INSTYTUT WYMIARU SPRAWIEDLIWOŚCI

Integracja usług na rzecz rodzin – zagadnienia teorii i praktyki

dr Jarosław Przeperski (redakcja, część II),
dr Alberto I. Vargas (część I)
adw. Monika Horna-Cieślak (część III), Leszek A. Kapler (część IV)

Warszawa 2018

Spis treści

Część I. The familiar character of the human person and modernity's crisis 1
1. The crisis as an anthropological problem ... 1
2. The modern trilemma: pessimism, fake optimism, utopia ... 5
3. Opening the future: stopping to think about the family ... 10
4. Man as a radically familiar being ... 14
5. Hope and alternatives ... 17

Część II. Integracja usług na rzecz rodzin – zagadnienia teorii i praktyki ... 19
Wstęp: Przemiany współczesnej rodziny ... 19
1. Wsparcie rodziny w sytuacji kryzysowej ... 22
1.1. Rodzaje wsparcia rodziny ... 22
1.2. Przyczyny niskiej skuteczności dotychczasowej pracy z rodzinami ... 26
1.3. Funkcje i zadania systemu wsparcia rodziny ... 27
2. Integracja usług na rzecz rodzin w perspektywie teoretycznej ... 36
2.1. Integracja usług na rzecz rodzin w perspektywie teorii ekologicznej ... 46
2.2. Bariery integracji ... 52
2.3. Ku modelowi integracji usług na rzecz rodzin ... 55
3. Instytucje wsparcia rodziny znajdującej się w sytuacji kryzysowej ... 62
3.1. Pomoc społeczna – asystent rodziny ... 62
3.2. Pomoc społeczna – pracownik socjalny ... 67
3.3. Mediator ... 73
3.4. Piecza zastępcza – placówka opiekuńczo-wychowawcza ... 78
3.5. Policja ... 83
3.6. Wymiar sprawiedliwości – kurator zawodowy ... 88
3.7. Wymiar sprawiedliwości – kurator społeczny ... 94
3.8. Wymiar sprawiedliwości – sąd rodzinny ... 96
3.9. System edukacji – nauczyciel ... 99
4. Zasady integracji usług ... 101
5. Efektywność jako naczelna zasada konstruowania modelu pomocy ... 116
5.1. Teoretyczne podstawy efektywności w pracy z rodziną ... 116
5.2. Problem efektywności w pracy socjalnej z rodziną ... 119
5.3. Praca socjalna z rodziną w perspektywie pojęcia efektywności ... 124
6. Metodologia badań ... 131
6.1. Badanie jakościowe – metoda epizodu ... 132
6.2. Badania ilościowe – Skala Praktyki Familiocentrycznej ... 139
7. Wyniki badań – badania jakościowe ... 147
7.1. Ogólna charakterystyka badania ... 147
7.2. Charakterystyka grupy badawczej (profesjonaliści) ... 147
7.3. Analiza jakościowa wywiadów ... 154
8. Wyniki badań – badania ilościowe ... 190
8.1. Jakość relacji pomocowej – perspektywa rodzin ... 190
8.2. Skala praktyki familiocentrycznej – perspektywa rodzin ... 198
8.2.1. Perspektywa pracowników instytucji pomocowych ... 205
8.2.2. Skala praktyki familiocentrycznej – perspektywa profesjonalistów 213
8.2.3. Analiza porównawcza oceny jakości systemu pomocowego z perspektywy jego pracowników i użytkowników ... 222
8.3. Podział odpowiedzi respondentów na komponenty skali familiocentrycznej ... 233

9. Wnioski i rekomendacje 240
Bibliografia 242

Część III. System pomocy rodzinie w świetle zarządzeń wydawanych przez sąd rodzinny w sytuacji zagrożenia dobra dziecka (art. 109 kodeksu rodzinnego i opiekuńczego) 251
1. Wprowadzenie 251
2. Pojęcie i znaczenie zasady subsydiarności w aspekcie udzielania pomocy rodzinie przez organy władzy publicznej oraz inne podmioty 253
2.1. Uwagi wprowadzające 253
2.2. Zasada subsydiarności na tle polskiego systemu prawnego 254
3. Sąd rodzinny jako instytucja udzielająca pomocy rodzinie w sytuacji zagrożenia dobra dziecka 261
3.1. Uwagi wprowadzające 261
3.2. Instytucja zarządzeń wydawanych przez sąd rodzinny na podstawie art. 109 kodeksu rodzinnego i opiekuńczego 263
3.2.1. Istota i charakter prawny 263
3.2.2. Charakterystyka zarządzeń 265
3.2.3. Zagadnienia proceduralne 273
4. Dotychczasowe badania akt sądowych a system pomocy rodzinie w sytuacji zagrożenia dobra dziecka 279
4.1. Badanie akt sądowych dot. skuteczności i celowości prowadzenia długoletnich (trwających od co najmniej 3 lat) nadzorów wykonywanych przez kuratorską służbę sądową w sprawach małoletnich 279
4.2. Badanie akt sądowych dot. przesłanek oraz skutków ograniczenia i pozbawienia władzy rodzicielskiej 283
5. System pomocy rodzinie w świetle badań akt sądowych (art. 109 kodeksu rodzinnego i opiekuńczego) 287
5.1. Cel badania oraz metodologia badawcza 287
5.2. Charakterystyka spraw 289
5.2.1. Inicjatywa wszczęcia postępowania 289
5.2.2. Przyczyna wszczęcia postępowania 291
5.2.3. Czas trwania postępowania rozpoznawczego 293
5.2.4. Czas trwania postępowania wykonawczego 294
5.3. Charakterystyka rodzin, małoletnich dzieci, rodziców 295
5.3.1. Rodzina 296
5.3.1.1. Miejsce zamieszkania 297
5.3.1.2. Problemy rodziny w chwili wszczęcia procedur sądowych 297
5.3.1.3. Podmioty wspierające rodziny przed wydaniem orzeczenia o ingerencji we władzę rodzicielską 298
5.3.1.4. Podmioty wspierające rodziny w trakcie postępowania wykonawczego 299
5.3.1.5. Problemy rodziny na zakończenie postępowania wykonawczego 301
5.3.2. Małoletnie dzieci 302
5.3.2.1 Płeć i wiek 302
5.3.2.2. Miejsce pobytu dzieci 302
5.3.2.3. Opieka placówek edukacyjnych 303
5.3.2.4. Problemy dzieci w chwili wszczęcia procedur sądowych 304
5.3.2.5. Podmioty wspierające dzieci przed wydaniem orzeczenia o ingerencji we władzę rodzicielską 306

5.3.2.6. Rozstrzygnięcia sądów 308
5.3.2.7. Podmioty wspierające dzieci w trakcie postępowania wykonawczego 309
5.3.2.8. Problemy dzieci na zakończenie postępowania wykonawczego 311
5.3.3. Matki 313
5.3.3.1. Wiek 314
5.3.3.2. Sytuacja osobista 314
5.3.3.3. Wykształcenie 315
5.3.3.4. Źródło utrzymania 316
5.3.3.5. Władza rodzicielska 317
5.3.3.6. Problemy matek w chwili wszczęcia procedur sądowych 318
5.3.3.7. Podmioty wspierające matki przed wydaniem orzeczenia o ingerencji we władzę rodzicielską 320
5.3.3.8. Rozstrzygnięcia sądów 323
5.3.3.9. Podmioty wspierające matki w trakcie postępowania wykonawczego 324
5.3.3.10. Problemy matek na zakończenie postępowania wykonawczego 327
5.3.3.11. Rozstrzygnięcia sądów – sposób zakończenia postępowania wykonawczego 329
5.3.4. Ojcowie 329
5.3.4.1. Wiek 330
5.3.4.2. Sytuacja osobista 331
5.3.4.3. Wykształcenie 332
5.3.4.4. Źródło utrzymania 332
5.3.4.5. Władza rodzicielska 333
5.3.4.6. Problemy ojców w chwili wszczęcia procedur sądowych 334
5.3.4.7. Podmioty wspierające ojców przed wydaniem orzeczenia o ingerencji we władzę rodzicielską 336
5.3.4.8. Rozstrzygnięcia sądów 338
5.3.4.9. Podmioty wspierające ojców w trakcie postępowania wykonawczego 339
5.3.4.10. Problemy ojców na zakończenie postępowania wykonawczego 342
5.3.4.11. Rozstrzygnięcia sądów – sposób zakończenia postępowania wykonawczego 344
5.4. Charakterystyka czynności podejmowanych przez sąd w odniesieniu do rodzin, kuratorów sądowych oraz instytucji 345
5.4.1. Postępowanie rozpoznawcze 345
5.4.2. Postępowanie wykonawcze 347
5.5. Charakterystyka czynności podejmowanych przez kuratorów sądowych w odniesieniu do rodzin, sądów oraz instytucji na etapie postępowania wykonawczego 351
6. Podsumowanie 356
7. Rekomendacje 361
8. Bibliografia 363

Część IV. Rodzina jako system podtrzymujący zjawiska patologiczne – na przykładzie uzależnienia od alkoholu, współuzależnienia, syndromu DDA (Dorosłe Dzieci Alkoholików) 366
Wprowadzenie 366

1. Podstawowe pojęcia 367
1.1. Uzależnienie od alkoholu 367
1.2. Współuzależnienie 369
1.3. Syndrom DDA – Dorosłe Dzieci Alkoholików 372
1.4. Motywacja do leczenia 373
1.5. Systemy rodzinne 376
1.5.1. Teoria systemów 376
1.5.2. System rodzinny 376
1.5.3. System rodziny problemowej 378
2. Badania wzajemnego wpływu członków rodziny na dynamikę problemu alkoholowego w rodzinie 383
2.1. Cel i założenia badawcze 383
2.2. Metodyka badań 385
2.2.1. Metoda i narzędzia badawcze 385
2.2.2. Sposób przeprowadzenia badań 386
2.2.3. Analiza wyników badań 387
2.3. Opis grup badawczych 390
2.3.1. Osoby uzależnione – 50 osób, uczestniczących od co najmniej 3 miesięcy w terapii uzależnienia 390
2.3.2. Osoby współuzależnione – członkowie rodzin – 50 osób, uczestniczących od co najmniej 3 miesięcy w terapii współuzależnienia 393
2.3.3. Osoby z syndromem DDA – 50 osób, uczestniczących od co najmniej 3 miesięcy w terapii DDA 396
2.4. Wyniki badań relacji w rodzinach z problemem alkoholowym skierowanych na problem alkoholowy 399
2.4.1. Badania grupy osób uzależnionych 399
2.4.2. Badanie grupy osób współuzależnionych – leczących się 407
2.4.3. Problemy osób dorosłych wychowujących się w rodzinie z problemem alkoholowym 413
2.5. Wnioski z badań 420
2.5.1. Przyczyny nadmiernego picia 421
2.5.2. Wpływ reakcji członków rodziny na nadmierne picie bliskiego uzależnionego członka rodziny 421
2.5.3. Wpływ członków rodziny na leczenie odwykowe bliskiej osoby uzależnionej od alkoholu 422
2.5.4. Problemy osób dorosłych wychowujących się w rodzinie alkoholowej 423
2.6. Podsumowanie 423
3. Pomoc rodzinie z problemem alkoholowym. Zalecenia dla instytucji pomagających 424
3.1. Zdrowienie rodziny z problemem alkoholowym 424
3.2. Zalecenia do pomagania 426
3.2.1. Nowy paradygmat pomagania rodzinie alkoholowej 427
3.2.2. Struktura, techniki, narzędzia pomocy 430
3.2.3. Podstawy pomagania 444
4. Podsumowanie 448
5. Bibliografia: 449
6 Załączniki 451
Załącznik 1. 451
Załącznik 2. 455

Załącznik 3. 459

Część I. The familiar character of the human person and modernity's crisis

In what follows I shall endeavor to offer a hopeful vision of the problem of the family in our historic situation in light of the anthropological discoveries of the Spanish philosopher Leonardo Polo.

1. The crisis as an anthropological problem

We have all been through moments of crisis: from those that are inevitable –such as adolescence– to more interior and deep crises. Still, it would be more truthful to say that, rather than 'go through' one we now live in a situation of continuous tension, of permanent crisis. From our births to our deaths we find in our lives possibilities for improvement and crisis, as human growth is by no means guaranteed.

Due to our spiritual condition we might say that for man growth is unrestricted, limitless. Just as man can grow, he can also diminish and fall sick. This possibility for growth and decrease shows our critical condition. But what is the source of it?

The possibility for growth and decrease springs from liberty. The human person is fundamentally free to perfect by perfecting itself; it is free to grow, and thus, it harbors the free possibility to relinquish this growth. When it stops, and when we find no adequate channels for improvement, we may say that the human person faces a situation of crisis, which is only possible because man is a critical being himself. And if crisis is a possibility for man, could it be also the possibility of a social group? Could all society reach a situation of crisis, of impossibility for growing? Even more, can our society be in a situation of decrease, diminishment, sickness?

If we agree that man is free and open to the future, it is easy to recognize that society faces the same trials insofar as both, man and society, are open and free systems. Society is a free system capable of positive and negative learning. It is only from this vantage point that we can justly say, as we nowadays often do, that we are within a great social crisis. Only by admitting that society is free can we speak of a crisis in society. The crisis of Western culture points to a crisis of man.

Man is certainly an afflicted being, one who elicits problems, but he is also the best problem-solver. Due to his growing duality, he finds himself capable of facing the crises that afflict him. As he is a perfectible perfectioner, society becomes a system of boons to human perfectability, a system of reciprocal corrections that improves its members. Thus, we can say that, while facing a crisis, society can still grow. Crisis means growth and not vice versa.

Basic logic, however, demands every that we attain a clear knowledge of the nature of a problema. Any problem can lead to different alternatives that may be positive or negative. Negative possibilities are those whose acceptance limit sociability or imply degradation. In many occasions, man chooses a reductive alternative, which implies the denial to collaborate and become a social subject. When in the exercise of freedom both man and society guide themselves continually towards negative alternatives, we find a social entropy, a chaos that invades social connections manifesting an ontological loss, personal decline, and the impoverishment and decrease of social activity. The repetition of negative alternatives places man and society in a grave state of more or less complex crisis, depending on the amount of negativity of the chosen alternatives, and their repetition through time. This is a risk that is proper to society and the relations between free beings. The possibility of growth, improvement and optimization is proper of the free condition of the person and society, but so is the risk of falling into a state of crisis.

Throughout the course of history we continuously create and destroy vital opportunities, and alternatives spring forth leading us to perplexity, even up to the point of *fearing* liberty and dreading uncertainty… towards the future. Today we are not clear about the resources with which we may solve our problems, and thus we are perplexed. Our epoch faces difficulties that could summarily be described as the inadequacy of inherited procedures to solve problems and the characteristic graveness of problems in an interrelated world, in which all has to do with everything: a systemic world. And if that was not enough, our scarce resources are not adequately coordinated, losing their effective strength. We live within the reign of the partial way, the *specialized* way, to solve problems; unfortunately, a systemic comprehension of man is not accepted. On the contrary, the perception of complexity harbors fear. We seem to be immersed in a problem of *crossroads*.

It is common for man and society to have problems, but even more so, to solve them. In this sense, what is radical for man is not the existence of problems afflicting him, but their solution. Again, what is proper of man is not the crisis, but unrestricted growth. Besides everything else we may say about man, he is a problem-solver that approaches the future with ingenuity, 'opening' it and turning it into a possibility. However, the social alternatives raised by this opportunity are today interlaced. This should suffice to see the systemic character of society. Society depends on alternatives for all, if there are alternatives only for one, social entropy breaks out. Societies augment the risk of crisis due to the complexity of the interrelation of diverse human freedoms, but also, paradoxically, due to the possibility of growth.

It is true that some believe there is no such crisis, that Western culture faces no crisis and these notions are an invention to deal with the mysteries of the cosmos and human life. However, in spite of this radical skepticism, typical of the *pensiero débole*, this is a rare way of thinking and does not represent the general experience of contemporary society. Indeed, it seems that the common theme of our thought and feel is that of crisis and decandence. Certainly, there is no unified view regarding how to specify this issue. We don't have a clear view of a hierarchy of problems, which makes it quite hard to articulate them in any sort of order that would allow us to understand and solve them efficaciously. There is no consensus on the origin, the end, or the integral radicalism of this crisis.

But what does crisis mean? Crisis means that certain past convictions have lost their firmness and have not been renovated; certain postulates have been exhausted and certain ways to face life no longer respond to new questions. A crisis is a form of decadence in which there is enough meditation as to become aware of this decadence and try to overcome it. When what we have at hand is insufficient to face the problems before us, then we can say we are in a crisis. A crisis is the detention of growth.

Still, we currently witness a plurality of crises or a general situation of crisis. Different sciences have tried to approach these crises of our time and the only apparent result so far has been a generalized deception before the complexity. Never before have we had so many means and resources while our discontent grows and becomes generalized.

We frequently hear of a financial crisis, a crisis of the university, an ecological one, of the youth, of the family, of politics, cultural, military, emotional, moral, and even scientific. That we now face a generalized crisis cannot reasonably be denied. Actually, contemporary thinkers in many areas often place our contemporary crises as a problem whose solutions cannot be postponed, with a first-order priority. There are seemingly many crises in many domains and levels. This multiplicity forces us to find a more global comprehension, and therefore an anthropological one, of our situation. The Christian viewpoint is just an extension in this sense.

We face a situation of interior lack of governance, of intimate disorientation, and thus we must say that today's crisis is fundamentally *personal* in nature, as man is cleaved apart, torn in the most intimate facet of its being, which is diversely shown. When saying *torn* we mean to say a situation of inner rupture, a rift of that which is most radical, profound and intimate to the human heart. Man has lost his integrating strength, and today we are only able to see his fragmented parts. Contemporary man is annoyed, slit and in a way unfortunate, precisely because the crisis is not only external but even more, internal, which makes it impossible to handle. The greatest efforts of our time are dedicated to technical development aiming to control the external world; there is insufficient experience and development in that which the interior world faces, let alone human intimacy. We thus face an anthropological crisis. And the family is alien to it.

2. The modern trilemma: pessimism, fake optimism, utopia

While man is a being that solves problems, nowadays he finds himself facing a high-complexity problem. In a multitude of crises or a hiper-problematic reality where problems are interconnected and it is hard to distinguish their cause and effect, we do not know where to start or end. Complexity has overwhelmed us, and man is no longer capable of answering in an *integral* way: he can only hope to find sectorial solutions, driven by specialization and a way of analysis that manifests that our times are ungovernable. The exaggeration of analyses as a problem-solving method has lead knowledge to a road with no way out, especially when dealing with human problems.

The most salient features of our complex and non-unitary situation can be seen at both the individual and social level. They are as follows: 1) organizational segmentation; 2) perverse effects; 3) social anomia; 4) and the sinking of human institutions, particularly the family, the university, and corporations.

Segmentation is the loss of objectives in organizations (including the family) due to our need to circumvent unwelcome difficulties (put out fires, damage control). In this vein we lose our objectives and remain unable to act with long-term purposes. Segmentation makes way to perverse effects, in which our efforts to resolve problems become producing even more additive problems, due to the partial scope of human action with its lost global vision. Anomie is the mood of one who has lost his moral roots, of one who has no guidelines but rather stimuli for action, of one who, broken inside, lacks a sense of vital continuity, renders himself to that which is immediate, and thus directs himself almost always towards hedonism. He isolates himself, is unsupportive, or tends to be one. Institutions also share this anomic state produced by the perverse effects of segmentation. This is, in sum, social entropy.

A problem of this magnitude, beyond particular problems, indicates a meta-problem that sets the condition of man as solver of problems in crisis. Indeed, the unsurmountable complexity of our historic state signals that our problem lies within man himself, and therefore is actually an existential problem: *me* as the problem, or in other words the problem of sense. A tragic anthropological emergency is thus highlighted: if the problem is me, then I become hopeless and human freedom is interdicted.

This is how critical thinking is born. In light of anthropology, an individual crisis does not equate a social one. The former is subjective, the latter objectively enveloping. The union of both may be called universal or anthropological crisis. A common feature of all three is not a status of unconscious phenomena, for they acknowledge a certain recognition that may be called critical thinking. Critical thinking is the existential knowledge acquired through the realization of solitary existence. It is a reflexive appreciation that acknowledges –*cum scientia*, conscience– its own situation as a crisis, so that, clearly, this critical conscience does not mean overcoming the situation, but the concrete knowledge of oneself as crisis. A critical conscience usually develops in two steps. The first one is characterized by the idea of an unavoidable decadence, so that the only course of action is adapting ourselves to it that we may survive in any possible way with the difficulties of this situation. The second face begins with the search for positive solutions. While the first phase is conformist, sophist, the latter is nonconformist, communicative, and problem-solving. I hope that we are witnessing an incipient transition from the first to the second face, as skeptical interpretations become dominant

While this needs a detailed study, I believe our anthropological crisis and our existential hopelessness is not the fruit of last decades' events, but rather is part of a global project that may be identified, in a broad sense, with modern culture. Such a problem can only appear dark and its study in demands a comprehension in terms in order to distinguish its inner workings. Modern hopelessness, as befits an unsurmountable complexity, can be understood as a trilemma, that is to say, a triple aporia regarding human freedom. What is the source of human freedom and what is its esseence?

a) *Pessimism*. The source of my freedom is *someone else*, different from me. Freedom really belongs to another: the state, nature, society, God, tradition, geniuses, my boss, the teacher, my father, my spouse, etc. Anybody else, except me. They are all free but me. I am not free, I am an automaton, a slave, the mass. I am outside my own sense, sense belongs to another. Freedom is given or defined a priori. My attitude is paralysis, I am perplexed. There is no sense in improvement.
b) *False optimism*. I am the source of my own freedom. It is my responsibility to carry that weight and thus with the whole of reality –ordered towards me. Freedom is arbitrary or subjective. I am free and freedom is for me. If freedom

is me, then freedom becomes conflictive, as everybody else becomes a limit for my freedom: they are all enemies and I should unlink myself from them. The sense of everything else is me, reality is for me and I am the reference point of reality. Both success and failure are mine. Nobody has anything to say. My attitude is activism, like a fugitive unable to stop, undefined progress. I will inevitably improve.

c) *Utopian indifference*. There is no such freedom, or rather we are equally free. Life has no meaning. Nothing is distinguishable from nothing else and everything is all. We may all be free but we don't know how. My attitude is indifference. I am bored. Nothing is worthy. Improvement is imposible. Or rather, we yearn for an utopian perfection.

This trilemma points to a triple lacking within man as a problem-solving being. A) First, man lacks grounding, as we don't know why we think as we think. B) Secondly, we lack a *total system* that grants us consistency. C) Third, we lack a progressive rationality that guides our growth when facing failures. This three modalities of hopelessness are manifest in the different human dimensions: medicine, economy, law, education, society, and of course, the family.

In medical terms, for example, this trilemma manifests itself in three dominant alternatives when facing sickness, that present themselves as mutually exclusive: a) medical resources is the essence of healing, while the sick person is passive and subjected to treatment (Hippocrates); b) health fundamentally depends on the sick person, while medicine is only accidental or even counter-productive (Galen); c) all men are always sick and health is an utopia (psychoanalysis). Indeed, formal, allopathic medicine is primarily concentrated in hospitals and medical labs; it emphasizes the action of specialized medical analysis as the key to heal sickness, while it critiques the lack of rigor of the methods of 'alternative' medicine. For its part, alternative medicine directs its efforts in dismantling any external intromission into nature with the conviction that nature suffices to handle sickness. At the same time, it critiques the iatrogenic effect of formal medicine's technicality. Lastly, psychoanalysis considers sickness as an a priori of human nature, so that the 'normal' presents itself as impossible for humanity: if sickness if the fundament and health an utopia, psychoanalysis indirectly disqualifies the validity of the two previous paradigms.

Another example is the law that oscillates between iusnaturalism, positivism, and legal vacuum. The educational activity oscillates among the professor's chair, the student's self-teaching, or educational abandonment. For its part, social organization faces the trilemma of statism, liberalism, or anarchy. Whatever it may mean, the trilemma manifests an abandonment of realism to make way for pessimism, false optimism, or utopian thought. Behind this aporia we find a profound anthropological pessimism that is currently hard to circumvent.

The family is not alien to such a form of hopelessness.

a) On the one hand, some are fixed to a notion of the family given in an a priori rigid fashion, in which there is no room for any innovation at all, any adjustment or rectification, but rather depends on a view of 'nature' as something static in which the complexity of human freedom and the individual appear as a hazard that must be avoided. This is a family closed within itself, fearing all novelty. Behind this view we find a comprehension of the family ad extra as the basic cell, part of a whole, a mere de-personalized, common, heritage.
b) Others insist in making the family an arbitrary matter, subject to each person's subjective views, which is enormously problematic both for themselves, for others, and above all, for their children, as individual freedom sooner or later finds itself conflicted with that of others. This is a family that is open to nothing and constantly exposed to the temerity of the other behind a false hope of individual freedom. Behind this view we find a comprehension of the family ad intra that belongs to the subjective domain, exclusively, and thus, regardless of others.
c) There is also the possibility of he who abandons himself in a passive way to historical developments, uncapable of critical judgment about himself or his family, and rather promoting a notion of tolerance that hides sloth and incapacity to solve problems. Under the same principle, there are those who believe that the problem of the family in our historic state will sort itself out eventually regardless of individual freedom. Behind this view there is an *absence* of any sort of comprehension about the family that renders it incapable of growth, lacking any reference whatsoever.

In this situation, and taking into account that the family is the *principium et fundamentum societati* and that it cannot ignore contemporary culture, our future prospects looks desolate and different groups will become desperate sooner or later as a manifestation of the crisis of man.

3. Opening the future: stopping to think about the family

While the West is currently in crisis, we can't fail to realize that thought has been one of its greatest sources of growth and vitality. This makes thought an advisable method to solve problems. However, we cannot hold that the same conditions in which thought has been held until now are still valid, so that we could expect someone to retrace our steps and arrive at the same destination. An anthropologically faceted problem requires a parallel solution. That is to say: 1) the analytical method is clearly insufficient for this enterprise, for it leads us irreversibly to negative secondary effects, as the humane is a systemic matter. 2) While it is convenient to first take on a systemic approximation to the problem of man, the problem of his free existence globally over surpasses what is common to all men. 3) Therefore, when we think of the family in our times, it is convenient that we access human intimacy from the perspective of a transcendental anthropology, in a way that is similar to the metaphysical approach. Let us start with the systemic approach to the question of the family.

Unlike any other animal, the fact that man is born weak or premature indicates the growing character of his modality of life and the need for a prolonged nesting activity for many years. This native situation of man justifies the family institution in order to promote psychological and corporeal growth. It is due to this that his first teachings take on a *technical* natural, i.e. the muscular coordination that lies in learning how to walk, the use of the hands (instrument of instruments and the most open limb), which is a longer and more fruitful knowledge, and, lastly, manual education as continued inside the group, relating it to language, which has primarily a practical sense (what is useful and what is not: giving instructions), and secondly an ethical function (what is good and bad). In sum, the coordination of human musculature consists in learning to walk, to move our hands, and talk, which makes it manifest that man, is a technical animal (*homo faber*).

He is also distinguished form animals in that man does not behave exclusively in favor of the species, as he is a familiar being and, insofar as familiar, also a social being that creates institutions. This human reality is above the species and makes way for new realities established beyond the original ones.

From the consideration of the anatomic structure of man we may note he is a familiar being. Family is possible through the hand. Man is biologically born prematurely and takes a lot of time in becoming viable, a period which today oscillates between 15 and 25 years. This time of both somatic (which we may call hominization) and psychic development (humanization) is impossible without the human hand, for it allows the division of activities that bring about the constitution of the family and, alongside it, of history: traditions, social typologies and supra-familiar social structures like corporations, the university or the state. The problem of being born prematurely for man is solved in a natural way by means of his familiar condition. Man is born inside a family and at least in his first years cannot abide without it. Thus, the family comes emerges from man and man emerges from the family. The family is, therefore, a requisite for the corporal and psychic development necessary for emancipation.

If technique is the first teaching, the principal function of the family is effective integration, without which there could be no integral development of the superior faculties, the intellect and the will, let alone personal intimacy. Man's affective integration can be described as the perception of harmony among his faculties, i.e. their accord. This principal educative function of the family is primarily achieved in the love of the parents and the stability of their relationship. Without basic affective integration, human wishes turn into a divergent halo, which reduces the vigor of its direction towards the end, thus giving place to the retention of the wishing intention of means. This risk is highlighted insofar as the historic time augments available means. The current situation of our culture makes this feature plain: a hypertrophy of means, an atrophy of the unity of the end. The atrophy of affections is therefore a considerable obstacle to solving the modern trilemma in which the superior faculties find themselves exhausted, and man takes refuge in a rapidly depleted affectivity, opening the way to multiple psychic pathologies.

Man being a familiar being does not mean that the family adds something to him, but that his whole physiology is familiar, i.e. that the hand, his brain constitution, his bipedism, his spine, face, vocal chords, etc., have a systemic character, and they all make and are made possible by the family. On the contrary, the partial consideration of human corporality and the comprehension of man as a mere individual risk its viability. In this native or natural sense, saying man is a familiar being means that the human system is *open*, capable of including new realities without losing his

organization: indeed, he *grows*. This openness indicates that his constitution is not given in a definitive, closed-up way but that there are realities in man that transcend him and as such are yet to come. His being open indicates he is not a solitary being; he is prepared through the family to constitute a *new* family: the family he is born into is an *opportunity* to raise a new family without the previous one ceasing to be. Openness here also means that the novelty is growing and is not reduced to reproduction i.e. that without losing its own way of being makes way for new familiar relationships. Thus, the consideration of the familiar being of man tags as problematic the reproduction of the family within itself or a way of reproduction that is closed up on itself. From here we can clearly see that the approach to the familiar reality in man is a systemic theme and employing an analytic method to study it is utterly inefficient both in an individual and a collective sense.

On its part, the familiar openness to other families is also systemic, along with the aspiration to be appreciated, with honor, and therefore also with *ethics*. As the familiar connector is love, appreciation and value within the family are naturally assured. However, in the supra-familiar society there is no guarantee of success. The social function grows strong from good faith and acquires a status in civil society: this is an indicator of social health. The person that knows she is valued aims to keep this status. From here on, from the family we make our way to ethics.

Ethics surges from the family as an opportunity, insofar as it is the principal social connector. While the family is a consistent system, civil society is not. In the same vein, if the human being is naturally a connected being, systemic or familiar, the connection of civil society is not guaranteed, as it requires ethics in human actions. We must insist that even if the family is grounding, it is incapable of providing a sufficient consistency to civil society. In fact, the contemporary crisis of the family has to do with money, the law or power as the principal social connector and the marginalization of ethics from human reality, generating social entropy. The social anomia we generally live in today is due to families made up of individuals connected merely by money, the law, or power. This critical possibility indicates ethics is an alternative or, in other words, that it is not guaranteed a priori and collateral damage or perverse effects may appear when human action is insufficiently systemic.

Where does the systemic character of the family reside? The family has two central axioms: 1) unification and 2) growth. Indeed, unification and growth are a constitutive

duality of the family. This duality demands human freedom, for neither unification nor growth are given in a definitive way, but rather are proper to the domain of human hope, which has no place at all separately from freedom.

The unification excludes equalitarism in the family. First, because equality is not real but mental, and when it is pursued we abandon realism and fall in some way of idealism. In the second place, because there cannot be unification among equals. Estrangement from one another should also not take place in the family, as if its members were radically distinct and incommunicable. Parts cannot be unified, at most they can be stuck together. Unifying is not juxtaposing or adding. Human reality is not simple but complex and thus man is not susceptible of analysis. Frequently, human complexity resolves in dualities because the human is organized according to dualities. For man, two is more than a number. Unification implies *duality* and duality cannot be known separating, but rather distinguishing. Dual distinctions are those in which each member is also another distinction and moreover, there is no dual distinction of one member without the dual distinction of another (and all of them are hierarchically ordered). We could say that man is a constellation of dualities.

On its part, within the family, the differences among its members are not definitive but from the duality they acquire a powerful positive sense and become advantageous for everyone. In a family, everyone is rich and poor, there is a duality of interdependence and collaboration and the lack of adjustment of this duality destroys the family. The exaggerated interdependence among the parents, for example, is obviously noxious for the family, but the frequent self-sufficiency of the youth and even the child is deadly for the continuity of the family, and therefore endangers all civil society. On its part, the state intervention in the family alters this duality and puts it in crisis while empoverishing it. In this way, the transformations within the family demand a greater organicity in civil society and at the same time require we do not give up on its dualities. Such an organicity can be achieved if we hold ethics as the principal social connective, above money or power.

4. Man as a radically familiar being

From this point we can see that even if man is a radically familiar being, this feature is in no way definitive: he already is, but not yet. Family is not reduced to what it is, to its essence, but being an organization of free persons, it has its own vocation. The sense and vocation of the family is not limited to the native domain of man, but rather is transcendend, so we can affirm that the family is open to a superior activity than that of Greek teleology: family is hiperteleologic.

What does hiperteleology mean? That it cannot be reduced to the ends of the species, but exists beside it, capable of endowing. And what is endowing? Endowing is giving without losing, an activity that is superior to the equilibrium of loss and gain, it is gaining without acquiring or acquiring through fiving. The fact that man is a familiar being is not limited to saying that the essence of man is familiar but rather that man's being itself, his personhood, is radically familiar. Being familiar is not just an issue exclusive to the human essence: it actually belongs to the personal human *esse* or being. The family's capacity to endow indicates that the familiar character of man is not pre-supposed in his nature as a merely given or closed reality but actually is a powerful, operational (unceasing) grant, radically within his being: the human person is not only capable of endowing, but indeed of endowing oneself.

This endowing capacity of the human person can be understood as we discover man as an intimate or spiritual being. Human teleology is proper to a psycho-somatic duality (body and soul) and this duality explains the human species. However, the reality of mankind is not reduced to this duality: man is moreover a spiritual being (*pneuma*). Here, spirit is not equivalent to the human soul or essence but rather to the human person. Beyond the comprehension of the family ad extra or ad intra, we may find an intimate comprehension, intra-personal, bosom of the love that articulates the ad extra and ad intra familiar dimensions in the order of the own's intimacy growth. The social cell does not organize, but rather is endowed with sense from within the intimate world. This means we are not familiar insofar as we are citizens, but insofar as we are human persons, intimate beings. Intimacy is the openness of the spirit that does not reduce itself to being itself but is always something more than itself, transcendent of itself. Being an intimate being does not mean being alone, but co-being with transcendence, with a being that transcens the

domain of my existence. That is why intimacy cannot be reduced to an openness of being towards the outside, but is a radical opening towards the interior. Man is a transcendent being open inside, i.e. accompanied in being.

This accompaniment in being indicated that the being of man is not the origin of itself but rather transcends him, or, in other words, the transcendent being with whom he exists is Original. Co-existence has a filial character: man is radichally a *son*, an originated being. Moreover, the capacity to donate oneself, to go out of oneself giving oneself, amplifies the radical condition of being a son into being a radically familiar being.

The endowing activity is generative, for it opens the way towards a novel existence within the space of personal intimacy. Man is natively co-existent and therefore a son; but freedom is not only native but also has a destiny dimension. If we are radically children, we are open to be more than children: familiar beings, for transcendence cannot be solitary nor even dual, but familiar, having a triadic form. That is to say, if we accept we are not our own origin but that we co-exist with transcendence, i.e. that we are persons, transcendental being cannot be less than the person. It is actually the origin of intimacy, intimacy itself. Co-existence means a relation in the order of the Origin, so that the origin does not co-exist but exists within itself in a Triadic fashion: in a familiar way. On its part, man is a dual being called into being triadic, not just co-existing with an impersonal Origin, but with the Originary Persons.

This is why we can say that the family is not reduced to unity and procreation, but rather is called to be an endowing community, a community of love. Love within the family is not guaranteed: it is vocational and thus not reduced to filiation, paternity and natural spousal or blood ties. It depends on transcendental freedom as it expands towards a filiation, paternity and spousal link of the spirit, becoming the transcendental love (ordo amoris) that is not reduced to being a nature but rather is an endowment.

In this sense, we may hold that the family has an entrepreneurial character, where the offer is authentic if we accept the risk of not being accepted. The parents are entrepreneurs among themselves and regarding their children. The risk within a family, and the entrepreneur character along with it, is marriage and paternity, for these relations are not guaranteed but rather risk-assuming, that is to say, they are

relations of endowments, and their core is the capability of offering, which is strictly free. Intending to have a legal or cultural order to guarantee them seeks to reinforce a weakened liberty, but in no case does it supplement it, for freedom transcends culture. As the family is an endowing initiative, we should see the reinforcement of freedom as a long-term project. Conversely, short-term planning manifests the will to avoid taking risks. The family is thus a highly hopeful enterprise and the reinforcement of familiar organization can be no less.

5. Hope and alternatives

To catalyze the hopeful character of families and in order to establish a new order, the following proposals may be useful.

Hopeful activity connects with the open character of the family, that is to say, it is a *structurizing structure*, and therefore a spring to restructure or an agent of change. Its organic character allows it to restructure, as long as it opens to new possibilities without ceasing to be what it is, but rather integrating them into its organization. That is why we can say that a family that is not open is on a path to stop being a family, and this openness cannot be reduced to the novelty of offspring but also to the new realities of the civic society. The key to the family's future is in its openness. The challenge lies in opening itself to these new realities without ceasing to be a family, discovering its vocation in our historic situation while at the same time purifying itself from all that is not part of its organization. Transforming the greatest number of ends into means (hiperteleology), reducing the neurosis of interpersonal power and avoiding ruin are the three keys for the family to be able to restructure civil society, and this cannot ever be achieved in the short term. If the parents are the principal entrepreneurs in the family, it is them who should primarily consider these three keys, which means becoming agents of hope capable of exercising common leadership. In this way, the first suggestion to face the modern trilemma through the family is for the family *to have long-term goals so that it grows and can become an agent of change, turning the greatest possible number of ends into means*, which opens the future of new generations.

The second part of the proposal entails that *the government of the family is a collaborative effort*. Woman and man, mother and father, parents and children, sister and brother, provider and care of the children, rule and obedience, unification and growing, etc., these are all correlative, they are dualities that should not be disjointed. We can thus say that the direction and rule in a family are cybernetic insofar as they are a sustained and long-term effort, demanding a continual correction of the global course of the family and of each member. The growing activity demands continuous adjustments and feed-backs that the pre-established or utopian projection of the family future does not occur. Familiar collaboration implies leadership is a team effort, and neither rule nor obedience are monopolized by one

family member; rather, rule and obedience take each other into account, and are flexible regarding each family member. Thus, familiar governance is collegiate and functions are delegated collaboratively. This actually demands the growth of those who collaborate, firstly among the spouses, who are the first familiar entrepreneurs, and then the children, so that they are able to undertake their own projects. While we should not ignore the suggestions of biology and sociology that the husband has natural physiological disposition as provider and the female for the care of children, we should not exaggerate the distribution of labors within the household. The organization of civil society in our historic situation offers unsuspected opportunities to achieve the goals of the family beyond natural dispositions. On the other hand, the challenge is always on distinguishing this functions more than separating or dividing them, so that both husband and wife may collaborate in the provisioning and childcare. More flexibility fosters greater unity. Therefore, we should let go of social stereotypes that burden the unification and growth of the family and exaggerate the distinctions within its members. In this sense, a family is dysfunctional when its roles are uncommunicated. Unilaterality, rigidity, and the invariability of functions signals the death of the family.

A family's fruitfulness consists in creating and communicating information within the family and also without, towards civil society. On the one hand, openness within the family allows for the creation of information; on the other hand, the relation between reasons, motives, and ends, both familiar and personal, are acquired through communication. In our time, the obsession for money and the neuroses of power are the greatest noise hindering family and social communication. Conversely, knowing how to talk and make an adequate use of language facilitates communication and makes language possible. The tendency to solitary or unilateral actions is reduced through communication, which fosters development and maturity. While veracity carries with itself an increase in information, communication, and training, lies within the family are a source of fragmentation for its members.

Część II. Integracja usług na rzecz rodzin – zagadnienia teorii i praktyki

Wstęp: Przemiany współczesnej rodziny

Rodzina jest rzeczywistością, która leży u podstaw naszej cywilizacji, jest podstawową strukturą, jednostką każdego społeczeństwa[1]. Posiadając tak długą historię stanowi jednocześnie byt podlegający nieustannej ewolucji. Przemiany współczesnej rodziny zostaną uwarunkowane dwoma kategoriami czynników: zewnętrznymi oraz wewnętrznymi[2]. Czynniki wewnętrzne wiążą się ze zmianą sposobu definiowania jednostek, procesów, struktur, które jako całość określa się terminem rodzina. Jak wskazuje Z. Tyszka[3], w drugiej połowie XX w. jesteśmy świadkami wyraźnej autonomizacji jednostki w stosunku do: narodu, społeczności lokalnej, mikrogrup i innych jednostek oraz w stosunku do własnej rodziny. Analizując system rodzinny, można zauważyć procesy, które powodują osłabienie więzi wewnątrzrodzinnej, odpowiedzialności poszczególnych członków rodziny za siebie nawzajem, ale także za utrzymanie struktury rodziny, jej ochronę. Centralną kategorią w rodzinie jest nie ona sama, ale jednostka ze swoimi potrzebami, pragnieniami, oczekiwaniami. Naczelną zasadą staje się więc indywidualizm i osiąganie wystarczającej satysfakcji związanej z subiektywną oceną jakości relacji z małżonkiem/partnerem, dziećmi, rodziną[4]. Jak zauważa P. Gąsiorek[5] „tworzy się definicje rodziny poprzez abstrakcyjne i indywidualistyczne definicje jednostek: dziecka, matki, ojca, gubiąc podstawowe znaczenie, jakimi są wzajemne relacje między nimi, bez których nie można mówić o rodzinie".

Zmiany wewnętrznej struktury będą w istotny sposób wpływały na naturalną sieć pomocową, która otaczała poszczególnych członków rodziny. Indywidualizm

[1] P. Gąsiorek, *Podejście skoncentrowane na rodzinie w pedagogice społecznej – alternatywa wobec metodologicznego indywidualizmu* [w:] *Rodzina, tożsamość, pamięć*, M. Kujawska, I. Skórzyńska, G. Teusz (red.), Poznań 2009.

[2] A. Janke, *Pedagogika wobec zmiany społecznej w socjalizacji i wychowaniu rodzinnym*, „Rocznik" 2009, nr 4, s. 11.

[3] Z. Tyszka, *Życie rodzinne: uwarunkowania makro i mikrostrukturalne*, Poznań 2003, s. 144.

[4] Por. Z. Tyszka, *Życie rodzinne, op. cit.*

[5] P. Gąsiorek, *Podejście skoncentrowane na rodzinie w pedagogice społecznej – alternatywa wobec metodologicznego indywidualizmu*, *op. cit.*

jednostek w konsekwencji prowadzi do dewaluacji znaczenia wewnętrznego systemu samopomocy na rzecz wzmocnienia znaczenia systemu zewnętrznego, w którym istotną rolę odgrywają instytucje z niezależnymi od rodziny profesjonalistami. Podejście indywidualistyczne z jednej strony skutkuje zapewnieniem jednostce autonomii, niezależności od systemu rodzinnego, z drugiej – wymusza konieczność wzięcia całkowitej odpowiedzialności za swoje życie. Nie wszystkie jednostki są w stanie unieść tak dużą odpowiedzialność bez podzielenia się tym „brzemieniem" z bliskimi. W szczególny sposób trudności tej mogą doświadczać osoby, które nie osiągnęły pełnej dojrzałości życiowej. Skrajny indywidualizm, brak gotowości na budowanie relacji z członkami własnej rodziny może prowadzić do sytuacji, w której osoba doświadcza osamotnienia[6]. Pojawia się nowe zjawisko, w którym rodzice i dzieci, małżonkowie, żyjąc w określonej przestrzeni, komunikują się w obszarze codziennych spraw, jednak nie spotykają się prawdziwie ze sobą i doświadczają „samotności w rodzinie".

Opisane wyżej zjawisko autonomizacji jednostki powoduje zmianę definiowania miejsca dziecka w rodzinie. W skrajnym indywidualizmie dziecko pozostaje zostawione samo sobie. Z jednej strony doświadcza konieczności podjęcia odpowiedzialności za wszystkie decyzje (skrajne podejście do autonomiczności), z drugiej – musi mierzyć się z pozostawieniem przez rodziców/opiekunów realizujących swoje zewnętrzne cele.

Rodzina funkcjonuje w określonej przestrzeni społeczno-kulturowej i współczesne przemiany będą także wynikiem zmian, jakie następują w środowisku. Posługując się terminologią zaczerpniętą z teorii ekologicznej U. Bronfebrennera[7], rodzina będzie pozostawać w obszarze oddziaływania podmiotów sytuujących się na poziomie mikrosystemu, mezosystemu oraz makrosystemu. Zdaniem T. Różańskiego[8] przeobrażenia rodzin w ostatnich dwóch stuleciach są wynikiem przekształcenia relacji między państwem a rodziną, agendami państwowymi, samorządowymi i rodziną, a także przemianami na rynku pracy, występowaniem nierówności ekonomicznych i społecznych oraz obniżeniem poczucia bezpieczeństwa socjalnego.

[6] M. Sztaba, *Pedagogika integracyjna wobec wieloaspektowego problemu samotności człowieka*, „Rozprawy Społeczne" 2013, t. 7, nr 1, s. 55.

[7] U. Bronfenbrenner, *The Ecology of Human Development. Experiments by nature and design.*, Harvard Univeristy Press 1979.

[8] T. Różański, *Z problematyki przemian i zagrożeń współczesnej rodziny*, „Teologia i Człowiek" 2015, t. 32, nr 4.

A. Janke[9] zwraca uwagę, że „w układzie społecznym obowiązuje zasada naczyń połączonych, co oznacza potrzebę liczenia się z relacją jednostka – rodzina – społeczeństwo" i dodaje, że dzięki takiemu układowi możliwe jest skuteczne wspomaganie rodzin w przezwyciężaniu zaburzeń występujących w dziedzinie socjalizacji i wychowania. S. Kawula[10] pisząc o „rodzinach ryzyka" odnosi się do pojęcia „społeczeństwa ryzyka" i wskazuje, że rodziny są w sposób trwały osadzone w przestrzeni społecznej i są przez nią warunkowane.

Transformacje rodziny niejednokrotnie powodują trudność jej definiowania, ale także niespotykaną dotąd skalę problemów i kryzysów w jej funkcjonowaniu. S. Kawula postuluje, że zachodzi potrzeba stałego doskonalenia zasad i metod socjalnej pomocy względem polskiej rodziny[11]. Istotnym jest więc podjęcie refleksji nad sformułowaniem nowych paradygmatów, które wyznaczą sposób konstruowania teorii i praktyki wspierania i pomocy rodzinie, pracy socjalnej z rodziną.

[9] A. Janke, *Pedagogika wobec zmiany społecznej w socjalizacji i wychowaniu rodzinnym*, *op. cit.*, s. 19.

[10] S. Kawula, *Rodziny ryzyka*. [w:] Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej i pracy socjalnej, red. D. Lalak, T. Pilch, Warszawa 1999

[11] S. Kawula, J. Brągiel, A.W. Janke, *Pedagogika rodziny: obszary i panorama problematyki*, Toruń 2004, s. 287–288.

1. Wsparcie rodziny w sytuacji kryzysowej

1.1. Rodzaje wsparcia rodziny

Rodzina może być definiowana z różnych perspektyw. Jest ona zarazem grupą społeczną, jak i swoistego rodzaju wspólnotą[12]. J. Szczepański określa ją jako małą grupę pierwotną złożoną z osób, które łączy stosunek małżeński i rodzicielski oraz silna więź międzyosobnicza, przy czym stosunek rodzicielski używany jest w szerokim, społeczno-prawnym rozumieniu tego terminu, umacniany z reguły prawem naturalnym, obyczajami i kontekstem kulturowym[13]. Podobną definicję formułuje J. Rembowski, który określa rodzinę jako „grupę, która składa się z mężczyzny i kobiety złączonych małżeństwem, ich potomstwa (własnego lub adoptowanego) oraz w niektórych przypadkach z innych osób, najczęściej najbliższych krewnych"[14]. Natomiast według M. Ziemskiej rodzina jest małą, naturalną grupą społeczną, w której centralnymi rolami są role matki i ojca, stanowiącą całość względnie trwałą, podlegającą dynamicznym przekształceniom, opartą na zastanych tradycjach społecznych oraz nowotworzonych własnych obyczajach[15]. Cechami charakterystycznymi tych kilku wybranych definicji jest możliwość odniesienia do rodziny jako odrębnej od innych struktury społecznej, wypełniającej określone funkcje. Realizowane są one zarówno w kierunku wsobnym (członkowie realizują je wobec siebie nawzajem), jak i w kierunku zewnętrznym, kiedy realizacja funkcji ma bezpośredni wpływ na inne struktury, np. społeczność lokalną, grupy zawodowe.

Można także powiedzieć, że poszczególni członkowie tworzą swoistą sieć wsparcia dla siebie nawzajem. W zdrowej rodzinie członkowie udzielają sobie nawzajem wsparcia i pomocy w sytuacjach kryzysowych i trudnych. W nomenklaturze psychologicznej można by rodzinę nazwać naturalną grupą samopomocową.

Podejmując próbę systematyzowania wsparcia rodzinnego A. Janke wyróżnił trzy jego typy:

---

[12] Por. F. Adamski, *Socjologia małżeństwa i rodziny: wprowadzenie*, Warszawa 1984.

[13] J. Szczepański, *Elementarne pojęcia socjologii*, Warszawa 1970, s. 70.

[14] J. Rembowski, *Rodzina w świetle psychologii*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne 1986, s. 13.

[15] M. Ziemska, *Rodzina a osobowość*, Wiedza Powszechna 1979.

1) wewnętrzna samopomoc rodzinna (w gronie rodziny nuklearnej),

2) pomoc w kręgu rodzinnym (włączył rodziny pochodzenia i dalszą rodzinę),

3) pomoc międzyrodzinna w otoczeniu sąsiedzkim bądź w środowisku lokalnym[16].

Koncepcja ta nawiązuje do teorii U. Bronfenbrennera, która zostanie zaprezentowana w dalszej części opracowania. Rodzina korzysta z różnorodnych źródeł wsparcia. Można powiedzieć, że elementem konstytuującym wsparcie jest pojęcie relacji. Na nim opiera się możliwość przepływu zdolności, sił, informacji, myśli, które pozwalają na osiągnięcie przez rodzinę w kryzysie statusu pozwalającego jej na dobre funkcjonowanie. Coraz więcej autorów wskazuje, że wsparcie to przede wszystkim opieranie systemu nie tyle na instytucjach, co właśnie na relacjach[17]. Analizując relacje wsparcia, jakich rodzina doświadcza, można wskazać na takie typy jak:

a) rodzina – jednostka,

b) rodzina – grupa (także inna rodzina),

c) rodzina – instytucja,

d) rodzina – sieć[18].

Środowisko lokalne jest podstawowym zasobem wsparcia, z którego rodzina korzysta w celu funkcjonowania i rozwoju w różnych sytuacjach normalnych i trudnych. Odbywa się to poprzez realizowanie następujących działań[19]:

a) środowisko mobilizuje potencjał i energię jednostek lub grup dla rozwiązywania problemów trudnych w danym środowisku, wymagających interwencji wsparcia i pomocy ze strony innych;

[16] S. Kawula, J. Brągiel, A.W. Janke, *Pedagogika rodziny, op. cit.*

[17] Por. F. Folgheraiter, *Relational social work: toward networking and societal practices*, London ; New York 2004.

[18] T. Biernat, J. Przeperski, *Zintegrowane wsparcie rodziny w środowisku lokalnym: centrum dla rodzin*, Toruń 2015.

[19] S. Kawula, *Pedagogika społeczna dzisiaj i jutro*, Wydawnictwo Edukacyjne" Akapit" 2012, s. 159.

b) jeżeli środowisko i jego elementy szczegółowe (jednostki, grupy, instytucje, stowarzyszenia) zgłaszają gotowość współdziałania w rozwiązywaniu zaistniałych problemów:

- środowisko oferuje konkretną pomoc w odpowiedniej formie i postaci (zob. rodzaje wsparcia społecznego);
- środowisko śledzi efekty udzielanej pomocy i wsparcia (ewaluacja działalności).

Efektywne wsparcie społeczne rodziny wymaga ustalenia jego koniecznego zakresu oraz doboru skutecznych, pożądanych sposobów działania[20]. Określenie rodzaju i poziomu wsparcia wiąże się z diagnozowaniem potrzeb rodzin w tym zakresie. Wsparcie społeczne można analizować w kontekście tego, jak jest odbierane. Wówczas rozpatruje się je w kategoriach wsparcia otrzymywanego, wsparcia postrzeganego i integracji społecznej, rozumianej jak suma więzi społecznych, która łączy człowieka z innymi: rodzinami, grupami religijnymi, organizacjami. Wsparcie otrzymywane jest mierzone przez obiektywnie deklarowane wskaźniki odnoszące się do konkretnych sytuacji i udzielonej pomocy. Ten rodzaj wsparcia zmniejsza zagrożenie w sytuacjach stresowych. Wsparcie spostrzegane z kolei odnosi się do subiektywnych przekonań, o tym gdzie, jak i od kogo można uzyskać pomoc. Co ważne, wsparcie spostrzegane wpływa bezpośrednio na zdrowie i dobrostan (niezależnie od czynników sytuacyjnych) oraz ma większą wartość dla ludzi. Również integracja społeczna rozumiana jako poczucie faktycznej łączności z ludźmi i strukturami społecznymi jest traktowana jako rodzaj wsparcia. Integrowanie, czyli łączenie elementów i tworzenie więzi między nimi, ma skutki wzmacniające. Wytwarza połączenia dające poczucie oparcia w ludziach, instytucjach, organizacjach. Ze względu na charakter czynników wspierających wyróżnia się dwie odmiany wsparcia: pierwotne i wtórne. Wsparcie pierwotne dokonuje się za pośrednictwem grup naturalnych i więzi nieformalnych (naturalne sieci wsparcia: rodzina bliska i dalsza, sąsiedztwo, grupy przyjacielskie i koleżeńskie, np. koledzy z pracy). Wtórna sieć wsparcia opiera się na grupach wtórnych i więziach formalnych (instytucje, specjaliści) i zazwyczaj przyjmuje postać wsparcia materialnego lub w postaci specjalistycznych usług społecznych. Tworzą ją ośrodki pomocy

[20] Por. G. Gajewska, *Elementy pedagogiki opiekuńczej oraz metodyki opieki i wychowania*, Zielona Góra 2001.

społecznej, kościoły i grupy wyznaniowe (np. parafie organizujące pomoc charytatywną, ośrodki „Caritas”), organizacje społeczne (stowarzyszenia, fundacje), urzędy miast i gmin, urzędy pracy, szkoły, ośrodki zdrowia, policja.

Rodzina ma różne potrzeby wsparcia w zależności od jej rozwoju, funkcjonowania, rodzaju problemów. Można wyróżnić cztery podstawowe programy wsparcia rodziny uwzględniające jej różne potrzeby[21]. Są to:

1) profilaktyczne programy wspierania rodziny,

2) programy profilaktyczno-kompensacyjne wspierania rodziny,

3) programy interwencyjne w oparciu o rodzinę,

4) terapeutyczne programy intensywnej pomocy w utrzymaniu rodziny.

Wsparcie rodziny w obrębie działań interwencyjnych i terapeutycznych jest realizowane przez całą sieć instytucji, choć dostępność i jakość udzielanego wsparcia nie zawsze bywa właściwa. Wsparcie o charakterze profilaktycznym i kompensacyjnym pozostaje niestety jeszcze słabo rozwinięte. Coraz więcej uwagi zwraca się na konieczność zwiększenia wsparcia rodzin w tych zakresach, ponieważ służą one rozwojowi rodzin oraz zapobiegają powstawaniu problemów, których rozwiązywanie pociąga za sobą duże koszty społeczne i ekonomiczne. Pewne pozytywne sygnały tych zmian już istnieją, o czym świadczą zmiany prawne dotyczące godzenia ról zawodowych i rodzinnych, urlopów dla rodziców zajmujących się małymi dziećmi (dla ojców i matek), zwiększenia dostępności przedszkoli, wprowadzenia karty dużej rodziny. Również propozycje założeń do projektu zmiany ustawy o pomocy społecznej z 2014 roku[22] ukierunkowują się na wsparcie: „Stąd też, priorytetowym celem proponowanych zmian jest poprawa efektywności działań wszystkich instytucji i podmiotów działających w obszarze pomocy społecznej dla uzyskania skutecznego wsparcia, umożliwiającego przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych”. Propozycje zmian zawierają postulaty rozszerzenia działań profilaktycznych, którymi należy objąć rodziny zagrożone ubóstwem i wykluczeniem społecznym. Działania profilaktyczne mają przede wszystkim polegać na edukacji,

[21] E. Kantowicz, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski (Olsztyn), Wydawnictwo, *Pedagogika (w) pracy socjalnej*, Olsztyn 2013, s. 137–138.

[22] Por. Projekt założeń projektu zmiany ustawy o pomocy społecznej oraz niektórych innych ustaw, s. 12. Projekt dostępny na stronie Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej.

poradnictwie, pomocy dla samopomocy i terapii. Usługi profilaktyczne aktywizujące osoby oraz rodziny, obok usług aktywizujących i interwencyjnych, staną się głównymi kierunkami pracy socjalnej. Jednym z nich, według założeń projektu zmiany ustawy, ma być: „animowanie i motywowanie do współdziałania w lokalnym środowisku społecznym, tworzenia własnych i sąsiedzkich grup samopomocy, a także wsparcie w celu obywatelskiego samoorganizowania się" (projekt zmiany ustawy o pomocy społecznej).

1.2. Przyczyny niskiej skuteczności dotychczasowej pracy z rodzinami

Niska skuteczność pracy z rodzinami dotkniętymi problemem bezrobocia, ubóstwa, będącymi jednocześnie rodzinami wielodzietnymi, wynika z kilku przyczyn, które zostaną wskazane poniżej:

a) praca z klientami nastawiona jest na dystrybucję zasiłków, a nie pracę socjalną, co prowadzi do bardzo niskiej aktywności rodzin i wzmacnia postawę roszczeniową wobec systemu;

b) problem, z jakim boryka się rodzina, przynależy bardziej do systemu (pomoc społeczna, służby zatrudnieniowe itp.) niż do samej rodziny; klienci nie uznają, że przede wszystkim sami są odpowiedzialni za zaistnienie problemu (w większości przypadków) i w związku z tym unikają odpowiedzialności za jego rozwiązanie; ma to uczynić pracownik socjalny, doradca zawodowy;

c) w działaniach pomocowych wsparcie jest kierowane do poszczególnych członków rodziny (osobno dzieci, mama, tata, dziadkowie), a nie do całej rodziny jednocześnie; rodzina nie jest postrzegana jako autonomiczna jednostka (jako całość);

d) głównym odbiorcą działań pomocowych w rodzinie są kobiety – matki; brakuje mechanizmów włączających ojców i dzieci w odpowiedzialność za rodzinę;

e) w pracy socjalnej z rodzinami bardzo słabo wykorzystuje się potencjał rodziny dalszej, znajomych bliskich czy zasoby środowiska lokalnego (organizacje społeczne, szkoły, kościoły itp.);

f) brak jest konkretnych, z potwierdzoną skutecznością, metod pracy z rodziną; głównym sposobem pracy pozostaje rozmowa pracownika z klientem;

g) brakuje określenia celów pracy z klientem i ustalenia ram czasowych ich osiągania;

h) rodziny nie są angażowane w procesy decyzyjne w swoich sprawach. Obowiązuje model triadowy: diagnoza (oparta na identyfikacji deficytów i problemów przez pracownika socjalnego), stworzenie planu (w oparciu o wiedzę profesjonalistów), motywowanie klienta do podjęcia planu; takie podejście powoduje napięcie między rodziną, która często unika podjęcia realizacji planu, a pracownikiem socjalnym, który próbuje nakłonić rodzinę do jego realizacji;

i) rodziny potrzebujące pomocy znajdują się na różnych etapach cyklu pomocowego; niektóre nie widzą potrzeby zmiany swojego życia, inne oczekują bardzo konkretnych działań pomocowych; przy braku rozeznania etapu, na którym znajduje się rodzina, pomoc jest niedostosowana do potrzeb (kurs zawodowy oferowany rodzinie, która nie widzi potrzeby zmian);

j) brak wiary w rodzinach i u pracowników, szczególnie u klientów będących wieloletnimi podopiecznymi, w możliwość zmiany, poprawę sytuacji rodziny;

k) schematyczność proponowanych rozwiązań: kurs zawodowy, rozmowa z psychologiem itp.

1.3. Funkcje i zadania systemu wsparcia rodziny

- Między interwencją a profilaktyką

Budowanie systemu pomocy i wsparcia rodziny może opierać się na dwóch paradygmatach. Należy jednak wskazać, że obydwa z nich nie tyle są wykluczające, co uzupełniające się i dopełniające. Tak więc system może wpisywać się zarówno w model interwencyjny, jak i prewencyjny[23]. W literaturze brytyjskiej możemy

[23] J. Batchelor, N. Gould, J. Wright, *Family centres: a focus for the children in need debate*, „Child & Family Social Work" 1999, t. 4, nr 3, s. 197.

odnaleźć określenie *twin track*[24]. Bardzo dobrze ono oddaje istniejący dualizm usług (dwie ścieżki). Jedna – to obszar związany z ochroną dziecka, zapewnieniem bezpieczeństwa (funkcja interwencyjna), druga – koncentruje się na całościowym, systemowym oddziaływaniu na rodzinę, często na wcześniejszym etapie pracy (funkcja prewencyjna/profilaktyczna). Praktycznie w większości krajów mamy do czynienia z systemem dualnym. Na ogół jednak jedno z podejść uzyskuje przewagę nad innym i przyjmuje pozycję dominującą. Przykład systemu, w którym górującą pozycję zajmuje ochrona dziecka, to Wielka Brytania. Natomiast systemami, w których choć ochrona dziecka jest ważna, ale jednak dominujące jest nastawienie na profilaktykę i działania adresowane do całych rodzin, są systemy skandynawskie. W takich przypadkach większość działań jest zorientowana na kierunek prewencyjny mający na celu niedopuszczenie do występowania zachowań ryzykownych i dysfunkcyjnych.

W perspektywie teoretycznej można mówić zatem o dwóch modelach pracy z rodzinami. Pierwszy z nich, którego cechą charakterystyczną jest koncentracja na deficytach i interwencjonizm, w literaturze określany jest jako medyczny. Zgodnie z tym modelem współpraca z rodziną zaczyna się dopiero w sytuacji identyfikacji problemu na takim poziomie, który wymaga pomocy zewnętrznej, często profesjonalnej. Tradycyjna praca socjalna będzie skupiała się na rozwiązywaniu problemów i pomocy w pokonaniu zdiagnozowanych trudności. Drugi model przenosi akcent z problemów, patologii i deficytów rodziny na zasoby, zdolności, mocne strony poszczególnych osób, rodzin i grup społecznych[25]. Model ten oparty jest na współpracy, partycypacji, partnerstwie. Przybiera formę działań uprzedzających, wzmacniających rodzinę na tyle, aby nie doświadczała sytuacji kryzysowych lub aby te sytuacje nie przejmowały kontroli nad jej funkcjonowaniem.

Tak jak zostało to pokazane powyżej, pewien błąd stanowi podejście, w którym pomija się jeden z elementów. Najbardziej skuteczne i przyjazne rodzinom są instytucje, które łączą w sobie zarówno funkcję profilaktyczną, jak i interwencyjną. Do przykładów takich rozwiązań należą, stosunkowo powszechne w krajach skandynawskich, Wielkiej Brytanii czy Niemczech, centra dla rodzin. Łączą one

[24] A. Pithouse, A. Tasiran, *Local authority family centre intervention: a statistical exploration of services as family support or family control*, „Child & Family Social Work" 2000, t. 5, nr 2.

[25] I.-M. Johansson i in., *Empowerment and globalisation in a Nordic social work education context: Empowerment and globalisation*, „International Journal of Social Welfare" 2008, t. 17, nr 3.

obydwie funkcje, wpisując się w koncepcję integratywności i kompleksowego podejścia do pracy z rodziną.

Opierając się na przykładzie rodziny dysfunkcyjnej z Norwegii, można wskazać, w jaki sposób rozpocząć działania wspierające już na poziomie zapobiegania nasilania się problemu. Wejście rodziny w system monitoringu odbywa się poprzez zlecenie centrom dla rodzin obowiązkowych szczepień. Pozwala to w sposób delikatny i niestygmatyzujący na rozpoczęcie pracy z rodziną, która potrzebuje wsparcia. Często rodziny dysfunkcyjne powinny być objęte zarówno usługami powszechnymi (szczepienia), ale także specjalistycznymi. Rodzina, w której rodzi się dziecko wymagające zwiększonej opieki (także zdrowotnej), może doświadczać kryzysu, poczucia braku kompetencji, lęku. Może też czuć się zagubiona w systemie pomocy zdrowotnej i socjalnej, aby w pełnym wymiarze móc skorzystać z jej usług. Zintegrowanie usług profilaktycznych i kompensacyjnych pozwoli jej na uzyskanie pomocy w jednym miejscu. Centrum dla rodziny umożliwia powołanie zespołu specjalistów (lekarze, pielęgniarki, pracownicy opieki/pomocy), który wypracuje wspólnie z rodziną najbardziej efektywny – z perspektywy rodziny, jak i specjalistów – sposób postępowania. Jednocześnie w centrum możliwe jest uzyskanie pomocy psychologicznej przez rodziców, którzy mają trudność z przystosowaniem się do nowej sytuacji. Wsparcie to może być oferowane zarówno przez specjalistów (np. terapeuci), jak i grupy samopomocowe rodziców doświadczających podobnych problemów.

- Funkcja profilaktyczna

Profilaktyka to działalność związana z neutralizowaniem wpływu czynników powodujących potencjalne zagrożenia, zapobieganiem występowania tzw. dewiacyjnych i patologicznych zjawisk społecznych zwanych niekiedy problemami społecznymi[26]. Działania profilaktyczne mogą być realizowane na dwa sposoby: poprzez hamowanie czynników stwarzających potencjalne zagrożenie lub poprzez pobudzanie aktywności w dziedzinach pożądanych[27]. Dobry system wsparcia rodziny powinien charakteryzować się wykonywaniem zadań profilaktycznych z obydwu obszarów. Istotne jest aktywizowanie społeczności lokalnych, rodzin do podejmowania korzystnych działań, które skutecznie przekierowują

[26] D. Lalak, T. Pilch, L. Pytka (red.), *Profilaktyka społeczna (prewencja)*, s. 215.

[27] R. Wroczyński, *Pedagogika społeczna*, Warszawa 1985.

zaangażowanie w dobre projekty. Redukuje to znacząco możliwość rozpoczynania zachowań ryzykownych. Jednocześnie równie ważnym zadaniem będzie wspieranie klientów, rodzin w szczególny sposób narażonych na czynniki ryzyka. Dzięki takiemu systemowi staje się możliwe udzielenie dzieciom i młodzieży wsparcia wcześniej niż to ma miejsce w tradycyjnym systemie pomocowym. Wsparcie jest realizowane w środowisku. Wpisując się w kontekst codziennego życia zapobiega występowaniu zachowań nieakceptowanych społecznie. Naturalną konsekwencję wspierania dzieci i młodzieży w ich środowisku stanowi wspieranie osób dorosłych – rodziców, opiekunów dzieci, ale również samych specjalistów (pedagodzy, pracownicy socjalni, nauczyciele). Nowoczesny system profilaktyki na poziomie społeczności lokalnej pozwala także na gromadzenie informacji o występujących na danym terenie problemach społecznych. Taka wiedza umożliwia dostosowanie działań profilaktycznych do potrzeb rodzin. Jeżeli w danej społeczności obserwuje się trudności w opiece nad małymi dziećmi (noworodkami i niemowlętami), to tworzy się szkoły rodzenia, gdzie realizowana jest profilaktyka przedporodowa. Organizuje się również zajęcia dla matek i ojców, którzy już posiadają małe dzieci. Instytucje poprzez silne powiązanie ze społecznością lokalną potrafią dosyć precyzyjnie odpowiadać na potrzeby rodzin wypełniając swoją funkcję profilaktyczną w dwóch wymiarach: rozwoju korzystnych form pracy z rodziną oraz redukcji oddziaływań negatywnych na rodziny i ich członków.

Działania profilaktyczne mogą być prowadzone zarówno na poziomie społeczności lokalnej, jak i indywidualnego klienta[28]. Dobry lokalny system wspierania łączy w sobie możliwości oddziaływania na pojedyncze osoby w ramach zajęć doradczych, szkoleniowych, warsztatowych, ale także jest inicjatorem i realizatorem programów profilaktycznych obejmujących całą społeczność lub grupy, do których takie działania powinny być kierowane w pierwszej kolejności.

Profilaktyka może być prowadzona na różnych poziomach. W tradycyjnym ujęciu wyróżniano profilaktykę pierwszo-, drugo- i trzeciorzędową[29]. Obecnie została wprowadzona nowa klasyfikacja wyodrębniająca również trzy poziomy: uniwersalna, selektywna i wskazująca[30]. Profilaktyka uniwersalna jest kierowana do całej

[28] D. Lalak, T. Pilch, L. Pytka (red.), *Profilaktyka społeczna (prewencja)*, *op. cit.*, s. 215.

[29] J. Szymańska, *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki*, Warszawa 2012, s. 34–35.

[30] Ibid., s. 36.

populacji, społeczności lokalnej i jej podgrup, np. dzieci, ojców, kobiet w ciąży. Cel profilaktyki to redukcja czynników ryzyka i w konsekwencji ograniczanie zachowań ryzykownych. Na tym poziomie działania będą dotyczyły dostarczania wiedzy, uczenia najważniejszych umiejętności psychologicznych i społecznych niezbędnych do zapobiegania problemom[31]. Profilaktyka uniwersalna obejmuje osoby, u których nie zostały zdiagnozowane problemy. Jest to działanie uprzedzające prowadzone na podstawie oceny potencjalnych możliwości wystąpienia zachowań ryzykownych w danej społeczności[32].

Jednym z ważniejszych zadań na tym poziomie będzie wspieranie codziennego życia rodzin[33] poprzez pomoc, np. w opiece nad dziećmi, dostępie do zajęć sportowych, edukacyjnych czy kulturalnych. Profilaktyka uniwersalna jest przeznaczona dla wszystkich rodzin bez wyłączania tych uzyskujących wyższe dochody lub nieobjętych codzienną pracą służb społecznych. Podjęcie takiej profilaktyki będzie związane z umożliwieniem wzajemnego wspierania przez członków społeczności lokalnej. Wykorzystując dostępną infrastrukturę, ofertę działań, rodziny mogą organizować sobie wspólny czas wolny z innymi rodzinami[34]. C. Warren-Adamson[35] na przykładzie brytyjskiego centrum dla rodzin interesująco ukazuje przykład wpływu profilaktyki uniwersalnej na identyfikację i rozwiązywanie problemów rodzin. Jedna z matek rozpoczęła korzystanie z centrum od przychodzenia z dzieckiem do sali zabaw. Po pewnym czasie, gdy poznała centrum i nabrała zaufania do osób w nim pracujących, zdecydowała się na podzielenie się swoimi problemami osobistymi. Doprowadziło to do podjęcia przez nią terapii, co przyczyniło się do podniesienia jakości funkcjonowania kobiety w innych sferach życia.

Drugi poziom profilaktyki – profilaktyka selektywna – odnosi się do grup zwiększonego ryzyka. Osoby z tych grup są bardziej narażone na występowanie problemów i zaburzeń ze względu na to, że znajdują się w zasięgu oddziaływania

[31] K. Ostaszewski, *Nowe definicje poziomów profilaktyki*, „Remedium" 2005, nr 7.

[32] *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*, Washington, D.C. 1994, s. 22–24.

[33] N. Ministerrådet, *Family centre in the Nordic countries - a meeting point for children and families.*, Copenhagen 2012, s. 17.

[34] Ibid., s. 10,17.

[35] C. Warren-Adamson, *Family Centres and their International Role in Social Action: Social Work as Informal Education.*, London 2017, s. 23.

licznych czynników ryzyka. Czynniki te mogą być zarówno biologiczne, jak i psychiczne oraz społeczne[36]. Taką grupę mogą stanowić: dzieci alkoholików, pochodzące ze środowisk dysfunkcyjnych (dzielnice, osiedla, bloki mieszkalne), rodzice z rodzin dysfunkcyjnych, a także osoby zagrożone dziedziczeniem chorób. Celem profilaktyki na tym poziomie jest ograniczenie lub przynajmniej opóźnianie inicjacji zachowań ryzykownych. Profilaktyka selektywna od uniwersalnej różni się tym, że zostają uwzględnione specyficzne potrzeby i problemy danej podgrupy[37]. Instytucje działające w ramach lokalnego systemu dzięki diagnozie środowiska społecznego są w stanie identyfikować grupy podwyższonego ryzyka i proponować im odpowiednie działania. Warto podkreślić, że choć większość rodzin na przestrzeni lat dobrze funkcjonuje, to na pewnych etapach rozwoju dzieci naturalnym jest występowanie problemów, które mogą przekształcić się w sytuacje trudne dla rodziny. Inny przykład to wdrożenie programu obejmującego działaniem rodziny zajmujące mieszkania socjalne. Część tego rodzaju rodzin może funkcjonować prawidłowo, ale dzieci w tych rodzinach narażone są na zagrożenia płynące ze środowiska, np. picie alkoholu, przyjmowanie narkotyków, wczesna inicjacja seksualna, uczestnictwo w nieformalnych grupach przestępczych. Realizowanie funkcji profilaktycznej wiąże się z podjęciem działań obejmujących wsparciem rodziców, jak i dzieci (organizowanie społeczności lokalnej przez animatora środowiskowego, zajęcia sportowe dla dzieci, klub młodzieżowy).

Trzeci poziom profilaktyki – profilaktyka wskazująca – jest skierowana do jednostek i grup, w których występują objawy dysfunkcji, np. wagary, okresowe upijanie się, kłopoty z policją. Czasami są to objawy incydentalne i nie stanowią podstawy do jednoznacznego stwierdzenia stałego występowania dysfunkcji[38]. Dlatego nie podejmuje się w stosunku do takich osób terapii, a jedynie poddaje oddziaływaniom profilaktycznym. Celem profilaktyki jest ograniczenie czasu trwania dysfunkcji lub sprawienie, aby dane zachowanie nie powtarzało się[39]. Efektywna pomoc na poziomie profilaktyki wskazującej jest możliwa dzięki podwójnej roli systemu pomocy i wsparcia. Rodziny przeżywające kryzys z jednej strony mogą korzystać z zajęć przeznaczonych dla wszystkich rodzin (nie tylko klientów pomocy społecznej),

[36] *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*, s. 22–24.

[37] J. Szymańska, *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki, op. cit.*, s. 37.

[38] *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*, s. 22–24.

[39] J. Szymańska, *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki, op. cit.*, s. 37.

a jednocześnie, dzięki uczestnictwu w nich i bliskości specjalistów, mogą otrzymać pomoc specjalistyczną.

- Funkcja interwencyjna/kompensacyjna

Kompensacja/interwencja, w odróżnieniu od profilaktyki, będzie odnosić się do sytuacji, które wymagają uzupełniania deficytów. W szerokim znaczeniu kompensacja to wyrównywanie czynników ograniczających rozwój lub też wyrównywanie sytuacji powstałych jako rezultat niesprzyjających warunków rozwojowych[40]. Ważne jest, aby cały system wsparcia nie został zredukowany do roli kompensacyjnej.

Funkcja interwencyjna jest realizowana poprzez oddziaływania poradnicze, terapeutyczne, związane z obszarem pomocy społecznej. Działania w ramach tej funkcji są oparte na ogół na metodyce pracy socjalnej z rodzinami. Opiera się ona na tradycyjnej triadzie: diagnoza, stworzenie planu przezwyciężenia trudności oraz jego realizacja. Nowoczesny system pomocy powinien obejmować działaniami kompensacyjnymi dwie kategorie rodzin. Do pierwszej grupy zaliczamy rodziny, które będą korzystać z usług nie tyle *stricte* przeznaczonych dla rodzin dysfunkcyjnych, ile dla szerszej społeczności lokalnej. W czasie uczestnictwa w zajęciach osoby te są zachęcane do skorzystania z profesjonalnej pomocy, jeżeli taka potrzeba się ujawni. Druga grupa to rodziny znajdujące się na co dzień pod opieką specjalistów właśnie ze względu na dysfunkcje, które zostały u nich zdiagnozowane. Dla tych rodzin kontakt z systemem rozpoczyna się od działań kompensacyjnych. Jednocześnie wejście w system, który jest nie tylko przeznaczony dla rodzin dysfunkcyjnych, pozwala na zmniejszenie zjawiska stygmatyzacji klientów[41].

Działania kompensacyjne wpisują się w metodykę pracy socjalnej z rodzinami. Głównym ich celem jest wzmocnienie rodzin, aby mogły przezwyciężyć trudne sytuacje, jakich doświadczają. Ważnym zadaniem jest także tworzenie nowych lub ulepszenie istniejących systemów wsparcia tak, aby zapewniały potrzebną pomoc i trafniej zaspokajały oczekiwania podopiecznych i klientów[42].

[40] R. Wroczyński, *Pedagogika społeczna, op. cit.*

[41] A. Pithouse, A. Tasiran, *Local authority family centre intervention*, *op. cit.*, s. 130.

[42] E. Kantowicz, *Praca socjalna w Europie. Inspiracje teoretyczne i standardy kształcenia*, Olsztyn 2005.

Pierwszy etap pracy z rodzinami stanowi diagnozowanie, które pozwala określić zarówno deficyty, jak i mocne strony rodzin. Należy również zwrócić uwagę na rozpoznanie fizycznych, psychicznych i socjalnych czynników ryzyka, na jakie jest narażona rodzina. W systemie pomocy wykorzystuje się trzy tradycyjne metody pracy socjalnej (metoda indywidualnych przypadków, metoda grupowa oraz metoda organizowania społeczności lokalnej).

Praca z indywidualnym przypadkiem będzie koncentrować się z jednej strony na analizie sytuacji jednostki, rodziny, która znajduje się w sytuacji problemowej, a z drugiej strony na szukaniu drogi wyjścia z poszczególnych dysfunkcji niepozwalających na osiągnięcie zadowalającego klientów poziomu i jakości życia. Istotne, aby w całym procesie jednostka, rodzina była zaangażowana w proces pomocy[43].

Drugą metodą, wykorzystywaną w procesie wspierania rodziny, jest praca z grupą. Prowadzi ona do osiągnięcia celów pracownika i klienta poprzez procesy zachodzące w utworzonej grupie, np. samopomocowej, terapeutycznej[44]. Oddziaływanie w tej metodzie przenosi się z jednostki na grupę i to ona stanowi podmiot oddziaływania. Podkreślić trzeba, że choć działania kierowane są na grupę, to ostatecznym celem jest poprawa jakości życia konkretnej jednostki lub rodziny, a grupa stanowi narzędzie do osiągnięcia tego celu.

Metoda środowiskowa jest podejmowana w dwóch wymiarach. Jeden z nich obejmuje długofalowe działania skierowane do określonej społeczności lokalnej (gmina, osiedle, rejon, instytucja)[45]. Prowadzi do przekształcania przestrzeni społecznej, stosunków społecznych. Ulepsza i wzbogaca życie społeczne w danej przestrzeni geograficznej. W wąskim rozumieniu metoda organizowania środowiska społecznego to sposób pobudzania i organizowania środowiska w sytuacji, gdy na użytek pracy socjalnej jest uruchamiana jakaś akcja. W wąskim sensie metoda ta ma zwykle zastosowanie do jednej grupy klientów (chorzy, niepełnosprawni), jednej kategorii problemów.

Funkcja kompensacyjna dotycz różnych obszarów wsparcia. Jednym z nich jest praca terapeutyczna z rodzinami, które doświadczają rozmaitych kryzysów, np.

[43] E. Kantowicz, *Elementy teorii i praktyki pracy socjalnej*, Olsztyn 2001, s. 91.

[44] Ibid., s. 107.

[45] Ibid., s. 121.

zaburzenia snu u dzieci, zaburzenia odżywiania[46]. Inne – będą odnosiły się do problemu przemocy w trzech wymiarach: fizycznym, seksualnym i emocjonalnym[47]. Jak się okazuje, instytucje, które oferują zintegrowany pakiet usług, mają bardzo dobre wyniki w radzeniu sobie z problemem przemocy dzięki całościowemu podejściu do rodziny i do problemu przemocy, jaki się w niej pojawił[48].

[46] J. Long, *'Who's crying for whom?' Setting up an under five's counselling service in a social services family centre*, „Journal of Social Work Practice" 2000, t. 14, nr 1.

[47] J. Trowell, S. Hodges, J. Leighton-Laing, *Emotional abuse: the work of a family centre*, „Child Abuse Review" 1997, t. 6, nr 5.

[48] Ibid., s. 360.

2. Integracja usług na rzecz rodzin w perspektywie teoretycznej

Integracja usług/działań na rzecz rodzin coraz częściej staje się obiektem badań ze strony ośrodków naukowych. Modele teoretyczne z jednej strony opisują praktykę, z drugiej – stanowią punkt wyjścia do tworzenia nowych podejść praktycznych, optymalizacji systemu pomocowego.

Samo słowo integracja może być definiowane w różny sposób i odnosić się do różnych sfer życia, ale także do obiektów materialnych, idei itp. Najprostszą i ogólną definicję słowa integracja podaje *Słownik języka polskiego*, który określa ją jako proces tworzenia się całości z części[49]. Definicja ta wskazuje na główny cel integracji, którym jest zebranie różnych części – w naszym przypadku różnych usług/działań społecznych – i takie ich scalenie, aby mogły one funkcjonować jako jeden system/model. Integracja w obszarze wparcia i pomocy rodzinom może następować na różnych poziomach i w różnych perspektywach.

Początkowo system wspierania rodzin obejmował nieliczne instytucje, które służyły rodzinom przeżywającym trudne sytuacje. To rodzina, włączając bliskich, rodzinę dalszą, samodzielnie musiała poradzić sobie z trudnościami. Kolejny etap zakładał powstawanie instytucji charytatywnych, używając współczesnego języka, można powiedzieć: protoplastów dzisiejszych organizacji pozarządowych, obywatelskich. Aktywność społeczności lokalnej oraz odpowiedzialność za losy sąsiadów tworzyły nieformalny system wsparcia rodzin i dzieci przeżywających trudności.

Kolejnym krokiem w rozwoju systemu pomocowego było zaangażowanie zasobów samorządowych, państwowych w pomoc dzieciom i rodzinom i stopniowe przerzucanie odpowiedzialności za problemy społeczne na państwo. System pomocy w perspektywie historycznej rozwijał się w kierunku tworzenia coraz większej liczby specjalistów, którzy zajmowali się tematyką rodzin. W wielu krajach system jest tak skomplikowany, że jedna rodzina może znajdować się pod jednoczesną opieką wielu specjalistów (np. pracownika socjalnego, asystenta rodziny, sędziego rodzinnego, kuratora, pracownika zakładu gospodarki mieszkaniowej, pedagoga szkolnego, pracowników świetlicy środowiskowej, pracowników organizacji pozarządowej np. Caritas, pedagoga placówki opiekuńczo-wychowawczej, lekarza, pielęgniarki). Analizując sposób rozwoju systemu pomocy i wsparcia rodziny, można zauważyć

[49] *Słownik języka polskiego*, red. M. Szymczak, t. 1, Warszawa 1978, s. 796-797.

różnicę występującą pomiędzy Polską a państwami Europy Zachodniej czy USA. W naszym kraju jesteśmy na etapie tworzenia nowych specjalności, rozwoju coraz bardziej sprofilowanych specjalistów, którzy zajmują się jedynie ściśle określonymi działaniami. Wiele z tych specjalności pojawia się jako odpowiedź na nowe typy problemów lub też nowe metody w rozwiązywaniu znanych już problemów społecznych. Trudnością w takim podejściu jest brak włączania tych nowych specjalności w istniejący system pomocowy. W konsekwencji prowadzi to do braku wyraźnego określenia zakresu pracy poszczególnych służb, a także rozmycia się odpowiedzialności za daną rodzinę, co wywołuje niezdolność do podjęcia decyzji. W naszym systemie pomocy kluczową osobą jest środowiskowy pracownik socjalny. Obok niego jednak tą samą rodziną mogą zajmować się: asystent rodziny, pedagog szkolny, *coach*, broker edukacyjny, doradca zawodowy, psycholog z ośrodka interwencji kryzysowej, terapeuta, gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przedstawiciele systemu wymiaru sprawiedliwości – sędzia rodzinny, kurator, pracownicy (dawne RODK). Do kręgu pomocowego należy także włączyć osoby z nieformalnej sieci pomocowej, np. panie z koła gospodyń wiejskich, dalszą rodzinę, sąsiadów, członków ochotniczej straży pożarnej, parafian. W Polsce jest tendencja do mnożenia liczby instytucji i specjalistów, którzy pracują z rodziną. Następuje defragmentacja poszczególnych zawodów i instytucji, np. z profesji pracownika socjalnego wyodrębnił się asystent rodziny. Usprawiedliwiając takie działania można powiedzieć, że z podobnymi tendencjami rodziny miały do czynienia w Europie Zachodniej, ale również obecnie wiele krajów zmaga się z problemem licznych specjalistów i dość niskiej skuteczności oddziaływania systemu[50]. Rozczłonkowanie pomocy powoduje także oddalenie instytucji, jej przedstawicieli od rodziny. Choć pojawia się poczucie, głównie ze strony systemu, że oferta staje się bogatsza i więcej potrzeb rodzin może być zaspokojonych, to badania pokazują, że duża defragmentacja stanowi barierę w pełnym wykorzystaniu zasobów. Dostępność usług/działań może być rozpatrywana w dwóch wymiarach – psychicznym i fizycznym (geograficznym). Wymiar psychiczny to stopień emocjonalnej trudności, jaką muszą pokonać klienci, którzy chcą skorzystać z usług specjalisty. Dla wielu klientów konieczność rejestracji, ustalenia terminu, stanowi dużą przeszkodę do pokonania. Koordynacja korzystania z usług specjalistów spada na członków rodziny i jak pokazuje praktyka, często jest to zadanie, które ich

[50] D.L. Kodner, C. Spreeuwenberg, *Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper*, „International Journal of Integrated Care" 2002, t. 2, nr 4.

przerasta. Dodatkowo każdy z działów pomocy ma swoje własne procedury, kulturę organizacyjną. Klient sam musi orientować się w zawiłościach i zależnościach pomiędzy poszczególnymi działami w systemie. Drugi czynnik – dostępność fizyczna – jest wyznaczony lokalizacją, odległością, którą muszą pokonać potencjalni klienci, ale także np. otoczeniem, umieszczeniem w kontekście innych instytucji pomocowych lub edukacyjnych. Dla wielu rodzin konieczność korzystania z usług w dużej liczbie miejsc jest ogromną trudnością, także w wymiarze logistyczno-organizacyjnym. W aspekcie tym należy również zwrócić uwagę na sytuację licznych osób zamieszkujących mniejsze miejscowości, wsie. Dla tych rodzin dostęp do danego specjalisty często wiąże się z podróżą rzędu 20-30 kilometrów, koniecznością przeznaczenia na to całego dnia, a także w wielu przypadkach trudnościami w organizacji transportu (do wielu miejscowości nie dojeżdża komunikacja lub jest to np. 1 autobus dziennie). Oczywiście jest to niekorzystne z punktu widzenia zarówno samego klienta/pacjenta, jak i efektywności systemu pomocy. Istnieje również zależność pomiędzy skutecznością oddziaływania a kompleksowym, holistycznym podejściem do rodziny. Istotne jest podjęcie działań obejmujących różne wymiary życia człowieka, podobnie jak leczenie człowieka chorego nie może ograniczać się tylko do pomocy czysto medycznej, ale także powinno być związane z motywowaniem do wyzdrowienia czy zapewnieniem podstawowych warunków życiowych sprzyjających zdrowieniu lub utrzymaniu zdrowia (właściwa dieta, warunki mieszkaniowe, higieniczne, komfort psychiczny itp.). Pojawia się więc pytanie: czy taka liczba specjalistów, wąskie ukierunkowanie specjalizacji jest niewłaściwym działaniem? Samo w sobie nie, ale wymaga podjęcia wysiłku zbudowania takiego systemu, który te zasoby będzie wykorzystywał w sposób optymalny. Taka droga została wybrana przez kraje Europy Zachodniej, USA. Obecnie głównym nurtem podejmowanych działań na rzecz budowania systemu wsparcia rodziny są działania związane z integracją usług.

Integracja w obszarze wparcia i pomocy rodzinom może następować na różnych poziomach i w różnych perspektywach, co zostanie pokazane poniżej. W wielu krajach rozwijane są koncepcje integracji nie tylko na płaszczyźnie teoretycznej, ale także w wymiarze praktycznym. Próby te są podejmowane np. poprzez integrację systemów ochrony zdrowia i pomocy społecznej. D.L. Kodner i C. Spreeuwenberg[51] wskazują, że konieczność integracji wynika z rosnącej specjalizacji poszczególnych

[51] *Ibidem*.

usług, instytucji a także osób, które tych usług dostarczają. Specjalizacja jest widoczna np. w ochronie zdrowia i przejawia się w defragmentacji zawodów lekarskich. Nastąpiło także instytucjonalne oddalenie oddziaływania na dwa wymiary człowieka: psychiczny (wsparcie, pomoc w sytuacjach kryzysowych) oraz fizyczny. Jest to niekorzystne z punktu widzenia zarówno samego klienta/pacjenta, jak i efektywności systemu pomocy zarówno medycznej, jak i socjalnej/społecznej. Badania w sposób jednoznaczny pokazują, że dla skuteczności terapii należy podjąć działania mające na celu motywowanie do wyzdrowienia czy zabezpieczenie podstawowych warunków życiowych (dieta, warunki mieszkaniowe, higieniczne itp.). Takie ujęcie koresponduje z podejściem kompleksowym do leczenia, z ujęciem holistycznym.

Integracja usług w ramach poszczególnych systemów oraz pomiędzy systemami jest podyktowana zarówno względami praktycznymi, jak i wynikającymi z podjętych badań naukowych. Mamy tu do czynienia z podejściem aksjologicznym i pragmatycznym. W tym drugim istotne będą takie pojęcia jak sprawność organizacyjna, efektywność, skuteczność, efektywność kosztowa.

Jednym z istotnych argumentów jest uzyskiwanie wymiernych oszczędności poprzez integrację usług. Należy podkreślić, że oszczędność nie tylko dotyczy środków finansowych przeznaczanych na zabezpieczenie usług, ale także wymiaru czasu, wykorzystania potencjału specjalistów, dostępu do usług.

W przypadku integracji, gdzie różne rodzaje usług umieszcza się w jednym budynku[52], raport OECD wskazuje, że następuje redukcja problemów związanych z przemieszczaniem się do różnych miejsc danej miejscowości, co implikuje zmniejszenie nakładów czasowych na uzyskanie wsparcia oraz zmniejszenie kosztów podróży do specjalistów. Z punktu widzenia specjalistów umieszczenie usług w jednym miejscu skraca czas i zaangażowanie potrzebne do konsultacji danego przypadku przez zespół różnych specjalistów. O. Gröne i M. Garcia-Barbero[53] w swojej definicji zintegrowanej opieki w obszarze ochrony zdrowia wskazują, że integracja jest środkiem do podniesienia jakości świadczonych usług, ich dostępności, zadowolenia użytkowników. Integracja pozwala także na stworzenie

[52] *Integrating Social Services for Vulnerable Groups*, OECD Publishing 2015.

[53] O. Gröne, M. Garcia-Barbero, *Integrated care*, „International Journal of Integrated Care" 2001, t. 1, nr 2.

„łańcucha pomocowego", który zapewnia ciągłość i logiczność oferowanej pomocy (na problem ten w obszarze zdrowia wskazywali D.L. Kodner, C. Spreeuwenberg[54]).

Zintegrowanie usług pozwala także na zmianę podejścia – to klient staje się centrum oddziaływania, a nie instytucja (jako główna kategoria pomocowa).

Należy zauważyć, że brak integracji usług jest niekorzystny zarówno dla klientów, jak i usługodawców, przy czym klient znajduje się z reguły w gorszej sytuacji[55]. Integracja to proces, który pomaga w przejściu od modelu, gdzie instytucja jest centralna, do modelu skoncentrowanego na kliencie.

Klienci pomocowi bardzo często są klientami wieloproblemowymi. Wieloproblemowość ma różne wymiary, to różne sprawy związane z działaniem systemu pomocy, ale także z działaniami innych instytucji, np. ochrony zdrowia, edukacji, finansów. Istotne w skutecznym oddziaływaniu jest zachowanie ciągu logicznego pomocy lub wdrożenie procedur jednoczesnych[56]. Czasem znaczące okaże się jednoczesne wdrożenie kilku procedur np. w przypadku przemocy domowej: działania policji, terapeuty uzależnień, terapii dla sprawców. Zdarzają się sytuacje, kiedy np. proponuje się kurs zawodowy osobie, która wymaga uprzedniej terapii lub rozwiązania problemu z opieką nad osobą zależną (dziecko, chory członek rodziny). Takie postępowanie jest możliwe tylko w przypadku konsultacji przez specjalistów lub w sytuacji koordynowania działań przez jedną osobę w perspektywie integracji działań.

Drugi obszar, związany z argumentami za integracją usług, wywodzi się z przyjętej wizji człowieka i jest natury aksjologicznej. Integracja powoduje, że podejście do klienta jest bardziej holistyczne a zarazem personalistyczne, szczególnie w sytuacji wielowymiarowych potrzeb. Instytucjonalizacja i specjalizacja pomocy spowodowała, że często staje się ona oderwana od człowieka, jego rodziny, środowiska życia. Możemy także zauważyć, że często instytucje są nastawione na zachowanie *status quo,* maksymalizację autonomii i zachowanie dla siebie jak największych zasobów[57]. Działania będą w takim przypadku zasadzać się bardziej na walce o przetrwanie niż

[54] D.L. Kodner, C. Spreeuwenberg, *Integrated care*, *op. cit.*

[55] O. Gröne, M. Garcia-Barbero, *Integrated care*, *op. cit.*

[56] D.L. Kodner, C. Spreeuwenberg, *Integrated care*, *op. cit.*

[57] D. Scott, *Inter-organisational collaboration in family-centred practice: A framework for analysis and action*, „Australian Social Work" 2005, t. 58, nr 2, s. 135–136.

na realizacji podstawowej misji, jaką jest pomoc i wsparcie dla rodzin przeżywających kryzysy. Integracja usług może spowodować powrót realnych działań, dla których instytucje zostały powołane. Zasoby, wykorzystywane dotąd do obrony autonomiczności, mogą być zaangażowane w działania pomocowe. Integracja usług/działań będzie także wynikała z wizji człowieka jako bytu złożonego, ale jednocześnie zintegrowanego, stanowiącego niepowtarzalną całość. Także rodzina jest rzeczywistością, która choć składa się z wielu członków, tworzy pewną zamkniętą, określoną całość. Zintegrowana pomoc jest pomocą całościową, holistyczną, mogącą objąć całościowo człowieka czy rodzinę. Trzeba podkreślić, że współcześni klienci systemów wsparcia socjalnego, zdrowotnego, psychicznego, edukacyjnego są na ogół klientami wieloproblemowymi, co wiąże się z koniecznością korzystania z usług różnych instytucji. W skutecznym oddziaływaniu ważne jest zachowanie ciągu logicznego pomocy lub wdrożenie procedur jednoczesnych[58], a takie działania mogą być zapewnione jedynie w ramach zintegrowanych usług.

W historii, jak wskazuje C. Whittington[59], por. C. Whittington, *Social Work in the Welfare Network: Negotiating Daily Practice*, „The British Journal of Social Work" 1983, nr .były różne przyczyny, które powodowały ożywienie dyskusji oraz poszukiwanie rozwiązań związanych ze współpracą i partnerstwem. Niektóre z nich to:

- przypadki dochodzeń, gdzie brak współpracy służb społecznych, brak komunikacji między nimi były przyczyną oskarżeń systemu o śmierć lub poważne zranienie dzieci lub osób dorosłych;
- pragnienie przezwyciężenia fragmentacji systemu, powodowane przez ciągłe reorganizacje poszczególnych sektorów oraz zmiany dokonywane w wydzielonych obszarach (miejsce, system) i przekształcenie w jeden szerszy system;
- napęd dla efektywnych, wydajnych i ekonomicznych usług zakorzenionych w pragnieniu kolejnych rządów (gabinetów), aby zapewnić opiekę, a także przejąć kontrolę nad wydatkami na nie ponoszonymi;

[58] D.L. Kodner, C. Spreeuwenberg, *Integrated care*, *op. cit.*

[59] C. Whittington, *Social Work in the Welfare Network: Negotiating Daily Practice*, „The British Journal of Social Work" 1983, nr .

- wpływ ruchów praw konsumenckich oraz zwiększenie świadomości (*empowerment*) i praw użytkowników usług;

- wpływ teorii zarządzania, które widzą poszczególne usługi, sektory jako część większego systemu, który powinien być konstruowany (planowany) i zarządzany kooperacyjnie lub jako cały system;

- próby stworzenia modelu praktyki pracy socjalnej, który wykracza poza koncentrację na pracy z indywidualnym klientem i obejmuje myślenie systemowe oraz całościowe planowanie opieki.

- Między partnerstwem a integracją

Pojawia się pytanie, co tak naprawdę oznaczają pojęcia integracji, współpracy, partnerstwa. Mamy różne określenia na tę samą rzeczywistość. O ile w języku potocznym wydaje się, że dokładne ustalenie definicyjne nie jest konieczne i nie wpływa na jakość podejmowanych działań, to na poziomie budowania modelu rozróżnienie definicyjne tych pojęć staje się niezbędne.

Rozwijając koncepcję partnerstwa instytucji w pracy socjalnej C. Whittington definiuje następująco pojęcia partnerstwa i współpracy[60]:

- partnerstwo jest statyczną relacją na organizacyjnym, grupowym, profesjonalnymi i interpersonalnym poziomie nawiązane w celu osiągnięcia, naprawienia lub odnowienia sposobu dostarczania usług;

- współpraca jest aktywnym procesem (działaniem wspólnym) partnerstwa w realizacji działań.

Pojęcia określające współpracę można pogrupować na kilka kategorii. Pierwsza dotyczy określeń na poziomie międzyinstytucjonalnym i wyraża się słowami multiagencyjne (*multi-agency*), międzyinstytucjonalne (*inter-agency*) lub *inter-organizational working*. Czasami dodawane jest słowo zespół (*team*) i wtedy będziemy mówili o zespole międzyinstytucjonalnym lub interdyscyplinarnym. Warto zwrócić uwagę na fakt, że większość określeń ma zastosowanie do relacji określonej pomiędzy instytucjami i nie oddaje włączenia użytkowników danych usług[61]C.

[60] C. Whittington, *Collaboration and Partnership in Context* [w:] *Collaboration in social work practice*, London 2007, s. 16.

[61] C. Whittington, *Collaboration and Partnership in Context*, *op. cit.*

Whittington, *Collaboration and Partnership in Context* [w:] *Collaboration in social work practice*, London 2007, s. 16..

Druga kategoria będzie odnosiła się raczej do profesji i dyscyplin, które są angażowane do współpracy. Dlatego występują tu takie określenia jak *multi-professional* (międzyprofesjonalny), *multi-disciplinary* (wielodyscyplinarny), *interprofessional*, *inter-disciplinary*, *inter-disciplinary team* (można dodać słowo *team*)[62]*Ibidem*.

Istotne jest tutaj rozróżnienie dwóch przedrostków: multi- i inter-. Multi- sugeruje, że poszczególne instytucje, profesjonaliści, członkowie zespołów pracują równolegle nad rozwiązaniem problemu, zachowując jednak swoją odrębność. W przypadku zastosowania przedrostka inter- będziemy mieć do czynienia z większą integracją, współpracą. Prowadzi ona do wytworzenia nowej praktyki[63].

Odnosząc się do dokonanego wyżej rozróżnienia, można powiedzieć, że integracja usług jest czymś odrębnym od pracy w partnerstwie czy współpracy. Są to dwa poziomy. Przy integracji usług celem jest stworzenie instytucji, praktyki, która jest wydzielona ze starej. Powstaje zupełnie nowa, w pewien sposób niezależna od innych praktyka lub instytucja (np. centra dla rodzin ustanawiane w ramach odrębnych projektów i skupiające specjalistów z różnych dziedzin).

Jedną z najważniejszych definicji **integracji usług** jest zaproponowana przez D.L. Kodner, C. Spreeeuwenberg[64] i brzmi ona następująco: integracja usług to spójny zespół (całościowy, kompleksowy) metod i modeli finansowania, administrowania, organizacji zapewniania usług, poziomu klinicznego zaprojektowany by stworzyć połączenie, uporządkowanie i współpracę pomiędzy sektorami leczenia i opieki w strukturze wewnętrznej i między usługami.

Istotnym jest tu założenie, że integracja dokonuje się na poziomie międzyinstytucjonalnym. Zaprezentowane definicje „nie widzą" zupełnie wymiaru usług realizowanych przez organizacje i świadczonych przez partnerów społecznych lub nieformalnych usług, więzi, które przyczyniają się zarówno do obniżenia kosztów, jak i lepszej efektywności oddziaływania terapeutycznego.

---

[62] C. Whittington, *Collaboration and Partnership*...

[63] C. Whittington, *Collaboration and Partnership in Context*, *op. cit.*

[64] D.L. Kodner, C. Spreeuwenberg, *Integrated care*, *op. cit.*

Teorie związane z pojęciem integracji usług próbują klasyfikować ten proces. Z jednej strony istnieje trudność opisu i uporządkowania całej rzeczywistości związanej z integracją, z drugiej – istnieje konieczność wypracowania takiego modelu, który w sposób klarowny i przejrzysty pozwalałby na kształtowanie konkretnych rozwiązań.

Prosty podział zaproponowali D. Richardson i P. Patana[65]. Według nich integracja usług może następować zarówno w układzie horyzontalnym, jak i wertykalnym.

Integracja wertykalna oznacza połączenie różnych poziomów pomocy/opieki w całościowy, często hierarchiczny układ[66]. Okazuje się bowiem, że nawet w ramach jednego sektora występują trudności z zapewnieniem całościowego, kompleksowego i planowego działania. Istotnym będzie w integracji wertykalnej zapewnienie pewnego logicznego ciągu działań pomocowych oraz ciągłości usług świadczonych przez różnych pracowników w ramach jednego systemu. Nierzadko zdarza się sytuacja, kiedy działania wobec rodzin są prowadzone w ramach projektów, np. finansowanych ze środków europejskich. Klient uczestniczy w nich i nawet jeżeli jeszcze nie jest na to gotowy, musi opuścić program z powodu jego zakończenia. Ponieważ działania projektowe prowadzi zewnętrzna firma, więc nie następuje ciągłość oddziaływania (np. przez pracownika socjalnego). Praca wykonywana jest niemal od początku. Podobna sytuacja istnieje, w momencie gdy rodziny zmieniają miejsce zamieszkania. Osoba, która przejmuje opiekę nad rodziną, tylko w szczególnych przypadkach kontynuuje pracę rozpoczętą przez poprzedniego pracownika socjalnego. W integracji wertykalnej istotne staje się utworzenie ścieżki oddziaływania, która będzie wyznaczać rozwój stosowanych metod, i jednocześnie ułożenie tych metod w taki ciąg, by doprowadzić do osiągnięcia sukcesu. W omawiane działania mogą być zaangażowani różni pracownicy instytucji/sektora w czasie zajmowania się przypadkiem rodziny w ramach jednego planu, jednej koncepcji osiągnięcia maksymalnych rezultatów.

Integracja horyzontalna polega na łączeniu oddzielnych usług, profesji i organizacji z różnych sektorów w celu zapewnienia lepszych usług, prowadzących do lepszych

[65] *Integrating Social Services for Vulnerable Groups*.

[66] E. England, H. Lester, *Integrated mental health services in England: a policy paradox*, „International Journal of Integrated Care" 2005, t. 5, nr 4.

rezultatów pracy[67]. Integrację w tej perspektywie można rozważać w kilku wymiarach. Jeden z nich dotyczy poziomu integracji. Możemy wyróżnić tu trzy poziomy. Pierwszym – jest współdziałanie oznaczające podjęcie krótkotrwałego działania bez budowania powiązań między organizacjami. Jest to sytuacja, kiedy poszczególne służby współpracują w sposób doraźny, np. przy zabieraniu dzieci z rodziny biologicznej współdziałać będą: pracownik socjalny, kurator, policjant. Drugi poziom to współpraca, która może być nawet inicjatywą wieloletnią, lecz stosunki stron podlegają ustawicznej zmianie. Przykład stanowią tu często realizowane projekty partnerskie. Współpraca jest podejmowana wyłącznie na potrzeby danego projektu, a poza nim (oprócz nieformalnych relacji) nie pojawiają się formy współpracy. Najwyższą formą będzie partnerstwo, które zakłada wspólne działania instytucji, organizacji na wszystkich etapach pracy (diagnoza, działania, ewaluacja). Podstawą partnerstwa jest przyjęcie zasady równości partnerów. Jest to ostatnia forma, w której instytucje zachowują swoją odrębność. W tym miejscu można także wskazać kolejny etap polegający na rezygnacji danej instytucji/pracowników z własnej tożsamości i utworzenie nowej, złożonej z różnych profesjonalistów, instytucji lub przekazanie uprawnień zarządczych, organizacyjnych do jednej z instytucji. Takim przykładem mogą być centra dla rodzin[68].

Innym podejściem, opisującym poziomy integracji pomiędzy usługami w obszarze medycznym, prezentuje raport OECD[69]. Koncepcja ta odnosi się do usług, które mogą być świadczone w jednym miejscu („pod jednym dachem"). Tu także mamy do czynienia z różnymi poziomami współpracy. Istotnym jest podkreślenie, że nawet umieszczenie usług w jednym budynku nie zapewnia automatycznie wysokiego poziomu współpracy między różnymi specjalistami. Pierwszy poziom został nazwany kolokacją. Kolokacja odnosi się do umieszczenia wszystkich usługodawców w jednym miejscu. Powoduje to redukcję problemów związanych z przemieszczaniem się do różnych miejsc w danej miejscowości, pozwala na oszczędność czasu i kosztów podróży. Usytuowanie w jednym miejscu umożliwia lepszą współpracę pomiędzy grupami profesjonalistów. Kolokacja jest pierwszym z poziomów integracji usług. Praktyka pokazuje jednak, że na tym poziomie nie musi dochodzić do realnej współpracy, a działania dotyczące tego samego klienta mogą

[67] B. Munday, Council of Europe, *Services sociaux integrés en Europe*, Strasbourg 2007.

[68] T. Biernat, J. Przeperski, *Zintegrowane wsparcie rodziny w środowisku lokalnym: centrum dla rodzin, op. cit.*

[69] *Integrating Social Services for Vulnerable Groups*.

opierać się na przypadkowych i nieformalnych spotkaniach wynikających jedynie z przebywania specjalistów w jednym budynku lub kompleksie budynków.

Wyższym poziomem integracji usług umieszczonych w jednej lokalizacji będzie współdziałanie. Integracja nie ogranicza się do wymiaru materialnego (wspólne zajmowanie budynku), ale poszerzona jest o wymianę informacji między specjalistami, wspólne szkolenia. Najważniejszą kategorię wyznaczającą poziom integracji stanowi kategoria komunikacji. Następuje przepływ informacji o kliencie pozwalający na ciągłość oddziaływania, niepowielanie np. czynności diagnostycznych. Ważnym elementem jest także wymiana informacji dotycząca zasobów, jakimi dysponują dane działy, specjaliści. Pozwala to na scalenie oferty pomocowej w trzech wymiarach: potrzebach klienta, zasobach oferowanych przez daną instytucję oraz zapewnienia ciągłości usługi. Najbardziej zaawansowaną formą integracji jest współpraca. Definiuje się ją przez pojęcia profesjonalnej komunikacji i (należy podkreślić znaczenie spójnika „i") wspólną pracę dotyczącą konkretnego przypadku. Wspólna praca może przyjąć formę zespołów zadaniowych złożonych ze specjalistów i zajmujących się, jako zespół, konkretnymi przypadkami klientów i ich problemów.

2.1. Integracja usług na rzecz rodzin w perspektywie teorii ekologicznej

Procesy integracji usług na rzecz rodzin dokonują się w różnych poziomach i perspektywach. Jedną z propozycji umiejscowienia tego zjawiska w kontekście teoretycznym jest propozycja C. Warrena-Adamsona[70], który osadził ją w teorii ekologicznej U. Bronfenbrennera[71]. Skoro w tej teorii rozwojowej siły napędowe i źródło zmiany tkwią w systemie relacji jednostki ze środowiskiem[72], to nie jest możliwe udzielenie właściwej pomocy, prowadzącej do pozytywnej zmiany, bez odniesienia do potencjału tkwiącego w środowisku, w jakim jednostka, rodzina funkcjonuje. Istotne, aby ta relacja była dwukierunkowa i zakładała aktywność zarówno jednostki (rodziny), jak i środowiska, które ją otacza. Teoria U. Bronfenbrennera zakłada, że im szerszy jest system „jednostka – środowisko", tym większe daje możliwości tworzenia nowych jakościowo układów, które mogą

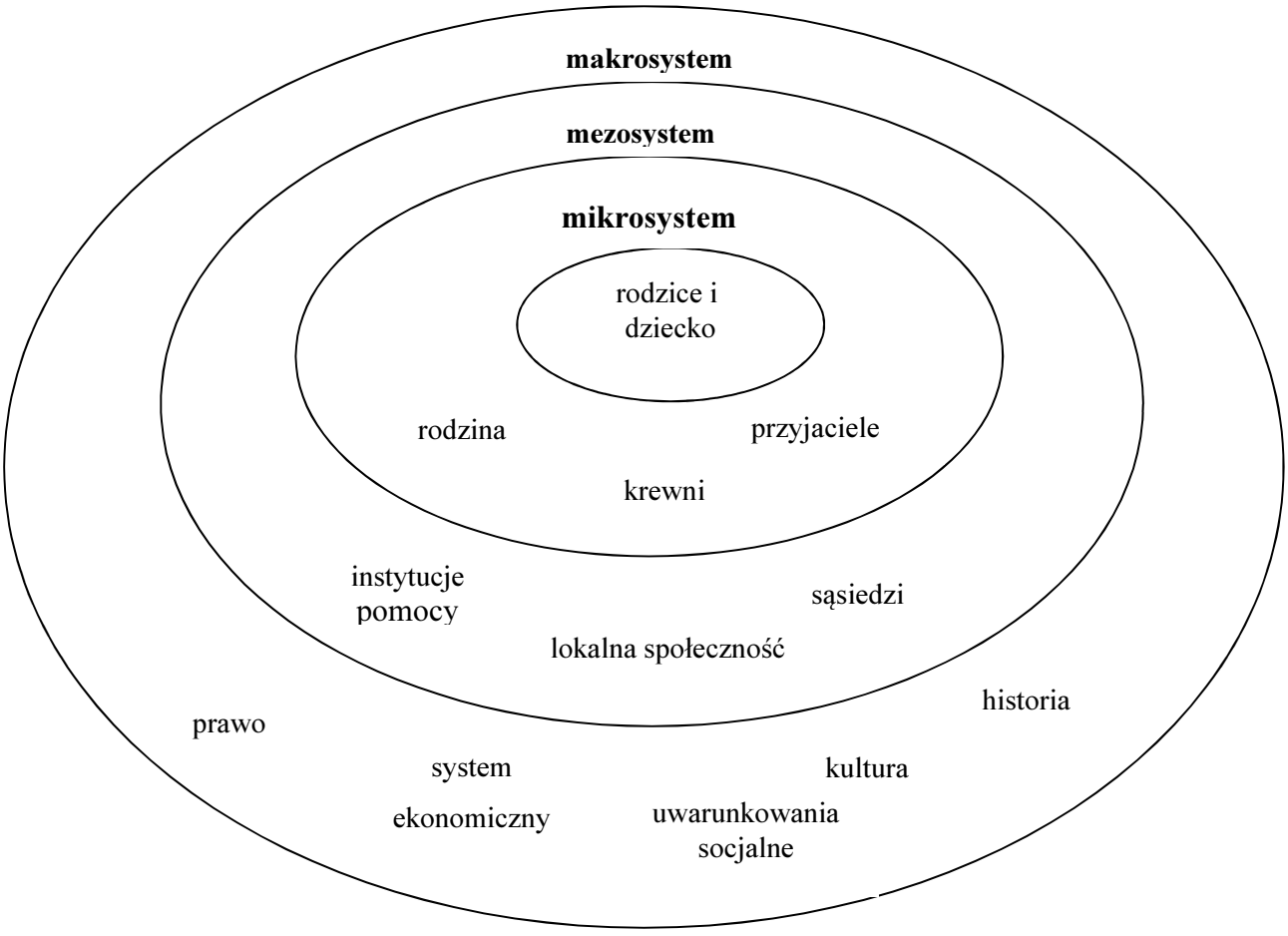
[70] C. Warren-Adamson, *Family Centres and their International Role in Social Action, op. cit.*

[71] U. Bronfenbrenner, J. Banasiak, *Dwa światy wychowania - USA i ZSRR*, Warszawa 1988.

[72] U. Bronfenbrenner, *The Ecology of Human Development. Experiments by nature and design., op. cit.*

prowadzić do zmian rozwojowych. Dla rozwoju dziecka znaczenie ma także konkretny krąg kulturowy, który na nie wpływa[73]. Wzorce kulturowe, obowiązujące w danej społeczności. wyznaczają kierunki rozwoju dziecka. Założenia teorii ekologicznej w kontekście systemu pomocowego można przestawić w formie diagramu, który będzie określał uwarunkowania, w jakich znajduje się rodzina potrzebująca pomocy i wsparcia. Dla rodziny istotne jest stworzenie relacji z osobami, instytucjami widniejącymi na różnych poziomach diagramu oraz podjęcie działań w konkretnej rzeczywistości, w jakiej rodzina się znajduje.

Rysunek 1. System wsparcia i pomocy rodzinie w ujęciu teorii ekologicznej U. Bronfenbrennera



Źródło: *Persons in context: developmental processes*, N. Bolger (red.), seria „Human development in cultural and historical contexts", Cambridge 1988.

Funkcja integracyjna będzie odnosić się zarówno do procesów integracji w poszczególnych systemach (mikrosystem, mezosystem, makrosystem), jak i do relacji pomiędzy nimi. Jedną z podstawowych funkcji dotyczących instytucji wspierających rodzinę jest wzmocnienie relacji wewnątrzrodzinnych: pomiędzy

[73] U. Bronfenbrenner, J. Banasiak, *Dwa światy wychowania - USA i ZSRR, op. cit.*

dziećmi i rodzicami, małżonkami/partnerami, rodzeństwem. Historycznie rzecz biorąc, pomoc dla rodzin w kryzysie i wsparcie rozwoju rodziny kierowane było głównie do dzieci (np. przedszkola, świetlice środowiskowe, ośrodki wsparcia dla dzieci). Do dziś są to ważne formy działania, ale redukują rolę rodziców i ich znaczenie w funkcjonowaniu dzieci. Podobnie dzieje się np. w przypadku matki chorującej na depresję, która podejmuje się leczenia. Często otrzymuje profesjonalną pomoc, ale pomijane są zasoby znajdujące się w rodzinie, a również dające możliwość pomocy. Jednocześnie niezauważone pozostają problemy pozostałych członków rodziny. związane z chorobą matki. Zintegrowany system pomocy opiera się na koncepcji, która wskazuje na istotny związek pomiędzy funkcjonowaniem i jakością życia dzieci a sposobem funkcjonowania rodziców. Dlatego tak istotne jest objęcie wsparciem nie tylko dzieci, ale także rodziców[74]. Rodzinę powinno się postrzegać jako całość, system powiązanych ze sobą elementów, które wzajemnie na siebie oddziałują i mogą stanowić zarówno czynnik pozwalający na przezwyciężenie trudności, jak i w szczególnych przypadkach ich pogłębienie. Taka koncepcja nawiązuje wprost do systemowego rozumienia rodziny. Podejście to wskazuje na konieczność oddziaływania na każdego z członków rodziny, a także na istotny związek pomiędzy rodziną jako systemem i poszczególnymi jej podsystemami: „rodzina istnieje dla indywiduum, jednostka zaś istnieje wewnątrz rodziny”[75]. Należy podkreślić, że funkcja integratywna pozwala na wsparcie całej rodziny. Będziemy tu mieli do czynienia z działaniami zarówno dla poszczególnych członków rodziny, podsystemów (relacje rodzice – dzieci, partnerzy itd.), jak i dla całej rodziny. Dzięki integratywnemu podejściu do pomocy i wsparcia możliwe jest zapewnienie ciągłości i planowej etapowości oddziaływania, ale także połączenie różnych typów usług skierowanych do poszczególnych członków, podsystemów i całej rodziny.

[74] N. Ministerrådet, *Family centre in the Nordic countries - a meeting point for children and families., op. cit.*, s. 15.

[75] B. Barbaro, P. Budzyna-Dawidowski, *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*, Kraków 2005.

Integracja na poziomie mikrosystemu

Pierwszy poziom, na którym jest realizowana funkcja integracyjna, to poziom mikrosystemu. W pierwszej kolejności zintegrowane instytucje mogą przyczynić się do identyfikacji i podniesienia znaczenia, w procesie wspierania rodziny, osób znajdujących się w bezpośrednim jej otoczeniu. Współczesne metody pracy z rodzinami potrzebującymi wsparcia często pomijają właśnie te najbliższe zasoby. W sytuacji kryzysu włączane są przede wszystkim instytucje pomocowe, specjaliści, a pomija się zasoby, które tkwią w najbliższej rodzinie, znajomych. Instytucje powinny z jednej strony przyczynić się do odkrycia tych zasobów, a z drugiej – podjąć się zadania integracji sieci społecznej rodziny znajdującej się w kryzysie. Jest to możliwe dzięki statusowi pracowników sytuujących się jako reprezentanci instytucji. Osoby stojące bliżej rodziny zachowują się bardziej otwarcie niż np. pracownicy socjalni zobowiązani do wielu czynności administracyjnych dotyczących klienta i podejmowania funkcji kontrolnych. Zintegrowanie dalszej rodziny, znajomych prowadzi do uruchomienia nowych zasobów, które mogą stanowić istotne wsparcie dla rodziny podstawowej znajdującej się w trudnej sytuacji. Na poziomie mikrosystemu istotną będzie integracja rodziny podstawowej z osobami połączonymi z nią więzami biologicznymi lub psychicznymi. Badania pokazały, że w dalszej rodzinie i wśród osób bliskich istnieją zasoby, które dobrze wykorzystane przyczyniają się do rozwiązania problemów rodziny podstawowej[76]. Często można spotkać sytuację, że członkowie rodziny, którzy dobrze funkcjonują, zrywają bliższe relacje w sytuacji, kiedy pojawiają się problemy. Z drugiej strony, rodziny z problemami są często z poczuciem wstydu i negatywnego postrzegania swojej sytuacji i nie chcą prosić o pomoc swoich bliskich. Zintegrowany system pomocy może przyczynić się do uruchomienia i wsparcia tych relacji, pomagając w osiągnięciu wyższego poziomu integracji rodziny podstawowej z dalszą rodziną.

Integracja na poziomie mezosystemu

Kolejnym poziomem, na którym można wskazać procesy integracji, jest mezosystem. Na tym poziomie zachodzą procesy integracyjne obejmujące instytucje, organizacje,

[76] J. Przeperski, *Konferencja Grupy Rodzinnej w teorii i praktyce pracy socjalnej z rodziną*, Toruń 2015.

społeczności. Także rodzina podstawowa integruje się z elementami mezosytemu. Integracja między instytucjami, specjalistami, organizacjami czy społecznościami lokalnymi może odbywać się w relacjach określanych za pomocą następujących określeń: współdziałanie, współpraca, partnerstwo. Instytucja powołana do pracy z rodziną przyjmuje rolę prowadzenia danego przypadku i zaprasza do współpracy inne instytucje. Wspólne działania mogą mieć charakter incydentalny (działania podejmowane dla konkretnego przypadku rodziny) lub stały. Może stać się to okazją do pracy różnych specjalistów i wtedy wspólne działania instytucji są zastępowane wspólnymi działaniami specjalistów z jednej instytucji. Współpraca między podmiotami będzie oznaczała zintegrowanie działań na rzecz klientów. Działania o tym charakterze na ogół podejmuje się w ramach projektów, które mają określone: własne cele, finansowanie i ramy czasowe. Najpełniejszą formą zintegrowanych działań jest partnerstwo. Opiera się ono na wspólnych działaniach na wszystkich etapach działalności: diagnoza, działanie, ewaluacja. Zakłada równorzędność partnerów i jest realizowane w dłuższej perspektywie czasowej.

Na poziomie mezosytemu istotne będzie podjęcie przez centra działań integracyjnych na rzecz danej społeczności lokalnej. Warto zwrócić uwagę, że instytucje środowiskowe wspierające rodzinę nie powinny obejmować swym działaniem tylko rodzin problemowych, dysfunkcyjnych, ale powinny angażować wszystkie rodziny i osoby, które pragną włączyć się w działania na ich rzecz. Istotna tu jest także integracja całej społeczności lokalnej. Rodzina staje się głównym celem działań, rozwiązań organizacyjnych w danej społeczności. Pracownicy – profesjonaliści zapoczątkowują działania integracyjne, prowadzą je i oceniają, ale również otwierają przestrzeń (także fizyczną) dla wszelkich inicjatyw mających na celu integrowanie działań różnych podmiotów (formalnych i nieformalnych) na rzecz rodzin w danej społeczności.

Innowacyjnym podejściem do pracy z rodzinami jest wykorzystanie instytucji jako integrującej dalszą rodzinę, bliskie osoby i podmioty działające na poziomie społeczności lokalnej. Stanowi to rozwiązanie z wykorzystaniem tzw. obejścia (*by-pass*) rodziny podstawowej. Wzmacniana jest rodzina dalsza i inni krewni (*empowerment*), aby mogli bardziej zaangażować się w pomoc rodzinie, której dotknął kryzys. Okazuje się też, że wykorzystanie bliskich to jeden z ważnych sposobów na dotarcie do rodziny podstawowej. Bliscy stają się „pasem transmisyjnym" dającym możliwość przekazywania pomocy (także ze strony

instytucji, organizacji). Instytucja może koordynować działania integracyjne na tym poziomie, może także zapewnić wsparcie w wymiarze organizacyjnym czy udostępnić pomieszczenia na spotkania rodziny dalszej i specjalistów.

Podstawowe podejście stanowi integracja rodziny podstawowej i podmiotów funkcjonujących w ramach mezosystemu. Jest to układ znany z praktyki pomocowej, gdzie instytucja, np. ośrodek pomocy społecznej, poradnia, udziela pomocy rodzinie. Instytucja oferuje kompleksowe wsparcie obejmujące zazwyczaj kilka sfer życia rodziny. Może także skorzystać z zasobów tkwiących w społeczności lokalnej (organizacje pozarządowe, kluby sportowe, organizacje młodzieżowe, aktywiści lokalni itp.). Instytucja oferujące zintegrowane usługi pełni także ważną funkcję pośredniczącą w określaniu celów pracy z rodziną. Okazuje się, że cele, które chce osiągnąć rodzina, i cele pracy określane przez pracowników systemu pomocowego są często rozbieżne. Cele rodzin i instytucji powinny być uzgadniane i pomagać w osiągnięciu kompromisu dążącego do ustalenia wspólnych celów systemu pomocowego i rodziny. Dzięki temu cele mogą stać się bardziej realne i możliwe do osiągnięcia. W badaniu nad współpracą między instytucjami w Wielkiej Brytanii (na przykładzie centrów dla rodzin) określono cztery poziomy działań, które wspierają rodziny (głównie w kryzysie)[77]:

1. Zapewnienie usług w ramach zlecania – centrum kieruje swoich klientów do instytucji, które zapewniają usługi odpowiadające na potrzeby użytkowników.

2. Zapewnienie usług na zasadzie współpracy – oznacza to wymieszanie personelu centrum z profesjonalistami z innych instytucji, aby zapewnić określone usługi określonej grupie odbiorców, co zakłada dzielenie pomiędzy specjalistami zaangażowania i odpowiedzialności za klientów.

3. Zapewnienie komplementarnych usług – usługi dla jednej rodziny są świadczone całościowo i są koordynowane, są świadczone „pod jednym dachem” w budynku centrum.

4. Zapewnienie zintegrowanych usług – oznacza to, że centrum i inne instytucje mają wypracowany wspólny plan pracy z daną rodziną, a jednocześnie

[77] J. Tunstill, J. Aldgate, M. Hughes, *Improving children's services networks: lessons from family centres*, London ; Philadelphia 2007, s. 89.

komunikują, która instytucja w danej sytuacji jest najbardziej przygotowana i ma możliwość zapewnienia najlepszej jakości usług.

Integracja na poziomie makrosystemu

Doświadczenia krajów, w których istnieją instytucje oferujące zintegrowane usługi dla rodzin pokazują, że stają się one inspiracją dla decydentów systemu pomocowego. Zmieniają także kulturowe nastawienie do rodzin. Przykładem może być zmiana postrzegania roli ojca, jego zaangażowania w życie rodzinne, jakości relacji z małżonką i dziećmi. Instytucje takie stają się także miejscem, gdzie wdrażane są rozwiązania określane dobrymi praktykami współpracy międzysektorowej. Testuje się nowe rozwiązania, które później mogą znaleźć zastosowanie w całym systemie pomocowym. Instytucje, sprawdzone nierzadko w programach pilotażowych, są włączane w coraz szerszym stopniu w obowiązujący system pomocy rodzinie i dziecku. Przykładem takiego procesu są centra dla rodzin w Wielkiej Brytanii, która w 1998 roku wprowadziła do ustawy rozwiązania proponujące wdrażanie centrów w społecznościach lokalnych[78]. Z tego wynika, że centra mają pewną zdolność integracyjną na poziomie makrosystemu, gdyż promują rozwiązania systemowe, pozwalające na koordynację działań i usług różnych sektorów także na poziomie województw, czy nawet krajów.

2.2. Bariery integracji

Integracja usług niesie ze sobą wiele korzyści, ale w rzeczywistości procesy te nie są powszechne. W sferze deklaratywnej przedstawiciele instytucji podkreślają wartość współpracy, czasem jej nieodzowność. Istnieje jednak mało instytucji, które mogłyby stwierdzić, że na co dzień i z dużym powodzeniem działają wspólnie dla dobra klientów. Problem stanowi także brak lidera zmian, który musiałby jednocześnie być ponad sektorami, a z drugiej strony mieć możliwość realnego wpływu na decyzje podejmowane np. w poszczególnych ministerstwach, instytucjach. Dlatego w Europie Zachodniej, jak wskazuje D. Scott[79], coraz bardziej zwraca się uwagę na „całościowe zarządzanie przez rząd", aby w sposób adekwatny odpowiedzieć na skomplikowane

[78] C. Warren-Adamson, *Family Centres and their International Role in Social Action, op. cit.*

[79] D. Scott, *Inter-organisational collaboration in family-centred practice*, *op. cit.*, s. 132.

problemy społeczne. Wezwanie, by pracować razem, przełamując bariery sektorowości, brzmi coraz głośniej.

Może nasuwać się pytanie: skoro tak wiele korzyści wypływa z integracji usług, dlaczego procesy te nie są obowiązujące? W literaturze pojawia się kilka sposobów odpowiedzi na ten problem.

D.L. Kodner i C. Spreeuwenberg[80] wskazują na trzy powody braku integracji w wymiarze wertykalnym:

1. Różne usługi społeczne są nadzorowane przez instytucje lub urzędy, znajdujące się w różnych sektorach, i opierają się na różnych rozwiązaniach prawnych (np. ustawy), funkcjonują w oparciu o rozmaite rozwiązania organizacyjne.

2. Poszczególne usługi społeczne są finansowane z wielorakich źródeł, wielorakich resortów. W większości przypadków jest to finansowanie publiczne, co wiąże się z bardzo restrykcyjnymi rozwiązaniami prawnymi.

3. Różne resorty mają swoiste sposoby komunikacji (język), kulturę organizacyjną, role profesjonalistów, odpowiedzialności i sposoby podejścia do klienta.

D. Scott[81] zaproponowała z kolei matrycę do analizy współpracy/konfliktów między instytucjami. Wyróżniła w niej pięć poziomów analizy:

a. Poziom międzyinstytucjonalny

Na tym poziomie autorka wskazuje na różne zmienne wpływające na podjęcie współpracy i jej poziom, ale i możliwych konfliktów. Wśród nich pojawiły się wcześniejsze doświadczenia (negatywne, pozytywne) instytucji ze współpracy, nakładanie się działań, zadań różnych instytucji (odpowiedzialność, prowadzenie działań), ograniczenia rekrutacji klientów/pacjentów (klienci pożądani, klienci z określonym rodzajem problemu, uwarunkowaniami).

[80] D.L. Kodner, C. Spreeuwenberg, *Integrated care*, *op. cit.*

[81] D. Scott, *Inter-organisational collaboration in family-centred practice*, *op. cit.*, s. 134.

b. Poziom danej instytucji (wewnątrzinstytucjonalny)

Konflikty wewnętrzne instytucji mogą rzutować na chęć lub niechęć do współpracy. Cześć instytucji będzie obawiała się „odkrycia" swoich słabości, zaprezentowania się jako gorsza, mniej skuteczna. Także integrowanie wewnętrzne instytucji oparte na zasadzie „wspólnego wroga" (inna instytucja) będzie barierą we współpracy.

c. Poziom profesjonalnej relacji pomiędzy pracownikami różnych instytucji (międzyprofesjonalny)

Przedstawiciele różnych zawodów, instytucji reprezentują różne podejścia do pracy z klientem. Posługują się na ogół swoistym językiem (np. prawniczy, psychologiczny, medyczny), funkcjonują w rozmaitych modelach pracy i współpracy. Bariery będą wynikać zatem z różnic profesjonalnych.

d. Poziom relacji międzyludzkich pomiędzy pracownikami różnych instytucji (interpersonalny)

Barierę we współpracy mogą stanowić relacje międzyosobowe poszczególnych pracowników instytucji. Wynikają one albo z relacji nawiązywanych poza pracą, albo z napięć doświadczanych podczas spotkań, kontaktów. Jest to element typowo ludzki, oparty na zasadzie sympatii i antypatii, które rodzą się w relacjach konkretnych osób.

e. Poziom pojedynczego pracownika (wewnętrzny, personalny, osobisty).

Czasem na jakość współpracy instytucji wpływają indywidualne uwarunkowania pracowników lub osób decyzyjnych. Może to wynikać z sytuacji zarówno prywatnych, które przekładają się na funkcjonowanie zawodowe, jak i tych pojawiających się w czasie pracy. Nie bez znaczenia może także być indywidualna historia danej osoby (np. reakcja na wykorzystanie dziecka będzie inna u osoby, która w dzieciństwie doświadczyła podobnej, traumatycznej sytuacji). Mogą się także zdarzyć przypadki, kiedy brak współpracy wynika z niezaspokojonych ambicji, potrzeby dominacji czy też strachu przed nowymi wyzwaniami.

Jako egzemplifikacja powyższych klasyfikacji D. Scott[82] przestawiła następującą tabelę:

Tabela 1. Matryca analizy współpracy/konfliktu

Poziom analizy	Przykład konfliktu	Przykłady rozwiązań
międzyinstytucjonalny	Przyjęcie i praca z klientem finansowana ze ściśle oznaczonego budżetu	Elastyczne finansowanie lub integracja usług
wewnątrzinstytucjonalny	Podziały wewnętrzne oparte na potrzebie „wspólnego wroga”	Konsultacje pomiędzy grupami, wymiana pracowników, nowe przywództwo (osoby zarządzające)
międzyprofesjonalny	Różne perspektywy i sposoby podejmowania decyzji i komunikacji	Rozpoznanie różnic i porozumienie dotyczące ujednolicenia procesów
interpersonalny	Konflikty osobiste pomiędzy pracownikami	Mediacja pomiędzy skonfliktowanymi osobami, wprowadzenie osoby trzeciej
osobisty/personalny	Nieświadome procesy będące rezultatem wewnętrznego napięcia	Indywidualny/grupowy nadzór kliniczny/psychologiczny

Źródło: D. Scott, *Inter-organisational*…, s.134.

2.3. Ku modelowi integracji usług na rzecz rodzin

Rodzina jest rzeczywistością, która znajduje się w kręgu zainteresowania wielu instytucji i sektorów. Dlatego konstruując modele integracji usług należy dokładnie określić obszar działania (funkcjonowania rodziny), w jakim będzie dokonywana integracja. Z uwagi na ograniczony zakres niniejszego opracowania główny nacisk będzie położony na instytucje wymiaru sprawiedliwości (sąd rodzinny, kuratorzy), pomocy społecznej i wsparcia rodziny (pomoc społeczna – pracownik socjalny, asystent rodziny). W znacznie mniejszym stopniu zostaną uwzględnione inne służby, np. policjant – dzielnicowy, pedagog szkolny, nauczyciel – wychowawca, psycholog z ośrodka interwencji kryzysowej, lekarz, pielęgniarka czy też urzędnicy zajmujący się przydziałem mieszkań socjalnych. Jeżeli będziemy mówić o integracji systemów sprawiedliwości oraz pomocy i wsparcia rodziny, to istotne jest wyszczególnienie

[82] *Ibidem*.

cech tej integracji. Katalog wskazujący na zintegrowane usługi dla rodzin określimy zatem w następujący sposób:

- zintegrowany w wymiarze wertykalnym i horyzontalnym,
- spójny,
- oparty na wspólnej wizji rodziny,
- całościowy/holistyczny,
- wysokiej jakości,
- skoncentrowany na rezultatach.

Integracja w wymiarze wertykalnym

Zgodnie z definicją, która została zaprezentowana powyżej, integracja wertykalna oznacza połączenie różnych poziomów pomocy/opieki w całościowy, często hierarchiczny układ w ramach jednego sektora[83]. Należy podkreślić, że zanim możliwa będzie integracja horyzontalna (międzysektorowa), właśnie zintegrowanie wewnętrzne stanowi jeden z warunków wyjściowych. Bez spójnego, całościowego, opartego na wspólnej wizji/filozofii, skoncentrowanego na rezultatach i zarazem wysokiej jakości działania wewnątrz danego sektora trudno łączyć poczynania (na rzecz rodzin) z innymi systemami. Istotna jest także świadomość podejmowanych kroków i sposobu oddziaływania danych instytucji na rodzinę.

