnień i różnic, osoby z którymi rozmawiałam, potrafią się sprawnie komunikować i skutecznie współpracować? Warto się temu przyjrzeć, żeby uzyskać odpowiedzi, które pomogą odsłonić zasady efektywnej współpracy w zespołach interdyscyplinarnych i grupach diagnostyczno-pomocowych. Bowiem skuteczna komunikacja jest niezwykle istotna, gdy działamy w grupie, pod presją czasu i angażujemy osoby wywodzące się z różnych obszarów zawodowych, ale mających ten sam cel – powstrzymać przemoc domową i ochronić osoby jej doznające przed krzywdzeniem.

SKUTECZNIE I ETYCZNIE – KOMUNIKACJA WIN-WIN

Skuteczna komunikacja to taka (ujmując rzecz słownikowo), która prowadzi do zamierzonego celu lub przynosi oczekiwany efekt. Ta

uproszczona definicja nie uwzględnia jednak faktu istnienia wielu sposobów wykorzystywanych w komunikowaniu się pomiędzy ludźmi, które dają tylko jednej ze stron dialogu poczucie, iż cel został osiągnięty, a rozmowa przyniosła zamierzony efekt. Gdy tak się dzieje, jedna ze stron odnosi wrażenie, że poniosła porażkę, odczuwa konieczność podporządkowania się w myśl zasady, że potrzeby innych są ważniejsze lub że druga strona przeforsowała siłą swoją rację. W takim przypadku mamy do czynienia z sytuacją, gdy komunikacja odbywa się na zasadach wygrany-przegrany (ang. *win-lose*). W takim dialogu metody komunikacji były najprawdopodobniej nacechowane presją, uległością i/lub manipulacją (są to cechy komunikacji przemocowej), a efekt tych rozmów nie przełoży się w przyszłości na budowanie bezpiecznej relacji opartej na współpracy, wzajemnym zaufaniu i szacunku. Aby taka sytuacja była możliwa, konieczne jest porozumiewanie w duchu komunikacji *win-win* (czyli wygrany-wygrany) i stałe dążenie do porozumienia opartego na uwzględnianiu potrzeb wszystkich stron (na takich zasadach opiera się komunikacja zrównoważona – odpowiedzialna społecznie).

KOLORY KOMUNIKACJI: OD PRZEMOCY DO EMPATII

Typowe formy komunikacji w różnych organizacjach mają odmienny styl, ponieważ zawsze środowisko wpływa na sposób, w jaki ludzie w danej grupie wchodzi w relacje między sobą, a więc – w jaki sposób się ze sobą komunikują.

KOLOR	KRÓTKA CHARAKTERYSTYKA KOMUNIKACJI	TYPOWE RODZAJE ORGANIZACJI W POLSCE
Czerwony Człowiek postrzegany jest jako ręce do pracy, wymaga się od niego posłuszeństwa	Komunikacja oparta na dominacji, strachu i silnej kontroli. Styl komunikacji: przemocowy	Organizacje o autorytarnym stylu zarządzania, niektóre małe firmy prywatne lub rodzinne z silnie scentralizowaną władzą.
Bursztynowy Człowiek postrzegany jest jako ręce do pracy, wymaga się od niego lojalności	Komunikacja formalna, hierarchiczna, oparta na procedurach i kontroli. Styl komunikacji: dyrektywny	Administracja publiczna, urzędy, OPS, szkoły publiczne, ochrona zdrowia, służby mundurowe, sądy, instytucje państwowe.
Pomarańczowy Człowiek postrzegany jest jako ręce do pracy + głowa do myślenia, wymaga się od niego samodzielności	Komunikacja asertywna, nastawiona na wyniki, efektywność i rozwój. Styl komunikacji: asertywny	Duże przedsiębiorstwa prywatne, korporacje, firmy technologiczne, produkcyjne, handlowe, finansowe i usługowe.
Zielony Człowiek postrzegany jest jako ręce do pracy + głowa do myślenia + serce do odczuwania, wymaga się od niego wrażliwości społecznej	Komunikacja empatyczna, oparta na współpracy, relacjach i wspólnych wartościach. Styl komunikacji: empatyczny, oparty na wspólnych wartościach	Organizacje pozarządowe (NGO), fundacje, stowarzyszenia, przedsiębiorstwa społeczne oraz firmy silnie rozwijające kulturę organizacyjną i działania CSR.
Turkusowy Człowiek postrzegany jest jako ręce do pracy + głowa do myślenia + serce do odczuwania + umysł dążący do samorozwoju. Niezbędna jest tu umiejętność funkcjonowania na zasadach wspólnoty	Komunikacja oparta na zaufaniu, autonomii i samoorganizacji. Styl komunikacji: empatyczny w stosunku do wszystkich	Firmy wdrażające turkusowy model zarządzania, przedsiębiorstwa o płaskiej strukturze, spółdzielnie, organizacje samorządzące się oraz niektóre startupy i przedsiębiorstwa społeczne.

Oto przykładowe zdania typowe dla osób pracujących w różnych kolorach (typach) organizacji:

Organizacja czerwona (autorytarna, oparta na strachu, komunikacja przemocowa)

- „Jeśli nie wykonasz zadania na czas, poniesiesz konsekwencje”.
- „To ja tu decyduję i oczekuję pełnego posłuszeństwa”.
- „Albo robisz to po mojemu, albo znajdziemy kogoś innego”.

Organizacja bursztynowa (hierarchiczna, proceduralna, komunikacja dyrektywna)

- „Proszę postępować zgodnie z obowiązującą procedurą”.
- „Każda decyzja wymaga akceptacji przełożonego”.
- „Najpierw należy wypełnić odpowiedni formularz”.

Organizacja pomarańczowa (nastawiona na wyniki, efektywność, komunikacja asertywna)

- „Potrzebuję tej analizy do piątku – czy możesz potwierdzić termin realizacji?”.
- „Skupmy się na rozwiązaniach, które przyniosą najlepszy efekt”.
- „Jak możemy usprawnić ten proces, aby osiągnąć lepsze rezultaty?”.

Organizacja zielona (relacje, współpraca, dobrostan, komunikacja empatyczna)

- „Dziękuję za Twój wkład – każda opinia jest dla nas cenna”.
- „Poszukajmy rozwiązania, które będzie dobre dla całego zespołu.”

- „Rozumiem Twoją perspektywę. Porozmawiajmy o tym, jak możemy wspólnie rozwiązać ten problem”.

Organizacja turkusowa (zaufanie, autonomia, partnerstwo, samoorganizacja)

- „Kto chciałby wziąć odpowiedzialność za realizację tego projektu?”.
- „Podejmijmy wspólnie decyzję po wysłuchaniu wszystkich perspektyw”.
- „Ufam, że wybierzesz najlepsze rozwiązanie dla zespołu i klienta”.

Te przykłady pokazują, jak ten sam cel (wykonanie zadania) może być komunikowany w zupełnie odmienny sposób – od komunikacji opartej na przymusie (czerwona), przez formalne polecenia (bursztynowa), koncentrację na wynikach (pomarańczowa), troskę o relacje (zielona), aż po partnerstwo i autonomię (turkusowa).

Powyższa porcja teorii była niezbędna do tego, żeby przyjrzeć się analitycznie kwestii skutecznej komunikacji w zespołach interdyscyplinarnych i lepiej zrozumieć trudności, z jakimi mierzą się pracujące w nich osoby oraz docenić, że pomimo tych utrudnień, udaje się im działać skutecznie i efektywnie.

ZŁOŻONE ZADANIA – RÓŻNE STYLE KOMUNIKACJI

Przede wszystkim warto podkreślić, że przy zadaniach, jakie podejmują zespoły interdyscyplinarne, porozumienie będzie możliwe, gdy

każdy z ich członków będzie elastyczny oraz skłonny do przekraczania sztywnych ram i zasadniczego trzymania się jednego „słusznego” stylu komunikacji.

W skład zespołów interdyscyplinarnych wchodzi przeważnie pracownicy OPS-ów, policjanci, pedagodzy, psycholodzy, lekarze, kuratorzy sądowi, przedstawiciele organizacji pozarządowych, członkowie gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, prokuratorzy i inni specjaliści działający w obszarze przeciwdziałania przemocy. W dużej mierze są to pracownicy instytucji, gdzie obowiązują określone procedury i hierarchiczność, z „bursztynowym” stylem komunikacji.

Osoby te spotykają się, by podjąć współpracę, której celem jest zatrzymanie zjawiska przemocy domowej i ochrona osób jej doświadczających przed krzywdzeniem. Co wpływa na warunki i charakter podejmowanych przez specjalistów w ZI działań oraz na wyniki wspólnej pracy?

Ich współpraca z założenia ograniczona jest ramami działalności ustawowej, wykonywanej przez instytucje państwowe, przez które do tej pracy zostali powołani. To jest element „bursztynowy” – hierarchiczny, proceduralny, z elementami komunikacji dyrektywnej. Z tego powodu w sposób nieunikniony spotykamy się tu z nie lubianą przez większość osób „papierologią”, jednak uświadomienie sobie, że jest ona z założenia nie do ominięcia, ponieważ stanowi trwałą nośnik informacji, bez którego koordynowanie współpracy byłoby niemożliwe, może docelowo wpłynąć na zmniejszenie niechęci do tego działania. Dodatkowo, w chwili silnego oporu przeciwko wypełnianiu formularzy i dokumentów, warto sobie przy-

pomnieć zabawę w głuchy telefon, która pokazuje, jak informacje przekazywane jedynie werbalnie ulegają zniekształceniu i jak bardzo przekaz końcowy różni się od treści pierwotnej. Nie ma wyjścia – „papierologia” musi zostać. Warto jednak zadbać, by każdy z członków zespołu interdyscyplinarnego brał odpowiedzialność za swój odcinek tej pracy.

Praca zespołów interdyscyplinarnych jest zorganizowana wokół wartości, jaką jest współczucie wobec cierpienia i krzywdy, które niesie ze sobą zjawisko przemocy domowej. Tego elementu nie da się opisać jedynie cyframi i zamknąć w tabelkach porównawczych. Praca z ludźmi z zasady wymaga empatii, bo dzięki niej znacznie łatwiej można się ze sobą porozumieć. Jednak w przypadku zawodów pomocowych empatia jest szczególnym elementem i to zarówno w stosunku do klientów (dzięki temu jesteśmy w stanie oferować im odpowiednie wsparcie), jak i empatia w stosunku do siebie samych oraz do współpracowników – ta pozwala uniknąć wypalenia zawodowego. Dodatkowo, elementami niezbędnymi w pracy zespołów interdyscyplinarnych są także relacje, współpraca, dobrostan, komunikacja empatyczna – wszystko to pomaga realizować w praktyce wartości psychologii humanistycznej, przypominającej nam, że każda relacja sprowadza się w swojej istocie do sytuacji „przychodzi człowiek do człowieka”. Człowiek postrzegany jest jako „ręce + głowa + serce”, a to podejście wymagające stosowania w praktyce komunikacji empatycznej.

Czasami jednak pułapką związaną z empatią bywa fakt, że uczucia zaczynają brać przewagę nad rozsądkiem. Wtedy bardzo

przydatnym okazuje się podejście związane z „pomarańczowym” poziomem świadomości – oparte na zdrowym rozsądku i asertywności.

Elementy związane z pomarańczowym stylem komunikacji (nastawienie na fakty, wyniki, efektywność, empatia bardziej rozumowa niż emocjonalna) pozwalają nie popaść w chaos emocjonalny i organizować współpracę w sposób efektywny. Pomarańczowy styl komunikowania się jest użyteczny tam, gdzie trzeba działać skutecznie, zadaniowo i odpowiedzialnie, z jasnym celem oraz kompetencyjnym podziałem ról. W zespole interdyscyplinarnym jest to o tyle ważne, że potrzebna jest sprawność, diagnoza i plan działania oraz monitorowanie efektów.

CZEGO NIE MÓWIĆ, A CO TAK – PRAKTYKA KOMUNIKACJI

Z technicznego punktu widzenia dla osób wykonujących zadania w ramach pracy zespołu interdyscyplinarnego niezbędne są następujące kompetencje komunikacyjne:

- umiejętność unikania sformułowań charakterystycznych dla języka przemocy i manipulacji (obelgi, obrażanie, osądy moralne, porównywanie, wypieranie się odpowiedzialności i żądania);
- umiejętność stosowania komunikacji asertywnej (pozbawionej nadmiernego kierowania się emocjami, odnoszącej się do faktów, zasad, ustaleń, przepisów – opartej na zasadzie ty jesteś OK i ja jestem OK, wspólnie pracujemy nad celem, jaki chcemy osiągnąć);

- umiejętność stosowania komunikacji empatycznej opartej na wzajemnym rozumieniu potrzeb wszystkich stron relacji oraz na wspólnym poszukiwaniu rozwiązań, które na te potrzeby odpowiadają;
- znajomość technik negocjacji, mediacji i facylitacji, niezwykle przydatnych do szybkiego rozwiązywania konfliktów i niwelowania napięć w pracy zespołu.

TO, CO ŁĄCZY, POMAGA LEPIEJ DZIAŁAĆ

Podsumowując, skuteczna komunikacja w zespole interdyscyplinarnym nie polega na jednolitym sposobie porozumiewania się, lecz na umiejętności łączenia różnych podejść, w zależności od sytuacji, celu i potrzeb osób ze sobą współpracujących. Przy wykonywaniu zadań związanych z przeciwdziałaniem przemocy domowej, szczególne znaczenie mają **elementy komunikacji bursztynowej, zielonej i pomarańczowej**. Bursztynowa zapewnia porządek, jasność procedur i ciągłość dokumentacji, zielona wspiera empatię, wzajemne zrozumienie oraz współpracę, natomiast pomarańczowa pomaga zachować skuteczność, sprawczość i koncentrację na zadaniu. Dzięki takiemu połączeniu zespół może jednocześnie działać zgodnie z przepisami, dbać o relacje i nie tracić z oczu głównego celu, jakim jest zatrzymanie przemocy domowej.

W tym sensie zespół interdyscyplinarny przypomina trzmiela z przywołanej we wstępie historii. Z pozoru mogłoby się wydawać, że przy tylu trudnościach, różnicach i obowiązkach skuteczna współpraca nie jest możliwa, a jednak dzięki odpowiednio zorganizowanej

komunikacji, wspólnemu celowi i wzajemnemu zaangażowaniu, takie zespoły od lat efektywnie działają. Pokazuje to, że nawet w warunkach presji czasu, odmiennych perspektyw zawodowych i formalnych ograniczeń możliwe jest realne porozumienie. ■

BIBLIOGRAFIA:

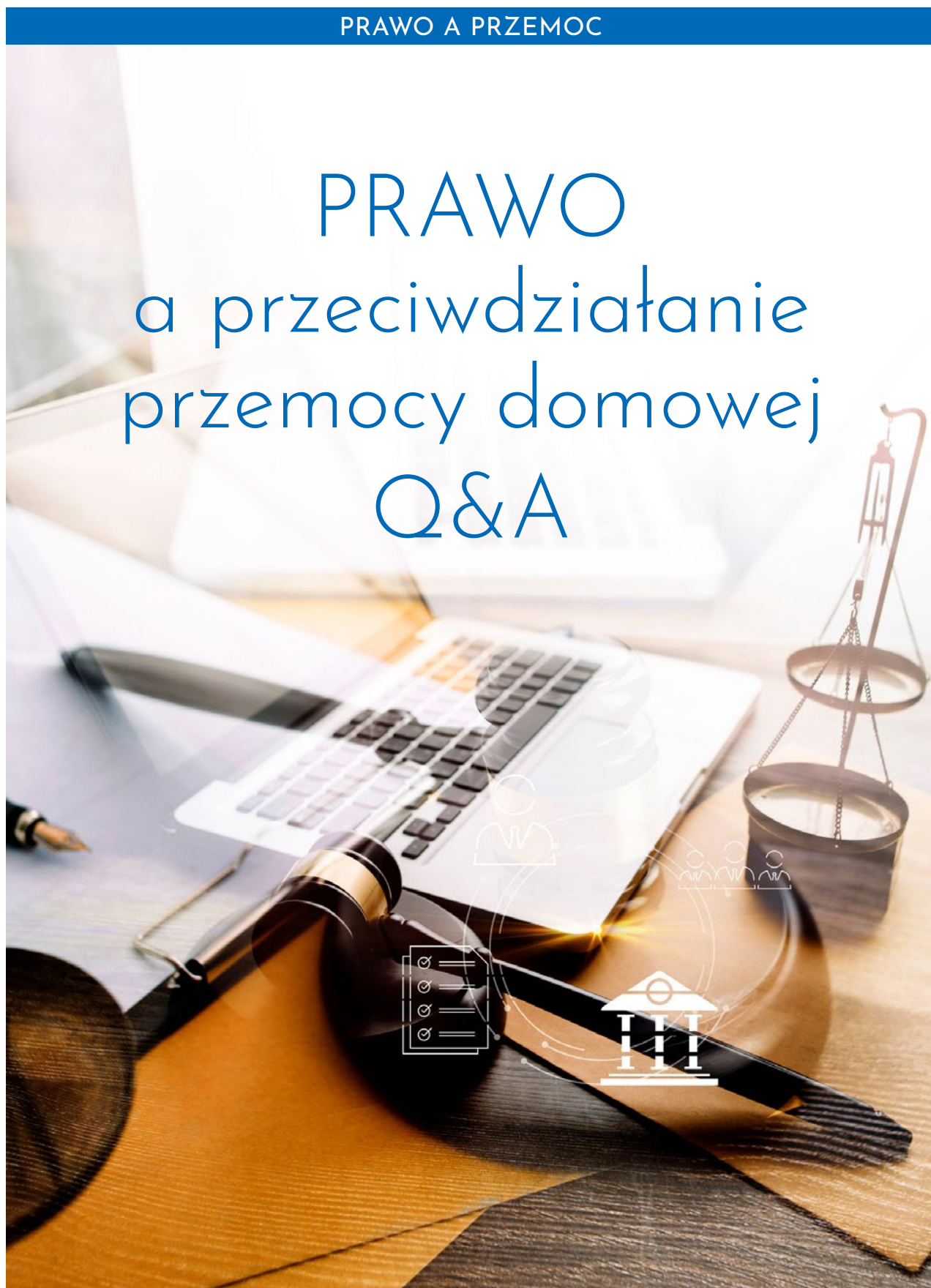
Mażul E. (2020). *Od czerwieni do turkusu. Jak lepiej porozumiewać się w pracy*. Gliwice: Wydawnictwo OnePress.



EWA MAŻUL

– prowadzi mediacje, szkolenia i warsztaty z zakresu komunikacji w oparciu o metodę NVC (Nonviolent communication – Porozumienie bez przemocy), jest mediatorem wpisanym na listę stałych mediatorów Sądu Okręgowego w Warszawie oraz Sądu Okręgowego Warszawa-Praga w Warszawie, autorka książki „Od czerwieni do turkusu. Jak lepiej porozumiewać się w pracy”.

PRAWO a przeciwdziałanie przemocy domowej Q&A



Ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu przemocy domowej (Dz.U. z 2024 r. poz. 1673 ze zm., w artykule jako u.p.p.d.) sama w sobie jest krótkim, gdyż zawierającym wyłącznie kilkanaście artykułów, aktem prawnym. Nie zmienia to jednak faktu, że z uwagi na m.in. niepodleganie pod orzecznictwo sądownoadministracyjne oraz specyfikę działań i spraw realizowanych przez zespoły interdyscyplinarne czy grupy diagnostyczno-pomocowe, powstaje wiele wątpliwości natury prawnej związanych z powyższą ustawą.

DAMIAN APTOWICZ

W niniejszym artykule podjęta zostanie próba wyjaśnienia chociaż części niejasności pojawiających się u praktyków stosujących wskazaną ustawę. Uzupełniając w artykule będą również odniesienia do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 6 września 2023 r. w sprawie procedury „Niebieskie Karty” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta” (Dz.U. poz. 1870 – dalej w artykule jako r.n.k.).

1. GRUPA DIAGNOSTYCZNO-POMOCOWA JAKO PODSTAWOWY PODMIOT – CZY MOŻE ZOSTAĆ POWOŁANA W CELU ZBADANIA ZGŁOSZENIA PRZEMOCY DOMOWEJ BEZ WYPEŁNIANIA FORMULARZA NK-A?

Jak najbardziej. Zgodnie z art. 9a ust. 10 u.p.p.d., **w związku ze zgłoszonym podejrzeniem wystąpienia przemocy domowej**, w celu dokonania diagnozy i oceny sytuacji oraz realizacji zadań, o których mowa w art. 9b ust. 8, powołuje się grupę diagnostyczno-pomocową. Gdy zaś dojdzie do **potwierdzenia podejrzenia wystąpienia przemocy domowej**, zwłaszcza w sytuacji wystąpienia ryzyka zagrożenia życia lub zdrowia, do zadań grupy diagnostyczno-pomocowej należy realizacja procedury „Niebieskie Karty” (na podstawie art. 9b ust. 8 pkt 2 u.p.p.d). Co więcej, **w przypadku uzasadnionego podejrzenia stosowania** przemocy domowej lub zgłoszenia dokonanego przez świadka przemocy domowej, zgodnie z § 2 ust. 1 r.n.k., wszczęcie procedury następuje z chwilą wypełnienia formularza „Niebieska Karta - A”. W przypadku niepotwierdzenia informacji o stosowaniu przemocy domowej, grupa diagnostyczno-pomocowa odstępuje od dalszych działań, co jest dokumentowane w formie pisemnej i elektronicznej (art. 9b ust. 15 u.p.p.d.).

Każdorazowe powołanie grupy diagnostyczno-pomocowej wyłącznie przy konieczności wypełnienia formularza NK-A prowadziłoby do wewnętrznej sprzeczności. Z jednej strony grupa diagnostyczno-pomocowa ma bowiem zweryfikować podejrzenie wystąpienia przemocy, a z drugiej – działa w związku z uzasadnionym podejrzeniem

stosowania przemocy i realizuje tę procedurę w związku z potwierdzeniem podejrzenia wystąpienia przemocy. Natomiast odstępianie od działań na podstawie art. 9b ust. 15 u.p.p.d., w związku z niepotwierdzeniem informacji o stosowaniu przemocy domowej przy uzupełnieniu formularza NK-A, którego wypełnienie następuje z chwilą uzasadnionego podejrzenia stosowania przemocy, ponownie prowadziłoby do swoistego paradoksu.

