

**UNIWERSYTET ŚLĄSKI
W KATOWICACH
WYDZIAŁ PEDAGOGIKI I PSYCHOLOGII**

mgr Joanna Cichla

**DYNAMIKA I UWARUNKOWANIA PRZEMIAN PSYCHOSPOŁECZNEGO
FUNKCJONOWANIA KOBIET – OFIAR PRZEMOCY DOMOWEJ –
W TRAKCIE PROCESU TERAPEUTYCZNEGO**

**Rozprawa doktorska
przygotowana pod kierunkiem
naukowym
dr hab. Ewy Wysockiej**

Katowice 2014

*Pragnę z głębi serca podziękować Pani dr hab. Ewie Wysockiej
za okazaną mi pomoc, życzliwość oraz wsparcie podczas pisania niniejszej
dysertacji.*

*Satysfakcja poznawcza i moralna z podjętych przeze mnie działań badaw-
czych i terapeutycznych byłaby niewątpliwie mniejsza gdyby
nie wydatna pomoc Promotora.*

SPIS TREŚCI

WPROWADZENIE	s. 6
Część I. ZAŁOŻENIA TEORETYCZNO-METODOLOGICZNE PRACY	s. 10
Rozdział 1. ZJAWISKO AGRESJI I PRZEMOCY. USTALENIA TERMINOLOGICZNE I CHARAKTERYSTYKA	s. 10
1.1. Pojęcie i rodzaje agresji oraz wybrane teorie wyjaśniające zachowania agresywne	s. 10
1.2. Pojęcie i rodzaje przemocy oraz mechanizmy uruchamiające zachowania przemocowe w świetle wybranych teorii	s. 28
1.3. Agresja i przemoc – wspólne i różnicujące wyznaczniki zjawisk	s. 43
Rozdział 2. CHARAKTERYSTYKA ZJAWISKA PRZEMOCY WOBEC KOBIET W RODZINIE – TERMINOLOGIA I WYJAŚNIENIA GENETYCZNO – KONSEKWENCYJNE	s. 48
2.1. Typy przemocy wewnątrzrodzinnej	s. 48
2.2. Cykle i formy przemocy wobec kobiet	s. 51
2.3. Uwarunkowania przemocy wobec kobiet	s. 60
2.4. Psychospołeczne determinanty i konsekwencje doświadczania przemocy przez kobiety. Ujęcie ogólne	s. 64
Rozdział 3. SPRAWCY I OFIARY PRZEMOCY DOMOWEJ W UJĘCIU WIKTYMOLOGICZNYM	s. 66
3.1. Charakterystyka sprawców przemocy domowej	s. 66
3.2. Charakterystyka kobiet – ofiar przemocy domowej	s. 73
3.3. Konsekwencje przemocy i ryzyko wiktyimizacyjne	s. 75
Rozdział 4. ZAŁOŻENIA TEORETYCZNE BADAŃ WŁASNYCH	s. 87
4.1. Przegląd nurtów wyjaśniania przemocy wobec kobiet. Teorie psychologiczne, socjologiczne i strukturalne	s. 87
4.1.1. Teoria wyuczonej bezradności	s. 93
4.1.2. Międzypokoleniowe przenoszenie przemocy (modelowanie przemocy)	s. 95
4.1.3. Teorie ekonomiczne i strukturalne	s. 96
4.1.4. Wielowymiarowość przyczyn przemocy ze strony partnera	s. 97
4.1.5. Przyczyny pozostawiania kobiet w środowisku (sytuacji) przemocy	s. 99
4.2. Osobowość jako system przekonań o sobie i świecie w kontekście charakterystyki osobowościowej kobiet – ofiar przemocy	s.103
4.2.1. Osobowość w nurcie psychologii poznawczej – ujęcie ogólne	s.104
4.2.2. Osobowość jako system przekonań w koncepcji Seymoura Epsteina	s.109
Rozdział 5. PRAWNA OCHRONA KOBIET PRZED PRZEMOCĄ W POLSCE	s.114
5.1. Prawo karne wobec przemocy	s.114
5.2. Procedura Niebieskiej Karty jako forma kontroli przemocy	s.118
5.3. Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy	s.120
5.4. Mediacja jako środek działania w sprawach przemocy domowej	s.122
Rozdział 6. METODOLOGICZNE PODSTAWY BADAŃ WŁASNYCH	s.125

6.1. Ogólne założenia metodologiczne i uzasadnienie podjęcia badań	s.125
6.2. Przedmiot i cele badań	s.130
6.3. Problemy i pytania badawcze	s.132
6.4. Zmienne i wskaźniki	s.139
6.5. Strategia badawcza. Metody, techniki i narzędzia badawcze	s.143
6.6. Organizacja badań - dobór próby i charakterystyka terenu badań	s.156
6.7. Charakterystyka próby badawczej	s.159
Część II. ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ WŁASNYCH	s.165
Rozdział 7. CHARAKTERYSTYKA PRZEMOCY WEWNĄTRZRODZINNEJ NA TERENIE POWIATU POLKOWICKIEGO	s.165
7.1. Poziom i struktura przemocy domowej wobec kobiet na podstawie danych statystycznych policji	s.165
7.2. Charakterystyka zjawiska przemocy na podstawie postępowań sądowych w sprawach o przemoc domową	s.175
7.2.1. Portret sprawców przemocy domowej	s.177
7.2.2. Charakterystyka kryminalistyczna przestępstwa przemocy w rodzinie	s.184
7.2.3. Statystyka sądowa prawomocnych skazań dotycząca przemocy wobec kobiet	s.191
7.3. Charakterystyka społeczno-demograficzna kobiet doświadczających przemocy na podstawie analizy akt sądowych	s.194
7.4. Instytucje wspierające kobiety doświadczające przemocy na terenie powiatu polkowickiego	s.198
Rozdział 8. FUNKCJONOWANIE PSYCHOSPOŁECZNE KOBIET DOŚWIADCZAJĄCYCH PRZEMOCY	s.203
8.1. Charakterystyka kobiet doświadczających przemocy na podstawie analizy indywidualnych przypadków	s.203
8.1.1. Typowość historii przemocowych – charakterystyka sytuacji życiowej badanych kobiet	s.203
8.1.2. Wyjaśnienie typowości biografii życiowych kobiet doświadczających przemocy	s.296
8.2. Funkcjonowanie psychospołeczne kobiet doświadczających przemocy przed rozpoczęciem terapii	s.303
8.2.1. Charakterystyka osobowościowa kobiet doświadczających przemocy	s.303
8.2.1.1. Postawy życiowe badanych kobiet – ofiar przemocy	s.304
8.2.1.2. Stan emocjonalny kobiet – ofiar przemocy	s.305
8.2.1.3. Nastawienia kobiet doświadczających przemocy wobec siebie, innych ludzi, świata i własnego życia	s.308
8.2.2. Sytuacja rodzinna kobiet doświadczających przemocy	s.315
8.2.2.1. Komunikacja małżeńska i funkcjonowanie systemu rodzinnego	s.316
8.2.2.2. Uczucia i intymność w rodzinie	s.324
8.2.3. Sytuacja przemocowa kobiet doświadczających przemocy	s.325
8.2.3.1. Doświadczana przemoc w rodzinie pochodzenia	s.326
8.2.3.2. Przemoc i agresja tolerowana	s.327
8.2.3.3. Przemoc doświadczana w związku partnerskim	s.329
8.2.4. Motywy podjęcia terapii przez badane kobiety	s.333
8.3. Funkcjonowanie psychospołeczne kobiet doświadczających przemocy po upływie roku terapii	s.344
8.3.1. Charakterystyka osobowościowa badanych kobiet po roku terapii	s.344
8.3.1.1. Postawy życiowe badanych kobiet – ofiar przemocy	s.344
8.3.1.2. Stan emocjonalny kobiet doświadczających przemocy	s.350
8.3.1.3. Nastawienia wobec siebie, świata i własnego życia kobiet doświadczających przemocy	s.353
8.3.2. Sytuacja rodzinna badanych kobiet po roku terapii	s.363
8.3.2.1. Komunikacja małżeńska i funkcjonowanie systemu rodzinnego	s.363

8.3.2.2. Uczucia i intymność w rodzinie	s.377
8.3.3. Sytuacja przemocowa badanych kobiet po roku terapii	s.380
8.3.3.1. Percepcja doświadczania przemocy w rodzinie pochodzenia	s.380
8.3.3.2. Przemoc i agresja tolerowana	s.383
8.3.3.3. Percepcja przemocy doświadczanej w związku partnerskim	s.388
8.4. Wybrane uwarunkowania przemian w funkcjonowaniu psychospołecznym kobiet doświadczających przemocy w rodzinie	s.393
8.4.1. Czynniki patogenne w rodzinie pochodzenia a nastawienia intrapersonalne, interpersonalne, wobec świata i własnego życia	s.393
8.4.1.1. Nastawienia intrapersonalne (samoocena) a patologia rodziny pochodzenia – dynamika zmian w przebiegu terapii	s.394
8.4.1.2. Nastawienia interpersonalne (funkcjonowanie społeczne) a patologia rodziny pochodzenia – dynamika zmian w przebiegu terapii	s.399
8.4.1.3. Obraz świata (nadzieja podstawowa) a patologia rodziny pochodzenia – dynamika zmian w przebiegu terapii	s.403
8.4.1.4. Obraz własnego życia (skuteczność, kontrola <i>versus</i> bezradność, brak kontroli) a patologia rodziny pochodzenia – dynamika zmian w przebiegu terapii	s.406
8.4.1.5. Zmienna aprobaty społecznej a patologia rodziny pochodzenia – dynamika zmian w przebiegu terapii	s.409
8.4.2. Sytuacja edukacyjna kobiet doświadczających przemocy a nastawienia intrapersonalne, interpersonalne, wobec świata i własnego życia	s.413
8.4.2.1. Nastawienia intrapersonalne (samoocena) a sytuacja edukacyjna – dynamika zmian w przebiegu terapii	s.414
8.4.2.2. Nastawienia interpersonalne (funkcjonowanie społeczne) a sytuacja edukacyjna – dynamika zmian w przebiegu terapii	s.417
8.4.2.3. Obraz świata (nadzieja podstawowa) a sytuacja edukacyjna – dynamika zmian w przebiegu terapii	s.421
8.4.2.4. Obraz własnego życia (skuteczność, kontrola <i>versus</i> bezradność, brak kontroli) a sytuacja edukacyjna – dynamika zmian w przebiegu terapii	s.424
8.4.2.5. Zmienna aprobaty społecznej a sytuacja edukacyjna – dynamika zmian w przebiegu terapii	s.428
8.4.3. Sytuacja zawodowa kobiet doświadczających przemocy a nastawienia intrapersonalne, interpersonalne, wobec świata i własnego życia	s.430
8.4.3.1. Nastawienia intrapersonalne (samoocena) a sytuacja zawodowa – dynamika zmian w przebiegu terapii	s.431
8.4.3.2. Nastawienia interpersonalne (funkcjonowanie społeczne) a sytuacja zawodowa – dynamika zmian w przebiegu terapii	s.434
8.4.3.3. Obraz świata (nadzieja podstawowa) a sytuacja zawodowa – dynamika zmian w przebiegu terapii	s.437
8.4.3.4. Obraz własnego życia (skuteczność, kontrola <i>versus</i> bezradność, brak kontroli) a sytuacja zawodowa – dynamika zmian w przebiegu terapii	s.440
8.4.3.5. Zmienna aprobaty społecznej a sytuacja zawodowa – dynamika zmian w przebiegu terapii	s.443
8.5. Dynamika zmian w przebiegu terapii i jej wybrane uwarunkowania	s.448
PODSUMOWANIE.	
STRUKTURA, PRZEJAWY ORAZ DYNAMIKA ZMIAN W PRZEBIEGU TERAPII I JEJ WYBRANE UWARUNKOWANIA. Dyskusja wyników	s.467
Zakończenie	s.481
Bibliografia	s.487
Spis tabel	s.502
Spis wykresów	s.508
Aneks	s.511

WPROWADZENIE

Fenomen przemocy rodzinnej, choć znany od dawna, ciągle budzi emocje i jest przedmiotem ożywionych dyskusji nie tylko prawników, polityków, terapeutów, ale także pedagogów. W ostatnich latach można zaobserwować znaczny wzrost zainteresowania szerokich kręgów społecznych problematyką przemocy wewnątrzrodzinnej. W wielu miastach na terenie kraju powstają wyspecjalizowane placówki zajmujące się niesieniem pomocy ofiarom przemocy, zwłaszcza kobietom i dzieciom¹. Na rzecz ofiar przemocy działa coraz więcej organizacji pozarządowych, stowarzyszeń oraz fundacji społecznych. Dostrzeżenie problemu cierpienia, wywołanego przez przemoc w środowisku rodzinnym, jest pozytywnym znakiem czasu i przejawem dojrzałości i odpowiedzialności znacznej części naszego społeczeństwa.

Wobec przemocy domowej nikt nie powinien przechodzić obojętnie, nikt nie powinien milczeć i udawać, że nie dostrzega problemu bitych, poniżanych, i często maltretowanych kobiet i ich dzieci. Kobiety przeżywają przemoc, jako stan, który je poniża, przeraża, izoluje i zamyka w czterech ścianach domu, razem z owym „niewypowiedzianym cierpieniem”². Bardzo często kobiety doświadczające przemocy cierpią w milczeniu, bezgłośnie wołając o pomoc, o ratunek, gdyż nie tylko ich zdrowie, ale i życie jest zagrożone. Przemoc wobec kobiet to szczególne wyzwanie dla pedagogiki, pracy socjalnej oraz polityki państwa wobec najbardziej bezbronnych obywateli.

Liczne badania pokazują, iż przemoc wobec kobiet jest problemem występującym coraz częściej. Ponadto znamienym jest fakt, iż przemoc pojawia się również w kontekście innych zjawisk o charakterze patologii społecznej, np. alkoholizmu, narkomanii, przestępczości³. Kobiety doświadczające przemocy zwykle ukrywają ten fakt przed innymi członkami rodziny, znajomymi. Przyczyny tych zachowań są różnorodne i zależą od wielu czynników, w tym kulturowych. Kobiety niechętnie opowiadają o doświadczaniu przemocy, gdyż są to dla nich sprawy bolesne, które starają się wymazać z pamięci. Mogą czuć się współwinne zaistniałej sytuacji lub być przekonane, że ich zachowanie bezpośrednio przyczyniło się do zaistnienia przemocy, jaka je spotkała.

¹ Cichla J., *Ośrodek Interwencji Kryzysowej jako instytucja wsparcia dla kobiet - ofiar przemocy domowej*, [w:] Bartkiewicz Z., Rejman J. (red.), *Antyspołeczność, diagnoza, profilaktyka, interwencja*, PWSZ Tarnobrzeg 2009, s. 443

² Herman J.L., *Przemoc, uraz psychiczny i powrót do równowagi*, Wyd. GWP, Gdańsk 2000, s. 11

³ Nowicka J., Linowski K., *System terapeutyczny dla więźniów uzależnionych od alkoholu*, WSBiP, Ostrowiec Świętokrzyski 2004, s. 10

Przemoc może także wystąpić w środowiskach rodzinnych, które na pozór wyglądają i funkcjonują prawidłowo. W ocenie publicznej przemoc i agresja rodzinna jest wynikiem bezrobocia, biedy i ubóstwa⁴. Przemoc wewnątrzrodzinna jest przejawem kryzysu współczesnej rodziny, sygnałem świadczącym o braku dyscypliny rodzinnej oraz braku wzorców społecznych. Warto przy tym zasygnalizować fakt, iż ofiarę i sprawcę przemocy domowej łączy pewien związek osobisty, szeroko rozumiane relacje, formalne, czy nieformalne⁵. Jest to rodzaj więzi, które w perspektywie psychologicznej, można określić mianem toksycznych, niszczących czy zniewalających. W tym kontekście bliskości i szczególnej relacji między członkami rodziny, przemoc staje się swego rodzaju tajemnicą. Głęboko skrywana w murach domowych sprawia, iż bardzo trudno ofierze zwrócić się o pomoc. Biorąc ten aspekt pod uwagę, należy stwierdzić, że pomoc osobom doświadczającym przemocy domowej musi przyjść z zewnątrz, tworząc klimat bezpieczeństwa i angażując obrońców dla pokrzywdzonych⁶.

Tematem przedstawionej dysertacji jest ***„Dynamika i uwarunkowania przemian psychospołecznego funkcjonowania kobiet – ofiar przemocy domowej – w trakcie procesu terapeutycznego”***. Wybór tematu rozprawy doktorskiej został wyznaczony względami badawczymi oraz praktycznymi, a dokładniej – społecznymi. Liczne kontakty z kobietami doświadczającymi przemocy domowej, spotkania z nimi w trakcie mojej codziennej pracy jako specjalisty ds. przeciwdziałania przemocy w rodzinie w Komendzie Powiatowej Policji w Głogowie oraz jako pedagoga-socjoterapeuty w Ośrodku Pomocy Psychologicznej w Polkowicach, gdzie na co dzień prowadzę grupę wsparcia oraz konsultacje indywidualne dla kobiet doświadczających przemocy – uświadomiły mi, jak wielka jest waga tego problemu i jak pilna jest potrzeba przeprowadzenia nad nimi pogłębionych studiów.

Podjęte badania mają pomóc odpowiedzieć m.in. na pytanie, czy działania terapeutyczne podejmowane w ramach prowadzonej *grupy psychoedukacyjnej dla kobiet doświadczających przemocy* stanowią podstawę zmian dokonujących się w psychospołecznym funkcjonowaniu tychże kobiet – uczestniczek terapii. Celem pracy jest zatem m.in. ocena efektywności oddziaływań terapeutycznych podejmowanych wobec kobiet doświadczających przemocy, wyznaczana jakością zmian dokonujących się w ich życiu i osobowości, a także w postrzeganiu własnej sytuacji życiowej.

⁴ Szczepanik R., Wawrzyniak J., *Różne spojrzenie na przemoc*, WSHE, Łódź 2008, s. 34-35

⁵ Cichla J., *Ośrodek Interwencji Kryzysowej ...*, Tamże s. 443

⁶ Madanes C., *Seks, miłość, przemoc - psychoterapia sprawców i ofiar*, GWP, Gdańsk 1999, s. 22

Ocena efektywności i uwarunkowań przemian w psychospołecznym funkcjonowaniu kobiet – ofiar przemocy wiąże się także z określeniem stanu psychicznego pacjentek przed podjęciem terapii oraz oceną ewentualnych zmian jakie zaistniały po upływie roku terapii. Obserwacja kobiet uczestniczących w procesie terapii pozwoliła na stwierdzenie, że zaszły widoczne zmiany w ich psychospołecznym funkcjonowaniu. Zaobserwowano również stopniowy rozwój zaufania do prowadzącej terapię oraz większą umiejętność rozpoznawania i nazywania przeżywanych stanów emocjonalnych.

Całość pracy została podzielona na dwie części. Część pierwsza prezentuje teoretyczno-metodologiczne podstawy zagadnienia przemocy wobec kobiet i wprowadza w problematykę badań własnych. Część ta składa się z sześciu rozdziałów.

W rozdziale pierwszym przedstawiono definicje i rodzaje agresji i przemocy oraz przedstawiono mechanizmy uruchamiające zachowania przemocowe w świetle wybranych teorii.

Rozdział drugi opisuje zjawisko przemocy wobec kobiet oraz teorie wyjaśniające przyczyny stosowania przemocy.

W rozdziale trzecim przedstawiona została sylwetka sprawcy i ofiary przemocy domowej w ujęciu wiktymologicznym.

W kolejnym rozdziale, czwartym, przedstawione zostały poglądy, teorie dotyczące przemocy domowej i jej uwarunkowań, które znajdują oparcie w przytoczonym piśmiennictwie. Rozważania i poglądy cytowanych autorów nawiązują do zróżnicowanego doświadczenia badawczego, eksperymentalnego, czy psychometrycznego. Autorzy i badacze, na których powołano się w niniejszej pracy, reprezentują różne orientacje: kryminologiczne, socjologiczne, czy psychologiczne i pedagogiczne.

W rozdziale piątym dokonano przeglądów m.in. aktów prawnych związanych z ochroną kobiet przed przemocą. Prześledzono przepisy zawarte w kodeksie karnym, ustawie o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz zwrócono uwagę na procedurę Niebieskiej Karty, będącej formą kontroli przemocy występującej w związkach małżeńskich/partnerskich. Ponadto omówiono mediację jako środek działania w postępowaniach przygotowawczych o przemoc domową.

W rozdziale szóstym niniejszej rozprawy przedstawiono metodologię badań własnych. W rozdziale tym przedstawiona została koncepcja badań, podstawowa aparatura pojęciowa, pytania badawcze i hipotezy, operacjonalizacja zmiennych oraz sposób statystycznej analizy danych.

W części empirycznej pracy, która obejmuje rozdział siódmy, ósmy i dziewiąty, skoncentrowano się na przedstawieniu zjawiska przemocy wewnątrzrodzinnej na terenie powiatu polkowickiego. W rozdziale siódmym szczegółowo omówiono poziom i strukturę przemocy domowej, przedstawiono portret sprawców oraz charakterystykę kryminalistyczną przestępstwa przemocy w rodzinie. Ponadto w rozdziale tym przedstawiono dane statystyczne dotyczące prowadzonych postępowań przygotowawczych związanych z przemocą domową, zakończonych prawomocnym wyrokiem skazującym sprawcę przedmiotowego przestępstwa. Dokonano także charakterystyki społeczno-demograficznej kobiet doświadczających przemocy na terenie powiatu polkowickiego, które w powyższych postępowaniach przyjęły status „osoby pokrzywdzonej”.

W rozdziale ósmym dokonano zestawienia wyników analizy statystycznej oraz pedagogicznej. Podjęto także próbę odpowiedzi na pytania badawcze pracy oraz pytania główne. W dyskusji wyników – rozdział dziewiąty – podsumowano otrzymane wyniki i odniesiono je do wcześniejszych badań. Wyciągnięto także wnioski wynikające z niniejszej pracy i zarysowano możliwe kierunki dalszych badań.

Przedstawione w niniejszej dysertacji badania mają głównie charakter diagnostyczny (z elementami weryfikacji), pozwalający na wszechstronne, komplementarne poznanie analizowanego problemu. Ponieważ podstawowe cechy syndromów urazowych są wspólne, proces powrotu do zdrowia przez osoby doświadczające przemocy również przebiega „podobnymi torami”. Główne etapy zdrowienia to: odzyskanie poczucia bezpieczeństwa, zrekonstruowanie traumatycznej historii oraz odnowienie związków ofiary z jej społecznością.

Ponadto prezentowane badania mają charakter szczególny, gdyż przedstawiają wypowiedzi pokrzywdzonych przemocą wewnątrzrodzinną kobiet, umożliwiając tym samym opracowanie propozycji oddziaływań terapeutycznych, dzięki którym będzie można wywoływać pożądane zmiany w psychospołecznym funkcjonowaniu kobiet doświadczających przemocy.

CZĘŚĆ I. ZAŁOŻENIA TEORETYCZNO-METODOLOGICZNE PRACY

ROZDZIAŁ 1. ZJAWISKO AGRESJI I PRZEMOCY. USTALENIA TERMINOLOGICZNE I CHARAKTERYSTYKA

Wszechobecność i złożoność zjawiska agresji to przesłanki nieustających i mało skutecznych prób jej kontrolowania. Agresja pojawia się zaraz po urodzeniu i towarzyszy człowiekowi aż do śmierci. Występuje u każdego, bez względu na wiek, płeć i pochodzenie. Zwykle oznacza czynną możliwość wyładowania na kimś lub na czymś niezadowolenia lub gniewu. Należy do naturalnych przejawów ludzkiej działalności o zdecydowanie negatywnym zabarwieniu, choć etymologicznie greckie pochodzenie słowa wcale nie wskazuje na jego negatywne znaczenie⁷.

Wśród zjawisk, które wzbudzają szczególny niepokój współczesnych społeczeństw wymienić należy przede wszystkim agresję oraz przemoc. Zjawiska te istniały w każdej epoce. Jednak obecnie mają specyficzne cechy. Niektórzy badacze współczesności stwierdzają, że żyjemy w czasach, w których agresja osiągnęła apogeum⁸. Przenika do codziennego życia ludzi, jest wszechobecna. Pomimo tego naukowcy nie potrafią jednoznacznie określić pojęcia „agresji”.

Przemoc i agresja to zjawiska złożone. Ich analiza wymaga podejścia interdyscyplinarnego. W szczególności ważny jest głos przedstawicieli nauk o wychowaniu oraz dyscyplin z pedagogiką współdziałających, tj. nauk psychologicznych i nauk prawnych oraz etyki i aksjologii.

1.1. POJĘCIE I RODZAJE AGRESJI ORAZ WYBRANE TEORIE WYJAŚNIAJĄCE ZACHOWANIA AGRESYWNE

Znaczenie terminu „*agresja*” odnosi się do bardzo wielu różnorodnych działań, mających wrogi bądź napastliwy charakter. Jest to pojęcie przede wszystkim potoczne, chociaż z czasem zapożyczone przez pedagogów i psychologów. Jest używane w rozmaitych kontekstach sytuacyjnych i odnosi się do różnych aspektów ludzkiego postępowania. W związku z tym, iż zachowania agresywne można interpretować różnie

⁷ Kopaliński W., *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych*, WP, Warszawa 1985, s. 18

⁸ Por. Gończa-Tomaszewski N., *Nowy portret kata - rzecz o przemoc*, „Frona” 1988, nr 13/14, s. 259

w zależności od dyscypliny badań i przyjętej metodologii jako: cechę, stan lub proces, wynikiem postępowania badawczego będą różne definicje zachowań agresywnych.

Kryteria definicyjne i definicje agresji. Potoczne znaczenie terminu „*agresja*” oznacza wrogie zachowania, mające na celu wyrządzenie komuś szkody, spowodowanie strat czy bólu. Definiując naukowo agresję należy wyodrębnić kryteria, które umożliwią zaliczenie konkretnego zachowania do klasy zachowań agresywnych. Wieloaspektowego podziału agresji dokonała Jolanta M. Wolińska wyszczególniając następujące jej typy, wedle różnych kryteriów⁹:

- a) występowanie komponentów emocjonalnych w zachowaniu, np. złość, gniew;
- b) intencjonalność czynienia szkody, kierowanie się motywem czynienia zła, wyrządzenie krzywdy przedmiotowi działań;
- c) spowodowanie konkretnych konsekwencji zachowań, np. efekt działania w postaci zadania cierpienia;
- d) modyfikujący wpływ kontekstu społecznego zachowań, np. związanego z pełnioną rolą społeczną, statusem społecznym, realizowanym zadaniem itp.

Pierwsze kryterium jest związane z wystąpieniem reakcji emocjonalnej, *drugie* łączy się z charakterem motywacji leżącej u podstawy agresji, *trzecie* traktuje o skutkach agresji, natomiast *kolejne* wskazuje na przypisywanie jej wartości moralnej i społecznej.

Uwzględniając kryterium emocjonalne agresję można ująć jako „cel sam w sobie” (agresja popędowa), co jest utożsamiane z reakcjami, którym towarzyszy wiele zmian fizjologicznych świadczących o pobudzeniu emocjonalnym, np. przyspieszenie akcji serca, wzrost potliwości skóry itp.¹⁰.

Przy definiowaniu pojęcia, *agresji* nie zawsze uwzględnia się wymienione kryteria łącznie, zaś częściej spotyka się definicje biorące pod uwagę jedno z nich.

Za twórcę klasycznej definicji agresji uważa się Arnolda H. Bussa, który rozumiał ją jako „*reakcję dostarczającą szkodliwych bodźców innemu organizmowi*”¹¹. Definicję tę rozbudowano jednak o dwa istotne elementy: intencje działań agresywnych oraz unikanie szkody. Tym samym za agresję uznaje się zarówno działania, jak i myśli oraz agresywne życzenia, a także brak działania, który w konsekwencji nieudzielenia pomocy powoduje różnorodne szkody. Z kolei motyw unikania szkody pojawił się

⁹ Wolińska J.M., *Agresywność młodzieży. Problem indywidualny i społeczny*, UMCS, Lublin 2000, s. 14

¹⁰ Feshbach S., *Aggression*, [w:] Mussen P.H. (red.) *Ceramichael's Manual of Child Psychology*, 2, J. Wiley, New York 1970, s. 159-259

¹¹ Buss A.H., *The psychology of aggression*, Wiley and Sons, New York 1961, s.1

w związku z potrzebą określenia relacji pomiędzy agresją a autoagresją, czy autodestrukcją. W tym ostatnim wypadku mamy do czynienia z sytuacją, w której rola agresora i obiektu agresji są tożsame.

Krystyna Kmieciak-Baran w potocznym znaczeniu agresję ujmując jako „wrogi ruchy i zachowania mające na celu wyrządzenie komuś szkody, strat, czy bólu”¹².

Szerokim pojęciem „agresji” operuje Zbigniew Gaś, według którego syndrom agresji to „zespół przeżyć, postaw i zachowań, których celem lub skutkiem (zamierzonym lub niezamierzonym) jest wyrządzenie krzywdy (bezpośrednio lub pośrednio) innej osobie lub sobie samemu. Syndrom agresji obejmuje zarówno tendencje agresywne uświadomione, jak i nieświadomione, skierowane na zewnątrz lub na siebie samego, zarówno przejawiane, jak i jedynie przeżywane”¹³.

W psychologii termin *agresja* (z łac. *agressio* – napaść) oznacza działanie skierowane przeciwko osobom lub przedmiotom, wywołującym u jednostki niezadowolenie lub gniew. Celem takiego działania jest wyrządzenie szkody przedmiotowi agresji, określonym osobom lub grupom społecznym.

Psychologowie, m.in. Irena Obuchowska, Anna Lipowska-Teutsch, Wanda Sztander, Elliot Aronson, Hanna Hamer *agresją* nazywają wszystkie te czynności, których celem jest zrobienie szkody lub wyrządzenie krzywdy drugiej osobie. Obuchowska stwierdza, że „*pojęcie przemocy kojarzy się z agresją. Agresję określa się w zależności od tego, czy bezpośrednio lub pośrednio przyniesienie szkody ma charakter intencjonalny lub nieintencjonalny*”¹⁴. Autorka podaje także inną definicję agresji i jej związku z przemocą uznając, że: „*(...) agresja może być sposobem podporządkowania innego człowieka, jak również przemoc nie musi się manifestować przez agresję*”¹⁵.

Bardzo często zatem pojęcia agresji i przemocy traktowane są jako podobne, jednakże intuicyjnie wyczuwamy między nimi różnicę.

Inni badacze zajmujący się tą problematyką rozpatrują agresję niezależnie od tego, czy dana osoba stawia sobie za cel skrzywdzenie kogoś albo uszkodzenie czegoś, czy traktuje zachowanie agresywne jako narzędzie do osiągnięcia innych celów. Tadeusz Pilch eksponuje w swojej koncepcji intencję wyrządzenia szkody. Stwierdza on, że: „*(...) w agresji zawsze znajdziemy wyraźną intencję wyrządzenia szkody lub krzywdy*”

¹² Kmieciak-Baran K., *Młodość i przemoc. Mechanizmy socjologiczno-psychologiczne*, PWN, Warszawa 1999, s.19

¹³ Gaś Z., *Inwentarz psychologiczny syndromu agresji*, „Przegląd Psychologiczny” 1980, nr 1, s. 142

¹⁴ Obuchowska I., *Przemoc w wychowaniu*, „Kwartalnik Pedagogiczny” nr 4(134), Warszawa 1989, s. 28

¹⁵ Brągiel J., *Zrozumieć krzywdzone dziecko*, UO, Opole 1996, s. 122

przedmiotowi działania. Bez intencji nie ma agresji”¹⁶. Z kolei Philip Zimbardo definiuje agresję jako reakcję „polegającą na niszczeniu przedmiotów, wyrządzaniu krzywdy innym lub sobie samemu (lub wyraźnej intencji dokonania tego); przyjmuje wiele różnych postaci”¹⁷.

Adam Frączek ujmując agresję jako „czynności mające na celu zrobienie szkody i spowodowanie straty cenionych społecznie wartości, zadanie bólu fizycznego lub spowodowanie cierpienia moralnego innemu człowiekowi”¹⁸. Autor twierdzi, że czynności ludzkie, zwłaszcza tragiczne w kontaktach interpersonalnych, są zwykle charakteryzowane ze względu na: skutki, do jakich prowadzą, charakter motywacji leżącej u ich podstawy, przypisywane im wartości moralne i społeczne. W swojej definicji „agresji” zwraca zatem uwagę na rezultat czynności, tj. coś zostało zniszczone, ktoś doznaje bólu, cierpienia – są to skutki czynności agresywnej, które mają charakter destrukcyjny.

Drugim składnikiem przytoczonej definicji zachowania agresywnego jest określenie motywacji, intencji, którymi kieruje się sprawca. Frączek uważa, iż karanie dziecka przez rodzica w formie tzw. klapsa, nie jest czynnością agresywną, gdyż agresja to zachowanie podejmowane z zamiarem spowodowania szkody i wywołania przykrości, a rodzic na ogół poprzez tzw. klapsa chce usunąć niepożądane zachowanie dziecka.

Trzecią przesłanką wyróżnienia czynności agresywnych jest kryterium o charakterze wartościowania moralnego i społecznego. Zasada ta przejawia się w dwóch postaciach. Przede wszystkim wartościowanie moralne i społeczne polega na rozstrzygnięciu, jakie czynności są pożyteczne i pożądane, a jakie niepożądane i zakazane. Uwzględniając tę zasadę, agresją w stosunkach między ludźmi nazywa się takie czynności prowadzące do cierpienia i szkody, które nie mają uzasadnienia w tym, że w późniejszych swoich konsekwencjach są cenne dla jednostki. Zgodnie z powyższym Frączek uważa, iż klaps od rodzica nie należy do grupy czynności agresywnych nie tylko ze względu na intencję sprawcy, lecz dlatego, że jest pożądany i celowy w świetle społecznie wytworzonych wartości i jest wykonany przez osobę pełniącą określoną rolę społeczną.

Podsumowując można stwierdzić, że jako skutek czynności agresywnej powstaje szkoda, utrata cenionych społecznie wartości, cierpienie, ból. Jeżeli na to zachowanie spojrzymy od strony sprawcy, a nie obiektu, to na podstawie ogólnej wiedzy dotyczącej

¹⁶ Brągiel J., *Zrozumieć...*, dz. cyt., s. 22

¹⁷ Zimbardo P.G., Ruch F.L., *Psychologia i życie*, PWN, Warszawa 1996, s. 661

¹⁸ Frączek A., *Studia nad uwarunkowaniami regulacją agresji interpersonalnej, sprawozdanie z badań i rozprawy*, PAN, Wrocław 1986, s.12

mechanizmów zachowania można uznać, że czynności agresywne, podobnie jak inne czynności interpersonalne, służą redukcji negatywnego napięcia emocjonalnego bądź uzyskaniu przyjemności, zaspokojeniu różnych potrzeb związanych zarówno z biologicznym funkcjonowaniem organizmu, jak też ukształtowanych w życiu społecznym jednostki oraz realizacji zadań życiowych wynikających z pełnionej roli społecznej.

Ludzie zachowują się agresywnie wobec innych dlatego, że są rozzłoszczeni, bądź dlatego, że zadawanie cierpienia i bólu sprawia im satysfakcję. Dlatego też agresja jest zjawiskiem nieaprobowanym społecznie. Zdaniem Antoniego Kępińskiego *„każdy wybuch agresji mobilizuje tkwiącą w człowieku chęć niszczenia, a chęć ta nigdy nie jest nasycona, jeżeli raz zacznie się ją realizować, to trudno ją nieraz zahamować, bardzo szybko narasta, w przeciwieństwie bowiem do świata zwierzęcego, w którym tendencje niszczycielskie mają swoje granice wyznaczone prawem zachowania życia (zabija się dla zaspokojenia głodu lub w obronie życia), u człowieka ich granica ma znak nieskończoności, człowiek niszczy dla samego niszczenia”*¹⁹.

W Słowniku języka polskiego termin agresja określany jest jako zachowanie zmierzające do wyładowywania niezadowolenia lub gniewu na osobach, rzeczach, wrogą, agresywną, napastliwą postawę wobec kogoś, agresję fizyczną, słowną²⁰.

Pojęcie agresja według Wincentego Okonia *„to (...) działanie skierowane przeciwko ludziom lub przedmiotom wywołującym u osobnika niezadowolenie lub gniew; celem agresji jest wyrządzenie szkody przedmiotowi agresji. Często agresja jest odpowiedzią na frustrację. Agresja fizyczna w stosunku do osób wyraża się w biciu lub znęcaniu; agresja słowna – w wymyślaniu lub wyśmiewaniu się, agresja wymyślona jest skierowana na osoby lub przedmioty nie będące przyczyną agresji”*²¹. Jest to definicja „tradycyjna”, mająca współcześnie walor historyczny, odwołująca się do klasycznego rozmiennia agresji, bliska podejściu rozwijanemu w ramach teorii Dollarda-Millera (funkcjonalne rozumienie agresji jako formy rozładowania napięcia, powiązanie z frustracją potrzeb, odwołanie się do typowych przejawów zewnętrznych, łatwo obserwowalnych). Przytaczam tę definicję ze względu na jej znaczenie teoretyczne jednak z zastrzeżeniem, że nie bierze pod uwagę współcześnie akcentowanych bardziej złożonych, ukrytych, a także pełniących inną funkcję (np. instrumentalną) przejawów agresji, zwłaszcza w powiązaniu z przemocą.

¹⁹ Kępiński A., *Psychopatologia nerwic*, PZWL, Warszawa 1972, s. 97

²⁰ Szymczak M., *Słownik języka polskiego*, t. 1, PWN, Warszawa 1978

²¹ Okoń W., *Słownik pedagogiczny*, PWN, Warszawa 1981, s. 13

W leksykonie pedagogicznym²² można znaleźć ujęcie *agresji* jako zachowania podejmowanego z zamiarem spowodowania szkody, prowadzącego potencjalnie lub faktycznie do negatywnych dla innych konsekwencji, a także analizuje się agresję jako wewnętrzny stan emocjonalno-motywacyjny jednostki, cechujący się irytacją, złością, gniewem, chęcią szkodenia i niszczenia, czy w końcu jako skłonność do częstego używania przemocy w relacjach z innymi, lub sposób rozwiązywania konfliktów bądź realizacji celów życiowych.

Z kolei w ujęciu socjologicznym *agresja* traktowana jest najczęściej jako zjawisko dewiacyjne i tłumaczona jest przez teorie dewiacji. Zatem można ją zdefiniować jako zachowanie mające na celu wyrządzenie krzywdy lub przykrości lub jako zamiar popełnienia takiego czynu. Zachowanie takie może mieć charakter fizyczny lub mieć postać przemocy werbalnej. Ponadto agresja może być skierowana na zewnątrz (anty-społeczna lub prospołeczna) albo przeciw samemu sobie (autoagresja). Dlatego też agresja może być celem sama w sobie lub może służyć osiągnięciu jakiegoś celu.

W opracowaniach naukowych z zakresu prawa, socjologii i psychologii, dotyczących agresji, często pojawiają się terminy „*czynności agresywne*”, „*przemoc*”, „*destruktywność*”, „*zachowanie agresywne*”, „*działania agresywne*”, co znacząco utrudnia zdefiniowanie agresji, bowiem, jak sugerują badacze, mamy do czynienia z „rodziną pojęć”, a nie jednolitym pojęciem, możliwym do określenia jedną definicją zbiorczą.

Termin „*agresywne zachowanie*” służy do opisu zdarzeń, sytuacji, w wyniku których wystąpiła szkoda. Mówiąc bardziej precyzyjnie, zachowanie agresywne to zachowanie skierowane przeciw komuś lub czemuś przyjmujące formę ataku, napaści, pobicia, itp. W konsekwencji ten rodzaj zaburzenia wyrządza szkody materialne i moralne. Skorny stwierdził, iż czynniki te w dużej mierze wyczerpują znamiona przemocy domowej i mogą być wykorzystane do jej wstępnego zdefiniowania²³.

Aronson *działanie agresywne* definiuje jako „*zachowanie, którego celem jest spowodowanie psychicznej lub fizycznej szkody*”²⁴. Natomiast Edward Wilson podaje, iż „*agresją jest każdy fizyczny akt lub groźba dokonania aktu ograniczającego wolność lub zmniejszającego wartość przystosowawczą innego osobnika*”²⁵.

²² Milerski B., Śliwerski B., *Pedagogika*, PWN, Warszawa 2000, s. 8-9

²³ Skorny Z., *Mechanizmy regulacji ludzkiego działania*, PWN, Warszawa 1989, s. 187-188

²⁴ Aronson E., Wilson T.D., Akert R.M., *Psychologia społeczna. Serce i umysł*, Zysk i S-ka, Poznań 1997, s. 497

²⁵ Tamże, s. 498

Większość teorii socjologicznych wskazuje, iż fala czynów agresywnych zarówno w miejscach publicznych, jak i prywatnych (np. w domach rodzinnych) jest konsekwencją zmian społecznych, dynamicznego rozwoju technologicznego i informatycznego. Co więcej, wraz ze wzrostem dostępu ludzi do techniki, zmieniają się zachowania agresywne. Bardzo często można spotkać się z opinią, iż relacje jednostki ze środowiskiem społecznym są źródłem zachowań agresywnych. Najbardziej popularną teorią jest teoria frustracji – agresji oraz tzw. agresywnych oczekiwań innych.

W pierwszym przypadku zachowania agresywne są skutkiem przerwania celowego działania. Z uwagi na wąskie działania owej teorii, gdyż zachowania agresywne nie zawsze muszą być skierowane na zewnątrz, teoria ta została poddana krytyce. Z kolei w drugim przypadku zachowanie agresywne nie jest konsekwencją frustracji, lecz jest konsekwencją oczekiwań środowiska, w którym przebywa jednostka. Oznacza to, iż jeśli jednostka wychowuje się w rodzinie, w której agresja i przemoc jest „naturalnym” stylem życia, prawdopodobnie będzie w sposób podobny traktować własne dzieci oraz swojego partnera, czy też współmałżonka. Zjawisko to określa się mianem facylitacji społecznej.

Warto dodać, iż zachowania agresywne są również sposobem zdobywania, potwierdzania czy intensyfikacji poczucia kontroli. Agresja jest szczególnie dogodnym sposobem radzenia sobie z problemami kontroli, ponieważ aktywność agresywna, jeżeli jest skuteczna, dostarcza szybkich i wyrazistych sygnałów, potwierdzających własną moc i kompetencję.

Zdaniem Janusza Reykowskiego i Grażyny Kochańskiej²⁶ najprostszy akt destrukcji jest sprawdzianem swoich sił oraz dogodnym sposobem ochrony, umacniania i podnoszenia własnej wartości. Taki właśnie sposób działania często jest charakterystyczny dla sprawców przemocy w rodzinie.

Przyjmuje się, iż zachowania agresywne mogą przejawiać się w różnych formach. Najczęściej zalicza się do nich:

- a) *napastliwość fizyczną* (używanie przemocy stosunku do innych);
- b) *napastliwość słowną* (kłótnie, krzyk, groźby, pretensje, przekleństwa);
- c) *napastliwość pośrednią* (wyrządzenie krzywdy osobie będącej przedmiotem agresji nie wprost, tylko np. poprzez złośliwe obmawianie, skarżenie, niszczenie cudzej własności);

²⁶ Reykowski J., Kochańska G., *Szkice z teorii osobowości*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1980, s. 84

- d) *negatywizm* (zachowanie opozycyjne, przejawiające się w odmowie współpracy, biernym uporze aż do jawnego buntu);
- e) *podejrzliwość* (okazywanie jawnej nieufności, brak zaufania do ludzi);
- f) *urazy* (poczucie złości i nienawiści za rzeczywiste lub urojone krzywdy);
- g) *drażliwość* (gotowość do wyrażania negatywnych odczuć, zrzędlivość, szorstkość);
- h) *poczucie winy* (odczuwanie wyrzutów sumienia)²⁷.

Reasumując można stwierdzić, iż pojęcie agresji i przemocy są pojęciami bliskoznacznymi i trudno je odróżnić w praktyce społecznej, jednakże są pewne okoliczności, które pozwalają uznać dane zachowanie za przemoc, a inne za agresję.

Ponadto badacze zajmujący się problematyką agresji wprowadzają do literatury przedmiotu pojęcie *agresywności* rozumianej jako cecha osobowości wyrażająca stałą gotowość do reagowania agresją w odpowiedzi na sygnały wywoławcze agresji oraz gotowość do percepcji tych sygnałów. Według Skornego, jednostkę, która często przejawia tego typu tendencje, można określić jako agresywną. Mamy wówczas do czynienia z pewnymi tendencjami lub skłonnościami agresywnymi, czy też z agresją traktowaną jako względnie trwała cecha osobowości. Autor podkreśla, iż pojęcie agresji należy ograniczać do tych przypadków, które „*uszkadzają lub wyrządzają komuś krzywdę dostarczając szkodliwych bodźców*”²⁸. Agresja jest „*formą inicjowanego ataku, wyrządzającego szkody fizyczne lub moralne określonym osobom lub grupom społecznym*”²⁹.

Rodzaje i formy agresji. Literatura naukowa zawiera opisy i wyjaśnienia różnych sposobów i form przejawiania agresji. Pokróćce przedstawię wybrane klasyfikacje.

Philip G. Zimbardo i Floyd L. Ruch wyróżnili *agresję antyspołeczną i prospołeczną*, gdzie „*agresja antyspołeczna wyrażana jest w nieakceptowany społecznie sposób*”³⁰. Do zachowań tych możemy zaliczyć niszczenie różnych przedmiotów, pobicia, zabójstwa. Natomiast *agresja prospołeczna* jest to „*agresja służąca akceptowanym społecznie celom takim jak karanie za łamanie reguł*”³¹. Do charakterystycznych elementów tej kategorii agresji można zaliczyć np. współzawodnictwo, które jest nieodłącz-

²⁷ Gruszkowska M., *Społeczne i psychologiczne uwarunkowania agresywności młodzieży w okresie adolescencji* [w:] Rajzner A., *Agresja w szkole-spojrzenie wieloaspektowe*, Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Warszawa 2004, s. 39

²⁸ Skorny Z., *Psychologiczna analiza agresywnego działania*, PWN, Warszawa 1968, s. 144

²⁹ Tamże, s. 144

³⁰ Zimbardo P., Ruch P., *Psychologia i życie*, PWN, Warszawa 1994, s. 661

³¹ Tamże, s. 661

nym elementem współczesnego życia społecznego, a które bardzo często zawiera elementy agresji aprobowanej społecznie.

Arnold H. Buss wyróżnił także *agresję gniewną*, powstającą na tle frustracji, wyzwalanej przez doznawanie niepowodzeń w działaniu oraz *agresję instrumentalną*, określaną jako zachowania agresywne zmierzające do usunięcia przeszkód utrudniających osiągnięcie jakiegoś pożądanego przedmiotu, którym może być np. pożywienie, czy pieniądze. Od tych dwóch rodzajów agresji Buss odróżnia *wrogość*, czyli względnie trwałą nawyk przejawiający się w szeregu reakcji werbalnych, np. negatywne oceny osób lub zachowań³².

Krystyna Kmiecik-Baran wyodrębniła *agresję konstruktywną i agresję destruktywną*. Według niej *agresja konstruktywna* to ruch akceptowany społecznie, w celu zaspokojenia swoich potrzeb lub potrzeb grup ludzi, czasami łamiąca normy społeczne. Rzadko ma charakter przestępczy. Agresja ta może prowadzić do przestępczości, wówczas będą to zachowania niezgodne z istniejącym aktualnie prawem, ale zgodne z oczekiwaniem społecznym, np. ratowanie życia osoby bliskiej, rodziny przez okaleczenie lub zabicie przestępcy³³. Natomiast *agresja destruktywna* często bywa zachowaniem przestępczym, niezgodnym z istniejącymi normami prawnymi, moralnymi, czy zwyczajowymi, np. gwałt, morderstwo. Jest to zachowanie godzące w swobodę jednostki³⁴.

Ze względu na fakt, iż zachowania agresywne mają swój podmiot i przedmiot można dokonać także klasyfikacji jej form. Podmiotem agresji zawsze jest osoba lub grupa osób, u której wystąpiło agresywne zachowanie się. Podmiot agresji określany jest mianem *agresora*. Natomiast przedmiotem agresji są osoby lub rzeczy, na które jest skierowane agresywne zachowanie. Biorąc pod uwagę podmiot agresji można rozróżnić *agresję indywidualną i grupową*. Przy agresji indywidualnej agresorem jest określona jednostka, natomiast przy agresji grupowej – grupa osób³⁵. Z uwagi na przedmiot agresji można rozróżnić *agresję bezpośrednią i agresję przemieszczoną*.

Według Bussa agresja bezpośrednia polega na jawnym ataku skierowanym na przedmiot będący powodem frustracji i możliwym tylko w jego obecności. Natomiast agresja przemieszczona to atak skierowany na „obiekty zastępcze”, czyli na osoby lub rzeczy nie będący właściwym przedmiotem zachowań agresywnych³⁶.

³² Skorny Z., *Psychologiczna analiza...*, dz. cyt., s.161

³³ Kmiecik-Baran K., *Młodość i przemoc...*, dz. cyt., s. 21

³⁴ Tamże, s. 21

³⁵ Skorny Z., *Psychologiczna analiza ...*, dz. cyt., s.162

³⁶ Tamże, s.166

Ze względu na kryterium widoczności wyróżnia się *agresję jawną i ukrytą*. Mianem agresji jawnej określa się agresję fizyczną, werbalną, lub ekspresyjną bezpośrednią. Agresja ukryta przybiera najczęściej formę pomówień i oszczerstw. Psychologowie wspominają także o agresji spontanicznej „gorącej” i instrumentalnej „zimnej”³⁷. Podczas gdy pierwsza, impulsywna (spontaniczna) jest reakcją na subiektywnie odbierane zagrożenie, agresja instrumentalna podejmowana z premedytacją, zmierza do realizacji określonego, nieagresywnego celu.

Biorąc pod uwagę przedmiot agresji można także wyróżnić *autoagresję*, która dzieli się na: *autoagresję jawną* – typowym jej objawem jest powtarzające się okaleczenie własnego ciała; najczęściej spotykana formą są rany cięte skóry na nogach, brzuchu, ramionach, zadawane nożem lub innymi ostrymi narzędziami; często osoby przypalają sobie skórę papierosem lub przeżerają kwasem³⁸; oraz *autoagresję ukrytą* – zaburzenie psychiczne, charakteryzujące się wywoływaniem fizycznych lub psychicznych dolegliwości; najczęściej objawia się symulowaniem lub sztucznym wywoływaniem wszelkich symptomów choroby każdej części ciała.

Natomiast Albert Bandura i Richard Walters użyli terminu *antyspołeczna agresja*, który oznaczać miał czyny o charakterze społecznie destruktywnym, które powodują krzywdę lub szkodę osób czy ich własności, niekoniecznie sprzecznych z prawem³⁹.

Większość psychologów posługuje się terminem „*agresja interpersonalna*”, który oznacza akt odnoszący się do zachowań międzyludzkich, intencjonalnie organizowany w celu wyrządzenia szkody jednostce lub grupie społecznej. Jest umyślnym działaniem na szkodę jednostki lub jej właściwości, którego nie da się społecznie usprawiedliwić. Interpersonalna agresja prowadzi do skrzywdzenia tych osób, na które jest ukierunkowana. W osądzie społecznym pod uwagę bierze się zarówno motywy jednostki, jak okoliczności i warunki, w których takie zachowanie występuje⁴⁰.

Systematyzując ujęcia agresji, Adam Frączek mówi o agresji przejawiającej się w formie czynności fizycznych, werbalnych, symbolicznych, sterowanych nieraz przez złość, chęć szkodzenia innym, dążenie do sprawienia przykrości i cierpienia⁴¹.

³⁷ Kosewski M., *Agresywni przestępcy*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1977

³⁸ Eckhard A., *Autoagresja*, WAB, Warszawa 1998, s. 21

³⁹ Bandura A., Walters R., *Agresja w okresie dorastania*, PWN, Warszawa 1968, tłum. Czesław Czapów

⁴⁰ Frączek A., Zumkley H., *Socjalizacja a agresja*, PAN, WSPS, Warszawa 1993, s.51, tłum. Tatiana Klonowicz

⁴¹ Frączek A., *Agresja - psychologiczny punkt widzenia* [w:] Tenże (red.), *Z zagadnień psychologii agresji*, WSPS, Warszawa 1980

Zdaniem Tadeusza Tomaszewskiego agresja przybiera zasadniczo dwa kierunki: *na zewnątrz, przeciwko osobom czy przedmiotom*, lub *do wewnątrz*, gdy jednostka występuje przeciwko sobie samej⁴².

Według Zbigniewa Skornego zachowanie agresywne to takie, które przybiera formę ataku skierowanego przeciw określonym *osobom* lub *rzeczom*. Może ono mieć formę zachowań napastliwych lub destruktywnych o *bezpośrednim* lub *pośrednim* charakterze. Do bezpośrednich zachowań napastliwych należą te proste zachowania, które cechują się stosunkowo krótkimi atakami fizycznymi, stosowanymi także przy użyciu prostych narzędzi. Agresja w sensie ogólnym wyraża się często w formie złożonych zachowań napastliwych i przybiera wtedy postać bójek, zastraszania kogoś, niesprawiedliwego traktowania. Pośrednie zachowania napastliwe występują zazwyczaj jako dokuczanie, przeszkadzanie, polegają także na niszczeniu lub uszkodzaniu rzeczy stanowiących własność osoby będącej przedmiotem agresji⁴³. Psycholodzy wyróżniają także agresję *spontaniczną „gorącą”* i *instrumentalną „zimną”*, podejmowaną z premedytacją⁴⁴. Ekstremalna forma agresji przyjmuje postać okrucieństwa. Polega wówczas na fizycznym lub psychicznym niszczeniu żywej istoty w sposób szczególnie gwałtowny i wymyślny. Rozróżnia się między innymi agresję instrumentalną, czyli zmierzającą do realizacji nieagresywnego celu, od agresji przemieszczonej czy agresji pośredniej⁴⁵.

Wskazuje się także na *agresję fizyczną i słowną* oraz *agresję bezpośrednią i pośrednią*. Agresja bezpośrednia polega na ataku skierowanym wprost na określoną osobę lub rzecz. Przy agresji pośredniej zachowania powodują szkodę lub przykrość osobie, na którą skierowana jest agresja, nie przybierają jednak formy bezpośredniego na nią ataku. Agresja słowna wyraża się w formie wypowiedzi poniżających, gróźb, wprowadzania w błąd, co pociąga za sobą negatywne konsekwencje dla osoby, na którą skierowana jest agresja. Może wystąpić również agresja słowna pośrednia zmierzająca do wytworzenia negatywnej aury wokół atakowanej osoby i do obniżenia jej wartości w oczach innych. Natomiast agresja fizyczna wyraża się w biciu, szarpaniu, kopaniu⁴⁶.

Agresja słowna może więc przybierać formę bezpośrednich wypowiedzi napastliwych, szkodzących i poniżających, ale też pośrednich jej odmian, mających wyrzą-

⁴² Tomaszewski T., *Wstęp do psychologii*, PWN, Warszawa 1963

⁴³ Skorny Z., *Psychologiczna analiza ...*, dz. cyt., s.184-195, 198-203

⁴⁴ Obuchowska I., *Agresja*, [w:] Pomykało W. (red.), *Encyklopedia Pedagogiczna*, Fundacja Innowacja, Warszawa 1993, s. 7

⁴⁵ Kosewski M., *Agresywni przestępcy*, Książka i Wiedza, Warszawa 1977

⁴⁶ Bandura A., Walters R.H., *Agresja w wieku...*, dz. cyt.

dzić przykrość lub szkodę danej osobie poprzez skierowanie wypowiedzi agresywnej do osób trzecich⁴⁷.

Poruszając kwestie agresji oraz źródeł jej powstania, trudno nie wspomnieć o podziale agresji dokonanym przez Ericha Fromma. Autor ten w sposób przejrzysty i klarowny dokonał podziału agresji na biologicznie przystosowawczą oraz biologicznie nieprzystosowawczą. Agresja przystosowawcza jest określana mianem agresji niezłośliwej, z kolei agresja nieprzystosowawcza – agresji złośliwej⁴⁸. Biologicznie przystosowawcza agresja stanowi reakcję na zagrożenie żywotnych interesów i jest zaprogramowana filogenetycznie. Występuje zarówno u człowieka, jak i zwierząt. Świadczy o tym to, iż bez względu na gatunek, celem agresji przystosowawczej jest likwidacja zagrożenia. W odróżnieniu od agresji niezłośliwej, agresja nieprzystosowawcza charakteryzuje się okrucieństwem, a jej celem jest destrukcja, unicestwienie kogoś albo czegoś, niestanowiących zagrożenia dla życia i zdrowia. O ile w pierwszym przypadku agresja była charakterystyczna zarówno dla ludzi, jak i zwierząt, tak w tym przypadku nie jest zaprogramowana filogenetycznie i występuje jedynie w gatunku ludzkim.

Erich Fromm w swoim podziale *agresji niezłośliwej* na pseudoagresję, agresję przypadkową, agresję w zabawie, agresję asertywną oraz na agresję obronną stwierdził, iż złośliwa część ludzkiej agresji nie jest wrodzona, a tym samym nie jest nieusuwalna, przyznając, że złośliwa agresja jest cechą potencjalną człowieka, a więc jest czymś znacznie poważniejszym niż zwykły wyuczony wzorzec zachowania, który łatwo zanika kiedy wprowadzane są nowe wzory.

Pseudoagresję określa się wszelkie zachowania agresywne, które nie zawierają w sobie intencji, jednakże mogą wyrządzić krzywdę adresatowi. Najbardziej powszechnym przykładem pseudoagresji jest zdaniem Fromma, wystrzał z broni, który rani i zabija świadka zdarzenia. Podobnie jest w przypadku agresji w zabawie. Celem tutaj nie jest zadanie cierpienia i bólu uczestnikom zabawy, lecz ćwiczenie umiejętności. Nie występują tutaj negatywne uczucia, takie jak złość, nienawiść, czy gniew.

Kolejny rodzaj agresji to *agresja asertywna*, która stanowi fundamentalną właściwość niezbędną w podejmowaniu decyzji. Jest ona także potrzebna w wykonywaniu różnych zawodów, np.: stomatologa, sprzedawcy, czy sportowca, itp. Jeżeli człowiek we wszystkich tych sytuacjach jest wyposażony w niezachwianą asertywność, tzn. jeśli

⁴⁷ Graumann C.F., *Verbal discrimination: A neglected chapter In the social psychology of aggression*. „Journal of the Theory of Social Behavior” 1998, nr 28(1), s. 41-61

⁴⁸ Fromm E., *Anatomia ludzkiej destrukcyjności*, „Rebis”, Poznań 2005, s. 206, tłum. Jan Karłowski, Mirosław Chałubiński

z determinacją dąży do realizacji zamierzonego celu, z pewnością cel ten zostanie przez niego osiągnięty.

Ostatnim rodzajem agresji niezłośliwej jest biologicznie przystosowawcza *agresja obronna*. W chwili zagrożenia życia i zdrowia, czy wolności człowiek reaguje zwykle atakiem lub ucieczką. Są to wrodzone skłonności, które w porównaniu ze światem zwierząt, działają zasadniczo rzadziej i w różnym nasileniu. Fromm wskazuje na różnicę między agresją obronną człowieka i zwierzęcia. Jego zdaniem zwierzę atakuje lub ucieka w sytuacji bezpośredniego zagrożenia, natomiast człowiek wyposażony jest w zdolność przewidywania i wyobraźnię. Oznacza to, iż reaguje nie tylko na obecne niebezpieczeństwo, lecz również na to, które potrafi sobie wyobrazić jako potencjalne.

Agresja niezłośliwa jest zatem agresją występującą bez intencji, zamiaru skrzywdzenia drugiej osoby, czy nawet pozbawienia jej życia. Zatem kwestia pozbawienia życia jest o tyle złożona, iż trudno ją rozważać tylko i wyłącznie w kategorii agresji złośliwej, gdyż może występować zarówno w stosunku do innych osób, jak i do siebie samego (*thanatos*).

Teorie wyjaśniające zachowania agresywne. Badania nad agresją dotyczą dwu podstawowych zagadnień: *po pierwsze* – jej biologicznego uwarunkowania, *po drugie* – konsekwencji psychospołecznych. Z tego powodu najliczniej są prezentowane poglądy etologów, prawników oraz badaczy zajmujących się psychologią społeczną, psychoanalizą oraz socjologią.

W literaturze przedmiotu współlistnieją trzy podstawowe teorie agresji: **(1)** agresja jako instynkt; **(2)** agresja jako nabyty popęd; **(3)** agresja jako efekt uczenia się.

1. Agresja jako instynkt. Pierwsza teoria dotycząca zachowań agresywnych jest związana z badaniami nad instynktami, wśród których instynkt walki jest określany jako nieodzowny warunek do życia i przeżycia. **Teoria instynktu agresji** została przyjęta na gruncie psychoanalizy. Jej twórca Zygmunta Freud⁴⁹ uważał, iż agresja jest niezbędna do przetrwania, do utrzymania gatunku. Człowiek przychodzi na świat z gotowym instynktem walki. Freud pogląd ten rozwinął w teorię. Twierdził on, iż w chwili narodzin posiadamy dwa przeciwstawne instynkty: instynkt życia – *Eros* i instynkt śmierci – *Thanatos*. Instynkt życia powoduje, że jednostka rozwija się i utrzymuje przy życiu, a instynkt śmierci działa w kierunku samozniszczenia jednostki. Instynkt śmierci często zostaje skierowany przeciwko otaczającemu światu, przybierając formę agresji wobec innych. Freud postrzegał zachowania agresywne jako swego

⁴⁹ za: Kmiecik-Baran K., *Młodość i przemoc...*, dz. cyt., s. 15

rodzaju hydrauliczny model, który musi ulec rozładowaniu, jeśli ciśnienie przekroczy dopuszczalne normy. Ponadto sądził, iż nagromadzoną energię można rozładować w bezpieczny sposób przez *katharsis*, co oznacza oczyszczenie, redukcję napięcia za pomocą płaczu, słów, czy innych symbolicznych środków. Freud uważał także, że skłonność do agresji to pierwotna, popędowa dyspozycja człowieka, a zarazem najsilniejsza przeszkoda w rozwoju kultury. Doszedł do wniosku, że człowiek rodzi się z instynktem śmierci, który zwrócony do wewnątrz przejawia się w agresji skierowanej na samego siebie. W przypadkach drastycznych agresja ta przybiera formę samobójstwa. Natomiast kiedy instynkt ten zwrócony jest na zewnątrz, wówczas przejawia się we wrogości, sadyzmie, skłonnościach do niszczenia i zabijania.

Podobne stanowisko, ale sformułowane bardziej jednoznacznie, prezentuje współtwórca etologii – Konrad Lorenz. Wskazywał on na podobieństwo pewnych mechanizmów świata zwierzęcego i ludzkiego, na biologiczne tło agresji, szczególnie wewnątrzgatunkowej, podkreślając przy tym jej doniosłą rolę w procesie doboru naturalnego, ważnego dla zachowania i rozwoju gatunku. Oparł on swoją teorię na rozróżnieniu, że instynkt agresji jest wrodzony i niezmienny, natomiast zachowania agresywne wzbudzone przez instynkt są w różnym stopniu podatne na wpływy zewnętrzne i mogą być modyfikowane przez wychowanie. Zdaniem Lorenza agresja to instynkt służący zachowaniu gatunku⁵⁰. Warunkowana jest dziedzicznie i wyzwana naturalnie przez pewne bodźce lub ich zespoły, ale inne dziedziczne bodźce mogą ją naturalnie hamować. Spostrzeżenia dotyczące świata zwierząt odnoszą się do ludzi, ale w ich przypadku pewne sygnały hamujące są mniej efektywne niż u zwierząt. Wpływa na to zastraszające szerzenie się agresji wewnątrzgatunkowej. Naturalna agresja „wewnątrzgatunkowa” to „*niezbędny do utrzymania życia i systemu element organizacji wszystkich istot, którego funkcja wprowadzie, jak wszystko na tej ziemi, może ulec wypaczeniu, i który może prowadzić do niszczenia, ale pomimo to działa dla dobra wielkiej sprawy życia*”⁵¹.

Według Konrada Lorenza agresja jest wrodzonym wzorcem zachowania, który zostaje automatycznie wzbudzony pojawieniem się w otoczeniu odpowiednich „wyzwalaczy” lub pojawieniem się odpowiednich „inhibitorów”. Organizm nie musi uczyć się znaczenia ani jednych ani drugich, gdyż zdolność do stosownego reagowania na te bodźce jest wrodzona⁵². Ponadto człowiek, w odróżnieniu do świata zwierząt, ze

⁵⁰ Ranschburg J., *Lęk, gniew, agresja*, WSiP, Warszawa 1993, s. 98-99

⁵¹ Lorenz K., *Tak zwane zło*, PIW, Warszawa 1972, s. 360

⁵² Wojciszke B., *Relacje interpersonalne*: [w]: Strelau J. (red.), *Psychologia*, t. 3, GWP, Gdańsk 2000, s. 148

względem na swoją umiejętność sporządzania narzędzi i zdolność planowania, może rozmyślnie wyrządzać niemal nieograniczone szkody i krzywdy, nawet nie przeżywając agresywnych uczuć i nie wchodząc w osobiste interakcje ze swoimi ofiarami.

W obecnych czasach, w wyniku nienadążania za zmianami naukowymi, technicznymi i kulturowymi, rozszerza się agresja destruktywna. Spiętrzona agresja powinna znaleźć ujście albo w postaci bezpośredniej walki między osobnikami w formie zrytualizowanej (np. rywalizacja sportowa lub w rywalizacja w jakiejś dziedzinie naukowej) lub przez przeniesienie na inny przedmiot⁵³.

Mc Dougall twierdził, że „*instynktowi walki towarzyszy uczucie gniewu, które jest impulsem do różnych agresywnych zachowań. Jego zdaniem, instynkt walki jest zjawiskiem pozytywnym, ponieważ umożliwia utrzymanie dotychczasowego posiadania*”⁵⁴. Ponadto prowadzi ono do zachowań umożliwiających zaspokojenie potrzeb człowieka, skłania go do obrony przed atakiem.

Podsumowując tezy teorii instynktów, należy stwierdzić, iż agresja stanowi przejaw wrodzonego popędu. Jednak teoria ta krytykowana jest głównie dlatego, iż nie wskazuje konkretnych czynników wyzwalających agresję. Ponadto stwierdza, iż człowiek rodzi się z instynktem śmierci, który jeżeli jest zwrócony do wewnątrz, objawia się agresją skierowaną do samego siebie. W skrajnych przypadkach prowadzić może do samobójstwa. Jeżeli natomiast instynkt śmierci zwrócony jest na zewnątrz, to agresja przejawia się wrogością, sadyzmem, skłonnościami do niszczenia i mordowania. Ten instynkt wyzwalający zachowania agresywne jest jednak częściowo hamowany strachem przed karą.

2. Agresja jako nabyty popęd. Wśród różnych prób wyjaśnienia powstawania zachowań agresywnych liczą się koncepcje interpretujące agresję jako nabyty popęd. Niektóre podkreślają rolę gniewu, inne – rolę konfliktowych oczekiwań jako czynników prowadzących do wzmocnienia zachowania agresywnego⁵⁵.

Interesujące podejście do genezy zachowań agresywnych przedstawia **psychospołeczna teoria agresji**. Najbardziej znaną jest klasyczna teoria „*frustracji – agresji*”, która po raz pierwszy została sformułowana w 1939r. przez Johna Dollarda i jego współpracowników. Podstawą tej teorii są dwie tezy: **(a)** agresja jest zawsze poprzedzona frustracją; **(b)** każda frustracja powoduje bezwzględne wystąpienie agresji.

⁵³ Grochulska J., *Reedukacja dzieci agresywnych*, WSiP, Warszawa 1996, s. 10-11

⁵⁴ za: Kmiecik-Baran K., *Młodość i przemoc...*, dz. cyt., s. 16

⁵⁵ Cofer Ch.N., Appley M.H. *Motywacja: teoria i badania*, PWN, Warszawa 1972, s. 631, tłum. Katarzyna Rosner, Piotr Graff, Józef Radzicki

Zdaniem Johna Dollarda i Neala R. Millera⁵⁶, gniew jest wyuczonym popędem tzn. iż szarpanie, bicie, drapanie oraz wewnętrzne reakcje trzewne są wrodzonymi reakcjami gniewnymi na pewne sytuacje. Ich zdaniem, agresja jest „*popędem będącym reakcją na frustrację. Zachowanie człowieka zmierza zawsze do osiągnięcia jakiegoś celu*”⁵⁷. Agresja wystąpi zatem wtedy, kiedy jest najsilniej wyuczoną reakcją na gniew. Sugeruje to, że gniew wywołany przez frustrację pośredniczy w pewnych okolicznościach między frustracją a agresją.

Innego zdania jest Arnold H. Buss⁵⁸, według którego nie można agresji interpretować jako popędu. Uważa, iż jedynym aspektem agresywnego zachowania, który można rozpatrywać w kategoriach popędowych, jest emocjonalna reakcja gniewu.

Natomiast Robin R. Sears⁵⁹ uznaje możliwość wytwarzania się nowych popędów w wyniku zderzenia się dwu jednakowo silnych tendencji, *pierwszej* związanej z oczekiwaniem nagrody oraz *drugiej* związanej z przewidywaniem kary za określone zachowanie. Sears wyjaśnia w ten sposób powstawanie popędów zależności i agresji. Jego zdaniem oba nabyte popędy mogą rozwijać się we wczesnym dzieciństwie na podłożu zachowań instrumentalnych, wzmacnianych uzyskiwanym zainteresowaniem. Ponadto Sears wyróżnia *zachowania instrumentalne typu zależnościowego*, do których zalicza niezaradność, bezsilność, skargę, cichy płacz, prośbę oraz *zachowania instrumentalne typu agresywnego*, które charakteryzuje: krzyk, głośny płacz, gwałtowne nieskoordynowane ruchy oraz uderzanie przedmiotów, kopanie ich.

Teoria frustracji – agresji spotkała się z ostrą krytyką, jednakże nie oznaczało to, iż całkowicie zakwestionowano rolę frustracji w powstawaniu agresji. Zdaniem Leonarda Berkowitza⁶⁰ frustracja wywołuje gniew, który jest specyficzną emocją dla agresji i jej niezbędnym podłożem. Zdaniem autora, gniew to zaledwie gotowość do agresywnego zachowania, które pojawi się lub nie, w zależności od tego czy jednostka odbierze, a następnie zinterpretuje daną sytuację jako zawierającą sygnały wywołujące agresję.

3. Agresja jako efekt uczenia się. Za twórcę *społecznej teorii uczenia się* uważa się Alberta Bandurę, którego zdaniem na zachowania agresywne człowieka mają wpływ czynniki społeczne (środowiskowe). Zwolennicy tej teorii kładą szczególny nacisk na znaczenie środowiska w kształtowaniu agresywnego zachowania, dowodząc,

⁵⁶ Grochulska J., *Reedukacja dzieci...*, dz. cyt., s. 18

⁵⁷ Kmiecik-Baran K., *Młodość i przemoc...*, dz. cyt., s. 17

⁵⁸ Grochulska J., *Reedukacja dzieci...*, dz. cyt. s. 18

⁵⁹ Cofer Ch.N., Appley M.H., *Motywacja: teoria i...*, dz. cyt., s. 631

⁶⁰ Berkowitz L., *Aggression. A Social-Psychological Analysis*. McGraw-Hills, New York 1962

że chociaż frustrację i ból można uznać za istotne bezpośrednie przyczyny agresji, to jest jednak wiele czynników pośrednich, które mogą wywołać agresję u osoby posiadającej stosunkowo niski poziom frustracji lub bólu albo zahamować agresywną reakcję u osoby bardzo sfrustrowanej – czynniki te są efektem społecznego uczenia się⁶¹.

Zgodnie z tym założeniem, Bandura twierdzi, iż zachowania agresywne człowiek przyswaja sobie w wyniku procesów uczenia się i obserwacji⁶². Jednostka obserwując, a z czasem naśladowując model, uczy się zachowań agresywnych oraz zapamiętuje plan, schemat działania. Ponieważ człowiek żyje i kształtuje się w określonych warunkach społecznych i środowiskowych często „modeluje” negatywne wzorce ze swojego otoczenia. Mogą to być wzorce agresywnych zachowań z grup rówieśniczych i podkulturowych, czy modele (idole) o skłonnościach agresywnych, znane ze środków masowego przekazu. Albert Bandura uważa, że dużą rolę w uczeniu, podtrzymywaniu oraz utrwalaniu zachowań agresywnych odgrywają wzmocnienia. Dlatego zwraca szczególną uwagę na znaczenie symbolicznych kar i nagród, do których zalicza społeczne reakcje na zachowania agresywne. Do kar można zaliczyć: odrzucenie, odtrącenie, lekceważenie, pogardę, natomiast do nagród: akceptację, uznanie, podziw innych osób, prestiż. Bandura wskazuje również na wzmocnienia wewnętrzne, do których zalicza „satysfakcję”, którą ma człowiek zachowujący się zgodnie z wyznawaną hierarchią wartości.

Z doświadczeń Bandury wynika także, iż wyuczone przez jednostkę zachowania agresywne nie muszą pojawiać się w przyszłości automatycznie. Ich ponowne pojawienie się może być kontrolowane oraz modyfikowane przez czynniki intelektualne i poznawcze.

W teorii społecznego uczenia się, agresja może być także rezultatem przykrych doświadczeń, do których zaliczyć można m.in. przykre i uciążliwe traktowanie przez inne osoby. Zarówno frustracja, jak i inne negatywne doświadczenia wytwarzają u ludzi stan pobudzenia emocjonalnego w wyniku, którego kształtują się zachowania ułatwiające radzenie sobie ze stresem. Dlatego też Bandura uważa, że pozytywnych wzorców i standardów społecznego postępowania powinna uczyć rodzina, której znaczenia wychowawczego nie wolno nie doceniać. Jego zdaniem dziecko, które uczy się w rodzinie pozytywnych wzorców zachowań, identyfikuje się z rodzicami oraz odczuwa pozytywne więzi uczuciowe między członkami rodziny, to takie wzmocnienia spo-

⁶¹ Aronson E., *Człowiek – istota społeczna*, PWN, Warszawa 1995, s. 338

⁶² Bandura A., *Psychological mechanisms of aggression* [w:] Geen R.G., Donnerstein E.I. (red.) *Aggression: Theoretical and Empirical Reviews*, t. 1, Academic Press, New York 1983, s. 1-40

łeczne gwarantują jego prawidłową socjalizację. Jeśli jednak wystąpią wzmocnienia negatywne, to mimo wszystko teoria społecznego uczenia się wyznaje optymistyczny pogląd, że jeżeli agresja jest zachowaniem wyuczonym, to zawsze można się jej oduczyć.

Reasumując, termin „agresja” mimo intuicyjnej oczywistości, nie jest łatwy do jednoznacznego ujęcia. Obok typowej agresji wrogiej zaczęto wskazywać uwagę na jej instrumentalną postać, zaś równolegle do agresji destruktywnej – konstruktywną.

Erich Fromm⁶³, obok agresji złośliwej wyróżnił inne jej formy: przypadkową (jako efekt uboczny działania), konformistyczną („na rozkaz”), obronną (w ramach usuwania zagrożeń), asertywną (śmiałe postępowanie), pseudoagresję (krzywda bez intencji). Tak pojmowana agresja wystąpić może nie tylko w ramach przemocy, lecz też przy jej przeciwdziałaniu.

Inne powody, dla których pogodzenie potocznego i naukowego punktu widzenia jest trudne, to:

- a) wyróżnianie agresji jawnej i ukrytej,
- b) rozróżnianie agresji „zimnej” i spontanicznej,
- c) występowanie terminów „zachowanie agresywne” i „agresja jako cecha”,
- d) wskazywanie agresji bezpośredniej i pośredniej,
- e) możliwość wystąpienia agresji pasywnej aktywnej.

Rozróżnienia te są istotne dla właściwego ujęcia istoty przemocy, stąd też zostaną uwzględnione w dalszych analizach.

⁶³ Fromm E., *Anatomia ludzkiej ...*, dz. cyt., s. 206

1.2. POJĘCIE I RODZAJE PRZEMOCY ORAZ MECHANIZMY URUCHAMIAJĄCE ZACHOWANIA PRZEMOCOWE W ŚWIETLE WYBRANYCH TEORII

W literaturze światowej na powszechne występowanie skrajnych form zachowań agresywnych w rodzinach zwrócono uwagę w latach siedemdziesiątych. Relacje o zdarzeniach polegających na przemocy wpłynęły na wzrost społecznej świadomości i zmusiły do przyjęcia faktu, iż we współczesnym społeczeństwie przemoc, a w szczególności przemoc w rodzinie, jest zjawiskiem powszechnym, obecnym w większości kultur, jak również milcząco akceptowanym.

Społeczne akceptowanie przemocy polega m.in. na prezentowaniu jej w literaturze, sztuce, w sporcie oraz w mediach.

Kryteria definicyjne i definicja przemocy. „Przemoc” jest pojęciem ciągle rozwijanym. Szybko zmienia swoją konotację i denotację we współczesnym świecie, wyznaczając kierunki poszukiwań definicyjnych, w których próbuje się uchwycić: kształt, dynamikę oraz skutki przemocy. Przystępując do rozważań na temat przemocy, należy zacząć od wyjaśnienia terminu „przemoc”.

Ogólnie, wąskie ujęcie sprowadza *przemoc*, podobnie jak w użyciu potocznym, do kategorii agresji fizycznej, natomiast w znaczeniu szerokim rozciąga się na dalsze kategorie agresji, tzw. psychicznej, przejawiającej się w werbalnych i fizycznych formach o cechach przymusu i ograniczania wolności⁶⁴. Termin ten można też tłumaczyć na wiele sposobów, m.in. jako: brutalność, okrucieństwo, opresyjność, przestępczość.

Pierwotnie „*przemocą*” określano nadużycie siły przez człowieka wobec drugiej osoby. Obecnie przyjmuje się, że (...) *przemoc to takie zachowanie jednostki lub grupy, w wyniku którego inne osoby ponoszą uszczerbek na ciele lub w zakresie funkcji psychicznych*⁶⁵.

Odnosząc się do słownikowych definicji: w *Słowniku frazeologicznym języka polskiego* „*przemoc*” oznacza *gwałt, przewagę z użyciem siły fizycznej wbrew czyjejś woli*⁶⁶, zaś w *Słowniku języka polskiego* „*przemoc*” definiowana jest jako *fizyczna przewaga wykorzystywana do czynów bezprawnych dokonywanych na kimś, narzucona bezprawnie władza, panowanie*⁶⁷. Natomiast w *Słowniku socjologicznym* zjawisko to

⁶⁴ Dąbrowska-Bąk M., *Przemoc w szkole*, Ośrodek Wydawnictw Naukowych, Poznań 1995

⁶⁵ Papież J., Płukis A., *Przemoc dzieci i młodzieży w perspektywie polskiej transformacji*, Wyd. A. Marszałek, Toruń 2001, s. 49

⁶⁶ Skorupka S., *Słownik frazeologiczny języka polskiego*, Wiedza Powszechna, t.1, Warszawa 1974, s. 764

⁶⁷ Szymczak M., *Słownik języka polskiego*, t. 2, PWN, Warszawa 1998, s. 941

jest definiowane jako „*jeden z głównych obok groźby, środków przymusu, który polega na użyciu siły fizycznej przez jednostkę czy grupę często wbrew obowiązującemu prawu, w celu zmuszenia jakiejś osoby czy członków grupy do określonego działania, czy też umożliwienia podjęcia działań lub do zaprzestania wykonywania czynności już rozpoczętej, także bezprawne narzucenie władzy*”⁶⁸. Definicje słownikowe stanowią punkt wyjścia do analiz bardziej szczegółowych. Odzwierciedlają one najogólniejsze tendencje definicyjne właściwe dla danego języka (Słownik języka polskiego), jego semantyki i pragmatyki. To powiązanie z użyciem terminu w określonej przestrzeni społecznej uniemożliwia uwzględnienie bardziej specyficznych znaczeń. W przemocy cierpienie, zaskodzenie, czy zadawanie bólu psychicznego jest najczęściej sposobem osiągnięcia celu, na przykład wymuszenia pożądanых zachowań.

Zjawisko to określa się także jako zespół atakujących, nadzorujących i kontrolujących zachowań, obejmujących przemoc fizyczną, psychiczną i seksualną. Jest to spójna całość, ciąg zachowań o charakterze zamierzonym i instrumentalnym, których celem jest zniewolenie ofiary, wyeliminowanie jej suwerennych myśli i działań, podporządkowanie jej żądaniom i potrzebom sprawcy.

W literaturze przedmiotu można wyróżnić trzy podstawowe **kryteria definicyjne** przemocy, według których próbuje się konstruować jej definicję. Są to: rodzaj zachowania sprawcy, jego intencje oraz skutki przemocy.

Jeśli chodzi o kryterium rodzaju zachowania, to Jarosław Rudniański pod pojęciem przemocy rozumie: „*relację zachodzącą między jednostkami, grupami czy zespołami ludzi lub między jednostką a grupą, relację tę charakteryzuje stosowanie przez jedną ze stron przeważającej siły lub groźby jej zastosowania. Polega ona na wywieraniu wpływu, tak intencjonalnie, jak i nieintencjonalnie*”⁶⁹. Ponadto rodzaj zachowania sprawcy podkreśla definicja przemocy amerykańskiego Centrum Pomocy Dzieciom Krzywdzonym i Zaniechanym, gdzie za przemoc uznaje się „*fizyczne lub umysłowe działanie na szkodę, wykorzystywanie seksualne, zaniechanie lub maltretowanie dzieci poniżej 18 roku życia przez osobę odpowiedzialną za pomyślny ich rozwój oraz działania, które stanowią zagrożenie dla ich rozwoju*”⁷⁰.

Powyższą definicję trudno w całości zaakceptować, ponieważ nie bierze ona pod uwagę faktu, iż nie tylko samo działanie, lecz i zaniechanie działania może być źródłem

⁶⁸ Olechnicki K., Załęcki P., *Słownik socjologiczny*, Wyd. GRAFFITI-BC, Toruń 1997, s. 167

⁶⁹ Rudniański J., *Klasyfikacja, źródła i ocena stosunków międzyludzkich*, [w:] Hołyst B. (red.) *Przemoc w życiu codziennym*, PWN, Warszawa 1997, s. 5

⁷⁰ Pospiszyl I., *Przemoc w rodzinie*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 1998, s. 12

krzywdzenia jednostki (np. zaniedbanie). Z tego też względu formułowane są inne definicje, które formalnie obejmują wszelkie rodzaje krzywdzenia.

Inne definicje określają przemoc jako zachowanie jednej osoby wobec drugiej, niezgodną z naturą relacji, w której osoby te pozostają. Pod pojęciem tym rozumie się także zachowania podejmowane z intencją zadania fizycznego bólu lub obrażeń innej osobie⁷¹, ale także można w nich „zmieścić” te formy przemocy, które wiążą się z zaniechaniem działań, które w tej relacji powinny zaistnieć.

Kryteria dotyczące intencjonalności sprawcy budzą często najwięcej kontrowersji. Obserwując sprawcę, możemy nie być pewni czy działał on mając na uwadze zaspokojenie własnych potrzeb, czy po prostu nie był świadomy szkodliwości swojego postępowania. Dlatego w wielu sytuacjach bierzemy pod uwagę samo działanie sprawcy, nie zastanawiając się, jakie kierowały nim intencje.

Fakt, czy doszło do przemocy możemy rozpatrywać między innymi w kontekście konsekwencji jakie ponosi ofiara w wyniku działania sprawcy. Przemoc jest zawsze działaniem szkodliwym, bo krzywdzącym drugiego człowieka, natomiast skutki tej krzywdy mogą przybierać różną formę. Każda przemoc prowadzi u osoby krzywdzonej do powstania określonych objawów zewnętrznych, widocznych np. w zachowaniu agresywnym, bądź nieobserwowalnych na zewnątrz, mogących powodować błędną opinię co do tego, czy osoba poniosła konsekwencje w wyniku doznanej przemocy.

Zdaniem Andrzeja Olubińskiego, termin *przemoc* oznacza (...) *każdy akt godzący w osobistą wolność jednostki, zmuszanie jej do zachowań niezgodnych z własną wolą*⁷². W tak rozumianej definicji przemocy zaszkodzenie oraz związane z tym cierpienie jest sposobem osiągania przez sprawców zamierzonego celu.

Z kolei Richard J. Gelles i Claire P. Cornell intencje sprawcy przemocy akcentują w jej definicji jako „*akt przeprowadzony z zamiarem spowodowania cierpienia fizycznego czy krzywdy innej osoby albo postrzegany jako wiedziony taką intencją*”⁷³. Ponadto autorzy proponują odróżnić akty „normalnej przemocy” od „nadużywania przemocy”. Ich zdaniem do normalnej przemocy można zaliczyć: klapsy, popychanie

⁷¹ Strauss M.A., Injury and frequency of assault and the “representative sample fallacy” in measuring wife beating and chokd abuse, [w:] Strauss M.A., Gelles R.J. (red), *Physical Violence in American Families. Risk Factors and Adaptation to Violence in 8,145 Families*. Transaction Publisher, NJ: New Brunswick 1990, s. 75-91; por. Majchrzyk Z., *Kiedy kobieta zabija*, UKSW, Warszawa 2009, s.93

⁷² Olubiński A., *Przemoc jako norma stosunków społeczno-wychowawczych*, „Wychowanie na co dzień”, 1996, nr 4-5, s. 3

⁷³ Gelles R.J., Cornell C.P., *Intimate Violence in Familie*, Sage, CA: Beverly Hills 1990, s. 22, za: Rode D., *Psychologiczne uwarunkowania przemocy w rodzinie. Charakterystyka sprawców*, UŚ, Katowice 2010, s. 20

oraz poszturchiwanie, czyli takie zachowania, które często występują i są dopuszczalne podczas nieporozumień rodzinnych. Natomiast do nadużywania przemocy autorzy zaliczyli: kopanie, szarpanie, uderzanie pięścią, gryzienie, pchnięcie nożem, czyli wszystkie te zachowania, które mogą spowodować u ofiary obrażenia ciała (w tym poważne obrażenia ciała) lub pozbawić ją życia.

Natomiast Anne L. Ganley posługuje się pojęciem „przemocy w bliskich związkach” (*domestic violence*), przez którą rozumie „zespół atakujących, nadzorujących i kontrolujących zachowań, obejmujących przemoc fizyczną, przemoc seksualną i przemoc emocjonalną. Jest to spójna całość, ciąg zachowań o charakterze zamierzonym i instrumentalnym, których celem jest zniewolenie ofiary, wyeliminowanie jej suwerenności myśli i działań, podporządkowanie jej żądaniom i potrzebom sprawcy”⁷⁴. Zdaniem autorki, przemoc nie oznacza zachowań agresora działającego pod wpływem silnych i niezaplanowanych negatywnych emocji. Podejmowane przez niego działania nie są bowiem działaniami w afekcie. Wręcz przeciwnie, są one dobrze zaplanowane i prze-myślane, nie ma w nich miejsca dla nieprzewidzianych i ryzykownych sytuacji.

Przemoc ze względu na rodzaj czynów sprawcy ma charakter czynny (bezpośrednie bicie czy zachowania seksualne) i bierny (izolowanie w zagrażającym miejscu, niszczenie rzeczy, pozbawienie przedmiotów niezbędnych do życia), natomiast ze względu na formę oddziaływania na osobę krzywdzącą bezpośredni (osoba sama doznaje przemocy czynnej lub biernej) i pośredni (osoba widzi krzywdę innych i konsekwencje ponoszone przez te osoby).

Natomiast do przykładów definicji powstających w oparciu o kryterium skutków należy m.in. koncepcja Joachima Kądziała oraz Wandy Sztander.

Joachim Kądziała określa przemoc jako „takie wywierania wpływu na ludzi, w którego wyniku ich aktualny poziom rozwoju somatycznego i duchowego jest mniejszy niż potencjalny poziom tego rozwoju”⁷⁵. Autor w definicji tej dosyć mocno akcentuje odległe skutki przemocy, jakim jest zahamowanie rozwoju ofiary.

Natomiast zdaniem Wandy Sztander przemoc to: „(...) takie działania, które niezależnie od formy upośledzają ostatecznie moc kogoś, kto jest obiektem. Taki też jest cel przemocy, czyniącej z człowieka istotę bezwolną”⁷⁶. W tej definicji pojawia się

⁷⁴ Lipowska-Teutsch A., *Wychować, wyleczyć, wyzwolić*, PARPA, Warszawa 1998, s. 12

⁷⁵ Kądziała J., *Badania nad pokojem. Teoria i jej zastosowanie*, Ośrodek Dokumentacji i Studiów Społecznych, Warszawa 1974, s. 62

⁷⁶ Sztander W., *Na czym polega pomaganie ofiarom przemocy*, „Niebieska Linia” nr 5(99), Warszawa 1999, s. 18

stwierdzenie *moc*, które jest określeniem aktualnej kondycji psychofizycznej osoby, na którą skierowane są zachowania przemocowe.

Próbie połączenia tych wszystkich kryteriów podjęła Irena Pospiszyl. Definiuje ona *przemoc*, jako „wszelkie nieprzypadkowe akty godzące w osobistą wolność jednostki lub przyczyniające się do fizycznej, a także psychicznej szkody osoby, wykraczające poza społeczne zasady wzajemnych relacji”⁷⁷. W takim ujęciu autorka wzięła pod uwagę zarówno intencjonalność zachowań sprawcy, jak i skutki przemocy w postaci szkód fizycznych i psychicznych.

W literaturze psychologicznej oraz socjologicznej termin „*przemoc*” zamiennie jest używany jako „*przemoc w rodzinie lub przemoc domowa*”. Przemoc domowa to zależność od toksycznej relacji, łączącej osoby wspólnie zamieszkujące, która sprawia cierpienie jej członkom i gdzie sprawca wywiera silny wpływ na ofiarę. W literaturze mamy wiele definicji tego pojęcia. Zjawisko to jest określane jako akt stosowany w celu spowodowania cierpienia i bólu fizycznego lub krzywdy innej osobie. Ponadto przemoc rozumiana jest także jako zachowanie agresywne skierowane bezpośrednio na drugiego człowieka, przynoszące mu szkody fizyczne lub psychiczne.

Pojęcie „*przemocy w rodzinie*”, podobnie jak „*przemocy w ogóle*”, jest nieprecyzyjne i szerokie. Autorzy zajmujący się tą problematyką⁷⁸ zwracają uwagę na to, że stosowanie tego pojęcia powinno obejmować nie tylko partnerów związku: żona - mąż, konkubent – konkubina, jak i te osoby, które stają się ofiarą przez innych członków rodziny. Kontekst natura i konsekwencje przemocy, zobowiązania każdego z członków rodziny zostają często pominięte. Przemoc w rodzinie staje się sprawą intymną, mniej istotną, pozostającą w gestii samych zainteresowanych.

Jedną z definicji zaproponowali Kevin Browne i Martin Herbert, którzy przyjęli szerokie ujęcie przemocy fizycznej w rodzinie obejmującej „*akty zaniedbania oraz postępowanie, które zarówno w świetle wartości podzielonych przez opinię publiczną, jak i w świetle wiedzy naukowej jest niewłaściwe i przynosi szkodę*”⁷⁹. Taka definicja pozwala spojrzeć na przemoc domową z ogólnej perspektywy, która uwzględnia społeczny kontekst rodziny, a także włącza takie pojęcia, jak zaniedbanie, czy też niewłaściwe traktowanie.

⁷⁷ Pospiszyl I., *Przemoc w...*, dz. cyt., s.14

⁷⁸ Majchrzyk Z., *Motywacje zabójczyń. Alkohol i przemoc w rodzinie*, PARPA, Warszawa 1995, Lipowska-Teutsch A., *Przemoc wobec kobiet*, [w:] Kubacka-Jasiecka D., Lipowska-Teutsch A. (red.) *Wobec przemocy*, Wydawnictwo ALL, Kraków 1997, s.11-45

⁷⁹ Browne K., Herbert M., *Zapobieganie przemocy w rodzinie*, PARPA, Warszawa 1999, s. 21, tłum. Eleonora Bielawska-Batorowicz

Definicja zaproponowana przez Petera Strattona⁸⁰ określa, że przemoc zachodzi wówczas, gdy jakaś osoba odnosi się do drugiej w sposób niezgodny z łączącą je relacją i bez odpowiedniej troski wynikającej z charakteru tych relacji. Przy czym autor pierwotnie użył zamiast określenia „przemoc” terminu „niewłaściwe traktowanie” (*abuse*).

W tym sensie określenie przemocy jest ogólne, ponieważ można je stosować do opisu wielu typów relacji, w jakich dochodzi do przemocy, np. relacja rodzice-dzieci, mąż-żona, lecz także innych relacji w rodzinie, np. starzejący się rodzice-dorosłe dzieci. Ponadto definicja ta pozwala na objęcie wszystkich opisanych w literaturze form przemocy, zarówno wobec dorosłych, jak i dziecka.

Z kolei Hans Joachim Schneider podkreślił, że przemoc w rodzinie jest najbardziej rozpowszechnioną formą przemocy; jednocześnie jest ona najmniej kontrolowaną i najbardziej niedocenioną pod względem swojej częstotliwości i wagi formą przemocy, ponieważ uczestnicy i wszyscy, którzy o niej wiedzą, sprawcy, ofiary, inni członkowie rodziny, krewni, przyjaciele, sąsiedzi mają skłonności do traktowania jej jako sprawę prywatną i przemilczają⁸¹. Według Schneidera problem przemocy w rodzinie jest ważny, gdyż stanowi przyczynę innych form przemocy w społeczeństwie, albowiem doświadczenia z przemocą w dzieciństwie w sposób istotny wpływają na aprobatę używania przemocy w stosunkach międzyludzkich.

Zgodnie z Zaleceniem Komitetu Ministrów Rady Europy nr R/85/4 w sprawie przemocy w rodzinie z dnia 26 marca 1985r., przemoc w rodzinie oznacza *„każde działanie albo zaniechanie podjęte w ramach rodziny przez jednego z jej członków, które godzi w życie, integralność fizyczną lub psychiczną albo wolność innego człowieka tej samej rodziny lub które poważnie szkodzi rozwojowi jego(jej) osobowości”*⁸².

W przyjętej w grudniu 1995r. na II Ogólnopolskiej Konferencji na temat „Przeciwdziałania przemocy w rodzinie”, zwołanej z inicjatywy Parlamentarnego Koła Kobiet „Polskiej deklaracji w sprawie przeciwdziałania przemocy w rodzinie” określono przemoc w rodzinie jako *„każde działanie lub zaniechanie podjęte w ramach rodziny przez jednego z jej członków przeciwko pozostałym z wykorzystaniem istniejącej lub stworzonej przez okoliczności przewagi sił lub władzy, która godzi w ich prawa i dobra osobiste, a w szczególności w życie, zdrowie (fizyczne i psychiczne), powodujące szkodę*

⁸⁰ Stratton P., *Understanding and treating child abuse in the family context: An overview*, [w:] Browne K., Davies C., Stratton P. (red.), *Early Prediction and Prevention of Child Abuse*, J. Wiley and Sons, Chichester 1988

⁸¹ Schneider H.J., *Kriminologie der Gewalt*, Hirzel, Stuttgart-Leipzig 1994, s. 125

⁸² Bieńkowska E., *Przemoc w rodzinie*, „Jurysta” 1996, nr 4, s. 3

lub cierpienie”⁸³. Na posiedzeniu tym niestety nie sformułowano definicji przemocy między partnerami, ani też nie nazwano jej.

W Programie Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie prowadzonym przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Polsce, przyjęto następującą definicję przemocy domowej: „*przemoc domowa, zwana też przemocą w rodzinie, to zamierzone i wykorzystujące przewagę sił działanie skierowane przeciw członkowi rodziny, które narusza prawa i dobra osobiste, powodując cierpienie i szkody*”⁸⁴.

Najpełniej *przemoc domową* precyzuje Ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie. W art. 2 pkt 2 odnajdujemy definicję, która określa, że przemoc to: „*jednorazowe albo powtarzające się umyślne działanie lub zaniechanie naruszające prawa lub dobra osobiste osób (...), 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*”⁸⁵. Wynika z niej zatem, że przemoc to działanie pojedyncze lub trwające jakiś czas, intencjonalne i przynoszące szkody fizyczne, psychiczne, moralne członkom rodziny.

W literaturze anglojęzycznej na określenie *przemocy rodzinnej* używane są terminy: *family violence* i *domestic violence*. Termin *domestic violence* był do niedawna rozumiany jako przemoc mężczyzny wobec kobiety, zwykle żony, w domu. W ostatnim czasie pojęcie to bywa szerzej używane. Rozumie się pod nim zarówno agresję i przemoc, jak i inne jej przejawy, np. groźbę użycia przemocy fizycznej, seksualnej czy emocjonalnej. Sprawcami mogą być nie tylko mąż, ale także i chłopak, partner, przyjaciel oraz były mąż, były partner, syn, ojciec, brat lub inny bliski członek rodziny. Przemoc może być zagrażająca życiu. Zdaniem Gilla Hague i Ellen Malos⁸⁶ przemoc może być zagrażająca życiu, systematyczna oraz długotrwała. Autorzy podkreślają również, że przemoc może być realizowana w różnych miejscach, choć dom rodzinny pozostaje jak do tej pory głównym miejscem jej pojawiania się.

Z kolei w literaturze amerykańskiej przez przemoc w rodzinie rozumie się wszelkiego rodzaju czyny o charakterze kryminalnym, skutkujące fizycznymi uszko-

⁸³ Filipowski W., *Przemoc w rodzinie*, „Jurysta” 2000, nr 4, s. 20

⁸⁴ Sasal H.D., *Przewodnik do procedury interwencji wobec przemocy w rodzinie*, PARPA, Warszawa 1998, s. 17

⁸⁵ Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. Kodeks Karny, (Dz. U. 2005 Nr 180, poz. 1493), art. 2 pkt 2

⁸⁶ Hague G., Malos E., *Domestic Violence Action for Change*, University of Bristol, Bristol 1994, za: Majchrzyk Z., *Kiedy kobieta.. dz. cyt.*, s. 100

dzeniami lub śmiercią członka lub członków rodziny⁸⁷. Zdaniem Angeli Brown⁸⁸ inne zbliżone określenia terminu przemoc, które można spotkać w literaturze amerykańskiej to pojęcie napastowania fizycznego, przez które rozumie się każdy akt fizycznej napaści podjęty przez jedną osobę przeciwko drugiej niezależnie od tego, czy spowodował on jakiekolwiek fizyczne obrażenia, czy nie.

Przemoc uznaje się za mającą charakter *przemocy domowej w rodzinie*, jeśli strony w nią wciągnięte pozostają w danej chwili lub pozostawały w przeszłości w legalnym lub faktycznym związku jako małżonkowie albo konkubenci.

Jadwiga Mazur zauważa, że przemoc domowa to: „*nieprzypadkowe obrażenia poniesione w wyniku przemocy ze strony sprawcy, z którym ofiara pozostaje w relacji bliskości, obejmuje wszystkie obrażenia, które nie są skutkiem wypadku*”⁸⁹. W przytoczonej definicji zauważamy, że przemoc odnoszona jest głównie do jej skutków mających charakter obrażeń zamierzonych, jest to więc definicja ograniczająca, poza tym ma charakter tautologiczny („przemoc jako obrażenia w wyniku przemocy”). Jest to definicja zbyt wąska.

Z kolei Anna Lipowska-Teutsch uważa, że *przemoc w rodzinie* obejmuje wszelkie odmiany złego traktowania tych członków rodziny, którzy nie są w stanie skutecznie się bronić⁹⁰. Tej z kolei definicji zarzucić można nadmierną ogólność, gdyż możliwe jest złe potraktowanie bezbronnego członka rodziny, nie będące przemocą (np. siłowe karmienie małego dziecko, albo anorektyczki), bowiem nie spełnia kryterium intencji.

Z tego też względu opowiadam się za interesującą definicją przemocy rodzinnej jaką zaproponowała Ewa Jarosz, na podstawie analizy literatury przedmiotu. Zdaniem autorki „(...) *przemoc rodzinną stanowią wszelkie formy działań lub zaniechań wobec członków rodziny, które godzą w ich osobistą wolność i przyczyniają się do ich szkody psychicznej lub fizycznej, które są niezgodne ze społecznymi wartościami, dotyczącymi wzajemnych relacji w rodzinie oraz są uznawane za niewłaściwe lub szkodliwe przez wiedzę profesjonalną*”⁹¹. Definicja ta uwzględnia szeroki zakres szkód, odnosi się do wartości pozaindywidualnych, potencjalnie mierzalnych i możliwych do oszacowania, ma też relacyjny charakter.

⁸⁷ McKenzie M., *Domestic Violence in America*, Brunswick Publishing Company, Brunswick 1995, s. 10-11; za: Majchrzyk Z. *Kiedy kobieta...*, dz. cyt., s. 100

⁸⁸ Browne A., *Family homicide: when victimized women kill*, Plenum Press: New York 1988, za: Majchrzyk Z. *Kiedy kobieta...*, dz. cyt., s. 100

⁸⁹ Mazur J., *Przemoc w rodzinie. Teoria i rzeczywistość*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2002, s. 41

⁹⁰ Lipowska-Teutsch A., *Rodzina a przemoc*, PARPA, Warszawa, 1995

⁹¹ Jarosz E., *Dom, który krzywdzi*, „Śląsk”, Katowice 2001, s. 57

Nie można w tym miejscu pominąć definicji przemocy, którą proponuje Jadwiga Bińczycka. Zdaniem autorki „przez przemoc będziemy rozumieć takie wywieranie wpływu na ludzi, w wyniku którego ich aktualny poziom rozwoju somatycznego i duchowego jest mniejszy niż potencjalny poziom jego rozwoju”⁹². Definicja ta łączy w sobie trzy elementy, które są ze sobą ściśle związane i nie można ich rozdzielać, nie ma bowiem czynu bez sprawcy, ani bez ofiary. Istotą przemocy w rodzinie jest zatem wykorzystywanie przewagi, siły lub władzy w celu krzywdzenia innych członków rodziny.

Natomiast według roboczej definicji, przyjmowanej przez polskich specjalistów, przemoc domowa to: „działanie lub zaniechanie dokonywane w ramach rodziny przez jednego z jej członków przeciwko pozostałym z wykorzystaniem istniejącej lub stworzonej przez okoliczności przewagi sił lub władzy, godzące w ich prawa lub dobra osobiste, a przede wszystkim w ich życie i zdrowie (fizyczne lub psychiczne), które powoduje u nich szkody lub cierpienie”⁹³. Na podstawie tej definicji można wnioskować, iż sprawcą, a także ofiarą przemocy w rodzinie, może być zarówno osoba dorosła lub dziecko. Zazwyczaj sprawcą przemocy jest osoba dorosła, natomiast ofiarą jest partner lub/i dziecko, jednakże kierunek tej zależności może ulec odwróceniu.

Najczęściej w pracach poświęconych „przemocy domowej” i „partnerskiej”, w aspekcie treściowym pojęcie przemocy rozumiane jest jako każde działanie lub zaniechanie, podjęte przez dorosłego mężczyznę przeciwko dorosłej kobiecie. Zdaniem Lecha Falandysza⁹⁴ dorosły mężczyzna wykorzystując istniejącą lub stworzoną przez okoliczności przewagę sił lub władzy dla podjęcia zachowania przeciwko dorosłej kobiecie, z którą pozostaje w stałym związku, godząc w jej prawa lub dobra osobiste, a w szczególności w jej życie, zdrowie powoduje u niej szkodę lub cierpienie.

Innym rozróżnieniem przemocy jest jej podział na „gorącą” i „chłodną”, którego dokonał Jerzy Mellibruda⁹⁵, ze względu na stan emocjonalny sprawcy. Zdaniem autora „przemoc gorąca” jest spontaniczna, naładowana gniewem i złością, przejawia się zazwyczaj w impulsywnym oraz gwałtownym działaniu. Jej źródłem jest furia, czyli nagły wybuch skumulowanych i niemożliwych do powstrzymania negatywnych uczuć,

⁹² Bińczycka J. *Sprawca przemocy*, [w:] Papież J. Płukis A. (red.), *Przemoc dzieci i młodzieży*, Wyd. Adam Marszałek, Toruń 2003, s. 61

⁹³ Mellibruda J., *Przeciwdziałanie przemocy domowej*, Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa 2009, s. 10

⁹⁴ Falandysz L., *Wiktymologia*, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1979, s.93

⁹⁵ Mellibruda J., *Przemoc domowa*, [w:] Mellibruda J., Durda R., Sasal H.D. (red.) *O przemocy domowej. Poradnik dla lekarza pediatry*, PARPA, Warszawa 1998

często połączony z utratą kontroli nad swoim zachowaniem. Silne emocje leżą także u źródła przemocy „chłodnej”, są one jednak tłumione i kontrolowane. Sprawca podejmuje działania wobec swojej ofiary z pełną premedytacją i stosuje określony scenariusz. Przemoc ta najczęściej jest związana z autorytarnymi stylami kierowania ludźmi, a jej stosowanie bardzo często uważa się za usprawiedliwione przez obyczaj i normy środowiska, które ją akceptują.

Analizując powyższe definicje, za najbardziej adekwatną do omawianej problematyki, uznałam definicję przemocy Jerzego Mellibrudy, która jest jej szerokim ujęciem, gdyż uwzględnia zarówno intencjonalność, jak i rodzaj zachowania i jego skutki. Ponadto sygnalizuje typ relacji oraz brak możliwości samoobrony ofiary w wyniku naruszania jej dóbr. Jerzy Mellibruda⁹⁶ w swojej definicji zwraca uwagę na cztery aspekty przemocy: **(a)** intencjonalność sprawcy (nie jest tożsama z premedytacją), **(b)** naruszenie praw lub dóbr osobistych ofiary, **(c)** osłabienie zdolności do samoobrony, **(d)** powodowanie szkód osobistych (przemoc jako cierpienie prowadzące do traumy psychicznej).

Pojęcie przemocy w prawie karnym. Pojęcie „przemoc”, pomimo, iż należy do najstarszych terminów prawa karnego, nie jest terminem dającym się dokładnie określić, a odgrywa bardzo ważną rolę w wielu systemach prawa karnego. W przepisach prawa karnego termin ten występuje dość często, jednakże brak jest ścisłego sprecyzowania, co stwarza znaczny margines niepewności dla praktyki.

Doktryna stoi na stanowisku, iż pojęcie „przemoc” odgrywa doniosłą rolę w systemie polskiego prawa karnego. Rola ta wynika m.in. z funkcji kryterium specjalizującego, jaką „przemoc” spełnia w konstrukcji wielu typów przestępstw umyślnych, co – zdaniem Tomasza Bigoszewskiego – w szczególności uwidacznia się w przestępstwach przeciwko wolności, a także gdy wolność jest tylko dobrem naruszonym obok innego dobra prawnego⁹⁷.

Według Włodzimierza Kubali⁹⁸ terminem „przemoc” posługujemy się na co dzień w celu oznaczenia trzech różnych sytuacji: **(a)** samej siły fizycznej, a więc w znaczeniu rzeczywistego potencjału energii; **(b)** stosunku (relacji) siły fizycznej względem kogo lub czego (osoby, rzeczy, woli); **(c)** efektu użycia siły fizycznej (skutek zamierzony lub rzeczywisty).

⁹⁶ Mellibruda J., *Oblicza przemocy*, „Remedium” nr 12, 1993 s.4-6

⁹⁷ Bigoszewski T., *Przemoc jako znamię strony przedmiotowej*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 1997, t. 2, s. 19

⁹⁸ Kubala W., *Znamię przemocy w ujęciu art. 123 K.K.*, „Problemy Praworządności” 1987, nr 8-9, s. 16-17

We wszystkich przedstawionych sytuacjach „przemoc” występuje jako synonim siły, która oznacza zarówno „moc”, „energię”, „natężenie”, jak i „możność podłożenia czemuś, zdolność do działania, panowania nad kimś. W ujęciu prawa karnego, w rozumieniu terminu „przemoc” podkreśla posłużenie się przez sprawcę „siłą fizyczną”, czy też „środkami fizycznymi”⁹⁹.

Według Tadeusza Hanauska *„przemocą jest takie oddziaływanie środkami fizycznymi, które uniemożliwiają lub przełamując opór zmuszanego, ma albo nie dopuścić do powstania lub wykonania jego decyzji woli, albo naciskając aktualnie wyrządzoną dolegliwością na jego procesy motywacyjne nastawić tę decyzję w pożądanym przez sprawcę kierunku”*¹⁰⁰.

Natomiast Witold Świda¹⁰¹ określa, iż *przemoc* to użycie siły fizycznej zarówno bezpośrednio wobec kogo innego, np. dziecka osoby zmuszonej lub nawet wobec rzeczy, jeśli przemoc taką stosuje sprawca w celu zmuszenia pokrzywdzonego do jakiegokolwiek określonego zachowania się (działania lub zaniechania. Wynika z tego, że przemoc (w rozumieniu prawa karnego materialnego) jest formą działania sprawcy, która ma przede wszystkim instrumentalny charakter. Jest to działanie, które zmierza tym samym do wywołania określonego skutku, a tym skutkiem ma być powstanie po stronie ofiary sytuacji określanej mianem przymusu.

Przemoc wobec osoby oznacza zdaniem Lecha Gardockiego¹⁰² tylko bezpośrednie oddziaływanie na człowieka, które uniemożliwia opór lub go przełamuje albo wpływa na kształtowanie się jego woli przez zastosowanie fizycznej dolegliwości.

W języku prawnym pojęcie przemocy występuje jako ustawowe znamię pewnych typów przestępstw, których przedmiotem ochrony jest wolność osobista. W obecnym stanie prawnym stosowanie przemocy zostało jednak ograniczone jedynie do oddziaływania na osobę, co wynika wprost z treści przypisu. Ograniczenie to zawęży kierunki przemocy do oddziaływania na osobę bezpośrednio i pośrednio, eliminując tym samym z kręgu sposobów dokonania tych przestępstw – przemoc wobec rzeczy.

Podsumowanie. Wieloznaczność pojęcia „przemocy” sprawia, że nierzadko w światowej literaturze używa się go zamiennie z terminem „agresja”. Przemoc w literaturze najczęściej definiuje się jako wszelkie zachowania brutalne, naruszające wol-

⁹⁹ Krajewski K., *O pojęciu przemocy w kryminologii*, „Studia Kryminologiczne, Kryminalistyczne i Penitencjarne” 1988, t. XIX, s.77

¹⁰⁰ Hanausek T., *Przemoc jako forma działania przestępczego*, Uniwersytet Jagielloński, Zeszyty Naukowe nr 24, Kraków 1966, s. 65

¹⁰¹ Świda W., *Prawo karne*, PWN, Warszawa 1978, s. 520

¹⁰² Gardocki L., *Prawo karne*, C.H. Beck, Warszawa 1999, s. 299

ność osobistą jednostki, nie liczące się z jej dobrem. Podkreśla się przy tym dwa podstawowe warunki, jakie muszą zaistnieć, aby można mówić o przemocy. Po pierwsze, przemoc służy przede wszystkim realizacji celów jednostki, która ją stosuje. Po drugie, przemoc jest działaniem możliwym w sytuacji nierównowagi sił, jest nadużyciem własnej przewagi fizycznej lub społecznej w celu wymuszenia na drugim człowieku określonych zachowań. Kryteria te, pomimo ich pozornej oczywistości, są dość ryzykowne, bowiem w wielu przypadkach nie jest łatwo ustalić, czy sprawca przemocy działał mając na względzie własne interesy, czy też interes ofiary, a może nie był świadomy szkodliwości swojego postępowania.

Z kolei większość definicji agresji uwypatnia te jej elementy, które pojawiają się także w charakterystyce przemocy, przede wszystkim zaś to, że agresywne zachowanie niesie negatywne skutki dla ofiary i jest aktem intencjonalnym. Zdarza się także, że w literaturze przedmiotu dokonywane jest także rozróżnienie między agresją a przemocą. Przyjmuje się wówczas, że z agresją mamy do czynienia wtedy, gdy sprawca wyrządza krzywdę osobie (swojej ofierze), lub niszczy jej przedmioty i to zachowanie nie mieści się w ramach zasad i norm społecznych. Natomiast przemoc dotyczy takich sytuacji, w których sprawca wykorzystuje swoją przewagę w postaci siły, szybkości albo chociażby płci itp., w celu uzyskania określonych korzyści.

Mechanizmy uruchamiające zachowania przemocowe w świetle wybranych teorii. Ponieważ w dysertacji zajmuję się przemocą domową, omówienie poszczególnych mechanizmów zachowań przemocowych, odnoszę głównie do tej sfery życia, w której przemoc może się ujawniać. Problem stanowi tu fakt, iż nie ma jednej spójnej koncepcji teoretycznej, która wyjaśniałaby, dlaczego pojawia się przemoc w rodzinie. Dostępne w literaturze przedmiotu teorie koncentrują się wokół poszczególnych czynników, które mogą zwiększać ryzyko wystąpienia przemocy. Są one dla moich badań podstawowe, zatem do nich w omówieniu założeń teoretycznych się ograniczę.

