

PROBLEMY ALKOHOLOWE W RODZINIE

6.1. Pomoc dorosłym z rodzin alkoholowych

6.1.1. Współzależności

Szkody zdrowotne wywołane alkoholem nie ograniczają się tylko do szkód występujących u osób uzależnionych (lub nadużywających alkoholu). Obejmują one swoim zasięgiem także członków rodzin, osoby żyjące w najbliższym otoczeniu alkoholika. Z uwagi na silne zaburzenia zachowania i nieprzewidywalność reakcji oraz destrukcyjny wzorzec postępowania osoby uzależnionej od alkoholu, członkowie jej najbliższego otoczenia żyją w stanie permanentnego stresu. Trwała adaptacja do stresora, jakim jest zachowanie osoby pijącej, staje się przyczyną wystąpienia stałych zaburzeń przystosowania u dorosłych członków rodziny alkoholika. Mimo, iż współzależnienie nie zostało wpisane przez Światową Organizację Zdrowia do Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów, wielu specjalistów zajmujących się terapią problemów alkoholowych jest zgodnych, że można wyróżnić szereg ściśle określonych objawów, które pozwalają na rozpoznanie u osoby badanej zespołu zaburzeń osobowości, określanego mianem współzależnienia. Dr Timmen Cermak, zajmujący się zagadnieniem współzależnienia jest zdania, że o współzależnieniu można mówić jako o rozpoznaniu klinicznym. Wyróżnia on następujące kryteria:

- stałe uzależnienie własnej samooceny od umiejętności kontrolowania siebie i innych w sytuacji zagrożenia,
- branie na siebie odpowiedzialności za zaspokajanie potrzeb innych, nawet kosztem niezaspokojenia swoich własnych,
- problemy związane z wyznaczaniem granicy między zbliżaniem a zachowaniem dystansu oraz związany z tym lęk,
- skłonność do związków z osobami o zaburzonej osobowości, uzależnionymi od substancji chemicznych, współzależnionymi i/lub o zaburzonych popędach,
- spełnianie trzech lub więcej spośród następujących warunków:
 - silnie rozwinięty mechanizm zaprzeczania,
 - tłumienie uczuć,
 - depresja,
 - przejawianie nadmiernej czujności,
 - kompulsywność,
 - lęk,
 - nadużywanie środków zmieniających świadomość,
 - aktualne lub w przeszłości doświadczenie przemocy fizycznej lub seksualnej,
 - choroby somatyczne związane ze stresem,
 - pozostawanie przez co najmniej dwa lata w ścisłym związku z osobą uzależnioną bez próby szukania pomocy.

Inne podejście terapeutyczne zakłada rozpatrywanie współzależnienia raczej w kategoriach zespołu wadliwego przystosowania. Przedstawiciele tego podejścia mówią o następujących cechach charakterystycznych tego zespołu:

- cierpienie i chaos emocjonalny.
- zaburzenia psychosomatyczne z nerwicą włącznie,
- zażywanie leków nasennych, uspokajający, także alkoholu, dla uśmierzenia bólu, napięcia i niepokoju,
- system iluzji i zaprzeczania, który przeszkadza w realnej ocenie problemów związanych

- z alkoholem,
- konserwacja układu małżeńskiego, rodzinnego, która podtrzymuje picie alkoholika,
Współzależnienie wymaga odpowiedniego postępowania terapeutycznego, uwzględniającego fakt, iż główną przyczyną występujących zaburzeń jest posiadanie w rodzinie osoby uzależnionej od alkoholu. Dlatego programy terapeutyczne dla osób współzależnionych prowadzone są w placówkach leczenia odwykowego. Błędem są podejmowane przez lekarzy pierwszego kontaktu próby leczenia tego zespołu objawowo, np. poprzez podawanie leków uspokajających. Niewłaściwe jest również traktowanie osób współzależnionych jak pacjentów nerwicowych.

W związku z reformą finansowania służby zdrowia pojawiały się próby rezygnacji przez Kasy Chorych z wykupywania świadczeń dla osób współzależnionych – co na szczęście zdarza się coraz rzadziej - lub próba przeniesienia programów terapii współzależnienia do poradni zdrowia psychicznego. Nie jest to jednak efektywne: poradnie zdrowia psychicznego nie są przygotowane do prowadzenia wyspecjalizowanych programów psychoterapii współzależnienia. Natomiast pozostawienie tej kategorii pacjentów bez pomocy jest niewłaściwe z uwagi na:

- przepisy ustawy o wychowaniu w trzeźwości, z których wynika konieczność zaoferowania tej grupie pacjentów specjalistycznych usług terapeutycznych
- nasilanie się u nieleczonych pacjentów zaburzeń zdrowotnych, tak w sferze somatycznej, jak i psychicznej,
- zmniejszenie liczby pacjentów uzależnionych podejmujących leczenie, gdyż dość często podjęcie przez nich terapii jest efektem wcześniejszego zgłoszenia się na leczenie osoby współzależnionej z ich otoczenia.

Do roku 2001 Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Instytut Psychologii Zdrowia prowadziły program badania efektywności terapii osób współzależnionych APETOW.

Z uwagi na wciąż zbyt małą dostępność profesjonalnych usług z zakresu terapii współzależnienia w latach ubiegłych PARPA i IPZ dodatkowo uruchomiły program badawczo–terapeutyczny „Współzależnieni”. W jego ramach PARPA finansowała zajęcia terapeutyczne dla osób współzależnionych prowadzone w 26 placówkach leczenia odwykowego, IPZ z kolei przeprowadzał badania dotyczące efektów tej terapii. Grupą badaną była grupa 166 pacjentek, które ukończyły podstawowy program terapii współzależnienia. Wyniki badań pokazały wyraźnie konieczność prowadzenia specjalistycznej terapii dla osób współzależnionych. U kobiet które ukończyły podstawowy program terapii odnotowano następujące zmiany:

a. w sferze poznawczej: niższy poziom lęku,

- niższy poziom złości,
- rzadsze doświadczenie przykrości,
- częstsze odczuwanie pozytywnych emocji,
- dodatni bilans emocjonalny,
- mniejsze nasilenie przekonań utrwalających współzależnienie,
- mniejsza koncentracja myśli na osobie uzależnionej.

b. w sferze behawioralnej:

- wycofanie z zachowań: nadmiernie odpowiedzialnych, nadmiernie kontrolujących, nadopiekuńczych,
- częstsze podejmowanie kontaktów społecznych.

c. zmiany w zakresie objawów psychopatologicznych:

- niższy poziom wszystkich symptomów psychopatologicznych – w tym objawów somatycznych, depresyjnych i lękowych.

d. zmiany w zakresie poczucia koherencji:

- wyższy poziom poczucia koherencji, czyli wewnętrznej spójności i mocy, jednak podobnie jak w przypadku objawów psychopatologicznych, nie jest to jeszcze poziom charakterystyczny dla osób zdrowych.

Badania te ujawniły dodatkowo, że ponad połowa pacjentek współzależnionych pochodzi z rodzin alkoholowych.

6.1.2. Dorosłe Dzieci Alkoholików (DDA)

Osoby, które wychowywały się w rodzinie z problemem alkoholowym, w swoim dorosłym życiu, nawet po założeniu własnej rodziny, często doświadczają różnorodnych i złożonych problemów mających swoje źródło w dzieciństwie przeżytym w rodzinie alkoholowej. Problemy te często przejawiają się w zachowaniu, ale także w psychice, w sferze poznawczej i emocjonalnej. Do problemów tych należą m.in.:

- trudności w kontaktach z innymi ludźmi, szczególnie z autorytetami,
- trudności w budowaniu głębokich związków uczuciowych,
- trudności w kontakcie z samym sobą, niezdolność odczuwania własnych potrzeb,
- nieumiejętność radzenia sobie z trudnymi sytuacjami,
- potrzeba stałego kontrolowania siebie i innych,
- negatywny obraz własnej osoby, poczucie własnej nieatrakcyjności,
- niskie poczucie własnej wartości z jednoczesnym stawianiem sobie wysokich wymagań,
- postrzeganie świata jako wrogiego,
- cierpienie psychiczne,
- lęk przed odrzuceniem,
- lęk przed zmianą,
- ciągłe napięcie, poczucie zagrożenia nawet gdy nic złego się nie dzieje,
- poczucie niedostosowania, negatywnej odmierności, izolacji.

Źródłem trudności dorosłych dzieci alkoholików (DDA) są bolesne doznania z przeszłości, rzutujące na odbiór aktualnych doznań. Dzieci z rodzin alkoholowych często charakteryzują się podwyższonym poziomem napięcia i lęku, doświadczają dezorientacji, uczucia osamotnienia, braku poczucia bezpieczeństwa. W odpowiedzi na zagrażające sytuacje w ich psychice powstają mechanizmy obronne (zamrożenie, tłumienie, projekcja, zaprzeczanie), tworzą się takie schematy funkcjonowania, które pozwalają przetrwać trudne sytuacje rodzinne, będące ponad siły dziecka (role, w jakie wchodzi dzieci alkoholików: bohater rodzinny, kozioł ofiarny, maskotka, dziecko niewidzialne). Schematy te, mimo że w dorosłym życiu są już zupełnie nieprzydatne, a wręcz przeciwnie, stanowią barierę na drodze do rozwoju i osiągnięcia zadowolenia, ciągle stanowią podstawę funkcjonowania, odczuwania i myślenia. Tworzą one tzw. syndrom DDA.

Dziedzictwem dorosłych dzieci alkoholików są również pozytywne cechy (np. często osiągają sukcesy, potrafią z prawdziwym zaangażowaniem pomagać innym ludziom, itd.), jednak syndrom DDA w większości przypadków jest źródłem cierpienia i ograniczeń rozwoju, co sprawia że DDA potrzebują pomocy w powrocie do zdrowia. W połowie lat osiemdziesiątych zaczęły powstawać w Polsce pierwsze grupy samopomocowe DDA, działające w oparciu o program 12 Kroków. Pojawiły się także pierwsze tłumaczenia książek o tematyce DDA, Polskę zaczęli odwiedzać terapeuci z USA, zajmujący się leczeniem osób z tym syndromem: Stefania Brown, Stefan Johannsson, Claudia Blackburn i inni. Obecnie w Polsce istnieją już profesjonalne programy pomocy psychologicznej dla DDA, opierające się na głębokiej psychoterapii urazów z dzieciństwa. Leczenie ma formę grupowych sesji terapeutyczno-rozwojowych i spotkań indywidualnych z terapeutą. Cele terapii to rozstanie się z dzieciństwem, zmiana obrazu samego siebie na adekwatny do rzeczywistości oraz uporządkowanie obecnego życia.

Ośrodek Psychoterapii Instytutu Psychologii Zdrowia prowadzi badania nad efektami terapii DDA. Badania wykazały, że w wyniku tej terapii:

- wzrasta poczucie rozumienia zjawisk życiowych,
- wzrasta zaradność,
- poprawia się poczucie sensu życia,
- poprawia się poziom pewności siebie i samoakceptacji,
- wzrasta zdolność do wypełniania obowiązków,
- do nawiązywania bliskich, szczerych relacji.

Problemem jest niewystarczająca dostępność usług terapeutycznych dla dorosłych dzieci alkoholików, a w wyniku reformy służby zdrowia obserwuje się tendencję do dalszego zmniejszania liczby miejsc, w których świadczone są tego rodzaju usługi.

Brakuje też wyszkolonej kadry terapeutycznej.

