



# **Praca z rodziną uwikłaną w przemoc w kontekście chorób psychicznych członków rodziny.**

**Materiały szkoleniowe**

## I. Przemoc w rodzinie – definicja.

Przemoc domową należy zakwalifikować do kategorii zachowań negatywnych o dużej szkodliwości społecznej. Może być ona zarówno przyczyną, jak i skutkiem dysfunkcji w rodzinie.

Według definicji przyjętej w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (j.t. Dz. U. z 2015r. poz. 1390) **przemoc w rodzinie** należy rozumieć, jako jednorazowe albo powtarzające się umyślne działanie lub zaniechanie naruszające prawa lub dobra osobiste członków rodziny<sup>1</sup>, w szczególności narażające te osoby 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.<sup>2</sup>

Z psychologicznego punktu widzenia **przemoc w rodzinie** to działanie:

- ❖ Intencjonalne i skierowane przeciwko innym członkom rodziny,
- ❖ Naruszające prawa i dobra osobiste ofiar,
- ❖ Wykorzystujące wyraźną asymetrię sił,
- ❖ Powodujące ból i cierpienie.

## II. Fazy cyklu przemocy.

W pierwszych latach rozwijania się zjawiska przemocy w rodzinie występuje specyficzny cykl, składający się z trzech powtarzających się faz.

- **I faza** – narastania napięcia oraz agresji sprawcy. Każdy drobiazg wywołuje irytację osoby stosującej przemoc, najmniejsza rzecz jest powodem do awantury, sprawca staje się coraz bardziej niebezpieczny, prowokuje kłótnie. Osoba doświadczająca tego stanu stara się opanować sytuację i oddalić zagrożenie. Czasem, nie mogąc wytrzymać napięcia, sama prowokuje spięcie, by wreszcie mieć to za sobą. Następuje wówczas druga faza – gwałtownej przemocy.
- **II faza** – gwałtownej przemocy. Z mało istotnych powodów dochodzi do ataku agresji i rozładowania złości. Osoba doświadczająca przemocy doznaje zranień fizycznych i psychicznych, znajduje się w stanie szoku. Stara się uspokoić sprawcę i ochronić siebie. Odczuwa przerażenie, złość, bezradność, wstyd, traci ochotę do życia.
- **III faza** – tzw. „miodowego miesiąca”. Tutaj wszystko się zmienia. Gdy partner wyładował już swoją złość i zaczyna sobie zdawać sprawę ze swoich czynów, zmienia zachowanie. Tłumaczy się i usprawiedliwia, ma poczucie winy, okazuje skruchę, przeprasza, obiecuje poprawę, zaczyna okazywać ciepło i miłość,

<sup>1</sup> Osoba najbliższa w rozumieniu art. 115 § 11 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.)

<sup>2</sup> Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (j.t. Dz. U. z 2015 r. poz. 1390)

przynosi prezenty. Ofiara zaczyna wierzyć w zmianę oraz w to, że przemoc była jedynie incydentem. W tej fazie osoby doświadczające przemocy najczęściej decydują się na wycofanie skargi na sprawcę. Jednak wkrótce znów zaczyna się faza narastania napięcia i wszystko się powtarza. Z biegiem czasu skraca się długość „miodowego miesiąca”, wydłuża się czas trwania faz poprzednich, a ich dotkliwość jest coraz silniejsza.

U ofiar przemocy domowej, doświadczających zespołu zaburzeń stresu pourazowego i poddawanych intensywnej przemocy psychicznej, często rozwija się tzw. proces wiktylizacji, który zmienia poczucie tożsamości maltretowanej osoby. Traci ona podstawowe poczucie bezpieczeństwa i uporządkowania życia, zaufanie do siebie i zaczyna źle o sobie myśleć, pragnie wycofać się z normalnego życia, izoluje się od innych.

U części osób doświadczających przemocy pojawiają się tzw. wtórne zranienia, spowodowane niewłaściwymi reakcjami otoczenia, w tym instytucji powołanych do niesienia pomocy (ignorancja, pomniejszanie problemu, bezradność i in.). Pod wpływem takich reakcji otoczenia, powtarzania się aktów przemocy oraz na skutek małej umiejętności radzenia sobie z urazami, osoba krzywdzona zaczyna przystosowywać się do roli ofiary i przestaje się bronić. Często też obwinia się i przestaje oczekiwać poprawy sytuacji. Traci nadzieję i poczucie godności. Czasem w ostatecznym odruchu desperacji podejmuje zamach na swoje życie lub na życie sprawcy przemocy.

