

Juha Holma • Krzysztof Wilczek

Wprowadzenie do terapii grupowej dla sprawców przemocy metodą Jyväskylä

Konsultacja merytoryczna: Krzysztof Rubas



Juha Holma, Krzysztof Wilczek

**Wprowadzenie do terapii grupowej
dla sprawców
przemocy metodą Jyväskylä**

Konsultacja merytoryczna: Krzysztof Rubas

Publikacja przygotowana przez Stowarzyszenie Wspierania Działań na Rzecz Osób Potrzebujących Pomocy DROGA w Olsztynku jako część projektu pt.: „Przemoc to niemoc. Oddolny program aktywizacji społeczności lokalnej w zakresie przeciwdziałania przemocy domowej”, który jest finansowany przez Islandię, Liechtenstein i Norwegię z Funduszy EOG w ramach Programu Aktywni Obywatele – Fundusz Regionalny



Redaktor prowadzący
Ewa Kołodziejska

Redaktor techniczny
Ryszard Kurasz

Korekta
Zespół

Projekt okładki
Krzysztof Galus

Grafika na okładce: rawpixel.com / Freepik

© Copyright by Wydawnictwo Adam Marszałek

Wszystkie prawa zastrzeżone. Książka, którą nabyłeś, jest dziełem twórcy i wydawcy. Żadna jej część nie może być reprodukowana jakimkolwiek sposobem – mechanicznie, elektronicznie, drogą fotokopii itp. – bez pisemnego zezwolenia wydawcy. Jeśli cytujesz fragmenty tej książki, nie zmieniaj ich treści i koniecznie zaznacz, czyje to dzieło

Toruń 2023

ISBN 978-83-8180-824-8

Wydawnictwo prowadzi sprzedaż wysyłkową:
tel. 56 664 22 35; e-mail: marketing@marszalek.com.pl

Wydawnictwo Adam Marszałek, ul. Lubicka 44, 87-100 Toruń
tel. 56 664 22 35, e-mail: info@marszalek.com.pl, www.marszalek.com.pl
Drukarnia, ul. Warszawska 54, 87-148 Łysomice

Spis treści

1. Wstęp	7
2. Model Jyväskylä – fiński model terapii ze sprawcami przemocy	9
3. Zagadnienia i tematy analizowane w modelu Jyväskylä	13
4. Perspektywa płci	25
5. Perspektywa płci – ojcostwo	34
6. Perspektywa płci – męska tożsamość	39
7. Strategie dyskursywne – mentalizacja	43
8. Strategie dyskursywne – refleksyjność	46
9. Strategie dyskursywne – teoria przywiązania	50
10. Strategie dyskursywne – model etapów zmian	54
11. Asymilacja – przyznanie się do stosowania przemocy w związku	57
12. Przykłady zastosowania modelu Jyväskylä w praktyce terapeutycznej	61
13. Wybrana literatura na temat modelu Jyväskylä	90

PODZIĘKOWANIA

Podziękowania dla wszystkich uczestników warsztatów zorganizowanych przez Stowarzyszenie Wspierania Działań na Rzecz Osób Potrzebujących Pomocy DROGA prowadzonych przez profesora Juhę Holmę za ich wkład w przygotowanie niniejszej publikacji.

*Człowiek posiadający sumienie cierpi wyznając swój grzech.
To jest jego kara, ale też więzienie*

Fiodor Dostojewski, *Zbrodnia i kara*

Dla mojej kochanej córeczki Tosi
K.W.

1. Wstęp

Publikacja ma na celu przybliżenie założeń programu terapii dla sprawców przemocy, zwanej metodą Jyväskylä. Jest ona stosowana głównie w Finlandii, a jej początki sięgają 1996 r., kiedy to Wydział Psychologii Uniwersytetu Jyväskylä rozpoczął badania nad nową formą terapii dla sprawców przemocy i wypracował autorski program terapii grupowej, indywidualnej oraz terapii w parach. Niniejsza publikacja koncentruje się na zagadnieniach terapii grupowej. Model Jyväskylä, pomimo że nie jest szerzej znany w Polsce, łączy w sobie popularne elementy teorii psychologicznych, ale też strukturalizmu filozoficznego, a swoje fundamenty buduje na filozofii dialogu oraz dorobku myślicieli takich jak Michaił Bachtin czy Martin Buber. Książka przybliży model Jyväskylä w dwojaki sposób. Po pierwsze, wskazuje ramy teoretyczne modelu – jego kluczowe pojęcia i definicje, opierając się na anglojęzycznych artykułach i badaniach naukowych napisanych przez profesora Juhę Holmę – jednego z twórców tego modelu. Wykaz ważniejszych artykułów znajduje się na końcu niniejszej publikacji. W większości są one dostępne nieodpłatnie w wersji elektronicznej w Internecie. Po drugie, źródłem wiedzy o tej formie terapii są doświadczenia członków Stowarzyszenia Wspierania Działania na Rzecz Osób Potrzebujących Pomocy DROGA

w Olsztynku wynikające z próby jej adaptacji i popularyzacji na polskim gruncie. Miało to miejsce od 2019 r., kiedy Stowarzyszenie DROGA rozpoczęło realizację projektu polegającego na tłumaczeniu części prac oraz organizacji warsztatu i przeprowadzeniu pilotażu terapii. Niniejsza publikacja ukazuje praktyczne aspekty zastosowania metody w formie materiałów pochodzących z seminarium zorganizowanego w maju 2023 r. dla polskich specjalistów pracujących na co dzień ze sprawcami przemocy domowej. Warto podkreślić, że wybór takiej formy publikacji wynika z samej definicji metody Jyväskylä, którą określa się jako podejście niepodręcznikowe. Oznacza to, że opiera się ona na stosowaniu metod dyskusyjnych jako dialogu zachodzącego pomiędzy terapeutą a klientem. W tym kontekście wydaje się, że najlepszym sposobem przybliżenia zasad pracy z osobami stosującymi przemoc jest pokazanie praktycznych doświadczeń płynących z zastosowania terapii na konkretnych przykładach przedstawionych przez polskich praktyków. Tym samym publikacja skierowana jest nie tylko do terapeutów i psychologów, ale też do całego spektrum osób pracujących z osobami doświadczającymi przemocy jako forma wprowadzenia do zagadnień związanych z terapią dla sprawców przemocy. Na gruncie polskiego prawa nie ma przeciwwskazań prawnych w stosowaniu metody Jyväskylä. Może ona zatem być włączana i udoskonalana do praktyki zawodowej przez praktyków zajmujących z problematyką przemocy domowej. Mamy nadzieję, że publikacja służyć będzie jako materiał poglądowy do promocji nie tylko samego modelu Jyväskylä w Polsce, ale przede wszystkim do zwiększenia popularności i dostępności wszelkiego rodzaju programów terapeutycznych dedykowanych sprawcom przemocy.

2. Model Jyväskylä - fiński model terapii ze sprawcami przemocy

Model pracy z przemocą w związkach intymnych (IPV) został zapoczątkowany w Jyväskylä w Finlandii ponad dwadzieścia lat temu jako wielosektorowy program współpracy pomiędzy Centrum Kryzysowym „Mobile” w Jyväskylä a Centrum Szkoleniowym i Badawczym Psychoterapii na Uniwersytecie Jyväskylä. Z czasem został on rozszerzony na inne instytucje, takie jak ośrodki pomocy społecznej i policję. Model Jyväskylä oferuje terapie grupowe poprzedzone zwykle pięcioma indywidualnymi sesjami wstępnymi. Podstawowym założeniem terapii w modelu Jyväskylä jest, w odróżnieniu od polskiego podejścia, pełna dobrowolność uczestnictwa w zajęciach. Uczestnik terapii zgłasza się do programu i może go opuścić w dowolnym momencie jej trwania. Drugą istotną cechą tej formy terapii jest jej oparcie na relacji i żywym dyskursie pomiędzy klientem a terapeutą. W tym sensie jest to metoda niepodręcznikowa, gdyż, co do zasady, nie sporządza się żadnego pisemnego planu pracy. Terapia grupowa opiera się na podejściu konfrontacyjnym i wykorzystaniu między innymi koncepcji tożsamości płci, a same sesje grupowe nie są zorganizowane tematycznie. Jednak każda sesja grupowa, co do zasady, ma na celu skupienie się na przemocy i odpowiedzialności za przemoc oraz bezpieczeństwie, wyborach, poczuciu winy. Pierwszym krokiem poprzedzającym uczestnictwo w terapii są zazwyczaj indywidualne wywiady przeprowadzane przez terapeutów, w których oceniana jest motywacja do pracy, chęć zmiany, a także

gromadzone są informacje o szczegółach agresywnego zachowania i relacjach rodzinnych kandydata. Podstawowym warunkiem przystąpienia do terapii grupowej jest zdolność sprawcy do postrzegania swojego agresywnego zachowania jako kontrowersyjnego i nieuzasadnionego, co wiąże się z faktem, że centralnym paradygmatem metody jest gotowość sprawcy do wzięcia odpowiedzialności za swoje czyny. Celem zagwarantowania większego bezpieczeństwa partnerkom i dzieciom, przed dołączeniem do grupy kandydat podpisuje kontrakt terapeutyczny wraz ze zobowiązaniem do uczestnictwa w co najmniej piętnastu sesjach. Doświadczenia w pracy ze sprawcami przemocy w Finlandii pokazują, iż po etapie wstępnej selekcji zazwyczaj jedynie niewielki odsetek mężczyzn, z którymi przeprowadza się wywiady nie rozpoczyna terapii. Przez lata format grupy ewoluował i obecnie praktykowana jest zasada prowadzenia zarówno otwartych, jak i zamkniętych grup, które spotkają się na piętnastu cotygodniowych sesjach trwających 1,5 godziny każda. Pracą grupy zazwyczaj kieruje dwóch terapeutów w formach męsko-męskich, jak i żeńsko-męskich diad terapeutycznych. Protokół programu obejmuje też wywiady z partnerkami sprawców przeprowadzane zarówno na początku, jak i na końcu terapii. Celem tych częściowo ustrukturyzowanych wywiadów jest zebranie informacji o przemocy, zarówno przed podjęciem leczenia, jak i pomiędzy sesjami grupowymi oraz poinformowanie jej o celach i metodach leczenia grupowego. Minimalizuje to ryzyko niewłaściwego wykorzystania spotkań terapeutycznych przez sprawcę przemocy. Podczas tych wywiadów partnerki proszone są o wypełnienie Kwestionariusza Nadużyć i Kontroli Zachowania (ACBI) po to, by dowiedzieć się jakich form przemocy doświadczyły. Partnerka jest również informowana o zagrożeniach związanych z programami terapii dla mężczyzn oraz o jej prawach i dostępności usług wsparcia. Ponadto po zakończeniu programu przeprowadzane są wywiady uzupełniające.

Informacje zebrane podczas wywiadów z partnerkami są kluczowe, ponieważ wyniki badań pokazują, że relacje sprawców i ofiar przemocy różnią się między sobą, a sprawcy zazwyczaj mają tendencję do minimalizowania znaczenia i dotkliwości popełnianych aktów przemocy.

Dostępne źródła nie wskazują na to, że w Polsce stosowano metody pracy ze sprawcami przemocy metodą Jyväskylä. W listopadzie 2020 r. Stowarzyszenie Wspierania Działań na Rzecz Osób Potrzebujących Pomocy DROGA w Olsztynku jako pierwsza organizacja w Polsce przeprowadziła w formie pilotażu terapię grupową dla sprawców przemocy według modelu Jyväskylä. Zrekrutowano wówczas do projektu pięciu sprawców przemocy z gminy Olsztynek. Ze względu na pandemię COVID-19 terapia została zrealizowana dopiero w lutym 2021 r. W jej trakcie przeprowadzono dziesięć godzin terapii grupowej, w której wzięło udział ostatecznie czterech sprawców przemocy. Były to osoby, które już wcześniej brały udział w terapiach realizowanych przez specjalistów ze Stowarzyszenia DROGA. Na podstawie wstępnych wywiadów terapeutyci opracowali profil i diagnozę każdego ze sprawców przemocy. Zgodnie z założeniami modelu, każda partnerka sprawcy przemocy biorącego udział w terapii została poproszona o wypełnienie Formularza Oceny Zachowań Przemocowych (ACBI). Uczestnik terapii podpisał również kontrakt, który określa zasady uczestnictwa w terapii oraz funkcjonowania grupy. Tematyka terapii, zrealizowana przez terapeutów Stowarzyszenia DROGA – Krzysztofa Rubas oraz Agatę Potkaj, zgodnie z założeniem modelu obracała się wokół następujących kwestii:

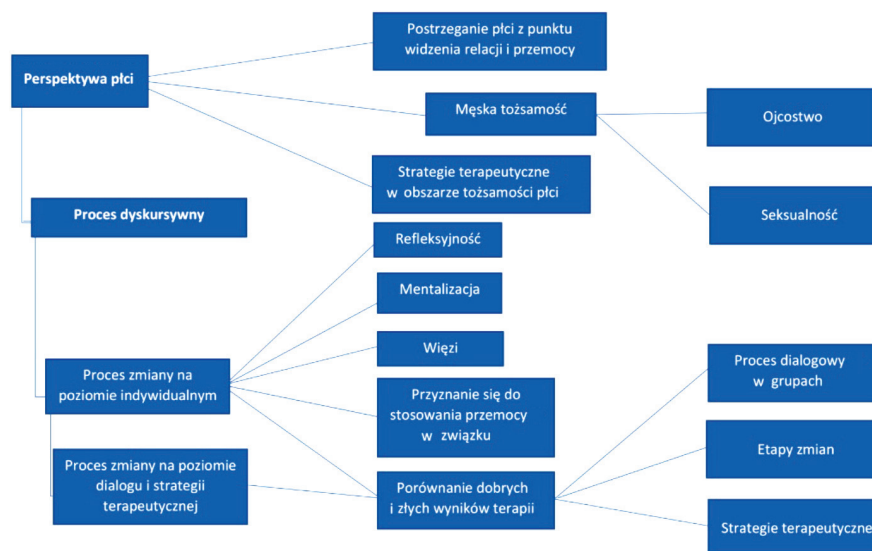
1. Definiowania odpowiedzialności, analizowanie zaprzeczania, umniejszania i obwiniania. Przeprowadzono dyskusję na temat postępow: co udało się uczestnikom, co można było poprawić, jakich kłopotów doświadczyli.

2. Unikania kontaktów w sytuacjach kryzysowych.
3. Odpowiedzialności jako przyznanie się przed samym sobą do czynu i ponoszenie jego konsekwencji.
4. Przedstawienia mechanizmów wypierania: oskarżanie ofiary („ale ona”), zapominanie co się stało, usprawiedliwianie swojego agresywnego zachowania („miałem prawo”), zniekształcanie faktów, minimalizowanie wydarzeń („jedynie, co zrobiłem, to”), zrzucanie winy na czynniki zewnętrzne, pomijanie faktów, kłamstwo – zaprzeczanie („nigdy jej nie tknąłem”), odkładanie, odwlekanie („poproszę o pomoc, jeśli to się kiedykolwiek powtórzy”), apatia (i wiesz co, nie zależy mi na tym”).

3. Zagadnienia i tematy analizowane w modelu Jyväskylä

Model Jyväskylä podejmuje obszary pracy, które są pogrupowane w dwóch kategoriach. Pierwszy, obejmuje analizę poglądów na przemoc, relacje, męską tożsamość, tj. ojcostwo, seksualność oraz strategie i działania terapeutów w podejściu do kwestii płci. Drugi, dotyczy procesu dyskursywnego i analizuje czynniki psychologiczne,

Zagadnienia analizowane w modelu Jyväskylä



Źródło: Helena Päivinen, Berta Vall, Juha Holma, *Research on facilitating successful treatment process in perpetrator programmes*, [w:] *Domestic Violence: Prevalence, Risk Factors and Perspectives, Family Issues in the 21st Century*, [red.] Michelle Ortiz, Nova Science Publishers, 2016, s. 163–187.

takie jak refleksyjność, mentalizacja, rozmowa terapeutyczna oraz przyjmowanie bądź odrzucania odpowiedzialności za agresywne zachowania. Te ostatnie są zarazem predyktorami pomyślnych lub niepomyślnych procesów zmian zachodzących w ramach terapii.

Zasada 1: Bezpieczeństwo

Bezpieczeństwo oraz ochrona partnerek i ich dzieci to fundamentalne kwestie we wszystkich programach realizowanych według modelu Jyväskylä. Oznacza to, że również kobiety i dzieci powinni być zidentyfikowani jako potencjalni klienci programów skierowanych do sprawców przemocy. Terapeuta powinien posiadać informacje o partnerce, jej dzieciach, ich sytuacji i stosowanych wobec nich formach przemocy. W Finlandii, podobnie jak w Polsce, zgodnie z obowiązującym Kodeksem karnym istnieje obowiązek zawiadomienia policji w przypadku zagrożenia i groźby użycia przemocy. Dotyczy to zarówno urzędników, jak i pracowników socjalnych zajmujących się opieką nad dziećmi, gdy zagrożony jest rozwój dziecka. Dzieci nie mogą doświadczać przemocy i wszelkie przypadki tego typu są zgłaszane do instytucji zajmujących się ich ochroną. Bezpieczeństwo osób jest monitorowane na podstawie wywiadów środowiskowych i ankiet terapeuty. W trakcie terapii jej uczestnicy są proszeni o zgłaszanie wszelkich przejawów przemocy stosowanych przez partnera, gdyż uczestnictwo w programach terapeutycznych wiąże się ze zwiększonym ryzykiem występowania lub nawet eskalacji przemocy, co może powodować wzmocnienie fałszywego poczucie bezpieczeństwa.