W latach 2000 i 2001 odbyły się konferencje DDA, których celem była integracja środowiska dorosłych dzieci alkoholików i wspierania procesu zdrowienia. Jednym z efektów jest powstanie stowarzyszenia DDA, które ma na celu edukację społeczną, działania na rzecz zwiększenia dostępności terapii DDA oraz lobbing na rzecz pomocy dla dzieci aktualnie żyjących w rodzinach alkoholowych.

6.2. Dzieci z rodzin z problemem alkoholowym

W Polsce żyje około 800 tys. osób uzależnionych od alkoholu i około 1,5–2 mln dzieci, które wychowują się w rodzinach z problemem alkoholowym. Blisko 500 tys. z nich znajduje się w dramatycznej sytuacji zagrażającej ich zdrowiu i życiu.

Podstawowym źródłem zagrożeń dla dziecka wychowującego się w rodzinie z problemem alkoholowym jest stan chronicznego napięcia i stresu. Trwanie w ciągłej niepewności wywołuje poczucie braku stabilności, porządku życiowego, a co za tym idzie, brak kontroli nad swoim życiem. Różne formy zachowań agresywnych i represyjnych rodziców, zaniedbywanie obowiązków opiekuńczych i potrzeb dziecka, wywierają destrukcyjny wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne dzieci oraz na proces ich rozwoju. Obok tych zagrożeń w rodzinach z problemem alkoholowym często pojawia się przemoc domowa i poważne zaniedbania wychowawcze. Należy pamiętać, że wszystkie te zjawiska mogą występować nawet wtedy, gdy nie występuje jeszcze kliniczne zdiagnozowanie uzależnienia od alkoholu.

Dziecko w rodzinie z problemem alkoholowym uczy się trzech zasad: „nie odczuwaj”, „nie ufaj”, „nie mów”. „Nie odczuwaj”, bo to, co się czuje, za bardzo boli lub jest zbyt przerażające. „Nie ufaj”, bo wielokrotnie składane obietnice były łamane i nie dotrzymywane. „Nie mów”, bo natóg rodzica jest czymś wstydliwym, drażliwym, tematem tabu. W ten sposób zanika komunikacja nie tylko wewnątrz rodziny, ale również w relacjach ze „światem zewnętrznym”. **Dziecko zaczyna przyjmować postawę obronną i zamkniętą wobec otaczającej rzeczywistości. W reakcji na chorobę alkoholową dzieci nieświadomie zaczynają spełniać role, które pozwalają „zneutralizować” skutki zachowania rodzica nadużywającego alkoholu i sprawiają, że rodzina może nadal funkcjonować, zachowując pozory normalności.** Wśród ról, jakie przybiera dziecko w rodzinie dysfunkcyjnej, możemy wyróżnić cztery podstawowe: bohatera rodzinnego, kozła ofiarnego, maskotki i dziecka niewidzialnego. Niezależnie od tego jaką rolę dziecko odgrywa, dostarcza mu ona wielu przykrych doświadczeń i zaburza funkcjonowanie w społeczeństwie w dorosłym życiu. Pokazuje to niezwykle istotny problem, iż dzieci z rodzin alkoholowych niosą ze sobą taki bagaż doświadczeń, który jest powodem cierpień w późniejszym życiu. Każdy rok życia w rodzinie z problemem alkoholowym powoduje utrwalenie mechanizmów obronnych u dzieci, a tym samym doprowadza do coraz większych niepowodzeń w kontaktach pozarodzinnych. Ostatecznie osoby te, jako dorośli, cierpią z powodu nieprzystosowalności zachowań, które przestały pełnić swoją pierwotną funkcję nastawioną na przetrwanie.

Życie w chronicznym stresie, któremu towarzyszy poczucie bezsilności, upośledza funkcjonowanie systemu immunologicznego i powoduje choroby somatyczne. Dzieci alkoholików w porównaniu z dziećmi ze zdrowych rodzin mają więcej problemów zdrowotnych z powodu obniżenia odporności biologicznej. Osoby z tej populacji często w swoim życiu dorosłym same nadużywają alkoholu, sięgają po narkotyki i inne środki psychoaktywne.

Jak wynika z pracy Witolda Skrzypczyka („Dzieci alkoholików – zdarzenia traumatyczne, Łódź 2000) dzieci z rodzin alkoholowych doświadczają różnorodnych zdarzeń traumatycznych, takich jak oszukiwanie, niesprawiedliwe traktowanie, porzucenie czy nadmierny krytycyzm rodziców. Najczęściej wymieniane są jednak doświadczenia związane z przemocą:

- dwoje na troje opisywanych dzieci było świadkami przemocy,
- ponad połowa doświadczyła bezpośrednio przemocy zarówno fizycznej, jak i emocjonalnej,
- co szósta dziewczynka opisywała doświadczenia związane z nadużyciem seksualnym.

Jeżeli chodzi o stany emocjonalne, dzieci najczęściej wymieniały złość lub nienawiść do rodzica, strach przed nim, osamotnienie, poczucie winy, wstyd. U dzieci wychowywanych

w rodzinach alkoholowych występuje stałe poczucie niższej wartości oraz obniżone poczucie szacunku dla samego siebie. Wyraża się to w samokrytyce, deprecjonowaniu własnych osiągnięć oraz działaniach autodestrukcyjnych. Większość dzieci ma problemy związane z poczuciem tożsamości.

Na podstawie badań można stwierdzić, iż najczęściej sprawcą zdarzeń traumatycznych u dziecka jest uzależniony rodzic. Jednak w co piątym przypadku sprawcą był drugi rodzic. Wskazuje to na niezwykle trudną sytuację dziecka, które nie może liczyć na zrozumienie i wsparcie któregokolwiek z rodziców. Pomoc musi więc przyjść z zewnątrz. Nie wystarczy tu tylko pomoc w nauce i wspólne odrabianie lekcji. Konieczne jest udzielanie pomocy psychologicznej. Taką rolę pełnią **światlice socjoterapeutyczne**. Podstawowym założeniem ich funkcjonowania jest bowiem prowadzenie **programu socjoterapeutycznego**. Na przestrzeni ostatnich trzech lat obserwujemy ich sukcesywny wzrost, jednak w wielu miejscach i regionach Polski wciąż brakuje miejsc, w których dzieci z rodzin z problemem alkoholowym mogłyby uzyskać profesjonalną i rzetelną pomoc.

Odrębną populacją dzieci z rodzin z problemem alkoholowym są dzieci przebywające w placówkach opiekuńczo–wychowawczych (domach dziecka, pogotowiacz opiekuńczych, ogniskach wychowawczych). Wśród wychowanków tych placówek znikoma część to sieroty naturalne lub półsieroty. Zdecydowana większość to dzieci rodziców, którzy nie mogą, nie potrafią lub nie chcą wykonywać swoich obowiązków rodzicielskich. Wśród wielu przyczyn powodujących, iż rodzina przestaje spełniać swoje podstawowe funkcje, na pierwsze miejsce wysuwa się właśnie alkoholizm jednego lub obojga rodziców. **Szacuje się, że blisko 90% dzieci w populacji wychowanków placówek opiekuńczo–wychowawczych stanowią dzieci alkoholików.** W tej sytuacji niezwykle ważne jest, by działania skierować na reintegrację i wspieranie rodziny. Reintegracja rodziny jest procesem, polegającym na odbudowywaniu więzi w rodzinach, w których na skutek kryzysu zostały one zerwane lub nadwyrężone – od udzielenia informacji, nawiązania i podtrzymania kontaktu, do faktycznego powrotu dziecka do rodziny biologicznej. Reintegracja rodziny oznacza też w praktyce podjęcie systematycznej i długofalowej pracy z rodziną dziecka przebywającego w placówce opiekuńczo–wychowawczej. Praca ta, w przypadku rodzin z problemem alkoholowym, musi być oparta na znajomości specyfiki choroby alkoholowej i mechanizmów rządzących każdą rodziną z problemem alkoholowym.

Przy planowaniu gminnego systemu pomocy dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym należy dążyć do zintegrowania działań różnych instytucji zajmujących się pomaganiem dziecku i rodzinie. Dotyczy to przede wszystkim szkoły, poradni psychologiczno–pedagogicznych, ośrodków pomocy społecznej, sądów rodzinnych, policji, punktów interwencji kryzysowej, światlic socjoterapeutycznych, gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych. Często zdarza się, że pracownicy tych instytucji podejmują niezależnie od siebie próby interwencji wobec rodziny. Tymczasem zaplanowanie i realizacja wspólnych działań zwiększy ich efektywność. Dobrym rozwiązaniem jest tworzenie interdyscyplinarnych zespołów których zadaniem jest opracowywanie i koordynowanie realizacji planów pomocy dziecku i rodzinie.

6.2.1. Podstawy prawne dotyczące udzielania pomocy dziecku i rodzinie

Istnieją dwa akty prawne wskazujące, iż jednym z zadań własnych gminy jest organizowanie i prowadzenie placówek oferujących pomoc dzieciom:

- **Ustawa o pomocy społecznej z dnia 29 listopada 1990 r. (Dz.U. z 1990 r. Nr 87 poz. 506; tekst ujednolicony: Dz.U. z 1998 Nr 64 poz. 414) stwierdza, że do zadań własnych z zakresu pomocy społecznej o charakterze obowiązkowym, realizowanych przez gminę należy (...) organizowanie i prowadzenie gminnych ognisk wychowawczych, światlic i klubów środowiskowych dla dzieci (...).** (art. 10 ust. 2 pkt 1a).

Wśród zadań z zakresu pomocy społecznej realizowanych przez **powiaty** znalazło się także zapewnienie opieki i wychowania dzieciom całkowicie lub częściowo pozbawionym opieki rodziców oraz dzieciom niedostosowanym społecznie, w szczególności poprzez prowadzenie i organizowanie ośrodków adopcyjno–opiekuńczych, placówek opiekuńczo–wychowawczych, w tym ognisk wychowawczych, światlic i klubów środowiskowych o zasięgu ponadgminnym dla dzieci i młodzieży, a także tworzenie i wdrażanie programów pomocy dziecku i rodzinie (art. 10a

pkt 7).

Gmina i powiat może zlecać w drodze umowy organizacjom społecznym, kościołowi katolickiemu i innym kościołom, związkom wyznaniowym, fundacjom, stowarzyszeniom oraz osobom fizycznym i prawnym zadania z zakresu pomocy społecznej oraz wspierać je w tym finansowo (art. 12a ust. 1).

- **Ustawa z 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi** (Dz. U. z 1992 r. Nr 35 poz. 230 z późniejszymi zmianami) stwierdza, iż „prowadzenie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych należy do **zadań własnych gmin**”. W szczególności zadania te obejmują m.in. „**udzielanie rodzinom, w których występują problemy alkoholowe, pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie**” (art. 4. ust. 1 pkt 2).

Realizacja tego zadania w odniesieniu do dzieci powinna oznaczać tworzenie specjalistycznych placówek dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym, takich jak świetlice, kluby i grupy socjoterapeutyczne. Na mocy ustawy gminy pozyskują dodatkowe środki na finansowanie zadań określonych w art. 4 ust. 1 z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych. (art. 11 ust. 1).

Reasumując, gmina na mocy ustawy o pomocy społecznej (Dz.U. z 1990 r. Nr 87 poz. 506; tekst ujednoczony: Dz.U. z 1998 Nr 64 poz. 414) zobowiązana jest wspierać rodzinę przez objęcie dziecka działaniami wychowawczymi, opiekuńczymi i edukacyjnymi realizowanymi w placówce wsparcia dziennego, jaką może być świetlica. Na szczególną uwagę zasługują dzieci wychowujące się w rodzinach z problemem alkoholowym. Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi dodatkowo nakłada na gminę obowiązek udzielania specjalistycznej pomocy psychologicznej tym dzieciom, wskazując jednocześnie dodatkowe źródło finansowania działań podejmowanych dla tej populacji.

