

Ramowy program ochrony ofiar przemocy w rodzinie

opracował: Piotr Antoniak

Ogólnopolskie Pogotowie dla Ofiar Przemocy w Rodzinie
„Niebieska Linia”
Instytutu Psychologii Zdrowia
Na zlecenie Regionalnego Centrum Polityki Społecznej w Łodzi

Łódź, 2014

SPIS TREŚCI

1. Wstęp.....	3
2. Aktualny stan wiedzy na temat problematyki osób doświadczających przemocy w rodzinie.....	5
2.1. Mechanizmy, na które są narażone osoby doświadczające przemocy w rodzinie	10
3. Diagnoza sytuacji osób doświadczających przemocy w rodzinie.....	21
3.1. Przemoc na świecie.....	21
3.2. Przemoc w krajach Europy.....	22
3.3. Przemoc w Polsce.....	24
4. Modele pracy z osobami doświadczającymi przemocy w rodzinie	28
4.1. Sześćoetapowy model interwencji kryzysowej	28
4.2. Polskie doświadczenia i modele	31
4.3. Ramowy program ochrony ofiar przemocy w rodzinie dla województwa łódzkiego	32
5. Literatura.....	48

1. WSTĘP

Od niespełna 20 lat w przestrzeni rozwiązywania ważnych problemów społecznych w Polsce dynamicznie działają instytucje działające na rzecz pomocy osobom doświadczającym przemocy w rodzinie. Na samym początku osoby pracujące w takich instytucjach starały się nieść pomoc w porządku prawnym, który nie ułatwiał skutecznej ochrony osób dotkniętych problemem przemocy w rodzinie. Dzięki staraniom konkretnych osób oraz instytucji 29 lipca 2005 roku doczekaliśmy się ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, a 10 czerwca 2010 roku jej nowelizacji.

Wg teje ustawy przez **przemoc w rodzinie** należy rozumieć:

„jednorazowe albo powtarzające się umyślne działanie lub zaniechanie naruszające prawa lub dobra osobiste członków rodziny [*], w szczególności narażające te osoby na niebezpieczeństwo utraty życia, zdrowia, naruszające ich godność, nietykalność cielesną, wolność, w tym seksualną, powodujące szkody na ich zdrowiu fizycznym lub psychicznym, a także wywołujące cierpienia i krzywdy moralne u osób dotkniętych przemocą”. (* Ustawa, jako członka rodziny definiuje „osobę najbliższą w rozumieniu art. 115 § 11 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.), a także inną osobę wspólnie zamieszkującą lub gospodarującą”).

Wcześniej jednak i do tej pory środowisko osób pracujących w obszarze przeciwdziałania przemocy w rodzinie posługuje się roboczą definicją przemocy w rodzinie w brzmieniu:

To zamierzone wykorzystujące przewagę sił działanie przeciw członkowi rodziny naruszające prawa i dobra osobiste powodujące cierpienie i szkody.

Od wspomnianych początków funkcjonowania polskiego systemu przeciwdziałania przemocy w rodzinie powyższa definicja pomaga diagnozować problem przemocy w rodzinie a jej poszczególne fragmenty mogą przyczynić się do odróżniania zjawiska przemocy od innych problemów, z którymi jest mylony.

- **Zamierzone działanie** – ten fragment definicji roboczej zwraca uwagę na intencjonalność zachowania osoby stosującej przemoc. Oznacza to, że zachowanie takiej osoby nic nie usprawiedliwia, choć alibi dla niej szuka sama osoba doświadczająca przemocy, która nie potrafi zrozumieć jak może doświadczać

takiego cierpienia od osoby najbliższej. Definicja ustawowa również wskazuje na umyślne działanie takiej osoby. Kiedy prześledzimy okoliczności, w jakich odbywa się przemoc w rodzinie (czas, miejsce, brak świadków, brak aktywności zawodowej osoby doświadczającej przemocy itd.), że w celu uzyskania władzy i kontroli nad osobą bliską – osoba ją stosująca – nie robi tego przypadkowo.

- **Wykorzystanie przewagi sił** – ważne, żeby pamiętać, że w samej dysproporcji sił nie ma nic złego. W wielu polskich domach jedna osoba jest aktywna zawodowo na zewnątrz, a druga pracuje prowadząc dom. Niestety normy społeczne – a dokładniej mówiąc stereotypy społeczne – już w najmłodszych pokoleniach pielęgnują przekonanie, że pracuje ten, kto zarabia pieniądze. To kryterium definicji jest spełnione, jeśli jedna ze stron wykorzystuje przewagę (fizyczną, psychiczną, ekonomiczną) przeciwko drugiej osobie.
- **Przeciwko członkowi rodziny** – w pierwszych kampaniach społecznych starano się zwracać uwagę na kobiety doświadczające przemocy w rodzinie. Następnie byliśmy i jesteśmy świadkami wielu działań uwrażliwiających na dzieci doświadczające przemocy w rodzinie. Kolejne lata to zainteresowanie szczególnymi grupami, jakimi są osoby starsze i niepełnosprawne. Wreszcie w ostatnich latach w kręgu zainteresowań znaleźli się mężczyźni doświadczający przemocy w rodzinie.
- **Naruszanie praw i dóbr osobistych** – za naruszanie praw i dóbr należy rozumieć godność osoby ludzkiej i jej prawo do autonomii, niezależności i szacunku. Nie bez powodu mówi się, że przemoc uprzedmiotawia osobę, która jej doświadcza. Mogą być wówczas przekroczone zarówno granice fizyczne jak i psychologiczne osoby dotkniętej przemocą. Dobra osobiste to zarówno poczucie wartości, godności człowieka jak i te zasoby materialne, które przedstawiają znaczącą wartość dla osoby jej posiadającej.
- **Powodujące cierpienie i szkody** – mowa w tym fragmencie definicji o kosztach, jakie ponosi osoba doświadczająca przemocy w rodzinie. Definicja ustawowa zwraca uwagę na szkody na zdrowiu fizycznym lub psychicznym, a także cierpienia i krzywdy moralne wywołane przez przemoc u osób jej doświadczających. Między innymi z tego powodu osoby doświadczające przemocy w rodzinie ponosząc dotkliwe konsekwencje są wtórnie wiktymizowane. Postrzega się je, jako osoby z problemami zdrowia psychicznego uciążliwe dla otoczenia a w związku z tym im przypisuje się odpowiedzialność za zaistniałe problemy w rodzinie.

2. AKTUALNY STAN WIEDZY NA TEMAT PROBLEMATYKI OSÓB DOŚWIADCZAJĄCYCH PRZEMOCY W RODZINIE

Nawiązując do ustawowej definicji przemocy w rodzinie łatwo dostrzec, że wśród wymienianych tam możliwych form przemocy znajdziemy przemoc fizyczną, psychiczną i seksualną. Od wielu już lat środowisko osób pomagających wymienia również przemoc ekonomiczną, która, jak podają same osoby jej doświadczający, może być równie dotkliwa jak i pozostałe jej formy. Podział przemocy na rodzaje i konkretne zachowania osoby stosującej przemoc może pomóc w rozpoznawaniu tego problemu w konkretnych rodzinach i u poszczególnych osób, a poniższy katalog w pierwszym kontakcie może ułatwić osobie doświadczającej przemocy ujawnienie problemu i uzyskanie odpowiedzi od specjalisty w zakresie występowania i nasilenia tego problemu.

RODZAJE PRZEMOCY	KATALOG ZACHOWAŃ
PRZEMOC FIZYCZNA	popychanie, odpychanie, obezwładnianie, przetrzymywanie, policzkowanie, szczypanie, kopanie, duszenie, bicie otwartą ręką i pięściami, bicie przedmiotami, ciskanie w kogoś przedmiotami, parzenie, polewanie substancjami żrącymi, użycie broni, porzucenie w niebezpiecznej okolicy, nieudzielenie koniecznej pomocy, inne.....

RODZAJE PRZEMOCY	KATALOG ZACHOWAŃ
PRZEMOC PSYCHICZNA I EMOCJONALNA	wyśmiewanie poglądów, religii, pochodzenia, narzucanie własnych poglądów, karanie przez odmowę uczuć, zainteresowania, szacunku, stała krytyka, wmawianie choroby psychicznej, izolacja społeczna, stosowanie gróźb (kontrolowanie i ograniczanie kontaktów z innymi osobami), domaganie się posłuszeństwa, ograniczanie snu i pożywienia, degradacja werbalna (wyzywanie, poniżanie, upokarzanie, zawstydzanie), stosowanie gróźb , inne.....
PRZEMOC SEKSUALNA	wymuszanie pożycia seksualnego, wymuszanie nieakceptowanych pieszczot i praktyk seksualnych, wymuszanie seksu z osobami trzecimi, sadystyczne formy współżycia seksualnego, demonstrowanie zazdrości, krytyka zachowań seksualnych kobiety, inne.....
PRZEMOC EKONOMICZNA	odbieranie zarobionych pieniędzy, uniemożliwienie podjęcia pracy zarobkowej, nie zaspokajanie podstawowych, materialnych potrzeb rodziny, inne.....

Praktyka specjalistów pracujących z osobami doświadczającymi przemocy wskazuje, że katalog zachowań ze strony osób stosujących przemoc powinien pozostać otwarty. Dość często się zdarza, że podobne do powyższego zestawienia nie wyczerpują wszystkich możliwych zachowań, które możemy przyporządkować do poszczególnych rodzajów przemocy. Biorąc pod uwagę wcześniej wspomniane specyficzne (ze względu na wiek i stan zdrowia) grupy osób, które doświadczają przemocy, należy przytoczyć choć dwie wymieniane w literaturze definicje:

Definicja I Przemoc wobec osób starszych może być definiowana jako pojedyncze lub powtarzające się działanie lub brak odpowiedniego działania, występujące w jakiegokolwiek relacji, w której oczekuje się zaufania, a która powoduje krzywdę bądź cierpienie osoby starszej. Może ona przybierać różne formy: przemocy fizycznej, psychicznej, seksualnej, finansowej, a także formę intencjonalnego lub nieintencjonalnego zaniedbania (**wg Toronto Declaration on the Prevention of Elder Abuse**).

Definicja II Przemoc wobec osób starszych to pojedynczy lub powtarzalny akt lub brak stosownych działań występujący w każdej relacji, w której oczekuje się

zaufania, i który powoduje szkodę lub cierpienie osoby starszej (**wg Action on Elder Abuse, 1995, przyjęta przez WHO i INPEA w 2002 roku**).

Również katalog rodzajów przemocy oraz zachowań osób stosujących przemoc będzie w tym wypadku posiadał swoją specyfikę:

RODZAJE PRZEMOCY	KATALOG ZACHOWAŃ	OBJAWY
<p style="text-align: center;">PRZEMOC FIZYCZNA</p> <p>(to zachowanie, którego celem jest zadawanie bólu fizycznego, uszkodzenie ciała, pogorszenie zdrowia lub pozbawienie życia)</p>	<p>bicie, popychanie, szarpanie, policzkowanie, duszenie, wykręcanie rąk, karmienie z użyciem siły lub pozbawianie jedzenia, stosowanie środków uspokajających, przedawkowanie leków, nie udzielenie koniecznej pomocy medycznej, zaniedbywanie czynności pielęgnacyjnych, higienicznych, ograniczanie dostępu do łazienki lub innych pomieszczeń wspólnych, zamykanie samotnie w domu lub w jednym pomieszczeniu, nieodpowiednia temperatura w pomieszczeniu, pozbawianie spokoju, snu,</p>	<p>rany, siniaki, nacięcia, bolące miejsca, złamania, spadek jakości w zakresie higieny osobistej i wyglądu zewnętrznego, wysypki, nagła utrata masy ciała, głód, pragnienie, zmiany w zachowaniu,</p>
<p style="text-align: center;">PRZEMOC PSYCHICZNA</p> <p>(to zachowanie, którego celem jest zmniejszenie poczucia własnej wartości, wzbudzenie w ofierze strachu, pozbawianie jej poczucia bezpieczeństwa i kontroli nad własnym życiem)</p>	<p>krzyki, przeklinanie, obelgi i groźby, ciągła krytyka, szykanowanie z powodu wieku, niepełnosprawności, upokarzanie, zastraszanie, szantażowanie, wyśmiewanie, domaganie się posłuszeństwa, ograniczanie kontaktu lub izolowanie od innych członków rodziny czy przyjaciół, znajomych (zakazy wychodzenia z domu, przyjmowania gości, korzystania z telefonu), odebranie prawa do podejmowania własnych decyzji czy posiadania własnych tajemnic,</p>	<p>depresja, wycofanie się, złość, zmiany w zachowaniu, nastroju, strach, przerażenie, agresja, obniżenie poczucia własnej wartości, zwiększenie pobudliwości lub apatia,</p>

RODZAJE PRZEMOCY	KATALOG ZACHOWAŃ	OBJAWY
<p>PRZEMOC SEKSUALNA (to działanie mające na celu zmuszenie ofiary do podjęcia współżycia bądź niechcianych zachowań seksualnych)</p>	<p>gwałt, molestowanie, obnażanie się, zmuszanie do nieakceptowanych form współżycia, do oglądania treści pornograficznych, „żarty” o podtekście seksualnym,</p>	<p>choroba weneryczna, infekcje moczu, podarte i zakrwawione ubrania, dyskomfort podczas siedzenia i chodzenia, zmiany w zachowaniu,</p>
<p>PRZEMOC EKONOMICZNA (to zachowanie, którego celem jest finansowe wykorzystanie lub ekonomiczne uzależnienie ofiary od sprawcy)</p>	<p>odbieranie renty/emerytury lub kontrolowanie i wydzielanie pieniędzy, przywłaszczenie posiadłości, zmuszanie do podpisywania zobowiązań finansowych, do zmiany testamentu, do przepisywania (darowizn) nieruchomości, dóbr, pieniędzy, fałszerstwo, nadmierne obciążanie kosztami, nadużywanie władzy w charakterze pełnomocnika</p>	<p>brak pieniędzy, nagłe zmiany w testamencie lub decyzje o podjęciu pożyczki lub kredytu,</p>
<p>ZANIEDBANIA</p>	<p>niedostarczenie jedzenia, picia i leków, brak ubrań, ubranie niedostosowane do warunków zewnętrznych, brak komfortu, brak ciepła, zła jakość higieny, brak opieki, zaniedbywanie podstawowych potrzeb,</p>	<p>zaniedbania w zakresie higieny osobistej i wyglądu zewnętrznego, wysypki, rany, niewytłumaczalny spadek masy ciała, głód, pragnienie, znudzenie, depresja,</p>
<p>DYSKRYMINACJA</p>	<p>szykanowanie z powodu wieku, niepełnosprawności, rasy, koloru skóry, religii, płci</p>	<p>smutek, poczucie bycia gorszym/ innym,</p>

RODZAJE PRZEMOCY	KATALOG ZACHOWAŃ	OBJAWY
<p style="text-align: center;">PRZEMOC INSTYTUCJONALNA</p>	<p>mogą to być wszystkie podane wyżej rodzaje nadużyć występujące w urzędach, przychodniach, domach pomocy społecznej i tym podobnych instytucjach, a także niedostosowanie systemu bądź zaniechania w procedurach,</p>	<p>osoby starsze skarżą się na bagatelizowanie ich problemów, ograniczanie należytej im uwagi i czasu, zwracanie się do nich po imieniu albo pozornie dobrotliwie „niech babcia”, okazywanie zniecierpliwienia wobec ich niepełnosprawności (np. niedosłyszenia, powolności), nie dawanie wiary ich skargom,</p>

* opracowano na podstawie broszury wydanej przez Centrum Informacji i Rozwoju Społecznego we Wrocławiu

W literaturze możemy się jeszcze spotkać z podziałem przemocy na gorącą i chłodną (za J. Mellibruda). Jak pisze wspomniany autor, u podstaw **gorącej przemocy** leży furia – nieco tajemnicze, dynamiczne, naładowane emocjami zjawisko pęknięcia tamy emocjonalnej, która do pewnego momentu powstrzymuje uczucia rodzące się najczęściej z frustracji i niemocy. **Chłodna przemoc** polega raczej na zrealizowaniu pewnego scenariusza przemocy, zapisanego czasem w obyczaju i kulturze, czasem w pewnym wdrukowanym wzorze psychologicznym, który jest częścią wyposażenia psychologicznego jednostki. Ten rodzaj przemocy, jak sam autor nadmienia, jest pozbawiony furii i gniewu. Osobie stosującej przemoc w tym wypadku nie tyle chodzi o zniszczenie kogoś, czy zaszkożenie mu, ale o realizację roli, w którą wpisane jest dokonanie inwazji na cudze terytorium z pogwałceniem dóbr i praw drugiej osoby.

