



Mężczyzna doświadczający
przemocy
Przemysław Mućko

Przepis na chorobę
Konsekwencje
doznawania przemocy
Agnieszka Widera-
Wysoczańska

Para z problemem
przemocy
Sebastian Pluta

W numerze

MĘSKA SPRAWA

- Przemysław Mućko**
Męczyzna doznający przemocy
Natura problemu z perspektywy terapii schematu
- Agata Sierota**
Pomijany problem – przemoc wobec mężczyzn

CHROŹNYM DZIECI

- Paulina Pawlak**
Przemoc a zaburzenia rozwoju dziecka
- Arleta Balcerek**
Ślady przemocy rówieśniczej w dorosłości
- Joanna Szalek**
Zmiany w zakresie systemu ochrony prawnej małoletnich

ROZMOWA Z MISTRZYNIĄ

- Rozmowa z **Grażyną Pisarczyk**
Najważniejszy jest drugi człowiek

PRACA INTERDYSCYPLINARNA

- Liliana Krzywicka**
Interdyscyplinarna pomoc osobom doznającym przemocy
- Damian Aptowicz**
Rozpatrywanie skargi na grupę diagnostyczno-pomocową. Aspekty proceduralne

POŻYTECZNE, MADRE I PRAKTYCZNE

- Sebastian Pluta**
Para z problemem przemocy
Różne podejścia i programy terapii, cz. 2
- Agnieszka Widera-Wysoczańska**
Przepis na chorobę
Konsekwencje doznawania przemocy

Drogi Czytelniczki i Drodzy Czytelnicy

W tym roku mamy wiosnę jak lato. Nadeszły letnie upały i bzy kwitną na początku kwietnia, choć zwykle dzieło się to miesiąc później. Sprawy przyspieszają. Także w wyniku wyborów samorządowych. Miniona kadencja wójtów/burmistrzów/prezydentów oraz rad gmin i sejmików województw trwała 5,5 roku. Przyzwyczajeni do 4-letnich zmian, czekaliśmy na ten moment długi. A jednak frekwencja wyborcza była niska – głosowało niewiele ponad połowa osób uprawnionych. To powinno skłonić do refleksji, zwłaszcza po wysokiej frekwencji w wyborach parlamentarnych. Czy nie wierzymy w sprawczość samorządów lokalnych? Nie zależy nam, kto urządza naszą okolicę i nasze codzienne życie? A przecież w kwestii polityki społecznej „bliźsza koszula ciału” – to władza lokalna i jakość pracy jednostek samorządu terytorialnego określają jakość naszego codziennego życia. Także w zakresie zapobiegania i zwalczania przemocy domowej.

W „Niebieskiej Linii” trzymamy się dotychczasowej jakości i proponujemy ważne tematy w nowych odsłonach. Po pierwsze temat mężczyzn doznających przemocy. Od ponad 10 lat systematycznie rośnie odsetek procedur „Niebieskie Karty”, w których osoby wskazane jako doznające przemocy mają płeć męską. To zjawisko na pewno wymaga głębszych analiz niż prosty komentarz, że kobiety częściej stosują przemoc wobec partnerów. Gavin de Becker w książce „Dar strachu. Jak wykorzystać sygnały o zagrożeniu, które ostrzegają nas przed przemocą i zapewniają przeżycie” pisze: „Jest zrozumiałe, że spojrzenia mężczyzn i kobiet na kwestię bezpieczeństwa tak bardzo się różnią – kobiety i mężczyźni żyją w dwóch różnych światach. (...) Mężczyźni w głębi duszy boją się, że kobiety ich wyśmieją, natomiast kobiety w głębi duszy boją się, że mężczyźni je zabiją. Dostrzegając więc problem przemocy wobec mężczyzn, nie zapominajmy, że nie wolno tu szukać symetrii”.

W tym numerze kontynuujemy temat pracy z parami, w których występuje problem przemocy sytuacyjnej oraz skutków przemocy doświadczanej w dzieciństwie. Bo przemoc może zniknąć z naszego życia, ale jej skutki często zostają z nami na długo.

Damian Aptowicz przybliży Państwu temat związany ze skargami na członków grupy diagnostyczno-pomocowej w procedurze „Niebieskie Karty”. Mam nadzieję, że takich przypadków nie będzie dużo, ale zawsze warto wiedzieć „z czym to się je”.

Gorącej i inspirującej lektury!

Renata Durda

Okładka:

Marcin Lenczowski *Kapelusze XIII* <https://www.gallerystore.pl>

NIEBIESKA LINIA ISSN 1507-2916

Ukazuje się od 1998 roku

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

Redaktor naczelna: **Renata Durda**

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

Przygotowanie i druk: LOTOS Poligrafia sp. z o.o. www.lotos-poligrafia.pl

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

www.pismo.niebieskalinia.pl

Rada Programowa:

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



„Niebieska Linia” dostępna jest w prenumeracie. W 2024 roku roczna prenumerata pisma jest bezpłatna, wystarczy wysłać maila do redakcji. Szczegółowe informacje na stronie internetowej dwumiesięcznika w zakładce „prenumerata”. Posiadamy niektóre numery archiwalne.

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”

Mężczyzna doświadczający przemocy

Natura problemu z perspektywy terapii schematu

Nie wszyscy mężczyźni są dominujący, silni i stanowczy. Są także tacy, którzy mogą nosić w sobie wzorce, schematy, które czynią ich podatnymi na wejście w rolę ofiary. Zwłaszcza doświadczenia związane z krzywdzeniem w dzieciństwie i okresie dorastania wpływają negatywnie na psychikę, emocjonalność, postrzeganie siebie i innych. Zatem, jakie są typowe nieprzystosowawcze schematy, obecne u doświadczających przemocy mężczyzn.

Przemysław Mućko

Przemoc w powszechnym rozumieniu utożsamiana jest przede wszystkim z aktem fizycznej agresji, zaś stereotypowe wyobrażenie pojawiające się w odpowiedzi na hasło „przemoc domowa” to obraz heteroseksualnej pary, w której kobieta jest pokrzywdzona, zastraszona, a mężczyzna agresywny, dominujący, nierzadko przy tym uzależniony od alkoholu i pod jego wpływem nieprzewidywalny oraz skory do bicia. Odwrotna sytuacja, w której to mężczyzna doświadcza przemocy – kłóci się ze stereotypem. Na takie hasło wielu osobom raczej pojawi się w głowie scena z Jerzym Stuhrem w „Seksmisji” i ikoniczne „kobieta mnie bije!”, niż obraz kogoś zalęknionego, kto potrzebuje wsparcia i ochrony. Tymczasem mężczyźni również mogą nosić w sobie wzorce, które czynią ich podatnymi na stanie się ofiarami przemocy. Niniejszy artykuł ma na celu przedstawienie takiej właśnie sytuacji wraz z omówieniem typowych nieprzystosowawczych schematów, które występują u doświadczających przemocy mężczyzn.

Historia Damiana

Damian (imię zmienione) trafił do mojego gabinetu krótko po swoich trzydziestych urodzinach. W momencie rozpoczęcia terapii od kilku lat był w związku małżeńskim, w którym miał dwoje dzieci: trzyletnią córkę i rocznego syna. Bezpośrednią przyczyną zgłoszenia się do terapii były zaburzenia lękowe. Damian zgłaszał częste, silne napady paniki oraz lęk społeczny. Oba te problemy występowały u niego od dłuższego czasu, natomiast w ostatnich miesiącach znacząco się nasiliły. Zapytany o to, jak rozumie nasilenie objawów, Damian stwierdził, że wraz z przyjściem na świat drugiego dziecka wzrosły koszty życia oraz pojawiła się potrzeba zmiany mieszkania na większe. Obie te rzeczy postawiły go w obliczu konieczności upomnienia się o awans i podwyżkę bądź zmiany pracy na lepiej płatną. A to, jak stwierdził, zaczęło go przerastać.

Dzieciństwo

Damian przyszedł na świat jako najstarszy z czwórki rodzeństwa. Jego ojciec był sadownikiem, matka zajmowała się gospodarstwem domowym. Odkąd Damian pamięta ojciec

miał problem z alkoholem. Często upijał się, a po alkoholu stawał się nieprzewidywalny i skłonny do agresji. We wspomnieniach Damiana z tamtego okresu widać kilka powtarzających się motywów:

- Ojciec nie wraca do domu o umówionej godzinie. Im bardziej się spóźnia, tym bardziej nerwowa staje się atmosfera w domu.
- Pijany ojciec narzeka na swoją sytuację życiową. Obwinia przy tym żonę i dzieci, porównując ich rodzinę do innych rodzin, w których żony bardziej wspierają mężów, a dzieci pomagają rodzicom i osiągają sukcesy w nauce czy sporcie.
- Ojciec jest milczący i sprawia wrażenie złego, po czym zaczyna krzyczeć na którąś z osób z rodziny. Zwykle są to wyzwiska, nierzadko dochodzi też do agresji fizycznej: bicia, popychania, szarpania.

Myśląc o sobie z tamtego czasu, Damian przywołuje obraz dziecka kulącego się pod parapetem. Wspomina też jedno konkretne wydarzenie z okresu, gdy miał 6 lat. Pomagając ojcu przy zbiorze owoców, spadł z drabiny i, jak się później okazało, złamał sobie rękę. Ojciec najpierw nakrzyczał na niego, nazywając go niezdara i pierdołą. Damian nie pamięta, co było dalej, mgliście przypomina sobie, że ta scena mogła mieć miejsce około południa, a wieczorem matka zawiozła go do szpitala.

Wraz z wiekiem Damiana zmieniały się oczekiwania matki względem niego. Z najmłodszych lat Damian pamięta jedynie napominania matki, żeby nie denerwować ojca, nie dyskutować z nim, nie prowokować. Potem zaczęły pojawiać się wspomnienia sytuacji, gdy matka w rozmowach z Damianem skarżyła się na swoją trudną sytuację, brak wsparcia ze strony męża i oraz mówiła o różnych pilnych potrzebach, oczekując, że Damian wspólnie z nią zajmie się kwestiami związanymi z funkcjonowaniem rodziny (wsparcie przy wychowywaniu rodzeństwa Damiana, bieżące remonty, planowanie wydatków itp.). W którymś momencie (około 14. roku życia) zaczęła zobowiązywać Damiana, by jeździł z ojcem na targowisko czy do punktu skupu owoców i pilnował, żeby ojciec nie wydał pieniędzy na alkohol. Damian pamięta jak bardzo przestraszony i bezsilny czuł się

w tych sytuacjach, czując jednocześnie ciężar powierzonej misji, strach przed ojcem oraz obawy o to, jak sobie poradzi w „dorosłych sprawach” negocjowania cen w skupie czy konfrontowania się z kupującymi na targowisku.

Rozwój nieprzystosowawczych schematów

Opisane powyżej doświadczenia utrwaliły się w Damianie w postaci odzwierciedlających je schematów, z których najsilniejsze to:

- **Schemat nieufności i skrzywdzenia** – biorące się z doświadczeń przemocy (krzyżący i bijący ojciec) przekonanie, że inne osoby ranią, krzywdzą i poniżają. W przypadku Damiana częścią tego schematu była silna fizjologiczna reakcja stresu – jak wtedy, gdy skulony pod parapetem chował się przed ojcem.
- **Wadliwości/wstydu** – przekonanie, że nie da się go kochać czy w ogóle akceptować takiego, jakim jest. Że jest w nim jakaś głęboko ukryta wada czy skaza, która dyskwalifikuje go z grona wartościowych czy w ogóle zasługujących na cokolwiek dobrego osób. Częścią schematu Damiana było silne poczucie wstydu i obnażenia utwalone w sytuacjach, gdy ojciec ubliżał w złości bądź żalił się na swoje życie, obwiniając jednocześnie dzieci i żonę za taki stan rzeczy.
- **Deprywacji emocjonalnej** w postaci poczucia, że Damian się nie liczy, jego potrzeby nie są ważne czy w ogóle zauważane i że nie ma co oczekiwać jakiegokolwiek wsparcia czy pokierowania
- **Uwikłania/Nie w pełni rozwiniętego Ja** będącego efektem ostrzeżeń matki, żeby nie denerwować ojca, a później również powierzenia przez nią odpowiedzialności za sprawy domu i rodziny, jak również przyjmowania jako prawdy utyskiwań ojca i obarczania przez niego innych odpowiedzialnością za swoje przykre emocje i niepowodzenia. Te doświadczenia nauczyły Damiana wczuwać się w sytuację innych i wyszukiwać oznak emocji na ich twarzach, a następnie czuć się odpowiedzialnym za ich dobrostan.

Do przedstawionych powyżej pierwotnych schematów z czasem dołączyły schematy wtórne, które były próbą zapobiegnięcia utwalonym w pierwotnych schematach scenariuszom:

- **Podporządkowania się** – będącego przymusem poddawania się woli innych, postrzeganych jako silniejszych osób, żeby w ten sposób uniknąć zranienia (czyli tego, co zawiera w sobie schemat nieufności/skrzywdzenia).
- **Samopowiązania** – czyli odruchu rezygnowania z własnych potrzeb w imię zadbania o komfort innych osób, które Damian postrzegał jako bardziej potrzebujące. To schemat będący „nakładką” na deprywację emocjonalną („ja i tak się nie liczę”) oraz uwikłanie („skoro już widzę jak tym osobom jest źle, to może powinienem coś dla nich zrobić”).
- **Porażki** – odruchu niesprawiedliwego porównywania się z rówieśnikami czy współpracownikami i w efekcie postrzegania ich jako kogoś bardziej sprawnego, skutecznego i kompetentnego. U Damiana ten schemat był pokłosiem rozwiniętego wcześniej schematu wadliwości/wstydu, który kierował jego uwagę na domniemane braki i wady.

- **Nadmiernych wymagań/nadmiernego krytycyzmu** – utwalonych nierealistycznie wysokich oczekiwań względem siebie i skupiania się na niedociągnięciach. Ten schemat stanowi próbę niedopuszczenia do tego, by inni zobaczyli, jaki „naprawdę” jest Damian, czyli, żeby ochronić się przed treściami zapisanymi w schemacie wadliwości/wstydu.

Wpływ schematów na funkcjonowanie w dorosłym życiu

Opisane wyżej schematy w połączeniu sprawiły, że Damian postrzegał siebie jako kogoś gorszego, pośledniego, kto nie jest w stanie działać tak sprawnie, jak inni. Z kolei ci „inni” byli w zniekształconej przez schematy optyce postrzegani jako lepsi, bardziej wartościowi i bardziej zasługujący na dobre traktowanie (jeśli Damian postrzegał ich jako silniejszych) bądź bardziej potrzebujący od niego (jeśli Damian postrzegał ich jako słabszych). Każdy wyraz krytyki czy niezadowolenia ze strony innych osób był dla Damiana sygnałem, że zaraz spotka go odrzucenie ze względu na jego „ułomność” bądź też stanie się obiektem ataku i/lub nadużyć.

Ta schematowa optyka spowodowała, że przyjęty przez Damiana sposób na życie kazał mu:

- Cieszyć się z tego, co ma, bo i tak na nic lepszego nie zasługuje.
- Pokornie znosić krytykę i starać się naprawiać wytknięte błędy czy niedociągnięcia (nieważne czy słuszne, czy nie)
- Rezygnować z siebie i własnych potrzeb w imię dbania o komfort i dobrostan innych.

To wszystko razem uczyniło go podatnego na potencjalne nadużycia. Gdy wskutek reorganizacji w pracy trafił do zespołu kierowanego przez kobietę skłonną do wytykania innym błędów, łatwo wpadł w pętlę przyjmowania wszystkich zleceń, byle tylko ją zadowolić. Szybko przytłoczył go nadmiar obowiązków. Obiektywnie patrząc, nie miał możliwości zrealizowania takiej liczby zadań ze względu na ich nadmiar, on upatrywał przyczyn popełnianych błędów i przekraczanych terminów we własnej „ułomności”. W tym także utwierdzała go przełożona. Damian zaczął doświadczać mobbingu w pracy. Jednocześnie jego żona zaszła w ciążę i Damian poczuł presję, żeby teraz zadbać o jej komfort i dobrostan. Ilekroć Alina (imię również zmienione) wyrażała niezadowolenie z czegośkolwiek, Damian uznawał jej rację czy potrzebę i stawiał się przeproszający, uległy i próbował ją zadowolić. To denerwowało Alinę i w którymś momencie pojawiły się zarzuty nadmiernej uległości. Z czasem wyrażanie frustracji czy zarzucanie uległości zmieniło się w krzyczenie na niego, nazywanie go pierdołą, nieudacznikiem, frajerem i tym podobne. I znów, jak w przypadku pracy, schematy Damiana sprawiły, że przyjmował te wszystkie słowa jako prawdę o sobie samym. Bo zgadzały się zarówno z tym, czego nauczył się w domu rodzinnym oraz co sam o sobie myślał. Wychowany w przemocy i nadużyciu, Damian stał się ofiarą mobbingu w pracy i przemocy psychicznej w małżeństwie.

Od schematów do zgłaszanych w terapii problemów

Damian przyszedł na terapię, zgłaszając problem z napadami paniki oraz lękiem społecznym. I choć spełniał kryteria obu tych zaburzeń, to zastosowanie na początku terapii

protokołów leczenia tych konkretnie problemów mogłyby przynieść efekt odwrotny do zamierzonego.

Oba problemy nasiliły się w specyficznej sytuacji kumulującego się od lat napięcia i poczucia bycia w pułapce między niezadowoleniem szefowej a zawrodozeniem żony. Mówiąc kolokwialnie: „cokolwiek wybierzesz i tak będą zjeby, pytanie tylko z której strony” (cytat z Damiana gdy z czasem nabrał nieco dystansu do treści utrwalonych w jego schematach). Konieczność zmiany pracy uruchamiała całą kaskadę myśli, uczuć i wspomnień zapisanych w schematach wadliwości, porażki i nadmiernych wymagań, co w efekcie prowadziło go do przeżywania lęku społecznego. Myśl o konfrontacji z żoną czy szefową budziła z uspienia schemat nieufności/nadużycia oraz będące elementem zapisanych w nim traum – silne fizjologiczne wzbudzenie, które Damian przeżywał jako napad paniki. Jako terapeuta zwracający szczególną uwagę na realizację wynikających z protokołu terapii zaburzeń eksperymentów behawioralnych czy stopniowanej ekspozycji, łatwo mogłem stać się kolejną osobą, która uruchamiała schematy Damiana. Tym samym zwiększyłby się poziom ogólnego napięcia.

Wybór terapeutycznej drogi

Mając to wszystko na uwadze, w podsumowaniu fazy zbierania wywiadu, przedstawiłem Damianowi wstępne sformułowanie jego problemów, pokazując zależności między obecnymi trudnościami a wczesnymi schematami. Wspólnie zdecydowaliśmy wtedy, że optymalnym kierunkiem będzie terapia nastawiona na pracę z traumatycznymi doświadczeniami z dzieciństwa, a nie z zaburzeniami lękowymi, które stały się bezpośrednią przyczyną zgłoszenia się do terapii. Do nich wróciliśmy po około roku, gdy Damian

miał już wiele narzędzi do zdrowego regulowania emocji oraz zaczął łączyć wspomnienia dziecięcych doświadczeń ze współczuciem i troską wobec małego chłopca, którym kiedyś był, zamiast – jak dotychczas – ze wstydem, strachem i poczuciem presji wynikającej z oczekiwań. Przez ten czas napady paniki ustąpiły samoistnie (w efekcie osłabienia leżących u ich podstaw traumatycznych wspomnień), a Damian zaczął rozwijać w sobie gotowość, a potem również odwagę do obrony siebie w różnych sytuacjach. Z czasem przyniosło to efekty w postaci poprawy relacji z żoną. Problem z przełożoną rozwiązał się niezależnie od naszej terapeutycznej pracy – jej zwierzchnicy zdecydowali się rozwiązać z nią umowę o pracę.

Podsumowanie

Stereotyp silnego mężczyzny w przypadku osób takich, jak Damian, może przynieść odwrotny efekt. Przy niskiej samoocenie i poczuciu własnej „ułomności” (konsekwentnie biorę to w cudzysłów, ponieważ takie postrzeganie siebie jest wynikiem zniekształconego przez schemat wadliwości obrazu własnej osoby) chęć sprostania związanym ze stereotypem oczekiwaniom może być czymś, co jeszcze dodatkowo obniży samoocenę i wepchnie tę osobę w pułapkę zadawania kogoś skłonnego do nadużyć. To, jak funkcjonujemy w życiu, jest pochodną naszej historii, a nie stereotypowego postrzegania.

Przemysław Mućko – psycholog, pracuje w Centrum Terapii Schematu InTeGral, prowadzi bloga psychoedukacyjnego pn. „Psychowiedza”, Warszawa.

Pomijany problem – przemoc wobec mężczyzn

Przez wiele lat problem przemocy, której doznają mężczyźni ze strony partnerek był traktowany marginalnie. Przyczyniała się do tego niewielka liczba zgłaszanych przypadków przemocy przez krzywdzonych mężczyzn. Taka sytuacja jest niewątpliwie wyzwaniem dla profesjonalistów. Chodzi tu nie tylko o zapanowanie nad własnymi stereotypowymi reakcjami czy uprzedzeniami, aby równo traktować pokrzywdzonych obu płci, ale i o rzetelne badania nad problemem oraz dostosowanie działań instytucji pomocowych do specyfiki klienta, jakim jest mężczyzna doświadczający przemocy.

Agata Sierota

Temat przemocy kobiet wobec mężczyzn często budzi silne emocje. Z jednej strony ci, którzy jej doświadczali lub byli/są jej świadkami, czują bezradność lub oburzenie bagatelizowaniem, niedowierzaniem czy wręcz wyśmiewaniem

problemu. Z kolei nagłaśnianie takich zdarzeń, przy istniejących silnych stereotypach, że sprawcą przemocy jest mężczyzna, bywa uznawane za odwracanie uwagi od dużo częstszego problemu – przemocy wobec kobiet, działanie

szkodliwe dla ich zdrowia i bezpieczeństwa. Przyjrzyjmy się problemowi przemocy kobiet wobec mężczyzn i niektórym aspektom pomagania w takiej sytuacji.

Realny problem

Liczne agresywne komentarze kobiet typu „niech i mój uważa”, „chętnie zrobiłabym to samo” pod informacją z września 2020 roku podającą, iż w Łodzi kobieta ugodziła mieczem męża z powodu bałaganu w domu, nieco podważają stereotyp słabej, wrażliwej płci żeńskiej. Z problemem przemocy kobiet wobec mężczyzn realnie stykają się terapeuci wspomagający mężczyzn, cierpiących z tego powodu na depresję, lęki, syndrom stresu pourazowego czy zmagających się z uzależnieniem. Przyjrzyjmy się danym statystycznym: w dostępnych policyjnych statystykach¹, dotyczących realizacji procedury „Niebieskiej Karty”. Potwierdzają one, że mężczyźni także doznają przemocy: w roku 2022 Policja wszczęła 61.645 procedur „Niebieskie Karty” – 8.714 z nich (14,1%) dotyczyło przemocy wobec mężczyzny. Liczba kobiet podejrzanych o bycie sprawcą przemocy domowej, która wynosi 6497, wskazuje, że pełnoletni mężczyźni ujęci w policyjnych statystykach to nie tylko ofiary kobiet: żon, konkubin, ale także innych mężczyzn z rodziny (np. ojców, braci) czy partnera. Problem jednak niezaprzeczalnie istnieje. Natomiast policyjne statystyki nie odzwierciedlają w pełni wagi tej sytuacji, ponieważ część zdarzeń nie jest zgłaszana. Zwłaszcza mężczyźni, którzy doznają przemocy ze strony partnerki, wstydzą się o tym mówić. Temat jest rzadko poruszany publicznie, co nie sprzyja społecznej edukacji i szukaniu przez mężczyzn pomocy oraz wsparcia. Trzeba zadać sobie pytanie, czy nie ulegamy wizerunkowi silnego mężczyzny, radzącego sobie w każdej sytuacji, co stoi w sprzeczności z rolą ofiary, gdy przemoc doznaje on ze strony partnerki lub żony (Kowalska, 2020).

Przez pryzmat stereotypów i uprzedzeń

W naszym społeczeństwie widoczna jest ogromna trudność z odchodzeniem od stereotypowego myślenia. Dotyczy to zarówno otoczenia, jak i mężczyzny doświadczającego przemocy, który doświadcza wstydu m.in. z powodu niezgodności z męskim wzorcem zachowań. Wychowany w szacunku dla kobiet, nie chce powielać jej agresywnych działań. Jednocześnie nie umie zadbać o siebie w sposób asertywny, przyjmuje więc kolejne ataki fizyczne czy psychiczne i poddaje się sytuacji. Dodatkowo nie pomaga lęk, że w przypadku rozwodu, opieka nad dziećmi może zostać przyznana matce, co jest częstym niestereotypowym motywem pozostawiania ojca w toksycznej relacji. Zdarza się też, że agresja jest wzajemna: kobieta prowokuje awantury lub działa w odwecie: przekracza granice, obraża, poniża, a czasem popycha, policzkuje, rzuca przedmiotami, na co mężczyzna reaguje atakiem fizycznym. Później, odczuwając wstyd i poczucie winy, znowu daje się znieważać do momentu, w którym – nie mogąc znieść napięcia – reaguje agresją. Wydaje się jednak, że nie jest to przemoc, gdzie występuje nierównowaga sił, ale konflikt z zachowaniami agresywnymi po obu stronach. Ta interpretacja przyczyn męskiej fi-

zycznej agresji (trafna w niektórych przypadkach) z uwzględnieniem roli kobiecej przemocy ciągle budzi silne emocje i sprzeciw: niektórym trudno jest przyjąć, że odpowiedzialne za sytuację są obie strony konfliktu. Niestety stereotypy i uprzedzenia związane z kwestią damsko-męskiej przemocy dotyczą także osób, które z racji wykonywanych zawodów, powinny pomóc osobom krzywdzonym, np. pracowników socjalnych, policjantów przychodzących na interwencje czy przyjmujących zgłoszenie, a także – psychologów, co utrudnia właściwe rozpoznanie sytuacji.