2. CZY ZMIANA MIEJSCA ZAMIESZKANIA OSOBY DOZNAJĄCEJ PRZEMOCY DOMOWEJ, PO ZAKOŃCZENIU PROCEDURY „NIEBIESKIE KARTY”, SKUTKUJE ZMIANĄ WŁAŚCIWOŚCI MIEJSCOWEJ I PRZEJĘCIEM PROWADZENIA DZIAŁAŃ MONITORUJĄCYCH PRZEZ INNĄ GMINĘ?

Nie. Zgodnie z art. 9e ust. 3 u.p.p.d., w przypadku zmiany miejsca zamieszkania osoby, w stosunku do której są realizowane działania w ramach procedury „Niebieskie Karty”, zespół interdyscyplinarny dotychczasowego miejsca zamieszkania informuje o prowadzeniu procedury „Niebieskie Karty” zespół interdyscyplinarny obecnego miejsca zamieszkania. Działania monitorujące uregulowane w art. 9h ust. 2 i 3 u.p.p.d. oraz § 21 r.n.k. nie są działaniami w ramach procedury „Niebieskie Karty”, tylko kolejnym etapem działań, mającym miejsce po zakończeniu procedury. Oznacza to, że w przypadku zmiany miejsca zamieszkania osoby doświadczającej przemocy domowej dalej właściwa będzie gmina, która kończyła procedurę.

Zmiana miejsca zamieszkania do innej części kraju nie powinna również stanowić problemu w ramach działań monitorujących, ponieważ zgodnie z § 21 ust. 4 r.n.k., w szczególnie uzasadnionych przypadkach, zwłaszcza gdy składanie wizyt sprawdzających stan bezpieczeństwa w związku z zakończoną procedurą, poradnictwo i udzielanie wsparcia jest niemożliwe lub znacznie utrudnione, mogą być prowadzone za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej umożliwiających porozumiewanie się na odległość.

3. UDZIAŁ PEŁNOMOCNIKA W PROCEDURZE „NIEBIESKIE KARTY”

Jest to kwestia szczególnie kontrowersyjna. Brak bowiem wyraźnych regulacji prawnych, które – jeśli chodzi o uzupełnienie luki prawnej powstałej w związku z udziałem pełnomocnika w procedurze „Niebieskie Karty” – uzupełniającą można zastosować. Dla przykładu, w procedurze administracyjnej pełnomocnikiem może być osoba fizyczna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, a samo pełnomocnictwo powinno być udzielone na piśmie lub zgłoszone do protokołu (art. 33 § k.p.a.).

Z kolei w procedurze cywilnej – co do zasady – pełnomocnikiem może być adwokat lub radca prawny, w sprawach własności intelektualnej także rzecznik patentowy, a w sprawach restrukturyzacji i upadłości – również osoba posiadająca licencję doradcy restrukturyzacyjnego, a ponadto osoba sprawująca zarząd majątkiem lub interesami strony oraz osoba pozostająca ze stroną w stałym stosunku zlecenia, jeżeli przedmiot sprawy wchodzi w zakres tego zlecenia, współ-

uczestnik sporu, jak również małżonek, rodzeństwo, zstępni lub wstępni strony oraz osoby pozostające ze stroną w stosunku przysposobienia. (art. 87 k.p.c.).

W odniesieniu do procedury „Niebieskie Karty” brak jakiejkolwiek regulacji, która wskazywałaby na fakt, kto mógłby pełnić rolę pełnomocnika (tak, jak ma to miejsce w przytoczonej powyżej procedurze cywilnej czy administracyjnej). W ustawie o przeciwdziałaniu przemocy domowej brak również jakiegokolwiek odesłania do stosowania przepisów innego aktu prawnego, który należy stosować w sprawach nieuregulowanych w u.p.p.d. Chociażby z uwagi na brak możliwości wypełnienia tej luki prawnej, **należy uznać udział pełnomocnika w procedurze „Niebieskie Karty” za niedopuszczalny.**

Warto jednak zasygnalizować, iż Rzecznik Praw Obywatelskich w czerwcu 2026 roku wystąpił do Pełnomocniczki Rządu do Spraw Równości, podkreślając konieczność uregulowania zagadnienia reprezentacji prawnej w sprawach dotyczących przeciwdziałania przemocy domowej¹. Pełnomocniczka podtrzymała jednak swoje stanowisko w przedmiocie braku możliwości ustanowienia pełnomocnika w procedurze, wskazując, że: „Mając na uwadze powyższe, pragnę podtrzymać swoje dotychczasowe stanowisko w tej kwestii, wskazując na brak możliwości reprezentacji prawnej w toku procedury *Niebieskie Karty*, tak jak ma to miejsce w postępowaniach karnych, administracyjnych czy też cywilnych. W mojej ocenie ani zespół interdyscyplinarny, ani grupa diagnostyczno-pomocowa nie są urzędami,

¹ https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/2026-06/Do_pelnomocnik_ds_rownosci_niebieskie_karty_1_06_2026.pdf, dostęp w dniu 25 lipca 2026 roku.

przed którymi adwokaci oraz radcowie prawni byliby uprawnieni do reprezentowania stron zgodnie z art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 26 maja 1982 r. prawo o adwokaturze (tj. Dz.U. z 2024 r. poz. 1564) oraz art. 4 ustawy z dnia 6 lipca 1982 r. o radcach prawnych (tj. Dz.U. z 2024 r. poz. 49). Odnosząc się ze zrozumieniem do takich sytuacji, pragnę zaznaczyć, że nie wyklucza to jednak możliwości, aby zainteresowane osoby skorzystały z usług prawnika przed spotkaniem z przedstawicielami grupy diagnostyczno-pomocowej. Niewątpliwie może przyczynić się to do lepszego zrozumienia praktycznych aspektów związanych z procedurą „Niebieskie Karty”, przygotowania się do spotkania, jak również uzyskania zapewnienia, że w przypadku, kiedy podejrzenie wystąpienia przemocy nie potwierdzi się bądź przemoc ustanie, procedura zostaje zamknięta”².

4. CZY MOŻNA ODSZKODOWAĆ OD DZIAŁAŃ MONITORUJĄCYCH?

W obecnym brzmieniu art. 9h ust. 2 u.p.p.d. stanowiącym, że wobec osób doznających i stosujących przemoc domową uczestniczących w procedurze „Niebieskie Karty” są prowadzone działania monitorujące przez okres 9 miesięcy po zakończeniu procedury „Niebieskie Karty”, brak jest możliwości odstąpienia od działań monitorujących. Wskazuje na to chociażby stanowcze brzmienie powyższej regulacji, gdzie wskazano, że: „Są prowadzone”, a nie: „Mogą być prowadzone”.

² https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/2026-08/Odpowiedz_pelnomocnik_ds_rownosci_niebieskie_karty_9_07_2026.pdf, dostęp w dniu 24 sierpnia 2026 roku.

Należy jednak przytoczyć pogląd dr. Grzegorza Wrony, zgodnie z którym działania monitorujące mogą zostać przerwane, jeżeli wpłynie ponowna „Niebieska Karta – A” w tym samym układzie ról i osób. Wpływ NK-A skutkuje koniecznością powołania na nowo grupy diagnostyczno-pomocowej i zakończenie działań monitorujących³.

5. CZY OSOBIE STOSUJĄCEJ PRZEMOC DOMOWĄ UDOSTĘPNIA SIĘ ZANONIMIZOWANE DOKUMENTY ZAWIERAJĄCE DANE OSÓB DOZNAJĄCYCH PRZEMOCY DOMOWEJ, CZY MOŻE WYŁĄCZA SIĘ DOSTĘP DO DOKUMENTÓW W CAŁOŚCI?

Zgodnie z art. 9c ust. 5 u.p.p.d. osoby stosujące przemoc domową mają dostęp do dokumentacji, z wyłączeniem dostępu do dokumentacji zawierającej dane osób doznających przemocy domowej oraz osób zgłaszających podejrzenie stosowania przemocy domowej, których udostępnienie mogłoby spowodować zagrożenie życia, zdrowia lub bezpieczeństwa osób doznających przemocy domowej lub osób zgłaszających podejrzenie stosowania przemocy domowej, w szczególności z wyłączeniem dostępu do:

- 1) formularzy „Niebieska Karta” zawierających dane osób doznających przemocy domowej;
- 2) protokołów z posiedzeń zespołu interdyscyplinarnego oraz grup roboczych, chyba że dotyczą wyłącznie działań podejmowanych

3 G. Wrona, Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie. Komentarz, wyd. 3, 2024, art. 9h, dostęp elektroniczny w dniu 25 lipca 2026 roku.

wobec osób, co do których istnieje podejrzenie, że stosują przemoc domową, oraz osób stosujących przemoc domową;

3) notatek i dokumentów wytworzonych przy realizacji zadań, o których mowa w art. 9b, chyba że dokumenty te dotyczą wyłącznie działań podejmowanych wobec osób, co do których istnieje podejrzenie, że stosują przemoc domową, oraz osób stosujących przemoc domową;

4) innych dokumentów zgromadzonych przy realizacji zadań, o których mowa w art. 9b, których udostępnienie mogłoby spowodować zagrożenie życia, zdrowia lub bezpieczeństwa osób doznających przemocy domowej lub osób zgłaszających podejrzenie stosowania przemocy domowej.

W powyższym przepisie posłużono się zwrotem „dostęp do dokumentacji”, a wyłącznie dotyczy m.in. „formularzy”, „protokołów”, „notatek” czy „innych dokumentów”, a nie „informacji zawartych w formularzach” czy „danych z protokołów”, co wyraźnie wskazuje, że intencją ustawodawcy było, aby wyłączyć dostęp do konkretnych dokumentów jako całości. W praktyce zakres udostępnianych dokumentów osobie stosującej przemoc domową będzie niewielki. Będą to głównie protokoły z posiedzenia grupy diagnostyczno-pomocowej, wezwania na posiedzenie grupy diagnostyczno-pomocowej czy formularz „Niebieska Karta – D”.

Na koniec należy zastrzec, że artykuł zawiera jedynie uargumentowane poglądy autora. Z kilkuletniego doświadczenia jako radcy praw-

nego i praktyka działającego w szeroko rozumianym obszarze pomocy społecznej wynika, że wśród szkoleniowców i osób pracujących na przepisach „antyprzemocowych” pojawiają się zupełnie rozbieżne poglądy co do tych samych problemów. Jak wskazano na wstępie, brak ogólnopolskich wytycznych, brak orzecznictwa sądowego czy ujednoliconych stanowisk prezentowanych przez organy administracji publicznej powoduje, że każda osoba interpretująca regulacje u.p.p.d. powołuje się na swoje doświadczenia z różnych protokołów pokontrolnych czy wiedzy nabytej od innych szkoleniowców. Nie jest to nic złego – wręcz przeciwnie: otwiera to pole do dyskusji, wymiany argumentów i dążenia do wypracowania wspólnego stanowiska. Ostatecznie wskazuje też na obszary, które wymagają koniecznej interwencji legislacyjnej, aby przepisy – zgodnie z paremią rzymską *Hominum causa omne ius constitutum sit* (łac. „Prawo stanowi się dla ludzi”) – były rzeczywiście prawem przejrzystym i czytelnym, a ich stosowanie nie ograniczałoby się wyłącznie do intuicji „przeciwprzemocowych pomagaczy”. ■

DAMIAN APTOWICZ

– radca prawny, wykładowca akademicki w zakresie prawa administracyjnego i pracy socjalnej, pracuje w Zespole Prawnym Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Bydgoszczy.



Dostęp do dokumentacji medycznej dla osób pokrzywdzonych przemocą domową

Osoby pokrzywdzone przemocą domową często potrzebują dokumentacji medycznej nie tylko po to, by zadbać o zdrowie i kontynuować leczenie, ale też dla celów dowodowych, np. w postępowaniach karnych lub cywilnych. Ten artykuł wyjaśnia, kto może ubiegać się o udostępnienie dokumentacji medycznej, na jakich zasadach odbywa się wnioskowanie do podmiotu leczniczego (np. przychodni) i kiedy pierwsza kopia jest udostępniana bezpłatnie.

KATARZYNA SYROKA-MARCZEWSKA

Zgodnie z obowiązującymi przepisami, każdy pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych świadczeń zdrowotnych¹. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych (np. przychodnia, szpital) udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu bądź osobie upoważnionej przez pacjenta. Oznacza to, że jeśli po dokumentację ma zgłosić się ktoś w imieniu pacjenta, powinien dysponować odpowiednim upoważnieniem. Osoby dotknięte przemocą domową każdorazowo mogą podjąć decyzję o tym, kogo chcą upoważnić do dostępu do swojej dokumentacji medycznej.

WERSJA PAPIEROWA CZY MOŻE USB?

Prawo pacjenta do dostępu do dokumentacji medycznej może być realizowane na kilka sposobów. Zgodnie z art. 27 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta dokumentację udostępnia się m.in. do wglądu w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych albo w siedzibie podmiotu leczniczego. Możliwe jest także sporządzenie wyciągów², odpisów³, kopii⁴ lub wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru (z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli domaga się tego uprawniony organ lub podmiot). Kolejną formą udostępniania dokumentacji medycznej są środki komunikacji elektronicznej lub informatyczny nośnik danych (np. USB, CD/DVD, pamięć dyskowa urządzeń). Decyzja w tym zakresie należy do pacjenta albo osoby przez niego upoważnionej. Oznacza to, że pacjent ma prawo wyboru formy udostępnienia dokumentacji medycznej.

W przypadku osób dotkniętych przemocą domową, forma udostępnienia dokumentacji może mieć praktyczne znaczenie i czasami lepsza będzie wersja papierowa (np. gdy potrzebna jest do szybkiego okazania w instytucjach publicznych), a czasami wygodniejszy będzie zapis na nośniku USB (np. dla łatwego zachowania kopii). W praktyce wybór powinien zależeć od tego, jak dokumentacja ma zostać wykorzystana i w jakim trybie osoba uprawniona tego potrzebuje.

Warto podkreślić, że w przypadku zdjęć rentgenowskich wykonywanych na kliszy, przechowywanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, ich udostępnienie odbywa się również za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu.

Wojewódzki Sąd Administracyjny w Gdańsku⁵ podkreślił jednocześnie, że „prawo wglądu” nie musi oznaczać jedynie biernego przeglądania dokumentacji. Obejmuje ono także możliwość utrwalenia jej treści – np. poprzez sporządzanie notatek lub wykonywanie zdjęć własnym telefonem. Sąd podkreślił, że prawo pacjenta (lub osoby przez niego upoważnionej) do zapoznania się z dokumentacją medyczną obejmuje także praktyczne możliwości kopiowania informacji, w celu zabezpieczenia danych niezbędnych do dalszego leczenia, dochodzenia praw czy kontaktów z innymi instytucjami.

PIERWSZA KOPIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Za udostępnienie dokumentacji medycznej w formie wyciągów, odpisów lub kopii podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może pobierać opłatę. Podstawą wyliczenia kwoty odpłatności jest wysokość przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale. Maksymalna wysokość opłaty za jedną stronę wyciągu albo odpisu dokumentacji medycznej nie może przekraczać 0,002, jedną stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej nie może przekraczać 0,00007, udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych nie może przekraczać 0,0004 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego (począwszy od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło ogłoszenie). Wysokość opłaty uwzględnia podatek od towarów i usług, jeżeli na podstawie odrębnych przepisów usługa jest obłożona tym podatkiem.

Dla osób pokrzywdzonych przemocą domową szczególnie ważne może być to, że **pierwsza kopia dokumentacji medycznej jest udostępniana bez pobierania opłaty**. Zmiana w tym zakresie została wprowadzona w Polsce 4 maja 2019 roku. W praktyce oznacza to realne ułatwienie, ponieważ osoby w takiej sytuacji często mierzą się nie tylko z przemocą fizyczną, przemocą psychiczną, stresem, ale też z ograniczonymi możliwościami finansowymi (np. kosztami wynajmu mieszkania, leczenia czy organizacji pomocy). Brak opłaty za pierwszą kopię pozwala szybciej zabezpieczyć dokumentację medyczną, potrzebną do kontynuacji działań – np. do leczenia, uzyskania wsparcia lub wykorzystania w postępowaniach sądowych. Jak słusznie zauważył Rzecznik Praw Pacjenta, złożenie wniosku o udostępnienie po raz pierwszy dokumentacji medycznej nie wymaga dopełnienia żadnych dodatkowych formalności, w szczególności osoba uprawniona nie musi powoływać podstawy prawnej, z której wynika nowa zasada udostępniania dokumentacji medycznej. To po stronie placówek medycznych pozostaje obowiązek przestrzegania prawa pacjenta do dokumentacji medycznej – nie mogą one wprowadzać w swoich regulacjach wewnętrznych dodatkowych obowiązków po stronie pacjentów, niż te wynikające z przepisów prawa⁶.

CZAS PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

W sprawach sądowych, w których dochodzi do przemocy fizycznej lub psychicznej jednym z dowodów może być dokumentacja me-

dyczna. Ślady urazów mogą z czasem zniknąć, jednak dokumentacja medyczna potrafi utrzymać dowód w czasie, bo zawiera m.in. opisy stanu zdrowia, opisy doznanych urazów, wyniki badań oraz proponowane leczenie. Prawidłowo sporządzona dokumentacja medyczna może być więc jednym z elementów oceny przez sąd przebiegu zdarzeń w sprawach dotyczących przemocy domowej. Kluczowe jest też to, że dokumentacja może działać jak dowód, ponieważ pokazuje, co osoba wykonująca zawód medyczny, np. lekarz zaobserwował i zapisał, jakie były podstawy diagnostyki oraz jak udokumentowano stan zdrowia pacjenta w określonym czasie. Im bardziej dokumentacja jest kompletna, spójna i rzetelnie prowadzona, tym większa jej wartość dowodowa w postępowaniu sądowym (zarówno dla strony pokrzywdzonej, jak i w sytuacjach spornych, gdy druga strona kwestionuje przebieg zdarzeń).

Ważne jest także późniejsze przechowywanie dokumentacji medycznej przez podmioty do tego uprawnione. W konsekwencji, nawet po wielu miesiącach czy latach dokumentacja może nadal być realnym materiałem dowodowym. Z tego powodu warto rozumieć zarówno znaczenie dokumentacji, jak i reguły jej archiwizacji oraz przekazywania po zakończeniu działalności placówki medycznej. Co do zasady podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych przechowuje dokumentację przez 20 lat, licząc od końca roku, w którym dokonano ostatniego wpisu. Od tej reguły są wyjątki, m.in.:

1) 30 lat w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia (licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon);

2) 30 lat w przypadku dokumentacji medycznej zawierającej dane niezbędne do monitorowania losów krwi i jej składników (od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu);

3) 10 lat w przypadku zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta (licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie).

Ponadto skierowania na badania lub zlecenia lekarza są przechowywane przez okres:

a) 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia lekarza,

b) 2 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wystawiono skierowanie – w przypadku gdy świadczenie zdrowotne nie zostało udzielone z powodu niezgłoszenia się pacjenta w ustalonym terminie, chyba że pacjent odebrał skierowanie;

5) dokumentacji medycznej dotyczącej dzieci do ukończenia 2. roku życia, która jest przechowywana przez okres 22 lat.

Po upływie okresów, o których mowa powyżej, podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych niszczy dokumentację medyczną w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła. Dokumentacja medyczna przeznaczona do zniszczenia może być wydana pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta.

W razie zakończenia działalności leczniczej, podmiot ma obowiązek przekazać dokumentację medyczną do właściwych podmio-

tów, wskazanych w przepisach, w sposób gwarantujący jej bezpieczne przechowanie przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą oraz przed dostępem osób nieuprawnionych. Co do zasady dokumentację medyczną podmiotu zaprzestającego wykonywania działalności leczniczej przejmuje podmiot, który przejął jego zadania. W przypadku gdy nie jest możliwe ustalenie podmiotu odpowiedzialnego za przechowywanie dokumentacji medycznej po zaprzestaniu wykonywania działalności leczniczej, za przechowywanie dokumentacji medycznej odpowiada wojewoda.

PODSUMOWANIE

Dokumentacja medyczna może mieć szczególne znaczenie dla osób doznających przemocy domowej – nie tylko dlatego, że służy dalszemu leczeniu i monitorowaniu stanu zdrowia, ale też ze względu na fakt, że może stanowić ważne wsparcie w sytuacjach wymagających działania formalnego. Dzięki prawu do dostępu do dokumentacji, osoba uprawniona może uzyskać potwierdzenie przebytych urazów, wykonanych badań i udzielonych świadczeń zdrowotnych, co bywa kluczowe zarówno w kontaktach z innymi instytucjami, jak i w postępowaniach sądowych prowadzonych na gruncie karnym czy cywilnym.

Istotne jest również to, że dokumentacja nie musi być udostępniana w jednym, sztywnym trybie. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może udostępnić ją do wglądu, w formie odpisów, wyciągów lub kopii, a w uzasadnionych przypadkach także poprzez wydanie oryginałów. Dla wielu osób praktyczne jest to, że

możliwe jest uzyskanie danych w formie papierowej albo elektronicznej (np. na nośniku USB), co pozwala dopasować sposób dostępu do realnych potrzeb: szybkości działania, wygody przechowywania czy możliwości przekazania dokumentacji medycznej.

W kontekście przemocy domowej szczególnego znaczenia nabiera też upoważnienie do udostępnienia dokumentacji. Jeżeli osoba doznaje przemocy i nie może samodzielnie zająć się formalnościami, właściwie ustanowione upoważnienie umożliwia działanie w jej imieniu osobie wskazanej przez pacjenta, co w praktyce może ułatwić skuteczne zabezpieczenie potrzebnych informacji.