2.1. MECHANIZMY, NA KTÓRE SĄ NARAŻONE OSOBY DOŚWIADCZAJĄCE PRZEMOCY W RODZINIE

CYKLE PRZEMOCY

Badania Leonory Walker wykazały, że związki, w których kobiety doświadczają przemocy ze strony sprawcy przechodzą przez trzy fazy powtarzającego się cyklu:

1. Faza narastania napięcia

W tej fazie sprawca jest zazwyczaj poirytowany, napięty, czepia się o wszystko. Ofiara stara się go uspokajać poprzez spełnianie zachcianek i nawet najtrudniejszych zadań wierząc, że wreszcie usunie przyczynę irytacji i zapobiegnie jej narastaniu. Energia ofiary jest skoncentrowana na wszystkich możliwych działaniach, które pozwoliłyby uniknąć kolejnej awantury. Prawda jest taka, że ofiara nie może nic zrobić, by uniknąć kolejnej fazy.

2. Faza ostrej przemocy

W tej fazie sprawca staje się gwałtowny, wpada w furję. Znajdując w zachowaniu ofiary pretekst dla siebie wywołuje awanturę używając poza przemocą fizyczną również innych jej form. Ofiara może być wtedy poważnie pobita, zraniona, czasem zagrożone jest jej życie. Wtedy najczęściej ofiara decyduje się na szukanie pomocy lub/i różne służby mają do niej dostęp (np. pogotowie, lekarz pierwszego kontaktu).

3. Faza miodowego miesiąca

W tej fazie sprawca okazuje skruchę i miłość – zwłaszcza, gdy ofiara ujawni prawdę na zewnątrz. Sprawca zaczyna się wtedy zachowywać tak, jak ofiara sobie tego życzy. Ofiara ma wówczas do czynienia z przeprosinami sprawcy, który obiecuje poprawę tłumacząc często, że nie pamięta aktu przemocy. Jest czuły, troskliwy, zapewnia o swojej miłości. Do przeprosin sprawca często dodaje prezenty i własne łzy, czemu ofiara nie może się oprzeć. Sprawca i ofiara zachowują się jak świeżo zakochana para. Ofiara zaczyna wierzyć w to, że partner się zmienił i że przemoc była jedynie incydentem. Czuje się kochana, myśli, że jest dla niego ważna i znowu go kocha. Spełniają się jej marzenia o cudownej miłości, odczuwa bliskość i zespolenie z partnerem.

Faza miodowego miesiąca zatrzymuje ofiarę w cyklu przemocy, bo łatwo pod jej wpływem zapomnieć o koszmarze pozostałych dwóch faz. Jednak faza miodowego miesiąca mija i znowu rozpoczyna się faza narastania napięcia. Faza miodowego miesiąca niesie zagrożenie, ponieważ przemoc w następnym cyklu bywa zazwyczaj gwałtowniejsza.

TEORIA WYUCZONEJ BEZRADNOŚCI

Według **Martina Seligmana** wyuczona bezradność jest poddaniem się, zaprzestaniem działania, które wynika z przekonania, że cokolwiek się zrobi – nie będzie to miało żadnego znaczenia. Wyuczona bezradność jest uznawana jako jeden z podstawowych objawów występujących u osób doznających przemocy. Skutki wyuczonej bezradności u ofiar przemocy to:

1. **deficyty poznawcze** – które polegają na uogólnionym przekonaniu, iż nie ma takich sytuacji, w których możliwy jest wpływ na bieg wydarzeń („w mojej sytuacji nic nie można zrobić”, „nikt nie jest w stanie mi pomóc”);
2. **deficyty motywacyjne** – polegają na tym, że osoba zachowuje się biernie, jest zrezygowana, nie podejmuje żadnych działań, aby zmienić swoją sytuację;
3. **deficyty emocjonalne** – ofiary przemocy przeżywają stany apatii, lęku, depresji, uczucia zmęczenia, niekompetencji i wrogości.

Wyuczona bezradność u osób doświadczających przemocy rozwija się na bazie ich życiowych doświadczeń. Leonor Walker na podstawie wieloletnich badań ustaliła listę czynników wysokiego ryzyka rozwoju „wyuczonej bezradności”:

1. **doświadczenia z dzieciństwa:**
 - przemoc fizyczna,
 - napaść seksualna,
 - sytuacje traumatyczne (śmierć lub rozwód rodziców, uzależnienia, choroba bliskich itp.),
 - kłopoty w nauce,
 - problemy zdrowotne.
2. **doświadczenia wyniesione ze związków w życiu dorosłym:**
 - przemoc – istotny jest czas trwania, rodzaj i częstość przemocy,
 - patologiczna zazdrość,
 - gwałt, przymuszanie do nieakceptowanych form współżycia,
 - groźby pozbawienia życia.

Należy tu wspomnieć, że często wyuczona bezradność w sposób stereotypowy przypisywana jest osobom doświadczającym przemocy. Zarzuca się im bowiem brak podejmowanych prób przerwania przemocy i wrodzoną bierność.

ZJAWISKO WIKTYMIZACJI

1. **I poziom – zburzenie utrwalonych przekonań na temat siebie i świata**

- skrócenie perspektywy czasowej,
- utrata poczucia bezpieczeństwa,
- czucie się jak małe dziecko,
- pragnienie wycofania się i izolacji od ludzi,
- przeżywanie bezsilnego gniewu, złości, lęku.

Zbiór naszych przekonań na własny temat i otaczającego świata można porównać do „twardego dysku” w komputerze, na którym są utrwalane ważne wiadomości z wyżej wymienionych obszarów. Proces ten rozpoczyna się od narodzin (choć specjaliści od medycyny prenatalnej uważają, że jeszcze wcześniej), a kończy na śmierci. Dla jednych jest to fascynująca przygoda móc poznawać siebie i otaczający świat. Inni za wszelką cenę (w krótkim czasie) chcą osiągnąć taki poziom wiedzy, który pozwalałby na odnalezienie się w każdej sytuacji. Niestety i jednych i drugich może zaskoczyć, przytłoczyć doświadczenie przemocy. Zmieni ono również przekonania w naszym systemie poznawczym. Aaron Beck, jeden z twórców podejścia poznawczego w psychologii i psychoterapii, powiedział, że „świat w swojej istocie nie jest ani dobry, ani zły dopóki człowiek nie przypisze mu jakiejś oceny, atrybucji”. Owa ocena będzie determinować znak naszych emocji oraz takie, a nie inne zachowanie.

2. **II poziom – wtórne zranienia** (powodowane najczęściej przez niewłaściwe reakcje otoczenia – niewiarę, zaprzeczanie, pomniejszanie, obwinianie ofiary, piętnowanie, odmowę pomocy, okrucieństwo)

- kwestionowanie prawdziwości opowieści ofiary
- zaprzeczanie i pomniejszanie doświadczeń ofiary przez inne osoby
- obwinianie ofiary
- odmawianie pomocy ofierze
- sugerowanie chęci zysku.

3. **III poziom – przyjmowanie tożsamości ofiary**

- myślenie o sobie jak o osobie skazanej na bycie ofiarą
- nietolerancja na własne błędy (samo piętnowanie się)
- zaprzeczanie trudnościom osobistym
- poniżanie się i tworzenie z tego własnej filozofii życia
- myślenie w kategoriach „wszystko albo nic”
- negowanie podstawowych praw osobistych.

Nie ma określonego wieku, statusu społecznego, sytuacji materialnej i innych okoliczności specyficznych dla wystąpienia zjawiska wtórnej wiktyimizacji. Jedyną

jest doświadczenie przemocy i proces zachodzący w osobach jej doświadczających na skutek zachowania osoby stosującej przemoc i reakcji otoczenia ofiary. Oczywiście na każdym etapie możliwe jest skuteczne zatrzymanie przemocy. Wydaje się, że trzeci, ostatni poziom jest najtrudniejszy, bo osoba doświadczająca przemocy sprawia wrażenie jakby nie chciała „pożegnać się” z rolą ofiary, czym może frustrować i irytować osoby chcące udzielić jej pomocy, co niesie kolejne zagrożenie „wtórnego zranienia”. Zjawisko wtórnej wiktylizacji powinno nam przypominać, że pomoc udzielana osobom doświadczającym przemocy powinna cechować wyjątkowa cierpliwość, życzliwość i wyrozumiałość, oraz że jest to niekiedy długotrwały proces, w którym możemy być pierwszymi osobami, które zmienią bieg „urazowych” doświadczeń ze strony otoczenia ofiary.

ZJAWISKO PRANIA MÓZGU

Badania nad przemocą w rodzinie pozwoliły wyodrębnić najbardziej typowe zachowania sprawców przemocy stosujących technikę „prania mózgu”, do których zalicza się: **izolację, monopolizację uwagi, doprowadzenie do wyczerpania, wywoływanie lęku i depresji, naprzemiennosc kary i nagrody, demonstrowanie wszechmocy i wszechwładzy, wymuszanie drobnych przysług**. Stosowanie techniki „prania mózgu”, prowadzi do wielu regresywnych zmian w osobowości ofiar. Skutkiem tego jest ich bezradność, zanik krytycznego myślenia, powrót do myślenia życzeniowego, czasami zanik uczuć wyższych. Procesy „prania mózgu” powodują całkowite podporządkowanie, utratę poczucia własnej wartości i własnych przekonań oraz bezkrytyczne przyjmowanie rzeczywistości wykreowanej przez sprawcę.

SYNDROM SZTOKHOLMSKI

Stan psychiczny, który pojawia się u ofiar porwania lub u zakładników, wyrażający się odczuwaniem sympatii i solidarności z osobami je przetrzymującymi.

Nazwa syndromu wiąże się ze słynnym napadem na Kreditbanken w Norrmalmstorg, dzielnicy Sztokholmu, podczas którego napastnicy przez kilka dni (między 23 a 28 sierpnia 1973) przetrzymywali zakładników. Ludzie przebywający w takich sytuacjach przez dłuższy czas nie widzą innego sposobu na przeżycie, jak tylko emocjonalne związanie się z oprawcą. Ten związek jednak jest dla nich niebezpieczny, gdyż nie potrafią się z niego uwolnić i robią wszystko by trwał. Posuwają się nawet do kłamstw, brania winy na siebie za przestępstwa popełniane przez oprawcę, a nawet do czynnej agresji w stosunku do ludzi próbujących wyzwolić ich spod jarzma toksycznego związku. Oprawcą może być każdy, kto jest bliską osobą ofiary: matka, ojciec, dziecko, partner, żona, mąż, przypadkowy człowiek, który okazuje się przestępcą itd.

ZJAWISKO PSYCHOLOGICZNEJ PUŁAPKI

Pod wpływem zachowań osoby stosującej przemoc – osoba jej doświadczająca – często nie jest w stanie zrezygnować ze związku i z tego, w co tak dużo zainwestowała czasu, energii. Trwa ona w związku, który przynosi jej cierpienie, w którym jest upokarzana i nie respektuje się jej praw. Ciągłe żyje nadzieją, że będzie lepiej. Dlatego też inwestuje w ten związek. Obwiniając siebie za całe zło wierzy, że jeśli bardziej się postara, to będzie lepiej. Ma poczucie, że zależy to właśnie od niej. Im więcej się stara i wkłada w to działanie więcej energii, tym trudniej jej zrezygnować.

KONCEPCJA CZYNNIKÓW OSŁABIAJĄCYCH OFIARĘ PRZEMOCY I MOGĄCYCH JĄ WYZWOLIĆ Z PRZEMOCY

Na sytuację osób doświadczających przemocy w rodzinie można spojrzeć w dwóch wymiarach. Pierwszy to ten, który uniemożliwia skuteczne zatrzymanie przemocy. Należą do niego tzw. czynniki zniewalające, osłabiające. Do drugiego należą czynniki, które mogą pomóc wydostać się osobie doświadczającej przemocy z relacji, w której jej doświadcza. Czynniki uniemożliwiające zatrzymanie przemocy (**zniewalające** lub inaczej zwane **osłabiające**) można uporządkować wg następujących obszarów:

1. **Obszar fizyczny**
 - dysproporcja sił – sprawca wykorzystuje przewagę sił,
 - stan zdrowia somatycznego (choroby, na które cierpi ofiara, urazy fizyczne, ciąża),
 - przyjmowane leki, alkohol i inne używki (czasem nadużywane przez ofiary przemocy).
2. **Obszar psychologiczny**
 - uczucia osoby doświadczającej przemocy (np. strach, poczucie winy, które z czasem są tłumione, wypierane),
 - myśli osoby doświadczającej przemocy (minimalizowanie, racjonalizowanie np. „bije mnie tylko od czasu do czasu”, „to jest dla mojego dobra”, „zależy mu na rodzinie”),
 - samoocena, poczucie własnej wartości osoby doświadczającej przemocy („jestem do niczego”, „on ma rację, gdy mówi, że jestem nic nie warta”),
 - brak wiedzy osoby doświadczającej przemocy na temat własnych praw i możliwości.
3. **Obszar duchowy**
 - odwrócony system wartości, norm w życiu osoby doświadczającej przemocy (sprawca najważniejszy – ofiara nieważna),
 - konflikty wewnętrzne u osoby doświadczającej przemocy (zatarcie granic między dobrem a złem, „co to za Bóg, który na to pozwala?”).

