Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej
w Opolu

„Praca ze sprawcą przemocy w rodzinie”

***Projekt „Opolskie Przeciw Przemocy” finansowany jest przez Rządowy Program Ograniczania Przestępczości i Aspołecznych Zachowań
„Razem bezpieczniej”***

**Materiały szkoleniowe- cykl III**

**Opole, grudzień 2010**

**Przemoc definicje:**

1. Wszystkie nieprzypadkowe akty naruszające osobistą wolność jednostki, które przyczyniają się da fizycznej albo psychicznej szkody drugiego człowieka i które wykraczają poza społeczne normy wzajemnych kontaktów międzyludzkich *(Irena Pospieszyl 1999).*
2. Akt przeprowadzony z zamiarem spowodowania cierpienia fizycznego czy krzywdy innej osoby albo postrzegany jako wiedziony taką intencją *(*Gelles, *Cornell 1990).*
3. Składniki zachowania krzywdzącego: *(Archer, Browne 1989)*

- afekt (gniew),

- zachowanie (zadawanie bólu),

- intencja (wyrządzenie krzywdy).

1. Działania i warunki, które hamują spontaniczny rozwój wrodzonych, potencjalnych możliwości oraz naturalne dążenie do samorealizacji *(Gil 1978).*
2. Przemoc fizyczna w rodzinie *(Rada Europy 1986):*

"Jakikolwiek czyn lub zaniedbania ze strony jednego członka rodziny wobec innych jej członków, które zagrażają życiu, cielesnej bądź psychicznej integralności lub wolności innego członka danej rodziny albo poważnie szkodzą rozwojowi jego osobowości."

**Typy przemocy:**

* maltretowanie współmałżonka
* krzywdzenie i zaniedbywanie dzieci
* maltretowanie rodzeństwa
* maltretowanie rodziców
* krzywdzenie i zaniedbywanie starszych

**Formy przemocy w rodzinie** *(Browne, Davies, Stratton 1993)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Przemoc fizyczna | Przemoc psychiczna | Przemoc seksualna |
| Czynne nadużycia | Nieprzypadkowe zranieniePrzymus fizyczny iograniczanie swobody | ZastraszanieNadużycia emocjonalneWykorzystywanie materialne | KazirodztwoNapaść i gwałt |
| Zaniedbywanie bierne | Słaba opieka zdrowotnaZaniedbywanie fizyczne | Brak uczuć Zaniedbywanie emocjonalneZaniedbywanie materialne | Zaniechanie ochrony przed nadużyciamiProstytucja |

**Skutki przemocy**

Bezpośrednia reakcja ofiar na przemoc:

- płacz, krzyk, groźby, próba zastraszenia agresora

- ucieczka do innego pomieszczenia (łazienki, kuchni, na strych)

- ucieczka z domu, szukanie schronienia u krewnych, przyjaciół, sąsiadów, znajomych

- bójka z agresorem, ucieczka do schroniska, noclegowni

- zagrożenie rozwodem, wzywanie policji

**Wzorce reakcji u ofiar przemocy w rodzinie:**

***Emocjonalne:***

Strach, lęki, natręctwa, depresja, zaburzenia poczucia własnej wartości, gniew, poczucie winy i wstyd

***Poznawcze:***

Zaburzenia postrzegania (halucynacje, złudzenia, nagłe pojawianie się obrazów z przeszłości, depersonalizacja, derealizacja, dysocjacja)

***Biologiczne:***

Nadpobudliwość fizjologiczna, zaburzenia somatyczne

***Behawioralne:***

Zachowania agresywne, próby samobójcze, nadużywanie narkotyków lub alkoholu, zaburzenia funkcjonowania społecznego, zaburzenia osobowości

***Interpersonalne:***

Problemy w pożyciu seksualnym, problemy w bliskich związkach, ponowna wiktymizacja, przeobrażenie się ofiary w sprawcę nadużyć

 *Źródło: McCann, Sakleim i Abrahamson*

**Wpływ nadużyć doznanych w dzieciństwie na zdrowie w wieku dorosłym:**

- niskie poczucie wartości

- zawieranie krzywdzących związków - brak asertywności

- zależność od innych

- niezdolność do wyznaczania granic

- polaryzacja zaufania (ufność - nieufność)

- objawy depresyjne

- lęki, napady paniki, fobie

- izolacja społeczna lub słabe relacje społeczne

- małe umiejętności społeczne

- lęk przed odczuwaniem i wyrażaniem emocji (słabości, gniewu, smutku, związanych z rozstaniem)

- izolacja uczuciowa (dysocjacja, brak uczuć)

- zachowania autodestrukcyjne: zaburzenia łaknienia, nadużywanie alkoholu/narkotyków, samobójstwo! samouszkodzenie)

- zaburzenia psychiczne

- krzywdzenie innych

- skarżenie się na częste bóle głowy lub brzucha

- konieczność częstego korzystania a ubikacji

**Objawy społeczne**:

- nieufność wobec innych, niekomunikatywność

- nieumiejętność nawiązywania kontaktu, podtrzymania więzi, pozyskania przyjaciół

- wrogość

- wzrost irytacji w przypadku różnych trudności, niekontrolowane wybuchy złości

- wyuczona bezradność, nieumiejętność radzenia sobie z codziennymi zadaniami, np. ze zdyscyplinowaniem dziecka, załatwianiem spraw w urzędach, utrzymaniem pracy

- spadek poczucia kompetencji

**Dziecko**:

- bójki z innymi dziećmi, wzrost agresywności w sytuacjach niekontrolowanych lub zagrożonych karą, np. w stosunku do rówieśników czy młodszych dzieci

- zobojętnienie na karę (dziecko sprawia takie wrażenie, jakby nic sobie nie robiło z dotkliwych kar)

- drażliwość, złośliwość, hałaśliwość w zabawach grupowych

- brak dystansu wobec dorosłych oraz odrzucanie innych osób znaczących w otoczeniu (np. dziadków, nauczycieli, sąsiadów)