1. Teorie makropoziomu poszukują przyczyn przemocy rodzinnej w strukturze społecznej i systemach wartości konkretnych grup i subkultur. Posługują się pojęciem „przemocy strukturalnej”, podkreślając negatywny wpływ warunków społecznych na zachowania pewnych grup ludzkich. Zdaniem Danuty Kubackiej-Jasieckiej „przemoc strukturalną uważa się za utajoną charakterystykę systemów społecznych, sankcjonujących społeczną nierówność i niesprawiedliwość, np. przez instytucjonalizację hierarchii

władzy ze względu na płeć”¹⁰³. Do czynników istotnych, oprócz struktur społecznych i uwarunkowań ekonomiczno-społecznych, zaliczyć można kulturową akceptację przemocy w rodzinie oraz patriarchalną strukturę rodziny podtrzymującą dominację i agresywność. W rodzinie patriarchalnej prawo nadzorowania oraz karania kobiet przypisane jest mężczyźnie. To on podejmuje decyzje w domu, kieruje życiem rodzinnym oraz domaga się od kobiety posłuszeństwa i wykonywania większości prac domowych, jak również opieki nad dziećmi i innymi domownikami. Kultura patriarchalna zdecydowanie jest kulturą dominacji, która nie szanuje różnic związanych z rasą, płcią, wiekiem, zdolnościami, preferencjami, lecz stale wykorzystuje te różnice, by odczłowieczyć i eksploatować innych. Ponadto podstawowym elementem kultury patriarchalnej jest przemoc, która służy wymuszaniu posłuszeństwa i jest jednocześnie formą kontrolowania i podporządkowywania, która znajduje w społeczeństwie patriarchalnym akceptację.

Anna Lipowska-Teutsch¹⁰⁴ uważa, że władza i kontrola nad drugim człowiekiem w rodzinie patriarchalnej wyraża się przemocą emocjonalną, seksualną, ekonomiczną, izolowaniem, groźbami, zastraszaniem, manipulowaniem dziećmi, wykorzystywaniem i nadużywaniem tradycyjnych wyobrażeń o przywilejach przysługujących mężczyźnie.

2. Teorie mikropoziomu zmierzają do zidentyfikowania właściwości systemu rodzinnego, który może zwiększać ryzyko przemocy. Do czynników mających wpływ na zachowania agresywne zaliczyć można m.in.: poziom stresu rodzinnego, konflikty małżeńskie, brak komunikacji pomiędzy poszczególnymi członkami rodziny, prowokacyjny styl bycia, a także wzajemne przekazywanie norm i wzorów zachowania agresywnego (uczenie się wzorów przemocy oraz akceptowanie stosowania przemocy).

Stres społeczny jest jednym z czynników korelujących z przemocą w rodzinie. Stres ten ewokują m.in. zmiany społeczne dotyczące pracy, groźba jej utraty lub bezrobocie. Zakłóca to prawidłowe funkcjonowanie rodziny, zwłaszcza jeżeli stres połączony jest z izolacją społeczną i niskim statusem ekonomicznym. Stres jest tu rozumiany jako czynnik zwiększający frustrację, która może doprowadzić do eskalacji agresji.

Drugim czynnikiem skorelowanym z przemocą w rodzinie jest **niski status socjoekonomiczny**. W rodzinach o niskim statusie częściej dochodzi do przemocy, chociaż nie znaczy to, że w rodzinach o wyższym statusie nie ma tego typu wydarzeń. Niskie zarobki, zagrożenie utraty pracy, bezrobocie dodatkowo wpływają na stres, który często tłumiony jest poprzez spożywanie alkoholu. Narastająca frustracja prowadzi czę-

¹⁰³ Kubacka-Jasiecka D., *Agresja i autodestrukcja z perspektywy obronno-adaptacyjnych dążeń „Ja”*, UJ, Kraków 2006, s. 141

¹⁰⁴ Lipowska-Teutsch A., *Wychować, wyleczyć...*, dz. cyt., s. 11

sto do odreagowania poprzez stosowanie przemocy wobec najbliższych członków rodziny. Przemoc stosowania wobec członków rodziny wydaje się wówczas „atrakcyjna”, gdyż prowadzi do szybkiego rozładowania napięcia oraz pozwala na kontrolowanie i sprawowanie władzy w rodzinie. W wypadku, kiedy osoby doświadczające przemocy oraz osoby „z zewnątrz” nie potępiają wyraźnie zachowań przemocowych, swoją postawą dają przyzwolenie na jej stosowanie, zwłaszcza jeżeli przemoc spotykana jest u sąsiadów, czy w dalszej rodzinie.

Innym ważnym czynnikiem skorelowanym z przemocą w rodzinie jest także **izolacja społeczna**. Można ją określić na podstawie tego, jakie rodzina ma kontakty z sąsiadami, znajomymi, rodziną oraz czy często zmienia swoje miejsce zamieszkania. Częstotliwość kontaktów z sąsiadami jest zazwyczaj trudna do określenia, gdyż wiele rodzin, w których występuje przemoc ogranicza swoje kontakty do codziennej wymiany uprzejmych pozdrowień, albo do pożyczenia soli lub cukru. Tylko nieliczne rodziny, w których partner jest agresywny wobec członków swojej rodziny utrzymują kontakty z sąsiadami polegające na częstych odwiedzinach, rozmowach, czy powierzaniu sobie wzajemnie tajemnic. Nie znaczy to jednak, iż sąsiedzi zorientowani są w sytuacji rodziny, konfliktach jakie występują między partnerami czy mają świadomość stosowanej przemocy. Zdarza się bardzo często, iż sąsiedzi nie chcą angażować się w sprawy rodzinne, gdyż obawiają się, że będą powoływani za świadka w sprawach sądowych.

Teorie mikropoziomu obejmują głównie rodzinę oraz środowisko pierwotne jednostki. Ponadto obejmują osobistą historię jednostki, w tym wzory ról pełnione w rodzinie przez jej poszczególnych członków, sposoby rozwiązywania konfliktów, przekonania i wartości oraz sposoby reagowania na zaistniałe zdarzenie i sytuacje w rodzinie. Na tym etapie występują bardzo często przekonania, że poprzez stosowanie przemocy można rozładować negatywne emocje. Wynika to głównie z przekonań i przyjętych wartości przez jednostkę.

3. Teorie poziomu indywidualnego (teorie psychologiczne) poszukują potencjalnych przyczyn przemocy w osobie indywidualnego sprawcy. Poszczególne koncepcje koncentrują się na indywidualnych uwarunkowaniach czy wyuczalności zachowania agresywnego, psychopatologii sprawców, a także błędach percepcji, nietrafnych oczekiowaniach i interpretacjach zachowania partnerek albo dzieci. Ważną rolę odgrywają także cechy osobowości, do których zaliczyć należy samoocenę, niepewność, poczucie bezbronności sprawcy, czy jego wrażliwość na zranienie.

Ponadto teorie te upatrują przyczyn przemocy w rodzinie w procesach biochemicznych (brak równowagi hormonalnej) lub uwarunkowaniach genetycznych. W myśl teorii dokonujących analizy struktury rodziny, tzw. ekologicznych modeli przemocy w rodzinie, wyjaśnienie przyczyn, z których powodu niektórzy członkowie rodziny stają się agresywni wobec innych, zazwyczaj oparte jest na teorii społecznego uczenia się. Przemoc w rodzinie jest wyuczonym wzorcem zachowania, przejmowanym w procesie dorastania od rodziców. Przez obserwację i naśladownictwo dzieci uczą się, przyswajając postawy i sposób zachowania rodziców, a także ich zwyczaje, wzorce zachowań, emocje, wartości, przekonania i słabości¹⁰⁵.

Podsumowanie. Analizując mechanizmy uruchamiające zachowania przemocowe, trudno nie zauważyć, iż teorie makropoziomu dotyczą głównie koncepcji władzy i posłuszeństwa. Opisują one kształtowanie się postaw zarówno sprawcy, jak i ofiary. Obejmują przekonania i wartości kulturowe dotyczące funkcjonowania rodziny oraz roli kobiety, mężczyzny i dziecka w związku. Ponadto określają relacje między kobietą i mężczyzną, system dominacji i uległości w rodzinie oraz związane z tym przekonania i wartości kulturowe, które uzasadniają przemoc i generują ją na następne pokolenia. Z kolei teorie mikropoziomu dotyczą rodziny oraz środowiska pierwotnego jednostki. Ponadto obejmują osobistą historię jednostki, w tym wzory ról pełnione w rodzinie przez jej poszczególnych członków, sposoby rozwiązywania konfliktów, przekonania i wartości oraz sposoby reagowania na zaistniałe zdarzenie i sytuacje w rodzinie. Występują tu przekonania, że poprzez stosowanie przemocy można rozładować negatywne emocje. Wynika to głównie z przekonań i przyjętych wartości przez jednostkę. W ramach strukturalnych teorii przemocy rozważa się także koncepcje wyuczalności zachowań agresywnych, przemocowych. Międzypokoleniowy przekaz wzorów sprawia, że dziecko, które doznawało agresji, przemocy, było świadkiem takich zachowań między rodzicami, prawdopodobnie samo będzie stosowało przemoc w swojej rodzinie. Powieli przekaz kulturowy, dotyczący dominacji płci, pełnienia określonych ról w rodzinie, stereotypów ich funkcjonowania i stylu życia.

W przedkładanej rozprawie interesuje mnie relacyjny aspekt przemocy i jej konsekwencji z położeniem akcentu nie na osobę sprawcy, lecz na osobę ofiary przemocy. Z tego względu teorie z grupy poziomu indywidualnego jedynie wzmiankuję, gdyż nie mają one bezpośredniego zastosowania.

¹⁰⁵ Majchrzyk Z., *Kiedy kobieta ...*, dz. cyt., s. 122

1.3. AGRESJA I PRZEMOC – WSPÓLNE I RÓŻNICUJĄCE WYZNACZNIKI ZJAWISK

Wielość definicji „agresji” i „przemocy” występujących w polskiej i w międzynarodowej literaturze, nie daje się łatwo usystematyzować. Zamienne stosowanie pojęć „agresji” i „przemocy” obliguje do wyjaśnienia związku między nimi.

Potoczne znaczenie terminu agresja zdaniem Adama Frączka¹⁰⁶ oznacza wrogie zachowanie, mające na celu wyrządzenie komuś szkody, spowodowanie strat czy bólu. Ogólnie mówi się więc o agresji jako o działaniu zmierzającym do wyrządzenia krzywdy drugiej osobie. Podjęte działanie określa się w tym przypadku mianem „agresji”, natomiast sam zamiar – „agresywnością”.

Niektórzy badacze zajmujący się problematyką agresji uważają, że o agresji należy mówić tylko wtedy, kiedy skłonność ta występuje z intencją wyrządzenia komuś krzywdy. Inni natomiast rozpatrują agresję niezależnie od tego, czy dana osoba stawia sobie za cel skrzywdzenie kogoś albo uszkodzenie czegoś, czy traktuje zachowanie agresywne jako narzędzie do osiągnięcia innych celów. Do tej pory nie udało się znaleźć jednolitej definicji ludzkiej agresji i ustalić wyczerpującego opisu fenomenologicznych jej aspektów, jak i etiologicznego kompleksu uwarunkowań.

Większość psychologów przez *agresję* rozumie „*każde zamierzone działanie – w formie otwartej czy symbolicznej – mające na celu wyrządzenie komuś lub czemuś szkody, straty lub bólu*”¹⁰⁷. Dlatego też w ujęciu psychologicznym zdaniem Adama Frączka¹⁰⁸ *agresją* nazywa się wszelkie czynności, których celem jest wyrządzenie szkody i spowodowanie utraty społecznie cenionych wartości, jak również zadanie bólu fizycznego lub spowodowanie cierpienia moralnego innemu człowiekowi. Zatem agresja interpersonalna jest aktem odnoszącym się do zachowań międzyludzkich, intencjonalnie organizowanym w celu wyrządzenia szkody jednostce lub grupie społecznej, jest ponadto umyślnym działaniem na szkodę jednostki lub jej właściwości, którego nie da się społecznie usprawiedliwić. Ponadto agresja interpersonalna prowadzi do skrzywdzenia tych wszystkich osób, na które jest ukierunkowana. W osądzie społecznym, zda-

¹⁰⁶ Frączek A.(red.), *Studia nad uwarunkowaniami i regulacją agresji interpersonalnej*, Ossolineum PAN, Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk-Lódź 1986

¹⁰⁷ Ranschburg J., *Lęk, gniew, agresja*, WSiP, Warszawa 1993, tłum. Magdalena Schweinitz-Kulisiewicz

¹⁰⁸ Frączek A.(red.), *Studia nad psychologicznymi mechanizmami czynności agresywnych*, Ossolinemu, Wrocław 1979

niem Frączka¹⁰⁹ bierze się pod uwagę zarówno motywy jednostki, jak i okoliczności i warunki, w których takie zachowanie występuje.

Z kolei termin *przemoc* stosuje się do opisu form zachowań międzyludzkich, które w społeczeństwie spotykają się z dezaprobatą. W literaturze specjalistycznej istnieje wielorakość definicji przemocy, stąd też trudno znaleźć jednolite ujęcie. Pod pojęciem przemocy, zdaniem Janusza Surzykiewicza¹¹⁰, rozumie się zamierzone i celowe zachowania zmierzające do szkodenia innym, ewentualnie przybierające destruktywny lub awersyjny charakter. W przeciwieństwie do agresji, której przypisuje się bardzo często charakter reaktywny, przemoc określana jest przeważnie jako intencjonalne użycie przewagi siły, które narusza porządek moralny. Ponadto intencjonalność oznacza, że sprawca podejmując wrogie działania wobec ofiary, chce sprawić jej przykrość bądź ją zranić, a dzięki temu osiągnąć wyższą pozycję w grupie. Natomiast agresję rozumie się jako reakcję na różne bodźce, zmierzającą do wyładowywania niezadowolenia lub gniewu, niezgodną z ogólnie przyjętymi zasadami oraz prowadzącą do przemocy.

Przemoc polega na bardziej świadomym wywieraniu presji na słabszą jednostkę lub grupę, na wykorzystaniu własnej przewagi fizycznej lub psychicznej. Wiąże się zatem z fizycznym i psychicznym przymusem, z działaniem wbrew woli jednostki i na jej szkodę. Rozważając pojęcie *przemocy* podkreśla się, iż nie należy zapomnieć o intencjach działania, ale także należy uwzględniać ich intensywność.

Wielu autorów podejmujących problematykę przemocy, np. Irena Obuchowska¹¹¹, podkreśla, iż przemoc określa się jako formę wyrażania agresji, która jest szczególną postacią agresji interpersonalnej, skierowanej na przełamanie obrony jednostki. Agresja staje się wówczas przemocą, gdy jej celem jest podporządkowanie sobie drugiego człowieka. Jednakże agresja nie zawsze zmierza do tego celu, a przemoc nie zawsze manifestuje się przez agresję.

Agresja bywa także traktowana jako zjawisko pozytywne (konstruktywne, konieczne i naturalne), służące ochronie i przetrwaniu, jak i jako zjawisko negatywne (destrukcyjne, dewiacyjne), przejawiające się okrucieństwem i przemocą¹¹². Wśród ujęć agresji wymienia się: *obiektywne* – podkreślające społeczną szkodliwość czynu w formie ataku wyrządzającego krzywdę fizyczną lub psychiczną; *intencjonalne* – określają-

¹⁰⁹ Frączek A., Zumkley H., *Socjalizacja a agresja*, Instytut Psychologii PAN, WSPS, Warszawa 1993, s. 51, tłum. Tatiana Klonowicz

¹¹⁰ Surzykiewicz J., *Agresja i przemoc w szkole. Uwarunkowania socjoekologiczne*, CMPP-P, Warszawa 2000, s. 20

¹¹¹ Obuchowska I., *Przemoc w wychowaniu*, „Kwartalnik Pedagogiczny” 1989, nr 4(134), s. 29

¹¹² Wysocka E., *Diagnoza w resocjalizacji*, PWN, Warszawa 2008

ce agresję jako działanie podejmowane z intencją wyrządzenia krzywdy, której często towarzyszy reakcja emocjonalna w postaci gniewu; traktujące agresję jako *cechę osobowości* – przejawianą w gotowości do agresywnego reagowania na pewne sygnały wywoławcze oraz określaną jako postawa wrogości i przejawianą głównie przez osobowość charakteryzującą się zachowaniami rywalizacyjnymi, agresywnością i wrogością wobec innych.

Agresja może stać się czynnikiem wyzwalającym przemoc, która często utożsamiana jest ze zjawiskiem agresji. Obie kategorie dzieli przede wszystkim kryterium intencjonalności, które w przypadku agresji może być względne, nieodłącznie towarzyszy natomiast zjawisku przemocy. Z przemocą nie zawsze łączy się pobudzenie emocjonalne – może być ona przejawem dominacji (np. przemoc ekonomiczna, instytucjonalna, zaniedbywanie), która jest nierozzerwalnie związana z agresją.

Ponadto związek między agresją a przemocą jest widoczny w aspekcie uczenia się agresji przez ofiary przemocy. Do skutków stosowania przemocy zalicza się często przekierowanie na inne osoby agresywnych wzorów zachowań, co pozwala wnioskować, że pojawienie się zachowań o charakterze agresywnym może być skutkiem doświadczenia przemocy przez daną osobę.

Aktualnie rozważania o przemocie wypierają ze współczesnej psychologii problematykę agresji. Jednak nie należy zapominać, iż mają one inne znaczenie i zakres. O ile pojęcie agresji należy do podstawowych pojęć naukowych w psychologii, o tyle pojęcie przemocy ma wyraźny kontekst społeczno-kulturowy, a także normatywny kontekst zasad odwołujących się do sfery wartości, moralności, etyki oraz prawa¹¹³.

Trudność obiektywnego zdefiniowania zjawiska przemocy komplikuje nie tylko problem intencji (występujący również w psychologii agresji i który ostatecznie jest jedynym merytorycznie zasadnym kryterium). Frączek proponuje rozpatrywanie zjawiska przemocy, stosując dwa podstawowe wymiary: tzn. jej zasadność w świetle obowiązujących norm społecznych (z rozróżnieniem przemocy akceptowanej *versus* niedopuszczalnej społecznie) oraz stopień instrumentalności tego działania¹¹⁴. Przemoc o charakterze instrumentalnym wykorzystywana jest jako środek do realizacji ściśle określonych celów, ale bywa także bezinteresowna – motywy jej stosowania sprowadzają się wyłącznie do poszukiwania przez sprawcę swoistego poczucia zadowolenia.

¹¹³ Zybortowicz A., *Przemoc i poznanie*, UMK, Toruń 1995

¹¹⁴ Frączek A., *Temperament and regulation of interpersonal aggression*, „Psychological Bulletin” 1986, nr 7, s. 3-13

Definicja przemocy, jaką podaje Pospiszyl¹¹⁵ nawiązuje do perspektywy etymologicznej, akcentując kontekst moralno-społeczno-kulturowy: „*sposób spostrzegania zjawiska przemocy jest spleciony nierozzerwalnie z procesem demokratyzacji życia, którego fundamentalnym przejawem jest prawo do nietykalności osobistej (...). Pojęcie to bowiem w każdych warunkach będzie społeczną deklaracją praw człowieka obowiązujących w danej kulturze*”¹¹⁶.

Przemiany, jakie zaszły w ostatnich trzydziestu latach, można określić mianem ekstrapolacji pojęcia „przemocy” z bezpośrednich aktów mających charakter agresji fizycznej o charakterze przymusu na inne formy interakcji o właściwościach agresywnych. W konsekwencji zaszło zjawisko swoistej dyfuzji pojęć agresji i przemocy. Stąd stosowana terminologia wydaje się mało precyzyjna, jej spektrum znaczeniowe rozciąga się na wielu płaszczyznach obejmujących działania jednostek i funkcjonowanie struktur, osób oraz rzeczy. Zdaniem Wolfganga Melzera¹¹⁷ doszło do tego m.in. przy uwzględnieniu kompleksu różnych, instytucjonalnych i ogólnospołecznych procesów, mających wpływ na agresywne zachowanie.

Konkludując, termin „przemoc” oznacza podtyp agresji obejmujący skrajne formy agresji fizycznej, ponadto wyraża aspekt interakcyjny, np. jakość relacji sprawca – ofiara, który pozwala na w miarę całościowe ujęcie zjawiska oraz zoperacjonalizowanie go dla celów empirycznych. Termin „przemoc” wyraża także aspekt instytucjonalno – strukturalny (organizacja szkoły i warunki) oraz uwzględnia uwarunkowania ogólnospołeczne (wpływy społeczno-kulturowe), a więc w konsekwencji umożliwia przeprowadzenie wielopoziomowych analiz.

Analizując literaturę przedmiotu można zauważyć, iż większość badaczy posługuje się różnymi definicjami przemocy w zależności od specyfiki danej dyscypliny i postawionych sobie celów. Stąd też trudnościom w stworzeniu jednoznacznej definicji agresji i przemocy towarzyszą problemy z określeniem odpowiednich przeciwdziałań.

Poszukując mechanizmów generowania przemocy w rodzinie należałoby zwrócić uwagę przede wszystkim na dynamikę procesów rodzinnych, które w ramach dopasowania i dostosowania się członków rodziny prowadzą do wypracowania określonych strategii rodzinnych. Są to wzory interakcji, które definiują granice dopuszczalnego

¹¹⁵ Pospiszyl I., *Przemoc w ...*, dz. cyt., s. 14

¹¹⁶ Tamże, s. 10

¹¹⁷ Melzer W., *Gewalt als gesellschaftliches Phänomen und soziales Problem in Schulen - Einführung*, [w:] *Gewalt als soziales Problem an Schulen. Untersuchungsergebnisse und Präventionsstrategien*, Verlag Barbara Budrich, Opladen 2006; por. Surzykiewicz J., *Agresja i przemoc w szkole*, dz. cyt., s. 31

i stosownego zachowania w rodzinie¹¹⁸. Mogą mieć one różny zakres, elastyczność, czy bezwarunkowość, natomiast dotyczą:

- a) granic między jednostkami i podsystemami, a także między rodziną i innymi elementami życia społecznego, np. instytucje, inne rodziny, dalsza rodzina,
- b) podtrzymania statusu rodzinnego (określanie priorytetów i działań prowadzących do ich realizacji),
- c) tożsamości rodzinnej (organizacja podstaw życia rodzinnego, wpajanie norm i zasad dorastającym członkom rodziny),
- d) kierowania spójnością rodzinną (dostarczanie wsparcia, rozwiązywanie konfliktów),
- e) kierowania stresem w rodzinie (przystosowanie się do zmian i zmiennych wymagań)¹¹⁹.

Rodzina zdolna utrzymywać stan względnej równowagi (homeostazy) nie jest zwykle narażona na większość przejawów patologii społecznej. Nadmierna sztywność lub przeciwnie – chaotyczność, sprzyjać może deregulacji relacji, a tym samym prowadzić m.in. do przemocy.

Posługując się schematem Virginii Satir za znaczący mechanizm przemocy uznać można:

- a) wadliwe wpływy na poczucie własnej wartości członków rodziny (w przypadku sprawcy – zawyżone, ofiary – zaniżone, choć regułą jest głównie brak adekwatności w tym zakresie u stron relacji),
- b) wadliwa komunikacja – jednostronna, niejasna, niebezpośrednia,
- c) wadliwość reguł życia rodzinnego (sztywność, niezmienność lub przeciwnie – dowolność, sytuacyjność lub brak),
- d) wadliwe relacje z otoczeniem, wskutek dysfunkcji granic („nieprzepuszczalność”, tajemnice rodzinne, zaprzeczanie problemowi)¹²⁰.

W konsekwencji przemoc rodzinną można traktować jako dysfunkcyjną formę regulacji stosunków wewnątrzrodzinnych.

¹¹⁸ Płopa M., *Psychologia rodziny*, IMPULS, Kraków 2005, s. 18

¹¹⁹ Tamże, s. 21-30

¹²⁰ Satir V., *Rodzina. Tu powstaje człowiek*, GWP, Gdańsk 2003, s. 16, tłum. Łucja Ochmańska, Małgorzata Trzebiatowska

ROZDZIAŁ 2. CHARAKTERYSTYKA ZJAWISKA PRZEMOCY WOBEC Kobiet W RODZINIE – TERMINOLOGIA I WYJAŚNIENIA GENETYCZNO-KONSEKWENCYJNE

Przemoc wobec kobiet to zjawisko powszechne i niepokojące, zaś w szczególności dotyczy to przemocy wewnątrzrodzinnej. Przemoc istniała zawsze i od wieków przenikała wszelkie struktury społeczne. Głównym problemem współczesnej rodziny jest zatem nie tylko istnienie przemocy, ale jej zasięg i natężenie. Dlatego też „*dynamika zjawiska przemocy w rodzinie – jak podaje Marek Heine – zmusza do naukowej analizy jego przyczyn i konstruowania adekwatnych działań profilaktycznych*”¹²¹.

Ten rodzaj przemocy rozgrywa się przeważnie w zamkniętym kręgu rodziny; zwykle łatwo go ukryć przed światem zewnętrznym. Jeśli przemoc zostaje zauważona, świadkowie są niechętni podjęciu jakiegoś działania, nie chcąc być zamieszani w „prywatne sprawy innych ludzi”. Pragnienie ochrony prywatności rodziny nie dotyczy jedynie zewnętrznych obserwatorów, lecz obejmuje świadków wewnątrz rodziny i same ofiary. Dzieci krzywdzone przez członka rodziny mogą nie ujawniać swojej traumy innym osobom z obawy posądzenia o intryganctwo lub kłamstwo. Bite kobiety mogą ukrywać akty przemocy partnerów, żeby ocalić obraz swojej rodziny, jako „idealnej”.

Wiadomo, że na idealny obraz życia w rodzinie składa się zarówno ciepło i serdeczność, jak i wzajemny szacunek. Jednak w rzeczywistości w środowisku rodzinnym występują czasem poważne formy agresji. Krzywdzenie fizyczne i emocjonalne oraz wykorzystywanie seksualne, agresję między małżonkami, krzywdzenie i zaniedbywanie osób starszych przez krewnych, uznaje się dzisiaj za poważne problemy społeczne.

2.1. TYPY PRZEMOCY WEWNĄTRZRODZINNEJ

Trudno uchwycić prawdziwe rozmiary przemocy wewnątrzrodzinnej, choć jest ona zjawiskiem powszechnym. Biorąc pod uwagę zróżnicowanie podmiotowe przemocy w rodzinie można wyróżnić: przemoc wobec **dziecka**, przemoc wobec **kobiet**, przemoc wobec **mężczyzn**, przemoc wobec **ludzi starych**.

¹²¹ Heine M., *Przemoc doświadczana w dzieciństwie w percepcji młodzieży akademickiej*, [w:] Cichła J., Ilnicka R.M. (red.) *Przemoc w społeczeństwie. Diagnoza, sposoby przeciwdziałania*, Wydawnictwo DWSPiT, Polkowice 2008, s. 1

Przemoc wobec dziecka charakteryzuje się tym, iż najczęściej ofiarami są najmłodsze dzieci w rodzinie. Ponadto bardziej narażone na przemoc są dzieci niechciane, szczególnie kiedy ich matkami są osoby młode. Istnieje także większa częstotliwość stosowania przemocy w rodzinach wielodzietnych, gdyż pojawienie się kolejnego dziecka w rodzinie powoduje wzrost stresu sytuacyjnego, którego następstwem jest to, iż rodzice są coraz bardziej skłonni do agresywnych zachowań i wybuchów złości wobec swoich dzieci.

Przemoc wobec kobiet wykazuje pewne cechy charakterystyczne, do których można zaliczyć m.in. to, iż w wielu przypadkach sprawcami są mężowie lub konkubenci, do aktów przemocy najczęściej dochodzi w pierwszych latach trwania małżeństwa, a na przemoc najczęściej narażone są kobiety o niskim wykształceniu, nieposiadające wykształcenia oraz zależne finansowo od męża.

Przemoc wobec mężczyzn jest rzadziej niż przemoc wobec kobiet przedmiotem badań; rzadziej występuje w społecznej świadomości. Powodami takiego stanu rzeczy jest m.in. to, iż mężczyźni uważają się za bardziej agresywnych od kobiet, zazwyczaj to oni są sprawcami przemocy o groźniejszych skutkach, ponadto mają silniejszą pozycję zawodową (społeczną), dlatego panuje przekonanie, że trudniej ich skrzywdzić, gdyż dzięki swej pozycji, sami mogą skutecznie się obronić. Ponadto role społeczne mężczyzn oparte są na dominacji i ekspansji, a te wartości budują samoocenę mężczyzn, i tym samym utrudniają im przyznanie się do bycia ofiarami. Przyznanie się do bycia ofiarą powoduje też wtórne straty w postaci znacząco obniżonej samooceny.

Przemoc wobec osób starszych nie jest zjawiskiem nowym. Z perspektywy historycznej osoby starsze były zawsze źle traktowane przez swoich najbliższych, doświadczając zarówno przemocy fizycznej, jak i innych form przemocy ze strony członków rodziny lub innych osób, którym ufały. Konflikty rodzinne przyczyniły się do przemocy wobec osób starszych.

Uwarunkowania przemocy wobec osób starszych mają charakter wielowymiarowy. Postawy przyzwolenia społecznego na złe traktowanie osób starszych mogą sprzyjać rzeczywistym przejawom „złego traktowania osób starszych”, skoro nie ma żadnej reakcji społecznej na ten typ zachowań. „Złe traktowanie osób starszych” może przebiegać na dwóch poziomach, tj. makrostruktury i mikrostruktury społecznej (ageizm, dyskryminacja, wykluczenie społeczne). Dwoma formami instytucji, w których najczęściej dochodzi do przemocy, są rodzina (środowisko rodzinne) oraz instytucje opieki. Natężenie oraz rozpoznawanie zjawiska przemocy wobec osób starszych, w tym

także w rodzinie zależy od sprawności funkcjonowania systemu kontroli społecznej (w wymiarze psychospołecznym, oznaczającym przestrzeganie normy związanej z okazywaniem szacunku osobom starszym i dobrego ich traktowania) oraz mechanizmów społeczno-materialnych (instytucje społeczne) kontrolujących wymagane w danej kulturze zachowania. W zależności od sposobu funkcjonowania systemu kontroli społecznej zjawisko przemocy wobec osób starszych może być rozpoznawane w różnym stopniu lub całkowicie nierozpoznawane.

Według WHO przemoc jest zjawiskiem przewidywalnym i problemem, przeciw któremu można podjąć działania zapobiegawcze. Definicja WHO określa, iż przemoc wobec osób starszych jest jednorazowym lub powtarzającym się aktem, który staje się przyczyną zranienia lub niesie za sobą ryzyko zranienia (bez względu na to, czy działanie jest intencjonalne, czy też nie) osoby starszej, pozostającej w opiece opiekuna lub ze strony innych osób, pozostających z nią w relacjach, które powinny zapewniać zaufanie, a w rzeczywistości są źródłem „zranienia lub stresu dla osoby starszej”¹²².

Zachowania przemocowe mogą mieć swoje źródło w długotrwałej rodzinnej historii przemocy lub w relacjach pary od początku związku.

Analiza literatury przedmiotu w zakresie przemocy wobec osób starszych wskazuje, iż jedną z częściej spotykanych form przemocy wobec osób starszych jest zaniebdanie, które zwykle utożsamiane jest z zaniechaniem lub odmową dostarczenia osobie starszej potrzebnych jej do życia składników, takich jak: pożywienie, woda, ubranie, higiena osobista, zapewnienia leków i innych niezbędnych rzeczy, za które odpowiada osoba opiekująca się seniorem¹²³.

Warto pamiętać, iż przemoc wobec starszych członków rodziny może także wynikać z nieporadzenia sobie z rolą opiekuna. Ponadto wystąpienie przemocy nie warunkuje jeden czynnik. Przemoc była i jest zależna od indywidualnych, kulturowych i społeczno-ekonomicznych uwarunkowań.

W niniejszej rozprawie skupię się wyłącznie na przemocy wewnątrzrodzinnej, stosowanej wobec kobiet. Przemoc będąca częścią życia rodzinnego może być przekazywana z pokolenia na pokolenie, a jej wzorzec może być powielany przez dzieci w związkach, które stworzą jako osoby dorosłe.

¹²² Lasch M.S., Pillemer K., *Elder abuse*, „The Lancet” 2004, nr 364 (9441), s. 1263-1272; za: Jaszczak-Kuźmińska D., Michalska K., *Przemoc w rodzinie wobec osób starszych i niepełnosprawnych. Poradnik dla pracowników pierwszego kontaktu*, PARPA, Warszawa 2010, s. 44

¹²³ Tobiasz-Adamczyk B., *Osoby starsze i niepełnosprawne jako kategoria osób szczególnie narażonych na przemoc*, [w:] Jaszczak-Kuźmińska D., Michalska K., *Przemoc w rodzinie wobec osób starszych i niepełnosprawnych. Poradnik dla pracowników pierwszego kontaktu*, PARPA, Warszawa 2010, s. 46

2.2. CYKLE I FORMY PRZEMOCY WOBEC KOBIET

Przemoc w rodzinie nie jest czynem jednorazowym, często ma długą, nawet kilkunastoletnią historię i zwykle powtarza się według określonych, nietrudnych do zaobserwowania prawidłowości. Analiza związków, w których kobiety były maltretowane, ujawnia, że w pierwszych latach rozwijania się przemocy występuje często specyficzny cykl składający się z trzech powtarzających się faz. Według Lenore Walker są to fazy: narastania napięcia, ostrej przemocy i miodowego miesiąca¹²⁴.

Cykle przemocy. Pierwszą fazą jest **faza narastania napięcia** – początkiem cyklu jest zwykle wyczuwalny wzrost napięcia, narastają sytuacje konfliktowe. Przyczyny mogą tkwić poza rodziną, czasem są to błahostki, drobne nieporozumienia powodujące dalszy wzrost napięcia¹²⁵. W fazie tej sprawca jest rozdrażniony, łatwo wpada w złość, jest pełen pretensji i uszczypliwości. Jednocześnie przerzuca odpowiedzialność za taki stan rzeczy na partnera/partnerkę: „*to przez ciebie tak się zdenerwowałam*”, „*widzisz co spowodowałaś swoim postępowaniem*”¹²⁶. Według Jadwigi Mazur często tej fazie towarzyszy wzmożone spożycie alkoholu lub zażywanie środków narkotykowych. Partner coraz częściej prowokuje kłótnie, nie panuje nad swoim gniewem¹²⁷. Charakterystycznymi zachowaniami sprawcy względem swojej ofiary są: przekleństwa, obwinianie, brak szacunku, nakłanianie do zmiany miejsca pracy i inne. Sprawca przemocy wysyła szereg niebezpiecznych sygnałów wzmagających strach u ofiary np. poprzez groźne spojrzenie, gesty, ale także inne akty agresji ukierunkowanej na przedmioty (np. niszczenie mebli). Celem tych działań jest pokazanie, kto sprawuje w domu, w związku kontrolę.

Następna faza to **faza ostrej przemocy** – w fazie tej z mało istotnych powodów dochodzi do „eksplozji” przemocy i rozładowania złości. Charakteryzuje ją intensywne znęcanie się psychiczne i akty fizycznej agresji. Psychiczne znęcanie się przybiera formę ataków i czynności, których celem jest poniżanie lub zranienie emocjonalne kobiety. Ma ono obniżyć jej samoocenę np. poprzez wyrażanie się o niej w sposób negatywny wobec jej przyjaciół. Kobieta doznaje również zranień fizycznych, znajduje się często w stanie szoku, odczuwa przerażenie, bezsilność, strach, lęk, złość, oraz gniew. Stara

¹²⁴ Walker L.E., *How battering happens and how to stop it*, [w:] *The Battered Woman*, Harper & Row Publishers, New York 1979, s. 59-78

¹²⁵ Tamże, s. 59-78

¹²⁶ Michalska K., Jaszczak-Kuźmińska D., *Przemoc w rodzinie*, dz. cyt. s.15

¹²⁷ Mazur J., *Przemoc w rodzinie...*, dz. cyt., s.34

się uspokoić sprawcę oraz ochronić siebie. W tej fazie mężczyzna stara się izolować partnerkę od najbliższego jej otoczenia, przestaje z nią rozmawiać, sprawdza z kim się kontaktuje. Podstawowym celem partnera jest pozbawienie kobiety poczucia autonomii, zapewnienia sobie jej całkowitego podporządkowania i oddania, poprzez uzależnienie materialne i emocjonalne.

Na tym etapie ofiara zdaje sobie sprawę, że jej mąż (partner) nie kontroluje swojego zachowania. Zaczyna szukać pomocy u różnych osób i instytucji, pod wpływem emocji rozpoczyna gwałtowne działania, by zmienić swoją sytuację, dochodzi wtedy do interwencji Policji, Prokuratury. Ofiara często jest w stanie zrobić wszystko, by jej sytuacja już nigdy się nie powtórzyła.

Natomiast według Mazur *„ofiara w momencie dokonywania aktu przemocy stara się uspokoić partnera i chronić siebie, czuje się bezradna, ponieważ jej zabiegi nie łagodzą jego gniewu. Biernie więc się poddaje przemocy, a po zakończeniu tej fazy ofiara przemocy jest zwykle w szoku, nie potrafi uwierzyć w to, co się stało, nie potrafi przyjąć zdarzenia do świadomości. Jest oszołomiona, często odczuwa wstyd i przerażenie. Popada w apatię, nie jest zdolna do jakichkolwiek działań”*¹²⁸.

Faza miodowego miesiąca – to czas, w którym następuje okres harmonii, bowiem krzywdzący okazuje skruchę, serdeczność, miłość, prosi o wybaczenie i obiecuje poprawę. Ponadto sprawca zaczyna dostrzegać to, co się wydarzyło. Próbuje załagodzić sytuację, staje się uczynny i miły. Swoim zachowaniem pozwala ofiarom uwierzyć, że teraz będzie inaczej, że wcześniejsze wydarzenie już się więcej nie powtórzy. Przeprosiny z powodu brutalnego zachowania, składanie obietnicy poprawy, miłości i wierności, prezenty i kwiaty – wydarzenia kreujące fazę pojednania służą przebląganiu ofiary i odzyskaniu lojalności „wymykającej” się z relacji kontroli ofiary.

Zdaniem Mazur¹²⁹ sprawca stara się podać racjonalne dla ofiary wytłumaczenie swojego postępowania. Okazuje ciepło, komunikuje się z ofiarą, zdarza się, że przynosi prezenty. Ofiara zaczyna wierzyć w poprawę sprawcy, czuje się akceptowana, jej poczucie bezpieczeństwa wydaje się być zapewnione. Partner zaspokaja potrzebę miłości, akceptacji, bezpieczeństwa i przynależności.

Katarzyna Michalska i Dorota Jaszczak-Kuźmińska¹³⁰ uważają, iż faza miodowego miesiąca daje kobiecie złudną nadzieję. Wierzy ona głęboko, że skoro jest teraz dobrze, to oznacza, że może być już tak zawsze. Właśnie faza trzecia tworząc przeciw-

¹²⁸ Mazur J., *Przemoc w rodzinie...*, dz. cyt., s. 34

¹²⁹ Tamże, s. 34

¹³⁰ Michalska K., Jaszczak-Kuźmińska D., *Przemoc w rodzinie...*, dz. cyt. s. 18

wagę okresów agresji i krzywdzenia, prowadzi do wykształcenia się „wyuczonej nadziei” – jednego z czynników pozostawania w związku z krzywdzącym partnerem. W związkach krzywdzących, obserwuje się wadliwe wzorce komunikacji, a także relacje oparte na układzie patriarchalnym, w którym mężczyzna dominuje i ma nad partnerką władzę fizyczną, materialną i decyzyjną.

Przedstawione powyżej fazy następują kolejno po sobie. W każdym następnym cyklu faza miodowego miesiąca jest coraz krótsza i mniej „sielankowa”. Koszmar wraca, a przemoc w następnym cyklu jest na ogół gwałtowniejsza i dłuższa. Doświadczenia miodowej fazy demobilizują ofiarę i utrwalają w sprawcy poczucie bezkarności oraz nadzieję, że następnym razem znowu sobie jakoś poradzi i uzyska przebaczenie¹³¹. Ponadto przemoc domową charakteryzuje też pewien rozwój. Na początku pojawiają się incydenty, konflikty, pierwsze przejawy przemocy fizycznej, psychicznej, seksualnej lub zaniedbania. Jednak sprawca za każdym razem obiecuje, że to już się nie powtórzy. Tu normą rodziny jest jeszcze brak przemocy. Z czasem następuje wzrost zjawiska przemocy w rodzinie. Członkowie zaczynają izolować się od dalszej rodziny, znajomych, przestają ich odwiedzać i sami nie zapraszają nikogo do domu. Przemoc zaczyna być ukrywana w „czterech ścianach”, staje się tajemnicą rodzinną. W ofiarach wzrasta lęk i niepokój. W konsekwencji pojawia się chaos i dezorganizacja, ofiary nie widzą perspektywy na zmianę swojej sytuacji oraz nie wierzą w „naprawę” sprawcy. Zaczynają ukrywać emocje, aż w końcu uznają swoją bezsilność i doprowadzają do reorganizacji życia rodzinnego. Próbuje funkcjonować na nowych zasadach, w których normą staje się przemoc.

Opisany kontekst cykli przemocy skupia się na typach zachowań sprawców, którzy krzywdzą inne osoby i powodują w nich zmiany, w tym również psychologiczne, które mogą przyczyniać się do powielania różnych form przemocy wobec kolejnych osób, najczęściej swoich dzieci.

Przejawy złego traktowania drugiego człowieka nie mają żadnych granic i dotyczą jednostek w każdym przedziale wiekowym. Przynoszą ból i cierpienie, a ich konsekwencji można doświadczać przez całe życie.

Formy przemocy. Przemoc wobec kobiet nie jest kategorią jednorodną, stąd, wyróżnia się następujące jej formy:

¹³¹ Salber P.R., Taliaferro E., *O przemocy domowej. Poradnik dla lekarza pierwszego kontaktu*, PARPA, Warszawa 1998, s. 17, tłum. Agnieszka Basaj

Przemoc fizyczna. Jest to zachowanie, którego celem jest stosowanie siły fizycznej w celu zranienia lub zniszczenia osób lub przedmiotów bądź przejawia się jako traktowanie ludzi lub używanie przedmiotów, które prowadzi do obrażeń cielesnych i zagraża wolności osobistej¹³². Ewa Jarosz¹³³ przemoc fizyczną określa jako wszelkie nieprzypadkowe spowodowanie urazów fizycznych, np. siniaków, ran, złamań, cięć i zadrapań lub wszelkie zachowania, które mogły do takich urazów doprowadzić, oraz niezapobieżenie urazom lub cierpieniu fizycznemu. Natomiast według Mazur¹³⁴ przemoc fizyczna to wszystkie doznane obrażenia ciała, które powstały w wyniku zachowań przemocowych ze strony sprawcy, z którym ofiara pozostaje w bliskich relacjach. Obrażenia jakie występują u ofiary nie są skutkiem wypadku. Z kolei Michalska i Jaszczak-Kuźmińska¹³⁵ uważają, iż przemoc fizyczna jest najbardziej widoczna i najtrudniejsza do ukrycia. Zaliczają do niej bardzo szeroki wachlarz zachowań sprawcy – od popychania, ciągnięcia za włosy, uszy, aż do zachowań powodujących poważne urazy fizyczne, wymagające opieki medycznej, czy hospitalizacji.

Czołowi psychologowie, np.: Paul Johnson, Kim DePanfilis, Kevin Browne oraz Martin Herbert uważają, iż przemoc fizyczna może mieć charakter pojedynczego epizodu, choć najczęściej ma charakter powtarzalny. Obejmuje zachowania typu bicie, szarpanie, popychanie, duszenie, oraz celowe otrucie¹³⁶.

Wanda Badura-Madej oraz Agnieszka Dobrzyńska-Mesterhazy¹³⁷ zaliczają do typowych przejawów przemocy fizycznej: popychanie, policzkowanie, szarpanie za włosy, uderzanie pięścią, kopanie, przypalanie papierosem, duszenie, rzucanie przedmiotami, drapanie, plucie, wykręcanie rąk, napaść z użyciem broni, krępowanie lub uwięzienie, jak również świadome stwarzanie niebezpiecznych sytuacji, stanowiących zagrożenie fizyczne ofiary.

Celem przemocy fizycznej jest także kontrolowanie drugiej osoby dokonujące się poprzez ból i poniżenie jej. Ponadto bardzo często spotkać się można z tym, iż przemoc fizyczna połączona jest z zaniedbaniem fizycznym.

Ofiara ze względu na zachowania sprawcy może być poddawana przemocy fizycznej w postaci czynnej i biernej. Przemoc czynna ma miejsce wtedy, gdy gniew

¹³² Browne K., Herbert M., *Zapobieganie przemocy w rodzinie*, dz. cyt., s. 21

¹³³ Jarosz E., *Dom, który...*, dz. cyt., s. 62

¹³⁴ Mazur J., *Przemoc w rodzinie...*, dz. cyt. s. 41

¹³⁵ Michalska K., Jaszczak – Kuźmińska D., *Przemoc w rodzinie...*, dz. cyt. s. 10

¹³⁶ Johnson P., *Child Abuse. Understanding the Problem*. The Crowood Press, Marlborough 1990, s. 21

¹³⁷ Badura-Madej W., Dobrzyńska-Mesterhazy A., *Przemoc w rodzinie. Interwencja kryzysowa i psychoterapia*, UJ, Kraków 2000, s. 14

agresora jest skierowany wprost na ofiarę i gdy agresor podejmuje działania krzywdzące fizycznie, psychicznie i seksualnie. Do symptomów przemocy czynnej zaliczyć można: potrząsanie, popychanie, drapanie, bicie ręką, kablem, przypalanie, czy kaleczenie. Natomiast przemoc bierna oznacza zaniedbywanie psychiczne, fizyczne i seksualne. W tym przypadku gniew manifestuje się brakiem zainteresowania ofiarą lub unikaniem interakcji powodujących wybuchy złości. Ponadto przemoc bierna to z jednej strony zamykanie w odosobnionym i zagrażającym miejscu (np. strych), głodzenie, zakazywanie jedzenia lub załatwiania potrzeb fizjologicznych, z drugiej zaś rzucanie przedmiotami, wyrzucanie książek z półek, ubrań z szafy, czy demolowanie mieszkania.

Opisując formy przemocy fizycznej bierze się również pod uwagę nie tylko jej przejawy, ale także skutki w postaci uszkodzenia ciała oraz wskazania do konsultacji lekarskiej. Według Kevina Browne'a i Martina Herberta¹³⁸ przypadki maltretowania fizycznego członków rodziny mogą charakteryzować się różnym stopniem dotkliwości:

- a) *mniej dolegliwe* – niewielkie uszkodzenia zewnętrznych tkanek ciała (lekkie zadrapania, drobne, powierzchowne oparzenia, niewielkie pręgi na ciele);
- b) *umiarkowanie dolegliwe* – powierzchownie rozległe lub bardziej poważne uszkodzenia skóry, niewielkie uszkodzenia tkanek podskórnych (poważniejsze stłuczenia, rozległe pręgi na ciele, skaleczenia, niewielkie krwiaki, oparzenia);
- c) *bardzo poważne* – rozległe i głębokie uszkodzenia tkanki zewnętrznej, złamania kości, pęknięcia, zwichnięcia, krwiaki podoponowe, poważne oparzenia i uszkodzenia organów wewnętrznych;
- d) *zagrażające życiu* – umyślne, uporczywe powodowanie obrażeń potencjalnie prowadzących do śmierci ofiary lub bardzo ciężkiego stanu.

W doktrynie prawa karnego podkreśla się mnogość kryteriów prawnokarnego ujęcia przemocy. W tym zakresie można wyodrębnić definicje, które kładą nacisk na szczególne zachowanie się sprawcy oraz definicje, które kładą nacisk na zamierzony rezultat zachowania się sprawcy na efekt przemocy w postaci przymusu¹³⁹.

¹³⁸ Browne K.D., Herbert M., *Zapobieganie przemocy ...*, dz. cyt., s. 21

¹³⁹ Bafia J., Mioduski K., Siewierski M., *Kodeks karny. Komentarz*, t. 2, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1977, s. 131

Według Witolda Świdy¹⁴⁰ istotą przemocy jest zachowanie się sprawcy, które polega na użyciu siły fizycznej. Natomiast według Kubali¹⁴¹ terminem przemoc posługujemy się na co dzień w celu oznaczenia trzech różnych sytuacji:

- a) samej siły fizycznej, a więc w znaczeniu rzeczywistego potencjału energii,
- b) stosunku (relacji) siły fizycznej względem kogoś lub czegoś,
- c) efektu użycia siły fizycznej i skutku zamierzonego lub rzeczywistego.

Jak można zauważyć, w przedstawionych ujęciach, „przemoc” występuje jako synonim siły, która odznacza zarówno: moc, energię, napięcie, jak i możliwość podołania czemuś, zdolność do działania, panowania nad kimś.

Przemoc emocjonalna. Emocje stale towarzyszą naszemu życiu. Są jednym z podstawowych potencjałów, bowiem informują nas o potrzebach, brakach, zaspokajaniu. Są energią wyrażoną w różny sposób, np. poprzez strach, stanowiący energię orientacji, ostrzegającą przed niebezpieczeństwem uniemożliwiającym zaspokojenie potrzeb; poprzez smutek, który jest energią umożliwiającą zakończenie jakiegoś etapu z przeszłości i pogodzenie się ze stratami.

Przemoc psychiczna (emocjonalna) jest nieuchwytną i trudną do udowodnienia formą maltretowania. Definiowana jest jako „dehumanizacja ofiary przez wzbudzenie w niej strachu nad przemocą lub innymi konsekwencjami rozgniewania sprawcy. Obejmuje ona napaści słowne, groźby, wyzywanie i ograniczanie swobody i decyzji ofiary”¹⁴².

Organizacja Amnesty International, zajmująca się ochroną praw człowieka, znęcanie psychiczne definiuje w sposób operacyjny, zaliczając do niego takie formy zachowania, jak: izolację, ograniczanie snu i pożywienia, narzucanie własnych sądów, groźbę zabójstwa. Wymienione kategorie czynów są ogólne i dlatego też mogą obejmować niemal każde zachowanie krzywdzące, gdyż nie ma jasnych kryteriów oceny szkodliwości psychicznego maltretowania¹⁴³.

Zdaniem Badury-Madej i Dobrzyńskiej-Mesterhazy przemoc psychiczna (...) zawiera przymus groźby, zastraszanie, emocjonalne wykorzystanie, za które uważa się oskarżanie, upokarzanie, poniżanie, obwinianie i manipulowanie poczuciem winy, wyzviska, wmawianie choroby psychicznej, odmawianie współżycia seksualnego, izolowanie po-

¹⁴⁰ Świda W., *Prawo karne*, PWN, Warszawa 1978, s. 520

¹⁴¹ Kubala W., *Znamię przemocy w ujęciu art. 12 k.k.*, „Problemy Praworządności” 1987, nr 8-9, s. 16-17

¹⁴² Griffin L.W., *Understanding elder abuse*. [w:] Hampton R.L. (red.): *Family violence: Prevention and Treatment*. Sage, CA: Thousand Oaks 1999, s. 260-287

¹⁴³ Pospiszyl I., *Przemoc w ...*, dz. cyt., s.104

przez kontrolowanie kontaktów z innymi¹⁴⁴. Natomiast wg Duttona¹⁴⁵ przemoc psychiczna w związku partnerskim jest opisywana jako małżeński terror. Autor podkreśla podobieństwo między sytuacją ofiary przemocy a sytuacją zakładników przetrzymywanych przez terrorystów. Z kolei Lenore Walker porównuje przemoc psychiczną do małżeńskiego terroru, a opisując syndrom bitej kobiety, odwołuje się do definicji psychologicznych tortur, utworzonej przez Amnesty International. Psychologiczne tortury obejmują izolację ofiary, osłabienie jej przez pozbawienie jedzenia i snu, monopolizowanie percepcji, groźby zranienia jej lub jej rodziny (...) upokarzanie, poniżanie, wpływanie na stan świadomości¹⁴⁶.

Według psychologów przemoc emocjonalna (psychiczna) jest trudna do udowodnienia, nie można precyzyjnie określić jej rozmiarów, ale niszczy poczucie własnej wartości i godności. Czasami jest minimalizowana i traktowana jako forma negatywnej, werbalnej interakcji między partnerami, np. kłótni. Stanowisko to podziela Jadwiga Mazur¹⁴⁷, wskazując, iż znęcanie psychiczne jest nieuchwytną formą złego traktowania, które nie pozostawia na ciele ofiary widocznych śladów. Ponadto nie można też precyzyjnie określić rozmiarów psychicznego krzywdzenia i wszystkich wymienić, nie da się też w sposób jednoznaczny sklasyfikować intensywności oraz stopnia dolegliwości.

Zdaniem Patricii R. Salber oraz Ellen Taliaferro, (...) *przemoc emocjonalna* to stale powtarzane ataki słowne, ale może ona także polegać na zmuszaniu kobiety do czynności, które są dla niej upokarzające, np. przyglądania się jak partner współżyje z kochanką, lub nakazania jej sprzątnięcia posiłku, który w złości zrzucił na podłogę. Może też przybierać formę zmuszania do popełniania czynów niezgodnych z jej zasadami moralnymi lub przekonaniami religijnymi, na przykład do kłamstwa lub kradzieży¹⁴⁸.

Większość autorytetów¹⁴⁹, którzy analizują przemoc psychiczną występującą w rodzinie z perspektywy socjologicznej, łączy przyczyny przemocy ze społecznym

¹⁴⁴ Badura-Madej W., Dobrzyńska-Mesterhazy A., *Przemoc w rodzinie...*, dz. cyt., s. 15

¹⁴⁵ Dutton D.G., *Przemoc w rodzinie*, Diogenes-Grupa Wydawnicza Bertelsmann Media, Warszawa 2001, tłum. Piotr Kołyszko, por. Rode D., *Psychologiczne uwarunkowania przemocy w rodzinie. Charakterystyka sprawców*, UŚ, Katowice 2010, s. 51

¹⁴⁶ Walker L.E., *The Battered Woman Syndrome*, Springer, New York 1984

¹⁴⁷ Mazur J., *Przemoc w rodzinie...*, dz. cyt., s. 43

¹⁴⁸ Salber P.R., Taliaferro E., *O przemocy domowej...*, dz. cyt., s. 17

¹⁴⁹ Gelles R.J., *The Violent Home*, Sage, CA: Beverly Hills 1987; Giles-Sims J., *Wife-beating: A Systems Theory Approach*, Guilford, New York 1983; Gelles R.J. and Cornell C.P., *Intimate Violence in Families*, Sage, CA: Beverly Hills 1990

stresem, który oddziałuje na rodzinę. Richard J. Gelles oraz Claire P. Cornell¹⁵⁰ uważają, (...) iż główną przyczyną stosowania przemocy psychicznej wobec członków rodziny jest frustracja i stres, na które mogą wpływać takie czynniki, jak niskie zarobki, bezrobocie, złe warunki mieszkaniowe.

Konkludując, przemoc psychiczna występuje często i jest trudna do udowodnienia, często będąc „normalizowana” (nie jest traktowana jako przemoc). Niszczy poczucie własnej wartości, godności i może być bardziej raniąca, niż fizyczne znęcanie się.

Przemoc seksualna. Drastycznej formą przemocy w stosunku do kobiet jest przemoc seksualna, która, podobnie jak przemoc fizyczna i emocjonalna, może spowodować ogromne spustoszenia w małżeństwie. Polega na zmuszaniu osoby do aktywności seksualnej wbrew jej woli, kontynuowaniu aktywności seksualnej, gdy osoba nie jest w pełni tego świadoma, bez pytania o jej zgodę lub gdy ta obawia się odmówić.

Problem wykorzystania seksualnego między osobami dorosłymi dotyczy nadużyć seksualnych takich jak: gwałt, zmuszanie lub nakłanianie do prostytucji, stosunek analny i stosunek oralny wbrew woli partnera, filmowanie podczas seksualnej aktywności bez zgody partnera, rozbieranie z użyciem siły, zmuszanie do oglądania filmów lub fotografii o treściach pornograficznych.

W przypadku gwałtu zarówno ze strony osoby obcej, jak i partnera, jest to przede wszystkim forma agresji, próba upokorzenia i upodlenia kobiety, której niejednokrotnie towarzyszą obelgi, drwiny oraz przemoc fizyczna.

Zdaniem Danuty Rode **gwałt małżeński** „to jakikolwiek niechciany stosunek lub penetracja (waginalna, analna, oralna), osiągnięta siłą, groźbą siły bez zgody ofiary”¹⁵¹. Natomiast Badura-Madej i Dobrzyńska-Mesterhazy uważają, iż „przemoc seksualna polega na zmuszaniu osoby do aktywności seksualnej wbrew jej woli, kontynuowaniu aktywności seksualnej, gdy osoba nie jest w pełni świadoma, bez pytania o jej zgodę lub gdy obawia się odmówić”¹⁵².

Dawid Funkelhor i Kersti Yllo wyodrębnili trzy rodzaje gwałtu w małżeństwie¹⁵³:

- a) *gwałt agresywny – z pobiciem (battering rape)*. Zachowanie jest wynikiem ogólnej agresywności partnera, który stosuje również inne formy przemocy, m.in. także w sferze współżycia seksualnego. Kobiety doświadczające tego typu

¹⁵⁰ Gelles R.J., Cornell C.P., *Intimate Violence in Families*, Sage, CA: Beverly Hills 1990

¹⁵¹ Rode D., *Gwałt w związku małżeńskim*, „Chowanna”, t. 1 (24), UŚ, Katowice 2005, s. 28

¹⁵² Badura-Madej W., Dobrzyńska-Mesterhazy A., *Przemoc w rodzinie...*, dz. cyt., s.15

¹⁵³ Pospiszyl I., *Przemoc w...*, dz. cyt., s.113-114

gwałtu narażone są też na inne formy przemocy – są bite, poniewierane psychicznie. Często w tych rodzinach występuje problem uzależnień;

- b) *gwałt nieagresywny* – nie jest związany z maltretowaniem fizycznym, będąc z reguły wynikiem głębszych rozbieżności związanych z życiem seksualnym, np. różnicą zdań odnośnie częstotliwości kontaktów seksualnych, czy ich formy akceptowanej przez jedną ze stron związku;
- c) *gwałt obsesyjny* – czasami związany z pobiciem, a wynika z głębokich intrapsychicznych problemów seksualnych. Cechą charakterystyczną są obsesje nieuwiadamiające się w innych sferach życia. Często w przeszłości sprawcy uczestniczyli w nieakceptowanych formach aktywności seksualnej, np. pornografii, lub mieli problemy seksualne, np. problemy z erekcją, i w swoich związkach próbują odtworzyć dawne doświadczenia. Obecnie seks jest dla nich możliwy jedynie dzięki dodatkowym wzmocnieniom, często więc występuje rytualizacja seksu.

Zbliżoną do powyższej klasyfikację gwałtów w małżeństwie przedstawia Raquel K. Bergen¹⁵⁴, która podzieliła gwałty na tzw.:

- a) *gwałty z maltretowaniem (battering rapes)* dotyczące kobiet doświadczających w związkach zarówno przemocy seksualnej, jak i fizycznej; przemoc fizyczna może występować z przemocą seksualną bądź też poprzedza gwałt i jest używana w celu wymuszenia stosunku intymnego wbrew woli kobiety;
- b) *gwałty sadystyczne-obsesyjne (sadistic, obsessive rapes)* – związane z torturami, często też z perwersyjnymi aktami seksualnymi, nierzadko obecna jest przemoc fizyczna, często znaczącą rolę odgrywa prezentowanie treści pornograficznych;
- c) *gwałty z przymusem (force-only rapes)* – w których występuje tylko przemoc fizycznej i maltretowania, ile mężczyźnie potrzebne jest, aby zmusić swoją partnerkę (współmałżonkę) do odbycia z nim stosunku seksualnego; gdy sprawca osiągnie swój cel, dalszej przemocy fizycznej już nie stosuje.

Browne oraz Herbert¹⁵⁵ klasyfikują formy przemocy seksualnej według stopnia dolegliwości i wynikających z niej skutków, stąd dzielą je na:

- a) *mniej dolegliwe* – dotykanie intymnych części ciała, zachęcanie, ekshibicjonizm;
- b) *umiarkowanie dolegliwe* – interakcja seksualna bez penetracji, niewłaściwe zachowania o wyraźnym zabarwieniu seksualnym (pieszczoty, masturbacja);

¹⁵⁴ Bergen R.K., *Issues in Intimate Violence*, Sage, CA: Thousand Oaks 1998, s. 43

¹⁵⁵ Browne K.D., Herbert M., *Zapobieganie przemocy...*, dz. cyt., s. 21-22

- c) *bardzo poważne* – kontakty seksualne obejmujące penetrację oralną, analną lub genitalną (bądź jej usiłowanie);
- d) *zagrożające życiu* – wielokrotne, powtarzające się w dłuższym okresie akty kazirodztwa, nakłanianie lub zmuszanie siłą do odbywania stosunków seksualnych, obejmujących penetrację oralną, analną lub genitalną.

Zdaniem Anny Lipowskiej-Teutsch najczęściej przywoływane opisy przemocy ze strony mężczyzn wobec swoich partnerek mają charakter katalogu pewnych negatywnych zachowań, których zasadniczym celem jest utrzymanie władzy i kontroli oraz zniewolenie i podporządkowanie sobie partnerki. Władza i kontrola nad kobietą wyraża się głównie przemocą emocjonalną oraz przemocą seksualną, jak również przemocą fizyczną, ekonomiczną, izolowaniem, groźbami, manipulowaniem itp. Anna Lipowska-Teutsch¹⁵⁶ uważa, iż w przypadku przemocy seksualnej są to wszelkie uwłaczające uwagi kierowane do kobiety, obrażające i poniżające ją, które sprowadzają kobietę jedynie do roli obiektu seksualnego, pomówienia dotyczące tego, że kobieta utrzymuje kontakty intymne z wieloma partnerami. Do katalogu tych nagannych zachowań autorka zaliczyła również bagatelizowanie przez sprawcę uczuć swojej partnerki, krytykę zachowań seksualnych kobiety, jak również wymuszenie kontaktu seksualnego z partnerką bezpośrednio po pobiciu, w obecności osób trzecich oraz w sytuacji kiedy kontakt seksualny może zagrażać życiu lub zdrowiu kobiety.

Zdaniem Danuty Rode¹⁵⁷ przemoc seksualna narusza nie tylko granice psychologiczne człowieka, ale również jego „sferę intymności”. Ta forma jest chyba najbardziej krzywdząca ze wszystkich aktów przemocy, ponieważ skupia komponenty psychiczne i fizyczne.

2.3. UWARUNKOWANIA PRZEMOCY WOBEC KOBIET

Przemoc domowa wobec kobiet jest zjawiskiem powszechnym w naszym społeczeństwie. Część kobiet podejmuje decyzję o opuszczeniu swojego partnera. Czynniki motywujące kobiety do pozostania (lub nie) w związku z agresywnym partnerem nie są jasne i wymagają wnikliwych badań.

Jedno jest oczywiste, pojawienie się przemocy w domu jest wynikiem zadziałania wielu czynników. Należy jednak pamiętać, że jedynie zwiększają one prawdopodo-

¹⁵⁶ Lipowska-Teutsch A., *Wychować, wyleczyć, wyzwolić*, PARPA, Warszawa 1998, s. 13

¹⁵⁷ Rode D., *Gwałt w...*, dz. cyt., s. 51

bieństwo wystąpienia nieporozumień i przemocy, gdyż jednoznacznie nie stwierdzono, aby pomiędzy nimi występowała zależność przyczynowo-skutkowa.

Do czynników determinujących występowanie przemocy lub uruchamiających zachowania przemocowe w rodzinie możemy zatem zaliczyć: **(a)** zmienne społeczno-kulturowe, **(b)** stres społeczny, **(c)** uzależnienie i nadużywanie alkoholu, **(d)** dziedziczenie wzorca przemocy.

Przemoc w rodzinie jest skutkiem wielowątkowego, społecznego przyzwolenia na krzywdzenie osób najbliższych, w szczególności kobiet i dzieci. W wielu środowiskach akceptuje się bicie oraz stosowanie kar cielesnych, gdyż panuje przekonanie o dominującej roli mężczyzny w rodzinie.

Rozważania dotyczące uwarunkowań kulturowych występującej przemocy w rodzinie skoncentrowane są przede wszystkim wokół problemu *dominacji jednej płci*.

Roy McCree uważa, że „*najbardziej znaczącym faktem w przypadku bicia żony jest układ ról w rodzinie wyznaczony przez płć. Jest to kwestia norm obyczajowych, pozwalających, a niekiedy zachęcających męża do znęcania się nad żoną*”¹⁵⁸.

Istotną przyczyną konfliktów w rodzinie uwarunkowaną kulturowo jest także *rozbieżność pomiędzy ukształtowaną normą pełnienia roli a rzeczywistą jej realizacją*. James E. Koval oraz James Ponzetii i Rodney M. Cate wykazali, że „*najczęściej stosują przemoc wobec żony mężowie zajmujący niską pozycję w rodzinie, zdominowani przez żonę. W takich przypadkach przemoc jest prawdopodobnie próbą przywrócenia siłą należnego mężowi (zgodnie z normami obyczajowymi) autorytetu*”¹⁵⁹.

Zdaniem socjologów kulturowo warunkowanym źródłem konfliktów w rodzinie jest także współczesny *model rodziny nuklearnej* – dwu-, trzypokoleniowej. Taki model izoluje rodzinę od najbliższego otoczenia jakim są sąsiedzi, krewni. Sprawia, że ze wszystkimi problemami rodzina musi borykać się sama, bez wsparcia z zewnątrz. Niektórzy socjologowie sugerują, że duże nasilenie konfliktów w rodzinie wypływa z faktu, iż współczesne społeczeństwo nie wytworzyło adekwatnych mechanizmów powstrzymywania członków rodziny przed gwałtem i przemocą w sytuacji konfliktu¹⁶⁰.

¹⁵⁸ Roy M., *A current survey of 150 cases*, [w:] Roy M. (red.) *Battered Women. Psychosociological Study of Domestic Violence*, Van Nostrand Reinhold, New York 1977, s. 15-44

¹⁵⁹ Koval J.E., Ponzetti J., Cate R.M. *Programmatic intervention for men involved in conjugal violence*, „Family Therapy” 1982, nr 9, s. 147-154

¹⁶⁰ Steinmetz S.K., *The battered husband syndrome*. *Victimology*, „An International Journal” 1977/78, nr 2, s. 499-509

Oprócz czynników konfliktogennych wynikających z uwarunkowań kulturowych, istnieje wiele innych sytuacji mających wpływ na konflikt czy przemoc w rodzinie. Do czynników tych zaliczyć można m.in. *stres sytuacyjny*.

Jay Belsky uważa, iż stres jest czynnikiem zwiększającym frustrację, a ta z kolei może doprowadzić do eskalacji agresji¹⁶¹. Jednakże wpływ owego czynnika zależy z pewnością od kilku elementów, do których zaliczyć można m.in. nasilenie stresu oraz klimat i spójność wewnątrz rodziny.

Alfred Kadushin i Judith A. Martin stwierdzają, że na stres, który jest głównym czynnikiem agresji i nieporozumień w rodzinie, istotny wpływ ma bezrobocie jednego z małżonków, choroba psychiczna oraz nadużywanie alkoholu¹⁶².

Opinię tę podziela Elizabeth A. Stanko, twierdząc, iż na mężczyzn stosujących przemoc wobec kobiet, głównie na ich negatywne zachowanie, wpływa *nadużywanie przez nich alkoholu oraz zażywanie narkotyków*¹⁶³.

Alkohol niewątpliwie sprzyja zachowaniom agresywnym, ponieważ osłabia kontrolę zachowań sprawcy, zwiększa prawdopodobieństwo reagowania złością i gniewem na trudności i niepowodzenia życiowe, zaburza ocenę sytuacji i może powodować błędną interpretację zachowań innych ludzi.

Kenneth E. Leonard także uważa, iż nadużywanie alkoholu jest traktowane jako czynnik ryzyka pojawienia się przemocy w rodzinie. Współwystępowanie przemocy w rodzinie i alkoholu tłumaczy dziedziczeniem społecznym zachowań agresywnych i wzorców picia. Do zachowań tych zalicza on częste występowanie złości, gniewu, wrogości, obniżonego nastroju, niskiej samooceny, małego wsparcia społecznego¹⁶⁴.

Stanowisko to przyjmuje Jerry Flanzer twierdząc, iż „...*alkohol i inne substancje odurzające powodują przemoc*”¹⁶⁵. Flanzer uważa, że alkohol pełni rolę czynnika odblokowującego zachowania i tendencje agresywne oraz, że jest elementem *wyzwalającym* przemoc rodzinną. Ponadto potwierdza za Leonardem, iż alkohol powoduje odblo-

¹⁶¹ Belsky J., *Child maltreatment. An ecological integration*, „American Psychologist” 1980, nr 4, s. 320-335

¹⁶² Kadushin A., Martin J.A., *Child Abuse an Interactional Event*, Columbia University Press, New York 1981, s. 226

¹⁶³ Stanko E.A., *Fear of crime and the myth of the safe home. A feminist critique of criminology*, [w:] Yllo K., Bogad M. (red.) *Feminist Perspectives on Wife Abuse*, Sage Publications, CA: Newbury 1988

¹⁶⁴ Leonard K.E., *Drinking patterns and intoxication in marital violence: Review, critique and future directions for research*, [w:] Martin S.D. (red.), *Alcohol and Interpersonal Violence: Fostering Multidisciplinary Perspectives*, National Institutes of Health, Washington 1993, s. 253-280

¹⁶⁵ Flanzer J.P., *Alcohol and other drugs are key causal agents of violence*, [w:] Loeske D.R., Gelles R.J., Cavanaugh M.M. (red.), *Current Controversies on Family Violence*, Sage, CA: Thousand Oaks-London 1993, s.172-178

kowanie, redukuje hamulce działań i może prowadzić do stosowania przemocy wobec drugiej osoby. Stwierdził, „*iz to społeczny kontekst i otaczające warunki kulturowe są katalizatorami, warunkami, w których przyczyna przemocy czyli alkohol działa*”¹⁶⁶.

Natomiast Irena Pospiszyl¹⁶⁷ uważa, że częstym źródłem stresów w małżeństwie są problemy ekonomiczne, które niosą za sobą ogromny ładunek konfliktogeny. Stąd zagrożenie prawidłowego funkcjonowania rodziny wywołane stresami ekonomicznymi jest tym większe, im większa jest kumulacja różnego rodzaju problemów.

Przemoc bywa także przekazywana z pokolenia na pokolenie. Dzieci wychowujące się w rodzinach, gdzie krzywdzi się bliskich, przyswajają sobie zachowania dorosłych, których są świadkami, czy ofiarami. Uczą się też tego, że przemoc jest najlepszym i najskuteczniejszym sposobem rozwiązywania konfliktów rodzinnych. Traumatyczne wydarzenia z dzieciństwa prowadzą do zmian relacji między ofiarą przemocy a innymi ludźmi. Osoby takie mogą napotkać problemy w wychowaniu własnych dzieci. Zdaniem Andres Soriano¹⁶⁸ dzieci maltretowane nie mają okazji obserwować prawidłowego rodzicielstwa, a gdy w przyszłości same mają dzieci, napotykają poważne trudności – nie wiedzą czego mogą oczekiwać od swoich dzieci w poszczególnych fazach rozwoju, nie są też w stanie opanować stresu, jaki towarzyszy ich wychowywaniu.

¹⁶⁶ Tamże, s. 179

¹⁶⁷ Pospiszyl I., *Przemoc w...*, dz. cyt., s.132

¹⁶⁸ Soriano A., *Przemoc wobec dzieci*, Wyd. eSPe, Kraków 2002, s.111-112, tłum. Piotr Rak

2.4. PSYCHOSPOŁECZNE DETERMINANTY I KONSEKWENCJE DOŚWIADCZANIA PRZEMOCY PRZEZ KOBIETY. UJĘCIE OGÓLNE

Zjawisko przemocy wobec kobiet i dzieci jest dostrzegane i nagłaśniane przez mass – media. Powstaje wiele organizacji pozarządowych zajmujących się tą problematyką. Jednak skala przemocy nadal nie jest dokładnie określona.

Przemoc mężczyzn w stosunku do związanych z nimi kobiet pojawia się we wszystkich grupach społecznych i nie jest zależna od rasy, zamożności, wykształcenia czy stanu zdrowia¹⁶⁹. Badania oparte na statystykach policyjnych lub sądowych wykazują, że na przemoc częściej narażone są kobiety o niskim wykształceniu, bez zawodu, finansowo zależne od męża, mające liczniejszą rodzinę. Natomiast badania socjologiczne dowodzą, że wysoki status społeczny kobiety nie chroni jej przed przemocą ze strony partnera. Istotna różnica ujawnia się w częstotliwości opuszczania związku, w którym krzywdzona jest kobieta. Kobiety, które są lepiej wykształcone, bardziej samodzielne finansowo i takie, które już raz podjęły próbę opuszczenia związku, częściej rezygnują z małżeństwa, w którym występuje przemoc. Nie ma różnicy pomiędzy kobietami wiejskimi i miejskimi w zakresie doświadczania przemocy, chociaż stereotypowo częściej ofiarą przemocy są kobiety wiejskie. Ponadto należy pamiętać, że statystyki ujawniają tylko te przypadki przemocy, do których ofiary same się przyznają, co uniemożliwia ściśle określenie struktury przemocy ze względu na zmienne społeczno-demograficzne. Przyznawanie się do bycia ofiarą nie jest wcale zjawiskiem powszechnym i dokonując tego zapewne osoby o specyficznych cechach.

Zdaniem Jadwigi Mazur ofiarami przemocy domowej najczęściej są kobiety, które pełnią rolę żony, partnerki lub matki¹⁷⁰. Ponadto autorka podkreśla, że bardzo często kobiety – ofiary przemocy domowej „wynoszą” z domu rodzinnego stereotypy zezwalające na przemoc oraz typ relacji opartej na dominującym mężczyźnie i uległej kobiecie. Kobiety te pozostają często w związku z agresorem, gdyż wychowane były według przekonań opartych na wskazaniach religijnych o nierozzerwalności związku małżeńskiego. Ponadto zdecydowana większość ma wykształcenie podstawowe lub zawodowe, sporadycznie występuje wykształcenie średnie czy wyższe. Kobiety te są nieświadome swojej wartości, nie wierzą, że można inaczej żyć, nie potrafią prosić o pomoc i wsparcie osób obcych. Znajdując się w takiej trudnej dla nich sytuacji wolą

¹⁶⁹ Lipowska-Teutsch A, *Wychować...*, dz. cyt.

¹⁷⁰ Mazur J., *Przemoc w rodzinie...*, dz. cyt., s. 113

się do niej przyzwyczaić niż podejmować działanie obronne zmierzające do zmiany zachowania agresora względem ich¹⁷¹.

Lenore E. Walker opisując kobiety – ofiary przemocy w rodzinie podkreśla, iż występują u nich psychologiczne następstwa maltretowania. Charakterystyczny jest u nich obniżony nastrój, nadwrażliwość na wszelkie sygnały odrzucenia oraz brak zaufania do osób obcych, a w szczególności brak zaufania w bliskich relacjach¹⁷². Ponadto autorka jednoznacznie stwierdza, iż w życiu codziennym kobietom towarzyszy ciągły strach o siebie i dzieci, który powoduje, że nie czują się bezpiecznie. Przeżywają poczucie społecznej i psychicznej izolacji, która wynika ze wstydu i obawy przed partnerem, a także kontroli z jego strony.

¹⁷¹ Tamże, s. 113

¹⁷² Walker L.E., *Posttraumatic stress disorder in women: Diagnosis and treatment of battered woman syndrome*, „Psychotherapy” 1991, nr 28 (1), s. 21

ROZDZIAŁ 3. SPRAWCY I OFIARY PRZEMOCY DOMOWEJ W UJĘCIU WIKTYMOLOGICZNYM

Analizując literaturę przedmiotu można spotkać się ze stwierdzeniem, iż niektóre osoby odgrywają w życiu „dwie role w jednej osobie: sprawcy i ofiary”. Chodzi tu głównie o osoby, które w dzieciństwie doznały przemocy i w życiu dorosłym z dużym prawdopodobieństwem staną się zarówno sprawcą przemocy, jak i jej ofiarą. Mężczyźni częściej stają się agresorami w relacji z partnerką. Są też ofiarami, gdyż krzywdząc swoich bliskich, czy inne osoby, krzywdzą siebie samych, zwiększa się u nich poczucie winy, a to wzmacnia agresywność wobec ofiar. Stosując przemoc, budują relacje z bliskimi, w których sami nie czują się szczęśliwi. Kobiety częściej stają się ofiarami w relacji z partnerem. Najczęściej jedna osoba staje się zarówno osobą skrzywdzoną, jak i sprawcą kolejnej przemocy. Ponadto wiele kobiet, które doświadczyły w dzieciństwie przemocy, jako partnera życiowego wybiera za męża osobę podobną do sprawcy. Same więc ponownie są krzywdzone¹⁷³.

3.1. CHARAKTERYSTYKA SPRAWCÓW PRZEMOCY DOMOWEJ

Próba wyjaśnienia rozwijającej się w relacjach partnerskich przemocy odwołuje się do psychospołecznego funkcjonowania sprawców i psychopatologicznych mechanizmów ich osobowości. Pozostaje więc zasadniczo w ramach psychologicznego modelu, ale nie oznacza to lekceważenia czy negowania czynników socjokulturowych – szerokiego społecznego tła zjawiska. Istotny psychologiczny aspekt relacji przemocy stanowi dążenie sprawcy do poczucia bezpieczeństwa i mocy oraz kontrolowania relacji partnerskich środkami agresywnymi – dążenie wynikające z lęku i poczucia bezradności¹⁷⁴.

Scharakteryzowanie mechanizmów funkcjonowania sprawców przemocy, szczególnie w bliskich relacjach partnerskich, nie jest proste, gdyż sprawcy przemocy niechętnie poddają się badaniom osobowości i psychiki. Ponadto z własnej inicjatywy nie poszukują pomocy psychologicznej, zazwyczaj nie dostrzegają w sobie ani nie odczuwają anomalii. Sprawca przemocy, chcąc bowiem uniknąć odpowiedzialności za brutalne zachowanie stara się zaprzeczać i ukrywać swoje agresywne tendencje. Osoby

¹⁷³ Widera-Wysoczańska A., *Mechanizmy przemocy w rodzinie. Z pokolenia na pokolenie*, Difin SA, Warszawa 2010

¹⁷⁴ Kubacka-Jasiecka D., *Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach psychologicznych*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2010, s. 333

uciekające się do przemocy świetnie znają mechanizmy funkcjonowania władzy, kontroli i norm społecznych.

Zdaniem Renaty Vaselle-Augenstein i Annette Ehrlich¹⁷⁵ sprawcy przemocy są spostrzegani jako normalni, zdrowi mężczyźni, mający podobne psychologiczne problemy jak wszyscy inni ludzie, ale brakuje im adekwatnych kompetencji radzenia sobie z nimi. Z kolei Logan Wright¹⁷⁶ uważa, iż sprawców przemocy cechuje „pozorna normalność”, za którą najczęściej kryją się poważne problemy psychologiczne, które manifestują się w intymnych relacjach z najbliższymi.

Osoby o osobowości nieprawidłowej i z zaburzeniami psychicznymi. Istnieje pogląd, że sprawcami przemocy wewnątrzrodzinnej są ludzie o osobowości nieprawidłowej, naruszające normy moralne, społeczne i prawne. Opinia społeczna nazywa ich psychopatami, gdyż są oni np. bardzo podejrzliwi, sądzą że wszyscy starają się im zaszkodzić, nikomu nie ufają, bywają bez żadnego powodu agresywni, trudno jest im porozumieć się z kimkolwiek, często popadają w konflikt z prawem. W społecznym odczuciu psychopatia charakteryzuje osoby brutalne, gwałtowne, nieprzystosowane do życia w społeczeństwie (antyspołeczne), popełniające liczne przestępstwa.

Zasadniczym kierunkiem badań nad zaburzeniami osobowości w psychiatrii i psychologii klinicznej są teorie opisowe, czyli tzw. teorie cech osobowości, charakteryzujące się klasyfikowaniem ludzi z perspektywy ich stałych właściwości (dyspozycji) psychofizycznych¹⁷⁷. Podstawę teoretyczną takiego opisowego ujęcia osobowości stanowi względna stałość niektórych sposobów zachowania się człowieka oraz regularność i podobieństwo zachowań różnych ludzi, co pozwala wnosić o wspólności ich cech i opisywać je za pomocą tych samych pojęć.

Do zaburzeń struktury osobowości zaliczamy *osobowość nieprawidłową*, powszechnie określaną jeszcze do niedawna terminem „*psychopatia*”, stanowiącą do dnia dzisiejszego jedno z najbardziej wieloznacznych i kontrowersyjnych pojęć z zakresu psychiatrii i psychologii klinicznej.

Termin „*osobowość nieprawidłowa*” po raz pierwszy wprowadził Kurt Schneider w roku 1934. Autor wskazywał, że koncepcje zaburzeń osobowości nie powinny być oparte na wartościujących ocenach o charakterze normatywnym. Istotą osobowości

¹⁷⁵ Vaselle-Augenstein R., Ehrlich A., *Male batterers: Evidence for psychopathology*, [w:] Viano E.C. (red.) *Intimate Violence: Interdisciplinary Perspectives*, Hemisphere Publishing, Washington 1992, s. 140

¹⁷⁶ Wright L., *The “sick but slick” syndrome as a personality component of parents of battered children*, „*Journal of Clinical Psychology*” 1976, nr 1(32), s. 41-45

¹⁷⁷ Jakubik A., *Histeria*, PZWL, Warszawa 1979

psychopatycznej jest istnienie wewnętrznego „ciernia”, którym jednostka taka rani nie tylko wszystkich dookoła, lecz także i siebie¹⁷⁸.

Do istotnych cech *osobowości nieprawidłowej* należą: słabość uczuć złożonych, nieumiejętność nawiązania właściwych związków międzyludzkich, błędy w ocenie otoczenia, postawy instrumentalne i „kalkulacyjne” wobec innych ludzi, ujmujący sposób bycia (tzw. „lew salonowy”), pozorna ogłada towarzyska, skłonność do działań popędowych (np. impulsywność, niekontrolowana agresja), brak poczucia winy i wyrzutów sumienia, nieumiejętność przewidywania, nieprzystosowanie społeczne oraz niezdolność do uczenia się¹⁷⁹.

Jadwiga Mazurkiewicz stwierdza, iż osobowość nieprawidłową charakteryzuje wyraźna przewaga sfery popędowo-emocjonalnej nad sferą poznawczo-uczuciową. Wszystkie psychopatie są niedorozwojem życia uczuciowego¹⁸⁰. Natomiast Kazimierz Pospiszyl uważa, że opisywane w piśmiennictwie właściwości osobowości psychopatycznej dają się sprowadzić do dwóch strukturalnie najważniejszych elementów: nieumiejętności nawiązywania głębszych związków emocjonalnych z innymi ludźmi oraz tzw. deficytu lęku. To właśnie „upośledzenie związków międzyludzkich” i niski poziom lęku są przyczynami zachowań antyspołecznych u tego typu osób¹⁸¹.

Przez długi czas 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.

Obecnie przyjmuje się powszechnie kryteria diagnostyczne osobowości nieprawidłowej sformułowane przez Herveya M. Cleckleya, który psychopatię wiąże z „(...) powierzchownym urokiem osobistym i dobrą inteligencją, brakiem złudzeń i jakichkolwiek irracjonalnych skłonności (...) przy braku wyrzutów sumienia i wstydu (...) patologicznej egocentryczności i niezdolności do kochania, ogólnym ubóstwie podstawowych reakcji uczuciowych, a także znamiennej nieumiejętności wglądu w siebie”¹⁸².

¹⁷⁸ Schneider K., *Die psychopathischen Persönlichkeiten*, Wyd. 9, Deuticke, Wien 1950

¹⁷⁹ Jakubik A., *Zaburzenia osobowości*, WL PZWL, Warszawa 2003

¹⁸⁰ Mazurkiewicz J., *Zarys psychiatrii psychofizjologicznej*, PZWL, Warszawa 1980

¹⁸¹ Pospiszyl K., *Psychopatia*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 1985

¹⁸² Cleckley H.M., *The Mask of Sanity. An Attempt to Clarify some Issues About So-Called Psychopathic Personality*, Mosby, St. Louis 1976, s. 337

Według Krzysztofa Klimasińskiego¹⁸³ antyspołeczne zaburzenia osobowości charakteryzują się wieloma cechami, z których najważniejszymi wydają się zachowania wrogie wobec otaczających osób bez wystarczających powodów, ubóstwo emocjonalne oraz brak odpowiedzialności w kontaktach z innymi ludźmi. Skutkiem tych cech jest niedostateczna adaptacja, zachowania antyspołeczne, brak wykształcenia pomimo „dobrej inteligencji”, brak zawodu, brak stałych związków rodzinnych, a także uleganie nałogom, częste konflikty z prawem, które są zazwyczaj drobne i przypadkowe¹⁸⁴.

Ponadto agresja sprawcy niekoniecznie musi być efektem jego złego charakteru. Korzenie agresywnych zachowań oraz czynionego zła mogą sięgać trudnego dzieciństwa, przebytych chorób oraz odniesionych urazów, czy też być skutkiem uzależnień lub zaburzeń psychicznych.

Zdaniem Grażyny Rutkowskiej agresorzy, czyli sprawcy przemocy, są często diagnozowani jako osoby z zaburzeniami osobowości, a na pierwszym planie występuje osobowość dyssocjalna, wcześniej zwana także psychopatią¹⁸⁵.

Mężczyźni, którzy stosują przemoc wobec swoich żon oraz dzieci, są osobami niepewnymi siebie, mają poczucie niższości, ponadto często występują u nich problemy osobowościowe i psychologiczne, takie jak niska samoocena, nadużywanie alkoholu i narkotyków, słaba kontrola impulsów, zaburzenia poznawcze, niska odporność na stres, zachowania antyspołeczne oraz to, że pochodzą ze środowisk, w których dominowała przemoc.

Zaburzenia psychiczne traktowane są bardzo często jako czynnik ryzyka wystąpienia przemocy. Osoby będące sprawcami przemocy domowej charakteryzują się różnorodnością zaburzeń psychicznych.

Kevin L. Hamberger oraz James E. Hastings uważają, iż zaburzenia psychiczne traktowane są jako czynniki ryzyka wystąpienia przemocy. Autorzy ci, prowadząc badania nad sprawcami przemocy w rodzinie, przedstawili różnorodność zaburzeń psychicznych u tych osób. Najczęściej sprawcy przemocy byli diagnozowani jako osoby z różnego rodzaju zaburzeniami osobowości: zaburzeniami typu borderline, osobowością schizoidalną, narcystycznymi zaburzeniami osobowości, zaburzeniami antisocjalnymi oraz osobowością bierno-zależną¹⁸⁶.

¹⁸³ Klimasiński K., *Elementy psychopatologii i psychologii klinicznej*, UJ, Kraków 2000, s. 112

¹⁸⁴ Kołakowska W., *W kręgu agresji, przemocy i brutalizacji życia*, Wyd. WSpół., Szczytno 2004, s. 24

¹⁸⁵ Rutkowska G., *Agresja jako skutek zaburzeń psychicznych*, „Niebieska Linia” 1999, nr 3, s.12-13

¹⁸⁶ Hamberger K.L., Hastings J.E., *Personality correlates of men who abuse their partners: A cross – validation study*, „Journal of Family Violence” 1986, nr 1(4), s. 323

Inni badacze, np. Amy Holtzworth-Munroe i Gregory L. Stuart, wyróżnili trzy typy mężczyzn, stosujących przemoc w rodzinie, różniących się głębokością i rodzajem zaburzeń osobowości. Do *pierwszego typu* zaliczyli sprawców przemocy, którzy stosowali przemoc wyłącznie w rodzinie, ale nie wykazywali symptomów poważnych zaburzeń psychicznych. Do *drugiego typu* zaliczyli sprawców, stosujących przemoc także tylko w rodzinie, ale u których stwierdzono zaburzenia osobowości borderline, objawy dysforyczne, odrzucenie emocjonalne przez rodziców, lub byli ofiarami przemocy w dzieciństwie. Sprawcy należący do *trzeciego typu* byli agresywni nie tylko w rodzinie, ale i wobec innych osób. Rozpoznawano najczęściej u nich antysocjalne zaburzenia osobowości, bardzo wysoki poziom impulsywności i agresywności, a także częste problemy z nadużywaniem alkoholu¹⁸⁷.

Z kolei Teresa Bielska¹⁸⁸ podaje, iż przemoc w rodzinie często ma związek z organicznym uszkodzeniem mózgu. Jej zdaniem u zdecydowanej większości mężczyzn bijących swoje żony stwierdzono dość poważne urazy głowy, prowadzące do okresowej utraty świadomości, z tym, że sam uraz nie musi prowadzić do agresji, ale może upośledzić zdolności jej kontrolowania.

Sprawcy przemocy to także 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 niezdolni do zachowań asertywnych.

W związku z tym wszystkie sytuacje konfliktowe mogą ich skłaniać do stosowania mniej efektywnych sposobów rozwiązywania problemów, jak zastraszanie czy słowna i fizyczna przemoc¹⁸⁹.

Osoby uzależnione od alkoholu¹⁹⁰. Określenie roli i znaczenia alkoholu jako jednego z uwarunkowań przestępczości agresywnej, czyli przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu, stanowi od dawna przedmiot zainteresowania kryminologów, psychiatrów i psychologów sądowych. Dotychczasowe badania wskazują, że związki między uzależnieniem od alkoholu, jego nadużywaniem czy stanem upicia a wzbudzeniem

¹⁸⁷ Holtzworth-Munroe A., Stuart G.L., *Typologies of male batterers: Three subtypes and the differences among them*, „Psychological Bulletin” 1994, nr 116 (3), s. 476

¹⁸⁸ Bielska T., *Wybrane cechy osobowości sprawców zabójstw i innych przestępstw*, Wyd. WSPol, Szczecino 2003, s. 30

¹⁸⁹ Rutkowska G., *Agresja jako ...*, dz. cyt., s. 12-13

¹⁹⁰ Podstawową przyczyną przemocy jest agresywne zachowanie sprawcy, które może wynikać m.in. z jego uzależnienia od alkoholu. Jednoznacznie można stwierdzić, iż istnieje wiele związków i połączeń między uzależnieniem a przemocą. Współcześnie zwraca się coraz większą uwagę nie tylko na uzależnienia od alkoholu, ale także od środków psychoaktywnych.

u sprawcy zachowań agresywnych są złożone i nie do końca wyjaśnione. Spornym zagadnieniem jest zwłaszcza ocena roli alkoholu w wywołaniu agresji.

Powszechnie sądzi się, że spożycie alkoholu nasila skłonność do używania przemocy, a im większa ilość wypitego alkoholu, tym wyższy poziom agresji¹⁹¹.

Tezę tą potwierdzają Stuart P. Taylor i James D. Sears¹⁹², którzy po analizie badań doszli do wniosku, że im więcej spożywa się alkoholu, tym wyższy jest poziom agresji. Dodatkowo sądzą też, że alkohol zaburza funkcje poznawcze w takim stopniu, że ludzie są bardziej skłonni do reagowania na społeczne czy sytuacyjne sygnały, takie jak: silna prowokacja, zachęta ze strony innych do agresji; sugerujące, jaką formę zachowania powinni wybrać w danych okolicznościach. Może to doprowadzić zarówno do zachowania agresywnego, jak i do wycofania.

Alkohol może pobudzać agresję lub przemoc przez zakłócenie normalnej pracy mózgu. Zgodnie z hipotezą dotyczącą rozhamowania, alkohol osłabia działanie mózgu, który normalnie powstrzymuje zachowania impulsywne, włączając w to nieuzasadnioną agresję¹⁹³. Co z kolei może prowadzić do niewłaściwej oceny sygnałów społecznych, a przez to do nadmiernej reakcji na spostrzegane zagrożenie.

Zarówno spożycie alkoholu, jak i przemoc są powszechnymi zjawiskami w naszym społeczeństwie. W wielu przypadkach nadużywanie alkoholu i skłonność do przemocy mogą mieć wspólną przyczynę. Taką przyczyną mogą być cechy temperamentalne, np. poszukiwanie doznań, lub otoczenie społeczne, które zachęca lub przyczynia się do zachowań dewiacyjnych¹⁹⁴.

Współwystępowanie zjawiska przemocy w rodzinie i alkoholizmu jest widoczne zarówno w sytuacji przemocy wobec dzieci, jak i przemocy wobec partnera. Zdaniem Wandy Badury-Madej i Agnieszki Dobrzyńskiej-Mesterhazy¹⁹⁵, ojcowie, którzy nadużywają alkoholu, częściej zaniedbują swoje dzieci aniżeli stosują wobec nich przemoc fizyczną. Natomiast przemoc fizyczna jest wtedy częściej stosowana wobec partnerek.

Aleksandra Łuszczynska-Cieślak oraz Elżbieta Gąsiorowska¹⁹⁶ w przeglądzie badań na temat przemocy domowej przytaczają dane świadczące o tym, iż nadużywanie

¹⁹¹ Clarke D., *Zachowania prospołeczne i antyspołeczne*, GWP, Gdańsk 2005, s. 135

¹⁹² Taylor S.P., Sears J.D., *The effects of alcohol and persuasive social pressure on human physical aggression*, „Aggressive Behavior” 1988, nr 14, s. 237-243

¹⁹³ Gustafson R., *Alcohol and aggression*, „Journal Offender Rehabilitation” 1994, nr 21 (3/4), s. 41

¹⁹⁴ White H.R., *Longitudinal perspective on alcohol use and aggression during adolescence*, [w:] Galanter M., *Recent Developments in Alcoholism*, Plenum Press, New York, 1997, s. 81

¹⁹⁵ Badura-Madej W., Dobrzyńska-Mesterhazy A., *Przemoc w rodzinie...*, dz. cyt., s. 113

¹⁹⁶ Łuszczynska-Cieślak A., Gąsiorowska E., *Akty przemocy popełniane przez sprawców nadużywających alkoholu*, „Czasopismo Psychologiczne” 2000, nr 1-2, s. 123

alkoholu charakteryzuje ponad połowę sprawców oraz, że prawie połowa żon alkoholików jest przez nich bita.

Amy Holtzworth-Munroe, Natalie Smutzler oraz Leonard Bates potwierdzają tezę o istotnej zależności między nadużywaniem alkoholu a sprawstwem przemocy domowej. Ich zdaniem agresorzy nadużywający alkoholu cechują się również wyższym poziomem psychopatologii, a także tym, że dokonywane przez nich akty agresji są bardziej poważne w porównaniu do agresorów nie nadużywających alkoholu¹⁹⁷.

Konkludując, alkohol jest niewątpliwie czynnikiem towarzyszącym przemocy, ale nie jest bezpośrednią przyczyną przemocy. Spożywanie alkoholu spełnia także ważną rolę w odhamowaniu agresji, co jest tzw. katalizatorem uwalniającym agresję, torującym drogę przemocy.

¹⁹⁷ Holtzworth-Munroe A., Smutzler N., Bates L., *A brief review of the research on husband violence*, „Aggression and Violent Behavior” 1997, nr 2, s. 285

3.2. CHARAKTERYSTYKA KOBIET – OFIAR PRZEMOCY DOMOWEJ

Analizując problematykę przemocy domowej należy określić znaczenie pojęcia „ofiara”. W literaturze przedmiotu spotykamy trzy definicje ofiary: największą, w myśl której *ofiara* przestępstwa jest konkretny człowiek ponoszący szkodę, doznaje nieuzasadnionej krzywdy lub cierpienia w wyniku popełnionego przestępstwa. Szerszą, gdzie oprócz jednostki ludzkiej, *ofiara* jest także grupa lub instytucja. Najszersza definicja zakłada, że *ofiara* jest nie tylko jednostka ludzka czy instytucja, lecz również porządek moralny lub prawny, zagrożony, poszkodowany lub zniszczony przez czyn karalny.

Ustawowe systemy prawnokarne zazwyczaj nie definiują ofiary przestępstwa. Natomiast definicję taką zawiera *Deklaracja o podstawowych zasadach sprawiedliwości dla ofiar przestępstw i nadużyć władzy* z 1985 roku, w myśl której ofiarami są osoby ponoszące indywidualnie lub zbiorowo uszczerbek w zdrowiu fizycznym czy psychicznym, doznały zaburzeń emocjonalnych, strat materialnych bądź istotnego naruszenia swoich podstawowych praw w wyniku działania lub zaniechania, będącego naruszeniem ustaw karnych obowiązujących w państwach członkowskich, w tym również ustaw dotyczących przestępczego nadużycia władzy, niezależnie od tego, czy sprawca został ujawniony, zatrzymany, oskarżony lub skazany i niezależnie od więzi rodzinnej łączącej sprawcę i ofiarę.

Pojęcie „ofiary” obejmuje również, jeżeli zachodzi taka potrzeba, najbliższą rodzinę bądź osoby pozostające na utrzymaniu bezpośredniej ofiary i osoby, które doznały krzywdy w sytuacji zagrożenia lub zapobiegnięcia wiktymizacji. Definicja „ofiary” nie występuje w polskim systemie prawnym, operuje się w nim pojęciem „pokrzywdzonego przestępstwem”. Oznacza osobę fizyczną lub prawną, której dobro prawne zostało naruszone bezpośrednio lub zagrożone przestępstwem.

Jednorodna charakterystyka ofiary przemocy nie jest możliwa. Trudno stworzyć uniwersalny jej portret z uwagi na to, iż zjawisko przemocy pojawia się w różnych rodzinach, zarówno wśród osób wykształconych, jak i w skrajnie patologicznych, wśród dobrze sytuowanych i wśród biednych.

Fakt ten potwierdza Anna Lipowska-Teutsch¹⁹⁸, która podkreśla, że przemoc mężczyzn w stosunku do związanych z nimi kobiet pojawia się we wszystkich grupach społecznych i nie jest zależna od rasy, zamożności, wykształcenia czy stanu zdrowia.

¹⁹⁸ Lipowska-Teutsch A., *Wychować, wyleczyć, ...* dz. cyt.

Zdaniem Jadwigi Mazur ofiarami przemocy domowej najczęściej są kobiety, które pełnią rolę żony, partnerki lub matki¹⁹⁹. Ponadto autorka podkreśla, że bardzo często kobiety-ofiary przemocy domowej „wynoszą” z domu rodzinnego stereotypy zezwalające na przemoc oraz wzór typu relacji opartej na dominującym mężczyźnie i uległej kobiecie. Kobiety te pozostają często w związku z agresorem, gdyż wychowane były według przekonań opartych na wskazaniach religijnych o nierozzerwalności związku małżeńskiego, jaki zawarły. Ponadto zdecydowana większość ma wykształcenie podstawowe lub zawodowe, sporadycznie występuje wykształcenie średnie czy wyższe. Kobiety te są nieświadome swojej wartości, nie wierzą, że można inaczej żyć, nie potrafią prosić o pomoc i wsparcie osób obcych. Znajdując się w takiej trudnej dla nich sytuacji wolą się do niej przyzwyczaić, niż podejmować działanie obronne zmierzające do zmiany zachowania agresora względem ich²⁰⁰.

Lenore E. Walker opisując kobiety – ofiary przemocy w rodzinie podkreśla, iż występują u nich psychologiczne następstwa maltretowania. Charakterystyczny jest u nich obniżony nastrój, nadwrażliwość na wszelkie sygnały odrzucenia oraz brak zaufania do osób obcych, a w szczególności brak zaufania w bliskich relacjach²⁰¹. Ponadto autorka jednoznacznie stwierdza, iż w życiu codziennym kobietom towarzyszy ciągły strach o siebie i dzieci, który powoduje, że nie czują się bezpieczne. Przeżywają poczucie społecznej i psychicznej izolacji, która wynika ze wstydu i obawy przed partnerem, a także nadmiernej kontroli z jego strony.

¹⁹⁹ Mazur J., *Przemoc w rodzinie. Teorie i ...* dz. cyt. s.113

²⁰⁰ Tamże, s.123

²⁰¹ Walker L.E., *Posttraumatic stress disorder in women: Diagnosis and treatment of battered woman syndrome*, „Psychotherapy” 1991, nr 28 (1), s.21

3.3. KONSEKWENCJE PRZEMOCY I RYZYKO WIKTYMIZACYJNE

Psychiczne konsekwencje związane z doświadczaniem przemocy są bardzo często dotkliwe i przybierają formę reakcji pourazowych. Zdaniem Judith Lewis Herman jest to związane z długotrwałym przebywaniem w stresie lub stykaniem się ze szczególnym okrucieństwem ze strony sprawcy przemocy. System samoobrony człowieka, jak wskazują psychologowie i psychiatrzy, m.in. Herman, ulega znacznemu przeciążeniu i w wynaturzonej formie utrzymuje się długo po ustaniu niebezpieczeństwa²⁰².

Pourazowy Zespół Stresu (*Posttraumatic Stress Disorder – PTSD*) obejmuje wiele symptomów świadczących o trwałych, długoletnich dolegliwościach po przebytym traumatycznym zdarzeniu. Przeżycia traumatyczne, przerażenie i poczucie bezsilności wywołują trwałe zmiany fizjologiczne, emocjonalne, zaburzenia orientacji oraz pamięci, utrudniające codzienne funkcjonowanie.

U ofiar przemocy domowej, u których występuje zespół zaburzeń stresu pourazowego i które wielokrotnie ulegają intensywniej przemocy psychicznej, często rozwija się proces wiktymizacji, który w sposób degradujący zmienia poczucie tożsamości maltretowanej osoby²⁰³. Powtarzająca się przemoc burzy utrwalony obraz życia i własnej osoby, na którym opierała się dotychczasowa egzystencja. Kobieta maltretowana traci poczucie bezpieczeństwa, zaufanie do siebie, zaczyna źle o sobie myśleć. Często pragnie wycofać się z normalnego życia i odizolować się od innych.

Szczególny rodzaj urazów psychicznych związanych z przemocą ze strony partnera określa się mianem **Syndromu Bitej Kobiety** (*Battered Woman Syndrome – BSW*). Zdaniem Rob White i Daphne Habibis obejmuje on skumulowany efekt przeżyć związanych z przemocą i charakteryzuje się tzw. wyuczoną bezradnością i stałym lękiem²⁰⁴. Do objawów „*BSW*” można zaliczyć również wycofanie z kontaktów społecznych oraz zaniżoną samoocenę.

Anna Lipowska-Teutsch uważa, że „*BSW*” jest poważną kwestią zarówno natury psychicznej, jak i prawnej. Kobiety bite wstydzą się tego, nie mówią o tym nikomu, ukrywają akty przemocy przed rodziną, znajomymi, a ich zaburzone zachowanie staje się niekiedy pretekstem do izolacji i zamknięcia w zakładzie psychiatrycznym²⁰⁵.

²⁰² Herman J. L. *Przemoc. Uraz psychiczny i powrót do równowagi*, GWP, Gdańsk 1998, s. 44, tłum. Anna i Magdalena Kacmajor

²⁰³ Mellibruda J., *Ludzie z problemami alkoholowymi*, CRSS, Warszawa 1996

²⁰⁴ White H.R., Habibis D., *Crime and Society*, Oxford University Press, Oxford 2005

²⁰⁵ Lipowska-Teutsch A., *Rodzina a przemoc*, PARPA, Warszawa 1995

Natomiast Irena Pospiszyl uważa, że „(...) długotrwałe skutki przebywania w traumatycznym związku powstają w efekcie przyjęcia jakiejś nieadaptacyjnej strategii obronnej. Szkodliwy wpływ następstw polega na tym, że osoba przytłoczona ciężarem problemów traci poczucie dystansu do własnych działań”²⁰⁶.

Zdaniem Brunona Hołysta w konsekwencji takich zachowań może dojść do zmiany dotychczasowych ról, tj. ofiara przemocy w rodzinie może stać się inicjatorem i wykonawcą przestępstwa wymierzonego w sprawcę opresji rodzinnej²⁰⁷.

Analizując psychiczne konsekwencje przemocy, wskazać należy m.in. **uraz psychiczny**. W przypadku patologii, jaką jest przemoc domowa, podstawowe przeciwdziałanie jej skutkom polega na stałym uświadamianiu społeczeństwu, że obok nas, za zamkniętymi drzwiami mieszkań, domów, dochodzi do przemocy. Traumatyczne wydarzenia życiowe mogą wywołać lub zaostrzać różne zaburzenia psychiczne.

Do najpowszechniejszych traumatycznych wydarzeń będących doświadczeniem człowieka należą urazy powstające w wyniku przemocy domowej.

Efekt urazu psychicznego. Zdarzenia traumatyczne wiążą się z zagrożeniem życia i zdrowia, bądź też polegają na osobistym zetknięciu się z przemocą i śmiercią. Ofiary przemocy domowej doświadczają lęku, cierpienia, bezsilności, przygnębienia i rozpacz. Ich ciało i psychika doznają ostrych urazów oraz podlegają procesowi niszczącego w czasie stresu i zagrożenia.

Zdaniem Jadwigi Mazur reakcje urazowe pojawiają się, gdy podjęcie działania jest niemożliwe, nie ma szansy na opór czy ucieczkę, a system samoobrony pod wpływem stresu jest zdezorganizowany. Ofiara przemocy, która doznała urazu, może doświadczyć tak intensywnych emocji, że może nie pamiętać dokładnie przebiegu wydarzenia, którego doświadczyła lub była uczestnikiem²⁰⁸.

Zdarzenia i przejścia związane z przemocą mogą więc spowodować rozległe i trwałe następstwa w życiu ofiary. Następstwa te są skutkiem psychicznego urazu. Judith Lewis Herman opisuje efekty urazu psychicznego jako:²⁰⁹

- a) *nadmierne pobudzenie* – efektem jest zbytnia czujność, wypatrywanie niebezpieczeństwa, koszmary senne, dolegliwości psychosomatyczne;

²⁰⁶ Pospiszyl I., *Przemoc w rodzinie*, WSiP, Warszawa 1994

²⁰⁷ Hołyst B., *Psychologia kryminalistyczna*, wyd. LexisNexis, Warszawa 2006, s.741

²⁰⁸ Mazur J., *Przemoc w rodzinie...*, dz. cyt., s. 67-68

²⁰⁹ Lewis Herman J., *Przemoc. Uraz psychiczny ...*dz. cyt., s. 52; por. Mazur J., *Przemoc w rodzinie...*, dz. cyt., s. 68

- b) *wtargnięcie* – przeżywanie dramatycznych wydarzeń z odległej nawet przeszłości, w taki sposób jakby wciąż powtarzało się to w teraźniejszości. Traumatyczny moment zostaje zakodowany w pamięci w patologicznej postaci i spontanicznie wdziera się do świadomości ofiary – zarówno na jawie, w formie powracających scen z przeszłości, jak i we śnie, jako związane z urazem koszmary. Towarzyszy im brak werbalnej narracji i kontekstu. Są kodowane raczej w formie wyrazistych wrażeń i obrazów;
- c) *zawężenie* – w wyniku bezsilności człowiek poddaje się, a system samoobrony załamuje się. Bezradna osoba ucieka od sytuacji stresu nie poprzez działanie w realnym świecie, lecz przez zmianę własnego stanu świadomości. Takie specyficzne zmiany świadomości przypominają trans hipnotyczny. Cechami wspólnymi są: rezygnacja z aktywnego działania, obniżenie inicjatywy i krytycznego osądu, subiektywne oderwanie lub spokój, intensywniejsze przeżywanie wyobrażeń, zmiana w odczuwaniu (łącznie z odrętwieniem i obojętnością na ból) oraz zaburzone poczucie rzeczywistości (wraz z depersonalizacją, odrealnieniem i odmiennym postrzeganiem czasu);
- d) *dialektyka urazu* – przerastające człowieka niebezpieczeństwo wywołuje dwie sprzeczne reakcje: wtargnięcia oraz zawężenia, pomiędzy którymi ustala się naprzemienny rytm. Ta dialektyka sprzecznych stanów psychicznych jest najbardziej charakterystycznym rysem pourazowego zespołu stresu.

W momencie traumatycznego wydarzenia system samoobrony organizmu pozostaje w ciągłej gotowości, jakby niebezpieczeństwo w każdej chwili mogło powrócić. Pozostaje nadmierna czujność, wypatrywanie niebezpieczeństwa, koszmary senne i dolegliwości psychosomatyczne. Na tego typu dolegliwości skarży się wiele ofiar przemocy, część z nich intuicyjnie poszukuje przyczyn swoich objawów chorób w stresie związanym z doznawaną przemocą, część uważa je za kolejną przykrą rzeczywistość. Traumatyczne związki niszczą przywiązanie do rodziny, przyjaźń, miłość oraz kontakty społeczne. Mardi Horowitz traumatyczne wydarzenie definiuje jako takie, „*które nie może być włączone przez ofiarę do wewnętrznego schematu siebie w relacji ze światem*”²¹⁰.

Zdaniem Herman powtarzający się uraz powoduje zwielokrotnienie wszystkich objawów nadmiernego pobudzenia: niepokój, lęk, przerażenie, wzmożona aktywność, pobudzenie, nerwowe ruchy, skłonność do płaczu, koszmary senne, nieumiejętność zre-

²¹⁰ Tamże, s. 52

laksowania się, dolegliwości somatyczne. U ofiar przemocy, doświadczających powtarzającego się urazu, mogą wystąpić objawy wtargnięcia, unikania, czy zawężenia. Odnosi się to do każdego aspektu życia, związków z innymi, aktywności, myśli, wspomnień, emocji, a nawet wrażeń zmysłowych. Skutki jednorazowego zdarzenia traumatycznego mogą trwać przez wiele tygodni, natomiast wtargnięcia będące następstwem długotrwałej przemocy mogą utrzymywać się przez wiele miesięcy, a nawet lat²¹¹.

Zespół stresu pourazowego. Przemoc wewnątrzrodzinna to zamierzone i wykorzystujące przewagę siły działanie skierowane przeciw członkowi rodziny, które narusza prawa i dobra osobiste tej osoby, powodujące cierpienie i szkody. Jej ważną cechą jest intencjonalność. Przemoc jest zamierzonym działaniem sprawcy i ma na celu kontrolowanie i podporządkowanie ofiary. Siły między ofiarą a sprawcą są najczęściej rozłożone nierównomiernie, zaznacza to przewagę prześladowcy. Wydarzenia związane z przemocą w domu powodują głębokie cierpienia. Ból ofiar jest tym większy, im bliższą osobą jest sprawca przemocy.

Przemoc domowa dotyczy głównie kobiet. U wielu z tych, które doznały traumatycznych doświadczeń w wyniku przemocy wewnątrzmałżeńskiej, stwierdza się poważne choroby psychiczne. Kobiety te częściej korzystają z opieki medycznej, wymagają pomocy w trybie ostrym oraz częściej wymagają leczenia psychiatrycznego.

Ofiary przemocy domowej mogą doświadczyć urazu, który spełnia kryteria wymagane w przypadku rozpoznania zespołu stresu pourazowego. Jednostkę **Post Traumatic Stress Disorders (PTSD)** – zespół pourazowego stresu – wprowadzono do amerykańskiego systemu klasyfikacji zaburzeń psychiatrycznych dopiero w roku 1980.

U kobiet, które cierpią z powodu PTSD następuje zmiana zachowania i wrażliwości. Osoby te starannie unikają bodźców związanych z urazem. Następują próby unikania myśli, uczuć oraz rozmów związanych z traumatycznym dla nich urazem. Ponadto, osoby te starają się unikać miejsc oraz ludzi wywołujących wspomnienie urazu. Do zmian związanych z PTSD zaliczyć można obniżenie ogólnej wrażliwości i anestezję emocjonalną, która przejawia się ograniczeniem zainteresowań lub aktywności, poczuciem odrzucenia przez innych, utratą zaufania do ludzi. Kobieta będąca ofiarą przemocy domowej ma także zawężone odczuwanie afektu i poczucie braku perspektywy na przyszłość. W wyniku stresu zmienia się jej reaktywność i pojawiają się uporczywe objawy nadmiernej pobudliwości w postaci trudności w zasypianiu lub pozostawaniu we śnie.

²¹¹ Lewis Herman J., *Przemoc. Uraz psychiczny ...dz. cyt.*, s. 52

Czynnikami predysponującymi do rozwoju PTSD w następstwie doznanego urazu są: wcześniejszy uraz w dzieciństwie, zaburzenia osobowości, genetyczna podatność na choroby psychiczne, nieadekwatny system wspierający, niekorzystny system wewnętrznej kontroli, długotrwałe obciążenie psychiczne, nadużywanie alkoholu²¹².

U niektórych ofiar przemocy domowej, w wyniku stałej deprecjacji przez prześladowcę, jak również niemożności zmiany swojego położenia, czy konieczności ukrywania swojej trudnej sytuacji osobistej, może pojawić się fobia społeczna. U kobiet z lękiem społecznym dominuje obawa przed oceną przez inne osoby lub kompromitującym zachowaniem, czy upokorzeniem. Osoby te unikają sytuacji, w których mogą zwrócić na siebie uwagę. Lęk występuje wyłącznie lub niemal wyłącznie w sytuacjach ekspozycji społecznej lub towarzyszy wyobrażaniu sobie takich sytuacji.

Zespół stresu pourazowego lub depresja, powstałe u ofiar przemocy w rodzinie, zwiększają także ryzyko uzależnienia od alkoholu lub narkotyków²¹³. Należy także podkreślić, iż przemoc w stosunku do kobiet wiąże się z ryzykiem podejmowania zamachów samobójczych przez ofiary.

Model ofiary w ujęciu wiktymologicznym. Badania nad rolą ofiary w genezie przestępstwa stanowią najstarszy kierunek badań wiktymologicznych²¹⁴. W literaturze przedmiotu, zarówno krajowej, jak i obcej, wiktymologię traktowano zazwyczaj jako dziedzinę kryminologii, jednakże od niedawna uznawana jest za samodzielną naukę, z zainteresowaniami sprowadzanymi tylko do problematyki ofiar przestępstw²¹⁵.

