

UCHWAŁA Nr XV/97/11
RADY MIEJSKIEJ w SĘPÓLNIE KRAJEŃSKIM

z dnia 24 listopada 2011 r.

**w sprawie przyjęcia Gminnego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie
oraz Ochrony Ofiar Przemocy w Rodzinie
na lata 2012-2016**

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2001r. Nr 142, poz. 1591 ze zm.), art. 110 ust. 10 ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (Dz. U. z 2009 r. Nr 175, poz. 1362 ze zm.) i art. 6 ust. 2 ustawy z dnia 29 lipca 2005r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Nr 180, poz. 1493 ze zm.) uchwala się, co następuje:

- §1. Przyjąć Gminny Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie oraz Ochrony Ofiar Przemocy w Rodzinie na lata 2012- 2016 w brzmieniu załącznika do niniejszej uchwały.
- §2. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Sępólna Krajeńskiego.
- §3. Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2012 roku.

Przewodniczący Rady


Stanisław Rohde

**UZASADNIENIE do UCHWAŁY Nr XV/97/11
RADY MIEJSKIEJ w SĘPÓLNIE KRAJEŃSKIM**

z dnia 24 listopada 2011 r.

**w sprawie przyjęcia Gminnego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie
oraz Ochrony Ofiar Przemocy w Rodzinie
na lata 2012-2016**

Art. 6 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie stanowi, że zadania z zakresu przeciwdziałania przemocy w rodzinie realizowane są przez organy administracji rządowej i jednostki samorządu terytorialnego.

W myśl zapisów w/w ustawy do zadań własnych Gminy należy:

- 1) tworzenie gminnego systemu przeciwdziałania przemocy w rodzinie;
- 2) prowadzenie poradnictwa i interwencji w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie;
- 3) opracowywanie i realizacja programów ochrony ofiar przemocy w rodzinie;
- 4) prowadzenie gminnych ośrodków wsparcia.

Realizacja powyższych zadań w Gminie Sępólno Krajeńskie prowadzona będzie w oparciu o Gminny Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie oraz Ochrony Ofiar Przemocy w Rodzinie na lata 2012-2016, którego głównym celem będzie zwiększenie skuteczności przeciwdziałania przemocy oraz zwiększenie skuteczności pomocy rodzinom, w których stosowana jest przemoc jak również ochrona ofiar przemocy.

Czas realizacji programu jest związany z funkcjonowaniem Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na lata 2006-2016.

Projekt uchwały uzyskał pozytywną opinię Komisji Budżetu i Handlu oraz Komisji Statutowej i Pomocy Społecznej Rady Miejskiej w Sępólnie Krajeńskim.

Przewodniczący Rady


Stanisław Rohde

Gminny Program
Przeciwdziałania Przemocy
w Rodzinie oraz Ochrony Ofiar
Przemocy w Rodzinie
na lata 2012-2016



**OŚRODEK
POMOCY
SPOŁECZNEJ**
w Sępólnie Krajeńskim

Spis treści

1. Rys historyczny	4
2. Charakterystyka sprawcy przemocy.....	5
2.1 Osoby o osobowości nieprawidłowej.....	5
2.2 Osoby uzależnione od alkoholu.....	6
2.3 Osoby z organicznym uszkodzeniem mózgu	7
2.4. Osoby z padaczką skroniową	7
2.5 Osoby chore psychicznie.....	8
3. Charakterystyka funkcjonowania ofiar przemocy	8
3.1.Syndrom wyuczonej bezradności	8
3.2 Syndrom sztokholmski.....	9
3.3 Zespół zaburzeń stresu pourazowego - PTSD	10
4. Diagnoza przemocy w rodzinie- dane krajowe.....	11
5. Skala zjawiska przemocy na podstawie danych KPP w Sępólnie Krajeńskim.....	12
6. Zjawisko przemocy w rodzinie -dane Ośrodka Pomocy Społecznej w Sępólnie Krajeńskim.....	13
7. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 13 września 2011 r. w sprawie procedury „Niebieskiej Karty” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta”.....	19
8. Cele programu oraz wskaźniki.....	22
9. Źródła finansowania	23
10. Realizacja programu.....	24

Niniejszy program jest skierowany nie tylko do osób, które swym zakresem obowiązków służbowych są zobligowane do niesienia pomocy ofiarom przemocy domowej oraz współpracowanie ze sprawcami przemocy, ale do ogółu lokalnego społeczeństwa. Celem programu jest nie tylko uwrażliwienie na ten ważki problem społeczny, ale również uświadomienie, iż niedopuszczalna jest sytuacja, w której sprawca przemocy zostaje w domu, a ofiara z dziećmi ucieka przed nim w obawie o własne zdrowie i życie do rodziny, sąsiadów, schroniska, hostelu.