**Wpływ nadużyć doznanych w dzieciństwie na zdrowie w wieku dorosłym** *(ciąg dalszy):*

- kurczowe trzymanie się rodzica, szczególnie w wypadku małego dziecka - uzależnienie od agresora

- ucieczki z domu (im mniejsze dziecko, tym bardziej symptomatyczne) - „bezinteresowne" niszczenie sprzętów i przedmiotów

- krnąbrność, opór, negatywne nastawienie

- nieposłuszeństwo dziecka wobec większości osób, które nie stanowią bezpośredniego zagrożenia

**Interwencja Kryzysowa – definicje**

***Kryzys*** (według Geralda Caplana amerykańskiego psychiatry jednego z twórców interwencji kryzysowej, który opracował schemat przebiegu reakcji kryzysowej), to sytuacja, która powstaje wtedy, gdy jakaś osoba na drodze do osiągnięcia ważnych celów życiowych napotyka przeszkody i nie jest w stanie tych przeszkód przezwyciężyć za pomocą dotychczasowych metod rozwiązywania problemów; kryzys powoduje, iż osoba traci równowagę w jakiej się znajduje i wchodzi w stan braku równowagi i dezorganizacji.

***Kryzys medyczny***; oznacza nagłe, gwałtowne przesilenie się choroby z następującym po nim szybkim spadkiem gorączki i ustąpieniem innych objawów chorobowych (Słownik Wyrazów Obcych PWN 1999). Wyróżniany jest również kryzys psychologiczny. Wiązany on jest z utratą ważnego celu życiowego, obiektu miłości, światopoglądu, religii. Często jest to rozczarowanie wybraną drogą życiową.

***Interwencja kryzysowa*** to zespół interdyscyplinarnych, profesjonalnych, celowych i skoordynowanych oddziaływań, wykorzystujących zasoby klienta kryzysowego, jego naturalnego otoczenia społecznego oraz instytucji pomagających, których celem jest ułatwienie odzyskania przezeń równowagi wewnętrznej i poczucia sprawczości oraz rozwiązania problemu /problemów/ stanowiących podłoże doświadczenia kryzysowego.

Odbiorcą tych działań mogą być zarówno jednostki jak i grupy oraz całe społeczności.

"***Interwencja kryzysowa***, jako forma pomocy psychologicznej, polega na kontakcie terapeutycznym, skoncentrowanym na problemie wywołującym kryzys, czasowo ograniczonym, w którym dochodzi do konfrontacji osoby z kryzysem i do jego rozwiązania. Redukcja symptomów i przywrócenie równowagi psychicznej zapobiega dalszej dezorganizacji."**[[1]](#footnote-1)**

**Etapy przeżywania sytuacji kryzysowej**

**1.** W początkowym etapie, jeśli pojawia się jakaś przeszkoda, trudność, wydarzenie losowe (np. śmierć bliskiego, odejście ukochanej osoby, brak pracy) pojawia się zdziwienie, zdumienie. Sprawdzone źródła pomocy okazują się niewystarczające.

**2.** Osoba zaczyna przeżywać poczucie bezradności, niezrozumienia, osamotnienia. Obniża się poczucie własnej wartości i przeżywa siebie jako pokonaną. Zwykłe mechanizmy obronne nie spełniają swej roli. Wyczerpane są siły psychiczne. Następuje kulminacja napięcia, lęku, poczucia zagrożenia.

**3.** Okres wyrównania, odrętwienia, koncentrowania się na trudnościach. Osoba nie jest w stanie dostrzec innych możliwości rozwiązania swoich problemów. Uważa, że nic nie można już zmienić. Brak jej energii do podjęcia jakichkolwiek działań.

**4.** W zależności od tego czy osoba otrzymuje wsparcie zewnętrzne (profesjonalne lub nie) czy też nie możliwe są dwa główne sposoby radzenia sobie z kryzysem:

**A)** Brak wsparcia zewnętrznego: osoba szuka ulgi. Jest wyczerpana życiem w ciągłym napięciu. Podejmuje działania, które choć na trochę przyniosą jej ulgę. Najczęściej są to działania o naturze destrukcyjnej (np. picie alkoholu, zażywanie narkotyków, zachowania agresywne i autodestrukcyjne). Uruchamiane są patologiczne mechanizmy obronne, które z czasem mogą przejąć dominującą rolę. U osób, które podjęły właśnie takie działanie, rodzi się często poczucie niższości, niemocy. Niewykorzystanie szans powoduje narastanie uczucia frustracji, pustki, złości.

**B)** Otrzymanie wsparcia zewnętrznego: osoba podejmuje działania mające na celu redukcję napięcia, doznanie ulgi. Są to działania konstruktywne. Najczęściej jest to; przeorientowanie strategii, aktywna eksploracja rzeczywistości i poszukiwanie informacji, wyrażanie pozytywnych i negatywnych emocji, poszukiwanie pomocy u innych, podzielenie sytuacji na fragmenty i stopniowe rozwiązywanie, rozpoznawanie u siebie symptomów zmęczenia i dezorganizacji, co ułatwia sterowanie własną aktywnością, plastyczność i gotowość do wprowadzania zmian w sobie, zaufanie do siebie, wzmacnianie własnej motywacji do zmiany. przeorientowane mechanizmy obronne.

***Klasyczny model interwencji kryzysowej*** polega na zapewnieniu wsparcia emocjonalnego, poczucia bezpieczeństwa, zredukowaniu lęku. W interwencji kryzysowej istotne jest empatyczne, a zarazem praktyczne odpowiedzenie na potrzeby osoby w kryzysie. Ważne, aby podejmując się pomocy osobie w kryzysie, mieć na uwadze następujące zasady:

**Po pierwsze**: należy być z tą osobą. Jeżeli nie mamy czasu, jeżeli nie mamy możliwości być dłużej, to nie powinniśmy podejmować interwencji. Czas interwencji jest nieograniczony we wstępnej fazie. Kontakty powinny być intensywne. Powinniśmy pracować do skutku, czyli do ustalenia jakiegoś sposobu postępowania.