6.2.2. Założenia modelu pomocy dzieciom z rodzin alkoholowych

- Dziecko żyje w systemie rodzinnym i pomoc dziecku powinna być zintegrowana z pomocą rodzinie.
- Pomoc dziecku powinna być planowa, opierać się na diagnozie jego potrzeb i problemów.
- Pomoc dziecku powinna być kompleksowa, co oznacza, że będzie obejmować wiele aspektów życia dziecka oraz powinna być długoterminowa, czyli trwać do momentu rozwiązania jego problemów.
- Celem pomocy powinno być rozwiązanie problemów dziecka, a nie doraźne zaspokajanie jego potrzeb (np. materialnych).
- Pomoc dziecku powinna być zindywidualizowana.
- Osoby udzielające pomocy powinny mieć odpowiednie kwalifikacje zawodowe oraz kompetencje osobiste.
- Planowanie pomocy powinno przebiegać w zespole i, jeśli to możliwe, powinno być poddawane superwizji lub konsultacji.
- Udzielanie pomocy powinno spełniać standardy adekwatne do rodzaju świadczonych usług (np. w przypadku świetlic socjoterapeutycznych odpowiednie warunki lokalowe, liczba dzieci w grupie itp.).

6.2.3. Rozwój świetlic socjoterapeutycznych dla dzieci z rodzin alkoholowych

Istotną rolę w procesie pomagania dzieciom alkoholików odgrywają świetlice socjoterapeutyczne. Po wejściu w życie znowelizowanej ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi nastąpił bardzo dynamiczny rozwój świetlic i grup socjoterapeutycznych. Według sprawozdań nadsyłanych do Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych z województw, **w 1997 roku istniało 860 takich placówek, zaś w 2001 roku świetlic realizujących programy socjoterapeutyczne było 2.039 i 2.890 realizujących jedynie program opiekuńczo-wychowawczy (dane z 15 województw). W związku z tym zaobserwowano szereg zjawisk korzystnych dla środowisk lokalnych.**

Korzystne zmiany w społecznościach lokalnych:

- wzrost ilości miejsc świadczących pomoc dzieciom, co przyczyniło się do zwiększenia dostępności pomocy dla dzieci przejawiających zaburzenia zachowania oraz wychowujących się w trudnych warunkach rodzinnych, w tym w rodzinach z problemem alkoholowym,
- tworzenie tych miejsc w małych miejscowościach,
- wzrost liczby osób, które zajmują się pomocą dla dzieci i które doskonałą swoje kwalifikacje w tym zakresie,
- przejęcie realizacji tych zadań w głównej mierze przez samorządy i organizacje pozarządowe, co przyczyniło się do dostosowania pomocy dzieciom i ich rodzinom do lokalnych potrzeb środowiskowych,
- wzrost świadomości społecznej na temat trudności dzieci wychowujących się w rodzinach dysfunkcyjnych, w szczególności w rodzinach z problemem alkoholowym.

Trudności ograniczające pomoc dzieciom z rodzin alkoholowych:

- brak wskazówek merytorycznych i standardów działania stwarzających możliwość jak najlepszego zastosowania istniejących przepisów,
- brak dostatecznych kwalifikacji osób zajmujących się pomocą w świetlicach; niepokojącym zjawiskiem jest zatrudnianie do pracy w świetlicach dla dzieci z rodzin alkoholowych osób zupełnie do tego nie przygotowanych. Często są to nauczyciele przedmiotowi pracujący w szkole lub emerytowani nauczyciele,
- trudne warunki lokalowe świetlic, często brak stałego, wydzielonego lokalu dostosowanego do działalności placówek,
- brak nadzoru, supervizji i doradztwa merytorycznego pracy świetlic,
- zbyt duża liczba dzieci przypadająca na jedną osobę prowadzącą; **z analizy danych wynika bowiem, iż średnio na jedną świetlicę przypada 38 dzieci.** Praca z tak liczną grupą z założenia uniemożliwia prowadzenie jakichkolwiek programów socjoterapeutycznych. Poza tym, przy tak licznej grupie dzieci, tylko w 3/4 świetlic pracuje dwóch wychowawców, co jest niewystarczające do indywidualizacji pracy. **Założenia pracy socjoterapeutycznej wskazują, że z grupą nie większą niż 15 osób powinno pracować dwóch wychowawców,**
- zatrudnianie pracowników świetlic w formie krótkotrwałych umów, np. umowy zlecenia (w wielu przypadkach jest to dodatkowa forma pracy w małym wymiarze godzin bez formalnych struktur); utrudnia to organizowanie systemowej pomocy dzieciom i ich rodzinom oraz zmniejsza motywację wychowawców świetlic do pracy.

Konsekwencją tych trudności przy jednoczesnym dynamicznym wzroście liczby świetlic jest:

- nieadekwatność nazewnictwa w stosunku do rzeczywistej oferty programowej świetlic (używanie nazwy „świetlica socjoterapeutyczna” w odniesieniu do placówki realizującej jedynie program opiekuńczo–wychowawczy),
- niska efektywność w wykorzystywaniu środków finansowych,
- przewaga realizacji celów krótkoterminowych (np. dożywiania) nad celami długoterminowymi związanymi z rozwiązywaniem psychologicznych problemów dzieci i ich rodzin,
- udzielanie pomocy dzieciom innej niż rzeczywiste potrzeby dzieci.

W związku z powyższym najważniejszym zadaniem staje się opracowanie standardów działania i organizacji świetlic świadczących pomoc dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym.

6.2.4. Charakterystyka populacji osób pracujących z dziećmi alkoholików (wyniki badań)

W roku 2001 liczba świetlic socjoterapeutycznych w 15 województwach wyniosła 2.039. Placówki te obejmują opiekę psychologiczną około 77 tys. dzieci. 2.890 świetlic realizuje jedynie program opiekuńczo–wychowawczy i wspierający rozwój dziecka poprzez rozwijanie jego zainteresowań oraz tworzenie alternatywnego sposobu spędzania czasu wolnego. O ile sam fakt obserwowanej od dwóch lat tendencji znacznego przyrostu ilości świetlic jest pozytywnym

zjawiskiem, to **niepokoić może niska jakość prowadzonej w nich pracy**. Jednym z najpilniejszych wyzwań staje się więc opracowanie i upowszechnienie standardów pracy w tym zakresie. Istotnym zagadnieniem jest także podnoszenie kwalifikacji wychowawców pracujących w świetlicach.

W 2000 roku na zlecenie Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych został zrealizowany **projekt badawczy**, którego celem było nakreślenie charakterystyki populacji osób pracujących z dziećmi alkoholików. Badania przeprowadził **Dział Badań Instytutu Psychologii Zdrowia** w trakcie trwania konferencji pt. „Pomoc psychologiczna dla dzieci alkoholików” (Jurata, 2000). W badaniu wzięło udział około 240 osób. Badanie miało charakter dobrowolny i anonimowy.

Zdecydowaną większość badanych (90%) stanowiły kobiety, z wyższym wykształceniem, mieszkające w średniej wielkości mieście (20–50 tys. mieszkańców). Najwięcej wśród nich było pracowników świetlic socjoterapeutycznych, środowiskowych i pedagogów szkolnych. Charakter swojej pracy badani określali jako najbardziej związany z opieką wychowawczo–pedagogiczną, socjoterapią, edukacją i profilaktyką uzależnień. Jak wynika z przeprowadzonego sondażu, aż **65% zdecydowanie uznaje, że to, co robią na co dzień, jest sensowne**. Największą satysfakcję z pracy przynosi im przekonanie, że robią coś pożytecznego dla innych, możliwość dawania drugiej osobie swojego wysiłku i opieki. Znajdują w tej pracy przyjemność ze spotkań z innymi ludźmi i możliwość poznawania drugiego człowieka i problemów jego życia. Wśród czynników najbardziej demotywnych do pracy, wymieniali wadliwy system prawno–społeczny, brak zaplecza materialnego i technicznego oraz niskie zarobki.

Badanym oprócz czynników motywujących i demotywnych towarzyszą na co dzień w pracy różnego rodzaju uczucia i stany emocjonalne. Do najczęściej wskazywanych uczuć i doświadczeń emocjonalnych należało poczucie zrozumienia sytuacji życiowej i problemów dziecka oraz jak się wydaje, wynikające z niego współczucie. Często doświadczeniem okazało się być również rozdrażnienie, szczególnie wobec nieporadności rodziny, która winna zapewnić dziecku pomoc i wsparcie oraz doświadczany w takich sytuacjach niepokój i przygnębienie.

Osobiste emocjonalne zaangażowanie i specyficzny stosunek do problemów dzieci alkoholików może wynikać z faktu, że w tej populacji jest znacząco wiele osób, których dzieciństwo uwikłane było w problemy alkoholowe rodziców i doświadczenia związane z przemocą domową. Co piąty badany (około 20%) przyznawał, że jego ojciec miał problemy alkoholowe, 3% wychowywało się w domu, w którym uzależniona była matka. Prawie **40% wspomina, że jako dziecko doświadczyło w związku z alkoholem sytuacji, o których trudno im w życiu zapomnieć. Do przemocy fizycznej dochodziło w prawie 60% rodzin badanych**, a tylko 7% wspomina te wydarzenia jako incydentalne. Doświadczenia przemocy psychicznej były jeszcze częstsze niż przemocy fizycznej (70%). Zakładając prawdziwość danych pochodzących ze statystyk policyjnych i sądowych, że do przemocy w Polsce dochodzi w 30% rodzin miejskich i 40% rodzin wiejskich, można w prosty sposób obliczyć, że w rodzinach badanych zjawisko to miało miejsce aż dwukrotnie częściej.

Badani pracujący z dziećmi z rodzin alkoholowych charakteryzują się pozytywną samooceną i realistycznym obrazem siebie. Wyróżnia ich poziom energii, entuzjazm i spontaniczność działania, duże zaangażowanie w wykonywaną pracę. Emocjonalnie grupę tę można opisywać jako zrównoważoną, cechującą się przeciętnie dobrym poziomem społecznego przystosowania. Osoby te charakteryzują się silną potrzebą eksponowania swojej osoby, głównie poprzez zaangażowanie w pracę cieszącą się społecznym uznaniem, co pozwala tłumaczyć w dużym stopniu motywację do działania i pracy wśród dzieci z rodzin alkoholowych. Jednocześnie osoby te mają małą gotowość i otwartość na zmiany oraz stosunkowo mniejszą społeczną siłę przebicia, są mało oryginalne w sposobie myślenia i działania.

Badani opisują swoich podopiecznych najczęściej w negatywnych kategoriach. Uznają, że dzieci te cechuje niski poziom aspiracji i życiowych ambicji, brak im cierpliwości, wytrwałości. Postrzegają je jako zamknięte w sobie, wycofujące się, skoncentrowane na sobie i swoich potrzebach, w małym stopniu altruistyczne i gotowe do współdziałania, emocjonalnie i społecznie niedojrzałe, agresywne, roszczeniowe, mało zdolne, bez szans na zrealizowanie życiowych ambicji i aspiracji.

Badani pracownicy świetlic socjoterapeutycznych w zdecydowanej większości są zadowoleni z siebie, swojej pracy, miejsca jakie znaleźli dla siebie w życiu. Nie ujawniają większych problemów psychologicznych, mimo że znaczna część z nich sama wychowywała się w rodzinach z problemem alkoholowych i nierzadko doświadczała przemocy ze strony najbliższych. To, co niepokoi, to psychologiczny portret dziecka widziany oczyma tych, którzy na co dzień mają mu pomagać radzić sobie z trudnościami życia. Ten obraz jest bardzo negatywny i wydaje się, że może rzutować na jakość relacji i charakter wsparcia jakie dzieci te mogą od nich otrzymać.