Pod koniec lat dziewięćdziesiątych Brunon Hołyst sformułował nową koncepcję wiktymologii, której zadaniem jest całościowa analiza zjawisk dysfunkcyjnych, jak również zapobieganie nieprawidłowym procesom oraz zjawiskom, których wynikiem są różnorodne formy pokrzywdzenia, i to nie tylko w wyniku przestępstwa²¹⁶. Taka wikt-

²¹² Davidson J.R., *Trauma: the impact of post-traumatic stress disorder*. „Journal Psychopharmacol” 2000, nr 14 (2, supl 1), s. 5-12

²¹³ De Bellis M.D., *Developmental traumatology: a contributory mechanism for alcohol and substance use disorders*, „Psychoneuroendocrinology” 2002, nr 27(1-2), s. 155-170

²¹⁴ Bieńkowska E., *Wiktymologia. Zarys wykładu*, Wydawnictwo Zrzeszenia Prawników Polskich, Warszawa 2000

²¹⁵ W „Deklaracji podstawowych zasad sprawiedliwości dla ofiar przestępstw i nadużyć władzy”, załączonej do ONZ-owskiej rezolucji nr 40/34 przyjętej przez Zgromadzenie Ogólne NZ w dniu 29.11.1985r., ofiary przestępstw określano w następujący sposób: „są to osoby, które indywidualnie lub zbiorowo poniosły uszczerbek w zdrowiu fizycznym lub psychicznym, doznały zaburzeń emocjonalnych, strat materialnych lub istotnego naruszenia swych podstawowych praw w wyniku działania lub zaniechania będącego naruszeniem ustaw karnych obowiązujących w państwach członkowskich, w tym również ustaw dotyczących przestępstwa nadużycia władzy”.

²¹⁶ Hołyst B., *Wiktymologia*, LexisNexis, Warszawa 1997; por. Schneider H.J., *The present situation of vicimology in the world*, [w:] Schneider H.J. (red.), *The Victim in International Perspective*, Walter de Gruyter and Co., Berlin 1982, s. 11-46

tymologia objęłaby głównie ofiary: **(a)** niewłaściwych warunków ekonomicznych i społecznych; **(b)** zachowań kompulsywnych; **(c)** samobójstw i innych aktów samoagresji; **(d)** wypadków drogowych i wypadków przy pracy; **(e)** patologizacji rodziny; **(f)** przemocy w szkole i innych.

Zainteresowania nauką o ofiarach przestępstwa stały się w literaturze światowej szczególnie wyraziste na przełomie lat czterdziestych i pięćdziesiątych ubiegłego wieku. Dla tej młodej gałęzi nauki bardzo istotne znaczenie miała praca, której twórcą był Benjamin Mendelsohn pt. „*Nowa dziedzina nauki biopsychologicznej – wiktymologia*”, która wydana została w 1956 roku. Mendelsohn, który uważany był za prekursora wiktymologii, próbował opisać i sklasyfikować ludzi, którzy stają się ofiarami przestępstwa, jak również próbował wyjaśnić skłonności do stawania się ofiarą. Jako pierwszy posłużył się w swych pracach pojęciem *wiktymność* (*victimity*), oznaczając nim podatność na stawanie się ofiarą i predyspozycje do tego²¹⁷. Stworzył również klasyfikację ofiar z punktu widzenia stopnia ich „winy” – przyczynienia się do zdarzenia przestępnego. Wyróżnił on pięć typów ofiar: **(a)** ofiara całkowicie niewinna; **(b)** ofiara własnej ignorancji; **(c)** ofiara „winna” w takim samym stopniu jak sprawca; **(d)** ofiara bardziej „winna” niż sprawca; **(e)** ofiara najbardziej lub wyłącznie „winna” przestępstwa.

Autor ten wprowadził także pojęcie kompleksu niebezpieczeństwa, którym określił „*całość czynników: obiektywnych, subiektywnych, mieszanych, trwałych, przemijających lub jawnych, powodujących, że ludzie stają się ofiarami*”²¹⁸.

Henri F. Ellenberger w relacji sprawca-ofiara odróżnia trzy rodzaje sytuacji, gdy: **(a)** podmiot jest najpierw sprawcą, a później ofiarą lub odwrotnie; **(b)** podmiot jest jednocześnie sprawcą i ofiarą; **(c)** ujawnia się nieznana cecha osobowości – przypadek decyduje o tym, kto zostaje sprawcą, a kto ofiarą (np. okazjonalne stany zamroczeniowe, akty refleksoidalne, zaślepienie emocjonalne, przerwy w polu widzenia)²¹⁹.

W literaturze można spotkać się z pojęciem „*urodzonej ofiary*”. Ellenberger definiuje ją jako jednostkę, która przyciąga sprawców z powodu swej stałej predyspozycji do roli ofiary²²⁰.

Znaczenie roli ofiary i przydatność typologii ofiar zależy od uwzględnienia wielu czynników, m.in. rodzaju wiktymizacji, zależności łączących ofiarę i sprawcę, a tak-

²¹⁷ Błachut J., Gaberle A., Krajewski K., *Kryminologia*, Arche, Gdańsk 2006

²¹⁸ Mendelsohn B., *Une nouvelle branche de la science bio-psycho-sociale: La victimologie*, „Revue Internationale de Criminologie et de Police Technique” 1995, nr 2, Tenże, *Victimology and the Technical and Social Sciences*. [w:] *Victimology a New Focus* (1), Washington 1975, s. 26-27

²¹⁹ Ellenberger H., *Relation psychologiques entre le criminel et victime*, dz. cyt., s.103-121

²²⁰ Tamże, s. 121

że okoliczności, w jakich dochodzi do poszkodowania. Warunek ten spełnia klasyfikacja Heleny Kołakowskiej-Przełomiec, skoncentrowana na ofiarach przemocy wewnątrzmałżeńskiej. Autorka wyodrębniła trzy typy ofiar przemocy:

- a) *nieujawniające agresji* lub ujawniające ją tylko w małym stopniu, zachowujące się wobec sprawcy raczej biernie;
- b) *dokuczliwe*, konfliktowe, prowokujące różnego rodzaju spięcia w małżeństwie, które cechuje dość duża agresywność, często też nadużywające alkoholu;
- c) *agresywne*, przejawiające dużą aktywność w oskarżeniu męża²²¹.

Autorka uważa także, iż odgrywanie roli ofiary często ma u tych kobiet charakter instrumentalny, gdyż każdy konflikt, nieporozumienie małżeńskie skrupulatnie wykorzystują do swoich celów i niejednokrotnie same prowokują agresję.

W literaturze przedmiotu zwraca się także uwagę na cechy charakteryzujące ofiary przemocy wewnątrzmałżeńskiej. Zaliczyć się do nich można: bierność, uwewnętrznione poczucie winy, uступliwość, ambiwalentne poczucie lojalności, jak również błędne atrybuty²²². Badania prowadzone przez Walker potwierdzają, iż ofiary przemocy nie podejmują działań asertywnych, agresywnych, są bierne w radzeniu sobie z problemem przemocy²²³. Ponadto Jerry Finn podaje, że kobiety bite podlegają presji związanej z różnymi sprawami: dziećmi, pieniędzmi, pracą, zazdrością, walką o dominację w związku, rozwiązywaniem sporów²²⁴. Kobiety będące ofiarami przemocy wewnątrzmałżeńskiej stosują bierne sposoby radzenia sobie z trudnościami lub wykazują skłonności do stosowania strategii unikania, do której zaliczyć można nadużywanie alkoholu, leków, a czasami także narkotyków. Kobiety takie wycofują się z relacji społecznych, co w konsekwencji odbija się na ich zdrowiu i niejednokrotnie prowadzi do choroby wywołanej stresem.

Syndrom bitej żony. Doświadczenia traumatyczne wywołują nie tylko bezpośrednią szkodę fizyczną, ale powodują również spustoszenie w sferze emocjonalnej, niszcząc pozytywne wyobrażenia ofiar na swój temat i na temat otaczającego świata. Zdaniem Martina E. P. Seligmana, Elaine F. Walker oraz Davida L. Rosenhana skutki podlegania przemocy można zdiagnozować jako reakcję albo zaburzenie posttrauma-

²²¹ Kołakowska-Przełomiec H., *Przemoc w rodzinie*. "Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny" 1985, nr 1, s. 139-142

²²² Walker L.E., *The Battered Woman Syndrome*, Springer, New York 1984

²²³ Tamże, s. 22

²²⁴ Finn J., *The stresses and coping behavior of battered women*, „Social Casework” 1985, nr 66(6), s. 341-349

tyczne (zespół stresu pourazowego PTSD wg klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-IV)²²⁵.

W przypadku przemocy małżeńskiej, trauma ma charakter chroniczny, ofiary doświadczają długotrwałego, powtarzającego się urazu (uraz typu II) w przeciwieństwie do prostego zespołu stresu pourazowego, który jest następstwem wydarzeń ograniczonych w czasie, np. gwałt, katastrofa (uraz typu I). Charakterystyczną cechą dla zespołu typu II jest zaprzeczenie i psychiczne odrętwienie, zjawiska dysocjacyjne, gwałtowne zmiany nastroju – od skrajnej bierności do wybuchu gniewu²²⁶.

Walker zajmująca się problematyką bitych kobiet, stwierdziła, że w następstwie długoletniego pozostawania w rodzinno-małżeńskiej relacji przemocy u kobiety rozwija się tzw. **syndrom bitej żony**. Rozwój syndromu wiąże się z kumulacją konsekwencji urazowych doświadczeń wyniesionych zarówno z dzieciństwa, jak i aktualnego związku²²⁷. Zdaniem autorki żadna kobieta nie godzi się na złe traktowanie ze strony swojego partnera, dlatego też przechodzi ona przez dwie fazy syndromu bitej żony: **(1)** faza buntu czynnego lub biernego; **(2)** poczucie nieskuteczności swoich zabiegów i depresja.

U kobiet, u których zdiagnozowano tzw. **syndrom bitej żony (kobiety)** występują takie objawy, jak: reakcje unikowe (zaprzeczenie), zmniejszenie zainteresowania światem, odrętwienie – specyficzny paraliż emocjonalny, objawy depresyjne, jak również reakcje polegające na ponownym przeżywaniu urazowych zdarzeń w snach, we wspomnieniach, w stanie zadumy i współwystępująca z tym podwyższona pobudliwość, przejawiająca się w objawach i zaburzeniach lękowych (zaburzenia snu i łaknienia, skłonność do płaczu, hiperaktywność, drażliwość)²²⁸. Ponadto ofiary przemocy domowej są wielokrotnie narażone na doświadczenia raniące, często kolejny atak agresji ma miejsce w czasie, gdy nasilają się objawy zespołu stresu pourazowego. Osłabia to poważnie siły ofiary i sprawia, że zmniejsza się ich szansa na konstruktywne poradzenie sobie z przemocą²²⁹. Zdaniem Franka M. Ochberga²³⁰ kobiety będące ofiarami przemocy wewnątrzmałżeńskiej mogą także doznawać poczucia poniżenia, pragnienia odwetu i myśleć o zemście nad swoim oprawcą, jak również mogą wykazywać zwiększoną wrażliwość na wtórne zranienie. Z kolei Walker uważa, iż u kobiet doświadczających

²²⁵ Seligman M.E.P., Walker E.F., Rosenhan D.L., *Psychopatologia*, Zysk i S-ka, Poznań 2003, tłum. Joanna Gilewicz, Aleksander Wojciechowski

²²⁶ Herman J.L., *Przemoc. Uraz psychiczny i powrót ...* dz. cyt.

²²⁷ Walker L.E., *The Battered Woman*, Harper & Row, New York 1979

²²⁸ Rajska-Kulik I., *Przemoc wewnątrzmałżeńska - uwarunkowania pozostawiania maltretowanych kobiet w krzywdzącym związku*, „Chowanna”, UŚ, Katowice 2007, t. LXIII, nr 28, s. 11-24

²²⁹ Tamże, s. 23

²³⁰ Ochberg F.M., *Post-traumatic Therapy and Victims of Violence*, Plenum Press, New York 1988

maltretowania bardzo często występuje wyższy poziom lęku i depresji będący reakcją na utratę złudzeń dotyczących otaczającego świata i uprzedniego obrazu własnej osoby, co może doprowadzić do utraty poczucia siły i skuteczności. Obniżony poziom poczucia własnej wartości połączony z brakiem szacunku do siebie sprawia, że kobiety-ofiary przemocy spostrzegają siebie jako osoby bezbronne i podatne na zranienie. Dlatego też najczęstszym objawem występującym u kobiet maltretowanych jest depresja²³¹. Ponadto, kobiety będące w związkach krzywdzących rzadko wyrażają gniew w sposób otwarty, gdyż nauczyły się, że grozi to ukaraniem przez partnera i eskalacją przemocy z jego strony. Natomiast częściej agresja z ich strony ma charakter werbalny, a przeżywana złość jest tłumiona i zazwyczaj kierowana na samą siebie.

Syndrom sztokholmski. Ważną rolę w rozwoju traumatycznej, opartej na przemocy więzi małżeńskiej, jak i pozostawaniu w związku, pomimo eskalacji przemocy, odgrywa ukształtowanie się *tzw. syndromu sztokholmskiego*, o charakterystycznych mechanizmach psychologicznych wyznaczających relację sprawca-ofiara.

Badacze zajmujący się problematyką przemocy, analizując związki krzywdzące, zwrócili uwagę na podobieństwo występujące między sytuacją ofiary przemocy w rodzinie a sytuacją całkowitej zależności zakładników przetrzymywanych przez terrorystów. Dee L.R. Graham, Edna I. Rawlings oraz N. Rimini zaobserwowali szczególnie rodzaj silnej więzi jaki powstał między kobietą – ofiarą przemocy a jej prześladowcą, która przejawiała się w swoistym rodzaju fascynacji zakładnika osobą agresora²³². Donald Dutton taki rodzaj przywiązania określa jako „*więź traumatyczna*”²³³.

Z kolei Ochberg²³⁴ posługując się pojęciem „*paradoksalna wdzięczność*”, uważa, że dochodzi do jej wykształcenia się wówczas, gdy prześladowca ma całkowitą władzę nad życiem ofiary, która czuje się bezsilna i w pełni zależna od jego decyzji. Zdaniami autora więź traumatyczna tworzy się w następstwie określonych sekwencji sytuacji i zdarzeń, które wyznaczają charakterystyczny wzorzec i dynamikę relacji między ofiarą a sprawcą. Mężczyzna zniechęca kobietę do kontaktowania się ze światem zewnętrznym, jednocześnie doprowadzając stopniowo do jej izolacji społecznej, np. po-

²³¹ Walker L.E., *Abused woman and survivor therapy*. Practical guide for the psychotherapist American Psychological Association, Washington 1994

²³² Graham D.L.R., Rawlings E., Rimini N., *Survivors of terror: Battered women, hostages, and the Stockholm Syndrome*, [w:] Yllo K., Bogard M. (red.) *Feminist Perspectives on Wife Abuse*, Sage Publications, CA: Beverly Hills 1988, s. 217-233

²³³ Dutton D., Painter S.L., *Traumatic bonding: The development of emotional attachments in battered women and other relationships of intermittent abuse*, „Victimology: An International Journal” 1981, nr 6, s. 139-155

²³⁴ Ochberg F.M., *Post traumatic...*, dz. cyt., s. 246-256

przez wzbudzenie u niej wątpliwości co do tego, czy inni ludzie się nią interesują. Partner swoim zachowaniem dąży do kontrolowania myśli oraz zachowań ofiary, która – upokarzana i ograniczana w swoich decyzjach – staje się coraz bardziej zależna od niego. Bardzo często prowadzi to do pewnego rodzaju infantylizacji kobiety, która czując się jak małe dziecko, za każdy pozytywny odruch ze strony sprawcy będzie odczuwała wdzięczność.

Zdaniem Michaela Symondsa rozwój infantylizmu u ofiary wynika z uzależnienia zakładnika od sprawcy. Takie przewartościowanie stosunku do agresora nazwano „*patologiczną transferencją*”. Ofiara u której wystąpiły objawy syndromu przechodzi cztery fazy reakcji²³⁵: **(a)** charakteryzuje się zaprzeczeniem, niedowierzaniem, że to przydarzyło się właśnie jej; **(b)** odznacza się pełną świadomością swego położenia, co jest momentem krytycznym dla „syndromu sztokholmskiego”; **(c)** przeżywa głęboką depresję i stres wynikający ze świadomości przebywania w niewoli; **(d)** następuje wewnętrzna integracja jednostki, przyjęcie określonego stylu życia, strategii działania.

Natomiast Irena Pospiszyl podaje warunki rozwoju „syndromu sztokholmskiego”, zwracając uwagę na typowe cechy zakładnika²³⁶: **(a)** istnienie prawdopodobieństwa dokonania zabójstwa – agresor deklaruje taką gotowość; **(b)** życie zakładnika zależy faktycznie od agresora; **(c)** zakładnik jest izolowany od świata zewnętrznego, stąd perspektywy rozwoju sytuacji są związane z osobą agresora; **(d)** zachowanie napastnika wobec ofiary jest postrzegane jako nacechowane pewnego rodzaju uprzejmością.

Sprawca przemocy domowej wobec swojej ofiary stosuje różne techniki, których celem jest jej zniewolenie. Do jednej z takich technik należy zaliczyć izolację od źródeł informacji, pomocy materialnej oraz emocjonalnego wsparcia. Ofiara przebywając w izolacji coraz bardziej staje się zależna od sprawcy, który przez to staje się dla niej jedynym źródłem informacji, a nawet wsparciem emocjonalnym. Im ofiara jest bardziej przerażona, tym bardziej zależy jej na jedynej dostępnej relacji ze sprawcą.

Efekt psychologicznej pułapki. Pułapka psychologiczna to teoria postulująca, że kobieta nie opuszcza związku dlatego, że ma poczucie, iż zbyt dużo czasu, energii i emocji w ten związek już zainwestowała²³⁷, albo, że czułaby wstyd, jeśli ktoś odkryłby jej straszną tajemnicę, jaką jest pozostawanie w związku, w którym jest bita i poniżana.

²³⁵ za: Pospiszyl I., *Przemoc w rodzinie*, dz. cyt., s. 195

²³⁶ Tamże, s. 193

²³⁷ Brester M.P., *Domestic Violence theories, research, and practice implications*, [w:] Roberts A.R. (red.), *Handbook of Domestic Violence: Intervention Strategies*, Oxford university Press, New York 2002, s. 23-48

Dla niektórych kobiet wstyd spowodowany ujawnieniem maltretowania i nieudanego związku jest tak ogromny, że robią wszystko, by nie ujawniać tego publicznie.

Efekt psychologicznej pułapki polega na założeniu, że ofiara przemocy przynajmniej na początku trwania związku jest świadoma faktu, iż jej układ rodzinny nie jest taki, jaki powinien. Efekt psychologicznej pułapki jest zatem następstwem przyjęcia aktywnej strategii obronnej.

Badacze zajmujący się problematyką przemocy rodzinnej podjęli próbę uchwycenia niebezpieczeństw wynikających z aktywnej postawy ofiary w ramach koncepcji psychologicznej pułapki. Zdaniem Jonathana E. Rubina oraz Joyce E. Brokner niebezpieczeństwo wpadnięcia w psychologiczną pułapkę pojawia się wówczas, kiedy jednostka zyskuje poczucie, że mimo swojego sporego zaangażowania, prawdopodobieństwo sukcesu nie jest możliwe. Wówczas dochodzi do wniosku, iż zbyt wiele zainwestowała w związek, aby wycofać się. To jest właśnie krytyczny moment wchodzenia w psychologiczną pułapkę, której klasycznym przejawem jest dalsze zaangażowanie lub nawet jego zwiększenie, niezależnie od włożonego nakładu sił²³⁸.

Z kolei Michael J. Strube²³⁹ scharakteryzował cztery modele, wyjaśniające motywy pozostawiania kobiet w krzywdzącym związku:

- a) *model „pułapki psychologicznej”* polega na tym, że im więcej ofiara dała z siebie, aby małżeństwo było udane, tym więcej ma do stracenia. Bitą kobietą w przeszłości zainwestowała wiele czasu, energii, zabiegów i działań, aby utrzymać związek. Czuje się więc odpowiedzialna za jego jakość, próbuje usprawiedliwić wysiłki włożone w jego naprawienie i podtrzymanie. Ofiara określająca własną wartość na podstawie tego, czy to jej się udało, poczyniła wcześniej pewne „inwestycje psychiczne”, które poszłyby na marne w przypadku odejścia. Zdaniem Pospiszyl²⁴⁰ „pułapka psychiczna” jest wstępem do rozwoju „wyuczonej bezradności” lub „syndromu sztokholmskiego”;
- b) *model „pułapki sytuacyjnej”* zakłada, że kobieta doświadczająca dręczenia, uważa, że korzyści z odejścia będą mniejsze niż pozytywne strony pozostawiania w związku. Jednak można przyjąć, iż dotyczy to przede wszystkim związków, w których przemoc występuje sporadycznie i może być uznawana za mniejsze zło niż np. samotność. Kobieta zdając sobie sprawę, iż wiele zainwe-

²³⁸ Pospiszyl I., *Przemoc w ...*, dz. cyt., s.200

²³⁹ Strube M.J., *The decision to leave an abusive relationship: Empirical evidence and theoretical issues*, „Psychological Bulletin” 1988, nr 104, s. 236-250

²⁴⁰ Pospiszyl I., *Przemoc w ...*, dz. cyt. s. 200

stowała w związek, jednocześnie obawiając się odwetu w razie odejścia i nie widząc alternatywnych rozwiązań, jest przekonana, iż znalazła się w sytuacji bez wyjścia. Poczucie „usidlenia” dodatkowo wzmacnia niska samoocena;

- c) model „*pułapki lęku*” wiąże się z tym, że krzywdzona kobieta ma wyolbrzymione, negatywne wyobrażenie na temat tego, co się stanie, gdy odejdzie. Uważa, że sama sobie nie poradzi, odczuwa strach przed samotnością. Ponadto lęk przed nieznanym jest zdecydowanie silniejszy niż ból i cierpienie doświadczane ze strony swojego oprawcy;
- d) model związany jest z *teorią wyuczonej bezradności*, w którym istotą pułapki psychologicznej jest to, że kobiety regularnie poniżane i maltretowane przez swoich partnerów tracą umiejętność przewidywania, czy podjęte przez nie działania w celu zmiany ich sytuacji będą prowadziły do określonego skutku. Odczuwając brak kontroli nad swoim losem, uznają, że nic nie mogą zrobić, aby to zmienić. Krzywdzone kobiety stopniowo dochodzą do przekonania, że znajdują się w sytuacji bez wyjścia. Porzucają zatem próby „ukrócenia” przemocy, zamiast tego przyzwyczajają się do niej i uczą się ją znosić²⁴¹.

Konkludując, towarzyszące pozostawaniu w pułapce relacji przemocy: wzrost poczucia winy, bezradność, depresja, utrata dystansu wobec zachowania partnera i własnego składają się na wyniszczające i patologizujące koszty samoobrony i podtrzymywania związku ze stosującym przemoc partnerem. Pozostawanie kobiet w relacjach uwięzienia i przemocy, zwłaszcza ze strony partnera, rodziny, czy innych osób bliskich, prowadzi do rozległych pourazowych zmian osobowości i zachowania, szczególnie w zakresie zaburzeń i dysfunkcji tożsamości.

²⁴¹ Walker L.E, Browne A., *Gender and victimization by intimates*, „Journal of Personality” 1994, nr 53, s. 179-195

ROZDZIAŁ 4. ZAŁOŻENIA TEORETYCZNE BADAŃ WŁASNYCH

4.1. PRZEGLĄD NURTÓW WYJAŚNIANIA PRZEMOCY WOBEC KOBIET. TEORIE PSYCHOLOGICZNE, SOCJOLOGICZNE I STRUKTURALNE

Nie ma jednej spójnej koncepcji teoretycznej, wyjaśniającej przemoc między osobami bliskimi w rodzinie. Różne teorie koncentrują się wokół poszczególnych czynników ryzyka, zwiększających prawdopodobieństwo wystąpienia przemocy. Dyskusje dotyczą przewagi jednych czynników nad innymi, głównie społeczno-strukturalnych nad psychopatologicznymi²⁴². Istnieje też podejście intraindywidualne, skoncentrowane na jednostce. W koncepcjach z tego nurtu podkreśla się rolę czynników intraindywidualnych: osobowościowych, psychopatologicznych i biologicznych. W ujęciu tym mieszczą się również koncepcje psychologiczne: psychodynamiczne, poznawczo-behawioralne oraz teorie nawiązujące do psychologii różnic indywidualnych w przemocy oraz koncepcje koncentrujące się na wrodzonych cechach osobowości, zazwyczaj o charakterze psychopatologicznym, a także koncepcje biologiczne.

Koncepcje psychologiczne koncentrują się na wyjaśnieniu psychologicznych mechanizmów zaangażowanych w powstawanie aktów przemocy. W teoriach należących do tego nurtu podkreśla się rolę czynników osobowościowych, mających wyjaśnić różnice indywidualne w przemocy oraz koncentrujących się na wrodzonych cechach osobowości, zazwyczaj o charakterze psychopatologicznym.

Koncepcje psychodynamiczne, oparte na teorii Zygmunta Freuda i Konrada Lorentza, skupiają się na odbiegających od normy cechach sprawcy przemocy. Ich zdaniem, zachowanie jednostki jest napędzane przez dwie podstawowe siły, które stanowią nieodłączną część natury ludzkiej: instynkt życia (Eros) i instynkt śmierci (Thanatos), którego istotą jest dążenie do autodestrukcji. Z racji swej antagonistycznej natury oba instynkty są źródłem trwałego konfliktu wewnętrznego, który najczęściej rozwiązywany jest przez odwrócenie siły destrukcyjnej od podmiotu i skierowanie jej na innych.

Teza Freuda, że agresja jest przetworzonym instynktem samozniszczenia, „nienormalnym instynktem śmierci”, nie została szerzej nigdy zaakceptowana, a badania nad autodestrukcyjnymi zachowaniami człowieka wykazały, że są one niezwykle rzadkie, poza przypadkami patologicznymi. Freud i Lorentz wyjaśniają agresję przejawianą przez ludzi „nienormalnym instynktem śmierci” lub „nadmiernym popędem” w kierunku

²⁴² Kaufman Kantor G., Jasinski J.L., *Dynamics and risk factors in partner violence*, [w:] Jasiński J.L., Williams L.M. (red.), *Partner Violence*, Sage Publications, London 1998, s.1-44

ku zachowań agresywnych. Badacze ci postrzegają agresję jako wrodzoną i niezmienną skłonność, popychającą jednostkę do społecznie nieakceptowanych zachowań, które jednak zapewniają jej reprodukcyjny sukces. Zaburzenia te mogą być rezultatem genetycznych predyspozycji i/lub niekorzystnych doświadczeń socjalizacyjnych, które kształtują „psychopatyczny” charakter ze skłonnościami do stosowania przemocy²⁴³.

Z kolei Richard Galdston nawiązując do teorii Freuda i Lorentza, w szczególności do predyspozycji warunkujących nadmierny popęd jednostki w kierunku zachowań agresywnych, uważa, że jeden z rodzajów tych predyspozycji można określić jako „psychozę przeniesieniową”. Polega ona na dokonaniu przez dorosłego przeniesienia agresji na dziecko lub osobę dorosłą, np. rodzic spostrzega dziecko jako dorosłego i interpretuje jego zachowanie jako przejawy wrogości wobec siebie, dokonując projekcji tej części swojej osobowości, którą pragnie zniszczyć. W rezultacie dziecko postrzegane jest jako przyczyna kłopotów rodzica, staje się kozłem ofiarnym, na którego kierowana jest cała złość²⁴⁴. Do podobnych wniosków doszli m.in. Richard i C. Henry Kempe²⁴⁵ którzy wykazali, iż około 10-15% sprawców przemocy zdradza objawy zaburzeń psychicznych. Koncepcja ta okazała się istotna dla analizy predyspozycji jednostki do nadużyć wobec innych, np.: skłonność do tworzenia błędnych wizerunków innych osób, problemy z kontrolą agresywnych impulsów wynikających z niedojrzałości, koncentracja na sobie, doświadczenia przemocowe z dzieciństwa lub zaniedbanie²⁴⁶.

Natomiast inni badacze źródeł przemocy upatrują w tłumionej wrogości i gniewie, gdyż uważali, że uczucie gniewu może być „wyrażone” albo „stłumione”, objawiając się odpowiednio „wściekłością” lub „irytacją”, ponadto uczucie gniewu wybucha w niekontrolowanych zachowaniach agresywnych wobec partnerki. John D. Dollard oraz Neal E. Miller²⁴⁷ jako jedni z pierwszych wprowadzili behawioralne pojęcie intencji, uważając, że u podłoża każdego zachowania agresywnego leży frustracja.

Podejście psychodynamiczne wiąże się także z koncepcją relacji z obiektem. Teoria ta zwraca szczególną uwagę na dwa bardzo ważne czynniki, tj. świat zewnętrzny

²⁴³ Rode D., *Psychologiczne uwarunkowania przemocy w rodzinie. Charakterystyka sprawców*, Wyd. UŚ, Katowice 2010, s.124; por. Wojciszke B., *Relacje interpersonalne*, [w:] Strelau J. (red.) *Psychologia. Podręcznik akademicki*, T.3, GWP, Gdańsk 2000

²⁴⁴ Barnett O.W., Miller-Perrin C.L., Perrin R.D., *Family Violence Cross the Lifespan*, Sage, CA: Thousand Oaks 2004

²⁴⁵ Kempe R.S., Kempe C.H., *Assessing family pathology*, [w:] Helfer R.E., Kempe R.S. (red.) *Child Abuse and Neglect. The Family and Community*, Ballinger, Mass: Cambridge 1976

²⁴⁶ Rosenberg S., Repucci N.D., *Abusive mothers: perceptions of their own and their children's behavior*. „Journal of Consulting and Clinical Psychology” 1983, nr 5, s. 674-685

²⁴⁷ Dollard J., Miller N.E., *Osobowość i psychoterapia. Analiza w terminach uczenia się, myślenia i kultury*, PWN, Warszawa 1967, tłum. Anna Firkowska

jest znany dzięki reprezentacjom psychicznym czy wewnętrznym modelom, oraz ważna jest interpersonalna treść tych modeli powstających w dużej mierze w dzieciństwie poprzez doświadczenia w kontakcie z rodzicami, szczególnie z matką lub innymi ważnymi osobami, zanim jeszcze dojdzie do rozwoju samoświadomości²⁴⁸.

Arias Rosenbaum, Dennis O’Leary oraz Donald G. Dutton zakładają, że mężczyznom używającym przemocy wobec bliskich ciąży brak pełnego zbliżenia z matką w dzieciństwie i zapewnionej „optymalnej dostępności emocjonalnej” z jej strony. Podłożem zachowania sprawców jest specyficzny rodzaj ambiwalencji lub niekonsekwentnego zachowania matki. Łączy ona w tak złożony sposób odrzucenie lub frustrację z miłością lub przyjemnością, że dziecko nie potrafi wyodrębnić ich, oddzielić, czy przenieść²⁴⁹. Zdaniem Duttona²⁵⁰ mężczyzna nie potrafi wytworzyć spójnej postawy wobec matki, a później wobec innych kobiet. Dlatego też zgodnie z teorią związków z obiektem, kiedy mężczyzna wychodzi po raz pierwszy z objęć matki, powstają w nim podwaliny jego „ja”. Stopniowo uświadamia sobie, iż jest niezależny od niej. Świadomość tę opisują Margaret M. Mahler, Elizabeth Pine oraz Anni Bergman²⁵¹ jako „psychologiczne narodziny dziecka”, które cieszy się z wolności, ale nie chce utracić matki.

Podejście psychodynamiczne odegrało istotną rolę w rozwoju rozumienia zachowań ludzi dopuszczających się przemocy, gdyż zwrócono szczególną uwagę na zjawiska wewnątrzpsychiczne jednostki oraz związane z nimi dysfunkcje. Nadto zwrócono uwagę na tworzenie się wczesnych relacji mężczyzny z matką, dopatrując się podłoża wściekłości oraz złości we wczesnych urazach cechujących te relacje. Mężczyźni skłonni do przemocy często doznawali wczesnego urazu mającego liczne skutki, które nie sprowadzały się tylko do modelowania zachowań agresywnych, ale objawiały się również w rozwoju poczucia „ja”, niezdolności do ufania, cyklach nastroju, obrazie siebie, czyli w ukształtowaniu się ich osobowości.

Idea, że wewnątrz organizmu istnieje siła, która we współdziałaniu z wydarzeniami zewnętrznymi prowadzi do agresywnego zachowania, została podjęta przez ważny nurt badawczy zakładający istnienie popędu agresywnego jako motywacji do zachowania agresywnego. Inaczej niż instynkt, popęd nie jest ciągle obecnym, narastają-

²⁴⁸ Bowlby J., *Attachment and loss*. Vol. 1: Attachment, Hogarth Press, London 1982, s. 265-290

²⁴⁹ Rode D., *Psychologiczne uwarunkowania przemocy ...*, dz. cyt., s. 126

²⁵⁰ Dutton D.G., *Przemoc w rodzinie*, DIOGENES-Grupa Wydawnicza Bertelsmann Media, Warszawa 2001, s. 113, tłum. Piotr Kołyszko

²⁵¹ Mahler M., Pine E., Bergman A., *The Psychological Birth of the Human Infant*, Basic Books, New York 1975

cym źródłem energii, lecz aktywuje się jedynie wówczas, gdy organizm pozbawiony jest środków do zaspokojenia jakichś potrzeb²⁵².

Najbardziej znanym ujęciem agresji jako popędu jest **teoria frustracji-agresji**. Jest to pierwsza, jasno wyrażona psychologiczna koncepcja fenomenu, sformułowana przez Johna D. Dollarda oraz Neala E. Millera i współpracowników w 1939 roku. Agresja zgodnie z tą koncepcją jest wynikiem frustracji, i jest tym większa: **(a)** im większa jest wartość zablokowanego celu; **(b)** im bardziej osiągnięcie tego celu jest przez daną frustrację uniemożliwione; **(c)** im większa liczba działań zostaje zablokowana²⁵³.

Agresję interpretuje się jako rezultat popędu do rozładowania stanu frustracji, przy czym frustracja definiowana jest jako zewnętrzne zakłócenie zachowania ukierunkowanego na cel. Zatem doświadczenie frustracji aktywuje popęd do działania przeciwko źródłu frustracji i ten popęd odpowiada za wykonanie agresywnego zachowania. To, jaki będzie charakter zachowania agresywnego, zależy od pobudzenia do agresji, czyli wewnętrznego stanu motywacyjnego, rozumianego jako popęd agresywny. Jest on tym większy, im większa jest frustracja wskutek zablokowania realizacji określonej potrzeby, im większa jest sama przeszkoda stojąca na drodze do celu, oraz im większa jest liczba kolejno doznanych frustracji²⁵⁴. O wielkości frustracji decyduje także to, czy niepowodzenie powodujące ją jest pojedyncze, czy któreś z kolei. Im więcej niepowodzeń, tym silniejsza frustracja. Obecnie wiadomo, iż istnieją czynniki, które hamują pojawienie się zachowań agresywnych w reakcji na frustrację²⁵⁵. Jednym z nich jest m.in. oczekiwanie kary za ujawnienie agresji. Brak kary oraz pozwolenie na agresję, jak również akceptowanie zachowań agresywnych może stanowić pozytywne wzmocnienie oraz sprzyjać kształtowaniu się agresywności. U człowieka zachowującego się agresywnie antycypacja (przewidywanie) kary stanowi dodatkowe źródło napięcia emocjonalnego.

W przeciwieństwie do teorii biologicznych, **teoretycy uczenia się** odrzucają pogląd, że agresja należy do wrodzonego wyposażenia natury ludzkiej. Kładą natomiast nacisk na rolę środowiska w kształtowaniu agresywnego zachowania.

Albert Bandura, twórca **teorii społecznego uczenia się**, nie negując wpływu środowiska, docenił rolę procesów wewnętrznych, takich jak myślenie czy uczucia.

²⁵² Krahe B., *Agresja*, GWP, Gdańsk 2005, tłum. Jacek Suchecki, za: Rode D. *Psychologiczne uwarunkowania przemocy w rodzinie. Charakterystyka sprawców*, UŚ, Katowice 2010, s. 129

²⁵³ Wojciszke B., *Relacje interpersonalne*. [w:] Strelau J. (red.) *Psychologia. Podręcznik akademicki*, T.3, wyd. GWP, Gdańsk 2000, s.151

²⁵⁴ Krahe B., *Agresja...*, dz. cyt., s. 38

²⁵⁵ Linsky A.B., Bachman R., Straus M.A., *Stress, Culture and Aggression*, Yale University Press, CT: New Heaven 1995

Zwrócił on szczególną uwagę na rolę procesów poznawczych, leżących u podstaw uczenia się poprzez obserwację oraz naśladowanie innych przez osoby dorosłe i dzieci. Koncepcja Bandury rozpatruje genezę agresji i przemocy w trzech płaszczyznach: **(a)** mechanizmów nabywania wzorów zachowań agresywnych, **(b)** mechanizmów wyzwalania zachowań agresywnych, **(c)** mechanizmów utrwalania zachowań agresywnych²⁵⁶.

Zgodnie z teorią społecznego uczenia się, ludzie przyswajają sobie stosowanie przemocy przez obserwację agresywnych modeli oraz wzmocnienia i kary²⁵⁷. W tym stopniu, w jakim jednostki są nagradzane za agresywne zachowanie, wzrasta prawdopodobieństwo wystąpienia tego samego lub podobnego zachowania w przyszłości.

Zdaniem Bandury wzory zachowań agresywnych, aby stały się trwałym elementem repertuaru zachowań jednostki, muszą zostać w odpowiedni sposób utrwalone. Dlatego Bandura zwraca szczególną uwagę na znaczenie symbolicznych kar i nagród, do których zalicza społeczne reakcje na zachowania agresywne. Autor sugeruje również, ażeby umieszczać je w szerokim kontekście społecznym. Do kar takich można zaliczyć: odrzucenie, odtrącenie, lekceważenie, pogardę, natomiast do nagród: akceptację, uznanie, podziw innych osób, prestiż. Autor²⁵⁸ wskazuje również na wzmocnienia wewnętrzne (satysfakcję), którą ma człowiek zachowujący się zgodnie z wyznawaną hierarchią wartości. Pozytywnych wzorów i standardów społecznego postępowania powinna uczyć rodzina, której znaczenia wychowawczego nie sposób przecenić. Zdaniem Bandury, gdy dziecko uczy się w rodzinie pozytywnych wzorców zachowań, identyfikuje się z rodzicami, odczuwa więzi uczuciowe między członkami rodziny, wówczas takie wzmocnienia społeczne gwarantują jego prawidłową socjalizację.

Ronald L. Simons²⁵⁹ i współpracownicy, badając mechanizm uczenia się przemocy w rodzinie, nazwali poszczególne procesy „bezpośrednią ścieżką” do uczenia się agresji. Doszli oni do wniosku, iż surowe wychowanie może sprawić, że ludzie nauczą się zbioru agresywnych zachowań dyscyplinujących, te zaś będą następnie stosowane automatycznie, bez zastanowienia. Mówiąc o „bezpośredniej ścieżce” agresji Simons i in. nie zakładali, że dziecko jest w stanie dokładnie naśladować zachowanie rodzica,

²⁵⁶ Bandura A., *Social Foundations of Thought and Action. A Social Cognitive Theory*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, New York 1986,

²⁵⁷ Roy M., *The Abusive Partner. An Analysis of Domestic Battering*, Van Nostrand Reinhold, New York 1982

²⁵⁸ za: Maciaszczyk P., *Agresywność a asertywność młodocianych sprawców przestępstw*, PWSZ Tarnobrzeg, Tarnobrzeg 2010, s. 73

²⁵⁹ Simons R.L., Whitbeck L.B., Conger R.D., Conger K.J., *Parenting factors, social skills, and value commitments as precursors to school failure, involvement with deviant peers, and delinquent behavior*, „Journal of Youth and Adolescence” 1992, nr 20(6), s. 645-664

uważali natomiast, iż naśladowaniu podlega agresywny styl interakcji, a nie konkretne zachowanie. Uczeniu się przemocy sprzyja również brak umiejętności rozwiązywania problemów oraz uczenia się bycia asertywnym. Dotyczy to zarówno stosujących przemoc małżonków, jak i ofiar przemocy małżeńskiej, a także krzywdzących rodziców²⁶⁰.

Ronald D. Maiuro, Timothy S. Cahn oraz Peter P. Vitaliano²⁶¹ uważają, że mężczyźni, którzy przejawiają zachowania agresywne, w zdecydowanej większości nie są asertywni, mimo umiejętności odmawiania nie potrafią w pozytywny sposób zadbać o swoje prawa, jak również nie potrafią zwracać się do innych z prośbą o pomoc.

Z kolei Donald G. Dutton²⁶² uważa, iż skłonność do przemocy powstaje w wyniku zawstydzania dziecka, bezpośredniego kontaktu z przemocą rodzica oraz utraty poczucia bezpieczeństwa i przywiązania do matki, która była często ofiarą przemocy. Oddziaływanie przemocy i zaburzeń w rodzinie wykracza daleko poza samo kopiowanie agresywnych zachowań, jest przede wszystkim podłożem całej konstelacji uczuć i myśli tworzących osobowość skłonną do przemocy.

Ponadto Donald G. Dutton i Shirley A. Hart²⁶³ uważają, że występowanie i rodzaj przemocy w rodzinie ma wyraźny związek z typem przestępstw popełnianych przez ofiary przemocy. Ich zdaniem, agresywni mężczyźni, w przeszłości ofiary przemocy fizycznej lub seksualnej, winni są często przestępstw seksualnych lub pobić.

Murray Arnold Straus i Richard J. Gelles²⁶⁴ uważają, iż chłopcy będący świadkami wzajemnych ataków rodziców, mają trzykrotnie większą skłonność do maltretowania swoich partnerek, żon lub stania się ofiarami ich agresji, niż chłopcy, którzy nigdy nie doświadczyli awantur rodzinnych. Ponadto badania Strausa potwierdzają związek pomiędzy życiem rodzinnym a przemocą. Doznawanie przemocy w rodzinie pochodzenia albo jej obserwowanie, zdecydowanie zwiększa ryzyko nabycia skłonności do przemocy, bycie narażonym w dzieciństwie na więcej form przemocy jest skorelowane z nasilonym manifestowaniem przemocy w okresie młodości lub dorosłości²⁶⁵.

²⁶⁰ Straus M.A., Gelles R.J., Steinmetz S.K., *Behind Closed Doors. Violence in the American Family*, Anchor Press, NY: New York 1980

²⁶¹ Maiuro R.D., Cahn T.S., Vitaliano P.P., *Assertiveness deficits and hostility in domestically violent men*, "Violence and Victims" 1986, nr 1, s. 279-289

²⁶² Dutton D.G., *Przemoc w ...*, dz. cyt., s. 91-92

²⁶³ Dutton D.G., Hart S.A., *Evidence for long-term, specific effects of childhood abuse on criminal behavior in men*, „International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology” 1992, nr 36, s. 129-137

²⁶⁴ Straus M.A., Gelles R.J., *Physical Violence in American Families*, Transaction Publishers, NY: New Brunswick 1992, s. 466-467

²⁶⁵ Kalmuss D., *The intergenerational transmission of marital aggression*, „Journal of Marriage and the Family” 1984, nr 46, s. 11-19

4.1.1. TEORIA WYUCZONEJ BEZRADNOŚCI

Wyuczona bezradność jest bardzo często brana pod uwagę jako przyczyna pozostawania kobiety w relacji ze sprawcą. Proces rozwoju wyuczonej bezradności jest dość złożony, na co zwróciła uwagę Lenore E. Walker, kiedy badała kobiety ofiary przemocy wewnątrzmężńskiej, u których wystąpiły pełne symptomy tego syndromu. Autorka zauważyła, że nawet jeżeli jednostka przejawia pesymistyczny styl wyjaśniania przyczyn doświadczanej przemocy, to nie poddaje się temu doświadczeniu bez walki.

Rozwój wyuczonej bezradności przebiega w dwóch fazach. **W pierwszej** ofiara aktywnie podejmuje różne próby przeciwstawienia się sytuacji opresyjnej – kobiety o pozytywnym stylu wyjaśniania zdarzeń na tym etapie szukają pomocy specjalistycznej lub wycofują się ze związku, jeśli inne strategie okażą się nieskuteczne. Część kobiet – ofiar przemocy – „wchodzi” **w drugą** fazę rozwoju wyuczonej bezradności, tj. rozwija się w nich wewnętrzne przekonanie, że nic nie mogą zrobić, aby zmienić swoje położenie i rezygnują z dalszej walki, zastygając w poczuciu beznadziejności, bezradności.

Na taką rezygnację ofiar z obrony własnego bezpieczeństwa, zachowania poczucia własnej godności i wartości, aktywnie „pracuje” sprawca, który konsekwentnie oskarża swoją ofiarę (partnerkę) o prowokowanie przemocy, indukując jej przekonanie, że sama sobie na nią „zapracowała”, że nie sprawdza się w podstawowych rolach społecznych. Z czasem więc, żyjąc przez całe lata w poczuciu klęski, kobiety będące ofiarami przemocy domowej zaczynają podzielać to przekonanie, nawet jeśli na początku oceniały sytuację względnie obiektywnie²⁶⁶.

Trudno jest przeżyć życie w poczuciu nieszczęścia, stąd osoby z syndromem wyuczonej bezradności uczą się czerpać przyjemności z takiego układu. Ofiary zaczynają interpretować zachowanie sprawcy w specyficzny sposób, np. jako słuszny gniew za niespełnienie jego oczekiwań; cieszą się każdym przejawem łagodności, czułości, czy przyjemności z codziennego życia, np. z faktu, że partner rzadziej się upija, przyniesie więcej pieniędzy lub jest mniej awantur w domu. W ten sposób rozwija się nierealistyczna (zawyżona) ocena sprawcy i równie nierealistyczna (zaniżona) samoocena.

Niektórzy badacze zajmujący się problematyką przemocy domowej sugerują, że czynnikiem pośredniczącym w rozwoju syndromu wyuczonej bezradności są niepowo-

²⁶⁶ Pospiszyl I., *Ofiary chroniczne-przypadek czy konieczność*, APS, Warszawa 2003, s. 83-84

dzenia poniesione w przeszłości, stąd bardziej podatne na rozwój wyuczonej bezradności są osoby, które częściej przeżywały istotne życiowe porażki. Można przyjąć założenie, iż doświadczanie przemocy, wyznaczające deficyt kontroli w relacjach międzyludzkich stanowi czynnik zaniku poczucia własnej skuteczności, czyniąc jednostkę bezradną wobec własnej sytuacji życiowej.

Lenore E. Walker analizując historie życia ofiar przemocy wyodrębniła szereg typowych dla nich doświadczeń z przeszłości. Są to:

1. **Doświadczenia z dzieciństwa:** przemoc fizyczna, napaść seksualna, molestowanie, krytyczne wydarzenia losowe (np. utrata rodziców na skutek śmierci, rozwodu, alkoholizm rodziców itp.).
2. **Doświadczenia wyniesione ze związków:** przemoc – istotne są zarówno jej próby, jak i faktyczne dokonania, powtarzalność, nasilenie, długość trwania w tego typu związku oraz częstotliwość; patologiczna zazdrość, zaborczość, skłonność do izolowania jednostki; napaść seksualna, dziwaczne wymagania seksualne; groźba zabójstwa; znęcanie się psychiczne; okrucieństwo wobec innych ludzi, dzieci, zwierząt, niszczenie przedmiotów, bowiem istotne są intencje działania sprawcy²⁶⁷.

Kumulacja niekorzystnych doświadczeń powoduje wzrost prawdopodobieństwa wystąpienia wyuczonej bezradności, ale i wyznacza dynamikę rozwoju tego syndromu.

Uzupełniając uwagi na temat roli wyuczonej bezradności i negatywnego obrazu siebie, Elizabeth Truninger²⁶⁸ sugeruje, że bite kobiety uwikłane są w pułapkę małżeńską z powodu braku zasobów i trudności ekonomicznych; czują, że nie poradzą sobie bez swojego partnera, że będzie im trudno znaleźć pracę i pozyskać nowych przyjaciół. Niektóre z nich wierzą, że ich dzieci potrzebują ojca i że osoby rozwiedzione są źle spostrzegane w społeczeństwie. Ponadto większość ofiar przemocy domowej woli wierzyć, że ich partnerzy zmieniają się, aniżeli myśleć o separacji, czy rozstaniu z partnerem.

Z kolei Neil Frude²⁶⁹ uważa, że kobiety będące ofiarami przemocy wewnątrzmałżeńskiej wolą sporadyczną przemoc aniżeli samotność. Wpływ na takie podejście ma charakterystyczna dla ofiar niska samoocena, gdyż ofiary wierzą, że nigdy nie znajdą innego partnera. Ponadto niejednokrotnie kobiety słyszą od swoich partnerów o korzyściach z pozostania w związku z nimi, bowiem obiecują oni, iż nigdy nie użyją

²⁶⁷ Pospiszyl I., *Ofiary chroniczne...*, dz. cyt., s. 83-84

²⁶⁸ Truninger E., *Marital violence: the legal solutions*, „Hastings Law Journal” 1971, nr 23, s. 259-276; za: Browne K., Herbert M., *Zapobieganie przemocy w rodzinie*, PARPA, Warszawa 1999, s. 89, tłum. Małgorzata Babiuch

²⁶⁹ Frude N., *Understanding Family Problems: A Psychological Approaches*, Wiley, Chichester 1991

przemocy. Partnerzy także często „straszą” trudnościami mieszkaniowymi oraz finansowymi związanymi z rozwodem, czy separacją, gdyż wiedzą, że dla kobiet rozpad więzi małżeńskiej jest doświadczeniem bolesnym i silnie angażującym emocjonalnie.

4.1.2. MIEDZYPOKOLENIOWE PRZENOSZENIE PRZEMOCY (MODELOWANIE PRZEMOCY)

Część autorów twierdzi, że często mamy do czynienia z *międzypokoleniowym cyklem przemocy rodzinnej*, w którym dawne ofiary stają się napastnikami wobec swoich najbliższych. W związku z tym, iż fakt ten może wiązać się z modelowaniem, jak również z tym, iż przemoc staje się częścią doświadczenia intymnego związku, należy na ten aspekt zwrócić szczególną uwagę, gdyż może on odradzać się w każdej znaczącej relacji z innymi ludźmi, w tym także z własnymi dziećmi.

W rodzinach dysfunkcyjnych przemoc jest sposobem rozwiązywania wszelkich konfliktów i problemów. Ma to istotny wpływ na dzieci będące świadkami przemocy, które odwzorowują ten model działania w dorosłym życiu. Niejednokrotnie zachowania agresywne u dzieci i młodzieży są efektem naśladownictwa. Często modelem jest rodzic lub inne osoby dorosłe, jak również bohaterowie filmów czy gier komputerowych. Uruchamiany mechanizm identyfikacji z modelem stwarza warunki przyjmowania zachowań, które dzieci ujawniają w różnych sytuacjach. Biorąc pod uwagę podkreślaną przez psychologów nadmierną sugestywność, możemy przyjąć, że „agresja naśladowcza” w znacznym stopniu odnosi się właśnie do nich.

Według Murray A. Strausa²⁷⁰ u dzieci, które były świadkami przemocy, występuje trzykrotnie większe prawdopodobieństwo stosowania przemocy wobec swoich partnerów niż u tych, które nie zetknęły się w swoim środowisku z przemocą. Niewykluczone jest też agresywne zachowanie w swojej przyszłej rodzinie tych dzieci, które były świadkami przemocy swoich rodziców, jak również tych, które doświadczyły jej osobiście.

Ponadto zdaniem Rachel Campell oraz Igel Heiner²⁷¹ u dzieci, które były w dzieciństwie świadkami przemocy, zwiększa się też prawdopodobieństwo stania się ofiarą przemocy, ale nie w formie wyuczonej roli sprawcy, lecz wyuczonej roli bycia

²⁷⁰ Straus M.A., Gelles R.J., Steinmetz S., *Behind closed doors: Violence in the American family*, Anchor Press, Garden City, New York 1980

²⁷¹ za: Gruszczyńska B., *Przemoc wobec kobiet w Polsce. Aspekty prawno kryminologiczne*, Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., Warszawa 2007, s. 27

ofiara przemocy. Należy także podkreślić, że choć dzieci wychowywane w rodzinach, gdzie występowała przemoc, częściej stosują ją w stosunku do swoich rodziców i innych osób niż dzieci pochodzące z rodzin bez przemocy, to mechanizm jej przekazywania nie jest do końca jasny.

4.1.3. TEORIE EKONOMICZNE I STRUKTURALNE

Nieco inny kierunek analiz dotyczących przyczyn stosowania przemocy wobec kobiet ma źródło w podejściu ekonomicznym, gdzie tautologicznie uwzględnia się czynnik ekonomiczny oraz poziom zamożności. W świetle teorii wymiany *kobieta, która nie pracuje i nie posiada wykształcenia zdecydowanie częściej zostaje ofiarą przemocy ze strony partnera*. Jednak okazuje się, że posiadanie pracy i lepsza pozycja społeczna kobiety może również wywoływać frustrację czy rozdrażnienie u partnera i powodować użycie przemocy, jako aspektu przewagi oraz budowania swojej pozycji²⁷².

Jak wskazują – Rebecca E. Dobash i Russell P. Dobash – bicie kobiet posiada długą tradycję manifestowania dominacji mężczyzn. Jak mówią wspomniani autorzy: „(...)mężczyzna, który bije żonę zachowuje się zgodnie z oczekiwaniem społecznym, wedle którego mężczyzna odgrywa rolę dominującą, a kobieta ma być jemu podporządkowana; przemoc służy zachowaniu, utrzymaniu takiej relacji”²⁷³.

Przemoc ze strony partnera, zgodnie z podejściem strukturalnym wynika z podporządkowania kobiety i ma związek z patriarchalnym modelem rodziny. W nurcie tym badacze odwołują się do uwarunkowań historycznych, obyczajowych i społecznych oraz do przedmiotowego traktowania kobiety, a tym samym stawiają ojca, następnie małżonka w roli pierwszoplanowej, dominującego nad kobietą.

Ta utrwalona, władcza rola mężczyzny w kontaktach rodzinnych została transformowana na relacje instytucjonalne i systemowe. Przyczyną przemocy w relacjach partnerskich jest nierówność płci. Prowadzi ona do istotnie mniejszej niezależności ekonomicznej kobiet, szczególnie w momencie zerwania związku, co czyni kobietę zależną od męża bądź partnera.

Nierówność płci, dominacja mężczyzn w życiu zawodowym, społecznym i politycznym, a zatem gorsza pozycja kobiety, niejednokrotnie są przyczynami podpo-

²⁷² Bailey W.C., Peterson R.D., *Gender inequality and violence against women: The case of murder*, [w:] Hagan J., Petersen R.D. (red.), *Crime and Inequality*, Stanford University Press, CA: Stanford 1995, s.174-205

²⁷³ za: Gruszczyńska B., *Przemoc wobec ...*, dz. cyt., s. 27

rządkowania kobiet wymaganiom stawianym przez mężczyzn. Zdaniem badaczy tej problematyki, jest to poważnym elementem ryzyka wiktymizacyjnego i dotyczy relacji indywidualnych, jak również społecznych.

Wiadomo, że przemoc występuje we wszystkich kulturach i środowiskach, nie mniej jednak przeważa ona wśród warstw najbiedniejszych oraz mniejszości etnicznych (ze względu na odmienność standardów kulturowych, dopuszczających nierzadko przemoc). Bezrobocie i stres związany z problemami finansowymi zwiększą ryzyko przemocy wewnątrzrodzinnej. Natomiast przemoc występująca wśród mniejszości etnicznych wiąże się głównie z nierównym dostępem do wymiaru sprawiedliwości.

Według opinii ekspertów Rady Europy, przemoc domowa jest rezultatem istniejących stosunków społecznych, w których ma miejsce nierówność płci i dominacja mężczyzn. Ofiarami przemocy, jak wykazują statystyki, są najczęściej kobiety.

Przemoc wobec kobiet przestała być już sprawą prywatną. Zjawisko to stało się problemem społecznym i politycznym, ponieważ dotyczy naruszania praw człowieka i jego podstawowych wolności. Dlatego też wymaga zaangażowania wielu instytucji, zarówno państwowych, jak i organizacji pozarządowych, których zadaniem jest badanie i monitorowanie tego zjawiska, a także tworzenie systemu przeciwdziałania zjawisku.

4.1.4. WIELOWYMIAROWOŚĆ PRZYCZYN PRZEMOCY ZE STRONY PARTNERA

Wyjaśniając zachowania przemocowe przez partnera należy uwzględnić zarówno czynniki indywidualne, jak i środowiskowe. W podejściu intraindywidualnym, dotyczącym konkretnego agresora, podkreśla się bardzo ważną rolę czynników osobowościowych oraz psychopatologicznych. Szczególną uwagę zwraca się na zaburzenia osobowości sprawców przemocy, ich wiktymizację w dzieciństwie, jak również na dysfunkcjonalne doświadczenia uczenia się²⁷⁴.

Zdaniem Kevina D. Browna²⁷⁵ wieloczynnikowy model przemocy podkreśla znaczenie „sytuacyjnych czynników stresowych”, które są związane m.in. ze stosunkami między małżonkami, z relacjami z dziećmi, czy też ze stresem strukturalnym. Autor wyjaśnia, iż czynniki stresowe, wpływy środowiskowe oraz czynniki związane ze statusem rodziny pośredniczą w relacjach interpersonalnych w rodzinie, doprowadzających

²⁷⁴ Buss A.H., *The Psychology of Aggression*, Wiley and Sons, New York 1961

²⁷⁵ Browne K.D., Herbert M., *Zapobieganie przemocy ...*, dz. cyt., s. 43

do przemocy. Jednakże o tym, czy działanie wskazanych czynników stresowych doprowadzi do przemocy, decydują interakcje w rodzinie.

Do czynników wywołujących stres i frustrację jednostki, które mogą prowadzić do przemocy, można także zaliczyć niskie płace, bezrobocie, złe warunki mieszkaniowe, izolację, warunki pracy, poczucie wyobcowania.

Na gruncie podejścia społecznego występowanie przemocy wobec kobiet w rodzinie wyjaśnia się jako zaburzenie struktur rodzinnych. Odwołując się do zaburzeń struktury autorytetów, twierdzi się, że przemoc osiąga największe nasilenie w przypadku, kiedy żona ma większy wpływ na podejmowanie decyzji. Ma to miejsce zwłaszcza wtedy, gdy mężczyzna cierpi z powodu niskiej samooceny i nieprzychylniej percepcji własnej osoby.

Innym podejściem, w którym także zwraca się uwagę na pozycję społeczną jednostki, jest koncepcja mikro-polityczna. Zakłada ona, że przemoc jednostki stanowi odzwierciedlenie relacji władzy w społeczeństwie. W typowym podejściu feministycznym przemoc wobec kobiet oraz dzieci uważana jest za pochodną ucisku kobiet w społeczeństwie. Richard J. Gelles²⁷⁶ uważa, iż celem przemocy mężczyzn jest w tym podejściu dążenie do przejęcia kontroli na pozostałymi członkami rodziny.

Z kolei David G. Gil²⁷⁷ uważa, że według ujęcia socjologicznego zarówno wartości kulturowe oraz bezkarność tych, którzy modelują zachowania agresywne, wywierają wpływ na stosunek jednostki do przemocy. Od tego z kolei zależy akceptacja agresji jako formy wyrażania emocji i metody kontrolowania innych ludzi. Zdaniem Bruna Hołysta²⁷⁸ przemoc w stosunku do kobiet można traktować jako wynik erozji społeczeństwa i jego podstawowej komórki-rodziny. Zapobieganie jej wymaga kontrolowania takich zjawisk, jak: bezrobocie, transmisja międzypokoleniowa przemocy, wzrost przemocy w otoczeniu oraz mediach, rozpad rodziny, dezorientacja mężczyzn i kobiet co do swoich powinności, alkoholizm, narkomania, pozbawienie ludzi poczucia przynależności i bezpieczeństwa.

Ponadto kulturowo uwarunkowanym źródłem konfliktów w rodzinie jest również współczesny model rodziny nuklearnej – dwu lub trzypokoleniowej. Taki model izoluje ją od najbliższego otoczenia (np. sąsiadów). Sprawia, że ze wszystkimi proble-

²⁷⁶ Gelles R.J., *An exchange social theory*, [w:] Finkelhor D., Gelles R.J., Totaling G.T., Straus M.A. (red.) *The Dark Side of Families*, Sage, CA: Beverly Hills 1983, s. 151-165; por. Hołyst B., *Psychologia kryminalistyczna*, LexisNexis, Warszawa 2006, s. 792

²⁷⁷ Hołyst B., *Psychologia kryminalistyczna* ..., dz. cyt., s. 792

²⁷⁸ Tamże, s. 792

mami rodzina musi borykać się sama, bez żadnego wsparcia z zewnątrz. Ponadto, model ten spowodował wyeliminowanie tzw. cenzora, jakim było przebywanie w domu trzeciej dorosłej osoby, która kontrolowała zachowanie innych, jak również swoją postawą stanowiła pewną blokadę przed ujawnieniem zachowań agresywnych.

4.1.5. PRZYCZYNY POZOSTAWANIA KOBIET W ŚRODOWISKU (SYTUACJI) PRZEMOCY

Zjawisko przemocy w rodzinie przeważnie jest procesem trwającym przez wiele lat. Osoby, głównie kobiety doświadczające przemocy, mają trudności emocjonalne utrudniające im zerwanie z bliską osobą, jaką najczęściej jest sprawca. Wielokrotnie także podejmują one próbę ratowania swojego związku. Dlatego też najtrudniej jest zrozumieć zewnętrznemu, niezależnemu obserwatorowi, związek, w którym mężczyzna znęca się nad kobietą, a ona od niego nie odchodzi.

Chcąc dowiedzieć się, co sprawia, że kobiety doświadczające przemocy żyją dalej z krzywdzicielami, warto przeanalizować wielowymiarowość sytuacji, w której się znajdują, a następnie zastanowić się, jaki rodzaj barier mogą one napotkać na drodze prowadzącej do wyzwolenia. Przeszkody te są bowiem przyczyną utrudniającą wysiłki prowadzące do uwolnienia się spod wpływu partnera stosującego przemoc i skłaniającą do pozostawania w destrukcyjnym związku.

W tej wieloaspektowej analizie użyteczny wydaje się być model opisany w badaniach przez Nancy Grisby i Brendę Hartman²⁷⁹, który powstał jako rezultat wieloletnich badań prowadzonych przy współudziale kobiet. Brały one udział w programach udzielania wsparcia osobom doświadczającym przemocy domowej. W przeciwdziałaniu tego rodzaju przemocy najważniejsze jest – ich zdaniem – przesunięcie nacisku z patologii osobowości, którą obarcza się osoby doświadczające przemocy na społeczeństwo i kontekst sytuacyjny, w którym osoby te pozostają. Wiele osób myśli, że wina leży po stronie osoby krzywdzonej, która się na takie traktowanie zgadza. Rzadziej dopuszcza się sąd, że prawdziwą przyczyną takiego stanu rzeczy jest porażka zarówno niewydolnego systemu prawnego, który pozostawia sprawców bezkarnymi, jak i przyzwolenia społecznego na takie traktowanie osób słabszych.

²⁷⁹ Grisby N., Hartman B., *The barriers model: An integrated strategy for intervention with battered women*, „Psychotherapy” 1997, nr 34 (40), s. 485 – 497

Model barier, opisany przez Grisby i Hartman, stawia osobę doznającą przemocy wobec czterech rodzajów przeszkód: **(a)** barier zlokalizowanych w środowisku, **(b)** barier związanych z rodziną i pełnieniem oczekiwanych ról społecznych, **(c)** barier warunkowanych psychologicznymi konsekwencjami doznawania przemocy, **(d)** barier związanych z doświadczaniem przemocy i zaniedbaniem w dzieciństwie.

Kobiety doświadczające przemocy niejednokrotnie stają twarzą w twarz z problemami z zakresu wszystkich czterech wymienionych obszarów lub doświadczają różnej ich konfiguracji. Wymienione rodzaje barier stają się realnymi przeszkodami na drodze do wolności od przemocy i powodują, że jeśli nawet osoba krzywdzona zdecyduje się opuścić związek, to często w zderzeniu ze zbyt trudną rzeczywistością powraca do partnera, który ją krzywdzi.

Pierwszy typ barier (zlokalizowanych w środowisku) związany jest przede wszystkim z brakiem dostępu do różnego rodzaju informacji, które pozwoliłyby osobie doznającej przemocy uwolnić się od krzywdziciela. Z powodu społecznej izolacji, jaką stosuje wobec nich partner, osoby doznające przemocy mają zbyt mały dostęp do informacji na temat tego, do kogo mogą się zwrócić o pomoc, kto zobowiązany jest do jej udzielenia i jakie są prawne środki powstrzymania partnera od stosowania przemocy.

Poważną przeszkodą w środowisku, która uniemożliwia osobie krzywdzonej opuszczenie związku może być także sam agresor, który stosuje różnorodne taktyki mające powstrzymać kobietę przed odejściem (zastrasza, uniemożliwia złożenie zeznań w sądzie, ogranicza dostęp do dóbr, blokuje konto).

Kolejną barierą zlokalizowaną w środowisku, a utrudniającą osobie doznającej przemocy podjęcie decyzji o odejściu, jest zagrożenie związane z brakiem pieniędzy. Odejście od partnera oznacza zwiększone wydatki (znalezienie nowego miejsca zamieszkania, kupno niezbędnych do codziennego życia przedmiotów, wydatki na jedzenie, utrzymanie dzieci, opłacenie prawnika). Zwykle ten, kto odchodzi zostawia za sobą wszystko. Jest to więc często bardzo trudna decyzja dla tych osób, które muszą zrezygnować z dorobku całego życia. Dodatkową komplikacją jest nieposiadanie przez osobę doznającą przemocy, zatrudnienia, a co za tym idzie pogorszenie warunków finansowych, brak samodzielności kobiety, lęk przed pozostawieniem dzieci oraz obawa przed brakiem społecznej akceptacji wynikająca z faktu zerwania związku. Jest to jeden z najważniejszych aspektów, blokujących skuteczne opuszczenie związku, w którym jest się krzywdzonym.

Zdaniem Emily F. Rothman, Jeanne Hathaway, Andrei Stidsen oraz Heather F. de Vries, u kobiet doświadczających przemocy sam fakt zatrudnienia i uzyskiwania dochodu sprawia, iż czują się one silniejsze i mniej wyizolowane społecznie, posiadają cel w życiu. Bezpośrednie korzyści finansowe, zaangażowanie społeczne i emocjonalne u osób doświadczających przemocy prawdopodobnie stanowią najsilniejszy czynnik wspierający ich poczucie siły i bezpieczeństwa²⁸⁰.

Ponadto Robert F. Bornstein²⁸¹ uważa, że wzmacnianie emocjonalnej i ekonomicznej niezależności osób doświadczających przemocy, redukuje ryzyko ich pozostawania w destrukcyjnym związku. Wydaje się więc, że jest to jeden z aspektów, mogących najsilniej decydować o tym, czy osoba krzywdzona zdecyduje się odejść.

Drugą opisywaną przez Grisby i Hartman sferą, w której mogą być zlokalizowane bariery utrudniające uwolnienie się kobiet od przemocy, jest obszar związany z rodziną oraz ze spełnianiem oczekiwań w stosunku do pełnionych ról społecznych. Proces socjalizacji kobiet w kulturze patriarchalnej uczy je uległości i odstępowania od własnych potrzeb w zamian za bezpieczeństwo i akceptację ze strony społeczeństwa. Podczas wspomnianego procesu socjalizacji kobiety zyskują wiedzę, że tylko posiadanie partnera czyni z nich wartościowe jednostki. Zaczynają identyfikować swoją tożsamość wyłącznie w kontekście związku z partnerem, a co gorsza mają prawo czuć się bezpieczne i spełnione, jedynie wówczas, gdy mają go u swego boku. Zatem dla kobiet wychowanych w takiej kulturze odejście od partnera może być decyzją bardzo trudną do udźwignięcia z powodów tożsamościowych, jak również może stanowić zachwianie poczucia bezpieczeństwa społecznego.

Następnym obszarem, w którym mogą być zlokalizowane przeszkody utrudniające kobiecie doświadczającej przemocy opuszczenie destrukcyjnego związku są bariery związane z psychologicznymi konsekwencjami doznawania przemocy. Wśród nich znajdują się mechanizmy obronne, których osoba krzywdzona używa, by przetrwać. Powszechne jest stosowanie zaprzeczania i minimalizowanie niebezpieczeństwa, co prowadzi do osłabienia zdolności do rzetelnej oceny rzeczywistości i wyboru adekwatnej reakcji, którą w tym przypadku byłoby opuszczenie związku.

²⁸⁰ Rothman E., Hathaway J. Stidsen A., Vries H., *How employment helps female victims of intimate partner violence. A qualitative study*, „Journal of Occupational Health Psychology” 2007, nr 12(2), s. 136-143

²⁸¹ Bornstein R., *The complex relationship between dependency and domestic violence. Converging psychological factors and social forces*, „American Psychologist” 2006, nr 61(6), s. 595-604

Ponadto jednym z psychologicznych wyjaśnień pozostawania kobiet w związkach krzywdzących jest stan, w jakim znajduje się kobieta, powodujący mechaniczną adaptację do zaistniałych warunków i brak jakichkolwiek inicjatyw w kierunku zmiany. Innym wytłumaczeniem jest funkcjonowanie tychże kobiet w cyklu przemocy, tj. rosnącego napięcia, wybuchu agresji i przemocy, po którym następuje spokojny okres, w którym kobiety są przepraszone oraz wynagradzane, gdzie następnie ponownie dochodzi do fazy napięć i wyładowania. Kolejnym wyjaśnieniem pozostawania z partnerem, pomimo doznawanej krzywdy, jest tzw. **Syndrom Sztokholmski**, który może być rozumiany jako reakcja obronna na traumatyczne przeżycie, czyli całkowite podporządkowanie i silne uzależnienie od sprawcy w obawie o własne życie. Jeszcze innym wytłumaczeniem jest występowanie zespołu stresu pourazowego (PTSD), na jaki cierpią ofiary nagłych zdarzeń oraz długotrwałych, powtarzających się urazów, który powoduje m.in. zaburzenia lękowe, psychiczne odrętwienie, gwałtowne zmiany nastrojów oraz zaburzenia fizjologiczne.

Judith Lewis Herman²⁸² uważa, iż oprócz mechanizmów obronnych stosowanych przez osoby poddawane przemocy, także sprawcy wykorzystują specyficzne mechanizmy powodujące doświadczanie przez ofiarę typowych konsekwencji psychologicznych: strachu, zniewolenia, depresji, samoobwiniania, utraty poczucia własnej wartości. Sprawca przemocy zazwyczaj swoją ofiarę poniża, demonstruje wobec niej swoją wszechmoc, stosuje strategię „prania mózgu”. Izoluje swą ofiarę od środowiska, rodziny i informacji, by odciąć możliwość jej ucieczki.

Ostatnim, czwartym obszarem barier, stanowiącym przeszkodę w uwolnieniu się osoby doznającej przemocy spod dominacji sprawcy są skutki związane z doświadczaniem przemocy i zaniedbania w dzieciństwie. Skutki te stanowią podatny grunt do rozwoju trzech wymienionych powyżej obszarów barier. Doświadczanie przemocy w dzieciństwie staje się sygnałem na całe życie, że każda osoba może i ma prawo krzywdzić, skoro krzywdziły ją najbliższe osoby, mimo, iż powinny chronić.

Takie przekonanie wyniesione z najwcześniejszych lat stwarza podatność na godzenie się na przemoc w dorosłym życiu. Okazuje się więc, że nawet wewnętrzne bariery osadzone w „umysłowości” osoby doznającej przemocy, w istocie pochodzą z zewnątrz – z kontekstu społecznego i kulturowego.

²⁸² Herman J. L., *Przemoc. Uraz psychiczny i powrót do równowagi*, dz. cyt.

4.2. OSOBOWOŚĆ JAKO SYSTEM PRZEKONAŃ O SOBIE I ŚWIECIE W KONTEKŚCIE CHARAKTERYSTYKI OSOBOWOŚCIOWEJ KOBIET – OFIAR PRZEMOCY

Termin „osobowość” to centralne pojęcie psychologii. Mimo tego szczegółowego statusu nie jest to termin łatwy do jednoznacznego zdefiniowania. W 1949 roku Gordon Willard Allport wyróżnił ponad 50 definicji osobowości, klasyfikując je jako filozoficzne, prawne, socjologiczne, biospołeczne i psychologiczne, te ostatnie zaś podzielił na ujmujące osobowość jako:

- a) zespół cech,
- b) zorganizowany zespół cech,
- c) hierarchicznie zorganizowany zespół cech,
- d) styl przystosowania,
- e) to, co indywidualnie i niepowtarzalne²⁸³.

Tadeusz Tomaszewski podzielił teorie osobowości na eksternalizacyjne (warunków zewnętrznych – małych grup i dużych grup, będące odpowiednio teoriami psychologii społecznej i uczenia się oraz socjologicznymi) oraz internalizacyjne (stricte psychologiczne) dzielące się na teorie cech oraz teorie mechanizmów regulacyjnych²⁸⁴.

Analizowanie osobowości w kategoriach cech ma długą tradycję i doprowadziło do powstania teorii typów jako zespołów cech (m.in. H.J. Eysenck), teorii wymiarów jako dwubiegunowych dymensji (np. teoria „Wielkiej Piątki” – P. Costa i R. McCrae) czy teorii czynników, czyli cech ukrytych, wyodrębnianych poprzez analizy statystyczne (np. teoria R. Cattella)²⁸⁵.

W każdym z tych ujęć cecha to „dyspozycja do reagowania w określony sposób” (z określonym prawdopodobieństwem – przyp. J.C.) wspólna wszystkim ludziom (cecha nomotetyczna) lub niepowtarzalna (cecha idiograficzna)²⁸⁶.

Reprezentowana dla podejścia opartego o cechę definicja osobowości, autorstwa G.W. Allporta mówi, że „*osobowość to dynamiczna organizacja wewnątrz jednostki, obejmująca te układy psychofizyczne, które decydują o specyficznych sposobach przystosowania się do środowiska*”²⁸⁷.

²⁸³ za: Sęk S., *Wybrane metody badania osobowości*, ATK, Warszawa 1983, s. 7-8

²⁸⁴ Tomaszewski T., *Główne kierunki współczesnej psychologii*, PWN, Warszawa 1965

²⁸⁵ Strelau J., *Psychologia różnic indywidualnych*, Scholar, Warszawa 2002

²⁸⁶ Tamże, s. 167

²⁸⁷ Tamże, s. 167

4.2.1. OSOBOWOŚĆ W NURCIE PSYCHOLOGII POZNAWCZEJ – UJĘCIE OGÓLNE

Teorie mechanizmów regulujących zachowanie, czy czynności ludzkie (osobowość) to najczęściej teorie mechanizmów popędowo-emocjonalnych oraz teorie poznawcze. Podobnie jak dla opisanego wcześniej podejścia centralnym terminem jest „cecha”. W tym przypadku kluczowe znaczenie przypada „standardom regulacji”. Są nimi wrodzone lub nabyte potrzeby (dla mechanizmów popędowo-emocjonalnych) lub oczekiwania ukształtowane na podstawie uprzednich doświadczeń (dla mechanizmów poznawczych), a spajające związek działań poprzednich i następnych (np. w ramach modelu T-O-T-E)²⁸⁸.

Jak twierdzą Mirosław Kofta i Dariusz Doliński teoria cech dąży do odpowiedzi na pytanie *„jakie właściwości człowieka decydują o stałości i międzysytuacyjnej spójności jego zachowań”*, natomiast *„poznawcza psychologia osobowości szuka odpowiedzi na (...) pytanie: w jaki sposób osoba funkcjonuje”*²⁸⁹. W konsekwencji bada reprezentacje poznawcze (np. przyswojone normy moralne) oraz programy aktywności (np. strategie życiowe)²⁹⁰. W tym rozumieniu podstawowe funkcje osobowości, to: konstruowanie poznawcze (nadawanie znaczenia doświadczeniu), ewaluacja ludzi, zdarzeń i świata, programowanie działań i sterowanie działaniami²⁹¹.

Do najbardziej znanych przedstawicieli podejścia poznawczego należą: G Kelly, Fritz Haider, Leon Festinger, Albert Ellis, a na gruncie polskim Janusz Reykowski i Wiesław Łukaszewski (wskazuję prekursorów).

W podrozdziale tym dokonam syntetycznego ujęcia ukazania wpływu, jaki osobowość wywiera na funkcjonowanie osób w interesującym mnie obszarze problemowym, co stanowi podstawę określenia specyfiki osobowościowej osób doświadczających przemocy, a także kryterium oceny zmian dokonujących się w procesie terapeutycznym kobiet – ofiar przemocy domowej.

Za punkt wyjścia przyjąłam wskazanie na termin „struktura poznawcza”. Jest to zbiór informacji zorganizowanych wokół określonego tematu oraz relacji, jakie między tymi informacjami zachodzą. Istotna jest zarówno treść struktury, jak i jej cechy for-

²⁸⁸ Miller G.A., Galanter E., Pribram K.H., *Plany i struktura zachowania*, PWN, Warszawa 1980, tłum. Aldona Grzybowska, Adam Szewczyk

²⁸⁹ Kofta M., Doliński D., *Poznawcze podejście do osobowości*, [w:] Strelau J. (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 2, GWP, Gdańsk 2000, s. 562

²⁹⁰ Tamże, s. 562

²⁹¹ Tamże, s. 564

malne (tzw. styl poznawczy decydujący o sposobie wykorzystania informacji)²⁹². Struktury te nazywane są też schematami (aczkolwiek B. Wojciszke wymienia również skrypty i stereotypy²⁹³), czyli struktury poznawcze, które „organizują informacje i dzięki temu wpływają na to, jak spostrzegany i reagujemy na kolejne informacje związane z przedmiotami fizycznymi, ludźmi i zdarzeniami”²⁹⁴.

Organizację struktur z punktu widzenia treści ujmuje się rozmaicie. Łukaszewski wyróżnił: strukturę „ja”, strukturę „inni ludzie”, strukturę „relacje” oraz strukturę „programy działania”²⁹⁵. Reykowski, w jednej z wersji swojej teorii wyróżnił: mechanizmy popędowo-emocjonalne, sieć poznawczą, sieć wartości oraz sieć operacyjną²⁹⁶. Każda struktura funkcjonuje w wersji modelu („jak jest, np. ja „realne”) oraz wizji („jak powinno być, jak mogłoby być”, np. ja „idealne”).

Z punktu widzenia tematu pracy ważne jest jak osoba doświadczająca przemocy:

- a) postrzega siebie,
- b) postrzega świat,
- c) postrzega własne relacje z innymi ludźmi,
- d) postrzega własne życie.

Zawartość i organizacja struktury „ja” wyznacza poczucie własnej wartości, poziom samoakceptacji, poziom samoświadomości i inne istotne stany „ja”. Każda przypisywana sobie właściwość podlega opisowi, ocenie i ważeniu²⁹⁷. Opis stwierdzenie stanu faktycznego, który różni się u ludzi zakresem, np. niektórzy odnoszą do siebie wiele cech, inni – nieliczne. Można przewidywać, że ofiary przemocy dysponują wąskim zakresem atrybutywnych cech. Ocena to usytuowanie cechy na wymiarze „pozytywne - negatywne” (*de facto* wymiar samoocen), gdzie również można wnioskować, że w obrębie własnej osoby przeważają oceny negatywne, a w konsekwencji – system negatywnych samoocen. Przewaga negatywnych samoocen kształtuje niskie (zwykle zaniżone) poczucie własnej wartości. Ważenie to przypisane właściwościom określonego znaczenia na wymiarze „ważne-nieważne” (ofiary przemocy mogą wskazywać tendencję do minimalizowania znaczenia własnych cech). Rozbieżność między „ja” realnym a „ja” idealnym wyznacza poziom samoakceptacji. Jeżeli jest znaczna, wówczas poziom ten jest niski, jeżeli niewielka – wysoki. Optymalna, motywująca jest umiarkowana

²⁹² Strelau J., *Psychologia różnic*, dz. cyt., s. 168

²⁹³ Wojciszke B., *Człowiek wśród ludzi*, Scholar, Warszawa 2003

²⁹⁴ Pervin L.A., John O.P., *Osobowość. Badania i teoria*, UJ, Kraków 2002, s. 532

²⁹⁵ Łukaszewski W., *Osobowość: struktura i funkcje regulacyjne*, PWN, Warszawa 1976

²⁹⁶ Reykowski J., *O rozwoju osobowości*, „Studia Filozoficzne” 1981, nr 1.

²⁹⁷ Łukaszewski W., *Struktura ja a działanie w sytuacjach zadaniowych*, UWr., Wrocław 1978

rozbieżność w tym zakresie. Zapewne ofiary przemocy cechuje wysoki poziom samoakceptacji (przy niskim poczuciu własnej wartości, co oznacza pogodzenie się z bezsensownością zmian) lub poziom niski (w wersji wyobrażonej ofiara postrzega idealny stan jako zupełnie inny, niż rzeczywisty, w związku z czym nie jest motywem do zmian).

Istotne jest, że „ludzie posiadający dany schemat Ja (...) przetwarzają odnoszące się do niego informacje z łatwością, wydobywają związane z nim dane w zachowaniu i stawiają opór względem danych sprzecznych z tymi schematami”, mają więc tendencję do samopotwierdzania się²⁹⁸. Tak więc osoba, która postrzega siebie jako nieodważną, nieasertywną, winną – nie tylko zachowuje się zgodnie ze schematem, lecz również aktywnie stosuje strategie potwierdzające schemat, np. samoutrudniania, czy defensywnego pesymizmu („wiedziałam, że to się stanie”)²⁹⁹.

Otoczający człowieka świat ujmowany jest w kategoriach skryptów. Skrypt to „umysłowa reprezentacja zdarzeń, działań lub ich ciągów”³⁰⁰, czyli wiedza na temat czasowej organizacji zdarzeń, a więc typowego następstwa w czasie. Skrypt zawiera „typowe elementy i okoliczności charakterystyczne dla danego zdarzenia i powtarzające się w większości jego wykonania”³⁰¹. Zapewne ofiara przemocy dysponuje szeregiem skryptów, typu: „awantura, wizyta na policji, składanie i wycofywanie wniosku rozwodowego”. Schematyczność i wyliczalność zdarzeń w rodzinie przemocowej ukazuje, jak sztywne i detaliczne są skrypty sytuacji przemocowych, skoro powtarzają się z przewidywalnym wręcz przebiegiem. Osoba poddawana doświadczeniu przemocy popełnia szereg błędów poznawczych w ocenie sytuacji. Do typowych należą: irracjonalne przekonania (np. „jeżeli wyrażą sprzeciw, zostaną odrzucone”), błędne rozumowanie („skoro się nie udało, nie uda się i teraz”), negatywne przekonania („wszystko robię źle”), nieprzystosowawcze atrybucje („sama jestem winna przemocy”), zniekształcenia pamięciowe („nigdy nic mi się nie udało”), nieprzystosowawcza uwaga („lepiej nie myśleć, co robić i tak się nie uda”), strategie prowadzące do porażki („ulegnę przemocy, bo może być gorzej”)³⁰².

Osoby doświadczające przemocy w stosunku do postrzegania i oceny świata stosują tzw. pesymistyczny styl atrybucyjny, opisany przez Martina E.P. Seligmana³⁰³.

²⁹⁸ Pervin L.A., John O.P., *Osobowość ...*, dz. cyt., s. 569

²⁹⁹ Kofta M., Doliński D., *Poznawcze podejście ...*, dz. cyt., s. 569

³⁰⁰ Wojciszke B., *Człowiek ...*, dz. cyt., s. 58

³⁰¹ Tamże, s. 58

³⁰² za: Pervin L.A., John O.P., *Osobowość ...*, dz. cyt., s. 551

³⁰³ Seligman M.E.P., *Optymizmu można się nauczyć. Jak zmienić swoje myślenie i swoje życie*, Media Rodzina, Poznań 2004, tłum. Andrzej Jankowski

Sukcesy przypisują przypadkowi, porażki zaś sobie. Dla sukcesów stosują wąskie uzasadnienia (sukces zależy od konkretnej sytuacji, splotu wydarzeń i przekłada się jedynie na daną sytuację zadaniową), dla porażek natomiast szerokie (łatwo przenoszą skutki niepowodzeń na całokształt życia).

Postrzeganie relacji ze sprawcą przemocy opisać można w kategoriach ogólnych prawidłowości spostrzeganiu osób. Mają one charakter atrybucyjny, tzn. przypisywania cech na podstawie obserwacji zachowania.

Ofiara przemocy dokona atrybucji w kategoriach czynników stałych i zewnętrznych wobec siebie (czyli w kategoriach cech osobowości partnera) wówczas, gdy „*przy minimalnej możliwości wystąpi usiłowanie, które z kolei ma dwa aspekty: intencję (trzeba chcieć tego działania) i wysilek (trzeba starać się je zrealizować)*”³⁰⁴.

Na rozstrzygnięcie, jaki rodzaj przemocy decyduje o zachowaniu sprawcy, wpływa porównanie działania sprawcy z działaniami innych osób. Jeżeli ofiara przemocy zakłada, że w podobnych sytuacjach inni nie dokonują aktów przemocy, wówczas odpowiedzialność przypisuje sprawcy i wyjaśnia jego cechami. Zgodnie z zasadą dążenia do spójności obrazu drugiej osoby, jeżeli dokonana zostanie atrybucja negatywna, wówczas występuje tendencja do przypisania sprawcy kolejnych negatywnych cech³⁰⁵.

Teoria, która łączy ujęcie tradycyjne z poznawczym jest oryginalną koncepcją osobowości Tadeusza Mądrzyckiego, dla którego osobowość to „*(...) podsystem bardziej ogólnego systemu, który stanowi osoba. Jest to podsystem również naturalny, który ma odpowiednią strukturę: powiązane ze sobą trzy poziomy i cztery składniki. Podstawową funkcję tak rozumianej osobowości jest kierowanie intencjonalną aktywnością człowieka, która najpełniej wyraża się w tworzeniu i realizowaniu planów życiowych. Zachowanie reaktywne natomiast jest głównie zdeterminowane przez sytuację*”³⁰⁶.

Wzmiankowane trzy poziomy, to: poziom wrodzonych dyspozycji, poziom nawyków i poziom świadomości. Poziom wrodzonych dyspozycji obejmuje mechanizmy popędowo-emocjonalne, czynniki temperamentalne i instrumentalne. Dyspozycje popędowo – emocjonalne obejmują potrzeby (najbardziej podstawowe właściwości osobnicze) oraz popędy (motywy o podłożu biologicznym) i emocje (pierwotna forma orientacji w otoczeniu)³⁰⁷.

³⁰⁴ Wojciszke B., *Człowiek ...*, dz. cyt. s., 100

³⁰⁵ Mądrzycki T., *Deformacje w spostrzeganiu ludzi*, PWN, Warszawa 1984

³⁰⁶ Mądrzycki T., *Osobowość jako system tworzący i realizujący plany*, Wyd. GWP, Gdańsk 1996, s. 21

³⁰⁷ Tamże, s. 27-35

Dyspozycje temperamentalne, jako formalne właściwości przejawiające się w każdym zachowaniu niezależnie od treści, ujmuje autor w ujęciu zbliżonym do teorii Hansa J. Eysencka (ekstrawersja – introwersja, zrównoważenie – neurotyzm) oraz teorii „Wielkiej Piątki” Roberta McCrae i Paula Costy (wymiar: sumienność – chaotyczność, ugodowość – agresywność i otwartość – zamkniętość poznawcza)³⁰⁸.

Poziom nawyków obejmuje nawyki pierwotne automatyczne, przyzwyczajenia i nałogi, które mogą być formalne (np. ekspresyjne reakcje nie mające wpływu na zaspokajanie potrzeb) i treściowe (powiązane z obiektami potrzeb)³⁰⁹.

Analiza funkcjonowania ofiary przemocy powinna brać pod uwagę zarówno uwarunkowania temperamentalne, potrzeby i popędy oraz czynniki ekspresyjno-emocjonalne. Poznawcze ukierunkowanie działania wiąże się jednak najbardziej znacząco z poziomem świadomości. Tadeusz Mądrzycki przyjmuje tu stanowisko przytaczanych już Georga A. Millera, Eugena Galantera i Karla H. Pribrama, iż „(...) *świadomość jest w swej istocie zdolnością do tworzenia własnych planów, a wola jest zdolnością do ich realizacji*”³¹⁰.

Świadomość wiąże się z możliwością działania, to zaś rozumie autor jako „*zespół czynności dowolnie podjętych, zorientowanych na cele i wolicjonalnie kontrolowanych, na które to czynności składa się planowanie, realizacja planu oraz ocena jego wykonania*”³¹¹. Planowanie obejmuje głównie ustalenie celu działania („co”) oraz jego operacjonalizację („kiedy, jak, gdzie”)³¹². Podstawowe wyznaczniki planów życiowych stanowią³¹³: **(a)** orientacja przyszłościowa i odraczanie gratyfikacji (w przypadku ofiar przemocy ta składowa może wykazywać ograniczenia ze względu na ruminalację i ukierunkowanie prezentystyczne („życie chwilą”); **(b)** motywacja wewnętrzna (rozumiana jako autodeterminacja, który to element można uznać również prawdopodobnie za zawodny u ofiar przemocy); **(c)** zainteresowania (też zwykle ograniczone przez dążenie do minimalizacji strat życiowych); **(d)** pogląd na świat (zespół przekona dotyczących natury świata wraz ze wskazaniem co do postępowania); można suponować, że u ofiar przemocy jest on zawężony, mało otwarty, nieracjonalny i sztywny; **(e)** system wartości ostatecznych i instrumentalnych.

³⁰⁸ Tamże, s. 35-49

³⁰⁹ Tamże, s. 49-54

³¹⁰ Miller G., Galanter E., Pribram K.H., *Plany i...*, dz. cyt., s. 142

³¹¹ Mądrzycki T., *Osobowość jako ...*, dz. cyt., s. 65

³¹² Tamże, s. 73

³¹³ Tamże, s. 84-110

Jak twierdzi Mądrzycki „warunkiem tworzenia przez jednostkę planów na przyszłość jest jej umiejętność odraczania zaspokojenia potrzeb, czyli odraczania gratyfikacji, która idzie w parze z rozwojem motywacji wewnętrznej (w tym zainteresowań) uniezależniającej jednostkę od aktualnych zewnętrznych bodźców i nagród”³¹⁴.

Ze względu na wspomniane ograniczenia plany życiowe ofiar przemocy musi cechować specyfika. Przyjmując założenie, że plany życiowe dotyczą spraw istotnych, są aktualne w dłuższej perspektywie czasowej, obejmują znaczną część aktywności jednostki, oraz że odzwierciedlają jej potrzeby³¹⁵ oczywiste jest, że w przypadku ofiar przemocy wiążą się one z próbami zaadaptowania się do sytuacji życiowej - w mniejszym stopniu do jej radykalnej zmiany. Kształtowanie planów zależy też od poglądu na świat, systemu wartości oraz pojęcia własnej osoby – w tym aspekcie analizy Mądrzyckiego zgodzę się z już omówionymi poglądami reprezentantów szkoły poznawczej.

4.2.2. OSOBOWOŚĆ JAKO SYTSEM PRZEKONAŃ W KONCEPCJI SEYMOURA EPSTEINA

W koncepcję poznawczą osobowości w ujęciu Mądrzyckiego, dobrze wpisuje się i ją uzupełnia koncepcja Seymoura Epsteina, który osobowość rozumie jako system przekonań stanowiących wynik uczenia się, zaś warunkowany podstawowymi potrzebami człowieka. Warto wskazać, że **przekonania** na temat świata i natury ludzkiej, tzw. potoczne teorie rzeczywistości³¹⁶, **pełnią ważne funkcje regulacyjne**: wpływają na zachowanie; stanowią mataregulator oddziałujący na powstawanie mniej uogólnionych sądów; zaś w rezultacie mają znaczenie dla funkcjonowania społecznego jednostki. Pozwalają przewidywać reakcję na odrzucenie społeczne, cele stawiane sobie w relacjach z innymi, zachowanie w sytuacjach trudnych, także w relacjach z partnerem, wpływają na sposób oceniania innych ludzi, przypisywane im intencje działania oraz przyczyny ich zachowań, zaś zwrotnie pozwalają przewidywać też zachowania jednostki podejmowane wobec innych.

Ogólnie rzecz ujmując, przekonania mogą mieć charakter **adaptacyjny** (przekonania pozytywne), lub charakter **dezadaptacyjny** (przekonania negatywne). Zwykle są

³¹⁴ Tamże, s. 110

³¹⁵ Tamże, s. 111

³¹⁶ Dweck C.S., *Self-theories: Their Role in Motivation, Personality, and Development*, Psychology Press, Philadelphia 2000; Pervin L.A., *Psychologia osobowości*, GWP, Gdańsk 2002, tłum. Marek Orski; Lachowicz-Tabaczek K., *Potoczne koncepcje świata i natury ludzkiej: ich wpływ na poznanie i zachowanie*, GWP, Gdańsk 2004;

powiązane ze sobą i tworzą system, który nadaje sens spostrzeganej i doświadczanej rzeczywistości oraz stanowią element szerszego, całościowego systemu, obejmującego reakcje emocjonalne, cele i strategie behawioralne³¹⁷.

Jako wyjściową dla przyjętego problemu badawczego i dokonywanych analiz, przyjęto **poznawczą teorię osobowości** Seymoura Epsteina³¹⁸. Teoria ta koncentruje się na tym, jak człowiek rozumie świat i siebie samego, a także jak działa w świecie stosownie do tego, jakie ma o nim i o sobie przekonania³¹⁹.

Osobowość definiuje się w tym ujęciu jako zbiór poglądów i przekonań ludzi na temat rzeczywistości, sposobów przetwarzania informacji i tłumaczenia wydarzeń³²⁰. Poznawcze elementy osobowości stanowią: **(a) schematy**, czyli kategorie porządkujące wiedzę o świecie i o sobie (Ja); **(b) atrybucje**, czyli przyczyny przypisywane zdarzeniom; **(c) przekonania**, a więc poglądy, że coś jest prawdą lub nie.

Nie budzi wątpliwości, że jeśli osobowość traktowana jest jako system odpowiadający za poznawanie rzeczywistości, nadawanie jej znaczeń i zgodne z tym zachowanie, przekonania odgrywają istotną rolę w konstruowaniu poznawczym³²¹.

Przekonania³²² jako jeden z istotnych elementów struktury osobowości mogą dotyczyć świata fizycznego, innych ludzi i nas samych, lub mogą przybierać postać uogólnionych sądów dotyczących natury rzeczywistości, a więc np.: **świat** jest przewidywalny, sprawiedliwy, dominują w nim wydarzenia dobre vs jest pełen chaosu i niesprawiedliwości, zaś dominują w nim złe zdarzenia, stąd jest przychylny bądź nieprzychylny dla jednostki; **inni ludzie** są źródłem wsparcia vs stanowią zagrożenie dla reali-

³¹⁷ Mischel W., *Toward an integrative science of the person*, "Annual Review of Psychology" 2004, nr 55, s. 1-22; Oleś P.K., *Wprowadzenie do psychologii osobowości*, Scholar, Warszawa 2003; Pervin L.A., *Osobowość*, dz. cyt.

³¹⁸ Epstein S., *Cognitive-experiential self-theory*, [w:] Pervin L.A. (red.), *Handbook of personality theory and research. Theory and research*, Guilford Publications, Inc, New York 1990, s. 165-192; Tenże, *Cognitive-experiential self-theory. Implications for developmental psychology*, [w:] Gunnar M., Sroufe L.A. (red.), *Self-processes and Development*, Vol. 23. Minnesota Symposia on Child Psychology, Erlbaum, NJ: Hillsdale 1991a, s. 79-123; Tenże, *Cognitive-experiential self-theory. An integrative theory of personality*, [w:] Curtis R. (red.), *The Relational Self: Convergences in Psychoanalysis and Social Psychology*, Guilford, Nowy Jork 1991b, s. 111-137; Tenże, *Conscious and unconscious self-esteem from the perspective of cognitive-experiential self-theory*, [w:] Kernis M.H. (red.), *Self-Esteem: Issues and Answers*, Psychology Press, New York 2006, s. 69-76

³¹⁹ Oleś P.K., Drat-Ruszczak K., *Osobowość*, [w:] Strelau J., Doliński D. (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, GWP, Gdańsk 2008, s. 702

³²⁰ Pervin L.A., *Osobowość*, dz. cyt., s. 79

³²¹ Kofta M., Doliński D., *Poznawcze podejście do osobowości*, [w:] Strelau J. (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 2, GWP, Gdańsk 2004, s. 581-593

³²² Bandura A., *Social Foundations of Thought and Action. A Social Cognitive Theory*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, New York 1986; Oleś P.K., Drat-Ruszczak K., *Osobowość*, dz. cyt., s. 651-764; Doliński D., *Orientacja defensywna*, Instytut Psychologii PAN, Warszawa 1993; Lachowicz-Tabaczek K., *Potoczne koncepcje świata ...*, dz. cyt.; Łaguna, M., *Przekonania na własny temat i aktywność celowa*, GWP, Gdańsk 2010

zowanych celów; **Ja** to osoba konstruktywnie radząca sobie z przeciwnościami, trudnościami vs osoba, którą doświadczane przeciwności załamują bądź zniechęcają.

Jak wskazałam wcześniej, z wielu poznawczych koncepcji osobowości wybrano, jako wyznaczającą zakres analizowanych zmiennych, **poznawczo-doświadczeniową teorię Ja** Seymoura Epsteina³²³.

Teorie, jakie wskazuje Epstein jako podstawowe dla wyjaśniania sposobu konstruowania własnej osobowości, odnoszą się do: (a) **teorii świata** (*world theory*), np. świat jest wrogi *versus* przyjazny, przewidywalny vs nieprzewidywalny; (b) **teorii siebie** (*self theory*), np. Ja jest wartościowe vs bezwartościowe, kochane vs niekochane; (c) **teorii relacji „Ja-swiat”**, która wyznacza przekonania o kontroli, własnej skuteczności, możliwości modyfikowania świata, lub przekonania o braku takich możliwości.

Człowiek – zdaniem Epsteina – przetwarza informacje o sobie i świecie w ramach dwóch systemów, które stanowią składowe teorii (*building blocks*) i obejmują:

1. **System racjonalny**, czyli przekonania (świadome, jawne, teoria siebie i świata), których źródłem są własne doświadczenia i przekaz społeczny (kulturowy). Jest to system specyficznie ludzki, a problemy rozwiązuje się tu angażując myślenie i rozumowanie. Jego działanie jest świadome, ukierunkowane, zwykle ma charakter werbalny, jest niezbyt szybkie, wymaga wysiłku, ma charakter abstrakcyjny, analityczny i wolny od bezpośredniego wpływu emocji. Przekonania przyswajane są dzięki logicznemu wnioskowaniu i racjonalnemu opracowaniu doświadczeń (np. *ktoś jest przesadnie uprzejmy, może mieć ukrytą intencję*).
2. **System doświadczeniowy**, czyli schematy (przedświadome, ukryte teorie siebie i świata), będące generalizacjami własnych, emocjonalnie ważnych doświadczeń (schematy opisowe i motywacyjne). Jest to system automatycznego uczenia się, który występuje u człowieka i zwierząt, zaś warunkuje elementarne procesy przystosowania. System ten działa w sposób przedświadomy, automatyczny, niewerbalny, skojarzeniowy, szybki, bezwysiłkowy, konkretny i całościowy. Jest silnie związany z emocjami, a informacje zdobywane są w toku bezpośredniego doświadczenia, na podstawie którego tworzą się schematy reagowania (np. *nie można ufać obcym*).

Schematy mogą mieć charakter opisowy (np. *jestem osobą dobrą*), lub motywacyjny (np. *jeśli się postaram, mogę osiągnąć wszystko*).

³²³ Oleś P.K., Drat-Ruszczak K., *Osobowość*, dz. cyt., s. 702-705; por. Epstein S., *Cognitive-experiential self-theory*, dz. cyt.; Tenże, *Conscious and unconscious self-esteem...*, dz. cyt.

System racjonalny i doświadczeniowy działają równolegle, co nie oznacza, że nie zachodzą między nimi interakcje, a także oba mają wpływ na zachowanie, choć w różnych sytuacjach oddziałują na nie w różnym stopniu. System doświadczeniowy odgrywa główną rolę w zachowaniu codziennym, a racjonalny w aktywności edukacyjnej i zawodowej³²⁴.

W systemie doświadczeniowym tworzy się automatycznie ukryta teoria osobowości, której składowe stanowią: teoria Ja, teoria świata i teoria powiązań między nimi. Schematy porządkowane są tu hierarchicznie w sieci poznawczo-emocjonalnej, zaś interakcje między nimi zachodzą w dwóch kierunkach i pełnią specyficzne funkcje: **(a)** systemy wyższego rzędu (przekonania) zapewniają stabilność i ogólność; **(b)** systemy niższego rzędu (reakcje) zapewniają giętkość i specyficzność (szczegółowość). Zakwestionowanie schematu wyższego rzędu może zagrażać wewnętrznej organizacji systemu, stąd wywołuje automatyczne reakcje emocjonalne, co może wyzwalać zachowania obronne, prowadzące do zaburzeń w zachowaniu.

W systemie tym aktywne są *cztery potrzeby podstawowe*, które są jednakowo ważne, ale każda z nich może zdominować pozostałe, gdyż zachowanie jednostki stanowi pochodną wpływów potrzeb aktywnych w danym momencie czasu. Z potrzebami skojarzone są *cztery podstawowe przekonania*, które tworzą się w toku ich realizacji. Potrzeby i przekonania bezpośrednio wpływają na uczucia, myśli i zachowanie, dlatego też trafnie odzwierciedlają osobowość człowieka. Ich wpływ zależy jednak od wzajemnych interakcji pomiędzy nimi (np. inny jest wpływ negatywnych przekonań na temat świata i pozytywnych na temat siebie, a inny negatywnych przekonań na temat siebie i pozytywnych na temat świata), oraz od sposobu zaspokajania potrzeb jednostki – harmonijnego vs konfliktowego. Zaspokajanie potrzeb wyznacza dynamiczną równowagę między nimi, stanowiąc zazwyczaj pewien kompromis: jeśli jedna potrzeba zostaje zaspokojona kosztem innych, wtedy potrzeby niezaspokojone oddziałują silniej, co prowadzić powinno do ograniczenia potrzeby dominującej.

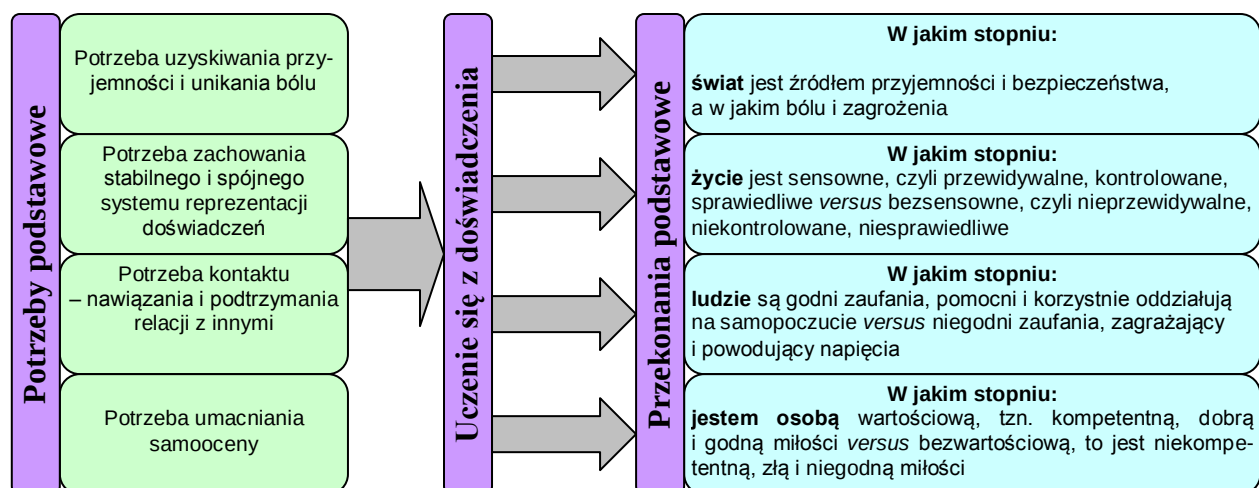
Trwałe zaburzenie równowagi pomiędzy potrzebami a ich ekspresją może prowadzić do różnych form psychopatologii, co stanowiło podstawowe założenie teoretyczne badań dotyczących charakterystyki osobowościowej kobiet – ofiar przemocy, których doświadczenia życiowe – zarówno z rodziny pochodzenia, jak i własnej – mogą

³²⁴ Epstein S., *Conscious and unconscious self-esteem from the perspective of cognitive-experiential self-theory*, dz. cyt., s. 69-76

prorowadzić do trwałego uszkodzenia obu systemów, określających osobowość (przekonań na temat siebie, innych ludzi, świata i własnego życia).

Schematycznie koncepcję potrzeb i skorelowanych z nimi przekonań zestawiono poniżej³²⁵ (Schemat 1).

Schemat 1. Potrzeby i przekonania podstawowe według Seymoura Epsteina³²⁶



W systemie doświadczeniowym kobiet – ofiar przemocy, mogły się ukształtować specyficzne systemy przekonań związane z nastawieniami percepcyjnymi (opisowymi) i motywacyjnymi (ukierunkowującymi działanie), co stanowi wynik zablokowania realizacji podstawowych potrzeb (poczucia własnej wartości, czyli umacniania samooceny; potrzeb afiliacyjnych, czyli nawiązywania i podtrzymywania relacji z innymi ludźmi; poczucia sensowności świata, czyli stabilnego i spójnego systemu reprezentacji doświadczeń; poczucia bezpieczeństwa w świecie, czyli uzyskiwania przyjemności i unikania bólu).

Specyfikę owych przekonań oraz działań i emocji właściwych dla kobiet doświadczających przemocy, próbowałam uchwycić w toku badań własnych, a także określić specyfikę zmian w systemie przekonań, doświadczanych emocji i zachowań, dokonujących się w toku terapii.

³²⁵ Schemat ten jest wynikiem analiz wskazywanej literatury, ale jego formę zaczerpnęłam z nieopublikowanego opracowania Barbary Ostafińskiej-Molik i Ewy Wysockiej (*Nastawienia życiowe młodzieży niedostosowanej społecznie i prawidłowo przystosowanej – analiza porównawcza*) oraz z publikacji Ewy Wysockiej (*Kwestionariusz Nastawień Intrapersonalnych, Interpersonalnych i Nastawień wobec Świata – KNIIS. Podręcznik testu – wersja dla uczniów szkoły ponadgimnazjalnej*, MEN, AFM, Kraków 2011).

³²⁶ Epstein S., *Conscious and unconscious self-esteem from the perspective of cognitive-experiential self-theory*, dz. cyt., s. 69-76; por. Oleś P.K., Drat-Ruszczak K., *Osobowość*, dz. cyt., s. 704

ROZDZIAŁ 5. PRAWNA OCHRONA KOBIET PRZED PRZEMOCĄ W POLSCE

W naszej cywilizacji nastąpił znaczący rozwój technologiczny i naukowy, lecz niewielki postęp w poszanowaniu wartości ogólnoludzkich. Przemoc skierowana przeciwko kobietom jest problemem z zakresu podstawowych praw człowieka.

Obecnie następuje zwrot w tej sprawie, kluczowej dla każdego społeczeństwa. Mężczyzna i kobieta, składowe „elementy” ludzkiej pary, zaczynają być uznawani przez ustawodawcę za równoprawnych obywateli. Wyzwanie, jakie stawia przed nami istnienie przemocy, zwłaszcza przemocy między mężczyznami a kobietami, jest najważniejszym wyzwaniem, jakie stoi przed naszą cywilizacją. W wielu krajach zostały zamienione normy prawne, w niektórych działa system pomocy ofiarom przemocy, ale we wszystkich krajach świata przetrwały w formie endemicznej różne formy dyskryminacji kobiet. Jedną z nich jest przemoc domowa, a ponadto agresja seksualna lub nieobecność (lub niedostateczna obecność) kobiet na szczytach władzy politycznej i ekonomicznej. Państwa, podobnie jak ludzie, przechodzą przez różne etapy rozwoju w zakresie politycznych założeń dotyczących przemocy w relacjach między płciami.

5.1. PRAWO KARNE WOBEC PRZEMOCY

Charakterystyczną cechą polskiej transformacji ustrojowej, dokonującej się od ostatniej dekady ubiegłego stulecia, jest ogólny wzrost przestępczości, m.in. przemocy domowej, widoczny także we wszystkich kategoriach wiekowych.

Ochrona i pomoc pokrzywdzonej kobiecie jest rozumiana jako udzielenie bezpośredniej pomocy fizycznej, medycznej oraz prawnej, w tym także wskazania możliwości skontaktowania się z instytucjami i organizacjami, które mogą udzielić wsparcia, porady prawnej lub pomocy psychologicznej.

W przypadku przestępstw wobec kobiet, takich jak znęcanie się lub zgwałcenie, przestępczość nieujawniona jest dosyć duża. W Polsce kobiety chronione są na mocy przepisów zarówno prawa krajowego, jak i międzynarodowego, gdyż zgodnie z Konstytucją RP, ratyfikowana umowa stanowi część krajowego porządku prawnego.

Prawo polskie obejmuje ochroną ofiary i określa zasady odpowiedzialności karnej sprawców przemocy. Ochronę osób, w tym dzieci, przed przemocą domową gwarantuje Konstytucja RP. Art. 40 mówi, że *„nikt nie może być poddany torturom ani*

okrutnemu, nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu i karaniu. Zakazuje się stosowania kar cielesnych". Kolejny (art. 47) mówi, że „każdy ma prawo do ochrony prawnej życia prywatnego, rodzinnego, czci i dobrego imienia oraz do decydowania o swoim życiu osobistym”. „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, pkt 1). „Rzeczpospolita Polska zapewnia ochronę praw dziecka. Każdy ma prawo żądać od organów władzy publicznej ochrony dziecka przed przemocą, okrucieństwem, wyzyskiem i demoralizacją. Dziecko pozbawione opieki rodzicielskiej ma prawo do opieki i pomocy władz publicznych. W toku ustalania praw dziecka organy władzy publicznej oraz osoby odpowiedzialne za dziecko są obowiązane do wysłuchania i w miarę możliwości uwzględnienia zdania dziecka. Ustawa określa kompetencje i sposób powoływania Rzecznika Praw Dziecka” (art. 72).

W prawie karnym istnieją przepisy dotyczące ochrony przed różnymi formami przemocy: fizyczną, psychiczną i seksualną.

W polskim prawie – do czasu wprowadzenia ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie – przemoc wobec najbliższych była utożsamiana wyłącznie z przestępstwem znęcania się określonym w art. 207 k.k., którego treść brzmi następująco:

§1. *Kto znęca się fizycznie lub psychicznie nad osobą najbliższą lub nad inną osobą pozostającą w stałym lub przemijającym stosunku zależności od sprawcy albo nad małoletnim lub osobą nieporadną ze względu na jej stan psychiczny lub fizyczny, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.*

§ 2. *Jeżeli czyn określony w § 1 połączony jest ze stosowaniem szczególnego okrucieństwa, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10.*

§ 3. *Jeżeli następstwem czynu określonego w § 1 lub 2 jest targnięcie się pokrzywdzonego na własne życie, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od lat 2 do 12.*

Przestępstwo znęcania się zostało uregulowane w Rozdziale XXVI Kodeksu karnego zatytułowanym „Przestępstwa przeciwko rodzinie i opiece”. Znęcanie się musi mieć charakter wielokrotny, powtarzalny, wyjątkowo może to być również działanie jednorazowe, lecz intensywne i rozciągnięte w czasie. Jeśli zachowanie jednorazowe nie posiada powyższych cech traktowane jest jako inne przestępstwo – naruszenie nietykalności, uszczerbek na zdrowiu, groźba karalna. Zaniechanie określonego działania przez sprawcę także może rodzić dla niego odpowiedzialność karną. Do zaistnienia przestępstwa znęcania wystarczy, że sprawca dopuszcza się tylko jednego z rodzajów przemocy

(tzn. psychicznej lub fizycznej). Również wymuszanie współżycia seksualnego, w tym także gwałt w małżeństwie, jest przestępstwem – sprawca może wtedy również odpowiadać z art. 197 k.k.

Krąg osób objętych ochroną przed znęcaniem się jest bardzo szeroki. Obejmuje on bowiem: **(a)** osoby najbliższe w rozumieniu art. 115 §1 k.k., tj. małżonka, wstępnych, zstępnych, rodzeństwo, powinowatych w tej samej linii lub stopniu, osoby pozostające w stosunku przysposobienia oraz ich małżonek, a także osoby pozostające we wspólnym pożyciu; **(b)** osoby pozostające w stałym lub przemijającym stosunku zależności, czyli osoby pozostające w takim stanie faktycznym lub prawnym, w którym ich sytuacja jest (zdrowotna, materialna) zależna od sprawcy. Przykładem zależności prawnej jest konieczność wspólnego mieszkania³²⁷. Natomiast zależność fizyczna może polegać na przekazywaniu środków finansowych potrzebnych do normalnego egzystowania, nawet pod wspólnym dachem; **(c)** osoby małoletnie, tj. osoby, które nie ukończyły 18 lat, nawet jeżeli nie należą do kręgu osób najbliższych; **(d)** osoby nieporadne, tj. osoby, które ze względu na swój wiek, kalectwo, obłązną chorobę lub właściwości psychiczne nie mogą decydować o swoim losie i zmieniać swego położenia³²⁸.

Ponadto ustawodawca ustanowił przepis ogólny, w którego ustawowych znamionach zawierałyby się wszelkie działania sprawcy, w tym także te ścigane z oskarżenia prywatno-skargowego. Jednak ofiary przemocy, przełamując blokady swojego funkcjonowania, będące skutkiem złożonej traumy wynikającej z działań sprawcy, i tak zawiadamiały organa ścigania nie o znęcaniu się nad nimi, tylko o jednym incydencie.