**Po drugie**: w niektórych sytuacjach należy być dyrektywnym. Osoba w kryzysie nie jest w stanie sama rozwiązać swoich problemów. Nie widzi swej sytuacji z metapoziomu. Koncentrujemy się na problemach "tu i teraz".

**Po trzecie**: osoba pomagająca powinna okazywać maksymalny poziom empatii. Powinna popatrzeć na świat osoby w kryzysie z jej punktu widzenia. Zobaczyć jej trudności oraz zasoby pomocne w rozwiązaniu problemu.

**Po czwarte**: osoba pomagająca osobom w kryzysie powinna uczyć nowych rozwiązań, a nie dawać gotowe recepty.[[2]](#footnote-2)\*

**Sprawcy przemocy**

Kryteria kwalifikowania do terapii:

* ocena stopnia motywacji klienta.
* ustalenie oczekiwań klienta wobec terapii.
* ocena zdrowia psychicznego klienta.
* ocena własnego zaangażowania związanego z leczeniem danej osoby

Kategorie diagnostyczne:

- zaburzenia osobowości

- zaburzenia spowodowane stosowaniem substancji psychoaktywnych

- zaburzenia zachowania (nawyków, popędów)

- zaburzenia w przebiegu chorób somatycznych

- zaburzenia spowodowane organicznym-uszkodzeniem mózgu

- zaburzenia adaptacyjne i dysocjacyjne

- zaburzenia afektywne

- zaburzenia psychotyczne

- zaburzenia preferencji seksualnych

**Okoliczności ujawnienia problemu**

Problem dowiedziony aktualny:

- ujawniony przez ofiarę

- ujawniony przez sprawcę

- skierowanie przez innego specjalistę

- zdarzenie krytyczne (pobicie do nieprzytomności, próba samobójcza)

- ujawniony przez rodzinę

- ujawniony przez osoby znaczące (nauczyciel, ksiądz)

- zlecenie policji (sądu)

Problem domniemany

Problem wystąpił w przeszłości (domniemany/dowiedziony)

Problem szczególny: wykorzystanie seksualne

- czyny lubieżne (art. 200 K.k.)

- kazirodztwo (arf. 201 K.k.)

- gwałt (art. 197 K.k.)

**Maltretowanie współmałżonka**

Cechy sprawców:

- niskie poczucie własnej wartości

- poczucie izolacji i braku wsparcia społecznego - brak umiejętności społecznych i asertywności - zaburzenia emocjonalne (lęk, depresja)

- nadużywania alkoholu i/lub narkotyków

- słaba samokontrola, zachowania antyspołeczne - władczość, zazdrość i lęk przed porzuceniem

- obarczanie winą innych ludzi (czynniki zewnętrzne), skłonność do eskalacji sporów oraz do reagowania agresją i przemocą na prowokację

- brak empatii i współczucia dla swojej ofiary, często uzależnionej od sprawcy z powodu słabego zdrowia fizycznego i psychicznego, problemów seksualnych, trudności związanych z ciążą i porodem

- przemieszczenie negatywnych uczuć spowodowanych brakiem satysfakcji zawodowej, stresem lub bardzo przykrymi wydarzeniami (np. rozdzieleniem z partnerem, śmiercią rodzica lub dziecka)

- problemy materialne i społeczne: brak pracy, trudne warunki mieszkaniowe, trudności finansowe - obserwowanie lub doświadczenie przemocy w okresie dzieciństwa

- ukrywanie przemocy w życiu dorosłym, zastraszanie innych, używanie broni

Cechy ofiar:

- wyuczona bezradność

- negatywny obraz własnej osoby

- zbyt wysokie koszty ekonomiczne opuszczenia współmałżonka niemożność samodzielnego radzenia sobie

- trudności ze zdobyciem pracy i nawiązaniem nowej przyjaźni - przekonanie, że dzieci potrzebują ojca

- potępiający stosunek do rozwodów - wiara, że mąż się zmieni

Kobiety, które szukają schronienia, lecz potem wracają do domu:

- kobiety zamężne (cztery razy częściej decydują się na powrót)

- nieliczne wcześniejsze okresy separacji

- sporadyczne i mniej dotkliwe akty przemocy - niewielki kontakt z policją

- brak wcześniejszych kontaktów z instytucjami zajmującymi się ochroną dzieci - krótki okres przebywania w schronisku

- wcześniejszy zamiar powrotu

**Cechy charakterystyczne ofiar nadużyć w związkach małżeńskich:**

- niskie poczucie własnej wartości

- bierne strategie radzenia sobie z trudnościami - silna zależność od partnera

- lęk i depresja

- izolacja społeczna

- skłonność do obwiniania siebie - ustępliwość w zachowaniu

- ambiwalentna lojalność - nieprawidłowe atrybucje

- nadużywanie alkoholu i narkotyków - choroby związane ze stresem

**Przykłady programów dla sprawców przemocy**

**THE DULUTH CURRICULUM**

Leczenie sprawców jest częścią szerszego programu o nazwie Domestic Abuse Intervention Project of Duluth, który powstał na początku lat 80-tych w Minnesocie. Dużą wagę przywiązuje się w nim do skoordynowania różnych działań w społeczności wobec problemu przemocy. Przemoc jest definiowana jako przejaw męskiej władzy i kontroli nad kobietą. Jest nią nie tylko fizyczne znęcanie się, ale także groźby, izolowanie, upokarzanie, stosowanie przymusu.

Program ma charakter psycho - edukacyjny i prowadzony jest dyrektywnie. Na spotkaniach grupowych prowadzący przedstawia tematy związane z problemem zaufania, szacunku, wsparcia, partnerstwa i umiejętności negocjacji. Każdemu tematowi poświęcone jest kilka sesji. Na początku każdej sesji na dany temat terapeuta prezentuje na wideo zachowanie, które jest ilustracja przemocy. Następnie każdy z uczestników omawia swoje spostrzeżenia
w odniesieniu do przedstawionego materiału na kasecie. Na kolejnych sesjach opisuje swoje własne kontrolujące zachowania, następnie wszyscy poszukują alternatywnych zachowań dla siebie.