Działania programu nie skupiają się tylko na pomocy ofierze, ale również na działaniach ze sprawcą przemocy, który do tej pory w programach profilaktycznych był pomijany.

Podstawy prawne:

- ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 roku (Dz. U. z 2009 roku, Nr 175, poz. 1362 ze zm.),
- ustawa z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U z 2007 roku, Nr 70, poz. 473 ze zm.),
- ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. z 2005 roku, Nr 180, poz. 1493 ze zm.),
- ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2005 roku, Nr 179, poz. 1485 ze zm.),
- ustawa z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym (tekst jednolity: Dz. U z 2001 roku, Nr 142, poz. 1591 ze zm.).

1. Rys historyczny

Nikt w rodzinie nie zasługuje na przemoc. Nie jest prawdą, że bite dziecko stanie się bardziej posłuszne, maltretowana żona nie będzie zdradzać, a poniewierany mąż bardziej będzie dbał o rodzinę. Wręcz przeciwnie, **przemoc jedynie upokarza, powoduje cierpienie i nieobliczalne szkody społeczne**. Rodzi nienawiść, chęć zemsty, kształtuje nieprawidłowe wzorce wychowawcze. W cywilizowanym świecie nic nie powinno przemawiać za jej stosowaniem. Nie zawsze tak było.

Pierwsze próby ochrony jednostki przed okrucieństwem najbliższych pojawiły się w Europie dopiero w XVIII wieku. Najwcześniej problemem zainteresowały się prawo i medycyna. Do tego czasu mąż i ojciec rodziny był panem życia i śmierci, jako głowa rodziny mógł decydować o losach żony i dzieci. Mógł karać członków rodziny popełniających czyny uznane obyczajowo za przestępstwa np. za cudzołóstwo, sprowadzenie hańby na rodzinę itp. Ojciec rodziny decydował także o tym, czy nieślubne dziecko zostanie uznane za członka rodziny, czy będzie wychowywane przez obcych, a nawet o tym czy będzie żyło.

Pierwszy przełom wprowadziła **WIELKA REWOLUCJA FRANCUSKA**, głosząc ideę równości ludzi. To ten ruch społeczny pierwszy zainteresował się ochroną praw człowieka, m. in. ograniczając władzę rodzicielską. Początkowo dotyczyło to głównie ochrony praw płodu, noworodków, niektórych praw dzieci. Pierwszy nowożytny polski kodeks karny z 1818 roku zawierał regulacje chroniące dzieci przed zabójstwem i okrucieństwem, które było zjawiskiem dość powszechnym.

W Anglii w IX wieku istniał system ubezpieczania dziecka na życie. Ubezpieczenie wynosiło 1 funt, w razie śmierci dziecka można było uzyskać odszkodowanie w wysokości od 3 do 5 funtów. W tym czasie zarejestrowano, że aż 80% dzieci pozbawionych opieki poniosło śmierć.

Pierwszym ruchem społecznym stworzonym dla ochrony praw jednostek w rodzinie był **STOWARZYSZENIE ZAPOBIEGANIU OKRUCIEŃSTWA WOBEC DZIECKA**, założone w Nowym Jorku w 1871 roku. Czynnikiem, który przyspieszył rozwój tego ruchu społecznego, był przypadek katowanej przez opiekunkę dziewczynki. Opiekunkę udało się dopiero wówczas skazać, gdy tragedię dziecka udało się wpisać w działalność Towarzystwa Ochrony Zwierząt przed Okrucieństwem. Właśnie to zdarzenie uświadomiło konieczność powołania organizacji krajowych i międzynarodowych chroniących dzieci przed złym traktowaniem.