W sytuacjach jednorazowych aktów przemocy sprawca może być ukarany na mocy przepisów kodeksu karnego za: **(a)** uszczerbek na zdrowiu (art. 156 k.k. i art. 157 k.k.); **(b)** narażenie na niebezpieczeństwo (art. 160 k.k.); **(c)** pozbawienie wolności (art. 189 k.k.); **(d)** wykorzystanie bezradności, upośledzenia (art. 198 k.k.); **(e)** przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności; **(f)** groźbę karalną (art. 190 k.k.); **(g)** nadużycie zależności (art. 199 k.k.); **(h)** stręczycielstwo, sutenerstwo, nakłanianie do uprawiania prostytucji (art. 204 k.k.); **(i)** naruszanie nietykalności (art. 217 k.k.); **(j)** stalking-uporczywe nękanie (art. 190a k.k.).

Należy jednak podkreślić, że oskarżenie sprawcy na mocy powyższych artykułów jest niekiedy utrudnione. W przypadku wystąpienia u kobiet obrażeń fizycznych – doznanych w wyniku pobicia przez partnera – jeśli naruszenie czynności narządów ciała

³²⁷ Marek A., *Kodeks karny. Komentarz*, Wyd. Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., Warszawa 2006, s. 384

³²⁸ Tamże, s. 395

lub rozstrój zdrowia nie trwa dłużej niż 7 dni, ściganie sprawcy odbywa się na wniosek osoby pokrzywdzonej, czyli z oskarżenia prywatnego (art. 157 § 4 k.k.). Nawet w sytuacji ciężkich obrażeń, których skutki trwały dłużej niż 7 dni, jeśli sprawcą jest osoba najbliższa dla ofiary, ściganie także następuje na wniosek osoby pokrzywdzonej. Powoduje to niejednokrotnie niewnoszenie oskarżeń przez poszkodowane kobiety, a często ich wycofanie, które spowodowane jest presją ze strony sprawcy.

Jak podaje Andrzej Marek, przestępstwo znęcania się polega na zadawaniu cierpień fizycznych lub psychicznych osobie najbliższej lub pozostającej w stałym lub przemijającym stosunku zależności od sprawcy, albo nad małoletnim czy też osobą nieporadną ze względu na jej stan psychiczny i fizyczny. Znęcanie się jest przestępstwem wieloszynowym (tzn. wielokrotnym), a nie pojedynczym czynem, wypełnia znamiona przestępstwa, chociaż w szczególnych okolicznościach również jeden czyn, o dużym nasileniu i intensywności, może być potraktowany jako przestępstwo z art. 207 k.k.³²⁹.

W praktyce ofiara przemocy (znęcania się) ze strony osoby najbliższej musi dowieść, że było to zdarzenie wielokrotne, powtarzające się. Należy zwrócić szczególną uwagę, przywołując art. 303 k.p.k. oraz art. 304 k.p.k., że przestępstwo znęcania się jest ścigane z urzędu, bez wniosku pokrzywdzonego, a szczególna rola spoczywa na organach państwowych i samorządowych, które mają obowiązek nie tylko do zawiadamiania o przestępstwie, ale także do przedsięwzięcia niezbędnych czynności (do czasu przybycia policji), aby nie dopuścić do zatarcia śladów i dowodów przestępstwa³³⁰.

W praktyce, na którą wskazują doświadczenia organizacji kobiecych, wyegzekwowanie omawianego przepisu, czyli ukaranie sprawcy znęcania się, jest dosyć skomplikowane³³¹. Organy ścigania często czekają na skargę pokrzywdzonej kobiety pomimo tego, iż w takich sytuacjach wystarczy powiadomienie złożone przez organizację pozarządową lub sąsiada. Zatrzymanie mężczyzny, który jest sprawcą przemocy domowej i zastosowanie wobec niego środka zapobiegawczego w postaci tymczasowego aresztowania jest stosowane rzadko, natomiast częściej policja odwozi nietrzeźwych sprawców do izby wytrzeźwień, co przede wszystkim obciąża finansowo rodzinę.

³²⁹ Marek A., *Prawo karne*, C.H. Beck, Warszawa 2000.

³³⁰ Kałdon B.M., *Przemoc wobec kobiet w rodzinie*, [w:] Gąsior K., Sakowicz T., (red.) *Kobieta w rodzinie. Szanse i zagrożenia*, Wyd. Kaligraf, Kielce 2009, s. 234.

³³¹ Nowakowska U., *Kobiety w Polsce 2003. Raport Centrum Praw Kobiet*, Wyd. Oficyna Wydawnicza Mentor, Warszawa 2003.

5.2. PROCEDURA NIEBIESKIEJ KARTY JAKO FORMA KONTROLI PRZEMOCY

Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie ma już ponad 15-letnią tradycję. Jako pierwsi działania służące przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie podjęli psycholodzy, jednak od początku widoczna była konieczność zintegrowania działań terapeutycznych z działaniami prawnymi, podejmowanymi w realizacji wspólnego celu – ochrony ofiar przestępstw w rodzinie przed dalszym krzywdzeniem³³².

Pierwszym usystematyzowanym działaniem prawnym była policyjna procedura interwencyjna „Niebieskie Karty”. Dokument ten został wprowadzony w 1998r. przez Komendanta Głównego Policji, a opracowany został przy udziale Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA)³³³.

Generalnym założeniem powstania procedury było utworzenie standardu postępowania policjantów stykających się z problemem przemocy w rodzinie dla całego kraju i ujednolicenie powstających przy tej okazji dokumentów. Ponadto zakładano cele dodatkowe, takie jak tworzenie lokalnych systemów pomocy ofiarom przemocy przy współpracy różnych osób, instytucji i organizacji; podejmowanie systemowych działań w celu zwiększenia poczucia bezpieczeństwa osób dotkniętych przemocą; wzrost świadomości społecznej na temat przemocy w rodzinie; angażowanie się osób i instytucji w pomoc ofiarom przemocy, co w efekcie miało przyczynić się do zmniejszenia skali tego zjawiska.

Podjęcie działań w kierunku ograniczenia zjawiska przemocy w rodzinie przez Policję wiązało się też ze zmianą stosunku policjanta do ofiar tej szczególnej kategorii przestępstw, którymi najczęściej są kobiety i dzieci.

Po kilku latach wprowadzania procedury okazało się, że zmieniające się warunki społeczne (problem z utrzymaniem rodziny, patologie – głównie alkoholizm, zmieniająca się świadomość ofiar przemocy, zmiany w przepisach prawa) wymusiły potrzebę dostosowania do nich procedury interwencji Policji wobec przemocy domowej.

³³² Polanowski J., *Prawne aspekty przeciwdziałania przemocy w rodzinie – ochrona osób starszych i niepełnosprawnych. Wybrane zagadnienia*, [w:] Jaszczak-Kuźminska D., Michalska K. (red.), *Przemoc w rodzinie wobec osób starszych i niepełnosprawnych. Poradnik dla pracowników pierwszego kontaktu*, PARPAMEDIA, Warszawa 2010, s. 173.

³³³ Zarządzenie nr 25/98 KGP z dnia 10 listopada 1998r. w sprawie sposobu przeprowadzania interwencji domowej przez policjantów wobec przemocy w rodzinie (Dz. Urz. KGP nr 7, poz. 37, nr 12, poz. 78). W 2002r. zmodyfikowane zostały formularze usprawniające procedury (Zarządzenie Nr 21 KGP z dnia 31 grudnia 2002r. Dz. U z 2002r. Nr 7, poz. 58 z późn. zm.).

Dlatego też podstawowym celem procedury *Niebieskiej Karty* jest odnotowywanie przemocy domowej przy każdej interwencji policji oraz przekazanie informacji odpowiednim instytucjom, których zadaniem jest pomoc ofiarom przemocy domowej oraz podjęcie działań prewencyjnych.

Niebieska Karta jest ułatwieniem w gromadzeniu dowodów i dokumentowaniu przemocy w postępowaniu dochodzeniowym, prokuratorskim oraz sądowym. Należy jednak podkreślić, iż procedura *Niebieskiej Karty* ma charakter interwencyjny i nie jest równoznaczna z uruchomieniem sprawy karnej o znęcanie się nad rodziną.

Pierwszy kontakt z ofiarą przemocy w rodzinie to nie tylko interwencje policyjne, ale także obszar pomocy psychologicznej, zaspokajanie potrzeb materialnych, a także działania wobec sprawców przemocy.

Podsumowując, należy stwierdzić, że procedura „*Niebieskiej Karty*” przyczyniła się do lepszego rozpoznania skali zagrożenia przemocą. Policjanci w wielu przypadkach byli pierwszymi osobami informującymi ofiary przemocy o przysługujących im prawach, a także o instytucjach i organizacjach zobowiązanych do udzielenia im pomocy i wsparcia. Dzięki ich działaniom wiele osób zdecydowało się szukać pomocy, wyjścia z sytuacji, która dotychczas wydawała im się beznadziejna.

5.3. USTAWA O PRZECIWDZIAŁANIU PRZEMOCY

Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, uchwalona w lipcu 2005 roku³³⁴, świadczy o postępie w ochronie ofiar przemocy domowej. Jest ona ważnym etapem w ustawodawstwie polskim w zakresie zapobiegania krzywdzeniu i maltretowaniu osób najbliższych. Szczególnie ważne jest w niej to, że po raz pierwszy formalnie w akcie prawnym zdefiniowano przemoc domową, gdyż uprzednio była to właściwie kategoria kryminologiczna oraz społeczna, która nie miała definicji prawnej.

Prawo stanowi zatem, że:

Art. 2. *Ileć w ustawie jest mowa o przemocy w rodzinie – należy przez to rozumieć jednorazowe albo powtarzające się umyślne działanie lub zaniechanie naruszające prawa lub dobra osobiste osób wymienionych w punkcie 1, 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 przemocą³³⁵.*

Definicja ta dotyczy zatem różnych form przemocy: fizycznej, psychicznej, seksualnej, aktów jednorazowych oraz wielokrotnych, a podmiotowo obejmuje także wszystkie osoby pozostające w bliskiej relacji rodzinnej oraz wspólnie zamieszkujące lub gospodarujące.

Ponadto ustawa w pierwszym rzędzie zajmuje się wsparciem i pomocą ofierze przemocy, a następnie określa zadania w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie organom administracji rządowej i jednostkom samorządu terytorialnego.

Nowe³³⁶, obowiązujące od dnia 1 września 2010 roku, przepisy ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, w istocie całkowicie zmieniły kształt tego dokumentu, i to tak dalece, że w zasadzie jest to całkowicie nowy akt prawny.

Ustawodawca poradził sobie z problemem obejmowania ściganiem z urzędu przestępstw prywatno-skargowych. Zdecydował, że jeżeli ofiarą przestępstwa pobicia jest osoba doznająca przemocy w rodzinie, takie czyny będą ścigane z urzędu, niezależ-

³³⁴ Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie uchwalona 29 lipca 2005r. (Dz. U. z 2005r. Nr 180, poz. 1493), weszła w życie po dwóch miesiącach, tj. we wrześniu 2005r. z wyjątkiem art. 6 ust. 4 i 5, który wszedł w życie 1 stycznia 2006r.

³³⁵ Tamże

³³⁶ Polanowski J., *Prawne aspekty przeciwdziałania przemocy...*, dz. cyt. s. 176

nie od tego, czy rozstrój zdrowia osoby pokrzywdzonej będzie określony na mniej lub więcej niż dni 7.

Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie opisuje nie tylko obszary i rodzaje przemocy, ale również narzędzia i działania służące ochronie członków rodziny przed przemocą. Realizacja tych działań wiąże się z możliwością wykorzystania rozwiązań, które znowelizowana ustawa wprowadziła do innych aktów prawnych, między innymi do kodeksu karnego, kodeksu postępowania karnego, kodeksu karnego wykonawczego.

Ponadto ustawa określa formy pomocy osobie dotkniętej przemocą m.in. poradnictwo medyczne, psychologiczne, prawne i socjalne, interwencję kryzysową i wsparcie, ochronę przed dalszym krzywdzeniem poprzez odizolowanie sprawcy lub zakaz kontaktowania się z ofiarą, a na żądanie osoby pokrzywdzonej, zapewnienie schronienia w specjalistycznym ośrodku.

Należy również pamiętać, iż powyższa ustawa służyć ma skoncentrowaniu wspólnego wysiłku różnych służb do realizacji podstawowego założenia – pomocy udzielanej ofiarom przemocy w rodzinie na wielu płaszczyznach, realizowanej poprzez interdyscyplinarne, wspólne działania służb: policji, pomocy społecznej, ochrony zdrowia, oświaty, gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, a także kuratorów, prokuratorów oraz członków organizacji pozarządowych.

Przedstawiciele tych podmiotów mają obowiązek ze sobą współpracować w ramach zespołów interdyscyplinarnych i grup roboczych powołanych do bezpośredniej pracy z rodziną.

Obok ochrony i udzielenia pomocy ofiarom, co jest najistotniejszym zadaniem, ustawa przewiduje dwa inne również ważne działania:

- 1) oddziaływania korekcyjno-wychowawcze wobec sprawcy, których celem jest ograniczenie zachowań agresywnych,
- 2) podnoszenie świadomości społecznej na temat przyczyn i skutków przemocy w rodzinie i tym samym eliminowanie mitów dotyczących przemocy.

5.4. MEDIACJA JAKO ŚRODEK DZIAŁANIA W SPRAWACH PRZEMOCY DOMOWEJ

Nie ma wątpliwości, że w rodzinach, w których stosowana jest przemoc domowa cierpią wszyscy uczestnicy życia rodzinnego.

Jedną z najczęściej stosowanych form pracy z małżeństwem jest terapia małżeńska, która ma na celu kształtowanie pożądaných nawyków oraz wprowadzona w 1997 roku do Kodeksu karnego nowa instytucja, jaką jest *mediacja*.

Według Słownika języka polskiego *mediacja* to pośrednictwo, którego celem jest doprowadzenie do ugody między spierającymi się stronami³³⁷.

Zdaniem Marii Folta *mediacja* to „(...) *włączenie strony trzeciej do bilateralnych negocjacji, rokowań, pertraktacji. Odbywa się ona najczęściej za zgodą stron lub na ich prośbę. Stanowi misję, każdorazowo odmienną, zróżnicowaną zakresami, rodzajem włączenia się w relację stron i sprawę, która stanowi istotę*”³³⁸.

Mediacja jako interwencja w spór lub negocjacje, rozumiana jest także jako sposób rozwiązywania konfliktów przy udziale bezstronnego mediatora, pozwalającego na osiągnięcie porozumienia, które satysfakcjonuje obie strony.

W sprawach rodzinnych mediator pomaga członkom rodziny w przeprowadzeniu trudnej rozmowy w sposób bezpieczny, spokojny, uporządkowany, tak by rozmowa ta zmierzała do rozwiązania konfliktu. Stanowisko to popiera Christopher Moore³³⁹, który podobnie definiuje *mediację* jako interwencję w negocjacje lub konflikt akceptowanej osoby, która pomaga stronom sporu osiągnąć satysfakcjonujące porozumienie. Proces ten prowadzi do poprawy relacji między stronami, przy minimalnych kosztach emocjonalnych i psychicznych.

Można zatem zastanowić się, czy słowo „interwencja” jest odpowiednim określeniem udziału pośrednika w toczących się rozmowach stron. Interwencję wiąże się zazwyczaj z wtargnięciem, nagłym wkroczeniem. Mediator jest tą osobą, która pomaga w wypracowaniu satysfakcjonującego strony porozumienia w toku procesu negocjacyjnego, rokowań, pertraktacji, rozmów; osobą, która staje w roli pośrednika.

³³⁷ Słownik języka polskiego, PWN, Warszawa 1979

³³⁸ Folta M., *Negocjowanie i mediacja w życiu. 32 techniki heurystyczne dla kreatywnego dialogu*, Wyd. FOLTA, Wrocław 2003, s. 130

³³⁹ Moore Ch., *The Mediation Process. Practical Strategies for Resolving Conflict*, Jossey-Bass Publishers, San Francisco 2003, za: Lewicka A., Grudzińska E. (red.), *Mediacja sądowa. Alternatywna metoda resocjalizacyjna*, UMCS, Lublin 2010, s. 67

W konfliktach rodzinnych można rozważać zastosowanie mediacji pomagającej w rozwiązywaniu trudności, ale każdorazowo należy wziąć pod uwagę przede wszystkim interes ofiary i jej stan psychiczny. Chodzi bowiem o to, aby nie mediować w warunkach zdecydowanej asymetrii stron, kiedy osoba pokrzywdzona przystaje na warunki ugody pod presją lub z powodu lęku przed sprawcą.

Kobiety pozostające w związkach przemocowych znajdują się w trudnej sytuacji psychicznej i społecznej. Zalęknienie i utrata pewności siebie oraz zespół stresu pourazowego, często towarzyszący kobietom doświadczonym przemocą powodują, że niekiedy nie mogą one realnie ocenić sytuacji i nawet zgoda na mediację, stanowiąca niezbędny warunek jej rozpoczęcia, może być nie w pełni świadoma, przemyślana.

W Polsce *mediacja*³⁴⁰ jest stosunkowo nową instytucją, wprowadzoną do postępowania karnego, ale jak wynika z badań przeprowadzonych w Instytucie Wymiaru Sprawiedliwości, już w 1999 roku stosunkowo często kierowano do niej sprawy o znęcanie się nad członkiem rodziny.

Skuteczność *mediacji* w sprawach przemocy w rodzinie należy uznać za zadowalającą, gdyż spośród badanych (sprawców czynów z art. 207 k.k. objętych mediacją) jedynie 20% powróciło do przestępstwa, w tym 6% ponownie do dalszej przemocy wobec rodziny.

Obok pozytywnych stron mediacji, prowadzących niekiedy do zażegnania konfliktu, w sprawach dotyczących przemocy domowej należy uwzględnić cały kompleks uwarunkowań psychologicznych, pozycję ofiary i niekiedy jej zdecydowaną niechęć do spotkania się ze sprawcą. W takich przypadkach należy mówić o mediacji pośredniej odbywającej się za pośrednictwem mediatora, który przekazuje ustalenia i propozycje drugiej stronie postępowania mediacyjnego.

Proces *mediacji* jest procedurą posiadającą swoją strukturę, pozwalającą na prowadzenie sporu według pewnego, sprawdzonego w praktyce schematu postępowania. Nie jest to jednak proces łatwy do pokierowania. W wypadku sporów rodzinnych trudności wynikają nie tylko z charakteru problemu, głębokości konfliktu czy źródła konfliktu. Ludzie pozostający ze sobą przez długi czas w bliskich związkach intymnych mają spore kłopoty z funkcjonowaniem zadaniowym i koncentracją uwagi na rozwiązaniu sporu. Siłą rzeczy pojawiają się liczne przeszkody w postaci pewnych utartych

³⁴⁰ Gruszczyńska B., *Przemoc wobec kobiet ...*, dz. cyt., s.170.

przekonań na temat partnera, uproszczonego i tendencyjnego spostrzegania, myślenia, czemu towarzyszą najczęściej silne emocje.

W aspekcie zaprezentowanych definicji mediacji można zauważyć kilka elementów wspólnych. Podkreśla się, że mediacja jest ujmowana jako proces, sposób, interwencja, porozumiewanie się osób będących w konflikcie. Wszystkie te określenia zostały użyte właściwie, gdyż mediacja jest ciągłym procesem interweniowania w sytuacji konfliktu osób skłóconych oraz pośrednika, który wykorzystuje różne sposoby prowadzące do porozumienia się stron. Istotne jest wskazanie zasad jakimi należy kierować się w trakcie rozwiązywanego sporu. Ponadto mediacja niewątpliwie ma swoje zalety, skutecznie przeprowadzona może zdjąć część obowiązków z sędziów czy prokuratorów prowadzących postępowania karne. Dzięki mediacji, albo w ogóle nie dochodzi do postępowania sądowego, albo skraca się je do niezbędnego minimum.

ROZDZIAŁ 6. METODOLOGICZNE PODSTAWY BADAŃ WŁASNYCH

6.1. OGÓLNE ZAŁOŻENIA METODOLOGICZNE I UZASADNIENIE PODJĘCIA BADAŃ

Metodologia jest to nauka o metodach działalności naukowej, które obejmują sposoby przygotowania i prowadzenia badań naukowych oraz opracowywania ich wyników, budowy systemów naukowych, a ponadto utrwalanie w mowie i piśmie osiągnięć nauk. Stąd też wyróżnia się metodologię ogólną zajmującą się problemami metod i systemów naukowych i metodologię szczegółową, badającą metody i systemy wybranych nauk³⁴¹. Metodologia zajmuje się zatem sposobami usprawnienia dochodzenia do stwierdzeń, zagadnień, praw naukowych, pojęć, hipotez, budową teorii i modeli. Dostarcza w ten sposób nauce reguł dotyczących wprowadzania i łączenia w większe struktury tych wszystkich pojęć, będących niezbędnymi do opisywania danej rzeczywistości, a ponadto pozwala dokładnie poznać jakie pojęcia składać się będą na język swoisty wyłącznie dla danej nauki.

Prace badawcze dążą do poznania pewnej rzeczywistości, zjawiska i instytucji, dla uzyskania wiedzy o stanie, przebiegu, perspektywach rozwoju, bądź też dla podjęcia kroków ku ich zmianie, poprawie, lepszemu pokierowaniu, uzyskania lepszych wyników działania i wreszcie dla zdobycia podstaw do uogólnień, zbudowania definicji oraz poznawania praw określających prawidłowości ich rozwoju³⁴².

W przygotowaniu każdej pracy badawczej konieczna jest znajomość określonych podstaw metodologii oraz umiejętności organizowania procesu badawczego.

Badania empiryczne przygotowane w ramach niniejszej dysertacji miały charakter diagnostyczno-weryfikacyjny. W klasycznej metodologii badań społecznych wyróżnia się dwa podstawowe typy, a mianowicie badania diagnostyczne i weryfikacyjne³⁴³, które Tadeusz Pilch³⁴⁴ klasyfikuje jako badania opisujące i wyjaśniające. Głównym celem badań diagnostycznych jest ustalenie cech lub zasad funkcjonowania konkretnego, będącego przedmiotem zainteresowania badacza, wycinka rzeczywistości, który jest podstawowym przedmiotem poznania. Z kolei badania wyjaśniające, nazywane również

³⁴¹ Okoń W., *Słownik pedagogiczny*, PWN, Warszawa 1981, s. 178

³⁴² Pilch T., *Zasady badań pedagogicznych*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 1995, s. 54

³⁴³ Nowak S., (red.) *Metody badań socjologicznych. Wybór tekstów*, PWN, Warszawa 1965; za: Wysocka E., *Doświadczenie życia w młodości - problemy, kryzysy i strategie ich rozwiązywania*, UŚ, Katowice 2009, s. 254

³⁴⁴ Pilch T., Bauman T., *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2001, s. 40-41

eksplanacyjnymi czy weryfikacyjnymi, służą do udzielania odpowiedzi na pytania „dlaczego”, do odkrywania prawidłowości pedagogicznych, jak również mają duże znaczenie teoretyczno-praktyczne. Prawa formułowane na podstawie odkrywania prawidłowości stają się istotnymi składnikami teorii naukowych, zaś dzięki znalezieniu odpowiedzi na pytanie „dlaczego”, pedagodzy oraz terapeuci potrafią określić przyczyny i uwarunkowania zjawisk niepożądanych, co pomaga im w podejmowaniu trafnych decyzji, służących wzrostowi efektów pracy dydaktyczno-wychowawczej oraz terapeutycznej.

Prowadzone badania miały również charakter eksploracyjny o charakterze dynamicznym (*longitudinal studies*). Zdaniem Earla Babbiego: „*badania dynamiczne są tak zaplanowane, aby umożliwić obserwację tego samego zjawiska przez dłuższy czas*”³⁴⁵. W badaniach zastosowano preeksperymentalny schemat badawczy (typ 2) Donalda Campbella i Juliana Stanleya³⁴⁶. Jest to schemat z dwukrotnym pomiarem w jednej grupie (*one-group pretest-posttest design*). Nie ma w nim grupy kontrolnej, ale występują dwa pomiary, przed i po określonym wydarzeniu–działaniu. Przyjęcie tej metody badawczej podyktowane było możliwością dokonania dwukrotnych pomiarów na jednej grupie kobiet – uczestniczek procesu terapeutycznego, w dowolnym (ustalonym przez autorkę dysertacji) odstępie czasowym (w tym przypadku był to odstęp 1 roku).

Z kolei Krzysztof Rubacha, który w obrębie schematu przekrojowego (P) wyróżnia badania poprzeczne i podłużne, twierdzi, iż badania podłużne, które są jednocześnie dynamiczne: „*(...) pozwalają dokonać kilku pomiarów zmiennej losowej w dowolnych odstępach czasu (dniach, tygodniach, miesiącach, latach) w pobranych próbkach schematów QE (quasi-eksperymentalny) i P (przekrojowy)*”³⁴⁷. Badania podłużne są czułe na dynamikę badanych zjawisk, czyli zmiany zachodzące w wartościach szacowanych zmiennych w różnych odstępach czasu, w obrębie tej samej grupy badawczej.

Złożoność podejmowanych w pracy problemów nadała jej charakter interdyscyplinarny, co dokumentują przyjęte założenia teoretyczne, a co w części stąd wynika, skłoniła mnie do dokonania wyboru podejścia jakościowo-ilościowego, które umożliwiło mi konceptualizację i organizację całego procesu badawczego.

W konceptualizacji własnego projektu badawczego należało uwzględnić fakt, iż w obszarze badań pedagogicznych wyodrębnić można dwie orientacje: ilościową

³⁴⁵ Babbie E., *Badania społeczne w praktyce*, PWN, Warszawa 2004, s. 122, tłum. Witold Betkiewicz, Marta Bucholc, Przemysław Gadomski

³⁴⁶ Campbell D., Stanley J., *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Research*, Rand McNally, Chicago 1963, za: Babbie E., *Badania społeczne...*, dz. cyt., s. 253-254

³⁴⁷ Rubacha K., *Metodologia badań nad edukacją*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2008, s. 359-360

i jakościową³⁴⁸, a ostatnio także promuje się paradygmat/strategię badań mieszanych – jakościowo-ilościowych³⁴⁹. Przedłożony projekt badawczy należy do typu projektów mieszanych, wyznaczanych przez założenia filozoficzne (teoretyczne), decydujące jednocześnie o przyjętym paradygmacie badawczym istotnym w badaniach pedagogicznych (pragmatyzm, aktywizm); przyjętej strategii (strategia mieszana) i metodach badawczych (gromadzenie danych ilościowych i jakościowych, analiza jakościowa i ilościowa, interpretacja, zapis i walidacja).

Podejście jakościowe jest odpowiedzią na ograniczenia metod ilościowych i propozycją innego sposobu badania empirycznego. Nie zastępuje strategii ilościowych, ale jest alternatywą, dając badaczowi możliwość wyboru. Decydując się na zastosowanie **strategii ilościowych**, opartych na metodologii pozytywistycznej, zakłada się istnienie świata obiektywnego. Bada więc obiekty, które może poddać pomiarowi i szuka zależności przyczynowo-skutkowych, by móc wywierać skuteczny wpływ na rzeczywistość społeczną. **Strategia jakościowa** nie jest już tak wyrazista i precyzyjna. Badacz, zakładając subiektywny charakter własnego poznania, przyjmuje, że w badaniu rzeczywistości społecznej musi posługiwać się elastycznymi narzędziami, które w razie konieczności będzie mógł przekształcić lub zmieniać. Dzięki temu będzie mógł dotrzeć w głąb badanego zjawiska i poszerzyć jego kontekst³⁵⁰.

W badaniach autorskich zdecydowałam się na zastosowanie orientacji mieszanej, jakościowo-ilościowej, z uwagi na fakt, iż nadrzędnym ich celem było przyjrzenie się poszczególnym przypadkom z różnych perspektyw oraz uchwycenie subtelnych nieraz zależności i uwarunkowań społeczno-kulturowych wpływających na ukształtowanie się u danej jednostki tendencji do stania się „ofiara przemocy”. Chodziło także o ustalenie, jak same badane postrzegają siebie, swoje zachowanie, przekonania i rzeczywistość społeczną, na ile zniekształcona jest ich percepcja.

Decyzja o wykorzystaniu strategii jakościowej – jako uzupełniającej – jest o tyle istotna, że jak dotąd w badaniach dotyczących zjawiska przemocy wewnątrzrodzinnej przeważała strategia ilościowa³⁵¹. Analiza tych badań prowadzi jednak do wniosku, że przy zastosowaniu strategii ilościowych trudno dostrzec indywidualne doświadczenia

³⁴⁸ Por. Wysocka E., *Nowe problemy metodologiczne oraz dylematy badaczy w eksplikacjach lokalnych środowisk wychowawczych w okresie zmiany społecznej*, [w:] Kromolicka B., Radziejewicz-Winnicki A., Noszczyk-Bernasiewicz M. (red.) *Pedagogika społeczna w Polsce po 1989 roku. Przemiany w nauce, obecność międzynarodowa, kręgi tematyczne prac badawczych*, Wyd. ŚWSZ, Katowice 2007, s. 177-190

³⁴⁹ Creswell J., *Projektowanie badań naukowych*, UJ, Kraków 2013, s. 39-41

³⁵⁰ Pilch T., Bauman T., *Zasady badań ...*, dz. cyt. s. 267-268

³⁵¹ Gruszczyńska B., *Przemoc wobec kobiet w Polsce. Aspekty prawno kryminologiczne*, Oficyna Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., Warszawa 2007

życiowe kryjące się za testami statystycznymi i zestawieniami liczbowymi. Nadto, zarówno z perspektywy zorientowanej na zrozumienie, jak i ukierunkowanej na działanie, niejednokrotnie istotniejsze jest wyjaśnienie głębszych przyczyn badanego zjawiska i jego następstw niż jedynie opisanie przejawów danego problemu oraz częstości ich występowania³⁵². Jednak z uwagi na fakt, że przedmiotem badań uczyniono także proces zmiany na skutek prowadzonych oddziaływań korekcyjno-terapeutycznych (pomocowych), w celu zaobserwowania i zweryfikowania założeń o jej efektywności posłużono się także strategią ilościową, pozwalającą uchwycić – często niewielkie – różnice w poszczególnych zakresach, dokonujące się w przebiegu terapii (trwającej 1 rok, co w stosunku do życiowych doświadczeń uczących, a więc schematów postrzegania i postępowania utrwalonych w przebiegu życia, jest czasem bardzo krótkim).

Jak podaje Anna Nowak³⁵³, badania jakościowe nie poddają się wartościowaniu, które można ująć w kategoriach ilości, wielkości, gęstości i częstości. Istotny jest w nich kontekst sytuacyjny, wpływający na niepowtarzalność ludzkich wyborów, zachowań i doświadczeń, czego konsekwencją jest koncentracja na jakości indywidualnego doświadczenia wpływającego na funkcjonowanie społeczne konkretnej osoby. Badania te wykraczają poza ustalone schematy, a ich wartość polega na uchwyceniu punktu widzenia jednostki. Ponadto istotną cechą badań jakościowych jest podejmowanie bezpośredniego kontaktu z badaną rzeczywistością lub grupą poddanych badaniom osób. Badacz tym samym przestaje być neutralnym i anonimowym dla respondentów ekspertem, starając się być nie tylko świadkiem, ale również uczestnikiem badanych zjawisk³⁵⁴. Wymaga to otwarcia na badane osoby, dialogu, odkrywania wewnętrznych przeżyć i odtwórczego ich doświadczenia³⁵⁵.

Podsumowując: w projekcie badawczym, wykorzystanym dla celów badań własnych, wyszłam z założeń filozoficznych (teoretycznych), określających przyjęty paradygmat badawczy, właściwych dla światopoglądu pragmatycznego i aktywistycznego, co ukierunkowało wybór strategii badawczej o charakterze mieszanym (jakościowo-ilościowej) oraz zdeterminowało wybór konkretnych metod badawczych (wywiad, pomiar, analiza jakościowa i ilościowa, interpretacje właściwe obu metodom).

³⁵² Flyvbjerg B., *Pięć mitów o badaniach typu studium przypadku*, „Studia Socjologiczne” 2005, nr 2(177), s. 52

³⁵³ Nowak A., *Bezrobocie wśród niepełnosprawnych*, UŚ, Katowice 2002, s. 99

³⁵⁴ Radziewicz-Winnicki A., *Pedagogika społeczna*, Wyd. Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2008, s. 311

³⁵⁵ Palka S., *Metodologia. Badania. Praktyka pedagogiczna*, Wyd. GWP, Gdańsk 2006, s. 55

Pragmatyzm – jak wskazuje John W. Creswell³⁵⁶ – jako światopogląd zakłada dominację problemów rozstrzyganych w badaniach nad przyjętymi założeniami teoretycznymi, które mogą być pluralistyczne (dokumentują to przyjęte założenia teoretyczne, które mają charakter eklektyczny – zob. rozdział 4). Znajduje zastosowanie w badaniach mieszanych, w których liberalnie wykorzystuje się założenia zarówno ilościowe jak i jakościowe, co powoduje, że badacze dysponują wolnością wyboru w zakresie metod, technik i procedur badawczych, najlepiej odpowiadających celom badania. Nie zakłada się tu dualizmu między rzeczywistością niezależną od umysłu i istniejącą w umyśle osób badanych, stąd możliwość stosowania zarówno metod jakościowych (rzeczywistość subiektywnie doświadczana), jak i ilościowych (obiektywna rzeczywistość).

Aktywizm – według Creswella – zakłada osobiste zaangażowanie i współuczestnictwo, a więc kojarzony jest głównie z badaniami jakościowymi, choć może być wykorzystany także w badaniach ilościowych. Przyjęto tu jego założenia w tym zakresie, który odnosi się do projektowania zmian w badanej rzeczywistości (w praktyce pedagogicznej), co musi dokonywać się we współudziale badacza i osób poddanych badaniu, zaś służy ograniczeniu zjawisk marginalizujących grupy nieuprzywilejowane (kobiety – ofiary przemocy). Jest to ujęcie emancypacyjne, zakładające znaczenie badań dla tworzenia warunków samorealizacji i samostanowienia osób badanych³⁵⁷.

Przyjęte **strategie badawcze** charakterystyczne są dla podejścia mieszanego, a więc w odniesieniu do badań jakościowych zastosowano strategię studiów przypadków (służących dogłębnemu badaniu zakładanego problemu), zaś w zakresie badań ilościowych – zastosowano model nieeksperymentalny (preeksperymentalny), z wykorzystaniem schematu z dwukrotnym pomiarem, właściwy dla badań przekrojowych o charakterze podłużnym i dynamicznym. Ogólnie rzecz ujmując przyjęto procedurę równoległą badań mieszanych, która polega na łączeniu lub scalaniu danych jakościowych i ilościowych w celu wszechstronnej analizy problemu badawczego³⁵⁸.

Przyjęte **metody badawcze** właściwe badaniom mieszanym obejmowały w zakresie badań jakościowych: wywiad, obserwację, dane z dokumentów, analizę narracji

³⁵⁶ Creswell J.W., *Projektowanie badań...*, dz. cyt., s. 36-37

³⁵⁷ Tamże, s. 35-36

³⁵⁸ Tamże, s. 39-40

tekstową, zaś w odniesieniu do badań ilościowych: pomiar z wykorzystaniem różnorodnych narzędzi, dane statystyczne, analizę i interpretację statystyczną³⁵⁹.

6.2. PRZEDMIOT I CELE BADAŃ

Przystępując do opracowania każdej procedury badawczej należy określić przedmiot badań, cele, oraz problemy badawcze, czyli pytania, na które w wyniku dogłębnej analizy badacz próbuje znaleźć odpowiedź.

Zasadniczym celem poznania naukowego jest zdobycie wiedzy maksymalnie: ścisłej, prostej i ogólnej, o jak największej zawartości informacji. Dopiero takie poznanie prowadzi do wyższych form funkcjonowania wiedzy, a są nimi prawa nauki i prawidłowości³⁶⁰. Za podstawowy cel nauki uznaje się dostarczenie wiedzy, którą można zweryfikować. Wiedza ma pomóc społeczeństwu: wyjaśnić, przewidzieć i zrozumieć interesujące go zjawiska empiryczne³⁶¹. Dlatego też badania naukowe stanowią zawsze zespół złożonych czynności mających na celu rozwiązanie nurtujących badacza problemów, które w toku badania chce rozwiązać.

Przedmiotem nauki – określa się ogólnie rzeczywistość bądź jej fragment. W praktyce jednak badanie rzeczywistości sprowadza się do jej „obrazu empirycznego”, zatem jej odwzorowania w doświadczenie poznawcze wyrażone w pojęciach (znaczeniach słów) i sądach, będącymi znaczeniami założeń, twierdzeń lub hipotez, pytań badawczych. W zakres przedmiotu badań pedagogicznych wchodzi wszystkie te zagadnienia, które dadzą się sformułować, wyrazić w języku pedagogiki współczesnej³⁶².

Cel badań naukowych, zarówno jakościowych, jak i ilościowych, jest taki sam – poznanie bądź lepsze poznanie zagadnienia interesującego badacza³⁶³.

Ogólnym celem badań naukowych prowadzonych przeze mnie było poznanie badanej rzeczywistości w interesującym mnie zakresie. Jednakże nie był to jedyny cel, bowiem w badaniach społecznych, szczególnie zaś pedagogicznych „(...) oprócz celu poznawczego ważne jest kształtowanie rzeczywistości społecznej, a w związku z tym

³⁵⁹ Tamże, s. 40-42

³⁶⁰ Pilch T., Bauman T., *Zasady badań pedagogicznych ...*, dz. cyt., s. 23

³⁶¹ Frankfort-Nachmias Ch., Nachmias D., *Metody badawcze w naukach społecznych*, Zysk i s-ka, Poznań 2001

³⁶² Szczęsny W.W., *Metodyka badań pedagogicznych i pisanie prac dyplomowych*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2008, s. 18-19.

³⁶³ Tamże, s. 56

prognosowanie i planowanie przeobrażeń, co umożliwia właśnie stymulowanie procesów społecznych”³⁶⁴.

Badania pedagogiczne są silnie warunkowane przez cele, którym służą, szczególnie zaś przez cele praktyczne (w tym wypadku wyznaczone przez założenia światopoglądu pragmatycznego i aktywistycznego). Przyjęłam, że „(...) **celem** [tych] **badan** jest poznanie umożliwiające skuteczne działanie”³⁶⁵. Założyłam zatem zarówno cele poznawczo – teoretyczne, jak i praktyczne, użyteczne.

W zakresie poznania (**cel poznawczy**) dążyłam do określenia i wyjaśnienia *psychospołecznych mechanizmów funkcjonowania kobiet – ofiar przemocy domowej*, zaś **celem praktycznym** podjętych przeze mnie badań jest: *optymalizacja działań w zakresie organizowania pomocy terapeutycznej dla kobiet – ofiar przemocy domowej*.

Dzięki zebranych danym, dotyczącym doświadczenia życia codziennego, w toku prowadzonych badań indukowana była wiedza o rzeczywistości, która posłużyć może do tworzenia nowej teorii, opisującej poznawane zjawisko³⁶⁶, a także służącej projektowaniu działań zmieniających rzeczywistość w kierunku jej optymalizacji.

Przedmiotem badań społecznych według Janusza Sztumskiego „(...) *jest wszystko to, co składa się na rzeczywistość społeczną*”³⁶⁷, a zatem zarówno zbiorowości i zbiory społeczne, instytucje społeczne, jak i procesy oraz zjawiska społeczne. Zgodnie z tym założeniem **przedmiotem badań w niniejszej pracy jest dynamika przemian psychospołecznego funkcjonowania kobiet – ofiar przemocy domowej w trakcie procesu terapeutycznego dokonana na tle charakterystyki, struktury zjawiska i dynamiki przemocy w rodzinie na określonym obszarze (powiat Polkowicki)**.

³⁶⁴ Sztumski J., *Wstęp do metod i technik badań społecznych*, UŚ, Katowice 2005, s.21

³⁶⁵ Pilch T., Bauman T., *Zasady badań ...*, dz. cyt. s. 56

³⁶⁶ Pilch T., Bauman T., *Zasady badań ...*, dz. cyt. s. 291

³⁶⁷ Sztumski J., *Wstęp do metod i technik ...*, dz. cyt., s.18

6.3. PROBLEMY, PYTANIA BADAWCZE I HIPOTEZY

Badania naukowe stanowią zawsze zespół złożonych czynności mających na celu rozwiązanie nurtujących badacza problemów. Określenie „*problem*” w semantycznej konstrukcji wskazuje, że należy zmierzyć się z rodzajem pytania wymagającego rozwiązania. Jego źródłosłów wywodzi się z języka greckiego (*problema*) i daje się tłumaczyć jako „*przeszkoda*”, „*trudność*”. Ważność „*problemu*” w pracy naukowej obrazuje stanowisko Józefa Pietera, który uważa, że ustalenie problemu „*jest podstawowym i logicznie pierwszym zadaniem w obrębie zadań należących do szeroko pojętej metody naukowej, (...) jest zarazem jej częścią, której opanowanie sprawia najwięcej kłopotu autorom prac (...)*”. Problem badawczy generuje pytanie o rzeczywiste oblicze prawdy albo „*(...) pytanie o naturę badanego zjawiska, o istotę związków między zdarzeniami lub istotami i cechami procesów, cechami zjawiska, to mówiąc inaczej uświadomienie sobie trudności z wyjaśnieniem i zrozumieniem określonego fragmentu rzeczywistości, to mówiąc jeszcze inaczej deklaracja naszej niewiedzy zawarta w gramatycznej formie pytania*”³⁶⁸. Jak zauważa Józef Pieter „*kłopotliwy bywa przede wszystkim wybór odpowiedniego problemu jako przedmiotu badań*”³⁶⁹.

W literaturze przedmiotu powszechnie prezentowany jest pogląd, że sformułowanie problemów badawczych stanowi element wyjściowy szeroko rozumianej metody naukowej, natomiast działania podejmowane w procesie badań naukowych służą rozwiązywaniu tych problemów. Zdaniem Stanisława Palki³⁷⁰ „*problem jest klamrą spinającą badania i składnikiem strukturalnym nadającym im sens i wartość poznawczą*”.

Uszczegóławiając, problem badawczy to: „*(...) pytanie o naturę badanego zjawiska, o istotę związków między zdarzeniami lub istotami i cechami procesów, cechami zjawiska, to mówiąc inaczej uświadomienie sobie trudności z wyjaśnieniem i zrozumieniem określonego fragmentu rzeczywistości, to mówiąc jeszcze inaczej deklaracja o naszej niewiedzy zawarta w gramatycznej formie pytania*”³⁷¹.

Ponadto problem badawczy definiują Józef Kozielecki i Stefan Nowak. Według Kozieleckiego³⁷² problem badawczy to pewien rodzaj zadania, którego podmiot nie może rozwiązać za pomocą posiadanego zasobu wiedzy, tylko dzięki czynności myśle-

³⁶⁸ Pilch T., Bauman T., *Zasady badań ...*, dz. cyt., s.17

³⁶⁹ Pieter J. *Zarys metodologii pracy naukowej*, PWN, Warszawa 1975, s. 30

³⁷⁰ Palka S., *Metodologia. Badania. Praktyka...*, dz. cyt. s. 11

³⁷¹ Pilch T., Bauman T., *Zasady badań pedagogicznych...*, dz. cyt., s. 17

³⁷² Kozielecki J., *Rozwiązywanie problemów*, PZWS, Warszawa 1969, s. 16.

nia produktywnego prowadzącego do wzbogacenia wiedzy podmiotu. Natomiast Nowak twierdzi, że „*problem badawczy to tyle, co pewne pytanie lub zespół pytań, na które odpowiedzi ma dostarczyć badanie*”³⁷³.

Postawienie problemu stanowi zapoczątkowanie pewnego procesu myślenia, który ma doprowadzić do odkrycia i sformułowania konkretnych faktów naukowych.

Formułowanie problemów badawczych w ramach strategii ilościowych obwarowane jest wieloma warunkami, co sprawia, że tylko niektóre pytania nurtujące badacza mogą stanowić problem: metodologia ściśle określa, co i w jaki sposób może zostać zbadane. Sytuacja kształtuje się zupełnie inaczej w badaniach jakościowych, których problemy formułowane są w kategoriach ogólnych, nieprecyzujących szczegółowych kierunków poszukiwań. Problemy nie dotyczą też zależności między badanymi zjawiskami, ponieważ badacz zakłada dopiero ich eksplorację, a nie przesądza *a priori* o ich istnieniu³⁷⁴. Problemy badawcze formułowane w ramach orientacji jakościowej muszą jednak ogniskować się wokół pewnych wybranych zagadnień, by badacz mógł nieco zawęzić obszar poszukiwań i sensownie zaplanować ich przebieg.

Przyjęcie strategii mieszanej w badaniach powoduje, że sformułowane problemy badawcze mają różną naturę. Jednak formułując „*pewne pytanie lub zespół pytań*”³⁷⁵ należy pamiętać o tym, że powinny one charakteryzować się następującymi cechami:

- a) powinny być jasne – czyli tak sformułowane, by możliwe było ich jednoznaczne rozumienie;
- b) powinny być wyraźne – czyli takie, które mają oznaczone granice, pozwalające odróżnić jeden problem od innego;
- c) powinny być realne – czyli dostępne, możliwe do rozwiązania dzięki posiadanym środkom, metodom i procedurze badania naukowego³⁷⁶.

Zatem „*problem naukowy*” staje się „*problemem*” sam dla siebie jako swoista, poznawcza przeszkoda do pokonania. Staje się jednak punktem wyjścia każdego procesu badawczego. Dzieje się tak, ponieważ badania naukowe stanowią zawsze zespół złożonych czynności mających na celu rozwiązanie nurtującego problemu badawczego. Wynikiem badań powinno być rozwiązanie swoistej zagadki, a o jej treści dowiadujemy się w postawionym właśnie problemie badawczym.

³⁷³ Nowak S., *Metodologia badań socjologicznych*, PWN, Warszawa 1970, s. 56.

³⁷⁴ Pilch T., Bauman T., *Zasady badań ...*, dz. cyt., s. 280

³⁷⁵ Tamże, s. 56.

³⁷⁶ Creswell J.W., *Projektowanie badań...*, dz. cyt., s. 44-45; Zaczynski W., *Praca badawcza nauczyciela*, WSiP, Warszawa 1995, s. 58.

Poza formalnymi kryteriami poprawności problemów badawczych, dla właściwej komunikacji w interpretowaniu wzajemnych zależności między zmiennymi, już na etapie formułowania problemów badawczych, postanowiłam nadać właściwą rangę konceptualizacji.

Przez konceptualizację rozumiem „(...) proces, w toku którego określamy, co mamy na myśli używając danego terminu w badaniach”³⁷⁷. Jest to bardzo istotny etap pracy, który pozwala uniknąć nieporozumień w komunikowaniu się z respondentem badań: „Konceptualizacja nadaje jasne znaczenie pojęciu poprzez wyszczególnienie jednego lub większej liczby wskaźników tego, co mamy na myśli”³⁷⁸.

W związku z celem i przedmiotem badań sformułowałam w postaci pytań dwa zasadnicze problemy badawcze, a stosownie do nich szereg pytań szczegółowych. Obszar problemowy badań odnosi się zatem do: ogólnej charakterystyki zjawiska przemocy na terenie powiatu polkowickiego oraz dynamiki zjawiska przemocy w rodzinie i jej uwarunkowań na przykładzie analizy wybranych przypadków, poddanych oddziaływaniom terapeutycznym.

Problem główny I:

Jakie są przejawy, wybrane społeczno-demograficzne determinanty i dynamika zjawiska przemocy wobec kobiet na terenie powiatu polkowickiego oraz w jaki sposób problemy związane z przemocą są w nim rozwiązywane?

Powiat polkowicki cechuje określona specyfika. Jest przede wszystkim powiatem „młodym” – utworzono go w ramach reformy samorządowej w roku 1999 z gmin należących do rejonów głogowskich (Przemków, Gaworzyce, Grębocice, Radwanice) i lubińskich (Chocianów) w efekcie lokalnego lobbingu. W konsekwencji zaszła konieczność organizacji niezbędnych służb. Przy czym, w wielu zakresach, np. zdrowotnym, do dnia dzisiejszego powiat ten nie jest w pełni samodzielny i dlatego też uzależniony od zasobów powiatów ościennych. Sytuacja taka rodzi często napięcie i frustrację na poziomie zachowań ludzkich.

Nie jest też powiatem w pełni zintegrowanym społecznie. Zasiedla go ludność migracyjna z okresu powstania KGHM Polska Miedź S.A., pochodząca z terenu Górnego i Dolnego Śląska, południowych rejonów Wielkopolski i Ziemi Lubuskiej. Mimo

³⁷⁷ Babbie E., *Badania społeczne ...*, dz. cyt., s. 144

³⁷⁸ Tamże, s. 144.

braku jakichkolwiek antagonizmów pochodzeniowych, stopień integracji wokół celów lokalnych jest niski, brak też naturalnych obyczajów spajających społeczność lokalną (a tym samym rytuałów rozładowujących napięcia społeczne).

Z drugiej strony – pozytywem powiatu polkowickiego jest potencjał pozwalający na zatrudnianie ludzi nie tylko w ramach KGHM, lecz też w licznych sprywatyzowanych korporacjach – CCC-Factory (przemysł obuwniczy), SITECH, Volkswagen Motor Polska (przemysł samochodowy). Wiąże się to tak z korzyściami, jak i okresowymi napięciami społecznymi (restrukturyzacje) i osobowymi (brak pewności zatrudnienia przy relatywnie umiarkowanych, w porównaniu z KGHM uposażeniach).

Populacja jest w pełni zaadaptowana do braku stabilności i pewności zatrudnienia, konieczności zmian kwalifikacji, czy okresowego braku pracy. Poziom wykształcenia tejże populacji i jego ukierunkowanie dodatkowo przyczynia się do frustracji, co rzutuje na rozpowszechnienie przemocy jako mechanizmu regulacji napięć w relacjach międzyludzkich.

Problem główny II:

Jaka jest dynamika przemian psychospołecznego funkcjonowania kobiet, ofiar przemocy domowej w trakcie procesu terapeutycznego oraz jakie czynniki pozaterapeutyczne wyznaczają proces dokonującej się zmiany?

Możliwość poznania najbardziej intymnych myśli oraz najgłębszych tajemnic kobiet doświadczających przemocy jest przywilejem, który wymaga od badacza bardzo dużej odpowiedzialności. Jako badacz, ale i terapeuta, swoim klientkom jestem winna szacunek oraz współczucie, muszę im służyć wiedzą, rozsądkiem oraz sprawnością w korzystaniu z podstawowych umiejętności terapeutycznych.

Każde spotkanie terapeutyczne jest okazją do zmniejszenia cierpienia i podtrzymywania korzystnych zmian pod warunkiem, iż uda mi się stworzyć odpowiednią atmosferę, w której osoba szukająca wsparcia i pomocy będzie mogła swobodnie opowiedzieć mi o swoich trudnościach, emocjach im towarzyszących oraz podjąć ryzyko związane z rozwiązywaniem swoich problemów³⁷⁹. Okrucieństw, jakie doznały kobiety – ofiary przemocy, nie da się pogrzebać w niepamięci. Przekonanie, że nie można za-

³⁷⁹ Por. Strupp H.H., *Psychotherapy: Research, practice, and public Policy (how to avoid dead ends)*, „American Psychologist” 1986, nr 41, s.120-130

przeczyć faktom, jest równie silne, jak chęć ich zatarcia. Przypomnienie sobie i opowiedzenie prawdy o traumatycznych wydarzeniach jest warunkiem zdrowienia.

W związku z tak postawionym problemem głównym, postawiłam kilka problemów – pytań szczegółowych.

Problemy szczegółowe I:

1. *Jakie są przejawy przemocy wobec kobiet na terenie powiatu polkowickiego?*
2. *Jaka jest dynamika zjawiska przemocy wobec kobiet na terenie powiatu polkowickiego?*
3. *Jakie są wybrane społeczno-demograficzne determinanty zjawiska przemocy wobec kobiet na terenie powiatu polkowickiego*
4. *W jaki sposób problemy związane z przemocą są w rozwiązywane na terenie powiatu polkowickiego?*

Problemy szczegółowe II a:

1. Jakie właściwości i cechy osobowościowe oraz przekonania na temat własnej sytuacji życiowej oraz funkcjonowania społecznego charakteryzują kobiety – ofiary przemocy domowej rozpoczynające proces terapeutyczny?

1a. *Jakie są ogólne przekonania kobiet, ofiar przemocy domowej, rozpoczynających proces terapeutyczny, dotyczące przemiany i ogólnej własnej sytuacji życiowej?*

1b. *Jaka jest charakterystyka osobowościowa kobiet, ofiar przemocy domowej, przed podjęciem terapii (przekonanie i nastawienie intrapersonalne, interpersonalne, nastawienie wobec świata i własnego życia)?*

1c. *Jaki jest stan emocjonalny kobiet, ofiar przemocy domowej, przed podjęciem terapii (stany depresyjne, dominacja emocji pozytywnych vs negatywnych)?*

1d. *Jakie motywy skłaniają kobiety, ofiary przemocy domowej, do podjęcia procesu terapeutycznego oraz jakiej natury są dominujące czynniki ułatwiające i utrudniające podjęcie decyzji o terapii (czynniki wewnętrzne i zewnętrzne)?*

1e. *W jaki sposób postrzegają i opisują swoją sytuację życiową – rodzinną (rodzina pochodzenia i własna), społeczną (jakość relacji interpersonalnych w środowisku życia) i zawodową kobiety ofiary przemocy?*

2. Jakie i w jakich zakresach dokonały się zmiany w cechach i właściwościach osobowościowych, przekonaniach i w sposobie funkcjonowania społecznego (sytuacji życiowej) kobiet, ofiar przemocy domowej, po roku procesu terapeutycznego?

2a. Jakie zmiany dokonały się w trakcie procesu terapii w ogólnych przekonaniach kobiet, ofiar przemocy domowej, dotyczących własnej osoby, innych ludzi, świata i własnej sytuacji życiowej (przekonania pozytywne vs negatywne)?

2b. Jakie zmiany dokonały się w osobowości kobiet, ofiar przemocy domowej, w trakcie procesu terapii (nastawienie poznawcze, intrapersonalne, interpersonalne, nastawienie wobec świata i własnego życia)?

2c. Jakie zmiany dokonały się w trakcie procesu terapii w stanie emocjonalnym kobiet, ofiar przemocy domowej (stany depresyjne, dominacja emocji pozytywnych vs negatywnych)?

2d. Jakie zmiany zaszły w trakcie procesu terapeutycznego w sposobie postrzegania motywów skłaniających kobiety, ofiary przemocy domowej, do dokonania zmian we własnym życiu – jakiej natury są dominujące czynniki zmiany w sytuacji życiowej (czynniki wewnętrzne i zewnętrzne)?

2e. Jakie zmiany dokonały się w sposobie postrzegania własnej sytuacji życiowej oraz jakie są realne zmiany dokonały się w sytuacji życiowej – rodzinnej, społecznej i zawodowej kobiet – ofiar przemocy?

Problemy szczegółowe II b:

1. W jakim stopniu przemiany psychospołecznego funkcjonowania kobiet, ofiar przemocy zależne są od czynników pozaterapeutycznych, związanych z ich biografią (charakter doświadczeń życiowych)?

1a. W jaki sposób czynniki rodzinne (rodzina pochodzenia), tj. alkoholizm, bezrobocie, przemoc domowa, różnicują przebieg procesu terapeutycznego (zmiany w psychospołecznym funkcjonowaniu kobiet – ofiar przemocy domowej)?

1b. W jaki sposób czynniki edukacyjne, tj. kariera edukacyjna i wykształcenie różnicują przebieg procesu terapeutycznego (zmiany w psychospołecznym funkcjonowaniu kobiet – ofiar przemocy domowej)?

1c. W jaki sposób czynniki zawodowe, tj. zatrudnienie kobiety, wykonywany zawód, zajmowane stanowisko, zatrudnienie jej męża, różnicują przebieg procesu terapeutycznego (zmiany w psychospołecznym funkcjonowaniu kobiet – ofiar przemocy domowej)?

Tak postawione pytania badawcze wytyczyły zakres prowadzonych badań. Badania te obejmowały próbę z populacji kobiet (mieszkanek powiatu polkowickiego, woj. dolnośląskie) w wieku od 20 do 65 lat, uczestniczących w terapii dla ofiar przemocy domowej, prowadzonej w Ośrodku Pomocy Psychologicznej, mieszczącym się w Polkowickim Centrum Usług Zdrowotnych.

Badania prowadzone były w latach 2011–2012.

Punktem wyjścia wielu badań są **hipotezy badawcze**, stawiane głównie w badaniach o charakterze weryfikacyjnym i ilościowym. Jednak ze względu na przyjęte podejście jakościowo-ilościowe (strategia mieszana), postawiono hipotezy badawcze, dotyczące tych zmiennych, które analizowano w kontekście przemian dokonujących się w procesie terapeutycznym, a także czynników determinujących dokonywanie się zmian.

Hipotezą naukową nazywamy takie przypuszczenie wysunięte w celu objaśnienia jakiegoś zjawiska, którego prawdziwość lub fałszywość rozstrzygamy na podstawie danych zdobytych w określony sposób. Badacz więc musi zdobyć informacje będące warunkiem wystarczającym do obalenia lub do potwierdzenia wysuniętego przez niego domysłu³⁸⁰.

Zdaniem Janusza Sztumskiego hipotezy, do jakich dochodzimy w omawianych badaniach, nie są wcale wstępnymi „wyjaśnieniami” problemu, lecz raczej próbami bardziej uszczegółowionych pytań wynikających z badań danego problemu, na jakie poszukujemy odpowiedzi poprzez badania empiryczne. Mogą one zatem dotyczyć: **a)** ustalenia stanu faktycznego (diagnozy) – hipotezy o wartościach zmiennych; **b)** sposobów przeobrażeń (czyli swego rodzaju „terapii” czegoś, co chce zmienić), **c)** tendencji rozwojowych (tzn. prognozy) badanych zjawisk lub procesów społecznych³⁸¹. Ogólnie rzecz ujmując, według Jerzego Brzezińskiego możemy mówić trzech rodzajach hipotez: o wartościach zmiennych, zależnościach między zmiennymi i zróżnicowaniach w zakresie poziomu zmiennych³⁸².

Biorąc pod uwagę powyższe problemy badawcze, a także eksploracyjny i głównie diagnostyczny charakter badań, sformułowałam jedynie ogólne hipotezy badawcze, ze względu na brak przesłanek teoretycznych i empirycznych do konstruowania konkretnych i ukierunkowanych hipotez badawczych:

³⁸⁰ Sztumski J., *Wstęp do metod ...*, dz. cyt., s. 44

³⁸¹ Sułek A. *Metodologia socjologiczna*, [w:] *Encyklopedia socjologii*, t. 2, Warszawa 1999, s. 35

³⁸² Brzeziński J., *Metodologia badań psychologicznych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2003, s. 226-227

H₁: *Pod wpływem oddziaływań terapeutycznych zmienia się sytuacja życiowa kobiet, ofiar przemocy domowej, ich wizja przyszłości oraz ich psychospołeczne funkcjonowanie.*

H₂: *Zakres zmian w psychospołecznym funkcjonowaniu kobiet, ofiar przemocy domowej zależy od czynników biograficznych (tj. jakości rodziny pochodzenia, wykształcenia, sytuacji zawodowej kobiet doświadczających przemocy).*

6.4. ZMIENNE I WSKAŹNIKI

Kolejnym, nieodzownym warunkiem właściwego przygotowania procedury badań pedagogicznych, jest określenie zmiennych i wskaźników dla badanych zjawisk lub zdarzeń. Zakładając, iż podobne zdarzenia zachodzą w podobnych okolicznościach, można zgodzić się z twierdzeniem, że to co daje się zaobserwować w każdym zdarzeniu lub zjawisku – to kilka podstawowych cech konstytutywnych dla danego zdarzenia, które przyjęło się nazywać „zmiennymi”³⁸³. Aby zbadać związki między poszczególnymi cechami, jaki jest kierunek zależności między nimi, jakie mają wzajemny na siebie wpływ, w literaturze metodologicznej najczęściej wyróżnia się zmienne zależne (skutek), zmienne niezależne (przyczyna) oraz zmienne interweniujące³⁸⁴.

Jerzy Brzeziński jednoznacznie definiuje zmienne. Jego zdaniem zmienna, która jest przedmiotem badań, której związek z innymi zmiennymi chcemy określić, nosi nazwę zmiennej zależnej. Natomiast zmienna, od której ona zależy, która na nią oddziałuje, nosi nazwę zmiennej niezależnej³⁸⁵.

Wyodrębnienie zmiennych wymaga ich precyzyjnego dookreślenia w procesie operacjonalizacji. Jest to przedsięwzięcie niezbędne dla osiągnięcia metodologicznie poprawnej komunikatywności. Niezbędne jest bowiem określenie „(...) pewnych cech, zdarzeń lub zjawisk, na podstawie których wnioskujemy z pewnością bądź z określonym prawdopodobieństwem (...), że zachodzi zjawisko, które nas interesuje”³⁸⁶.

W ten sposób, w literaturze najczęściej definiowany jest *wskaźnik*. Wskaźnik empiryczny wskazuje na bezpośredni związek między zmiennymi. Tak więc wskaźniki,

³⁸³ Pilch T., Bauman T., *Zasady badań pedagogicznych...*, dz. cyt., s. 50

³⁸⁴ Por. Babbie E., *Badania społeczne...*, dz. cyt.; Pilch T., Bauman T., *Zasady badań pedagogicznych...*, dz. cyt.; Łobocki M., *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych*, IMPULS, Kraków 2004; Zaborowski Z., *Wstęp do metodologii badań pedagogicznych*, Ossolineum, Wrocław 1973; Nowak S., *Metodologia badań społecznych*, PWN, Warszawa 1985

³⁸⁵ Brzeziński J., *Elementy metodologii badań psychologicznych*, PWN, Warszawa 1984, s. 24

³⁸⁶ Nowak S., *Metodologia badań socjologicznych*, dz. cyt., s. 102

jak podaje Janusz Sztumski „(...) służą do określania pewnej cechy przedmiotu lub zjawiska pozostającej w takich związkach z inną jego cechą, że wystąpienie jej sygnalizuje obecność tej drugiej”³⁸⁷. Z kolei zdaniem Nowaka „wskaźnik, to pewna cecha, zdarzenie lub zjawisko, na podstawie zajścia, którego wnioskujemy z pewnością, bądź z określonym prawdopodobieństwem, bądź wreszcie prawdopodobieństwem wyższym od przeciętnego, iż zachodzi zjawisko, jakie nas interesuje”³⁸⁸.

Wskaźniki możemy podzielić na definicyjne i rzeczowe. Wśród wskaźników rzeczowych rozróżnia się dwie kategorie: **(a) empiryczne** – występują wtedy, gdy zarówno cecha wskazywana jak i wskaźnik dają się zaobserwować. Tym samym relacja zachodząca między wskaźnikiem, a cechą wskazywaną ma charakter związku empirycznego, rozstrzygalnego bezpośrednio na podstawie dokonanych obserwacji; **(b) inferencyjne** – o wskaźniku inferencyjnym mówimy wówczas, gdy wskaźnik nie definiuje zjawiska wskaźnikowego i nie jest ono obserwowalne. O wystąpieniu danego zjawiska wnioskujemy w sposób pośredni, tzn., że dane zjawisko zaszło, choć ma ono charakter właściwości ukrytej.

Mieczysław Łobocki³⁸⁹ wymienia trzy rodzaje wskaźników: **(1) wskaźniki empiryczne** występują, gdy wskazywane zjawisko daje się zaobserwować; **(2) wskaźniki definicyjne** wynikają z definicji pewnego zjawiska i faktu; **(3) wskaźniki inferencyjne**, które: a) odnoszą się do zjawisk bezpośrednio nie obserwowalnych, b) odnoszą się do definicji badanych zjawisk.

Ze względu na przyjęty schemat badań przekrojowych, podłużnych, diagnostyczno-weryfikacyjnych, obejmujących dwa główne problemy badawcze i zarazem hipotezy, zmienne i wskaźniki ustalone dla badań własnych są następujące (Tab. 1).

Nadmienić należy, że założono, iż w schemacie przekrojowym, podłużnym (preeksperymentalnym), z dokonaniem pomiaru początkowego i końcowego, jako zmienną niezależną można przyjąć: proces terapii, czyli uczestnictwo w zajęciach terapeutycznych. Dlatego też określam jako zmienne zależne, te, które są identyfikowane w badaniach diagnostycznych, choć nie określam czynników wyznaczających opisywany sposób funkcjonowania kobiet – ofiar przemocy, ich osobowość i sposób postrzegania własnej sytuacji życiowej. Zakładam apriorycznie, iż może wyznaczać je sytuacja przemocy, której doświadczały badane kobiety, co częściowo potwierdzają zmiany do-

³⁸⁷ Sztumski J., *Wstęp do metod ...*, dz. cyt.

³⁸⁸ Nowak S., *Metodologia badań ...*, dz. cyt., s. 102

³⁸⁹ Łobocki M., *Metody badań pedagogicznych*, PWN, Warszawa 1978

konujące się w doświadczaniu siebie i własnego życia w procesie terapii. Mam jednak świadomość, że wiele cech osobowościowych i przekonań o sytuacji życiowej, wyznaczać może szereg innych czynników, których nie analizowałam.

Wśród zmiennych niezależnych współdeterminujących przebieg procesu terapii i dokonujących się zmian w sytuacji życiowej kobiet – ofiar przemocy, wyodrębniłam jedynie kilka najbardziej podstawowych, związanych z czynnikami patogennymi w rodzinie pochodzenia, sytuacją zawodową i edukacyjną badanych kobiet.

Tabela 1. Teoretyczny układ zmiennych i wskaźników

PROBLEM I		
Zmienne zależne (identyfikowane)		Wskaźniki
Spoleczno-demograficzne wyznaczniki, struktura i dynamika przemocy na terenie powiatu polkowickiego (w odniesieniu do sprawców i ofiar przemocy): a) poziom, przejawy i struktura przemocy domowej oraz czynniki patogenne skorelowane z przemocą b) dynamika przemocy domowej c) społeczno-demograficzne determinanty przemocy domowej d) formy rozwiązywania problemów związanych z przemocą e) formy wsparcia dostępne dla ofiar przemocy		Zbiór twierdzeń i danych dotyczących: form przemocy i rodzajów sytuacji krzywdzących (fizyczna, psychiczna, seksualna – oraz ich przejawy); czasu trwania sytuacji przemocowej (od 1 roku do powyżej 16 lat); wyznaczników sytuacji przemocowych w aspekcie liczby interwencji i ich dynamiki, cech społeczno-demograficznych osób doświadczających przemocy i jej sprawców oraz ich dynamiki, uszczegółowionych przez: wiek (dorośli, małoletni, dzieci oraz przyjęte kategorie wiekowe od 20 do 60 i więcej lat), płeć (kobiety, mężczyźni), poziom wykształcenia (podstawowe, zawodowe, średnie, wyższe), sytuacja zawodowa (pracuje, nie pracuje, różne kategorie zawodowe), stan cywilny (kawaler/panna w konkubinacie, żonaty/a, rozwiedziony/a, wdowiec/wdowa), środowisko pochodzenia (miasto, wieś), czynników patogennych (alkoholizm, przemoc w rodzinie pochodzenia, przestępczość); rodzaju sankcji (bezwzględne pozbawienie wolności, z warunkowym zawieszeniem, ograniczenie wolności, grzywna samoistna) i wymiaru kary (od kilku miesięcy do 10 lat) za zachowania przemocowe; instytucji wspierających ofiary przemocy - określonych na podstawie wyników Kwestionariusza wywiadu i analizy dokumentów – statystyk policyjnych i akt postępowań sądowych (Sądu Rejonowego w Lubinie i Głogowie) oraz dokumentacji instytucji pomocowych w opracowaniu własnym z wykorzystaniem danych z Kwestionariusza „Niebieska Karta”, Protokołu zawiadomienia o przestępstwie i Protokołu przesłuchania świadka
PROBLEM II		
Cechy osobowościowe, funkcjonowanie społeczne, postrzeganie własnej sytuacji życiowej (oraz przemiany w ich zakresie w toku terapii)	Ogólna sytuacja życiowa kobiet – ofiar przemocy (i dynamika zmian) a) cechy społeczno-demograficzne badanych b) ogólna sytuacja rodzinna (rodzina pochodzenia i rodzina własna) c) sytuacja edukacyjna i zawodowa	Zbiór twierdzeń dotyczący wyznaczników sytuacji życiowej w aspekcie cech społeczno-demograficznych uszczegółowionych poprzez: wiek, płeć, środowisko pochodzenia, sytuacja rodzinna i szkolna – określonych na podstawie wyników Kwestionariusza wywiadu, analizy dokumentów w opracowaniu własnym (analiza przypadków)
	Postawy życiowe kobiet – ofiar przemocy	Zbiór danych dotyczących poczucia sensu życia, stopnia rozumienia świata i własnego w nim miejsca, znaczenia posiadanych celów życiowych, kontroli nad własnym życiem, dążenia do zmian i poszukiwania nowych wyzwań oraz stosunku do własnej śmiertelności – uzyskanych z Kwestionariusza Postaw Życiowych (KPŻ) Ryszarda Klamuta
	Stan emocjonalny kobiet – ofiar przemocy	Zbiór danych dotyczących nasilenia pozytywnych i negatywnych emocji – aktualnych i stałych cech afektywnych – uzyskanych ze Skali Uczuć Pozytywnych i Negatywnych (SUPIN) Piotra Brzozowskiego
	Samoocena (nastawienia intrapersonalne) kobiet – ofiar przemocy	Poziom samooceny ogólnej oraz specyficznej (sfera poznawczo-intelektualna, fizyczna, społeczno-moralna i charakterologiczna) – określony na podstawie wyników Kwestionariusza Nastawień Intrapersonalnych, Interpersonalnych i Nastawień wobec Świata w opracowaniu Ewy Wysockiej
	Funkcjonowanie interpersonalne kobiet – ofiar przemocy	Poziom pozytywnego vs. negatywnego obrazu relacji międzyludzkich w aspekcie postrzegania postaw innych wobec Ja (Inni wobec mnie – poczucie wsparcia i bezpieczeństwa w relacjach) oraz postaw wobec innych (Ja wobec innych)

		– prospołeczność, brak agresywności) – określony na podstawie wyników Kwestionariusza Nastawień Intrapersonalnych, Interpersonalnych i Nastawień wobec Świata w opracowaniu Ewy Wysockiej
	Obraz świata kobiet – ofiar przemocy	Poziom pozytywnego vs. negatywnego obrazu świata w aspekcie poczucia jego sensowności i zorganizowania oraz przychylności wobec ludzi – określony na podstawie wyników Kwestionariusza Nastawień Intrapersonalnych, Interpersonalnych i Nastawień wobec Świata w opracowaniu Ewy Wysockiej
	Obraz życia kobiet – ofiar przemocy	Poziom pozytywnego vs. negatywnego obrazu własnego życia w aspekcie poczucia kontroli, sprawczości, skuteczności własnych działań vs. poczucia bezradności (zaradności) – określony na podstawie wyników Kwestionariusza Nastawień Intrapersonalnych, Interpersonalnych i Nastawień wobec Świata w opracowaniu Ewy Wysockiej
	Spostrzeganie sytuacji rodzinnej – jakość środowiska rodzinnego 1. Komunikacja małżeńska 2. Funkcjonowanie systemu rodzinnego 3. Uczucia i intymność w rodzinie 4. Sposób postrzegania sytuacji przemocy w rodzinie pochodzenia i własnej oraz ocena sytuacji przemocowych	1. Jakość komunikacji małżeńskiej w aspekcie poczucia wsparcia, zaangażowania i wzajemnej deprecjacji – ocena własnego zachowania i zachowania męża – określona na podstawie Kwestionariusza Komunikacji Małżeńskiej (KKM) Marii Kazimierczak i Mieczysława Płopy 2. Jakość systemu rodzinnego w aspekcie spójności, adaptacyjności i procesów komunikacyjnych, wzajemnego zrozumienia, ról rodzinnych, trudności rozwojowych, dezintegracji systemu rodzinnego i poczucia jego funkcjonalności – określona na podstawie wyników Kwestionariusza „Profil Rodziny” Zbigniewa Gasia 3. Jakość więzi emocjonalnych i poczucia intymności w rodzinie w aspekcie więzi emocjonalnej, intelektualnej, społecznej i seksualnej – określona na podstawie wyników Kwestionariusza do Badania Intymności (INTIM) w opracowaniu Katarzyny Kosińskiej-Dec 4. Zbiór danych dotyczących: <u>doświadczanej przemocy w rodzinie pochodzenia</u> w aspekcie emocjonalnego zaniedbania, wrogiego odrzucenia i izolowania – uzyskanych z Kwestionariusza Traktowania w Rodzinie Mary-Louise Engels i Daniela Moisan; a także <u>doświadczanej w związku partnerskim</u> – z uwzględnieniem konkretnych sytuacji krzywdzących, na podstawie Skali „Sprawca-Ofiara” Zdzisława Bartkowicza, w modyfikacji własnej; oraz <u>poziomu akceptacji zachowań agresywnych i przemocowych</u> przez ofiary przemocy – na podstawie Kwestionariusza Agresji i Przemocy Tolerowanej Anny Lipowskiej-Teutsch
	Motywy i czynniki decydujące o podjęciu terapii przez kobiety – ofiary przemocy	Poziom i typ motywacji (dążenie do poznania i zmiany siebie, zrozumienie przyczyn i mechanizmów przemocy, usunięcie dolegliwości związanych z przemocą, wtórne korzyści z terapii) oraz poziom i rodzaj postrzeganych trudności (zaprzeczanie przemocy, unikanie terapii ze względu na lęk przed nią, brak wewnętrznego przekonania o sensie terapii) w procesie podejmowania decyzji o terapii (zmianie własnego życia) – określony na podstawie Kwestionariusza Motywów Podjęcia Procesu Terapeutycznego (MPPT) – w opracowaniu własnym, z wykorzystaniem schematu badania motywacji i Kwestionariusza „AM” Ryszarda Cibora
Zmienna niezależna		Wskaźnik
1. Działania wspierające w procesie terapeutycznym 2. Czynniki pozaterapeutyczne wpływające na proces zmian w zakresie osobowości kobiet-ofiar przemocy (funkcjonowanie intrapersonalne – samoocena, interpersonalne – relacje z innymi, obraz świata, obraz własnego życia)		○ 1. Uczestnictwo w grupie psychoedukacyjnej i samopomocowej dla kobiet doświadczających przemocy – prowadzone w toku terapii działania wspierające proces zmiany kobiet – ofiar przemocy o charakterze: działań zabezpieczających przed dalszym zagrożeniem przemocą, służących przezwyciężeniu izolacji społecznej, wzrostowi szacunku do własnej osoby, tworzenie scenariuszy działań służących zmianie, edukacja w zakresie zjawiska przemocy (budowanie świadomości), dostarczanie wiedzy o zasobach środowiska i procedurach działania w sytuacji przemocy; kształtowanie umiejętności radzenia sobie i planowania własnego życia (sprawczość, zaradność, kontrola); budowanie grupy wsparcia o charakterze samopomocowym; działania wentylujące negatywne emocje, kształtujące pozytywną samoocenę, eliminujące poczucie winy, lęku i wstydu ○ 2. Zbiór danych dotyczących czynników patogennych występujących w rodzinie pochodzenia (doświadczana przemoc i alkoholizm rodziców); sytuacji edukacyjnej kobiet – ofiar przemocy (poziom wykształcenia – podstawowy, zasadniczy zawodowy, średni, wyższy), a także sytuacji zawodowej kobiet – ofiar przemocy (pracująca – niepracująca) – uzyskanych z Kwestionariusza wywiadu i analizy dokumentów - w opracowaniu własnym

6.5. STRATEGIA BADAWCZA. METODY, TECHNIKI I NARZĘDZIA BADAWCZE

Właściwy dobór metod i technik jest podstawowym warunkiem skuteczności przedsięwzięć badawczych, umożliwiających optymalne rozwiązanie postawionych problemów badawczych. Biorąc pod uwagę zarówno przedmiot, jak i cele badań oraz fakt, że zgodnie z założeniami metodologicznymi badania mały charakter mieszany, wybrano z obszernego zakresu metod i technik badawczych omawianych przez Tadeusza Pilcha i Teresę Bauman, Mieczysława Łobockiego, Earla Babbiego, Jerzego Brzezińskiego oraz Krzysztofa Rubachę³⁹⁰ adekwatne metody i techniki badawcze. Stworzenie przejrzystego i jasno sprecyzowanego planu badań z uwzględnieniem wymogów i procedur metodologicznych służyło uporządkowaniu własnej wiedzy i myśli oraz przedstawieniu problematyki badawczej w sposób jednoznaczny i klarowny.

Przedstawiając zastosowaną metodę badawczą sprecyzowałam samo pojęcie. Metodę badań rozumiem jako „*zespół teoretycznie uzasadnionych zabiegów koncepcyjnych i instrumentalnych, obejmujących najogólniej całość postępowania badacza, zmierzającego do rozwiązania określonego problemu naukowego*”³⁹¹.

Jednym z istotnych warunków skuteczności badań jakościowych i ilościowych w pedagogice jest troska o ich trafność, czyli o to, by dostarczyły one rzeczywiście tego, co zamierza się za ich pomocą zbadać i by badały to w sposób możliwie dokładny.

Realizacja projektu badawczego opierała się na strategii mieszanej. Podejście jakościowe w tym wypadku służyło głębszemu i pełniejszemu zrozumieniu obszaru badawczego. Badania te umożliwiły zdobycie wiedzy na temat zjawisk, których nie da się uchwycić i zaobserwować w inny sposób. Jak zauważają Chava Frankfort-Nachmias i David Nachmias: „*podejmując badania jakościowe, staramy się zrozumieć zachowania i instytucje, poznając zaangażowane w nie osoby, ich wartości rytuały, symbole, wierzenia, emocje*”³⁹². Podczas swobodnych wypowiedzi badani lepiej wyrażają własne przekonania, skłonni są do bardziej szczerzych, nieskrępowanych wypowiedzi.

Sformułowane pytania badawcze wyznaczają zastosowanie określonych metod postępowania badawczego. W pracy badawczej ważny jest dobór metod, technik oraz

³⁹⁰ Pilch T., Bauman T., *Zasady badań pedagogicznych*, dz. cyt.; Łobocki M., *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych*, Impuls, Kraków 2006; Rubacha K., *Metodologia badań...*, dz. cyt.

³⁹¹ Pilch T., *Zasady badań pedagogicznych*, dz. cyt., s. 71

³⁹² Frankfort-Nachmias Ch., Nachmias D., *Metody badawcze w naukach społecznych*, Zysk i S-ka, Poznań 2001, s. 299

narzędzi badawczych, które decydują o jakości zebranego materiału, mającego dać najszerszy obraz badanego zjawiska³⁹³.

W badaniach jakościowych badacz posługuje się narzędziami dającymi się przekształcać, zmieniać, po to, aby dostrzec w badanym zjawisku wcześniej nieprzewidziane aspekty³⁹⁴. Dane gromadzone są w sposób otwarty, nieustrukturyzowanymi narzędziami i takimi technikami jak swobodny wywiad z ogólnym planem zagadnień, wywiad narracyjny, niekontrolowana obserwacja uczestnicząca lub jakościowa analiza dokumentów osobistych, studium przypadku i analiza biograficzna, w których badacz nie narzuca przyjętych z góry przypuszczeń, schematów³⁹⁵.

W jakościowej części badań odwołałam się do **studium przypadku**, zaś ogólnie można przyjąć, że dokonana została **triangulacja metod**, ze względu na przyjęty schemat **badania mieszanych**, a więc oprócz studium przypadku można mówić ogólnie o **badaniach preeksperymentalnych, przekrojowych, podłużnych**, według schematu obejmującego pomiar początkowy i końcowy (co opisywałam już wcześniej).

Studium przypadku zaś, jest to metoda polegająca na opisie i analizie przebiegu życia ludzkiego, rozpatrywanego w kontekście określonego wycinka rzeczywistości społecznej³⁹⁶. Służy dokonaniu wglądu w subiektywną sferę życia społecznego³⁹⁷, dając możliwości poznania świadomości społecznej przez odtworzenie jednostkowych losów ludzkich³⁹⁸. Stanowi udokumentowany zbiór faktów o człowieku, którego historia życia jest na tyle znacząca, że dzięki niej można dowiedzieć się czegoś ważnego o nim samym i o świecie, w którym żyje³⁹⁹. Metoda ta obejmuje w sposób całościowy lub fragmentaryczny indywidualne losy ludzkie, w tym określony obszar aktywności człowieka i kluczowe momenty przebiegu jego życia⁴⁰⁰. Umożliwia zrozumienie zachowań ludzi poprzez wnikięcie w ich subiektywne doznania i sądy oraz przeszłe doświadczenia⁴⁰¹.

³⁹³ Nowicka A., *Psychospołeczna integracja dzieci przewlekle chorych w szkole podstawowej*, Impuls, Kraków 2001, s. 86

³⁹⁴ Pilch T., Bauman T., *Zasady badań pedagogicznych* ..., dz. cyt., s. 268

³⁹⁵ Zaręba E., *Badania empiryczne ilościowe i jakościowe w pedagogice*, [w:] Palka S. (red.), *Orientacje w metodologii badań pedagogicznych*, UJ, Kraków 1998, s. 46; Pachociński R., *Metody ilościowe i jakościowe w badaniach pedagogicznych*, „Edukacja. Studia. Badania. Innowacje” 1997, nr 3

³⁹⁶ Łobocki M., *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych*, Kraków 2000, 2004

³⁹⁷ Szczepański J., *Elementarne pojęcia socjologii*, PWN, Warszawa 1970

³⁹⁸ Nowak A., *Metoda biograficzna w badaniach pedagogicznych*, [w:] Palka S. (red.), *Orientacje w metodologii* ..., dz. cyt.

³⁹⁹ Pilch T., Bauman T., *Zasady badań pedagogicznych*..., dz. cyt.

⁴⁰⁰ Włodarek J., Ziolkowski M., *Teoretyczny i empiryczny status metody biograficznej we współczesnej socjologii*, [w:] Włodarek J., Ziolkowski M. (red.), *Metoda biograficzna w socjologii*, PWN, Warszawa-Poznań 1990

⁴⁰¹ Gołębiowski B., *Metoda biograficzna w pedagogice*, [w:] Drożka W., Gołębiowski B. (red.), *Współczesne zagadnienia zawodu nauczyciela*, Wydawnictwo Pedagogiczne ZNP, Warszawa 1995

Według Krzysztofa Konarzewskiego studium przypadku to: „(...) *schemat badania jakościowego, które zmierza do stworzenia jednostkowej teorii zjawiska ogólnego*”⁴⁰². Natomiast Barbara Turlejska⁴⁰³ wskazuje, że studium przypadku w badaniach pedagogicznych stanowi opis monograficzny jednostki w kontekście kulturowym. Jego celem jest dokładny opis podmiotu badań, w możliwie różnych perspektywach, z uwzględnieniem różnych aspektów. Owe różnorodności oglądu służyć mają wielorakie sposoby zbierania informacji. Wybór drogi postępowania jest podyktowany specyfiką przypadku, a zastosowane techniki badawcze powinny być dobrane tak, by można było jak najwięcej zrozumieć i jak najwięcej dowiedzieć się o badanym obiekcie⁴⁰⁴.

Ponadto metoda indywidualnych przypadków ujmowana jest jako całościowy sposób badania biografii jednostki, uwzględniając czynniki biologiczne (warunki materialne, higieniczno-zdrowotne), psychologiczne (cechy osoby) i społeczne (treść, zakres i układ interakcji społecznych jednostki na tle warunków rodzinnych, szkolnych, grupy rówieśniczej i indywidualnych właściwości psychofizycznych). Jej celem jest pełne poznanie determinant rozwoju, analiza aktualnej sytuacji, czy ocena prawidłowości funkcjonowania psychospołecznego jednostki. Oceny tej dokonuje się nie tylko w zakresie patologicznych funkcji, ale też w ramach obszarów efektywnego działania⁴⁰⁵.

W swoich badaniach zastosowałam **techniki badań jakościowych**: *obserwację i wywiad, analizę tekstu* dokumentów oraz **techniki badań ilościowych**: *analizę dokumentów* (także jakościowa), *skale i kwestionariusze* oraz *analizę danych statystycznych*.

Najważniejszym źródłem wiedzy w studium przypadku są **wywiady**. Zogniskowane są one na problemie badawczym i umożliwiają dotarcie do kontekstu zdarzeń⁴⁰⁶. Zatem rozmowa (a więc i wywiad) stanowi podstawowy tryb interakcji interpersonalnej, dzięki której poznajemy innych ludzi i ich sposób widzenia świata. Istnieje wiele rodzajów rozmów, w tym rozmowy profesjonalne, np. jakościowy wywiad badawczy, którego celem jest uzyskanie interpretacji sensów opisu świata, przeżyć badanego. Polega na zainicjowaniu przez badacza rozmowy z osobą badaną, zwaną respondentem⁴⁰⁷.

⁴⁰² Konarzewski K., *Jak uprawiać badania oświatowe. Metodologia praktyczna*, WSiP, Warszawa 2000, s. 83

⁴⁰³ Turlejska B., *Monografia pedagogiczna i studium przypadku*, [w:] Palka S. (red.) *Orientacje...*, dz. cyt., s. 84

⁴⁰⁴ Pilch T., Bauman T., *Zasady badań pedagogicznych...*, dz. cyt., s. 298

⁴⁰⁵ Janeczko T.R., *Metoda indywidualnych przypadków diagnostyce i terapii środowiskowej*, „*Studia Pedagogiczne*” 1970, t. 19, s. 103

⁴⁰⁶ Tamże, s. 133.

⁴⁰⁷ Kvale S., *Wprowadzenie do jakościowego wywiadu badawczego*, Trans Humana, Białystok 2004, s. 17; Konarzewski K., *Jak uprawiać badania...*, dz. cyt., s. 117.

W swoich badaniach zastosowałam **wywiad**, który „(...) jest rozmową badającego z respondentem, poprzez którą badający chce uzyskać od respondenta dane określone celem badań”⁴⁰⁸. Wywiad to metoda zbierania danych jakościowych, polegająca na kierowanej przez badacza rozmowie z osobą badaną albo osobami badanymi⁴⁰⁹.

Z tej definicji można wyprowadzić dwa kryteria klasyfikacji wywiadów: stopień kierowania wywiadem oraz liczbę badanych uczestniczących w wywiadzie. Zgodnie z pierwszym kryterium wywiad można podzielić na: *kompletnie kierowany* – to rozmowa oparta na kwestionariuszu pytań oraz odpowiedzi do wyboru; *mało kierowany* – to rozmowa, w której dominują wypowiedzi badanego na temat zainicjowany przez badacza; *częściowo kierowany* – to rozmowa, w której badacz przerywa narracje badanego, zadając mu szczegółowe pytania⁴¹⁰. Natomiast uwzględniając drugie kryterium, można wyróżnić wywiad *indywidualny* i *grupowy*. Pierwszy to rozmowa badacza z jedną osobą badaną. Natomiast wywiad grupowy to rozmowa badacza z kilkoma badanymi jednocześnie⁴¹¹. W badaniach własnych wykorzystano *wywiad częściowo kierowany, indywidualny*, nierzadko z elementami narracji, potraktowany jako technika badań.

Sądzę, że wybrany przeze mnie rodzaj wywiadu, przyczynił się do uzyskania zadawalającego i wyczerpującego materiału badawczego, którego analiza pozwoliła mi na opisanie funkcjonowania kobiet, które były ofiarami przemocy domowej i zdecydowały się na rozpoczęcie procesu terapeutycznego, który miał je przygotować do przetrwania eskalacji przemocy.

Podczas zbierania materiału badawczego techniką uzupełniającą była **bezpośrednia obserwacja uczestnicząca**, którą wykorzystałam w trakcie przeprowadzania wywiadu z kobietami będącymi „ofiarami przemocy domowej”. W badaniach pedagogicznych obserwacja jest istotną techniką będącą często dopełnieniem innych metod i technik badawczych. Badacz, pozostając w zasięgu słyszenia, widzenia badanego, ma możliwość postrzegania, gromadzenia oraz interpretowania danych. Obserwacja w badaniach pedagogicznych daje możliwość poznania zachowania obserwatora (badanego) w naturalnych warunkach⁴¹². Zaletą obserwacji jest jej bezpośredniość, poznawanie rzeczywistości edukacyjnej i wychowawczej takiej, jaką ona sama objawia się badaczowi.

⁴⁰⁸ Pilch T., Bauman T., *Zasady badań pedagogicznych...*, dz. cyt., s.91

⁴⁰⁹ Rubacha K., *Metodologia badań nad edukacją*, dz. cyt., s. 133

⁴¹⁰ Kowalczyk M.H., *Zabójcy i mordercy. Czynniki ryzyka i możliwości oddziaływań resocjalizacyjnych*, Impuls, Kraków 2010, s. 264.

⁴¹¹ Tamże, s. 133-135.

⁴¹² Łobocki M., *Wprowadzenie do metodologii ...*, dz. cyt., s. 232-234

Jest ona zatem spostrzeganiem celowym.⁴¹³ W obserwacji uczestniczącej badacz staje się jednocześnie jawnym członkiem (uczestnikiem) grupy, zbiorowości, lokując się wewnątrz badanego zjawiska, sytuacji, jest świadom faktu, że swą obecnością wpływa na sytuację, w jakiej się znalazł.

Mając na uwadze adekwatność i rzetelność badanej i opisywanej w **dzienniku obserwacji**, a później w raporcie badawczym – rzeczywistości, zastosowałam w trakcie badań tzw. *triangulację*, będącą heurystycznym narzędziem badacza. *Studium przypadku* jest strategią badawczą, która korzysta z procedury triangulacji. W swoich badaniach zastosowałam *triangulację danych*, czyli użyłam danych pochodzących z różnych źródeł oraz *triangulację metodologiczną*, zakładającą użycie wielu metod dla zbadania określonego, pojedynczego problemu. Triangulacja dotyczyła zatem metod o różnym charakterze – jakościowym i ilościowym. Zastosowanie metody triangulacji, wykorzystywanej w badaniach jako strategia badawcza, pozwala przewyżżyć osobiste uprzedzenia oraz zwiększyć trafność i dokładność zebranych danych empirycznych⁴¹⁴. Ponadto zastosowanie triangulacji pozwoliło na większy obiektywizm w stosunku do badanej rzeczywistości, która jest mi znana z racji wykonywanego przeze mnie zawodu oraz umożliwiło mi zachowanie rzetelności i trafności wnioskowania.

Z kolei istotne znaczenie dla prezentowanych badań miało również wykorzystanie techniki analizy dostępnych dokumentów, a mianowicie:

1. dokumentacji z przeprowadzonych interwencji policyjnych przez funkcjonariuszy Komendy Powiatowej Policji w Polkowicach,
2. dokumentacji postępowań wyjaśniających w przypadku wszczęcia procedury „Niebieskiej Karty”,
3. dokumentacji danych statystycznych postępowań przygotowawczych dotyczących przemocy w rodzinie prowadzonych w Komendzie Powiatowej Policji w Polkowicach,
4. dokumentacji danych statystycznych Wydziału Karnego Sądu Rejonowego w Głogowie oraz Lubinie.

Analiza powyższych dokumentów oraz danych statystycznych pozwoliła mi uzupełnić swoje spostrzeżenia z obserwacji oraz wnioski z wywiadów.

Technika analizy dokumentów zdaniem Pilcha „(...) jest techniką badawczą służącą do gromadzenia wstępnych, opisowych, także ilościowych informacji o badanej

⁴¹³ Maszke A.W., *Metodologiczne podstawy badań pedagogicznych*, UR, Rzeszów 2004, s. 156

⁴¹⁴ Frankfurt-Nachmias Ch., Nachmias D., *Metody badawcze ...*, dz. cyt., s. 223.

instytucji czy zjawisku wychowawczym”⁴¹⁵. Zdaniem autora, badanie dokumentów „(...) jest techniką poznawania biografii jednostek i opinii wyrażonych w dokumentach”⁴¹⁶. Analiza dokumentów jest na ogół mniej doceniana niż inne metody pedagogiczne, przybierając przeważnie charakter metody uzupełniającej, a nie podstawowej. Charakterystyczną jej cechą jest to, że dotyczy ona nie tylko materiału otrzymanego w procesie zainicjowanych specjalnie badań, ale też w wyniku działań nie związanych bezpośrednio z podjętym procesem badawczym. Zależy to od rodzaju dokumentu poddanego analizie. Chodzi tu o dokumenty szeroko rozumiane i w ścisłym znaczeniu tego słowa⁴¹⁷.

Narzędziem w badaniach jest zwykle kwestionariusz, który powinien zawierać *„starannie opracowany i sprawdzony w badaniach próbnym zbiór pytań jednorazowych, precyzyjnych, zrozumiałych dla badanego, niekiedy skategoryzowanych, w celu ułatwienia zliczeń, a niekiedy otwarty, w celu umożliwienia swobodnego wypowiedzenia się”*⁴¹⁸. Mówiąc inaczej „(...) narzędzie badawcze jest przedmiotem służącym do realizacji wybranej techniki badań”⁴¹⁹. W wyborze, modyfikacji i konstruowaniu narzędzi badawczych brałam pod uwagę uniwersalne reguły prezentowane w literaturze metodologicznej⁴²⁰. Dążyłam również do tego, aby nie opierać się na jednej technice badawczej. Narzędzia stworzone przez innych badaczy były przeze mnie skrupulatnie analizowane pod kątem możliwości wykorzystania w prezentowanych badaniach.

Celem moim było także wykorzystanie dorobku innych badaczy i jednocześnie zmodyfikowanie narzędzi tak, aby były one nowatorskie i jednocześnie uniwersalne podczas kolejnych, podobnych zastosowań. Dobrane narzędzia zostały podporządkowane celom ogólnym zawartym w problemach badawczych.

W swojej pracy badawczej wykorzystałam narzędzia badawcze przygotowane lub zmodyfikowane przez siebie oraz gotowe standaryzowane narzędzia badawcze:

1. Kwestionariusz wywiadu swobodnego (opracowanie własne) zawierający ogólne dyspozycje do wywiadu. Dokonany w oparciu o kwestionariusz wywiad własnej konstrukcji stanowił dla autorki dysertacji kolejne źródło informacji. Zastosowanie wywiadu pozwoliło przede wszystkim na poznanie sytuacji kobiet, które zgłosiły się do Ośrodka Pomocy Psychologicznej ze szczególnym uwzględnieniem doświadczanej

⁴¹⁵ Pilch T., *Zasady badań pedagogicznych*, dz. cyt., s. 88

⁴¹⁶ Tamże, s. 88-91

⁴¹⁷ Łobocki M., *Wprowadzenie do metodologii ...*, dz. cyt., s. 241

⁴¹⁸ Kamiński A., *Metoda, technika, procedura badawcza w pedagogice empirycznej*, [w:] Wroczyński R., Pilch T. (red.), *Metodologia pedagogiki społecznej*, Ossolineum, Wrocław 1974, s. 64

⁴¹⁹ Pilch T., Bauman T., *Zasady badań ...*, dz. cyt., s. 42

⁴²⁰ Tamże, s. 149

przez nie przemocy. Kwestionariusz wywiadu składa się z 50 pytań odpowiadających poszczególnym problemom badawczym, zmiennym i wskaźnikom dotyczącym środowiska życia respondentek. Kolejność poruszania problemów i zadawania pytań uzależniona była od okoliczności, w jakich przeprowadzane były poszczególne wywiady, jak również od cech osoby badanej. Kwestionariusz wywiadu obejmował następujące kategorie: **a)** dane demograficzne kobiet - wiek, stan cywilny, wykształcenie, zawód, status zawodowy, miejsce pracy; **b)** dane dotyczące socjalizacji rodzinnej kobiet: więź emocjonalna między małżonkami/partnerami, konflikty w rodzinie, nadużywanie alkoholu, doświadczenie przemocy w rodzinie biologicznej; **c)** dane dotyczące występujących aktów przemocy: formy przemocy, motywy przemocy, czas trwania przemocy. Zadaniem każdej badanej osoby było udzielenie odpowiedzi TAK/ NIE, a także każda z kobiet miała możliwość na swobodne rozwinięcie swojej wypowiedzi. Uwzględniając specyfikę wywiadu, przeprowadziłam 2-3 sesje spotkaniowe z każdą respondentką. Przeciętna długość trwania wywiadu wynosiła ok. 2 godziny. Przeprowadzone przeze mnie wywiady były rejestrowane za pomocą dyktafonu. Następny etap czynności badawczych polegał na transkrypcji nagranych tekstów. Sporządziłam możliwie najbardziej dokładne protokoły wywiadów. Kolejny etap miał na celu poddanie tekstów strukturalnemu opisowi.

2. Zmodyfikowany Kwestionariusz Nastawień Intrapersonalnych, Interpersonalnych i Nastawień wobec Świata w opracowaniu Ewy Wysockiej. Opracowanie *Kwestionariusza* (KNIIS) stanowi w założeniu próbę wykorzystania koncepcji poznawczych osobowości do oceny relacji jednostki ze światem, z innymi ludźmi i samym sobą. Wiąże się z przyjęciem metazałożenia, iż sposób postrzegania rzeczywistości decyduje o sposobie działania w świecie, a także wyznacza ludzkie preferencje, sposób wartościowania, zainteresowania, które wpisują się także pośrednio w sferę zawodową. Przedmiotowy kwestionariusz został nieznacznie zmodyfikowany przez autorkę dysertacji dla potrzeb badania kobiet uczestniczących w procesie terapii. Jednocześnie odnosząc się do przedstawionych założeń teoretycznych, przyjęto, iż: **(a) nastawienia intrapersonalne** egzemplifikuje obraz siebie i samoocena globalna (system przekonań na temat własnego „ja”), na którą składają się samooceny cząstkowe (specyficzne – sfera poznawczo-intelektualna, sfera fizyczna, sfera społeczno-moralna i sfera charakterologiczna); **(b) nastawienia interpersonalne** stanowią wynik ukształtowanego lub kształtującego się obrazu innych ludzi i jakości relacji z nimi (przekonania na temat funkcjonowania w relacjach interpersonalnych: „inni wobec mnie” – wsparcie ze strony in-

nych i docenianie vs obojętność innych i niedocenianie, zagrożenie ze strony innych vs poczucie bezpieczeństwa w relacjach; „**ja wobec innych**” – działanie na rzecz innych, prospołeczność, altruizm, towarzyskość vs egocentryzm, izolowanie się; agresywność vs brak agresji); **(c) nastawienia wobec świata**, ujmowane są jako obraz świata, czyli przekonania na temat jego sensowności i przychylności ludziom (nadzieja podstawowa); **(d) nastawienia wobec własnego życia** stanowią obraz (wizję) własnego życia, która przejawia się w posiadanych przekonaniach na temat własnej skuteczności działania i możliwości kontrolowania tego, co się w życiu jednostki wydarza, lub wyuczonej bezradności, którą egzemplifikuje brak kontroli w tym zakresie; **(e) aprobaty społecznej (skala kłamstwa)** stanowi uzupełnienie koncepcji narzędzia, służąc ocenie skłonności do przypisywania sobie w samoopisach takich stwierdzeń, które są społecznie pożądane, zaś odrzucanie społecznie niepożądanych. Nie jest to świadome oszukiwanie, ale niekontrolowana intelektualnie skłonność do pokazywania się z jak najlepszej strony. Kwestionariusz składa się ze 140 twierdzeń, stąd na każdą podskalę przypada 10 pytań.

3. Kwestionariusz Postaw Życiowych (KPŻ) w opracowaniu Ryszarda Klamuta - polska adaptacja kwestionariusza *Life Attitude Profile-Revised* „LAP-R” Gary’ego T. Reker’a. W badaniach psychologicznych istnieje potrzeba uwzględnienia w całościowym opisie funkcjonowania człowieka głębokich wewnętrznych odniesień, a w konsekwencji stworzenia modelu holistycznego, opisującego związki pomiędzy podstawowymi czynnikami wpływającymi na ludzką aktywność. *Kwestionariusz* ten jest wielowymiarowym narzędziem samoopisowym, mierzącym poziom doświadczanego sensu życia oraz motywacji do nadawania życiu sensu i określania celu. Składa się z 48 twierdzeń. Osoba badana określa stopień, w jakim są one prawdziwe w odniesieniu do swojej osoby. Odpowiedzi umieszczone są na 7-stopniowej skali typu Likerta. *Kwestionariusz* daje możliwość diagnozy znaczenia posiadanych celów, stopnia rozumienia rzeczywistości i własnego w niej miejsca, poziomu odczuwania znaczenia własnego życia lub jego braku, przekonania o możliwości i poziomie kontroli własnego życia, stosunku do własnej śmiertelności oraz siły dążenia do zmian, poszukiwania nowych wyzwań.

4. Kwestionariusz Komunikacji Małżeńskiej (KKM) w opracowaniu Marii Kaźmierczak i Mieczysława Plopy – może być stosowany zarówno w badaniach par małżeńskich, jak i indywidualnie. W moich badaniach przedmiotowy *Kwestionariusz* zastosowałam podczas badania kobiet doświadczających przemocy ze strony swojego partnera. Na *kwestionariusz* składają się dwie formy: jedna z nich przeznaczona jest do oceny własnych zachowań komunikacyjnych, druga – do oceny zachowań partnera.

Każda z tych form ma po 30 pozycji, które badają trzy wymiary komunikacji w małżeństwie: **a) wsparcie** – oznacza okazywanie szacunku partnerowi relacji przez docenianie jego wysiłków, przejawianie zainteresowania problemami i potrzebami partnera oraz aktywne uczestnictwo w rozwiązywaniu tych problemów, przy czym troska o partnera relacji ujawnia się nie tylko w sytuacjach trudnych, ale także w różnych sytuacjach dnia codziennego; **b) zaangażowanie** – wyznacza umiejętność tworzenia atmosfery wzajemnego zrozumienia i bliskości w związku przez okazywanie sobie uczuć, podkreślanie wyjątkowości i ważności partnera relacji, urozmaicenie rutyny dnia codziennego oraz zapobieganie konfliktom w związku; **c) deprecjacja** – oznacza przejawianie agresji wobec partnera, chęć zdominowania go i kontrolowania jego działań, co wiąże się z brakiem poszanowania jego godności. Dwa pierwsze wymiary można dodatkowo interpretować bardziej szczegółowo (wsparcie lub zaangażowanie zorientowane na ogólne samopoczucie partnera oraz wsparcie lub zaangażowanie zorientowane na konkretne problemy partnera). Osoba badana ustosunkowuje się do każdego ze stwierdzeń na pięciostopniowej skali.

5. Skala uczuć pozytywnych i negatywnych (SUPIN) w opracowaniu Piotra Brzozowskiego – polska adaptacja *skali PANAS* Dawida Watsona i Lee Anny Clark, jest narzędziem, w którym pozycje skali są przymiotnikami stanowiącymi określenia uczuć pozytywnych i negatywnych. Osoba badana ocenia nasilenie, w jakim występują u niej te uczucia. SUPIN pozwala szacować aktualne stany emocjonalne, jak i cechy afektywne. Do ich badania służą osobne wersje, które różnią się niektórymi przymiotnikami, ponieważ pewne przymiotniki miały lepsze właściwości psychometryczne przy diagnozie cech, a inne stanów. Do badania cech używa się instrukcji zawierającej zwrot *jak czujesz się na ogół albo jak czujesz się zazwyczaj*, a do badania stanów – wersji ze zwrotem *jak czujesz się teraz, albo jak się czujesz w tej chwili*. Lista przymiotników oceniana jest w pięciostopniowej skali (1-5) służącej do szacowania natężenia afektów. Osoba badana ma do wyboru odpowiedzi: 1. *nieznacznie lub wcale*, 2. *trochę*, 3. *umiarkowanie*, 4. *dość mocno*, 5. *bardzo silnie*. Za każdą odpowiedź badany uzyskuje liczbę punktów odpowiadającą podanej ocenie.

6. Skala Intymności (INTIM) w opracowaniu Katarzyny Kosińskiej-Dec jest narzędziem, które może być miarą intymności w parze heteroseksualnej. Jej pierwowzorem był kwestionariusz PAIR (*Personal Assessment of Intimacy in Relationships*), którego autorami są Mark T. Scheafer i D.H. Olson. Narzędzie to jest 16-pozycyjnym narzędziem badającym intymność realną i idealną w czterech sferach: emocjonalnej, inte-

lektualnej, społecznej i seksualnej. Jego właściwości psychometryczne wydają się wystarczające, by uznać skalę K1 za dobre narzędzie do badania jakości relacji małżeńskiej. Pozwala ono uzyskać informacje o jakości relacji spostrzeganej przez partnera, o rozbieżności między oczekiwaniami a stanem „realnym” (spostrzeganym przez badanych) oraz o zgodności partnerów dotyczącej zarówno oceny stanu aktualnego, jak i ich oczekiwań. Na skalę składa się pięć stopni, a jej krańce są opisane przez wyrażenia: „*zdecydowanie nie trafnie*” i „*bardzo trafnie*”. W badaniach własnych dokonano oceny jedynie stanu realnego intymności małżeńskiej.

7. Kwestionariusz Traktowania w Rodzinie (PMI – *Psychological Maltreatment Inventory*) Mary-Louise Engels i Daniela Moisana w tłumaczeniu: Elżbiety Bielawskiej-Batorowicz, służy do badania doświadczeń przemocy oraz subiektywnej oceny ich znaczenia. Składa się z 25 twierdzeń opisujących negatywne doświadczenia osoby badanej z rodzicami w zakresie trzech czynników-wymiarów: emocjonalnego zaniedbania, wrogiego odrzucenia i izolacji-odrzucenia. Każde twierdzenie zaopatrzone jest w 6-stopniową skalę, dotyczącą postrzeganego przez osobę badaną wpływu określonych zachowań na własne funkcjonowanie (od 0 - to się nie wydarzyło, 1 – nie miało żadnego wpływu, 2 – niewielki negatywny wpływ, do 5 – wyjątkowo negatywny wpływ). Kwestionariusz posiada dwie wersje do oceny traktowania przez matkę i ojca. Służy do badania młodzieży i osób dorosłych, którzy dokonują retrospektywnej oceny traktowania w rodzinie pochodzenia.

8. Kwestionariusz „Profil Rodziny” w opracowaniu Zbigniewa Gasia, jako technika diagnozy systemu rodzinnego, służy do określenia poczucia funkcjonalności rodziny (spójności, adaptacyjności, wzajemnego zrozumienia, ról rodzinnych, trudności rozwojowych, oraz dezintegracji rodzinnej). „*Profil Rodziny*” obejmuje 86 twierdzeń, tworzących 6 skal czynnikowych, z których 3 skale dotyczą pozytywnych wymiarów funkcjonowania systemu rodzinnego (spójność, adaptacyjność, wzajemne zrozumienie) i 3 skale dotyczące trudności, jakie przeżywa rodzina (role rodzinne, trudności rozwojowe, dezintegracja rodzinna).

9. Kwestionariusz „Agresji i przemocy, którą można tolerować” w opracowaniu Anny Lipowskiej-Teutsch, który został nieznacznie zmodyfikowany dla potrzeb prowadzonych badań, zawiera listę różnych rodzajów zachowań agresywnych i przemocowych (25 opisów), przejawianych przez różne osoby znajdujące się w otoczeniu osoby badanej, której zadaniem jest ustosunkowanie się do treści każdego z twierdzeń

przez zakreślenie kółkiem tej odpowiedzi, którą wybiera. Są 3 możliwości odpowiedzi (A – jestem gotowa tolerować, B – kiedyś tolerowałam, C – inni są gotowi tolerować).

10. Kwestionariusz Motywów Podjęcia Procesu Terapeutycznego (MPPT)

w opracowaniu własnym, służy do oceny typu i poziomu motywacji oraz odczuwanych utrudnień w podejmowaniu decyzji o zmianie. Motywacja jest jednym z najważniejszych elementów podjęcia procesu terapeutycznego, jak również wytrwania w terapii. Ponadto odgrywa znaczącą rolę dla kobiet doświadczających przemocy, które decydują się zmienić swoją sytuację rodzinną i podjęły decyzję o rozpoczęciu procesu terapeutycznego. Wykorzystany w badaniach *Kwestionariusz* pozwolił określić faktyczne motywy podjęcia procesu terapeutycznego w Ośrodku Pomocy Psychologicznej w Polkowicach, kontynuowania tej terapii oraz jej ukończenia.

Pierwszą grupę motywów stanowiły dążenia do uzyskania ustąpienia dolegliwości związanych z doświadczaniem przemocy. Osoby, które doświadczają przemocy, kierując się głównie tym motywem, oczekują od terapeuty usunięcia przykrych objawów, takich jak np. bezsenność, napięcie emocjonalne, lęk. Druga grupa motywów dotyczy kobiet podejmujących proces terapii ze względu na żądania i naciski otoczenia, ze strony rodziny, znajomych, dzieci. Trzecia grupa motywów obejmuje oczekiwania uzyskanych wtórnych korzyści z terapii, np. uwolnienie się od męża – sprawcy przemocy domowej, czy zdecydowanie się na złożenie wniosku o rozwód. Wymienione motywy zostały zaliczone do jednej kategorii motywów podjęcia procesu terapeutycznego dla kobiet doświadczających przemocy.

Z kolei do drugiej kategorii motywów podjęcia terapii, nie związanych bezpośrednio z doświadczaniem przemocy, zaliczono: chęć zrozumienia przyczyn powstawania nałogu alkoholowego u partnera, chęć poznania i zmiany siebie, swoich zachowań.

Kwestionariusz składa się z 37 twierdzeń opartych na subiektywnych opiniach i odczuciach pacjentek. Zadaniem badanej osoby jest udzielenie odpowiedzi TAK/ NIE.

10. Skala „Sprawca - ofiara” w opracowaniu Zdzisława Bartkowicza, została nieznacznie zmodyfikowany dla potrzeb prowadzonych badań. Jest to narzędzie wzorowane na podobnych amerykańskich skalach socjometrycznych do badań przemocy w szkołach, z tą różnicą, iż narzędzie to zostało nieznacznie zmodyfikowane przez autorkę dysertacji i dopasowane do przeprowadzenia badań z kobietami doświadczającymi przemocy ze strony swoich partnerów. *Skala Sprawca – Ofiara* składa się z opisów zachowań i sytuacji typowych dla zachowań przemocy wewnątrzrodzinnej. W skład narzędzia wchodzi 20 twierdzeń, w tym twierdzenia opisujące zachowania agresywne

(np. „używa wulgarnych słów”, „wyśmiewa i przezywa innych”, „znęca się nad słabszymi”, „robi na złość, dokucza domownikom”) oraz twierdzenia opisujące doświadczanie zachowań agresywnych (np. „ogranicza pożywienie”, „dotyka mnie w miejscu intymne, gdy tego nie chcę”, „zmusza do okłamywania przyjaciół, rodziny”). Zadaniem badanych jest ocena zachowań bezpośrednio ich dotyczących w kontekście wymienionych w narzędziu badawczym twierdzeń za pomocą skali pięciostopniowej, gdzie: 1 – „nie zdarza się”, 2 – „zdarza się bardzo rzadko”, 3 – „zdarza się”, 4 – „zdarza się często”, 5 – „zdarza się bardzo często”.

W swojej pracy wykorzystałam także metody statystyczne do opracowania materiału badawczego (ilościowego) w celu porównania statusów psychospołecznego funkcjonowania kobiet, ofiar przemocy domowej, przed i po zakończeniu terapii, a także w celu określenia zależności między dynamiką przemian w psychospołecznym funkcjonowaniu a pozaterapeutycznymi jej uwarunkowaniami (testy statystyczne, parametryczne i nieparametryczne).

Chcąc wykazać zaistnienie zmiany w sposobie postępowania, zachowania czy oceny sytuacji między kobietami przed i po roku terapii, skorzystano z wybranych metod statystycznych.

Prezentację wyników danych empirycznych rozpoczęto od rozkładu częstości. Pozwoliła ona na zapoznanie się z danymi, a także umożliwiła odpowiedź na proste pytania badawcze (aczkolwiek niekiedy kluczowe do prowadzonej analizy). Prezentacja rozkładu częstości pozwala szybkie zorientowanie się w danych, co w konsekwencji pozwala zaplanować kolejne kroki analizy.

W następnych etapach analizy skorzystano z nieparametrycznych testów istotności: min. z testu dla dwóch prób zależnych Wilcoxona, testu znaków, mediany dla dwóch prób, test porządku rang oraz obliczono korelacje.

W sytuacji kiedy złamane zostają założenia (np. rozkład zmiennej zależnej nie jest normalny, czy też nie ma zachowanej jednorodności wariancji w porównywanych grupach) właściwe jest posługiwanie się testami nieparametrycznymi. Testy te bowiem wymagają przyjęcia niewielu założeń (co nie znaczy, że są od nich całkowicie wolne), należy podkreślić, że są one: „mniej liczne, słabsze i łatwiejsze do spełnienia”⁴²¹.

Test Wilcoxona jest zastosowany przy testowaniu różnic między dwiema grupami zależnymi. Wyniki empirycznych badań są ułożone w pary (pomiar przed rozpo-

⁴²¹ Ferguson G.A., Takane Y., *Analiza statystyczna w psychologii i pedagogice*, PWN, Warszawa 2004, s. 452

częciem terapii i po roku terapii), następnie ustala się wielkość różnic między danymi w parze. Test Wilcozona jest nieparametrycznym odpowiednikiem testów t dla prób zależnych, w przypadku złamania złoża lub gdy pomiar został przeprowadzony na skali porządkowej⁴²². W przypadku prowadzonych badań zostało złamane m.in. założenie o rozkładzie normalnym (dobór do próby był bowiem celowy). Poza tym próba była mała (N=30 osób). Należy jednak podkreślić, że przy takim problemie badawczym oraz potrzebie prowadzenia badań longitudinalnych była ona znaczna.

Test znaków jest uproszczoną wersją testu Wilcozona. Stosuje się go wtedy, kiedy, gdy wyniki uzyskane przez osoby badane mają mały zakres zmienności.

Korelacja Pearsona jest miarą siły związku między dwiema zmiennymi. Procedura opracowana przez Pearsona opiera się na założeniach istnienia związku liniowego między badanymi zmiennymi.