4. **Obszar społeczny**

- mity i stereotypy na temat przemocy funkcjonujące zarówno w otoczeniu zewnętrznym jak i w przekonaniach osoby doświadczającej przemocy (np. „Widziały gały, co brały”, „dzieci powinny mieć ojca”),
- brak lokalnego systemu pomocy, wsparcia dla osób doświadczających przemocy (np. brak wykszcolonej kadry z zakresu przeciwdziałania przemocy, brak porozumienia między poszczególnymi służbami),
- status materialny osoby doświadczającej przemocy (np. zależność finansowa od sprawcy przemocy, brak aktywności na rynku pracy),
- prawo, które nie chroni w skuteczny sposób osoby doświadczające przemocy.

5. **Obszar psychospołeczny**

- brak możliwości i umiejętności wychowawczych wobec dzieci w rodzinie z problemem przemocy.

Czynniki wspomagające skuteczne zatrzymanie przemocy (zwane inaczej **wyzwalającymi** lub **wzmacniającymi**) można przedstawić następująco:

1. **Obszar fizyczny**

- zmiana dysproporcji sił pomiędzy osobą doświadczającą przemocy a stosującą przemoc przy pomocy prawa i instytucji pomagających,
- leczenie osoby doświadczającej przemocy, jeśli tego wymaga stan zdrowia somatycznego (wzmocnienie osoby doświadczającej przemocy, zaświadczenia lekarskie mające wartość dowodową),
- próba odstawienia leków i diagnoza w kierunku uzależnienia u osoby doświadczającej przemocy.

2. **Obszar psychologiczny**

- edukacja na temat skutków psychologicznych bycia osobą doświadczającą przemoc (uczucia, myśli, samoocena),
- po skutecznym zatrzymaniu przemocy konkretna oferta psychoterapeutyczna dla osoby doświadczającej przemocy (psychoterapia współzależnienia, DDA, DDD),
- edukacja osoby doświadczającej przemocy na temat własnych praw i możliwości.

3. **Obszar duchowy**

- pomoc w porządkowaniu systemu wartości u osoby doświadczającej przemocy („ja jestem najważniejsza”, „ode mnie zależy skuteczne zatrzymanie przemocy”),
- nazwanie przemocy „po imieniu” – złe postępowanie, za które odpowiedzialność ponosi osoba stosująca przemoc.

4. **Obszar społeczny**

- edukacja na temat mitów i stereotypów dotyczących przemocy,
- tworzenie lokalnego systemu pomocy, wsparcia dla osób doświadczających przemocy (punkty konsultacyjne, grupy radzenia sobie z przemocą, spotkania lokalnych służb),

- wsparcie materialne osoby doświadczającej przemocy (pomoc OPS-u, uniezależnienie się od osoby stosującej przemoc, próba znalezienia pracy),
 - pomoc prawna dla osób doświadczających przemocy (pisanie pism sądowych, towarzyszenie ofierze w kolejnych krokach prawnych).
5. **Obszar psychospołeczny**
- trening umiejętności wychowawczych dla osób doświadczających przemocy,
 - konsultacje z psychologiem dziecięcym (np. praca nad relacją matka-dziecko).

SPECYFIKA ZESPOŁU STRESU POURAZOWEGO U OSÓB DOŚWIADCZAJĄCYCH PRZEMOCY W RODZINIE

Badania nad stresem pourazowym sięgają pierwszej połowy XX wieku. Zwłaszcza działania zbrojne podczas dwóch wojen światowych dostarczyły wielu informacji na temat kosztów zdrowotnych, jakie ponosili żołnierze mający do spełnienia konkretne zadania, a których niekiedy trzeba było wycofywać z frontu z powodu ich stanu, co generowało koszty ekonomiczne. Po dzień dzisiejszy to koszty u uczestników działań militarnych na całym świecie dostarczają największej informacji na temat objawów Zespołu stresu Pourazowego, który do klasyfikacji DSM III został wprowadzony w 1980 roku. XXI wiek to również klęski żywiołowe i zamachy terrorystyczne, które u osób pozostałych przy życiu spowodowały skutki uniemożliwiające powrót do wcześniejszego funkcjonowania. Środowisko specjalistów, zwłaszcza pracujących psychologicznie z osobami doświadczającymi przemocy od samego początku uważa, że należy je włączyć do grupy osób, które często cierpią na objawy PTSD. Żeby jednak można było mówić o występowaniu objawów PTSD muszą być spełnione określone warunki. Pierwszy to obecność wydarzenia traumatycznego definiowanego w następujący sposób:

To zdarzenie związane z zagrożeniem życia lub poważnym uszkodzeniem ciała albo zagrożeniem fizycznej integralności (integrality), a osoba doświadczająca takiego zdarzenia przeżywa intensywny lęk, bezradność i zgrozę.

Niewątpliwie osoby doświadczające przemocy w rodzinie spełniają kryteria wyżej cytowanej definicji. W literaturze spotkamy podział na **traumę typu I** (to pojedyncze, w krótkim czasie niespodziewane traumatyczne wydarzenia).

Wśród typowych reakcji na wydarzenia traumatyczne u osób doświadczających przemocy można wymienić:

1. **LĘK I NIEPOKÓJ** – strach to typowa reakcja na wydarzenie, które niesie ze sobą niebezpieczeństwo. Zauważono, że u niektórych ludzi trwa on nadal mimo, że trauma wydarzyła się dawno. Prawdopodobnie dzieje się tak dlatego, ponieważ

pojmowanie świata i poczucie bezpieczeństwa danej osoby uległy zmianie na niekorzyść. Do pojawiania się lęku i niepokoju mogą przyczynić się czynniki wyzwalające. Mogą to być: miejsca, pory dnia, zapachy, dźwięki. Mogą to być również sytuacje przypominające o traumie. Dzięki zwróceniu uwagi na sytuacje, w których osoba taka odczuwa lęk może zauważyć, że pojawiając się niespodziewanie wywoływany jest on czynnikami przypominającymi o wydarzeniu.

2. **GNIEW I POIRYTOWANIE** – choć jest to dla nich bardzo trudne, to wiele osób poszkodowanych w wydarzeniach traumatycznych przeżywa te uczucia. Są one szczególnie trudne, gdy dotyczą osób najbliższych (np. sprawcy przemocy, co niesie ze sobą chęć zemsty, a tym samym ryzyko kolejnych aktów przemocy). Czasami gniew jest związany z silnym przekonaniem, że świat jest niesprawiedliwy (co sprzyja bezkarności sprawcy).
3. **UNIKANIE** – jest typowym sposobem radzenia sobie z dyskomfortem związanym z traumą. Osoba po wydarzeniu traumatycznym unikać będzie sytuacji, które przypominają traumę (np. miejsce napadu). Bywa, że okoliczności kojarzone przez ofiarę z wydarzeniem traumatycznym również są omijane (np. podobna okolica). Oprócz myśli unikanie dotyczy bolesnych myśli i uczuć. Reakcja unikania może prowadzić do poczucia odrętwienia, które z kolei powoduje, że trudne może być odczuwanie zarówno uczuć nieprzyjemnych jak i przyjemnych.
4. **PONOWNE PRZEŻYWANIE TRAUMY** – zauważono, że osoby, które często doświadczały sytuacji traumatycznych ponownie przeżywają traumatyczne wydarzenie (tak jest w przypadku ofiar przemocy w rodzinie). Osoby takie mogą nachodzić niechciane myśli na temat traumy, mogą doznawać przeżyć, jakby wydarzenie znowu miało miejsce. Dość często pojawiają się koszmary senne. Prawda jest taka, że żeby zrozumieć wydarzenie, które było szokiem umysł osoby pokrzywdzonej przywołuje wspomnienia, aby lepiej je zrozumieć i poukładać.
5. **POCZUCIE WINY I WSTYDU** – wiele osób, które przeżyły wydarzenie traumatyczne obwinia się, że miała ona miejsce. Ofiara jest przekonana, a jest to wzmacniane przez otoczenie, że będąc skrzywdzona powinna zrobić coś konkretnego w celu obrony własnej (te okoliczności bardzo często dotyczą ofiar traumy wielokrotnej – ofiar przemocy, które czują się odpowiedzialne za bezpieczeństwo innych osób). Drugim trudnym uczuciem jest wstyd, który dotyczy często zachowania osoby skrzywdzonej. Takie fakty jak przyzwolenie na współżycie seksualne (by uniknąć eskalacji przemocy) bywa, że są wytykane przez same ofiary zanim często zrobi to otoczenie.

6. **ŻAL I DEPRESJA** – osoby po wydarzeniu traumatycznym często przeżywają przygnębienie, smutek, poczucie bezradności i rozpacz. Zdarza się takim osobom częściej płakać. Tracą zainteresowanie ludźmi i czynnościami, które tak kiedyś lubili. Wiele ofiar przemocy słyszy od osób życzliwych, że nie są one takie jak kiedyś. Łatwo możemy dostrzec, że te osoby przestały snuć plany na temat przyszłości, a wypowiedziane przez nich przekonania świadczą o tym, że życie przestało być istotną wartością. Przekonania te mogą z kolei prowadzić do robienia sobie krzywdy oraz prób samobójczych. Po wydarzeniu traumatycznym postrzeganie siebie i świata wyraźnie się zmieniło, a smutek staje się bardzo adekwatnym uczuciem.
7. **STAN WZBUDZENIA** – jest również typową reakcją na wydarzenie traumatyczne. Może się objawiać: nerwowością, roztrzęsieniem, problemami z koncentracją. U osób po wydarzeniu traumatycznym można dostrzec stałe pobudzenie, w którym łatwo o wyprowadzenie z równowagi (czasem ofiary przemocy są postrzegane, jako osoby nie zrównoważone i histeryczne). Warto zaznaczyć, że stan wzbudzenia i podwyższonej wrażliwości jest naturalną reakcją na pojawiające się zagrożenie, ponieważ organizm przygotowuje się do walki lub ucieczki. Takie przygotowanie na niebezpieczeństwo wymaga od nas dodatkowej energii poprzez wzrost produkcji adrenaliny. Osoba, która przeżyła wiele sytuacji traumatycznych (ofiara przemocy) spostrzega świat jako niebezpieczne miejsce zwłaszcza, że przemoc niesie ze sobą wiele nieprzewidywalnych sytuacji. Opisane reakcje stają się nieprzydatne, kiedy ofiara znajduje się w bezpiecznych sytuacjach. Inną reakcją może być zamrożenie, kiedy osoba po wydarzeniu traumatycznym jakby „zastyga”.
8. **POSTRZEGANIE SIEBIE I ŚWIATA** – ten rodzaj przekonań staje się bardzo negatywny po wydarzeniu traumatycznym. Wiele osób, a wśród nich wyróżniają się ofiary przemocy, uważa siebie za nieporadnych, słabych, którzy zasługują na to, co ich spotkało. Często negatywnie wartościujące ofiarę wypowiedzi sprawcy brzmią jeszcze bardziej wiarygodnie. Bolesne doświadczenie, jakim jest przemoc ze strony osoby najbliższej może przyczynić się do przekonania, że innym też nie warto ufać, a świat po traumie stał się miejscem niebezpiecznym. Stąd też bliskie związki i zaufanie innym osobom mogą okazać się dla ofiary bardzo trudne.
9. **ŻYCIE INTYMNE** – to sfera bardzo związana z poczuciem bezpieczeństwa. Dla osób po wydarzeniu traumatycznym bliskość fizyczna może być niezwykle trudna, czasami wręcz niemożliwa tym bardziej, jeśli trauma dotyczyła sfery seksualnej (np. ofiary gwałtu czy przemocy seksualnej).

10. **SPOŻYWANIE ALKOHOLU I/LUB INNYCH ŚRODKÓW PSYCHO-AKTYWNYCH** – niektóre osoby próbują radzić sobie z niechcianymi objawami po traumie sięgając po środki zmieniające samopoczucie. Częstsze picie alkoholu może spowolnić ustępowanie objawów potraumatycznych, a przede wszystkim grozi uzależnieniem od alkoholu. Spożywanie alkoholu, jak i innych środków psychoaktywnych może utrudnić diagnozę PTSD, a ofiary sytuacji traumatycznych narażać na stygmatyzację i inne poważne problemy.

Wśród postaci PTSD wyróżnia się stan:

- **ostry** – jeśli czas trwania objawów jest krótszy niż trzy miesiące;
- **chroniczny** – jeśli objawy trwają trzy miesiące i dłużej;
- **z odroczonej początkiem** – jeśli pojawienie się symptomów wystąpiło przynajmniej po sześciu miesiącach od wystąpienia zdarzenia.