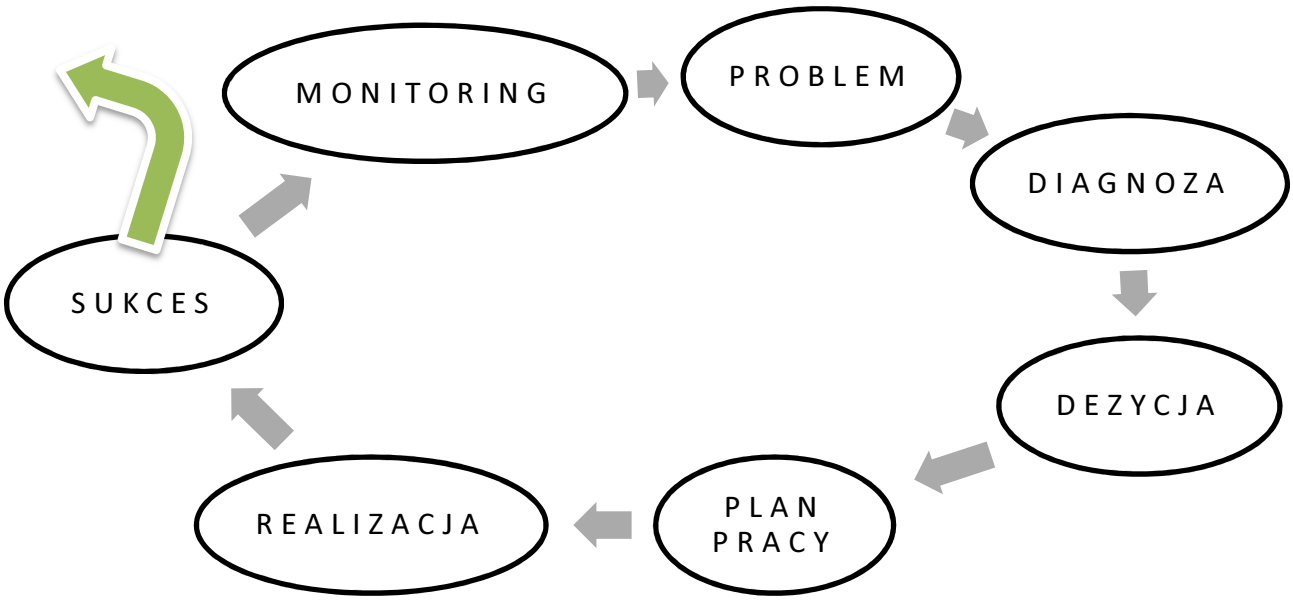
W ramach integracji wertykalnej dokonuje się integracja strukturalno-funkcjonalna (zakresy działań, profilowanie specjalistów, przepływ informacji itp.) oraz integracja procesu (ciągłość oddziaływania, ścieżka oddziaływania).

Integracja strukturalno-funkcjonalna będzie dokonywała się na dwóch poziomach. Jeden – dotyczy całego sektora, np. w ramach wymiaru sprawiedliwości muszą być określone i zintegrowane działania: sędziego rodzinnego, kuratora (zarówno zawodowego, jak i społecznego), pracowników Opiniodawczego Zespołu Sądowych Specjalistów (dawne RODK). Drugi – odnosi się do pojedynczych instytucji, np. ośrodek pomocy społecznej (konkretny i w ujęciu systemowym), w którego strukturach funkcjonują różne działy, jednostki, takie jak pomoc środowiskowa, zasiłki i świadczenia, asystentura rodzinna, interwencja kryzysowa, różne projekty tematyczne.

Integracja procesu dotyczy ciągłości oddziaływania. W pomocy społecznej schemat działania będzie oparty na poniższym modelu. Istotne, aby odpowiednie działania tworzyły spójną, ale i logiczną całość.

[83] E. England, H. Lester, *Integrated mental health services in England*, *op. cit.*

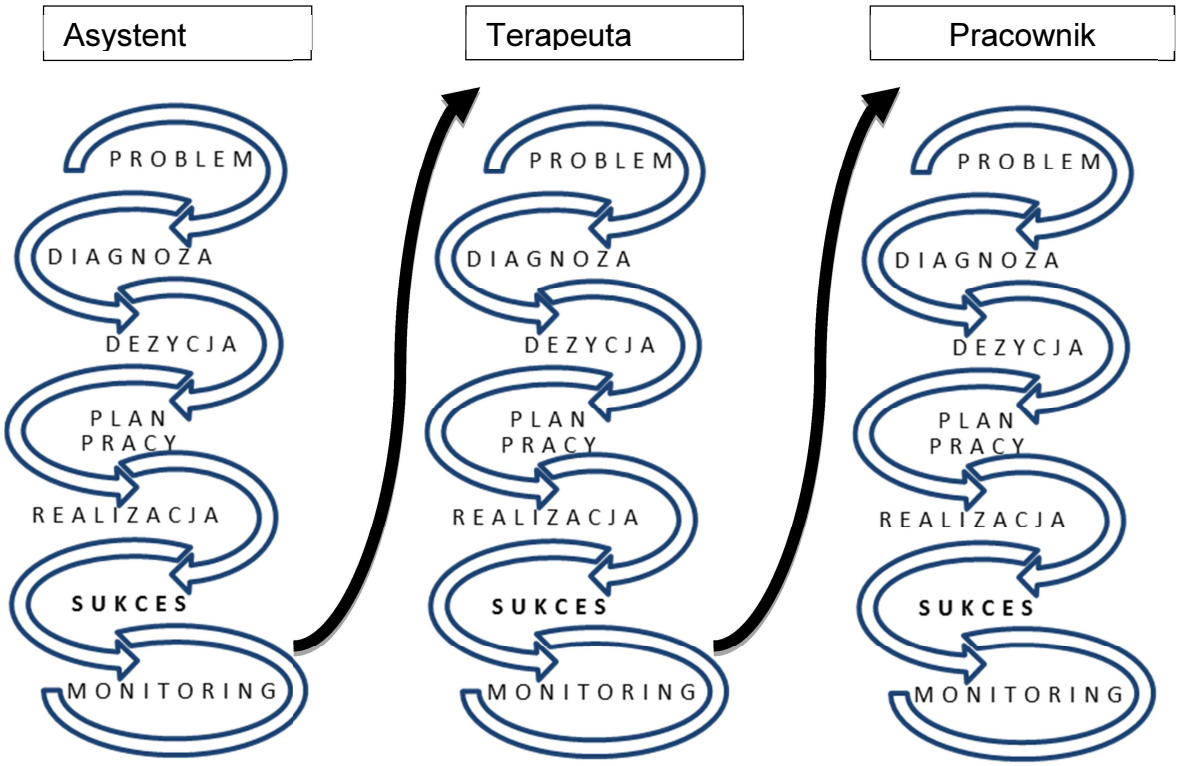
Rysunek 2. Proces pomocowy na przykładzie działań pracownika socjalnego



Przykładowo w pomocy społecznej często popełnianym błędem będzie zachęcanie do uczestnictwa w kursach zawodowych osób, które wcześniej potrzebują pracy terapeutycznej zmierzającej do podniesienia poziomu motywacji do jakichkolwiek zmian. Oferta pomocy finansowej (także 500+) powinna być poprzedzona kursami, w jaki sposób zarządzać tymi środkami, tak by zostały wykorzystane w sposób najbardziej optymalny.

Nakładając dwie perspektywy: instytucjonalną i procesualną, powstanie model, który w pewnej zredukowanej wersji można przedstawić następująco (na przykładzie pomocy społecznej):

Rysunek 3. Zintegrowany model pomocy



Źródło: opracowanie własne.

Oczywiście jest to bardzo uproszczona wersja postępowania z rodziną. W rzeczywistości procesy i działania różnych specjalistów często się nakładają. W integracji wertykalnej duże znaczenie ma uporządkowanie tych procesów i wyznaczenie jasnych granic działania poszczególnych specjalistów.

Także w wymiarze sprawiedliwości konieczna jest integracja działań. Jak wskazuje w swoich badaniach R. Opora[84], zauważyć można rozbieżność w kryteriach oceny rodziny przez sędziów i kuratorów. Sędziowie w formułowaniu oceny (diagnozie) oraz sposobie pracy z rodziną bardziej kierują się kryteriami prawnymi. Kuratorzy, czyli organ pomocniczy sędziego, dokonując diagnozy i działań, bardziej bywają osadzeni w kryteriach pedagogicznych. W zależności, czy dane podejścia są zintegrowane czy nie, będą one zaletą lub przeszkodą. W sytuacji braku współpracy i zrozumienia może dojść do sytuacji napięć, niezrozumienia a przede wszystkim braku koherentności decyzji sędziego i wykonywania nadzoru przez kuratora sądowego. W przypadku integracji działań kurator, który jest bliżej rodziny, w sposób znaczący wpływa na ocenę rodziny i ma udział w decyzji sędziego (regulującego ilość

[84] R. Opora, *Rola sędziów i kuratorów w resocjalizacji nieletnich*, Gdańsk 2006, s. 111.

przestrzeni dla kuratora). Jednocześnie uznając decyzję niejako za własną, prowadzi poprzez działania do jej implementacji.

Integracja w wymiarze horyzontalnym

Ten rodzaj integracji polega na łączeniu dotychczas oddzielnych usług, profesji i instytucji z różnych sektorów[85]. Jest to zadanie trudne, ponieważ w przypadku rodziny, która przeżywa poważne sytuacje kryzysowe, mamy do czynienia z wieloma służbami zaangażowanymi w udzielanie pomocy. Najprostszy schemat został przedstawiony poniżej.

Rysunek 4. Schemat instytucjonalnego wsparcia rodziny

Źródło: opracowanie własne.

W wielu przypadkach służb, instytucji zaangażowanych w pomoc będzie o wiele więcej lub będą występować w innej konfiguracji. Badanie prowadzone przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Katowicach pokazało, że w województwie śląskim powiatowe centra pomocy rodzinie współpracują średnio z 13,3 instytucji, a miejskie ośrodki pomocy rodzinie – średnio z 17,9 instytucji[86]. Integracja horyzontalna może być realizowana na różnych poziomach – od integracji dwóch instytucji do powstania całych systemów wsparcia i pomocy. Okazuje się, że zintegrowanie działań nawet dwóch systemów: sprawiedliwości i pomocy rodzinie

[85] B. Munday, Council of Europe, *Services sociaux integrés en Europe, op. cit.*

[86] Współpraca instytucji pomocy społecznej z innymi instytucjami, ROPS Województwa Śląskiego 2014, s. 20., źródło internet: https://rops-katowice.pl/dopobrania/2014.09.11-wspolpraca_raport.pdf, data dostępu 17.05.2017r.

może okazać się niełatwym zadaniem. Z badań prowadzonych przez M. Arczewską[87] wyłania się obraz, w którym widać wyraźną niechęć sędziów i ich lekceważący stosunek do pomocy społecznej. Jako przykład mogą służyć cytaty z wypowiedzi badanych sędziów rodzinnych: „… z jednej strony współpracujemy, a tak naprawdę walczymy (wywiad z sędzią rodzinnym 13). Uważam, że generalnie powinna być większa współpraca pomiędzy tymi wszystkimi instytucjami, dlatego że bardzo często jest tak, że zaczyna się metoda spychologii. Czyli na przykład, jeśli ośrodek sobie nie radzi, placówka sobie nie radzi, albo szkoła sobie nie radzi, to uważają, że jeśli poinformują sąd rodzinny to oni już mają sprawę załatwioną i my mamy załatwiać to dalej (wywiad z sędzią rodzinnym 5)"[88].

Z podobnym zjawiskiem mamy do czynienia ze strony instytucji pomocy społecznej. Przytoczone wcześniej badanie z województwa śląskiego z 2013 roku wskazało, że współpraca na linii pomoc społeczna – wymiar sprawiedliwości nie układała się najlepiej. W prezentowanych w raporcie danych dotyczących poczucia skuteczności działań, które są podejmowane we współpracy, sądy rodzinne, kuratorzy plasują się na przedostatnim miejscu i jedynie w przypadku służby zdrowia poczucie skuteczności jest niższe. W podobnym duchu wypowiadają się przedstawiciele badanych instytucji w odpowiedzi na pytanie dotyczące występowania trudności/ograniczeń we współpracy międzyinstytucjonalnej. Sądy rodzinne, kuratorzy są tymi służbami, z którymi współpracuje się najtrudniej. Przedstawione powyżej dane wskazują na duże trudności występujące we współpracy instytucji zaangażowanych we wsparcie rodzin, reprezentujących wymiar sprawiedliwości oraz system pomocy i wsparcia rodziny.

Integracja horyzontalna może dokonać się poprzez uruchomienie trzech procesów:

- stworzenie odrębnych instytucji oferujących szerokie spektrum usług dla określonej grupy klientów (w naszym przypadku rodzin z dziećmi),
- wydzielenie zespołów specjalistów, mając na uwadze rodzaj problemu (zespoły interdyscyplinarne),
- podział odpowiedzialności ze względu na poziom interwencji (ciągłość i kompatybilność).

[87] M. Arczewska, *Społeczne role sędziów rodzinnych*, Warszawa 2009.

[88] Ibid., s. 158.

3. Instytucje wsparcia rodziny znajdującej się w sytuacji kryzysowej

3.1. Pomoc społeczna – asystent rodziny

Instytucja asystenta rodzinnego pojawiła się w polskiej praktyce około 2006 roku w pionierskich programach w Rudzie Śląskiej i w Sopocie i szybko rozprzestrzeniła się po całym kraju[89]. W 2011 roku asystentura została uregulowana w ustawie o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej[90] (dalej: u.w.r.). Ustawa nie zawiera definicji asystenta. Natomiast w nauce wskazuje się, że jest to pomocnik pracownika socjalnego w wykonywaniu pogłębionej pracy socjalnej z rodziną dysfunkcyjną, która to praca dokonuje się w rodzinie, z rodziną i dla rodziny[91].

Asystent rodziny to nowy zawód w obszarze pomocy społecznej. Spotkać się można z jej różnymi nazwami – występuje jako *coaching*, *mentoring*, asysta, a także po prostu jako specjalizacja pracy socjalnej. Jednakże wprowadzone formy różnią się od siebie metodologicznie[92]. Praca asystenta rodziny związana jest z pomocą i wsparciem rodziny, mającej trudności w codziennym funkcjonowaniu, oraz ułatwianie rodzinom wypełniania ról społecznych i rodzicielskich. W sytuacji gdy dzieci zostaną umieszczone poza rodziną w pieczy zastępczej, do zadań asystenta należy podjęcie działań mających na celu najszybszy powrót dzieci do rodziny biologicznej[93]. Asystent to osoba, która towarzyszy klientowi w pokonywaniu jego życiowych trudności, pracuje na zasobach klienta, udziela wsparcia, motywuje rodzinę do zmiany[94].

Asystenta zatrudnia kierownik jednostki organizacyjnej gminy, która organizuje pracę z rodziną, lub podmiot, któremu gmina zleciła organizację takiej pracy (art. 17 u.w.r.).

---

[89] M. Świderska, *Asystent rodziny - współczesna forma pomocy rodzinie*, Łódź 2013., s. 34.

[90] *Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz.U. Nr 149 poz. 887 z późń. zm.)*.

[91] M. Świderska, *Asystent rodziny - współczesna forma pomocy rodzinie, op. cit.*, s. 35–37.

[92] *Asystentura rodziny: nowatorska metoda pomocy społecznej w Polsce*, M. Szpunar (red.), Gdynia; Gdańsk 2011, s. 68.

[93] I. Krasiejko, *Zawód asystenta rodziny w procesie profesjonalizacji: wstęp do teorii i praktyki nowej profesji społecznej*, Toruń 2013.

[94] J. Matejek, R. Spyrka-Chlipała, B. Stańkowski, *Wsparcie społeczne w działalności wybranych instytucji i pracowników służb społecznych*, Kraków 2015, s. 210.

Asystent rodziny prowadzi pracę z rodziną w miejscu jej zamieszkania lub w miejscu wskazanym przez rodzinę (art. 14 u.w.r.).

Do jego zadań należy:

- opracowanie i realizacja planu pracy z rodziną we współpracy z członkami rodziny i w konsultacji z właściwym pracownikiem socjalnym;
- opracowanie, we współpracy z członkami rodziny i koordynatorem rodzinnej pieczy zastępczej, planu pracy z rodziną, który jest skoordynowany z planem pomocy dziecku umieszczonemu w pieczy zastępczej;
- udzielanie pomocy rodzinom w poprawie ich sytuacji życiowej, w tym w zdobywaniu umiejętności prawidłowego prowadzenia gospodarstwa domowego;
- udzielanie pomocy rodzinom w rozwiązywaniu problemów socjalnych, psychologicznych oraz wychowawczych z dziećmi;
- wspieranie aktywności społecznej rodzin;
- motywowanie członków rodzin do podnoszenia kwalifikacji zawodowych;
- udzielanie pomocy w poszukiwaniu, podejmowaniu i utrzymywaniu pracy zarobkowej;
- motywowanie do udziału w zajęciach grupowych dla rodziców, mających na celu kształtowanie prawidłowych wzorców rodzicielskich i umiejętności psychospołecznych;
- udzielanie wsparcia dzieciom, w szczególności poprzez udział w zajęciach psychoedukacyjnych;
- podejmowanie działań interwencyjnych i zaradczych w sytuacji zagrożenia bezpieczeństwa dzieci i rodzin;
- prowadzenie indywidualnych konsultacji wychowawczych dla rodziców i dzieci;

- realizacja zadań określonych w ustawie z 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”[95];
- dokonywanie okresowej oceny sytuacji rodziny, nie rzadziej niż co pół roku, i przekazywanie tej oceny właściwemu podmiotowi;
- monitorowanie funkcjonowania rodziny po zakończeniu pracy z rodziną;
- sporządzanie, na wniosek sądu, opinii o rodzinie i jej członkach;
- współpraca z jednostkami administracji rządowej i samorządowej, właściwymi organizacjami pozarządowymi oraz innymi podmiotami i osobami specjalizującymi się w działaniach na rzecz dziecka i rodziny;
- współpraca z zespołem interdyscyplinarnym (Niebieska Karta) lub innymi podmiotami, których pomoc przy wykonywaniu zadań asystent uzna za niezbędną (art. 15 u.w.r.).

Asystent rodziny, w związku z wykonywaniem swoich zadań, ma prawo do:

- wglądu do dokumentów zawierających dane osobowe członków rodziny, niezbędne do prowadzenia pracy z rodziną,
- występowania do właściwych organów władzy publicznej, organizacji oraz instytucji o udzielenie informacji niezbędnych do udzielenia pomocy rodzinie;
- przedstawiania właściwym organom władzy publicznej, organizacjom oraz instytucjom ocen i wniosków zmierzających do zapewnienia skutecznej ochrony praw rodzin (art. 16 u.w.r.).

Asystent rodziny to specjalista w zakresie pracy z rodziną wymagającą pomocy i wsparcia z uwagi na problemy, które utrudniają jej właściwe funkcjonowanie w społeczeństwie oraz realizacje podstawowych zadań związanych z opieką i wychowaniem dzieci. Na stanowisku asystenta rodziny może być zatrudniona osoba, która posiada:

- wykształcenie wyższe na kierunku pedagogika, psychologia, nauki o rodzinie, praca socjalna, socjologia lub

[95] Dz. U. poz. 1860.

- wykształcenie wyższe na dowolnym kierunku uzupełnione szkoleniem z zakresu pracy z dziećmi lub rodziną i udokumentuje co najmniej roczny staż pracy z dziećmi lub rodziną lub studiami podyplomowymi obejmującymi zakres programowy szkolenia oraz udokumentuje co najmniej roczny staż pracy z dziećmi lub rodziną, lub

- wykształcenie średnie i szkolenie z zakresu pracy z dziećmi lub rodziną, a także udokumentuje co najmniej 3-letni staż pracy z dziećmi lub rodziną[96].

Do zobowiązań asystenta rodziny należy podnoszenie swoich kwalifikacji zawodowych poprzez samokształcenie oraz udział w szkoleniach. Asystentem rodziny może zostać osoba, która nie jest pozbawiona władzy rodzicielskiej oraz władza ta nie jest zawieszona ani ograniczona. Asystent rodziny to osoba, która wypełnia obowiązek alimentacyjny, jeśli taki posiada, i nie była skazana prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe. Do bardzo ważnych cech zaliczyć trzeba również umiejętność nawiązywania relacji z innymi osobami, łatwość wypowiadania się w imieniu podopiecznych, umiejętność słuchania oraz umiejętność współdziałania. Pracując z innymi osobami, istotne jest, aby asystent rodziny wykazywał się cierpliwością, empatią oraz umiejętnością w zdobywaniu zaufania[97].

Pracę prowadzi on w miejscu zamieszkania rodziny i za jej zgodą. Jeżeli wymaga tego charakter udzielanego wsparcia asystent rodziny może wypełniać swoje zadania poza miejscem zamieszkania podopiecznych, np. pomoc w załatwieniu spraw urzędowych. Najczęściej stosowane metody pracy asystenta rodziny to: terapia i mediacja, usługi dla rodzin z dziećmi, pomoc prawna, konsultacja i poradnictwo specjalistyczne oraz organizowanie spotkań dla rodzin.

E. Mirewska[98] wyróżnia cztery obszary pracy asystenta rodziny: bezpośrednią pracę z rodziną, bezpośrednią pracę z dzieckiem, działania pośrednie realizowane na rzecz dziecka i rodziny oraz organizację własnego warsztatu pracy.

---

[96] J. Matejek, R. Spyrka-Chlipała, B. Stańkowski, *Wsparcie społeczne w działalności wybranych instytucji i pracowników służb społecznych, op. cit.*, s. 211–212.

[97] I. Krasiejko, *Zawód asystenta rodziny w procesie profesjonalizacji, op. cit.*

[98] E. Mirewska, *Sylwetka zawodowa asystenta rodzinnego w perspektywie „Założeń ustawy o wspieraniu rodziny i systemie piecz y zastępczej nad dzieckiem”* [w:] *Rodzicielstwo zastępcze w perspektywie teoretycznej i praktycznej*, A. Żukiewicz (red.), Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit” 2011.

Bezpośrednia praca z rodziną dotyczy pogłębionej diagnozy rodziny, oferowania wsparcia, obserwacji zmiany zachowań w rodzinie oraz stopnia zaangażowania podopiecznych w realizację zadań objętych aktywizacją społeczną.

Bezpośrednia praca z dzieckiem – asystent rodziny interesuje się sytuacją szkolną dziecka, wraz z kadrą pedagogiczną motywuje dziecko do uczestnictwa w zajęciach pozalekcyjnych (wszystko za zgodą rodziców).

Działania pośrednie na rzecz dziecka i rodziny są związane z kreowaniem sieci wsparcia na rzecz rodziny.

Organizacja warsztatu pracy asystenta rodziny dotyczy zbierania informacji na temat rodziny, wyboru odpowiednich metod do współpracy z rodziną, przygotowania planu pracy. Najbardziej popularną i stosowaną przez asystenta rodziny metodą pracy jest metoda indywidualnego przypadku, która określa następujące etapy.

1. Diagnoza – znajomość sytuacji rodziny oraz poznanie przyczyn poprzez wywiad z rodziną, obserwacje, analizę dokumentów. Dobrze sformułowana diagnoza stanowi podstawę do określenia celów pracy z rodziną.

2. Opracowanie planu postępowania z rodziną – istotne są zasoby rodziny i jej środowiska, możliwości oraz napotykane trudności. Opracowując plan należy przeprowadzić rozmowę ze wszystkimi członkami rodziny, należy omówić konkretne zadania członków rodziny, jak również trudności, które mogą się pojawić, a także termin realizacji tych zadań. Bardzo ważne jest, aby na tym etapie asystent rodziny wykazał się umiejętnością słuchania członków rodziny.

3. Prowadzenie rodziny według opracowanego planu działania – w razie pojawienia się przeszkód, możliwość zmiany planu pracy.

4. Ocena okresowa sytuacji rodziny – prowadzona jest wspólnie z rodziną, aby sprawdzić, czy zaakceptowany plan i podejmowane działania zmierzają do określonych celów.

5. Zakończenie współpracy – asystent rodziny wraz z rodziną dokonuje porównania stanu z początkowego okresu współpracy z obecnym.

6. Monitoring rodziny – wizyty w środowisku mające formę wsparcia[99].

Metodą również często stosowaną przez asystenta rodziny jest model skoncentrowany na rozwiązaniach[100]. W tym modelu to klient pełni rolę „eksperta od swojego życia". Model ten służy budowaniu rozwiązań, a nie skupianiu się na problemie. Poszukuje się najbardziej odpowiedniego wyjścia z sytuacji, w jakiej znajduje się obecnie rodzina. Asystent rodziny zazwyczaj współpracuje z rodziną, którą dotyka kilka problemów jednocześnie i są one ze sobą powiązane. Rola asystenta polega na udzielaniu pomocy rodzinom w zależności od ich potrzeb, wspieraniu jej, doradzaniu oraz motywowaniu do osiągnięcia podstawowego poziomu stabilności życiowej.

3.2. Pomoc społeczna – pracownik socjalny

Pomoc społeczna w ostatnich latach przestaje być jednorodną instytucją, w której występuje jeden typ pracownika. Powoduje to konieczność specjalizacji i wyodrębnienia kadr odpowiednio przygotowanych do konkretnych zadań. Chociaż nastąpiły zmiany, to jednak zasadniczą profesją, która stanowi bazę dla pomocy społecznej, jest pracownik socjalny. Do tej pory mimo wielu prób nie została uchwalona ustawa o pracownikach socjalnych i podstawowym aktem regulującym ich funkcjonowanie pozostaje ustawa o pomocy społecznej[101] (dalej: u.p.s.). Określa ona działalność zawodową pracowników socjalnych jako „mającą na celu pomoc osobom i rodzinom we wzmacnianiu lub odzyskiwaniu zdolności do funkcjonowania w społeczeństwie poprzez pełnienie odpowiednich ról społecznych oraz tworzenie warunków sprzyjających temu celowi" (art. 6 pkt 12 u.p.s.). Ustawa wskazuje także, że państwo realizuje pomoc społeczną w celu umożliwienia osobom i rodzinom przezwyciężania trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości (art. 2 ust. 1 u.p.s.).

Pracownik socjalny to osoba zatrudniona:

- w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej;

[99] J. Matejek, R. Spyrka-Chlipała, B. Stańkowski, *Wsparcie społeczne w działalności wybranych instytucji i pracowników służb społecznych, op. cit.*, s. 213–224.

[100] I. Krasiejko, *Zawód asystenta rodziny w procesie profesjonalizacji, op. cit.*

[101] *Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. Nr 64 poz. 593 z późń. zm.)*.

- w jednostkach do spraw zatrudnienia i przeciwdziałania bezrobociu, w szpitalach, w zakładach karnych, do wykonywania zadań tych instytucji w zakresie pomocy społecznej;
- w podmiotach realizujących zadania wspierania rodziny;
- w organizacjach pozarządowych prowadzących działalność pożytku publicznego (art. 119-120 u.p.s.).

Do zadań pracownika socjalnego należy w szczególności:

- prowadzenie pracy socjalnej;
- dokonywanie analizy i oceny zjawisk, które powodują zapotrzebowanie na świadczenia z pomocy społecznej oraz kwalifikowanie do uzyskania tych świadczeń;
- udzielanie informacji, wskazówek i pomocy w zakresie rozwiązywania spraw życiowych osobom, potrzebującym tej pomocy;
- pomoc w uzyskaniu dla osób będących w trudnej sytuacji życiowej poradnictwa dotyczącego możliwości rozwiązywania problemów i udzielania pomocy przez właściwe instytucje państwowe, samorządowe i organizacje pozarządowe;
- udzielanie pomocy zgodnie z zasadami etyki zawodowej;
- pobudzanie społecznej aktywności i inspirowanie działań samopomocowych w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych osób, rodzin, grup i środowisk społecznych;
- współpraca i współdziałanie z innymi specjalistami w celu przeciwdziałania i ograniczania patologii i skutków negatywnych zjawisk społecznych, łagodzenie skutków ubóstwa;
- inicjowanie nowych form pomocy osobom i rodzinom mającym trudną sytuację życiową oraz inspirowanie powołania instytucji świadczących usługi służące poprawie sytuacji takich osób i rodzin;

- współuczestniczenie w inspirowaniu, opracowaniu, wdrożeniu oraz rozwijaniu regionalnych i lokalnych programów pomocy społecznej ukierunkowanych na podniesienie jakości życia (art. 119 ust. 1 u.p.s.).

Pracownik socjalny jest obowiązany m.in.:

- przeciwdziałać praktykom niehumanitarnym i dyskryminującym osobę, rodzinę lub grupę;

- udzielać osobom zgłaszającym się pełnej informacji o przysługujących im świadczeniach i dostępnych formach pomocy;

- zachować w tajemnicy informacje uzyskane w toku czynności zawodowych, także po ustaniu zatrudnienia, chyba że działa to przeciwko dobru osoby lub rodziny (art. 119 ust. 2 u.p.s.).

Pracownik socjalny przy wykonywaniu swoich zadań korzysta z prawa pierwszeństwa w urzędach, instytucjach i innych placówkach, a inne organy są obowiązane do udzielania pracownikowi socjalnemu pomocy w zakresie wykonywania tych czynności (art. 121 u.p.s.).

Na początku XX wieku praca socjalna stała się zawodem, a przestała być rodzajem społecznej dobroczynności. Obecnie jest aktywnością systemową, mającą wymiar ogólnospołeczny, ukierunkowany na świadczenie pomocy drugiemu człowiekowi. W Polsce po raz pierwszy określono pracę socjalną w ustawie z dnia 29 listopada 1990 r. o pomocy społecznej[102], określając ją jako: „działalność zawodową, skierowaną na pomoc osobom i rodzinom we wzmocnieniu lub odzyskaniu zdolności do funkcjonowania w społeczeństwie oraz na tworzenie warunków sprzyjających temu celowi”[103].

Interdyscyplinarność pracy socjalnej można wyrazić w trzech aspektach. Aspekt socjologiczny ukazuje, że socjologia dostarcza pracownikowi socjalnemu ogólnych ram pojęciowych pozwalających na dokonanie analizy zjawisk społecznych, tj. norm, struktur i instytucji. Teorie socjologiczne sprzyjają zrozumieniu przez pracownika socjalnego sytuacji klienta. Aspekt psychologiczny polega na tym, że psychologia

[102] Dz. U. Nr 87, poz. 506 ze zm.

[103] A. Kanios, Oficyna Wydawnicza Impuls, *Praca socjalna z rodziną problemową: perspektywa metodyczna*, Kraków 2016, s. 12.

pozwala pracownikowi socjalnemu zrozumieć, dlaczego klient jest, jaki jest, i poznać jego potrzeby. Psychologia dostarcza narzędzi, które służą analizie zjawisk psychospołecznych. W aspekcie pedagogicznym, pracownik socjalny jest osobą przekazującą wiedzę i osobą naprowadzającą klientów na uczenie się zachowań związanych z rolami społecznymi wypełnianymi przez dorosłych. Wspiera w ponownym wejściu do środowiska społecznego zarówno młodzież, jak i osoby dorosłe, które złamały normy społeczne i prawne[104].

Cechami pracy socjalnej są:

- rozwiązywanie problemów – jako główny cel,
- zaspokajanie społecznie uznanych potrzeb i aspiracji jednostek,
- podłoże naukowe i wartościujące praktyki,
- korelacja między wiedzą, jaką należy posiąść, a celami, funkcjami i problemami do rozwiązania,
- powinność opanowania wiedzy zawodowej i podstawowych wartości przez pracownika socjalnego – jako cecha profesjonalnej pomocy,
- zależność działalności pracownika socjalnego od jego umiejętności zawodowych,
- naukowa podbudowa pracy socjalnej oparta na wiedzy sprawdzonej, hipotetycznej i zakładanej[105].

W literaturze przedmiotu znane są trzy modele pracy socjalnej dotyczące rodziny.

1. Model pracy socjalnej w rodzinie – wykorzystywany w sytuacji, w której rodzina nie potrafi funkcjonować, gdyż brakuje jej autorytetu, rodzice mają braki w przygotowaniu do ról rodzicielskich lub nietypowy obraz tych ról. Rodzina powinna być poddawana „przeszkoleniu” w zakresie podstawowych funkcji. W tym przypadku praktyczna jest metoda środowiskowa. W tym modelu pracownik socjalny posiada pełne pole działania, traktuje rodzinę jako obszar pracy socjalnej.

[104] Ibid., s. 24.

[105] Ibid., s. 12–13.

2. Model pracy socjalnej z rodziną – rodzina nie jest w stanie podołać swoim obowiązkom z powodu obiektywnych trudności, braku środków, ale posiada pojęcie o zakresie ról oraz motywację do działania. Rodzina otrzymuje wsparcie w sferze np. funkcji opiekuńczo-zabezpieczającej czy materialno-ekonomicznej. W tym modelu główną rolę odgrywa pracownik socjalny.

3. Model pracy socjalnej dla rodziny – rodzina nie potrafi, nie może i nie chce pracować nad rozwiązaniem swojego problemu. Model ten należy do najtrudniejszych, ponieważ wymaga on cierpliwości i czasu[106].

Jak w przypadku każdego zawodu, osoba, która podejmuje karierę pracownika socjalnego, musi charakteryzować się odpowiednimi kompetencjami. Kompetencje będziemy rozumieć jako uprawnienia do prowadzenia określonego działania, nadane na podstawie decyzji formalnoprawnych, oraz jako zakres czyjejś wiedzy, umiejętności, które są podstawą do wypowiadania sądów i ocen. Pierwsze z nich to kompetencje formalne, a drugie to kompetencje realne. Kompetencje realne są utożsamiane z umiejętnościami. Umiejętności są rozumiane jako działania rutynowe i intencyjne, często bez podłoża teoretycznego. Kompetencje formalne są rozumiane jako wiedza o regułach i prawidłowościach, które mogą być wykorzystywane w pracy zawodowej. Ważny element to posiadanie wiedzy naukowej oraz umiejętności zastosowania jej w praktyce. Praca z klientem pomocy społecznej wymaga umiejętności wynikających zarówno z nabytej wiedzy, jak i kompetencji psychospołecznych. Istotne jest dysponowanie wiedzą specjalistyczną[107]. Aktem prawnym, który reguluje wymogi dotyczące przygotowania i zatrudniania pracowników socjalnych, jest ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej. Wskazuje ona, że:

„1. Pracownikiem socjalnym może być osoba, która spełnia co najmniej jeden z niżej wymienionych warunków:

1) posiada dyplom ukończenia kolegium pracowników służb społecznych;

2) ukończyła studia wyższe na kierunku praca socjalna;

[106] Ibid., s. 25.

[107] D. Błasiak, I. Piątkowska-Lipka, *Rola pracy socjalnej w przeciwdziałaniu zjawisku wykluczenia społecznego: praca zbiorowa*, Katowice 2012, s. 25–26.

3) do dnia 31 grudnia 2013 r. ukończyła studia wyższe o specjalności przygotowującej do zawodu pracownika socjalnego na jednym z kierunków:

   a) pedagogika,

   b) pedagogika specjalna,

   c) politologia,

   d) polityka społeczna,

   e) psychologia,

   f) socjologia,

   g) nauki o rodzinie.

1a. Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw szkolnictwa wyższego określi, w drodze rozporządzenia, wymagane umiejętności, wykaz przedmiotów, minimalny wymiar zajęć dydaktycznych oraz zakres i wymiar praktyk zawodowych dla specjalności przygotowującej do zawodu pracownika socjalnego, realizowanej w szkołach wyższych na kierunkach wymienionych w ust. 1, kierując się koniecznością odpowiedniego przygotowania absolwentów do wykonywania zawodu pracownika socjalnego.

2. Ustala się następujące stopnie specjalizacji zawodowej w zawodzie pracownika socjalnego:

   1) I stopień specjalizacji zawodowej z zakresu pracy socjalnej, mający na celu uzupełnienie wiedzy i doskonalenie umiejętności zawodowych pracowników socjalnych,

   2) II stopień specjalizacji zawodowej z zakresu pracy socjalnej, mający na celu pogłębienie wiedzy i umiejętności pracy z wybranymi grupami osób korzystających z pomocy społecznej.

3. Szkolenie w zakresie specjalizacji w zawodzie pracownika socjalnego mogą realizować jednostki prowadzące kształcenie lub doskonalenie zawodowe po

uzyskaniu zgody ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego”[108]

Specjalność przygotowująca do zawodu pracownika socjalnego została wprowadzona od roku akademickiego 2008/2009, zgodnie z wydanym w porozumieniu z Ministrem Nauki i Szkolnictwa Wyższego (na podstawie przytoczonego powyżej art. 116 ust. 1a) rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 stycznia 2008 r. w sprawie specjalności przygotowującej do zawodu pracownika socjalnego realizowanej w szkołach wyższych[109]. Rozporządzenie określa wykaz godzin przedmiotów oraz praktyk zawodowych, niezbędnych do zaliczenia w celu uznania kwalifikacji do zatrudnienia na stanowisku pracownika socjalnego.

Warunkiem uznania uprawnień do wykonywania zawodu pracownika socjalnego uzyskanych na podstawie przepisów art. 116 ust. 1 pkt 3 i ust. 1a jest zrealizowanie w toku nauki wymaganej liczby 330 godzin przedmiotów oraz odbycie 240 godzin praktyk zawodowych w zakresie wskazanym rozporządzeniem[110].

3.3. Mediator

Mediacje wiążą się z pojęciem konfliktów i sporów. Już w starożytności procedura ta była stosowana zarówno w Cesarstwie Rzymskim, Egipcie, Chinach czy Japonii. W Europie pod koniec XVII wieku zaczęły powstawać naukowe teksty dotyczące mediacji i roli mediatora[111].

Ranga mediacji odzwierciedlona została w wytycznych europejskich. W dniu 21 stycznia 1998 roku na posiedzeniu Komitetu Ministrów Rady Europy przyjęta została rekomendacja zalecająca Państwom Członkowskim wprowadzanie oraz promowanie mediacji rodzinnych. Zaznaczono korzyści z mediacji: ograniczenie konfliktów, poprawa komunikacji członków rodziny, poszukiwanie satysfakcjonujących

[108] Artykuł 116 ustawy o pomocy społecznej (Dz. U. Nr 64, poz. 593 ze zm.; tekst jedn. Dz. U. z 2017 r. poz. 1769 ze zm.).

[109] Dz. U. Nr 27, poz. 158.

[110] *Kwalifikacje pracownika socjalnego,* Ministerstwo Rodziny Pracy i Polityki Społecznej, https://www.mpips.gov.pl/pomoc-spoleczna/interpretacje-wybranych-przepisow/kwalifikacje-pracownika-socjalnego/

[111] I. Podobas, *Mediacje i negocjacje w pracy socjalnej*, Warszawa 2014, s. 71.

rozwiązań, pomoc w utrzymaniu regularnego kontaktu rodziców z dziećmi, obniżenie społecznych i ekonomicznych kosztów separacji i rozwodu zarówno ponoszone przez strony, jak i przez Państwa oraz skrócenie czasu potrzebnego do rozstrzygnięcia sporu.

Mediacja rodzinna jest procedurą rozwiązywania konfliktu, w której bezstronny i neutralny mediator towarzyszy członkom rodziny w procesie uzgodnień za ich dobrowolną zgodą oraz przy zachowaniu poufności. Mediator pomaga stronom w zdefiniowaniu kwestii spornych, określeniu potrzeb i interesów stron oraz, o ile taka jest ich wola, wypracowaniu wzajemnie satysfakcjonującego i świadomego porozumienia[112].

Mediacja pozwala na wyrażenie uczuć, wyjaśnienie sporu. W mediacji ważne jest znalezienie praktycznego rozwiązania sporu. Do zadań mediatora należy porozumienie stron, a nie ustalenie prawdy. Zgodnie z przekonaniem, że mediacja to prosty sposób rozwiązywania konfliktów, można uznać, że jej celem jest:

- szybkie dochodzenie roszczeń,
- uproszczona procedura,
- poprawa relacji stron,
- wypracowanie ugody przez strony,
- odciążenie sądownictwa.

Jeśli stronom nie uda się wypracować porozumienia w trakcie prowadzonej mediacji, potrafią określić swoje potrzeby, są bardziej pewne siebie. Można uznać, że mediacja spełnia trzy funkcje:

- poprawia relacje pomiędzy ludźmi, którzy biorą w niej udział,
- wzmacnia poczucie odpowiedzialności za własne zachowanie,
- zmniejsza koszty funkcjonowania wymiaru sprawiedliwości.

[112] A. Gójska, Polska, Ministerstwo Sprawiedliwości, *Mediacja w sprawach rodzinnych*, Warszawa 2012, s. 3.

Mediacja opiera się na czterech zasadach, bez względu na istotę mediacji czy rodzaj sporu.

1. Dobrowolność przystąpienia do mediacji – strony samodzielnie podejmują decyzję dotyczącą momentu rozpoczęcia mediacji. Na początku mediator jest zobowiązany do poinformowania o tym, że strony mają prawo do rezygnacji z mediacji na każdym jej etapie. Jeśli strony podczas spotkania nie osiągną porozumienia, sprawę przekazuje się do sądu.

2. Bezstronność mediatora – mediator podczas prowadzenia mediacji wspiera strony w rozwiązaniu konfliktu. Musi przyjąć neutralny punkt widzenia, nie może stać za jedną ze stron. Mediator może zachęcać strony do wyrażania swoich opinii, jednak nie może narzucać rozwiązania.

3. Neutralność mediatora – nie narzuca ani nie sugeruje on żadnego rozwiązania sporu. Rozwiązanie konfliktu zależy wyłącznie od stron. Zadaniem mediatora jest zapewnienie właściwego przebiegu mediacji.

4. Poufność postępowania – mediacja jest poufna, to znaczy, że cały jej przebieg jest objęty tajemnicą. Nie może wyjawić danych, uzyskanych podczas mediacji, czy też składanych propozycji. Strony również zobowiązane są do tajemnicy, jednakże mogą przekazać informacje osobom trzecim, które wspólnie uzgodnią[113].

Rada do spraw Alternatywnych Metod Rozwiązywania Konfliktów i Sporów przy Ministrze Sprawiedliwości opracowała *Standardy prowadzenia mediacji i postępowania mediatora*. Mają one uświadomić wymagania, jakie wyznacza się kandydatom na mediatorów. Mediator zatem:

1) dba o dobrowolność uczestniczenia w mediacji i zawierania porozumienia,

2) jest neutralny wobec przedmiotu sporu,

3) jest bezstronny wobec stron,

4) dba o poufność mediacji,

5) informuje strony o istocie i przebiegu mediacji,

[113] I. Podobas, *Mediacje i negocjacje w pracy socjalnej, op. cit.*, s. 75–81.

6) podnosi swój poziom kwalifikacji zawodowych,

7) współpracuje z innymi specjalistami,

8) zapewnia odpowiednie miejsce do przeprowadzenia mediacji.

Do wypełniania roli mediatora niezbędne jest przygotowanie merytoryczne. W celu rozwiązania sporu mediator musi wykorzystać swoje umiejętności i wiedzę z zakresu technik komunikacyjnych. Istotne okazują się umiejętności słuchania, parafrazowania, zadawania pytań. Mediator powinien posiadać wiedzę teoretyczną o mediacji, znać rolę mediatora, znać swoje prawa i obowiązki, a także zasady mediacji. Oprócz wiedzy teoretycznej niezbędna też jest wiedza praktyczna: prowadzenie spotkań ze stronami, dokonywanie analizy i diagnozy konfliktu, prowadzenie sesji mediacyjnych i spotkań ze stronami na osobności, komunikowanie się z uczestnikami, opanowanie terminologii pozwalającej na współpracę[114].

Według Ch. Moore'a wyodrębnia się następujące etapy mediacji:

1) nawiązywanie kontaktu ze stronami – wyjaśnienie stronom istoty procesu, zmotywowanie stron do podjęcia mediacji,

2) wybór strategii mediacji – pomoc stronom w ocenie różnych sposobów rozwiązywania konfliktu,

3) zbieranie i analiza informacji – gromadzenie i analizowanie istotnych informacji o osobach uczestniczących w konflikcie,

4) sporządzenie szczegółowego planu mediacji – ustalenie strategii i wynikających z nich korzyści,

5) budowanie zaufania i współpracy – psychologiczne przygotowanie stron do udziału w negocjacjach,

6) rozpoczęcie sesji mediacyjnej – otwarcie negocjacji między stronami,

7) zdefiniowanie sprawy i ustalenie planu – ustalenie obszaru tematów interesujących obie strony,

[114] Ibid., s. 82–83.

8) odkrywanie ukrytych interesów stron – ustalenie rzeczywistych, proceduralnych i psychologicznych interesów stron,

9) generowanie opcji rozwiązań – uświadomienie stronom potrzeby tworzenia różnych pomysłów rozwiązań,

10) ocena możliwości rozwiązań – przegląd interesów stron oraz ocena,

11) przetarg końcowy – osiąganie porozumienia w drodze negocjacji,

12) osiągnięcie formalnego porozumienia – ustalenie proceduralnych kroków pozwalających na formalizowanie porozumienia[115].

W sprawach o rozwód i separację, mediacje mogą być przeprowadzone na wniosek stron, a także na podstawie decyzji sądu – za zgodą stron. Sprawa może zostać skierowana do mediacji, jeżeli istnieją widoki na utrzymanie małżeństwa.

Mediacje stosuje się nie tylko w konfliktach separacyjnych i rozwodowych, ale także po rozwodzie czy separacji w kwestiach dotyczących:

- ustalenia zasad opieki nad dzieckiem,
- ustalenia szczegółowych zasad kontaktów dzieci z rodzicem, z którym nie mieszkają „pod wspólnym dachem”,
- ustalenia zasad kontaktów pomiędzy dziećmi i innymi członkami rodziny,
- uregulowania spraw alimentacyjnych oraz innych spraw finansowych lub majątkowych.

W drodze porozumienia między rodzicami może powstać plan opieki rodzicielskiej i zasad jej sprawowania po rozwodzie wraz z kalendarzem spotkań rodzica z dzieckiem.

W konfliktach związanych z rozstaniem rodziców, gdy oprócz małżonków zaangażowane są również dzieci małoletnie, mediator dba, aby potrzeby dziecka zostały zaspokojone.

[115] I. Podobas, *Mediacje*..., s. 85-86.

Postępowanie mediacyjne w przeciwieństwie do oficjalnego sądowego ma charakter niesformalizowany. To znaczy, że nie ma norm prawnych regulujących, jakie powinien dokładnie podjąć kroki z chwilą otrzymania sprawy.

Mediacje wpisane są w pracę socjalną, wspomagają bliskość, poprawiają jakość życia rodzinnego klientów. Pracownik socjalny może realizować idee mediacji i stosować jej wybrane elementy zgodnie z założonymi kierunkami i celami pracy. Mediacja nie musi zakończyć się porozumieniem, aby była satysfakcjonująca dla obu stron oraz dla prowadzącego.

Mediatorem w sprawach dla nieletnich nie może zostać pracownik placówki opiekuńczo-wychowawczej, specjalnego ośrodka szkolno-wychowawczego, zakładu poprawczego lub schroniska dla nieletnich. W postępowaniu dla nieletnich istotą mediacji jest alternatywny sposób reagowania na niepożądane zachowanie nieletniego, jak i stosunek do pokrzywdzonego. Dzięki mediacji zrozumie on, jaką krzywdę wyrządził, i zacznie czuć się za nią odpowiedzialny. Podczas postępowania mediacyjnego mediator ma dostęp do akt. Postępowanie to nie różni się od klasycznej mediacji. Wykorzystanie jej w sprawach nieletnich daje możliwość oddziaływania na młodocianych, ich osobowość i psychikę[116].

3.4. Piecza zastępcza – placówka opiekuńczo-wychowawcza

Funkcjonowanie całego systemu związanego z opieką zastępczą reguluje w Polsce ustawa o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej z dnia 9 czerwca 2011 r. Reguluje ona:

- zasady i formy wspierania rodziny przeżywającej trudności w wypełnianiu funkcji opiekuńczo-wychowawczych,
- zasady i formy sprawowania pieczy zastępczej oraz pomocy w usamodzielnianiu wychowanków,
- zadania organów i jednostek administracji publicznej w zakresie wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej oraz zasady ich finansowania,
- procedurę adopcyjną.

[116] I. Podobas, *Mediacje i negocjacje w pracy socjalnej, op. cit.*, s. 96.

Pieczę zastępczą sprawowaną w przypadku niemożności zapewnienia dziecku opieki i wychowania przez rodziców organizuje powiat. Jej celem jest:

- zapewnienie pracy z rodziną, umożliwiającej powrót do niej dziecka, lub gdy jest to niemożliwe – dążenie do jego przysposobienia,
- przygotowanie dziecka do godnego, samodzielnego, odpowiedzialnego i etycznego życia, pokonywania trudności życiowych, nawiązywania i podtrzymywania bliskich, osobistych i społecznie akceptowanych kontaktów z rodziną,
- zaspokojenie potrzeb emocjonalnych dzieci, ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb bytowych, zdrowotnych, edukacyjnych i kulturalno-rekreacyjnych.

Piecza sprawowana jest w formie rodzinnej i instytucjonalnej, a umieszczenie dziecka następuje na podstawie orzeczenia sądu, na okres nie dłuższy niż do osiągnięcia pełnoletniości lub maksymalnie do 25. roku życia[117].

Placówka opiekuńczo-wychowawcza:

- zapewnia dziecku całodobową opiekę i wychowanie oraz zaspokaja jego niezbędne potrzeby, w szczególności emocjonalne, rozwojowe, zdrowotne, bytowe, społeczne i religijne;
- realizuje przygotowany we współpracy z asystentem rodziny plan pomocy dziecku;
- umożliwia kontakt dziecka z rodzicami i innymi osobami bliskimi, chyba że sąd postanowi inaczej;
- podejmuje działania w celu powrotu dziecka do rodziny;
- zapewnia dziecku dostęp do kształcenia dostosowanego do jego wieku i możliwości rozwojowych;
- obejmuje dziecko działaniami terapeutycznymi;

[117] K. Łoś i in., *System pomocy społecznej w Polsce: uwarunkowania prawne, społeczne i finansowe : praca zbiorowa*, Bielsko-Biała 2015.

- zapewnia korzystanie z przysługujących świadczeń zdrowotnych (art. 93 ust. 4 u.w.r.).

Placówka opiekuńczo-wychowawcza może być typu: socjalizacyjnego, interwencyjnego, specjalistyczno-terapeutycznego lub rodzinnego (art. 101 u.w.r.).

Placówka opiekuńczo-wychowawcza typu rodzinnego:

- wychowuje dzieci w różnym wieku, w tym dorastające i usamodzielniające się;
- umożliwia wspólne wychowanie i opiekę licznemu rodzeństwu;
- współpracuje z koordynatorem rodzinnej pieczy zastępczej i asystentem rodziny (art. 102 u.w.r.).

Zadaniem placówki opiekuńczo-wychowawczej typu interwencyjnego jest doraźna opieka nad dzieckiem w czasie trwania sytuacji kryzysowej, w szczególności placówka ma obowiązek przyjąć dziecko w przypadkach wymagających natychmiastowego zapewnienia mu opieki. Do placówki interwencyjnej dziecko jest przyjmowane zazwyczaj na podstawie orzeczenia sądu lub gdy dziecko zostało doprowadzone przez policję (art. 103 u.w.r).

Placówka opiekuńczo-wychowawcza typu specjalistyczno-terapeutycznego sprawuje opiekę nad dzieckiem o indywidualnych potrzebach, w szczególności:

- legitymującym się orzeczeniem o niepełnosprawności albo orzeczeniem o umiarkowanym lub znacznym stopniu niepełnosprawności;
- wymagającym stosowania specjalnych metod wychowawczych i specjalistycznej terapii;
- wymagającym wyrównywania opóźnień rozwojowych i edukacyjnych (art. 105 u.w.r.).

W placówce opiekuńczo-wychowawczej typu socjalizacyjnego, interwencyjnego lub specjalistyczno-terapeutycznego są umieszczane dzieci powyżej 10. roku życia, wymagające szczególnej opieki lub mające trudności w przystosowaniu się do życia w rodzinie (art. 95 u.w.r.).

Placówka opiekuńczo-wychowawcza współpracuje, w zakresie wykonywanych zadań, z sądem, powiatowym centrum pomocy rodzinie, rodziną, asystentem rodziny, organizatorem rodzinnej pieczy zastępczej oraz z innymi osobami i instytucjami, które podejmują się wspierania działań wychowawczych placówki opiekuńczo-wychowawczej (art. 96 u.w.r.).

W myśl ustawy osobą „pracującą z dziećmi w placówce opiekuńczo-wychowawczej może być osoba posiadająca następujące kwalifikacje:

1) w przypadku wychowawcy – wykształcenie wyższe:

    a) na kierunku pedagogika, pedagogika specjalna, psychologia, praca socjalna, nauki o rodzinie lub na innym kierunku, którego program obejmuje resocjalizację, pracę socjalną, pedagogikę opiekuńczo-wychowawczą, albo

    b) na dowolnym kierunku, uzupełnione studiami podyplomowymi w zakresie psychologii, pedagogiki, nauk o rodzinie lub resocjalizacji;

2) w przypadku pedagoga – tytuł zawodowy magistra na kierunku pedagogika albo pedagogika specjalna;

3) w przypadku psychologa – prawo wykonywania zawodu psychologa w rozumieniu ustawy z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów;

4) w przypadku osoby prowadzącej terapię – udokumentowane przygotowanie do prowadzenia terapii o profilu potrzebnym w pracy z dzieckiem i rodziną;

5) w przypadku opiekuna dziecięcego – ukończoną szkołę przygotowującą do pracy w zawodzie opiekuna dziecięcego lub pielęgniarki albo studia pedagogiczne;

6) w przypadku pracownika socjalnego – wykształcenie wyższe uprawniające do wykonywania zawodu”[118].

Ważny element pracy opiekuńczo-wychowawczej stanowi funkcjonowanie instytucji. Wprowadzenie dziecka w struktury funkcjonowania (przystosowanie do warunków

[118] Art. 98 ust. 1 u.w.r.

życia i społeczności) odbywa się w ramach funkcji readaptacyjnej. Jest ona pierwszym elementem pracy z dzieckiem po jego umieszczeniu w placówce. Funkcja kompensacyjna służy redukowaniu odchyleń dziecka. Do wychowawcy należy diagnoza, tworzenie indywidualnego planu pracy, planu naprawczego, zadań psychoterapeutycznych. Za zaspokajanie potrzeb wychowanka, czuwanie nad bezpieczeństwem i zdrowiem odpowiada funkcja opiekuńcza. Za działania ukierunkowane na wszechstronny rozwój osobowości dziecka oraz stymulowanie jego aktywności odpowiada funkcja wychowawcza. Funkcja profilaktyczna to przeciwdziałanie jakimkolwiek czynnikom narażającym prawidłowy rozwój wychowanka. W działalności praktycznej wyróżnia się dwa główne typy rozwiązań: wychowanie rodzinne i wychowanie zbiorowe.

Wychowanie rodzinne rozumiane jest jako:

- grupy wychowawcze zwane rodzinkami; funkcjonują one w określonej placówce z określonym obszarem życia wspólnego – dla całej społeczności dziecięcej – i „prywatnej" rodzinki;
- grupy wychowawcze zwane grupami usamodzielnienia – funkcjonują w oddzielnych mieszkaniach na terenie miasta stanowiąc filię macierzystej placówki[119].

Prawie wszyscy wychowankowie placówek opiekuńczo-wychowawczych mają rodziców i są z nimi silnie związani emocjonalnie. Rodzice często mieszkają niedaleko od placówki. Czyni to szczególnie ważnym zagadnienie relacji łączących pracowników placówki z rodzicami wychowanka. Zakres uprawnień, obowiązków i kompetencji przejmowanych przez placówki od rodziców dziecka zależy od podstawy prawnej.

Dla dziecka, kiedy musi zostać umieszczone poza rodziną, najlepsza forma pieczy zastępczej to ta, która w danych okolicznościach jest dla tego dziecka najbardziej odpowiednia. Pojawia się pytanie: jaka spośród dostępnych form daje największe

[119] E. Gawlik, *Funkcjonowanie placówek opiekuńczo-wychowawczych a poziom kompetencji społecznych wychowanków,* Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanitas. Pedagogika, 2016, nr 12 s. 168-169.

szanse na reintegrację rodziny? Kierując się tymi kryteriami, należy dokonać wyboru[120].

3.5. Policja

Po przemianach ustrojowych w 1989 roku w Polsce w miejsce Milicji Obywatelskiej została powołana Policja. Podstawowym aktem prawnym dotyczącym jej funkcjonowania jest ustawa o Policji[121] (dalej: u.p.). Przepisy regulujące jej działanie znajdują się również w innych ustawach, przepisach Unii Europejskiej, umowach międzynarodowych oraz dokumentach niższej rangi. W odniesieniu do działań policji wobec rodziny podstawowe akty prawne to ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie[122] (dalej: u.p.p.) i wydane na jej podstawie rozporządzenie Rady Ministrów[123] (dalej: NK) oraz ustawa o postępowaniu w sprawach nieletnich[124] i zarządzenie Komendanta Głównego Policji[125] (dalej: WKGP).

Zgodnie z ustawową definicją policja jest umundurowaną i uzbrojoną formacją przeznaczoną do ochrony bezpieczeństwa ludzi oraz do utrzymywania bezpieczeństwa i porządku publicznego (art. 1 ust. 1 u.p.). Centralnym organem policji jest Komendant Główny Policji (art. 5 ust. 1 u.p.), któremu podlegają komendanci wojewódzcy, powiatowi, rejonowi oraz komendanci komisariatów (art. 5 ust. 2 u.p.). Wprowadzono także podział policji ze względu na jej rodzaj. Została wyróżniona policja kryminalna, która obejmuje takie służby jak: dochodzeniowo-śledczą, operacyjno-rozpoznawczą, techniki kryminalistycznej, techniki operacyjnej. Kolejny rodzaj to policja ruchu drogowego i prewencji, która wyróżnia oddziały prewencji i pododdziały antyterrorystyczne. Wyróżniono również policję

[120] M. Andrzejewski, *Ewolucja pieczy zastępczej przez pryzmat nowych regulacji prawnych*, „Teologia i Moralność" 2012, t. 7, nr 1(11).

[121] Ustawa z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji (Dz. U. Nr 30, poz. 179 ze zm.; tekst jedn. Dz. U. z 2017 r. poz. 2067 ze zm.).

[122] *Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz.U. nr 180 poz. 1493 z późn zm.)*.

[123] *Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 13 września 2011 r. w sprawie procedury „Niebieskie Karty" i wzorów formularzy „Niebieska Karta" (Dz.U. Nr 209 poz. 1245)*.

[124] *Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz.U. Nr 35 poz. 228 z późn zm.)*.

[125] *Zarządzenie Komendanta Głównego Policji nr 1619 z dnia 3 listopada 2010 r. w sprawie metod i form wykonywania zadań przez policjantów w zakresie przeciwdziałania demoralizacji i przestępczości nieletnich oraz działań podejmowanych na rzecz małoletnich (Dz. Urz. KGP Nr 11, poz. 64 z późn.. zm.)*.

specjalistyczną, w tym kolejową, wodną i lotniczą. W skład policji weszła także, policja lokalna, która miała bardzo ważne zadanie – służenie społecznościom lokalnym[126]. W praktyce, rodziny zazwyczaj mają kontakt z patrolem policji lub funkcjonariuszem działu prewencji – dzielnicowym.

Do ogólnych zadań policji należy m.in.:

- ochrona życia i zdrowia ludzi oraz mienia przed bezprawnymi zamachami naruszającymi te dobra (art. 1 ust. 2 pkt 1 u.p.);
- ochrona bezpieczeństwa i porządku publicznego (art. 1 ust. 2 pkt 2 u.p.);
- inicjowanie i organizowanie działań mających na celu zapobieganie popełnianiu przestępstw i wykroczeń oraz zjawiskom kryminogennym i współdziałanie w tym zakresie z organami państwowymi, samorządowymi i organizacjami społecznymi (art. 1 ust. 2 pkt 3 u.p.);
- wykrywanie przestępstw i wykroczeń oraz ściganie ich sprawców (art. 1 ust. 2 pkt 4 u.p.).

Do zadań dzielnicowego należy w szczególności:

- prowadzenie rozpoznania przydzielonego mu rejonu służbowego pod względem osobowym, terenowym, zjawisk i zdarzeń mających wpływ na stan porządku i bezpieczeństwa publicznego;
- realizowanie zadań z zakresu profilaktyki społecznej;
- realizowanie zadań z zakresu ścigania sprawców przestępstw i wykroczeń;
- kontrolowanie przestrzegania prawa powszechnie obowiązującego oraz przepisów prawa miejscowego (art. 8a u.p.).

W granicach swych zadań policja wykonuje czynności: operacyjno-rozpoznawcze, dochodzeniowo-śledcze i administracyjno-porządkowe w celu:

- rozpoznawania, zapobiegania i wykrywania przestępstw i wykroczeń (art. 14 ust. 1 pkt 1 u.p.);

[126] A. Misiuk, *Administracja porządku i bezpieczeństwa publicznego: zagadnienia prawno-ustrojowe*, Warszawa 2008, s. 88–89.

- poszukiwania osób ukrywających się przed organami ścigania lub wymiaru sprawiedliwości (art. 14 ust. 1 pkt 2 u.p.);

- poszukiwania osób zaginionych (art. 14 ust. 1 pkt 3 u.p.).

Ponadto policja wykonuje czynności na polecenie sądu, prokuratora, organów administracji państwowej i samorządu terytorialnego w zakresie, w jakim obowiązek ten został określony w odrębnych ustawach (art. 14 ust. 2 u.p.).

Podczas wykonywania swoich zadań, policja może też korzystać ze swoich praw i należy tu uwzględnić, iż mają oni prawo do legitymowania osób, zatrzymywania, pobierania wymazu ze śluzówki policzków, pobierania materiału biologicznego ze zwłok ludzkich o nieustalonej tożsamości. Mają oni także prawo do przeszukiwania osób i pomieszczeń, dokonywania kontroli osobistej. Policja może także, zwracać się o pomoc do instytucji państwowych, organów administracji rządowej i samorządu terytorialnego, a także do jednostek gospodarczych i organizacji społecznych. Jeśli zachodzi taka potrzeba, policja może także dokonywać kontroli używanego paliwa poprzez pobieranie próbek[127].

Praca policji, jak zostało to opisane powyżej, dzieli się na wiele rodzajów. Na co dzień społeczeństwo najczęściej spotyka się ze służbą prewencyjną policji. W Polsce w skład pionu prewencji wchodzi dzielnicowy.

Dzielnicowy to policjant, który na stałe związany jest z określonym rejonem i jego mieszkańcami. To właśnie dzielnicowy jako pierwszy styka się z problemami społeczeństwa. Jego zadaniem jest wykazanie się kulturą osobistą, znajomością życia i wiedzą z dziedzin prawa. Dzielnicowy musi rozpoznawać zagrożenie w swoim rejonie, aby wiedzę tę wykorzystać w działalności zapobiegawczej i wykrywczej policji[128]. C. Glinkowski oraz I. Dziubek wskazują dalej, że dzielnicowy to:

- przedstawiciel policji pierwszego kontaktu;

- policjant świadczący usługi dla społeczności dzielnicy;

[127] A. Urban, *Bezpieczeństwo społeczności lokalnych*, Warszawa 2009, s. 49–50.

[128] *Służyć i chronić: w trosce o społeczność lokalną : materiały z konferencji poświęconej bezpieczeństwu publicznemu*, C. Glinkowski, I. Dziubek (red.), Kalisz 2007, s. 91–92.

- rzecznik policji wobec mieszkańców i rzecznik interesów mieszkańców dla miejscowej policji.

W związku z tym należy zwrócić uwagę, iż między dzielnicowym a społeczeństwem występuje bardzo duża zależność. Dzielnicowy ma za zadanie wykonywanie „obchodu", w trakcie którego podejmuje zaplanowane zadania wynikające z potrzeb mieszkańców danego rejonu. Zajmuje się także sytuacją osób nieletnich w swoim rejonie. Jeśli zostanie wykryte zjawisko patologiczne, np. dotyczące przemocy domowej, dzielnicowy dokonuje diagnozy, przeprowadza konsultacje oraz ustala możliwości udzielenia pomocy zarówno dzieciom, jak i rodzicom dotkniętym problemem. Następnie oferuje pomoc lub wskazuje podmioty, u których rodzina może ją uzyskać. To, czy dana rodzina skorzysta z proponowanej pomocy, zależy m.in. właśnie od dzielnicowego oraz od tego, w jaki sposób będzie motywował osoby do korzystania z pomocy. Dzielnicowy prowadzi ciągłe rozpoznanie przydzielonego mu rejonu pod względem: osobowym, terenowym, zjawisk i zdarzeń mogących mieć wpływ na stan porządku i bezpieczeństwa publicznego. Zajmuje się także osobami zdemoralizowanymi, stwarzającymi trudności wychowawcze (ucieczki z domu, wagarowanie, używanie alkoholu, zażywanie środków odurzających)[129].

Działania policji w stosunku do rodziny dotyczą przede wszystkim przypadków przemocy domowej, rozumianej jako umyślne działanie lub zaniechanie naruszające prawa lub dobra osobiste współzamieszkujących osób, w szczególności narażające je na niebezpieczeństwo utraty życia, zdrowia, naruszające ich godność, nietykalność cielesną, wolność, w tym seksualną, powodujące szkody na ich zdrowiu fizycznym lub psychicznym, a także wywołujące cierpienia i krzywdy moralne u osób dotkniętych przemocą (art. 2 pkt 2 u.p.p.). Podejmowanie interwencji wobec rodziny dotkniętej przemocą odbywa się w oparciu o procedurę „Niebieskie Karty" i nie wymaga zgody osoby dotkniętej przemocą w rodzinie (art. 9d ust. 1 u.p.p.). Procedura obejmuje czynności podejmowane przez przedstawicieli jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, policji, oświaty i ochrony zdrowia, w związku z uzasadnionym podejrzeniem zaistnienia przemocy w rodzinie (art. 9d ust. 2 u.p.p.). Wszczęcie procedury następuje przez wypełnienie formularza przez przedstawiciela jednego

[129] Por. C. Glinkowski, I. Dziubek (red.), *Służyć i chronić, op. cit.*

z ww. podmiotów, w obecności osoby, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie (art. 9d ust. 4 u.p.p.).

Dzielnicowy, do którego trafia „Niebieska Karta" realizuje procedurę, prowadząc teczkę zagadnieniową „Przemoc w rodzinie", odrębnie dla każdej rodziny. W teczce gromadzi wszystkie dokumenty potwierdzające czynności podjęte przez policję wobec przemocy w rodzinie (§ 5 ust. 1 WKGP).

W ramach wskazanej procedury funkcjonariusz policji:

- udziela osobie, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, niezbędnej pomocy, w tym udziela pierwszej pomocy i organizuje dostęp do pomocy medycznej;
- podejmuje, w razie potrzeby, inne niezbędne czynności zapewniające ochronę życia, zdrowia i mienia osób, co do których istnieje podejrzenie, że są dotknięte przemocą w rodzinie, włącznie z zastosowaniem środków przymusu bezpośredniego i zatrzymania;
- przeprowadza, z osobą podejrzaną o stosowanie przemocy w rodzinie, rozmowę, w szczególności o odpowiedzialności karnej, oraz wzywa taką osobę do zachowania zgodnego z prawem i zasadami współżycia społecznego;
- przeprowadza na miejscu zdarzenia czynności procesowe w niezbędnym zakresie, w granicach koniecznych do zabezpieczenia śladów i dowodów przestępstwa;
- podejmuje działania mające na celu zapobieganie zagrożeniom mogącym występować w rodzinie, w szczególności składa systematyczne wizyty sprawdzające stan bezpieczeństwa osoby, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie (§ 13 NK).

W ramach procedury członkowie zespołu interdyscyplinarnego:

- udzielają pomocy osobie, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie;

- podejmują działania w stosunku do osoby, wobec której istnieje podejrzenie, że stosuje przemoc w rodzinie, w celu zaprzestania stosowania tego rodzaju zachowań;
- opracowują indywidualny plan pomocy dla osoby, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, który zawiera propozycje działań pomocowych (§ 16 NK).

Cele procedury są oparte na następujących założeniach:

1) ułatwienie rozpoznania przemocy w rodzinie z problemem alkoholowym;
2) zapewnienie bezpieczeństwa ofiarom przemocy;
3) przerwanie izolacji rodziny;
4) wsparcie dla ofiar – pisemna informacja o przysługujących prawach i możliwościach uzyskania pomocy;
5) motywowanie do podjęcia działań ochronnych;
6) bardziej stanowcze działania wobec sprawcy;
7) zapis zdarzenia – ujednolicona dokumentacja;
8) określenie skali i charakterystyka przemocy;
9) tworzenie warunków do współpracy służb i prowadzenia szkoleń interdyscyplinarnych[130].

3.6. Wymiar sprawiedliwości – kurator zawodowy

Kurator sądowy w świetle przepisów ustawy o kuratorach sądowych[131] (dalej: u.k.), kodeksu karnego wykonawczego[132] oraz ustawy o ustroju sądów powszechnych[133] (dalej: u.s.p.) to funkcjonariusz publiczny wykonujący czynności o charakterze

[130] D. Kozłowska, *Procedura „Niebieskie Karty". Geneza i rozwój*, „Kwartalnik Policyjny" 2015, nr 3.

[131] *Ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o kuratorach sądowych (Dz.U. Nr 98 poz. 1071 z późń. zm.)*.

[132] *Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. Nr 90 poz. 557 z późń. zm.)*.

[133] *Ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. Prawo o ustroju sądów powszechnych (Dz.U. Nr 98 poz. 1070 z późń. zm.)*.

wychowawczo-resocjalizacyjnym diagnostycznym, profilaktycznym i kontrolnym, związane z wykonywaniem orzeczeń sądu. Obok wskazanych ustaw, działalność kuratorów jest również określona w przepisach kodeksu postępowania cywilnego[134] (dalej: k.p.c.).

Kuratorzy dzielą się na społecznych i zawodowych, a także na kuratorów dla dorosłych w sprawach karnych oraz kuratorów rodzinnych w sprawach rodzinnych i nieletnich (art. 2 u.k.). Kuratorzy zawodowi to pracownicy sądowi podlegli prezesowi sądu okręgowego, wykonujący swoje zadania w zespole kuratorskiej służby sądowej. Prezes sądu mianuje, odwołuje i sprawuje kontrolę nad kuratorami zawodowymi. Mogą nimi zostać absolwenci studiów magisterskich z zakresu nauk pedagogiczno-psychologicznych, socjologicznych lub prawnych albo innych studiów magisterskich i studiów podyplomowych z zakresu nauk pedagogiczno-psychologicznych, socjologicznych lub prawnych (art. 4-5 u.k.).

Zawodowy kurator sądowy obowiązany jest do:

- przeprowadzania na zlecenie sądu lub sędziego wywiadów środowiskowych;
- współpracy z właściwym samorządem i organizacjami społecznymi, które statutowo zajmują się opieką, wychowaniem, resocjalizacją, leczeniem i świadczeniem pomocy społecznej w środowisku otwartym (art. 11 u.k.).

Wykonując swoje obowiązki służbowe, kurator zawodowy ma prawo do:

- odwiedzania w godzinach 7-22 osób objętych postępowaniem w miejscu ich zamieszkania lub pobytu, a także w zakładach zamkniętych;
- żądania niezbędnych wyjaśnień i informacji od podopiecznych objętych dozorem, nadzorem lub inną formą kontroli zleconej przez sąd;
- przeglądania akt sądowych i dokumentacji dotyczącej podopiecznego i innych osób objętych postępowaniem;
- żądania od policji oraz innych organów lub instytucji państwowych, organów samorządu terytorialnego, stowarzyszeń i organizacji społecznych w zakresie

[134] *Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. - Kodeks postępowania cywilnego (Dz.U. Nr nr 43 poz. 296 z późń. zm.)*.

ich działania, a także od osób fizycznych pomocy w wykonywaniu czynności służbowych (art. 9 u.k.).

Kuratorzy rodzinni sprawują nadzory w sprawach opiekuńczych, nad nieletnimi oraz nad osobami zobowiązanymi do leczenia odwykowego. W sprawach opiekuńczych nadzór może wiązać się z wykonywaniem środka zabezpieczającego, ograniczeniem władzy rodzicielskiej, umieszczeniem dziecka w rodzinie zastępczej lub placówce zastępczej[135].

Kurator rodzinny, któremu powierzono sprawowanie nadzoru:

- zaznajamia się z aktami sprawy i innymi niezbędnymi źródłami informacji o podopiecznym, a w szczególności z przebiegiem dotychczasowych nadzorów;
- nawiązuje pierwszy kontakt z podopiecznym, nie później niż w ciągu 7 dni od daty wpływu prawomocnego orzeczenia do zespołu kuratorskiej służby sądowej;
- poucza podopiecznego o prawach i obowiązkach wynikających z orzeczenia sądu oraz omawia sposób i terminy ich realizacji;
- planuje wobec podopiecznego oddziaływanie profilaktyczno-resocjalizacyjne i opiekuńczo-wychowawcze i współpracuje z rodziną podopiecznego w tym zakresie;
- udziela podopiecznemu pomocy w organizowaniu nauki, pracy i czasu wolnego oraz w rozwiązaniu trudności życiowych;
- kontroluje zachowanie podopiecznego w miejscu zamieszkania, pobytu, nauki i pracy[136].

Przebieg nadzoru i podejmowane na bieżąco czynności kurator rodzinny dokumentuje w karcie czynności nadzoru, prowadzonej osobno dla każdego podopiecznego. Wpisuje w niej: datę, miejsce i rodzaj czynności, uzyskane

[135] R. Opora, *Rola sędziów i kuratorów w resocjalizacji nieletnich, op. cit.*

[136] § 3 *Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 12 czerwca 2003 r. w sprawie szczegółowego sposobu wykonywania uprawnień i obowiązków kuratorów sądowych (Dz.U. Nr 112 poz. 1064 z późń. zm.)*.

dokumenty i informacje oraz ich źródła, a także własne uwagi i zamierzenia w zakresie sprawowania nadzoru. Kurator rodzinny składa sądowi pierwsze sprawozdanie z objęcia nadzoru nie później niż w ciągu 14 dni od dnia nawiązania kontaktu z podopiecznym. Kolejne zaś sprawozdania z przebiegu nadzoru sporządza na żądanie sądu lub w terminach określonych przez sąd[137].

Kurator rodzinny może także zostać wyznaczony przez sąd, aby:

- reprezentować dziecko w sądzie (art. 99 kodeksu rodzinnego i opiekuńczego[138]);
- zarządzać majątkiem dziecka (art. 102 k.r.o.);
- sprawować stały nadzór nad wykonywaniem władzy rodzicielskiej (art. 109 § 3 k.r.o.);
- być obecnym przy kontaktach jednego z rodziców z dzieckiem (art. 113^3 k.r.o.);
- przeprowadzać mediację w sprawach małżeńskich (art. 436 k.p.c.);
- odebrać osobę podlegającą władzy rodzicielskiej (art. 598^6 k.p.c.).

Zawodowy kurator rodzinny, wykonując obowiązki i uprawnienia w zakresie nadzoru określone powyżej przede wszystkim:

- sprawuje nadzory w sprawach trudnych lub wymagających bezzwłocznego podjęcia czynności;
- kontroluje prawidłowość i efektywność sprawowania nadzorów oraz innych czynności zleconych sądowym kuratorom społecznym;
- udziela pomocy kuratorom społecznym i innym osobom sprawującym nadzory zwłaszcza poprzez udzielanie instruktażu w zakresie metod i form pracy oraz organizowanie szkoleń dla tych osób;
- pozyskuje osoby do sprawowania funkcji sądowego kuratora społecznego[139].

[137] § 3-4 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 12 czerwca 2003 r. w sprawie szczegółowego sposobu wykonywania uprawnień i obowiązków kuratorów sądowych.

[138] Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz. U. Nr 9, poz. 59; tekst jedn. Dz. U. z 2017 r. poz. 682; dalej: k.r.o.)

Kuratora zawodowego, jak podaje ustawa z 27 lipca 2001 roku „mianuje, odwołuje, przenosi do innego sądu lub zespołu kuratorskiej służby sądowej albo zawiesza w czynnościach prezes sądu okręgowego, na wniosek kuratora okręgowego”[140]. Dana ustawa wskazuje także na to, kto może być mianowany kuratorem zawodowym. Bardzo istotne jest, aby kurator posiadał: obywatelstwo polskie, zdolność do pełnienia obowiązków kuratora z uwagi na stan zdrowia, ukończone studia magisterskie z zakresu nauk pedagogiczno-psychologicznych, socjologicznych lub prawnych. Należy także uwzględnić odbycie aplikacji kuratorskiej oraz zdanie egzaminu kuratorskiego. Pierwszy etap to ślubowanie, po którym sporządza się protokół. Po spełnieniu wyżej wymienionych warunków ustalane są poszczególne stopnie służbowe dla kuratorów zawodowych. Wyróżnić można: stopień I – Kurator zawodowy, stopień II – Starszy kurator zawodowy oraz stopień III – Kurator specjalista. Stopnie te nadaje prezes sądu okręgowego na wniosek kuratora okręgowego. Mogą być one nadawane po 3 latach wyróżniającej się pracy.

Rola rodzinnych kuratorów sądowych cały czas się zwiększa. Zadania kuratorów także uległy zwiększeniu, ponieważ nie jest to już tylko nadzór nad nieletnimi. R. Opora wskazuje na następujące zadania rodzinnych kuratorów sądowych[141]:

- sprawowanie nadzoru (kurateli):
  - jako środka tymczasowego wobec nieletnich,
  - jako środka wychowawczego wobec nieletnich orzekanego samoistnie,
  - w przypadku warunkowego przedterminowego zwolnienia z zakładu poprawczego,
  - jako środka ograniczenia władzy rodzicielskiej,
  - jako środka wobec osób, co do których sąd orzekł obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu;

[139] *Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 12 czerwca 2003 r. w sprawie szczegółowego sposobu wykonywania uprawnień i obowiązków kuratorów sądowych (Dz.U. Nr 112 poz. 1064 z późń. zm.)*.

[140] Art. 4 u.k.

[141] R. Opora, *Rola sędziów i kuratorów w resocjalizacji nieletnich, op. cit.*, s. 33–34.

- sporządzanie wywiadów środowiskowych we wszystkich sprawach i stadiach postępowania;
- wykonywanie szczególnych czynności zlecanych przez sąd (np. przeprowadzanie czynności wyjaśniających w postępowaniu z nieletnimi);
- kierowanie i praca w ośrodku kuratorskim;
- prowadzenie kontroli:
  - sytuacji społeczno-prawnej małoletnich będących pod opieką lub kuratelą,
  - przebiegu wykonania środków wychowawczych,
  - pracy kuratorów społecznych przez kuratorów zawodowych;
- szkolenie kuratorów społecznych.

W momencie, w którym kuratorowi zostaje zlecony nadzór nad podopiecznym, jego zadaniem jest systematyczny kontakt z nim oraz z jego środowiskiem. Kuratorowi rodzinnemu są powierzane zadania, a co za tym idzie musi on zaznajomić się z aktami sprawy, informacjami o podopiecznym. Następnie ma obowiązek nawiązać kontakt z podopiecznym, a także pouczyć go o jego prawach i obowiązkach. Kurator po zapoznaniu się z sytuacją podopiecznego planuje wobec niego działania profilaktyczno-resocjalizacyjne oraz opiekuńczo-wychowawcze. Kurator musi także podjąć pracę nie tylko z podopiecznym, ale także z jego rodziną. W zakresie działań kuratora jest także pomoc w zorganizowaniu czasu nauki, pracy czy nawet czasu wolnego, a także udział podczas trudnych sytuacji życiowych. Kolejny aspekt to kontrola zachowań podopiecznego, zarówno w miejscu zamieszkania, jak i pracy czy też szkoły. Kurator nie działa sam. Bardzo ważne jest, aby czynnie współdziałał z różnymi organizacjami, instytucjami, stowarzyszeniami[142].

Dlatego też kuratorzy sądowi są zobowiązani do posiadania kierunkowego wykształcenia zgodnego z treścią ustawy o kuratorach sądowych. Powinni posiadać głęboką wiedzę z zakresu pedagogiki, psychologii, prawa, socjologii czy oligofrenopedagogiki.

[142] E. Dłużak, *Profilaktyczno-resocjalizacyjna rola kuratorów sądowych we wspomaganiau rodziny niewydolnej wychowawczo*, „Pedagogika Rodziny" 2011, nr 1, s. 212.

Kurator rodzinny musi pełnić wiele funkcji. Najważniejsza z nich to funkcja diagnostyczna, która polega na zbieraniu przez niego informacji o podopiecznym, ale także o źródłach jego niedostosowania. Kolejną funkcją jest funkcja wychowawcza. Oznacza ona, że kurator jeszcze przed orzeczeniem sądu ma możliwość doradzania rodzicom nieletniego i już na tym etapie może udzielić pomocy. Kurator spełnia także funkcję profilaktyczną. Oznacza ona, iż kurator pełni nad nieletnim nadzór zapobiegawczy[143].

Bardzo często pomija się różnice między kuratorem zawodowym a społecznym i sprowadza się ich po prostu do terminu „kurator sądowy". Nie jest konkretnie sprecyzowany podział obowiązków między tymi rodzajami kuratorów.

3.7. Wymiar sprawiedliwości – kurator społeczny

Zgodnie z ustawą z dnia 27 lipca 2001 roku rolę kuratora społecznego może pełnić osoba posiadająca takie same kompetencje jak kurator zawodowy oraz co najmniej wykształcenie średnie i doświadczenie w prowadzeniu działalności resocjalizacyjnej, opiekuńczej lub wychowawczej. Kurator społeczny jest powoływany przez prezesa sądu rejonowego na wniosek kierownika zespołu. Podobnie jak w sytuacji kuratora zawodowego, kurator społeczny także składa ślubowanie. Wpisywany jest on na listę kuratorów przy prezesie sądu rejonowego oraz kierownika zespołu.

W kodeksie karnym wykonawczym można również znaleźć informacje dotyczące zakresu działań kuratora społecznego i z najważniejszych można wymienić:

- odwiedzanie osób, których dotyczy postępowanie, w miejscu ich zamieszkania lub pobytu, w tym również w zakładach karnych, oraz kontaktowanie się z ich rodziną;
- żądanie niezbędnych informacji i wyjaśnień od osób znajdujących się w okresie próby;
- współdziałanie z właściwymi stowarzyszeniami, organizacjami i instytucjami w zakresie poprawy warunków bytowych i zdrowotnych;

[143] R. Opora, *Rola sędziów i kuratorów w resocjalizacji nieletnich, op. cit.*, s. 35.

- współdziałanie z administracją zakładów karnych w zakresie odpowiedniego przygotowania skazanych do zwolnienia;
- przeglądanie akt sądowych i sporządzanie z nich odpisów w związku z wykonywaniem czynności zleconych przez sąd;
- przeprowadzanie wywiadów środowiskowych i zbieranie niezbędnych informacji od organów administracji rządowej, samorządu terytorialnego, zakładów pracy, stowarzyszeń, organizacji i instytucji.

Kuratorem społecznym może zostać osoba, która:

1) posiada obywatelstwo polskie i korzysta z pełni praw cywilnych i obywatelskich,
2) jest nieskazitelnego charakteru,
3) jest zdolna ze względu na stan zdrowia do pełnienia obowiązków kuratora zawodowego,
4) posiada co najmniej wykształcenie średnie i doświadczenie w prowadzeniu działalności resocjalizacyjnej, opiekuńczej lub wychowawczej,
5) złożyła informację z Krajowego Rejestru Karnego, która jej dotyczy.

Kurator społeczny nie może w skali masowej zastąpić kuratora zawodowego w zakresie diagnostyki pedagogicznej i metodyki wychowania resocjalizacyjnego, ponieważ w pomaganiu są ważne nie tylko chęci, ale i wiedza. W Polsce niemal cały ciężar pracy wychowania resocjalizacyjnego, mimo zmian i reform wprowadzonych w sądownictwie, spoczywa w rękach społeczników, w przeciwieństwie do innych krajów, gdzie wolontariusze wspomagają jedynie etatowych pracowników, kuratorów lub pracowników socjalnych, profesjonalnie przygotowanych do realizacji zadań resocjalizacyjnych.

Kurator powinien nie tylko nadzorować nieletniego, lecz przede wszystkim wychowywać człowieka nieprzystosowanego społecznie. Proces wychowania w warunkach wolności dozorowanej to proces trudny i wymaga on od kuratora wielu złożonych działań i szerokich umiejętności. Kurator w relacjach z podopiecznym powinien być osobą wspierającą, a prowadzona opieka – systematyczna

i konsekwentna. Kurator jako osobowość dojrzała udziela pomocy psychicznej nieletniemu, dba o wzrost jego poczucia własnej wartości, która sprzyja zmianie postaw wobec innych ludzi i poprawie stosunków interpersonalnych w najbliższym otoczeniu.

W Polsce funkcjonuje system kurateli społeczno-zawodowej, ukształtowany w latach 60. ubiegłego wieku. Oznacza to, że liczba kuratorów społecznych jest znacznie większa niż kuratorów zawodowych. Ci ostatni zaś w latach 90. stanowili tylko 15% ogółu. Ilość zadań, jakie muszą ustawowo wykonywać kuratorzy dla dorosłych, jest ogromna. Stąd też, w celu zwiększenia liczby kuratorów zawodowych, postuluje się likwidację etatów kuratorów społecznych[144].

W konkretnych przypadkach to kuratorzy społeczni najczęściej sprawują nadzór w sprawach opiekuńczych, przy czym jeden kurator społeczny nie powinien sprawować więcej niż dziesięć nadzorów (art. 87 u.k.).

3.8. Wymiar sprawiedliwości – sąd rodzinny

Zgodnie z ustawą o ustroju sądów powszechnych sprawy rodzinne w Polsce są rozpoznawane w wydziałach cywilnych sądów rejonowych i okręgowych, przy czym w sądach może funkcjonować wydział rodzinny i nieletnich – do spraw z zakresu prawa rodzinnego i opiekuńczego, spraw dotyczących demoralizacji i czynów karalnych nieletnich, leczenia osób uzależnionych od alkoholu oraz od środków odurzających i psychotropowych oraz spraw należących do sądu opiekuńczego na podstawie odrębnych ustaw (art. 12 u.s.p.).

W większości spraw rodzinnych i opiekuńczych sąd proceduje w trybie niejawnym. Jest to podyktowane specyficznym charakterem spraw rodzinnych. Sąd rodzinny oraz wydział cywilny sądu okręgowego rozpatrują całą gamę spraw (art. 561-605 k.p.c.). W postępowaniu procesowym sąd rodzinny rozpoznaje m.in. sprawy o:

- alimenty;
- ustalenie ojcostwa i roszczenia z tym związane;
- zaprzeczenie ojcostwa;

[144] *Kuratela sądowa: sukcesy i porażki*, P. Bachmat, D. Wójcik (red.), Warszawa 2010, s. 241.

- ustanowienie rozdzielności majątkowej między małżonkami;
- unieważnienie uznania dziecka;
- rozwiązanie przysposobienia.

W postępowaniu nieprocesowym sąd rodzinny rozpoznaje m.in. sprawy o:

- przysposobienie;
- pozbawienie, zawieszenie, ograniczenie władzy rodzicielskiej i sposobie jej wykonania;
- przywrócenie władzy rodzicielskiej;
- ustanowienie opieki nad małoletnim;
- ustanowienie kuratora dla małoletniego;
- wydanie dziecka;
- zezwolenie na dokonanie czynności przekraczających zakres zwykłego zarządu majątkiem dziecka;
- rozstrzygniecie o istotnych sprawach dziecka w razie braku porozumienia miedzy rodzicami;
- umieszczenie małoletniego w rodzinie zastępczej;
- ustalenie miejsca pobytu małoletniego;
- ustalenie kontaktów z małoletnim;
- uznanie dziecka;
- zezwolenie na wydanie paszportu dziecku;
- rozstrzygnięcie w istotnych sprawach rodziny;
- zastosowanie obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu.

W postępowaniu I instancji przed sądem okręgowym rozpoznawane są sprawy m.in. o:

- rozwód;
- separację;
- unieważnienie małżeństwa;
- ubezwłasnowolnienie;
- separację na zgodny wniosek małżonków;
- zniesienie separacji.

Cechą charakterystyczną działalności sądów rodzinnych, jako władzy opiekuńczej, jest obowiązek działania z urzędu. Sąd wszczyna postępowanie niezależnie od osób zainteresowanych, a może także zdarzyć się, że zrobi to wbrew woli tych osób. Zdarza się tak w sytuacji, gdy dziecko jest wychowywane w warunkach mu zagrażających, a sąd dowie się o takich zdarzeniach czy sytuacjach. Sąd podejmuje sprawę dotyczącą dziecka w momencie, w którym inne formy systemu wsparcia nie przyniosły rezultatów. Mowa tu o rodzinie, szkole czy organizacjach pozarządowych. W przypadku gdy dziecko zostaje pozbawione opieki rodzicielskiej lub jest krzywdzone, państwo, właśnie poprzez sąd, ingeruje w sytuację dziecka i dąży do otoczenia go opieką[145].

Sądy rodzinne zajmują się sprawami nieletnich i w tym celu współpracują z kuratorami sądowymi. Jednak całokształt postępowania w sprawach nieletnich leży w gestii sędziego. Postępowanie w sprawie nieletnich składa się z następujących etapów:

- postępowanie wyjaśniające,
- postępowanie opiekuńczo-wychowawcze lub poprawcze,
- postępowanie odwoławcze,
- postępowanie wykonawcze, które może również przyjąć formę postępowania mediacyjnego[146].

[145] R. Opora, *Rola sędziów i kuratorów w resocjalizacji nieletnich, op. cit.*, s. 21.

[146] Ibid., s. 19.

Mogłoby wydawać się, iż praca sędziów rodzinnych jest łatwiejsza niż innych sędziów. Sędziom rodzinnym stawiane są jednak znacznie wyższe wymagania. W tym przypadku nie wystarczają tylko studia prawnicze. Niezbędne jest też uzupełnianie wiedzy o takie dziedziny jak psychologia, pedagogika, socjologia.

3.9. System edukacji – nauczyciel

Według Encyklopedii pedagogicznej[147] „praca nauczyciela to rodzaj specjalności zawodowej, wykonywanej przez specjalistę odpowiednio przygotowanego do prowadzenia pracy dydaktyczno-wychowawczej w instytucjach oświatowo-wychowawczych".

W rozważaniach nad zawodem nauczycielskim daje się zauważyć fakt, że coraz częściej stosowaną kategorią są „kompetencje". Zdają się one wypierać tradycyjnie odnoszone do nauczyciela pojęcia jak: osobowość, wzór osobowy, ideał, rola, sylwetka zawodowa.

A. Pawłucki[148] wyróżnia 4 rodzaje nauczycielskich kompetencji:

1) aksjologiczne;
2) technologiczne;
3) komunikacyjne;
4) realizacyjne.

Dobry pedagog posiada odpowiednie predyspozycje, które umożliwiają mu bycie nauczycielem, ponieważ nauczyciel to nie tylko zawód, ale przede wszystkim powołanie. Ważne, aby do tego zawodu trafili ludzie najbardziej wartościowi, którzy „karierę" nauczycielską wybrali dobrowolnie i tu chcieliby się zawodowo i osobiście realizować.

Postawy nauczyciela można analizować w trzech wymiarach, także w sytuacji pojawienia się sytuacji problemowej:

[147] *Encyklopedia pedagogiczna*, W. Pomykało (red.), Warszawa 1997.

[148] A. Pawłucki, *Pedagogika wartości ciała*, Gdańsk 1996.

- postawy psychologicznej wobec samego siebie;
- postawy pedagogicznej wobec ucznia;
- postawy społecznej w odniesieniu do społeczeństwa/społeczności lokalnej.

Rola nauczyciela nie może być ograniczona jedynie do pełnienia funkcji medialnej jako przekaźnika rzeczowej informacji czy wiedzy. Nauczyciel powinien nie tylko nauczać czy przekazywać wiedzę, lecz także rozwijać u uczniów umiejętność myślenia, kojarzenia, dokonywania emocjonalnej ewaluacji i samodzielnego podejmowania decyzji. Nie może więc jedynie skupiać się na poszerzaniu umiejętności intelektualnych i umysłowych zdolności swoich uczniów, ale również rozbudzać w nich zdolność autorefleksji, komunikacji interpersonalnej czy kreatywnej interakcji z innymi w grupie i we własnym środowisku. Nauczyciel musi zwrócić dużą uwagę na kwestię przystosowania jednostki do rodziny, środowiska szkolnego i społeczności lokalnej, na umiejętność funkcjonowania poszczególnych uczniów w najbliższym otoczeniu. Ma więc za zadanie pełnić funkcję wychowawczą. Ogromną rolę odgrywają kompetencje komunikacyjne nauczyciela, czyli „zdolność do dialogowego sposobu bycia czy – mówiąc inaczej – zdolność do bycia w dialogu z innymi i z sobą samym. Dialog to nie tylko przekazywanie wiadomości, ale także wymiana myśli, kontakt osobowy, intelektualny i emocjonalny oraz wymiana wartości. Wyraża się nie tylko w komunikowaniu werbalnym, lecz także w formie komunikacji niewerbalnej”[149].

[149] G. Cęcelek, *Rola nauczyciela-wychowawcy we współczesnej rzeczywistości edukacyjnej*, „Nauczyciel i Szkoła” 2006, nr 1–2.

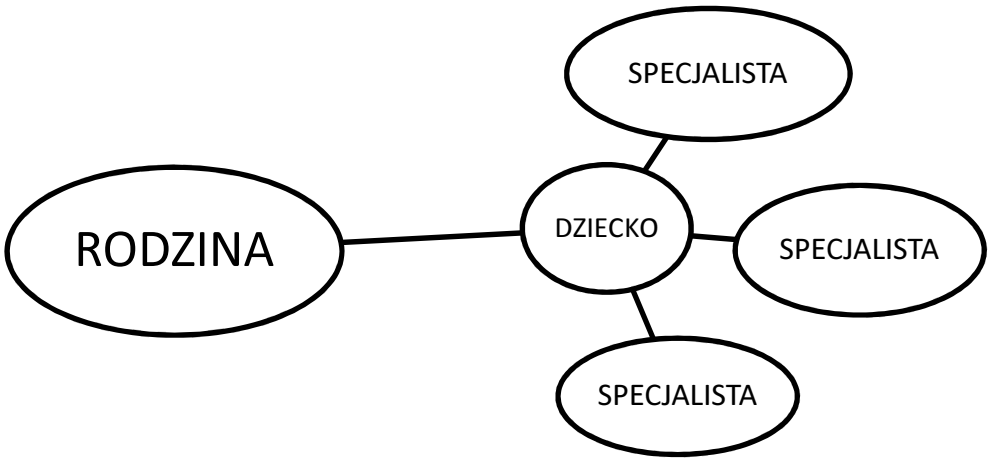
4. Zasady integracji usług

- Familiocentryzm

Historycznie rozwój działań pomocowych skierowany był przede wszystkim do dzieci. Takie podejście można nazwać pajdocentrycznym. Z.W. Stelmaszuk podkreśla, że przez wiele dziesięcioleci obszar związany z pracą z rodziną i dzieckiem pozostawał zdominowany przez wizję ratowania dziecka przed jego rodziną i środowiskiem[150].

Pajdocentryzm jest koncepcją niejednorodną. W pedagogice jednym z ważnych przedstawicieli tego nurtu był Janusz Korczak, który stawiał dziecko, jego prawa w relacji z dorosłym w wyższej pozycji (ze względu na jego słabszą pozycję wyjściową). W działaniach pomocowych oznacza to, że specjaliści pracujący z rodziną powinni sie koncentrować głównie na zabezpieczeniu potrzeb i bezpieczeństwa dziecka, nie odnosząc tych wartości do życia rodzinnego. Ten sposób spostrzegania pracy można przedstawić za pomocą rysunku.

Rysunek 5. Schemat podejścia pajdocentrycznego



Źródło: opracowane własne.

W skrajnych przypadkach tego rodzaju podejście prowadzi do uznania prymatu instytucji nad rodziną i całkowitej dewaluacji systemu rodzinnego. Konstruując system wsparcia oparty na skrajnym pajdocentryzmie, najistotniejszymi zadaniami staną się: zabezpieczenie dziecka niezależnie od jego rodziny oraz rozwój np. instytucjonalnych form opieki zastępczej dla dzieci. Założeniem skrajnego

[150] Z. W. Stelmaszuk, *Nowe spojrzenie na rodzinę* [w:] *Współczesne kierunki w opiece nad dzieckiem. Wybór tekstów*, Z.W. Stelmaszuk (red.), Warszawa 1999, s. 163.

pajdocentryzmu będzie oddzielenie dziecka od rodziców (niestymulujących, często zagrażających) i otoczenie go specjalistami (od wychowawcy grupy w domu dziecka do psychologów). W takim podejściu rodzice na ogół zostają pozostawieni bez pomocy i wsparcia. Należy podkreślić, że istnieją sytuacje, np. przemocy, wykorzystania seksualnego, choroby, kiedy rodzice dziecka nie mogą w sposób prawidłowy wypełniać swoich funkcji. Kategoria dobra dziecka staje się istotną przesłanką. Jednak, jak to zostanie wskazane poniżej, dziecko nie może być rozumiane inaczej niż wyłącznie w kontekście swojej rodziny (także adopcyjnej, w sytuacji permanentnej niemożności pozostania w rodzinie pochodzenia). Ostatnie lata przyniosły pewien przełom w rozumieniu skuteczności działań pomocowych i wspierających dziecko. Teorie przywiązania[151], ekologiczna[152] oraz systemowa teoria rodziny w sposób jednoznaczny zaakcentowały, że podstawowe miejsce wychowania i wzrastania dziecka to jego system rodzinny. Dlatego w większości krajów wprowadza się rozwiązania, w których fundament systemu pomocy dziecku polega na ukierunkowaniu na pracę z nim w środowisku i na wspieraniu jego naturalnego środowiska opiekuńczo-wychowawczego. Wyniki badań naukowych wyraźnie wskazują, że pomoc dziecku jest skuteczna wówczas, gdy stanowi jednocześnie pomoc zwróconą ku rodzinie. W obszarze pieczy zastępczej „co najmniej od początku lat 70. w Europie przyjęto zasadę, że interwencja na rzecz dziecka powinna obejmować całą rodzinę. Nowa perspektywa koncentruje się na zapobieganiu umieszczaniu dzieci poza domem, a jeśli nawet jest to nieuniknione, pozostawieniu ich w opiece jedynie na krótko i jak najbliżej domu rodzinnego z zachowaniem stałych kontaktów z rodziną”[153].

Należy podkreślić, że nie można przeciwstawiać podejścia familiocentrycznego pajdocentryzmowi czy też podejściu, gdzie centralną kategorią jest instytucja, profesjonalista (*professional-centred*)[154]. G. Gajewska wskazuje, iż „nikt jak dotąd, pomimo upływu tysięcy lat rozwoju cywilizacji ludzkiej, nie wymyślił i zapewne nie wymyśli nic lepszego dla dziecka od opieki i wychowania rodzinnego”[155].

---

[151] G. Gajewska, *Elementy pedagogiki opiekuńczej oraz metodyki opieki i wychowania, op. cit.*

[152] U. Bronfenbrenner, *The Ecology of Human Development. Experiments by nature and design., op. cit.*

[153] Z. W. Stelmaszuk, *Nowe spojrzenie na rodzinę*, *op. cit.*, s. 173.

[154] R.I. Allen, Ch.G. Petr, *Rethinking Family-Centered Practice*, „American Joumal of Orthopsychiatry” 1998, t. 68, nr 1, s. 4.

[155] G. Gajewska, *Pedagogika opiekuńcza: elementy metodyki*, Zielona Góra 2009, s. 82.

Familiocentryzm to nowa koncepcja w literaturze polskiej. Dotychczasowe rozumienie dotyczyło wymiaru badań nad wartościami, aspiracjami młodzieży[156]. W takim przypadku perspektywa familiocentryczna oznaczała, że rodzina stanowi istotną wartość i dobro pożądane, często także orientujące inne sfery życia człowieka. Familiocentryzm był więc cechą, która charakteryzowała jednostki stawiające rodzinę (także w przypadku marzeń o przyszłości) w centrum życia.

Z drugiej strony znajdujemy definicję oraz ocenę familiocentryzmu, która mówi, że jest to „sprowadzanie wszystkich najważniejszych więzi, doświadczeń i przeżyć ludzi do rodziny, jej nadwartościowywanie za cenę odsuwania na bok lub lekceważenia, lub nawet zwalczania innych aspektów i pasji ludzkiego życia (głównie w wymiarze jednostkowym)"[157]. Dalej autorzy wskazują, niestety nie powołując się na żadne badania, że podejście, w którym rodzina jest umieszczona w centrum „odbija się niekorzystnie na rodzinie i małżeństwie, nadwartościowując je powoduje, iż ich członkowie oczekują od nich za dużo. Im więcej oczekują tym szybciej narasta rozczarowanie. Z punktu widzenia indywiduum rodzina pełni wobec niego funkcję służebną. Traktowanie rodziny jako wartości samej w sobie nie jest poprawne. Nie samo przetrwanie małżeństwa czy rodziny może być celem w życiu, lecz jakość życia osób będących w związku małżeńskim czy rodzinie. Rodzina jest ważnym środowiskiem rozwoju człowieka, ale nie jedynym i nie przez cały okres jego życia. Są i inne ważne więzi: przyjacielska, rówieśnicza, partnerska, zadaniowa, intymna, nie mówiąc o pasjach poznawczych, estetycznych itp. Z obserwacji i badań wynika, że od więzi rodzinnej i małżeńskiej, dla zdrowia psychosomatycznego i poczucia zadowolenia z życia ważniejsza jest więź przyjacielska"[158]. Oczywiście wiele z tych konstatacji jest słusznych. Budowanie relacji, więzi, zwrócenie uwagi na rozwój jednostki są istotnymi wartościami. Pojawia się jednak pytanie, czy rzeczywiście rodzina ponosi odpowiedzialność za ograniczenia rozwoju jednostki. Z pewnością rodzina, która nie funkcjonuje prawidłowo, może stać się takim instrumentem, jednak z analogiczną sytuacją będziemy mieli do czynienia, gdy osoba wchodzi w relację z drugim człowiekiem, który nie ma na celu jej dobra, ale ograniczenie. Tak samo szkoła, społeczność lokalna funkcjonujące niewłaściwie będą wpływać w sposób

[156] T. Biernat, P. Sobierajski, *Młodzież wobec małżeństwa i rodziny: raport z badań*, Toruń 2007.

[157] D. Jabłoński, L. Ostasz, *Zarys wiedzy o rodzinie, małżeństwie, kohabitacji i konkubinacie: perspektywa antropologii kulturowej i ogólnej*, Olsztyn 2001, s. 299.

[158] D. Jabłoński, L. Ostasz, *Zarys*, s. 299-300.

destrukcyjny na jednostkę, a także właśnie na rodzinę. Wielu autorów[159] podkreśla, że właśnie w rodzinie następuje proces socjalizacji, nauki budowania więzi, kształtowania osobowości, postaw, które pozwolą na harmonijny rozwój dziecka. Właściwie podejmowane role przez poszczególnych członków rodziny pozwalają na tworzenie dojrzałych relacji oraz osiąganie satysfakcji z życia u osób dorosłych. Istotnym będzie więc rozróżnienie familiocentryzmu dysfunkcjonalnego od perspektywy, w której rodzina postawiona w centrum życia człowieka, rodziny, społeczności lokalnej, instytucji przyczynia się do rozwoju jej członków.

W obszarze pomocy i wsparcia rodziny podejście familiocentryczne to koncepcja, która w literaturze anglojęzycznej jest obecna od wielu lat. Wskazuje ona, że rodzina stanowi centralną kategorię zarówno w życiu jednostki, jak i szerszej społeczności[160]. W dyskursie naukowym bardziej będziemy mówić o praktyce familiocentrycznej (*family-centered practice*) niż teorii familiocentrycznej (*family-centered theory*), choć jednocześnie obserwuje się pierwsze próby budowania teorii opartej na praktyce. Należy także podkreślić, że samo pojęcie familiocentryzmu nie jest jednorodne i poszczególni autorzy konstruują różne modele tej teorii. Główną cechą familiocentryzmu jest umieszczenie rodziny w centrum oddziaływań pomocowych. Rodzina stanowi tu punkt odniesienia większości działań. Charakteryzując to podejście będziemy mówili o całościowym, systemowym spostrzeganiu rodziny, a także przeniesieniu decyzyjności z instytucji pomocowych na rodziny i spostrzeganiu jej bardziej w perspektywie zasobów niż deficytów[161]. W obszarze pieczy zastępczej naczelną zasadą staje się dążenie do zachowania rodziny w jedności, z wykorzystaniem sił społecznych, które odnajdywane są w rodzinie dalszej, osobach bliskich, a także społeczności lokalnej[162].

W niniejszej pracy przyjęta została definicja inspirowana określeniem familiocentryzmu sformułowanym przez R.I. Allena i C.G. Petra[163]. **Familiocentryzm jest podejściem określającym relacje klienta/pacjenta/podopiecznego/ucznia**

[159] F. Adamski, *Socjologia małżeństwa i rodziny, op. cit.*; Z. Tyszka, *Rodzina we współczesnym świecie*, Poznań 2002.

[160] C.G. Petr, *Social work with children and their families: pragmatic foundations*, Oxford ; New York 2004, s. 117.

[161] D. Scott, *Inter-organisational collaboration in family-centred practice*, *op. cit.*, s. 133.

[162] Por. C.A. Lietz, M.J. Hayes, T.W. Cronin, F. Julien-Chinn, *Supporting Family-Centered Practice Through Supervision: An Evaluation of Strengths-Based Supervision*, „Families in Society" 2014, t. 95, nr 4.

[163] R.I. Allen, Ch.G. Petr, *Rethinking Family-Centered Practice*, *op. cit.*, s. 9.

i jego rodziny znajdujących się w sytuacji problemowej oraz systemu opieki, pomocy i wsparcia. Podejście to wskazuje na centralne miejsce rodziny w życiu każdego człowieka oraz systemu opieki, pomocy i wsparcia. Charakteryzuje się spostrzeganiem rodziny w kategoriach zasobów i silnych stron, a także wyposażeniem jej w taką wiedzę i umiejętności, która pozwoli na podejmowanie przez jej członków właściwych decyzji w swoich sprawach.

R.I. Allen i C.G. Petr[164] wskazują, że różne definicje familiocentryzmu zawierały następujące określenia: zaangażowanie i współpraca rodzin, rodzina jako podmiot podejmujący decyzje, dzielenie się informacjami, koncentracja na zasobach, *empowerment*, normalizacja, standaryzacja, zindywidualizowane usługi, poszanowanie różnorodności kulturowej, elastyczna, skoordynowana, łatwa w dostępie oferta pomocy dla rodzin.

Koncepcja familiocentryzmu w pracy socjalnej, działaniach pomocowych może być konstruowana, przyjmując za punkt wyjścia różne obszary teoretyczne i praktyczne. Poniżej zostaną zaprezentowane dwa przykłady. Jeden – oparty na pojęciu *empowerment*, a drugi – wynikający z atrybutu decyzyjności.

- ***Empowerment* jako podstawa konstruowania podejścia familiocentrycznego**

Definiując *empowerment*[165] należy wskazać, że na gruncie pracy socjalnej z rodziną dotychczas nie została wypracowana jednolita definicja tego pojęcia[166]. W literaturze pojęcie *empowerment* oznacza „dodawanie siły", „wpływanie", „wzmacnianie", „dodawanie siły"[167] lub, jak dosłowne tłumaczy I. Krasiejko, „stać się potężnym". Innymi terminami mogą być: upoważnianie, uprawnianie, umożliwianie, upodmiotawianie, wzmacnianie, umacnianie[168]. Zasadniczym celem wzmocnienia jest powiększenie siły (mocy) zarówno jednostkowej, jak i społecznej. Jedną z nielicznych definicji *empowerment* w Polsce i to dotyczącej jedynie pracy socjalnej

[164] R.I. Allen, Ch.G. Petr, *Rethinking Family-Centered Practice*, *op. cit.*

[165] Por. J. Przeperski, *Konferencja Grupy Rodzinnej w teorii i praktyce pracy socjalnej z rodziną, op. cit.*

[166] R. Adams, *Social work and empowerment*, Basingstoke 2003, s. 28.

[167] Por. A. Kamiński, *Funkcje pedagogiki społecznej: praca socjalna i kulturalna*, Warszawa 1982.

[168] I. Krasiejko, *Metodyka działania asystenta rodziny: podejście skoncentrowane na rozwiązaniach w pracy socjalnej*, Katowice 2010, s. 50.

zaproponował J. Szmagalski. Zdefiniował on *empowerment* jako: „proces, przez który osoby i grupy rozwijają świadomość swoich zdolności kontrolowania lub wpływania na siebie i innych oraz uczą się umiejętności efektywnego stosowania tego wpływu”[169]. Analizując termin *empowerment*, podstawową kategorią, jaka się nasuwa, jest pojęcie *power* (siła) – ono właśnie jest jego osią. *Empowerment* będzie wpisywać się w *continuum* od poczucia bezsilności (*dispowerment*) do właśnie poczucia własnej siły – *empowerment*. Przy takim ujęciu omawianego hasła będziemy mówić o „nabraniu siły”, pozytywnej potencjalności, wypełnieniu „siłą” tych obszarów, które w człowieku były słabe i hamowały jego zdolność do samostanowienia, intencjonalnego działania, współdziałania. *Empowerment* będzie nie tylko „wyrównaniem” poziomu wszystkich niedoskonałości, ale nadbudowaniem pozytywnej „siły” w wybranych obszarach funkcjonowania poszczególnych ludzi, grup społecznych czy całych społeczności.

Pojęcie *empowerment* jest łatwiejsze do zdefiniowania poprzez użycie sformułowań „negatywowych” wskazujących, czym *empowerment* nie jest. Do takich określeń należą: bezsilność (realna lub wyimaginowana), wyuczona bezradność, alienacja, zagubienie, utrata poczucia kontroli nad własnym życiem. Trudniejszym zadaniem okazuje się wypracowanie definicji *empowerment* z „pozytywowej” strony, ponieważ pojęcie to będzie posiadało różne konotacje dla różnych osób i różnych kontekstów, w których może być podejmowane[170].

Przykładem, który wykorzystuje pojęcie *empowermentu* w koncepcji familiocentryzmu, jest model zaproponowany przez E.A. Rhoades. Model ten opiera się na spostrzeganiu relacji pomiędzy systemem pomocy reprezentowanym przez specjalistów a rodziną i jej członkami. Zasadza się na pojęciu siły (*power*) i jej przepływu między systemem i rodziną. Został oparty na 5 stopniach relacji, przy czym prowadzi on od relacji, w której rodzina jest całkowicie podporządkowana systemowi pomocowemu do właściwego modelu familiocentrycznego[171]:

[169] J. Szmagalski, *Teoria pracy socjalnej a ideologia i polityka społeczna: przykład amerykański*, Warszawa 1994, s. 153.

[170] J. Rappapon, *Studies in Empowerment: Introduction to the Issue*, „Prevention in Human Services” 1984, t. 3, nr 2–3, s. 3.

[171] *Auditory-verbal practice: toward a family-centered approach*, E.A. Rhoades, J. Duncan (red.), Springfield, Ill 2010, s. 170.

Rysunek 6. Schemat rozwoju familiocentryzmu

Źródło *Auditory-verbal practice: toward a family-centered approach*, red. E.A. Rhoades, J. Duncan, Springfield 2010, s. 170.

Tradycyjne podejście, pokazane na rysunku jako pierwszy etap – rodzina uległa – charakteryzuje przede wszystkim dominacja pracownika pomocowego (pracownik socjalny, asystent rodziny, kurator itp.). Praca opiera się na podejściu medycznym (deficytowym), w którym głównym zadaniem jest identyfikacja zagrożeń i trudności w rodzinie. Osoba odpowiedzialna za cały proces to pracownik pomocowy, działający w sposób dyrektywny. W modelu tym istnieje silne przekonanie, że tylko profesjonalista posiada wystarczającą wiedzę i umiejętności do rozwiązania problemu rodziny i w związku z tym stanowi jedyną osobę, która może podejmować wiążące decyzje. Można powiedzieć, że instytucja posiada całą „siłę" i zdolności, a rodzina w związku z tym musi się jej całkowicie podporządkować. W tym modelu rodzina nie ma zasobów i bez pomocy systemu nie jest w stanie funkcjonować. Należy podkreślić, że pomoc nie ma na celu wzmocnienia rodziny (*empowerment*), ponieważ system broni swojego *status quo* i nie pragnie „przekazać siły".

Drugi etap to zmiana relacji w kierunku spostrzegania rodziny nie tylko jako źródła zagrożenia dla dzieci, ale także jako potencjału i sił, jakie w niej występują. Pracownik już nie tylko jest „administratorem" rodziny, ale wprowadza elementy pracy opartej na relacji z rodziną. Istotnym procesem staje się diagnoza nie tylko trudności i zagrożeń, jakie się w niej pojawiają, ale także zasobów, mocnych stron, na których można zbudować proces zmian[172]. Choć spostrzeganie rodziny zmienia się, jest pełniejsze, to staje się ona w tym ujęciu raczej biernym odbiorcą zaleceń pracownika socjalnego, podporządkowanym całkowicie lub stwarzającym pozory podporządkowania. Określenie rodzina przyjazna należy rozumieć jako gotowa na podporządkowanie się, wypełnianie zaleceń profesjonalistów. Na tym etapie pracownicy zauważają „siły", jakie drzemią w rodzinie, ale nie prowadzi się działań, które pozwoliłby na ich autodiagnozę. Rodziny ciągle zależą od systemu i nie są

[172] Por. I. Krasiejko, *Metodyka działania asystenta rodziny, op. cit.*

w stanie samodzielnie funkcjonować, ponieważ głównym dysponentem siły pozostają instytucje.

Kolejny model to model skoncentrowany na rodzinie. W wielu krajach istnieje on jako ostateczny model pracy, w którym rodzina staje się aktywnym podmiotem. Może ona w pełni uczestniczyć w procesie diagnozy, w tworzeniu planu pomocy, jego realizacji i ewaluacji. W takim modelu rodzina jest zaangażowana w proces rozwiązywania problemów. Wykorzystuje zasoby, jakie sama posiada, ale także te należące do jej bliskich, społeczności lokalnej (wraz z instytucjami pomocowymi). Partnerstwa w tym ujęciu nie można jednak nazwać pełnym. Za ostateczne decyzje w sprawie rodziny odpowiada pracownik pomocowy. W sytuacji konfliktu, np. dotyczącego sposobu rozwiązania problemu, to decyzja pracownika socjalnego będzie wiążąca. Rozpatrując tę relację w kontekście siły, można pokazać, że rodziny mogą realizować swoje zamierzenia, o ile ich działania są zgodne z oczekiwaniami i przewidywaniami służb pomocowych. Jednak w przypadku różnicy zadań instytucje mogą odwołać się do argumentacji „siłowej" pokazując, że ostatecznie rodziny są tej siły pozbawiane. Trzeba też podkreślić, że w tym modelu pracy pracownik na ogół posiada mocny argument w postaci dystrybucji środków finansowych.

Ostatnie ujęcie wynika z przejścia od skoncentrowania na rodzinie (*family-focused*) do procesu prowadzonego przez rodzinę (*family-driven*, *family-centered*). W takim modelu rodzina jest kategorią centralną, odpowiedzialną za rozwiązanie problemu i przezwyciężenie sytuacji kryzysowej. Poczucie siły, samostanowienia znajduje się po stronie rodziny. Pojawia się pytanie o rolę pracownika pomocowego. Skoro nie może on podjąć decyzji, to w jaki sposób powinna kształtować się jego relacja z rodziną? Optymalnym wariantem stanie się wspólne wypracowanie decyzji poprzez procesy negocjacyjne. W tym podejściu istotne jest, aby rodzina miała poczucie realnego wpływu na proces. Dzięki temu, jak pokazują badania[173], wzrasta odpowiedzialność rodziny za problem, jego rozwiązanie, a to z kolei implikuje wzrost efektywności w pracy socjalnej. Rodzina jest wówczas tym podmiotem, który „posiada siłę" i ma możliwość dysponowania tą siłą.

[173] J. Przeperski, *Konferencja Grupy Rodzinnej w teorii i praktyce pracy socjalnej z rodziną, op. cit.*

- **Atrybut decyzyjności jako podstawa konstruowania teorii familiocentrycznej**

Konstrukcja teorii familiocentrycznej, opartej na *empowerment*, zasadzała się na posiadaniu wystarczających zasobów do podjęcia działania. Drugim istotnym elementem wskazującym na relację pomiędzy systemem, instytucjami a rodziną będzie obszar podejmowania decyzji. Nawiązując do *empowerment* będziemy w tym przypadku mówili o zdolności, a także o mocy wiążącej przy formułowaniu i podejmowaniu decyzji.

Podejmowanie decyzji jest kluczowym elementem w pracy z rodziną. Właściwie wszystkie interakcje pomiędzy członkami rodzin a instytucjami wymagają podejmowania decyzji. W klasycznym ujęciu pracy socjalnej z rodziną konieczność ta sytuuje się na każdym etapie pracy, począwszy od zgłoszenia rodziny do pomocy społecznej poprzez wstępną ocenę, diagnozę do planowania działań, ich wdrożenia, a także na etapie ewaluacji i podjęcia decyzji o zamknięciu przypadku[174]. W tym procesie istotna staje się identyfikacja różnych etapów podejmowania decyzji. Według B.J. Taylora[175] ważne będzie rozróżnienie trzech faz (składających się na cały proces): diagnozy, oceny oraz podjęcia decyzji. Diagnozę rozpatruje się tu w perspektywie trzech funkcji: gromadzenia, porządkowania i analizowania informacji. Ocena to etap sformułowania ostatecznej opinii wynikającej z diagnozy, która warunkuje kolejny element, jakim jest podjęcie decyzji. Ten ostatni element – podjęcie decyzji – może występować na każdym z etapów lub jest identyfikowany jako finalna, decydująca faza procesu[176].

Samo podejmowanie decyzji można definiować jako proces dokonywania wyboru, gdzie sam akt wyboru jest jego najistotniejszym elementem i konstruuje wynik procesu (decyzję). Podejmowanie decyzji pojawia się w sytuacji, kiedy istnieje pewna świadomość konieczności lub potrzeby/pragnienia dokonania wyboru. Nie można także ograniczać decyzyjności do samej rozmowy, analizy sytuacji – musi w sobie zawierać konkretne rozstrzygnięcie. Należy także podkreślić, że decyzje mogą być intuicyjne, dokonywane bez udziału świadomego myślenia[177]. W relacjach instytucja

[174] T. O'Sullivan, *Decision making in social work*, New York, NY 2011, s. 2.

[175] B.J. Taylor, *Professional decision making in social work*, Exeter, [UK] 2010.

[176] Ibid., s. 12.

[177] T. O'Sullivan, *Decision making in social work, op. cit.*

– rodzina podejmuje się decyzje o różnym stopniu sformalizowania[178]. Szczególnie decyzje, których konsekwencje są poważne, np. o umieszczeniu dziecka w pieczy zastępczej, są bardziej sformalizowane, na ogół przedstawiane w formie pisemnej.

Relacja, jaka występuje w obszarze ochrony dziecka, pracy socjalnej z rodziną obejmuje więcej niż dwóch partnerów. Będą nimi zarówno członkowie rodziny dalszej, przedstawiciele społeczności lokalnej, jak i przedstawiciele instytucji, np. pracownicy socjalni, nauczyciele, pielęgniarki środowiskowe, kuratorzy czy sędziowie. Należy również zwrócić uwagę na to, że rzadko zdarza się, by przedstawiciel wyłącznie jednej instytucji stawał się odpowiedzialny za podejmowanie decyzji[179].

Czyniąc z omawianego procesu główne kryterium relacji pomiędzy rodziną a instytucją, C.J. Dunst[180] przestawia kategoryzację układów relacyjnych. Konstruuje cztery modele w ujęciu rozwojowym od deprecjonujących zdolności rodziny do podejmowania decyzji do pełnego delegowania procesu rodzinie.

W pierwszym modelu w centrum znajduje się profesjonalista (*professionally centered*). Rodziny są traktowane jako niezdolne do prawidłowego funkcjonowania bez pomocy profesjonalistów, którzy postrzegają siebie jako ekspertów, identyfikujących i oceniających potrzeby rodzin. Pomysłów, opinii i ocen formułowanych przez rodziny nie bierze się pod uwagę w procesie decyzyjnym. Podejmowanie decyzji jest zarezerwowane dla przedstawicieli systemu. Należy podkreślić, że część z rodzin wyraża bierną zgodę na całkowite przejęcie odpowiedzialności za podejmowanie decyzji przez profesjonalistów.

W drugim modelu rodzina jest traktowana jako sprzymierzeniec w rozwiązaniu problemu. Przedstawiciele systemu pomocowego spostrzegają rodziny jako przyjazne, ale niezdolne do podjęcia poważnej dyskusji, a tym bardziej podjęcia wiążących decyzji, które pozwoliłyby na wyjście z problemu. Dlatego decyzyjność rodzin zredukowano do powzięcia decyzji o realizacji pomysłów, które zostały podjęte przez system pomocy.

[178] B.J. Taylor, *Professional decision making in social work, op. cit.*

[179] T. O'Sullivan, *Decision making in social work, op. cit.*

[180] C. J. Dunst, *Family-Centered Practices: Birth Through High School*, „The Journal of Special Education" 2002, t. 36, nr 3, s. 223.

Trzeci model to model skoncentrowany na rodzinie. Rodziny otrzymują prawo do decyzji we własnych sprawach. Jest jednak ono ograniczone do dokonania wyboru wśród propozycji, które zaprezentował profesjonalista. Proces diagnozy, oceny i przygotowania propozycji zostaje po stronie przedstawicieli systemu, jednak ostateczną decyzję podejmuje rodzina. Rodzinę więc postawiono na końcu procesu decyzyjnego. Ograniczeniem jest konieczność wyboru spośród opcji przygotowanych przez profesjonalistów.

Ostatni z modeli umieszcza rodzinę w centrum procesu podejmowania decyzji. Został on nazwany modelem familiocentrycznym. Rodziny są postrzegane jako w pełni zdolne do podejmowania decyzji. Uczestniczą one w całym procesie decyzyjnym: diagnozie, ocenie i podejmowaniu ostatecznych decyzji związanych z funkcjonowaniem rodziny. Rola profesjonalistów polega na wzmacnianiu umiejętności diagnozy, podejmowania decyzji. Istotne, że w tym modelu to rodzina bierze na siebie odpowiedzialność, czyli ponosi konsekwencje za podejmowane decyzje.

Cechą wspólną obydwu modeli jest przeniesienie „siły", odpowiedzialności, prowadzenia procesu decyzyjnego z systemu na rodzinę. To zmiana zasadnicza, która pozwala powiedzieć o przejściu do modeli, w których rodzina zostaje umieszczona w centrum swojego własnego przypadku (*case*).

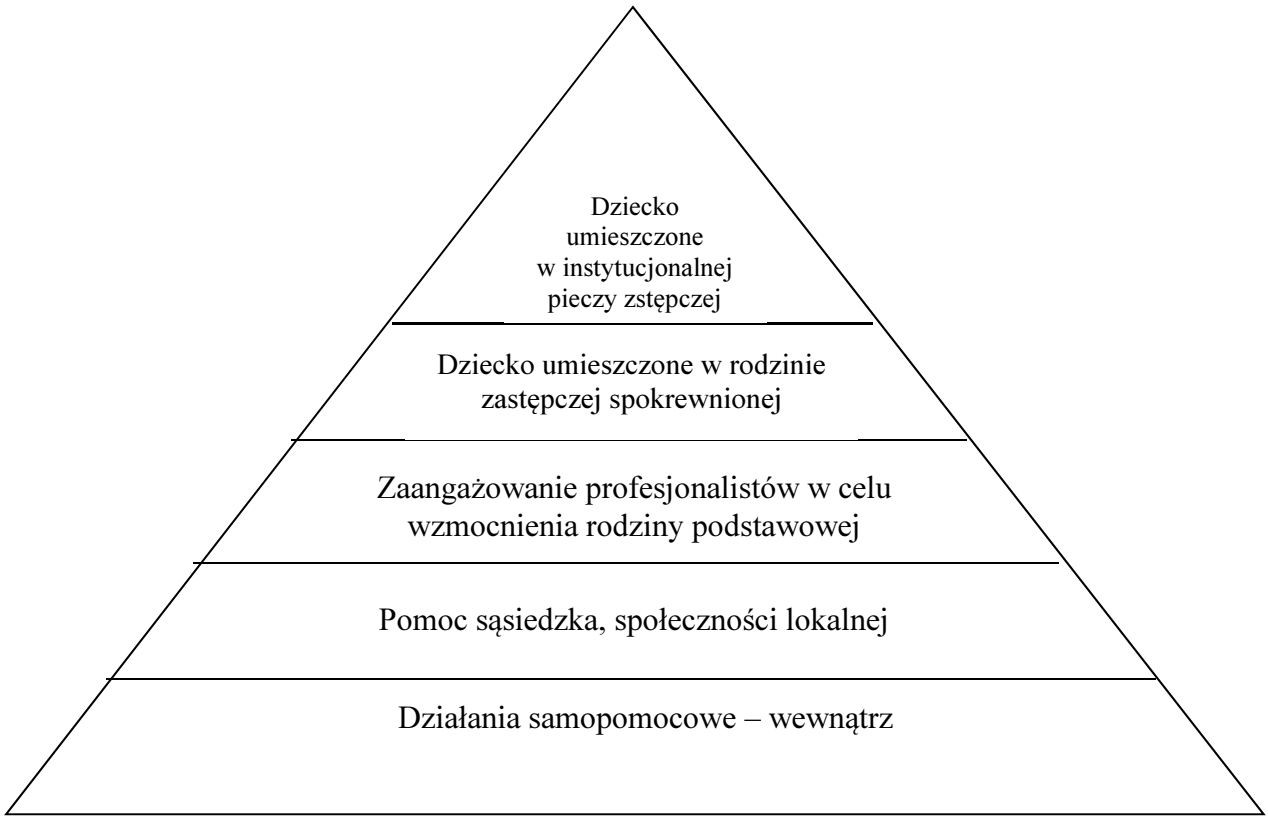
- **Poziom interwencji w ujęciu familiocentrycznym (według J. Braithwaite'a)**

Familiocentryzm może być także rozpatrywany w kontekście zależności pomiędzy poziomem problemu, jaki ma rodzina oraz koniecznością interwencji instytucji. Przykładem takiego podejścia jest stworzony przez J. Braithwaite'a model regulatywny[181]. Choć sam Braithwaite nie skonstruował go na potrzeby systemu pomocy rodzinie, to jego uniwersalność pozwala na wpisanie koncepcji familiocentryzmu. W ten model. Przyjmuje on kształt piramidy. Piramida wyznacza sekwencję pomocową rozpoczynającą się działaniami, w których jest minimalny udział państwa lub nie ma go w ogóle, a kończy się zdecydowaną interwencją służb społecznych. Ważne, aby służby społeczne miały świadomość konieczności stosowania adekwatnych metod i sposobów działania. Nie można więc pracy

[181] I. Ayres, J. Braithwaite, *Responsive regulation: transcending the deregulation debate*, New York 1992.

z rodzinami zaczynać od działań najbardziej dyrektywnych, pomijających decyzyjność rodzin. Wykorzystanie kształtu piramidy nie jest przypadkowe. W jej podstawie znajdują się przypadki najliczniejsze, które nie wymagają twardych interwencji organów państwowych. Ilość przypadków jest proporcjonalna do ich skomplikowania.

Rysunek 7. Piramida zapewnienia dziecku opieki i bezpieczeństwa



Źródło: opracowanie własne; por. D. Crampton *Family Involvement Interventions in Child Protection: Learning from Contextual Integrated Strategies*, „Journal of Sociology and Social Welfare" 2004/31.

Pierwszy poziom (podstawa piramidy) przedstawia wszystkie przypadki, w których rodzina przeżywa kryzys, jednak samodzielnie sobie z nim radzi. Nie ma tu konieczności interwencji służb społecznych. Okazuje się, że większość rodzin na trudną sytuację potrafi zareagować samodzielnie i na tyle skutecznie, że nie ma potrzeby udzielania wsparcia przez instytucje zewnętrzne; to procesy samoregulacyjne. Przypadków takich jest najwięcej i można powiedzieć, że o większości z nich przedstawiciele systemu pomocowego nawet się nie dowiedzą. Podejście familiocentryczne na tym etapie koncentruje się na umożliwieniu rodzinie samodzielnego zmierzenia się z problemem i niewyręczaniu rodziny.

Budowanie systemu wspierania rodzin będzie w tym przypadku oparte na rozwiniętym systemie profilaktycznym, który zapewni silne, trwałe relacje wewnątrzrodzinne czy wysoki poziom *resilience* (zdolność przezwyciężania sytuacji trudnych).

Drugi poziom określa działania na rzecz opieki i zapewnienia bezpieczeństwa dziecku i jest on podejmowany przez społeczności lokalne czy sąsiedzkie. Lokuje się tu także działania dalszej rodziny. Przedstawiciele systemu pomocowego nie są angażowani w takie sytuacje, a siłę, która pozwala na przezwyciężenie problemu, stanowią zasoby, jakie posiada sieć społeczna danej rodziny. W polskich warunkach jako przykład takiego działania można wskazać pomoc młodocianej matce przez emerytowaną ciocię. Taka sytuacja pojawia się, gdy rodzina podstawowa nie jest w stanie samodzielnie poradzić sobie z napotkaną trudnością i dlatego podstawą rozwiązania problemu staje się osoba bliska, w tym przypadku ciocia. Co ważne, w tej sytuacji nie są angażowane służby społeczne. Rodzina podstawowa bardziej szuka pomocy w rodzinie, u bliskich niż u profesjonalistów.

Dopiero na trzecim poziome piramidy widnieją działania, w które angażują się służby społeczne. Działania te mogą być podjęte dopiero w momencie, kiedy możliwości społeczności lokalnej okazują się niewystarczające do zapewnienia bezpieczeństwa i opieki dziecku. Na tym etapie nie jest rozważane zabranie dziecka z rodziny, ale przyjmuje się ukierunkowanie na jej wsparcie przez zasoby instytucjonalne. W modelu piramidy istotne jest, że każdy z wyżej podstawionych etapów powinien zawierać niższe poziomy. Dlatego ważne, aby zostały uruchomione zasoby rodziny podstawowej, bliskich, społeczności lokalnej. Można powiedzieć, że jest to model kumulatywny a nie wykluczający, gdyż skoro specjaliści objęli opieką rodzinę, to nie ma konieczności podjęcia odpowiedzialności przez rodzinę czy osoby tworzące sieć społeczną tej rodziny. Cel i rezultat pracy to takie wsparcie rodziny przez specjalistów, aby dzieci miały zapewnioną w rodzinie odpowiednią opiekę i były bezpieczne.

W pracy z rodzinami występują także przypadki, kiedy dzieci nie mogą zostać w swojej rodzinie pochodzenia i należy je umieścić w pieczy zastępczej. Mowa tu o czwartym poziomie piramidy. Takich przypadków powinno być dużo mniej niż tych, w których dzieci dzięki autopomocy, samopomocy oraz wsparciu instytucji zostają w rodzinie. Istotne, że na dwóch stopniach piramidy, na których dzieci są odbierane

z rodziny pochodzenia, pierwszy dotyczy umieszczenia w rodzinie zastępczej, którą zostały ustanowione osoby bliskie dla dziecka. Na tym etapie ważne jest zaangażowanie rodziny w podejmowanie decyzji o miejscu umieszczenia dziecka oraz zaangażowanie w pomoc dziecku i rodzicom bliskich. Oni stanowią najbardziej naturalny system wsparcia i jak pokazują badania, przez stałą obecność w życiu rodziców dzieci niejednokrotnie potrafią osiągnąć dużo lepsze rezultaty niż wskutek pracy profesjonalistów. Celem pracy na tym poziomie będzie jak najszybszy powrót na poprzedni poziom pracy poprzez reintegrację rodziny.

Sam szczyt piramidy dotyczy dzieci umieszczanych w rodzinach zastępczych, rodzinnych domach dziecka, placówkach opiekuńczo-wychowawczych (nie widnieją tu osoby bliskie czy dalsza rodzina). Jak pokazuje model Braithwaite'a, takie działania powinny stanowić ostateczność i mogą zostać podjęte po wyczerpaniu możliwości, które dają niższe poziomy piramidy. Także w ujęciu ilościowym powinno pojawiać się jak najmniej takich przypadków. W perspektywie familiocentrycznej ważne będzie zapewnienie możliwości kontaktów dziecka z członkami rodziny. Cel pracy na tym poziomie to cofnięcie się do poziomu ustanowienia rodziny zastępczej spokrewnionej lub powrót do dziecka do rodziny biologicznej (dzięki pracy z tą rodziną).

Piramida wpisuje się w model familiocentryczny. Trzeba jednak zauważyć, że poza nią znajduje się ostateczne rozwiązanie dotyczące uregulowania sytuacji dziecka, które na pewno nie może wrócić do rodziny biologicznej, a bliscy nie są w stanie zapewnić mu odpowiedniego wsparcia. Tym rozwiązaniem jest adopcja. Chociaż stanowi ona ostateczność, to pozwala na ustabilizowanie sytuacji dziecka i włączenie go na stałe w nową sieć relacji i uwarunkowań.

Podsumowując można powiedzieć, że instytucje nie powinny wyręczać rodzin w sytuacjach, kiedy same mogą poradzić sobie z problemem i działać zgodnie z zasadą pomocniczości. Udzielanie wsparcia jedynie wtedy, kiedy jest to konieczne, pozwala rodzinom na odzyskiwanie poczucia odpowiedzialności za siebie i zwiększa postrzeganie swoich zdolności do oceny i podejmowania działań rozwiązujących problemy. Z punktu widzenia systemowego poziom, w jakim interwencja okazuje się

konieczna, zależy od tego, w jakich okolicznościach możliwe są procesy samoregulacji „włączane" przez rodziny i społeczności lokalne[182].

[182] D. Crampton, *Family Involvement Interventions in Child Protection: Learning from Contextual Integrated Strategies*, „Journal of Sociology and Social Welfare" 2004, nr 31, s. 184.