Zasada 2: Skupienie się na przemocy

Zasada ta polega na skupieniu się, już od pierwszego spotkania terapeutycznego, na zachowaniach przemocowych. Zachowanie przemocowe każdego uczestnika terapii jest szczegółowo analizo-

wane: co zrobił sprawca przemocy, kogo uderzył, gdzie i czym, jakie były odgłosy bicia ofiary, jakie towarzyszyły temu uczucia, skutki fizycznie, jakie były lub mogły być konsekwencje, czy potrzebna była interwencja instytucji, tj. policji czy ochrony zdrowia. Terapia jest również okazją do edukacji sprawców przemocy i otwartej dyskusji o różnych rodzajach przemocy, nie tylko fizycznej, ale także psychologicznej, seksualnej i ekonomicznej. W ten sposób sprawcy uczą się rozpoznawać przemoc nie tylko w jej fizycznym aspekcie, ale także jako wyzwiska, formę sprawowania kontroli, groźby, upokorzenia itp. W grupie terapeutycznej można omówić dowolny temat, nie zapominając się o naczelnej zasadzie w programie, ale wszystkie poruszane tematy muszą mieć związek z przemocą, a za przykłady mogą służyć wcześniejsze doświadczenia uczestników. Jedną z korzyści płynących z pracy grupowej jest dzielenie się własnymi doświadczeniami i słuchanie wypowiedzi innych, co często pomaga sprawcom uświadomić sobie swój problem i otworzyć się. W ten sposób klienci mają okazję zestawić swoje własne wyjaśnienia z odczuciami innych uczestników terapii, a zmiany w ich własnych zachowaniach są często czytelne również dla innych uczestników. Rozmowa z członkami grupy, dzielenie się doświadczeniami i słuchanie to główne czynniki wspomagające proces zmian postaw u sprawcy. Terapeuta powinien być wrażliwy na potrzeby uczestników, ponieważ zdolność sprawców przemocy do analizy problemów jest bardzo zróżnicowana. Powinien on też być skoncentrowany na wyborach, jakie dokonuje sprawca przemocy. Innym problemem, który się z tym wiąże jest przeprowadzenie pogłębionej analizy sytuacji mającej miejsce w ostatniej minucie przed wystąpieniem aktu przemocy. Podobne metody są stosowane w poradnictwie dla par, gdzie technika, o której mowa nazywana jest w języku angielskim „*slow motion*”. Celem tej techniki jest podważenie przekonania, że wynik agresywnego zachowania jest nieprzewidywalny, gdyż ana-

liza momentu poprzedzającego akt przemocy często ujawnia wielość wyborów zachodzących w umyśle sprawcy w ostatniej chwili poprzedzającej wystąpienie aktu przemocy. Kiedy zachowanie postrzega się jako serię wyborów, można również poszukiwać alternatywnych sposobów zachowania. Aktywna praca w grupie ma na celu skłonienie uczestników do dyskusji na temat różnych wyborów i wyobrażenia sobie innych sposobów działania oraz konsekwencji takiej alternatywy dla siebie i otoczenia. Pytania, które wskazują, kim był sprawca i dokonanie wyborów, takich jak poproszenie klienta o sprecyzowanie, czy kopał bokiem, czy czubkiem buta oraz czy uderzył partnerkę np. pięścią lub dłonią, zmuszają go do myślenia o jego przemocowym zachowaniu. Niezależnie od przenoszenia odpowiedzialności na czynniki zewnętrzne, takie jak alkohol, bardziej szczegółowe spojrzenie na zachowanie sprawcy często pokazuje, że na wiele sposobów było ono pod jego kontrolą, a przemoc jest wynikiem dokonywania wyborów. Pomimo że terapeuta wstuchuje się w wyjaśnienia dotyczące zachowania, to musi on też brać pod uwagę kwestię odrzucania odpowiedzialności przez sprawców. Jednak właściwą intencją terapeuty nie jest wywołanie konfliktu w grupie, lecz przełamanie nawyku unikania odpowiedzialności poprzez opowiedzenie własnego doświadczenia, a tym samym doprowadzenie do konfrontacji oraz szczerego wyznania swojej winy. Po tym, jak sprawca zdaje sobie sprawę, że dokonał najlepszego wyboru, można zauważyć, że pojawiają się alternatywne formy zachowania, a myślowa wizualizacja różnych alternatyw stwarza możliwość pojawienia się innych rodzajów postępowania. Praca w grupie ma również na celu identyfikację incydentów o wysokim ryzyku wystąpienia przemocy, tak aby w przyszłości można było ich uniknąć. Incydent jest analizowany, sekunda po sekundzie, dokładnie jakby akt przemocy rzeczywiście miał miejsce, a grupa stara się pomóc sprawcy uświadomić sobie, w jaki sposób można zachowywać się inaczej i co

pomogłoby zapoczątkować zmianę. Ten proces wymaga, aby lider grupy – terapeuta był w stanie znaleźć i wskazać nawet najmniejsze osiągnięcia i postępy sprawcy. Jednocześnie w trakcie terapii akcentuje się wybory i odpowiedzialność sprawcy, a brak akcentowania sukcesów wzmacnia przekonanie, że przemoc zdarza się przypadkowo. Uczestnicy mogą się dziwić, że w terapii wszystko można uznać za sukces. Ważne jest jednak, aby nie zapominać, że należy doceniać drobne rzeczy, a nie tylko dążyć do znaczących sukcesów. Innym przykładem narzędzi terapeutycznych stosowanych w pracy ze sprawcami przemocy w modelu Jyväskylä jest technika „stop-przerwa” (*time-out*). Stanowi ona prosty sposób wyboru innego sposobu postępowania. Jest to termin przejęty ze świata sportu i ma ten sam cel, co stosowanie go w pierwotnym kontekście, czyli stworzenie przestrzeni, w której sprawca może opracować nową taktykę i przeanalizować swoje myślenie w celu osiągnięcia korzystnego wyniku terapii. Pozwala to uczestnikowi terapii zobaczyć zupełnie nowy wymiar swojego zachowania, które wcześniej uważał za możliwe do rozwiązania jedynie za pomocą przemocy fizycznej. Terapeuci mogą stosować technikę „stop-przerwa” zarówno podczas sesji indywidualnych, jak i spotkań grupowych. Odejście od konfliktu i kłótni dla niektórych z sprawców oznaczać może jednak również przejaw tchórzostwa lub nieśmiałości, których nie chcą okazywać. Terapeuta może wyjaśnić uczestnikom, jak ta metoda może być stosowana na gruncie pozaterapeutycznym z partnerką celem zwiększenia jej bezpieczeństwa. Warto przy tej okazji wspomnieć, iż niestety istnieje również ryzyko, że sprawca wykorzysta technikę „stop-przerwa” jako formę przemocy psychicznej. Dlatego proces terapii powinien być zawsze monitorowany przez specjalistów, a jeśli dojdzie do nawrotu przemocy, sprawca powinien być skonfrontowany ze swoim zachowaniem.

Zasada 3: Wybór

Za przemoc zawsze odpowiadają sprawcy. Przemoc jest przestępstwem, a nie chorobą czy też specyficznym sposobem okazywania uczuć, pomimo że sprawcy zwykle tak o niej myślą. Żadne programy dla sprawców przemocy nie powinny zastępować działań wynikających z przestrzegania zasad prawa. Przemoc oznacza dominowanie nad innymi na przykład poprzez użycie siły fizycznej czy też groźby. Zazwyczaj uczestnicy grup terapeutycznych starają się znaleźć usprawiedliwienie dla stosowania przemocy, natomiast stopień zagrożenia lub rzeczywiste konsekwencje przemocy fizycznej decydują o różnicy między przemocą kobiet wobec mężczyzn a przemocą mężczyzn wobec kobiet. Jednym z zagrożeń występujących na terapiach grupowych jest tworzenie atmosfery obwiniania ofiar. W związku z tym rolą terapeuty lub terapeutki jest pokazanie sprawcy jego odpowiedzialności za swoje czyny, skupienie się na wyborach i opowiedzenie zdarzeń poprzedzających ostatnią minutę przed wystąpieniem aktu przemocy. Oznacza to bardzo dokładne przeanalizowanie sytuacji tuż przed wystąpieniem aktu przemocy odpowiadając na następujące pytania: co myślał sprawca przed przemocą? Czy byłoby możliwe zapobieżenie przemocy, czy można było coś zrobić? Czy sprawca uważa, że sytuacja była pod jego kontrolą? Kiedy miał miejsce pierwszy moment, w którym wiedział, że popełni akt przemocy? Analiza momentu poprzedzającego akt przemocy często ujawnia, jak już wcześniej wspomniano, wielość wyborów w umyśle sprawcy w ostatniej chwili przed popełnieniem aktu przemocy. Plan pracy w grupie terapeutycznej ma na celu skłonienie uczestników do dyskusji na temat różnych wyborów i wyobrażenia sobie alternatywnych sposobów działania oraz konsekwencji tej alternatywy dla siebie i innych ludzi. Oznacza to, że przemoc jest wynikiem dokonywania wyborów. Gdy spraw-

ca zda sobie sprawę, że dokonał niewłaściwych wyborów rodzi się w nim chęć alternatywnego zachowania. Wizualizacja różnych alternatyw stwarza szansę na zmianę i prowadzi do promowania nowych i bezprzemocowych form postępowania.

Jedną z korzyści płynących z wykonywania pracy w ramach terapii grupowej jest dzielenie się własnymi wyjaśnieniami i słuchanie wypowiedzi, które często pomagają uczestnikom w zrozumieniu problemu. Uczestnicy terapii są niejako zmuszeni skonfrontować swoje własne wyjaśnienia z wyjaśnieniami innych uczestników. Zmiany w rozumieniu ich własnego zachowania przemocowego są widoczne także dla innych uczestników. Rozmowa z innymi członkami grupy, dzielenie się doświadczeniami i słuchanie innych to główne czynniki wspomagające zachodzenie zmiany u sprawcy. Terapeuci jako liderzy grup powinni być wrażliwi na potrzeby uczestników jako jednostek, ponieważ klienci mają bardzo zróżnicowane możliwości analizy problemów. Udział w grupie ma również na celu zidentyfikowanie incydentów obarczonych wysokim ryzykiem przemocy. Oczekiwania i obawy dotyczące zachowań grupy wiążą się z ważnymi zmianami osobowości sprawcy. Czasami trudno jest zmienić agresywne zachowanie, ponieważ przynosi ono wiele korzyści. Przemoc ma sens dla sprawcy. Sprawcy mogą odczuwać utratę władzy i swojej męskiej roli w czasie, gdy nie są stosują przemocy. Dlatego postępowanie bez przemocy może być niebezpieczne, ponieważ niektóre osoby nie mogą znaleźć zamiennych strategii radzenia sobie z problemem, czują, że tracą poczucie sprawczości, co prowadzi do innych problemów natury psychicznej lub zaczynają reagować jeszcze bardziej agresywnie, stając się jeszcze mniej kontrolowalni.

Zasada 4: Poczucie winy

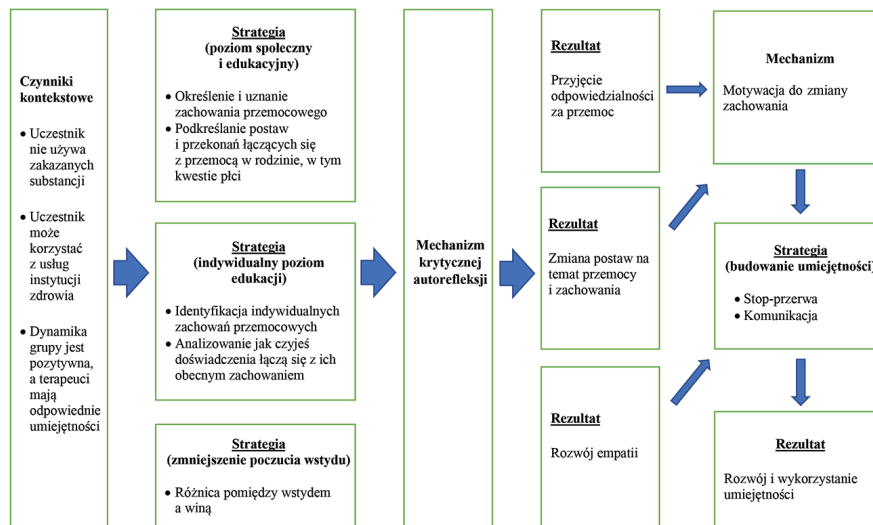
Przemoc ma sens dla sprawcy. Jednocześnie łamana jest norma społeczna, która stanowi: „nie krzywdź kobiety”. W wielu przypadkach rodzi to poczucie winy i potrzebę wyjaśnienia. Przed rozpoczęciem oraz na początku terapii poczucie winy jest zazwyczaj nie do zniesienia, a jej tłumienie to mechanizm obronny. Poczucie winy może sprawić, że sprawca unika rozmowy o trudnych sprawach, zapomina o nich albo zmienia temat. Nieznośność poczucia winy często prowadzi do przedstawiania wyjaśnień, w których sprawca rezygnuje z odpowiedzialności. Powszechną formą wyjaśniania przemocy jest alkohol i jego wpływ na osobowość. Uczestnicy omawiają akt przemocy, aby poczuć ulgę. Sposób w jaki sprawca mówi o zachowaniach związanych z przemocą zmienia się w trakcie kolejnych spotkań. Uczestnicy terapii zwykle dziwią się, że dyskusja rodzi nowe wspomnienia o agresywnych zachowaniach, którym towarzyszy niekomfortowe poczucie winy, co z kolei budzi głębsze i bardziej szczegółowe wspomnienie zdarzenia. Jednocześnie jednak poczucie winy staje się bardziej znane i znośne. Przeżywanie poczucia winy musi odbywać się w tym samym czasie, co analiza aktu przemocy. W grupie terapeutycznej sprawcy są pytani o poczucie winy, uzyskują określenia i pojęcia, wyjaśnienia swojego zachowania i są mniej tłumieni. Ten sposób ułatwia wzięcie odpowiedzialności za swoje działanie. Celem tego podejścia nie jest zmniejszenie odpowiedzialności, ale uczynienie winy bardziej znośną. Radzenie sobie z poczuciem winy jest ważne tak samo jak odczuwanie poczucia winy na łonie grupy i wywoływanie uczucia zranienia. Jeszcze innym, pożytecznym aspektem uczestniczenia w grupie terapeutycznej jest to, że sprawcy przemocy muszą co tydzień analizować własne agresywne zachowanie. Nawet jeśli jakiś uczestnik terapii nie odzywa się, słuchając opowieści innych osób,

to niejako zmuszony jest w jakiś sposób myśleć o swoim zachowaniu. Uczestnictwo w grupie przeszkadza uwierzyć sprawcy, że akt przemocy zdarzył się tylko ten jeden raz albo że kilka aktów przemocy nigdy więcej się nie powtórzy. Sprawcy tłumią myśli na temat przemocy, przez co nie odczuwają winy, a to z kolei zwiększa niebezpieczeństwo recydywy. Kiedy sprawca przemocy domowej co tydzień opowiada o swoich agresywnych czynach, to równocześnie konfrontuje się z poczuciem winy, nawet jeśli w tym czasie nie zachowywał się agresywnie. W ten sposób zyskuje siłę, by lepiej mu stawić czoła i znaleźć alternatywę dla chaotycznej fazy szoku, która zazwyczaj następuje bezpośrednio po akcie przemocy. Kiedy zachowanie sprawcy zmienia się, ważne jest, aby omówić wpływ, jaki ma to bezpośrednio na jego osobę, ale też na jego rodzinę, środowisko. Wskazane jest, aby klient wykonał pracę wizualizacyjną nad reakcją partnerki – ofiarą przemocy po opuszczeniu miejsca kłótni, zamiast grożenia lub obrażania drugiej osoby oraz zastanowił się, co pomyślałby o sobie, gdyby na przykład nie dopuścił do zaistnienia ryzykownej sytuacji. Czy nazwałby to „chowaniem dumy do kieszeni”, uniżeniem się, ucieczką lub utratą męskości?

Opisane wcześniej zasady dotyczą zwrotnej relacji pomiędzy mówieniem i działaniem. Z punktu widzenia założeń modelu mówienie i działanie nie daje się jednakże wyraźnie oddzielić, ponieważ często zdarza się, że kiedy coś jest omawiane, a nowa opcja powstaje w drodze dyskusji, umożliwia to podjęcie nowego działania. Różne sposoby mówienia i rozmowy mogą nadać działaniu nowe znaczenia. W grupie terapeutycznej obowiązuje zasada, że liderzy aktywnie zachęcają uczestników do wyrażania swoich uczuć i starają się znaleźć słowa opisujące doświadczenia, które przeżyli jako mężczy sprawcy przemocy. Terapeuci jako liderzy grup starają się używać tych samych słów i tego samego języka, którym posługują się uczestnicy. Prowadzi to często do używania tych samych

metafor, które stosują klienci. Terapeuci akcentują określenia, które intensyfikują opisy i wyolbrzymiają incydenty oraz sposób ich opisywania. Robią to po to, aby znaleźć słowa adekwatne do przeżytych doświadczeń, opisujących trudne uczucia, których jednostka może się bać lub z którymi może czuć się niekomfortowo i nie chce się zmierzyć. Przykładem tego jest czerpanie radości z poniżania i bicia innych. Niektórzy sprawcy, po dokonaniu aktu przemocy, mogą odczuwać rodzaj satysfakcji z poczucia wszechmocy. Podzielenie się doświadczeniem, nawet z pozoru wątpliwym, jest oznaką dobrego zrozumienia samego siebie, a także poprawy poziomu zaufania następującego w grupie terapeutycznej. Udział w sesjach grupowych daje każdemu jej uczestnikowi możliwość zadawania pytań o stan relacji w grupie i o to co się stanie, gdy sprawca ponownie kogoś uderzy lub gdy przestanie uczęszczać na zajęcia. W trakcie terapii sprawca bierze pod uwagę, co sądzą i jak zareagują inne osoby uczestniczące w spotkaniu terapeutycznym. Jest to jeden z powodów, dla których uważa się, że sprawca powinien uczestniczyć w zajęciach w grupie, nawet jeśli w tym okresie zachowuje się agresywnie i pomimo podpisania na początku deklaracji w sprawie zachowania bez przemocy. Tego rodzaju sytuacje dają również wyobrażenie klientowi, że nie będzie on tak naprawdę do końca wyleczony i dlatego nigdy nie powinien zapominać o przemocy. W ten sposób jakaś część jego własnej tożsamości zawsze postrzega siebie jako potencjalnie agresywną osobę przez resztę życia. Wielu fińskich uczestników terapii wskazało, że pomagał im obraz wspólnej pracy grupy w sytuacjach, w których wcześniej zachowywali się agresywnie. Kiedy wybuchał konflikt z partnerką to przypominali sobie o udziale w terapii grupowej i pamiętali rozmowę o postępowaniach alternatywnych wobec przemocy. Jeden z nich dał jako przykład palącej się pochodni – symbolu Uniwersytetu Jyväskylä, która stała się dla niego alternatywą w proble-

mowych sytuacjach. Stanowi on ilustrację dążenia do zbudowania nowej, pozbawionej przemocy męskiej tożsamości.



Źródło: Alisa J. Velonis, Debbie Finn Mahabir, Raglan Maddox, Patricia O'Campo, *Still Looking for Mechanisms: A Realist Review of Batterer Intervention Programs*, „Trauma, Violence, & Abuse: A Review Journal”, 01.10.2020, 21 (4), s. 741–753.

