

Anna Bakula

Przemoc w rodzinie

Zasięg zjawiska 2011

Komenda Główna – 710941 interwencji domowych, w tym 40816 na wsi

Liczba pokrzywdzonych 150 226 (2009)

88388 kobiet

9214 mężczyzn

35 137 dzieci do 13 roku życia

17 527 13 -18 lat

76 % sprawców była pod wpływem alkoholu

81% ofiar przemocy to kobiety

Definicje przemocy

Zjawisko polegające na atakowaniu innej osoby mające trzy główne komponenty : afekt , intencje i zachowanie (Arche i Browne 1989). Te trzy cechy należy rozpatrywać w przemocy jako cechy powiązane ze sobą, ale i mogące występować odrębnie. Kiedy stwierdza się występowanie wszystkich trzech cech jest to typowy akt przemocy wobec drugiej osoby.

Gelles i Cornell (1990) – przemoc to akt podejmowany intencjonalnie lub wynikający z intencji spowodowania fizycznego bólu lub zranienia drugiej osoby. Rozróżniają oni przemoc „ normalną” i „ niewłaściwą”. „Normalna” jest to przemoc kulturowo akceptowana taka jak klapsy, lanie, popychanie. Definicja ta ma wiele wad, nie bierze pod uwagę skutków działań przemocowych.

Przemoc małżeńska – (Gelles 1987) odnosi się do szkód fizycznych i psychicznych, które żadną miarą nie są akceptowane społecznie.

Rada Europy 1986 - każde działanie jednego z członków rodziny lub zaniedbanie, które zagrażają życiu, cielesnej i psychicznej integralności lub wolności innego członka tej samej rodziny bądź poważnie szkodzą rozwojowi jego osobowości.

Typy przemocy w rodzinie :

- 1.przemoc wobec małżonka
- 2.przemoc wobec dziecka
- 3.przemoc wobec rodzeństwa
- 4.przemoc wobec rodziców
- 5.zaniedbywanie i przemoc wobec osób w podeszłym wieku

Typowe formy przemocy w rodzinie (Browne, Davies i Stratton 1993)

- przemoc fizyczna
- przemoc psychiczna (emocjonalna)
- przemoc seksualna
- przemoc ekonomiczna
- zaniedbanie

We wszystkich tych formach mogą być to aktywne nadużycia lub bierne zaniedbania

Właściwości przemocy w rodzinie

Przemoc jest intencjonalna

Przemoc jest naruszeniem praw i dóbr osobistych jednostki

Przemocą jest takie naruszanie praw i jednostki, które uniemożliwia jej samoobronę

Przemoc jest powtarzalna, poczucie bezkarności toruje drogę dalszym aktom przemocy

Przemoc jest częściowo zagłuszaniem poczucia niemocy

Za przemoc odpowiedzialny jest sprawca

Groźenie przemocą jest aktem przemocy

Nie każda przemoc jest ścigana przez prawo

Konsekwencje przemocy (istnieją bliskie i odległe konsekwencje przemocy)

Zaburzenia zachowania i adaptacyjne

Zaburzenia psychiczne w tym zaburzenia osobowości

Zaburzenia psychosomatyczne

Urazy

Śmierć na skutek odniesionych urazów

Zaburzenia organiczne mózgu

Samobójstwa

Problemy z nauką

Uzależnienia

Termin „**obrażenia psychiczne**” dotyczy szkód powodujących obniżenie sprawności intelektualnej, poznawczej, emocjonalnej w wyniku której powstają problemy w funkcjonowaniu społecznym. Należy pamiętać, że w diagnostyce używamy określenia nasilenie objawów. (nieznaczne, umiarkowane, poważne)

Przyczyny przemocy w rodzinie

Socjologiczne podejście – łączy przyczyny przemocy ze społecznym stresem, który oddziałuje na rodzinę. Gil 1978 rok twierdzi, że społeczeństwo jest odpowiedzialne za przemoc w rodzinie.

Funkcjonują tu dwa zasadnicze modele :

1. **model stresu społecznego** (przemoc jest adaptacją do stresu lub odpowiedzią na stres Goode 1971 rok uważa, że rodzina, aby utrzymać porządek opiera się na używaniu siły i sankcji. Im więcej zasobów mają jednostki i rodzina tym mniejsza potrzeba używania siły.
2. **modele kulturowe**

Spoleczne i kulturowe uwarunkowania przemocy

Bezkarność sprawców

Przemoc w życiu społeczno - politycznym

Przemoc w życiu ekonomicznym

Psychologiczne podejścia do przemocy

Przemoc w rodzinie
Przemoc w mediach
Młodzież pozostawiona sama sobie
Negatywne autorytety
Akceptacja przemocy wobec kobiet i dzieci
Przemoc w otoczeniu
Trudne warunki ekonomiczno - bytowe

Podejście psychobiologiczne

– koncentruje się na wrodzonych cechach osobowościowych. Które często mają charakter psychopatologiczny.(Arche, Coccaro, Buss, Durke)
Mark i Erwin 1970 rok postulowali neurochirurgię jak metodę eliminowania gwałtownego i agresywnego zachowania.

Podejście psychoanalityczne

Koncentrowało się na odchyleniach od normy psychicznej u sprawcy wynikających z wewnętrznych psychologicznych konfliktów. Sprawca ma nadmierny popęd do zachowań agresywnych.

Podejście psychodynamiczne – konflikt w relacji z obiektem.

Teorie społecznego uczenia się (Bandura, Roy, Schulz lata 70 – 90)

Jednostka w swoim życiu uczy się różnych zachowań. Przemoc domowa jest rezultatem doświadczeń nabytych w domu rodzinnym i otoczeniu społecznym jednostki. Ludzie uczą się agresywnego zachowania obserwując innych. Agresywne zachowanie może dawać „pozytywne rezultaty”, ludzie obserwując te rezultaty uczą się takich zachowań. Tutaj należy jednak zauważyć różnice indywidualne jednostek o których nie mówiło się w tych teoriach.

Podejście poznawczo – behawioralne

Model Dollarda i Millera frustracja – agresja był modelem wyjściowym do tego podejścia .Autorzy założyli ,że w wyniku obserwacji zachowań przemocowych w rodzinie u obserwatorów wytwarza się skrypt poznawczy, pewne charakterystyczne myślenie. Agresywny skrypt powstaje na drodze uczenia się. Może być zastosowany w przyszłości

Podejścia związane z osobowością

Sprawca ma pewne cechy osobowościowe i temperamentalne predysponujące go do zachowań przemocowych.

Wieloczynnikowy model przemocy – zakłada, że jest to bardzo złożone zjawisko, na która ma wpływ wiele czynników pozostających ze sobą w różnych relacjach. Są to czynniki społeczne, rodzinne, osobowościowe, kulturowe i inne.

Koło przemocy – przemoc jest powtarzalna. Zaczyna się od napięcia sprawcy, jego reakcji na jakiś stres, napięcie narasta, w pewnym momencie następuje potrzeba doznania ulgi, wybuch,

potem „okres miodowego miesiąca”, jako sposób na ucieszenie ofiary, uniknięcie konsekwencji, po jakimś czasie znowu wybuch.

Charakterystyka ofiary przemocy

Ofiara przemocy nie jest przypadkowa, jest dobrana przez sprawcę. Najczęściej pochodzi z rodziny dysfunkcyjnej, ma predyspozycje osobowościowe do bycia ofiarą przemocy, często jest to osobowość zależna. Żyje w ciągłym napięciu, jej życie jest nieprzewidywalne. Sprawca dba o to, aby była zdezorientowana, robi jej „pranie mózgu”.

2.Fazy „prania mózgu”

Rozmiękczenie

Przekształcanie - nowa tożsamość

Ponowne zamrażanie – działania służące utrwalaniu nowej tożsamości, podtrzymywanie

3.Metody „prania mózgu”

Izolowanie, zastraszanie, doprowadzenie do wyczerpania bezustannymi zadaniami, brak snu, brak jedzenia, wymuszanie niechcianych praktyk seksualnych, stosowanie naprzemienne kar i nagród, demonstrowanie władzy, inne)

Faza rozmiękczenia

Izolacja - odizolowanie ofiary od środowiska, od źródeł jakiegokolwiek wsparcia,

koncentracja jedynie na relacjach ze sprawcą

Monopolizacja uwagi – uniemożliwienie jakichkolwiek działań własnych, działań w obronie, koncentracja na zachciankach i poleceniach sprawcy

Zmęczenie, wyczerpanie ofiary – osłabia psychiczną i fizyczną zdolność do stawiania oporu

Groźby wywołują strach i utratę nadziei

Demonstracja wszechmocy sprawcy – przekonują o niemożności obrony

Faza przekształcania

Degradacja – zmuszenie do zaspokajania potrzeb wyłącznie na poziomie zwierzęcym

Zmuszanie do spełniania prostych wymagań – wytwarza nawyk posłuszeństwa w ofierze

Faza zamrażania – faza mająca na celu wykonywanie przez ofiarę poleceń sprawcy, bierność, bez jakiegokolwiek obrony

Charakterystyka psychologiczna ofiary

3.Procesy poznawcze – ofiara uważa, że to jej wina, że nic nie może zrobić, że on jest jej władcą, jest silny, że nikt jej nie pomoże, ma wiele przekonań, które trzymają ją w tej sytuacji.