Jeżeli ofiara utrwalonej przemocy w rodzinie nie otrzyma pomocy z zewnątrz, jej szanse na wyrwanie się z pułapki i na uratowanie są niewielkie. Dlatego sprawą niezwyklej wagi jest prawidłowe działanie różnych instytucji i organizacji zajmujących się udzielaniem pomocy, aby uniknąć wtórnych zranień osoby doświadczającej przemocy.<sup>3</sup>

### **III. Interwencja kryzysowa ukierunkowana na pomoc osobom pokrzywdzonym w związku z przemocą w rodzinie – zarys tematu.**

Interwencja kryzysowa stanowi zespół interdyscyplinarnych działań, podejmowanych na rzecz osób i rodzin, będących w stanie kryzysu. Celem interwencji kryzysowej jest przywrócenie równowagi psychicznej i umiejętności samodzielnego radzenia sobie, a dzięki temu zapobieganie przejściu reakcji kryzysowej w stan chronicznej niewydolności psychospołecznej. W ramach interwencji kryzysowej udziela się natychmiastowej specjalistycznej pomocy psychologicznej, a w zależności od potrzeb – poradnictwa socjalnego lub prawnego, w sytuacjach uzasadnionych – schronienia do 3 miesięcy. Interwencją kryzysową obejmuje się osoby i rodziny bez względu na posiadany dochód.<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup> Opracowano na podstawie: J. Mellibruda „Charakterystyka zjawiska przemocy w rodzinie”, w: „Przewodnik do realizacji ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie”.

<sup>4</sup> Art. 47 Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 930 z późn. zm.)

Interwencja kryzysowa wobec problemu przemocy w rodzinie powinna charakteryzować się następującymi cechami:

- ❖ Charakter natychmiastowy pomocy – wynikający z konieczności reagowania na zagrożenie życia, zdrowia, narażenie własnych interesów. Cecha ta – działanie tak szybkie, jak to jest możliwe – uznawana jest za podstawową i niepodważalną.
- ❖ Dyspozycyjność – interwencja natychmiastowa to często interwencja w miejscu krytycznych zdarzeń, w otoczeniu osoby w kryzysie, interwencja poza gabinetem. Obecność interwenta na miejscu zdarzenia to okoliczność gwarantująca nawiązanie współpracy interdyscyplinarnej, poznanie uwarunkowań kryzysu, przebiegu dotychczasowych działań, zasobów otoczenia, co nie tylko zwiększa efektywność interwencji, ale też działa prewencyjnie.
- ❖ Duża intensywność kontaktów w krótkim czasie – wymóg ten wynika przede wszystkim z dynamiki kryzysu – konieczności zaopiekowania się klientem w fazie chaosu, gwałtownej utraty równowagi psychicznej, okresie związanym z ryzykiem dekompensacji, zachowań destrukcyjnych, służy efektywności działań, ich ekonomice – wydajności. Ograniczenie czasu udzielanej pomocy do kilku – kilkunastu sesji, wynika z założeń interwencji jako pomocy doraźnej, ograniczonej w czasie wyłącznie do sytuacji związanej z zagrożeniem. Jedną z form intensyfikacji pomocy jest w interwencji kryzysowej pomoc stacjonarna – oferta tymczasowego schronienia.
- ❖ Relacja wsparcia społecznego – tzw. „podwiązanie” klienta w interwencji kryzysowej – oznacza tworzenie okazji do aktywizacji najbliższego otoczenia klienta, włączenie osób bliskich (krotnych, przyjaciół, współpracowników) do opieki, sieci wsparcia, wspólnego rozwiązywania problemów sytuacji kryzysowej. Paradygmat wsparcia społecznego wynika z dynamiki kryzysu i mechanizmów przemocy domowej, które prowadzą często do wyobcowania poszkodowanych ze środowiska lub z zastosowanych wcześniej błędnych strategii ochrony (urlop w pracy, odesłanie osoby w kryzysie do domu w fazie ostrego kryzysu, ucieczka z domu, długoletnia izolacja). Z powyższej zasady wynikają konsekwencje praktyczne – wskazanie do angażowania przygotowanych merytorycznie wolontariuszy oraz paraprofesjonalistów do działań na rzecz klientów interwencyjnych.
- ❖ Buforowanie – zasada związana z dyspozycyjnością i relacją wsparcia, stanowi formę ochrony przed stresorami zwiększającymi ryzyko zaostrzenia lub przedłużenia reakcji urazowej. Polega na czasowym odcinaniu i izolowaniu osób od bodźców sensorycznych lub okoliczności wiążących się z punktu widzenia klienta z kryzysem, a także na przejmowaniu przez interwenta części kontaktów z osobami, które mogą (często nieświadomie) ranić, pogłębiając reakcję kryzysową poszkodowanego. Buforowanie polega także na powstrzymaniu klienta przed podejmowaniem zbyt pochopnych działań, przedwczesnych

decyzji, które mogą być ryzykowne, a nawet szkodliwe, biorąc pod uwagę kondycję i możliwości osoby w kryzysie.