Czynniki kontekstowe (przykłady)

Uczestnik nie używa zakazanych substancji i może korzystać z usług instytucji zdrowia, dynamika grupy jest pozytywna, a terapeuci mają odpowiednie umiejętności

Strategia (poziom społeczny i edukacyjny)

Określenie i uznanie zachowania przemocowego, podkreślanie postaw i przekonań łączących się z przemocą w rodzinie, w tym kwestie płci

Strategia (indywidualny poziom edukacji)

Identyfikacja indywidualnych zachowań przemocowych, analizowanie jak czyjeś doświadczenia łączą się z ich obecnym zachowaniem

Strategia (zmniejszenie poczucia wstydu)

Różnica pomiędzy wstydem a winą

Mechanizm krytycznej autorefleksji**Rezultaty**

Przyjęcie odpowiedzialności za przemoc

Rezultaty

Zmiana postaw na temat przemocy i zachowania

Rezultaty

Rozwój empatii

Mechanizm

Motywacja do zmiany zachowania

Strategia

Budowanie umiejętności

Stop-przerwa, komunikacja

Rezultat

Rozwój i wykorzystanie umiejętności

4. Perspektywa płci

Płeć jest najbardziej rozpowszechnioną klasyfikacją jednostek i silnie definiuje relacje zachodzące w związku. W modelu Jyväskylä dyskursy kulturowe na temat relacji w parach odtwarzają hierarchiczne różnice pomiędzy płciami, a trudności sytuacji życia w parach często wiążą się z różnicami w dystrybucji władzy. Płeć nie jest statyczną i skończoną cechą jednostki, ale ewoluującą i zmieniającą się częścią tożsamością danej osoby. Płeć jest konstruowana poprzez wydarzenia mające miejsce w życiu codziennym, a tożsamość obejmuje konstelację różnych pozycji podmiotowych, które przyjmujemy w interakcjach społecznych. Pozycjonowanie się w relacjach społecznych obejmuje nie tylko starania, by funkcjonować z preferowanej dla siebie pozycji, ale także bycie pozycjonowanym przez innych ludzi oraz istniejące zasoby kulturowe, z których mogą czerpać aktorzy biorący udział w tym procesie. Pozycje te nie są negocjowane, lecz są produktem określonych oczekiwań kulturowych. Oznacza to, że nie wszystkie dyskursy kulturowe na temat płci są jednakowo dostępne dla wszystkich uczestników relacji społecznych. Kategoryzacja ze względu na płeć jest hierarchiczna, zakłada nierówny podział władzy, co oznacza, że mężczyźni i kobiety nie mają takich samych możliwości i podlegają różnym ograniczeniom. Podobnie jak sam podział ze względu na płeć, rozbieżności w wartościowaniu tych kategorii są kulturową konstrukcją wspieraną przez różne dyskursy, odtwarzające płciowe asymetrie władzy i przywilejów. Terapię metodą Jyväskylä można zatem traktować jako arenę, na której odbywa się kulturowo uwarunkowany pro-

ces konstruowania tożsamości. Konstruowanie tożsamości polega na prowadzeniu skomplikowanych form wewnętrznych negocjacji. Prowadzą one do pojawienia się nieprzemocowych tożsamości męskich, w taki sam sposób jak konstruowana jest płć lub ojcostwo. Model Jyväskylä łączy w sobie różne filozofie terapeutyczne, wiedzę na temat planowania przemocy, bezpieczeństwa, perspektywę feministyczną i techniki psychoterapii. W ten sposób przyjmuje szerokie, eklektyczne podejście do problemu przemocy zachodzącej w związkach. Sposób definiowania i wyjaśniania przemocy jest kwestią płci, gdyż sprawcy przemocy to zwykle osoby płci męskiej. Ofiary przemocy mają zupełnie odmienne poglądy na rozumienie płci oraz na postrzeganie relacji intymnych i swoich ról w związku. Wnioski płynące z narracyjnej analizy języka w programie terapii grupowej oraz wywiady uzupełniające partnerek sprawców przemocy świadczą o tym, że akty przemocy są definiowane w sposób bardziej ograniczony przez mężczyzn niż przez kobiety. W swoich narracjach na temat przemocy mężczyźni bardziej koncentrują się na przemocy fizycznej i uszkodzeniach ciała, podczas gdy kobiety kładą również nacisk na przemoc emocjonalną i zastraszanie ze strony partnera. Partnerki – ofiary przemocy częściej niż mężczy sprawcy częściej zdają sobie sprawę z lęku, które wywołuje przemoc. Sprawcy trudniej jest dostrzec sytuację z punktu widzenia swojego partnera, a tym samym zrozumieć skutki zachowań przemocy psychicznej i zastraszania. Perspektywa płci w modelu Jyväskylä pomaga również wyjaśnić zmiany w zachowaniach związanych z przemocą w relacjach mężczyzn i ich partnerek. Wyjaśnienia na temat zadawania przemocy nie są bezpośrednio powiązane z relacjami ich partnerek. Doświadczenie zmiany zachowań mężczyzn nie są bezpośrednio powiązane ze spadkiem intensywności występowania przemocy fizycznej zgłaszanym przez jego partnerkę. Zmiana postawy jest wynikiem zmniejszenia intensywności

przemocy psychicznej. Wyjaśnienia dotyczące przyczyn zadawania przemocy mogą być zróżnicowane ze względu na płeć. Mężczyźni – sprawcy przemocy zwykle obwiniali ofiarę i nie zajmowali stanowiska osoby biorącej odpowiedzialność za swoje własne zachowania. Mężczyźni używają zaprzeczania lub mówią w sposób abstrakcyjny o popełnianych przez siebie aktach przemocy, unikając w ten sposób wzięcia na siebie odpowiedzialności. Kobiety z kolei patrzą szerzej na incydenty z użyciem przemocy, udzielają różnorodnych wyjaśnień, a także analizują własne zachowanie. Ofiary przemocy poszukują zewnętrznych przyczyn incydentów przemocy, zamiast postrzegać te czyny jako celowe wybory dokonywane przez ich partnera. Uważają oni również, że dyskursy na temat płci i kultury oraz lokalne nakazy moralne powodują, iż kobiety powstrzymują się od sprzeciwiania się aktom przemocy popełnianym przez partnera. Wnioski z prowadzonych wcześniej terapii wskazują również, że na zakończenie terapii zarówno mężczyźni, jak i kobiety coraz częściej stosują neutralne sposoby mówienia o przemocy. Co więcej, w trakcie terapii partnerzy zajmują zwykle pozycję w relacji polegającą na braniu wspólnej odpowiedzialności ze stan związku. Wykorzystanie neutralizacji i pozycjonowania relacji powoduje wyizolowanie przemocy jako problemu poprzez przeniesienie go do przeszłości i podkreślenie znaczenia relacji partnerskiej. Punkt widzenia płci jest również widoczny podczas rozmów na temat seksu przeprowadzonych w trakcie terapii grupowych. Wyniki analiz dyskursów uczestników terapii pokazują, jakie akty seksualne w grupie męskich sprawców są postrzegane jako przejawy miłości i intymności, władzy i samostanowienia, a jakie stanowią formy nadużycia i przemocy seksualnej. Dyskusja o relacjach seksualnych jest podzielona na kilka kategorii. W pierwszej instancji partnerka jest postrzegana jako kobieta. W specyficznym kontekście związku małżeńskiego seks ma centralne znaczenie jako przejaw miłości i intymności.

W tym znaczeniu partnerka jest postrzegana jako towarzyszka. W drugiej, rozumianej jako obszar władzy i samostanowienia, mężczyźni twierdzili, że kobieta ma prawo odmówić seksu, chociaż odmawianie stosunków seksualnych było również postrzegane jako sposób sprawowania władzy nad mężczyzną. W trzeciej, przemoc seksualna, głównie gwałt, jest wyraźnie potępiana jako najbardziej obrzydliwa rzecz, jaką mężczyzna mógłby uczynić kobiecie. Znaczenie przypisywane oskarżeniom o gwałt było inne, gdy mężczyźni rozmawiają bardziej ogólnie niż kiedy pytanie jest kierowane do konkretnej jednostki. Generalnie, temat przemocy seksualnej w terapiach grupowych jest inicjowany przez terapeutów i powoduje duży dyskomfort w grupie. Terapeuta prowadzący zajęcia bierze pod uwagę, że znaczenie płci w poglądach na temat przemocy zależy od informacji zwrotnych uzyskiwanych nie tylko od męskich sprawców przemocy, ale także od ich partnerek i etapu procesu zmiany. Ocena form i skutków przemocy w tym samym związku może się znacznie różnić w zależności od tego, kto ją zgłasza. Mężczyźni nie uznają psychologicznego wpływu ich agresywnego zachowania na ofiarę. Jest to związane z potrzebą wzbudzenia empatii u ofiary i podkreślenia wpływu lęku jako kluczowych aspektów procesu terapii. Wnioski płynące z terapii prowadzonych według modelu Jyväskylä pokazują, jak ważna jest dyskusja o znaczeniu perspektywy płci, gdyż kształtuje ona zrozumienie, wyjaśnianie, oczekiwanie i możliwości kobiet oraz mężczyzn w procesie terapii.

Wyniki prac koncentrujących się na zagadnieniach płci i męskiej tożsamości podkreślają również rolę i znaczenie terapeuty w podnoszeniu kwestii płci w terapiach grupowych. Rezultaty prowadzonych badań pokazują, że uwzględnienie płci jako punktu widzenia partnerów w terapii grupowej i wzbudzenie empatii ofiary można uznać za podstawowe zadanie w procesie prowadzenia terapii. W związku z tym płeć terapeuty może odgrywać kluczową rolę

w leczeniu przemocy. Podejście to zostało przeanalizowane w modelu Jyväskylä, gdyż bierze się w nim pod uwagę pozycjonowanie się terapeuty ze względu na płć jako rodzaj narzędzia terapeutycznego stosowanego w terapii grupowej. Ponieważ męska tożsamość płci może być skonstruowana jako przeciwieństwo płci żeńskiej, użycie diady terapeuty kobiety-mężczyzny jako moderatorów grup może dawać pozytywne rezultaty. Wyniki badań wykazały, że terapeutka ze względu na swoją płć jest postrzegana inaczej. Dyskurs o różnicach płciowych, wykorzystywany również w uzasadnieniu przemocy wobec kobiet, jest widoczny w terapiach grupowych, w których terapeutka była postrzegana jako przedstawicielka kobiet, partnerka i jako kobieta – jednostka. Te różne i zmieniające się postrzeganie terapeutki przez pryzmat płci zazwyczaj stawiało ją w ambiwalentnej pozycji jako eksperta. Dając się postrzegać przez pryzmat płci, a z drugiej strony opierając się takiemu pozycjonowaniu i reopozycjonowaniu, terapeutka zgodnie z założeniami modelu dąży do zmniejszenia różnicy w postrzeganiu płci widzianej oczami sprawców. W ten sposób stara się wzbudzić empatię w stosunku do ofiary przemocy. Męski terapeuta z kolei pracuje nad postrzeganiem płci żeńskiej, np. dekonstruując stereotypy. Dlatego płć terapeuty może funkcjonować i być używana jako użyteczne narzędzie w rozwiązywaniu problematyki przemocy w terapii grupowej.

W modelu Jyväskylä rozróżniamy kilka różnych dyskursywnych kategorii tożsamości kobiet, powstających w procesie społecznej interakcji:

- kobieta jako prowokator, która celowo prowokuje mężczyzn, więc *de facto* jest współodpowiedzialna za akty przemocy;
- kobieta jako osoba niegodna zaufania, która pozostawia partnera w ciągłym strachu przed porzuceniem, a przemoc jest odzwierciedleniem tej niepewności i strachu partnera;

- kobieta jako tajemnicze stworzenie – mężczyzna nigdy nie jest w stanie w pełni zrozumieć kobiet (odnosi się do rozumienia biologicznych aspektów funkcjonowania kobiet, np. zmiany nastroju związanych z cyklem miesięczkowym);
- kobieta jako silna osobowość charakteryzująca się swojego rodzaju wyższymi umiejętnościami werbalnymi, które używają do sprawowania władzy nad mężczyzną. Werbalna niższość mężczyzny usprawiedliwia użycie przemocy jako „broni” w walce o władzę.

Biorąc pod uwagę, że tożsamość jest procesem negocjowanym tzn. konstruowanym społecznie w toku zachodzących interakcji, to również nowy sposób postrzegania męskiej i kobiecej tożsamości może być negocjowany przez męskich sprawców przemocy w toku terapii grupowej. Jedną z technik jest prowadzenie terapii przez kobietę, która pozycjonuje się w procesie dyskursywnym odgrywając określone role „jako kobieta...”, „jako terapeuta...”. Stanowiska w procesie pozycjonowane są elastyczne i zmieniają się, uwzględniając perspektywę płci i określone oczekiwania kulturowe wobec mężczyzn i kobiet. Reasumując, pozycjonowanie jest wykorzystywane przez terapeutkę jako narzędzie:

- a) wspomagające dążenie do kwestionowania i zmiany dyskursów sprawców przemocy oraz postawy wobec kobiet;
- b) zmniejszające konstruowaną różnicę między płciami;
- c) pomagające uwidocznić strach przed sprawcą przemocy.

Poprzez zmianę pozycjonowania się terapeutka jest w stanie rzucić wyzwanie męskim konstrukcjom dotyczącym tradycyjnej kobiecej i męskiej tożsamości oraz wymusić na sprawcy przemocy dekonstrukcję kulturowych stereotypów na temat płci, ale także zaakceptować punkt widzenia partnerki.

W metodzie Jyväs kylä skonstruowano trzy kategorie pozycjonowania terapeuty ze względu na płeć:

1. Pozycjonowanie się jako kobieta w ogóle, polegające na odgrywanie roli przedstawicielki „wszystkich kobiet”. W tym kontekście terapeutka jest zaliczona przez mężczyzn do klasy kobiet, od której oczekuje się innego punktu widzenia, postrzeganego jako negatywny. Kobiety są uznawane za dziwne, nieprzewidywalne i odmienne biologicznie, psychicznie oraz pod względem swoich potrzeb.
2. Kobieta jako małżonka: terapeutka jest zapraszana do reprezentowania punktu widzenia małżonków. Stanowisko to zostało skonstruowane jako odpowiedź na lęki i obawy, jakiego doświadczają małżonkowie.
3. Kobieta jak indywidualność: terapeutka jest pozycjonowana jako słaba płeć lub potencjalnie jako osoba nienawidząca mężczyzn ze względu na swoją płeć.

W trakcie terapii, terapeutka jest zapraszana do wyrażenia swojej osobistej opinii. Może ona być pozycjonowana przez uczestników jako potencjalny kandydat relacji intymnej lub jako osoba do randkowania. Ta kategoria kobiety jest odbiciem pewnych dyskursów kulturowych, takich jak osoba do uwodzenia. Perspektywa płci jest wykorzystywana jako konkretna technika pracy podczas terapii grupowej. Wymaga ona prowadzenia terapii przez diadę terapeutów: kobietę i mężczyznę.

Przemoc domowa często wiąże się też z silnymi oczekiwaniami co do różnych ról i poszukiwaniem odpowiedzi na pytania na temat roli mężczyzny i kobiety w małżeństwie. W dyskursie terapeutycznym można odnaleźć wiele możliwych ról, ale też wiele z nich wynika z braku ich właściwego rozumienia lub jest naznaczonych stereotypami czy też brakiem elastyczności. Odbywa się to na przykład podczas omawiania kwestii rozvodu i wynikających z niego konsekwencji. Mężczyźni często tłumaczą, że bili swoją partnerkę, ponieważ bali się jej samodzielności i byli o nią zazdrośni.

Powodem była występująca w tle obawa i strach przed rozwodem i samodzielnym radzeniem sobie w życiu. Uświadomienie sobie tego i przyznanie się jest często bardzo trudne, ale gdy odniesie się sukces, przyczynia się to do budowania nowej męskiej tożsamości pozbawionej zachowań przemocowych. Klientowi może towarzyszyć też trudne doświadczenia z dzieciństwa związane z rozwodem rodziców. Zdarza się też, że klient nie zna nikogo kto jest rozwiedziony, w związku z tym nie ma jasnego obrazu tego, jak wygląda życie po rozwodzie. To wtedy dochodzą do głosu pozytywne aspekty terapii grupowej. Niektórzy klienci mogą mieć wcześniejsze doświadczenie na temat rozwodu i na forum grupy wyrażają swoją opinię o podjęciu właściwego wyboru dla obojga partnerów. Porównanie doświadczeń może dać takiemu klientowi pozytywny obraz życia po rozwodzie, a tym samym powodować wzrost dostępnej liczby wyborów i elastycznych alternatyw. Dywersyfikacja obrazów i lepsze zrozumienie związanych z nimi znaczeń często wystarczają, aby doprowadzić do złagodzenia agresywnego zachowania. Te obrazy same w sobie nie są przyczyną rozwodu, lecz ich efekt jest paradoksalny, ponieważ gdy klient widzi rozwód jako opcję, może zrezygnować przynajmniej z części swoich ograniczających i kontrolujących zachowań, tak aby jego partnerka zyskała psychologiczną wolność, której jej brakowało. Również sposób, w jaki człowiek widzi siebie, gdy działa agresywnie, ma ogromne znaczenie, gdyż zmienia się jego poczucie odpowiedzialności za przemoc. Klient często ma trudności w łączeniu przemocy z własną tożsamością. Poczucie winy uniemożliwia mu uznanie przemocy za część siebie i tworzy zjawisko dr. Jekylla i pana Hyde'a, w którym negatywna strona jego jaźni jest postrzegana jako zewnętrzna, niekontrolowalna i niezależna, a alkohol jest uważany za magiczny napój, który uwydatnia tę ciemną stronę. Kiedy poczucie winy zaczyna słabnąć podczas dzielenia się doświadczeniem na łonie

grupy, sprawca przemocy musi stawić mu czoła, przyznając, że ta ciemniejsza strona jest częścią jego samego. Wymaga to dyskusji na pewnym etapie terapii grupowej. Niektórym mężczyznom szczególnie trudno jest przyznać się do agresywnej strony samego siebie, na przykład dlatego, że ich własny ojciec był agresywny, a sami chcą się od niego różnić.

5. Perspektywa płci - ojcostwo

Jednym z aspektów męskiej tożsamości jest ojcostwo. Większość sprawców przemocy ma dzieci, dlatego terapeuci wielokrotnie odwołują się do poglądu na temat relacji do kobiet, jak i dzieci. Bycie ojcem może stać się motywacją do zmiany zachowań sprawców przemocy. W modelu Jyväskylä wyróżnia się cztery kategorie analityczne dyskursów o ojcostwie: usprawiedliwienie, odpowiedzialność, wina i różnicowanie. Dyskursy te są wykorzystywane zarówno przez uczestników, jak i terapeutów do podkreślenia praw ojca oraz biologicznych podstaw rodzicielstwa. Rozmowa o ojcostwie jest zazwyczaj wykorzystana przez sprawców, aby uzasadnić użycie przemocy jako środka wychowania rodzicielskiego. Dlatego też terapeuci celowo korzystają z tematu odpowiedzialności za swoje zachowanie, aby podkreślić obowiązki ojca oraz uwidocznic wpływ agresywnych zachowań na własne dzieci. Dyskurs ten wykorzystują także sprawcy przemocy, budując obraz siebie jako aktywnych wychowawców swoich dzieci. Niektórzy mężczyźni mówią o kontrolowaniu swoich zachowań ze względu na dzieci, a zatem brali odpowiedzialność za swoje zachowanie. Dyskurs o ojcostwie jest łączy z poczuciem winy i świadomością braku sprostania psychologicznym i społecznym wymaganiom ojcostwa. Uwidacznia się on w sprzeczności między spełnionym ojcostwem a tym, co mężczyźni uważali za ważne w ojcostwie. Wreszcie dyskurs o różnicowaniu jest wykorzystany do oddzielenia pozycji ojca od pozycji sprawcy przemocy. Połączenie ojcostwa i agresywnego zachowania powoduje poważny dysonans. Dzięki temu terapeuci wykorzystują tę

kategorię dyskursu do aktywnego promowania nowych zachowań oraz motywacji do zmiany. Sprawcy zazwyczaj łączą swoje traumatyczne doświadczenia z dzieciństwa jako świadków przemocy w rodzinie z agresywnymi zachowaniami w wieku dorosłym. Praca nad wpływem traumy jest istotną kwestią, ponieważ spora część mężczyzn uczestniczących w terapii grupowej doświadczyła przemocy w dzieciństwie i młodości. Analizy wypowiedzi sprawców przemocy wskazują, że doświadczenia przemocy z dzieciństwa i młodości są konstruowane jako wydarzenia traumatyczne. Doświadczenia te są powiązane z agresywnymi zachowaniami dorosłych jako zachowanie wyuczone (od przemocy ojca wobec matki) i samoobrony (przemoc ojca wobec siebie). Opinie wywodzące się ze środowiska rodzinnego i sposób wychowania dzieci przez mężczyzn w związkach przemocowych wpływa na formę zjawiska przemocy. Zauważono, że ojcowie, którzy dopuszczają się przemocy wobec swoich partnerek zwykle reprezentują typ ojcostwa znanym jako tradycyjny, tj. autorytarny i kontrolujący. Wypowiedzi mężczyzn stosujących przemoc w związkach na temat ojcostwa odzwierciedlają zarówno przekonania wyniesione z poprzednich pokoleń, czyli są produktem tzw. tradycyjnego ojcostwa, ale też stanowią odzwierciedlenie współczesnych poglądów kulturowych definiowanych jako tzw. nowe ojcostwo. Ten rodzaj nowego ojcostwa zawiera ideę wspólnego rodzicielstwa, gdzie wychowanie i uczestnictwo nie są związane z pełnieniem określonych ról społecznych. Czasami bycie ojcem lub narodziny dziecka automatycznie zwiększają chęć pomocy partnerce. Ojcowie mówią o sobie wówczas jako o pomocnikach dla swoich partnerek, a nawet jako współgospodarzach. Bycie ojcem lub narodziny dziecka co do zasady zwiększa chęć niesienia pomocy partnerce i uczestnictwa w życiu rodziny. Ojcowie mówią o sobie jako o pomocnikach swoich partnerek, a nawet jako gospodarzach. Co więcej, w związku z tą zmianą w życiu, sprawcy wspo-

minają o koniecznych ofiarach i kompromisach. Chociaż w przeważającej części przypadków taki rodzaj ofiarowania jest opisywany jako dobrowolny, wyraża także trudności lub przeciwstawne opinie wobec zmiany dotychczas wygodnego stylu życia. Sprawcy przemocy oceniają również swoje wcześniejsze formy ojcostwa, a później aktywnie poszukują sposobów na ulepszenie i osiągnięcie nowych ideałów, które są sprzeczne z ich tradycyjnymi postawami męskości i ojcostwa. Ten dysonans zwykle wywołuje nieprzyjemne uczucia. Proces uczenia się ojcostwa ma miejsce również wtedy, gdy mężczyźni porównują sytuację swoich ojców z ich własną: nie zamierzali powtarzać błędów ojców i starali się być lepsi od swoich ojców. Widząc siebie jako dziecko wychowywane przez skłonnego do aktów przemocy ojca, czasami byli w stanie lepiej zrozumieć sytuację i doświadczenia swoich dzieci. Stanie się ojcem może również spowodować odejście od agresywnych zachowań, a wówczas dzieci mogą działać jako motywatory w procesie stawania się lepszym (niestosującym przemocy) ojcem, partnerem. Według założeń modelu Jyväskylä klient promuje dobre ojcostwo poprzez rozmowę o doświadczeniach sukcesu w wychowaniu, chwając partnerkę, dzieci i siebie. Terapeuci budują fundamenty dobrego rodzicielstwa klientów poprzez udzielanie porad, instrukcji i uczestniczenie w psychoedukacji. Nieadekwatne rodzicielstwo jest konstruowane, gdy rodzice noszą w sobie doświadczenie porażki, obwiniają partnerkę lub dzieci i kiedy rodzice nie rozumieli relacji między własnymi czynami a cierpieniem ich dzieci. Terapeuci wspomagali konstruowanie nieodpowiedniego ojcostwa poprzez zgłaszanie niepowodzeń, pozycjonowanie rodziców lub siebie jako dzieci oraz oferując działania psychoedukacyjne. Rozmowa o ojcostwie odbywała się we wszystkich grupach agresywnych mężczyzn, w jakiejś formie, prawie na każdej sesji i co warto podkreślić, że w wielu przypadkach była spontanicznie podnoszona przez samych mężczyzn.