**THE DULUTH CURRICULUM**

Leczenie sprawców jest częścią szerszego programu o nazwie Domestic Abuse Intervention Project of Duluth, który powstał na początku lat 80-tych w Minnesocie. Dużą wagę przywiązuje się w nim do skoordynowania różnych działań w społeczności wobec problemu przemocy. Przemoc jest definiowana jako przejaw męskiej władzy i kontroli nad kobietą. Jest nią nie tylko fizyczne znęcanie się, ale także groźby, izolowanie, upokarzanie, stosowanie przymusu.

Program ma charakter psycho-edukacyjny i prowadzony jest dyrektywnie. Na spotkaniach grupowych prowadzący przedstawia tematy związane z problemem zaufania, szacunku,

wsparcia, partnerstwa i umiejętności negocjacji. Każdemu tematowi poświęcone jest kilka sesji. Na początku każdej sesji na dany temat terapeuta prezentuje na wideo zachowanie, które jest ilustracja przemocy. Następnie każdy z uczestników omawia swoje spostrzeżenia w odniesieniu do przedstawionego materiału na kasecie. Na kolejnych sesjach opisuje swoje własne kontrolujące zachowania, następnie wszyscy poszukują alternatywnych zachowań dla siebie.

**AMEND**

Program ma charakter długoterminowy i składa się z 4 etapów. Pierwsze 2 etapy trwają kilka miesięcy i są nastawione na psychoedukację i pracę z mechanizmem zaprzeczania sprawcy. Trzeci etap obejmuje kolejne kilka miesięcy pracy w zaawansowanej grupie terapeutycznej, podczas których sprawca zaczyna rozpoznawać własne racjonalizacje związane z przemocą
i zaczyna mówić *prawdę*.

Zachęca się też uczestników do budowania sieci wsparcia, która pozwoli na unikanie stosowania przemocy w przyszłości. Ostatnia faza leczenia jest początkiem rzeczywistych zmian. W tym okresie uczestnicy dostają więcej wsparcia i są zachęcani do zaangażowania się w różne działania na rzecz przeciwdziałania przemocy.

**Wykorzystywanie seksualne dzieci:**

- dzieci najczęściej wykorzystywane są przez osoby znajome (np. kuzynów, wujków, przyjaciół rodziny, ojców, ojczymów)

- im młodsze dziecko, tym większe prawdopodobieństwo, że sprawcą wykorzystania jest osoba z najbliższego kręgu

- im bliższe więzy rodzinne łączą dziecko i sprawcę, tym większe prawdopodobieństwo, że wykorzystanie powtórzy się wielokrotnie, a dziecko będzie się starało zachować je
w tajemnicy

- dziewczynki wykorzystywane są dwukrotnie częściej niż chłopcy - chłopcy wykorzystywani są najczęściej przez mężczyzn

- okres największego ryzyka wykorzystania to, w wypadku dziewcząt, 10-15 lat, w wypadku chłopców, 3-12 lat

- najbardziej na wykorzystanie narażone są dzieci nielubiane w rodzinie, tzw. czarne owce lub dzieci, które dzieli duży psychologiczny dystans od opiekunów

- na wykorzystywanie bardziej narażone są dzieci matek, które same w dzieciństwie zostały seksualnie wykorzystane, (chociaż w tej sprawie istnieją pewne kontrowersje).

**Objawy emocjonalne sugerujące wykorzystanie seksualne:**

- częste lub szczegółowe poruszanie spraw seksu w rozmowie albo zabawie

- seksualizacja kontaktów międzyludzkich

- wciąganie młodszych dzieci w nietypową aktywność seksualną

- świadomość seksualna wykraczająca poza poziom dojrzałości dziecka

- przesadne unikanie mężczyzn

- nadmierna masturbacja

- dawanie do zrozumienia, że ma się jakąś tajemnicę - ucieczki z domu

- próby samobójcze

- problemy psychiatryczne dziecka - niepowodzenia w nauce

- młodzieńcza depresja

- zachowania autoagresywne, niebezpieczne sporty, nałogi - dziwne pytania

 - zaburzenia snu i łaknienia - samookaleczenia

**Wywiad i zrozumienie okoliczności życiowych:**

1. **Ocena sytuacji:** ważne jest, aby możliwie dokładnie dowiedzieć się o historię życia, wypytać się
i ewentualne wracać ciągle do określonych tematów, wskazywać rodzicom, aby zastanawiali się nad określonymi okresami życia. Dodatkowo należy wypytać się o:

2. **Warunki mieszkaniowe i drzwi**: często pomaga naszkicowanie mieszkania. Które pomieszczenia były, w jakim czasie prywatne, a które otwarte? Które drzwi są, kiedy zamknięte? Rodziny
z niejasnymi granicami często wyjmują z zawiasów wszystkie drzwi, łącznie z drzwiami do toalety.
W takich rodzinach często jest niejasne, co, do kogo należy.

3. **Zwyczaje łazienkowe**: praktyka dotycząca otwierania czy zamykania drzwi, kto, z kim jest równocześnie w łazience, kto, do kogo nieproszony wchodzi?

4. **Zwyczaje w sypialni:** kto gdzie śpi? Czy każdy ma swoje miejsce do spania? Kiedy kto śpi`? Kiedy są zamienione miejsca do spania? Kto kogo odwiedza nocą? Kto budzi się w jakim łóżku,
z kim? Które drzwi są nocą otwarte'? Temat snu i strachu często się ze sobą wilżą.

5. **Strach:** w jakich sytuacjach dziecko boi się, jak o tym mówi?

6. **Jedzenie:** co i ile dziecko je? Jakie panują zwyczaje przy jedzeniu?

7. **Struktury rodzinne:** wypytać, stworzyć hipotezy, dowiedzieć się czegoś o historii rodzimy.

8. **Objawy:** dowiedzieć się dokładnie a objawy, okoliczności, zastanowić się nad znaczeniem objawów.

9. **Testy projekcyjne:** rysunek stref bezpieczeństwa.