Jednak coraz bardziej podkreślana jest specyfika Zespołu Stresu Pourazowego u osób doświadczających przemocy z uwagi na wyróżnienie **traumy typu II** (ofiara wystawiona na długi czas ekspozycji wydarzeń traumatycznych skumulowanych w sekwencje). Mimo, że PTSD u osób doświadczających przemocy nie doczekało się swojego miejsca w obowiązujących klasyfikacjach DSM-V (wydaną przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne) i ICD-X (Międzynarodową Klasyfikację Chorób i Problemów Zdrowotnych), to w literaturze możemy ją odnaleźć pod nazwą COMPLEX PTSD lub DESNOS „zaburzeń związanych ze stresem ekstremalnym, nieujętych w innych kategoriach diagnostycznych”- DESNOS (disorders of extreme stress not otherwise specified). Specyfika PTSD u osób doświadczających przemocy może być reprezentowana w następujący sposób:

1. **Zmiany w zakresie regulacji impulsów afektywnych wraz z trudnościami dotyczącymi modulacji złości i zachowań autodestrukcyjnych:**
 - drażliwość lub wybuchy gniewu często jeszcze bardziej wyobcowują ofiarę przemocy ze społeczności (mity i stereotypy), a czasem kieruje ona gniew i nienawiść przeciwko sobie,
 - częste obniżenie nastroju, lęk, przerażenie, bezradność,
 - przesadne reakcje na bodziec – trzaśnięcie drzwiami, podniesiony głos, wyciągnięta ręka – obawa, że stanie się coś strasznego,
 - niemożność podtrzymywania emocji pozytywnych i oświadczenia przyjemności,
 - ustawiczne myśli samobójcze.
2. **Zmiany w zakresie możliwości koncentracji i świadomości prowadzące do amnezji oraz występowania epizodów dysocjacyjnych i depersonalizacyjnych:**
 - trudności z koncentracją, jako konsekwencja silnego oddziaływania stresu na naczelną funkcję poznawczą, jaką jest uwaga,

- w wyniku upośledzenia funkcjonowania uwagi problemy z zapamiętywaniem, przechowywaniem i odtwarzaniem prostego nieraz materiału,
 - częsta obecność różnych objawów dysocjacyjnych (np. depersonalizacja w trakcie dokonywanego na ofierze akty przemocy – „bije moje ciało ja jestem obok”).
- 3. Zmiany w zakresie autopercepcji, takie jak chroniczne poczucie winy i odpowiedzialności oraz chroniczne poczucie wstydu:**
- poczucie bezradności albo paraliżu inicjatywy,
 - wstyd, poczucie winy i samoobwinianie,
 - poczucie skalanania albo napiętnowania (stygmatyzacji),
 - poczucie własnej wyjątkowości lub dotkliwej samotności, przekonanie o braku zrozumienia ze strony otoczenia albo zdehumanizowane poczucie tożsamości (poczucie skrajnej odmienności od innych).
- 4. Zmiany w zakresie relacji z innymi ludźmi, takie jak niezdolność do zaufania komuś czy niezdolność do bliższych związków emocjonalnych:**
- upośledzenie funkcjonowania społecznego – ofiara oscyluje pomiędzy bliskim przywiązaniem a pełnym lęku wycofaniem,
 - zerwanie intymnych związków z innymi,
 - powtarzające się poszukiwanie wybawiciela (może występować na przemian z izolowaniem się i wycofaniem),
 - trwałe brak zaufania,
 - nieskuteczne próby samoobrony.
- 5. Somatyzacja problemów emocjonalnych:**
- ofiary przemocy często skarżą się na trudności z zasypianiem oraz na płytki sen (często z tego powodu sięgają po różne środki farmakologiczne),
 - powiązania układu immunologicznego z nerwowym i dokrewnym w sytuacji przewlekłego stresu powodują różne dolegliwości,
 - najczęstsze skargi somatyzacyjne u ofiar przemocy to: bóle głowy, dolegliwości gastryczne, utraty przytomności, bóle w klatce piersiowej (często przy wynikach badań w normie),
 - cechą charakterystyczną tych objawów jest brak poprawy przy zastosowaniu typowego leczenia.
- 6. Zmiany w systemach znaczeniowych:**
- kiedy przeżycie staje się jedynym celem ofiary przemocy w rodzinie psychiczne zawężenie staje się podstawową formą adaptacji,
 - unikanie czy też zawężenie odnosi się do każdego aspektu życia – związków z innymi, aktywności, myśli, wspomnień, emocji, a nawet wrażeń zmysłowych – nadawanie im nowego znaczenia w kontekście przemocy,
 - unikanie może dotyczyć również miejsc „pomocowych”, w których mogłyby być wywoływane wspomnienia o wydarzeniach – przemocy.

3. DIAGNOZA SYTUACJI OSÓB DOŚWIADCZAJĄCYCH PRZEMOCY W RODZINIE

3.1. PRZEMOC NA ŚWIECIE

Ponad jedna trzecia kobiet na świecie pada ofiarą przemocy fizycznej lub seksualnej, co stanowi globalny problem zdrowotny na skalę epidemii – podaje w raporcie Światowa Organizacja Zdrowia (WHO).

Większość kobiet atakowana jest lub krzywdzona przez własnych mężów lub partnerów, a wynikające z tego problemy zdrowotne to złamania, posiniaczenie, komplikacje ciąży, depresja lub inne zaburzenia psychiczne – stwierdza raport.

„Jest to rzeczywistością dla wielu, wielu kobiet”, niezależnie od tego czy są biedne czy bogate – podkreśla jedna z autorek raportu Charlotte Watts, ekspertka ds. polityki zdrowotnej w Londyńskiej Szkole Higieny i Medycyny Tropikalnej. Według ekspertów blisko 40 proc. zabitych na świecie kobiet zostało zamordowanych przez intymnego partnera.

WHO definiuje przemoc fizyczną jako policzkowanie, bicie, popychanie, duszenie lub atak bronią. Przemoc seksualna definiowana jest jako zmuszanie do stosunku lub zastraszanie, że w razie odmowy partner może posunąć się do upokarzających czynów seksualnych.

Według raportu 7 proc. kobiet doświadczyło przemocy seksualnej ze strony mężczyzny innego niż własny partner.

Jedna ze współautorek raportu Claudia Garcia-Moreno z WHO uważa, że niedawna głośna fala gwałtów w Indiach i Afryce Południowej skierowała uwagę na traktowanie kobiet na świecie. Zaznacza, że codziennie ofiarami gwałtów padają setki kobiet na ulicach i w domach, ale sprawy te nie trafiają na czołówki gazet. Z raportu wynika, że przemoc wobec kobiet jest podłożem ostrych i chronicznych

problemów zdrowotnych – od bezpośrednich obrażeń po zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową oraz stres, depresję i zaburzenia związane ze spożyciem alkoholu. Wraz z raportem WHO opublikowała wytyczne dla władz, aby wcześniej wykrywać problemy i szkolić pracowników społecznych w umiejętności rozpoznawania, kiedy kobiety mogą być narażone na przemoc i jak na to odpowiednio reagować. Raport oparto głównie na badaniach z lat 1983-2010. Według ONZ ponad 600 mln kobiet żyje w krajach, w których przemoc w rodzinie nie jest uważana za przestępstwo. Najwyższy wskaźnik przemocy w rodzinie notuje się w Afryce, na Bliskim Wschodzie i w Azji Południowo-Wschodniej, gdzie 37 proc. kobiet w którymś momencie życia doświadczyło przemocy ze strony partnera. W krajach Ameryki Łacińskiej i Południowej wskaźnik ten wynosi 30 proc., a w Ameryce Północnej – 23. W Europie i Azji sięga 25 proc. (PAP) <http://www.naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news,395945,who-przemoc-wobec-kobiet-ma-skale-epidemii.html>

3.2. PRZEMOC W KRAJACH EUROPY

Jak podaje **Amnesty International** codziennie jedna na pięć kobiet w Europie staje się ofiarą przemocy. Przemoc domowa i przemoc wobec kobiet w Europie są nadal powszechne. Rada Europy ocenia, że około 25% kobiet doświadczyło przemocy fizycznej, a 10% doznało przemocy seksualnej z użyciem siły. W większości przypadków sprawcą była osoba z najbliższego otoczenia ofiary, najczęściej jej partner lub były partner. Szacuje się, że społeczne, ekonomiczne i zdrowotne skutki, jakie wywołuje przemoc, kosztują każdy z krajów Rady Europy ponad 34 miliardy euro rocznie, co daje 555 euro rocznie na jednego mieszkańca (źródło Rada Europy: http://www.coe.int/t/dg2/equality/DOMESTICVIOLENCECAMPAIGN/FAQ_en.asp#P59_4532, strona z dnia 06.03.2012). Badania na poziomie europejskim pokazują, że około 14% wszystkich kobiet po 16 roku życia doświadczyło przemocy domowej, pozostając w związku ze sprawcą. Jednocześnie wiele z nich cierpi z powodu doznawanej przemocy fizycznej i seksualnej ze strony byłych partnerów, nawet po rozpadzie związku. Dla wielu kobiet zakończenie związku wcale nie gwarantuje im bezpieczeństwa. Częstym zjawiskiem jest również przemoc wobec dzieci, a przebywanie w miejscu, w którym występuje przemoc domowa, pozostawia u dzieci trwałe urazy.

Tylko w 2010 roku w Polsce za znęcanie się fizyczne lub psychiczne nad najbliższymi skazano ponad 13,5 tys. osób oraz podjęto około 11 tys. interwencji (Sprawozdanie z Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie za 2010 r., dostępne na stronie: <http://www.mpips.gov.pl/przemoc-w-rodzinie/sprawozdania-z-realizacji-krajowego-programu-przeciwdzialania-przemocy-w-rodzinie>, strona z dnia 06.03.2012). Sprawozdanie z Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie przygotowane przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej

wskazuje, że w latach 2009–2010 w sprawach związanych z przemocą w rodzinie pomocy udzielono ponad 80 tys. osób. Dane statystyczne policji (Przemoc w rodzinie – statystyki policji: http://statystyka.policja.pl/portal/st/944/50863/Przemoc_w_rodzinie.html, strona z dnia 06.03.2012) pokazują, że liczba ofiar przemocy domowej w Polsce w latach 2005–2010 utrzymywała się na poziomie 130 tys. osób rocznie. Ponadto w badaniach przeprowadzonych przez TNS OBOP w 2010 roku (Badania dostępne są na stronie MPiPS: <http://www.mpips.gov.pl/przemoc-w-rodzinie/diagnoza-zjawiska-przemocy-w-rodzinie-w-polsce/>, strona z dnia 06.03.2012). większość respondentów oceniła, porównując obecną sytuację z tą sprzed 10–15 lat, że nastąpił wzrost liczby ofiar przemocy oraz sprawców tych przestępstw. Jednocześnie ofiarą przemocy (ekonomicznej, psychicznej lub fizycznej) w rodzinie padło nawet 16% badanych osób, a 60% z nich stwierdziło, że zna przynajmniej jedną rodzinę, w której kobiety doświadczają przemocy. Z zebranych danych wynika, że większość respondentów ma doświadczenia z przemocą w rodzinie i zetknęła się z nią osobiście albo pośrednio. Tylko 28% badanych w ogóle nie miało doświadczeń z przemocą w rodzinie.

3.3. PRZEMOC W POLSCE

Od 2012 roku zmienił się system rejestracji statystycznej w związku z przemocą domową, stąd też inna forma prezentacji danych. Poniższe liczby dotyczą działań podjętych w procedurze „Niebieskie Karty” wyłącznie przez Policję (bez danych z działalności innych, upoważnionych do zwalczania przemocy domowej, podmiotów pozapolicyjnych).

	Dane za rok 2012	Dane za I półrocze 2013
Liczba wypełnionych formularzy „Niebieska Karta”	51 292 (w tym 44 146 wszczynających procedurę i 7 146 dotyczących kolejnych przypadków w trakcie procedury)	27 708 (w tym 23 259 wszczynających procedurę i 4 449 dotyczących kolejnych przypadków w trakcie procedury)
Ogólna liczba ofiar przemocy	76 993	40 131
Liczba ofiar – kobiet	50 241	26 623
Liczba ofiar – mężczyźni	7 580	4 265
Liczba ofiar – małoletnich	19 172	9 243
Liczba osób podejrzewanych o przemoc	51 531	27 846
Liczba podejrzewanych sprawców – kobiet	3 522	2 089
Liczba podejrzewanych sprawców – mężczyźni	47 728	25 643
Liczba podejrzewanych sprawców – nieletnich	281	114
Ogólna liczba podejrzewanych sprawców będących pod wpływem alkoholu	31 387	16 873
Podejrzewani sprawcy pod wpływem alkoholu – kobiety	1005	529
Podejrzewani sprawcy pod wpływem alkoholu – mężczyźni	30 333	16 324
Podejrzewani sprawcy pod wpływem alkoholu – nieletni	49	20
Liczba dzieci umieszczonych w niezagrażającym im miejscu (np. rodzina zastępcza, dalsza rodzina, placówka opiekuńcza)	527	260

Liczba ofiar przemocy domowej wg. procedury „Niebieskiej Karty” (do końca 2011 roku, w którym weszło w życie nowe rozporządzenie dotyczące procedury NK)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Liczba ofiar przemocy domowej ogółem	156.788	157.854	130.682	139.747	132.796	134.866	113.546
w tym: kobiety	91.374	91.032	76.162	81.985	79.811	82.102	70.730
w tym: mężczyźni	10.387	10.313	8.556	10.664	11.728	12.651	10.718
dzieci do lat 13	37.227	38.233	31.001	31.699	27.502	26.802	21.394
małoletni od 13 do 18 lat	17.800	18.276	14.963	15.399	13.755	13.311	10.704

W czerwcu 2012 roku Centrum Badania Opinii Społecznej opublikowało komunikat z badań „Przemoc i konflikty w domu”. Poniżej przedstawione zostały niektóre doniesienia.

Wielu Polaków uzależnia usprawiedliwienie przemocy wobec partnera od tego, kto w związku jest ofiarą. Ponad cztery piąte badanych (84%) całkowicie potępia przemoc wobec kobiet. Co dziewiąty (11%) uważa natomiast, że czasami zdarzają się sytuacje usprawiedliwiające użycie siły wobec partnerki. Jednak, kiedy ofiarą jest mąż bądź partner, już tylko połowa ankietowanych (56%) bezwzględnie potępia takie zachowanie partnerki, a co trzeci (33%) uważa, że w pewnych okolicznościach może być ono usprawiedliwione.

Czterech na stu respondentów (4%) zawsze usprawiedliwiłoby żonę lub partnerkę, która uderzy w gniewie swojego męża lub partnera. Opinie na ten temat są właściwie niezależne od płci. Wśród najmłodszych badanych (18–24 lata) silne jest różnicowanie opinii w zależności od tego, czy ofiarą jest mężczyzna (większe przyzwolenie), czy kobieta (silniejszy sprzeciw). Im niższe wykształcenie, tym częściej badani są skłonni uznać, że pewne okoliczności usprawiedliwiają użycie przemocy.

Odnośnie rysunku 1 warto zwrócić uwagę na wzrost procentowych odpowiedzi w kategorii – w domu w ciągu 3 lat.

Rys.1. Czy kiedykolwiek padł(a) Pan(i) ofiarą przemocy:

Źródło: CBOS

Jak podaje komunikat z badań przeprowadzonych przez CBOS szacowanie skali zjawiska przemocy w rodzinie jest bardzo trudne. Są to zachowania nieakceptowane społecznie, toteż wielu sprawców prawdopodobnie ukrywa takie fakty. Także ofiary przemocy nie zawsze chcą się do nich przyznawać uznając je za wstydliwe. Dlatego szacując skalę tego zjawiska wykorzystano pytanie dotyczące nie osobistych doświadczeń, ale znanych respondentowi przypadków przemocy wobec kobiet w najbliższym otoczeniu. Częściej, niż co czwarty Polak (28%) deklaruje, że zna osobiście lub z widzenia kobiety bite przez partnerów. Bardzo podobne wyniki uzyskano we wcześniejszym badaniu przeprowadzonym przez CBOS w 2009 roku. Wówczas, w porównaniu z wcześniejszymi badaniami, odnotowano spadek liczby ankietowanych deklarujących kontakt z ofiarami przemocy domowej.

Tabela 1

Czy zna Pan(i) osobiście lub z widzenia kobiety, które podczas konfliktów małżeńskich bywają bite przez męża?	Wskazania respondentów według terminów badań				
	II 2002	IX 2003	I 2005	II 2009	V 2012
	w procentach				
Tak, znam wiele takich kobiet	4	5	4	4	3
Tak, znam kilka takich kobiet	13	15	16	9	10
Tak, znam jedną, dwie takie kobiety	21	18	17	13	15
Nie, nie znam takich kobiet	62	62	64	74	72

Szczególną uwagę należy zwrócić na odpowiedzi kobiet, ponieważ to one mogą być bardziej wyczulone na problem przemocy w rodzinie i bardziej trafnie oceniać skalę zjawiska. Co trzecia kobieta (32%) deklaruje, że zna kobiety bite przez mężów.