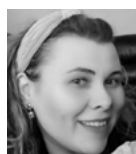
Na koniec warto podkreślić znaczenie finansowe: bezpłatne udostępnienie pierwszej kopii dokumentacji może okazać się realnym ułatwieniem dla osób znajdujących się w trudnej sytuacji ekonomicznej. W efekcie dostęp do dokumentacji medycznej staje się narzędziem, które pomaga zadbać o zdrowie, zwiększa poczucie bezpieczeństwa i wspiera budowanie podstaw do dalszego leczenia lub dochodzenia praw w związku z doświadczaniem przemocy domowej.

Jeśli pojawią się trudności z uzyskaniem dokumentacji medycznej albo podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych nie realizuje prawa do jej udostępnienia, warto rozważyć skorzystanie z pomocy Rzecznika Praw Pacjenta. Jest to pomoc udzielana bezpłatnie. Rzecznik Praw Pacjenta może wspierać w wyjaśnieniu przysługujących praw, wskazać właściwy tryb działania, gdy dostęp do dokumentacji medycznej potrzebnej do dalszego lecze-

nia lub dochodzenia praw przez osobę pokrzywdzoną przemocą domową został ograniczony. ■

PRZYPISY KOŃCOWE

- 1 Art. 23 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz.U. 2026, poz. 26.
- 2 Wyciąg jest to skrótowy dokument zawierający wybrane informacje lub dane z całości dokumentacji medycznej (art. 3 ust.1 pkt 8 u.p.p.).
- 3 Odpis jest to dokument wytworzony przez przepisanie tekstu z oryginału dokumentacji medycznej z wiernym zachowaniem zgodności co do treści z oryginałem (art. 3 ust.1 pkt 9 u.p.p.).
- 4 Kopia jest to dokument wytworzony przez odwzorowanie oryginału dokumentacji medycznej, w formie kserokopii albo odwzorowania cyfrowego (skanu) – art. 3 ust. 1 pkt. 10 u.p.p.
- 5 Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gdańsku z 24 września 2015 r., LEX nr 1955923.
- 6 <https://www.gov.pl/web/rpp/dokumentacja-medyczna-w-zycie-weszly-wazne-zmiany> dostęp z dnia 17.07.2026 r.



KATARZYNA SYROKA-MARCZEWSKA

– doktor nauk prawnych, adiunkt na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego, adwokatka przy Okręgowej Radzie Adwokackiej w Warszawie, prawniczka wrażliwa na problemy społeczne.

DEBATA EKSPERTÓW o roli lekarzy w procedurze „Niebieskie Karty”



Uwrażliwianie pracowników placówek ochrony zdrowia na zjawisko przemocy domowej, w tym lekarzy, to przede wszystkim dostarczanie wiedzy nie tylko o samym zjawisku przemocy czy jego symptomach, ale także narzędziach i procedurach, które pozwolą adekwatnie reagować i skutecznie zatrzymywać przemoc domową. Jak docierać z wiedzą ekspercką do lekarzy? Na przykład poprzez kampanię „Lekarzu, reaguj na przemoc!”.

KATARZYNA KULESZA

Przestawiciele ochrony zdrowia, a w szczególności lekarze, na mocy ustawy z 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej są powołani do reagowania na przemoc w ramach procedury „Niebieskie Karty”. 8 lipca br. w ramach kontynuacji kampanii „Lekarzu reaguj na przemoc!” odbyła się debata ekspercka, podczas której zaproszeni goście – dr n. med. Bogusława Bukowska, dyrektor Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, Sylwia Lis, radca w Ministerstwie Zdrowia, sędzia dr Michał Lewoc, Urszula Kubicka-Kraszyńska z Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę, lekarz pediatra Piotr Hartmann oraz Iwona Schymalla, redaktorka naczelna MedExpress – dyskutowali o tym, w jaki sposób wspierać lekarzy w podejmowa-

niu działań mających na celu identyfikowanie i reagowanie na przypadki przemocy domowej. Tegoroczne hasło kampanii „Lekarzu reaguj na przemoc! Pomożemy ci w tym” nadało kierunek wypowiedziom ekspertów i podjętej debacie.

DLACZEGO DYSKUTUJEMY O ROLI LEKARZY W PROCEDURZE „NIEBIESKIE KARTY”?

Zgodnie z ustawą o przeciwdziałaniu przemocy domowej, jeżeli lekarze, pielęgniarki, położne podejrzewają, że pacjent doznaje przemocy domowej, są osobami zobowiązanymi do tego, aby uruchomić procedurę „Niebieskie Karty”. Badania i statystyki dotyczące skuteczności funkcjonowania systemu przeciwdziałania przemocy, w tym uruchamianych procedur „Niebieskie Karty”, pokazują, że ochrona zdrowia znajduje się daleko w tyle za przedstawicielami policji i pomocy społecznej w inicjowaniu tejże właśnie procedury. Podczas debaty zorganizowanej w ramach kampanii „Lekarzu, reaguj na przemoc!” eksperci zastanawiali się, w jaki sposób uwrażliwić lekarzy na problem przemocy domowej, dyskutowali na temat przyczyn niewielkiego udziału tej grupy zawodowej w realizacji procedury i możliwych rozwiązań, aby tę sytuację zmienić.

PROBLEM JEST ZŁOŻONY I WIELOASPEKTOWY

W trakcie debaty zostały wskazane ważne obszary i przyczyny obecnej sytuacji, czyli niewielkiego udziału lekarzy, położnych i pielęgniarek w realizowaniu procedury „Niebieskie Karty”. Jest to problem zło-

żony i wieloaspektowy, a rzeczywistość nie jest zero-jedynkowa. Na obecną sytuację ma wpływ zarówno czynnik ludzki, jak i leżący po stronie systemu oraz struktur medycznych. A zatem, co – według ekspertów debaty – utrudnia identyfikowanie przypadków przemocy domowej przedstawicielom ochrony zdrowia?

Jednym z podstawowych źródeł oporu wobec diagnozowania i adekwatnego reagowania na przypadki przemocy jest **przekonanie, że zjawisko przemocy domowej jest problemem społecznym, prawnym, a nie medycznym** i dlatego lekarze nie poświęcają mu uwagi w trakcie krótkiego czasu przeznaczonego na wizytę jednego pacjenta. To właśnie **niewystarczająca ilość czasu przeznaczonego na badanie pacjenta** jest najczęściej wymienianym powodem, dla którego lekarze są niechętni do wypełniania dodatkowych formularzy (formularz „Niebieska Karta – A”).

Przyczyną jest także **niska świadomość lekarzy, czyli brak wystarczającej wiedzy na temat samego zjawiska przemocy domowej, procesu uruchamiania procedury „Niebieskie Karty”** i prawidłowego wypełniania formularza („Niebieska Karta – A”). Co się z tym wiąże, lekarze mają przekonanie, że muszą mieć stuprocentową pewność, że pacjent doznaje przemocy domowej, zanim podejmą jakiegokolwiek kroki w tej sprawie. Jak podkreślał w debacie sędzia, dr Michał Lewoc – „wystarczy uzasadnione podejrzenie, że pacjent doznaje przemocy domowej”. Sędzia wyjaśnił również, że ciężar udowodnienia leży po stronie prokuratury, a zbadanie dowodów i zasądzenie kary po stronie sądu.

Warto podkreślić, że **wiele objawów psychicznych i somatycznych, często wieloletniej przemocy psychicznej, nie jest prawidłowo**

diagnozowanych, ponieważ lekarze przypisują je innym chorobom i schorzeniom. Nie ułatwia sytuacji fakt, że osoby doznające przemocy domowej czują się odpowiedzialne za sytuację, w jakiej się znajdują (bardzo często od wielu lat), towarzyszy im ogromny wstyd i strach – nie tylko przed reakcją krzywdziciela, ale też oceną innych osób w sytuacji, kiedy ujawnią doznawanie przemocy, dlatego nie mówią o doświadczanym cierpieniu. Stąd wiedza i umiejętność wychwytywania symptomów przemocy przez pracowników ochrony zdrowia w kontakcie z pacjentem są wręcz niezbędne.

Jako przeszkodę w ujawnianiu przypadków przemocy lekarze wskazują także **zachowanie tajemnicy lekarskiej**, obawiają się naruszenia poufności danych pacjenta, mimo że przepisy związane z przeciwdziałaniem przemocy i ochroną osób doznających przemocy znoszą ten obowiązek w przypadku zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta.

Dodatkową barierą w adekwatnym reagowaniu przez przedstawicieli ochrony zdrowia na przypadki przemocy, jakiej mogą doznawać pacjenci, jest obawa przed wywołaniem konfliktu, agresją ze strony osoby podejrzewanej o stosowanie przemocy czy skargą, a nawet pozwem sądowym za pomówienie. Zwłaszcza w sytuacji, gdy lekarz podejrzewa o stosowanie przemocy przez rodzica wobec dziecka.

JAK JEST I JAKIE KROKI MOŻNA PODJĄĆ, ABY ZMIENIĆ SYTUACJĘ NA LEPSZE?

Eksperci biorący udział w debacie skupili się nie tylko na zdiagnozowaniu przyczyn niewielkiego udziału przedstawicieli ochrony zdrowia w uruchamianiu procedury „Niebieskie Karty”, ale też starali się nakre-

ślić szerokie ramy problemu przemocy domowej w kontekście zdrowia publicznego, oszacować skalę zjawiska i wskazać możliwe rozwiązania, by ułatwić lekarzom, pielęgniarkom i położnym rozpoznawanie symptomów przemocy u pacjentów, wzmocnić kompetencje i dostarczyć narzędzi do tego, by przedstawiciele ochrony zdrowia zwiększyli swój udział w procedurach mających na celu zatrzymanie przemocy domowej i ochronę osób doznających przemocy przed krzywdzeniem.

- **Dr n. med. Bogusława Bukowska, dyrektor Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom** w swojej wypowiedzi m.in. wyjaśniła, jak ważną rolę mają pracownicy ochrony zdrowia w procedurze „Niebieskie Karty”, jakie są najważniejsze źródła braku reagowania na przypadki przemocy, której mogą doznawać zgłaszający się na wizytę pacjenci, i podkreśliła konieczność dostarczania wiedzy oraz skutecznych narzędzi do tego, aby zwiększać kompetencje, zwłaszcza lekarzy do rozpoznawania symptomów przemocy, odpowiedniego reagowania i umiejętnego prowadzenia rozmowy z pacjentem w przypadku podejrzenia, że może on doznawać przemocy domowej. Bo – jak podkreśliła dyrektor Bukowska – *zmiana przekonań, pewnych schematów i standardów postępowania jest zjawiskiem skomplikowanym. Tego nie da się zrobić w trakcie kilku tygodni czy na podstawie akcyjnych działań. Ważne, aby były to działania długofalowe, dlatego też kampania „Lekarzu, reaguj na przemoc!” jest kontynuowana.*

- Z kolei **Sylvia Lis radca w Ministerstwie Zdrowia** mówiła o przemocy domowej jako problemie zdrowia publicznego w kontekście le-

czenia nie tylko urazów ciała, ale także bezpośrednich i odroczonych skutków przemocy w postaci traum i urazów psychicznych. Pani radca wyjaśniła, że wiedza ekspercka jest dostarczana lekarzom (także adeptom tego zawodu) wieloma kanałami, nie tylko poprzez wprowadzenie do programów nauczania przyszłych lekarzy bloków tematycznych dotyczących przemocy, ale także szkolenia online i stacjonarne dotyczące rozpoznawania symptomów przemocy domowej dla lekarzy już praktykujących. Ponadto został powołany zespół ekspertów, który opracował procedury i wytyczne postępowania w przypadku zgłoszenia przemocy seksualnej. Procedury są dostępne na stronie Ministerstwa Zdrowia, co prawda jeszcze w formie nieobowiązkowej, ale – jak podkreśliła przedstawicielka resortu zdrowia – jest planowane wprowadzenie odpowiednim rozporządzeniem Ministra Zdrowia obowiązkowego standardu podejmowanych działań w przypadkach podejrzenia przemocy seksualnej. Pani radca mówiła także o toczących się pracach nad cyfryzacją procedury „Niebieskie Karty”, co ułatwiłoby identyfikowanie osób doświadczających przemocy systemowo, zwłaszcza w przypadku dzieci pokrzywdzonych przemocą domową.

- **Dr Michał Lewoc, sędzia Sądu Rejonowego** w Legnicy zwrócił uwagę na to, że od wielu lat udział procentowy pracowników ochrony zdrowia w identyfikowaniu przypadków przemocy domowej i wszczynaniu procedury „Niebieskie Karty” jest bardzo niski, około 1-2 proc. Przyczyny tego stanu rzeczy upatruje nie w samych procedurach prawnych, ale w braku wiedzy i świadomości lekarzy, że jako grupa zawodowa są czynnymi uczestnikami systemu przeciwdziałania przemocy domowej i mają swoje obowiązki wynikające z zapisów prawa.

Jako drugi czynnik wskazał brak narzędzi do zareagowania w sytuacji zdiagnozowania symptomów przemocy. W odpowiedzi na ten deficyt, dr Lewoc wyjaśnił, że trwają prace nad stworzeniem narzędzia ułatwiającego postępowanie w sytuacji zidentyfikowania symptomów przemocy domowej, czyli algorytmem postępowania lekarza w sytuacji zgłaszania przez pacjenta przemocy domowej. Sędzia Lewoc podkreślił, że dokumentacja medyczna może mieć ogromne znaczenie dla skutecznej ochrony osób doznających przemocy i efektywnego działania wymiaru sprawiedliwości nie tylko w sądach karnych, ale także cywilnych i rodzinnych.

– *Byłem sędzią karnistą i rozpoznawałem sprawy dotyczące znęcania się, i doskonale wiem, jak istotne jest dokumentowanie zdarzeń, czyli postępowanie dowodowe, że w ogóle doszło do zdarzenia, doszło do obrażeń. Świadomość lekarzy, jak istotna jest dokumentacja medyczna nie tylko dla samego pacjenta i procesu leczenia, ale jako dowód w różnego rodzaju postępowaniach sądowych, ma ogromne znaczenie. (...) Pamiętajmy, że postępowania sądowe trwają, a po jakimś czasie objawy somatyczne, obrażenia fizyczne znikają, natomiast dokumentacja medyczna może ich obecność wykazać. A zatem rzetelne dokumentowanie tych zdarzeń, nawet z takiego punktu widzenia, że one mogą być wykorzystane później, jest absolutnie niezbędne.*

▪ **Urszula Kubicka-Kraszyńska z Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę** wskazała na bardzo istotną kwestię. Oszacowanie skali zjawiska przemocy wobec dzieci, bazując tylko na danych statystycznych wymiaru sprawiedliwości czy procedury „Niebieskie Karty” jest bardzo złudne, gdyż pokazuje jedynie zgłoszone i udokumentowane przypadki do-

znawania przemocy domowej przez dzieci. Według ekspertki, jest to promil wszystkich przypadków. Dodatkowo warto pamiętać, że jest taka grupa małych dzieci (0-3 lat), które nie są „widoczne w systemie” poza placówkami POZ i tylko pracownicy ochrony zdrowia mają szansę zauważyć sygnały krzywdzenia.

Ekspertka z FDDS podkreśliła, że jednym z narzędzi, które mogą pomóc pracownikom placówek ochrony zdrowia w diagnozowaniu i zgłaszaniu przypadków przemocy wobec dzieci są Standardy Ochrony Małoletnich. Z jednej strony porządkują wiedzę personelu dotyczącą przemocy wobec dzieci, jej symptomów, interpretowania różnych objawów jako możliwych konsekwencji doznawania przemocy, ale także zadawania sobie pytania, czy stan dziecka nie jest wynikiem urazów nieprzypadkowych. Drugim elementem standardów jest wskazanie osób odpowiedzialnych za uruchomienie odpowiednich procedur w sytuacji, kiedy lekarz czy pielęgniarka zgłasza, że dziecko-pacjent doznaje przemocy. To przeciwdziała rozmyciu odpowiedzialności w instytucji za interwencje w sytuacji podejrzenia krzywdzenia dziecka. Jak podkreśliła Urszula Kubicka-Kraszyńska – *Standardy wprowadziły jeden bardzo ważny element, czyli współodpowiedzialność wszystkich osób dorosłych, które pracują z dziećmi w danym podmiocie i odpowiedzialność kierownictwa placówki za to, żeby były opisane te skrypty czy protokoły postępowania krok po kroku: komu zgłaszam, co konkretnie się dzieje, jeżeli podejrzewamy przemoc wobec dziecka. (...) Dziecko potrzebuje świadomej osoby dorosłej, która rozpozna jego sytuację, nazwie to krzywdzenie i uruchomi odpowiednie działania. I tutaj jest ta ogromna rola osób wykonujących zawody medyczne.*

Do tej wypowiedzi bezpośrednio nawiązał lekarz pediatra Piotr Hartmann, kierownik Pionu Zachowawczego Szpitala im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, podkreślając, że aby lekarz mógł adekwatnie zareagować w sytuacji, kiedy podejrzewa przemoc wobec dziecka, musi poczuć się bezpiecznie, musi mieć wsparcie ze strony przełożonych i poczucie, że nie zostanie sam z problemem. Na przykładzie placówki, w której pracuje, szeroko objaśnił funkcjonowanie Standardów Ochrony Małoletnich, które to narzędzie ułatwia i umożliwia odpowiednio zareagować w sytuacji podejrzenia, że dziecko doznaje przemocy domowej. Ekspert dodał, że w docieraniu do lekarzy z wiedzą o symptomach i konsekwencjach doznawania przemocy niezwykle istotne jest, aby mówić językiem, który będzie zrozumiały dla tej grupy zawodowej i pomoże w uświadomieniu, czym jest przemoc, w tym przemoc domowa. – *Od wielu lat, prowadząc szkolenia, rozmawiając z lekarzami, przyrównuję przemoc do choroby przewlekłej. Dziecko doznające przemocy domowej, to jest dziecko, które ma rzadką chorobę przewlekłą, która nie zawsze może dawać objawy, która daje objawy tylko w szczególnych sytuacjach. (...) Tak ważne jest w kampaniach, w upowszechnianiu wiedzy dotyczącej przeciwdziałania przemocy domowej, żeby wrażliwość na ten problem wzrastała, a lekarz, patrząc na pacjenta i układając sobie w głowie różnicowanie, jaki problem zdrowotny odpowiada za jego dolegliwości, doznawanie przemocy brał także pod uwagę.*

Na koniec przedstawiciel środowiska lekarzy zaapelował, by nie pomijać przedstawicieli ochrony zdrowia w pracach grup diagnostyczno-pomocowych i zapraszać ich na posiedzenia takich grup. Podkreślił także fakt, że jednym ze skutecznych działań jest eduko-

wanie poprzez szkolenia, webinary, różnego rodzaju kampanie, ponieważ zmiana postaw i myślenia nie nastąpi od razu, jest to wieloletni proces. Do tego zagadnienia z kolei odniosła się Iwona Schymalla redaktor naczelna MedExpress, która położyła nacisk na rozpowszechnianie wiedzy na temat zjawiska przemocy, w tym przemocy domowej, edukowanie lekarzy, ale także pacjentów, by wiedzieli, że w gabinecie lekarskim mogą zgłosić doznawanie przemocy.

SKĄD PRZEDSTAWICIELE OCHRONY ZDROWIA MOGĄ CZERPAĆ WIEDZĘ?

W ramach kampanii funkcjonuje portal skierowany do przedstawicieli ochrony zdrowia www.lekarzureauagujnaprzemoc.pl, który jest rozbudowaną i bogatą bazą wiedzy na temat zjawiska przemocy domowej, rozpoznawania symptomów, które świadczą o tym, że pacjent doznaje przemocy domowej, konsekwencji krzywdzenia i wpływie na zdrowie fizyczne, psychiczne i dobrostan pacjentów, a także obowiązujących przepisów prawa i procedur mających na celu ochronę przed przemocą domową (w tym oczywiście procedury „Niebieskie Karty”). Istotne informacje są przekazywane nie tylko w formie obszernych artykułów, ale także w formie webinarów i filmów instruktażowych. Jak podkreślił biorący udział w debacie lekarz pediatra Piotr Hartmann, „aby dotrzeć do lekarzy, trzeba mówić ich językiem”, dlatego na ww. stronie zamieszczono film instruktażowy pokazujący, jak mogłaby przebiegać rozmowa lekarza z pacjentem, który – według oceny specjalisty ochrony zdrowia – doznaje przemocy domowej. Film pokazuje zachowania i wypowiedzi lekarza kierowane do pacjenta w duchu dia-

logu motywującego. Scenariusz filmu został przygotowany przez specjalistów pracujących z osobami doświadczającymi przemocy domowej, a jego recenzentami byli lekarze. Film dostępny jest pod linkiem: <https://www.lekarzureagujnaprzemoc.pl/kategoria/film-instrukta-zowy/>

Pełny zapis debaty eksperckiej w ramach kampanii „Lekarzu, reaguj na przemoc!” o możliwościach wsparcia i sposobach zwiększania kompetencji przedstawicieli ochrony zdrowia w działaniach związanych z reagowaniem na przemoc jest dostępny na stronie kampanii: <https://www.lekarzureagujnaprzemoc.pl/dla-mediow/> ■



KATARZYNA KULESZA

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



116 123 i 116sos.pl
– z pomocą w kryzysie
Co wskazał roczny raport?



Od 2021 roku Niebieska Linia IPZ nieprzerwanie prowadzi całodobową platformę 116sos.pl oraz poradnię telefoniczną dla dorosłych będących w kryzysie emocjonalnym 116 123. Co wskazał raport podsumowujący ostatni rok działań? Ile osób i z jakimi problemami zgłasza się po pomoc? Jaka część z nich doświadcza przemocy domowej? Otrzymane dane dają bardzo ciekawy obraz!