4.Syndrom wyuczonej bezradności (model stresu Salayego , fazy reagowania na stres, od fazy prób reagowania i zmiany, poprzez stagnację do fazy wyuczonej bezradności)

Syndrom sztokholmski – gdy ofiara zwraca się przeciwko obrońcy, jest po stronie sprawcy

5.Koło przemocy i bycie w tym kole (pozorne gratyfikacje)

Faza narastania napięcia
Faza wybuchu
Faza miodowego miesiąca
Faza narastania napięcia

Ofiara wierzy, że to było ostatni raz, że to się zmieni, że przemoc ustanie. Wierzy zapewnieniom sprawcy, że to było ostatni raz, że sama też zawiniła. Kiedy wierzy nie musi nic robić, nie jest zmuszona do poszukiwania pomocy. Omija wstyd przed ludźmi, unika strachu oskarżenia i jego konsekwencji. Czuje się mniej winna wobec dzieci. Cała ta sytuacja jest bardziej do zniesienia, mniej boli.

6. Negatywny obraz siebie
7. Zaburzenia tożsamości
8. Zewnętrzna sterowalność
9. Połamane granice
10. Brak jasnych, uwewnętrzniczonych norm
11. Zaburzenia emocjonalne
12. Zaburzenia adaptacyjne
13. Zaburzenia psychiczne

Dlaczego ofiary tkwią w tej sytuacji ?

- bo się boją odejść
- bo mają depresję, ich stan psychiczny, zaburzenia lękowe uniemożliwiają im podejmowanie decyzji
- bo nie widzą wyjścia z sytuacji
- bo nie mają gdzie odejść
- bo boją się, że stracą dzieci
- bo nie mają systemu wsparcia
- bo nie wiedzą, gdzie się udać
- bo wstydzą się
- bo narażone będą na lekceważenie przez otoczenie
- bo są uwięzione, nie mają dokumentów, ubrań, pieniędzy
- bo nie mają nadziei na zmianę
- bo on im mówi od lat, że nikt im nie pomoże

PTSD Zespół stresu pourazowego (Post Traumatic Stress Disorder)

Jest to zespół specyficznych symptomów, które mogą pojawić się u osób, po przeżyciu ekstremalnego traumatycznego zdarzenia. Został wprowadzony do Klasyfikacji DCM IV W 1980 roku

Stres traumatyczny powoduje silne reakcje dezorganizacji u osób osłabionych, wyczerpanych z objawami dysfunkcyjności OUN.

Zdarzenie traumatyczne jest związane z groźbą utraty zdrowia lub życia lub fizycznej integralności własnej osoby lub innych osób. Wywołuje ono uczucie silnego strachu i poczucie bezradności, niemożności obrony siebie lub innych.

Objawy PTSD wg. DCM IV :

- utrzymujące się odtwarzanie traumy, jakby ponowne jej doświadczanie, częste intruzyjne myśli, koszmary senne, flashbacki związane z urazem
- uporczywe unikanie miejsc, ludzi i sytuacji związanych ze stresującym wydarzeniem. Odcinanie się od emocji związanych z tym co przypomina uraz.
- utrzymujące się objawy pobudzenia psychoruchowego, problemy ze snem, rozdrażnienie, trudności w koncentracji uwagi, niemożność uczenia się

oraz cechy charakterystyczne takie jak :

lęk, wstyd, poczucie winy, złość , poczucie izolacji, poczucie osamotnienia, częste zmiany nastroju, poczucie, że życie jest bez sensu, lęk, napięcie, rozdrażnienie

Aby rozpoznać PTSD objawy muszą utrzymywać się co najmniej miesiąc od czasu urazu i powodować trudności w funkcjonowaniu jednostki.

Zaburzenia PTSD

Ostre – utrzymują się dłużej niż miesiąc i wpływają na funkcjonowanie osoby

Chroniczne – mogą utrzymywać się dłużej niż 3 miesiące

Opóźnione – mogą pojawić się po kilku miesiącach a nawet latach

Delikatne i łagodne – przechodzą same i nie są mocno nasilone

Klasyfikacja ICD 10

F43 Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne

Podstawą wydzielenia tej jednostki jest stwierdzenie nie tylko objawów, ale i wystąpienia jednego z dwóch czynników przyczynowych : wyjątkowo stresującego wydarzenia życiowego powodującego reakcję na stres albo znaczącej zmiany życiowej prowadzącej do długotrwałej przykrew sytuacji, która powoduje zaburzenia adaptacyjne. Zaburzenia w tej grupie są zawsze konsekwencją ciężkiego stresu. Zaburzenia te można uważać za dezadaptacyjne reakcje na ciężki stres.

F 43.0 Ostra reakcja na stres

Jest to przejściowe zaburzenie, które rozwija się w odpowiedzi na ciężki stres fizyczny lub psychiczny u osoby, która nie wykazuje innych zaburzeń psychicznych.

Zaburzenie to ustępuje w ciągu kilku godzin lub dni. Nasilenie ostrej reakcji zależy od właściwości osobniczych danej osoby i stopnia nasilenia stresu.

Objawy cechuje duża różnorodność i zmienność, od oszołomienia, szoku, zawężenia pola świadomości i niemożności skupiania uwagi, niemożności rozumienia sytuacji do osłupienia dysocjacyjnego albo pobudzenia. Cały epizod może być objęty niepamięcią, ale nie musi.

Dlatego tutaj stosujemy debriefing.

F 43.1 Zaburzenie stresowe pourazowe

Jest to opóźniona lub przedłużona reakcja na wydarzenie stresowe (krótkie lub długotrwałe).

Typowe objawy obejmują przeżywanie na nowo stresującej sytuacji, tzw. wtargnięcia, rozpamiętywanie sytuacji. Pojawiają się koszmary senne, pojawiają się poczucie odrętwienia, przytępienia uczuciowego, pojawia się poczucie odizolowania od ludzi, niezdolność do

przeżywania przyjemności,(anhedonia).Może pojawić się unikanie sytuacji i działań oraz ludzi mogących przypominać tamte traumatyczne wydarzenia.

Zazwyczaj występuje stan nadmiernego pobudzenia, czujność, wzmożona reaktywność na bodźce, bezsenność. Zaburzenie to powstaje nie bezpośrednio po urazie ale po okresie latencji trwającej os kilku tygodni do kilku miesięcy. Może utrzymywać się nawet przez kilka lat.

F43.2 Zaburzenia adaptacyjne

Są to stany napięcia, niepokoju, przygnębienia , które powstają w okresie adaptacji do znaczących zmian życiowych lub stresującego wydarzenia życiowego i zazwyczaj utrudniają funkcjonowanie społeczne.

Stresor nie jest tak silny. Może to być zmiana statusu osoby, miejsca pracy, zamieszkania, choroba itp.

Objawy :

nastrój depresyjny

lęk

zamartwianie się

trudności w koncentracji uwagi

wybuchy złości

problemy somatyczne

problemy ze snem

trudności z planowaniem

trudności decyzyjne

trudności interpersonalne

poczucie niemożności działania

SPRAWCA PRZEMOCY DOMOWEJ

Istnieje wiele dowodów na to, że przemoc pomiędzy rodzicami i postawy wobec przemocy wpływają na ich dzieci^{i ii}. Przyjmuje się, że dzieci uczą się agresywnego zachowania jako podstawowego stylu kontroli społecznego i fizycznego otoczenia. Ten sposób stosują również jako osoby dorosłe. Obecnie wzrasta świadomość tego, że proces wiktymalizacji w okresie dzieciństwa może mieć komponentę fizyczną i psychiczną, a każde wywołuje długofalowe skutki, wpływając na zachowania i procesy poznawcze ofiaryⁱⁱⁱ

Ofiary przemocy mają problemy w kontaktach społecznych, nie radzą sobie z emocjami i uczuciami. Często wyrażają swoje trudności nadużywając narkotyków i alkoholu. Problemy, które mają swój początek w dzieciństwie stanowią istotną przyczynę problemów w okresie dorosłości. Bolesne uczucia z przeszłości mogą rzutować na bieżące zachowania czasami przekształcając ofiarę w sprawcę^{iv}. Analizując wzorce reakcji psychologicznych ofiar przemocy można dojść do wniosku ,że są one często typowe dla sprawców.