**Czynniki ryzyka:**

1. Nadużywanie dzieci *(Tricket i inni 1991, Corse i inni 1990)*

Cechy rodziców:

- mniejsze poczucie przynależności do wspólnoty - silna kontrola opierająca się na autorytecie

- rodzice zatroskani, mało radości z rodzicielstwa - mało zadowolenia z dziecka

- mało uzewnętrzniane uczucia w stosunku do dziecka

- brak zachęt dla rozwoju autonomii i niezależności dziecka - stawianie dziecku wysokich wymagań

- mało kontaktu z rodzinami w podobnej sytuacji

- trudności w kontaktach z krewnymi

- niejasność ca do roli rodziców - niezdolność dawania opieki

- oboje partnerzy mają uczucie, że otrzymują za mało

- obojętność, brak tolerancji lub nadmierna obawa o dziecko

Cechy systemu:

- mało więzi rodzinnych

- izolacja społeczna rodziny

- zachwiany społeczno-ekonomiczny status

- choroby psychiczne, uzależnienia, alkoholizie - rodzina niepełna

- historia przemocy w rodzinie

- doświadczenia rodziców związane z zaniedbywaniem i krzywdzeniem

- dysproporcje w poziomie wykształcenia, pozycji społecznej

- przynależność do różnych ras, wyznań, ideologii

- wcześniactwo, niska waga urodzeniowa dziecka

- oddzielenie noworodka od matki po porodzie trwające dłużej niż 24 godziny

- młody wiek matki (poniżej 21 lat) w chwili urodzenia dziecka

- wspólne zamieszkiwanie z nowym współmałżonkiem (przyjacielem) rodzica

- odstępy między narodzinami kolejnych dzieci krótsze niż 18 miesięcy

- upośledzenie umysłowe lub fizyczne dziecka

2. Prawdopodobieństwo wystąpienia gwałtu w małżeństwie:

- ogólne wysokie natężenie agresywności w relacjach małżeńskich (awantury, bójki)

- częste nadużywanie alkoholu oraz wszelkie uzależnienia

- brak zgodności w zakresie podstawowych zasad współżycia seksualnego między małżonkami lub w zakresie preferencji seksualnych

- doświadczenia urazowe partnerów wyniesione z przeszłości, co często wiąże się
z rytualizacją seksu

3. Zachowania ojców sprzyjające nadużywaniu córek *(Paveza 1988)*

- niski dochód

- brak zadowolenia w małżeństwie - brak bliskich więzi matka-córka

- przemoc w rodzinie, przede wszystkim przemoc w stosunku do matki

Możliwe objawy, wskazówki dotyczące rodziny i dziecka**[[3]](#footnote-3)**:

**1. Dzieci**

* Przeseksualizowany język.
* Przeseksualizowany sposób zachowania.
* Wcześnie dojrzałe - dziecinne zachowanie.
* Odmowa:
* uciekanie (wyrywanie się)
* złe postępy w nauce
* problemy dyscyplinarne (krnąbrny ...)
* nadmierna reakcja przy kontakcie cielesnym (kąpiel, rozbieranie u lekarza).

- Zaburzenia typu depresyjnego:

* zaburzenia snu
* brak apetytu
* brak zainteresowań, kłopoty w pracy
* agresywne zachowania.

- Oznaki fizyczne:

* zakażenia, zaczerwienienia w obrębie genitaliów, upławy
* zakażenia pęcherza
* zakażenia jamy ustnej
* krwawienia
* samookaleczenia
* Trudności w nauce:
* zachowania samozaburzające
* niebezpieczne działania (sport, ruch uliczny)
* nałogi
* przerwanie nauki.
* Oznaki rzucające się w oczy:
* dziwne wypowiedzi, balony próbne np. „Czy wszyscy ojcowie lubią dotykać swoje córki?”

2. Czynniki dotyczące systemu

* niepewny człowiek (ofiara) szuka odpowiedniego dla siebie partnera,
* niejasny styl komunikowania,
* niejasność co do roli rodziców,
* niezdolność dawania opieki,
* oboje partnerzy mają uczucie nienasycenia; tego, że otrzymują za mało,
* uczucie niezdolności dawania wystarczająco dużo,
* sprawca (patrz wyżej),
* nieczyste sumienie osoby, która wie,
* niepewność, własne projekcje,
* strach o siebie, o rodzinę.

3. Syndrom sztokholmski:

* Życie ofiary jest zagrożone.
* Ofiara nie może umknąć.
* Izolacja od innych ludzi.
* Uprzejmość sprawcy (ofiara przywiązuje się do traktującego).
* Zamrożenie i rezygnacja.

Różne sytuacje wyjściowe:

* W czasie porady lub terapii pojawia się podejrzenie, że miało miejsce wykorzystanie.
* Ktoś (np. nauczycielka) miała już podejrzenie i zawiadomiła poradnię.
* Zlecenie (policji lub sądu) przebadania ofiary.
* Zlecenie (policji, sądu lub pomocy społecznej) wyjaśnienia i zaopiniowania, by stwierdzić, czy odbyło się nadużycie, i ewentualnie ustalić sprawcę.
* Opinia wiarygodności.
* Nadużycie bardzo prawdopodobne lub dowiedzione, planowanie i przeprowadzenie poszczególnych kroków, konfrontacja
* Nadużycie zostało stwierdzone:

- ocena sytuacji

- praca ze sprawcą, ofiarą, rodzeństwem.

- Gwałt.

**Sposób postępowania** w różnych sytuacjach wyjściowych.

*Ktoś wyraża podejrzenie; np. telefonuje nauczycielka i wyraża podejrzenie.*

**Wyliczyć różne możliwości:**

1. Poradzić się, co można uczynić w klasie, w szkole, na wsi odnośnie ogólnej prewencji.
2. Spróbować skłonić rodzinę, aby się zgłosiła np. z uzasadnieniem, że dziecko źle sobie radzi (takie spokojne, nieszczęśliwe, czy też to Pani zauważyła?). Ważne jest aby znać przyczynę tego dlaczego:
* rodzina nie chce,
* rodzina przychodzi raz lub kilka razy a potem rezygnuje,
* porada nic odnosi skutku lub tylko niewielki,
* istnieje przymus do zgłoszenia doniesienia,
* terapia i pomoc odnosi skutek.