Drugim czynnikiem, który zwrócił uwagę na stosowanie przemocy w stosunku do człowieka, a zwłaszcza dzieci, był rozwój medycyny pozwalającej na zdiagnozowanie obrażeń jako skutków stosowania przemocy.

Jednakże dopiero po II wojnie światowej zainteresowaniem społecznym, zwłaszcza publicystów i dziennikarzy, stał się problem krzywdzenia dzieci.

Dzisiaj nie budzi wątpliwości, że jak to określa ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie - *przemoc narusza podstawowe prawa człowieka w tym prawo do życia i*

zdrowia oraz poszanowania godności osobistej władze publiczne mają obowiązek zapewnić wszystkim obywatelom równe traktowanie i poszanowanie ich praw i wolności.

2. Charakterystyka sprawcy przemocy

Co wyzwała w nim taką falę agresji? Jak mogą wyrządzać tyle zła najbliższym osobom? Czy można to zrozumieć, wyjaśnić? Czy powinno im się pomagać? Czy też należy ich bezwzględnie karać? To pytania, które nurtują wiele osób pracujących z rodzinami doświadczającymi przemocy.

Nie posiadamy wystarczającej wiedzy, wiele jest też niejasności; podobnie, jak nie istnieje typowy portret ofiary przemocy, tak też trudno nakreślić portret sprawcy, zarówno jeśli chodzi o wiek, wykształcenie, status społeczny oraz cechy osobowości. W literaturze spotykamy wiele odmiennych podejść, koncepcji szukających wyjaśnienia zjawiska przemocy w rodzinie. Poniższy tekst jest próbą uporządkowania aktualnej wiedzy na temat sprawców przemocy domowej.

2.1 Osoby o osobowości nieprawidłowej

Często słyszymy, że sprawcy przemocy domowej to po prostu psychopaci, bo tylko psychopata może wyrządzić tyle zła swojej rodzinie.

Przez wiele lat w literaturze przedmiotu nie było pełnej zgodności, co do samej istoty psychopatii i jej definicji. Mianem tym obejmowano wiele różnych cech i tłumaczono dość dużą liczbę zachowań przestępczych. W praktyce spowodowało to, że zbyt pochopnie ją rozpoznawano. Ostatnio zdecydowanie dąży się do uściślenia kryteriów diagnostycznych oraz zmian terminologicznych. Dlatego też w miejsce nazwy psychopatia **wprowadzono termin osobowość nieprawidłowa.**

Obecnie przyjmuje się następujące kryteria diagnostyczne osobowości nieprawidłowej sformułowane przez wybitnego znawcę zagadnienia - Cleckleya (1985):

- trwała niezdolność do związków uczuciowych z innymi ludźmi,
- bezosobowy stosunek do życia seksualnego (przedmiotowe traktowanie partnera),
- brak poczucia winy, wstydu i odpowiedzialności,
- nieumiejętność odraczania satysfakcji (dążenie do natychmiastowego zaspokajania popędów i potrzeb),
- utrwalone i nieadekwatne zachowania antyspołeczne,
- autodestrukcyjny wzorzec życia (np. po okresie dobrego przystosowania, a nawet sukcesów, niszczenie dotychczasowych osiągnięć z przyczyn niezrozumiałych dla otoczenia), nieumiejętność planowania odległych celów (koncentracja na teraźniejszości),
- niezdolność przewidywania skutków swojego postępowania,
- niezdolność wyciągania wniosków z przeszłych doświadczeń (tj. nieefektywność uczenia się),
- nie dające się logicznie wyjaśnić przerywanie konstruktywnej działalności,
- swoisty brak wglądu,
- w miarę sprawna ogólna inteligencja, formalnie nie zaburzona,

- nierozróżnianie granicy między rzeczywistością a fikcją, prawdą a kłamstwem,
- brak lęku,
- nietypowa lub niezwykła reakcja na alkohol,
- częste szantażowanie samobójstwem,
- tendencje do samouszkodzeń.