WZORCE REAKCJI PSYCHOLOGICZNYCH - OFIARY I SPRAWCY

Reakcje emocjonalne	Ofiara	Sprawca
- Gniew	+	+
- Złość	+	+
- Niepokój	+	+
- Natręctwa	+	+
- Zaburzona, nieadekwatna samoocena	+	+
- Poczucie winy	+	-
- Wstyd	+	-
- Słaby kontakt z uczuciami	+	+
Reakcje poznawcze		
-zaburzona percepcja rzeczywistości	+	+
-rozpamiętywanie, przeżuwanie myślowe	+	+
-depersonalizacja	+	+
-racjonalizacje	+	+
-myślenie magiczno-życzeniowe	+	+
-brak poczucia rzeczywistości	+	+
-rozkojarzenie	+	+
-wzmocniona pamięć sytuacji traumatyzujących	+	+
Reakcje biologiczne		
-nadpobudliwość fizjologiczna	+	+
-zaburzenia somatyczne	+	+
Reakcje behawioralne	+	+
-zachowania agresywne	+	+
-zachowania samobójcze	+	+
-nadużywanie substancji zmieniających nastroj	+	+
Reakcje interpersonalne		
-problemy seksualne	+	+
-problemy w relacjach z ludźmi	+	+

Zastanowić się należy dlaczego pomimo tak dużego podobieństwa w reakcjach psychologicznych nie wszystkie ofiary stają się sprawcami, wiele z nich wyrasta na ofiary. Wiadomo, że mężczyźni - ofiary przemocy w dzieciństwie wyładowują napięcie na zewnątrz, podczas gdy kobiety kierują je do wewnątrz.^v Częściej sprawcami przemocy stają się więc mężczyźni, u kobiet zaś pojawia się problem autoagresji. Bierne poddawanie się partnerowi, znoszenie obelg i aktów czynnej agresji oraz trwanie w traumatycznej sytuacji można również traktować jako autoagresję.

Ponadto wydaje się, że ofiara może przekształcić się w sprawcę jeśli zinternalizowała normy, przekonania i postawy sprawcy jako własne. Jeśli przejęła je od ofiary ma szansę stać się w dorosłym życiu ofiarą. Tą hipotezę potwierdza fakt, że wielu sprawców przemocy postrzega karzącego ojca jako osobę pozytywną. Często moi pacjenci mówią „tak, ojciec bił matkę, ale ona była taka nieposłuszna, niezdana, nic nie potrafiła dobrze zrobić. Sprawcy postrzegają swoje matki jako osoby bierne, uległe, z trudnościami w codziennym funkcjonowaniu, niedostosowane, jednym słowem z cechami ofiar przemocy. Taki obraz kobiety przenoszą na własne żony, zresztą podświadomie poszukują partnerek podobnych do matek. Patrząc systemowo na rodzinę, w której jest przemoc możemy powiedzieć, że rodzina pierwotna daje sprawcy „delegację”, bycia sprawcą.

Przyglądając się bliżej sprawcom przemocy pochodzącym z rodzin alkoholowych doszłam do wniosku, że często sprawcą zostaje dziecko „bohater”. Po to aby utrzymać w rodzinie względną równowagę ma ono sztywne postawy i normy. Zarówno w stosunku do słabej matki jak i rodzeństwa stosuje reakcje oparte na przymusie. Zagubione, lękowe dziecko „znikające” może stać się ofiarą przemocy w dorosłym życiu.

Tak więc część ofiar przemocy na skutek długotrwałego stresu i urazów ma problemy natury psychologicznej. Traumatyczne wydarzenia powodują u nich głębokie zmiany w fizjologicznym pobudzeniu, uczuciowości zdolnościach poznawczych i pamięci. Objawy pourazowe mogą utrzymywać się przez wiele lat. Sprawca przemocy wymaga intensywnej terapii. Zrozumienie kim on jest i skąd wzięły się u niego tak niszczące jego i jego rodzinę reakcje pomaga w profesjonalnym podejściu do leczenia. Sprawcy przemocy nie są bowiem mrocznymi upiorami, żądnymi krwi. Są to istoty ludzkie wyrosłe w cierpieniu, samotne, nie rozumiejące świata, nastawione wrogo do ludzi. Przemoc jest ich mechanizmem obronnym, uważają, że tylko dzięki niej mogą przetrwać. Nie znają innych zasad funkcjonowania. W terapii muszą zobaczyć czym jest dla nich przemoc, co im te zachowania dają, czemu służą. Sprawca przemocy ma szansę z na istotną zmianę.

SFERA EMOCJONALNA SPRAWCY

U sprawcy przemocy dominującymi uczuciami są złość i gniew. Przy niskim progu wrażliwości i małej kontroli zachowań powodują one agresję. Błędne odczytywanie ludzkich intencji jest przyczyną powstawania silnych napięć. Agresja staje się jedyną możliwością uwolnienia od nich. Po wyładowaniu następuje często obniżenie nastroju, lęk przed karą. Niema tu miejsca na poczucie winy, sprawca zawsze obwinia ofiarę. Nie czuje litości, nie ma współczucia. Nie czuje, ponieważ nie potrafi kontaktować się ze swoimi uczuciami. Brak kontaktu z uczuciami pozwala mu bezpiecznie trwać, uczucia byłyby bolesne. W dzieciństwie nauczył się nie czuć.

Nie można powiedzieć żeby sprawcy nie zależało na rodzinie. Jest przywiązany do rodziny jak do czegoś, co jest jego własnością, nie chce tego stracić. Odczuwa też ból istnienia.. Czuje się niezrozumiany, niedoceniony i samotny, często pije lub sięga po narkotyki. Alkohol wywołuje stan oderwania, w którym percepcja rzeczywistości zmienia się, odczuwa wtedy ulgę. Nie lubi jednak stanu upojenia, bo taki stan ogranicza czujność i zmniejsza kontrolę.

Przemoc odbywa się cyklicznie. Zawsze akt przemocy poprzedzony jest stanem dużego napięcia i potrzebą rozładowania. Można zastanawiać się nad nałogowym regulowaniem uczuć u sprawcy. Sprawca uzależnia się od stanu emocjonalnego towarzyszącego przemocy i po jakimś czasie staje się ona jedyną wyuczoną metodą doświadczania ulgi. Postawy przemocowe wyniesione z domu zostają dodatkowo wzmocnione gratyfikacjami emocjonalnymi.

SFERA POZNAWCZA

Sprawca przemocy oczekuje od ofiary zaspokojenia wielu różnorodnych potrzeb, z tym, że ofiara musi spełnić te potrzeby w ściśle określony sposób, zgodny z jego przekonaniem. Z góry zakłada że ofiara zrobi to źle, że zrobi mu na złość, że jest nieudolna i niekompetentna we wszystkim. W procesach myślowych dominuje u niego paranoiczne myślenie. Dotyczy ono nie tylko rodziny ale i całego otoczenia. Świat sprawcy roi się od ludzi wrogo do niego nastawionych. Nikomu nie ufa, z nikim nie nawiązuje bliskich kontaktów. Boi się mówić o swoich problemach aby inni tego co powie nie wykorzystali przeciwko niemu. Dlatego tak trudno mu otworzyć się w terapii. Sprawca ma niebywałą pamięć dotyczącą faktów. Spowodowane jest to stale wysokim poziomem adrenaliny we krwi, jest przecież stale zagrożony, napięty i czujny. Przeprowadzone amerykańskie doświadczenia dowodzą, że przy wysokim poziomie adrenaliny i innych hormonów stresu we krwi wydarzenia głęboko

utrwalają się w pamięci (Y. Fischman 1991). Jest to ważne w procesie terapii. Sprawca potrafi powołać się na naszą wypowiedź sprzed miesiąca. Odtwarza ją wiernie, natomiast jest ona przerobiona przez jego postawy, przekonania itd.. Jej sens jest zmieniony. Sprawca winą za przemoc obarcza rodzinę, to rodzina według niego zmusza go do takich zachowań. Działa tu wyraźnie racjonalizacja i przeniesienie. Nie jest to zręczny kamuflaż w celu uniknięcia prawdy jak twierdzi wielu specjalistów. Sprawca wierzy głęboko, że prawda jest po jego stronie. On zawsze chce żeby było dobrze, chce ich zmienić w ich interesie, chce ich wychować. Nie wie i nie czuje, że ludzie mają prawo mieć własną prawdę. Łamie ich granice psychologiczne, ponieważ jego własne też w dzieciństwie były łamane.