We wnioskach z badań pojawia się podstawowe pytanie – co jest powodem tak negatywnej percepcji dziecka u osób pracujących w świetlicy socjoterapeutycznej? Czy psychologiczny portret dziecka z rodziny alkoholowej jest zależny od czynników zewnętrznych – rodzaju doświadczeń wyniesionych z własnego dzieciństwa, wpływu środowiska rodzinnego i metod wychowawczych stosowane przez rodziców, czy jest on bardziej zależny od czynników wewnętrznych – takich jak ukryty lęk w stosunku do tych dzieci i problemu alkoholowego.

Na te pytania szukano odpowiedzi przygotowując projekt kolejnego programu badawczego realizowanego wśród uczestników IV Ogólnopolskiej Konferencji „Pomoc dzieciom z rodzin alkoholowych” (Sobieszewo, 2001).

Zdecydowaną większość badanych stanowiły kobiety – 94%. Średnia wieku w badanej grupie wynosiła 38 lat, najmłodsza uczestniczka miała 22 lata, a najstarsza 59 lat. Najwięcej badanych to osoby w przedziale wiekowym 41–45 lat. W badanej grupie przeważają osoby o długim stażu pracy, co jednak nie zawsze jest powiązane z dużym doświadczeniem w pracy związanej z pomaganiem dzieciom z rodzin alkoholowych. Najwięcej respondentów jest pracownikami świetlic socjoterapeutycznych, funkcjonujących przy szkołach. Połowę badanych stanowią osoby zatrudnione w świetlicach na etat, ale jest również spora grupa pracujących na umowę zlecenie. Znacząca większość (ponad 80%) to osoby z wykształceniem wyższym, prawie połowa ma ukończone studia kierunkowe, tj. psychologię, pedagogikę i resocjalizację. Około 40% ankietowanych to osoby, które uczestniczyły w Kursie Pomocy Socjoterapeutycznej dla Dzieci z Rodzin Alkoholowych organizowanym przez Fundację ETOH, wielu z nich to absolwenci innych kursów socjoterapii, jest również część osób będących realizatorami programów profilaktycznych oraz takich, którzy zaangażowali się w charakterze ambasadorów działań lokalnych na rzecz kampanii profilaktycznej „Dzieciństwo bez przemocy”. Poziom wykształcenia i zaangażowania badanych w różne działania, głównie o charakterze profilaktyczno–psychokorekcyjnym świadczy z jednej strony o ich wysokim potencjale poznawczym, z drugiej o dążeniu do niesienia pomocy słabszym i pokrzywdzonym.

W tej grupie jest znaczny odsetek osób uwikłanych w przeszłości, czy nawet aktualnie, w problemy związane z przemocą i alkoholem. Najliczniejsza jest grupa DDA – osób, które wychowywały się w rodzinach alkoholowych (17%), około 12% badanych było w dzieciństwie ofiarami przemocy. Prawie 4% to osoby współzależnione, będące aktualnie w związku z pijącym alkoholikiem, jedna osoba przyznała się do aktualnego doświadczania przemocy.

Badani poproszeni o dokonanie oceny swojego przygotowania do pracy z dziećmi z rodzin alkoholowych, na ogół wyrażali przekonanie o swoich średnich (42%) bądź wysokich (41%) kompetencjach. Tylko kilka osób oceniło swoje przygotowanie jako bardzo słabe. Podobnie bardzo wysoko oceniali sensowność działań podejmowanych wobec dzieci z rodzin alkoholowych – cztery na pięć zapytanych osób określało ją jako bardzo dużą (tj. 85%). Zważywszy na fakt, że średnia ocena własnych kompetencji do niesienia tego rodzaju pomocy była w badanej grupie stosunkowo niewysoka (3,42 – ocena na skali 5–punktowej), można przypuszczać, że ocena sensowności własnych działań i przygotowania do pracy z dziećmi z rodzin alkoholowych są ze sobą powiązane. Tak więc pewna część ankietowanych jest generalnie przekonana o konieczności pomocy dziecku z rodziny alkoholowej, uważa jednak, że pomoc niesiona przez reprezentowaną przez nią instytucję, czy wreszcie przez nią samą, jest mniej znacząca i sensowna.

Prawie połowa badanych to osoby często przeżywające stany nadpobudliwości ze skłonnością do reakcji gniewliwych, uskarżające się na spotykające je okoliczności i cechujące się dużą potrzebą otrzymywania współczucia oraz małą tolerancją na frustracje. Charakteryzuje je poczucie małej wartości, samoakceptacji i często doznają poczucia nieszczęścia. Są to osoby bardzo uczuciowe, można u nich

obserwować pewne neurotyczne rysy osobowościowe, wyraźne bywają liczne somatyzacje. Są często niezadowolone z życia, lękliwe, zatroskane, zmienne w uczuciach, pobudliwe, mało cierpliwe, brakuje im wytrwałości. Tylko 16% stanowią osoby, które można charakteryzować jako osoby emocjonalnie dojrzałe, cechujące się zrównoważeniem emocjonalnym, realistycznym stosunkiem do życia, spokojem, cierpliwością i wytrwałością.

Blisko połowa badanej populacji (47%) to osoby, które cechuje przeżywanie silnego napięcia, silne skoncentrowanie na poszukiwaniu przyczyn własnych niepowodzeń wśród innych ludzi, skłonność do wrogich reakcji, sceptycyzm, przyjmowanie wszystkiego z rezerwą. Ponadto osoby te można charakteryzować jako podejrzliwe, często doświadczające zazdrości, skrywające swoje autentyczne przeżycia, krytyczne w odniesieniu do innych ludzi, napięte w kontaktach interpersonalnych i mające skłonność do kierowania przeżywanej agresji na zewnątrz. Więcej u nich wrogości i podejrzliwości w stosunku do innych niż zaufania i wiary w możliwość dobrego układania stosunków z ludźmi.

Aż 61% w badanej grupie to osoby silnie przeżywające agresję wobec siebie, nieadekwatność, obniżenie ambicji, skłonne do płaczu, z wyraźnymi tendencjami do mnożenia i nieuzasadnionego przewidywania trudności, nieśmiałe w sytuacjach grupowych i cechujące się małą efektywnością wypowiedzi. Osoby te często czują się samotne, charakteryzuje je duża wrażliwość w relacjach interpersonalnych, ale nie mają zaufania do innych. Często doświadczają smutku, zniechęcenia w stosunku do siebie, najczęściej próbują radzić sobie z emocjami zapominając o sobie i wykazując troskę o innych.

Wskazane jest aby w działaniach edukacyjnych, podnoszących kompetencje tej populacji uwzględniać więcej treści pozwalających lepiej poznać i rozumieć problemy i potrzeby dzieci wychowujących się w rodzinach alkoholowych. Niezbędna jest także praca w obszarze własnych doświadczeń na bazie treningu interpersonalnego i intrapersonalnego.

Istotną rolę w procesie kształcenia pracowników świetlic socjoterapeutycznych odgrywają szkolenia uruchomione z inicjatywy Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Są one prowadzone od 1998 roku przez Fundację ETOH. Celem szkolenia jest przygotowanie uczestników do specyficznej pracy z dzieckiem i rodziną z problemem alkoholowym w oparciu o podstawowe założenia socjoterapii w zakresie:

- choroby alkoholowej i jej wpływu na poszczególnych członków rodziny,
- sytuacji psychologicznej dziecka z uwzględnieniem uwarunkowań rozwojowych,
- stworzenia wstępnej diagnozy dziecka,
- pracy z dzieckiem metodą socjoterapeutyczną w grupie i kontakcie indywidualnym,
- budowania wraz z dzieckiem sieci wsparcia,
- pomocy rodzinie: przygotowania do interwencji w oparciu o współpracę z różnymi instytucjami,
- organizacji świetlicy.

W 90–120 – godzinnych zajęciach wykładowo–warsztatowych uczestniczyło w ciągu czterech lat ok. 800 osób, z czego ponad 220 w 2001 roku.

6.2.5. Dzieci z rodzin z problemem alkoholowym przebywające w placówkach opiekuńczo–wychowawczych

Na szczególną uwagę zasługują dzieci z rodzin z problemem alkoholowym przebywające w placówkach opiekuńczo–wychowawczych (domach dziecka, pogotowiacz opiekuńczych, ogniskach wychowawczych itp.). Spośród wychowanków tych placówek znikoma część to sieroty naturalne lub półsieroty. Zdecydowana większość to dzieci rodziców, którzy nie mogą lub nie potrafią (czasem nie chcą) wykonywać swych obowiązków rodzicielskich. Wśród wielu przyczyn powodujących, iż rodzina przestaje spełniać swoje podstawowe funkcje, na pierwsze miejsce wysuwa się właśnie alkoholizm jednego lub obojga rodziców. **Szacuje się, że blisko 90% dzieci w populacji wychowanków placówek opiekuńczo–wychowawczych stanowią dzieci alkoholików.**

6.2.5.1. Dane statystyczne dotyczące placówek opiekuńczo–wychowawczych w Polsce

Pod koniec 2000 roku w Polsce funkcjonowało 360 instytucji socjalizacyjnych (domy dziecka, domy małego dziecka). Placówki opiekuńczo–wychowawcze o specyfice socjalizacyjnej dysponowały 18.763 miejscami. Z pomocy tego typu placówek skorzystało 18.196 dzieci i młodzieży.

W 59 placówkach o specyfice interwencyjnej (pogotowia opiekuńcze) przebywało 3.836 osób, gdzie liczba miejsc wynosiła 3.070.

W placówkach rodzinnych (wioski dziecięce, rodzinne domy dziecka), których w 2000 roku było 150 przebywało 1.246 dzieci. Liczba miejsc wynosiła 1.298.

Młodzieżowe ośrodki wychowawcze, które ze względu na swoją specyfikę działań mają na celu resocjalizację, dysponowały 2.958 miejscami. Jednak rzeczywista liczba młodzieży przebywającej w tego typu placówkach wynosiła 3.148. Placówek resocjalizacyjnych o takiej specyfice zanotowano 46. (źródło: Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej).

6.2.5.2. Reintegracja rodziny w systemie opieki nad dzieckiem

Działania zorientowane na wspieranie i reintegrację rodziny stanowią obecnie kluczowy element polityki społecznej w większości krajów, posiadających bogate doświadczenia w zakresie opieki nad dzieckiem.

Reintegracja rodziny oznacza planowy proces odbudowywania więzi w rodzinach, w których na skutek kryzysu więzi te zostały zerwane lub nadwerężone – od udzielenia informacji, nawiązania i podtrzymywania kontaktu, do faktycznego powrotu dziecka do rodziny biologicznej.¹

Reintegracja rodziny oznacza w praktyce przede wszystkim podjęcie systematycznej i długofalowej pracy z rodziną dziecka przebywającego w placówce opiekuńczo–wychowawczej. Praca ta, w przypadku rodzin z problemem alkoholowym, musi być oparta na znajomości specyfiki choroby alkoholowej i mechanizmów rządzących każdą rodziną z problemem alkoholowym.