- ❖ Stawianie szybkiej, selekcyjnej diagnozy kryzysu – ocena zagrożeń poprzedzająca dalsze działania interwencyjne, dokonywana jest przez interwenta w jednym z pierwszych etapów postępowania. W sytuacji kryzysu wywołanego przemocą w rodzinie ważne jest ustalenie: gdzie jest sprawca, czy obecnie zagraża osobie doznającej przemocy, czy poszkodowana osoba może wrócić do domu. Waga interpretacji relacji, wyglądu, zachowania osoby, stanu mobilności dokonana przez interwenta jest ogromna, bowiem ten właśnie moment decyduje o podjęciu dalszych działań oraz wiąże się z możliwością odpowiednio wczesnego odkrycia ekstremalnych zagrożeń dla życia lub zdrowia klienta, jest też materiałem do budowania pierwszych planów działania. Szybka diagnoza związana jest z zadaniem formułowania problemu, często dokonywanym w sposób odmienny, niż to robi klient. Pełna odpowiedzialność za tę fazę interwencji spoczywa więc na interwencie.
- ❖ Koncentracja na problemie centralnym – jest to zasada zalecająca skupienie się na problemach decydujących o „tu i teraz” klienta. Wychodząc z założenia, że interwencja kryzysowa pełni w opiece psychologicznej i pracy socjalnej rolę „pogotowia ratunkowego”, słuszne jest skoncentrowanie się na problemach ryzykownie zaostrzających stan poszkodowanych, a w pozostałych czynnościach, związanych z rozwiązywaniem problemów – kierowanie do wyspecjalizowanych służb, instytucji lub ośrodków zajmujących się terapią kryzysu.
- ❖ Ochrona i wzmacnianie „ja” klienta – wzmacnianie jego poczucia wartości, wiary w siebie, odwołanie się do zasobów, znanych i z powodzeniem stosowanych strategii rozwiązywania kryzysu, stanowi o fundamencie interwencji kryzysowej.
- ❖ Zastosowanie krótkoterminowych technik interwencyjnych – wykorzystanie metod służących opanowaniu skutków urazu powodującego kryzys, w zależności od stanu mobilności, z uwzględnieniem pozostałych specyficznych cech interwencji.<sup>5</sup>

#### **Przykładowy model interwencji kryzysowej wg R. K. James`a i B. E. Gilliland`a.**

Model ten stanowi względnie prosty i wydajny model interwencji (doświadczenie wskazuje na przydatność w pracy z ostrymi kryzysami dobrego zestawu linii przewodnich, cechujących się względnym nieskomplikowaniem i praktycznością).

---

<sup>5</sup> Opracowano na podstawie materiałów PARPA(Procedury postępowania interwencyjnego w sytuacjach kryzysowych, związanych z przemocą w rodzinie, materiały instruktażowe, zalecenia – dla osób realizujących te zadania” – Podkarpacki Urząd Wojewódzki w Rzeszowie, Wydział Polityki Społecznej, Rzeszów 2011r.)

Metoda ta jest zorientowana na działanie, oparta na sytuacji, umożliwiającą wykorzystanie umiejętności pracownika w sposób płynny i elastyczny.

Cała procedura interwencji dokonuje się „pod parasolem” ciągłej oceny dokonywanej przez interwenta.

#### Pierwsze trzy kroki:

1. zdefiniowanie problemu,
2. zapewnienie bezpieczeństwa klientowi,
3. wspieranie,  
to aktywności o przewadze słuchania nad działaniem.

#### Końcowe trzy kroki:

4. rozważenie możliwości,
5. układanie planów,
6. uzyskanie zobowiązania klienta,  
są aktywnościami o przewadze działania po stronie pracownika.

Sześćoetapowy model interwencji stanowi oś, wokół której buduje się konkretne działania w zależności od rodzaju kryzysu. Poszczególne kroki modelu są zaprojektowane tak, by stanowił on zintegrowany proces rozwiązywania problemu. Nie są one kolejne, ale przenikają się.

#### Ad 1) Krok pierwszy – zdefiniowanie problemu.

Pierwszym krokiem jest określenie i zrozumienie problemu z punktu widzenia klienta. Dopóki interwent nie zobaczy sytuacji tak, jak widzi ją klient, wszelkie strategie i procedury, jakich mógłby użyć, mogą być nieistotne i bez wartości dla klienta.

W trakcie procesu interwencji kryzysowej pomagający ukierunkowują swoje słuchanie i działania zgodnie z dyktatem definicji problemu (co jest problemem, uwikłania).

Jako pomocne w określeniu problemu zaleca się, aby sesja interwencyjna rozpoczynała się od praktykowania przez interwenta podstawowych umiejętności słuchania, wyrażających empatię, autentyczność, akceptację, pozytywny stosunek.

#### Ad 2) Krok drugi – zapewnienie bezpieczeństwa klientowi.

Prowadzący interwencję przez cały czas stosowania procedur musi dbać przede wszystkim o bezpieczeństwo klienta. Bezpieczeństwo definiuje się jako minimalizację zagrożenia fizycznego i psychicznego klienta dla siebie i innych ludzi.

Jakkolwiek bezpieczeństwo stanowi formalnie drugi krok w procedurze, to jednak „stosujemy” go bardzo płynnie, albowiem bezpieczeństwo klienta jest pierwszą troską w czasie interwencji kryzysowej. Dbanie o bezpieczeństwo klienta powinno być naturalną częścią myślenia i zachowania interwenta.

#### Ad 3) Krok trzeci – wspieranie.

Krok ten kładzie nacisk na komunikowanie klientowi, że pracownik/interwent jest osobą, która się troszczy o niego.