5. Efektywność jako naczelna zasada konstruowania modelu pomocy

5.1. Teoretyczne podstawy efektywności w pracy z rodziną

Definicja efektywności w naukach społecznych

Efektywność to pojęcie wielowymiarowym, które jest definiowane w literaturze przedmiotu kontekstowo i bardzo różnie przez poszczególnych autorów. Słownik języka polskiego podaje następującą definicję słowa efektywny: „1. «dający dobre wyniki, wydajny» 2. «istotny, rzeczywisty»”[183]. W tej ogólnej definicji należy zwrócić uwagę na dwa aspekty pojęcia. Jeden – mówi o przełożeniu działań na dobre wyniki, czyli o osiągnięciu jakiegoś dobra, a także o wydajności, czyli porównaniu nakładów do skali uzyskanych rezultatów. Nie mniej ważna wydaje się druga część definicji, która wskazuje na to, że efektywność jest ściśle powiązana z czymś rzeczywistym, istotnym. Można tu więc mówić o efektywności w kontekście ważnej zmiany, która obejmuje możliwą do oceny i pomiaru rzeczywistość. Przedstawiona powyżej definicja jest oczywiście ze swej natury bardzo ogólna i ma zastosowanie w wielu dziedzinach, które zajmują się oceną, w tym porównaniem poniesionych nakładów i uzyskanych korzyści. Pojęcie efektywności staje się tym trudniejsze do definiowania, że funkcjonuje zamiennie, często w sposób niezamierzony, z podobnymi pojęciami dotyczącymi pomiaru efektów, rezultatów. Poniżej zostanie przeprowadzona analiza zależności pojęć pokrewnych w stosunku do efektywności. Jest to zadanie o tyle trudne, że podobnie jak zostało wcześniej wskazane, nie istnieją powszechnie przyjęte definicje takich pojęć jak ewaluacja, skuteczność, audyt, wydajność. Częsta praktyka to zastępowanie jednego pojęcia drugim.

Innym problemem, jaki powstaje przy definiowaniu pojęcia efektywności, jest jego tłumaczenie z języka angielskiego. W literaturze amerykańskiej i brytyjskiej spotykamy dwa określenia: „*effectiveness*” oraz „*efficiency*”. Choć wydawać by się mogło, że *effectiveness* jest bliższe znaczeniowo polskiemu „efektywność” (tak podaje kilka słowników), to jednak właściwym terminem dla efektywności okazuje się jednak *efficiency*. Tak więc w samym już procesie tłumaczenia można napotkać

[183] Słownik Języka Polskiego PWN (wersja elektroniczna).

pewne trudności związane z rozróżnieniem, czy mówimy o efektywności i skuteczności. Pojawiają się wątpliwości, czy pojęcia te są tożsame. Zanim podejmie się próbę definiowania pojęcia efektywności pomocnym zabiegiem może okazać się określenie, czym efektywność nie jest, określenie jej granic oraz wskazanie wspólnych z innymi terminami znaczeń i zakresów pojęciowych. „Ewaluację można najprościej zdefiniować jako proces polegający na sprawdzeniu i ocenie czy dane działania przyniosły oczekiwane rezultaty, co przyczyniło się do ich osiągnięcia, a co było barierą. Istotą ewaluacji jest jej użyteczność, czyli wykorzystanie jej wyników. Ocena danych działań (interwencji) jest punktem wyjścia do opracowania rekomendacji mających pomóc w zmianie postępowania, poprawieniu błędów lub powielaniu działań i rozwiązań, które się sprawdziły. Wnioski wyciągane z ewaluacji i formułowane w postaci rekomendacji mogą być wykorzystywane w działaniach bieżących oraz działaniach planowanych”[184]. Słownik języka polskiego krótko definiuje ewaluację jako „określenie wartości czegoś”[185]. Poddając analizie porównawczej oba pojęcia, wydaje się, że często można używać ich zamiennie. Cechą, która może odróżniać ewaluację od efektywności, to nastawienie na użyteczność ewaluacji, opracowywanie rekomendacji. Choć badanie efektywności na ogół przedstawia się w postaci raportów, to wydaje się, że w ewaluacji jest to element ją definiujący.

Pojęcie bardzo silnie korespondujące z efektywnością to pojęcie skuteczności. Posiłkując się słownikiem języka polskiego „skuteczny” określany jest jako: dający pożądane wyniki i taki, którego działalność przynosi efekty. Definicja ta wskazuje, że praktycznie nie istnieje różnica między efektywnością a skutecznością. W literaturze możemy z kolei znaleźć dwie przeciwstawne koncepcje łączące pojęcia skuteczności i efektywności. W. Misiąg[186] zwraca uwagę, że ze względu na to, iż słowo „efekt” jest bliskoznaczne słowu „skutek”, często używa się terminu „efektywność” w znaczeniu skuteczności. Autor rozróżniając te dwa pojęcia proponuje, by zamiast efektywności stosować nazwę „ekonomiczność” lub ewentualnie „gospodarność”. Takie podejście przesuwa pojęcie efektywności w kierunku oceny jedynie z perspektywy ekonomicznej opłacalności danego przedsięwzięcia, projektu. Z kolei E. Krzemień

[184] R. Szarfenberg, *Kryteria ewaluacji w pomocy społecznej* [w:] *Podstawy ewaluacji dla pomocy społecznej*, A. Hryniewicka (red.), Kraków 2010, s. 7.

[185] Słownik Języka Polskiego PWN (wersja elektroniczna).

[186] W. Misiąg, *Ewaluacja wobec wyzwań stojących przed sektorem finansów publicznych* [w:] *Ewaluacja wobec wyzwań stojących przed sektorem finansów publicznych*, A. Haber, M. Szałaj (red.), Warszawa 2009.

i R. Wolniak uważają, że „w języku potocznym bardzo często pojęcie efektywności bywa utożsamiane ze skutecznością. Jednakże w nauce prakseologii pojęcia te mają różne znaczenie. Według prakseologii efektywność jest cechą działań dających pozytywny skutek, bez względu na to, czy był on zamierzony, czy też nie. Natomiast pojęcie skuteczności nie odnosi się do działań dających skutki pozytywne, lecz przez cel nieprzewidziane. Na tej podstawie można zorientować się, że pojęcie efektywności jest bardziej ogólne niż pojęcie skuteczności.

Drugie z zaprezentowanych stanowisk, rozróżniające jednoznacznie skuteczność i efektywność, pozwala na wyraźne postawienie granicy między nimi. W związku z tym w niniejszej pracy skuteczność będzie odnoszona do opisu skutków działań zgodnych z założonymi celami. W taki sposób zostanie także ukazana relacja skuteczności i efektywności w kolejnych podrozdziałach (modele efektywności).

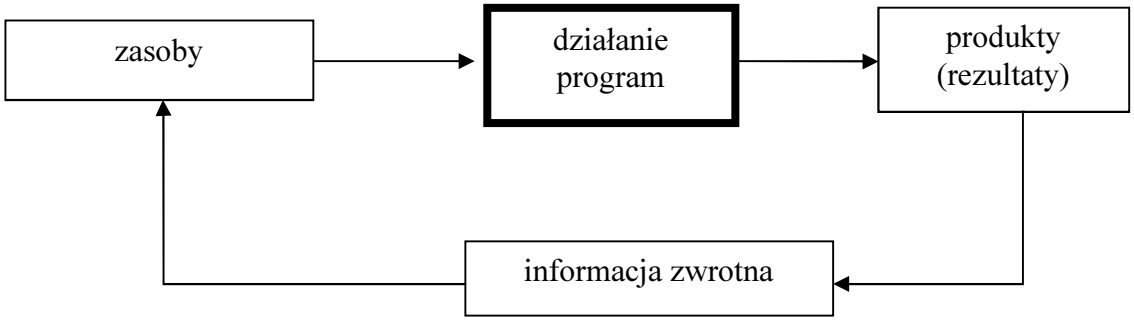
Efektywność posiada także konotacje z terminem audyt. Wielka Encyklopedia PWN określa audyt jako system rewizji gospodarczej i doradztwa ekonomicznego, realizowany przez wyspecjalizowanych ekspertów. Jest on realizowany według określonych wzorców, zaleceń i standardów. Polega na rewizji ksiąg rachunkowych i innych dokumentów. Jego cel to stwierdzenie, czy dokumenty dają prawdziwy i jasny obraz sytuacji finansowej danego podmiotu gospodarczego oraz wykazanie ewentualnych niedociągnięć. Według Instytutu Audytów Wewnętrznych „audyt wewnętrzny jest niezależną, obiektywną działalnością o charakterze zapewniającym i doradczym, prowadzoną w celu wniesienia do organizacji wartości dodanej i usprawnienia jej funkcjonowania. Audyt wewnętrzny wspiera organizację w osiąganiu wytyczonych celów poprzez systematyczne i konsekwentne działanie służące ocenie i poprawie efektywności zarządzania ryzykiem, systemu kontroli oraz procesów zarządzania organizacją”[187]. Zamieszczone definicje różnią się między sobą obszarem analizy w ramach audytu. Wydaje się, że pojęcie to jest bardziej zarezerwowane dla analiz finansowych i nie należy rozciągać go na ocenę całej organizacji, w tym przedsiębiorstw, jednostek organizacyjnych, np. gmin.

[187] K. Czerwiński, *Audyt wewnętrzny*, Warszawa 2005.

5.2. Problem efektywności w pracy socjalnej z rodziną

W słowniku pracy socjalnej efektywność określa się jako: „pomiar skutków interwencji socjalnej w stosunku do założonych celów. To dążenie jest podstawowe w rozwoju pracy socjalnej w odniesieniu do polityki społecznej, jaki i samej praktyki pracy socjalnej opartej na dowodach. Efektywność to proces polegający na ocenie stosunku zasobów przekształconych celowymi działaniami dla osiągnięcia rezultatów”[188]. Efektywność oznacza przekształcenie celowymi działaniami zasobów w efekty mierzone: stopniem oddziaływania, liczbą produktów, ilością i jakością rezultatów bezpośrednich, średniookresowych oraz długoterminowych. Definicja efektywności zakłada, że to proces, w którym istotą jest ocena wpływu podjętych działań na uzyskane efekty, rezultaty. Proces oceny może zostać przedstawiony następująco:

Rysunek 8. Model efektywności L. Martin’a i P.M. Kettnera

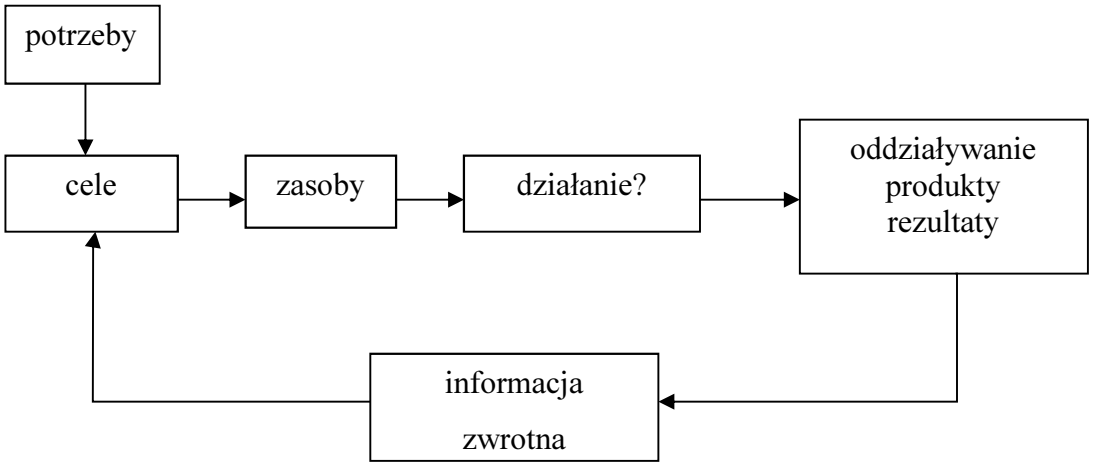


Źródło: L.L. Martin, P.M. Kettner, *Measuring the performance of human service programs*, Los Angeles 2010.

Ukazany powyżej schemat jest podstawowy dla oceny wdrożonego działania. Rzeczywistość społeczna przedstawia się jednak jako bardziej skomplikowana i do jej oceny potrzeba bardziej zaawansowanych modeli. Przykładowy model mógłby wyglądać w następujący sposób:

[188] *What Works? Evidence-based policy and practice in public services*, H.T.O. Davies (red.), Bristol 2012.

Rysunek 9. Model efektywności



Źródło: opracowanie własne.

Poszczególne elementy modelu tworzą całościowy obraz efektywności. Schemat prowadzi od analizy zasobów poprzez działanie do uzyskanych wyników, na które składają się rezultaty, produkty oraz osiągnięty wpływ (oddziaływanie).

- Potrzeby

Określenie efektywności działań rozpoczyna się od analizy potrzeb i oczekiwań osób, organizacji, które zostaną poddane określonemu działaniu. Jak zwraca uwagę R. Szarfenberg[189], istotnym kryterium w przypadku oceny jest dobro ludzi i ocenianie pod względem użyteczności dla klienta, np. służb społecznych lub adresata usług świadczonych przez służby społeczne[190]. Ważne, aby ocena efektywności danego działania obejmowała diagnozę, na ile podjęta inicjatywa służy zaspokajaniu rzeczywistych potrzeb osób objętych danym programem. Możemy tu mieć do czynienia z sytuacją, kiedy cele, określane przy konstruowaniu programu, bardziej stają się celami organizacji niż celami spełniającymi oczekiwania i potrzeby uczestników lub adresatów oddziaływania. Możliwa jest także sytuacja, kiedy użytkownicy lub adresaci nie potrafią określić swoich potrzeb i czyni to organizacja odpowiedzialna za wdrożenie programu.

Efektywność na tym poziomie odnosi się do pojęcia użyteczności i oddziaływania na użytkownika lub adresata. Podstawowym pytaniem będzie, na ile poprzez realizację określonych działań zostały zaspokojone potrzeby klienta, w jaki sposób udział

[189] R. Szarfenberg, *Kryteria ewaluacji w pomocy społecznej*, *op. cit.*

[190] Ibid., s. 11.

w projekcie był doświadczeniem pozytywnym i w jaki sposób oddziaływał na użytkownika/adresata.

- Cele

Określenie celów działania podejmowanego z rodzinami jest kluczowe dla badania i analizy efektywności, którą postrzegamy jako zależność między tym, co planowane (cele), a tym, co osiągnięte (rezultaty). Cele stanowią partycypację oczekiwanych zmian w rodzinie. Na ogół w celach zawierają się przyszłe rezultaty[191]:

Tabela 2. Formułowanie celów jako oczekiwanych rezultatów

Wyznaczane cele w kontekście oczekiwanych rezultatów	**Przykład**
Zmiana warunków	Dziecko opuszcza pieczę zastępczą i wraca do swojej rodziny podstawowej
Zmiana statusu	Bezrobotny podejmuje pracę
Zmiana zachowania	Wagarujący zaczynają regularnie uczęszczać na zajęcia szkolne
Zmiana funkcjonowania	Zwiększony poziom dbania o siebie; punktualne przychodzenie do pracy
Zmiana postawy	Większy szacunek do siebie
Zmiana wiedzy	Rozumienie potrzeb i możliwości dzieci w różnym wieku
Zmiana umiejętności	Wzrost poziomu czytania; nabycie kompetencji rodzicielskich
Zachowanie/utrzymanie (statusu)	Osoba np. starsza może bezpiecznie pozostać w swoim miejscu zamieszkania
Zapobieganie/profilaktyka	Nastolatkowie nie będą sięgać po narkotyki

Analiza potrzeb użytkowników lub adresatów podejmowanych działań prowadzi w modelowym rozwiązaniu do wyznaczenia celów projektowych. Określone cele są istotne, ponieważ stanowią punkt odniesienia do podjęcia oceny uzyskanych wyników. Cele w modelowym rozwiązaniu formułuje się na różnych poziomach organizacyjnych w zależności od podejmowanych działań. Mogą obejmować jednostki, grupy, organizacje, zjawiska w sposób wyodrębniony lub łączny. Ważne jest takie formułowanie celów, które pozwoli na porównanie osiągniętych wyników

[191] M.Q. Patton, *Utilization-focused evaluation: the new century text*, Thousand Oaks ; London ; New Delhi 1997, s. 160.

z tymi, które zostały zamierzone i określone w celach[192]. Cele ściśle wiążą się z pojęciami efektywności i skuteczności oraz efektami i produktami, które zostały osiągnięte w wyniku podjętych oddziaływań.

- Zasoby

Zasobami określamy to wszystko, co podczas działania jest używane, by osiągnąć efekty. Wśród zasobów wykorzystanych podczas działania należy wymienić m.in. środki finansowe, personel (zasoby ludzkie), wyposażenie, infrastrukturę, a także klientów, zasób problemów[193]. Dokonując kategoryzacji zasobów, można je podzielić na materialne i niematerialne. Istotne jest wskazanie, że do zasobów zaliczymy nie tylko np. liczbę pracowników, ale również ich zasoby, czyli wykształcenie (w tym jego zgodność z planowanymi działaniami), kulturę organizacyjną, poziom motywacji do pracy, styl pracy itp. Ważne, aby na etapie konstruowania celów wziąć pod uwagę wielkość i jakość zasobów w taki sposób, by zamierzone cele stały się realne do osiągnięcia. Zasoby są istotnym czynnikiem, który wpływa na wyniki podejmowanych działań. Stanowią podstawę procesu oddziaływania.

Zasadniczym zabiegiem wydaje się także uwzględnienie na tym etapie samych adresatów lub użytkowników projektu. Ich pozycja wyjściowa, np. zasoby, jakie posiadają, jest często istotna w ocenie podjętych działań. Do zasobów zaliczymy także obszar problemowy lub zadaniowy, który stanie się przedmiotem oddziaływania. Jeżeli ma nastąpić badanie efektywności, to w sposób oczywisty musi być zdiagnozowany problem, brak, który zostanie w ramach podjętych działań rozwiązany czy wypełniony. Choć wydaje się to oczywiste, spotykane są próby automatycznej replikacji projektów z terenów, które oznaczają się występowaniem danego problemu w miejscach, gdzie dany problem nie występuje, a gdzie jest oczekiwany np. przez polityków.

[192] R. Szarfenberg, *Kryteria ewaluacji w pomocy społecznej*, *op. cit.*

[193] L.L. Martin, P.M. Kettner, *Measuring the performance of human service programs*, Los Angeles 2010.

- Działanie

Przekształcanie zasobów w wyniki to najprostsze określenie tego, czym jest działanie w kontekście efektywności[194]. Działania przyczyniające się do uzyskania określonych wyników w wielu projektach odbywają się według ustalonego planu w oparciu o często rozbudowane metodologie. Wykorzystują one dostępne zasoby określając, w jaki sposób uczynić to optymalnie w celu osiągnięcia najlepszych wyników. Istotnym zabiegiem staje się określenie procedur postępowania tak, by była możliwa ich konceptualizacja, szczególnie w procesie oceny efektywności. Standaryzacja procedur działania umożliwia także porównanie poszczególnych działań między sobą i ocenę, w jaki sposób przyczyniają się one do osiągnięcia danych wyników.

- Efekty

Istotą podejmowanych działań, przekształcających zasoby, jest uzyskanie efektów. Podobnie jak z określeniem pojęcia „efektywność" ze względu na niejednorodność terminologiczną, dużą trudność, przede wszystkim, stanowi określenie, czym są rezultaty/efekty. Korzystając z opracowań R. Szarfenberga[195] oraz L. Martina i P.M. Kettnera[196] (choć autorzy ci podają różne terminologie), można wyodrębnić następujące kategorie efektów:

- oddziaływanie (wpływ),
- produkty,
- rezultaty.

[194] L.L. Martin, P.M. Kettner, *Measuring the performance of human service programs*, Los Angeles 2010.

[195] R. Szarfenberg, *Kryteria ewaluacji w pomocy społecznej*, *op. cit.*

[196] L.L. Martin, P.M. Kettner, *Measuring the performance of human service programs, op. cit.*

Tabela 3. Kategorie efektów

Wymiar efektu	Określenie wymiaru	Przykład
oddziaływanie (wpływ)	stopień uzyskanych odpowiedzi na potrzeby użytkowników i adresatów projektu	liczba osób zadowolonych w udziale w programie i deklarujących chęć udziału w kolejnych edycjach
produkt	liczba produktów, które klient otrzymał i które przyczyniły się do osiągnięcia rezultatów; produkty mogą być materialne i niematerialne, np. godziny pracy z terapeutą, zasiłek na dojazd do terapeuty, zakup sprzętu komputerowego, liczba godzin kursu zawodowego	liczba dni, w których została zapewniona piecza zastępcza, liczba godzin szkoleniowych, czas pracy pracownika socjalnego z daną rodziną
rezultat	stosunek zasobów przekształconych działaniami do uzyskanych efektów	liczba dzieci, które nie zostały umieszczone w placówkach opiekuńczo-wychowawczych w wyniku pracy asystenta rodziny

Źródło: opracowanie własne.

Istotnym jest określenie poszczególnych składowych efektów przede wszystkim w celu zapewnienia porównywalności otrzymanych danych. Można prowadzić badania oceniające działania w sposób fragmentaryczny, poddając analizie tylko jeden z czynników efektów, jednak aby otrzymać całościowy obraz badanego programu, działania, należy uwzględnić jego wszystkie wymiary[197].

5.3. Praca socjalna z rodziną w perspektywie pojęcia efektywności

Pojęcie efektywności pojawia się także w przestrzeni pracy socjalnej. R. Pruger[198] zwraca uwagę w swojej książce, że chociaż efektywność nigdy nie była traktowana jako najważniejsza koncepcja w pomocy społecznej, to właśnie tak powinna. Żadna inna idea nie prowadzi tak skutecznie i bezpośrednio do odkrywania istoty organizacji (także społecznej). Żadna inna idea nie ma tak dużego potencjału, który spowodowałby odnowienie istoty pracy socjalnej. Autor konkluduje, że efektywność w pomocy społecznej należy traktować poważnie, szczególnie, że w przeszłości

[197] L.L. Martin, P.M. Kettner, *Measuring the performance of human service programs*, Los Angeles 2010.

[198] *Efficiency and the social services*, R. Pruger (red.), New York 1991.

często była dziedziną zaniedbywaną. Analiza pojęcia efektywności na gruncie pracy socjalnej, ze szczególnym uwzględnieniem pracy socjalnej z rodzinami, wymaga określenia, jakie są jej cele. Istotnym okazuje się nazwanie spodziewanych wyników pojawiających się w następstwie wprowadzenia określonych procedur działania. Praca socjalna z rodzinami wpisuje się w całościowy kontekst pomocy społecznej.

Etapy rozwoju pracy socjalnej widoczne są w aktach prawnych definiujących pracę socjalną. Ustawa o pomocy społecznej, określając zadania państwa w zakresie pomocy społecznej, posługuje się następującym stwierdzeniem:

„Art. 2. 1. Pomoc społeczna jest instytucją polityki społecznej państwa, mającą na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości."

„Art. 3. 1. Pomoc społeczna wspiera osoby i rodziny w wysiłkach zmierzających do zaspokojenia niezbędnych potrzeb i umożliwia im życie w warunkach odpowiadających godności człowieka.

2. Zadaniem pomocy społecznej jest zapobieganie sytuacjom, o których mowa w art. 2 ust. 1, przez podejmowanie działań zmierzających do życiowego usamodzielnienia osób i rodzin oraz ich integracji ze środowiskiem."

Istotnym wydaje się podkreślenie, że najważniejszym zadaniem pomocy społecznej jest nie tyle praca z rodzinami, co umożliwienie im odzyskania przez nie kontroli nad własnym życiem, wsparcie prowadzące do uniezależnienia od pomocy społecznej, czyli wdrożenie koncepcji *empowerment* (wzmacniania). Ideę wzmacniania możliwości sprawczych człowieka bierze się pod uwagę jako cel pracy socjalnej od jej początków[199]. W ogólnie przyjmowanej definicji pracy socjalnej zaproponowanej przez Międzynarodową Federację Pracowników Socjalnych[200] czytamy: Praca socjalna jest profesją wspierającą zmianę społeczną, rozwiązywanie problemów powstających w relacjach międzyludzkich oraz wzmacnianie (empowerment) i wyzwalanie ludzi dla wzbogacenia ich dobrostanu. Wykorzystując teorie ludzkich zachowań i systemów społecznych, praca socjalna interweniuje w miejscach, gdzie

[199] J. Szmagalski, *Teoria pracy socjalnej a ideologia i polityka społeczna, op. cit.*

[200] Definicja pracy socjalnej przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Międzynarodowej Federacji Pracowników Socjalnych. Montreal, Kanada, lipiec 2000 r.

ludzie wchodzą w interakcje ze swoim środowiskiem. Fundamentalnymi dla pracy socjalnej są zasady praw człowieka i sprawiedliwości społecznej.

W komentarzu do definicji podanej przez Federację podkreśla się, że:

Praca socjalna w jej różnych formach odnosi się do wielostronnych, złożonych transakcji zachodzących między ludźmi a ich środowiskami. Jej misją jest umożliwienie wszystkim ludziom rozwoju ich pełnego potencjału, wzbogacenie ich życia i zapobieganie dysfunkcjom. Profesjonalna praca socjalna skupia się na rozwiązywaniu problemów i zmianie. Dlatego też pracownicy socjalni działają na rzecz zmiany w społeczności oraz w życiu indywidualnych osób, rodzin i wspólnot, którym służą. Praca socjalna jest systemem wzajemnie na siebie oddziałujących wartości, teorii i praktyki. Analizując powyższe cele pracy socjalnej można stwierdzić, że głównymi celami jakie sobie stawia jest zmiana klienta, środowiska, poprzez wzmocnienie (empowerment), prowadzące do usamodzielnienia i integracji ze środowiskiem. W rzeczywistości naszego kraju praca socjalna, choć stawia sobie za cel wzmocnienie klientów, wielokrotnie odchodzi od tego zadania. Jedną z przyczyn jest zastosowanie w pomocy społecznej niewłaściwego sposobu budżetowania implikującego postawienie niewłaściwych akcentów w pracy socjalnej[201].

Analiza różnych modeli finansowania a przez to wskazywania priorytetów pracy w sektorze publicznym pozwala na wyróżnienie trzech typów konstruowania i realizacji projektów publicznych[202].

[201] Komentarz do definicji pracy socjalnej przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Międzynarodowej Federacji Pracowników Socjalnych. Montreal, Kanada, lipiec 2000 r.

[202] R.W.R. Price, I. Joumard, P.M. Kongsrud, Y.-S. Nam, *Enhancing the Effectiveness of Public Spending*, OECD Economics Department Working Papers, 380, 2004.

Tabela 4. Podstawowe cechy metod budżetowania w sektorze publicznym

Rodzaj budżetowania	Charakterystyka
Zorientowane na zasoby (*input – focused*) Cel – zwiększenie zasobów	Zarządzanie skupia się na zasobach finansowych, kadrowych, itp. dostępnych na potrzeby realizacji programu lub polityki ministra. W systemie tym nie otrzymuje się informacji, co osiągnięto wykorzystując dostępne zasoby, a jedynie rozwija się same zasoby.
Zorientowane na produkty (*outputs – focused*) Cel – zapewnienie realizacji zadań	Funkcje państwa opisywane są za pomocą dostarczanych dóbr i usług oraz ich ilości. Zarządzanie i budżetowanie zorientowane na produkty opiera się w dużym stopniu na wskaźnikach takich jak ilość i terminowość.
Zorientowane na wyniki (rezultaty) (*outcome – focused*) Cel – realizacja założonych rezultatów	Priorytety działalności rządu są zwykle wyrażone osiągnięciem określonych celów. Budżetowanie zorientowane na cele ułatwia realokację środków oraz wspomaga proces formułowania priorytetów, ich implementację oraz ewaluację

Źródło: I. Joumard, P.M. Kongsrud, Y.-S. Nam, R.W.R. Price, *Enhancing*...

Przekładając powyższą tabelę na cele stawiane przez pomoc społeczną możemy ująć je na trzech poziomach.

Tabela 5. Cele pomocy społecznej w kontekście budżetowania

Rodzaj finansowania	Cele pomocy społecznej
Zorientowane na zasoby (*input – focused*) Cel – zwiększenie zasobów	Zwiększenie zasobów pomocy społecznej np. liczba pracowników socjalnych, punktów interwencji kryzysowej, wprowadzenie asystentów rodziny. Nie określa się na tym poziomie, czy wprowadzone zmiany spowodują osiągnięcie celów stawianych przed pracą socjalną. Rozwój infrastruktury jest celem samym w sobie.
Zorientowane na produkty (*outputs – focused*) Cel – zapewnienie realizacji zadań	Zwiększenie liczby produktów oferowanych przez pomoc społeczną, np. liczba szkoleń przypadających na jednego klienta, wysokość zasiłków na jednego klienta, liczba porad udzielona samotnym matkom, liczba osób korzystających z turnusów rehabilitacyjnych. Nie określa się na tym poziomie, czy wprowadzone zmiany spowodują osiągnięcie celów stawianych przed pracą socjalną. Celem jest zwiększenie ilości oferowanych „produktów".
Zorientowane na wyniki (rezultaty) (*outcome – focused*) Cel – realizacja założonych rezultatów	Osiągnięcie zawartych w pracy socjalnej celów polegających na wzmocnieniu klientów i osiągnięcie rzeczywistej zmiany, np. liczba rodzin, które opuściły system pomocy społecznej, zmniejszenie liczby dzieci w placówkach, ilość przypadków, które zostają zakończone sukcesem – rozwiązaniem problemu, ilość osób, które wyszły z bezdomności, choroby alkoholowej. Istotne są rzeczywiste osiągnięcia osób, które zostały objęte wsparciem i pomocą pracowników socjalnych.

Źródło: opracowanie własne.

Powyższa tabela nawiązuje do przedstawionego wcześniej modelu efektywności. Działania prowadzone w ramach pracy socjalnej mają prowadzić do efektów, które rozpatruje się na trzech płaszczyznach. Wynikiem pracy socjalnej będą produkty, rezultaty oraz wpływ na klienta. Warto dopowiedzieć, że choć na ogół dokonuje się oceny efektywności pracy socjalnej w stosunku do początkowych i zamierzonych celów, to istotne zadanie może stanowić identyfikacja wszystkich efektów, nie tylko tych oczekiwanych, ale także przewidywanych. Cel pracy socjalnej w wymiarze

wpływu na klienta to ocena, na ile zostały zaspokojone potrzeby klientów pomocowych, czy mówiąc innym językiem, ile dobra doświadczyli. Działanie jest oceniane pod względem użyteczności dla klienta służb społecznych lub adresata usług przez nie udzielanych[203]. Jednym z elementów tej oceny może być poczucie satysfakcji z udziału w danych projektach socjalnych czy poziom zadowolenia z uczestniczenia w różnych metodach oferowanych przez pomoc społeczną.

Kolejnym wskaźnikiem efektywności pracy socjalnej staną się produkty osiągane przez poszczególne rodziny, jednostki czy, w szerszym wymiarze, system pomocy. Jeżeli za cel pracy socjalnej przyjmiemy zwiększenie ilości oferowanych produktów, to efektywność w wymiarze skutków będzie oceną postawionych celów w stosunku do osiągniętej liczby produktów.

Rezultaty uzyskane w czasie pracy socjalnej stanowią wymiar, który określa istotne zmiany w życiu poszczególnych ludzi i grup społecznych. Jest to jeden z podstawowych wymiarów, ale i najtrudniej uchwytny w badaniach efektywności. O ile nie sprawia trudności zebranie informacji dotyczących np. liczby dzieci, które nie zostały umieszczone w placówce opiekuńczo-wychowawczej na skutek podjęcia określonych procedur, czy liczby rodzin opuszczających system pomocy społecznej, to zadaniem trudnym okaże się określenie stopnia usamodzielnienia, ocena jego wzrostu w sytuacji pozostawania klienta w systemie pomocy. Pojęciem, które wydaje się najtrafniej określać cele stawiane przez pomoc społeczną w wymiarze rezultatów, jest koncepcja *empowerment*. Dlatego przy określaniu efektywności w wymiarze rezultatu kluczowym zadaniem staje się zdefiniowanie, czym jest *empowerment* i jakie są jego elementy.

Przy ocenie efektywności pracy socjalnej przedstawione wyżej trzy elementy należy brać pod uwagę łącznie. Pozwoli to na uchwycenie nieschematycznych struktur pracy pomocowej. Możliwa jest sytuacja, kiedy klienci wykazują wysoki poziom satysfakcji, natomiast nie osiągnięto produktów i rezultatów zamierzonych w projekcie czy planie (kontrakcie) pracy z klientem. Klient dobrze czuł się uczestnicząc w programie, jednak nie skorzystał z proponowanych wszystkich zajęć i nie osiągnął założonych celów. Podobnie dzieje się w sytuacji, kiedy klient dobrze się czuje jako adresat pomocy, wykorzystuje wszystkie produkty oferowane przez system pomocowy, ale nie osiąga stawianych przed nim celów, np. nie

[203] R. Szarfenberg, *Kryteria ewaluacji w pomocy społecznej*, *op. cit.*, s. 19.

usamodzielnia się. Badanie efektywności może wykazać, że klient jest zadowolony z otrzymanej pomocy i jednocześnie osiągnięto założone cele, np. klient podjął leczenie odwykowe, przeszedł je i osiągnął stan abstynencji.

Przy ocenie efektywności pojawia się także problem oceny efektywności kosztowej podejmowanych działań. Szczególnie w dobie kryzysu finansów publicznych pojawiają się głosy, że jest to najważniejszy wymiar pomiaru efektywności. Choć trudno nie przyznać im przynajmniej częściowej racji, to trzeba uwzględnić, że w stosunku do sfery społecznej bardziej odpowiednie okazuje się zastosowanie schematu nakłady – efekty niż schematu koszty – produkty.

Szukanie efektywności to szukanie lepszej relacji pomiędzy środkami a efektami[204]. W takiej koncepcji, zaczerpniętej z ekonomii, im więcej zrealizowano przy tym samym nakładzie lub kiedy rezultat został uzyskany przy mniejszych nakładach, tym lepszą relację osiągnięto. Koncepcja ta zakłada albo minimalizację nakładów, albo maksymalizację rezultatów – oba podejścia są istotne[205]. Na ważny problem w ocenie efektywności zwraca uwagę A. Hryniewicka. Twierdzi ona, że: „największym problemem związanym z efektywnością wydatkowania środków na pomoc społeczną jest określanie kosztów nierozwiązanych problemów społecznych. Są to tzw. „koszty zaniechania", czyli wydatki, jakie musi ponosić dana społeczność w związku z tym, że dane problemy nie zostały rozwiązane, czy też dane problemy nie zostały odpowiednio wcześniej rozpoznane, co mogłoby obniżyć koszty skutków wystąpienia problemu. Można do nich zaliczyć, np. koszty policji w zakresie czynności związanych z rozbojami, kradzieżami popełnianymi przez małoletnich; koszty ponoszone przez izby wytrzeźwień i służbę zdrowia w związku z udzielaniem pomocy osobom uzależnionym od alkoholu"[206].

[204] R. Pruger (red.), *Efficiency and the social services, op. cit.*

[205] Ibid., s. 10.

[206] A. Hryniewicka, *Podstawy ewaluacji dla pomocy społecznej*, Kraków 2010, s. 91.

6. Metodologia badań

System wspierania rodzin w Polsce jest systemem poszukującym nowych rozwiązań, modyfikujących zarówno paradygmaty, jak i szczegółowe metodyki działania. Tak dynamiczne zmiany zmuszają naukowców do ciągłego poszukiwania sposobów badania, opisywania tej rzeczywistości. Jak wskazują T. Kaźmierczak i M. Rymsza, głównie w Stanach Zjednoczonych w ramach subdyscypliny akademickiej określanej jako *comparative public policy* usytuowane zostały badania, gdzie porównuje się nie tyle wizje ładu społecznego, które polityka w swych różnych rozwiązaniach modelowych ma urzeczywistniać (co charakterystyczne jest dla europejskiej *comparative social policy*), ile stosowane przez państwo i jego służby rozwiązania „techniczne", sposoby zarządzania problemami socjalnymi i służbami publicznymi[207]. Podjęcie takich badań pozwala na ocenę skuteczności prowadzonej przez państwo polityki społecznej: satysfakcji obywateli, zaspokojenia ich potrzeb, rozwiązania lub zminimalizowania problemów społecznych – kluczowe znaczenie ma nie tylko to, co państwo oferuje obywatelom, ale także jak to do nich dociera[208]. Badania komparatystyczne w obszarze wsparcia rodziny będą dotyczyły w swoim klasycznym ujęciu porównań między systemami w różnych krajach, ale mogą także obejmować różne instytucje, które niosą wsparcie z tej samej rodziny usług[209]. Określona problematyka wymaga zastosowania odpowiednich metod badawczych[210].

Wielu ekspertów postuluje, dla pełnego opisu i wyjaśnienia zjawisk społecznych, wykorzystanie triangulacji danych. W badaniu dotyczącym integracji usług na rzecz rodziny wprowadzono metody zarówno jakościowe, jak i ilościowe. W ramach badań jakościowych wprowadzona została po raz pierwszy w Polsce metoda epizodu.

[207] T. Kaźmierczak, M. Rymsza, *Case management jako formuła koordynacji usług społecznych i innych działań służb publicznych - przypadek aktywizacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych* [w:] *Profesjonalna praca socjalna: nowy paradygmat czy niedokończone zadanie?*, Toruń 2011, s. 229.

[208] *Ibidem*.

[209] T. Biernat, J. Przeperski, *Zintegrowane wsparcie rodziny w środowisku lokalnym: centrum dla rodzin, op. cit.*; D.L. Kodner, C. Spreeuwenberg, *Integrated care*, *op. cit.*

[210] E. Babbie, *Badania społeczne w praktyce*, Warszawa 2003, s. 132.

W badaniu ilościowym posłużono się polską wersją Skali Praktyki Familiocentrycznej, która pierwotnie została stworzona przez C.J. Dunsta i C.M. Trivette[211].

6.1. Badanie jakościowe – metoda epizodu

Do jednej z ciekawszych propozycji, która pojawia się w literaturze anglojęzycznej w obszarze badań porównawczych nad wsparciem, ochroną rodziny i dziecka, należy metoda epizodu (*vignette*). W niniejszym opracowaniu jedynie ogólnie chciałbym przybliżyć tę metodę, wskazując także na możliwe pola jej zastosowania.

Rozwój metody epizodów przez ostatnie 30 – 40 lat był znaczący. Epizodów używano w badaniach antropologicznych i psychologicznych już w latach pięćdziesiątych XX wieku[212]. Część badaczy uznaje epizod jedynie za technikę zbierania danych[213], jednak większość, opisując epizody (*vignettes*), określa ją mianem metody

Analiza literatury skłoniła mnie do praktycznego zastosowania opisywanej powyżej metody. Została ona wykorzystana w badaniach prowadzonych nad problemem integracji usług na rzecz rodzin dysfunkcyjnych. Do projektu zostało zaangażowanych 50 respondentów: reprezentantów 9 różnych służb (po 5 osób z każdej – sędzia rodzinny, pracownik socjalny, asystent rodziny, kurator zawodowy, kurator społeczny, policjant, mediator, nauczyciel, pracownik placówki opiekuńczo-wychowawczej) i przedstawicieli rodzin.

Wybór metody wynikał z problematyki badawczej oraz założonego celu badania. Ponieważ procesy współdziałania, integracji międzyinstytucjonalnej są wielopłaszczyznowe i dynamiczne, przyjmuje się, że do ich analizy należy włączyć strategię jakościową, także z wykorzystaniem metody epizodu[214]. Wybór tej metody miał związek również z doborem grupy badawczej. Zastosowanie epizodu pozwoliło

[211] C. J. Dunst, *Family-Centered Practices: Birth Through High School*, *op. cit.*

[212] L. Nygren, S. Oltedal, *Constructing a vignette for qualitative comparative family research*, „Journal of Comarative Social Work" 2015, nr 1.

[213] M. Bloor, F. Wood, *Keywords in Qualitative Methods. A Vocabulary of Research Concepts*, Londyn 2006, s. 183; A. Bryman, *Social research methods*, Oxford ; New York 2012, s. 261.

[214] J. Wilson, A.E. While, *Methodological issues surrounding the use of vignettes in qualitative research*, „Journal of Interprofessional Care" 1998, t. 12, nr 1, s. 79.

na udzielenie odpowiedzi nie tyle na pytanie o bezpośrednie działania podejmowane w ramach obowiązków zawodowych, ile na dotyczące teoretycznej (choć realnej) sytuacji. Zawody społeczne są jednymi z najbardziej narażonych na wypalenie zawodowe czy porażki, dlatego często respondenci niechętnie opowiadają o swojej pracy. Jednocześnie rozpoczęcie badania od poproszenia o przeczytanie krótkiego opisu powoduje przełamanie lodów i pozwala na zbudowanie podstawowego zaufania w relacji badawczej[215]. Przedstawienie hipotetycznej sytuacji spowodowało u badanych obniżenie napięcia. Nie musieli oni opowiadać o swojej bezpośredniej pracy, jej porażkach i sukcesach, ale zostali potraktowani jako eksperci w dziedzinie pomocy rodzinie i dziecku oraz poproszeni o wyrażenie swojej opinii dotyczącej możliwości pomocy prezentowanej rodzinie.

W kontekście paradygmatu badawczego i celów badania został także dokonany wybór typu epizodu. Przygotowano dwa opisy tego samego przypadku: jeden, który był typowym opisem instytucjonalnym, oraz drugi, który prezentował ten sam przypadek rodziny, ale z perspektywy ojca i matki. Zmiana perspektywy, jaka została osadzona w koncepcji reframingu[216], miała na celu zbadanie różnicy w ocenie warunków, proponowanych rozwiązań (w tym współpracy) w sytuacji, kiedy profesjonaliści przyjmują punkt widzenia rzeczywistości przez klientów.

Jednym z kluczowych argumentów przeciwnych stosowaniu epizodów jest wskazywanie na różnicę pomiędzy „realnym światem" a światem stworzonym w opisywanym przypadku[217]. Pojawia się pytanie, na ile przygotowane scenariusze, opisy przypadków odpowiadają rzeczywistym sytuacjom[218]. Prezentowane badanym opisy „redukują" rzeczywistość społeczną i traktują ją w sposób wybiórczy. Dla niektórych krytyków epizody są jedynie sztucznym opisem sytuacji, które w takiej postaci nie występują w realnym świecie[219]. Uproszczenie opisu może mieć także

[215] N. Hazel, *Elicitation Techniques with Young People*, „Social Research Update" 1995, nr 12.

[216] D. Rutkowska, K. Przybyszewski, *Efekt sformułowania (framing effect): zaangażowanie poznawczego wysiłku a wpływ kontekstualnych informacji o zysku lub stracie na podejmowanie decyzji*, „Psychologia Społeczna" 2015, nr 3(34).

[217] R. Hughes, *Vignettes*, *op. cit.*, s. 920.

[218] R. Hughes, M. Huby, *The construction and interpretation of vignettes in social research*, *op. cit.*, s. 37.

[219] R. Hughes, *Vignettes*, *op. cit.*, s. 920.

pozytywne skutki. Tak jak to zostało wspomniane, opisy nie dają pełnego obrazu sytuacji zaistniałej w realnym życiu. Redukcjonizm może mieć jednak taką zaletę, że respondenci koncentrują się dokładnie na tym wycinku rzeczywistości, który jest przedmiotem badania. W realnym życiu sytuacje często istnieją jako „zapętlone", uwarunkowane wieloma różnymi czynnikami. Jednak uproszczenie sytuacji powoduje, że badany potrafi odpowiedzieć na kontrolowane opisy, dokładnie w kontekście prezentowanego przypadku[220]. Należy także podkreślić, że epizody nie oddają całego klimatu, który otacza decyzję, sposób patrzenia na sytuację. Taka dekontekstualizacja emocjonalna (wyjęcie epizodu z uwarunkowań emocjonalnych) pozwala na otrzymanie racjonalnych odpowiedzi od respondenta. Istotne jest także, że przy badaniu respondent nie musi liczyć się z realnymi konsekwencjami swoich decyzji[221].

Przy tworzeniu epizodu uwzględniono przedstawione powyżej uwarunkowania oraz zastosowano wskazówki autorów pozwalające na zwiększenie trafności wewnętrznej epizodu. Pierwszy krok przy pisaniu scenariusza stanowiło wybranie przypadku rodziny. Posłużono się bazą rodzin (diagnoz), które były zgłaszane przez pracowników socjalnych do pracy metodą Konferencji Grupy Rodzinnej[222]. Z 420 przypadków został wyselekcjonowany jeden, który spełniał kilka warunków (pełny tekst epizodu jest dostępny w załączniku). Dotyczył on rodziny z dziećmi. Rodzina ta doświadczała wielu problemów, więc mogła być objęta pomocą różnych służb. Dzieciom groziło umieszczenie w pieczy zastępczej. Zaawansowanie problemów rodziny pozwalało mieć nadzieję na zakończenie wsparcia sukcesem. W związku z ostatnimi zmianami polityki rodzinnej przypadek został uzupełniony (np. o informację o wsparciu świadczeniem na wychowanie dzieci 500+) tak, by był osadzony w codziennych uwarunkowaniach osób badanych, aby odpowiadał tej rzeczywistości, którą badani spotykają na co dzień w praktyce zawodowej[223].

[220] R. Hughes, M. Huby, *The construction and interpretation of vignettes in social research*, „Social Work & Social Sciences Rewiev" 2004, t. 11, nr 1.

[221] T. Spratt, *Decision Making by Senior Social Workers at Point of First Referral*, *op. cit.*, s. 607.

[222] J. Przeperski, *Konferencja Grupy Rodzinnej w teorii i praktyce pracy socjalnej z rodziną, op. cit.*

[223] N.E. Schoenberg, H. Ravdal, *Using vignettes in awareness and attitudinal research*, „International Journal of Social Research Methodology" 2000, t. 3, nr 1, s. 67.

W prowadzonych badaniach wykorzystano dwa sposoby odpowiedzi na pytania. Prezentując instytucjonalny opis rodziny, badani byli proszeni o udzielanie odpowiedzi jako profesjonaliści, którzy odnoszą się do swoich doświadczeń zawodowych. W drugiej części respondenci proszeni byli, aby przyjąć perspektywę jednego z członków rodziny (kobiety – matki, mężczyźni – ojca) i udzielać odpowiedzi w pierwszej osobie – tak jakby udzielał jej ojciec lub matka z prezentowanego przypadku. Prośba o odpowiedź na pytania, które nie dotyczą bezpośrednio osoby badanej, pozwala także na zmniejszenie efektu udzielania odpowiedzi, które są społecznie pożądane[224].

W badaniu wykorzystano następujące teksty epizodów.

Epizod napisany z perspektywy instytucjonalnej.

Rodzina Nowaków

Rodzina Nowaków znajduje się w trudnej sytuacji życiowej i materialnej. Od ponad 10 lat z powodu ubóstwa, bezrobocia, długotrwałej choroby oraz problemu alkoholowego korzysta ze wsparcia ośrodka pomocy społecznej. Obecnie głównym problemem jest alkoholizm pana Rafała. Dwa lata temu mężczyzna przeszedł leczenie odwykowe, ale problem nadal istnieje. Z tego powodu w domu często wybuchają awantury, w wyniku których interweniuje policja. Między małżonkami dochodzi nie tylko do sprzeczek – istnieje również podejrzenie stosowania przemocy fizycznej przez pana Rafała wobec żony, dzieci ich zaś były niejednokrotnie świadkami prób wypędzania mamy z domu. Dzieci zaczęły sprawiać problemy wychowawcze, mają również kłopoty z nauką. Pani Agnieszka przyznaje, że nie potrafi sama poradzić sobie z zaistniałą sytuacją. Oboje z mężem wyznają zasadę, że sprawami dzieci i domem zajmuje się kobieta, a do mężczyzny należy zabezpieczenie rodzinie bytu.

[224] R. Hughes, M. Huby, *The construction and interpretation of vignettes in social research*, „Social Work & Social Sciences Rewiev" 2004, t. 11, nr 1.

Matka – Agnieszka *(34 lata) posiada wykształcenie podstawowe. W chwili obecnej jest osobą nieaktywną zawodowo. Obecnie otrzymuje zasiłek okresowy, zasiłek na posiłki w szkole dla dwójki dzieci, zasiłek pielęgnacyjny przyznany w związku z chorobą dziecka oraz świadczenie 500+. Od 4 lat jest leczona psychiatrycznie (dwukrotna hospitalizacja) z powodu epizodów psychotycznych (zdiagnozowana schizofrenia paranoidalna). Matka nie podejmuje pełnej współpracy z lekarzem, np. zapomina o regularnym przyjmowaniu leków. Choroba często uniemożliwia jej właściwe sprawowanie opieki nad dziećmi, w związku z czym pół roku temu został rodzinie przydzielony asystent rodziny.*

Mąż – Rafał *(34 lata) wykształcenie zawodowe – murarz. Od wielu lat bezrobotny, podejmuje prace dorywcze, głównie na budowach. Problem z alkoholem rozpoczął się wiele lat temu i systematycznie narastał. Cztery lata temu komisja rozwiązywania problemów alkoholowych zobligowała mężczyznę do podjęcia leczenia – nieskutecznie. Dwa lata temu został on skierowany przez sąd na przymusowe leczenie odwykowe, po powrocie z którego pan Rafał nie pił przez 2-3 miesiące, po czym znów zaczęły się awantury domowe, a pacjent był wielokrotnie zabierany do izby wytrzeźwień.*

Córka – Katarzyna *(14 lat) – uczennica szkoły specjalnej. Ma poważne problemy z nauką. Z informacji uzyskanych od pedagoga szkolnego wynika, że uczęszcza do szkoły niesystematycznie.*

Syn – Paweł *(13 lat) – podobnie jak siostra ma problemy z nauką. Trzy lata temu był badany przez poradnię psychologiczno-pedagogiczną, która w swojej opinii wskazała potrzebę objęcia chłopca zajęciami wyrównawczymi i opieką logopedyczną. Chłopiec posiada w sobie dużo agresji, często wchodzi w konflikty z rówieśnikami. Rok temu uczestniczył w bójce, w wyniku której jeden z chłopców doświadczył poważnego uszczerbku na zdrowiu. Sprawa trafiła do sądu rodzinnego, a rodzinie przyznano kuratora rodzinnego. Paweł korzysta z posiłków w szkole, tj. ma zapewnione śniadania i obiady, chętnie chodzi na dodatkowe zajęcia sportowe (piłka nożna).*

Córka – Maja *(11 lat) – nie ma problemów z nauką ani nie sprawia problemów wychowawczych. Dziewczynka od 3 lat choruje na cukrzycę i z tego powodu wymaga więcej uwagi niż pozostałe rodzeństwo. Dziewczynka, podobnie jak brat, również jest objęta pomocą w formie posiłków w szkole.*

Ze względu na problemy z alkoholem ojca i chorobą matki brana jest pod uwagę możliwość umieszczenia dzieci w opiece zastępczej. Członkowie rodziny są silnie związani ze sobą emocjonalnie i deklarują, że chcieliby razem spróbować przezwyciężyć spotykające ich trudności.

Jak to zostało pokazane wyżej, w dalszym etapie badania dokonano reframingu przypadku i przedstawiono go z punktu widzenia rodziny.

Epizod z perspektywy rodziny.

(Pani Agnieszka – mama) *Rafał został moim mężem 14 lat temu. Poznaliśmy się na zabawie u moich znajomych. Był naprawdę wesołym chłopakiem, przy którym mogłam zapomnieć o wszystkich troskach – zawsze najbardziej martwiłam się o mamę, bo ojciec pił i często po pijaku groził, że ją zabije. Zdarzało się, że ją bił, a mama nie umiała się obronić. Jak mój brat i ja próbowaliśmy powstrzymać ojca, to nam też się obrywało. Pamiętam, że zawsze szłam do szkoły zdenerwowana i martwiłam się, co będzie, jak wrócę. Nie lubiłam się uczyć i nie szło mi w szkole. Chciałam jak najszybciej iść do jakiejś roboty. Rafał był dla mnie dobry, pomagał mi. Kiedy dowiedziałam się, że jestem w ciąży od razu mi się oświadczył i wzięliśmy ślub.*

Nie jest łatwo żyć w małym mieście. Nie ma pracy, ciągle te same osoby. No i przede wszystkim brakuje pieniędzy na wszystko. Dobrze, że opiekuje się nami Pani Ania (socjalna) i często nam pomaga. Dzięki 500+ jest trochę łatwiej. Rafał czasami zagląda do kieliszka, ale co się dziwić – ma swoje stresy. A to dobry chłop. Był na odwyku i trochę pomogło, ale nie na długo. Bo u nas nie ma nikogo, kto by tak potrafił pomóc jak na odwyku. Jak Rafał idzie do pracy, to tam wszyscy zaczynają dzień od piwa. Pomimo tych

wszystkich kłopotów kochamy się wszyscy. Dla dzieci zrobiłabym wszystko, to są moje skarby. Trochę się martwię, że tak różnie idzie im w szkole, ale one mają słabe głowy do nauki. A Pawełek to ma takie złośliwe dzieci w klasie. Zaczepiają go, a później – ponieważ jesteśmy biedni i mój mąż czasem za dużo pije – to wszystko jest na niego. A to jest dobry chłopak, no i dobrze gra w piłkę i chce być jak Lewandowski. Sporo czasu muszę także dać Mai, ona jest chora i muszę uważać, co je i jak podawać leki. Sama też często czuję się zmęczona. Są takie dni, kiedy nie chce mi się nawet wstać z łóżka i gdyby nie dzieciaki i Rafał, to mogłabym przeleżeć cały dzień. Dobrze jest mieć rodzinę.

(Pan Rafał – mąż) *Agnieszka to była najfajniejsza dziewczyna w okolicy. Od jakiegoś czasu przyglądałem się jej, ale ona nie zwracała na mnie uwagi. Dobrze, że się spotkaliśmy na imprezie u znajomych. Tak się zaczęło. Szybko pojawiła się Kasia, nasza córeczka i zaczęły się kłopoty. Nie mieliśmy własnego mieszkania, więc zamieszkaliśmy z rodzicami Agnieszki. Teściowa wie zawsze lepiej i lubi się wtrącać, ale teściu jest w porządku i często nawet wieczorami siadaliśmy przy piwku jakiś mecz obejrzeć w telewizji albo film. Potem dostaliśmy mieszkanko od gminy i poszliśmy na swoje. Ale wtedy Agnieszka się zmieniła, to chyba ta choroba. Często złościła się albo w ogóle nie było z nią kontaktu. Dzieciaki robiły, co chciały, a ja nie potrafiłem się nimi zająć. Bo mężczyzna jest od roboty, a żona od dzieci. Zarabiam na nie i tak się o nie troszczę. Udaje się trochę zarobić na budowach. Wiem, że czasem ciągnie mnie do butelki. Walczę z tym, nawet w ośrodku byłem. Różnie się udaje, ale jak człowiek ma tyle stresów, to jakoś trzeba sobie radzić. Dzieci robią się coraz większe, to i problemy pojawiają się. Pewnie się trochę „wyszumią" i jak dorosną, będzie lepiej. Szkoda, że socjalna, asystent i kurator to tylko straszą zabraniem dzieci. A przecież do poradni poszedłem, na obiad zarobię. Fajnie, jak by chcieli naprawdę pomóc, a nie biorą tylko pieniądze za straszenie. Czasem wydaje mi się, że jak ktoś by wyciągnął do mnie rękę, tak jak w ośrodku, to udałoby się nam i moglibyśmy żyć jak na początku naszego małżeństwa.*

6.2. Badania ilościowe – Skala Praktyki Familiocentrycznej

Familiocentryzm można analizować w dwóch ujęciach: szerszym i węższym. W ujęciu szerszym będziemy mówić o paradygmacie familiocentrycznym. Czyni on kategorię centralną z rodziny w koncepcjach jej wsparcia, pomocy i opieki. Ujęcie węższe określa relację (w kontekście relacji pomocowej), jaka występuje pomiędzy rodziną a instytucją pomocową lub jej przedstawicielem. W takim ujęciu definicja familiocentryzmu, inspirowana pracami R.I. Allena i C.G. Petra, będzie brzmieć następująco: familiocentryzm jest podejściem określającym relacje klienta/pacjenta/podopiecznego/ucznia i jego rodziny znajdujących się w sytuacji problemowej oraz systemu opieki, pomocy, wsparcia, edukacji zdrowia. Podejście to wskazuje na centralne miejsce rodziny w życiu każdego człowieka oraz systemu opieki, pomocy, wsparcia, edukacji i zdrowia. Charakteryzuje się spostrzeganiem rodziny w kategoriach zasobów i silnych stron, a także wyposażeniem jej w taką wiedzę i umiejętności, która pozwoli na podejmowanie przez jej członków właściwych decyzji w swoich sprawach.

W skali praktyki familiocentrycznej C.J. Dunsta i C.M. Trivette [225]można wyróżnić dwa komponenty: relacyjny (*relational*) i partycypacyjny (*participatory*), które dzielą się na dwie praktyki (razem cztery) – tworzące podskale.

Komponent relacyjny analizuje zależność/relację pomiędzy rodzicami a profesjonalistą (dostawcą usług społecznych). Analiza dotyczy umiejętności aktywnego słuchania, szacunku do rodziny, wiary w możliwości przezwyciężenia trudności i pozytywne nastawienie do samej rodziny.

Zawiera w sobie dwie praktyki:

a) otwartość ze strony profesjonalisty na budowanie relacji pomocowej (w tym przyjazność rodzinie, umiejętności interpersonalne),

b) umiejętność pracy na zasobach rodziny.

[225] C.J. Dunst, K. Boyd, C.M. Trivette, D.W. Hamby, *Family-Oriented Program Models and Professional Helpgiving Practices**, „Family Relations" 2002, t. 51, nr 3.

Komponent partycypacyjny koncentruje się wokół współpracy z rodzinami i włączania ich w proces pomocowy (*empowerment*). Opiera się na dzieleniu odpowiedzialnością i podjęciem realnej współpracy w celu osiągnięcia wspólnie określonych celów pracy.

Komponent ten zawiera w sobie dwie praktyki:

a) zaangażowanie i włączanie rodzin w aktywny proces decyzyjny,

b) elastyczny i zindywidualizowany styl pracy profesjonalisty odpowiadający na potrzeby i priorytety rodzin.

Badania doprowadziły do wypracowania 4 modeli określających relację pomiędzy rodziną i profesjonalistą (instytucją).

1. Model skoncentrowany na instytucji, podejście instytucjonalne (*professionally centered*).

2. Model współdziałania (*family-allied*), podejście relacyjne, otwartości.

3. Model skoncentrowany na rodzinie, podejście włączające, skoncentrowane na rodzinie (*family-focused*).

4. Model familiocentryczny (*family-centered*).

Zestawienie modeli relacji między rodziną i profesjonalistami oraz komponentów relacyjnych i partycypacyjnych przedstawia poniższa tabela:

Tabela 6. Zestawienie modeli relacji

Komponenty praktyki	**Kontinuum modelu familiocentrycznego**			
	Profesjonalista, instytucja w centrum	Model współdziałania Rodzina – sprzymierzeniec	Model skoncentrowany na rodzinie	Model familiocentryczny
relacyjny				
Otwartość na budowanie relacji pomocowej	+	+	+	+
Umiejętność pracy na zasobach rodziny	-	+	+	+
partycypacyjny				
Włączanie rodzin w proces decyzyjny	-	-	+	+
Elastyczność i odpowiadanie na potrzeby rodziny ze strony profesjonalisty	-	-	-	+

Ankieta – Skala Praktyki Familiocentrycznej – wersja rodzinna

INFORMACJE PODSTAWOWE

1. Czy przynajmniej raz na 2 miesiące ma Pan/Pani kontakt z pracownikiem socjalnym lub kuratorem sądowym lub/i asystentem rodziny?

   ☐ tak (przechodzimy do punktu 2) ☐ nie (kończymy badanie)

2. Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna

3. Wiek (liczba ukończonych lat): …..

4. Wykształcenie:

   ☐ niepełne podstawowe

   ☐ podstawowe

- ☐ gimnazjum
- ☐ zasadnicze zawodowe
- ☐ średnie
- ☐ pomaturalne/policealne
- ☐ licencjat
- ☐ wyższe

5. Liczba posiadanych dzieci: ……., w tym do 18 r.ż. …....
6. Liczba osób zamieszkujących gospodarstwo domowe: …….
7. Miejsce zamieszkania (Gdzie Państwo mieszkacie?)
   - ☐ wieś
   - ☐ miasto do 50 tys. mieszkańców
   - ☐ miasto od 50 tys. do 100 tys.
   - ☐ miasto powyżej 100 tys.
8. Jaka jest Pana/Pani rodzina?
   - ☐ pełna
   - ☐ niepełna (samotna matka, samotny ojciec – rozwód, separacja, śmierć jednego z małżonków)
   - ☐ zrekonstruowana (kolejne małżeństwo, rodzeństwo przyrodnie)
   - ☐ zastępcza (rodzice nie są naturalni, są prawnymi opiekunami dziecka)
   - ☐ adopcyjna
   - ☐ inna .....

9. Czy Pana/Pani rodzina posiada stałe dochody? ☐ tak ☐ nie

10. Jak ocenia Pan/Pani sytuację materialną rodziny?

    ☐ dobra

    ☐ średnia

    ☐ zła

11. Dlaczego Pana/Pani rodzina korzysta z pomocy (proszę podać max 3 powody, od najważniejszego do najmniej ważnego dla Pana/Pani)

    a.

    ……

    b.

    ……

    c.

    ……

12. Na ile osób ze swojego środowiska, rodziny może Pan/Pani liczyć w sytuacjach trudnych wymagających pomocy z zewnątrz? ……

13. Kto zawodowo pomaga Panu/Pani (rozmowa, plan pracy) ze służb pomocowych (przynajmniej 1 raz na 2 miesiące)

    ……

    ……

    ……

    ……

14. Jak długo korzysta Pan/Pani z systemu pomocowego (proszę podać czas trwania najdłuższej usługi)? ……

PYTANIA – WYBÓR INSTYTUCJI I PRACOWNIKA DO OCENY

15. Którą z osób wymienionych w punkcie 13 będzie Pan/Pani oceniać na poniższej skali? ……..

16. Od ilu lat współpracuje z Pan/Pani z tym pracownikiem? ……

17. Jaka jest płeć pracownika? ……

18. Jeżeli miałby/miałaby Pan/Pani ocenić jednym słowem jakość współpracy z tą osobą to można powiedzieć, że jest ona:

☐ pozytywna ☐ neutralna ☐ negatywna

Skala zawiera listę stwierdzeń, które opisują różne sposoby, w jaki profesjonaliści mogą odnosić się i traktować rodziny. Prosimy o zaznaczenie, które z odpowiedzi w najlepszy sposób określają Państwa doświadczenie

SKALA PRAKTYKI FAMILIOCENTRYCZNEJ (DUNST, TRIVETTE)						
		nigdy	bardzo rzadko	czasami	przez większość czasu	zawsze
1	Wsłuchuje się w moje obawy i oczekiwania					
2	Traktuje mnie i moją rodzinę z godnością i szacunkiem					
3	Postrzega mnie i moją rodzinę w pozytywny, zdrowy sposób					
4	Jest wrażliwy na pochodzenie kulturowe i etniczne mojej rodziny					
5	Zapewnia informacje, które ułatwiają mi podjęcie dobrej decyzji					
6	Rozumie sytuację mojego dziecka/dzieci i mojej rodziny					
7	Pomaga mi i mojej rodzinie, dostosowując pomoc do naszych potrzeb i możliwości					
8	Zachęca mnie do wspólnego i aktywnego szukania pomocy i wsparcia					

9	Przedstawia informacje o różnych rodzajach wsparcia, które pomagają w osiągnięciu ważnych dla mojej rodziny celów					
10	Jest elastyczny, gdy sytuacja mojej rodziny ulega zmianom					
11	Wspiera moją rodzinę opierając się przede wszystkim na naszych zasobach i mocnych stronach					
12	Dotrzymuje obietnic					
13	Współpracuje ze mną i moją rodziną okazując szacunek i zaufanie, które odwzajemniamy					
14	Dostrzega moje pozytywne działania w roli rodzica					
15	Pomaga mi i mojej rodzinie osiągnąć to, czego chcemy i co jest dla nas najważniejsze					
16	Pomaga mi w uzyskaniu informacji dotyczących tego, czym się interesuję					
17	Wspiera mnie, kiedy podejmuję decyzje					

Budowa skali została oparta na angielskiej wersji skali familiocentrycznej. W związku z tym konieczne było dostosowanie skali do warunków w Polsce. Przeprowadzono zatem następujące czynności w procesie walidacji.

Etapy walidacji skali

a. Tłumaczenie skali na język polski.

Do tłumaczenia poproszono 2 osoby i autora. Są to osoby znające język angielski i tematykę związaną z pomocą i wsparciem rodzin.

b. Weryfikacja tłumaczenia skali przez sędziów kompetentnych.

Sędziowie kompetentni (akademicy z obszaru pracy socjalnej czy pedagogiki społecznej) ocenili tłumaczenia. Dokonali wyboru optymalnych wariantów tłumaczeń. W niektórych przypadkach zaproponowali także swoje tłumaczenia tekstu ankiety.

c. Weryfikacja sformułowań użytych w skali przez przedstawicieli 15 rodzin.

Kolejny etap walidacji skali to przeprowadzenie przez badacza rozmów z osobami reprezentującymi różne typy rodzin w celu uzyskania informacji o sposobie rozumienia poszczególnych sformułowań skali. Istotę tego etapu stanowiła ocena, czy poszczególne sformułowania są jasne i oznaczają to samo dla różnych osób.

Dobór próby

a. Rodziny – badanie przeprowadzone będzie z pełnoletnim przedstawicielem rodziny (matka lub ojciec), która posiada przynajmniej jedno dziecko do 13 roku życia (nie jest samodzielne). Rodzina ta musi znajdować się pod opieką (przynajmniej 1 wizyta na dwa miesiące) przedstawiciela systemu pomocowego: pracownika socjalnego lub/i asystenta rodziny lub/i kuratora sądowego (zawodowego).

b. Profesjonaliści – osoby pracujące w obszarze wsparcia i pomocy rodzinie. Warunkiem udziału w badaniu jest regularna praca z rodzinami, tak by można określić jakość relacji między specjalistą a przynajmniej jednym członkiem rodziny.

Rodziny wybierają do oceny jedną osobę. Dla określenia trafności skali członkowie rodziny będą poproszeni na wstępie o wskazanie, czy doświadczenie pracy z danym specjalistą jest pozytywne, negatywne czy neutralne.

7. Wyniki badań – badania jakościowe

7.1. Ogólna charakterystyka badania

Badanie jakościowe w oparciu o metodę epizodów zostało przeprowadzone na grupie 50 osób. Pięć z nich było przedstawicielami rodzin a 45 – przedstawicielami różnych profesji pracujących z rodziną dysfunkcyjną. Badanie prowadzono w dwóch typach lokalizacji: miejscu pracy respondenta i w pomieszczeniach uniwersytetu. W przypadku przeprowadzenia wywiadu w miejscu pracy we wszystkich przypadkach zostało zapewnione odpowiednie miejsce, które gwarantowało komfort wywiadu oraz anonimowość wypowiedzi dla respondenta.

Wszystkie wywiady zostały transkrybowane do pliku tekstowego. Analiza materiału badawczego była wspomagana komputerowo przy pomocy programu Atlas.ti (wersja 8.0).

Każdy z respondentów wypełniał ankietę – metryczkę, która pozwoliła na opisanie charakterystyki osób badanych pod kątem różnych cech.

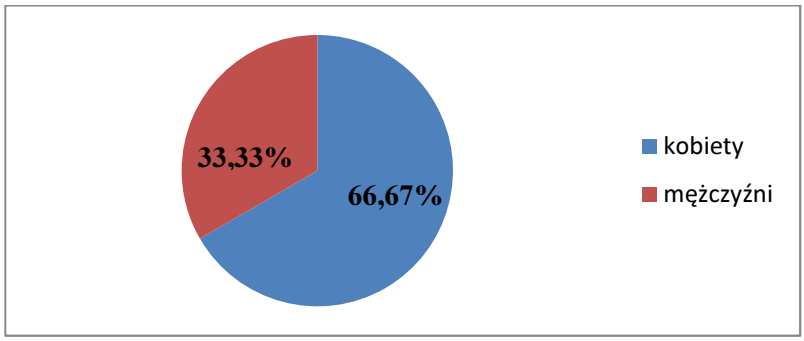
7.2. Charakterystyka grupy badawczej (profesjonaliści)

W badaniu udział wzięło łącznie 45 osób. Zdecydowana większość z nich to kobiety – 30 osób, natomiast grupę mężczyzn reprezentowało 15 osób.

- **Płeć badanych**

Pierwszą cechą, która została opisana jest płeć badanych osób. Rozkład procentowy pokazuje poniższy wykres:

Wykres 1. Płeć badanych



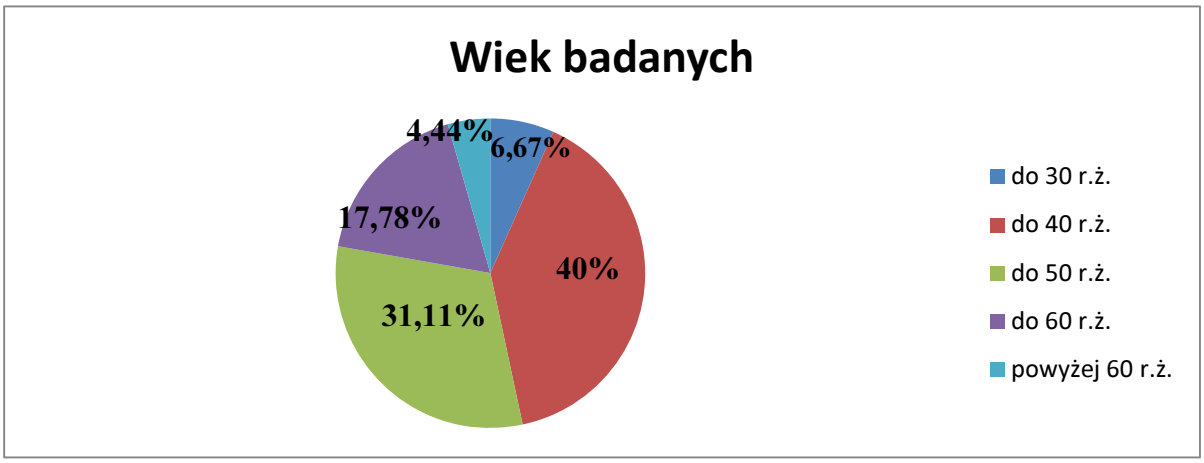
- **Wiek badanych**

Pod względem wieku struktura badanej grupy przedstawia się w następujący sposób:

1) do 30. r.ż. – 3 osoby (ok. 6,67%), w wieku 24, 29, 30 lat,
2) do 40. r.ż. – 18 osób (40%), w wieku 31, 32, 33 (2 osoby), 34, 35 (2 osoby), 36 (3 osoby), 37, 38 (3 osoby), 39 (3 osoby), 40 lat,
3) do 50. r.ż. – 14 osób (ok. 31,11%), w wieku 41, 42, 45 (4 osoby), 47, 48 (4 osoby), 49 lat (3 osoby),
4) do 60. r.ż. – 8 osób (ok. 17,78%) w wieku 51 (3 osoby), 53 (2 osoby), 55, 57, 58 lat,
5) powyżej 60. r.ż. – 2 osoby (ok. 4,44%), w wieku 63 i 65 lat.

Rozkład procentowy pokazuje poniższy wykres:

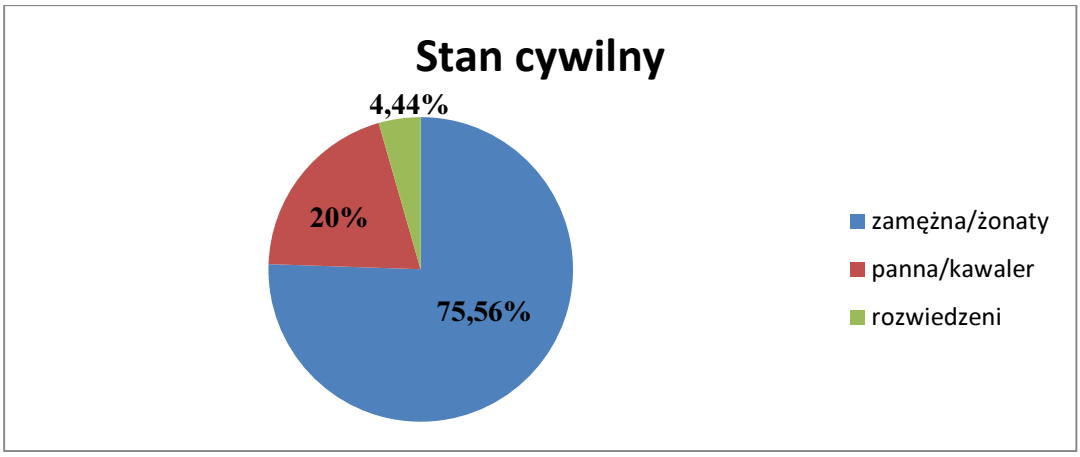
Wykres 2. Wiek badanych



- **Stan cywilny**

Większość badanych (34 osoby) pozostawała w związku małżeńskim – osoby zamężne/żonate stanowiły około 75,56% całej grupy. Osoby stanu wolnego (kawaler/panna) stanowiły 20% wszystkich respondentów (9 osób). Dwoje badanych (ok. 4,44%) miało za sobą nieudany związek zakończony rozwodem.

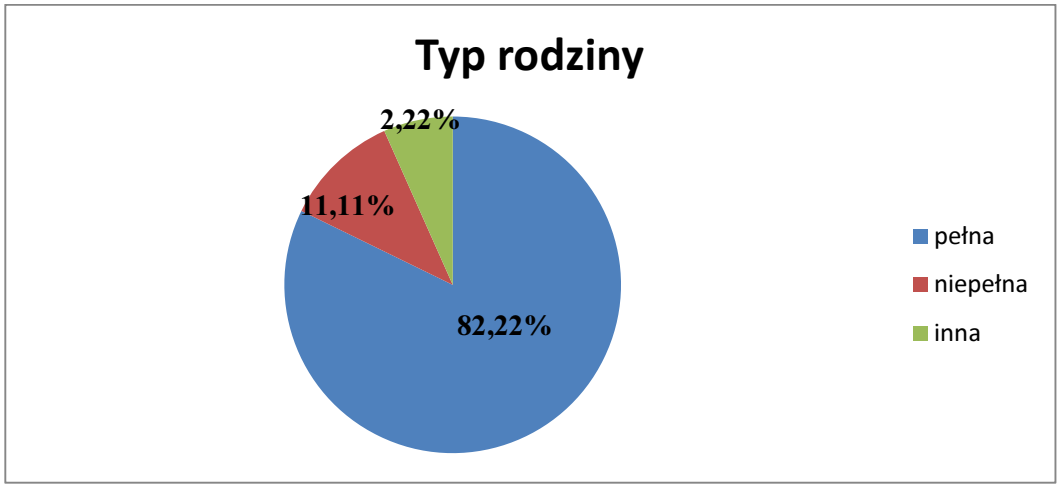
Wykres 3. Stan cywilny



- **Typ rodziny, w której żyje respondent**

Określając typ swojej rodziny, zdecydowana większość badanych – 37 osób (ok. 82,22%) – wskazała na rodzinę pełną. Odpowiedź „rodzina niepełna" została wybrana przez pięcioro respondentów (ok. 11,11%). Trzy osoby (ok. 2,22%) określiły swoją rodzinę mianem „inna" (w przypadku jednego z badanych deklaracja ta została doprecyzowana stwierdzeniem „mieszkam sam").

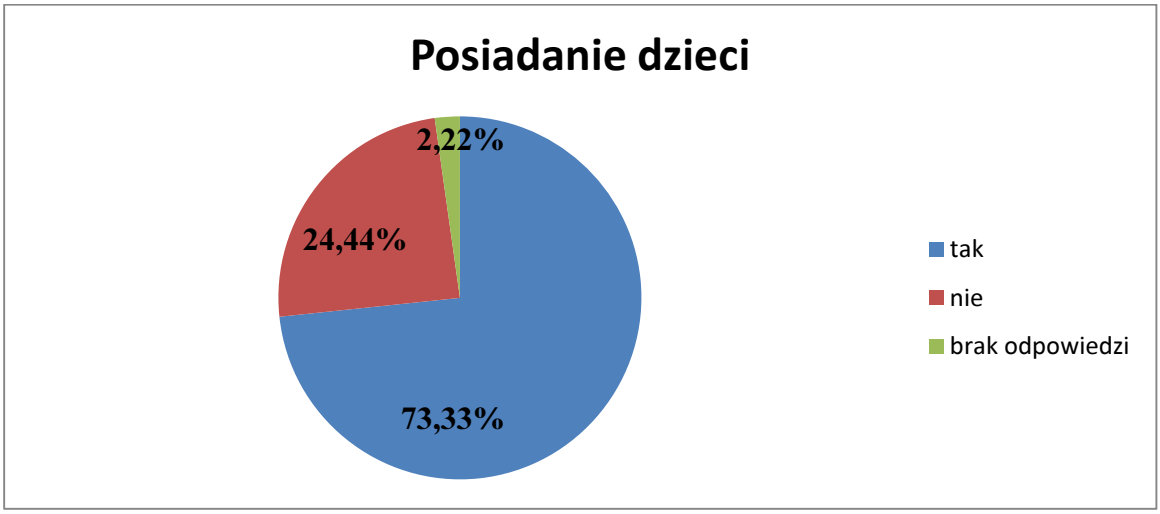
Wykres 4. Typ rodziny



- **Posiadanie potomstwa**

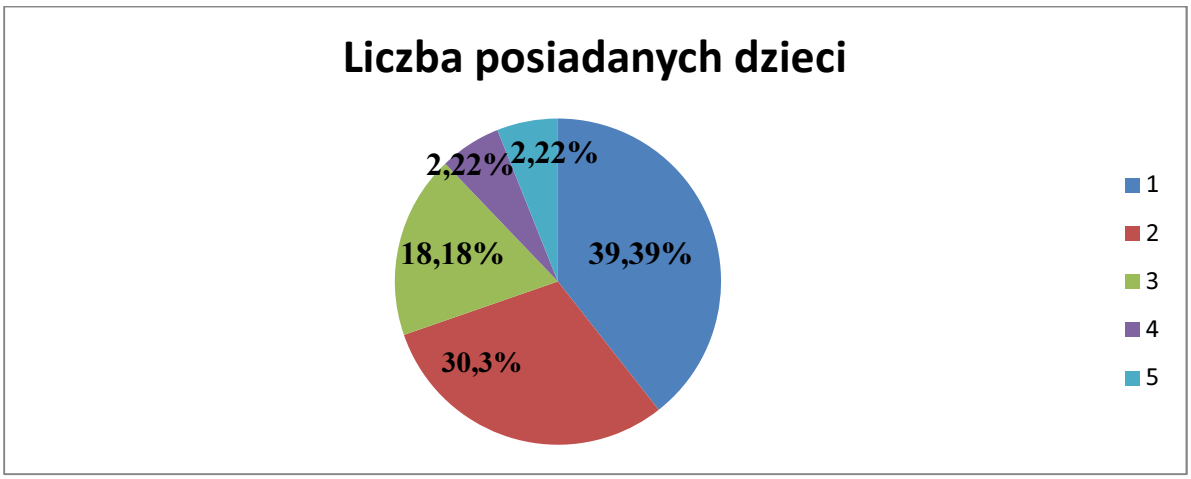
Zdecydowana większość respondentów – 33 osoby (ok. 73,33%) – ma dzieci. W chwili badania potomstwa nie posiadało 11 respondentów (ok. 24,44%), natomiast jedna osoba (ok. 2,22%) nie udzieliła odpowiedzi na to pytanie.

Wykres 5. Posiadanie dzieci



Największa grupa respondentów posiadających potomstwo wskazała, że ma jedno dziecko – 13 osób (ok. 39,39%). Na dalszych miejscach znalazły się wskazania: dwoje dzieci – 10 osób (ok. 30,3%), troje dzieci – 6 osób (ok. 18,18%), czworo i pięcioro dzieci – po 2 osoby (ok. 4,44%).

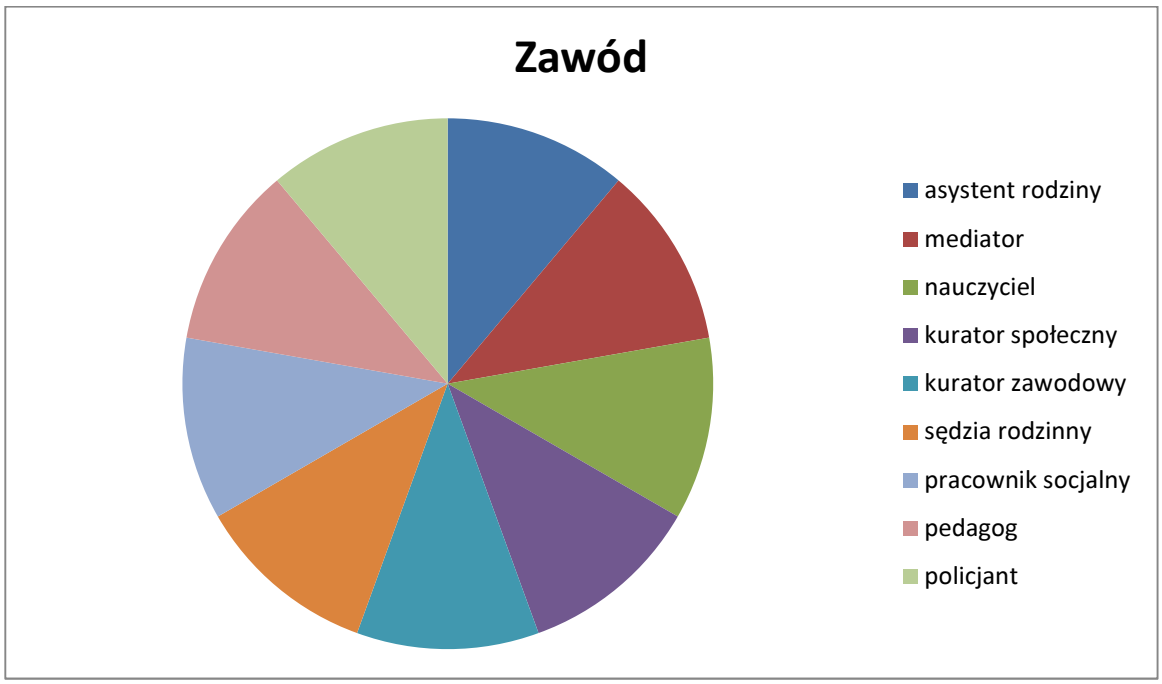
Wykres 6. Liczba posiadanych dzieci



- **Profesje reprezentowane przez respondentów**

Biorący udział w badaniu reprezentowali w równym stopniu (po 5 osób) dziewięć zawodów. Strukturę zawodową badanej grupy prezentuje poniższy wykres:

Wykres 7. Zawód badanych



Czas pracy we wskazanych instytucjach był bardzo różny dla poszczególnych respondentów i można go nazwać czynnikiem najsilniej różnicującym badaną grupę. Długość stażu pracy w danej instytucji wahała się od 5 miesięcy do 40 lat, dlatego też dokonano pewnych uogólnień w tym zakresie i przyporządkowano zadeklarowany czas pracy do jednego z ośmiu przedziałów czasu:

1) do roku – w tej grupie znalazło się 5 osób (ok. 11,11%); odpowiedzi zadeklarowane w tej kategorii to 5 miesięcy, rok, 7 miesięcy, 5 miesięcy, rok;

2) do 5 lat – w tej kategorii umieszczono 7 osób (ok. 15,56%); wskazane przez nie odpowiedzi to: 2 lata, 2 lata, 3 lata, 4 lata, 4 lata, 4 lata i 5 lat;

3) do 10 lat – do tej kategorii włączono 10 osób (ok. 22,22%); zadeklarowane odpowiedzi to: 6 lat, 7 lat, 7 lat, 8 lat, 9 lat, 9 lat, 9,5 roku, 10 lat, 10 lat i 10 lat;

4) do 15 lat – do grupy przyporządkowano 11 osób (ok. 24,44%), które dokonały następujących wskazań: 11 lat, 11 lat, 12 lat, 12 lat, 12 lat, 12 lat, 12 lat, 12 lat, 12 lat, 13 lat oraz 13 lat;

5) do 20 lat – w grupie znalazły się 4 osoby (ok. 8,89%) z deklaracjami na temat stażu pracy: 16 lat, 16 lat, 20 lat, 20 lat;

6) do 25 lat – do grupy zaklasyfikowano 3 osoby (ok. 6,67%) z czasem pracy 23 lata, 25 lat i 25 lat;

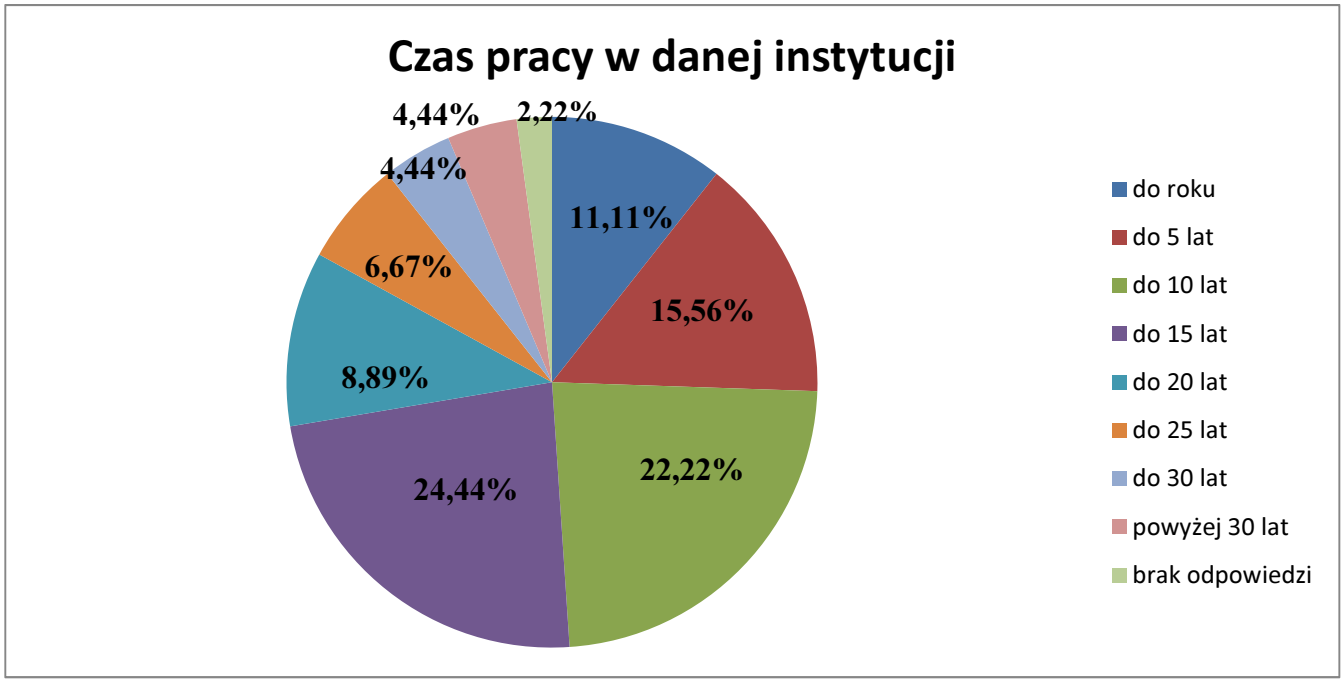
7) do 30 lat – dwie osoby (ok. 4,44%) pracujące po 26 lat;

8) powyżej 30 lat – dwie osoby (ok. 4,44%) ze stażem pracy 28 i 40 lat.

Jedna osoba nie udzieliła odpowiedzi na powyższe pytanie.

Udział procentowy poszczególnych kategorii prezentuje poniższy wykres.

Wykres 8. Długość okresu pracy w danej instytucji



W przypadku większości badanych instytucja, w której obecnie pracowali, nie była pierwszym miejscem ich zatrudnienia, dlatego z reguły mieli znacznie dłuższy staż pracy w systemie pomocowym aniżeli ten dotyczący zatrudnienia w konkretnej

placówce. Podobnie jak w poprzednim pytaniu odpowiedzi przyporządkowano do jednego z ośmiu przedziałów czasowych:

1) do roku – w tej grupie znalazła się 1 osoba (ok. 2,22%) z 5-miesięcznym stażem pracy;

2) do 5 lat – w tej kategorii umieszczono 4 osoby (ok. 8,89%); wskazane przez nie odpowiedzi to 2, 3, 4 i 5 lat;

3) do 10 lat – do tej kategorii włączono 7 osób (ok. 15,56%); zadeklarowane odpowiedzi to: 6, 7, 8 (2 wskazania), 9,5 roku oraz 10 lat (2 wskazania).

4) do 15 lat – do grupy przyporządkowano 8 osób (ok. 17,78%), które dokonały następujących wskazań: 11, 12 (3 razy), 13 (3 razy) oraz 14 lat;

5) do 20 lat – w grupie znalazło się 10 osób (ok. 22,22%) z deklaracjami na temat stażu pracy: 16 (3 razy), 17, 19 i 20 lat (5 razy);

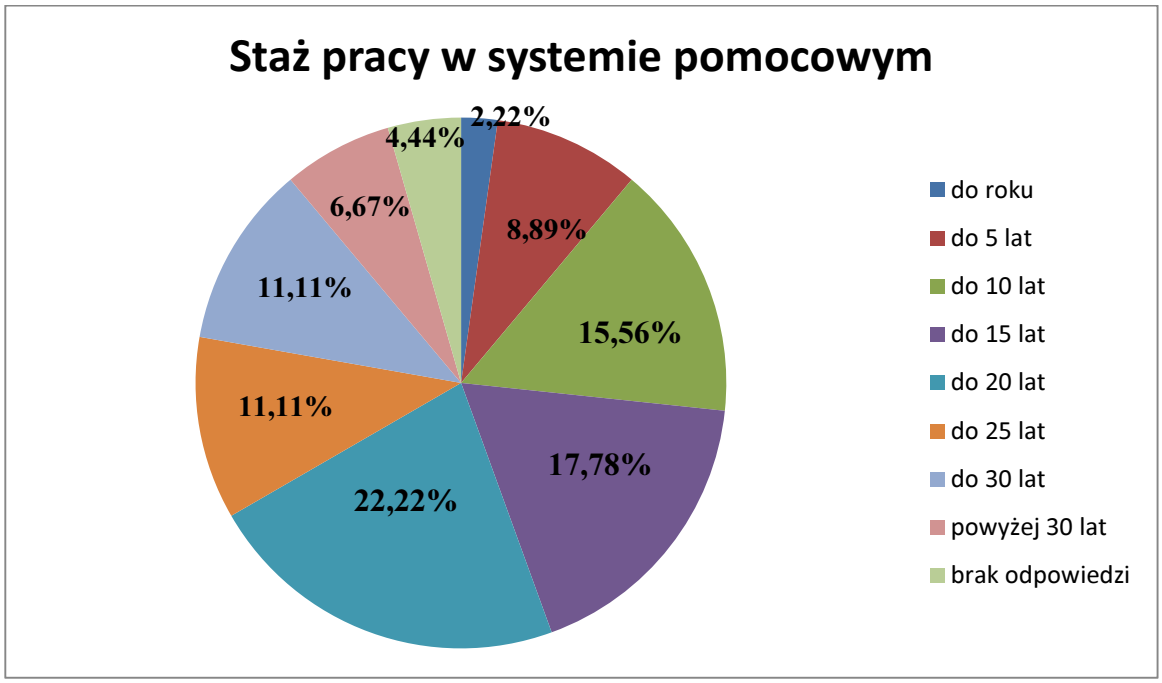
6) do 25 lat – do grupy zaklasyfikowano 5 osób (ok. 11,11%) z czasem pracy 23 lata i 25 lat (4 wskazania).

7) do 30 lat – 5 osób (ok. 11,11%) pracujące po 26 (2 razy), 27, 28 i 30 lat.

8) powyżej 30 lat – 3 osoby (ok. 6,67%) ze stażem pracy 32, 34 lata i 40 lat.

Dwie osoby (4,44%) nie udzieliły odpowiedzi na powyższe pytanie.

Wykres 9. Staż pracy w systemie pomocowym



7.3. Analiza jakościowa wywiadów

Diagnoza sytuacji ojca

W przygotowanym epizodzie zostały wskazane następujące problemy ojca:

- problem alkoholowy (najważniejszy) – w tym: nieskuteczne leczenie, wielokrotny pobyt w izbie wytrzeźwień,
- ubóstwo i bezrobocie,
- podejrzenie przemocy domowej (awantury, próby wypędzania żony z domu),
- brak zaangażowania w życie domowe (mężczyzna jest odpowiedzialny za zapewnienie bytu materialnego, a kobieta – za dom i dzieci).

Prezentowany opis przypadku okazuje się dla większości pracowników wystarczający do sformułowania planu działania. Znamienne jest poniższe założenie:

Bo pracownikowi socjalnemu ta rodzina jest znana, sytuacja jest zdiagnozowana. Po przeprowadzeniu czynności diagnostycznych: wywiad, rozmowa. (Pracownik Socjalny D6)

Ojca w tej rodzinie uważa się za główne źródło problemów. Ciekawe wydaje się, że jest on przez większość pracowników postrzegany jedynie przez pryzmat swojego problemu. W analizowanym materiale nie występuje diagnozowanie mocnych stron ojca, jego zasobów, na których można by oprzeć proces rozwiązywania problemów.

Jedynie jeden z pracowników podejmuje refleksję nad pogłębioną diagnozą, próbuje szukać przyczyn niepowodzeń w przypadku podejmowania kolejnych prób leczenia odwykowego.

Jaki jest powód tego jego alkoholizmu? Być może, że sytuacja zdrowotna żony, bo być może z tym problemem po prostu sobie nie radzi i problemy narastają lawinowo i po prostu przerasta to jednostkę i potem dalszy już kolejny cykl problemów, które wynikają z alkoholizmu i choroby żony. (Pracownik Socjalny D6)

Działania podejmowane w stosunku do ojca (wypowiedzi pracowników socjalnych)

Analiza wypowiedzi pracowników socjalnych wskazuje na stosunkowo małe zainteresowanie pracą z ojcem rodziny. W badanych wywiadach większość pracowników socjalnych wspomina raz lub dwa razy o ojcu w kontekście pracy z nim. Dokładny rozkład sytuacji, kiedy pracownik socjalny wymienia ojca, wskazuje poniższa tabela.

Tabela 7. Odniesienia do ojca w badanych wywiadach

Pracownicy socjalni	Ilość odniesień w wywiadzie
PS D2	2
PS D3	5
PS D4	1
PS D5	2
PS D6	1
suma	11

Działania na rzecz ojca zostały skupione wokół 5 różnych rodzajów pracy z rodziną dysfunkcyjną. W tabeli wskazano na rozkład działań w odniesieniu do poszczególnych pracowników socjalnych.

Tabela 8. Działania na rzecz ojca[226]

Pracownicy socjalni	Ilość odniesień w wywiadzie	Uzależnienie	Funkcje rodzicielskie	Przemoc	Praca	Relacje w domu
PS D2	2	1	1			
PS D3	5	2		2	2	1
PS D4	1	1				
PS D5	2	2				
PS D6	1	2				
suma	11	8	1	2	2	1

Powyższa tabela pokazuje, że pracownicy socjalni koncentrują się głównie na udzieleniu pomocy ojcu w kontekście jego uzależnienia od alkoholu. W tej kategorii pojawiły się wypowiedzi wskazujące na konieczność podjęcia przez ojca zamkniętego leczenia odwykowego (5 pracowników). W dwóch przypadkach zalecane było połączenie terapii i podjęcie po jej ukończeniu zobowiązania do uczestnictwa w mitingach grupy anonimowych alkoholików. Jeden z pracowników zaproponował, by ojciec najpierw rozpoczął terapię, co pozwoliłoby mu na samodzielne i świadome zadecydowanie o leczeniu.

> *Pomimo że on przeszedł swoje leczenie któreś tam, to jednak zasugerowałabym takie terapie dodatkowe, które wpłynęłyby na tą zmianę jego myślenia. Bo inaczej to wszystko odbywa się na takim leczeniu odwykowym, kiedy ktoś jest przymuszony, a inaczej, jeżeli by tutaj pod wpływem takiej terapii sam może zdecydował na jeszcze kolejne leczenie odwykowe. Co też nie daje gwarancji, bo jeżeli już podejmował kilka razy, ale zawsze trzeba próbować, bo w którymś tam przypadku osoby takie też się decydują samodzielnie po prostu, że podejmą się takiego leczenia i takie leczenie jest najbardziej skuteczne.* (Pracownik socjalny D3)

[226] Liczby się nie sumują, ponieważ ilość odniesień wskazuje na ilość fragmentów wypowiedzi, w których nawiązano do pracy z ojcem. Odniesienie może zawierać kilka proponowanych form pracy.

Wśród wymienionych form przeważają te, które są wykonywane poza typową metodyką pracy socjalnej. Jak widać, większość zadań, które proponują pracownicy socjalni w stosunku do ojca, polega na zleceniu ich poza system pomocy społecznej. Delegują więc rozwiązanie problemu do innych instytucji.

Sukces i porażka w pracy z ojcem

Czterech na pięciu pracowników socjalnych wskazało wskaźniki sukcesu dotyczące pracy z ojcem. Oczekiwana zmiana jest wymieniana praktycznie jedynie w aspekcie nałogu pijaństwa. Trzech pracowników określiło sukces w pracy jako zaprzestanie nadużywania alkoholu przez ojca, a jeden – jako podjęcie leczenia. Warto podkreślić, że samo podjęcie leczenia nie stanowi rozwiązania wskazanego problemu, szczególnie w kontekście wcześniej podejmowanych prób leczenia. Mamy tu do czynienia bardziej ze wskazaniem na proces niż na rezultat.

Należy zwrócić uwagę na centralną rolę problemu alkoholowego i na znaczenie pozytywnych następstw w wyniku jego rozwiązania. Świadczą o tym poniższe wypowiedzi:

> *Gdyby pan nie pił, miałby też inne spojrzenie na sytuację swojej całej rodziny, mógłby być większym wsparciem dla swojej małżonki, odciążyć ją w jakiś sposób od tych obowiązków wychowywania dzieci, czy pomóc też troszeczkę w nauce dzieciom, no tutaj mówię też duża rola asystenta rodziny, żeby włączył się w te działania.* (Pracownik Socjalny D2)

> *Tata przestaje pić, pozostaje w abstynencji, wówczas rodzina jest świadoma pozostałych problemów i można z nią pracować.* (Pracownik Socjalny D6)

Zaprzestanie nadużywania alkoholu stanowi więc, według cytowanych pracowników, warunek wyjściowy dalszych zmian, także w całej rodzinie. Takie powiązanie wydaje się zasadne, ale może prowadzić do zaprzestania jakichkolwiek innych działań niezwiązanych z problemem alkoholowym czy niepodejmowania czynności w przypadku porażki. Skutkiem tego staje się kontynuowanie nałogu przez ojca.

Niepowodzenie w pracy z ojcem wskazało tylko dwóch pracowników. Wyznacznikiem takiego niepowodzenia jest dalsze nadużywanie alkoholu.

Matka – pomoc społeczna

Diagnoza sytuacji matki

Pracownicy socjalni wymieniając problemy, jakich doświadcza matka, skupili się głównie na chorobie psychicznej i nieregularnym przyjmowaniu leków przez matkę. Należy podkreślić, że jedynie trzech na pięciu pracowników wspomniało o diagnozie matki i zidentyfikowało jej problem. Pracownicy, oprócz aspektu zdrowia psychicznego, nie wskazali na inne problemy, które mogłyby stanowić podstawę do formułowania przyszłego programu pomocy matce i całej rodzinie.

> *Tutaj jest trochę problem z matką, ponieważ no jest ten problem choroby, choroby psychicznej (…) problem bardzo złożony i tu choroba tej matki może w znacznym stopniu utrudniać jej prawidłowe funkcjonowanie, prawidłowe sprawowanie opieki nad dziećmi.* (Pracownik socjalny D2)

Można się zastanowić się, dlaczego diagnozowany problem sytuuje się poza kompetencjami pracownika socjalnego. Zastanawiające jest, że powodzenie czy sukces w pracy z matką jest właściwie zależny od służby zdrowia, a nie pracownika socjalnego, który na co dzień opiekuje się daną rodziną. Pytaniem, które się pojawia, to na ile jest to proces świadomy, a na ile wynika on z przyjętej koncepcji pracy. Przy takim podejściu niemożliwym staje się określenie sukcesu w pracy, ponieważ cały ciężar jest przeniesiony na lekarza psychiatrę.

Pomoc matce

Analiza materiału badawczego pokazuje, że pracownicy rzadko wskazują matkę jako oś swojej pracy z rodziną. Wzmianka, odnosząca się do możliwego wsparcia, pojawiała się w wywiadach od 1 do 4 razy, co pokazuje poniższa tabela.

Tabela 9. Ilość odniesień do pomocy matce w wywiadach

Pracownicy socjalni	Ilość odniesień w wywiadzie
PS D2	1
PS D3	3
PS D4	4
PS D5	1
PS D6	2
suma	11

Warto podkreślić, że pracownicy poszukiwali rozwiązania problemu matki w sześciu kategoriach. Najwięcej propozycji dotyczyło podjęcia leczenia psychiatrycznego, konsultacji czy współpracy z lekarzem psychiatrą (4 na 5 pracowników). Pracownicy wskazywali także na brak wystarczającej wiedzy do samodzielnego formułowania zaleceń w zakresie leczenia, co ilustruje następująca wypowiedź:

> *Może bym się więcej dowiedziała na temat tej choroby, jak ewentualnie można postępować, żebym ja ze swojej strony mogła jej tutaj, mogła ją zmobilizować do tego, żeby ona to leczenie kontynuowała i brała te leki.* (Pracownik socjalny D4)

Kolejne kategorie to skierowanie do komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, wprowadzenie asystenta rodziny, skierowanie do psychologa. Jak widać, są to zadania bardziej delegowane do innych instytucji niż wykonywane w ramach pracy socjalnej z rodziną. Spośród zadań, które przynależą do kompetencji pomocy społecznej, zaproponowano naukę gospodarowania budżetem domowym (aby w sposób właściwy rozporządzać przyznanymi świadczeniami) oraz motywowanie do podjęcia przez matkę pracy. Dokładny rozkład sugerowanych rozwiązań pokazuje poniższa tabela.

Tabela 10. Propozycje pomocy kierowanej ku matce

Pracownicy socjalni	Ilość odniesień w wywiadzie	Leczenie psychiatryczne	Rozwiązanie problemu alkoholowego	Pomoc psychologiczna	Praca	Nauka gospodarowania budżetem	Wprowadzenie asystenta rodziny (leki)
PS D2	1					1	
PS D3	3	1			2		
PS D4	4	2	1	1			
PS D5	1	1					
PS D6	2	1	1				1
suma	11	5	2	1	2	1	1

Podobnie jak w przypadku ojca rodziny, wyraźnie widać tu tendencję do przenoszenia pracy z matką na inne instytucje.

Sukces i porażka w pracy z matką

Analiza materiału badawczego pokazała, że trzech z pięciu pracowników socjalnych podało wskaźniki sukcesu w pracy z matką. Wszystkie one koncentrowały się na aspektach zdrowia psychicznego.

> *Mama dba o swoje zdrowie, poprawia się jej w znacznym stopniu kondycja zdrowotna, pozostaje pod stałą kontrolą lekarza psychiatry (…) leki ma ustawione, co jej pomaga w codziennym funkcjonowaniu i sprawowaniu funkcji rodzicielskich.* (Pracownik socjalny D6)

Pracownicy nie wskazują tu możliwości powrotu do zdrowia, a jedynie do remisji. Sukcesem będzie ograniczenie wpływu choroby psychicznej na prawidłowe funkcjonowanie matki.

Z kolei w treściach związanych z porażką w pracy z rodziną wątek matki pojawia się jedynie dwukrotnie. Pracownicy twierdzą, że brak sukcesu to brak ustabilizowania sytuacji zdrowotnej. Jednocześnie są świadomi konsekwencji, do jakich może doprowadzić taka sytuacja.

> *No co może się stać, no takim efektem może być zabezpieczenie dzieci w placówce opiekuńczo-wychowawczej, ponieważ te problemy rodziców mogą się pogłębiać, czyli ta choroba kobiety psychiczna, problem z alkoholem tego*

mężczyzny, czyli już w najgorszym przypadku rozpad rodziny i zabezpieczenie dzieci. (Pracownik socjalny D4)

Diagnoza sytuacji dzieci

W rodzinie, prezentowanej w epizodzie, występowało troje dzieci: Paweł, Katarzyna i Maja. Pracownicy socjalni diagnozując sytuację rodziny rzadko wskazywali na problemy dzieci. Nie było także przypadku, żeby podjęto refleksję nad poszczególnymi dziećmi. Wymieniano jedynie oczywiste problemy wynikające z opisu przypadku. Trzech z pięciu pracowników wypowiedziało się o dzieciach w kontekście diagnozy, wskazując na następujące obszary:

- problemy zdrowotne (Pracownik socjalny D2),
- uczęszczanie do szkoły specjalnej (Pracownik socjalny D2),
- problemy z nauką (Pracownicy socjalni D2 i D4),
- problemy wychowawcze (Pracownicy socjalni D3 i D4),
- zaniedbania środowiskowe (Pracownik socjalny D4).

> *... problem tutaj właśnie tak jakby zdrowotne problemy dzieci, ... dzieci po prostu mają problemy w nauce.* (Pracownik socjalny D2)

> *... dzieci też są chore z tego co tutaj .... Córka jest do szkoły specjalnej, ma poważne problemy z nauką. Z tego co widać, dzieci też mają problemy związane tutaj na pewno z tymi środowiskowymi, takimi zaniedbaniami, z tą sytuacją, która jest w rodzinie.* (Pracownik socjalny D4)

Pomoc dzieciom

Analiza materiału badawczego wskazuje, że ilość odniesień do problemów dzieci występuje stosunkowo rzadko, co pokazuje poniższe zestawienie.

Tabela 11. Odniesienia do dzieci w badanych wywiadach

Pracownicy socjalni	Ilość odniesień w wywiadzie
PS D2	4
PS D3	3
PS D4	2
PS D5	3
PS D6	1
suma	13

Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na to, że należałoby otrzymaną liczbę podzielić przez 3, co tak naprawdę daje średnio nieco ponad 4 odniesienia do każdego z dzieci. Uzyskany wynik oznacza, że pomoc dzieciom, zabezpieczenie ich przed następstwami sytuacji kryzysowej rodziców nie stanowi dla badanych pracowników priorytetu.

Tabela 12. Propozycje pomocy skierowanej do dzieci

Pracownicy socjalni	Ilość odniesień w wywiadzie	Terapia	Świetlica środowiskowa/klub osiedlowy	Wyjazd wakacyjny	Psycholog/ pedagog	Nawiązanie relacji z dziećmi	Wsparcie materialne (obiady, odzież)	Leczenie dziecka
PS D2	3	1	1	1			1	
PS D3	3		1	1	1			
PS D4	2				1			1
PS D5	3					2		
PS D6	1				1			
suma	13	1	2	2	3	2	1	1

Powyższe zestawienie pokazuje, że pomoc dla dzieci jest skoncentrowana wokół 8 kategorii. Brakuje tu wyraźnego odniesienia do potrzeb dzieci i możliwości realnego rozwiązania ich problemów, czy też zapewnienia właściwego środowiska do rozwoju. Na uwagę zasługuje fakt, że jeden z pracowników jako formę pomocy zaproponował, aby na początku zacząć budować relację z dziećmi, zniwelować bariery, jakie mogą pojawić się pomiędzy nim a dziećmi. Ilustruje to poniższa wypowiedź:

> *... ale to jak gdyby no tutaj leży w naszej gestii tak podejść do pewnych osób, wydobyć ich pewne cechy charakteru, żeby umieć z nimi rozmawiać i nawiązać współpracę i relację z dziećmi, rozmowy indywidualne, rozmowy*

grupowe, rozmowy wspólne z dziećmi, analiza sytuacji, rozmowa z matką, potem powrót jak gdyby do całej rodziny, myślę, że dałoby szansę, żeby coś tutaj z rodziną zrobić (…) ale to zależy od podejścia pracownika, jakie ma podejście, czy chce coś zrobić, czy nie stawia tych barier, czy widzi szansę, na to ... czasami we współpracy z ludźmi trzeba stać się ich kolegą, przyjacielem, żeby coś osiągnąć. (Pracownik socjalny D5)

Sukcesy i porażki

Analiza materiału badawczego wykazuje, że o sukcesie dzieci wspomina jedynie dwóch z pięciu pracowników socjalnych. Można więc stwierdzić, że w przypadku trzech pracowników nie zostały określone wskaźniki, które mogłyby odnosić się do powodzenia w pracy z dziećmi.

Pracownicy wymienili trzy obszary wskazujące na sukces pracy z dzieckiem:

- pozostanie dziecka w rodzinie (nieumieszczanie w pieczy zastępczej),
- edukacja (powodzenie szkolne wpływające na późniejszą możliwość podjęcia pracy),
- dobre zdrowie (głównie w kontekście cukrzycy).

Wskaźniki te są zobrazowane w poniższych wypowiedziach pracowników:

> *Na pewno sukcesem byłoby, gdyby dzieci pozostały w tej rodzinie, przede wszystkim.* (Pracownik socjalny D5)

> *No, żeby dzieciom udało się skończyć szkołę, żeby mogły podjąć jakąś naukę, no mówię 13-14 lat, więc to już jest ... no teraz zmienia się ten system nauczania, ale to jest już gimnazjum, więc pomyśleć właśnie o sprecyzowaniu planów, ewentualnie w którym kierunku dziecko mogłoby się uczyć, czy jakąś praktyczną naukę zawodu, żeby w przyszłości mogły mieć jakiś zawód, żeby mogły usamodzielnić się, no mówię mamy tu nawet osoby, które pokończyły specjalne szkoły, normalnie żyją, założyły rodziny i to jeszcze przy wsparciu środowiska i wsparciu rodziny jest to do osiągnięcia.* (Pracownik socjalny D2)

O porażce w pracy z dziećmi wspominają ci sami pracownicy, którzy określili wskaźniki sukcesu. W tym przypadku pojawia się jedna kategoria – umieszczenie dzieci w pieczy zastępczej i tym samym dezintegracja rodziny.

> *Największą porażką byłoby umieszczenie dzieci w rodzinie zastępczej, w opiece, to największą …* (Pracownik socjalny D5)

Diagnoza sytuacji rodziny

Pracownicy socjalni, diagnozując sytuację rodziny, skupiają się głównie na pojedynczych osobach ją tworzących. Rzadko postrzegają rodzinę jako system, łącząc ze sobą różne sytuacje. W wypowiedziach powtarza się stwierdzenie, że jest to przypadek z jednej strony typowy, a z drugiej – bardzo skomplikowany, gdzie występuje koincydencja różnych problemów:

> *Problem jest tutaj bardzo złożony, że tak powiem, gdyż jest to rodzina wieloproblemowa* (Pracownik socjalny D2)

Tylko jeden pracownik zauważa, że każdy z problemów w rodzinie dotyka wszystkich jej członków, a nie jest jedynie ograniczony do sprawcy i ofiary czy osoby nadużywającej alkoholu. Jednocześnie pracownik ten ma świadomość, że problemy to rzeczywistość bardziej złożona i dlatego istnieje potrzeba wielowymiarowego wsparcia, oddziaływania w różnych obszarach i na różnych poziomach.

> *Jak gdyby jest też tutaj współuzależnienie rodziny od sytuacji, gdzie jest alkoholizm w rodzinie.* (Pracownik socjalny D5)

Działania na rzecz rodziny

Pracownicy socjalni stosunkowo rzadko odnosili się w swoich wypowiedziach do całej rodziny. Częściej wskazywali na działania skierowane do poszczególnych osób. Rozkład wypowiedzi pokazuje poniższa tabela.

Tabela 13. Ilość odniesień w wywiadach dotyczących działań podejmowanych w stosunku do całej rodziny

Pracownicy socjalni	Ilość odniesień w wywiadzie
PS D2	6
PS D3	0
PS D4	1
PS D5	1
PS D6	1
suma	9

Warto zauważyć, że na dziewięć odniesień jeden pracownik wspominał o działaniach skierowanych do całej rodziny aż 6 razy. Pokazuje to duże zróżnicowanie w postrzeganiu pracy i formułowaniu rozwiązań. Podejście familiocentryczne, stawiające rodzinę w centrum projektowania i działań pracy, jest obecne jedynie w przypadku jednego pracownika. Co może zaskakiwać, jeden z pracowników w ogóle nie wskazał na całą rodzinę jako podmiot działań.

Tabela 14. Sposoby pracy z rodziną, proponowane przez pracowników socjalnych

Pracownicy socjalni	Ilość odniesień w wywiadzie	Zaangażowanie rodziny dalszej	Świadczenia	Zaangażowanie sąsiadów	Niebieska Karta, zespół interwencji kryzysowej	Stawianie granic rodzinie (informowanie o konsekwencjach)	Intensywna praca socjalna (po rozdzieleniu)	Terapia dla całej rodziny
PS D2	6	1	1	1	1	1		1
PS D3	0							
PS D4	1						1	
PS D5	1				1			
PS D6	1		1					
suma	9	1	2	1	2	1	1	1

Analizując powyższe zestawienie wyraźnie widać różnice w formułowaniu sposobu pracy z rodziną przez poszczególnych pracowników. Ci, którzy wspominają o pracy z całą rodziną, marginalnie proponują formy związane ze świadczeniami, Niebieską Kartą czy intensywną pracą socjalną. Na uwagę zasługuje jeden z pracowników, który w świadomy sposób oprócz świadczeń wskazuje na rozwiązania związane z angażowaniem rodziny dalszej, sąsiadów czy specjalistycznej terapii dla wszystkich członków i całej rodziny. Sposób myślenia o pomocy rodzinie dobrze oddaje poniższy fragment wypowiedzi:

> *Ja w takich sytuacjach często nawiązuję kontakty z najbliższą rodziną, rodzicami jednego bądź drugiego małżonka, w tym przypadku powiedzmy rodzicami pani Agnieszki, rodzicami pana Rafała czy też jakąś dalszą rodziną siostrami, braćmi. I czasami też to przynosi jakiś skutek, ponieważ czasami właśnie z rodziną łatwiej nawiązują ten kontakt. Rodzina często też wspiera, bo nie chce na przykład, żeby dzieci trafiły do placówki, więc babcie się*

bardzo angażują, babcie przychodzą, babcie współpracują z nami, też nas informują o takich różnych sytuacjach, że coś się wydarzyło, i wtedy mówię przy wspólnym takim działaniu. (Pracownik socjalny D2)

Sukcesy i porażki rodziny

Tabela 15. Ilość odniesień w wywiadach pracowników socjalnych, w których pracownicy używają imion klientów

Pracownicy socjalni	Agnieszka	Rafał	Paweł	Katarzyna	Maja
D2	3	9	0	0	1
D3	2	0	2	0	0
D4	0	0	0	0	0
D5	0	0	1	0	0
D6	0	0	0	0	0
ogółem	5	9	3	0	1

Paweł ma problemy wychowawcze z nim są, ale tu jest kurator jakby tu częściowo, kurator to będzie tylko sprawdzał jego zachowanie, także tutaj bym radziła rodzinie, żeby ewentualnie rozważyć, żeby Paweł uczestniczył gdzieś w dodatkowych zajęciach, żeby tą swoją agresję i tą swoją energię też mógł spożytkować, jeżeli nie jakieś zainteresowania dodatkowe, to chociażby udział w takich klubach, gdzie mógłby coś, w takich klubach osiedlowych, bo oni tam ... dobrze by było gdyby tą energię nie spożytkował gdzieś na podwórku, ale gdzieś w grupie rówieśników, gdzie mógłby się rozwinąć i akurat znalazłby w sobie jakiś potencjał dodatkowy. (Pracownik socjalny D3)

Diagnoza sytuacji ojca (przez asystenta rodziny)

Asystenci rodziny spostrzegają problem pana Rafała w sposób stosunkowo jednorodny.

Na 5 asystentów, którzy uczestniczyli w badaniu 3 wskazało na problemy ojca. Należy podkreślić, że praktycznie wszystkie próby diagnozy sytuacji ojca dotyczyły dwóch obszarów:

- nadużywania alkoholu,

- przemocy domowej.

  No i ta przemoc też myślę, że z alkoholu wynika tu dużo, pod wpływem alkoholu pan Rafał też może być agresywny w stosunku do żony. (Asystent rodziny D9)

Alkoholizm stanowi, według asystentów, przyczynę dalszych niepowodzeń w życiu ojca, także w sferze zawodowej.

> *Z tym panem... no, na budowach to już nie powinien pracować, skoro ma problem z alkoholem, bo jeszcze się... zleci.* (Asystent rodziny D20)

O ile z punktu widzenia asystentów kwestia nadużywania alkoholu przez pana Rafała jest klarowna i jednoznaczna, o tyle rodzi się obawa, że według ojca sytuacja wygląda zupełnie inaczej. Mogą pojawić się u niego próby zaprzeczania i wypierania problemu.

> *Tutaj sobie myślę o panu Rafale, że on może stwierdzić, że on nie ma problemu z alkoholem, bo często tak jest – wypieranie tego i twierdzenie: nie, nie mam problemu, absolutnie żadnego, z alkoholem, ja sobie po prostu piję 2-3 piwka dziennie, jak to się czasami słyszy, wieczorem, kiedy dzieci już śpią*. (Asystent rodziny D10)

Jak widać, asystenci dość oszczędnie diagnozują sytuację ojca rodziny, wskazując na kluczowe problemy w obszarze alkoholizmu i wynikającej z niej przemocy. Można powiedzieć, że obydwa problemy są typowe dla większości klientów. Asystenci nie potrafią wskazać na charakterystyczne dla danego klienta problemy, szczególnie w bardziej refleksyjnej formie, odnoszącej się nie tyle do skutków problemu, co do ich przyczyn.

Działania podejmowane w stosunku do ojca (wypowiedzi asystentów rodziny)

Analiza wypowiedzi asystentów rodziny wskazuje na duże dysproporcje w działaniach planowanych wobec ojca. Dla niektórych asystentów problem ojca jest kluczowy w perspektywie całej rodziny i dlatego w ich wypowiedziach często pojawiają się doniesienia do niego. Dokładny rozkład sytuacji, kiedy asystent rodziny wspomina o ojcu w kontekście swojej pracy, wskazuje poniższa tabela.

Tabela 16. Odniesienia do ojca w analizowanych wywiadach

Asystenci rodziny	Ilość odniesień w wywiadzie
AS D8	3
AS D9	9
AS D10	3
AS D20	4
AS D21	3
suma	22

W prezentowanym rozkładzie wyraźnie widać, że jeden z asystentów w sposób szczególny i szeroki podejmuje zadania związane z pracą z ojcem i udzieleniem mu pomocy.

Działania na rzecz ojca zostały skupione wokół 6 różnych rodzajów pracy z rodziną dysfunkcyjną. W tabeli wskazano na rozkład działań w odniesieniu do poszczególnych asystentów rodziny.

Tabela 17. Działania na rzecz ojca, wskazywane przez asystentów rodziny

Asystent rodziny	Ilość odniesień w wywiadzie	Terapia uzależnień	Motywowanie do zmiany	Pomoc w przezwyciężeniu zachowań przemocowych	Praca	Terapia	Relacje w domu	Szkolenia
AS D8	3	1	1			1		
AS D9	9	3	1	1	1	2	1	
AS D10	3	3						
AS D20	4	1	1					2
AS D21	3		1		1		1	
suma	22	8	4	1	2	3	2	2

Powyższa tabela pokazuje, że asystenci koncentrują swoje działania na problemie alkoholowym. Proponowane sposoby leczenia są zróżnicowane: od form zamkniętych od dziennych, dochodzących. Można powiedzieć, że tylko jeden z asystentów nie podjął tematu związanego z leczeniem uzależnienia. Pozostali uczynili z rozwiązania tego problemu warunek podjęcia dalszych działań.

> *Bo on tutaj zapisany już był, zgłoszone, że tak powiem, do tej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych. Można by było jeszcze raz*

spróbować, no ale, można by było spróbować, ale czy on tam by się stawił, to nie wiem, skoro na razie nie próbuje, ale skoro deklaruje, że chce przezwyciężyć trudności, to może akurat. (Asystent rodziny D9)

Pierwszy punkt to ponowne leczenie odwykowe w przypadku pana Rafała, ponieważ jeżeli jedno nie zaskutkowało, to uważam, że powinno być kolejne z tego względu, że nawet ci, którzy przeszli jakby skutecznie leczenie odwykowe, a czują, że możliwy jest powrót do picia, to można jakby na trzeźwo odbyć kolejne leczenie i kolejny odwyk. To na pewno tutaj konieczne jest ponowne leczenie i najlepiej jeżeli to by było nieprzymusowe, tak jak tutaj były dwie próby tak komisja rozwiązywania problemów alkoholowych oraz skierowanie przez sąd, ale żeby to było jakby, żeby pan Rafał sam stwierdził, że tak naprawdę chce. Czy tak będzie, czy to by tak było, to ciężko stwierdzić. Myślę, że to jest główną rzeczą, która no powinna w tej rodzinie, w cudzysłowie naprawiona. (Asystent rodziny D10)

Drugi sposób pomocy to motywowanie pana Rafała do zmiany. Pojawienie się tego punktu jest istotne, ponieważ taki sposób działania powinien charakteryzować pracę asystenta (praca nad zmianą głównie w obszarze motywacyjnym, decyzyjnym). Jeden z asystentów wskazuje, że bez samodzielnie podjętych decyzji przez klienta trudno spodziewać się skuteczności działań. Praca będzie więc polegała na twórczym towarzyszeniu panu Rafałowi, tak aby mógł on samodzielnie podjąć decyzję o zmianie swojego dotychczasowego życia. Takie działanie jest zgodne z zasadą *empowerment*, w której decyzyjność to atrybut posiadanej siły oraz stopnia kontroli i wpływu na swoje życie.

Ale najwięcej czasu zajmuje nam to, żeby... bo to musi być zawsze decyzja tej mamy, tego taty, tak: Agnieszki, Rafała. I to oni muszą dotrzeć do tego, oni muszą zrozumieć, że tak właśnie powinni postąpić. I to właśnie zabiera najwięcej czasu, żeby ich nakierować i to nakierowywanie najwięcej. Bo jak ja im powiem: „wie pan co, musi pan zrobić to i to" albo „nie może pan robić tego. A pani musi iść zrobić tamto"... to jeżeli to jest narzucone, to często jest tak, że albo oni to zrobią, bo ja się czepiam. Albo to zależy od charakteru. Albo nie zrobią, bo ja to im kazałam, więc oni nie będą tego robić, bo jak im pomoc...

bo albo z MOP-u jestem, albo z pomocy. „Pani z pomocy mi kazała coś”... więc to są, no mówię, no... najpierw trzeba poznać, najpierw trzeba przegadać kilka godzin, żeby poznać, żeby wiedzieć, na czym tym ludziom zależy i tego się uczepić. (Asystent rodziny D8)

Ciekawym rozwiązaniem, które zaproponował jeden z asystentów, jest dotarcie do pana Rafała nie bezpośrednio, ale poprzez upełnomocnienie jego żony. Skoro istnieje duża trudność z przekonaniem ojca o konieczności zmiany (mechanizmy zaprzeczania, wyparcia), to może warto na tyle wyposażyć żonę w kompetencje i poczucie własnej siły, wartości, by to ona mogła stać się stymulatorem zmian.

W projektowanych rozwiązaniach pojawiły się także te związane z uczestnictwem w kursach i szkoleniach. Warto wskazać, że asystent nie widział już potrzeby wzmacniania kompetencji związanych z pełnieniem funkcji rodzicielskich, a jedynie wspominał o „jakiś szkoleniach” nie precyzując, jaki obszar życia pana Rafała miałyby zmieniać, wzmacniać czy rozwijać.

... może... ojciec może nie szkoły dla rodziców, bo to już jest moim zdaniem trochę za późno, ale no nie wiem... jakieś szkolenia.... może w ramach jakichś projektów, MOPR organizuje coś takiego, (Asystent rodziny D20)

Analiza zestawienia form pomocy wskazuje, że jeden z asystentów nie zaproponował pomocy w zakresie problemu alkoholowego.

Co do pana Rafała, to przede wszystkim nie skupiałbym się na... może to głupio brzmi, ale na tym alkoholu tak bardzo bym się nie skupiał. Na początku, bo tak jak tutaj czytam, że pan miał zasądzone leczenie i jakoś z tego nic nie wychodziło. Zacząłbym najpierw z nim rozmawiać na temat ojcostwa: jak on widzi siebie w roli ojca. Co mu przeszkadza być w pełni ojcem, jakie ma mocne i słabe strony? Później bym zapytał, jaka jest możliwość np. uzyskania pracy takiej na rynku, czyli powiedzmy zawodowej. (Asystent rodziny D21)

Ukazane powyżej rozwiązanie okazuje się o tyle istotne, że pojawia się w obliczu wielokrotnych nieudanych prób leczenia. System pomocowy w większości przypadków powiela rozwiązania zgodne z przyjętym modelem i z formalnego punktu widzenia nie można im nic zarzucić. Jedynym problemem pozostaje fakt, że są one

nieskuteczne i niepotrzebnie narażają cały system na powtarzanie procedur nieprzynoszących korzyści zarówno dla klienta, jak i systemu.

Sukces i porażka w pracy z ojcem (z punktu widzenia asystenta rodziny)

Czterech na pięciu asystentów rodziny podało wskaźniki osiągnięcia sukcesu w pracy z ojcem. Wszyscy spośród nich wymienili tu rozwiązanie problemu alkoholowego. W wypowiedziach charakterystyczne jest założenie, że zaprzestanie nadużywania alkoholu wiąże się z odbyciem terapii. Część osób ograniczyło pojęcie sukcesu właśnie do podjęcia leczenia (kolejnego), inni natomiast postawili warunek utrzymania trzeźwości przez dłuższy czas. Warto zwrócić uwagę, że pojawiła się trudność w określeniu, po jakim czasie można uznać pana Rafała za osobę, która nie ma problemu alkoholowego.

> *Po pierwsze tak: jeśli pan Rafał podjąłby skuteczne leczenie – to jakiś czas musiałoby potrwać. Przyznam szczerze – nie wiem, jaki jest okres niepicia, żeby być wyleczonym z tej choroby. Nie znam się na chorobie alkoholowej. Czy to musi być pół roku. Wiem np. odnośnie epilepsji, wiem, bo mój najmłodszy syn ma padaczkę... że jeśli przez 5 lat brania lekarstw nie powtarza się, to osoba jest wyleczona, ale do końca życia nigdy nie będzie wyleczona. Dobra, dla mnie sukcesem by było, gdyby ten pan przez kilka lat nie pił i wówczas te dzieci byłyby coraz starsze. To byłby dla mnie taki sygnał, że coś się zadziało dobrze i może tam wytrzymać. To jest jedna rzecz* (Asystent rodziny D20).

Według trzech respondentów naturalną konsekwencję zaprzestania spożywania alkoholu stanowi podjęcie pracy zawodowej.

> *U pana Rafała, zaprzestanie picia i podjęcie pracy zawodowej. Tylko nie ma co podejmować pracy zawodowej, jak się pije, więc ja w ogóle o tym podjęciu pracy nie mówiłem wcześniej, ale z racji tego, że jest osobą bezrobotną, a ma fach w ręku, to w mojej ocenie najpierw powinien się wyleczyć, a później nawet tak terapeutycznie podjąć pracę, więc to byłby sukces zaprzestanie picia, najpierw odbycie leczenia odwykowego, utrzymanie trzeźwości i podjęcie pracy – te 3 rzeczy.* (Asystent rodziny D10)

Asystenci rodziny wymieniają także wskaźniki sukcesu ojca związane z pełnieniem przez niego ról społecznych w rodzinie. Podkreślają znaczenie umiejętności rozmowy. Istotnym aspektem jest także klimat rodziny, na który składają się: radość bycia razem, pozytywne nastawienie do życia innych osób w rodzinie (dzieci, współmałżonka).

> *... a tak globalnie rzecz ujmując, to taka równowaga w rodzinie, czyli umiejętność spokojnej rozmowy, czyli radość z tego, że oni spędzają razem czas, takie proste rzeczy, ale jak się okazuje wcześniej dla nich zupełnie nieosiągalne, żeby potrafili się cieszyć taką swoją obecnością, bez alkoholu, bez problemów psychicznych, bez problemów z synem Pawłem, to byłby sukces, to duży ... ale życzeniowo – to takie uzdrowienie całkowite rodziny, nie? Ale no to tak to byłby sukces, ale przede wszystkim zaprzestanie picia i tutaj zdrowie psychiczne, myślę, że wtedy z dzieciakami byłoby dużo lepiej i dzieci byłyby ogarnięte. Te dwie rzeczy.* (Asystent rodziny D10)

> *Ale dla mnie już by było sukcesem to, żeby on uzmysłowił sobie, że jest ojcem.* (Asystent rodziny D21)

Tylko jeden z asystentów wskazał na zaprzestanie przemocy jako wskaźnik sukcesu pracy z ojcem.

> *No ojciec fajnie jakby przestał pić oczywiście, ale najpierw myślę, że z tą agresją trzeba zrobić i zaczął szanować też tą swoją żonę i wiadomo, dzieci też na to* patrzą. (Asystent rodziny D9)

Rozpatrując porażkę w pracy z ojcem jedynie dwóch asystentów podało wskaźniki. Dla jednego z nich kluczowy jest pogłębiający się alkoholizm skorelowany z przemocą.

> *... albo ten mąż coraz bardziej wpadnie w alkoholizm i, nie daj Boże, zrobi sobie albo komuś krzywdę, jak on jest taki agresywny.* (Asystent rodziny D9)

Dla innego asystenta wskaźnik porażki to całkowite zrezygnowanie z walki o zmianę sytuacji, o jej poprawę.

No, facet by poszedł w długą... bo by nie wytrzymał... byłby na tyle słaby. Nie podjąłby leczenia. Mógłby najwyżej powiedzieć: dobra, sam przestaję i... (Asystent rodziny D20)

Diagnoza sytuacji matki (wypowiedzi asystentów rodziny)

Można powiedzieć, że asystenci rodziny praktycznie pomijają sytuację matki w procesie stawiania diagnozy. Dwóch z nich w ogóle nie wspomina o problemach matki. Wypowiedzi pozostałych na ogół są bardzo zdawkowe. Dwaj asystenci nadmieniają o chorobie matki. Jeden zastanawia się, czy niski poziom intelektualny i brak wykształcenia pozwalają w ogóle na pracę z panią Agnieszką.

Ale mówię, to wszystko... wiadomo, jeśli matka ma wykształcenie podstawowe, to ma mały zakres informacji. (Asystent rodziny D20)

Zastanawiający jest tak niski stopień zainteresowania asystentów diagnozą matki. Podanie faktu, że jest chora psychicznie spowodowało całkowite wycofanie się. Wydaje się, że może to wynikać z małej wiedzy o samej chorobie, jej przebiegu czy możliwości pracy z osobami chorymi. Wyraża to jeden z asystentów w kontekście dzieci.

Czyli ta pani jest leczona psychiatrycznie... teraz tak, przyznam szczerze, czy ta schizofrenia paranoidalna umożliwia sprawowanie opieki nad dziećmi. (Asystent rodziny D20)

Tylko jeden z asystentów wykazał zainteresowanie przebiegiem choroby, uzyskaniem szerszej wiedzy na temat funkcjonowania pani Agnieszki.

... pani Agnieszka, przede wszystkim, ... jeżeli tu jest podstawą ta jej choroba, to można by powiedzieć na początku rozmowy dotyczące przebiegu jej choroby: jak ona ją widzi, jak ją odczuwa, jakie ma doświadczenia tej choroby, np. podczas nieregularnego brania leków, albo też jak miała okres, kiedy regularnie brała, czy widzi jakieś różnice. (Asystent D21)

W wypowiedziach większości asystentów widać pewną bezradność. Nie są w stanie profesjonalnie określić stanu zdrowia, ale także dobrostanu psychicznego, sposobu

codziennego funkcjonowania. Z drugiej strony sytuacja wydaje się dla nich wygodna. Choroba psychiczna uniemożliwia pracę z matką i zadanie należy zlecić odpowiednim służbom medycznym. Problem zdrowotny nie pozwala także, według nich, na zdiagnozowanie innych, poza medycznym, obszarów funkcjonowania matki, np. relacje rodzinne, oczekiwania wobec dalszego życia.

Pomoc matce (według asystentów rodziny)

Analiza materiału badawczego pokazuje, że pracownicy rzadko wskazują matkę jako oś swojej pracy z rodziną. W wywiadach wskazywali na możliwe wsparcie od 1 do 4 razy, co pokazuje poniższa tabela.

Tabela 18. Ilość odniesień do pomocy matce w wywiadach

Asystenci rodziny	Ilość odniesień w wywiadzie
AS D8	7
AS D9	3
AS D10	6
AS D20	4
AS D21	2
suma	21

Dokładny rozkład proponowanych rozwiązań pokazuje poniższa tabela.

Tabela 19. Pomoc matce według propozycji asystentów rodziny

Asystent rodziny	Ilość odniesień w wywiadzie	Leczenie psychiatryczne	Pomoc w regularnym przyjmowaniu leków	Pomoc psychologiczna	Praca	Pomoc w codziennych czynnościach	Wsparcie ze strony najbliższych	Rozwiązanie problemu przemocy	Ubezwłasnowolnienie
AS D8	7	1	1	2	1	1	1		
AS D9	3	1	1		1				
AS D10	5	1	3			1		1	
AS D20	4	2	1						1
AS D21	2	1	1						
suma	22	6	7	2	2	2	1	1	1

Analizując powyższe zestawienie, można wywnioskować, że dla asystentów rodziny kluczowe będą zadania podejmowane w związku z leczeniem pani Agnieszki. Najistotniejsza okazuje się informacja o nieregularnym przyjmowaniu leków. Asystenci szukają sposobu, jak poprawić ten obszar pracy z matką. Najczęściej odwołują się do osób najbliższych, będących najbliżej w środowisku.