W roku 2000 Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych rozpoczęła realizację projektu **doskonalenia metod pomocy psychospołecznej dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym przebywających w placówkach opiekuńczo–wychowawczych**. Celem tego projektu jest:

- zwiększenie ilości wychowawców posiadających przeszkolenie do pracy w zakresie pomocy psychologicznej dla dzieci przebywających w domach dziecka i ich rodzin,
- wypracowanie metod pracy psychologiczno–wychowawczej w placówkach opieki całkowitej,
- zwiększenie ilości placówek realizujących programy wdrożeniowe w zakresie pracy z dziećmi przebywającymi w placówkach opiekuńczo–wychowawczych i ich rodzinami,
- zwiększenie współpracy między placówkami i organizacjami zajmującymi się dziećmi i członkami rodzin alkoholowych (pomoc społeczna, lecznictwo, kluby abstynenckie, kuratorzy sądowi).

Pierwszym krokiem zmierzającym do realizacji zakładanego celu było zebranie danych na temat istniejących placówek wychowawczych, zdiagnozowanie sytuacji dzieci z rodzin alkoholowych, które przebywają w tych placówkach oraz przeprowadzenie pilotażowego 40–godzinnego szkolenia, poświęconym specyfice pracy z rodziną alkoholową. We wrześniu 2001 roku rozpoczęło się **pierwsze ogólnopolskie szkolenie**, w którym wzięło udział 45 pracowników z 22 placówek zainteresowanych realizacją programów wdrożeniowych w zakresie kompleksowej pracy z rodziną z problemem alkoholowym w domach dziecka, pogotowiach opiekuńczych, ogniskach wychowawczych.

¹ „Zagrożone dzieciństwo. Rodzinne i instytucjonalne formy opieki” pod red. Marii Kolankiewicz.

6.2.6. Dzieci z rodzin alkoholowych – nurt działań samopomocowych

Istotnym nurtem w pracy z dziećmi z rodzin alkoholowych jest **tworzenie grup samopomocowych typu AI–Ateen**. Są to grupy oparte na dobrowolnym i anonimowym uczestnictwie dzieci i młodzieży, pracujące z wykorzystaniem programu 12 Kroków opracowanych przez światowy ruch Anonimowych Alkoholików i adoptowanego do potrzeb młodych ludzi. Ze względu na brak młodzieżowych liderów prowadzących grupy samopomocowe oraz zbyt niski poziom wsparcia dla nich ze strony dorosłych, na zlecenie Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych Stowarzyszenie ASLAN realizowało **program rozwijania sieci grup wsparcia typu AI–Ateen**. Istotnymi elementami tego programu było gromadzenie informacji o grupach AI–Ateen, udzielanie konsultacji i wsparcia liderom tych grup oraz upowszechnianie materiałów wykorzystywanych w ich pracy. Integralnym elementem programu rozwijania sieci młodzieżowych grup samopomocowych było prowadzenie **szkolenia dla liderów grup AI–Ateen**. W turnusach zorganizowanych przez Stowarzyszenie Wspierania Rozwoju Dzieci i Młodzieży z Łodzi, przy współpracy z Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Instytutem Psychiatrii i Neurologii uczestniczyło 43 młodych ludzi. Na obozie realizowano program terapeutyczny oparty o ideologię grup samopomocowych AI–Ateen.

Dla uczestników powyższego programu od czterech lat organizowane jest **Ogólnopolskie Forum Liderów Młodzieżowych**. W 2001 roku w trzydniowej konferencji **uczestniczyło ok. 85 młodzieżowych liderów grup AI–Ateen**. W czasie zajęć warsztatowych poruszane były takie problemy, jak: sytuacja dziecka alkoholika w środowisku, praca nad 12 Krokami, metody zdobywania i zatrzymywania uczestników grup, podstawowe informacje teoretyczne na temat grup wsparcia, rola lidera w grupie samopomocowej, organizowanie współpracy z dorosłymi profesjonalistami. Oprócz edukacyjnego charakteru konferencji, uczestnicy podkreślają jej ogromne znaczenie w przezwyciężaniu poczucia izolacji i osamotnienia, jakie często towarzyszy dzieciom żyjącym w rodzinach z problemem alkoholowym. Wspólne spotkania sprzyjają otwartości, budowaniu zaufania do innych, uzyskaniu wsparcia dla siebie i poczucia bezpieczeństwa.

6.2.7. Podsumowanie

Ponieważ problem uzależnienia od alkoholu jednego z członków rodziny dotyka wszystkich osób w rodzinie, w tym w szczególności sposób dzieci, terapeuci pracujący z osobami uzależnionymi lub współuzależnionymi podejmują niekiedy próby stworzenia oferty dla dzieci pacjentów na terenie własnej placówki. Zdarza się bowiem, że w danej miejscowości kadra placówki leczenia odwykowego jest jedyną grupą zawodową profesjonalnie przygotowaną do udzielenia pomocy tej grupie małych pacjentów. Dlatego w niektórych miejscowościach psychoterapia dzieci i młodzieży z rodzin alkoholowych jest prowadzona w placówkach leczenia odwykowego.

W trakcie badań ankietowych prowadzonych na początku 2001 roku (dane za rok 2000) 70 placówek prowadziło psychoterapię dzieci i młodzieży z rodzin alkoholowych. Jednak weryfikacja tych danych pod koniec 2001 roku pokazała niepokojącą tendencję: z powodów głównie finansowych, a niekiedy kadrowych, znaczna część tej działalności uległa zawieszeniu.

Podsumowując należy stwierdzić, że w ciągu ostatnich dwóch lat podejmowane są znaczące działania w celu zwiększenia pomocy dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym. Obserwujemy zwłaszcza intensywny wzrost ilości placówek oferujących pomoc socjoterapeutyczną lub opiekuńczo–wychowawczą. Niepokoić może jednak niski poziom przygotowania pracujących tam wychowawców. Wielu z nich nie posiada żadnego specjalistycznego przygotowania do pracy z dziećmi alkoholików. Część osób pomimo uczestnictwa w różnych szkoleniach, wykazuje się brakiem zrozumienia sytuacji dzieci i stereotypami w myśleniu o nich. Wiedza dotycząca konkretnych metod pracy, technik socjoterapeutycznych wydaje się być w niewystarczający sposób pomocna, o ile nie będzie służyć dziecku, a tylko pracującemu z nim terapeutcie. Koniecznym zadaniem jest jak najszybsze opracowanie i upowszechnianie standardów w zakresie kwalifikacji pracowników świetlic oraz unormowań dotyczących formalno–organizacyjnych podstaw ich funkcjonowania.

6.3. Przemoc w rodzinie z problemami alkoholowymi

Mówiąc o rodzinie z problemami alkoholowymi mamy na myśli rodzinę, w której co najmniej jedna osoba pije w sposób szkodliwy dla niej i dla członków jej rodziny. Problemy związane z alkoholem ma nie tylko ten, kto pije, ale też osoby, które pozostają w bliskiej więzi z osobą uzależnioną – ci, którzy go kochają, są od niego zależni finansowo lub emocjonalnie itp.

W Polsce liczbę osób nadmiernie używających alkoholu szacuje się na około 3–3,5 miliony, w tym 800 tys. to osoby uzależnione, którzy wymagają leczenia. Dwie trzecie uzależnionych od alkoholu to ojcowie około 1,5–2 milionów dzieci. Często w takich rodzinach dochodzi do przemocy.

Przemoc w rodzinie to każde zamierzone i wykorzystujące przewagę sił działanie (lub zaniechanie) podejmowane w rodzinie przez jednego z jej członków przeciwko pozostałym, naruszające prawa i dobra osobiste oraz powodujące cierpienia i szkody.

Od kiedy znowelizowana ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi wprowadziła do polskiego ustawodawstwa termin „przemoc w rodzinie” i nałożyła na administrację rządową i samorządową obowiązek przeciwdziałania temu zjawisku, w poszukiwanie skutecznych form pomocy ofiarom przemocy angażuje się coraz więcej profesjonalistów, wolontariuszy, organizacji pozarządowych i specjalistycznych instytucji. Działalność prowadzona przez te organizacje jest bardzo ważna zarówno dla dorosłych ofiar przemocy, jak i dla dzieci. Otrzymują oni różnego rodzaju wsparcie oraz pomoc psychologiczną i socjalną. **Zdaniem psychologów prawdopodobieństwo wystąpienia aktów przemocy jest ponad dwukrotnie większe w rodzinach z problemem alkoholowym niż w rodzinach, w których problem ten nie występuje.** Z danych Ogólnopolskiego Pogotowia dla Ofiar Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia” za rok 2001 wynika, że ponad połowa zgłaszanych przypadków przemocy związana była z alkoholem (53%). Potwierdza to raport Instytutu Psychologii Zdrowia z 2001 roku, dotyczący programu badawczego pt. „Analiza Przebiegu i Efektów Terapii Alkoholików w latach 1994–1999”. Wynika z niego, że **około 60% pacjentów leczenia odwykowego przyznaje, że ma poważne problemy związane ze stosowaniem przemocy wobec swoich najbliższych.** Co czwarty ankietowany przyznaje się do stosowania przemocy fizycznej wobec swoich dzieci w okresie rozwijania się choroby alkoholowej, a nieco ponad 5% – do stosowania przemocy wobec swoich dzieci po zakończeniu leczenia odwykowego.

Należy pamiętać, że **przestępstwa dokonywane wobec członków rodzin nadal należą do przestępstw, których liczbę trudno oszacować**, bowiem wiążą się z lękiem ofiar i świadków przemocy przed ich ujawnianiem.

6.3.1. Charakterystyka zjawiska

Pomimo podejmowanych od kilku lat działań na rzecz zmniejszenia skali zjawiska przemocy w rodzinie w naszym społeczeństwie nadal funkcjonują mity i stereotypy na temat tego zjawiska. Dotyczą one m.in. przekonań, że przemoc dotyczy wyłącznie rodzin patologicznych, że to co się dzieje w rodzinach to prywatna sprawa jej członków i nie należy się wtrącać, że jeśli ktoś jest bity to znaczy, że zasłużył na to, że gwałty w małżeństwie nie występują itp. Tymczasem do przemocy w rodzinie może dochodzić w każdej rodzinie – bez względu na status społeczny, wykształcenie jej członków czy sytuację materialną rodziny. Faktem jest jednak, że w środowiskach o niższym statusie społecznym częściej spotykamy się agresją, brutalnością, wulgarnością i gwałtownością (tzw. „przemoc gorąca”), a w rodzinach o wysokim statusie społecznym częściej dochodzi do przemocy dokonywanej „w białych rękawiczkach”, która jest bardziej wyrafinowana i nie pozostawia widocznych śladów (tzw. „przemoc chłodna”).

Bardzo często zachowanie ofiar przemocy w rodzinie jest niezrozumiałe i irytujące dla osób nie znających mechanizmów rządzących tym zjawiskiem. Osoby doznające przemocy z reguły są niespokojne, rozchwiane emocjonalnie, niepewne, cierpią na depresje i różnego rodzaju dolegliwości psychosomatyczne. Trzeba pamiętać, że zachowują się w taki sposób z powodu: – powtarzających się cykli przemocy,

- wyuczonej bezradności – wskutek długotrwałego kontaktu z przemocą i bezskutecznego szukania pomocy osoba doznająca przemocy zaprzestaje prób uwolnienia się z krzywdzącego

je związku, nawet jeśli pojawiają się realne możliwości zmiany jej sytuacji;

- wtórnej wiktylizacji - wtórnego zranienia przez osoby z otoczenia ofiar przemocy (w tym także przedstawiciele służb) do których zwraca się o pomoc, a które nie wierzą w to co się dzieje w jej rodzinie lub to ją obwiniają za przemoc w rodzinie;
- „prania mózgu” – ciągłego krytykowania przez sprawcę, izolowania jej od zewnętrznych źródeł wsparcia, poniżania, grożenia i zastraszania.