Prawdziwe historie

Osobiście, jako osoba prywatna, poznałam historię Adama, który obecnie jest w trakcie terapii. Gdy zgłosił na policji, że pobiła go żona w ciąży, przyjmujący zgłoszenie policjant i siedzący obok inny pracownik policji „zareagowali głośnym śmiechem”. Została dokonana obdukcja, obrażenia były poważne: dotyczyły okolic głowy, odnotowano też złamanie kości palca pod wpływem uderzenia ciężkim przedmiotem. Pracownicy socjalni, którzy odwiedzili małżeństwo, widząc kobietę w widocznej ciąży, zadali kilka standardowych pytań, zaczynając od żony – domniemanego sprawcy. Adam opowiada o swojej bezradności, gdy widział reakcję pracowników socjalnych, gdy „skruszona” Marta opowiadała jak „straszne rzeczy robią z nią hormony” (przemoc z jej strony zaczęła się dużo wcześniej, przed zajściem w ciążę). Gdy został zapytany o jego wersję wydarzeń, powiedział tylko, że „zeznał wszystko na policji”, bo miał wrażenie, że nie zostanie zrozumiany.

Inny mężczyzna, Paweł, doświadczający przemocy psychicznej ze strony żony podzielił się doświadczeniami w Punkcie Konsultacyjno-Informacyjnym ds. Uzależnień. Był osobą nadużywającą alkoholu, cierpiał na depresję. W poprzednim kontakcie z psychologiem został uznany za usprawiedliwiającego się sprawcę przemocy. Dysponował jednak licznymi SMS-ami pisanymi przez żonę, których treść skłaniała do podejrzenia o stosowanej przemocy psychicznej/seksualnej, niezależnie od nadużywania przez męża alkoholu. Przykładem może być SMS o treści: „Myślisz, że schlasz się i problem przestanie istnieć, powiem twoim koleżkom z pracy, że ci nie staję, ciekawe czy przy nich też będziesz tak kretynsko milczał”.

Specyfika przemocy kobiet wobec mężczyzn

Z ogólnopolskiego raportu TNS OBOP wynika, że najczęściej o przemoc ze strony kobiet mówią mężczyźni mieszkający w dużych aglomeracjach, będący po rozwodach lub w separacji bądź żyjący w konkubinacie. Z kolei najrzadziej stosowanie wobec nich przemocy domowej zgłaszali mężczyźni mieszkający w średniej wielkości miastach, żonaci. Do stosowania przemocy psychicznej najczęściej przyznawały się kobiety dobrze wykształcone, poniżej 30. roku życia z wykształceniem wyższym, panny, kobiety mieszkające w średniej wielkości miastach. Istota przemocy, której dopuszczają się mężczyźni i kobiety jest taka sama: jedna strona systematycznie stosuje krzywdzące zachowania (fizyczne, psychiczne, seksualne, ekonomiczne, które często współwystępują), a druga – nie potrafi się bronić i odnosi różne, ale wieloaspektowe, negatywne skutki tych działań. Różnice dotyczą częstotliwości występowania zjawiska w danej grupie, po-

¹ <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/przemoc-w-rodzinie/201373,Przemoc-w-rodzinie-dane-od-2012-roku.html>

wtarzalności aktów przemocy oraz stosowanych form (Herzberger, 2003). Przyczyny stosowania przemocy wobec obu płci specjaliści uważają także za podobne. Anna Jastrzębska (2019), psychotraumatolog, prezes Fundacji Fortior zajmującej się przemocą wobec mężczyzn, podkreśla, że częstym motywem przemocy ze strony kobiet jest odwet, zaburzenia osobowości, chęć kontroli, frustracja, nadużywanie alkoholu i/lub innych substancji psychoaktywnych. Duży wpływ mają też wzorce przemocowe z dzieciństwa. Choć przemoc wobec mężczyzn występuje rzadziej, częściej jest stosowana w postaci psychicznej czy emocjonalnej (krytykowanie, wyszydzanie, kontrolowanie itp.), ale doznają oni także różnych form agresji i przemocy fizycznej (np. rzucanie przedmiotami, popychanie, policzkowanie). Mężczyźni rzadziej deklarują, że doznają znaczących krzywd fizycznych i obawiają się o swoje życie. Przyznają także, że doznają przemocy ekonomicznej i seksualnej – najczęściej w formie wyśmiewania, poniżania w aspekcie seksualnym (krytyka wyglądu fizycznego, sprawności seksualnej itp.), ale także wymuszania współżycia. Niestety mała liczba mężczyzn deklaruje, że takie zachowania to problem i poszukuje pomocy².

Bardzo ważny w diagnozie jest aspekt konsekwencji działań przemocowych. Osoba udzielająca pomocy i wsparcia musi mieć na uwadze, że często mężczyzna, który twierdzi, że takie zachowania go nie dotyczą – lub dotyczą, ale nie wywołują u niego skutków – może być ofiarą przemocy. Swoje złe samopoczucie przypisuje często innym przyczynom, np. nadmiernemu stresowi w pracy. Warto zwrócić uwagę na niespecyficzne objawy, np. nerwowość, lęki (ataki paniki, lęk uogólniony), depresja, bezsensowność, dolegliwości fizyczne bez ustalonych przyczyn, syndrom stresu pourazowego itp., z którymi mężczyźni pojawiają się w gabinetach terapeutów. Kiedy przemoc eskaluje i trwa dość długo, wpływa na wszystkie obszary życia osoby, która jej doznaje, i negatywnie wpływa na jej dobrostan i funkcjonowanie w życiu codziennym (Kowalska, 2020).

Rozpoznanie problemu

Właściwe reagowanie i rozpoznanie kto jest sprawcą, a kto ofiarą przemocy nie jest łatwe. Wiele osób zna historię O.J. Simsona (tzw. najgłośniejszy proces lat 90. ubiegłego wieku), który jako podejrzany o morderstwo żony, podczas procesu, by odsunąć od siebie zarzuty, m.in. podawał się za ofiarę przemocy z jej strony, tłumacząc w ten sposób zgłaszane przez nią agresywne incydenty na Policji. Wielu agresywnych mężczyzn przyjmuje tożsamość ofiary nie tylko wobec otoczenia (dodatkowo odgrywając wobec innych „rolę idealnego męża/partnera”), ale też wobec krzywdzonych kobiet, nieustannie wskazując, że to one są winne agresywnego zachowania partnera, bowiem on nie chciał się tak zachować i teraz źle się z tym czuje (częste usprawiedliwienie: „sprowokowała mnie”).

Bywa też tak, że prowadziwi obraz kobiety stosującej przemoc psychiczną w związku jest zafałszowany poprzez stereotypowe spostrzeganie „zrządzających, krytycznych” zachowań żony jako typowe czy też głównie odwetowe, czyli „usprawie-

dliwione”. Tymczasem, jeśli polegają one na ciągłym krytykowaniu, wyśmiewaniu, poniżaniu męża, kontrolowaniu jego telefonu, sprawdzaniu gdzie, z kim i po co się udał, warto zastanowić się, czy te zachowania noszą znamiona psychicznego nękania. Na takie wzmianki w dyskusji często pojawiają się liczne argumenty: „ale z nim naprawdę trudno jest wytrzymać”, „podejrzewam, że mnie zdradza”, „on też jest dla mnie niemiły” itd. Powstaje jednak pytanie: Czy tędy droga?

Osoba pomagająca musi być więc otwarta i uważna, gdyż fakty często zniekształcane są przez osobę stosującą przemoc, ale także przez osobę doznającą przemocy, która nierazdo usprawiedliwia agresora. Trzeba spróbować ustalić, jak dokładnie przedstawiają się domniemane przemocowe zachowania, jakie są ich przyczyny (porównać, jeśli jest możliwość, podawane przez sprawcę i ofiarę wersje wydarzeń) i jaka jest relacja sprawcy z domniemaną ofiarą. Jak reaguje on/ona na przemocowe zachowania, czy czuje się bezsilny/a, bezradny/a i zrezygnowany/a, jakie to ma dla niej/niego konsekwencje. Czasem jest to trudne do ustalenia, jednak przy podejrzeniu przemocy zawsze należy starać się zweryfikować posiadane informacje. Trzeba być też świadomym, że doświadczenia przemocy pomagającego (własne, w rodzinie), choć mogą ułatwiać zaangażowanie we wsparcie osób doznających przemocy, z drugiej strony mogą zniekształcać racjonalną ocenę sytuacji. Stąd tak ważną jest terapia własna nie tylko psychologów, ale również pracowników pomocy społecznej, w odniesieniu do doświadczeń przemocy, ale także innych doświadczeń, które mogą zakłócać proces pomagania (Santorski, 1988).

Pomoc w problemie

Można przypuszczać, że wielu mężczyzn nie zgłasza przemocy na Policję, w OPS-ach, w Pogotowiu „Niebieska Linia” czy w innych miejscach, gdzie można uzyskać pomoc. Dzieje się tak zwłaszcza, gdy problem dotyczy przemocy psychicznej (przykładowo: Fundacja A.R.T. podkreśla największą jej częstotliwość w grupie ofiar-mężczyzn i m.in. udziela wsparcia w takiej sytuacji, www.fundacjaart.pl) czy seksualnej (platforma www.sexed.pl). By pokazać wagę problemu i ułatwić korzystanie z pomocy adresowanej głównie do mężczyzn doznających przemocy, powstała Fundacja Fortior (<https://fundacja-fortior.org/>). Mężczyźni, podobnie jak kobiety, mogą uzyskać pomoc w ośrodkach interwencji kryzysowej (OIK) czy innych ośrodkach udzielających pomocy (PCPR, MOPS, GOPS, punkty konsultacyjne przy takich ośrodkach). Wydaje się jednak, że w praktyce krzywdzeni mężczyźni rzadko z nich korzystają.

Najczęściej przemoc doświadczana przez mężczyznę jest wykrywana niejako „przy okazji”, gdy udaje się on na terapię z powodu depresji, lęków czy uzależnienia lub zgłasza się z innym problemem do ośrodków pomocy społecznej. Znajomość specyfiki przemocy kobiet wobec mężczyzn i nieuleganie stereotypowemu postrzeganiu problemu pomaga rozpoznać ją wśród opisywanych przez klienta wydarzeń i właściwie zareagować. Ważne jest w tej sytuacji podejście i zachowanie terapeuty, które będzie rodziło jak najmniejszy opór ze strony doznającego przemocy mężczyzny, ponieważ on nie chce być postrzegany jako ofiara. Nie zawsze najbardziej efektywna może być dyrektywność, która zwykle jest stosowana, gdy istnieje zagrożenie dla zdrowia i życia ofiary.

² https://archiwum.mrips.gov.pl/gfx/mpips/userfiles/_public/1-2010_%20Raport-ogolnopolski_K-M_01-03-11.pdf

W zależności od stosowanej formy przemocy oraz jej przyczyn, warto z mężczyzną doznającym przemocy rozważyć możliwe opcje rozwiązania tej sytuacji. Może to być przerwanie relacji lub ustanowienie w niej asertywnie wyrażanych granic, zwłaszcza gdy sytuacja dotyczy byłej partnerki (często przemocowe relacje trwają w kontakcie z byłą żoną pomimo separacji czy rozwodu, a są utrzymywane ze względu na dzieci).

Inne rozwiązanie to terapia małżeńska, jeśli przemoc nie wynika z zaburzeń psychicznych czy nadużywania substancji psychoaktywnych przez kobietę, i jest przemocą sytuacyjną. W takim przypadku najważniejsze jest zatrzymanie przemocy i rozpoczęcie przez kobietę stosującą przemoc terapii indywidualnej. Czasem terapeuta widzi potrzebę zmotywowania klientki do leczenia psychiatrycznego bądź terapii uzależnienia. Nie jest to w praktyce łatwe, gdyż często nie jest ona zainteresowana wprowadzaniem zmian w swoim życiu. Warto skupić się na pomocy i wsparciu dla osoby doznającej przemocy.

Osoby pomagające podczas spotkań terapeutycznych z kobietami, które zgłaszają się z innymi problemami, powinny być uważne na przejawy przemocy z ich strony wobec mężczyzn. W tej sytuacji też łatwo wywołać opór i spowodować przerwanie kontaktu. Skuteczniejsze wydaje się pracowanie nie tyle w aspekcie stosowania przemocy (zwłaszcza, gdy chodzi o przemoc psychiczną), ale rozwoju umiejętności asertywnych (działania zgodne z poszanowaniem praw drugiej osoby) oraz skutecznych technik komunikacji. Ważne może być też pokazanie, jaki wpływ na dzieci ma przekraczanie granic ojca przez matkę (Filipek, 2017).

Refleksje

Obecne w społeczeństwie stereotypy powodują, że konieczna jest nieustająca edukacja w zakresie ochrony przed

przemocą. Mężczyźni pozostający w przemocowej relacji często nie zdają sobie sprawy, że działania ich żon są przemocą psychiczną i nie potrafią asertywnie się im przeciwstawić. Czasem latami tkwią w relacji, zdarza się, że reagują agresją i często mają poczucie, że to ich wina. Także kobiety stosujące przemoc są często nieświadome istoty swoich działań. Bywa, że i one pojawiają się w gabinecie terapeuty z powodu niezadowolenia z relacji z partnerem. Wówczas i im można pomóc, chroniąc jednocześnie osobę doznającą przemocy.

Musimy pamiętać, że choć przemoc kobiet wobec mężczyzn występuje rzadziej niż zjawisko odwrotne, to nadal pozostaje poważnym problemem. Zgłaszający się po pomoc i wsparcie mężczyźni doznający przemocy może stanowić swego rodzaju wyzwanie dla profesjonalistów. Chodzi tu nie tylko o zapanowanie nad własnymi stereotypowymi reakcjami czy uprzedzeniami, aby równo traktować ofiary obu płci, ale i o rzetelne badania nad problemem oraz dostosowanie działań instytucji pomocowych do specyfiki ofiar-mężczyzn. Ważne są szkolenia ułatwiające służbom pomocowym prawidłowe zdiagnozowanie, kto w związku stosuje przemoc, a kto jej doznaje. Rozpoznanie problemu i właściwe określenie jego charakteru i zakresu bywa niełatwe, ale już sama próba bezstronności, wyjścia poza stereotypy daje szansę na prawidłową ocenę sytuacji i pomoc poszkodowanym. Zróbmy, co możemy, byśmy jako społeczeństwo stawali się bardziej świadomi, otwarci i chętni do udzielenia pomocy w sytuacji podejrzenia występowania przemocy – zwłaszcza, gdy doznaje jej mężczyzna.

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

Bibliografia do artykułu dostępna jest na stronie pisma.

Nowe logo i nazwa – przyszedł czas na zmiany!



INSTYTUT PSYCHOLOGII ZDROWIA

Niemal 30 lat istnienia, setki osób zaangażowanych w działalność i tysiące tych, którym udało nam się pomóc – brzmi jak swego rodzaju podsumowanie. Dla nas to kolejny, ciekawy etap, czego dowodem są zachodzące zmiany. Po pierwsze, zmieniliśmy nazwę – **Ogólnopolskie Pogotowie dla Ofiar Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia” Instytutu Psychologii Zdrowia PTP oficjalnie stało się „po prostu” Niebieską Linią IPZ.**

Po drugie, **metamorfozie poddaliśmy także nasze logo.** Inicjały – NL – jako zwrócone ku sobie twarze. Do tego intensywniejszy odcień niebieskości, który ma w sobie dynamikę i podkreśla naszą nieustającą energię do działania.

Więcej o całym procesie wprowadzania zmian przeczytasz w artykule na naszej stronie www.niebieskalinia.pl

Przemoc a zaburzenia rozwoju dziecka

Doświadczenie przemocy w dzieciństwie to dla dziecka trauma, która zazwyczaj prowadzi do trudności emocjonalnych i społecznych w przyszłości. Niniejszy artykuł ukazuje, w jaki sposób przemoc wpływa na rozwój dziecka, zakłócając jego naturalny proces i jakie towarzyszą temu konsekwencje.

Paulina Pawlak

Dziecko, aby prawidłowo się rozwijać, potrzebuje otoczenia pełnego opieki, ciepła oraz zaspokajania podstawowych potrzeb zarówno fizjologicznych, jak i emocjonalnych. Niestety, kiedy wychowuje się w rodzinie, w której istnieje przemoc, te fundamentalne potrzeby mogą być niedostatecznie albo nieadekwatnie zaspokajane. W rezultacie u dziecka mogą wykształcić się negatywne wzorce myślenia i zachowania, które z czasem utralają się i mogą prowadzić do poważnych problemów psychicznych – zaburzeń osobowości, nastroju oraz generalnie obniżonej jakości życia.

Zdrowy rozwój dziecka

Dziecko potrzebuje sprzyjających warunków do zdrowego rozwoju, które obejmują zarówno czynniki genetyczne i biochemiczne, jak i otoczenie, w którym dorasta. Niektóre z tych czynników są poza naszą kontrolą, podczas gdy inne możemy świadomie kształtować.

Już na etapie życia prenatalnego dziecko może doświadczyć krzywdzenia. Spożywanie alkoholu czy innych substancji teratogennych przez kobiety w ciąży jest formą przemocy. Układ nerwowy dopiero zaczyna się kształtować i jest szczególnie wrażliwy na pojawiające się na tym etapie zakłócenia (np. działanie toksycznych substancji, które mogą prowadzić do nieodwracalnych zmian).

Ważnym czynnikiem prewencyjnym jest zatem podnoszenie świadomości społecznej – w kwestii nieistniejącej bezpiecznej dawki alkoholu w ciąży.

Przykłady szkodliwych czynników i ich konsekwencje:

- Alkohol – powoduje pojawienie się FASD (Fetal Alcohol Spectrum Disorder), czyli Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych, które jest nieuleczalne i w zależności od ilości spożywanego alkoholu albo określonego momentu rozwojowego powoduje różnego rodzaju uszkodzenia. W pierwszym trymestrze – deformacje twarzy, wady wrodzone, późniejsze problemy poznawcze i intelektualne, impulsywność. W drugim trymestrze grozi samoistnym poronieniem, a w trzecim zahamowaniem wzrostu płodu i rozwoju organów (w tym także mózgu).
- Kokaina – hamuje wzrost płodu, wpływa na przedwczesny poród, układ nerwowy jest rozchwiany. Dziecko, które było narażone na działanie narkotyków w życiu prenatalnym, rodzi się pobudzone i ma syndrom głodu narkotykowego.

- Grypa w pierwszych tygodniach ciąży może uszkodzić układ nerwowy, pokarmowy oraz serce. Zachorowanie matki na gripę ok. 5 miesiąca ciąży zwiększa prawdopodobieństwo zachorowania dziecka (w jego dorosłości) na schizofrenię.

Rozwój psychiczny dziecka

Na każdym etapie życia człowiek staje przed określonymi zadaniami rozwojowymi, czyli zdolnościami i umiejętnościami, które potrzebuje opanować, aby móc funkcjonować zdrowo i pełnić swoje role społeczne. Pominięcie tych zadań może prowadzić do zakłóceń w rozwoju, które mogą mieć długotrwałe konsekwencje.

Można to porównać do nauki matematyki, gdzie kolejne etapy, jak nauka cyfr, liczb, dodawania czy odejmowania, stanowią fundament dla bardziej zaawansowanych umiejętności. Pominięcie podstawowych kroków utrudnia naukę dalszych umiejętności i może prowadzić do trudności w przyszłości.

Psychoterapia może stanowić pomocną formę wsparcia, działając jak rodzaj rehabilitacji dla układu nerwowego. Choć nie jest to tak proste jak w dzieciństwie, wiele z zadań rozwojowych można opanować nawet w późniejszym życiu.

Naturalna zależność dziecka od dorosłego

Dziecko rodzi się w pełni zależne od opiekuna, ponieważ zarówno jego ciało, jak i układ nerwowy, są jeszcze bardzo niedojrzałe w momencie narodzin. Proces dojrzewania układu nerwowego trwa nawet do około 25. roku życia. Podlega w tym czasie wpływom środowiskowym i doświadczeniom. W tym okresie człowiek posiada ogromny potencjał rozwojowy. Co oczywiste – im młodsze dziecko, tym bardziej niedojrzały jest jego układ nerwowy. Nie sam czas jednak sprawia, że układ nerwowy staje się dojrzały. Gdy osiąga swój maksymalny potencjał – niekoniecznie osoba ta jest uznawana, według kryteriów psychologicznych, za dojrzałą emocjonalnie. Do tego konieczna jest nauka i prowadzenie przez inne, dorosłe i jednocześnie dojrzałe emocjonalnie osoby. Wczesne doświadczenie przemocy fizycznej, emocjonalnej czy traumy powoduje ogromne szkody dla całego organizmu i późniejszego funkcjonowania.

Nawet w pełni zdrowa osoba dorosła, wspierana przez kochające otoczenie, po przeżyciu traumatycznego zda-

zenia (np. świadectwo śmierci, napaść seksualna, atak rabunkowy, czy zbliżenie się do śmierci) doznaje wstrząsu i potrzebuje czasu i wsparcia, aby odzyskać równowagę psychiczną. Bez odpowiedniego przetworzenia traumy może nigdy nie wrócić do pełni zdrowia psychicznego.

Jeśli sprawcami przemocy są podstawowi opiekunowie, dla dziecka zawsze jest to czynnik traumatyzujący – co za tym idzie – wykraczający poza możliwości poradzenia sobie z sytuacją. Trauma wyrzca ze zdrowego trybu funkcjonowania i uruchamia masywne metody przetrwania. Choć metody te chronią dziecko w czasie dorastania, to w dorosłym życiu bardziej szkodzą i utrudniają zdrowe i szczęśliwe funkcjonowanie. W przypadku doświadczania przemocy mechanizmy te mogą być bardzo zaawansowane – dysocjacja czy emocjonalne odcięcie się od siebie. Dziecko w dysfunkcyjnej rodzinie jest zatem zarazem pozbawione warunków do spokojnego rozwoju i równocześnie stale wystawione na działanie traumy. Psychika dziecka, broniąc się, wprowadza je w tryb przetrwania. W tym trybie natomiast głównym celem organizmu nie jest stymulowanie obszarów mózgu związanych z samorozwojem (jak to się dzieje u zdrowo wspieranych w rozwoju dzieci), ale reagowanie na zagrożenie i niebezpieczeństwo. W rezultacie organizm jest stale pobudzony, nadmiernie czujny, zwiększając produkcję hormonów stresu.

Podstawowe potrzeby człowieka wg Jeffrey'a Younga

Terapia schematów, oparta na założeniach Jeffrey'a Younga (2003), koncentruje się na identyfikowaniu i przekształcaniu negatywnych wzorców myślenia, zwanych schematami, które wpływają na nasze emocje, myśli i zachowania. Poprzez różnorodne techniki terapeutyczne pomaga osobom skrzywdzonym zrozumieć i przepracować te chroniące w dzieciństwie, ale niekorzystne w życiu dorosłym wzorce, prowadząc do poprawy zdrowia psychicznego i emocjonalnego.

Schematy te powstają na skutek nieadekwatnie zaspokajanych potrzeb.

Potrzeby, których zaniedbanie przez przemocowych opiekunów skutkuje zaburzeniami rozwoju dziecka:

- bezpiecznej więzi,
- akceptacji,
- troski,
- ochrony,
- autonomii,
- kompetencji,
- tożsamości,
- realistycznych ograniczeń,
- samokontroli,
- dowolnej ekspresji emocji i potrzeb,
- spontaniczności,
- zabawy.

Dziecko w przemocowej rodzinie

Jeśli dziecko rodzi się w rodzinie dysfunkcyjnej nie doświadcza bezpiecznego i stabilnego wsparcia dla swojego rozwoju. Uczy się, że świat jest zagrażający, bliscy ranią, wykorzystują, jest samotne, nierozumiane, w notorycznym poczuciu zagrożenia. Im więcej zdeprywowanych potrzeb, tym skutki dla organizmu poważniejsze. Oprócz typowych mechanizmów obronnych – jak wypieranie, zaprzeczanie, regresja, dysocjacja, dziecko wchodzi w rolę, która zapew-

nia mu przetrwanie. Role te są narzucane przez system rodzinny, dziecko nie wybiera ich świadomie. Tak jak wszystkiego innego, „uczy się”, które zachowania dają względne bezpieczeństwo, zauważa na przykład, że rozśmieszanie rozwścieczonego rodzica czasami go „rozbraja”, wchodzi więc w rolę Maskotki.

Role, które przyjmuje dziecko, mogą się zmieniać i przeplatać. Każda z nich oddala dziecko od samego siebie, co oznacza, że nie ma ono przestrzeni na odkrywanie własnych potrzeb, prawdziwej tożsamości, tego co lubi a czego nie. Jego ekspresja nastawiona jest na przetrwanie, nie na zdrowy rozwój i swobodną ekspresję siebie. Oznacza to poważne problemy w przyszłości i zaburzenia w kierunku zaburzeń tożsamości, osobowości, nastroju i innych. Niestabilne środowisko zwiększa także prawdopodobieństwo wystąpienia uzależnienia od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych.

Jakie role najczęściej narzuca dzieciom dysfunkcyjny system rodzinny?

- **Bohater rodziny** – zwykle wciela się w nie najstarsze dziecko. Członkowie rodziny oczekują od niego opieki i pomocy dla pozostałych osób, nie ma prawa do gorszych dni, pełni rolę reprezentacyjną – opiekunowie mogą chwalić je, gdy się samopoświęca. Dziecko może utożsamiać miłość i bliskość z warunkowością, poświęceniem.
- **Kozioł ofiarny** – osoba przyciągająca negatywną uwagę i jednocześnie odwracająca uwagę od prawdziwego problemu. Takie dziecko może być oskarżane za całe zło świata, nawet za uzależnienie czy zły nastrój rodzica. Obarczone odpowiedzialnością za zachowania dorosłych, często staje się ofiarą brutalnych kar zarówno psychicznych, jak i fizycznych.
- **Maskotka** – dziecko używa humoru i żartu, aby łagodzić napięcie, manipuluje emocjami innych, by uniknąć wybuchu przemocy. Pod fasadą pozornego optymizmu ukrywa samotność, ból i wszystkie swoje autentyczne emocje. Często samo nie ma do nich dostępu.
- **Dziecko zapomniane** – dziecko, które izoluje się i „nie wymaga uwagi”, co pomaga w utrzymaniu równowagi w rodzinie. Dziecko, o którym mówi się, że jest „bezproblemowe”, „ciche”, często wręcz niewidzialne, uczy się radzić sobie samo oraz tego, że jego istnienie jest absolutnie nieważne i bezwartościowe.