Cechy ojcostwa tradycyjnego wg modelu Jyväskylä przejawiają się w:

- dyskursie mężczyzn, którzy mówiąc o aktach nieposłuszeństwa swoich dzieci, konstruują autorytarną i dyscyplinarną postawę;
- postawach mężczyzn, czyli męskich uprawnieniach, które są uważane za ważniejsze, mocno podkreślane, w porównaniu z obowiązkami ojca;
- refleksji nad swoim emocjonalnym związkiem z dziećmi, dzięki porównaniu własnej pozycji ze stanowiskiem partnerki. To porównanie zmusza mężczyzn do przyznania, że byli emocjonalnie oddaleni od swoich dzieci.

Celem badań prowadzonych na Uniwersytecie Jyväskylä było zrozumienie jak mężczyźni, którzy dopuścili się przemocy wobec swoich partnerek, mówią o ojcostwie i jak postrzegają swoją pozycję jako ojców. Jak wspomniano wyżej, w modelu Jyväskylä wyróżniamy trzy różne modele ojcostwa „tradycyjnego”:

1) Cechy ojcostwa pasywnego i unikającego

Unikanie odpowiedzialności za utrzymywanie dobrych relacji z własnymi dziećmi często pojawiało się w rozmowach mężczyzn (zwykle tych, którzy opuścili swoje rodziny). Mówiąc o aktach nieposłuszeństwa swoich dzieci, budują autorytarną i dyscyplinarną postawę. Niektórzy z nich tworzą obraz siebie jako zmuszonych do dyscyplinowania i odgrywania autorytarnej roli przez swoje partnerki, którym trudno było kontrolować zachowanie własnych dzieci.

2) Cechy ojcostwa odległego i obojętnego

Niezależność mężczyzny czy też męskie uprawnienia są uważane za ważniejsze w porównaniu z obowiązkami ojca. Mężczyźni są w stanie zastanowić się nad swoim emocjonalnym związkiem z dziećmi, częściowo dzięki porównaniu własnej pozycji ze sta-

nowiskiem partnerki. To porównanie zmusza sprawców do przyznania, że są emocjonalnie oddaleni od swoich dzieci. Ten dystans emocjonalny, zdaniem klientów, wynika głównie z tego, że dużo pracowali lub ograniczali się do konkretnych męskich zadań („męskie obowiązki”), podczas gdy dzieci wykorzystywały matki jako wsparcie emocjonalne.

3) Cechy ojcostwa autorytatywnego i kontrolującego

Wielu sprawców uważa, że starali się zostać uznani za głowę rodziny. Mężczyźni argumentują, że jest to obowiązkowe w postrzeganiu siebie jako rodzica, ale w większości przypadków uważają, że posunęli się w tym za daleko. Korzystanie z przywilejów kontroli było często uzasadniane chęcią ochrony dzieci przed krzywdą zewnętrzną lub złym zachowaniem. Ostatecznym celem było wychowanie dzieci na „dobrych dorosłych”, chociaż czasami przyznawali, że ich własna zdolność kształtowania przyszłości dzieci jako dorosłych była ograniczona.

6. Perspektywa płci - męska tożsamość

Kolejnym elementem badań nad perspektywą płci w leczeniu przemocy jest konstrukcja męskiej tożsamości. Celem programu terapii jest odkrycie i przyjęcie przez klientów płci męskiej, alternatywnych, bezkonfliktowych modeli zachowania. Jednym z zadań na drodze do osiągnięcia tego celu jest zbudowanie tożsamości pozbawionej przemocy. Mężczyźni konstruują męskość jako przeciwieństwo kobiecości. Badania prowadzone w programach dla sprawców wykazały, że sami uczestnicy terapii nie łączą swojego agresywnego zachowania z pojęciem męskiej tożsamości. Dlatego też terapeuta wysuwa na pierwszy plan ideę poglądów na płęć i usiłuje zdekonstruować dyskursy kulturowe o mężczyznach i kobietach, z których czerpią sprawcy przemocy. W większości grup terapeutycznych można znaleźć wiele odmian tożsamości grupowych, które konstruują się i ewoluują. Z punktu widzenia konstruowania tożsamości grupowej rozmowa klientów na początkowym etapie może być postrzegana jako „grupa poszukująca swoich granic”. Taka rozmowa, w której klienci poszukują różnych sposobów zdefiniowania grupy, jest typowa dla wczesnych stadiów procesu terapii. Charakterystyczne dla tych dyskusji jest to, że klienci odnoszą się do stosowania przemocy tylko pośrednio. Perspektywa outsiderów w grupie terapeutycznej mężczyzn stosujących przemoc może być akceptowana tylko częściowo i z dużą dozą ostrożności. Zwykle starają się oni używać określeń, które określałyby grupę w pewien sposób, np. nazywając siebie „braćmi w przeznaczaniu”. Jednym z oczywistych kryteriów przynależności stosowa-

nym przez większość czasu trwania terapii jest płeć. Grupa może więc być określana jako „grupa mężczyzn”. Przejawia się to przede wszystkim w tematach rozmów o różnicach pomiędzy mężczyznami i kobietami. Grupę terapeutyczną można scharakteryzować ogólnie jako dowolną grupę mężczyzn, aczkolwiek ze szczególnym rodzajem problemów lub wspólną historią nieszczęść. Rozmowa w grupie terapeutycznej może być również wykorzystywana jako narzędzie określające normy społeczne. Pojęcie wspólnego losu lub nieszczęścia oczywiście przyczynia się do zwiększenia spójności grupy, torując również drogę do zbudowania wspólnej tożsamości „ofiary”. Kategoryzowanie się sprawców przemocy jako ofiary, które odnajdujemy w wielu grupach terapeutycznych jest widoczne zwłaszcza w sesjach terapii grupowej i stopniowo zmniejsza się znacznie pod koniec. Klienci zazwyczaj przedstawiają się jako bierne ofiary, a kobiety to osoby, które aktywnie używają przemocy psychicznej. W tym kontekście silna psychicznie kobieta zmusza niejako „słabszego” mężczyznę do stosowania przemocy fizycznej. Klienci różnią się ilością rozmów, w której stawiali się w pozycji ofiary. Terapeuci stopniowo konfrontują się z wiktyimizującą samokategoryzacją w miarę postępu procesu terapii. Mniej więcej w połowie tego procesu budowania nowej tożsamości pojawia się zazwyczaj nowa kategoria, a niektórzy klienci zaczynają budować wizerunek siebie jako „niezależnych mężczyzn”. Źródłem tego podejścia jest zazwyczaj porównanie samego klienta z wcześniejszego okresu i terażniejszości. W tego rodzaju dyskursie użycie przemocy wiązało się z poczuciem niższości, pokory i wstydu. Niższość jest łączona z jawną zależnością od kobiety i poczuciem niepokoju w obliczu zagrożenia, a „niezależny mężczyzna” jest konstruowany jako niestosujący przemocy, ponieważ nie musi już polegać na przemocy jako na metodzie zwiększanie pewności siebie. Rozmowa o niezależności, przyjęta przez niektórych klientów, zawiera kon-

kretnie rozważania na temat zalet i wad kontynuowania związku lub zerwania go. Perspektywa dyskursywna pokazuje tożsamość jako płynny i dynamiczny proces, który ewoluuje w każdym dyskursywnym spotkaniu, w którym bierze się udział. Tożsamości kształtują się w relacji do idei kulturowych oraz lokalnych interakcji i tożsamości innych osób. W tym kontekście męskość postrzega się jako praktyczne osiągnięcia i zniuansowane konstrukcje, które odzwierciedlają idee kulturowe, niezdeteminowane przez konkretne męskie role. Skupienie się na używaniu języka ujawnia w jaki sposób tożsamości osób są konstruowane w rozmowach przez dokonywane w ich trakcie wybory językowe. Pracę nad konstruowaniem tożsamości można rozumieć jako pozycjonowanie siebie i innych osób w ich interakcjach społecznych, podkreślając w ten sposób jej kontekstualny i dynamiczny charakter. Pozycjonowanie oznacza przyjęcie lub zaproszenie innego rozmówcy do przyjęcia postawy konwersacyjnej, która w sposób dorozumiany lub jawny przyjmuje założenia dotyczące praw i obowiązków każdego rozmówcy, a zatem odnosi się do kwestii, takich jak odpowiedzialność, które ma kluczowe znaczenie w kontekście rozumienia przemocy i jej leczenia. Na przykład sprawca może pozycjonować się jako odpowiedzialny ojciec, mówiąc o opiece nad dzieckiem, żałującym swojego agresywnego zachowania. Pozycjonowanie okazuje się użytecznym narzędziem analitycznym w psychoterapii i jest wykorzystywane w badaniach nad terapią przemocy w rodzinie. W następstwie agresywnego zachowania wobec członków rodziny powstają sprzeczności między stanowiskami, które należy renegocjować. Kulturowe wyobrażenia o tym, jak mężczyźni powinni zachowywać się wobec kobiet, np. raczej opiekuńczo niż agresywnie, o tym jak partnerzy żyjący w związku powinni zapewniać sobie nawzajem wsparcie emocjonalne oraz jak zachować dyscyplinę, starając się nie doprowadzać do napięć i agresji, może prowadzić do

wzrostu napięcia w konstrukcji męskiej tożsamości ojca. Sprzeczne stanowiska są postrzegane jako problematyczne, a niekonsekwentne używanie dyskursów i stanowisk może prowadzić do stresu, co z kolei jest czynnikiem ryzyka zwiększenia zachowań agresywnych.

7. Strategie dyskursywne - mentalizacja

W teorii psychologii mentalizacja to bardzo ważna i złożona umiejętność, która z jednej strony obejmuje rozumienie samego siebie, refleksję nad własnymi emocjami i przekonaniami oraz umiejętność radzenia sobie z problemami natury psychologicznej. Z drugiej strony odnosi się ona do rozumienia innych osób oraz wnioskowania o ich emocjach i intencjach. Psychologowie i psychoterapeuci wskazują, że istotnym problemem osób z patologiczną strukturą osobowości jest nieprawidłowe mentalizowanie relacji z partnerem, rodzicami czy przyjaciółmi, co powoduje duże trudności w utrzymaniu satysfakcjonujących i trwałych relacji. Z punktu widzenia terapii dla sprawców przemocy mentalizacja to umiejętność postrzegania partnera jako oddzielnego bytu. Myślenie sprawcy przemocy charakteryzuje niezdolność do postawienia się na miejscu innej osoby. Mężczyznom o niskim poziomie mentalizacji brakuje umiejętności prowadzenia dyskursu o charakterze kognitywnym, tzn. na przykład będąc na początku terapii grupowej nie są w stanie rozpoznać i werbalizować swoich emocji. Sprawcy nie postrzegają partnerkę jako odrębnego bytu psychologicznego będącego inną osobą. Może to oznaczać, że nie rozpoznają skutków przemocy psychicznej i emocjonalnej ofiar. Po rozpoczęciu terapii sprawcy stopniowo zaczynają werbalizować swoje stany psychiczne, ale zazwyczaj nadal mają niskie kompetencje w sferze mentalizacji polegające na skłonności do wpadania w sytuacje konfliktowe. Zaobserwowano, że wzrost poziomu mentalizacji przyczynia się do zmniejszenia ilości przemocy fizycznej. Problemy z rozpoznaniem

stanów psychicznych partnerów wiążą się bezpośrednio z kontynuacją przemocy psychologicznej, a lepsze rozpoznanie stanów psychicznych partnera jest niezbędne w ograniczaniu przemocy psychicznej.

W praktyce terapeutycznej terapeuta oferuje pomoc w podniesieniu poziomu mentalizacji na wiele sposobów. Po pierwsze, pomaga pacjentowi w regulacji emocji, najczęściej przez spójnie wyrażanie reakcji na emocje klienta oraz stwarzanie bezpiecznego, wrażliwego środowiska interpersonalnego. Następnie terapeuta w sposób jawny stwarza alternatywne perspektywy wobec doświadczeń psychicznych klienta w sytuacji spotkania terapeutycznego, niezależnie od tego, czy dokonuje tego interpretując przeniesienie, czy zwalczając nieporozumienia i rysy pojawiające się w związku terapeutycznym. Mówiąc ogólnie, dominującym celem pracy terapeuty jest stworzenie bezpiecznego środowiska, które pomaga pacjentowi w regulowaniu emocji. W modelu Jyväskylä nie są stosowane żadne konkretne techniki terapeutyczne i sposoby rozmowy, które przyczyniają się do zwiększenia poziomu mentalizacji, nie ma też żadnego specjalnego szkolenia na temat mentalizacji. Przypomina to raczej praktyczną naukę kompetencji z bardziej doświadczonym terapeutą. Pytania dotyczące uczuć i doświadczeń sprawcy przemocy są istotne przy zdobywaniu wglądu w jego zdolności do rozumienia swoich stanów wewnętrznych. W trakcie terapii można powtarzać pytania, nawet jeśli prowadzący je terapeuta nie otrzyma od razu odpowiedzi na nie. Terapeuta nie powinien naciskać na klienta i być cierpliwy. Zazwyczaj nie jest to łatwe zadanie. Terapeuta zadaje pytania dotyczące uczuć i doświadczeń partnerki klienta. Na przykład: „przez co według ciebie przechodzi twoja partnerka?”, „jakie były jej uczucia w tej sytuacji?”. Im klient bardziej chce zrozumieć uczucia i sposób myślenia partnerki, tym bardziej prawdopodobne jest, że zmniejszy się również przemoc

psychiczna. Terapeuta może również zadawać tego samego rodzaju pytania dotyczące doświadczeń wobec dzieci. Może on odnosić się do doświadczeń klienta z dzieciństwa i próbować zrozumieć, w jaki sposób jego zachowanie może wywołać podobne doświadczenia u jego dzieci, takie jak strach czy niepewność. Ten rodzaj rozmowy nazywamy pozycjonowaniem, które jest narzędziem zdobywania empatii i wzbudzania wyższego poziomu mentalizacji.

8. Strategie dyskursywne - refleksyjność

W pracy ze sprawcami przemocy w modelu Jyväskylä dąży się do promowania procesu kognitywnego u męskiego sprawcy przemocy, tzn. zwiększania samoświadomości, poznawania własnych uczuć, cech charakteru oraz opcji i rozwiązań, które mógłby wybrać i zastosować na przykład w sytuacjach konfliktowych. Jedną z zastosowanych technik jest szczegółowe omówienie sytuacji przemocy i pokazanie, jakich wyborów dokonał sprawca przed wystąpieniem sytuacji przemocowej, kiedy należy inaczej postępować, na przykład zrobić przerwę lub w jakiś inny sposób uspokoić sytuację, żeby zapobiec utracie kontroli i pokazać, że sprawca powinien szukać pokojowych sposobów rozwiązania sytuacji konfliktowej. Klient samodzielnie dokonuje wyborów. Terapeuta jest tylko moderatorem rozmowy, nie zajmuje stanowiska wobec narracji i pozostaje neutralny, wskazując na wybory dokonane przez członka grupy. W modelu Jyväskylä poziom refleksyjności jest swego rodzaju wskaźnikiem zmian postawy sprawcy. Stanowi on punkt zwrotny w procesie terapeutycznym i oznacza przeformułowanie problemu, ponieważ sprawca zaczyna rozumieć, że jest w nim coś, co powoduje jego takie, a nie inne reakcje. Może to być zły nastrój, stres lub wcześniejsze doświadczenia, na przykład wyniesione z poprzednich związków, szkolne prześladowania, przemoc w dzieciństwie lub postawy i przekonania wspierające przemoc. Celem jest przeformułowanie problemu tak, aby sprawca zrozumiał, że przyczyna tkwi w nim samym, a czynniki zewnętrzne, takie jak alkohol lub zachowanie partnerki były tylko czynnikiem wyzwalającym. Kie-

dy sprawcy zyskują nowy wgląd w przyczyny ich przemocowych zachowań, pojawia się zwykle nowy rodzaj postawy polegający na akceptacji swojej odpowiedzialności i motywacji do zmiany. Decydujące w tym procesie jest zwrotny i stopniowo rozwijający się dialog między sferą emocji a sferą kognitywną. Głównymi czynnikami przyczyniającymi się do rozwoju refleksyjności na wyższym poziomie jest zdobycie zaufania do partnerki oraz uświadomienie sobie własnej odpowiedzialności i ograniczeń dotyczących sytuacji przemocy. Czynnikiemami związanymi z negatywną zmianą lub brakiem zmiany w rozwoju refleksyjności są trudności w uświadomieniu sobie własnej odpowiedzialności za sytuacje przemocowe oraz wyrażanie negatywnych emocji bez ich analizowania. Rozwój zdolności do refleksyjności polega na przejściu od reaktywności do refleksyjności. Ma to miejsce w następujących etapach:

- 1) kierowanie uwagi na problematyczne doświadczenie i zidentyfikowanie go;
- 2) konceptualizacja i przeformułowanie problemu;
- 3) budowanie alternatywnej relacji z problematycznym doświadczeniem oraz
- 4) włączenie doświadczenia do wewnętrznego systemu wartości oraz dążenie do ustanowienia regulującej lub sprawczej relacji z doświadczeniem (zajęcie pozycji refleksyjnej).