Tabela 2

Czy zna Pani osobiście lub z widzenia kobiety, które podczas konfliktów małżeńskich bywają bite przez męża?	Odpowiedzi kobiet (według terminów badań)					
	VIII 1993* (N=1087)	XI 1996** (N=1101)	II 2002 (N=498)	I 2005 (N=570)	II 2009 (N=545)	V 2012 (N=523)
	w procentach					
Tak, znam wiele takich kobiet	5	8	4	5	5	4
Tak, znam kilka takich kobiet	15	24	14	17	12	12
Tak, znam jedną, dwie takie kobiety	21	19	24	19	16	16
Nie, nie znam takich kobiet	58	49	57	59	66	68

* Badanie „Kobiety '93”, ogólnopolska reprezentatywna próba losowa dorosłych kobiet (N=1087)
 ** Badanie „Kobiety '96”, ogólnopolska reprezentatywna próba losowa dorosłych kobiet (N=1101)

Przemoc domowa przybiera nie tylko postać fizyczną, ale także formę psychicznego dręczenia partnera. Badając zjawisko przemocy domowej, pytano również o tego rodzaju zdarzenia. Blisko jedna piąta badanych żyjących w stałym związku (18%) przyznaje, że zdarzają się sytuacje, kiedy współmałżonek używa wyzwisk i obelg, co dziesiąty (10%) doświadcza poniżania i kpin, a co dwunasty (8%) uskarża się, że współmałżonek ogranicza jego kontakty z rodziną i znajomymi. Pięciu na stu Polaków będących w stałych związkach (5%) przyznaje, że czasami partner grozi lub szantażuje go. Tyle samo bywa szarpanych i popychanych.

Tabela 3

Czy zdarza się, że Pana(i) współmałżonek (partner/ka):	Odpowiedzi twierdzące wśród osób pozostających w stałym związku (według terminów badań)		
	I 2005	II 2009	V 2012
	w procentach		
– wyzywa, obraża, krzyczy na Pana(i)	27 (5)	10 (3)	18 (4)
– poniża, kpi z Pana(i), wyśmiewa się	10 (3)	6 (3)	10 (3)
– ogranicza Pana(i) kontakty z rodziną, kolegami, koleżankami, przyjaciółmi	7 (2)	7 (2)	8 (3)
– grozi Panu(i), szantażuje	6 (2)	4 (2)	5 (2)
– szarpie, popycha Pana(ni)	6 (3)	4 (2)	5 (2)

W nawiasach odsetek osób deklarujących, że wymienione sytuacje zdarzają się często

4. MODELE PRACY Z OSOBAMI DOŚWIADCZAJĄCYMI PRZEMOCY W RODZINIE

Pomoc osobom doświadczającym przemocy w rodzinie zarówno w Europie jak i na świecie jest włączona w szerszy nurt pomagania zwany interwencją kryzysową. Obecnie nikt już nie ma wątpliwości, że przemoc w rodzinie należy zaliczyć do takich właśnie okoliczności obok: katastrof żywiołowych, „roli” zakładnika, „bycia” więźniem politycznym, napaści seksualnej (gwałt), agresji i przemocy wśród osób niespokrewnionych (np. mobbing).

4.1. SZEŚCIOETAPOWY MODEL INTERWENCJI KRYZYSOWEJ

Kryzys jest odczuwaniem lub doświadczaniem wydarzenia bądź sytuacji, jako trudności nie do zniesienia, wyczerpującej zasoby wytrzymałości i naruszającej mechanizmy radzenia sobie z trudnościami (**James, Gilliland, 2008**).

Według autorów definicji: „Stosując sześćoetapowy model interwencji kryzysowej kładziemy nacisk na bieżące, aktywne, asertywne, intencjonalne i ciągłe ocenianie, wysłuchiwanie i działanie, których celem jest systematyczne udzielanie pomocy klientowi w odzyskaniu takiego stopnia przedkryzysowej równowagi, zdolności do działania i autonomii, jaki tylko jest możliwy do osiągnięcia. Szczególną uwagę poświęcają dwóm wymiarom:

- **równowaga – brak równowagi**; gdzie równowaga definiowana jest jako stan umysłowej lub emocjonalnej stabilności, zrównoważenia lub kompensacji w organizmie, a brak równowagi jako brak lub rozpad stabilności emocjonalnej, zrównoważenia lub kompensacji w organizmie;
- **zdolność do działania – niezdolność do działania**; gdzie zdolność do działania jest rozumiana przez autorów jako stan, w którym człowiek może samodzielnie się zmieniać lub radzić sobie z nastrojami, uczuciami, potrzebami, warunkami i wpływami. Charakterystyczne będą tu elastyczność i zdolność do przystosowywania się do otaczającego świata fizycznego i społecznego; zaś niezdolność

do działania to stan, w którym człowiek jest niezdolny do samodzielnej, natychmiastowej zmiany lub podjęcia prób radzenia sobie z nastrojami, uczuciami, emocjami, potrzebami, warunkami i wpływami. Ten wymiar charakteryzuje niezdolność przystosowywania się do otaczającego świata fizycznego i społecznego.

ETAPY PROPONOWANEGO MODELU

Autorzy dzielą zaproponowane etapy na dwie części: wysłuchiwanie (podkreślając wartość nawiązania kontaktu z osobą w kryzysie jak i potrzebną jej przestrzeń na ujawnienie bardzo trudnego problemu) oraz działanie, do którego może wspólnie z osobą w kryzysie przystąpić interwent, jeśli problem został rozpoznany, kontakt nawiązany, a osoba w kryzysie poczuła się bezpiecznie.

WYSŁUCHIWANIE

ETAP 1: Zdefiniowanie problemu

Chodzi tu o zdefiniowanie i zrozumienie problemu z punktu widzenia klienta. Pomocne okażą się tu **podstawowe umiejętności wysłuchiwania**: empatia, autentyczność, akceptacja lub pozytywny stosunek.

ETAP 2: Zapewnienie bezpieczeństwa

Bezpieczeństwo jest tu rozumiane jako minimalizacja fizycznych i psychicznych zagrożeń dla klienta i innych osób.

ETAP 3: Wspieranie

Należy klientowi uświadomić, że prowadzący interwencję jest osobą, której na nim zależy. Prowadzący interwencję musi być zatem zdolny do bezwarunkowego zaakceptowania wszystkich swoich klientów niezależnie od tego, czy są oni w stanie to odwzajemnić.

DZIAŁANIE

ETAP 4: Rozważanie możliwości

Należy dokonać przeglądu dostępnych klientowi właściwych wyborów. Na tym etapie uwagę można skierować na:

- **Wsparcie sytuacyjne**, czyli osoby znane klientowi obecnie lub w przeszłości, które mogą interesować się jego losem i stanowić doskonałe źródło pomocy,
- **Sposoby radzenia sobie z trudnościami**, czyli działania, zachowania lub zasoby środowiskowe, których klient może użyć do pokonania obecnego kryzysu,
- **Wzorce pozytywnego i konstruktywnego myślenia** samego klienta, które mogą mu ułatwić istotną modyfikację spojrzenia na problem oraz zmniejszyć poziom lęku i stresu.

Te 3 kategorie pozwalają obiektywnie rozważyć rozwiązanie alternatywne i mogą pomóc klientowi w odrzuceniu przekonania, że znalazł się w sytuacji bez wyjścia.

ETAP 5: Układanie planów

W planie takim należy:

- Zidentyfikować osoby, grupy osób i inne źródła wsparcia, do których można się skierować po natychmiastową pomoc,
- Dostarczyć sposobów radzenia sobie z trudnościami – zaproponować coś konkretnego, pozytywnego, co klient może wykonać od razu; skłonić go do zdecydowanych działań, których sens zrozumie i zaakceptuje.
- Sprawą rozstrzygającą o skuteczności planów jest nie pozbawianie klientów poczucia ich własnej siły, niezależności i szacunku do siebie. W planowaniu podstawową kwestią będzie również zachowanie przez klienta kontroli i poczucia niezależności.

ETAP 6: Uzyskanie zobowiązania klienta

Jeżeli planowanie było właściwe, to uzyskanie zobowiązania klienta do realizacji tych planów powinno okazać się łatwe.

Na tym etapie prowadzący interwencję przyjmuje na siebie odpowiedzialność za wykonanie należącej do niego części planu, jeżeli uzgodnił to z klientem.

Przed zakończeniem sesji interwencyjnej prowadzący musi uzyskać od klienta uczciwe, bezpośrednie i stosowne zobowiązanie do współdziałania.

Pracując wg proponowanego modelu autorzy zalecają ocenianie stanu osoby będącej w kryzysie. Ocenianie ma w interwencji decydujące znaczenie, ponieważ pozwala prowadzącemu ustalić:

- natężenie kryzysu,
- stan emocjonalny klienta – poziom jego zdolności lub niezdolności do działania,
- dostępne możliwości, mechanizmy radzenia sobie z trudnościami, systemy wsparcia i inne zasoby klienta,
- stopień, w jakim klient zagraża życiu – swojemu i innym osób.

System Oceny Selekcijnej proponowany przez autorów modelu pozwala prowadzącemu ocenić powagę bieżących zaburzeń funkcjonowania klienta w obszarze:

- **afektywnym** – zaburzenia nastroju są często pierwszym sygnałem, że klient znajduje się w stanie nierównowagi psychicznej,
- **behawioralnym** – w interwencji kryzysowej najszybszy i często najlepszy sposób przywrócenia klientowi zdolności do działania jest ułatwienie podjęcia się takiego pozytywnego działania, które może on przeprowadzić natychmiast. Zasadniczym problemem niezdolności do podejmowania działań jest utrata kontroli,
- **poznawczym** – w sytuacji kryzysowej aparat poznawczy klienta najczęściej odbiera wydarzenie w kategoriach pogwałcenia, zagrożenia, utraty lub różnych

kombinacji tych 3 pojęć. Zdarzenie kryzysowe pochłania całą energię psychiczną klienta, próbującego zintegrować je ze swoim systemem pojęciowym.

Porównanie wyników sprzed kryzysu z wynikami aktualnymi pozwala prowadzącemu wyznaczyć stopień odchylenia od właściwych klientowi poziomów funkcjonowania afektywnego, behawioralnego, poznawczego.

Doświadczenia wielu specjalistów z pracy z osobami doświadczającymi przemocy w rodzinie wskazują jednak, że ten nurt pomagania posiada swoją specyfikę i jest zależny od skutecznych instrumentów prawnych i proceduralnych.

4.2. POLSKIE DOŚWIADCZENIA I MODELE

W ciągu kilkunastu lat prężnie rozwijającego się ruchu na rzecz przeciwdziałania przemocy w rodzinie oraz ochrony ofiar przemocy w wielu miejscach w Polsce zaczęły się pojawiać standardy pracy z osobami doświadczającymi przemocy nawiązujące do modeli interwencji kryzysowej, ale również z uwagi na zapisy ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie samorząd województwa na mocy art. 6 ust. 6 pkt 3 ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. z 2005 r. Nr 180, poz.1493, ze zm.) zobligowany jest do opracowania ramowych programów ochrony ofiar przemocy w rodzinie. Działania na rzecz pomocy osobom doświadczającym przemocy zostały też zdeterminowane przez formalny wymóg ustawy współpracy interdyscyplinarnej opartej na funkcjonowaniu zespołów interdyscyplinarnych ds. przeciwdziałania przemocy w rodzinie oraz grup roboczych. W wielu miejscach w Polsce model pracy interdyscyplinarnej nad przypadkami przemocy w rodzinie funkcjonował już wcześniej, ale nie miał umocowania prawnego, co niekiedy utrudniało skuteczne zatrzymanie przemocy w rodzinach. Niektóre środowiska i miejsca w Polsce wypracowały lokalne lub instytucjonalne modele pracy z osobami doświadczającymi przemocy w rodzinie. Do takich m.in. należą:

- **Wielkopolski Model Wspierania Ofiar Przemocy w Rodzinie** (rekomendacje wypracowane zostały przez uczestników specjalistycznego szkolenia z obszaru przeciwdziałania przemocy domowej, w wymiarze 40 godzin dydaktycznych, zorganizowanego przez Fundację Przeciw Wykluczeniu Społecznemu „Będziesz” przy współpracy z Fundacją PCPS – Poznańskie Centrum Profilaktyki Społecznej, na zlecenie Samorządu Województwa Wielkopolskiego, w dniach od 8 do 29 października 2012 w Żerkowie i Poznaniu). http://mopr.poznan.pl/tl_files/docs/Wielkopolski_Model_Ofiary.pdf
- **Model Współpracy Interdyscyplinarnej** (opublikowany przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie) www.rops.krakow.pl/pobierz-plik/55.html
- **Program Przeciwdziałania Przemocy Domowej dla Osób Leczonych w Placówkach Lecznictwa Odwykowego w Województwie Pomorskim**

(opracowany przez Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Gdańsku) www.urzad.pomorskie.eu/res/umwpl/dokumenty/polityka.../pppp_lo.pdf

- **Standard pracy socjalnej z rodziną doświadczającą przemocy w rodzinie** (autorstwa Józefy Grodeckiej, Renaty Kałuckiej, Krzysztofa Sarzały, Arkadiusza Żakiewicza na zlecenie Wspólnoty Roboczej Związków Organizacji Socjalnych WRZOS) http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/SPS_PwR2601.pdf

4.3. RAMOWY PROGRAM OCHRONY OFIAR PRZEMOCY W RODZINIE DLA WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO

I. Cele oddziaływań wobec osób doświadczających przemocy w rodzinie

1. Celem głównym oddziaływań – pomocy jest przerwanie przemocy, przywrócenie bezpieczeństwa oraz pomoc w odzyskaniu poczucia wpływu i kontroli u osoby doświadczającej przemocy.

2. Cele szczegółowe oddziaływań obejmują:

- a) edukację na temat psychologicznych i społecznych mechanizmów działania i konsekwencji przemocy,
- b) pomoc w zaspokojeniu niezbędnych potrzeb,
- c) wsparcie psychologiczne,
- d) przywrócenie zdolności samodzielnego radzenia sobie,
- e) łagodzenie skutków doświadczania przemocy,
- f) zatrzymanie przemocy w życiu osoby jej doświadczającej.