Role te wnikają w człowieka tak głęboko, że wchodzi on w nie również w życiu dorosłym. Nawet, gdy już dawno opuścił dom rodziny pochodzenia i nawet wtedy, gdy nie utrzymuje już z nią kontaktu. Potocznie w społeczeństwie mówimy na przykład o „ludziach plastrach” (people pleaser), którzy nadal używają roli manipulacji, by pozornie bezpiecznie funkcjonować w relacjach. Oczywiście używanie ról utrudnia albo całkowicie uniemożliwia tworzenie bliskich, intymnych, autentycznych relacji.

Jak zapobiegać przemocy?

Przede wszystkim, poprzez psychoedukację – szerząc wiedzę na temat granic i praw człowieka, wspierając dzieci w wyrażaniu własnych emocji i szanując ich granice, zarówno fizyczne, jak i psychiczne. Istotne jest także aktywne rozmawianie z dziećmi, bronienie ich i stanie po ich stronie

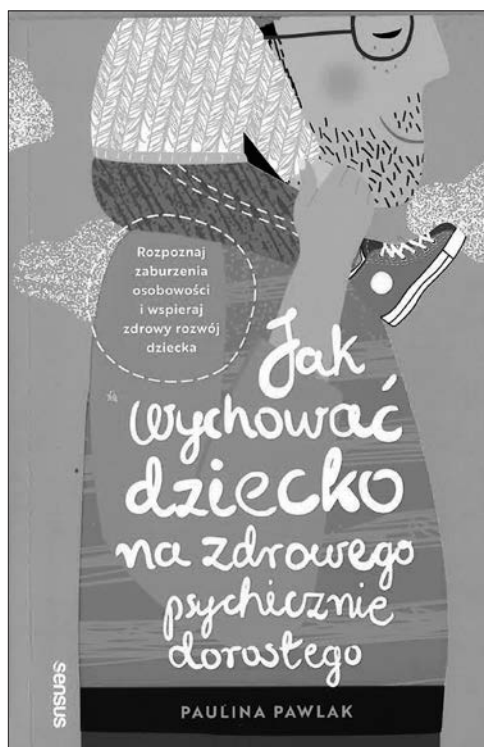
w sytuacjach, gdy są one atakowane przez dorosłych, np. poprzez obraźliwe komentarze, straszenie, groźnienie, unieważnianie, umniejszanie czy kłamstwa. Postawa rodziców odgrywa kluczową rolę w budowaniu poczucia wartości, autonomii i świadomości praw dzieci.

Pomoc psychologiczna dla dzieci z grup ryzyka (w których opiekunowie dopuszczają się zaniedbań) polega na wprowadzaniu programów profilaktycznych (prewencja pierwotna), a dla dzieci z widocznymi już objawami dysfunkcyjnego funkcjonowania intensywniejszej interwencji (prewencja wtórna) przez odpowiednie programy. Wówczas istnieje szansa, że objawy nie będą się pogłębiały, a dzieci otrzymają niezbędne narzędzia do poradzenia sobie z innym źródłem niż dom. Trzecim rodzajem pomocy psychologicznej jest psychoterapia, która przeznaczona jest dla dzieci, które wykazują objawy internalizacyjne (tłumienie emocji, samokaleczenie się) i eksternalizacyjne (agresja wobec innych, postawa antyspołeczna).

Wiedza to świadomość, a świadomość stanowi często pierwszy krok w kierunku pomocy sobie lub innym. Edukacja społeczeństwa w obszarze sposobów reagowania, gdy dzieciom dzieje się krzywda, jest wciąż potrzebna, mimo że obecnie ta świadomość jest większa niż jeszcze 10-20 lat temu. Znamy numer alarmowy 112, pod który możemy zgłaszać wszelkie niepokojące zdarzenia, nawet jeśli nie jesteśmy pewni, czy stanowią one przemoc. Istnieją również telefony zaufania, które oferują bezpłatne i anonimowe wsparcie oraz pomoc w trudnych sytuacjach.

Numery, które warto znać:

116 123 – bezpłatny telefon zaufania dla dorosłych
800 70 22 22 – bezpłatna, całodobowa linia wsparcia dla osób w stanie kryzysu psychicznego
800 100 100 – bezpłatny telefon dla rodziców i nauczycieli w sprawie bezpieczeństwa i zdrowia dziecka



Trudniejsze są sytuacje, kiedy orientujemy się, że sami możemy być źródłem przemocowych zachowań wobec własnych dzieci. Dorosłym również uruchamiają się wtedy mechanizmy obronne (racjonalizacja, intelektualizacja), by nie dopuszczać do siebie trudnej prawdy. Krzyczenie na dzieci, straszenie i groźnienie im to typowo przemocowe zachowania, które w naszym społeczeństwie często są bagatelizowane.

Warto z życzliwością spojrzeć na siebie, na swoją przeszłość i na metody wychowawcze własnych rodziców, a potem skonfrontować się z faktami. Taka konfrontacja, choć trudna i często bardzo bolesna, jest niezbędna, by zacząć wprowadzać adekwatne zmiany. Istotne jest zastanowienie się nad sposobami regulowania własnych emocji, umiejętnością ich dojrzałego wyrażania oraz nad jakością komunikacji

z dzieckiem. Jeśli zauważamy u siebie zachowania wskazujące na wyładowywanie emocji na dziecku, konieczne jest podjęcie kroków w celu zapewnienia bezpieczeństwa zarówno sobie, jak i dziecku. Nawet sporadyczne przejawy takiego zachowania mogą mieć destrukcyjny wpływ na rozwój dziecka.

Pomocna w tym zakresie może być psychoterapia, warsztaty dotyczące regulacji emocji czy inne prowadzone przez psychologów adresowane do rodziców. Ważne jest, by zajęcia te były praktyczne, a nie jedynie teoretyczne. Praktykując, uczymy się nowych nawyków na głębszym, emocjonalnym poziomie, nie tylko na poziomie poznawczym (poziom poznawczy = wiem, poziom emocjonalny = czuję).

Paulina Pawlak – psycholożka, psychoterapeutka, w trakcie certyfikacji Psychoterapii Poznawczo-Behawioralnej szkoły CBT-EDU w Warszawie, Łódź.

BIBLIOGRAFIA:

Arntz A., Bernstein D.P., Jacob G. (2013). *Schema Therapy In Practice an introductory guide to the schema mode approach*, Wiley-Blackwell, Germany.
 Bilikiewicz A. (red. nauk.) (2015). *Kompendium Psychiatrii Psychoterapii Medycyny Psychosomatycznej*. PZWL, Warszawa.
 Górska T., Grabowska A., Zagrodzka J. (2012). *Mózg a zachowanie*. PWN, Warszawa.
 Herman J.L. (2002). *Przemoc – uraz psychiczny i powrót do równowagi*. GWP, Sopot.
 Kalat J.W. (2021). *Biologiczne Podstawy Psychologii*, Wydanie nowe PWN, Warszawa.

Grzegorzowska I., Cierpiatkowska L. (2020). *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży*. PWN Warszawa.
 Piekarska, A. (1991). *Przemoc w rodzinie. Agresja rodziców wobec dzieci. Przejawy i psychologiczne uwarunkowania*. Warszawa.
 Trempała J. (2017). *Psychologia rozwoju człowieka*, PWN, Warszawa.
 Young J.E.E., J.S. Klosko, ME Weishaar (2003). *Schema Therapy a practitioner's Guide*, Guilford Publications.
 Zdankiewicz-Ścigała E. (2019). *Aleksytymia i dysocjacja jako podstawowe czynniki zjawisk potraumatycznych*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.

Ślady przemocy rówieśniczej w dorosłości

Doświadczenie przemocy rówieśniczej może prowadzić do wykształcenia schematu nieufności/nadużycia oraz izolacji społecznej. Wykształcone schematy, które chroniły nastolatka, u osoby dorosłej powodują pogłębienie dysfunkcyjnych zachowań – trudności w nawiązywaniu i utrzymywaniu relacji, problemy z zaakceptowaniem siebie oraz zaniżone poczucie własnej wartości. Jaki tryb pracy terapeutycznej może być pomocny w „rozbrojeniu” schematu nieufności/nadużycia oraz izolacji społecznej?

Arlęta Balcerek

Wśród wielu traum z wczesnych lat dzieciństwa, doświadczenie przemocy rówieśniczej czasami umyka w toku pracy nad poradzeniem sobie z przeszłością. Nie zawsze te wspomnienia są przedstawiane jako znaczące lub na tle innych trudnych przeżyć wydają się na mniej istotne. Jednak poświęcenie uwagi również temu aspektowi w historii danej osoby może być kluczowe dla dalszej terapii. Tym bardziej, że takie doświadczenia mogą być źródłem wielu problemów, z jakimi w dorosłości zmagają się ta osoba.

Pierwsze integracje z innymi dziećmi, dotychczas do większej zbiorowości, a następnie budowanie swojej tożsamości na tle grupy, to niezwykle ważne aspekty rozwoju społecznego każdego z nas. Prawidłowy proces socjalizacji pozwala kształtować elastyczne strategie radzenia sobie w dorosłym życiu. Jeśli natomiast w kontaktach z innymi osobami dziecko czy nastolatek natrafia na zachowania przemocowe, będzie to długofalowo rzutowało na sposób, w jaki taka osoba będzie postrzegała siebie i relacje z innymi, w jaki sposób je zbuduje i poradzi sobie z problemami w życiu codziennym.

Kiedy przychodzi do nas osoba zmagająca się z różnymi trudnościami w nawiązywaniu i utrzymywaniu relacji, ale też mająca problemy z zaakceptowaniem siebie i zaniżonym poczuciem własnej wartości, warto zwrócić uwagę na informacje, które dotyczą środowiska rówieśniczego. Kiedy bowiem rówieśnicy trzymają na dystans, wyśmiewają albo wręcz znęcają się nad młodym człowiekiem, cały proces kształtowania się jego osobowości zostaje zaburzony.

Przemoc rówieśnicza, może mieć różne oblicza – od straszenia, dokuczania i wyzywania, poprzez bicie i fizyczne znęcanie się, po wyrzucanie z grupy, wykluczenie oraz wykorzystanie mediów społecznościowych do szerzenia krzywdzących informacji. Wobec wielu takich zachowań osoby krzywdzone pozostają zupełnie bezbronne. Bywa, że wsparcie ze strony rodziców, opiekunów czy nauczycieli, zamiast zatrzymać przemoc, tylko ją eskaluje, co dodatkowo umacnia jej ofiary w przekonaniu, że nie znajdą nigdzie ratunku i są zupełnie same ze swoimi problemami.

Konsekwencje doświadczania przemocy mogą być szczególnie obciążające i długofalowe dla osób, które dopiero uczą się, jak radzić sobie z samym sobą i otaczają-

cym światem. Do najważniejszych konsekwencji przemocy rówieśniczej należą:

- myśli i próby samobójcze,
- zachowania autoagresywne,
- rezygnacja (unikanie) z uczestniczenia w zajęciach w szkole, aktywnościach poza szkołą z rówieśnikami,
- depresja, zaburzenia lękowe,
- zaniżone poczucie własnej wartości,
- zaburzenia psychosomatyczne,
- wycofanie z aktywności społecznych.

Agresywne i przemocowe zachowania ze strony innych dzieci czy nastolatków są też czynnikiem wpływającym na proces kształtowania się osobowości i umiejętności radzenia sobie w życiu dorosłym. Osoba doznająca przemocy uczy się, że świat jest niebezpiecznym miejscem, a ludzie bywają okrutni i fałszywi. Jeśli dodatkowo jest wykluczana z grupy, szykanowana czy w inny sposób izolowana od ważnych dla grupy rówieśniczej wydarzeń, wzrasta w przekonaniu, że nie potrafi się dostosować, zrozumieć procesów grupowych i wchodzić płynnie w nowe społeczności. Wraz z dojrzewaniem i kolejnymi trudnymi doświadczeniami wśród ludzi, taka osoba nabiera coraz większej pewności, że środowisko społeczne jest dla niej niezrozumiałe i obce, a ludziom nie można ufać. W dorosłości może być nieufna i mieć problemy w kontaktach towarzyskich i zawodowych, a przez to odczuwać osamotnienie i alienację.

Schematy jako konsekwencja przemocy rówieśniczej

Kształtujące się w wyniku nadużyć ze strony środowiska rówieśniczego schematy nieufności i nadużycia, oraz izolacji społecznej, mocno oddziałują na budowanie relacji i radzenie sobie wśród innych członków społeczności.

Schemat nieufności i nadużycia jest konsekwencją działań osób, które znajdują się w otoczeniu dziecka/nastolatka. Osoba, która doświadcza nadużyć ze strony innych osób wzrasta w poczuciu lęku i nieufności. Dla niej świat jest przerażającym miejscem. Jest przekonana, że ludziom nie można ufać, bo każdy napotkany człowiek może chcieć skrzywdzić, oszukać albo wykorzystać. Dlatego wiele osób z tym schematem pozostaje w stanie podwyższonej czujności, analizuje wszystkie gesty i słowa ludzi w swoim

otoczeniu, doszukuje się drugiego dna w wypowiedziach i zachowaniach, a najdrobniejsze przejawy niespójności w zachowaniu może interpretować jako zagrażające.

Izolacja społeczna to schemat, który **charakteryzuje się poczuciem braku przynależności i niezrozumienia procesów grupowych**. Osoba, u której się ukształtował, ma wrażenie, że nie jest częścią większej wspólnoty, nie rozumie, w jaki sposób ludzie się ze sobą dogadują i co spaja ich relacje. Ma przy tym mocne rozróżnienie na „ja kontra oni”. Dużo przekonani będących u podłoża tego schematu zniekształca odbiór relacji w najbliższym otoczeniu, wywołując odczucia niepokoju i zagubienia.

Aktywacja tych schematów ma znaczący wpływ na problemy w życiu społecznym oraz odbiór siebie jako członka społeczności. Natomiast kolejne niepowodzenia w budowaniu relacji i zawody, jakich doświadcza taka osoba są źródłem psychicznego cierpienia i stresu, a przez to niosą ze sobą szereg negatywnych konsekwencji dla zdrowia psychofizycznego.

Tryb pracy z osobami, które na skutek przemocowych doświadczeń w grupie rówieśniczej mają wykształcone schematy nieufności i izolacji społecznej:

Psychoedukacja i konceptualizacja

Do gabinetu przychodzi osoba, która w okresie dorastania doświadczyła nadużyć i agresji ze strony rówieśników. Możliwe, że nie do końca zdaje sobie sprawę, jak te przeżycia wpływają na jej aktualne funkcjonowanie. A może doświadcza z ich powodu cierpienia i widzi wyraźny związek pomiędzy przemocą z czasów szkolnych a problemami w relacjach w dorosłym życiu. Bez względu na scenariusz, pracę pomocową warto rozpocząć od psychoedukacji i konceptualizacji problemów.

Jeśli w wywiadzie pojawiają się wątki dotyczące negatywnych doświadczeń z otoczeniem rówieśniczym, warto temu tematowi poświęcić więcej uwagi. Zwykle jesteśmy wyczuleni na przejawy nadużyć i zaniedbań, jakich dziecko doświadcza ze strony dorosłych, a relacje rówieśnicze mogą się na ich tle wydawać zdecydowanie mniej traumatyczne. Tym bardziej, jeśli pacjent/ka szukali pomocy u dorosłych w trakcie, gdy byli ofiarami przemocy, ale ich próby uzyskania wsparcia kończyły się ignorowaniem, bagatelizowaniem albo tylko pozornym zajęciem się sprawą (np. ktoś z dorosłych obiecywał, że zajmie się sprawą później i nigdy do tego nie doszło). Dlatego tak ważne jest podejście do historii pacjenta z uwagą i wrażliwością na to, jak silny był wpływ grupy rówieśniczej i jej zachowań na aktualne problemy osoby zgłaszającej się po pomoc.

Odpowiednia psychoedukacja będzie w tym wypadku niezbędnym wprowadzeniem do dalszych oddziaływań. Nazwanie zachowań sprawców przemocą, opisywanie mechanizmów przemocowych oraz ich wpływu na samopoczucie i zachowanie ofiar może pomóc zbudować relację opartą na zrozumieniu i akceptacji. Będzie to również wstęp do budowania szerszej konceptualizacji problemów, z jakimi zgłosiła się dana osoba. Opisanie jej aktualnych trudności jako konsekwencji zachowań, jakich doświadczyła w przeszłości, może pomóc lepiej zrozumieć mechanizmy działające w jej życiu. Dzięki temu łatwiej będzie wprowadzać zmiany, które wymagają przełamania usztywnionych wzorców.

Określenie swoich granic i trening asertywności z wykorzystaniem pracy z krzesłami

Wyznaczanie granic i umiejętność wyrażania swoich potrzeb są umiejętnościami niezbędnymi do dobrego funkcjonowania wśród innych. W przypadku osób ze schematem nieufności i izolacji taki trening warto zacząć w bezpiecznym otoczeniu gabinetu. Pierwsze ćwiczenia mogą opierać się na pogłębieniu rozumienia samych sytuacji, z jakimi w codziennym życiu mierzy się pacjent/ka. Ustawienie scenki w gabinecie, odegranie kolejnych jej uczestników i spojrzenie na wszystko z dystansu, może być znaczące dla uelastyczniania sztywnych przekonań na temat świata i innych ludzi. Można w tym celu użyć krzesła, kartek papieru rozłożonych na podłodze albo figurek, które będą symbolizowały kolejne osoby. Wspólnie z pacjentem/tką można zastanowić się, jakie są intencje tych osób, co mogą myśleć i czuć, a na koniec – jakie jest znaczenie ich gestów i słów. Takie ćwiczenia pomagają trenować mentalizację.

Krzesła są też świetnym sposobem na trenowanie wyrażania swoich granic. Można w tym celu ustawić na wprost siebie dwa krzesła i wraz z pacjentem/tką zainscenizować sytuację, w której odgrywane są różne scenariusze tego samego zdarzenia, kiedy pacjent/ka stawia granice innej osobie. Na koniec wspólnie ocenia się różne formy zadbania o swoje granice i wyrażenia własnego zdania, a potem kilka razy trenuje tę najbardziej skuteczną i bezpieczną dla pacjenta/tki.

Możemy również na krzesłach zamodelować, jak się stawia granice, odgrywając taką scenkę przed pacjentem/tką. Innym sposobem może być ustawienie dwóch krzesła, jedno za drugim w jednym rzędzie i trzeciego na wprost nich, żeby symbolizowały pacjenta/tkę i jego/jej wrażliwe dziecko, a na wprost osobę, z którą chce się skonfrontować. W takiej konfiguracji można zarówno zadbać o wzmocnienie zdrowych dorosłych zasobów, jak i zaopiekować się wrażliwym dzieckiem pacjenta/tki.

Ćwiczenia wyobrazeniowe

W przypadku obu nieadaptacyjnych schematów, skuteczną formą pracy z pacjentem/tką będzie wprowadzenie ćwiczeń wyobrazeniowych. Mogą one pomóc w powrocie do trudnych przeszłych doświadczeń, ale też w pracy nad zmianą zachowań w przyszłości. Będą również dobrym uzupełnieniem odkrywania swoich granic i wyznaczania ich w środowisku społecznym.

W wyobrażeniach możemy wspólnie z pacjentem/tką zadbać o jego/jej wrażliwą część i wprowadzić do przeszłych doświadczeń osoby, które mogłyby przynieść pomoc i ukojenie. Przeprowadzenie takich ćwiczeń może być dobrym sposobem na wzmocnienie zdrowych zasobów pacjenta/tki i ukojenie uczuć, których doznawał/a w kontaktach z przemocowymi rówieśnikami.

Powrót do trudnych chwil z przeszłości może na początku wywoływać lęk. Dlatego warto całe ćwiczenie najpierw omówić i zacząć od prostych wyobrażeń, które pokażą, jak wygląda taki rodzaj pracy. Dobrze jest wspólnie zbudować bezpieczne miejsce, w którym pacjent/ka zawsze może się ukryć i ukoić, jeśli będzie zbyt ciężko.

Następnie w kolejnych etapach warto przechodzić do coraz trudniejszych wspomnień, ale mając na uwadze, żeby

mieć zbudowane podstawowe zasoby do poradzenia sobie z nimi. Pacjent/ka może mieć początkowo problemy z wprowadzaniem swojego/jej Zdrowego Dorosłego/Zdrowej Dorosłej do wyobrażenia. Dlatego wspomóc tę część mogą zarówno zaufane osoby z przeszłości, postaci fikcyjne (ale ważne dla pacjenta/tki, które są symbolem troski i opiekuńczości) lub osoby z jej obecnego otoczenia, którym może zaufać. Rolę wsparcia w wyobrażeniu może też pełnić osoba pomagacza, która w początkowych fazach może stanowić wzór troskliwej i opiekuńczej postaci.

Oprócz powrotu do przeszłych wspomnień, można poprzez wyobrażenia wspomóc radzenie sobie w teraźniejszości lub przyszłości. Wtedy taka praca pomaga w przełamywaniu lęków, budowaniu bardziej elastycznych strategii radzenia sobie i testowaniu różnych scenariuszy związanych z relacjami z innymi ludźmi. Może to być bardzo bezpieczny, a zarazem budujący pewność siebie i sprawczość, sposób na eksplorowanie zasobów Zdrowej Dorosłej części pacjenta/tki.

Eksperymenty behawioralne z proszeniem o pomoc

Zwykle oba schematy wiążą się także z problemem proszenia o pomoc. Mimo że jest to nasza podstawowa umiejętność radzenia sobie i jest zupełnie naturalnym aspektem życia w dużych grupach, w przypadku wielu osób jest synonimem słabości i nieradzenia sobie w życiu. Dlatego warto poświęcić czas na zbudowanie takich umiejętności u pacjenta/tki. Planowanie i przeprowadzanie eksperymentów

dotyczących proszenia o pomoc może pomóc odczarować przekonania na temat świata i ludzi.

Na spotkaniach wspólnie ustalany jest scenariusz takiego eksperymentu. Omówienie możliwych negatywnych skutków jest niezwykle ważne, gdyż pozwala złagodzić lęki i przygotować nieufną osobę na różne ewentualności. Następnie, po wykonaniu zadania omawia się efekty i wysnuwa wnioski.

W trakcie tego procesu warto jest zwracać uwagę pacjenta/tki, że ludzie nie są idealni i że normalne jest popełnianie błędów. Rozróżnienie, co jest pomyłką, roztargnieniem czy zwykłym przypadkiem, a co celowym zaniedbaniem, unikaniem czy oszukiwaniem, będzie bardzo ważną umiejętnością dla osoby, która zwykle zakłada, że na innych nie można polegać.

Osoby, które doświadczają w dorosłości konsekwencji przeszłych przemocowych doświadczeń, będą potrzebowały zarówno bliskiej, bezpiecznej więzi, jak i treningu konkretnych strategii. Relacja z pomagaczem może przełamać lęk przed bliskością i pomóc zrozumieć, jak tworzą się relacje i dlaczego są tak ważne w życiu. Narzędzia uzyskane w trakcie ćwiczeń pomogą lepiej i skuteczniej radzić sobie z codziennym życiem i kontaktem z innymi ludźmi.

Arleta Balcerek – psycholożka, certyfikowana psychoterapeutka CBT, pracuje w Centrum Terapii Schematu InTeGral, Warszawa.

Zmiany w zakresie systemu ochrony prawnej małoletnich

W kwietniu 2024 roku minie rok od czasu jak media obiegrała informacja o sprawie Kamilka z Częstochowy. Tragedia 8-letniego chłopca spowodowała zintensyfikowanie prac nad zmianami legislacyjnymi w obszarze systemu ochrony prawnej małoletnich. W niniejszym artykule została omówiona część spośród wprowadzonych przez ustawodawcę zmian w zakresie systemu ochrony prawnej małoletnich.

Joanna Szatek

Zakres zmian wprowadzonych „ustawą Kamilka”

Zmiany w zakresie systemu ochrony prawnej małoletnich zostały wprowadzone ustawą z dnia 28 lipca 2023 roku o zmianie ustawy – Kodeks rodzinny i opiekuńczy oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2023 poz. 1606), która weszła w życie 15 lutego 2024 roku, nazywaną często przez media „ustawą Kamilka”.

Wprowadzone zmiany objęły regulację siedmiu ustaw, tj. ustawy z dnia 25 lutego 1964 roku – Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz.U. z 2020 r. poz. 1359 i z 2022 r. poz. 2140, dalej: „k.r.o.”), ustawy z dnia 17 listopada 1964

roku – Kodeks postępowania cywilnego (Dz.U. z 2021 r. poz. 18052, dalej: „k.p.c.”), ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku – Kodeks postępowania karnego (Dz.U. z 2022 r. poz. 1375, z późn. zm., dalej: „Kodeks postępowania karnego”), ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku – Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. z 2023 r. poz. 127, z 2022 r. poz. 2600 oraz z 2023 r. poz. 818), ustawy z dnia 27 lipca 2001 roku – Prawo o ustroju sądów powszechnych (Dz.U. z 2023 r. poz. 217, z 2022 r. poz. 2642 oraz z 2023 r. poz. 289, 614, 1030 i 1429), ustawy z dnia 29 lipca 2005 r.

o przeciwdziałaniu przemocy domowej (Dz.U. z 2021 r. poz. 1249 oraz z 2023 r. poz. 289 i 535) oraz ustawy z dnia 13 maja 2016 roku o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym (Dz.U. z 2023 r. poz. 1304).