KATARZYNA MIŁKOWSKA

Najnowszy raport obejmuje okres od czerwca 2025 do maja 2026 roku. W tym czasie zespół konsultantek i konsultantów Poradni Telefonicznej oraz Poradni Online Platformy 116sos.pl udzielał doraźnego wsparcia psychologicznego poprzez obsługę trzech kanałów: telefonu 116 123, czatu oraz formularza kontaktowego. Zdarzało się też, że zespół podejmował interwencje (we współpracy z policją), gdy osoba korzystająca z Platformy była w kryzysie suicydalnym, a jej życie i/lub zdrowie były zagrożone. Zarejestrowano także interwencje po otrzymaniu zgłoszenia o popełnieniu przestępstwa lub podejrzenia popełnienia przestępstwa (we współpracy z odpowiednimi służbami). Warto też podkreślić, że na platformie znajdują się artykuły eksperckie – w okresie, który został objęty raportem, opubliko-

wano ich 60. Twórcami są m.in. psycholodzy, terapeuci, pracownicy socjalni, którzy poprzez swoje teksty tworzą ważny content psychoedukacyjny, wspierając samopomoc, rozwój osobisty, wzmacniają poczucie sprawczości i dają nadzieję na zmianę.

Łącznie odebrano w tym czasie 53 000 połączeń (56,4% wszystkich kontaktów), podjęto niemal 39 000 interakcji na czacie (41,4%) oraz ponad 2000 poprzez formularz (2,2%). Całość stanowiła 94 044 interakcje z klientami za pośrednictwem wszystkich trzech kanałów kontaktu. Interwencji ratujących życie było zaś prawie 560. Najwięcej wsparcia poszukiwano w okresie jesiennym, zwłaszcza w listopadzie, gdy konsultanci odebrali samych tylko połączeń telefonicznych ponad 6500.

MIESIĄC	LICZBA ODEBRANYCH POŁĄCZEŃ TELEFONICZNYCH (TEL. 116123)	LICZBA ROZPOCZĘTYCH INTERAKCJI (CZAT)	LICZBA OTRZYMANYCH INTERAKCJI (FORMULARZ)	LICZBA PODJĘTYCH INTERWENCJI KRYZYSOWYCH	LICZBA PODJĘTYCH INTERWENCJI DOT. POPEŁNIENIA PRZESTĘPSTWA
czerwiec 2025	4 186	2 382	108	36	3
lipiec 2025	4 036	2 333	114	32	2
sierpień 2025	3 936	2 328	134	56	3
wrzesień 2025	3 811	2 303	127	41	5
październik 2025	4 254	2 771	129	43	2
listopad 2025	6 581	3 352	124	31	2
grudzień 2025	4 507	4 548	124	51	0
styczeń 2026	4 519	4 735	250	56	3
luty 2026	4 150	3 647	263	50	4
marzec 2026	4 417	3 562	211	49	0
kwiecień 2026	4 250	3 094	216	45	0
maj 2026	4 353	3 887	302	66	0
RAZEM:	53 000	38 942	2 102	556	24

PROFILE OSÓB SZUKAJĄCYCH WSPARCIA

Jak to zostało wspomniane, w całym okresie kontakt z klientami podejmowano ponad 94 000 razy. Analizie poddano jednak 40 716 ankiet, które konsultantki i konsultanci wypełniali na bieżąco. Na tej podstawie stworzono ogólny obraz osób poszukujących pomocy za pośrednictwem Platformy, a także konkretne osoby (sylwetki obrazujące typowy przykład z danego obszaru problemowego).

Przede wszystkim trzeba podkreślić, że klienci i klientki zgłaszali się z całym spektrum problemów – od kryzysów nagłych, po przewlekłe trudności natury psychicznej, prawnej czy relacyjnej. Pojawiały się także problemy powiązane z przemocą domową, co szczególnie warto odnotować w kontekście naszego dwumiesięcznika.

Tabela 1. Obszary kryzysów i trudności emocjonalnych, z jakimi mierzą się osoby dorosłe korzystające z Platformy 116sos.pl.

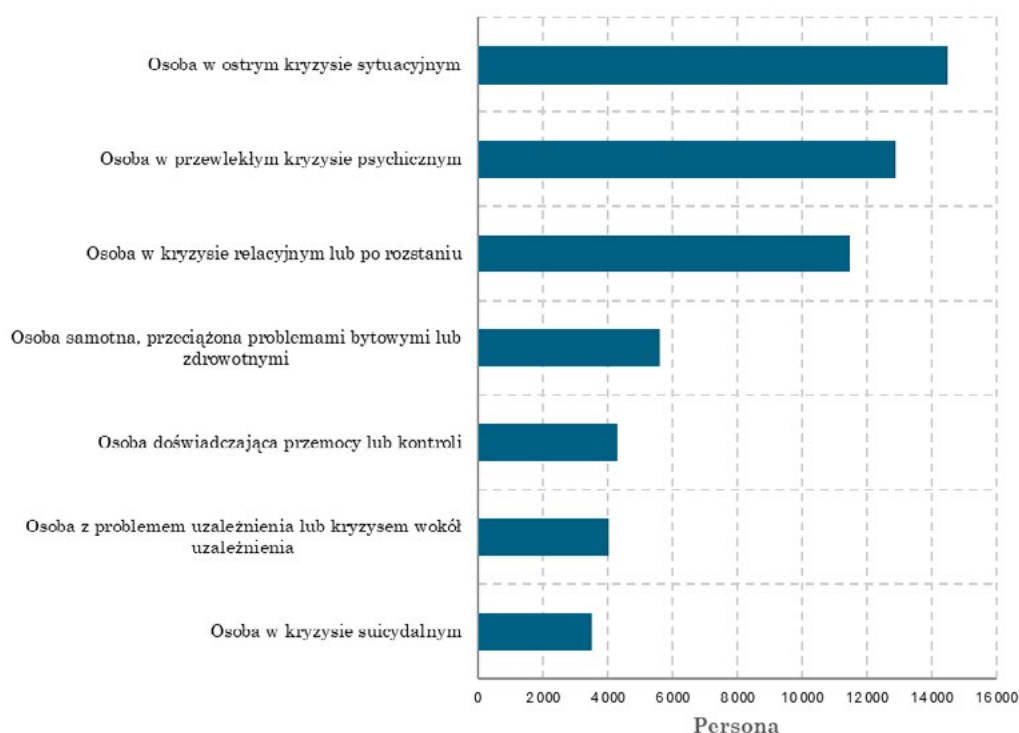
Kryzys sytuacyjny	14486
Kryzys chroniczny	6507
Relacje z bliskimi	5384
Problemy w związku	4860
Kryzys psychopatologiczny	4724
Depresja	4256
Przemoc psychiczna	3428
Problemowe używanie alkoholu	3155
Kryzys suicydalny	3089
Zaburzenia lękowe	2851

Kryzys związany z rozstaniem	2605
Inne/nieustalone	2493
Problemy bytowe	1838
Inne zaburzenia psychiczne	1829
Samotność	1686
Przemoc fizyczna	1469
Choroba	1430
Problem prawny	1328
Konflikt rodzinny	1297
Substancje psychoaktywne	1195
Kryzys rozwojowy	1105
Problemy wychowawcze	1014
Zdrada	802
Zaburzenia osobowości	788
Inne dylematy życiowe	745
Zaburzenia snu	657
Stres pourazowy	640
Rozwód	622
Utrata pracy	567
Samookaleczenia	555
Zachowanie agresywne	555
Przemoc ekonomiczna	551
Konflikt okołorozwodowy	424
Długotrwałe bezrobocie	417
Zaburzenia psychosomatyczne	404
Zaniedbanie	401
Niepełnosprawność	362

Przemoc seksualna	334
Pomoc prawna	285
Hazard	264
Mobbing	240
Konflikt ze współpracownikami	236
Gwałt	222
Urodzenie dziecka	183
Ciąża	173
Wykorzystanie seksualne w dzieciństwie	147
Żałoba po śmierci samobójczej bliskiej osoby	143
Stalking	131
Cyberprzemoc	131
Choroba terminalna	130
Separacja	128
Seksualność/seks	125
Wypadek/wojna/katastrofa	117
Wiedza o przestępstwie	116
Przemoc rówieśnicza	98
Dyskryminacja	79
Napaść	77
Nowoczesne technologie	72
Poronienie	69
Udział w przestępstwie	63
Zaburzenia odżywiania/jedzenie	57
Zakupoholizm	15
Aborcja	15
Problemy w pracy	14

Jak podkreśla Agnieszka Machnowska, psycholożka, specjalistka i superwizorka ds. przeciwdziałania przemocy domowej z Niebieskiej Linii IPZ, a także kierowniczką merytoryczną Platformy 116sos.pl: *Najczęściej rejestrowanym obszarem był kryzys sytuacyjny, a następnie kryzys chroniczny, trudności w relacjach z bliskimi, problemy w związku oraz kryzys psychopatologiczny. Wysoką liczbę zgłoszeń odnotowano również w odniesieniu do doświadczenia depresji, przemocy psychicznej, problemowego używania alkoholu i zaburzeń lękowych – dodała także: Analiza danych pozwoliła wyróżnić siedem głównych profili klientów. Nie są to rzeczywiste osoby, lecz analityczne osoby, czyli powtarzające się profile potrzeb i sytuacji pomocowych. Co ważne, jedna osoba może należeć do więcej niż jednej osoby, ponieważ wiele zgłoszeń obejmowało kilka współwystępujących problemów.*

Wykres 1. Persony osób korzystających z pomocy na Platformie 116sos.pl.



Persona 1. Osoba w ostrym kryzysie sytuacyjnym

- Główne kategorie składowe: kryzys sytuacyjny.
- Dane: 14 486 rekordów, czyli 35,6% wszystkich zgłoszeń.
- Wśród rekordów z oznaczoną płcią: kobiety 62,6%, mężczyźni 36,8%.

Persona 2. Osoba w przewlekłym kryzysie psychicznym

- Główne kategorie składowe: kryzys chroniczny, kryzys psychopatologiczny, depresja, zaburzenia lękowe, inne zaburzenia psychiczne, zaburzenia osobowości, zaburzenia snu.
- Dane: 12 899 rekordów, czyli 31,7% wszystkich zgłoszeń.
- Wśród rekordów z oznaczoną płcią: kobiety 62,5%, mężczyźni 36,7%.

Persona 3. Osoba w kryzysie relacyjnym lub po rozstaniu

- Główne kategorie składowe: relacje z bliskimi, problemy w związku, rozstanie, zdrada, rozwód, separacja, konflikt rodzinny, konflikt okołorozwodowy.
- Dane: 11 465 rekordów, czyli 28,2% wszystkich zgłoszeń.
- Wśród rekordów z oznaczoną płcią: kobiety 62,2%, mężczyźni 37,2%.

Persona 4. Osoba samotna, przeciążona problemami bytowymi lub zdrowotnymi

- Główne kategorie składowe: samotność, problemy bytowe, choroba, problemy prawne, długotrwałe bezrobocie, utrata pracy, niepełnosprawność.

- Dane: 5 625 rekordów, czyli 13,8% wszystkich zgłoszeń.
- Wśród rekordów z oznaczoną płcią: kobiety 58,2%, mężczyźni 41,2%.

Persona 5. Osoba doświadczająca przemocy lub kontroli

- Główne kategorie składowe: przemoc psychiczna, przemoc fizyczna, przemoc ekonomiczna, przemoc seksualna, gwałt, stalking, cyberprzemoc, zaniedbanie, przemoc rówieśnicza.
- Dane: 4 281 rekordów, czyli 10,5% wszystkich zgłoszeń.
- Wśród rekordów z oznaczoną płcią: kobiety 75,3%, mężczyźni 23,9%.

Persona 6. Osoba z problemem uzależnienia lub kryzysem wokół uzależnienia

- Główne kategorie składowe: alkohol, substancje psychoaktywne, hazard, zakupy.
- Dane: 4 026 rekordów, czyli 9,9% wszystkich zgłoszeń.
- Wśród rekordów z oznaczoną płcią: kobiety 50,3%, mężczyźni 49,0%.

Persona 7. Osoba w kryzysie suicydalnym

- Główne kategorie składowe: myśli lub plany samobójcze, samookaleczenia, żałoba po śmierci samobójczej bliskiej osoby.
- Dane: 3 526 rekordów, czyli 8,7% wszystkich zgłoszeń.
- Wśród rekordów z oznaczoną płcią: kobiety 60,3%, mężczyźni 38,7%.

MŁODZI VS. SENIORZY

Do raportu załączono też komentarze trzech ekspertek, w tym dr Joanny Felczak, która jest członkinią Polskiego Towarzystwa Socjologicznego i Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, a także wieloletnią wykładowczynią akademicką Katedry Polityki Społecznej Szkoły Głównej Handlowej. Jej analiza skupiła się m.in. na porównaniu młodych oraz starszych dorosłych. Wykazała, że w tej pierwszej grupie głównymi problemami były trudności związane z miłością oraz lękiem: rozstanie (14,93%), depresja (15,04%), zaburzenia lękowe (11,64%), myśli samobójcze (11,89%) – te ostatnie występowały niemal dwukrotnie częściej niż u seniorów, w rozmowach z którymi kwestie relacji romantycznych niemalże zniknęły. Na podium znalazły się za to następujące problemy: samotność (11,67%), alkohol (13,33%) i choroba somatyczna (11%). Dziwić może brak różnego rodzaju trudności związanych z zaburzeniami nastroju czy lękowymi w tej grupie. Dr Felczak wyjaśnia jednak, że: *Niskie odsetki deklarowanej depresji i lęku u najstarszych osób łatwo błędnie odczytać jako mniejsze obciążenie. Równie dobrze mogą one świadczyć o pokoleniowym ubóstwie języka emocji, a więc o czymś bliskim aleksytymii (Sifneos, 1973). Z uwagi jednak na małą liczebność tej grupy należy z ostrożnością traktować te porównania.*

Tabela 2. Struktura demograficzna i operacyjna zgłoszeń
(czerwiec 2025 – kwiecień 2026).

ZMIENNA	KATEGORIA	N	N WAŻNYCH	%
Płeć	Kobieta	17 367	28 667	60,58
	Mężczyzna	11 242	28 667	39,22
	Osoba transpłciowa/niebinarna	58	28 667	0,20

ZMIENNA	KATEGORIA	N	N WAŻNYCH	%
Wiek	Dorosły	16 983	23 572	72,05
	Młody dorosły	5 175	23 572	21,95
	Senior 60+	1 140	23 572	4,84
	Dziecko	274	23 572	1,16
Kanał kontaktu	Telefon	23 191	39 360	58,92
	Czat	16 169	39 360	41,08

Odsetki liczone w odniesieniu do obserwacji ważnych (N). Braki danych: płeć – 12 049, wiek – 17 144, kanał – 1 356.

Źródło: opracowanie dr Joanny Felczak na podstawie bazy zgłoszeń platformy pomocowej 116sos.pl.

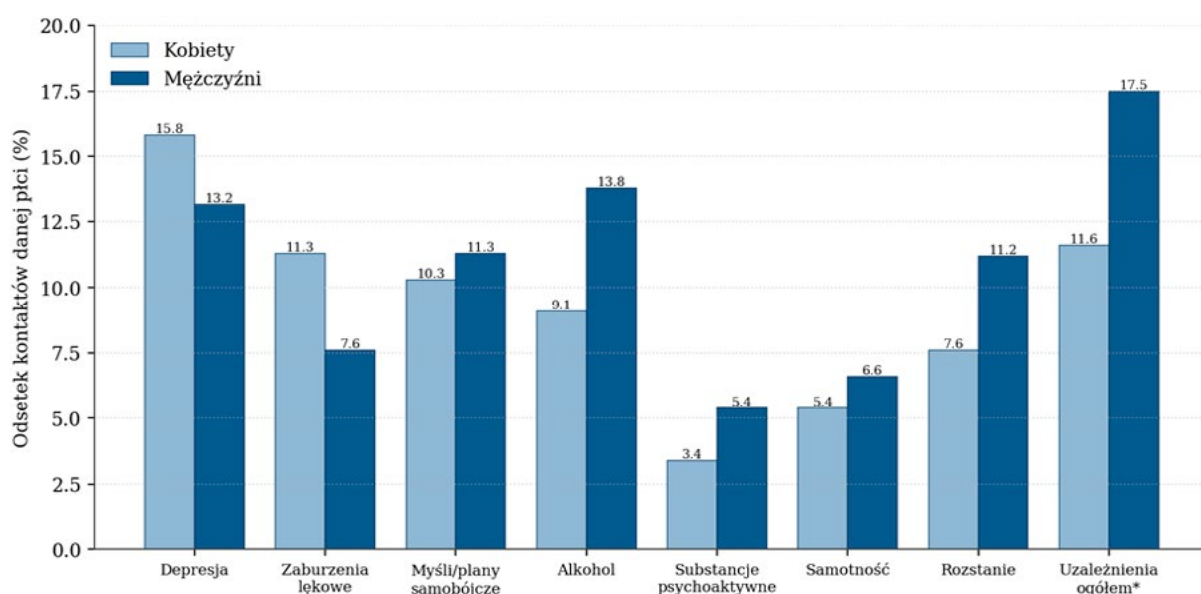
KOBIETY VS. MĘŻCZYŻNI

W komentarzach ekspertek pojawiał się także aspekt płci. Jak wskazuje wykres 2, kobiety częściej sięgały po wsparcie konsultantów, co w zasadzie pokrywa się z generalnym obrazem społecznym. Jak podkreśla dr Monika Paula Górowska, psycholożka, która specjalizuje się w badaniu mechanizmów uzależnień oraz opracowywaniu interwencji terapeutycznych wspierających utrzymanie abstynencji: *Z przeprowadzonej analizy wyłania się obraz o wysokim stopniu wewnętrznej spójności. Kobiety sięgają po pomoc częściej, wcześniej i z problemami, które system diagnostyczny potrafi adekwatnie nazwać – depresją, zaburzeniami lękowymi, doświadczeniem przemocy. Mężczyźni zgłaszają się rzadziej i z opóźnieniem, a ich cierpienie manifestuje się za pośrednictwem zachowań eksternalizacyjnych – nadużywania alkoholu, rozpadu relacji, nagłej eskalacji kryzysu (...). Te dane w mojej ocenie nie są zaskakujące. W prak-*

tyce klinicznej mężczyźni bardzo rzadko „przyznają” się do obniżonego nastroju, o swoich problemach nie mówią wprost.

Niestety, przekłada się to na alarmujący obszar myśli i planów samobójczych, co szczególnie podkreśliła dr Sylwia Kita, psycholożka i psychoterapeutka. Zauważyła, że to mężczyźni częściej zgłaszali tego typu problemy – myśli lub plany samobójcze konsultanci odnotowali u 11,3% mężczyzn, wobec 10,3% kobiet. To szczególnie ważne w porównaniu z danymi populacyjnymi, które wskazują, że w 2024 roku w naszym kraju życie odebrało sobie 4845 osób. W tej grupie aż 4088 było mężczyznami (Komenda Główna Policji, 2025). Wskazuje to, że dane otrzymane w raporcie dot. działania Platformy 116sos.pl są spójne z generalnym społecznym obrazem.

Wykres 2. Wybrane kategorie problemów według płci osoby kontaktującej się poprzez Platformę 116sos.pl.



Źródło: Opracowanie dr Sylwii Kity na podstawie danych platformy pomocowej 116sos.pl (czerwiec 2025 – kwiecień 2026).

PRZEMOC DOMOWA

Biorąc pod uwagę specyfikę problemu przemocy i trudności, jakie pojawiają się u osób, które próbują ujawnić jej doświadczanie, rola tego typu platform może być szczególnie istotna. Jej anonimowość, łatwa dostępność oraz bezpłatna forma sprawiają, że często konsultanci są pierwszymi „pomagaczami”, z którymi osoby pokrzywdzone przemocą domową w ogóle rozmawiają. To zresztą wskazują analizy opisywanego raportu, gdzie telefon czy czat faktycznie stają się pierwszymi bezpiecznymi przestrzeniami, które pozwalają opowiedzieć klientom/klientkom o narastającym cierpieniu, nazwać swoje doświadczenia i być wysłuchanym bez obaw o ocenę.

Co też ważne, platforma może być swego rodzaju pomostem pomiędzy osobą szukającą pomocy a systemem. Po pierwsze, konsultanci przekazują informacje o tym, gdzie szukać wsparcia. W kontekście przemocy domowej nieraz się zdarza, że odsyłają osoby klientki chociażby właśnie do Niebieskiej Linii IPZ, wiedząc, że tutaj zostanie zapewnione im holistyczne, specjalistyczne wsparcie konkretnie w problemie przemocy. Po drugie, konsultanci pomagają przygotować się do dalszego kontaktu ze specjalistami, a po trzecie – nieraz pomagają w oczekiwaniu na wizytę, m.in. podtrzymując motywację do jej odbycia. To jest szczególnie ważne ze względu na ograniczenia w dostępności bezpłatnej pomocy, odległości od placówek czy długich terminów oczekiwania na wizyty w niektórych miejscach oferujących wsparcie.

Ważne jest też podkreślenie skali problemu doznawania przemocy. Wyżej przedstawione tabele pokazały, że aż w niemal 3500 ana-

lizowanych rozmowach z konsultantami i konsultantkami mowa była o przemocy psychicznej, prawie 1500 fizycznej, ponad 500 – ekonomicznej, 334 – seksualnej, 131 – cyberprzemocy. W każdej tej sprawie rozmowa pod numerem 116 123, na czacie czy poprzez formularz 116sos.pl mogła być tak naprawdę momentem przełomowym. Dla nich bezsprzecznie warto działać – po zapoznaniu się z raportem chyba nikt nie ma co do tego wątpliwości. ■



KATARZYNA MIŁKOWSKA

– redaktorka naczelna pisma „Niebieska Linia”.

Kiedy umysł zwodzi na manowce



Pracując w obszarze przeciwdziałania przemocy, na każdym etapie – od wszczęcia procedury po salę sądową czy gabinet psychoterapeutyczny – każdego dnia przetwarza się tysiące informacji. Stąd też najważniejszymi narzędziami są w tej pracy rozum i empatia. Zdarza się jednak, że mogą wprowadzić w błąd. Co zatem robić, by nie dać się zwieść?