Myśląc o skutecznej pomocy osobom doświadczającym przemocy w rodzinie należy wziąć pod uwagę charakter miejsc pomocowych. Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie zwraca uwagę na kompleksowość takiej pomocy:

Art. 3. 1. Osobie dotkniętej przemocą w rodzinie udziela się **bezpłatnej pomocy**, w szczególności w formie:

- 1) poradnictwa medycznego, psychologicznego, prawnego, socjalnego, zawodowego i rodzinnego;
- 2) interwencji kryzysowej i wsparcia;
- 3) ochrony przed dalszym krzywdzeniem, przez uniemożliwienie osobom stosującym przemoc korzystania ze wspólnie zajmowanego z innymi członkami rodziny mieszkania oraz zakazanie kontaktowania się i zbliżania się do osoby pokrzywdzonej;
- 4) zapewnienia osobie dotkniętej przemocą w rodzinie bezpiecznego schronienia w specjalistycznym ośrodku wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie;

5) badania lekarskiego w celu ustalenia przyczyn i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie oraz wydania zaświadczenia lekarskiego w tym przedmiocie;

6) zapewnienia osobie dotkniętej przemocą w rodzinie, która nie ma tytułu prawnego do zajmowanego wspólnie ze sprawcą przemocy lokalu, pomocy w użytkowaniu mieszkania.

Biorąc pod uwagę powyższe zapisy należy wziąć pod uwagę również charakter miejsc pomocowych. Część z nich w warunkach ambulatoryjnych funkcjonuje od poniedziałku do piątku w określonych godzinach zapewniając ograniczoną w czasie i w zasobach miejsca dostępność do pomocy dla osób doświadczających przemocy w rodzinie. Inne w trybie stacjonarnym są dostępne 24h/dobę zapewniając stałą dostępność (co jest ważne zwłaszcza, gdy osoba doświadczająca przemocy jest zmuszona opuścić swoje dotychczasowe miejsce pobytu). Niezależnie od dostępności w każdym z tych miejsc ważną rolę dla systemu pomocy ofiarom przemocy pełnią miejsca **pierwszego kontaktu** takie jak np. **Punkty Informacyjno-Konsultacyjne, sekretariaty, rejestracje i inne** gdzie powinno odbywać się:

- Nawiązanie kontaktu z osobą doświadczającą przemocy,
- Wstępne rozpoznanie problemu,
- Mikroedukacja (wyposażenie osoby doświadczającej przemocy w podstawowe informacje na temat zjawiska przemocy i przysługujących jej praw),
- Opracowanie planu bezpieczeństwa dla osoby doświadczającej przemocy,
- Udzielenie wsparcia i zrozumienia pozbawionego oceny osoby doświadczającej przemocy, ale oceny jej sytuacji,
- Zaplanowanie najważniejszych kroków (np. prawnych),
- Motywowanie do zatrzymania przemocy w życiu osoby doświadczającej przemocy i korzystania z pomocy specjalistów,
- Skierowanie do placówki specjalistycznej.

Warto podkreślić krótkoterminowość udzielanej pomocy w miejscach pierwszego kontaktu. Dopiero ośrodki ambulatoryjne i stacjonarne dla osób doświadczających przemocy w rodzinie mogą zapewnić dłuższą i kompleksową pomoc pomagającą (różni specjaliści, pomoc indywidualna i grupowa).

Udzielanie pomocy osobom doświadczającym przemocy w rodzinie w **placówkach ambulatoryjnych i stacjonarnych** powinno obejmować zbiór oddziaływań (porad, konsultacji i zajęć grupowych), które mają na celu wsparcie w skutecznym zatrzymaniu przemocy. Objęcie poszczególnych osób kompleksową ofertą (pomoc psychologiczna, pomoc prawna, pomoc socjalna, inna pomoc specjalistyczna, o czym mówi art. 3 ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie), jak również ich dzieci (konsultacje wychowawcze, zajęcia socjoterapeutyczne) pozwala przypuszczać, że skuteczne powstrzymanie przemocy w wielu wypadkach jest możliwe. Oznacza to,

że jakość życia osób doświadczających przemocy w poszczególnych obszarach życiowych ulega, bądź ulegnie wkrótce poprawie. W obraz osoby doświadczającej przemocy wpisany jest również charakterystyczny sposób funkcjonowania podyktowany mechanizmami występującymi w przemocy, o których była mowa w pkt 2A. Z tego choćby powodu trudne jest uzyskanie szybkiej-widocznej poprawy dającej się wychwycić osobom pomagającym. Ważne jest również by w procesie dokonywania zmian osoba doświadczająca przemocy miała zagwarantowane prawo do kroków wycofujących się mimo pojawiających się w jej otoczeniu frustracji i narastających wątpliwości. W korzystaniu z udzielanej pomocy będzie to m.in. decydowało o lepszym lub gorszym radzeniu sobie z przemocą. Zmiana w funkcjonowaniu osób doświadczających przemocy daje podstawę do przypuszczeń, że został zapoczątkowany proces, w którym osoby te zaczynają „podnosić się” z pozycji przytłoczenia czynnikami zniewalającymi ją. Jednocześnie zacznie odnajdywać w sobie czynniki wyzwalające, które będą nabierać na sile i znaczeniu (opis czynników w pkt. 2A). W wyżej opisanym procesie powinien być obecny i pomocny proponowany skład zespołu placówki ambulatoryjnej lub stacjonarnej udzielającej pomocy osobom doświadczającym przemocy.

Zespół osób zapewniających udzielenie kompleksowej pomocy to:

1. **osoby pierwszego kontaktu** – pełniący dyżury w miejscach zwanych, sekretariatem, dyżurką, rejestracją udzielający niezbędnych informacji i wsparcia w kontakcie telefonicznym lub bezpośrednim. Obecność takich osób w placówce pomocowej gwarantuje dostępność do udzielanej pomocy. Jest to niezwykle ważne z uwagi na krótkotrwałą i niestabilną motywację osób szukających pomocy,
2. **psycholodzy – terapeuci** udzielający konsultacji dorosłym osobom doświadczającym przemocy w rodzinie oraz prowadzący zajęcia grupowe,
3. **prawnicy** udzielający informacji na temat przysługujących osobie doświadczającej przemocy praw oraz monitorujący podejmowane przez nią kroki prawne,
4. **lekarz psychiatra** diagnozujący stan psychiczny uczestników programu pomocowego oraz ryzyko nadużywania lub uzależnienia od środków psychoaktywnych,
5. **pracownik socjalny** udzielający wsparcia w często złej sytuacji materialnej osobie doświadczającej przemocy w rodzinie (m.in. przemoc ekonomiczna),
6. psycholog dziecięcy udzielający specjalistycznych konsultacji w zakresie skutków, jakie niesie dla rozwoju dziecka obecność przemocy w jego domu,
7. **pedagog – terapeuta** udzielający konsultacji wychowawczych dla rodziców doświadczających przemocy, którzy są zaniepokojeni swoją relacją z dzieckiem,
8. **pedagog – socjoterapeuta** prowadzący zajęcia grupowe dla dzieci osób korzystających z programu (rekomendowany czas to pora zajęć grupowych dla osób dorosłych, które w tym czasie nie mają zapewnionej opieki do dzieci. Jednocześnie dzięki takim zajęciom zespół placówki może otrzymać pełniejszy obraz rozmiaru przemocy w konkretnej rodzinie, który nie jest ujawniany przez osoby dorosłe.

Konsultacji indywidualnych udzielają pracownicy placówki po uprzednim zapisaniu osoby doświadczającej przemocy (przez pracownika pierwszego kontaktu) – w systemie ambulatoryjnym lub zapewniona jest stała dostępność w warunkach stacjonarnych.

UWAGA! Z uwagi na interdyscyplinarny model pracy z problemem przemocy w rodzinie (w tym z osobami doświadczającymi przemocy) ważne, by instytucja udzielająca pomocy takim osobom zagwarantowała im tzw. osobę prowadzącą, koordynującą. Osoba taka dba o spójność i skuteczność udzielanej pomocy, kierując osobę potrzebującą pomocy do innych specjalistów.

Zajęcia grupowe odbywające się w placówce udzielającej pomocy osobom doświadczającym przemocy:

- **2 psychologów** (najlepiej kobieta i mężczyzna) prowadzący grupę radzenia sobie z przemocą
- **członkowie zespołu pracujący w kontakcie bezpośrednim z osobami doświadczającymi przemocy** prowadzący poszczególne spotkania w ramach grupy edukacyjnej
- **pedagog-socjoterapeuta** prowadzący zajęcia grupowe dla dzieci klientek Poradni

Zasady, jakie powinny obowiązywać pracowników pracujących w kontakcie z osobami doświadczającymi przemocy to:

- w placówce udzielana jest pomoc tylko osobom doświadczającym przemocy,
- pierwszej konsultacji dokonuje osoba pierwszego kontaktu lub terapeuta (ważne jest, aby w jej trakcie dokonał wstępnej diagnozy sytuacji klienta, co decyduje o kwalifikacji do programu pomocowego),
- osoba prowadząca kontakt po dokonaniu wstępnej diagnozy (w porozumieniu i za zgodą osoby doświadczającej przemocy, a także często w porozumieniu z innymi pracownikami) decyduje o dalszej pomocy (skierowanie do innych specjalistów oraz na zajęcia grupowe – grupy edukacyjnej),
- pracownik placówki uczestniczy w cotygodniowych zebraniach klinicznych w celu monitorowania swojej pracy i wprowadzania korekty w zakładanym planie pomocy,
- w wyniku potrzeby osoby doświadczającej przemocy i/lub własnej pracownik placówki kontaktuje się z pozostałymi pracownikami instytucji poza czasem formalnie do tego przeznaczonym (zebrania kliniczne, superwizje),
- osoby pracujące w kontakcie bezpośrednim wchodzi w skład grup roboczych w sprawach osób, którym udzielają pomocy.

W kontakcie z osobą doświadczającą przemocy należy szczególnie pamiętać by:

- być uważnym na sygnały świadczące o stosowaniu wobec naszego klienta przemocy, co wymaga cierpliwości i wysiłku (m.in. pozwala dokonać wstępnej diagnozy),
- nazwać zachowania sprawcy stosowaniem przemocy,
- okazać klientowi, że przemoc uznajemy za bardzo poważny problem,
- okazać, że wierzymy temu, co nasz klient mówi o stosowanej wobec siebie przemocy,
- dać wyraz przekonaniu, że nic nie usprawiedliwia przemocy (np. prowokacja, na którą powołuje się sprawca, ale również osoba doświadczająca przemocy),
- zmotywować klienta do wzięcia pod uwagę wszystkich dostępnych źródeł pomocy oraz wyboru tych, na które klient wyraża zgodę,
- pomóc klientowi rozważyć wszystkie możliwe opcje (wspólne zastanowienie się jak je wykorzystać do zwiększenia bezpieczeństwa a w rezultacie trwałego przetrwania przemocy),
- unikać mówienia klientowi, co ma robić (podejmowanie decyzji za klienta-osobę doświadczającą przemocy może wzmacniać jej poczucie bezradności),
- pomóc klientowi rozpoznać, jakie ma „mocne strony”, co jest niezbędne w procesie „podnoszenia się” przez osobę doznającą przemocy,
- być dobrym, aktywnym słuchaczem.

Etapy pracy z osobami doznającymi przemocy w programie pomocowym:

1. **Diagnoza sytuacji osoby doświadczającej przemocy:**

- **psychologiczna** – obejmująca obszary: poznawczy, emocjonalny, behawioralny,
- **prawna** – z udziałem prawnika – konsultanta, pozwalająca na ocenę sytuacji osoby doświadczającej przemocy oraz planowanie i monitorowanie podejmowanych przez nią kroków prawnych,
- **socjalna** – pozwalająca ocenić zasoby osoby doświadczającej przemocy oraz deficyty w wymiarze ekonomicznym, a także mająca charakter interwencyjny poprzez kontakty konsultanta z innymi instytucjami, których działanie może wydatnie poprawić sytuację klienta w opisywanym wymiarze (udział w grupie roboczej, współpraca interdyscyplinarna),
- **medyczna** – przede wszystkim specjalistyczna (psychiatryczna), pozwalająca ocenić funkcjonowanie osoby doświadczającej przemocy w wymiarze zdrowia psychicznego z uwzględnieniem specyfiki doświadczania przemocy, jak również obejmująca problem nadużywania środków psychoaktywnych lub uzależnienia. Zasadne wydaje się, by osoba taka w trakcie korzystania z pomocy ambulatoryjnej lub stacjonarnej wykonała również w swojej Przychodni Rejonowej niezbędne badania pozwalające ocenić jej kondycję fizyczną, co może mieć istotny wpływ na proces zatrzymywania przemocy w jej życiu.

2. **Wspólne z osobą doświadczającą przemocy określenie jej oczekiwań, jak również potrzeb wynikających z dokonanej diagnozy jej sytuacji:**
 - każdemu przedstawionemu przez osobę doświadczającą przemocy problemowi powinno towarzyszyć sprawdzenie, jakie ma wobec osoby pomagającej oczekiwania (chodzi m.in. o sprawdzenie realności oczekiwań klienta, co w przypadku osób doświadczających przemocy wydaje się szczególnie ważne oraz możliwości, jakimi dysponuje pracownik instytucji),
 - potrzeby, które zgłasza osoba doświadczająca przemocy należy przeformułować na cele do pracy w kontakcie terapeutycznym.
3. Po zaakceptowaniu przez osobę doświadczającą przemocy celów, kolejnym krokiem będzie **opracowanie planu pomocy** odpowiadającego dokonanej diagnozie jej sytuacji, oraz przeformułowanym jej potrzebom (niezbędne będzie również wspólne z klientem ustalenie kolejności celów do realizacji – rodzaj kontraktu zawieranego przez osoby udzielające pomocy i klienta).
4. **Realizacja planu pomocy** osobie doświadczającej przemocy obejmować będzie oprócz kolejnych konsultacji kontakt z innymi specjalistami w celu monitorowania udzielanej pomocy oraz jej ewentualnej korekty (np. przy okazji zebrań klinicznych pracowników poradni).
5. Dzięki udzieleniu **kompleksowej pomocy** należy przypuszczać, że klient pod jej wpływem zostanie wyposażony w wystarczającą siłę, która pozwoli mu na skuteczne zatrzymanie przemocy w jego życiu,
6. W przypadku niektórych klientów zasadne będzie skierowanie do specjalistycznych ośrodków terapeutycznych, w których praca pozwoli klientowi na dalsze poprawianie jakości swojego życia (**ponieważ dopiero wówczas jest odpowiedni czas ze wskazanym miejscem na psychoterapię!**).