Skutkami powyższych cech jest niedostateczna adaptacja, zachowania antyspołeczne, brak wykształcenia pomimo "dobrej inteligencji", brak zawodu, brak stałych związków rodzinnych, uleganie nałogom (alkohol, rzadko inne uzależnienia), częste konflikty z porządkiem prawnym, które raczej są drobne i przypadkowe (rzadziej są to przestępstwa złożone, planowane). Do dziś nie jest znana geneza osobowości nieprawidłowej. Uwarunkowań jej poszukiwano, uwzględniając zarówno czynniki biologiczne, jak i społeczno-kulturowe (proces wychowania i socjalizacji).

Nie opracowano dotychczas skutecznych metod leczenia osobowości nieprawidłowej. Istnieją opinie, że zachowania psychopatyczne nie podlegają modyfikacji pod wpływem jakiegokolwiek terapii. Nieefektywne okazały się próby leczenia psychofarmakologicznego (poza chwilowym tłumieniem zachowań agresywnych) ani też terapia litem. Za nieskuteczne uznano elektrowstrząsy i zabiegi psychochirurgiczne. Równie nisko ocenia się wyniki różnego rodzaju psychoterapii.

2.2 Osoby uzależnione od alkoholu

Według niektórych statystyk 95% przypadków bicia partnerki ma związek z alkoholem. Niektóre badania wskazują, że 40% partnerów znęcających się nad rodziną to osoby uzależnione od alkoholu. Prawdopodobieństwo wystąpienia aktów przemocy w rodzinach alkoholowych jest ponad dwukrotnie większe niż w pozostałych. Istnieją badania, które stwierdzają, iż w przypadku kobiet maltretowanych przez nadużywających alkohol mężów, wyraźna jest tendencja do powtarzania się w ich małżeństwie sytuacji rodzinnej z dzieciństwa. Córki brutalnych, nadużywających alkoholu ojców, decydowały się na małżeństwo z mężczyznami prezentującymi te same cechy czy skłonności.

Badania potwierdzają, że alkohol wzmacnia chemiczne uszkodzenia mózgu i działa silniej na osoby z nieprawidłową osobowością.

Pernanen (1981) w swoich badaniach nad wpływem alkoholu na przestępczość wskazuje, że istnieją trzy następujące mechanizmy:

- alkohol redukuje zahamowania i wyzwala zachowania przestępcze, dewiacyjne;
- alkohol zmienia aktywność neuroprzekazników, co wiąże się z rozwojem zachowań agresywnych;
- przewlekły alkoholizm prowadzi do dysfunkcji kory mózgowej, szczególnie płata skroniowego, co również sprzyja patologii zachowania.

Autor ten zwraca również uwagę na mechanizm psychosomatyczny, w którym alkohol sprzyja powstaniu hypoglikemii i zaburzeń fazy REM snu, co z kolei wzmacnia rozwój drażliwości i agresywności.

Można spotkać się z twierdzeniem, że alkoholizm prowadzi do nieodwracalnych zmian charakterologicznych. Obecny poziom terapii uzależnień zmusza do bardziej ostrożnego

wygłaszania takich sądów. Zdarzają się, oczywiście, przypadki alkoholizmu z organicznymi uszkodzeniami mózgu, któremu towarzyszą patologiczne zachowania. Zachowania te nie ulegają zmianie nawet po zaprzestaniu picia i gruntownej terapii. Są to jednak przypadki dosyć rzadko spotykane.

2.3 Osoby z organicznym uszkodzeniem mózgu

Przebyte uszkodzenia albo schorzenia, mózgu może powodować lub powiększać trudności adaptacyjne człowieka, zwłaszcza przy działaniu innych niekorzystnych czynników środowiskowych i może prowadzić do antyspołecznych czy też przestępczych zachowań. Wyniki badań na temat wpływu organicznych uszkodzeń na kształtowanie się zaburzeń w zachowaniu i nieprzystosowania społecznego są niejednolite, choć w wielu z nich taki związek się stwierdza. W jednym z badań u prawie 90% mężczyzn bijących żony stwierdzono poważne urazy głowy, prowadzące do okresowej utraty świadomości. Seria innych badań wykazała, że 60% mężczyzn bijących swoje żony doznało wcześniej urazu głowy. Sam uraz nie musi być powodem agresji, ale może upośledzać zdolność jej kontrolowania.

Osoby ze schorzeniami ośrodkowego układu nerwowego powinny znajdować się pod stałą opieką neurologiczną i psychiatryczną.