> *Ponadto, jeżeli chodzi o panią Agnieszkę. No konieczne byłoby takie kontrolowanie, tak to należy nazwać, przyjmowania tych leków. Tylko teraz pytanie pojawia się, kogo można by było tym obarczyć albo kogo poprosić o wsparcie. Asystent, no jak wiemy, nie bywa codziennie w rodzinach, chyba że jest jakaś taka wyjątkowa sytuacja i potrzeba.* (Asystent rodziny D10)

> *... kontrolowanie matki, ewidentnie pomoc kogoś odpowiedzialnego, czyli już tutaj na pana Rafała liczyć nie możemy, więc dobrze byłoby poszukać wśród, nie wiem, ciotek, takiej bliższej rodziny, żeby to wsparcie było. Bo jeżeli ... tutaj są te epizody z hospitalizacją (tak?) i jest ta schizofrenia, to jest to trudny przypadek. Bo to czasami może być tak, że w jednym momencie... Akurat tak się składa, że ja mam jedną taką panią, która na to cierpi, i wiem, że to jednego dnia jest OK, a drugiego dnia jest po prostu bardzo nie tak, więc można wyjść i po godzinie może się okazać, że coś się tam zadziało, więc, no więc mama głównie tu powinna być wspierana. No i ciężka praca asystenta w motywowaniu do tego, aby to leczenie było przeprowadzone jak należy.* (Asystent rodziny D10)

Jeden z asystentów zaproponował także proste techniki przypominające o braniu leków:

> *Zaproponowałbym jej może założenie takiego zeszytu brania leków albo gdzieś tam wywieszenia sobie jakiejś informacji: o której godzinie ma wziąć lek z zaznaczeniem, czy był wzięty.* (Asystent rodziny D21)

Warto wskazać, że mimo iż badani reprezentują ten sam zawód, to różni się ich postawa wobec chorej matki. Z jednej strony widać ukierunkowanie na wsparcie, otoczenie matki pomocą, także poprzez najbliższych.

Wsparcie w rodzinie. Szukałabym rodziny albo przyjaciół, którzy są w stanie jej pomóc, którzy są w stanie ją wesprzeć. (Asystent rodziny D8)

Z drugiej strony natomiast pojawia się pomysł, by panią Agnieszkę ubezwłasnowolnić i poddać leczeniu przymusowemu.

I teraz zastanawiam się, czy... zmusić kogoś... jeszcze jest taki jeden wątek. Nie wiem dokładnie, co to jest ta schizofrenia paranoidalna. Wiem, że to jest jakaś choroba, ale czy w takiej sytuacji... głośno sobie teraz myślę, bo to trzeba się zastanawiać, z mądrzejszymi ode mnie rozmawiać, czy nie wchodziłoby tu w grę np. częściowe ubezwłasnowolnienie tej pani. Głośno sobie na ten temat myślę. (Asystent rodziny D20)

Jeden z asystentów wskazał, że schizofrenia nie jest chorobą, która całkowicie wyklucza z życia czy powoduje konieczność izolacji. Bazując na swoim doświadczeniu (bardziej osobistym niż zawodowym), stwierdza:

Pani w sile wieku. Są, wiem od p. Marka, że są możliwości, są prace chronione, gdzie tacy ludzie, gdzie w ogóle schizofrenia. Jeżeli jest przecież leczona, wspomagana lekami, to ludzie żyją, tak? Ja miałam wiele pań, które leczyły się na schizofrenię i pracowały w sklepie, sprzątały. (Asystent rodziny D8)

W wypowiedzi jednego z asystentów pojawia się także katalog zadań, które tradycyjnie są przypisywane pracy asystenta.

Motywowanie matki do tego, żeby w domu było czysto, żeby było posprzątane, żeby dzieci zawsze miały co zjeść, żeby też przygotowywała im jedzenie do szkoły. No myślę, że to takie główne, na pierwszy rzut oka, to co bym mógł tutaj powiedzieć. (Asystent rodziny D10)

Sukces i porażka w pracy z matką (według asystentów rodziny)

Wszyscy z badanych asystentów rodziny określili wskaźniki sukcesu pracy z matką. W większości nawiązują one do sytuacji zdrowotnej matki. Wskaźniki te można podzielić na kilka kategorii. W żadnym przypadku nie rodzi się nadzieja wyzdrowienia

pani Agnieszki, a sukces jest mierzony z pomocą kilku różnych wskaźników. Pierwszy z nich to regularne przyjmowanie leków.

> *Fajnie, gdyby ta pani zaczęła regularnie brać leki. Gdyby brała regularnie leki, to świat wyglądałby inaczej z jej perspektywy i byłaby wtedy w stanie iść do pracy i byłaby w stanie zająć się dziećmi.* (Asystent rodziny D8)

> *... gdyby ta matka chodziła regularnie do lekarza, przyjmowała lekarstwa, gdyby jej stan się poprawił o tyle, że mogłaby wychowywać dzieci.* (Asystent rodziny D20)

> *Pani Agnieszka regularnie zażywa leki, w kontaktach z lekarzem jest w pełnej współpracy – i to już będzie dla mnie sukces jako dla asystenta. Bo to będą jakieś tam może dla kogoś niewymierne rzeczy, ale dla mnie to już będzie sukces* (Asystent rodziny D21)

Jeden z asystentów rozwija swoją wypowiedź i wskazuje, że takim twardym wskaźnikiem mógłby być brak powtórnych hospitalizacji pani Agnieszki.

> *Sukces to byłoby zdrowie w przypadku pani Agnieszki, czyli: co mam na myśli, mówiąc zdrowie? Dla mnie zdrowie to by było przyjmowanie regularne leków i poprawa samopoczucia, czyli też niehospitalizowanie. Sobie zawsze też to porównuję, to no dla mnie jest sukcesem w tej rodzinie, gdzie jest pani ze schizofrenią, jeżeli ona nie jest hospitalizowana. Tak, to jest już dla mnie sukces. Są wzloty i są upadki, jest czyściej, jest brudniej, jest bardziej brudno, ale sukcesem jest to, że ona przyjmuje leki, że opiekuje się dziećmi, że te dzieci są szczęśliwe i zadowolone, to tak patrząc na panią Agnieszkę.* (Asystent rodziny D10)

W przypadku matki asystenci rodziny właściwie nie wskazywali na porażkę w pracy. Wydaje się, że sytuacja choroby jest już na tyle trudna, że raczej nie można oczekiwać pogorszenia sytuacji. Asystenci widzą negatywny scenariusz w związku z relacją pomiędzy panią Agnieszką a jej mężem, panem Rafałem.

> *Mama mogłaby nie przeżyć, gdyby kolejny raz tata ją tam... no, scenariusze mogą być bardzo różne.* (Asystent rodziny D8)

Analiza materiału badawczego pokazała, że trzech z pięciu pracowników socjalnych podało wskaźniki sukcesu w pracy z matką. Wszystkie one koncentrowały się na aspektach zdrowia psychicznego.

> *Mama dba o swoje zdrowie, poprawia się jej w znacznym stopniu kondycja zdrowotna, pozostaje pod stałą kontrolą lekarza psychiatry (…) leki ma ustawione, co jej pomaga w codziennym funkcjonowaniu i sprawowaniu funkcji rodzicielskich.* (Pracownik socjalny D6)

Pracownicy nie wskazują tu możliwości powrotu do zdrowia, a jedynie remisję. Sukcesem będzie więc ograniczenie wpływu choroby psychicznej na prawidłowe funkcjonowanie matki. Z kolei w treściach związanych z porażką w pracy z rodziną wątek matki pojawia się jedynie dwukrotnie. Pracownicy konsekwentnie podkreślają, że brak sukcesu to brak ustabilizowania sytuacji zdrowotnej. Jednocześnie są świadomi rezultatów, do jakich może doprowadzić taka sytuacja.

> *No co może się stać? No takim efektem może być zabezpieczenie dzieci w placówce opiekuńczo-wychowawczej, ponieważ te problemy rodziców mogą się pogłębiać, czyli ta choroba kobiety psychiczna, problem z alkoholem tego mężczyzny, czyli już w najgorszym przypadku – rozpad rodziny i zabezpieczenie dzieci.* (Pracownik socjalny D4)

Podobnie jak w przypadku ojca rodziny, widać wyraźnie tu tendencję do przenoszenia pracy z matką na inne instytucje.

Diagnoza sytuacji dzieci (wypowiedzi asystentów rodziny)

W rodzinie prezentowanej w epizodzie występuje troje dzieci: Paweł, Katarzyna i Maja. Asystenci rodziny, diagnozując sytuację rodziny, rzadko wskazują na trudności dzieci. Można powiedzieć, że cała uwaga jest skupiona na rodzicach i ich wyraźnych problemach (alkoholizm ojca, choroba matki). Przy pobieżnym spojrzeniu wydaje się, że to podejście wynika z zupełnego pomijania dzieci. Prawdopodobnie taki punkt widzenia stanowi jednak pochodną przekonania, że sytuacja dzieci jest bardzo silnie skorelowana z sytuacją rodziców. Wiele problemów pojawia się, kiedy

rodzice doświadczają trudności zarówno w wymiarze indywidualnym, jak i wspólnym (jako małżonkowie, partnerzy czy rodzice).

> *Z najmłodszymi zazwyczaj nie ma problemów, ale to do czasu. Znaczy, te problemy, które tutaj są u Kasi i Pawła, wynikają z tego, co jest w domu: brak poczucia bezpieczeństwa, ucieczki, kłótnie, bójki. Więc nie mają gdzie się schronić, nigdzie nie czują się bezpiecznie, więc szukają gdzieś. Nie są zrozumiani, nie są wysłuchani, więc szukają zrozumienia i akceptacji w gronie rówieśniczym albo w tym, żeby zaimponować, a nie potrafią inaczej, tylko tak jak on tutaj przez jakąś tam bójkę i agresję.* (Asystent rodziny D8)

> *... też nie wiem, jakby to było z dzieciakami, nie, bo czasami się wchodzi i to, co jest napisane, to jest jedno, a jakby ta rzeczywistość i to, co czujemy, że trzeba zrobić, to jest drugie; więc na pierwszy rzut oka wydaje się, że zaniedbania wynikają z tych kłopotów rodziców. No, na pewno. A pojawiające się kłopoty i agresja u syna Pawła pewnie bierze się z jakichś frustracji, jakie przeżywa w domu, jak on patrzy na tego ojca, jak patrzy na matkę, która popada czy to w jakieś doły, czy też ma jakieś zwidy, coś jej się wydaje i jest inną osobą, niż jak zwykle, więc to nie jest dla niej, dla dzieci bardzo proste, łatwe.* (Asystent rodziny D10)

> *I tutaj widzę, że też za bardzo nie mają autorytetu rodzice, skoro ich nie słuchają.* (Asystent rodziny D9)

W ustawowych zadaniach asystentów bardzo mocno zaznacza się wątek wspierania dzieci, szczególnie w sferze codziennego funkcjonowania i sytuacji szkolnej. W badanym materiale praktycznie nie ma diagnozowania czy stwierdzenia problemu w którejkolwiek z wymienionych sfer życia dzieci.

Pomoc dzieciom (wypowiedzi asystentów rodziny)

Analiza materiału badawczego wskazuje, że asystenci stosunkowo często, np. w porównaniu z pracownikami socjalnymi, formułowali rozwiązania skierowane do dzieci. Zestawienie z podziałem na poszczególnych asystentów prezentuje poniższa tabela.

Tabela 20. Odniesienia do dzieci w badanych wywiadach

Asystenci rodziny	Ilość odniesień w wywiadzie
AS D8	6
AS D9	4
AS D10	4
AS D20	2
AS D21	6
suma	22

Dzieląc uzyskaną liczbę wskazań przez 3 (liczba dzieci) uzyskujemy średni wynik przekraczający 7, co stanowi prawie dwukrotnie większą liczbę niż odnośnie pracowników socjalnych. Pokazuje to, że dzieci są jednym z ważniejszych odbiorców usług proponowanych przez asystentów rodziny.

Poniższa tabela prezentuje kategorie oraz liczbę wskazań dotyczących różnych sposobów pomocy dzieciom.

Tabela 21. Sposoby pomocy dzieciom

Asystent rodziny	Ilość odniesień w wywiadzie	Terapia	Zajęcia sportowe	Wyjazd wakacyjny	Psycholog/ pedagog	Wspieranie mocnych stron dzieci	Niebieska Karta	Leczenie dziecka	Szkoła	Uruchomienie rodziców	Wsparcie niepełnosprawnego dziecka	Dodatkowa diagnoza	Umieszczenie w placówce
AS D8	6	1	1	1		1	1		1				
AS D9	4				1			1	1	1			
AS D10	4				1			1	1		1		
AS D20	2								1			1	
AS D21	6		2					1	1	1			1
suma	22	1	3	1	2	1	1	3	5	2	1	1	1

Powyższe zestawienie pokazuje, że pomoc dla dzieci jest skoncentrowana wokół 13 różnych kategorii.

Najwięcej wskazań odnosi się do zagadnienia związanego z nauką dzieci. Warto w tym miejscu dopowiedzieć, że dotyczy to nie tyle podniesienia jakości kształcenia i osiąganych wyników, ile obecności dzieci na zajęciach edukacyjnych. Wskazanie na nieregularne uczęszczanie do szkoły przez córkę Katarzynę spowodowało, że ustabilizowanie frekwencji szkolnej zostało określone jako najważniejsze zadanie w stosunku do wszystkich dzieci.

> *Więc mówię, tutaj dla mnie to, że ona by zaczęła chodzić do szkoły.* (Asystent rodziny D8)

> *Systematyczne uczęszczanie do szkoły.* (Asystent rodziny D10)

W tym miejscu trzeba podkreślić, że chociaż wspomniana systematyczność uczęszczania do szkoły jest jednym z ważniejszych zadań, jakie stawiają sobie asystenci, to nie wskazują oni sposobu, jak ją osiągnąć. Brakuje określenia metodyki dojścia do celu i wdrożenia Kasi w systematyczne uczęszczanie do szkoły. Tylko jeden z asystentów powołuje się na własne doświadczenie, z którego wynika, że czynnikiem poprawiającym frekwencję jest rozmowa mająca na celu przestraszenie konsekwencjami takiego zachowania.

> *... że Kasia chodziłaby systematycznie do szkoły. Np. tu jeszcze tak napomknę, że niedawno robiliśmy takie spotkanie z dziewczyną – nie było może aż tak ciężkiej sytuacji w rodzinie... ale trzecia klasa gimnazjum, ona myślała, że wszystko jej wolno, więcej jej nie było niż była w szkole, z koleżanką na wagary, kosmetyki – przez 500 to trochę było więcej pieniędzy, mama trochę więcej dawała, więc fajnie jej się żyło. I zrobiłyśmy takie spotkanie z panią kurator, z mamą, i to był kurator zawodowy, nie społeczny, i ja, gdzie były naprawdę wytoczone już takie „armaty" i była wezwana też koleżanka, która ucieka, która nie ma ani nadzoru, ani nic, ale była też poproszona o to, aby też przyszła. I z tą koleżanką też była przeprowadzona rozmowa. I to miało miejsce w lutym. Od lutego do końca czerwca to ona miała chyba jeden dzień nieobecności. Tak się przestraszyła tego,*

że rzeczywiście... że ktoś jest w stanie to sprawdzić, bo mama była też z upośledzeniem, więc mamie mogła wcisnąć wszystko, mama wierzyła. Więc jak my tutaj się tak wzięłyśmy i zaczęłyśmy sprawdzać i co tydzień był telefon czy wizyta u pedagoga i to było sprawdzane, to się dziewczyna przestraszyła, wzięła się za siebie i dzięki temu teraz wiem, że złożyła do fryzjerskiej i dostała się, a tak nie wiadomo co by było. Więc czasami taki... takie krótkie „cięcie" albo taki mały krok, który nam się wydaje nic nieznaczący. No bo co tam, wezwać dziewczynę... daje efekty. (Asystent rodziny D8).

W odniesieniu do Pawła pomysł, który pojawia się u asystentów, to rozpoczęcie współpracy z klubem sportowym. Pomogłoby to w rozładowaniu napięcia w sposób kontrolowany. Istotnym byłoby także znalezienie przez chłopca zdrowego środowiska rówieśniczego, a także odnalezienie w trenerze prawidłowego wzorca męskości.

Co do Pawła, 13-latek. Problemy z nauką, bójka... kurator. Tutaj można by było z kuratorem dużo współpracować. Posiada w sobie dużo agresji, czyli można powiedzieć, że jest chłopakiem pewnie rozwiniętym fizycznie dobrze. Zaproponowałbym pewnie może tam udział w jakiejś drużynie amerykańskiego footballu albo coś takiego, żeby to był czas, gdzie by mógł się wyładować. Ewentualnie może poprzez jakieś swoje znajomości, jakiegoś trenera indywidualnego, co teraz jest takie modne, żeby wziął chłopaka na godzinę czy dwie w tygodniu, żeby mu zaproponować jakieś atlasy czy cokolwiek. Tak żeby to rozwiązać. Żeby jakby miał ten czas na wyładowanie siebie. To tak na szybkiego, żeby tak z Pawłem. (Asystent rodziny D21)

Młody zacząłby wyjeżdżać gdzieś na jakieś turnieje w piłce i miałby... myślę, że to jeżeli byłby fajny trener, a trenerzy są zazwyczaj fajni, to by go wyciągnął. (Asystent rodziny D8)

Jeden z asystentów podkreślając dobroczynne działanie sportu, zaleca udział wszystkich dzieci w zajęciach sportowych.

Na pewno uczepiłabym się sportu. Jeżeli gdziekolwiek cokolwiek chce robić, to na pewno bym tutaj stanęła na rzęsach, znalazła sponsora, żeby chodził. Zresztą bardzo często mam takie sytuacje, że sport jest dla dzieciaków jedyną

szansą, żeby je wyrwać z tych szponów. W związku z tym my często robimy w ten sposób, że idziemy do trenera, idziemy do prezesa. I wiem, że są takie możliwości, żeby np. nie płacił za korzystanie i chodzi sobie za darmo, a czasami są jeszcze jakieś... zależy, jaki klub, jaki sponsor... bo czasami znajdujemy też sponsorów – indywidualnie kogoś zupełnie obcego, kto wspiera dzieci w ten sposób. (Asystent rodziny D8)

Dzieci, które zostały przedstawione w epizodzie, doświadczają niepełnosprawności i choroby (cukrzyca). Asystenci wskazują na konieczność ustabilizowania sytuacji zdrowotnej oraz wsparcia dziecka, tak by nie pogłębiały się skutki doświadczanej niepełnosprawności.

Sukcesy i porażki dzieci (według asystentów rodziny)

Analiza materiału badawczego pokazuje, że w kategoriach sukcesu w pracy dziećmi asystenci mówią o czterech głównych obszarach:

- regularne uczęszczanie do szkoły,
- obniżenie poziomu agresji u syna Pawła,
- ustabilizowanie poziomu cukrzycy,
- poprawa relacji braterskich.

W tym katalogu sukcesów ciekawy jest ostatni punkt wskazujący na poprawę i utrwalenie zdrowych relacji pomiędzy bratem i siostrami. Relacje te pozwolą na wzajemną pomoc i wsparcie.

No i wiadomo, dzieci podejmują naukę czy nawet powiedzmy relacje między sobą mają jakieś takie zażyłe, że choćby nie wiadomo co się działo, to są zawsze ze sobą. Siostra z bratem, brat z siostrą. Takie, dla nas małe rzeczy, są wielkimi sukcesami. (Asystent rodziny D21)

Poczucie porażki wiąże się z umieszczeniem dzieci w pieczy zastępczej. Poszczególni asystenci wymieniają różne instytucje, w których – w razie niepowodzenia w pracy – mogłyby się znaleźć dzieci.

Paweł trafi do MOS-u albo do MOW-u już od razu. (Asystent rodziny D8)

Dzieci by się rozpierzchły w placówkach, ewentualnie w jakiejś... O! Jeszcze jest jedna rzecz: nie do placówki, ale mogłyby iść do zawodowej rodziny zastępczej. Też taki wariant jest przewidywany. To wszystko ogólnie. (…) *Obawiam się, że byłby to jakiś dom dziecka. Nie, teraz już się na domy dziecka mówi: placówki opiekuńczo-wychowawcze. Bo dziewczyna ma 14 lat, czyli jeszcze 4 lata jej zostają. Tutaj rodzeństwo by doszło do takiej sytuacji, że to rodzeństwo rozdzieli, chociaż jest tendencja... bo ja kiedyś też w placówce pracowałem... tendencja jest, że rodzeństwo powinno być razem. Tylko jeszcze jest „inna para kaloszy": są dzieci, które nie nadają się do placówek, ponieważ uciekają... ktoś nieraz był w takich... i wówczas są problemy. No i tendencja taka, taki stereotyp, że we wszystkich placówkach, no to dzieci, tam są narkotyki itd. Chociaż spotyka się dzieci... i ja spotkałem swoich wychowanków, którzy mówią: a dobrze, że zostałem, bo ukończyłem szkołę.* (Asystent rodziny D20)

Jeden z asystentów przedstawia sekwencję zdarzeń, która mogłaby się wydarzyć w sytuacji porażki w pracy z dziećmi:

No ja myślę, że by tu doszło do... no tutaj do decyzji, żeby dzieci były umieszczone w tej pieczy zastępczej, bo często w rodzinach jest tak, że jeżeli dzieje się coś złego, to to tak jest jak taka kula śniegowa, czyli na razie jest mały problem, jeżeli ten problem nie jest rozwiązywany, to zaraz pojawia się następny i ta kula zaczyna się tak toczyć, toczyć i aż pojawiają się takie problemy, których nie jest się w stanie cofnąć i wtedy jest podejmowana przez sąd taka a nie inna decyzja. No myślę, że nawet i kurator, jeżeli nie widziałby poprawy, to ja, my jako asystenci, na pewno też bym informował o tym, co mnie niepokoi, na co powinna być zwrócona uwaga i myślę, że summa summarum mogłoby się tak zdarzyć, że te dzieci no byłyby umieszczone niestety w pieczy zastępczej „stety albo niestety"; no bo „stety" i na szczęście – bo by były może bezpieczne, a niestety – zostałyby zerwane więzi i byłaby to jakaś trauma tym bardziej, że dzieci to nie są malutkie jakieś tam 3-miesięczne, 4-miesięczne czy roczne, które może tego nie będą pamiętały,

tylko może 13, 14, 11 lat to jest jednak już ta więź ta bardzo silna, więc myślę, że to mogłoby się tak skończyć. (Asystent rodziny D10)

Podsumowując asystenci rodziny w porównaniu z pracownikami socjalnymi częściej podejmują diagnozę, ale także formułują konkretne rozwiązania związane z pracą z dziećmi. Analiza materiału pokazała także, że brak jest konkretnych metod pracy z dziećmi, narzędzi zarówno diagnozy, jak i wsparcia.

8. Wyniki badań – badania ilościowe

Badanie ilościowe zostało przeprowadzone w formie ankietowej. Przygotowano dwie wersje ankiety:

a) dla członka rodziny korzystającej ze wsparcia systemu pomocowego – osoba oceniała jakość relacji z pracownikiem socjalnym lub kuratorem, lub asystentem rodziny, lub koordynatorem pieczy zastępczej,

b) dla przedstawiciela systemu pomocowego.

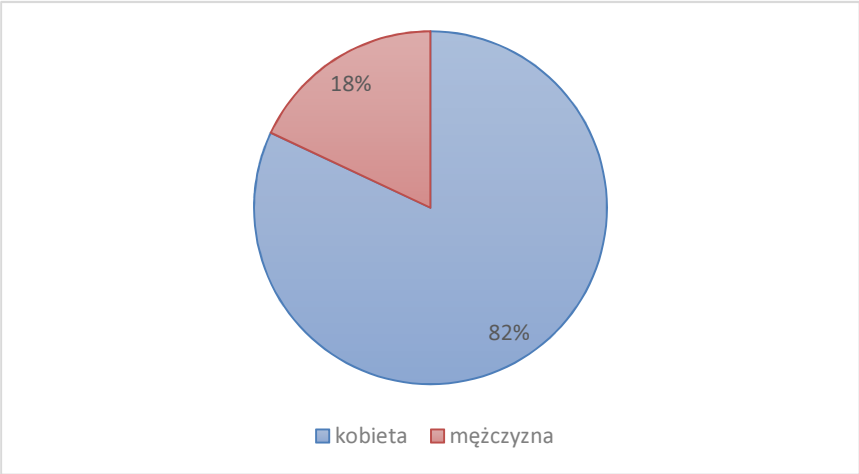
W badaniu uczestniczyło 50 przedstawicieli rodzin i 250 przedstawicieli instytucji pomocowych.

8.1. Jakość relacji pomocowej – perspektywa rodzin

Pierwsza część ankiety pozwoliła na uzyskanie danych zawierających opis i charakterystykę grupy badawczej pod kątem wybranych zmiennych związanych np. z wiekiem, płcią, liczbą posiadanych dzieci.

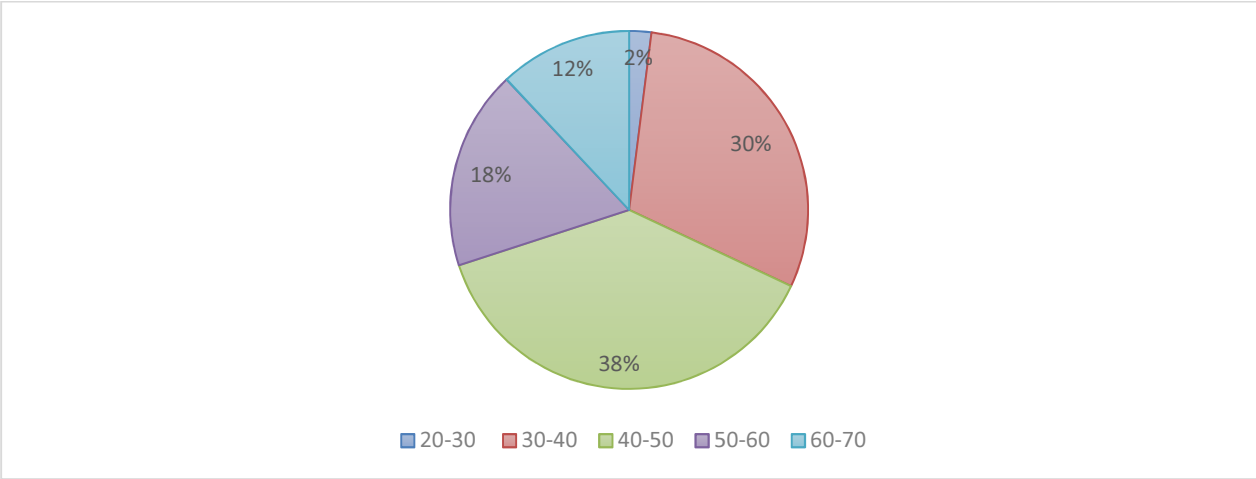
- Płeć respondentów.

Wykres 10. Podział badanych osób ze względu na płeć



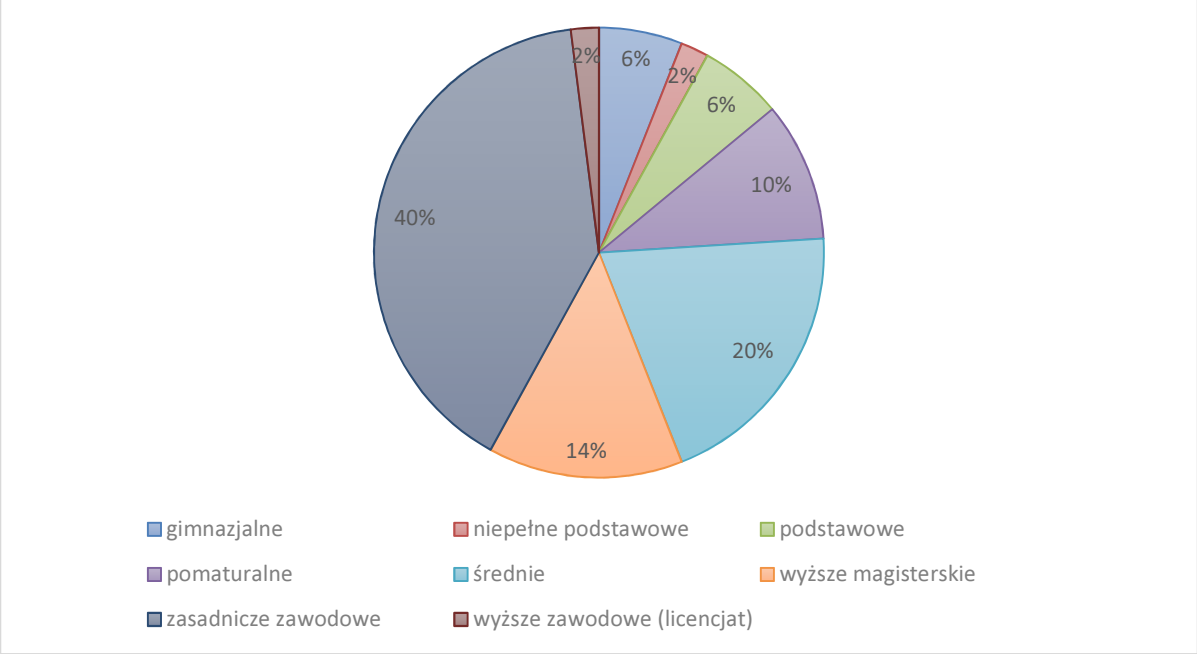
Kobiety stanowiły 82% ogółu badanych, a mężczyźni zatem – 18% ogółu badanych.

Wykres 11. Podział badanych ze względu na wiek



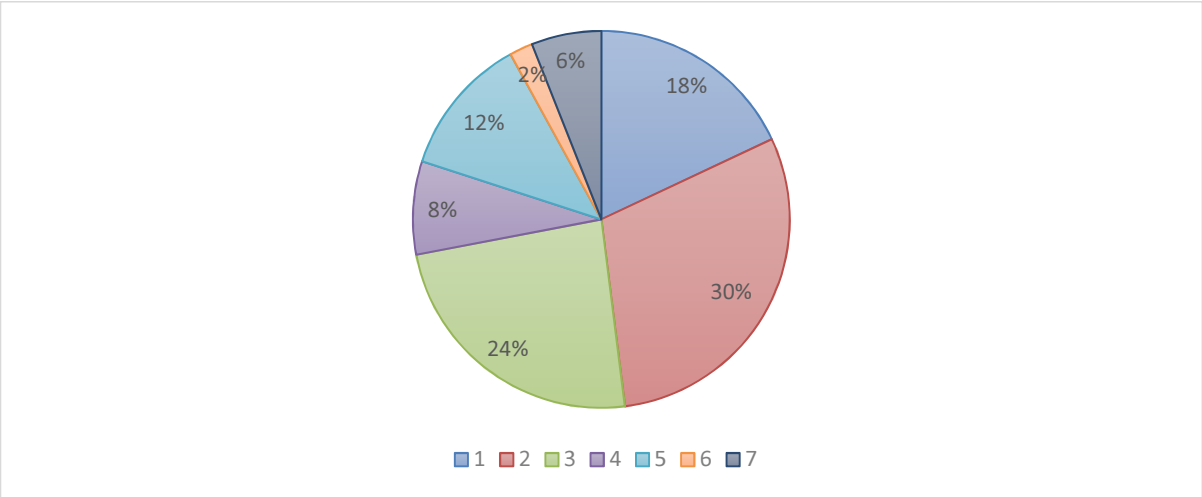
Przebadane zostały osoby w różnym wieku w przedziale od 20. do 70. roku życia. Wśród nich największą grupę (38%) stanowiły osoby pomiędzy 40. a 50. rokiem życia.

Wykres 12. Podział badanych ze względu na wykształcenie



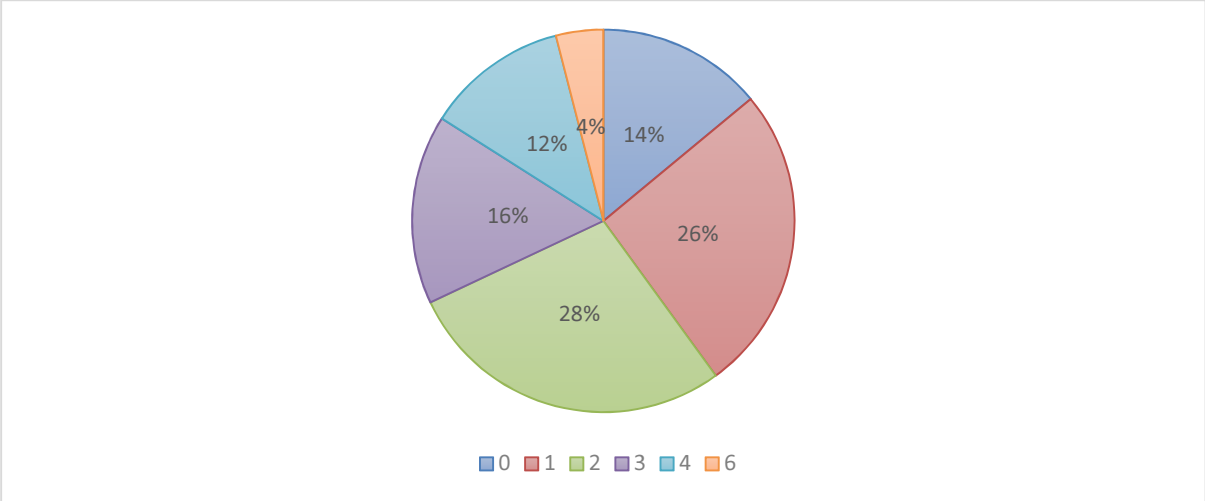
Badani różnili się pod względem wykształcenia. Najwięcej osób (40%) posiadało wykształcenie zasadnicze zawodowe.

Wykres 13. Podział badanych osób ze względu na liczbę posiadanych dzieci



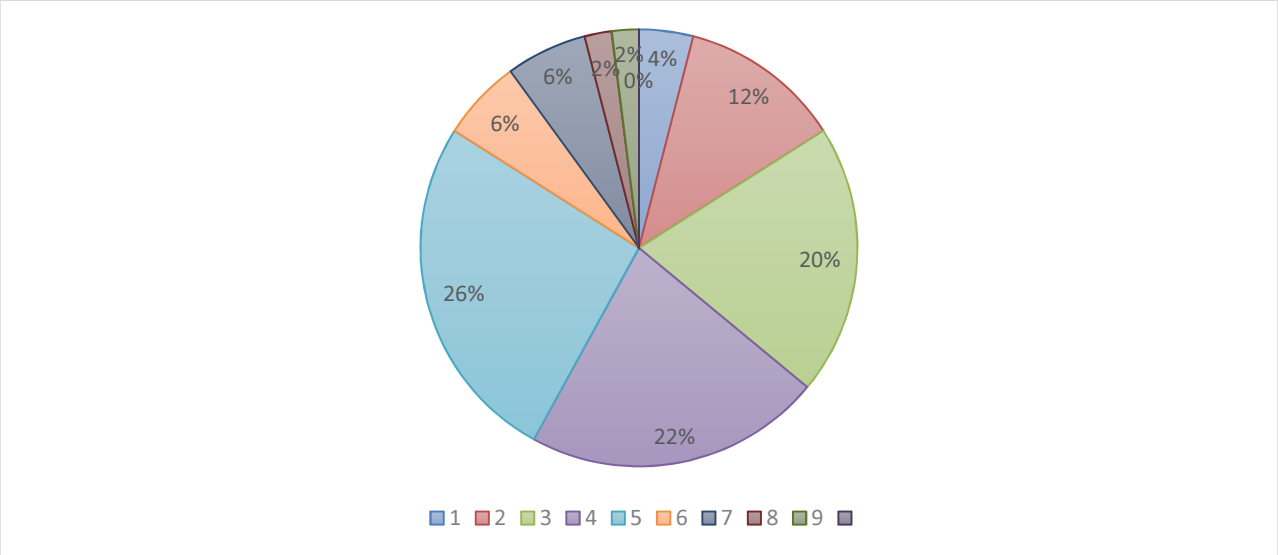
Poddani badaniu zadeklarowali różną liczbę posiadanych dzieci (od 1 do 7). Ponad połowa ankietowanych (54%) ma dwoje lub troje dzieci.

Wykres 14. Podział badanych osób ze względu na liczbę posiadanych dzieci do 18 r.ż.



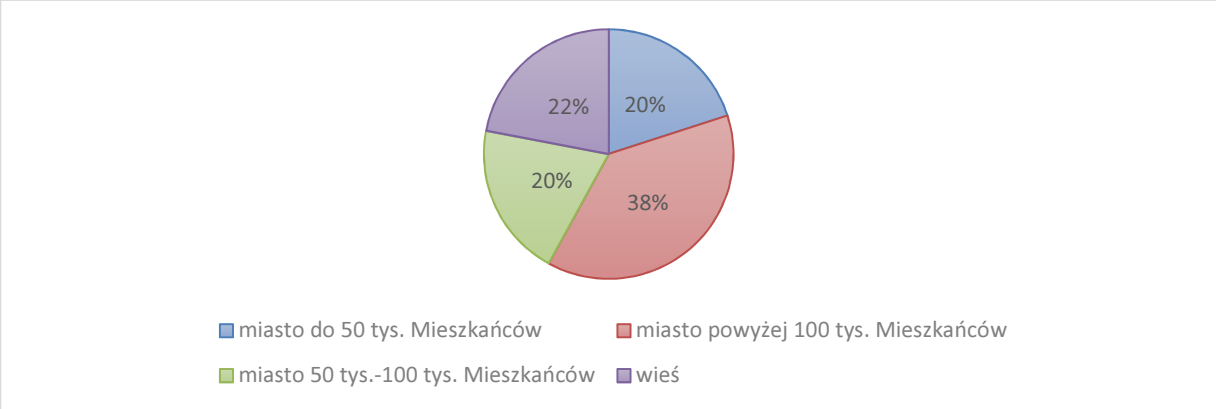
Powyżej 50% badanych posiada jedno lub dwoje dzieci poniżej 18 roku życia.

Wykres 15. Podział badanych osób ze względu na liczbę osób zamieszkujących gospodarstwo domowe



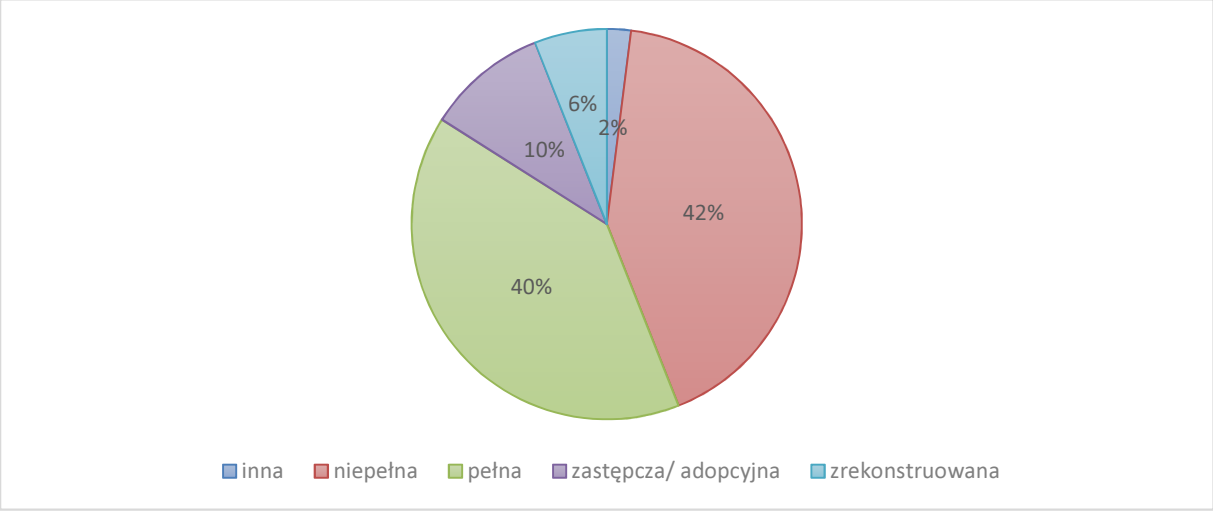
Wśród badanych prawie 70% zadeklarowało, że ich gospodarstwo domowe liczy od 3 do 5 członków.

Wykres 16. Podział badanych osób ze względu na miejsce zamieszkania



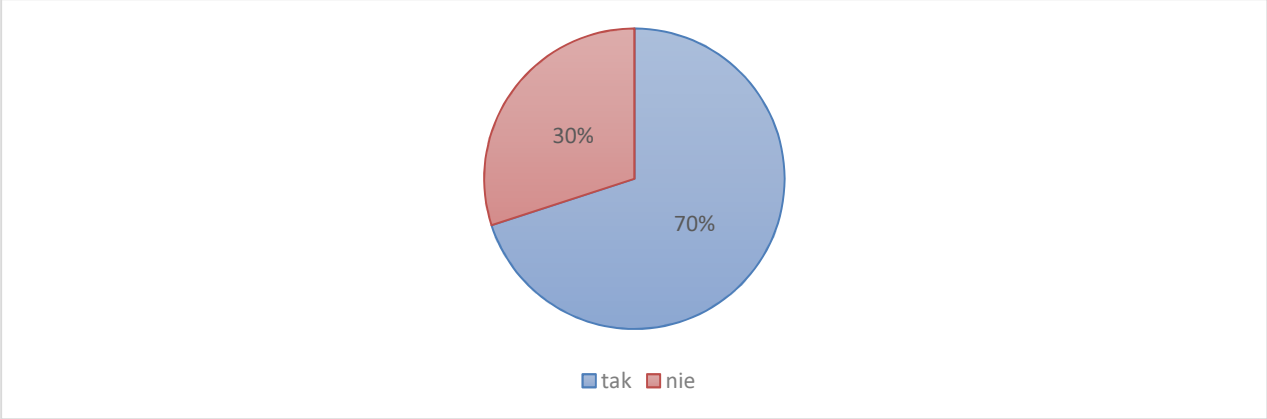
Wśród badanych prawie 40% to osoby z miast powyżej 100 tys. mieszkańców. Pozostałe grupy rozłożyły się niemal po równo po 20% pomiędzy pozostałe kategorie.

Wykres 17. Podział badanych osób ze względu rodzaj rodziny



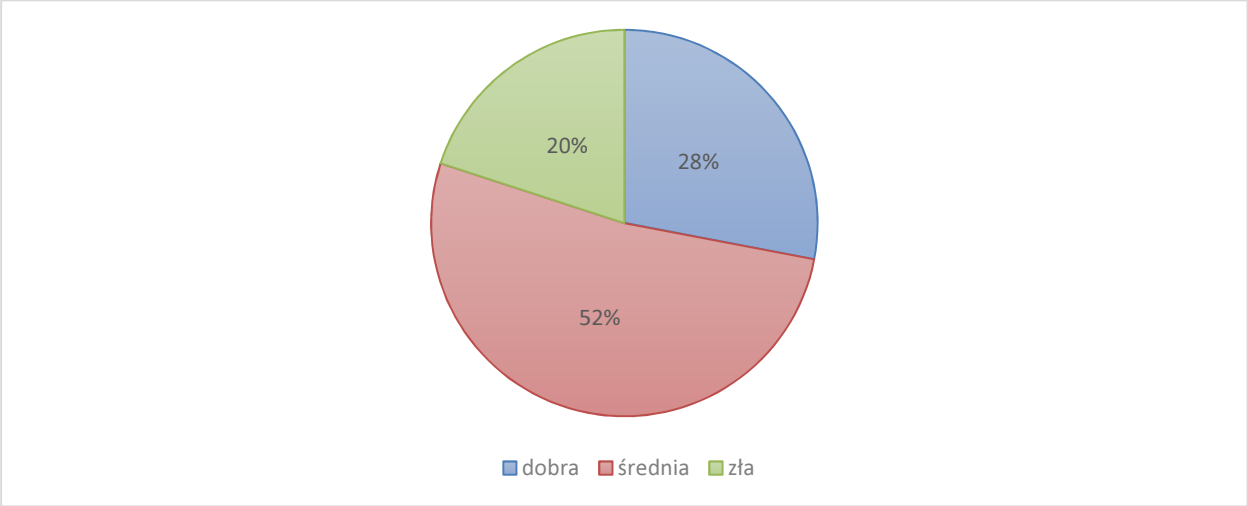
Ponad 80% badanych osób żyje w rodzinach (połowa z nich w pełnych i połowa w niepełnych), 10% – w rodzinach zastępczych, 6% – w rodzinach zrekonstruowanych.

Wykres 18. Podział badanych osób ze względu na posiadanie stałego dochodu



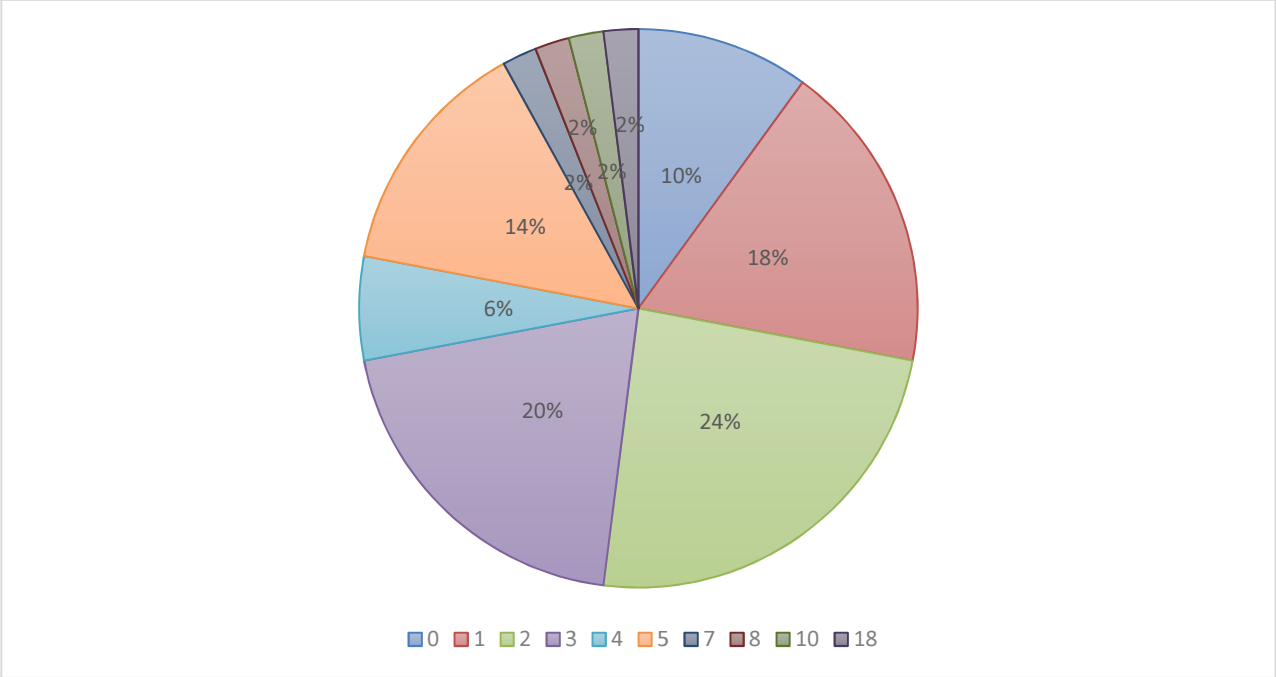
Zdecydowana większość (70%) badanych osób wskazało, że posiada stałe dochody. Pozostałe 30% to osoby, które stwierdziły brak stałych dochodów (poza zasiłkami i świadczeniem 500+).

Wykres 19. Podział badanych osób ze względu na własną ocenę sytuacji materialnej swojej rodziny



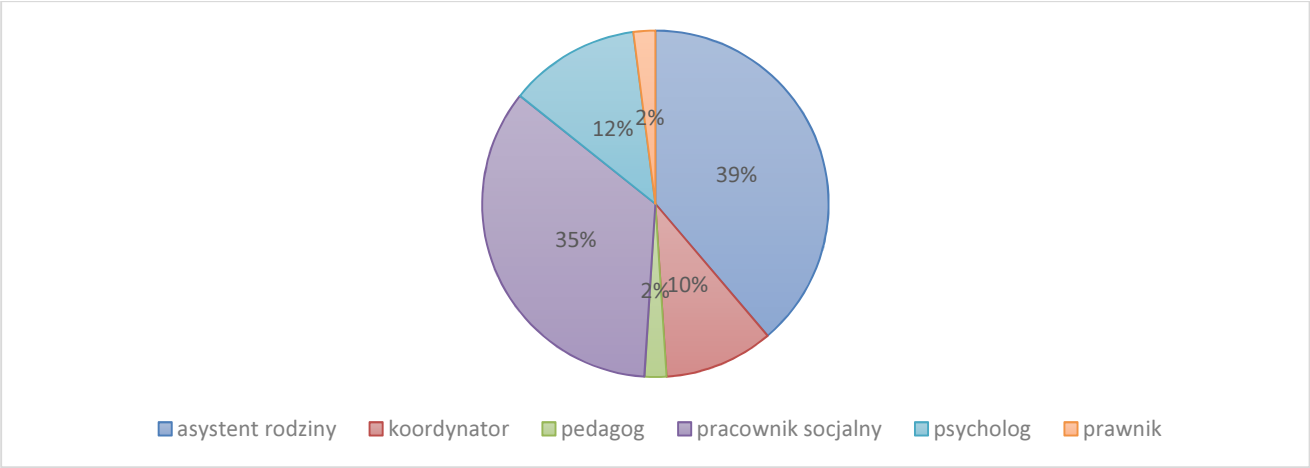
Ponad połowa badanych oceniła sytuację materialną swojej rodziny jako średnią. Wśród pozostałych: połowa oceniła jako dobrą, a pozostali – jako złą.

Wykres 20. Podział badanych ze względu na to, na ile osób ankietowany może liczyć w sytuacjach trudnych, wymagających pomocy z zewnątrz



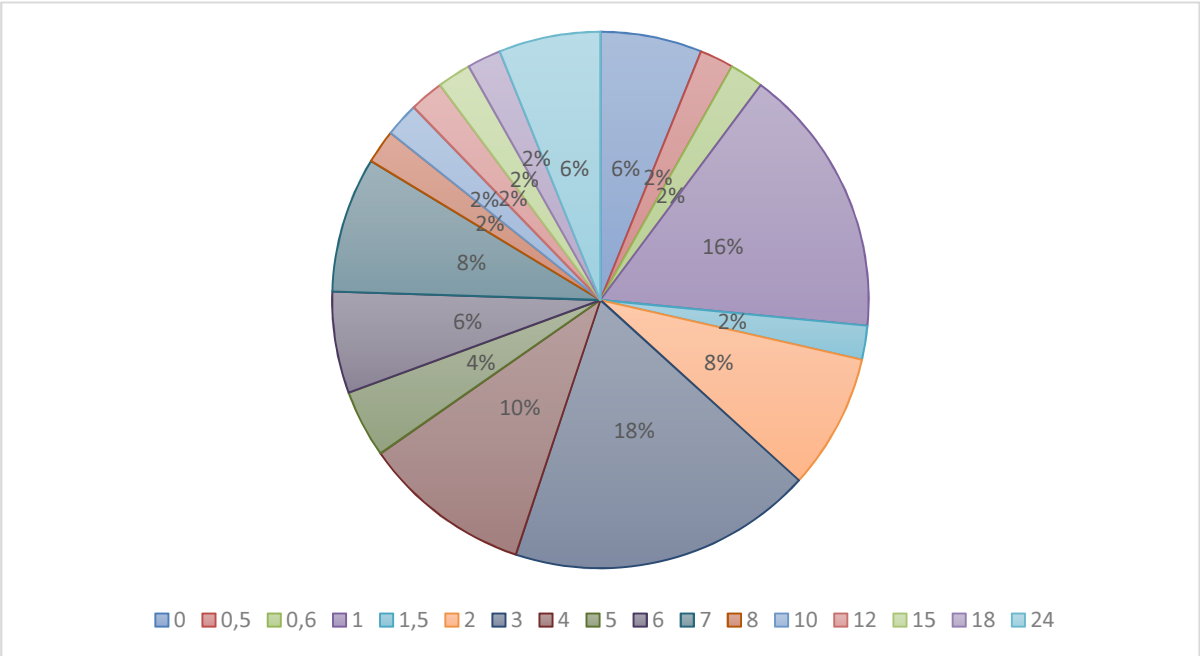
W trudnych sytuacjach wymagających pomocy z zewnątrz ponad 60% badanych ma oparcie przynajmniej w jednej, dwóch lub trzech osobach ze swojego środowiska. Jednak 10% badanych nie może liczyć w takiej sytuacji na nikogo.

Wykres 21. Podział badanych osób ze względu na to, z którym pracownikiem służb pomocowych mają kontakt (rozmowa, plan pracy) przynajmniej 1 raz na 2 miesiące



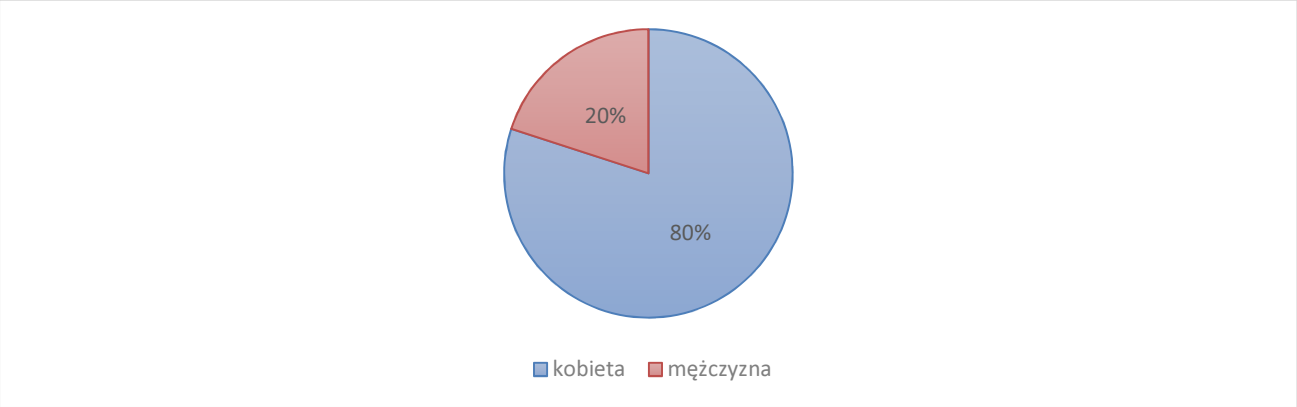
Prawie 40% badanych osób stwierdziło, że przynajmniej 1 raz na 2 miesiące pomaga im asystent rodziny. Dla 35% taką pomocą służy pracownik socjalny, dla 10% – koordynator, a dla 12% – psycholog.

Wykres 22. Podział badanych osób ze względu na to, jak długo korzystają z systemu pomocowego



Najwięcej osób badanych (18%) korzysta z systemu pomocowego od 3 lat, natomiast 16% badanych – od roku.

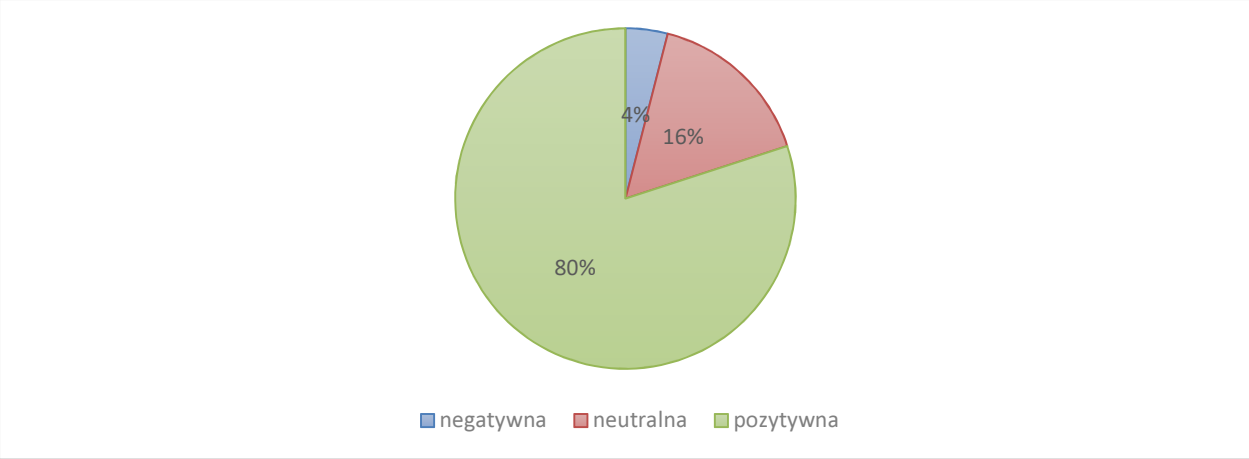
Wykres 23. Podział badanych osób ze względu na płeć pracownika służb pomocowych, z którym ankietowani współpracują



Zdecydowaną większość (80%) pracowników ze służb pomocowych pracujących z badanymi osobami stanowią kobiety.

Wstępną część ankiety kończyło pytanie o ogólną ocenę jakości współpracy pomiędzy członkiem rodziny a pracownikiem. Zestawienie procentowe odpowiedzi wygląda następująco.

Wykres 24. Podział badanych osób ze względu na jakość współpracy

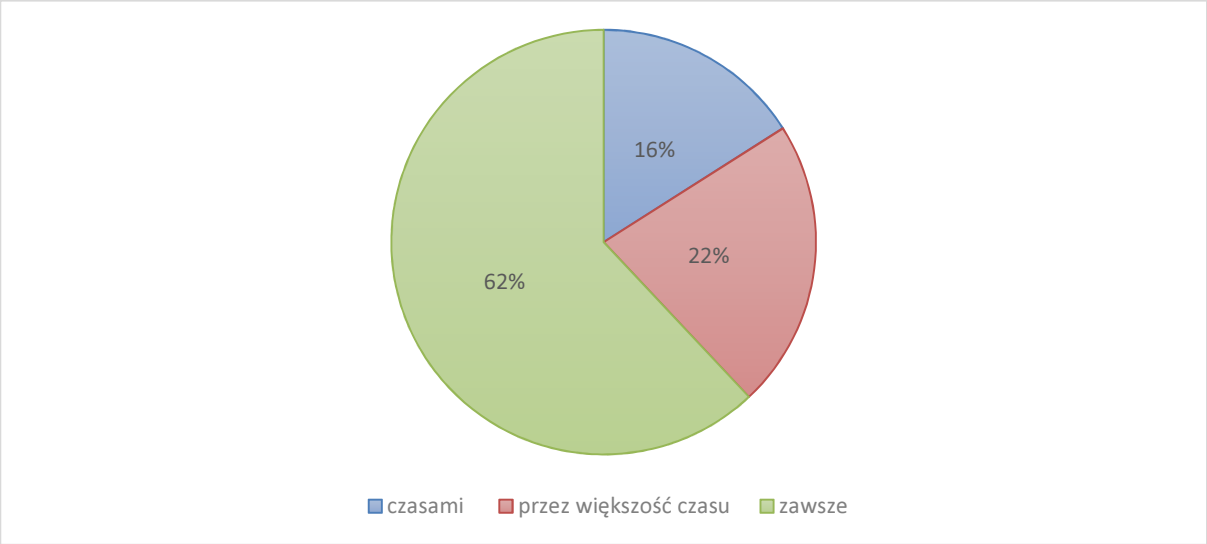


Zdecydowana większość (80%) badanych osób oceniła współpracę z przedstawicielami systemu pomocowego jako pozytywną, natomiast 16% – jako neutralną i zaledwie 4% uważa ją za negatywną.

8.2. Skala praktyki familiocentrycznej – perspektywa rodzin

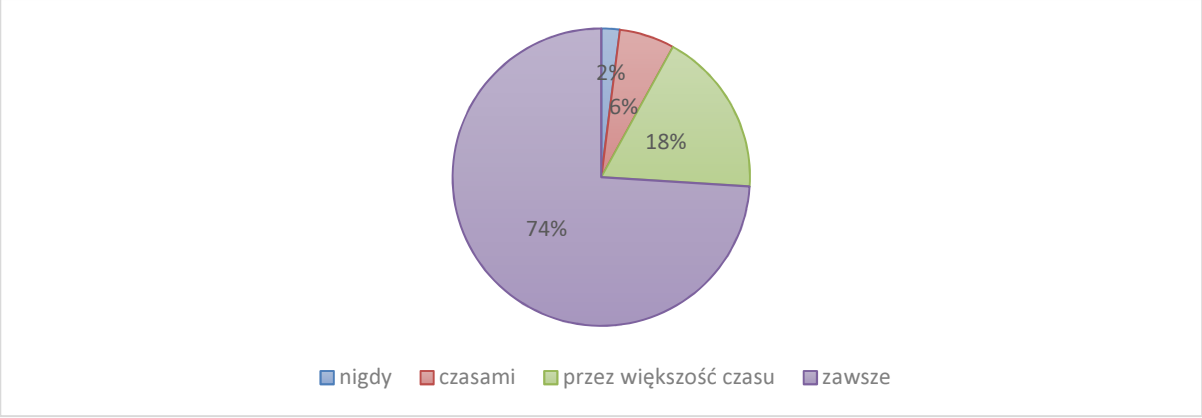
Kolejne pytania dotyczyły samej skali familiocentrycznej.

Wykres 25. Podział badanych osób ze względu na to, czy pracownik systemu pomocowego wsłuchuje się w ich obawy i oczekiwania



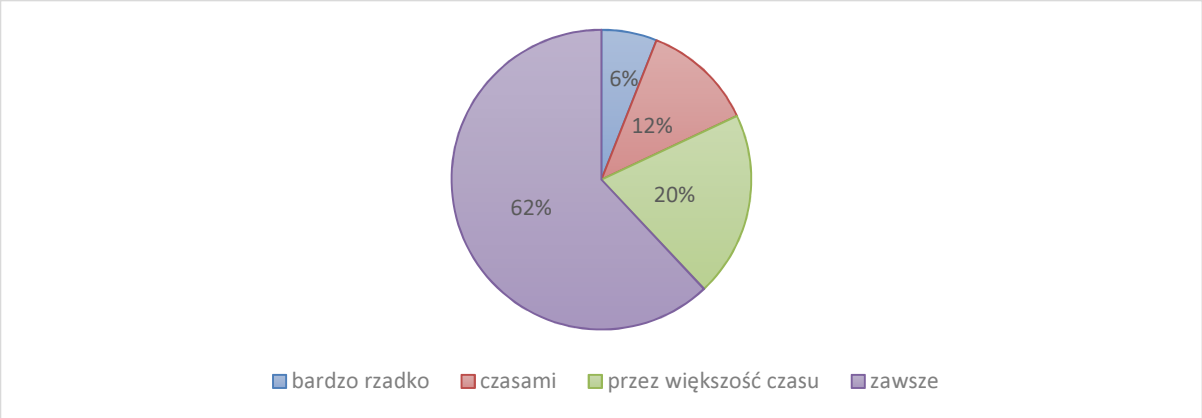
Ponad 60% badanych osób wskazało, że osoba reprezentująca system pomocowy zawsze wsłuchuje się w ich obawy i oczekiwania. 22% osób oceniło, że dzieje się tak przez większość czasu, natomiast w 16% przypadków – czasami.

Wykres 26. Podział badanych osób ze względu na to, czy pracownik systemu pomocowego traktuje ich i ich rodziny z godnością i szacunkiem



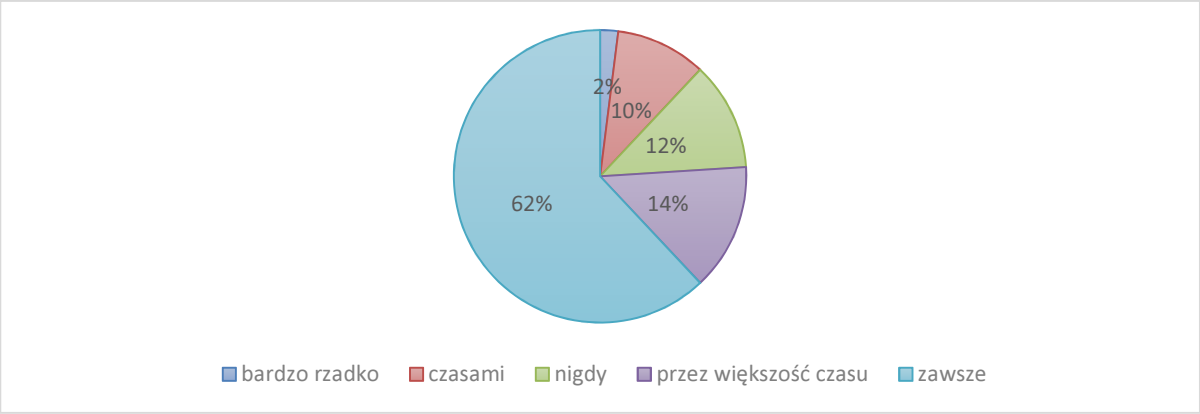
Blisko ¾ badanych osób stwierdziło, że współpracująca z nimi osoba reprezentująca system pomocy zawsze traktuje ich i ich rodzinę z godnością i szacunkiem.

Wykres 27. Podział badanych osób ze względu na to, czy pracownik systemu pomocowego postrzega ich w pozytywny i zdrowy sposób



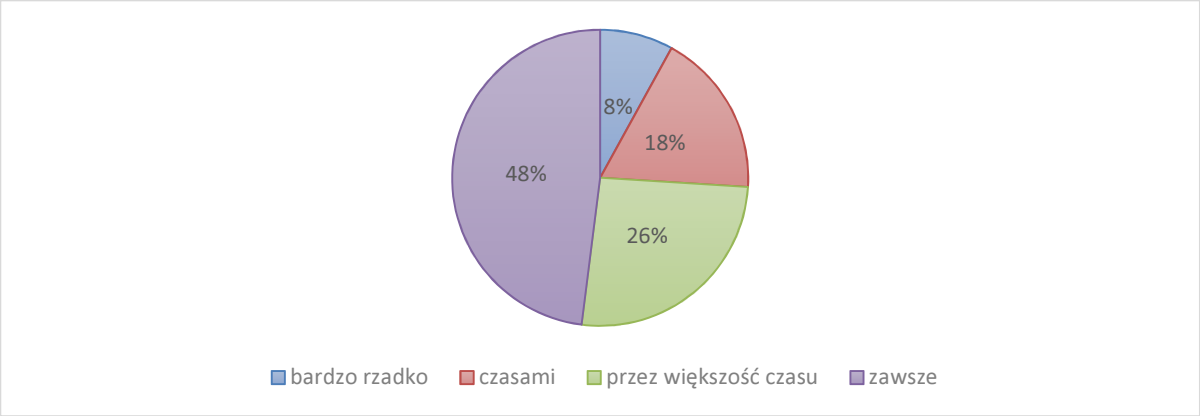
Również zdecydowana większość respondentów oceniła, że współpracująca z nimi osoba reprezentująca system pomocy postrzega ich i ich rodzinę w pozytywny, zdrowy sposób.

Wykres 28. Podział badanych osób ze względu na to, czy pracownik systemu pomocowego jest wrażliwy na pochodzenie kulturowe i etniczne ich rodziny



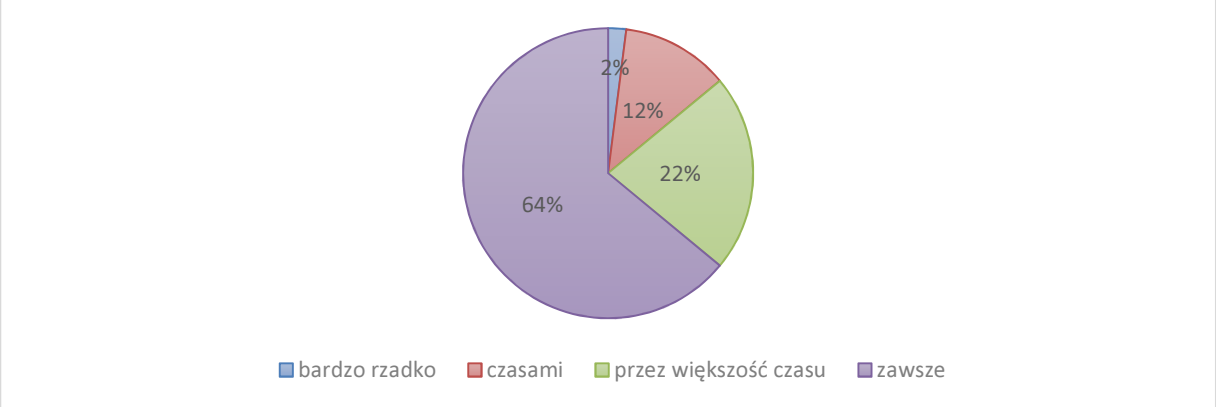
Ponad 60% badanych osób określiło, że osoba reprezentująca system pomocowy jest zawsze wrażliwa na pochodzenie kulturowe i etniczne ich rodziny.

Wykres 29. Podział badanych osób ze względu na to, czy pracownik systemu pomocowego zapewnia im informacje, które ułatwiają podjęcie dobrej decyzji



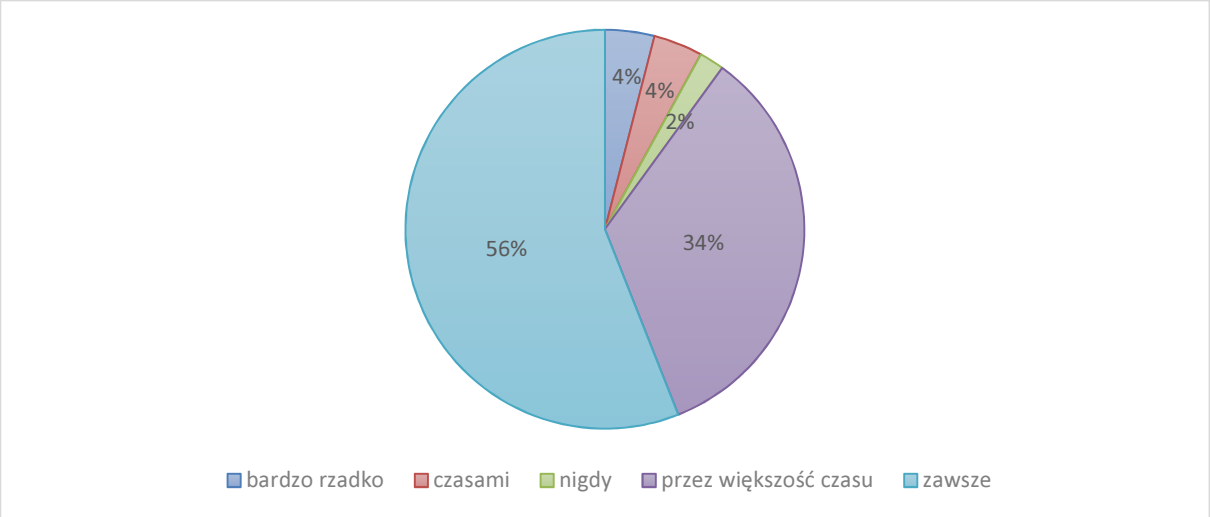
Blisko połowa badanych stwierdziła, że współpracująca z nimi osoba reprezentująca system pomocowy zawsze zapewnia im informacje ułatwiające podjęcie dobrej decyzji.

Wykres 30. Podział badanych osób ze względu na to, czy pracownik systemu pomocowego rozumie sytuację ich dzieci i rodziny



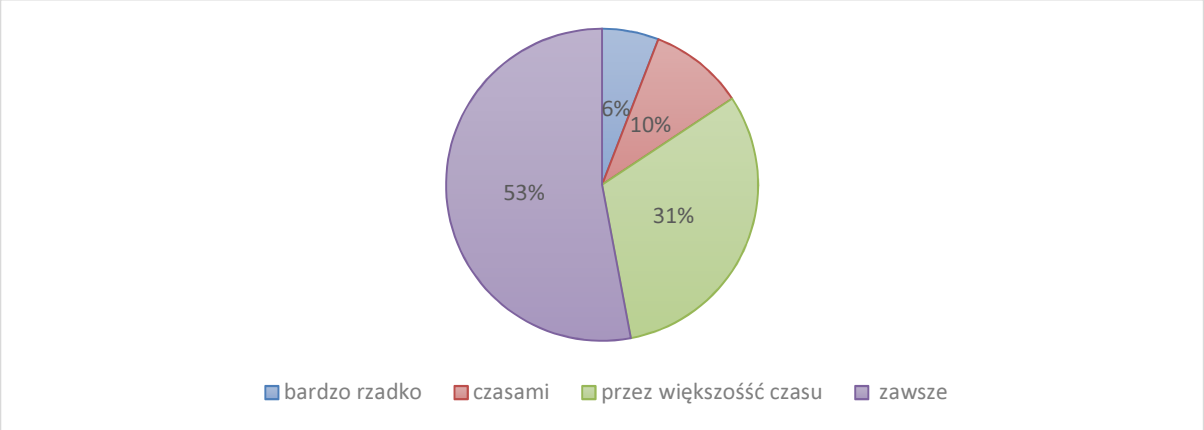
Wśród badanych 64% osób oceniło, że pracujący z ich rodziną przedstawiciel systemu pomocowego zawsze rozumie sytuację ich dzieci i rodziny.

Wykres 31. Podział badanych osób ze względu na to, czy pracownik instytucji dostosowuje pomoc do potrzeb i możliwości rodziny



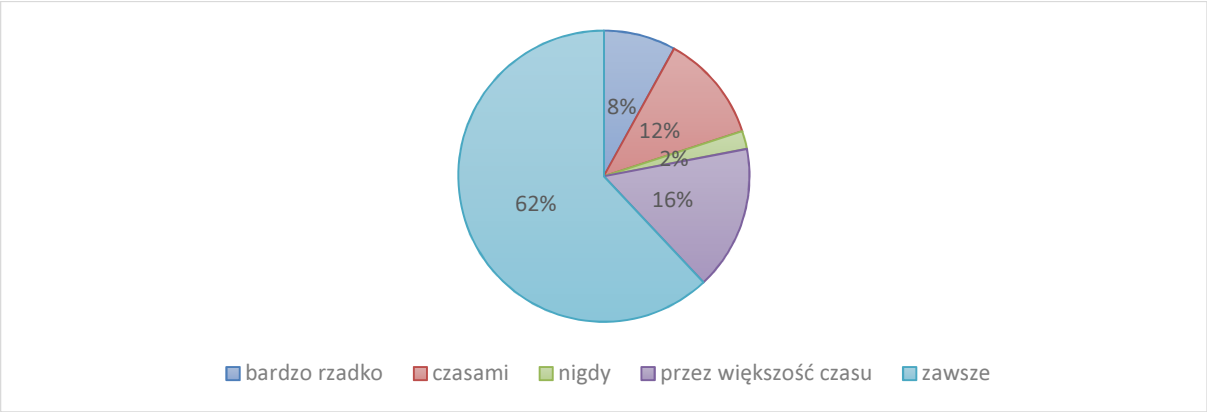
Blisko 60% badanych stwierdziło, że osoba reprezentująca system pomocowy zawsze pomaga ich rodzinie, dostosowując pomoc do jej potrzeb i możliwości.

Wykres 32. Podział badanych osób ze względu na to, czy pracownik systemu pomocowego zachęca ich do wspólnego i aktywnego szukania pomocy i wsparcia



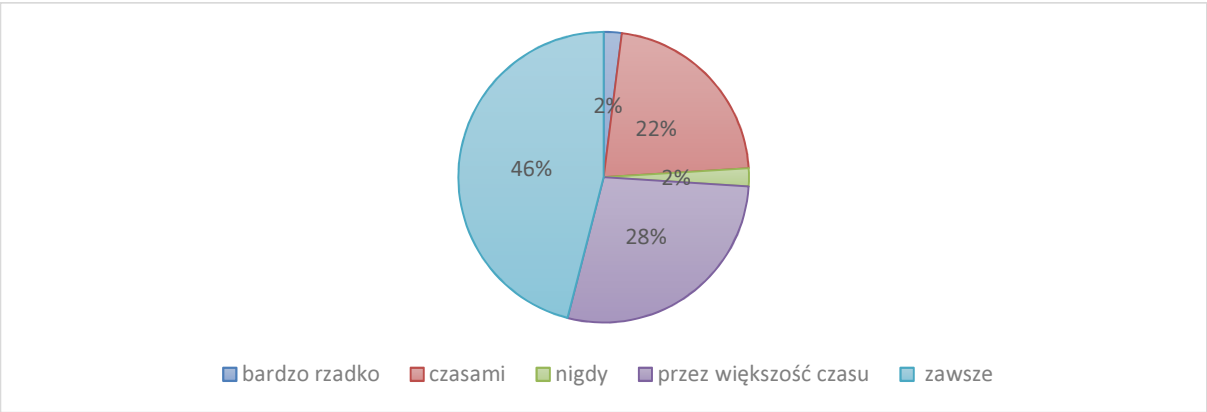
Ponad połowa respondentów zadeklarowała, że współpracująca z nimi osoba reprezentująca system pomocy zachęca ich zawsze do wspólnego i aktywnego szukania pomocy i wsparcia.

Wykres 33. Podział badanych osób ze względu na to, czy pracownik systemu pomocowego przedstawia im informacje o różnych rodzajach wsparcia, które pomagają w osiągnięciu ważnych dla ich rodziny celów



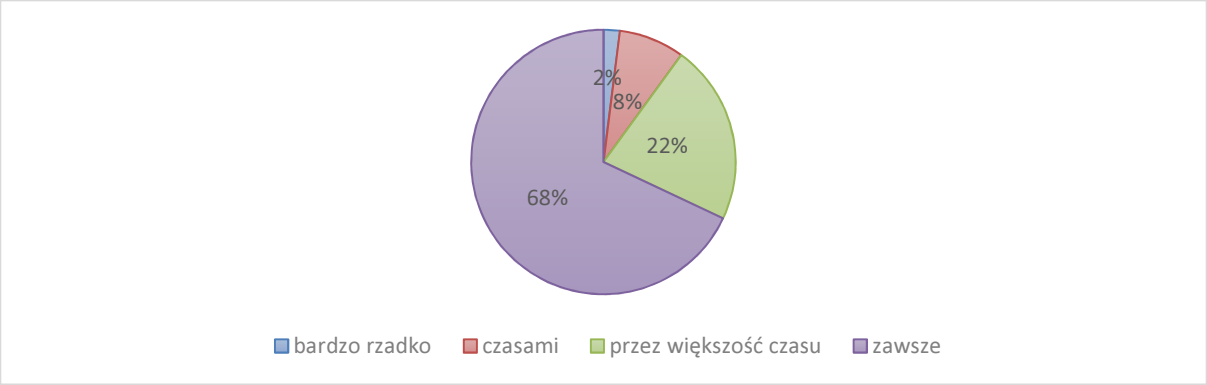
Zdecydowana większość badanych osób deklaruje, że współpracująca z nimi osoba reprezentująca system pomocy zawsze przedstawia im informacje o różnych rodzajach wsparcia, które pomagają w osiągnięciu ważnych dla ich rodziny celów.

Wykres 34. Podział badanych osób ze względu na to, czy pracownik systemu pomocowego jest elastyczny, gdy sytuacja w ich rodzinie ulega zmianie



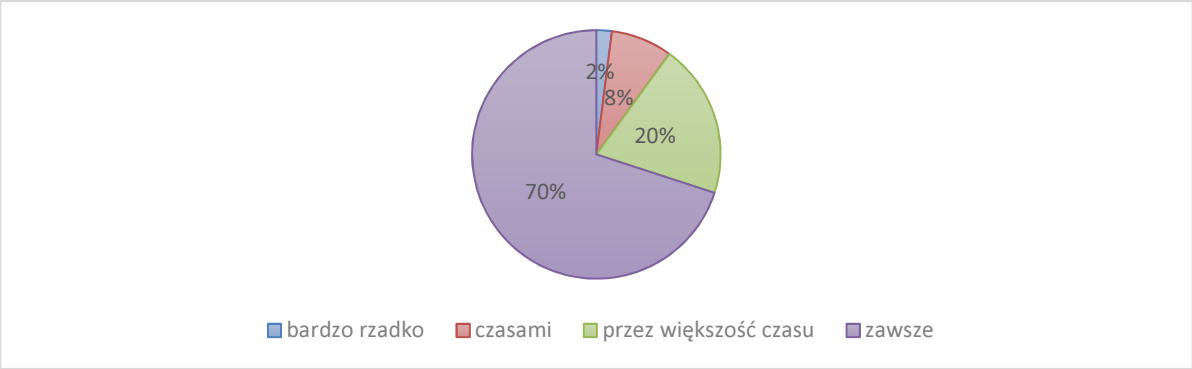
Blisko połowa respondentów oceniła, że współpracująca z nimi osoba reprezentująca system pomocy jest zawsze elastyczna, gdy sytuacja w ich rodzinie ulega zmianie.

Wykres 35. Podział badanych osób ze względu na to, czy pracownik systemu pomocowego dotrzymuje obietnic



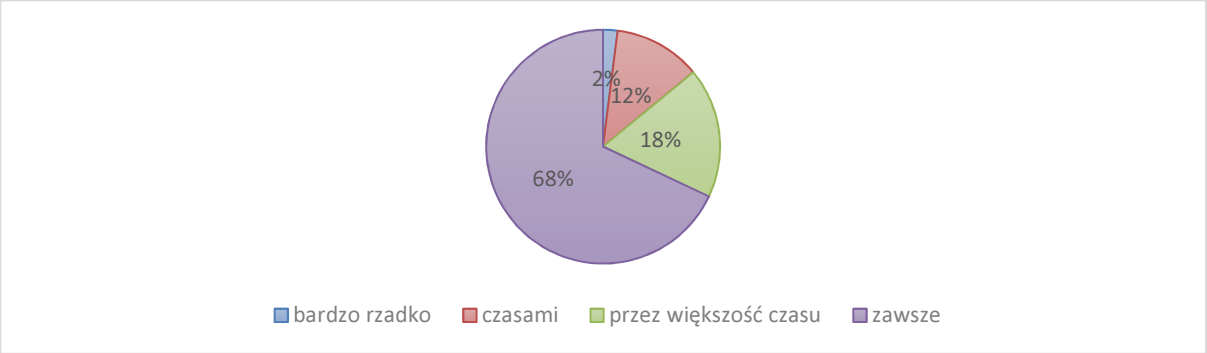
68% badanych oceniło, że współpracująca z nimi osoba reprezentująca system pomocy zawsze dotrzymuje obietnic. Jedynie 2% uznało, że dzieje się tak bardzo rzadko.

Wykres 36. Podział badanych osób ze względu na to, czy pracownik systemu pomocowego ze wzajemnością okazuje szacunek i zaufanie



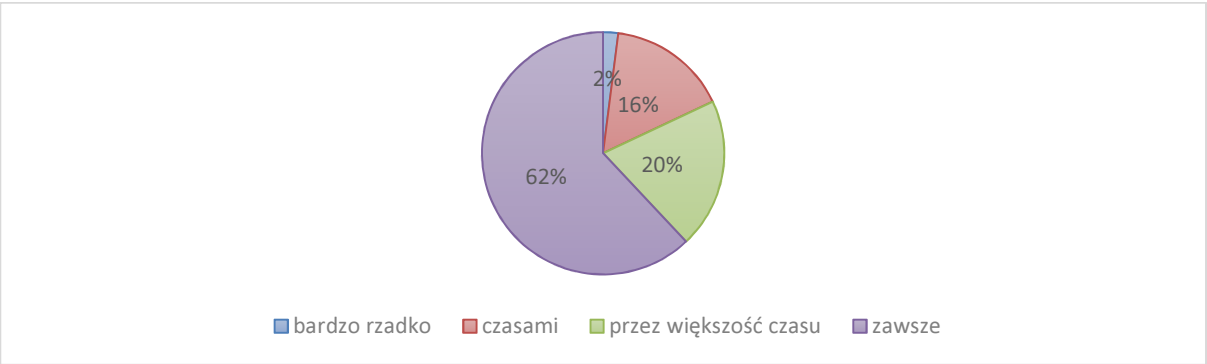
70% respondentów oświadczyło, że współpracująca z nimi osoba reprezentująca system pomocy zawsze z odwzajemnieniem okazuje szacunek i zaufanie, a tylko 2% stwierdziło, że dzieje się tak bardzo rzadko.

Wykres 37. Podział badanych osób ze względu na to, czy pracownik systemu pomocowego dostrzega ich pozytywne działania w roli rodzica



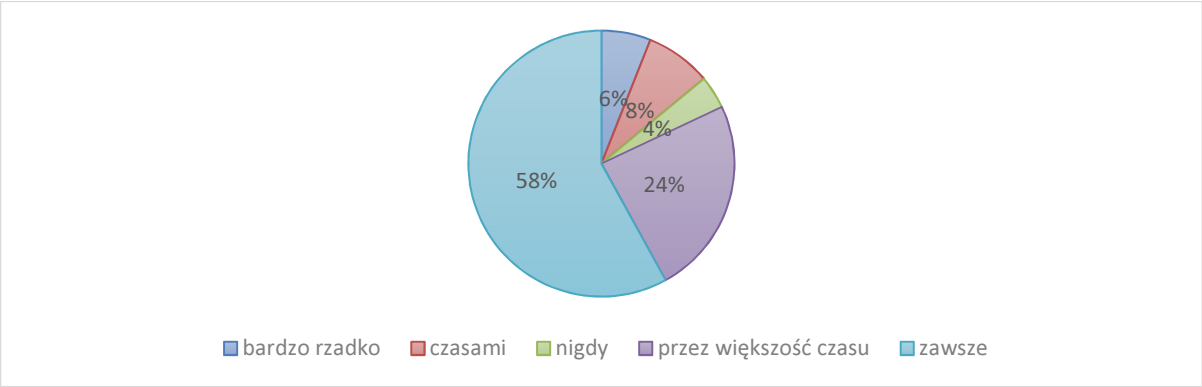
Blisko 70% badanych uznało, że współpracująca z nimi osoba reprezentująca system pomocy zawsze dostrzega ich pozytywne działania w roli rodzica.

Wykres 38. Podział badanych osób ze względu na to, czy pracownik systemu pomocowego pomaga ich rodzinie osiągnąć to, czego chcą i co jest dla nich najważniejsze



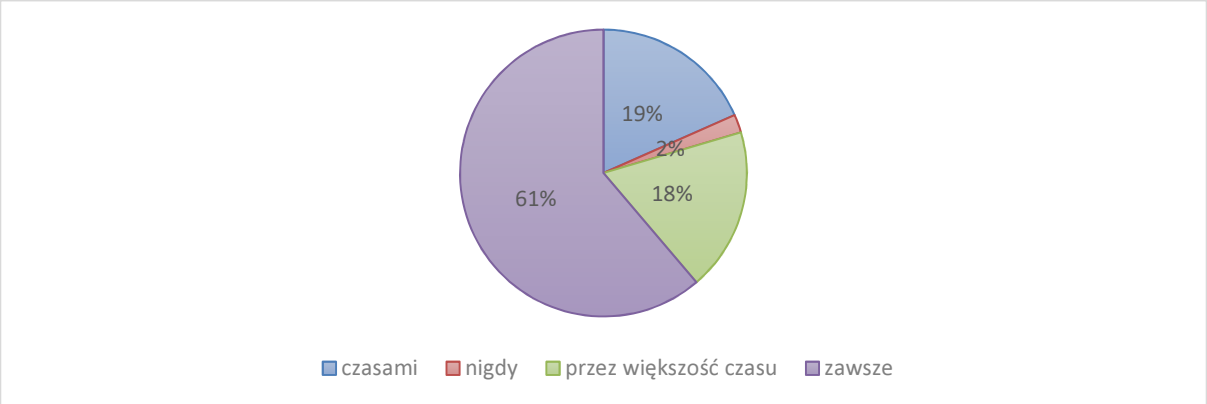
Ponad 60% biorących udział w badaniu oceniło, że współpracująca z nimi osoba reprezentująca system pomocy zawsze pomaga ich rodzinie w osiąganiu tego, czego chcą i co jest dla nich najważniejsze.

Wykres 39. Podział badanych osób ze względu na to, czy pracownik systemu pomocowego pomaga im w uzyskaniu informacji dotyczących tego, czym się interesują



Prawie 60% ankietowanych stwierdziło, że współpracująca z nimi osoba reprezentująca system pomocy zawsze pomaga im w uzyskaniu informacji dotyczących tego, czym się interesują.

Wykres 40. Podział badanych osób ze względu na to, czy pracownik systemu pomocowego wspiera ich w podejmowaniu decyzji



Ponad połowa respondentów oceniła, że współpracująca z nimi osoba reprezentująca system pomocy wspiera ich w podejmowaniu decyzji.

8.2.1. Perspektywa pracowników instytucji pomocowych

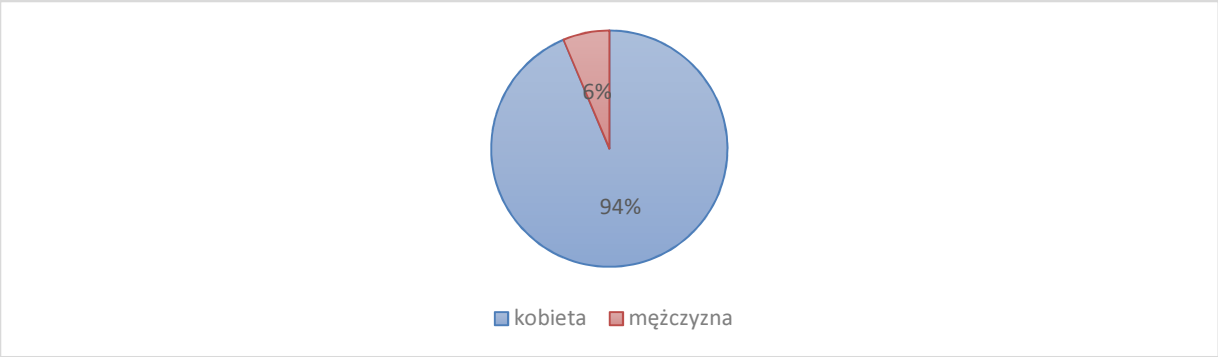
Podobnie jak w przypadku rodzin początek ankiety stanowiły pytania składające się na metryczkę ankiety i charakteryzujące osoby udzielające odpowiedzi na pytania.

- Charakterystyka grupy badawczej

Czynnikami, które różnicują grupę, są płeć, wykształcenie, rodzaj posiadanej rodziny, potomstwa. W badaniu uczestniczyło 250 osób.

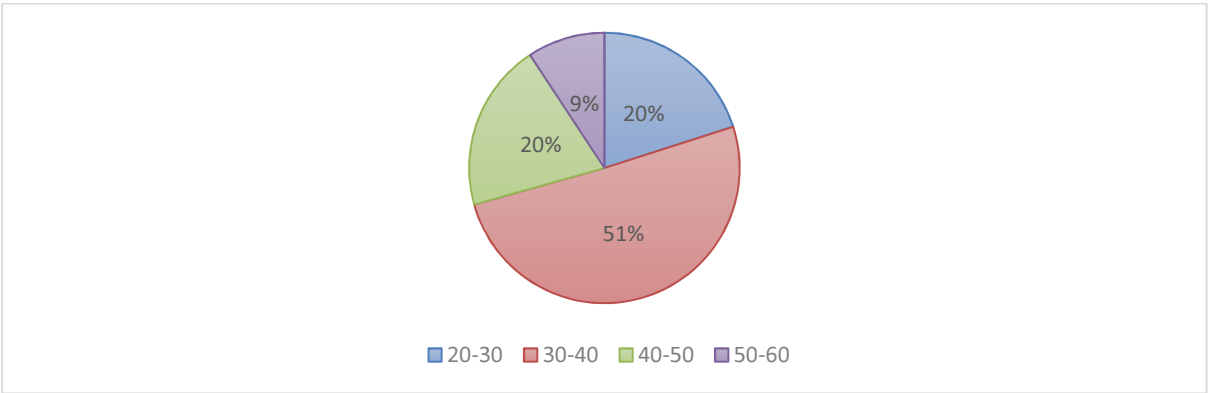
Pierwsze pytanie dotyczyło płci ankietowanych.

Wykres 41. Podział badanych osób ze względu na płeć



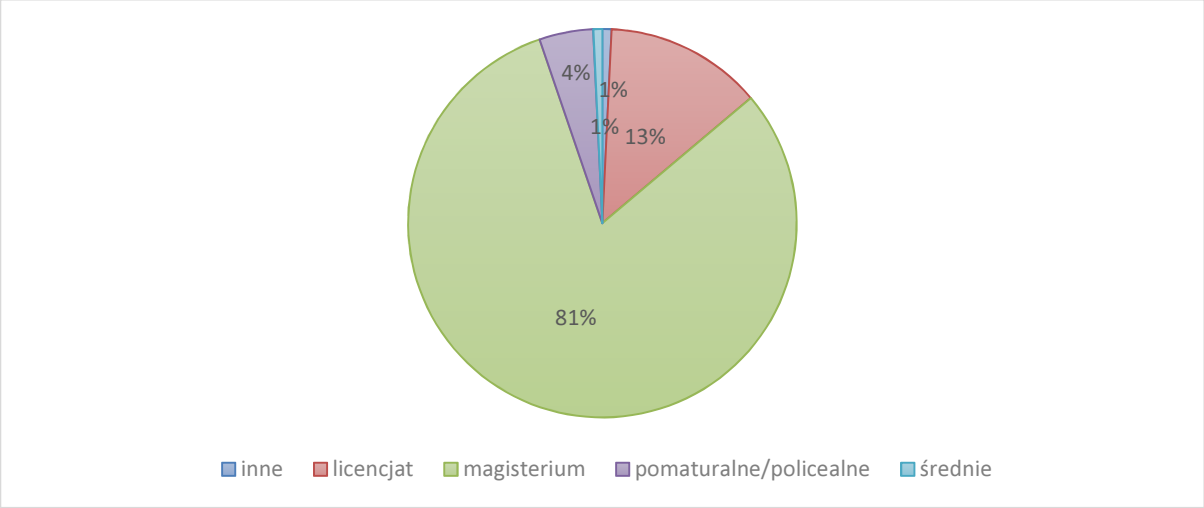
Niemal wszystkie osoby (94%) biorące udział w badaniu to kobiety. Zaledwie 6% stanowili mężczyźni. Takie proporcje są charakterystyczne dla przedstawicieli zawodów pomocowych, gdzie istnieje bardzo wysoki poziom feminizacji. Jednorodny rozkład został spowodowany także tym, że osoby udzielające odpowiedzi pracowały głównie w instytucjach pomocy społecznej, a dość mało ankietowanych pełniło funkcje np. dzielnicowych czy kuratorów zawodowych.

Wykres 42. Podział badanych ze względu na wiek



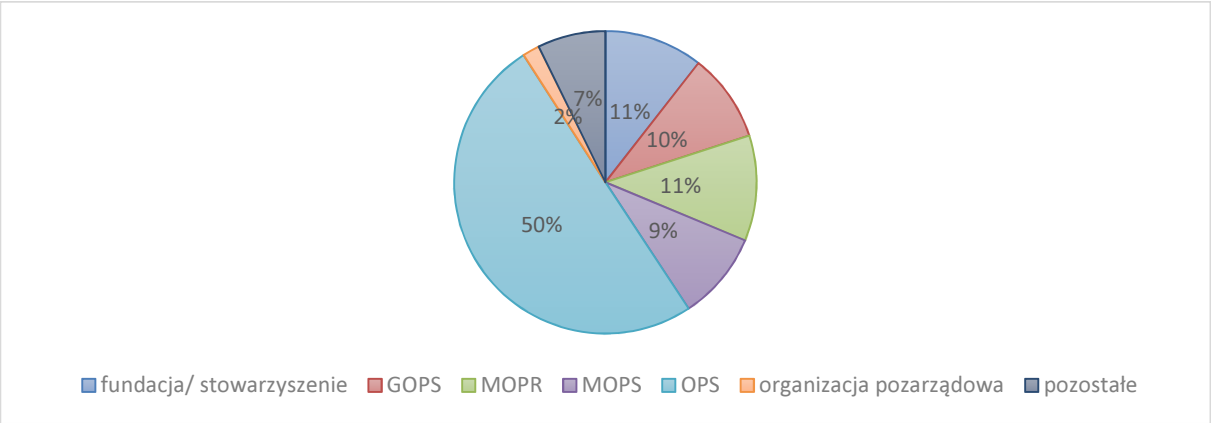
Połowa spośród badanych osób znalazła się w przedziale wiekowym od 30 lat do 40 lat. Najmniej liczebną grupę stanowiły zaś osoby pomiędzy 50. a 60. rokiem życia.

Wykres 43. Podział badanych ze względu na wykształcenie



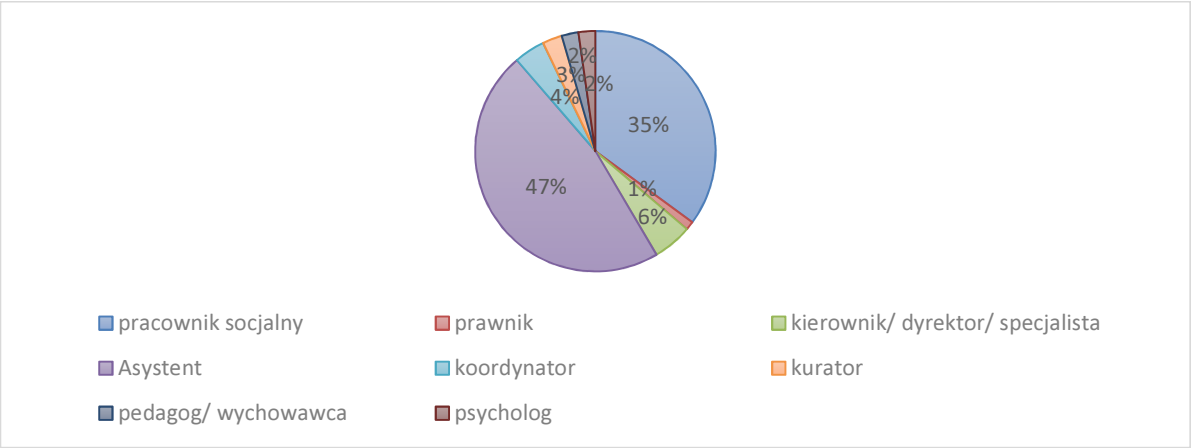
Zdecydowana większość respondentów (81%) to osoby z wykształceniem na poziomie licencjatu. Można zatem stwierdzić, że osoby pracujące w instytucjach wspierających rodzinę w przeważającej większości posiadają wykształcenie wyższe, choć licencjackie. Tendencja ta jest wzrastająca w stosunku do lat wcześniejszych, gdzie wielu pracowników charakteryzowało się wykształceniem średnim.

Wykres 44. Podział badanych osób ze względu na miejsce pracy



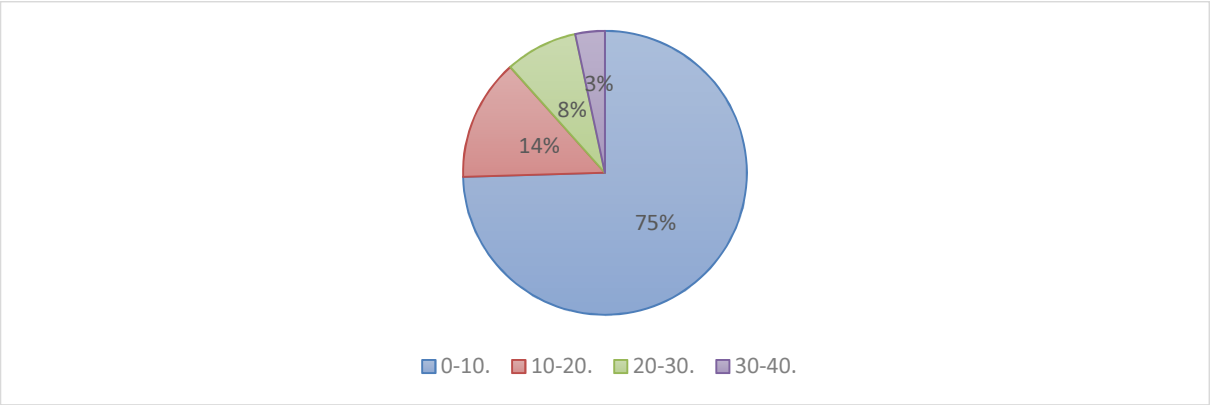
Połowa spośród badanych osób pracuje w ośrodku pomocy społecznej. Jak widać, praktycznie wszystkie osoby, które udzielały odpowiedzi, pracowały w systemie pomocy społecznej. Były to różne typy instytucji, takie jak: gminny ośrodek pomocy społecznej, miejski ośrodek pomocy społecznej, miejski ośrodek pomocy rodzinie, ośrodek pomocy społecznej. Tylko nieliczne osoby pracowały poza systemem pomocowym, np. w organizacjach pozarządowych: fundacjach i stowarzyszeniach.

Wykres 45. Podział badanych osób ze względu na rodzaj wykonywanej pracy



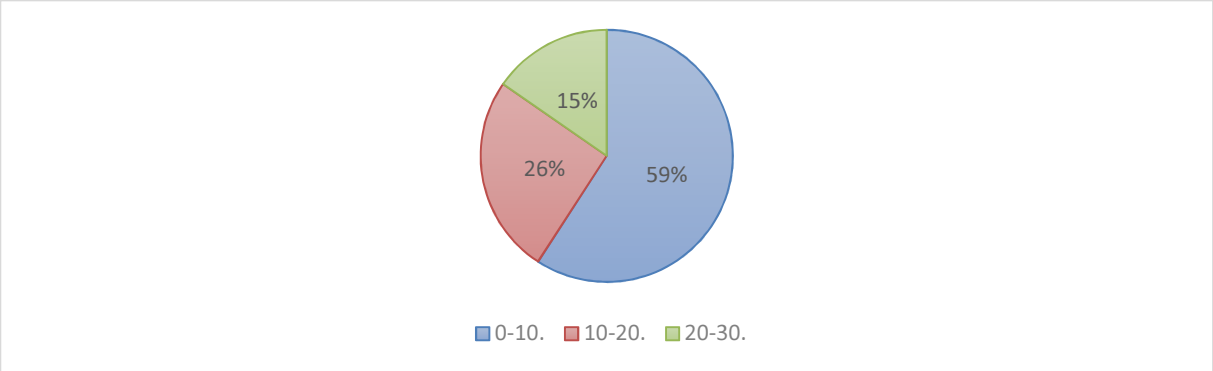
Analiza powyższych danych pokazuje, że 82% badanych stanowili pracownicy pomocy społecznej. Wśród nich znajdowali się asystenci rodziny (47%) i pracownicy socjalni (35%). Taki rozkład jest zgodny z założeniem badania, które ocenia relację między pracownikami terenowymi, udzielającymi wsparcia, a członkami rodzin, którzy są jego odbiorcą.

Wykres 46. Podział badanych osób ze względu na długość pracy w danej instytucji



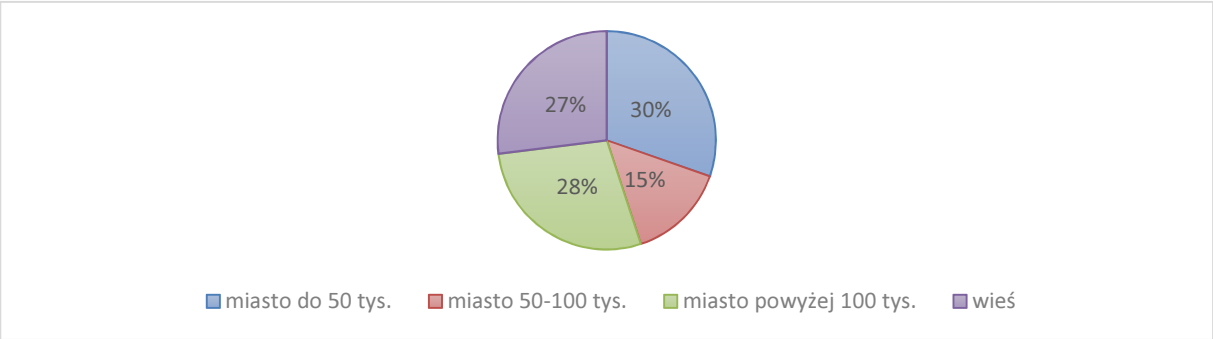
Jak pokazują powyższe dane, największą grupę stanowili pracownicy, którzy nie przekroczyli 10 lat pracy w danej instytucji.

Wykres 47. Podział badanych osób ze względu na długość pracy w instytucjach pomocowych

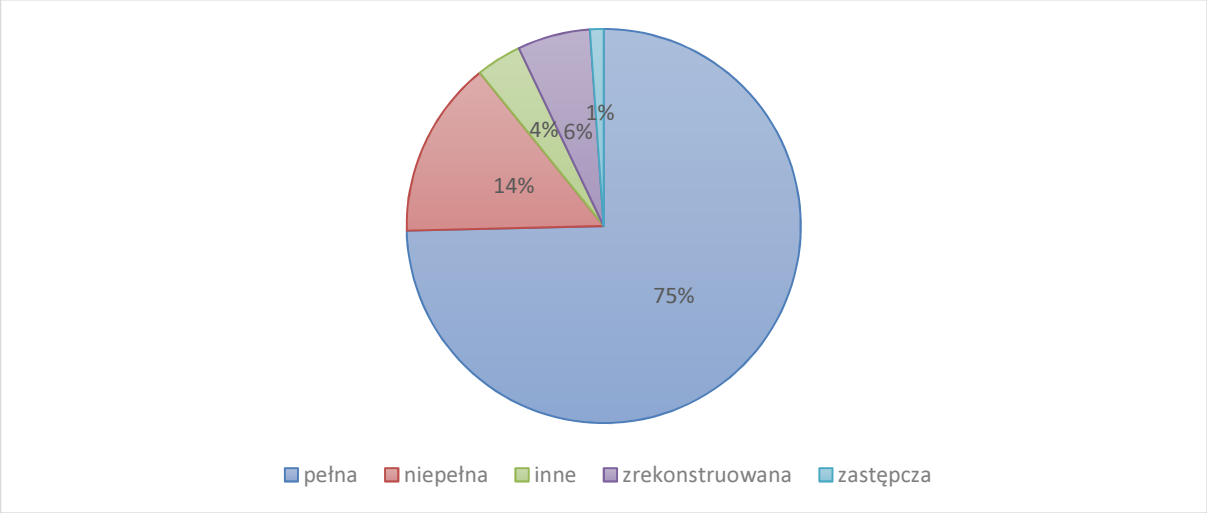


Zestawiając powyższy wykres z wcześniejszym, można wywnioskować, że odpowiedzi udzielało wielu doświadczonych pracowników, którzy wspierają rodziny od lat. Taki rozkład danych wymusza zwrócenie uwagi na możliwość wypalenia zawodowego pracowników pomocowych. Jest to zjawisko stosunkowo powszechne. Uważa się także, że istnieje silna korelacja między jakością relacji pomocowej a stażem pracy. Im dłuższy staż, tym większe prawdopodobieństwo obniżenia jakości relacji. Z drugiej strony osobom dopiero zaczynającym pracę, choć często posiadającym wysoki poziom motywacji i zaangażowania w pracę, brakuje doświadczenia, które pozwala nie tylko na budowanie bliskiej relacji z klientami, ale także na niesienie im skutecznej pomocy.

Wykres 48. Podział badanych osób ze względu na miejsce zamieszkania

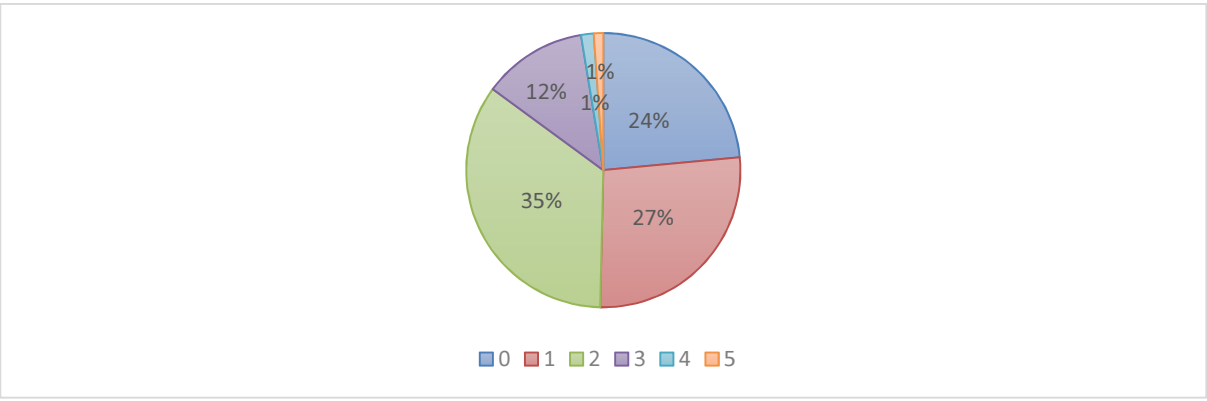


Wykres 49. Podział badanych osób ze względu na rodzaj rodziny



Większość badanych osób posiada rodziny pełne (75%). Badanie skalą praktyki familiocentrycznej ocenia relację nie tyle z pojedynczym członkiem rodziny, ile właśnie z całą rodziną jako systemem. Wydaje się, że pozytywne odczucia we własnej rodzinie korelują z lepszą jakością pracy z rodzinami dysfunkcyjnymi. Jednocześnie doświadczanie trudności w rodzinie, np. rozpadu małżeństwa, może skłaniać do postrzegania rodziny mniej w perspektywie jej zasobów a bardziej w kierunku jej deficytów (model medyczny).

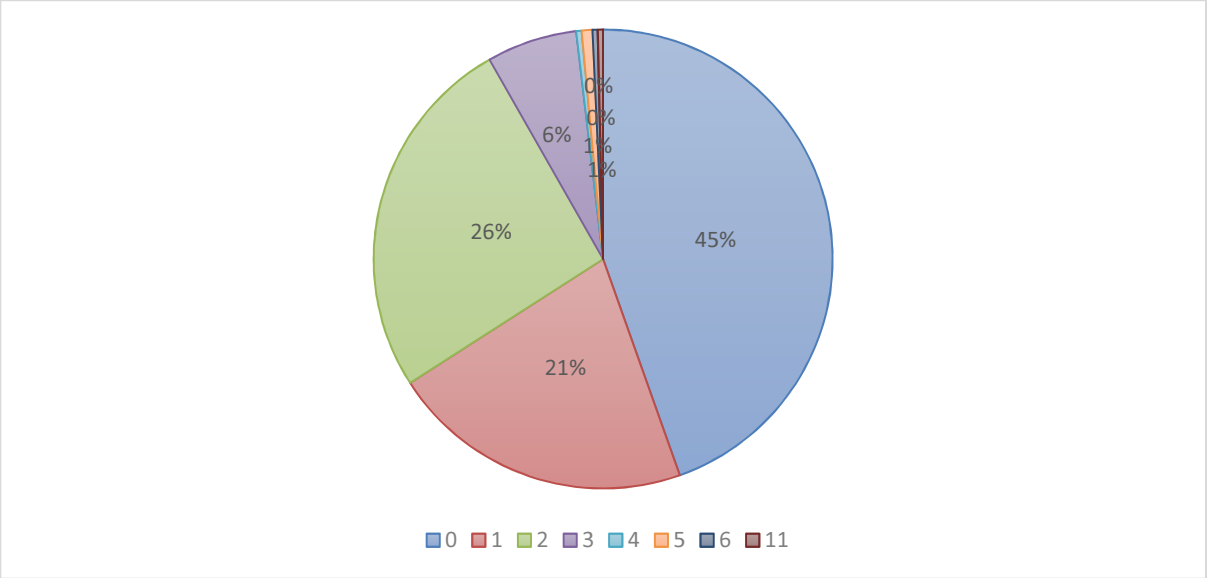
Wykres 50. Podział badanych osób ze względu na liczbę posiadanych dzieci



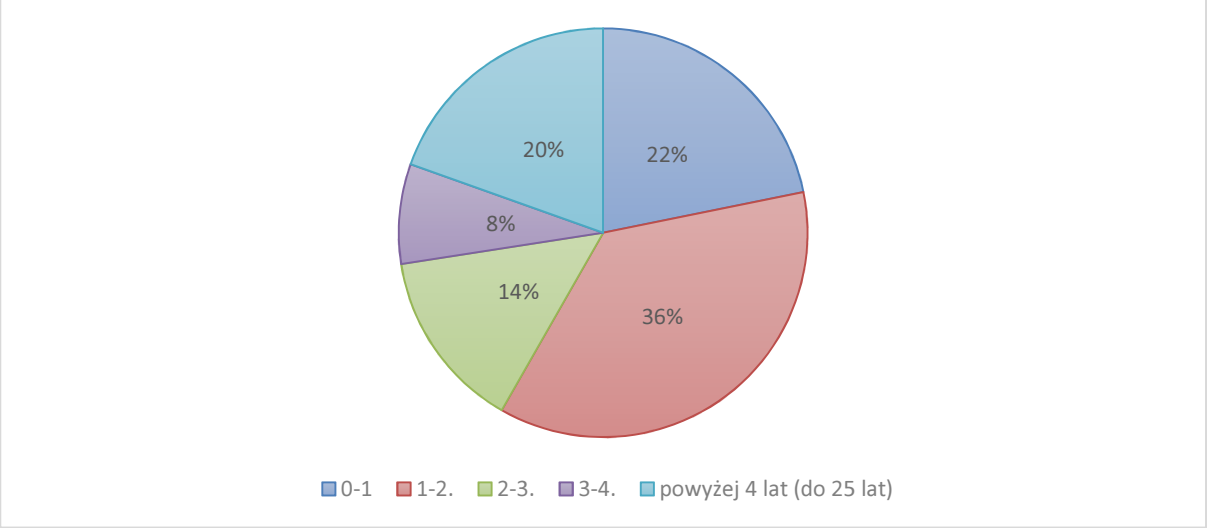
Warto zwrócić uwagę, że jedynie ¼ badanych nie ma doświadczenia rodzicielstwa. Wydaje się, że posiadanie własnych dzieci wpływa na sposób pracy z rodzinami z dziećmi. Zestawiając to z faktem, że większość pracowników to kobiety, matki, można zaryzykować stwierdzenie, że badani nie tylko posiadają bardziej pozytywny

stosunek do rodzin z dziećmi, ale także cechują się większą motywacją do skutecznego ich wspierania i do pracy z nimi.

Wykres 51. Podział badanych osób ze względu na liczbę posiadanych nieletnich dzieci



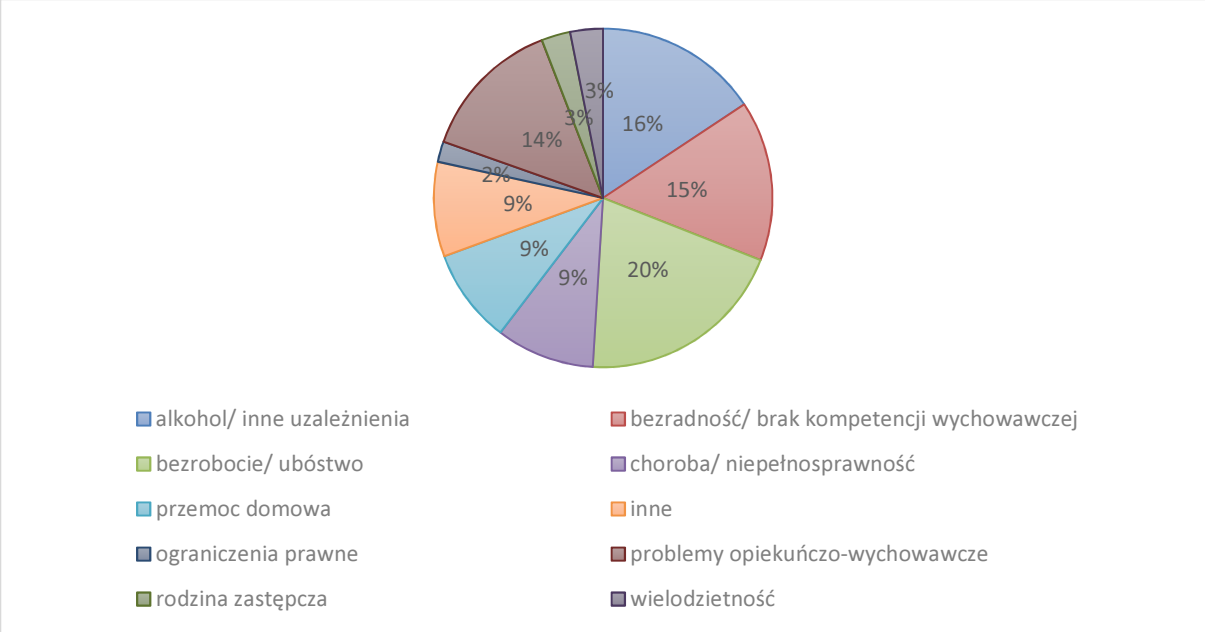
Wykres 52. Podział badanych osób ze względu na długość współpracy z daną rodziną



Analizując powyższy wykres, można uznać, że jedynie 20% respondentów współpracuje z daną rodziną krócej niż rok. Oceniana relacja trwa więc najczęściej ponad rok. Niektórzy z respondentów współpracują z poszczególnymi rodzinami już od wielu lat. Taki rozkład czasu współpracy jest zgodny z ogólnym rozkładem czasu,

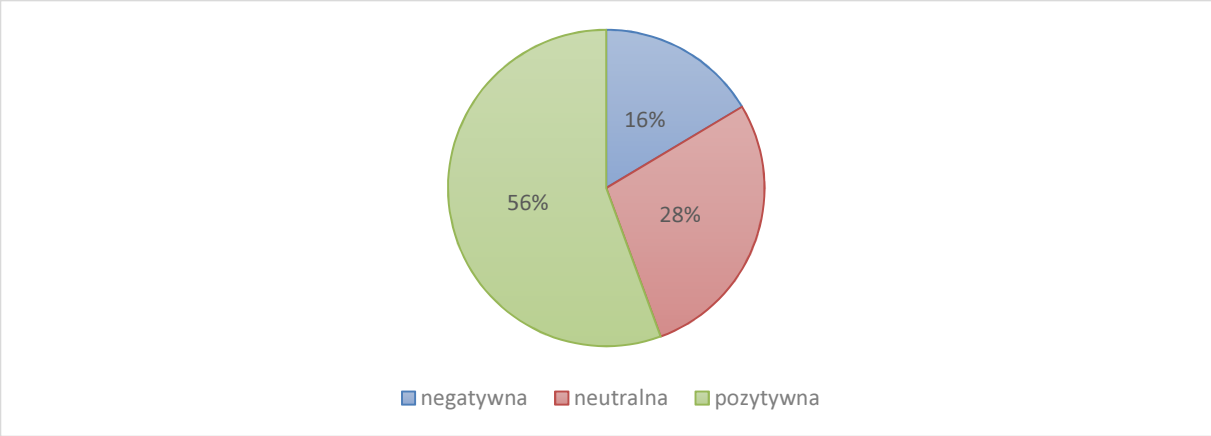
w jakim klienci pomocy społecznej otrzymują wsparcie. Istnieje duża liczba rodzin, które przez wiele lat czerpią z różnych form wsparcia, głównie finansowych. Nierzadko także występują przypadki, kiedy rodziny korzystają z pomocy wielopokoleniowo.

Wykres 53. Podział badanych osób ze względu na powody korzystania rodziny z pomocy



Powody tego, że rodziny pozyskują pomoc od służb pomocowych, są różnorodne: począwszy od nadużywania alkoholu i innych używek przez bezrobocie i ubóstwo, przemoc domową, choroby i innego rodzaju niepełnosprawności skończywszy na problemach opiekuńczo-wychowawczych. Powyższy wykres pokazuje rozkład procentowy aspektów, na które wskazali badani. Wymienione problemy rozciągnęły się tu równomiernie.

Wykres 54. Podział badanych osób ze względu na ocenę jakości współpracy z rodziną

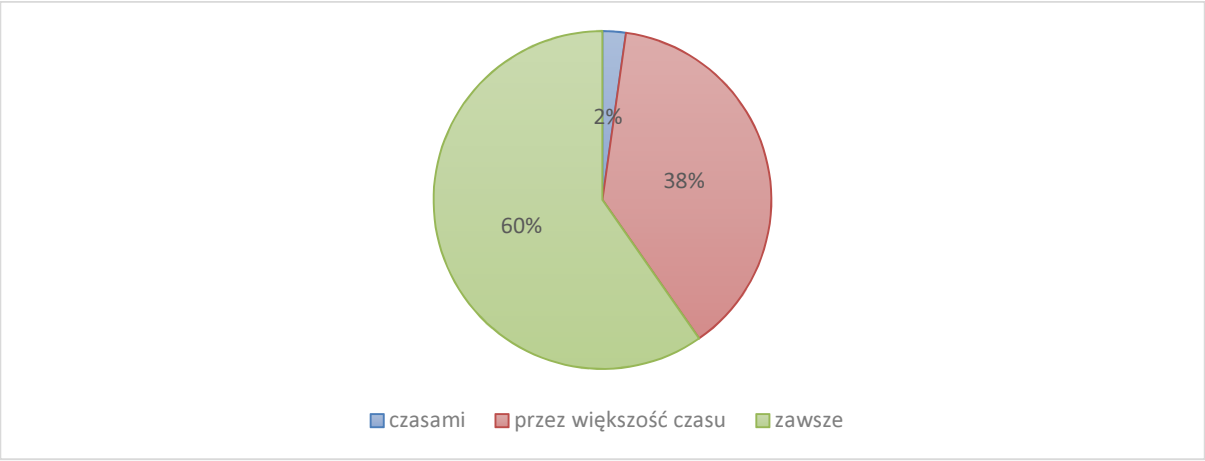


Wśród badanych osób ponad połowa (56%) oceniła jakość współpracy z rodziną jako pozytywną, a 28% – jako neutralną. Jednak 16% respondentów wskazało, że dla nich jakość tej współpracy jest negatywna.

8.2.2. Skala praktyki familiocentrycznej – perspektywa profesjonalistów

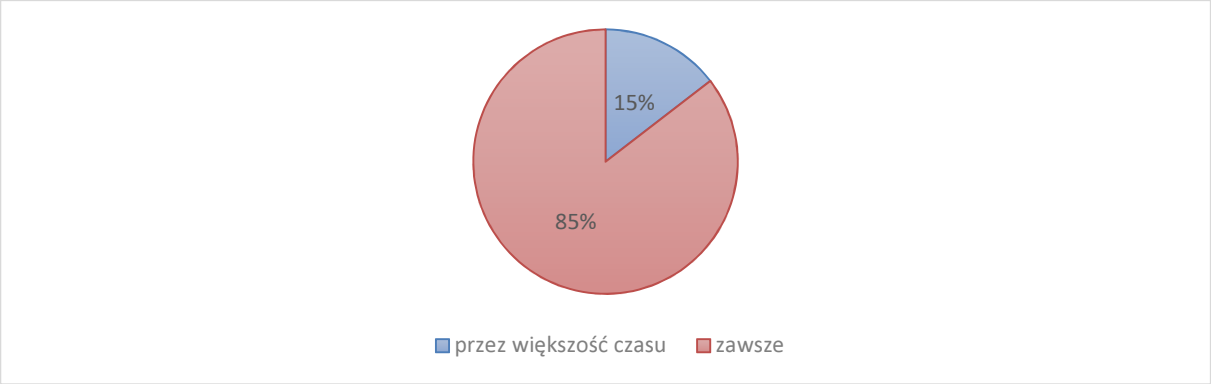
Kolejne pytania w ankiecie dotyczyły poszczególnych obszarów związanych bezpośrednio z czterema wymiarami relacji pomocowej. Poniższe wykresy pokazują rozkład uzyskanych odpowiedzi.

Wykres 55. Podział badanych osób ze względu na to, czy ankietowany wsłuchuje się w obawy i oczekiwania rodziny



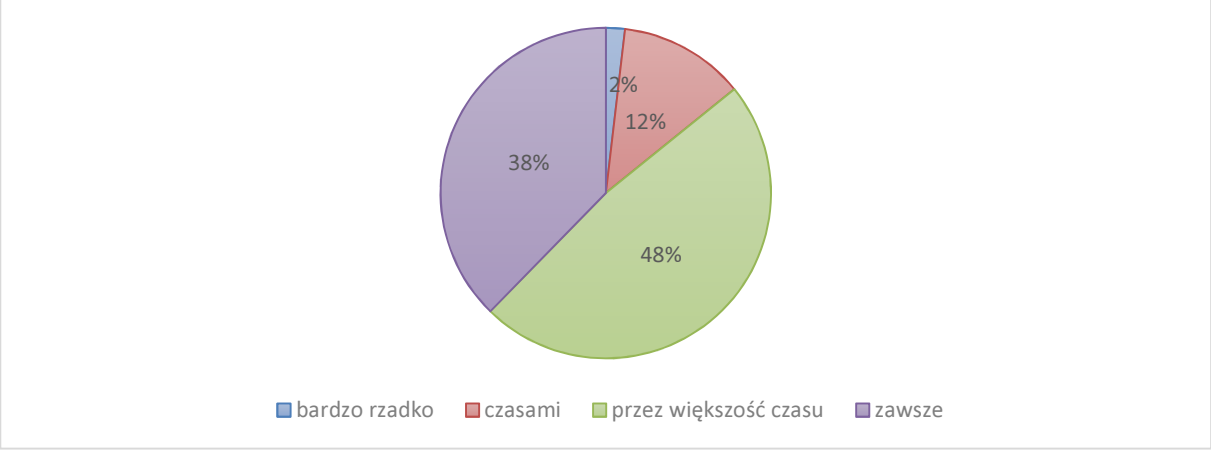
Dokładnie 60% badanych osób zadeklarowało, że zawsze wsłuchuje się w obawy i oczekiwania rodziny, z którą współpracuje. Blisko 40% postępuje w ten sposób przez większość czasu, natomiast zaledwie 2% ankietowanych czyni to czasami.

Wykres 56. Podział badanych osób ze względu na traktowanie rodziny z godnością i szacunkiem



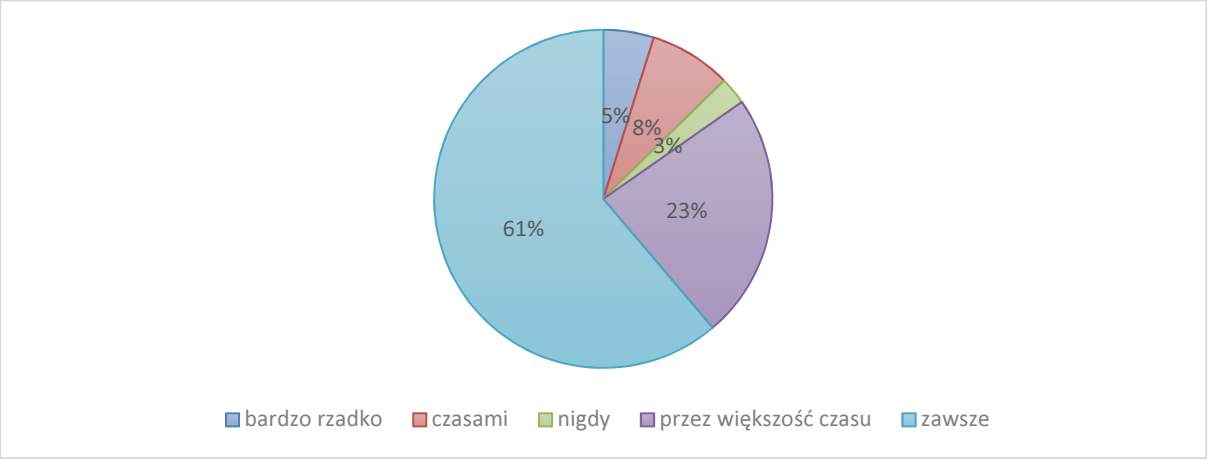
Zdecydowana większość osób, biorących w udział badaniu, stwierdziła, że zawsze traktuje rodzinę, z którą współpracuje, z godnością i szacunkiem. Pozostałe osoby robią to przez większość czasu.

Wykres 57. Podział badanych osób ze względu na postrzeganie rodziny w pozytywny, zdrowy sposób



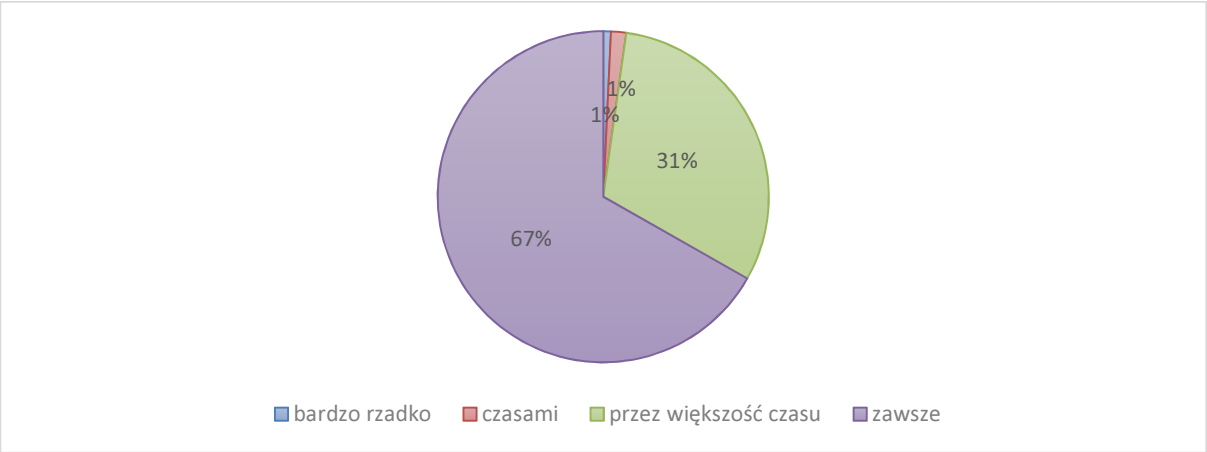
Blisko połowa respondentów przez większość czasu postrzega rodzinę, z którą współpracuje, w pozytywny, zdrowy sposób, 38% procent robi to zawsze, natomiast 14% – czasami lub bardzo rzadko.

Wykres 58. Podział badanych osób ze względu na to, czy ankietowany jest wrażliwy na pochodzenie kulturowe i etniczne rodziny



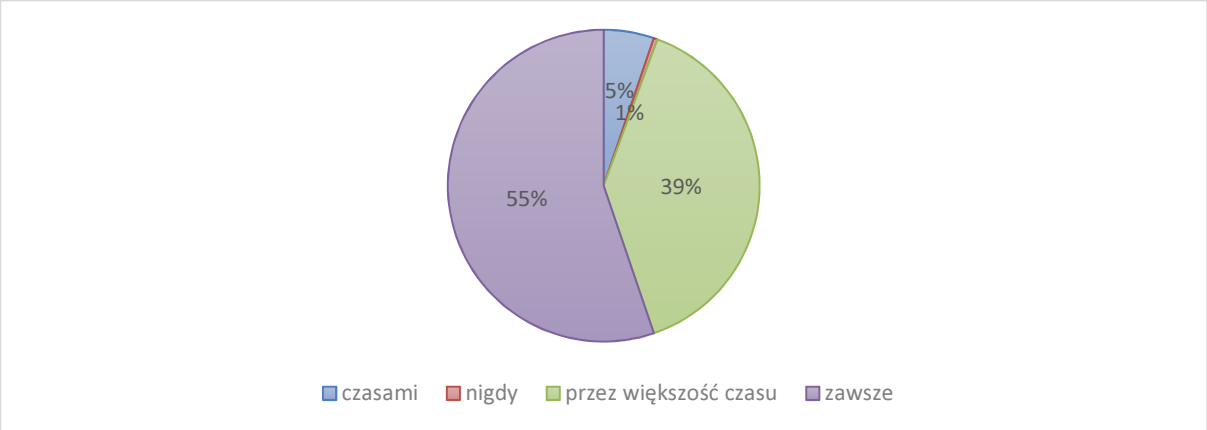
Ponad połowa spośród badanych osób ocenia, że zawsze jest wrażliwa na pochodzenie kulturowe i etniczne rodziny, z którą współpracuje. Jedynie 23% stwierdziło, że jest tak przez większość czasu, a 5% uznało, że dzieje się tak bardzo rzadko.

Wykres 59. Podział badanych osób ze względu na to, czy ankietowany zapewnia informacje, które ułatwiają podjęcie dobrej decyzji przez rodzinę



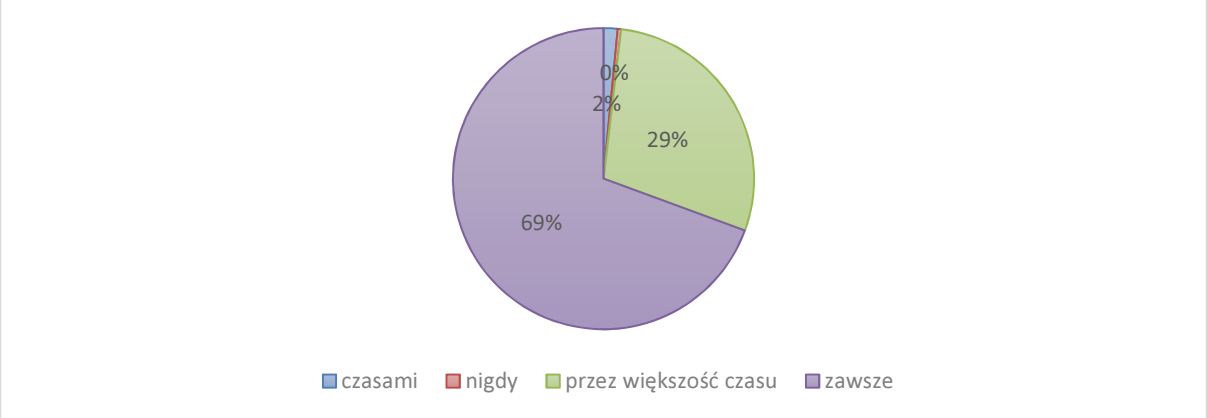
Większość badanych (67%) zadeklarowało, że rodzinom, z którymi współpracuje, zawsze zapewnia informacje ułatwiające im podjęcie dobrych decyzji.