Osoby zgłaszające się do placówki mogą liczyć na pomoc ukierunkowaną na następujące cele:

- ocenę sytuacji zagrożenia,
- uruchomienie działań interwencyjnych,
- edukację dotyczącą zjawiska przemocy,
- edukację w zakresie niezbędnym do powstrzymania przemocy i korzystania z własnych praw,
- edukację z zakresu problemów współistniejących z przemocą, przede wszystkim uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia,
- wsparcie dotyczące obszaru emocjonalnego (m.in. praca nad trudnymi, osłabiającymi uczuciami oraz praca nad wzmacnianiem czynników pomocnych w zatrzymaniu przemocy),
- rozpoznanie potrzeb w obszarach: psychologicznym, zdrowotnym, socjalnym, prawnym itp.,

- wspólne zaplanowanie i pomoc w realizacji celów po uprzednim zaakceptowaniu ich przez uczestnika programu,
- po skutecznym powstrzymaniu przemocy skierowanie do placówki specjalistycznej w celu podjęcia psychoterapii dotyczącej wspomnianych wyżej problemów współistniejących.

Powyższe cele realizowane będą przez pracowników placówki dzięki następującym formom:

- konsultacjom diagnozującym skalę i specyfikę przedstawianego problemu,
- specjalistycznym konsultacjom ukierunkowanym na przerwanie przemocy z uwzględnieniem skali i specyfiki rozpoznanego problemu,
- zajęciom grupowym stanowiącym uzupełnienie kontaktu indywidualnego.

Terapeuci udzielający wsparcia i pomocy psychologicznej mogą pracować w oparciu o następujące metody:

- **obserwacja** – funkcjonowanie osoby doświadczającej przemocy w trakcie spotkania indywidualnego (np. zgodność lub rozbieżność komunikatów werbalnych z pozawerbalnymi),
- **wywiad** – dotyczący ważnych obszarów życiowych wspomagający proces diagnostyczny oraz zaplanowanie pomocy,
- **bilans zasobów** – diagnoza czynników zniewalających oraz czynników wyzwalających z przemocy,
- **analiza traumatycznych doświadczeń osoby doświadczającej przemocy** w celu odreagowania przez nią uczuć oraz służąca lepszemu zrozumieniu obecnej sytuacji,
- **desensytyzacja** – wygaszanie bodźców lękotwórczych i kojarzenie ich ze stanem relaksacji,
- **elementy treningu asertywności** – mające na celu przywrócenie osobie doświadczającej przemocy kontroli nad własnym życiem oraz wyznaczenia bezpiecznych granic w relacjach z innymi,
- **psychodrama** – jako metoda służąca nabywaniu nowych umiejętności i zachowań,
- „**burza mózgu**” – poszukiwanie nowych rozwiązań, alternatywa dla poczucia bezradności i rezygnacji ze zmiany własnej sytuacji,
- **praca indywidualna** podczas uczestnictwa w zajęciach grupowych z informacjami zwrotnymi od innych,
- **ćwiczenia relaksacyjne,**
- **ćwiczenie konstruktywnych sposobów komunikacji z innymi,**
- **inne** stosowane metody wynikające z potrzeb osoby doświadczającej przemocy oraz sprecyzowanego problemu, co wymaga spojrzenia eklektycznego.

KONTAKT INDYWIDUALNY

POMOC INDYWIDUALNA TERAPEUTYCZNA

Klient zgłaszający się do terapeuty może przede wszystkim liczyć na zdiagnozowanie swojej sytuacji. Terapeuta prowadzący po dokonaniu diagnozy kieruje klienta do innych specjalistów, by można było udzielić kompleksowej pomocy oraz na zajęcia grupowe uzupełniające kontakt indywidualny.

POMOC INDYWIDUALNA PRAWNA

Konsultacje prawne poprzedza konsultacja wstępna u terapeuty. Ważne, by klient wiedział, jaki jest cel takiej konsultacji i był do niej przygotowany. Podczas konsultacji klient może otrzymać niezbędną wiedzę z zakresu przysługujących mu praw, jak i pomoc w pisaniu pism procesowych oraz monitorowanie kolejnych kroków.

POMOC INDYWIDUALNA SOCJALNA

Konsultacje socjalne odbywają się również po uprzednim skierowaniu przez terapeutę prowadzącego. Mają one charakter interwencyjno-monitorujący pomocny w skutecznym zatrzymaniu przemocy w życiu klienta. Konsultant aktywnie towarzyszy klientowi w procesie zatrzymywania przemocy.

POMOC INDYWIDUALNA LEKARSKA

Z uwagi na rozległe skutki doznawanej przemocy klient powinien być kierowany w określonych przez terapeutę prowadzącego sytuacjach do lekarza psychiatry, który diagnozuje kondycję psychiczną oraz w celu jej poprawienia udziela klientowi niezbędnej pomocy

POMOC INDYWIDUALNA W ZAKRESIE KOMPETENCJI WYCHOWAWCZYCH

Konsekwencje doświadczania przemocy w rodzinie niosą dla wielu osób wiele trudności w relacjach z dziećmi, które czasami identyfikują się z osobą stosującą przemoc jako silniejszą (bardziej atrakcyjną) ujawniając w relacji złość i pretensje. Często też osoby doświadczające przemocy nie wiedzą jak odpowiadać na „kłopotliwe” pytania dzieci i jak zachowywać się w konkretnych sytuacjach. Dlatego niezbędna będzie pomoc ze strony psychologa dziecięcego, pedagoga.

Grupa edukacyjna dla osób doświadczających przemocy w rodzinie

Dla wielu osób doświadczających przemocy w rodzinie kontakt z psychologiem w placówce zajmującej się tym problemem jest pierwszym w życiu. Zwłaszcza początkowe spotkania pokazują jak trudno po doświadczeniach traumatycznych otworzyć się przed drugą osobą i zaufać jej. Dla wielu osób informacja, jaką otrzymują, że doświadczają przemocy jest zaskakująca. W procesie identyfikowania się z tym problemem bardzo ważną rolę odgrywa psychoedukacja. Ważne, by oprócz edukacji, która jest elementem wielu spotkań indywidualnych, zaproponować cykl spotkań grupowych, który oprócz waloru zdobywania wiedzy dostarczyłby każdej osobie doświadczającej przemocy identyfikacji z innymi osobami. Zajęcia grupy edukacyjnej pozwoliłyby też na bezpieczne modyfikowanie sposobów kontaktu z innymi ludźmi bez ryzyka, które niosą sytuacje z ich codzienności. Propozycje tematów edukacyjnych na konkretne spotkania zależą od doświadczenia, wiedzy i kompetencji pracowników zespołu (zwłaszcza, jeśli chodzi o problemy współlistniejące z przemocą). Oto niektóre z nich:

1. **Mity i stereotypy na temat przemocy**
2. **Cykle przemocy w rodzinie**
3. **Poczucie winy u ofiar przemocy**
4. **Prawo karne wobec przemocy w rodzinie**
5. **Prawo rodzinne wobec przemocy w rodzinie**
6. **Związek między przemocą domową a uzależnieniami**
7. **Sytuacja psychologiczna dziecka w rodzinie, w której występuje przemoc (dziecko-ofiara, dziecko-świadek)**
8. **Lęk u ofiar przemocy**
9. **Depresja u ofiar przemocy**
10. **Jak ochronić siebie i dzieci przed przemocą?**
11. **Co zrobić w sytuacji bezpośredniego zagrożenia ze strony sprawcy przemocy?**
12. **Osoba doświadczająca przemocy w konkretnych sytuacjach (grupa robocza, sąd, policja)**

Zajęcia grupy edukacyjnej powinny odbywać się raz w tygodniu w konkretny dzień przez dwie godziny.

„Grupa radzenia sobie z przemocą”

Trudno wyobrazić sobie skuteczne pomaganie osobom doświadczającym przemocy w rodzinie bez oddziaływań grupowych. Wiele szkół terapeutycznych podkreśla, że umożliwienie uczestniczenia w grupie osób skupionych wokół konkretnej problematyki stanowi nieodzowny element współczesnych programów „pomocowych”

będąc uzupełnieniem pomocy indywidualnej. Elementem pomocy ofierze przemocy, o który trudno w kontakcie indywidualnym (a który wręcz nie jest wskazany) jest identyfikacja. Proces ten może być rozpoczęty już w grupie edukacyjnej, a utrwalana w kolejnej pracującej nad bieżącymi, konkretnymi problemami jej uczestników. Odpowiednio zmotywowana osoba doświadczająca przemocy w rodzinie już podczas pierwszego pobytu na grupie odkryje, że nie tylko ją dotyka tak bolesny problem. To może przynieść ulgę w uczuciach oraz przekonanie, że odnalazła miejsce, w którym zostanie wreszcie zrozumiana, a nie osądzona. Jednak osoba doświadczająca przemocy to również osoba, w której życiu zagościł chaos. Wprowadziła go osoba stosująca przemoc wraz z całym repertuarem trudnych do przewidzenia agresywnych zachowań. Dlatego jako osoby proponujące zajęcia grupowe musimy pamiętać o ustaleniu konkretnych zasad grupowych. Jeśli popatrzymy na grupę, jako na miejsce, w którym każdy uczestnik może uczyć się konstruktywnych sposobów komunikacji z innymi, szybko przekonamy się o potrzebie takich zasad. Oto propozycje niektórych nich:

- **Mówiąc o sobie zaczynam zdanie od „ja”, zwracając się do kogoś od „ty”,**
- **Nie oceniamy siebie nawzajem, ponieważ często bywa to krzywdzące,**
- **Mówiąc o czymś zachowaniu staramy się nazwać swoje uczucia,**
- **Na zajęcia staramy się przychodzić punktualnie,**
- **Nie przerywamy czyjejs wypowiedzi,**
- **Będąc aktywnym mam szansę poprawić swoją sytuację,**
- **Grupa stanowi uzupełnienie kontaktu indywidualnego,**
- **Uczestników grupy obowiązuje tajemnica – sprawy poruszane na zajęciach nie opuszczają „murów” placówki, w której jest udzielana pomoc.**

Każde zajęcia „grupy radzenia sobie z przemocą” powinny zawierać w sobie część poświęconą bieżącym problemom uczestników. Z czasem dzięki poczuciu bezpieczeństwa oraz wzajemnemu zaufaniu uczestnicy coraz śmielej pokonując swój wstyd opowiadają o swojej bieżącej sytuacji. Mogą liczyć wówczas oprócz wsparcia na skuteczne pomysły radzenia sobie z aktualnymi problemami. Pomysłami tymi dzielą się zwłaszcza uczestnicy bardziej zaawansowani w radzeniu sobie z przemocą. Wszystko zaś odbywa się pod czujnym okiem prowadzących, którzy weryfikują podawane pomysły. Kolejna niezwykle istotna część zajęć to edukacja adekwatna do poruszanych problemów. Wiedza na temat własnych praw, a przede wszystkim poznanie zjawiska przemocy pozwala uczestniczkom uporać się z trudnymi uczuciami takimi jak: poczucie winy, wcześniej wspomniany wstyd, lęk etc., które uniemożliwiają często skuteczne zatrzymanie przemocy przez ofiarę. Z powodu dużej często rotacji uczestników i pojawianiu się aktualnych problemów, prowadzący powinien dość elastycznie – odpowiadając niekiedy na zapotrzebowanie grupy

– sięgać po ważne treści edukacyjne, pamiętając, że uczestnicy zostali wyposażeni w podstawową wiedzę w grupie edukacyjnej.

Ważne dla uczestników będzie utrwalenie podawanych przez prowadzącego treści poprzez ćwiczenia w grupie. Słabą stroną tych zajęć jest ich otwarty charakter. Biorąc jeszcze pod uwagę fakt, że osoba doświadczająca przemocy wycofuje się z podjętych kroków zwłaszcza na początku łatwo przewidzieć, że każde zajęcia mogą odbyć się w nieco innym składzie. To, że wspólny problem zbliża łatwo dostrzec również w relacjach pomiędzy osobami doświadczającymi przemocy w rodzinie. Oprócz zajęć grupowych spotykają się ze sobą w czasie prywatnym udzielając sobie wsparcia (np. towarzysząc w sądzie przed rozprawą i po jej zakończeniu). Godna zastanowienia jest idea **grup samopomocowych**, którą można próbować zaadaptować do tej specyficznej grupy odbiorców. Należy jednak zadbać o bezpieczeństwo każdego uczestnika. Otwartą pozostaje kwestia czy na straży owego bezpieczeństwa stać będzie ktoś w rodzaju lidera (np. osoba, która skutecznie poradziła sobie z przemocą i może skupić się bez szkody dla siebie na problemach innych).

Treningi i warsztaty

W odróżnieniu od powyższych form grupowych, które z uwagi na interwencyjny charakter powinny być otwarte treningi i warsztaty dla osób doświadczających przemocy należy rekomendować w formule zamkniętej. Dzięki temu prowadzący zajęcia pracują z tą samą grupą uczestników, którzy dzięki temu mogą poczuć się bezpiecznie. Rozróżniając treningi od zajęć warsztatowych należy zwrócić uwagę, że trening ma wyposażyć uczestniczącą w nim osobę w konkretne umiejętności (np. trening umiejętności wychowawczych, trening radzenia sobie ze złością, trening zachowań asertywnych itp.). Zajęcia warsztatowe często przynoszą psychologiczny wgląd uczestnikom (zwiększenie samoświadomości, identyfikację potrzeb i poszukiwanie sposobów samorealizacji), który bywa wzmocniany przez propozycje prowadzących i dynamikę panującą na grupie. Podczas uczestnictwa w tych zajęciach uczestnicy powinni mieć nadal zagwarantowany kontakt psychologiczny indywidualny (z osobą prowadzącą) w celu dalszej pomocy i monitorowania sytuacji wewnętrznej i zewnętrznej osoby doświadczającej przemocy. Warto pamiętać, by te formy zajęć grupowych proponować osobom, u których nasilenie przemocy zmalało w stosunku do rozpoczęcia udziału w programie (które poczuły się bezpieczniej i skuteczniejsze w zatrzymaniu przemocy), o czym może zdecydować z uczestnikiem programu osoba prowadząca.