2.4. Osoby z padaczką skroniową

Badania, jakim zostali poddani mężczyźni bijący swoje żony, wykazują, że u 30% badanych występowała padaczka skroniowa. Według innych badań, u pacjentów cierpiących na padaczkę skroniową u 50% stwierdzono incydenty przemocy.

Sporadyczna przemoc mająca związek z padaczką przejawia się w rozmaitych formach: od napadów rozdrażnienia po wybuchy wściekłości skierowanej przeciwko ludziom, zwierzętom czy przedmiotom. Napadu padaczkowego się przy tym nie odnotowuje. Czasem bywa to bezładna przemoc, po której następuje amnezja. Innym razem gniew narasta, a w punkcie kulminacyjnym występują drgawki. Dużym i małym napadom padaczkowym towarzyszą zwykle zmiany świadomości (stan dezorientacji, poczucie nierealności), a niekiedy i zaburzone zachowanie. Mogą pojawić się omamy wzrokowe i słuchowe. Zaburzeniom tym towarzyszy często lęk, niepokój, depresja, nienawiść. Częściej na opisywany zespół zaburzeń cierpią mężczyźni. Napady występują nagle, bez widocznego powodu. Zaczyna się od przemocy werbalnej, nagłego potoku przekleństw i bluźnierstw. Nierzadko towarzyszy temu warczenie, szczyrzenie zębów, groźne pomruki. Fizyczna przemoc, jeśli do niej dochodzi, przybiera często formę kopania, drapania, plucia i gryzienia.

W odróżnieniu od osób z osobowością nieprawidłową, **osoby cierpiące na tę formę zaburzeń odczuwają po ataku wyrzuty sumienia.**

Ważne jest właściwe zdiagnozowanie padaczki skroniowej, gdyż ataki padaczkowe powodujące wybuchy przemocy można z dobrym skutkiem leczyć.

2.5 Osoby chore psychicznie

Przemoc w rodzinie może mieć związek z chorobą psychiczną sprawcy. Gniew i związana z nim agresja mogą pojawić się w ostrych psychozach. Jest to grupa chorób o dosyć ostrym (kilka godzin, dni, tygodni) początku, charakteryzująca się poważnym zaburzeniem związków człowieka z rzeczywistością. Mieszczą się tu takie choroby jak: schizofrenia (ostry początek lub nawrót), choroby afektywne, zespoły związane z nadużywaniem narkotyków, psychozy związane z odstawieniem alkoholu. Pacjent w ostrej psychozie może być niebezpieczny zarówno dla siebie, jak i otoczenia. W takich sytuacjach niezbędna jest pomoc psychiatryczna.

Istnieją eksperci, którzy zdecydowanie odrzucają powyższą próbę porządkowania wiedzy na temat sprawców. Twierdzą, iż korzenie przemocy w małżeństwie leżą w kulturowo i społecznie ugruntowanym przekonaniu o dominacji mężczyzn nad kobietami. Sprawcy, zgodnie z tą koncepcją, wybierają świadomie przemoc. Są przekonani, że do sprawowania władzy nad kobietami wolno mężczyznom używać wszelkich form przemocy. Czują się bezkarni, gdyż z własnego doświadczenia wnioskuje, iż za przemoc wobec rodziny grożą im niewielkie konsekwencje prawne czy też społeczne.

Oczywiście, wszelkie próby zrozumienia, wytłumaczenia czynów sprawców niosą za sobą ryzyko zbytich uproszczeń, usprawiedliwień, szybkich diagnoz i cudownych rozwiązań. Niemniej jednak wydaje się, że diagnoza sytuacji jest nieodzowna do właściwie skonstruowanego planu pomocy rodzinie uwikłanej w przemoc.

3. Charakterystyka funkcjonowania ofiar przemocy

Zachowanie ofiary przemocy w rodzinie często jest dla „pomagaczy” niezrozumiałe, irytujące wręcz zniechęcające do pomocy. Odpowiedzi na to należy szukać w zaburzeniach natury psychologicznej.

3.1. Syndrom wyuczony bezradności jest poddaniem się, zaprzestaniem działania, które wynika z przekonania, że cokolwiek się zrobi, nie będzie miało żadnego znaczenia.