POTRZEBA KONTROLOWANIA

Tą potrzebę obserwujemy często u osób współzależniowych. Wynika ona z braku poczucia bezpieczeństwa. Podobnie jest u sprawcy przemocy, w dzieciństwie doświadczył głębokich traum. Osamotnione, przerażone dziecko wyrosło na dorosłego, którego potrzeba bezpieczeństwa jest stale niezabezpieczona. Kontroluje aby się nie bać. Kiedy ma władzę nie boi się. Kontroluje i wychowuje przez przemoc, bo jest to jedna z nielicznych okazji aby czuć się silnym i ważnym. Kontroluje aby nie być kontrolowanym, nie pozwoli już na przekraczanie swoich granic. Sprawca przemocy używając jej nie ma intencji zaszkodzić, ma intencję kontrolować, zmieniać zgodnie z własnymi przekonaniem, wychowywać zgodnie z własnymi sztywnymi zasadami.

OBRAZ SIEBIE

Sprawca przemocy ma niejasny obraz siebie. Jako mężczyzna czuje się źle. Często ma problemy seksualne. Żona niechętnie z nim współżyje. Paranoiczne myślenie sprawia, że czuje się przez nią zdradzany. Nikt w domu go nie docenia, nie słuchają go, nie rozumieją. Rodzina wysyła do niego negatywne komunikaty, które zaniżają jego samoocenę. Dla niego to, że nie wykonują tak jak on chce jego poleceń oznacza „jednak mnie nie szanują”. Jednocześnie uważa się za kogoś wyjątkowego. Bardzo dba o swój wizerunek poza domem. Chce uchodzić za dobrego ojca i gospodarza, potrafi tak zmanipulować otoczeniem, że wiele osób wierzy, że ma trudne życie. Ma dużą potrzebę uznania społecznego. Nie odmawia gdy ktoś ze znajomych go o coś prosi. Boi się odrzucenia. Uważa się za życzliwego, choć tak naprawdę wszystko robi dla poprawienia wizerunku własnego. Chce mieć autorytet w rodzinie. Buduje go na przemocy., inaczej nie potrafi, to ma wyuczone w dzieciństwie. Jego granice psychologiczne są sztywne, jednocześnie przekracza często granice innych.

Nie ufa nikomu i nie ma w nikim oparcia. Brak mu umiejętności współodczuwania i współczucia dla innych. To świadczy o ubóstwie duchowym. Sam siebie uważa za osobę bardzo duchową. Przedstawia siebie jako osobę czytającą książki, słuchającą muzykę, kochającą zwierzęta.

Obraz siebie sprawcy przemocy jest więc bardzo mało zgodny z rzeczywistością. Takie życie w świecie iluzji to również włączenie mechanizmów obronnych. Rozbrajanie w czasie terapii tych mechanizmów, niosące za sobą ryzyko zwiększenia napięcia a tym samym chęci odreagowania jest bardzo trudne i wymaga dużego doświadczenia zawodowym

Przepisy prawne wobec przemocy

Przemoc fizyczna, psychiczna, seksualna popełniana na szkodę osoby najbliższej jest przestępstwem

Art. 207 kodeksu karnego mówi :

&1

Kto znęca się fizycznie lub psychicznie nad osobą najbliższą lub inną osobą pozostającą w stałym lub przemijającym stosunku zależności od sprawcy albo nad małoletnim lub osobą nieporadną ze względu na jej stan psychiczny lub fizyczny podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5

&2

Jeżeli czyn określony w & 1 połączony jest ze stosowaniem szczególnego okrucieństwa, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od 1 roku do 10 lat

&3

Jeżeli następstwem czynu określonego w &1 jest targnięcie się pokrzywdzonego na własne życie. Sprawca podlega karze pozbawienia wolności od lat 2 do 12

Jeżeli przemoc fizyczna była jednorazowa, ale skończyła pobiciem można ścigać sprawcę z artykułów o uszkodzeniu ciała art.156 & 1 k. k i art.157 & 1 k. k

Tu istotne jest jakie było pobicie, czym skutkowało, ważna jest obdukcja lub pobyt w szpitalu, czy był do 7 dni czy powyżej 7 dni.

Art. 190 kodeksu karnego

Karze podlega ten, kto stosuje groźby popełnienia przestępstwa na szkodę kogoś lub najbliższych i wzbudza obawę tych osób, że zostaną one spełnione.

Art. 197 k. k

Przestępstwem jest stosowanie przemocy seksualnej, a w szczególności w postaci gwałtu czyli wymuszenia współżycia przemocą, groźbą lub podstępem. Przy gwałcie konieczny jest wniosek osoby pokrzywdzonej. W przypadku nieletnich poniżej 15 roku życia nie.

Przestępstwo znęcania się jest przestępstwem ściganym z urzędu, co oznacza, że policja i prokuratura mają obowiązek wszcząć postępowanie karne niezależnie od woli pokrzywdzonego. Mogą to zrobić jeśli posiadają informacje lub zostali w jakikolwiek sposób powiadomieni o przestępstwie ściganym z urzędu.

Art.304 & 1 k. k

Prawo nakłada na wszystkich społeczny obowiązek zawiadomienia organów ścigania o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu (art.304 & 1 kk) Jest to obowiązek społeczny. Instytucje samorządowe mają obowiązek zawiadomić prokuraturę lub policję (atr.304 & 2 k. k)

Art.12 ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie.

Stanowi on, że osoby, które w związku z wykonywaniem swoich obowiązków służbowych powzięły podejrzenie o przestępstwie na rzecz najbliższych powinny niezwłocznie powiadomić o tym policję lub prokuratora.

Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie

Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie należy do zadań własnych gmin.

Gmina zobowiązana jest do :

- stworzenia gminnego systemu przeciwdziałania przemocy w rodzinie (nowa ustawa nakazuje stworzenie do 31 stycznia zespołów interdyscyplinarnych)
- prowadzenie poradnictwa i interwencji w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie
- opracowywanie i realizację programów ochrony ofiar przemocy w rodzinie
- prowadzenie gminnych ośrodków wsparcia

W 2007 roku gminy przeznaczyły na ten cel jedynie 7 % środków z opłat alkoholowych.!!!!!! Tymczasem z badań z 2007 roku Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej wynika, że co trzeci Polak przynajmniej raz doznał przemocy w rodzinie.

Zadaniem gminy jest

- uruchamianie i finansowanie miejsc , punktów konsultacyjnych, ośrodków interwencji kryzysowej
- prowadzenie i finansowanie grup wsparcia dla ofiar przemocy
- realizacja programów ochrony ofiar
- tworzenie miejsc pomocy dla dzieci krzywdzonych
- prowadzenie działalności edukacyjno – informacyjnej
- opracowywanie i realizacja programów dla sprawców
- tworzenie i realizacja programów dla rodziców – warsztaty umiejętności rodzicielskich, przygotowywanie rodziców do wychowywania dzieci bez przemocy
- tworzenie i wdrażanie procedur interwencyjnych

Przepisy odnośnie pomocy dzieciom z rodzin dysfunkcyjnych

Ustawa z dnia 29 listopada 1990 roku o Pomocy Społecznej (art.10 ust.2 pkt. 1a)

Do zadań własnych gmin należy organizowanie i prowadzenie gminnych ognisk wychowawczych, świetlic, klubów środowiskowych dla dzieci.

Wśród zadań własnych gmin jest zapewnienie opieki i pomocy psychologicznej dzieciom z rodzin dysfunkcyjnych oraz tworzenie i wdrażanie programów pomocy dzieciom zagrożonym niedostosowaniem społecznym (art.12 a ust 1)

19 .10.2007 rok - Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie placówek Opiekuńczo – Wychowawczych mówi o tym jakie warunki mają panować w placówkach tego typu dla dzieci i młodzieży, kto może być zatrudniony i czym placówki mają się zajmować.

Schemat przeprowadzenia pierwszej rozmowy mającej na celu upowszechnianie informacji na temat możliwości uzyskania pomocy dla ofiar przemocy w rodzinie

1.Nawiązanie kontaktu z ofiarą (według znanych Nam zasad)

Pamiętaj !

- nie oceniaj
- nie zawstydzaj
- nie zmuszaj do czegokolwiek
- nie mów : „ jak on mógł’’, nie mów nic złego przeciwko niemu
- mów, że to nie jest jej wina i że przemoc jest łamaniem prawa

2.Diagnoza form przemocy

- fizyczna
- ekonomiczna
- emocjonalna
- seksualna

3.Diagnoza nasilenia przemocy

4.Diagnoza skutków

5.Ocena potencjalnego zagrożenia życia

6. Wstępna strategia postępowania

7.Motywowanie do przyjęcia następnym razem (wg. Millera) wyjaśnianie na czym może polegać pomoc.