Natomiast sprawcy przemocy stosują cały wachlarz manipulacji aby usprawiedliwić lub zmniejszyć znaczenie swoich czynów. Podejmują różne działania chcąc przekonać ofiary przemocy, świadków, a nawet przedstawiciele służb podejmujących interwencje, że działają w dobrej wierze, dla dobra ofiary, rodziny itp.

Bardzo często zdarza się, że członkowie rodzin z problemem przemocy (zarówno ofiary jak i sprawcy) zrzucają odpowiedzialność na alkohol. Jednak ani alkohol, ani inne środki odurzające nie są przyczyną stosowania przemocy, ale są to czynniki znacznie zwiększające ryzyko jej użycia.

6.3.2. Rozmiary przemocy domowej

- Badania przeprowadzone przez **Ośrodek Badania Opinii Publicznej w listopadzie 1997 roku** pokazały, że ok. 10% badanych uważa, że do przemocy w rodzinie (wobec dorosłych i dzieci) dochodzi w ponad połowie polskich rodzin. **Co czwarty ankietowany w ciągu ostatniego roku zetknął się z przypadkiem przemocy domowej.** 87% badanych poparło moralny obowiązek każdego do niesienia pomocy ofiarom przemocy w rodzinie, a blisko 90% badanych twierdziło, iż w przypadkach przemocy domowej ktoś powinien interweniować. Najwięcej osób uważało, że powinna to robić policja (80%), znaczna większość wskazywała innych członków rodziny i sąsiadów. Potwierdziły to wyniki badania z 1999 roku przeprowadzone przez OBOP na zlecenie Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Ankietowani twierdzili, że interweniować powinna: policja 76%, inni członkowie rodziny (59%), sąsiedzi (36%), pomoc społeczna (23%). **78% ankietowanych uważa, że nie istnieją okoliczności usprawiedliwiające stosowanie przemocy w rodzinie.** Przeciwnego zdania jest co siódmy badany. Zdziwienie wywołuje fakt, że badani Polacy (3/4 ankietowanych) akceptują spoliczkowanie syna/córki nie traktując takiego postępowania w kategoriach przemocy.
- **W 2000 roku Instytut Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego** przeprowadził badania na grupie 10 tys. polskich studentów. Zadano im m.in. pytania dotyczące zjawiska przemocy w rodzinie. Ponad 27% badanych stwierdziło, że w ich rodzinie miały miejsce przykre sytuacje, o których trudno zapomnieć, a które były związane z piciem alkoholu. Blisko 40% badanych studentów doświadczało w dzieciństwie przemocy psychicznej, a 30% fizycznej. 67% studentów, którzy doświadczyli przemocy wiązało ją z nadużywaniem alkoholu przez rodziców.
- **W styczniu 2001 roku Fundacja „Dzieci Niczyje”** przeprowadziła badania na 1.058-osobowej ogólnopolskiej próbie dorosłych Polaków, których przedmiotem były: **postawy społeczeństwa wobec różnych form i aspektów krzywdzenia dzieci**, doświadczenia badanych z okresu dzieciństwa oraz własne doświadczenia badanych związane ze stosowaniem różnych form przemocy wobec własnych dzieci. Na poziomie deklaracji Polacy są gotowi podejmować interwencje w przypadkach poważnego krzywdzenia dzieci. 82% badanych podjęłoby interwencję, gdyby sądziło, że sąsiedzi poważnie biją dzieci, zaś 86% zainterweniowałoby, gdyby podejrzewało, że dziecko jest wykorzystywane seksualnie. Biorąc pod uwagę poparcie społeczne dla surowego traktowania dzieci przez rodziców, należy stwierdzić, że 34% badanych uważa, że dziecko powinno bać się rodziców, bo wtedy łatwiej o posłuszeństwo, 23% zgadza się ze stwierdzeniem, że surowe traktowanie dziecka przez rodziców hartuje je i pozwala mu lepiej radzić sobie z przeciwnościami losu. Ponad połowa ankietowanych (52%) jest zdania, że dziecko jest własnością rodziców i tylko oni mogą o nim decydować. Opinie na temat dopuszczalności kar fizycznych wobec dzieci polaryzują polskie społeczeństwo. 36% jest zwolennikami stosowania takich kar, 47% uznaje, że nic nie usprawiedliwia bicia dzieci, a 16% – nie ma zdania na ten temat. Wśród przeciwników kar fizycznych 48% uważa, że stosowanie kar fizycznych przez rodziców powinno być prawnie zabronione. Połowa zwolenników kar

fizycznych uważa, że powinny być one stosowane wobec dzieci 7–10 letnich, 40% dopuszcza bicie dzieci w wieku 11–15 lat, a 36% uznaje skuteczność kar fizycznych stosowanych wobec dzieci do 6. roku życia. 20% badanych uważa, że kary cielesne powinny dotyczyć również młodzieży 15–18-letniej, a 7% jest zdania, że zalecać je należy także w stosunku do dorosłych dzieci.

- **W czerwcu 2001 roku, Centrum Badania Opinii Społecznej przeprowadziło sondaż dotyczący przemocy wobec dzieci** na ogólnopolskiej próbie 1.052 osób. Wynika z niego, że blisko 92% Polaków uważa, iż należy reagować, kiedy dziecko doświadcza przemocy. Co czwarty badany (26%) stwierdza, że zna przynajmniej jedną rodzinę, w której dzieci są bite, gdy nie są grzeczne, a 17% zna przypadki bicia dzieci z błahego powodu. 18% ankietowanych przyznaje, że zna przypadki pozostawienia dziecka bez opieki, a 11% może podać przykłady zaniedbywania rozwoju i edukacji dziecka. **Co dziesiąty badany zetknął się z drastycznymi przypadkami krzywdzenia dzieci.** Prawie 1/5 respondentów może wskazać dom, w którym dziecko jest głodzone. Przypadki wykorzystywania seksualnego dzieci nie są znane ankietowanym. Druga część badania dotyczyła **metod wychowawczych stosowanych przez rodziców.** Na pytanie: „Co źle wpływa na zachowanie dzieci”, ankietowani byli zgodni, że jest to brak kontroli nad dzieckiem (63%) i zbyt rzadkie rozmowy o sprawach i problemach dzieci (62%). Jako najlepsze metody wychowawcze ankietowani wskazywali poświęcanie dziecku uwagi, wypracowanie więzi z dzieckiem i udzielanie mu wsparcia w potrzebie. W porównaniu do badań z 1993 roku wyraźny jest wzrost znaczenia takich zachowań rodziców w stosunku do dzieci. Nieco częściej niż 8 lat temu ankietowani byli zdania, że nadmierna surowość i niedoceniając sukcesów dziecka może przynosić negatywne skutki wychowawcze. Rzadziej z kolei wskazywali, iż źle wychowawczo wpływa rozpieszczanie dzieci poprzez zaspokajanie ich zachcianek i nadmierne chwalenie. Biorąc pod uwagę kary fizyczne, jedynie 12% ankietowanych uważa, że zbyt częste lanie przynosi negatywne skutki w procesie wychowania. Ponad połowa respondentów jest zdania, że na bicie zasługują dzieci, które dokonały kradzieży (54%), biorą narkotyki (53%) i piją alkohol (52%). 2/5 badanych „dałoby w skórę” dziecku za wagary i palenie papierosów, 1/4 – za kłamstwa i przebywanie w nieodpowiednim towarzystwie, 1/3 – za brak szacunku dla rodziców i ucieczki z domu. **29% respondentów to przeciwnicy stosowania kar fizycznych.**

Blisko połowa ankietowanych (49%) pytanych o własne zachowania wobec dzieci, które nie są im posłuszne, twierdzą, że karzą słownie i pouczają o niestosowności zachowania. Co 20 badany przyznaje, że posuwa się do klapsa, kiedy nie skutkują rozmowy. Nikt nie przyznaje się do natychmiastowego reagowania biciem. Z badanej grupy połowa deklaruje, że nie bije dzieci, 1/5 przyznaje, że w ciągu ostatniego roku sprawiła dzieciom lanie, a 1/4, że kary fizyczne w jego domu należą do przeszłości. Na pytanie ile dziecko miało lat, gdy „dostało w skórę” – odpowiedzi dotyczą wieku 2–16 lat; najczęściej takie metody wychowawcze stosowano wobec dzieci do 12 roku życia (79% badanych).

- **W listopadzie 2001 roku Ośrodek Badania Opinii Publicznej** przeprowadził na zlecenie Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych badanie na 1.116-osobowej próbie Polaków powyżej 15. roku życia. Celem sondażu było uzyskanie informacji na temat:
 - **społecznej oceny powszechności określonych zachowań rodziców wobec dzieci,**
 - opinii Polaków dotyczących wychowywania dzieci,
 - społecznego odbioru kampanii „Dzieciństwo bez przemocy”.

Ponad połowa polskiego społeczeństwa (54%) dopuszcza kilkakrotne uderzenie dziecka pasem, 43% Polaków sprzeciwia się takim zachowaniom. 77% badanych uznaje za dopuszczalne krzyki i groźby wobec dzieci, a 85% kilkakrotne uderzenie dziecka ręką w pupę. 60% ankietowanych twierdzi, że nic nie usprawiedliwia policzkowania dziecka. Jednocześnie Polacy, obserwując rodziny z najbliższego otoczenia, dostrzegają, że: rodzice szanują swoje dzieci (86%), słuchają i rozumieją dzieci (76%).

Problem złego traktowania dzieci przez rodziców w rodzinach ze swojego najbliższego otoczenia dostrzega niewielka część badanych. 14% dostrzega przejawy psychicznego

krzywdzenia dzieci – poniżanie i wyśmiewanie, a 23% spotyka się ze stosowaniem kar fizycznych (4% zdecydowanie „tak”, 19% – raczej „tak”).

Opinie Polaków na temat wychowywania dzieci:

- 44% respondentów zgadza się z przekonaniem, że „dziecko jest własnością rodziców i tylko oni mogą o nim decydować”.
- 24% twierdzi, że dziecko powinno bać się rodziców i że bez bicia dziecka się nie wychowa.
- 30% badanych jest zdania, że „surowe traktowanie dziecka przez rodziców hartuje dziecko i wychodzi mu na dobre”.
- 27% zgadza się ze stwierdzeniem, że dziecko jest odpowiedzialne za kary fizyczne, które je spotykają.
- **47% wyraża przekonanie, że są sytuacje usprawiedliwiające stosowanie kar fizycznych w procesie wychowywania dzieci i prawie tyle samo (48%) twierdzi, że nic nie usprawiedliwia takich zachowań.**

Dane wyraźnie pokazują, że w czasie trwania kampanii nastąpiły zmiany opinii Polaków dotyczących wychowywania dzieci. Na początku 2001 roku 52% dorosłych uważało, że dziecko jest własnością rodziców (44% w listopadzie 2001), a 34% było zdania, że powinno bać się rodziców (24% w listopadzie 2001). Wyraźnie wzrosła jednak liczba osób, które uważają, że „surowe traktowanie dzieci wychodzi im na dobre” – 23% na początku 2001 roku, 30% w listopadzie 2001. Biorąc pod uwagę granice przemocy, należy stwierdzić, że zdaniem 43% badanych nie jest przemocą werbalną agresja dorosłych wobec dziecka – odwoływanie się do krzyków i gróźb. 39% nie uznaje za przemoc uderzenia dziecka ręką w pupę. 18% respondentów uważa, że bicie dziecka pasem nie jest przemocą, tyle samo nie uznaje za przemoc policzkowanie dziecka.