Jak wskazano w uzasadnieniu do projektu ustawy – celem wprowadzanych zmian było podwyższenie standardów uczestnictwa małoletnich w procedurach sądowych, wzmocnienie ich ochrony, w tym także systemowej ochrony przed skrzywdzeniem oraz wprowadzenie takich regulacji, które pozwolą na ukształtowanie sprawnie funkcjonującego systemu ochrony małoletnich¹.

Reprezentant dziecka

Wprowadzone zmiany objęły przepisy dotyczące reprezentacji małoletniego dziecka w sytuacji, w której uprawnienia tego nie mogą wykonywać rodzice małoletniego (art. 98 § 2 i 3 k.r.o.).

Podstawowa zmiana dotyczy nazewnictwa – **w miejsce dotychczas ustanawianego „kuratora reprezentującego dziecko” pojawił się „reprezentant dziecka”**. Termin „reprezentant dziecka” ma na celu podkreślenie właściwej roli, jaką podmiot ten ma pełnić – zadaniem „reprezentanta dziecka” nie jest sprawowanie nad nim nadzoru czy kontroli, lecz reprezentowanie małoletniego. Wprowadzona zmiana terminologii była odpowiedzią na dostrzeżoną przez ustawodawcę potrzebę nadania właściwego znaczenia tej instytucji. Zmiany w tym zakresie podyktowane były obecnością w świadomości społecznej określoną konotacją słowa „kurator” – kurator reprezentujący dziecko często był mylony z kuratorem sądowym, co z kolei mogło wywoływać błędne wyobrażenie o roli i zadaniach tego podmiotu².

Oprócz zmiany terminologii wprowadzone regulacje doprecyzowały zadania reprezentanta dziecka, sposób ustalania należnego mu wynagrodzenia oraz sposób nadzoru sądu opiekuńczego nad działalnością reprezentanta dziecka.

Rozszerzono kompetencje reprezentanta dziecka, który w zakresie niezbędnym do prawidłowej reprezentacji dziecka, może zwrócić się do odpowiednich podmiotów o informacje o dziecku, jego stanie zdrowia, sytuacji rodzinnej i środowiskowej. Dotychczas przysługujące prawo do wystąpienia o taką informację do organów, instytucji, stowarzyszeń, organizacji społecznych, poszerzono także o wszelkie inne podmioty, do których należy dziecko lub które świadczą dziecku pomoc albo posiadają informacje o nim. Jednocześnie na organy, instytucje, stowarzyszenia, organizacje społeczne lub inne podmioty, do których zwrócić się reprezentant dziecka, nałożono obowiązek udzielenia takich informacji na wniosek reprezentanta dziecka. Wcześniej przepisy nie przewidywały takiego obowiązku dla tych podmiotów.

Ponadto, rozszerzono także przesłanki zwolnienia osoby występującej jako reprezentant dziecka z obowiązku zachowania tajemnicy. Reprezentant dziecka dalej jest obowią-

zany zachować w tajemnicy okoliczności sprawy, o których powziął wiadomość ze względu na wykonywane czynności. Nie uległa zmianie istniejąca dotychczas przesłanka zwalniająca z obowiązku zachowania tajemnicy, którą jest powzięcie wiarygodnych informacji o przestępstwach popełnionych na szkodę dziecka. Obecnie jednak **ustawodawca wprowadził dodatkową przesłankę, która zwalnia reprezentanta dziecka z obowiązku zachowania tajemnicy, jaką jest „zagrożenie dobra dziecka”**. Tym samym reprezentant dziecka nie jest obowiązany do zachowania tajemnicy i może zawiadomić odpowiednie służby o sytuacji dziecka w każdym przypadku, gdy poweźmie informację o nieprawidłowej sytuacji opiekuńczo-rodzinnej małoletniego, która mimo iż nie będzie przestępstwem, będzie stanowić zagrożenie dla dobra małoletniego.

Jednocześnie ciążący dotychczas na reprezentancie dziecka obowiązek informacyjny dotyczący udzielania w postępowaniu przed sądem lub innym organem państwowym na piśmie lub przy wykorzystaniu środków komunikacji elektronicznej jednemu z rodziców dziecka, który nie uczestniczy w postępowaniu (na jego wnioski), informacji dotyczących przebiegu tego postępowania i podjętych w jego toku czynnościach, jeżeli nie stoi temu na przeszkodzie dobro dziecka, rozszerzono także na podmioty sprawujące pieczę zastępczą, o których mowa w art. 112¹ k.r.o.

Istotnym **novum** jest wprowadzenie do przepisów **Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego regulacji dotyczących nadzoru sądu opiekuńczego nad działalnością reprezentanta dziecka**. Sąd opiekuńczy ma czuwać nad działalnością reprezentanta dziecka i zaznajamiać się na bieżąco z jego działalnością. Jest to nie tylko uprawnienie sądu opiekuńczego, ale też i jego obowiązek, by czuwać nad prawidłowością wypełniania swojej roli przez reprezentanta dziecka. Reprezentant dziecka jest natomiast zobligowany do składania sądowi opiekuńczemu informacji dotyczących jego działalności, obejmujących w szczególności informacje o dokonywanych wszelkich czynnościach łączyjących się ze sprawą oraz ciążących na nim obowiązkach informacyjnych. Informacje te reprezentant dziecka ma obowiązek składać sądowi w wyznaczonych terminach, nie rzadziej jednak niż co cztery miesiące.

Zmianie uległy także **przepisy dotyczące wynagrodzenia** za pełnienie funkcji reprezentanta dziecka. Wprowadzone zostało rozróżnienie dla sposobu ustalania wynagrodzenia zależnie od tego, czy reprezentantem dziecka jest adwokat lub radca prawny, czy też inna osoba. Doprecyzowano, że do ustalenia wysokości wynagrodzenia i zwrotu wydatków reprezentanta dziecka będącego adwokatem lub radcą prawnym stosuje się odpowiednio przepisy wykonawcze wydane na podstawie art. 29 ust. 2 ustawy z dnia 26 maja 1982 roku – Prawo o adwokaturze lub art. 22³ ust. 2 ustawy z dnia 6 lipca 1982 roku o radcach prawnych. Natomiast wysokość wynagrodzenia reprezentanta dziecka niebędącego adwokatem lub radcą prawnym i zwrot poniesionych przez niego wydatków w postępowaniu innym niż cywilne ustala się na podstawie przepisów określających wysokość wynagrodzenia i zwrot wydatków kuratora ustanowionego dla strony w sprawie cywilnej.

¹ Uzasadnienie do projektu ustawy o zmianie ustawy – Kodeks rodzinny i opiekuńczy oraz niektórych innych ustaw, druk nr 3309, <https://www.sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/druk.xsp?nr=3309>

² Ibidem

Oprócz zmian w przepisach prawa materialnego, uregulowano także kwestie proceduralne związane z wyznaczeniem reprezentanta dziecka. Nowo wprowadzony art. 583¹ k.p.c. nakłada na sąd opiekuńczy obowiązek szybkiego rozpoznania wniosku o wyznaczenie reprezentanta dziecka. W myśl przepisów wniosek ten ma zostać rozpoznany niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 7 dni od dnia jego wpływu do sądu. Wskazano przy tym, że w przypadku gdy do pełnienia roli reprezentanta dziecka powoływany jest adwokat lub radca prawny, ma on być wyznaczany z listy reprezentantów dziecka.

Zmiany w zakresie wyznaczenia reprezentanta dziecka objęły także postępowanie karne. Znowelizowany art. 51 Kodeksu postępowania karnego przewiduje, że w przypadku konieczności zapewnienia reprezentacji małoletniego pokrzywdzonego w postępowaniu karnym sąd, a w postępowaniu przygotowawczym prokurator niezwłocznie, nie później niż w terminie 7 dni od dnia zaistnienia okoliczności niemożności reprezentowania dziecka przez rodziców, występuje do sądu opiekuńczego z wnioskiem o wyznaczenie reprezentanta dziecka.

Jednocześnie w drodze delegacji ustawowej Ministrowi Sprawiedliwości powierzono kompetencję do określenia sposobu zapewnienia reprezentacji dziecka, w tym sposobu ustalania listy reprezentantów dziecka, sposobu wyznaczenia takiego reprezentanta oraz systemu szkoleniowego dla reprezentantów dziecka, mając na uwadze konieczność zapewnienia prawidłowego toku postępowania oraz prawidłowej realizacji prawa do ochrony interesów dziecka. Jak wynika z informacji dostępnych na stronie Rządowego Centrum Legislacji, na dzień przygotowania niniejszego artykułu, projekt Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie sposobu zapewnienia reprezentacji dziecka przez reprezentanta dziecka znajduje się na etapie jego opiniowania.

Wysłuchanie małoletniego

Istotne zmiany wprowadzone zostały także w zakresie wysłuchania małoletniego dziecka przez sąd. Nie zmieniły się podstawowe przesłanki, zgodnie z którymi sąd może wysłuchać małoletnie dziecko w sprawach dotyczących jego osoby, jeżeli jego rozwój umysłowy, stan zdrowia i stopień dojrzałości na to pozwala. Pozostała również w mocy regulacja nakazująca, aby sąd, stosownie do okoliczności, rozwoju umysłowego, stanu zdrowia i stopnia dojrzałości dziecka, uwzględnił jego zdanie i rozsądne życzenia.

Istotnym **novum** jest **nałożenie na sąd obowiązku odstąpienia od czynności wysłuchania małoletniego, jeżeli przed sądem dziecko odmawia udziału w wysłuchaniu**, a także wprowadzenie regulacji, zgodnie z którą **wysłuchanie dziecka może nastąpić tylko raz w toku postępowania**. Odstępstwo od zasady jednokrotnego wysłuchania małoletniego jest możliwe jedynie w sytuacji, gdy dobro dziecka wymaga ponownego przeprowadzenia czynności wysłuchania lub dziecko samo zgłasza taką potrzebę. Ponowne wysłuchanie dziecka powinno odbyć się przed tym samym sądem, przed którym odbyło się pierwsze wysłuchanie, chyba że jest to niemożliwe lub stoi temu na przeszkodzie dobro dziecka. Jeżeli sąd odstąpił od wysłuchania dziecka, sąd ma obo-

wiązek wskazać w protokole posiedzenia lub rozprawy, z jakich przyczyn czynność ta nie została przeprowadzona. Sąd powinien tego dokonać najpóźniej przed zakończeniem postępowania.

Oprócz doprecyzowania zasad wysłuchania małoletniego, uregulowano także sam przebieg wysłuchania małoletniego dziecka. W dodanym art. 216² k.p.c. wprost wskazano, że wysłuchanie dziecka następuje na posiedzeniu niejawnym, które odbywa się w odpowiednio przystosowanych pomieszczeniach w siedzibie sądu lub, jeżeli dobro dziecka tego wymaga, poza jego siedzibą. W wysłuchaniu dziecka powinien brać udział jedynie sędzia. Wyjątkowo, jeżeli z uwagi na stan zdrowia, rozwój umysłowy lub wiek dziecka niezbędne jest zapewnienie mu pomocy psychologicznej podczas wysłuchania lub zachodzi konieczność udzielenia pomocy sędziemu w zakresie rozpoznania potrzeb dziecka podczas wysłuchania, **w wysłuchaniu dziecka, oprócz sędziego, może wziąć udział biegły psycholog**. Natomiast nie mogą brać w nim udziału jakiegokolwiek inne osoby, w tym rodzice dziecka lub ich pełnomocnicy. Jednocześnie, nie jest dopuszczalne utrwalanie przebiegu wysłuchania dziecka za pomocą urządzenia rejestrującego dźwięk albo obraz i dźwięk ani też w formie protokołu. Z przebiegu wysłuchania dziecka sporządza się jedynie notatkę urzędową.

W drodze delegacji ustawowej Ministrowi Sprawiedliwości powierzono określenie sposobu przygotowania i przeprowadzenia wysłuchania dziecka oraz warunków, jakim mają odpowiadać pomieszczenia przeznaczone do przeprowadzania takich wysłuchań, mając na względzie konieczność zapewnienia swobody wypowiedzi i poczucia bezpieczeństwa wysłuchiwanym dzieci. Jak wynika z informacji dostępnych na stronie Rządowego Centrum Legislacji, na dzień przygotowania niniejszego artykułu, projekt Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie sposobu przygotowania i przeprowadzenia wysłuchania dziecka oraz warunków, jakim mają odpowiadać pomieszczenia przeznaczone do przeprowadzania takich wysłuchań znajduje się na etapie jego opiniowania.

Jednocześnie w art. 576 § 3 k.p.c. przewidziano, że przepisy art. 216¹ § 3 i 4 oraz art. 216² k.p.c. znajdują odpowiednie zastosowanie do wysłuchania dziecka odbywającego się w postępowaniu nieprocesowym w sprawach dotyczących osoby lub majątku dziecka. Zmiana ta miała na celu zapewnienie jednolitych zasad i gwarancji dla tych dzieci, które będą uczestnikami procesu oraz małoletnich uczestników postępowania nieprocesowego.

Zmiany w procedurze cywilnej dotyczące instytucji wysłuchania małoletniego można określić jako daleko idące. Ustawodawca, dostrzegając potrzebę pilnej zmiany przepisów w tym zakresie, miał na uwadze konieczność zapewnienia małoletniemu właściwych warunków jego wysłuchania, dających poczucie bezpieczeństwa, swobodę wypowiedzi oraz minimalizujących stres związany z trudną sytuacją rodzinną, w jakiej znalazł się małoletni³. We wprowadzonych rozwiązaniach prawnych ustawodawca dał wyraz dążeniu do respektowania podmiotowości małoletniego dziecka w procedurze cywilnej, przypisując istotne znaczenie zgo-

³ Ibidem

dzie dziecka na udział w wystuchaniu. **Bez zgody dziecka, w sytuacji gdy odmawia ono udziału w wystuchaniu, sąd nie ma prawa takiej czynności z udziałem dziecka przeprowadzić.**

Na uwagę zasługuje również **wprowadzona zasada jednokrotnego wystuchania dziecka**. Zasada ta, znana wcześniej procedurze karnej, jak dotychczas nie wynikała wprost z przepisów procedury cywilnej. Dostrzeżono przy tym psychologiczny aspekt obecności innych osób w trakcie wystuchania małoletniego i jej wpływ na dziecko, zwracając uwagę na to, że obecność innych osób może wpływać krępująco na dziecko lub wiązać się z konfliktem lojalnościowym lub wewnętrznym przymusem zadowolenia np. któregoś z rodziców⁴. Znacząco zatem ograniczono krąg osób uprawnionych do uczestniczenia w czynności wystuchania małoletniego – może to być jedynie sędzia lub w wyjątkowych sytuacjach wprost określonych przez przepisy, biegły psycholog.

Zwrócono także uwagę, że wystuchanie małoletniego w postępowaniu cywilnym nie jest czynnością procesową w ścisłym tego słowa znaczeniu, zmierzającą do uzyskania materiału dowodowego na potrzeby prowadzonej sprawy. Dostrzeżono, że jako czynność mająca na celu rozpoznanie zdania lub opinii dziecka w sprawie, która go dotyczy, wystuchanie powinno mieć formę rozmowy z małoletnim, przeprowadzanej w odpowiednich do tego warunkach, uwzględniających dobro dziecka i poszanowanie dla jego trudnej sytuacji, w której się znalazło⁵.

Obowiązkowe szkolenia dla sędziów

Dla sędziów orzekających w sprawach z zakresu prawa rodzinnego i opiekuńczego oraz dotyczących demoralizacji i czynów karalnych nieletnich ustawodawca przewidział obowiązek szkolenia i doskonalenia zawodowego w celu uzupełnienia specjalistycznej wiedzy i umiejętności zawodowych z zakresu prowadzenia czynności z osobami, które nie ukończyły 18 lat, rozpoznawania symptomów krzywdzenia dziecka i zabezpieczenia interesu dziecka w sytuacji sporu między rodzicami albo opiekunami. Szkolenia prowadzone mają być przez Krajową Szkołę Sądownictwa i Prokuratury lub jednostkę podległą Ministrowi Sprawiedliwości albo przez niego nadzorowaną. Sędzia rodzinny ma obowiązek uczestniczenia w szkoleniu co cztery lata, w wymiarze co najmniej 10 godzin.

Kwestionariusz szacowania ryzyka zagrożenia dla życia lub zdrowia dziecka

W znowelizowanych przepisach ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu przemocy domowej wprowadzono formularze kwestionariusza szacowania ryzyka

⁴ Ibidem

⁵ Ibidem

BIBLIOGRAFIA:

Ustawa z dnia 28 lipca 2023 r. o zmianie ustawy – Kodeks rodzinny i opiekuńczy oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2023 poz. 1606)

ka zagrożenia dla życia lub zdrowia dziecka, stosowane przy podejmowaniu decyzji o odebraniu dziecka z rodziny i umieszczeniu go w określonych w ustawie miejscach, tj. u innej niezamieszkującej wspólnie osoby najbliższej, w rodzinie zastępczej, rodzinnym domu dziecka lub instytucjonalnej pieczy zastępczej.

Przedmiotowy **kwestionariusz ma być narzędziem pomocniczym w dokonywaniu oceny sytuacji dziecka i stwierdzeniu zasadności zapewnienia mu ochrony** w postaci tak daleko idącej ingerencji w sytuację dziecka, jaką jest odebranie dziecka z jego środowiska rodzinnego. Przed podjęciem decyzji o odebraniu dziecka z rodziny pracownik socjalny w uzgodnieniu z funkcjonariuszem Policji, a także lekarzem, ratownikiem medycznym lub pielęgniarką ma dokonywać oceny ryzyka zagrożenia dla życia lub zdrowia dziecka w kwestionariuszu. W przypadku zapewnienia dziecku ochrony poprzez odebranie go z rodziny wprowadzono obowiązek udzielenia dziecku wsparcia psychologa.

W opinii ustawodawcy opracowanie kwestionariusza, jako narzędzia służącego prawidłowej diagnozie stanu i sytuacji dziecka, a przez to oszacowaniu ryzyka zagrożenia życia lub zdrowia, ma być dużym ułatwieniem dla służb przy podejmowaniu interwencji. Wprowadzenie kwestionariusza ma zapewnić jednakowy standard ochrony małoletnich w skali kraju i porównywalny poziom podejmowanych interwencji, niezależnie od stopnia doświadczenia osoby ją podejmującej. Korzystanie z kwestionariusza ma także wyjść naprzeciw obawom służb co do podjęcia błędnej decyzji i związanych z tym obaw przed ewentualną odpowiedzialnością dyscyplinarną⁶.

Stworzenie wzoru kwestionariusza szacowania ryzyka zagrożenia dla życia lub zdrowia dziecka służący stwierdzeniu zasadności zapewnienia dziecku ochrony, mając na względzie konieczność prawidłowej diagnozy sytuacji i stanu dziecka oraz udzielenia mu natychmiastowej ochrony, uwzględniającej jego potrzeby oraz ochronę danych osobowych, które mają być przetwarzane z wykorzystaniem kwestionariusza powierzono ministrowi właściwemu do spraw zabezpieczenia społecznego, który ma tego dokonać w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia i ministrem właściwym do spraw wewnętrznych. Na dzień przygotowania niniejszego artykułu rozporządzenie określające wzór kwestionariusza znajduje się na etapie prac legislacyjnych.

Joanna Szatek – adwokat, członkini zespołu Niebieskiej Linii Instytutu Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa.

⁶ Ibidem

Najważniejszy jest drugi człowiek

Rozmowa z **Grażyną Pisarczyk** – superwizorką w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie/domowej, liderką i mentorką, która przez 17 lat kierowała Specjalistycznym Ośrodkiem Wsparcia dla Ofiar Przemocy w Rodzinie w Kielcach – o początkach drogi zawodowej, o pomaganiu, które ma sens, o pokorze, o byciu w prawdziwej relacji z drugim człowiekiem. Rozmowę przeprowadziła **Renata Kałucka-Kokot**.



Renata Kałucka-Kokot: Jak się czujesz w roli bohaterki tej rozmowy?

Grażyna Pisarczyk: Speszona. Nie czuję się ani bohaterką, ani mistrzynią.

Jak to się stało, że zaczęłaś pracować w obszarze przeciwdziałania przemocy w rodzinie? Czy to był jakiś plan? Przypadek? Przeznaczenie?

Chyba przeznaczenie. Pierwsze moje plany to była romanistyka, na którą się nie dostałam. Zagospodarowałam się wtedy w pomaturalnej szkole i miałam być pracownikiem socjalnym, nie mając zielonego pojęcia, na czym polega ten zawód. Zaczęło się od tego, potem były studia w zakresie pedagogiki opiekuńczej i terapii pedagogicznej oraz praca w ośrodku pomocy społecznej. Pociągало mnie bycie blisko ludzi, udzielanie im pomocy, rozwiązywanie trudnych problemów, mierzenie się z wyzwaniem. W 1994 roku zaczęło się dużo dziać w obszarze przeciwdziałania przemocy. Organizowano pierwsze profesjonalne formy pomocy dla osób jej doświadczających, aktywności, a inicjatywy „Niebieskiej Linii” i profesora Jerzego Mellibrudy były dla mnie inspiracją. A potem wszystko samo się potoczyło. Miałam wówczas w zespole dwie koleżanki – Małgosię i Elę, które jako pierwsze wybrały się na Studium Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie i stamtąd przywoziły wiedzę, którą nas zaraziły. Cały czas samodoskonaliłyśmy się, robiłyśmy szkolenia dla członkiń naszego zespołu, a potem dla innych służb. Zaczęłyśmy profesjonalnie patrzeć na zjawisko przemocy, uczyć się więcej, bardzo intensywnie szkolić, budować strukturę, załączek systemu pomocy „ofiaram” w dziale specjalistycznego poradnictwa w Kielcach, w którym wówczas pracowałam. Mówię „zaczęłyśmy”, bo wtedy w zespole pracowały same kobiety. Koledzy dołączyli do nas w późniejszym czasie. To był rok 1995 i właściwie początek mojej zawodowej drogi w przeciwdziałaniu przemocy.

Jak wspominasz pomaganie osobom doświadczającym przemocy i pracę z rodzinami z problemem przemocy przed rokiem 2005, czyli przed wprowadzeniem ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie?

Mnóstwo rzeczy robiłyśmy dużo wcześniej, bo przecież w 1998 roku wprowadzono w Polsce po raz pierwszy procedurę „Niebieskie Karty” i wtedy intensywnie współpracowałyśmy w tym zakresie z Policją, wspólnie budując lokal-

ny system. W tamtym czasie dołączyli do nas mężczyźni, koledzy, specjaliści w zakresie uzależnień. Uformułowaliśmy zespół specjalistycznego poradnictwa i terapii uzależnień, którym kierowałam. W wielu rodzinach, które były wówczas pod naszą opieką, oprócz uzależnienia, występował również problem przemocy. Mając różne przygotowanie, dzieliliśmy się kompetencjami, pracując zarówno z osobami doświadczającymi przemocy, jak i z tymi, którzy przemoc stosowali. Rozwijaliśmy system, walczyliśmy o etaty dla specjalistów: konsultantów, psychologa, psychiatry. Wokół działu specjalistycznego poradnictwa powstała profesjonalna komórka, która zajmowała się udzielaniem pomocy także w zakresie interwencji kryzysowej. Świadczyliśmy pomoc osobom bezdomnym, uzależnionym i osobom doświadczającym przemocy. Organizowaliśmy różne warsztaty, treningi asertywności, radzenia sobie ze stresem, umiejętności społecznych, relaksacyjne. Robiliśmy mnóstwo rzeczy, więc te zmiany, które wprowadzała ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie w 2005 roku nas nie zaskoczyły. Dość płynnie ze starego trybu przeszliśmy w nowy. Właściwie byliśmy już jako zespół przygotowani do tego, żeby na poziomie gminy motywować inne służby do działania i edukować urzędników na temat nowych przepisów prawa i wynikających z nich obowiązków. Był to rok 2006, pełen ważnych zmian. Jesienią powstał w Kielcach Specjalistyczny Ośrodek Wsparcia dla Ofiar Przemocy w Rodzinie, którym kierowałam od tego momentu przez 17 lat. Udało się także dość szybko uchwalić gminny program przeciwdziałania przemocy w rodzinie. Specjaliści byli przygotowani do bycia i działania razem, a zasada pracy interdyscyplinarnej towarzyszyła nam na co dzień. Jak była powódź, to w gumowcach, na dworcach, wszyscy razem organizowaliśmy pomoc. Jak trzeba było przewieźć do szpitala osobę uzależnioną, w ciągu alkoholowym, to się zbierało ekipę i takiej osobie ratowało życie. Jak trzeba było znaleźć bezpieczne schronienie dla „ofiary” przemocy, to się to wspólnie udawało. Miałam szczęście, że pracowałam z fantastycznymi ludźmi, którzy nie liczyli czasu. Wiedzieli, że trzeba zostać niekiedy dłużej w pracy. Chęć niesienia pomocy była czymś bardzo naturalnym. Mam przekonanie, że już wtedy, przed 2005 rokiem wszyscy mieliśmy poczucie misji. Mieliśmy też sporo własnych doświadczeń zawodowych oraz swoje

wyobrażenie jak powinna wyglądać profesjonalna pomoc rodzinom doświadczającym przemocy.

Kto był Twoim mistrzem, mentorem, wzorem?

Jedną z takich osób była Wanda Sztander, która na samym początku przecierała nasze ścieżki zawodowe, otwierała mi oczy na kwestie profesjonalnego pomagania. Druga osoba, to niewątpliwie profesor Jerzy Mellibruda. Pamiętam jak w zespole odsłuchiwałam jego wykład o pułapce niewybaczanej krzywdy, czytaliśmy jego książki. Uwrażliwiał nas na problematykę przemocy w rodzinie/domowej, uczył dostrzegania potrzeb osób doświadczających przemocy, zwracał uwagę na konieczność towarzyszenia osobom pokrzywdzonym w odzyskiwaniu własnych zasobów i mocy oraz zapewnienia pomocy także tym, którzy krzywdzą. To był dla mnie wielki autorytet i wzór do naśladowania. Trzecią ważną osobą była moja superwizorka, cudowna pani Maria de Barbaro. Dzięki niej lepiej poznałam siebie, stałam się uważniejsza w procesie pomagania innym i zwiększyłam apetyt na rozwój osobisty i zawodowy.