Leonora Walker, badając przez wiele lat zachowanie kobiet - ofiar przemocy w rodzinie, wykazała, że nie zawsze godziły się na złe traktowanie ze strony partnera. Na początku, gdy pojawiły się akty przemocy, podejmowały różne działania mające wpłynąć na zmianę sytuacji ("od prośby do groźby"). Dopiero, gdy nabierały przekonania o nieskuteczności swoich zabiegów, rodziło się w nich poczucie bezradności. Ofiara uczy się bezradności, gdy spostrzega, że nie ma związku między jej zachowaniem a atakami agresji ze strony partnera. Cokolwiek by zrobiła, nie da jej to gwarancji bezpieczeństwa, nigdy nie wiadomo, co może się wydarzyć. Ofiary często mówią: nic nie było w stanie go zadowolić, zawsze znalazł się dowód na moją nieporadność, czy głupotę. Uczą się, że wszystkie podejmowane przez nie działania są nieefektywne, nie mają żadnego sensu.

Wyuczona bezradność to jeden z podstawowych objawów występujących u osób doświadczających przemocy.

Skutki wyuczonej bezradności:

- * Deficyty poznawcze - polegają na uogólnionym przekonaniu, iż nie ma takich sytuacji, w których możliwy jest wpływ na bieg wydarzeń.
- * Deficyty motywacyjne - osoba zachowuje się biernie, jest zrezygowana, nie podejmuje żadnych działań, aby zmienić swoją sytuację.
- * Deficyty emocjonalne - przeżywanie stanów apatii, lęku, depresji, uczucia zmęczenia, niekompetencji i wrogości.

3.2 Syndrom sztokholmski

Osoby cierpiące na **syndrom sztokholmski** zaczynają identyfikować się ze swoimi prześladowcami, a nawet opiekować się nimi w akcie desperackiej, nieświadomej samoobrony. Zespół ten występuje w najcięższych psychologicznie sytuacjach, np. podczas porwania czy bycia zakładnikiem, a jego skutki potrafią trwać długo po zakończeniu kryzysu. W najbardziej klasycznych przypadkach, ofiary nadal bronią swoich oprawców i starają się tłumaczyć ich zachowanie nawet po uwolnieniu. Objawy syndromu sztokholmskiego zidentyfikowano także w relacji pan – niewolnik, a także wśród członków destruktywnych sekt.

Skąd się wzięła nazwa tego typu więzi? W 1973 roku dwóch mężczyzn weszło do banku w stolicy Szwecji z zamiarem obrabowania go. Kiedy policja próbowała zająć budynek, złodzieje zastrzelili kilku funkcjonariuszy i wzięli zakładników. Przez sześć dni trzymali cztery osoby na muszce pistoletu. Kiedy policja próbowała odbić uwięzionych ludzi, ci nie chcieli współpracować, broniąc swoich dręczycieli i winiąc za wszystko policjantów, po zakończeniu całej sytuacji, jeden z uwolnionych zakładników założył fundację, mającą na celu zbieranie pieniędzy na prawników dla dwóch złodziei, którzy grozili mu śmiercią. W ten sposób narodził się „syndrom sztokholmski”, a psychologowie na całym świecie zyskali nazwę dla tego niezwyklego zjawiska, by fenomen ten mógł wystąpić, musi być spełnione kilka warunków:

- * powstaje silna relacja, oparta na absolutnej dominacji prześladowcy, który decyduje, co więzień może robić, a czego nie,
- * więzień jest narażony na utratę życia lub poważne obrażenia z ręki swojego strażnika,
- * więzień przejawia silny instynkt samozachowawczy.

Najbardziej ogólny, klasyczny schemat rozwoju syndromu sztokholmskiego wygląda następująco:

1. W wyniku traumatycznej i nieprzeciętnie stresującej sytuacji dana osoba zostaje schwyta i uwięziona przez prześladowcę, który grozi jej śmiercią, jeśli w jakikolwiek sposób nie będzie mu posłuszna. Więzień może być w różny sposób krzywdzony, fizycznie i psychicznie. Sprawia to, że nie jest w stanie myśleć rozsądnie. Według słów porywacza, ucieczka w ogóle nie wchodzi w grę. Ofierze grozi śmierć. Jediną szansą przetrwania jest całkowite posłuszeństwo.