Przeżycie reaktywne przejawia się w mowie sprawców przemocy będącej wynikiem niedostosowania, braku kontroli nad swoim umysłem oraz zaprzeczaniu i przenoszenia odpowiedzialności za przemoc na zewnątrz, usprawiedliwianiem się alkoholem, biologią, genami czy partnerką. Pierwszym krokiem w budowaniu refleksyjności jest zidentyfikowanie trudnego doświadczenia. Klienci zaczynają opisywać emocje, doznania cielesne i sposoby reagowania. Mężczyźni stosujący przemoc postrzegają przemoc z punktu widzenia partnerki. Wtedy rozpoczyna się u nich wykorzystanie

techniki „stop-przerwa” i innych środków do kontrolowania zachowania. Następnym etapem jest przeformułowanie problemu, kiedy należy dotrzeć do podstawowych uczuć związanych z problematycznym doświadczeniem i nazwać je doświadczeniem bezradności lub bezsilności, poczuciem unieważnienia, ujarzmienia, odrzucenia, poniżenia lub niesprawiedliwego traktowania, dotrzeć do doświadczenia osób, które miały przewagę w sporach, uważały się za słabsze, gorsze lub gorsze w stosunku do partnerki. Może towarzyszyć im wstyd lub poczucie winy oraz doświadczenie samotności psychicznej, a także zazdrości, niepewności seksualnej i braku zaufania do partnerki. Następny krok polega na tym, że sprawcy przemocy zaczynają zastanawiać się nad łańcuchami wydarzeń i rozumieć przemoc jako jeden z czynników swoich własnych wewnętrznych procesów. Na tym etapie sprawcy zaczynają łączyć swoją przemoc z tendencją do tłumienia opisanych powyżej nieprzyjemnych emocji. Używając nowych narzędzi i sposobów pracy, sprawcy przemocy uczą się jak unikać napływu uczuć, rozmawiać o trudnych sprawach i rozwiązywać spory zaraz po ich powstaniu. Starają się oni unikać stresu i nerwowych sytuacji, gdyż wówczas lepiej radząc sobie z taką niekomfortową sytuacją. Kiedy mężczy sprawcy przemocy nabywają umiejętności lepszego odróżniania własnych doświadczeń od doświadczeń partnerek, mogą wtedy spojrzeć na sytuację z innego punktu widzenia. Następnym etapem jest budowanie alternatywnego rozumienia swojego zachowania. Kiedy męskim sprawcom przemocy udaje się zrozumieć relację zachodzącą pomiędzy traumatycznymi doświadczeniami z dzieciństwa (np. przemoc) a trudnymi stanami przeżycia w terażniejszości, wówczas nieco łatwiej jest im zaakceptować istnienie bolesnych emocji. Następuje wtedy zrozumienie genezy problematycznego doświadczenia. Niektórzy sprawcy przemocy zauważyli, że podobne sytuacje problemowe lub wzorce interakcji powtarzały się kil-

kakrotnie, na przykład w poprzednich związkach lub w stosunku zarówno do partnerki, jak i własnej matki. Sprawca zaczyna stawiać się w sytuacji kogoś innego, a zarazem rozumieć grozę doświadczania przemocy z punktu widzenia partnerki, co pozwala obudzić chęć wsparcia osoby doznającej przemocy. Terapeuta może proponować nowe pomysły rozwiązywania sytuacji konfliktowych, nie kwestionując sposobów myślenia sprawcy w formie pytania o to co „jest”, „może być”, „czy mogłoby by się stać...”. Definicje terapeutów są przedstawiane jako warunkowe, ponieważ terapeuta nie jest ekspertem. Jest nim klient. Jednym z kluczowych zadań terapeuty jest konkretyzacja przemocy. Od pierwszej sesji terapeuta pyta o akty przemocy. Ma to na celu pomóc klientowi zidentyfikować różne rodzaje stosowanej przez niego przemocy. Są to konkretne pytania, które pozwalają na udzielenie krótkich i zwięzłych odpowiedzi. Moralnym obowiązkiem terapeutów jest nieakceptowanie i niewspieranie postaw przemocowych oraz usprawiedliwień sprawców, którzy nie biorą na siebie odpowiedzialność za swoje zachowanie. Podstawowy przekaz brzmi: „to przemoc i jest ona nie do przyjęcia”.

9. Strategie dyskursywne – teoria przywiązania

Model Jyväskylä wykorzystuje teorię więzi, której twórcą był brytyjski lekarz i psychoanalityk John Bowlby. Jest ona próbą zastosowania modelu etologicznego do wyjaśnienia problemów rozwoju psychologicznego człowieka, szczególnie w pierwszych latach jego życia. Teoria ta dotyczy negatywnego wpływu, jaki wywiera na rozwój małego dziecka utrata obiektów znaczących (ojca, matki bądź innego opiekuna) w wyniku niepoświęcania dziecku takiego czasu i uwagi, jakiego ono potrzebuje podczas swojego rozwoju emocjonalnego, co może ujawnić się w późniejszym okresie życia. Teoria przywiązania sugeruje, że ogólna jakość relacji niemowlę-opiekun w okresie niemowlęcym i wczesnym dzieciństwie jest zarówno głównym wyznacznikiem cech zależnych w wieku dorosłym, jak i modelem dla późniejszych relacji międzyludzkich. Obserwacje poczynione w praktyce klinicznej prowadziły do wniosków, że sprawcy przemocy byli nadmiernie uzależnieni od swoich partnerów, ale też niezdolni do zainicjowania i utrzymania wspierającej emocjonalnie relacji. W rezultacie, mężczyźni ci pragnęli bliskości ze swoimi partnerkami. Jednakże, biorąc pod uwagę ich niezdolność do osiągnięcia bliskości emocjonalnej, angażowali się w agresywne i kontrolujące zachowania, aby zapewnić bliskość fizyczną, a nie emocjonalną. Agresywne zachowanie wiąże się z niepewnością w relacjach z rodzicami, obawą przed porzuceniem i odrzuceniem. Biorąc pod uwagę, że zazwyczaj statystycznie ponad połowa uczestników grupy terapeutycznej prawdopodobnie doświadczyła przemocy w dzieciństwie, analiza relacji z rodzicami stanowi jeden

ze sposobów zrozumienia zmian zachodzących podczas prowadzenia terapii. Teoria przywiązania głosi, że ogólna jakość relacji niemowlę–opiekun w okresie niemowlęcym i wczesnym dzieciństwie jest zarówno głównym wyznacznikiem cech zależnych w wieku dorosłym, jak i modelem dla późniejszych relacji międzyludzkich. Rozwój nadmiernej zależności interpersonalnej u sprawców wynika z faktu, że matki doświadczające przemocy nie są w stanie balansować pomiędzy stworzeniem więzi ze swoim dzieckiem a środowiskiem domowym. W konsekwencji dzieci w takiej sytuacji wytwarzają niepokojące więzi, a w wieku dorosłym wykazują nadmierną zależność od swoich partnerów. Rozmowa o relacjach z rodzicami została przeanalizowana w jednym studium przypadku w modelu Jyväskylä. Skoncentrowano się w niej na zmianach w mowie odzwierciedlającej relacje z rodzicami podczas terapii grupowej i na tym, czy taka zmiana jest związana ze zmianą agresywnego zachowania mężczyzny. Analiza treści rozmów grupowych, w połączeniu z ankietami od partnerek, wykazała, że na początku leczenia wielu sprawców dawało wyraz braku istnienia bezpiecznych więzi. Rozmowa terapeutyczna na ten temat może mieć zmienny przebieg. Podczas terapii prowadzi do zmniejszenia poczucia niepewności w stosunku do partnerki i wzrostu poczucia zaufania. Co istotne, według relacji partnerek zmiana ta jest związana ze spadkiem zachowań związanych z przemocą, zwłaszcza przemocą fizyczną. Znaczenie relacji opartych na współpracy lub relacji między terapeutą a klientem w terapiach agresywnych partnerów również zostało wykorzystywane w modelu Jyväskylä. Relacja klient–terapeuta, zwana relacją terapeutyczną, obejmuje współpracę i konsensus na temat celów i zadań terapii. Zawiera ona komponent więzi emocjonalnej charakteryzujący się zaufaniem, akceptacją i tajemnicą. Badania sugerują, że sprawcy, którzy zgłaszają dobre relacje z terapeutą, rzadziej kontynuują swoje agresywne zachowania

po zakończeniu terapii. Przyjęło się, że elementy akceptacji, szacunku, empatii i solidnych relacji terapeutycznych stanowią główne zasady skutecznej psychoterapii. Jednak takie zasady wcześniej nie były przedmiotem zainteresowania badań nad terapią dla mężczyzn stosujących przemoc. Relacje oparte na współpracy są kontrowersyjnym pojęciem w terapii sprawców, gdyż są ukierunkowane na zaprzestanie nieakceptowalnych i agresywnych zachowań, obejmując różnorodność elementów edukacyjnych i prawnych, często zawierających pewne formy sankcji sądowych. Praca z klientami uczestniczącymi dobrowolnie będzie różnić się swoim charakterem od programów nakazywanych przez sąd, gdyż stwarzają inny punkt wyjścia dla wszelkich relacji terapeutycznych opartych na współpracy. Niemniej jednak skupienie się na jakościowych charakterystykach relacji może dawać narzędzia do bardziej efektywnej pracy terapeutycznej. W tym miejscu należy zauważyć, że przejście w kierunku bardziej miękkich, zindywidualizowanych i otwartych podejść terapeutycznych opartych na słuchaniu, które mają sprzyjać budowaniu relacji z klientami, nie zawsze są preferowane przez wszystkich terapeutów. W praktyce pracy terapeutycznej zarówno przywiązanie, jak i mentalizacja czy też refleksyjność są raczej sposobami zrozumienia stanu psychicznego sprawcy przemocy i dają terapeutce pewne wskazówki, jak postępować. Przywiązanie daje wgląd w to, że za aktami przemocy może kryć się niepewne przywiązanie. Przebieg zaburzeń przywiązania obejmuje różne traumatyczne doświadczenia, które uniemożliwiają rozwój zdolności umysłowych dziecka i zapobiegają mentalizacji w traumatycznych wspomnieniach. Dziecko nie szuka już własnych emocji i błędnie interpretuje emocje innych jako zagrażające mu. Może rozumieć smutne twarze jako gniewne, przestraszone jako groźne. Kiedy terapeuta zauważy tego rodzaju możliwą błędną interpretację podczas dyskusji z klientem, może zapytać jak rozumiał stan

umysłu, a nawet zakwestionować jego interpretację, na przykład: dlaczego była zła i stanowiła zagrożenie. Terapeuta może też pozycjonować się w roli partnera i skomentować to w stylu „gdybym był na jej miejscu, bałbym się ciebie” lub zadawać pytania dotyczące sytuacji w związku i ryzyka zagrożenia życia czy zdrowia. Może być ku temu jakiś realistyczny powód, ale także całkiem mniej nierealne kwestie, które opierają się na wcześniejszych doświadczeniach w relacjach, a nawet w dzieciństwie. Nawet jeśli nie istnieją faktyczne powody braku bezpieczeństwa, warto o tym mówić. Wielu mężczyzn, którzy wcześniej zostali oszukani przez byłą partnerkę i czują się niepewnie w związku dlatego próbują kontrolować swoją partnerkę i są bardzo zazdrośni. Wielu sprawców przemocy ma bardzo niepewne przywiązanie, nie ufa żadnej kobiecie, ponieważ widzieli jak jego matka oszukuje ojca. Czasami pytania dotyczące wcześniejszych doświadczeń, które mogą ujawnić słabości lub niepewność, nie są udzielane lub ignorowane. Jeśli członkowie grupy ufają sobie nawzajem, mogą zacząć łączyć doświadczenia i słabości. Zazwyczaj grupa jest dla nich jedynym miejscem, w którym mogą rozmawiać o sprawach, które zwykle nie są związane z męską tożsamością.

10. Strategie dyskursywne - model etapów zmian

Model etapów zmiany to koncepcja zmian zachodzących w świadomości i zachowaniu sprawcy przemocy w wyniku działań terapeutycznych. Model etapów zmian zakłada, że zmiana u sprawcy przemocy odbywa się w formie pięciu następujących etapów:

(1) Prekontemplacja

Osoba jest na wstępnym etapie zmiany, podczas którego nie ma zamiaru się zmieniać swojego zachowania.

(2) Kontemplacja

Osoba staje się świadoma istnienia problemu i jest zainteresowana wprowadzeniem zmian, ale jeszcze nie podejmuje działania. Na tym etapie u klienta istnieje świadomość problemu przemocy. Ten etap charakteryzuje się ambiwalencją – osoba chce się zmienić, ale też wykazuje opór wobec zmian. Z perspektywy prowadzonej terapii, terapeuta dominuje w konwersacji, przy podejmowaniu decyzji, wyboru tematu i ustrukturyzowania kolejności rozmów. Razem z terapeutą klient konstruuje dialogowo postępującą rozmowę, w której buduje wspólne zrozumienie znaczenia nadawanego poszczególnym znaczeniom. Terapeuta skupia się na słuchaniu i dalej zadaje pytania otwarte, przechodząc stopniowo w kierunku pytań, które mogą podnieść świadomość na temat problemu.

(3) Przygotowanie

Osoba zamierza natychmiast podjąć działanie i podejmuje decyzje o tym, jakie działania podjąć. Na tym etapie klienci podejmują decyzję o zmianie, robiąc małe kroki w kierunku działania. Często mają lub chcą mieć plan konkretnych sposobów wprowadzenia zmiany. Klient bierze aktywny udział w rozmowie, otwarcie analizuje swoje zachowanie oraz związane z nim refleksje. Rozmowa prowadzona jest na symbolicznym poziomie znaczeń.

(4) Utrzymanie zmiany

Osoba aktywnie modyfikuje dane zachowanie. Wprowadzenie zmian nie gwarantuje, że zmiana zostanie zachowana. Wyzwaniem na tym etapie jest utrzymanie zmiany dokonanej przez poprzednie działanie i zapobieganie nawrotom. Utrzymanie zmiany często wymaga innego zestawu umiejętności niż dokonanie zmiany. Etapy analizy zmian pokazują, że klient często boryka się z problemem napotkanym podczas terapii: następują trudności, nawet gdy pożądane zmiany zostały osiągnięte. Wydaje się, że klient znajduje się na etapie utrzymania zmian i rozpoznaje u siebie potrzebę wsparcia i poradnictwa. Wspomnienia i ślady w formie agresywnych zachowań, które przeminęły i o których nie można zapomnieć są, na tym etapie, kluczowe w pracy z klientami. Treść rozmowy klienta może np. odzwierciedlać etap utrzymania zmiany. Ilustruje to zarówno fluktuację myśli i uczuć klienta dotyczące procesu zmiany oraz trudności w jednoznacznym zdefiniowaniu i pomiarze.

(5) Potwierdzenie zmiany

Osoba pomyślnie zmieniła zachowanie i działa, aby zapobiec nawrotom.

Każdy etap jest postrzegany jako opis określonej konstelacji postaw i zachowań, które opisują poziom zaangażowania osoby w proces zmiany lub jej ogólną gotowość do zmiany. Chociaż tempo, z jaką poszczególne osoby przechodzą przez etapy i długość czasu spędzonego na jednym etapie mogą się różnić, zakłada się, że kolejność etapów pozostaje niezmienna. Różnice w następowaniu po sobie sąsiednich etapów zmian są postrzegane jako zjawisko akceptowalne, a np. powrót do poprzedniego etapu jest zjawiskiem normalnym. W praktyce klinicznej etapy zmian klienta są często mierzone za pomocą arkusza samooceny.

11. Asymilacja - przyznanie się do stosowania przemocy w związku

W momencie wejścia do grupy terapeutycznej następuje pozycjonowanie się oraz konstruowanie męskiej tożsamości, która ucieka się do użycia przemocy wobec partnerki. Identyfikuje się kilka różnych dyskursów uzasadniających stosowanie przemocy wobec swoich partnerek. Najmniejszą odpowiedzialność za akty przemocy przyjmuje klient, który mówi o przemocy wobec partnerki jako o naturalnym sposobie zachowania. Przypisanie największej odpowiedzialności za przemoc ma zwykle miejsce wśród klientów, którzy mówili o aktach przemocy wynikających z własnej nieumiejętności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami życiowymi. Dyskursy określone jako umiejscowione między tymi dwoma skrajnościami z punktu widzenia przyznania się do odpowiedzialności za przemoc są dyskursami, w których sam mówca, jako stosujący przemoc, jest przedstawiany jako uciskany, przyparty do muru lub wpędzany w sytuację, w której czasowo utracił kontrolę nad swoim zachowaniem lub nie posiadał żadnych możliwości rozwiązania tej sytuacji. Mężcy sprawcy przemocy mówią o swoim agresywnym zachowaniu jako zdeterminowanym przez ich własną traumatyczną przeszłość, kumulację czynników stresotwórczych biorących początek w ich środowisku, powodujących utratę kontroli, ale wynikają z zachowania swoich partnerów lub wreszcie jako naturalną formę przypisaną męskiej tożsamości w postępowaniu wobec kobiet. Korzystanie z różnych dyskursów wyjaśniających, przyjmujących

formę usprawiedliwiania lub opisów aktów przemocy przeplata się ze sobą w rozmowach prowadzonych w terapiach grupowych i są mniej lub bardziej akceptowane przez innych uczestników terapii. Dominują dyskursy wyjaśniające przemoc wobec partnerek, w których mówca przyznał się do winy i brał na siebie niewielką odpowiedzialność. Natomiast opinie o niewystarczalności lub braku zasobów mówcy wynikających z czynników wewnętrznych zależnych od indywidualnych predyspozycji lub ich braku pojawia się tylko u niektórych klientów. Eksternalizacja odpowiedzialności za przemoc jest łatwiejsza do osiągnięcia na forum grupy, podczas gdy internalizacja odpowiedzialności za przemoc jest bardziej osiągnięciem o charakterze indywidualnym. Z narracyjnego punktu widzenia mężczyźni zachowują się agresywnie, gdy ich poczucie sprawczości nie jest zagrożone dosłownie, lecz gdy doświadczyli poczucia takiego zagrożenia. Różne historie o przyczynach agresji dają odmienne poczucie sprawczości i powodują zajmowanie różnych pozycji w procesie terapeutycznym. Na jednym końcu spektrum znajdują się historie, w których sprawca postrzega siebie jako podporządkowanego okolicznościom zewnętrznym (stres, wypalenie, alkohol, cechy osobiste). Na drugim końcu znajdują się wyjaśnienia, w których sprawca widzi siebie jako stosującego przemoc po to, by zdobyć władzę w związku. Celem terapii jest wywołanie tych narracji, gdyż daje to poczucie odpowiedzialności i jednocześnie umożliwia zwiększenie poczucia sprawczości, co tym samym umożliwia życie bez uciekania się do przemocy. Sprawcy przemocy uczestniczący w grupach terapeutycznych często odwołują się do utraty kontroli jako wymówki usprawiedliwiającej stosowanie przemocy w związku. Odwołanie się do utraty kontroli stanowi mechanizm umożliwiający akceptację przez sprawcę społecznie potępianego charakteru aktu przemocy oraz odmowę wzięcia odpowiedzialności za swoje czyny. Wątek w dyskusji odnoszący się do

utruty kontroli często umożliwia mówcy pozycjonowanie się jako osoby odpowiedzialnej, która z tego powodu straciła umiejętność kontrolowania swojego życia. Reprezentacje własnej tożsamości w sytuacji utraty kontroli stoją w sprzeczności z aktami przemocy jako działaniami pozbawionymi odpowiedzialności i kontroli. Sprzeczności te stanowią jednak punkt wyjścia do realizacji strategii terapeutycznej. Utrata samokontroli wynika z mechanizmu przeniesienia poczucia sprawczości. Używane przez terapeutów strategie dyskursywne polegają głównie na kładzeniu nacisku na dokonywanie ustępstw, pozycjonując siebie jako osób odpowiedzialnych za swoje czyny. Terapeuci używają metody dyskursu hipotetycznego, na przykład stwierdzeń o charakterze warunkowym w formie „co-jeśli” odwołując się do konsekwencji użycia przemocy w związku. Powoduje to sytuację pozycjonowania klienta jako sprawcy przemocy, zachęcając go do wzięcia odpowiedzialności za swoje czyny. Oczekiwanie wzięcia odpowiedzialności powoduje, że sprawca przemocy musi zachowywać się racjonalnie, spójnie. Utrata samokontroli jako wymówka stanowi jeden z kilku możliwych źródeł dyskursu w kontekście społecznym i instytucjonalnym. Istnieje jednak jedna istotna różnica w jaki sposób wymówka o utracie samokontroli jest traktowana w różnych kontekstach dyskursywnych. Mężczy sprawcy przemocy konstruują dwie dyskursywne jaźnie, jedna z nich, agresywna, uciekająca od odpowiedzialności za przemoc jest umiejscawiana w przeszłości, a druga w pełni sprawcza i zachowująca kontrolę, w teraźniejszości. Niespójność w konstruowanym procesie tożsamości narracyjnej jest wykorzystywana przez terapeutę do zarządzania poczuciem winy i odpowiedzialnością. Z reguły sprawca mówi, że w pełni kontroluje sytuację, aż do momentu, w którym dochodzi do punktu zwrotnego polegającego na utracie kontroli. Ta mentalna konstrukcja ma pewnego rodzaju korzyści: unieważnia ideę, zgodnie z którą klient używa przemocy

w sposób celowy, łagodząc znaczenie wpływu sprawcy przemocy jako społecznego aktora. Tym samym utrata samokontroli staje się bardzo ważnym komponentem aktu usprawiedliwiania braku odpowiedzialności za swoje czyny, do tego stopnia, że nawet partnerzy uznają ich prawdziwość.