Wykres 60. Podział badanych osób ze względu na to, czy ankietowany rozumie sytuację dzieci oraz samej rodziny



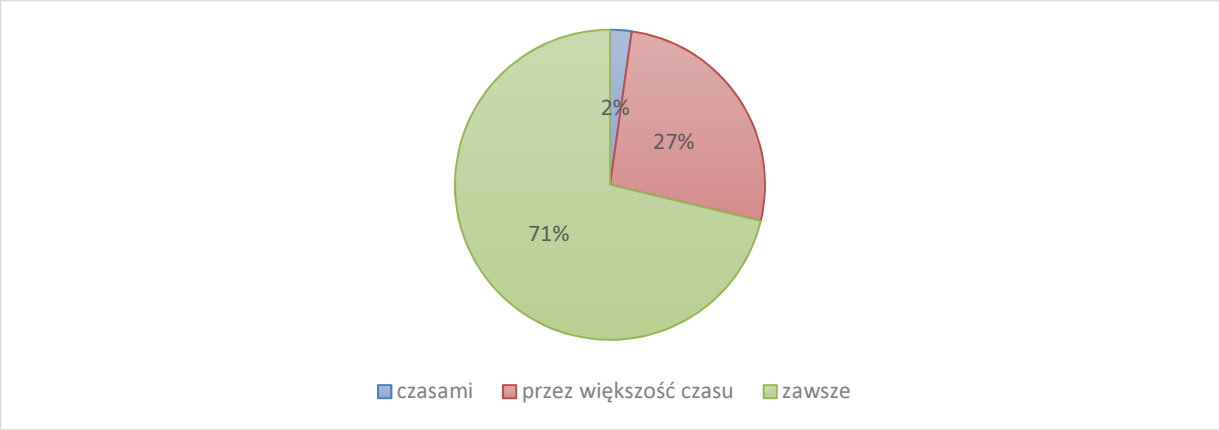
Wśród osób biorących udział w badaniu ponad połowa (55%) uznała, że zawsze rozumie sytuację dzieci oraz samej rodziny, natomiast 39% badanych oceniło, że jest tak przez większość czasu.

Wykres 61. Podział badanych osób ze względu na to, czy ankietowany dostosowuje pomoc do potrzeb i możliwości rodziny



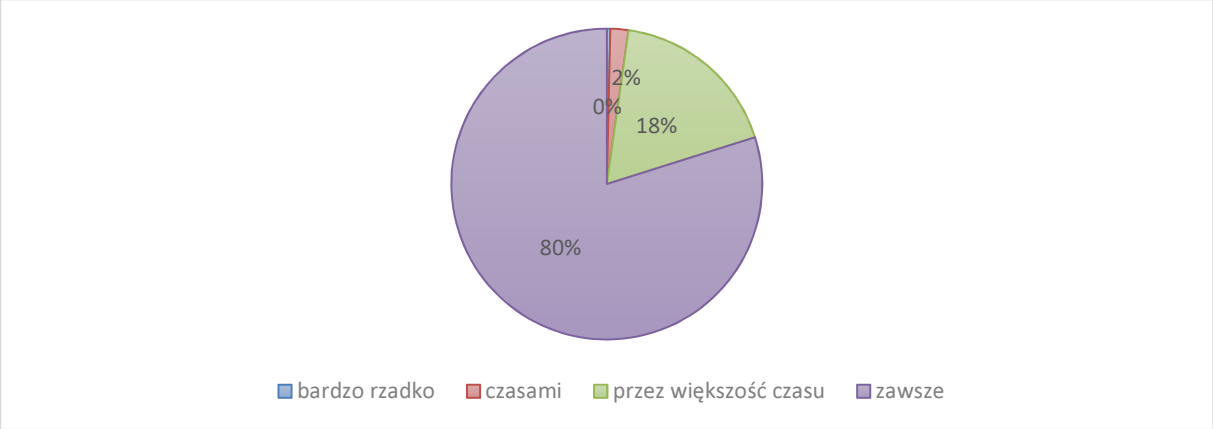
Blisko ¾ badanych osób (69%) uważa, że zawsze dostosowuje swoją pomoc do potrzeb i możliwości rodziny, z którą współpracuje. Zaledwie 29% robi to przez większość czasu.

Wykres 62. Podział badanych osób ze względu na zachęcanie do wspólnego i aktywnego szukania pomocy i wsparcia



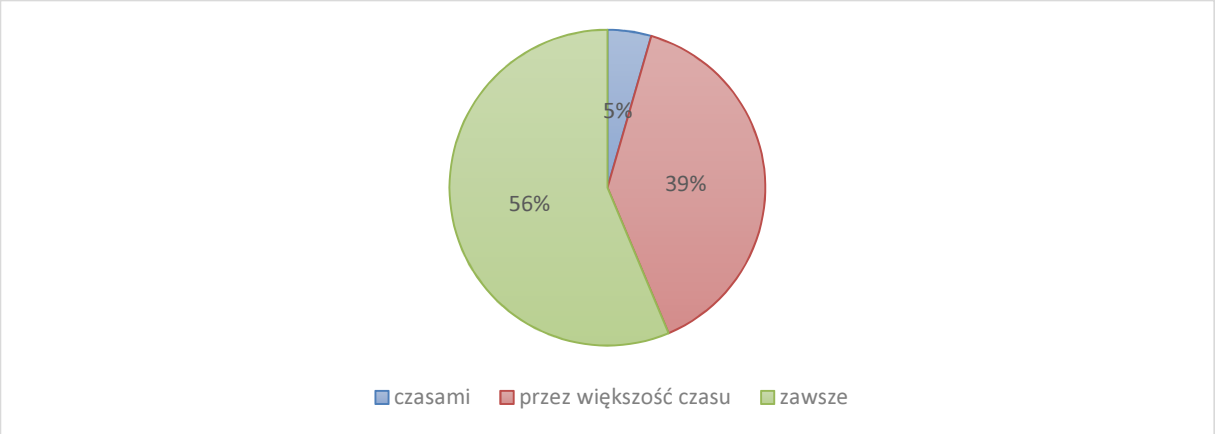
Zdecydowana większość (71%) osób biorących udział w badaniu zadeklarowała, że zawsze zachęca rodziny, z którymi współpracuje, do wspólnego i aktywnego poszukiwania pomocy i wsparcia.

Wykres 63. Podział badanych osób ze względu na to, czy ankietowany przedstawia rodzinie informacje o różnych rodzajach wsparcia, które pomagają w osiągnięciu ważnych dla niej celów



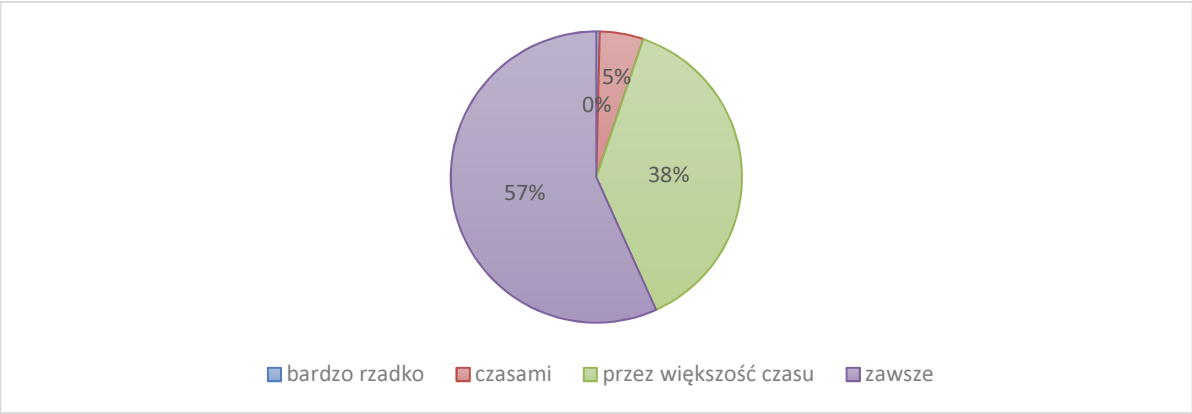
Zdecydowana większość badanych (80%) uznała, że zawsze przedstawia rodzinom, z którymi współpracuje, informacje o różnych rodzajach wsparcia ułatwiającego osiągnięcie ważnych dla rodzin celów.

Wykres 64. Podział badanych osób ze względu na to, czy ankietowany jest elastyczny, gdy sytuacja rodziny ulega zmianom



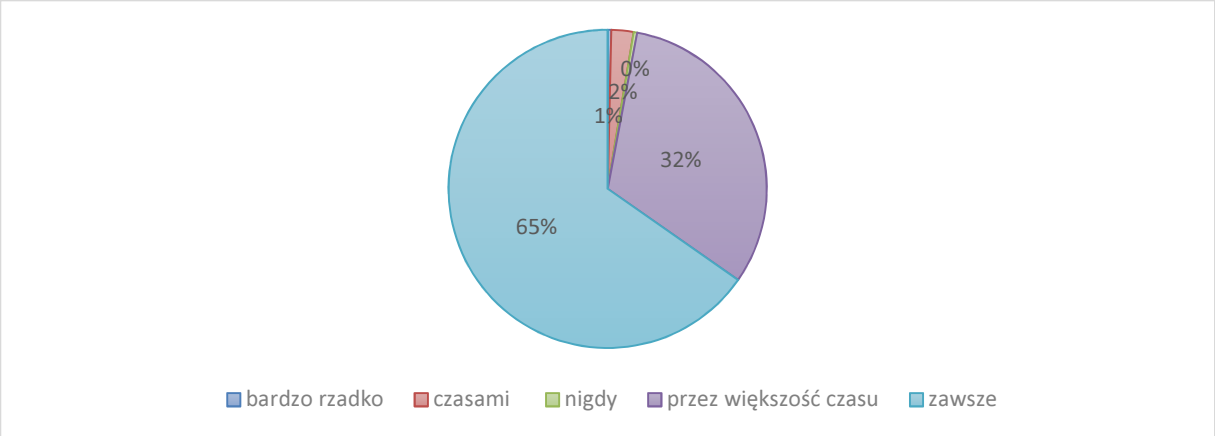
Ponad połowa respondentów (56%) oceniła, że zawsze postępują elastycznie, kiedy sytuacja rodziny, z którą współpracują, ulega zmianom. Natomiast 39% osób biorących udział w badaniu uznało, że zachowują się w ten sposób przez większość czasu.

Wykres 65. Podział badanych osób ze względu na to, czy ankietowany wspiera rodzinę opierając się przede wszystkim na jej zasobach i mocnych stronach



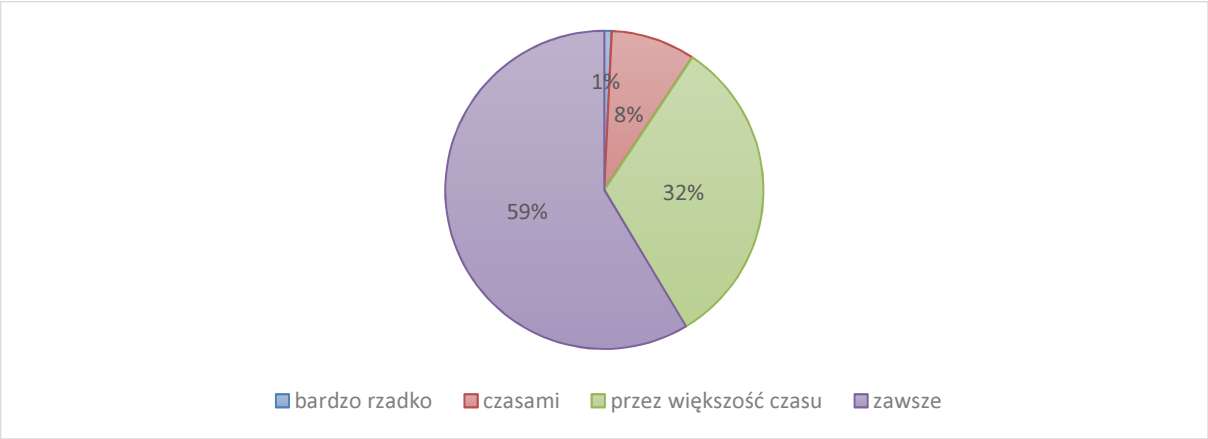
Blisko 60% ankietowanych zadeklarowało, że zawsze wspiera rodzinę, z którą współpracuje, opierając się przede wszystkim na jej zasobach i mocnych stronach. Natomiast 38% badanych robi to przez większość czasu.

Wykres 66. Podział badanych osób ze względu na to, czy ankietowany dotrzymuje obietnic



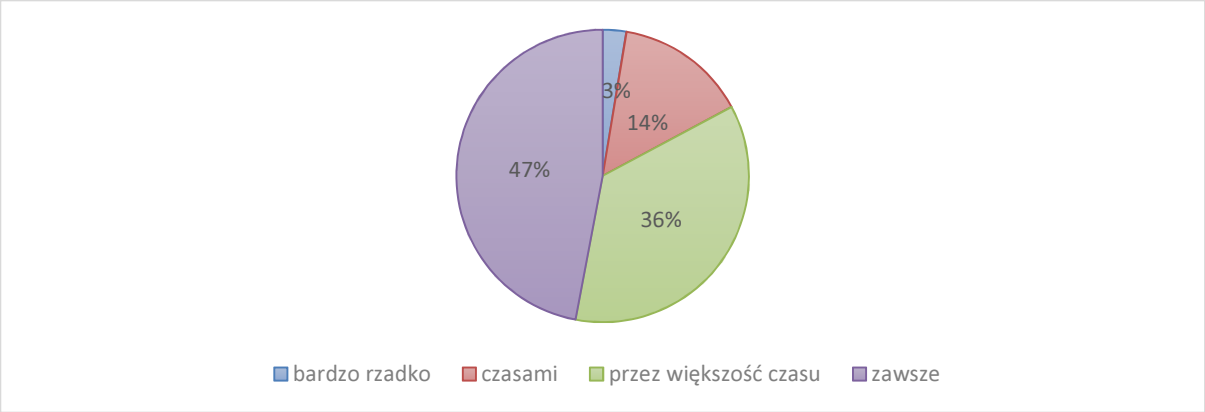
Wśród osób biorących udział w badaniu 65% respondentów stwierdziło, że zawsze dotrzymuje obietnic. Jedynie 32% osób robi tak przez większość czasu, a w pojedynczych przypadkach – czasami lub bardzo rzadko.

Wykres 67. Podział badanych osób ze względu na to, czy ankietowany współpracuje z rodziną, okazując szacunek i zaufanie, które jest odwzajemniane



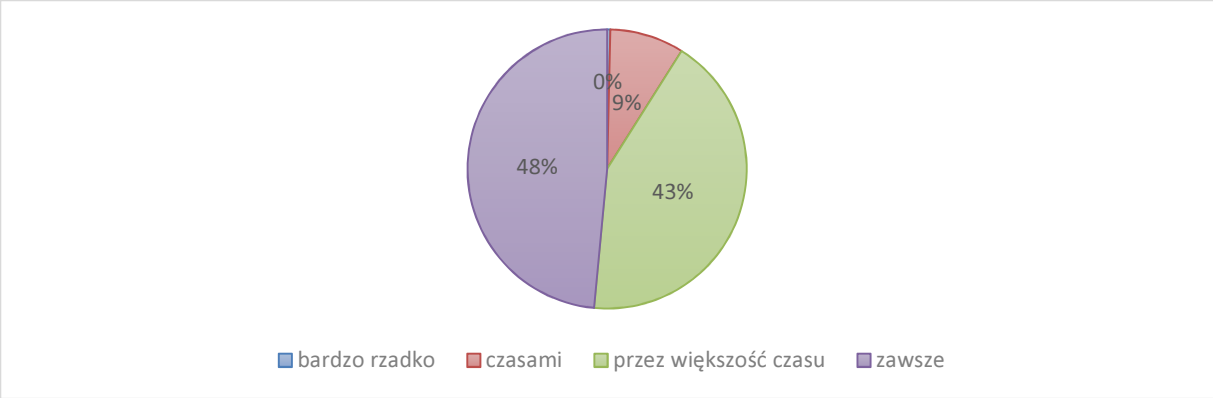
Blisko 60% badanych osób oceniło, że zawsze współpracuje z rodziną, okazując z odwzajemnieniem szacunek i zaufanie.

Wykres 68. Podział badanych osób ze względu na to, czy ankietowany dostrzega pozytywne działania dorosłych w roli rodziców



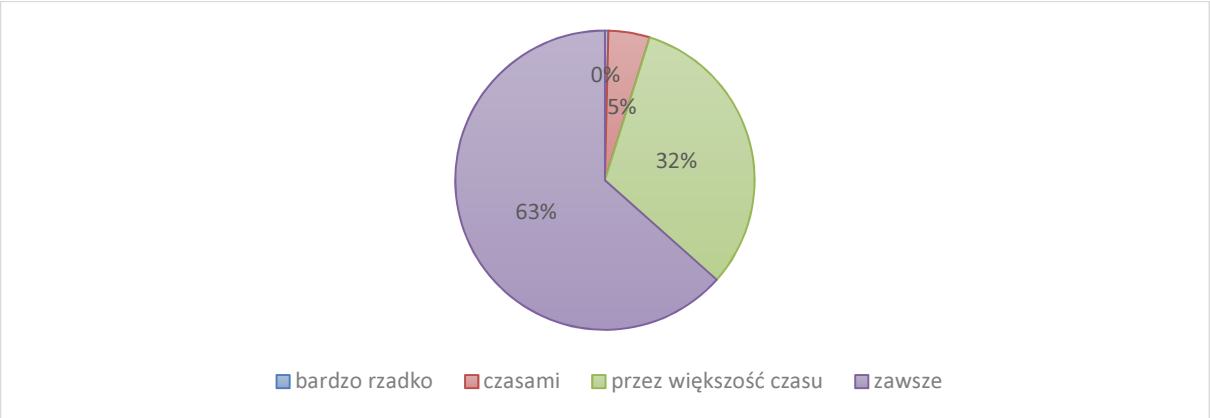
Prawie połowa respondentów zadeklarowała, że zawsze dostrzega u rodzin, z którymi współpracuje, pozytywne działania dorosłych w roli rodziców, natomiast 36% badanych widzi te starania przez większość czasu, 14% – czasami, a jedynie 3% – bardzo rzadko.

Wykres 69. Podział badanych osób ze względu na to, czy ankietowany pomaga rodzinie osiągnąć to, czego ona pragnie i co jest dla niej najważniejsze



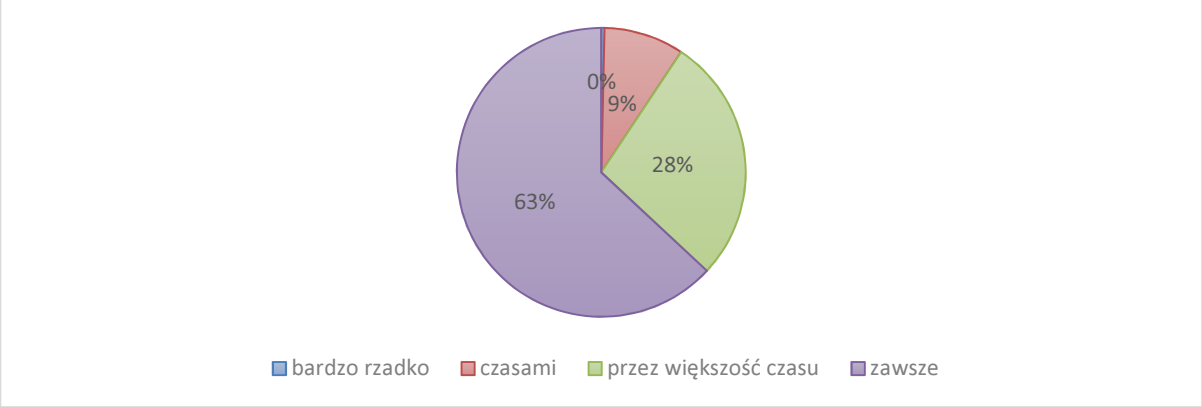
Blisko połowa osób (48%) biorących udział w badaniu stwierdziła, że zawsze pomaga rodzinie, z którą współpracuje, w osiąganiu tego, czego ona pragnie i co jest dla niej najważniejsze, natomiast 43% badanych robi to przez większość czasu.

Wykres 70. Podział badanych osób ze względu na to, czy ankietowany pomaga rodzinie w uzyskaniu informacji dotyczących tego, co jest interesujące dla rodziny



Większość, bo aż 63% osób badanych, zadeklarowało, że zawsze pomaga rodzinie, z którą współpracuje, w uzyskiwaniu informacji dotyczących tego, co jest dla danej rodziny interesujące.

Wykres 71. Podział badanych osób ze względu na to, czy badana osoba wspiera rodzinę w podejmowaniu decyzji



Ponad 60% osób biorących udział w badaniu oceniło, że zawsze wspiera rodzinę, z którą współpracuje, w podejmowaniu decyzji, natomiast 28% badanych robi tak przez większość czasu.

8.2.3. Analiza porównawcza oceny jakości systemu pomocowego z perspektywy jego pracowników i użytkowników

W dalszej części opracowania dokonano zestawienia odpowiedzi respondentów – przedstawicieli rodzin oraz przedstawicieli systemu pomocowego (głównie asystentów rodziny i pracowników socjalnych).

W odpowiedziach na pytanie dotyczące jakości współpracy pracownika systemu pomocowego z rodziną widać duże zróżnicowanie. Interesujący jest fakt, że zdecydowanie lepiej relację tę oceniają przedstawiciele rodzin – 80% uznaje ją za pozytywną, a jedynie 4% – za negatywną. Tymczasem 56% pracowników uważa ją za pozytywną, a 16% – za negatywną. Przestawiona poniżej tabela pokazuje zestawienie danych:

Tabela 22. Zestawienie odpowiedzi respondentów odnośnie współpracy pracownika systemu pomocowego z rodziną

Obszar oceny	Respondent – przedstawiciel rodziny	Respondent – przedstawiciel instytucji
ocena jakości współpracy pracownika systemu pomocowego z rodziną	pozytywna – 80% neutralna – 16% negatywna – 4%	pozytywna – 56% neutralna – 28% negatywna – 16%

Kolejne pytanie dotyczyło uważności, wsłuchiwania się zarówno w obawy, jak i oczekiwania rodzin. Jak prezentuje to poniższa tabela, procent odpowiedzi wskazujących, że postawa polegająca na słuchaniu występuje zawsze, okazuje się na prawie identycznym poziomie w obydwu grupach. Największe zróżnicowanie pojawia się przy odpowiedzi, że rodzina jest wysłuchiwana jedynie czasami. Profesjonaliści nie zauważają takiego zachowania, choć 16% badanych rodzin wskazało, że tylko czasami pracownik wsłuchuje się w ich obawy i oczekiwania.

Tabela 23. Zestawienie odpowiedzi respondentów odnośnie wsłuchiwania się pracownika systemu pomocowego w obawy i oczekiwania rodziny

Obszar oceny	Respondent – przedstawiciel rodziny	Respondent – przedstawiciel instytucji
ocena, czy pracownik systemu pomocowego wsłuchuje się w obawy i oczekiwania rodziny	zawsze – 62% przez większość czasu – 22% czasami – 16%	zawsze – 60% przez większość czasu – 38% czasami – 2%

Kolejny obszar badania dotyczył tego, czy rodzinę traktuje się z godnością i szacunkiem. Choć takie zachowanie powinno być standardem, to nie należy zapominać, że asystenci rodziny, pracownicy socjalni pracują z najtrudniejszymi przypadkami. Czasami może się zdarzyć, że trudno zachować postawę profesjonalną, która zapewnia pełne poszanowanie i godność danej rodziny. Jak pokazuje poniższa tabela, zarówno według rodzin, jak i pracowników spełnianie tego standardu istnieje na wysokim poziomie (uważa tak 74% rodzin i 85% przedstawicieli instytucji), przy czym instytucje oceniają się w nieco lepszy sposób. Warto także zwrócić uwagę, że 8% rodzin określa relację z pracownikiem, pod kątem uszanowania ich godności, w sposób negatywny. Dwa procent rodzin wskazuje, że pracownik nigdy nie traktuje ich z godnością i szacunkiem. Jednocześnie po stronie instytucji nie występuje sytuacja negatywnej oceny relacji pomocowej.

Tabela 24. Zestawienie odpowiedzi respondentów odnośnie traktowania rodziny z godnością i szacunkiem

Obszar oceny	Respondent – przedstawiciel rodziny	Respondent – przedstawiciel instytucji
ocena, czy pracownik systemu pomocowego traktuje rodzinę z godnością i szacunkiem	zawsze – 74% przez większość czasu – 18% czasami – 6% nigdy – 2%	zawsze – 85% przez większość czasu – 15%

Następny obszar relacji, jaki został poddany badaniu, dotyczył sposobu postrzegania rodziny: czy pracownik jest skłonny bardziej do pracy w paradygmacie *empowermentu* czy raczej w modelu medycznym, charakteryzującym rodzinę bardziej w kontekście jej braków i dysfunkcji? W odpowiedziach na pytanie, czy pracownik systemu pomocowego widzi rodzinę w sposób pozytywny i zdrowy, różnice występują w kategoriach: zawsze i przez większość czasu. Respondenci

instytucjonalni byli skłonni bardziej do udzielania odpowiedzi: przez większość czasu (48% badanych), z pewną ostrożnością wskazując odpowiedź: zawsze (38%). 62% respondentów będących przedstawicielami rodzin wskazało, że pracownik postrzega ich w sposób pozytywny i zdrowy, a w odczuciu 20% jest tak przez większość czasu.

Tabela 25. Zestawienie odpowiedzi respondentów odnośnie postrzegania rodziny w pozytywny i zdrowy sposób

Obszar oceny	Respondent – przedstawiciel rodziny	Respondent – przedstawiciel instytucji
ocena, czy pracownik systemu pomocowego postrzega rodzinę w pozytywny i zdrowy sposób	zawsze – 62% przez większość czasu – 20% czasami – 12% bardzo rzadko – 6%	zawsze – 38% przez większość czasu – 48% czasami – 12% bardzo rzadko – 2%

Odpowiedzi na pytanie o to, czy pracownik kieruje się poszanowaniem pochodzenia kulturowego i etnicznego rodziny, praktycznie nie wykazywały zróżnicowania ze względu na typ respondenta. Zgodność ta może wynikać z tego, że w Polsce mamy społeczeństwo monokulturowe, monoreligijne. W związku z powyższym nie występują problemy, z którymi muszą borykać się profesjonaliści w innych krajach. Trzeba podkreślić, że w przeważającej części przypadków pracownicy socjalni, asystenci rodziny wywodzą się z tego samego kręgu kulturowego i religijnego, co rodziny.

Tabela 26. Zestawienie odpowiedzi respondentów odnośnie wrażliwości pracownika na pochodzenie kulturowe i etniczne rodziny

Obszar oceny	Respondent – przedstawiciel rodziny	Respondent – przedstawiciel instytucji
ocena, czy pracownik systemu pomocowego jest wrażliwy na pochodzenie kulturowe i etniczne rodziny	zawsze – 62% przez większość czasu – 14% czasami – 10% bardzo rzadko – 2% nigdy – 12%	zawsze – 61% przez większość czasu – 23% czasami – 8% bardzo rzadko – 5% nigdy – 3%

Właściwa relacja pracownika i rodziny opiera się na tym, aby umożliwić rodzinie podejmowanie decyzji w swoich sprawach. Jest to jeden z celów pracy z rodziną, który prowadzi do jej usamodzielnienia, samostanowienia i odzyskania kontroli nad własnym życiem i nad problemami, których ona doświadcza. Spośród warunków

osiągnięcia tego celu należy wymienić dostarczanie rodzinie takich informacji, które będą wspomagały proces decyzyjny. Analizowane dane wskazują, że bardziej optymistyczna jest w tym zakresie wizja przedstawicieli instytucji. Prawie 100% uważa, że w wystarczający sposób wspiera rodzinę w sferze informacyjnej pozwalającej na podejmowanie dobrych decyzji. Tymczasem 26% rodzin twierdzi, że otrzymuje takie informacje tylko czasami lub bardzo rzadko. Powodu takiej rozbieżności można doszukiwać się w tym, że zapewne inne informacje uznawane są jako użyteczne przez profesjonalistów, a inne – przez przedstawicieli rodzin.

Tabela 27. Zestawienie odpowiedzi respondentów odnośnie zapewnienia informacji ułatwiających rodzinie podjęcie dobrej decyzji

Obszar oceny	Respondent – przedstawiciel rodziny	Respondent – przedstawiciel instytucji
ocena, czy pracownik systemu pomocowego zapewnia informacje, które ułatwiają rodzinie podjęcie dobrej decyzji	zawsze – 48% przez większość czasu – 26% czasami – 18% bardzo rzadko – 8%	zawsze – 67% przez większość czasu – 30% czasami – 2% bardzo rzadko – 1%

W kolejnym pytaniu kluczową była ocena, czy pracownik systemu pomocowego rozumie sytuację rodziny i dzieci, które się w niej znajdują. Dzięki temu można stwierdzić, czy pracownicy potrafią postawić się w roli klienta w próbach poradzenia sobie z problemem. Często spostrzeganie samej trudności jest różne z perspektywy profesjonalisty i członka rodziny. Podobnie dzieje się z proponowanymi rozwiązaniami. To, co wydaje się idealną koncepcją z punktu widzenia pracownika systemu pomocowego, może oznaczać dla rodziny najgorszą z możliwych propozycji. Poniższe zestawienie wskazuje, że rodziny nieznacznie gorzej oceniają rozumienie przez pracownika ich sytuacji.

Tabela 28. Zestawienie odpowiedzi respondentów odnośnie rozumienia sytuacji rodziny i dzieci

Obszar oceny	Respondent – przedstawiciel rodziny	Respondent – przedstawiciel instytucji
ocena, czy pracownik systemu pomocowego rozumie sytuację rodziny i dzieci	zawsze – 64% przez większość czasu – 22% czasami – 12% bardzo rzadko – 2%	zawsze – 55% przez większość czasu – 39% czasami – 5% nigdy – 1%

Warunek skutecznej pomocy to dostosowanie używanych środków do możliwości rodzin. Często zdarza się, że proponowana pomoc nie jest dopasowana do możliwości rodzin. Na przykład proponuje się uczestnictwo w kursach, zajęciach psychologicznych osobom, które od wielu lat nie podejmowały aktywności edukacyjnej i mają problemy z formułowaniem sądów czy nawet z prostą czynnością czytania ze zrozumieniem lub pisania nieskomplikowanych tekstów. Istotnym jest także umiejętność np. oceny własnych emocji, uzyskania podstawowego wglądu w siebie. Może się także zdarzyć, że oferowane wsparcie bardziej wynika z możliwości systemu niż realnych potrzeb rodzin (oferujemy usługi dostępne, a nie potrzebne). Analiza danych pokazuje, że rodziny trochę gorzej oceniają, czy pomoc jest dostosowana do jej potrzeb i możliwości. Prawie 100% pracowników uważa, że zawsze lub przez większość czasu proponują pomoc dostosowaną do potrzeb i możliwości rodzin, z którymi pracują.

Tabela 29. Zestawienie odpowiedzi respondentów odnośnie dostosowania pomocy do potrzeb i możliwości rodziny

Obszar oceny	Respondent – przedstawiciel rodziny	Respondent – przedstawiciel instytucji
ocena, czy pracownik systemu pomocowego pomaga rodzinie stosując środki dopasowane do jej potrzeb i możliwości	zawsze – 56% przez większość czasu – 34% czasami – 4% bardzo rzadko – 4% nigdy – 2%	zawsze – 69% przez większość czasu – 29% czasami – 2% nigdy – 1%

Jednym z kluczowych elementów pracy z rodziną jest jej motywowanie do zmiany. Aktywność samej rodziny to kluczowy element konieczny do trwałego rozwiązania jej problemów i podniesienia jakości życia. W badaniu, rodziny trochę gorzej oceniły pracowników pod kątem zachęty do wspólnego i aktywnego szukania pomocy

i wsparcia niż przedstawiciele systemu pomocowego Podobnie jak w analizowanych wyżej pytaniach pracownicy uważają, że prawie w 100% tak prowadzą pracę z rodziną, że czuje się ona zaktywizowana do poszukiwania pomocy i wsparcia samodzielnie lub we współpracy z pracownikiem.

Tabela 30. Zestawienie odpowiedzi respondentów odnośnie zachęcania rodziny do wspólnego i aktywnego szukania pomocy i wsparcia

Obszar oceny	Respondent – przedstawiciel rodziny	Respondent – przedstawiciel instytucji
ocena, czy pracownik systemu pomocowego zachęca rodzinę do wspólnego i aktywnego szukania pomocy i wsparcia	zawsze – 53% przez większość czasu – 31% czasami – 10% bardzo rzadko – 6%	zawsze – 71% przez większość czasu – 27% czasami – 2%

Jak to zostało pokazane powyżej, jednym z ważniejszych celów pracy z rodziną jest doprowadzenie do sytuacji, kiedy to sama rodzina będzie podejmowała decyzje w swoich sprawach. W początkowej fazie pracy rodziny na ogół mają stosunkowo małą wiedzę o dostępnych rodzajach wsparcia czy usług. Koncentrują się na wsparciu finansowym, często pomijając np. wsparcie psychologiczne, pedagogiczne, zawodowe czy zdrowotne. Dlatego w ocenie profesjonalnej relacji pomocowej ważne okazuje się wsparcie informacyjne klientów polegające na wskazaniu rozwiązań alternatywnych dostępnych w systemie zasobów. Analiza danych wskazuje na rozkład podobny do analizowanych wcześniej pytań. Zastanawia fakt, że po raz kolejny prawie 100% pracowników jest przekonanych, że zawsze pracownik systemu pomocowego przedstawia rodzinie informacje o różnych rodzajach wsparcia, które pomagają w osiągnięciu ważnych dla rodziny celów. Wydaje się, że w praktyce wynik taki przedstawia się jako trudny do osiągnięcia, a sytuacje, w których wsparcie istnieje na poziomie 100%, należą raczej do teoretycznych.

Tabela 31. Zestawienie odpowiedzi respondentów odnośnie przedstawiania rodzinie informacji o różnych rodzajach wsparcia

Obszar oceny	Respondent – przedstawiciel rodziny	Respondent – przedstawiciel instytucji
ocena, czy pracownik systemu pomocowego przedstawia rodzinie informacje o różnych rodzajach wsparcia, które pomagają w osiągnięciu ważnych dla rodziny celów	zawsze – 62% przez większość czasu – 16% czasami – 12% bardzo rzadko – 8% nigdy – 2%	zawsze – 80% przez większość czasu – 18% czasami – 2% bardzo rzadko – 1%

Skuteczność relacji pomocowej zapewnia ciągłe dostosowywanie się do zmieniających się warunków. Praca z rodziną jest relacją z „żywym organizmem". W sytuacji przeżywania trudności, kryzysów cały system rodzinny przeobraża się, uruchamiają się mechanizmy, które pozwalają na dopasowanie się do sytuacji. W takim przypadku profesjonalista nie powinien pracować w sposób sztywny, niepoddający się zmieniającym potrzebom rodzin. Czasami zdarzają się przypadki, kiedy pracownicy ustalają z rodziną plan i za wszelką cenę dążą do jego realizacji, rozliczają rodzinę z postępów jego urzeczywistniania. Czynią tak pomimo tego, że sytuacja poszczególnych członków rodziny, a przez to całej rodziny, uległa znaczącej zmianie, a planowane zadania nie prowadzą do przezwyciężenia trudności. Analiza uzyskanych danych pokazuje, że 95% pracowników uważa, że ich praca zawsze lub przez większość czasu jest elastyczna w sytuacjach, kiedy rodzina doświadcza zmiany i wymaga innego podejścia niż stosowane dotychczas. Uwagę zwraca fakt, że rodziny nie podchodzą tak bardzo optymistycznie do tego i wskazują, że często nie doświadczają tak elastycznych postaw pracowników.

Tabela 32. Zestawienie odpowiedzi respondentów odnośnie elastyczności pracownika pomocowego

Obszar oceny	Respondent – przedstawiciel rodziny	Respondent – przedstawiciel instytucji
ocena, czy pracownik systemu pomocowego jest elastyczny, gdy sytuacja rodziny ulega zmianie	zawsze – 46% przez większość czasu – 28% czasami – 22% bardzo rzadko – 2% nigdy – 2%	zawsze – 56% przez większość czasu – 39% czasami – 5%

Budowanie relacji pomocowej opiera się na zasadzie zaufania. Wymaga to pewnego poziomu szczerości, a także podejścia zakładającego partnerstwo i wzajemny szacunek. Do elementów takiej relacji należy poczucie, że druga strona respektuje poczynione ustalenia oraz ewentualne ich negocjowanie w sytuacji, kiedy zmieniają się warunki wypełniania postanowień. Dla wielu rodzin istotne jest, czy pracownicy systemu pomocowego dotrzymują obietnic, które zostały złożone. Co warto podkreślić, nie tylko będziemy tu mówić o ustaleniach wpisanych do kontraktu socjalnego czy planu pracy z rodziną, ale także o codziennych obietnicach, ustaleniach pomiędzy profesjonalistą a przedstawicielami rodzin. W badanym materiale widać niewielką różnicę spostrzegania tego obszaru przez rodziny i instytucje. Kolejny raz prawie wszyscy pracownicy (97%) pokazują, że zawsze lub przez większość czasu dotrzymują obietnic złożonych klientom. W tym przypadku rodziny raczej zgadzają się z taką oceną. Jedynie 10% rodzin wskazało na to, że pracownik dotrzymuje obietnic czasami lub bardzo rzadko.

Tabela 33. Zestawienie odpowiedzi respondentów odnośnie dotrzymywania tajemnic

Obszar oceny	Respondent – przedstawiciel rodziny	Respondent – przedstawiciel instytucji
ocena, czy pracownik systemu pomocowego dotrzymuje obietnic	zawsze – 68% przez większość czasu – 22% czasami – 8% bardzo rzadko – 2%	zawsze – 65% przez większość czasu – 32% czasami – 2% bardzo rzadko – 1% nigdy – 1%

Kolejne pytanie dotyczyło oceny relacji w kontekście zaufania i szacunku. Istotne, aby ta relacja istniała jako dwustronna. Zaufania i szacunku mają doświadczać zarówno przedstawiciele rodzin, jak i pracownicy instytucji. Ważne więc okazuje się tu słowo: wzajemność. Wiąże się to ze stwierdzeniem, na ile relacja jest zrównoważona, to znaczy czy nie ma takiej sytuacji, kiedy na przykład pracownik okazuje szacunek i zaufanie, a rodzina tego nie odwzajemnia lub nawet w skrajnych przypadkach wykorzystuje, aby osiągnąć swoje indywidualne cele. Badanie pokazało stosunkowo dużą zgodność odpowiedzi rodzin i przedstawicieli instytucji. Różnica polega na sile pozytywnego oceniania. Rodziny, bardziej niż pracownicy, zaakcentowały, że zawsze doświadczają szacunku i zaufania, a pracownicy natomiast, że przez większość czasu. Warto wskazać różnicę w odniesieniu do

poprzednich pytań. W odpowiedziach pracowników u 10% pojawiają się sformułowania: czasami lub bardzo rzadko. Wydaje się, że w kontekście wcześniejszych odpowiedzi będzie to bardziej dotyczyło postaw rodzin niż samych pracowników.

Tabela 34. Zestawienie odpowiedzi respondentów odnośnie okazywania szacunku i zaufania

Obszar oceny	Respondent – przedstawiciel rodziny	Respondent – przedstawiciel instytucji
ocena, czy pracownik systemu pomocowego ze wzajemnością okazuje rodzinie szacunek i zaufanie	zawsze – 70% przez większość czasu – 20% czasami – 8% bardzo rzadko – 2%	zawsze – 59% przez większość czasu – 32% czasami – 8% bardzo rzadko – 1%

Skuteczna praca z rodzinami, jak to zostało kilkukrotnie podkreślone powyżej, wymaga zmiany paradygmatu pomocowego. Istotne jest przejście od modelu medycznego, który akcentuje wszelkie deficyty, dysfunkcje w rodzinie, do modelu odnoszącego się do koncepcji *empowerment*, *resilience*, podkreślającego zasoby rodziny. Choć nie można ignorować diagnozy problemów, to oparcie procesu na zasobach, czyli na mocnych stronach rodziny, przyspiesza osiągnięcie założonych celów. W rodzinie istotna jest relacja dorosłego i dziecka. Funkcjonowanie w roli rodzica to jedno z ważniejszych zadań stawianych przed dorosłymi posiadającymi dzieci. Klienci pomocowi zwracają dużą uwagę na to, czy pracownik spostrzega wypełnianie przez nich roli rodzicielskiej jedynie w perspektywie deficytów czy też potrafi zauważyć pozytywne zachowania, postawy, nawet jeżeli w początkowym okresie pracy nie są one znaczne. Analiza badań pokazała, że różnice dotyczyły akcentów w obszarze pozytywnego spostrzegania omawianej relacji. Członkowie rodzin częściej wskazywali (68%), że pracownik dostrzega u nich mocne strony w pełnieniu roli rodzica, niż robili to przedstawiciele instytucji (47% wskazań).

Tabela 35. Zestawienie odpowiedzi respondentów odnośnie dostrzegania, że dorosły członek rodziny pozytywnie postępuje, pełniąc rolę rodzica

Obszar oceny	Respondent – przedstawiciel rodziny	Respondent – przedstawiciel instytucji
ocena, czy pracownik systemu pomocowego dostrzega pozytywne działania dorosłych członków rodzin w roli rodzica	zawsze – 68% przez większość czasu – 18% czasami – 12% bardzo rzadko – 2%	zawsze – 47% przez większość czasu – 36% czasami – 14% bardzo rzadko – 3%

Podstawowe pytanie, które należy zadać w procesie pomocy rodzinom dysfunkcyjnym, polega na rozpoznaniu celów zarówno instytucji, jak i samej rodziny. Wydaje się, że obecnie system pomocowy jest nastawiony na identyfikację i rozwiązywanie problemów, które on sam uznaje za ważne. Cele rodziny na ogół są w słabym stopniu identyfikowane, a tym samym realizowane. Warto podkreślić, że wszelka sprawozdawczość czy ewaluacja systemu w głównej mierze odnosi się do zadań stawianych przed systemem, a nie celami wyznaczonymi przez rodziny, które w tym systemie funkcjonują. Zestawienie danych pokazuje, że ponad 90% pracowników uważa, że w sposób właściwy rozpoznaje i pomaga realizować cele, które wyznaczają sobie rodziny. Same rodziny choć w większości zgadzają się z postrzeganiem swojej pracy przez pracowników, to jednak wskazują, że nie zawsze spotykają się z postawą pomocy w realizacji swoich celów (18% rodzin).

Tabela 36. Zestawienie odpowiedzi respondentów odnośnie pomocy w osiągnięciu tego, co jest dla rodziny najważniejsze

Obszar oceny	Respondent – przedstawiciel rodziny	Respondent – przedstawiciel instytucji
ocena, czy pracownik systemu pomocowego pomaga rodzinom osiągnąć to, czego chcą i co jest dla nich najważniejsze	zawsze – 62% przez większość czasu – 20% czasami – 16% bardzo rzadko – 2%	zawsze – 48% przez większość czasu – 43% czasami – 9%

Dla procesu pomocowego, co zostało podkreślone powyżej, istotne jest wspieranie rodzin w dostępie do wiedzy, także w kontekście pracy samych placówek pomocowych. Okazuje się, że rodziny nie zawsze w sposób prawidłowy identyfikują obszar zadań poszczególnych służb, nie zawsze potrafią określić swoje oczekiwania

wobec przedstawicieli różnych instytucji. Może też się zdarzyć sytuacja, kiedy pracownik systemu prezentuje tylko takie zakresy działań, jakie jest mu łatwiej podejmować, pomijając te, w których nie czuje się najlepiej lub które sprawiają mu dużą trudność. Analiza danych wskazuje, że przedstawiciele instytucji często mają poczucie dobrze wypełnionego obowiązku. Reprezentanci prawie 20% rodzin wskazali, że nie postrzegają pracy pracowników systemu pomocy na poziomie, który pozwoliłby im na jasne wyznaczenie zakresów udzielanej pomocy.

Tabela 37. Zestawienie odpowiedzi respondentów odnośnie pomocy w uzyskaniu informacji dotyczących tego, czym zajmuje się pracownik pomocowy

Obszar oceny	Respondent – przedstawiciel rodziny	Respondent – przedstawiciel instytucji
ocena, czy pracownik systemu pomocowego pomaga rodzinie w uzyskaniu informacji dotyczących tego, czym się on zajmuje	zawsze – 58% przez większość czasu – 24% czasami – 8% bardzo rzadko – 6% nigdy – 4%	zawsze – 63% przez większość czasu – 32% czasami – 5%

Ostatnim obszarem, w którym zostało dokonane porównanie odpowiedzi pracowników systemu pomocowego i przedstawicieli rodzin, było zagadnienie dotyczące wspierania rodziny w podejmowaniu decyzji. Jak widać w poniższej tabeli, ponad 90% profesjonalistów uważa, że zawsze lub przez większość czasu wspiera rodziny w tym zakresie. Jedynie 9% czyni to czasami. Nieco inaczej postrzegają pracowników rodziny. Choć istnieje tu wysoki odsetek osób oceniających prawidłowo wspieranie w tym obszarze, to niewiele ponad 20% uważa, że takie czynności są podejmowane czasami lub (w przypadku 2% respondentów) nigdy.

Tabela 38. Zestawienie odpowiedzi respondentów odnośnie wspierania rodziny w podejmowaniu decyzji

Obszar oceny	Respondent – przedstawiciel rodziny	Respondent – przedstawiciel instytucji
ocena, czy pracownik systemu pomocowego wspiera rodzinę w podejmowaniu decyzji	zawsze – 61% przez większość czasu – 18% czasami – 19% nigdy – 2%	zawsze – 63% przez większość czasu – 28% czasami – 9%

Podsumowując powyższe wyniki, trzeba stwierdzić, że pracownicy systemu pomocowego wspierającego rodzinę są zadowoleni ze swojej pracy. Należy podkreślić, że to zadowolenie sięga 90-100% osób. Można zadać sobie pytanie, skąd biorą się tak wysokie wyniki w kontekście ogólnego przekonania społecznego o małej skuteczności pomocy, wsparcia, słabej oceny pracy pracowników, szczególnie działających w ramach instytucji samorządowych (ośrodki pomocy społecznej, powiatowe centra pomocy rodzinie). Wydaje się, że jest to zjawisko bardzo niepokojące. Miarę profesjonalizmu stanowi też umiejętność realnej samokrytyki i ewaluacja podejmowanych czynności. Przy takim poziomie zadowolenia praktycznie nie ma możliwości usprawnienia systemu, bo praca znajduje się na najwyższym z możliwych pułapów. Jak więc wytłumaczyć tę sprzeczność pomiędzy spostrzeganiem jako najwyżej jakości działaniem pracowników systemu pomocy a słabymi efektami? Wydaje się, że kluczem jest tu klient. To on nie chce zmiany, to on nie czuje się zmotywowany do pracy. Takie tłumaczenie pozwala pracownikom w sposób jasny i prosty wskazać „winnego" tego stanu rzeczy. Oczywiście to, co usprawiedliwia kontynuowanie działania w danym stylu przez pracowników, nie może zadowolić badaczy, którzy próbują obiektywizować analizowaną rzeczywistość. Celem pracy socjalnej, wspierania jest właśnie przede wszystkim przekształcenie postawy klienta, jego upełnomocnienie. Chodzi tu nie tyle o wypełnienie konkretnych zaleceń, co o takie poprowadzenie procesu zmiany, aby klient chciał go rozpocząć, kontynuować i zakończyć jako osoba odpowiedzialna za swoje życie (porażki i sukcesy), potrafiąca podejmować decyzje w sprawie swojej i swoich bliskich. Dlatego osobliwym wydaje się przerzucenie odpowiedzialności za brak wystarczających efektów tylko i wyłącznie na osoby, które mają się takiej postawy dopiero nauczyć i ją utrwalić w swoim życiu.

8.3. Podział odpowiedzi respondentów na komponenty skali familiocentrycznej

Skala praktyki familiocentrycznej składa się z czterech komponentów w dwóch perspektywach.

Perspektywa relacyjna jest definiowana przez dwa komponenty: otwartość na budowanie relacji pomocowej oraz umiejętność pracy na zasobach rodziny. Z kolei w perspektywie partycypacyjnej wyróżniamy następujące komponenty: włączanie rodzin w proces decyzyjny oraz elastyczność i odpowiadanie na potrzeby rodzin przez profesjonalistów. Poniższa tabela zestawia poszczególne elementy skali w wyznaczonych obszarach.

Tabela 39. Zestawienie wyników badania w odniesieniu do skali praktyki familiocentrycznej

	Obszar oceny	**Odpowiedzi przedstawicieli rodzin**	**Odpowiedzi przedstawicieli systemu pomocowego**
Komponent relacyjny – otwartość na budowanie relacji pomocowej			
	ocena, czy pracownik systemu pomocowego wsłuchuje się w obawy i oczekiwania rodziny	zawsze – 62% przez większość czasu – 22% czasami – 16%	zawsze – 60% przez większość czasu – 38% czasami – 2%
	ocena, czy pracownik systemu pomocowego traktuje rodzinę z godnością i szacunkiem	zawsze – 74% przez większość czasu – 18% czasami – 6% nigdy – 2%	zawsze – 85% przez większość czasu – 15%
	ocena, czy pracownik systemu pomocowego rozumie sytuację rodziny i dzieci	zawsze – 64% przez większość czasu – 22% czasami – 12% bardzo rzadko – 2%	zawsze – 55% przez większość czasu – 39% czasami – 5% nigdy – 1%
	ocena, czy pracownik systemu pomocowego ze wzajemnością okazuje rodzinie szacunek i zaufanie	zawsze – 70% przez większość czasu – 20% czasami – 8% bardzo rzadko – 2%	zawsze – 59% przez większość czasu – 32% czasami – 8% bardzo rzadko – 1%
Komponent relacyjny – umiejętność pracy na zasobach rodziny			
	ocena, czy pracownik systemu pomocowego postrzega rodzinę w pozytywny i zdrowy	zawsze – 62% przez większość czasu – 20% czasami – 12%	zawsze – 38% przez większość czasu – 48% czasami – 12% bardzo rzadko – 2%

	sposób	bardzo rzadko – 6%	
	ocena, czy pracownik systemu pomocowego jest wrażliwy na pochodzenie kulturowe i etniczne rodziny	zawsze – 62% przez większość czasu – 14% czasami – 10% bardzo rzadko – 2% nigdy – 12%	zawsze – 61% przez większość czasu – 23% czasami – 8% bardzo rzadko – 5% nigdy – 3%
	ocena, czy pracownik systemu pomocowego dostrzega pozytywne działania dorosłych członków rodzin w roli rodzica	zawsze – 68% przez większość czasu – 18% czasami – 12% bardzo rzadko – 2%	zawsze – 47% przez większość czasu – 36% czasami – 14% bardzo rzadko – 3%
	ocena czy pracownik systemu pomocowego dotrzymuje obietnic	zawsze – 68% przez większość czasu – 22% czasami – 8% bardzo rzadko – 2%	zawsze – 65% przez większość czasu – 32% czasami – 2% bardzo rzadko – 1% nigdy – 1%
Komponent partycypacyjny – włączanie rodzin w proces decyzyjny			
	ocena, czy pracownik systemu pomocowego zapewnia informacje, które ułatwiają rodzinie podjęcie dobrej decyzji	zawsze – 48% przez większość czasu – 26% czasami – 18% bardzo rzadko – 8%	zawsze – 67% przez większość czasu – 31% czasami – 2% bardzo rzadko – 1%
	ocena, czy pracownik systemu pomocowego przedstawia rodzinie informacje o różnych rodzajach wsparcia, które pomagają w osiągnięciu ważnych dla rodziny celów	zawsze – 62% przez większość czasu – 16% czasami – 12% bardzo rzadko – 8% nigdy – 2%	zawsze – 80% przez większość czasu – 18% czasami – 2% bardzo rzadko – 1%
	ocena, czy pracownik systemu pomocowego wspiera rodzinę w podejmowaniu decyzji	zawsze – 61% przez większość czasu – 18% czasami – 19% nigdy – 2%	zawsze – 63% przez większość czasu – 28% czasami – 9%

Komponent partycypacyjny – elastyczność i odpowiadanie na potrzeby rodzin ze strony profesjonalistów			
	ocena, czy pracownik systemu pomocowego pomaga rodzinie stosując środki dopasowane do jej potrzeb i możliwości	zawsze – 56% przez większość czasu – 34% czasami – 4% bardzo rzadko – 4% nigdy – 2%	zawsze – 69% przez większość czasu – 29% czasami – 2% nigdy – 1%
	ocena, czy pracownik systemu pomocowego zachęca rodzinę do wspólnego i aktywnego szukania pomocy i wsparcia	zawsze – 53% przez większość czasu – 31% czasami – 10% bardzo rzadko – 6%	zawsze – 71% przez większość czasu – 27% czasami – 2%
	ocena, czy pracownik systemu pomocowego pomaga rodzinom osiągnąć to, czego chcą i co jest dla nich najważniejsze	zawsze – 62% przez większość czasu – 20% czasami – 16% bardzo rzadko – 2%	zawsze – 48% przez większość czasu – 43% czasami – 9%
	ocena, czy pracownik systemu pomocowego pomaga rodzinie w uzyskaniu informacji dotyczących tego, czym on się zajmuje	zawsze – 58% przez większość czasu – 24% czasami – 8% bardzo rzadko – 6% nigdy – 4%	zawsze – 63% przez większość czasu – 32% czasami – 5%
	ocena, czy pracownik systemu pomocowego jest elastyczny, gdy sytuacja rodziny ulega zmianie	zawsze – 46% przez większość czasu – 28% czasami – 22% bardzo rzadko – 2% nigdy – 2%	zawsze – 56% przez większość czasu – 39% czasami – 5%

W tym miejscu warto przypomnieć model oceny kontinuum familiocentrycznego.

Tabela 40. Kontinuum modelu familiocentrycznego

Komponenty praktyki	Kontinuum modelu familiocentrycznego			
	Profesjonalista, instytucja w centrum	Model współdziałania Rodzina – sprzymierzeniec	Model skoncentrowany na rodzinie	Model familiocentryczny
relacyjny				
Otwartość na budowanie relacji pomocowej	+	+	+	+
Umiejętność pracy na zasobach rodziny	-	+	+	+
partycypacyjny				
Włączanie rodzin w proces decyzyjny	-	-	+	+
Elastyczność i odpowiadanie na potrzeby rodziny ze strony profesjonalisty	-	-	-	+

Zbiorcze wyniki dla poszczególnych komponentów wyglądają w perspektywie rodzin w następujący sposób:

Tabela 41. Zbiorcze wyniki z podziałem na komponenty

Odpowiedzi przedstawicieli rodzin	Odpowiedzi przedstawicieli systemu pomocowego
Komponent relacyjny – otwartość na budowanie relacji pomocowej	
zawsze – 68% przez większość czasu – 67% czasami – 11 %	zawsze – 65% przez większość czasu – 31% czasami – 1%
Komponent relacyjny – umiejętność pracy na zasobach rodziny	
zawsze – 64% przez większość czasu – 17% czasami – 11% bardzo rzadko – 6%	zawsze – 49% przez większość czasu – 36% czasami – 11% bardzo rzadko – 3%
Komponent partycypacyjny – włączanie rodzin w proces decyzyjny	
zawsze – 57% przez większość czasu – 20% czasami – 16% bardzo rzadko – 5%	zawsze – 70% przez większość czasu – 26% czasami – 4% bardzo rzadko – 1%
Komponent partycypacyjny – elastyczność i odpowiadanie na potrzeby rodzin ze strony profesjonalistów	
zawsze – 55% przez większość czasu – 27% czasami – 12% bardzo rzadko – 4%	zawsze – 61% przez większość czasu – 34% czasami – 5% bardzo rzadko – 1%

W powyższym zestawieniu widać, że komponentem najwyżej ocenionym przez rodziny jest otwartość na budowanie relacji. Biorąc pod uwagę metodykę pracy z klientem to ważny element. Ustanowienie właściwej relacji terapeutycznej stanowi czynnik, który przyczynia się do lepszej skuteczności procesu przezwyciężania doświadczanych trudności[227]. Z kolei pracownicy za kluczowy element pracy uznają włączanie rodzin w proces decyzyjny.

Podsumowując uzyskane wyniki, można odnieść wrażenie, że Polska praktycznie we wszystkich obszarach plasuje się na najwyższych pozycjach i nie musimy już niczego zmieniać w rozwiązaniach systemowych. Choć ankieta zapewniała anonimowość, to

[227] J.C. Czabała, *Czynniki leczące w psychoterapii*, Warszawa 2013.

pozostaje pytanie, jak osiągnąć w takich badaniach pełną trafność i rzetelność. Wydaje się, że środowisko pomocowe ma silne obawy przed pogłębieniem wrażenia, że jego praca jest na nie najwyższym poziomie i dlatego odpowiedzi są raczej udzielane jako oczekiwane przez społeczeństwo lub może jako wyobrażenie własnej pracy. Zestawienie takich wyników z wywiadami pogłębionymi ujawnia jednak znaczną różnicę między nimi i nie pozwala na poczucie zadowolenia z funkcjonowania służb pomocowych w naszym kraju.

9. Wnioski i rekomendacje

- Zakresy działania poszczególnych instytucji nie są wyraźnie określone zarówno w prawie, jak i praktyce pomocy i wsparcia rodzin. Z tego wynika zjawisko dublowania pracy lub też zostawiania „pustych przestrzeni" zwłaszcza w niełatwych obszarach. Wówczas raczej trudno o osiągnięcie sukcesu.

- Metodyka pracy poszczególnych instytucji jest w zasadzie wyznaczana przez indywidualny styl pracowników niż ogólne założenia pracy instytucji. W związku z tym możemy spotkać sędziów rodzinnych pracujących na poziomie asystenta rodziny (przydzielanie konkretnych, codziennych zadań), a także pracowników socjalnych jedynie kontrolujących wykonanie planu przez rodzinę i asystenta rodziny.

- Podejmowanie decyzji przez profesjonalistów jest oparte głównie o własne doświadczenia i przekonania. Praktycznie nie istnieją narzędzia wspomagające decyzyjność i to zarówno w wymiarze codziennej pracy, jak i w kwestiach kluczowych, np. umieszczenia dzieci w pieczy zastępczej, skierowania osoby na przymusową terapię w ośrodku leczenia uzależnień.

- Istnieje duże przekonanie o skuteczności działań własnych instytucji w deklaracjach ich przedstawicieli. Jednocześnie tak pozytywna ocena nie zawsze jest przyznawana innym instytucjom.

- Badania ilościowe nie wskazały na znaczące różnice w formułowaniu celów przez rodziny i instytucje. Jednak w badaniu jakościowym, przy wykorzystaniu techniki reframingu, uzyskano jednoznaczny wynik pokazujący, że osoby pracujące z rodziną w większości przypadków nie są zdolne do przyjęcia perspektywy swoich klientów.

- Badania dowiodły, że w centrum działań nie znajduje się rodzina i jej potrzeby, a raczej wypełnianie misji i zadań przez poszczególne instytucje.

- Duże obciążenie dla poszczególnych instytucji stanowi praca biurokratyczna. Bardzo często przedstawia się ją jako utrudnienie w prowadzeniu pracy

z rodziną. Istotne byłoby zbadanie, na ile odbiurokratyzowanie zmieni sposób wykonywania działań. Często w przypadku zlikwidowania przeszkody nie rozpoczyna się proces zmian, ale zapoczątkowany jest raczej proces poszukiwania następnej przeciwności.

- Istotne wydaje się nadanie ogólnego kierunku zmianom systemowym, szczególnie dotyczącym wspierania rodzin. Z uwagi na usytuowanie tego zadania w różnych sektorach, ważne jest określenie, czy przekształcenia zostaną podjęte w perspektywie współpracy instytucji czy raczej integracji usług.

- Koniecznym okazuje się przeformułowanie działania systemu pomocy i wsparcia tak, by sama rodzina stała się jego centrum. To pozwoli na zmianę perspektywy i przygotowywanie rozwiązań, które w rzeczywisty sposób będą odpowiadały na potrzeby rodzin.

- Jednym z zadań, które należałoby podjąć, to próba wypracowania zarówno modelu kooperacji, jak i integracji usług na rzecz rodzin dysfunkcyjnych.

Bibliografia

1. Adamski F., *Socjologia małżeństwa i rodziny: wprowadzenie*, Warszawa 1984
2. Alexander C.S., Becker H.J., *The Use of Vignettes in Survey Research*, „Public Opinion Quarterly" 1978/1(42)
3. Allen R.I., Petr C.G., *Rethinking Family-Centered Practice*, „American Journal of Orthopsychiatry" 1998/1(68)
4. Anastas J.W., *Research design for social work and the human services*, New York 1999
5. Andrzejewski M., *Ewolucja pieczy zastępczej przez pryzmat nowych regulacji prawnych*, „Teologia i Moralność" 2012/11
6. Arczewska M., *Społeczne role sędziów rodzinnych*, Warszawa 2009
7. *Asystentura rodziny: nowatorska metoda pomocy społecznej w Polsce*, red. M. Szpunar, Gdynia 2011
8. *Auditory-verbal practice: toward a family-centered approach*, red. E.A. Rhoades, J. Duncan, Springfield 2010
9. Ayres I., Braithwaite J., *Responsive regulation: transcending the deregulation debate*, New York 1992
10. Babbie E., *Badania społeczne w praktyce*, Warszawa 2003
11. Batchelor J., Gould N., Wright J., *Family centres: a focus for the children in need debate*, „Child & Family Social Work" 1999/3(4)
12. Biernat T., Przeperski J., *Zintegrowane wsparcie rodziny w środowisku lokalnym: centrum dla rodzin*, Toruń 2015
13. Biernat T., Sobierajski P., *Młodzież wobec małżeństwa i rodziny: raport z badań*, Toruń 2007
14. Bloor M., Wood F., *Keywords in Qualitative Methods. A Vocabulary of Research Concepts*, London 2006
15. Bronfenbrenner U. (tłum. Banasiak J.), *Dwa światy wychowania – USA i ZSRR*, Warszawa 1988
16. Bronfenbrenner U., *The Ecology of Human Development. Experiments by nature and design*, Harvard University Press 1979

17. Brunnberg E., Pećnik N., *Assessment processes in social work with children at risk in Sweden and Croatia*, „International Journal of Social Welfare" 2007/3(16)
18. Bryman A., *Social research methods*, Oxford, New York 2012
19. Cęcelek G., *Rola nauczyciela-wychowawcy we współczesnej rzeczywistości edukacyjnej*, „Nauczyciel i Szkoła" 2006/1-2
20. *Choosing Among Residential Options: Results of a Vignette Experiment*, „Research on Aging" 2012/1(34)
21. Crampton D., *Family Involvement Interventions in Child Protection: Learning from Contextual Integrated Strategies*, „Journal of Sociology and Social Welfare" 2004/31
22. Czabała J.C., *Czynniki leczące w psychoterapii*, Warszawa 2013
23. Czerwiński K., *Audyt wewnętrzny*, Warszawa 2005
24. Dłużak E., *Profilaktyczno-resocjalizacyjna rola kuratorów sądowych we wspomaganiu rodziny niewydolnej wychowawczo*, „Pedagogika Rodziny" 2011/1
25. Dunst C.J., *Family-Centered Practices: Birth Through High School*, „The Journal of Special Education" 2002/3(36)
26. *Efficiency and the social services*, red. R. Pruger, New York 1991
27. *Empowerment and globalisation in a Nordic social work education context*, „International Journal of Social Welfare" 2008/3(17)
28. *Encyklopedia pedagogiczna*, red. W. Pomykało, Warszawa 1997
29. England E., Lester H., *Integrated mental health services in England: a policy paradox*, „International Journal of Integrated Care" 2005/4(5)
30. *Family centre in the Nordic countries – a meeting point for children and families*, Nordisk Ministerrådet, Copenhagen 2012
31. Folgheraiter F., *Relational social work: toward networking and societal practices*, London, New York 2004
32. Gajewska G., *Elementy pedagogiki opiekuńczej oraz metodyki opieki i wychowania*, Zielona Góra 2001
33. Gajewska G., *Pedagogika opiekuńcza: elementy metodyki*, Zielona Góra 2009

34. Gąsiorek P., *Podejście skoncentrowane na rodzinie w pedagogice społecznej – alternatywa wobec metodologicznego indywidualizmu* [w:] *Rodzina, tożsamość, pamięć*, red. M. Kujawska, I. Skórzyńska, G. Teusz, Poznań 2009
35. Gójska A., *Mediacja w sprawach rodzinnych*, Ministerstwo Sprawiedliwości, Warszawa 2012
36. Gröne O., Garcia-Barbero M., *Integrated care*, „International Journal of Integrated Care" 2001/2(1)
37. Hazel N., *Elicitation Techniques with Young People*, „Social Research Update" 1995/12
38. Hryniewicka A., *Podstawy ewaluacji dla pomocy społecznej*, Kraków 2010
39. Hughes R., Huby M., *The construction and interpretation of vignettes in social research*, „Social Work & Social Sciences Review" 2004/1(11)
40. Hughes R., *Vignettes* [w:] *The Sage encyclopedia of qualitative research methods*, red. L. M. Given, Los Angeles 2008
41. Hyman M., Steiner S., *The Vignette Method in Business Research: Current Uses, Limitations and Recommendations* [w:] *Marketing: Moving Toward the 21st Century*, Rock Hill 1996
42. *Integrating Social Services for Vulnerable Groups*, red. D. Richardson, P. Patana, OECD Publishing 2015
43. Jabłoński D., Ostasz L., *Zarys wiedzy o rodzinie, małżeństwie, kohabitacji i konkubinacie: perspektywa antropologii kulturowej i ogólnej*, Olsztyn 2001
44. Janke A., *Pedagogika wobec zmiany społecznej w socjalizacji i wychowaniu rodzinnym*, „Rocznik Naukowy Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej w Bydgoszczy" 2009/4
45. Joumard I., Kongsrud P.M., Nam Y.-S., Price R.W.R., *Enhancing the Effectiveness of Public Spending*, OECD Economics Department Working Papers 2004/380
46. Kanios A., *Praca socjalna z rodziną problemową: perspektywa metodyczna*, Kraków 2016
47. Kantowicz E., *Elementy teorii i praktyki pracy socjalnej*, Olsztyn 2001
48. Kantowicz E., *Pedagogika (w) pracy socjalnej*, Olsztyn 2013
49. Kantowicz E., *Praca socjalna w Europie. Inspiracje teoretyczne i standardy kształcenia*, Olsztyn 2005

50. Kawula S., Brągiel J., Janke A.W., *Pedagogika rodziny: obszary i panorama problematyki*, Toruń 2004
51. Kawula S., *Pedagogika społeczna dzisiaj i jutro*, Toruń 2012
52. Kawula S., *Rodziny ryzyka* [w:] *Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej i pracy socjalnej*, red. D. Lalak, T. Pilch, Warszawa 1999
53. Kaźmierczak T., Rymsza M., *Case management jako formuła koordynacji usług społecznych i innych działań służb publicznych – przypadek aktywizacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych* [w:] *Profesjonalna praca socjalna: nowy paradygmat czy niedokończone zadanie?*, Toruń 2011
54. Kodner D.L., Spreeuwenberg C., *Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper*, „International Journal of Integrated Care" 2002/4(2)
55. Konarzewski K., *Jak uprawiać badania oświatowe. Metodologia praktyczna*, Warszawa 2000
56. Kozłowska D., *Procedura „Niebieskie Karty". Geneza i rozwój*, „Kwartalnik Policyjny" 2015/3
57. Krasiejko I., *Metodyka działania asystenta rodziny: podejście skoncentrowane na rozwiązaniach w pracy socjalnej*, Katowice 2010
58. Krasiejko I., *Zawód asystenta rodziny w procesie profesjonalizacji: wstęp do teorii i praktyki nowej profesji społecznej*, Toruń 2013
59. Križ K., Skivenes M., *Systemic differences in views on risk: A comparative case vignette study of risk assessment in England, Norway and the United States (California)*, „Children and Youth Services Review" 2013/11(35)
60. *Kuratela sądowa: sukcesy i porażki*, red. P. Bachmat, D. Wójcik, Warszawa 2010
61. Lietz C.A., Hayes M.J., Cronin T.W., Julien-Chinn F., *Supporting Family-Centered Practice Through Supervision: An Evaluation of Strengths-Based Supervision*, „Families in Society" 2014/4(95)
62. Long J., *„Who's crying for whom?" Setting up an under five's counselling service in a social services family centre*, „Journal of Social Work Practice" 2000/1(14)
63. Martin L.L., Kettner P.M., *Measuring the performance of human service programs*, Los Angeles 2010

64. Matejek J., Spyrka-Chlipała R., Stańkowski B., *Wsparcie społeczne w działalności wybranych instytucji i pracowników służb społecznych*, Kraków 2015
65. Mirewska E., *Sylwetka zawodowa asystenta rodzinnego w perspektywie „Założeń ustawy o wspieraniu rodziny i systemie piecz y zastępczej nad dzieckiem"* [w:] *Rodzicielstwo zastępcze w perspektywie teoretycznej i praktycznej*, red. A. Żukiewicz, Toruń 2011
66. Misiąg W., *Ewaluacja wobec wyzwań stojących przed sektorem finansów publicznych* [w:] *Ewaluacja wobec wyzwań stojących przed sektorem finansów publicznych*, red. A. Haber, M. Szałaj, Warszawa 2009
67. Misiuk A., *Administracja porządku i bezpieczeństwa publicznego: zagadnienia prawno-ustrojowe*, Warszawa 2008
68. *Multidisciplinary child protection decision making about physical abuse: Determining substantiation thresholds and biases*, „Children and Youth Services Review" 2011/9(33)
69. Munday B., *Services sociaux intégrés en Europe*, Council of Europe, Strasbourg 2007
70. Nowak S., *Metodologia badań społecznych*, Warszawa 2012
71. Nygren L., Oltedal S., *Constructing a vignette for qualitative comparative family research*, „Journal of Comparative Social Work" 2015/1
72. O'Sullivan T., *Decision making in social work*, New York 2011
73. Opora R., *Rola sędziów i kuratorów w resocjalizacji nieletnich*, Gdańsk 2006
74. Ostaszewski K., *Nowe definicje poziomów profilaktyki*, „Remedium" 2005/7
75. Patton M.Q., *Utilization-focused evaluation: the new century text*, Thousand Oaks, London, New Delhi 1997
76. Pawłucki A., *Pedagogika wartości ciała*, Gdańsk 1996
77. *Persons in context: developmental processes*, red. N. Bolger, *Human development in cultural and historical contexts*, Cambridge 1988
78. Petr C.G., *Social work with children and their families: pragmatic foundations*, Oxford, New York 2004
79. Pithouse A., Tasiran A., *Local authority family centre intervention: a statistical exploration of services as family support or family control*, „Child & Family Social Work" 2000/2(5)

80. Podobas I., *Mediacje i negocjacje w pracy socjalnej*, Warszawa 2014
81. *Professional judgements and decisions on placement in foster care and reunification in Portugal*, „European Journal of Social Work" 2017, nr
82. Przeperski J., *Konferencja Grupy Rodzinnej w teorii i praktyce pracy socjalnej z rodziną*, Toruń 2015
83. Pytka L., *Profilaktyka społeczna (prewencja)* [w:] *Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej i pracy* socjalnej, red. D. Lalak, T. Pilch, Warszawa 1999
84. Rappapon J., *Studies in Empowerment: Introduction to the Issue*, „Prevention in Human Services" 1984/2-3(3)
85. *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*, Washington D.C. 1994
86. Rembowski J., *Rodzina w świetle psychologii*, Warszawa 1986
87. *Rola pracy socjalnej w przeciwdziałaniu zjawisku wykluczenia społecznego*, red. D. Błasiak, I. Piątkowska-Lipka, Katowice 2012
88. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 12 czerwca 2003 r. w sprawie szczegółowego sposobu wykonywania uprawnień i obowiązków kuratorów sądowych (Dz. U. Nr 112, poz. 1064 ze zm.; tekst jedn. Dz. U. z 2014 r. poz. 989)
89. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 13 września 2011 r. w sprawie procedury „Niebieskie Karty" oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta" (Dz. U. Nr 209, poz. 1245)
90. Różański T., *Z problematyki przemian i zagrożeń współczesnej rodziny*, „Teologia i Człowiek" 2015/4(32)
91. Rutkowska D., Przybyszewski K., *Efekt sformułowania (framing effect): zaangażowanie poznawczego wysiłku a wpływ kontekstualnych informacji o zysku lub stracie na podejmowanie decyzji*, „Psychologia Społeczna" 2015/3(34)
92. Schoenberg N.E., Ravdal H., *Using vignettes in awareness and attitudinal research*, „International Journal of Social Research Methodology" 2000/1(3)
93. Scott D., *Inter-organisational collaboration in family-centred practice: A framework for analysis and action*, „Australian Social Work" 2005/2(58)

94. Skivenes M., Tefre Ø.S., *Adoption in the child welfare system — A cross-country analysis of child welfare workers' recommendations for or against adoption*, „Children and Youth Services Review" 2012/11(34)
95. *Służyć i chronić: w trosce o społeczność lokalną: materiały z konferencji poświęconej bezpieczeństwu publicznemu*, red. C. Glinkowski, I. Dziubek, Kalisz 2007
96. Spratt T., *Decision Making by Senior Social Workers at Point of First Referral*, „British Journal of Social Work" 2000, t. 30, nr
97. Stelmaszuk Z.W., *Nowe spojrzenie na rodzinę* [w:] *Współczesne kierunki w opiece nad dzieckiem. Wybór tekstów*, red. Z.W. Stelmaszuk, Warszawa 1999
98. *System pomocy społecznej w Polsce: uwarunkowania prawne, społeczne i finansowe*, red. K. Łoś, Bielsko-Biała 2015
99. Szarfenberg R., *Kryteria ewaluacji w pomocy społecznej* [w:] *Podstawy ewaluacji dla pomocy społecznej*, red. A. Hryniewicka, Kraków 2010
100. Szczepański J., *Elementarne pojęcia socjologii*, Warszawa 1970
101. Szmagalski J., *Teoria pracy socjalnej a ideologia i polityka społeczna: przykład amerykański*, Warszawa 1994
102. Sztaba M., *Pedagogika integracyjna wobec wieloaspektowego problemu samotności człowieka*, „Rozprawy Społeczne" 2013/1(7)
103. Szymańska J., *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki*, Warszawa 2012
104. Świderska M., *Asystent rodziny – współczesna forma pomocy rodzinie*, Łódź 2013
105. Taylor B.J., *Professional decision making in social work*, Exeter 2010
106. Toros K., *Graduate Social Work Students' Approaches and Ways of Thinking in Child Protection Assessment: Case Vignette Reflections from Estonia*, „Social Work Education" 2014/7(33)
107. Trowell J., Hodges S., Leighton-Laing J., *Emotional abuse: the work of a family centre*, „Child Abuse Review" 1997/5(6)
108. Tunstill J., Aldgate J., Hughes M., *Improving children's services networks: lessons from family centres*, London, Philadelphia 2007
109. Tyszka Z., *Rodzina we współczesnym świecie*, Poznań 2002

110. Urban A., *Bezpieczeństwo społeczności lokalnych*, Warszawa 2009
111. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. Nr 64, poz. 593 ze zm.; tekst jedn. Dz. U. z 2017 r. poz. 1769 ze zm.)
112. Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (Dz. U. Nr 43, poz. 296 ze zm.; tekst jedn. Dz. U. z 2016 r. poz. 1822 ze zm.)
113. Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. Nr 35, poz. 228 ze zm.; tekst jedn. Dz. U. z 2016 r. poz. 1654 ze zm.)
114. Ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o kuratorach sądowych (Dz. U. Nr 98, poz. 1071 ze zm.; tekst jedn. Dz. U. z 2014 r. poz. 795 ze zm.)
115. Ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. Prawo o ustroju sądów powszechnych (Dz. U. Nr 98, poz. 1070 ze zm.; tekst jedn. Dz. U. z 2016 r. poz. 2062 ze zm.)
116. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. Nr 180, poz. 1493 ze zm.; tekst jedn. Dz. U. z 2015 r. poz. 1390)
117. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. Nr 90, poz. 557 ze zm.; tekst jedn. Dz. U. z 2017 r. poz. 665 ze zm.)
118. Ustawa z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji (Dz. U. Nr 30, poz. 179 ze zm.; tekst jedn. Dz. U. z 2017 r. poz. 2067 ze zm.)
119. Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. Nr 149, poz. 887 ze zm.; tekst jedn. Dz. U. z 2017 r. poz. 697 ze zm.)
120. Warren-Adamson C., *Family Centres and their International Role in Social Action: Social Work as Informal Education*, Milton 2017
121. *What Works? Evidence-based policy and practice in public services*, red. H.T.O. Davies, Bristol 2012
122. Whittington C., *Collaboration and Partnership in Context* [w:] *Collaboration in social work practice*, London 2007
123. Whittington C., *Social Work in the Welfare Network: Negotiating Daily Practice*, „The British Journal of Social Work" 1983, nr
124. Wilson J., While A.E., *Methodological issues surrounding the use of vignettes in qualitative research*, „Journal of Interprofessional Care" 1998/1(12)
125. *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*, red. B. de Barbaro, Kraków 2005
126. Wroczyński R., *Pedagogika społeczna*, Warszawa 1985

127. Zarządzenie Komendanta Głównego Policji Nr 1619 z dnia 3 listopada 2010 r. w sprawie metod i form wykonywania zadań przez policjantów w zakresie przeciwdziałania demoralizacji i przestępczości nieletnich oraz działań podejmowanych na rzecz małoletnich (Dz. Urz. KGP Nr 11, poz. 64 ze zm.)
128. Ziemska M., *Rodzina a osobowość*, Warszawa 1979
129. *Życie rodzinne – uwarunkowania makro i mikrostrukturalne*, red. Z. Tyszka, „Roczniki Socjologii Rodziny" 2003/14

Część III. System pomocy rodzinie w świetle zarządzeń wydawanych przez sąd rodzinny w sytuacji zagrożenia dobra dziecka (art. 109 kodeksu rodzinnego i opiekuńczego)

1. Wprowadzenie

W literaturze przedmiotu[228] podnosi się, że sposób wykonywania władzy rodzicielskiej, w polskim porządku prawnym, oparty został na czterech podstawowych zasadach:

- zasadzie osobistego sprawowania przez rodziców władzy rodzicielskiej;
- zasadzie samodzielności (autonomii) działania rodziców;
- zasadzie pomocy organów państwa (zasada subsydiarności);
- zasadzie posłuszeństwa dziecka.

W sytuacji zagrożenia dobra rodziny i jej prawidłowego funkcjonowania znajduje zastosowanie ww. zasada subsydiarności umożliwiająca udzielenie pomocy rodzinie przez powołane do tego organy państwa.

Celem niniejszego raportu jest więc ocena systemu pomocy rodzinie, udzielanej przez organy państwa, na tle zarządzeń opiekuńczych wydawanych przez sąd rodziny na podstawie art. 109 kodeksu rodzinnego i opiekuńczego[229].

Dokonana analiza nie skupia się *sensu stricte* na problematyce ograniczenia władzy rodzicielskiej, a na funkcjonowaniu rodziny i jej poszczególnych członków (małoletnich dzieci oraz ich rodziców), sądów rodzinnych i instytucji pomocowych w sytuacji trudnej dla rodziny, tj. sytuacji zagrożenia/naruszenia dobra dziecka. Jej celem jest m.in. wskazanie, jakie decyzje w zakresie pomocy rodzinie podejmuje sąd, jakie jest kryterium doboru danego zarządzenia w sytuacji określonych

[228] I. Długoszewska, *Przesłanki oraz skutki ograniczenia i pozbawienia władzy rodzicielskiej*, Warszawa 2012, s. 54.

[229] Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz. U. Nr 9, poz. 59; tekst jedn. Dz. U. z 2017 r. poz. 682), dalej: k.r.o.

dysfunkcji rodziny, w jaki sposób wydane zarządzania pomagają rodzinie, czy i w jaki sposób dochodzi do integracji usług na rzecz rodziny.

Realizacji powyższych celów służyć ma analiza teoretyczna niezbędnych przepisów prawa oraz prezentacja wyników badania aktowego.

2. Pojęcie i znaczenie zasady subsydiarności w aspekcie udzielania pomocy rodzinie przez organy władzy publicznej oraz inne podmioty

2.1. Uwagi wprowadzające

Współczesne ustroje demokratyczne państw opierają się na wielu zasadach, wśród których szczególne miejsce zajmuje zasada subsydiarności (pomocniczości) odnosząca się do zagadnienia roli i statusu osoby ludzkiej w społeczeństwie[230].

Zasada ta jest znana od starożytności, jednak przyjmuje się, że została ona rozwinięta i zdefiniowana w społecznej nauce Kościoła Katolickiego[231].

O relacji państwo – obywatel[232] wypowiadali się w swoich encyklikach m.in. papież Pius XI: "(…) szkodą społeczną jest zabranianie mniejszym społecznościom tych zadań, które mogą spełnić i przekazywanie ich społecznościom większym i wyższym. Każda akcja społeczna ze swego celu i ze swej natury ma charakter pomocniczy, winna pomagać członkom organizmu społecznego, a nie niszczyć ich lub wchłaniać (…)"[233] czy też papież Jan Paweł II „(…) niesprawności i niedostatki w Państwie opiekuńczym wynikają z nieodpowiedniego rozumienia właściwych Państwu zadań. Także w tej dziedzinie winna być przestrzegana zasada pomocniczości, która głosi, że społeczność wyższego rzędu nie powinna ingerować w wewnętrzne sprawy społeczności niższego rzędu, pozbawiając ją kompetencji, lecz raczej winna

[230] A. Dobek, *Zasada pomocniczości w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego*, http://www.bibliotekacyfrowa.pl/dlibra/docmetadata?id=24604&from=publication (dostęp: 2.12.2017 r.).

[231] J. Słyk [w:] *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz*, red. K. Osajda, Legalis.

[232] Po raz pierwszy o relacji państwo – obywatel wypowiedział się papież Leon XIII w encyklice „Rerum novarum" z 15 maja 1891 roku, w której wskazywał, że „prawo wymaga, żeby ani jednostka, ani rodzina nie była pochłaniana przez państwo; jest rzeczą słuszną, by i jednostka i rodzina miała swobodę działania, jak długo nie zagraża dobru powszechnemu, lub wyrządza krzywdy bliźniemu. Niemniej obowiązkiem rządów jest czuwać nad społeczeństwem i nad jego częściami składowymi" (Leon XIII, *Encyklika o kwestii robotniczej* (*Rerum novarum*), „Znak" Społeczne Nauczanie Kościoła 1982/332-334a, s. 663-664.).

[233] Pius XI, *Encyklika o odnowieniu ustroju społecznego. Quadragesimo anno*, Kraków 1982.

wspierać ją w razie konieczności i pomóc w koordynacji jej działań z działaniami innych grup społecznych, dla dobra wspólnego (…)"[234].

Podsumowania zasady pomocniczości w myśl społecznej nauki Kościoła Katolickiego dokonuje B. Banaszak[235] poprzez wskazanie, że odnosi się ona do tego, aby państwo umożliwiło jednostkom i ich wspólnotom jak najszersze możliwości decydowania o własnych sprawach, a zajmowało się tylko tymi zagadnieniami, których jednostki i wspólnoty nie są w stanie samodzielnie rozwiązać. Autor podkreśla także, że takie ujęcie zasady pomocniczości jest w pełni zgodnie z definicją świecką obowiązującą we współczesnych państwach demokratycznych.

2.2. Zasada subsydiarności na tle polskiego systemu prawnego

Odnosząc powyższe rozważania do ustroju Polski oraz polskiego systemu prawnego wskazać należy, że zasada subsydiarności została wymieniona w preambule Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.[236]: „(…) my, Naród Polski – wszyscy obywatele Rzeczypospolitej, (…) ustanawiamy Konstytucję Rzeczypospolitej Polskiej jako prawa podstawowe dla państwa oparte na poszanowaniu wolności i sprawiedliwości, współdziałaniu władz, dialogu społecznym oraz na zasadzie pomocniczości umacniającej uprawnienia obywateli i ich wspólnot (…)".

Wymienienie zasady subsydiarności w preambule Konstytucji wskazuje, że stanowi ona jedną z podstawowych wartości aksjologii systemu prawnego w Polsce i tym samym będzie miała ona odzwierciedlanie oraz rozwinięcie w przepisach prawnych regulujących różne stosunki społeczne dotyczące np. rodziny, samorządów terytorialnych, organizacji społecznych, kościołów, związków wyznaniowych, przedsiębiorstw[237]. Rozwijając omawianą zasadę subsydiarności w zakresie

[234] Jan Paweł II, *Encyklika Centesimus annus*, https://opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/jan_pawel_ii/encykliki/centesimus_1.html (dostęp: 2.12.2017 r.).

[235] B. Banaszak, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Wyd. 2, Warszawa 2012, Legalis.

[236] Dz. U. Nr 78, poz. 483 ze zm. (dalej: Konstytucja).

[237] A. Dobek, *Zasada*..., s. 157.

E. Kustra, *Zasada pomocniczości a przekształcenia polskiego systemu prawa i społecznej świadomości*, „Studia Iuridica Toruniensia" Przemiany Polskiego Prawa 2002/2, s. 208; S. Grzegorski,

problematyki pomocy rodzinie przez Państwo w pierwszej kolejności należy odnieść się do przepisów Konstytucji, które wskazują, że:

- „Małżeństwo jako związek kobiety i mężczyzny, rodzina, macierzyństwo i rodzicielstwo znajdują się pod ochroną i opieką Rzeczypospolitej Polskiej" (art. 18 Konstytucji);

- „Rodzice mają prawo do wychowania dzieci zgodnie z własnymi przekonaniami. Wychowanie to powinno uwzględniać stopień dojrzałości dziecka, a także wolność jego sumienia i wyznania oraz jego przekonania" (art. 48 ust. 1 Konstytucji);

- „Ograniczenie lub pozbawienie praw rodzicielskich może nastąpić tylko w przypadkach określonych w ustawie i tylko na podstawie prawomocnego orzeczenia sądu" (art. 48 ust. 2 Konstytucji);

- „Państwo w swojej polityce społecznej i gospodarczej uwzględnia dobro rodziny. Rodziny znajdujące się w trudnej sytuacji materialnej i społecznej, zwłaszcza wielodzietne i niepełne, mają prawo do szczególnej pomocy ze strony władz publicznych" (art. 71 ust. 1 Konstytucji);

- „Matka przed i po urodzeniu dziecka ma prawo do szczególnej pomocy władz publicznych, której zakres określa ustawa" (art. 71 ust. 2 Konstytucji);

- „Rzeczpospolita Polska zapewnia ochronę praw dziecka. Każdy ma prawo żądać od organów władzy publicznej ochrony dziecka przed przemocą, okrucieństwem, wyzyskiem i demoralizacją" (art. 72 ust. 1 Konstytucji);

- „Dziecko pozbawione opieki rodzicielskiej ma prawo do opieki i pomocy władz publicznych" (art. 72 ust. 2 Konstytucji).

Pierwszy z wymienionych powyżej artykułów Konstytucji (art. 18) zobowiązuje władze publiczne do podejmowania takich działań, które „(….) umacniają więzi między osobami tworzącymi rodzinę, a zwłaszcza więzi istniejące między rodzicami i dziećmi

---

Pojęcie i znaczenie zasady pomocniczości (subsydiarności) do realizacji zadań publicznych przez organizacje pozarządowe w Polsce, Wrocław 2012, s. 4, http://www.tratwa.org/2012/htdocs/attachments/article/135/zasada%20pomocniczo%C5%9Bci.pdf

oraz między małżonkami (…)”[238]. Obowiązki te polegają z jednej strony na podejmowaniu odpowiednich działań chroniących rodzinę i małżeństwo przed niewłaściwą ingerencją podmiotów zewnętrznych, a z drugiej strony skupiają się wokół tworzenia polityk społecznych i gospodarczych wspierających rodzinę i małżeństwo np. poprzez tworzenie prawa sprzyjającego zaspokojeniu potrzeb mieszkaniowych i świadczeń socjalnych[239]. Co szczególnie istotne, „działania władz publicznych powinny opierać się na wyrażonej w preambule Konstytucji zasadzie pomocniczości i państwo nie powinno przejmować na siebie zadań, które z powodzeniem może wykonać sama rodzina. Ma zaś jej pomagać tam, gdzie ona sobie nie radzi”[240].

Artykuł 48 Konstytucji jest następną normą konstytucyjną odnoszącą się do zagadnienia zasady subsydiarności w aspekcie udzielania pomocy rodzinie przez organy władzy publicznej. Ta norma konstytucyjna nawiązuje do zasady autonomii rodziny polegającej na przyznaniu rodzicom swobody w wykonywaniu przez nich władzy rodzicielskiej.

Zasada autonomii rodziny wskazuje, że rodzice wychowują dzieci zgodnie z własnymi przekonaniami oraz przy uwzględnianiu wolności sumienia, wyznania, przekonań dziecka oraz jego stopnia dojrzałości. Natomiast w sytuacji gdy dobro dziecka jest zagrożone, rodzice mogą zostać pozbawieni, ograniczeni praw rodzicielskich.

Powyższe oznacza, że rodzice nie podlegają stałej kontroli władz publicznych a jedynie w przypadku zagrożenia dobra dziecka dozwolona jest ingerencja. Unormowanie tego zagadnienia w powyższy sposób opiera się na założeniu, „(….) że więź rodzinna istniejąca między rodzicami i dziećmi i normalne w tych stosunkach uczucie miłości z reguły stanowią dostateczną gwarancję prawidłowego wykonywania władzy rodzicielskiej. Wynika z tego, że decyzja o roztoczeniu nadzoru

[238] Wyrok TK z dnia 18 maja 2005 r., K 16/04, OTK-A 2005/5, poz. 51, pkt III.4.

[239] B. Banaszak, *Konstytucja...*

[240] *Rodzina. Społeczeństwo. Gospodarka Rynkowa*, red. J. Kroszel, Opole 1995, s. 38.

nad sposobem wykonywania władzy rodzicielskiej musi wykazywać, że ten naturalny mechanizm w konkretnym wypadku przestał działać lub działa nieprawidłowo”[241].

Kolejny artykuł Konstytucji (art. 71) sytuuje prawo rodziny (zwłaszcza rodziny wielodzietnej i niepełnej) znajdującej się w trudnych warunkach materialnych i społecznych oraz prawo matki przed urodzeniem dziecka i po jego urodzeniu do szczególnej pomocy władz publicznych. Dodatkowo podkreśla szczególną rolę rodziny poprzez nałożenie na państwo obowiązku prowadzenia takich polityk, aby uwzględniały one jej dobro.

Trybunał Konstytucyjny wskazał[242], że ta norma konstytucyjna stanowi dopełnienie art. 18 Konstytucji, co powoduje możliwość wyprowadzenia nakazu ochrony rodziny we wszystkich sferach życia, a nie wyłącznie na płaszczyznach społecznych czy gospodarczych. Trybunał zwrócił także uwagę, że rodzina pozostająca w trudnej sytuacji, a także matka (przed urodzeniem dziecka i po jego urodzeniu) korzystają z pomocy „szczególnej”, tj. wykraczającej poza zakres „zwykłego” uwzględniania ich potrzeb.

Natomiast przedstawiciele doktryny[243] podkreślają, że art. 71 Konstytucji interpretowany jest jako „fragment szerszego unormowania konstytucyjnego, którego punktem wyjścia jest sformułowanie [w Preambule] zasady pomocniczości. Ingerencja władzy publicznej we wspólnotę, jaką jest rodzina, powinna być ograniczona do sytuacji koniecznych, jednak państwo może ustanawiać przepisy mające na celu jej ochronę oraz ochronę jej poszczególnych członków, wówczas gdy potrzebowałaby ona pomocy w toku realizacji swoich funkcji”[244].

Ostatni z wymienionych powyżej artykułów Konstytucji (art. 72) odnosi się do zagadnienia zasady subsydiarności w aspekcie udzielania pomocy rodzinie przez organy władzy publicznej.

---

[241] Uchwała SN z dnia 9 czerwca 1976 r., III CZP 46/75, OSNC 1976/9/184.

[242] Wyrok TK z dnia 8 maja 2001 r., P 15/00, OTK 2001/4, poz. 83 oraz wyrok TK z dnia 8 lipca 2015 r., P 33/13, OTK-A 2014/7, poz. 70.

[243] M. Derlatka, L. Garlicki [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, red. L. Garlicki, M. Zubik, t. 2, wyd. II, LEX/el.

[244] W. Borysiak [w:] *Konstytucja RP*, red. M. Safjan, L. Bosek, t. 1, *Komentarz do art. 1-86,* Warszawa 2016, Legalis.

Głównym celem regulacji jest określenie i wyeksponowanie zasady ochrony dobra dziecka poprzez nałożenie na organy władzy publicznej obowiązku reagowania na zagrożenie i naruszenie praw dziecka oraz stosowania wobec najmłodszych przemocy, okrucieństwa, wyzysku i demoralizacji. W sposób szczególny państwo powinno także zapewnić wsparcie dzieciom pozbawionym opieki rodzicielskiej.

B. Banaszak podkreśla, że „władze publiczne wypełniając nakaz płynący z art. 72 ust. 1 i zapewniając ochronę praw dziecka, nie powinny rozumieć go tylko jako podejmowanie działań samodzielnych, ale też i jako wspomaganie rodziców, gdy mimo najlepszych chęci nie są oni w stanie realizować praw dzieci. Ten drugi przypadek stanowi nawiązanie do wyrażonej w Preambule Konstytucji zasady pomocniczości”[245]. Trybunał Konstytucyjny wskazuje, że „zaangażowanie państwa w sferze zabezpieczenia społecznego nie powinno zatem prowadzić do atrofii rodzicielskich obowiązków. Równocześnie takie postrzeganie osobistych obowiązków między członkami rodziny i władzami publicznymi zapewnia właściwe rozumienie sensu i koncepcji zasady pomocniczości”[246].

Nawiązując do *ratio legis* wskazanych powyżej unormowań, które stanowią konstytucyjne umocowanie udzielania wsparcia i pomocy rodzinie, poglądów Trybunału Konstytucyjnego oraz doktryny, można podsumować, że:

> *zasada subsydiarności, w aspekcie udzielania pomocy rodzinie przez organy władzy publicznej oraz inne podmioty, polega na zapewnianiu wsparcia rodzinie w przypadkach zagrażających jej funkcjonowaniu, w szczególności gdy znajduje się ona w trudnej sytuacji materialnej lub społecznej. Pomoc udzielana rodzinie nie powinna zmierzać do pozbawienia jej kompetencji a do odbudowy jej prawidłowego funkcjonowania poprzez współpracę z odpowiednimi służbami pomocowymi. Wsparcie służb pomocowych, co do zasady, powinno podlegać gradacji, poprzez ingerencje w sprawy rodziny, w pierwszej kolejności na poziomie społeczności niższego rzędu (interwencja lokalna) a w dalszej kolejności na poziomie społeczności wyższego rzędu (interwencja na drodze sądowej).*

[245] B. Banaszak, *Konstytucja*...

[246] Wyrok TK z dnia 12 kwietnia 2011 r., SK 62/08, OTK-A 2011/3, poz. 22.

Tak skonstruowana zasada subsydiarności znajduje swoje szczegółowe dookreślenie w wielu zapisach aktów prawnych odnoszących się do zapewnienia prawidłowego funkcjonowania rodziny, np.[247]:

- ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej[248];
- ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej[249];
- ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego[250];
- ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym[251];
- ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym[252];
- ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa[253];
- ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy[254];
- ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego[255];
- ustawa z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich[256];
- ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie[257];

---

[247] Zastosowane wyliczenie zostało oparte na opracowaniu przedstawionym przez D. Jakimiec (D. Jakimiec, *Dysfunkcjonalność rodziny jako przedmiot postępowania wykonawczego w prawie rodzinnym i opiekuńczym*, Warszawa 2016, s. 29-30).

[248] Tekst jedn. Dz. U. z 2017 r. poz. 697 ze zm. (dalej: ustawa o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej).

[249] Tekst jedn. Dz. U. z 2017 r. poz. 1769 ze zm. (dalej: ustawa o pomocy społecznej).

[250] Tekst jedn. Dz. U. z 2017 r. poz. 882 ze zm.

[251] Tekst jedn. Dz. U. z 2017 r. poz. 1875 ze zm.

[252] Tekst jedn. Dz. U. z 2017 r. poz. 1868 ze zm.

[253] Tekst jedn. Dz. U. z 2017 r. poz. 2096.

[254] Tekst jedn. Dz. U. z 2017 r. poz. 682.

[255] Tekst jedn. Dz. U. z 2016 r. poz. 1822 ze zm. (dalej: k.p.c.).

[256] Tekst jedn. Dz. U. z 2016 r. poz. 1654 ze zm. (dalej: ustawa o postępowaniu w sprawach nieletnich).

[257] Tekst jedn. Dz. U. z 2015 r. poz. 1390 (dalej: ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie).

- ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi[258];
- ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. – Prawo o ustroju sądów powszechnych[259];
- rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 23 grudnia 2015 r. – Regulamin urzędowania sądów powszechnych[260];
- rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 13 września 2011 r. w sprawie procedury „Niebieskie Karty" oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta"[261].

[258] Tekst jedn. Dz. U. z 2016 r. poz. 487 ze zm. (dalej: ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi).

[259] Tekst jedn. Dz. U. z 2016 r. poz. 2062 ze zm.

[260] Dz. U. poz. 2316 ze zm. (dalej: regulamin urzędowania sądów powszechnych).

[261] Dz. U. Nr 209, poz. 1245.

3. Sąd rodzinny jako instytucja udzielająca pomocy rodzinie w sytuacji zagrożenia dobra dziecka

3.1. Uwagi wprowadzające

Sąd rodzinny został wyposażony przez ustawodawcę w szereg uprawnień pozwalających mu na ingerencję w funkcjonowanie rodziny w sytuacjach jej zagrażających, w szczególności w przypadkach wystąpienia w niej problemu alkoholowego (podstawę działań stanowią odpowiednie przepisy ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi), demoralizacji i przestępczości nieletnich (podstawę działań stanowią odpowiednie przepisy ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich), trudności w wykonywaniu władzy rodzicielskiej bądź zagrożenia lub naruszenia dobra dziecka (podstawę działań stanowią odpowiednie przepisy kodeksu rodzinnego i opiekuńczego).

Ingerencje w funkcjonowanie rodziny, którą może podjąć sąd rodzinny na podstawie odpowiednich przepisów kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w literaturze przedmiotu[262] dzieli się na cztery grupy:

1. działanie sądu podejmowane w sytuacji, gdy ze względu na ograniczenia natury prawnej lub faktycznej rodzice posiadają trudności w wykonywaniu władzy rodzicielskiej (art. 97 § 2 k.r.o. – rozstrzyganie konfliktów między rodzicami, art. 99 i 102 k.r.o. – wyłączenie reprezentacji rodziców, art. 101 § 3 k.r.o. – udzielanie zezwoleń na dokonywanie czynności przekraczających zakres zwykłego zarządu majątkiem dziecka);
2. działanie sądu polegające na ingerencji – bardziej lub mniej intensywnej – we władzę rodzicielską (art. 58 § 1 k.r.o., art. 107 k.r.o. – niemożność wykonywania władzy rodzicielskiej przez oboje rodziców w pełnym zakresie ze względu na stan ich rozłączenia, art. 109 k.r.o. – zagrożenie dobra dziecka);

[262] J. Gajda [w:] *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz*, red. K. Pietrzykowski, Warszawa 2017, Legalis; J. Ignaczewski [w:] *Władza rodzicielska i kontakty z dzieckiem. Komentarz*, red. J. Ignaczewski, Warszawa 2012, s. 155.

3. działanie sądu prowadzące do pozbawienia bądź zawieszenia władzy rodzicielskiej (art. 111 k.r.o. – pozbawienie władzy rodzicielskiej, art. 110 k.r.o. – zawieszenie władzy rodzicielskiej);
4. działanie sądu polegające na udzieleniu pomocy rodzinie (art. 100 k.r.o., art. 109 k.r.o.[263]).

Wyżej wymienione działania, jak wskazuje się w doktrynie[264], nie posiadają charakteru represyjnego, a mają na celu udzielenie wyłącznie wsparcia rodzinie poprzez współpracę jej poszczególnych członków z sądem. Stanowi to założenie polskiego prawa rodzinnego, na co zwracali uwagę sami sędziowie podczas badań przeprowadzonych przez M. Arczewską[265]:

> *„Tutaj nie orzeka się jak w sądzie karnym, że się orzeka karę i izoluje od społeczeństwa. Tu trzeba zmobilizować rodzinę do prawidłowego funkcjonowania i równocześnie podaje się rękę tym ludziom, żebym im pomóc"*[266]*.*

Podstawową formę udzielania pomocy rodzinie przez sąd rodzinny, w sytuacji zagrożenia dobra dziecka, stanowi instytucja zarządzeń usytuowana w art. 109 k.r.o. Instytucja ta, w porównaniu do wyżej wymienionych działań sądu rodzinnego, wymaga szerszego omówienia ze względu na przedmiot niniejszego opracowania, w tym w szczególności przedmiot badań akt sądowych.

[263] J. Osajda wskazał, że „Rodzajem pomocy świadczonej przez sąd opiekuńczy jest także wydanie jednego z zarządzeń na podstawie art. 109, zwłaszcza gdy następuje to na wniosek samych rodziców (art. 109)" (J. Osajda [w:] *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz*, red. K. Pietrzykowski, Warszawa 2017, Legalis).

[264] J. Gajda [w:] *Kodeks rodzinny i opiekuńczy*…

[265] Dr M. Arczewska w monografii *„Społeczne role sędziów rodzinnych"* przedstawiła grupę sędziów rodzinnych w ujęciu socjologicznym. W publikacji zostały zaprezentowane m.in wyniki badań własnych, w których sędziowie rodzinni oraz eksperci specjalizujący się w prawie rodzinnym identyfikowali role realizowane przez sędziów rodzinnych. Badania własne opierały się na przeprowadzeniu przez autorkę 40 indywidualnych wywiadów pogłębionych.

[266] M. Arczewska, *Społeczne role sędziów rodzinnych*, Warszawa 2009, s. 148.

3.2. Instytucja zarządzeń wydawanych przez sąd rodzinny na podstawie art. 109 kodeksu rodzinnego i opiekuńczego

3.2.1. Istota i charakter prawny

Artykuł 109 kodeksu rodzinnego i opiekuńczego[267] nakłada na sąd rodzinny obowiązek ingerencji we władzę rodzicielską, w sytuacji gdy wymaga tego dobro dziecka. Interwencja sądu rodzinnego polega na wydaniu odpowiednich zarządzeń, które zgodnie z art. 516 k.p.c. przyjmują formę postanowień.

Powyższe działanie sądu nie zostało nazwane wprost w art. 109 k.r.o. ograniczeniem władzy rodzicielskiej. Jednak charakter zarządzeń wydawanych przez sąd, w szerszym lub większym stopniu, wpływa na istotę władzy rodzicielskiej, której część atrybutów, w przeciwieństwie do instytucji pozbawienia bądź zawieszenia władzy rodzicielskiej, pozostaje nadal przy rodzicach. Artykuł 109 k.r.o. prowadzi więc jedynie do ograniczenia autonomii rodziców i tym samym nigdy nie może prowadzić do całkowitego jej zniesienia bądź zawieszenia[268].

Działanie sądu zmierzające do ograniczenia władzy rodzicielskiej, na podstawie art. 109 k.r.o., może być jedynie uzasadnione dobrem dziecka i to wyłącznie w sytuacji, jeśli jest ono zagrożone bądź już naruszone.

Przesłanka „zagrożenia dobra dziecka" została wprost wymieniona w dyspozycji art. 109 k.r.o. J. Ignaczewski wskazuje, że „zagrożenie musi być poważne, a ponieważ chodzi o pewien stan hipotetyczny, kiedy dobro nie zostało jeszcze naruszone, zagrożenie musi być realne, niekoniecznie nieuniknione i bezpośrednie"[269]. Z powyższego wynika prewencyjny i zapobiegawczy charakter ograniczenia władzy

[267] „Jeżeli dobro dziecka jest zagrożone, sąd opiekuńczy wyda odpowiednie zarządzenia" (art. 109 § 1 k.r.o.).

[268] J. Ignaczewski [w:] *Władza rodzicielska i kontakty z dzieckiem. Komentarz*, red. J. Ignaczewski…, s. 155-156; J. Gajda [w:] *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz*, red. K. Pietrzykowski…; J. Słyk [w:] *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz,* red. K. Osajda...; K. Jagielski, *Istota i treść władzy rodzicielskiej*, „Studia Cywilistyczne" 1963, t. III, s. 150; postanowienie SN z dnia 15 października 1970 r., III CRN 275/70, OSN 1971/6, poz. 108; uchwała SN z dnia 17 stycznia 1969 r., III CZP 124/68, OSN 1969/10, poz. 169; postanowienie SN z dnia 3 grudnia 1998 r., II CKN 871/98, Legalis; postanowienie SN z dnia 5 maja 2000 r., II CKN 869/00, OSNC 2000/11, poz. 205.

[269] J. Ignaczewski [w:] *Władza rodzicielska i kontakty z dzieckiem. Komentarz*, red. J. Ignaczewski…, s. 157.

rodzicielskiej, którego celem jest usunięcie stanu zagrożenia, na co wprost zwraca uwagę Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 13 września 2000 roku, II CKN 1141/00[270]: „z treści art. 109 § 1 KRO wynika dyrektywa profilaktycznego działania sądu, nakazująca podjęcie ingerencji w sferę władzy rodzicielskiej już w razie zagrożenia dobra dziecka, by zapobiec ujemnym skutkom niewłaściwego lub nieudolnego jej sprawowania".

Artykuł 109 k.r.o. nie odnosi się w swojej treści bezpośrednio do pojęcia „naruszenia dobra dziecka". Mimo to nie powinno budzić wątpliwości, że w takiej sytuacji sąd rodzinny w sposób szczególny zobligowany jest do podjęcia działań zmierzających do ochrony interesów dziecka. Aktywność sądu koncentrować się będzie nie tylko na zapobieganiu dalszym negatywnym skutkom danego stanu rzeczy, ale także na zniwelowaniu powstałych już nieprawidłowości[271]. Z powyższego wynika zabezpieczający charakter ograniczenia władzy rodzicielskiej.

Co szczególnie istotne, przesłanką ograniczenia władzy rodzicielskiej nie jest nienależyte wykonywanie władzy rodzicielskiej. *Ratio legis* tej instytucji prawnej jest wyłącznie potrzeba ochrony interesów dziecka i „(…) usunięcia wszelkiego rodzaju źródeł zagrożenia dobra dziecka bez względu na to, czy trudności w wykonywaniu władzy rodzicielskiej są zawinione przez rodziców. Nie musi więc ono oznaczać ujemnej oceny społecznej rodzica, którego władza rodzicielska została ograniczona"[272]. Interwencja sądu rodzinnego uzasadniona jest wyłącznie koniecznością ochrony interesów dziecka.

Ograniczenie władzy rodzicielskiej należy więc stosować w każdej sytuacji, w której doszło do zidentyfikowania różnych nieprawidłowości mogących mieć negatywny wpływ na funkcjonowanie dziecka w rodzinie i społeczeństwie[273]. Wspomniane nieprawidłowości mogą dotyczyć zarówno interesów osobistych jak i majątkowych dziecka[274]. W literaturze przedmiotu podnosi się ponadto, aby miały one istotne

[270] Legalis.

[271] I. Długoszewska, *Przesłanki*..., s. 178.

[272] Uchwała SN z dnia 18 lipca 1969 r., III CZP 44/69, OSNCP 1970/1 poz. 4.

[273] Iwona Długoszewska, *Przesłanki*…, s. 178.

[274] J. Ignaczewski [w:] *Władza rodzicielska i kontakty z dzieckiem. Komentarz*, red. J. Ignaczewski…, s. 157.

znaczenie dla spraw dziecka[275]. W przypadku spełnienia tych okoliczności ustawodawca nie pozostawił sądowi uznaniowości postępowania, a nałożył na niego bezwzględny i obligatoryjny obowiązek działania.

Istota instytucji zarządzeń wydawanych przez sąd rodzinny na podstawie art. 109 k.r.o. sprowadza się do ochrony dziecka z jednoczesnym udzielaniem wsparcia rodzicom[276]. Celem jest więc nawiązanie współpracy z rodzicami a nie ich karanie, piętnowanie czy też stygmatyzowanie. Przepis art. 109 k.r.o. nie ma charakteru represyjnego, penalnego. Nie zmierza do antagonizowania rodziców wobec sądu rodzinnego, a do ukazania im tej instytucji jako niosącej pomoc i wsparcie.

3.2.2. Charakterystyka zarządzeń

Artykuł 109 k.r.o. wskazuje, że gdy wymaga tego dobro dziecka, sąd wyda odpowiednie zarządzenia, które w szczególności mogą polegać na:

1) zobowiązaniu rodziców oraz małoletniego do określonego postępowania, w szczególności do pracy z asystentem rodziny, realizowania innych form pracy z rodziną, skierowaniu małoletniego do placówki wsparcia dziennego, określonej w przepisach o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, lub skierowaniu rodziców do placówki albo specjalisty zajmujących się terapią rodzinną, poradnictwem lub świadczących rodzinie inną stosowną pomoc z jednoczesnym wskazaniem sposobu kontroli wykonania wydanych zarządzeń;
2) określeniu, jakie czynności nie mogą być przez rodziców dokonywane bez zezwolenia sądu, albo poddaniu rodziców innym ograniczeniom, jakim podlega opiekun;
3) poddaniu wykonywania władzy rodzicielskiej stałemu nadzorowi kuratora sądowego;
4) skierowaniu małoletniego do organizacji lub instytucji powołanej do przygotowania zawodowego albo do innej placówki sprawującej częściową pieczę nad dziećmi;

[275] J. Słyk [w:] *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz*, red. K. Osajda…

[276] Postanowienie SN z dnia 28 kwietnia 2000 r., II CKN 452/00, LEX nr 52548; postanowienie SN z dnia 13 września 2000 r., II CKN 1141/00, LEX nr 51969.

5) zarządzeniu umieszczenia małoletniego w rodzinie zastępczej, rodzinnym domu dziecka albo w instytucjonalnej pieczy zastępczej albo powierzeniu tymczasowo pełnienia funkcji rodziny zastępczej małżonkom lub osobie, niespełniającym warunków dotyczących rodzin zastępczych w zakresie niezbędnych szkoleń, określonych w przepisach o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, albo zarządzeniu umieszczenia małoletniego w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej;
6) ustanowieniu kuratora w celu zarządzenia majątkiem małoletniego.

Z powyższej normy prawnej wynika, że sąd może wydać każde zarządzenie, które w danych okolicznościach będzie celowe ze względu na ochronę dobra dziecka i jego konkretną sytuację, co podkreślone zostało poprzez użycie zwrotu „w szczególności".

Sąd rodzinny nie jest więc związany wyłącznie zaproponowanym w art. 109 k.r.o. katalogiem zarządzeń i może np. zgodnie ze stanowiskiem Sądu Najwyższego zezwolić na pobranie krwi, gdy wymaga tego dobro dziecka w sprawie o zaprzeczenie ojcostwa[277], wydać rodzicom polecenie złożenia wniosku o ściganie sprawcy przestępstwa ściganego na wniosek, w sytuacji gdy pokrzywdzonym jest małoletni[278].

Sąd rodziny zobowiązany jest natomiast do stosowania zasady subsydiarności[279], w myśl której powinien on w pierwszej kolejności posłużyć się środkami najmniej wkraczającymi w prawa rodziców i życie rodziny, jeżeli są one wystarczające do ochrony dobra dziecka.

Zasada ta nie została wprost wskazana w art. 109 k.r.o.,[280] ale wynika ona z reguł udzielania pomocy rodzinie przez państwo[281] oraz z założeń prawa rodzinnego, w tym struktury art. 109 k.r.o. oraz 112^3 k.r.o.

[277] Wyrok SN z dnia 18 czerwca 1969 r., I CR 128/69, LEX nr 6518; postanowienie SN z dnia 5 maja 2000 r., II CKN 869/00, OSNC 2000/11, poz. 205.

[278] Uchwała SN (7) z dnia 17 grudnia 1970 r., VI KZP 43/68, OSNKW 1971/7-8, poz. 101.

[279] J. Słyk [w:] *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz*, red. K. Osajda…

[280] J. Słyk [w:] *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz*, red. K. Osajda…; M. Domański, *Wybrane zagadnienia orzekania o umieszczeniu dziecka w pieczy zastępczej*, s. 2, https://www.iws.org.pl/pliki/files/IWS_Doma%C5%84ski%20M._Wybrane%20zagadnienia%20orzekani

Ustawodawca uszeregował katalog zarządzeń wymieniony w art. 109 § 2 k.r.o. od najmniej ingerujących w życie rodziny (zobowiązanie do określonego postępowania), do najdalej idących związanych z umieszczeniem dziecka w zastępczym środowisku[282]. Dodatkowo art. 112^3 k.r.o. wskazuje, że umieszczenie dziecka w pieczy zastępczej może nastąpić jedynie wówczas, gdy uprzednio stosowane inne środki przewidziane w art. 109 § 2 pkt 1-4 oraz formy pomocy rodzicom dziecka, wymienione w przepisach o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, nie doprowadziły do usunięcia stanu zagrożenia dobra dziecka.

W literaturze przedmiotu[283] oraz orzecznictwie[284] podkreśla się jednak, że zasada subsydiarności nie będzie obowiązywała, jeżeli w okolicznościach danej sprawy użycie środków łagodniejszych, ze względu na ochronę dobra dziecka, okaże się bezskuteczne oraz bezcelowe. Tym samym możliwe są sytuacje, w których pierwszą ingerencją sądu w życie rodziny będzie zastosowanie środka najsurowszego, w postaci umieszczenia dziecka w pieczy zastępczej bądź, na podstawie art. 111 k.r.o., pozbawienia rodziców władzy rodzicielskiej.

Co również istotne, sąd wydając zarządzenia może je ze sobą łączyć, np. może zobowiązać rodzica do określonego postępowania i ustanowić nadzór kuratora sądowego, a także może je skierować wyłącznie do jednego rodzica bądź ograniczyć władzę rodzicielską tylko wobec jednego dziecka z rodziny.

Odnosząc się już do konkretnych zarządzeń, poniżej omówione zostaną wyłącznie dwa z nich, bowiem tylko one były stosowane przez sąd rodzinny w analizowanych sprawach.

Badania empiryczne wykazały, że sądy rodzinne zobowiązywały rodziców bądź dzieci do określonego postępowania. Rozwiązanie takie zostało wprost wskazane

---

a%20o%20umieszczeniu%20dziecka%20w%20pieczy%20zast%C4%99pczej%282%29.pdf (dostęp: 3.12.2017 r.).

[281] Problematyka ta została obszernie opisana w Rozdziale 2 opracowania.

[282] H. Dolecki [w:] *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz*, red. H. Dolecki, T. Sokołowski, LEX 2013.

[283] J. Ignatowicz [w:] *System prawa rodzinnego i opiekuńczego*, red. J.S. Piątowski, Ossolineum 1985, s. 882; A. Zieliński, *Sądownictwo opiekuńcze w sprawach małoletnich*, Warszawa 1975, s. 191; I. Długoszewska, *Przesłanki...*, s. 188.

[284] Postanowienie SN z dnia 11 stycznia 2000 r., I CKN 1072/99, LEX; wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 28 października 2010 r., I ACa 458/10, OSAB 2010/3, s. 35-42.

w katalogu zarządzeń wymienionym w art. 109 § 2 k.r.o. i zgodnie z zasadą gradacji stanowi najłagodniejszą formę ingerencji w stosunki rodzinne. Decyzja sądu w zakresie wyboru konkretnego zobowiązania i jego adresata zawsze będzie uwarunkowana realiami danej sprawy.

W zależności od sytuacji sąd może zobowiązać do określonego postępowania wyłącznie rodziców/rodzica bądź wyłącznie dzieci/dziecko, ale także postanowienie może jednocześnie dotyczyć dzieci/dziecko jak i rodziców/rodzica.

Od okoliczności danej sprawy zależeć będzie także charakter zobowiązania. Mianowicie rodzice mogą zostać zobligowani np. do niestosowania kar cielesnych, poprawienia warunków bytowych dziecka, regularnego posyłania dziecka do szkoły, nawiązania bliższego stosunku ze szkołą, uczęszczania na warsztaty wychowawcze, powstrzymania się od spożywania alkoholu, zapisania się i uczęszczania na terapię dotyczącą uzależnienia/współuzależnienia od alkoholu.

Natomiast dzieci powinny być zobowiązywane przez sąd do określonego postępowania tylko wtedy, gdy z uwagi na wiek, stopień rozwoju będą w stanie zrozumieć znaczenie określonego obowiązku[285]. W literaturze przedmiotu[286] wskazuje się, że nałożenie określonego obowiązku, także na małoletniego, ma na celu spowodowanie szybszego, skuteczniejszego i pełniejszego zlikwidowania stanu zagrożenia dobra dziecka. Zgodnie z tym dzieci mogą zostać zobligowane np. do regularnego uczęszczania do szkoły, zachowywania poprawnego stosunku wobec rodziców, regularnego uczęszczania do psychologa, regularnego uczęszczania na zajęcia socjoterapeutyczne.

Przykładowe zobowiązania nakładane na rodziców i dzieci zawiera także kodeks rodzinny i opiekuńczy. Zgodnie z art. 109 § 2 pkt 1 k.r.o. „sąd opiekuńczy może w szczególności zobowiązać rodziców oraz małoletniego do określonego postępowania, w szczególności do pracy z asystentem rodziny, realizowania innych form pracy z rodziną, skierować małoletniego do placówki wsparcia dziennego, określonych w przepisach o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej lub skierować rodziców do placówki albo specjalisty zajmujących się terapią rodzinną,

[285] H. Dolecki [w:] *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz*, red. H. Dolecki, T. Sokołowski…

[286] H. Ciepła [w:] *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz,* red. K. Piasecki, Warszawa 2011.

poradnictwem lub świadczących rodzinie inną stosowną pomoc z jednoczesnym wskazaniem sposobu kontroli wykonania wydanych zarządzeń".

Powyższy kształt przepisu jest wynikiem nowelizacji kodeksu rodzinnego i opiekuńczego z dnia 6 listopada 2008 r. oraz uchwalenia ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej. Wymienione przykłady określonego postępowania miały na celu zwrócić uwagę sądów rodzinnych na możliwość przeciwdziałania zagrożeniu dobra dziecka także przez wykorzystanie odpowiednich służb pomocy dziecku i rodzinie.

Co szczególnie istotne, w przypadku nałożenia na rodziców bądź dziecko obowiązku określonego postępowania, sąd zobligowany jest do określenia sposobu nadzorowania jego wykonania. Nadzór ten może przybierać różną formę i może polegać np. na składaniu przez zobowiązanych określonych sprawozdań/zaświadczeń, przeprowadzaniu przez kuratorów sądowych wywiadów środowiskowych, zwracaniu się do odpowiednich instytucji o informacje o zobowiązanym[287].

Badania empiryczne wykazały także, że sądy rodzinne poddawały wykonywanie władzy rodzicielskiej stałemu nadzorowi kuratora sądowego. Rozwiązanie takie, tak jak w przypadku ograniczenia władzy rodzicielskiej poprzez zobowiązanie do określonego postępowania, zostało wprost wskazane w katalogu zarządzeń wymienionym w art. 109 § 2 k.r.o. i zgodnie z zasadą gradacji stanowi dalej idącą ingerencję w stosunki rodzinne.

Głównym celem nadzoru kuratora sądowego jest sprawowanie kontroli nad wykonywaniem władzy rodzicielskiej nad dzieckiem przez rodziców w celu zmiany sytuacji rodzinnej i osobistej małoletniego.

Nadzór, o którym mowa w art. 109 k.r.o., prowadzony jest przez kuratorów sądowych – zawodowych i społecznych – sprawujących swe funkcje w sprawach należących do właściwości wydziałów rodzinnych i nieletnich sądów rejonowych.

[287] J. Ignaczewski [w:] *Władza rodzicielska i kontakty z dzieckiem. Komentarz*, red. J. Ignaczewski…, s. 159.

Podstawowe zadania kuratorów sądowych określone zostały w ustawie z dnia 27 lipca 2001 roku o kuratorach sądowych[288]. Zgodnie z tą ustawą, kuratorzy sądowi realizują określone przez prawo zadania o charakterze wychowawczo-resocjalizacyjnym, diagnostycznym, profilaktycznym i kontrolnym, związane z wykonywaniem orzeczeń sądu.

Z kolei szczegółowe zadania kuratorów rodzinnych określone zostały w rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości z dnia 12 czerwca 2003 roku w sprawie szczegółowego sposobu wykonywania uprawnień i obowiązków kuratorów sądowych[289]. Stosownie zaś do § 3 rozporządzenia do podstawowych zadań kuratorów sądowych należy:

- zaznajamianie się z aktami sprawy i innymi niezbędnymi źródłami informacji o podopiecznych, a w szczególności z przebiegiem dotychczasowych nadzorów;
- nawiązywanie pierwszego kontaktu z podopiecznymi, nie później niż w ciągu 7 dni od daty wpływu prawomocnego orzeczenia do zespołu kuratorskiej służby sądowej;
- pouczanie podopiecznych o prawach i obowiązkach wynikających z orzeczenia sądu oraz omawianie sposobu i terminów ich realizacji;
- planowanie wobec podopiecznych oddziaływań profilaktyczno-resocjalizacyjnych i opiekuńczo-wychowawczych;
- współpraca z rodzinami podopiecznych w zakresie oddziaływań, o których mowa powyżej;
- udzielanie podopiecznym pomocy w organizowaniu nauki, pracy i czasu wolnego oraz w rozwiązaniu trudności życiowych;
- kontrola zachowania podopiecznych w miejscu zamieszkania, pobytu, nauki i pracy;

[288] Tekst jedn. Dz. U. z 2014 r. poz. 795 ze zm. (dalej: ustawa o kuratorach sądowych).

[289] Tekst jedn. Dz. U. z 2014 r., poz. 989 ze zm. (dalej: rozporządzenie).

- współdziałanie z organizacjami, instytucjami, stowarzyszeniami i innymi podmiotami, których celem działania jest pomoc podopiecznym.

Kuratorzy zawodowi i społeczni podejmowane przez siebie czynności i przebieg nadzoru dokumentują na bieżąco w formie akt czynności nadzoru, prowadzonych osobno dla każdego podopiecznego, w których wpisują datę, miejsce i rodzaj czynności, uzyskane dokumenty i informacje oraz ich źródła, a także własne uwagi i zamierzenia w zakresie sprawowania nadzoru.

Obowiązki kuratorów zawodowych uszczegółowione zostały także w § 5 rozporządzenia, zgodnie z którym zawodowy kurator rodzinny, wykonując obowiązki i uprawnienia w zakresie nadzoru, ponadto:

1) „sprawuje nadzory w sprawach trudnych lub wymagających bezzwłocznego podjęcia czynności;

2) kontroluje prawidłowość i efektywność sprawowania nadzorów oraz innych czynności zleconych sądowym kuratorom społecznym, przedstawicielom stowarzyszeń, organizacji i instytucji oraz osobom godnym zaufania, a ponadto, w uzasadnionych przypadkach, zgłasza sądowi potrzebę wystąpienia do organu statutowego stowarzyszenia, organizacji lub instytucji z wnioskiem o zmianę przedstawiciela wyznaczonego do wykonywania czynności związanych z nadzorem;

3) udziela pomocy kuratorom społecznym i innym osobom sprawującym nadzory zwłaszcza poprzez udzielanie instruktażu w zakresie metod i form pracy oraz organizowanie szkoleń dla tych osób;

4) pozyskuje osoby do sprawowania funkcji sądowego kuratora społecznego;

5) informuje kierownika zespołu kuratorskiej służby sądowej o nieprawidłowym sprawowaniu funkcji przez sądowego kuratora społecznego, a organy nadrzędne stowarzyszeń i organizacji – o sposobie sprawowania nadzoru przez ich przedstawicieli;

6) sygnalizuje jednostkom nadrzędnym organów i instytucji państwowych, organów samorządu terytorialnego oraz organom statutowym stowarzyszeń

i organizacji przypadki bezzasadnej odmowy udzielenia kuratorowi sądowemu żądanej pomocy;

7) przygotowuje i występuje do sądu z odpowiednio uzasadnionymi wnioskami w sprawie zmiany orzeczenia sądu i dołącza do nich akta nadzoru i inne stosowne dokumenty;

8) uczestniczy w posiedzeniach wykonawczych sądu, dotyczących podopiecznych.”

Ustawodawca nie tylko nałożył na kuratorów liczne obowiązki, ale także wyposażył ich w adekwatne uprawnienia. Zgodnie bowiem z art. 9 ustawy o kuratorach sądowych, kurator zawodowy wykonując swoje obowiązki służbowe, w tym te związane z nadzorem, ma prawo do:

1) „odwiedzania w godzinach od 7:00 do 22:00 osób objętych postępowaniem w miejscu ich zamieszkania lub pobytu, a także w zakładach zamkniętych;

2) żądania okazania przez osobę objętą postępowaniem dokumentu pozwalającego na stwierdzenie jej tożsamości;

3) żądania niezbędnych wyjaśnień i informacji od podopiecznych objętych dozorem, nadzorem lub inną formą kontroli zleconej przez sąd;

4) przeglądania akt sądowych i sporządzania z nich odpisów w związku z wykonywaniem czynności służbowych oraz dostępu do dokumentacji dotyczącej podopiecznego i innych osób objętych postępowaniem;

5) żądania od Policji oraz innych organów lub instytucji państwowych, organów samorządu terytorialnego, stowarzyszeń i organizacji społecznych w zakresie ich działania, a także od osób fizycznych pomocy w wykonywaniu czynności służbowych.”

3.2.3. Zagadnienia proceduralne

Jak zostało już wspomniane, ograniczenie władzy rodzicielskiej na podstawie art. 109 k.r.o. składa się z postępowania rozpoznawczego oraz postępowania wykonawczego.

Postępowanie rozpoznawcze ma na celu ustalenie, czy w okolicznościach danej sprawy dochodzi do zagrożenia bądź naruszenia dobra dziecka, a w wypadku istnienia takich podstaw – ustalenie, jakie środki należy zastosować, aby ochronić interes dziecka i przywrócić właściwe funkcjonowanie rodziny.

Sprawy w przedmiocie ograniczenia władzy rodzicielskiej należą do kategorii spraw z zakresu prawa rodzinnego, opiekuńczego oraz kurateli i rozpoznawane są w trybie postępowania nieprocesowego. Przepisami właściwymi do zastosowania w tym przedmiocie są regulacje ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego, tj. przepisy ogólne o postępowaniu nieprocesowym, regulacje dotyczące postępowania w sprawach z zakresu prawa rodzinnego, opiekuńczego i kurateli (dział II postępowania nieprocesowego), a także na mocy art. 13 § 2 k.p.c. odpowiednie przepisy dotyczące postępowania procesowego.

Postępowanie w przedmiocie ograniczenia władzy rodzicielskiej prowadzi sąd opiekuńczy, będący sądem rodzinnym[290], właściwy ze względu miejsce zamieszkania dziecka, a w przypadku braku miejsca zamieszkania – sąd opiekuńczy miejsca jego pobytu. Jeżeli brak i tej podstawy, właściwy jest sąd rejonowy dla m.st. Warszawy. W wypadkach nagłych sąd opiekuńczy zobowiązany jest do wydawania z urzędu wszelkich potrzebnych zarządzeń nawet w stosunku do dziecka, które nie podlega jego właściwości miejscowej[291].

Czynności w zakresie ograniczenia władzy rodzicielskiej sąd może podjąć z urzędu (art. 570 k.p.c), a każdy, komu znane jest zdarzenie uzasadniające wszczęcie postępowania, zobligowany jest zawiadomić o nim sąd opiekuńczy. Obowiązek ten w szczególności spoczywa na urzędach stanu cywilnego, sądach, prokuratorach, notariuszach, komornikach, organach samorządu i administracji rządowej, organach

[290] Art. 568 k.p.c.

[291] Art. 569 k.p.c.

policji, placówkach oświatowych, opiekunach społecznych oraz organizacjach i zakładach zajmujących się opieką nad dziećmi lub osobami psychicznie chorymi[292]. Informacje o zagrożeniu dobra dziecka mogą więc docierać do sądu ze strony różnych podmiotów zewnętrznych, ale również sam sąd może być w posiadaniu takiej wiedzy np. na skutek prowadzenia innego postępowania.

Postępowanie o ograniczenie władzy rodzicielskiej zostaje wszczęte także na wniosek[293]. Na ten temat w sposób obszerny wypowiedział się Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 13 grudnia 2013 roku w sprawie o sygn. III CZP 89/13[294], w którym wskazał, że kodeks postępowania cywilnego nie określa wprost podmiotu uprawnionego do złożenia wniosku o wszczęcie postępowania o ograniczenie władzy rodzicielskiej. Mimo to, zdaniem Sądu Najwyższego, nie można przyjąć, iż omawiane postępowanie może być wszczęte wyłącznie z urzędu, gdyż z ogólnej praktyki sądów powszechnych wynika, że postępowanie to może być zainicjonowane także na wniosek każdego z rodziców małoletniego dziecka. Uprawnienie rodziców „w tym zakresie należy wywieść z natury władzy rodzicielskiej, która przysługuje obojgu rodzicom (art. 93 § 1 k.r.o.). Wykonywanie przez nich władzy rodzicielskiej, tak, jak tego wymaga dobro dziecka i interes społeczny (art. 95 § 3 k.r.o.), jest prawem i obowiązkiem każdego z rodziców”[295]. W związku z powyższym, zdaniem Sądu Najwyższego, uprawnienie do wszczęcia postępowania o ograniczenie władzy rodzicielskiej nie powinno być rozszerzane na inne osoby, nawet w sytuacji gdy łączy je z dzieckiem bliski stopień pokrewieństwa i zażyłe relacje. Informację pochodzącą od osób trzecich sąd ma obowiązek potraktować jako ewentualną podstawę do wszczęcia postępowania z urzędu. Należy jednak pamiętać, że omawiana kwestia inaczej się przedstawia wobec prokuratora. Może on bowiem, na mocy art. 7 k.p.c., żądać wszczęcia postępowania w każdej sprawie.

Uczestnikami postępowania w przedmiocie ograniczenia władzy rodzicielskiej, w myśl art. 510 k.p.c., jest każdy zainteresowany, tj. osoba, której praw dotyczy wynik postępowania, jeżeli w tym postępowaniu weźmie udział. Niewątpliwie

[292] Art. 572 k.p.c.

[293] Art. 506 k.p.c.

[294] LEX nr 1448746.

[295] LEX nr 1448746.

uczestnikami postępowania w przedmiocie ograniczenia władzy rodzicielskiej będą rodzice, jeśli posiadają pełnię władzy rodzicielskiej[296]. Natomiast dziecko na skutek orzecznictwa Sądu Najwyższego[297] pozbawione zostało statusu uczestnika postępowania[298].

Odnosząc się do charakterystyki postępowania przed sądem, należy wskazać, że wydanie orzeczenia o ograniczeniu władzy rodzicielskiej z jednej strony stanowi ingerencję w autonomię rodziny oraz uprawnienia rodziców, a z drugiej strony zmierza do ochrony interesu dziecka. Z tego powodu postępowanie dowodowe powinno być wszechstronne i wyczerpujące[299], a całe postępowanie sądowe powinno realizować postulat szybkości procedowania[300]. Ustawodawca zadecydował także, że orzeczenie w sprawie może zapaść wyłącznie po przeprowadzeniu rozprawy[301] oraz że na czas trwania postępowania, jeżeli wymagają tego okoliczności, może wydać postanowienia zabezpieczające interes dziecka.

Po przeprowadzeniu postępowania rozpoznawczego i ustaleniu, że zachodzą okoliczności uzasadniające zagrożenie bądź naruszenie dobra dziecka, sąd wydaje postanowienie o ograniczeniu władzy rodzicielskiej. W przypadku nieustalenia ww. przesłanki sąd podejmuje decyzje o oddaleniu wniosku bądź wydaje postanowienie o braku podstaw do ingerencji w wykonywanie władzy rodzicielskiej[302].

---

[296] Postanowienie SN z dnia 3 grudnia 1998 r., II CKN 871/98, LEX nr 1215492.

[297] Uchwała SN z dnia 26 stycznia 1973 r., III CZP 101/71, OSNCP 1973/7-8, poz. 118; Uchwała SN z dnia 3 maja 1979 r., III CZP 14/79, OSNCP 1979/, poz. 230.

[298] Szerzej na ten temat: J. Słyk, *Aspekty prawne wysłuchania dziecka w postępowaniu cywilnym*, „Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka" 2015/14(4).

[299] Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 9 czerwca 1976 r., III CZP 46/75, LEX nr 1966 wskazał że „postępowanie dowodowe, poprzedzające wydanie orzeczenia w przedmiocie władzy rodzicielskiej, powinno być wszechstronne i wyczerpujące. W szczególności w szerokim zakresie sąd opiekuńczy powinien korzystać z pomocy biegłych specjalistów z takich dziedzin jak pedagogika, psychologia, psychiatria i medycyna. Bez pomocy tych specjalistów wydanie prawidłowej decyzji co do dalszego kierunku i sposobu sprawowania pieczy nad dzieckiem najczęściej nie jest możliwe".

[300] Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 10 lipca 1998 roku, I CKN 785/97, LEX nr 50744 podniósł, że „europejskie standardy prawne kładą nacisk na aktywność sądów i konieczność ich pozostawania w gotowości do szybkich działań w sprawach, w których chodzi o dobro dziecka. Sąd powinien uwzględniać fakt, że w toku postępowania o ustalenie miejsca pobytu dziecka zaszły zmiany w stosunkach między rozwiedzionymi rodzicami a dzieckiem". W przywołanym orzeczeniu sąd odnosi się do art. 7 Europejskiej Konwencji o wykonywaniu praw dzieci.

[301] Art. 579 k.p.c.

[302] Uchwała SN z dnia 18 lutego 1969 r., III CZP 134/68, LEX nr 909.

Omówione powyżej decyzje sądu zapadają w formie postanowienia, od którego przysługuje apelacja do sądu odwoławczego[303], a także kasacja do Sądu Najwyższego. Postanowienia w przedmiocie władzy rodzicielskiej stają się skuteczne i wykonalne z chwilą ich uprawomocnienia (art. 579 zd. 3 k.p.c.).

Po stwierdzeniu przez sąd wykonalności orzeczenia rozpoczyna się drugi etap postępowania w sprawie o ograniczenie władzy, tj. etap postępowania wykonawczego[304]. Postępowanie to zmierza do wykonania postanowienia sądu wydanego w postępowaniu rozpoznawczym i ma przede wszystkim na celu ochronę interesów dziecka i reintegrację jego środowiska rodzinnego.

Sąd w postanowieniu kończącym postępowanie rozpoznawcze wskazuje krąg uczestników postępowania wykonawczego poprzez określenie rodzica/rodziców, którym ogranicza władzę rodzicielską nad wskazanym dzieckiem/dziećmi[305].

Postępowanie wykonawcze w sprawach cywilnych, w tym w sprawach rodzinnych, nie jest kompleksowo uregulowane w polskim porządku prawnym. Obecnie obowiązujące regulacje prawne zawierają jedynie pobieżne wytyczne w tym zakresie. Można je odnaleźć w Regulaminie urzędowania sądów powszechnych[306] w zarządzeniu Ministra Sprawiedliwości z dnia 12 grudnia 2003 r. w sprawie organizacji i zakresu działania sekretariatów sądowych oraz innych działów administracji sądowej[307].