Uznanie określonego postępowania dorosłego wobec dziecka za przemoc nie jest tożsame z jednoznacznym potępieniem takiego zachowania przez badanych. Nawet przemoc może być w pewnych okolicznościach usprawiedliwiona. 46% badanych uznaje, iż klapsy wprawdzie są przemocą, ale można je w pewnych sytuacjach usprawiedliwić; 36% badanych jest takiego samego zdania w odniesieniu do bicia dziecka pasem, a 34% w odniesieniu do krzyków i gróźb wobec dziecka. Za przemoc, wobec której nie ma żadnego usprawiedliwienia najczęściej uznawane jest policzkowanie dziecka (60%) i bicie pasem (43%).

6.3.3. Działania na rzecz pomocy dzieciom krzywdzonym

6.3.3.1. Kampania społeczna przeciwko krzywdzeniu i zaniedbywaniu dzieci „Dzieciństwo bez przemocy”

Jednym z najważniejszych zadań realizowanych w skali kraju w 2001 roku, mającym na celu zwiększenie społecznego zaangażowania w przeciwdziałanie przemocy wobec dzieci, była kampania „Dzieciństwo bez przemocy”. Była ona m.in. odpowiedzią na sensacyjne doniesienia o krzywdzeniu, maltretowaniu dzieci przez rodziców, którymi media bombardowały opinię publiczną.

Organizatorami kampanii były: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Ogólnopolskie Pogotowie dla Ofiar Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia” oraz Fundacja „Dzieci Niczyje”. W przedsięwzięcie zaangażowało się **585 instytucji centralnych, samorządowych oraz organizacji pozarządowych oraz 262 osoby prywatne, które stworzyły koalicję na rzecz kampanii.**

Członkowie koalicji zobowiązali się m.in. do samodzielnego podejmowania działań na rzecz dzieci krzywdzonych bądź do udzielania poparcia inicjatywom podejmowanym przez inne podmioty. W czasie trwania kampanii przygotowane do tego osoby (tzw. ambasadorzy kampanii) przeprowadziły w Polsce ponad **230 debat lokalnych**, na temat skutecznego pomagania dzieciom krzywdzonym i zaniedbywanym. Ambasadorzy również inicjowali i koordynowali lokalne działania zmierzające do poprawy sytuacji dzieci – ofiar przemocy domowej.

W wyniku debat oraz innych działań podjętych przez ambasadorów zapadły decyzje m.in. o powołaniu **62 gminnych zespołów ds. przeciwdziałania przemocy wobec dzieci, 22 lokalnych**

koalicji, zorganizowaniu **42 interdyscyplinarnych szkoleń** dla przedstawicieli służb zobowiązanych do udzielania pomocy osobom potrzebującym, uruchomieniu **17 świetlic socjoterapeutycznych**, **13 Ośrodków Interwencji Kryzysowej**, powołaniu gminnych i powiatowych Rzeczników Praw Dziecka oraz o utworzeniu bezpiecznych miejsc przesłuchań dla dzieci ofiar i świadków przemocy. W wielu miejscach zostały wydane informatory na temat miejsc gdzie osoby potrzebujące mogą uzyskać pomoc oraz zorganizowano warsztaty umiejętności wychowawczych dla rodziców.

Powyższe informacje dają nadzieję, iż w wielu polskich gminach poprawi się sytuacja dzieci i będą one miały szansę na uzyskanie kompleksowej pomocy.

Kampania była przedsięwzięciem, które angażowało przedstawicieli różnych służb i instytucji, osoby o różnych orientacjach politycznych. Kampania rozpoczęła i zakończyła się konferencjami w Pałacu Prezydenckim, w których wzięła udział Pani Prezydentowa Jolanta Kwaśniewska, pani minister Barbara Labuda, przedstawiciele urzędów centralnych, osoby piastujące w państwie ważne stanowiska (np. Rzecznik Praw Dziecka, Rzecznik Praw Obywatelskich) oraz przedstawiciele organizacji pozarządowych zajmujących się pomaganiem dzieciom krzywdzonym i zaniedbywanym.

Fakt, że kampania otrzymała wiele nagród medialnych (nagroda mediów NIPTEL 2001, „Złote Pałeczki” w Portoroż, Złote Orły 2001 i inne), świadczy o jej popularności i może wiązać się z faktem, iż była ona odpowiedzią na zapotrzebowanie społeczne. Kampania została pozytywnie oceniona przez polskie społeczeństwo. Badanie opinii publicznej przeprowadzone w listopadzie 2001 roku przez OBOP na zlecenie PARPA pokazały, że 2/3 Polaków powyżej 15. roku życia (75%) deklaruje, że zauważyło kampanię przeciw krzywdzeniu i zaniedbywaniu dzieci. **95% badanych uznało, że kampania była potrzebna.**

6.3.3.2. Placówki

Z bazy danych Ogólnopolskiego Pogotowia dla Ofiar Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia” wynika, że w Polsce 755 placówek oferuje pomoc dzieciom krzywdzonym i zaniedbywanym w rodzinach.

Na podstawie danych nadesłanych przez Pełnomocników Zarządów Województw ds. profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych (z 15 województw) można stwierdzić, że w 2001 roku w Polsce powstało 58 placówek dla dzieci-ofiar przemocy domowej, 61 grup terapeutycznych dla dzieci krzywdzonych przez najbliższych i 50 gminnych zespołów ds. przeciwdziałania przemocy wobec dzieci.

Najbardziej znane organizacje udzielające pomocy dzieciom to:

- **Fundacja „Dzieci Niczyje”** jest wiodącą placówką w zakresie pomagania dzieciom krzywdzonym, w tym przede wszystkim wykorzystywanym seksualnie, która powstała w 1991 roku z inicjatywy francuskiego stowarzyszenia humanitarnego „Lekarze świata”. Jest organizacją pozarządową o charakterze non-profit, zajmującą się szeroko rozumianą pomocą dzieciom krzywdzonym, ich rodzinom i opiekunom. Podstawowym celem działań Fundacji jest wypracowanie systemu pomocy dzieciom krzywdzonym, integrującego działania instytucji państwowych, samorządowych oraz pozarządowych pracujących na danym terenie na rzecz dzieci. Cel ten realizują dwie specjalistyczne placówki prowadzone przez Fundację: Centrum Dziecka i Rodziny w warszawskiej dzielnicy Praga Południe oraz Ośrodek Pomocy Dziecku i Rodzinie „Pociecha” w gminie Warszawa-Białołęka. Fundacja oferuje pomoc psychologiczną, prawną, konsultacje, prowadzi telefon zaufania, prowadzi działalność edukacyjną dla osób pracujących z ofiarami przemocy poprzez szkolenia, publikacje, doradztwo. Realizuje także program „Europa Wschodnia”, który pomaga diagnozować i rozwiązywać problemy dzieci krzywdzonych w krajach postkomunistycznych.
- **Komitet Ochrony Praw Dziecka** – organizacja od 20 lat podejmująca interwencje w przemocy wobec dzieci: zaniedbywania i łamania praw dzieci. Większość interwencji podejmowanych przez KOPD spowodowanych jest alkoholizmem przynajmniej jednego z rodziców. Obecnie działa 40 terenowych oddziałów Komitetu, które mają swoją specyfikę i nieco różne formy pracy.
- **Towarzystwo Przyjaciół Dzieci** – podejmuje działania w zakresie: organizacji zastępczych

środowisk rodzinnych dla dzieci osieroconych, opieki i pomocy udzielanej dzieciom z rodzin dotkniętych bezrobociem, ubóstwem i patologią, prowadzenia przez terenowe koła przyjaciół dzieci działalności opiekuńczo-wychowawczej w miejscu zamieszkania dzieci opartej m.in. o świetlice TPD i sieć środowiskowych ognisk wychowawczych, organizowania wakacji dla dzieci z rodzin ubogich i niewydolnych wychowawczo. TPD prowadzi kilka stałych placówek opiekuńczo wychowawczych, w których dzieci potrzebujące pomocy mogą uzyskać opiekę.

6.3.4. Działania mające na celu przeciwdziałanie przemocy w rodzinie

- **Ogólnopolskie Pogotowie dla Ofiar Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia”**

W roku 2001 kontynuowało pracę **Ogólnopolskie Pogotowie dla Ofiar Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia”** prowadzone przez Instytut Psychologii Zdrowia na zlecenie Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Jednym z zadań realizowanych przez Pogotowie „Niebieska Linia” jest prowadzenie **ogólnopolskiego bezpłatnego telefonu interwencyjno-informacyjnego (0-800-120-002)**. W omawianym roku przeprowadzono 12.597 rozmów, z czego 6.673 były to pierwszorazowe zgłoszenia, 2.421 – to monitoring przypadków objętych opieką. **53% zgłaszanych przypadków przemocy w rodzinie miało wyraźny związek z alkoholem.** Pogotowie „Niebieska Linia” realizuje również środowiskowy program pomocy dla osób uwikłanych w przemoc w rodzinie, którego częścią są grupy edukacyjne i terapeutyczne oraz konsultacje indywidualne dla dorosłych ofiar przemocy, program psychokorekcyjny dla dzieci oraz spotkania indywidualne i zajęcia grupowe dla sprawców.

Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że w 2001 roku w Ogólnopolskim Telefonie dla Ofiar Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia” odebrano 935 informacji dotyczących dzieci krzywdzonych i zaniebawianych. W porównaniu do ubiegłego roku stanowi to wzrost o 67%. Nasuwa się wniosek, że wzrost interwencji w sprawach dzieci ma związek z trwającą w tym czasie kampanią „Dzieciństwo bez przemocy” oraz innymi przedsięwzięciami podejmowanymi na rzecz pomocy dzieciom.

Przykładem świetnych działań profilaktycznych może być zorganizowana przez Fundację ABC XXI – Program Zdrowia Emocjonalnego kampania społeczna pod hasłem „**Cała Polska czyta dzieciom**”. Organizatorzy kampanii zakładają, że głośne czytanie dziecku 20 minut dziennie rozwija jego język, pamięć i wyobraźnię, zapewnia emocjonalny rozwój dziecka, wspiera proces wychowania, ułatwia dziecku naukę w szkole i kształtuje nawyk czytania i zdobywania wiedzy. Jednocześnie wspólne głośne czytanie buduje i umacnia więź pomiędzy rodzicem i dzieckiem, co sprzyja pokonywaniu problemów wieku dorastania.

- **Rozwój zasobów instytucjonalnych i kadrowych na rzecz pomocy ofiarom przemocy domowej**

Jednym z najważniejszych zadań realizowanych w skali kraju jest **podnoszenie kwalifikacji** osób pomagających ofiarom przemocy w rodzinie. Dla tych osób kontynuowano **Studium Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie (SPPwR)**. W 2001 roku odbyły się 3 edycje szkolenia, w których wzięło udział 186 osób. W ten sposób SPPwR od początku działalności (II połowa 1995 roku) zyskało 1.100 absolwentów. W szkoleniu uczestniczyli przedstawiciele różnych instytucji i organizacji pozarządowych: pracownicy punktów konsultacyjno-interwencyjnych dla ofiar przemocy w rodzinie, policjanci, pracownicy socjalni, pedagodzy, kuratorzy, członkowie gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych itp. Interdyscyplinarne szkolenia prowadzone w ramach Studium Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie sprzyjają **współpracy pomiędzy przedstawicielami różnych służb i integracji środowiska lokalnego.**

W 2001 roku wzrosła liczba członków Ogólnopolskiego Porozumienia Osób i Organizacji Pomagających Ofiarom Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia”. Porozumienie powstało w 1996 roku podczas III Ogólnopolskiej Konferencji „Przeciw przemocy”. Porozumienie skupia osoby, instytucje i służby społeczne, które wspierają program przeciwdziałania przemocy w rodzinie i chcą pomagać osobom krzywdzonym przez najbliższych. Jego członkami są więc pracownicy punktów konsultacyjnych dla ofiar przemocy domowej, pracownicy socjalni, policjanci, przedstawiciele wymiaru sprawiedliwości, świata mediów oraz osoby przychylne, którym bliskie są problemy osób doświadczających przemocy. W omawianym roku w bazie danych Porozumienia „Niebieska Linia”

było 2.162 członków indywidualnych i 863 instytucji.