12. Przykłady zastosowania modelu Jyväskylä w praktyce terapeutycznej

Rozdział stanowi zapis seminarium zorganizowanego przez Stowarzyszenie DROGA w dniach 29.05–01.06.2023 r. prowadzonego przez Juhę Homa. Uczestnikami było dziesięciu specjalistów – terapeutów, psychologów oraz przedstawicieli ośrodków pomocy społecznej i organizacji pozarządowych pracujących ze sprawcami przemocy. Celem warsztatów było spojrzenie na praktyczne aspekty terapii metodą Jyväskylä przy wykorzystaniu konkretnych przykładów trudnych klientów, które zostały przygotowane przez uczestników warsztatów. Poniżej przedstawiamy pięć analiz procesu terapii sprawców przemocy przygotowanych przez uczestników spotkania. Czytelnik znajdzie w niej wszystkie podstawowe pojęcia i terminy terapeutyczne obecne w terapii metodą Jyväskylä. Analiza przypadku jest ustrukturyzowana. Zawiera opis sytuacji danego klienta w różnych obszarach jego życia oraz komentarz i wnioski przedstawione przez prof. Juhę Homę.

Przypadek 1: Piotr, lat 33

Rodzina pierwotna

Piotr jest dzieckiem z pierwszej ciąży matki i ma o cztery lata młodszą siostrę. W dzieciństwie mieszkał z rodzicami i siostrą. Jako dziecko miał słaby kontakt z babciami i dziadkami. Z pozostałej rodziny bliższy kontakt utrzymywał z cicią, ale w wyniku kilku scysji

z ojcem Piotra kontakt ten się urwał. Ojciec Piotra jest alkoholikiem. Twierdzi, że ojciec zawsze pił. Rodzinę traktował jako „worki treningowe”, stosował przemoc fizyczną, psychiczną, ekonomiczną. Matkę darzy dużym szacunkiem i miłością, chociaż opisuje ją jako osobę nadopiekuńczą, znerwicowaną i niezbyt tolerancyjną. Ma żal do matki, że tak długo dawała się ponieść, pozwalać ojcu na stosowanie przemocy. Rodzina Piotra była „hermetyczna”, niedopuszczająca innych z zewnątrz. Okresowo wszyscy funkcjonowali po „wojskowemu”, ojciec starał się wprowadzić surową dyscyplinę. Piotr twierdzi, że sfera emocjonalna nie była zaopiekowana, a w domu nie czuł się bezpiecznie. Mimo to rodzina była dobrze zaopatrzona w dobra materialne. Piotr twierdzi, że był dzieckiem biernym, bez własnej inicjatywy, własnego zdania. Od 13. roku życia zaczął sprawiać kłopoty wychowawcze. Opuszczał zajęcia w szkole, zaczął palić papierosy. Dwukrotnie w wieku 14 i 15 lat uciekał z domu. W wieku 15 lat pierwszy raz upił się alkoholem, a rok później zaczął brać narkotyki. Opowiadając o ojcu Piotr był napięty, zirytowany, starał się unikać tematu.

Rodzina aktualna

Piotr jest żonaty od dwóch lat. Swoje stosunki z żoną określa jako dobre. Twierdzi, że żyją jak „większości małżeństw”, a konflikty zdarzają się im rzadko. Mimo to w rodzinie założono procedurę „Niebieska Karta” wkrótce po tym, kiedy Piotr pobił swoją żonę. Nie mają dzieci. Ze swoją żoną poznał się około roku temu. Piotr twierdzi, że jeszcze nie chciał legalizować związku. Uległ namowom swojej żony. Jego partnerka ma bardzo niski poziom wiedzy na temat problematyki uzależnienia. Próbowwała uczęszczać na grupy terapeutyczne dla członków rodzin osób uzależnionych i doświadczających przemocy. Po dwóch spotkaniach zrezygnowała. W czasie trwania związku Piotr twierdzi, że miał kilka „wpadek al-

koholowych” i czterodniowy ciąg heroinowy, ale jak twierdzi nie wpłynęło to negatywnie na jego związek.

Historia edukacyjno-zawodowa

Piotr ma wykształcenie średnie i ponad 10 lat nauki za sobą. Po zakończeniu szkoły podstawowej i liceum ogólnokształcącego uczęszczał do Studium Fizykoterapii, które ukończył z wynikiem dobrym. Obecnie rozpoczął studia na kierunku pedagogika społeczna. Jako fizykoterapeuta pracował dwa lata w poradniach i zakładach opieki całodobowej zajmującej się rehabilitacją, ale był zwalniany dyscyplinarnie ze względu na niedotrzymanie umowy o pracę (nieprzychodzenie do pracy, bycie pod wpływem środków psychoaktywnych). Piotr twierdzi, że przez rozwój uzależnienia przez kilka lat nie był w stanie pracować zawodowo. Obecnie około roku pracuje w piekarni na pełnym etacie jako brygadzysta zmiany. Swoją pozycję w pracy określa jako dobrą. Sytuację materialną ocenia jako średnią.

Zainteresowania

Ulubione zajęcia Piotra to słuchanie muzyki, czytanie prasy i książek, oglądanie telewizji. Ponadto lubi zbierać grzyby, wędkować, jeździć na rowerze. Czas wolny zwykle spędza samotnie lub z żoną. Dla relaksu uwielbia leżeć w wannie z gorącą wodą. Po okresach przepracowania ma problemy z odpoczynkiem psychicznym i fizycznym. Nie jest zadowolony ze swojej sprawności fizycznej. Twierdzi, że przez zażywanie narkotyków nie zrealizował swoich marzeń. Chciał się rozwijać w swoim wyuczonym zawodzie.

Sfera duchowa i kulturowa

W rodzinie Piotra głównymi wartościami były pieniądze (niezależność finansowa) i wykształcenie (oboje rodzice mają wyższe

wykształcenie). Twierdzi, że rodzice deklarowali wychowanie dzieci w wierze katolickiej, lecz nie praktykowali i nie pielęgowali wartości chrześcijańskich. Najważniejsze wartości dla Piotra na dziś to: miłość, trzeźwość, zdrowie, spokój sumienia. Piotr rozpoczął „powrót” do wiary katolickiej. Stara się chodzić systematycznie do kościoła, uczestniczyć w praktykach religijnych. Twierdzi jednak, że najlepiej się tam czuje, gdy jest sam, gdy nic się tam nie dzieje. Obecnie uważa, że ma zdolności posługiwania się siłą wyższą, umie prosić i dziękować Bogu. Lubi medytować, a medytacje dają mu poczucie spokoju, odprężenia. Mimo to uważa, że duchowość nie jest jego mocną stroną. Twierdzi, że zdarzają się w jego życiu sytuacje, gdy robi coś wbrew swoim wartościom. Czuje się wtedy fatalnie, bo duchowość jest „jak kula u nogi”, ponieważ budzi się w nim wstyd, poczucie winy i inne nieprzyjemne emocje.

Historia zażywania środków psychoaktywnych i stosowania przemocy

Pierwszy kontakt z alkoholem Piotr miał w wieku 15 lat, z narkotykami w wieku 16 lat. Na początku były to doświadczenia sporadyczne z marihuaną i amfetaminą. Od 17. roku życia zażywał praktycznie tylko „kompot” i heroinę. Przez blisko pięć lat udało mu się ukrywać ten fakt przed najbliższymi (ukończył naukę, rozpoczął pracę). Własne doświadczenia z opiatami opisuje jako przyjemne w początkowej fazie. Późniejsze zażywanie było dla niego koszmarem. Najdłuższy „ciąg” trwał około pięciu lat. Najdłuższa przerwa trwała dwa lata i był to pobyt w ośrodku leczenia uzależnień. Jako przyczyny zażycia narkotyku po raz pierwszy podaje ciekawość, presję grupy rówieśniczej. Piotr twierdzi, że próbował kontrolować zażywanie opiatów przez zamienianie ich na inne narkotyki lub alkohol, zmiany środowiska, izolowanie się od grupy, która „ćpała”. Piotr próbował ukrywać fakt, że jest osobą uzależnioną, starał się wyglądać jak tzw. „normalni” ludzie. Gdy stało się jasne i oczywiste, że jest uzależniony

używał manipulacyjnych pretekstów i argumentów, które miały go usprawiedliwić, by mógł dalej „ćpać”. Twierdzi, że w końcowym etapie swojego aktywnego „brania” dość często zdarzały mu się „przerwy w życiorysie”, „urywane filmy”. Działanie opiatów uzupełniał wówczas zażywaniem leków z grupy barbituranów i benzodiazepin. W świadomości Piotra są całe tygodnie, gdzie nic nie pamięta co się wtedy działo. Obecnie uważa, że narkotyki w znacznym stopniu wpłynęły na jego pamięć i koncentrację. Twierdzi, że w wyniku „brania” narażał siebie i inne osoby na bardzo niebezpieczne sytuacje związane z narażeniem zdrowia. Piotr kilkanaście razy był leczony na oddziałach detoksykacyjnych (pełne pobyty). Miał kilka „wpadek” alkoholowych i czterodniowy „ciąg” opiatowy. Od dwóch miesięcy uczęszcza na zajęcia indywidualne z psychoterapeutą. Ma średnią umiejętność radzenia sobie w życiu bez narkotyków. Są momenty, że nie rozumie siebie i otaczającego go świata. Na zajęcia ambulatoryjne uczęszcza sumiennie. Stara się także brać aktywny udział w mitingach Anonimowych Narkomanów. Jego żona jednak twierdzi, że ciągi alkoholowe zdarzają się często, podejrzewa także, że narkotyki okresowo są obecne w życiu Piotra. Po wypiciu alkoholu Piotr jest agresywny, pojawia się popychanie, szarpanie, policzkowanie i kopanie. Piotr obrażał partnerkę, wypominał jej pochodzenie, krytykował ją, używał wyzwisk i wrzasków, poniżał, wmawiał jej chorobę psychiczną. Zdarzało się, że stosował przemoc ekonomiczną, nie dając pieniędzy „na życie”, ponieważ je przepił, podkradał pieniądze partnerce. Zdarzało się także, że Piotr stosował przemoc seksualną: wymuszał nieakceptowane praktyki seksualne, wymuszał pożyacie seksualne po alkoholu, wymuszał seks podczas choroby. Piotr o stosowaniu przemocy mówi niewiele, nie chce poruszać tematu. Stosowanie zachowań przemocowych przekazała jego żona. Piotr został zakwalifikowany na program korekcyjno-edukacyjny dla osób stosujących przemoc w rodzinie.

Konflikty z prawem

Kilka lat temu Piotr otrzymał wyrok dwóch lat pozbawienia wolności za fałszowanie dokumentów. Sąd zgodził się zamienić wyrok na pobyt w ośrodku. Po powrocie do miasta rodzinnego Piotr jest pod nadzorem kuratora. Wcześniej karany za produkcję i handel narkotykami. Wszystkie wcześniejsze sprawy sądowe były w zawieszeniu. Piotr nie poniósł za nie żadnych konsekwencji prawnych. Przez policję zatrzymywany kilkadziesiąt razy do wyjaśnienia. Wszystkie te czyny miały związek z zażywaniem substancji psychoaktywnych.

Źródła wiedzy o kliencie

Wywiad od klienta, informacje od żony klienta, karty wypisowe z oddziałów detoksykacyjnych, karty wypisowe z ośrodków resocjalizacji dla osób uzależnionych, formularz D procedury „Niebieska Karta”.

Opis stanu klienta przy podjęciu psychoterapii indywidualnej

Piotr zgłosił się do placówki dwa miesiące temu. W nastroju obniżonym, z dużym stopniem odczuwalnego poczucia winy. Twierdzi, że mimo pobytów w ośrodkach i dużej wiedzy na temat uzależnienia złamał abstynencję. Kilka dni wcześniej miał kilkudniowy „ciąg” alkoholowy. W tym czasie stosował wobec żony wyżej opisane formy przemocy. Czuł się z tego powodu gorszy od innych ludzi. Twierdził, że liczy na to, iż po programie ambulatoryjnym poprawi się jego jakość życia. Intelktualnie sprawny, dobrze operował zarówno konkretem, jak i absurdem, funkcje pamięci oraz uwagi dobre. W czasie rozmowy Piotr był spokojny, starał się panować nad sytuacją oraz wyrzucić dobre wrażenie na terapeutę. Dobrze rozpoznawał uczucia, lecz miał skłonność do ich tłumaczenia. Mo-

mentami twierdził, chciałby odwrócić bieg wydarzeń i przywrócić czas, kiedy nie miał problemów z „ćpaniem” i stosowaniem przemocy. Piotrowi trudno było zaakceptować fakt, że jest uzależniony i że stosuje przemoc, że ma problemy i nie umie ich zawsze sam rozwiązać. Dolegliwości somatycznych nie zgłaszał.

Czynniki, które doprowadziły do uzależnienia

Piotr podaje, że zażywał narkotyki i pił alkohol po to, by móc się odprężyć, dobrze się poczuć, załagodzić stresującą sytuację w domu rodzinnym, być zaakceptowanym przez grupę, załagodzić nudę, móc spać w nocy, wyrazić bunt, dobrze się bawić, złagodzić objawy abstynencyjne, mieć odwagę życiową, zredukować zmęczenie, poczuć się mocnym.

Czynniki, które doprowadziły do stosowania zachowań przemocowych

Piotr podaje, że stosował zachowania przemocowe, by mieć władzę i kontrolę nad żoną, żeby była uległa, okresowo się bała, że ją opuści. Miała poczucie winy, że może popełnić samobójstwo, wstydziła się, że jest niedobłą żoną, miała mniejszy kontakt ze światem, z ludźmi, żeby była podatna na manipulacje, nie podejmowała decyzji o odejściu od niego.

Cele terapii, zastosowane metody terapeutyczne.

Na drugim spotkaniu z Piotrem przeprowadzono diagnozę problemową według metody Zofii Sobolewskiej. Z wyników diagnozy wyodrębniono problemy Piotra do pracy terapeutycznej w indywidualnym programie terapii. Klient będzie uczęszczać także na program korekcyjno-edukacyjny dla osób stosujących zachowania przemocowe.

Komentarz:

Opis przedstawionego przypadku wskazuje na umiejętności klienta w zakresie rozpoznawania własnych emocji. Wydaje się, że ma on depresję. Wskazuje na to fakt, że w trakcie spotkań terapeutycznych, na krótko „zawiesza się”, a czasem na krótko traci koncentrację i „odpływa”, nawet do końca spotkania, co może stanowić przejaw dysocjacji, będącej wynikiem traumy, tzn. obrony przed negatywnymi emocjami oraz reakcji polegającej na odpychaniu wszystkiego od siebie. Świadczy o tym fakt bycia intelektualnie sprawnym, dobrze operującym zarówno konkretem, jak i absurdem, a z drugiej strony spokojem i panowaniem nad sobą, ale też wywieraniem dobrego wrażenia na terapeutach, właściwego rozpoznawania własnych uczuć przy skłonności do ich tłumaczenia. Funkcją dysocjacji klienta są uzależnienia zarówno od alkoholu, jak i narkotyków oraz zachowania przemocowe. Jednocześnie zauważalne są objawy bardzo wysokiego lęku. Rolą terapeuty byłoby w tym przypadku, po pierwsze zweryfikowanie czy doszło do upośledzenia funkcji intelektualnych i żeby to zrobić, najlepiej zacząć od zbadania reakcji lękowych. Lęk wywołuje objawy na poziomie somatycznym, które manifestują się stanem odcinania się od rzeczywistości. Dysocjacja związana jest z silną traumą. Jest to reakcja organizmu, który broni się przed emocjami. Pomimo tych objawów istnieją wciąż spore szanse na pomyślną terapię, ale zależy ona od stopnia motywacji klienta, gdyż dostrzega on własne poczucie winy. Terapia będzie pracochłonna i wymagająca wdrożenia strategii drobnych kroków. Należy zadać sobie pytanie, ile prawdy na temat siebie samego może on znieść i zaakceptować swoje zachowanie, a nie tylko zamykać się w sobie. Praca z tym klientem będzie wymagała przede wszystkim dużej dozy cierpliwości. Wydaje się, że klient cały czas ze sobą walczy, bo ma poczucie winy i jest to dobry objaw, lecz z drugiej strony wina i depresja mogą być tak

duże, że powodują zamykanie się w sobie i brak umiejętności samodzielnego uniesienia ciężaru z jakim się zмага. Terapeuta powinien zbudować relację terapeutyczną opartą o zaufaniu, na co potrzeba czasu i jest trudne, lecz bardzo ważne w procesie terapii. W jej trakcie należy również pracować z kwestią relacji do ciała, ustanawiając rodzaj równowagi, po to by klient uświadomił sobie co dzieje się z jego ciałem. Dobrze byłoby, żeby klient nauczył się rozpoznawać sygnały płynące z własnego ciała i wypracować ćwiczenia relaksacyjne.

Przypadek 2: Konrad, 42 lata

Funkcjonowanie w rodzinie pierwotnej

Konrad pochodzi z rodziny dysfunkcyjnej. Ojciec chorował już kiedy Konrad był mały. Ma starszą siostrę. Mama przejęła obowiązki matki i ojca. Była wymagająca. Stosowała zasady bezwzględного posłuszeństwa. Stosowała kary cielesne i przemoc psychiczną. Tata bierny, skupiony na swojej chorobie, umarł kiedy Konrad miał 12 lat. Chłopak zamykał się w sobie, ukojenie dawał mu kontakt z przyrodą, uciekał z domu na łono natury.

Funkcjonowanie w rodzinie aktualnej

Żona, dwójka dzieci – syn i córka. Od kiedy pojawiły się dzieci Konrad był wymagający wobec nich, zaczęło się szarpanie dzieci, przytrzymywanie siłą, przemoc psychiczna. Dziś dzieci są duże. Stawia dzieciom duże wymagania. Dochodzi do przepychanek z synem, który sam już zaczyna być agresywny wobec ojca. Nigdy nie uderzył żony, kłóć się o sprawy dotyczące dzieci. Ucieczką przed trudną atmosferą w domu były zdrady. Małżeństwo prawie się rozpadło, ale od dwóch lat wspólnie próbują budować wszystko na nowo. W trakcie pierwszej sesji terapeuta uznał, że klient bę-

dzie musiał pojednać się z mamą. W przeciwnym wypadku ciężko będzie mu osiągnąć ulgę. Na tę sugestię klient przeklął, powiedział, że w życiu się to nie wydarzy. Listu nie napisał, ale zadzwonił do mamy i jak twierdził podczas tej rozmowy zdrętwiała mu cała prawa część ciała do tego stopnia, iż myślał, że miał wylew. Oboje podczas tej rozmowy rozpłakali się. Wypowiedziane były słowa „kocham Cię” i do dzisiaj klient odwiedza swoją mamę.

Historia edukacyjno-zawodowa

Skończył szkołę średnią, aktualnie pracuje jako scenarzysta. Jest niezadowolony z pracy i relacji panujących w pracy.

Zainteresowania

Przyroda, las, woda, majsterkowanie, rozwój duchowy.

Sfera duchowa i kulturowa

Rozwija się duchowo, wierzący, niepraktykujący, prostuje swój kręgosłup moralny zaczynając łączyć wiarę z własnymi oczekiwaniami od życia. Zauważa powiązanie relacji w pracy i w domu od siebie samego. Zaczyna zauważać, że sam ma realny wpływ na atmosferę wokół. Widzi, że wiele sytuacji i emocji wynika z jego przekonań lub błędnej interpretacji faktów.