3.Poczuwanie się do obowiązku złożenia doniesienia do prokuratury, policji, sądu.

**Sposób postępowania jeśli nadużycie jest dowiedzione lub bardzo prawdopodobne:**

1. Wyjaśnić czy dziecko (dzieci) lub młodociany jest w niebezpieczeństwie. Jeśli to konieczne podjąć odpowiednia środki.
2. Dobrze jest utrzymywać granice i je chronić, ale nie przekraczać ich.

ZŁE TRAKTOWANIE I ZNĘCANIE SIĘ NAD DZIEĆMI.

JAK ROZPOZNAĆ I POMÓC**[[4]](#footnote-4)**?

|  |  |
| --- | --- |
| PŁASZCZYZNA UCZUĆ | PŁASZCZYZNA ZACHOWANIA |
| Wczesne dzieciństwo (do 3 lat) |
| Przyjemne i nieprzyjemne odczucia strach i zamęt | Zaburzenia snu, jedzenia tendencja do skrajnych zachowań, strach przed obcymi, wycofywanie się, seksualne zabawy nieodpowiednie do wieku |
| Wiek przedszkolny (3-6 lat) |
| Przyjemne i nieprzyjemne odczucia zamęt, strach, wstyd, poczucie winy, wściekłość, poczucie braku obrony, bezradność, obawa przed zranieniem | Regresja wieku: dziecinny język, moczenie się, ssanie kciuka, wycofywanie się;zaburzenia snu (koszmary), zachowania agresywne,uległość wobec innych.Ciągłe i częste zabawy seksualne.Jawna i ciągła masturbacja. |
| Młodszy wiek szkolny (6-9 lat) |
| Ambiwalentne uczucia wobec dorosłych. Zaburzenie co do roli płci i podziału ról w obrębie rodziny. Strach, wstyd, poczucie winy, niepokój i niepewność, wściekłość, strach przed zranieniem i zbrukaniem, nieufność | Społeczne wycofywanie się,dolegliwości somatyczne takie jak: ból głowy, brzucha, zaburzenia snu, jedzenia; zachowania agresywne, nagłe, niewyjaśnione złe oceny w szkole,problemy z utrzymywaniem granic, uległość; przymusowe czynności: zbyt częste kąpanie się, mycie; seksualne czynności z rówieśnikami i młodszymi dziećmi, prowokacyjne działania o charakterze seksualnym, zaburzone stosunki z rówieśnikami |
| Starszy wiek szkolny (9-13 lat) |
| Ambiwalentne uczucia wobec dorosłych, wściekłość, strach, wstyd, depresja, lęk przed zranieniem, nieufność, myśli samobójcze | Społeczne wycofywanie się, brak adekwa­tnych stosunków z rówieśnikami, waga­rowanie, manipu­lacyjne zachowania wobec innych, seksualne nadużywanie młodszych dzieci. |
| Wiek młodzieńczy (13-18 lat) |
| Wściekłość, wstyd, poczucie winy, uczucie bycia oszukanym, nieufność, ambiwalentne uczucia wobec dorosłych, konflikty wynikające ze złego rozumienia funkcji jaką pełni pleć i podziału ról w rodzinie, uczucie bycia „brudnym”,”zepsutym” i zranionym. | Zachowania samodestrukcyjne, narkotyki,ucieczki z domu, zachowania agresywne,wykorzystywanie innych,przyjmowanie roli ofiary,unikanie fizycznej i emocjonalnej intymności,próby samobójcze. |

CO NAZYWAMY SEKSUALNYM WYKORZYSTYWANIEM?

1.

Seksualnym wykorzystywaniem dziewcząt jest wszystko to, co uzmysławia dziewczynie, że nie jest interesująca i ważna jako człowiek, że mężczyźni mogą nią dysponować, że zyskuje na wartości wtedy, gdy zostanie zredukowana do obiektu seksualnego, że jej fizyczna atrakcyjność jest po to, aby stwarzać mężczyźnie przyjemność.

2.

Seksualne wykorzystywanie ma miejsce wtedy, gdy dziewczynka lub chłopiec są wykorzystywani przez starszą od siebie lub całkiem dorosłą osobę jako obiekt ich własnych seksualnych potrzeb. Dzieci młodsze jak i starsze nie są w stanie, na podstawie swojego poznawczego i emocjonalnego stopnia rozwoju, świadomie zgodzić się na seksualne stosunki
z dorosłymi. Prawie zawsze sprawca wykorzystuje swą władzę i dominację.

3.

Seksualne wykorzystywanie jest w głównej mierze nadużyciem władzy dorosłych. Nadużycia takie mają często o wiele mniej wspólnego z samym zaspokojeniem seksualnym ile raczej
z pokazaniem swojej władzy i możliwości panowania, co ma na celu upokorzenie ofiary. Zaspokojenie jest osiąganie poprzez ujarzmienie.

CO TO JEST SEKSUALNE NADUŻYCIE?