Osobą dostarczającą wsparcia jest interwent. Oznacza to, że musi być zdolny do zaakceptowania w bezwarunkowy, pozytywny sposób wszelkich swoich klientów, niezależnie od tego, czy oni mu się odwzajemnią, czy nie.

Interwent, który rzeczywiście może dostarczyć wsparcia klientom w kryzysie, to ktoś, kto jest zdolny do zaakceptowania i zobaczenia wartości osoby, której nikt inny nie akceptuje i nie ceni.

#### Ad 4) Krok czwarty – rozważenie możliwości.

Krok ten dotyczy sprawy często zaniedbywanej zarówno przez klientów, jak i pomagających – eksploracji szerokiego spektrum wyborów możliwych dla klienta.

Często immobilni klienci nie sprawdzają odpowiednio swych najlepszych opcji. Niektórzy, będąc w kryzysie, uważają, że nie istnieje dla nich żadna opcja.

W tym kroku efektywny interwent pomaga klientowi rozpoznać, że istnieje dla niego wiele wyborów, że niektóre z nich są lepsze od innych.

Istnieją różne sposoby myślenia o alternatywach:

- różne rodzaje wsparcia sytuacyjnego – mogące stanowić znakomite źródło pomocy – ludzie znani klientowi w przeszłości lub obecnie, tacy, których może obchodzić to, co się z nimi dzieje,
- mechanizmy radzenia sobie – to te działania, zachowania lub zasoby środowiskowe, które klient może wykorzystać do pomocy w przejściu przez aktualny kryzys,
- pozytywne, konstruktywne wzorce myślenia klienta – sposoby myślenia, mogące istotnie zmieniać widzenie problemu przez niego i obniżyć poziom lęku.

Interwent, będący w stanie obiektywnie analizować i sprawdzać różne alternatywy z tych trzech perspektyw, może być bardzo pomocny ludziom, czującym się źle i myślącym, że nie mają żadnego wyboru.

Efektywny interwent może myśleć o nieskończonej ilości alternatyw mogących znaleźć zastosowanie do kryzysu klienta, lecz dyskutować tylko niektóre z nich. Klienci w kryzysie nie potrzebują bardzo wielu możliwych wyborów – potrzebują właściwych wyborów, realistycznych w ich sytuacji.

#### Ad 5) Krok piąty – układanie planów.

Jest logiczną konsekwencją poprzedniego kroku.

Planowanie działania – poszczególnych jego etapów, powinno stwarzać możliwość odbudowania emocjonalnej równowagi klienta.

Plan powinien:

- identyfikować dodatkowe osoby, grupy czy inne możliwości uzyskania bezpośredniego wsparcia,

- dostarczyć mechanizmów radzenia sobie – czegoś konkretnego i pozytywnego dla klienta, by mógł to zrobić teraz (optymalna różnica), określonych kroków w działaniu, które klient może rozpoznać, jako własne.

Plan powinien również:

- koncentrować się na systematycznym rozwiązywaniu problemu klienta przez niego samego,
- być realistycznie sformułowany w terminach oraz zdolności radzenia sobie przez klienta,
- może również zawierać elementy współpracy pomiędzy klientem a interwentem (co klient – co interwent).

Powodem realizacji planu przez klienta ma być odzyskanie przez niego poczucia kontroli i zabezpieczenie się od wejścia w zależność od osób wspierających (interwenta kryzysowego).

#### Ad 6) Krok szósty – uzyskanie zobowiązania klienta.

Stanowi logiczną kontynuację kroku piątego. Sprawa kontroli klienta i jego autonomii stosuje się też do procesu pozyskiwania odpowiedniego zobowiązania. Jeżeli etap piąty jest zrealizowany prawidłowo, uzyskanie zobowiązania powinno być łatwe.

W trakcie realizacji tego kroku interwent powinien wyraźnie demonstrować odpowiedzialność za realizację swojej części planu, jeśli przyjęto wariant zakładający współpracę.

Troską interwenta powinno być uzyskanie uczciwego, bezpośredniego, właściwego zobowiązania, zanim zakończy sesję interwencji kryzysowej.<sup>6</sup>

#### **Zasady postępowania wobec osoby doświadczającej przemocy.**

##### **Podczas rozmowy z osobą doświadczającą przemocy należy:**

- a) Okazać jej szacunek i zrozumienie – decyzja o wezwaniu pomocy jest próbą przeciwstawienia się sprawcy, podejmowaną często w sytuacji skrajnego poczucia zagrożenia.
- b) Być uważnym na wszystkie sygnały, mogące świadczyć o stosowaniu przemocy, np. ślady pobicia, oznaki lęku, przerażenia, drżenie rąk, brak równowagi emocjonalnej, rozdrażnienie, płacz, apatia.
- c) Zapewnić, że jesteście tu, by jej pomóc.
- d) Uważnie wysłuchać relacji z przebiegu zdarzenia.
- e) Wyraźnie nazwać to, co ją spotkało przemocą – ważne jest, by osoby dowiedziały się, że to, czego doświadczają jest stosowaniem przemocy, a nie konfliktem, który można rozstrzygnąć, wymuszając na sprawcy obietnicę poprawy.
- f) Powiedzieć i okazać, że przemoc w rodzinie uznajemy za poważny problem, że jest ona traktowana przez prawo jako przestępstwo.
- g) Powiedzieć, że nikt nie ma prawa stosować przemocy wobec innych i że nic nie usprawiedliwia przemocy.