Historia stosowania przemocy

Zaczął się od silnego przytrzymywania dzieci, nakręcania – mówienia co ślina na język przyniesie, braku kontroli nad tym co robi w emocjach i co mówi. Stosuje przemoc psychiczną. Po aktach przemocy miły, pomocny, kupujący wszystko żonie i dzieciom (tzw. miesiące miodowe). Trudne sytuacje z pracy przenosił do domu, wybuchał z byle powodu, wszystko stawało się powodem do kłótni, nie widział początkowo swojej winy w tym co się dzieje, ob-

winiał otoczenie – pracę, żonę, dzieci. Przemoc przeniosła się na dzieci, które teraz wobec ojca stosują przemoc słowną, a nawet dochodzi do rękoczynów. Ojciec czuje się ofiarą.

Konflikty z prawem

Brak

Źródła wiedzy o kliencie

Wywiad, sesje indywidualne

Stan klienta przy podjęciu terapii i w trakcie jej trwania

Poczucie braku szczęścia, bycia ofiarą w domu i w pracy, poczucie bycia nieważnym, apatia, brak chęci do życia, brak radości życia, poczucie krzywdy, olbrzymie poczucie winy. Po wybaczeniu mamie, umiejętności rozpoznawania emocji, radzenia sobie z nimi, umiejętności nazwania swoich potrzeb stan klienta zaczął się poprawiać. Klient zaczął planować wyjazdy rodzinne, spędzał więcej czasu z rodziną, nie uciekał. Zaprzestał stosowania przemocy fizycznej, zdarzają się jeszcze słowne wymuszenia. Klient głęboko analizuje swoje niepowodzenia w terapii.

Czynniki, które doprowadziły klienta do stosowania zachowań przemocowych

Nie potrafił wskazać, brak wglądu, refleksyjności, nie wie czemu tak robił, to działo się samo, rekompensował to sobie i bliskim miśkami miodowymi, co powodowało kolejne poczucie krzywdy – tyle robię, a i tak tego nikt nie widzi.

Cele terapii, zastosowane metody terapeutyczne

Głównym celem terapii było zaprzestanie zachowań przemocowych, umiejętność rozpoznawania swoich potrzeb, umiejętność

rozpoznawania swoich emocji oraz wyrażania ich, poprawienie relacji w domu i w pracy. Praca z klientem odbywała się w trzech obszarach: zmiany zachowań (zaprzestanie zachowań agresywnych, uczenie nowych); rozwój sfery emocjonalnej (rozpoznawalność, rozróżnianie emocji, radzenie sobie z nimi, asertywność, uczucia, potrzeby); rozwój sfery poznawczej (role społeczne, funkcjonowanie rodziny, wychowywanie dzieci, relacji z partnerką). Praca w trzech obszarach – myślenie, zachowania, emocje. Metoda polegała na dotarciu do źródła rany pierwotnej, czyli dzieciństwa, pracy nad wybaczeniem, tego co mama robiła, a tata zaniedbywał. Klient pisał listy, aby wylać swoją krzywdę, opowiadał o tym, przeprowadził rozmowę z mamą, na skutek której oboje płakali. Nastąpiło wybaczenie, a klient rozmawia z mamą, odwiedza ją i poczuł dużą ulgę na poziomie emocjonalnym. Klient prowadził dziennik emocji i w kolejnym etapie dziennik wdzięczności. Praca coachingowa wykorzystuje metodę koła życia, gdzie wyznaczono dwa obszary do poprawy satysfakcji z życia (rodzina i praca). Klient opisywał szczegółowo swoje wybuchy złości, również te, które były łagodne, ale też te kończące się przemocą oraz wyciągał wnioski na temat alternatywy wobec zachowań przemocowych. Na sesji poddawano je głębokiej analizie urealnienia sytuacji, aby dojść do wniosku z czego wynika takie jej postrzeganie, co daje poczucie takiego myślenia i w jaki sposób takie postrzeganie można zmienić na inne. Klient doszedł do przekonania, że wybuchy złości wynikają z czucia się nieważnym. Klient był edukowany, żeby wyjść ze świata ofiary i podjął się praktyki nienarzekania. Klient zaczął zauważać swoje potrzeby: to co lubi, czego pragnie. Podejmując omówione problemy dotyczące funkcjonowania rodziny, podjął decyzję o zmianie pokoju, co spowodowało stworzenie przestrzeni do odpoczynku. Decyzje były omówione, przemyślane i przekazane rodzinie we właściwy sposób i nie powodowały kłótni ani buntu członków rodziny.

Dylematy osobiste podczas pracy z klientem, pytania superwizyjne

Wahania emocjonalne w przypadku niepowodzeń, dotarcie do przekonania nie czuję się ważny, początkowego oporu i negatywnego nastawienia do matki i wybaczenia jej. Jakie jeszcze narzędzia mogę zastosować, aby nie zaburzać procesu i żeby klient poczuł się lepiej? Choć bardzo ufam temu co robię i nawet trudny czas musi trwać, aby więcej dotarło do klienta. Jak jeszcze mogę pogłębić pracę, aby była pewność, że klient już zaprzestanie stosowania przemocy.

Komentarz:

Jest to bardzo dobrze opisany proces terapii w obszarze jej przebiegu i powiązania z zachowaniami. Jedną z zastosowanych metod opiera się na przebaczeniu. Polega ona na wytworzeniu dystansu emocjonalnego, co umożliwi chłodne spojrzenie na własną sytuację. Ma to miejsce również w przypadku tego klienta. Spacer w lesie wyzwolił takie emocje, iż klient miał wrażenie, że przeszedł udar, co było spowodowane obniżeniem stresu, refleksją i stawieniem czoła sytuacji. Klient zaczął rozpoznawać swoje potrzeby i emocje oraz je zaspokajać, w tym również emocje płynące z własnego ciała, których wcześniej nie akceptował. Czuje się on faktycznie ważny i doceniany, a ponieważ relacje w rodzinie układają się dużo lepiej, również funkcjonowanie klienta jest znacznie lepsze. Akceptacja emocji jest bardzo ważna, bo pokazuje, że klient nie musi na nie reagować w dotychczasowy sposób. Dobrym krokiem jest zmniejszenie intensywności spotkań terapeutycznych, tak aby miał on też czas, żeby poczuć się pewniej w tej nowej sytuacji i samodzielnie nauczyć się radzić ze swoimi emocjami. Zwracam tutaj uwagę na fakt, że terapeuta nie może brać całkowitej odpowiedzialności za cudzą zmianę. To klient odpowiada za swoje życie. To co odróżnia nas terapeutów od klientów jest fakt, że musimy pamiętać, że lu-

dzie są autonomicznymi jednostkami. Zatem w przypadku kontynuowania pracy z tym klientem warto pomyśleć nad zmniejszeniem częstotliwości spotkań albo przekazaniem go do innego terapeuty. Praca z tym sprawcą przemocy mogłaby zostać przekierowana na inne formy terapii, zwłaszcza, że klient jest zmotywowany do dalszej pracy. Odpowiedzią na tego rodzaju dylematy związane z kończeniem jest dobrze skonstruowany kontrakt, czyli określenie zasad współpracy, zwłaszcza tematy pracy terapeutycznej, określona ilość sesji i jej zakończenie w przypadku ustania określonych objawów. Dobrą praktyką jest przeprowadzenie ewaluacji celem pokazania klientowi jakiego postępu dokonał, co osiągnął i że jest w stanie sobie radzić sobie samemu. Proces terapeutyczny pokazuje, że klient umiejętnie rozpoczął proces przetwarzania własnych emocji i może go pomyślnie zamknąć.

Przypadek 3: Krzysztof, lat 37

Funkcjonowanie w rodzinie pierwotnej

Krzysztof został wychowany w niepełnej rodzinie w środowisku wiejskim. Ojciec nadużywający alkoholu zmarł, gdy klient miał około jednego roku, ma starszą siostrę i młodszego brata. Matka wyszła ponownie za mąż. Nie była wydolna wychowawczo. Kontakty z rodziną pierwotną ograniczone.

Funkcjonowanie w rodzinie aktualnej

Od dwunastu lat pozostaje w związku partnerskim (partnerka lat 33, ograniczona sprawność umysłowa), z którego urodziło się troje dzieci (syn 10 lat, córka lat 4 oraz córka 7 miesięcy). Od 2014 roku zamieszkują w mieszkaniu socjalnym gminy na wsi (jeden pokój, kuchnia, łazienka, przedpokój – wyposażone w podstawowy sprzęt gospodarstwa domowego).

Historia edukacyjno-zawodowa

Nie pracuje, podejmuje okresowo prace dorywcze. Od maja 2021 r. otrzymuje rentę socjalną z ZUS, rodzina otrzymuje ponadto świadczenia z pomocy społecznej. Służby wojskowej nie odbywał.

Zainteresowania

Krzysztof na pytanie o zainteresowania odpowiada, że najbardziej lubi słuchać muzyki i oglądać telewizję, głównie filmy.

Historia stosowania przemocy

Ingerencja sądu w funkcjonowanie rodziny datuje się od 2016 r. Wówczas wdrożona została po raz pierwszy procedura Niebieskiej Karty z uwagi na informacje od sąsiadów, że często awanturuje się ze swoją partnerką będąc pod wpływem alkoholu i przemocowo zachowuje się wobec małoletniego syna. Jednocześnie procedura ta uruchomiła postępowanie sądowe, wniosek policji i kuratora sądowego o ograniczenie władzy rodzicielskiej nad synem. W konsekwencji sąd ograniczył mu władzę rodzicielską. Często będąc pod wpływem alkoholu Krzysztof zakłóca także spokój mieszkańcom budynku socjalnego – włącza głośno muzykę, często przez kilka godzin. Ignoruje prośby sąsiadów, awanturuje się, dochodzi do bójek i interwencji policji. Odgraża się, że „wszystkich pozatławi”. Wielokrotnie karany mandatami za zakłócanie spokoju, mandatów tych nie płaci. Kolejną Niebieską Kartę MOPS założył w 2019 r., także na wniosek sąsiadów, po zgłoszeniu przez nich, że Krzysztof uderzył syna w policzek, gdy nie chciał z piaskownicy pójść do domu. Partnerka wówczas także została przez niego obelżywie obrażana, zastraszana i popychana, czego świadkiem było dziecko. W środowisku wielokrotnie interweniowała policja,

która także wszczęła postępowanie z artykułu 207 k.k. w związku z podejrzeniem znęcania się psychicznego i fizycznego nad małoletnim i partnerką. Na posiedzeniu GKRPA Krzysztof zadeklarował podjęcie kontaktu z terapeutą uzależnień i dobrowolne uczestnictwo w programie korekcyjno-edukacyjnym dla sprawców przemocy. Deklaracji swoich nie spełnił. W 2017 r. Gminny Zespół Interdyscyplinarny ds. Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie w piśmie do Gminnej Komisji poinformował, że prowadzone działania w rodzinie Krzysztofa, w związku ze stosowaniem przez niego przemocy, nie przynoszą pożądanych zmian w jego postępowaniu. Krzysztof nie podejmuje współpracy z członkami grupy roboczej, nadal pije alkohol, włącza głośno muzykę, zakłóca spokój sąsiadom, partnerka z dzieckiem ucieka z mieszkania podczas awantury i wulgaryzmów. Potwierdza to także asystent rodziny pracujący w środowisku.

Źródła wiedzy o kliencie

Od wielu lat rodzina objęta jest interdyscyplinarną pomocą służb: policji (postępowanie z art. 207, nadzór dzielnicowego – NK), Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej (pracownik socjalny, asystent rodziny, świadczenia materialne i niematerialne), Sądu (kurator rodzinny – ograniczona władza rodzicielska, nadzór kuratorski z tytułu nadużywania alkoholu), Komisji RPA (wniosek do sądu o zobowiązanie do leczenia, konsultacje u psychoterapeuty uzależnień), Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie (Program Korekcyjno-Edukacyjny dla osób stosujących przemoc).

Stan klienta przy podjęciu terapii i w trakcie jej trwania

Do programu Korekcyjno-Edukacyjnego Krzysztof kierowany był dwukrotnie przez Grupę Roboczą oraz Komisję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Jednak przystąpił do niego dopiero

w 2022 r. na wniosek kuratora rodzinnego. Pacjent nie utożsamia się z przemocą, twierdzi, że „to było jednorazowe zdarzenie” i że „ludzie nas wzięli na cel”, „nie zgadzam się, to są zwykłe kłótnie, jak w każdej normalnej rodzinie”, „ogólnie jestem nerwowy, takie mam myślenie i problemy się mnie trzymają”, „sąsiadom przeszkadza muzyka, a ja słucham, bo muzyka mnie uspokaja”. W rozmowie Krzysztof otwarcie przyznaje się do kłótni z partnerką, stosowania klapsów jako metody dyscyplinowania dzieci, podnoszenia na nich głosu. Jednocześnie przyczyn problemów rodziny upatruje jedynie w działaniach osób zaangażowanych w pomaganie ich rodzinie. W stosunku do służb prezentuje głównie postawę roszczeniową, krytykuje ich działania i podważa ich kompetencje, prezentując postawę bezkrytyczną. Przekonany jest, że środowisko lokalne i sąsiedzi zawzięli się na niego, pisząc niesłuszne donosy.

Czynniki, które doprowadziły klienta do stosowania zachowań przemocowych

Największymi trudnościami w pracy z tym pacjentem jest to, że jest osobą bezkrytyczną, niepanującą nad emocjami, nie dociera do niego fakt, że picie alkoholu nie usprawiedliwia stosowania przemocy. Za swoje zachowanie obwinia sąsiadów i służby pomocowe. Minimalizuje i zaprzecza własnym problemom, nie utożsamia się ze stosowaniem przemocy wobec najbliższych. Swoją impulsywność tłumaczy zaburzeniami i zmiennością nastrojów. Nie liczy się z uczuciami partnerki i dzieci. Nie chce zrozumieć, że to jego sposób zachowania i postępowania czyni „całe zło” w rodzinie.

Komentarz:

Jest to przypadek zupełnie różny od poprzedniego, w którym klient był pod koniec procesu terapeutycznego. Natomiast w tym przypadku można zauważyć, że klient żyje w zaprzeczeniu. Wini

innych i nie bierze na siebie odpowiedzialności, stąd jego impulsywne reakcje. Ważne jest, żeby bardzo konkretnie pokazywać mu negatywne efekty jego działań i wypracować metody, które pomogą mu pohamować tę impulsywność. Jeżeli poradzi sobie, będzie to stanowić pierwszy i istotny krok w kierunku zmiany zachowania. Na tym etapie nie chodzi o proces terapii, lecz o koncentrowanie się na faktach i konkretach. Praca z klientem powinna polegać na podkreślaniu znaczenia w życiu odpowiedzialności i wyborów oraz konieczności podejmowania własnych decyzji zmiany własnego zachowania. Praca nad wybuchami i impulsywnością mogłaby tu polegać na stosowaniu techniki „stop-przerwa” i samodzielnym odnajdywaniu objawów wyzwalających wybuchy agresji i impulsywności. Co więcej, z opisu przypadku wynika, że klient może być agresywny nie tylko w stosunku do swojej rodziny i sąsiadów, ale też w innych sferach życia. Ważny jest kontakt z jego żoną i uświadomienie jej, że partner prawdopodobnie nie zmieni swojego zachowania. Wymagana jest w tym przypadku praca z partnerką, żeby uzyskała świadomość skutków agresywnego zachowania, które nie jest dobre dla niej ani dla dzieci, co związane jest z decyzją odejścia od partnera. W wielu sytuacjach zdarza się jednak, że przesłanki natury psychologicznej powodują, że partnerka nie chce odejść. Ważną rolę pełnią wówczas wszystkie instytucje zajmujące się ochroną dzieci. Klienci zgłaszają się do mnie z podobnymi przypadkami, sygnalizując sytuację przemocy i brak wsparcia. W rezultacie ich życie stało się tragedią. Jako osoby dorosłe nie radzą sobie jako ofiary. W związku z tym stają się sprawcami przemocy. W ten sposób koło się zamyka. Jednocześnie należy pamiętać, że terapia nie czyni cudów i nie jest odpowiedzią na wszystko. Osoby z zewnątrz, reprezentujące instytucje często mają nierealistyczne oczekiwania. Naszym zadaniem jako terapeutów jest uświadomić im, że są wprawdzie przypadki do rozwiązywania, ale są też takie,

które nie leżą w naszej gestii. Badania wskazują, że jeżeli kobieta odchodzi od partnera, to zwykle pierwszym powodem jest to, że zaczęła rozumieć do jakiego stopnia dzieci źle reagują na sytuację w domu i z czego wynika złe zachowanie dzieci. Problem narasta. Zmienia się wtedy nastawienie wraz z podejściem, że będzie dla nich lepiej, jeśli nie będą żyć w pełnej rodzinie. Drugim powodem jest zagrożenie życia. Musi się wydarzyć coś, co sprawi, że partnerki zaczynają bać się o swoje bezpieczeństwo. Chodzi tu o to, żeby z nimi pracować i uświadamiać, że takie agresywne zachowania mogą eskalować.

Przypadek 4: Agnieszka, lat 39

Funkcjonowanie w rodzinie pierwotnej

Agnieszka jest dzieckiem z trzeciej ciąży matki. Ma starszego brata i starszą siostrę oraz młodszą siostrę. Rodzina pełna. Rodzice wychowywali dzieci w wierze katolickiej. W domu panował „porządek”, każdy wiedział jakie zadania do niego należą. Rodzice nie uznawali sprzeciwu ze strony dzieci. Ojciec pracował na kierowniczym stanowisku w firmie budowlanej. Matka nie pracowała, zajmowała się domem. Alkoholu w domu nigdy nie było. Według Agnieszki pielęgnowanie wiary katolickiej przez rodziców miało okresami charakter dewocyjny, rygorystyczny, a czasami demonstrujący pobożność. Agnieszka do 18. roku życia nigdy nie wróciła do domu po godzinie 21. Główne uczucia, które jej towarzyszyły w domu rodzinnym to poczucie bezpieczeństwa oraz lęk przed rodzicami. Mile wspomina wyjazdy do babci na wakacje. Twierdzi, że babcia dawała jej tyle miłości, jak nikt inny. Kontakty z rodzeństwem określa jako poprawne.

Funkcjonowanie w rodzinie aktualnej

Agnieszka wyszła za mąż w wieku 23 lat. Mąż jest od niej starszy o trzy lata. Mają piątkę dzieci w wieku 15, 14, 8, 6 i 4 lat. Najstarsza córka uczy się w technikum gastronomicznym. Dwoje dzieci uczęszcza do szkoły podstawowej, a dwoje do przedszkola. Mąż pracuje w firmie zajmującej się produkcją żywności. Agnieszka pracuje w laboratorium. Mieszkają w bloku, w trzypokojowym mieszkaniu o powierzchni ponad 70 m². Oboje z mężem próbują wychowywać dzieci „twardą ręką”, z różnym skutkiem. Agnieszka twierdzi, że często zdarza się jej nie panować nad swoimi emocjami, często się złości. Oboje z mężem nie piją alkoholu.

Historia edukacyjno-zawodowa

W szkole podstawowej i liceum ogólnokształcącym uczyła się bardzo dobrze. Następnie studiowała na Wydziale Chemii, który ukończyła z wynikiem dobrym. Pracowała w trzech firmach jako analityk i laborant. Ogólnie ma około ośmiu lat stażu pracy, odliczając urlopy macierzyńskie i wychowawcze.

Zainteresowania

Agnieszka lubi kontakt z naturą, jednak twierdzi, że mało poświęca na to czasu ze względu na wychowanie dzieci i obowiązki domowe. Lubi słuchać muzyki, głównie popularnej. Nie ma żadnej pasji ani hobby.

Sfera duchowa i kulturowa

Jest katoliczką. Twierdzi, że wiara w Boga pozwala jej przetrwać trudy życia. Do kościoła uczęszcza regularnie wraz z mężem. Dzieci wychowują w wierze katolickiej. Starsze córki podchodzą jednak okresowo z dystansem do wiary. Agnieszka mówi, że okresowo

ma problemy, by wytłumaczyć im deklaratywność Kościoła i rzeczy, które realnie dzieją się w Kościele. Ważne wartości dla niej to: rodzina, uczciwość, miłość, dobroć. Niestety często ma poczucie, że je deklaruje, ale nie pielęgnuje.