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Zdecydowanie nie | Raczej nie | Nie wiem | Raczej tak | Zdecydowanie tak |
| 1 | Trzynastoletnia córka przechodzi rano do łóżka swoich rodziców i ojciec głaszcze ją pod koszulką po gołym brzuchu? i ojciec głaszcze ją pod koszulą, | □ | □ | □ | □ | □ |
| 2 | Ojciec całuję ośmioletnią córkę w usta?  | □ | □ | □ | □ | □ |
| 3 | Wujek goli się, podczas gdy jego siostrzenica kąpie się w tej samej łazience? □  | □ | □ | □ | □ | □ |
| 4 | Dziesięcioletnia dziewczynka siada na kolanach dorosłegomężczyzny, a on ma erekcję?  | □ | □ | □ | □ | □ |
| 5 | Rodzeństwo: dziewięcioletnia dziewczynka i jej trzynastoletni brat całują się z użyciem języka? | □ | □ | □ | □ | □ |
| 6 | Dwoje dzieci: sześciolatek i czterolatek wymieniają pocałunki z użyciem języka? | □ | □ | □ | □ | □ |
| 7 | Przyjaciel ojca, klepie jego czternastoletnią córkę na powitanie po pośladkach? | □ | □ | □ | □ | □ |
| 8 | Ojciec kąpie trzynastoletnią córkę? | □ | □ | □ | □ | □ |
| 9 | Dziadek fotografuje czternastoletnią wnuczkę nago? | □ | □ | □ | □ | □ |
| 10 | Dwunastoletnia dziewczynka rozbiera się przed czternastoletnim sąsiadem? | □ | □ | □ | □ | □ |
| 11 | Ojciec całuje w usta piętnastoletnią córkę? | □ | □ | □ | □ | □ |
| 12 | Opiekunka pilnuje trzyletnią dziewczynkę, przewijają co najmniej co godzinę i robi to bardzo wolno? | □ | □ | □ | □ | □ |
| 13 | Ojczym wyciera dokładnie po kąpieli dwunastoletnią pasierbicę? | □ | □ | □ | □ | □ |
| 14 | Nauczyciel pokazuje się publicznie z piętnastoletnią uczennicą, chodząc z nią pod rękę | □ | □ | □ | □ | □ |

***INTERWENCJA WOBEC POTENCJALNIE AGRESYWNEGO PODOPIECZNEGO***

Postępowanie wobec potencjalne agresywnego podopiecznego powinno rozwijać się w sposób zgodny z sekwencją *siedmioetapowego modelu* opracowanego przez D. Piercy.

ETAPY:

**1. EDUKACJA**

Podopieczny potrzebuje informacji o tym, co się z nim dzieje, dlaczego i jak. Należy dostarczyć uzasadnień i uspokajać:

- przyjęcie roli "adwokata" podopieczny - stwierdzenia wyrażające troskę
o podopiecznego,

- pamiętanie, że w nowej, obcej sytuacji najsilniejsze uczucia podopiecznego to strach
i złość,

- stosowanie pytań otwartych,

- odzwierciedlanie uczuć rodzica informacja: /"liczę się z tym co czujesz i wezmę to pod uwagę"/,

 - dostarczenie różnych możliwości do wyboru. /"terapia wariantowa": "Masz zawsze wybór. Zacznij decydować tak szybko, jak to tylko możliwe!"/

**2. UNIKANIE KONFLIKTU**

Gdy tylko jest to możliwo unikać konfliktu i konfrontacji:

- przeciwstawianie groźby groźbie prowadzi do utraty kontroli i panowania nad sytuacją

- jeżeli podopieczny może uspokoić się sam z minimalną tylko "pomocą" - powinien mieć taką możliwość

* pracownik lubujący się w "nakręcaniu" sytuacji tworzy swoje własne kłopoty
* jeśli podopieczny dochodzi szybko do "punktu, z którego nie ma już odwrotu" należy umożliwić wentylację emocji "lepszy krzyk niż walka"
* usiłować opuścić z podekscytowanym rodzicem towarzystwo innych
* podopieczny powinien zostać skonfrontowany ze swoim niewłaściwym zachowaniem lecz w sposób pełen troski, wspierający, nastawiony na rozwiązanie problemu bez sarkazmu i niewyzywająco

- w przypadku szybko pogarszającej się sytuacji można wprowadzić inną osobę /"neutralną"/ to ryzykowne /wzmocnienie nie akceptowalnego zachowania/

**3. "UGŁASKANIE"**

Ten etap najodpowiedniejszy w sytuacjach zagrożenia, gdy pracownik nie ma odpowiedniej ilości czasu lub informacji do oceny poziomu agresywności podopiecznego i gdy szybka pomoc innych nie jest możliwa:

* nie stosuje się go w normalnych warunkach /działa antyterapeutycznie/,
* lepiej przesadzić w stronę "pokory" niż prezentować obraz "twardego faceta" niezależnie od słownych gróźb, niecenzuralności podopiecznego,

- pracownik nie ma być "wycieraczką pod nogami klienta" ale działać w sposób empatyczny wobec spanikowanego podopiecznego,

- każde usiłowanie opanowania gróźb podopiecznego groźbami wzmacnia jego poczucie zagrożenia,

- można próbować "ugłaskania" jeśli żądania podopiecznego są proste i rozumne nawet jeżeli, przedstawione w wojowniczy sposób.

**4. DEFLEKSJA**

Defleksja uczuć złości może zostać osiągnięta przez - skierowanie uwagi podopiecznego na mniej zagrażające tematy:

* poproszenie o zajęcie wygodnej, niezagrażającej pozycji /"proszę najpierw usiąść"/,
* spokojne i pewne określenie granic przez „usadzenie” podopiecznego,
* technika "Prawa babki": "najpierw szpinaczek potem deserek",
* zastosowanie technik rozwiązywania problemów/przekonanie podopiecznego
o rzeczywistej trosce o niego/,
* rozłożenie problemu na "robocze" części,
* unikanie obietnic bez absolutnej pewności możliwości ich spełnienia,
* skłonienie podopiecznego do opisania problemu /czas, wysiłek, katharsis, dystans emocjonalny, obiektywne spojrzenie/,

- defleksja poprzez aktywność fizyczną

**5.TIME OUT**

Gdy podopieczny nie może poradzić sobie z emocjami chwili można go poprosić o przejście
w miejsce o zredukowanej ilości bodźców, by pobył sam i przemyślał sprawę:

* trzeba szybko ocenić stopień podniecenia klienta,
* pomocne pytania w czasie pierwszego spotkania: *'.*
* *Jak bardzo* podopieczny *czuje się niebezpieczny dla siebie i innych?*
* *Czy jest zdolny i chętny by przez parę chwil usiąść i przemyśleć sprawę?*

6. **POKAZ SIŁY**

Gdy podopieczny jest niezdolny do skorzystania z time out lub w inny sposób zagrażający potrzebą pokazu siły:

- rozmowa w otwartym miejscu - kontakt wzrokowy z innymi członkami zespołu

*Cel: wskazanie, że żaden akt agresji lub zagrożenie agresją nie będzie
tolerowane często pomaga odzyskać kontrolę podopiecznemu. W tym stadium możliwość agresji jest duża - nie należy pracować w pojedynkę.*

*Problem: nie każdy podopieczny daje jasne oznaki, że może stać się agresywny*

*Procedury zabezpieczające*

1. Pozostawanie spokojnym i odprężonym /napięcie mięśni i niespokojne ruchy dolewają oliwy do ognia/. Relaksacja: przez pogłębienie oddechu - bardzo pomocna.