---

<sup>6</sup> R. K. James, B.E. Gilliland „Strategie interwencji kryzysowej. Pomoc psychologiczna poprzedzająca terapię”, PARPA



- h) Zapewnić ją, że nie jest winna temu, co się stało. Za przemoc odpowiedzialny jest sprawca. Osoby doświadczające przemocy domowej często całymi latami poddawane są przez sprawców specyficznemu „praniu mózgu”, którego celem jest przekonanie ofiar, że to ich wina, że na nic lepszego nie zasługują.
- i) Dać im wsparcie i zapewnić, że prawo jest po ich stronie, że mają prawo się bronić, że są miejsca i ludzie, gdzie mogą uzyskać pomoc.
- j) Dostarczyć im konkretnych informacji, gdzie i jaką pomoc mogą uzyskać i zmotywować do skorzystania z oferty pomocowej, pozostawiając im decyzję o czasie i sposobie szukania pomocy, zaznaczając jednak, że im szybciej to zrobią, tym szybciej skończy się cierpienie. Ważne jest pokazanie różnych możliwości pomocowych.<sup>7</sup>

**W czasie rozmowy z osobą doświadczającą przemocy nie wolno:**

- a) Okazywać zniecierpliwienia, irytacji, złości.
- b) Obciążać jej odpowiedzialnością za to, co się wydarzyło.
- c) Stawać po stronie osoby stosującej przemoc.
- d) Namawiać, by pogodziła się z sytuacją.
- e) Okazywać lekceważenia wobec faktu stosowania przemocy.
- f) Odmawiać pomocy do czasu, gdy nie złożą doniesienia o przestępstwie.
- g) Podważać wiarygodności osoby doświadczającej przemocy w rodzinie.
- h) Namawiać do zmiany zachowania jako gwarancji ustania przemocy.
- i) Mówić jej, że musi sama sobie poradzić.
- j) Obarczać ją odpowiedzialnością za to, co się stanie ze sprawcą po ujawnieniu przemocy.<sup>8</sup>

**Podczas rozmowy z dzieckiem – ofiarą przemocy – dziecko powinno dowiedzieć się, że:**

- a) To, co się stało, nie jest jego winą.
- b) Żaden dorosły nie ma prawa go krzywdzić.
- c) Takie zachowanie dorosłych nie jest w porządku.
- d) To, co się stało jest złem, ale można to zmienić.
- e) Wierzemy mu i potrafimy pomóc.<sup>9</sup>

---

<sup>7</sup> Hanna Dorota Sasal „Niebieskie Karty. Przewodnik do procedury interwencji Policji wobec przemocy w rodzinie”.

<sup>8</sup> Hanna Dorota Sasal „Niebieskie Karty. Przewodnik do procedury interwencji Policji wobec przemocy w rodzinie”.

<sup>9</sup> J.w.

## V. Zaburzenia psychiczne w rodzinie a przemoc

Osoby stosujące przemoc w rodzinie. Co wyzwała w nich 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 osoby doświadczającej przemocy, tak też trudno nakreślić portret osoby stosującej przemoc, 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.

### Osoby o osobowości nieprawidłowej

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

Psychopaci przez większość ludzi postrzegani są jako jednostki społecznie nieprzystosowane, naruszające normy moralne, społeczne i prawne. Ich zachowanie powoduje częste konflikty z otoczeniem. Są niezdolni do miłości, uczciwości, lojalności wobec innych osób. Odnaczają się lekkomyślnością, egoizmem, impulsywnością, niezdolnością do przeżywania poczucia winy, nieodpowiedzialnością. W odczuciu wielu ludzi, w tym również profesjonalistów, pojęcie psychopatii ma negatywne znaczenie i nasuwa z reguły obraz osobnika brutalnego, gwałtownego, aspołecznego, popełniającego liczne zbrodnie.

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. Przedstawione przez różnych autorów charakterystyki psychologiczne psychopatów, mimo wielu cech wspólnych, były jednocześnie tak różnorodne, że trudno było ustalić jednoznaczne kryteria diagnozowania psychopatii. W praktyce spowodowało to, że zbyt pochopnie ją rozpoznawano. Ostatnio zdecydowanie dąży się do uściślenia kryteriów diagnostycznych oraz zmian terminologicznych. Dlatego też w miejsce obciążonej pejoratywnym znaczeniem nazwy psychopatia **wprowadzono termin osobowość nieprawidłowa**.