JOANNA SZYMYŚLIK

„TYPOWA OSP”, „TYPOWA ODP”

„Siedzę w swoim gabinecie. Wchodzi mężczyzna: dwa metry wzrostu, dobrze zbudowany, łysy. Od razu założyłam, że mam do czynienia z krzywdzicielem. Tymczasem pan siada, zaczyna płakać i opowiada, jak żona stosuje wobec niego przemoc domową” – tę historię, ku przestrodze, opowiada mi specjalistka ds. przeciwdziałania przemocy. Może dziwić, że osoba z dużym doświadczeniem tak szybko oceniła klienta w sposób tak jawnie stereotypowy. Wszystko staje się jednak jasne, gdy przyjrzymy się sposobom, w jaki człowiek przetwarza informacje.

Schematy poznawcze to struktury, za pomocą których nasz umysł organizuje wiedzę o świecie. Powstają na bazie przeszłych

doświadczeń, ale są tylko ich syntezą, uogólnieniem. Zawierają uproszczone informacje o cechach osób, rzeczy i sytuacji. Dzięki temu pozwalają szybko interpretować nowe dane. Co więcej, schematy poznawcze aktywują się automatycznie, dlatego, widząc postawnego mężczyznę, zwykle szybciej pomyślimy o „sprawcy” niż o osobie doznającej przemocy.

Schematy opisujące osoby stosujące i doświadczające przemocy domowej mogą zawierać np. informacje o płci, wieku, statusie społecznym czy zachowaniach, które uważamy za typowe dla przedstawicieli tych grup. Jako że powstają w oparciu o doświadczenie, ich treści u każdego człowieka mogą się trochę różnić. Zawsze jednak opierają się na uogólnieniach, dlatego nie sprawdzają się w sytuacjach nietypowych lub złożonych, prowadząc do zniekształceń. Kiedy ktoś nie wpisuje się w nasz aktywowany schemat, postrzegamy go jako osobę mniej wiarygodną. Możemy podważać jej krzywdę czy kwestionować winę, nie zdając sobie sprawy z przyczyny naszych obiekcji. Oczywiście intuicja nie musi nas mylić, ale w pracy z drugim człowiekiem każde przeczucie należy zweryfikować na podstawie faktów. By uniknąć uprzedzeń i wysnuwania pochopnych wniosków, warto więc przyjrzeć się zawartości własnych schematów związanych ze zjawiskiem przemocy. Nadal będą się one aktywować automatycznie (i dobrze, często ułatwiają życie), ale uświadomienie sobie ich treści pozwoli krytycznie ocenić ich wpływ na nasze opinie i zachowania.

Warto też pamiętać, że schematy poznawcze mogą działać również w wymiarze społecznym. Dobrze to widać w kontekście przemocy seksualnej. Osoba publicznie ujawniająca doznanie przemocy

szybko porównywana jest do schematu „ofiary idealnej”. Kim jest? Jak się prowadzi? W co była ubrana? Czy zachowała wszelkie środki ostrożności? Jeśli nie spełni społecznych oczekiwań, nawet gdy do przemocy rzeczywiście doszło, w oczach ludzi może nie zasłużyć na miano „ofiary”, a nawet zostać uznana za współwinną.

Innym przykładem pułapki schematów poznawczych może być sytuacja tzw. kart krzyżowych, gdy osoba dotychczas postrzegana jako pokrzywdzona zostaje oskarżona o stosowanie przemocy. Taka informacja może nie pasować do już ukształtowanego obrazu tej osoby i skłaniać do jego odrzucenia. Pracownik, którego schemat osoby doznającej przemocy jest sztywny i oparty na stereotypach, może uznać, że taki człowiek nie może być oskarżony o jej stosowanie. W konsekwencji sprawa zostanie pochopnie uznana za konflikt i zamknięta bez koniecznej pogłębionej weryfikacji.

NIEKTÓRYCH LUBIMY BARDZIEJ

By nie dać się zwieść na manowce, musimy zwrócić większą uwagę nie tylko na to, co myślimy, ale także na to, co czujemy. Nasza postawa emocjonalna wobec drugiego człowieka wpływa na sposób, w jaki formułujemy opinie i podejmujemy decyzje. Kogo lubimy bardziej, nawet jeśli ledwo się znamy? Jednym z najważniejszych czynników wpływających na sympatię jest podobieństwo. Ciepłszymi uczuciami zwykle darzymy osoby, z którymi mamy więcej wspólnego. Dotyczy to zarówno cech demograficznych, takich jak wiek czy płeć, jak i cech osobowości, zainteresowań czy wyznawanych wartości. Efekt podobieństwa występuje nawet w odniesieniu do osób, których

prawie nie znamy, jeśli tylko dysponujemy informacjami pozwalającymi dostrzec jakiegokolwiek wspólne aspekty.

Wpływ na sympatię ma też atrakcyjność fizyczna. Wiąże się z nią opisany w psychologii społecznej efekt aureoli (efekt halo). To błąd poznawczy, który sprawia, że osobie posiadającej jedną pozytywną, ale wyrazistą cechę, automatycznie przypisujemy kolejne, które często są ze sobą zupełnie niezwiązane. Jako że atrakcyjność fizyczna jest cechą łatwo i szybko zauważalną, często staje się podstawą efektu aureoli. Dzięki niemu ponadprzeciętnie ładne osoby są uważane za bardziej inteligentne, uprzejme czy kompetentne.

Oczywiście opisane wyżej procesy zachodzą nieświadomie, na bieżąco wpływając na nasze zachowanie. Oceniając osobę, którą darzymy sympatią, łatwiej akceptujemy informacje zgodne z jej pozytywnym obrazem, częściej interpretujemy niejednoznaczne sytuacje na jej korzyść oraz chętniej szukamy usprawiedliwień dla jej zachowań. W rezultacie oceniamy ją pozytywniej i jesteśmy bardziej skłonni dać jej kredyt zaufania niż osobie, wobec której pozostajemy neutralni lub do której odczuwamy niechęć. Mechanizm ten działa również w drugą stronę. Gdy kogoś nie lubimy, większą wagę przywiązujemy do informacji negatywnych na jego temat. Informacje pozytywne częściej traktujemy jako wyjątek, przypadek lub próbę manipulacji. W efekcie łatwiej przypisujemy takiej osobie złe intencje i surowiej oceniamy jej zachowania.

Co ciekawe, sama tylko atrakcyjność fizyczna zwiększa prawdopodobieństwo pozytywnej oceny i potrafi wpływać na tak poważne decyzje, jak uznanie kogoś winnym popełnienia przestępstwa czy surowość wymierzonej mu kary.

Na szczęście siła działania tych mechanizmów zależy od sytuacyjnego kontekstu. Osobistym sympatiom i antypatiom najłatwiej ulec, gdy pracujemy sami, a ich wpływ słabnie, jeśli decyzje podejmujemy w warunkach publicznych (np. pracując w zespole), musimy uzasadnić swoje stanowisko lub wiemy, że ponosimy za nie odpowiedzialność. Takie warunki – co bardzo ważne – stwarza m.in. praca w grupie diagnostyczno-pomocowej.

JA WIEM LEPIEJ

90% badanych Amerykanów uznało się za ponadprzeciętnie dobrych kierowców. Matematycznie jest to oczywiście niemożliwe, ale w rzeczywistości psychologicznej – jak najbardziej. Efekt ponadprzeciętności, czyli tendencja do przeceniania swoich pozytywnych cech i umiejętności na tle populacji, to jedno z wielu zniekształceń poznawczych służących utrzymaniu wysokiej samooceny. Ludzie mają skłonność do zbytnej wiary w swoją wiedzę, a jak pokazuje efekt Dunninga-Krugera, najbardziej przeceniają ją ci, którzy w rzeczywistości znają się najmniej. Być może wynika to z faktu, że bez zagłębienia się w daną dziedzinę, człowiek nie odkryje, ile rzeczy jeszcze nie wie. Cóż, osoby z doświadczeniem studiowania zapewne kojarzą stan, gdy nauka pozostawia więcej pytań niż odpowiedzi.

Większa wiedza zwykle sprzyja trafniejszej ocenie własnych kompetencji, nie oznacza jednak odporności na błędy poznawcze. Zagrożeniem dla profesjonalistów może być nadmierna pewność siebie. Lata praktyki i odnoszone sukcesy mogą prowadzić do przekonania,

że rzadko się mylimy, co osłabia czujność. Długi staż pracy może też wpędzić w rutynę. Doświadczeni specjaliści często wypracowują własne heurystyki – uproszczone sposoby podejmowania decyzji, które na co dzień ułatwiają pracę, ale jednocześnie zwiększają ryzyko automatycznych sądów i przeoczenia nietypowych sygnałów. Dlatego osoby z dużym doświadczeniem zawodowym powinny szczególnie uważać, by nie wpadać w automatyzm i każdy przypadek traktować indywidualnie.

Nie lubimy przyznawać się do błędów, nawet przed samymi sobą. Gdy postawimy hipotezę, szukamy informacji, które ją potwierdzą. Nieświadomie pomijamy informacje sprzeczne z naszym poglądem, kwestionujemy je i odrzucamy. By uniknąć nieprzyjemnego napięcia, jakie wywołuje dysonans poznawczy, jesteśmy skłonni zakłamywać rzeczywistość i reinterpreterować fakty tak, by pozostawały w zgodzie z naszymi wcześniejszymi przekonaniem.

Dobrym przykładem jest praca śledczych. Hipoteza policjanta dotycząca sprawcy, postawiona na początku postępowania, wpływa na sposób zbierania przez niego dowodów, prowadzenia przesłuchań i interpretowania zeznań. Badania nad niesłusznymi skazaniami w USA pokazują, że osoby bezpośrednio zaangażowane w prowadzenie sprawy potrafiły trwać przy przekonaniu o winie oskarżonego nawet wtedy, gdy pojawiały się nowe, niezbite dowody prowadzące do jego uniewinnienia. Im więcej czasu, pracy i innych zasobów zainwestowaliśmy w podjętą decyzję, tym trudniej się z niej wycofać. Mechanizm ten określany jest jako **pułapka utopionych kosztów**. Pojawia się myślenie: „Jeśli teraz zrezygnuję, to wszystko, co już poświęciłam/em, pójdzie na marne”.

Gorzka prawda jest taka, że każdy z nas popełnia błędy, niezależnie od wiedzy, doświadczenia i posiadanego autorytetu. Profesjonalizm nie zakłada nieomyślności, ale wymaga gotowości do weryfikowania swoich przekonań, przyznawania się do błędów i wyciągania z nich wniosków. To, co możemy zrobić, to ćwiczyć uważność w ich zauważaniu i pokorę, by się do nich przyznać. W wykrywaniu pomyłek może także pomóc praca w zespole. Kilku osobom łatwiej zauważyć coś, co umknęło jednej. Jednak decyzje podejmowane w grupie też narażone są na pewne psychologiczne pułapki.

PRACA W GRUPIE

Współpraca pomiędzy ekspertami umożliwia konsultacje, wymianę doświadczeń i łączenie wiedzy z różnych dziedzin. W grupie łatwiej wychwycić błędy, poszerzyć perspektywę i zaproponować alternatywne rozwiązania. W pracy, m.in. psychologów, korzystanie z interwizji i superwizji jest niezbędne do etycznego wykonywania zawodu. Jak wspomniano wcześniej, konieczność uzasadniania swoich przekonań i poczucie odpowiedzialności przed innymi ludźmi zmniejszają wpływ uprzedzeń na podejmowane decyzje. Jednocześnie, pomimo licznych zalet, procesy zachodzące w grupie także mogą czasem utrudnić wykonywane zadanie.

Myślenie grupowe to zjawisko sprawiające, że zgodność pomiędzy członkami danej grupy staje się ważniejsza od rzetelnej analizy problemu. Jeśli większość zespołu szybko uzna, że rozpatrywana sytuacja jest konfliktem, pozostali mogą nie zgłaszać swoich

wątpliwości i argumentów, pomimo że widzą oznaki przemocy. W ten sposób alternatywne możliwości zostają pominięte. Myśleniu grupowemu sprzyja ludzka skłonność do konformizmu, czyli podporządkowania się większości, nawet w kwestii opinii kontrowersyjnych lub niezgodnych z prawdą. Do podporządkowania się grupie dochodzi częściej, jeśli za brak zgodności grożą konsekwencje (np. irytacja, odrzucenie) oraz gdy kontrowersyjne opinie wygłaszają osoby uznawane za autorytet.

Choć zaletą pracy w grupie jest możliwość wymiany informacji, eksperymenty wykazały, że ludzie paradoksalnie wolą dyskutować o rzeczach, które wszyscy już wiedzą. Poświęcają więcej czasu na omawianie wiedzy podzielanej przez wszystkich członków grupy, a informacje, które posiadają tylko niektórzy, są traktowane jako mniej wiarygodne i częściej pomijane. Badania pokazują jednak, że wraz z czasem trwania dyskusji, wzrasta zainteresowanie informacjami niepodzielonymi, a ich ujawnienie sprzyja jakości podejmowanych przez grupę decyzji. Dlatego pośpiech nie jest wskazany. Dyskusje mogą prowadzić też do polaryzacji grupowej. Umacnianie się wzajemnie w swoich przekonaniach sprawia, że grupa kształtuje pogląd bardziej skrajny, niż zrobiłby to osobno każdy z jej członków. W obszarze przeciwdziałania przemocy może to doprowadzić np. do przecenienia lub zbagatelizowania zagrożenia dla zdrowia i życia osoby doświadczającej przemocy.

Ryzyko popełnienia błędu przez grupę zwiększa **efekt rozproszenia odpowiedzialności**. Każdy z członków grupy czuje się osobiście mniej odpowiedzialny za podjętą decyzję, a im liczniejsza grupa, tym efekt jest silniejszy. Może to skutkować pominięciem („Na pewno ktoś

inny już to sprawdził”) czy większą akceptacją błędu („W końcu to nie tylko moja decyzja”).

Kolejnym zjawiskiem zachodzącym podczas pracy grupowej jest **próżniactwo społeczne**. Okazuje się, że członkowie grupy wkładają mniej wysiłku w pracę, niż gdyby wykonywali zadanie indywidualnie (kto kiedykolwiek robił w szkole prezentację grupową, ten dobrze o tym wie). Efekt próżniactwa osłabia się, kiedy grupa jest wewnętrznie spójna, wykonuje ważne dla siebie zadanie oraz gdy można ocenić wkład każdego z jej członków, np. każdemu przypisano mniejsze zadania, z których można ich rozliczyć.

Na koniec coś pozytywnego. Dobrze funkcjonująca grupa może podejmować lepsze decyzje niż pojedynczy eksperci. Kluczem jest możliwość każdego członka grupy do dzielenia się wątpliwościami, krytykowania i wyrażania odmiennej opinii. Ważny jest też równy udział członków w pracach zespołu oraz indywidualne poczucie odpowiedzialności za jego decyzje.

DOBRE PRAKTYKI

Nie da się całkowicie wyeliminować błędów poznawczych, można jednak znacząco ograniczyć ich wpływ na podejmowane decyzje. Oto kilka praktycznych zasad, które mogą w tym pomóc.

- **Opieraj się na faktach.** Dokumentuj informacje w formie notatek, zdjęć czy nagrań, w zależności od możliwości i sytuacji. Pamięć jest zawodna. Weryfikuj informacje i zbieraj dane z różnych źródeł. Staraj się uzasadniać swoje decyzję nawet wtedy, gdy wydają ci się oczywiste.

▪ **Zwracaj uwagę na własne emocje.** Jeśli jakaś osoba lub sytuacja wywołuje w tobie nietypowe lub wyjątkowo silne emocje, warto im się przyjrzeć. W grę mogą wchodzić czynniki pozamerytoryczne. Wykonując zadania w obszarze przeciwdziałania przemocy, ważne również, by przepracować własne doświadczenia związane z doznawaniem lub byciem świadkiem przemocy, ponieważ mogą one wpływać na sposób oceny innych osób.

▪ **Nie przedstawaj się uczyć.** Czytaj, rozmawiaj, zdobywaj nową wiedzę, również z dziedzin pokrewnych. Staraj się odkrywać, czego jeszcze nie wiesz, by w odpowiednim momencie sięgnąć po pomoc. Korzystaj z wiedzy i doświadczenia współpracowników oraz specjalistów z innych dziedzin.

▪ **Ćwicz krytyczne myślenie.** Szukaj kontrargumentów, rozważaj alternatywne hipotezy, zadawaj pytania. Weryfikuj swoje przekonania. Nie podchodź bezkrytycznie do opinii ekspertów i autorytetów, oni też czasem się mylą. Poza tym, jeśli masz odmienną opinię, staraj się wyrażać swoje wątpliwości.

Umysł lubi chodzić na skróty. Dzięki temu potrafimy szybko podejmować decyzje, ale czasem płacimy za to wysoką cenę. Im bardziej jesteśmy ich świadomi, tym wyższa jakość i rzetelność naszej pracy. Myślmy o tym – dla dobra własnego i wszystkich osób, którym pomagamy. ■

BIBLIOGRAFIA:

Devine, D.J., Clayton, L.D., Dunford, B.B., Seying, R., Pryce, J. (2001). Jury decision making: 45 years of empirical research on deliberating groups. *Psychology, Public Policy, and Law*, 7(3), 622–727. <https://doi.org/10.1037/1076-8971.7.3.622>

Kruger, J., Dunning, D. (1999). Unskilled and unaware of it: How difficulties in recognizing one's own incompetence lead to inflated self-assessments. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(6), 1121–1134. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.77.6.1121>

Kunda, Z. (1990). The case for motivated reasoning. *Psychological Bulletin*, 108(3), 480–498. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.108.3.480>

Langlois, J.H., Kalakanis, L., Rubenstein, A.J., Larson, A., Hallam, M., Smoot, M. (2000). Maxims or myths of beauty? A meta-analytic and theoretical review. *Psychological Bulletin*, 126(3), 390–423. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.126.3.390>

Pennington, N., Hastie, R. (1993). The story model for juror decision making. W: R. Hastie (Red.), *Inside the juror: The psychology of juror decision making* (s. 192–221). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511752896.010>

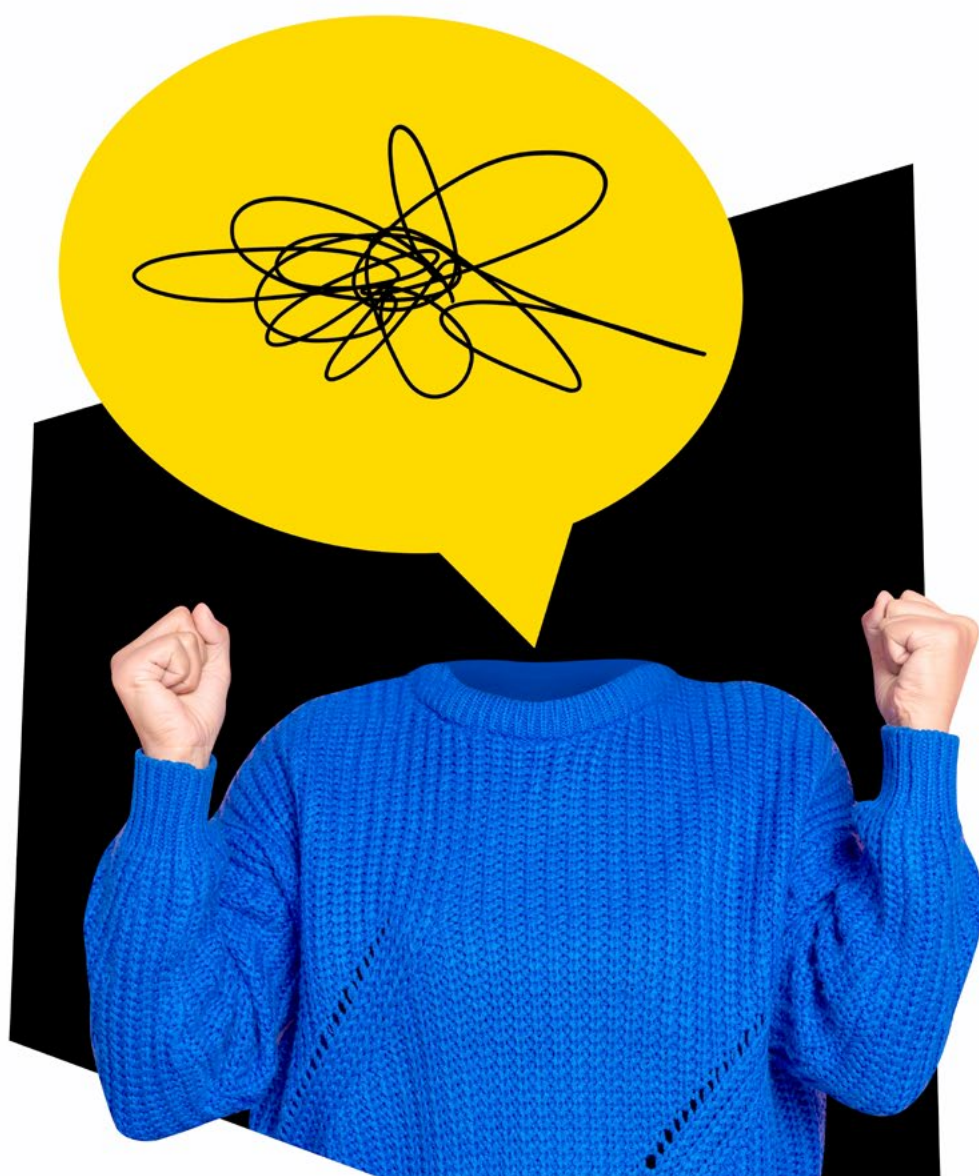
Tavris, C., Aronson, E. (2021). *Błądzą wszyscy (ale nie ja). Dlaczego usprawiedliwiamy głupie przekonania, złe decyzje i szkodliwe działania* (M. Budziszewska, tłum.). Wydawnictwo Smak Słowa. (Oryginalna praca opublikowana w 2007)

Wojciszke, B., Doliński, D. (2018). Psychologia społeczna. W: J. Strelau, D. Doliński (Red.), *Psychologia akademicka*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.