2. Nie "wytrzeszczać gał" na klienta - kontakt wzrokowy może być odbierany jako wyzywający. Zafiksować wzrok na wyobrażanym punkcie na wysokości klatki piersiowej klienta i krótkie spojrzenia w oczy.

3. Pozostawanie na odległość ramienia - ocenić długość ramion klienta i stać nieco dalej

4. Stanie po słabej stronie klienta - ocenić, która ręka jest dominująca i ustawić się po stronie słabszej 9/10 praworęczni/. W nastawieniu agresywnym osoba zawsze wysuwa do przodu nogę po słabszej stronie.

5. Trzymanie ramion z boku tułowia - założone ręce są złe z dwóch powodów;

 a/ komunikują wrogość lub wyższość,

 b/ opóźniają czas reakcji.

6. Przyjęcie obronnej postawy ciała: stopy lekko rozwarte, twarzą w twarz z klientem lekko
w stronę słabszą, przesunięcie dominującej nogi lekko w tył z usztywnionym kolanem, druga noga lekko w przód, kolano ugięte.

7. Unikanie /kornering/ na trzy sposoby:

a/ w kącie dwóch ścian /jedyna droga przez podopiecznego/

b/ kornering wyjściowy - gdy nie można opuścić pokoju bez wejść w przestrzeń osobistą podopiecznego

c/ kornering kontaktowy - działanie fizyczne na podopiecznego. Podopieczny może ustąpić lub wykazać opór. Założenia unikania korneringu: "Nawet bardzo podniecona osoba będzie unikała starcia, jeżeli będzie taka możliwość" - dać możliwość podopiecznemu bezpiecznego opuszczenia przestrzeni.

8. Unikać rozkazywania - to pogarsza sytuację. Pozostawać empatycznie słuchającym
i wykorzystywać umiejętności reagowania.

1. Obserwować reakcje podopiecznego na to co się robi i mówi, co go uspokaja, co ekscytuje.

10.Przyznawać się do błędu - np. w sytuacji pomyłki nie bać się "utraty twarzy", przeprosić.

11. Nic nie rób -jeżeli coś ma pogorszyć sprawę - nie rób tego. Jeśli podopieczny chce wyjść, to pozwól. Nigdy - pod żadnym pozorem nie usiłować dotknąć podopiecznego.

12. Uznanie powodów - do tego by czuć się wściekłym.

**7. ODIZOLOWANIE**

Ogólnie inne niż time out ze względu na długość, miejsce i przymusowy charakter:

* to ostrzejszy sposób stawiania granic
* trzy powody odizolowania:

a/ podopieczny pobudzony, nadaktywny, grożący słownie i niszczący przedmioty

b/ podopieczny impulsywny i niereagujący na stawiane granice

c/ podopieczny wykonujący gesty suicydalne i niezdolny lub niechcący do zawarcia słownego kontraktu dotyczącego kontroli zachowania.

**ZAŁOŻENIA MINIMALIZUJĄCE PRAWDOPODOBIEŃSTWO WYSTĄPIENIA AGRESJI ZE STRONY KLIENTA**

Pracownik instytucji pomocowej powinien założyć, iż:

1. Istnieje potrzeba ustalenia granic i podawania podopiecznemu jasnych instrukcji
z wariantami określając ich możliwe pozytywne i negatywne konsekwencje.

2. Podopieczny odczuwa wiele upośledzających emocji takich, jak: strach, przygnębienie, lęk, bezradność, złość, poczucie odrzucenia, beznadziejność.

NALEŻY:

*słownie zachęcać do* ***wentylowania*** *łych uczuć za pomocą pytań* ***jak*** *i* ***kiedy,*** *okazywać
empatyczną troskę poprzez* ***nazywanie*** *i* ***odzwierciedlanie uczuć*** *klienta, wzmacniać
odpowiedzialne zachowanie i komunikować uczucia.*

3. Będąc w instytucji podopieczny odczuwa frustrację i niepewność z powodu braku normalnej aktywności.

NALEŻY:

*stworzyć możliwość owocnej aktywności.*

4. Zagrożone są samoocena, niezależność i samokontrola podopiecznego.

NALEŻY:

*dostarczyć możliwości podejmowania decyzji, również stosowna jest pomoc medyczna*

*i psychologiczna.*

1. Podopieczny jest napięty i podekscytowany.

NALEŻY:

*stworzyć spokojną, relaksującą atmosferę, szczególnie w okresach wysokiego napięcia
poprzez wykorzystanie zmiennych środowiskowych i stosowanie kooperatywnego
podejścia "my".*

1. Podopieczny jest skonfundowany, pogubiony.

NALEŻY:

* *dostarczyć starannych wyjaśnień wszelkich procedur, jakie będą wobec niego stosowane,*
* *upewnić się, że cały zespół pracuje w* ***tym samym*** *systemie odniesienia.*

Dłuższy pobyt w instytucji powoduje osłabienie i wygaśnięcie naturalnych kontaktów
i brak zakorzenienia.

NALEŻY::

- *stworzyć warunki rodzinne, umożliwić uspakajające psychologicznie* ***zakotwiczenie,*** *skojarzyć to z przyjemnymi wspomnieniami.*

1. Badura - Madej W. /red./, Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej, 1996. [↑](#footnote-ref-1)
2. \* na podstawie materiałów szkoleniowych J. Kasprzaka [↑](#footnote-ref-2)
3. Na podstawie materiałów szkoleniowych Polskiego Instytutu Ericksonowskiego. [↑](#footnote-ref-3)
4. Na podstawie materiałów szkoleniowych Polskiego Instytutu Ericksonowskiego. [↑](#footnote-ref-4)