Następne spotkanie

1.Diagnoza stanu psychicznego

2.Diagnoza stanu fizycznego

3. Motywowanie do podjęcia terapii , ewentualnego leczenia psychiatrycznego i somatycznego.

4.Edukowanie

Po dwóch lub więcej spotkaniach terapeuta opracowuje dla pacjentki/ pacjenta plan terapii.

ⁱ Jaffe, P.G., Wolfe, D.A. and Wilson, S.K. (1990) Children of Battered Women, Beverly Hills, CA: Sage, 132pp.

ⁱⁱ Cumming, E.M. and Davies, P (1994) Children and Marital Conflict. London Guilford Press

ⁱⁱⁱ Jahu, D.(1988). Beyond Sexual Abuse: Therapy with Women who were Childhood Victims. Chichester: Wiley

^{iv} Brown,K., Herbert,M. (1999) Zapobieganie Przemocy w Rodzinie. PARPA

^v Brown,K., Herbert,M. (1999) Zapobieganie Przemocy w Rodzinie. PARPA

Dziecko wykorzystywane seksualnie

Bardzo trudno uwierzyć jest nam, że coś takiego jak wykorzystywanie seksualne dzieci ma w ogóle miejsce. Wierzymy w to, w co chcemy wierzyć. Przez całe lata problem ten był minimalizowany, marginalizowany, nawet psychologowie mający kontakt z krzywdzonymi dziećmi powątpiewali w prawdziwość ich słów. Jednak statystyki policyjne i doświadczenia z gabinetów psychologów i psychiatrów mówią same za siebie. Dziś musimy pozbyć się stereotypów myślenia na ten temat i nauczyć się jak skutecznie zapobiegać wykorzystywaniu seksualnemu dzieci. To , że ja czegoś takiego nie akceptuję, że to mnie przeraża, nie znaczy, że tego nie ma.

Aby skutecznie chronić dzieci należy sukcesywnie pogłębiać wiedzę o sprawcy, tylko znając jego sposób myślenia i zachowanie możemy stawić czoła temu zjawisku.

Co zatem wiemy o sprawcy?

Wykorzystywanie seksualne dzieci jest czynnością kompulsywną, czyli natrętną, powtarzalną i progresywną, czyli ma charakter postępujący. U przyszłego pedofila problem pojawia się już w wieku około 15 lat. Napastnik nie zaczyna swojej aktywności seksualnej od wykorzystywania dzieci, lecz od intensywnej masturbacji połączonej z myślami o dziecku, potencjalnym partnerze seksualnym. Średnia wieku wykrycia przestępstwa, to wiek nie niższy niż 25 lat, zatem wielu z nich czyni te popełnia bezkarnie przez długi okres czasu, do czego zresztą przyznają się w czasie pobytów w więzieniu. Ta bezkarność powoduje, że myślenie przestępcy seksualnego nacechowane jest hiperoptymizmem, uważa on , że nie zostanie złapany. Dlatego też bywa często w swoich zachowaniach coraz bardziej zuchwały. Są przypadki wykorzystywania dzieci w domu przez znajomych lub innych członków rodziny podczas obecności w innym pokoju rodziców. Taka sytuacja może być również dla pedofila dodatkowo podniecająca.

Przez wiele lat myśleliśmy, że pedofile , to osoby mające na swoim koncie jedynie akty seksualne z dziećmi , jednak prawda jest taka, że 50,6 % z nich to również gwałciciele dorosłych. Uważano błędnie, że ekshibycjoniści są stosunkowo niegroźni, panowało społeczne przekonanie, że obnażają się , a potem uciekają. Okazuje się ,że prawie 30% z nich to również gwałciciele i osoby molestujące czynnie dzieci. Ocieracze autobusowi to w 12 % gwałciciele i 8,6% pedofile. Sprawcy wykorzystywania seksualnego wykonują również inne czyny karalne, 21% z nich ma na swoim koncie kradzieże , włamania, zabójstwa i porwania. Tak więc nie lekceważmy informacji , że w pobliżu szkoły naszych dzieci, czy na podwórku pojawia się obnażający się mężczyzna.

Przez wiele lat myślano, że pedofile wewnątrzrodzinni ograniczają się do własnych dzieci. Okazuje się, że 44% ojców molestujących seksualnie własne dzieci, robi to również poza domem. Także kobiety bywają sprawcami wykorzystywania seksualnego dzieci, choć w znacznie mniejszym stopniu.

Kim są pedofile?

Dewiacja ta dotyczy wszystkich grup wiekowych i zawodowych. Okazuje się, że wielu pedofilów żyje w normalnych związkach heteroseksualnych. Zresztą 4/5 małżeństw, w których sprawę ujawniono trwa nadal. Partnerki takich osób wierzą często w ich tłumaczenie tego co się stało, w ich zapewnienia, że było to tylko raz, że nie wiadomo jak do tego doszło, że to już nigdy się nie powtórzy.

Osobowościowo w testach psychologicznych pedofile wypadają przeciętnie, normalnie. Tylko 12% molestujących dzieci ma osobowość antyspołeczną. Czy zatem można mówić o preferencjach seksualnych? Czy raczej o psychopatach, którzy doskonale manipulują ludźmi, nie okazują emocji, wiedzą jak odpowiadać na zadawane im pytania w badaniach psychologicznych. Wiemy w literaturze, że osoby te w kontaktach z psychologami są niezwykle uwodzicielskie i czarujące.

Również, aby zdobyć dziecko, o ile mają możliwości dostępu do jego rodziców starają się oczarować ich i sprawić, aby im zaufali i powierzyli dziecko.

Wykorzystywanie seksualne dzieci nie jest przypadkowym aktem, opiera się ono o cały cykl ząbwiąjących się emocji, myśli i zachowań. Cykl ten nazywamy cyklem dewiacyjnym.

Można przedstawić go w następujący sposób:

CYKL DEWIACYJNY (wg. Anna C. Salter 2005)

1. Nieprzyjemne emocje, złość, gniew, znudzenie – cykl dewiacyjny zawsze zaczyna się od nieprzyjemnych uczuć. Pedofil odczuwając tego typu emocje i nie potrafiąc sobie poradzić z nimi w sposób konstruktywny, w pewnym momencie zaczyna snuć fantazje seksualne na temat dzieci, połączone są one z masturbacją.

2. Pozornie nieważne decyzje lub rozmyślny zamiar – pedofil ułatwia sobie dostęp do dzieci szukając miejsc, gdzie one przebywają, na przykład zatrudnia się na placu zabaw, jako wolontariusz w Domu Dziecka, ratownik na basenie, albo stara się zaprzyjaźnić z rodzicami dzieci z sąsiedztwa.

3. Czynniki wysokiego ryzyka – są wszędzie tam, gdzie pedofil ma bezpośredni dostęp do dziecka. Organizuje wycieczkę z dziećmi, zaprasza je do siebie do domu, zobowiązuje się przed rodzicami, że popilnuje dziecko, gdy oni pójda do kina. Stara się tak wszystko zorganizować, aby dzieci zostały z nim same. Zaprzyjaźniony z samotną matką namawia ją na wyjście z domu, na odpoczynek od dzieci. Mówi jej, że się nimi zajmie, że chce jej pomóc, widząc jaką jest zmęczona. Rodzice oczywiście niczego nie podejrzewają, często nawet złością się na dzieci, gdy te niechętnie zostają z owym „miłym” wujkiem.

4. Wybór celu – często bywa tak, że dziecko jest przez pedofila starannie dobrane. Szukają oni dzieci samotnych, trochę stojących na uboczu, zaniedbanych przez rodziców, biednych, z rodzin wielodzietnych lub dysfunkcyjnych, z chorobą alkoholową lub psychiczną rodziców. Często są to dzieci matek karzących, odległych, nadmiarowo wymagających i szorstkich. Do takich dzieci łatwo im „dotrzeć”, zaprzyjaźnić się z nimi, zaskarbić sobie ich zaufanie. Choć oczywiście nie zawsze jest to regułą. Bywa tak, że dziecko zdecydowanie jest fizycznie atrakcyjne dla pedofila.

Należy tu zaznaczyć, że część z pedofilów to osoby zdecydowanie zorientowane seksualnie na dzieci. Są to sprawcy bardzo „omotujący” dziecko, dający mu prezenty, stający się jego powiernikiem i przyjacielem, zbliżający się emocjonalnie do dziecka i sprawiający, że dziecko spostrzega ich jako wiernych przyjaciół. Część zaś z nich zabiega o ten kontakt, aby zdobyć przewagę, siłę, dominację, wyładować frustrację czy wściekłość. Jedną z moich pacjentek powiedziała kiedyś „przychodził do mnie kiedy chciał i brał co chciał”. Jeżeli chodzi o płeć ofiar to większość z nich, bo aż 64% to dziewczynki.