Obecnie przyjmuje się 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 wzorec 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). Udoskonalenie metod badania mózgu spowodowało wydzielenie swoistej kategorii osobowości nieprawidłowej, uwarunkowanej nabytym, zwłaszcza w okresie płodowym, okołoporodowym lub we wczesnym dzieciństwie, uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego. Osobowość nieprawidłową o podłożu organicznym nazywamy **encefalopatią** lub **charakteropatią** (tj. organicznymi zaburzeniami charakteru). Osobowość encefalopatyczna charakteryzują bardziej lub mniej wyraźne objawy zespołu organicznego, jak np. chwiejność emocjonalna, drażliwość, wybuchowość, skłonność do czynów impulsywnych, obniżenie sprawności intelektualnej itp. Ostatnio dość ostro kwestionuje się mit psychopaty-recydywisty, jaki pokutuje nie tylko w opinii publicznej, ale także w niektórych kręgach profesjonalistów, np. wśród psychiatrów, psychologów, prawników. Z badań wynika, że tylko część osób z nieprawidłową osobowością popełnia przestępstwa, jak również tylko u niektórych przestępców stwierdza się zaburzenia osobowości. Ocenia się, że **osobowość nieprawidłowa występuje u około 3% populacji**, 3-10 razy częściej u mężczyzn niż u kobiet. Wśród więźniów odsetek ten wynosi 20-70%. **Badania potwierdzają, że osoby z osobowością nieprawidłową stanowią znaczny odsetek mężczyzn uporczywie znęcających się nad swoją rodziną.**

Nie opracowano dotychczas skutecznych metod leczenia osobowości nieprawidłowej. Istnieją opinie (np. Cleckley), 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.

### **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.

### **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.

### **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.

### **Agresja jako skutek zaburzeń psychicznych**

Agresja sprawcy niekoniecznie musi być jedynie efektem złego charakteru jej sprawcy. Korzenie zachowań przemocowych mogą sięgać trudnego dzieciństwa, przebytych chorób, odniesionych urazów, być skutkiem uzależnień lub zaburzeń psychicznych. Kiedy przed około dwudziestu laty zaczęto głośno mówić o przemocy w rodzinie jako problemie społecznym, podjęto działania dla wyjaśnienia przyczyny tego zjawiska. Wiele badań poświęcono określeniu czynników odróżniających agresorów i ich ofiary od tej części populacji, w której przemoc nie występuje. Badania skupiono na trzech poziomach: intrapersonalnym, czyli badającym historię danej osoby i jej cechy charakteru oraz psychopatologię i dysfunkcje organiczne, interpersonalnym i systemowym, czyli zajmującym się relacją małżeńską oraz dynamiką rodziny, socjokulturowym, czyli badającym wpływy i stresory środowiskowe, problemy rasowe, status społeczny rodziny oraz postawy społeczne jej członków. Panuje zgodność, że przemoc domowa jest rezultatem interakcji czynników ze wszystkich wymienionych wyżej poziomów. Tutaj zajmiemy się jedynie osobami stosującymi przemoc w rodzinie oraz tylko wycinkiem ich

intrapersonalnego funkcjonowania – a mianowicie faktem występowania zaburzeń psychicznych wśród agresorów. Każda sytuacja utraty kontroli nad swoim zachowaniem może prowadzić do zachowań agresywnych. Przemoc – w postaci agresji słownej, znęcania się psychicznego czy też agresji fizycznej – nie jest zachowaniem zdrowym. Dla osób interweniujących w sytuacjach przemocy domowej ważne jest rozróżnienie, czy w danym wypadku wymagana jest interwencja policyjna lub prawna, czy też pomoc psychologiczna lub psychiatryczna.

Wśród sprawców przemocy opisuje się występowanie zaburzeń psychicznych z następujących grup:

- zaburzenia osobowości,
- zaburzenia spowodowane stosowaniem substancji psychoaktywnych,
- zaburzenia w przebiegu chorób somatycznych,
- zaburzenia organiczne i upośledzenie umysłowe,
- zaburzenia zachowania, - zaburzenia preferencji seksualnych,
- zaburzenia adaptacyjne i dysocjacyjne, - zaburzenia afektywne, czyli nastroju,
- zaburzenia psychotyczne z kręgu schizofrenii i zaburzenia urojeniowe.

### **Zaburzenia osobowości**

Agresorzy są często diagnozowani jako osoby z zaburzeniami osobowości. Pierwszym zaburzeniem, jakie przychodzi na myśl, ale jak się okazuje nie jedynym, jest osobowość dyssocjalna – dawniej zwana psychopatią. Dotychczas z badań nie wynika specyficzne zaburzenie osobowości agresora, tym niemniej próbowano zestawić pewne cechy osobowości sprawców przemocy.

Cechy zaburzeń osobowości agresorów – trzy następujące grupy:

- asocjalne i borderline,
- narcystyczne i antysocjalne,
- zależne i kompulsywne.

Cechy zaburzeń osobowości osób stosujących przemoc. Sprawcy często pochodzą z rodzin, w których występował problem przemocy, przy czym albo oni sami doświadczali przemocy, albo byli świadkami przemocy między rodzicami.

Mężczyźni – sprawcy przemocy wobec partnerek manifestowali:

- niską samoocenę,
- słabo ukształtowany obraz siebie,
- niski poziom kontroli impulsów,
- wyznawali często tak zwane tradycyjne wartości i tradycyjny podział ról w związku,
- przy próbie komunikacji sprawcy przemocy jawią się jako osoby, które szybko osiągają poziom frustracji i złości, mogą reagować impulsywnie z zastosowaniem przemocy wskutek łatwej aktywacji agresji.