Historia stosowania przemocy

Od około czterech lat Agnieszka wobec starszej córki stosuje zachowania przemocowe. Nie akceptuje jej odmienności płciowej. Zachowania te nasiliły się w ostatnim roku, gdy córka zmieniła szkołę, twierdząc, że jest chłopakiem. W zakresie stosowania przemocy fizycznej Agnieszka popychała, odpychała córkę, przetrzymywała ją i obezwładniała, zamykała w domu, nie chciała jej wypuścić. W zakresie przemocy seksualnej – wypowiadała uwłaczające obelgi o orientacji córki. W zakresie przemocy emocjonalnej – bagatelizowała uczucia córki, obrażała ją, wyśmiewała jej przekonania, krytykowała ją, używała wyzwisk i wrzasków. Zdarzało się także, że zakazywała córce przyjmowania znajomych.

Konflikty z prawem

Konfliktów z prawem nigdy nie miała. Trzy lata temu uczęszczała na program korekcyjno-edukacyjny dla osób stosujących przemoc, ponieważ w rodzinie została założona procedura „Niebieska Karta”.

Źródła wiedzy o kliencie

Dokumenty z procedury „Niebieska Karta”, wywiad od klientki. Notatki pedagogów szkolnych.

Stan klienta przy podjęciu terapii i w trakcie jej trwania

Agnieszka przyszła na spotkanie bez własnej woli, jedynie pod presją. W kontakcie logicznym dobrym, świadomość jasna. Mo-

mentami starała się zaprzeczać i manipulować faktami na temat zachowań przemocowych.

Czynniki, które doprowadziły klienta do stosowania zachowań przemocowych

Córka łamie normy społeczne, niepogodzenie się z inną orientacją płciową córki, przekonanie, że dzieci muszą słuchać się rodziców, dawanie sobie prawa do władzy nad dziećmi.

Cele terapii, zastosowane metody terapeutyczne

Wypracowanie tolerancji na inność i wolność innych osób, auto-diagnoza własnych zachowań przemocowych, wypracowanie zasad komunikacji bez przemocy, udoskonalenie metod wychowawczych.

Dylematy osobiste podczas pracy z klientem, pytania superwizyjne

Mała wiara w zmianę postaw klientki, dylematy, czy cele zostały właściwie dobrane.

Komentarz:

Jest to przykład pokazujący jak zachowania przemocowe powiązane są z wartościami, jakie wyznajemy. Z prowadzonych badań naukowych wynika, że matki mogą stosować więcej przemocy wobec dzieci niż ojcowie. Przy czym często jest to przemoc o charakterze psychicznym. Analizując sytuację klientki należy w pierwszym rzędzie poszukiwać związku przyczynowego pomiędzy impulsywnością i zachowaniami przemocowymi a wyznawanymi przez nią wartościami i prześledzić rodzaj emocji, jakie im towarzyszą. W moim odczuciu jest to trudna klientka, stosująca postawę obronną. Została zmuszona do uczęszczania na terapie, ale nie chce rozmawiać i nie chce zmiany. W jej przekonaniu uważa, że postępuje właściwie. Klientka jest zakorzeniona w wartościach wyznawanych

przez rodzinę konserwatywną, która ma jasne, katolickie zasady i w których nic poza nimi już się nie mieści. Nawet jeżeli to są rzeczy związane z przyjemnościami, rozwojem fizycznym, duchowym są one bardzo głęboko naznaczone przez katolicyzm i każdy inny punkt widzenia jest dla niej nie do przyjęcia. Przez to, że głównym problemem jest dla niej tożsamość płciowa córki. Odczuwa gniew, ale też wstyd za córkę. Pomimo tego wydaje się, że kocha córkę. Stąd wniosek, że należy pokazywać jak przemoc wpływa na córkę. Moim zdaniem powinno się zwrócić uwagę, że przestała stosować przemoc, gdyż zobaczyła jej konsekwencje, ale bardziej ze strachu o córkę i że jest to zmiana, która w niej nie zaszła. Warto też wskazać jej konsekwencje, np. czy chce, żeby jej córka miała takie samo dzieciństwo, jakie miała ona sama, bo nie postrzega jego jako czegoś dobrego. Warunkiem jest rzeczywiście postrzeganie własnego dzieciństwa jako dobrego i pokazanie, że powtarza świadomie ten model wychowawczy. Klientce warto zadać pytanie, czy chce być jak jej własni rodzice, czy jak swoja babcia i kogo chce naśladować. Można uwiadomić klientowi, że wartości, które są ważne dla niej i które wyznaje w dużej mierze istnieją tylko na poziomie deklaracyjnym oraz rozumieniu co dla niej oznacza miłość, dobroć, uczciwość, rodzina. Klientka nie rozumie, że to co robi, nie jest zgodne z tymi wartościami, które wyznaje i stąd też pojawia się agresja spowodowana brakiem wiedzy. W konsekwencji rodzi się błędne koło, które napędza agresywne zachowanie. Zatem w tym przypadku pracujemy na wewnętrznym konflikcie wartości, gdyż istnieją inne wartości poza tymi, które deklaruje, takie jak miłość do córki. Dobrze byłoby pokazać, że klientka łamie społeczne normy, a przemoc nie jest społecznie akceptowalna. Skoro w jej odczuciu córka łamie społeczne normy, to również społeczeństwo nie akceptuje przemocy matki. W przypadku wątków religijnych należy pamiętać, że silne wartości stanowią o naszej tożsamości, więc

trudno z tym pracować. Pytanie jakie można by było postawić tej klientce dotyczy tego co stanie się, gdy córka osiągnie pełnoletność i czy nie obawia się, że córka opuści dom rodzinny jak tylko ukończy osiemnaście lat. Jeżeli dostrzega, że jej córka łamie normy społeczne to jest to powód, dla którego chce ją trzymać w domu. Reasumując, jest to bardzo trudny przypadek, gdzie pokazano kilka kierunków pracy terapeutycznej i trudno na tym etapie wyrokować, co do jej skuteczności. W tej sytuacji może nie zadziałała podejście psychoterapeutyczne. Wówczas należy skoncentrować się na metodach pracy opartych na emocjach. Jednym z rozwiązań jest poczucie wstydu u klienta i rozmowa na temat jego przyczyn i pozycjonowanie klientki w roli ofiary. Inną możliwością jest stawianie się w roli osoby przemocowej, spróbowanie wejścia w jej punkt widzenia, na przykład pokazując, iż członek rodziny mógłby nie akceptować takiego zachowania lub pozycjonowanie klientki w roli córki lub syna, którzy odbierają sposób zachowania jako brak matczynej miłości. Terapeuta może zadawać pytania o własne dzieciństwo, np. czy chce, żeby jej dzieci miały takie same dzieciństwo jak ona, co wówczas czuła i czy chce, żeby jej dzieci się tak czuły. Być może ćwiczenia wcielania się w inne role, stworzy szansę, żeby ją trochę bardziej otworzyć.

Przypadek 5: Magda, 26 lat

Funkcjonowanie w rodzinie pierwotnej

Magda jest wychowanką domu dziecka i dwóch rodzin zastępczych. Do placówki trafiła pierwszy raz w wieku dziewięciu lat. Rodzice biologiczni Magdy zostali pozbawieni praw rodzicielskich ze względu na nadużywanie alkoholu, zaniedbania i przemoc zarówno fizyczną, jak psychiczną wobec dzieci. Magda ma młodszego brata, który razem z nią trafił do placówki. Rodzice Magdy często

byli pod wpływem alkoholu. W domu rodzinnym Magdy trwale bywały obce osoby, które razem z rodzicami spożywały alkohol w dużych ilościach. Libacje alkoholowe często trwały do samego rana i podczas nich wielokrotnie dochodziło do awantur, których świadkiem była Magda. Rodzice Magdy byli wobec niej i brata bardzo agresywni. Dzieci były obrzucane wyzwiskami, często pojawiały się wulgaryzmy. Rodzice też nie szczędzili Magdzie przykrych doświadczeń fizycznych, takich jak uderzenia paskiem czy kablem od prodiża. Matka kobiety nie panowała nad emocjami i potrafiła tak zbić Magdę, że ta przez tydzień nie mogła usiąść. Często doznawała urazów, takich jak wykręcanie rąk czy złamany obojczyk. Posiniaczona głowa od kopnięć czy posiniaczone ręce i nogi, to była przykra codzienność Magdy. W domu zawsze brakowało jedzenia. Magda chodziła do sąsiadów, kradła w pobliskim sklepie, żeby tylko mieć co zjeść z młodszym bratem. Kiedy trafiła do domu dziecka, a potem do dwóch rodzin zastępczych wielokrotnie popadała w konflikt z prawem. Nadużywała alkoholu, zażywała środki odurzające i kradła. W końcu trafiła do zakładu karnego za napad z pobiciem i użyciem ostrego narzędzia i trwałym okaleczeniem ofiary.

Funkcjonowanie w rodzinie aktualnej

Obecnie Magda wychowuje samotnie dziecko w wieku jednego roku. Dwójka starszych dzieci przebywa w rodzinnym domu dziecka. Dzieci zostały w nim umieszczone ze względu na zaniedbania, alkohol i przemoc stosowaną przez Magdę i jej partnerów. Obecnie nie pozostaje z nikim w związku. Jej sytuacja ekonomiczna jest bardzo trudna z uwagi na brak własnego źródła dochodu oraz zależność od instytucji pomocowych. Niska samodzielność finansowa spowodowała, że Magda zamieszkuje wspólnie z matką – osobą również przemocową, niezaradną i zależną od instytucji pomoco-

wych. Warunki mieszkaniowe są bardzo trudne. Magda jest nieaktywna zawodowo i nie jest w stanie tej pracy podjąć z uwagi na konieczność opieki nad najmłodszym synem. Ma problemy z panowaniem nad emocjami i często wybucha złością. Nadużywa alkoholu. Jest agresywna i wulgarna wobec syna. Ma problemy z cierpliwością, okazywaniem uczuć i adekwatną reakcją na zachowanie syna. Obecnie jest objęta wsparciem asystenta rodziny, pracownika socjalnego i kuratora sądowego. Ma ograniczone prawa do dziecka. Zdaniem specjalistów jest osobą o niskich kompetencjach personalnych, wychowawczych i społecznych.

Historia edukacyjno-zawodowa

Magda ma ukończoną szkołę podstawową. Wielokrotnie zaczynała naukę w szkołach zawodowych, niestety szybko przestawała do nich chodzić i była z nich w konsekwencji usuwana. Nie posiada doświadczenia zawodowego. Nigdy nigdzie nie pracowała. Zawsze utrzymywała się ze świadczeń socjalnych.

Zainteresowania

Pani Magda nie ma zainteresowań. Jak twierdzi, nie ma na to czasu i pieniędzy.

Sfera duchowa i kulturowa

Klientka obecnie w nic nie wierzy i nie kieruje się żadnymi przekonaniem duchowymi i kulturowymi.

Historia stosowania przemocy

Przemoc w życiu Magdy towarzyszy jej od zawsze, to jedyna znana jej forma radzenia sobie z trudnościami. Pierwsze zachowania przemocowe pojawiły się już w szkole podstawowej w piątej klasie. Wtedy pierwszy raz pobiła koleżankę. Została wtedy zawie-

szona w prawach ucznia. Później, jako starsza koleżanka szantażowała i podejmowała próby wyłudzenia pieniędzy od młodszych koleżanek. Dokonywała drobnych kradzieży, nadużywała alkoholu, zażywała środki odurzające. W wieku dziewiętnastu lat trafiła do zakładu karnego za napad z pobiciem i użyciem ostrego narzędzia i trwałym okaleczeniem ofiary.

Konflikty z prawem

Pobyty w izbie wytrzeźwień, sprawy sądowe: za kradzieże, roboje z pobiciem i napad z pobiciem oraz użyciem ostrego narzędzia i trwałym okaleczeniem ofiary.

Źródła wiedzy o klienci

Pracownik socjalny, asystent rodziny, kurator sądowy, psychiatra.

Stan klienta przy podjęciu terapii i w trakcie jej trwania

Klientka po przyjsciu na terapię była bardzo agresywna, nieustępliwa, targana silnymi emocjami. Było widać w jej zachowaniu duży ból, frustrację i nieradzenie sobie z alkoholem oraz ze złością. W trakcie trwającej terapii stan klientki się ustabilizował. Od trzech miesięcy nie spożywa alkoholu i uczęszcza regularnie na terapię indywidualną. Dodatkowo uczestniczy w terapii dla osób uzależnionych od alkoholu. Zaczęła regularne spotkania z psychiatrą, który zalecił jej wsparcie farmakologiczne.

Czynniki, które doprowadziły klienta do stosowania zachowań przemocowych

Zdaniem klientki czynnikami, które doprowadziły ją do stosowania zachowań przemocowych jest jej dom rodzinny.

Cele terapii, zastosowane metody terapeutyczne

Panowanie nad wybuchami złości. Zastosowana metoda – TSR.

Dylematy osobiste podczas pracy z klientem, pytania superwizyjne

Neutralność w pracy z klientką – brak oceniania i moralizowania. Czy klientka podlegając leczeniu farmakologicznemu jest świadoma własnych wyborów i zmian, które zachodzą w niej samej i w jej środowisku? Jak powstrzymać się przed przekazywaniem własnego systemu wartości klientce?

Komentarz:

Klientka jest na silnych lekach. Odczuwa dużo frustracji, bo nie radzi sobie z alkoholem. Zgodziła się pójść na terapię odwykową i rozpocząć pracę z psychiatrą. Pierwszym krokiem jest poznanie stopnia motywacji klientki. W trakcie terapii mamy często do czynienia z dużą liczbą niezmotywowanych klientów, zatem na początku dobrze poznać metody motywowania. W przypadku tej klientki wynika to z udziału w grupie terapeutycznej, gdzie poznała kobiety będące w podobnym etapie życia i w podobnej sytuacji. Klientka spostrzegła, że nie jest z sama i przychodząc na terapię może liczyć na takie wsparcie. Miały tu miejsce dwa pozytywne czynniki: sytuacja życiowa i poziom otwartości grupy, które ją wzmacniają. Bardzo ważne jest to, że klientka mogła opowiedzieć swoją historię, bo większość zachowań obronnych wynika z tego przeświadczenia, że nikt mnie nie wysłucha, nikogo nie obchodzę, jestem z tym sama. Ten proces otwierania się często jest bardzo długi, wymaga kilku miesięcy, żeby uczestnik spotkania poczuł się bezpiecznie i samodzielnie mógł dojść do takiej samorefleksji. W terapii grupowej wszyscy są na tym samym poziomie, a pacjent może się poczuć częścią grupy. Stąd też te emocje, które się pojawiają,

otwierają i pokazują, że klient jest odpowiedzialny za siebie oraz ponosi konsekwencje swoich działań. W trakcie grupowych spotkań trzeba słuchać historii, podążać za nimi i prowadzić otwarty dialog. Klient ma przepisane środki, których efekt jest podobny do działania alkoholu, a więc osłabia proces terapeutyczny. Brakuje konkretnych informacji na temat przepisywanych dawek leków jednak jest wielce prawdopodobne, że klientka już osiągnęła odporność na wysokie dawki i nie mają one wpływu na terapię. Podkreślam jeszcze raz znaczenie strategii opartej na małych krokach i konieczności jej kontynuacji. Stanowią one fundamenty terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach, gdyż najważniejszym aspektem pracy terapeutycznej jest wspieranie szans na dokonanie nawet najmniejszej pozytywnej zmiany.

13. Wybrana literatura na temat modelu Jyväskylä

1. Dominance and Dialogue in Couple Therapy for Psychological Intimate Partner Violence: Berta Vall, Jaakko Seikkula, Aarno Laitila, Juha Holma.
2. Results of the Jyväskylä research project on couple therapy for intimate partner violence: topics and strategies in successful therapy processes: Berta Vall, Helena Päivinen, Juha Holma.
3. Constructing and negotiating “change” in follow-up meetings for intimately violent men: Jarl Wahlström, Juha Holma.
4. Dialogues in Group Interventions Among Partner-Violent Men Different Approaches for Different Clients: Eveliina Räsänen.
5. Dialogues in Partner Abusive Clients’ Group Treatment: Conversational Tools Used by Counselors With Differently Motivated Clients: Eveliina Räsänen, Juha Holma, Jaakko Seikkula.
6. Discourses and narratives of men who use violence against their partners: Terhi Partanen, Juha Holma.
7. Discussions of Fatherhood in Male Batterer Treatment Group: Anu Veteläinen, Heidi Grönholm, Juha Holma.
8. Loss of self-control as excuse in group-therapy conversations for intimately violent men: Terhi Partanen, Jarl Walstrom, Juha Holma.
9. Narratives and Discourses in Groups for Male Batterers: Terhi Partanen, Jarl Walstrom, Juha Holma.

10. Research on facilitating successful treatment processes in perpetrator programs: Helena Päivinen, Berta Vall, Juha Holma, University of Jyväskylä, Jyväskylä, Finland.
11. Positions Constructed for a Female Therapist in Male Batterers, Treatment Group: Helena Päivinen, Juha Holma.
12. The Jyväskylä Model for Combating Domestic Violence: Juha Holma.



Juha Holma – profesor na Wydziale Psychologii Uniwersytetu w Jyväskylä w Finlandii. Akredytowany psychoterapeuta, terapeuta rodzinny, superwizor i trener. Jego rozprawa doktorska dotyczyła leczenia ostrej psychozy i schizofrenii z punktu widzenia narracyjnego oraz psychologii modelu leczenia dostosowanego do potrzeb. Pracuje jako fasilitator grup terapeutycznych dla mężczyzn, którzy doświadczyli przemocy wobec partnerów, oraz jest badaczem w projekcie dotyczącym grupowego leczenia sprawców przemocy i terapii par dotkniętych przemocą ze strony partnera. Jest członkiem Europejskiej Grupy Badawczej nad Terapią Rodzinną. Ma w dorobku ponad 50 publikacji naukowych.



Krzysztof Wilczek – wiceprezes Stowarzyszenia Wspierania Działań na Rzecz Osób Potrzebujących Pomocy DROGA w Olsztynku. Doświadczony koordynator projektów, odpowiedzialny za współpracę ponadnarodową oraz przygotowywanie projektów i grantów finansowanych ze źródeł zewnętrznych. Uhonorowany wyróżnieniem „Warmińsko-Mazurski Kawaler Białej Wstążki” za zasługi na rzecz przeciwdziałania przemocy domowej.

* * *

Publikacja ma na celu przybliżenie założeń programu terapii dla sprawców przemocy, zwanej metodą Jyväskylä. Jest ona stosowana głównie w Finlandii, a jej początki sięgają 1996 roku, kiedy to Wydział Psychologii Uniwersytetu Jyväskylä rozpoczął badania nad nową formą terapii dla sprawców przemocy i wypracował autorski program terapii grupowej, indywidualnej oraz terapii w parach. Niniejsza publikacja koncentruje się na zagadnieniach terapii grupowej. Model Jyväskylä, pomimo że nie jest szerzej znany w Polsce, łączy w sobie popularne elementy teorii psychologicznych, ale też strukturalizmu filozoficznego, a swoje fundamenty buduje na filozofii dialogu oraz dorobku myślicieli takich jak Michaił Bachtin czy Martin Buber.

Fragment *Wstępu*

Realizacja projektu:



Publikacja przygotowana przez Stowarzyszenie Wspierania Działań na Rzecz Osób Potrzebujących Pomocy DROGA w Olsztynku jako część projektu pt. „Przemoc to niemoc. Oddolny program aktywizacji społeczności lokalnej w zakresie przeciwdziałania przemocy domowej”, który jest finansowany przez Islandię, Liechtenstein i Norwegię z Funduszy EOG w ramach Programu Aktywni Obywatele – Fundusz Regionalny