JOANNA SZYMYŚLIK

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



Negatywne przekonania a praca „pomagaczy” W trosce o siebie i klientów

Wewnętrzny system przekonań ma za zadanie ułatwiać nam codzienne funkcjonowanie.

Niektóre przekonania są jednak nadmiarowe lub zniekształcone, fałszując obraz nas samych i otoczenia. Kiedy te negatywne przekonania są głównymi drogowskazami w życiu zawodowym, mogą prowadzić do poważnych problemów ze zdrowiem psychicznym i fizycznym, zwłaszcza w pracy z tak trudną materią, jaką jest przemoc domowa. Co zatem warto o nich wiedzieć i jak sobie z nimi radzić?

ARLETA BALCEREK

Niesienie pomocy jest zajęciem trudnym, pełnym wyzwań, ale przynoszącym jednocześnie mnóstwo satysfakcji i nadającym życiu głęboki sens. Kolejne historie pacjentów i klientów mogą być źródłem pozytywnych doświadczeń – zwłaszcza wtedy, gdy udzielana pomoc realnie zmienia czyjąś rzeczywistość, pozwala zacząć nowy etap, odbudować poczucie sprawczości i wyzwolić się z przemocowych relacji. Z drugiej strony, codzienne obcowanie z ludzkim cierpieniem stanowi ogromne obciążenie emocjonalne dla osoby niosącej pomoc. Dlatego tak ważne jest, aby specjalista udzielający wsparcia potrafił dobrze rozumieć siebie, swoje potrzeby i znać własne granice – w tym granice swojej emocjonalnej pojemności na cu-

dzą krzywdę. Dbanie o siebie nie jest luksusem ani przejawem egoizmu; jest podstawowym obowiązkiem etycznym i warsztatowym, niezbędnym do tego, by móc pomagać innym w sposób bezpieczny i skuteczny przez długie lata. Coś, co najczęściej stoi na drodze do dbania o własny dobrostan, to wewnętrzne drogowskazy – czyli głęboko zakorzenione przekonania, które każdy z nas nosi w swoim umyśle.

Wewnętrzny system przekonań ma za zadanie ułatwiać nam codzienne funkcjonowanie i upraszczać skomplikowane meandry rzeczywistości. Przekonania są zatem niezbędne, żebyśmy mogli sprawnie radzić sobie w świecie społecznym. Są naszymi wewnętrznymi „prawdami” – utrwalonymi sądami na temat nas samych, innych ludzi oraz otaczającego świata. Tworzą się od wczesnego dzieciństwa, pod wpływem doświadczeń relacyjnych z opiekunami i środowiskiem, a następnie towarzyszą nam przez całe życie: część z nich się wzmacnia, część nie zostaje potwierdzona i ginie w głębi umysłu, a część zmienia się pod wpływem nowych, zaskakujących nieraz przeżyć. Dlatego niektóre z przekonań są elastyczne, mocno osadzone w faktach i rzeczywistości, przez co pomagają uporządkować wewnętrzny świat i adekwatnie reagować na wyzwania na zewnątrz. Każdy z nas ma jednak również przekonania nadmiarowe lub zniekształcone, które fałszują obraz siebie i otoczenia. Kiedy te negatywne przekonania są głównymi drogowskazami w życiu zawodowym, mogą prowadzić do poważnych problemów ze zdrowiem psychicznym i fizycznym: od przewlekłego stresu, wyczerpania, wypalenia zawodowego, przez izolację społeczną i kryzysy w relacjach prywatnych, aż po zaburzenia nastroju oraz stany lękowe.

PRZEKONANIA Z KRĘGU SAMOPOŚWIĘCENIA

Wybranie zawodu pomocowego może wiązać się z silną potrzebą dbania o innych. Czasem postawa ta wyrasta z wyniesionych z domu rodzinnego przekazów mówiących, że samopoświęcenie, stawianie potrzeb innych ponad własne oraz ciche znoszenie trudu są jedynymi pożądanymi społecznie i moralnie wartościowymi postawami. Możliwym podłożem takiego sposobu funkcjonowania jest wczesna deprywacja potrzeb emocjonalnych. Mogła ona wynikać z konieczności wczesnego wejścia w rolę dorosłego – np. z powodu przewlekłej choroby rodzeństwa wymagającego stałej opieki, niewydolności wychowawczej rodziców, uzależnień w rodzinie czy trudnej sytuacji ekonomicznej. Dorastając w takim środowisku, młody człowiek uczy się, że jego własne emocje i potrzeby są nieważne lub stanowią dodatkowe obciążenie dla i tak przeciążonych opiekunów. W efekcie wykształca mechanizm, w którym poczucie własnej wartości buduje głównie poprzez bycie użytecznym, opiekuńczym i samowystarczalnym. W dorosłym życiu zawodowym może się to przekładać na duże zaangażowanie w pracę pomocową, zagłuszanie i odracanie zaspokajania własnych potrzeb oraz stawianie potrzeb innych osób ponad swoimi.

Pomaganie innym ludziom może być napędzane przez przekonania, które do pewnego momentu są adaptacyjne i dają możliwość prowadzenia satysfakcjonującego życia. Kiedy jednak stają się nadmiernie usztywnione i bezwzględne, zaczynają działać jak **destrukcyjna pułapka**. W umyśle „pomagacza” zaczynają dominować kategoryczne nakazy: „Muszę pomagać innym za wszelką cenę”, „Dobrzy ludzie nie odmawiają wsparcia”, „Jestem egoistą, jeśli wyznaczę gra-

nicę i powiem: „Nie”, „Inni potrzebują wsparcia bardziej niż ja, więc nie mam prawa narzekać”, „Moje potrzeby są wyolbrzymione i nieważne”, „Inni mają w życiu gorzej, więc moje zmęczenie jest fanaberią”. Gdy specjalista działa w oparciu o takie skrypty, każda próba odpoczynku, urlopu czy zmniejszenia ilości sesji wywołuje w nim dojmujące poczucie winy. Z czasem doprowadza to do sytuacji, w której pracownik służby zdrowia, psycholog czy pracownik socjalny staje się emocjonalnie i czasowo w pełni dostępny dla swoich pacjentów/klientów, jednocześnie stając się coraz mniej wrażliwym i otwartym na swoje potrzeby.

NADMIERNE STANDARDY I ILUZJA KONTROLI

Bywa, że od wczesnych lat słyszymy, że trzeba być świetnym we wszystkim, żeby cokolwiek znaczyć i poradzić sobie w życiu. W wielu domach dominuje przekaz, że nie można być przeciętnym, bo przeciętność oznacza porażkę. Wskazywano nam, że tylko najwyższe oceny w szkole, ciągłe wygrywanie i stałe przekraczanie własnych możliwości mogą zagwarantować dobrą, stabilną pracę oraz uznanie w oczach otoczenia. Jeśli taki komunikat stanowi stały element wychowania, staje się źródłem nierealistycznych, wręcz niemożliwych do spełnienia oczekiwań wobec samego siebie. Często wiąże się to z rozwinięciem **iluzji omnipotencji** – głębokiego, choć często nieświadomego przekonania: „Mam wpływ na wszystko i jeśli tylko odpowiednio mocno się postaram, rozwiążę każdy problem”.

Przy tak wyśrubowanych wymaganiach, przekonania dotyczące roli zawodowej mogą stać się wypalające. Szczególnie do-

tkliwie ujawnia się to w pracy z drugim człowiekiem, który znajduje się w trudnej sytuacji życiowej, doświadcza traumy lub potrzebuje ratunku. Przyjmowanie na siebie pełnej, jednoosobowej odpowiedzialności za efektywność procesu terapeutycznego czy socjalnego nieuchronnie prowadzi do frustracji i poczucia klęski. „Pomagacz” zapomina, że proces zmiany zależy przede wszystkim od zasobów, decyzji i gotowości samego klienta. Przekonanie o ciągłym byciu niewystarczająco dobrym specjalistą generuje ogromne napięcie. Takie **dążenie do perfekcjonizmu** w swojej roli kosztuje mnóstwo energii i zmusza do bezustannego odsuwania własnych potrzeb biologicznych i emocjonalnych na dalszy plan. Podobnie jak w przypadku przekonań związanych ze strategią samopoświęcenia, próba sprostania nierealistycznym standardom ostatecznie prowadzi do stanu fizycznego oraz psychicznego wyczerpania. Specjalist(k)a zaczyna pracować ponad siły, bierze nadgodziny, myśli o sprawach klientów po powrocie do domu i nie potrafi psychicznie odłączyć się od obowiązków.

Jeśli w mojej głowie stale rezonują myśli: „Muszę każdemu pomóc”, „Mogę odpocząć dopiero wtedy, gdy wykonam perfekcyjnie całą pracę”, „Ludzie muszą widzieć, że jestem zawsze idealnie przygotowany i nie popełniam błędów”, to wpadam w błędne koło. Zawsze znajdzie się bowiem kolejny pacjent w kryzysie, kolejna nieprzeczytana książka czy kolejna opinia do napisania. W efekcie moment na zasłużony odpoczynek nigdy nie nadchodzi, a chroniczny stres zaczyna negatywnie wpływać na zdrowie, np. pod postacią objawów psychosomatycznych, takich jak bezsenność, napięciowe bóle głowy czy nawracające infekcje.

PRZEKONANIE: „JESTEM GŁUPI(A) I NIEKOMPETENTNY(-A)”

Zapewne każdy z nas co jakiś czas czuje się niekompetentny. Bywa to naturalną reakcją na nowe wyzwania – są rzeczy, których po prostu jeszcze nie potrafimy. W zdrowym wydaniu chwilowe poczucie braku wiedzy staje się motywacją do rozwoju albo sygnałem, że wkraczamy na nieznany dotąd teren. Jeśli jednak myśl: „Jestem niekompetentny, głupi, niedostatecznie wykształcony” pojawia się stale i niezależnie od obiektywnych sukcesów oraz zdobytych dyplomów, mamy do czynienia z aktywnym, negatywnym przekonaniem, które głęboko zniekształca obraz własnej osoby.

Dla profesjonalisty zawodowo niosącego pomoc tego rodzaju przekonanie staje się źródłem ciągłego, paraliżującego niepokoju o dobrostan pacjentów. Wspieranie ludzi w kryzysie, towarzyszenie im w przeżywaniu żałoby czy nauka nowych strategii radzenia sobie wymaga szerokiego wachlarza złożonych kompetencji. Co zatem dzieje się, gdy specjalista pod spodem nieustannie czuje się głupi i nieadekwatny? Jednym ze sposobów na poradzenie sobie z tymi odczuciami jest nadrabianie braków, które u siebie dostrzega. Zaczyna wierzyć, że musi ukończyć jeszcze jeden kurs, zapisać się na kolejne drogie szkolenie, przeczytać kilkanaście nowych książek i opanować jeszcze jedną metodę pracy. Paradoksalnie to nieustanne dokształcanie się i ciągłe poszukiwanie nowych umiejętności wcale nie przynosi ulgi. Zamiast budować poczucie pewności, napędza jedynie błędne koło niepewności – im więcej specjalista wie, tym wyraźniej widzi ogrom wiedzy, której jeszcze nie zgłębił, co interpretuje jako potwierdzenie własnych deficytów.

W literaturze psychologicznej zjawisko to jest powiązane z tzw. **syndromem oszusta** (*impostor syndrome*). Oznacza ono utrwalone przekonanie, że wszelkie sukcesy zawodowe są wyłącznie dziełem przypadku, szczęśliwego zbiegu okoliczności lub umiejętnego stwarzania pozorów, a nie wynikiem własnych talentów i ciężkiej pracy. Osoba doświadczająca tego syndromu żyje w ciągłym lęku przed zde-maskowaniem. Czeką na moment, w którym otoczenie „wreszcie odkryje”, że ona tak naprawdę niczego nie potrafi. Czuje się jak aktor, który jedynie odgrywa rolę mądrego i doświadczonego eksperta.

Przekonania o swojej głupocie i braku kompetencji zniekształcają ocenę własnych możliwości. Nie pozwalają cieszyć się z osiągnięć ani przyjmować pozytywnych informacji zwrotnych od osób w swoim otoczeniu. Prowadzą także do nadmiernej wrażliwości na krytykę lub drobne niepowodzenia. W zawodach pomocowych jest to wyjątkowo niebezpieczne – może stać się przyczyną głębokiego obwiniania się za brak postępów u klienta, ale też stałej czujności na własne błędy – te realnie popełniane i te wyobrażone. Kiedy te przekonania są aktywne, umysł działa jak filtr selektywny: ignoruje mocne strony, sukcesy i podziękowania od pacjentów/klientów, a wyłapuje i wyolbrzymia najmniejsze drobiazgi wskazujące na to, że coś poszło nie tak.

„HIPEREMPATIA” – WSZYSCY CIERPIĄ, A JA NIE MAM PRAWA DOKŁADAĆ IM CIĘŻARU

Czasami motywacją do wyboru zawodu pomocowego jest **silna zdolność do współodczuwania**. Zdolność do empatii stanowi jeden z fun-

damentów relacji międzyludzkich – pozwala dostrzec emocje drugiego człowieka, zrozumieć ich źródło i adekwatnie zareagować. Jednak, gdy współodczuwanie staje się nadmierne i pozbawione chroniących granic, może prowadzić do zaniedbywania samego siebie. Praca z osobami z przeżytymi traumami, doświadczającymi przemocy czy wykluczenia oznacza nieustanny kontakt z ludzkim cierpieniem. Mając w sobie przekonanie, że druga osoba przeżywa ból, który jest dla niej niszczący, „pomagacz” może próbować za wszelką cenę zdjąć ten ciężar z barków pacjentów/klientów, żeby ulżyć im w cierpieniu.

Taka postawa może wiązać się z przekonaniami o delikatności i kruchości innych ludzi, ich bezsilności i bezradności oraz braku jakichkolwiek wewnętrznych zasobów do radzenia sobie z trudnościami. W umyśle „pomagacza” rodzą się przekonania: „Cierpienie jest dla klienta nie do zniesienia, muszę go przed nim uchronić”, „Ludzie są zbyt słabi, by poradzić sobie z trudnymi emocjami”, „Silne uczucia niszczą człowieka”, „Nie mam prawa stawiać granic, bo to kogoś zrani”, „Inni nie poradzą sobie bez mojej stałej obecności”.

Poczucie obowiązku i wina, które w takich warunkach narastają, stają się dla specjalisty emocjonalną pułapką. „Pomagacz” zaczyna wierzyć, że ujawnienie własnego zmęczenia, gorszego dnia czy odmowa przyjęcia dodatkowej osoby w kryzysie byłaby niszcząca dla innych – współpracowników, bliskich i samych potrzebujących pomocy. W konsekwencji tłumi własne emocje, nie daje sobie prawa do słabości, złości czy smutku, uznając, że „skoro inni cierpią bardziej, ja muszę dawać radę”. Taki stan może prowadzić do zaniedbywania

swoich podstawowych potrzeb i życia w silnym stresie, którego objawy mogą stopniowo narastać i wyniszczać zdrowie osoby udzielającej pomocy.

JAK SKUTECZNIE ZADBAĆ O SIEBIE?

Stykając się na co dzień z ogromem ludzkiej krzywdy, bardzo łatwo zapomnieć o własnych potrzebach. Opisane wyżej przekonania skutecznie odciągają nas od dbania o siebie i ładowania akumulatorów. Warto jednak pamiętać o prostej zasadzie: tylko z pełnego naczynia można nalać innym. Od kondycji psychofizycznej „pomagacza” bezpośrednio zależy jakość, ciągłość i bezpieczeństwo udzielanego wsparcia. Zauważenie momentu, w którym wewnętrzne drogowskazy zaczynają prowadzić w stronę wypalenia, jest pierwszym i najważniejszym krokiem do zmiany.

Pracę nad własnymi przekonaniami warto zacząć od **świadomej autorefleksji**. Regularna obserwacja własnych myśli, sygnałów z ciała oraz emocji pojawiających się w pracy z pacjentami/klientami może pomóc zidentyfikować, co „mówią” nasze głęboko skryte przekonania. Uważność na własny umysł staje się początkiem uczenia się rozpoznawania i zaspokajania własnych potrzeb. Jeśli zauważasz u siebie powtarzające się schematy – np. wtedy, gdy musisz odmówić przyjęcia nowego pacjenta ze względu na przeładowany grafik, a w ślad za tym pojawia się paraliżujące poczucie winy i myśl, że postępujesz egoistycznie – jest to jasny sygnał, że uruchomiło się negatywne przekonanie. Nazwanie tej myśli i przyjrzenie się sytuacji z boku może pomóc zareagować w troszczący się o siebie sposób.

Pomocą przy identyfikowaniu i modyfikowaniu sztywnych schematów mogą być **rozmowy z zaufanymi ludźmi** – partnerami, przyjaciółmi czy współpracownikami. Każdy z nas mierzy się z trudnymi myślami na swój temat. Wymiana doświadczeń w bezpiecznym środowisku pozwala zderzyć własne wyobrażenia z zewnętrzną perspektywą. Często okazuje się, że inni widzą nas zupełnie inaczej niż my sami – dostrzegają nasze kompetencje, ograniczenia i ludzkie prawo do odpoczynku tam, gdzie my widzimy jedynie własne „defekty”.

Wspierającym ćwiczeniem jest testowanie rzeczywistości za pomocą tzw. **eksperymentów behawioralnych**. Polegają one na celowym podejmowaniu działań niezgodnych z dyktatem negatywnego przekonania i sprawdzaniu, co naprawdę się wydarzy. Przykładowo może to być wyłączenie służbowego telefonu po godzinach pracy i powstrzymanie się od sprawdzania poczty e-mail wieczorem. Innym przykładem może być wyjście do kina lub na spacer, zamiast oglądania w czasie wolnym kolejnego branżowego webinaru. Zobacz, czy świat naprawdę się zawali, jeśli przez kilka godzin będziesz niedostępny/a – najczęściej okazuje się, że rzeczywistość jest znacznie bardziej wyrozumiała niż nasze wewnętrzne przekonania.

Bardzo ważną formą dbania o siebie w pracy każdego profesjonalisty z obszaru pomocowego jest również **regularna superwizja**. To bezpieczna przestrzeń, w której można przyjrzeć się relacjom z pacjentami/klientami, poszukać wspólnie rozwiązania dla problemów oraz sprawdzić, w których miejscach nasze własne przekonania zaczynają się aktywować i utrudniać pracę. Superwizja pomaga stawiać zdrowe granice i chroni przed samotnością w zawodzie.

Jeśli natomiast czujesz, że negatywne przekonania oraz strategie radzenia sobie są dla Ciebie obciążające albo stały się nieskuteczne w ostatnim czasie, do tego w swoim życiu codziennym doświadczasz objawów wyczerpania, nasilonego stresu czy obniżenia nastroju – nie wahaj się sięgnąć po profesjonalną pomoc. Psycholodzy, psychoterapeuci, medycy i pracownicy socjalni, tak samo jak wszyscy inni ludzie, doświadczają kryzysów i sami też mogą sięgać po profesjonalne wsparcie. Dbanie o innych bez zatroszczenia się o siebie jest formą eksploatacji zasobów, która prędzej czy później kończy się kryzysem. Zadbanie o własne emocje, poznanie swoich granic i nauka ich obrony to najlepsze, co możesz zrobić – zarówno dla siebie, jak i dla swoich pacjentów. ■

**ARLETA BALCEREK**

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

TRÓJKĄT DRAMATYCZNY w relacji pomocowej



Zdarza się, że kontakt z osobą doświadczającą przemocy jest zaproszeniem do Trójkąta Dramatycznego i przybierania określonych ról. Świadomość takiego zaproszenia może być czynnikiem chroniącym przed wypaleniem zawodowym i wyznacznikiem skutecznego wspierania klienta/klientki w sytuacji przemocy domowej.

JUSTYNA RZYTKE-SROKA

ISTOTA TRÓJKĄTA DRAMATYCZNEGO

Koncepcja Trójkąta Dramatycznego, opracowana przez Stephana Karpmana (1968), to teoria, opisująca wchodzenie w określone role w relacjach międzyludzkich, który uaktywnia się na poziomie nieświadomym. Wchodzenie w role powoduje utrwalanie nieprzystosowanych schematów, niesie wiele bólu i cierpienia, a także utrudnia rozwój każdej z zaangażowanych osób. Pozostawia w przekonaniu o tym, że niemożliwe jest zaspokojenie głębokich potrzeb.

Trójkąt Dramatyczny rozgrywa się w relacjach, ale także może być grą wewnętrzną. Aby zaistniał, konieczne są niezaspokojone potrzeby oraz brak ich świadomości i strategii ich zaspokajania, przy jednoczesnej ubogiej komunikacji i niskiej samoświadomości.

Główne role to: **Kat/Oprawca, Ratownik/Wybawiciel** oraz **Ofiara**. Ważne jest, aby je zauważać w sobie i kliencie/klientce oraz mieć świadomość, że możliwe jest wyjście z każdej z nich, a w dalszej kolejności – wypracowanie własnych strategii na przechodzenie do Trójkąta Zwycięzcy. To teoria, która została opisana w 1990 roku przez Acey Choy w ramach analizy transakcyjnej. Pokazuje możliwości rozwojowej zmiany Prześladowcy w Asertywnego, Ratownika w Opiekuna i Ofiary we Wrażliwego.

Zasadnicza zmiana w obrębie transformowanych ról polega na rozwijaniu ważnych aspektów w nich samych. Jak zatem taki proces może wyglądać? Ofiara uznaje swoją wrażliwość, nie poddaje się bezradności, ale w sposób aktywny prosi o zaspokajanie swoich potrzeb. Wówczas zmienia się we Wrażliwą.