Mówi się też o:

- skłonności do uzależnień od substancji psychoaktywnych,
- zachowaniach manipulacyjnych,
- labilności nastroju.

### **Zaburzenia spowodowane stosowaniem substancji psychoaktywnych.**

Wśród zaburzeń tego typu wiodącą rolę odgrywa alkohol, aczkolwiek mechanizm uaktywnienia przezeń działań agresywnych nie został dotąd wyjaśniony. Nie wiadomo wciąż, czy alkohol wpływa bezpośrednio na torowanie zachowań agresywnych, czy poprzez degradację biologiczną i społeczną sprawcy i jego rodziny sprzyja pojawianiu się agresji. Badania zwracają uwagę na korelację pomiędzy używaniem substancji psychoaktywnych a występowaniem przemocy w rodzinie. Obraz kliniczny związany ze stosowaniem substancji psychoaktywnych może być bardzo bogaty: od ostrych zatruć, poprzez zatrucia przewlekłe i uzależnienia, zespół abstynencyjny, aż po zaburzenia zachowania, nastroju, osobowości, zaburzenia psychotyczne, zaburzenia świadomości, otępienia i najróżniejsze inne, późne następstwa stosowania substancji psychoaktywnych.

### **Zaburzenia w przebiegu chorób somatycznych, zaburzenia organiczne i upośledzenie umysłowe**

Jest to grupa zaburzeń, których przyczyna tkwi w czynnikach fizjologicznych, a które mogą się manifestować objawami psychopatologicznymi. Istnieje szereg chorób somatycznych, które mogą bezpośrednio wpływać na stan psychiczny osób chorych – jak chociażby zaburzenia endokrynologiczne czy choroby układu krążenia. Także choroby organiczne tkanki mózgowej, zapalenia, guzy czy urazy mózgu oraz upośledzenie umysłowe wpływają na psychikę. Cała ta grupa chorób może mieć bezpośredni wpływ na zachowanie lub też może ona dawać odległe następstwa w postaci zaburzeń procesów poznawczych czy zaburzeń osobowości. Ich przyczyny wymagają zatem diagnozy i leczenia. Tym niemniej, jeśli nawet nie mamy do czynienia ze zjawiskiem, które można opisać diagnozą lekarską, należy pamiętać, że wśród osób stosujących przemoc duża grupa miała uraz mózgu czy też przebyte choroby lub mikrouszkodzenia tkanki mózgowej. Badania neurofizjologiczne wykazują często dysfunkcję kory czołowej i skroniowej u sprawców przemocy. Te pola są odpowiedzialne za regulację zachowania i kontrolę impulsów. Ich uszkodzenie może zatem wiązać się z łatwiejszym uruchamianiem zachowań agresywnych.

### **Zaburzenia zachowania**

Spośród zaburzeń zachowania u osób stosujących przemoc najistotniejsze są zaburzenia nawyków i popędów, a przede wszystkim zaburzona kontrola impulsów. Ponieważ tego rodzaju zaburzenia mogą być związane z przyczynami organicznymi, z uzależnieniami, z wzorcami zachowania wyniesionymi z rodziny pierwotnej lub też z innymi uwarunkowaniami – należy o tym pamiętać, stawiając diagnozę. Ta grupa zaburzeń jest także

wyróżniana przez badaczy i niewątpliwie osoby stosujące przemoc w rodzinie mają zaburzoną kontrolę impulsów – w tym wypadku impulsów agresywnych.

### **Zaburzenia preferencji seksualnych**

Ten typ zaburzeń dotyczy przede wszystkim sprawców seksualnego wykorzystywania dzieci oraz gwałtów w związkach partnerskich. Podobnie jak w wypadku zaburzeń osobowości opracowano wiele typologii sprawców tego rodzaju przemocy, stosując kryteria psychologiczne i socjologiczne. Z psychiatrycznego punktu widzenia należy uwzględnić pedofilię i sadomasochizm, chociaż homoseksualizm, oglądactwo i ekshibicjonizm – zwłaszcza wobec dzieci – mogą też odgrywać istotną rolę.