Jaką sytuację, wspomnienie z Twojej pracy zawodowej, niesiesz ze sobą jako najtrudniejszą?

To są na pewno historie poszczególnych osób, z którymi pracowałam. W odniesieniu do Twojego pytania przychodzi mi od razu na myśl historia jednej z pań, która doznawała przez wiele lat koszmarniej przemocy. To jest najtrudniejsza historia, w której była i przestrelona ręka i brutalne gwałty. Towarzyszenie jej przez wiele lat i przyglądanie się, w jakim procesie wtórnej wiktymizacji ona funkcjonuje, było najtrudniejszym doświadczeniem. Procesy sądowe trwały ponad cztery lata, ja wielokrotnie składałam zeznania jeżdżąc do różnych sądów na terenie województwa. Ta kobieta słyszała na sali sądowej – po raz nie wiem który – odczytywane przez prokuratora te wszystkie okrucieństwa, których doznała za strony męża, wysłuchiwała zeznań świadków i za każdym razem musiała wracać pamięcią do tych koszmarów, mimo zdiagnozowanego PTSD. Przerazające było to, że ona w żaden sposób nie była chroniona przez wymiar sprawiedliwości. To, co ja mogłam robić, to wspierać ją pomiędzy jedną a drugą rozprawą, żeby jakoś dała radę to wszystko wytrzymać. Inne rzeczy, jakieś trudne administracyjne sprawy, nie mają znaczenia, jeśli widzi się cierpienie osoby, która została bardzo, bardzo skrzywdzona.

Gdybyś miała spojrzeć wstecz i porównać pomaganie rodzinom, w których występuje przemoc z tamtego okresu do momentu, w którym jesteśmy teraz – jak to się zmieniło?

Na początku mojej drogi zawodowej nie było w Polsce żadnego systemu przeciwdziałania przemocy, nie było profesjonalnej, przygotowanej do pracy w tym obszarze kadry. Były też, u pracowników wielu służb, świadczących pomoc w różnego typu kryzysach, silnie zakorzenione przekonania na temat współwiny „ofiary” za przemoc, królowały mity i stereotypy o przemocy. Wynikało to zapewne z niewiedzy, braku dostępu do profesjonalnych szkoleń, a czasem z niechęci do współpracy interdyscyplinarnej. Sytuacja ta powoli zaczęła się zmieniać po 1995 roku, kiedy na poziomie różnych gmin w Polsce pierwsi profesjonalni pomocarze inicjowali różne projekty. Było ich nadal za mało. Brakowało specjalistów

przygotowanych do pracy, zrozumienia ze strony samorządów, że przemoc to jest zjawisko wymagające szczególnej uwagi. Brakowało zaplecza w postaci miejsc całodobowego schronienia, dostępu do bezpłatnej pomocy prawnej czy całodobowych telefonów zaufania. Towarzyszyło nam wtedy ogromne poczucie bezradności, że nic z tym nie da się zrobić. Dopiero zmiany ustawowe z 2005 i 2010 roku zobowiązały jednostki samorządu terytorialnego i ich służby do tego, żeby w inny sposób spojrzeli na zjawisko przemocy i zaczęły systemowo pomagać rodzinom z problemem przemocy i inwestować w szkolenie kadr. Pojawiły się rządowe i unijne środki na podnoszenie kompetencji osób pracujących w obszarze przeciwdziałania przemocy w rodzinie, powstały w Polsce 32 specjalistyczne ośrodki wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie¹. Często w tamtym czasie różne inicjatywy z zakresu przeciwdziałania przemocy były prowadzone przez organizacje pozarządowe. Wielu pomocarzy czerpało z doświadczeń Ogólnopolskiego Pogotowia dla Ofiar Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia” IPZ, brało udział w kampaniach społecznych czy organizowanych przez stowarzyszenia (wymienione tu Pogotowie czy Stowarzyszenie na Rzecz Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia”) szkoleniach, gdzie uczono nas pracy z osobami doświadczającymi i stosującymi przemoc w rodzinie/domową.

Jakie zmiany widzisz dzisiaj? Zmieniło się na pewno to, że mamy obecnie w kraju sztab wykształconych, doświadczonych specjalistów, którzy potrafią ze sobą współpracować, rozumieją zjawisko przemocy w rodzinie/domowej i prezentują właściwe postawy wobec przemocy. Mamy ponadto regulacje prawne, czyli ustawy o obowiązkach pomagania. Zwiększył się też zakres i jakość świadczonej pomocy na rzecz wszystkich członków rodziny z doświadczeniem przemocy. Dostęp do wiedzy na temat zjawiska przemocy, bezpłatnych form pomocy jest dziś o wiele łatwiejszy, choćby dzięki rozwojowi nowych technologii. Zmienia się także sposób patrzenia na osoby stosujące przemoc domową. Dziś jasne jest, że nie chodzi o ich napiętnowanie, ale o zrozumienie, że oni także potrzebują pomocy i trzeba im ją zaoferować. Cieszą też powstające profesjonalne miejsca pomocowe dla dzieci (Centra Pomocy Dzieciom), ogólnopolskie telefony zaufania oraz ostatnie zmiany ustawowe, które w centrum uwagi stawiają dziecko krzywdzone i pomoc poprzez zapewnienie mu ochrony, reprezentacji w sądzie itd. Zauważam też istotnie zmiany w języku polskim, opisującym zjawisko przemocy. Więcej w nim uważności na podkreślenie podmiotowości osób krzywdzonych. Odchodzi się od stygmatyzujących określeń „ofiara”, „sprawca”, „kat”, a używa się wyrażen: „osoba doświadczająca przemocy domowej”, „osoba stosująca przemoc domową”, „zapewnienie ochrony dziecku”, a nie „odebranie dziecka z rodziny”. Słowa nadają znaczenie.

Byłaś w grupie inicjatywnej w sprawie certyfikowania superwizji w obszarze przeciwdziałania przemocy w rodzinie. To był 2013 rok, kiedy zostały przyznane pierwsze certyfikaty superwizorskie. Jak wspominasz tamten czas?

To było dla mnie ogromne wyróżnienie, że zostałam zaproszona do tej grupy. Miałam już wcześniej swoje doświad-

¹ W 2024 roku takich ośrodków jest 38 – przyp. red.

czenia bycia superwizantką. Od 2005 roku korzystałam z tej formy pomocy m.in. u Marii de Barbaro i wiedziałam, jak jest ważna. Na naszym pierwszym spotkaniu był obecny profesor Jerzy Mellibruda, który w piękny sposób motywował nas do rozwijania idei superwizji w zakresie przeciwdziałania przemocy. Mówił, że potrzebny jest nam kolejny krok w rozwoju własnym poprzez dzielenie się wiedzą i doświadczeniem z innymi pomagaczami. I tak się stało. W 2012 roku odbyliśmy, jako pierwsza grupa, kurs superwizorski i zostaliśmy pozytywnie zarekomendowani do pełnienia roli superwizorów. Uroczystość wręczenia certyfikatów pamiętam bardzo dobrze, odbyła się w Sejmie RP. Myślę, że powstała silna więź między nami, superwizorami. Cenię sobie naszą codzienną współpracę, wspólny rozwój, superwizje koleżeńskie, zjazdy, projekty. Uważam, że superwizja jest bardzo ważna w życiu zawodowym.

Co jeszcze przed nami, mam na myśli całe środowisko przeciwdziałania przemocy domowej?

Ukorzeniliśmy się trochę w tym systemie, który mamy od prawie dwóch dekad. Towarzyszy mi jednak przekonanie, że wkradła się rutyna, która trochę zaczyna przeszkadzać. Większa jest koncentracja na kwestiach administracyjnych związanych z przepisami, dokumentami niż na potrzebach osób pokrzywdzonych, czy tych stosujących przemoc. Jakość pomagania schodzi na dalszy plan, a bardziej pilnujemy tego, żeby zgadzało się w papierach. By, jak przyjdzie kontrola, na niczym nas nie przyłapała. Optymistyczne jest natomiast to, że zbliżamy się do standardów zapisanych w Konwencji Stambulskiej. Dostrzegam otwartość na to, żeby system doskonalić, rozwijać, dbać o poziom świadczonej pomocy, skupiać się właśnie na ludziach, nie dyskryminować, walczyć o prawa kobiet, ale też szanować prawa mężczyzn. Jest jednak coś, co mnie trochę martwi.

Następuje zmiana pokoleniowa. Odchodzą z systemu przeciwdziałania przemocy na emeryturę osoby bardzo doświadczone i na ich miejsce przychodzą nowi pracownicy, dla których nie ma środków na profesjonalne szkolenia. Oni, co jest oczywiste, potrzebują więcej czasu na naukę i budowanie zawodowych kompetencji, i może być tak, że nie będą mieli od kogo się uczyć. Zatem, mam przesłanie dla kadry z wieloletnim doświadczeniem, która zamierza wkrótce zakończyć swoją aktywność zawodową, żeby chętnie dzieliła się wiedzą i „wychowywała” swoich następców gotowych do brania odpowiedzialności za walkę z przemocą w Polsce. „Starzy liderzy” ten system jeszcze ciągną, ale są coraz bardziej zmęczeni i potrzebują pomocy. Bardzo wierzę w potencjał młodych i ich entuzjazm. Jeśli wierzą w to, co robią, to mogą być świetnymi liderami i chciałabym, żeby dostawali na to szansę. To bardzo ważne dla całego naszego środowiska, aby umieć dzielić się wiedzą, wspólnie uczyć się od siebie, motywować do rozwoju zawodowego, dążyć do wprowadzenia superwizji jako standardu rozumia-

nego także jako profilaktyka wypalenia zawodowego. Ponadto uważam, że mimo ograniczeń finansowych – albo tym bardziej – należy szukać wartościowych szkoleń czy superwizji, które są dostępne bezpłatnie. Takie oferty się pojawiają, warto poszukać, np. na stronach ROPS-ów, czy Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (dawna PARPA). Pracując w obszarze przeciwdziałania przemocy nie można stać w miejscu, każda inwestycja w siebie ma sens.

Gdybyś miała ponownie wybierać swój zawód, swoje miejsce zawodowe, czy wybrałabyś tak samo?

Myślę, że tak. To na pewno wiązałoby się z pracą z ludźmi. Kocham ludzi, lubię z nimi być, jestem istotą społeczną. Kocham ludzi, lubię z nimi być, jestem istotą społeczną. Kiedyś chciałam być kwiaciarką, ale spełniam się w tym zakresie bardziej hobbystycznie. Potrzebuję kontaktu z ludźmi, bo to pozwala mi lepiej poznać samą siebie i uczyć się od innych. Ludzie mnie jakoś specjalnie nie wkurzają, ...no może czasami..., święta nie jestem. Nie potrafię jednak się dąsać, roztrząsać długo spornych sytuacji. Wierzę w ludzi, szukam w nich tego co dobre, daję szansę na dokonanie zmiany zachowania, lubię ich słuchać, wspierać, motywować do rozwoju, patrzeć jak rozkwitają. Kontakt z drugim człowiekiem daje mi energię, żeby robić więcej, bo to także buduje mnie. Lubię pomagać.

Co powiedziałałabyś młodym pomagaczom, którzy rozpoczynają swoją pracę w tym obszarze?

Chciałabym im powiedzieć to, czego sama się kiedyś nauczyłam, pracując ponad 40 lat w pomocy społecznej i w międzynarodowej organizacji ATD Quart Monde (ATD Czwarty Świat), która zajmuje się prawami człowieka i walką z ubóstwem. Przez wiele lat miałam możliwość kontaktu z osobami ubogimi z całego świata. Wiem od nich jak wygląda nędza, przemoc i nieszczęście, spanie pod autostradą, na cmentarzach, na kartonach na ulicach. To nauczyło mnie z szacunkiem i godnością traktować każdego człowieka, i pokory. Nie najważniejsze są moje ambicje, moja władza, stanowisko, osiągnięcia czy wykształcenie. Ważne jest to, czy inni postrzegają mnie jako kogoś uczciwego w relacji, życzliwego, kto rozumie, chce pomóc, odnosi się z szacunkiem do każdego. To jest moje podstawowe przesłanie: zostaw swoje ego z boku i bądź w prawdziwej relacji z drugim człowiekiem. Jednocześnie rozwijaj się, szkól, superwizuj, korzystaj z tego, żeby lepiej siebie poznać, żeby móc innym więcej dać. Doceniaj to wszystko, co masz – wiedzę, doświadczenie, umiejętności, ale nie chodź z tym, jak ze sztandarem. Miej pokorę i... nie spiesz się. Nie spiesz się ani w rozmowie, którą prowadzisz, ani w procesach związanych z awansami zawodowymi. Bo wszystko musi mieć swój czas, żeby było dobre i wartościowe.

Dziękuję za tę rozmowę, poświęcony czas i Twoje refleksje. To było bardzo wartościowe spotkanie.

Interdyscyplinarna pomoc osobom doświadczającym przemocy

Interdyscyplinarne podejście do rozwiązywania problemu przemocy domowej wywodzi się z podstawowego założenia, że jest ona zjawiskiem wieloaspektowym. Rozpatrujemy je w perspektywie psychologicznej, społecznej, ekonomicznej, medycznej i prawnej. Każda z tych perspektyw opiera się na różnych kryteriach do opisu tego zjawiska oraz określa różne strategie i narzędzia do jego rozwiązywania.

Liliana Krzywicka

System przeciwdziałania przemocy domowej zakłada podejmowanie działań, zarówno w obszarze interwencyjnym, jak również w obszarze szeroko pojętej pomocy. Ten ostatni obejmuje pomoc psychologiczną, w tym terapeutyczną, pomoc pedagogiczną, socjalną i prawną. Interdyscyplinarny charakter wsparcia i interwencji wychodzi z założenia, że łączenie uprawnień, możliwości i kompetencji poszczególnych podmiotów, specjalistów jest niezbędne do formułowania trafnej pomocy osobom doświadczającym przemocy, dorosłym i dzieciom, oraz do podejmowania skutecznych oddziaływań wobec osób stosujących przemoc. Działania te są ujęte w formalne procedury, do których realizacji zobowiązane są poszczególne podmioty wymienione w przepisach ustawy o przeciwdziałaniu przemocy domowej i stosownych rozporządzeniach.

Wspólne działanie, oparte na współpracy służb i instytucji jest nie tylko wymogiem koniecznym, ale stanowi również poważne wyzwanie dla członków zespołów interdyscyplinarnych i grup diagnostyczno-pomocowych. Wymaga ono umiejętności w zakresie diagnozowania sytuacji, planowania i podziału zadań realizowanych na rzecz ochrony osób doświadczających przemocy i interwencji wobec osób stosujących przemoc. Każdy członek grupy diagnostyczno-pomocowej, jako reprezentant instytucji, wnosi oprócz swojej wiedzy, umiejętności pewne rutyny zawodowe, proceduralne wymagania specyficzne dla swojej instytucji. To stanowi poważne wyzwanie dla spójnego działania na rzecz osób doświadczających przemocy.

Priorytety w pracy z osobami doświadczającymi przemocy

Obszar przeciwdziałania przemocy domowej zdominowany jest przez procedury, wymagania instytucji i przepisy prawne. Nadmierna koncentracja na realizacji tych celów może oddalać nas od trafnej oceny sytuacji klienta, rozumienia jego potrzeb i utrudniać formułowanie celów w pracy z klientem. Pomocne może być zwrócenie uwagi na priorytety, jakimi warto kierować się w pomaganiu osobom doświadczającym przemocy. Ułatwiają one realizowanie tego, czego klienci potrzebują, a nie koncentrować się głównie na realizacji procedur. **Skrajnym przykładem koncentracji na formalnym aspekcie działań będzie sytuacja, gdy zaczynamy się frustrować tym, że klient „nie pasuje**

nam do procedury”, nie podąża za naszymi wskazówkami, przejawia opór, co często nazywane jest „brakiem współpracy” z jego strony. Taka ocena może być niezrozumiała dla klienta, wtórnice raniąca. Ponadto podważa zaufanie do instytucji i osób pomagających. Priorytety w pracy z osobami doświadczającymi przemocy domowej mogą stanowić swoistego rodzaju wskazówki, zachęcające do refleksyjnego stosowania narzędzi i procedur w procesie planowania oraz realizacji różnych form pomocy osobom doświadczającym przemocy.

Bezpieczeństwo jako podstawowa potrzeba i priorytet

Bezpieczeństwo jest potrzebą podstawową, bez zaspokojenia której nie można mówić o prawidłowym rozwoju i funkcjonowaniu jednostki. Jako potrzeba, jest bodźcem stwarzającym warunki do funkcjonowania ludzkiego organizmu, utrzymywania równowagi emocjonalnej i uruchamiania naszych zdolności umysłowych. John Bowlby podkreśla znaczenie „bazowego bezpieczeństwa” jako podstawy zdrowia psychicznego, kondycji ludzkiej i jakości życia (Bowlby, 2007). Twierdzi, że rodzaj bliskich relacji i ich jakość decyduje o naszym poczuciu bezpieczeństwa w ciągu życia. Doznawanie przemocy odbiera człowiekowi poczucie bezpieczeństwa „tu i teraz”, stanowiąc bezpośrednie, fizyczne zagrożenie. W dalszej perspektywie, doznawanie przemocy burzy wizję uporządkowanego świata. Niszczy również zdolność do ujmowania tego, co się dzieje w logiczne, sensowne ramy i tworzy wizję świata, w którym nie można ufać innym i czuć się bezpiecznie.

Ważnym wydaje się również fakt, iż osoby doświadczające przemocy od wczesnych lat swojego dzieciństwa nie zażyły poczucia spokoju, bezpieczeństwa zewnętrznego i wewnętrznego. Ich organizm, funkcjonując w stanie permanentnego czuwania i mózg skanujący nawykowo otoczenie w poszukiwaniu zagrożenia, nie kojarzy pomocy z bezpieczeństwem. To wymaga bycia szczególnie uważnym w kontakcie z osobami, dla których bliskość nie zawsze jest kojarzona z bezpieczeństwem.

Obszar pracy interwencyjnej odnosi się przede wszystkim do bezpieczeństwa w rozumieniu fizycznym. Dlatego też większość rozwiązań w tym obszarze, nakierowanych na

zapewnienie bezpieczeństwa osobom doznającym przemocy, ma charakter separacyjny, czyli polega na izolowaniu osób stosujących przemoc (np. poprzez nakaz opuszczenia miejsca zamieszkania i zakaz zbliżania się do miejsca zamieszkania i najbliższego otoczenia, zakaz zbliżania się do osoby czy też zakaz wstępu do określonych miejsc). Podobnie interwencje prawne (karne) służą ukaraniu sprawcy w nadziei, że kara spełni swoją funkcję i powstrzyma osobę stosującą przemoc od jej stosowania.

Bezpieczeństwo w wymiarze psychologicznym ma szersze znaczenie. Odnosi się do jakości relacji i procesu pomagania.

Relacja jako podstawowy czynnik „leczący” w procesie pomagania

Relacja stanowi podstawowy czynnik leczący w procesie terapeutycznym (Czabała, 2009). Też tę można odnieść nie tylko do procesu terapeutycznego, ale również procesu pomocy psychologicznej i pracy socjalnej.

Bezpieczny kontakt i rozmowa to baza do budowania zaufania do osób pomagających, instytucji i otaczających nas ludzi. Taki kontakt powinien zostawić „dobry ślad”, do którego można wrócić, odwołać się i zapamiętać na przyszłość. Rządzi się on pewnymi prawami. Spośród wielu, kluczowe okazują się te, które bezpośrednio przekładają się na poczucie bezpieczeństwa klienta. Można je ująć w pewien zbiór wskazówek:

- Zadbaj o czas. Jest to warunek konieczny do budowania kontaktu. Im więcej czasu poświęcisz na początku, tym efektywniej będzie to „pracowało” w dalszych kontaktach z klientem. Jeśli koncentrujesz się na procedurze, wypełnianiu „formularzy”, tym mniej uwagi dajesz klientowi. Oddziel rozmowę od części formalnej, związanej z uzupełnieniem stosownych dokumentów. Niech to będzie jasne i czytelne dla klienta.
- Zadbaj o miejsce gwarantujące intymność i spokój.
- Sprawdź aktualny poziom bezpieczeństwa klienta i jego gotowość do rozmowy.
- Szanuj tempo klienta. Nie spiesz się. Nie poganiaj. Niczego nie da się zrobić szybciej, niż sytuacja tego wymaga. Spiesząc się, tracisz uważność na szczegóły.
- Słuchaj uważnie. Nieprzypadkowo mamy „dwoje uszu i jedno usta”, aby bardziej koncentrować się na słuchaniu niż mówieniu. Aktywne słuchanie, tworzenie przestrzeni do wypowiedzi dla klienta są kluczem do rozumienia jego sytuacji, stanu i potrzeb. Treść i narracja klienta pozwala nam rozumieć całość wypowiedzi, jej sens, intencje, uczucia. Parafraza, odzwierciedlanie jako zabiegi komunikacyjne, stosowane trafnie i refleksyjnie zachęcają klienta do otwartości, dają informację, że jest słuchany i tworzą okazję do sprawdzania rozumienia jego wypowiedzi.

Ujawnienie przemocy jako sytuacja kryzysowa dla klienta

Do ujawnienia przemocy dochodzi często przypadkowo, na przykład w wyniku zgłoszenia tego faktu przez sąsiadów lub innych świadków odpowiednim służbom. Sytuacja ujawnienia może być również powiązana z wizytą w domu lub interwencją tych służb. To w dotkliwy sposób narusza poczucie bezpieczeństwa osób doznających przemocy, gdyż

ma charakter nagły, zaskakujący i nieprzewidywalny w skutkach. Naruszony zostaje dotychczasowy stan równowagi w systemie rodzinnym. Wysiłki związane z utrzymaniem status quo okazują się niewystarczające, a zmiana sytuacji stawia osoby doznające przemocy przed nowymi wyzwaniami w zakresie radzenia sobie. Często budzi to strach przed reakcją osoby stosującej przemoc, lęk o przyszłość i zmiany, jakie mogą nastąpić.

Nawet, gdy do ujawnienia przemocy dochodzi w wyniku zgłoszenia się osoby doznającej przemocy po pomoc, to zwykle ma ono miejsce w okolicznościach szczególnie trudnych. Osoby doznające przemocy sięgają po wsparcie z zewnątrz zwykle w sytuacji, gdy dotychczasowe sposoby radzenia sobie wyczerpały się. Taka sytuacja została nazwana przez amerykańskiego psychiatrę Geralda Caplana, **kryzysem psychologicznym** (Caplan za: James, Gilliland, 2005). Definiuje on kryzys jako sytuację, w której człowiek na drodze do ważnego życiowego celu napotyka trudności, których nie może pokonać, opierając się na dotychczasowych sposobach zaradczych. W wyniku tego faktu funkcjonowanie jednostki dezorganizuje się we wszystkich wymiarach: poznawczym, emocjonalnym, fizjologicznym i behawioralnym

Problemem w sytuacji kryzysowej nie jest wydarzenie. Jest ono kontekstem do rozumienia stanu fizycznego, psychicznego i zachowania osoby w kryzysie. Problemem staje się stan psychiczny jednostki, który wymaga zaopiekowania, oceny i doboru trafnych form wsparcia.

Informacja, edukacja i wsparcie

Poczucie dezorientacji, strach i lęk o przyszłość jako doświadczenie osób doznających przemocy w kryzysie ujawnienia przemocy i procesie wychodzenia z przemocy wymaga szczególnej troski i uważności. Do odzyskania siły i zdolności do działania człowiek potrzebuje wiedzy o tym, co się dzieje, jakie ma możliwości działania, jakie prawa mu przysługują, jakich narzędzi interwencyjnych może użyć i z jakich form pomocy skorzystać.

Informacja, edukacja i wsparcie to formy pomocy dające psychologiczne bezpieczeństwo. Są „sercem” procesu pomagania osobom w kryzysie. Pozwalają klientowi ujmować zdarzenia w logiczne i sensowne ramy, czyniąc świat zrozumiałym i przewidywalnym. Ponadto informacja jest odpowiedzią na potrzebę orientacji. Żeby klient mógł korzystać ze swoich praw, różnych możliwości, musi o nich wiedzieć.

Edukacja stanowi odpowiedź na potrzebę rozumienia. Żeby klient mógł rozważać różne rozwiązania, musi je rozumieć w kontekście własnej sytuacji i korzyści, jakie może osiągnąć poprzez ich zastosowanie. Natomiast wsparcie daje ukojenie, uspokaja, wzmacnia nadzieję i motywuje do podejmowania kroków w kierunku zmiany.

Poznanowanie podmiotowości klienta

W wielu sytuacjach kryzysowych problemem staje się stan psychofizyczny człowieka, czyli jego zdolność do myślenia i celowego działania. Im klient jest bardziej immobilny, niezdolny do ochrony siebie, samodzielnego działania, tym bardziej nasze strategie pomocy mają charakter dyrektywny. Zawierają proste pytania, instrukcje, wyjaśnienia.

Im bardziej klient odzyskuje stan równowagi emocjonalnej, a co za tym idzie – zdolność do samodzielnego radzenia sobie, tym bardziej relacja pomagania musi być symetryczna, a nasze strategie pomocy uwzględniać decyzyjność klienta.

Doznawanie przemocy ze strony bliskiej osoby, trwające często kilka miesięcy, a nawet lat, ma charakter kryzysu chronicznego. Co jakiś czas, zwykle przy incydentach gwałtownej przemocy, kryzys chroniczny przechodzi w stan ostry, który wyraźnie narusza bezpieczeństwo i zdolności radzenia sobie osoby krzywdzonej. Niezależnie od tego, istotne jest poszanowanie podmiotowości klienta i wspieranie jego poczucia sprawczości. Poniższe wskazówki mogą być użyteczne w tym zakresie.