Czynności związane z przebiegiem postępowania wykonawczego, zgodnie z obecnie obowiązującym Regulaminem urzędowania sądów powszechnych, podejmowane są

[303] Uchwała SN z dnia 18 lutego 1969 r., III CZP 134/68, LEX nr 909.

[304] Art. 578^1 k.p.c.

[305] D. Jakimiec, *Dysfunkcjonalność*..., s. 110.

[306] W związku z tym, że w badanych sprawach postępowanie wykonawcze trwało na przestrzeni lat 2012 – 2017, w niniejszej części raportu przedstawione zostaną obowiązujące w tym czasie trzy brzmienia Regulaminu urzędowania sądów powszechnych: rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 23 lutego 2007 r. Regulamin urzędowania sądów powszechnych (Dz. U. Nr 38, poz. 249 ze zm.; tekst jedn. Dz. U. z 2014 r. poz. 259), rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 25 czerwca 2015 r. Regulamin urzędowania sądów powszechnych (Dz. U. poz. 925), rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 23 grudnia 2015 r. Regulamin urzędowania sądów powszechnych (Dz. U. poz. 2316 ze zm.). Osią analizy teoretycznej jest obecnie obowiązujący Regulamin urzędowania sądów powszechnych uzupełniany o odniesienia do poprzednich regulacji prawnych.

[307] Dz. Urz. MS Nr 5, poz. 22 ze zm. (dalej: zarządzenie Ministra Sprawiedliwości).

przez sędziego lub asesora sądowego, chyba że określone czynności zastrzeżone zostały wyłącznie dla sądu[308].

Do działań podejmowanych przez sąd w postępowaniu wykonawczym należą:

- organizowanie posiedzeń wykonawczych[309];
- organizowanie posiedzeń wykonawczych z udziałem, w szczególności, osoby objętej nadzorem, kuratora sprawującego nadzór, innych osób, których obecność sędzia lub asesor sądowy uzna za niezbędną[310];
- podejmowanie przez sąd rodzinny, sędziego, asesora sądowego współpracy z kuratorem zawodowym, a za jego pośrednictwem z kuratorem społecznym[311];
- podejmowanie przez sąd rodzinny, sędziego, asesora sądowego współpracy z organami, instytucjami i organizacjami społecznymi zajmującymi się na danym terenie problematyką rodziny, dzieci i młodzieży, sprawami oświaty i wychowania oraz zdrowia[312];

Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 23 lutego 2007 roku Regulamin urzędowania sądów powszechnych wskazywał ponadto, że:

[308] § 256 ust. 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 23 grudnia 2015 r. Regulamin urzędowania sądów powszechnych. Problematyka czynności podejmowanych w postępowaniu wykonawczym odmiennie uregulowana została w poprzednich wersjach rozporządzenia. Zgodnie z § 256 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 23 lutego 2007 r. Regulamin urzędowania sądów powszechnych oraz § 234 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 25 czerwca 2015 r. Regulamin urzędowania sądów powszechnych, czynności wykonawcze podejmowane były przez prezesa sądu albo upoważnionego przez niego przewodniczącego wydziału oraz sędziego rodzinnego, z wyjątkiem czynności zastrzeżonych dla sądu.

[309] § 257 ust. 1 Regulaminu urzędowania sądów powszechnych z dnia 23 grudnia 2015 r. Regulacja ta obowiązywała także na gruncie § 235 ust. 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 25 czerwca 2015 r. Regulamin urzędowania sądów powszechnych.

[310] § 257 ust. 1 Regulaminu urzędowania sądów powszechnych z dnia 23 grudnia 2015 r. Regulacja ta obowiązywała także na gruncie § 235 ust. 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 25 czerwca 2015 r. Regulamin urzędowania sądów powszechnych.

[311] § 220 Regulaminu urzędowania sądów powszechnych z dnia 23 grudnia 2015 r. Regulacja ta obowiązywała także na gruncie poprzednich dwóch Regulaminów urzędowania sądów powszechnych.

[312] § 219 Regulaminu urzędowania sądów powszechnych z dnia 23 grudnia 2015 r. Regulacja ta obowiązywała także na gruncie poprzednich dwóch Regulaminów urzędowania sądów powszechnych.

- sędzia może w drodze wywiadu środowiskowego, zarządzić zebranie wiadomości o sytuacji rodzinnej oraz o zachowaniu się podopiecznego po wydaniu orzeczenia[313];

- sędzia rodzinny wszczyna postępowanie z urzędu lub zawiadamia o potrzebie wszczęcia postępowania prokuratora albo właściwą instytucję lub organizację społeczną, w sytuacji gdy okoliczności wskażą na potrzebę uregulowania innych problemów rodzinnych niż będących przedmiotem postępowania[314];

- sędzia podejmuje z urzędu czynności pozaprocesowe w razie ujawnienia, w związku z toczącą się sprawą, potrzeby udzielenia pomocy rodzinie w usunięciu trudności zagrażających jej dobru, np. zwraca się do określonych instytucji w celu uzyskania dla rodziny określonych świadczeń socjalnych[315].

Należy podkreślić, że charakter czynności, podejmowanych przez sąd oraz inne organy zaangażowane w pomoc rodzinie, uzależniony będzie od zidentyfikowanych problemów w rodzinie oraz treści postanowienia o ograniczeniu władzy rodzicielskiej.

Postępowanie wykonawcze w sprawie o ograniczenie władzy rodzicielskiej może zostać zakończone z różnych powodów. Należą do nich:

- pozbawienie rodziców władzy rodzicielskiej;
- zawieszenie władzy rodzicielskiej rodziców;
- przywrócenie pełnej władzy rodzicielskiej rodzicom;
- umorzenie postępowania z powodu śmierci rodzica/rodziców, śmierci dziecka;
- umorzenie postępowania z powodu osiągnięcia przez dziecko pełnoletności.

[313] § 259 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 23 lutego 2007 r. Regulamin urzędowania sądów powszechnych obowiązywał do 7 lipca 2015 r. Regulacja ta nie znalazła się w kolejnych brzmieniach Regulaminu urzędowania sądów powszechnych.

[314] § 207 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 23 lutego 2007 r. Regulamin urzędowania sądów powszechnych obowiązywał do 7 lipca 2015 r. Regulacja ta nie znalazła się w kolejnych brzmieniach Regulaminu urzędowania sądów powszechnych.

[315] § 208 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 23 lutego 2007 r. Regulamin urzędowania sądów powszechnych obowiązywał do 7 lipca 2015 r. Regulacja ta nie znalazła się w kolejnych brzmieniach Regulaminu urzędowania sądów powszechnych.

4. Dotychczasowe badania akt sądowych a system pomocy rodzinie w sytuacji zagrożenia dobra dziecka

Problematyka systemu pomocy rodzinie w sytuacji ingerencji sądu rodzinnego nie była do tej pory przedmiotem odrębnych, dedykowanych badań akt sądowych. Fragmentaryczne informacje na ww. temat można odnaleźć jednak w analizach empirycznych, które docelowo skupiają się na wyjaśnieniu innego problemu badawczego, dotyczącego np. efektywności nadzorów kuratorskich, przesłanek i skutków ograniczenia władzy rodzicielskiej, umieszczenia małoletniego poza rodziną biologiczną wyłącznie z powodów ekonomicznych.

4.1. Badanie akt sądowych dot. skuteczności i celowości prowadzenia długoletnich (trwających od co najmniej 3 lat) nadzorów wykonywanych przez kuratorską służbę sądową w sprawach małoletnich

A. Prusinowska-Marek na zlecenie Instytutu Wymiaru Sprawiedliwości przeprowadziła w 2016 roku badania akt sądowych dotyczących skuteczności i celowości prowadzenia długoletnich (trwających od co najmniej 3 lat) nadzorów wykonywanych przez kuratorską służbę sądową w sprawach małoletnich[316].

Badaniem objęto 206 spraw z 26 sądów rejonowych, w których nadzór kuratora sądowego nad wykonywaniem przez rodzica/rodziców władzy rodzicielskiej zakończył się w 2015 roku i trwał co najmniej 3 lata. Analizie poddano akta sądowe („Opm"), a także teczki kuratorskie („Opmk"). Autorka w prowadzonych badaniach poruszała także problematykę: systemu pomocy rodzinie poprzez wskazanie instytucji inicjujących postępowania sądowe, sposobu udzielenia pomocy rodzinie przez sąd rodzinny, podmiotów zaangażowanych w pomoc rodzinie przed wydaniem

[316] A. Prusinowska-Marek, *Skuteczność i celowość prowadzenia długoletnich (trwających od co najmniej 3 lat) nadzorów wykonywanych przez kuratorską służbę sądową w sprawach małoletnich*, https://www.iws.org.pl/pliki/files/Prusinowska-Marek%20A._Skuteczno%C5%9B%C4%87%20i%20celowo%C5%9B%C4%87%20d%C5%82ugotwa%C5%82ych%20nadzor%C3%B3w%20kuratorskich.pdf (dostęp: 3.12.2017 r.).

i po wydaniu orzeczenia sądowego, a także przedstawiła współpracę kuratorów, pełniących nadzór, z sądem rodzinnym oraz lokalnymi podmiotami.

Przeprowadzona analiza wykazała, że sąd wszczynał postępowanie przede wszystkim z urzędu na skutek informacji uzyskanych od podmiotów i osób trzecich, tj.: jednostki organizacyjnej pomocy społecznej (21,4%), placówki oświatowej (18,9%), jednostki policji (18,4%), sądowego kuratora rodzinnego (9,2%), jednostki prokuratury rejonowej (8,3%), osoby fizycznej (4,9%), sądowego kuratora karnego (3,4%). Co istotne, jedynie w 14,6% spraw sąd rozpoczął postępowanie na wniosek matki lub ojca[317].

Autorka wskazała, że w 176 sprawach[318] (85,4%) sąd wydał orzeczenie, w którym ustanowił wyłącznie nadzór kuratora sądowego. W 27 sprawach (13,2%) sąd orzekł nadzór kuratora sądowego oraz zobowiązał rodziców do określonego postępowania, a w 3 sprawach (1,5%) sąd zobowiązał małoletniego do określonego postępowania.

Wśród zobowiązań kierowanych wobec rodzica/rodziców wyróżnić można: 1 sprawę, w której zostali oni zobowiązani do podjęcia terapii mającej na celu podniesienie kompetencji rodzicielskich, 5 spraw, w których rodzice zobowiązani zostali do podjęcia terapii rodzinnej, 7 spraw, w których rodzic/rodzice zostali zobowiązani do podjęcia/kontynuowania leczenia odwykowego, 12 spraw, w których rodzic/rodzice zobowiązani zostali do powstrzymania się od spożywania alkoholu, 2 sprawy, w których rodzice zostali zobowiązani do zapewniania dziecku pomocy psychologicznej.

Natomiast małoletni byli zobowiązywani do poprawy zachowania wobec rodziców i udziału w zajęciach socjoterapeutycznych, a także do regularnego uczęszczania na spotkania z psychologiem.

Odnosząc się do problematyki podmiotów zaangażowanych w pomoc rodzinie przed wydaniem i po wydaniu orzeczenia sądowego, autorka badania skupiła się „przede wszystkim na podmiotach, które obligatoryjnie istnieją w każdej gminie bez względu na to, czy jest to gmina wiejska, miejska czy miejsko-wiejska. Ponadto wzięto pod

[317] A. Prusinowska-Marek, *Skuteczność i celowość*…, s. 49.

[318] Autorka raportu wskazuje, że w 3 ze 176 spraw nadzór kuratorski został ustanowiony jako pomoc dla rodziny zastępczej.

uwagę zasoby lokalne, które w zakresie swych kompetencji mają świadczenie pomocy i wsparcia na rzecz dziecka i jego rodziny znajdujących się w sytuacjach kryzysowych, a powołują je takie akty prawne jak ustawa o pomocy społecznej (t.j. Dz.U. z 2016 poz.930), ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (t.j. Dz.U. z 2015 poz. 1390), ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (t.j. Dz.U.2016 poz. 575 z późn. zm.)"[319]. Uzyskane wyniki w tym zakresie prezentuje tabela nr 1.

Tabela 1. Zaangażowanie lokalnych podmiotów w pomoc rodzinie przed wydaniem i po wydaniu orzeczenia

Nazwa podmiotu	Przed orzeczeniem		W toku postępowania wykonawczego		Tendencja
	liczba spraw	procent	liczba spraw	procent	
Pomoc społeczna w zakresie pracy socjalnej	4	1,9%	40	19%	**+ 17,1%**
Pomoc społeczna w zakresie pomocy materialnej	123	59,7%	138	66,9%	+ 7,2%
Jednostka organizacyjna wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej (ASYSTENT)	0	0	29	14%	**+14%**
Placówki oświatowe	36	17,4%	169	82%	**+ 64,6%**
Zespół interdyscyplinarny/grupa robocza	1	0,5%	27	13%	**+12,5%**
Organizacja pozarządowa	1	0,5%	9	4,4%	+3,9%
Ochrona zdrowia (PLU)	15	7,2%	81	39,3%	**+ 32,1%**
Placówki wsparcia dziennego	0	0	5	2,4%	+2,4%
Gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych	8	3,9%	37	16,5%	**+12,6%**
Wolontariusze	1	0,5%	2	1%	+0,5%
Związki wyznaniowe/organizacje kościelne	0	0	1	0,5%	+0,5%
Placówki świadczące specjalistyczną pomoc	8	3,9%	25	12,1%	+8,2%
Jednostki organizacyjne samorządu	0	0	25	12,1%	**+12,1%**
Policja	54	26,2%	87	42,2%	**+16%**
Jednostki prokuratury	24	11,6%	29	14%	+2,4%
Ksiądz – motywowanie do leczenia odwykowego	1	0,5%	2	1%	+0,5%

[319] A. Prusinowska-Marek, *Skuteczność i celowość*…, s. 77-78.

Osoba fizyczna	1	0,5%	4	1,9%	+1,4%
RUP	1	0,5%	1	0,5%	-
Kurator dla dorosłych	1	0,5%	15	7,3%	+6,8%

Źródło: A. Prusinowska-Marek, S*kuteczność i celowość prowadzenia długoletnich (trwających od co najmniej 3 lat) nadzorów wykonywanych przez kuratorską służbę sądową w sprawach małoletnich*, s. 99-100.

Przeprowadzone przez A. Prusinowską-Marek badania dowiodły, że:

- postępowania dot. ograniczenia władzy rodzicielskiej zakończone ustanowieniem nadzoru kuratora sądowego w zdecydowanej większości spraw są inicjowane przez instytucje / organizacje / osoby fizyczne. W konsekwencji o nieprawidłowej sytuacji opiekuńczej dziecka sąd jest informowany przez podmioty trzeci a nie przez samą rodzinę, w której dochodzi do zagrożenia/naruszenia dobra dziecka;

- „sądy w niedostatecznym stopniu wykorzystywały możliwość dookreślania, jakie działania rodzice/dzieci objęci orzeczeniem sądu mają podjąć i jaki zatem jest cel postępowania wykonawczego”[320];

- sądy rodzinne praktycznie nie korzystały z możliwości ustanowienia asystenta rodziny[321];

- przed wszczęciem postępowania sądowego rodzina, mimo posiadanych trudności, nie była objęta odpowiednim wsparciem instytucji pomocowych. Sąd i kurator byli najczęściej pierwszymi profesjonalistami udzielającymi właściwej pomocy rodzinie[322]. Wcześniejsza aktywność służb najczęściej polegała na udzieleniu pomocy materialnej[323];

- rodzina, w chwili wydania orzeczenia o nadzorze, najczęściej borykała się z problemem wypełniania funkcji rodzicielskich, bezrobociem, nadużywaniem alkoholu, wielodzietnością, przemocą w rodzinie[324];

[320] A. Prusinowska-Marek, *Skuteczność i celowość*…, s. 51.

[321] A. Prusinowska-Marek, *Skuteczność i celowość*…, s. 101-102.

[322] A. Prusinowska-Marek, *Skuteczność i celowość*…, s. 83.

[323] A. Prusinowska-Marek, *Skuteczność i celowość*…, s. 85.

[324] A. Prusinowska-Marek, *Skuteczność i celowość*…, s. 96.

- w trakcie trwania nadzoru kuratorskiego odnotowano wzrost zaangażowania specjalistów pracujących z rodziną, co prowadzi do wniosku, że dzięki pracy kuratora sądowego zwiększyła się aktywizacja przedstawicieli odpowiednich podmiotów[325];

- mimo wzrostu zaangażowania odpowiednich służb w pomoc rodzinie, wydaje się, że w niektórych przypadkach ich aktywność nadal była niewystarczająca w stosunku do potrzeb rodziny, np. zbyt niski udział zespołu interdyscyplinarnego / grupy roboczej w stosunku do spraw, w których występował problem przemocy domowej[326];

- w 96,6% spraw kuratorzy podjęli współpracę z przedstawicielami instytucji działającymi lokalnie na rzecz pomocy rodzinie. Kuratorzy sądowi najczęściej współpracowali z przedstawicielami placówek oświatowych, pracownikiem socjalnym, policją, przedstawicielami ochrony zdrowia, sądowym kuratorem karnym[327];

- w 28,1% spraw sąd rodzinny nie wyznaczał żadnych posiedzeń wykonawczych ani kalendarza wykonawczego, a w przypadku jedynie 8,7% spraw sąd z własnej inicjatywy występował do pozasądowych podmiotów o informacje/opinie o osobach objętych orzeczeniem[328].

4.2. Badanie akt sądowych dot. przesłanek oraz skutków ograniczenia i pozbawienia władzy rodzicielskiej

Kolejnymi badaniami akt sądowych, w których można odnaleźć informacje na temat systemu pomocy rodzinie w sytuacji ingerencji sądu rodzinnego, są badania przeprowadzone przez I. Długoszewską. Wyniki analizy empirycznej przedstawione

[325] A. Prusinowska-Marek, *Skuteczność i celowość*…, s. 99.

[326] A. Prusinowska-Marek, *Skuteczność i celowość*…, s. 102.

[327] A. Prusinowska-Marek, *Skuteczność i celowość*…, s. 107-108.

[328] A. Prusinowska-Marek, *Skuteczność i celowość*…, s. 124-126.

zostały w publikacji „Przesłanki oraz skutki ograniczenia i pozbawienia władzy rodzicielskiej”[329].

Celem badań akt sądowych było „ustalenie przyczyn, które stanowiły podstawę do wydania orzeczenia o ograniczeniu i pozbawieniu władzy rodzicielskiej, oraz szczegółowa analiza dodatkowych okoliczności, w tej kategorii spraw i mogących mieć wpływ na rozstrzygnięcie sądu opiekuńczego”[330].

Badaniem objęto wszystkie sprawy wszczęte w latach 2006-2007 w przedmiocie ograniczenia i pozbawienia władzy rodzicielskiej w Sądzie Rejonowym w Stalowej Woli, Sądzie Rejonowym w Nisku, Sądzie Rejonowym w Tarnobrzegu. Analiza empiryczna dotyczyła postępowania rozpoznawczego i postępowania wykonawczego. Badanie prowadzone było w okresie od listopada 2009 roku do lutego 2010 roku[331].

Analiza empiryczna, w zakresie ograniczenia władzy rodzicielskiej, wykazała, że sąd rodzinny niepokojące informacje o relacjach panujących w rodzinie posiadał od prokuratury (21,8%), policji (18,5%), szkoły (16%), pracownika opieki społecznej (13,9%), wskutek informacji wewnętrznej (9,2%), od instytucji opiekuńczych (2,5%), rodziny (13,5%), sąsiadów (2,1%), sądu karnego (0,8%). Na wniosek rodziców postępowanie zostało wszczęte w przypadku 6,3% spraw[332].

Autorka badań ustaliła, że głównym powodem udzielania pomocy rodzinie było współistnienie kilku czynników destabilizujących życie rodzinne. Do najczęstszych należało: nadużywanie alkoholu (62,2% spraw), niewydolność wychowawcza rodziców (51,6% spraw), brak troski o duchowy rozwój dziecka (51,6% spraw), brak troski o fizyczny rozwój dziecka (48,8% spraw), brak zainteresowania dzieckiem (43,9% spraw), przemoc fizyczna (37,4% spraw), konflikty w rodzinie (35,4% spraw), przemoc psychiczna (35,4% spraw)[333].

---

[329] I. Długoszewska, *Przesłanki*...

[330] I. Długoszewska, *Przesłanki*..., s. 283.

[331] Przeprowadzone badania nie miały charakteru ogólnopolskiego oraz zostały przeprowadzone przed 1 stycznia 2012 roku, tj. przed datą obowiązywania nowego brzmienia art. 109 k.r.o. nawiązującego w swoich założeniach do ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.

[332] I. Długoszewska, *Przesłanki*..., s. 290.

[333] I. Długoszewska, *Przesłanki*..., s. 340-342.

Informacji na temat systemu pomocy rodzinie można pośrednio poszukiwać w wynikach badań dotyczących postępowania dowodowego przeprowadzonego przez sąd. Z uzyskanych danych wynika, że pracownicy szkoły składali zeznania w charakterze świadków w 10% spraw, pracownicy instytucji opiekuńczych także w 10% spraw, pracownicy opieki społecznej w 6,7% spraw, a funkcjonariusze policji jedynie w 3,3% spraw[334]. Sąd rodzinny dodatkowo przeprowadził dowód z wywiadu środowiskowego kuratora sądowego (97% spraw), opinii RODK (22,3% spraw), opinii szkoły (12,2% spraw), wywiadu środowiskowego przeprowadzonego przez pracownika opieki społecznej (3,4% spraw), opinii instytucji opiekuńczej (2,1% spraw), opinii poradni psychologiczno-pedagogicznej (2,1% spraw), wywiadu środowiskowego przeprowadzonego przez funkcjonariusza policji (0,8% spraw), opinii lekarskiej (0,4% spraw)[335].

Natomiast kuratorzy sądowi na potrzeby sporządzenia wywiadu środowiskowego współpracowali z przedstawicielami: szkoły (136 spraw), opieki społecznej (63 sprawy), policji (47 spraw), instytucji opiekuńczych (2 sprawy), służby zdrowia (2 sprawy), kościoła (1 sprawa)[336].

Sąd rodzinny dokonał ingerencji we władzę rodzicielską wydając orzeczenie o: ograniczeniu władzy rodzicielskiej poprzez ustanowienie nadzoru kuratora sądowego (86,9% spraw), ograniczeniu władzy rodzicielskiej poprzez umieszczenie dziecka w placówce opiekuńczo-wychowawczej (6,9% spraw) bądź w rodzinie zastępczej (6,4% spraw), ograniczeniu władzy rodzicielskiej poprzez zobowiązanie rodziców do określonego postępowania (5,2%), ograniczeniu władzy rodzicielskiej do współdecydowania o istotnych sprawach dziecka (0,8%)[337].

Przeprowadzone przez I. Długoszewską badania dowiodły, że:

- informacje o trudnej sytuacji rodzinnej sądy uzyskują najczęściej od instytucji/organizacji/osób fizycznych. Rodziny rzadko same zwracają się o pomoc do sądu;

[334] I. Długoszewska, *Przesłanki*..., s. 334.

[335] I. Długoszewska, *Przesłanki*..., s. 330-331.

[336] I. Długoszewska, *Przesłanki*..., s. 336.

[337] I. Długoszewska, *Przesłanki*..., s. 349.

- podstawowym powodem udzielenia pomocy rodzinie było nadużywanie alkoholu, trudności w wykonywaniu obowiązków rodzicielskich, przemoc i konflikty rodzinne;
- główny sposób ingerencji sądu we władzę rodzicielską to jej ograniczenie przez nadzór kuratora sądowego;
- sądy bardzo rzadko korzystały z możliwości nałożenia na rodziców obowiązku określonego postępowania;
- sądy w ogóle nie stosowały możliwości nałożenia na małoletnich obowiązku określonego postępowania.

5. System pomocy rodzinie w świetle badań akt sądowych (art. 109 kodeksu rodzinnego i opiekuńczego)

5.1. Cel badania oraz metodologia badawcza

Jak zostało już wskazane powyżej, głównym celem badawczym było poznanie systemu pomocy rodzinie na tle zarządzeń opiekuńczych wydawanych przez sąd rodzinny (art. 109 k.r.o.). Badanie nie skupiało się *sensu stricte* na problematyce ograniczenia władzy rodzicielskiej, a na funkcjonowaniu rodziny i jej poszczególnych członków (małoletnich dzieci oraz ich rodziców), sądów rodzinnych i instytucji pomocowych w sytuacji trudnej dla rodziny, tj. sytuacji zagrożenia/naruszenia dobra dziecka. Artykuł 109 k.r.o stanowi więc wyłącznie bazę przedmiotu niniejszego opracowania i w związku z tym prowadzone analizy nie odnoszą się wyłącznie do dzieci i rodziców objętych postępowaniem z art. 109 k.r.o., a do wszystkich dzieci i ich rodziców.

Prowadzone badania nie skupiają się jedynie na analizie problemów i pomocy udzielonej rodzinie jako całości, ale także na problemach i formach pomocy udzielonych jej poszczególnym członkom. Uzyskane wyniki odnoszą się więc osobno do matek, ojców, małoletnich dzieci oraz rodziny jako całości. Przyjęcie takiego założenia zmierza do głębszej oceny systemu pomocy rodzinie oraz do uwzględnienia potrzeb jej indywidualnych członków.

Funkcjonowanie rodziny, sądu rodzinnego i instytucji pomocowych poddane zostało analizie wyłącznie w sytuacjach, gdy członkowie rodziny pozostają w jednym środowisku. Takie założenie pozwalało na pełne spojrzenie na funkcjonowanie i reintegrację środowiska rodzinnego oraz na zasady udzielania pomocy przez osoby i instytucje trzecie. Poza zakresem analizy znalazły się więc te wszystkie sprawy, gdzie na mocy art. 109 § 2 pkt 5 k.r.o. dziecko zostało umieszczone w zastępczym środowisku opiekuńczo-wychowawczym.

Poza zakresem badawczym znalazły się także te sprawy, w których orzeczenie o ograniczeniu władzy rodzicielskiej było zawarte w wyroku orzekającym rozwód, separację albo unieważnienie małżeństwa. Celem badania było przeanalizowanie

całego procesu funkcjonowania rodzin z trudnościami, a nie jedynie wybranego fragmentu tego procesu. W związku z tym ww. przypadki nie zostały poddane analizie.

Wzięto natomiast pod uwagę wyłącznie te sprawy, gdzie postanowienie sądu w przedmiocie ograniczenia władzy rodzicielskiej zapadło po 31 grudnia 2011 roku. Celem tego było zbadanie, w jaki sposób sądy odniosły się do form udzielania pomocy rodzinie, przewidzianych w ustawie o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.

Mając na uwadze powyższe ustalenia dobór próby badawczej został przeprowadzony w drodze losowania, w wyniku którego wybrano 22 sądy rejonowe z całej Polski, tj. sądy rejonowe w Bełchatowie, Będzinie, Brodnicy, Bytomiu, Chorzowie, Cieszynie, Częstochowie, Gdyni, Golubiu Dobrzyniu, Jastrzębiu Zdroju, Kętrzynie, Kolbuszowej, Krośnie Odrzańskim, Lęborku, Nowym Sączu, Pułtusku, Radomiu, Rawie Mazowieckiej, Sławnie, Tychach, Wejherowie, dla Warszawy Pragi-Północ. Z takiej wylosowanej próby sądów zastosowano proporcjonalny dobór liczby spraw – dla próby 250 spraw.

Analiza akt miała być prowadzona w IV kwartale 2017 r. W kontekście powyższych wytycznych, zwrócono się do ww. sądów o nadesłanie wskazanej liczby akt spraw, w których prawomocnie orzeczono o ograniczeniu władzy rodzicielskiej na podstawie art. 109 k.r.o., a postępowanie wykonawcze w tym zakresie umorzono w 2017 r. Sądy poproszone zostały o przesłanie zarówno akt postępowania rozpoznawczego, jak i akt postępowania wykonawczego tych spraw.

Z powodu niespełnienia założeń badawczych (np. z powodu przesłania przez sądy bardzo dużej liczby akt spraw, w których dzieci zostały umieszczone w środowiskach zastępczych, ustania postępowania wykonawczego w okresie odmiennym od założonego) do badania zakwalifikowano 193 sprawy.

Badanie akt zostało przeprowadzone na podstawie narzędzia badawczego w postaci kwestionariusza badań akt sądowych.

5.2. Charakterystyka spraw

Omawiając wyniki analizy empirycznej, w pierwszej kolejności przedstawione zostaną ustalenia badawcze dotyczące inicjatywy oraz powodów wszczęcia procedur sądowych a także czasu ich trwania. Dokonane ustalenia stanowią pierwsze istotne cechy systemu pomocy rodzinie.

5.2.1. Inicjatywa wszczęcia postępowania

Badania dotyczące postępowania w przedmiocie ograniczenia władzy rodzicielskiej i tym samym potrzebie udzielenia wsparcia rodzinie wskazują, że najczęściej o sytuacji zagrażającej dzieciom informują w przybliżonym zakresie placówki edukacyjne (49 spraw – 25,4%), policja (48 spraw – 24,8%), ośrodki pomocy społecznej (46 spraw – 23,8%). W konsekwencji podmioty te są najczęstszymi instytucjami wnoszącymi o wgląd w sytuację rodzinną. Pozostałe instytucje takie jak zespoły interdyscyplinarne/grupy robocze (22 sprawy – 11,4%), prokuratura (16 spraw – 8,3%), kurator sądowy (13 spraw – 6,7%), placówki służby zdrowia (7 spraw – 3,6%) wykazują mniejszą aktywność. Natomiast znikomą – ośrodki wsparcia rodziny (2 sprawy – 1%), punkty interwencji kryzysowych (1 sprawa – 0,5%), domy dziecka (1 sprawa – 0,5%), zakład karny (1 sprawa – 0,5%).

Znikomą aktywność prezentują także same rodziny, ich krewni oraz sąsiedzi. Rodzice wnosili o pomoc sądu rodzinnego w 9 sprawach (4,7%), krewni w 5 sprawach (2,6%), a sąsiedzi w 1 sprawie (0,5%).

Co szczególnie istotne na sytuację zagrażającą dziecku reagowały także osoby przypadkowe (2 sprawy – 1%), a także same małoletnie dzieci (3 sprawy – 1,6%).

Powyższe prowadzi do wniosku, że interwencję w przypadku zagrożenia dobra dziecka podejmują służby, które posiadają systematyczny kontakt z rodziną (szkoła) bądź służby, które bezpośrednio reagują na trudne sytuacje rodzinne (policja, ośrodek pomocy społecznej). Wydaje się więc, że instytucje pomocowe powinny systematycznie podnosić swoją wiedzę i umiejętności w zakresie identyfikacji trudności rodzinnych i możliwych form wsparcia rodzin w kryzysie, w tym

szczególności pracownicy placówek edukacyjnych, którzy posiadają bieżący i wieloletni kontakt z dzieckiem i jego rodziną.

Powyższe prowadzi także do wniosku, że ani sama rodzina, ani osoby jej bliskie (krewni), ani sąsiedzi nie zwracają się o pomoc do sądu rodzinnego. Może być to spowodowane np. niechęcią ingerowania w sprawy bliskich na drodze sądowej, niewiedzą o możliwości pomocy rodzinie przez sąd rodzinny bądź samodzielnymi próbami niesienia wsparcia najbliższym. Wydaje się jednak, że bardzo ważne jest uświadamianie społeczeństwu, jak ważne jest podejmowanie odpowiednich działań w sytuacji zagrożenia dobra dziecka.

Tabela 2. Inicjatywa wszczęcia postępowania[338]

Inicjatywa wszczęcia postępowania	L. bezwzgl.	Procenty (193)
Szkoła/przedszkole/żłobek	49	25,4
Policja	48	24,8
Ośrodek pomocy społecznej	46	23,8
Zespół interdyscyplinarny/grupy robocze	22	11,4
Prokuratura	16	8,3
Kurator sądowy	13	6,7
Rodzice dziecka	9	4,7
Placówki służby zdrowia	7	3,6
Rodzina dziecka inna niż rodzice	5	2,6
Małoletnie dziecko	3	1,6
Wewnętrzna informacja sądu	3	1,6
Przechodzień	2	1
Ośrodek wsparcia rodziny	2	1
Punkt interwencji kryzysowej	1	0,5
Dom dziecka	1	0,5
Sąsiedzi	1	0,5
Anonim	1	0,5
Zakład karny	1	0,5

Źródło: opracowanie własne.

[338] Pytanie dotyczące inicjatywy wszczęcia postępowania miało charakter wielokrotnego wyboru. Podane wyniki odnoszą się do ogółu badanych spraw.

5.2.2. Przyczyna wszczęcia postępowania

Bardzo ważne z punktu widzenia badawczego było określenie, jakie sytuacje dotyczące zagrożenia/naruszenia dobra dziecka mobilizują przedstawicieli instytucji pomocowych/edukacyjnych oraz osoby trzecie do podjęcia działań mających na celu udzielenie pomocy rodzinie. Ustalenia w tym zakresie pokazują także, na jakie problemy zwracają szczególną uwagę służby pomocowe/edukacyjne, osoby bliskie oraz z jakimi problemami, przy zastosowaniu zasady subsydiarności, rodziny nie są w stanie samodzielnie sobie poradzić.

Przeprowadzone badania wykazały, że sytuacji świadczących o zagrożeniu dobra dziecka jest bardzo wiele i że ze sobą współwystępują. Tabela 3 ukazuje aż 30 przypadków zagrożenia dobra dziecka, które zaniepokoiły osoby inicjujące postępowanie.

Najczęstszą przyczyną inicjowania postępowania był alkoholizm rodziców. Problem alkoholowy został zaobserwowany w połowie spraw (107 spraw – 55,4%).

Drugim powodem interwencji były niskie kompetencje wychowawcze rodziców (75 spraw – 38,9%) polegające m.in. na nieumiejętności komunikacji z dzieckiem, rozwiązywania sytuacji konfliktowych, egzekwowania obowiązków stawianych dziecku, a także niekontrolowanie czasu wolnego dziecka, nadopiekuńczość, stosowanie nieodpowiedniego systemu kar oraz pochwał.

Trzecią najczęstszą przyczyną podejmowania działań była przemoc. W 59 sprawach (30,6%) dziecko było świadkiem stosowania przemocy, w 37 sprawach (19,1%) samo doświadczało przemocy psychicznej, a w 30 (15,5%) – przemocy fizycznej.

Odnotowano również znaczący odsetek spraw, w których dzieci były uczestnikami bądź świadkami konfliktów rodzinnych (48 spraw – 24,9%), a także przypadki związane z niewłaściwą sytuacją szkolną dzieci, tj. trudności w nauce bądź nierealizowanie obowiązku szkolnego (55 spraw – 28,5%), niewłaściwe zachowanie (17 spraw – 8%).

Tabela 3. Przyczyna wszczęcia postępowania[339]

Przyczyna wszczęcia postępowania	L. bezwzgl.	Procenty (193)
Nadużywanie alkoholu przez rodziców	107	55,4
Niskie kompetencje wychowawcze	75	38,9
Dziecko jako świadek stosowania przemocy domowej	59	30,6
Nieuczęszczanie dziecka do szkoły/trudności w nauce	55	28,5
Dziecko jako świadek nieporozumień/konfliktów	48	24,9
Przemoc psychiczna wobec dziecka	37	19,1
Przemoc fizyczna wobec dziecka	30	15,5
Brak zainteresowania dzieckiem	21	10,8
Niewłaściwe zachowanie dziecka, np. w szkole, w domu	17	8,0
Zaniedbania w zakresie żywienia dziecka	13	6,7
Upośledzenie/zaburzenia psychiczne rodziców	13	6,7
Zaniedbania rodziców w zakresie higieny dziecka	10	5,2
Zaniedbania rodziców w zakresie opieki zdrowotnej nad dzieckiem	10	5,2
Kontakty rodziców ze środowiskiem zdemoralizowanym/patologicznym	8	4,1
Bieda, brak środków do życia	6	3,1
Używanie narkotyków w domu	6	3,1
Bezdomność/trudne warunki lokalowe	4	2,1
Ucieczka dziecka z domu	4	2,1
Długotrwały wyjazd rodzica	3	1,6
Pobyt w zakładzie karnym rodzica	3	1,6
Konflikty z prawem rodzica (bez aktualnego pobytu w ZK)	3	1,6
Nie wynikało z akt/brak pisma do sądu dot. prośby o zainteresowanie się rodziną	3	1,6
Przemoc seksualna wobec dziecka	2	1

[339] Pytanie dotyczące powodu wszczęcia postępowania miało charakter wielokrotnego wyboru. Podane wyniki odnoszą się do ogółu badanych spraw.

Choroby zdrowia fizycznego rodziców	2	1
Uzależnienie rodziców od hazardu	2	1
Samookaleczanie dziecka	2	1
Porwanie rodzicielskie	1	0,5
Niealimentacja	1	0,5
Próba samobójcza dziecka	1	0,5
Śmierć rodzica	1	0,5

Źródło: opracowanie własne.

5.2.3. Czas trwania postępowania rozpoznawczego

Analiza czasu trwania postępowania rozpoznawczego wskazuje, ile czasu potrzebował sąd rodzinny na wydanie decyzji dotyczącej tego, czy ingerować w autonomię rodziny, a jeśli tak, to w jakiej formie.

Czas trwania postępowania rozpoznawczego (liczony od chwili wpływu wniosku do sądu, a w trzech sprawach od chwili dokonania przez sąd pierwszej czynności w sprawie, do chwili wydania postanowienia o ograniczeniu władzy rodzicielskiej):

- najczęściej wynosił 65 dni (dominanta), czyli około 2 miesięcy;
- średnio wynosił 127,9 dni, czyli około 4 miesięcy;
- najkrócej wynosił 23 dni, czyli niespełna miesiąc;
- najdłużej wynosił 434 dni, czyli około 1 roku i 2 miesięcy.

Jedynie w przypadku 3 spraw (1,6%) postępowanie rozpoznawcze zakończyło się przed upływem miesiąca, a w przypadku 32 spraw (16,6%) trwało ponad 6 miesięcy.

Czas trwania postępowania, w analizowanych sprawach, uzależniony był, przede wszystkim, od okoliczności zagrożenia dobra dziecka i aktywności rodziców w toku postępowania.

Tabela 4. Czas trwania postępowania rozpoznawczego

Czas trwania postępowania rozpoznawczego (w dniach)	L. bezwzgl.	Procenty
1-30	3	1,6
31-60	24	12,4
61-90	57	29,5
91-120	35	18,1
121-150	20	10,4
151-200	22	11,4
201-300	21	10,9
301-400	8	4,1
401-434	3	1,6
Ogółem	193	100

Źródło: opracowanie własne.

5.2.4. Czas trwania postępowania wykonawczego

Czas trwania postępowania wykonawczego wskazuje, przez jaki okres czasu rodziny zmagały się ze swoimi trudnościami oraz przez jaki okres czasu sądy były zobligowane do kontrolowania ich sytuacji rodzinnej.

Uzyskane wyniki pokazują, że postępowanie wykonawcze:

- najczęściej trwało 399 dni, czyli około 1 rok;
- średnio trwało 772 dni, czyli około 2 lat;
- najkrócej trwało 101 dni, czyli około 3 miesięcy;
- najdłużej trwało 1964 dni, czyli ponad 5 lat i 4 miesiące.

Szczegółowe ustalenia badawcze zostały przedstawione w tabeli 5. Analiza akt spraw sądowych oraz uzyskane wyniki prowadzą do wniosku, że postępowanie wykonawcze każdorazowo uzależnione jest od sytuacji konkretnej rodziny. Zauważyć jednak można tendencję, że czas niezbędny na reintegrację środowiska rodzinnego należy liczyć w latach.

Tabela 5. Czas trwania postępowania wykonawczego[340]

Czas trwania postępowania wykonawczego (w dniach)	L. bezwzgl.	Procenty
1-100	0	0
101-200	12	3,7
201-300	10	3,1
301-400	26	8
401-500	47	14,5
501-600	39	12
601-700	37	11,3
701-800	30	9,2
801-900	18	5,5
901-1000	24	7,4
1001-1100	22	6,8
1101-1200	17	5,2
1201-1300	13	4
1301-1400	1	0,3
1401-1500	7	2,2
1501-1600	7	2,2
1601-1700	4	1,2
1701-1800	5	1,6
1801-1900	4	1,2
1901-2000	2	0,6
Ogółem	325	100

Źródło: opracowanie własne.

5.3. Charakterystyka rodzin, małoletnich dzieci, rodziców

Podstawowym założeniem badawczym nie było określenie funkcjonowania rodziny i jej poszczególnych członków w odniesieniu do jednego wspólnego punktu badawczego, tj. rodziny, a scharakteryzowanie jej w odniesieniu do różnych,

[340] Kwestia ta odnosi się do liczby dzieci objętych postępowaniem wykonawczym.

odrębnych zagadnień badawczych, tj. rodziny jako grupy społecznej, małoletnich dzieci, matek, ojców.

Analiza rodziny, małoletnich dzieci, matek oraz ojców opierała się na wspólnej strukturze badawczej polegającej na udzieleniu odpowiedzi na podobne pytania. Dotyczyły one przede wszystkim indywidualnych problemów rodzin/małoletnich dzieci, ojców, matek przed zakończeniem i po zakończeniu procedur sądowych oraz zaangażowania służb pomocowych w indywidualną pomoc rodzinie, małoletnim dzieciom, matkom, ojcom przed zakończeniem i po zakończeniu procedur sądowych. Różnicowano więc pod kątem indywidualnym: problemy dotyczące każdego członka rodziny i samej rodziny oraz zaangażowanie instytucji w pomoc konkretnemu członkowi rodziny, jak i całej rodzinie.

Co szczególnie istotne, badanie dotyczyło rodziny i jej poszczególnych członków (małoletnie dzieci, matki, ojcowie) niezależnie od tego, czy byli oni objęci postępowaniem z art. 109 k.r.o.

Przedstawione w dalszej części ustalenia badawcze zawsze były formułowane na podstawie całości akt[341] postępowania rozpoznawczego oraz wykonawczego i nie stanowiły wyniku subiektywnej oceny autorki raportu.

Tak ukształtowane założenia pozwalały na scharakteryzowanie problemów oraz potrzeb wszystkich członków rodziny oraz samych rodzin, a także na ustalenie zakresu oferowanej im pomocy. Powyższe stanowi więc analizę zmierzającą do zdefiniowania systemu pomocy rodzinie na przykładzie art. 109 k.r.o.

5.3.1. Rodzina

Badaniem objęto 193 rodziny, które w chwili wszczęcia postępowania sądowego składały się ze 190 matek, 207 ojców oraz 348 małoletnich dzieci. Na zakończenie postępowania wykonawczego 193 rodziny składały się ze 186 matek, 207 ojców oraz 348 dzieci.

[341] Badaniu w szczególności poddano zeznania rodziców, innych świadków, wywiady i sprawozdania kuratorskie, pisma inicjujące postępowanie sądowe, opinie, zaświadczenia przekazane przez np. placówki edukacyjne, poradnie uzależnień.

5.3.1.1. Miejsce zamieszkania[342]

Rodziny objęte badaniem w zdecydowanej większości spraw mieszkały w miastach na prawach powiatu (129 rodzin – 66,8%). O wiele mniej z nich zamieszkiwało w gminach wiejskich (25 rodzin – 13%), w gminach miejsko-wiejskich (14 rodzin – 7,2%) bądź w miastach bez statusu powiatu (25 rodzin – 13%).

Tabela 6. Miejsce zamieszkania rodzin

Miejsce zamieszkania	L. bezwzgl.	Procenty
Gmina wiejska do 6 tys. mieszkańców	6	3,2
Gmina wiejska powyżej 6 tys. mieszkańców	19	9,8
Gmina miejsko-wiejska do 12 tys. mieszkańców	4	2,1
Gmina miejsko-wiejska powyżej 12 tys. mieszkańców	10	5,1
Miasto do 20 tys. mieszkańców	13	6,7
Miasto od 20 do 40 tys. mieszkańców	9	4,7
Miasto powyżej 40 tys. mieszkańców	3	1,6
Miasto na prawach powiatu do 100 tys. mieszkańców	40	20,7
Miasto na prawach powiatu powyżej 100 tys. mieszkańców	89	46,1
Ogółem	193	100

Źródło: opracowanie własne.

5.3.1.2. Problemy rodziny w chwili wszczęcia procedur sądowych

Wobec 40 rodzin (20,7%) nie odnaleziono w aktach spraw żadnych informacji mogących świadczyć o trudnościach dotyczących całej rodziny. W pozostałych przypadkach zaobserwowano, że ponad połowa rodzin, objętych badaniem, borykała się z problemami finansowymi (130 rodzin – 67,4%), a 31,6% rodzin posiadało złe warunki mieszkaniowe. Rodziny rzadko pozostawały w konflikcie z osobami trzecimi (18 rodzin – 9,3%).

[342] Dokonując analizy miejsca zamieszkania rodzin, zastosowano podział zaprezentowany przez P. Krawczyka, T. Potkańskiego i A. Porawskiego w *Metodyce wydzielania grup porównawczych jednostek samorządu terytorialnego dla potrzeb Sytemu Analiz Samorządowych* (ZMP, Poznań 2008).

Tabela 7. Problemy rodziny w chwili wszczęcia procedur sądowych[343]

Rodzaj problemu	L. bezwgl.	Procenty (193)
Zła sytuacja ekonomiczna	130	67,4
Złe warunki mieszkaniowe	61	31,6
Brak zdiagnozowanych problemów	40	20,7
Konflikty z osobami trzecimi, np. sąsiadami	18	9,3

Źródło: opracowanie własne.

5.3.1.3. Podmioty wspierające rodziny przed wydaniem orzeczenia o ingerencji we władzę rodzicielską

Na wstępie należy zauważyć, że blisko w połowie akt spraw można było odnaleźć informacje o zaangażowaniu instytucji w pomoc kierowaną wobec całej rodziny. Brak danych ustalono na poziomie 60,2% w odniesieniu do podmiotów przedstawionych w tabeli 8.

Pomoc instytucji polegała przede wszystkim na zaangażowaniu ośrodka pomocy społecznej (dalej: OPS). Z pomocy tej instytucji korzystało najwięcej rodzin (105 rodzin – 54,4%). Rodziny mogły korzystać z kilku form wsparcia OPS, polegającej na udzieleniu pomocy asystenta rodziny (18 rodzin – 9,3%), pomocy finansowej (45 rodzin – 23,3%), prowadzeniu z rodziną pracy socjalnej (31 rodzin – 16%).

W pomoc rodzinie często zaangażowana była również policja (89 rodzin – 46,1%), która podejmowała interwencje spowodowane stosowaniem przemocy w rodzinie czy kłótniami rodzinnymi, oraz zespoły interdyscyplinarne/grupy robocze (72 rodziny – 37,3%) prowadzące procedurę „Niebieskie Karty".

Ze wsparcia organizacji pozarządowych oraz poradni psychologiczno-pedagogicznych rodziny korzystały w znikomym zakresie (odpowiednio: 1,6% i 1%). Pomoc organizacji pozarządowych polegała przede wszystkim na udzielaniu rodzinie

[343] Pytanie miało charakter wielokrotnego wyboru. Podane wyniki analizy odnoszą się do ogółu rodzin objętych badaniem.

wsparcia finansowego, a poradni psychologiczno-pedagogicznych – na prowadzeniu dla rodzin terapii rodzinnych.

Na zakończenie wskazać należy, że poziom udzielania wsparcia rodzinie przez instytucje oscyluje na poziomie 28% w odniesieniu do wszystkich podmiotów przedstawionych w tabeli 8.

Tabela 8. Objęcie rodziny pomocą instytucji przed wszczęciem postępowania[344]

Instytucja	Tak		Nie		Nie wynikało z akt	
	liczba	procenty (193)	liczba	procenty (193)	liczba	procenty (193)
OPS	105	54,4	42	21,8	46	23,8
Policja	89	46,1	27	14	77	39,9
Zespół interdyscyplinarny/ grupy robocze	72	37,3	29	15	92	47,7
Organizacje pozarządowe	3	1,6	6	3,1	184	95,3
Poradnia psychologiczno-pedagogiczna	2	1	9	4,7	182	94,3

Źródło: opracowanie własne.

5.3.1.4. Podmioty wspierające rodziny w trakcie postępowania wykonawczego

Analiza zaangażowania podmiotów w pomoc rodzinie w trakcie postępowania wykonawczego wykazała, że:

- rodziny najczęściej korzystały ze wsparcia tych samych podmiotów (OPS, zespół interdyscyplinarny/grupa robocza), co przed wydaniem orzeczenia o ingerencji we władzę rodzicielską;
- pomoc OPS ponownie opierała się na kilku formach wsparcia, tj. na udzieleniu pomocy asystenta rodziny (26 rodzin – 13,5%, wzrost o 4,2 punktu procentowego), pomocy finansowej (59 rodzin – 31%, wzrost o 7,7 punktu

[344] Pytanie miało charakter wielokrotnego wyboru. Podane wyniki analizy odnoszą się do ogółu dzieci objętych badaniem.

procentowego), prowadzeniu z rodziną pracy socjalnej (29 rodzin – 15%, spadek o 1 punkt procentowy);

- w pomoc rodzinie zaangażowały się nowe podmioty, tj. kościoły/związki wyznaniowe (terapie rodzinne) oraz urząd miasta (pomoc dotycząca kwestii lokalowych);

- pomoc udzielana rodzinie przez zespoły interdyscyplinarne/grupy robocze oraz policję uległa zmniejszeniu w porównaniu do pomocy udzielanej przed wydaniem orzeczenia o ingerencji we władzę rodzicielską (pomoc policji zmalała o 24,9 punktu procentowego, a zespołów interdyscyplinarnych/grup roboczych – o 6,7 punktu procentowego);

- poziom udzielania wsparcia rodzinie przez instytucje oscyluje na poziomie 16,5% w odniesieniu do wszystkich podmiotów przedstawionych w tabeli 9.

Tabela 9. Pomoc udzielana rodzinie w trakcie trwania postępowania wykonawczego[345]

Instytucja	Tak		Nie		Nie wynikało z akt	
	Liczba	procenty (193)	liczba	procenty (193)	liczba	procenty (193)
OPS	103	53,4	21	10,9	69	35,7
Zespół interdyscyplinarny/ grupa robocza	59	30,6	25	13	109	56,4
Policja	41	21,2	28	14,5	124	64,3
Kościół/związek wyznaniowy	8	4,1	10	5,1	175	90,8
Organizacje pozarządowe	6	3,1	2	1	185	95,9
Poradnia psychologiczno-pedagogiczna	5	2,6	6	3,1	182	94,3
Urząd miasta	1	0,5	0	0	192	99,5

Źródło: opracowanie własne.

[345] Pytanie miało charakter wielokrotnego wyboru. Podane wyniki analizy odnoszą się do ogółu rodzin objętych badaniem.

5.3.1.5. Problemy rodziny na zakończenie postępowania wykonawczego

Na zakończenie postępowania wykonawczego zauważono, że 56 rodzin (29%) nie posiada żadnych problemów dotyczących rodziny jako całości. Brak problemów zdiagnozowano więc jedynie wśród 16 rodzin więcej niż w chwili wszczęcia procedur sądowych (wzrost o 8,3 punktu procentowego).

Zauważono jednak znaczącą poprawę sytuacji ekonomicznej (problem ten zmalał o 34,8 punktu procentowego) i mieszkaniowej rodzin (problem ten zmalał o 12,4 punktu procentowego).

Rodziny także rzadziej były skonfliktowane z osobami trzecimi (6 rodzin – 3,1%; spadek o 6,2 punktu procentowego).

Co szczególnie istotne i jednocześnie niepokojące, zaobserwowano, że na koniec postępowania wykonawczego aż 1/4 rodzin (50 rodzin) uległo rozpadowi poprzez zerwanie związku konkubenckiego, orzeczenie rozwodu albo poprzez separację nieformalną małżonków.

Tabela 10. Problemy rodziny na zakończenie postępowania wykonawczego[346]

Rodzaj problemu	L. bezwgl.	Procenty (193)
Zła sytuacja ekonomiczna	63	32,6
Brak zdiagnozowanych problemów	56	29
Rozpad rodziny	50	25,9
Złe warunki mieszkaniowe	37	19,2
Nie wynikało z akt	10	5,2
Konflikty z osobami trzecimi, np. sąsiadami	6	3,1

Źródło: opracowanie własne.

[346] Pytanie miało charakter wielokrotnego wyboru. Podane wyniki analizy odnoszą się do ogółu rodzin objętych badaniem.

5.3.2. Małoletnie dzieci

Przeprowadzone analizy dotyczyły 348 małoletnich dzieci, które wychowywały się w 193 rodzinach. Najczęściej w rodzinie wychowywało się 1 dziecko (94 rodziny – 48,7%) bądź 2 dzieci (60 rodzin – 31,1%). Rzadziej zaobserwowano rodziny z większą liczbą małoletnich dzieci: 3 dzieci wychowywało się w 26 rodzinach (13,5%), 4 dzieci w 11 rodzinach (5,7%), 5 dzieci w 1 rodzinie (0,5%) i 7 dzieci także w 1 rodzinie (0,5%).

5.3.2.1 Płeć i wiek

W rodzinach, w których dochodziło do zagrożenia dobra dziecka, wychowywało się 180 dziewczynek (51,7%) oraz 168 chłopców (48,3%) w zbliżonym do siebie wieku. Rodziny najrzadziej składały się z dzieci w wieku poniżej 1 roku (17 dzieci – 4,9%), a najczęściej – z dzieci w wieku 13 – 15 lat (73 dzieci – 20,9%).

Tabela 11. Płeć i wiek dzieci w chwili wszczęcia postępowania

Wiek	Dziewczynki		Chłopcy		Ogółem	
	Liczba	procenty	liczba	procenty	liczba	procenty
Poniżej 1 roku	8	2,3	9	2,6	17	4,9
Od 1 do 3 lat	28	8	34	9,9	62	17,9
Od 4 do 6 lat	28	8	20	5,7	48	13,7
Od 7 do 9 lat	18	5,2	26	7,5	44	12,7
Od 10 do 12 lat	26	7,5	24	6,9	50	14,4
Od 13 do 15 lat	42	12	31	8,9	73	20,9
Od 16 do 17 lat	30	8,6	24	6,9	54	15,5
Ogółem	180	51,6	168	48,4	348	100

Źródło: opracowanie własne.

5.3.2.2. Miejsce pobytu dzieci

Jedynie nieco ponad połowa dzieci (197 dzieci – 56,6%) zamieszkiwała wspólnie z obojgiem rodziców. Dzieci, które wychowywały się z jednym z nich,

w zdecydowanej większości pozostawały pod opieką matki (132 dzieci – 37,9%), która sprawowała opiekę najczęściej samodzielnie (83 dzieci – 23,9%) bądź wspólnie z konkubentem (34 dzieci – 9,8%). Dzieci rzadko znajdowały się pod opieką ojca (15 dzieci – 4,3%). W analizowanych sprawach odnotowano także przypadki, w który dzieci nie pozostawały pod opieką żadnego ze swoich rodziców (4 dzieci – 1,1%).

Tabela 12. Miejsce pobytu dzieci

Miejsce pobytu	L. bezwgl.	Procenty
Z obojgiem rodziców	197	56,6
Z matką	83	23,9
Z matką i jej konkubentem	34	9,8
Z ojcem	14	4
Z matką i jej mężem	11	3,2
Z matką i dziadkami	4	1,1
Z krewnymi matki	3	0,8
Z ojcem i jego żoną	1	0,3
Z pełnoletnim rodzeństwem	1	0,3
Ogółem	348	100

Źródło: opracowanie własne.

5.3.2.3. Opieka placówek edukacyjnych

79,9% dzieci w chwili wszczęcia procedur sądowych pozostawało pod opieką instytucji edukacyjnych (szkoła, przedszkole, żłobek), a 20,1% dzieci nie miało kontaktu z tymi podmiotami (tabela 13).

Powyższe ustalenia są bardzo ważne z punku widzenia przedmiotu niniejszego opracowania – dzieci bardzo wiele czasu spędzają w placówkach edukacyjnych i tym samym podmioty te mają możliwość reagowania na sytuacje zagrażające dziecku.

Tabela 13. Opieka placówek edukacyjnych

Opieka instytucji edukacyjnych	L. bezwzgl.	Procenty
Tak	278	79,9
Nie	70	20,1
Ogółem	348	100

Źródło: opracowanie własne.

5.3.2.4. Problemy dzieci w chwili wszczęcia procedur sądowych

Na podstawie badanych akt ustalono szereg trudności i problemów, z którymi borykają się najmłodsi członkowie rodzin. Problemy dzieci związane są zarówno ze środowiskiem rodzinnym, szkolnym, rówieśniczym, jak i ze stanem zdrowia.

Zaobserwowano, że głównym problemem dzieci, dotykającym ponad połowę z nich (200 dzieci – 57,4%), jest uzależnienie rodziców/rodzica od alkoholu.

Ponadto dzieci są bardzo często świadkami konfliktów rodzinnych (114 dzieci – 32,8%), posiadają trudności w nauce (110 dzieci – 31,6%), są świadkami stosowania przemocy domowej przez ojca wobec matki (109 dzieci – 31,3%).

Dzieci często opuszczają zajęcia szkolne (66 dzieci – 19% dzieci), doświadczają przemocy psychicznej ze strony rodziców/rodzica (49 dzieci – 14,1% dzieci), spotykają się z brakiem zainteresowania z ich strony (61 dzieci – 17,5%), a także cierpią na różnego rodzaju zaburzenia (49 dzieci – 14,1%), do których zaliczono aspołeczność, zespół Aspergera, ADHD, samookaleczenia, próby samobójcze.

W analizowanych sprawach dzieci rzadko podejmowały zachowania nietypowe dla swojego wieku, jak łamanie prawa (10 dzieci – 2,9%), spożywanie alkoholu (8 dzieci -2,3%) bądź narkotyków (8 dzieci – 2,3%).

Tabela 14. Problemy dzieci w chwili wszczęcia procedur sądowych[347]

Rodzaj problemu	L. bezwzgl.	Procenty (348)
Alkoholizm rodzica/rodziców	200	57,4
Obecność podczas konfliktów rodzinnych	114	32,8
Trudności w nauce	110	31,6
Obecność podczas stosowania przemocy na szkodę matki	109	31,3
Opuszczanie zajęć szkolnych	66	19,0
Brak zainteresowania/kontaktu, porzucenie przez rodzica	61	17,5
Doświadczanie przemocy psychicznej ze strony rodziców/rodzica	49	14,1
Zaburzenia rozwojowe, w tym zaburzenia psychiczne	49	14,1
Choroby przewlekłe	36	10,3
Konflikty z rodzicami	33	9,5
Doświadczanie przemocy fizycznej ze strony rodziców	32	9,2
Obecność podczas stosowania przemocy na szkodę rodzeństwa	26	7,5
Przemoc rówieśnicza/konflikty z rówieśnikami	25	7,2
Konflikty z nauczycielami/wychowawcami	18	5,2
Przebywanie w zdemoralizowanym otoczeniu	18	5,2
Niepełnosprawność intelektualna	16	4,6
Brak zdiagnozowanych problemów	15	4,3
Niepełnosprawność fizyczna	11	3,2
Problemy z prawem	10	2,9
Spożywanie alkoholu	8	2,3
Spożywanie narkotyków	8	2,3
Obecność podczas stosowania przemocy na szkodę ojca	3	0,9
Ciąża/posiadanie dziecka	2	0,6
Ofiara przemocy seksualnej	2	0,6

Źródło: opracowanie własne.

[347] Pytanie miało charakter wielokrotnego wyboru. Podane wyniki analizy odnoszą się do ogółu dzieci objętych badaniem.

5.3.2.5. Podmioty wspierające dzieci przed wydaniem orzeczenia o ingerencji we władzę rodzicielską

W większości akt spraw nie można było ustalić, czy – a jeśli tak, to w jakiej instytucji – dziecko otrzymywało pomoc oraz wsparcie przed wydaniem orzeczenia w przedmiocie ingerencji we władzę rodzicielską. Brak informacji ustalono na poziomie 87% w odniesieniu do podmiotów przedstawionych w tabeli 15.

Najwięcej informacji można było odnaleźć na temat pomocy udzielanej przez: placówki edukacyjne (38%), kuratorów sądowych (38%), sądy rodzinne w przedmiocie prowadzenia postępowania o demoralizację/czyn karalny (38%). Ustalenia w tym zakresie okazały się możliwe, ponieważ pomoc ww. instytucji nie jest kierowana do dzieci najmłodszych i tym samym łatwo określić odsetek dzieci nieobjętych ich pomocą.

Przedstawione w tabeli 15 wyniki wskazują, że dzieci najczęściej korzystały ze wsparcia:

- placówek edukacyjnych (62 dzieci – 17,9%) – udzielana pomoc polegała głównie na organizowaniu zajęć wyrównawczych, opracowywaniu specjalnego toku zaliczenia przedmiotów, ale także na pomocy psychologicznej oraz pedagogicznej;

- poradni psychologiczno-pedagogicznych (47 dzieci – 13,5%) – instytucja ta dokonywała przede wszystkim diagnozy dzieci pod kątem trudności w nauce; czasami dzieci korzystały także z pomocy psychologicznej;

- placówek ochrony zdrowia (30 dzieci – 8,6%) – pomoc dotyczyła wyłącznie systematycznych konsultacji związanych z chorobami przewlekłymi bądź niepełnosprawnościami stwierdzonymi u dzieci;

- placówek ochrony zdrowia psychicznego (28 dzieci – 8%) – w ramach tej instytucji dzieci otrzymywały terapie/konsultacje psychologiczne oraz leczenie psychiatryczne.

Podsumowując powyższe zauważyć należy, że poziom udzielania wsparcia dzieciom przez placówki pomocowe i edukacyjne nadal jest znikomy i oscyluje na poziomie 4% w odniesieniu do wszystkich podmiotów przedstawionych w tabeli 15.

Tabela 15. Objęcie dzieci pomocą instytucji przed wszczęciem postępowania[348]

Instytucja	Tak		Nie		Nie wynikało z akt	
	liczba	procenty (348)	liczba	procenty (348)	liczba	procenty (348)
Placówka edukacyjna	62	17,9	70	20,1	216	62
Poradnia psychologiczno-pedagogiczna	47	13,5	9	2,6	292	83,9
Placówka ochrony zdrowia	30	8,6	14	4,0	304	87,4
Placówki ochrony zdrowia psychicznego	28	8	15	4,3	305	87,7
Kurator sądowy	5	1,4	127	36,4	216	62
Sąd rodzinny – postępowanie o demoralizację/czyn karalny	5	1,4	127	36,4	216	62
Centrum interwencji kryzysowej	5	1,4	0	0	343	98,6
OPS	4	1,1	61	17,5	283	81,3
Placówka wsparcia dziennego	4	1,1	2	0,6	342	98,2
Ośrodek wsparcia rodziny	3	0,9	0	0	345	99,1
Organizacja pozarządowa	3	0,9	2	0,6	343	98,6
Kościół/związek wyznaniowy	2	0,6	2	0,6	344	98,9
Ośrodek profilaktyki i terapii uzależnień	1	0,3	0	0	347	99,7
Ośrodki wczesnej interwencji	0	0,0	2	0,6	346	99,4

Źródło: opracowanie własne.

[348] Pytanie miało charakter wielokrotnego wyboru. Podane wyniki analizy odnoszą się do ogółu dzieci objętych badaniem.

5.3.2.6. Rozstrzygnięcia sądów

W trzeciej części raportu stwierdzono, że sąd, na podstawie art. 109 k.r.o, może wydawać odpowiednie zarządzenia także wobec małoletnich dzieci.

Na podstawie badanych akt ustalono jednak, że sądy w znikomym stopniu (7 dzieci – 2,1%) odnoszą się w swoim orzeczeniu do dziecka.

W analizowanych sprawach sądy:

- zobowiązały 1 dziecko w wieku 14 lat (0,3%) do udziału w zajęciach socjoterapeutycznych oraz do kontynuowania leczenia psychiatrycznego; kontrolę postanowienia sąd powierzył kuratorowi sądowemu ustanowionemu do nadzorowania wykonywania władzy rodzicielskiej;

- zobowiązały 1 dziecko w wieku 15 lat (0,3%) do udziału w spotkaniach z psychologiem; kontrolę postanowienia sąd powierzył kuratorowi sądowemu ustanowionemu do nadzorowania wykonywania władzy rodzicielskiej;

- zobowiązały 1 dziecko w wieku 12 lat (0,3%) do uczestnictwa, wraz z matką, w terapii rodzinnej; z akt nie wynikał sposób kontroli wykonania obowiązku nałożonego na dziecko;

- zobowiązały 3 dzieci w wieku 9, 11, 13 lat (0,9%) do kontynowania terapii rodzinnej; kontrolę postanowienia sąd powierzył kuratorowi sądowemu ustanowionemu do nadzorowania wykonywania władzy rodzicielskiej; obowiązek ten został nałożony w 1 rodzinie na wszystkie wychowujące się w niej małoletnie dzieci.

Odnosząc poczynione ustalenia do przedstawionych powyżej problemów dzieci, można zauważyć, że sądy nie zobowiązywały dzieci np. do poprawy wyników w nauce bądź regularnego uczęszczania do szkoły. Orzeczone zobowiązania dotyczyły zdrowia psychicznego dzieci oraz poprawy relacji rodzinnych.

5.3.2.7. Podmioty wspierające dzieci w trakcie postępowania wykonawczego

W aktach spraw trudno było odnaleźć informacje na temat zaangażowania podmiotów w pomoc dzieciom w trakcie postępowania wykonawczego. Brak informacji stwierdzono na poziomie 82,8% w odniesieniu do wszystkich podmiotów przedstawionych w tabeli 16.

Dzieci najczęściej korzystały ze wsparcia poradni psychologiczno-pedagogicznych (90 dzieci – 25,8%; wzrost o 12,3 punktu procentowego), placówek oświatowych (84 dzieci – 24,1%; wzrost o 6,2 punktu procentowego), placówek ochrony zdrowia (49 dzieci – 14,1%; wzrost o 5,5 punktu procentowego), placówek ochrony zdrowia psychicznego (35 dzieci – 10%; wzrost o 2 punkty procentowe).

Charakter udzielanej pomocy dzieciom w ww. placówkach nie różnił się od zakresu wsparcia udzielanego dzieciom przed wydaniem orzeczenia na podstawie art. 109 k.r.o.

Zauważyć należy, że w przypadku każdej instytucji zaangażowanej w pomoc dzieciom nastąpił wzrost liczby najmłodszych osób korzystających z ich wsparcia, a także że w trakcie postępowania wykonawczego dzieci zostały objęte pomocą również nowego podmiotu – młodzieżowego ośrodka wychowawczego.

Niezależnie jednak od powyższego, poziom udzielania wsparcia dzieciom przez placówki pomocowe i edukacyjne nadal jest znikomy i oscyluje na poziomie 6,8% w odniesieniu do wszystkich podmiotów przedstawionych w tabeli 16.

Tabela 16. Pomoc udzielana dzieciom w trakcie trwania postępowania wykonawczego[349]

Instytucja	Tak		Nie		Nie wynikało z akt	
	liczba	procenty (348)	liczba	procenty (348)	liczba	procenty (348)
Poradnia psychologiczno-pedagogiczna	90	25,8	6	1,7	252	72,4
Placówka oświatowa	84	24,1	13	3,7	251	72,2
Placówka ochrony zdrowia	49	14,1	8	2,3	291	83,6
Placówki ochrony zdrowia psychicznego	35	10	10	2,9	303	87
Placówki wsparcia dziennego	16	4,6	3	0,9	329	94,5
OPS	13	3,7	44	12,7	291	83,6
Kurator sądowy	11	3,2	68	19,5	269	77,3
Kościoły/związki wyznaniowe	10	2,9	2	0,6	336	96,5
Organizacje pozarządowe	8	2,3	2	0,6	338	97,1
Młodzieżowy ośrodek wychowawczy	8	2,3	340	97,7	0	0
Ośrodek profilaktyki i terapii uzależnień	8	2,3	0	0	340	97,7
Centrum interwencji kryzysowej	4	1,2	0	0	344	98,8
Ośrodek wczesnego wsparcia rozwoju	1	0,3	2	0,6	345	99,1
Ośrodek wczesnej interwencji	1	0,3	3	0,9	344	98,8

Źródło: opracowanie własne.

[349] Pytanie miało charakter wielokrotnego wyboru. Podane wyniki analizy odnoszą się do ogółu dzieci objętych badaniem.

5.3.2.8. Problemy dzieci na zakończenie postępowania wykonawczego

Największą zmianą, zaobserwowaną po zakończeniu postępowania wykonawczego, jest liczba dzieci nieposiadających, zgodnie z aktami postępowania, jakichkolwiek problemów. Dokonane ustalenie dotyczy aż 143 dzieci (41,1%; wzrost o 36,8 punktu procentowego w stosunku do sytuacji sprzed wszczęcia postępowania).

Zaobserwowano również zmianę najczęściej występujących problemów w stosunku do tych stwierdzonych na etapie wszczęcia procedur sądowych. Głównymi problemami dzieci na zakończenie postępowania wykonawczego są:

- problemy w nauce (86 dzieci – 24,7%);
- alkoholizm rodziców/rodzica (60 dzieci – 17,2%);
- zaburzenia rozwojowe, w tym zaburzenia psychiczne (60 dzieci – 17,2%);
- brak zainteresowania/kontaktu, porzucenie przez rodzica (58 dzieci – 16,6%);
- opuszczanie zajęć szkolnych (43 dzieci – 12,4%).

Zauważyć także należy, że w przypadku najpoważniejszych problemów zdiagnozowanych na etapie wszczęcia postępowania wyniki badania na zakończenie procedur sądowych prezentują się następująco:

- 140 dzieci przestało doświadczać problemu uzależnienia rodzica/rodziców od alkoholu (spadek o 40,2 punktu procentowego);
- 94 dzieci przestało być świadkiem konfliktów rodzinnych (spadek o 27,1 punktu procentowego);
- 24 dzieci nie posiada już trudności w nauce (spadek o 6,9 punktu procentowego);
- 95 dzieci nie jest już świadkiem stosowania przemocy przez ojca na szkodę matki (spadek o 27,3 punktu procentowego).

Na podstawie powyższych wyników badań można stwierdzić, że co do zasady sytuacja małoletnich po zakończeniu postępowania, rozumiana jako liczba i dotkliwość odczuwanych problemów, uległa poprawie.

Brak zmiany bądź nieznaczny wzrost trudności dotyczących dzieci zauważyć można wobec poniższych problemów:

- zaburzenia rozwojowe (60 dzieci – 17,2%; wzrost o 3,1 punktu procentowego);
- problemy z prawem (15 dzieci – 4,3%; wzrost o 1,4 punktu procentowego);
- niepełnosprawność intelektualna (19 dzieci – 5,5%; wzrost o 0,9 punktu procentowego);
- ciąża/posiadanie dziecka (5 dzieci – 1,4%; wzrost o 0,8 punktu procentowego);
- spożywanie alkoholu (6 dzieci – 1,7%; wzrost o 0,3 punktu procentowego).

Tabela 17. Problemy dzieci po zakończeniu postępowania[350]

Rodzaj problemu	L. bezwzgl.	Procenty (348)
Brak zdiagnozowanych problemów	143	41,1
Trudności w nauce	86	24,7
Alkoholizm rodziców/rodzica	60	17,2
Zaburzenia rozwojowe, w tym zaburzenia psychiczne	60	17,2
Brak zainteresowania/kontaktu, porzucenie przez rodzica	58	16,6
Opuszczanie zajęć szkolnych	43	12,4
Choroby przewlekłe	24	6,9
Obecność przy konfliktach rodzinnych	20	5,7
Konflikty z rodzicami	20	5,7
Nie wynikało z akt	19	5,5

[350] Pytanie dotyczące problemów małoletnich miało charakter wielokrotnego wyboru. Podane wyniki badania odnoszą się do ogółu małoletnich.

Niepełnosprawność intelektualna	19	5,5
Przebywanie w zdemoralizowanym otoczeniu	16	4,6
Problemy z prawem	15	4,3
Obecność podczas stosowania przemocy na szkodę matki	14	4
Przemoc rówieśnicza/konflikty z rówieśnikami	12	3,4
Niepełnosprawność fizyczna	10	2,9
Spożywanie alkoholu	7	2
Spożywanie narkotyków	6	1,7
Ciąża/posiadanie dziecka	5	1,4
Konflikty z nauczycielami/wychowawcami	5	1,4
Osierocenie	3	0,9
Pobyt w zakładzie karnym	1	0,3
Doświadczanie przemocy fizycznej ze strony rodziców/rodzica	0	0
Doświadczanie przemocy psychicznej ze strony rodziców/rodzica	0	0
Obecność podczas stosowania przemocy na szkodę ojca	0	0
Obecność podczas stosowania przemocy na szkodę rodzeństwa	0	0
Bycie ofiarą przemocy seksualnej	0	0

Źródło: opracowanie własne.

5.3.3. Matki

W analizowanych sprawach wszystkie dzieci wychowujące się w jednej rodzinie posiadały zawsze wspólną matkę. W chwili wszczęcia postępowania trzy matki nie żyły. Przeprowadzone badania dotyczyły 190 matek w chwili wszczęcia postępowania oraz 186 matek na zakończenie postępowania wykonawczego (w trakcie trwania procedur zmarły 4 matki).

5.3.3.1. Wiek

Ustalenie wieku matek było możliwe we wszystkich sprawach. Najmłodsza kobieta miała 18 lat, najstarsza – 59, a średnia wieku kobiet wynosiła 36,7 roku. Najwięcej kobiet (43,7%) znajdowało się w przedziale wiekowym 31 – 40 lat, przy czym bardzo wysoki był także odsetek kobiet w przedziale wiekowym 41 – 50 lat (27,9%). Uzyskane wyniki wskazują zatem, że postępowanie najczęściej dotyczy osób w wieku 31 – 50 lat.

Tabela 18. Wiek matek

Wiek	L. bezwzgl.	Procenty
Do 20 lat	4	2,1
Od 21 do 30 lat	38	20
Od 31 do 40 lat	83	43,7
Od 41 do 50 lat	53	27,9
Od 51 do 60 lat	12	6,3
Od 61 do 70 lat	0	0
71 lat i więcej	0	0
Nie wynikało z akt	0	0
Ogółem	190	100%

Źródło: opracowanie własne.

5.3.3.2. Sytuacja osobista

Informacje o sytuacji osobistej matek odnaleziono w aktach 188 ze 190 spraw. Około połowa matek (105 matek – 55,2%) pozostawała w związku małżeńskim (przy czym 19 kobiet, czyli 10%, deklarowało separację faktyczną z mężem), 64 matki (33,6%) pozostawały w związku konkubenckim, a wobec blisko ¼ matek orzeczono rozwód (46 kobiet – 24,2%). 37 matek (19,4%) było stanu wolnego, a 9 matek (4,7%) doświadczyło śmierci małżonka.

Tabela 19. Sytuacja osobista matek[351]

Sytuacja osobista	L. bezwzgl.	Procenty (190)
Związek małżeński	105	55,2
Orzeczenie rozwodu	46	24,2
Stały partner ze wspólnym zamieszkiwaniem	38	20
Panna	37	19,4
Separacja nieformalna	19	10
Stały partner bez wspólnego zamieszkiwania	15	7,9
Wdowa	9	4,7
Zmienność parterów ze wspólnym zamieszkiwaniem	7	3,6
Zmienność parterów bez wspólnego zamieszkiwania	4	2,1
Nie wynikało z akt	2	1

Źródło: opracowanie własne.

5.3.3.3. Wykształcenie

Najwięcej matek posiadało wykształcenie zasadnicze zawodowe (64 matki – 33,2%), a następnie podstawowe (39 matek – 20,2%) oraz średnie techniczne (32 matki – 16,6%). Nieliczne matki posiadały wykształcenie magisterskie (12 matek – 6,2%) bądź średnie ogólne (18 matek – 9,3%). Wykształcenie niższe niż średnie zaobserwowano wobec 110 matek (57,8%).

[351] Pytanie miało charakter wielokrotnego wyboru. Podane wyniki analizy odnoszą się do ogółu matek objętych badaniem.

Tabela 20. Wykształcenie matek

Wykształcenie	L. bezwzgl.	Procenty
Brak wykształcenia	1	0,5
Podstawowe	39	20,2
Gimnazjalne	4	2,1
Specjalne gimnazjalne	2	1
Zasadnicze zawodowe	64	33,2
Średnie ogólne	18	9,3
Średnie techniczne	32	16,6
Licencjackie/inżynierskie	0	0
Magisterskie	12	6,2
Nie wynikało z akt	18	9,3
Ogółem	190	100%

Źródło: opracowanie własne.

5.3.3.4. Źródło utrzymania

Przedstawione w tabeli 21 dane ukazują, że blisko połowa matek (78 matek – 40,4%) nie posiadała żadnego zatrudnienia. Jednocześnie badania wykazały, że niewiele mniej matek (71 matek – 36,8%) posiadało stabilne zatrudnienie w postaci umowy o pracę, stałej umowy zlecenia bądź umowy o dzieło. 66 matek (34,2%) otrzymywało od ojców / funduszu alimentacyjnego środki pieniężne na utrzymanie dzieci, a 59 matek (30,6%) deklarowało wsparcie finansowe ze strony osoby bliskiej. Co zauważalne, jedynie 3 matki (1,6%) prowadziły działalność gospodarczą.

Tabela 21. Źródło utrzymania matek[352]

Źródło utrzymania	L. bezwzgl.	Procenty (190)
Brak zatrudnienia	78	40,4
Stałe zatrudnienie	71	36,8
Świadczenia/zobowiązania alimentacyjne	66	34,2
Wsparcie osoby bliskiej	59	30,6
Prace dorywcze	34	17,6
Zasiłek macierzyński	11	5,7
Staż z urzędu pracy, kursy OPS	8	4,1
Renta	7	3,6
Własne/wspólne gospodarstwo rolne	4	2
Własna działalność gospodarcza	3	1,6
Nie wynikało z akt	2	1,0
Zasiłek dla osoby bezrobotnej	1	0,5
Emerytura	0	0

Źródło: opracowanie własne.

5.3.3.5. Władza rodzicielska

W badaniu stwierdzono, że sąd rodzinny w zdecydowanej większości przypadków nie ingerował wcześniej w sposób wykonywania władzy rodzicielskiej przez matki (336 dzieci – 96,6% wszystkich dzieci). Jedynie w wyjątkowych sytuacjach władza rodzicielska matek była ograniczona do wykonywana określonych obowiązków i uprawnień w stosunku do dziecka (3 dzieci – 0,9% wszystkich dzieci) bądź poprzez ustanowienie nadzoru kuratora sądowego (4 dzieci – 1,1% wszystkich dzieci), a także poprzez umieszczenie małoletniego w rodzinie zastępczej, rodzinnym domu dziecka albo instytucjonalnej pieczy zastępczej (1 dziecko – 0,3% wszystkich dzieci).

[352] Pytanie miało charakter wielokrotnego wyboru. Podane wyniki analizy odnoszą się do ogółu matek objętych badaniem.

W żadnej z analizowanych spraw nie odnotowano przypadków zawieszenia władzy rodzicielskiej bądź pozbawienia władzy rodzicielskiej.

Tabela 22. Władza rodzicielska matek w chwili wszczęcia postępowania[353]

Władza rodzicielska	L. bezwg.	Procenty
Pełna władza rodzicielska	336	96,6
Ograniczenie władzy rodzicielskiej przez nadzór kuratora sądowego	4	1,1
Nie dotyczy – matka zmarła	4	1,1
Ograniczenie władzy rodzicielskiej do określonych obowiązków i uprawnień w stosunku do dziecka	3	0,9
Ograniczenie władzy rodzicielskiej poprzez umieszczenie małoletniego w rodzinie zastępczej, rodzinnym domu dziecka albo instytucjonalnej pieczy zastępczej	1	0,3
Zawieszenie władzy rodzicielskiej	0	0
Pozbawienie władzy rodzicielskiej	0	0
Nie wynikało z akt	0	0
Ogółem	348	100

Źródło: opracowanie własne.

5.3.3.6. Problemy matek w chwili wszczęcia procedur sądowych

Zaobserwowano, że ponad połowa matek (106 matek – 55,7%) posiada niskie kompetencje wychowawcze, polegające m.in. na nieumiejętności: komunikacji z dzieckiem, rozwiązywania sytuacji konfliktowych, egzekwowania obowiązków stawianych dziecku, a także na niekontrolowaniu czasu wolnego dziecka, na nadopiekuńczości, na stosowaniu nieodpowiedniego systemu kar oraz pochwał.

Matki często zmagają się z problemem alkoholowym męża/partnera (73 kobiety – 38,4%), bywają uczestnikami konfliktów rodzinnych (64 matki – 33,6%) oraz często są ofiarami przemocy domowej ze strony mężów/partnerów (58 matek – 30,5%). Około 1/5 matek boryka się z problemem samotnego macierzyństwa (41 matek –

[353] Podane wyniki analizy odnoszą się do ogółu dzieci objętych badaniem.

21,5%), nadużywaniem alkoholu (40 matek – 21%) oraz długotrwałym bezrobociem (37 kobiet – 19,4%).

Matki rzadko prezentują zachowania ryzykowane polegające na łamaniu prawa (12 matek – 6,3%; matki były karane przede wszystkim za kradzieże, wyłudzenia, paserstwo, składanie fałszywych zeznań), włóczęgostwie (6 matek – 3,1%), przebywaniu w zdemoralizowanym środowisku (5 matek – 2,6%) bądź prostytuowaniu się (2 matki – 1%).

Tabela 23. Problemy matek w chwili wszczęcia procedur sądowych[354]

Rodzaj problemu	L. bezwzgl.	Procenty (190)
Niskie kompetencje wychowawcze	106	55,7
Alkoholizm męża/partnera	73	38,4
Konflikty rodzinne	64	33,6
Doświadczanie przemocy ze strony męża/partnera	58	30,5
Samotne macierzyństwo	41	21,5
Alkoholizm	40	21
Długotrwałe bezrobocie	37	19,4
Bycie świadkiem przemocy na szkodę małoletnich dzieci	30	15,8
Konflikty z małoletnimi dziećmi	20	10,5
Zaburzenia psychiczne	14	7,4
Choroba przewlekła	13	6,8
Brak zainteresowania dzieckiem, brak kontaktu z nim, porzucenie dziecka	13	6,8
Karalność	12	6,3
Włóczęgostwo	6	3,1
Przebywanie w zdemoralizowanym środowisku	5	2,6
Niepełnosprawność intelektualna	4	2,1
Stosowanie przemocy na szkodę męża/partnera	3	1,5

[354] Pytanie miało charakter wielokrotnego wyboru. Podane wyniki analizy odnoszą się do ogółu matek objętych badaniem.

Stosowanie przemocy na szkodę małoletnich dzieci	3	1,5
Niepełnosprawność fizyczna	2	1
Prostytuowanie się	2	1
Narkomania	1	0,5
Nie wynikało z akt	1	0,5

Źródło: opracowanie własne.

5.3.3.7. Podmioty wspierające matki przed wydaniem orzeczenia o ingerencji we władzę rodzicielską

Kontynuację poprzedniego zagadnienia stanowi analiza zmierzająca do określenia, jakie podmioty bądź osoby były zaangażowane w udzielanie pomocy matkom przed wydaniem orzeczenia w przedmiocie ograniczenia władzy rodzicielskiej.

Przeprowadzona analiza pokazuje stałą tendencję polegającą na tym, że w aktach spraw w zdecydowanej większości przypadków nie można odnaleźć żadnej informacji na temat pomocy udzielanej matkom przez instytucje.

Zauważyć należy, iż brak informacji oscyluje średnio na poziomie 88% w odniesieniu do podmiotów przedstawionych w tabeli 24.

Najwięcej informacji w przedmiocie udzielania matkom wsparcia można było wyszukać pośród takich instytucji jak: OPS (32,2%), placówki leczenia uzależnień (28,9%), placówki ochrony zdrowia (13,4%), kuratorzy sądowi (13,4%). Zauważyć przy tym należy, że im bardziej wyspecjalizowana placówka, jak np. ośrodek wczesnej interwencji, tym mniej informacji w aktach na temat udzielanych przez nią form wsparcia.

Z analizy spraw, w których udało się odnaleźć odpowiedź w omawianym przedmiocie, wynika, że matki najczęściej korzystały ze wsparcia OPS (21 matek – 11,1%), placówek ochrony zdrowia psychicznego (14 matek – 7,4%), poradni psychologiczno-pedagogicznych (12 matek – 6,3%), placówek ochrony zdrowia (11 matek – 5,8%), punktów interwencji kryzysowej (11 matek – 5,8%), placówek leczenia uzależnień (11 matek – 5,8%).

Wsparcie oferowane przez OPS opierało się na konsultacjach psychologicznych, pedagogicznych, prawnych oraz na pomocy pracownika socjalnego.

Pomoc udzielana przez placówki ochrony zdrowia psychicznego polegała na umożliwieniu podjęcia leczenia psychiatrycznego i terapii psychologicznej.

W poradniach psychologiczno-pedagogicznych matki korzystały ze wsparcia psychologa, w szczególności w zakresie podnoszenia swoich umiejętności wychowawczych.

Placówki ochrony zdrowia świadczyły konsultacje z lekarzami specjalistami w obrębie chorób przewlekłych i innych zaburzeń zdrowia fizycznego.

Punkty interwencji kryzysowej oferowały matkom pomoc prawną i psychologiczną w zakresie doświadczanej przemocy.

Natomiast w placówkach leczenia uzależnień kobiety podejmowały przede wszystkim terapię uzależnienia od alkoholu, a rzadziej terapię dla osób współuzależnionych od alkoholu.

Na zakończenie wskazać należy, że pomoc udzielana matkom przez placówki pomocowe i edukacyjne jest na znikomym poziomie, oscylującym wokół 3,6% w odniesieniu do wszystkich podmiotów przedstawionych w tabeli 24.

Tabela 24. Pomoc udzielana matkom przed wydaniem orzeczenia[355]

Instytucja	Tak		Nie		Nie wynikało z akt	
	liczba	procenty (190)	liczba	procenty (190)	liczba	procenty (190)
OPS	21	11,1	40	21,1	129	67,9
Placówki ochrony zdrowia psychicznego	14	7,4	20	10,5	156	82,1
Poradnia psychologiczno-pedagogiczna	12	6,3	1	0,5	177	93,2
Placówka ochrony zdrowia	11	5,8	15	7,9	164	86,3
Punkt interwencji kryzysowej	11	5,8	0	0	179	94,2
Placówki leczenia uzależnień	11	5,8	44	23,2	135	71,1
Kurator sądowy – karny lub rodzinny	7	3,7	26	13,7	157	82,6
Gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych	4	2,1	19	10	167	87,9
Placówki edukacyjne	4	2,1	0	0	186	97,9
Organizacje pozarządowe	3	1,8	0	0	187	98,4
Placówka wsparcia dziennego	1	0,5	0	0	189	99,5
Ośrodek wsparcia rodziny	1	0,5	0	0	189	99,5
Dom matki i dziecka przy zakładzie karnym	1	0,5	0	0	189	99,5
Ośrodek wczesnej interwencji	0	0	0	0	190	100
Kościół/związek wyznaniowy	0	0	0	0	190	100

Źródło: opracowanie własne.

[355] Pytanie miało charakter wielokrotnego wyboru. Podane wyniki analizy odnoszą się do ogółu matek objętych badaniem.

5.3.3.8. Rozstrzygnięcia sądów

Na wstępie zauważyć należy, że sąd:

- w stosunku do 245 dzieci (70,4%) ograniczył władzę rodzicielską matce;
- w stosunku do 103 dzieci (29,6%) nie ingerował w sposób sprawowania władzy rodzicielskiej przez matkę.

Analiza (tabela 25) wykazała, że praktycznie w każdym przypadku ograniczenie władzy rodzicielskiej matce polegało na ustanowieniu nadzoru (nad sposobem wykonywania tej władzy) kuratora sądowego (215 dzieci – 87,7% wszystkich dzieci, wobec których sąd ograniczył władzę rodzicielską matce).

Drugim sposobem ograniczenia władzy rodzicielskiej matce było zobowiązanie jej do podjęcia określonego działania (72 dzieci – 29,3% wszystkich dzieci, wobec których sąd ograniczył władzę rodzicielską matce). Obowiązek działania był orzekany jako samodzielny środek (28 dzieci – 11,4% wszystkich dzieci, wobec których sąd ograniczył władzę rodzicielską matce) bądź był połączony z ustanowieniem nadzoru kuratora sądowego (44 dzieci – 17,9% wszystkich dzieci, wobec których sąd ograniczył władzę rodzicielską matce).

W zakresie orzekanych zobowiązań sądy najczęściej decydowały o zobowiązaniu matek do podjęcia pracy z asystentem rodziny (25 dzieci – 10,4% wszystkich dzieci, wobec których sąd ograniczył władzę rodzicielską matce).

Podsumowując prezentowane wyniki, stwierdzić należy, że sądy bardzo rzadko korzystają z innych form ograniczenia władzy rodzicielskiej matce niż ustanowienie nadzoru kuratora sądowego. Bardzo rzadko decydują się także na ustanowienie nadzoru kuratora sądowego połączonego np. z obligowaniem matki do określonego postępowania. Sądy w znikomym zakresie zobowiązują matki do określonego postępowania bez jednoczesnego ustanawiania nadzoru kuratora sądowego.

Tabela 25. Sposób ograniczenia władzy rodzicielskiej matkom[356]

Sposób ograniczenia władzy rodzicielskiej matkom	L. bezwzgl.	Procenty (245)
Ustanowienie nadzoru kuratora sądowego	215	87,7
Zobowiązanie do pracy z asystentem rodziny	25	10,2
Zobowiązanie do podjęcia leczenia psychiatrycznego	15	6,1
Zobowiązanie do uczestniczenia w warsztatach mających na celu podnieść kompetencje rodzicielskie	13	5,3
Zobowiązanie do współpracy ze szkołą małoletniego	10	4,1
Zobowiązanie do uczestniczenia w terapii rodzinnej	8	3,3
Zobowiązanie do podjęcia/kontynuowania leczenia dziecka	5	2
Zobowiązanie do podjęcia/kontynuowania leczenia odwykowego	5	2
Zobowiązanie do zapewnienia dziecku pomocy psychologicznej/psychiatrycznej	4	1,6
Zobowiązanie do zapewnienia dzieciom atmosfery spokoju i poczucia bezpieczeństwa	4	1,6
Zobowiązanie do nawiązania kontaktu z poradnią psychologiczno-pedagogiczną	3	1,2
Określenie obowiązków i uprawnień w stosunku do dziecka	2	0,8
Zobowiązanie do poprawy warunków mieszkaniowych	1	0,4
Umieszczenie małoletniego w rodzinie zastępczej, rodzinnym domu dziecka albo instytucjonalnej pieczy zastępczej	1	0,4

Źródło: opracowanie własne.

5.3.3.9. Podmioty wspierające matki w trakcie postępowania wykonawczego

Prowadzone analizy dotyczące wspierania matek przez instytucje w trakcie postępowania wykonawczego wskazują, że akta spraw ponownie nie zawierają wzmianki o wspieraniu matek przez instytucje. Brak takiej informacji oscyluje na poziomie 80% w odniesieniu do podmiotów przedstawionych w tabeli 26. Wynik

[356] Pytanie miało charakter wielokrotnego wyboru. Podane wyniki analizy odnoszą się do ogółu małoletnich dzieci, wobec których sąd ograniczył władzę rodzicielską matce.

ten jest jednak o 8 punktów procentowych lepszy niż w przypadku pomocy udzielanej matkom przed wydaniem orzeczenia.

Można również powtórnie zauważyć, że najwięcej informacji dotyczy pomocy udzielanej przez takie instytucje jak: OPS (32,8%), placówki leczenia uzależnień (24,1%), kuratorzy sądowi – karni (23,1%), placówki ochrony zdrowia (18,9%).

Przeprowadzone badania wykazują jednak zmiany dotyczące placówek, z oferty których matki korzystały najczęściej. Kobiety te otrzymywały wsparcie od OPS (29 matek – 15,6%; wzrost o 4,5 punktu procentowego), poradni psychologiczno-pedagogicznych (19 matek – 10,2%; wzrost o 3,9 punktu procentowego), placówek ochrony zdrowia psychicznego (17 matek – 9,1%; wzrost o 1,7 punktu procentowego), placówek leczenia uzależnień (17 matek – 9,1%; wzrost o 3,3 punktu procentowego), placówek ochrony zdrowia (14 matek – 7,5%; wzrost o 1,7 punktu procentowego).

Należy zwrócić uwagę, że na etapie postępowania wykonawczego w pomoc matkom zaangażowały się nowe podmioty – urząd pracy, młodzieżowe ośrodki wychowawcze – a także, że pomoc udzielana matkom przez placówki pomocowe i edukacyjne nadal jest na znikomym poziomie, oscylującym wokół 3,9% w odniesieniu do wszystkich podmiotów przedstawionych w tabeli 26.

Tabela 26. Pomoc udzielana matkom w trakcie trwania postępowania wykonawczego[357]

Instytucja	Tak		Nie		Nie wynikało z akt	
	liczba	procenty (186)	liczba	procenty (186)	liczba	procenty (186)
OPS	29	15,6	32	17,2	125	67,2
Poradnia psychologiczno-pedagogiczna	19	10,2	6	3,2	161	86,6
Placówki ochrony zdrowia psychicznego	17	9,1	18	9,6	151	81,1
Placówki leczenia uzależnień	17	9,1	28	15	141	75,9
Placówka ochrony zdrowia	14	7,5	20	10,7	152	81,7
Placówka edukacyjna	7	3,7	0	0	179	96,3
Punkt interwencji kryzysowej	6	3,2	0	0	180	96,8
Kurator sądowy – karny	6	3,2	37	19,9	143	76,9
Organizacje pozarządowe	5	2,6	1	0,5	180	96,1
Ośrodek wsparcia rodziny	3	1,6	0	0	183	98,4
Gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych	3	1,6	18	9,6	165	88,8
Urząd pracy	1	0,5	1	0,5	184	99
Kościół/związek wyznaniowy	1	0,5	3	1,6	182	97,9
Młodzieżowy ośrodek wychowawczy	1	0,5	0	0	185	99,5
Ośrodek wczesnej interwencji	0	0	5	2,6	181	97,4
Dom matki i dziecka przy zakładzie karnym	0	0	1	0,5	185	99,5
Placówka wsparcia dziennego	0	0	0	0	186	100

Źródło: opracowanie własne.

[357] Pytanie miało charakter wielokrotnego wyboru. Podane wyniki analizy odnoszą się do ogółu matek objętych badaniem.

5.3.3.10. Problemy matek na zakończenie postępowania wykonawczego

Największą zmianą zaobserwowaną po zakończeniu postępowania wykonawczego jest mniejsza liczba matek prezentujących niskie kompetencje wychowawcze – 37 matek (19,9%; spadek o 35,8 punktu procentowego w stosunku do sytuacji sprzed wszczęcia postępowania).

W kwestii zaś najczęściej występujących problemów wskazać należy:

- samotne macierzyństwo (46 matek – 24,7%);
- niskie kompetencje wychowawcze (37 matek – 19,9%);
- alkoholizm męża/partnera (29 matek – 15,6%);
- długotrwałe bezrobocie (25 matek – 13,4%).

W odniesieniu do najistotniejszych problemów, jakie można dostrzec na etapie wszczęcia postępowania, wyniki badania na etapie zakończenia postępowania są następujące:

- 44 matki nie doświadczają już problemu alkoholowego męża/partnera (spadek o 22,8 punktu procentowego);
- 45 matek przestało być uczestnikiem konfliktów rodzinnych (spadek o 23,4 punktu procentowego);
- 54 matki przestały być ofiarami przemocy ze strony męża lub partnera (spadek o 27,8 punktu procentowego);
- trud samotnego macierzyństwa dotknął 5 matek więcej (wzrost o 3,2 punktu procentowego);
- 36 matek przestało mieć problem z alkoholem (spadek o 17,8 punktu procentowego).

Z analizy akt wynika więc, że w znacznej większości przypadków sytuacja matek po zakończeniu postępowania uległa poprawie.

Tabela 27. Problemy matek na zakończenie postępowania wykonawczego[358]

Rodzaj problemu	L. bezwgl.	Procenty (186)
Brak zdiagnozowanych problemów	56	30,1
Samotne macierzyństwo	46	24,7
Niskie kompetencje wychowawcze	37	19,9
Alkoholizm męża/partnera	29	15,6
Długotrwałe bezrobocie	25	13,4
Uczestniczenie w konfliktach rodzinnych	19	10,2
Choroba przewlekła	14	7,5
Brak zainteresowania dzieckiem, brak kontaktu z nim, porzucenie dziecka	12	6,5
Zaburzenia psychiczne	10	5,4
Nie wynikało z akt	7	3,8
Alkoholizm	6	3,2
Ofiara przemocy ze strony męża/partnera	5	2,7
Konflikty z dziećmi	5	2,7
Niepełnosprawność fizyczna	5	2,7
Karalność	3	1,6
Niepełnosprawność intelektualna	3	1,6
Włóczęgostwo	1	0,5
Przebywanie w zdemoralizowanym otoczeniu	1	0,5
Narkomania	0	0
Prostytuowanie się	0	0
Stosowanie przemocy na szkodę męża/partnera	0	0
Bycie świadkiem przemocy wobec dzieci	0	0

Źródło: opracowanie własne.

[358] Pytanie miało charakter wielokrotnego wyboru. Podane wyniki analizy odnoszą się do ogółu matek objętych badaniem.

5.3.3.11. Rozstrzygnięcia sądów – sposób zakończenia postępowania wykonawczego

Postępowanie wykonawcze w zdecydowanej większości spraw zakończyło się przywróceniem pełnej władzy rodzicielskiej matce (181 dzieci – 73,8% wszystkich dzieci, wobec których sąd ograniczył władzę rodzicielską matce).

Jedynie w przypadku 57 dzieci (23,2% wszystkich dzieci, wobec których sąd ograniczył władzę rodzicielską matce) postępowanie wykonawcze zakończyło się brakiem poprawy zachowania matek. Zostało ono umorzone na skutek osiągnięcia przez dziecko pełnoletności bądź zastosowano dalsze ograniczenie władzy rodzicielskiej matce poprzez umieszczenie małoletniego w rodzinie zastępczej, rodzinnym domu dziecka albo instytucjonalnej pieczy zastępczej.

Tabela 28. Sposób zakończenia postępowania wykonawczego w odniesieniu do matek

Rodzaj rozstrzygnięcia	L. bezwzgl.	Procenty
Przywrócenie pełnej władzy rodzicielskiej	161	65,7
Umorzenie postępowania – osiągnięcie pełnoletności przez dziecko	55	22,4
Przywrócenie pełnej władzy rodzicielskiej w wyroku rozwodowym	20	8,1
Śmierć matki	4	1,7
Nie wynikało z akt	3	1,3
Ograniczenie władzy rodzicielskiej poprzez umieszczenie małoletniego w rodzinie zastępczej, rodzinnym domu dziecka albo instytucjonalnej pieczy zastępczej	2	0,8
Ogółem	245	100

Źródło: opracowanie własne.

5.3.4. Ojcowie

W analizowanych 193 sprawach sytuacja dotycząca ojców dzieci była zróżnicowania. W zdecydowanej większości spraw, tj. w 159 (82,4%), wszystkie dzieci wychowujące się w jednej rodzinie posiadały zawsze wspólnego ojca. W pozostałych 34 sprawach (11,9%) dzieci wychowujące się w jednej rodzinie miały: dwóch różnych ojców (21 spraw – 10,9%) lub trzech różnych ojców (2 sprawy – 1%). W chwili wszczęcia

postępowania, w 11 przypadkach ojcostwo nie było ustalone bądź ojciec nie żył. Przeprowadzone badania dotyczyły więc 207 ojców w chwili wszczęcia postępowania i zakończenia postępowania wykonawczego.

Tabela 29. Liczba ojców

Liczba ojców	L. bezwgl.	Procenty
1	159	82,4
2	21	10,9
3	2	1
Ojciec nie żyje/ojcostwa nie ustalono	11	5,7
Ogółem	193	100

Źródło: opracowanie własne.

5.3.4.1. Wiek

Ustalenie wieku ojców było możliwe w odniesieniu do 183 spośród 207 mężczyzn. Średnia wieku mężczyzn wynosiła 40,9 roku, przy czym najmłodszy mężczyzna miał 21 lat, a najstarszy – 71 lat. Ojcowie małoletnich najczęściej mieli 41 – 50 lat (34,8%), jednakże bardzo wysoki odsetek mężczyzn znajdował się także w przedziale wiekowym 31 – 40 lat (32,4%). Uzyskane wyniki wskazują, że postępowanie nie dotyczy osób bardzo młodych lub starszych, a osób w wieku 31 – 50 lat.

Tabela 30. Wiek ojców

Wiek	L. bezwzgl.	Procenty
Do 20 lat	0	0
Od 21 do 30 lat	23	11,1
Od 31 do 40 lat	67	32,4
Od 41 do 50 lat	72	34,8
Od 51 do 60 lat	16	7,7
Od 61 do 70 lat	4	2
71 lat i więcej	1	0,5

Nie wynikało z akt	24	11,5
Ogółem	207	100

Źródło: opracowanie własne.

5.3.4.2. Sytuacja osobista

Akta 184 z 207 spraw zawierały informacje o sytuacji osobistej ojców. Wynika z nich, że połowa ojców (105 ojców – 50,7%) było żonatych, jednakże 20 ojców (9,6%) pozostawało w separacji nieformalnej. 41 ojców (19,8%) pozostawało w związku konkubenckim. Ponadto 27 ojców było kawalerami (13%), 2 z nich – wdowcami (1%), a wobec 45 ojców orzeczono rozwód (21,8%).

Tabela 31. Sytuacja osobista ojców[359]

Sytuacja osobista	L. bezwzgl.	Procenty (207)
Związek małżeński	105	50,7
Orzeczenie rozwodu	45	21,8
Stały partner ze wspólnym zamieszkiwaniem	38	18,4
Kawaler	27	13
Nie wynikało z akt	23	11,1
Separacja nieformalna	20	9,6
Stały partner bez wspólnego zamieszkiwania	3	1,4
Wdowiec	2	1
Zmienność partnerów bez wspólnego zamieszkiwania	0	0
Zmienność partnerów ze wspólnym zamieszkiwaniem	0	0

Źródło: opracowanie własne.

[359] Pytanie miało charakter wielokrotnego wyboru. Podane wyniki analizy odnoszą się do ogółu ojców objętych badaniem.

5.3.4.3. Wykształcenie

W aktach spraw nie odnaleziono informacji o wykształceniu aż 61 ojców (29,4%). W pozostałych przypadkach ustalono, że najwięcej ojców posiadało wykształcenie zasadnicze zawodowe (79 ojców – 38,2%), podstawowe (28 ojców – 13,5%) albo średnie techniczne (19 ojców – 9,2%). Wykształceniem licencjackim/inżynierskim albo magisterskim legitymowało się łącznie tylko 5 ojców (2,4%), natomiast średnim ogólnym – 13 ojców (6,3%).

Tabela 32. Wykształcenie ojców

Wykształcenie	L. bezwzgl.	Procenty
Brak wykształcenia	1	0,5
Podstawowe	28	13,5
Gimnazjalne	0	0
Specjalne gimnazjalne	1	0,5
Zasadnicze zawodowe	79	38,2
Średnie ogólne	13	6,3
Średnie techniczne	19	9,2
Licencjackie/inżynierskie	1	0,5
Magisterskie	4	1,9
Nie wynikało z akt	61	29,4
Ogółem	207	100

Źródło: opracowanie własne.

5.3.4.4. Źródło utrzymania

Na podstawie akt spraw nie było możliwe określenie źródła utrzymania 40 ojców (19,3%). W pozostałym zakresie ustalono, że ponad 1/3 ojców (88 ojców – 40,4%) posiadało stałe zatrudnienie. Relatywnie wielu z nich trudniło się także pracami dorywczymi (43 ojców – 20,7%) lub nie posiadało żadnego zatrudnienia (28 mężczyzn – 13,5%). W nielicznych przypadkach prowadzili oni działalność gospodarczą (5 ojców – 2,4%) lub gospodarstwo rolne (również 5 ojców – 2,4%)

bądź utrzymywali się z rent (12 ojców – 5,5%), emerytur (7 ojców – 3,2%), zasiłków dla osoby bezrobotnej (2 ojców – 1%), zobowiązań/świadczeń alimentacyjnych na dzieci (1 ojciec – 0,5%). Natomiast jedynie 9 ojców (4,3%) korzystało ze wsparcia osób bliskich.

Tabela 33. Źródło utrzymania ojców[360]

Źródło utrzymania	L. bezwzgl.	Procenty (207)
Stałe zatrudnienie	88	42,5
Prace dorywcze	43	20,7
Nie wynikało z akt	40	19,3
Brak zatrudnienia	28	13,5
Renta	12	5,8
Na utrzymaniu osoby bliskiej	9	4,3
Emerytura	7	3,4
Własna działalność gospodarcza	5	2,4
Własne/wspólne gospodarstwo rolne	5	2,4
Zasiłek dla osoby bezrobotnej	2	1
Świadczenia/zobowiązania alimentacyjne	1	0,5
Staż z urzędu pracy, kursy OPS	0	0

Źródło: opracowanie własne.

5.3.4.5. Władza rodzicielska

W odniesieniu do zdecydowanej większości dzieci, ojcowie w chwili wszczęcia postępowania rozpoznawczego dysponowali pełną władzą rodzicielską (272 dzieci – 78,2% wszystkich dzieci). W nielicznych przypadkach (21 dzieci – 6% wszystkich dzieci) ojcowie małoletnich w chwili wszczęcia postępowania byli już pozbawieni władzy rodzicielskiej lub ich władza rodzicielska została ograniczona do określonych obowiązków i uprawnień w stosunku do dziecka (14 dzieci – 4% wszystkich dzieci).

[360] Pytanie miało charakter wielokrotnego wyboru. Dane zawarte w tabeli odnoszą się do ogółu ojców objętych badaniem.

Niezwykle sporadycznie pojawiały się przypadki, gdy władza rodzicielska ojca była ograniczona poprzez nadzór kuratora sądowego (3 dzieci – 0,9% wszystkich dzieci), umieszczenie małoletniego w rodzinie zastępczej, rodzinnym domu dziecka albo instytucjonalnej pieczy zastępczej (1 dziecko – 0,3% wszystkich dzieci) lub gdy była zawieszona (2 dzieci – 0,6% wszystkich dzieci).

Tabela 34. Władza rodzicielska ojców w chwili wszczęcia postępowania[361]

Władza rodzicielska	L. bezwgl.	Procenty
Pełna władza rodzicielska	272	78,2
Nie dotyczy (np. rodzic zmarł, ojcostwa nie ustalono)	22	6,3
Pozbawienie władzy rodzicielskiej	21	6
Ograniczenie władzy rodzicielskiej do określonych obowiązków i uprawnień w stosunku do osoby dziecka	14	4
Nie wynikało z akt	13	3,7
Ograniczenie władzy rodzicielskiej poprzez nadzór kuratora sądowego	3	0,9
Zawieszenie władzy rodzicielskiej	2	0,6
Ograniczenie władzy rodzicielskiej poprzez umieszczenie dziecka w rodzinie zastępczej, rodzinnym domu dziecka albo instytucjonalnej pieczy zastępczej	1	0,3
Ogółem	348	100

Źródło: opracowanie własne.

5.3.4.6. Problemy ojców w chwili wszczęcia procedur sądowych

Z analizy akt postępowań sądowych wynika, że około połowa ojców posiadała niskie kompetencje wychowawcze (115 ojców – 55,5%) lub miała problemy alkoholowe (90 ojców – 43,5%).

Wielu ojców uczestniczyło w konfliktach rodzinnych (58 ojców – 28%), dopuszczało się przemocy na szkodę swojej żony lub partnerki (58 ojców – 28%), nie wykazywało

[361] Podane wyniki analizy odnoszą się do ogółu dzieci objętych badaniem.

zainteresowania dzieckiem lub porzuciło je (48 ojców – 23,1%), a także było wcześniej karanych[362] (42 ojców – 20,2%).

Do rzadziej występujących problemów, zaobserwowanych u ojców, zaliczyć należy: przebywanie w zdemoralizowanym otoczeniu (5 ojców – 2,4%), przewlekłą chorobę (5 ojców – 2,4%), niepełnosprawność fizyczną (4 ojców – 1,9%), bycie ofiarą przemocy ze strony żony/partnerki (3 ojców – 1,4%), niepełnosprawność intelektualną (3 ojców – 1,4%), włóczęgostwo (3 ojców – 1,4%) i narkomanię (2 ojców – 0,9%).

Tabela 35. Problemy ojców w chwili wszczęcia procedur sądowych[363]

Rodzaj problemu	L. bezwzgl.	Procenty (207)
Niskie kompetencje wychowawcze	115	55,5
Alkoholizm	90	43,5
Uczestniczenie w konfliktach rodzinnych	58	28
Stosowanie przemocy na szkodę żony/partnerki	58	28
Brak zainteresowania dzieckiem, brak kontaktu z nim, porzucenie dziecka	48	23,1
Karalność	42	20,2
Stosowanie przemocy na szkodę małoletnich dzieci	30	14,5
Konflikty z małoletnimi dziećmi	28	13,5
Alkoholizm żony/partnerki	27	13
Długotrwałe bezrobocie	16	7,3
Zaburzenia psychiczne	13	6,3
Nie wynikało z akt	14	6,8
Samotne ojcostwo	9	4,3
Przebywanie w zdemoralizowanym otoczeniu	5	2,4

[362] Ojcowie byli najczęściej karani za znęcanie się nad osobą najbliższą, prowadzenie pojazdu mechanicznego w stanie nietrzeźwości, naruszenie czynności narządu ciała lub spowodowanie rozstroju zdrowia.

[363] Pytanie miało charakter wielokrotnego wyboru. Podane wyniki analizy odnoszą się do ogółu ojców objętych badaniem.

Choroba przewlekła	5	2,4
Bycie ofiarą przemocy ze strony żony/partnerki	4	1,9
Niepełnosprawność fizyczna	4	1,9
Niepełnosprawność intelektualna	3	1,4
Włóczęgostwo	3	1,4
Narkomania	2	0,9
Brak zdiagnozowanych problemów	2	0,9
Bycie świadkiem przemocy na szkodę małoletnich dzieci	0	0

Źródło: opracowanie własne.

5.3.4.7. Podmioty wspierające ojców przed wydaniem orzeczenia o ingerencji we władzę rodzicielską

Przeprowadzone badania prowadzą do wniosku, że w aktach postępowań sądowych w większości spraw nie znajdowały się kompletne informacje dotyczące objęcia ojców wsparciem instytucji i podmiotów powołanych do tego celu. W odniesieniu do przedstawionych w tabeli 36 instytucji średnio aż w 91,7% przypadków nie było możliwe ustalenie, czy ojciec objęty jest wsparciem danej instytucji przed wydaniem orzeczenia w sprawie.

Ojcowie korzystali ze wsparcia instytucji pomocowych/edukacyjnych jedynie na poziomie 3,1% w odniesieniu do wszystkich podmiotów przedstawionych w tabeli 36.

Ojcowie najczęściej objęci byli pomocą placówek leczenia uzależnień (13%), kuratora sądowego (6,8%), placówek ochrony zdrowia psychicznego (3,9%), placówek ochrony zdrowia (3,4%), poradni psychologiczno-pedagogicznych (3,4%).

Pomoc oferowana przez placówki leczenia uzależnień polegała przede wszystkim na zapewnieniu pobytu w szpitalach na oddziałach leczenia uzależnienia od alkoholu oraz na uczestnictwie w terapiach indywidualnych i grupowych.

Kuratorzy sądowi pełnili nadzór w związku z orzeczonym obowiązkiem leczenia odwykowego bądź w związku z orzeczonym wyrokiem karnym, w szczególności w sprawach o przestępstwa z art. 207 kodeksu karnego.

Placówki ochrony zdrowia zapewniały ojcom konsultacje z lekarzami specjalistami (np. z diabetologiem, neurologiem) w związku z chorobami posiadanymi przez ojców.

Natomiast poradnie psychologiczno-pedagogiczne udzielały pomocy związanej z poprawą relacji rodzinnych, np. udział w warsztatach podnoszących umiejętności wychowawcze.

Tabela 36. Pomoc udzielana ojcom przed wydaniem orzeczenia[364]

Instytucja	Tak		Nie		Nie wynikało z akt	
	liczba	procenty (207)	liczba	procenty (207)	liczba	procenty (207)
Placówki leczenia uzależnień	27	13	39	18,9	141	68,1
Kurator sądowy – karny lub rodzinny	14	6,8	23	11,1	170	82,1
Placówki ochrony zdrowia psychicznego	8	3,9	12	5,8	187	90,3
Placówka ochrony zdrowia	7	3,4	13	6,3	187	90,3
Poradnia psychologiczno-pedagogiczna	7	3,4	9	4,3	191	92,3
Centrum interwencji kryzysowej	5	2,4	0	0	202	97,6
OPS	4	1,9	28	13,6	175	84,5
Gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych	4	1,9	26	12,6	177	85,5
Zakład karny	3	1,4	0	0	204	98,6
Sądowe leczenie odwykowe	2	0,9	0	0	205	99,1

[364] Pytanie miało charakter wielokrotnego wyboru. Podane wyniki analizy odnoszą się do ogółu ojców objętych badaniem.

Organizacja pozarządowa	2	0,9	2	0,9	203	98,2
Ośrodek wczesnej interwencji	1	0,5	1	0,5	205	99
Kościół/związek wyznaniowy	0	0	2	0,9	205	99,1

Źródło: opracowanie własne.

5.3.4.8. Rozstrzygnięcia sądów

Z analizy akt sądowych wynika, że:

- w stosunku do 231 dzieci (66,4%) sąd ograniczył władzę rodzicielską ojcom;
- w stosunku do 2 dzieci (0,6%) sąd pozbawił ojców władzy rodzicielskiej;
- w stosunku do 115 dzieci (33%) sąd nie ingerował w sposób sprawowania władzy rodzicielskiej przez ojców.

W zdecydowanej większości przypadków ograniczenie władzy rodzicielskiej ojcom polegało na ustanowieniu nadzoru kuratora sądowego (181 dzieci – 78,4% wszystkich dzieci, wobec których sąd ograniczył władzę rodzicielską ojcu).

Ingerencja sądu polegała także na zobowiązaniu ojców do podjęcia określonego działania (79 dzieci – 34,1% wszystkich dzieci, wobec których sąd ograniczył władzę rodzicielską ojcu).

Obowiązek działania był orzekany jako samodzielny środek (37 dzieci – 16% wszystkich dzieci, wobec których sąd ograniczył władzę rodzicielską ojcu) bądź był połączony z ustanowieniem nadzoru kuratora sądowego (42 dzieci – 18,1% wszystkich dzieci, wobec których sąd ograniczył władzę rodzicielską ojcu).

Tabela 37. Sposób ograniczenia władzy rodzicielskiej ojcom[365]

Sposób ograniczenia władzy rodzicielskiej ojcom	L. bezwzgl.	Procenty (231)
Ustanowienie nadzoru kuratora sądowego	181	78,4
Zobowiązanie do podjęcia/kontynuowania leczenia odwykowego	17	7,4
Określenie obowiązków i uprawnień w stosunku do osoby dziecka	15	6,5
Zobowiązanie do podjęcia leczenia psychiatrycznego	13	5,6
Zobowiązanie do uczestniczenia w terapii rodzinnej	11	4,8
Zobowiązanie do pracy z asystentem rodziny	9	3,9
Zobowiązanie do uczestniczenia w warsztatach mających na celu podnieść kompetencje wychowawcze	9	3,9
Zobowiązanie do powstrzymania się od spożywania alkoholu	8	3,5
Zobowiązanie do współpracy ze szkołą małoletniego	7	3
Zobowiązanie do zapewnienia dzieciom atmosfery spokoju i poczucia bezpieczeństwa	4	1,7
Zobowiązanie do nawiązania kontaktu z poradnią psychologiczno-pedagogiczną	3	1,3
Zobowiązanie do zapewnienia dziecku pomocy psychologicznej/psychiatrycznej	3	1,3
Zobowiązanie do zapewnienia dziecku opieki medycznej	2	0,9

Źródło: opracowanie własne.

5.3.4.9. Podmioty wspierające ojców w trakcie postępowania wykonawczego

Wyniki analizy wskazują, że w aktach spraw nadal trudno odnaleźć informacje na temat korzystania przez ojców ze wsparcia instytucji pomocowych. Brak informacji oscyluje na poziomie 91,8% w odniesieniu do podmiotów przedstawionych w tabeli 38. Uzyskane dane są więc tożsame z wynikami uzyskanymi w przypadku pomocy udzielanej ojcom przed wydaniem orzeczenia.

[365] Pytanie miało charakter wielokrotnego wyboru. Podane wyniki analizy odnoszą się do ogółu małoletnich dzieci, wobec których sąd ograniczył władzę rodzicielską ojcu.

Ojcowie, podobnie jak przed wydaniem orzeczenia przez sąd, najczęściej szukali pomocy w placówkach leczenia uzależnień (37 ojców – 17,9%; wzrost o 4,9 punktu procentowego), byli nadzorowani przez kuratorów sądowych w związku z wykonaniem wyroku karnego bądź zobowiązania do podjęcia leczenia odwykowego (31 ojców – 15%; wzrost o 8,2 punktu procentowego) lub otrzymywali wsparcie w placówkach ochrony zdrowia psychicznego (18 ojców – 8,7%; wzrost o 4,8 punktu procentowego).

Można zauważyć, że w trakcie postępowania wykonawczego nastąpił wzrost aktywności sądów rodzinnych polegający na zobowiązywaniu ojców, w odrębnym postępowaniu sądowym, do podjęcia leczenia odwykowego (16 ojców – 7,7%; wzrost o 6,8 punktu procentowego), a także wzrost aktywności gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych (10 ojców – 4,8%; wzrost o 2,9 punktu procentowego).

Co istotne, po wydaniu orzeczenia przez sąd zaobserwowano zaangażowanie w pomoc ojcom także kilku nowych instytucji, tj. kościołów/związków wyznaniowych, ośrodków wsparcia dziecka i rodziny, powiatowych centrów pomocy rodzinie, placówek edukacyjnych oraz urzędu miasta.

Wyniki analizy prowadzą do wniosku, że ojcowie przede wszystkim korzystali ze wsparcia instytucji udzielających pomocy w związku z nadużywaniem przez nich alkoholu. Pomoc udzielana ojcom przez placówki pomocowe i edukacyjne nadal jest na znikomym poziomie, oscylującym wokół 4,4% (wzrost o 1,3 punktu procentowego) w odniesieniu do wszystkich podmiotów przedstawionych w tabeli 38.

Tabela 38. Pomoc udzielana ojcom w trakcie trwania postępowania wykonawczego[366]

Instytucja	Tak		Nie		Nie wynikało z akt	
	liczba	procenty (207)	liczba	procenty (207)	liczba	procenty (207)
Placówki leczenia uzależnień	37	17,9	20	9,7	150	72,4
Kurator sądowy – karny lub rodzinny	31	15	16	7,7	160	77,3
Placówki ochrony zdrowia psychicznego	18	8,7	10	4,8	179	86,5
Sądowe leczenie odwykowe	16	7,7	6	2,9	185	89,4
Gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych	10	4,8	15	7,2	182	87,9
Placówka ochrony zdrowia	8	3,9	8	3,9	191	92,2
Poradnia psychologiczno-pedagogiczna	7	3,4	10	4,8	190	91,8
Organizacje pozarządowe	5	2,4	3	1,4	199	96,1
OPS	4	1,9	18	8,7	185	89,4
Kościół/związek wyznaniowy	4	1,9	3	1,4	200	96,6
Ośrodek wsparcia dziecka i rodziny	2	1	2	1	203	98,1
Powiatowe centrum pomocy rodzinie	2	1	2	1	203	98,1
Placówki edukacyjne	2	1	2	1	203	98,1
Punkt interwencji kryzysowej	1	0,5	2	1	204	98,5
Ośrodek wczesnej interwencji	0	0	2	1	205	99

Źródło: opracowanie własne.

[366] Pytanie miało charakter wielokrotnego wyboru. Podane wyniki analizy odnoszą się do ogółu ojców objętych badaniem.

5.3.4.10. Problemy ojców na zakończenie postępowania wykonawczego

Najistotniejszą z zaobserwowanych zmian, po zakończeniu postępowania, jest mniejsza liczba ojców posiadających niskie kompetencje wychowawcze. Problem ten dotyczy 32 ojców (15,5%; spadek o 40 punktów procentowych w stosunku do sytuacji sprzed wszczęcia postępowania).

Najczęstszymi problemami ojców na zakończenie postępowania wykonawczego są:

- brak zainteresowania dzieckiem, brak kontaktu z nim, porzucenie dziecka (41 ojców – 19,8%);
- alkoholizm (32 ojców – 15,5%);
- niskie kompetencje wychowawcze (32 ojców – 15,5%).

W odniesieniu do najczęstszych problemów ojców na etapie wszczęcia postępowania wyniki badania na zakończenie postępowania są następujące:

- 7 ojców przestało wykazywać brak zainteresowania dzieckiem (spadek o 3,3 punktu procentowego);
- 58 ojców przestało nadużywać alkoholu (spadek o 28 punktów procentowych);
- 83 ojców przestało doświadczać problemu niskich kompetencji wychowawczych (spadek o 40 punktów procentowych);
- 48 ojców przestało być uczestnikami konfliktów rodzinnych (spadek o 23,2 punktu procentowego);
- 53 ojców przestało być sprawcami przemocy na szkodę żony lub partnerki (spadek o 25,6 punktu procentowego).

Brak poprawy bądź nieznaczny wzrost liczby problemów zauważono w odniesieniu do:

- samotnego ojcostwa (10 ojców – 4,8%; wzrost o 0,5 punktu procentowego);

- chorób przewlekłych (6 ojców – 2,9%; wzrost o 0,5 punktu procentowego).

Tabela 39. Problemy ojców na zakończenie postępowania[367]

Rodzaj problemu	L. bezwgl.	Procenty (207)
Brak zdiagnozowanych problemów	43	20,8
Brak zainteresowania dzieckiem, brak kontaktu z nim, porzucenie dziecka	41	19,8
Nie wynikało z akt	38	18,4
Alkoholizm	32	15,5
Niskie kompetencje wychowawcze	32	15,5
Karalność	17	8,2
Zaburzenia psychiczne	12	5,8
Konflikty z dziećmi	10	4,8
Uczestniczenie w konfliktach rodzinnych	10	4,8
Samotne ojcostwo	10	4,8
Choroba przewlekła	6	2,9
Długotrwałe bezrobocie	7	3,4
Stosowanie przemocy na szkodę żony/partnerki	5	2,4
Alkoholizm żony/partnerki	4	2
Niepełnosprawność intelektualna	2	1
Niepełnosprawność fizyczna	2	1
Włóczęgostwo	1	0,5
Narkomania	0	0
Przebywanie w zdemoralizowanym otoczeniu	0	0
Doświadczanie przemocy ze strony żony/partnerki	0	0
Bycie świadkiem przemocy na szkodę dzieci	0	0
Stosowanie przemocy na szkodę małoletnich dzieci	0	0

Źródło: opracowanie własne.

[367] Pytanie miało charakter wielokrotnego wyboru. Podane wyniki analizy odnoszą się do ogółu ojców objętych badaniem.

5.3.4.11. Rozstrzygnięcia sądów – sposób zakończenia postępowania wykonawczego

Postępowanie wykonawcze w połowie spraw zakończyło się przywróceniem pełnej władzy rodzicielskiej ojcu (128 dzieci – 55% wszystkich dzieci, wobec których sąd ingerował w sposób sprawowania władzy rodzicielskiej ojca).

Rozstrzygnięcia sądów (w pozostałym zakresie) polegały na: umorzeniu postępowania wykonawczego na skutek osiągnięcia przez dziecko pełnoletności (64 dzieci – 27,4% wszystkich dzieci, wobec których sąd ingerował w sposób sprawowania władzy rodzicielskiej ojca), ograniczeniu władzy rodzicielskiej poprzez określenie obowiązków i uprawnień w stosunku do dziecka (19 dzieci – 8,2%), pozbawieniu pełni władzy rodzicielskiej (15 dzieci – 6,5%), ograniczeniu władzy rodzicielskiej poprzez umieszczenie dziecka w rodzinie zastępczej, rodzinnym domu dziecka albo instytucjonalnej pieczy zastępczej (2 dzieci – 0,9%).

Tabela 40. Sposób zakończenia postępowania wykonawczego w odniesieniu do ojców

Rodzaj rozstrzygnięcia	L. bezwzgl.	Procenty
Przywrócenie pełnej władzy rodzicielskiej	128	55
Umorzenie postępowania – osiągnięcie pełnoletności przez dziecko	64	27,4
Ograniczenie władzy rodzicielskiej poprzez określenie obowiązków i uprawnień w stosunku do dziecka w wyroku rozwodowym	13	5,6
Pozbawienie władzy rodzicielskiej ojca w wyroku rozwodowym	7	3
Ograniczenie władzy rodzicielskiej poprzez określenie obowiązków i uprawnień w stosunku do dziecka	6	2,6
Pozbawienie władzy rodzicielskiej ojca	6	2,6
Nie wynikało z akt	5	2
Ojciec nadal pozbawiony władzy rodzicielskiej	2	0,9
Ograniczenie władzy rodzicielskiej poprzez umieszczenie dziecka w rodzinie zastępczej, rodzinnym domu dziecka albo instytucjonalnej pieczy zastępczej	2	0,9
Ogółem	233	100

Źródło: opracowanie własne.

5.4. Charakterystyka czynności podejmowanych przez sąd w odniesieniu do rodzin, kuratorów sądowych oraz instytucji

Autorka raportu za kolejny istotny cel badawczy, zmierzający do przedstawienia systemu pomocy rodzinie, przyjęła scharakteryzowanie czynności podejmowanych przez sąd zarówno w postępowaniu rozpoznawczym, jak i w postępowaniu wykonawczym. Ustalenia poczynione w tym zakresie pozwalają na określenie dowodów, na jakich opierał się sąd przy ocenie, czy i w jakiej formie należy udzielić pomocy rodzinie. Badania dają również możliwość stwierdzenia, z jakimi instytucjami współpracuje sąd na etapie postępowania rozpoznawczego oraz wykonawczego, a także jaki jest charakter jego relacji z rodzinami przeżywającymi trudności.

5.4.1. Postępowanie rozpoznawcze

Postępowanie dowodowe to niezwykle ważny element procedury udzielania pomocy rodzinie na etapie postępowania rozpoznawczego, w sytuacji zagrożenia dobra dziecka. Od poczynionych przez sąd ustaleń zależy podjęcie decyzji o ingerencji w sprawy rodziny i o sposobie udzielania jej wsparcia[368]. Postępowanie to wskazuje także, z jakimi podmiotami oraz osobami współpracuje sąd w ww. zakresie.

Badania wykazały, że w zdecydowanej większości spraw informacje o rodzinie sądy pozyskują na skutek wywiadu środowiskowego przeprowadzonego przez kuratorów sądowych (183 sprawy – 94,8%), a także na skutek zeznań składanych przez rodziców (matki zostały przesłuchane w 168 sprawach – 87%, a ojcowie w 131 – 67,9%). Sądy bardzo rzadko korzystają z możliwości wysłuchania dzieci (8 spraw – 4,1%), przesłuchania pozostałych członków rodziny (15 spraw – 8,7%) oraz pracowników instytucji pomocowych (7 spraw – 3,6%). Sądy niezbyt często pozyskują informacje o rodzinie bezpośrednio od placówek oświatowych oraz instytucji pomocowych, co spowodowane może być faktem, że kuratorzy sądowi, na potrzeby sporządzenia wywiadu środowiskowego, nawiązują kontakt z ww. podmiotami.

[368] W drugiej części pracy wskazane zostało, że zgodnie ze stanowiskiem Sądu Najwyższego, „postępowanie dowodowe (…) powinno być wszechstronne i wyczerpujące".

Tabela 41. Dowody przeprowadzone przez sąd w toku postępowania rozpoznawczego[369]

Rodzaj dowodu	L. bezwgl.	Procenty (193)
Wywiad środowiskowy przeprowadzony przez kuratora sądowego	183	94,8
Zeznania matki	168	87
Zeznania ojca	131	67,9
Dowód z dokumentu, np. akt zgonu, akt urodzenia	129	66,9
Wniosek o wgląd w sytuację rodziny	85	44
Informacja o rodzinie przekazana przez policję	53	27,5
Opinia szkoły/przedszkola	49	25,4
Dowód z akt innej sprawy sądowej	38	19,7
Opinia OPS o rodzinie	39	20,1
Opinia RODK/OZSS	20	10
Dowód z dokumentu prywatnego	19	9,8
Dokumentacja medyczna	18	9,3
Zeznania pozostałych krewnych	13	6,7
Wysłuchanie małoletniego	8	4,1
Zeznania osób z instytucji pomocowych, np. OPS, policja	7	3,6
Zeznania dorosłych dzieci	4	2
Zeznania sąsiadów	2	1
Opinia poradni psychologiczno-pedagogicznej	2	1
Nie wynikało z akt	1	0,5

Źródło: opracowanie własne.

[369] Pytanie miało charakter wielokrotnego wyboru. Podane wyniki analizy odnoszą się do ogółu badanych spraw.

5.4.2. Postępowanie wykonawcze

Czynności podejmowane przez sąd oraz inne podmioty w postępowaniu wykonawczym powinny zmierzać do zapewnienia rodzinom bądź im członkom właściwych warunków do zrealizowania postanowienia sądu wydanego w postępowaniu rozpoznawczym i tym samym do reintegracji środowiska rodzinnego.

Przeprowadzone badanie koncertowało się na działaniach sądu skierowanych wobec rodzin, instytucji pomocowych oraz kuratorów sądowych. Nie obejmowało więc działań organizacyjnych sądu, jak np. skierowanie pisma do zespołu kuratorskiej służby sądowej (dalej: ZKSS) ze zleceniem objęcia nadzoru w sprawie, a także samodzielnej kontroli akt postępowania wykonawczego. Celem analizy było wykazanie, z kim i jak współpracuje sąd na etapie postępowania wykonawczego i jak mobilizuje rodziny do zmiany sytuacji rodzinno-wychowawczej.

Odnosząc się do współpracy sądu rodzinnego z instytucjami pomocowymi/oświatowymi, wskazać należy na bardzo znikomą aktywność sądów w tym zakresie. Aż w 175 sprawach (90,7%) nie odnotowano żadnej działalności sądów dotyczącej ww. podmiotów. W pozostałych sprawach sądy najchętniej współpracowały z policją (7 spraw – 3,6%), a następnie z ośrodkami pomocy społecznej (6 spraw – 3,1%), placówkami oświatowymi (5 spraw – 2,6%), prokuraturą (2 sprawy – 1%), biegłymi sądowymi (2 sprawy – 1%), świetlicą środowiskową (1 sprawa – 0,5%), ośrodkiem interwencji kryzysowej (1 sprawa – 0,5%). Sądy nie współpracowały więc z takimi podmiotami, jak np. zespoły interdyscyplinarne / grupy robocze, gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych.

Współpraca sądów z instytucjami pomocowymi/oświatowymi polegała wyłącznie na uzyskiwaniu informacji o osobie bądź rodzinie (17 spraw – 8,8%) albo na składaniu zawiadomienia o podejrzeniu popełnienia przestępstwa (2 sprawy – 1%).

Przeprowadzone badania wskazują, że sąd rodzinny nie jest organem inicjującym współpracę z instytucjami pomocowymi/edukacyjnymi w toku postępowania wykonawczego.

Tabela 42. Współpraca sądu z instytucjami pomocowymi/edukacyjnymi[370]

Instytucja	Liczba spraw	Procenty (193)
Sąd nie współpracował z instytucjami pomocowymi	175	90,7
Policja	7	3,6
OPS	6	3,1
Placówki oświatowe	5	2,6
Prokuratura	2	1
Biegli sądowi	2	1
Świetlica środowiskowa	1	0,5
Ośrodek interwencji kryzysowej	1	0,5

Źródło: opracowanie własne.

Dokonana analiza wykazała także, że instytucje pomocowe/edukacyjne rzadko zwracały uwagę sądu rodzinnego na potrzebę udzielenia wsparcia rodzinie bądź zmiany jej formy w toku postępowania wykonawczego. Jedynie w pojedynczych sprawach występowały one bezpośrednio do sądu z wnioskiem o zmianę zarządzeń opiekuńczych bądź z ponownym wnioskiem o wgląd w sytuację rodziny.

W przypadku gdy sąd zobowiązywał dziecko bądź rodzica do podjęcia współpracy z placówkami pomocowymi/edukacyjnymi, to w większości spraw sądy nawiązywały współpracę z ww. podmiotami.

Przeprowadzone badania wykazały również znikomą działalność sądów w aspekcie współpracy z rodzinami. Najczęstsza aktywność sądów polegała na uzyskiwaniu od nich informacji na temat wykonania obowiązku nałożonego przez sąd. Nadzwyczaj niepokojące są wyniki badań wskazujące na bardzo rzadki bezpośredni kontakt sądu z rodzinami. Zaledwie w 6 sprawach (3,1%) sądy spotkały się z rodzinami, a w 3 sprawach (1,5%) z rodzicami i kuratorem sądowym.

[370] Pytanie miało charakter wielokrotnego wyboru. Podane wyniki analizy odnoszą się do ogółu badanych spraw.

Tabela 43. Działania sądu dotyczące rodziców i dzieci[371]

Działanie sądu	Liczba spraw	Łączna liczba działań	Procenty (193)
Zwrócenie się do rodzica o informacje dot. wykonania obowiązku	14	51	7,2
Nałożenie dodatkowego zobowiązania na rodzica	7	9	3,6
Wezwanie rodzica do wykonania określonego zobowiązania	6	9	3,1
Przeprowadzenie posiedzenia wykonawczego z udziałem rodziców/rodzica/dziecka	6	9	3,1
Przeprowadzenie posiedzenia wykonawczego z udziałem kuratora i rodzica	3	3	1,5
Rozpatrzenie wniosku rodziców o przywrócenie pełnej władzy rodzicielskiej	2	2	1
Wezwanie dziecka do stawienia się w odp. podmiocie	1	1	0,5

Źródło: opracowanie własne.