Ratownik wspiera innych w rozwoju sprawczości, słucha ich potrzeb, uznając jednocześnie zdolność do samodzielnego myślenia i rozwiązywania problemów – wtedy zmienia się w Opiekuna.

Prześladowca staje się Asertywnym, gdy w sposób niekrzywdzący innych wyraża swoje potrzeby i dąży do ich zaspokojenia.

ZAPROSZENIE DO WEJŚCIA W ROLĘ W RELACJI POMOCOWEJ

Relacja pomagającego – w każdej bez wyjątku ról zawodowych – z osobą, która doświadcza przemocy domowej (a także klientami z innymi kryzysami psychicznymi), jest narażona na zaproszenie do wejścia w jedną z ról Trójkąta Dramatycznego. Wynika to ze skutków doświadczania przemocy obecnych w konstrukcji psychicznej klienta/

klientki – małej świadomości siebie, własnych potrzeb i emocji, braku umiejętności komunikacyjnych, wywodzących się z permanentnego poczucia zagrożenia.

Czynnikami, które sprzyjają możliwości odgrywania wspomnianych ról po stronie osoby pomagającej są podobne elementy – mała świadomość dynamiki relacji, własnych potrzeb, zaspokajanych poprzez pracę, a także brak zauważenia i rozróżnienia, kiedy działania mieszczą się jeszcze w roli pomagającego, a kiedy są już nadmiarowe. Ów nadmiar jest czułym wskaźnikiem, że praca z osobą opiera się na dynamice Trójkąta Dramatycznego. W szczególności mam na myśli przyjmowaną rolę Ratownika, która w wielu działaniach wobec klienta może zewnętrznie przypominać rolę Opiekuna. Wiedza o tym, jak siebie i klienta uchronić od osadzenia się w nich i w jaki sposób kierować relacją, by role z Trójkąta Dramatycznego (jeśli już w nie wejdziemy) ewoluowały w pożądanym kierunku, pozwoli nam jednocześnie zadbać o profesjonalizm niesionej pomocy oraz ochronić się przed wypaleniem zawodowym.

OSOBA POSZUKUJĄCA WSPARCIA W ROLI OFIARY

Wiele jest konfiguracji wspomnianych ról, w zależności od tego, do czego osoba pomagająca ma predyspozycje oraz z jaką postawą przychodzi osoba szukająca wsparcia. Przyjrzyjmy się zatem najczęściej występującej konfiguracji: klient/klientka w roli Ofiary prezentuje bezradność, bezsilność, brak umiejętności dbania o swoje granice i potrzeby. Charakterystyczne są trudności komunikacyjne na bazie lęku przed reakcją. Ukazując ogrom cierpienia, którego

doświadcza, nie widzi swoich zasobów i nie potrafi wprost poprosić o pomoc albo nie umie lub nie chce z niej korzystać. Jednocześnie – pośrednio – czerpie wsparcie od innych ludzi w postaci współczucia, opieki, zainteresowania, moralnego uzasadnienia dla swoich roszczeń. Takie profity mają działanie uzależniające, gdyż nie motywują do zmiany sytuacji. Raczej pokazują, że pozostawanie w niej wiąże się ze stałym dostępem do bliskości, zainteresowania i opieki – czyli zaspokojenia tych potrzeb, które w tej roli są kluczowe.

Osoba w roli Ofiary daje sobie czasem moralne prawo, by zachowywać się agresywnie wobec innych – przeskakuje wtedy do roli Prześladowcy. Nie bierze wówczas odpowiedzialności za te zachowania, dając sobie do nich prawo na bazie własnego skrzywdzenia. W tym momencie nie zdaje sobie sprawy z posiadanych zasobów i nie ma świadomości własnej siły. Zamiast asertywnie wyrazić potrzeby i być gotowym na odmowę, z powodu doświadczanej krzywdy pozwala sobie wręcz na żądanie spełnienia własnych życzeń. Osiąga to krzykiem, obrażaniem innych, agresją (najczęściej słowną). Jeżeli dokładniej przyjrzymy się i przeanalizujemy, co jest przyczyną tych zachowań, to możemy zobaczyć niezaspokojone potrzeby bezpieczeństwa, akceptacji i wsparcia. Osoba w roli Ofiary ma dostęp jedynie do tego, by zaspokajać je nie wprost albo wymagać, by świat robił to za nią – uzasadniając to żądanie swoim cierpieniem. Jest wówczas między dwoma biegunami: uległością i agresją. Takie zachowanie, wynikające z doświadczeń przemocy, jest naturalnym zaproszeniem dla pomagających w każdej roli zawodowej do dopełnienia go w Trójkącie Karpmana przez zachowania pochodzące z roli Ratownika.

OSOBA POMAGAJĄCA W ROLI RATOWNIKA

Rola Ofiary naturalnie skłania do przyjmowania punktu widzenia innych osób, a pomagający ma u niej duże poważanie i szacunek, dlatego tym bardziej może przyznawać mu rację, a pomniejszać siebie. Poczucie niskiej wartości osoby w roli Ofiary, mała śmiałość lub brak umiejętności jasnej komunikacji oraz często nikłe rozpoznawanie i wyrażanie emocji utrudniają jej rozwój i przejście do pozycji Wrażliwego. Jeśli profesjonalista w porę zauważy, w którą stronę zmierza jego zachowanie w relacji z klientem/klientką, może je zahamować. Kluczem jest samoświadomość oraz praca nad zmianą własnych zachowań w relacji pomocowej. Poczucie, że im bardziej narzucam, wymagam i wiem lepiej, bez poszanowania osoby, z którą pracuję, tym głębiej osadzi ją w roli Ofiary, powinno być skutecznym hamulcem. Nie jest przecież celem profesjonalisty utknięcie wraz z klientem w konfiguracji Ofiara – Wybawca, a raczej przejście wraz z nim do układu Wrażliwy – Opiekun.

Odpowiednie wspólne działania mają przetransformować Ofiarę we Wrażliwego. To taka pozycja, gdy osoba, mając kontakt z własnymi emocjami i potrzebami (zatem uznając swój lęk i bezradność), będzie potrafiła podjąć konstruktywne działania oraz pozyskiwać sojuszników, wykorzystując do tego umiejętność wyrażania próśb i poszukiwania pomocy. Takie funkcjonowanie przez swoją stopniową skuteczność wzmocni sprawczość oraz podejmowanie odpowiedzialności za własne decyzje.

Gdy osoba pomagająca wchodzi w rolę Ratownika, podejmuje działania, które będą polegały na przejmowaniu odpowiedzialno-

ści za klienta/klientkę i otaczaniu opieką poprzez wyręczanie. Wejście w tę rolę można też poznać po nadmiarowym zaangażowaniu emocjonalnym w sytuację konkretnego klienta/klientki czy rodziny. Osoba pomagająca myśli o danym kliencie/klientce poza godzinami pracy, sprawdza, jak sobie radzi, czy aby czegoś nie potrzebuje itp. Staje się nadmiernie chroniąca – przejmuje odpowiedzialność za podjęte decyzje, nie pozwalając danej osobie samodzielnie wybierać i ponosić konsekwencji tych wyborów. Ponadto naciska na podjęcie działań, nie dając przestrzeni na własne tempo i nabieranie gotowości na określone decyzje, zamiast wspierać i prowadzić – wymusza. Już nie towarzyszy i zachęca, a „ratuje” z pozycji kontroli oraz dominacji nad Ofiarą. Przecież tylko Ratownik wie, co jest dobre, właściwe i pomocne dla klienta/klientki, nawet lepiej często niż on sam/sama... Ma małą tolerancję na bezradność i bezsilność, brak nadziei. Nie potrafi ich pomieścić, skontenerować w sobie, stąd kompulsywna potrzeba, by „ratować” aż do przekroczenia własnych granic.

Skąd taka postawa? Ponieważ łatwiej jest działać niż czuć, zwłaszcza bezradność. Te, czasem nawet przymusowe dla Ratownika, zachowania wynikają z chęci odwrócenia uwagi od siebie, własnej niezaspokojonej potrzeby ważności i uznania. Osoba w roli Ratownika karmi się potencjałem swoich zadań i moralną ich ważnością.

Niestety, Ratownik może się tak zatracić we własnych czynach i na tyle głęboko wejść w swoją rolę, że nie widzi realnej osoby w tym, kogo „ratuje”. Osoba ratowana – z jej trudnościami, brakiem gotowości, wątpliwościami, małymi zasobami i siłami, z właściwym sobie

tempem zmian – zostaje przestłonięta całkowicie przez rolę Ofiary, w której się znalazła.

Warto więc silnie podkreślić, że **każda z tych ról jest tylko konstelacją zachowań, postaw i emocji, a każda z osób, która wchodzi w rolę, może także z niej wyjść, zostawić, pożegnać**. Warto pamiętać, że osoba jest kimś więcej niż chwilową rolą, którą nie sie i odgrywa.

Podłożem potrzeby wybawiania u Ratownika jest przekonanie – często nieświadome: „Jestem wartościowy, ważny tylko wtedy, gdy ratuję i pomagam innym”. Ratownik wkłada dużo własnej energii w polepszenie sytuacji klienta/klientki, jednak to prowadzi do wyczerpania i frustracji. Pojawiają się myśli o braku wdzięczności, poczucie bycia niedocenionym i rośnie frustracja, z czasem złość. Taka osoba może wtedy, gdy tego przejścia w sobie nie zauważy i nie nazwie, wejść w rolę Prześladowcy. Wtedy będzie odgrywać się na swoim kliencie/tce – początkowo przez wyrażanie niezadowolenia z działań i decyzji klienta/ki, później także ocenianie, brak panowania nad własną irytacją i złością w czasie rozmowy, w tonie głosu, sposobie traktowania i emocjonalnym chłodzie. Udzielane i wycofywane emocjonalne poparcie jest sposobem na to, by wspierać aprobowane zachowania Ofiary. Gdy pomagający zaczyna naciskać na realizację swoich wizji działań, we własnym, a nie klienta/klientki tempie, nie uznawać jego/jej podmiotowości w wychodzeniu z trudnej sytuacji, czasem wręcz krzyczeć, oskarżać, obrażać się i manipulować – znajduje się już w roli Prześladowcy. Takie zachowanie jeszcze bardziej osadza klienta/klientkę w roli Ofiary. Daje jasno do zrozumienia – to nie on/ona z jego/jej uczuciami, potrzebami się liczy. Ktoś inny wie lepiej, co jest dla niego/niej ważne i potrzebne.

PRZEJŚCIE Z ROLI OFIARY DO WRAŻLIWEGO

Kto i jak jest w stanie wyprowadzić osobę z roli Ofiary do roli Wrażliwego? Tylko ktoś, kto słucha, empatycznie reaguje na drugą osobę, okazując szacunek dla niej i jej decyzji. Uznaje zdolność do samodzielnego myślenia, wierzy w umiejętności rozwiązywania problemów i identyfikacji zasobów oraz ich rozwijania. Zauważenie własnego balansowania między „wierzę w ciebie”, „potrafisz i masz zasoby do tego” a „daj, zrobię to za ciebie, nie umiesz i się tego nie nauczysz”, a także subtelniejszych odcieni tych dwóch postaw, np.: „jestem spokojna o tę osobę” oraz „ona taka biedna, co mogę jeszcze dla niej zrobić?” pokazuje, że przechodzenie z roli Opiekuna do Ratownika może w toku relacji z klientem/ką następować wielokrotnie. Ważne, by było obejmowane świadomością, uważnością i wrażliwością, która wspomagana rozumieniem dynamiki wzajemnych zależności tych ról pozwoli obu stronom (pomagającemu i osobie potrzebującej wsparcia) wzrastać i wzmacniać się.

PRZEJŚCIE OD RATOWNIKA DO OPIEKUNA

W trakcie opisywanego procesu następuje przejście od Ratownika do Opiekuna przez życzliwe towarzyszenie i oddawanie odpowiedzialności człowiekowi za jego życie i decyzje, przy jednoczesnym wsparciu emocjonalnym i wsłuchaniu się w jego potrzeby. Zatem transformacja ról, w której znalazł/a się klient/klientka, zależy od umiejętnego postępowania osoby pomagającej i jej wewnętrznego osadzenia się w roli Opiekuna. Dobrą informacją jest także to, że na-

wet chwilowe zachowania wynikające z roli Ratownika nie przekreślą pozytywnych efektów pracy. Jednak wymaga to samoświadomości, którą można budować przez pytania kierowane do siebie, np.: „Czy moje zaangażowanie nie jest nadmierne?”, „Czy nie przejmuję odpowiedzialności za klienta?”, „Skąd bierze się moja frustracja w kontakcie z tą osobą?”.

Poza namysłem indywidualnym, w różnych zawodach pomocowych proponowane są grupowe formy wsparcia profesjonalistów. Dla specjalistów pracujących w zespołach interdyscyplinarnych i grupach diagnostyczno-pomocowych w ramach procedury „Niebieskie Karty” coraz częściej dostępne jest takie narzędzie rozwoju jak superwizja. Podczas superwizji można przeanalizować dynamikę własnej relacji z osobą potrzebującą wsparcia. W trakcie spotkania cały zespół, nie tylko osoba zgłaszająca trudność, wnosząca swoje wątpliwości, może otrzymać wskazówki, na co należy zwrócić uwagę. Zarówno we własnej postawie wobec tego klienta/tej klientki, ale także w sposobie komunikacji. Dzięki grupowemu omówieniu takiej sytuacji wszyscy pogłębiają świadomość, dlaczego praca z konkretną osobą niesie duże obciążenie emocjonalne.

TRUDNE KONSTELACJE – PRZEŚLADOWCA I OFIARA

Warto zaznaczyć, że tych konfiguracji ról między pomagającym a klientem może być więcej i niektóre będą generować także więcej trudności w całym procesie pomagania niż omawiane powyżej. Mam na myśli sytuację, gdy klient/ka w roli Ofiary spotyka się

z pomagającym, który odpowiada z roli Prześladowcy. Warto omówić także odwrotny układ, gdy klient/ka w roli Prześladowcy spotyka pomagającego, który, nie zachowując świadomości, wchodzi w rolę Ofiary.

Pierwsza wspomniana konstelacja ma miejsce, gdy osoba pomagająca daje upust swojej irytacji, czasem złości w reakcji na bagaż emocjonalny – bezsilność, bezradność, brak nadziei, nieumiejętność rozwiązywania problemów, które prezentuje osoba w roli Ofiary. Zadaniem profesjonalisty jest umieć zapanować nad naturalnymi emocjami, które w tej sytuacji mogą się pojawić. Wyrażenie złości czy irytacji nie służy kontaktowi z klientem/ką, nie buduje atmosfery wsparcia ani porozumienia. Niestety, nawet drobne niewerbalne sygnały czy ocena zachowania typu „głupio Pani robi” aż po obcesowe działania zmierzające do tego, by „klient nie wymagał mojego zaangażowania” jasno pokazują, że pomagający działa z roli Prześladowcy. Pomocne w takiej sytuacji jest zauważenie własnych emocji i tendencji do podejmowanych kolejnych kroków. Dobrze jest rozważyć, na ile mieszczą się one w roli zawodowej, z której wchodzę w relację z klientem oraz czy można je nazwać zachowaniami asertywnymi, czy pochodzą już raczej z grupy agresywnych. W tym miejscu szczególnie trudne może być wyrażanie wprost swoich oczekiwań wobec klienta/ki oraz jasna komunikacja wobec jego/jej potrzeb – tych wyrażonych nie wprost oraz odmawianie tym nie do przyjęcia. Przedstawiam tutaj zachowania, które mają w sobie załączki reagowania z roli Prześladowcy, gdyż są trudniej uchwytnie. Nie wspominam o oczywistym traktowaniu z góry i lekceważeniu klienta/ki.

Zatrzymajmy się także na chwilę na problematycznej sytuacji, gdy klient/ka w roli Prześladowcy przychodzi po pomoc i wsparcie. Mamy wówczas do czynienia z różnym natężeniem agresji (najczęściej słownej), kierowanej wprost, ale także biernej, która może się wyrażać w nastawieniu do osoby pomagającej. Można wówczas usłyszeć, że „nie takiej pomocy oczekuję”, „nie wiecie jak pomagać”, „napiszę na Panią/Was skargę do ministra”. Osoba oczekująca wsparcia przedstawia swoje żądania i nie znosi odmowy. Pokazuje przy tym, jak dużą siłą, energią, zasobami, a czasem umiejętnościami dysponuje. Jednak jej decyzją jest, aby je wykorzystać dla zaspokojenia swoich potrzeb w sposób naruszający granice pomagającego. Reakcje, które są wówczas najwłaściwsze, to stanowcze, asertywne pokazanie, na jakie zachowania w ramach kontaktu pomocowego jest zgoda, a na jakie nie ma. Warto także przekierować tę energię na inne sposoby zaspokajania potrzeb, z poszanowaniem granic obu stron, jednocześnie uznając prawo tej osoby do posiadania potrzeb, ich wyrażania oraz jednoczesnego braku umiejętności w tym zakresie. Tylko pomagający, który unika roli Ofiary, będzie w stanie życzliwie, akceptując stan psychiczny klienta/ki stosującego/jej zachowania z roli Prześladowcy, przeprowadzić jego/ją do roli Asertywnego.

Przedstawiona dynamika w relacji klient/ka – osoba pomagająca opiera się na teorii z obszaru analizy transakcyjnej i może być użyteczna do wzbogacania swojego warsztatu. Podsumowując, warto

jednak zauważyć, że tylko wiedza w połączeniu z dobrą kondycją psychiczną pomagającego będzie czynnikiem, który pozwoli zaobserwować, jaka gra relacyjna się odbywa. Umożliwi tym samym podejmowanie świadomych decyzji i dalszych kroków gwarantujących profesjonalizm w działaniu.

BIBLIOGRAFIA:

Choy, A. (1990). The Winner's Triangle. *Transactional Analysis Journal*, Vol 20(1), Jan 1990, 40-46.

Cierpiatkowska, L., Nowicka-Gawęcka, H. (2005). Wybrane zagadnienia z analizy transakcyjnej. *Gestalt*, 62(1), 5-29.

Karpman, S.B. (1968). Fairy tales and script drama analysis. *Transactional Analysis Bulletin*, 7(26), 39-43.

Karpman, S.B. (1971). Options. *Transactional Analysis Journal*, Vol 1(1), 79-87.

JUSTYNA RZYTAKI-SROKA

– psycholożka, psychoterapeutka, certyfikowana specjalistka oraz superwizorka w zakresie pomocy osobom doświadczającym przemocy domowej, koordynatorka porani online na platformie 116sos.pl, od wielu lat związana z Niebieską Linią IPZ, Warszawa.

Zemsta czy sprawiedliwość?

O odwecie w doświadczeniu
przemocy domowej



Zemsta bywa przedstawiana jako przeciwieństwo sprawiedliwości – impulsywna, destrukcyjna i napędzana gniewem. Psychologicznie sprawa jest jednak bardziej skomplikowana. Pragnienie odwetu może wyrastać z poczucia krzywdy, upokorzenia i utraty sprawczości, ale również z potrzeby odzyskania kontroli i przywrócenia naruszonego porządku.

PAULINA PAWLAK

W doświadczeniu przemocy domowej granica między zemstą, ochroną siebie i dochodzeniem sprawiedliwości staje się szczególnie istotna – zarówno dla osób pokrzywdzonych, jak i dla specjalistów, którzy próbują zrozumieć dynamikę przemocy.

„CHCĘ TYLKO, ŻEBY KIEDYŚ POCZUŁ/A TO, CO JA”

Takie zdanie może paść w gabinecie terapeutycznym z ust osoby, która przez długi czas doświadczała poniżania, kontroli, zastraszania czy przemocy domowej. Potrzeba zemsty może jednak pojawić się również wtedy, gdy człowiek czuje się skrzywdzony, choć nie oznacza to automatycznie, że rzeczywiście doświadczył przemocy czy celo-

wego działania na swoją szkodę. Poczucie krzywdy jest doświadczeniem subiektywnym – może wynikać zarówno z realnego naruszenia granic, jak i z odrzucenia, straty, rozczarowania czy interpretacji zachowania drugiej osoby.

Pragnienie zemsty może budzić niepokój również u osoby, która go doświadcza. „Czy skoro chcę, żeby cierpiał, staję się taki sam?”, „Czy to źle, że chcę, żeby poniosła konsekwencje?”. Tymczasem sama myśl o odwecie nie jest działaniem, podobnie jak złość nie jest przemocą. Co zatem próbujemy odzyskać, kiedy chcemy się zemścić?

CO KRYJE SIĘ POD PRAGNIENIEM ZEMSTY?

Zemsta jest odpowiedzią na spostrzeganą krzywdę. Pojawia się, gdy człowiek uznaje, że został niesprawiedliwie potraktowany, upokorzony albo pozbawiony czegoś ważnego. Jest blisko związana ze złością, ale nie jest z nią tożsama. Złość informuje nas: „Stało się coś, co nie powinno było się wydarzyć”. Zemsta dodaje: „Osoba odpowiedzialna również powinna tego doświadczyć”.

Nie zawsze chodzi jednak o zadanie cierpienia. Pod potrzebą odwetu może kryć się pragnienie odzyskania kontroli, godności, uznania krzywdy, przywrócenia sprawiedliwości czy doprowadzenia do tego, by sprawca poniósł konsekwencje. „Chcę się zemścić” może więc oznaczać zarówno: „Chcę, żeby cierpiał”, jak również: „Chcę, żeby ktoś wreszcie mi uwierzył” albo: „Nie chcę już czuć się bezsilny”. W kontekście przemocy domowej to rozróżnienie ma szczególne znaczenie.