- **Działalność podejmowana przez społeczności lokalne**

Oprócz przedsięwzięć o charakterze ogólnopolskim w przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie ogromną rolę odgrywają działania podejmowane przez podmioty lokalne. Należy stwierdzić, że w środowiskach lokalnych coraz częściej zwraca się uwagę na fakt, że trudno jest samotnie pomagać osobom doświadczającym przemocy. W związku z powyższym powstają **interdyscyplinarne zespoły do spraw przeciwdziałania przemocy w rodzinie**, skupiające ekspertów (psycholog, pedagog, pracownik socjalny, policjant, prawnik), którzy wspólnie mogą kompleksowo pomagać rodzinom. Zespoły takie powstają bądź przy gminnych komisjach rozwiązywania problemów alkoholowych, ośrodkach pomocy społecznej, bądź działają w ramach organizacji pozarządowych. Członkowie takich zespołów zajmują się prowadzeniem spraw konkretnej rodziny, ułożeniem planu pomocy z uwzględnieniem potrzeb wszystkich jej członków i monitorowaniem efektów podjętych działań. W 2001 roku powstawały przede wszystkim zespoły ds. przeciwdziałania przemocy wobec dzieci (w 62 gminach), a miało to związek z zaangażowaniem środowisk lokalnych w kampanię „Dzieciństwo bez przemocy”.

Według danych nadesłanych przez Pełnomocników Zarządów Województw ds. profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych wynika, że w Polsce w 2001 roku działało 1.576 placówek udzielających pomocy ofiarom przemocy w rodzinie. Były to: punkty informacyjno-konsultacyjne (918), telefony zaufania (404), hostele i schroniska dla ofiar przemocy (134) i ośrodki interwencji kryzysowej (120). W omawianym roku funkcjonowało również 252 środowiskowych grup wsparcia dla dorosłych ofiar przemocy. (więcej danych: Część III - Załączniki Tabela 10 – Pomoc dla ofiar przemocy w rodzinie).

W przeciwdziałanie przemocy w rodzinie angażują się również placówki lecznictwa odwykowego. Około 60 z nich realizuje programy dla ofiar przemocy w rodzinie. Warto tu wymienić działalność **zespołu ds. przeciwdziałania przemocy działającego przy Wojewódzkim Ośrodku Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia w Gdańsku**. Podstawowym celem działania Zespołu jest natychmiastowe usuwanie zagrożenia życia i zdrowia osób doświadczających przemocy poprzez zapewnienie im schronienia lub skutecznej interwencji policji oraz opieki prawnej. Ważną rolę pełni grupa samoobrony przed przemocą.

Na wyróżnienie zasługuje również praca **Stowarzyszenia „Medar” z Bydgoszczy**. W ramach Stowarzyszenia działa: punkt konsultacyjny i telefon zaufania dla ofiar przemocy w rodzinie, grupa wsparcia i hostel dla osób doświadczających przemocy, grupa socjoterapeutyczna dla dzieci z rodzin dysfunkcyjnych, grupa liderów młodzieżowych. Pracownikom Stowarzyszenia „Medar” udało się również utworzyć lokalny system pomocy rodzinie i zaangażować w proces przeciwdziałania przemocy przedstawicieli bydgoskich służb i instytucji.

Inną placówką wiodącą jest **Centrum Interwencji Kryzysowej przy PCK w Gdańsku**. Ośrodek od kilku lat udziela kompleksowej pomocy ofiarom przemocy. Zadaniem Centrum jest nieodpłatne całodobowe udzielanie pomocy osobom doznającym przemocy oraz wszystkim poszkodowanym, celu zapewnienia im bezpieczeństwa i ochrony przed szkodliwymi następstwami traumy. Pracownicy Centrum Interwencji Kryzysowej udzielają wsparcia, porad, informacji i konsultacji osobom poszkodowanym, prowadzą terapię indywidualną i grupową. Obecnie znaczna część klientów Centrum Interwencji Kryzysowej w Gdańsku to ofiary przemocy domowej, zwykle z rodzin, w których występują problemy alkoholowe.

6.3.5. Reedukacja sprawców przemocy

W ostatnim okresie pojawia się potrzeba opracowania i wdrażania programów interwencyjno-korekcyjnych dla sprawców przemocy w rodzinie. Od roku próby takie podejmuje Ogólnopolskie Pogotowie dla Ofiar Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia”. Pod koniec 2001 roku udało się utworzyć grupę terapeutyczną dla sprawców; prowadzona jest również z nimi praca indywidualna.

Programami dla sprawców przemocy coraz częściej zainteresowane są zakłady karne. Przykładem podejmowanych działań korekcyjnych wobec skazanych sprawców przestępstw z użyciem przemocy jest inicjatywa Fundacji Batorego, która w ramach programu „Przeciw

Przemocy” podjęła próbę wprowadzenia do Polski wypróbowanych na Zachodzie metod edukacji i resocjalizacji sprawców przemocy.

Od 7 lat Warszawskie Stowarzyszenie Abstynenckie realizuje lokalny program „Rodzina bez przemocy”. W ramach programu podejmowane są działania interwencyjne wobec osób przebywających w warszawskiej Izbie Wytrzeźwień, które pod wpływem alkoholu stosowały przemoc domową, a wobec członków ich rodzin – działania pomocowe. W 2001 roku do Izby Wytrzeźwień trafiło 35.525 osób, z których 8.295 to sprawcy awantur domowych. Z nimi pracownicy Stowarzyszenia przeprowadzają rozmowy interwencyjne i motywujące do podjęcia leczenia i zaprzestania stosowania przemocy wobec najbliższych. Kiedy klient trafi do Izby po raz trzeci Stowarzyszenie zwraca się z prośbą o sprawdzenie czy działania klienta nie mają znamion przestępstwa określonego artykułem 207 Kodeksu Karnego, czyli znęcania. „Rekordzista” – nietrzeźwy sprawca przemocy domowej – w ciągu roku trafiał do Izby 51 razy. Zdecydowanie największą grupę sprawców przemocy stanowią mężczyźni; zaledwie 226 osób to kobiety.

6.3.6. Procedura interwencji w sprawach przemocy w rodzinie „Niebieskie Karty”

Od 1 października 1998 roku w policji i pomocy społecznej obowiązuje procedura interwencji w sprawach przemocy domowej pod nazwą „Niebieskie Karty”. Procedura ułatwia rozpoznawanie i dokumentowanie przypadków przemocy domowej i organizowanie pomocy w środowiskach lokalnych. Z danych Komendy Głównej Policji wynika, że w 2001 roku policjanci przeprowadzili ogółem 482.007 interwencji domowych, z czego 86.545 dotyczyło przemocy w rodzinie.

W dokumentacji „Niebieskie Karty” zarejestrowano 113.793 ofiar przemocy domowej, z których:

- 66.991 to kobiety,
- 26.305 to dzieci do lat 13,
- 14.908 to nieletni do lat 18,
- 5.589 to mężczyźni,

oraz 69.138 sprawców przemocy z których:

- 66.376 to mężczyźni,
- 2.361 to kobiety,
- 401 to nieletni.

Z ogólnej liczby 69.138 sprawców przemocy ponad 56 tys. było pod wpływem alkoholu, z czego 29.874 przewieziono do izby wytrzeźwień.

Tabela 6.1. Liczba postępowań przygotowawczych wobec sprawców przemocy w 2001:

Kwalifikacja prawna	Wszczętych	Stwierdzonych	Zakończonych
z art. 207 kk – znęcanie nad rodziną	16.433	9.132	10.298
z art. 191 kk – zmuszanie do określonego działania	820	557	581
z art. 197 kk – zgwałcenie	287	246	250
z art. 200 kk – czyn lubieżny względem osoby poniżej 15 r.ż.	253	193	197
z art. 190 kk – groźba karalna	7.097	4.628	5 119
z art. 208 kk – rozpijanie małoletniego	402	342	258
RAZEM	25.292	15.098	16.703

Źródło: Komenda Główna Policji

W 2001 roku zgodnie z założeniami procedury „Niebieskie Karty” o fakcie przemocy w danej rodzinie policja informowała inne służby powołane do udzielania pomocy osobom krzywdzonym. Informacje takie przesłano do:

- ośrodków pomocy społecznej – 8.313,
- gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych – 14.105,
- placówek służby zdrowia – 419,

- placówek szkolno–wychowawczych – 727,
- organizacji pozarządowych – 479,
- innych placówek – 4.472.

W 2001 roku 22.803 osoby były podejrzane o popełnienie przestępstwa znęcania nad rodziną (art.207 k.k.). Spośród tej liczby 9.365 osób było pod wpływem alkoholu (stanowi to 41,1% podejrzanych o znęcanie).

Tabela 6.2. Liczba podejrzanych z art. 207 k.k. w 2001 roku:

Województwo	Podejrzani	Podejrzani pod wpływem alkoholu	% do ogółem podejrzanych
dolnośląskie	1.520	651	42,8
kujawsko–pomorskie	1.169	384	32,8
lubelskie	2.337	941	40,3
lubuskie	699	252	36,1
łódzkie	1.367	623	45,6
małopolskie	1.460	634	43,4
mazowieckie	2.188	1.035	47,3
opolskie	516	231	44,8
podkarpackie	1.027	491	47,8
podlaskie	556	283	50,9
pomorskie	994	344	34,6
śląskie	2.868	880	30,7
świętokrzyskie	984	507	51,5
warmińsko–mazurskie	1.335	596	44,6
wielkopolskie	1.282	493	38,5
zachodniopomorskie	1.080	444	41,1
KSP Warszawa	1.421	576	40,5
Ogółem	22.803	9.365	41,1

Źródło: Komenda Główna Policji

Wydaje się, że procedura interwencji policji w sprawach przemocy domowej „Niebieskie Karty” wymaga w 2002 roku wzmocnienia. Policjanci oczekują zmiany obowiązującego zarządzenia Komendanta Głównego Policji w sprawie procedury, ponieważ wiąże się to ze zmianą istniejącej dokumentacji. Niezbędne jest również określenie zasad zaopatrzenia policjantów w formularze do procedury.

Do tej pory nie zafunkcjonowała procedura „Niebieskie Karty” w pomocy społecznej. Brakuje odpowiednich uregulowań prawnych, które wprowadziłyby procedurę do praktyki pracowników socjalnych. Nie ma również oficjalnych danych, które pozwoliłyby na stwierdzenie w jakim stopniu wykorzystują oni „Niebieskie Karty” w swojej pracy.

Z danych ministerstwa sprawiedliwości wynika, że w 2001 roku w sprawach o znęcanie nad rodziną (art.207 k.k.) na 22.627 ustalonych sprawców tych przestępstw, w przypadku 13.485 udało się stwierdzić czy dokonali tego czynu będąc pod wpływem alkoholu. Dane wskazują, że 9.350 sprawców (co stanowi ponad 69%) stosowało przemoc fizyczną lub psychiczną będąc w stanie nietrzeźwym.