Sądy podejmowały przede wszystkim dwie formy aktywności skierowane wobec kuratorów sądowych: przeprowadzały posiedzenia wykonawcze z udziałem kuratorów sądowych oraz zwracały się do ZKSS o przeprowadzenie wywiadu środowiskowego. W przypadku 38 spraw (21,1% ogółu spraw, w których ustanowiony został nadzór kuratora) sądy przeprowadziły posiedzenie wykonawcze z udziałem kuratorów sądowych, a w przypadku 3 spraw (1,6% ogółu spraw, w których ustanowiony został nadzór kuratora) – także z udziałem rodziców. Sądy w przypadku 25 spraw (13,9% ogółu spraw, w których ustanowiony został nadzór kuratora) otrzymały zlecenie od sądu w przedmiocie przeprowadzenia wywiadu środowiskowego. Łącznie, kuratorzy sądowi uczestniczyli w 110 posiedzeniach wykonawczych oraz przeprowadzili 51 wywiadów środowiskowych.

[371] Pytanie miało charakter wielokrotnego wyboru. Podane wyniki analizy odnoszą się do ogółu badanych spraw.

Tabela 44. Działania sądu skierowane wobec kuratorów sądowych[372]

Działanie sądu	Liczba spraw	Łączna liczba działań	Procenty (179)
Przeprowadzenie posiedzenia wykonawczego z udziałem kuratora	38	110	21,2
Zarządzenie kierowane do ZKSS/kuratora o przeprowadzenie wywiadu środowiskowego	25	51	13,9
Wezwanie kuratora do przedłożenia sprawozdania z nadzoru	6	11	3,3
Przeprowadzenie posiedzenia wykonawczego z udziałem kuratora i rodzica	3	3	1,6
Ustanowienie nadzoru kuratora sądowego	1	1	0,5

Źródło: opracowanie własne.

Podsumowując charakterystykę czynności podejmowanych przez sąd w sytuacji zagrożenia/naruszenia dobra dziecka i reintegracji środowiska rodzinnego wskazać należy, że decyzje o tym, czy i w jaki sposób sąd powinien ingerować w sprawy rodziny, podejmowane są przede wszystkim w oparciu o informacje przekazywane przez kuratorów sądowych (dla których przeprowadzenie wywiadu środowiskowego jest bardzo często w ogóle pierwszym kontaktem z rodziną) oraz informacje przekazywane przez rodziców. Sądy jedynie wyjątkowo wysłuchują dzieci i sporadycznie korzystają z pomocy specjalistów (biegli sądowi, RODK/OZSS) mogących przekazać im wiadomości na temat deficytów, potrzeb rodziny oraz najbardziej adekwatnych form udzielania jej pomocy.

Co szczególnie istotne, sądy nie są organami inicjującymi i podtrzymującymi kontakt ani z instytucjami pomocowymi/edukacyjnymi, ani z rodzinami. Aktywność sądów w postępowaniu wykonawczym sprowadza się praktycznie wyłącznie do współpracy z kuratorami sądowymi.

[372] Pytanie miało charakter wielokrotnego wyboru. Podane wyniki analizy odnoszą się do ogółu spraw, w których ustanowiony został nadzór kuratora sądowego.

5.5. Charakterystyka czynności podejmowanych przez kuratorów sądowych w odniesieniu do rodzin, sądów oraz instytucji na etapie postępowania wykonawczego

Jak zostało wskazane powyżej, pomoc sądu rodzinnego w analizowanych sprawach opierała się przede wszystkim na ustanawianiu nadzoru kuratora sądowego. W takiej sytuacji niezbędne jest scharakteryzowanie i ocenienie aktywności przedstawicieli tej instytucji w toku postępowania wykonawczego.

Analiza koncentrowała się na ocenie działań podejmowanych przez kuratorów sądowych wobec rodzin, sądu rodzinnego oraz instytucji pomocowych/edukacyjnych. Nie obejmowała więc aktywności „wewnętrznych" (np. przeprowadzenia kontroli sprawowanego nadzoru) a wyłącznie aktywności „zewnętrzne", nakierunkowane na współpracę z osobami i instytucjami.

Odnosząc się do współpracy kuratorów sądowych z rodzinami, wskazać należy, że[373]:

- w 176 sprawach (98,3%) kuratorzy sądowi utrzymywali bezpośredni kontakt (telefoniczny bądź osobisty) z podopiecznym;
- w 163 sprawach (91%) kuratorzy sądowi przeprowadzali rozmowy (telefoniczne bądź osobiste) z członkami rodzin podopiecznych;
- w 94 sprawach (52,5%) kuratorzy sądowi przeprowadzali rozmowy z sąsiadami podopiecznych;
- w 38 sprawach (21,2%) kuratorzy sądowi przeprowadzali rozmowy ostrzegawcze z podopiecznymi w siedzibie ZKSS;
- w 6 sprawach (3,4%) kuratorzy sądowi przeprowadzali rozmowy ostrzegawcze z członkami rodzin podopiecznych.

[373] Pytanie w kwestionariuszu miało charakter wielokrotnego wyboru. Podane wyniki analizy odnoszą się do ogółu spraw, w których ustanowiony został nadzór kuratora sądowego.

Z powyższego wynika, że kuratorzy sądowi pozostają w stałym i bezpośrednim kontakcie z podopiecznymi, jak i z ich rodzinami. Tym samym posiadają oni bieżące informacje na temat funkcjonowania rodziny, jej problemów oraz potrzeb.

Porównując uzyskane wyniki z ww. analizami dotyczącymi kontaktu rodzin z sądem uzyskujemy bardzo duże dysproporcje wskazujące na to, że to kuratorzy sądowi są w całości odpowiedzialni za utrzymywanie bezpośredniego kontaktu z podopiecznym i jego rodzinami. Po analizie akt spraw można wysnuć wniosek, że w sytuacji ustanowienia kuratora, sąd nie inicjuje i nie utrzymuje kontaktu z rodziną.

Przeprowadzone badania wykazały, że kuratorzy sądowi w 166 sprawach (92,7% ogółu spraw, w których został ustanowiony nadzór kuratora sądowego) podejmowali współpracę z instytucjami na rzecz poprawy sytuacji rodziny podopiecznego i jej poszczególnych członków.

Nawiązanie przez kuratora sądowego współpracy z instytucjami uzależnione było każdorazowo od indywidualnej sytuacji rodziny i jej członków (np. posiadane problemy, gotowość nawiązania i podtrzymywania kontaktu z instytucjami), ale także od otwartości kuratora sądowego i instytucji na inicjowanie i kontynuowanie współpracy oraz od lokalnych zasobów pomocy rodzinie.

Kuratorzy sądowi przede wszystkim współpracowali z:

- instytucjami edukacyjnymi, tj. szkołą, przedszkolem, żłobkiem (137 spraw – 76,5% wszystkich spraw, w których został ustanowiony nadzór kuratora sądowego);
- OPS (77 spraw – 43% wszystkich spraw, w których został ustanowiony nadzór kuratora sądowego);
- policją (65 spraw – 36,3% wszystkich spraw, w których został ustanowiony nadzór kuratora sądowego[374].

Z pozostałymi instytucjami kuratorzy współpracowali już jedynie na poziomie kilkunastu/kilku procent.

[374] Co szczególnie ważne, wskazane instytucje są także głównymi inicjatorami postępowań w przedmiocie ograniczenia władzy rodzicielskiej.

Analiza akt wykazuje, że współpraca kuratora sądowego z instytucjami edukacyjnymi opierała się przede wszystkim na systematycznym utrzymywaniu kontaktu osobistego bądź telefonicznego z wychowawcami, psychologami, pedagogami szkolnymi i wymianie informacji nt. funkcjonowania dziecka w szkole, zaangażowania rodziców w proces edukacyjny dziecka. Zauważyć można tu było dążenie do wypracowania wspólnego stanowiska w zakresie tego, jak pomóc dziecku i rodzinie.

Współpraca z pracownikami OPS opierała się bądź na regularnej wymianie informacji o rodzinie bądź wyłącznie na jednorazowym/kilkurazowym kontakcie dotyczącym ustalenia tego, z jakich form wsparcia może korzystać rodzina. Nie w każdym więc przypadku można było zauważyć systematyczność czy dążenie do ustalenia planu pomocy rodzinie.

Współpraca z policją polegała wyłącznie na wymianie informacji na temat funkcjonowania rodziny, w szczególności w zakresie tego, czy w rodzinie nie dochodziło do interwencji policji. Rzadko można było zaobserwować dążenie do wypracowania wspólnego planu pomocy dziecku i rodzinie. Zauważalna była jednak systematyczność kontaktów.

Powyższe ustalenia, a także całościowa analiza akt spraw, prowadzi do wniosku, że:

- współpraca instytucji bardzo często sprowadzała się wyłącznie do przekazywania informacji na temat funkcjonowania rodziny;
- w znikomym zakresie odbywały się spotkania lokalnych przedstawicieli służb pomocy rodzinie w celu omówienia sytuacji rodziny;
- współpraca służb nie opierała się na zasadzie interdyscyplinarności;
- główną osobą, posiadającą szczegółowe informacje o rodzinie, był kurator sądowy i tym samym to na jego osobie skupiały się cechy koordynatora służb pomocy rodzinie;
- we współpracy na rzecz pomocy rodzinie bardzo rzadko uczestniczyły instytucje wyspecjalizowane, takie jak np. poradnie uzależnień.

Tabela 45. Współpraca kuratora sądowego z instytucjami w toku postępowania wykonawczego[375]

Instytucja	Liczba spraw	Procenty (179)
Placówki oświatowe	137	76,5
OPS	77	43
Policja	65	36,3
Asystent rodziny	26	14,5
Placówki leczenia uzależnień	21	11,7
Zespoły interdyscyplinarne/grupy robocze	16	8,9
Poradnie pedagogiczno-psychologiczne	16	8,9
Gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych	12	6,7
Kurator karny	11	6,1
Placówki zdrowia	7	3,9
Kontakt z sądem rodzinnym – leczenie odwykowe	7	3,9
Urząd miasta	7	3,9
Organizacje pozarządowe	5	2,7
Młodzieżowy ośrodek wychowawczy	3	1,6
Prokuratura	3	1,6
Ośrodek interwencji kryzysowej	2	1,1
Ośrodek wsparcia dziecka i rodziny	2	1,1
Świetlica środowiskowa	1	0,5
Kurator dla nieletnich	1	0,5
Izba wytrzeźwień	1	0,5
Sąd karny	1	0,5
Zespół wczesnego wsparcia rozwoju dziecka	1	0,5
Ośrodek rehabilitacji i readaptacji	1	0,5
Ośrodek wsparcia rodziny	1	0,5

[375] Pytanie miało charakter wielokrotnego wyboru. Podane wyniki analizy odnoszą się do ogółu spraw, w których został ustanowiony nadzór kuratora sądowego.

Rodzinne pogotowie opiekuńcze	1	0,5
Specjalistyczna placówka wsparcia dziennego	1	0,5
Kościoły/związki wyznaniowe	0	0

Źródło: opracowanie własne.

Działania kuratora sądowego, skierowane w stronę sądu rodzinnego, opierały się przede wszystkim na zgłaszaniu wniosków w przedmiocie zakończenia postępowania wykonawczego poprzez jego umorzenie albo poprzez przywrócenie rodzicom pełnej władzy rodzicielskiej (164 sprawy – 91,6% ogółu spraw, w których został ustanowiony nadzór kuratora sądowego). Pozostałe aktywności oscylowały jedynie na poziomie kilku/kilkunastu procent. Należy jednak pamiętać, że w trakcie posiedzeń wykonawczych, przeprowadzanych z udziałem kuratora sądowego, sąd szczegółowo poznawał zdanie kuratora na temat danej rodziny.

Tabela 46. Działania kuratora sądowego skierowane w stronę sądu rodzinnego w toku postępowania wykonawczego[376]

Działanie kuratora sądowego	Liczba spraw	Łączna liczba działań	Procenty (179)
Wniosek w przedmiocie zakończenia postępowania wykonawczego	164	172	91,6
Wniosek w przedmiocie zmiany formy ograniczenia władzy rodzicielskiej	19	22	10,6
Wniosek w przedmiocie przeprowadzenia z podopiecznym rozmowy ostrzegawczo-pouczającej	4	4	2,2
Wniosek w przedmiocie przeprowadzenia posiedzenia wykonawczego	3	6	1,6
Wniosek w przedmiocie przeprowadzenia badań RODK/OZSS	2	2	1,1
Wniosek w przedmiocie pozbawienia rodzica władzy rodzicielskiej	1	1	0,5

Źródło: opracowanie własne.

[376] Pytanie miało charakter wielokrotnego wyboru. Podane wyniki analizy odnoszą się do ogółu spraw, w których został ustanowiony nadzór kuratora sądowego.

6. Podsumowanie

Przeprowadzona analiza empiryczna wykazała w zakresie:

1) charakterystyki rodzin, małoletnich dzieci, matek, ojców, że:

- matki, jak i ojcowie w chwili wszczęcia procedur sądowych najczęściej znajdowali się w wieku 31-50 lat;

- ingerencja w autonomię rodziny najczęściej dotyczyła rodzin założonych przez kobiety i mężczyzn posiadających wykształcenie zasadnicze zawodowe bądź podstawowe;

- ponad połowa matek i ojców posiadała stabilne źródło utrzymania;

- sąd rodzinny, w zdecydowanej większości przypadków, nie ingerował wcześniej w sposób wykonywania władzy rodzicielskiej przez matki (96,6%) oraz ojców (78,2%);

- ponad połowa rodzin w chwili wszczęcia postępowania sądowego mierzyła się z problemami finansowymi, a blisko 1/3 rodzin posiadała złe warunki mieszkaniowe. Rodziny rzadko pozostawały w konflikcie z osobami trzecimi;

- w chwili wszczęcia postępowania sądowego ponad połowa dzieci (57,4%) borykała się z problemem uzależnienia rodziców/rodzica od alkoholu. Dzieci często były także świadkami konfliktów rodzinnych (32,8%), posiadały trudności w nauce (31,6%) oraz obserwowały stosowanie przemocy domowej przez ojca na szkodę matki (31,3%). Jedynie 4,3% małoletnich dzieci nie posiadało żadnych indywidualnych problemów ani trudności;

- najczęstszymi problemami kobiet w chwili wszczęcia procedur sądowych było: posiadanie przez nie niskich kompetencji wychowawczych (55,7%), zmaganie się z problemem alkoholowym męża/partnera (38,4%), uczestniczenie w konfliktach rodzinnych (33,6%), doświadczanie przemocy domowej ze strony mężów/partnerów (30,5%). Wobec żadnej kobiety nie odnotowano braku indywidualnych problemów czy trudności;

- ojcowie w chwili wszczęcia procedur sądowych najczęściej posiadali niskie kompetencje wychowawcze (55,5%), zmagali się z problem alkoholowym (43,5%), uczestniczyli w konfliktach rodzinnych (28%), dopuszczali się przemocy na szkodę swojej żony lub partnerki (28%), nie wykazywali zainteresowania dzieckiem lub porzucali je (23,1%), a także byli wcześniej karani (20,2%);

- sąd w stosunku do 70,4% dzieci ograniczył władzę rodzicielską matce, a w stosunku do 66,4% dzieci ograniczył władzę rodzicielską ojcu;

- ograniczenie władzy rodzicielskiej przez sąd, i tym samym udzielenie pomocy rodzinie przez sąd, w zdecydowanej większości przypadków polegało na ustanowieniu nadzoru kuratora sądowego (wobec matek – 87,7%, wobec ojców – 78,4%). Sądy bardzo rzadko decydowały się na inne formy udzielania pomocy rodzinie;

- sądy, wydając postanowienie na podstawie art. 109 k.r.o., w znikomym stopniu (2,1%) odnosiły się w swoim orzeczeniu do dziecka;

- na zakończenie postępowania wykonawczego uległa poprawie, przede wszystkim, sytuacja ekonomiczna i mieszkaniowa rodzin;

- zauważono, że na zakończenie procedur sądowych aż 1/4 rodzin uległa rozpadowi poprzez zerwanie związku konkubenckiego, orzeczenie rozwodu małżonków albo poprzez ich nieformalną separację;

- u blisko połowy dzieci nie zaobserwowano żadnych indywidualnych problemów na zakończenie procedur sądowych. Sytuacja małoletnich uległa więc znaczącej poprawie. Najczęstszymi problemami, z którymi nadal zmagały się dzieci (jednak w znacznie mniejszym stopniu), były: trudności w nauce, alkoholizm rodziców/rodzica, zaburzenia rozwojowe, w tym zaburzenia psychiczne, brak zainteresowania/kontaktu ze strony rodzica lub porzucenie przez rodzica, opuszczanie zajęć szkolnych;

- sytuacja matek na zakończenie procedur sądowych uległa zdecydowanej poprawie. Wśród blisko 1/3 matek nie zdiagnozowano żadnych,

indywidualnych problemów. Trudnościami, z którymi kobiety nadal borykały się najczęściej (lecz już w znacznie mniejszym wymiarze), były: samotne macierzyństwo (24,7%), niskie kompetencje wychowawcze (19,9%), alkoholizm męża/partnera (15,6%), długotrwałe bezrobocie (13,4%);

- sytuacja ojców na zakończenie procedur sądowych także uległa poprawie. Wobec 20,8% mężczyzn nie odnotowano żadnych, indywidualnych problemów. Ojcowie nadal, jednak w znacznie mniejszym stopniu: nie interesowali się dziećmi (19,8%), spożywali alkohol (15,5%), posiadali niskie kompetencje wychowawcze (15,5%);

- pomoc udzielona rodzinie, w znaczącej większości spraw, zakończyła się powodzeniem i wobec 55% dzieci sąd przywrócił pełną władzę rodzicielską ojcu, a wobec 73,8% dzieci – matce.

2) charakterystyki systemu pomocy rodzinie, że:

- o trudnej sytuacji rodzinnej sąd jest powiadamiany najczęściej przez służby, które posiadają systematyczny kontakt z rodziną (szkoła), bądź przez służby, które bezpośrednio reagują na trudne sytuacje rodzinne (policja, OPS);

- bardzo znikomą aktywność, w zakresie poszukiwania pomocy ze strony sądu rodzinnego, wykazują same rodziny, osoby jej bliskie (krewni), sąsiedzi;

- w aktach spraw można było znaleźć znikome informacje na temat udzielania pomocy małoletnim dzieciom, matkom i ojcom w chwili wszczęcia i zakończenia procedur sądowych. Brak informacji oscylował na poziomie ok. 90%;

- małoletnie dzieci, matki, ojcowie w niewielkim stopniu korzystali z pomocy wyspecjalizowanych instytucji pomocowych i edukacyjnych w chwili wszczęcia i zakończenia procedur sądowych;

- małoletnie dzieci w czasie trwania postępowania rozpoznawczego oraz wykonawczego najczęściej otrzymywały pomoc placówek edukacyjnych, poradni psychologiczno-pedagogicznych, placówek ochrony zdrowia, placówek ochrony zdrowia psychicznego;

- w czasie trwania procedur sądowych matki najczęściej korzystały ze wsparcia OPS, placówek ochrony zdrowia psychicznego, poradni psychologiczno-pedagogicznych, placówek zdrowia, punktów interwencji kryzysowej, placówek leczenia uzależnień;

- ojcowie podczas procedur sądowych najczęściej byli objęci pomocą placówek leczenia uzależnień, kuratora sądowego, placówek ochrony zdrowia psychicznego, placówek ochrony zdrowia, poradni psychologiczno-pedagogicznych, sądu rodzinnego w przedmiocie obowiązkowego leczenia odwykowego;

- w chwili wszczęcia postępowania sądowego i na zakończenie postępowania wykonawczego zaangażowanie w udzielenie pomocy rodzinie wykazują najczęściej: OPS, policja, zespoły interdyscyplinarne / grupy robocze;

- sądy nie są organami inicjującymi i podtrzymującymi kontakt z instytucjami pomocowymi/edukacyjnymi ani z rodzinami. Aktywność sądów w postępowaniu wykonawczym sprowadza się praktycznie tylko do współpracy z kuratorami sądowymi ustanowionymi na podstawie art. 109 k.r.o.;

- kuratorzy sądowi, pełniący nadzór na podstawie art. 109 k.r.o., są odpowiedzialni w całości za utrzymywanie bezpośredniego kontaktu z rodzinami oraz instytucjami pomocowymi/edukacyjnymi;

- współpraca instytucji pomocowych bardzo często opiera się wyłącznie na przekazywaniu informacji na temat funkcjonowania rodziny;

- w znikomym zakresie odbywają się spotkania lokalnych przedstawicieli służb pomocy rodzinie w celu omówienia sytuacji rodziny;

- współpraca służb nie opiera się na zasadzie interdyscyplinarności;

- główną osobą, posiadającą szczegółowe informacje o rodzinie, jest kurator sądowy, ustanowiony na podstawie art. 109 k.r.o.;

- we współpracy na rzecz pomocy rodzinie bardzo rzadko uczestniczą instytucje wyspecjalizowane, takie jak przedstawiciele poradni uzależnień;
- system pomocy rodzinie, w analizowanych sprawach, opiera się przede wszystkim na osobie kuratora sądowego, ustanowionego na podstawie art. 109 k.r.o.

7. Rekomendacje

Biorąc pod uwagę przeprowadzoną analizę teoretyczną oraz empiryczną należy wskazać, że:

- brakuje rozwiązań skupiających się na podnoszeniu umiejętności wychowawczych rodziców. Niezbędne jest wprowadzenie rozwiązań profilaktycznych podnoszących świadomość rodziców w zakresie konstruktywnych metod wychowawczych oraz pozytywnego rodzicielstwa. Wydaje się koniecznym upowszechnianie wiedzy o dobrym rodzicielstwie poprzez np. organizowanie kampanii społecznych, wprowadzenie do programu „szkół rodzenia" wiadomości dotyczących wychowywania dzieci, ich potrzeb oraz systemu funkcjonowania rodziny, przekazywanie rodzicom (w szkołach, przedszkolach, żłobkach) informacji o warsztatach, szkoleniach dotyczących dobrego rodzicielstwa, a także bezpośrednie wręczanie im publikacji w ww. zakresie. Inspiracją tworzonych działań może być *Triple P − Positive Parenting Program* (Program Pozytywnego Rodzicielstwa) wdrożony m.in. w Austrii, Nowej Zelandii, Stanach Zjednoczonych, Wielkiej Brytanii, Belgii, Niemczech, Holandii;

- brakuje rozwiązań podnoszących wiedzę oraz umiejętności komunikacyjne. Koniecznie jest wprowadzenie profilaktycznych środków odnoszących się do mediacyjnych sposobów rozwiązywania sporów, zarządzania konfliktami i nieporozumieniami. Powyższe może zostać zrealizowane poprzez organizowanie kampanii społecznych, wprowadzenie do systemu edukacji zajęć z ww. zakresu;

- niezbędne jest dalsze prowadzenie działań profilaktycznych dotyczących wskazywania negatywnych skutków spożywania alkoholu oraz promujących zdrowy styl życia;

- placówki oświatowe oraz opiekuńcze powinny opracować oraz stosować procedury zgłaszania podejrzeń oraz podejmowania interwencji w sytuacji krzywdzenia dziecka lub zagrożenia jego bezpieczeństwa ze strony osób obcych, członków rodziny, personelu placówki oraz rówieśników;

- powinien zostać wprowadzony lokalny system pomocy rodzinie zrzeszający przedstawicieli różnych instytucji pomocowych skoncentrowanych na pracy z dzieckiem oraz rodziną. Celem lokalnego systemu pomocy rodzinie byłaby identyfikacja rodzin przeżywających trudności bądź zagrożonych tymi trudnościami, a następnie zaoferowanie im kompleksowej i adekwatnej formy pomocy. System pomocy rodzinie opierałby się na zasadzie interdyscyplinarności z jednoczesnym uwzględnieniem koordynatora tych służb;

- sądy rodzinne powinny chętniej korzystać z posiadanego wachlarzu rozwiązań udzielania pomocy rodzinie. Obecnie pomoc udzielana przez sąd skupia się przede wszystkim na ustanawianiu nadzorów kuratorów sądowych. Sądy zbyt rzadko decydują się na skierowanie rodzin do innych służb pomocowych oraz skorzystania z innych form pomocy rodzinie;

- niezbędne jest wszechstronne określenie udziału sądów w postępowaniu wykonawczym, w tym sprecyzowanie współpracy sądów z osobami i instytucjami trzecimi, a także, przede wszystkim, z samą rodziną. Obecnie obowiązujące regulacje prawne zawierają jedynie pobieżne wytyczne w tym zakresie. Należy więc całkowicie poprzeć stanowiska prezentowane w tej kwestii przez Sąd Najwyższy[377] oraz Stowarzyszenie Sędziów Rodzinnych w Polsce[378].

[377] Pierwszy Prezes Sądu Najwyższego, *Uwagi o stwierdzonych nieprawidłowościach i lukach w prawie*, Warszawa 2017, s. 55.

[378] Uchwała XVII Kongresu Stowarzyszenia Sędziów Rodzinnych w Polsce, http://www.sssrwp.pl/aktualnosci.php?typ=uc&art=150&start=0&irek=25 (dostęp: 10.12.2017 r.).

8. Bibliografia

- Arczewska M., *Społeczne role sędziów rodzinnych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, 2009

- Banaszak B., *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej*. *Komentarz*, Wyd. 2, Warszawa 2012, Legalis

- Borysiak W. [w:] *Konstytucja RP*, red. M. Safjan, L. Bosek, t.1, *Komentarz do art. 1-86,* Warszawa 2016, Legalis

- Ciepła H. [w:] *Kodeks rodzinny i opiekuńczy*. *Komentarz*, red. K. Piasecki, LexisNexis, wyd. V, Warszawa 2011

- Derlatka M., Garlicki L. [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, red. G. Leszek, M. Zubik, t. 2, wyd. II, LEX/el.

- Długoszewska I., *Przesłanki oraz skutki ograniczenia i pozbawienia władzy rodzicielskiej*, LexisNexis, Warszawa 2012

- Dobek A., *Zasada pomocniczości w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego*, http://www.bibliotekacyfrowa.pl/dlibra/docmetadata?id=24604&from=publication (dostęp: 2.12.2017 r.)

- Dolecki H. [w:] *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz,* red. H. Dolecki, T. Sokołowski, wyd. II, LEX 2013

- Domański M., *Wybrane zagadnienia orzekania o umieszczeniu dziecka w pieczy zastępczej*, https://www.iws.org.pl/pliki/files/IWS_Doma%C5%84ski%20M._Wybrane%20zagadnienia%20orzekania%20o%20umieszczeniu%20dziecka%20w%20pieczy%20zast%C4%99pczej%282%29.pdf (dostęp: 3.12.2017 r.)

- Gajda J. [w:] *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz*, red. K. Pietrzykowski, wyd. 5, Warszawa 2017, Legalis

- Grzegorski S., *Pojęcie i znaczenie zasady pomocniczości (subsydiarności) do realizacji zadań publicznych przez organizacje pozarządowe w Polsce*, Wrocław 2012, http://www.tratwa.org/2012/htdocs/attachments/article/135/zasada%20pomocniczo%C5%9Bci.pdf

- Ignaczewski J. [w:] *Władza rodzicielska i kontakty z dzieckiem. Komentarz*, red. J. Ignaczewski, Wydawnictwo C.H.Beck, Warszawa 2012

- Ignatowicz J. [w:] *System prawa rodzinnego i opiekuńczego*, red. J.S. Piątowski, Ossolineum 1985

- Jakimiec D., *Dysfunkcjonalność rodziny jako przedmiot postępowania wykonawczego w prawie rodzinnym i opiekuńczym*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2016

- Jan Paweł II, *Encyklika Centesimus annus*, https://opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/jan_pawel_ii/encykliki/centesimus_1.html (dostęp: 2.12.2017 r.)

- Kustra E., *Zasada pomocniczości a przekształcenia polskiego systemu prawa i społecznej świadomości*, „Studia Iuridica Toruniensia" Przemiany Polskiego Prawa 2002/2

- Osajda J. [w:] *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz*, red. K. Pietrzykowski, wyd. 5, Warszawa 2017, Legalis

- Pierwszy Prezes Sądu Najwyższego, *Uwagi o stwierdzonych nieprawidłowościach i lukach w prawie*, Sąd Najwyższy, Warszawa 2017

- Pius XI, *Encyklika o odnowieniu ustroju społecznego. Quadragesimo anno*, Kraków 1982

- Prusinowska-Marek A., *Skuteczność i celowość prowadzenia długoletnich (trwających od co najmniej 3 lat) nadzorów wykonywanych przez kuratorską służbę sądową w sprawach małoletnich*, https://www.iws.org.pl/pliki/files/Prusinowska-Marek%20A._Skuteczno%C5%9B%C4%87%20i%20celowo%C5%9B%C4%

87%20d%C5%82ugotwa%C5%82ych%20nadzor%C3%B3w%20kuratorskich.pdf (dostęp: 3.12.2017 r.)

- *Rodzina. Społeczeństwo. Gospodarka Rynkowa*, red. J. Kroszel, Opole 1995

- Słyk J. [w:] *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz*, red. K. Osajda, Legalis
- Słyk J., *Aspekty prawne wysłuchania dziecka w postępowaniu cywilnym*, „Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka" Wysłuchanie dziecka w postępowaniu cywilnym 2015/14(4)

- Uchwała XVII Kongresu Stowarzyszenia Sędziów Rodzinnych w Polsce, Zakopane 10 września 2015 r. http://www.sssrwp.pl/aktualnosci.php?typ=uc&art=150&start=0&irek=25 (dostęp: 10.12.2017 r.)

- Zieliński A., *Sądownictwo opiekuńcze w sprawach małoletnich*, Warszawa 1975

Część IV. Rodzina jako system podtrzymujący zjawiska patologiczne – na przykładzie uzależnienia od alkoholu, współuzależnienia, syndromu DDA (Dorosłe Dzieci Alkoholików)

Wprowadzenie

Zarówno praktyka pomagania osobom z różnymi problemami psychologicznymi, jak również różne podejścia teoretyczne je opisujące wskazują na istotny wpływ rodzin tych osób na przyczyny, rozwój oraz możliwości przezwyciężania przez nie swoich problemów.

Koncepcje przyczyn i rozwoju uzależnienia wprost wskazują na powiązanie dynamiki problemu alkoholowego członka rodziny z funkcjonowaniem rodziny i jego skutkami dla pozostałych osób w rodzinie w postaci tzw. współuzależnienia czy tzw. syndromu DDA (Dorosłe Dzieci Alkoholików).

Konsekwencją myślenia o naturze tych problemów jako zjawisk wzmacnianych przez system rodzinny jest więc szukanie możliwości zwiększania skuteczności pomagania instytucjonalnego osobom z różnymi problemami – w rozszerzaniu działań pomocowych kierowanych do tych osób – na członków ich rodzin.

Celem tego opracowania jest wskazanie – na podstawie przeprowadzonych badań – zależności między członkami rodziny problemowej, mających wpływ na rozwój uzależnienia, współuzależnienia, problemów osób z tzw. syndromem DDA oraz na możliwości przezwyciężania tych problemów tkwiące w systemie rodzinnym.

Praktycznym wynikiem badań będzie sformułowanie zaleceń dla instytucji pomocowych dotyczących zasad oddziaływania na całą rodzinę problemową, zwiększających skuteczność pomocy grupom osób z tymi problemami.

1. Podstawowe pojęcia

1. Uzależnienie od alkoholu
2. Współuzależnienie
3. Syndrom DDA
4. Motywacja do leczenia
5. System rodzinny

1.1. Uzależnienie od alkoholu

Do rozpoznania uzależnienia od alkoholu stosuje się w Polsce Międzynarodową Statystyczną Klasyfikację Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10 przypisuje uzależnieniu od alkoholu kategorię F-10.

Zespół uzależnienia od alkoholu to kompleks objawów somatycznych, behawioralnych i poznawczych, w których picie alkoholu staje się priorytetowe nad innymi poprzednio ważnymi zachowaniami. Do rozpoznania uzależnienia konieczne jest stwierdzenie wystąpienia w czasie ostatniego roku, przynajmniej trzech z poniższych objawów:

1. Silne pragnienie lub poczucie przymusu picia („głód alkoholowy").

2. Upośledzona zdolność kontrolowania zachowań związanych z piciem (trudności w unikaniu rozpoczęcia picia, trudności w zakończeniu picia do wcześniej założonego poziomu, nieskuteczność wysiłków zmierzających do zmniejszenia lub kontrolowania picia).

3. Fizjologiczne objawy zespołu abstynencyjnego pojawiającego się, gdy picie alkoholu jest ograniczane lub przerywane (drżenie mięśniowe, nadciśnienie tętnicze, nudności, wymioty, biegunki, bezsenność, rozszerzenie źrenic, wysuszenie śluzówek, wzmożona potliwość, zaburzenia snu, niepokój, drażliwość, lęki, padaczka poalkoholowa, omamy wzrokowe lub słuchowe, majaczenie, drżenie) albo używanie alkoholu lub pokrewnie działającej substancji (np. leków) w celu złagodzenia ww. objawów, uwolnienia się od nich lub uniknięcia ich.

4. Zmieniona (najczęściej zwiększona) tolerancja alkoholu (ta sama dawka alkoholu nie przynosi oczekiwanego efektu), potrzeba spożycia większych dawek dla wywołania oczekiwanego efektu.

5. Z powodu picia alkoholu – narastające zaniedbywanie alternatywnych źródeł przyjemności lub zainteresowań, zwiększona ilość czasu przeznaczona na zdobywanie alkoholu lub jego picie, bądź uwolnienia się od następstw jego działania.

6. Uporczywe picie alkoholu mimo oczywistych dowodów występowania szkodliwych następstw picia (picie alkoholu, mimo, że charakter i rozmiary szkód są osobie pijącej znane lub można oczekiwać, że są znane)[379].

Głównym objawem zespołu uzależnienia jest silne, trudne do opanowania pragnienie alkoholu. Wypicie alkoholu nawet po długim okresie abstynencji przez osobę uzależnioną może wyzwalać gwałtowny nawrót innych objawów zespołu uzależnienia.

Koncepcje czynników odpowiedzialnych za podjęcie leczenia przez osoby uzależnione wskazują między innymi na zależności między motywacją do leczenia/zaprzestania picia a reakcjami członków rodziny na funkcjonowanie osoby uzależnionej. Podkreśla się w nich wpływ konstruktywny sprzyjający podejmowaniu decyzji o leczeniu oraz niekonstruktywny – ułatwiający dalsze nadużywanie alkoholu przez osobę uzależnioną, tworzący ku temu sprzyjające warunki. W wypowiedziach i doświadczeniach samych osób uzależnionych warunki te określane są jako stwarzanie „komfortu picia". Powstają one wskutek różnego rodzaju działań opiekuńczych i ratowniczych podejmowanych przez otoczenie osoby pijącej i mają wpływ na osłabianie siły konsekwencji picia, jakie poniosłaby osoba uzależniona bez takiej „pomocy". Skutkiem tego jest bagatelizowanie przez nią powagi problemu alkoholowego, konieczności podejmowania w związku z nim jakichś radykalnych zmian w swoim funkcjonowaniu, zwłaszcza w odniesieniu do picia, a także wzmacnianie fałszywego przekonania o posiadaniu nie osłabionej w żaden sposób zdolności do poradzenia sobie z problemami własnymi siłami. Osobie uzależnionej łatwiej w takich warunkach także o idealizowanie roli picia, znaczenia sytuacji alkoholowych oraz odnoszenia przyczyn problemów wynikających

[379]L. Cierpiałkowska, *Alkoholizm – przyczyny – leczenie – profilaktyka,* Poznań 2000, s. 48.

z picia do okoliczności nie związanych z piciem alkoholu (usprawiedliwianie, racjonalizowanie). Tym samym zachowania członków rodziny często wpływają na opóźnianie przez uzależnionego od alkoholu członka rodziny decyzji o zaprzestaniu picia, szukaniu pomocy, podjęciu leczenia, sprzyjając rozwojowi uzależnienia i narastaniu w życiu osoby pijącej coraz bardziej dramatycznych problemów, nie skutkujących decyzją o zmianie postępowania.

1.2. Współuzależnienie

Współuzależnienie jest terminem, którym zwykle określa się partnerów osób uzależnionych od alkoholu**.** Zaobserwowano, że osoby te są podobne do siebie w wielu rożnych sferach psychologiczno-społecznego funkcjonowania. Cermak (2010) ujmuje współuzależnienie jako bycie kontrolowanym przez osobę uzależnioną. Jest ono utrwaloną formą funkcjonowania w długotrwałej, trudnej i niszczącej sytuacji związanej z patologicznymi zachowaniami uzależnionego partnera lub innego członka rodziny. Ma postać postępującej adaptacji do sytuacji, ograniczającej swobodę wyboru postępowania, prowadzącej do pogorszenia własnego stanu i utrudniającej zmianę własnego położenia. Współuzależnienie może wystąpić również w relacjach między członkami rodziny, przyjaciółmi czy współpracownikami. Cermak jako podstawowe oznaki współuzależnienia wymienia:

- nadmierne poczucie dumy z powodu samokontroli,
- budowanie poczucia własnej wartości na chęci innych do pozostawania w relacji z osobą współuzależnioną,
- poczucie odpowiedzialności za spełnienie potrzeb innych osób, nawet kosztem rezygnacji z własnych pragnień,
- nadmierne wykorzystywanie zaprzeczania, szczególnie wobec własnych potrzeb i uczuć,
- poświęcanie własnej tożsamości na rzecz ochrony sekretów,
- zmienianie siebie aby zadowolić innych,
- słabe poczucie własnej wartości,
- napędzanie przez zachowania kompulsywne,
- nadużywanie środków odurzających,
- próby kontrolowania innych za pomocą miłości lub gniewu,

- poświęcanie swojego prawdziwego "ja" aby utrzymać nienaruszoną fasadę fałszywego "ja",
- choroby powiązane ze stresem[380].

Podstawowym skutkiem adaptacji do bycia w relacji z osobą uzależnioną jest chwiejność emocjonalna oraz koszty w postaci braku czasu i energii na własne potrzeby i cele. Literatura i osoby zajmujące się pomaganiem współuzależnionym nie są jednoznaczne wobec tych zagadnień. Dla przykładu podam określenia odnoszące się do współuzależnienia zaczerpnięte od kilku autorów, wybrane z dostępnych powszechnie pozycji.

Określenie współuzależnienia według Melody Beattie: współuzależnioną jest osoba, która pozwala na to, by zachowanie innej osoby oddziaływało na nią ujemnie i która obsesyjnie stara się kontrolować zachowanie oddziałującej na nią w ten sposób osoby[381].

Według Pia Mellody, współuzależnienie jest upośledzeniem dojrzałości spowodowanym urazem z okresu dzieciństwa. Łańcuch symptomów charakteryzujący współuzależnienie nazywamy symptomami rdzennymi lub pierwotnymi. Określają one stopień, w jakim osoby współuzależnione nie są w stanie nawiązać zdrowych stosunków z samym sobą. Są to trudności w: 1/ doznawaniu poczucia własnej wartości, czyli trudność w kochaniu samego siebie, 2/ wytyczaniu granic między sobą a innymi ludźmi, czyli trudność w chronieniu własnej osobowości, 3/ właściwym poznaniu obiektywnej prawdy o sobie, czyli trudność w określeniu kim się jest i w jaki sposób dzielić się sobą z innymi, 4/ właściwym adresowaniu swoich dorosłych potrzeb i pragnień, czyli trudność w troszczeniu się o siebie, 5/ doświadczaniu i wyrażaniu obiektywnej prawdy o sobie z umiarem, czyli trudność we właściwym przeżywaniu swojego wieku i różnych zewnętrznych okoliczności[382].

Według Johna Bradshawa, sterowanie z zewnątrz przez stresora stanowi istotę współuzależnienia. Członkowie rodziny dysfunkcyjnej żyją w reakcji do głównego stresora (osoby funkcjonującej destrukcyjnie – przyp. autora), a ponieważ zagraża on istnieniu członków rodziny, muszą być oni cały czas czujni i gotowi do obrony,

[380]T.L. Cermak, *Czas na wyleczenie*, Kielce 2010, s. 115-117.

[381]B. Melody, *Koniec współuzależnieni*a, Poznań 2003, s. 53.

[382] Pia Mellody, *Toksyczna miłość i jak się z niej wyzwolić*, Warszawa 1992, s. 15.

przystosowują się do stresu, próbując uzyskać nad nim kontrolę. Współuzależnienie jest zbiorem normalnych zachowań umożliwiających przetrwanie, będących reakcją na konkretną stresującą sytuację[383].

Według Zofii Sobolewskiej, współuzależnienie jest to taki sposób reagowania na silnie stresową sytuację współżycia z alkoholikiem, bądź inną osobą działającą destrukcyjnie, który powoduje postępujące uwikłanie w tę chorobę[384].

Według Mirosławy Kisiel, nadodpowiedzialność i nadkontrola – to współuzależnieniowe sposoby przystosowania się do destrukcji, którą alkoholik wprowadza w związek: – "Ewa reaguje na picie męża zachowaniami zmierzającymi do poprawy sytuacji, jednak to, co robi, jedynie utrwala i pogarsza tę sytuację. Ewa nie widzi możliwości skutecznego rozwiązania. Jest uwikłana w picie męża (jest w pułapce) – takie uwikłanie nazywamy współuzależnieniem"[385].

Każde z tych określeń kieruje uwagę na inny aspekt współuzależnieniowego funkcjonowania (mechanizm, przyczyny, przejawy). W większości z tych definicji pojawia się wspólny element – przystosowanie się do destrukcyjnej sytuacji w niekorzystny dla siebie sposób zamiast zdrowego przeciwdziałania jej wpływom na siebie. W niektórych z definicji wprowadzono pojęcie działań obsesyjnych (np. kontrola czyichś zachowań), co kieruje uwagę w stronę nałogowego mechanizmu tych działań, odróżniając go od zachowań będących wynikiem nieskrępowanego wyboru. Sugeruje to także drugi człon określenia współuzależnienie, mówiący o regulacyjnym – w stosunku do własnych stanów emocjonalnych – charakterze zachowań osób bliskich żyjących wspólnie z alkoholikiem, skierowanych na powstrzymanie picia przez alkoholika. Celem tych zachowań w istocie miałaby być nie tyle zmiana w postępowaniu alkoholika, ale bardziej poprawa własnego samopoczucia, samooceny, poczucia sprawczości i sensu życia osób bliskich wywołana skutecznym wpływem na jego picie. Nałogowość, trwałość tych zachowań miałaby spełniać także rolę substytutu troszczenia się o siebie samych przez osoby bliskie, zamiennika zaspokajania własnych potrzeb i realizacji własnych celów życiowych.

[383] J. Bradshaw, *Zrozumieć rodzinę*, Warszawa 1994, s. 87.

[384] Z. Sobolewska, „Świat Problemów", styczeń/luty 1996, s. 6-7.

[385] M. Kisiel, *Terapia osób współuzależnionych*, Warszawa 1997, s. 46-47.

1.3. Syndrom DDA – Dorosłe Dzieci Alkoholików

W znaczeniu medycznym „syndrom DDA" nie jest zespołem psychopatologicznym, więc nie jest ujmowany w żadnym systemie klasyfikacyjnym. W znaczeniu ogólnym, wynikającym między innymi z praktyki psychoterapeutycznej, klinicznej ale i zapotrzebowania społecznego, wyodrębnia się określoną liczbę właściwości, cech czy zachowań wzajemnie powiązanych ze sobą, które można określić mianem „syndromu Dorosłego Dziecka Alkoholika". Schematy charakterystyczne dla tego syndromu są destrukcyjne i powodują wiele zaburzeń pacjenta w kontakcie z samym sobą oraz z innymi osobami, szczególnie z tymi, z którymi pacjent jest w bliskich związkach.

Problemy Osób Dorosłych – Dzieci Alkoholików tworzy uwewnętrzniona w okresie dorastania – wieloczynnikowa (obejmująca procesy i zjawiska) – wielowymiarowa (obejmująca struktury człowieka) reakcja – na destrukcyjne sytuacje i relacje w systemie rodzinnym – uniemożliwiająca bądź utrudniająca projektowanie własnego życia oraz aktywizująca zaburzenia o charakterze klinicznym[386].

Z. Sobolewska-Mellibruda definiuje syndrom DDA jako: zespół utrwalonych osobowościowych schematów (poznawczych, emocjonalnych, behawioralnych i interpersonalnych) funkcjonowania psychospołecznego powstałych w dzieciństwie w rodzinie alkoholowej, które utrudniają osobie adekwatny, bezpośredni kontakt z teraźniejszością i powodują psychologiczne zamknięcie się w traumatycznej przeszłości. Powoduje to przeżywanie i interpretowanie aktualnych wydarzeń i relacji przez pryzmat bolesnych doświadczeń z dzieciństwa. Zniekształcenia te nie są przez DDA uświadamiane.

Niezależnie od akcentów, na jakie zwracają uwagę poszczególni autorzy, wszyscy są zgodni w poglądach na to, co stanowi **podstawowe źródła syndromu DDA:**

a) doznane traumy (ostre i chroniczne),
b) niezaspokojone potrzeby i zaniedbania rozwojowe,
c) zakłócona więź w znaczących relacjach (z rodzicami, opiekunami)[387].

Teoretycy – klinicyści i praktycy psychoterapii wymieniają różne zestawy cech

[386] I. Kaczmarczyk, *www.osrodekintra.pl* [dostęp: 05.03.2018 r.], s.7

[387] Z. Sobolewska, *www.parpa.pl/DDA,* [dostęp: 05.03.2018 r.].

zaliczanych do kryteriów DDA (Woititz, Wegscheider-Cruse, Bradshaw). Cermak i Rutzky podjęli próbę opisania kategorii przypisywanych DDA w formie stosowanej w klasyfikacji DSM-IV, w rezultacie wyróżnili 18 kryteriów diagnostycznych[388]. Wegscheider-Cruse rozpatruje etiologię DDA przede wszystkim przez pryzmat pełnionych ról psychologicznych i ich funkcji w homeostazie systemu rodzinnego. Szereg badań wskazuje, że znaczna część dzieci alkoholików doświadcza w rodzinach licznych negatywnych zjawisk, takich jak: istnienie małżeńskich konfliktów, fizyczne zaniedbywanie ze strony rodziców, surowa lub niekonsekwentna dyscyplina, co skutkuje w późniejszym życiu problemami w wymiarze interpersonalnym i społecznym, zachowaniami antysocjalnymi, hiperaktywnością, problemami szkolnymi. Niektórzy autorzy wskazują na długoterminowe wpływy wzrastania w rodzinach alkoholowych, co przekłada się na wielorakie trudności doświadczane w wieku dojrzałym. Ewidentnie podkreśla się wysokie ryzyko rozwoju chemicznych uzależnień u DDA, ryzyko łamania prawa i manifestowania tendencji socjopatycznych. Jako osoby dorosłe DDA, w przeciwieństwie do grup kontrolnych, mają więcej kłopotów ze zdrowiem, wysokie nasilenie małżeńskich konfliktów, wysokie ryzyko rozwodu, niskie poczucie ogólnego dobrostanu. Zarówno dorosłe dzieci z rodzin alkoholowych, jak i innych dysfunkcyjnych wykazują więc wyższy poziom niezadowolenia z komunikacji w relacjach intymnych, związanych z trudnościami i rozwiązywaniem problemów, niż dorosłe dzieci z rodzin funkcjonalnych. Z rodzin dysfunkcyjnych wynosi się brak umiejętności efektywnej komunikacji w rozwiązywaniu problemów lub złe nawyki, zaburzeniowe wzory interakcji. Natomiast brak różnic pomiędzy DDA i DDD pozwala przyjąć, iż to nie alkohol w rodzinie generacyjnej jest czynnikiem różnicującym, lecz ogólny poziom dysfunkcji. Zdolności komunikacyjne jawią się jako podstawowy, czuły wymiar, odzwierciedlający zaburzenia systemów rodzinnych, niewłaściwe wzory obciążają jednostki w późniejszym życiu[389].

1.4. Motywacja do leczenia

Bardzo istotne dla zwiększania skuteczności pomocy osobom z problemem alkoholowym jest oddziaływanie na motywację tych osób, sprzyjające wczesnemu

[388] T. L. Cermak, J. Rutzky, *Czas na wyleczenie. Podręcznik,* 1994, wyd. polskie 1996.

[389] A. Margasiński, *Analiza psychologiczna systemów rodzinnych z chorobą alkoholową*, *Częstochowa*1996; tenże w: „Terapia. Uzależnienia i Współuzależnienia" nr 3 i 4/2009.

zgłaszaniu się przez nie po pomoc – podejmowanie profesjonalnej terapii i zaprzestawanie picia. Jednocześnie zwraca się uwagę na tkwiącą właśnie w tym obszarze największą trudność wynikającą z ich braku świadomości powagi swojego problemu i krytycyzmu do niego, a tym samym – brak gotowości do szukania pomocy. Osoby te poszukują rozwiązania trudności we własnych możliwościach i zasobach, bez konieczności sięgania po pomoc, narażając się na rozwój choroby i nasilające się jej destrukcyjne skutki. Alkoholik pragnie pokonać swój alkoholizm postanowieniami lub siłą woli[390]. Wdaje się w wewnętrzną walkę, wierząc, iż kontrola picia jest możliwa mimo ewidentnych sytuacji temu zaprzeczających. Wiara w możliwość kontrolowania picia udaremnia akceptację problemu i nie pozwala pogodzić się z porażką. Dążąc do uporczywej kontroli nad piciem, alkoholik podejmuje z determinacją kolejne próby udowodnienia braku problemów z kontrolą, poprzez przeplatające się incydenty i ciągi alkoholowe i okresowe abstynencje. Akceptacja utraty kontroli, powiązanie jej ze skutkami picia i dostrzeżenie w tym trwałego wzorca sytuacyjnego wyznacza punkt, od którego zaczyna się abstynencja oraz szukanie pomocy. Mnogość różnych sytuacji potwierdzających utratę kontroli i istnienie poważnego, utrwalonego problemu prowadzi do punktu zwrotnego, przy czym żadne zdarzenie samo przez się nie decyduje o zmianie. Różne okoliczności wewnętrzne i zewnętrzne powodują lub pogłębiają wewnętrzną rozpacz. Dochodzi do załamania się logicznej konstrukcji, na której dotąd opierała się wiara alkoholika w kontrolę nad piciem. S. Brown w swoich badaniach nad modelem powrotu do zdrowia osób uzależnionych zwraca uwagę na fazowość i długotrwałość tego procesu. Fazy zbliżania się do podjęcia ostatecznie decyzji o zaprzestaniu picia i leczeniu przeplatają się, w powracaniu do picia i jego zaprzestawaniu, ze zmieniającym się obrazem zaawansowania problemu, zdolności jego samodzielnego przezwyciężenia oraz zdolności dźwigania emocjonalnych konsekwencji tego procesu[391]. Mellibruda podkreśla rolę, jaką w obrazie problemu u osoby uzależnionej odgrywają alkoholowe zniekształcenia pracy umysłu. Nasze widzenie siebie i świata ma charakter subiektywny, oparty na informacjach pobieranych z otoczenia i interpretowanych wewnętrznie. W tym procesie w oczywisty sposób dokonujemy selekcji informacji, jednym przypisując znaczenie, inne pomijając, tworząc własne ciągi logiczne, przyczynowo-skutkowe. Intoksykacja alkoholowa upośledza funkcje myślenia racjonalno-logicznego oraz potęguje rolę

[390] S. Brown*, Leczenie alkoholików,* Warszawa 1990, s. 51-52.

[391] Jw.

myślenia magiczno-życzeniowego. Narastanie tych zniekształceń stanowi centralny fakt w uzależnieniu od alkoholu. Zmiany te obejmują między innymi spostrzeganie i rozumienie sytuacji i wydarzeń związanych z piciem i ze skutkami nadużywania alkoholu. Jednocześnie jednak docierające sygnały o zjawiskach destrukcyjnych skłaniają do powstrzymywania się od picia. Osoba tkwiąca w systemie rodzinnym interpretuje swój problem zarówno w oparciu o odbierane bezpośrednio sygnały o jego skutkach, jak również na podstawie reakcji i komunikatów od osób bliskich. Członkowie rodziny w trosce o osobę najbliższą, z braku wiedzy, z bezradności i lęku o siebie i rodzinę podejmują często działania o charakterze opiekuńczym, wspierającym – chroniącym w zamierzeniu tę osobę oraz system rodzinny, ale w konsekwencji zniekształcając faktyczny wymiar i obraz skutków picia bliskiej osoby, przyczyn jej problemów oraz konieczności podjęcia leczenia. Lęk przed prawdziwym obrazem problemu – alkoholizmem, etykietką "rodziny alkoholowej" oraz prawdopodobnym swoim udziałem w jego powstaniu i dynamice zwiększa zaangażowanie rodziny w podejmowanie działań ochronnych. Zaangażowanie rodziny w ten kierunek oddziaływania zwiększają także kulturowe stereotypy na temat przyczyn, powagi i rozwiązywania problemu alkoholowego. Postępowanie członków rodziny nasila w ten sposób myślenie magiczno-życzeniowe osoby uzależnionej, usuwającej ze świadomości sygnały i ślady niewygodnych informacji. Działania i reakcje na picie bliskiej osoby, zmierzając do ochrony systemu i doraźnej ochrony poczucia wartości i godności członków rodziny, w konsekwencji opóźniają uzyskanie przez osobę uzależnioną takiego obrazu swojego problemu i emocjonalnemu doświadczeniu go w taki sposób, który wiedzie do rzeczywistego rozwiązania – do podjęcia leczenia i szukania pomocy[392]. Podkreślenia wymaga fakt, iż dobrze widoczny z perspektywy systemu rodzinnego udział członków rodziny w procesie zaprzeczania przez alkoholika swojemu problemowi alkoholowemu potęguje się wskutek silnej, długotrwałej tendencji do zaprzeczania występowaniu uzależnienia przez partnera. Równocześnie partner osoby uzależnionej dokonuje zmian w spostrzeganiu własnej osoby i swojej roli w takiej rodzinie. Funkcjonowanie żon alkoholików charakteryzuje między innymi ich wiara w odpowiedzialność za dobre samopoczucie i szczęście swoich bliskich, a w związku z tym, jeśli bliska osoba czuje się nieszczęśliwa lub niezadowolona, obwiniają się one za brak zdolności do zmiany jej samopoczucia i sytuacji, intensyfikując zachowania

[392] J. Mellibruda, Z. Sobolewska-Mellibruda, *Integracyjna psychoterapia uzależnień*, Warszawa 2006, s. 95-98.

kontrolne, nadodpowiedzialne, uniemożliwiając alkoholikowi kontakt z rzeczywistością, pomagając mu utrzymać się w przedświadomym stadium zmiany. Jak zauważa Prochaska, jeśli umożliwiasz komuś jego problemowe zachowanie – wchodzisz w zmowę z jego zaprzeczaniem i minimalizowaniem. Zaprzeczenie umacnia się przy łagodzeniu – w najlepszych intencjach – szkodliwych następstw problemu. Jeżeli problem ma być rozwiązany, niezbędne jest aby osoba pomagająca odważyła się podjąć interwencję. Jedną z najważniejszych postaw i technik budzenia motywacji do zmiany jest pomoc w dostrzeganiu rozbieżności między stanem pożądanym a stanem obecnym. Działania opiekuńcze, wspierające i ochronne ze strony członków rodziny wywołują akurat przeciwny skutek[393].

1.5. Systemy rodzinne

1.5.1. Teoria systemów

Podstawowym pojęciem w ogólnej teorii systemów jest "system". Słowo to pochodzi od greckiego *systema*, które oznacza złożoną rzecz. Definicje systemów podkreślają, że w przypadku systemu mamy do czynienia z całością składającą się z różnych elementów pozostających ze sobą w interakcji. Ta całość jest czymś więcej niż suma tych elementów, z których się składa. System charakteryzują: podział na podsystemy, granice, wymiana energii (lub informacji) z otoczeniem, tendencja do zachowania struktury oraz do zmiany. W obrębie systemu wyodrębnia się jego strukturę oraz organizację. Struktura oznacza przestrzenne wyposażenie w komponenty. Organizacja systemu to relacje elementów, które tworzą całość dającą się przyporządkować do pewnej klasy. Niezmienność organizacji systemu jest warunkiem jego tożsamości i trwałości. Organizacja systemu nie może być radykalnie zmieniona, może być jedynie rozwiązana, co jest równoznaczne z rozpadem systemu[394].

1.5.2. System rodzinny

Koncepcja systemów rodzinnych traktuje rodzinę jako dynamiczną, społeczną całość.

[393] J.O. Prochaska, J.C. Norcross, C.C. Diclemente, *Zmiana na dobre*, Warszawa 2008, s. 90.

[394] I. Namysłowska, *Terapia rodzin*, Warszawa 2000, s. 29-30.

Całość ta funkcjonuje poprzez interakcje i wzajemną zależność swoich elementów. Każda osoba w rodzinie jest pod wpływem każdej innej osoby. Rodziny jako systemy społeczne działają zgodnie z zasadą komplementarności. System zawsze będzie się starał powrócić do stanu równowagi i spokoju. Napięcie w rodzinie jest wynikiem sprzeczności pomiędzy dążeniem do odrębności jednostki a dążeniem do przynależności. Potrzeba bycia indywidualnością i samorealizacji jest często sprzeczna z potrzebą przystosowania się do systemu[395].

Cechy systemów rodzinnych:

- składają się z podsystemów (np. matka-dziecko, rodzice-dzieci, matka-ojciec),
- mają granice wewnętrzne (pomiędzy członkami rodziny) i zewnętrzne (odgradzają rodzinę od innych szerszych systemów),
- istnieją interakcje pomiędzy członkami rodziny (system informacji, w którym różnice w zachowaniu służą jako informacja zwrotna, za pomocą której dokonuje się korekcja odpowiedzi systemu),
- dążenie do homeostazy (zachowania stałości, równowagi) – charakteryzujące się: dążeniem członków systemu rodzinnego do zachowania równowagi i stałości we wzajemnych relacjach; braniem udziału w zachowaniu równowagi; można zaobserwować powtarzające się, dające się przewidzieć wzorce zachowań wszystkich członków rodziny; kiedy równowadze rodzinnej zagraża destabilizacja, wszyscy członkowie rodziny zgodnie podejmują działania, aby ją utrzymać; kiedy jeden z członków rodziny sygnalizuje chęć zmiany w relacji z innym, ten będzie zachowywał się tak, aby zmniejszyć lub zmodyfikować tę tendencję. Obecnie w podejściu systemowym do rodziny pojęcie homeostazy zastąpiono szerszym pojęciem koherencji (wewnętrznej spójności, łączności).

Istotne jest zwrócenie uwagi na dążenie przez system do równowagi między stałością a zmianą, co skutkuje z jednej strony otwartością na zmiany wprowadzane przez członka rodziny, ale z drugiej oporem przed zmianami zbyt daleko idącymi – zagrażającymi organizacji systemu. Konsekwencją tego może być fakt, iż niektóre zachowania destrukcyjne na poziomie jednostkowym mają głęboki sens na poziomie systemu rodzinnego, chroniąc go na przykład przed rozpadem. Dla rozumienia procesów w systemie rodzinnym ważne jest zrozumienie, co powstrzymuje system

[395] J. Bradshaw, *Zrozumieć rodzinę…*, s. 56-57.

przed szukaniem nowych rozwiązań w sytuacji wymagającej zmiany. Przeszkody te przyjmują różne formy, tworząc między innymi rodzinną mapę świata i ustanawiając prawa dotyczące selekcji informacji dopływających do rodziny. W konsekwencji sposoby stosowane przez rodzinę do rozwiązywania problemów mogą w gruncie rzeczy wzmacniać problem. Rozwiązania te mimo, iż są nieskuteczne i niejako pogarszają istniejący stan, są powtarzane ciągle od nowa. Rodziny w takich sytuacjach zdradzają tendencję do nadmiernego koncentrowania się na obszarze sprawiającym kłopoty. Systemy rodzinne w takiej sytuacji posiadają znacznie mniej zdolności do szukania nowych rozwiązań[396].

1.5.3. System rodziny problemowej

Teorie systemowe znalazły zastosowanie w koncepcjach wyjaśniających funkcjonowanie rodzin z problemem alkoholizmu. Steinglass sformułował model historii życia rodzin z problemem alkoholowym, w którym wyraźnie zaznacza się perspektywa systemowo-rozwojowa. Wegscheider zaproponowała koncepcję wyjaśniającą proces kształtowania się reguł komunikacji i ról rodzinnych w systemach alkoholowych. Badania empiryczne prowadzone na dwóch, trzech generacjach rodzin z problemem alkoholowym pozwoliły na sformułowanie koncepcji transgeneracyjnej alkoholizmu (Bennet, Wolin, Reiss, Teitelbaum 1987)[397].

Opisując rodzinę jako system, przyjmuje się perspektywę rozwojową[398] i wyjaśnia kwestie znaczenia nadużywania alkoholu przez jednego z członków rodziny dla kształtowania reguł homeostatycznych tego systemu, warunków powstawania tzw. systemu alkoholowego oraz zależności pomiędzy funkcjonowaniem rodziny jako systemu alkoholowego a przebiegiem faz naturalnego cyklu rozwoju rodziny. Badania przeprowadzone przez Steinglassa pozwoliły na sformułowanie hipotezy, iż nadużywanie alkoholu może spełniać dwie funkcje. W pewnych przypadkach nadużywanie alkoholu przez jednego z członków rodziny spełnia funkcję sygnału, że jednostka czy cały system rodzinny doświadcza znacznego poziomu stresu. W tych przypadkach używanie alkoholu nie przechodzi w postępujący proces uzależnienia, nie zmienia relacji wewnątrzrodzinnych. Nadużywanie alkoholu może

[396] I. Namysłowska, *Terapia rodzin…*

[397] L. Cierpiałkowska, *Alkoholizm – przyczyny…*, s. 116.

[398] Za P. Steinglass, *A Life History Model of the Alcoholic Family,* 1980, s. 213.

jednak spełniać funkcję stabilizującą i podtrzymującą funkcjonowanie rodziny jako całości. Obserwacje kliniczne wskazywały, że rodziny te przechodzą przez podobne etapy przystosowania się do uzależnienia jednego z członków rodziny, a kształtujące się w tym procesie ogólne zasady funkcjonowania rodziny podtrzymują wzorzec nadmiernego picia. Analiza dynamiki relacji wewnątrzrodzinnych pozwoliła stwierdzić, że nadużywanie alkoholu odgrywa na tyle decydującą rolę w ich przebiegu, że staje się jedną z centralnych zasad regulujących funkcjonowanie całego systemu rodzinnego – systemu alkoholowego. Jego istota ma znaczenie w konstytuowaniu i spostrzeganiu przez członków rodziny wzajemnie pełnionych ról, determinuje hierarchię władzy, wpływa na kierunek decyzji rodzinnych, przebieg i otwartość komunikacji itp. W rodzinie takiej powstają określone reguły homeostatyczne, które z jednej strony maskują i minimalizują konflikty i trudności w niej występujące, z drugiej zaś blokują jej członkom otwarte porozumiewanie i wspólne działania w kierunku zmiany. Reguły te służą obronie ustalonego przez rodzinę poziomu zmienności czy stabilności, pełnią funkcję mechanizmów zabezpieczających przed zmianami wykraczającymi poza z góry przewidziany poziom. Równocześnie tak ukształtowane reguły i wzorce interakcyjne pełnią ważną funkcję w podtrzymywaniu nadużywania alkoholu.

Reguły kształtowane są przez wszystkich członków rodziny zarówno na podstawie ich indywidualnych potrzeb i oczekiwań, jak i doświadczeń wynikających z przebiegu i efektów zachodzących między osobami interakcji. Interakcje, które równoważą funkcjonowanie systemu, zostają z czasem utrwalone w postaci względnie stałych wzorców zachowania, które stanowią istotę systemu reguł i ról rodzinnych. **Współmałżonek, który podejmuje decyzję pozostania przy osobie uzależnionej, inicjuje wspólnie z nią proces adaptacji siebie i rodziny do tej choroby**. Proces adaptacji odbywa się przy respektowaniu podstawowego celu i zadania systemu, z pominięciem jednak wielu indywidualnych potrzeb osób będących jego członkami, tj. utrzymywania względnej równowagi pomimo zmieniających się zachowań osoby uzależnionej. W konsekwencji alkoholizm jednego z członków rodziny staje się chorobą rodzinną, chorobą poszczególnych jednostek i systemu, wpływa na każdego członka rodziny jako osobę i system rodzinny jako całość. W rodzinach z problemami alkoholowymi zachowania członków rodziny zrozumiałe są tylko wtedy, gdy są spostrzegane jako równoważące i/lub opozycyjne w stosunku do dysfunkcjonalnych postaw i działań alkoholika. Alkoholik wywiera coraz większy wpływ na pozostałych

członków rodziny, którzy dla utrzymania równowagi systemu uruchamiają odpowiednie zachowania. Alkoholik, posiadając władzę i zdolność kontrolowania innych – w związku z decyzją współmałżonka o utrzymaniu systemu i zainicjowaniu procesu adaptacji rodziny do uzależnienia – w konsekwencji jest najważniejszą osobą kreującą reguły funkcjonowania rodziny. Reguły te muszą uwzględniać podstawowe cele i dążenia alkoholika – muszą pozwolić mu na względnie swobodny dostęp do alkoholu, unikanie bólu i cierpienia związanego z własnymi zachowaniami, muszą sprzyjać powstawaniu i utrzymywaniu licznych mechanizmów obronnych. Reguły te wyznaczają nie tylko cele działania wszystkich członków rodziny, ale także sposoby ich osiągania i to, jak rodzina będzie sobie radzić w przypadku spodziewanego prawdopodobieństwa zmiany. Wegscheider wymienia kilka podstawowych reguł obowiązujących w systemach rodzin alkoholowych:

- używanie alkoholu przez osobę uzależnioną jest najważniejszą sprawą w życiu rodziny, wokół której tworzą się względnie trwałe interakcje i kierunki działania wszystkich członków,
- alkoholik nie jest odpowiedzialny za używanie alkoholu – przyczyny są w czynnikach zewnętrznych,
- alkoholizm nie jest główną przyczyną problemów rodziny. Nawet gdy nałóg jest oczywisty, członkowie rodziny utrzymują, że picie jest najwyżej czynnikiem komplikującym życie rodzinne,
- stan równowagi i *status quo* muszą być utrzymywane kosztem wszystkich członków rodziny. Odejście z rodziny któregoś z członków bądź zmiana w regułach jej funkcjonowania staje się zagrożeniem zarówno dla jednostki, jak i przetrwania całego systemu,
- wszyscy członkowie rodziny muszą podjąć rolę Pełnomocnika (ang. *Enabler*), a ich głównym zadaniem jest ochranianie osoby uzależnionej i jej picia. Zachowania te w przekonaniu członków rodziny są przejawem miłości i lojalności, ale ich niezamierzonym efektem jest podtrzymywanie picia. Oczekiwania związane z wyznaczoną jednostce rolą kształtują jej relacje z innymi członkami rodziny, utrwalają się w postaci pewnych wzorców zachowań i są przenoszone na inne niż rodzina relacje społeczne[399].

Przedstawiona koncepcja rodziny jako systemu uwidacznia wzajemne uwikłanie członków rodziny problemowej – w opisywanych tu przykładach – rodziny

[399]L. Cierpiałkowska, *Alkoholizm – przyczyny…*, s. 118-127.

alkoholowej i jednoznacznie wskazuje na znikome możliwości funkcjonowania członków takiej rodziny w sposób autonomiczny, niejako w oderwaniu od siebie. Nierozerwalne powiązania między członkami rodziny wzajemnie na siebie stale oddziaływującymi, tworzącymi wspólnie wzorce reagowania na istniejące potrzeby, problemy oraz wszelkie zmiany w systemie, skłaniają do traktowania rodziny jako obiektu problemowego i w sposób problemowy funkcjonującego, a nie tylko jej poszczególnych członków. Niestety praktyka pomagania osobom z różnymi problemami osobistymi i dążenie do rozwiązania ich problemów, w tym problemów osób uzależnionych funkcjonujących w obrębie systemu rodzinnego, rzadko kiedy uwzględnia tę prawidłowość. Rzadko też, pomagając i skupiając uwagę na pojedynczych osobach – problemowych „delegatach systemu", jak traktuje ich podejście systemowe do rodziny, bierze się pod uwagę zmiany zachodzące w całym systemie, w zachowaniu i reakcjach pozostałych członków rodziny oraz konsekwencje tych reakcji dla funkcjonalności i trwałości systemu, efektywności rozwiązywania problemów osoby – klienta pomocy, czy sytuacji wszystkich członków rodziny. Często praktyka pomagania traktuje uzależnienie osoby pijącej jako jedyny problem rodziny, przyczynę jej wszystkich problemów, co wiąże się z niesłusznym założeniem, będącym podstawą działań instytucji pomocowych, iż skupienie wysiłków na zmianie zachowań osoby problemowej wystarczy do rozwiązania problemów rodziny i oczywistej poprawy jej sytuacji. Podejście systemowe wyraźnie temu przeczy, a obserwacje praktyków w tym obszarze uwidaczniają różne paradoksy pomagania, jak choćby taki, że w rodzinach, w których osoba uzależniona podejmuje leczenie i zaczyna wprowadzać istotne zmiany w swoim funkcjonowaniu oraz inicjować zmiany w organizacji systemu rodzinnego, napotyka na opór pozostałych członków rodziny, doprowadzając system rodzinny do kryzysu, skutkującego niestety czasem rozpadem rodziny zamiast jej wzmocnieniem. Także rzadko poszukiwanie metod zwiększania skuteczności oddziaływania na osobę uzależnioną w kierunku zwiększenia jej motywacji do zmiany zmierza w stronę wypracowywania sposobów oddziaływania na cały system rodzinny podtrzymujący problem. Bywa, że tradycyjne podejście do rozwiązywania wielu problemów społecznych i zdrowotnych, do których należy uzależnienie, myli przyczyny z objawami. Podejście systemowe traktuje problem alkoholowy w rodzinie oraz opór członków rodziny przed podjęciem konstruktywnych zmian jako objaw niewydolności systemu, a nie przyczynę problemów. Skłania do poszukiwania zupełnie innego – niż tylko zmierzanie do likwidowania objawu – paradygmatu skutecznego pomagania

w rozwiązywaniu tego problemu.

2. Badania wzajemnego wpływu członków rodziny na dynamikę problemu alkoholowego w rodzinie

2.1. Cel i założenia badawcze

Założeniem przeprowadzonych badań jest opisanie wzajemnych relacji między członkami rodziny z problemem alkoholowym, spowodowanych nadużywaniem alkoholu przez bliską osobę funkcjonującą w rodzinie, jej leczeniem i abstynencją oraz określenie rodzaju wpływu zachowań członków rodziny wobec osoby uzależnionej na dynamikę jej problemu alkoholowego, a także na skutki tych zachowań dla nich samych.

Celem badań było:

1. potwierdzenie tezy, iż indywidualne problemy jednostek, takie jak uzależnienie, współuzależnienie, syndrom DDA (Dorosłe Dzieci Alkoholików) są:
   a/ cechą i objawem patologii/dysfunkcyjności całego systemu rodzinnego,
   b/ zakorzenione w funkcjonowaniu systemu rodzinnego i przez cały system rodzinny podtrzymywane,
   c/ korygowane przez zmiany zachodzące w systemie rodzinnym,
   d/ czynnikiem zmian w obrębie systemu rodzinnego.

2. dowiedzenie, iż oddziaływanie na cały system rodzinny może zapewnić większą skuteczność w rozwiązywaniu tych problemów, a ich traktowanie jako problemy jednostek i w oddziaływaniach pomocowych/korygujących skupianie się na jednostkach (poszczególnych członkach rodziny) może wpływać na opanowanie objawu (postępy w leczeniu), nie zapewniając jednak przywrócenia pełnej funkcjonalności systemu rodzinnego, ani funkcjonalności jednostki, jako konstruktywnego członka systemu rodzinnego

Założenia teoretyczne badań są oparte na podejściu systemowym do rodziny, traktującym ją przede wszystkim jako:

- jeden organizm – system, którego struktura ukształtowana jest przez pełnienie w systemie przez poszczególnych członków rodziny ról oraz tworzenie zasad i wzorców działania, podtrzymujących ten system,

- system oparty na dążeniu do utrzymania wewnętrznej spoistości dzięki wzajemnym oddziaływaniom powiązanych ze sobą elementów pozostających w ścisłej relacji, stale wzajemnie na siebie oddziaływujących (role członków rodziny w strukturze i organizacji rodziny oraz normy obowiązujące w rodzinie, podtrzymujące system),
- system oparty na dążeniu do utrzymania równowagi wewnętrznej każdego z jego elementów – równowagi osobistej członków rodziny, osiągniętej poprzez zaspokojenie przez system potrzeb tych osób,
- system dążący do utrzymania równowagi w obrębie systemu oraz zachowania *status quo*; konsekwencją tego założenia jest tendencja systemu do reagowania na zachowania poszczególnych członków rodziny naruszających równowagę systemu oraz równowagę osobistą innych członków rodziny – działaniami korygującymi i przywracającymi równowagę w obrębie systemu oraz równowagę osobistą poszczególnych członków rodziny, co nie gwarantuje jednak konstruktywności efektów tych działań,
- system, w którym na skutek naruszania jednocześnie równowagi osobistej członków rodziny i równowagi systemu – cele związane z utrzymaniem równowagi i spójności sytemu mogą pozostawać w sprzeczności z osiąganiem przez członków rodziny równowagi osobistej. Celowi, jakim jest osiągnięcie równowagi przez system często są podporządkowane cele poszczególnych członków rodziny w zakresie utrzymania przez nich równowagi osobistej. Dążenie do utrzymania równowagi osobistej przez poszczególnych członków rodziny może grozić rozpadem systemu – rozwód, odejście lub jego przekształcenie w inny system – oparty o inną strukturę i organizację, inne role, działający w oparciu o inne normy.

Z podejścia systemowego do rodziny wynikają uprawnione założenia – hipotezy badawcze, iż w rodzinie z problemem alkoholowym:

1. przyczyny nadużywania alkoholu przez członka rodziny są także związane z funkcjonowaniem całego systemu rodzinnego. W rodzinie tworzą się warunki sprzyjające nadużywaniu alkoholu lub wręcz skłaniające członka rodziny do nadużywania;
2. funkcjonowanie członków rodziny ma wpływ na rozwój uzależnienia lub decyzje o zaprzestaniu picia i szukaniu pomocy przez osobę pijącą – może to być wpływ ułatwiający picie lub skłaniający do zaprzestania i szukania pomocy

w problemie alkoholowym;

3. osoba uzależniająca się/uzależniona zmusza członków rodziny do podejmowania nowych działań, w zamierzeniu podtrzymujących system rodzinny oraz zapewniających równowagę osobistą członków rodziny. Działania te, zmierzając do korygowania funkcjonowania osoby pijącej i adaptowania się członków rodziny do problemu alkoholowego, w efekcie naruszają równowagę osobistą członków rodziny i są dla nich destrukcyjne;
4. podjęcie leczenia przez osoby uzależnione lub/i współuzależnione narusza dotychczasowe zasady funkcjonowania systemu – strukturę, organizację, normy i role, co zmusza system do przekształceń oraz narusza równowagę osobistą pozostałych członków rodziny. Konsekwencją tego jest wymuszanie przez siebie nawzajem przez członków rodziny zachowań wzajemnie oddziaływujących – ułatwiając lub utrudniając proces zdrowienia i leczenie osoby uzależnionej;
5. wychowywanie się w rodzinie z problemem alkoholowym wymusza na dzieciach role podtrzymujące system, ale naruszające ich równowagę osobistą i powodujące tkwienie w sytuacjach wywołujących poważne problemy w ich aktualnym funkcjonowaniu.

Wychowywanie się w rodzinie z problemem alkoholowym wyposaża dzieci się w niej wychowujące w nawyki i cechy osobowe dopasowane do potrzeb dysfunkcjonalnego systemu obecnego lub przyszłego, ale w konsekwencji powodujące problemy i nieprzystosowanie do systemów zdrowo funkcjonujących (rodzin, grup społecznych, zawodowych)

2.2. Metodyka badań

2.2.1. Metoda i narzędzia badawcze

Badania zostały przeprowadzone przy pomocy kwestionariuszy ankiet skierowanych do osób uzależnionych w trakcie terapii uzależnienia – Kwestionariusz U, do osób współuzależnionych (członków rodziny osoby uzależnionej) w trakcie terapii dla członków rodzin – Kwestionariusz R, do osób z tzw. syndromem DDA (Dorosłe Dzieci Alkoholików) w trakcie psychoterapii DDA – Kwestionariusz dla DDA (D).

Ankiety U zawierają zestaw 19 określeń opisujących sytuacje w rodzinie sprzyjające

nadmiernemu piciu w początkach problemu alkoholowego, po 38 określeń opisujących zachowania – różne możliwe reakcje członków rodziny na początki problemu alkoholowego osoby pijącej i jego rozwój oraz 27 określeń opisujących reakcje członków rodziny na podjęte przez nią leczenie odwykowe i abstynencję.

Ankiety R zawierają zestaw 36 określeń reakcji członka rodziny na picie bliskiej osoby oraz 28 określeń własnych reakcji na podjęte leczenie i abstynencję bliskiej osoby z problemem alkoholowym.

Ankiety D zawierają zestaw 34 określeń różnych możliwych problemów i trudnych sytuacji doświadczanych w dzieciństwie przez osobę wychowującą się w rodzinie z problemem alkoholowym oraz zestaw 34 określeń problemów występujących w dorosłym życiu tych osób.

2.2.2. Sposób przeprowadzenia badań

Zadaniem osób wypełniających ankiety – uzależnionych był wielokrotny wybór określeń: czynników sprzyjających zwiększaniu picia alkoholu oraz wybór określeń – reakcji członków rodzin – spośród wymienionych w ankiecie na ich picie, a później także na podjęte leczenie. Po wybraniu reakcji członka rodziny – zadaniem osoby uzależnionej było określenie rodzaju wpływu członków rodziny na swój problem (powstrzymujący czy podtrzymujący) oraz na podjęte leczenie (ułatwiający czy utrudniający), posługując się symbolem (+) – wpływ zachęcający do leczenia lub je ułatwiający, symbolem (-) – wpływ powstrzymujący od leczenia lub je utrudniający, symbolem (0) – wpływ obojętny.

Zadaniem osób współuzależnionych był wielokrotny wybór określeń – własnych reakcji na początki picia, picie w okresie rozwoju uzależnienia oraz podjęte leczenie osoby uzależnionej.

Osoby współuzależnione (członkowie rodziny osoby z problemem alkoholowym) miały dokonać wyboru określeń opisujących ich własne zachowania (reakcje) na problem alkoholowy bliskiej osoby pijącej oraz rodzaj wpływu swojego zachowania (powstrzymujący lub podtrzymujący) na problem alkoholowy/leczenie osoby uzależnionej. Po wybraniu własnych reakcji zadaniem członka rodziny było określenie rodzaju wpływu członka rodziny na problem alkoholowy osoby uzależnionej (powstrzymujący czy podtrzymujący) oraz na podjęte leczenie

(ułatwiający czy utrudniający), posługując się opisanymi tu wyżej symbolami. Na tej podstawie wyłaniał się obraz wzajemnych reakcji na picie osoby uzależnionej w rodzinie z problemem alkoholowym.

Zadaniem osób dorosłych z syndromem DDA, które w przeszłości wychowywały się w rodzinie z problemem alkoholowym, był wybór określeń opisujących sytuacje i problemy występujące w ich dzieciństwie oraz w wieku dorosłym, wywołane piciem rodzica/opiekuna. Po wybraniu własnych problemów zadaniem osoby z syndromem DDA było zaznaczenie, które z nich miały wpływ na podjęcie przez nią decyzji o udziale w psychoterapii dla DDA. Osoba z syndromem DDA poprzez wybór zidentyfikowanych czynników sytuacyjnych i problemów miała w ten sposób określić, jak wychowywanie w rodzinie alkoholowej wpłynęło na jej funkcjonowanie w wieku dorosłym.

Ankiety badały stan świadomości osób uzależnionych, współuzależnionych i DDA w zakresie czynników rodzinnych wpływających na ich funkcjonowanie oraz na problem alkoholowy.

Z uwagi na to ankiety zawierały również pytania kontrolne – jak terapeuta lub grupa terapeutyczna widzi te wpływy. Pogłębiony stan świadomości osób badanych oraz ich gotowość do szczerych wypowiedzi miał zwiększyć warunek ich zakwalifikowania do badań – uczestniczenie przez minimum trzy miesiące w terapii uzależnienia, współuzależnienia, DDA.

2.2.3. Analiza wyników badań

Wybrane przez uczestników badań – osoby uzależnione i współuzależnione – określenia reakcji na picie bliskiej osoby zostały zebrane w kategorie – grupy podobnych czynników i sytuacji rodzinnych, ze szczególnym wyodrębnieniem reakcji skierowanych na osobę pijącą oraz na samego członka rodziny.

W analizie badań osób uzależnionych reakcje członków rodziny zostały pogrupowane w następujące kategorie: *Opieka*, *Wpływ*, *Wsparcie* (zachowania podtrzymujące lub częściowo podtrzymujące picie osoby uzależnionej – niekonstruktywne) oraz – *Interwencje* i *Sami dla Siebie* (zachowania konstruktywne – sprzyjające podejmowaniu decyzji o leczeniu oraz podtrzymujące zdrowe funkcjonowanie członka rodziny). W analizie badań osób współuzależnionych

wybrane przez nich reakcje zostały pogrupowane w te same kategorie – dodano natomiast kategorię – *Zaprzeczanie* (zaprzeczanie problemowi alkoholowemu jako zachowanie niekonstruktywne).

Ważnym celem analizy i wniosków było nie tylko ilościowe wskazanie wzajemnych wpływów członków rodziny z problemem alkoholowym na siebie, ale także określenie jakościowe rodzajów i kierunków tych wpływów i ich prawdopodobnych skutków.

Praktycznym rezultatem badań było wykorzystanie wyników badan do sformułowania zaleceń dotyczących pomocy rodzinie z problemem alkoholowym, możliwych do wykorzystania przez różne instytucje zajmujące się pomocą tym grupom osób, zgodnie z założeniami badawczymi traktującymi rodzinę a nie osobę uzależnioną jako adresata pomocy.

W badaniach uczestniczyło:

1. 50 osób uczestniczących w terapii uzależnienia przynajmniej 3 miesiące i przez minimum 3 miesiące utrzymujących abstynencję, aktualnie – w okresie leczenia lub w okresie picia blisko związanych z jakimś członkiem rodziny/partnerem życiowym.

Minimum 3-miesięczne okresy terapii i utrzymywania abstynencji zostały wybrane jako kryterium kwalifikacyjne, ponieważ w terapii ambulatoryjnej jest to okres wstępny, pozwalający osobie leczącej uzyskać głębszy i bardziej obiektywny wgląd w swoje funkcjonowanie oraz zachowania członków rodziny;

2. 50 osób aktualnie uczestniczących w terapii współuzależnienia przynajmniej przez 3 miesiące i związanych aktualnie lub w przeszłości z osobą uzależnioną od alkoholu.

Minimum 3-miesięczny okresy terapii współuzależnienia został wybrany jako kryterium kwalifikacyjne, ponieważ w terapii ambulatoryjnej jest to okres wstępny, pozwalający osobie leczącej się uzyskać głębszy i bardziej obiektywny wgląd w swoje funkcjonowania oraz zachowania pijącego lub leczącego się członka rodziny.

3. 50 osób z syndromem DDA (Dorosłe Dzieci Alkoholików), aktualnie od minimum 3 miesięcy uczestniczących w terapii dla osób z tzw. syndromem

DDA.

Minimum 3-miesięczny okresy terapii został wybrany jako kryterium kwalifikacyjne, ponieważ w terapii uzależnień uważa się, iż jest to minimalny okres, pozwalający osobie leczącej się uzyskać głębszy i bardziej obiektywny wgląd w swoje funkcjonowania, zachowania członków rodziny pochodzenia oraz podjąć zmiany w swoim funkcjonowaniu służące jego poprawie.

W dokonanej analizie wyników badań pominięto wyniki zawartego w ankietach zalecenia, skierowanego do osób wypełniających ankiety, aby po wybraniu reakcji (swoich lub osób bliskich) na problem alkoholowy – dokonały oceny wpływu tych zachowań na osobę z problemem alkoholowym pod kątem konstruktywności/niekonstruktywności tych reakcji. Powodem nieuwzględniania w analizie wyników tego polecenia było zróżnicowane jego zrozumienie przez osoby wypełniające. Niektóre osoby, dokonując tej oceny, odnosiły się do wszystkich reakcji, próbując niejako uśrednić swoją ocenę, inne odnosiły się do poszczególnych pojedynczych reakcji, jeszcze inne nie wykonały tego polecenia. Ponieważ na podstawie w ten sposób zebranych zróżnicowanych danych nie dało się wyciągać wniosków o istotnym znaczeniu, po wypełnieniu ankiet przez pierwsze grupy uczestników, pozostałym osobom polecono zrezygnować z uwzględniania tego polecenia. Jednocześnie można założyć, iż ocena ta w efekcie bardziej świadczyła o uzyskanym przez uczestników badań wglądzie w rolę poszczególnych reakcji występujących między członkami rodziny niż oddawałaby obiektywną rzeczywistość. W związku z tym ocena skutków wzajemnych reakcji na siebie członków rodziny została sformułowana przez autora badań na podstawie założeń naukowych wynikających z opisanych przez wielu autorów badań nad zachowaniami i motywacją osób uzależnionych oraz praktyką pomaganie tej grupie osób.

Również brak ze strony osób wypełniających ankiety odpowiedzi dotyczących omawiania z terapeutą i grupą terapeutyczną wzajemnych relacji w rodzinie nie pozwalał na wyciąganie na podstawie tych pytań jakichkolwiek istotnych wniosków dla postawionych przed badaniami celów badawczych.

2.3. Opis grup badawczych

2.3.1. Osoby uzależnione – 50 osób, uczestniczących od co najmniej 3 miesięcy w terapii uzależnienia

A/ Cechy demograficzne

Płeć – 33 mężczyzn, 17 kobiet.

Wiek – od 18 do 69 lat mężczyźni, od 26 do 69 lat kobiety. Największą grupę reprezentowały osoby w przedziale wieku 40-55 lat (48%), przy czym była to także najliczniejsza grupa wśród badanych mężczyzn (54,5%), natomiast w grupie kobiet – najliczniejszą grupę stanowiły kobiety w przedziale wieku 26-39 lat (52,9%). W grupie kobiet nie było osób młodych w przedziale wieku 18-25 lat. Ogółem można stwierdzić, że w badaniach uczestniczyły kobiety nieco młodsze od mężczyzn.

Utrzymywanie abstynencji – w badaniach uczestniczyły osoby utrzymujące abstynencję alkoholową od 3 miesięcy do więcej niż 24 miesięcy (mężczyźni oraz kobiety), z tym, że w grupie kobiet nie było osób utrzymujących abstynencję w przedziale 13-24 miesiące. Największą grupę stanowiły osoby utrzymujące abstynencję w przedziale 0-3 miesiące (40%). W grupie mężczyzn najliczniejszą grupę stanowiły osoby utrzymujące abstynencję w przedziale 0-3 miesiące (39,4%), w grupie kobiet – osoby utrzymujące abstynencję w przedziale 0-3 miesiące (41,2%) oraz w przedziale 6-12 miesięcy (41,2%). Nie było kobiet utrzymujących abstynencję w przedziale 12-24 miesiące. Grupa kobiet charakteryzowała się łącznie krótszymi abstynencjami – do 12 miesięcy (88,3%). Mężczyźni w tym przedziale stanowili 75,8%. Grupa mężczyzn charakteryzowała się ogółem dłuższymi abstynencjami – powyżej 12 miesięcy – 24,2%, kobiety w tym przedziale to tylko 11,8%.

Długość terapii – ogółem najliczniejszą grupę stanowiły osoby w przedziale 0-3 miesiące udziału w terapii (44%). Mężczyźni w tym przedziale stanowili 51,5%, kobiety tylko 29,4%. Kobiety łącznie dłużej uczestniczyły w terapii niż mężczyźni – łącznie 6 miesięcy i powyżej – 52,9% kobiet oraz w tym samym przedziale 39,4% mężczyzn.

Które leczenie: dla 44% osób było to 1 leczenie, a dla 36% – 2 leczenie. Podobnie

kształtowało się to w grupie kobiet, jak i mężczyzn. Jednakże dla 21,2% mężczyzn było to 3 leczenie, natomiast dla 11,8% kobiet – 3 leczenie, ale dla 5,9% kobiet – 4 leczenie.

Korzystanie uprzednio z pomocy: większość osób korzystała z pomocy przed leczeniem – najczęściej była to detoksykacja (36,4%), psychoterapia (33,3%), korzystanie z oddziaływań samopomocowych – AA, klub abstynenta (33,3%). Dość liczne w tej grupie były uprzednie doświadczenia implantacji esperalu, zażywania anticolu (21,2%). Niewielka grupa korzystała z farmakoterapii – 9,1% oraz z leczenia w placówce psychiatrycznej – 9,1% (nie sumuje się do 100% ze względu na wielokrotność wyboru). Ciekawy jest wynik w tym obszarze w grupie kobiet – najwięcej z nich korzystało uprzednio z implantacji esperalu (29,4%), nieco mniej – po 17,6% korzystało z psychoterapii i farmakoterapii. Ogółem można stwierdzić, że przed leczeniem pojawiała się świadomość problemu oraz pewnego stopnia bezradności wobec niego, jednakże podejmowane działania bardziej skierowane były na likwidację skutków picia – detoksykacja lub szybkie opanowanie problemu – esperal, niż na leczenie uzależnienia. Te właśnie podejmowane formy pomocy wskazują jednocześnie na zaawansowanie problemu alkoholowego przed leczeniem, ponieważ każda z nich odnosi się do doświadczanych poważnych skutków picia, ale jest jednocześnie próbą szybkiej jego likwidacji. Wynik w grupie kobiet wskazujący na korzystanie uprzednio głównie z esperalu świadczy o świadomości utraty przez kobiety kontroli nad piciem, co może potwierdzać obserwacje i doniesienia praktyków pomocy osobom uzależnionym, wskazującymi na szybszy niż u mężczyzn rozwój uzależnienia u kobiet.

Źródło utrzymania: znaczna większość osób badanych w okresie rozwoju choroby utrzymywała się z pracy zawodowej (90,9%), kilka osób z działalności gospodarczej (21,2%). W grupie kobiet bardzo duża grupa kobiet pijących pozostawała na utrzymaniu członka rodziny (5 kobiet), w grupie mężczyzn takie sytuacje nie zostały odnotowane. Taki wynik w grupie kobiet można tłumaczyć dość opiekuńczym nastawianiem członków rodziny wobec pijących kobiet – bardziej realnie je wspierających.

Ogółem populacja badanych osób uzależnionych charakteryzowała się młodszym wiekiem kobiet leczących się niż mężczyzn oraz tym, że kobiety miały krótsze abstynencje niż mężczyźni, ale dłużej uczestniczyły w terapii i nieco częściej

powtarzały leczenie niż mężczyźni. Można sądzić, że była to grupa, w której kobiety miały gorsze rezultaty leczenia niż mężczyźni. Osoby badane wcześniej niż moment leczenia doświadczały już zaawansowanych skutków picia i z tego powodu szukały najprostszej formy pomocy, przy czym kobiety szukały pomocy już w związku z doświadczeniem utraty kontroli nad piciem. Także znaczna część kobiet nie posiadała własnego środka utrzymania. Nie wiemy, na ile taka specyfika grupy badanej odpowiada populacji generalnej, chociaż praktycy – terapeuci podkreślają, że ich obserwacje pozwalają dostrzec większy stopień degradacji u kobiet uzależnionych od alkoholu, słabszą motywację do leczenia (być może ze względu na silny efekt naznaczania społecznego uzależnionych kobiet). Efekt ten można będzie skorelować z postawami członków ich rodzin w reakcji na ich problem.

Cechy demograficzne badanej grupy osób uzależnionych obrazuje Tabela 1.

Tabela 1. Charakterystyka demograficzna badanych osób uzależnionych od alkoholu

Dane demograficzne	**Mężczyźni**		**Kobiety**		**0gółem osób**	
	liczba	**%**	**liczba**	**%**	**liczba**	**%**
Liczba osób ogółem	33	66 %	17	34%	50	100%
Wiek w latach						
18-25	2	6,1	0	0	2	4,0
26-39	8	24,2	9	52,9	17	34,0
40-55	18	54,5	6	35,3	24	48,0
56-69	5	15,2	2	11,8	7	14,0
70-80	0	0	0	0	0	0
Długość abstynencji:						
0-3 miesiące	13	39,4	7	41,2	20	40,0
3-6 miesięcy	7	21,2	1	5,9	8	16,0
6-12 miesięcy	5	15,2	7	41	12	24,0
12-24 miesiące	4	12,1	0	0	4	8,0
powyżej 24 miesięcy	4	12,1	2	11,8	6	12,0
Długość terapii:						
0-3 miesiące	17	51,5	5	29,4	22	44,0
3-6 miesięcy	3	9,0	3	17,6	6	12,0
6-12 miesięcy	8	24,2	6	35,3	14	28,0

12-24 miesiące	2	6,1	0	0	2	4,0
powyżej 24 miesięcy	3	9,1	3	17,6	6	12,0
Które leczenie:						
1	14	42,4	8	47,0	22	44,0
2	12	36,4	6	35,3	18	36,0
3	7	21,2	2	11,8	9	18,0
4	0	0	1	5,9	1	2,0
Korzystanie uprzednio z pomocy:***1/***						
detoksykacja	12	36,4	3	17,6	15	30,0
farmakoterapia	3	9,1	1	5,9	3	6,0
psychoterapia	11	33,3	3	17,6	14	28,0
esperal, anticol, naltroksen	7	21,2	5	29,4	12	24,0
leczenie psychiatryczne	3	9,1	0	0	3	6,0
AA lub klub abstynenta	1	33,3	1	5,9	12	24,0
wspólnota religijna	0	0	0	0	0	0
Utrzymanie w okresie picia: ***1/***						
brak utrzymania	0		0		0	
na utrzymaniu członka rodziny	0	0	5	29,4	5	10,0
praca zawodowa	30	90,9	8	47,1	38	76,0
działalność gospod.	7	21,2	0	0	7	14
zasiłek	2	6,1	1	5,9	3	6,0
renta/emerytura	1	3,0	1	5,9	2	4
inne	0	0	0	0	0	0

1/ – nie sumuje się do 100% ze względu na wielokrotność wyboru

2.3.2. Osoby współuzależnione – członkowie rodzin – 50 osób, uczestniczących od co najmniej 3 miesięcy w terapii współuzależnienia

A/ Cechy demograficzne

Płeć – grupa badana składała się z 41 kobiet (82%) i 9 mężczyzn (18%). Rozkład ten jest zbieżny z obserwacjami terapeutów uzależnień, co do małej liczby mężczyzn – członków rodzin osoby uzależnionej zgłaszających się na terapię współuzależnienia.

Wiek – 24 kobiety były w wieku 40-55 lat, dwie natomiast w wieku 56-69 lat. – ogółem w grupie badanej przeważały kobiety w wieku średnim i starsze. Jest to zgodne z doświadczeniami terapeutów uzależnień, obserwującymi, że także głównie w tym wieku są uczestniczki terapii współuzależnienia. Świadomość problemu alkoholowego członka rodziny narasta u osób bliskich z czasem, narasta też działanie mechanizmów obronnych, co wpływa na wydłużający się staż małżeński rodzin z problemem alkoholowym. Doświadczenia wskazują, że w większości dopiero po wielu latach małżeństwa/bliskiej relacji członkowie rodziny decydują się sięgnąć po pomoc.

Ciekawym wynikiem jest wiek mężczyzn uczestniczących w terapii współuzależnienia – wszyscy badani mężczyźni (9) byli w wieku 26-39 lat.

Długość terapii – znaczna część osób badanych uczestniczyła w terapii 0-3 miesięcy (51,2%). Są to zarówno mężczyźni, jak i kobiety. Jednak także blisko połowa badanych kobiet uczestniczyła w terapii powyżej 1 roku, a ponad 1/3 powyżej 24 miesięcy. Może to obrazować trudność w przezwyciężaniu problemu współuzależnienia i konieczność korzystania z długoterminowej pomocy.

Które leczenie – wszyscy uczestnicy badanej grupy mieścili się w przedziale 1-2 leczenie, przy czym dla znacznej większości kobiet (85,4%) i dla większości mężczyzn było to pierwsze leczenie (88,9%), co wskazuje być może na fakt, iż praca nad problemem współuzależnienia jest związana z wysoką motywacją i efektywnością terapii współuzależnienia dla jej uczestników i skutkuje utrzymywaniem się w dłuższym czasie w procesie terapeutycznym.

Uprzednie korzystanie z pomocy – większość badanych kobiet (76,5%) przed podjęciem terapii korzystała z jakiejś formy pomocy. Najczęściej była to farmakoterapia związana z jakimś rozpoznaniem psychiatrycznym (39%) oraz – rzadziej – samopomoc – 24,4%, psychoterapia – 12,2% i wspólnota religijna – 7,3%. 1/4 osób badanych nie korzystała przedtem z żadnej pomocy. Wśród mężczyzn odsetek osób korzystających uprzednio z pomocy wynosi 100%. Wszyscy mężczyźni (9) korzystali uprzednio z pomocy – pięć z nich z psychoterapii, czterech z grup wsparcia, jedna natomiast ze wspólnoty religijnej.

Źródło utrzymania – największa część kobiet była na utrzymaniu członka rodziny (39%) lub wykonywała pracę zawodową (36,6%). Nie miało żadnego źródła

utrzymania 11% kobiet oraz wykonywało działalność gospodarczą 12,2% kobiet. Nie miało więc żadnej własnej formy utrzymania aż 50% badanych kobiet. Natomiast wszyscy badani mężczyźni wykonywali pracę zawodową.

Ogólnie – badana grupa osób współuzależnionych to w znacznej większości kobiety w starszym i średnim wieku, dzielące się na 2 podgrupy – korzystające z terapii krótko lub znacząco długo, pierwszy lub drugi raz, ale także wcześniej korzystające z pomocy psychiatrycznej lub/i samopomocy. Dane te wskazują na prawdopodobnie znaczące problemy wynikające dla nich ze współuzależnienia – życia z nadużywającym alkoholu członkiem rodziny, od którego często są bardzo zależne – w większości są to osoby na utrzymaniu pijących partnerów lub bez środków utrzymania, co niewątpliwie utrudnia podejmowanie radykalnych kroków wobec uzależnionego, destrukcyjnie funkcjonującego członka rodziny.

Badaną grupę osób współuzależnionych obrazuje Tabela 2.

Tabela 2. Charakterystyka grupy osób współuzależnionych

Dane demograficzne	**Kobiety**		**Mężczyźni**		**0gółem**	
	liczba osób	**%**	**liczba osób**	**%**	**liczba osób**	**%**
Liczba osób	41	82	9	18	50	100
Wiek w latach						
18-25	0	0	0	0	0	0
26-39	6	14,6	9	100	15	30
40-55	25	61,0	0	0	25	50
56-69	10	24,4	0	0	10	20
70-80	0	0	0	0	0	0
Długość terapii						
0-3 miesiące	21	51,2	9	100	30	60
3-6 miesięcy	0	0	0	0	0	0
6-12 miesięcy	0	0	0	0	0	0
12-24 miesiące	6	14,6	0	0	6	12
powyżej 24 miesięcy	14	34,2	0	0	14	28
Które leczenie						
1	35	85,4	8	88,9	43	86
2	6	14,6	1	11,1	7	14
3	0	0	0	0	0	0

4	0	0	0	0	0	0
Korzystanie uprzednio z pomocy *1/*						
farmakoterapia	16	39,0	1	11,1	17	
psychoterapia	5	12,2	5	55,6	10	20
Al-Anon, grupa wsparcia, klub abstynenta	10	24,4	4	44,4	14	28
wspólnota religijna	3	7,3	1	11,1	4	8
inne	10	24,4	0	0	10	20
Utrzymanie w okresie picia bliskiej osoby *1/*						
- brak utrzymania oraz - na utrzymaniu czł. rodziny	14 16	11,0 39,0	0 0	0 0	14 16	28 32
praca zawodowa	15	36,6	9	100	24	48
działalność gospodarcza	5	12,2	0	0	5	10
zasiłek	0	0	0	0	0	0
renta/emerytura	4	9,8	0	0	4	8
inne	0	0	0	0	0	0
Obecne źródło utrzymania*1/*						
brak	16	39		0	16	32
praca zawodowa	16	39	8	88,9	24	48
działalność gospodarcza	5	12,2	1	11,1	6	12
zasiłek	0	0	0	0	0	0
renta/emerytura	5	12,2	0	0	5	10
inne	0	0	0	0	0	0
Z kim w relacji*1/*						
żona-mąż	35		5		40	
partner-partnerka	4		4		8	
brat-siostra	1		2		3	
matka-ojciec	6		5		11	
Inni członkowie rodziny	2		2		4	

1/ – nie sumuje się do 100% ze względu na wielokrotność wyboru

2.3.3. Osoby z syndromem DDA – 50 osób, uczestniczących od co najmniej 3 miesięcy w terapii DDA

A/ Cechy demograficzne

Płeć – badana grupa osób z syndromem DDA składała się z 27 kobiet (54%) i 23 mężczyzn (46%).

Wiek – w tej grupie osób przeważały nieznacznie osoby w wieku średnim 40-55 lat (36%) nad osobami młodymi 26-39 lat (34%). Trzecią liczną grupą były osoby w starszym wieku 56-69 lat (22%). Osoby bardzo młode stanowiły nieliczną grupę (8%) i były to wyłącznie kobiety. Taki rozkład wydaje się uzasadniony zgłaszaniem się na terapię dla DDA w miarę narastania problemów psychologicznych oraz świadomości ich przyczyn związanych z domem rodzinnym. Nieco podobnie kształtował się rozkład wieku kobiet w tej grupie – mieścił się w przedziale 26-69, przy stosunkowo równym rozkładzie w poszczególnych grupach wiekowych. To w grupie kobiet znalazły się osoby zdecydowanie młode – 18-25 lat, uczestniczące w terapii (14,8%). Nie było mężczyzn w tej grupie wiekowej. Także niewielką grupę stanowili mężczyźni w wieku 56-69 lat. Najwięcej mężczyzn było z grupy wiekowej 40-55 lat (47,8%). Wydaje się to być zgodną z obserwacjami terapeutów, iż mężczyźni mniej chętnie i późno – po wyczerpaniu innych możliwości poradzenia sobie z problemami – korzystają z psychoterapii, w porównaniu z kobietami, które wcześnie szukają pomocy psychologicznej.

Długość terapii – przeważały nieznacznie osoby uczestniczące w terapii krótko – 0-3 miesiące (34%) oraz osoby zaawansowane w procesie terapeutycznym – 3-6 miesięcy (30%). Dwie kolejne równe liczebności to osoby uczestniczące w terapii 6-12 miesięcy oraz 12-24 miesiące (po 18%). Kobiety najczęściej prezentowały przedział 3-6 miesięcy w terapii (łącznie 74%). Największą pod tym względem grupę wśród mężczyzn stanowiły osoby uczestniczące w terapii od 3 do 12 miesięcy (60,8% łącznie), co byłoby zgodne z wcześniejszym wnioskiem, iż kobiety podejmują terapię wcześniej, ale też nieco dłużej niż mężczyźni ją kontynuują – przedział 12-24 miesiące to odpowiednio – 18,5% kobiety i 17,4% mężczyźni.

Które leczenie – podobny rozkład jak w długości terapii – pierwsze leczenie to najliczniejsza grupa (46%) i prawie równa pod tym względem liczebnie grupa – drugie leczenie (44%). Nieliczne osoby (10%) uczestniczyły w terapii po raz 3.

Uprzednie korzystanie z terapii – 70% osób z tej grupy korzystało wcześniej z pomocy psychologicznej, a aż 46% z farmakoterapii (rozpoznanie psychiatryczne). Rozkład ten w grupie kobiet jest zbliżony. Natomiast zdecydowanie więcej mężczyzn korzystało wcześniej z farmakoterapii – aż 56,5%. Ten fakt wydaje się być zbieżny

z obserwacją, iż mężczyźni później zgłaszają się po pomoc psychologiczną, natomiast mając problemy częściej korzystają z leków.

Uzależnieni i współuzależnieni – przeważały nieznacznie osoby uzależnione od alkoholu, utrzymujące abstynencję, po ukończonej terapii nad osobami współuzależnionymi (16% i 12%). Łącznie osoby mające własny problem alkoholowy lub w rodzinie stanowiły 28% – blisko 1/3 uczestników badań w tej grupie. Wszystkie te osoby były już po własnej terapii uzależnienia lub współuzależnienia. Koreluje to z tezą, iż pochodzenie z rodziny alkoholowej może wpływać na późniejsze – w życiu dorosłym – problemy z alkoholem lub relacjami opartymi o nadużywanie alkoholu przez bliską osobę oraz że problemy te mogą być poważnie zaawansowane, o czym świadczy fakt ukończenia terapii.

Cechy demograficzne tej grupy obrazuje Tabela 3.

Tabela 3. Charakterystyka grupy osób z syndromem DDA

Dane demograficzne	**Kobiety**		**Mężczyźni**		**0gółem osób**	
	liczba	**%**	**liczba**	**%**	**liczba**	**%**
Liczba osób ogółem	27	54	23	46	50	100
Wiek w latach						
18-25	5	18,5	0	0	5	10
26-39	8	29,6	9	39,1	17	34
40-55	7	25,9	11	47,8	18	36
56-69	7	25,9	3	13,1	10	20
70-80	0	0	0	0	0	0
Długość terapii						
0-3 miesiące	12	44,4	5	21,7	17	34
3-6 miesięcy	8	29,6	7	30,4	15	30
6-12 miesięcy	2	7,4	7	30,4	9	18
12-24 miesiące	5	18,5	4	17,4	9	18
powyżej 24 miesięcy	0	0	0……..0		0……..0	
Które leczenie						
1	18	66,7	5	21,7	23	46
2	9	33,3	13	56,5	22	44
3	0	0	5	21,7	5	10

4	0	0	0	0	0	0
Korzystanie uprzednio z pomocy*1/*						
farmakoterapia	10	37,0	13	56,5	23	46
psychoterapia	19	70,4	16	69,6	35	70
DDA, grupa wsparcia	3	11,1	2	8,7	5	10
wspólnota religijna	0	0	0	0	0	0
nie korzystanie z żadnej	0	0	0	0	0	0
Uzależnieni - w tym abstynencja	2 2	7,4 7,4	6 6	26,1 26,1	8 8	16 16
Ukończone leczenie uzależnienia	2	7,4	6	26,1	8	16
Współuzależnieni	6	22,2	0	0	6	12
Ukończona terapia współuzależnienia	6	22,2	0	0	6	12
Obecne źródło utrzymania*1/*						
brak utrzymania	0		0	0	0	0
na utrzymaniu członka rodziny	2	7,4	0	0	2	4
praca zawodowa	25	92,6	12	52,2	37	74
działalność gospodarcza	11	40,7	1	4,3	12	24
zasiłek	0	0	0 0		0 0	
renta/emerytura	0	0	0	0	0	0
inne	0	0	0	0	0	0

1/ - nie sumuje się do 100% ze względu na wielokrotność wyboru

2.4. Wyniki badań relacji w rodzinach z problemem alkoholowym skierowanych na problem alkoholowy

2.4.1. Badania grupy osób uzależnionych

A/ Przyczyny nadmiernego picia

Analiza wyników dotyczących czynników wpływających na nadmierne picie jednoznacznie wskazuje w całej badanej grupie osób uzależnionych na główny z nich

– *Problemy emocjonalne* (wskaźnik 37,0), wśród których najliczniejszą grupę stanowią *Własne trudności* (wsk.49) oraz *Samotność* (wsk.37). Na drugim miejscu jest *Pijące środowisko* (wsk.16,2), a w tym szczególny wpływ częstych sytuacji alkoholowych w otoczeniu, a następnie – wpływ *Picia w rodzinie* (wsk.16,2). Mniej istotny wpływ na nadmierne picie ma *Opieka rodziny* (wsk.11,0) oraz *Funkcjonowanie rodziny* (wsk.11,0). Jednakże połączenie czynników rodzinnych daje obraz wpływu rodziny na nadmierne picie.

Podsumowując te wyniki, można zasugerować, że powody nadmiernego picia osób w późniejszym okresie życia już uzależnionych mogą wynikać z układu czynników osobistych – emocjonalnych, rodzinnych oraz środowiskowych. Przy czym można dostrzec różnicę w powodach nadmiernego picia kobiet – tutaj na drugim miejscu istotności są czynniki związane z piciem w rodzinie (podczas gdy w grupie mężczyzn jest to „pijące środowisko"), co pozwala stwierdzić, iż pijąca rodzina silniej oddziałuje na intensywność picia kobiet z niej się wywodzących.

Wyniki badania przyczyn przedstawia Tabela 4.

Tabela 4. Czynniki zachęcające do picia (osoby uzależnione – początki nadmiernego picia)

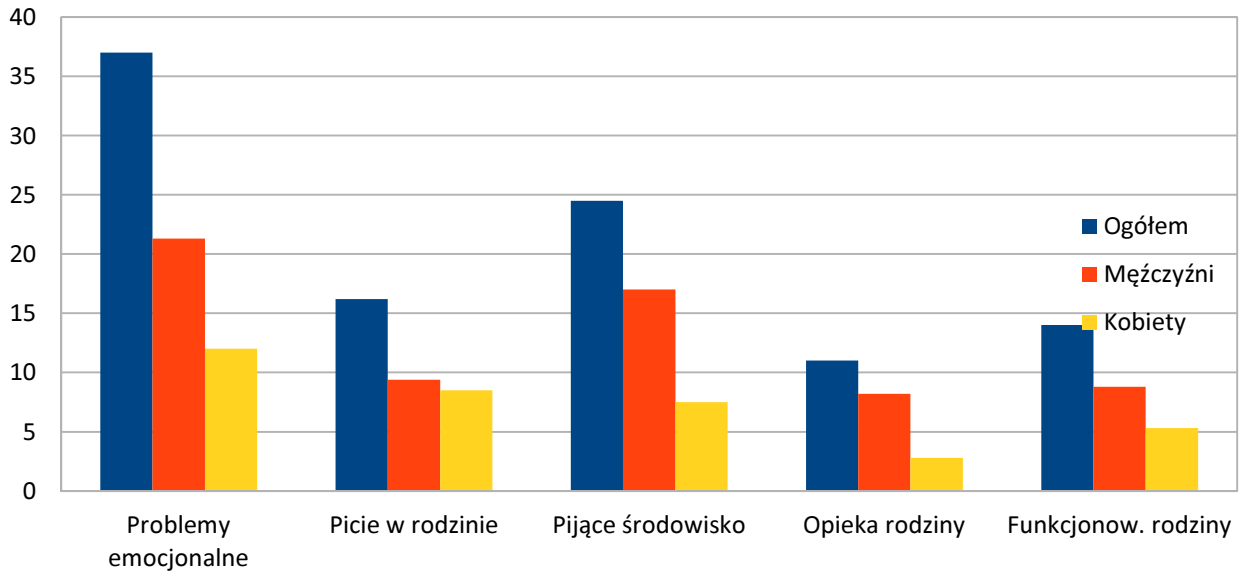
	Liczba odpowiedzi ogółem (50 os.)	**średnia w grupie problemów*1/***	**Mężczyźni (33 os.) liczba odpowiedzi**	**średnia w grupie problemów*1/***	**Kobiety (17 os.) liczba odpowiedzi**	**średnia w grupie problemów*1/***
Powody nadmiernego picia Nr pytania/Problem						
Problemy emocjonalne						
1/ własne trudności	**49**		**33**		**15**	
2/ samotność	**37**		**25**		**12**	
15/ niepowodzenia	25		6	**21,3**	9	**12,0**
	37,0					
Picie w rodzinie						
3/ przyzwolenie	**21**		10		**11**	
4/ zachęcania	14		5		**9**	
5/ wzorce radzenia	**22**		**14**		8	
6/ wzorce rozrywki	**23**		**17**		6	
12/ wzorce abstynencji	1		1	**9,4**	0	**8,5**
	16,2					
Pijące środowisko						
7/ częste sytuacje alk.	41		**29**		**12**	
17/ wzorce środowiska	8		5	**17,0**	3	**7,5**
	24,5					
Opieka rodziny						
8/ zwalnianie z obow.	8		7		1	

9/ dbanie o komfort 11/ utrzymywanie w wieku dorosłym 13/ kontrola, dyscyplina 18/ duża swoboda	7 3 **8** **29** **11,0**		6 2 **5** **21**	**8,2**	1 1 **3** **8**	**2,8**
Funkcjonowanie rodziny 10/ problemy w relacjach 14/ sytuacje kryzysowe 16/ bieda, niski komfort 19/ frustracja rodziny	 **30** **18** 6 2 **14,0**		 **19** **12** 3 1	**8,8**	 **11** 6 3 1	**5,3**

1/ – nie sumuje się do 100% ze względu na wielokrotność wyboru

Rozkład tych wyników obrazuje Wykres 1.

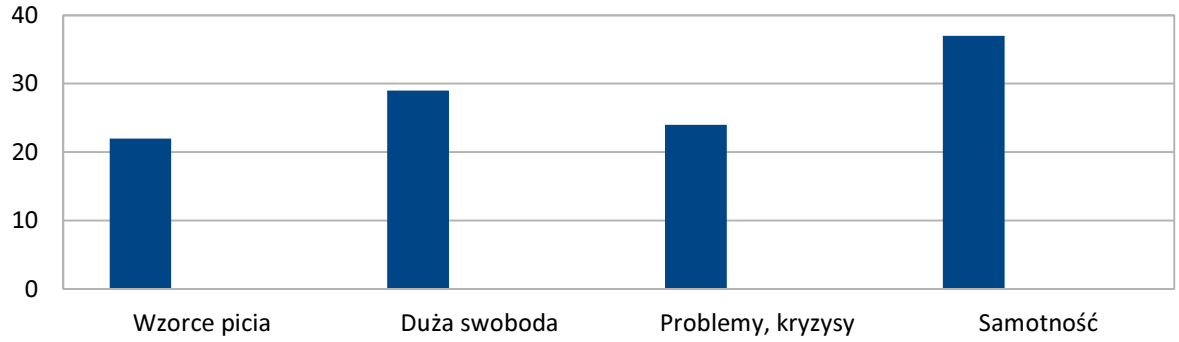
Wykres 1. Czynniki zachęcające do picia



Ciekawy obraz daje przyjrzenie się tylko wpływowi samej rodziny i różnym zachowaniom w tym obszarze na nadmierne picie bliskiej osoby. Wybijają się samotność i duża swoboda, jak wydaje się, dość zbieżne kategorie zachowań, pokazujące sytuację członka rodziny pozbawionego w gruncie rzeczy bliskości. Jeśli dodać do tego sposób funkcjonowania rodziny – problemowy, kryzysowy – sytuacja emocjonalna członka rodziny – jak opisuje to podejście systemowe – delegowanego do picia – jest jeszcze trudniejsza. Jak widać, zachowania te są liczniejsze i oddziaływujące na nadmierne picie intensywniej niż nawet wzorce picia rodzinnego.

Obrazuje to wykres 2.

Wykres 2. Wpływ rodziny na nadmierne picie



B/ Reakcje członków rodziny na nadmierne picie osoby uzależnionej (w wypowiedziach osób uzależnionych)

Analiza reakcji członków rodziny na nadmierne picie bliskiej osoby uzależnionej wskazuje na dominujące reakcje *Wsparcia* – dla osoby pijącej (wskaźnik 27,0) oraz *Wpływu* – prób wywierania wpływu na zaprzestanie picia (wsk.24,3). Kolejną nieco rzadziej występującą grupą reakcji jest *Opieka* (wsk.14,2), w której szczególnie często występującą niekonstruktywną reakcją jest "dotrzeźwianie" – pomoc pijącemu w szybkim powrocie do trzeźwości po intensywnym piciu. W dalszej kolejności jest *Zaprzeczanie* (wsk.12,5), a dopiero na kolejnych miejscach zachowania konstruktywne – skierowane na samych członków rodziny, ich potrzeby i komfort – *Sami dla Siebie* (wsk.8,7) oraz podejmowanie koniecznych *Interwencji* (wsk.7,8). Przeważają bardzo znacznie zachowania niekonstruktywne, podtrzymujące problem alkoholowy osoby pijącej dzięki tworzeniu dla niej komfortowych warunków funkcjonowania, a tym samym dalszego picia.

Podobny rozkład reakcji jest w grupie mężczyzn. Ciekawą zmianę można zaobserwować natomiast w grupie kobiet, gdzie dominującą rolę odgrywa *Wsparcie*, *Wpływ* oraz *Zaprzeczanie problemowi*, na kolejnym miejscu jest *Opieka* ze znacznie niższym wskaźnikiem częstości występowania. Natomiast wśród zachowań konstruktywnych na plan pierwszy wysuwa się podejmowanie *Interwencji* wobec nich, a dopiero na końcu podejmowanie ze strony członków ich rodziny zachowań skierowanych na własne potrzeby. Można to tłumaczyć obserwowaną w praktyce większą trudnością społeczną uznania uzależnienia kobiety, ale także potem – większą restrykcyjnością wobec niej ze strony bliskich osób. Wśród szczególnie często występujących zachowań niekonstruktywnych ze strony członków rodziny

występują także proszenie, kontrola, namowy na leczenie, pocieszanie i okazywanie miłości i ciepła. Wśród konstruktywnych – odcięcie od finansów oraz interwencje rodziny oraz wzywanie policji. Niestety najbardziej konstruktywne zachowanie, jakim jest podjęcie przez członka rodziny własnej terapii dla osób współuzależnionych, należy do jednych z najmniej licznie występujących zachowań (wskaźnik 4,0). Jeszcze rzadziej występuje szukanie wsparcia. Pomoc zewnętrzna nie jest jak widać dla członków rodziny sposobem radzenia sobie z problemem alkoholowym bliskiej osoby, raczej rodzina próbuje ten problem rozwiązań własnymi siłami bez pomocy, niestety mało konstruktywnie.

Wyniki badania przedstawia Tabela 5.

Tabela 5. Reakcje członków rodziny na osoby uzależnione – okres intensywnego picia/uzależnienia (wypowiedzi osób uzależnionych)

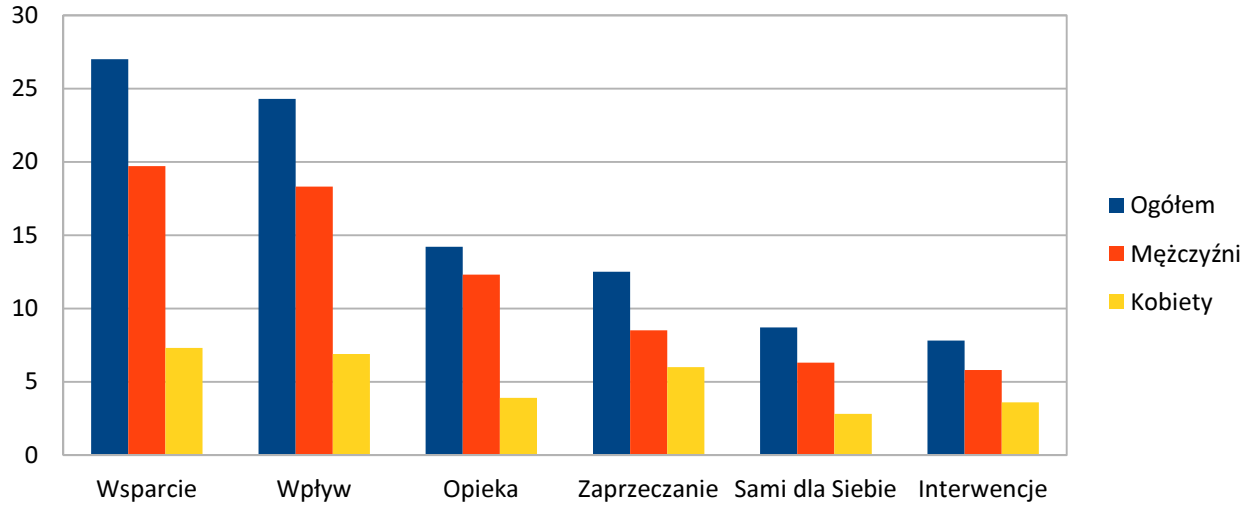
	Liczba odpowiedzi ogółem (50 os.)	**średnia w grupie reakcji*1/***	**Mężczyźni (33 os.) liczba odpowiedzi**	**średnia w grupie reakcji*1/***	**Kobiety (17 os) Liczba odpowiedzi**	**średnia w grupie reakcji*1/***
Reakcje rodziny Nr pytania/Zachowanie						
Opieka						
1/ wyręczanie	16		13		3	
2/ utrzymywanie	13		10		3	
3/ płacenie zobowiązań	6		5		1	
4+5/ usprawiedliwianie					5	
6/ dotrzeźwianie	**44** *2/*		**36**		**8**	
8/ wzywanie pomocy	11		10		1	
13/ "zaszycie"	11		8		3	
23/ odtrucie	10		9		1	
28/ wyciąganie z miejsc picia	12		7		5	
31/ dostarczanie alkoholu	5	**14,2**	0	**12,3**	5	**3,9**
Wsparcie						
26/ modlenie się	18		13		5	
32/ angażowanie innych instytucji	0		0		0	
33/ pocieszanie	**33**		**24**		**9**	
34/ ciepło i miłość	**30**	**27,0**	**22**	**19,7**	**8**	**7,3**
Wpływ						
7/ kontrola	**32**		**24**		**8**	
14/ proszenie	**36**		**24**		**12**	
15/ straszenie	**30**		**24**		6	

16/ grożenie rozwodem	20		15		5	
18/ namowy na leczenie	**32**		**26**		6	
24/ dostarczanie literatury fachowej	4		4		0	
27/ śledzenie	22		16		6	
36/ szantażowanie	18	**24,3**	13	**18,3**	5	**6,9**
Zaprzeczanie						
35/ zaprzeczanie uzależnieniu	17		12		9	
38/ wspólne picie	8	**12,5**	5	**8,5**	3	**6,0**
Sami dla Siebie						
20/ własna terapia	**4**		**3**		**1**	
21/ szukanie wsparcia	1		1		0	
22/ koncentracja na sobie	8		5		3	
25/ korzystanie z literatury fachowej	7		6		1	
29/ odcięcie od finansów	**24**		**18**		**6**	
37/ odcięcie od pijącego	8	**8,7**	5	**6,3**	3	**2,8**
Interwencje						
9/ wzywanie policji	**14**		**8**		**6**	
10/ komisja przeciwalkoholowa	2		2		0	
11/ sąd	1		0		1	
12/ interwencje rodziny	**16**		**11**		**5**	
17/ rozwód	5		2		3	
19/ pozostawienie samego	9	**7,8**	6	**5,8**	3	**3,6**

1/ *nie sumuje się do 100% ze względu na wielokrotność wyboru*
2/ *pogrubionym drukiem oznaczono najwyższe liczebności*

Rozkład wyników przedstawia Wykres 3.

Wykres 3. Reakcje członków rodziny na nadmierne picie bliskiej osoby uzależnionej



C/ Reakcje członków rodziny na leczenie bliskiej osoby uzależnionej od alkoholu

Analiza wyników reakcji członków rodziny na leczącą się osobę uzależnioną wskazuje na dominujący udział zachowań wspierających – *Wsparcie w leczeniu* (wskaźnik 24,0). Na drugim miejscu ze znacznie mniejszym nasileniem występuje *Opieka* (wsk.15,3) oraz dopiero na trzecim miejscu dość słabo zaznaczony udział zachowań skierowanych na własne potrzeby – *Sami dla Siebie* (wsk.13,3). Rzadko, ale w sposób jeszcze istotny, występuje używanie *Wpływu* na abstynencję i leczenie bliskiej osoby oraz *Zaprzeczanie* problemowi (wsk.6,0). Rozkład ten jest identyczny w grupie mężczyzn, natomiast bliscy leczących się uzależnionych kobiet na czwartym miejscu pod względem częstotliwości umieszczają zachowania *Zaprzeczające*, utrudniające leczenie, a na końcu *Wpływ*. Można to tłumaczyć znacznie bardziej wymagającym i restrykcyjnym stosunkiem do kobiet tak pijących, jak i leczących się. Należy zauważyć, iż dla dobra systemu rodzinnego szybsze koncentrowanie się członków rodziny na sobie jest zachowaniem bardziej konstruktywnym, ciągle rzadziej występującym niż koncentracja na członku rodziny, który jest pod specjalistyczną opieką i nie wymaga tyle uwagi osób bliskich. Własna terapia nadal jest zachowaniem bardzo rzadko występującym, szczególnie wśród partnerów leczących się kobiet. W całej grupie oraz w grupie mężczyzn ich bliscy nadal raczej niekonstruktywnie koncentrują się na uzależnionej osobie niż na własnych potrzebach, kontynuując zachowania współuzależnieniowe, niekonstruktywne dla systemu rodzinnego. Zmiana w systemie rodzinnym wywołana

terapią i nowymi zachowaniami leczącego się członka rodziny wymaga od całego systemu, a więc także od pozostałych członków rodziny, zmian. Analiza reakcji pokazuje jednak, że osoby leczące się inwestują w siebie i "idą do przodu", a ich niepijący bliscy "pozostają w tyle", kultywując dawne zachowania – na przykład – pilnowanie – zachowanie o dość dużej częstotliwości, całkowicie niekonstruktywne, wydatkujące energię kontrolującego i na ogół grożące konfliktem z osobą kontrolowaną.

Tabela 6. Reakcje członków rodziny na osoby uzależnione – okres leczenia (wypowiedzi osób uzależnionych)

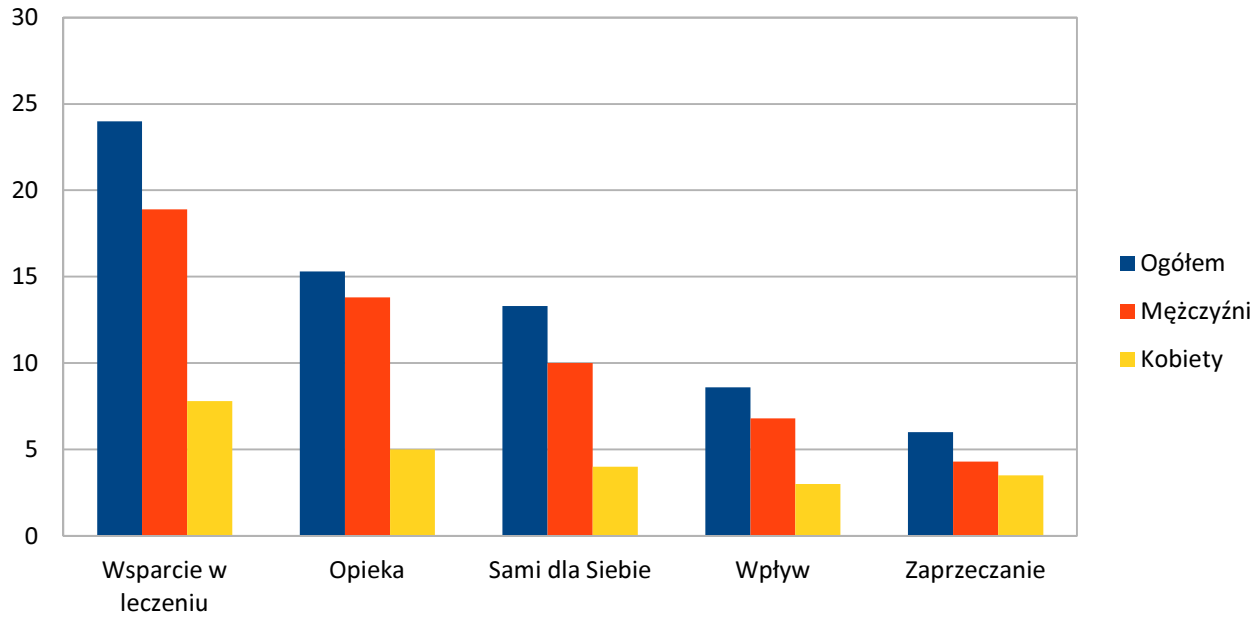
	Liczba odpowiedzi ogółem (50 os.)	**średnia reakcji*1/***	**Wypowiedzi mężczyzn (33 os.) liczba odpowiedzi**	**średnia reakcji*1/***	**Wypowiedzi kobiet (17 os.) liczba odpowiedzi**	**średnia reakcji*1/***
Reakcje rodziny Nr pytania/Zachowanie						
Opieka						
1/ wyręczanie	5		3		2	
2/ utrzymywanie	4		4		0	
3/ płacenie zobowiązań	3		0		0	
13/ rozmowy o emocjach	**36** *2/*		**31**		5	
14/ ciepło i miłość	**42**		**30**		**12**	
28/ pomoc innych instytucji	2	**15,3**	1	**13,8**	1	**5,0**
Wsparcie w leczeniu						
7/ zachęcanie do terapii	**39**		**39**		**11**	
8/ "nagradzanie"	9		8		1	
12/ zrozumienie dla terapii	**48**		**31**		**17**	
16/ uzyskiwanie informacji o terapii	4		3		1	
17/ zalecenia trzeźwościowe	**25**		**19**		6	
20/ wiara w powodzenie	**40**		**29**		**11**	
24/ dostarczanie fachowej literatury	3	**24,0**	3	**18,9**	0	**7,8**
Wpływ						
4/ sprawdzanie	10		7		3	
5/ pilnowanie	**12**		**9**		3	
6/ straszenie	3		3		0	
18/ podporządkowanie się	2		2		0	
19/ lęk i obawy	**16**	**8,6**	**13**	**6,8**	3	**3,0**
Zaprzeczanie, utrudnianie						
22/ wymagania jakbym nie						

był alkoholikiem	**14**		**8**		**6**	
23/ zaprzeczanie, bagatelizowanie	2		2		0	
26/ pozostawienie samego	6		5		1	
27/ namawianie do picia	2	**6,0**	2	**4,3**	0	**3,5**
Sami dla Siebie						
9/ własna terapia	13		2		**11**	
10/ własne potrzeby	17		12		**5**	
11/ wyższe wymagania	11		10		1	
15/ rozmowy o swoich emocjach						
21/ szukanie wsparcia	**25**		**23**		2	
25/ korzystanie z fachowej literatury	11		11		0	
	3	**13,3**	2	**10,0**	1	**4,0**

***1**/ nie sumuje się do 100% ze względu na wielokrotność wyboru*
***2**/ pogrubionym drukiem oznaczono najwyższe liczebności*

Rozkład tych wyników przedstawia Wykres 3.

Wykres 3. Reakcje członków rodziny na leczącą się osobę uzależnioną



2.4.2. Badanie grupy osób współuzależnionych – leczących się

A/ Reakcje członków rodziny na nadmierne picie bliskiej osoby

Analiza wyników badania reakcji leczących się członków rodziny na nadmierne picie bliskiej uzależnionej od alkoholu osoby wskazuje na dominujące koncentrowanie się rodziny na uzyskaniu wpływu na abstynencję i leczenie osoby pijącej – *Wpływ* –

wskaźnik 26,1. Szczególnie częstym zachowaniem są tutaj namowy, kontrola, grożenie, proszenie, szantażowanie, straszenie, śledzenie. Na kolejnym miejscu prawie tak samo często występuje wspieranie jej – *Wsparcie* – wskaźnik 25,3. Szczególnie często podejmowanym zachowaniem jest pocieszanie, okazywanie ciepła i miłości oraz modlenie się. Nieco rzadziej występuje opiekowanie się pijącą osobą – *Opieka* – wskaźnik 21,0. Szczególnie często rodziny podejmują się tutaj wyręczania w obowiązkach, usprawiedliwiania, utrzymywania. Dopiero na kolejnym miejscu występują zachowania skierowane na własne potrzeby – *Sami dla Siebie* – wskaźnik 17,5. Dość częstym zachowaniem było szukanie wsparcia, korzystanie z fachowej literatury, własna terapia, ale także działanie radykalne – odcinanie od finansów. Występujące w dalszej kolejności – *Interwencje* 14,2. Zdecydowanie rzadko i na ostatnim miejscu występuje *Zaprzeczanie* – wskaźnik 6,0. Tendencja ta jest identyczna w odniesieniu do obu płci. Zauważyć tylko należy, iż zaprzeczanie problemowi alkoholowemu pijących mężczyzn jest zachowaniem zdecydowanie sporadycznym w porównaniu z zaprzeczaniem uzależnieniu kobiet. Reakcje członków rodzin na pijącego członka rodziny w ich własnych wypowiedziach wskazują na odwróconą tendencję w porównaniu z wypowiedziami samych osób uzależnionych – tu *Wpływ* występuje na pierwszym miejscu, gdy tymczasem w wypowiedziach osób uzależnionych pierwsze miejsca zajmują *Wsparcie i Opieka*. Można tę różnicę interpretować większym wglądem we własne funkcjonowanie leczących się członków rodzin w odniesieniu do ich reakcji na picie bliskiej osoby w porównaniu z okresem, w którym to jeszcze znaczna ich cześć nie korzystała z terapii. Także więcej konstruktywnych działań w obszarze – *Sami dla Siebie* koreluje z już podjętą terapią w okresie picia bliskiej osoby.

Wyniki te obrazuje Tabela 7.