SUPERWIZJA PRACY Z OSOBAMI DOŚWIADCZAJĄCYMI PRZEMOCY

W obiegowej opinii superwizja nadal przypisywana jest psychologom i psycho-terapeutom. Jednakże w obszarze pomagania osobom doświadczającym przemocy powinna ona być stałym elementem pracy każdego profesjonalisty bez przypisania do konkretnego zawodu. Superwizja może odbywać się w formie indywidualnych sesji, na których obecny jest superwizor i superwizant. Każda osoba pomagająca może korzystać z tej formy superwizji. Inną formułą jest grupa superwizyjna, prowadzona przez jednego lub dwóch superwizorów. Jej uczestnikami są osoby pracujące z pacjentem/klientem w podobnym obszarze, np. terapeuci z jednego ośrodka, osoby zajmujące się pracą z rodzinami z problemem przemocy na danym terenie, pracownicy z konkretnej placówki, np. dom dziecka, przedszkole, ośrodek pobytu dziennego itp., pracownicy socjalni, pedagodzy i wychowawcy. Zadaniem superwizji jest pomoc profesjonalistom w tym, aby ich praca była skuteczna. Nie jest to jednak proste, ponieważ codzienny kontakt z ofiarami, sprawcami, obserwatorami przemocy jest trudny i wymagający od osoby pomagającej z jednej strony wrażliwości i empatycznego reagowania, a z drugiej narażający na częste sytuacje będące dużym obciążeniem emocjonalnym. Mamy tu na myśli takie aspekty, jak:

1. **praca na granicy pomagania i prawa** – osoby pomagające, pracujący w tym obszarze mają dylematy dotyczące celu pracy z pacjentem/klientem. Czy ma sens podejmowanie oddziaływań terapeutycznych/pomocowych wobec osoby, która znajduje się w sytuacji kryzysowej? Procedury prawne trwają często tak długo, że zarówno dorośli pacjenci/klienci, jak i ich dzieci uczą się żyć od jednej rozprawy sądowej do drugiej a nie mają siły i energii, aby pracować nad swoimi emocjami, wzorami zachowania, nawiązywaniem nowych relacji w życiu, poprawą tego, co chcieliby zmienić, ogólnie mówiąc nad powrotem do normalnego życia.
2. **tocząca się interwencja** – każda osoba pomagająca, która została wezwana przed Sąd w sprawie pacjenta/klienta wie, jak wielkim obciążeniem psychicznym, moralnym i etycznym jest taka sytuacja. Nierzadko wezwanie osoby pomagającej do Sądu uniemożliwia dalszą pracę z rodziną, ponieważ w znaczący sposób obniża poziom zaufania pacjenta/klienta do niego.
3. **pomaganie w sytuacji, kiedy pacjent/klient jest w kryzysie emocjonalnym** związanym z występowaniem silnej bezradności, lęku, czasem strachu wynikającego z realnego zagrożenia zdrowia i życia. Osoba pomagająca staje wtedy w obliczu pułapki, że zacznie się bać o bezpieczeństwo pacjenta/klienta i jego najbliższych. Taka sytuacja może prowadzić do wyczerpania zarówno u pacjenta/klienta, jak i profesjonalisty.

4. **silne reakcje przeniesienia negatywnych skojarzeń wynikających z doświadczeń życiowych na osobę pomagającą** – wielu pacjentów/klientów wchodzi z nami w relację, jaka jest im bardzo dobrze znana z życia, czyli sadystyczno-masochistyczną, dwoistą ze swej natury. Z jednej strony prezentują się oni, jako osoby skrzywdzone, bezradne, wymagające naszego zadbania, troski i opieki, z trudem budujące zaufanie do nas, postrzegające nas, jako osobę opresyjną, karzącą, srogą i zagrażającą. Z drugiej zaś strony potrafią wchodzić z nami w relację z pozycji sprawcy przemocy. Wymagają pomocy, której nie możemy im dać, działań, które nie są możliwe, odwołują spotkania bez uprzedzenia, pozostawiając osobę pomagającą ze swoim poczuciem małej ważności dla pacjenta/klienta. Przekraczają także nasze granice, np. poprzez łamanie zasad, na które wcześniej umówili się z nami. Mówiąc o zasadach mamy na myśli np. te odnoszące się do kontraktu dotyczącego współpracy.

Z powyższych rozważań widać, iż praca w obszarze pomagania osobom doświadczającym przemocy naraża wszystkie osoby starające się nieść tą, tak bardzo potrzebną pomoc na przedwczesne zniechęcenie do podejmowania działań, obniżenie wrażliwości na krzywdę drugiego człowieka, powstrzymywanie się od interweniowania, żeby nie narażać siebie na negatywne reakcje pacjenta/klienta lub jego otoczenia, podejmowanie działań pozornych, które w niczym nie pomagają realnie rodzinie. Wszystkie te reakcje niosą wysokie ryzyko wypalenia zawodowego pracowników służb, organizacji pozarządowych i instytucji zajmujących się przeciwdziałaniem przemocy w rodzinie. Superwizowanie pracy w tym obszarze powinno być standardowym działaniem każdej odpowiedzialnej zarówno za siebie, jak i za swoich pacjentów/klientów osób pomagających. Spotkania superwizyjne są miejscem do omawiania następujących aspektów związanych z pomaganiem rodzinom z problemem przemocy:

1. plan dalszego działania,
2. analiza własnych reakcji,
3. otrzymanie wsparcia,
4. nabywanie wiedzy teoretycznej,
5. dbanie o swoje bezpieczeństwo i komfort,
6. poznanie ograniczeń pacjenta/klienta, własnych, instytucjonalnych,
7. nabywanie umiejętności technicznych w pracy z pacjentem,
8. omawianie etycznych aspektów pracy.

KOMPETENCJE OSÓB UDZIELAJĄCYCH POMOCY OSOBOM DOŚWIADCZAJĄCYM PRZEMOCY W RODZINIE

Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 22 lutego 2011 roku (Dz.U. nr 15) w paragrafie 2.1 określa kwalifikacje osób pracujących w specjalistycznych ośrodkach wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie. Jednak oprócz tych finansowanych z budżetu państwa, wymienionych w ustawie o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie w obszarze pracy z osobami doświadczającymi przemocy jest wiele miejsc prowadzonych przez instytucje samorządowe oraz organizacje pozarządowe. Osoby udzielające pomocy osobom doświadczającym przemocy w rodzinie tworzą specjaliści różnych profesji, w tym: pracownicy socjalni, pedagodzy, psycholodzy, kuratorzy sądowi, policjanci. Celem zapewnienia efektywnego wspierania osób doświadczających przemocy specjaliści wykonujący te zadania winni posiadać wszechstronną rzetelną wiedzę i umiejętności z zakresu przeciwdziałania przemocy w rodzinie.

Osoby pierwszego kontaktu

Pracujący w pierwszym kontakcie z osobami doświadczającymi przemocy powinni mieć ukończone poza małymi formami szkoleniowymi jedno szkolenie min. 100-godzinne z zakresu przemocy w rodzinie, wyposażające w podstawowe umiejętności z nawiązania kontaktu z osobą doświadczającą przemocy w rodzinie, sprawnego edukowania na temat zjawiska przemocy, skutecznego motywowania do korzystania z pomocy specjalistów, umiejętności pracy interdyscyplinarnej (np. udział w grupach roboczych).

Osoby pracujące w placówkach ambulatoryjnych i stacjonarnych udzielający pomocy specjalistycznej

Celem zapewnienia efektywnego wspierania osób doznających przemoc specjaliści wykonujący te zadania winni posiadać wszechstronną rzetelną wiedzę i umiejętności z zakresu przeciwdziałania przemocy w rodzinie. Chodzi tu zarówno o umiejętności potrzebne do skutecznej pomocy w kontakcie indywidualnym, jak i kompetencje do prowadzenia oddziaływań grupowych. Wydaje się, że osoby chcący posiadać wspomniane kompetencje mają w Polsce do dyspozycji dwa procesy:

- potwierdzone posiadaniem certyfikatu specjalisty w zakresie przeciwdziałania przemocy rodzinie (Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych)
- potwierdzone certyfikatem specjalisty w zakresie pomocy ofiarom przemocy w rodzinie (Ogólnopolskie Pogotowie dla Ofiar Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia” IPZ PTP).

DOROSŁY ŚWIADEK PRZEMOCY

Mimo, że świadkowie przemocy nie są podmiotem niniejszego opracowania, ani zapisy ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie nie rekomendują działań skierowanych do tej grupy odbiorców, to należy poświęcić im uwagę z powodu tego, że często mogą stanowić naturalne, wspierające w przerwaniu przemocy otoczenie dla osoby jej doświadczającej. Powinni dlatego otrzymać w placówkach pracujących z osobami doświadczającymi przemocy odpowiednią wiedzę o zjawisku, wsparcie oraz nabyć umiejętności jak skutecznie wspierać osobę doświadczającą przemocy. Często to świadkowie, a nie sprawca przemocy, są obciążani odpowiedzialnością za nieodwracalne tragedie. Zarzuca się im brak serca, brak wrażliwości społecznej, a przede wszystkim bierność. Tej bierności nie potwierdzają np. statystyki Poradni Telefonicznej Pogotowia „Niebieska Linia”. W ostatnich latach ponad 40% osób dzwoniących do konsultantów to świadkowie, którzy postanowili zareagować na przemoc, która dzieje się na ich oczach, lub „za ścianą” ich mieszkań. Warto jednak zadać pytanie, co dzieje się z resztą osób? Dlaczego wszyscy nie czujemy obowiązku, by sytuacja, której jesteśmy świadkami została jak najszybciej przerwana? Przyczyn jest wiele, ale zależą one od tego czy świadkowie są grupą czy są to pojedyncze osoby. W książce „Psychologia tłumu” Gustaw Le Bon opisał nasze zachowania w grupie. Jedną z charakterystycznych cech jest to, że grupa zapewnia anonimowość poszczególnym jej członkom. Kiedy obserwujemy przemoc w miejscach publicznych, na ulicy czy w domu wielorodzinnym, sytuacja może przyczyniać się do przekonania, że nie jesteśmy jedynymi, którzy mogą zareagować i że zapewne ktoś podjął już stosowne kroki. W innej sytuacji jest pojedyncza osoba będąca świadkiem przemocy w rodzinie. Trudno jej całą odpowiedzialność wziąć na siebie, dlatego często szuka sojuszników do podjęcia stosownych kroków, a nawet oczekuje, że inni zrobią to za nią. W obu przypadkach należy brać pod uwagę okoliczności, które wpływają na postawę świadków.

Badania dowodzą, że przemoc jest powszechnym zjawiskiem w naszym życiu. Osoby, które same doświadczyły przemocy, mogą mieć duże trudności we właściwej reakcji, kiedy znajdują się w roli świadka przemocy. Im wcześniejsze są to doświadczenia, np. z dzieciństwa, im dłużej trwały, im więcej przyniosły szkód, tym bardziej osłabiająco będą wpływać na nasze zachowania w roli świadków reagujących na przemoc wobec innych. Jednym z psychologicznych mechanizmów radzenia sobie z traumatycznym wydarzeniem, jest **unikanie** – możemy nie słyszeć, nie widzieć, a przede wszystkim nie czuć tych emocji, które przypominają nam bardzo trudne sytuacje z naszej przeszłości. Te, których najbardziej chcielibyśmy uniknąć, mają charakter osłabiający. Najsilniejszy z nich jest **lęk**, który świadkowie przemocy potwierdzają. Może być to lęk, że ze świadka szybko staną się ofiarą przemocy lub obawa, że niewłaściwie ocenią sytuację. Obok lęku występują jeszcze inne uczu-

cia osłabiające takie jak: wstyd, poczucie winy, niepewność, zaskoczenie. Razem wywołują one duży dyskomfort, który postanawiamy przerwać, by na nowo mieć poczucie, że kontrolujemy to, co się w nas i w naszym otoczeniu dzieje, co niekiedy oznacza brak reakcji na przemoc. Okazuje się, że uczuciem utrudniającym pomoc może być również **złość** na ofiarę. Ci z nas, którzy mają w przeszłości doświadczenia z przemocą, której ofiarą była np. matka, najczęściej właśnie od niej oczekiwali podjęcia działań i przerwania przemocy. Dziś w podobnej sytuacji będą również wskazywali na ofiarę, jako odpowiedzialną za trwanie przemocy. Ci, którzy przemocy nie doświadczyli i nie mają wiedzy na temat jej specyficznych mechanizmów, łatwo wyrażają złość na ofiarę, która wbrew zdrowemu rozsądkowi nadal przebywa ze sprawcą. Czasami, kiedy jesteśmy świadkami przemocy między osobami dorosłymi, to, co widzimy lub/i słyszymy nazywamy „**konfliktem**”. Ten błąd zdarza się nawet pracownikom różnych służb czy instytucji pomocowych. Tymczasem słowo „konflikt” zakłada równowagę sił i pozwala innym osobom na przekonanie, że ich interwencja jest niepotrzebna, a strony konfliktu same dojdą do porozumienia. Ocena sytuacji może zostać zniekształcona zarówno przez postawę ofiary, jak i sprawcy przemocy. Zdarza się, że ofiara odmawia przyjęcia pomocy. Ma ona swoje powody: lęk przed sprawcą, poczucie winy, że własnym zachowaniem przyczynia się do przemocy oraz wstyd i obawę przed reakcją otoczenia. Sprawca nie zawsze zachowuje się zagrażająco dla świadka. Bywa uroczy, szarmancki, przyznaje niekiedy, że ma kłopoty w relacji z ofiarą i prosi świadka o pomoc, ale opisywana przez niego wizja rzeczywistości zwykle daleko odbiega od prawdy. On sam zaś występuje w niej często w roli ofiary.

5. Literatura

- **Ackerman Robert J., Pickering Susan E.** – *Zanim będzie za późno. Przemoc i kontrola w rodzinie.* GWP, Gdańsk 2004
- **Antoniak Piotr** – *Świadkowie przemocy.* IPZ.PTP, W-Wa 2009
- **Badura-Madej Wanda, Dobrzyńska-Masterhazy Agnieszka** – *Przemoc w rodzinie. Interwencja kryzysowa i psychoterapia.* WUJ, Kraków 2000
- **Barea Consuelo** – *Poradnik dla kobiet ofiar przemocy.* Wydawnictwo Czarna Owca, W-Wa 2010
- **Briere John, Scott Catherine** – *Podstawy terapii traumy.* IPZ, W-Wa 2010
- **Browne Kewin, Herber Martin** – *Zapobieganie przemocy w rodzinie.* PARPA, W-Wa 1999
- **Gilligan James** – *Wstyd i przemoc. Refleksje nad śmiertelną chorobą.* Media Rodzina, Poznań 2001
- **Greenstone James L., Sharon C. Leviton** – *Interwencja Kryzysowa.* GWP, Gdańsk 2006
- **Herman Judith Lewis** – *Przemoc. Uraz psychiczny i powrót do równowagi.* GWP, Gdańska 1998
- **Herzberger Sharon D.** – *Przemoc domowa.* PARPA, W-Wa 2002
- **James Richard K., Gilliland Burl E.** – *Strategie interwencji kryzysowej.* PARPA, W-Wa 2005
- **Kałucka Renata, Antoniak Piotr** – *Superwizja pracy nad przemocą domową.* Niebieska Linia, Nr 6/71/2010
- **Katz Jackson** – *Paradoks macho.* Wydawnictwo Czarna Owca W-Wa 2012
- **Madanes Cloe** – *Seks, miłość, przemoc: psychoterapia sprawców i ofiar.* GWP, Gdańsk 1999
- **Mellibruda Jerzy** – *Przeciwdziałanie przemocy domowej.* IPZ, W-Wa 2009
- **Rozporządzenie w sprawie „Niebieskich kart” oraz wzory formularzy** – <http://www.mpips.gov.pl/przemoc-w-rodzinielakty-prawnelobowiazujace-akty-prawnel/>
- **Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie** – http://www.niebieskalinia.pl/spaw/docs/znowelizowana_ustawa_2010.pdf