Trzeba zauważyć, że testy nieparametryczne są na ogół słabsze od testów parametrycznych. Jeśli więc uda się odrzucić hipotezę zerową za ich pomocą, to oznacza, że udałoby się też odrzucić hipotezę zerową za pomocą testów parametrycznych⁴²³.

Prowadząc analizę statystyczną dla zebranego materiału empirycznego, posłużono się oprogramowaniem statystycznym SPSS dla Windows, wersja 21.0. W zależności od skali pomiaru zmiennej lub założeń zastosowano odpowiednią procedurę testowania.

Uważam, iż połączenie w badaniach różnych metod i technik, pozwoliło mi na zebranie zadowalającego materiału faktograficznego oraz na uzyskanie odpowiedzi na postawiony problem badawczy, dotyczący **dynamiki przemian psychospołecznego funkcjonowania kobiet – ofiar przemocy domowej w trakcie procesu terapeutycznego.**

⁴²² Brzeziński J., *Metodologia badań psychologicznych*, PWN, Warszawa 2005, s. 274, Francuz P., Mackiewicz R., *Liczy nie wiedzę, skąd pochodzi. Przewodnik po metodologii i statystyce. Nie tylko dla psychologów*, KUL, Lublin 2005

⁴²³ Francuz P., Mackiewicz R., *Liczy nie wiedzę...*, dz. cyt. s. 414

6.6. ORGANIZACJA BADAŃ – DOBÓR PRÓBY I CHARAKTERYSTYKA TERENU BADAŃ

W badaniach jakościowych rezygnuje się z postulatu reprezentatywności próby, dającej prawo do tworzenia uogólnień na podstawie zebranego materiału badawczego, natomiast o doborze respondentów decydują wyłącznie względy poznawcze. Nie kładzie się nacisku na dużą liczbę osób badanych, a badacz dokonuje doboru celowego, uzasadnionego sposobem określenia problemu badawczego⁴²⁴. Ze względu na mieszany charakter badań, a także ich przedmiot i możliwości badacza, przyjęto jako właściwy *celowy dobór próby*, czyli decyzję: kogo badać podejmowałam świadomie na podstawie jasno określonych kryteriów (cech). Przyjęcie koncepcji badań jakościowo-ilościowych uzasadnia dobór celowy próby. W literaturze metodologicznej podkreśla się, że „(...) *przyjęcie doboru celowego jest warunkowane posiadaniem odpowiednich informacji o właściwościach zbiorowości generalnej*”⁴²⁵.

W przeprowadzonym przeze mnie badaniu o charakterze mieszanym, jakościowo-ilościowym wzięło udział 30 kobiet, które doświadczały przemocy ze strony swoich partnerów. Założyłam także, że badania będą przeprowadzone na oddziale terapeutycznym w Ośrodku Pomocy Psychologicznej w Polkowicach, w którym odbywają terapię kobiety doświadczające przemocy domowej.

Badania empiryczne, podjęte w celu uzyskania odpowiedzi na sformułowane problemy badawcze przeprowadzone zostały na terenie powiatu polkowickiego, który usytuowany jest w północno-zachodniej części województwa dolnośląskiego i składa się z trzech miast, tj. Chocianowa, Polkowic i Przemkowa oraz 6 gmin: Chocianów, Gaworzyce, Grębocice, Polkowice, Przemków i Radwanice. Na terenach wiejskich znajdują się 103 miejscowości. Powiat liczy ok. 63 tys. mieszkańców.

Polkowice stanowią jeden z głównych ośrodków przemysłowych Legnicko-Głogowskiego Okręgu Miedziowego. Dominuje tam ludność napływowa, głównie ze środowisk wiejskich i robotniczych, zajmująca zbudowane w latach siedemdziesiątych osiedla mieszkaniowe tzw. blokowiska. Mieszkańcami powiatu są osoby „zwabione” ofertami pracy i wysokich zarobków w górnictwie, często bez wykształcenia i kwalifikacji zawodowych. W ten sposób niniejszy rejon stał się zlepkim różnych kultur, opartych w dużym stopniu na specyficznym tradycjonalizmie chłopskiego i robotniczego

⁴²⁴ Pilch T., Bauman T., *Zasady badań pedagogicznych...*, dz. cyt., s. 281-282

⁴²⁵ Nowak S., *Metodologia badań socjologicznych*, dz. cyt., s. 307

modelu rodziny. Osoby przybyłe do Polkowic z regionów biednych, wiejskich doznawały specyficznego awansu społecznego. Otrzymały pracę, dość wysokie w porównaniu z innymi regionami w kraju wynagrodzenie oraz mieszkanie, które stanowiło podstawę do dalszego życia w nowych warunkach.

W dobie przemian społecznych, gospodarki rynkowej i restrukturyzacji górnictwa miedziowego, środowiska te zostały pozbawione swojego etosu. W zamian otrzymały brak perspektyw życiowych, frustrację i bezrobocie. Oczywiście nie odnosi się to do wszystkich mieszkańców powiatu polkowickiego. Zdecydowana większość z nich pracuje nadal w górnictwie. Można jednak zauważyć osoby bezrobotne, które jak wynika z ich relacji nie podejmują zatrudnienia, gdyż twierdzą, że nie ma dla nich pracy, bądź wystarcza im pomoc w postaci zasiłków i zapomóg fundowanych przez Ośrodki Pomocy Społecznej. Zjawisko bezrobocia i związane z tym poczucie wyalienowania przyczyniło się pośrednio do przejawów patologicznych zachowań w społeczności lokalnej (np. różnych przejawów agresji i przemocy).

Na terenie powiatu polkowickiego osoby „*dotknięte przemocą*” mogą korzystać z pomocy psychologicznej, terapeutycznej oraz socjoterapeutycznej w Ośrodku Pomocy Psychologicznej działającym w Polkowickim Centrum Usług Zdrowotnych. W Ośrodku tym funkcjonuje także „*Punkt Konsultacyjny dla osób dotkniętych przemocą*”. Punkt konsultacyjny jest często pierwszym miejscem, do którego zgłaszają się ofiary przemocy domowej prosząc o pomoc. Klientkami tego punktu są kobiety, a niekiedy też młode dziewczęta w wieku 15–17 lat, które podczas wizyt opowiadają o traumatycznych dla nich zdarzeniach, jakie występują w ich domach rodzinnych. Podstawowe zadania punktu to wstępna diagnoza, udzielenie wsparcia psychicznego i informacji, pomoc w opracowaniu planu działania, porady prawne, pomoc w redagowaniu pism procesowych oraz przekazanie materiałów edukacyjnych na temat zjawiska przemocy (ulotki, broszury, informatory).

Od października 2007r. działa przy Ośrodku Pomocy Psychologicznej „*grupa psychoedukacyjna dla kobiet dotkniętych przemocą*”. Głównym celem pracy tej grupy jest natychmiastowe usuwanie zagrożenia życia i zdrowia kobiet, które są ofiarami przemocy domowej poprzez zapewnienie im schronienia, skutecznej interwencji policji oraz opieki prawnej. Nie jest to tradycyjna grupa psychoterapeutyczna, lecz grupa, która w swojej działalności jako priorytet obiera cel „*zatrzymania przemocy*”. Osoby doświadczające przemocy są niejednokrotnie zrozpaczone, przerażone negatywnym zachowaniem ze strony partnerów, ich poczucie wartości jest zniszczone. Upokorzenia

i urazy fizyczne, jakich doznają od sprawców przemocy, zawstydzają je i piętnują, zwiększając coraz bardziej poczucie beznadziejności i bezradności. Uczestnictwo w grupie daje im szansę na obronę przed przerażeniem i rozpaczą.

Badania zorganizowałam osobiście z racji posiadania uprawnień zawodowych pedagoga-socjoterapeuty, z zachowaniem tajemnicy zawodowej. Bezpośredni kontakt z pacjentkami pozwolił mi na dokonanie wstępnej selekcji. Wybrałam te kobiety, które zgodziły się zarówno na uczestnictwo w terapii, jak i na dwukrotny udział w badaniach przed i po upływie roku terapii.

Realizację projektu badawczego rozpoczęłam w maju 2011 roku. Przez okres trzech miesięcy (tj. maj, czerwiec, lipiec) pacjentki, które zgłaszały się i rozpoczynały terapię otrzymywały zestaw arkuszy badawczych i w mojej obecności lub innego terapeuty wypełniały otrzymany zestaw ankiet. Następnie po upływie 12 miesięcy terapii pacjentki ponownie otrzymały zestaw arkuszy badawczych celem ich ponownego wypełnienia. Badania te nie odbywały się anonimowo, każda osoba badana wyraziła zgodę na podanie swoich danych osobowych oraz interesujących mnie informacji z jej życia rodzinnego. Dodatkowo pacjentki podczas wstępnej rozmowy ze mną wyraziły zgodę na podanie następujących danych: wiek, stan cywilny, posiadanie dzieci i ich liczba, wykształcenie, zawód, miejsce zamieszkania (miasto, wieś), czas trwania związku, z jakiej rodziny pochodzi (pełnej, niepełnej).

6.7. CHARAKTERYSTYKA PRÓBY BADAWCZEJ

W grupie badanych kobiet przeprowadzono wstępną rozmowę celem scharakteryzowania tej grupy pod względem społeczno-demograficznym i dotyczącym ogólnej sytuacji życiowej. Pacjentkom zadałam pytania dotyczące ich wieku, stanu cywilnego, liczby posiadanych dzieci, wykształcenia, miejscowości pochodzenia (miasto, wieś), struktury rodziny, czasu trwania związku z mężem (partnerem), uzależnień i chorób psychicznych w rodzinie, nadużywania alkoholu w rodzinie pochodzenia i występowania przemocy domowej. Analiza uzyskanych danych pozwoliła na dokładniejszy opis zakwalifikowanych do badań kobiet.

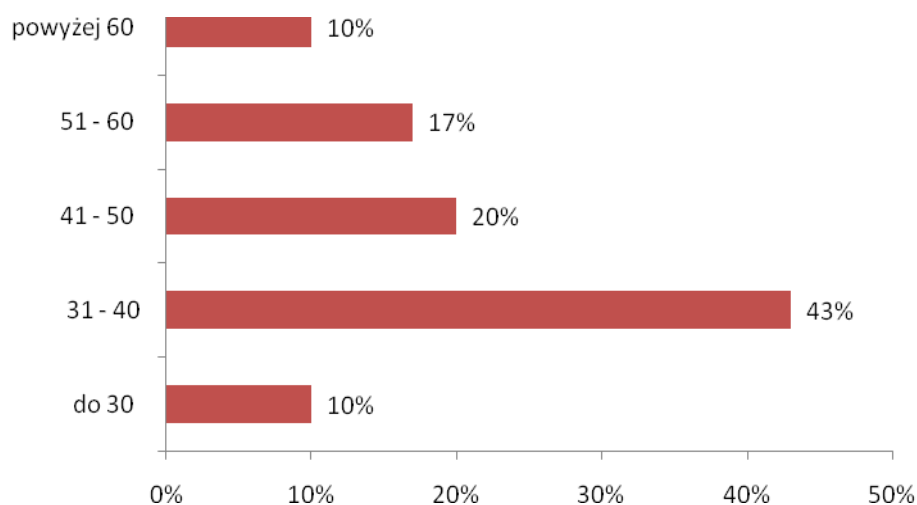
Charakterystyka socjologiczna, społeczno-demograficzna i życiowa badanych

Grupę badawczą stanowiły w całości kobiety. Średnia wieku badanych kobiet wynosiła 43 lata, przy czym najmłodsza kobieta objęta terapią miała 29 lat, a najstarsza 60. Najliczniejszą kategorią badanych były kobiety w wieku 31-40 lat (Tab. 2).

Tabela 2. Podstawowe informacje o badanej grupie

Podstawowe informacje o badanych kobietach	statystyki
Średnia wieku	43,00
Odchylenie standardowe wieku	9,381
Najmłodsza kobieta objęta terapią	29 lat
Najstarsza kobieta objęta terapią	60 lat

Źródło: opracowanie własne.



Rys. 1. Struktura wiekowa badanych w podziale na grupy wiekowe

Badane kobiety, które podjęły terapię w Ośrodku Pomocy Psychologicznej, to osoby młode (Rys. 1). W przedziale wiekowym do 30 lat oraz powyżej 60 lat mieściło się 10 % badanej grupy. Osoby w wieku 31-40 to 43% ogółu badanych. Reszta to kobiety z grupy wiekowej 51-60 lat. Jak widać, w momencie rozpoczęcia terapii najmniejszą kategorię wiekową stanowiły kobiety, które nie przekroczyły 30 lat oraz miały więcej niż 60 lat. Liczba badanych w przedziałach: 41-50 lat oraz 51-60 lat znajdowała się na podobnym poziomie.

Tabela 3 przedstawia strukturę grupy badawczej pod względem stanu cywilnego badanych kobiet.

Tabela 3. Podstawowe informacje o badanej grupie

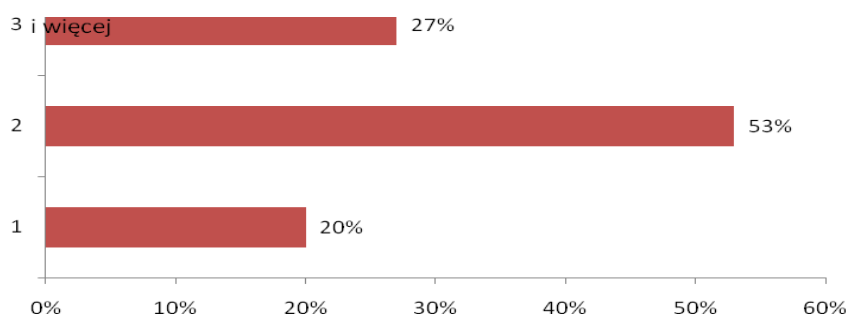
Stan cywilny	Dane - 2011		Dane - 2012	
mężatka	29	96,7	8	26,7
mężatka w separacji	1	3,3	4	13,3
rozwidziona	0	0,0	18	60,0
Ogółem	30	100,0	30	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie powyższych danych wynika, iż większość kobiet, które w roku 2011 przystąpiły do terapii dla osób doświadczających przemocy, stanowiły mężatki (N=29; 96,7%), natomiast pozostała - 1 kobieta (3,3%) była w separacji.

Po upływie roku terapii sytuacja dotycząca stanu cywilnego badanych kobiet uległa zmianie. I tak w 2012r. zdecydowana większość kobiet (N=18; 60,0%) była rozwódkami, 4 kobiety (13,3%) zdecydowały się wnieść sprawę do Sądu o separację, pozostałe kobiety (N=8; 26,7%) nadal pozostawały w związku małżeńskim. Jest to pozytywny wskaźnik zmian, które dokonały się na skutek terapii w sytuacji życiowej kobiet.

Rysunek 2. przedstawia strukturę grupy badawczej pod względem liczby posiadanych dzieci przez badane kobiety.



Rys. 2. Liczebność dzieci w rodzinach badanych

Jak wynika z danych, zdecydowana większość badanych kobiet (N=16; 53%) posiadała 2 dzieci, z kolei znacząca grupa badanych kobiet (N=8; 27%) posiadała jedno dziecko. Najmniej, bo 20% badanych posiadało 3 i więcej dzieci.

Tabela 4 przedstawia strukturę grupy badawczej pod względem wykształcenia badanych kobiet.

Tabela 4. Wykształcenie badanych kobiet

Wykształcenie badanych kobiet	n	%
Podstawowe	10	33,3
Zawodowe	7	23,3
Średnie i pomaturalne	8	26,7
Wyższe	5	16,7
Ogółem	30	100,0

Zródło: opracowanie własne.

Zdecydowana większość badanych kobiet (N=10; 33,3%) posiadała wykształcenie podstawowe. Pozostałe kobiety posiadały wykształcenie zawodowe (N=7; 23,3%) lub średnie i pomaturalne (N=8; 26,7%). Najmniej kobiet posiadało wykształcenie wyższe (N=5; 16,7%). Nie stwierdzono, aby którakolwiek z badanych kobiet posiadała wykształcenie gimnazjalne. Wskazuje to na pewną dominację wykształcenia podstawowego i zawodowego (56,60%), co niewątpliwie wyznacza sytuację kobiet – ofiar przemocy, ograniczającą ich samodzielne radzenie sobie.

Tabela 5 prezentuje strukturę grupy badawczej pod względem miejscowości pochodzenia badanych kobiet.

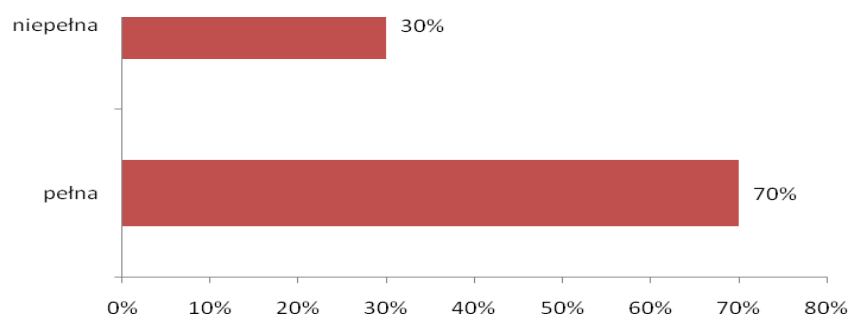
Tabela 5. Miejsce zamieszkania badanych kobiet

Miejsce zamieszkania	n	%
Miasto	29	96,7
Wieś	1	3,3
Ogółem	30	100,0

Zródło: opracowanie własne.

Zdecydowana większość kobiet (N=29; 96,7%) pochodziła z miasta, natomiast tylko 1 badana (3,3%) pochodziła ze wsi. Oznacza to jedynie w tym wypadku, że życie w mieście sprzyja kobietom w podjęciu decyzji o przystąpieniu do terapii, nie wskazuje zaś struktury przemocy wyznaczonej miejscem zamieszkania. Uwarunkowane jest to również tym, iż kobiety mieszkające w mieście czują się bardziej anonimowe (mniejsze zagrożenie ujawnieniem przemocy), niż te, które mieszkają na wsi. Ponadto w mieście jest więcej instytucji pomocowych aniżeli na wsi, co także powoduje, iż kobiety te mają większą szansę zwrócenia się do instytucji pomocowych.

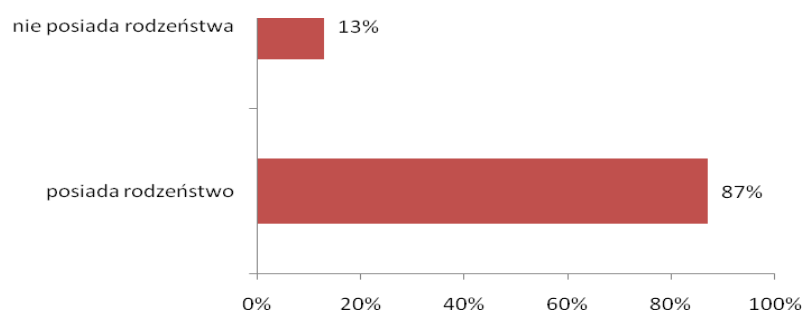
Na kolejnym rysunku (3) przedstawiono udział w badanej grupie kobiet pochodzących z rodzin pełnych i niepełnych.



Rys. 3. Struktura rodzin badanych

Okazuje się, że większość badanych kobiet ($N=21,70\%$) pochodziła z rodzin pełnych, pozostała część badanych ($N=9; 30\%$) wychowywała się w rodzinach niepełnych. Odsetek kobiet z rodzin niepełnych jest jednak znaczący, co wskazuje potencjalne źródło dysfunkcyjności ich rozwoju, a tym samym możliwości transmisji negatywnych wzorów funkcjonowania rodziny.

Jak pokazano na rysunku 4. większość badanych kobiet posiadała rodzeństwo, więc były to rodziny, posiadające przynajmniej 2 dzieci (87%).



Rys. 4. Posiadanie rodzeństwa przez badanych

Tabela 6 przedstawia sytuację zawodową badanych kobiet w roku 2011 i 2012. Z danych wynika, iż w roku 2011, przed przystąpieniem do terapii, połowa kobiet ($N=15; 50,0\%$) nie pracowała, była więc na wyłącznym utrzymaniu swojego męża, albo utrzymywała się z zasiłków otrzymywanych z Ośrodka Pomocy Społecznej. Znacząca grupa kobiet ($N=14; 46,7\%$) posiadała dochody z tytułu zatrudnienia.

Z kolei w roku 2012 sytuacja zawodowa kobiet uległa wyraźnej zmianie. I tak zdecydowana większość badanych kobiet (N=24,80,0%) w trakcie trwania terapii podjęła zatrudnienie, natomiast 2 badane (6,7%) zdobyły uprawnienia do świadczenia emerytalnego z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Z kolei, niewielka grupa kobiet (N=4; 13,3%) nie zdołała podjąć pracy, stąd nadal pozostaje na utrzymaniu swoich mężów. Oznacza to jednocześnie, że uczestnictwo w procesie terapii znacząco przyczyniło się do zmiany sytuacji życiowej dużej grupy badanych kobiet.

Tabela 6. Sytuacja zawodowa badanych kobiet

Sytuacja zawodowa	Dane - 2011		Dane - 2012	
	n	%	n	%
Pracuje	14	46,7	24	80,0
nie pracuje	15	50,0	4	13,3
emerytka	0	0,0	2	6,7
brak danych	1	3,3	0	0,0
Ogółem	30	100,0	30	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 7 przedstawia dane dotyczące zachowań oraz dysfunkcji jakich badane kobiety doświadczyły w domu rodzinnym. Dane te uzyskano z wywiadu, zaś specyficzne doświadczenia kobiet zostały pokategoryzowane wg kryterium dysfunkcjonalności doświadczeń.

Tabela 7. Zachowania przejawiane w domu rodzinnym

Zachowania przejawiane w domu rodzinnym	n	%
ojciec nadużywał alkohol	2	6,7
ojciec stosował przemoc	2	6,7
ojciec nadużywał alkohol i stosował przemoc	7	23,3
matka i ojciec nadużywali alkoholu, dodatkowo ojciec stosował przemoc	1	3,3
w domu nie nadużywano alkoholu ani nie stosowano przemocy	18	60,0
Ogółem	30	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie analizy powyższych danych wynika, iż u zdecydowanej większości badanych kobiet (N=18; 60,0%) w domu nie nadużywano alkoholu, ani też nie stosowano przemocy. U 7 respondentek (23,3%) ojciec nadużywał w domu alkohol i stosował przemoc wobec najbliższych członków rodziny. Z kolei u 2 badanych kobiet (6,7%) ojciec nadużywał alkohol, ale nie awanturował się i nie stosował przemocy wobec członków rodziny, jak również u 2 respondentek (6,7%) odnotowano, iż ojciec stosował przemoc wobec członków rodziny będąc trzeźwym. Pomimo, że większość kobiet wywodzi się z rodzin bez wyraźnych przejawów dysfunkcjonalności, to jednak odsetek rodzin pochodzenia, w których występowało różne nasilenie zjawisk negatywnych

jest bardzo wysoki (40%). Oznacza to, że teza o możliwym dziedziczeniu społecznym dysfunkcjonalności jest bardzo prawdopodobna.

Podsumowanie. Charakterystyka ofiar przemocy domowej należy do istotnych zagadnień badań psychologicznych oraz kryminologicznych, ponieważ wskazuje na pewne cechy, które m.in. mogą być brane pod uwagę w ocenie ryzyka wiktymizacyjnego. Analiza powyższych danych potwierdza tezę, iż poziom edukacji kobiet doświadczających przemocy ma istotny wpływ na ryzyko wiktymizacyjne. Kobiety z niskim wykształceniem stanowiły większą grupę respondentek, które doświadczały przemocy, niż kobiety z wykształceniem wyższym. Ponadto pozycja zawodowa i materialna kobiety może mieć znaczący wpływ na ryzyko doznania przemocy. Jeśli chodzi o przemoc wewnątrzmałżeńską, to uznaje się, że w rodzinach o niskich dochodach jest ona częstym narzędziem rozwiązywania problemów i stanowi odpowiedź na stres związany z ubóstwem⁴²⁶, ale może wystąpić również w sytuacji, gdy nie ma problemów materialnych. Pozycja zawodowa kobiet oraz ich zatrudnienie ma zasadnicze znaczenie dla ich samodzielności i ochrony przed ewentualną przemocą, ale może również wywoływać agresję u mężczyzn w związku z zachwianą ich rolą przywódcy w rodzinie.

Przemoc doświadczona przez kobietę od swojego partnera bywa niekiedy powtórzeniem sytuacji, jaka miała miejsce w jej domu rodzinnym, w którym ojciec stosował przemoc wobec matki lub wobec niej samej. Kobiety, które wychowywały się w takich domach, doświadczały przemocy od swoich partnerów. Taka sytuacja potwierdza tezę o międzypokoleniowej transmisji nie tylko stosowania przemocy, ale również tkwienia w niej, czyli przenoszenia do swojego życia tzw. wyuczonej bezradności⁴²⁷.

⁴²⁶ Gelles R.J., *Family violence*, 2 ed., Sage, Beverly Hills 1987

⁴²⁷ Herman J.L., *Przemoc. Uraz psychiczny...*, dz. cyt.

CZĘŚĆ II. ANALIZA BADAŃ WŁASNYCH

ROZDZIAŁ 7. CHARAKTERYSTYKA PRZEMOCY WEWNĄTRZRODZINNEJ NA TERENIE POWIATU POLKOWICKIEGO

W rozdziale tym analizie poddano wyniki pozwalające odpowiedzieć częściowo na pytania odnoszące się do pierwszego problemu badawczego, który przyjął formę pytania o przejawy, wybrane społeczno-demograficzne determinanty i dynamikę zjawiska przemocy wobec kobiet na terenie powiatu polkowickiego oraz o sposoby rozwiązywania problemów związanych z przemocą.

7.1. POZIOM I STRUKTURA PRZEMOCY DOMOWEJ WOBEC KOBIET NA PODSTAWIE DANYCH STATYSTYCZNYCH POLICJI

Zjawisko przemocy w rodzinie, ze względu na swe wieloaspektowe konsekwencje, uznawane jest nie tylko za znaczący problem indywidualny, lecz również za niezwykle istotny problem społeczny. Ponadto trudno jest jednoznacznie określić skalę zjawiska przemocy w rodzinie. Źródłem informacji na ten temat są policyjne dane dotyczące przeprowadzonych interwencji, dane wymiaru sprawiedliwości, placówek udzielających pomocy osobom krzywdzonym przez najbliższych.

W niniejszej dysertacji podstawowymi źródłami informacji na temat przemocy domowej są również oficjalne statystyki Sądu Rejonowego w Lubinie i Głogowie. Dane rejestrów sądowych, dotyczące zjawiska przemocy domowej są o tyle istotne, że stanowią ważne uzupełnienie danych z rejestrów policyjnych o orzecznictwo w sprawach związanych z przemocą. Należy nadmienić, iż powiat polkowicki, jako „młody powiat”, jak do tej pory na swoim terenie nie utworzył Sądu oraz Prokuratury. Gminy, które weszły w skład powiatu polkowickiego zostały podzielone i przekazane pod jurysdykcję powyższych Sądów. I tak, gmina Grębocice, Gaworzyce, Radwanice oraz Przemków podlegają bezpośrednio pod Prokuraturę i Sąd mieszczący się w Głogowie. Natomiast gmina Chocianów oraz miasto i gmina Polkowice podlegają pod Prokuraturę i Sąd mieszczący się w Lubinie.

Statystyki policyjne nie odzwierciedlają rzeczywistych rozmiarów przestępczości. W przypadku przestępstw wobec kobiet, takich jak znęcanie się, pobicie, czy zgwałcenie, przestępczość nieujawniona, czyli tzw. „ciemna liczba” jest ogromna.

Przemoc ze strony osób najbliższych jest bardzo często ukrywana i trafia do organów ścigania tylko w wyjątkowo poważnych okolicznościach.

Ustalenie rozmiarów i rodzajów doświadczanej przemocy w relacjach partnerskich jest jednym z najtrudniejszych zagadnień w badaniach wiktymizacyjnych, ponieważ dotyczy ono prywatnej i intymnej sfery życia. Ujawniona przemoc jest wycinkiem rzeczywistości. Przyczyny ukrytej przemocy są bardzo różnorodne i zależą od wielu czynników, w tym również kulturowych.

W niniejszym rozdziale analizie poddane zostaną dane statystyczne Komendy Powiatowej Policji w Polkowicach przedstawiające zjawisko przemocy domowej, z uwzględnieniem takich danych, jak:

1. liczba interwencji i ich dynamika,
2. społeczno-demograficzna charakterystyka (struktura społeczna) osób doświadczających przemocy,
3. struktura i dynamika sprawstwa przemocy ze względu na płeć,
4. struktura przemocy ze względu na wiek ofiar i sprawców,
5. czynniki przemocy,
6. środowisko życia ofiar i sprawców przemocy.

1. Liczba interwencji i ich dynamika

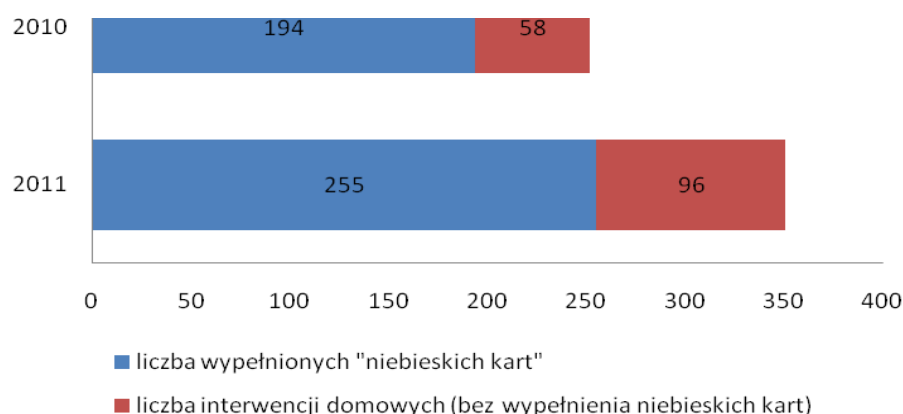
Policjanci rocznie podejmują ponad 90 tys. interwencji domowych związanych z przemocą w rodzinie, w których uruchomiona jest procedura „Niebieskiej Karty”. Przeprowadzone w tym miejscu analizy zostaną dokonane właśnie w oparciu o procedurę „Niebieskich Kart”, będącą jednym z najistotniejszych instrumentów przeciwdziałania przemocy w rodzinie, którym dysponuje Policja.

Na terenie powiatu polkowickiego funkcjonariusze policji także od kilku lat odnotowują różne przejawy agresji, w tym przemoc wobec najbliższych członków rodziny. W 2010 roku na terenie powiatu polkowickiego przeprowadzono ogółem 252 interwencje domowe, z których 194 (czyli 77%) zakwalifikowano jako interwencje dotyczące przemocy w rodzinie, co spowodowało wypełnienie „Niebieskiej Karty” (Rys. 5).

W porównaniu z rokiem 2010 liczba zarówno interwencji, jak i liczba uruchomionych procedur „Niebieskiej Karty” znacząco wzrosła w roku 2011. W roku 2010, jak wzmiankowałam wyżej, odnotowano 252 interwencje domowe, natomiast w roku kolejnym 351 (przyrost o 28%). Niebieskich kart wydano odpowiednio 194 i 255, co oznacza przyrost od 24%. Tak więc nastąpiła eskalacja zgłoszeń powodujących in-

terwencji policyjne z nieznaczną tendencją do przyrostu przypadków wypełniania Niebieskich kart – w roku 2010 dotyczyło to 72,65% interwencji, w roku 2011 – 76,98%.

Rys. 5. Liczba wypełnionych „Niebieskich Kart” w stosunku do przeprowadzonych interwencji domowych w latach 2010 i 2011 przez policję.



Źródło: Dane statystyczne Komendy Powiatowej Policji w Polkowicach [N].

W tym miejscu należy podkreślić, że przedstawione dane statystyczne dotyczące skali zjawiska przemocy w rodzinie mogą być zaniżone w stosunku do stanu rzeczywistego. Trzeba bowiem mieć świadomość, że dane ze statystyk kryminalnych nie obrazują rozmiarów przestępczości rzeczywistej, a jedynie skalę przestępczości ujawnionej. Niestety nie znamy rozmiarów przestępczości nieujawnionej dotyczącej przemocy w rodzinie. Przestępczość nieujawniona obejmuje te zachowania, które wypełniają znamiona czynów zabronionych, jednakże informacje o nich nie trafiły do policji lub nie zostały przez nią odnotowane. Etiologia takiego stanu rzeczy może tkwić w funkcjonowaniu organów ścigania, ich skuteczności, a także w postawie osób doświadczających przemocy, które nie informują instytucji o zdarzeniach przestępnych, tj. o występowaniu przemocy domowej. Taką postawę mogą powodować następujące czynniki:

- **Stosunek ofiary przemocy do samego czynu.** Osoba doświadczająca przemocy może nie zdawać sobie sprawy z tego, że dane zachowanie jest przestępstwem. Może mieć również wątpliwości, co do tego, czy padła ofiarą przestępstwa znęcania się, czy też swego lekkomyślnego postępowania lub także przyjąć założenie, że dane zachowanie ze względu na wagę czynu nie ma większego znaczenia dla niej.
- **Stosunek do sprawcy.** Ofiara może wyrażać współczucie dla sprawcy, szczególnie w sytuacji, gdy sprawcą jest osoba najbliższa, lub ofiarę ze sprawcą łączy pewna zażyłość; bądź też przeciwnie, tj. ofiara obawia się reakcji ze strony sprawcy.

- **Stosunek do organów ścigania.** Ofiara może nie zawiadomić policji o fakcie znęcania się nad nią z uwagi na brak wiary w skuteczność działań policji, z powodu niechęci do tej instytucji, bądź z powodu na uprzednie negatywne doświadczenia z policją.

- **Sytuacja życiowa, w jakiej się znajduje.** Ofiara może znajdować się w sytuacji, w której ujawniając fakt znęcania się nad nią, sama może narazić się na odpowiedzialność karną albo też ujawnić wstydliwe dla niej informacje.

Za szczególnie istotny dla faktów przemocy uznać należy stosunek ofiary do sprawcy, który podlega opisanym w teorii mechanizmom relacji przemocowych. Natomiast dla zgłaszania i wykrywalności tych faktów szczególnie istotnym wydaje się stosunek ofiary do czynu, zależny od wskazanych niżej przeobrażeń społecznych związanych ze wzrostem świadomości i wiedzy.

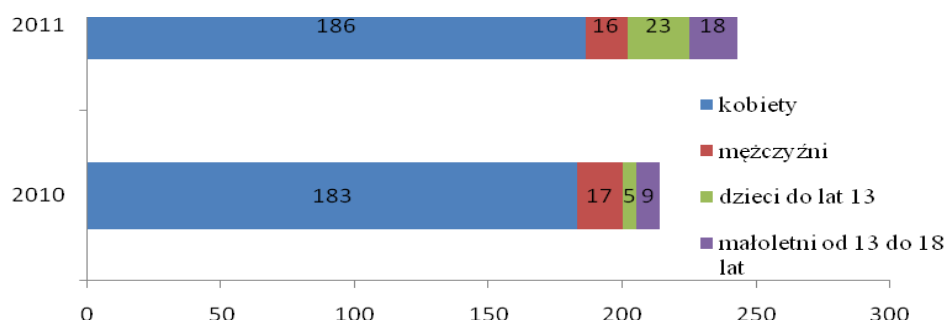
Uzyskane dane potwierdzają fakt, iż w ciągu ostatnich kilku lat wyraźnie wzrosła liczba zgłoszeń przypadków przemocy domowej. Wynika to przede wszystkim z pewnych przeobrażeń społecznych, ale także z większej świadomości kobiet dotyczącej zjawiska przemocy domowej. Coraz częściej mówi się o przemocy w mediach i piśmie w literaturze. Kobiety w roli ofiary zaczęły częściej zgłaszać przemoc ze strony męża – partnera służbom społecznym oraz organom ścigania, licząc na pomoc z ich strony.

Analiza tych czynników nakazuje również poruszyć kwestię „trwania w sytuacji przemocy” (dlaczego kobiety, które doznają przemocy, nie odchodzą od swoich partnerów). Jednym z wyjaśnień może być stan, w jakim znajduje się kobieta, powodujący mechaniczną adaptację do zaistniałych warunków i brak inicjatywy w kierunku zmiany. Do innych czynników powstrzymujących odejście kobiety od partnera stosującego przemoc należą także zwykle gorsze warunki finansowe, brak samodzielności kobiety, brak mieszkania i strach przed pozostawieniem dzieci oraz obawa przed brakiem społecznej akceptacji faktu zerwania związku z partnerem.

2. Społeczno - demograficzna struktura osób doświadczających przemocy i dynamika przemian

Dokonując szczegółowej charakterystyki ofiar przemocy domowej, uzyskano dane świadczące o charakterystycznych tendencjach związanych ze społeczną pozycją osób doświadczających przemocy (Rys. 6). Dane te potwierdzają – powszechnie wskazywaną tendencję stawiania się ofiarą przemocy, w sytuacji niższej społecznie pozycji, czyli osoby „słabsze” są bardziej zagrożone w tym zakresie.

Rys. 6. Charakterystyka społeczno-demograficzna osób doświadczających przemocy domowej ujawnionych w latach 2010-2011.



Źródło: Dane statystyczne Komendy Powiatowej Policji w Polkowicach [N].

Na podstawie powyższych danych można powiedzieć, iż ofiarami przemocy domowej w przeważającej mierze są kobiety. W roku 2010 liczba kobiet, które padły ofiarą omawianego zjawiska, wynosiła 183, co w stosunku do ogólnej liczby ofiar przemocy domowej przypadającej na ten rok stanowi 85,51%. Natomiast w roku 2011 kobiety stanowiły 76,54% ogólnej liczby ofiar przemocy w rodzinie. Kolejną grupą ofiar są dzieci w wieku do 13 lat. Z powyższych danych wynika, że dzieci dziewięciokrotnie rzadziej padają ofiarami przemocy niż kobiety. Jeszcze rzadziej ofiarami przemocy domowej są małoletni od 13 do 18 roku życia. Można to wytłumaczyć faktem, że osoby należące do tej kategorii wiekowej są bardziej zaradne, sprytniejsze i bardziej skutecznie potrafią się obronić przed różnymi formami przemocy, a przede wszystkim przed jej formą fizyczną.

Analizując uzyskane dane (Rys. 6), można wnioskować, że grupą osób, która najrzadziej pada ofiarą przemocy domowej, są mężczyźni, choć nie brak jest doniesień, że mężczyźni także doświadczają przemocy ze strony swoich partnerek. Suzanne K. Steinmetz⁴²⁸ opisuje te sytuacje, używając określenia „*syndrom bitego męża*”, co sugeruje nasilenie zjawiska, pozwalając wyróżnić charakterystyczne reakcje i objawy. W opisie tym brak uwzględnienia kilku ważnych czynników, m.in. motywów przemocy (np. czy jest to działanie w obronie własnej, jak u kobiet, czy inny czynnik). Także częstotliwość przemocy mężczyzn wobec swoich partnerek jest relatywnie o wiele wyższa. Ponadto przemoc męska jest groźniejsza w skutkach, ze względu na ich przewagę wynikającą z siły fizycznej.

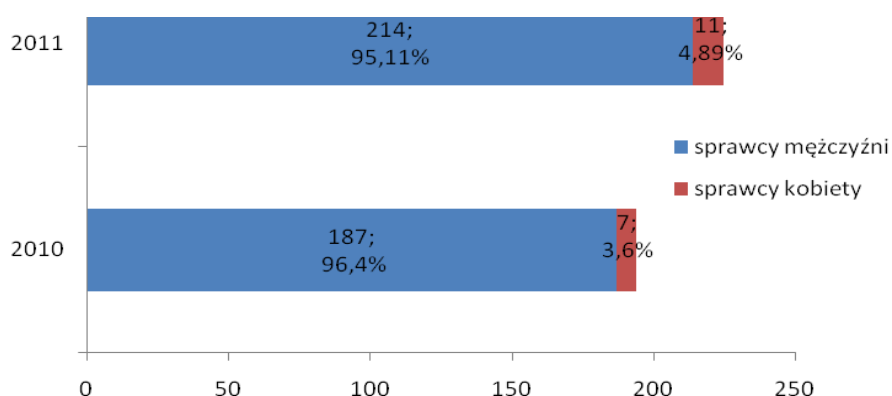
⁴²⁸ Steinmetz S.K., *The battered husband syndrome*, „Victimology” 1978, nr 2, s. 499-509

Podsumowując, można stwierdzić, iż liczebność zgłaszanych faktów przemocy wobec kobiet maleje (2010 – 85,59%, 2011 – 76,54% - spadek o 9,05%), a tendencja ta dotyczy również przemocy wobec mężczyzn, choć w nieznacznym stopniu (2010 – 7,94%, 2011 – 6,58% - spadek o 1,36%). Odnotowano natomiast przyrost zgłoszeń wobec małoletnich w wieku do 13 roku życia (2010 – 2,34%, 2011 – 9,47% - przyrost o 7,13%) oraz w wieku 13 – 18 lat (2010 – 4,25%, 2011 – 7,41% - przyrost o 3,20%).

3. Struktura i dynamika sprawców przemocy ze względu na płeć

Dzieląc sprawców przemocy ze względu na płeć, można również dostrzec charakterystyczne tendencje, które obrazuje poniższe zestawienie (Rys. 7). Tendencje te dotyczą zarówno struktury, jak i dynamiki sprawców.

Rys. 7. Informacja dotycząca sprawców przemocy domowej ujawnionych w latach 2010-2011.



Źródło: Dane statystyczne Komendy Powiatowej Policji w Polkowicach [N].

Analizując uzyskane dane, dotyczące struktury sprawców w latach 2010-2011 (Rys. 7), nietrudno dostrzec, iż w zdecydowanej większości sprawcami przemocy domowej są mężczyźni. Ponadto liczba sprawców przemocy domowej systematycznie rośnie. W roku 2010 ich liczba wynosiła 187 (96,4% mężczyzn), natomiast w roku 2011 liczba ta osiągnęła poziom 214 (95,11% mężczyzn) osób, wskazując jednocześnie rosnącą – choć słabo – tendencję wzrostu odsetek kobiet sprawczyń przemocy. Dane statystyczne dotyczące sprawców przemocy dotyczą zarówno tych, którzy podczas interwencji domowej znajdowali się pod wpływem alkoholu, jak i tych mężczyzn będących trzeźwymi. Pozostałe kategorie sprawców przemocy domowej stanowią kobiety. Warto w tym kontekście zaznaczyć, że udział kobiet jako sprawców przemocy wykazuje też

nieznaczną tendencję wzrostową, ale generalnie udział procentowy jest podobny w obu porównywanych okresach.

4. Czynniki przemocy (alkohol i alkoholizm)

Z badań nad przemocą domową stosowaną ze strony partnera wynika, że czynnikami wyzwalającymi przemoc jest m.in. nadużywanie alkoholu oraz używanie narkotyków. Przemoc i agresja przejawiana w stosunku do innych osób często odtwarza się wobec najbliższej partnerki. Wiadomo także, że może być ona przenoszona z pokolenia na pokolenie⁴²⁹. Obraz wyniesiony z własnego domu, w którym ojciec bił matkę i znęcał się nad nią, jest często powtarzany we własnej rodzinie.

U osób znajdujących się w stanie nietrzeźwości zanikają mechanizmy samokontroli i ich zachowania mogą być nieobliczalne. Nasilają się też zachowania agresywne nawet u osób, które na co dzień są spokojne i opanowane. Świadoma kontrola nad zachowaniem zmniejsza się wraz ze wzrostem upojenia alkoholem. Sprawca przemocy na ogół zaprzecza, aby kiedykolwiek i komukolwiek wyrządził krzywdę. Zaprzecza także, aby miał problem wynikający z nadużywania alkoholu. Mechanizm zaprzeczania, który bardzo silnie rozwija się w uzależnieniu sprawia, że wizja świata i życia alkoholika jest zaburzona i oderwana od rzeczywistości. Nie dostrzega on szkód, jakie w jego życiu czyni nadmierne picie alkoholu oraz nie przyjmuje do wiadomości nawet oczywistych faktów potwierdzających jego agresywne zachowanie się wobec członków rodziny⁴³⁰.

Analiza związków między nadużywaniem alkoholu a stosowaniem przemocy (Rys. 8) wykazała pewne specyficzne prawidłowości.

Poniższe dane obrazują skalę przemocy domowej dokonywanej przez osoby pod wpływem alkoholu. W roku 2010 ponad 42,06% sprawców (106 przypadków⁴³¹ spośród 252 interwencji) sprawców było w stanie wskazującym na spożycie alkoholu, natomiast w roku 2011 – 50,71% (178 osób⁴³² przy 351 interwencjach). Nastąpił więc przyrost o 72 przypadki w liczbach bezwzględnych, zaś procentowo o 8,65%.

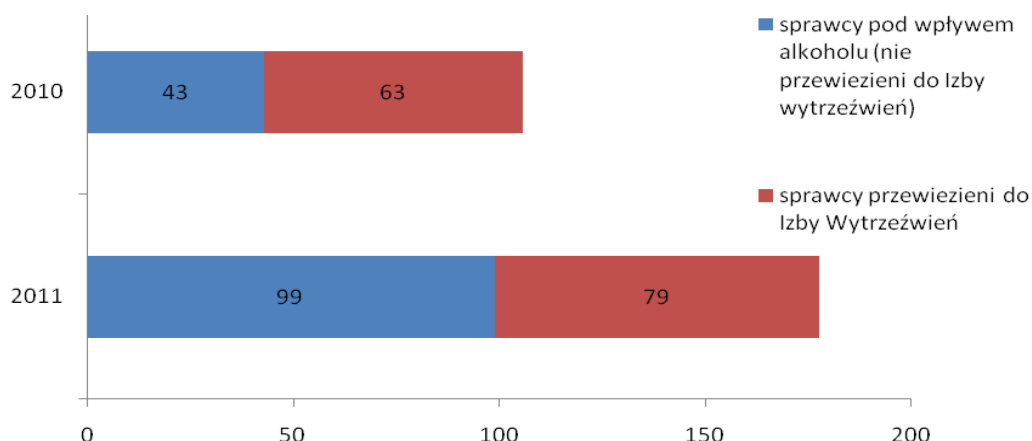
Rys. 8. Sprawcy przemocy domowej (mężczyźni) będący pod wpływem alkoholu, ujawnieni w latach 2010-2011.

⁴²⁹ Flynn C.P., *Relationship violence by women: issues and implications*, "Family Relations" 1990, nr 39, s. 194-198.

⁴³⁰ Cichła J., *Charakterystyka zjawiska przemocy w rodzinie na terenie powiatu polkowickiego. Współpraca z kobietami-ofiarami przemocy domowej*, [w:] Cichła J., Ilnicka R.M. (red.), *Przemoc w społeczeństwie. Diagnoza, sposoby przeciwdziałania*, Wyd. DWSPiT, Polkowice 2008, s. 36-39

⁴³¹ N=106 - to suma osób pod wpływem alkoholu przewiezionych do Izby Wyrzeźwień - 63 i nieprzewiezionych - 43

⁴³² Jak wyżej N=178 (79+99)



Źródło: Dane statystyczne Komendy Powiatowej Policji w Polkowicach [N].

Z powyższych danych wynika także, iż ponad połowa sprawców w roku 2010 (N=63) i 2011 (N=79) została odizolowana od ofiar i przewieziona do Izby Wyrzeźwień. Należy podkreślić, iż jest to tendencja prawidłowa, gdyż pozostawienie nietrzeźwego sprawcy przemocy na miejscu interwencji mogłoby skutkować eskalacją napaści wobec ofiar.

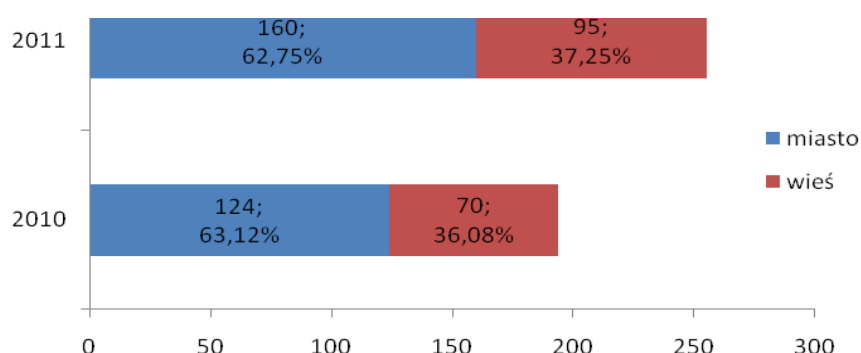
Duża liczba sprawców (N=106 - 2010; N=178 - 2011) będących podczas interwencji policji pod wpływem alkoholu świadczy o tym, że alkohol, znosząc zahamowania, zwiększa prawdopodobieństwo pojawienia się agresji. Liczne codzienne obserwacje, jak również wskazane dane statystyczne potwierdzają zależność między agresją a spożyciem alkoholu – przykładem tego są bójki, czy awantury rodzinne, które bardzo często zdarzają się po spożyciu alkoholu. Ponadto osoby nietrzeźwe łatwiej popadają w konflikt z otoczeniem i zachowują się prowokacyjnie⁴³³.

5. Środowisko życia ofiar i sprawców przemocy

Miejsce zamieszkania, obok innych czynników, może stanowić czynnik wyzwalający przemoc (Rys. 9). Styl życia i sposób funkcjonowania osób zamieszkujących miasta charakteryzuje się większą aktywnością i ruchliwością społeczną, co może sprzyjać zwiększeniu ryzyka stania się ofiarą przestępstwa w ogóle, nie tylko przestępstwa związanego z przemocą wewnątrzrodzinną. Jednak też większa anonimowość i izolacja społeczna, charakterystyczna dla środowisk miejskich, zdaje się sprzyjać występowaniem zjawisk przemocowych.

⁴³³ za: Hołyst B., *Kryminalistyka*, LexisNexis, Warszawa 2000, s. 1172

Rys. 9. Przemoc ze strony partnera a miejsce zamieszkania ofiary przemocy domowej (2010-2011r.).



Źródło: Dane statystyczne Komendy Powiatowej Policji w Polkowicach.

Wprawdzie w kategoriach bezwzględnych liczba przypadków przemocy wzrosła tak w mieście (o 36), jak i na wsi (o 25), to przeliczenie procentowe ukazuje różnice minimalne (w mieście spadek o 0,37%, na wsi przyrost o 1,17%). Nie ma jednak istotnej różnicy w dynamice ujawniania przemocy (2010-2011) wśród kobiet wiejskich i miejskich jej doświadczających. Społeczny stereotyp częściej czyni ofiarą kobiety wiejskie. Związane jest to m.in. z tym, iż kobiety mieszkające na wsi, które doświadczają przemocy, borykają się także z problemem bezrobocia. Wynika to ze specyfiki zjawiska przemocy w rodzinie. Jedną z jej częstych form jest przemoc ekonomiczna stosowana przez sprawcę, która wiąże się z uzależnieniem od środków finansowych jednej ze stron w związku. Ponadto przemoc ekonomiczna to również ograniczanie możliwości podjęcia pracy, utrudnianie nauki i rozwoju, deprecjonowanie profesjonalnych kompetencji w celu obniżenia poczucia własnej wartości ofiary. Należy także dodać, iż w małżeństwach, w których występuje zjawisko przemocy wewnątrzmałżeńskiej relacje między kobietą a jej partnerem nie są na równej płaszczyźnie. W związkach takich zazwyczaj mężczyzna jest osobą dominującą, podporządkowującą sobie swoją partnerkę oraz pozostałych domowników. Kobiety tkwiące w związkach przemocowych zazwyczaj nie skarżą się na zachowanie swojego partnera, gdyż mają świadomość występowania społecznych zależności od partnerów, które są wzmacniane przez patriarchalną strukturę społeczną, wykształcającą u kobiet postawę bierności, uległości, posłuszeństwa⁴³⁴, a jednocześnie czyniącą je wyłącznie odpowiedzialnymi za szczęście ogniska domowego, co utrudnia wyjście z roli matki i żony nawet w sytuacji realnego, regularnego i zintensyfikowanego krzywdzenia.

⁴³⁴ Gajewska A., *Hasło: feminizm*, Wydawnictwo Poznańskie, Poznań 2008, s. 113

Warto przy tym zaznaczyć, że statystyki ujawniają tylko te przypadki przemocy, do których ofiary same się przyznają, a nie jest to wcale zjawisko powszechne. W opinii społecznej doświadczanie przemocy w specyficzny sposób negatywnie stygmatyzuje również ofiarę, dlatego kobiety mieszkające na wsi niechętnie mówią o tym, iż doświadczają przemocy, a jeszcze bardziej niechętnie zgłaszają ten fakt organom ścigania, czy instytucjom pomocowym. Zazwyczaj można spotkać się wśród kobiet wiejskich doświadczających przemocy ze stereotypem, iż „*brudy pierze się we własnym domu*”, co oznacza, że rodzina większość trudnych spraw jest w stanie i może rozwiązać sama. Jednakże, kiedy w rodzinie mają miejsce trudności przekraczające możliwości radzenia sobie jej członków, to przekonanie funkcjonujące w sztywny sposób dodatkowo sprawi, że nie będzie możliwości sięgnięcia po pomoc z zewnątrz.

Analizując powyższe dane (Rys. 9) nietrudno zauważyć, iż w miastach kobiety częściej zgłaszają przemoc ze strony swojego partnera. Należy mieć także na uwadze fakt, iż w odbiorze aktów przemocy znaczącą rolę odgrywa świadomość kobiet, np. w mocno zakorzenionych patriarchalnych relacjach uderzenie przez męża jest uznawane przez kobietę za słuszną naganę, natomiast w innych związkach małżeńskich (partnerskich) niewielka agresja może być uznana za przemoc. Ponadto w miastach funkcjonuje zdecydowanie więcej aniżeli na wsiach instytucji pomagających kobietom, dzięki którym czują się one pewniejsze i chętniej mówią o przemocy⁴³⁵.

Dodać należy, że w badanym rejonie, ze względu na jego industrializację, miejsce zamieszkania w małym stopniu wskazuje na charakter relacji. Zarówno mieszkańcy miast, jak i wsi zwykle pracują w zakładach przemysłowych rejonu, a wśród mieszkańców wsi jest wiele rodzin pochodzenia miejskiego, zasiedlających nowo wybudowane domy.

⁴³⁵ Gruszczyńska B., *Przemoc wobec kobiet w Polsce. Aspekty prawno kryminologiczne*, Oficyna Wolters Kluwers Polska Sp. z o.o., Warszawa 2007, s. 84

7.2. CHARAKTERYSTYKA ZJAWISKA PRZEMOCY NA PODSTAWIE POSTĘPOWAŃ SĄDOWYCH W SPRAWACH O PRZEMOC DOMOWĄ

Przestępstwa przeciw rodzinie należą do najczęściej popełnianych, a równocześnie (poza zabójstwem) stosunkowo trudno wykrywanych i rzadko ujawnianych. Przemoc wobec kobiet i dzieci jest ukrywana – kobiety są nastawione niechętnie do zgłaszania przypadków przemocy. Powoduje nimi lęk, obawa przed karą ze strony męża, rodziny, brak środków finansowych, zależność emocjonalna i troska o dzieci. Przemoc wobec kobiet pozostaje więc nieoszacowana, a dane statystyczne, jakimi dysponujemy, zwykle nie odzwierciedlają jej rozmiaru, są zdecydowanie zaniżone.

Statystyki Komendy Głównej Policji⁴³⁶ wskazują, że każdego roku zgłaszanych jest coraz więcej przypadków przemocy w rodzinie, w roku 2010 na 964.614 odnotowanych w Polsce przestępstw (wszczętych postępowań przygotowawczych) 30.534 postępowań to sprawy o przemoc w rodzinie, w których w 81% przypadkach ofiarami przemocy były kobiety i dzieci (ponad 60% kobiet). Natomiast w roku 2011 na 981.480 odnotowanych ogółem przestępstw w Polsce, 29.958 to przestępstwa związane z przemocą w rodzinie, gdzie następnie ujawniono 25.080 osób pokrzywdzonych przemocą w rodzinie, w tym 4.231 to osoby małoletnie będące ofiarami przemocy domowej.

W omawianych badaniach jedną z technik badawczych była analiza materiału empirycznego zawartego w dokumentacji sądowej, zgromadzonego przez organy ścigania. Przy doborze akt spraw o przemoc domową analizie poddano tylko sprawy zakończone prawomocnym wyrokiem skazującym sprawców.

Badania (analiza akt) zostały przeprowadzone w okresie od października 2011r. do stycznia 2012r. na terenie następujących sądów:

- a) Sądu Rejonowego II Wydziału Karnego w Lubinie,
- b) Sądu Rejonowego II Wydziału Karnego w Głogowie.

Należy nadmienić, iż powiat polkowicki utworzony został w 1999 roku w ramach reformy administracyjnej. Jego siedzibą jest miasto Polkowice. W skład powiatu wchodzi gminy miejsko-wiejskie, tj. Chocianów, Polkowice, Przemków; gminy wiejskie, tj. Gaworzyce, Grębocice, Radwanice oraz miasta Chocianów, Polkowice i Przemków. Przed reformą administracyjną (przed 1999 rokiem) miasto Chocianów oraz Polkowice należały do powiatu lubińskiego, z kolei Przemków, Gaworzyce, Rad-

⁴³⁶ www.policja.pl (data pobrania 04.05.2012r.)

wanice, Grębocice do powiatu głogowskiego. Po utworzeniu nowego powiatu, miasta te oraz gminy „obsługiwane są” w dalszym ciągu przez instytucje administracji rządowej, do których należały przed wejściem do powiatu polkowickiego. Ponadto należy dodać, iż powiat polkowicki, jako jeden z najmłodszych powiatów w Polsce, nie posiada siedziby Prokuratury Rejonowej oraz Sądu Rejonowego, dlatego też wszystkie postępowania przygotowawcze prowadzone przez Komendę Powiatową Policji w Polkowicach kierowane są do Sądu Rejonowego w Lubinie lub do Sądu Rejonowego w Głogowie, zgodnie z wcześniejszym podziałem terytorialnym poszczególnych miast i gmin.

Po przeprowadzeniu analizy 600 akt postępowań udostępnionych przez Sąd Rejonowy w Lubinie oraz Głogowie, wybrano ogółem 400 akt (po 200 akt postępowań SR w Lubinie oraz SR w Głogowie). Przy wyborze akt zastosowano następujące kryteria:

- a) popełnienie przestępstwa z art. 207 §1 kodeksu karnego (znęcanie się nad rodziną) dokonanego wobec rodziny,
- b) postawienie sprawcy przed sądem w sprawie karnej,
- c) wydanie wyroku skazującego przez sąd.

Analizując akta sądowe postępowań o przemoc w rodzinie opracowano przewodnik taksonomiczny po aktach sądowych. Jego celem było zebranie danych na podstawie materiału dowodowego zgromadzonego w sprawie i wykorzystanie dodatkowych danych zawartych w aktach sprawy, np. w protokole zawiadomienia o przestępstwie, protokole przesłuchania podejrzanego, karcie karnej podejrzanego, w opiniach biegłych psychiatrów sądowych, w opiniach psychologicznych, dokumentacji lekarskiej (obdukcji medycznej ofiary). Przewodnik obejmował następujące kategorie⁴³⁷:

- a) dane demograficzne sprawcy i ofiary – wiek, stan cywilny, wykształcenie, status zawodowy;
- b) dane penologiczne sprawcy – poprzednia karalność (z jakiego artykułu), orzeczony środek karny;
- c) charakterystyka kryminalistyczna przestępstwa przemocy w rodzinie – formy przemocy, dokonywanie aktów pod wpływem alkoholu, „na trzeźwo”, czas trwania przemocy, osoba zawiadamiająca policję;
- d) postanowienie sądu w sprawie o znęcanie się nad członkami rodziny: pozbawienie wolności – wysokość kary, pozbawienie wolności z zawieszeniem.

⁴³⁷ Rode D., *Psychologiczne uwarunkowania przemocy w rodzinie. Charakterystyka sprawców*, UŚ, Katowice 2010, s. 221.

7.2.1. PORTRET SPRAWCÓW PRZEMOCY DOMOWEJ

Portret sprawcy przemocy analizowano, mając na uwadze takie zmienne, jak: dane demograficzne oraz dane penologiczne. Materiał badawczy został przygotowany na podstawie analizy akt postępowań sądowych z art. 207 §1, 2, dokonanej za pomocą przygotowanego Przewodnika taksonomicznego po aktach sądowych. Analizowano także dynamikę tego obrazu, tam, gdzie to było możliwe.

1. Wiek sprawców przemocy

Przestępstwo znęcania się nad rodziną, na podstawie analizy akt Sądu Rejonowego w Lubinie w roku 2010 i 2011, najczęściej popełniali mężczyźni między 41 a 50 rokiem życia. Była to grupa najliczniejsza, stanowiła aż 38% sprawców w 2010r. i 43% sprawców w 2011r., którzy zostali skazani prawomocnym wyrokiem za znęcanie się nad rodziną (Tab. 8).

Tabela 8. Wiek sprawców przemocy (Lubin i Głogów - rozkład %) [N=400].

Wiek sprawców	Sąd Rejonowy w Lubinie		Sąd Rejonowy w Głogowie	
	2010	2011	2010	2011
do 20 roku życia	0	0	0	1
20-30 lat	15	13	9	11
31-40 lat	24	21	16	19
41-50 lat	38	43	39	49
51-60 lat	14	15	9	14
powyżej 60 lat	9	8	4	6
Ogółem	100	100	100	100

Źródło: Akta sądowe SR w Lubinie i SR w Głogowie.

Podobny wynik uzyskano analizując akta Sądu Rejonowego w Głogowie (Tab. 8). Sprawcami przemocy wewnątrzrodzinnej także w zdecydowanej większości byli mężczyźni w wieku 41-50 lat. Można zatem stwierdzić, iż przestępstwa przemocy dopuszczają się osoby dojrzałe (39% w 2010r. i 49% w 2011r.), w mniejszym stopniu osoby młode do 30 roku życia oraz osoby powyżej 60 roku życia.

Analiza danych wskazuje także, iż najbardziej zauważalne przemiany odnoszą się do sprawców w wieku 41 – 50 lat (o 15 przypadków przemocy więcej w roku 2011; 5 – SR Lubin, 10 – SR Głogów). W środowisku głogowskim bardziej, niż w Lubinie zaznacza się przyrost sprawców w wieku 51 – 60 lat. W innych kategoriach wiekowych zmiany liczebności są różnokierunkowe, niejednorodne i incydentalne. Można przypuszczać, że wpływ na eskalację przemocy w opisanych powyżej grupach wiekowych wywierają zagrożenia społeczne i rozwojowe. Z jednej strony są to zagrożenia związane

z możliwością lub faktem utraty pracy bez atutów w postaci „wieku produkcyjnego”, z drugiej zaś – z naturalnymi konsekwencjami okresu przejściowego między dorosłością a starością, co rodzi frustracje owocujące agresją.

2. Stan cywilny sprawców przemocy

Analizując dane dotyczące stanu cywilnego sprawców przemocy uzyskano następujące dane (Tab. 9).

Tabela 9. Stan cywilny sprawców przemocy (Lubin i Głogów - rozkład %) [N=400].

Stan cywilny	Sąd Rejonowy w Lubinie		Sąd Rejonowy w Głogowie	
	2010	2011	2010	2011
kawaler (będący w konkubinacie z partnerką)	9	11	10	12
żonaty	59	63	56	61
rozwidziony (będący w konkubinacie z partnerką)	21	16	24	17
wdowiec (będący w konkubinacie z partnerką)	11	10	10	10
Ogółem	100	100	100	100

Źródło: Akta sądowe SR w Lubinie i SR w Głogowie.

Na podstawie danych z obu Sądów wynika, iż sprawcy przestępstwa to mężczyźni o „ustabilizowanym” życiu rodzinnym, tzn. w zdecydowanej większości mężczyźni żonaci (przeszło 50%) oraz rozwiedzieni (ok. 20%), którzy mieszkali wspólnie ze swoimi partnerkami. Kawalerowie oraz wdowcy to grupa najmniej liczna, co wydaje się oczywiste, ale wskazuje na swoiste tendencje.

Osoby w konkubinacie cechuje mniejsze poczucie pewności stałości związku oraz intensywniejszy wymóg samokontroli, podczas gdy w małżeństwie pewność stałości jest większa, natomiast samokontrola (przynajmniej w układach przemocowych) obniżona. Niewykluczone, że określoną rolę odgrywa także czas trwania związku oraz staż małżeński, który jest zwykle dłuższy, co sprzyja wkomponowaniu w system rodzinny mechanizmów przemocowych.

Z powyższych danych jednoznacznie wynika, iż najwięcej sprawców to osoby pozostające w związkach małżeńskich, kolejną, dużo mniej liczną grupę, stanowią żyjący w konkubinacie. Jak widać, przemoc jest zjawiskiem występującym w bliskich związkach międzyludzkich, dochodzi do niej pomiędzy osobami silnie ze sobą związanymi określonymi zależnościami czy zobowiązaniami, osobami które zdecydowały się żyć razem. Taka bliskość i współzależność wymaga tego, aby związek był dobrej jakości, inaczej bowiem może być konfliktogenny i rodzić przemoc.

3. Sytuacja zawodowa sprawców przemocy

Przemoc w relacjach wewnątrzrodzinnych bardzo często związana jest z trudnościami w pracy i przeniesieniem napięcia emocjonalnego na członków rodziny (Tab. 10). Przegląd literatury dokonany przez Geralda T. Hotalinga oraz Davida B. Sugarmana⁴³⁸ wskazuje, że wyższe dochody sprawcy i wyższa pozycja zawodowa zmniejszają ryzyko wystąpienia przemocy w małżeństwie.

Tabela 10. Sytuacja zawodowa sprawców przemocy domowej (Lubin i Głogów - rozkład % [N=400]).

Sytuacja zawodowa	Sąd Rejonowy w Lubinie		Sąd Rejonowy w Głogowie	
	2010	2011	2010	2011
pracuje	81	82	91	84
nie pracuje	19	18	9	16
Ogółem	100	100	100	100

Źródło: Akta sądowe SR w Lubinie i SR w Głogowie.

Mężczyźni pozostający bez pracy lub zatrudnieni w niepełnym wymiarze godzin częściej biją swoje żony niż mężczyźni pracujący na pełnym etacie. Rozładowują zapewne w ten sposób doświadczaną na tym polu frustrację. Niższy poziom wykształcenia, mało odpowiedzialna praca, przeważnie fizyczna, lub jej brak, to cechy charakteryzujące mężczyzn stosujących przemoc wobec swoich partnerek. Ponadto ważnym czynnikiem, który może mieć związek z przemocą wewnątrzrodzinną jest sytuacja zawodowa mężczyzny, a co się z tym wiąże także jego wykształcenie. Wszystkie te zmienne wyznaczają jakość sytuacji życiowej sprawców, która może być źródłem doświadczanych wewnętrznych konfliktów i rozczarowań, rodzących frustrację.

O ile z danych SR w Lubinie wynika, że liczebność przemocy w obu grupach w kolejnych latach jest stała, to na terenie Głogowa stwierdza się spadek częstości przemocy wśród pracujących (o 7 osób) i w takiej samej liczebności przyrost wśród niepracujących, co wskazywać może na inną sytuację ekonomiczną na tym terenie.

3.1. Wykształcenie sprawców przemocy

Na podstawie danych z obu Sądów (Tab. 11) można stwierdzić, iż poziom wykształcenia sprawców przemocy oscylował w dolnych granicach, tj. większość skazanych mężczyzn posiadała wykształcenie podstawowe oraz zasadnicze zawodowe. Zatem ogólny poziom wykształcenia można określić jako niski – łącznie grupa osób

⁴³⁸ Hotaling G.T., Sugarman D.B., *An analysis of risk markers in husband to wife violence: The current state of knowledge*, „Violence and Victims” 1986, nr 1, s. 101-124; za: Rode D., *Psychologiczne uwarunkowania przemocy* ..., dz. cyt., s. 338-339

z wykształceniem podstawowym i zawodowym to ok. 60% skazanych za znęcanie się nad rodziną. Co trzeci mężczyzna miał wykształcenie średnie i tylko nieliczni posiadali wykształcenie wyższe.

Tabela 11. Wykształcenie sprawców przemocy (Lubin i Głogów - rozkład %) [N=400].

Poziom wykształcenia	Sąd Rejonowy w Lubinie		Sąd Rejonowy w Głogowie	
	2010	2011	2010	2011
podstawowe	8	9	16	15
zawodowe	42	41	43	46
średnie	31	37	29	31
wyższe	19	13	12	8
Ogółem	100	100	100	100

Źródło: Akta sądowe SR w Lubinie i SR w Głogowie.

Analiza danych dotyczących poziomu wykształcenia sprawców (Tab. 11) wykazała, iż portret sprawców przemocy domowej przedstawiony w literaturze w zdecydowanej większości potwierdza się. W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę, że im wyższe wykształcenie mają mężczyźni i im wyższą zajmują pozycję zawodową, tym wyższe są zwykle ich aspiracje zawodowe, a ponadto mają większe szanse realizować się na tym polu, co minimalizuje ryzyko rozładowania negatywnych emocji, które pojawiają się jako rezultat zablokowanych aspiracji zawodowych. Wiadomo wszak, że sfera zawodowa należy do ważniejszych w życiu mężczyzny niż kobiety. Ponadto stereotyp społeczny „obciąża” dodatkowo mężczyzn „obowiązkiem” utrzymywania rodziny. Jeżeli mężczyzna realizuje się zawodowo, istnieje wówczas duże prawdopodobieństwo ukształtowania się pozytywnych relacji w małżeństwie oraz rodzinie. W takich rodzinach sporadycznie występuje przemoc. Ponadto wykształcenie ściśle jest powiązane z pozycją społeczną i zawodową. Wysoka pozycja społeczna i zawodowa sprzyja rozwojowi rodziny, daje możliwość spokojnej egzystencji ekonomicznej, a także warunkuje przynależność do specyficznego środowiska zamieszkania i warstwy społecznej. W środowisku takim w mniejszym stopniu normalizowana jest przemoc.

Uzyskane dane potwierdzają ten obraz. O ile w przypadku osób z wykształceniem podstawowym i zawodowym częstość przemocy jest stała (szczególnie nasiloną u sprawców z wykształceniem zawodowym – 172 przypadki spośród analizowanych 400, tj. 43 %), to przy wykształceniu średnim przyrasta (2010 – 60 osób, 2011 – 68), zaś przy wykształceniu wyższym maleje (2010 – 32 osoby, 2011 – 20 osób). Można przypuszczać, że osoby o wykształceniu średnim mające większe aspiracje niż przy niższych wskaźnikach edukacji, a zarazem ograniczone możliwości, reagują wzmożoną frustracją na niestabilną sytuację na rynku pracy. Wykształcenie wyższe daje więcej

możliwości radzenia sobie w tym obszarze co prawdopodobnie skutkuje mniejszymi napięciami i niższym poziomem frustracji.

3.2. Wykonywany zawód sprawców przemocy

Analizując akta sądowe, głównie protokół przesłuchania podejrzanego, pod kątem wykonywanego zawodu przez sprawcę, przyjęto następującą klasyfikację: osoba bezrobotna, pracownik fizyczny (do tej grupy zaliczono m.in. takie zawody jak: górnik, hutnik, kierowca, maszynista, budowlaniec, elektryk), rolnik (pracujący we własnym gospodarstwie rolnym), prowadzący działalność gospodarczą, pracownik umysłowy, osoba pozostająca na rencie lub emeryturze, osoba bez zawodu, uczeń (Tab. 12).

Tabela 12. Zawód sprawców przemocy (Lubin i Głogów - rozkład%) [N=400]

Zawód	Sąd Rejonowy w Lubinie		Sąd Rejonowy w Głogowie	
	2010	2011	2010	2011
bezrobotny	19	18	9	16
pracownik fizyczny	33	36	29	36
rolnik	6	7	9	5
prowadzący działalność gospodarczą	5	3	7	4
pracownik umysłowy	23	24	24	25
osoba niepracująca - emeryt, rencista	8	5	13	8
osoba bez zawodu	6	7	9	6
uczeń	0	0	0	0
Ogółem	100	100	100	100

Źródło: Akta sądowe SR w Lubinie i SR w Głogowie.

Analizując akta sądowe ograniczono się do zestawienia pewnych kategorii zawodowych, do których należeli sprawcy. Przyporządkowując ich do tych kategorii uwzględniono tych, którzy pracowali lub nie w okresie poprzedzającym wystąpienie zachowań agresywnych wobec bliskich dla nich osób. W okresie bezpośrednio poprzedzającym czyn pracowało przeszło 30% sprawców (zarówno w 2010 i 2011r.).

Z analizy danych (Tab. 12) wynika, że w zdecydowanej większości podejrzani zatrudnieni byli jako pracownicy fizyczni (przeszło 30% skazanych), następnie byli to mężczyźni zatrudnieni na stanowiskach pracowników umysłowych oraz mężczyźni długotrwale niepracujący (19% i 18% SR Lubin) i w przeszłości wykonujący różne zawody niewymagające specjalistycznych kwalifikacji.

Z analizy sytuacji zawodowej sprawców przemocy wynika, iż przemoc występuje najczęściej w rodzinach, w których sprawca przeważnie pracuje fizycznie lub jest pracownikiem umysłowym, najczęściej posiada wykształcenie zawodowe lub średnie. Ponadto można stwierdzić, iż sprawcy przemocy, którzy są zatrudnieni starają się

w pracy kontrolować swoje zachowanie, spełniają wymagania swoich pracodawców oraz dostosowują się do panującej w zakładzie sytuacji. Za wszelką cenę kreują siebie na uczciwego i przyzwoitego człowieka.

Mężczyźni najczęściej niezadowolone z pracy, stres oraz złość wyładowują po powrocie do domu, „za zamkniętymi drzwiami”, na członkach rodziny. Rzadziej czynią to wobec osób obcych, ponieważ wiedzą, iż w rodzinie mogą uniknąć odpowiedzialności za swoje występki i robią wszystko, by doszło do ich ukrycia i zapomnienia. Z analizy akt sądowych wynika także, iż sprawcy przemocy domowej kontrolują swoje zachowanie poza domem, rodziną, w środowisku społecznym. W środowisku pracy posiadają pozytywną opinię, uchodzą za osoby niestwarzające problemów, dobrze wykonujące swoje obowiązki.

Reasumując, dane zawarte w Tabeli 12 są zbyt rozproszone i mała jest tu liczba przypadków. Można jednak dostrzec pewne tendencje:

- a) pracownicy najemni, fizyczni, gorzej wykształceni – wzrost zachowań przemocowych,
- b) pracownicy umysłowi – stały poziom zachowań przemocowych,
- c) emeryt-rencista – maleje częstotliwość zachowań przemocowych.

Powyższe dane świadczą o tym, iż mniejsze obciążenie związane z rynkiem pracy, kulturą osobistą, a może też „wyciszenie się” i względnie ustabilizowana (choć nielekka ekonomicznie) sytuacja emerytów-rencistów – to zmienne mogące stanowić korelaty przemocy. Wymagałoby to jednak potwierdzenia w badaniach szerzej zakrojonych.

4. Dane penologiczne sprawców na podstawie akt sprawy

Dane dotyczące karalności sprawców przemocy domowej zostały przygotowane na podstawie analizy akt spraw z art. 207 §1 k.k. (a w szczególności protokołu przesłuchania podejrzanego oraz karty karnej), z wykorzystaniem przygotowanego *Przewodnika taksonomicznego* po aktach sądowych. Klasyfikację karalności sprawców przedstawia Tabela 13.

Dokonując analizy uzyskanych danych należy zauważyć, iż około 60% sprawców przemocy domowej dokonało wcześniej innych czynów karalnych, za co zostali skazani prawomocnym wyrokiem. Wskazuje to pośrednio na poważne problemy związane z funkcjonowaniem społecznym, a więc zaburzeniami o charakterze antyspołecznym (zaburzona osobowość, niedostosowanie społeczne).

Tabela 13. Kwalifikacja prawna przestępstw popełnionych przez sprawców przemocy domowej (Lubin i Głogów - rozkład %) [N=400].

Kwalifikacja przestępstwa	Sąd Rejonowy w Lubinie		Sąd Rejonowy w Głogowie	
	2010	2011	2010	2011
rozbój (art. 280 §1 k.k.)	5	4	1	0
udział w bójce i pobiciu (art. 158 §1 k.k.)	8	7	2	1
kradzież (art. 278 §1 k.k.)	11	8	14	11
kierowanie pojazdem w stanie nietrzeźwości (art. 178a k.k.)	17	16	21	28
znęcanie się nad rodziną (art. 207 §1 k.k.)	18	21	23	17
WCZEŚNIEJ NIE KARANY	41	44	39	43
Ogółem	100	100	100	100

Źródło: akta sądowe SR w Lubinie i SR w Głogowie.

Z analizy akt sądowych Sądu Rejonowego w Lubinie wynika, że 41% w 2010r. i 44% w 2011r. sprawców przemocy, wobec których został skierowany akt oskarżenia, nie popełniło wcześniej żadnego przestępstwa. Natomiast około 20% mężczyzn (18 mężczyzn - 2010r. i 21 mężczyzn - 2011r.) już wcześniej karanych było za przestępstwo znęcania się i kierowania pojazdem w stanie nietrzeźwym, a 11 mężczyzn z 2010r. i 8 mężczyzn z 2011r. karanych było uprzednio za kradzież. Najmniej czynów karalnych popełnili sprawcy z art. 280 §1 k.k. (rozbój) i art. 158 §1 k.k. (udział w bójce).

Analiza kart karnych sprawców skazanych przez Sąd Rejonowy w Głogowie za znęcanie się nad rodziną wykazuje, iż zdecydowana większość tychże mężczyzn wcześniej nie była karana, natomiast około 20% pozostałych skazanych dopuściło się wcześniej popełnienia przestępstwa znęcania się nad rodziną (23% - 2010r. i 17% - 2011r.) oraz kierowania pojazdem w stanie nietrzeźwości (21% - 2010r. i 28% - 2011r.).

Z analizy akt postępowań oraz kart karnych znajdujących się w aktach sprawy wynika, iż sprawcy, którzy byli wcześniej skazani prawomocnym wyrokiem za przestępstwa poddane analizie, nie odbywali bezwzględnej kary pozbawienia wolności. Mężczyźni ci zostali skazani prawomocnym wyrokiem, jednakże Sąd zawiesił wykonanie kary pozbawienia wolności na określony okres próby.

Można zatem postawić wniosek, iż przemoc w rodzinie jest pośrednio wynikiem i korelatem zaburzeń przystosowawczych, które skutkują zachowaniami łamiącymi normy społeczno-prawne, wyznaczające nie tylko relacje między bliskimi osobami.

7.2.2. CHARAKTERYSTYKA KRYMINALISTYCZNA PRZESTĘPSTWA PRZEMOCY W RODZINIE

Przemoc w związkach można zdefiniować jako „*popelnienie lub groźbę ataku fizycznej lub psychicznej przemocy ze strony co najmniej jednego członka rodziny wobec drugiego w relacji narzeczeńskiej lub małżeńskiej*”⁴³⁹. Krzywdzenie partnera obejmuje przemoc fizyczną, psychiczną oraz seksualną. Z analizy akt spraw, a w szczególności protokołu zawiadomienia o przestępstwie od osoby pokrzywdzonej przestępstwem znęcania się, uzyskano informacje dotyczące rodzajów przemocy i ich form, czasu trwania przemocy oraz nadużywania alkoholu przez mężczyzn znęcających się nad swoimi partnerkami. Najczęstszą formą przemocy wobec kobiet była przemoc fizyczna (80%). W wielu przypadkach dodatkowo miała miejsce również przemoc psychiczna oraz w mniejszym stopniu przemoc seksualna.

1. Przemoc fizyczna

Z analizy protokołów przesłuchania kobiet, które złożyły zawiadomienie o przestępstwie znęcania się nad nimi, jednoznacznie wynika, że doświadczały one różnych i jednocześnie kilku form przemocy fizycznej, ze strony swojego partnera. Informacje o poszczególnych formach przemocy przedstawiono w poniższej tabeli (Tab. 14).

Tabela 14. Formy zachowań fizycznych wobec ofiar przemocy (Lubin i Głogów - rozkład %) [N=400].

Rodzaj krzywdzenia fizycznego	Sąd Rejonowy w Lubinie		Sąd Rejonowy w Głogowie	
	2010	2011	2010	2011
rzucanie lub bicie przedmiotem	65	57	59	64
popychanie, szarpanie, wykręcanie ręki	89	93	83	96
ciągnięcie za włosy	76	82	81	80
policzkowanie	83	67	66	76
kopanie	56	43	56	43
uderzanie pięścią po całym ciele	89	84	83	89
duszenie	41	37	56	47
inne formy przemocy fizycznej ⁴⁴⁰ (przypalanie papierosem, celowe poparzenie, użycie noża)	58	47	48	51

Źródło: Akta sądowe SR w Lubinie i SR w Głogowie.

UWAGA: Wyniki nie sumują się do 100%, gdyż niektóre kobiety były ofiarami kilku form zachowań przemocowych. Podstawa obliczenia procentów N=100 (poszczególne lata i rejony).

⁴³⁹ Sugarman D.B., Hotaling G.T., *Dating Violence. Prevalence, contents and risk markers*, [w:] Pirog-Good M.A., Stets J.E. (red.) *Violence in Dating Relationships*, Praeger New York 1989,

⁴⁴⁰ Kategoria „inne” została wprowadzona do międzynarodowego kwestionariusza m.in. po analizie rezultatów polskiego badania pilotażowego, które zostało zrealizowane w 2003r. w ramach Grantu Komitetu Badań Naukowych (KBN) Nr 2H02A 017 24 pod kierunkiem Beaty Gruszczyńskiej. Jedna z polskich respondentek opowiedziała o dramatycznym zdarzeniu, gdy w czasie kłótni została zwymyślana przez swojego męża, chwycona za ubranie i wywieszona za okno mieszkania na X piętrze z groźbą wyrzucenia. Zdarzenie to nie mieściło się w żadnej z ustalonych kategorii.

Z powyższych danych wynika, że spośród różnych form przemocy najczęściej stosowano popychanie, szarpanie, wykręcanie ręki, uderzanie pięścią po całym ciele, ciągnięcie za włosy (od 83% do 96%). Prawie równie często występowało rzucanie lub bicie jakimś przedmiotem (od 57% do 65%). Okrutną formą było kopanie (od 46% do 56%) i duszenie kobiety (od 37% do 56%), które występuje relatywnie często.

W wyniku tych doznań ofiary przemocy domowej miały poważne urazy fizyczne w postaci rozległych uszkodzeń tkanki zewnętrznej, krwiaków, urazów kości, jak również urazów psychicznych. Problem z oceną skutków różnych form przemocy dla ofiary polega na tym, iż ofiary niezwykle rzadko doznawały jednej formy przemocy, zasadniczo występowały całe sekwencje aktów przemocy od degradujących psychicznie napaści słownych i izolowania ofiary, do aktów przemocy seksualnej⁴⁴¹.

Dynamika przemocy fizycznej jest nieustalona - Lubin (maleje), natomiast Głogów (nieznacznie rośnie). Może to wynikać z rozwoju gospodarczego jaki jest widoczny na terenie powiatu głogowskiego. Utworzona w 2010r. strefa ekonomiczna, a wraz z nią powstałe nowe zakłady pracy spowodowały napływ ludności z innych części kraju w celu podjęcia pracy zarobkowej. Zmiana miejsca zamieszkania i związane z tym poczucie niepewności oraz brak osadzenia socjologicznego mogą rzutować na okresowy przyrost napięć i napastliwości.

2. Przemoc psychiczna

Pod pojęciem przemocy w rodzinie z reguły rozumie się zachowania naganne, aczkolwiek nie zawsze prawnie relewantne, podejmowane przez jakiegoś członka rodziny wobec innych. W ocenie tych zachowań mamy zwykle do czynienia ze społecznymi systemami ocennymi. W literaturze przedmiotu najczęściej podaje się następujące formy zachowania zaliczane do przemocy psychicznej: izolację, ograniczanie snu i pożywienia, narzucanie własnych sądów, poniżanie, krytykowanie, ograniczanie kontaktów z rodziną i przyjaciółmi, niszczenie przedmiotów, groźby i zastraszania, zazdrość oraz bezpodstawne posądzanie o zdradę.

Tego rodzaju zachowania nie są objęte rzetelnymi badaniami – stanowią najczęściej ciemną liczbę, gdyż nie każda kobieta doświadczająca „tylko” przemocy psychicznej decyduje się powiadomić o tym policję.

⁴⁴¹ Średni wskaźnik procentowy (suma wystąpień podzielona przez liczbę form) pozwala określić dynamikę przemocy fizycznej (Lubin: 2010 - 69,63%, 2011 - 63,75%; Głogów - 2010 - 66,5%, 2011 - 68,25%)

Tabela 15. Formy zachowań psychicznych wobec ofiar przemocy (Lubin i Głogów - rozkład %) [N=400].

Rodzaj krzywdzenia psychicznego	Sąd Rejonowy w Lubinie		Sąd Rejonowy w Głogowie	
	2010	2011	2010	2011
obraźliwe, poniżające wyzwiska, krytykowanie	76	83	69	82
groźby i zastraszania	66	59	71	69
izolowanie	43	50	32	29
ograniczanie kontaktów z rodziną i przyjaciółmi	48	44	76	81
zazdrość i bezpodstawne posądzanie o zdradę	88	90	78	89
kontrolowanie rozmów	50	41	21	33
narzucanie własnych sądów	77	69	69	79
inne formy przemocy psychicznej	39	46	31	27

Źródło: Akta sądowe SR w Lubinie i SR w Głogowie.

UWAGA: Wyniki nie sumują się do 100%, gdyż niektóre kobiety były ofiarami kilku form zachowań przemocowych. Podstawa obliczenia procentów N=100 (poszczególne lata i rejony).

W analizach przejawów złego traktowania kobiet na podstawie wskazanych danych stwierdzono, iż najczęściej rejestrowaną formą jest znęcanie się moralne polegające na bezpodstawnej zazdrości ze strony partnera. Inne typowe przejawy zachowania sprawcy to: ograniczanie kontaktów z rodziną, przyjaciółmi, używanie w stosunku do ofiary słów wulgarnych, groźby i zastraszania, jak również narzucanie własnych sądów.

Przemoc ze strony partnera, wpisana w przemoc domową, jest częstym zjawiskiem i mimo znacznych starań zarówno ze strony instytucji państwowych, jak i organizacji pozarządowych, ukazuje swoje oblicze niekiedy w sposób niezwykle drastyczny.

Analiza powyższych danych wskazuje, iż obok przemocy fizycznej mamy do czynienia również ze stosowaniem przemocy psychicznej wobec kobiet. Przemoc psychiczna w małżeństwie może przyjmować rozmaite formy i być w różnym stopniu dolegliwa. Czasem polega na werbalnym poniżaniu partnerki, przez wyzywanie, czy wyrafinowane deprecjonowanie jej umiejętności lub cech. Inna postać tej formy przemocy to upokarzające zmuszanie do biernego lub czynnego udziału w niechcianej aktywności. Często dotyczy to zachowań seksualnych, np. oglądania scen z filmowej pornografii.

Jeszcze inny rodzaj maltretowania psychicznego to permanentne uprzykrzanie życia swojej ofierze. Może odbywać się to przez rozpuszczanie plotek i szykanowanie, uporczywe i szczególnie odrażające brudzenie w mieszkaniu, złośliwe niszczenie przedmiotów o emocjonalnym znaczeniu dla współmałżonki, ograniczenie jej możliwości snu i wypoczynku, awantury, palenie światła w nocy. Przemoc psychiczna może również polegać na odmawianiu współmałżonce prawa do własnych poglądów i opinii. Sprawca przemocy psychicznej może w mistrzowski sposób manipulować emocjami swojej ofiary, gra jej przywiązaniem i miłością oraz poczuciem winy.

Dynamika przemocy psychicznej kształtuje się odmiennie niż dynamika przemocy fizycznej. Dynamika na terenie Lubina kształtuje się na stałym poziomie, nato-

miast na terenie Głogowa wyraźnie rośnie⁴⁴². Uwarunkowane jest to najprawdopodobniej występowaniem napięcia między małżonkami w rodzinach, które osiedliły się na terenie powiatu głogowskiego. Brak pracy lub złe warunki pracy i niewystarczające wynagrodzenie mogą powodować niezadowolenie, frustrację, a następnie zachowania przemocowe względem partnerek.

3. Przemoc seksualna

Agresja seksualna obejmuje szeroki zakres wymuszonych działań seksualnych, takich jak stosunek seksualny, seks oralny, pocałunki i pieszczoty, z zastosowaniem wielu strategii przymusu, takich jak groźba, użycie siły fizycznej, wykorzystanie niezdolności ofiary do oporu czy przymus werbalny⁴⁴³. Zalicza się do niej również niepożądane zainteresowania seksualne w formie nękania, chodzenia za ofiarą i obscenicznych rozmów telefonicznych.

Ustalenie powszechności występowania przemocy seksualnej jest utrudnione, ponieważ oficjalne dane obejmują tylko przypadki zgłoszone policji, stąd poważnie zaniżają prawdziwą skalę agresji seksualnej. Lekceważące postawy wobec ofiar i powszechna akceptacja mitów o gwałcie tworzą klimat, w którym kobiety mogą niechętnie uznawać się za ofiary agresji seksualnej (Tab. 16).

Tabela 16. Formy zachowań seksualnych wobec ofiar przemocy (Lubin i Głogów - rozkład %) [N=400].

Rodzaj krzywdzenia seksualnego	Sąd Rejonowy w Lubinie		Sąd Rejonowy w Głogowie	
	2010	2011	2010	2011
wymuszony stosunek seksualny (zgwałcenie)	21	19	19	26
usiłowanie zgwałcenia	39	37	27	31
seksualne dotykane wbrew woli kobiety	54	59	43	39
wymuszone zachowania seksualne za pieniądze	3	2	2	1
inne formy przemocy seksualnej	11	9	19	15

Źródło: Akta sądowe SR w Lubinie i SR w Głogowie.

UWAGA: Wyniki nie sumują się do 100%, gdyż niektóre kobiety były ofiarami kilku form zachowań przemocowych. Podstawa obliczenia procentów N=100 (poszczególne lata i rejony).

Analiza danych potwierdza, iż najczęściej kobiety - ofiary przemocy domowej doświadczały także przemocy seksualnej. Najczęściej były to seksualne dotykane wbrew woli kobiety oraz próby zgwałcenia. Inne formy przemocy seksualnej lub zachowania seksualne w zamian za pieniądze występowały znacznie rzadziej.

⁴⁴² Średni wskaźnik procentowy (suma wystąpień podzielona przez liczbę form) pozwala określić dynamikę przemocy psychicznej (Lubin: 2010 - 60,88%, 2011 - 60,25%; Głogów - 2010 - 55,88%, 2011 - 61,13%)

⁴⁴³ Abbey A.A., McAuslan P., Ross L.T., *Sexual assault perpetration by college men, The role of alcohol, misperception of sexual intent, and sexual beliefs and experiences*, „Journal of Social and Clinical Psychology” 1998, nr 17, s. 167-195

Przedstawione powyżej dane (Tab. 16) nie pozostawiają wątpliwości co do tego, że przemoc seksualna powszechnie może zdarzyć się w życiu każdej kobiety. Szczególnie niepokojący jest fakt, że większość napaści seksualnych rozgrywa się między ludźmi, którzy się znają (małżonkowie, partnerzy).

Ważnymi informacjami uzyskanymi z analizy akt sądowych są dane dotyczące form przemocy, której doświadczają ofiary. Wyniki analizy ukazują tragizm sytuacji kobiet, które po latach upokorzeń i cierpienia decydują się na wniesienie do sądu sprawy o znęcanie się. Każda z tych form przemocy jest bezprawnym ingerowaniem w intymność osobistą, godność człowieka i łamaniem jednego z podstawowych ludzkich praw do nietykalności osobistej. Wszystkie formy przemocy wymienione w zeznaniach kobiet należą do wyjątkowo okrutnych i perfidnych, są upokarzające i mają destrukcyjny wpływ na osobowość ofiary. Poczucie bezradności, zaniżona samoocena, stany depresyjne, to tylko niektóre ze skutków wieloletniego życia w krzywdzącym związku.

Ponadto problematyka dotycząca kobiet – ofiar zgwałceń jest bardzo szeroka. W jej zakresie znajdują się zagadnienia dotyczące sytuacji gwałtu i jego typologii, diagnozy zaburzeń pojawiających się w konsekwencji gwałtu, wpływu sieci społecznej ofiary na proces zdrowienia, radzenia sobie z konsekwencjami traumatycznego wydarzenia i specyficznych form terapii ofiar gwałtów. Wielu badaczy tego problemu jest zgodnych co do tego, iż liczba ujawnionych gwałtów jest daleko niższa od rzeczywistej. W analizach tego zjawiska zaobserwowano, że dane statystyczne nie stanowią pełnej ilustracji rzeczywistego stanu rzeczy. Jest bowiem wiele poważnych czynników, które skłaniają ofiary do niezgłaszania zaistniałego przestępstwa. Takim zasadniczym czynnikiem jest obawa przed zemstą ze strony sprawcy, wstyd wobec otoczenia, niewiara w skuteczność działania organów ścigania, niechęć do poddania się oględzinom oraz inne czynniki, wśród których dominuje zbagatelizowanie skutków czynu. Dynamika zjawiska cechuje się stałością i utrzymywaniem *status quo*⁴⁴⁴.

4. Nadużywanie alkoholu przez sprawców przemocy

W potocznym przekonaniu przemoc zwykle kojarzy się z nadużywaniem alkoholu. Część autorów⁴⁴⁵ zajmujących się problematyką przemocy wewnątrzrodzinnej

⁴⁴⁴ Średni wskaźnik procentowy obliczony jak poprzednio. SR Lubin: 2010 - 25,60%, 2011 - 25,20%; SR Głogów: 2010 - 22,00%, 2011 - 22,40%

⁴⁴⁵ Dutton D.G., *Przemoc w rodzinie*, Grupa Wydawnicza Bertelsmann Media, Warszawa 2001, tłum. Piotr Kołyszko; Aldarondo E., Sugarman D.B., *Risk marker analysis of the cessation and persistence of wife assault*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology” 1996, nr 64, s. 1010-1019, Saunders D.G., *A typology of men who batter*, „American Journal of Orthopsychiatry” 1992, nr 62,(2), s. 264-275

wskazuje na istnienie znaczących korelacji pomiędzy spożywaniem alkoholu a stosowaniem przemocy (Tab. 17). Niewątpliwą rolę w wyzwalaniu przemocy w rodzinie odgrywa alkohol, bowiem na ogół osłabia hamowanie, kontrolę oraz krytycyzm. Przyczynia się do długotrwałego konfliktu pomiędzy sprawcą a ofiarą.

Tabela 17. Spożywanie alkoholu przez sprawców przemocy (Lubin i Głogów - rozkład %) [N=400]

Spożywanie alkoholu przez sprawców	Sąd Rejonowy w Lubinie		Sąd Rejonowy w Głogowie	
	2010	2011	2010	2011
nie pije alkoholu	9	10	11	13
picie okazjonalne	14	16	17	16
nadużywanie	59	57	61	59
uzależnienie	18	17	11	12
Ogółem	100	100	100	100

Źródło: Akta sądowe SR w Lubinie i SR w Głogowie.

Uzyskane dane (Tab. 17) wskazują, że około 60% sprawców przemocy nadużywa alkoholu. Uzależnionych (zdiagnozowanych medycznie w oparciu o opinię lekarzy psychiatrów, biegłych sądowych znajdującą się w aktach sprawy) jest około 20% (Lubin) i ponad 10% (Głogów). Pozostałe osoby (około 10%) nie piją alkoholu, natomiast niektórzy spożywają go sporadycznie. Należy zauważyć, iż duży odsetek sprawców przemocy (około 60%) ma poważny problem z kontrolą picia alkoholu i własnego zachowania. Mężczyźni ci stanowią najliczniejszą grupę sprawców przemocy, charakteryzują się wysokim poziomem agresji zarówno fizycznej, jak i emocjonalnej.

Dynamika zjawiska jest względnie stała, czyli nie ma znaczących różnic w czasie (2010 - 2011). Nie ma też znaczących różnic w obu środowiskach (Głogów, Lubin).

Dokonując podsumowania istoty przemocy w rodzinie, należy zauważyć, że etiologia tego zjawiska bardzo mocno związana jest ze stanem osobowości sprawców przemocy, a także sugeruje się, że sprawcy przemocy mają problemy z nadużywaniem alkoholu.

W opinii społecznej rozpowszechnione jest przekonanie, że alkohol, który odpowiedzialny jest występowanie przemocy wewnątrzrodzinnej, daje także możliwość usprawiedliwiania aktów agresji. Bardzo często z tego „usprawiedliwienia” korzystają zarówno ofiary przemocy, jak i sprawcy.

W literaturze przedmiotu można spotkać się ze stwierdzeniem, iż maltretowane kobiety czasem twierdzą, że ich kochający i opiekuńczy mężowie zmieniają się pod wpływem alkoholu w potwory. Ponadto wierzą, że przemoc skończy się wraz z zaprze-

staniem picia przez partnerów⁴⁴⁶. Z kolei mężczyźni będący sprawcami przemocy uwalniają się od odpowiedzialności za swoje postępowanie, wykorzystując stan upojenia alkoholowego jako wymówkę wyładowania swojej złości.

5. Czas trwania przemocy

Czas trwania przemocy określany jest przez sąd po bezpośrednim wysłuchaniu ofiary i sprawcy, jak również świadków zachowań agresywnych występujących między partnerami. Zdaniem wielu autorów zajmujących się problematyką przemocy wewnątrzrodzinnej, o wieloletnim procesie przemocy decyduje m. in. okres pierwszych zachowań agresywnych względem żony ze strony męża. Im wcześniej zachowania te wystąpiły, tym proces przemocy może być dłuższy. Wiąże się to z nabywaniem przez ofiary takich cech, jak: bierność, uступliwość, uległość, poczucie winy oraz syndrom wyuczonej bezradności. Mężczyzna krzywdzący swoją partnerkę ma poczucie coraz większej kontroli nad nią, pewności siebie oraz własnej wartości.

Na podstawie analizy akt sądowych z art. 207 KK, a w szczególności druku procesowego: „*postanowienie o przedstawieniu zarzutów*” oraz „*protokołu przyjęcia zawiadomienia o przestępstwie*”, można określić czas stosowania przemocy przez partnera (Tab. 18).

Tabela 18. Czas trwania przemocy (Lubin i Głogów - rozkład %) [N=400]

Czas trwania przemocy	Sąd Rejonowy w Lubinie		Sąd Rejonowy w Głogowie	
	2010	2011	2010	2011
do 1 roku	17	29	27	23
od 1 do 5 lat	41	39	44	43
od 6 do 10 lat	26	23	16	17
od 11 do 15 lat	11	7	10	12
powyżej 16 lat	5	2	3	5
Ogółem postępowania	100	100	100	100

Źródło: Akta postępowania SR w Lubinie i SR w Głogowie.

Analizując powyższe dane można zaobserwować, że najczęściej prowadzonych jest postępowań o przestępstwo z art. 207 KK, w których sprawca znęcał się nad swoją partnerką przez czas od 1 do 5 lat, co stanowi przeszło 40% przeanalizowanych akt sądowych. Następną grupę stanowią osoby pokrzywdzone, nad którymi znęcał się partner przez około jeden rok (około 20%). Najmniejszą liczbę stanowią postępowania, w których sprawcy znęcali się nad swoimi partnerkami przez przeszło 16 lat. Pomimo

⁴⁴⁶ za: Rode D., *Psychologiczne uwarunkowania przemocy ...*, dz. cyt. s. 175

tego, iż jest to najmniejsza liczba postępowań o przemoc (ok. 3 - 5%), to i tak dane te są niepokojące z uwagi na długi czas pozostawiania kobiet w związkach krzywdzących.

Dynamika przestępstw związanych z przemocą w obu rejonach (lata 2010 - 2011) jest względnie stała, widoczny jest jednak wyraźny wzrost spraw, które obejmowały czas 1 roku (Lubin) trwania przemocy, co może wskazywać, że w tym rejonie pojawiły się czynniki, które w efekcie doprowadzają do zachowań przemocowych w stosunku do najbliższych. Do czynników tych można zaliczyć problemy finansowe rodziny związane z nagłą utratą pracy, zawodowe, dotyczące braku możliwości awansu i dodatkowej gratyfikacji finansowej, czy zdrowotne. Ponadto rozpatrując przyczyny występowania przemocy w rodzinie, nie można pominąć kwestii świadomości odczuwanych emocji i umiejętności komunikacji interpersonalnej. Brak umiejętności wglądu w odczuwane przez siebie emocje oraz brak umiejętności nazwania i informowania o nich swojemu partnerowi, skutkuje stosowaniem przemocy wobec najbliższych, nieumiejętnością radzenia sobie z napięciem, złością i kontrolowaniem agresji.

Ponadto w Lubinie widoczna jest także dosyć istotna różnica w zakresie przemocy trwającej od 6 - 10 lat - jest tych przypadków wyraźnie więcej.

7.2.3. STATYSTYKA SĄDOWA PRAWOMOCNYCH SKAZAŃ DOTYCZĄCA PRZEMOCY WOBEC KOBIET

Jednym z najczęściej popełnianych czynów w zakresie przemocy domowej jest znęcanie, które jednakże nie obejmuje swoim zakresem wszystkich aspektów tej przemocy. Można również powiedzieć, iż przestępstwo znęcania się jest najbardziej jaskrawym przykładem przemocy w rodzinie, jednakże nie odzwierciedla całości tego zjawiska, a jedynie jego część.

1. Rodzaj kary

Opracowując dane statystyczne dotyczące zjawiska przemocy w rodzinie opierałam się głównie na danych statystycznych dotyczących przestępstwa z art. 207 §1k.k., otrzymanych na podstawie analizy akt sądowych oraz prawomocnych wyroków sądowych, które zapadły w związku z prowadzonymi sprawami o przestępstwo znęcania się przez Sąd Rejonowy w Lubinie oraz Głogowie (Tab. 19).

Tabela 19. Prawomocne skazania za przestępstwo znęcania się (art. 207 k.k.); (Lubin i Głogów - rozkład %) [N=400].

Sąd (w)	Rok	Bezwzględne pozbawienie wolności	Pozbawienie wolności z warunkowym zawieszeniem	Ograniczenie wolności	Grzywna samoistna	Ogółem
Lubinie	2010	16	61	14	9	100
	2011	18	63	13	6	100
Głogowie	2010	14	64	15	7	100
	2011	19	67	8	6	100

Źródło: Statystyka sądowa SR w Lubinie i SR w Głogowie.

Według danych statystyki sądowej Sądu Rejonowego w Lubinie oraz Głogowie, bezwzględna kara pozbawienia wolności została orzeczona tylko w około 20% przypadków. Najczęściej orzekano warunkowe zawieszenie wykonania kary pozbawienia wolności (ponad 60% przypadków). Dostyc często orzekano ograniczenie wolności (od 8% - 15%), najrzadziej grzywnę samoistną (ok. 7%).

Na podstawie uzyskanych danych można zauważyć widoczną dynamikę w zakresie orzekania kary bezwzględnego pozbawienia wolności. Należy także podkreślić, iż w dalszym ciągu wysoki jest udział kary pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem jej wykonania (i rośnie ona sukcesywnie), ale jak widać nie odstrasza to sprawców przemocy.

2. Wymiar kary

Analizując wymiar kary pozbawienia wolności (Tab. 20) w latach 2010 - 2011, liczba skazań na karę pozbawienia wolności z warunkowym jej zawieszeniem na okres próby zwiększyła się. Najczęściej bowiem sąd orzekał karę od 2 do 3 lat pozbawienia wolności, również częściej orzekał ją w wymiarze powyżej roku do 2 lat, natomiast sąd nie wymierzył w żadnym przypadku kary powyżej 10 lat.

Jak wskazywałam wcześniej, wyroki sądu w sprawach o znęcanie się wydawane są w większości w zawieszeniu. Efektem tego jest niestety zwiększające się poczucie bezkarności sprawcy przestępstwa, a także powoduje to włączenie się mechanizmu odwetu na kobiecie, która odważyła się złożyć doniesienie do prokuratury. Wtórnie zaś zniechęca to ofiary przemocy do zgłaszania zdarzeń krzywdzących z powodu obawy przed nieskutecznością zewnętrznej ingerencji.

Złożenie przez kobietę sprawy o znęcanie się ma sens tylko wówczas, gdy zależy jej na definitywnym rozstaniu się z partnerem, a wyrok z art. 207 k.k., nawet w zawieszeniu, jest bardzo pomocy w szybkim uzyskaniu rozvodu i otrzymaniu alimentów na rzecz małoletnich dzieci.

Tabela 20. Wymiar kary pozbawienia wolności z warunkowym jej zawieszeniem za przestępstwo znęcania się; skazania prawomocne (Lubin i Głogów - rozkład %) [N=400].

Wymiar kary	Sąd Rejonowy w Lubinie		Sąd Rejonowy w Głogowie	
	2010	2011	2010	2011
poniżej roku	10	11	6	7
powyżej roku do 2 lat	17	14	12	12
powyżej 2 lat do 3 lat	25	27	29	31
powyżej 3 lat do 5 lat	8	9	11	10
powyżej 5 lat do 10 lat	1	2	6	7
powyżej 10 lat	0	0	0	0
Ogółem	61	63	64	67

Źródło: Akta sądowe SR w Lubinie i SR w Głogowie.

Przedstawione dane statystyczne są liczbową ilustracją polityki karnej dotyczącej sprawców przemocy. Należy zwrócić uwagę na to, iż w przypadku przemocy wobec kobiet ze strony mężczyzn szczególnie ważna jest praktyka stosowania prawa oraz dobrze opracowane procedury, których zadaniem jest zapobieganie tzw. powtórnej wiktymizacji ofiar przemocy przy zetknięciu się z policją, prokuraturą czy sądem

7.3. CHARAKTERYSTYKA SPOŁECZNO - DEMOGRAFICZNA KOBIET DOŚWIEDCZAJĄCYCH PRZEMOCY NA PODSTAWIE ANALIZY AKT SĄDOWYCH

Przemoc wobec kobiet przez dłuższy czas w Polsce była niedostrzegana, gdyż istniejący problem przemocy domowej był powszechnie akceptowany i niejednokrotnie zaprzeczano istnieniu maltretowania kobiet. Aby określić obecnie liczbę prowadzonych postępowań o przemoc wobec kobiet, korzysta się z danych policyjnych, dokumentacji medycznej oraz wywiadów prowadzonych w rodzinach zagrożonych występowaniem zachowań przemocowych.

Na podstawie analizy akt sądowych przedstawiono dane dotyczące doświadczania przemocy przez kobiety biorąc pod uwagę poszczególne kategorie zmiennych społeczno-demograficznych, takich m.in. jak wiek, poziom wykształcenia oraz sytuację zawodową.

1. Wiek kobiet – ofiar przemocy

Na podstawie analizy akt sądowych prowadzonych postępowań o przemoc domową scharakteryzowano kobiety pokrzywdzone tym przestępstwem, które złożyły w Prokuraturze lub Policji zawiadomienie o przestępstwie znęcania się nad nimi.

Analiza akt postępowań prowadzonych w Sądzie Rejonowym w Lubinie i Głogowie, w zakresie przemocy ze strony partnera – najczęściej odnotowano pokrzywdzonych kobiet w wieku 41-50 lat oraz 31-40 lat. Zdecydowanie rzadziej ofiarami przemocy były kobiety młode w wieku do 20 lat oraz w starszych grupach wiekowych (Tab. 21). Wskazane tendencje są względnie stałe, niezależnie od rejonu i czasu.

Tabela 21. Wiek kobiet – ofiar przemocy domowej (Lubin i Głogów - rozkład %) [N=400].

Wiek kobiet	Sąd Rejonowy w Lubinie		Sąd Rejonowy w Głogowie	
	2010	2011	2010	2011
do 20 roku życia	4	1	3	1
20-30 lat	19	18	18	19
31-40 lat	21	22	23	22
41-50 lat	40	42	42	40
51-60 lat	12	14	11	14
powyżej 60 lat	4	3	3	4
Ogółem	100	100	100	100

Źródło: Akta sądowe SR w Lubinie i SR w Głogowie.

Grupą najbardziej podatną na przemoc są kobiety w wieku 41 – 50 lat. Również najczęściej sprawcy przemocy sytuują się w tym przedziale wiekowym. Można przy-

puszczać, na co wskazuje analiza danych poza tabelarycznych, że znacząca liczba sytuacji dotyczących przemocy trwającej do lat 5 odnosi się do tej właśnie grupy małżeństw. Wydłużony staż małżeński i rozliczne powiązania nie sprzyjają rozwodowi lub separacji, natomiast uprawdopodobniają przemoc o charakterze strukturalnym, podczas gdy w małżeństwach o krótszym stażu jest to zwykle przemoc bardziej incydentalna.

2. Poziom wykształcenia kobiet – ofiar przemocy

Analiza akt postępowań sądowych o przemoc domową potwierdza tezę, że poziom wykształcenia kobiet ma istotne znaczenie dla ryzyka wiktymizacyjnego. Kobiety z niskim wykształceniem były częściej ofiarą przemocy domowej, aniżeli kobiety z wykształceniem wyższym. Na podstawie danych (Tab. 22) stwierdzono, iż najczęściej kobiety będące ofiarami przemocy domowej posiadały wykształcenie zawodowe oraz podstawowe (Lubin: 67 - 69%; Głogów: 64 - 67%). W najmniejszym stopniu zaś zagrożone przemocą okazały się kobiety z wyższym wykształceniem (Lubin: 7 - 11%; Głogów: 15 - 17%).

Tabela 22. Wykształcenie kobiet – ofiar przemocy domowej (Lubin i Głogów - rozkład %) [N=400].

Poziom wykształcenia	Sąd Rejonowy w Lubinie		Sąd Rejonowy w Głogowie	
	2010	2011	2010	2011
podstawowe	26	24	31	36
zawodowe	41	45	33	31
średnie	22	24	21	16
wyższe	11	7	15	17
Ogółem	100	100	100	100

Źródło: Akta sądowe SR w Lubinie i SR w Głogowie.

Widoczne jest jednak w obu rejonach wyraźne przesunięcie w wykształceniu zawodowym i wyższym (w Głogowie jest więcej kobiet z wyższym wykształceniem, które stanowiły ofiary przemocy).

Badania oparte na statystykach policyjnych oraz sądowych wykazują, że na przemoc najczęściej narażone są kobiety o niskim wykształceniu, bez zawodu, finansowo zależne od męża, mające liczniejszą rodzinę. Z kolei badania socjologiczne, bardziej precyzyjne, dowodzą jednak, że wysoki status społeczny kobiety nie chroni jej przed przemocą ze strony partnera. Istotna różnica ujawnia się częstotliwości opuszczania związku krzywdzącego przez kobietę o różnym statusie społecznym. Zdaniem Brunona Hołysta⁴⁴⁷ kobiety lepiej wykształcone, bardziej samodzielne finansowo i takie, które

⁴⁴⁷ Hołyst B, *Socjologia kryminalistyczna*, Tom 1, Wyd. LexisNexis, Warszawa 2007, s. 390

już raz podjęły próbę opuszczenia związku, częściej rezygnują z małżeństwa, w którym są krzywdzone.

3. Sytuacja zawodowa kobiet doświadczających przemocy

Pozycja zawodowa kobiet, a więc i praca poza domem, ma niewątpliwie istotne znaczenie dla samodzielności i ochrony przed ewentualnymi zachowaniami agresywnymi ze strony partnera w związku z zachwianą jego rolą przywódczą i kontrolną w małżeństwie. Analiza akt sądowych pozwoliła ustalić sytuację zawodową kobiet doświadczających przemocy (Tab. 23).

Tabela 23. Sytuacja zawodowa kobiet - ofiar przemocy domowej (Lubin i Głogów - rozkład % [N=400].

Sytuacja zawodowa	Sąd Rejonowy w Lubinie		Sąd Rejonowy w Głogowie	
	2010	2011	2010	2011
pracuje	36	44	47	42
nie pracuje	64	56	53	58
Ogółem	100	100	100	100

Źródło: Akta sądowe SR w Lubinie i SR w Głogowie.

Na podstawie powyższych danych można stwierdzić, iż zdecydowana większość kobiet, które zdecydowały się powiadomić policję oraz prokuraturę o występowaniu przemocy domowej, to kobiety, które nie pracowały i były na wyłącznym utrzymaniu swoich partnerów. Dynamika tej zmiennej w obu rejonach jest jednak nieco inna, gdyż w Głogowie rośnie odsetek kobiet niepracujących, zaś w Lubinie maleje (lata 2010 - 2011). Wynika to z tego, iż na terenie powiatu głogowskiego, ze względu na dynamiczny rozwój przemysłu i dosyć dobre zarobki otrzymywane przez mężczyzn, kobiety nie musiały podejmować pracy. Zajmowały się domem i wychowywaniem dzieci. Z biegiem czasu można było zauważyć, iż zostały one podporządkowane swoim partnerom, o niczym w domu nie decydowały, nie posiadały pieniędzy na podstawowe rzeczy. Ponadto musiały prosić o najdrobniejsze rzeczy. Bardzo często były to kobiety wykształcone, które mogły rozwijać się i robić karierę zawodową, jednak „ubezwłasnowolnione” przez mężów straciły wiarę w siebie i nabrały przekonania, że niczego nie potrafią.

Podsumowując należy stwierdzić, iż przemoc mężczyzn w stosunku do związanych z nimi kobiet pojawia się we wszystkich grupach społecznych i nie jest zależna od zamożności, wykształcenia czy stanu zdrowia. Niewątpliwie pozycja zawodowa kobiet

ma znaczący wpływ na ryzyko doznania przemocy. Zdaniem R. J. Gellsa⁴⁴⁸ przemoc domowa najczęściej występuje w rodzinach o niskich dochodach i bardzo często jest narzędziem rozwiązywania wielu problemów i zazwyczaj stanowi odpowiedź na stres związany z ubóstwem. Wśród innych istotnych czynników wywołujących stres i frustrację jednostki, które z kolei mogą prowadzić do przemocy, wymienia się: niskie płace, bezrobocie, złe warunki mieszkaniowe, przeludnienie, izolację, warunki pracy powodujące poczucie wyobcowania, jak również konieczność podejmowania dodatkowych prac zarobkowych, niosącą ze sobą ogromny ładunek konfliktogenny.