5. Omotanie lub użycie siły – omotanie to zdobycie zaufania i przyjaźni dziecka, wykorzystanie go seksualnie bez użycia siły. 90% pedofilów przyznaje, że świadomie, z rozmysłem budowało zaufanie dzieci, aby móc je wykorzystać, bez użycia siły.

Bywa tak, że do aktów seksualnych dochodzi z użyciem siły. Dziecko może być wcześniej uwodzone przez pedofila lub też pedofil zaatakuje bez wstępnego przygotowania ofiary.

6. Atak – jest to apogeum przyjemności dla pedofila, należy zaznaczyć, że w związku z tym, że wykorzystywanie seksualne dzieci jest czynnością progresywną, postępującą, ataki bywają coraz częstsze i śmielsze, tak jakby pedofilowi potrzebne były coraz większe podniety.

7. Zapewnienie sobie tajemnicy – pedofil zapewnia sobie tajemnicę strasząc dziecko, że skrzywdzi je jeszcze bardziej, że zabije jego rodzinę, że jeżeli dziecko powie komuś o tym co się stało, on sam popełni samobójstwo. Ojciec molestujący córeczkę mówił jej, że przez nią pójdzie do więzienia i rodzina zginie z głodu. Często są to teksty, że nikt dziecku nie uwierzy, że wszyscy będą się z dziecka śmiać, oraz co najważniejsze, że to dziecko jest wszystkiemu winne, że chciało tego.

8. Wyrzuty sumienia lub strach – nie ma wyrzutów sumienia, jest błędne myślenie i tłumaczenie, że to dziecko go sprowokowało do tych czynów, że nie chciał go skrzywdzić, że go kochał, albo, że został uwiedziony przez dziecko. Mówią: „nie jestem taki zły, inni są gorsi, ja nie gwałcę”, „robiłem to, żeby ją ukoić, uspokoić”. Należy zaznaczyć, że pedofile wierzą w to co mówią. Ich myślenie jest błędne. To co czują, to jedynie strach, że to się wyda, zatem starają się zapewnić sobie bezpieczeństwo.

Co dzieje się z dzieckiem wykorzystanym seksualnie?

Przyjrzyjmy się bliżej dziecku samotnemu, z rodziny, w której nikt nie ma dla niego czasu. Wszyscy wokół zajmują się swoimi sprawami, nikt z nim nie rozmawia, nikt z nim nie żartuje i nie zabiera go do kina czy na lody. Kolega taty, wesoły, miły, rozmawiający dużo z dzieckiem, poznający jego tajemnice, zabierający go na ryby, staje się dla chłopca wielkim oparciem i przyjacielem.

Zaprasza go w końcu do domu, tam proponuje mu o dobrą wspólną zabawę, pokazuje mu film o treści erotycznej, proponuje wspólną kąpiel, myje go, a następnie masturbuje. Dziecko jest zdezorientowane, nie potrafi zrozumieć co się dzieje, instynktownie czuje, że dzieje się coś złego. Dobry „wujek”, prosi go o wspólną tajemnicę. Chłopiec nic nie mówi w domu. Ataki wujka stają się coraz natarczywsze, chłopiec nie chce już jeździć z nim na ryby. Ale rodzice nalegają. Gdy chłopiec mówi pedofilowi, że powie o wszystkim rodzicom, ten śmieje się i mówi „nikt ci nie uwierzy”, albo „sam tego przecież chciałeś, było ci przyjemnie”, albo też „jeżeli powiesz o tym, zabiję ciebie i siebie”.

Dziecko nabiera przeświadczenia, że jest odpowiedzialne za swoje nadużycia, że jest winne, że samo tego chciało, że cieszyło się ze swojego wykorzystania oraz, co jest niezwykle istotne, że nikt mu nie uwierzy i nikt mu nie pomoże. W tej sytuacji milczy, czasem bardzo długo. Czasem zwierza się w końcu komuś, czasem nie mówi nigdy, niosąc w sobie przez całe życie nieznośny ciężar. Żeby poradzić sobie jakoś z tym cierpieniem może zacząć pić alkohol lub brać narkotyki. Badania Benwarda z 1975 roku wskazują, że aż 45 % narkomanów z ośrodków stacjonarnych było w dzieciństwie wykorzystywanych seksualnie (Anna C. Salter 2005). Również duży odsetek młodzieży okaleczającej się stanowią ofiary pedofilów.

Dzieci wykorzystywane seksualnie cechuje przez całe późniejsze życie brak wiary w ludzi, brak wiary w sens życia, myślenie negatywistyczne. W myśleniu tym dominują myśli, że wszystko źle się skończy, że zaraz umrze, że nie czeka go nic dobrego. Osoba taka uważa, że jej życie od niej nie zależy, że nie ma żadnej mocy sprawczej. Konsekwencją zaś takiego

myślenia jest ciągle , kompulsywne poszukiwanie bezpieczeństwa, próby kontrolowania wszystkiego, natrętne zabezpieczanie się przed wyimaginowanym niszczycielem. Depresja, lęki, ataki paniki, objawy somatyczne, wrogość wobec otoczenia, lęk przed bliskością drugiego człowieka, koszmary senne to późniejsze konsekwencje wykorzystywania seksualnego w dzieciństwie.

Oprócz odległych konsekwencji wykorzystywania seksualnego istnieją konsekwencje bliskie. Znajomość ich może pomóc nam w rozpoznaniu problemu.

Jak można zatem rozpoznać, że istnieje prawdopodobieństwo, że dziecko zostało wykorzystane seksualnie?

Jeżeli dziecko nam nie mówi o problemie, a zauważamy zmiany w jego zachowaniu podejrzewając możliwość wykorzystywania seksualnego, należy zwrócić uwagę na pewne symptomy.

SYMPTOMY WYKORZYSTYWANIA SEKSUALNEGO 5 – 12 LAT

1. Częste infekcje dróg moczowych, zaczerwienienia okolic narządów płciowych, podrażnienia, swędzenia.
2. Somatyzacje - bóle brzucha, gardła, klucza serca i inne
3. Zaburzenia odżywiania
4. Swobodne, bez dystansu, nadmiarowe w stosunku do wieku wypowiedzi na tematy seksualne, rysowanie scen seksualnych, zabawy lalkami w seks, naśladowanie w zabawach czynności seksualnych.
5. Wykorzystywanie seksualne innych dzieci, namawianie na zabawy o treści seksualnej.
6. Słownik z bluźnierstwami.
7. Unikanie przez dziecko osób ,z którymi wcześniej dużo przebywało, wyraźny lęk przed tymi osobami. Może to być osoba, która wykorzystywała dziecko. Tak jednak być nie musi , dziecko może być mocno związane emocjonalnie ze sprawcą i nadal z nim przebywać.
8. Niechęć wracania do domu.
9. Lęk przed zasypianiem.
10. Zaniżona samoocena.
11. Słabo kształtująca lub nieprawidłowo kształtująca się tożsamość – niejasny obraz siebie, ale i pozorna dorosłość w stosunku do poziomu wieku.
Małe dziewczynki zachowują się jak dorosłe kokoty, malują się itd.
12. Dzieci sugerują , że mają tajemnicę, mówią też ,że ich przyjaciel ma problem, nie wprost dają znać ,że coś jest nie tak.
13. Zaburzenia zachowania pod różną postacią, kłamstwa, kradzieże, wagary itd.
14. Regres psychiczny .
15. Nagłe zmiany nastroju.
16. Wtórne moczenie nocne
17. Koszmary senne.
18. Ucieczki z domu.
19. Próby samobójcze, stany depresyjne, dysocjacje, zaburzenia psychiczne
20. Dziecko zmienia się, przestaje być pogodne, bawić się .

Oczywiście należy bardzo ostrożnie przyglądać się powyższym symptomom. Nie wystarczy jeden objaw u dziecka, aby nabrać podejrzania o wykorzystywaniu seksualnym. Tych

objawów musi być co najmniej kilka, muszą tworzyć one spójny, logiczny obraz, łączyć się ze sobą.

U dzieci starszych wykorzystywanych seksualnie obserwujemy często narkotyki, alkohol, autoagresję, prostytutkę.

Wiemy już sporo o istocie zjawiska, to pomaga nam w chronieniu dzieci , co jeszcze można robić , aby je chronić?