- Uznaj, że klient jest ekspertem od swoich potrzeb. Słuchając go, dajesz mu pole do rozumienia siebie samego, uruchamiasz jego zdolność do formułowania celów i odzyskiwania poczucia sprawstwa. Dowiedz się, czego potrzebuje.
- Poszukuj zasobów i wydobądź je w rozmowie z klientem. Pokaż, że pomimo trudnej sytuacji zachowuje nadzieję, podejmuje wysiłki i kroki ku zmianie, nawet te najmniejsze. Nazwij je i podkreśl ich wartość.
- Szanuj podmiotowość i decyzyjność klienta. Wzmacniaj okruciny jego sprawczości. Nie naciskaj na realizację własnych rozwiązań. Rozważaj opcje, ale nie narzucaj ich. Jeśli klient nie korzysta z sugerowanych rozwiązań, nie frustruj się. Spróbuj to zrozumieć. Pytaj, co za tym stoi. Klient wie najlepiej co mu służy.
- Miej świadomość własnych celów w kontakcie i pracy z klientem. Wyjaśnij je. To jest potrzebne do rozumienia twojej roli przez klienta.
- Bądź ciekawy, nie oceniaj, nie koryguj. Nie przykładaj swojej mapy znaczeń do sytuacji klienta. On wie najlepiej, co dla niego „tu i teraz” jest ważne. Za każdym zachowaniem klienta stoi jakiś ważny dla niego motyw, wartość lub cel. Próbuj to odczytać i zaakceptować.
- Pytaj klienta, czego chce i potrzebuje, sprawdzaj czy to, co robicie, o czym rozmawiacie jest dla niego użyteczne.

Proceduralne aspekty pomocy osobom doznającym przemocy domowej

Obszar działań w przeciwdziałaniu przemocy domowej w dużym stopniu zdominowany jest przez procedury i określone w przepisach polskiego prawa algorytmy postępowania.

Członkowie grup diagnostyczno-pomocowych zobowiązani są do realizacji celów instytucji, celów klienta i celów osób pomagających. **Cele instytucji** określone są w przepisach prawa i realizowane są często niezależnie od woli, zgody osoby doznającej przemocy. To tworzy w procesie po-



Obraz: Anemone 123 z Pixabay.

magania poważny dylemat między realizacją celów instytucji i **celów klienta**. Ustawodawca, w znowelizowanej ustawie o przeciwdziałaniu przemocy domowej zaproponował podział zadań dla członków grup diagnostyczno-pomocowych na działania interwencyjne, podejmowane wobec osób stosujących przemoc i działania pomocowe, adresowane do osób doznających przemocy. Te pierwsze, przypisał „w szczególności” funkcjonariuszom Policji, a te drugie, „w szczególności” pracownikom socjalnym. Oddzielenie interwencji od procesu pomocy psychologicznej okazuje się pomocne i korzystne dla klienta oraz osób pomagających. Działania interwencyjne skoncentrowane są przede wszystkim na sytuacji przemocy, w celu jej zatrzymania. Pomoc koncentruje się na potrzebach, celach i zasobach klienta i jest tym trafniejsza, im w większym stopniu odpowiada na te potrzeby. Osobną kwestią jest **realizacja celów osób pomagających, czyli pewnej koncepcji na pracę z klientem realizowanej przez pracownika socjalnego, terapeutę**. Ten obszar w największym stopniu podlega superwizji i stanowi okazję do stawiania sobie pytań: dokąd zmierzam ze swoim klientem?, czy to odpowiada jego potrzebom? i czy to, co robimy jest pomocne? Świadomość celów, jakie realizujemy na rzecz osób doznających przemocy, ról, jakie pełniemy oraz refleksyjne stosowanie procedur jest istotnym elementem w procesie pomagania, które pozwala uniknąć pułapek wtórnej wiktymizacji osób doznających przemocy i czynić proces pomocy bardziej efektywnym.

Liliana Krzywicka – psycholożka, socjolożka, certyfikowany superwizorka interwencji kryzysowej PTP i superwizorka w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie IPZ PTP, wieloletnia Kierownik Ośrodka Interwencji Kryzysowej w Katowicach i Przewodnicząca Zespołu Interdyscyplinarnego. Pracuje w Katowickim Instytucie Psychoterapii.

BIBLIOGRAFIA:

- Bowlby, J. (2007). Przywiązanie. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
 Czabała, Cz. (2009). Czynniki leczące w psychoterapii. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

- James, R.K., Gilliland, B.E. (2005). Strategie interwencji kryzysowej. Warszawa: Wydawnictwo PARNAMEDIA.

Rozpatrywanie skargi na grupę diagnostyczno-pomocową

Aspekty proceduralne

W przepisach znowelizowanej ustawy o przeciwdziałaniu przemocy domowej pojawił się zapis, który umożliwia osobie objętej procedurą „Niebieskie Karty” wniesienie skargi na działalność grupy diagnostyczno-pomocowej lub członka tej grupy. Szczegóły takiej procedury wyjaśnia radca prawny.

Damian Aptowicz

Ustawą z dnia 9 marca 2023 roku o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 535)¹, w prawie przeciwdziałania przemocy domowej dokonano swoistej rewolucji legislacyjnej. Wśród najważniejszych zmian należy wskazać m.in.:

- 1) zniesienie grup roboczych i zastąpienie ich grupami diagnostyczno-pomocowymi,
- 2) zastąpienie sformułowania „przemoc w rodzinie” wyrażeniem „przemoc domowa”,
- 3) ustanowienie przepisów umożliwiających wniesienie skargi na członka grupy diagnostyczno-pomocowej, członka zespołu interdyscyplinarnego bądź zespół interdyscyplinarny oraz określenie właściwości organów i trybu rozpatrywania tych skarg.

Szczególnie ta ostatnia kwestia pozostaje w zainteresowaniu praktyków, bowiem wprowadzone regulacje krótko wskazują, iż skargę rozpatruje zespół interdyscyplinarny w trybie przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego.

Dotychczasowe regulacje prawne

Jak już wskazano powyżej, ustawą zmieniającą wprowadzono art. 9b ust. 15 ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu przemocy domowej (Dz.U. z 2021 r. poz. 1249 ze zm.)², który stanowi, iż skargę na działalność grupy diagnostyczno-pomocowej lub członka grupy diagnostyczno-pomocowej może wnieść osoba objęta procedurą „Niebieskie Karty”.

W uzasadnieniu do projektu ustawy wskazano, że: w związku z nieuregulowaną dotychczas kwestią rozpatrywania skarg na zespół interdyscyplinarny lub przewodniczącego zespołu interdyscyplinarnego dodano przepis wskazujący na właściwy w tej sprawie podmiot, tj. wójta, burmistrza albo prezydenta miasta, który taki zespół powołał. Analogicznie do powyższego przepisu określono możliwość rozpatrywania

skarg wniesionych na członków grup diagnostyczno-pomocowych przez zespół interdyscyplinarny. Regulacje powyższe mają na celu zagwarantowanie obywatelom ich praw³.

Wprowadzenie powyższej regulacji, która weszła w życie 22 czerwca 2023 roku, należy ocenić pozytywnie. Nie ulega wątpliwości, iż prawo do złożenia skargi oraz kontroli szeroko rozumianych instytucji realizujących zadania o charakterze publicznym jest jednym z podstawowych praw, a w stosunku do państwa – obowiązków, wynikających z konstytucyjnej zasady demokratycznego państwa prawnego. Przed wejściem w życie wskazanej nowelizacji nie było wyraźnych przepisów, które wprowadzałyby kompetencję do rozpatrywania skargi na członka grupy roboczej. Kompetencję taką przypisywano wojewodzie ze względu na art. 7 ust. 1 pkt 5 u.p.p.d. (w brzmieniu przed 22 czerwca 2023 roku), który stanowił, iż do zadań wojewody należy m.in. nadzór nad realizacją zadań z zakresu przeciwdziałania przemocy w rodzinie realizowanych przez samorząd gminny, powiatowy i województwa. Podobne stanowisko zajęto w odpowiedzi na interpelację nr 30441, gdzie wskazano: *W związku z powyższym, w sytuacji gdy zainteresowany uzna, iż procedura „Niebieskie Karty” została przeprowadzona w sposób nierzetelny i krzywdzący strony może on złożyć skargę do wojewody, który jest zobowiązany do podjęcia czynności wyjaśniających*⁴.

Powyższą regulację, obowiązującą przed wejściem w życie ustawy zmieniającej, oceniam jednak krytycznie. Nie wprowadza ona trybu czy podstaw podejmowania czynności wyjaśniających, terminów rozpatrywania skargi czy wyraźnej właściwości rzeczowej do rozpatrzenia skargi.

¹ Ustawą z dnia 9 marca 2023 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 535) – dalej „ustawa zmieniająca”.

² Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej (Dz.U. z 2021 r. poz. 1249 ze zm.) – dalej u.p.p.d.

³ Druk nr 2799. Rządowy projekt ustawy o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz niektórych innych ustaw. Pełna treść dostępna pod adresem <https://www.sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/druk.xsp?nr=2799> – [dostęp: 27.02.2024 r.].

⁴ Odpowiedź na interpelację nr 30441 w sprawie przepisów regulujących zakończenie procedury, weryfikacji prawidłowości przeprowadzenia procedury oraz odwołania od przeprowadzonej procedury „Niebieskie Karty”, treść dostępna pod linkiem: <https://www.sejm.gov.pl/sejm7.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=5B4F63D4> – [dostęp: 27.02.2024 r.].

Nie ulega wątpliwości, że w dotychczasowym brzmieniu regulacje prawne miały charakter lapidarny.

Aspekty proceduralne rozpatrywania skargi na grupę diagnostyczno-pomocową

W nowym porządku prawnym, obowiązującym od 22 czerwca 2023 roku, wprost uregulowano, iż skargę na grupę diagnostyczno-pomocową bądź jej członka rozpatruje zespół interdyscyplinarny w trybie przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego⁵, przy czym sama skarga może zostać wniesiona jedynie przez osobę objętą procedurą „Niebieskie Karty” (art. 9b ust. 15 u.p.p.d.).

Zgodnie z § 2 ust. 1 Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 6 września 2023 roku w sprawie procedury „Niebieskie Karty” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta” (Dz.U. poz. 1870), wszczęcie procedury następuje z chwilą wypełnienia formularza „Niebieska Karta – A” w przypadku uzasadnionego podejrzenia stosowania przemocy domowej lub zgłoszenia dokonanego przez świadka przemocy domowej.

Grupę diagnostyczno-pomocową powołuje się m.in. w celu dokonania diagnozy i oceny sytuacji w związku ze zgłoszonym podejrzeniem wystąpienia przemocy domowej oraz realizowania innych zadań wymienionych w u.p.p.d., a wśród nich m.in. realizacji procedury „Niebieskie Karty” w przypadku potwierdzenia podejrzenia wystąpienia przemocy domowej, zwłaszcza w sytuacji wystąpienia ryzyka zagrożenia życia lub zdrowia czy monitorowania sytuacji osób doznających przemocy domowej, a także zagrożonych wystąpieniem przemocy domowej, w tym również po zakończeniu procedury „Niebieskie Karty” (art. 9a ust. 10 u.p.p.d. w zw. z art. 9b ust. 8 u.p.p.d.).

W skład grupy diagnostyczno-pomocowej wchodzi m.in. pracownik socjalny jednostki organizacyjnej pomocy społecznej oraz funkcjonariusz Policji (art. 9a ust. 11 u.p.p.d.). Przepisy u.p.p.d. wprowadzają również udział innych grup zawodowych, w zależności od statusu zawodowego osoby stosującej przemoc oraz zapotrzebowania udziału innych osób; m.in. asystent rodziny, przedstawiciel gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych czy osoba wykonująca zawód medyczny (art. 9a ust. 11a–12 u.p.p.d.). Poszerzenie grupy diagnostyczno-pomocowej następuje w zależności od potrzeb i konieczności dokonania oceny sytuacji oraz zaplanowania pomocy (art. 9a ust. 12c u.p.p.d.).

Regulacja stanowiąca podstawę do wniesienia skargi na grupę diagnostyczno-pomocową bądź jej członka wyraźnie stanowi, że niezależnie od wykonywanego zawodu oraz reprezentowania danego podmiotu, do rozpatrzenia skargi właściwy będzie i tak zespół interdyscyplinarny. Zastosowanie w tym zakresie znajdzie dział VIII k.p.a., który reguluje aspekty proceduralne skarg i wniosków. W literaturze wskazuje się, że postępowanie skargowe charakteryzuje się następującymi właściwościami:

- 1) ma charakter odformalizowany,
- 2) nie ma stron postępowania,
- 3) jest postępowaniem jednoinstancyjnym, od którego nie przysługuje środek zaskarżenia, możliwe jest jedynie złożenie kolejnej skargi w trybie art. 227 k.p.a.,

4) wnoszącego skargę zawiadamia się jedynie o sposobie rozpatrzenia skargi, nie wydając w tym zakresie decyzji⁶.

I tak, zgodnie z art. 227 k.p.a., przedmiotem skargi może być w szczególności zaniedbanie lub nienależyte wykonywanie zadań przez właściwe organy albo przez ich pracowników, naruszenie praworządności lub interesów skarżących, a także przewlekłe lub biurokratyczne załatwianie spraw. Wskazany przepis stanowi katalog otwarty przyczyn złożenia skargi, o czym świadczy postuluje się zwrotem „w szczególności”. Możliwe jest zatem wniesienie skargi na podstawie innych przesłanek, niewymienionych w powyższym przepisie. Wymogi co do treści wniesionej skargi doprecyzował Naczelny Sąd Administracyjny: *Ustawodawca nie ograniczył przedmiotu skargi. Osoba wnosząca skargę powinna wskazać jedynie przedmiot swojego niezadowolenia i podmiot, którego jej zdaniem błędne lub nieprawidłowe działania są powodem złożenia skargi*⁷.

Literatura doprecyzowuje również same przyczyny wniesienia skargi, które zostały wymienione w art. 227 k.p.a. Przez zaniedbanie bądź nienależyte wykonywanie zadań należy rozumieć: *lekceważenie obowiązków przez urzędników, bierna postawa, brak woli podejmowania decyzji*⁸. Naruszeniem praworządności będzie wszelkie uchybienie przepisom prawa, również tym niezwiązanym z jakimkolwiek postępowaniem administracyjnym bądź przepisami leżącymi u podstaw podejmowanych działań⁹. Z kolei biurokratycznym realizowaniem spraw będzie każde działanie związane z bezdusznością, formalizmem czy rutyną w załatwianiu spraw urzędowych¹⁰.

Można zatem wyobrazić sobie sytuację, iż wszelkie czynności prowadzone przez grupę diagnostyczno-pomocową będą zgodne z prawem oraz załatwiane w terminach przewidzianych przez przepisy powszechnie obowiązujące, ale osoba objęta procedurą „Niebieskie Karty” złoży skargę na członka grupy diagnostyczno-pomocowej, gdyż ten zachowuje się w sposób niekulturalny, spóźnia się na spotkania bądź nie wykazuje bezstronności w podejmowanych przez siebie działaniach.

Skarga, o której mowa w powyższych przepisach może zostać wniesiona pisemnie, telegraficznie lub za pomocą dalekopisu, telefaksu, poczty elektronicznej, a także ustnie do protokołu, co wynika z § 5 Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 8 stycznia 2002 roku w sprawie organizacji przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków (Dz.U. Nr 5, poz. 46)¹¹.

Jeżeli skarga nie będzie zawierała imienia i nazwiska

⁶ J.H. Szlachetko, 2.1.2. Skarga [w:] Partycypacja społeczna w lokalnej polityce przestrzennej, Warszawa 2017 – dostęp elektroniczny w dniu 27 lutego 2024 roku.

⁷ wyrok NSA z 3.01.2013 r., I OSK 1762/12, LEX nr 1360824.

⁸ H. Knysiak-Sudyka [w:] A. Cebera, J.G. Firlus, A. Gołęba, T. Kiełkowski, K. Klonowski, M. Romańska, H. Knysiak-Sudyka, Kodeks postępowania administracyjnego. Komentarz, wyd. III, Warszawa 2023, art. 227 – dostęp elektroniczny w dniu 27 lutego 2024 roku.

⁹ J. Wegner [w:] Z. Kmiecik, M. Wojtuń, J. Wegner, Kodeks postępowania administracyjnego. Komentarz, Warszawa 2023, art. 227 – dostęp elektroniczny w dniu 27 lutego 2024 roku.

¹⁰ P.M. Przybysz [w:] Kodeks postępowania administracyjnego. Komentarz aktualizowany, LEX/el. 2024, art. 227 – dostęp elektroniczny w dniu 27 lutego 2024 roku.

¹¹ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 stycznia 2002 r. w sprawie organizacji przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków (Dz.U. Nr 5, poz. 46) – dalej r.s.i.w.

⁵ Ustawa z dnia 14 czerwca 1960 roku – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2023 r. poz. 775 ze zm.) – dalej k.p.a.

oraz adresu skarżącego, skargę taką pozostawia się bez rozpoznania (§ 8 ust. 1 przywołanego Rozporządzenia r.s.i.w.). Nie będzie zatem możliwa sytuacja zachowania anonimowości przez osobę składającą skargę. Nawet jeżeli zespół interdyscyplinarny może się domyślać, kto taką skargę złożył (np. mała liczba uruchomionych procedur „Niebieskie Karty”, pracownik, na którego złożono skargę jest członkiem tylko jednej grupy diagnostyczno-pomocowej), to będzie on zobowiązany zostawić skargę bez rozpoznania. Warto także zauważyć, że § 8 ust. 1 r.s.i.w. ma charakter stanowczy, o czym świadczy sformułowanie „pozostawia się”, a nie „może pozostawić”, co powoduje, że zespół interdyscyplinarny nie posiada w tym zakresie jakiegokolwiek uznaniowości.

Natomiast jeżeli z treści skargi nie będzie możliwe dokładne ustalenie jej przedmiotu, skarżącego wzywa się do złożenia, w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania, wyjaśnienia lub uzupełnienia tej skargi, pouczając skarżącego równocześnie, że nieusunięcie tych braków spowoduje pozostawienie skargi bez rozpoznania (§ 8 ust. 2 r.s.i.w.).

Warto także wskazać, iż **zespół interdyscyplinarny jest uprawniony do przeprowadzenia swego postępowania wyjaśniającego**. Zgodnie z § 9 r.s.i.w., jeżeli rozpatrzenie skargi wymaga uprzedniego zbadania i wyjaśnienia sprawy, organ właściwy do rozpatrzenia skargi zbiera niezbędne materiały; w tym celu może zwrócić się do innych organów o przekazanie niezbędnych materiałów i wyjaśnień. W literaturze zwrócono uwagę, iż: *w uproszczonym postępowaniu skargowo-wnioskowym przeprowadzane czynności wyjaśniające skupiają się na wyjaśnianiu zarzutów skargowych (pomysłów wnioskowych) i modelowane są w istocie przez właściwy organ prowadzący postępowanie. Co prawda skarżący (wnioskodawca) mają wpływ na prowadzone czynności, bowiem mogą uzupełniać lub cofać zarzuty skargowe (pomysły wnioskowe), ale jedynym moderatorem postępowania jest organ je prowadzący, który może je kształtować według własnego uznania*¹².

Przykładowymi środkami dowodowymi zastosowanymi przez zespół interdyscyplinarny może być wysłuchanie osoby skarżącej i sporządzenie z tej czynności protokołu, złożenie wyjaśnień przez członka bądź członków grupy dia-

gnostyczno-pomocowej czy zobowiązanie członków GDP do przedłożenia dotychczas sporządzonej dokumentacji.

Rozpatrzenie skargi powinno nastąpić bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie miesiąca. Jeżeli załatwienie sprawy w terminie nie jest możliwe, należy o tym zawiadomić stronę, wskazując przyczyny zwłoki oraz podając jednocześnie nowy termin załatwienia sprawy (art. 237 § 1 § 4 k.p.a. w zw. z art. 36 k.p.a.). Stronę należy również poinformować o przysługującym jej prawie do wniesienia ponaglenia do organu wyższego stopnia. Pojawia się jednak spora wątpliwość, który organ należałoby uznać za organ wyższego stopnia w stosunku do zespołu interdyscyplinarnego, bowiem w u.p.p.d. nie pada wprost takie sformułowanie. Uznałbym jednak, iż ponaglenie powinno być kierowane do wojewody, ponieważ, jak już wcześniej wskazano, ze względu na zapis art. 7 ust. 1 pkt 5 u.p.p.d., pełni on nadzór nad realizacją zadań z zakresu przeciwdziałania przemocy domowej wykonywanych przez samorząd gminny, powiatowy i województwa.

Rozpatrując skargę, należy zawiadomić skarżącego o sposobie załatwienia. Zgodnie z art. 238 k.p.a. zawiadomienie o sposobie załatwienia skargi powinno zawierać oznaczenie organu, wskazanie, w jaki sposób skarga została załatwiona, oraz podpis z podaniem imienia, nazwiska i stanowiska służbowego osoby upoważnionej do załatwienia skargi. Zawiadomienie o odmownym załatwieniu skargi powinno zawierać ponadto uzasadnienie faktyczne i prawne oraz pouczenie o możliwości pozostawienia bez rozpoznania ponowionej bezzasadnej skargi. W przypadku zespołu interdyscyplinarnego, zawiadomienie powinno zostać podpisane przez przewodniczącego, bowiem zgodnie z art. 9a ust. 7i pkt 3 u.p.p.d., reprezentuje on zespół interdyscyplinarny na zewnątrz.

Na marginesie, warto zauważyć, iż niezadowolonemu ze sposobu rozstrzygnięcia skargi, nie przysługuje jakiegokolwiek środek zaskarżenia bądź możliwość złożenia skargi do sądu administracyjnego.

Damian Aptowicz – radca prawny, wykładowca akademicki na Akademii Kujawsko-Pomorskiej w Bydgoszczy w zakresie prawa administracyjnego i pracy socjalnej, pracuje w Zespole Prawnym Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Bydgoszczy.

¹² W.M. Hrynicky, 11. Czynności wyjaśniające i wezwanie [w:] Skargi, wnioski, petycje i inne interwencje obywatelskie, Warszawa 2022 – dostęp elektroniczny w dniu 27 lutego 2024 roku.

Instytut Psychologii Zdrowia PTP zaprasza na szkolenie:
STUDIUM PRZECIWDZIAŁANIA PRZEMOCY DOMOWEJ I STOPNIA
 (dawniej: Studium Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie)
 Kurs podstawowy – 135 godzin dydaktycznych (4 sesje)

Edycja letnia:

I sesja 8-12.07.2024
 II sesja 29.07-08.08.2024
 III sesja 02-04.09.2024
 IV sesja 07-11.10.2024

Edycja jesienna:

I sesja 16-20.09.2024
 II sesja 14-18.10.2024
 III sesja 18-20.11.2024
 IV sesja 09-13.12.2024

Więcej informacji o szkoleniach oraz rekrutacji na stronie: <https://www.niebieskalinia.pl/szkolenia>
 Do udziału w szkoleniu zapraszamy przede wszystkim osoby pracujące w obszarze przeciwdziałania przemocy domowej, członków zespołów interdyscyplinarnych ds. przeciwdziałania przemocy domowej oraz grup diagnostyczno-pomocowych.

Para z problemem przemocy

Różne podejścia i programy terapii, cz. 2

Istnieje wiele metod pracy z parami doświadczonymi przemocą sytuacyjną (SCV). Daje to terapeutom par możliwość dostosowania wybranego podejścia do swojej terapeutycznej indywidualności tak, by praca była autentyczna, co niewątpliwie wpływa na jej efektywność.

Sebastian Pluta

Kontynuując temat o metodach pracy z parą z doświadczeniem przemocy w relacji¹, których skuteczność została potwierdzona badaniami, w niniejszym artykule przedstawię kolejne dwie metody/dwa podejścia. Pierwszą jest Terapia par skoncentrowana na przemocy domowej (DVFCT), której podstawą jest Terapia skoncentrowana na rozwiązaniach (TSR). Drugą Terapia par skoncentrowana na emocjach (Emotionally Focused Therapy, EFT), którą można uznać, odnosząc się do Leslie Greenberg (2013) za neohumanistyczne podejście w terapii, czerpiącej jednocześnie z psychoterapii skoncentrowanej na osobie Carla Rogersa, psychoterapii egzystencjalnej Yaloma i Frankla, psychoterapii Gestalt Fritza Perlsa oraz psychoterapii doświadczeniowej Eugene Gendlin. Przedstawiając powyższe podejścia w pracy z parą doświadczoną przemocą, mamy okazję zapoznać się z kolejnymi poszukiwaniami skutecznej metody oddziaływań wobec dotykanego problemu.

Terapia par skoncentrowana na przemocy domowej (DVFCT- Domestic Violence Focused Couples Treatment)

Programem dosyć znanym i wielokrotnie badanym jest terapia par skoncentrowana na przemocy domowej (DVFCT). Program w ramach **krótkiej terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach** w 2007 roku został dostosowany do pracy z parami z doświadczeniem przemocy przez Stith i wsp. (2012). Podobnie jak CAPP program jest również przeznaczony dla par pozostających w stałych związkach, w których doszło do lekkiej bądź umiarkowanej przemocy, przy założeniu, że partnerzy chcą pozostać razem i chcą zakończyć przemoc istniejącą w ich związku.

Celem DVFCT jest zakończenie istnienia wszelkich form przemocy, uzyskanie współpracy i zaangażowania obojga partnerów we wprowadzaniu zmian w ich relacji, pomaganie partnerom w braniu odpowiedzialności za własne zachowanie, wykorzystywaniu mocnych stron i wcześniejszych sukcesów do wypracowania korzystnych rozwiązań problemów, wspieranie umiejętności identyfikowania i powielania pozytywnych wzorców relacji, które prowadzą do wspólnego korzystnego rozwiązywania konfliktów. W efekcie tych działań wzmacnia się pozytywna więź między partnerami.

¹ Część 1 artykułu ukazała się w poprzednim numerze pisma „Niebieska Linia” nr 1/150/2024.

Program jest dedykowany, ze względów bezpieczeństwa, wyłącznie parom, w których doszło do przemocy sytuacyjnej (SCV). Jeśli na etapie wstępnej diagnozy okazuje się, że w relacji pary występuje znacząca przemoc lub jeden z partnerów czuje strach przed drugim, wówczas para jest kierowana do indywidualnych form wsparcia.