NIE WSZYSCY MŚCIMY SIĘ TAK SAMO

Ludzie różnią się skłonnością do podtrzymywania myśli o odwecie. Psychologowie opisują nawet dyspozycyjną mściwość – względnie trwałą tendencję do odpowiadania na krzywdę potrzebą zemsty. Badania wiążą większą mściwość między innymi z niższą ugodowością i wyższą neurotycznością. Nie istnieje jednak jeden „typ osobowości mściciela”. Znaczenie mają zarówno cechy człowieka, jak i jego charakter oraz rodzaj doznanej krzywdy. Jednym z czynników związanych z reakcjami odwetowymi może być wrażliwość na odrzucenie – tendencja do oczekiwania odrzucenia, łatwego dostrzegania jego sygnałów i silnego reagowania na nie. Człowiek może autentycznie czuć się zdradzony czy poniżony, mimo że druga osoba nie miała intencji wyrządzenia mu krzywdy albo jej zachowanie można interpretować na kilka sposobów. Emocja jest realna, choć interpretacja sytuacji nie musi być jedyną możliwą. Rozstanie, odmowa kontaktu czy postawienie granicy mogą wówczas zostać przeżyte nie tylko jako strata, lecz także jako upokorzenie: „Nie wolno ci było mi tego zrobić”.

Duże znaczenie mają także ruminacje – powracające analizowanie krzywdy, rozmów i zachowania drugiej osoby. Mogą one podtrzymywać gniew, a wraz z nim potrzebę odwetu. Powstaje błędne koło: myślę o krzywdzie, więc ponownie przeżywam złość; złość zwiększa pragnienie zemsty, a fantazjowanie o zemście ponownie kieruje uwagę na krzywdę.

Od fantazji do działania pozostaje jednak ważny krok. Samokontrola pozwala wprowadzić między impuls a zachowanie czas, a wraz

z nim pytanie nie tylko: „Co chcę teraz zrobić?”, ale również: „Co stanie się później?”. Dlatego w gabinecie sama treść fantazji o zemście nie wystarcza do oceny ryzyka. Znaczenie mają intencja, konkretny plan, dostępność środków, wcześniejsze zachowania agresywne i zdolność powstrzymania impulsu do działania. Można czuć gniew, fantazjować o odwecie i jednocześnie zdecydować, że nie chce się odpowiadać krzywdą na krzywdę.

CZY ZEMSTA DAJE ULGĘ?

Intuicja podpowiada, że wyrównanie rachunków powinno przynieść ulgę i pozwolić zamknąć sprawę. Badania pokazują jednak ciekawy paradoks.

W eksperymentach Kevina Carlsmitha, Timothy’ego Wilsona i Daniela Gilberta uczestnicy przewidywali, że ukaranie osoby, która zachowała się wobec nich nieuczciwie, poprawi ich samopoczucie. Stało się odwrotnie – osoby, które mogły dokonać odwetu, czuły się później gorzej niż te, które tej możliwości nie otrzymały. Jednym z wyjaśnień było dalsze ruminowanie: zemsta miała zamknąć sprawę, a nadal kierowała uwagę na sprawcę.

Nie oznacza to, że odwet nie może dawać satysfakcji. Badania laboratoryjne wskazują jednak, że może on chwilowo zwiększać pozytywny afekt i poprawiać nastrój. Zemsta może więc przynosić krótkotrwałą satysfakcję, a jednocześnie nie prowadzi do oczekiwanego długoterminowego ukojenia.

„Przez chwilę poczułem/-am się lepiej” nie musi znaczyć: „Poradziłem/-am sobie z krzywdą”.

KIEDY KTOŚ PRZEZ DŁUGI CZAS NIE MA WPŁYWU

W przemocy domowej potrzeba odwetu zyskuje dodatkowe znaczenie. Przemoc może tworzyć system relacji, w którym jedna osoba ogranicza autonomię drugiej – kontroluje jej zachowanie, pieniądze, kontakty, decyzje czy możliwość wyrażania własnego zdania. Jednym z najbardziej dotkliwych doświadczeń staje się wówczas utrata sprawczości.

Fantazja o zemście może symbolicznie odwracać ten układ: „Tym razem to ja mam wpływ”. Nie oznacza to, że odwet jest właściwym sposobem odzyskiwania kontroli. Warto jednak rozumieć jego funkcję. Fantazja nie jest czynem, a pragnienie zemsty może być próbą poradzenia sobie z doświadczeniem bezsilności.

Istotne może być również upokorzenie. Nie oznacza ono tylko bólu, ale poczucie naruszenia własnej godności i pozycji. Wtedy zemsta może symbolicznie odwracać role: „Już nie ja jestem osobą bezsilną”. Dlatego w gabinecie pytanie: „Dlaczego chcesz się zemścić?” bywa mniej użyteczne niż: „Co zemsta miałaby ci oddać?”. Godność? Kontrolę? Bezpieczeństwo? Uznanie krzywdy?

„TO NIE POWINNO BYŁO SIĘ WYDARZYĆ”

Zemsta wiąże się także z potrzebą sprawiedliwości. W psychologii społecznej od dawna badane jest przekonanie o sprawiedliwym świecie (*belief in a just world*) – skłonność do wiary, że ludzie zasadniczo otrzymują to, na co zasłużyli, a działania prowadzą do odpowiadają-

jących im konsekwencji. Taka wiara czyni świat bardziej przewidywalnym.

Przemoc brutalnie ją narusza. Osoba pokrzywdzona ponosi konsekwencje, których nie powinna ponosić, podczas gdy sprawca nie zawsze odpowiada za swoje działania. Zemsta może wtedy jawić się jako sposób samodzielnego przywrócenia równowagi: skoro świat nie wymierzył sprawiedliwości, zrobię to sam.

Paradoksalnie ten sam mechanizm może sprzyjać obwinianiu osoby pokrzywdzonej. Konfrontacja z niewinnym cierpieniem zagraża naszej wizji sprawiedliwego świata, dlatego łatwiej czasem zapytać: „Dlaczego wcześniej nie odeszła?”, „Dlaczego wracała?”, „Może też coś robiła?” niż zaakceptować, że poważna krzywda może spotkać człowieka, który na nią nie zasłużył.

ZEMSTA CZY SPRAWIEDLIWOŚĆ?

„Chcę, żeby odpowiedział/a za to, co zrobił/a”.

„Chcę, żeby cierpiał/a tak samo, jak ja”.

W pierwszym zdaniu centralne są odpowiedzialność i konsekwencje, w drugim – cierpienie drugiej osoby. W praktyce motywacje mogą się mieszać. Osoba pokrzywdzona może domagać się sprawiedliwości i jednocześnie odczuwać satysfakcję, gdy sprawca ponosi konsekwencje.

Dlatego ważniejsze od moralnej oceny emocji jest pytanie o funkcję działania. Czy służy ochronie i zatrzymaniu przemocy domowej? Czy jest dochodzeniem praw? Czy jego podstawowym celem staje się zadanie cierpienia lub odzyskanie kontroli nad drugim człowiekiem?

Ma to szczególne znaczenie, ponieważ działania ochronne mogą zostać przedstawione przez osobę stosującą przemoc jako zemsta: „Chce mnie zniszczyć”, „Donosi na mnie”, „Robi to, żeby mnie ukarać”.

Tymczasem zawiadomienie policji, wystąpienie o alimenty, zabezpieczenie finansów czy szukanie ochrony prawnej nie stają się zemstą dlatego, że pociągają za sobą nieprzyjemne konsekwencje dla sprawcy. Konsekwencja nie jest odwetem.

Dla specjalistów to ważne rozróżnienie. Jeżeli każde zachowanie jednej strony zaczniemy postrzegać jako odpowiedź na działanie drugiej, łatwo stworzyć obraz dwóch osób prowadzących równorzędną wojnę. Tymczasem „konflikt” i „przemoc” nie są synonimami. W przemocy znaczenie ma szerszy wzorzec: historia relacji, asymetria władzy, kontrola, wywoływanie lęku i ograniczanie autonomii.

KIEDY ROZSTANIE NIE KOŃCZY PRZEMOCY DOMOWEJ

Zakończenie związku nie zawsze oznacza koniec kontroli. Literatura opisuje przemoc po rozstaniu (*post-separation abuse*), która może obejmować uporczywy kontakt, stalking, przemoc ekonomiczną, dyskredytowanie drugiej osoby, instrumentalne wykorzystywanie procedur prawnych czy dzieci.

Gdy byli partnerzy pozostają rodzicami, dziecko może zostać wciągnięte w konflikt: wypytywane o drugiego rodzica, obciążane szczegółami sporu, wykorzystywane jako posłaniec czy stawiane w konflikcie lojalnościowym. Decyzje dotyczące kontaktów, edukacji

czy leczenia mogą przestać służyć przede wszystkim jego potrzebom, a stać się narzędziem kontroli lub odwetu.

Jeżeli dziecko jest wykorzystywane jako narzędzie kontroli lub odwetu, również ono może bezpośrednio doświadczać konsekwencji przemocy domowej. Bo czy nadal może być dzieckiem? Czy może swobodnie przeżywać własne uczucia i relacje, czy powierzono mu rolę sędziego, powiernika albo pośrednika w konflikcie dorosłych? Czy może zostać pozbawione ważnej dla siebie relacji z jednym z rodziców dlatego, że konflikt dorosłych zaczął być rozgrywany poprzez dziecko?

Podobnie mogą zostać wykorzystane instytucje. Czym innym jest korzystanie z sądu, policji czy pomocy społecznej w celu ochrony i dochodzenia praw, a czym innym instrumentalne uruchamianie procedur po to, by nękać, generować koszty, wymuszać kontakt czy utrzymywać drugą osobę w stanie zagrożenia. Z zewnątrz zachowania mogą wyglądać podobnie, dlatego ponownie kluczowe są ich kontekst, wzorzec i funkcja.

CO ZROBIĆ Z ZEMSTĄ W GABINECIE?

Osoba, która doświadczyła przemocy domowej, może fantazjować o zemście, cieszyć się z konsekwencji ponoszonych przez sprawcę i nie chcieć wybaczyć. Nie odbiera jej to statusu osoby pokrzywdzonej. Jednocześnie doświadczenie przemocy nie daje prawa do stosowania przemocy wobec innych. Te dwie prawdy mogą istnieć równocześnie.

Dlatego, kiedy pacjent mówi: „Chcę się zemścić”, zamiast natychmiast kierować go ku przebaczeniu, warto zapytać: „Co dokładnie mia-

łoby się wydarzyć?”, „Co zemsta miałaby zmienić?”, „Co druga osoba miałaby wreszcie zrozumieć?”.

Czasami okazuje się, że za potrzebą zemsty stoi nie pragnienie cierpienia sprawcy, lecz potrzeba usłyszenia: „Wierzę ci”, „To, czego doświadczyłeś, było krzywdzące”, „Ta osoba nie może robić tego bez konsekwencji”. Innym razem fantazje rzeczywiście dotyczą zadania cierpienia. Wtedy zadaniem terapii jest m.in. oddzielenie emocji od działania, ocena ryzyka oraz szukanie innych sposobów odzyskania sprawczości.

Nie trzeba przy tym wybaczać. Celem terapii może być odzyskanie bezpieczeństwa, granic i autonomii oraz doprowadzenie do sytuacji, w której osoba stosująca przemoc przestaje zajmować centralne miejsce w życiu psychicznym.

PARADOKS ZEMSTY

Tu ujawnia się największy paradoks odwetu. Człowiek chce się zemścić, żeby odzyskać władzę nad własnym życiem. Jednak im więcej czasu poświęca planowaniu zemsty, śledzeniu losów sprawcy i wyobrażaniu sobie jego cierpienia, tym więcej przestrzeni nadal mu oddaje. Relacja może zakończyć się w świecie zewnętrznym, a jednocześnie trwać intensywnie w świecie psychicznym. Odzyskanie sprawczości może polegać na tym, że przestaje decydować: o tym, czego się boimy, co myślimy o sobie, jak układamy własne życie i – w końcu – ile miejsca zajmuje w naszej głowie. Być może właśnie tutaj przebiega najważniejsza granica między zemstą a sprawiedliwością.

Osoba, która doświadczyła przemocy domowej, ma prawo do gniewu, ochrony i domagania się odpowiedzialności. Nie musi zapominać ani wybaczać. Odzyskanie własnego życia może jednak oznaczać coś więcej niż odwrócenie ról. ■

BIBLIOGRAFIA:

- Aronson, E., Wilson, T.D., Akert, R.M. (2012). *Psychologia społeczna*. Poznań: Zysk i S-ka.
- Wojciszke, B. (2011). *Psychologia społeczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Mellibruda, J. (2009). *Przeciwdziałanie przemocy domowej*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Badura-Madej, W., Dobrzyńska-Mesterhazy, A. (2000). *Przemoc w rodzinie. Interwencja kryzysowa i psychoterapia*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Herman, J.L. (2002). *Przemoc. Uraz psychiczny i powrót do równowagi*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Carlsmith, K.M., Wilson, T.D., Gilbert, D.T. (2008). The paradoxical consequences of revenge. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(6), 1316–1324.
- McCullough, M.E., Bellah, C.G., Kilpatrick, S.D., Johnson, J.L. (2001). Vengefulness: Relationships with forgiveness, rumination, well-being, and the Big Five. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27(5), 601–610.
- Chester, D.S., DeWall, C.N. (2017). Combating the sting of rejection with the pleasure of revenge: A new look at how emotion shapes aggression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 112(3), 413–430.
- Spearman, K.J., Vaughan-Eden, V., Hardesty, J.L., Campbell, J. (2024). Post-separation abuse: A literature review connecting tactics to harm. *Journal of Family Trauma, Child Custody & Child Development*, 21(2), 145–164.
- Zimmer-Gembeck, M.J., Nesdale, D. (2013). Anxious and angry rejection sensitivity, social withdrawal, and retribution in high and low ambiguous situations. *Journal of Personality*, 81(1), 29–38.



PAULINA PAWLAK

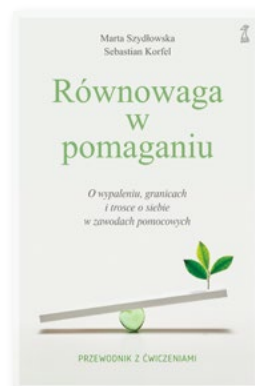
– psycholożka, psychoterapeutka, w trakcie certyfikacji 4-letniej Szkoły Psychoterapii Poznawczo-Behawioralnej CBT-EDU w Warszawie, autorka książek i artykułów o tematyce psychologicznej.

RÓWNOWAGA W POMAGANIU

O WYPALENIU, GRANICACH I TROSCE O SIEBIE W ZAWODACH POMOCOWYCH

Marta Szydłowska, Sebastian Korfel

Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2026, s. 182



Praca w zawodach pomocowych bazuje na dużym zaangażowaniu, odpowiedzialności, uważności i realnym kontakcie z drugim człowiekiem. Jednocześnie to właśnie w tych obszarach najczęściej dochodzi do chronicznego przeciążenia. Autorzy książki pokazują, jak budować warunki trwałej zdolności do pomagania; łączą współczesną wiedzę psychologiczną z praktyką kliniczną i dydaktyczną oraz z doświadczeniem osób pracujących w zawodach wspierających. Proponują konkretne strategie pracy z granicami, regeneracją, rozwijaniem elastyczności psychologicznej oraz mądrym zarządzaniem swoją energią. Czytelnicy znajdą w tej książce bogaty zestaw technik i ćwiczeń opartych między innymi na zasadach terapii akceptacji i zaangażowania, terapii skoncentrowanej na współczuciu oraz uważności.

EMOCJONALNIE PRZEMOCOWI RODZICE

PORADNIK DLA DOROSŁYCH

Sherrie Campbell

Tłumaczenie: Anna Sawicka-Chrapkowicz

Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2026, s. 184



Dorastanie z rodzicem, który był emocjonalnie przemocowy niesie ze sobą konsekwencje także w życiu dorosłym. Istnieją jednak narzędzia, dostępne

dla wszystkich, które pomogą ci ruszyć do przodu z własnym życiem. Autorka książki pomaga zrozumieć to, co się wydarzyło w przeszłości, przekształcić głęboki ból w odporność emocjonalną i móc budować dobre życie. Książka, dzięki licznym wskazówkom i narzędziom zaczerpniętym z terapii akceptacji i zaangażowania oraz terapii poznawczo-behawioralnej, podpowiada jak wyznaczać granice w relacjach, wyrażać swoje potrzeby, przezwyciężyć unikanie emocjonalne i tworzyć autentyczne, pełne wzajemnego szacunku relacje. Książka zawiera także ćwiczenia z technik opartych na treningu uważności i samowspółczucia.

TEN NIEZNOŚNY GŁOS

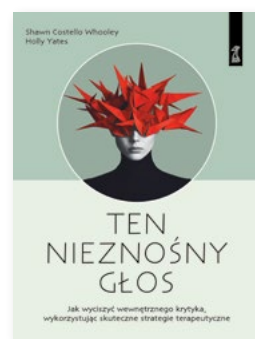
JAK WYCISZYĆ WEWNĘTRZNEGO KRYTYKA

WYKORZYSTUJĄC SKUTECZNE STRATEGIE TERAPEUTYCZNE

Shawn Costello Whooley, Holly Yates

Tłumaczenie: Agnieszka Pałynyczko-Ćwiklińska

Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2026, s. 192

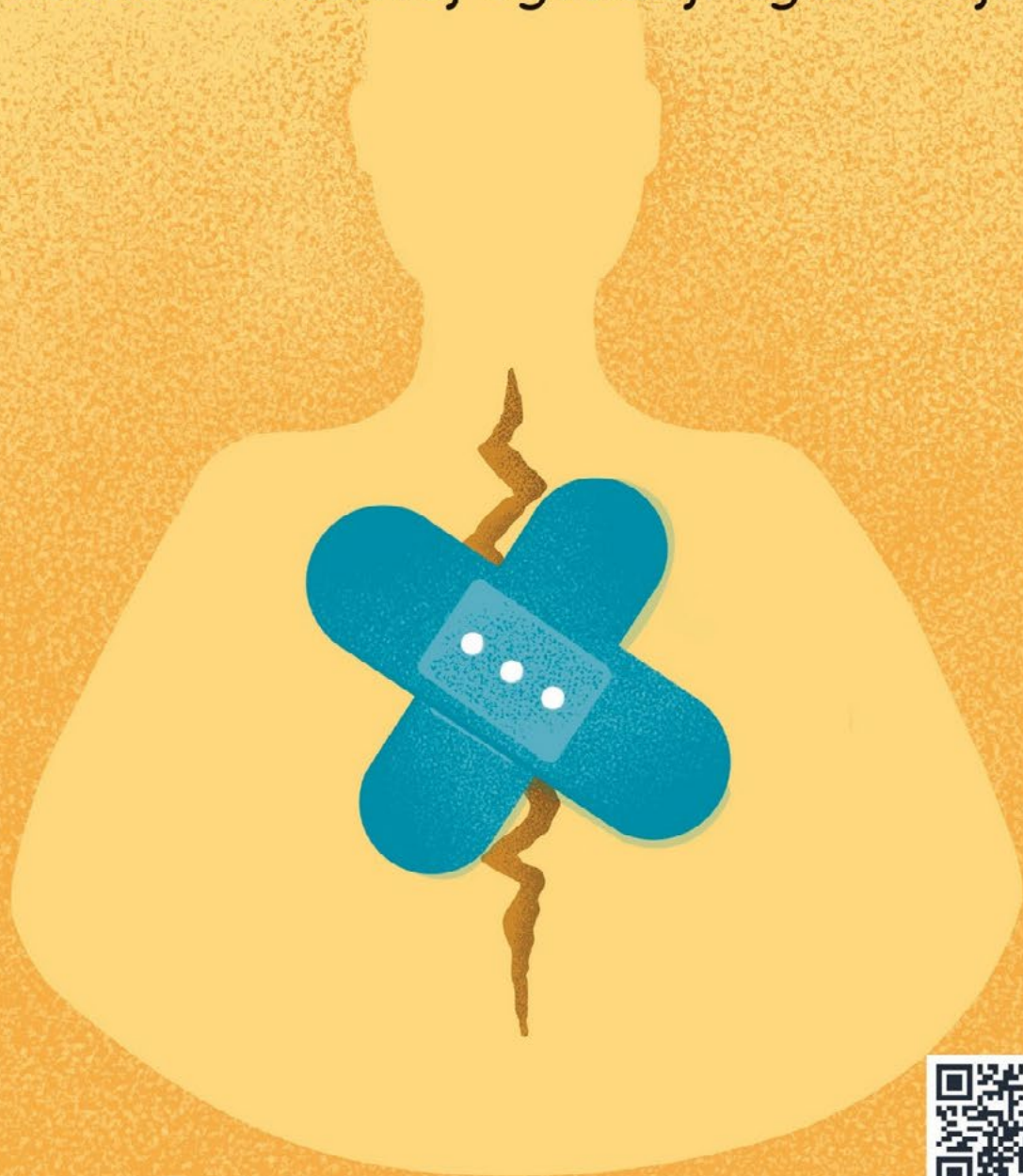


Nieprzerwany monolog wewnętrzny – głos, który nieustannie ocenia, krytykuje, wytyka błędy, porównuje z innymi, kwestionuje naszą wartość i wzbudza w nas poczucie, że nie jesteśmy wystarczająco dobrzy – to rzeczywistość bardzo wielu osób. Krytyk wewnętrzny odbiera energię do działania i popycha w stronę perfekcjonizmu.

Autorki – badaczki i praktykujące terapeutki – przeplatają specjalistyczną wiedzę z osobistymi doświadczeniami, dzięki czemu otrzymujemy praktyczny, empatyczny i inspirujący poradnik. Proponowane przez nie narzędzia zostały zaczerpnięte z terapii akceptacji i zaangażowania, psychoterapii opartej na analizie funkcjonalnej oraz terapii skoncentrowanej na współczuciu.



Jesteś w trudnej sytuacji życiowej?



Wysłuchamy Cię i doradzimy, gdzie znaleźć wsparcie.
Daj sobie szansę. Skontaktuj się z nami.

116sos.pl
tel. 116 123

Platforma 116sos.pl jest finansowana z budżetu państwa, ze środków Ministerstwa Cyfryzacji. Nazwa zadania publicznego: „Człowiek w kryzysie – platforma wiedzy i komunikacji – rozwój wsparcia”. Wartość projektu na lata 2026/2027: 18 884 808,00 zł.