Odpowiedź jest taka sama jak zawsze:

1. Zajmować się nimi, być z nimi, słuchać tego co mówią, okazywać im troskę i miłość.
2. Być zawsze po ich stronie, nawet jak zrobią coś złego, cierpliwie tłumaczyć i wspierając w smutku.
3. Dawać im tyle z siebie ile potrzebują, tak , aby nie szukały oparcia w obcym człowieku.
4. Tak postępować, abyśmy to my byli ich przyjaciółmi i aby to nam, chciały o wszystkim opowiedzieć.
5. Nie puszczać na samotne wycieczki z obcymi „wujkami”, nawet jeśli są bardzo mili.
6. Starać się, aby na wycieczkach było więcej opiekunów.
7. Przyglądać się opiekunom , którzy dają naszym dzieciom prezenty, chcą spędzać z nimi wiele czasu, chcą zaprosić je do swojego domu. Opiekunom bezdzietnym ,samotnym, często się przeprowadzającym , pracującym w różnych miejscach , gdzie są dzieci.

Zawsze, gdy dziecko zaczyna coś mówić na ten temat pozwolić mu opowiedzieć. Nie powątpiewać w to co mówi, wysłuchać, nie napierać, nie oceniać, nie mówić „ jak on mógł to zrobić”, bo napastnikiem może być rodzony ojciec. Należy też w rozmowie z dzieckiem dać mu tyle czasu ile ono potrzebuje, aby mogło o wszystkim opowiedzieć. Nie ponaglać go i nie niecierpliwić się. To co nam wydaje się oczywiste i proste , dla dziecka takie nie jest.

Pamiętajmy też ,że dzieci wykorzystywane seksualnie boją się dotyku obcych. Dajmy mu maksimum wsparcia, powiedzmy, że będziemy z nim w tej trudnej sprawie, że go nie opuścimy. Pamiętajmy, że jeśli dziecko to mówi do nas, to właśnie do nas ma zaufanie, nie możemy zatem go zawieść, opuścić. To nie powinna być jedna rozmowa lecz kilka, z jednej prostej przyczyny, żeby nikogo nie skrzywdzić.

Pamiętajmy zawsze, że kiedy mamy podejrzenia o wykorzystywaniu seksualnym dziecka mamy obowiązek zawiadomić o tym organy ścigania.

Jeżeli uważamy, że nie mamy odpowiednich kompetencji i umiejętności , aby zająć się sprawą, powinniśmy znaleźć kogoś, kto podejmie to wyzwanie.

Zespół dziecka maltretowanego

Problem znęcania się nad dziećmi istnieje od zawsze, jednak bicie dzieci mieściło się w mentalności wielu kultur, a nawet było spostrzegane pozytywnie. Pionierem, który zwrócił uwagę, że jednak istnieje problem znęcania się nad dziećmi był w 1860 roku profesor medycyny sądowej Ambroise Tardieu (Anna Margolis 1998). Jego prace nie znalazły jednak żadnego oddźwięku w środowisku medycznym i naukowym. Dopiero przedstawiony w 1929 roku raport dwóch lekarzy Parrisota i Caussade „O znęcaniu się nad dzieckiem”, wzbudził zainteresowanie i został omówiony na Kongresie Medycyny Sądowej. Od tego raportu znowu zaległa cisza. W 1946 roku radiolog J. Caffey napisał pracę o złamaniach kości długich u niemowląt, a w 1953 roku radiolog F. Silverman potwierdził hipotezy Caffeya o znęcaniu się nad dzieckiem (Anna Margolis 1998).

W 1962 roku do literatury medycznej zostaje wprowadzony przez pediatrę H. Kempego termin „Zespół dziecka bitego”. Od tej pory pojawia się coraz więcej doniesień naukowych na ten temat. (Alina Margolis 1998)

Definicja i charakterystyka

Zespół dziecka maltretowanego wynika z krzywdzenia dziecka na różne sposoby. Mam tu na myśli krzywdy fizyczne, nadużywanie seksualne, krzywdzenie emocjonalne, zaniedbywanie, opuszczenie, utrudnianie rozwoju psychofizycznego, zaniechanie dbania o rozwój psychofizyczny dziecka, traktowanie dziecka przedmiotowo, wykorzystywanie dziecka do zaspakajania własnych potrzeb.

Krzywdzenie dziecka może spowodować jego śmierć, może także być przyczyną trwałego kalectwa fizycznego, upośledzenia umysłowego, zaburzeń psychicznych i emocjonalnych. Objawy te manifestują się trudnościami w relacjach z samym sobą i otoczeniem społecznym.

Jak rozpoznać zespół dziecka maltretowanego

Trudności w dokonaniu diagnozy zespołu dziecka maltretowanego polegają nie tyle na wykryciu obrażeń, co na ustaleniu ich etiologii. Istotne jest zdiagnozowanie, czy uraz, z którym mamy do czynienia jest przypadkowy, czy też spowodowany maltretowaniem dziecka. Należy zauważyć, że niektóre dzieci maltretowane w czasie badań są bardzo niespokojne, a nawet agresywne. Wynika to z całkowitego braku zaufania do dorosłych, lęku przed nimi, a zwłaszcza ich dotykiem, z ogólnego stanu pobudzenia psychoruchowego. Inne zaś dzieci są apatyczne i bierne, nie nawiązują dobrego kontaktu werbalnego, nie odpowiadają na zadawane im pytania. Wiele z tych dzieci jest zastraszone przed wizytą u lekarza czy innego specjalisty, że jeśli ujawnią, że są maltretowane poniosą karę. Osoba diagnozująca dziecko musi być niezwykle delikatna w swoim działaniu.

Na diagnozę medyczną zespołu dziecka maltretowanego (Alina Margolis 1998) składają się:

1. Wiek dziecka

Zespół dziecka maltretowanego może pojawić się w każdym wieku, ale trzecią część dzieci hospitalizowanych z tego powodu stanowią dzieci do 3 roku życia.

2. Wywiad od rodziców lub opiekunów

Rodzice zatajają prawdziwą przyczynę urazu, chroniąc siebie przed ewentualnymi konsekwencjami. Należy zwrócić uwagę, czy obraz kliniczny urazu odpowiada podawanym przez rodziców przyczynom.

3. Badanie kliniczne, w tym wygląd i zachowanie dziecka

Wygląd dziecka – może być zaniedbane fizycznie, ale nie musi. W wyglądzie dziecka może dominować smutny wyraz twarzy i oczu, zgarbiona pozycja ciała. Mogą być nieleczone zmiany skórne, u niemowląt zaniedbane, zaczerwienione pośladki z nadżerkami.

4. Ocena rozwoju psychoruchowego dziecka

Dziecko małe, które jest krzywdzone jest smutne, apatyczne, bez kontaktu, nie przejawia zainteresowania, nie uśmiecha się, nie płacze wcale lub płacze ciągle, boi się dotyku, unika dotyku, uchyla się przed nim. Charakterystyczny jest tu lęk przed rodzicami. Należy zauważyć, że niektóre dzieci są w czasie kontaktu z dorosłymi pobudzone, niespokojne, nadmiernie uczuciowe.

Dzieci starsze bywają nadmiarowo pobudzone, niespokojne, agresywne, przekraczające cudze granice lub też są smutne, unikające rówieśników, wycofane, lękowe, przygnębione, depresyjne, bierne. Mają problemy w relacjach z otoczeniem, a także problemy w nauce. Często u dzieci krzywdzonych obserwujemy niedobór masy ciała w stosunku do wzrostu, większy niż powstały wskutek zwykłego niedożywienia lub anoreksję.

W rozwoju psychoruchowym – u 70 % dzieci maltretowanych stwierdza się opóźnienia, związane z niedoborem uczuciowym, ale także z powodu zmian organicznych mózgu / urazów mózgu /, a także zmian metabolicznych.

5. Badania radiologiczne, dokumentacja medyczna z poprzednich pobytów w szpitalu

Jest niezwykle cennym źródłem informacji, stanowić może niezbity dowód świadczący o stosowaniu przemocy wobec dziecka. Rodzice, którzy maltretują dziecko boją się badań radiologicznych.

6. Badania dodatkowe, szczególnie w kierunku wykrywania krzepliwości krwi

Prawidłowy wynik krzepliwości krwi świadczy o tym, że wylewy i sińce na skórze nie powstały samoistnie.

7. Badania kliniczne rodzeństwa

Ma na celu stwierdzenie, czy inne dzieci w rodzinie też były maltretowane.

8. Znajomość czynników ryzyka

1. ciąża niechciana, nieakceptowana przez partnera, kobieta zaniedbana w czasie ciąży, trudny poród.
2. czynniki związane z dzieckiem – dziecko z pierwszego małżeństwa, nie akceptowane przez nowego partnera, rozczarowanie związane z płcią dziecka, dziecko z wadami

rozwijowymi, nieładne, upośledzone, przez długi czas przebywające poza domem, stwarzające szczególne trudności, nie śpiące, słabo jedzące, niespokojne, moczące się.