### **Zaburzenia adaptacyjne i dysocjacyjne**

Osoby stosujące przemoc w rodzinie to osoby, które wykazują niezwykle silne pobudzenie emocjonalne w kontaktach z ludźmi. Często też nie mają zdolności ekspresji emocji i efektywnego porozumiewania się, a zatem są niezdolne do zachowań asertywnych. W związku z tym wszystkie sytuacje konfliktowe mogą je skłaniać do stosowania mniej efektywnych sposobów rozwiązywania problemów, jak zastraszanie czy słowna i fizyczna przemoc. Ponadto badania wykazały, że pary, których dotyczy przemoc, mają tendencję do ciągłego omawiania pewnych tematów, postrzeganych przez nie jako bardzo ważne, i za wszelką cenę dążą do rozwiązania problemu – co przy kłopotach z porozumiewaniem się także może prowadzić do użycia przemocy. Zaburzenia adaptacyjne wiążą się z funkcjonowaniem społecznym osób stosujących przemoc w rodzinie. Badania, które były prowadzone głównie nad mężczyznami, wskazują, że izolacja społeczna jest czynnikiem skorelowanym z wszystkimi formami przemocy domowej i że agresorzy często izolują się społecznie, gdyż mają trudność z tworzeniem i utrzymaniem sieci wsparcia społecznego, co zwiększa oczywiście podatność na stresy i uniemożliwia im społecznie akceptowane rozładowywanie. A zatem reakcja na ostre i przewlekłe sytuacje stresowe – także w związku z wymienianymi wyżej innymi zaburzeniami – może wiązać się u tych osób z ujawnianiem się zachowań agresywnych. Agresywnym zachowaniom sprzyja też dysproporcja w zarobkach partnerów, w ich poziomie wykształcenia, w pozycji społecznej, przynależność do różnych ras lub wyznawanie odmiennych ideologii – zwłaszcza w połączeniu z niską samooceną i słabą zdolnością zwalczania frustracji.

### **Zaburzenia afektywne**

Z zaburzeniami agresywnymi możemy się spotkać u osób będących w stanie maniackalnym lub hipomaniackalnym, które z powodu braku dystansu między sobą a otoczeniem mogą z jednej strony narażać się na agresję innych osób, a z drugiej same zachowywać się agresywnie.

Następna grupa to osoby, które mogą przejawiać agresję w przebiegu depresji, zwłaszcza tak zwanej depresji z pobudzeniem. Kolejna grupa to zaburzenia nastroju nie osiągające poziomu psychotycznego, na przykład cyklotymia i dystymia, mogące także prowadzić do omawianych zaburzeń zachowania.





## **Zaburzenia psychiatryczne z kręgu schizofrenii i zaburzenia urojeniowe**

Zachowania agresywne możemy spotkać także u osób z tak zwanymi objawami wytwórczymi, czyli urojeniami, a więc zaburzeniami myślenia oraz halucynacjami, czyli zaburzeniami postrzegania. Z powodu choroby osoby takie, często zachowujące się dla nas niezrozumiale i dziwacznie, mogą również przejawiać zachowania agresywne. Choroba może uniemożliwić im rozpoznanie znaczenia czynu agresywnego lub powstrzymanie agresywnego zachowania. Oczywiście osoby cierpiące na tego typu zaburzenia, podobnie jak osoby cierpiące na zaburzenia z kręgu afektywnego, wymagają szybkiej interwencji, diagnozy i leczenia psychiatrycznego. Należy liczyć się z występowaniem zaburzeń psychicznych u osób stosujących przemoc w rodzinie. Zawsze oczywiście trzeba uwzględnić także problem interpersonalnego, społecznego i socjokulturowego kontekstu przemocy. Zaburzenie psychiczne osoby stosującej przemoc w rodzinie może być jednym z czynników tego złożonego zjawiska.

## BIBLIOGRAFIA

1. Browne, K, Herbert, M. (1999). Zapobieganie przemocy w rodzinie. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
2. Burek M., 2007: Maltretowanie dzieci a alkohol. Niebieska Linia 2/49/2007. s.5 – 7. Warszawa, Instytut Psychologii Zdrowia.
3. Dobrzyńska – Masterhazy, A. (1996). Przemoc w rodzinie: diagnoza i interwencja kryzysowa. W: W. Badura – Madej (red.), Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej. Warszawa: Wydawnictwo INTERART.
4. Herzberger, S. D. (2002). Przemoc domowa. Perspektywa psychologii społecznej. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
5. Instytut Psychologii Zdrowia PTP Studium Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie (2004). Problemy przemocy w rodzinie. Materiały szkoleniowe do programu szkolenia podstawowego dla odrób interweniujących i pomagających. Warszawa.
6. Kluczyńska, S., (1999). Teoria wyuczonej bezradności, Niebieska Linia, 5.
7. Laskowska, M., Paszkiewicz, W., Wiechcińska, A. (2005). Wyprawa Pomoc. Poradnik dla osób doświadczających przemocy w rodzinie. Warszawa: Stowarzyszenie na Rzecz Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie NIEBIESKA LINIA.
8. Ogólnopolskie Pogotowie dla Ofiar Przemocy w Rodzinie (2003a). Poradnik dla osób dyżurujących przy telefonie „Niebieska Linia”. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
9. Ogólnopolskie Pogotowie dla Ofiar Przemocy w Rodzinie (2003b). Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie. Poradnik dla konsultantów”. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
10. Ogólnopolskie Pogotowie dla Ofiar Przemocy w Rodzinie (2003c). Z pomocą psychologiczną powrót do godności. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
11. Pospiszyl, I. (1994). Przemoc w rodzinie. Warszawa: WSiP.
12. Pospiszyl, I. (1999). Razem przeciw przemocy. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
13. Sasal, H.D. (2005). Przewodnik do procedury interwencji wobec przemocy w rodzinie. Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne PARPA.