Ponadto na gruncie podejścia społecznego wyjaśnia się występowanie przemocy wobec kobiet w rodzinie jako zaburzenie struktur rodzinnych. Twierdzi się, że przemoc osiąga największe nasilenie w przypadku, kiedy żona ma większy wpływ na podejmowanie decyzji. Ma to miejsce zwłaszcza wtedy, gdy mężczyzna cierpi z powodu niskiej samooceny i nieprzychylniej percepcji własnej osoby.

Dlatego też pozycja zawodowa kobiet ma tak duże znaczenie dla ich samodzielności i ochrony przed ewentualną przemocą. Może jednak wywoływać agresję mężczyzny w związku z jego zachwianą rolą przywódczą i kontrolną.

⁴⁴⁸ za: Gruszczyńska B., *Przemoc wobec kobiet ...*, dz. cyt., s. 86

7.4. INSTYTUCJE WSPIERAJĄCE KOBIETY DOŚWIADCZAJĄCE PRZEMOCY NA TERENIE POWIATU POLKOWICKIEGO

Zjawisko przemocy w świadomości społeczeństwa jest często utożsamiane ze zjawiskiem agresji. Być może jest to spowodowane brakiem jednoznacznych teoretycznych rozstrzygnięć lub też jest to konsekwencja społecznej dezaprobaty zachowań sprzecznych z obowiązującymi normami. Zarówno przemoc, jak i agresja są czymś złym, czymś, co należałoby nie tylko eliminować, ale co najważniejsze – podjąć starania w celu zmniejszenia ryzyka ich powstania.

Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie nie leży wyłącznie w gestii organów wymiaru sprawiedliwości – głównie poprzez instrumenty prawno karne – oraz prokuratury i policji. Prawo karne winno bowiem mieć charakter *ultima ratio*, co oznacza, że do walki z tym społecznie negatywnym zjawiskiem w pierwszym rzędzie winny być aktywizowane struktury administracyjne szczebla samorządowego przy wsparciu organów administracji rządowej.

Na terenie powiatu polkowickiego kobiety doświadczające przemocy są chronione na mocy przepisów zarówno prawa krajowego, jak i międzynarodowego. Prawo polskie obejmuje ochronę ofiar i określa zasady odpowiedzialności karnej sprawców przemocy. Ponadto kobiety mogą liczyć na pomoc i wsparcie ze strony różnych instytucji pomocowych, które krótko scharakteryzuję.

Ośrodek Pomocy Społecznej

Pod szczególną ochroną i opieką znajdują się te kobiety, które nie są w stanie przezwyciężyć samodzielnie trudnych sytuacji życiowych, takich jak występowanie przemocy w małżeństwie i często tkwią długotrwale w destrukcyjnym kryzysie. Osoby te mają konstytucyjnie umocowane prawo do zwracania się o pomoc do **Ośrodka Pomocy Społecznej** w przypadku odczuwania przez nie trudności w samodzielnym zaspokajaniu różnorodnych potrzeb. Aktem prawnym regulującym świadczenia państwa na rzecz, m.in. tychże kobiet jest *Ustawa o pomocy społecznej* z dnia 12 marca 2004 roku⁴⁴⁹. Pomoc społeczna, jako instytucja polityki państwa, zgodnie z art. 3 ust. 1 wskazanej Ustawy (...) *wspiera osoby i rodziny w wysiłkach zmierzających do zaspokojenia niezbędnych potrzeb i umożliwia im życie w warunkach odpowiadających godności*

⁴⁴⁹ *Ustawa o pomocy społecznej z 12 marca 2004 roku* (Dz. U. z 15 kwietnia 2004 roku, Nr 64, poz. 593)

człowieka. Do czynności pracowników pomocy społecznej należy między innymi: ocena ilościowa i jakościowa niezaspokojonych potrzeb, doradzanie, konsultowanie, zbieranie informacji o instytucjach i systemach pomocy kryzysowej, pomoc w załatwianiu spraw w urzędach itp. Ponadto przeciwdziałanie przemocy w rodzinie stanowi jedno z zadań wyznaczonych dla systemu pomocy społecznej. Nowe przepisy prawne dotyczące kompetencji administracji państwowej i samorządowej oraz pomocy społecznej stanowią wystarczającą podstawę do tworzenia skutecznego systemu przeciwdziałania przemocy w rodzinie i pomocy ofiarom.

Dom Interwencji Kryzysowej

Kobiety, które zdecydowały się odejść z toksycznych związków bardzo często pozostają bez jakichkolwiek środków do życia i mieszkania. Dlatego też pomocy udzielają im również pracownicy socjalni oraz psychologowie zatrudnieni w **Domu Interwencji Kryzysowej (DIK)** dla ofiar przemocy domowej. Udzielają oni doraźnej pomocy ofiarom przemocy domowej, jak również zapobiegają powtarzającym się przypadkom krzywdzenia. Warunkiem przyjęcia do DIK jest zaakceptowanie wewnętrznego regulaminu placówki i obowiązujących tam zasad. Regulamin wymaga między innymi całkowitej abstynencji oraz aktywności w pracach na rzecz instytucji. Nieprzestrzeganie regulaminu wiąże się z koniecznością opuszczenia placówki. Podczas pobytu osoby korzystające z placówki zazwyczaj same przygotowują posiłki oraz wykonują czynności porządkowe. Ponadto mogą liczyć na pomoc specjalistów: lekarza, pracownika socjalnego oraz psychologa.

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

Ponadto na terenie powiatu polkowickiego, jak i całego kraju, utworzono system przeciwdziałania przemocy w rodzinie oraz pomocy ofiarom nie tylko poprzez stworzenie instytucji (Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie), ale również poprzez wprowadzenie i respektowanie nowych regulacji prawnych, które obejmują kwestie ustrojowe oraz wiele dziedzin życia społeczno-gospodarczego.

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie jest głównym koordynatorem powiatowej strategii w zakresie rozwiązywania problemów społecznych⁴⁵⁰. Realizuje model instytucjonalny pomocy społecznej, w którym to potrzeba jest głównym kryterium po-

⁴⁵⁰ Sierpowska I., *Ustawa o pomocy społecznej. Komentarz*, wyd. 2, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2009, s. 432

mocy. Model ten zakłada aktywne formy pomocy przede wszystkim w postaci usług wspomagających rodzinę we wszystkich jej funkcjach oraz w procesie oddziaływania, jak również podtrzymywania jej samodzielności, a także jej zaradności.

Ośrodek Pomocy Psychologicznej

W strukturze **Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych** funkcjonuje **Ośrodek Pomocy Psychologicznej**. Oprócz – ogólnej dostępnej pomocy ambulatoryjnej w formie poradnictwa różnych specjalistów tj. psychologa, pedagoga, socjoterapeuty, terapeuty uzależnień – Ośrodek Pomocy Psychologicznej podejmuje działania, których celem jest usuwanie zagrożenia życia i zdrowia maltretowanych osób. Czyni to głównie przez: objęcie osób potrzebujących opieką psychologiczno-pedagogiczną i prawną, współpracę z policją oraz innymi instytucjami, które w swoim zakresie mają obowiązek nieść pomoc osobom krzywdzonym.

W Ośrodku Pomocy Psychologicznej funkcjonuje **grupa psychoedukacyjna dla kobiet doświadczających przemocy**⁴⁵¹. Kobiety doświadczające przemocy, żyjące w ciągłym zagrożeniu, poprzez uczestnictwo w grupie pragną uzyskać spokój, bezpieczeństwo oraz stabilność. Spotkania grupy psychoedukacyjnej odbywają się w zamkniętej, bezpiecznej przestrzeni, gdzie nikt nie przeszkadza im w swobodnej wypowiedzi.

Podstawowym celem działania grupy jest także natychmiastowe usuwanie zagrożenia życia i zdrowia krzywdzonych osób, poprzez zabezpieczenie im schronienia lub skutecznych interwencji policji i opieki prawnej. Nie jest to grupa psychoterapeutyczna w tradycyjnym znaczeniu. Filozofia pomagania w tej grupie zakłada jako priorytetowy cel zatrzymanie przemocy. Ponadto celem grupy wsparcia jest przezwyciężenie izolacji, zbudowanie szacunku do samej siebie, uzyskanie pomocy ze strony innych uczestniczek grupy, zbudowanie scenariuszy działania, pozyskanie wiedzy o procedurach i zasobach środowiska, o charakterze przemocy mężczyzn wobec kobiet. Pozwala to na opanowanie umiejętności potrzebnych dla przetrwania i zbudowania osobistych planów przetrwania.

Podstawowe znaczenie ma przezwyciężanie izolacji, możliwość ujawnienia swoich problemów wśród akceptujących osób. Krzywdzone kobiety żyją w izolacji, są odcinane od rodziny i przyjaciół manipulacjami i pogrózkami ze strony partnera.

⁴⁵¹ Autorka niniejszej dysertacji, na podstawie pracy z kobietami uczestniczącymi w terapii dla osób krzywdzonych, przeprowadziła badania, których wyniki przedstawione zostały w dalszej części niniejszej pracy.

Wstydzą się mówić o swoich przeżyciach osobom, z którymi utrzymują kontakt. Dlatego uczestnictwo w grupie terapeutycznej dla kobiet doświadczających przemocy pozwala im wyjść z poczucia samotności, wstydu oraz samoobwiniania się. Ponadto grupa pozwala odnaleźć ludzi, do których można się zwrócić o pomoc, nie wstydząc się siniaków i zadrapań na twarzy.

Odbudowanie poczucia własnej wartości dotyczy tu kobiet, które przez dłuższy czas doświadczały przemocy, poddane były staraniom, aby unicestwić ich wiarę w siebie, przekonanie o własnej kompetencji, atrakcyjności, prawie do własnych odczuć oraz ocen i decyzji.

Uczestnictwo w grupie psychoedukacyjnej daje kobietom szansę na obronę przed przerażeniem i rozpaczą. Znalezienie się wśród osób, które uważnie słuchają, wierzą w to, co mówią, okazują empatię i zrozumienie, pozwala odbudować poczucie przynależności. Grupa zapewnia wysoki poziom wsparcia i akceptację. Kontakt z innymi kobietami, które mają za sobą podobne przejścia, pomaga pozbyć się zarówno uczucia wstydu, jak i napiętnowania.

Relacja między pokrzywdzoną a terapeutą w początkowej fazie spotkań jest zazwyczaj różna, gdyż ofiary przemocy bronią się przed przyjęciem pomocy, zwłaszcza specjalistycznej. Ofiary przemocy przeważnie boją się zmiany, boją się podjąć decyzję: zostać, czy odejść od partnera. Jest to spowodowane obawą przed nieznanym, obawą o swoje dzieci, ale także kobieta bardzo często zastanawia się nad opinią rodziny, sąsiadów. Dlatego bardzo ważnym elementem w trakcie procesu terapeutycznego jest omawianie z ofiarą zarówno pozytywnych, jak i negatywnych przesłanek podejmowanych przez nią decyzji. Istotną sprawą w procesie terapeutycznym jest uświadomienie sobie przez klientkę, iż ostatni incydent przemocy, w jakim uczestniczyła, nie był przypadkowym, wyizolowanym aktem znęcania się, ale fragmentem powtarzalnego wzorca sytuacyjnego, prowadzącego do agresji fizycznej, tj. pobicia.

W rozmowach z kobietami doświadczającymi przemocy poruszane są głównie kwestie związane z podjęciem przez kobietę decyzji o opuszczeniu miejsca zagrożenia oraz powiadomieniu organów ścigania o doznawaniu przez nią przemocy. Ponadto celem takiej rozmowy jest wzmocnienie u ofiary poczucia wartości, bezpieczeństwa oraz kontroli nad dalszym jej życiem.

Instytucje działające na terenie powiatu polkowickiego nie tylko udzielają pomocy terapeutycznej oraz prawnej ofiarom przemocy, ale także włączają się w różne

kampanie edukacyjne, których głównym celem jest uwrażliwienie społeczeństwa oraz zorganizowanie sprawnego systemu pomocy ofiarom.

Rozdział 8. FUNKCJONOWANIE PSYCHOSPOŁECZNE KOBIET DOŚWIADCZAJĄCYCH PRZEMOCY

8.1. CHARAKTERYSTYKA KOBIET DOŚWIADCZAJĄCYCH PRZEMOCY NA PODSTAWIE ANALIZY INDYWIDUALNYCH PRZYPADKÓW

Przedstawiając podmiotowe uwarunkowania uczestnictwa kobiet w procesie terapii, konieczne jest bliższe zapoznanie się z podmiotem poznania, a więc z kobietami, które uczestniczyły w badaniach. Poprzez szkice do portretu respondentek zamierzam ukazać ogólne informacje dotyczące badanych kobiet. Przedstawione poniżej opisy badanych kobiet są tak skonstruowane, by przedstawić indywidualne i charakterystyczne cechy danej osoby, jak również przedstawić pokrótce historię ich życia. Aby uwydatnić podmiotowość każdej z kobiet, w opisie wykorzystane zostały fragmenty wypowiedzi rozmówczyń. Ze względu na bardzo osobiste informacje uzyskane w wywiadach i konieczność ochrony prywatności badanych kobiet w opisie przypadków zostały zmienione imiona. Szczegółowe wyniki otrzymane z narzędzi pomiaru (wystandaryzowanych), uzyskane w trakcie badania w latach 2011 i 2012, zestawiono w tabelach, które zostały dołączone do aneksu (Załączniki 16-45).

8.1.1. TYPOWOŚĆ HISTORII PRZEMOCOWYCH – CHARAKTERYSTYKA SYTAUCJI ŻYCIOWEJ BADANYCH KOBIET

Przypadek 1 - Elżbieta (załącznik 16)

Dane z dokumentacji

Kobieta, lat 40, obecnie rozwiedziona, posiada wykształcenie średnie, zatrudniona jest w firmie ochroniarskiej na stanowisku pracownika ochrony obiektów przemysłowych. Posiada dwoje dzieci w wieku szkolnym (10, 12 lat).

Sytuacja rodzinna

Badana w okresie dzieciństwa i swojej młodości miała dobre relacje z matką, dobrze się z nią rozumiała. Matka nie pracowała, zajmowała się domem i pracą w gospodarstwie rolnym. Ojciec pracował w kopalni jako elektryk, dodatkowo pomagał matce w pracach polowych. Zdawało się, że pił alkohol, ale według niej nie był uzależniony, w domu zdarzały się awantury, nigdy nie interweniowała policja, gdyż matka badanej wstydziła się dzwonić na policję. Zdaniem badanej, ojciec nie był taki zły, nie stosował w domu przemocy. Ale relacje badanej z ojcem były niekorzystne, brakowało silnej więzi między ojcem a córką, wspólnych tematów do rozmów oraz podobnych zainteresowań.

Przed zawarciem związku małżeńskiego badana miała dobre relacje z matką oraz starszym rodzeństwem. Ponadto spotykała się także z dalszą rodziną i znajomymi. Wiedziała, że zawsze może liczyć na wsparcie ze strony matki. Ojciec również się nią interesował. Utrzymywała stały kontakt z koleżankami oraz znajomymi z pracy. Sytuacja ta zmieniła się kilka lat po zawarciu związku małżeńskiego, kiedy to badana zauważyła, że mąż nadużywa alkohol i staje się w domu agresywny.

Badana przed przystąpieniem do terapii była w związku małżeńskim. Mąż zatrudniony był w kopalni na stanowisku pracownika umysłowego.

Wyniki badań

Badana rozpoczynając proces terapeutyczny przekonana była o braku własnej wartości oraz braku szacunku do siebie. Nie akceptowała siebie, gdyż niejednokrotnie słyszała słowa krytyki na swój temat od swojego męża. Czuła się w związku bezwartościowa oraz była niezadowolona z siebie.

Stan emocjonalny badanej przed przystąpieniem do terapii był obniżony, co świadczyło o złej kondycji psychofizycznej. U badanej występowały widoczne predyspozycje do lęku. Jej postawa interpersonalna wobec innych charakteryzowała się wycofaniem, bezradnością, pesymizmem oraz brakiem zaradności, nie akceptowała sama siebie. Są to typowe stany emocjonalne występujące u osób doświadczających przemocy. Respondentka przez wiele lat swojego małżeństwa była poniżana i wyśmiewana przez swojego męża:

„Mąż nie raz mówił do mnie, że jestem beznadziejna, że inne kobiety są ładniejsze, zgrabniejsze i mądrzejsze ode mnie. Nigdy nie potrafiłam odpyskować mężowi, przyjmowałam, że chyba taka jestem, skoro on tak mówi”.

Przemoc jakiej doświadczała badana, wpłynęła negatywnie na jej postawę wobec życia. Przed podjęciem terapii badana charakteryzowała się brakiem życiowych celów do realizacji, co powodowało u niej brak przekonania o wartości własnego życia. Ponadto badana nie potrafiła zrozumieć zmian, jakie zachodziły w jej życiu, a które spowodowane były głównie negatywnym zachowaniem męża:

„Na początku naszego małżeństwa było fajnie, mąż o mnie dbał, razem spacerowaliśmy, spędzaliśmy wspólnie wolny czas. Nie wiem, co takiego nagle się stało, że mąż zmienił się. To wszystko tak nagle stało się, nie potrafię zrozumieć, co takiego złego robię, że on mnie tak źle traktuje”.

Ciągły stres oraz lęk przed następną awanturą domową powodował, iż badana odczuwała brak poczucia sensu własnego życia oraz apatię. Brak było u niej chęci do podjęcia decyzji, co do zmiany swojego życia.

„Wiem, że muszę zmienić swoje dotychczasowe życie, choćby dla dobra dzieci. Jest mi ciężko podjąć jakąkolwiek decyzję, nie wiem czy poradzę sobie sama z tym wszystkim”.

Oceniając motywy skłaniające badaną do podjęcia procesu terapeutycznego można dostrzec, iż badana wybrała wiele motywów, które potwierdzały zarówno fakt bycia ofiarą przemocy wewnątrzmałżeńskiej, jak również uzasadniały wybór uczestnictwa w grupie terapeutycznej. U badanej występował wysoki poziom motywacji do podjęcia procesu terapeutycznego, do którego respondentka zaliczyła dążenie do poznania i zmiany siebie, zrozumienie przyczyn i mechanizmów przemocy wewnątrzrodzinnej, jak również dążenie do usunięcia dolegliwości w związku z występowaniem przemocy domowej. Czynniki utrudniające podjęcie decyzji, co do uczestnictwa w terapii występowały na poziomie niskim, co oznacza, iż badana po-

dejmując próbę uczestnictwa w terapii samodzielnie, ale kierowała się też wskazówkami ze strony osób bliskich i znajomych.

Przed przystąpieniem do terapii badana negatywnie oceniała siebie, a więc była przekonana o braku własnej wartości, odczuwała brak szacunku do siebie, doświadczała i nieakceptację siebie, co wynikało z oceny różnych jej atrybutów m.in. wyglądu fizycznego, walorów moralnych oraz charakterologicznych. Spowodowane to było tym, iż badana wiele razy słyszała słowa krytyki od swojego męża:

„Jesteś brzydka, mogłabyś w końcu o siebie zadbać, inne kobiety są atrakcyjne, a ty jesteś, wyglądasz jak poczwara”.

Badana nie akceptowała własnej osoby i była niezadowolona z siebie. Dominowało u niej przekonanie, iż jest osobą bezwartościową, złą i niekompetentną.

Po upływie roku terapii u badanej nastąpiły widoczne zmiany w samoocenie. Uczestnictwo w grupie terapeutycznej dla kobiet doświadczających przemocy spowodowało, iż badana zaczęła wierzyć w siebie, zmienił się jej stosunek do samej siebie. Odczuwała już tylko nieco ograniczony szacunek do własnej osoby i była umiarkowanie zadowolona z siebie (takiej, jaką jest), ale także pojawiało się u niej dążenie do przebudowy własnego „Ja”:

„Żałuję, że przez tyle lat pozwalałam na to, aby mnie mąż tak źle traktował. Nie wiem dlaczego pozwalałam, aby mnie bił i poniżał. Teraz wiem, że życie jest inne, że można normalnie żyć, w spokoju”.

Uczestnictwo w terapii zmieniło stan psychofizyczny badanej, który znacznie się poprawił. Badana nie doznaje już poczucia osamotnienia, samorealizuje się i zaakceptowała siebie jako kobietę, która doświadczała przemocy:

„Kiedy pytają się mnie w pracy, co się ze mną dzieje, bo zmieniłam się, to nie boję się już odpowiedzieć, że wyprowadziłam się od męża bo mnie bił”.

Ponadto badana nie doświadcza tak często napięcia i lęku, a jej poziom samooceny zwiększył się zdecydowanie. Świadczy to o pozytywnej samoocenie, a więc przekonaniu o własnej wartości, szacunku do siebie i akceptacji własnej osoby, a w szczególności wyglądu fizycznego, walorów moralnych i charakterologicznych. Badana jest zadowolona z siebie i swojej postawy życiowej. Dominuje u niej przekonanie, że jest osobą wartościową i dobrą.

Dane z wywiadu

Przed przystąpieniem do terapii badana miała świadomość, iż jest osobą doświadczającą przemocy wewnątrzmałżeńskiej. Zachowania przemocowe męża przejawiały się przez kierowanie do niej gróźb pozbawienia życia, ośmieszania i poniżania, popychania, szarpania, uderzania „z pięści” i z „otwartej dłoni” po całym ciele:

„Kiedy mąż przychodzi do domu i jest pod wpływem alkoholu wiem, że zaraz będzie awantura. Staram się nie odzywać, schodzę z drogi mężowi. On i tak mnie wyzywa słowami wulgarnymi, upokarza mnie przy dzieciach, naśmiewa się ze mnie oraz szarpie mnie. Kiedy mnie bije to poważnie z pięści, uderza mnie po głowie, plecach, ściska mocno ręce. Często miałam na rękach i twarzy siniaki, po tym jak mnie bił. Takie zachowanie jest częste w naszym domu, szkoda tylko, że dzieci muszą na to wszystko patrzeć”.

Sytuacja materialna badanej, a w szczególności sytuacja materialna rodziny, nie pozwalała na podjęcie decyzji o odejściu od męża. Badana otrzymywała zdecydowanie mniejsze wynagrodzenie z tytułu zatrudnienia, aniżeli jej mąż i dlatego też miała obawy, czy utrzyma siebie

oraz dzieci z jej pensji. Ponadto badana liczyła cały czas, że mąż, który uzależniony jest od alkoholu podejmie terapię i zmieni swoje zachowanie względem niej i dzieci.

Przed przystąpieniem do terapii badana nie utrzymywała stałych kontaktów ze znajomymi, sporadycznie widywała się z rodzicami. Mąż odizolował ją od najbliższych, zabraniał kontaktować się z rodzicami. Jedynie przypadkowo mogła spotkać się ze znajomymi podczas robienia zakupów. Osoby, z jakimi miała kontakt to koleżanki i koledzy z pracy.

Uczestnictwo badanej w procesie terapii dla kobiet doświadczających przemocy spowodowało, iż w jej postawie, postrzeganiu siebie i swojej sytuacji życiowej nastąpiły zmiany.

Po upływie roku terapii badana wyprowadziła się wraz z dziećmi od męża. Podjęcie decyzji przez badaną o zmianie miejsca zamieszkania spowodowało, iż zdecydowała się również rozstać ze swoim mężem. Sytuacja materialna badanej również uległa poprawie, gdyż chcąc zapewnić sobie oraz dzieciom godne warunki, badana podjęła dodatkowe zatrudnienie.

Przypadek 2 - Renata (załącznik 17)

Dane z dokumentacji

Kobieta, lat 41, obecnie rozwiedziona. Posiada wykształcenie zawodowe, zatrudniona jest w przedsiębiorstwie handlowym na stanowisku sprzedawcy. Posiada dwoje dzieci w wieku szkolnym (16, 10 lat).

Sytuacja rodzinna

Badana w okresie dzieciństwa i swojej młodości, określa swoje relacje z rodzicami jako przeciętne. Matka pracowała jako kucharka w szkole, natomiast ojciec był konserwatorem w instytucji samorządowej. Ojciec nadużywał alkohol, w domu były awantury i niejednokrotnie interweniowała policja. Matka badanej dzwoniła na policję, często prosiła o pomoc, gdyż była bita i poniżana przez swojego męża. Zdarzało się również tak, że podczas awantury domowej badana także została przez ojca pobita:

„Awantury w domu były tylko wówczas, kiedy ojciec był bardzo pijany, kiedy jeszcze w miarę trzymał się to nie awanturował się, był spokojny, ale trzeba było uważać bo szybko się złościł. Kiedy się wściekał, to wiadome było, że będzie źle w domu”.

Nie miała dobrych relacji z ojcem. Ojciec zaniedbywał swoje obowiązki domowe, nie interesował się nią i młodszym rodzeństwem. Większość czasu spędzał poza domem.

Swoje relacje z matką przed zawarciem związku małżeńskiego, badana określa jako przeciętne. Wspierały się wzajemnie jedynie wtedy, kiedy w domu ojciec się awanturował. Matka była zastraszana przez męża. Nie podejmowała w domu decyzji. Nie wykazywała nadmiernego zainteresowania dziećmi. Jej relacje z rodzeństwem były dobre, spotykała się też często z kuzynkami. Mogła im pożalić się na sytuację, jaka panowała w domu oraz na brak zainteresowania ze strony matki. Kiedy badana podjęła zatrudnienie, miała dobry kontakt z koleżankami z pracy. Zaprzyjaźniła się z jedną z nich, mogła z nią porozmawiać o wszystkich swoich sprawach, darzyła ją zaufaniem. Sytuacja badanej zmieniła się, kiedy wstąpiła w związek małżeński. Po 10 latach małżeństwa badana zauważyła, że mąż zdradza ją oraz nadużywa alkohol. Zachowanie męża badana oceniła jako podobne do zachowania jej ojca z okresu dzieciństwa i młodości. Badana stwierdziła, że kiedy mąż wracał do domu pod wpływem alkoholu wyszukiwał preteksty do awantur i wyjścia z domu. Kiedy awanturował się, niejednokrotnie poniżał oraz wyzywał badaną, bardzo często dochodziło do przemocy fizycznej:

„Kiedy słyszałam hałas na klatce schodowej, wiedziałam, że mąż wraca do domu pijany. Zaraz po

wejściu do mieszkania słyszałam, jak mnie wyzywał słowami wulgarnymi, nie mogłam się wtedy do niego odzywać, bo zaraz mnie szarpał i bił. Przeważnie kiedy na niego tylko spojrzałam i pokiwałam głową to podchodził do mnie i mnie szarpał za włosy; pytał mnie, co mi się tak nie podoba. Kiedy nie odzywałam się to mnie bił po twarzy i krzyczał, by odpowiedzieć na jego pytanie”.

Badana przed przystąpieniem do terapii była w związku małżeńskim. Mąż zatrudniony był w kopalni na stanowisku górnika-elektryka.

Wyniki badań

Badana rozpoczynając proces terapeutyczny przekonana była o braku własnej wartości, nie akceptowała siebie, wypowiadała się o sobie negatywnie, była niezadowolona z siebie oraz swojej postawy. Wstydziła się tego, kim jest i jaką jest osobą. Powodem takiej postawy był fakt, iż przez wiele lat była poniżana i obrażana przez męża, doświadczała z jego strony wiele przykrości, które negatywnie odbiły się na jej postawie oraz samoocenie. Ponadto, badana postrzegała siebie jako osobę mało zdolną, nieinteligentną, czuła się gorsza od innych osób. Powodem takiego stanu była negatywna postawa męża, który się nad nią znęcał emocjonalnie:

„Jesteś głupia i nic nie potrafisz poza staniem za ladą”.

Stan emocjonalny badanej przed przystąpieniem do terapii był obniżony, co świadczyło o złej kondycji psychofizycznej. U badanej występowały widoczne predyspozycje do lęku. Jej postawa interpersonalna wobec innych charakteryzowała się wycofaniem, bezradnością, oraz brakiem zaradności, nie akceptowała sama siebie. Są to typowe stany emocjonalne występujące u osób doświadczających przemocy. Badana przez przeszło 10 lat swojego małżeństwa była poniżana przez swojego męża:

„Mąż kiedy się awanturował to krzyczał do mnie, że inne kobiety są bardziej atrakcyjne, mądrzejsze i bardziej wykształcone ode mnie. Krzyczał, że nie może na mnie patrzeć, że brzydzi się mną oraz moim wyglądem, że jestem zerem i bez niego zginę, nie poradzę sobie. Nigdy nie negocjowałam tego, co krzyczał do mnie mąż podczas awantury, bałam się, że będzie znowu mnie bił”.

Przemoc jaką doświadczała badana wpłynęła negatywnie na jej postawę wobec życia. Przed podjęciem terapii badana charakteryzowała się brakiem życiowych celów do realizacji, co powodowało u niej brak przekonania o wartości własnego życia. Ponadto badana nie potrafiła zrozumieć zmian, jakie zachodziły w jej życiu, a które spowodowane były głównie negatywnym zachowaniem męża:

„Kiedy wychodziłam za mąż myślałam, że moja rodzina będzie inna, byłam pełna nadziei, że mój mąż będzie zupełnie inny niż mój ojciec. Kilka pierwszych lat naszego małżeństwa było fajnych. Dopiero po około 10 latach, kiedy mąż w pracy awansował, zaczął więcej zarabiać, zmienił się. Wracał często do domu pijany i awanturował się. Na początku wyzywał mnie tylko, a później to już mnie bił. Nie mam pojęcia, co wpłynęło na męża, że się zmienił”.

Codzienny stres oraz lęk przed następną awanturą domową powodował, iż badana odczuwała brak poczucia sensu życia, apatię. Nie miała chęci do podjęcia decyzji, co do zmiany swojego życia. Badana obawiała się reakcji męża, kiedy dowie się, że chce odejść od niego:

„Dla dobra dzieci i swojego bezpieczeństwa powinnam odejść od męża, ale nie wiem, czy poradzę sobie bez niego, bez pieniędzy i mieszkania”.

Oceniając motywy podjęcia procesu terapeutycznego można dostrzec, iż badana wskazała wiele motywów, które potwierdzały zarówno fakt bycia ofiarą przemocy wewnątrzmałżeńskiej, jak również uzasadniały wybór uczestnictwa w grupie terapeutycznej. U badanej występ-

powoł wysoki poziom motywacji do podjęcia procesu terapeutycznego. Badana chciała poznać, zmienić siebie, zrozumieć powody, dla których przez wiele lat tkwiła w związku przemocowym, w którym była nieszczęśliwa, poniżana i ośmieszana. Ponadto badana chciała poznać przyczyny i mechanizmy przemocy wewnątrzrodzinnej, jak również dążyła do usunięcia dolegliwości w związku z występowaniem przemocy domowej. Spostrzegany przez nią poziom trudności podjęcia decyzji o uczestnictwie w terapii był niski. Ale ostatecznie badana podjęła próbę uczestnictwa w terapii ze względu na naciski ze strony osób bliskich i znajomych.

Przed przystąpieniem do terapii badana negatywnie oceniała siebie, a więc była przekonana o braku własnej wartości. Nie szanowała i nie akceptowała siebie, co wynikało z negatywnej oceny m.in. jej wyglądu fizycznego, walorów moralnych oraz charakterologicznych. Spowodowane to było tym, iż przez wiele lat słyszała słowa krytyki ze strony męża – słowa, które słyszała bardzo często:

„Jesteś okropna, wstrętna, nie mogę patrzeć na Ciebie”.

Badana nie akceptowała własnej osoby i była niezadowolona z siebie. Dominowało u niej przekonanie, iż jest osobą bezwartościową.

Po upływie roku terapii u badanej nastąpiły widoczne zmiany w samoocenie. Uczestnictwo w grupie terapeutycznej dla kobiet doświadczających przemocy spowodowało wyraźną poprawę w zakresie samooceny (wyniki wysokie). Jest przekonana o własnej wartości, ma szacunek do siebie i akceptuje siebie. Ponadto jest zadowolona z siebie taką jaką jest, nie występują u niej tendencje do przebudowy własnego „Ja”, co oznacza, że dokonała przynajmniej wstępnego określenia siebie (własnej tożsamości). Badana jest przekonana o własnej przydatności, wyraża przekonanie, że jest wystarczająco dobrym i wartościowym człowiekiem. Jest też dumna z tego, że zdecydowała się na udział w terapii dla kobiet doświadczających przemocy:

„Cieszę się, że miałam w sobie tyle odwagi, aby przyjść do poradni i powiedzieć, jak mnie traktuje mąż. Nie wiem, co by było, gdybym tutaj nie przyszła”.

Uczestnictwo w terapii zmieniło stan psychofizyczny badanej, który znacznie się poprawił. Badana nie doznaje już poczucia osamotnienia, samorealizuje się oraz zaakceptowała siebie taką jaką jest na co dzień. Cieszy się, że może normalnie funkcjonować.

Ponadto u badanej zdecydowanie zwiększył się poziom samooceny. Świadczy to o pozytywnym obrazie siebie, a więc przekonaniu o własnej wartości, szacunku do siebie i akceptacji własnej osoby, co wynika w szczególności z wyglądu fizycznego, walorów poznawczo-intelektualnych, moralnych i charakterologicznych. Badana akceptuje siebie, jest zadowolona z siebie, żywi wobec siebie pozytywne emocje. Dominuje u niej przekonanie, że jest osobą wartościową i godną miłości.

Dane z wywiadu

Przed przystąpieniem do terapii badana miała świadomość, iż jest osobą doświadczającą przemocy. Zachowania przemocowe męża przejawiały się poprzez używanie wobec niej słów wulgarnych, wyśmiewanie jej, dokuczanie, stosowanie siły fizycznej poprzez szarpanie i popychanie, uderzanie z otwartej dłoni po twarzy i głowie. Ponadto wielokrotnie była zmuszana do bezwzględного posłuszeństwa i usługiwania mężowi. Niejednokrotnie podczas awantury domowej mąż dotykał ją wbrew jej woli w miejsca intymne i wymuszał zachowania seksualne:

„Kiedy wracał do domu, a nie był bardzo pijany, to tylko mnie wyzywał i ośmieszał przy dzieciach. Robił to celowo, abym nie odzywała się do niego. Wtedy wieczorem przychodził do mnie do pokoju i niby mnie przeproszał. On chciał ze mną współżyć. Najpierw mnie głaskał, a kiedy go

odpychałam, to najpierw mnie bił, potem przepraszał i tak na okrągło. Musiałam to robić, nie krzyczałam, bo w drugim pokoju byli chłopcy”.

Sytuacja materialna badanej i jej rodziny nie pozwalała na podjęcie decyzji o odejściu od męża. Pracując jako ekspedientka otrzymywała znacznie mniejsze wynagrodzenie od męża, stąd miała obawy, czy utrzyma siebie i dzieci z jej skromnej pensji. Miała nadzieję, że mąż podejmie terapię, będzie „walczył” o rodzinę, zmieni swoje zachowanie wobec niej i dzieci.

Przed przystąpieniem do terapii nie utrzymywała stałych kontaktów ze znajomymi, tylko sporadycznie widywała się z rodzicami. Sytuacja w jej małżeństwie spowodowała, iż odizolowała się od najbliższych. Wstydziła się tego, że w jej domu występuje przemoc, że mąż nadużywa alkohol i awanturuje się w domu. Długo nikomu nie mówiła o swojej sytuacji. Ponadto, mąż niejednokrotnie podczas awantury zabraniał jej kontaktować się z rodziną i znajomymi. Odgrażał się, że kiedy spotka ich w domu, będzie miała z tego powodu nieprzyjemności. Jedyne osoby, z jakimi miała kontakt, to koleżanki z pracy i sporadyczne kontakty z rodzicami.

Uczestnictwo badanej w procesie terapii dla kobiet doświadczających przemocy spowodowało, iż w jej postawie oraz postrzeganiu siebie i swojej sytuacji życiowej nastąpiły wyraźne zmiany.

Po upływie roku terapii badana podjęła decyzję o wyprowadzce wraz z dziećmi od męża. Podjęcie decyzji o zmianie miejsca zamieszkania spowodowało, iż zdecydowała się również rozstać ze swoim mężem. Sytuacja materialna badanej również uległa poprawie. Badana odważyła się skierować wniosek do Sądu o przyznanie dla dzieci alimentów. Jej obecna sytuacja finansowa jest zadowalająca.

Przypadek 3 – Małgorzata (załącznik 18)

Dane z dokumentacji

Kobieta, lat 53, mężatka; wykształcenie podstawowe, nie pracuje. Posiada dwoje dzieci (dorosłych i samodzielnych).

Sytuacja rodzinna

Badana w okresie dzieciństwa i swojej młodości nie miała dobrych relacji z rodzicami. Zarówno ojciec, jak i matka nadużywali alkohol:

„Najpierw pił alkohol ojciec, a po jakimś czasie zaczęła z nim pić matka. Zdarzało się, że do domu przychodziło ich towarzystwo i razem siedzieli do późnych godzin nocnych i pili alkohol, grali w karty”.

W domu rodzinnym (pochodzenia) dochodziło niejednokrotnie do awantur. Kiedy rodzice byli pijani, kłócili się ze sobą, często dochodziło do rękoczynów. Ojciec był silniejszy i często bił matkę. Jeżeli badana stawiała w obronie matki, bywała pobita przez ojca. Wówczas nie chodziła do szkoły, bo wstydziła się pokazać siniaki jakie miała na ciele:

„W domu nie mieliśmy telefonu, nie miałam skąd zadzwonić na policję, kiedy ojciec bił mamę. Kiedy chciałam ją obronić, to ojciec wtedy mnie bił i wyzywał. Czasami ktoś z sąsiadów dzwonił po policję”.

Sytuacja materialna rodziny była na niezadowalająca. Rodzice nie pracowali, ojciec zatrudniał się w pracach dorywczych, a dodatkowo otrzymywał zasiłek dla bezrobotnych.

Zdaniem badanej, w okresie dzieciństwa nie miała dobrych relacji z rodzicami, wstydziła się ich i tego, że jej rodzice nadużywają alkohol. Ojciec zaniedbywał swoje obowiązki do-

mowe, nie interesował się nią i domem. Matka nie pracowała, nie zawsze też zajmowała się domem, większość czasu spędzała u sąsiadek.

W późniejszym okresie relacje z rodzicami nie poprawiły się, gdyż sytuacja domowa była podobna. Badana miała żal do rodziców, że ze względu na panującą atmosferę w domu, nie miała warunków do kontynuowania nauki w szkole średniej, stąd jej edukacja zakończyła się na szkole podstawowej.

Przed zawarciem związku małżeńskiego relacje badanej z rodzicami nieco się zmieniły, czyli uległy poprawie – określa je jako przeciętne. Jej zdaniem, zadawalającą zmianą jest to, iż jej matka jest trzeźwą alkoholiką od ponad 5 lat. Relacje są na tyle poprawne, że zarówno badana, jak i jej matka starają się nawzajem wspierać w trudnych dla nich chwilach.

Sytuacja badanej zmieniła się po zawarciu związku małżeńskiego. Po 16 latach małżeństwa zaczęła doświadczać przemocy ze strony swojego męża. Obserwując, jak zachowuje się jej mąż i jak ją traktuje, badana przypominała sobie swoje dzieciństwo i to, co się działo w jej domu rodzinnym. Mąż wracając do domu pod wpływem alkoholu wyzywał ją słowami wulgarnymi, a gdy reagowała na jego zaczepki wówczas zaczynał ją bić:

„Nie znosiłam jak mnie mąż po pijaku wyzywał, słyszałam to w dzieciństwie i miałam dosyć już poniżania w swoim życiu. Kiedy reagowałam i odpowiadałam mężowi, on się wściekał, wtedy mnie bił rękoma po głowie, szarpał i kopał, musiał pokazać mi swoją wyższość, siłę”.

Badana przed przystąpieniem do terapii była w związku małżeńskim. Mąż zatrudniony był w kopalni na stanowisku górnika-mechanika urządzeń mechanicznych pod ziemią.

Wyniki badań

Badana rozpoczynając proces terapeutyczny oceniała siebie negatywnie; była przekonana o swojej bezwartościowości, co nie pozwalało jej mieć szacunku do siebie. Nie akceptowała siebie, była niezadowolona z siebie taką, jaką była. Cechowało ją dążenie do przebudowy własnego „Ja”. Miała poczucie, że jest gorsza od innych, nieprzydatna i bezużyteczna. Powodem negatywnej wobec siebie postawy był fakt, iż przez wiele lat była poniżana i obrażana przez męża, doświadczała z jego strony wiele przykrości, które negatywnie odbiły się na jej postawie oraz samoocenie. Ponadto, brak wykształcenia i fakt, że nigdy nie pracowała i przez całe swoje życie zajmowała się „tylko domem” oraz opiekowała się dziećmi, nie dawał jej podstaw do zmiany stosunku wobec siebie. Wzmacniał to jej mąż słowami:

„Nic sobą nie reprezentujesz, jesteś na mnie zdana. Nikt Ciebie nie chce, nie masz pieniędzy i musisz cicho w domu siedzieć, bo inaczej wylądujesz na ulicy”.

Stan emocjonalny badanej przed przystąpieniem do terapii był zdecydowanie obniżony, co świadczyło o złej kondycji psychofizycznej. U badanej występowały widoczne predyspozycje do lęku i często przeżywała stany lękowe. Jej postawa interpersonalna wobec innych charakteryzowała się wycofaniem, pesymizmem, bezradnością oraz brakiem zaradności, nie akceptowała sama siebie. Są to typowe stany emocjonalne występujące u osób doświadczających przemocy. Badana przez ostatnich 18 lat swojego małżeństwa była poniżana przez męża:

„Podczas każdej awantury domowej mąż mnie wyzywał od najgorszych, poniżał i krytykował. Nierzadko do mnie krzyczał, że jestem darmozjadem, bo nie pracuję”.

Przemoc jakiej doświadczała badana, wpłynęła negatywnie na jej postawę wobec życia. Przed podjęciem terapii odczuwała swoje życie jako bezsensowne (brak życiowych celów),

łatwo wycofywała się z podejmowanych z trudem decyzji. Nie miała motywacji do dokonywania zmian w swoim życiu. Akceptowała to, iż jej życie jest niezmiennie, monotonne i nic się w nim nie zmieni. Nie potrafiła też zrozumieć zmian, jakie zachodziły w jej życiu, a które spowodowane były głównie negatywnym zachowaniem męża:

„Wysłałam za męża bardzo szybko, miałam wówczas 19 lat. Chciałam szybko uciec z domu, w którym były awantury i lał się alkohol do kieliszków. Myślałam, że moje małżeństwo będzie inne, lepsze, że nikt nie będzie mnie wyzywał, bił. Myliłam się. Mąż traktował mnie podobnie jak mój ojciec matkę. Koszmar. Tak samo obrywałam, jak moja matka”.

Stres związany z sytuacją rodzinną powodował, iż badana nie miała poczucia sensu własnego życia. Jej stan charakteryzowała apatia. Bała się podjąć decyzję o zmianie swojego życia, gdyż obawiała się reakcji męża na podjętą przez nią decyzję o rozwodzie:

„Powinnam rozwieść się z mężem, ale co zrobię bez niego. Przecież nie pracuję, z czego będę miała żyć. Nie pójdę do dzieci, bo mają swoje rodziny i swoje sprawy na głowie. Wiem, że muszę coś ze sobą zrobić, zmienić się”.

Oceniając motywy skłaniające badaną do podjęcia procesu terapeutycznego można dostrzec, iż badana wybrała wiele motywów, które potwierdzały zarówno fakt bycia ofiarą przemocy wewnątrzmałżeńskiej, jak również uzasadniały wybór uczestnictwa w grupie terapeutycznej. Badana miała wysoki poziom motywacji do podjęcia procesu terapeutycznego, chciała poznać i zmienić siebie, zrozumieć powody, dla których przez wiele lat była w związku, w którym doświadczała przemocy. Chciała też poznać przyczyny i mechanizmy przemocy wewnątrzmałżeńskiej, jak również dążyła do usunięcia dolegliwości związanych z występowaniem przemocy domowej. Czynniki utrudniające podjęcie decyzji o uczestnictwie w terapii występowały na poziomie niskim, zaś generalnie badana podjęła terapię ze względu na naciski płynące z jej otoczenia, tj. ze strony osób bliskich.

Przed przystąpieniem do terapii badana negatywnie oceniała siebie i swoje życie. Dominowało u niej przekonanie o braku własnej wartości, niezasługiwaniu na szacunek. Badana też nie akceptowała siebie, co wynikało z negatywnej samooceny (w sferze fizycznej, moralnej i charakterologicznej). Spowodowane to było tym, iż badana przez wiele lat słyszała słowa krytyki od swojego męża:

„Zdechłabyś już, nie mogę na Ciebie patrzeć, no leć poskarż się dzieciom. Jesteś okropna, nic nie robisz tylko głędzisz”.

Tego typu sytuacje powodowały w efekcie brak samoakceptacji, niezadowolenie z siebie i poczucie bezwartościowości oraz poczucie bezsensownego życia.

Po upływie roku terapii u badanej nastąpiły widoczne zmiany w samoocenie. Uczestnictwo w grupie terapeutycznej pozwoliło jej właściwie ocenić siebie i swoją sytuację. Osiągnęła wysokie wyniki w samoocenie, a więc pojawiło się u niej przekonanie o własnej wartości. Uznała, że jest godna szacunku. Zaakceptowała siebie – jest zadowolona z siebie taką jaką jest; wstępnie zakończył się proces krystalizacji „ja”, a więc nie występują u niej tendencje do przebudowy własnego „Ja”. Badana jest przekonana o własnej przydatności. Wyraża przekonanie, że jest wystarczająco dobrym i wartościowym człowiekiem. Jest zadowolona z tego, że zdecydowała się na udział w terapii dla kobiet doświadczających przemocy:

„Jedyną rzeczą, z której jestem zadowolona, a jaką w ostatnim czasie zrobiłam, to przyjście na terapię. Teraz wiem, że można inaczej żyć”.

Uczestnictwo w terapii zmieniło stan psychofizyczny badanej, który znacznie się poprawił. Badana nie doznaje już poczucia osamotnienia, ma poczucie samorealizacji oraz zaakceptowała siebie taką jaką jest. Poziom jej samooceny zdecydowanie się zwiększył (pozytywna samoocena). Jest przekonana o własnej wartości, domaga się szacunku do siebie, który nie wydaje się jej już nieuprawniony. Akceptacja własnej osoby wynika w szczególności ze zmiany jej obrazu siebie w zakresie wyglądu fizycznego, walorów poznawczo-intelektualnych, moralnych i charakterologicznych. Badana akceptuje siebie, jest zadowolona z siebie, żywi wobec siebie pozytywne emocje. Dominuje u niej przekonanie, że jest osobą wartościową.

Dane z wywiadu

Badana, przystępując do procesu terapeutycznego miała świadomość, iż jest ofiarą przemocy domowej. Zachowania przemocowe jej męża przejawiały się poprzez częste używanie wobec niej słów wulgarnych, wyśmiewanie jej, dokuczanie, stosowanie przemocy fizycznej poprzez szarpanie jej za włosy, popychanie, uderzanie z pięści w plecy, głowę. Ponadto badana zmuszana była przez męża do bezwzględnego posłuszeństwa. Zdarzało się, że mąż wymuszał zachowania seksualne:

„Kiedy mąż pił w domu sam, wiedziałam, że będzie awantura. Wtedy wychodziłam do drugiego pokoju, nie chciałam na niego patrzeć oraz z nim spać w jednym łóżku. Nie zawsze, ale zdarzały się takie sytuacje, że mąż przychodził do mnie w nocy do pokoju i chciał ze mną współżyć. Kiedy mu odmawiałam, to od razu była awantura. Wyzywał mnie i bił, dla świętego spokoju robiłam, co mi kazał”.

Sytuacja materialna badanej nie pozwalała jej podjąć decyzji odejściu od męża. Brak pracy i środków do zaspokojenia podstawowych potrzeb spowodowały, że przez wiele lat akceptowała zachowanie męża, a swoją bierną postawą dawała mężowi przyzwolenie na złe traktowanie. Przez cały czas miała nadzieję na zmianę męża. Tłumaczyła to tym, iż obecnie mieszkają sami, dzieci są dorosłe i tylko pozostało im z mężem wspólnie wspierać się „na stare lata”.

Przed przystąpieniem do terapii badana nie utrzymywała stałych kontaktów ze znajomymi, sporadycznie też widywała się z rodzicami. Sytuacja jaka panowała w jej małżeństwie spowodowała, iż badana odizolowała się od najbliższych. Wstydziła się tego, że mąż nadużywał alkohol i awanturuje się w domu. Osoby z jakimi miała kontakt to sąsiadki, jednakże nigdy w rozmowie z nimi nie poruszała tematów dotyczących jej małżeństwa.

Uczestnictwo w procesie terapii dla kobiet doświadczających przemocy spowodowało, iż w jej postawie, postrzeganiu siebie i swojej sytuacji życiowej nastąpiły pozytywne zmiany.

Po upływie roku terapii badana podjęła decyzję i złożyła w Prokuraturze zawiadomienie o przestępstwie znęcania się nad nią przez jej męża. Ponadto odważyła się i złożyła wniosek do sądu o przyznanie jej alimentów. Badana zarejestrowała się w Powiatowym Urzędzie Pracy jako bezrobotna bez prawa do zasiłku. Zaczęła uczęszczać na kurs kwalifikacyjny o specjalności sprzedawca-magazynier. Jej sytuacja finansowa jest na tyle dobra, że z otrzymywanych alimentów utrzymuje siebie. Dodatkowo dzieci wspierają ją finansowo.

Przypadek 4 – Ania (załącznik 19)

Dane z dokumentacji

Kobieta, lat 40, obecnie rozwiedziona, wykształcenie zawodowe, zatrudniona jest w prywatnej firmie jako krawcowa. Posiada dwoje dzieci w wieku szkolnym (8 i 15 lat).

Sytuacja rodzinna

Badana w okresie dzieciństwa i swojej młodości miała dobre relacje z matką, dobrze się z nią rozumiała. Rodzice badanej pracowali w PGR, matka zajmowała się hodowlą bydła, natomiast ojciec był traktorzystą. Ojciec nadużywał alkoholu, awanturował się w domu i znęcał się psychicznie i fizycznie nad matką, bardzo często w domu interweniowała policja. Matka badanej nigdy nie odważyła się zawiadomić prokuratury o tym, iż jest ofiarą przemocy domowej. Zdaniem badanej ojciec był złym człowiekiem, nie liczył się z rodziną. Relacje z ojcem ocenia jako niekorzystne, gdyż brakowało silnej więzi między ojcem a córką. Miała żal do ojca, że przez wiele lat nadużywał alkoholu i nie szanował jej matki.

Przed zawarciem związku małżeńskiego badana miała dobre relacje z matką oraz bratem. Wiedziała, że zawsze może liczyć na wsparcie ze strony matki. Ojciec również interesował się nią, jednakże badana nie utrzymuje z nim bliższych kontaktów. Utrzymywała stały kontakt z koleżankami oraz znajomymi z pracy. Sytuacja ta zmieniła się po około 17 latach zawarcia związku małżeńskiego, gdy zauważyła, że mąż nadużywa alkohol i jest agresywny w domu względem niej oraz córek.

Badana przed przystąpieniem do terapii była w związku małżeńskim. Mąż zatrudniony był w przedsiębiorstwie przemysłowym na stanowisku kierowcy.

Wyniki badań

Rozpoczynając proces terapeutyczny badana nie miała znaczących problemów poczuć własnej wartości, ale zdarzało się, że wymagała wsparcia i potwierdzenia poczucia własnej wartości oraz szacunku do siebie. Akceptowała siebie, gdyż miała poparcie w tym, co robi ze strony matki. Nie rozumiała zachowania męża i jego słów krytyki względem jej osoby. Czuli się w związku bezwartościowo.

Stan emocjonalny badanej przed przystąpieniem do terapii był na poziomie przeciętnym, co świadczyło o w miarę dobrej kondycji psychofizycznej, jak również o tym, iż badana rzadko przeżywa stany lękowe i nie jest predysponowana do lęku. Jej postawę wobec innych cechowały: tendencja do wspierania innych i opiekuńczość. Świadczy to o tym, iż badana jest osobą, która daje lub stara się dawać poczucie bezpieczeństwa swoim bliskim. Sama jednak nie zawsze może poradzić sobie z problemem doświadczania przez nią przemocy domowej. Przez wiele lat swojego małżeństwa była poniżana oraz krytykowana przez swojego męża:

„Gdy mąż wracał po pracy do domu wszystko musiało być zrobione super. Posprzątane, poprane i wyprasowane. Obiad ciepły musiał być w gotowości do podania. Mąż nie interesował się tym, że pracuję i nie zawsze mam czas na wszystkie obowiązki domowe. Kiedy nie zdążyłam czegoś przygotować, w domu była jazda. Wyzywał mnie od najgorszych, poniżał, naśmiewał się ze mnie. Najgorsze, że robił to przy dzieciach. Myślałam, że jestem silna, że poradzę sobie, nie zawsze mi wychodziło bycie dzielną”.

Przemoc jakiej doświadczała wpłynęła negatywnie na jej postawę wobec życia. Przed podjęciem terapii badana charakteryzowała się brakiem życiowych celów do realizacji, co powodowało u niej brak przekonania o wartości własnego życia oraz brak pozytywnych doświadczeń związanych z aktywnością celową. Ponadto nie potrafiła zrozumieć zmian jakie zachodziły w jej życiu, a które spowodowane były głównie negatywnym zachowaniem męża. Ciągły stres oraz lęk przed niezadowoleniem męża i awanturą w domu powodował, iż odczuwała brak poczucia sensu własnego życia i doświadczała stanów apatii. Nie miała wystarczającej motywacji do podjęcia decyzji o zmianie swojego życia:

„Muszę zmienić swoje dotychczasowe życie, choćby dla dobra dzieci. Jeszcze dokładnie nie wiem, co zrobić, ale na pewno będzie lepiej”.

Oceniając motywy skłaniające badaną do podjęcia procesu terapeutycznego można dostrzec, iż wybrała wiele motywów: miała świadomość bycia ofiarą przemocy wewnątrzmałżeńskiej, potrafiła uzasadnić wybór uczestnictwa w grupie terapeutycznej. U badanej występował wysoki poziom motywacji do podjęcia procesu terapeutycznego, które wyznaczały głównie: dążenie do poznania i zmiany siebie, zrozumienie przyczyn i mechanizmów powstania nałogu alkoholowego u męża, dążenie do usunięcia dolegliwości w związku z występowaniem przemocy domowej, jak również uzyskanie wtórnych korzyści z uczęszczania na terapię. Czynniki utrudniające podjęcie decyzji o terapii występowały na poziomie niskim, co oznaczało brak istotnych blokad w tym zakresie. Badana podjęła jednak próbę uczestnictwa w terapii głównie ze względu na naciski płynące z otoczenia, tj. ze strony osób bliskich i znajomych.

Jak wskazałam, przed przystąpieniem do terapii badana pozytywnie oceniała siebie, a więc była przekonana o własnej wartości, miała szacunek do siebie i akceptowała własną osobę, co wynikało z oceny różnych atrybutów, m.in. wyglądu fizycznego, walorów poznawczo-intelektualnych, moralnych i charakterologicznych. Pomimo tego, iż często słyszała od swojego męża słowa krytyki i poniżenia, przez cały ten czas była zadowolona z siebie, wyrażała o sobie przekonanie, iż jest osobą dobrą i kompetentną. Spowodowane to było tym, iż przez długi okres swojego życia słyszała pozytywne informacje na swój temat od matki, która wspierała ją i namawiała przez wiele lat, aby badana walczyła o siebie, o swoje i dzieci bezpieczeństwo.

Po upływie roku terapii u badanej nastąpiły nieznaczne zmiany w samoocenie. Uczestnictwo w grupie terapeutycznej dla kobiet doświadczających przemocy utwierdziło ją w przekonaniu o własnej wartości i ugruntowało szacunek do siebie, zadowolenie z siebie oraz przekonanie o dominacji cech pozytywnych, a także przekonanie o własnej przydatności i użyteczności. Wysoka samoocena potwierdza jej przekonanie, iż jest ona wartościowym człowiekiem.

Uczestnictwo w terapii zmieniło stan psychofizyczny badanej, który nieznacznie się poprawił. Badana nie doznaje już poczucia osamotnienia, samorealizuje się i zaakceptowała siebie jako kobietę doświadczającą przemocy.

Poziom samooceny pozostał na wysokim poziomie, co świadczy o pozytywnej samoakceptacji, w szczególności w zakresie wyglądu fizycznego, walorów moralnych i charakterologicznych. Badana jest zadowolona z siebie oraz swojej postawy. Dominuje u niej przekonanie, że jest osobą wartościową i dobrą.

Dane z wywiadu

Przystępując do terapii badana miała świadomość, iż doświadcza przemocy ze strony swojego męża:

„Na początku nie myślałam, że jestem typową ofiarą przemocy domowej. Przecież jestem twarda, silna, dzielna, potrafię poradzić sobie w każdej sytuacji. Poza tym mąż nie zawsze był pijany kiedy mnie wyzywał, czy szarpał. Myślałam, że mężczyzna musi być pijakiem aby można było mówić, że znęca się nad rodziną”.

Zachowania przemocowe męża przejawiały się w kierowaniu do niej słów wulgarnych, wyśmiewaniu jej, robieniu jej na złość, niszczeniu jej rzeczy osobistych, jak również popychaniu, szarpaniu, kopaniu oraz uderzaniu „z pięści” i „otwartej dłoni” po całym ciele.

Sytuacja materialna nie pozwalała na podjęcie decyzji o odejściu od męża, co spowodowane było jej znacznie gorszą sytuacją ekonomiczną (otrzymywała znacznie niższe wynagrodzenie z tytułu zatrudnienia niż jej mąż). Miała zatem obawy, czy utrzyma siebie i dzieci z własnej pensji. Ponadto liczyła, że mąż zmieni swoje zachowanie względem niej i dzieci.

Przed przystąpieniem do terapii badana nie utrzymywała stałych kontaktów ze znajomymi, sporadycznie widywała się z rodzicami. Mąż odizolował ją od przyjaciół i znajomych.

Uczestnictwo w procesie terapii dla kobiet doświadczających przemocy spowodowało, iż w jej postawie oraz postrzeganiu siebie i swojej sytuacji życiowej nastąpiły zmiany.

Po upływie roku terapii badana wyprowadziła się wraz z dziećmi od męża. Podjęcie decyzji o zmianie miejsca zamieszkania spowodowało, iż zdecydowała się również rozstać ze swoim mężem. Sytuacja materialna również uległa poprawie, gdyż badana złożyła wniosek do Sądu o przyznanie alimentów na dzieci.

Przypadek 5 – Małgorzata (załącznik nr 20)

Dane z dokumentacji

Kobieta, lat 33, obecnie rozwiedziona, posiada wykształcenie wyższe, jest zatrudniona w zakładzie państwowym na stanowisku księgowej. Posiada jedno dziecko w wieku przedszkolnym (4 lata).

Sytuacja rodzinna

Badana w okresie dzieciństwa i swojej młodości miała dobre relacje z matką, dobrze się z nią rozumiała. Ojciec nie nadużywał alkoholu, jednak wobec matki i domowników był złośliwy. W domu zdarzały się awantury. Nie zawsze ojciec był pod wpływem alkoholu, kiedy się awanturował, zazwyczaj był trzeźwy. W domu nie było interwencji policji, gdyż matka badanej wstydziała się ją wzywać – obawiała się, że sąsiedzi będą o nich źle mówić. W ocenie badanej ojciec źle traktował matkę. W trakcie awantur wyzywał ją słowami wulgarnymi i poniżał, czasem zdarzało się, że stosował przemoc fizyczną (popychał i bił matkę badanej rękoma po całym ciele). Badana miała złe relacje z ojcem, który nie przejawiał zainteresowania domem i rodziną.

Przed zawarciem związku małżeńskiego badana miała dobre relacje z matką, dalszą rodziną i znajomymi. Wiedziała, że zawsze może liczyć na wsparcie ze strony matki. Ojciec nie interesował się nią, był bardziej zainteresowany jej młodszym bratem. Utrzymywała stały kontakt z bratem i koleżankami ze studiów. Sytuacja ta zmieniła się 2 lata po zawarciu związku małżeńskiego, gdy badana zauważyła, że jej mąż często wraca do domu po pracy pod wpływem alkoholu i bezzasadnie wszczyna awantury domowe.

Badana przed przystąpieniem do terapii była w związku małżeńskim, nie pracowała. Mąż zatrudniony był w kopalni na stanowisku ślusarza-mechanika.

Wyniki badań

Badana rozpoczynając proces terapeutyczny oceniała siebie negatywnie, co świadczy o uogólnionym przekonaniu o własnej bezwartościowości. Nie ceniła siebie, miała poczucie, że nie zasługuje na szacunek, stąd też miała problemy z samoakceptacją. Ocena ta przejawiała się również w niezadowoleniu z siebie taką jaką była, stąd cechowało ją dążenie do przebudowy własnego „Ja”. Ponadto oceniała siebie jako osobę zupełnie bezwartościową, posiadającą cechy negatywne. Miała poczucie, że jest gorsza od innych, nieprzydatna i bezużyteczna. Powodem takiej postawy był fakt, iż była poniżana i obrażana przez męża, doświadczała z jego strony wiele krzywd, które negatywnie odbiły się na jej postawie i samoocenie.

Stan emocjonalny badanej przed rozpoczęciem terapii był obniżony, co świadczyło o złej kondycji psychofizycznej. Występowały u niej widoczne predyspozycje do lęku. Jej postawa wobec innych charakteryzowała się wycofaniem, bezradnością, pesymizmem, brakiem zaradności, nie akceptowała sama siebie. Są to typowe stany emocjonalne występujące u osób

doświadczających przemocy. Badana przez kilka lat swojego małżeństwa była poniżana, krytykowana przez męża:

„Mąż często mówił do mnie, że jestem gruba i ślepa. Prawdą jest, że po ciąży zostało mi trochę kilogramów, ale nic na to nie poradzę. To nie podobało się mężowi, wyśmiewał się ze mnie nie tylko, kiedy był pijany, ale kiedy był trzeźwy także to robił”.

Przemoc jakiej doświadczała badana – jak sama twierdzi – wpłynęła negatywnie na jej postawę wobec życia. Przed podjęciem terapii nie potrafiła określić celów, które chce realizować, co powodowało u niej brak przekonania o wartości własnego życia, wzmocnianego brakiem pozytywnych doświadczeń związanych z podejmowaną przez nią aktywnością celową. Nie potrafiła też zrozumieć zmian, jakie zachodziły w jej życiu, a które spowodowane były głównie negatywnym zachowaniem męża:

„Na początku naszego małżeństwa było super. Mąż pracował w kopalni, nieźle zarabiał. Ja byłam w ciąży, nie pracowałam. Mąż opiekował się mną. Nie wiem, co takiego wydarzyło się, że mąż zmienił się. Nie wiem dlaczego mnie mąż tak źle traktuje”.

Stres i lęk przed następną awanturą domową powodował, iż badana odczuwała zgeneralizowany brak poczucia sensu własnego życia i stany apatyczne. Nie miała motywacji do podjęcia decyzji o zmianie swojego życia.

Motywy podjęcia procesu terapii wskazywane przez badaną były różnorodne – wybrała wiele motywów. U badanej występował średni poziom motywacji do podjęcia procesu terapeutycznego, a wśród motywów szczegółowych znalazły się: dążenie do poznania i zmiany siebie; zrozumienie przyczyn i mechanizmów powstawania nałogu alkoholowego; oczekiwanie uzyskania wtórnych korzyści z uczęszczania na terapię. Czynniki utrudniające podjęcie decyzji o uczestnictwie w terapii występowały na poziomie średnim, co oznaczało, iż badana podjęła próbę uczestnictwa w terapii niemniej jednak wciąż zaprzecza, iż jest ofiarą przemocy domowej, stąd również występuje u niej tendencja do unikania uczestnictwa w terapii.

Przed przystąpieniem do terapii badana negatywnie oceniała siebie stąd też i siebie nie akceptowała. Złożyła się na to ocena różnych atrybutów, a głównie wyglądu fizycznego, osobistych walorów moralnych i charakterologicznych. Wynikało to z charakteru komunikatów ze strony jej męża typu:

„Jesteś gruba, mogłabyś w końcu o siebie zadbać i schudnąć, jak Ty wyglądasz”.

Niezadowolenie z siebie i przekonanie, iż jest osobą bezwartościową i niekompetentną, stanowiło dominantę w jej obrazie siebie (Ja).

Po upływie roku terapii u badanej nastąpiły widoczne zmiany w samoocenie, uczestnictwo w grupie terapeutycznej dla kobiet doświadczających przemocy spowodowało bowiem, iż badana zaczęła wierzyć w siebie – zmienił się jej stosunek do własnej osoby. Zmniejszyło się poczucie niezasługiwania na szacunek i pojawiło się umiarkowane zadowolenie z siebie taką, jaką jest. Pojawiało się także dążenie do przebudowy własnego „Ja”.

„Nie wiem dlaczego pozwoliłam mężowi na takie zachowanie. Nie potrafię wytłumaczyć sobie dlaczego nic nie robiłam, kiedy mnie on krytykował i bił. Dopiero teraz wiem, że można inaczej żyć i funkcjonować”.

Uczestnictwo w terapii zmieniło też stan psychofizyczny badanej, który znacznie się poprawił. Nie doznaje już poczucia osamotnienia, samorealizuje się i zaakceptowała siebie jako kobietę doświadczającą przemocy:

„Kiedy spotykam się z mamą albo z koleżanką, to od razu mówią mi, że lepiej wyglądam, że uśmiecham się, pytają się co takiego się wydarzyło”.

Poziom samooceny zdecydowanie wzrósł, jej przekonanie o własnej wartości ugruntowało się, pojawiło się przekonanie, że zasługuje na szacunek, stąd pojawia się też samoakceptacja. W szczególności lepiej ocenia własny wygląd fizyczny, walory moralne i charakterologiczne. Zaczyna być zadowolona z siebie oraz swojej postawy. Dominuje u niej przekonanie, że jest osobą wartościową i dobrą.

Dane z wywiadu

Przed rozpoczęciem terapii badana miała świadomość, iż jej mąż źle ją traktuje, ale nie mówiła, że mąż znęca się nad nią:

„Nie wiem dokładnie, czy tak jak zachowuje się mój mąż to już od razu jest znęcaniem. On awanturuje się przeważnie jak jest pijany, jak tylko wytrzeźwieje to nic nie mówi, tak też jest dobrze”.

Zachowania przemocowe męża badanej to głównie używanie wulgarnych słów, wyśmiewanie, krytykowanie, zmuszanie do posłuszeństwa, ale też stosowanie przemocy fizycznej w postaci bicia rękoma po całym ciele oraz szarpanie za ręce i odzież:

„Kiedy mąż wracał do domu po pracy i był pijany wiedziałam, że muszę być grzeczna, posłuszna, bo inaczej krzyczał i budził synka, który spał w łóżeczku. Nie sprzeciwiałam się wtedy mężowi, robił co chciał, a ja go słuchałam. Jak tylko było coś nie po jego myśli, bez powodu szarpał mnie, albo bił ręką po głowie. Nie wiem dlaczego mówił przy tym, że koledzy w pracy poinstruowali go, jak traktuje się żonę, aby cicho siedziała”.

Sytuacja materialna badanej nie pozwalała jej na podjęcie decyzji, aby odejść od męża. Badana nie pracowała, zajmowała się domem i wychowywaniem synka. Jej mąż pracował, stąd też i utrzymywał rodzinę.

Przed przystąpieniem do terapii badana nie utrzymywała stałych kontaktów ze znajomymi, sporadycznie widywała się z matką i koleżanką ze studiów. Badana nie chciała spotykać się w swoim domu z koleżankami, gdyż wstydziła się i bała się reakcji męża kiedy wróci pod wpływem alkoholu z pracy i zastanie w domu jej koleżankę.

Uczestnictwo w procesie terapii dla kobiet doświadczających przemocy spowodowało, iż w postawie badanej, postrzeganiu siebie i swojej sytuacji życiowej nastąpiły zmiany.

Po upływie roku terapii badana podjęła zatrudnienie, jak również wyprowadziła się z synkiem od męża. Podjęcie decyzji o zmianie miejsca zamieszkania spowodowało, iż zdecydowała się również rozstać ze swoim mężem. Sytuacja materialna badanej jest dobra.

Przypadek 6 - Agnieszka (załącznik 21)

Dane z dokumentacji

Kobieta, lat 32, obecnie rozwiedziona, posiada wykształcenie wyższe, zatrudniona w przedsiębiorstwie prywatnym na stanowisku kierowniczym. Posiada jedno dziecko w wieku przedszkolnym (6 lat).

Sytuacja rodzinna

Badana w okresie dzieciństwa i swojej młodości miała bardzo dobre relacje z rodzicami. Ojciec nie nadużywał alkoholu, pracował zawodowo. Matka nie pracowała, zajmowała się

domem i wychowywaniem dzieci. W domu nigdy nie było poważnych awantur, nie interweniowała policja.

Przed zawarciem związku małżeńskiego badana miała dobre relacje zarówno z rodzicami, jak i ze starszymi braćmi. Wiedziała, że zawsze może liczyć na wsparcie z ich strony. Sytuacja ta zmieniła się kilka lat po zawarciu związku małżeńskiego, kiedy to badana zauważyła, że mąż bezwzględnie podporządkował się swoim rodzicom i zachowuje się w domu zgodnie z tzw. instrukcjami, jakie otrzymał od matki. Ponadto badana zauważyła, iż mąż z błahych powodów stawał się nerwowy, a z czasem i agresywny.

Badana przed przystąpieniem do terapii była w związku małżeńskim. Mąż zatrudniony był w służbach mundurowych jako funkcjonariusz straży miejskiej.

Wyniki badań

Badana rozpoczynając proces terapeutyczny posiadała niską samoocenę, co świadczyło o jej uogólnionym przekonaniu o braku własnej wartości, braku szacunku do własnej osoby i nieakceptacji siebie. Można założyć, że nie akceptowała siebie, gdyż ciągle słyszała słowa krytyki na swój temat od męża i teściowej. Ponadto badana była niezadowolona z siebie, wstydziła się tego kim jest i jaka jest. Oceniała siebie jako osobę zupełnie bezwartościową, przekonana była o dominacji u siebie cech negatywnych. Miała poczucie, że wykonuje różne rzeczy znacznie gorzej niż inni. Przekonana była, że jest nieprzydatna i bezużyteczna. Niska samoocena badanej oznaczała, iż jest ona niezadowolona z siebie, odrzuca własne „Ja”, co mogło być wynikiem doświadczeń rodzinnych, a szczególnie negatywnych komunikatów na temat własnej osoby, otrzymywanych od męża i teściowej.

Stan emocjonalny badanej przed przystąpieniem do terapii był obniżony, co świadczyło o złej kondycji psychofizycznej. U badanej występowały widoczne predyspozycje do lęku. Jej postawa interpersonalna wobec innych charakteryzowała się wycofaniem, bezradnością, pesymizmem i brakiem zaradności, nie akceptowała sama siebie. Są to – jak wiemy – typowe stany emocjonalne występujące u osób doświadczających przemocy.

Ponadto badana nie miała poczucia otrzymywania potrzebnego jej wsparcia ze strony innych w sytuacjach dla niej trudnych, stresowych. Miała też poczucie, że jest osobą mało znaczącą dla męża, jak również nie doświadczała pozytywnych emocji z jego strony. Badana przez ostatnich kilka lat swojego małżeństwa była krytykowana przez swojego męża i teściów, głównie zaś teściowej:

„Mąż zawsze był spokojny, ułożony, nigdy nie nadużywał alkoholu. Nie wiem, co się stało po urodzeniu dziecka, że się nagle zmienił. Mąż podporządkował się swojej matce, z nią tylko rozmawiał, nie słuchał tego, co do niego mówię. Nie mogłam o niczym decydować. Kiedy próbowałam sprzeciwić się, mąż mnie wyzywał wulgarnymi słowami, poniżał mnie i krytykował przy swoich rodzicach. Zawsze przyrównywał mnie do swojej matki. Krytykował, że nic nie potrafię zrobić tak dobrze, jako jego matka. Kiedy buntowałam się, to zaczął mnie bić. Bił mocno po głowie i nerkach, przy tym krzyczał, że wie jak to robić, aby nie było na ciele śladów. Teściowa stała i dopingowała go, aby mnie bił mocniej, abym знаła swoje miejsce w ich domu”.

Przemoc jakiej doświadczała badana wpłynęła negatywnie na jej postawę wobec życia. Przed podjęciem terapii odczuwała brak życiowych celów do realizacji, co powodowało u niej brak przekonania o wartości własnego życia. Ponadto nie potrafiła zrozumieć zmian, jakie zachodziły w jej życiu, a które spowodowane były głównie negatywnym zachowaniem męża:

„Kiedy wyszłam za mąż to myślałam, że nasze małżeństwo będzie dobre. Mąż był spokojnym facetem, nie kłócił się nigdy ze mną, nie nadużywał alkoholu. Mieliśmy wspólnie pasje, tematy do rozmów. Kiedy zamieszkaliśmy w domu wraz z jego rodzicami, coś się zmieniło, nie wiem co i dlaczego?”.

Stres oraz lęk przed następną awanturą domową powodował, iż badana nie miała poczucia sensu własnego życia oraz charakteryzowały ją stany apatii. Brak było u niej chęci do podjęcia decyzji o dokonaniu zmian we własnym życiu:

„Niejednokrotnie myślałam, że muszę porozmawiać z mężem, nie podobało mi się jego zachowanie. Chciałam walczyć o nasze małżeństwo. Prosiłam męża, by się zmienił, ale on uważał, że nic złego nie robi. Po każdej awanturze myślałam, że muszę zmienić swoje dotychczasowe życie, choćby dla dobra dziecka”.

Oceniając motywy skłaniające badaną do podjęcia procesu terapeutycznego można dostrzec, iż jej motywacja jest złożona. Potwierdziła zarówno fakt bycia ofiarą przemocy wewnątrzmałżeńskiej, jak również uzasadniała wybór uczestnictwa w grupie terapeutycznej chęcią dokonania zmian we własnym życiu. U badanej występował średni poziom motywacji do podjęcia procesu terapeutycznego. Wśród najważniejszych motywów, które skazywała znalazły się: dążenie do poznania i zmiany siebie, dążenie do zrozumienia przyczyn i mechanizmów powstawania nałogu alkoholowego, dążenie do usunięcia dolegliwości w związku z występowaniem przemocy domowej, jak również oczekiwanie uzyskania wtórnych korzyści z uczęszczania na terapię. Badana chciała poznać inne osoby, które podobnie jak ona były traktowane przez swoich partnerów. Ponadto oczekiwała, iż otrzyma niezbędne informacje dotyczące jej praw jako „ofiary przemocy domowej”, gdyż przez wiele lat słyszała od swojego męża komunikaty, iż „nie ma do niczego prawa, nic się jej nie należy, powinna być mu posłuszna”. Czynniki utrudniające podjęcie decyzji o uczestnictwie w terapii występowały na poziomie niskim. Uczestnictwo w terapii uzasadniała głównie żądaniami i naciskami płynącymi z otoczenia, co oznacza, że jej decyzja była „nieautonomiczna”.

Jak wskazywałam, przed przystąpieniem do terapii badana negatywnie oceniała siebie, co wynikało m.in. z oceny różnych własnych atrybutów, ale głównie: wyglądu fizycznego, wartości moralnych oraz charakterologicznych. Spowodowane to było tym, iż niejednokrotnie słyszała słowa krytyki od swojego męża, deprecjonujące jej wartość jako kobiety w sferze jej wyglądu zewnętrznego:

„Jesteś typową anorektyczką, nie mogę na ciebie patrzeć. Nigdy nie będziesz taka jak moja siostra i matka, zastanów się nad swoim postępowaniem, weź się za siebie”.

Badana nie akceptowała własnej osoby i była niezadowolona z siebie. Dominowało u niej przekonanie, iż jest osobą bezwartościową, złą i niekompetentną. Zgeneralizowany negatywny obraz siebie stanowił zatem wynik odzwierciedlania opinii ze strony jej bliskiego otoczenia – męża i teściów, z którymi zamieszkiwała.

Uczestnictwo badanej w terapii dla kobiet doświadczających przemocy spowodowało, iż samoocena badanej wyraźnie wzrosła (jest na poziomie wysokim), co świadczy o uogólnionym przekonaniu o własnej wartości, szacunku do siebie i akceptacji siebie. Ponadto badana jest zadowolona z siebie, oceniając siebie jako jednostkę wartościową (ma realistyczne przekonania o dominacji u siebie cech pozytywnych):

„Dlaczego wcześniej nie słuchałam braci, mogłam dawno zmienić swoje życie, nie wiem dlaczego próbowałam zmienić męża. To absurd, ważniejsze dla mnie jest nasze dziecko i spokój, a nie dziwne, chore małżeństwo. Szkoda tylko, że tak długo zwlekałam z decyzją odejścia od męża”.

Uczestnictwo w terapii zmieniło także stan psychofizyczny badanej, który znacznie się poprawił. Badana nie doznaje poczucia osamotnienia, ma poczucie samorealizacji, jak również zaakceptowała siebie jako kobietę doświadczającą przemocy. Ponadto badana nie przeżywa już tak często napięcia i lęku:

„Wcześniej kiedy przychodziłam do pracy, to koleżanki często widziały mnie zapłakaną, pytały, co się stało. Na początku nie mówiłam prawdy, oszukiwałam je. Po jakimś czasie zorientowały się, jaka jest u mnie w domu sytuacja, wspierały mnie. Do pracy przychodziłam bez makijażu i biżuterii, bo mi nie wolno było malować się i zakładać kolczyków, czy łańcuszka. Mąż mówił, że wychodzę do pracy, a nie na pokaz mody, więc nie muszę malować się. Teraz wychodzę z domu zadowolona, mam fajny makijaż na twarzy, noszę biżuterię taka jaką chcę, nie muszę ukrywać jej w biurku w pracy. Koleżanki chwalą mnie za taką zmianę, cieszą się, że zmieniłam się, mówią, że mam na twarzy uśmiech”.

Ponadto wysoki poziom samooceny badanej świadczy o tym, iż akceptuje ona nie tylko siebie za to jakim jest człowiekiem, ale również akceptuje swój wygląd fizyczny, walory moralne i charakterologiczne. Badana jest zadowolona z siebie oraz swojej postawy życiowej. Dominuje u niej przekonanie, że jest osobą wartościową i dobrą.

Dane z wywiadu

Przed przystąpieniem do terapii badana miała świadomość, iż jest osobą doświadczającą przemocy wewnątrzmałżeńskiej. Zachowania przemocowe męża badanej przejawiały się poprzez używanie wobec niej słów wulgarnych, wyśmiewanie jej, poniżanie, kierowanie gróźb pozbawienia życia, stosowanie przemocy fizycznej w postaci kopania, popychania, szarpania za ubranie i włosy, uderzania pięścią w plecy lub brzuch:

„Kiedy mąż się na mnie zezłościł, bo wróciłam do domu po pracy chwilę po wyznaczonym czasie, a była przy tym jeszcze jego matka, wiedziałam, że zaraz będzie awantura. Podchodził do mnie i najpierw mnie szarpał za włosy, potem już tylko czułam, jak mnie bije po plecach i brzuchu. Często miałam siniaki na ciele, ale nie mogłam pójść do lekarza, bo zawsze kiedy wychodziłam z domu po takiej awanturze, to mąż mnie zawoził do pracy i potem odbierał. Nie mogłam spotykać się wtedy z braćmi i rodzicami, aby nikt nie widział siniaków. W pracy także na początku nikomu nic nie mówiłam, bo się wstydziłam”.

Sytuacja materialna badanej była dobra, jednakże lęk przed mężem oraz kolejnymi aktami przemocy nie pozwalał na podjęcie decyzji, aby odejść od niego. Ponadto, pomimo tego, iż otrzymywała zdecydowanie większe wynagrodzenie, aniżeli jej mąż, całe swoje wynagrodzenie musiała przekazywać jemu, gdyż to on zarządzał domowymi finansami. Badana liczyła także, że mąż w końcu posłucha jej rady i wyprowadzą się z domu jego rodziców, a następnie rozpoczną inne życie. Zależało jej na tym, aby stworzyć dla dziecka normalną rodzinę.

Przed przystąpieniem do terapii badana miała dobre relacje z koleżankami ze szkoły oraz pracy. Lubiała się z nimi spotykać, wspólnie spędzać z nimi weekendy. Po zawarciu związku małżeńskiego mąż odizolował ją od najbliższych, zabraniał kontaktować się z rodzicami, gdyż – zdaniem badanej – obawiał się, że rodzice dowiedzą się, w jaki sposób jest przez niego traktowana. Jedynie przypadkowe spotkania z koleżankami dawały jej możliwość wspólnej rozmowy, choćby przez chwilę. Badana nie mogła zapraszać do domu koleżanek, ponadto po pracy nie mogła odbierać telefonów komórkowych, nawet od swoich przełożonych. Osoby, z jakimi miała kontakt, to jedynie koleżanki i koledzy z pracy, którzy z upływem czasu domyślili się, jaką badana ma sytuację w domu.

Uczestnictwo w procesie terapii dla kobiet doświadczających przemocy spowodowało, iż postawa badanej oraz postrzeganie siebie i swojej sytuacji życiowej uległo widocznym przekształceniom w kierunku pozytywnym. Po upływie roku terapii podjęła bowiem decyzję o wyprowadzeniu się wraz z dzieckiem od męża, co stanowi niewątpliwie rezultat zmian w postrzeganiu własnej osoby i swojej sytuacji życiowej. Ponadto podjęła decyzję o rozstaniu się z mężem. Jej sytuacja materialna jest na dobrym poziomie, nie stanowi więc dla niej bariery w dokonywaniu zmian w swoim życiu.

Przypadek 7 - Dorota (załącznik 22)

Dane z dokumentacji

Kobieta, lat 48, obecnie rozwiedziona, posiada wykształcenie wyższe, jest zatrudniona w instytucji samorządu terytorialnego na stanowisku pracownika umysłowego. Posiada dwoje dzieci w wieku szkolnym (10, 18 lat).

Sytuacja rodzinna

Badana w okresie dzieciństwa i swojej młodości miała dobre relacje z rodzicami. Ojciec pracował zawodowo na kolei, matka zajmowała się domem oraz wychowywaniem dzieci. W domu nikt nie nadużywał alkoholu, nie było awantur, nigdy nie interweniowała policja. Zdaniem badanej rodzice mieli dobry kontakt zarówno z nią, jak i młodszym rodzeństwem. Przed zawarciem związku małżeńskiego badana miała dobre relacje z rodzicami, wielokrotnie mogła liczyć na wsparcie ze strony rodziców oraz młodszego rodzeństwa. Ponadto utrzymywała stały kontakt z koleżankami ze studiów i pracy. Sytuacja ta zmieniła się po 15 latach zawarcia związku małżeńskiego. Mąż badanej prowadził dobrze prosperującą firmę, nie liczył się z jej zdaniem, potrzebami, zaczął zaniedbywać dom, rodzinę. Z upływem czasu zaczął nadużywać alkoholu i stosować przemoc względem niej. Odizolował badaną od znajomych oraz zabronił częstych kontaktów z rodzicami w ich miejscu zamieszkania.

Badana przed przystąpieniem do terapii była w związku małżeńskim. Mąż prowadził prywatne przedsiębiorstwo handlowo-usługowe.

Wyniki badań

Badana rozpoczynając proces terapeutyczny oceniała siebie negatywnie, co świadczy o uogólnionym przekonaniu o braku własnej wartości, braku szacunku do własnej osoby i nieakceptacji siebie – ogólnie była niezadowolona z siebie taką jaką jest, stąd pojawiło się dążenie do przebudowy własnego „Ja”. Oceniała siebie jako osobę zupełnie bezwartościową, miała poczucie, że jest gorsza od innych, nieprzydatna i bezużyteczna. Źródłem ukształtowania się takiego obrazu siebie był fakt ciągłego krytykowania i poniżania przez męża, co odbiło się negatywnie na jej postawie oraz samoocenie.

Stan emocjonalny badanej przed przystąpieniem do terapii był obniżony, co świadczyło o złej kondycji psychofizycznej. U badanej występowały widoczne predyspozycje do lęku. Jej postawa interpersonalna wobec innych charakteryzowała się pesymizmem, wycofaniem, cechowało ją poczucie bezradności i brak zaradności. Doznawała poczucia osamotnienia w związku. Są to charakterystyczne stany emocjonalne dla osób doświadczających przemocy:

„Mąż kiedy wracał z pracy i nie miał humoru, to odgrywał się na mnie. Mówił do mnie, że jestem beznadziejna, do niczego się nie nadaję, że czego bym nie dotknęła w domu to zaraz zepsuję. Krytykował mnie za mój wygląd, ubiór, praktycznie zauważyłam, że nic mu się we mnie nie podobało. Następnego dnia, jak lepiej się czuł, to przeproszał mnie, ale na co to, jak po kilku dniach ponownie mnie krytykował i poniżał”.

Przemoc doświadczana przez badaną wpłynęła negatywnie na jej postawę wobec życia. Przed podjęciem terapii charakteryzował ją brak poczucia ukierunkowania własnego życia, nie potrafiła określić życiowych celów, które chciałaby realizować, co wtórnie powodowało i jednocześnie wzmacniało brak przekonania o wartości własnego życia, a także ograniczało znacząco pozytywne doświadczenia związane z aktywnością celową (jej wynikami). Ponadto badana miała przekonanie o niezrozumiałości zmian, jakie dokonują się w życiu, miała poczucie nieuporządkowania własnej aktywności życiowej i nie rozumiała własnego życia. Nie była przekonana o możliwości kierowania własnym życiem oraz o możliwości podejmowania przez nią

sensownych, a nawet jakichkolwiek decyzji. Nie miała motywacji do podejmowania żadnych zmian w swoim życiu, gdyż uważała, że jej życie jest niezmiennie i monotonne:

„Na początku naszego małżeństwa było fajnie, mąż o mnie dbał, razem spacerowaliśmy, spędzaliśmy wspólnie wolny czas. Nie wiem co takiego nagle się stało, że mąż zmienił się. To wszystko stało się tak nagle, nie potrafię zrozumieć, co takiego złego robię, że on mnie tak źle traktuje”.

Doświadczany stres i lęk przed następną, nieuniknioną awanturą domową powodował, iż badana wycofała się z aktywnego życia, by ukryć własną sytuację życiową, nie utrzymywała kontaktów z rodziną oraz dawnymi przyjaciółmi.

Oceniając motywy skłaniające badaną do podjęcia procesu terapeutycznego można dostrzec, iż motywacja ta jest nieustalona, gdyż dokonała wyboru różnorodnych motywów, ale potwierdziła ostatecznie fakt bycia ofiarą przemocy domowej oraz uzasadniała wybór uczestnictwa w grupie terapeutycznej chęcią zmiany własnego życia. U badanej występował wysoki poziom motywacji do podjęcia procesu terapeutycznego, zaś wśród najważniejszych motywów znalazły się: dążenie do poznania i zmiany siebie, dążenie do zrozumienia przyczyn i mechanizmów powstania nałogu alkoholowego u męża, dążenie do usunięcia dolegliwości związanych z występowaniem przemocy domowej, jak również oczekiwanie uzyskania wtórnych korzyści z uczęszczania na terapię. Badana chciała dowiedzieć się jakie będzie miała prawa z chwilą zdecydowania się na wniesienie do sądu pozwu o rozwód. Poziom występowania czynników utrudniających podjęcie decyzji o uczestnictwie w terapii był średni, ale generalnie można powiedzieć, że najważniejszym czynnikiem utrudniającym powodzenie terapii był fakt, iż badana podjęła próbę terapii, kierując się głównie żądaniami i naciskami płynącymi ze strony osób bliskich i znajomych. Ponadto występowała u niej wyraźna tendencja do zaprzeczania, iż jest ofiarą przemocy, mająca charakter obronny, jak również tendencja do unikania uczestnictwa w terapii, która w takim przypadku nie jest konieczna.

Jak wskazałam, przed przystąpieniem do terapii badana negatywnie oceniała siebie, nie akceptowała siebie, co konkretnie wynikało z oceny różnych własnych atrybutów, m.in. wyglądu fizycznego, walorów moralnych oraz charakterologicznych. Spowodowane to było tym, iż badana wiele razy słyszała słowa krytyki od swojego męża, typu:

„Jesteś wstrętna, nie mogę na Ciebie patrzeć”.

Badana była niezadowolona z siebie, dominowało u niej przekonanie, iż jest osobą bezwartościową, złą i niekompetentną.

Po upływie roku terapii u badanej nastąpiły wyraźne, ale lokujące ją na poziomie średnim, zmiany w samoocenie. I tak, uczestnictwo w grupie terapeutycznej dla kobiet doświadczających przemocy spowodowało, iż badana lepiej ocenia siebie (wynik przeciętny), ale doświadczając w tym zakresie ambiwalencji (nieustalone poczucie własnej wartości, ograniczony szacunek dla własnej osoby), stąd w stopniu umiarkowanym jest zadowolona z siebie taką, jaka jest. Ma wciąż poczucie, że wykonuje różne rzeczy niedostatecznie dobrze, tak jak by tego chciała, jednak już nie obawia się trudności, które może napotkać w podejmowaniu różnych zadań i problemów. Ponadto u badanej widoczny jest wzrost dążenia do przebudowy własnego „Ja”:

„Żałuję, że przez ten długi czas naszego małżeństwa pozwalałam mężowi, aby mnie tak źle traktował. Dopiero teraz wiem, że można inaczej żyć”.

Uczestnictwo w terapii zmieniło też stan psychofizyczny badanej – rzadziej przeżywa stany lękowe, ma poczucie samorealizacji (lub możliwości samorealizowania się) i pojawia się zdolność do samoakceptacji. Ponadto nie doznaje już poczucia osamotnienia, zaakceptowała siebie jako kobietę doświadczającą przemocy. Jest przekonana o posiadaniu jasnych i dobrze

określonych celów życiowych, jej życie zostało uporządkowane, a ona zaakceptowała własną egzystencję. Ponadto badana ma przekonanie, że to ona jest autorem własnych decyzji i działań, a także ma świadomość, że ponosi za nie odpowiedzialność. Jest zmotywowana do podejmowania nowych wyzwań, pragnie wyjść z rutyny dotychczasowego życia.

Ponadto poziom samooceny badanej wzrósł, o czym świadczy jej bardziej pozytywna samoocena globalna. Można zatem wnioskować, że zwiększyła się jej samoakceptacja, o czym decyduje przewartościowanie siebie w wielu zakresach, a w szczególności w sferze wyglądu fizycznego, walorów moralnych i charakterologicznych. Badana jest zadowolona z siebie oraz swojej postawy. Dominuje u niej przekonanie, że jest osobą wartościową i dobrą.

Dane z wywiadu

Przed przystąpieniem do terapii badana miała świadomość, iż doświadcza przemocy ze strony swojego męża, aczkolwiek występowała u niej tendencja do zaprzeczania, że jest ofiarą przemocy. Zachowania przemocowe męża przejawiały się poprzez używanie wulgarnych słów, wyśmiewanie, poniżanie, robienie na złość, wydzielanie i ograniczanie pieniędzy na zakupy, popychanie i szarpanie za odzież, włosy:

„Mąż na początku tylko na mnie krzyczał, poniżał mnie, wyśmiewał się ze mnie. Kiedy chciał mi zrobić na złość to przez kilka dni nie dawał mi pieniędzy na zakupy. Potem zaczął mi pieniądze wyliczać. Musiałam przynosić do domu paragony i rozliczać się z reszty pieniędzy. Z biegiem czasu oprócz nękania mnie psychicznego mąż zaczął mnie najpierw popychać, a później to już mnie szarpał za ubranie. Wściekał się, kiedy mówiłam do niego, że zadzwonię na policję, wtedy to już obrywałam gorzej. Siedziałam cicho”.

Sytuacja materialna badanej nie pozwalała na podjęcie decyzji o odejściu od męża, gdyż otrzymywała zdecydowanie mniejsze wynagrodzenie z tytułu zatrudnienia, aniżeli jej mąż. Dlatego też miała obawy, czy utrzyma siebie oraz dzieci z jej pensji. Ponadto liczyła, że mąż zmieni swoje zachowanie względem niej oraz dzieci.

Przed przystąpieniem do terapii badana miała ograniczone kontakty z rodzicami, sporadycznie widywała się ze znajomymi.

Uczestnictwo w procesie terapii dla kobiet doświadczających przemocy spowodowało, iż w jej postawie oraz postrzeganiu siebie i swojej sytuacji życiowej nastąpiły wyraźne zmiany w kierunku pozytywnym, rokujące zdolność do radzenia sobie w różnych sytuacjach życiowych, a szczególnie przemocowych.

Po upływie roku terapii badana zdecydowała się rozstać z mężem, złożyła do Sądu wniosek o rozwód. Zostały jej przyznane alimenty dla dzieci, a mąż wyprowadził się z mieszkania. Jest osobą samodzielną i wierzącą w możliwość radzenia sobie samodzielnie. Ponadto badana została objęta procedurą „Niebieskiej Karty”.

Przypadek 8 - Renata (załącznik 23)

Dane z dokumentacji

Kobieta, lat 49, mężatka, wykształcenie średnie, zatrudniona w przedszkolu na stanowisku pracownika gospodarczego. Posiada dwoje dzieci w wieku szkolnym (17 i 18 lat).

Sytuacja rodzinna

W okresie dzieciństwa i swojej młodości badana miała dobre relacje z rodzicami. Ojciec pracował zawodowo w kopalni, matka zajmowała się domem oraz wychowywaniem dzieci. Kiedy badana ukończyła 15 lat zmarła jej matka, co znacząco zmieniło układ rodzinny i stanowiło dla niej traumę. W domu rodzinnym nikt nie nadużywał alkoholu, nie było awantur, nigdy

nie interweniowała policja. Rodzice mieli dobry kontakt zarówno z nią, jak i młodszym rodzeństwem. Przed zawarciem związku małżeńskiego badana miała dobre relacje z ojcem, mogła liczyć na wsparcie z jego strony. Ponadto utrzymywała stały kontakt z siostrą oraz koleżankami. Sytuacja ta zmieniła się po zawarciu związku małżeńskiego, a przede wszystkim zmiana ta wynikała z faktu, że mąż badanej stracił pracę, gdyż nadużywał alkoholu, popadł w konflikt z prawem i odbywał karę 8 lat pozbawienia wolności. Po wyjściu z więzienia badana zaobserwowała zmiany w zachowaniu męża, który odizolował ją od ojca, siostry i koleżanek.

Badana przed przystąpieniem do terapii była w związku małżeńskim, nie posiadała stałego zatrudnienia, otrzymywała świadczenie socjalne z Ośrodka Pomocy Społecznej i dodatkowo zatrudniała się w pracach dorywczych. Mąż nie pracował, był na jej utrzymaniu.

Wyniki badań

Badana rozpoczynając proces terapeutyczny oceniała siebie negatywnie – miała uogólnione przekonanie o braku własnej wartości oraz braku szacunku do własnej osoby, stąd też siebie nie akceptowała, co przejawiało się również w niezadowoleniu z siebie taką, jaką była oraz w dążeniu do przebudowy własnego „Ja”. Oceniając siebie jako osobę zupełnie bezwartościową, miała też poczucie, że jest gorsza od innych, nieprzydatna i bezużyteczna. Wynikać to zapewne mogło z zachowań poniżających ją i krytycznych komunikatów ze strony jej męża, wyraźnie ją deprecjonujących, typu:

„Kiedy mąż wracał do domu z kolegami pijany, to nigdy do mnie nie mówił po imieniu. Wołał do mnie <ty zero>, gdzie jesteś <moje zero>. Koledzy to słyszeli i razem z nim śmiali się ze mnie. Najgorsze to było jeszcze, jak mnie tak nazywał przy dzieciach, nie szanował mnie nawet przy chłopcach”.

Stan emocjonalny badanej przed przystąpieniem do terapii był obniżony, jej kondycja psychofizyczna była zła. Występowały u niej wyraźne predyspozycje do lęku. Jej postawa wobec innych charakteryzowała się pesymizmem, wycofaniem. Cechowała ją bezradność i poczucie braku zaradności życiowej. Charakterystyka ta wpisuje się w „syndrom doświadczania przemocy”, gdyż tego typu stany emocjonalne i poczucie zaniku kontroli nad własnym życiem występują często u osób doświadczających przemocy. Badana opisuje tę sytuację następująco:

„Kiedy mąż wyszedł z więzienia myślałam, że będę miała wsparcie z jego strony, myliłam się. Mąż nie zamierzał podjąć pracy, mówił, że w tym domu to ja jestem od pracy. On teraz musi odpoczywać, bo pobyt w więzieniu zmęczył go. Nie określił czasu, jak długo będzie odpoczywać. Do domu sprowadzał różnych kolegów, pił z nimi alkohol i palił marihuanę. Dokuczał mi przy kolegach, naśmiewał się ze mnie, poniżał mnie. Mówił do kolegów, że chodzi na fajne dziewczyny, bo ja mu się znudziłam. Było mi przykro kiedy to słyszałam”.

Przemoc jakiej doświadczała badana wpłynęła negatywnie na jej postawę wobec życia. Przed podjęciem terapii charakteryzował ją brak ukierunkowania w życiu i brak życiowych celów, które chciałaby realizować. W konsekwencji nie była przekonana o wartości własnego życia, co wzmacniał dodatkowo (oprócz problemów z poczuciem własnej wartości) brak pozytywnych doświadczeń związanych z aktywnością celową, której nie podejmowała. Miała też przekonanie, że nie panuje nad swoim życiem, nie rozumie zmian, jakie dokonują się w jej życiu. Jej aktywność życiowa miała charakter nieuporządkowany, stąd mógł się pojawiać brak rozumienia własnego życia. Proces stopniowej destrukcji w tej sferze wzmacniało przekonanie o braku możliwości kierowania własnym życiem oraz o niemożności podejmowania przez nią jakichkolwiek decyzji. Ograniczało to poczucie możliwości dokonania przez nią jakichkolwiek zmian w swoim życiu, stąd uważała, że jej życie jest niezmiennie, monotonne:

„Na początku nasze małżeństwo było poukładane. Mąż pracował w kopalni, a ja zajmowałam się

wychowywaniem dzieci i domem. Zarabiał dużo pieniędzy, na wszystko było nas stać. W domu decyzje podejmował tylko mąż, gdyż jak twierdził, on zarabia, on decyduje. Ja nie miałam nic do powiedzenia. Nagle coś odbiło mężowi, zaczął po pracy chodzić z kolegami do barów i tam pił alkohol i grał w maszyny. Przez to stracił pracę. Nie wiem dlaczego koledzy mieli na niego taki duży wpływ, nie liczył się z własną rodziną”.

Oceniając motywów skłaniające badaną do podjęcia procesu terapeutycznego można dostrzec, iż badana wybrała wiele motywów, a ogólny poziom motywacji do podjęcia procesu terapeutycznego był wysoki. Wśród motywów wskazywała: dążenie do poznania i zmiany siebie, dążenie do zrozumienia przyczyn i mechanizmów powstania nałogu alkoholowego u męża, dążenie do usunięcia dolegliwości w związku z występowaniem przemocy domowej, jak również oczekiwanie uzyskania wtórnych korzyści z uczęszczania na terapię. Czynniki utrudniające podjęcie decyzji o uczestnictwie w terapii występowały na poziomie średnim. Głównym czynnikiem, który ograniczał jej motywację do zmiany był brak wewnętrznego przekonania o konieczności podjęcia terapii, co oznaczało, iż badana podjęła próbę uczestnictwa w terapii ze względu na żądania i naciski płynące z otoczenia, tj. ze strony osób bliskich i znajomych (motywacja zewnętrzna). Ponadto występowała u niej tendencja do zaprzeczania, iż jest ofiarą przemocy, jak również tendencja do unikania uczestnictwa w terapii, ze względu na lęk i niepokój jaki wywoływał w niej potencjalny udział w terapii.

Ponadto przed przystąpieniem do terapii badana negatywnie oceniała siebie, nie akceptując własnej osoby, co wynikało z zaniżonej samooceny różnych jej atrybutów, głównie wyglądu fizycznego, jej walorów moralnych i charakterologicznych. Dominowało u niej przekonanie, iż jest osobą bezwartościową, złą i niegodną miłości, wynikające z zewnętrznej krytyki, gdyż wielokrotnie słyszała negatywne komunikaty o sobie od swojego męża, typu:

„Jesteś zerem, nic nie znaczysz, weź się w końcu do roboty. Nie mogę na Ciebie patrzeć”.

Po upływie roku terapii u badanej nastąpiły przeciętne zmiany w samoocenie. I tak, uczestnictwo w grupie terapeutycznej spowodowało, iż jej samoocena kształtuje się na poziomie średnim, co świadczy o ambiwalencji w zakresie oceny własnej wartości, a także ograniczonym szacunku dla własnej osoby, co zapewne może wzmacniać świadomość funkcjonowania w sytuacji przemocy, bez prób jej przeciwdziałania. Ponadto występuje u niej umiarkowane zadowolenie z siebie „taką, jaką jest”, gdyż ma wciąż poczucie, że wykonuje różne rzeczy jeszcze niedostatecznie dobrze, nie tak jakby chciała. Jednak, co pozytywne, nie obawia się trudności, które może napotkać w podejmowaniu różnych zadań i w rozwiązywaniu różnych problemów życiowych. Ponadto u badanej widoczne jest dosyć wyraźne dążenie do przebudowy własnego „Ja”. Podsumowują to jej własne słowa:

„Czekałam na męża kiedy był w więzieniu, myślałam, że jak wróci to się w końcu zmieni. Żałuję, że przez ten długi czas nic nie zrobiłam z naszym małżeństwem. Nie wiem dlaczego pozwalałam mężowi aby mnie źle traktował. Musiałam dobrze oberwać, aby to zauważyć i zmienić się i swoje życie”.

Uczestnictwo w terapii zmieniło też stan psychofizyczny badanej, gdyż rzadziej przeżywa stany lękowe, ma poczucie samorealizacji, przejawia postawę samoakceptacji. Nie doznaje już poczucia osamotnienia, zaakceptowała siebie jako kobietę doświadczającą przemocy. Ma przekonanie, że posiada jasne i dobrze określone cele życiowe, jej życie zostało uporządkowane, a ona zaakceptowała kształt własnej egzystencji. Jest przekonana, że to ona jest autorem własnych decyzji i działań, że ponosi za nie odpowiedzialność. Pojawiła się u niej motywacja do podejmowania nowych wyzwań, pragnie wyjść z rutyny swojego dotychczasowego życia.

Poziom samooceny wzrósł w kierunku pozytywnym, co dokumentują wyniki uzyskane w zakresie samooceny globalnej, którą egzemplifikuje akceptacja własnej osoby, a w szczególności swojego wyglądu fizycznego, walorów moralnych i charakterologicznych. Badana jest zadowolona z siebie i swojej postawy. Dominuje u niej przekonanie, że jest osobą wartościową i dobrą, przynajmniej w takim samym stopniu, jak inni.

Dane z wywiadu

Przed przystąpieniem do terapii u badanej występowała tendencja do zaprzeczania, że jest ofiarą przemocy domowej, pomimo tego, że zachowania przemocowe męża były wyraźne, a przejawiały się poprzez używanie wulgarnych słów, wyśmiewanie, poniżanie, robienie na złość, wydzielanie i ograniczanie pieniędzy na zakupy, popychanie i szarpanie za odzież, włosy, grożenie przy użyciu noża, uderzanie z pięści i z otwartej dłoni po twarzy, głowie i całym ciele, zamykanie na balkonie. Swoją sytuację przemocową opisuje następująco:

„Mąż jest o mnie zazdrosny, ale ja nigdy nie dałam mu do tego żadnych powodów. Na początku kiedy się awanturował i podejrzewał, że mam kochanka, to tylko mnie wyzywał, potem sprawdzał telefon komórkowy. Jak nic nie znalazł – to mówiłam do niego, że uroił sobie coś, wtedy dostawał szału. Bił mnie po twarzy, ciągnął za włosy, popychał tak mocno, że upadałam na podłogę. Kiedy leżałam na podłodze, to mnie jeszcze kopał. Był cwany, zawsze wszczywał awantury, kiedy w domu nie było synów, wiedział, że chłopcy staną w mojej obronie. Nie mogłam zadzwonić na policję, bo mój telefon mąż zabierał i chował. Wołałam czasami o pomoc, ale sąsiedzi boją się mojego męża-kryminalisty i nie dzwonili po pomoc”.

Sytuacja materialna badanej nie pozwalała na podjęcie decyzji o odejściu od męża, gdyż nie posiadała stałego zatrudnienia, a także obawiała się zemsty ze strony męża, gdy dowie się, że chce od niego odejść. Ponadto liczyła, że mąż się zmieni, podejmie zatrudnienie i w małżeństwie wszystko się uspokoi. Badana tłumaczyła zachowanie męża odreagowywaniem pobytu w więzieniu i brakiem pracy.

Przed przystąpieniem do terapii badana miała ograniczone kontakty ze światem zewnętrznym – głównie z ojcem, sporadycznie też widywała się z siostrą oraz znajomymi.

Uczestnictwo w procesie terapii dla kobiet doświadczających przemocy spowodowało, iż w jej postawie, postrzeganiu siebie i swojej sytuacji życiowej nastąpiły zmiany. W trakcie uczestnictwa w terapii badana podjęła zatrudnienie w przedszkolu jako pracownik gospodarczy. Wynagrodzenie jakie otrzymywała dało jej poczucie bezpieczeństwa psychicznego i poczucie kontroli nad własnym życiem, co było efektem tego, że odważyła się wraz z synami wyprowadzić od męża. Badana nabierając siły psychicznej odważyła się również złożyć wniosek do Sądu o rozwód oraz o alimenty dla dzieci. Ponadto za namową koleżanek z pracy, złożyła do prokuratury zawiadomienie o przestępstwie znęcania się nad rodziną, jak również została objęta procedurą „Niebieskiej Karty” przez policjanta – dzielnicowego.

Przypadek 9 - Marzena (załącznik 24)

Dane z dokumentacji

Kobieta, lat 44, mężatka, wykształcenie zawodowe, nie pracuje. Posiada dwoje dzieci w wieku szkolnym (13, 16 lat).

Sytuacja rodzinna

Badana w okresie dzieciństwa i swojej młodości miała bardzo dobre relacje z matką. Ojciec pracował w kopalni, stąd ich sytuacja finansowa była dobra na tyle, że matka nie pracowała, zajmowała się domem i wychowywaniem dzieci. Ojciec nadużywał alkoholu, w domu były awantury, kiedy ojciec wracał z pracy pijany. Matka nigdy nie wzywała policji, gdyż oba-

wiała się jego reakcji i jego agresywnego zachowania. Badana wychowywała się w środowisku przemocy – niejednokrotnie była świadkiem przemocy domowej, widziała jak ojciec bije matkę, próbowała reagować na tę sytuację, „odciągać” ojca od matki.

Przed zawarciem związku małżeńskiego badana miała dobre relacje z matką i z młodszym rodzeństwem. Jej osobiste relacje z ojcem były poprawne, jednakże nigdy nie darzyła ojca zaufaniem, sporadycznie utrzymywała z nim kontakt. Ojciec też nie był zainteresowany córką, tym co robi, gdzie i w jakich warunkach mieszka. Większe zainteresowanie przejawiał młodszym rodzeństwem, dlatego też badana mogła liczyć jedynie na wsparcie ze strony matki. Sytuacja osobista w rodzinie własnej zmieniła się kilka lat po zawarciu związku małżeńskiego, gdy mąż badanej zaczął nadużywać alkoholu i zwykle wówczas (choć nie tylko), wszczynał w domu bezpodstawne awantury.

Przed przystąpieniem do terapii badana była w związku małżeńskim, a jej mąż zatrudniony był w kopalni jako ślusarz-mechanik.

Wyniki badań

W momencie rozpoczęcia procesu terapeutycznego respondentkę cechowała niska samoocena, co świadczyło o jej zgeneralizowanym przekonaniu o braku własnej wartości, braku szacunku do własnej osoby i nieakceptacji siebie. Problemy z samoakceptacją wynikały z jej sytuacji domowej, gdyż przez kilka lat słyszała ze strony męża słowa ostrej krytyki na swój temat. Cechował ją zatem wysoki poziom niezadowolenia z siebie, oceniała siebie jako osobę bezwartościową, przekonana była o dominacji u siebie cech negatywnych. Miała poczucie, że wykonuje różne rzeczy znacznie gorzej niż inni, nie radzi sobie z problemami. Przekonana była, że jest nieprzydatna i bezużyteczna. Niska samoocena wyznaczała, oprócz niezadowolenia z siebie, odrzucenie własnego „Ja”.

Stan emocjonalny badanej przed przystąpieniem do terapii był wyraźnie obniżony, co świadczyło o jej złej kondycji psychofizycznej. Występowały u niej widoczne predyspozycje do lęku. Jej postawa wobec innych charakteryzowała się wycofaniem, bezradnością (brak zaradności), nie akceptowała sama siebie w relacjach z innymi. Są to typowe stany emocjonalne występujące u osób doświadczających przemocy. Ponadto miała poczucie, że jest osobą mało znaczącą dla męża, nie doświadczała pozytywnych emocji z jego strony, co opisuje następująco:

„Zanim mąż otrzymał w pracy awans na wyższą grupę zachowywał się normalnie. Po pracy wracał do domu, czasami wstąpił na piwo, ale nie było to codziennie. Nie było w domu awantur. Zdarzały się między nami nieporozumienia. Kiedy otrzymał awans wiążący się z wyższą grupą, zmianą oddziału oraz większą pensją, nagle coś się w nim zmieniło. Wracał do domu już po kilku piwach, później już codziennie wracał pijany. Kiedy zwracałam mu uwagę, denerwował się i krzyczał do mnie, że nie mogę się tak zachowywać, gdyż jestem na jego utrzymaniu. Podczas awantur wyzywał mnie wulgarnymi słowami, poniżał przy dzieciach, krytykował mnie, że jestem zerem, nic nie potrafię, że jestem zdana na jego łaskę. Nierzadko mówił, że jak będę <do niego skakać>, to mnie wyrzuci z domu i będę mieszkać na śmietniku. Kiedy odpyskowywał, to był jeszcze bardziej agresywny wobec mnie, dochodziło do rękoczynów, mąż mnie bił, a ja nic z tym nie robiłam”.

Przemoc jakiej doświadczała badana wpłynęła negatywnie na jej postawę wobec życia. Przed podjęciem terapii badaną charakteryzował brak celów życiowych do realizacji, co powodowało u niej brak przekonania o wartości własnego życia i brak pozytywnych doświadczeń związanych z aktywnością celową. Miała poczucie niezrozumiałości zmian w jej życiu, jej aktywność życiowa była nieuporządkowana. Ponadto nie była przekonana o możliwości kierowania własnym życiem. Decyzje jakie podejmowała postrzegała jako niezależne od niej, twierdziła iż uwarunkowane są one różnymi zewnętrznymi czynnikami:

„Moje małżeństwo myślałam, że jest udane, nie wiem kto oraz co miało tak duży wpływ na mojego męża, że się zmienił. Może to ja jestem faktycznie winna tego, że on tak się w domu zachowuje i pije. Staram się mu podporządkować, robię wszystko co chce, ale nadal są w domu awantury, nie wiem, co mam robić. Boję się, że będzie znowu agresywny i będzie mnie bił przy dzieciach”.

Stres oraz lęk przed następną awanturą domową i przemocą jakiej badana doświadczała powodował, iż miała poczucie braku sensu własnego życia oraz przeżywała stany apatii. Nie miała motywacji do podjęcia decyzji o zmianie swojego życia:

„Kiedy podczas awantury domowej słyszałam, że jestem nierobem, że do niczego się nie nadaję, w końcu w to uwierzyłam. Nie pracowałam przez wiele lat i byłam przekonana, że w tym wieku będzie mi trudno znaleźć pracę, siedziałam w domu i liczyłam, że mąż zostawi mi pieniądze na zakupy. Jak miałam na twarzy siniaki to starszy syn chodził do sklepu, bo jak na plecach, czy rękach, to zakładałam sweter i nic nie było widać. Po kilku dniach przestawało boleć, mąż przeproszał i na jakiś czas był spokój, a ja mogłam mieszkać z nim i zajmować się dziećmi i domem”.

Oceniając motywy skłaniające badaną do podjęcia procesu terapeutycznego można dostrzec, iż kierowała się złożoną motywacją, której poziom – na podstawie badań – można określić jako wysoki. Wskazywała przede wszystkim: dążenie do poznania i zmiany siebie, dążenie do zrozumienia przyczyn i mechanizmów powstawania nałogu alkoholowego u męża, dążenie do usunięcia dolegliwości w związku z występowaniem przemocy domowej, jak również oczekiwanie uzyskania wtórnych korzyści z uczęszczania na terapię. Czynniki utrudniające podjęcie decyzji o uczestnictwie w terapii można ocenić jako przeciętne, ale głównie wskazywała, iż podejmuje próbę uczestnictwa w terapii ze względu na żądania i naciski płynące z otoczenia, co egzemplifikuje brak wewnętrznego przekonania o potrzebie terapii, występowała u niej także wyraźna tendencja do zaprzestania, iż jest ofiarą przemocy domowej.

Po upływie roku terapii nastąpiły wyraźne zmiany w jej funkcjonowaniu. Zaobserwowano zmiany w samoocenie ogólnej w kierunku pozytywnym: uczestnictwo w grupie terapeutycznej dla kobiet doświadczających przemocy spowodowało, iż badana otrzymała wynik średni, co świadczy jeszcze o jej ambiwalencji w ocenie własnej wartości oraz ograniczonym szacunku do własnej osoby, ale w mniejszym stopniu niż przed podjęciem terapii. Pojawiło się także wyraźne dążenie do przebudowy własnego „Ja”, co dokumentują słowa badanej:

„Moja matka dobrze mi doradzała abym w końcu zmieniła swoje życie i małżeństwo. Nie słuchałam jej, bo ona sama nic nie zrobiła, kiedy ojciec pił i awanturował się w domu”.