Model DVFCT różni się od innych programów założeniem, że po zakończeniu programu wspólnej pracy możliwa i wskazana niejako jest kontynuacja terapii par w tradycyjnych sesjach, które obejmują całość funkcjonowania pary, a nie tylko kontekst przemocowy.

By przybliżyć realizację terapii par w powyższym modelu warto przyjrzeć się konstrukcji i przebiegowi pracy.

Program składa się z dwóch faz. Rozpoczyna się od osobnych sześciu sesji z kooterapeutami. Mogą one mieć formę indywidualnych spotkań bądź w przypadku pracy wieloparowej (kilka par jednocześnie) osobnych spotkań grupowych dla partnerów i osobnych dla partnerek. W fazie drugiej pracuje już główny terapeuta wspólnie z daną parą.

Faza 1 – pierwsze 6 sesji

W fazie pierwszej prowadzący kładzie nacisk na rozwój relacji terapeutycznej, udziela psychoedukacji w zakresie przemocy domowej, aby zwiększyć samoświadomość osób w parze, pomaga także zbudować więź zdrowego związku. Kolejnymi elementami pracy są: planowanie bezpieczeństwa, kształtowanie umiejętności spędzania czasu, praktykowanie medytacji w celu samouspokojenia. Dodatkowo przeprowadza się krótką interwencję opartą na **dialogu motywującym**, dotyczącą używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. W zależności od potrzeb i sytuacji klientów, kolejność pracy podlega indywidualizacji, kładąc nacisk na to, by modyfikacje uwzględniły przede wszystkim dbanie o bezpieczeństwo uczestników.

Upraszczając opis, sesje fazy pierwszej przyjmują rozkład przedstawiony w tabeli 1.

Faza 2 – 12 sesji

W fazie drugiej praca koncentruje się już na wspólnych sesjach z parą, przy czym prowadzący ma możliwość przeprowadzenia osobnych sesji w celu zmniejszenia ryzyka nieakceptowanych zachowań i zwiększenia bezpieczeństwa w parze.

Na tym etapie terapeuta zaczyna pracować z parą nad problemami, które przyczyniają się do rozwoju konfliktu w ich relacji, co może wpływać na pojawienie się prze-

Tabela 1. Schemat przebiegu sesji fazy pierwszej DVFCT (opracowanie własne na podstawie Stith i wsp., 2012).

<p>Sesja 1. Łączenie się i honorowanie problemu</p> <p>Podczas sesji uczestnicy spotkania przedstawiają się, terapeuta opisuje program, następnie dyskutowane są ustalenia kontraktu grupowego. Głównym celem jest stworzenie i rozwinięcie sojuszu terapeutycznego. Podczas tej sesji dużo czasu poświęca się na opowiedzenie przez klienta/klientów swoich historii. Terapeuci mają za zadanie uważniać ból i trud opisywanych doświadczeń. Poprzez wzbudzenie refleksji podkreślają wytrzymałość i odporność związaną z trudem podjęcia pracy nad zmianą sytuacji. Terapeuci koncentrują się na podkreślaniu i wspieraniu zdolności klienta/klientów do radzenia sobie w trudnych sytuacjach. Treść zadań domowych przekazywanych po każdej sesji dotyczy tematów poruszanych na spotkaniu.</p>
<p>Sesja 2. Definiowanie cudu</p> <p>Podczas kolejnej sesji terapeuta koncentruje się na pomaganiu klientom w wyrażaniu siebie i wizji preferowanej przyszłości. W tym celu, podczas sesji korzysta się z typowej metody dla terapii skoncentrowanej na rozwiązaniu, czyli „pytaniu o cud”. Cytując za: Stith i wsp. (2011, s. 52, tłumaczenie własne), prosi się klienta o „wyobrażenie sobie, że zasnął i podczas snu wydarzył się cud. Wynikiem tego cudu jest to, że wszystkie trudności, które doprowadziły ich na terapię, zostały rozwiązane. Jednakże, ponieważ spali, nie wiedzieli, że cud się wydarzył, zamiast tego, muszą odkryć jego skutki, gdy zaczynają normalny dzień”. W przypadku pracy z wieloma parami stosuje się metodę „domu zdrowych relacji” (por. Stith i wsp., 2011), tzn. terapeuta rysuje dom z kilkoma piętrami zawierającymi pokoje, a następnie prosi o informacje, jakie cechy umieściliby w danych pokojach tak, by były częścią zdrowej relacji.</p>
<p>Sesja 3. Wprowadzenie do tematyki przemocy</p> <p>Sesja jest poświęcona psychoedukacji na temat przemocy, ale i ocenie poziomu bezpieczeństwa i ryzyka ponownego wystąpienia przemocy. Przykładową metodą, z której się korzysta na tej sesji jest kolejna typowa dla podejścia metoda, czyli skalowanie, np. poprzez poproszenie o ocenienie na skali od 1 do 10 poziomu umiejętności panowania nad napięciem.</p>
<p>Sesja 4. Uważność i planowanie bezpieczeństwa</p> <p>Sesja poświęcona jest uczeniu klientów umiejętności bezpośredniego radzenia sobie z przemocowymi zachowaniami lub intensywnymi i trudnymi interakcjami, przerywaniu trudnych lub niebezpiecznych sytuacji poprzez skupianie się na umiejętnościach mających pomóc im się uspokoić i zmniejszyć napięcie.</p>
<p>Sesja 5. Negocjowanie</p> <p>Podczas tej sesji wprowadza się technikę „time out” – którą można rozumieć jako „przerwa na ochłonięcie”. Ma ona na celu nauczenie osoby stosującej przemoc monitorowania własnych oznak narastającego gniewu i przerywania procesu, który może prowadzić do przemocy wobec partnera. Właściwe zastosowanie tej techniki pozwala partnerom oderwać się od narastającego napięcia podczas rozmowy tak, by po wyciszeniu potrafili wrócić do bezpiecznej rozmowy na trudny temat.</p>
<p>Sesja 6. Problematyka nadużywania substancji</p> <p>Na tej sesji jest poruszana kwestia wpływu problemów z uzależnieniem na funkcjonowanie w związku i na zachowania partnerów w relacji.</p>

mocy. W tej fazie również **terapeuta zmniejsza poziom dyrektywności, oddając odpowiedzialność za proces klientom**. Dyrektywność na tym etapie jest wskazana w sytuacjach wymagających bezpośrednich interwencji.

Sesje wspólne z parami doświadczonymi przemocą mają inną formę niż typowe sesje z innymi parami. Po pierwsze, sesja wspólna rozpoczyna się indywidualnym spotkaniem z każdym z partnerów w celu ustalenia, czy perspektywa pracy wspólnej jest bezpiecznym rozwiązaniem. Jeżeli ustalenia z klientami potwierdzają, że tak, wtedy ma miejsce właściwa, wspólna część spotkania. Po każdej sesji klienci również są proszeni o krótkie indywidualne spotkanie, podczas którego uzupełniają arkusz kontrolny, analizowany na miejscu pod kątem bezpieczeństwa. **W sytuacji pogłębiania się zacho-**

wań przemocowych, terapeuta ma prawo w każdym momencie zakończyć terapię wspólną w celu skierowania pary do innych form pracy indywidualnej.

W fazie drugiej program nie przewiduje szczegółowego planu działania i racji potrzeby dostosowania się do konkretnych celów i potrzeb klientów, co jest zgodne z podejściem skoncentrowanym na rozwiązaniu.

Aby oddać model pracy przyjęty przez terapeutów prowadzących spotkania, należy odnieść się do modelu i założeń pracy typowych dla tego nurtu, które odróżniają ten nurt od innych, powszechnie stosowanych metod pracy z parą. Na potrzeby niniejszego opracowania zaznaczę jedynie (odsyłając do opracowań dotyczących przytoczonego nurtu pracy), że **program z założenia koncentruje się na**

dochodzeniu do rozwiązywania problemów poprzez wyszukiwanie i uświadamianie klientowi mocnych stron oraz korzystanie z możliwości z nich wynikających, przy jednoczesnym unikaniu powrotów do przeszłości oraz koncentracji na teraźniejszości i przyszłości. Jednocześnie w tej fazie pracy terapeuta koncentruje się w dużym stopniu na paradygmacie, że klienci posiadają wystarczające zasoby i siły niezbędne do uruchomienia zmiany i że klient wie najlepiej, co będzie dla niego dobre. Tym samym terapeuci prowadzący oddziaływania z założenia korzystają z metod typowych dla SFBT (Terapia skoncentrowana na rozwiązaniach TSR), m.in. z pytania o cud, skalowania, także z **komplementowania połączonego z koncentracją na sukcesach, reframingu (przeformułowywania), pytań o wyjątki, pytań dotyczących sprawczości**.

W opisie programu, mimo oczekiwanej postawy terapeutycznej, ukierunkowanej na przyszłość i koncentracji na „pozytywach”, terapeuci nie mają się uchylać i bagatelizować treści problemowych i przepełnionych cierpieniem, które są wywoływane przez doświadczenia przemocowe. Terapeuci korzystający z tego modelu rzadziej pogłębiają pracę nad aspektami bolesnymi, nie dążąc do poszerzonej, celowej rozmowy na ten temat, co powoduje, że osoby doświadczające przemocę mogą mieć wrażenie bycia niewysłuchanym i niezrozumianym.

Mimo powyższej obserwacji, z badań nad tym modelem pracy m.in. przez M. Stith i wsp. (2005, 2011, za: Stith i wsp., 2012) wynika, że pary, które brały udział w pełnym programie wskazywały na ograniczenie istnienia przemocy przy jednoczesnym wzroście satysfakcji z relacji.

Terapia skoncentrowana na emocjach (Emotionally Focused Therapy, EFT)

Kolejnym nurtem pracy, który wykazuje skuteczność pracy z relacjami z doświadczeniem przemocy jest psychoterapia skoncentrowana na emocjach (EFT) wypracowana przez Johnson i Grennberg (1985, za: Sloopmaeckers i Migerode, 2020).

Krótko charakteryzując pracę z parą w tym podejściu, specjaliści uznają za konieczne, aby w pierwszej kolejności pomóc partnerom doświadczyć i ujawnić ich własne uczucia, aby byli lepiej przygotowani do intensywnej pracy polegającej na dostrajaniu się do drugiego partnera i byli otwarci na zmianę swoich interakcji, otwierając się tym samym na tworzenie bezpiecznej więzi.

W tym nurcie przemoc sytuacyjną (SCV) rozumie się jako skutek wzorca interakcji w parze zrodzonego z frustracji, lęku i niezaspokojonych potrzeb w obszarze przywiązania. Tym samym, specjaliści EFT wskazują, że terapia par jest w stanie poprzez redukcję konfliktów związku i zmianę wzorca przywiązania zmniejszyć ryzyko wystąpienia przemocy (por. Sloopmaeckers i Migerode, 2020).

Autorzy opracowania dostosowującego model EFT do pracy ze związkiem doświadczonym przemocą podkreślają, że wspólna praca nad związkiem jest możliwa w sytuacji, kiedy w relacji występuje przemoc sytuacyjna (SCV), która jest przeciwstawiona przemocy charakteryzowanej jako „terroryzm intymny” (Johnson, 1995, za: Sloopmaeckers i Migerode, 2020). Jednocześnie podkreśla się, że ocena bezpieczeństwa w tego typu parach powinna być realizowana w trakcie całej terapii.

Poszerzając rozumienie podejścia EFT, **przemoc sytuacyjna jest powiązana z niezaspokojonymi potrzebami w zakresie przywiązania** (odnosząc się do teorii więzi Bowlby’ego). Cytując (za: Sloopmaeckers i Migerode, 2020, s. 331, tłumaczenie własne): „Przemoc rozumiana jest zatem jako nadpobudliwość emocjonalna, kiedy partnerzy, często nieświadomie, wyzwalają u siebie nawzajem ukryte lęki przed przywiązaniem poprzez swoje działania w trakcie konfliktów..., a złość i wynikająca z niej agresja są naturalnymi reakcjami emocjonalnymi na postrzeganą utratę przywiązania, które można rozpatrywać z różnych punktów widzenia cyklu interakcji pary. Zarówno agresja, jak i złość mają znaczenie w regulacji dystansu emocjonalnego”. Powyższy cytat odnosi się do wzajemnej cyrkulacji zachowań w parze związanej z procesami przywiązania, przeżywania emocjonalnego i dążenia do zaspokojenia potrzeb, która, gdy działa nieprawidłowo, może prowadzić nie tylko do konfliktów, agresji, ale i przemocy.

Praca z parą w podejściu skoncentrowanym na emocjach również przyjmuje ramy schematu, jakkolwiek nie tak silnie ustrukturyzowanego jak w poprzednich modelach. Pierwotny schemat pracy z parami w EFT to obraz trzyetapowej pracy, składającej się z dziewięciu kroków (Johnson, 2008). W modelu przedstawionym przez Sloopmaeckers i Migerode (2020) schemat składa się z czteroetapowego modelu pracy opublikowanego już w niniejszym czasopiśmie przez Anetę Bukowską (2022)². W związku z tym w tabeli 2. zamieszczam jedynie krótki opis poszczególnych faz pracy terapeutycznej.

To, co jest istotne z mojego punktu widzenia, to oddanie przynajmniej specyfiki pracy w nurcie EFT, który nie musi być szerzej znany Czytelnikom.

Terapia skoncentrowana na emocjach jest metodą opartą na dowodach naukowych. Integruje perspektywę humanistyczną i systemową spojrzenia na relacje. Terapeuta w tym nurcie pracy pomaga partnerom uzyskać dostęp do niewyrażonych lęków przywiązania, strukturyzuje nowe interakcje, które kształtują bezpieczne przywiązanie w związku, pracuje także nad zmniejszeniem obwiniania oraz kierunkuje w stronę ponownego zaangażowania się w związek, aby pogłębić kontakt i bezpieczeństwo odczuwane między partnerami. Ostatecznie celem terapeuty **jest zintegrowanie i utrwalenie nowych reakcji wpływających na nowy korzystny „taniec w parze” (wzajemna interakcja)**.

Podstawowe podejście terapeutyczne i przykładowe metody pracy obejmują m.in.:

- **Koncentrację terapeuty na doświadczeniu siebie i emocji „tu i teraz”.**
- Typowo empatyczne dostrojenie (zgodne z ideą Rogera w podejściu humanistycznym) poprzez **odzwierciedlanie, uważanie i uznawanie emocji** klienta za zrozumiałe i kierowanie do niego empatycznych komunikatów np. *To zrozumiałe, że reagujesz lękiem i wycofaniem.*
- Stosowanie **przeformułowywania** dużego ładunku emocjonalnego na poziomie emocji wtórnych w kategorii więzi i emocji pierwotnych, np. *Twoja złość jest wyrazem twojej niemocy i poczucia oddalenia.*

² „Niebieska Linia” nr 3/140/2022

Tabela 2. Przebieg terapii par w oparciu EFT (na podstawie: Sloomaeckers i Migerode, 2020).

Faza 1
Budowanie bezpiecznego sojuszu terapeutycznego (budowanie bezpiecznej relacji, empatyczne zestrojenie z parą, ustalenie celów terapeutycznych, podtrzymanie nadziei)
Faza 2
Badanie cyklu negatywnej interakcji (obserwacja negatywnego cyklu i poszukiwanie możliwości zmiany negatywnego „tańca w parze”)
Faza 3
Uzyskanie dostępu do podstawowych emocji leżących u podstaw wzorców przemocy (praca nad integracją nierozpoznanych emocji pierwotnych z zachowaniami w parze i budowanie poczucia sprawczości i odpowiedzialności w parze za zachowania i wybory)
Faza 4
Uzewewnętrznianie wzorców przemocy i praca nad zaspokojeniem potrzeb przywiązania u partnerów (wytworzenie wspólnej pracy nad pokonaniem negatywnego cyklu pary, budowanie bezpiecznego przywiązania)

- **Koncentrowanie klienta na doznaniach z ciała** poprzez pytania, np. *Jak to jest w Twoim ciele...? Co mówią Twoje łzy? Gdyby ten ścisk w Twoim gardle mógł przemówić, to co by powiedział?*
- Budowanie umiejętności brania odpowiedzialności za własne decyzje i wpływu na zachowanie drugiej osoby, np. złość i krytyka uaktywniana przez jedną ze stron wpływa na defensywność drugiej i odsuwa je od siebie. Tym samym wspiera i uświadamia, jak kształtujemy uczucia partnera, pomaga parze w rozumieniu mocy, jaką mają słowa czy wpływu tych zachowań na uczucia partnera.
- Znajdowanie i **praca nad „czułymi miejscami”**, czyli **wydobywanie delikatnych uczuć, potrzeb, słabości, tworząc pomost do ponownego rozumienia się w związku i zaprzestania walki ze sobą.**

Co warto podkreślić, mimo głębi pracy, do której dąży terapeuta pracujący w tym nurcie, nie zmniejsza on znaczenia indywidualnej odpowiedzialności za zachowania przemocowe w interakcji pary. Jednakże nie uznaje się w procesie kwalifikacji, że istotnym warunkiem jest uznanie własnej odpowiedzialności na początku pracy, raczej jest to jeden z celów terapeutycznych do uzyskania w trakcie spotkań.

By w pełni poznać wszystkie narzędzia i podejście stosowane w terapii skoncentrowanej na emocjach, należałoby zapoznać się z wieloma pracami, począwszy od tych zamieszczonych w bibliografii, do czego serdecznie zachęcam, a zakończywszy na własnej eksploracji tematu.

Przykład z praktyki – uzdrawianie traumatycznych zranień

Na potrzeby tego artykułu, poza powyższym opisem, chciałbym się podzielić przykładowym przebiegiem sesji skoncentrowanej na wybaczeniu krzywdy. W pracy z parą z doświadczeniem przemocy praca nad wybaczeniem wydaje się oczywista, ale i konieczna z powodu traum oraz „uszkodzenia relacji”, które niewątpliwie nastąpiło.

Pracę nad tym obszarem Johnson określa jako „**uzdrawianie traumatycznych zranień**”. Może ona przyjąć formę, której opis zamieszczam poniżej:

1. Z pomocą terapeuty zraniony partner musi wypowiedzieć swój ból tak otwarcie i prosto, jak to tylko możliwe.
2. Przy wsparciu terapeuty raniący partner pozostaje emocjonalnie obecny i przyjmuje do wiadomości ból zranionego partnera oraz swój udział w tym, unika obrony, zaprzeczania. Potwierdza, że doświadczenie partnera ma głęboki sens i znaczenie.
3. Przy wsparciu terapeuty zraniony partner, skupiając się na zranieniu, zachęca partnera do szczerych przeprosin, a raniący partner wyraża szczerą – i żal.
4. Korzystając z odkrycia swojej bezbronności, para przy wsparciu terapeutycznym odbywa rozmowę „Przytul mnie mocno”, czyli dzieli się swoimi potrzebami na „tu i teraz”, a przy adekwatnej reakcji partnera, który wcześniej zranił, następuje szczerze połączenie, niezadko z fizycznym przytuleniem tworzy nowe fundamenty pod odbudowanie zaufania.
5. Para tworzy teraz nową historię, opowiadając o raniącym wydarzeniu, koncentrując się na pokonaniu rozdźwięku i tworząc plany dotyczące podtrzymania w swoim związku nowo odzyskanego zaufania.

Opis pracy w nurcie skoncentrowanym na emocjach można określić, że jest to praca, która wyraża się całościową, empatyczną postawą terapeutyczną, pracą w dużym stopniu na relacji i na wysokim poziomie głębi emocjonalnej. Z badań naukowych np. Panabadi i wsp. (2022) wynika, że terapia par w oparciu o EFT zdołała znacząco złagodzić przemoc małżeńską i poprawić niekorzystne stosunki małżeńskie wśród uczestników terapii po jej zakończeniu.

Zakończenie

W trakcie pisania obu artykułów i próby realizacji zadania, którym było w miarę klarowne i zwięzłe przedstawienie

form pracy z parami doświadczonymi przemocą sytuacyjną (SCV), towarzyszyła mi refleksja, iż badania nie potwierdzają, że któraś metoda czy podejście jest bardziej słuszne, czy też daje większą skuteczność. Z jednej strony ta refleksja wskazuje poniekąd na możliwość dostosowania wybranego podejścia do naszej terapeutycznej indywidualności tak, by nasza praca była autentyczna, co niewątpliwie wpływa na jej efektywność. Wniosek ten potwierdza słuszność kierunku, który obrałem, czyli podjęcia próby osadzenia pracy z parą z doświadczeniem przemocy w ujęciu integracyjnym

(por. Kita, Brewińska, 2023), czego efekty mam nadzieję już niebawem będą mogli Państwo poznać.

BIBLIOGRAFIA:

Greenberg L.S. (2013). *Terapia Skoncentrowana na Emocjach*. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis.

Johnson, S.M. (2008). *Emotionally focused couple therapy*. In A.S. Gurman (Ed.), *Clinical handbook of couple therapy* (pp. 107–137). The Guilford Press.

Kita, S., Brewińska, D. (2023). *Metodyka pracy terapeutycznej z parą w ujęciu psychoterapii integracyjnej*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.

Panabad, S., Jofreh, M.G., Asgari, P., & Moghaddam, K.K. (2022). Effectiveness of Emotionally-Focused Couples Therapy on Marital Violence, Marital Adjustment, and Sexual Intimacy of Couples Visiting Counseling Centers of Ahvaz. *Advances in Nursing & Midwifery*, 31(1).

Sebastian Pluta – psycholog, psychoterapeuta integracyjny w trakcie szkolenia, certyfikowany terapeuta par, nauczyciel akademicki, specjalista i certyfikowany superwizor przeciwdziałania przemocy IPZ PTP, założyciel Centrum Rozwoju i Wsparcia w Brzegu.

Slootmaeckers J., Migerode L. (2020). EFT and Intimate Partner Violence: A Roadmap to De-escalating Violent Patterns. *Fam Process*. Jun;59(2):328-345.

Stith, S.M., McCollum, E.E., & Rosen, K.H. (2011). *Couples therapy for domestic violence: Finding safe solutions*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12329-000>.

Stith, S.M., McCollum, E.E., Amanor-Boadu, Y., & Smith, D. (2012). Systemic perspectives on Intimate Partner Violence treatment. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 220-240.

Przepis na chorobę

Konsekwencje doznawania przemocy

Przemoc wpływa nie tylko na zdrowie psychiczne, ale także fizyczne i ogólny dobrostan osoby, która jej doświadczyła. Skutki krzywdzenia w dzieciństwie pozostawiają ślady, które wpływają na rozwój chorób psychosomatycznych, onkologicznych, skutkują obniżoną odpornością. Stres traumatyczny może być źródłem wielu chorób dotyczących psychikę i ciało człowieka, mimo że sytuacja stresowa miała miejsce dawno temu.

Agnieszka Widera-Wysoczańska

Zarówno nagła, jak i długotrwała, złożona trauma interpersonalna powoduje problemy zdrowotne, które mogą występować na każdym etapie życia – od prenatalnego, przez dzieciństwo, aż po dorosłość. Wiedza dotycząca przyczyn i przebiegu dolegliwości psychosomatycznych powstałych w wyniku doznawania traumatycznego stresu może mieć szerokie zastosowanie w psychologii i medycynie, umożliwiając efektywniejsze leczenie. Pozwala specjalistom przewidzieć, jakie problemy zdrowotne rozwiną się u osoby, która doświadczyła przemocy w dzieciństwie. Wiedząc, które choroby wynikają z doznawanej przemocy, lekarze mogą efektywniej leczyć pacjentów, zwłaszcza tych uznawanych za „przewlekłe trudne przypadki”.

Objawy somatyczne, o których psycholog słuca w gabinecie, mogą ułatwić mu rozpoznanie, jakiej przemocy osoba wcześniej doświadczyła i dzięki temu skuteczniej pomagać. Warto przyjrzeć się temu, jaki rodzaj przemocy może być przyczyną określonych chorób somatycznych, jaki jest fizjologiczny mechanizm radzenia sobie organizmu z doznawaną przemocą, które zachowania mogą przyczyniać się do powstania lub pogłębienia choroby oraz w jaki sposób leczyć choroby psychosomatyczne.

Zdarzenie traumatyczne jako przyczyna chorób

Interpersonalne zdarzenia traumatyczne mogą przyczyniać się do powstania lub nasilania się chorób psychosomatycznych.

nych. Są to mniej lub bardziej uświadomione przez osobę chroniczne sytuacje stresowe, które mogą powtarzać się codziennie we wszystkich okresach naszego życia, są nie do uniknięcia i nie mamy nad nimi kontroli. Powodują odczuwane w ciele intensywne napięcie psychiczne, z którym trudno sobie poradzić. Należy do nich przemoc ostra i nieakceptowana społecznie, a także rozmyta i powszechnie tolerowana.

Będąc psychologiem, od niemal czterech dekad słyszę od osób cierpiących, że doświadczają zaniedbywania i przemocy emocjonalnej, fizycznej lub seksualnej, niestabilnych zachowań rodzica uzależnionego od substancji psychoaktywnych lub pornografii, naruszenia osobistych granic, porzucenia lub odrzucenia, braku bliskości, dystansu i rozstania oraz niespełnienia potrzeb, np. miłości. Brakuje im rozmów na temat problemów i emocji. Są surowo karani, stawiane są im wymagania przekraczające ich możliwości. Konflikty rodzinne nie są rozwiązywane. Są także świadkami przemocy w domu czy środowisku, wychowywani przez niešťęśliwych opiekunów. Osoby, które do mnie przychodzą, często już od dzieciństwa były obarczane odpowiedzialnością za opiekę nad rodzeństwem lub rodzicami, zarówno w ich zdrowiu, jak i chorobie, nawet pomimo braku własnych możliwości rozwojowych i siły oraz bez wsparcia społecznego. Ponadto nie mają satysfakcjonujących relacji, wątpią czy są wystarczająco dobre, aby ktoś ich kochał, czują się zobowiązane do spełniania oczekiwań seksualnych i są uwięzione w sytuacji bez wyjścia. Nie potrafią domagać się szacunku od innych i szanować samej/samego siebie oraz nie bronią się przed oczekiwaniami co do pełnego poświęcania się innym. W sferze zawodowej stresująca może być presja ze strony pracodawcy, publiczne upokarzanie, pozbawianie wartości, trudności z wyrażaniem przekonań i złości, „bo to dolewa oliwy do ognia” i stwarza dodatkowe problemy, a także strata pracy. Doświadczają także przemocy instytucjonalnej, np. zbyt długo trwających postępowań sądowych (Zoellner, Goodwin, Foa. 2000; Widera-Wysoczańska, 2021).