3. czynniki związane z rodzicami – matki samotne, małoletnie, bez oparcia, własne trudne dzieciństwo, maltretowanie w dzieciństwie, pobyty w placówkach opiekuńczo - wychowawczych , nauzywanie seksualne w przeszłości, upośledzenie umysłowe, stany depresyjne chroniczne lub cykliczne, alkoholizm , narkomania.
Prawdopodobieństwo znęcania się nad dzieckiem w rodzinach z problemem alkoholowym jest dwukrotnie większe niż w pozostałych.
Rozmowa z rodzicami może ujawnić ich pewne cechy osobowościowe predysponujące do znęcania się nad dziećmi, takie jak np. brak empatii, trudności w kontrolowaniu zachowań, brak tolerancji na zachowania dziecka, chłód emocjonalny, anoreksja, zaburzenia snu .
4. czynniki związane ze środowiskiem socjokulturowym

Izolacja społeczna rodziny, bieda, bezrobocie, brak wsparcia społecznego. Mogą to być również rodziny pozornie prawidłowe. Jednak istnieją pewne charakterystyczne cechy takich rodzin : system rodzinny jest zamknięty, z tajemnicami, panuje w nim nieufność, wzajemna wrogość, brak przepływu informacji pomiędzy członkami rodzin, sojusze wewnętrzne, sztywne schematy i zasady rodzinne, brak tolerancji.

Postacie urazów nieprzypadkowych (Alina Margolis 1998)

1. Zmiany na skórze i błonach śluzowych

Najczęstsze miejsca zmian to pośladki, tułów, zwłaszcza okolica lędźwiowa, głowa, a szczególnie jej części wypukłe, zanik przegrody nosa, naderwane małżowiny uszne. Narządy płciowe zewnętrzne (zaciśnięcie prącia jako kara za masturbację).
Błony śluzowe – nadżerki na podniebieniu, dziąsłach lub wędzidełku, wylewy do górnej wargi związane z wmuszaniem jedzenia.
Uszkodzenia w obrębie nóg i rąk, zasinienia, otarcia skóry , obrzęki.
Zmiany symetryczne występujące obustronnie na tułowiu.
Skojarzenie różnych urazów, którym towarzyszy łysienie plackowate(prawie reguła).
Różny wiek zmian – sińce i wylewy różnego koloru, oznacza to, że dziecko jest bite od dłuższego czasu.

Ślady na skórze typowe dla urazów nieprzypadkowych

- liczne ślady z ostrym brzegiem na częściach miękkich
- ślady rąk od gwałtownego chwytania, szarpania, potrząsania
- ślady uderzenia dłonią, na początku prostokątne, a potem linijne z odciskiem palców lub całej ręki.
- ślady wiązania, duszenia, szczypania, ugryzienia zębami, przypalania papierosami, oparzenia.

2. Oparzenia

Oparzenia są czwartą co do częstości przyczyną śmierci niemowląt w pierwszym roku życia i trzecią od 1 do 14 roku życia. Według różnych autorów 4 do 9 % dzieci hospitalizowanych z powodu oparzeń stanowiły dzieci maltretowane, w niektórych statystykach aż 28 % dzieci było parzonych celowo wodą.

70 – 90 % oparzeń dzieci ma miejsce w domu.

Uważa się, że oparzenia dokonywane są z premedytacją, jako forma kary. Dziecko może zostać oparzone gorącym płynem, albo przedmiotem takim jak np.: papieros, żelazko, pogrzebacz. Ważne w czasie uczestniczenia w oględzinach jest ocenienie, czy rzeczywiście dziecko mogło oparzyć się samo.

Stone i inni podają listę 12 kryteriów nieprzypadkowego poparzenia dziecka:

- oparzenia rąk i nóg symetrycznie głębokie
- liczne wylewy i blizny w różnych stadiach gojenia
- współwystępowanie innych objawów maltretowania
- w wywiadzie uprzednia hospitalizacja
- opóźnienie w skontaktowaniu z lekarzem dłuższe niż 2 godziny
- ślady oparzeń robiących wrażenie wcześniejszych niż podawana przez rodziców data
- niewiarygodna relacja rodziców niezgodna z wiekiem dziecka
- rodzice podają, że znaleźli dziecko oparzone, a nie było świadków wypadku
- oparzenie było spowodowane przez rodzeństwo (co może się zdarzyć).
- dziecko zostało przyniesione przez znajomych lub krewnych
- zachowanie dziecka budzi podejrzenie, jest zbyt uległe, grzeczne, nie płacze
- były już inne wypadki oparzeń w tej samej rodzinie

Ważna jest lokalizacja oparzeń. Nie jest możliwe np., aby dziecko samo włożyło całą dłoń do wrzątku. Oparzenie zlokalizowane na pośladkach lub kończynach dolnych jest raczej dokonane przez dorosłego. Jeżeli dziecko zostaje zanurzone w gorącej wodzie nóżkami oparzenie ma kształt spodni i nie dotyczy fałdów powierzchni wewnętrznych.

Wynika to z pozycji dziecka, które siadając zgina kończyny.

Przy oparzeniach przedmiotami za celowe oparzenia przyjmuje się takie ślady, które są miejscowo głębokie, tak jakby dziecko nie mogło się wycofać z kontaktu z czymś gorącym, jakby było przytrzymywane.

3. Złamania i urazy głowy.

Jest mało prawdopodobne, aby niemowlę uszkodziło sobie samo kość. O maltretowaniu świadczyć mogą również wcześniejsze złamania wykryte radiologicznie. Opowieści rodziców dotyczące okoliczności są niezwykle istotne. Podają oni często nielogiczne okoliczności zdarzenia.

Trudniejsze jest stwierdzenie złamań na skutek bicia u dzieci starszych, które nie chcą o tym opowiedzieć. Istotne jest czy złamania się powtarzają. Ważna jest też lokalizacja złamań.

Nieprzypadkowe mogą być złamania kości długich łopatki, mostka, żeber, wyrostków kolczastych kręgow, dystalnego końca obojczyka.

Urazy głowy są częstą przyczyną zgonów dzieci maltretowanych. Na skutek uderzeń występują zmiany neurologiczne mózgu. Uraz głowy u dziecka może spowodować wystąpienie krwaka podoponowego i śmierć.

U wielu dzieci występuje padaczka pourazowa, wodogłowie, porażenia i zahamowanie rozwoju psychoruchowego.

Jest niezwykle istotne , aby wcześniej rozpoznawać, że dziecko, z którym mamy kontakt jest maltretowane.

Jak postępować z dzieckiem krzywdzonym przez rodziców

W kontakcie z dzieckiem krzywdzonym należy pamiętać, że jego podstawowe potrzeby psychofizyczne nie są zaspokojone. Tak więc, brak mu bezpieczeństwa, miłości, szacunku, uznania, często ma niezaspokojone potrzeby fizyczne tzn. jest głodne, nie umyte, źle ubrane. Jego granice psychologiczne są łamane, jego cielesność naruszana. Jego życie jest nieprzewidywalne, uważa w związku z tym ,że nic od niego nie zależy, że nie ma wpływu na swoje życie, inni mogą zrobić z nim co zechcą. Tym co dominuje w jego myśleniu jest nieufność wobec świata dorosłych, nieufność ta generalizuje się również na rówieśników. Dlatego wycofuje się z kontaktów z nimi lub też w kontaktach tych jest nastawiony obronnie – agresywnie.

Aby dotrzeć do tego dziecka należy przede wszystkim zadbać o jego bezpieczeństwo, to jest odizolować fizycznie od sprawców przemocy, a następnie :

1. Pokazać mu, że nam na nim zależy, wykazać przy tym dużą cierpliwość i akceptację .
2. Uczyć go nazywać to, co przeżywa.
3. Sprawić, aby poczuło się przy nas bezpiecznie.
4. Wzmacniać jego pozytywne strony.
5. Pokazywać co dobre i akceptowane społecznie, umawiać się na zmianę zachowań o ile to jest potrzebne.
6. Zachęcać do samodzielnych wyborów, pokazując ,że ma wpływ na swoje życie.
7. Nie karać, nie krzyczeć, nie robić tego co robili znęcający się rodzice czy opiekunowie.
- 7.Uczyć go asertywności , metod rozwiązywania problemów , planowania, stawiania celów.
8. Pomagać mu w nawiązywaniu dobrych relacji z rówieśnikami
9. Być jego dorosłym przewodnikiem .