Uczestnictwo w terapii spowodowało też poprawę stanu psychofizycznego badanej, na co wskazuje brak poczucia osamotnienia i poczucie samorealizacji. Można powiedzieć, że badana zaakceptowała siebie jako kobietę doświadczającą przemocy. Dowodzą tego jej słowa:

„Udowodniłam swoją postawą, że jestem wartościową osobą. Zdecydowałam się na podjęcie pracy, mąż nie ma już powodów mówić do mnie, że jestem darmozjadem. Zrejestrowałam się w Powiatowym Urzędzie Pracy i zatrudniam się do prac społeczno-użytecznych, zarabiam niewielkie pieniądze, ale są to moje pieniądze. Poznałam nowe osoby, mogę z nimi porozmawiać o wszystkich sprawach, wiem, że można inaczej żyć”.

Wysoki poziom samooceny jaki badana uzyskała w wyniku terapii świadczy o tym, iż akceptuje siebie generalnie jako osobę, ale ocena siebie jako osobę wartościową i dobrą.

Dane z wywiadu

Przed przystąpieniem do terapii u badanej występowała wyraźna tendencja do zaprzestania, iż jest ofiarą przemocy domowej, a ponadto wstydziła się komukolwiek powiedzieć,

iż doświadcza przemocy ze strony męża, zarówno psychicznej, jak i fizycznej. Zachowania przemocowe męża przejawiały się w używaniu wobec niej wulgarnych słów, wyśmiewaniu jej i poniżaniu, niszczeniu jej rzeczy osobistych, zmuszaniu do posłuszeństwa, wydzielaniu i ograniczaniu pieniędzy, dotykaniu w miejsca intymne wbrew jej woli i wymuszaniu zachowań seksualnych, a także stosowaniu przemocy fizycznej w formie kopania po całym ciele, popychania, szarpania za ubranie i włosy, uderzania pięścią w plecy i w twarz:

„Kiedy krytykowałam męża i nie popierałam tego co do mnie mówi i jak mnie wyzywa, podchodził do mnie i bez zahamowania obecnością dzieci w pokoju szarpał mnie za ręce, a potem to uderzał rękoma po plecach i twarzy. Kiedy nie udało mi się uciec z pokoju to mnie kopał. Próbowalam wzywać policję, ale on zabierał mi telefon i rzucał nim o podłogę. Po którymś razie telefon przestał działać, nie miałam innego i nie miałam już jak powiadomić policję. Mąż czuł się już wtedy bardziej pewny, dokuczał mi, abym zadzwoniła po policję. Wiedział, że nie zrobię tego. Następnego dnia kiedy widział u mnie siniaki na rękach albo twarzy to najpierw mówił do mnie, że gdybym go posłuchała to on nie musiałby mnie bić, a po chwili płakał i przepraszał. Robiło mi się go szkoda”.

Sytuacja materialna badanej była niekorzystna, nie pracowała bowiem i nie otrzymywała żadnych innych świadczeń pieniężnych. Była na wyłącznym utrzymaniu męża, dlatego też bardzo trudno było jej podjąć decyzję o odejściu od niego. Ponadto zależało jej na tym, aby stworzyć dla dzieci normalną rodzinę, gdyż ona takiej nie posiadała.

Przed przystąpieniem do terapii badana miała dobre relacje z matką i koleżankami ze szkoły – lubiła się z nimi spotykać. Po zawarciu związku małżeńskiego jej relacje z mężem także początkowo były poprawne: mąż był dobrym człowiekiem, dopiero po jakimś czasie się zmienił. Coraz częściej sytuacja w domu zaczęła być „nerwowa”, pojawiały się konflikty z mężem, a następnie awantury domowe. Po jakimś czasie mąż odizolował ją od najbliższych: zabraniał kontaktować się z matką i koleżankami, gdyż – zdaniem badanej – obawiał się, że dowiedzą się w jaki sposób jest traktowana przez męża. Jedynie przypadkowe spotkania z koleżankami dawały jej możliwość wspólnej rozmowy, gdyż mąż zabronił jej zapraszać do domu koleżanki, zaś z matką widywała się sporadycznie.

Uczestnictwo w procesie terapii dla kobiet doświadczających przemocy spowodowało, iż badana zdecydowała się zmienić swoje życie. Zmotywowało ją do podjęcia decyzji o złożeniu do Sądu wniosku o przydzielenie alimentów na dzieci. Nakłoniła też męża na podjęcie leczenia i terapii dla osób uzależnionych od alkoholu. Podjęcie pracy spowodowało, iż czuje się w chwili obecnej pewnej w związku małżeńskim, bo nie jest całkowicie zależna od męża – ma środki finansowe na własne potrzeby oraz zaspokojenie podstawowych potrzeb dzieci.

Przypadek 10 - Katarzyna (załącznik 25)

Dane z dokumentacji

Kobieta, lat 40, mężatka, wykształcenie zawodowe, zatrudniona w supermarkecie na stanowisku sprzedawcy-kasjera. Posiada dwoje dzieci w wieku szkolnym (8 i 11 lat).

Sytuacja rodzinna

Badana w okresie dzieciństwa i swojej młodości miała dobre relacje z matką i starszym rodzeństwem. Dobrze się rozumiała z matką, miały wspólne tematy i zainteresowania. Matka badanej pracowała jako pracownik porządkowy, natomiast ojciec pracował w różnych zawodach i często zmieniał pracę, gdyż był uzależniony od alkoholu, kilkakrotnie podejmował nieskuteczne próby leczenia. W domu bardzo często były awantury, interweniowała policja, ojciec wywożony był z domu do izby wytrzeźwień, gdyż swoim zachowaniem stwarzał zagrożenie dla domowników i samego siebie. Matka nigdy nie zdecydowała się zgłosić na policję zawiadomie-

nia o znęcaniu się ojca nad rodziną, wstydziła się tego przed rodziną i sąsiadami. Nie chciała, aby mówiono o niej, że ma męża „kryminalistę”. W opinii badanej, ojciec był złym człowiekiem, gdyż stosował przemoc wobec domowników: znęcał się psychicznie i fizycznie nad matką. Ponadto w wyniku sytuacji panującej w domu, zachowanie matki uległo także zmianie, stała się nerwowa, bała się męża i zaniedbywała emocjonalnie dzieci.

Przed zawarciem związku małżeńskiego badana miała dobre relacje z matką i rodzeństwem, utrzymywała też stały kontakt z koleżankami ze szkoły. Ojciec się nią nie interesował, nigdy nie było między nimi silnych więzi emocjonalnych. Powodem tego był żal do ojca, że nie dbał o rodzinę, nadużywał alkoholu i był agresywny wobec domowników.

Badana przed przystąpieniem do terapii pozostawała w związku małżeńskim, nie pracowała, stąd była na wyłącznym utrzymaniu męża. Zajmowała się domem i wychowywaniem dzieci. Mąż zatrudniony był w kopalni na stanowisku elektryka.

Wyniki badań

Samoocena badanej przed rozpoczęciem procesu terapeutycznego była na średnim poziomie, co oznaczało ambiwalencję w ocenie własnej wartości, ograniczony szacunek do samej siebie, doświadczanie konfliktu w zakresie akceptacji i nieakceptacji własnej osoby. Ponadto przejawiała umiarkowane zadowolenie z siebie taką, jaka była. Pojawiało się także u niej dążenie do przebudowy własnego „Ja”, warunkowane poczuciem wstydu związanym z posiadanymi cechami. Swoje przekonania o sobie i ich przyczyny sama definiuje następująco:

„Nigdy nie mówiłam mamie ani koleżankom jak mnie traktuje mąż, wstydziłam się. Nie chciałam by pomyślały, że jestem gorsza od nich, choć pamiętam jakie piekło miała mama. Bałam się też, że usłyszę, że to moja wina, że mąż pije i awanturuje się. Zresztą kiedyś powiedziałam teściowej, że mąż nadużywa alkohol, <szarpie mnie>, wtedy usłyszałam, że zapewne jest to moja wina, że on tak się zachowuje się. A zresztą ma stresującą pracę w kopalni, więc musi gdzieś się wyładować”.

Ogólnie rzecz ujmując, badana oceniała siebie na wstępie terapii jako osobę niewystarczająco wartościową, miała też problemy z jednoznacznym określeniem własnych cech, zarówno pozytywnych, jak i negatywnych.

Przed przystąpieniem do terapii badana miała poczucie niewystarczającego wsparcia ze strony innych ludzi, a w zasadzie nie otrzymywała żadnego wsparcia ze strony innych osób w trudnych i stresowych dla niej sytuacjach. Czuła się niekochana, niedoceniana, mało znacząca dla innych, nie doświadcziała pozytywnych emocji ze strony swojego męża. W sytuacjach zagrożenia miała poczucie pozostawienia samej sobie.

Stan emocjonalny badanej przed przystąpieniem do terapii był obniżony, co świadczyło o złej kondycji psychofizycznej. Występowały u niej wyraźne predyspozycje do przeżywania stanów lękowych, wywoływanych zapewne sytuacją rodzinną.

Jej postawę wobec innych charakteryzowało wycofanie, bezradność, pesymizm; była przekonana o własnej niezaradności, stąd też nie akceptowała sama siebie. Doświadczane przez nią stany emocjonalne są charakterystyczne dla osób doświadczających przemocy.

Respondentka przez ostatnich 5 lat swojego małżeństwa była poniżana i wyśmiewana przez męża, co opisuje następująco:

„Kiedy mąż wracał z pracy i był pijany, wiedziałam, że w domu będzie awantura. Szybko kładłam się w pokoju dziecięcym spać, udawałam przed mężem, że śpię. To nie pomagało, mąż mnie wołał do siebie. Musiałam wysłuchiwać tego, co miał do powiedzenia. Kiedy nie chciałam tego robić, co chciał, to zaczynała się awantura. Najpierw mnie tylko wyzywał i poniżał. Kiedy bardziej się wściekał to mnie popychał i kopał, krzyczał bym poszła sobie spać. Kiedy wstawałam od stołu to już czułam jak mnie bije po głowie. Dzieci to słyszały, bały się wyjść z pokoju. Nie krzyczałam, nie dzwoniłam na policję. Nie wiem dlaczego”.

Przemoc jakiej doświadczała badana wpłynęła negatywnie na jej postawę wobec życia. Przed podjęciem terapii nie potrafiła określić swoich życiowych celów, co powodowało u niej brak przekonania o wartości i sensie własnego życia. Ponadto badana nie potrafiła zrozumieć zmian jakie zachodziły w jej życiu, a które spowodowane były głównie negatywnym zachowaniem męża:

„Na początku naszego małżeństwa było ono udane, staraliśmy się o dzieci. Przysięgam sobie, że moje życie będzie inne, nie chciałam aby moje dzieci doświadczyły w swoim życiu tego, co ja doświadczyłam. Mąż pracował, nie pił, do domu wracał bezpośrednio po pracy. Nie wiem co takiego wydarzyło się, że mąż od 5 lat zmienił się. Zaczął pić alkohol, najpierw piwo, kilka dni później już do tego dołączyła wódka. Być może powodem było to, że przy każdym szybie kopalnianym powstała budka z alkoholem? Mąż wracał do domu pijany i zaczynał się awanturować. Jak siedziałam cicho to było dobrze, a kiedy zwracałam mu uwagę to był wobec mnie agresywny, bił mnie i poniżał”.

Stres oraz lęk jakich doświadczała badana przed następną awanturą domową powodował, iż miała poczucie bezsensu własnego życia, pojawiały się stany apatii, co ograniczało jej chęci do podjęcia decyzji o zmianie swojego życia. Mówi o tym następującymi słowami:

„Wiedziałam, że muszę coś zrobić z własnym życiem, że muszę zadbać o dzieci, o ich bezpieczeństwo, ale ciężko mi było zdecydować się na zmiany. Tym bardziej, że nie pracowałam i nie miałam pieniędzy”.

Oceniając motywy skłaniające badaną do podjęcia procesu terapeutycznego można dostrzec, iż cechował ją przeciętny poziom motywacji do podjęcia procesu terapeutycznego. Wśród dominujących motywów respondentka wskazywała: dążenie do usunięcia dolegliwości w związku z występowaniem przemocy domowej, dążenie do zrozumienia przyczyn i mechanizmów powstawania nałogu alkoholowego męża, oczekiwanie uzyskania wtórnych korzyści z uczęszczania na terapię oraz dążenie do poznania i zmiany siebie. Poziom utrudnień (czynniki utrudniające podjęcie decyzji o terapii) także był przeciętny, wyznaczany głównie tendencją do zaprzeczania bycia ofiarą przemocy i tendencją do unikania uczestnictwa w terapii.

Po upływie roku terapii u badanej nastąpiły widoczne zmiany w samoocenie w kierunku pozytywnym (wysoki poziom), co świadczy o uogólnionym przekonaniu o własnej wartości, szacunku do własnej osoby i akceptacji siebie, zadowoleniu z siebie. Brak jest u niej wyraźnej tendencji do przebudowy własnego „Ja”, gdyż zmian tych już dokonała: jest dumna z tego, jaka jest, ocenia siebie jako osobę wartościową, przekonana jest o dominacji u siebie cech pozytywnych, a więc, że jest osobą wartościową.

Uczestnictwo w terapii spowodowało także zmiany w stanie psychofizycznym osoby badanej, który znacznie się poprawił, a wyznacza to głównie: posiadanie ukierunkowania w życiu, przekonanie o posiadaniu jasnych i dobrze określonych celów życiowych, poczucie ukierunkowania w czasie z przeszłości w przyszłość. Ponadto jest przekonana o sensowności własnego życia, ma zintegrowany, spójny obraz siebie oraz poczucie rozumienia siebie i własnych doświadczeń. Uważa, że jej życie jest uporządkowane i spójne, akceptuje własną egzystencję. U badanej widoczny jest także brak negatywnych odczuć związanych z własnym życiem, co wzmaga motywację do podejmowania nowych wyzwań i odrzucenia dotychczasowych schematów życiowych. Obrazują to także jej słowa:

„Moja matka była gnębiona przez ojca, nic z tym nie zrobiła dla dobra rodziny. Ja nie jestem taka jak ona. Podjęłam decyzję, że nikt mnie i moich dzieci nie będzie krzywdził. Chcę normalnie żyć i funkcjonować, nie chcę już wstydzić się wyjść z domu, bo mąż mnie pobił i mam siniaki. Taka sytuacja już się w moim życiu nie powtórzy, wiem co chcę osiągnąć”.

Poziom samooceny globalnej zdecydowanie się zwiększył, co świadczy o pozytywnym określaniu siebie, przekonaniu o własnej wartości, szacunku do siebie i akceptacji własnej osoby, a w szczególności wyglądu fizycznego, walorów moralnych i charakterologicznych. Badana jest zadowolona z siebie i swojej postawy. Dominuje u niej przekonanie, że jest osobą wartościową i dobrą.

Dane z wywiadu

Przed przystąpieniem do terapii u badanej dominowała tendencja do zaprzeczania, iż jest osobą doświadczającą przemocy, choć zachowania przemocowe jej męża były wyraźne, a przejawiały się poprzez używanie wobec niej wulgarnych słów, zmuszania jej do okłamywania rodziny i znajomych w kwestii sytuacji panującej w ich małżeństwie, wydzielanie i ograniczanie pieniędzy na podstawowe potrzeby rodziny, zmuszanie do posłuszeństwa i usługiwania oraz dotykanie w miejsca intymne wbrew jej woli badanej. Opisuje to następująco:

„Kiedy mąż awanturował się, to najczęściej mnie popychał, albo jak już bardzo się zdenerwował, to mnie kopał po nogach i z pięści bił po plecach. Nie zawsze miałam siniaki na plecach. Częściej miałam na nogach albo na rękach, jak mnie mocno ścisnął. Wtedy zakładałam spodnie i marynarkę i mogłam normalnie wyjść z domu na zakupy. Gorzej było kiedy miałam siniaka na twarzy, żaden fluid wtedy nie pomagał, wstydziłam się wychodzić z mieszkania. Jeszcze bardziej było mi wstyd przed sąsiadami, bo przecież słychać jest w bloku jak mąż krzyczy i mnie wyzywa. Unikałam wtedy sąsiadów przez kilka dni. Przez kilka lat nie mówiłam nikomu, co się dzieje w domu, wstydziłam się. Myślałam, że ta sytuacja się zmieni, a mąż zmądrzeje i zacznie normalnie zachowywać się w domu. Ale myliłam się”.

Sytuacja materialna badanej nie pozwalała jej podjąć decyzji o odejściu od męża, nie pracowała bowiem i była na jego wyłącznym utrzymaniu. Bardzo często nie posiadała środków na własne potrzeby, gdyż mąż ograniczał pieniądze na codzienne wydatki. Badana była zależna finansowo od swojego męża. Ponadto liczyła, że zmieni swoje zachowanie względem niej i dzieci, co powodowało, że pozostawała w przemocowym związku.

Przed przystąpieniem do terapii badana miała dobry kontakt z matką, rodzeństwem oraz koleżankami, spotykała się z nimi zarówno we własnym domu, jak i odwiedzała w ich miejscu zamieszkania. Kiedy sytuacja w domu pogorszyła się, mąż odizolował ją od najbliższych, zabraniał kontaktować się z matką i znajomymi. Powodem takiej postawy męża była obawa przed ujawnieniem przemocowej sytuacji rodzinnej. Mąż obawiał się, że będzie opowiadać o problemach w ich małżeństwie i przemocy jakiej doświadcza ze strony męża.

Uczestnictwo w procesie terapii dla kobiet doświadczających przemocy spowodowało, iż w postawie badanej, w sposobie postrzegania siebie i swojej sytuacji życiowej nastąpiły widoczne zmiany. Świadczy to również o wysokim poczuciu wsparcia, jakie badana otrzymała ze strony innych kobiet (uczestniczek grupy terapeutycznej), a więc możliwości uzyskania z ich strony pomocy w sytuacjach trudnych i stresowych. Badana ma zatem poczucie, że jest osobą znaczącą i ważną dla innych, doświadcza pozytywnych emocji z ich strony, nie ma poczucia opuszczenia w sytuacji dla niej trudnej. Czuje się doceniana ze względu na swoje cechy oraz starania jakie podejmuje, by zmienić siebie i swoje życie.

Po upływie roku terapii badana zdecydowała się złożyć wniosek do Sądu o przyznanie świadczeń alimentacyjnych dla dzieci. Podjęła też zatrudnienie, stąd jej sytuacja materialna znacznie się poprawiła. Uczestnictwo w grupie terapeutycznej spowodowało, że odważyła się złożyć na policji zawiadomienie o znęcaniu się męża nad rodziną. Decyzją prokuratora mąż, jako sprawca przemocy domowej, został zobowiązany do opuszczenia wspólnego mieszkania.

Przypadek 11 - Jola (załącznik 26)

Dane z dokumentacji

Kobieta, lat 46, mężatka, wykształcenie podstawowe, nie pracuje. Posiada jedno dziecko, dorosłe, samodzielne (syna).

Sytuacja rodzinna

Badana w okresie dzieciństwa i swojej młodości miała dobre relacje z matką. Ojciec pracował w kopalni, nadużywał alkoholu. W domu bardzo często były awantury, interweniowała policja, gdyż ojciec niejednokrotnie swoim zachowaniem stwarzał zagrożenie dla matki i badanej. Jej matka nigdy nie zdecydowała się złożyć na policji zawiadomienia o znęcaniu się ojca nad rodziną. Uważała bowiem, że w rodzinie powinno się rozwiązywać wszystkie jej problemy i nie wynosić ich na zewnątrz. Badana wstydziła się tego, że jej ojciec nadużywa alkoholu, awanturuje się w domu, jest agresywny wobec matki i niej. Negatywne zachowanie ojca wpływało na złe relacje badanej i jej matki z pozostałą rodziną.

Przed zawarciem związku małżeńskiego badana miała dobre relacje z matką, utrzymywała też stały kontakt z koleżankami ze szkoły. Ojciec nie interesował się rodziną i domem, stąd nigdy nie było między nimi silnych więzi emocjonalnych. Badana nie lubiła opowiadać o swojej rodzinie swoim znajomym, powodowana wstydem, że ojciec nadużywa alkoholu i jest agresywny wobec niej i matki. Bała się też, że zostanie odrzucona przez koleżanki, z uwagi na sytuację jaka panowała w jej domu rodzinnym.

Badana przed przystąpieniem do terapii była w związku małżeńskim, nie pracowała, była na wyłącznym utrzymaniu męża. Zajmowała się domem. Mąż zatrudniony był w hucie miedzi na stanowisku elektryka.

Wyniki badań

Badana rozpoczynając proces terapeutyczny posiadała samoocenę na średnim poziomie, a więc doświadczała ambiwalencji w ocenie własnej wartości, miała ograniczony szacunek do siebie, doświadczała konfliktu w zakresie akceptacji i nieakceptacji siebie. Ponadto przejawiała umiarkowane zadowolenie z siebie taką, jaką była. Pojawiało się także u niej dążenie do przebudowy własnego „Ja”, warunkowane poczuciem wstydu z powodu tego, kim i jaką osobą była. Swoją sytuację opisuje następująco:

„Moja mama chyba domyślała się, co dzieje się w moim domu, ale nic nie mówiła. Ja też jej nie skarżyłam się na zachowanie męża. Wiedziałam, że mi nie pomoże, bo przecież sama przez wiele lat nic nie robiła. Wstydziłam się rozmawiać z przyjaciółką o tym jak mnie mąż traktuje, bo zawsze uważała, że mam idealnego męża i moje małżeństwo jest udane. Miała rację, ale to zmieniło się ponad 4 lata temu. Mąż pracując w hucie otrzymał awans i podwyżkę, zmienił pracę, a przy okazji stał się innym człowiekiem. Do domu wracał pod wpływem alkoholu, kiedy zwracałam mu uwagę to powstawały między nami konflikty, później były to już awantury z byle błahego powodu. Nigdy nie rozmawiałam z synem, czy dobrze postępuję nic w tej sprawie nie robiąc”.

Badana oceniała siebie zatem jako osobę niewystarczająco wartościową, miała problemy z jednoznacznym określeniem swoich cech, zarówno pozytywnych, jak i negatywnych.

Przed przystąpieniem do terapii badana miała poczucie braku wsparcia ze strony innych osób w trudnych i stresowych dla niej sytuacjach. Czuła się niekochana, niedoceniana, mało znacząca dla innych, nie doświadczała pozytywnych emocji ze strony swojego męża. W sytuacjach zagrożenia miała poczucie pozostawienia samej sobie.

Przeżywała też negatywne stany emocjonalne przekładające się na złą kondycję psychofizyczną. Towarzyszyły temu widoczne predyspozycje do lęku, doznawanie poczucia osamot-

nienia, poczucie niemożności samorealizacji. Nie była skłonna „narzucać” mężowi swoich racji, czyli żądać od niego zmiany postępowania. Jej postawa wobec innych charakteryzowała się wycofaniem, bezradnością, pesymizmem, cechowało ją poczucie braku zaradności, nieakceptacji siebie w relacjach z innymi, co obrazuje typowe stany emocjonalne występujące u osób doświadczających przemocy.

Negatywne stany emocjonalne zapewne wynikały z jej sytuacji życiowej, gdyż badana przez ostatnie 4 lata swojego małżeństwa była poniżana i wyśmiewana przez męża, co opisuje w następujący sposób:

„Pamiętam, że zawsze po pierwszej oraz drugiej zmianie mąż wracał do domu po czasie, był pod wpływem alkoholu. Miał przy sobie przeważnie ćwiartkę wódki, dopijał w domu przy obiedzie. Musiałam mu wtedy usługiwać i patrzeć jak pije. On siedział przy stole i jadł obiad, ja stałam przed nim i byłam na jego zawołanie. Nie mogłam się sprzeciwić, bo zdarzało się, że rzucał we mnie nożem. Jak już zjadł i wypił wódkę, to albo kład się spać, albo szukał zaczepki. Bałam się męża, ale też nic nie robiłam, aby go zmienić”.

Doświadczana przemoc niewątpliwie wpłynęła negatywnie na jej postawę wobec życia, gdyż przed podjęciem terapii badaną charakteryzował brak życiowych celów do realizacji, co wyznaczało przekonanie o braku wartości własnego życia. Badana miała także poczucie braku zrozumienia zmian jakie zachodziły w jej życiu i ich przyczyn, a które spowodowane były głównie negatywnym zachowaniem męża. Przekonania te obrazują jej słowa:

„Nasze małżeństwo było udane. Mąż pracował, syn dobrze uczył się. Ja zajmowałam się domem i dzieckiem. Po 20 latach małżeństwa zaczęło się coś psuć. Mąż zaczął być w domu arogancki, konfliktowy. Bez powodu wyzywał mnie i poniżał. Nie miałam komu się pożalić, wstydziłam się o tym rozmawiać z koleżanką. Syn także o wielu sprawach nie wiedział. Nie chciałam aby źle myślał o ojcu. Starłam się unikać sytuacji jaką sama przechodziłam w swoim dzieciństwie. Kiedy mnie mąż bił i miałam siniaki, to nie wychodziłam z domu. Wstydziłam się sąsiadów, na pewno słyszeli jak mąż mnie wyzywa i poniża. Później przeproszał mnie i obiecywał, że się zmieni. Pomagało, ale na krótko. Po kilku tygodniach ponownie w domu były awantury, agresja i lęk czy zdołam wyjść z domu, albo zadzwonić na policję”.

Doświadczany stres i lęk doświadczany przez badaną, a związany z możliwością następnej awantury domowej, powodował, iż miała poczucie zagubienia w życiu, odczuwała brak poczucia sensu własnego życia. Nie miała też motywacji, by swoje życie zmienić, bowiem nie wierzyła w taką możliwość. Opisuje to następująco:

„Wiedziałam, że jestem na utrzymaniu męża i muszę być posłuszna. Nieraz słyszałam, że gdyby nie on, to zdechłabym z głodu, bo nie mam wykształcenia i pracy. Siedziałam cicho przez wiele lat, czułam się niechciana i nikomu niepotrzebna. Wiele razy myślałam o tym, aby zmienić swoje życie, ale brakowało mi odwagi”.

Badana deklaratorywnie przejawiała wysoki poziom motywacji do zmiany, skłaniający ją do podjęcia procesu terapeutycznego. Wśród dominujących motywów najważniejszym było dążenie do usunięcia dolegliwości w związku z występowaniem przemocy domowej, czemu towarzyszyło dążenie do zrozumienia przyczyn i mechanizmów powstawania nałogu alkoholowego u męża, a w mniejszym stopniu dążenie do poznania i zmiany siebie, ale także oczekiwanie uzyskania wtórnych korzyści z uczęszczania na terapię. Z kolei czynniki utrudniające podjęcie decyzji co do uczestnictwa w terapii występowały na poziomie niskim, ale wyznaczone były przez brak wewnętrznego przekonania o konieczności terapii, stąd badana kierowała się, podejmując terapię, głównie naciskami płynącymi z otoczenia.

Po upływie roku terapii u badanej nastąpiły nieznaczne zmiany w jej samoocenie, której poziom pozostał taki sam (średni), ale nieco się polepszył, co świadczy o pojawiającej się tendencji do pozytywnego oceniania siebie, budowania przekonania o własnej wartości, nieznacz-

nym wzroście szacunku do siebie i wynikającej z tego akceptacji własnej osoby, wynikającej z różnych atrybutów: poznawczo-intelektualnych, społeczno-moralnych i charakterologicznych. Uczestnictwo badanej w procesie terapii dla kobiet doświadczających przemocy nieco zwiększyło jej zadowolenie z siebie i z tego co robi, w większym stopniu zaakceptowała siebie i zrozumiała, iż jest osobą wartościową i dobrą.

Pomimo tego, iż badana nie otrzymywała wsparcia ze strony osób najbliższych, w grupie terapeutycznej czuła się bezpiecznie, gdyż wiedziała, że może liczyć na wsparcie ze strony innych kobiet uczestniczących w terapii w pokonywaniu przez nią sytuacji dla niej trudnych, stresujących.

Uczestnictwo w terapii zmieniło wyraźnie jej stan psychofizyczny w kierunku pozytywnym. Badana osiągnęła poczucie ukierunkowania w życiu, zdobyła przekonanie o posiadaniu jasnych i dobrze określonych celów życiowych, co determinuje poczucie ukierunkowania w czasie z przeszłości w przyszłość. Ponadto jest zdecydowanie bardziej przekonana o sensowności własnego życia, jej obraz siebie jest bardziej zintegrowany i spójny, lepiej rozumie siebie i sens własnych doświadczeń. Uważa, że jej życie jest uporządkowane i spójne, co wzmaga jej akceptację własnej egzystencji. U badanej widoczny jest brak negatywnych odczuć związanych z własną sytuacją życiową, co powoduje wzrost motywacji do podejmowania nowych wyzwań i odrzucenia wcześniej powielanych schematów życiowych. Zmiany w postrzeganiu siebie i własnego życia obrazują jej słowa:

„Pomimo tego, że nie mam wykształcenia, to czuję, że mogę coś fajnego zrobić w swoim życiu. Nie mogę pozwolić na to, aby mnie tak mąż traktował. Moja matka nic nie zrobiła ze swoim życiem, ja na to nie pozwolę. Nie chcę być dłużej poniżana i bita. Też jestem człowiekiem i należy mi się szacunek”.

Dane z wywiadu

Przed przystąpieniem do terapii u badanej występowała tendencja do podjęcia terapii z uwagi na naciski płynące z otoczenia, choć zachowania jej męża wyraźnie miały charakter przemocowy, badana nie miała wewnętrznej motywacji do zmiany swojej sytuacji życiowej. Zachowania przemocowe męża przejawiały się głównie w używaniu wobec niej wulgarnych słów (wyzwiska), wyśmiewaniu jej (poniżanie), robieniu na złość, niszczeniu istotnych przedmiotów osobistych, zmuszaniu do posłuszeństwa i usługiwania, wydzielaniu i ograniczaniu pieniędzy, zmuszaniu do okłamywania rodziny i znajomych oraz grożeniu z użyciem noża. Sytuację przemocową opisuje następująco:

„Najczęściej mąż kiedy kłócił się ze mną, to najpierw mnie wyzywał, potem jak tylko się mu nie podporządkowałam, to podchodził do mnie i popychał mnie na ścianę i dusił za szyję, krzycząc do mnie, że mam być posłuszna. Trwało to kilka minut. Jak się nie uspokoił, to już tylko mnie szarpał za ręce, popchał i bił najpierw z otwartej dłoni po plecach i twarzy, a później to już potrafił mnie uderzyć z pięści w plecy. Nie dzwoniłam na policję, bo kto by mi wierzył, byłam sama z mężem. On naśmiewał się ze mnie, że i tak mi nikt nie uwierzy w to, co powiem. Byliśmy sami w domu, sąsiedzi zapewne słyszeli jak mnie wyzywa i bije, ale nikt nie reagował”.

Sytuacja materialna badanej była dla niej niekorzystna z perspektywy podjęcia decyzji o odejściu od męża. Badana bowiem nie pracowała i była na wyłącznym utrzymaniu męża. Bardzo często nie posiadała środków na własne potrzeby, gdyż mąż ograniczał jej pieniądze na codzienne wydatki. Była całkowicie zależna finansowo od swojego męża.

Przed przystąpieniem do terapii badana miała dobry kontakt z matką i koleżankami. Kiedy sytuacja w domu stała się jawnie przemocowa, mąż podjął różne działania izolujące ją od jej otoczenia społecznego: zabraniał kontaktować się z matką i znajomymi. Ponadto badana

wstydziła się zapraszać do domu koleżanki wiedząc, że mąż wróci z pracy pod wpływem alkoholu i będzie się awanturował.

Uczestnictwo badanej w procesie terapii dla kobiet doświadczających przemocy spowodowało, iż w jej postawie oraz postrzeganiu siebie i swojej sytuacji życiowej nastąpiły widoczne zmiany. Respondentka ma poczucie, że jest osobą znaczącą i ważną dla innych, doświadcza pozytywnych emocji z ich strony, nie ma poczucia opuszczenia w sytuacji dla niej trudnej. Ma poczucie doceniania ze względu na swoje cechy i działania podejmowane przez nią w celu zmiany siebie i swojego życia. Podjęła np. zatrudnienie, stąd jej sytuacja materialna znacznie się poprawiła, co uniezależniło ją od męża. Uczestnictwo w grupie terapeutycznej spowodowało też, że badana złożyła w Sądzie wniosek o rozwód i zawiadomienie o znęcaniu się nad nią przez męża. Mąż natomiast wyprowadził się z ich wspólnego mieszkania i podjął leczenie dla osób nadużywających alkohol.

Przypadek 12 - Kamila (załącznik 27)

Dane z dokumentacji

Kobieta, lat 35, obecnie rozwiedziona, wykształcenie średnie, zatrudniona w przedsiębiorstwie państwowym na stanowisku pracownika umysłowego. Posiada jedno dziecko w wieku przedszkolnym (5 lat).

Sytuacja rodzinna

Badana w okresie dzieciństwa miała dobre relacje z rodzicami. Jej matka nie pracowała, zajmowała się domem i wychowywaniem dzieci oraz pracą w gospodarstwie rolnym. Ojciec pracował w kopalni jako górnik strzałowy, a po pracy pomagał żonie w pracach polowych i w gospodarstwie. W okresie kiedy badana uczęszczała do szkoły średniej jej relacje z ojcem zmieniły się. Ojciec zaczął nadużywać alkoholu, w domu zdarzały się awantury, najpierw sporadycznie, raz w miesiącu. Z biegiem czasu awantury stawały się coraz częstsze, a ojciec był coraz bardziej agresywny wobec domowników. Matka na początku nie dzwoniła na policję, wstydziła się. Dopiero po kilku latach, na wyraźne żądania dzieci, zaczęła wzywać policję, aby uspokoić męża. Niejednokrotnie ojciec był przez policję odwożony do izby wytrzeźwień, gdyż swoim zachowaniem stwarzał zagrożenie dla domowników. Sytuację tę opisuje następująco:

„Kiedy ojciec zaczął pić, to na początku nikt z domowników nie reagował na jego zachowanie. Każdy myślał, że po sezonie prac w polu przestanie pić i będzie zachowywał się normalnie. Niestety ojciec nie zmienił się i pił dalej. Jego zachowanie względem domowników, a w szczególności wobec mamy, było złe. Kiedy był pijany, to szukał zaczepki, najpierw wyzywał mamę, a potem ją szarpał i bił. Ja to widziałam, ale bałam się zareagować, bo krzyczał, że mnie złapie i też pobije”.

Ojciec kiedy nadużywał alkoholu zaniedbywał swoje obowiązki domowe, nie interesował się nią i starszym rodzeństwem, a większość czasu spędzał poza domem.

Przed zawarciem związku małżeńskiego badana miała dobre relacje z matką, wspierały się wzajemnie, lubiły wspólnie spędzać wolny czas. Ponadto badana miała dobre relacje z rodzeństwem. Nie utrzymywała stałych kontaktów z ojcem, miała do niego żal za sytuację w domu rodzinnym, awantury, nadużywanie alkoholu, brak zainteresowania domem i rodziną.

Osoba badana po ukończeniu szkoły podjęła zatrudnienie. Uważała się za osobę lubianą przez otoczenie, szybko nawiązywała nowe znajomości, miała pozytywne relacje z koleżankami i kolegami w pracy. Po zawarciu związku małżeńskiego badana nadal pracowała. Początkowo miała dobre relacje z mężem, ale po 7 latach małżeństwa jej sytuacja rodzinna zmieniła się. Zauważyła, iż mąż coraz częściej w domu jest nerwowy i bezpodstawnie wszczyna kłótnie między nimi, a także zaczął coraz częściej wracać z pracy znajdując się pod wpływem alkoholu.

Badana przed przystąpieniem do terapii pozostawała w związku małżeńskim. Mąż zatrudniony był w kopalni na stanowisku operatora maszyn górniczych pod ziemią.

Wyniki badań

Badana przed rozpoczęciem terapii deklaratywnie określała siebie bardzo pozytywnie (wysoki poziom samooceny), a więc cechowało ją zgeneralizowane przekonanie o własnej wartości, przejawiała szacunek wobec siebie, akceptowała siebie – była zadowolona z siebie taką, jaką była, stąd nie występowały u niej tendencje zmierzające do przebudowy własnego „Ja”. Pozytywnie oceniała swoje cechy charakterologiczne, uważała, iż jest osobą wytrwałą we własnych dążeniach, ambitną i rozważną w podejmowaniu decyzji. Opisuje to następująco:

„Przez wiele lat widziałam swojego ojca, który nadużywał alkoholu i awanturował się w domu. Widziałam jak poniżał matkę i ją bił. Przez te lata mówiłam do siebie, że będę inna niż moja matka, że moje życie także będzie inne. Jestem wytrwała w tym co robię oraz jaki chcę osiągnąć cel. Uważam, że zasługuję na lepsze życie, niż moja matka”.

Stan emocjonalny badanej przed przystąpieniem do terapii wskazywał na ambiwalencję odczuć (średni poziom), co świadczyło o w miarę dobrej kondycji psychofizycznej. Jednakże analiza stanów emocjonalnych występujących u badanej dała możliwość zdiagnozowania przeżywanych emocji jakie towarzyszyły badanej przed przystąpieniem do terapii. I tak, jeśli chodzi o pozytywne emocje, badana uzyskała wynik wysoki świadczący o tym, iż jest ona osobą zdrową psychicznie i społecznie przystosowaną, jak również samorealizującą się. Z kolei analizując negatywne uczucia, badana uzyskała również wynik wysoki, który świadczy o tym, iż doznaje poczucia osamotnienia, widoczne są występujące u niej predyspozycje do lęku. Jej postawa wobec innych charakteryzuje się wycofaniem, brakiem zaradności i silną zależnością.

Przemoc jakiej doświadczała badana wpłynęła negatywnie na jej postawę wobec życia. Przed podjęciem terapii badana charakteryzowała się brakiem życiowych celów do realizacji, co powodowało u niej brak przekonania o wartości własnego życia. Ponadto badana nie potrafiła zrozumieć zmian jakie zachodziły w jej życiu, a które spowodowane były głównie negatywnymi zachowaniami jej męża:

„Myślałam, że stworzę z mężem cudowną rodziną. Chciałam, aby moja rodzina była inna, niż ta z której uciekłam. Na początku było wszystko fajne, mąż pracował, ja pracowałam. Nie wiem, co takiego złego zrobiłam, że mąż zmienił się, zrobił się wobec mnie mało czuły i agresywny. Myślałam przez wiele lat, że jestem silna, że wszystko przetrwam, ale nie daję rady”.

Doświadczana przez badaną przemoc emocjonalna oraz bezradność i silna zależność od męża spowodowały, iż badana nie jest przekonana, iż może być autorem własnych działań, że ma możliwość kierowania własnym życiem. Ponadto codzienny stres związany z nieporozumieniami i awanturami jakie występowały w małżeństwie, spowodował, iż odczuwała brak poczucia sensu własnego życia, doznawała stanów apatii. Nie miała motywacji do podjęcia decyzji o zmianie swojego życia, pomimo deklaracji alternatywnych.

Potwierdzają to wyniki dotyczące motywacji do podjęcia terapii. Oceniając motywy skłaniające badaną do podjęcia procesu terapeutycznego można dostrzec, iż badana wybrała wiele motywów, ale ogólny poziom motywacji jest zaledwie średni. Wśród dominujących motywów występują: dążenie do poznania i zmiany siebie oraz dążenie do zrozumienia przyczyn i mechanizmów powstawania nałogu alkoholowego u męża, dążenie do usunięcia dolegliwości w związku z występowaniem przemocy domowej oraz w niewielkim stopniu oczekiwanie uzyskania wtórnych korzyści z uczęszczania na terapię. Czynniki utrudniające podjęcie decyzji co do uczestnictwa w terapii występowały na poziomie niskim, co pośrednio wyznacza motywację

do zmiany. Jednak ważnym czynnikiem blokującym proces zmiany okazał się brak wewnętrznego przekonania o konieczności podjęcia terapii, co oznacza, iż badana podejmuje próbę uczestnictwa w terapii głównie ze względu na naciski płynące z otoczenia.

Przed przystąpieniem do terapii badana pozytywnie oceniała siebie, a więc akceptowała również własną osobę, tj. wygląd fizyczny, walory moralne oraz charakterologiczne. Dominowało u niej przekonanie, iż jest osobą dobrą i godną miłości:

„Myślałam, że jestem twarda, ale zdarzają się takie dni, że rozklejam się i płaczę. Nie potrafię powiedzieć dlaczego. Nie jestem taka zła, przecież wyglądam normalnie, jestem dobrą matką, żoną, koleżanką. W pracy też mam dobrą opinię, tylko w domu mąż ma odmienne zdanie, dlaczego?”.

Słowa te jednak świadczą o braku świadomości własnych stanów wywoływanych przez sytuację życiową, a także w pewnym stopniu o deklaratywności w zakresie własnej oceny.

Po upływie roku terapii u badanej nastąpiły niewielkie zmiany w samoocenie, ale ich kierunek jest pozytywny, z wyjątkiem obniżenia samooceny w sferze społeczno-moralnej, co trudno wyjaśnić, ale można sądzić, że wzrósł jej poziom samoświadomości w zakresie własnych zachowań i charakteru relacji z otoczeniem społecznym, co mogło spowodować wątpliwości związane z jej wcześniejszym funkcjonowaniem w układzie przemocowym. Uczestnictwo w grupie terapeutycznej dla kobiet doświadczających przemocy spowodowało, iż wzrosła globalna i ogólna samoocena, a także samoocena w sferze fizycznej, charakterologicznej i poznawczo-intelektualnej, co świadczy o utrwalaniu się przekonania o własnej wartości, szacunku wobec siebie i akceptacji siebie, a w efekcie wzroście poczucia zadowolenia z siebie taką jaką jest, stąd nie występują u niej tendencje do przebudowy własnego „Ja”. Badana, opisując siebie, jest przekonana o własnej przydatności, wyraża przekonanie, że jest wystarczająco dobrym, wartościowym człowiekiem. Obrazują to jej słowa:

„Kiedy zaczęłam chodzić na terapię to pomyślałam sobie, że ona nie jest mi potrzebna, przecież jestem silna, poradzę sobie sama. Niestety myliłam się. Pomimo tego że mam silny charakter i potrafię poradzić sobie z problemami, miałam takie chwile i słabe dni, że nie wiedziałam, co mam ze sobą zrobić, jak postępować. Wtedy bezwzględnie, jak maszyna, wykonywałam wszystkie polecenia męża. To dobrze, że trafiłam na terapię, zrozumiałam, gdzie i kiedy popełniam błędy, mogę to zmienić a przede wszystkim zmienić siebie i swoje życie”.

Uczestnictwo w terapii zmieniło stan psychofizyczny badanej, który znacznie się poprawił. Badana nie doznaje poczucia osamotnienia, samorealizuje się, rzadziej przeżywa stany lękowe, jest zaradna, nawiązuje nowe kontakty interpersonalne.

Dane z wywiadu

Przed przystąpieniem do terapii badana miała świadomość, iż jest osobą doświadczającą przemocy. Zachowania przemocowe męża były przez nią identyfikowane zgodnie z ich treścią, zaś przejawiały się w używaniu wobec niej wulgarnych wyzwisk, wyśmiewaniu, dokuczaniu, stosowaniu siły fizycznej poprzez uderzanie z otwartej dłoni po twarzy oraz głowie, kopaniu po nogach, szarpaniu za włosy. Ponadto wielokrotnie była zmuszana do bezwzględnego posłuszeństwa i usługiwania mężowi. Niejednokrotnie podczas awantury domowej mąż jej groził używając noża i zmuszając ją w ten sposób do posłuszeństwa. Ponadto dotykał badaną wbrew jej woli w miejsca intymne, wymuszał też zachowania seksualne. Opisuje to następująco:

„Awantura w domu rozpoczynała się wtedy, kiedy nie byłam posłuszna mężowi. Staralam się siedzieć cicho, ale kiedy słyszałam jak mnie wyzywa, nie wytrzymałam, odzywałam się i zaraz była awantura. Mąż się wściekał, że ja na niego podnoszę głos, nie podobało się mu to. Bez powo-

du podchodził do mnie i mnie najpierw popychał, wyganiał z mieszkania. Kiedy nie chciałam wyjść z mieszkania, to mnie kopał po nogach, plechach. Próbowałam się bronić, ale on jest silniejszy, wystarczyło, że mnie złapał za włosy i uderzył z pięści w twarz, było po mnie. Leżałam na podłodze, nie miałam siły nawet zadzwonić na policję. Przy takich awanturach był w domu krzyk, ale nikt z sąsiadów nie zadzwonił na policję, ja nie miałam także odwagi. Bałam się, że będzie jeszcze gorzej, liczyłam, że to wszystko się kiedyś zmieni. Dopiero kiedy zobaczyłam jak dziecko zamknięte w pokoju płacze i jest wystraszone, postanowiłam to wszystko zmienić”.

Sytuacja materialna badanej, pomimo zatrudnienia, nie pozwalała jej na podjęcie decyzji o odejściu od męża, gdyż jej wynagrodzenie było znacznie niższe, aniżeli to, które miał jej mąż. Miała też pewne obawy, czy utrzyma siebie i dziecko jednej pensji. Decyzję o zmianie determinowała także ciągła nadzieja, że mąż się zmieni, podejmie terapię i będzie chciał podjąć działania w kierunku utrzymania rodziny (będzie chciał nadal tworzyć dobrą rodzinę).

Przed przystąpieniem do terapii badana utrzymywała stały kontakt z matką i koleżankami. Sytuacja jaka panowała w jej małżeństwie spowodowała jednak, iż odizolowała się od najbliższych, wstydziła się bowiem tego, że mąż nadużywał alkoholu i awanturował się w domu. Ponadto nie chciała, aby ktokolwiek widział na jej ciele siniaki:

„Po każdej awanturze kiedy miałam widoczne siniaki brałam z pacy urlop. Wstydziłam się tego, że mąż mnie bije. Jak miałam siniaki na plecach, czy nogach to normalnie szłam do pracy. Zakładałam spodnie i bluzkę ciemną i wszystko zakrywałam. Koleżanki z pracy po kilku awanturach zorientowały się, że jest coś nie tak. Pytał mnie, co się dzieje w moim małżeństwie. Chciałam je okłamać, ale one były sprytniejsze ode mnie. To one nakłoniły mnie abym przyszła na terapię”.

Isolacja społeczna badanej, wynikała także stąd, że jej mąż niejednokrotnie podczas awantury zabraniał jej kontaktować się z rodziną i znajomymi: odgrażał się, że kiedy spotka ich w domu, to będzie miała z tego powodu nieprzyjemności.

Uczestnictwo badanej w procesie terapii dla kobiet doświadczających przemocy spowodowało, iż w jej postawie oraz postrzeganiu siebie i swojej sytuacji życiowej nastąpiły zmiany, które głównie związane są z podjęciem konkretnych działań, wynikających z uświadomienia sobie własnych słabych stron, związanych z funkcjonowaniem w sytuacji przemocy, których wcześniej nie dostrzegała.

Po upływie roku terapii badana podjęła decyzję o rozwiązaniu związku małżeńskiego, stąd złożyła w Sądzie wniosek o rozwód i przyznanie alimentów. Nawiązała kontakt z dzielnicowym, założyła Niebieską Kartę, a także złożyła zawiadomienie o znęcaniu się nad rodziną. Decyzją prokuratora, mąż badanej otrzymał nakaz opuszczenia lokalu mieszkalnego. Jej sytuacja finansowa jest zadawalająca.

Przypadek 13 - Ola (załącznik 28)

Dane z dokumentacji

Kobieta, lat 36, obecnie rozwiedziona, wykształcenie wyższe, zatrudniona w zakładzie państwowym na stanowisku kierowniczym; ma jedno dziecko w wieku przedszkolnym (5 lat).

Sytuacja rodzinna

Badana w okresie dzieciństwa i swojej młodości miała bardzo dobre relacje z rodzicami. Matka pracowała w szkole jako nauczycielka, ojciec był zawodowym żołnierzem. Rodzice badanej nie nadużywali alkoholu, nie było awantur domowych. Ponadto badana miała szczególny kontakt z matką. Mogła z nią porozmawiać o wszystkich swoich sprawach, problemach. Wiedziała, że zawsze mogła liczyć na wsparcie ze strony matki i ojca. Ojciec jako zawodowy żołnierz pracował w jednostce wojskowej poza miejscem zamieszkania. Do domu przyjeżdżał

na weekendy. Był surowy i bardzo wymagający, w domu panowała surowa dyscyplina. Kiedy ojciec badanej był w domu, zajmował się dziećmi i pomagał żonie w pracach domowych. Atmosfera panująca w domu rodzinnym była przyjazna dla wszystkich. Wszyscy starali się na wzajem wspierać i pomagać sobie.

Przed zawarciem związku małżeńskiego badana miała dobre relacje z rodzicami i starszym rodzeństwem. Ponadto utrzymywała stały kontakt z koleżankami ze szkoły i pracy. Jej sytuacja życiowa zmieniła się 8 lat po zawarciu związku małżeńskiego. Badana zauważyła, że jej mąż coraz więcej czasu spędza w pracy, do domu wraca późnym wieczorem, znajdując się pod wpływem alkoholu.

Badana przed przystąpieniem do terapii była w związku małżeńskim, pracowała i studiowała niestacjonarnie. Mąż zatrudniony był w hucie miedzi na stanowisku kierowniczym.

Wyniki badań

Badana rozpoczynając proces terapeutyczny oceniała siebie negatywnie, co świadczyło o jej uogólnionym przekonaniu o braku własnej wartości, braku szacunku do własnej osoby i nieakceptacji siebie. Ocena ta przejawiała się również w niezadowoleniu z siebie taką jaką była, stąd zauważalne było dążenie do przebudowy własnego „Ja”. Ponadto oceniała siebie jako osobę zupełnie bezwartościową, posiadającą cechy negatywne. Miała poczucie, że jest gorsza od innych, nieprzydatna i bezużyteczna. Źródłem takiego nastawienia do siebie było ponizanie jej przez męża, z którego strony doświadczała wiele przykrości, co negatywnie odbiło się na jej postawie i samoocenie. Opisuje to następująco:

„Mąż kiedy wracał z pracy i był pod wpływem alkoholu, naśmiewał się ze mnie, że jestem nieudacznikiem życiowym i na stare lata muszę się uczyć, aby utrzymać stanowisko. Zawsze podkreślał, że to dzięki niemu mogę się kształcić, bo on zarabia porządne pieniądze. Nigdy nie liczyło się dla mojego męża, że ja także pracuję i mam swoje dochody”.

Ponadto badana nie otrzymywała wsparcia ze strony swojego męża w sytuacjach dla niej trudnych i stresowych. Czuła się w związku niekochana i niedoceniana. Miała poczucie, że jest dla męża osobą mało znaczącą i nie doświadczała pozytywnych emocji z jego strony.

Stan emocjonalny badanej przed rozpoczęciem terapii był obniżony, co świadczyło o jej złej kondycji psychofizycznej. Występowały u niej widoczne predyspozycje do lęku. Jej postawa wobec innych charakteryzowała się wycofaniem, bezradnością, pesymizmem, nie akceptowała sama siebie w relacjach z innymi, cechował ją brak zaradności. Stanowi to typowe obraz stanu emocjonalnego, który cechuje osoby doświadczające przemocy. Badana przez kilka lat swojego małżeństwa była ponizana i krytykowana przez swojego męża:

„Dla męża zawsze byłam zerem, nikim. Chyba był zazdrosny, że studiuję. Wywyższał się, że on już dawno skończył studia jak normalny człowiek. Wyzywał mnie, że jestem głupia, nic sobą nie reprezentuję, wystarczy na mnie popatrzeć i widać jaka jestem tępa. Poza tym kiedy się awanturowałem, to wyzywał mnie wulgarnymi słowami, krzyczał, że mnie zniszczy i zabierze dziecko, zostanę sama, jak palec”.

Przemoc doświadczana przez badaną kobietę wpłynęła negatywnie na jej postawę wobec życia. Przed podjęciem terapii nie potrafiła określić celów, które chciałaby realizować, co skutkowało dodatkowo przekonaniem o braku wartości własnego życia, potwierdzanym brakiem pozytywnych doświadczeń związanych z podejmowaniem aktywności celowej. Ponadto nie potrafiła zrozumieć sensu i znaczenia zmian jakie zachodziły w jej życiu, a które były wynikiem negatywnych zachowań męża wobec niej. Swoją sytuację życiową opisuje następująco:

„Myślałam, że wychodzę za mąż za normalnego mężczyznę. Nie wiedziałam, że można być tak złym człowiekiem. Nie znam powodów, dla których mąż mnie wyzywał i krytykował. Cały czas starałam się być dobrą żoną i matką. Nigdy nie zaniedbywałam swoich obowiązków, chociaż ciężko pracowałam. Nagle mąż zmienił się, nie wiem dlaczego. Nigdy nie nadużywał alkoholu, teraz prawie codziennie pije – jak nie piwo, to wódkę. Nie potrafi zapanować nad swoimi emocjami. Szybko denerwuje się i wpada w szal, przy tym jest agresywny”.

Doświadczany stres i lęk przed następną awanturą domową powodował, iż badana odczuwała bezsens własnego życia, któremu towarzyszyły stany apatii, co w efekcie blokowało motywację do zmiany – nie wierzyła, że jej życie może się zmienić, stąd brak decyzji o realnych działaniach podejmowanych w tym celu.

Oceniając motywy skłaniające badaną do podjęcia procesu terapeutycznego można stwierdzić, iż cechował ją wysoki poziom motywacji, zaś wśród dominujących motywów wskazywała: dążenie do poznania i zmiany siebie, dążenie do zrozumienia przyczyn i mechanizmów powstawania nałogu alkoholowego męża, jak również oczekiwanie uzyskania wtórnych korzyści z uczęszczania na terapię, a w nieco mniejszym stopniu dążenie do usunięcia dolegliwości związanych z występowaniem przemocy domowej. Czynniki utrudniające podjęcie decyzji co do uczestnictwa w terapii występowały na poziomie średnim, ale – co warto uwagi – badana nie miała tendencji do zaprzeczania występowania przemocy, jednak kierowała się głównie motywacją zewnętrzną, czyli naciskami otoczenia społecznego (co sugeruje brak wewnętrznego przekonania o konieczności terapii). Najważniejszym czynnikiem blokującym decyzję o podjęciu terapii była jednak tendencja do unikania uczestnictwa w niej ze względu na lęk, niepewność i wstyd związany z własną sytuacją życiową.

Przed przystąpieniem do terapii badana negatywnie oceniała i nie akceptowała siebie, co wynikało z oceny własnych cech – w największym stopniu zaburzona była sfera poznawczo-intelektualna i charakterologiczna, w nieco mniejszym sfera fizyczna, zaś najlepiej oceniała siebie w obszarze cech społeczno-moralnych. Spowodowane to było tym, iż badana wiele razy słyszała słowa krytyki od swojego męża, która dotyczyła głównie tych sfer:

„Zmieniłaś się, jesteś inna. Myślałem, że mam w domu żonę, a nie szmatę. Nie interesuje mnie, że jesteś kierowniczką, dla mnie jesteś szmatą. Zrób coś z sobą, bo inaczej pożałujesz, nie tu chyba miejsca dla ciebie”.

Badana nie akceptowała własnej osoby oraz była niezadowolona z siebie, co nie budzi zdziwienia, jeśli otrzymywała takie komunikaty ze strony osoby bliskiej. Efektem tego jest niewątpliwie jej przekonanie, iż jest osobą bezwartościową i niekompetentną.

Po upływie roku terapii u badanej nastąpiły bardzo wyraźnie zmiany w postrzeganiu siebie. Samoocena globalna, ogólna i w poszczególnych sferach podwyższyła się znacząco (wysoki poziom). Badana zdobyła przekonanie, że jest osobą wartościową, godną szacunku, zwiększył się wyraźnie poziom akceptacji i zadowolenia z siebie, a także nowo ukształtowanej postawy wobec własnego życia (przekonanie o dominacji cech pozytywnych). Ponadto pozytywnie zaczęła oceniać swoje walory intelektualno-poznawcze, co świadczy o tym, iż odzyskała przekonanie o swojej inteligencji, mądrości i uzdolnieniach.

Jej funkcjonowanie interpersonalne także uległo zmianie. Zwiększyło się poczucie wsparcia uzyskiwanego od innych ludzi (wysoki poziom), tj. rodziców, koleżanek z pracy, a więc ma poczucie, że może liczyć na ich wsparcie i pomoc w sytuacjach dla niej trudnych, czy stresujących. Zdołała poczuć, że jest osobą znaczącą i ważną dla innych, dostrzegła życzliwość innych i doświadczała pozytywnych emocji ze strony najbliższych: rodziny, znajomych. Nie czuła się opuszczona i pozostawiona sama sobie w sytuacji dla niej trudnej. Swoją sytuację związaną ze wsparciem innych i jego znaczeniem dla procesu zmiany opisuje następująco:

„Kiedy rodzice zauważyli u mnie siniaki na rękach, od razu przeprowadzili ze mną rozmowę. Ojciec się wściekł, a matka płakała. Mówili mi, że nie po to mnie wychowywali, aby jakiś mężczyzna mnie bił. Rozmowa z rodzicami na tyle mi pomogła, że zrozumiałam, że muszę walczyć o siebie i dziecko. Zrozumiałam, że jestem wartościową osobą, że wcale nie jestem taka zła, jak mówił mi mąż”.

Uczestnictwo w terapii spowodowało także znaczące zmiany w stanie psychofizycznym badanej, który uległ poprawie, co wynika głównie z faktu, że nie czuje się wyobcowana i nie doznaje już poczucia osamotnienia, ma poczucie samorealizacji, co po części wynika z faktu, iż zaakceptowała siebie jako kobietę doświadczającą przemocy:

„Niepotrzebnie przez taki długi czas ukrywałam, że w moim małżeństwie źle się dzieje. Niepotrzebnie cierpiałam i pozwalałam na to, aby nasze dziecko widziało o wszystko. Teraz wiem, że można inaczej funkcjonować”.

Wszystko to spowodowało, że pozytywne zmiany w samoocenie zaznaczyły się wyraźnie we wszystkich sferach: poznawczo-intelektualnej, fizycznej, społeczno-moralnej i charakterologicznej. Przekłada się to na wzrost zadowolenia z siebie oraz swojej postawy, którą zdominowało przekonanie, że jest osobą wartościową i dobrą, zasługującą na szacunek ze strony innych i we własnych oczach.

Dane z wywiadu

Przed rozpoczęciem terapii badana miała świadomość, iż jej mąż źle ją traktuje, znęca się nad nią fizycznie i psychicznie. Zachowania przemocowe męża wskazywane przez badaną mają znamiona różnych form przemocy – fizycznej, psychicznej, z wyłączeniem seksualnej: wyzwiska, czyli używanie wulgarnych słów, wyśmiewanie się, krytykowanie, zmuszanie do posłuszeństwa, wymuszanie pieniędzy, wydzielanie i ograniczanie pieniędzy, zmuszanie do okłamywania rodziny i przyjaciół, szarpanie za rękę, włosy, ubranie, popychanie, szturchanie, kopanie po całym ciele i uderzanie ręką w twarz:

„Nigdy w domu rodzinnym nie widziałam, aby ojciec bił mamę. Nie wiedziałam jak mam się zachować, kiedy mnie mąż pierwszy raz uderzył. Stałam w bezruchu i nie wiedziałam, co mam robić, nie zareagowałam, nie zadzwoniłam na policję, dałam mu ciche przyzwolenie na takie zachowanie. Potem to już było coraz częściej, kiedy mnie mąż bił. Zazwyczaj to po plebach i nerwach. Śmiał się wtedy, że nikt nie będzie widział siniaków, bo tam nie wychodzą, a jak wyjdą to przecież mam ubranie. Nie wiem dlaczego nigdy nie dzwoniłam po policję, chyba dlatego, że następnego dnia mąż mnie przeproszał. Płakał i prosił o wybaczenie. Do następnego razu”.

Sytuacja materialna badanej była na dobrym poziomie, ze względu na jej wykształcenie i pracę, jednakże nie potrafiła podjąć decyzji o odejściu od męża, co związane było z charakterystycznym dla sytuacji przemocy przekonaniem, że sytuacja się zmieni sama: badana miała nadzieję, że mąż zmieni swoje postępowanie i podejmie terapię.

Przed przystąpieniem do terapii badana miała dobre relacje z rodzicami, utrzymywała stały kontakt z koleżankami. Kiedy w domu coraz częściej odbywały się awantury, mąż zabronił jej spotykać się z koleżankami. Nakazał również ograniczyć kontakty z rodzicami, pozwalając jedynie na sporadyczne spotkania z nimi.

Konkludując, uczestnictwo badanej w procesie terapii dla kobiet doświadczających przemocy spowodowało, iż w jej postawie wobec siebie oraz w sposobie percepcji własnej osoby i swojej sytuacji życiowej nastąpiły radykalne zmiany, czego skutkiem były realne działania. Po upływie roku terapii bowiem badana zdecydowała się wyprowadzić z dzieckiem od męża. Podjęcie decyzji przez badaną o zmianie miejsca zamieszkania spowodowało, iż zdecydowała

się również rozstać ze swoim mężem. Dodatkowo złożyła wniosek do Sądu o przyznanie alimentów na dziecko. Jej sytuacja materialna jest dobra.

Przypadek 14 - Ania (załącznik 29)

Dane z dokumentacji

Kobieta, lat 56, mężatka (obecnie w separacji), wykształcenie podstawowe, pracuje jako pracownik gospodarczy w Spółdzielni Mieszkaniowej. Posiada troje dorosłych dzieci (24, 28, 33 lata).

Sytuacja rodzinna

Badana w okresie dzieciństwa i swojej młodości miała dobre relacje z rodzicami. Pochodzi z rodziny wielodzietnej, rodzice prowadzili duże gospodarstwo rolne. Ojciec dodatkowo pracował w prywatnej firmie budowlanej jako murarz. Po pracy pomagał żonie w gospodarstwie. W domu rodzinnym nie nadużywano alkoholu, nie było awantur, nigdy nie interweniowała policja. Badana pochodzi z rodziny, w której wychowywało się 6 dzieci. W domu wszyscy pomagali rodzicom w pracach polowych, wspierali się wzajemnie w trudnych chwilach. Badana pozytywnie wypowiada się o swoich rodzicach i rodzeństwie.

Przed zawarciem związku małżeńskiego badana miała dobre relacje z rodzicami i rodzeństwem. Wiedziała, że zawsze może liczyć na ich wsparcie. Ponadto utrzymywała stały kontakt z koleżankami ze szkoły.

Badana przed przystąpieniem do terapii była w związku małżeńskim – wyszła za mąż w wieku 18 lat, stąd nie ukończyła szkoły średniej. Mąż zatrudniony był w przedsiębiorstwie budowlanym na stanowisku pracownika gospodarczego.

Wyniki badań

Rozpoczynając proces terapeutyczny u badanej poziom samooceny był niski, co świadczyło o zgeneralizowanym przekonaniu o braku własnej wartości, braku szacunku do własnej osoby i nieakceptowaniu siebie. Skutkowało to brakiem zadowolenia z siebie taką jaką była, stąd występowało u niej dążenie do przebudowy własnej „Ja” (wstydziała się tego, kim i jaką jest osobą). Ocena siebie jako osoby zupełnie bezwartościowej, przekonanie o dominacji cech negatywnych opisujących jej osobowość, wyznaczające niską samoocenę, powodowało owo niezadowolenie siebie i odrzucenie własnego „Ja”. Także jej funkcjonowanie w relacjach interpersonalnych było zaburzone, głównie ze względu na poczucie nieotrzymywania wsparcia ze strony innych osób, szczególnie osób bliskich w sytuacjach dla niej trudnych i stresowych. W sytuacjach zagrożenia miała poczucie pozostawienia samej sobie. Czuła się nielubiana i niekochana przez innych, co wzmagало problemy z samooceną.

Zaburzenia widoczne były także w sferze stanu emocjonalnego badanej (poziom niski), co decydowało o jej złej kondycji psychofizycznej. Badana doznawała poczucia osamotnienia, nie realizowała się, widoczne były u niej predyspozycje do lęku. Często przeżywała stany lękowe. Jej postawa wobec innych charakteryzowała się wycofaniem, bezradnością i zależnością, nie akceptowała sama siebie ze względu na jakość swoich relacji i sposób funkcjonowania. Taką postawą badanej wynikała głównie z zachowań przemocowych męża. Przez wiele lat swojego małżeństwa była poniżana i krytykowana przez swojego partnera:

„Na początku nasze małżeństwo było zgodne, dopiero jak z domu wyszły wszystkie dzieciaki, to mąż się zmienił. Chyba ta praca na budowie odbiła mu. Częściej do domu wracał pijany, awanturował się. Przeważnie mnie krytykował i wyzywał. Krzyczał do mnie, że jestem głupia, że jestem nieudacznikiem życiowym, śmierdzielem. Jak tylko mu chciałam odpyskować, to zaraz mnie

wyganiał z mieszkania, popychał i kopał. Na początku nie mówiłam dzieciom jak mnie mąż traktuje, nie chciałam ich martwić, one mają swoje problemy i sprawy na głowie”.

Doświadczana przez badaną przemoc wpłynęła negatywnie na jej postawę wobec życia. Przed podjęciem terapii cechowało ją poczucie braku życiowych celów do realizacji, co powodowało u niej brak przekonania o wartości własnego życia oraz brak pozytywnych doświadczeń związanych z aktywnością celową. Cechowała ją niska świadomość i niezrozumienie zmian jakie zachodziły w jej życiu i ich powodów. Nie łączyła ich z negatywnymi zachowaniami męża. Ciągły stres i lęk przed niezadowoleniem męża i awanturą w domu powodował, iż badana odczuwała brak poczucia sensu własnego życia oraz apatię. Nie miała motywacji do zmiany, stąd nie potrafiła podjąć decyzji o zmianie swojego życia, co opisuje następująco:

„Po kilku latach takiego wyzywania mnie przyzwyczałam się do tego, że jestem zła i jestem nikim. Nic z tym nie robiłam, było mi ciężko, nie żaliłam się nikomu, czekałam cierpliwie, aż mąż się zmieni. Dopiero kiedy dzieci zobaczyły u mnie siniaki na rękach, zaczęły nalegać, abym coś z tym zrobiła”.

Oceniając motywy skłaniające badaną do podjęcia procesu terapeutycznego można dostrzec, iż badana wybrała wiele różnych motywów, występował u niej wysoki poziom motywacji do podjęcia procesu terapeutycznego. Jednak najistotniejsze było tu oczekiwanie wtórnych korzyści z procesu terapeutycznego (nie związanych ze zmianą siebie). Niemalże równie silne było dążenie do zrozumienia przyczyn i mechanizmów powstania nałogu alkoholowego u męża oraz dążenie do usunięcia dolegliwości w związku z występowaniem przemocy domowej. Najmniej istotne, choć znaczące było u niej dążenie do poznania i zmiany siebie. Czynniki utrudniające podjęcie decyzji co do uczestnictwa w terapii występowały na poziomie niskim: badana nie zaprzeczała przemocy i nie przejawiała lęku przed uczestnictwem w terapii, jednak brak było jej wystarczająco silnego wewnętrznego przekonania o jej podjęciu, co oznaczało, iż podjęła próbę uczestnictwa w terapii ze względu na naciski płynące z otoczenia, tj. ze strony osób bliskich (głównie dzieci).

Przed przystąpieniem do terapii badana negatywnie oceniała siebie, a więc przejawiała zaburzenia w sferze przekonań o sobie – własnej wartości, nie akceptowała siebie, co wynikało z samoocen częściowych, a głównie sfery fizycznej i charakterologicznej (to najczęściej dyskredytowane atrybuty przez sprawcę przemocy), ale także z oceny swych walorów poznawczo-intelektualnych (mniej) i społeczno-moralnych (bardziej). Wynikało to stąd, że przez długi okres swojego małżeństwa była krytykowana i poniżana przez męża.

Po upływie roku terapii u badanej nastąpiły wyraźne zmiany w jej samoocenie (wynik wysoki), w kierunku ukształtowania się uogólnionego przekonania o własnej wartości i zdobyciu szacunku do siebie. Udział w terapii spowodował, iż badana oceniała siebie jako jednostkę wartościową, była przekonana o dominacji u siebie cech pozytywnych, a także własnej przydatności i użyteczności. Wysoka samoocena badanej dała jej potwierdzenie, iż jest ona wartościowym człowiekiem. Ponadto wysoki poziom samooceny badanej świadczy o akceptacji siebie, zaś w szczególności swojego wyglądu fizycznego, walorów moralnych i charakterologicznych. Jest zadowolona z siebie i swojej postawy. Dominuje u niej przekonanie, że jest osobą dobrą.

Uczestnictwo w terapii spowodowało też poprawę stanu psychofizycznego badanej, co egzemplifikuje brak poczucia osamotnienia, poczucie samorealizacji i akceptacja siebie jako kobiety doświadczającej przemocy.

Dane z wywiadu

Przystępując do terapii badana miała świadomość, iż doświadcza przemocy ze strony swojego męża, co opisuje następująco:

„Nie myślałam, że na stare lata przyjdzie mi uciekać z własnego domu, bo mąż jest pijany i awanturuje się, a tak było często. Mąż był agresywny tylko wtedy kiedy był pijany, jak trzeźwy to do rany go można było przykładać. Kiedy wracał z budowy pijany, to musiałam mu usługiwać, podać obiad, a jak brakło mu alkoholu, to biec do sklepu po piwo. Jak tylko sprzeciwiłam się to była awantura. Najpierw mnie wyzywał, potem szarpał za ręce i ubranie, a jak to nie pomagało to mnie lał. Okładał mnie z pięści po całym ciele, szczególnie po głowie, bo najbardziej mnie bolało i pod włosami nie było widać guzów i siniaków. Nie dzwoniłam na policję, bo nie miałam telefonu, dopiero rok temu kupiłam sobie telefon komórkowy i jak tylko mi się uda to dzwonię na policję. Zanim przyjechali policjanci to mąż zdołał uciec z domu, później wracał i było jeszcze gorzej”.

Zachowania przemocowe męża badanej miały znamiona wszystkich form przemocy, a przejawiały się w kierowaniu do niej słów wulgarnych, wyśmiewaniu jej, robieniu jej na złość, niszczeniu jej rzeczy osobistych, jak również popychaniu, szarpaniu, uderzaniu „z pięści” i z „otwartej dłoni” po głowie i całym ciele. Była zmuszana do spożywania alkoholu z mężem, okłamywania rodziny i znajomych, czy zachowań seksualnych wbrew jej woli.

Sytuacja materialna badanej była niekorzystna, stąd nie pozwalała jej na podjęcie decyzji o odejściu od męża. Spowodowane było to tym, iż otrzymywała zdecydowanie mniejsze wynagrodzenie z tytułu zatrudnienia, aniżeli jej mąż. Miała obawy, czy utrzyma siebie ze swojej pensji. Liczyła też, że jej mąż zmieni swoje zachowanie, zacznie ją szanować i przestanie nadużywać alkoholu.

Przed przystąpieniem do terapii badana miała dobre relacje rodzeństwem i matką (ojciec nie żyje), ponadto utrzymywała stałe kontakty z koleżankami z pracy. Kiedy w domu zaczęły się awantury, mąż zabronił jej spotykać się z koleżankami, zmuszał ją też, by zwolniła się z pracy. Twierdził, że jest o nią zazdrosny i woli, by siedziała w domu. Badana utrzymywała stałe i częste kontakty z dziećmi, ale mąż próbował odizolować ją od przyjaciół i znajomych.

Uczestnictwo w procesie terapii dla kobiet doświadczających przemocy spowodowało, iż w jej postawie oraz postrzeganiu siebie i swojej sytuacji życiowej nastąpiły radykalne zmiany. Po upływie roku terapii badana zdecydowała się złożyć do Sądu wniosek o separację. Ponadto skontaktowała się z dzielnicowym i założyła Niebieską Kartę. Dzieci wspierają badaną, akceptują wszystkie decyzje jakie podjęła. Swoją postawą i wytrwałością przekonała męża, aby podjął leczenie w poradni dla osób uzależnionych od alkoholu. Nadal mieszka z mężem w jednym mieszkaniu. Z jej słów wynika, iż chce dać mężowi ostatnią szansę na zmianę.

Przypadek 15 - Małgorzata (załącznik 30)

Dane z dokumentacji

Kobieta, lat 47, obecnie rozwiedziona, wykształcenie wyższe, zatrudniona w zakładzie opieki zdrowotnej na stanowisku głównej księgowej. Posiada jedno dziecko w wieku szkolnym (17 lat).

Sytuacja rodzinna

Badana w okresie dzieciństwa i swojej młodości miała dobre relacje z rodzicami. W domu nie było awantur, rodzice nie nadużywali alkoholu. Badana ma starszego brata, z którym zawsze miała dobry kontakt. Jej rodzice pracowali w hucie miedzi: matka jako laborantka, natomiast ojciec jako pracownik fizyczny. Pomimo dobrych relacji z obojgiem rodziców, lepiej wspomina kontakty z matką. Ojciec był wymagający, lubił dyscyplinę w domu, zdarzało się, że wprowadzał w domu ścisłe zakazy i nakazy oraz kary. Matka natomiast była osobą ciepłą, życzliwą, lubiła rozmawiać na każdy temat, które nurtowały badaną. Jej rodzina uchodziła za rodzinę przykładową, ciepłą, wspierającą się.

Przed zawarciem związku małżeńskiego badana miała dobre relacje z rodzicami i bratem. Mieszkała samodzielnie w swoim mieszkaniu, pracowała. Utrzymywała stały kontakt z koleżankami z dzieciństwa i z pracy.

Badana przed przystąpieniem do terapii była w związku małżeńskim, pracowała, jednocześnie studiując niestacjonarnie. Mąż zatrudniony był w kopalni na stanowisku górnika strzałowego. Ich sytuacja życiowa – materialno-bytowa była korzystna.

Wyniki badań

Badana rozpoczynając proces terapeutyczny oceniała siebie negatywnie, była przekonana o braku własnej wartości, nie miała szacunku do siebie i nie akceptowała własnej osoby. Dlatego też była niezadowolona z siebie taką jaką była, czemu towarzyszyło dążenie do przebudowy własnego „Ja”. Oceniała siebie jako osobę zupełnie bezwartościową, posiadającą głównie cechy negatywne. Miała poczucie, że jest gorsza od innych, nieprzydatna i bezużyteczna. Niewątpliwie przysłużył się temu fakt, iż była poniżana i obrażana przez męża, doświadczała z jego strony wiele przykrości, które negatywnie odbiły się na jej postawie oraz samoocenie. Sama opowiada o tym w sposób następujący, przywołując słowa męża:

„I co z tego, że jesteś na stanowisku, jak i tak jesteś głupia. Na stare lata uczysz się i myślisz, że będziesz lepsza. Wstyd wyjść z tobą gdzieś do towarzystwa, nie mogę na ciebie patrzeć”.

W słowach tych są ukryte konkretne komunikaty, które deprecjonowały wartość osoby badanej w sferach: fizycznej, poznawczo-intelektualnej i charakterologicznej, które to sfery uległy największemu zaburzeniu.

W kontekście funkcjonowania interpersonalnego, sytuacja badanej także była niekorzystna, miała poczucie, że nie otrzymuje wsparcia ze strony innych osób w sytuacjach dla niej trudnych i stresujących, miała poczucie, że jest nielubiana i niekochana, a także nieakceptowana przez otoczenie, co zgeneralizowało się jako poczucie, że jest osobą mało znaczącą dla innych, a w szczególności dla męża, gdyż nie doświadczała z jego strony pozytywnych emocji:

„Podczas każdej awantury kiedy mnie mąż wyzywa czuję, że mu na mnie nie zależy, nie walczy o nasze małżeństwo. Ciągłe słyszę krytykę i uwagi jaka to jestem zła, niepotrzebna, i że do niczego się nie nadaję”.

Stan emocjonalny badanej przed rozpoczęciem terapii był obniżony, co świadczyło o złej kondycji psychofizycznej, zdominowanej przez poczucie lęku (widoczne predyspozycje do przeżywania stanów lękowych). Jej postawę wobec innych wyznaczały: wycofanie, bezradność, pesymizm, brak zaradności, nieakceptacja siebie jako osoby niezaradnej. Są to typowe stany emocjonalne występujące u osób doświadczających przemocy. Badana korzystała z pomocy lekarza psychiatry, gdyż obniżony nastrój powodował stany depresyjne.

Doświadczana przemoc wpłynęła negatywnie na jej postawę wobec życia. Przed podjęciem terapii miała poczucie bezcelowości i bezwartościowości własnego życia (brak celów do realizacji), nie miała też pozytywnych doświadczeń związanych z aktywnością celową, co powodowało poczucie bezsensu własnego życia. Towarzyszyło temu poczucie niezrozumienia zmian w jej życiu i ich podłoża – nie miała świadomości, że wynikają one z nieprawidłowych zachowań jej męża:

„Na początku naszego małżeństwa było ono udane. Miałam swoje mieszkanie i pracę. Mąż także pracował, szybko awansował. Nasza sytuacja finansowa była na dobrym poziomie, co roku wyjeżdżaliśmy na wakacje. Nagle mąż zmienił się, był wobec mnie arogancki, naśmiewał się ze mnie, ubliżał mi i krytykował mnie. Nie wiedziałam dlaczego tak się zachowuje. Myślałam, że stres w pracy tak na niego źle wpływa. Później mąż zaczął wracać do domu pod wpływem alkoholu, nie

zawsze był pijany. Wtedy awanturował się i mnie bił. Zgłosiłam sprawę do Sądu o separację, myślałam, że to spowoduje, że przemyśli swoje zachowanie i zmieni się”.

Stres i lęk przed następną awanturą domową powodował, iż badana – jak wszystkie kobiety w sytuacji przemocy – odczuwała brak poczucia sensu własnego życia i przeżywała stany apatii.

Motywacja do podjęcia procesu terapeutycznego badanej była na poziomie średnim – zaobserwować można jednak, że kierowała się wieloma motywami, wśród których dominujące było dążenie do poznania i zmiany siebie, a nieco mniej zaznaczało się dążenie do usunięcia dolegliwości w związku z występowaniem przemocy domowej. Znacznie słabiej ujawniło się u niej oczekiwanie uzyskania wtórnych korzyści z uczęszczania na terapię, zaś najmniej znaczące było dążenie do zrozumienia przyczyn i mechanizmów powstawania nałogu alkoholowego u męża. Czynniki utrudniające podjęcie decyzji co do uczestnictwa w terapii występowały także na poziomie średnim, zaś ich rozkład był następujący: najsilniej zaznaczyła się tendencja co do unikania uczestnictwa w terapii ze względu na lęk przez nią i jej konsekwencjami, słabo natomiast zaprzeczanie przemocy: badana zaprzeczała w rozmowie ze znajomymi, iż doświadcza przemocy ze strony swojego męża.

Ogólnie rzecz ujmując, przed przystąpieniem do terapii badana nie akceptowała siebie, co wynikało z oceny różnych jej atrybutów: wyglądu fizycznego, walorów moralnych i charakterologicznych. Stanowiło to niewątpliwie efekt ciągłej krytyki ze strony męża, którego komunikaty są bardzo wyraźnie deprecjonujące – głównie jej walory fizyczne, ale nie tylko:

„Nie mogę na Ciebie patrzeć, jesteś obrzydliwa, rzygać mi się chce na Twój widok”.

Badana nie akceptowała własnej osoby i była niezadowolona z siebie. Dominowało u niej przekonanie, iż jest osobą bezwartościową.

Po upływie roku terapii u badanej nastąpiły widoczne zmiany w samoocenie: zaczęła wierzyć w siebie, zmienił się jej stosunek do własnej osoby. W mniejszym stopniu ujawniają się problemy z szacunkiem do siebie, poprawia się poczucie zadowolenia z siebie taką jaką jest. Pojawiało się też u badanej konstruktywne dążenie do przebudowy własnego „Ja”. Generalnie: poziom samooceny zdecydowanie wzrósł, co świadczy o pozytywnej samoocenie badanej, akceptacji własnej osoby, a w szczególności wyglądu fizycznego, walorów moralnych i charakterologicznych. Zwiększył się poziom zadowolenia z siebie i swojej postawy życiowej; dominuje przekonanie, że jest osobą wartościową i dobrą.

Uczestnictwo w terapii zmieniło też stan psychofizyczny badanej, który znacznie się poprawił – w mniejszym stopniu doznaje poczucia osamotnienia, ma poczucie samorealizowania się, a także zaakceptowała siebie jako kobietę doświadczającą przemocy:

„Moi rodzice pomogli mi zrozumieć, że muszę zmienić swoje życie. To dzięki nim i wsparciu ze strony dziecka zrozumiałam, że można żyć inaczej. Chodząc na terapię zrozumiałam, że życie nie kręci się wokół męża, że ja także mogę doświadczać przyjemności w swoim życiu”.

Dane z wywiadu

Przed rozpoczęciem terapii u badanej dominowała tendencja do zaprzeczania, że jest ofiarą przemocy domowej:

„Wstydziałam się komukolwiek mówić jak mnie traktuje mąż. W pracy nikt nie wiedział, chociaż nie jestem pewna, czy koleżanki nie domyślały się”.

Wstydziła się na początku uczestniczyć w terapii dla kobiet doświadczających przemocy. Uważała, że jako osoba publiczna nie powinna opowiadać o swoich problemach, myślała, że to ją deprecjonuje i naznacza (jest „ujmujące” jej opinii społecznej). Uczestnictwo w terapii pozwoliło jej zrozumieć, iż nie jest jedyną osobą, która doświadcza krzywdy ze strony osoby najbliższej:

„Cieszę się, że mogłam na terapii wyrzucić wszystkie zło jakiego doświadczyłam od męża. Teraz jest mi lżej. Szkoda tylko, że przez tak długi czas w swoim życiu to ukrywałam. Żałuję, że zmuszałam dziecko do tego, aby nikomu nie opowiadało o tym, co dzieje się w domu”.

Zachowania przemocowe męża badanej to głównie używanie wobec niej słów wulgaryzmów, wyśmiewanie się z niej, krytykowanie, robienie na złość, niszczenie przedmiotów osobistych, zmuszanie do posłuszeństwa, ograniczanie pieniędzy, jak również stosowanie przemocy fizycznej w postaci szarpania za rękę, odzież, grożenie przy użyciu noża:

„Pamiętam jak raz mąż wrócił pijany z obchodów święta górnika. Jadł wieczorem kolację i wyzywał mnie. Nie słuchałam go, nie chciałam prowokować awantury. Nagle wstał od stołu i rzucił we mnie nóż kuchenny, którym jadł. Nie wcelował we mnie. Wystraszyłam się i wezwałam policję. Zabrali męża do izby wytrzeźwień. Następnego dnia kiedy wrócił do domu przeproszał mnie, a ja mu wybaczyłam”.

Ponadto badana zmuszana była przez męża do nieaprobowanych przez nią zachowań seksualnych:

„Kiedy mąż był pijany przypominał sobie o istnieniu żony, wchodził do mojego łóżka i zmuszał mnie do seksu. Krzyczał do mnie, że jestem jego żoną i mam obowiązek z nim sypiać. Kiedy odmawiałam, bo był pijany, to mnie bił. Przeważnie spychał mnie z łóżka na ziemię i wtedy kopał. Jak się podniosłam, to jeszcze mnie bił po głowie. Nie wzywałam policji wtedy, bo wstydziłam się. Zresztą mąż miał już znajomości wśród policjantów, nie by mu nie zrobili”.

Doświadczała też przemocy fizycznej w postaci bicia rękoma po całym ciele oraz szarpanie za rękę i odzież:

„Kiedy mąż wracał do domu po pracy i był pijany wiedziałam, że muszę być grzeczna, posłuszna, bo inaczej krzyczał i budził synka, który spał w łódeczku. Nie sprzeciwiałam się wtedy mężowi, robił co chciał, a ja go słuchałam. Jak tylko było coś nie po jego myśli, bez powodu szarpał mnie albo bił ręką po głowie. Nie wiem dlaczego mówił przy tym, że koledzy w pracy poinstruowali go, jak traktuje się żonę, aby cicho siedziała”.

Sytuacja materialna rodziny była na dobrym poziomie: badana pracowała, zajmowała się domem i wychowywaniem dziecka. Jej mąż także pracował, a jego wynagrodzenie było zdecydowanie wyższe niż badanej.

Przed przystąpieniem do terapii badana miała dobre relacje z rodzicami i znajomymi, ale jej mąż odizolował ją od rodziny i przyjaciół w momencie kiedy w domu zaczęły występować awantury – nie chciał, aby ktokolwiek dowiedział się jaka jest sytuacja w ich małżeństwie. O tym, iż badana była w separacji z mężem także nikt z ich znajomych nie wiedział, utrzymywane było to w tajemnicy.

Uczestnictwo badanej w procesie terapii dla kobiet doświadczających przemocy spowodowało, iż w jej postawie oraz postrzeganiu siebie i swojej sytuacji życiowej nastąpiły widoczne zmiany. Po upływie roku terapii badana zdecydowała się wnieść do Sądu pozew o rozwód, jak również złożyła wniosek o przyznanie alimentów na dziecko. Badana ukończyła studia, co skutkowało podwyżką pensji. Jej sytuacja materialna jest na dobrym poziomie. Mąż wyprowadził się z jej mieszkania.

Przypadek 16 - Wioletta (załącznik 31)

Dane z dokumentacji

Kobieta, lat 57, obecnie w separacji, wykształcenie podstawowe, zatrudniona w przedsiębiorstwie prywatnym na stanowisku pracownika fizycznego. Posiada dwoje dorosłych dzieci (28 i 35 lat).

Sytuacja rodzinna

Badana w okresie dzieciństwa i swojej młodości miała bardzo dobre relacje z rodzicami. Matka i ojciec byli wymagającymi rodzicami. Od swoich dzieci wymagali dyscypliny oraz szacunku do starszych. Zdarzało się, że kiedy badana lub rodzeństwo byli nieposłuszni, wówczas jedno z rodziców karało ich za złe zachowanie. Ojciec nie nadużywał alkoholu, pracował w kopalni jako elektryk. Matka nie pracowała, zajmowała się domem i wychowywaniem dzieci. W domu nigdy nie było poważnych awantur, nie interweniowała policja.

Przed zawarciem związku małżeńskiego badana miała dobre relacje zarówno z rodzicami, jak i z rodzeństwem. Wiedziała, że zawsze może liczyć na wsparcie z ich strony. Ponadto miała dobre relacje z koleżankami ze szkoły.

Badana przed przystąpieniem do terapii była w związku małżeńskim. Mąż zatrudniony był w kopalni jako górnik operator maszyn pod ziemią.

Wyniki badań

Badana rozpoczynając proces terapeutyczny miała niską samoocenę, co świadczyło o jej uogólnionym przekonaniu o braku własnej wartości, braku szacunku do własnej osoby i nieakceptacji siebie. Ponadto niska samoocena badanej świadczyła również o jej wycofaniu się z podejmowania decyzji, gdyż postrzegała siebie jako osobę nieinteligentną, nieradzącą sobie w rozwiązywaniu różnych problemów. Badana była niezadowolona z siebie, wstydziła się tego kim jest i jaka jest. Oceniała siebie jako osobę zupełnie bezwartościową, przekonana była o dominacji u siebie cech negatywnych. Miała poczucie, że wykonuje różne rzeczy znacznie gorzej niż inni. Przekonana była, że jest nieprzydatna i bezużyteczna, co obrazują jej słowa:

„Mąż niejednokrotnie mnie wyzywał i krytykował, kiedy był pijany. Krzyczał do mnie, że jestem mu niepotrzebna, że jestem zerem, nic nie wartą osobą. Było mi przykro z tego powodu, być może taka byłam, nic nie robiłam przez wiele lat aby to zmienić”.

Stan emocjonalny badanej przed przystąpieniem do terapii był obniżony, co świadczyło o złej kondycji psychofizycznej, zdominowanej predyspozycjami do przeżywania stanów lękowych, wynikających z doświadczania przemocy. Jej postawa wobec innych charakteryzowała się wycofaniem, bezradnością, pesymizmem. Miała poczucie bezradności, czego nie akceptowała w sobie. Stany emocjonalne tego typu i postrzeganie siebie jako osoby gorszej i niezaradnej są charakterystyczne dla osób doświadczających przemocy.

Ponadto badana nie otrzymywała wsparcia ze strony innych w sytuacjach dla niej trudnych, stresowych. Miała poczucie, że jest osobą mało znaczącą dla męża, jak również nie doświadczała pozytywnych emocji z jego strony. Badana przez ostatnich kilka lat swojego małżeństwa była poniżana i krytykowana przez swojego męża:

„Na początku naszego małżeństwa mąż był spokojny. Wychowaliśmy troje dzieci. Ja zajmowałam się domem, a mąż pracował w kopalni. Kiedy dzieci założyły swoje rodziny, zostaliśmy sami w domu. Myślałam, że będzie w naszym małżeństwie spokojnie, jak dotychczas. Myliłam się. Mąż miał więcej czasu więc po pracy zachodził na piwo z kolegami. Kiedy wracał do domu to szukał zaczepki. Później już awanturował się. Przeważnie mnie krytykował i poniżał, siedziałam cicho. Następnego dnia przeproszał i przez kilka dni był spokojny. Kiedy mąż był trzeźwy był spokojny,

tylko jak wypił alkohol robił się agresywny”.

Przemoc doświadczana przez badaną niewątpliwie wpłynęła negatywnie na jej postawę wobec życia: cechował ją brak życiowych celów do realizacji, co powodowało u niej brak przekonania o wartości własnego życia. Ponadto badana nie potrafiła zrozumieć samej siebie i zmian jakie zachodziły w jej życiu. Nie odnosiła ich do swojej sytuacji życiowej związanej z przemocą ze strony męża:

„Kiedy mąż pracował na pierwsze zmiany wiedziałam, że po pracy zajdzie z kolegami na piwo do baru. Wiedziałam, że tego dnia będzie awantura. Raz usłyszałam jak koledzy instruowali męża, jak ma mnie traktować, abym nie podskakiwała. Mąż był wobec mnie agresywny i nie szanował mnie. Kiedy byłam nieposłuszną, to mnie bił. Przeważnie bił mnie po twarzy, kilka razy, miałam siniaki. Dobrze, że nie pracowałam, bo byłoby mi wstyd pójść do pracy z taką posiniaczoną twarzą”.

Stałe funkcjonowanie w sytuacji przemocy powoduje niewątpliwie stres i wzmacnia stany lękowe przed następną awanturą domową, co powoduje poczucie tymczasowości własnego życia, które koncentruje się jedynie na przetrwaniu. Może to skutkować poczuciem braku sensu własnego życia i stany apatii. W efekcie ogranicza to motywację do podjęcia decyzji o zmianie swojego życia, co wskazuje także badana:

„Bałam się męża, nikomu nie mówiłam, co się u nas dzieje. Wstydziłam się tego i opinii innych – myślałam, co sobie o nas pomyślą znajomi, czy rodzina. Dzieci także nie znały całej prawdy, nie chciałam ich obarczać swoimi problemami”.

Oceniając motywy skłaniające badaną do podjęcia procesu terapeutycznego można dostrzec, iż były one różnorodne, zaś poziom motywacji do zmiany w jej toku był wysoki. Badana kierowała się równie silnie: dążeniem do poznania i zmiany siebie, dążeniem do zrozumienia przyczyn i mechanizmów powstawania nałogu alkoholowego i dążeniem do usunięcia dolegliwości w związku z występowaniem przemocy domowej. W nieco mniejszym nasileniu występowało u niej oczekiwanie uzyskania wtórnych korzyści z uczęszczania na terapię. Czynniki utrudniające podjęcie decyzji o uczestnictwa w terapii występowały na poziomie niskim, zaś jedynym istotnym w przypadku badanej kobiety, był brak uwewnętrznzonego przekonania o konieczności podjęcia terapii, co oznaczało, iż badana podejmuje próbę uczestnictwa w terapii głównie ze względu na żądania i naciski płynące z otoczenia.

Przed przystąpieniem do terapii badana negatywnie oceniała siebie, co wynikało z oceny różnych jej atrybutów: wyglądu fizycznego, walorów poznawczo-intelektualnych i charakterologicznych. Niewątpliwie powodem tego były negatywne komunikaty kierowane do niej ze strony jej męża, typu:

„Jesteś stara i nikomu niepotrzebna. Gdyby nie ja, to byś zdechła na ulicy. To dzięki mnie możesz jeszcze jakoś żyć”.

W efekcie badana nie mogła akceptować i być zadowolona z siebie, dlatego też dominowało u niej przekonanie, iż jest osobą bezwartościową i złą.

Uczestnictwo badanej w terapii dla kobiet doświadczających przemocy spowodowało, iż samoocena badanej wzrosła do wysokiego poziomu, co świadczy o uogólnionym przekonaniu badanej o własnej wartości, szacunku do siebie i akceptacji siebie. Wzrósł wyraźnie poziom zadowolenia z siebie, co w rezultacie spowodowało zmianę oceny siebie: jako jednostki wartościowej i realistycznego przekonania o dominacji u siebie cech pozytywnych.

Uczestnictwo w terapii zmieniło stan psychofizyczny badanej, który znacznie się poprawił, co przejawia się głównie w braku doznawania poczucia osamotnienia. Pojawiło się po-

czucie samorealizacji, a także akceptacji siebie jako kobiety doświadczającej przemocy. Zmniejszyło się poczucie napięcia i lęku. W jej ocenie jest to wynik terapii, co podsumowuje następująco:

„Gdybym wiedziała, że terapia mi tak pomoże, to zapewne odważyłabym się przyjść wcześniej. Niepotrzebnie się bałam, wstydziłam opowiadać o tym, co działo się w domu. Teraz wiem, że nikt nie ma prawa mnie tak traktować, a w szczególności mąż”.

Ponadto wysoki poziom samooceny świadczy o tym, iż badana zaakceptowała nie tylko siebie za to jakim jest człowiekiem (samoocena ogólna), ale również akceptuje swój wygląd fizyczny, walory poznawczo-intelektualne i charakterologiczne (samooceny częściowe). Uogólniając, w wyniku terapii, badana kobieta uzyskuje poczucie zadowolenia z siebie i swojej postawy życiowej. Dominuje u niej przekonanie, że jest osobą wartościową i dobrą.

Dane z wywiadu

Przed przystąpieniem do terapii badana miała świadomość, iż jest osobą doświadczającą przemocy wewnątrzmałżeńskiej. Zachowania przemocowe jej męża przejawiały się przez używanie wobec niej słów wulgarnych, wyśmiewanie jej i poniżanie, robienie na złość, zmuszanie do posłuszeństwa i usługiwania, wydzielanie i ograniczanie pieniędzy, ograniczanie pożywienia, zakłócanie spokoju nocnego, kierowanie do niej gróźb pozbawienia życia, stosowania przemocy fizycznej w postaci kopania, popychania, szarpania za ubranie, wykręcania ręki, uderzania pięścią w twarz i brzuch:

„Pamiętam, że tego dnia mąż wrócił z pracy pijany. Już od progu zaczął krzyczeć o pieniądze, że za dużo wydaję na jedzenie, że powinnam kupować mniej jedzenia. Gdy odezwałam się do niego, to od razu, bez powodu uderzył mnie z otwartej dłoni w twarz. Wyszedłam z przedpokoju do kuchni, mąż poszedł za mną i dalej mnie wyzywał. Ja próbowałam się tłumaczyć, ale on nie słuchał. Dostał szalu, rzucał we mnie przedmiotami, popychał mnie i szarpał, myślałam, że nie skończy. Następnego dnia kiedy zobaczył u mnie siniaki zapytał się, skąd je mam. Nie pamiętał tego zajścia”.

Sytuacja materialna badanej była zła, gdyż nie pracowała i była na wyłącznym utrzymaniu męża – była zależna finansowo od niego, a on wydelał jej pieniądze na zakupy i opłaty. Ponadto obawa przed kolejnymi aktami przemocy nie pozwalała jej na podjęcie decyzji o odejściu od męża. Wiedziała, że decydując się na rozstanie z nim zostanie bez środków na utrzymanie. Ponadto liczyła, że mąż zmieni się i będą nadal zgodnym małżeństwem.

Przed przystąpieniem do terapii badana miała dobre relacje z dziećmi i rodziną. Lubila się z nimi spotykać, wspólnie spędzać wolny czas. Kiedy mąż zaczął się w domu awanturować odizolował ją od najbliższych, zabraniał kontaktów z koleżankami i rodziną. Zdaniem badanej, mąż obawiał się, że dzieci dowiedzą się, w jaki sposób traktuje ich matkę. Jedynie przypadkowe spotkania z koleżankami dawały badanej możliwość wspólnej rozmowy.

Konkludując, uczestnictwo badanej w procesie terapii dla kobiet doświadczających przemocy spowodowało, iż w jej postawie, postrzeganiu siebie i swojej sytuacji życiowej nastąpiły widoczne zmiany. Po roku terapii badana podjęła decyzję o wniesieniu do Sądu pozwu o separację. Zarejestrowała się w Powiatowym Urzędzie Pracy i rozpoczęła szkolenie, aby następnie podjąć zatrudnienie jako szwaczka obuwia w przedsiębiorstwie prywatnym. Ponadto odważyła się na działania ograniczające przemoc – skontaktowała się z dzielnicowym, który następnie założył Niebieską Kartę. W efekcie została objęta pomocą dzielnicowego i pracownika socjalnego. Wspierają ją dzieci, mąż został zobligowany do podjęcia leczenia odwykowego.

Przypadek 17 - Agnieszka (załącznik 32)

Dane z dokumentacji

Kobieta, lat 36, obecnie rozwiedziona, wykształcenie średnie, pracuje w szpitalu jako pielęgniarka. Posiada dwoje dzieci w wieku 5 i 7 lat.

Sytuacja rodzinna

Badana w okresie dzieciństwa i swojej młodości miała dobre relacje z matką. Ojciec pracował zawodowo w przedsiębiorstwie państwowym jako pracownik fizyczny, matka zajmowała się domem oraz wychowywaniem dzieci. Odkąd pamięta, ojciec nadużywał alkoholu, wszczynał awantury domowe, podczas których wyzywał matkę i bił ją rękoma po całym ciele. Zarówno ona, jak i jej rodzeństwo niejednokrotnie byli świadkami tych awantur. Dopóki byli małymi dziećmi bali się cokolwiek robić, gdyż ojciec krzychał, że także dostaną od niego lanie. Kiedy bracia podrośli, stawali w obronie matki, wzywali policję i przytrzymywali ojca, by nie bił matki. Przez wiele lat matka badanej doświadczała przemocy, nigdy nie złożyła wniosku do Sądu o rozwód. Uważała, iż sprawy domowe należy rozwiązywać w domu, bez udziału Sądu, czy policji. Badana miała zły kontakt z ojcem. Miała do niego żal, że nie dbał o dom, o rodzinę. Nigdy nie interesował się dziećmi.

Przed zawarciem związku małżeńskiego badana miała dobre relacje z matką, sporadycznie kontaktowała się z ojcem, unikała jego towarzystwa. Badana wiedziała, że zawsze może liczyć na pomoc i wsparcie ze strony matki oraz rodzeństwa. Ponadto utrzymywała stały kontakt z koleżankami ze szkoły i pracy. Badana bezpośrednio po ukończeniu szkoły (Liceum Medycznego) podjęła zatrudnienie w szpitalu, tam też poznała swojego męża.

Badana przed przystąpieniem do terapii była w związku małżeńskim. Mąż pracował w kopalni jako kalifaktor.

Wyniki badań

Badana rozpoczynając proces terapeutyczny oceniała siebie negatywnie, co świadczy o uogólnionym przekonaniu o braku własnej wartości, braku szacunku do własnej osoby i nieakceptacji siebie. Ocena ta przejawiała się również w niezadowoleniu z siebie taką jaką była, co determinowało dążenie do przebudowy własnego „Ja”. Oceniała siebie jako osobę zupełnie bezwartościową, miała poczucie, że jest gorsza od innych, nieprzydatna i bezużyteczna. Źródłem jej problemów z samooceną i postawą życiową była niewątpliwie ciągła krytyka i poniżanie przez męża:

„Nieraz słyszałam jak mnie mąż w domu krytykował i wyzywał mnie używając wulgarnych słów. Naśmiewał się ze mnie, że potrafię tylko tyłki podcierać pacjentom, że jestem niezdolna do jakiegokolwiek innej pracy”.

Stan emocjonalny badanej przed przystąpieniem do terapii był obniżony, co świadczyło o złej kondycji psychofizycznej. Występowały u niej widoczne predyspozycje do lęku. Jej postawę wobec innych cechował pesymizm, wycofanie, bezradność i brak poczucia kontroli; doznawała też poczucia osamotnienia i ciągłej niepewności w związku:

„Pamiętam, tego dnia wróciłam z pracy, mąż siedział w fotelu i pił piwo. Był już pijany. Zanim się odezwałam, to dostałam kapciem w twarz. Nie wiedziałam, co się stało. Po chwili wstał z fotela, podszedł do mnie, złapał mnie za włosy i przyciągając moją głowę do siebie krzychał, że mam kochanka, że go zdradzam. Próbowalam się tłumaczyć, że to nieprawda, ale nie słuchał, bił mnie po twarzy i głowie, krzychał, że mnie zabije”.

Przemoc jakiej doświadczała badana wpłynęła negatywnie na jej postawę wobec życia. Przed podjęciem terapii charakteryzował ją brak ukierunkowania w życiu, brak życiowych celów do realizacji, brak przekonania o wartości własnego życia i brak pozytywnych doświadczeń związanych z aktywnością celową. Ponadto badana miała przekonanie o niezrozumiałości zmian w życiu, doświadczała nieuporządkowania własnej aktywności życiowej i brak rozumienia własnego życia. Badana nie była przekonana o możliwości kierowania własnym życiem i możliwości podejmowania przez nią decyzji. Brak było u niej chęci do podejmowania jakichkolwiek zmian w swoim życiu, uważała, że jej życie jest niezmiennie, monotonne:

„Myślałam, że moje małżeństwo będzie inne niż mojej mamy, starałam się. Tak było na początku, nie wiem co się stało, że mąż się zmienił. Być może powodem była zmiana stanowiska pracy. Może awans na niego tak źle wpłynął? Zaczął więcej zarabiać, spotykać się po pracy z kolegami na piwie. Mąż zaczął zaniedbywać dom, dzieci i mnie. Nie był już taki czuły dla mnie jak kiedyś”.

Stres oraz lęk przed tym, co się wydarzy, czyli następną awanturą domową, powodował, iż badana wycofała się z aktywnego życia, nie utrzymywała kontaktów z rodziną i przyjaciółmi. Jedynymi osobami z jakimi miała kontakt to koleżanki z pracy, które z biegiem czasu domyśliły się, jaka jest jej sytuacja domowa.

Oceniając motywy skłaniające badaną do podjęcia procesu terapeutycznego można dostrzec, iż badana wybrała wiele motywów, które potwierdzały fakt bycia ofiarą przemocy domowej oraz uzasadniały wybór uczestnictwa w grupie terapeutycznej. Występował u niej średni poziom motywacji do podjęcia procesu terapeutycznego, zaś do najważniejszych motywów należały: dążenie do poznania i zmiany siebie oraz dążenie do usunięcia dolegliwości w związku z występowaniem przemocy domowej. Mniej istotne okazało się dążenie do zrozumienia przyczyn i mechanizmów powstania nałogu alkoholowego u męża, jak również oczekiwanie uzyskania wtórnych korzyści z uczęszczania na terapię. Czynniki utrudniające podjęcie decyzji o uczestnictwie w terapii występowały na poziomie niskim. Wśród istotnych, ale słabo zaznaczających się blokad, pojawiła się tendencja do unikania uczestnictwa w terapii (lęk przed terapią i jej konsekwencjami) i brak wewnętrznego przekonania o potrzebie, czy konieczności jej podjęcia (uczestnictwo w terapii ze względu na żądania i naciski płynące ze strony osób bliskich i znajomych).

Ponadto przed przystąpieniem do terapii badana negatywnie oceniała siebie, nie akceptując różnych swoich cech, a głównie odnoszących się do jej wyglądu fizycznego cech charakteru, które najczęściej są deprecjonowane przez sprawców przemocy. Oczywiście wynikało to ze słów krytyki ze strony męża: „*Nie mogę na Ciebie patrzeć, brzydzę się Ciebie*”. Komunikaty tego typu musiały powodować, iż badana była niezadowolona z siebie, co skutkowało dominacją przekonania, iż jest osobą bezwartościową.

Po upływie roku terapii u badanej nastąpiły niewielkie zmiany w samoocenie, jednak w kierunku pozytywnym (średni poziom). I tak, uczestnictwo w grupie terapeutycznej dla kobiet doświadczających przemocy spowodowało, iż ze zdecydowanie negatywnej samooceny badana doświadcza obecnie ambiwalencji w ocenie własnej wartości, w mniejszym stopniu ma poczucie, że jest niegodna szacunku, jest umiarkowanie zadowolona z siebie takiej jaką jest. Ma jeszcze poczucie, że wykonuje różne rzeczy niedostatecznie dobrze, jednakże nie obawia się już trudności, które może napotkać w podejmowaniu różnych zadań i problemów. Ponadto u badanej widoczne jest konstruktywne dążenie do przebudowy własnego „Ja”, zniekształconego na skutek doświadczenia przemocy.

Pomimo tego, że poziom samooceny zwiększył się nieznacznie, jednak dotyczy to głównie zgeneralizowanego postrzegania siebie (samoocena globalna i ogólna), co wyznaczają jednak jedynie bardziej znaczące zmiany w kierunku pozytywnej oceny własnych cech charak-

terologicznych i słabe zmiany w ocenie swoich walorów poznawczo-intelektualnych (samoocena w sferze fizycznej nie zmieniła się, zaś ocena w sferze społeczno-moralnej nawet uległa destrukcji). Generalnie jednak, badana jest bardziej zadowolona z siebie i swojej postawy życiowej, zaczyna pojawiać się przekonanie, że jest osobą wartościową i dobrą.

Uczestnictwo w terapii zmieniło stan psychofizyczny badanej. Badana rzadziej przeżywa stany lękowe, ma poczucie możliwości samorealizacji i zaczyna przejawiać postawę samoakceptacji. Nie doznaje już tak dojmującego poczucia osamotnienia i zaczyna akceptować siebie jako kobietę doświadczającą przemocy. U badanej występuje przekonanie o posiadaniu jasnych i dobrze określonych celów życiowych, jej życie zostało uporządkowane, a ona zaakceptowała własną egzystencję. Ponadto badana ma przekonanie, że to ona jest autorem własnych decyzji i działań oraz, że ponosi za nie odpowiedzialność. Posiada motywację do podejmowania nowych wyzwań, pragnie wyjść z rutyny dotychczasowego życia.

Dane z wywiadu

Przed przystąpieniem do terapii badana miała świadomość, iż doświadcza przemocy ze strony swojego męża. Powodem podjęcia terapii były namowy ze strony matki oraz rodzeństwa:

„Kiedy moja matka dowiedziała się, że mąż mnie bije, natychmiast do mnie przyjechała. Prosiła mnie, abym nie popełniła takiego samego błędu jak ona wiele lat temu. Płakała, kiedy widziała mnie i siniaki jakie miałam na rękach i twarzy. Tłumaczyła mi, że jeśli nic nie zrobię, to nie tylko skrzywdzę siebie, ale dzieci także, bo widzą ojca pijanego i ciągle awanturującego się”.

Zachowania przemocowe męża przejawiały się w formie używania słów wulgarnych, wyśmiewania, poniżania, robienia na złość, wydzielania i ograniczania pieniędzy na zakupy, popychania i szarpania za odzież, włosy:

„Mąż na początku tylko mnie poniżał, wyśmiewał się ze mnie. Kiedy nie reagowałam, to jeszcze bardziej się denerwował. Bez powodu podchodził do mnie, łapał mnie za włosy, ciągnął i wyzywał mnie. Kiedy się broniłam, to kopał mnie po nerkach, uderzał z pięści w głowę. Śmiał się ze mnie kiedy płakałam, krzyczał, że nic mu nie zrobię, nie udowodnię, że mnie bije, bo tam gdzie bije nie będzie śladów. Straszyl mnie, że ma kolegów na policji i zanim tam dojdę, to on będzie wszystko wiedział. Później będę żałowała, że byłam na policji. Nic nie robiłam, siedziałam cicho, modliłam się, aby był spokój”.

Sytuacja materialna badanej nie pozwalała na podjęcie decyzji o odejściu od męża, bo choć pracowała, otrzymywała zdecydowanie mniejsze wynagrodzenie z tytułu zatrudnienia niż jej mąż. Dlatego też miała obawy, czy utrzyma siebie i dzieci z jej pensji. Ponadto liczyła, że mąż się zmieni, bo pragnęła ratować i stworzyć dla dzieci prawdziwą rodzinę.

Uczestnictwo badanej w procesie terapii dla kobiet doświadczających przemocy spowodowało, iż w jej postawie, postrzeganiu siebie i swojej sytuacji życiowej nastąpiły znaczące zmiany w kierunku pozytywnym, a choć nie są one wyraźne w zakresie przemian osobowościowych, to jednak w aspekcie działania jej sytuacja życiowa się zmieniła.

Po upływie roku terapii badana zdecydowała się rozstać z mężem, złożyła do Sądu wnioski o rozwód. Zostały przyznane jej alimenty dla dzieci, mąż wyprowadził się z mieszkania. Ponadto badana zdecydowała się i złożyła na policji zawiadomienie o znęcaniu się nad nią przez męża.

Przypadek 18 - Grażyna (załącznik 33)

Dane z dokumentacji

Kobieta, lat 61, obecnie rozwiedziona, wykształcenie podstawowe, nie pracuje. Posiada czworo dorosłych dzieci w wieku 21, 25, 33, 38 lat.

Sytuacja rodzinna

Badana w okresie dzieciństwa i swojej młodości miała złe relacje z rodzicami. Matka nie pracowała, czasami zajmowała się domem i dziećmi. Ojciec pracował dorywczo na budowie. Rodzice badanej nadużywali alkoholu, bardzo często w domu były awantury. Ojciec stosował przemoc, kiedy był pijany, stawał się agresywny, bił matkę, zdarzało się, że bił także dzieci. Sytuację rodzinną opisuje badana następująco:

„Z dzieciństwa pamiętam tylko wódkę, krzyki, bijatykę. Nie miałam normalnego dzieciństwa. Na co dzień widziałam pijących rodziców, a później awantury między nimi. Ojciec bił matkę, widziałam jak ją tłucze z pięści po głowie i twarzy, kopie po całym ciele. Matka mu oddawała, czasami łapała za nóż i biegła do ojca. Bałam się, że dojdzie do tragedii. Byłam najstarsza i musiałam zajmować się młodszym rodzeństwem, starałam się je chronić przed pijanymi rodzicami”.

Zdaniem badanej rodzice mieli zły kontakt zarówno z nią, jak i młodszym rodzeństwem. Nie interesowali się dziećmi, nie dbali o dom. Sytuacja jaka panowała w domu rodzinnym nie pozwoliła na ukończenie szkoły przez badaną:

„Pamiętam, że chodziłam do szkoły zawodowej, chciałam być krawcową, nawet miałam dobre oceny, ale gdy w domu codziennie były awantury, nie mogłam spokojnie uczyć się. Młodsze rodzeństwo przychodziło do mnie, bo bało się rodziców. W końcu w drugiej klasie przerwałam naukę, zajęłam się rodzeństwem, próbowałam zmienić matkę, prosiłam, by nie piła, ale to było na nic”.

Przed zawarciem związku małżeńskiego relacje badanej z rodzicami były zaburzone. Utrzymywała z nimi sporadyczne kontakty, gdyż miała do nich żal, że nie byli dobrymi rodzicami. Utrzymywała natomiast stały kontakt z rodzeństwem, wspólnie wspierali się.

Badana przed przystąpieniem do terapii była w związku małżeńskim, nie pracowała. Mąż pracował w prywatnym przedsiębiorstwie budowlanym jako pracownik budowlany.

Wyniki badań

Rozpoczynając proces terapeutyczny badana oceniała siebie negatywnie i nie akceptowała siebie, była przekonana o braku własnej wartości i nie miała do siebie szacunku. Negatywna samoocena wiązała się także z niezadowoleniem z siebie taką jaką była, co włączało dążenie do przebudowy własnego „Ja”. Postrzegała siebie jako osobę mało zdolną, nieinteligentną, nieradzącą sobie w rozwiązywaniu różnych problemów. Wymagała dużego wsparcia ze strony otoczenia. Ponadto oceniała siebie jako osobę zupełnie bezwartościową, miała poczucie, że jest gorsza od innych, nieprzydatna i bezużyteczna. Powodem tego był fakt, iż była przez wiele lat krytykowana i poniżana przez męża, co odbiło się negatywnie na jej samoocenie:

„Odkąd pamiętam to byłam dla męża śmieciem, nikim. Mąż mnie za wszystko krytykował, musiałam potwierdzać, że ma rację, inaczej była awantura”.

„Stan emocjonalny badanej przed przystąpieniem do terapii był obniżony, co świadczyło o złej kondycji psychofizycznej. Występowały u niej wyraźne predyspozycje do przeżywania lęku. Jej postawa wobec innych charakteryzowała się pesymizmem, wycofaniem, bezradnością oraz brakiem poczucia skuteczności własnych działań, co wpisuje się w charakterystykę stanów

emocjonalnych występujących u osób doświadczających przemocy. Jej sytuację psychologiczną, prowadzącą do poczucia wyuczonej bezradności, opisują słowa:

„Kiedy mąż wracał z pracy zły, po drodze kupował wódkę. W domu kazał mi z nim pić alkohol. Kiedy odmawiałam, to mnie bił. Zazwyczaj kopał mnie i szarpał za włosy. Jak to nie pomagało, to rzucał mną o ścianę. On jest większy i silniejszy ode mnie, nie miałam siły przed nim się bronić. Wtedy jeszcze dzieci były za małe, aby mnie bronić, nie było telefonów w domach. Nikt nie reagował kiedy krzyczałam i wołałam o pomoc”.