Tabela 7. Reakcje członków rodziny na osoby uzależnione – okres intensywnego picia/uzależnienia (wypowiedzi osób współuzależnionych)

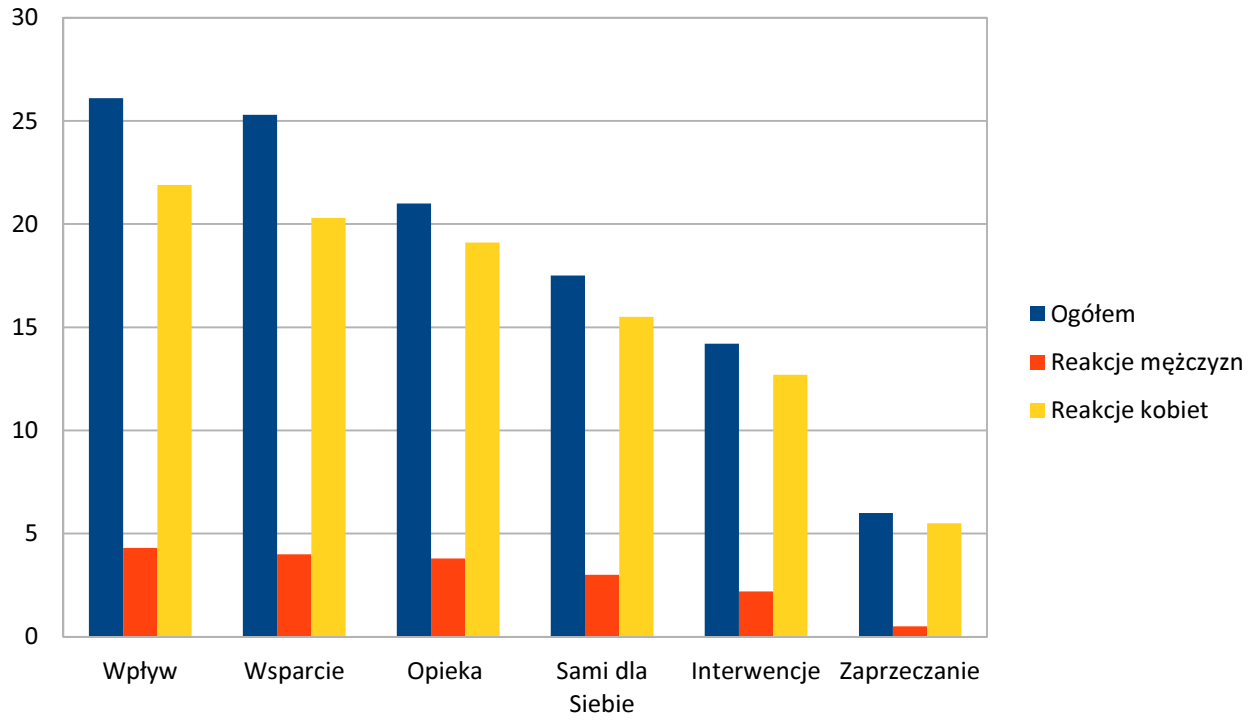
	Liczba odpowiedzi ogółem (50 os.)	**średnia reakcji*1/***	**Reakcje mężczyzn (9 os.) liczba odpowiedzi**	**średnia reakcji*1/***	**Reakcje kobiet (41 os.) liczba odpowiedzi**	**średnia reakcji*1/***
Reakcje rodziny Nr pytania/Zachowanie						
Opieka						
1/ wyręczanie	**45** *2/*		4		**41**	
2/ utrzymywanie	**29**		**8**		**21**	
3/ płacenie zobowiązań	**26**		4		**22**	
4+5/ usprawiedliwianie	**45**		**7**		**38**	
6/ dotrzeźwianie	**29**		3		**26**	
8/ wzywanie pomocy	11		2		9	
13/ "zaszycie"	3		3		0	
23/ odtrucie	11		3		8	
28/ wyciąganie z miejsc picia	9		3		6	
31/ dostarczanie alkoholu	2	**21,0**	1	**3,8**	1	**19,1**
Wsparcie						
26/ modlenie się	**26**		**7**		**19**	
32/ angażowanie innych instytucji	5		1		4	
33/ pocieszanie	**36**		4		**32**	
34/ ciepło i miłość	**34**	25,3	**8**	4,0	**26**	20,3
Wpływ						
7/ kontrola	**31**		3		**28**	
14/ proszenie	**29**		5		**24**	
15/ straszenie	**24**		5		19	
16/ grożenie rozwodem	**30**		2		**28**	
18/ namowy na leczenie	**34**		**8**		**26**	
24/ dostarczanie literatury fachowej	16		3		13	
27/ śledzenie	**21**		**6**		15	
36/ szantażowanie	**24**	6,1	2	**4,3**	**22**	**21,9**
Zaprzeczanie						
35/ zaprzeczanie uzależnieniu	**10**		0		**10**	
38/ wspólne picie	2	**6,0**	1	**0,5**	1	**5,5**
Sami dla Siebie						
20/ własna terapia	**19**		2		**17**	
21/ szukanie wsparcia	**29**		1		**28**	
22/ koncentracja na sobie	**16**		**6**		10	

25/ korzystanie z literatury fachowej	**21**		0		**21**	
29/ odcięcie od finansów	**19**		3		**16**	
37/ odcięcie od pijącego	1	**17,5**	0	**3,0**	1	**15,5**
Interwencje						
9/ wzywanie policji	15		1		14	
10/ komisja przeciwalkoholowa	14		1		13	
11/ sąd	9		0		9	
12/ interwencje rodziny	**24**		**6**		**20**	
17/ rozwód, odejście	8		1		7	
19/ pozostawienie samego	15	**14,2**	2	**2,2**	13	**12,7**

***1/** – nie sumuje się do 100% ze względu na wielokrotność wyboru*
***2/** – zaznaczone pogrubionym drukiem najwyższe liczebności*

Tendencje to obrazuje wykres 3.

Wykres 3. Reakcje osób współuzależnionych na picie bliskiej uzależnionej osoby



B/ Reakcje członków rodziny na podjęte leczenie przez osobę uzależnioną w wypowiedziach członków rodzin

Analiza reakcji członków rodzin na leczenie bliskiej osoby wskazuje przede wszystkim na podejmowanie przez nich zachowań skierowanych na siebie – własne funkcjonowanie – *Sami dla Siebie* – wskaźnik 35,2, a w tym zachowań koncentrujących się na własnych potrzebach, terapii, szukaniu wsparcia. Liczebność

zachowań "własne potrzeby" jest najwyższa w całej skali zachowań podejmowanych wobec osoby uzależnionej. Równie często podejmowana jest aktywność opisywana jako "ciepło i miłość". Tendencja ta dotyczy także badanej grupy kobiet w ich reakcjach na leczących się mężczyzn. Na drugim miejscu znajdują się zachowania z grupy *Wpływ* – wskaźnik 33,2 i szczególnie często występujące "pilnowanie", a dalej, ze znacznie mniejszą częstotliwością, *Wsparcie w leczeniu* – wskaźnik 24,1, a w tym częste zachowania – "zachęcanie do terapii" oraz "zrozumienie". Rzadziej podejmowane są też zachowania opiekuńcze – *Opieka* – wskaźnik 21,5, chociaż zachowanie "wyręczanie" występuje szczególnie często wśród wszystkich reakcji na leczącego się alkoholika. Bardzo rzadko pojawia się również zaprzeczanie problemowi alkoholowemu.

Ciekawie przedstawia się rozkład reakcji mężów na uzależnione żony (bądź mężczyzn – innych członków rodziny na inne bliskie uzależnione kobiety). Tutaj na pierwszym miejscu często podejmowanych zachowań występuje *Opieka* a potem *Wsparcie w leczeniu*. Działania skoncentrowane na sobie – mimo terapii – pozostają na dalszym, trzecim miejscu. Jednocześnie bardzo rzadko mężczyźni wobec pijących, leczących się kobiet podejmują zachowania polegająca na wpływaniu na ich abstynencję i leczenie. Wydaje się być to zgodne z tendencją mężczyzn do radzenia sobie samemu i w miejsce działań restrykcyjnych wobec pijących kobiet, kiedy one zaczynają się leczyć – podejmują zachowania opiekuńcze i wspierające. Dużo częściej też w grupie mężczyzn w stosunku do leczących się kobiet występuje zaprzeczanie i utrudnianie leczenia – częstym zachowaniem jest tu przypominanie okresu picia oraz "stawianie wymagań, jakbym nie była alkoholiczką".

Reakcje członków rodziny na osoby uzależnione leczące się obrazuje Tabela 8.

Tabela 8. Reakcje członków rodziny na osoby uzależnione – okres leczenia (wypowiedzi członków rodziny)

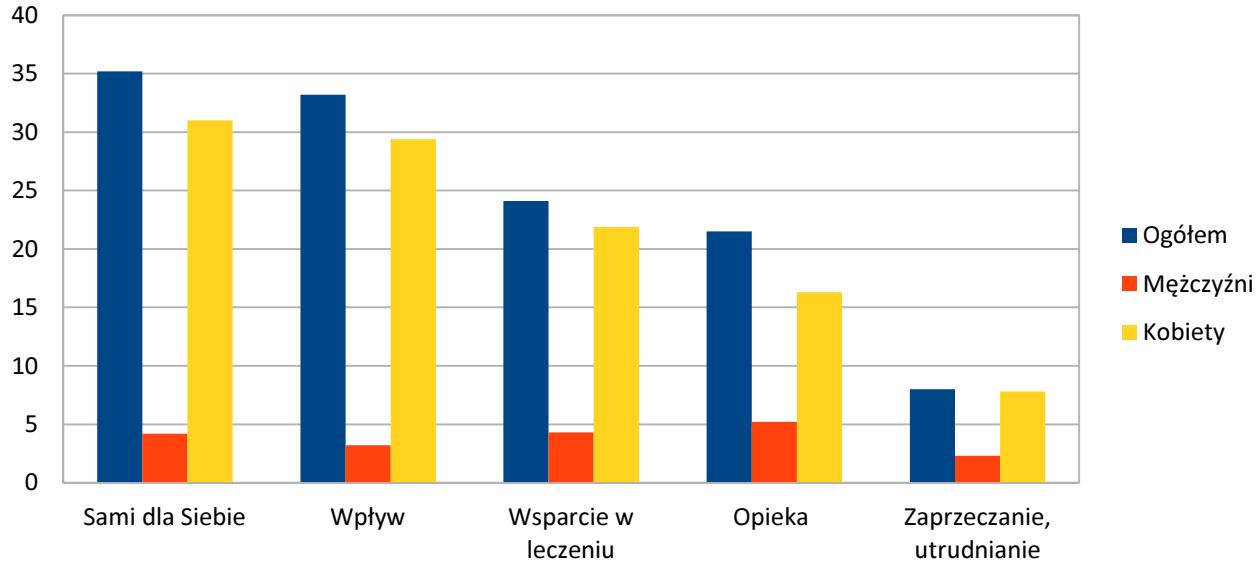
	Liczba odpowiedzi ogółem (50 os.)	**średnia reakcji**	**Mężczyźni (9 os.)**		**Kobiety (41 os.)**	
			liczba odpowiedzi	**średnia reakcji*1/***	**liczba odpowiedzi**	**średnia reakcji*1/***
Reakcje rodziny Nr pytania/Zachowanie						
Opieka 1/ wyręczanie	**40**	***2/***	**8**		**32**	

2/ utrzymywanie	18		5		13	
3/ płacenie zobowiązań	6		4		2	
13/ rozmowy o emocjach	14		4		10	
14/ ciepło i miłość	**48**		**9**		**40**	
28/ pomoc innych instytucji	3	**21,5**	2	**5,2**	1	**16,3**
Wsparcie w leczeniu						
7/ zachęcanie do terapii	**47**		**9**		38	
8/ "nagradzanie"	20		2		18	
12/ zrozumienie dla terapii	**39**		**6**		33	
16/ uzyskiwanie informacji o terapii	10		4		6	
17/ zalecenia trzeźwościowe	17		3		14	
20/ wiara w powodzenie	**30**		2		38	
25/ dostarczanie fachowej literatury	6	**24,1**	0	**4,3**	6	**21,9**
Wpływ						
4/ sprawdzanie	33		3		30	
5/ pilnowanie	45		**7**		39	
6/ straszenie	19		2		17	
18/ podporządkowanie się	32		4		28	
19/ lęk i obawy	37	**33,2**	4	**3,2**	33	**29,4**
Zaprzeczanie, utrudnianie						
21/ przypominanie okresu picia	7		4		3	
22/ wymagania jakbym nie był alkoholikiem	16		3		13	
23/ zaprzeczanie, bagatelizowanie	8		1		7	
26/ pozostawienie samego	8		0		8	
27/ namawianie do picia	1	**8,0**	1	**2,3**	0	**7,8**
Sami dla Siebie						
9/ własna terapia	40		5		35	
10/ własne potrzeby	48		8		40	
11/ wyższe wymagania	22		4		18	
15/ rozmowy o swoich emocjach	27		3		24	
24/ szukanie wsparcia	39	**35,2**	1	**4,2**	38	**31,**

1/ *- nie sumuje się do 100% ze względu na wielokrotność wyboru*
2/ *- pogrubionym drukiem oznaczono najwyższe wyniki*

Tendencje te dodatkowo obrazuje wykres 4.

Wykres 4. Reakcje członków rodziny na leczącą się osobę uzależnioną



2.4.3. Problemy osób dorosłych wychowujących się w rodzinie z problemem alkoholowym

W badanej grupie osób wychowujących się w rodzinie z problemem alkoholowym ogółem, większość miała pijących ojców – 64%, pijące matki – 20% badanych, a 16% osób – oboje pijących rodziców. Większość pijących rodziców nie podejmowała terapii dla osób uzależnionych (88%), większość także nie podejmowała długotrwałej abstynencji (82%). Można przyjąć więc, iż większość osób z badanej grupy doświadczała poważnych opresji w dzieciństwie wynikających z zachowań pijącego rodzica, który, nie lecząc się, wywoływał w rodzinie wiele niekorzystnych sytuacji, przekładających się na problemy dzieci.

Tabela 9. Dorosłe Dzieci Alkoholików – pijący rodzice

	Rodzice mężczyzn (23)	**Rodzice kobiet (27)**	**Ogółem (50)**	
Kto pił: 1 – ojciec 2 – matka 3 – oboje	 12 8 3	 20 2 5	 32 10 8	 64% 20% 16%
Abstynencja pijącego	4	5	9	18%
Ukończona terapia	3	3	6	12%

A/ Problemy osób dorosłych wychowujących się w rodzinie z problemem alkoholowym w dzieciństwie

Analiza badań wskazuje na dominujący udział problemów emocjonalnych osób wychowujących się w rodzinie z problemem alkoholowym. Dotyczy to kobiet i mężczyzn w równym stopniu. Do najczęstszych problemów w tej grupie należy: brak poczucia bezpieczeństwa, wstyd, bezradność i rozpacz, zmiany nastrojów, poczucie winy, niepewność i zakłopotanie. Na drugim miejscu pod względem częstotliwości występowania jest przejmowanie odpowiedzialności ponad możliwości – w tym obowiązków (nadodpowiedzialność). Dla kobiet najistotniejszym problemem w tej grupie są dodatkowe „dorosłe" obowiązki, dla mężczyzn – lęk o członków rodziny, dla obu płci – konieczność podjęcia szybkiego zarobkowania. Na trzecim miejscu pod względem częstotliwości występowania są – określone tutaj jako problemy związane z *Kierowaniem sobą i opieką nad sobą*, a wśród nich przede wszystkim – problemy z koncentracją (w obu grupach pod względem płci ten problem jest na pierwszym miejscu częstotliwości występowania), mała wiara w siebie, łatwe rezygnowanie, przy czym w grupie mężczyzn jako drugi w tej grupie pojawia się problem polegający na nierealistycznym podchodzeniu do zadań i wyzwań – „hurra optymizm". W grupie kobiet nasilenie problemów w tej grupie jest nieco większe – wysoką pozycję zajmuje lęk o zdrowie. Grupa mężczyzn i grupa kobiet różnią się częstotliwością występowania problemów dotyczących relacji z pijącym rodzicem (w grupie kobiet – częstsze). Spośród tych problemów wysoką pozycję wśród kobiet zajmuje wzywanie pomocy do pijącego, chronienie go i kontrolowanie, a w grupie mężczyzn bardzo częstym zachowaniem – w miejsce chronienia i kontrolowania pijącego – jest używanie siły fizycznej wobec niego. Wydaje się zrozumiałe, iż to głównie mężczyźni w młodszym wieku wchodzą w relacje z pijącym rodzicem – wzywanie pomocy do pijącego, urazy od osoby pijącej, używanie siły. Kobiety w tej grupie problemów wskazują na chronienie pijącego, kontrolowanie picia. Mężczyźni jako czwartą grupę problemów wskazują problemy wynikające z sytuacji osobistej – w tym przede wszystkim – brak czasu oraz choroby i urazy. Ta grupa problemów u kobiet występuje na piątym miejscu, przy takim samym rozkładzie poszczególnych problemów w tej grupie, jak u mężczyzn.

Trzeci problem wskazany przez kobiety dotyczy trudności związanych z kierowaniem sobą i opieką nad sobą. W tej grupie najczęściej sygnalizowane to trudności

z koncentracją, mała wiara w siebie, łatwe rezygnowanie. Jako ważne problemy związane z kierowaniem sobą należy wskazać niekonstruktywne sposoby radzenia sobie z sytuacją – zwłaszcza w grupie mężczyzn stosunkowo często są to alkohol i narkotyki.

Wyniki te obrazuje Tabela 10.

Tabela 10. Dorosłe Dzieci Alkoholików – problemy w dzieciństwie

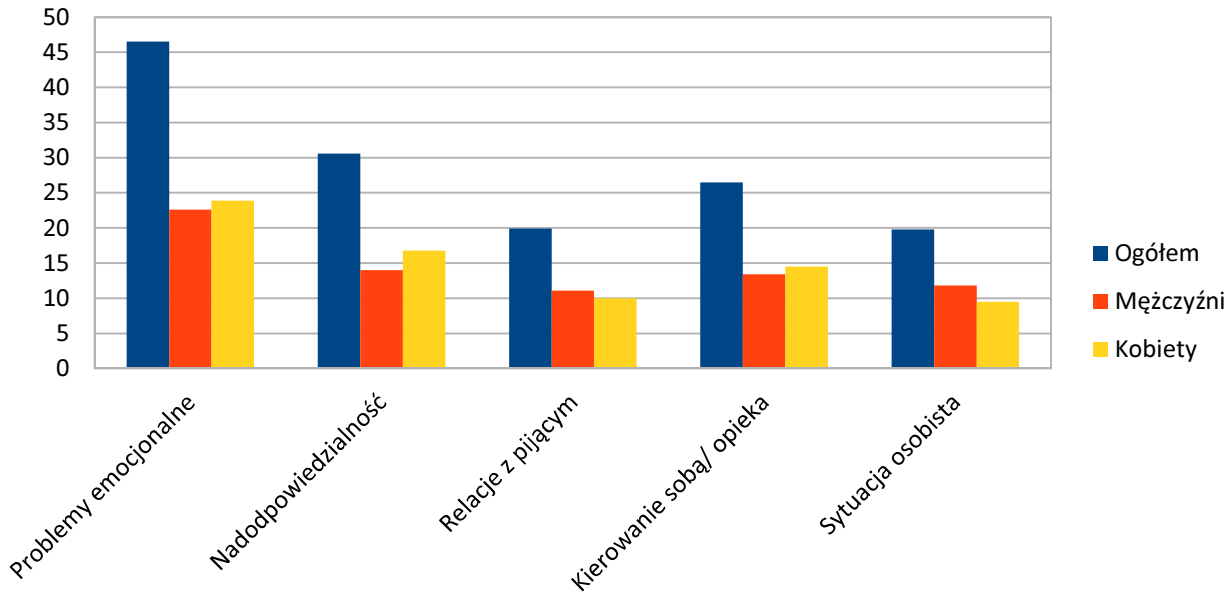
Grupy Problemów Nr/problem	**Kobiety (27)** liczba odpowiedzi	 średnia problemu	**Mężczyźni (23)** liczba odpowiedzi	 średnia problemu	**Ogółem** liczba odpowiedzi	 średnia problemu
Problemy emocjonalne						
1/ brak poczucia bezp.	**27** *1/*		**23**		**50**	
4/ wstyd	**27**		**23**		**50**	
5/ poczucie winy	**26**		**24**		**50**	
21/ bezradność, rozpacz	**27**		**23**		**50**	
23+24/ niepewność, zakłopotanie	**26**		20		**46**	
28/ zmiany nastrojów	**27**		**23**		**50**	
29/ agresywność	9		**22**		31	
30/ lęk, depresja	**22**	**23,9**	**23**	**22,6**	**45**	**46,5**
Nadodpowiedzialność						
2/ obowiązki	**24**		13		**37**	
3/ odpowiedzialność za rodzinę	15		8		23	
8/ lęk o członków rodziny	20		**20**		**40**	
17/ choroby lub urazy członka rodziny	4		**6**		**10**	
19/ szybkie zarobkowanie	21	**16,8**	**23**	**14,0**	**43**	**30,6**
Relacje z pijącym						
6/ chronienie pijącego	**20**		9		**29**	
7/ kontrolowanie picia	**18**		11		**29**	
13/ zyski z picia	0		2		**2**	
14/ bycie zapraszanym do wspólnego picia	4		**16**		20	
16/ imprezy alkoholowe w domu	3		9		12	
20/ wzywanie pomocy do pijącego	**21**		**20**		**41**	
22/ używanie siły fiz.	3		**18**		**21**	
34/ wspólne picie	1	**10,0**	4	**11,1**	**5**	**19,9**
Kierowanie i opieka						

nad sobą						
9/ lęk o zdrowie	**17**		12		**29**	
18/ trudności z koncentracją	**26**		**22**		**48**	
25/ mała wiara w siebie	**24**		15		**39**	
26/ łatwe rezygnowanie	**19**		12		**31**	
27/ hurra optymizm	3		**20**		23	
31/ alkohol, narkotyki	6		14		20	
32/ terapia, leczenie	9		12		21	
33/ pomoc innych instytucji	12	**14,5**	10	**13,4**	22	**26,5**
Sytuacja osobista						
10/ choroby lub urazy	12		15		21	
11/ bieda	4		6		10	
12/ swoboda	1		3		4	
15/ brak czasu	**21**	**9,5**	**23**	**11,8**	**44**	**19,8**

1/ *pogrubionym drukiem oznaczono najwyższe wyniki*

Rozkład tych problemów obrazuje wykres 5.

Wykres 5. Problemy osób DDA w dzieciństwie



B/ Problemy osób dorosłych wychowujących się w rodzinie z problemem alkoholowym w wieku dorosłym

Analiza wyników badań problemów osób dorosłych wychowujących się w rodzinie alkoholowej pozwala ustalić kolejność występowania tych problemów:

1. Nadodpowiedzialność – w tym branie odpowiedzialności za innych, nadmiar obowiązków, lęk o innych członków rodziny, przy czym rozkład częstotliwości występowania tych problemów w obu grupach jest taki sam. W grupie kobiet często występuje lęk o innych członków rodziny, znacznie częściej niż u mężczyzn;

2. Problemy emocjonalne – w tym zmiany nastrojów, niepewność i zakłopotanie, poczucie winy, wstyd. Przy czym u kobiet częściej występuje bezradność, rozpacz oraz brak poczucia bezpieczeństwa, a u mężczyzn zmiany nastrojów i agresywność. W grupie mężczyzn z równą częstotliwością jak problemy emocjonalne występują też problemy związane z sytuacją osobistą, a wśród nich najczęściej brak czasu oraz choroby i urazy;

3. Na trzecim miejscu pod względem częstotliwości znajdują się w grupie mężczyzn problemy związane z kierowaniem i opieką nad sobą, a w grupie kobiet problemy związane z kierowaniem sobą. Mężczyźni w grupie problemów związanych z kierowaniem sobą mają głównie trudności z koncentracją oraz decyzją o konieczności podjęcia terapii lub leczenia. Natomiast kobiety w tej grupie problemów mają przede wszystkim trudności z decyzją o konieczności podjęcie terapii lub leczenia oraz z przejawami lęku o zdrowie i małą wiarą w siebie. W grupie kobiet na trzecim miejscu pod względem częstotliwości występują problemy związane z sytuacją osobistą, a wśród nich najczęściej brak czasu oraz choroby lub urazy.

4. Problemy związane z relacjami z innymi – w tym przede wszystkim – trudności w bliskich związkach, podejmowanie wspólnych niechcianych działań, kontrolowanie innych. Ta grupa problemów występuje ogólnie częściej u mężczyzn niż u kobiet (u kobiet na ostatnim miejscu). Mężczyźni i kobiety w tej grupie mają problemy głównie w bliskich związkach. Mężczyźni częściej podejmują wspólne niechciane działania, natomiast kobiety częściej kontrolują

innych.

Analiza wskazuje na zamykającą się pętlę problemów w życiu osób dorosłych DDA – problemy w dzieciństwie powodują rodzące się problemy w relacjach, problemy emocjonalne, co, jak wiemy z badania przyczyn nadmiernego picia, skutkuje częstszym alkoholizowaniem, a dalej uzależnieniem oraz w inny sposób tworzeniem i współtworzeniem destrukcyjnego systemu rodzinnego.

Problemy DDA w dorosłym życiu obrazuje tabela 11.

Tabela 11. Dorosłe Dzieci Alkoholików – problemy w dorosłym życiu

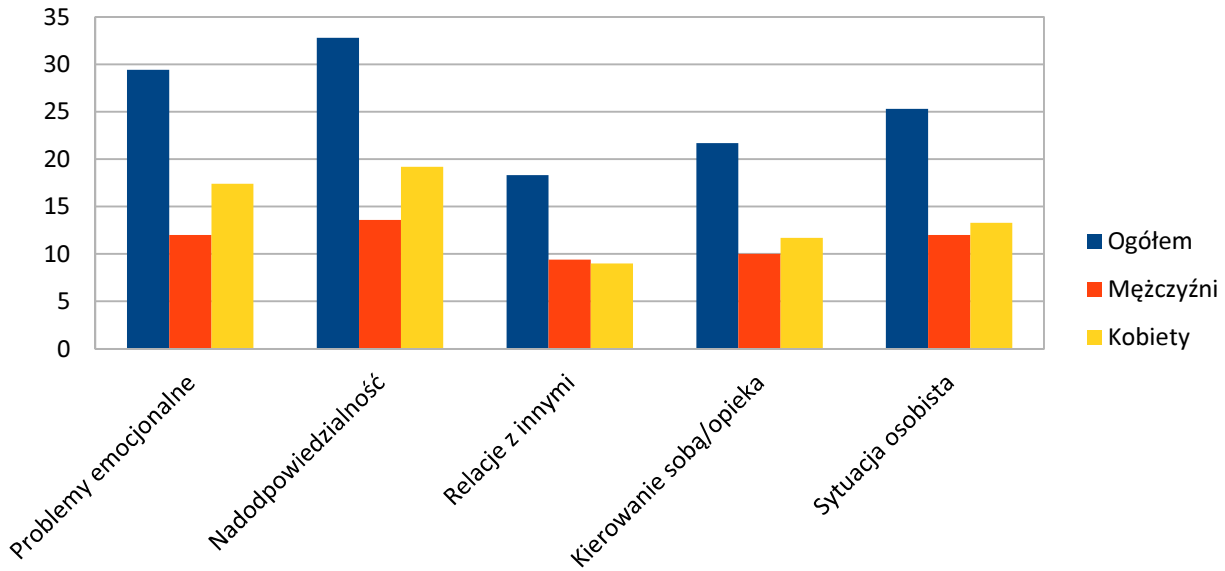
Grupy Problemów Nr/problem	**Kobiety (27)** liczba odpowiedzi	średnia problemu*1/*	**Mężczyźni (23)** liczba odpowiedzi	średnia problemu*1/*	**Ogółem** liczba odpowiedzi	średnia problemu*1/*
Problemy emocjonalne						
1/ brak poczucia bezp.	16		10		26	
4/ wstyd	**22** *2/*		9		**31**	
5/ poczucie winy	**21**		12		**33**	
21/ bezradność, rozpacz	9		8		17	
23+24/ niepewność, zakłopotanie	**29**		6		**35**	
28/ zmiany nastrojów	**20**		**20**		**40**	
29/ agresywność	4		**20**		24	
30/ lęk, depresja	18	**17,4**	11	**12,0**	**29**	**29,4**
Nadodpowiedzialność						
2/ obowiązki	**23**		**17**		**40**	
3/ odpowiedzialność za rodzinę	**26**		**19**		**45**	
6/ odpowiedzialność za inną osobę	**21**		14		**35**	
8/ lęk o innych członka rodziny	**20**		9		**29**	
19/ utrzymanie innej osoby dorosłej	6	**19,2**	9	**13,6**	15	**32,8**
Relacje z innymi						
7/ kontrolowanie	**19**		6		**25**	
13/ zyski z destrukcji	**3**		6		9	
14/ wspólne niechciane działania	**13**		**19**		**31**	
17/ obciążenie chorobami innych	**7**		6		13	
20/ wzywanie pomocy	**5**		1		6	

22/ używanie siły fiz.	**2**		7		9	
34/ trudności w bliskich związkach	**14**	**9,0**	**21**	**9,4**	**35**	**18,3**
Kierowanie i opieka nad sobą						
9/ lęk o zdrowie	**22**		9		**31**	
16/ imprezy alkoholowe	2		7		9	
18/ trudności z koncentracją	14		**20**		**34**	
25/ mała wiara w siebie	**19**		10		**29**	
26/ łatwe rezygnowanie	14		6		20	
27/ hurra optymizm	3		12		15	
31/ alkohol, narkotyki	3		4		7	
32/ terapia, leczenie	**25**		**20**		**45**	
33/ pomoc innych instytucji	3	**11,7**	2	**10,0**	5	**21,7**
Sytuacja osobista						
10/ choroby lub urazy	**16**		**12**		28	
11/ bieda, niedostatek	**2**		**4**		6	
12/ swoboda	**0**		**0**		0	
15/ brak czasu	**22**	**13,3**	**20**	**12,0**	42	**25,3**

***1**/ nie sumuje się do 100% z uwagi na wielokrotność wyboru*
***2**/ pogrubionym drukiem oznaczono największe liczebności*

Problemy osób DDA w życiu dorosłym obrazuje wykres 6.

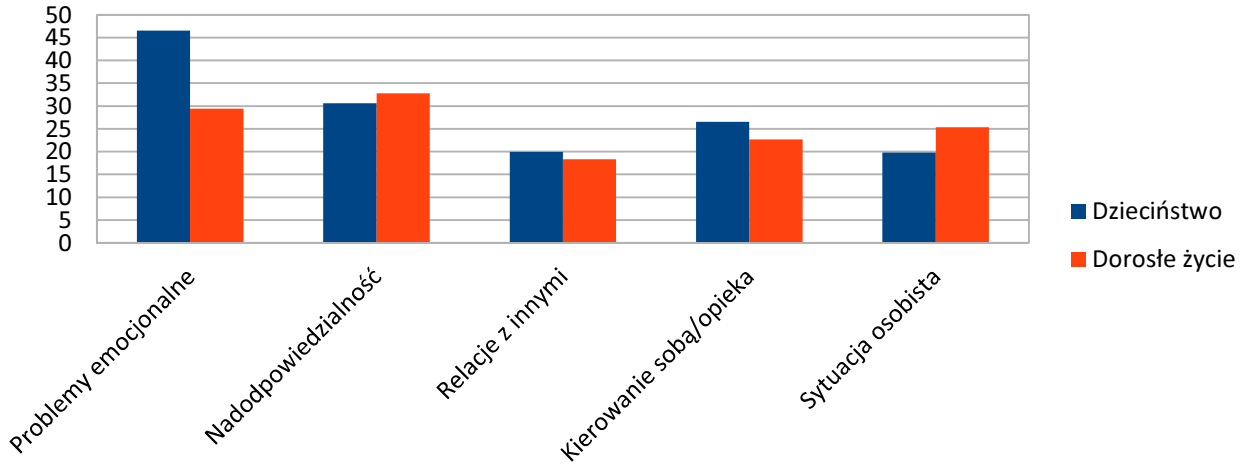
Wykres 6. Problemy DDA w dorosłym życiu



C/ Problemy DDA w dzieciństwie i w dorosłym życiu

Uzyskane wyniki wskazują na zaistniałe zmiany w życiu dorosłym DDA w porównaniu z okresem dzieciństwa i wychowywaniem się w rodzinie alkoholowej. Polegają one na osłabieniu częstotliwości występowania problemów emocjonalnych w wieku dorosłym, jednakże w życiu dorosłym problemy emocjonalne – choć występują rzadziej niż w dzieciństwie – wraz z nadodpowiedzialnością – są najczęstszą trudnością DDA. W dorosłym życiu w porównaniu z dzieciństwem wzrasta udział problemów związanych z sytuacją osobistą (brak czasu oraz choroby). Problemy te są na trzecim miejscu pod względem częstotliwości występowania w dorosłym życiu DDA. Można przypuszczać, iż w dorosłym życiu DDA zamiennikiem ich problemów emocjonalnych z okresu dzieciństwa staje się koncentracja na działaniach wobec osób bliskich (nadodpowiedzialność), a problemy emocjonalne uwidaczniają się w ich sytuacji osobistej – nadmiarze zadań (brak czasu) oraz stanie zdrowia. Skutkuje to z kolei prawdopodobnie trudnościami z zajmowaniem się sobą. Oczywiście uzyskane tu wyniki odnoszą się do zbadanej tu grupy – osób uczestniczących w terapii, bardziej świadomych źródła swoich trudności. Jednakże literatura naukowa odnośnie tej grupy potwierdza w zasadzie uzyskane tu prawidłowości.

Wykres 7. Porównanie problemów DDA w dzieciństwie i w życiu dorosłym



2.5. Wnioski z badań

Przeprowadzone badania pozwalają na sformułowanie następujących wniosków:

2.5.1. Przyczyny nadmiernego picia

a/ Powody nadmiernego picia osób, które w późniejszym okresie życia uzależniają się od alkoholu tkwią w korelacji czynników osobistych – emocjonalnych, rodzinnych oraz środowiska. Istnieje różnica w powodach nadmiernego picia kobiet – na drugim miejscu istotności są czynniki związane z *Piciem w rodzinie*, co pozwala stwierdzić, iż pijąca rodzina silniej oddziaływuje na intensywność picia kobiet z niej się wywodzących.

b/ Czynniki rodzinne wpływają na nadmierne picie bliskiej osoby poprzez głównie takie zjawiska, jak jej osamotnienie i duża swoboda, a poprzez sposób funkcjonowania rodziny – problemowy, kryzysowy – wpływają na sytuację emocjonalną członka rodziny pozbawionego bliskości. Zgodnie z podejściem systemowym, iż rodziny delegują członka rodziny do picia. Czynniki związane z funkcjonowaniem rodziny intensywniej oddziaływują na nadmierne picie jej członka niż nawet wzorce picia rodzinnego.

2.5.2. Wpływ reakcji członków rodziny na nadmierne picie bliskiego uzależnionego członka rodziny

a/ W zachowaniach członków rodziny wywołanych nadmiernym piciem alkoholu przez bliską osobę przeważają bardzo znacznie reakcje niekonstruktywne, podtrzymujące problem alkoholowy osoby pijącej, dzięki tworzeniu dla niej komfortowych warunków funkcjonowania, a tym samym dalszego picia. Zachowania te polegają na koncentrowaniu się na osobie pijącej i mają głównie charakter opieki i ochrony, podejmowania prób wpływu na picie i abstynencję bliskiej osoby. Do szczególnie niekonstruktywnych, wydatkujących energię emocjonalną i zasoby członków rodziny, a często występujących zachowań wspomagających osobę pijącą należy "dotrzeźwianie" – ułatwianie jej szybkiego powrotu do trzeźwości po intensywnym piciu.

b/ Zachowania konstruktywne członków rodziny – zwłaszcza nie korzystających z terapii skierowane na własne potrzeby należą do rzadko występujących.

c/ Członkowie rodziny podejmujący terapię mają głębszy wgląd we własne

postępowanie wobec osoby pijącej – częściej zauważają własne niekonstruktywne reakcje – szczególnie pod postacią prób uzyskania wpływu na zaprzestanie picia bliskiej osoby zachowaniami konfliktorodnymi.

Reasumując – system rodzinny, w którym członkowie rodziny bliskiej uzależnionej od alkoholu osoby nie podejmują leczenia, nie szukają wsparcia, nie kierują aktywności na własne potrzeby – podtrzymuje picie bliskiej osoby, stwarzając jej do tego komfortowe warunki.

2.5.3. Wpływ członków rodziny na leczenie odwykowe bliskiej osoby uzależnionej od alkoholu

a/ Bliscy uzależnionej leczącej się osoby koncentrują się na niej, intensywnie wspierają ją w leczeniu i opiekują się nią, mimo, iż korzysta ona z własnej specjalistycznej opieki psychoterapeutycznej.

b/ Bliscy także znacząco dużo uwagi poświęcają uzyskaniu wpływu na utrzymanie abstynencji leczącego się członka rodziny zachowaniami kontrolującymi.

c/ Członkowie rodziny kontynuują niekonstruktywną koncentrację na uzależnionej osobie bardziej niż na własnych potrzebach, podejmując zachowania współuzależnieniowe, niekonstruktywne dla systemu rodzinnego.

d/ Członkowie rodziny podejmujący terapię współuzależnienia w okresie terapii uzależnienia bliskiej osoby podejmują więcej zachowań konstruktywnych skierowanych na własne potrzeby i pomoc sobie. Nie dotyczy to leczących się mężczyzn, którzy nadal podejmują w tym okresie więcej zachowań opiekuńczych i wspierających niż skierowanych na siebie.

Reasumując – osoby uzależnione, leczące się są w procesie zmiany siebie i tym samym systemu rodzinnego, ale ich niepijący bliscy kultywują dawne zachowania, próbując utrzymać siebie i system rodziny na dawnym poziomie destrukcyjnej dla nich organizacji i struktury. Może to utrudniać postępy w procesie leczenia osoby uzależnionej, narażając ją na napięcia i ryzyko nawrotu choroby.

Członkowie rodziny leczący się równolegle z leczącym się członkiem rodziny podejmują więcej zachowań konstruktywnych wobec siebie i systemu rodzinnego.

2.5.4. Problemy osób dorosłych wychowujących się w rodzinie alkoholowej

a/ wychowywanie się w rodzinie alkoholowej rodzi w dzieciństwie poważne problemy w funkcjonowaniu osób w niej wychowujących się – głównie emocjonalne, podejmowanie nadmiernej odpowiedzialności zwłaszcza za osoby bliskie funkcjonujące problemowo, problemy z kierowaniem sobą i opieką nad sobą;

b/ osoby wychowujące się w rodzinie alkoholowej mają często w wieku dorosłym także poważne trudności związane z nadodpowiedzialnością, problemami emocjonalnymi, kierowaniem sobą oraz relacjami z innymi.

Jednym z ważnych problemów w życiu dorosłym tych osób jest korzystanie z alkoholu i narkotyków jako sposobu radzenia sobie z problemami.

Problemy w relacjach z innymi, a co za tym idzie, także w bliskich związkach – jak wynika to z badania przyczyn nadmiernego picia – z kolei sprzyjają korzystaniu przez nich z alkoholu.

2.6. Podsumowanie

1. Rodziny leczące się jednocześnie z osobą uzależnioną podejmują więcej działań konstruktywnych – podtrzymujących system rodzinny w fazie zmiany, siebie i osobę uzależnioną.

2. Rodziny nie leczące się jednocześnie z osobą uzależnioną podejmują więcej działań niekonstruktywnych – podtrzymujących dotychczasowy system (opóźnianie zmiany, utrzymywanie działań wzmacniających problem), obciążających siebie.

3. Problem alkoholowy powstaje w rodzinie w sprzyjających warunkach, do których należy dysfunkcjonalność rodziny, zwłaszcza w odniesieniu do dzieci wychowujących się w tej rodzinie.

4. Problem alkoholowy w rodzinie w dzieciństwie rzutuje na przyszłe problemy związane z osobistym funkcjonowaniem – na zajmowanie się sobą, na zaspokajanie potrzeb, na problemy w relacjach oraz na skłonność do korzystanie z alkoholu i narkotyków jako sposobu radzenia sobie.

3. Pomoc rodzinie z problemem alkoholowym. Zalecenia dla instytucji pomagających

3.1. Zdrowienie rodziny z problemem alkoholowym

Alkoholizm w rodzinie jest konsekwencją wadliwości systemu rodzinnego, a nie pojedynczych jego członków. Adaptacja rodziny do problemu alkoholowego ma swoistą dynamikę (Gaś za Joan Jackson[400]):

1/etap zaprzeczania istnieniu problemu

Osoba uzależniona używa racjonalizacji swojego picia. Członkowie rodziny również skłaniają się ku stanowisku alkoholika i przyjmują jego racjonalizacje. Podobnie reaguje bliskie otoczenie ("przecież wszyscy piją"). Działa mechanizm zaprzeczania wyrażanego poglądem, iż nic szczególnego się nie dzieje, nie ma zagrożenia ani dla osoby pijącej, ani dla rodziny. Na tym etapie udaje się jeszcze utrzymać zwartość rodziny i dobrą samoocenę jej członków, ale jednocześnie rodzina działa na szkodę osoby pijącej, stwarzając jej idealne warunki od rozwoju choroby, unikania odpowiedzialności za własne działania, tolerowania zachowań destrukcyjnych, ochrony przed konsekwencjami.

2/ etap próby pozbycia się problemu

Rodzina przeżywa skutki uzależnienia jej członka – traci przyjaciół i bliskich znajomych, zmienia dotychczasowe nawyki życia, osłabieniu ulegają więzi miedzy poszczególnymi członkami rodziny, a osoba uzależniona staje się agresywna i wycofuje się z życia seksualnego. W wyniku tego rodzina staje się świadoma problemu przekraczającego zwyczajne normy. Jednakże broni się przed piętnem nazwania osoby problemowej alkoholikiem a siebie rodziną alkoholową. Nasila ukrywanie problemu przed otoczeniem, nie szuka pomocy u specjalistów, łudzi się, że sama potrafi rozwiązać swoje problemy. Zawiązuje się swoisty sojusz rodzinny, w imię którego członkowie rodziny jednoczą się w obronie zewnętrznego wizerunku rodziny, a tym samym podporządkowują się alkoholikowi i jego uzależnieniu. Jednocześnie potęguje się wewnętrzne napięcie i zagrożenie, zmiany nastroju.

[400] Z.B. Gaś, *Rodzina wobec uzależnień*, Warszawa 1993.

W rezultacie partner osoby pijącej traci wiarę we własne siły, całą odpowiedzialnością za swój stan psychiczny obciążając osobę pijącą. W rodzinie intensyfikują się nieporozumienia, konflikty i awantury. Członkowie rodziny jednoczą się w atakowaniu alkoholika, który zamyka się w sobie, w poczuciu wstydu, winy. Rodzina nie przyjmuje do wiadomości, że osoba uzależniona nie jest w stanie samorzutnie zaprzestać picia, posądza ją o złą wolę i celowe działania przeciwko rodzinie.

3/ etap chaosu

Rodzina traci nadzieję na samorzutne rozwiązanie problemu oraz bezwolnie poddaje się biegowi zdarzeń. Kontynuuje i nasila zachowania z poprzedniego okresu. Dochodzi do przemocy. Do konfliktów małżeńskich zostają włączone dzieci, przejawiające coraz wyraźniejsze zaburzenia emocjonalne. Niepijący partner zaczyna bać się o swoje zdrowie, jednocześnie będąc niezdolnym do podjęcia decyzji i zainicjowania działań w kierunku zmiany sytuacji rodzinnej. Unika alkoholika, dominuje strach na tyle silny, że ogranicza procesy intelektualne i paraliżuje działanie. Wszyscy w rodzinie czują się osamotnieni, bezradni, zagubieni i nieszczęśliwi. Nasila się kryzys rodziny powodujący na tym etapie najczęściej poszukiwanie pomocy specjalistycznej.

4/ etap reorganizacji

Nieuzależniony partner przejmuje odpowiedzialność za całą rodzinę, zaczyna kierować jej życiem i podejmować podstawowe decyzje. Dzieci tracą szacunek dla uzależnionego rodzica. Osoba uzależniona, czując się osaczona, nasila przemoc. Partner przestaje ochraniać uzależnionego, tolerować picie, wyręczać. Wskutek tego alkoholik zaczyna doświadczać negatywnych konsekwencji swojego uzależnienia i może być gotów szukać specjalistycznej pomocy. Jeśli nie – rodzina wchodzi w etap piąty.

5/ etap ucieczki od problemu

Następuje rozpad rodziny lub separacja osoby pijącej. Osoba uzależniona pod wpływem takich decyzji partnera często decyduje się sięgnąć po pomoc.
Jeśli nie – rodzina wchodzi w etap kolejny.

6/ etap reorganizacji części rodziny

Dochodzi do zmiany struktury, organizacji i funkcjonowania rodziny nie obejmującej osoby uzależnionej. Często ma to postać rodziny z samotnym Rodzicem. Zmieniają się zakresy ról rodzinnych, wzajemne interakcje, system rodzinny staje się zwarty i odporny na działanie stresów. Rodzina odnawia i nawiązuje nowe relacje społeczne, uzyskuje wsparcie ze strony otoczenia, odzyskuje szacunek.

7/ etap powrotu do zdrowia całej rodziny

Etap readaptacji rodziny. Osiągają go rodziny, w których osoby uzależnione podejmują leczenie i uzyskały stan trzeźwości. Autorka tej koncepcji etapów adaptacji rodziny podkreśla, że rodzina nigdy nie osiągnie pełnego zdrowia, jeśli do leczenia wydeleguje wyłącznie osobę uzależnioną, ponieważ cała rodzina ma swój udział w rozwoju uzależnienia, a więc cała powinna uczestniczyć w uwalnianiu się od choroby[401].

Żaden z czynników biologicznych, psychologicznych, społecznych, kulturowych, osobowościowych nie jest samodzielnie odpowiedzialny za wystąpienie uzależnienia od alkoholu. Każdy z nich może być jednak odpowiedzialny za podtrzymywanie picia. Czynniki społeczne – funkcjonowanie rodziny – odgrywają więc także rolę w dynamice tego problemu. Steinglass, twórca pojęcia tzw. systemu alkoholowego (1987)[402], uważa, że skoro system ten jest zorganizowany wokół problemu alkoholu, to nadużywanie alkoholu może być podtrzymywane w równym stopniu przez wszystkich członków rodziny, a także członków rodzin pochodzenia. Rodzina z problemem alkoholowym to system zorganizowany wokół alkoholu, a wszyscy członkowie rodziny biorą udział w jego podtrzymaniu.

3.2. Zalecenia do pomagania

Opisane prawidłowości dotyczące systemów rodzinnych, w tym rodziny patologicznej, wskazują na bezwzględną konieczność stosowania w pomaganiu rodzinie, w której jest problem alkoholowy, zasady oddziaływania na cały system. W przeciwnym razie, jeśli koncentracja oddziaływań skierowana jest tylko na jednego – "delegowanego" członka rodziny – pozostałe osoby nie umiejące zaadoptować się do zmian, a także bojące się ich skutków, często będą zmierzać do zachowania

[401] Z. Gaś, *Rodzina wobec uzależnień*, 1993, s. 41-46.

[402] P. Steinglass, *The alcoholic family*, New York 1987.

dotychczasowego *status quo*, opóźniając proces zdrowienia osoby uzależnionej, a nawet go całkowicie zahamowując. Terapeuci pracujący z osobami uzależnionymi w swojej praktyce potwierdzają przypadki rozpadu rodziny, w której osoba uzależniona korzysta z terapii i chce wprowadzić wiele zmian w funkcjonowanie swoje i swojej rodziny, a pozostali nie leczący się członkowie rodziny zwiększają poziom napięcia i nasilają swoim niepokojem kryzys rodziny. Zdarza się paradoksalnie, że rodziny, w których osoba uzależniona leczy się, przeżywają coraz bardziej nasilający się kryzys, prowadzący w końcu do rozstania małżonków. Jednocześnie praktycy – terapeuci dostrzegający wzajemne powiązania między członkami rodziny alkoholowej, w sytuacji, gdy osoba uzależniona dalej pije, nie szuka pomocy, uzależnienie się rozwija i narastają destrukcyjne tego konsekwencje, nie wpływające jednak na zmianę postępowania przez alkoholika – starają się odpowiedzieć na pytanie: „kto mu w tym pomaga", zakładając, iż tkwienie przez osobę uzależnioną w takiej sytuacji bez jakiegoś zewnętrznego „wsparcia" zmusiłoby ją do zmiany – ciężarem konsekwencji i siły ich nasilenia.

Dla praktyki pomagania oznaczałoby to, iż każde zgłoszenie jednej osoby z problemem alkoholowym do instytucji pomagających rodzinie w różnych obszarach (pomoc społeczna, sąd, kurator, pomoc psychologiczna, pomoc pedagogiczna) powinno aktywizować działania tkwiące w możliwościach tych instytucji, ukierunkowane na wszystkich pozostałych członków rodziny. Instytucje te powinny traktować rodzinę jako beneficjenta pomocy, a nie adresować swoich działań tylko do jednego, wybranego przez widoczny problem jej członka.

Wymaga to zmiany paradygmatu pomagania na nowy, w którym, o ile przyjąć proponowane przez teorię systemu rodzinnego zasady i ścisłe związki między członkami rodziny alkoholowej (i być może także każdej innej problemowej), należy uwzględnić fundamentalne reguły skuteczniejszego pomagania, wynikające z opisanych tu prawidłowości.

3.2.1. Nowy paradygmat pomagania rodzinie alkoholowej

Proponuję przyjęcie w tym względzie następujących założeń dotyczących pomocy osobie i rodzinie z problemem alkoholowym:

1/ problem jednej osoby jest ściśle powiązany z pozostałymi osobami w rodzinie

i ich funkcjonowaniem,

2/ problem ten będzie się nasilał lub zmierzał ku konstruktywnemu rozwiązaniu zależnie od reakcji pozostałych członków rodziny,

3/ pomaganie rodzinie wymaga diagnozy wzajemnych zachowań członków rodziny względem siebie – i w szczególności – względem zachowań osoby pijącej oraz oceny ich wpływu na problem alkoholowy, a także na potrzeby członków rodziny – pod względem konstruktywności/niekonstruktywności tych reakcji,

4/ koncentrowanie się na osobie pijącej i pomijanie pozostałych członków rodziny w działaniach pomocowych zmniejsza skuteczność rozwiązywania problemu osoby „delegowanej" przez rodzinę oraz

5/ naraża cały system rodzinny, pozbawiony wsparcia na kryzys i destrukcję, zagrażającą trwałości systemu, skłaniający osobę uzależnioną do sięgnięcia po znane jej, destrukcyjne sposoby radzenia sobie ze stresem i kryzysami – w tym do powrotu do picia.

Wzorzec pomagania rodzinie może być skonstruowany w oparciu o działania proponowane przez Steinglassa. Proponuje on uznać, iż pomoc rodzinie ma dwie fazy: Pierwsza ma za zadanie osiągnięcie pewnego uspokojenia całego systemu rodzinnego i doprowadzenie do zaprzestania picia i osiągnięcia abstynencji. Najczęściej sprowadza się to do wyrobienia w rodzinie motywacji do skorzystania z profesjonalnych form pomocy osobom i rodzinom z problemem alkoholowym. Druga faza ma -– dzięki pracy terapeutycznej z rodziną – zmierzać do zmiany relacji w parze małżeńskiej, tak aby małżonkowie byli w stanie wyrażać emocje i komunikować się ze sobą. Ten okres to także praca z całym systemem rodzinnym, w tym z dziećmi, skoncentrowana wokół zachowań i motywów podtrzymywania picia. Steinglass proponuje schemat terapii rodzin (ale także każdej innej pomocy rodzinie) z problemem alkoholowym składający się z 4 faz:

1/ diagnoza alkoholizmu i nazwanie go problemem rodziny,

2/ usunięcie alkoholu z systemu rodzinnego,

3/ emocjonalna pustynia,

4/ ponowna stabilizacja/reorganizacja rodziny.

W trakcie pierwszej fazy osoba wspomagająca rodzinę identyfikuje, że członek rodziny jest uzależniony od alkoholu a rodzina skoncentrowana na tym problemie, wyznaczającym zasadnicze wzorce jej funkcjonowania. W tym stadium istotne jest ustalenie priorytetów postępowania i ustalenie, czy oprócz leczenia uzależnienia istotne jest zawarcie z rodziną realistycznego kontraktu na pomoc, w szczególności terapię rodziny.

Drugi etap wymaga skoncentrowania rodziny na abstynencji i działaniach ją wspierających. Może być realizowany przy pomocy wyspecjalizowanych instytucji. Współpraca tych instytucji z terapeutą czy doradcą rodzinnym wydaje się kluczowa w procesie leczenia. Pomocną sprawdzoną techniką wykorzystywaną na tym etapie jest przeprowadzenie z całą rodziną tzw. interwencji kryzysowej.

Trzecia faza jest szczególnie trudna dla rodziny. Stres pojawiający się po zaprzestaniu picia zagraża w równym stopniu wszystkim jej członkom, stawiając ją całą w stadium dezorganizacji i napięcia. Rodzina wymaga znacznego wsparcia w tej fazie, aby była w stanie przetrzymać ten okres, bez powrotu do stadiów poprzednich. I tu także ważna jest współpraca wszystkich instytucji i osób profesjonalnie zajmujących się rodziną i osobą uzależnioną.

W czwartej fazie Steinglass formułuje dwa możliwe scenariusze: w pierwszym mimo fazy trzeźwości system rodzinny nadal jest zorganizowany wokół alkoholu, rodzinne relacje pozostają takie same, jedynie alkohol nie jest potrzebny do ich podtrzymywania.

Drugi scenariusz wymaga przejścia do restrukturyzacji rodziny i zgody na wstępną destabilizację, która może być niebezpieczna i zagrażać powrotem do picia. Uznaje się jednak, że zmiana uzyskana na tym etapie przynosi bardzo trwałe efekty.

Pomoc rodzinie, w której jedna osoba jest uzależniona, jest bardzo trudna ze względu na między innymi fazowość uzależnienia, z czego nie wszyscy zdają sobie sprawę. Koalicje w systemie rodzinnym zmieniają się w zależności od tego, czy osoba uzależniona pije, czy jest w okresie względnej trzeźwości[403].

[403] I. Namysłowska, *Terapia rodzin…*

3.2.2. Struktura, techniki, narzędzia pomocy

Osoba pomagająca musi ocenić, w której fazie jest osoba uzależniona i jej rodzina i uwzględnić to w swojej koncepcji pracy. Najważniejszą rzeczą w spojrzeniu na rodzinę jako całość oraz na wszystkich jej członków z osobna jest umiejętność stwierdzenia, do jakiego stopnia alkohol faktycznie był i jest główną zasadą organizującą. Realizując podstawowe założenia pomocy rodzinie, istotnym krokiem jest diagnoza etapu, na którym znajduje się rodzina, wyodrębnienie rodzaju realizowanych przez nią strategii reagowania na problem alkoholowy oraz ocena podejmowanych zachowań i ich konstruktywności/niekonstruktywności.

Odwołując się do zaproponowanych przez Jackson[404] etapów zmian zachodzących w rodzinie, warto wyodrębnić czynniki wskazujące na etap, na którym znajduje się rodzina oraz wyliczyć konieczne działania pomocowe aktywizujące zmianę.

Etap zaprzeczania

- racjonalizacje zachowań alkoholika i motywów jego picia,
- postępowanie wobec alkoholika, jak wobec każdego innego członka rodziny, który ma przejściowe problemy i jedynie incydentalnie stwarza kłopoty pozostałym – tolerancja, ochrona, mobilizacja, pomoc, wsparcie – postępowanie „jakby nie było poważnego problemu”,
- zwartość rodziny, aktywne podtrzymywanie samooceny osoby pijącej i pozostałych osób.

Działania wspomagające muszą na tym etapie zmierzać do wywołania napięcia – niepokoju, że „coś jest nie tak”, których efektem powinna być reakcja członków rodziny wskazująca, że istnieje przewlekły problem. Formy oddziaływania to: jasne informacje zwrotne na temat istnienia problemu, edukacja na temat mechanizmów obronnych stosowanych przez ludzi w reakcji na problemy i ich rozpoznawania, edukacji rodziny na temat objawów uzależnienia i rozwoju choroby osoby uzależnionej oraz udziału w tym procesie całej rodziny.

Etap próby pozbycia się problemu

[404] Por. Z.B. Gaś, *Rodzina wobec uzależnień…*

- rodzina przeżywa problemy: traci przyjaciół i bliskich znajomych, słabsze więzi między członkami rodziny, maskowane wewnętrzne napięcie, strach i zagrożenie, nieporozumienia, konflikty, awantury, atakowanie alkoholika, obwinianie o złą wolę,
- sojusz rodzinny w obronie zewnętrznego wizerunku rodziny i alkoholika, poczucie ważnej rodzinnej tajemnicy (alkoholizm), wokół chronienia której organizuje się życie rodziny, rodzina staje się systemem zamkniętym, odcinając się od zewnętrznych źródeł opinii i ewentualnej pomocy,
- podporządkowywanie się alkoholikowi,
- przekonania o możliwości rozwiązania problemów własnymi siłami,
- osoba uzależniona jest agresywna, wycofująca, przeżywa wstyd, poczucie winy,
- przyjmowanie przez członków rodziny odpowiedzialności za utrzymanie równowagi w systemie w celu znalezienia sposobu kontrolowania sytuacji.

Działania wspomagające na tym etapie zmierzają do pomocy rodzinie w zdjęciu piętna związanego z negatywną etykietą „rodziny alkoholowej" i redukcji w członkach rodziny poczucia winy za zaistniałą sytuację, odwołując się do pojęcia choroby jako procesu niezawinionego oraz naturalnych reakcji rodziny, podejmowanych jak najbardziej w dobrej wierze, ale z negatywnymi skutkami dla pijącego. Ważnym celem jest uświadomienie rodzinie istniejących negatywnych zjawisk, nieskuteczności podejmowanych działań wobec alkoholika, edukacja na temat struktury rodziny, w tym rodziny alkoholowej, pomagająca utożsamić się z występującymi prawidłowościami funkcjonowania rodziny z problemem alkoholowym. Etap ten jest zbieżny z opisanym przez Steinglassa etapem „diagnozy alkoholizmu i nazwaniem go problemem rodziny". Ważnym celem na tym etapie jest wywołanie braku zgody rodziny na zaistniałą sytuację, rozpoczęcie stawiania przez członków rodziny granic i wymagań osobie pijącej. Uzyskany efekt można by opisać poprzez stwierdzenie rodziny: „tak, jesteśmy rodziną z problemem alkoholowym, nasza bliska osoba jest uzależniona i powinna szukać pomocy".

Etap chaosu

- nasilający się kryzys rodzinny, ostre konflikty małżeńskie, lęk członków rodziny

o siebie, osamotnienie, zagubienie, poczucie bycia nieszczęśliwymi,

- bezradność i bezwolne poddawanie się biegowi zdarzeń i postępowaniu alkoholika,
- kontynuacja strategii z poprzedniego okresu, włączone dzieci – przejawiają problemy emocjonalne,
- unikanie alkoholika.

Działania pomocowe na tym etapie zmierzać powinny do wsparcia rodziny wobec jej poczucia bezradności, wskazując możliwości rozwiązania problemu, przykłady osób – członków innych rodzin przezwyciężających problem, ale korzystających z pomocy specjalistycznej, bądź form samopomocowych. Etap ten, porównując z koncepcją pomocy Steinglassa, to „usunięcie alkoholu z systemu rodzinnego". Ważnym celem na tym etapie jest jednoznaczny wymóg leczenia wobec osoby uzależnionej oraz unikanie wszelkich zachowań, które mogłyby ją wspomagać w dalszym piciu, unikaniu jego konsekwencji oraz odpowiedzialności za podejmowane działania.

Etap reorganizacji

- członkowie rodziny solidarnie przejmują kierownictwo, decyzyjność i odpowiedzialność za rodzinę,
- alkoholik jest marginalizowany, przestaje być ochraniany, traci szacunek, ale za to nasila przemoc,
- rodzina funkcjonuje „jakby go nie było".

Działania pomocowe na tym etapie to przede wszystkim edukacja na temat zdrowej rodziny, strategii zdrowego funkcjonowania i konfrontacja z faktem istnienia chorego członka rodziny, wymagającego zmian w postępowaniu członków rodziny – jak wobec osoby, która wymaga specjalnych zasad traktowania i oddziaływania, a nie osoby nieobecnej, przy zachowaniu świadomości koniecznej specjalistycznej pomocy. Ważna na tym etapie byłaby edukacja na temat wzajemnego wpływu członków rodziny, praca nad świadomością ich potrzeb i możliwości ich zaspokajania przez rodzinę, a także ograniczeń w tym względzie. Można wskazać także na konieczność swoistego oprotezowania rodziny – szukania zasobów społecznych na zewnątrz rodziny, uwzględniając inne bliskie osoby lub środowiska samopomocy.

Członkowie rodziny rekonstruowanej na tym etapie uzyskują nową tożsamość jako „osoby związane z osobą chorą, alkoholikiem”, a rodzina tożsamość określaną jako „rodzina z problemem”, jednocześnie nie skupiając uwagi na problemie, samemu uzależnionemu pozostawiając odpowiedzialność za podejmowanie właściwych kroków i ponoszenie skutków dokonywanych wyborów.

Etap ucieczki od problemu

- podstawowym jego wyznacznikiem jest rozpad rodziny – zanik więzi i ról,
- często wchodzenie przez członków rodziny w relacje zewnętrzne, niwelujące poczucie zaniku spójności, tożsamości, destrukcji i rozpadu rodziny,
- separacja od osoby uzależnionej.

Działania pomocowe na tym etapie zmierzać muszą do ponownej diagnozy rzeczywistych więzi i zasobów rodziny umożliwiających jej pozytywną reorganizację i zbudowanie rodziny na nowych zasadach. Konieczna jest ocena, na ile rozkład rodziny jest na tyle utrwalony, iż osoba uzależniona jest faktycznie poza rodziną, a rodzina w poprzednim składzie, strukturze i organizacji przestała istnieć i nie obejmuje już zakresem swoich reakcji, uwagi i zainteresowania osoby uzależnionej. Pomoc na tym etapie zmierzać może – zależnie od faktycznego stanu rodziny – albo do pomocy w wejściu w etap poprzedni – reorganizacji, albo do budowy nowej rodziny, na nowych zasadach, być może także w nowym składzie i z nową tożsamością.

Narzędziem pomocnym w ocenie etapu, na jakim jest rodzina, możne być zestaw reakcji członków rodziny na problem alkoholowy, opisany w używanym do przeprowadzenia prezentowanych tu badań Kwestionariuszu dla Rodziny (załącznik 2). Przydatny mógłby być także zaprezentowany tu sposób analizy reakcji członków rodziny, w którym zaproponowano podział poszczególnych reakcji na grupy, uwzględniające zbieżny rodzaj wpływu na zaistniałą sytuację – na osobę pijącą lub leczącą się (*Opieka*, *Wsparcie*, *Wpływ*, *Zaprzeczanie*, *Interwencje*, *Sami dla Siebie*). Wyodrębnione w ten sposób kategorie zachowań stanowić mogą podstawę do konstruowania strategii pracy z rodziną nad zmianą wzorców reakcji i wypracowaniem bardziej konstruktywnych sposobów radzenia sobie przez członków rodziny zarówno z problemem alkoholowym bliskiej osoby, jak również z zaspokajaniem własnych potrzeb przez nich samych.

Jak uważa Stephanie Brown[405]- interwencję wobec członków rodziny alkoholika można podejmować w każdym punkcie kontinuum rozwoju choroby i zdrowienia, włączając osobę alkoholika, bądź nie. Już w 1985 r. S. Brown pisze: „dawniej leczenie dotyczyło przede wszystkim samego alkoholika, zaś członkowie rodziny traktowani byli jako dopełnienie głównego pacjenta". W polskich warunkach, obecnie jest to nadal podstawowy sposób oddziaływania przez instytucje pomagające, reagujące na problem alkoholowy! Wyłączając może większość placówek terapii uzależnień, oferujących członkom rodzin odrębną, adekwatną pomoc, jednakże nie jest to jeszcze podejście systemowe, oddziaływujące na system rodzinny, tylko na kolejnych, zgłaszających się po pomoc jej członków. Trudno, pomagając, o stworzenie jednej strategii pomagania konkretnej rodzinie, gdy osoba uzależniona korzysta z pomocy osobno, często gdzie indziej niż członkowie rodziny, nie wyłączając dzieci – standardowo rzadko obejmowanych oddziaływaniami powiązanymi z terapią rodziców.

Warto także wspomnieć, dalej uwzględniając systemowe podejście do rodziny, iż, podobnie jak w czasie picia przez osobę uzależnioną wszyscy członkowie rodziny doświadczają swoistych problemów i wyzwań, tak również w czasie leczenia i w trakcie procesu zdrowienia istnieje dalej konieczność pracy ze zmieniającą się – wraz z osobą zdrowiejącą – jej rodziną. Praktyka pomagania często nie obejmuje już tego etapu, w oparciu o niesłuszne założenie, iż z chwilą podjęcia leczenia i wprowadzania zmian w swoje funkcjonowanie przez alkoholika – problemy rodziny „same się rozwiązują". Proces zdrowienia u członków rodziny wymaga nie mniej intensywnego wsparcia niż zdrowienie alkoholika. Osoba uzależniona uświadamiająca sobie swoje potrzeby, sięgająca po zaniedbane role (ojca, męża), a jednocześnie stale potrzebująca zewnętrznego wsparcia, stanowi zagrożenie dla członków rodziny, często okrzepłych w dotychczasowych strategiach opartych na kontroli, odpowiedzialności, nieufności. Mają oni ogromne kłopoty z przejściem w nową fazę funkcjonowania. Prezentując dawne wzorce, utrudniają proces zdrowienia, doświadczają ogromnego napięcia i dezorientacji. We wczesnej fazie zdrowienia osoby uzależnionej ważne jest uruchomienie procesu zmian w obrębie tych reguł i ról rodzinnych, które w znacznym stopniu konstytuowały i podtrzymywały funkcjonowanie rodziny jako systemu alkoholowego. Proces ten jest konieczny

[405]S. Brown, *Leczenie alkoholików*, PZWL, Warszawa 1985, s. 278-279.

dla transformacji rodziny w systemie podtrzymującym zdrowienie. Rodzina jako całość przeżywa proces żałoby po utracie sztywno określonych ról i koalicji rodzinnych. Proces ten powinien obejmować stratę następujących ról i koalicji, które utrzymywały *status quo* systemu rodzinnego[406]:

- roli Pełnomocnika (osoby współuzależnionej) i związanych z nią wzorów zachowań służących przejmowaniu odpowiedzialności i kontroli nad funkcjonowaniem alkoholika, oraz roli Herosa podtrzymującego poczucie wartości rodziny (system traci gry transakcyjne typu: „chcę ci tylko pomóc", „co byście beze mnie zrobili", „gdyby nie ja"),

- roli Kozła Ofiarnego i Uzależnionego oraz tych wzorców zachowań z nimi związanych, które pozwalały członkom rodziny oskarżać, obwiniać i przypisywać osobie pełniącej tę rolę odpowiedzialność za wszystkie niepowodzenia i problemy (system traci gry: „wszystko przez ciebie", „gdyby nie ty, to ja...", „awantura"),

- roli Uzależnionego i obecności alkoholu we wzorcach relacji rodzinnych, a szczególnie tych zachowań związanych z rolą, które umożliwiały nadodpowiedzialność i kontrolę ze strony Pełnomocnika (system traci gry: „co bym bez ciebie zrobił"),

- koalicji Pełnomocnika z Herosem oraz Uzależnionego z Kozłem Ofiarnym, wzajemnie obarczających się odpowiedzialnością za trudności i niepowodzenia.

Zmiana struktury rodziny jest ogromnie ważna, choć często napotyka wiele przeszkód zarówno ze strony alkoholika, jak i pozostałych członków rodziny. Uzależniony, z wielu przyczyn, obawia się odpowiedzialności i wysiłku związanego z podjęciem na nowo roli męża i ojca, natomiast pozostałe osoby z rodziny często nie doceniają jego starań i mają znaczne trudności w spostrzeganiu go takim, jakim jest obecnie, a nie takim, jakim był w przeszłości. Badania wskazują, że alkoholik, w procesie podejmowania różnych zadań związanych z rolą męża i ojca, przez dłuższy czas podlega procedurze testowania i sprawdzania przez wszystkich członków rodziny. Proces zmian w obrębie systemu ról rodzinnych wymaga

[406]L. Cierpiałkowska, *Alkoholizm – przyczyny*…, Poznań 2000, s. 179-180.

równoczesnych zmian w regułach komunikacji i wzorcach relacji między członkami rodziny. Na nowo muszą zostać ustalone jasne reguły, określające: kto, do kogo, w jakich sytuacjach, w jaki sposób ma się odnosić. Nowe role i reguły powinny pozwolić członkom rodziny na lepsze radzenie sobie ze zdarzeniami stresowymi. Ważne, aby członkowie rodziny zaakceptowali fakt, iż wszystkie zmiany są jedynie początkiem długotrwałego procesu i powinny być w dalszym życiu rodziny kontynuowane razem z nieustannie zmieniającymi się członkami. Procesowi włączania alkoholika w system musi towarzyszyć równoczesna zmiana ról pozostałych osób. Przedstawiciele terapii rodzin i małżeństw oraz psychologii rozwoju rodziny są zgodni, że reorganizacja wzorów, ról i pozycji w systemie rodzinnym musi mieć charakter całościowy i dotyczyć wszystkich członków rodziny[407]

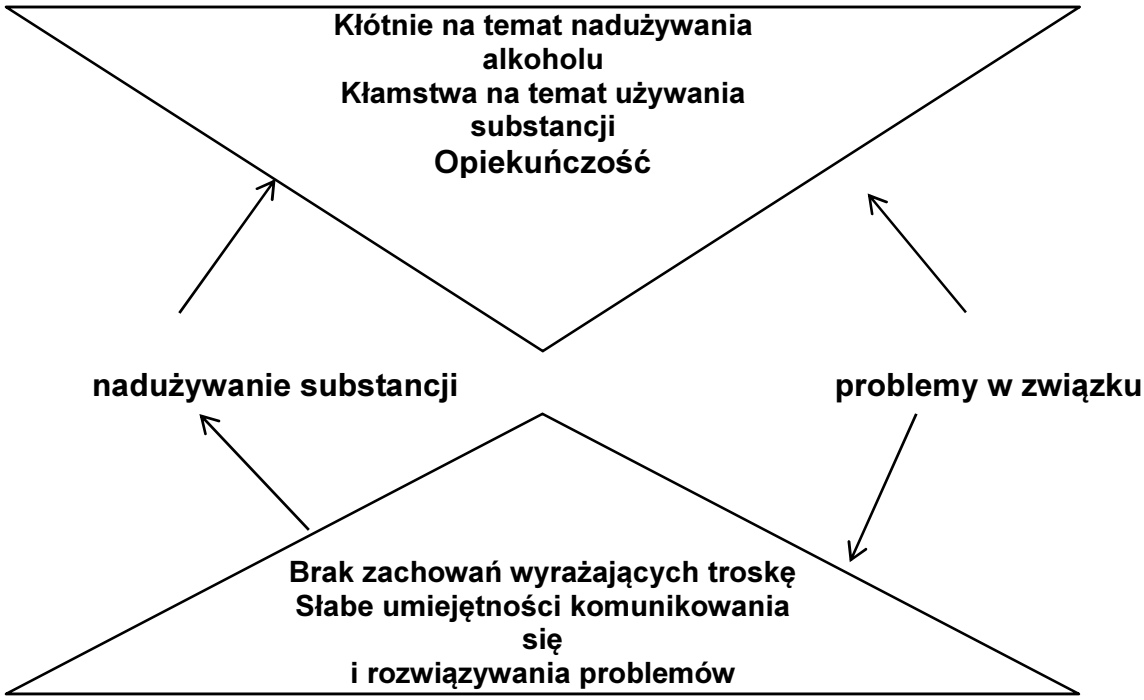
Poniżej – wzorzec działań pomocowych, prezentujący stan, kiedy rodzina nie uzyskuje pomocy oraz gdy jest wspomagana wielostronnymi oddziaływaniami[408].

[407]L. Cierpiałkowska, *Alkoholizm – przyczyny*…, Poznań 2000, s. 187.

[408]T.J. O`Farrell, W. Fals-Steward, *Behawioralna terapia par w leczeniu uzależnienia od alkoholu i narkotyków*, Warszawa 2008, s. 16.

Schemat 1. Odwracanie niszczącego cyklu nadużywania substancji

Niszczący cykl nadużywania substancji i problemy w związku



Konstruktywny cykl radzenia sobie z nadużywaniem substancji i szczęśliwe związki

Przykładowe cele terapeutyczne i specyficzne procedury behawioralnej terapii par w leczeniu uzależnienia od alkoholu i używania narkotyków – w stosowaniu schematu odwracania niszczącego cyklu:

1. „Złap partnera na robieniu czegoś przyjemnego".
2. Robienie razem czegoś, co przynosi poczucie, że zostało się nagrodzonym.
3. Dni wypełnione opieką.

Poprawa jakości komunikowania

1. Sesje poświęcone komunikowaniu się.
2. Praca nad umiejętnością słuchania.
3. Negocjowanie próśb i oczekiwań.
4. Rozwiązywanie konfliktów.
5. Rozwiązywanie problemów.

Dochodzenie do zdrowia w dłuższej perspektywie czasowej

1. Plan nieustannego dochodzenia do zdrowia.
2. Plan awaryjny ukierunkowany na zapobieganie lub minimalizowanie nawrotów.
3. Wizyty kontrolne, podczas których dalej pracuje się nad kontraktem.
4. Sesje zapobiegania nawrotom.
5. Kwestie rodzinne i partnerskie w dłuższej perspektywie dochodzenia do zdrowia.

W pomaganiu rodzinie pomocny może być wzorzec zdrowej rodziny, do której dążą działania pomocowe, pozwalający dostrzec istniejące w rodzinie alkoholowej odstępstwa od niego.

Bradshaw wskazuje na cechy zdrowej rodziny[409]:

1/ rodzina jest jednostką zabezpieczającą przetrwanie i rozwój,
2/ rodzina zaspokaja potrzeby emocjonalne swoich członków. Potrzeby te obejmują znalezienie równowagi pomiędzy autonomią i zależnością oraz naukę zachowań społecznych i seksualnych,
3/ rodzina jest miejscem, gdzie rozwija się poczucie własnego ja, poczucie wartości i tożsamości,
4/ rodzina jest podstawową jednostką socjalizacji,
5/ zdrowo funkcjonująca relacja opiera się na równości pomiędzy dwiema

[409] J. Bradshaw, *Zrozumieć rodzinę*…, s. 59-74.

samorealizującym się osobami,

6/ w zdrowej rodzinie każdy sam jest odpowiedzialny za swoje działania i za swoje szczęście,

7/ reguły funkcjonalnej rodziny są jawne i jednoznaczne,

8/ w funkcjonalnej rodzinie wszyscy członkowie solidarnie, ale w ramach indywidualnych ról i odpowiedzialności dążą do rozwiązywania problemów i konfliktów,

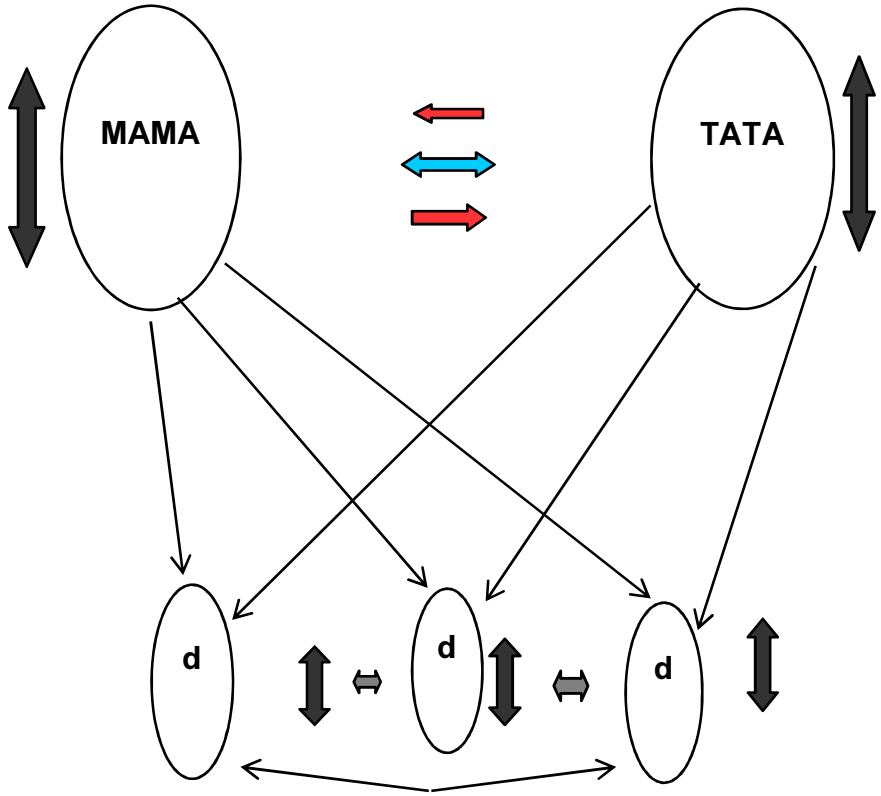
9/ zdrowa rodzina przestrzega reguł poprawnej komunikacji, wszystkie relacje są oparte na dialogu i równości,

10/ w zdrowej rodzinie błędy są traktowane jako okazja do rozwoju, nie są wykorzystywane przeciwko sobie przez członków rodziny,

11/ w zdrowej rodzinie każda osoba jest postrzegana i ma poczucie swojej wyjątkowości, wartości i niepowtarzalności,

12/ role w rodzinie są wybierane, zmieniające się, adekwatne do zmieniających się etapów funkcjonowania rodziny i życia jej członków

Sche mat 1. Podstawowe elementy systemu zdrowej, funkcjonalnej rodziny wg Bradshawa[410]



[410] J. Bradshaw, *Zrozumieć rodzinę*…, s. 75.

Schemat jest wizualnym przedstawieniem funkcjonalnej rodziny. Każda osoba na schemacie ma kompletne i całe koło oznaczające jej granice. Znak (pionowa strzałka) wskazuje, że każda osoba ma dobry kontakt z własnym ja. Strzałki między kołami oznaczają relacje odpowiedzialności. Matka i Ojciec są dostępni dla siebie nawzajem, ponieważ ich granice są na wpół przepuszczalne. Jednakże są one na tyle silne, żeby umożliwić obojgu zachowanie własnej odrębności. Rodzice potrafią też powiedzieć sobie wzajemnie "nie". Rozumieją, że chociaż są odpowiedzialni wobec siebie, nie są odpowiedzialni za siebie wzajemnie.

Metoda interwencji

Metodą pomocną w pracy z rodziną nad motywowaniem osoby uzależnionej do leczenia, ale także pozwalającą członkom rodziny uczestniczącym w interwencji uzyskać konieczną wiedzę o problemie alkoholowym oraz uświadomić sobie faktyczne skutki dla rodziny funkcjonowania w niej nie leczącej się osoby pijącej – jest interwencja kryzysowa. Jest to metoda umiejętnego wkroczenia we właściwym momencie w sytuację osobistą uczestnika kryzysu, by rozwiązać problem, który grozi jemu destrukcją emocjonalną lub fizyczną.

Jest kilka ważnych powodów, dla których ludzie niechętnie podejmują leczenie uzależnienia, czy choćby rozważają decyzje o abstynencji.

Ciągle wiedza o uzależnieniu nie jest zbyt powszechna, a co za tym idzie, dość powszechny także wśród członków rodzin osoby pijącej jest pogląd, iż poradzenie sobie z problemami z kontrolowaniem picia powinno być oczywiste, łatwe, zależne od wystarczająco silnej decyzji o przejściu na jakichś bardziej przyzwoity sposób używania alkoholu. Także dla wielu mężczyzn alkohol to taki "męski trunek", więc trudno dopuścić myśl, że można mieć z tym jakieś kłopoty. Uważa się, że człowiek pije tyle, ile trzeba i ile ma ochotę. Dla mężczyzn często sam pomysł abstynencji wydaje się kompletnie nierealistyczny i czysto abstrakcyjny.

Świadomość własnego uzależnienia nie jest atrakcyjną informacją o sobie, świadczy o słabości i nie panowaniu nad czymś, a szczególnie trudno przyjąć świadomość uzależnienia od alkoholu.

Skutkiem jest trudność w przyjęciu do wiadomości faktu, że kiedy się pojawiają problemy z nadużywaniem alkoholu – własnymi siłami trudno jest nad sobą zapanować. Dlatego też większość osób mających takie doświadczenie przede

wszystkim stara się sobie udowodnić, że to możliwe – próbują sami. W tym okresie nie dopuszcza się myśli o zaprzestaniu, ani tym bardziej szukaniu pomocy.

Najważniejsze zjawiska mające wpływ na motywację do zmiany, takiej jak zaprzestanie picia, szukanie pomocy, podjęcie leczenia, są zależne od takich czynników, jak: 1/wiedza o: działaniu alkoholu, nadużywaniu, uzależnieniu i jego leczeniu, 2/ doświadczanie bezradności wobec chęci powrotu do picia kontrolowanego, 3/ jednoznaczne wiązania negatywnych konsekwencji picia z nadużywaniem alkoholu, 4/ nadzieja na zmianę – na jej możliwość, zasady, sposoby życia po nowemu – bez alkoholu, korzystając z pomocy.

Przytaczam poniżej schemat działań interwencyjnych, przeprowadzanych z członkami rodziny osoby pijącej i innymi ważnymi dla niej osobami wobec osoby z problemem alkoholowym, mogących przyczynić się do podjęcia decyzji o szukaniu pomocy. Metoda interwencji składa się z dwóch etapów: przygotowania z rodziną sesji interwencyjnej (bez udziału osoby uzależnionej) oraz z samej sesji interwencyjnej z udziałem osoby uzależnionej – obecnej na niej pod warunkiem bycia całkowicie trzeźwym. Etap przygotowania sesji interwencyjnej jest właściwie pracą terapeutyczną i edukacyjną z członkami rodziny, uświadamiającą im istotę uzależnienia, współuzależnienia oraz zjawisk po stronie rodziny wpływających na przedłużające się picie lub jego zatrzymanie. Drugą ważną ścieżką pracy jest praca nad uświadomieniem sobie i nazwaniem skutków picia osoby uzależnionej oraz przypomnieniem konkretnych faktów je potwierdzających. Pracy nad tym towarzyszy często wiele odreagowywanych emocji, pozwalających zaakceptować zarówno destrukcyjną rzeczywistość rodzinną, jak i własne emocje i potrzeby. Sama sesja interwencyjna wymaga spełnienia po stronie uczestników kilku warunków: panowania nad emocjami, pozytywnego odniesienia do osoby pijącej (interwencja jest przeprowadzana dla jej dobra, a nie jako okazja do odreagowania na niej zgromadzonych przez lata napięć i uraz), posługiwania się w rozmowie z pijącym wyłącznie konkretami – faktami – zdarzeniami, ich datami, okolicznościami oraz opisem własnych reakcji na nie oraz ich skutków dla członka rodziny.

INTERWENCJA:

W przypadku stwierdzonych zaburzeń alkoholowych, co najmniej na poziomie picia szkodliwego, wskazane jest podjęcie krótkiej interwencji. Jest to metoda ustrukturyzowanej rozmowy, której głównymi elementami są:

- przekazanie osobie zainteresowanej informacji o: twoich uczuciach do niej, twoich emocjonalnych reakcjach na to, co się z nią dzieje, co się działo z tobą pod wpływem tego, co robiła pijąc lub będąc pod wpływem alkoholu, czego doświadczyłeś – jakie były skutki jej postępowania dla ciebie ("kocham Cię, zależy mi na Tobie, martwię się o Ciebie, kiedy pijesz... np. boję się Ciebie, czuję odrazę..., kiedy ostatnio się upiłeś – opis sytuacji..., czułem..., doznałam...., stało się... spotkało mnie.....”),
- przekazanie osobie zainteresowanej informacji, że należy ona do grupy osób dużo pijących (przekraczających normy, zażywających więcej niż inni: „uważam, że wymienione fakty świadczą o tym, że – za dużo pijesz, pijesz więcej niż inni, jesteś uzależniony),
- pokazanie powiązania tej informacji z aktualnie występującymi w rodzinie i życiu osoby pijącej problemami zdrowotnymi, społecznymi, socjalnymi, rodzinnymi, emocjonalnymi („to, co robisz, to jak pijesz wpływa na... w taki sposób, że...”),
- wskazanie oczekiwań, co do konieczności zaprzestania picia lub znacznego jego ograniczenia (oczekuję, że powinieneś – przestać, ograniczyć, wyeliminować....) oraz udzielenie instrukcji, jak należy ograniczyć picie (uważać na..., zmniejszyć do...., wykluczyć..., zaprzestać, zgłosić się po pomoc, na leczenie),
- jeśli w rozmowie chodzi o ograniczenie picia, ważne jest ustalenie, w jaki sposób ta osoba będzie monitorowała poziom spożywanego alkoholu,
- umówienie osoby zainteresowanej na wizytę kontrolną, poradę, diagnozę w (placówce terapeutycznej, ośrodku pomocy społecznej, u siebie....),
- wskazanie innych miejsc, gdzie może uzyskać pomoc,
- **przedstawienie oczekiwań i postawienie warunków związanych z dalszą relacją z tą osobą** (co **na pewno** zrobisz, jeśli nie uwzględni ona tego, co mówisz).

Ważne jest także w czasie sesji interwencyjnej przekazanie informacji o dawkach alkoholu bezpiecznych dla zdrowia (bezpieczne picie jest wtedy, gdy...).

Jednym z działań członków rodziny, ale także osób i instytucji pomagających osobom i rodzinom z problemem alkoholowym, mającym znaczenie interwencyjne jest także **tworzenie oraz egzekwowanie zasad wymuszających** na osobach pijących zarówno decyzji o utrzymywaniu abstynencji i trzeźwieniu, jak również o leczeniu i szukaniu pomocy. Warto zwrócić uwagę na ten element działań, ponieważ zasady te tworzą fundament do prawidłowych relacji z osobą pijącą oraz wpływają na budzenie motywacji do zmiany. Jak podają praktycy pomocy tym grupom osób, jednym z najskuteczniejszych sposobów motywowania członków rodzin do zmian jest przekazywanie im jasnej informacji zwrotnej o dostrzeganych faktach – nieprawidłowościach oraz koniecznych zmianach. Relacja z rodziną alkoholową w obrębie wielu miejsc pomocy obarczona jest pewnym poziomem zawstydzenia, co do jasnego formułowania uwag i spostrzeżeń na temat picia i jego skutków dla pozostałych członków rodziny. Zagrożenie usunięciem ze społeczności, zakończeniem relacji, odebraniem osobom pijącym, ale także osobom podtrzymujących picie jakichś praw bądź przywilejów w przypadku łamania zasad kontaktu i pomagania, zwiększa siłę oddziaływania na motywację.

Wzmacnianie nadziei na sukces i w zaprzestaniu picia, i w budowaniu swojej wartości w oczach ludzi jako człowieka niepijącego, leczącego z uzależnienia, i w satysfakcjonującym życiu bez alkoholu odbywa się przede wszystkim poprzez:

- przywoływanie doświadczeń innych osób,
- rytuały związane ze świętowaniem różnych osiągnięć na polu abstynenckim,
- obecność w życiu osoby zdrowiejącej, podejmującej wysiłek zmiany, razem z nimi budującej *image* zdrowiejącego, trzeźwego alkoholika,
- propozycje i przykłady życia pokazujące liczne sposoby i możliwości funkcjonowania bez alkoholu.

Wspieranie w leczeniu i zdrowieniu. Kolejny obszar zadań trzeźwościowych to pomoc w okresie leczenia i zdrowienia. Ważnym elementem budzenia motywacji jest dostarczanie wiedzy o przebiegu leczenia. Wiele osób nie wie, jak ono wygląda lub ma na ten temat przestarzałe, nie zgodne z rzeczywistością wyobrażenia (na przykład – odziały zamknięte, przymus leczenia). Leczeniu towarzyszą różne stereotypy, wyobrażenia i oczekiwania nie pomagające ani w wytrwaniu w nim, ani w jego rozpoczęciu. Kilka z nich:

- "nie tyle wstyd jest pić, ile wstyd, kiedy zobaczą człowieka jak idzie na odwyk",
- "samo takie gadanie (jak w terapii) nic nie daje",
- "wszyscy się dowiedzą (np. w pracy), że się leczę" (w mylnym przekonaniu, że na pewno niczego jeszcze nie zauważyli),
- "są proste, szybkie sposoby na poradzenie sobie z nałogiem (może akupunktura, może hipnoza, esperal).

Pojawia się w działaniach pomocowych ogromne pole do włączania do procesu pomagania osobom uzależnionym i członkom ich rodzin osób, które mogą podzielić się doświadczeniami ze skutecznego przezwyciężania problemów, a zwłaszcza dokonywania zmian, przez tych, którzy mają już za sobą ten proces, albo są w trakcie leczenia, z tymi, którzy je rozpoczynają bądź mają rozpocząć. W tym obszarze jest także miejsce na lektury, wykłady, filmy, spotkania.

Pomaganie osobom leczącym się i zdrowiejącym wymaga porcji wiedzy pozwalającej zrozumieć moment, w którym znajduje się osoba mająca problem. Warto zapoznać się z fazami, które można wyróżnić i w nadużywaniu, i w leczeniu, aby uświadomić sobie zadania tkwiące przed instytucjami i profesjonalistami angażowanymi w proces pomagania.

3.2.3. Podstawy pomagania

Istnieją prawne podstawy umożliwiające stosowanie tych zasad w praktyce pomagania. Na przykład ustawa o pomocy społecznej[411] jednoznacznie – jako warunek objęcia pomocą wprowadza pojęcie unikania marnotrawstwa (środków finansowych, pomocy niematerialnej). Obejmowanie pomocą jednej osoby – jednego tylko – „problemowego" członka rodziny prowadzić może do takiego właśnie marnotrawstwa, kiedy to członkowie rodziny skoncentrowani na działaniach opiekuńczych wobec bliskiej osoby uzależnionej, w źle pojętej trosce o nią, skierują otrzymaną pomoc na potrzeby pijącego członka rodziny, u którego na plan pierwszy jego dążeń wysuwa się sięgnięcie po alkohol.

Zasady udzielania pomocy psychologicznej także pozwalają tak kierować procesem pomagania, aby osoba wspomagana, rozumiejąc rodzinny charakter swoich problemów, pomogła włączyć w ten proces pozostałych członków rodziny.

[411] Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1769 ze zm.).

Warunkiem jednak powodzenia działań pomocowych jest takie przygotowanie profesjonalistów zajmujących się pomaganiem, aby potrafili widzieć rodzinę w szerokim kontekście całego systemu rodzinnego oraz – aby posiadali wystarczające kwalifikacje do pracy z rodziną jako całością.

Namysłowska zaleca, by pracę osób pomagających rodzinie alkoholowej skoncentrować nad kilkoma wyzwaniami[412]. Mimo, iż w przeglądzie literatury wskazuje się na istotną rolę terapii rodzin w leczeniu uzależnienia[413], to istnieje znaczna rozbieżność pomiędzy tym stwierdzeniem a zainteresowaniem osób pomagających, w tym terapeutów tą dziedziną pomocy. Przyczyny tego zjawiska są upatrywane w kilku trudnościach. Należą do nich:

- lęk terapeutów przed kontynuowaniem picia przez jednego z członków systemu rodzinnego,
- pułapka myślenia przyczynowo-skutkowego – linearnego w rozumieniu uzależnienia – istnieje wiele czynników przyczyniających się do rozwoju uzależnienia. Żaden z czynników biologicznych, społecznych, psychologicznych, kulturowych, osobowościowych składających się na etiologię uzależnienia nie jest samodzielnie odpowiedzialny za jego wystąpienie, natomiast każdy z nich może być odpowiedzialny za podtrzymywanie picia,
- pułapka uwikłania w zagadnienia siły woli i odpowiedzialności,
- uwikłanie w gry rodzinne i stanie się częścią dysfunkcjonalnego systemu rodzinnego,
- uwikłanie w niekończącą się, komplementarną grę pod tytułem „chcę twojej pomocy, ale nie pozwolę sobie pomóc” ze strony osoby pijącej oraz „dlaczego nie pozwalasz sobie pomóc” ze strony osoby pomagającej,
- trudność z akceptacją faktu, iż problem nadużywania i zmiany trwa latami, a zmiany zachowania członków rodziny i osoby uzależnionej są częste i znaczne. Koalicje w obrębie rodziny zmieniają się w zależności od tego, czy osoba uzależniona pije, czy jest w okresie względnej trzeźwości.

Wszystkie przytoczone tu zasady pomocy osobie i rodzinie z problemem alkoholowym skłaniają do zadbania o posiadanie przez instytucje pomocowe

[412] I. Namysłowska, *Terapia rodzin*..., s.119.

[413] Jw., s.119

warunków pozwalających na udzielanie pomocy skutecznie. Znajomość opisanych tu zasad wymaga specjalistycznego praktycznego szkolenia wszystkich służb zaangażowanych w pomoc rodzinie w zakresie podejścia systemowego, znajomości i doświadczenia w stosowaniu specyficznych metod i technik pracy z systemem rodziny alkoholowej oraz stworzenia oferty programów pomocy dostępnych rodzinie. Wymaga to zarówno wzbogacenia wiedzy i umiejętności przedstawicieli wszystkich służb angażowanych w pomoc rodzinie, ale także włączenia do tych oddziaływań osób przygotowanych profesjonalnie do prowadzenia terapii rodzin – w tym przypadku rodzin z problemem alkoholowym.

Podstawowe narzędzia pracy z rodziną, to:

- kompetencje – w tym wiedza na temat systemu rodziny alkoholowej, umiejętność pracy z parą i całym systemem rodzinnym,
- posiadanie usystematyzowanej oferty pomocnych oddziaływań i strategii: prawnych, edukacyjnych, treningowych, terapeutycznych (treningi umiejętności, programy edukacyjne, grupy wsparcia, konsultanci, wolontariusz mający własne pozytywne doświadczenia przezwyciężania problemu), którymi można obejmować rodzinę.
- specjaliści i konsultanci w zakresie terapii rodzin.

Jednocześnie, jak w każdej pracy pomocowej ze specyficznymi populacjami, do których należą rodziny alkoholowe, osoba pomagająca profesjonalnie powinna zbadać i ewentualnie przepracować własne doświadczenia z osobami uzależnionymi i członkami ich rodzin, tak aby ich nie przenosić do praktyki pomagania. Praca z rodziną alkoholową wymaga wprowadzenia zmian do kształcenia profesjonalnego. Obecnie na przykład w procesie szkolenia terapeuty uzależnień problematyce pracy z rodziną jako obiektem pomocy i oddziaływań terapeutycznych – na przykład pracy z parą – poświęca się znikomą ilość czasu – zaledwie kilka godzin w 650 godzinnym programie szkolenia. Wydaje się, że wzrost kompetencji zawodowych terapeutów uzależnień mógłby biec dwoma ścieżkami – po pierwsze rozszerzeniem udziału zajęć dotyczących pracy z rodziną w programach szkolenia ogólnego dla terapeutów, po drugie – wprowadzeniem specjalizacji w zakresie pracy z systemem rodzinnym, na przykład w oparciu o metody behawioralnej terapii par (BPT). Z kolei w systemie pomocy społecznej liczba profesjonalistów zajmujących się pracą z rodziną, na przykład asystentów rodzinnych, jest daleko nie wystarczająca, aby byli w stanie systematycznie, w sposób ciągły procować z całą rodziną. W wielu gminach na cały

rejon działania ośrodka pomocy społecznej jest zatrudniony jeden asystent rodzinny. Trudno sobie wyobrazić jego skuteczną pracę z systemem rodzinnym, w którym poza dorosłymi członkami rodziny są także dzieci, wymagające osobnych oddziaływań, a także pełniące w systemach rodziny alkoholowej role znaczące dla rozwiązywania lub podtrzymywania problemów rodziny.

W przedmowie do „Behawioralnej terapii par w leczeniu uzależnienia od alkoholu i narkotyków" autorzy stwierdzają: „Raport Krajowego Instytutu Alkoholizmu i Nadużywania Alkoholu (NIAAA) z roku 1974, przedstawiony Kongresowi Stanów Zjednoczonych określił terapię par i terapię rodzinną jako <jedną z najbardziej postępowych i niezwykłych metod w psychoterapii uzależnienia od alkoholu>". Po ponad trzydziestu latach, wyniki badań przeprowadzonych na szeroką skalę uzasadniły ówczesny entuzjazm, jaki wzbudziły metody terapii rodzinnej i terapii par. Niemniej jednak, poparte dowodami naukowymi metody terapeutyczne, obejmujące pary i całe rodziny, nie są szeroko stosowane w praktyce. Na przykład behawioralna terapia par daje większą abstynencję i skutkuje lepszym funkcjonowaniem relacji niż typowe leczenie oparte wyłącznie na oddziaływaniach względem pacjenta uzależnionego. Ponadto zmniejsza koszt społeczny, poziom przemocy w rodzinie i ilość problemów emocjonalnych, na które cierpią dzieci takich par".[414]. Z kolei badania nad wpływem terapii par – leczących się rodziców/rodzica nadużywającego substancji na dzieci wychowywane w rodzinie o takich problemach wskazują, że terapia par poprawia funkcjonowanie dzieci w ciągu roku od terapii rodziców w znacznie większym stopniu niż terapia indywidualna lub psychoedukacja pary. Wśród dzieci par leczonych BTP stwierdzono znaczące zmniejszenie liczby klinicznych zaburzeń i defektów[415].

[414] T.J. O`Farrell, W. Fals-Steward, *Behawioralna terapia par w leczeniu uzależnienia…*, s. 7.

[415] Jw., s. 27.

4. Podsumowanie

Celem przeprowadzonych tu badań i proponowanych zasad było wskazanie konieczności zbudowania wsparcia dla abstynencji oraz polepszenia funkcjonowania związków wśród osób razem borykających się z problemem uzależnienia, które poszukują pomocy w rozwiązaniu tego problemu. Pomoc całemu systemowi rodzinnemu jest konieczna, jak wynika z badań, i możliwa, jak wynika z przedstawionych tu propozycji pomocy. Wydaje się, że ważnym krokiem w kierunku doskonalenia i wprowadzenia do praktyki proponowanych tu metod i narzędzi byłoby wypracowanie systemu przygotowywania profesjonalistów różnych dziedzin i z wielu instytucji do kompleksowej, długoterminowej pomocy rodzinie problemowej.

5. Bibliografia:

1. Bradshaw J., *Zrozumieć rodzinę*, IPZIT, Warszawa, 1994.
2. Brown S*., Leczenie alkoholików. Rozwojowy model powrotu do zdrowia*, Warszawa 1990.
3. Cermak T.L., Rutzky J., *Czas na wyleczenie. Podręcznik,* 1994, wyd. polskie 1996.
4. Cermak T.L., *Czas na wyleczenie*, Kielce 2010.
5. Cermak T.L., Rutzky, J*., Czas uzdrowić swoje życie*,Warszawa,1996.
6. Cierpiałkowska L., Ziarko M., *Psychologia uzależnień: alkoholizm,* Warszawa 2010.
7. Cierpiałkowska L., *Alkoholizm – Przyczyny – leczenie – profilaktyka*, Poznań 2000.
8. Crane D.R., *Podstawy terapii małżeństw*, Gdańsk 2002.
9. Gaś Z.B., *Rodzina wobec uzależnień*, Warszawa 1993.
10. Kapler L., *Pułapki diagnozy współuzależnienia*, [w:] „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia", Rok: 1999, Numer: 6.
11. Kinney J, Leaton G., *Zrozumieć alkohol*, Warszawa 1996.
12. *Kisiel M., Terapia osób współuzależnionych,* Warszawa 1997.
13. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Badawcze kryteria diagnostyczne: Uniwersyteckie Wydawnictwo Vesalius & Instytut Psychiatrii i Neurologii. ICD – 10. Kraków-Warszawa 2000.*
14. Margasiński A*., Analiza psychologiczna systemów rodzinnych z chorobą alkoholową*, Częstochowa 1996.
15. Mellibruda, J., Sobolewska-Mellibruda, Z*., Integracyjna psychoterapia uzależnień, Warszawa 2006.*
16. Mellody P*., Toksyczna miłość i jak się z niej wyzwolić,* Warszawa 1992.
17. Melody B., *Koniec współuzależnienia,* Poznań 2003.
18. Namysłowska I., *Terapia rodzin*, Warszawa 2000.
19. O`Farrell T.J., Fals-Steward W., *Behawioralna terapia par w leczeniu uzależnienia od alkoholu i narkotyków*, Warszawa 2008.
20. Prochaska J.O, Norcross J.C, Diclemente C.C*., Zmiana na dobre*, Warszawa 2008.
21. Sobolewska Z., *Odebrane dzieciństwo*, Warszawa 1992.

22. Steinglass P., *A Life History Model of the Alcoholic Family,* 1980.
23. Steinglass P., *The alcoholic family*, New York 1987.
24. Wegscheider-Cruse, S., *Nowa szansa. Nadzieja dla rodziny alkoholowej,* Warszawa 2000.
25. Woititz, J.G*., Dorosłe dzieci alkoholików*, Warszawa 1992.

6 Załączniki

1. Ankieta dla osób uzależnionych – U
2. Ankieta dla osób współuzależnionych - R
3. Ankieta dla osób DDA – D

Załącznik 1.

KWESTIONARIUSZ DLA OSOBY UZALEŻNONEJ (U)

Dane o wypełniającym:

1. Płeć M – K
2. Wiek 18-25/ 26-39/40-55/56-69/70-80
3. Czas trwania abstynencji od alkoholu: 0-3 miesiące/ 3-6 miesięcy/6-12 miesięcy/13-24 miesiące/ powyżej 24 miesięcy – proszę wpisać ile: .....
4. Czas trwania obecnej terapii uzależnienia 0-3 miesiące/ 3-6 miesięcy/6-12 mies./13-24 miesiące/ powyżej 24 miesięcy – proszę wpisać ile .....
5. Które to leczenie z kolei 1/ 2 / 3 / 4
6. Wcześniejsze niż obecne leczenie doświadczenia szukania pomocy:
   a/ oddział detoksykacyjny
   b/ farmakoterapia (diagnoza psychiatryczna)
   c/ psychoterapia
   d/ esperal, antikol, naltroksen lub itp.
   e/ oddział psychiatryczny lub poradnia zdrowia psychicznego
   f/ AA lub klub abstynenta
   g/ wspólnota religijna
7. Z czego utrzymywał/a się Pan/i w okresie picia? (proszę zakreślić): brak źródła utrzymania/na utrzymaniu członka rodziny/ praca zawodowa/ działalność gospodarcza/ zasiłek/ renta/emerytura/ inne – jakie (proszę wpisać)

I. POCZĄTKI PICIA

1. Czy Pana/i zdaniem, wymienione niżej okoliczności miały wpływ na rozpoczęcie intensywniejszego picia przez Pana/ią/? (proszę zakreślić właściwe):

1. własne problemy, trudności emocjonalne oraz bezradność wobec nich
2. samotność
3. przyzwolenie członków rodziny na picie
4. zachęcanie przez członków rodziny do picia, wspólne picie, imprezowanie
5. wzorce rodzinne radzenia sobie z problemami pijąc
6. wzorce rodzinne rozrywki pod wpływem alkoholu
7. częste sytuacje alkoholowe w bliskim otoczeniu (sąsiedzi, znajomi, praca)
8. zwalnianie z obowiązków rodzinnych, wyręczanie w nich
9. koncentracja rodziny na mnie, nadopiekuńczość, zaangażowanie rodziny głównie w mój komfort życia,
10. problemy w relacjach rodzinnych (konflikty, niezaspokojone potrzeby, zła komunikacja)
11. utrzymywanie mnie już w wieku dorosłym

12. wzorce życia w abstynencji i bezwzględny nacisk na nią
13. kontrola, dyscyplina i bardzo wysokie wymagania wobec mnie
14. trudne kryzysowe sytuacje w rodzinie (śmierć, choroba, bezrobocie lub itp.)
15. moje niepowodzenia w osiąganiu celów życiowych, zawodowych
16. niski komfort życia rodziny, bieda
17. wzorce życia czerpane z otoczenia rodziny, środowiska patologicznego
18. duża swoboda mojego postępowania, całkowita wolność, brak jakiejkolwiek kontroli
19. frustracja członków rodziny, niepowodzenia w osiąganiu przez nich celów życiowych
20. proszę wymienić inne zapamiętane sytuacje z początków picia przez Pana/nią, które wpływały na rozpoczęcie intensywniejszego picia.....
21. proszę wymienić inne zapamiętane sytuacje z początków picia przez Pana/nią, które wpływały na powstrzymywanie się od picia……..

II. OKRES PICIA ALKOHOLU

2. Czy przed obecną terapią uzależnienia był/a Pan/i w bliskich relacjach z członkami swojej rodziny? (mieszkaliście razem, prowadziliście wspólne gospodarstwo, wspólnie się utrzymywaliście) NIE TAK (proszę zakreślić właściwe)

Jeśli TAK, to z kim? – proszę podkreślić lub wpisać:

a/ żona – mąż
b/ partner życiowy – partnerka
c/ brat, siostra (kto?)
d/ ojciec, matka, oboje (proszę podkreślić właściwe)
e/ dorosły syn, córka (kto?)
f/ inni członkowie rodziny, np. wuj-stryj, ciotka-stryjenka, babcia, dziadek, kuzyn (proszę podkreślić właściwe) lub wpisać z kim .....

3. Czy te osoby w okresie rozwoju Pana/i uzależnienia usiłowały wpływać na Pana/i picie podejmując wymienione niżej zachowania? (proszę zakreślić właściwe):

1. wyręczanie mnie w codziennych obowiązkach domowych, rodzinnych
2. utrzymywanie mnie (żywienie, ubieranie, mieszkanie)
3. płacenie moich zobowiązań finansowych
4. usprawiedliwianie lub wyręczanie mnie w pracy
5. usprawiedliwianie mnie przed rodziną lub znajomymi
6. pomaganie mi wrócić do trzeźwości po dłuższym lub intensywniejszym piciu
7. kontrolowanie ilości wypijanego przeze mnie alkoholu
8. wzywanie odpowiednio szybko pomocy (np. pogotowie ratunkowe, inne osoby lub instytucje), gdy przesadziłem z piciem
9. wzywanie policji, gdy wywoływałem awantury lub stosowałem przemoc
10. zgłaszanie mnie do komisji ds. rozwiązywania problemów alkoholowych przy urzędzie miasta/gminy
11. zgłoszenie mnie do sądu i doprowadzenie do poddania obowiązkowi leczenia
12. organizowanie interwencji całej rodziny i innych bliskich osób, "napuszczanie" ich na mnie, bym przestał pić i się leczył
13. pomaganie w "zaszyciu" – wszczepieniu mi esperalu (finansowanie, naleganie, zawożenie do lekarza lub sprowadzanie w tym celu lekarza do domu)
14. proszenie i przekonywanie, abym przestał pić, wymuszając moją obietnicę zaprzestania picia
15. straszenie mnie i awanturowanie się w związku z moim piciem
16. grożenie rozwodem, odejściem, zerwaniem kontaktów

17. doprowadzenie do rozwodu, separacji, odejście lub zerwanie ze mną kontaktu
18. namawianie mnie na leczenie, dostarczanie adresów miejsc pomocy
19. mieszkając ze mną w okresie mojego picia, pozostawienie mnie samego ze skutkami mojego picia (nie pomaganie w ich likwidacji)
20. podjęcie przez bliskich własnej terapii, systematyczne korzystanie z Al-Anon
21. spotykanie się z innymi osobami w podobnej sytuacji rodzinnej, szukanie wsparcia i odreagowanie stresu
22. koncentrowanie się przez te osoby na sobie, swoich sprawach i potrzebach
23. zawożenie mnie na odtrucie lub wzywanie lekarza do domu celem odtrucia
24. dostarczanie mi literatury, ulotek na temat uzależnienia
25. korzystanie z literatury na temat rodziny osoby uzależnionej (o współuzależnieniu, o żonach alkoholików itp.)
26. modlenie się za mnie, "dawanie" na mszę św., skłanianie mnie do praktyk religijnych
27. śledzenie mnie i kontrolowanie tego, co robię
28. wyciąganie mnie z miejsc picia i doprowadzanie do domu
29. "odcięcie" mnie od środków finansowych, budżetu domowego
30. opiekowanie się mną w związku z chorobą spowodowaną piciem (problemy z wątrobą, krążeniem, neurologiczne itp.)
31. dostarczanie alkoholu, abym się nie męczył, pożyczanie pieniędzy na alkohol
32. angażowanie innych instytucji w pomoc mi (pomoc społeczna, kościół, szkoła, poradnia)
33. pocieszanie, martwienie się o mnie
34. okazywanie ciepła, czułości i miłości
35. zaprzeczanie mojemu uzależnianiu od alkoholu i oczekiwanie, bym "się wziął po prostu za siebie"
36. szantażowanie mnie i wywoływanie poczucia winy, wstydu
37. oddzielanie się ode mnie w domu
38. wspólne picie lub namawianie mnie do picia niewielkich ilości alkoholu, abym trenował swoją kontrolę nad piciem
39. inne zachowania osób bliskich wpływające **na odwlekanie** przez mnie decyzji o abstynencji i szukaniu pomocy (proszę wpisać)
    .....
40. inne zachowania osób bliskich wpływające **na przyspieszenie** przez mnie decyzji o zaprzestaniu picia i szukaniu przez mnie pomocy (proszę wpisać)
    .....

Proszę teraz oznaczyć, jak Pana/i zdaniem te zachowania wpływały na Pana/i decyzję dotyczącą picia – posługując się znakiem:

(-) – wpływały na odwlekanie decyzji o zaprzestaniu picia i szukaniu pomocy, stwarzały komfort lub pretekst do picia
lub (+) – wpływały na przyspieszenie decyzji o zaprzestaniu picia i szukaniu pomocy,
lub (0) – nie widzę wpływu tego zachowania na moje picie:

III. OKRES LECZENIA

4. Czy obecnie jest Pan/i w bliskich relacjach z jakimiś członkami swojej rodziny? (mieszkacie razem, prowadzicie wspólne gospodarstwo, wspólnie się trzymujecie)
NIE TAK (proszę zakreślić właściwe)
Jeśli TAK, to z kim – proszę zaznaczyć lub wpisać:

a/ żona – mąż
b/ partner życiowy – partnerka
c/ brat, siostra (kto?)

d/ ojciec, matka, oboje (proszę podkreślić właściwe)
e/ dorosły syn, córka (kto?)
f/ inni członkowie rodziny, np. wuj-stryj, ciotka-stryjenka, babcia, dziadek, kuzyn (z kim)

5. Czy obecnie któreś z niżej wymienionych zachowań członków rodziny wpływają na Pana/i proces leczenia i utrzymywanie przez Pana/nią abstynencji? proszę zaznaczyć (zakreślić)

1. wyręczanie mnie w codziennych obowiązkach domowych
2. utrzymywanie mnie (żywienie, ubieranie, mieszkanie)
3. płacenie moich zobowiązań finansowych
4. sprawdzanie mnie, czy się nie napiłem
5. kontrolowanie mnie, pilnowanie w sytuacjach, w których mogę się napić
6. straszenie mnie odejściem, gdybym wypił
7. zachęcanie mnie do dalszego leczenia, interesowanie się "jak mi idzie"
8. "nagradzanie" mnie w jakiś sposób za leczenie i abstynencję
9. zaangażowanie przez te osoby w terapię dla członków rodzin, Al-Anon, grupę wsparcia
10. zaangażowanie tych osób w dbanie o siebie i własne potrzeby
11. stawianie mi wyższych wymagań (więcej obowiązków rodzinnych, poprawa sytuacji finansowej, naprawianie relacji z innymi) niż gdy piłem
12. okazywanie mi zrozumienia i tolerancji dla mojego zaangażowania w terapię i utrzymywanie abstynencji (przeznaczam na to więcej czasu, spotykam się z określonymi nowymi i pomocnymi osobami)
13. częste rozmawianie ze mną o moich emocjach, problemach, potrzebach
14. okazywanie mi ciepła, czułości i miłości
15. rozmawianie przez te osoby ze mną o swoich emocjach, problemach, potrzebach
16. uzyskiwanie przez te osoby od moich terapeutów informacji o moich postępach i potrzebach związanych z leczeniem
17. wspólnie ze mną realizowanie zaleceń pro-trzeźwościowych (np. brak alkoholu w domu, nieuczestniczenie w spotkaniach, gdzie jest spożywany alkohol)
18. koncentrowanie się na mnie i podporządkowywanie własnego funkcjonowania i potrzeb utrzymywaniu przeze mnie abstynencji
19. wyrażanie i okazywanie mi lęku i obaw o przerwanie abstynencji
20. okazywanie mi wiary w moje powodzenie w leczeniu i zaufania do mnie
21. stawianie mi takich samych wymagań, jak osobie nie mającej problemu alkoholowego
22. zaprzeczanie mojemu uzależnieniu, bagatelizowanie moich problemów z niego wynikających i potrzeby intensywnego leczenia oraz oczekiwanie abym się "wreszcie wziął za siebie"
23. spotykanie się przez te osoby z innymi osobami w podobnej sytuacji rodzinnej, szukanie wsparcia i odreagowanie stresu
24. dostarczanie mi literatury na temat uzależnienia, problemów rodziny alkoholowej, dzieci alkoholików
25. mieszkając ze mną w okresie mojego leczenia, pozostawianie mnie samego ze skutkami mojego picia (nie pomaganie w ich likwidacji)
26. namawianie mnie do picia niewielkich ilości alkoholu, abym trenował swoją kontrolę
27. angażowanie innych instytucji w pomoc mi (pomoc społeczna, kurator, szkoła, poradnia)
28. inne zachowania utrudniające zdrowienie i leczenie – jakie (proszę wymienić)……
29. inne zachowania ułatwiające zdrowienie i leczenie – jakie (proszę

wymienić)……..

Proszę teraz oznaczyć, jak Pana/i zdaniem te zachowania dotyczące picia wpływają na Pana/i proces leczenia/utrzymywanie abstynencji, posługując się znakiem:

(-) - utrudniają proces leczenia/abstynencji, zniechęcają do kontynuowania
lub (+) - ułatwiają proces leczenia/abstynencji, zachęcają do kontynuowania
lub (0) – nie widzę wpływu tego zachowania na mój proces leczenia/utrzymywanie abstynencji

6. Czy rozmawiał/a Pan/i ze swoim terapeutą uzależnień lub grupą terapeutyczną o wpływie członków rodziny na Pana/i picie oraz zdrowienie? TAK NIE
Jeśli TAK, czy określiliście wspólnie jeszcze jakieś zachowania członków Pana rodziny najbardziej wpływających na Pańskie:

a/ intensywniejsze picie w przeszłości (podaj 1 przykład) .....
b/ podjęcie leczenia (1 przykład).....
c/ obecne utrzymywanie abstynencji i kontynuowanie leczenia/zdrowienia (1 przykład)…….

Załącznik 2.

KWESTIONARIUSZ DLA CZŁONKA RODZINY (R)

Dane o wypełniającym: (proszę zakreślić właściwe)

1. Płeć M – K
2. Wiek 18-25/ 26-39/40-55/56-69/70-80
3. Czas trwania Pana/i obecnej terapii dla członków rodzin 0-3 miesiące/ 3-6 miesięcy/6-12 miesięcy/13-24 miesiące/ powyżej 24 miesięcy – proszę wpisać ile .....
4. Które to leczenie z kolei 1/ 2 / 3 / 4
5. Wcześniejsze niż obecne leczenie lub doświadczenia szukania pomocy:
   a/ farmakoterapia (diagnoza psychiatryczna)
   b/ psychoterapia
   c/ Al-Anon, grupa wsparcia, klub abstynenta
   d/ wspólnota religijna
   e/ inne (proszę podać jakie) .....
6. Obecne źródło utrzymania: nie mam/ praca zawodowa/ działalność gospodarcza/ zasiłek / renta/ emerytura/ inne (proszę podać jakie).....
7. Czy w okresie picia bliskiej osoby posiadał/a Pan/i własne źródło utrzymania? (proszę zakreślić właściwe): brak własnych środków utrzymania/ praca zawodowa/działalność gospodarcza/ zasiłek / renta/ emerytura/ inne (proszę podać jakie).....

I. OKRES PICIA BLISKIEJ OSOBY

1. Czy przed obecną terapią dla członków rodzin był/a Pan/i w bliskich relacjach(mieszkaliście razem, prowadziliście wspólne gospodarstwo, wspólnie się utrzymywaliście) z jakimś członkiem swojej rodziny mającym problem alkoholowy?
NIE – TAK (proszę zakreślić właściwe)
Jeśli TAK, to z kim? – proszę podkreślić lub wpisać:

a/ żona – mąż
b/ partner życiowy – partnerka

c/ brat, siostra (kto?)
d/ ojciec, matka, oboje (proszę podkreślić właściwe)
e/ dorosły syn, córka (kto?)
f/ inni członkowie rodziny, np. wuj-stryj, ciotka-stryjenka, babcia, dziadek, kuzyn (proszę podkreślić właściwe) lub wpisać z kim .....

2. Czy picie alkoholu przez tą osobę lub jej zachowania pod wpływem alkoholu w okresie Waszego wspólnego bycia razem wywoływało jakąś Pana/i reakcję spośród wymienionych? (proszę zakreślić właściwe):

1. wyręczanie jej w codziennych obowiązkach domowych, rodzinnych
2. utrzymywanie tej osoby (żywienie, ubieranie, mieszkanie)
3. pomaganie w płaceniu jej zobowiązań z finansowych
4. usprawiedliwianie lub wyręczanie jej w pracy
5. usprawiedliwianie jej przed rodziną lub znajomymi
6. pomaganie jej wrócić do trzeźwości po dłuższym lub intensywniejszym piciu
7. kontrolowanie ilości wypijanego przez nią alkoholu
8. wzywanie odpowiednio szybko pomocy (np. pogotowie ratunkowe, inne osoby lub instytucje), gdy przesadziła z piciem
9. wzywanie policji, gdy wywoływała awantury lub stosowała przemoc
10. zgłaszanie jej do komisji ds. rozwiązywania problemów alkoholowych przy urzędzie miasta/gminy
11. zgłoszenie jej do sądu i doprowadzenie do poddania obowiązkowi leczenia
12. organizowanie interwencji całej rodziny i innych bliskich osób, "napuszczanie" ich na nią, aby przestała pić i się leczyła
13. pomaganie w "zaszyciu" – wszczepieniu jej esperalu (finansowanie, naleganie, zawożenie do lekarza lub sprowadzanie w tym celu lekarza do domu)
14. proszenie i przekonywanie, aby przestała pić, wymuszając jej obietnicę zaprzestania picia
15. straszenie jej, awanturowanie się w związku z jej piciem
16. grożenie rozwodem, odejściem, zerwaniem kontaktów
17. doprowadzenie do rozwodu, separacji, odejście lub zerwanie z nią kontaktu
18. namawianie jej na leczenie, dostarczanie adresów miejsc pomocy
19. mieszkając z nią w okresie jej picia, pozostawienie samej ze skutkami jej picia (nie pomaganie w ich likwidacji)
20. podjęcie przez Pana/nią własnej terapii, systematyczne korzystanie z Al-Anon
21. spotykanie się z innymi osobami w podobnej sytuacji rodzinnej, szukanie wsparcia i odreagowywanie stresu
22. koncentrowanie się przez Pana/nią na sobie, swoich sprawach i potrzebach
23. zawożenie jej na odtrucie lub wzywanie lekarza do domu celem odtrucia
24. dostarczanie jej literatury, ulotek na temat uzależnienia
25. korzystanie z literatury na temat rodziny osoby uzależnionej (o współuzależnieniu, o żonach alkoholików itp.)
26. modlenie się za nią, "dawanie" na mszę św., skłanianie jej do praktyk religijnych
27. śledzenie jej, kontrolowanie tego, co robi
28. "wyciąganie" jej z miejsc picia i doprowadzanie do domu
29. "odcięcie" jej od środków finansowych, budżetu domowego
30. opiekowanie się nią w związku z chorobą spowodowaną piciem (problemy z wątrobą, krążeniem, neurologiczne itp.)
31. dostarczanie alkoholu, aby się nie męczyła, pożyczanie jej pieniędzy na alkohol
32. angażowanie innych instytucji w pomoc jej (pomoc społeczna, kurator, kościół, szkoła, poradnia)

33. pocieszanie, martwienie się o nią
34. okazywanie jej ciepła, czułości i miłości
35. zaprzeczanie jej uzależnianiu od alkoholu i oczekiwanie, aby "się wzięła po prostu za siebie"
36. szantażowanie jej i wywoływanie poczucia winy, wstydu, lęku
37. inne szczególne własne zachowania wywołane piciem bliskiej osoby.....

Proszę teraz oznaczyć, w jaki sposób Pana/i zdaniem te reakcje wpływały na problem alkoholowy i zachowania z nim związane bliskiej osoby, wpisując obok wymienionego zachowania znak:

(+) wpływało powstrzymująco na picie, zachęcało do szukania przez nią pomocy
(-) wpływało zachęcająco – nasilało jej picie, pogarszało funkcjonowanie pod wpływem alkoholu
(0) nie miało wpływu na problem alkoholowy

II. OKRES LECZENIA

3. Czy obecnie jest Pan/i w bliskich relacjach z jakimś członkiem swojej rodziny (mieszkacie razem, prowadzicie wspólne gospodarstwo, wspólnie się utrzymujecie), który aktualnie jest w terapii uzależnienia i utrzymuje abstynencję? NIE TAK (proszę zakreślić)
Jeśli TAK, to z kim – proszę zaznaczyć lub wpisać:……

a/ żona – mąż
b/ partner życiowy – partnerka
c/ brat, siostra (kto?)
d/ ojciec, matka, oboje (proszę podkreślić właściwe)
e/ dorosły syn, córka (kto?)
f/ inny członek rodziny, np. wuj-stryj, ciotka-stryjenka, babcia, dziadek, kuzyn (proszę podkreślić właściwe) lub wpisać z kim .....

4. Czy obecne leczenie tej bliskiej osoby składnia Pana/nią do jakichś reakcji w stosunku do niej związanych z jej leczeniem/abstynencją?
Jeśli TAK - proszę zaznaczyć (zakreślić), czy są to jakieś niżej wymienione zachowania:

1. wyręczanie ją w codziennych obowiązkach domowych
2. utrzymywanie jej (żywienie, ubieranie, mieszkanie)
3. pomaganie w płaceniu jej zobowiązań finansowych
4. sprawdzanie jej, czy się nie napiła
5. kontrolowanie jej, pilnowanie w sytuacjach, w których może się napić
6. straszenie jej odejściem, gdyby wypiła
7. zachęcanie jej do dalszego leczenia, interesowanie się "jak jej idzie"
8. "nagradzanie" jej w jakiś sposób za leczenie i abstynencję
9. zaangażowanie się Pana/i we własną terapię dla członków rodzin, Al-Anon, grupa wsparcia
10. zaangażowanie w dbanie o siebie i własne potrzeby
11. stawianie jej wyższych wymagań (więcej obowiązków rodzinnych, poprawa sytuacji finansowej, naprawianie relacji z innymi) niż gdy piła
12. okazywanie zrozumienia i tolerancji dla jej zaangażowania w terapię i utrzymywanie abstynencji (przeznaczanie na to więcej czasu, spotykanie się z określonymi nowym i pomocnymi osobami
13. częste rozmawianie z nią o jej emocjach, problemach, potrzebach
14. okazywanie jej ciepła, czułości i miłości
15. rozmawianie z nią o swoich emocjach, problemach, potrzebach
16. uzyskiwanie od jej terapeutów informacji o postępach i potrzebach związanych z

leczeniem

17. wspólnie z nią realizowanie zaleceń pro-trzeźwościowych (np. brak alkoholu w domu, nieuczestniczenie w spotkaniach, gdzie jest spożywany alkohol)
18. koncentrowanie się na niej i podporządkowywanie własnego funkcjonowania i potrzeb utrzymywaniu przeze nią abstynencji
19. wyrażanie i okazywanie jej lęku i obaw o przerwanie abstynencji
20. okazywanie jej wiary w powodzenie w leczeniu i zaufania do niej
21. przypominanie jej zachowań z okresu picia
22. stawianie jej takich samych wymagań, jak osobie, nie mającej problemu alkoholowego
23. zaprzeczanie jej uzależnieniu, bagatelizowanie problemów z niego wynikających i potrzeby intensywnego leczenia oraz oczekiwanie, aby się "wreszcie wzięła za siebie"
24. spotykanie się samej z innymi osobami w podobnej sytuacji rodzinnej, szukanie wsparcia i odreagowywanie stresu
25. dostarczanie jej literatury na temat uzależnienia, problemów rodziny alkoholowej, dzieci alkoholików
26. mieszkając z nią w okresie jej leczenia, pozostawianie samej ze skutkami jej picia (nie pomaganie w ich likwidacji)
27. namawianie jej do picia niewielkich ilości alkoholu, abym trenowała swoją kontrolę nad piciem
28. angażowanie innych instytucji w pomoc jej (pomoc społeczna, kurator, kościół, szkoła, poradnia)
29. inne zachowania utrudniające Pana/i zdaniem jej zdrowienie/leczenie – jakie? (proszę wymienić) .....
30. inne zachowania ułatwiające Pana/i zdaniem jej zdrowienie i leczenie – jakie (proszę wymienić).....

Proszę teraz oznaczyć, w jaki sposób Pana/i zdaniem ta reakcja wpływa na zdrowienie/ leczenie i zachowania z nim związane bliskiej osoby, wpisując obok wymienionego zachowania znak:

(+) wpływało wspomagająco, ułatwia proces leczenia

(-) wpływało utrudniająco, rodzi konflikty, pogarsza efekty zdrowienia lub zniechęca do leczenia

(0) nie ma wpływu na proces zdrowienia tej osoby

5. Czy określiliście wspólnie ze swoim terapeutą uzależnień lub grupą terapeutyczną, jakie Pana/i zachowania miały wpływ na problem alkoholowy bliskiej osoby? TAK NIE

Jeśli TAK, czy jeszcze jakieś inne niż wymienione Pana/i zachowania najbardziej wpływały/ją na:

a/ intensywniejsze picie bliskiej osoby w przeszłości (podaj 1 przykład).....

b/ podjęcie przez nią leczenia (1 przykład).....

c/ obecne utrzymywanie przez nią abstynencji i kontynuowanie leczenia/zdrowienia (1 przykład).....

Załącznik 3.

KWESTIONARIUSZ DLA DDA (D)

Dane o wypełniającym:

1. Płeć M – K
2. Wiek 18-25/ 26-39/40-55/56-69/70-80
3. Od jak dawna uczestniczy Pan/i w terapii dla osób z syndromem DDA?
4. 0-3 miesiące/3-6 miesięcy/6-12 miesięcy/ powyżej 12 miesięcy – ile .....
5. Które to jest leczenie z kolei 1/ 2 / 3 / 4
6. Wcześniejsze niż obecne leczenie doświadczenia szukania pomocy:
   a/ farmakoterapia (diagnoza psychiatryczna)
   b/ psychoterapia
   c/ DDA lub grupa wsparcia
   d/ wspólnota religijna
7. Czy jest Pan/i osobą uzależnioną od alkoholu lub narkotyków, leków?
8. Czy ukończył/a Pan/i terapię uzależnienia? TAK NIE
9. Czy utrzymuje Pan/i abstynencję alkoholową? TAK NIE
10. Czy jest Pan/i osobą współuzależnioną TAK/NIE
11. Czy ukończył Pan/i terapię dla osób współuzależnionych

1. Czy w Pana/i rodzinie ktoś z bliskich, wspólnie zamieszkałych nadużywał alkoholu lub był od niego uzależniony? TAK NIE (proszę zakreślić)
Jeśli TAK – kto to był?

a/ ojciec, matka, oboje (proszę podkreślić właściwe)
b/ inni członkowie rodziny, np. wuj-stryj, ciotka-stryjenka, babcia, dziadek, kuzyn (proszę podkreślić właściwe) lub wpisać kto .....

2. Czy te osoby podejmowały długotrwałą (minimum pół roczną) abstynencję? TAK NIE

3. Czy te osoby podejmowały skuteczną (ukończoną) terapię uzależnienia? TAK NIE

4. Czy zachowania bliskiej pijącej osoby miały wpływ na Pana/i samopoczucie i sytuację w dzieciństwie? TAK NIE
Jeśli TAK - proszę wybrać spośród wymienionych niżej skutków picia bliskiej osoby te, których Pan/i doświadczał/a w dzieciństwie?

1. zagrożone poczucie codziennego bezpieczeństwa
2. dodatkowe "dorosłe" obowiązki
3. wzrost poczucia odpowiedzialności za rodzinę, przejmowanie się naszą sytuacją, szukanie rozwiązań
4. wstyd przed innymi i ukrywanie faktu picia bliskiej osoby
5. poczucie winy, że pije z mojego powodu i próby "poprawy"
6. poczucie odpowiedzialności za tą osobę i jej bezpieczeństwo – chronienie jej
7. kontrolowanie picia i próby wpływania na zaprzestanie (np. wylewanie alkoholu)
8. lęk o innych członków rodziny i chronienie ich
9. lęk o własne zdrowie, chronienie się, uciekanie
10. choroby własne spowodowane stresem lub urazy doznane od pijącej osoby
11. bieda i niedostatek spowodowane piciem bliskiej osoby lub jego skutkami
12. swoboda spowodowana brakiem kontroli nade mną

13. zyski spowodowane próbami wynagradzania mi picia bliskiej osoby (prezenty, ulgi)
14. zapraszanie do wspólnego picia
15. brak czasu dla siebie spowodowany przejmowaniem obowiązków za bliską osobę pijącą lub jej męża/żonę
16. imprezy alkoholowe w domu
17. choroby lub urazy członków rodziny spowodowane piciem bliskiej osoby
18. problemy z koncentracją, nauką, snem spowodowane sytuacjami domowymi związanymi z piciem bliskiej osoby
19. konieczność szybkiego rozpoczęcia zarobkowania dla utrzymania siebie lub rodziny
20. konieczność wzywania pomocy – sąsiadów, policji, pogotowia do pijącej osoby
21. poczucie bezradności wobec naszej sytuacji, rozpacz, katastroficzne wizje przyszłości
22. używanie siły fizycznej wobec pijącego dla uspokojenia go, agresywność
23. częsta niepewność, lek i zakłopotanie doświadczane wobec członków rodzin
24. częsta niepewność, lęk i zakłopotanie przeżywane wobec innych ludzi
25. niepewność i mała wiara w siebie w podejmowaniu decyzji i nowych przedsięwzięć
26. łatwa rezygnacja z realizacji podejmowanych postanowień
27. hurra optymizm, nierealistycznie wysoka ocena własnych możliwości i łatwe podejmowanie wyzwań przekraczających moje możliwości
28. zmienność nastrojów od skrajnie pozytywnych do katastroficznych
29. agresywność wobec innych, odreagowywanie stresu domowego
30. uciekanie w świat wewnętrzny, lęk i depresja
31. sięganie po alkohol, narkotyki dla lepszego znoszenia tego, co się dzieje w domu
32. terapia psychologiczna, leczenie psychiatryczne z powodu tego, co się dzieje w domu
33. szukanie pomocy w innych instytucjach (szkoła, kościół, kurator, policja, pomoc społeczna)
34. wspólne picie
35. czy przypomina Pan/i sobie inne sytuacje i doświadczane w dzieciństwie skutki wychowywania się w rodzinie z problemem alkoholowym? Jakie? (proszę wymienić)……..…...

5. Czy obecnie mieszka Pan lub jest utrzymywany przez tą samą rodzinę, w której był problem alkoholowy? TAK NIE (proszę zakreślić)

6. Czy uważa Pan/i, że sytuacja w rodzinie z problemem alkoholowym miała wpływ na Pana/i obecne funkcjonowanie i problemy? TAK NIE (proszę zakreślić)
Jeśli TAK, to czy odnajduje Pan/i w poniższych przykładach skutki wychowywania się w rodzinie z problemem alkoholowym (proszę zakreślić):

1. zagrożone poczucie codziennego bezpieczeństwa i niepewność
2. podejmowanie dodatkowych obowiązków i zobowiązań często ponad moje siły
3. obciążające mnie wysokie poczucie odpowiedzialności za rodzinę, przejmowanie się sytuacją rodzinną za wszystkich, samodzielne szukanie rozwiązania naszych problemów
4. wstyd przed innymi i ukrywanie informacji o naszej rodzinie
5. poczucie winy, że inni mają problemy przede wszystkim z mojego powodu
6. odpowiedzialności za inną dorosłą osobę i jej bezpieczeństwo – chronienie jej
7. kontrolowanie innych i próby wpływania na ich zmianę przez nich zachowań
8. lęk o innych członków rodziny i chronienie ich
9. lęk o własne zdrowie, chronienie się, duża koncentracja na własnym zdrowiu
10. choroby własne spowodowane stresem lub urazy doznane od innych
11. tkwienie w biedzie i niedostatku spowodowanym zachowaniem innej bliskiej osoby
12. dążenie do całkowitej wolności i swobody, ucieczka od jakiejkolwiek kontroli nade

mną
13. czerpanie zysków spowodowanych wynagradzaniem mi destrukcyjnego wobec mnie zachowania bliskiej osoby
14. zgadzanie się na wspólne działania, których nie chcę lub wiem, że mi szkodzą
15. brak czasu dla siebie spowodowany przejmowaniem obowiązków za bliską osobę
16. imprezy alkoholowe w domu
17. obciążenia mnie spowodowane chorobami lub urazami doznawanymi przez bliską osobę destrukcyjnie funkcjonującą
18. problemy z koncentracją, nauką, snem spowodowane sytuacjami domowymi związanymi z zachowaniami bliskiej osoby
19. konieczność zarobkowania dla utrzymania bliskiej osoby
20. konieczność wzywania pomocy – sąsiadów, policji, pogotowia do bliskiej osoby
21. poczucie bezradności wobec naszej sytuacji, rozpacz, katastroficzne wizje przyszłości
22. używanie siły fizycznej wobec bliskiej osoby
23. częsta niepewność, lęk i zakłopotanie doświadczane przy bliskiej osobie
24. częsta niepewność, lęk i zakłopotanie przeżywane wobec innych ludzi
25. niepewność i mała wiara w siebie w podejmowaniu decyzji i nowych przedsięwzięć
26. łatwa rezygnacja z realizacji podejmowanych postanowień
27. hurra optymizm i nierealistycznie wysoka ocena własnych możliwości
28. zmienność nastrojów od skrajnie pozytywnych do katastroficznych
29. agresywność wobec innych, odreagowywanie na nich stresów
30. uciekanie w świat wewnętrzny, lęk i depresja
31. sięganie po alkohol, narkotyki dla lepszego znoszenia tego, co się dzieje w bliskim związku lub w związku z problemami w innych sferach życia
32. terapia psychologiczna, leczenie psychiatryczne z powodu tego, co się dzieje w bliskim związku lub w innych sferach życia
33. korzystanie z pomocy innych instytucji (pomoc społeczna, kurator, kościół, szkoła)
34. trudności w wejściu w bliski związek lub w funkcjonowaniu w bliskim związku
35. czy dostrzega Pan/i obecnie inne skutki wychowywania się w rodzinie z problemem alkoholowym? Jakie? .....

7. Czy ze swoim terapeutą lub grupą terapeutyczną nazwaliście skutki dla Pana/i wychowywania się w rodzinie z problemem alkoholowym? TAK NIE
Jeśli TAK – proszę wymienić 2 najważniejsze:

1. .....

2. .....

Proszę teraz zaznaczyć, które z wymienionych problemów miały wpływ na podjęcie przez Pana/nią decyzji o terapii dla osób z syndromem DDA, wpisując obok zakreślonego problemu znak: (+) - miało duży wpływ.