Taki stres wpływa na niemal każdą komórkę naszego organizmu, a jego efekty mogą być różne w zależności od tego, kto i jak przeżywa określone traumatyczne wydarzenia zewnętrzne lub stany wewnętrzne.

Biologiczny mechanizm radzenia sobie z przemocą jako źródło choroby

Przemoc zakłóca homeostazę organizmu, niezbędną do właściwego funkcjonowania i przeżycia. Kluczową rolę w mechanizmach stresu odgrywają podwzgórze, przysadka mózgowa i nadnercza, które tworzą oś PPN. Kiedy organizm wykrywa niebezpieczeństwo, bodźce są oceniane w ośrodkach emocji mózgu (hipokamp, ciało migdałowate i podwzgórze) układu limbicznego. Informacja o bodźcach uznanych za zagrażające przekazywana jest przez ciało migdałowate do podwzgórze, które uwalnia hormon kortykotropinę (CRH). Dociera on do przysadki mózgowej i stymuluje ją do produkcji adrenokortykotropiny (ACTH). Ta z kolei pobudza korę nadnerczy do produkcji kortyzolu, znanego jako hormon stresu, który zapewnia organizmowi dodatkową energię w sytuacji stresu fizycznego lub emocjonalnego. Równocześnie podwzgórze wysyła sygnały do rdzenia nadnerczy, co powoduje wydzielanie adrenaliny, która pobudza układ krążenia i nerwy.

To skutkuje przyspieszeniem tętna, oddechu i zwiększeniem dostępu tlenu do komórek. W przypadku nagłych i krótkotrwałych stresujących sytuacji organizm reaguje „ucieczką lub walką”, pozwalając na przetrwanie. Jeśli ucieczka lub obrona nie są możliwe, bezpieczniej jest zniknąć z pola widzenia sprawcy, ponieważ to pozwala obronić się przed kolejnymi atakami. W takiej sytuacji aktywuje się pień mózgu, z którego wychodzą włókna układu przywspółczulnego, oszczędzającego energię – hamuje siłę skurczu serca, rozszerza naczynia krwionośne, powoduje spadek ciśnienia tętniczego krwi, zwęża oskrzela, nasila skurcze przewodu pokarmowego i zwiększa wydzielanie insuliny przygotowując ciało do stanu, który może manifestować się jako zamarcie, odrętwienie, bezwładność, zwątpienie, znieruchomienie, dysocjacja lub nawet utrata przytomności czy ataki padaczki. Jednak, długotrwała bezsilność osoby może eskalować agresję krzywdziciela.

Kortyzol reguluje reakcję organizmu, pomagając mu radzić sobie z ostrym stresem. Jednak chroniczna przemoc może spowodować niebezpieczny wzrost poziomu kortyzolu we krwi, co zaburza jego funkcje i negatywnie wpływa na zdrowie. Nadmiar kortyzolu może skupić uwagę organizmu na zagrożeniu, kosztem zaspokojenia innych potrzeb, takich jak głód czy potrzeby seksualne, i prowadzić do nadciśnienia, problemów ze snem, osłabienia mięśni i odwapnienia kości (osteoporoza), może zwiększać apetyt i pragnienie, prowadzić do owrzodzeń układu pokarmowego oraz do częstego oddawania moczu. Wzrastający poziom glukozy we krwi może prowadzić do gromadzenia tłuszczu jako źródła energii i do otyłości w okolicach brzucha (zwanej żabim brzuchem), karku (bawolim karkiem) oraz twarzy. Dodatkowo, hamuje on działanie układu odpornościowego, osłabiając aktywność naturalnych zabójców stanowiących od 5% do 15% limfocytów, co może zmniejszać skuteczność szczepionek i opóźniać regenerację tkanek po zranieniach oraz przyspieszać rozwój komórek nowotworowych (Maté, 2022; 2003; Van der Kolk, 2015; Rothschild, 2000).

Kobieta w ciąży, doświadczając przemocy w domu i stresujących warunków pracy, a także skutków trudnej sytuacji finansowej czy mieszkaniowej może wydelać dużo adrenaliny i kortyzolu, które przechodząc, w około 10% przez łożysko i pępowinę, mogą wpływać na ciało dziecka już w okresie prenatalnym, powodując uszkodzenia mózgu, układu krążenia i odpornościowego. Te doświadczenia stresowe z okresu prenatalnego nieświadomie mogą wpływać na nas przez całe życie, przywołując reakcje stresowe ciała i prowadząc do chorób psychosomatycznych (Kugelstadt, 2021).

Choroby konsekwencją przemocy

Mózg kobiety z powodu doznanej przemocy wyłącza zdolność do odczuwania emocji i wyrażania ich słowami. Kobieta często reaguje na pytania o swoje uczucia i doznania cielesne stwierdzeniem: „Nie wiem” lub „Nie czuję swojego ciała”. Zamiast wprost wyrażać złość, smutek czy niezadowolony, doświadcza różnych objawów fizycznych, takich jak bóle głowy, brzucha, mięśni, pleców i karku, zaparcia, przyrost lub utratę wagi, migreny, nudności, duszności, astmę, częste infekcje, fibromialgię, problemy trawienne, zespół jelita drażliwego czy przewlekłe zmęczenie. To zazwyczaj jest związane z aleksytymią – trudnością w rozpo-

znawaniu i wyrażaniu emocji (Van der Kolk, 2015; Walker, Gelfand, Katon, Koss, 1999).

Według Gabora Maté przemoc ma przeważający wpływ na rozwój chorób nowotworowych. Zwiększa bowiem poziom kortyzolu, osłabia odporność i zaburza procesy powstawania komórek rakowych. Rak piersi może występować u kobiet, które mają trudności w wyrażaniu gniewu, maskują agresję pod fasadą uprzejmości, poświęcają siebie dla dobra innych, mają trudności z rozpoznawaniem granic i obroną własnych praw, nie radzą sobie z konfliktami, negatywnie oceniają siebie i przez to dążą do perfekcji.

Rak szyjki macicy może dotyczyć kobiety z poczuciem bezsilności i frustracji oraz tendencją do antyuczuciowości i racjonalności, które utrzymują się co najmniej przez 6 miesięcy, a także z dużą potrzebą akceptacji, zamartwianiem się o opinię innych i perfekcjonizmem. Nowotwory krwi mogą częściej występować u osób doświadczających strat emocjonalnych, separacji i odrzucenia, prowadzących do ukrywania lęku, smutku, gniewu czy beznadziejności (Maté, 2003, Maté, 2022, Maté, 2023)

Aby zidentyfikować problemy zdrowotne związane z różnymi formami przemocy domowej doznanej w dzieciństwie, przeprowadziłam badanie na 192 kobietach w wieku od 21 do 51 lat (średnia wieku 25 lat). Wykorzystałam Kwestionariusz Dolegliwości Somatycznych z 92 pytaniami dotyczącymi problemów zdrowotnych przynależnych do układów somatycznych wymienionych w ICD-10, analizując ich występowanie w trzech okresach życia: dzieciństwie (0-13 lat), młodości (14-20 lat) i dorosłości (21 lat i więcej). Pięćdziesiąt sześć procent respondentek zgłosiło przemoc emocjonalną, a 36,4% przemoc fizyczną. Alkoholizm ojca zgłosiło 30,5% kobiet, a alkoholizm matki 5,2%. Przemoc seksualna z dotykiem była zgłoszona przez 30% kobiet, a bez dotyku przez 31%. Zbadałam także 420 mężczyzn, jednak oni bardzo zdawkowo odpowiadali na pytania dotyczące problemów zdrowotnych i podali tak mało chorób, że niemożliwe było opisanie statystyk. Czy możliwe jest, aby nie chorowali? Myślę, że raczej ukrywają swój stan zdrowia psychicznego i fizycznego, i przez to wcześniej umierają (Widera-Wysoczańska, 2003; 2006; 2015; 2016).

Przemoc emocjonalna i fizyczna

Kobiety doznające przemocy emocjonalnej zgłosiły, że w dzieciństwie doświadczały problemów z moczeniem nocnym, biegunką i zaparciami. W **młodości i dorosłości** odczuwały przewlekłe zmęczenie, napięcie mięśni, bóle głowy i bóle brzucha. Osłabiony system immunologiczny prowadzi do częstych infekcji górnych dróg oddechowych. W życiu **dorosłym** mogą występować nagłe zmiany ciśnienia krwi. Niewyraźny gniew zwiększa ryzyko choroby wieńcowej (Maté, 2022). Natomiast u kobiet doświadczających przemocy częściej występują zaburzenia cyklu owulacyjnego. Gabor Maté pisze, że obniżony nastrój, depresja i tłumienie złości mogą prowadzić do zwiększonego wydzielania kortyzolu, co prowadzi do osteoporozy i złamań szyjki kości udowej w okresie menopauzy.

Przemoc fizyczna pozostawia mniejsze konsekwencje dla zdrowia somatycznego. Wynika to prawdopodobnie z łatwiejszego jej ujawniania i stosunkowo niskiego poziomu wstydu u osoby krzywdzonej. W dzieciństwie występuje zmę-

czenie i problemy z brudzeniem bielizny kałem oraz moczenie nocne, a w młodości dochodzą problemy ze snem i stany ostrego niepokoju. W dorosłym życiu występuje napięcie mięśni. Dziewczynki, które były bite, często mają problemy z nadwagą, chociaż największa występuje u kobiet po przemocy seksualnej i córek matek uzależnionych od alkoholu. Wiele problemów zdrowotnych ustępuje wraz z wiekiem.

Przemoc seksualna

Osoby, które doświadczyły w dzieciństwie przemocy seksualnej z dotykiem, cierpią z powodu stanów ostrego niepokoju, płytkiego, czujnego, nerwowego snu połączonego z przebudzaniem się z krzykiem. Borykają się ze stanem zapalnym, świądem i pieczeniem skóry, co prowadzi do uporczywego drapania się aż do widocznych ran, zwłaszcza w młodości i dorosłym życiu. Aleksander Kugelstadt (2021) uważa, że towarzyszą temu nieuświadomione uczucia wstydu, zagrożenia, i jest to forma ochrony przed niechcianą bliskością. Samouszkodzenia występują zarówno w dzieciństwie, jak i w dorosłości. Moczenie nocne występuje w dzieciństwie, a później infekcje dróg moczowych oraz trudności z oddawaniem moczu. Osoby, które doświadczyły przemocy seksualnej zmagają się z ostrymi i przewlekłymi zmianami odbytnicy, biegunką, zaparciami, brudzeniem kałem i krwawieniem z kiszki stolcowej, bólami żołądka, nudności, utratą apetytu i wagi oraz problemami ze zwiększonym faknieniem i z nadwagą. Istnieje również związek między przemocą seksualną a bulimią w życiu dorosłym. Cameron (2000), wykazuje, że 82% kobiet po przemocy seksualnej cierpi na zaburzenia jedzenia, a 52% zmagają się z kompulsywnym jedzeniem. Najwięcej problemów występuje w obrębie układu rozrodczego. Już w młodym wieku konieczne są operacje ginekologiczne oraz aborcje. Często ofiary odczuwają dyskomfort w okolicy genitaliów oraz trudności w chodzeniu lub siedzeniu z powodu bólu w tej okolicy. Cierpią na upławy, infekcje narządów rodnych, zespół przedmenstruacyjny i szczególnie bolesne menstruacje, zgłaszają zamrożenie w erotycznych częściach ciała. Już od dzieciństwa skarżą się na nagłe zmiany ciśnienia krwi oraz choroby serca w młodości i dorosłości. Ponadto, według badań Cameron (2000), 47% kobiet po przemocy seksualnej cierpi na długotrwałe bóle głowy, a 88% odczuwa napięcie szczęk i bóle gardła, które mogą być skutkiem doświadczonego fellatio w dzieciństwie. Większość z tych problemów zaczyna się w dzieciństwie i utrzymuje się przez całe życie, a ponadto – z wiekiem nasilają się.

Największym zagrożeniem dla zdrowia jest doznawana w dzieciństwie przemoc seksualna, następnie uzależnienie od alkoholu matki i przemoc emocjonalna. Dzieje się tak dlatego, że krzywdy te utrzymywane są w tajemnicy i powodują izolację ofiary. Osamotnienie, zawstydzenie, brak zrozumienia i wsparcia, kumuluje emocje powodując długotrwałe napięcie. Zastanawiające jest to, że dzieci chowywane przez matki alkoholiczki doświadczają trudności zdrowotnych, które przypominają skutki przemocy seksualnej (Widera-Wysoczańska, 2006; 2003).

Wydostanie się z pułapki chorób psychosomatycznych

Poczucie kontroli nad traumatyczną sytuacją i podejmowanie działań minimalizujących zagrożenie zmniejszają

aktywność PPN i nadmierne wydzielanie kortyzolu. Zaspokajanie potrzeb i radzenie sobie z własnymi uczuciami i pragnieniami łagodzi reakcje organizmu na stres, zmniejsza napięcie i ryzyko wystąpienia chorób psychosomatycznych. Nazywa się to **kompetencją emocjonalną**, w skład której wchodzi poniżej opisane elementy (Maté, 2022; Van der Kolk, 2015).

Pierwszy to **wyrozumiała uwaga** – obserwacja samego siebie z pełną akceptacją, pozbawioną ocen. Kolejny to **świadomość** – identyfikowanie, odczuwanie i wyrażanie własnych emocji i uczuć, rozpoznawanie w ciele sygnałów stresu oraz otwarcie się na fakty z życia. Następny to **gniew** – zdrowe, ale nie agresywne wyrażanie gniewu w sposób, który nie szkodzi ani nam, ani innym, wypowiedziane słowami, z poszanowaniem granic zarówno własnych, jak i innych. Jednak im bardziej rodzice zniechęcali dziecko do wyrażania złości, tym więcej pojawiało się w nim niepokoju doprowadzającego do niezdrowych wybuchów wściekłości lub tłumienia wszystkich emocji, przez całe życie. Zwiększa to niezdrowe napięcie.

Czwarty aspekt kompetencji emocjonalnej to **autonomia** – polegająca na chronieniu własnych granic, które w dzieciństwie mogły być nieokreślone lub naruszone, utrudniając rozwój indywidualności, zanim została ukształtowana tożsamość. Granice powstają, gdy uświadomiamy sobie własne pragnienia i potrzeby oraz unikamy tłumienia ich dla uzyskania akceptacji innych. Ważne jest, abyśmy zamiast reagować na niezaspokojone potrzeby z dzieciństwa, dostosowywali zachowania do obecnych sytuacji. Piąty składnik kompetencji emocjonalnej to **tworzenie więzi**. Osoby chore, aby zdrowieć, potrzebują bliskości i rozmów na temat swojego stanu zdrowia. Samotność i brak kontak-

tu społecznego mogą być ważnym źródłem gniewu i frustracji, które wzmagają napięcie i pogarszają stan naszego zdrowia. **Asertywność** to szósty element, aby zmniejszyć napięcie organizmu. Polega na traktowaniu siebie i innych z szacunkiem i akceptacją, wyrażaniu własnych poglądów i uczuć w sposób, który nie narusza praw innych ani naszych własnych. To także umiejętność odmawiania innym czegoś, czego nie chcemy zrobić.

W końcu buduje się **duchowość**, która pomaga odnaleźć spokój. Opierając się na sile wyższej, możemy budować wewnętrzną harmonię. Medytacja, kontakt z naturą czy poszukiwanie wsparcia w Bogu są równie istotne jak praca psychologiczna nad odnalezieniem samego siebie.

Gdy te warunki nie są spełnione, organizm reaguje stresem. Komórki „natural killers”, odpowiedzialne za odporność, działają efektywniej u jednostek, które zdrowo wyrażają gniew, potrafią być asertywne i otrzymują wsparcie od bliskich. „Zdrowie opiera się na trzech filarach: ciele, psychice i duchowym połączeniu. Ignorowanie dowolnego z nich przyczynia się do zaburzenia równowagi i rozwoju choroby” (Maté, 2022, s. 331). Leczenie chorób psychosomatycznych obejmuje zarówno interwencje medyczne łagodzące objawy, jak i terapię psychologiczną, która pozwala zrozumieć ich przyczyny, wydobywając je z nieświadomości.

Agnieszka Widera-Wysoczańska – dr nauk hum. z zakresu psychologii, specjalizuje się w psychologii klinicznej i traumy, psychoterapeutka i superwizorka. Adiunkt w Instytucie Psychologii Uniwersytetu Wrocławskiego.

BIBLIOGRAFIA:

- Cameron, C. (2000). *Resolving Childhood Trauma. A Long-Term Study of Abuse Survivors*. SAGE. London.
- Kugelstadt, A. (2021). *Gdy ciało i dusza wysyłają s.o.s. Jak przyczyny chorób odnaleźć w psychice?* Kraków: Wydawnictwo Otwarte.
- Maté, G. (2023). *Mit normalności. Trauma, choroba i zdrowienie w toksycznej kulturze*. Warszawa: Czarna Owca.
- Maté, G. (2022). *Kiedy ciało mówi nie*. Warszawa: Czarna Owca.
- Maté, G. (2003). *Ciało a stres. Jak uniknąć kosztów ukrytego stresu*. Warszawa: Świat Książki.
- Rothschild, B. (2000). *The body remembers. The psychophysiology of trauma and trauma treatment*. Norton.
- Walker, E., Gelfand, A., Katon, W., Koss, M. (1999). *Adult Health Status of Women with Histories of Childhood Abuse and Neglect. Excerpta Medica, Inc., s. 232-239*.
- Widera-Wysoczańska A. (2003). *Health problems of women victims of complex childhood abuse. European Psychotherapy. Scientific Journal for Psychotherapeutic Research and Practice. Abstracts of the VIII European Conference on Traumatic Stress, Berlin. s. 150*.

- Widera-Wysoczańska, A. (2006). *The influence of Chronic Trauma Experienced in Childhood on Women's Health*, s. 303-321, W: Kuczyńska, A., Dzikowska, E., *Understanding Sex and Gender. Zrozumieć płęć III*.
- Widera-Wysoczańska A. (2016). *Childhood trauma and health problems in three stages of life*, Conference of the European Society of Trauma and Dissociation (ESTD). Amsterdam, Holandia, April 14-16.
- Widera-Wysoczańska A. (2015). *Health Problems of Complex Trauma Survivors Throughout the Life – Span*, 32nd Annual Conference of International Society for the Study of Trauma and Dissociation: April 16-20, Orlando, USA.
- Widera-Wysoczańska, A. (2021). *Przemoc rozmyta, czyli śladów brak. Polish Journal of Applied Psychology. Tom 18 19 R 2-strony-106-131*.
- Van der Kolk B. (2015). *The body keeps the score. Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*, Penguin Books: New York.
- Zoellner, L., Goodwin M., Foa E. (2000). *PTSD Severity and Health Perceptions in Family Victims of Sexual Assault. Journal of Traumatic Stress. Vol. 13, No. 4, s. 635-651*.

Trudne relacje i ich konsekwencje - nasze lektury



Grupa diagnostyczno-pomocowa w procedurze „Niebieskie Karty”

Krok po kroku

Renata Durda

Wydawnictwo Edukacyjne Remedium, Warszawa 2023, s. 32



Broszura jest kompendium wiedzy w pigułce i stanowi praktyczny przewodnik, w którym Autorka omawia kolejne etapy pracy grupy diagnostyczno-pomocowej od chwili jej powołania do zakończenia procedury „Niebieskie Karty” i monitoringu rodziny doświadczającej przemocy.

O jakich terminach członkowie GDP muszą pamiętać? W jakich okolicznościach możliwe jest poszerzenie składu GDP? Jak prawidłowo udokumentować działania GDP? Kiedy zamknąć procedurę „Niebieskie Karty”? Monitoring sytuacji rodziny dotkniętej przemocą – w jakiej formie? Odpowiedzi na te i inne pytania można znaleźć w broszurze. Jest ona adresowana do osób, które zostały powołane przez Zespół Interdyscyplinarny ds. przeciwdziałania przemocy domowej do grupy diagnostyczno-pomocowej lub w przyszłości zostaną do niej powołane.

Grupa diagnostyczno-pomocowa w procedurze „Niebieskie Karty”

Relacje, które niszczą

Jak zerwać toksyczne więzi rodzinne i uzdrowić swoje życie

Sherrie Campbell

Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2024, s. 216



Decyzja o zerwaniu toksycznych relacji z osobami bliskimi jest trudna i bolesna, ale czasem to najlepsze rozwiązanie, by chronić siebie i swoje zdrowie psychiczne. Kiedy zrywasz krzywdzące, bolesne, przemocowe relacje, Twoim celem nie jest zranienie lub zdenerwowanie bliskich, ale po to, by uratować siebie. W sytuacji, kiedy doświadczamy przemocy, przecięcie takich niezdrowych więzi jest konieczne, by poszukać dla siebie pomocy i wsparcia.

W książce Sherrie Campbell można znaleźć praktyczne wskazówki i pomocne informacje, które pomogą przygotować się psychicznie do zerwania krzywdzących kontaktów z bliskimi, wyznaczać zdrowe i stanowcze granice, poradzić sobie z osądzeniem i przewyciężyć zwątpienie i poczucie straty.

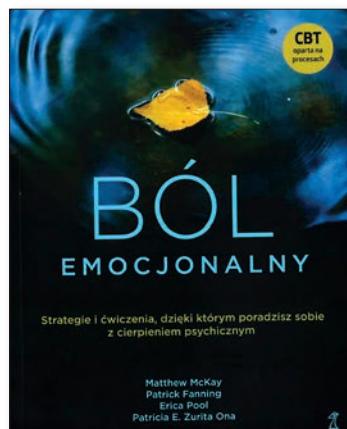
Ból emocjonalny

Strategie i ćwiczenia, dzięki którym poradzisz sobie z cierpieniem psychicznym

Erica Pool, Matthew McKay, Patricia E. Zurita Ona, Patrick Fanning

Tłumaczenie: Agata Błaż

Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2024, s. 230



Każdy człowiek doświadcza smutku, żalu, złości, rozgoryczenia. Niekiedy te emocje zalewają nas, przytłaczają, co destabilizuje codzienne funkcjonowanie, niszczy relacje z ludźmi, przeszkadza w budowaniu dobrostanu. Samodzielnie trudno sobie poradzić z bólem emocjonalnym. Jak zatem rozpoznać i zrozumieć swój indywidualny styl radzenia sobie z emocjami? Jak dokonać zmiany?

Autorzy korzystają z podejścia poznawczo-behawioralnego, opartego na procesach, ale zamiast uniwersalnej ścieżki postępowania, proponują zindywidualizowane formy pracy, aby pomóc w zidentyfikowaniu pierwotnej przyczyny bólu emocjonalnego. W publikacji Autorzy zawarli wiele praktycznych wskazówek, jak przewyciężyć dysfunkcyjne wzorce zachowania i wypracować umiejętności, które posłużą realnej zmianie życia.

Dlaczego czuję się nieszczęśliwa, skoro on jest taki wspaniały?

Książka o gaslightingu

Avery Neal

Tłumaczenie: Maria Smulewska

Wydawnictwo REBIS, Poznań 2024, s. 264



Autorka jest licencjonowaną terapeutką specjalizującą się w kobiecej depresji i lęku. W 2012 r. otworzyła Women's Therapy Clinic, gdzie oferuje kobietom kompleksowe wsparcie. W prezentowanej książce przedstawia historie kobiet, które są aktywne zawodowo, zajmują wysokie stanowiska, osiągają wyznaczone sobie cele, a w relacjach intymnych, partnerskich, rodzinnych, zawodowych doznawały przemocy. Często jest to przemoc ukryta, a osoby jej doznające nie identyfikują manipulacji i naruszania granic jako przemoc, czują się nieszczęśliwe, ale często winą obarczają siebie. Autorka w sposób jasny i zrozumiały tłumaczy mechanizmy przemocy, sposoby zachowania i gry psychologiczne, które stosują sprawcy krzywdzenia, oraz uwikłanie i trudne emocje, które towarzyszą osobom doświadczającym przemocy. Proponuje także wykonanie ćwiczeń, które pomogą w procesie uzdrawiania siebie po traumatycznych przeżyciach.



FUNDACJA
DAJEMY
DZIECIOM
SIŁĘ

ZOBACZ NA



REAGUJ.FDDS.PL

**Przemoc niszczy dzieciństwo.
REAGUJ, kiedy się dowiesz!**

FUNDACJA DAJEMY DZIECIOM SIŁĘ & GREAT INTERACTIVE PRZEDSTAWIAJĄ SERIAL

nieobojętni

OGLĄDAJ NA [REAGUJ.FDDS.PL](https://reaguj.fdds.pl)

W ROLACH GŁÓWNYCH: JAKUB GIERSZAŁ, JULIUSZ CHRZĄSTOWSKI, AGATA TURKOT, AGNIESZKA RADZIKOWSKA, JOANNA MADRY,
KATARZYNA HOŁUB, AMELIA GOLDA, NATALIA KOMANDER, KRZYSZTOF MOŁAK, NIKOŁA WRONA
MONTAŻ: KRZYSZTOF KOMANDER, DŹWIEK: TOMASZ BRONISZEWSKI, UDWIĘKOWIENIE: KAMIL SAJEWICZ, MUZYKA: WOJCIECH FRYCZ
SCENOGRAFIA: NATALIA MATEJKA, KOSTIUMY: MAGDALENA MORON
PRODUKCYA WYKONAWCZA I ANGLOWIK PRODUKCJA: RAFAŁ WYSZOMIRSKI, SCENARIUSZ: KINGA KRZEMIŃSKA, ZBIĘCIA: PIOTR DUDAŁ, REŻYSERIA: KRZYSZTOF KOMANDER

PARTNERZY