2. Wraz upływem czasu, samo posłuszeństwo przestaje wystarczać. Dręczyciel także jest pod wpływem stresu, jego nastrój może zmieniać się gwałtownie, zaś każda z tych

zmian może oznaczać ból dla ofiary. Zidentyfikowanie czynników powodujących wybuchy agresji prześladowcy i zapobieganie im staje się kolejną strategią przetrwania. W ten sposób ofiara coraz lepiej poznaje swojego prześladowcę.

3. Najmniejszy przejaw pozytywnych uczuć ze strony prześladowcy, co może sprowadzać się jedynie do nie zabicia ofiary już teraz, przemienia dręczyciela w oczach więźnia w jego wybawcę. W traumatycznych, zagrażających życiu okolicznościach, jakkolwiek przejaw dobroduszości – lub choćby chwilowy brak przemocy – staje się dla więźnia znakiem przyjaźni w poza tym przerażającym świecie. Ofiara chwyta się tej nadziei jak tonący brzytwy.

4. Prześladowca stopniowo staje się mniej przerażający. W umyśle więźnia powoli przekształca się coraz bardziej w instrument przetrwania i obrony, a nie krzywdy. Ofiara zaczyna się w pewien sposób samooszukiwać i wykształca złudzenie pomagające przetrwać ekstremalnie traumatyzującą sytuację. Naprawdę zaczyna wierzyć, że prześladowca jest jej przyjacielem, że tak naprawdę jej nie zabije, że powinni sobie nawzajem pomóc w „uprzątnięciu tego całego bałaganu”. Ludzie z zewnątrz, którzy starają się więźnia uwolnić, nie są już w jego oczach wyzwolicielami, lecz osobami, które chcą skrzywdzić jego jedyne obrońcę. Fakt, że ten „obrońca” jest jednocześnie źródłem potencjalnej krzywdy zanika w procesie powstawania złudzenia.

Syndrom sztokholmski jest przykładem niezwyklej strategii, jakie nasz umysł stosuje, aby zachować nas przy życiu. Stresująca sytuacja wyzwała reakcje, jakie nigdy nie wystąpiłyby w normalnych okolicznościach.

Analogiczne zachowania obserwuje się u ofiar przemocy domowej, które przebywają w sytuacji podobnego zagrożenia często przez kilka, a nawet kilkanaście lat i to nie ze strony obcego człowieka, ale osoby, która powinna wspierać, kochać i szanować. Dodatkowo ofiarę zniewalają więzy zależności-uczucia, mieszkanie, dorobek życia, wiara w lepsze jutro itp.

3.3 Zespół zaburzeń stresu pourazowego - PTSD

Od kilkunastu lat przy pomaganiu ofiarom przemocy domowej rozpoznaje się u nich specyficzną kategorię zaburzeń emocjonalnych. Nazywa się ją zespołem zaburzeń stresu pourazowego i oznacza międzynarodowym skrótem PTSD (post traumatic stress disorder). Zaburzenie to zostało pierwotnie rozpoznane u żołnierzy doznających urazów emocjonalnych w czasie wojny oraz u ofiar katastrof i zakładników porywanych przez terrorystów. Do podstawowych objawów tego zaburzenia zalicza się bolesne powracanie śladów doświadczeń urazowych, przeżywanie specyficznego paraliżu emocjonalnego, unikanie tego, co przypomina uraz, a także stany hiperpobudzenia. Mimo upływu czasu pojawiają się koszmary senne i bezsenność, wstrząsające wspomnienia i wizje na jawie, niezrozumiałe i bolesne stany emocjonalne i somatyczne. Ofiara czuje jakby jej uczucia znajdowały się w stanie zamrożenia lub związania. Towarzyszy temu gotowość do nagłego pojawiania się reakcji ucieczki lub walki, bez sytuacyjnego uzasadnienia. Obawia się, że zwariowała, nie rozumie tego, co z nią się dzieje. Gdy zaburzenia takie pojawiają się u osób, które przeżyły jednorazowe doświadczenie raniące, odpowiednia pomoc