Przemoc jakiej doświadczała badana wpłynęła negatywnie na jej postawę wobec życia. Przed podjęciem terapii badana miała poczucie nieukierunkowania w życiu, nie potrafiła określić własnych celów życiowych i ich realizować, co skutkowało brakiem przekonania o wartości własnego życia, zaś przekładało się na poczucie braku kontroli nad własnym życiem ze względu na brak pozytywnych doświadczeń związanych z aktywnością celową. Ponadto miała przekonanie o niezrozumiałości zmian w życiu, doświadczała nieuporządkowania własnej aktywności życiowej, cechował ją brak rozumienia własnego życia. Nie była przekonana o możliwości kierowania własnym życiem i podejmowania przez siebie autonomicznych decyzji. Nie przejawiała chęci do podejmowania jakichkolwiek działań służących zmianie w jej życiu, uważała, że jej życie jest niezmiennie, monotonne (i takie będzie już zawsze):

„Kiedy zaczęłam się spotykać z mężem, przed ślubem wydawał się fajnym facetem. Chciałam szybko wyjść za mąż, gdyż sytuacja w moim domu rodzinnym była nieciekawa. Szybko wyszłam za mąż, pamiętam, że pierwszy raz mąż mnie uderzył podczas naszego wesela. Podczas oczepin zatańczyłam z jego bratem. Mąż uważał, że za blisko tańczyliśmy. Wyprowadził mnie z sali i uderzył w twarz, zapytał się mnie, czy wiem za co dostałam. Byłam w szoku, nie wiedziałam, co mam zrobić. Później takich sytuacji było dużo. Przy każdej awanturze słyszałam, że jestem do niczego, że nic nie potrafię i zginę bez niego. Słuchałam i przytakiwałam, bo inaczej wiedziałam, że mnie zbije”.

Oceniając motywy skłaniające badaną do terapii można dostrzec, iż wybrała wiele motywów, co przekłada się na wysoki poziom motywacji do podjęcia procesu terapeutycznego. W zasadzie wszystkie typy motywów ujawniły się w równym stopniu, czyli dążenie do poznania i zmiany siebie, dążenie do zrozumienia przyczyn i mechanizmów powstania nałogu alkoholowego u męża, dążenie do sunięcia dolegliwości w związku z występowaniem przemocy domowej, zaś nieco słabiej (ale wyraźnie) oczekiwała uzyskania wtórnych korzyści z uczęszczania na terapię. Czynniki utrudniające podjęcie decyzji o uczestnictwie w terapii występowały na poziomie niskim, zaś wyznaczał je jedynie brak poczucia konieczności podjęcia terapii, co wskazuje, że badana podjęła próbę uczestnictwa w terapii ze względu na żądania i naciski płynące z otoczenia, tj. ze strony osób bliskich i znajomych. Potwierdzają to jej słowa z wywiadu:

„Przez 30 lat mąż znęcał się nade mną, a ja mu jeszcze urodziłam czworo dzieci. Przez te wszystkie lata pozwalałam na to, by mnie bił, poniżał, krytykował przy dzieciach i rodzinie. Nie potrafiłam podjąć decyzji, by odejść od męża. Chciałam stworzyć dla dzieci normalny dom, ale się nie udało. Gdyby nie dzieci, to zapewne dalej bym mieszkała z mężem. To dzięki dzieciom odważyłam się na zmiany w swoim życiu, to dla nich to robię”.

Ponadto przed przystąpieniem do terapii badana oceniała siebie jako osobę mało wytrwałą we własnych dążeniach, mało ambitną i nierozważną w podejmowaniu decyzji. Brakowało jej odwagi, aby bronić swoich poglądów. Ponadto nie miała poczucia wsparcia ze strony innych osób w sytuacjach dla niej trudnych i stresowych. Czuła się niekochana i niedoceniana. Miała poczucie, że jest osobą mało znaczącą dla bliskich – męża i czasem też dzieci, w sytuacjach zagrożenia miała poczucie opuszczenia, pozostawienia samej sobie. Nic dziwnego, że badana nie akceptowała siebie, co wynikało z samooceny różnych jej atrybutów: głównie

fizycznych i poznawczo-intelektualnych, a w mniejszym stopniu, ale znacząco, walorów społeczno-moralnych i charakterologicznych. Dominowało u niej przekonanie, iż jest osobą bezwartościową, złą i niegodną miłości, czego podstawą było niewątpliwie złe traktowanie przez męża, mające też formę ostrej krytyki werbalnej.

Po upływie roku terapii u badanej nastąpiły widoczne zmiany w samoocenie. I tak, uczestnictwo w grupie terapeutycznej dla kobiet doświadczających przemocy spowodowało, iż jej samoocena osiągnęła wysoki poziom, co świadczy o jej zgeneralizowanym przekonaniu o własnej wartości, szacunku wobec własnej osoby i akceptacji siebie. Po terapii, można powiedzieć, że jest osobą zadowoloną z siebie taką, jaką jest na co dzień, nie występują u niej wyraźne tendencje do przebudowy własnego „Ja”, której wszak już częściowo dokonała w procesie terapeutycznym i dzięki działaniom sprawczym. Ponadto ocenia siebie jako osobę wartościową, u której dominują cechy pozytywne. Jest przekonana o własnej przydatności i użyteczności. Ponadto chce podjąć nowe wyzwania związane z konstruktywną przebudową (zmianą) swego życia, nie obawia się trudności, które może napotkać w podejmowaniu nowych zadań. Wzrost poziomu samooceny świadczy o pozytywnym globalnym wartościowaniu siebie, a więc ogólnej akceptacji własnej osoby i konkretnych walorów: poznawczo-intelektualnych, społeczno-moralnych i charakterologicznych, w nieco mniejszym stopniu fizycznych (co jednak może wyznaczać także wiek). Badana jest zadowolona z siebie i swojej postawy. Dominuje u niej przekonanie, że jest osobą wartościową i dobrą.

Uczestnictwo w terapii zmieniło też wyraźnie stan psychofizyczny badanej: rzadziej przeżywa stany lękowe, ma poczucie samorealizacji i przejawia postawę samoakceptacji. Nie doznaje już poczucia osamotnienia i zaakceptowała siebie jako kobietę doświadczającą przemocy, co wymaga dużej odwagi. U badanej występuje przekonanie o posiadaniu jasnych i dobrze określonych celów życiowych, jej życie zostało uporządkowane, a ona zaakceptowała własną egzystencję. Ponadto badana ma przekonanie, że to ona jest autorem własnych decyzji i działań oraz, że ponosi za nie odpowiedzialność. Posiada motywację do podejmowania nowych wyzwań, pragnie wyjść z rutyny dotychczasowego życia.

Dane z wywiadu

Przed przystąpieniem do terapii badana miała świadomość, iż przez wiele lat doświadcziała przemocy ze strony swojego męża:

„Nie wiem jak mogłam wytrzymać te 30 lat poniżania i bicia. Wiem tylko jedno, robiłam to dla dzieci, nie chciałam, aby one były bite. Wystarczy jak widziały, co ze mną robił mąż”.

Zachowania przemocowe ze strony męża miały różny charakter – przejawiały się głównie w używaniu wulgarnych słów, wyśmiewaniu, poniżaniu, robieniu na złość, wydzielaniu i ograniczaniu pieniędzy na zakupy, popychaniu na meble, ścianę, szarpaniu odzieży i włosów, groźeniu przy użyciu noża, uderzaniu „z pięści i z otwartej dłoni” po twarzy, głowie i całym ciele, zmuszaniu do kontaktów seksualnych i wspólnego spożywania alkoholu:

„Zawsze kiedy mąż był niedopity musiałam chodzić do sklepu i kupować mu wódkę. Kiedy nie miałam na to pieniędzy, to wyzywał mnie i kazał pożyczyć od sąsiadów. Nie interesowało go, skąd wezmę pieniądze, on musiał mieć wódkę. Kiedy był niedopity to szukał zaczepki. Chodził po mieszkaniu i krytykował mnie, prowokował mnie do kłótni. Wiedziałam, że nie mogę się odzywać. Siedziałam cicho, to także mu przeszkadzało. Podchodził do mnie i bez powodu mnie popychał, najpierw delikatnie, ale po chwili to już odbijałam się od ścian. Pamiętam, że raz mnie tak pchnął na ścianę, że nie zdążyłam twarzy zasłonić rękoma, wtedy uderzyłam się i miałam złamany nos. Innym razem, kiedy był zły to mnie uderzał z pięści po głowie, cieszył się kiedy jęczałam, bo bolało. Przeważnie robił to kiedy dzieci spały, nie mieliśmy w domu telefonu, nie miałam jak zadzwonić na policję. Nie krzyczałam, nie chciałam budzić dzieci. Nikt z sąsiadów nie słyszał awantury, dziwnie się tylko na mnie patrzyli następnego dnia, kiedy miałam na twarzy i rękach

Sytuacja materialna badanej nie pozwalała jej podjąć decyzji o odejściu od męża, gdyż nie posiadała stałego zatrudnienia, była na jego wyłącznym utrzymaniu. Ponadto, bardzo obawiała się zemsty ze strony męża, kiedy dowie się, że chce od niego odejść. Badana liczyła także, że mąż zmieni się, podejmie terapię i uspokoi się.

Uczestnictwo badanej w procesie terapii dla kobiet doświadczających przemocy spowodowało, iż w jej postawie oraz postrzeganiu siebie i swojej sytuacji życiowej nastąpiły zmiany. W jej trakcie zdecydowała się złożyć zawiadomienie do Prokuratury o znęcaniu się nad nią przez męża. Ponadto odważyła się złożyć do Sądu pozew o rozwód. Została objęta pomocą przez dzielnicowego i pracownika socjalnego w ramach wszczętej procedury Niebieskiej Karty. Dzieci wspierają ją i pomagają jej finansowo. Mąż zaś otrzymał postanowienie o opuszczeniu lokalu mieszkalnego.

Przypadek 19 - Maria (załącznik 34)

Dane z dokumentacji

Kobieta, lat 61, mężatka, wykształcenie podstawowe, pobiera świadczenie emerytalne. Posiada troje dorosłych dzieci (19, 30, 35 lat).

Sytuacja rodzinna

Badana w okresie dzieciństwa i swojej młodości miała bardzo dobre relacje z rodzicami. Pochodzi z rodziny wielodzietnej (miała 6 rodzeństwa), która mieszkała na wsi. Matka zajmowała się domem i dziećmi. Rodzice prowadzili duże gospodarstwo rolne, hodowali drób. Źródłem utrzymania rodziny była praca w gospodarstwie rolnym, dodatkowo ojciec badanej zatrudniał się w ówczesnych Państwowym Gospodarstwie Rolnym jako kierowca. W domu nie nadużywano alkoholu, nie było awantur, atmosfera była przyjazna. Rodzice dbali o dom i dzieci. Utrzymywali stałe kontakty z dalszą i bliższą rodziną.

Przed zawarciem związku małżeńskiego badana miała dobre relacje z rodzicami i rodzeństwem. Utrzymywała też kontakty z koleżankami ze szkoły.

Przed przystąpieniem do terapii była w związku małżeńskim, jej mąż nie pracował, otrzymywał świadczenie emerytalne.

Wyniki badań

Badana, rozpoczynając proces terapeutyczny, posiadała niską samoocenę, co świadczyło o jej zgeneralizowanym przekonaniu o braku własnej wartości i braku szacunku do własnej osoby. Była niezadowolona z siebie, wstydziła się tego, kim jest i jaką jest osobą. Potrzebowała wsparcia w potwierdzeniu poczucia własnej wartości, miała problemy z akceptacją swoich zasobów intelektualnych, których nie była pewna. Negatywnie oceniała swoje relacje z innymi ludźmi. Powodem takiej postawy była krytyka jakiejś doświadczała ze strony swojego męża:

„Jesteś tak samo głupia, jak ta nasza córka. Nie wiem po co zajmujesz się nią, trzeba było oddać ją do opieki i miałabyś spokój na stare lata. Nie mam zamiaru przejmować się nią i tobą. Jesteś głupia, nic na to nie poradzę”.

Badana miała też wyraźne problemy z postrzeganiem siebie jako osoby godnej zaufania, życzliwej innym osobom, otwartej i szczerzej. Negatywnie oceniała swoje cechy charakterologiczne, uważając, że jest osobą mało wytrwałą we własnych dążeniach i mało ambitną, brakowało jej odwagi, by bronić swoich poglądów.

Stan emocjonalny badanej przed przystąpieniem do terapii był obniżony, jej kondycja psychofizyczna była zła. Wyraźnie występowały u niej predyspozycje do lęku. Jej postawę wobec innych cechowało wycofanie, w relacjach z innymi czuła się bezradna, w codziennych sytuacjach życiowych wykazywała się brakiem zaradności. Ogólnie, nie akceptowała samej siebie. Są to typowe stany emocjonalne i cechy charakterologiczne występujące u osób doświadczających przemocy. Ponadto miała poczucie, że jest osobą mało znaczącą dla męża, nie doświadcziała pozytywnych emocji z jego strony:

„Odkąd mąż przeszedł na emeryturę zmienił się. Częściej przebywał poza domem, był albo na działce, albo z kolegami w pijalni piwa. Do domu wracał pijany. Miałam na początku wrażenie, że nie może pogodzić się z tym, że już nie pracuje, ale myliłam się. Mąż nie chciał siedzieć w domu z naszą chorą córką, nie chciał się nią opiekować, wstydził się jej. Nasza najmłodsza córka urodziła się z zespołem Downa, mnie mąż obarczył winą za chorobę dziecka. Kiedy jest tylko pod wpływem alkoholu, to mnie wyzywa i krzyczy, że przeze mnie teraz musi się na ulicy wstydzić. Jest mi przykro z tego powodu. Nie odzywam się, gdyż jestem także zależna finansowo od niego, nie mam dochodów”.

Przemoc doświadczana przez badaną wpłynęła negatywnie na jej postawę wobec życia. Przed podjęciem terapii nie potrafiła określić swoich celów życiowych i tym samym nie była zdolna ich realizować, co dodatkowo powodować mogło u niej brak przekonania o wartości siebie i własnego życia, a także powodowało, że nie miała pozytywnych doświadczeń związanych z aktywnością celową. Była także przekonana, że jej życie jest niezrozumiałe, a zmiany zachodzące w nim są niezależne od niej (niezrozumiałość zmian w życiu), stąd miała poczucie nieuporządkowania własnej aktywności życiowej, powodującego brak przekonania o możliwości kierowania własnym życiem. Decyzje, jakie odejmowała, postrzegała jako niezależne od niej, twierdziła iż uwarunkowane są one różnymi zewnętrznymi czynnikami:

„Myślałam, że moje małżeństwo było udane. Mąż pracował w kopalni, całkiem nieźle zarabiał. Ja siedziałam w domu i opiekowałam się dziećmi. Kiedy dwie starsze córki podrosły poszłam do pracy, przez całe życie pracowałam w sklepie jako sprzedawca, ciężko było, ale nie narzekałam. Później po wielu latach małżeństwa urodziłam trzecią córkę, u której stwierdzono zespół Downa. Musiałam zrezygnować z pracy, opiekowałam się dzieckiem. Mąż pomagał mi w opiece, ale po kilku latach zmienił się. Był wobec mnie oschły, unikał mnie w domu, nie chciał pomagać w pracach domowych. Twierdził, że jak siedzę w domu, to mam czas na wszystko. Zdarzało się, że wracał z pracy pod wpływem alkoholu, wtedy tylko awanturował się i wyzywał mnie i córkę, nie bił mnie, ani córki”.

Strach przed następną awanturą domową i przemocą jakiej doświadczała, poczucie ciągłego napięcia związanego z doświadczanym stresem, powodował, iż nie miała poczucia sensu własnego życia i często doświadczała stanów apatii. Nie miała siły i motywacji do podjęcia decyzji o zmianie swojego życia, które traktowała jako niezmiennie:

„Przez wiele lat tolerowałam zachowanie męża. Nie robiłam mu wyrzutów, że pije i awanturuje się. Nie skarżyłam się starszym córkom, które mieszkają w Anglii, na zachowanie ojca. Myślałam, że się zmieni na stare lata. Teraz nie mogę wytrzymać jego awantur, poniżania mnie i krytykowania na każdym kroku. Dodatkowo mąż staje się agresywny wobec mnie, coraz częściej podnosi na mnie rękę. Biję mnie ręką po twarzy, krzycząc przy tym, że nie może się na mnie patrzeć, że już czas, bym zdechła”.

Oceniając motywy skłaniające badaną do podjęcia procesu terapeutycznego można dostrzec, iż badana kierowała się wieloma motywami, co przekłada się na bardzo wysoki poziom motywacji do podjęcia procesu terapeutycznego (wynik maksymalny), co świadczy o tym, że jej sytuacja życiowa i trudy własnego życia stały się dla niej nie do zniesienia. Kieruje się zatem deklaratywnie zarówno dążeniem do poznania i zmiany siebie, dążeniem do zrozumienia przyczyn i mechanizmów powstawania nałogu alkoholowego męża, dążeniem do usunięcia dolegliwości związanych z występowaniem przemocy domowej, jak również oczekuje wtór-

nych korzyści z uczęszczania na terapię. Czynniki utrudniające podjęcie decyzji o uczestnictwie w terapii występowały na poziomie niskim, co jest logiczne w sytuacji tak wysokiej motywacji do działań służących zmianie. Ujawniły się jedynie w niewielkim stopniu dwie blokady: tendencja do zaprzeczania, iż jest ofiarą przemocy domowej i powiązana z nią tendencja zaprzeczania konieczności terapii, czyli kierowanie się żądaniami i naciskami płynącymi z otoczenia.

Po roku terapii u badanej zaobserwowano wyraźne zmiany w jej samoocenie ogólnej w kierunku pozytywnym, choć doświadcza ona jeszcze stanów ambiwalencji oceniając siebie i własne działania. Uczestnictwo w grupie terapeutycznej dla kobiet doświadczających przemocy spowodowało wzrost poziomu samooceny (poziom średni), nieco lepiej ocenia własną wartość i w mniejszym stopniu ograniczone jest poczucie bycia godną szacunku (we własnych oczach i w oczach innych). Ponadto u badanej pojawiało się konstruktywne dążenie do przebudowy własnego „Ja”:

„Moje córki, z którymi mam dobry kontakt, dobrze mi doradzały, bym w końcu zmieniła swoje życie, bym nie pozwalała na takie traktowanie swojemu mężowi. Wcześniej nie słuchałam córek, bo myślałam, że sama poradzę sobie z tym, miałam nadzieję, że mąż zmieni się, przestanie pić i awanturować się w domu”.

Ogólnie w wyniku terapii globalny poziom samooceny badanej wzrósł, co świadczy o większej akceptacji własnej osoby, a w szczególności wyglądu fizycznego. W pozostałych sferach zmiany w samoocenie są nieznaczne. Badana jest bardziej zadowolona z siebie i swojej postawy życiowej. Dominuje u niej przekonanie, że jest osobą wartościową i dobrą.

Uczestnictwo badanej w terapii spowodowało także poprawę jej stanu psychofizycznego – nie doświadcza już poczucia osamotnienia, ma poczucie samorealizacji. Udało się jej zaakceptować siebie jako kobietę doświadczającą przemocy:

„Wcześniej nie dopuszczałam myśli do siebie, że mogę mówić o sobie, że jestem ofiarą przemocy domowej. Zawsze słyszałam, że w domach różnych dzieje się źle, ale nie przypuszczałam, że mnie to spotka w tym wieku. Pomimo, że mąż mnie źle traktuje, ja nie poddam się. Działam ostro w warsztatach terapii zajęciowej, w których uczestniczy również moja córka, wiem, że mogę tam realizować swoje pasje. Nie poddam się”.

Dane z wywiadu

Przed przystąpieniem do terapii u badanej występowała tendencja do zaprzeczania, iż jest ofiarą przemocy domowej. Wstydziała się komukolwiek powiedzieć, iż doświadcza przemocy ze strony męża, zarówno psychicznej, jak i fizycznej. Zachowania przemocowe męża badanej przyjmowały różne formy: używanie wobec niej wulgarnych słów, wyśmiewanie jej i poniżanie, niszczenie rzeczy osobistych, zmuszanie do posłuszeństwa, wydzielanie i ograniczanie pieniędzy, a także stosowanie przemocy fizycznej w postaci popychania, szarpania za ubranie i włosy, uderzania ręką oraz pięścią w plecy i po twarzy. Opisuje to następująco:

„Starałam się nigdy nie krytykować męża, kiedy był pijany, bo wiedziałam, że dostaje furii. Nie zawsze też wytrzymałam, aby mu nie odpyskować. Serce mi pękało jak wyzywał naszą najmłodszą córkę. Przeważnie zaczynał do niej krzyczeć, że jest darmozjadem, nierobem, głupkiem i że będzie na jego utrzymaniu do końca życia, bo jest debilem. Kiedy skończył wyzywać córkę, zaczynał do mnie krzyczeć, że powinnam już dawno zdechnąć, że czas już na mnie. Wyśmiewał się ze mnie, że jestem stara, schorowana, że bez niego zdechnę z głodu. Miał satysfakcję, że zmuszał mnie, abym prosiła go o pieniądze na zakupy, robiłam to bo nie miałam innego wyjścia. Kiedy pyskowałam do męża to podchodził do mnie i bez zastanowienia się popychał mnie na meble albo ściany. Krzyczał, że jak tylko się odezwę to mnie zabije. Oprócz tego szarpał mnie za włosy, jak nie dawało mu to satysfakcji to bił po twarzy. Córka to widziała, płakała, uciekała z domu do sąsiadki. To sąsiadka przeważnie wzywała policję, ja nie miałam telefonu komórkowego”.

Sytuacja materialna badanej była niekorzystna, gdyż nie pracowała i nie miała swoich środków pieniężnych. Otrzymywała jedynie zasiłek stały przyznawany z Opieki Społecznej na niepełnosprawną córkę, a więc wraz z nią była na wyłącznym utrzymaniu męża, stąd było jej bardzo trudno podjąć decyzję o odejściu od męża. Ponadto zależało jej na tym, aby stworzyć dla córki normalną rodzinę, gdyż wiedziała, że jest ona zależna od nich do końca życia.

Przed przystąpieniem do terapii badana miała dobre relacje z córkami i rodziną. Sytuacja w małżeństwie także była stabilna. Kiedy mąż pracował zachowywał się względem badanej dobrze, zdarzało się, że do domu wracał pod wpływem alkoholu, ale nie był agresywny i nie awanturował się. Sporadycznie w domu dochodziło do konfliktów, które szybko były wyjaśniane. Dopiero 5 lat przed rozpoczęciem terapii sytuacja w domu badanej zmieniła się radykalnie. Mąż stał się nerwowy, wszczynał awantury domowe, zaczął stosować przemoc. Odizolował badaną od rodziny, zabraniał kontaktować się z koleżankami, gdyż obawiał się, że rodzina i koleżanki dowiedzą się, w jaki sposób jest traktowana przez męża.

Uczestnictwo w procesie terapii dla kobiet doświadczających przemocy spowodowało, iż zdecydowała się zmienić swoje życie. Została zmotywowana do podjęcia decyzji o złożeniu do Sądu wniosku o przydzielenie alimentów na córkę. Ponadto otrzymała świadczenie emerytalne z uwagi na wcześniej przepracowane lata i osiągnięty wiek emerytalny. Jej sytuacja finansowa jest stabilna, dodatkowo otrzymuje wsparcie finansowe od córek mieszkających w Anglii. Została też objęta pomocą ze strony dzielnicowego w ramach procedury Niebieskiej Karty.

Przypadek 20 - Ania (załącznik 35)

Dane z dokumentacji

Kobieta, lat 37, rozwiedziona, wykształcenie wyższe, pracuje. Posiada jedno dziecko w wieku przedszkolnym.

Sytuacja rodzinna

Badana w dzieciństwie i wczesnej młodości miała bardzo dobre relacje z rodzicami. Pochodzi z rodziny wielopokoleniowej. Przed wyprowadzeniem się z domu rodzinnego mieszkała wspólnie z rodzicami, dziadkami oraz bratem i jego rodziną. Mieszkali na wsi, w południowo-wschodniej części kraju. Matka zajmowała się domem i gospodarstwem rolnym. Ojciec pracował jako zawodowy kierowca, a po pracy pomagał żonie i swoim rodzicom w pracy w gospodarstwie domowym. W domu nie nadużywano alkoholu, nie było awantur, atmosfera była przyjazna. Rodzice dbali o dom i dzieci. Utrzymywali stałe kontakty z dalszą i bliższą rodziną.

Przed zawarciem związku małżeńskiego badana miała dobre relacje z rodzicami i bratem. Utrzymywała też kontakty z koleżankami ze studiów.

Przed przystąpieniem do terapii badana kobieta pozostawała w związku małżeńskim, pracowała w firmie przy Kombinacie Górniczo-Hutniczym Miedzi w Lubinie. Mąż pracował w kopalni na stanowisku kierowniczym.

Wyniki badań

Badana rozpoczynając proces terapeutyczny miała niską samoocenę, a więc cechowała ją zgeneralizowane przekonanie o braku własnej wartości i braku szacunku do własnej osoby. Widoczne było u niej niezadowolenie z siebie, wstydziła się tego, kim jest i jaką jest osobą. Oceniała siebie jako jednostkę bezwartościową, była przekonana, iż dominują u niej cechy negatywne. Miała poczucie, że wykonuje różne rzeczy znacznie gorzej niż inni. Potrzebowała wsparcia w potwierdzeniu poczucia własnej wartości, miała problemy z akceptacją swoich zasobów intelektualnych, których nie była pewna. Negatywnie oceniała własną fizyczność, wy-

magła wsparcia w pokonaniu własnych kompleksów. Oceniała siebie, że jest nieatrakcyjna fizycznie, mało sprawna, nie akceptowała własnego ciała, miała wiele kompleksów związanych z własnym wyglądem i możliwościami fizycznymi, co powodowało, iż miała trudności z wchodzeniem w różne relacje społeczne. Badana wymagała wsparcia ze strony osób bliskich, otoczenia, wzmacniającego jej samoocenę w tym zakresie, a także ukierunkowanego na uświadomienie jej, że sfera ta nie należy do najważniejszych w wartościowaniu siebie. Badana odczuwała brak wsparcia ze strony innych w sytuacjach dla niej trudnych i stresowych. Czuła się nielubiana, niekochana i niedoceniana. Miała poczucie, że jest osobą mało znaczącą dla innych. W sytuacjach zagrożenia miała poczucie opuszczenia i izolacji. Negatywnie oceniała swoje relacje z innymi ludźmi. Powodem takiej postawy była krytyka jakiejś doświadczała ze strony swojego męża, dyskredytująca ją jako osobę:

„Nigdy nie dorównasz mojej matce. Jesteś tylko głupia baba ze wsi, nawet studia nie pomogą tobie, by zostać kimś. To dzięki mnie wyrwałaś się ze wsi, powinnaś być mi wdzięczna”.

Stan emocjonalny badanej przed przystąpieniem do terapii był wyraźnie obniżony, co świadczyło o jej złej kondycji psychofizycznej. Występowały u niej widoczne predyspozycje do przeżywania lęku, co powodowało, że jej postawa wobec innych charakteryzowała się wycofaniem, bezradnością, nieakceptacją siebie w relacjach z innymi i w porównaniu do innych. Są to – jak niejednokrotnie wskazywałam – typowe stany emocjonalne występujące u osób doświadczających przemocy. Ponadto badana miała poczucie, że jest osobą mało znaczącą dla męża, bowiem nie doświadczała pozytywnych emocji z jego strony, a ciągłej krytyki:

„Mąż nie akceptował tego, że moi rodzice interesowali się mną. Odwiedzali nas kilka razy w roku, gdyż mieszkają daleko. Cieszyłam się na ich wizyty, ale bałam się także, że rodzice zorientują się, że w moim małżeństwie się nie układa. Mąż na początku był dla mnie dobry, pobraliśmy się jeszcze na studiach. Kiedy po studiach przyjechaliśmy za pracę do Polkowic, wydawało się nam, że nasze życie będzie cudowne. Awans zawodowy męża zmienił go. Koledzy mieli na niego większy wpływ niż ja i nasze dziecko. Do domu wracał pijany i awanturował się. Najpierw mnie tylko wyzywał i poniżał, później zaczął mnie bić. Cierpiałam, ale nie skarżyłam się, nawet wtedy kiedy mi rękę złamał albo kiedy miałam siniaki pod oczyma”.

Niewątpliwie doświadczana przez badaną przemoc wpłynęła negatywnie na jej postawę wobec życia, bowiem przed podjęciem terapii cechowała ją nieumiejętność określenia życiowych celów, które chciałaby realizować, co powodowało u niej brak przekonania o wartości własnego życia i brak pozytywnych doświadczeń związanych z aktywnością celową. Nie rozumiała także natury i źródeł zmian jakie następowały w jej życiu, mając poczucie nieuporządkowania i przypadkowości własnej aktywności życiowej. Nie była też przekonana o możliwości kierowania własnym życiem. Decyzje jakie odejmowała postrzegala jako niezależne od niej, twierdząc, że warunkowane są one różnymi zewnętrznymi czynnikami:

„Kiedy mąż awansował myślałam, że nasze małżeństwo będzie udane. Byliśmy na dorobku, na wiele rzeczy nie było nas stać. Mąż pracował w kopalni jako kierownik jakiegoś oddziału, zarabiał dobre pieniądze. Ja podjęłam także pracę, dziecko było w przedszkolu. Nie wiem co takie złego zrobiłam, że mąż zmienił się. Bardziej słuchał kolegów, niż mnie. Nie wiedziałam, co się z nim dzieje, nic nie mówiłam. Nieraz martwiłam się o niego, że ma jakieś problemy, nie rozmawiał ze mną. Kiedy o coś pytałam to denerwował się i awanturował się. Było to dla mnie niezrozumiałe, starałam się go zrozumieć, ale nie potrafiłam”.

Stres związany z nieuchronnością następnej awantury domowej i wystąpieniem aktów przemocy powodował ciągłą koncentrację na problemie, a nie na sobie i własnym życiu, stąd

odczuwała brak poczucia sensu własnego życia, często doświadczała stanów apatii. Nie przejawiała chęci do zmiany swojego życia i podjęcia terapii. Swoją sytuację życiową opisuje tak:

„Przez wiele lat akceptowałam zachowanie męża, miałam nadzieję, że się zmieni. Nikomu się nie żaliłam, bo wstydziłam się, a nawet nie miałam komu opowiedzieć, co się dzieje w moim domu. W pracy koleżanki chyba domyślały się, że dzieje się coś złego, ale nie pytały. Ja zawsze opowiadałam o swoim małżeństwie, że jest super, nic złego nie mówiłam o mężu, nigdy nie powiedziałam, że mnie bije. Wstydziłam się tego, wołałam milczeć. Nie znałam osoby, która by mówiła, że ją mąż bije albo obraża. Byłam sama, nie chciałam, by koleżanki śmiały się ze mnie. Rodzicom także nie mówiłam, bo nie chciałam ich martwić. Myślę, że sąsiedzi słyszeli i domyślali się, co się dzieje w moim domu, bo nieraz słychać było krzyki. Mąż mnie najpierw wyzywał i poniżał, dopiero później zaczął mnie szarpać i popychać. Kiedy nie był mocno pijany, to bił mnie rękoma po głowie i plecach, tak aby nie było widać śladów. Bałam się męża, ale też nie miałam gdzie uciekać, siedziałam cicho”.

Oceniając motywy skłaniające badaną do podjęcia procesu terapeutycznego można wskazać ich różnorodność i wielość, co złożyło się na wysoki poziom motywacji do podjęcia procesu terapeutycznego. W największym i równym stopniu badana kierowała się: dążeniem do poznania i zmiany siebie, dążeniem do zrozumienia przyczyn i mechanizmów powstawania nałogu alkoholowego męża oraz dążeniem do usunięcia dolegliwości w związku z występowaniem przemocy domowej. W mniejszym stopniu występowało u niej oczekiwanie uzyskania wtórnych korzyści z uczęszczania na terapię. Postrzegała także wiele trudnień w procesie zmiany – czynniki utrudniające podjęcie decyzji o uczestnictwie w terapii występowały na poziomie średnim. Zdominowane natomiast zostały przez tendencję do zaprzeczania, że jest ofiarą przemocy, jak również tendencję do unikania uczestnictwa w terapii (postawa lękowa). Mniejsze znaczenie miał tu czynnik związany z brakiem przekonania o konieczności terapii, wyznaczający jej podjęcie ze względu na żądania i naciski płynące z otoczenia.

Po upływie roku terapii u badanej zaobserwowano zdecydowane zmiany w jej samoocenie globalnej i ogólnej, wyznaczone przez samoocenę w sferze fizycznej i poznawczo-intelektualnej. I tak, uczestnictwo w grupie terapeutycznej dla kobiet doświadczających przemocy spowodowało, iż badana uzyskała wynik wysoki, co świadczy o jej uogólnionym przekonaniu o własnej wartości, szacunku wobec własnej osoby oraz akceptacji siebie. Badana jest zadowolona z siebie taką, jaką jest. Ocenia siebie jako jednostkę wartościową, ma realistyczne przekonanie o dominacji u siebie cech pozytywnych. Jest przekonana o własnej przydatności i użyteczności. Ponadto badana pozytywnie ocenia własne walory fizyczne i intelektualno-poznawcze. Nie nastąpiły natomiast wyraźne zmiany pozytywne w sferze oceny własnych cech charakteru, zaś ocena zachowań społeczno-moralnych nawet się pogorszyła, co może mieć związek z uzyskaną świadomością własnych nieprawidłowych zachowań w sytuacji przemocy. Generalnie jednak wyjściowo obie wskazane sfery samooceny były relatywnie wysokie, więc i zmiany są tu mniej widoczne, lub inne od przewidywanych.

Ogólnie można powiedzieć, iż badana zna zasady określające prawidłowe zachowania społeczne, mając równocześnie świadomość, że nie zawsze potrafi im sprostać, ale owa świadomość stanowi dla niej podstawę możliwości dokonywania zmian w sobie. Badana ocenia siebie jako osobę wytrwałą we własnych dążeniach, ambitną, rozważną w podejmowaniu decyzji, odważną w broniении swoich poglądów, których nie obawia się wyrazić niezależnie od oceny społecznej. Potwierdzają to jej słowa uzyskane z wywiadu:

„Kiedy pierwszy raz przyszłam na terapię nie myślałam, że tyle czasu wytrwam w tej grupie. Na początku bałam się, byłam skrupowana, bo wstydziłam się opowiadać o tym, co dzieje się w moim domu. Nie wierzyłam, że mogę się zmienić, że mogę zmienić swoje życie. To grupa dała mi siłę do walki o swoją godność i bezpieczeństwo, uwierzyłam, że podjęte decyzje przeze mnie są słuszne”.

Ponadto u badanej występuje wysoki poziom poczucia wsparcia otrzymywanego ze strony innych osób, głównie uczestniczek grupy terapeutycznej. Badana ma świadomość, iż uzyska pomoc w sytuacjach dla niej trudnych, stresowych. Czuje się lubiana i doceniana. Ma poczucie, że jest osobą znaczącą i ważną dla innych osób, doświadcza pozytywnych emocji z ich strony. Nie ma poczucia opuszczenia w trudnej sytuacji, co dokumentują jej słowa:

„Nieraz na grupie otrzymałam wsparcie od koleżanek, kiedy myślałam, że nie poradzę sobie. To dzięki nim zrozumiałam, że należy walczyć o siebie, o lepsze jutro”.

Konkludując, w procesie terapii u badanej zdecydowanie zwiększył się poziom samooceny globalnej badanej, a więc i też akceptacji własnej osoby, co wyznacza samoocena w sferze fizycznej i poznawczo-intelektualnej. Badana jest zadowolona z siebie oraz swojej postawy życiowej oraz funkcjonowania w relacjach interpersonalnych. Dominuje u niej przekonanie, że jest osobą wartościową i dobrą.

Dane z wywiadu

Przed przystąpieniem do terapii u badanej występowała tendencja do zaprzeczania, iż jest ofiarą przemocy domowej, wynikająca z poczucia wstydu związanego z doświadczaniem przemocy ze strony męża, zarówno psychicznej, fizycznej, jak i seksualnej. Zachowania przemocowe męża przejawiały się poprzez używanie wobec niej wulgarnych słów, wyśmiewanie i poniżanie, niszczenie rzeczy osobistych, zmuszanie do posłuszeństwa, wydzielanie i ograniczanie pieniędzy, stosowanie przemocy fizycznej w postaci popychania, szarpania za ubranie i włosy, uderzania pięścią po twarzy, głowie, plecach i brzuchu, jak również przemocy seksualnej poprzez zmuszanie do kontaktów intymnych wbrew jej woli, dotykania jej w miejsca intymne. Sytuację przemocową opisuje następująco:

„Kiedy pierwszy raz mąż mnie uderzył nie wiedziałam, co takiego złego zrobiłam, ale kiedy zaczął mnie krytykować to pomyślałam, że faktycznie to moja wina. To trwało kilka lat kiedy w końcu zrozumiałam, że ja nie jestem niczemu winna. Mąż kiedy wracał do domu pod wpływem alkoholu to najpierw wyzywał mnie, szukał zaczepki, wyzywał najpierw moich rodziców, naśmiewał się z mojej mamy, że jest kaleką, potem krytykował mojego ojca, na końcu wyzywał mnie. Siedziałam cicho, nic nie mówiłam, to także go denerwowało. Później już nie wyzywał, z byle powodu szarpał mnie za włosy, a potem już bił. W pracy nikomu nic nie mówiłam, koleżanki widziały, że płaczę w toalecie, że mam ubytki włosów na głowie. Pamiętam, że dwa razy chciałam popełnić samobójstwo, mąż nie przejął się tym. Załatwił zwolnienie lekarskie, kiedy wzięłam leki nasenne. Dokładnie już nie pamiętam, ale kiedy przyjechałam do pracy i miałam na szyi ślady duszenia i nie mogłam normalnie poruszać się, bo mąż mnie w nocy zgwałcił, koleżanki zawiozły mnie do szpitala. Po tym już ruszyło wszystko, policja, a po niej moja terapia, cieszę się, że mogłam tutaj być”.

Sytuacja materialna badanej była korzystna, jednakże brak wsparcia ze strony najbliższych i nierealistyczna wiara w to, że mąż się zmieni, stanowiły blokady w podjęciu decyzji o odejściu od męża. Badanej zależało na tym, aby stworzyć dla syna normalną rodzinę.

Uczestnictwo badanej w procesie terapii dla kobiet doświadczających przemocy spowodowało, iż zdecydowała się zmienić swoje życie. Jej dobre relacje z koleżankami z pracy i uczestnictwo w terapii zmotywowało ją do podjęcia decyzji o powiadomieniu policji o znęcaniu się nad nią, jak również o złożeniu do Sądu wniosku o przydzielenie alimentów na dziecko.

Sytuacja finansowa badanej jest stabilna, a dodatkowo otrzymuje wsparcie finansowe z zakładu pracy. Badana została objęta pomocą ze strony dzielnicowego w ramach procedury Niebieskiej Karty.

Przypadek 21 - Basia (załącznik 36)

Dane z dokumentacji

Kobieta, lat 32, mężatka, wykształcenie podstawowe, pracuje. Posiada jedno dziecko w wieku przedszkolnym (5 lat).

Sytuacja rodzinna

Badana pochodzi z rodziny wielodzietnej. Wraz z rodzicami oraz rodzeństwem mieszkała na wsi. W okresie dzieciństwa i swojej młodości miała dobre relacje z matką i rodzeństwem. Matka nie pracowała, zajmowała się domem, dziećmi i pracą w gospodarstwie domowym. Ojciec pracował w Państwowym Gospodarstwie Rolnym, nadużywał alkoholu. W domu często zdarzały się awantury, ale nigdy nie interweniowała policja. Kiedy ojciec był pijany niejednokrotnie swoim zachowaniem stwarzał zagrożenie dla całej rodziny. Zmuszał badaną i pozostałych członków rodziny do ucieczki z domu. Matka nigdy nie użalała się nad swoim małżeństwem i nigdy nie zgłosiła na policji zawiadomienia o znęcaniu się ojca nad rodziną, choć prosiła o to badana i jej rodzeństwo. Zasada jaką uznawała jej matka, to rozwiązywanie problemów rodzinnych w rodzinie, w domu. Badana doznawała poczucia wstydu z powodu nadużywania alkoholu i awanturowania się ojca w domu. Kiedy ten był agresywny wobec matki, niejednokrotnie dzieci stawały w obronie matki, nie chcąc, by ojciec ją skrzywdził. Z biegiem czasu zachowania agresywne ojca skierowały się także na badaną. Negatywne zachowanie ojca wpływało na złe relacje pomiędzy nim a badaną. Brak pieniędzy w domu i zła atmosfera spowodowała, iż badana przerwała naukę w szkole zawodowej.

Przed zawarciem związku małżeńskiego badana miała dobre relacje z matką i starszym rodzeństwem, utrzymywała stały kontakt z koleżankami. Ojciec nie interesował się rodziną i domem, nie było między członkami rodziny silnych więzi emocjonalnych. Badana nigdy nie opowiadała o swojej rodzinie, wstydziła się tego, iż ojciec nadużywa alkoholu i jest agresywny wobec swojej rodziny. Ponadto bała się, że zostanie odrzucona przez koleżanki, z uwagi na sytuację jaka panowała w jej domu rodzinnym.

Przed terapią badana była w związku małżeńskim, nie pracowała, była na wyłącznym utrzymaniu męża. Zajmowała się domem i dzieckiem. Mąż pracował w kopalni.

Wyniki badań

Badana rozpoczynając proces terapeutyczny wykazywała wyraźne zaburzenia w samoocenie (niski poziom), co świadczyło o wykształceniu się w niej zgeneralizowanego przekonania o braku własnej wartości, bycia niegodną szacunku, co wyznaczało wysoki poziom nieakceptacji siebie. Była niezadowolona z siebie taką, jaką jest, stąd dążyła do przebudowy własnego „Ja”. Doznawała poczucia wstydu z powodu tego, kim i jaką była:

„Chciałam szybko uciec z domu rodzinnego, nie mogłam patrzeć na ojca pijaka i na te awantury, jakie wyrządzał. Nieraz koledzy śmiali się ze mnie, że mój ojciec to pijak. Kiedy tylko nadarzyła się okazja, to szybko wyszłam za mąż. Nie wiem czy to była miłość, czy chęć ucieczki z domu. Do naszej wioski przyjechał rozwodnik z Niemiec, chciał odnaleźć dom swoich rodziców, którzy pochodzili z Polski. Poznałam go i wyszłam za mąż. Jest starszy ode mnie o 27 lat. Na początku mąż był dla mnie opiekuńczy, żał mu było mnie z powodu tego, co przeszłam w domu. Zamieszkaliśmy niedaleko moich rodziców. Po kilku latach sytuacja moja zmieniła się. Mąż pokazał swoje prawdziwe oblicze. Podobnie jak mój ojciec, źle mnie traktował, robił to kiedy był trzeźwy, a także kiedy był pijany. Nie mogłam podjąć pracy, gdyż słyszałam, że pójde szukać młodego mężczyzny dla siebie, musiałam rozliczać się z pieniędzy, jakie otrzymywałam na zakupy. Kiedy sprzeciwiałam się, to bił mnie po głowie i plecach. Nie miałam siników. Zresztą mąż mówił do mnie, że mu nikt w Polsce nic nie zrobi, bo jest niemieckim emerytowanym policjantem. Uwierzyłam w to, siedziałam cicho przez długi czas. Nie żaliłam się mamie, bo wiedziałam, co ona w domu przeżywała”.

Badana oceniała siebie jako jednostkę zupełnie bezwartościową, była przekonana o dominacji u niej cech negatywnych i miała poczucie, że wykonuje różne rzeczy znacznie gorzej od innych. Oceniając siebie doświadczała ambiwalencji w ocenie własnej osoby, więc wymagała wsparcia w potwierdzaniu poczucia własnej wartości. Miała problemy z akceptacją swoich zasobów intelektualnych i walorów fizycznych, których nie była pewna. Deprecjonowała własną atrakcyjność w sferze wyglądu, urody, sprawności. Miała problemy z akceptacją własnego ciała, co utrudniało jej wchodzenie w różne relacje społeczne.

Pomimo doświadczenia przemocy ze strony osoby bliskiej, badana miała poczucie, że jest osobą uczciwą, życzliwą i wrażliwą na potrzeby innych ludzi. Kierowała się zasadą nie czynienia krzywdy innym ludziom, miała poczucie bycia osobą odpowiedzialną. Kierowała się zasadą, że należy chronić dobro wspólne, także rodzinne:

„Mogłam wcześniej pójść na policję i powiedzieć, jak mnie mąż traktuje, ale nie chciałam skrzywdzić męża. Wiedziałam, że on źle postępuje, widziałam to w swoim domu rodzinnym. Mama nie reagowała, więc ja też siedziałam cicho przez tyle lat”.

Przed przystąpieniem do terapii badana nie otrzymywała żadnego wsparcia ze strony innych osób w trudnych i stresowych dla niej sytuacjach. Czuła się niekochana, niedoceniana, mało znacząca dla innych, nie doświadczała pozytywnych emocji ze strony swojego męża. W sytuacjach zagrożenia miała poczucie pozostawienia samej sobie.

Stan emocjonalny badanej przed przystąpieniem do terapii był zdecydowanie obniżony, jej kondycja psychofizyczna była zła, doświadczała dojmującego poczucia lęku, miała poczucie osamotnienia, zablokowania potrzeby samorealizacji. Nie była skłonna narzucać mężowi swoich racji, żądając od niego zmiany postępowania. Jej postawę wobec innych cechowało wycofanie, bezradność, pesymizm. Miała poczucie, że sobie nie poradzi (brak zaradności). Ogólnie nie akceptowała samej siebie.

Wskazane stany emocjonalne oraz postawy wobec siebie i własnego życia są charakterystyczne dla osób doświadczających przemocy, a osoba badana przez ostatnich 7 lat swojego małżeństwa była bita i poniżana przez męża, co komentuje następująco:

„Pamiętam, że zawsze po pierwszej i drugiej zmianie mąż wracał do domu po czasie, był pod wpływem alkoholu. Miał przy sobie przeważnie ćwiartkę wódki, dopijał w domu przy obiedzie. Musiałam mu wtedy usługiwać i patrzeć jak pije. On siedział przy stole i jadł obiad, ja stałam przed nim i byłam na jego zawołanie. Nie mogłam się sprzeciwić bo zdarzało się, że rzucał we mnie nożem. Jak już zjadł i wypił wódkę to albo kładł się spać, albo szukał zaczepki. Bałam się męża, ale też nic nie robiłam aby go zmienić”.

Nie da się ukryć, że doświadczana przez badaną przemoc wpłynęła negatywnie na jej postawę wobec życia, przed podjęciem terapii bowiem wykazywała brak życiowych celów do realizacji, co powodowało u niej brak przekonania o wartości własnego życia. Nie potrafiła także zrozumieć zmian jakie zachodziły w jej życiu i ich przyczyn, które tkwiły w negatywnych zachowaniach męża wobec niej:

„Myślałam, że moje małżeństwo będzie inne, niż moich rodziców. Mąż wiedział z jakiej rodziny pochodzę. Zamieszkał w Polsce, chciał się mną opiekować. Nauczył mnie języka niemieckiego, miałam wrażenie, że jestem szczęśliwa. Po urodzeniu dziecka wszystko się zmieniło. Mąż stał się o mnie bardziej zazdrosny, kontrolował mnie. Nie mogłam spotykać się z koleżankami oraz wychodzić z domu bez jego zgody. Kiedy spóźniłam się do domu z zakupów, to od razy była w domu awantura. Na początku śmiałam się z zachowania męża, gdyż myślałam, że on tylko żartuje, ale po pewnym czasie zrozumiałam, że z nim jest coś nie tak. Za każdym razem kiedy kupiłam sobie jakiś nowy ciuch to pytał dla kogo stroję się. Bez powodu była kłótnia, a potem to zamykał mnie i dziecko w piwnicy, zmuszał do przeprosin. Kiedy tego nie robiłam, to bił mnie po twarzy, gło-

wie. Krzyczał, że wie jak i gdzie ma mnie bić, żeby nie było śladów”.

Doświadczany stres i lęk doświadczany przez badaną, determinowany przewidywaniem następnej awantury domowej powodował, iż nie koncentrowała się na sensie własnego życia (brak poczucia sensu życia). Nie miała też motywacji do podjęcia decyzji o jego zmianie, co opisuje następująco:

„Nigdy nie pracowałam, bo nie miałam wykształcenia, wiedziałam, że jestem na utrzymaniu męża. Dlatego starałam się być mu posłuszną. Mąż podczas każdej awantury krzyczał do mnie, że bez jego pieniędzy zdechnę z głogu, a dziecko wywiezie do Niemiec do adopcji, bo on jest za stary na wychowanie. Siedziałam cicho przez wiele lat, bałam się, że mąż faktycznie zabierze mi dziecko. Często myślałam o tym, by zmienić swoje życie, odejść od męża, ale nie miałam pieniędzy, brakowało mi odwagi”.

Oceniając motywy, jakie skłoniły ostatecznie badaną do podjęcia terapii, można powiedzieć, że kierowała się złożoną motywacją, a jej poziom był wysoki. Dominowały tu trzy ich typy, występujące w tym samym nasileniu: dążenie do poznania i zmiany siebie, dążenie do zrozumienia przyczyn i mechanizmów powstawania nałogu alkoholowego męża, dążenie do usunięcia dolegliwości w związku z występowaniem przemocy domowej. W nieco mniejszym stopniu badana oczekiwała też uzyskania wtórnych korzyści z uczęszczania na terapię. Z kolei czynniki utrudniające podjęcie decyzji o uczestnictwie w terapii występowały na poziomie średnim, ale dominowała wśród nich tendencja do unikania uczestnictwa w terapii, ze względu na lęk przed nią i jej konsekwencjami. Nieco słabiej ujawniał się brak wewnętrznego poczucia konieczności podjęcia terapii, co oznaczało, iż u badanej występuje tendencja do podjęcia terapii ze względu na naciski płynące z otoczenia. Nie zaprzeczała przemocy. Sytuację, która skłoniła ją do podjęcia terapii, a głównie czynniki, które ją blokowały, opisuje następująco:

„Nie mogę wychodzić z domu bez pozwolenia męża, jeśli już gdzieś idę to razem z nim. Nie wiem jak mam mu powiedzieć, że chcę chodzić na terapię. On mi nie pozwoli, powie, że jestem chora psychicznie i zabierze mi dziecko, boję się”.

Po upływie roku terapii u badanej nastąpiły nieznaczne zmiany w jej samoocenie, jednak w kierunku pozytywnym (średni poziom), co świadczy o bardziej pozytywnej samoocenie, ale też ciągłym doświadczaniu ambiwalencji w tym zakresie. Badana w większym stopniu jest przekonana o własnej wartości, przejawia większy szacunek do siebie i akceptuje własną osobę, ale nie jest to jeszcze nastawienie utrwalone. Zmiany pozytywne w samoocenie zaznaczyły się głównie w sferze fizycznej i poznawczo-intelektualnej, zaś w pozostałych sferach pozostały na niezmienionym poziomie (nieco obniżyły się nawet w sferze społeczno-moralnej). Jednak, uczestnictwo w terapii dla kobiet doświadczających przemocy, dało jej podstawy do większego zadowolenia z siebie i z tego, co robi, w większym stopniu zaakceptowała siebie taką jaka jest. Ponadto zrozumiała, iż ma prawo oceniać siebie jako osobę wartościową i dobrą. Pomimo tego, iż badana nie otrzymywała wsparcia ze strony osób najbliższych, w grupie czuła się bezpiecznie, gdyż wiedziała, że zawsze może liczyć na wsparcie ze strony innych kobiet uczestniczących w terapii, w sytuacjach dla niej trudnych, stresujących, ze względu na wspólnotę ich sytuacji życiowych (grupa wsparcia).

Uczestnictwo w terapii zmieniło także w znaczącym stopniu stan psychofizyczny badanej w kierunku pozytywnym. Badana zdobyła przekonanie, że jej życie ma sens, zostało ono bardziej ukierunkowane, przez posiadanie jasnych i dobrze określonych celów życiowych; osiągnęła poczucie ukierunkowania w czasie z przeszłości w przyszłość. Zdobyte przekonanie o sensowności jej życia, wiąże się ze zintegrowanym, spójnym obrazem rozumienia siebie i własnych doświadczeń. Uważa zatem, że jej życie jest uporządkowane i spójne, stąd zaczyna

akceptować kształt własnej egzystencji. U badanej widoczny jest też brak negatywnych odczuć, a poza tym ma motywację do podejmowania nowych wyzwań i odrzucenia wcześniejszych schematów życiowych. Komentuje to tak:

„Uczestnictwo w terapii dało mi poczucie wartości, wiem, że mogę zmienić siebie i swoje życie. Czuję się osobą wartościową. Pomimo braku wykształcenia jestem pewna, że znajdę pracę, jeszcze nie wszystko stracone”.

Dane z wywiadu

Przed przystąpieniem do terapii u badanej występowała tendencja do podjęcia terapii z uwagi na naciski płynące z otoczenia, werbalizowana przez nią w wywiadzie. Zachowania przemocowe męża przejawiały się tradycyjnie w postaci używania wobec niej wulgarnych słów, wyśmiewania jej, robienia na złość, niszczenia przedmiotów osobistych, zmuszania do posłuszeństwa i usługiwania, wydzielania i ograniczania pieniędzy, zmuszania do okłamywania rodziny. Ponadto badana doświadczała przemocy seksualnej. Mąż wymuszał na niej zachowania seksualne, dotykał ją w miejsca intymne wbrew jej woli:

„Bardzo często mąż klócił się ze mną, kiedy nie chciałam z nim spać w jednym łóżku. Tłumaczyłam mu, że jeśli będzie mnie w ciągu dnia obrażał, naśmiewał się ze mnie, ja nie będę z nim sypiać. Nie docierało to do niego, krzyczał, że mam obowiązek być jego żoną. Przychodził do mnie do pokoju i najpierw mnie szarpał za koszulę nocną, potem bił ręką po twarzy, na koniec wymuszał kontakty seksualne. Krzyczał, że pomimo swojego wieku ma swoje potrzeby, leżałam i nic nie robiłam. Następnego dnia kiedy miałam siniaki na ciele zabraniał mi wychodzić z domu, wtedy sam chodził do sklepu na zakupy, a ja siedziałam cicho, nikomu nie mówiłam o tym, co mi zrobił”.

Sytuacja materialna i ogólnie życiowa badanej nie pozwalała na podjęcie przez nią decyzji o odejściu od męża, gdyż nie pracowała, stąd była na wyłącznym utrzymaniu męża. Nie posiadała środków na własne potrzeby, gdyż mąż wydzieliał jej pieniądze na codzienne wydatki. Badana była w sposób „absolutny” zależna finansowo od swojego męża.

Początkowo badana miała dobry kontakt z matką i rodzeństwem, spotykała się też z koleżankami z wioski, jednak gdy sytuacja w domu pogorszyła się, mąż zabronił jej odwiedzać matkę, odizolował od rodzeństwa, zabraniał kontaktować się ze znajomymi. Badana nie mogła zapraszać nikogo do domu, bała się także, że mąż będzie awanturować się, jeśli w odwiedziny do niej przyjedzie koleżanka albo rodzeństwo.

Uczestnictwo badanej w procesie terapii dla kobiet doświadczających przemocy spowodowało, iż w jej postawie, postrzeganiu siebie i swojej sytuacji życiowej nastąpiły widoczne zmiany. Badana ma poczucie, że jest osobą znaczącą i ważną dla innych, doświadcza pozytywnych emocji z ich strony, nie ma poczucia opuszczenia w sytuacji trudnej. Czuje się doceniana ze względu na swoje cechy i starania jakie podejmuje, aby zmienić siebie i swoje życie.

W trakcie uczestnictwa w terapii, badana podjęła zatrudnienie, jej sytuacja materialna poprawiła się. Uczestnictwo w grupie terapeutycznej spowodowało, iż zdobyła odwagę i złożyła w Prokuraturze zawiadomienie o znęcaniu się nad nią przez męża. Została objęta pomocą w ramach procedury Niebieskiej Karty. Jej mąż zrozumiał, że jego zachowanie jest niewłaściwe, wyraził zgodę na podjęcie terapii małżeńskiej.

Przypadek 22 - Justyna (załącznik 37)

Dane z dokumentacji

Kobieta, lat 31, rozwiedziona, wykształcenie zawodowe, zatrudniona w zakładzie państwowym jako pracownik porządkowy. Posiada jedno dziecko (6 lat).

Sytuacja rodzinna

Badana w okresie dzieciństwa miała dobre relacje z matką i młodszą siostrą. Z ojcem relacje były znacznie gorsze, gdyż nadużywał alkoholu i często się w domu awanturował. Matka badanej pracowała w sklepie jako ekspedientka, zajmowała się domem i wychowywaniem dzieci. Ojciec pracował w Hucie Miedzi jako spawacz. Z okresu dzieciństwa pamięta pijanego ojca i płaczącą matkę, która prosiła męża, aby nie pił i nie awanturował się. W domu rodzinnym to właśnie ojciec nadużywał alkoholu, wracał po pracy pijany i awanturował się. Niejednokrotnie interweniowała policja. Matka pomimo tego, że dzwoniła na policję, wstydziła się złożyć zawiadomienie o znęcaniu się nad nią, co badana komentuje następująco:

„Dla ojca liczyli się tylko koledzy. Po pracy pił z nimi piwo, wracał przeważnie pijany i krzyczał najpierw do mamy, a potem do mnie i siostry. Wiecznie był niezadowolony, nic mu nie pasowało. Później widziałam jak mamę szarpał i bił po głowie, ona nawet nie pisnęła, nie chciała, byśmy z siostrą się bały. Ojciec nie dbał o dom i rodzinę, nie miałam z nim dobrego kontaktu, nigdy za nim nie tęskniłam. Nieraz myślałam, że bez niego byłoby nam lepiej”.

Konkludując, przed zawarciem związku małżeńskiego badana miała dobre relacje z matką i siostrą, ale nie miała dobrych relacji z ojcem, choć jego zachowanie się zmieniło, gdy ojciec przeszedł na emeryturę, przestał bowiem nadużywać alkoholu. Badana wyszła za mąż mając 23 lata. Wówczas już pracowała na kopalni jako pracownik porządkowy, tam też poznała męża. Po zawarciu związku małżeńskiego nadal pracowała. Miała początkowo dobre relacje zarówno z mężem, jego rodzicami, jak i swoją najbliższą rodziną. Jednak po 5 latach względnie udanego małżeństwa sytuacja rodzinna zmieniła się. Badana zauważyła, iż jej mąż zaczyna wracać do domu pod wpływem alkoholu. Nie spodobało się to jej i zaczęła zwracać mężowi uwagę. Mąż denerwował się, stawał się arogancki i wulgarny. Dochodziło coraz częściej między nimi do nieporozumień, a z biegiem czasu do awantur domowych.

Badana przed przystąpieniem do terapii pozostawała w związku małżeńskim, w którym coraz wyraźniej występowały akty przemocy. Mąż zatrudniony był w kopalni na stanowisku mechanika maszyn górniczych pod ziemią.

Wyniki badań

Badana przed rozpoczęciem terapii posiadała samoocenę na niskim poziomie, co świadczyło o zgeneralizowanym przekonaniu o braku własnej wartości, braku szacunku wobec własnej osoby i nieakceptacji siebie. Była niezadowolona z siebie taką, jaką była. Oceniała siebie jako jednostkę bezwartościową, występowało u niej przekonanie o dominacji cech negatywnych, miała poczucie, że wykonuje różne rzeczy znacznie gorzej niż inni. Ponadto postrzegała siebie jako osobę mało zdolną, nieinteligentną, nieradzącą sobie w rozwiązywaniu różnych życiowych problemów.

Badana negatywnie oceniała swoją fizyczność, wymagała wsparcia ze strony innych osób, głównie uczestniczek terapii, w pokonaniu kompleksów. Uważała, iż jest osobą nieatrakcyjną fizycznie, mało sprawną, nie akceptowała własnego ciała. Miała wiele kompleksów, które powodowały trudności z wchodzeniem w nowe relacje społeczne. Ponadto badana uważała, iż jest osobą bezwartościową, niekompetentną i niegodną miłości. Było to niewątpliwie wynikiem krytyki ze strony męża, którą badana egzemplifikuje słowami:

„Kiedy nie udało mi się schudnąć po ciąży, to mąż najpierw mówił do mnie, że jestem pulchna. Później kiedy był pijany zaczął mnie wyzywać od grubasów, spaślaków. Wstydziłam się chodzić do pracy, bo myślałam, że inni mnie też tak postrzegają jak mąż. Nieraz słyszałam od męża słowa krytyki, nie wiem co takiego się stało, że się zmienił”.

Przemoc jakiej doświadczała wpłynęła niewątpliwie negatywnie także na postawę badanej wobec życia. Przed podjęciem terapii cechowało ją poczucie braku życiowych celów do realizacji, nie miała też przekonania o wartości własnego życia, nie potrafiła zrozumieć zmian zachodzących w jej życiu na skutek sytuacji przemocowych. Opisuje to następująco:

„Moje małżeństwo było na początku udane. Myślałam, że tak będzie cały czas. Nie wiem dlaczego się mąż zmienił i zaczął mnie źle traktować. Myślałam, że mu przejdzie, ale myliłam się, było coraz gorzej”.

Doświadczana przez badaną przemoc emocjonalna spowodowała bezradność i silną zależność od męża. Badana nie jest przekonana, iż może być autorem własnych działań, że ma możliwość kierowania własnym życiem. Ponadto codzienny stres związany z nieporozumieniami i awanturami jakie występowały w jej małżeństwie spowodował, iż badana odczuwała brak poczucia sensu własnego życia, apatię. Nie była zmotywowana do podjęcia decyzji o zmianie sposobu życia.

Oceniając motywy skłaniające badaną do podjęcia procesu terapeutycznego można dostrzec, iż badana wybrała wiele motywów – występował u niej wysoki poziom motywacji do zmiany i podjęcia procesu terapeutycznego. Wśród dominujących motywów znalazły się jako równoważne: dążenie do poznania i zmiany siebie, dążenie do zrozumienia przyczyn i mechanizmów powstawania nałogu alkoholowego oraz dążenie do usunięcia dolegliwości w związku z występowaniem przemocy domowej. W mniejszym stopniu ujawniło się oczekiwanie przez nią uzyskania wtórnych korzyści z uczęszczania na terapię. Czynniki utrudniające podjęcie decyzji o uczestnictwie w terapii występowały na poziomie średnim, wskazującym jednak, iż w równym stopniu decyduje o tym tendencja do zaprzeczania, że jest ofiarą przemocy, tendencja do unikania uczestnictwa w terapii, a także brak wewnętrznego przekonania o konieczności podjęcia terapii, czyli podejmowanie próby uczestnictwa w terapii ze względu na naciski płynące z otoczenia. Pojawił się też dodatkowo wstyd przed ujawnieniem swojej sytuacji otoczeniu:

„Wstydziałam się komukolwiek powiedzieć, że mąż mnie poniża oraz bije. Nie wiedziałam jak zareaguje moja matka, kiedy się o tym dowie, wolałam nikomu o tym nie mówić”.

Po upływie roku terapii u badanej nastąpiły widoczne pozytywne zmiany w samoocenie. Uczestnictwo w grupie terapeutycznej dla kobiet doświadczających przemocy spowodowało, iż badana osiągnęła wysoki poziom samooceny, co świadczy o wykształceniu się w niej przekonania o własnej wartości, pojawienia się szacunku wobec własnej osoby i akceptacji siebie. Wyraźnie wzrósł też poziom zadowolenia z siebie taką jaką jest, nie występują u niej tendencje do przebudowy własnego „Ja”, gdyż ta przebudowa wyraźnie nastąpiła. Badana jest bowiem przekonana o własnej przydatności, wyraża przekonanie, że jest wystarczająco dobrym i wartościowym człowiekiem, co dokumentują jej słowa:

„To, że zaczęłam chodzić na terapię zawdzięczam koleżance, która zobaczyła mnie w pracy pobitą. Starałam się ukryć siniaki, ale ona je zobaczyła. Na terapii poznałam panie, która podobnie jak ja cierpiała w swoich domach. Kiedy wspólnie rozmawialiśmy, to zrozumiałam, że jestem dobrym człowiekiem, że nigdy nikogo nie skrzywdziłam. To mój mąż jest zły, a nie ja”.

Tak wyraźnie zmiany w samoocenie wyznaczone są przez wszystkie jej sfery, ale w największym stopniu wzrósł poziom samooceny ogólnej, niespecyficznej, zaś wśród samoocen specyficznych najsilniej zmiany zaznaczyły się w sferze fizycznej (akceptacja wyglądu fizycznego), charakterologicznej (akceptacja swoich cech charakteru), a także poznawczo-intelektualnej (akceptacja siebie jako osoby zdolnej i sprawczej). Badana rozumiała, że jest

osobą wartościową, tzn. kompetentną, dobrą i godną miłości. W najmniejszym stopniu zmiana samooceny wystąpiła w sferze społeczno-moralnej, ale także wyraźnie wzrosła (akceptacja własnych zachowań społecznych).

Uczestnictwo w terapii zmieniło także stan psychofizyczny badanej, który znacznie się poprawił. Badana nie doznaje poczucia osamotnienia, samorealizuje się, rzadziej przeżywa stany lękowe, jest zaradna, nawiązuje nowe kontakty interpersonalne.

Dane z wywiadu

Przed przystąpieniem do terapii badana miała świadomość, iż jest osobą doświadczającą przemocy. Zachowania przemocowe męża badanej przejawiały się poprzez używanie wobec niej słów wulgarnych, wyśmiewanie jej, ograniczanie pieniędzy, stosowanie siły fizycznej poprzez szarpanie, popychanie, uderzanie „z pięści” po głowie, twarzy, plecach, kopanie po całym ciele. Ponadto badana była zmuszana do posłuszeństwa i usługiwania mężowi. Każdy jej sprzeciw kończył się awanturą i przemocą. Niejednokrotnie badana musiała wyrazić zgodę na nieaprobowane przez nią kontakty seksualne, aby uniknąć kary w postaci przemocy fizycznej. Swoją sytuację przemocową opisuje następująco:

„Nigdy nie wiedziałam co mąż wymyśli, aby w domu pokłócić się ze mną. Żałowałam tylko tego, że nigdy nie miałam odwagi zadzwonić na policję. Wiedziałam, że źle robię, ale bałam się męża. Zresztą on odgrażał się, że zna policjantów i tylko narobię sobie wstydu, kiedy będę dzwonić na policję. Wszystko bym zniosła, ale nie upokarzania przy dziecku i bicia mnie. Mąż najpierw łagodnie do mnie podchodził. Wyzywał mnie i naśmiewał się ze mnie. Nieraz usłyszałam od niego, że jestem głupia, bo nie mam szkoły. Na początku przejmowałam się tym, później mi przeszło, bo zaczęłam chodzić na różne kursy. Jak to mu nie wystarczyło to naśmiewał się ze mnie, że jestem gruba. Kiedy nie reagowałam, to mnie szarpał, a potem to już poszło. Bił mnie ręką po twarzy, głowie, popychał mnie na ścianę i meble. Często miałam siniaki na plecach albo na rękach od mocnego ściskania mnie. Kiedy dostawał szału, to musiałam z dzieckiem uciekać z domu, bo wtedy mnie kopał. Miałam siniaki, chowałam je pod ubraniem, ale nie zawsze dało się ukryć”.

Sytuacja materialna badanej nie pozwalała jej na podjęcie decyzji o odejściu od męża. Badana, choć była zatrudniona, otrzymywała zdecydowanie mniejsze wynagrodzenie od wynagrodzenia jej męża. Miała obawy, czy zdoła utrzymać siebie i dziecko z jej niewielkiej pensji. Myślała też, że mąż się zmieni i będzie chciał normalnie funkcjonować w swojej rodzinie.

Przed przystąpieniem do terapii badana miała kontakty z matką i siostrą, ale jej mąż swoim zachowaniem próbował całkowicie odizolować ją od rodziny. Wstydziła się przyznać matce i siostrze, że jej małżeństwo jest nieudane. Bała się opinii jaką usłyszy od nich. Poza tym nie chciała przyznać się, że jest bita przez męża, więc częściej kontaktowała się z nimi telefonicznie, niż osobiście. Wstydziła się też tego, że mąż nadużywał alkoholu i awanturował się w domu. Ponadto nie chciała, by ktokolwiek widział na jej ciele siniaki. Tłumaczy to następująco:

„Nie zawsze, ale często miałam na rękach siniaki, po tym jak mąż mnie mocno ścisnął. Bałam się siniaków na twarzy. Nie zawsze puder zatuszuje siniaka, nie wiedziałam, co mam mówić w pracy, kiedy mnie koleżanki pytały, bo widziały, że byłam zapłakana albo widoczne były siniaki, czy zadrapania na szyi, rękach. Często ubierałam do pracy bluzki z długim rękawem, albo bluzy sportowe, spod nich nie było widać siniaków”.

Uczestnictwo badanej w procesie terapii dla kobiet doświadczających przemocy spowodowało, iż w jej postawie oraz postrzeganiu siebie i swojej sytuacji życiowej nastąpiły zmiany, które przekształciły się w konkretne działania. Po roku terapii badana podjęła decyzję i złożyła w Sądzie wniosek o rozwód i przyznanie alimentów. Objęta została procedurą Niebieskiej Karty. Ponadto złożyła na policji zawiadomienie o znęcaniu się nad rodziną przez męża.

Przypadek 23 - Basia (załącznik 38)

Dane z dokumentacji

Kobieta, lat 41, obecnie rozwiedziona, wykształcenie zawodowe, zatrudniona w prywatnym przedsiębiorstwie jako pracownik porządkowy. Posiada troje dzieci w wieku szkolnym (9, 15, 17 lat).

Sytuacja rodzinna

W okresie dzieciństwa i swojej młodości badana miała dobre relacje z rodzicami. Ojciec nie nadużywał alkoholu, pił sporadycznie podczas uroczystości rodzinnych, w domu nie było awantur. Dochodziło czasami do nieporozumień między rodzicami, ale po wyjaśnieniu sprawy, wszystko wracało do „normy”. Matka badanej pracowała jako fryzjerka, natomiast ojciec zatrudniony był w kopalni na stanowisku mechanika urządzeń górniczych pod ziemią. Po przejściu na emeryturę, ojciec dodatkowo dorabiał do emerytury, zatrudniając się w firmie ochroniarskiej. Z okresu swojego dzieciństwa badana pamięta, że ojciec czasami krzyczał na nią, kiedy spóźniała się do domu, czasem dostała od ojca klapsa, ale miało to charakter incydentalny i motywowało ją, aby w przyszłości była bardziej zdyscyplinowana.

Przed zawarciem związku małżeńskiego badana miała zatem dobre relacje z rodzicami i swoim rodzeństwem. Lubiła spędzać wolny czas w towarzystwie koleżanek ze szkoły, a później z pracy. Sytuacja ta uległa zmianie kilka lat po zawarciu związku małżeńskiego, kiedy mąż zaczął to ograniczać. W jej rodzinie także zaczęły następować zmiany, gdyż badana zauważyła, że jej mąż coraz częściej wraca z pracy znajdując się pod wpływem alkoholu. W rozmowie z nią tłumaczył się, że wraz z kolegami chodzi na piwo po pracy.

Badana przed przystąpieniem do terapii była w związku małżeńskim. Mąż zatrudniony był jako ślusarz w prywatnej firmie wykonującej zlecone prace na rzecz kopalni.

Wyniki badań

Badana rozpoczynając proces terapeutyczny przekonana była o braku własnej wartości, miała problemy z poczuciem szacunku do własnej osoby. Jej poziom samooceny był niski, co przejawiało się we wszystkich sferach samooceny. Nie akceptowała siebie, gdyż niejednokrotnie słyszała słowa krytyki na swój temat od swojego męża. Czuła się w związku bezwartościowa i była niezadowolona z siebie, mając poczucie winy za tę sytuację.

Stan emocjonalny badanej przed przystąpieniem do terapii był obniżony, co świadczyło o złej kondycji psychofizycznej. Występowały u niej widoczne predyspozycje do lęku. Jej postawa wobec innych charakteryzowała się wycofaniem, bezzadnością, pesymizmem. Miała poczucie, że jest niezaradna życiowo. Nie akceptowała sama siebie. Przejawiała zatem cechy typowe dla osób doświadczających przemocy. Respondentka przez wiele lat swojego małżeństwa była poniżana i wyśmiewana przez swojego męża:

„Nigdy nie przypuszczałam, że mąż mnie będzie źle traktował. Nasze małżeństwo było na początku udane. Mąż pracował, ja po tym jak urodziłam syna, przestałam pracować, byłam na urlopie wychowawczym. Wtedy mąż coraz częściej wracał do domu po wypiciu kilku piw. Na początku nie awanturował się, dopiero kiedy zwróciłam mu uwagę, to na mnie krzyczał i wyzywał mnie. Jak tylko wyładował się na mnie, później był spokojny. Następnego dnia przeproszał mnie. Ja mu wybaczalam i tak to trwało do momentu, kiedy zaczął mnie szarpać i bić po twarzy, nawet nie wiem dlaczego”.

Doświadczana przemoc wpłynęła negatywnie na postawę wobec życia badanej. Przed podjęciem terapii badana charakteryzowała się niezdolnością do określenia celów życiowych, które warte byłyby dla niej realizacji. Nie miała zatem przekonania o wartości własnego życia,

które oceniała jako bezcelowe. Ponadto badana nie potrafiła zrozumieć zmian, jakie zachodziły w jej życiu, a które spowodowane były zachowaniami przemocowymi męża:

„Myślałam, że nigdy w moim małżeństwie nie będzie takich sytuacji, o jakich słyszałam, że są w domu, gdzie mąż pije i bije żonę. Ojciec mój nigdy nie bił mamy, chciałam aby moje małżeństwo także było udane. Nie wiem dlaczego mąż zmienił się prawie po 7 latach małżeństwa”.

Ciągły stres i lęk przed następną awanturą domową powodował, iż badana nie miała poczucia sensu własnego życia, odczuwała apatię. Nie miała motywacji do zmiany swojego życia, choć deklaratywnie miała poczucie takiej konieczności. Opisuje to następująco:

„Trudno mi było podjąć decyzję, by opowiedzieć komukolwiek o tym jak mnie mąż traktuje. Mam świadomość tego, że moje małżeństwo nie jest dobre. Wstydę się przed dziećmi, że muszą oglądać ojca pijanego, muszę coś z tym zrobić”.

Oceniając motywy skłaniające badaną do podjęcia procesu terapeutycznego można dostrzec, iż badana wybrała wiele motywów, które potwierdzały zarówno fakt bycia ofiarą przemocy wewnątrzmałżeńskiej, jak również uzasadniały wybór uczestnictwa w grupie terapeutycznej. U badanej występował średni poziom motywacji do podjęcia procesu terapeutycznego, zaś do najważniejszych motywów respondentka zaliczyła: dążenie do poznania i zmiany siebie, zrozumienie przyczyn i mechanizmów powstawania nałogu alkoholowego u męża oraz oczekiwanie uzyskania wtórnych korzyści z uczęszczania na terapię, do których badana zaliczyła m.in. możliwość złożenia pozwu o rozwód i alimenty do sądu, jak również nawiązanie nowych kontaktów z osobami mającymi podobne problemy, które potrafią słuchać i wspierać w trudnych dla niej chwilach. W mniejszym stopniu kierowała się dążeniem do usunięcia dolegliwości w związku z występowaniem przemocy domowej. Czynniki utrudniające podjęcie decyzji, co do uczestnictwa w terapii występowały na poziomie niskim, co oznacza, iż badana podjęła próbę uczestnictwa w terapii samodzielnie, bez nacisków płynących z otoczenia, rodziny, a także nie przejawiała lęku przed terapią, jej konsekwencjami i nie zaprzeczała występowaniu przemocy w jej rodzinie.

Przed przystąpieniem do terapii badana negatywnie oceniała siebie, a więc była przekonana o braku własnej wartości, odczuwała brak szacunku do siebie, doświadczała poczucia nieakceptacji siebie, co wynikało z oceny różnych jej atrybutów, a głównie odnosiło się to do sfery poznawczo-intelektualnej i charakterologicznej, a w nieco mniejszym stopniu do oceny własnej fizyczności i cech społeczno-moralnych. Spowodowane to było ciągłą krytyką męża, która mogły spowodować te problemy i zgeneralizowanie negatywnych samoocen z jednej sfery na inne:

„Nawet kiedy był trzeźwy to mnie obrażał. Mówił, że nie może na mnie patrzeć, że jestem chuda i brzydka. Chcąc mnie jeszcze bardziej upokorzyć, mówił przy dzieciach, że spotyka się z innymi kobietami, ładniejszymi ode mnie i mądrzejszymi”.

Ogólnie rzecz ujmując, badana nie akceptowała własnej osoby i była niezadowolona z siebie. Dominowało u niej przekonanie, iż jest osobą bezwartościową, złą i niekompetentną.

Po upływie roku terapii u badanej nastąpiły widoczne zmiany w samoocenie w kierunku pozytywnym we wszystkich sferach, w których oceniała siebie samą. I tak, uczestnictwo w grupie terapeutycznej dla kobiet doświadczających przemocy spowodowało, iż badana zaczęła wierzyć w siebie, zmienił się jej stosunek do samej siebie. Odczuwała już tylko nieco ograniczony szacunek do własnej osoby i była umiarkowanie zadowolona z siebie (taką, jaką się jest), ale także pojawiało się u niej dążenie do przebudowy własnego „Ja”, co rokuje pozytywnie dla dalszych przemian w wartościowaniu własnej osoby:

„Nie wiem dlaczego tak długo zwlekałam z tym, aby przyjść do Poradni i poprosić o pomoc. Jest

mi wstyd, że przez tyle lat pozwalałam mężowi na to, że mnie obrażał, krytykował i bił. Nie zasłużyłam sobie na takie traktowanie. Nie żałuję, że zgłosiłam na policji fakt znęcania się męża na mnie. Chcę żyć spokojnie. Dzieci także potrzebują spokoju”.

Wzrost poziom samooceny jest zatem wyraźny, co świadczy o budowaniu pozytywnej samooceny, kształtowaniu się przekonania o własnej wartości, wzroście szacunku do siebie i poziomu akceptacji własnej osoby, a w szczególności wyglądu fizycznego, walorów moralnych i charakterologicznych. Jest zadowolona z siebie i swojej postawy. Dominuje u niej przekonanie, że jest osobą wartościową i dobrą.

Uczestnictwo w terapii zmieniło stan psychofizyczny badanej, który znacznie się poprawił. Badana nie doznaje już poczucia osamotnienia, samorealizuje się i zaakceptowała siebie jako kobietę, która doświadczała przemocy:

„Wcześniej, kiedy chodziłam do pracy zapłakana koleżanki wiedziały, co się dzieje u mnie w domu. Pomagały mi. Teraz kiedy widzą u mnie na twarzy uśmiech, wspierają mnie, abym dała rady w swoich postanowieniach i uregulowała wszystkie sprawy małżeńskie”.

Dane z wywiadu

Przed przystąpieniem do terapii badana miała świadomość, iż jest osobą doświadczającą przemocy wewnątrzmałżeńskiej. Zachowania przemocowe męża przejawiały się w różnych formach: poprzez używanie słów wulgarnych, wyśmiewanie, robienie na złość, niszczenie przedmiotów osobistych, wydzielanie pieniędzy na zakupy, ośmieszanie i poniżanie, popychanie, szarpanie i uderzanie „z otwartej dłoni” oraz „z pięści” po całym ciele. Pojawiały się także zachowania mające charakter przemocy seksualnej:

„Nieraz oberwałam od męża kiedy wrócił pijany, a ja do niego krzyczałam, że obiecał dzieciom, że pójdzie z nimi na plac zabaw. Podchodził do mnie i najpierw mnie łapał za włosy, a potem bił po twarzy i głowie, bolało. Bałam się krzyczeć i płakać, bo groził mi, że mnie mocniej zbije. Najbardziej nie mogłam, znieść kiedy kazał mi pójść z nim do łóżka. Brzydziłam się go. Dla świętego spokoju robiłam co kazał, aby dzieci nie obudziły się w nocy. Później siedziałam w łazience i płakałam, mówiłam do siebie, że to ostatni raz, prawda taka, że trwało to kilka dobrych lat”.

Sytuacja materialna badanej nie pozwalała na podjęcie decyzji o odejściu od męża, gdyż otrzymywała zdecydowanie mniejsze wynagrodzenie z tytułu zatrudnienia, niż jej mąż i miała obawy, czy utrzyma siebie i dzieci z własnej pensji.

Przed przystąpieniem do terapii badana nie utrzymywała stałych kontaktów ze znajomymi, sporadycznie widywała się z nimi. Miała dobre relacje z rodzicami, jednakże mąż próbował izolować ją od jej rodziców. Zabraniał kontaktować się z koleżankami z pracy.

Uczestnictwo badanej w procesie terapii dla kobiet doświadczających przemocy spowodowało, iż w jej postawie, postrzeganiu siebie i swojej sytuacji życiowej nastąpiły zmiany. Po roku terapii badana wyprowadziła się wraz z dziećmi od męża. Podjęcie decyzji przez badaną o zmianie miejsca zamieszkania spowodowało, iż zdecydowała się również rozstać ze swoim mężem. Jej sytuacja materialna również uległa poprawie, gdyż chcąc zapewnić sobie i dzieciom godne warunki, złożyła wniosek do sądu o alimenty, które zostały jej przyznane.

Przypadek 24 - Ela (załącznik 39)

Dane z dokumentacji

Kobieta, lat 36, obecnie rozwiedziona, wykształcenie zawodowe, zatrudniona w kiosku warzywnym jako sprzedawca. Posiada jedno dziecko w wieku przedszkolnym (4 lata).

Sytuacja rodzinna

W dzieciństwie i swojej młodości badana określa swoje relacje z rodzicami jako dobre. Ojciec nie nadużywał alkoholu, w domu nie było awantur. Zdarzało się czasami, że ojciec wracał z pracy po wypiciu kilku piw, ale nigdy nie awanturował się i nie podnosił ręki na matkę. Czasami dochodziło między rodzicami do kłótni, jednak nigdy nie interweniowała policja. Ojciec pracował jako traktorzysta w Państwowym Gospodarstwie Rolnym, natomiast matka zajmowała się gospodarstwem i domem. W wolnych chwilach szyła ubrania dla znajomych, dorabiając w ten sposób dodatkowo pieniądze.

Swoje relacje z rodzicami przed zawarciem związku małżeńskiego badana określa jako dobre. Po zawarciu związku małżeńskiego nadal utrzymywały się dobre relacje z rodzicami. Badana nie pracowała, była na wyłącznym utrzymaniu męża, który pracował w hucie miedzi w Głogowie. Ich sytuacja finansowa była na dobrej drodze. Niejednokrotnie badana wspierała finansowo swoją matkę, przekazując jej różne kwoty pieniędzy na drobne wydatki.

Sytuacja zmieniła się, kiedy mąż skończył studia i otrzymał awans w pracy. Zaczął więcej czasu poświęcać pracy i spotkaniom towarzyskim z kolegami po pracy. Zaniedbywał dom i rodzinę. Gdy wracał do domu wieczorem często był pod wpływem alkoholu. Wówczas denerwował się, wszystko mu przeszkadzało. Między małżonkami dochodziło najpierw do nieporozumień, potem do awantur domowych, podczas których badana była bita i poniżana przez męża:

„Mąż nie przejmował się tym, że siedzę w domu cały dzień sama. Wracał późno i kiedy zwracałam mu uwagę, wściekał się. Najpierw mnie wyzywał i poniżał. Naśmiewał się ze mnie, że jestem niewykształcona, że nic nie potrafię. Kiedy mu odpowiadałam, to złościł się jeszcze bardziej, podchodził do mnie i szarpał mnie, a potem popychał i rzucał na ścianę”.

Badana przed przystąpieniem do terapii była w związku małżeńskim. Mąż zatrudniony był w hucie miedzi.

Wyniki badań

Badana rozpoczynając proces terapeutyczny przekonana była o braku własnej wartości, nie akceptowała siebie, wypowiadała się o sobie negatywnie, była niezadowolona z siebie i swojej postawy. Wstydziła się tego, kim jest i jaką jest osobą. Powodem takiej postawy był fakt, iż była poniżana i obrażana przez męża, doświadczała z jego strony wiele przykrości, które negatywnie odbiły się na jej postawie i samoocenie. Ponadto postrzegała siebie jako osobę mało zdolną, nieinteligentną, czuła się gorsza od innych. Powodem takiego stanu była negatywna postawa męża, który się nad nią znęcał fizycznie i psychicznie:

„Nic nie potrafisz, bo jesteś głupia i bez szkoły”.

Stan emocjonalny badanej przed przystąpieniem do terapii był obniżony, co świadczyło o złej kondycji psychofizycznej. U badanej występowały widoczne predyspozycje do lęku. Jej postawa wobec innych charakteryzowała się wycofaniem i bezradnością w relacjach. Miała poczucie, że jest niezaradna życiowo. Nie akceptowała sama siebie ze względu na przypisywane sobie cechy. Są to typowe stany emocjonalne występujące u osób doświadczających przemocy, zaś badana przez 8 lat swojego małżeństwa była poniżana przez swojego męża. Sytuację przemocową opisuje następująco:

„Kiedy mąż wracał z pracy i był trzeźwy zachowywał się w domu poprawnie, był miły, razem spędzaliśmy czas. Natomiast kiedy wracał po kilku piwach albo drinkach, był innym mężczyzną, całkiem dla mnie obcym. Zaczynało się od ironicznych uwag, później od naśmiewania się ze mnie. Potem to pamiętam, że mnie wyzywał, szarpał i bił. Bił mnie najpierw tylko po twarzy i głowie, po jakimś czasie już nie przejmował się mną i bił gdzie popadnie. Wiedział, że jak będę miała siniaki

to ich nikt nie zauważy. Nie pracowałam i nie wychodziłam z domu w tym czasie”.

Przemoc jakiej doświadczała badana wpłynęła negatywnie na jej postawę wobec życia, gdyż przed podjęciem terapii cechowała ją niezdolność do określenia życiowych celów do realizacji, stąd nie miała przekonania o wartości własnego życia. Ponadto badana nie potrafiła zrozumieć zmian, jakie zachodziły w jej życiu, a które spowodowane były głównie negatywnym zachowaniem męża:

„Nie wiem dlaczego mąż się tak zmienił po kilku latach naszego małżeństwa. Może na to miał wpływ jego ojciec, który zawsze mówił, że kobieta musi znać swoje miejsce w domu. Wiem, że mój teść źle traktował swoją żonę, mąż nie chciał mi opowiadać jakie miał dzieciństwo. Przed ślubem mąż nigdy nie nadużywał alkoholu, nie miał z tym problemu, teraz uważam, że pije za często i za dużo. Boję się, bo jest wulgarny i nie panuje nad swoim zachowaniem”.

Stres i lęk jaki towarzyszył badanej w obawie przed następną awanturą domową powodował, iż koncentrowała się jedynie na sytuacji przemocy, nie zajmowała się sobą w kontekście możliwości samorealizacji, dlatego też odczuwała brak poczucia sensu własnego życia, często doświadczała stanów apatii. Nie miała chęci do podjęcia decyzji o zmianie swojego życia, głównie z uwagi na obawę przed reakcją męża, kiedy dowie się, że chce odejść od niego:

„Myślę, że nie powinnam mieszkać wspólnie z mężem, który nie szanuje mnie, i co najgorsze podnosi na mnie rękę. Boję się, że za jakiś czas będzie podobnie traktował nasze dziecko. Muszę podjąć decyzję, co mam dalej robić ze swoim życiem. Powinnam wyprowadzić się od niego, ale nie wiem, czy poradzę sobie bez pieniędzy, przecież nie pracuję. Wiem, że mogę liczyć na pomoc swoich rodziców”.

Oceniając motywy skłaniające badaną do podjęcia procesu terapeutycznego można dostrzec, iż badana wskazała wiele motywów, które potwierdzały zarówno fakt bycia ofiarą przemocy wewnątrzmałżeńskiej, jak również uzasadniały wybór uczestnictwa w grupie terapeutycznej. U badanej występował średni poziom motywacji do podjęcia procesu terapeutycznego. Chciała poznać przyczyny powstawania nałogu alkoholowego u swojego męża, jak również usunąć dolegliwości występujące u niej w związku z doświadczaną przez nią przemocą wewnątrzmałżeńską. Ponadto, choć w mniejszym stopniu, chciała poznać i zmienić siebie, zrozumieć powody, dla których przez wiele lat tkwiła w związku przemocowym, w którym była poniżana i ośmieszana. Ujawniła się także, choć niezbyt silnie, tendencja do oczekiwania wtórnych korzyści płynących z terapii. Spostrzegany przez nią poziom trudności podjęcia decyzji o uczestnictwie w terapii był niski: nie zaprzeczała przemocy, nie przejawiała lęku przed terapią i nie odrzucała konieczności jej podjęcia. Ale ostatecznie, jak wynika z wywiadu, podjęła terapię ze względu na naciski ze strony osób bliskich, tj. rodziców.

Przed przystąpieniem do terapii badana negatywnie oceniała siebie, a więc była przekonana o braku własnej wartości. Nie szanowała, i nie akceptowała siebie, co wynikało głównie z negatywnej oceny swoich walorów poznawczo-intelektualnych i charakterologicznych. Spowodowane to było tym, iż badana przez wiele lat słyszała słowa krytyki od swojego męża:

„Jesteś głupkiem i nieudacznikiem życiowym. Jak mogłem się z tobą ożenić. Popatrz do lusterka i oceń siebie sama, zrozumiesz wtedy moje zachowanie, chociaż wątpię”.

To słowa, które słyszała bardzo często od męża. Badana nie akceptowała własnej osoby i była niezadowolona z siebie. Dominowało u niej przekonanie, iż jest osobą bezwartościową.

Po upływie roku terapii u badanej nastąpiły widoczne zmiany w samoocenie. Uczestnictwo w terapii wpłynęło na poprawę w zakresie samooceny (wyniki wysokie). Jest przekonana o własnej wartości, ma szacunek do siebie i akceptuje siebie. Ponadto jest zadowolona z siebie

taką jaką jest, nie występują u niej tendencje do przebudowy własnego „Ja”, co oznacza, że dokonała przynajmniej wstępnego określenia siebie (własnej tożsamości). Badana jest przekonana o własnej przydatności, wyraża przekonanie, że jest wystarczająco dobrym i wartościowym człowiekiem. Jest też dumna z tego, że zdecydowała się na udział w terapii dla kobiet doświadczających przemocy:

„Cieszę się, że posłuchałam swoich rodziców i nie wstydziłam się przyjść tutaj i poprosić o pomoc. Jest mi zdecydowanie lepiej”.

Wzrost poziomu samooceny świadczy to bardziej pozytywnym obrazie siebie, a więc przekonaniu o własnej wartości, szacunku do siebie i akceptacji własnej osoby, co wynika głównie ze zmienionej oceny własnych walorów poznawczo-intelektualnych, charakterologicznych i społeczno-moralnych, a w mniejszym stopniu fizycznych. Badana akceptuje siebie, jest zadowolona z siebie, żywi wobec siebie pozytywne emocje. Dominuje u niej przekonanie, że jest osobą wartościową i godną miłości.

Uczestnictwo w terapii zmieniło stan psychofizyczny badanej, który znacznie się poprawił. Badana nie doznaje już poczucia osamotnienia, samorealizuje się oraz zaakceptowała siebie jaką jest na co dzień. Cieszy się, że może normalnie funkcjonować.

Dane z wywiadu

Przed przystąpieniem do terapii badana miała świadomość, iż jest osobą doświadczającą przemocy. Zachowania przemocowe męża przejawiały się poprzez używanie wobec niej słów wulgarnych, wyśmiewanie jej, dokuczanie, stosowanie siły fizycznej poprzez szarpanie i popychanie, uderzanie z otwartej dłoni po twarzy i głowie. Była wielokrotnie zmuszana do bezwzględnego posłuszeństwa i usługiwania mężowi, nie mogła kontaktować się z rodziną i znajomymi. Niejednokrotnie mąż dotykał badaną wbrew jej woli w miejsca intymne i wymuszał zachowania seksualne:

„Prawie po każdej awanturze musiałam być posłuszną mężowi w sypialni. Nie mogłam sprzeciwić się kiedy mnie dotykał w miejsca intymne, bo zaraz wyzywał, że mam kochanka. Słyszałam, że on ciężko pracuje, a ja siedzę w domu, nic nie robię i tylko myślę w jaki sposób go zdradzić. Czułam się fatalnie. Na początku było mi przykro kiedy mąż się tak zachowywał, później starałam się nie reagować na jego zaczepki i wyzwiska”.

Sytuacja materialna badanej nie pozwalała jej na podjęcie decyzji o odejściu od męża, gdyż obawiała się, że bez środków finansowych nie utrzyma siebie i dziecka. Ponadto miała nadzieję, że mąż w końcu zrozumie, że źle postępuje i będzie „walczył” o rodzinę.

Przed przystąpieniem do terapii badana nie utrzymywała stałych kontaktów ze znajomymi. Sytuacja, jaka panowała w jej małżeństwie, spowodowała, iż odizolowała się od najbliższych, gdyż wstydziła się tego, że mąż nadużywa alkoholu i awanturuje się. Ponadto, mąż niejednokrotnie podczas awantury zabraniał jej kontaktować się z rodziną i znajomymi w obawie, że poznają prawdę o ich małżeństwie.

Konkludując, uczestnictwo badanej w procesie terapii dla kobiet doświadczających przemocy spowodowało, iż w jej postawie oraz postrzeganiu siebie i swojej sytuacji życiowej nastąpiły wyraźne zmiany. W trakcie terapii badana podjęła decyzję o wyprowadzeniu się wraz z synem od męża i zamieszkaniu u swoich rodziców. Podjęcie decyzji o zmianie miejsca zamieszkania spowodowało, iż zdecydowała się również rozstać ze swoim mężem. Sytuacja materialna badanej również uległa poprawie. Badana otrzymała wsparcie finansowe od swoich rodziców, podjęła zatrudnienie, jak również odważyła się skierować wniosek do Sądu o przyznanie dla dziecka alimentów. Jej obecna sytuacja finansowa jest zadawalająca.

Przypadek 25 - Agnieszka (załącznik 40)

Dane z dokumentacji

Kobieta, lat 41, obecnie rozwiedziona, wykształcenie średnie, zatrudniona w zakładzie państwowym na stanowisku pracownika umysłowego. Posiada dwoje dzieci w wieku szkolnym (15 i 17 lat).

Sytuacja rodzinna

Badana w okresie dzieciństwa i swojej młodości miała bardzo dobre relacje z rodzicami. Matka nie pracowała, zajmowała się domem i wychowywaniem dzieci. Dodatkowo pracowała w gospodarstwie rolnym jakie posiadali. Ojciec był górnikiem, pracował w kopalni na stanowisku elektryka. Rodzice badanej nie nadużywali alkoholu, nie było awantur domowych. Zdarzało się, że rodzice pili alkohol, ale związane było to głównie z różnymi rodzinnymi wydarzeniami. Zdaniem badanej, rodzice nie mieli problemu z nadużywaniem alkoholu. Badana miała dobre relacje zarówno z matką, jak i ojcem. Mogła z rodzicami porozmawiać o wszystkich swoich sprawach, problemach. Wiedziała, że zawsze mogła liczyć na wsparcie z ich strony. Atmosfera panująca w domu badanej była przyjazna dla wszystkich. Wszyscy starali się wzajemnie wspierać i pomagać sobie.

Przed zawarciem związku małżeńskiego badana miała również dobre relacje z rodzeństwem. Ponadto utrzymywała stały kontakt z koleżankami ze szkoły i pracy. Jej sytuacja rodzinna zmieniła się po 12 latach związku małżeńskiego, gdy zauważyła, że jej mąż coraz więcej czasu spędza w pracy, do domu wraca wieczorami, nie rozmawia z nią i coraz częściej jest pod wpływem alkoholu.

Przed terapią badana była w związku małżeńskim, nie pracowała, pomagała mężowi w kierowaniu jego działalnością gospodarzą (prowadzenie kilku sklepów ogólnospożywczych).

Wyniki badań

Badana rozpoczynając proces terapeutyczny oceniała siebie negatywnie, co świadczyło o jej uogólnionym przekonaniu o braku własnej wartości, braku szacunku do własnej osoby i nieakceptacji siebie. Ocena ta przejawiała się również w niezadowoleniu z siebie taką jaką była, a także w wyraźnym, choć deklaracyjnym, dążeniu do przebudowy własnego „Ja”. Ponadto badana oceniała siebie jako osobę zupełnie bezwartościową, posiadającą cechy negatywne. Miała poczucie, że jest gorsza od innych, nieprzydatna i bezużyteczna. Powodem takiej postawy badanej był fakt, iż była poniżana przez męża, doświadczała z jego strony wiele przykrości, które negatywnie odbiły się na jej postawie oraz samoocenie:

„Nie wiem co było powodem, że mąż zmienił swoje zachowanie względem mnie. Wydawało mi się, że układało się między nami, wspieraliśmy się nawzajem. Zauważyłam tylko, że mąż zaczął dziwnie zachowywać się, kiedy wracał wieczorem do domu. Tłumaczył się najpierw zmęczeniem, później czułam alkohol. Nie chciał mi mówić gdzie i z kim był. Po jakimś czasie kiedy pytałam, zaczął się denerwować, krzyczeć i wyzywać mnie. Kiedy mu odpowiadałam zaczął denerwować się, potem to już tylko mnie szarpał, popychał i bił rękoma po twarzy”.

Badana czuła się w związku niekochana i niedoceniana. Miała poczucie, że jest osobą mało znaczącą dla męża, nie doświadczała pozytywnych emocji z jego strony.

Stan emocjonalny badanej przed rozpoczęciem terapii był obniżony, co świadczyło o złej kondycji psychofizycznej. U badanej występowały widoczne predyspozycje do lęku. Jej postawa wobec innych charakteryzowała się wycofaniem, bezradnością, pesymizmem. Miała poczucie braku zaradności życiowej. Z tych powodów nie akceptowała siebie. Są to typowe

stany emocjonalne dla osób doświadczających przemocy, a wszak badana przez kilka lat swojego małżeństwa była poniżana oraz krytykowana przez swojego męża:

„Mąż mnie krytykował, bo zarabiałam mniej niż on osiągał dochody z tytułu prowadzonej działalności. Ja mu pomagałam w jego pracy, ale to był mój obowiązek, nie doceniał tego, że codziennie do wieczora liczyłam faktury i porządkowałam dokumentację. Słyszałam tylko słowa krytyki, że jestem głupia, beznadziejna, że bez jego pieniędzy zginę. Nieraz słyszałam, że mnie zniszczy, kiedy nie będę mu posłuszna, nie mogłam sprzeciwić się temu, co do mnie mówił. Często było tak, że bałam się go, kiedy do mnie krzyczał i groził, że mnie zabije. nigdy nie dzwoniłam po policję, bałam się i wstydziałam reakcji policjantów. Przecież wszyscy znają mojego męża”.

Przemoc jakiej doświadczała badana wpłynęła negatywnie na jej postawę wobec życia. Przed podjęciem terapii charakteryzowała się brakiem celów do realizacji, stąd nie miała pozytywnych doświadczeń związanych z aktywnością celową. Wszystko to spowodowało, że nie miała przekonania o wartości własnego życia Ponadto nie potrafiła zrozumieć zmian jakie zachodziły w jej życiu, a które spowodowane były głównie negatywnym zachowaniem męża:

„Kiedy wychodziłam za mąż byłam szczęśliwa. Mąż był dla mnie dobry i czuły. Pomagałam mu „rozkręcać” działalność gospodarczą. Wspólnie pracowaliśmy ciężko, nasze początki w pracy były trudne, ale dawaliśmy radę. Nie wiem dlaczego po tylu latach małżeństwa mąż zmienił się. Mąż zaczął być wobec mnie opryskliwy i wulgarny. Później pojawiła się przemoc fizyczna. Bił mnie najpierw po twarzy, a później zaczął wykręcać ręce, szarpać za włosy. Zamykał mnie w domu, bym nie pobięła do rodziców poskarżyć się”.

Doświadczany stres i lęk przed następną awanturą domową powodował, iż badana koncentrowała się jedynie na problemie przemocy, zaś nie podejmowała działań samorealizacyjnych, stąd odczuwała brak poczucia sensu własnego życia i popadała w stany apatii. Stan ten ograniczał wyraźnie jej motywację do podjęcia decyzji o zmianie swojego życia.

Oceniając motywy skłaniające badaną do podjęcia procesu terapeutycznego można dostrzec, iż badana wybrała wiele różnych motywów. Jej poziom motywacji do podjęcia procesu terapeutycznego był średni, zaś wyznaczany był głównie przez dążenie do zrozumienia przyczyn i mechanizmów powstawania nałogu alkoholowego u męża. Mniej silnie ujawniły się pozostałe motywy: oczekiwanie uzyskania wtórnych korzyści z uczęszczania na terapię, tj. zdobycie wiedzy dotyczącej procedur w Sądzie w związku ze złożeniem pozwu o rozwód, dążenie do poznania i zmiany siebie, jak również dążenie do usunięcia dolegliwości w związku z występowaniem przemocy domowej. Czynniki utrudniające podjęcie decyzji o uczestnictwie w terapii występowały na poziomie niskim. U badanej występowała jedynie tendencja do unikania uczestnictwa w terapii ze względu na lęk przed nią i jej konsekwencjami.

Przed przystąpieniem do terapii badana negatywnie oceniała i nie akceptowała siebie (niska samoocena ogólna, niespecyficzna), co wynikało z oceny różnych atrybutów własnej osoby, a głównie: walorów poznawczo-intelektualnych i fizycznych (atrakcyjność fizyczna), zaś w nieco mniejszym stopniu: walorów społeczno-moralnych i charakterologicznych. Spowodowane to było krytycznymi komunikatami, jakie otrzymywała od męża, odnoszącymi się głównie do sfery fizyczności, ale nierzadko będącymi negatywną generalizacją jej osoby:

„Nie mogę już na Ciebie patrzeć, brzydzę się Ciebie. Jak mogłem tyle lat z tobą wytrzymać”.

Badana nie akceptowała własnej osoby i była niezadowolona z siebie. Dominowało u niej przekonanie, iż jest bezwartościowa, niekompetentna i nieatrakcyjna.

Po upływie roku terapii u badanej nastąpiły widoczne zmiany w postrzeganiu siebie. Samoocena badanej występowała na wysokim poziomie, co świadczyło o uogólnionym przekonaniu o własnej wartości, szacunku do własnej osoby oraz akceptacji siebie. Była zadowolona

z siebie, swojej postawy. Samoocena uległa poprawie we wszystkich jej sferach. Oceniała siebie jako osobę wartościową, przekonana była o dominacji u niej cech pozytywnych. Pozytywnie oceniała również swoje walory intelektualno-poznawcze, co świadczy o jej przekonaniu o swojej inteligencji, mądrości i uzdolnieniach. Nadto posiadała wysokie poczucie wsparcia ze strony innych ludzi: rodziców, rodzeństwa, koleżanek. Mogła liczyć na ich wsparcie i pomoc w sytuacjach dla niej trudnych, stresowych. Poza tym miała poczucie, że jest osobą znaczącą i ważną dla innych, doświadczała pozytywnych emocji ze strony najbliższych, tj. rodziny, znajomych. Nie czuła się opuszczona i pozostawiona sama sobie w sytuacji dla niej trudnej:

„Kiedy rodzice dowiedzieli się, że mąż mnie źle traktuje, od razu zaproponowali mi, abym wróciła do nich, do domu rodzinnego. Chcieli, bym wraz z dziećmi czuła się bezpiecznie”.

Ponadto u badanej wysoki poziom samooceny świadczy również o jej pozytywnych nastawieniach do własnej osoby, a w szczególności wyglądu fizycznego, walorów moralnych i charakterologicznych. Badana jest zadowolona z siebie i swojej postawy. Dominuje u niej przekonanie, że jest osobą wartościową i dobrą.

Uczestnictwo w terapii zmieniło stan psychofizyczny badanej, który znacznie uległ poprawie. Badana nie doznaje już poczucia osamotnienia, samorealizuje się i zaakceptowała swój status kobiety doświadczającej przemocy:

„Wstydziłam się, że mąż mnie poniża i bije. Nikomu o tym nie mówiłam, choć dzieci nieraz prosiły, bym wezwała policję. Nie robiłam tego, wiedziałam, że mąż znany jest w środowisku policyjnym, często mówił, że spotyka się prywatnie z policjantami. Dzięki temu, że rodzice namówili mnie, bym w końcu zaczęła myśleć o sobie i dzieciach, zdecydowałam się zmienić swoje życie”.

Dane z wywiadu

Przed rozpoczęciem terapii badana miała świadomość, iż jest źle traktowana przez męża. Wiedziała, że doświadcza przemocy zarówno emocjonalnej, jak i fizycznej z jego strony. Zachowania przemocowe jakich doświadczyła to głównie: używanie wobec niej słów wulgaryzmów, poniżanie, krytykowanie, wyśmiewanie się, zmuszanie do posłuszeństwa, wydzielanie pieniędzy, jak również stosowanie przemocy fizycznej w postaci: szarpania za ręce, włosy, ubranie, popychania i uderzania ręką w twarz. Dokumentują to jej słowa:

„Kiedy mnie mąż pierwszy raz uderzył, to mnie to zdenerwowało, ale nic z tym nie zrobiłam. Stałam i zastanawiałam się, co ja takiego zrobiłam, że zasłużyłam na takie traktowanie. Był to mój błąd, że nie zareagowałam, dałam mu pozwolenie, aby mnie dalej tak traktował. Później już niczego się nie bałam i coraz częściej mnie wyzywał i bił, wiedział, że nie zadzwonię po policję”.

Sytuacja materialna badanej była zła, gdyż nie pracowała i była na utrzymaniu męża, który prowadził działalność gospodarczą. Pomagała mężowi w prowadzeniu działalności, jednakże nie otrzymywała z tego tytułu żadnego wynagrodzenia. Brak środków finansowych spowodował, że badana przez długi czas wahała się z podjęciem decyzji o odejściu od męża.

Przed przystąpieniem do terapii badana miała dobre relacje z rodzicami i rodzeństwem, jednakże spotykała się z nimi sporadycznie. Wstydziła się tego, że rodzice zorientują się, że ma problemy małżeńskie.

Uczestnictwo badanej w procesie terapii dla kobiet doświadczających przemocy spowodowało, iż w jej postawie oraz postrzeganiu siebie i swojej sytuacji życiowej nastąpiły radykalne zmiany. W trakcie terapii badana podjęła zatrudnienie. Ponadto po upływie roku terapii podjęła również decyzję o tym, aby wyprowadzić się wraz z dziećmi od męża. Podjęcie decyzji o zmianie miejsca zamieszkania spowodowało, iż zdecydowała się również rozstać ze swoim

mężem. Dodatkowo złożyła wniosek do Sądu o przyznanie alimentów na dzieci. Sytuacja materialna badanej jest dobra.

Przypadek 26 – Irena (załącznik 41)

Dane z dokumentacji

Kobieta, lat 48, mężatka, wykształcenie średnie, nie pracuje, jest na wyłącznym utrzymaniu męża. Posiada troje dorosłych dzieci.

Sytuacja rodzinna

Badana w okresie dzieciństwa i swojej młodości miała dobre relacje z rodzicami. Zarówno matka, jak i ojciec nie nadużywali alkoholu, w domu nie było awantur, nigdy też nie interweniowała policja. Matka badanej nie pracowała, zajmowała się domem i wychowywaniem dzieci. Badana pochodzi z wielodzietnej rodziny, ma 5 starszego rodzeństwa. Ojciec badanej pracował w Państwowym Gospodarstwie Rolnym, dodatkowo prowadził gospodarstwo domowe wraz z matką. Zdarzało się, że pił alkohol, ale nie nadużywał alkoholu.

Przed zawarciem związku małżeńskiego badana miała dobre relacje z rodzicami i rodzeństwem. Wiedziała, że zawsze może liczyć na wsparcie ze strony matki. Utrzymywała stały kontakt z koleżankami i znajomymi z pracy. Po wyjściu za mąż jej sytuacja zmieniła się, gdy po urodzeniu dziecka została zwolniona z pracy. Badana zajmowała się domem i wychowywaniem dzieci. Jej sytuacja rodzinna uległa pogorszeniu po około 20 latach małżeństwa. Mąż przeszedł na emeryturę górniczą, więcej czasu zaczął spędzać poza domem, w towarzystwie kolegów, co spowodowało, że zaczął nadużywać alkoholu i stawał się agresywny wobec żony.

Badana przed przystąpieniem do terapii była w związku małżeńskim. Mąż nie pracował, pobierał świadczenie emerytalne.

Wyniki badań

Rozpoczynając proces terapeutyczny badana oceniała siebie negatywnie, co świadczyło o jej uogólnionym przekonaniu o braku własnej wartości (niski poziom samooceny). Nie akceptowała siebie, miała poczucie, że nie zasługuje na szacunek, stąd też występowały u niej problemy z samoakceptacją. Była niezadowolona z siebie takiej jaką była, charakteryzowało ją dążenie do przebudowy własnego „Ja”. Ponadto przekonana była o posiadaniu jedynie cech negatywnych. Miała poczucie, że jest gorsza od innych, nieprzydatna i bezużyteczna. Powodem takiej postawy był fakt, że przez długi czas była poniżana i obrażana przez męża, doświadczała z jego strony wiele przykrości, które negatywnie odbiły się na jej postawie oraz samoocenie.

Stan emocjonalny badanej przed rozpoczęciem terapii był na poziomie przeciętnym, co świadczyło o w miarę dobrej kondycji psychofizycznej, jak również o tym, iż badana sporadycznie przeżywa stany lękowe i nie jest predysponowana do lęku. Jej postawę wobec innych cechowały: bezradność i pesymizm. Przez wiele lat swojego małżeństwa była poniżana oraz krytykowana przez swojego męża:

„Zanim przeszedł mąż na emeryturę zachowywał się wobec mnie poprawnie. Mieszkamy sami, dzieci wyprowadziły się od nas. Myślałam, że będziemy dalej normalnym małżeństwem. Mąż kiedy wracał z działki i był pijany, to zaczepiał mnie słownie. Krytykował to, co robię i jaką jestem kobietą. Miałam wrażenie, że wyszukuje pretekstów do kłótni. Często słyszałam od niego, że jestem nierobem, bo nie mam własnych pieniędzy, a on musi mnie utrzymywać. Później mnie za to przeproszał”.

Przemoc jakiej doświadczała badana negatywnie wpłynęła na jej postawę wobec życia. Przed rozpoczęciem terapii nie potrafiła określić celów, które chciałaby zrealizować, co powo-

dowało u niej brak przekonania o wartości własnego życia. Nie rozumiała zmian, jakie zachodziły w jej życiu, które spowodowane były głównie negatywnym zachowaniem męża:

„Uważam, że na początku moje małżeństwo było udane. Wspólnie z mężem wychowaliśmy trójkę dzieci. Myślałam, że kiedy mąż przejdzie na emeryturę z kopalni, będziemy wspólnie spędzać czas, podróżować, pomagać dzieciom. Niestety pomyliłam się. Większy wpływ na męża mieli jego koledzy niż ja. Nie wiem dlaczego mąż zmienił się tak nagle, nie znam powodów jego nagannego zachowania względem mojej osoby”.

Oceniając motywy skłaniające badaną do rozpoczęcia terapii można dostrzec, iż badana wybrała ich wiele. U badanej występował wysoki poziom motywacji do podjęcia procesu terapeutycznego, a wśród motywów szczegółowych znalazły się jako dominujące: dążenie do poznania i zmiany siebie, a także usunięcie dolegliwości związanych z doświadczaniem przemocy. W mniejszym nieco stopniu kierowała się dążeniem do zrozumienia przyczyn i mechanizmów powstawania nałogu alkoholowego u męża, a także oczekiwaniem uzyskania wtórnych korzyści z uczęszczania na terapię (np. zyskanie zainteresowania terapeuty, współpacjentek własną osobą, jak również nawiązanie nowych znajomości). Czynniki utrudniające podjęcie decyzji o rozpoczęciu terapii występowały na poziomie średnim, co oznaczało, iż podjęła próbę terapii, niemniej jednak nadal zaprzecza, iż doświadcza przemocy ze strony męża. Na podjęcie decyzji, co do rozpoczęcia terapii przez badaną miały znaczący wpływ także naciski płynące z otoczenia, tj. ze strony dzieci, które przez dłuższy czas namawiały matkę do zgłoszenia się w Poradnię.

Przed rozpoczęciem terapii badana negatywnie oceniała siebie i dlatego też nie akceptowała siebie, jaką była. Wpływ na to miała ocena różnych atrybutów, a głównie: wyglądu fizycznego, osobistych walorów poznawczo-intelektualnych i charakterologicznych, zaś w mniejszym stopniu walorów społeczno-moralnych. Wynikało to z charakteru komunikatów ze strony jej męża typu:

„Jesteś niedorajdą życiową, którą teraz muszę utrzymywać do końca życia. Mogłabyś w końcu znaleźć pracę i zarabiać, nie będę wiecznie Ciebie utrzymywać. Zresztą kto Ciebie zatrudni, popatrz w lustro, jak Ty wyglądasz”.

Po upływie roku terapii u badanej nastąpiły widoczne zmiany w jej samoocenie. I tak, uczestnictwo w grupie terapeutycznej dla kobiet doświadczających przemocy wzmocniło ją na tyle, że uwierzyła w siebie, w swoją wartość oraz ugruntowało szacunek do siebie, zadowolenie z siebie i przekonanie o dominacji cech pozytywnych. Wysoka samoocena badanej potwierdza jej przekonanie, iż jest ona wartościowym człowiekiem. Poziom samooceny zdecydowanie wzrósł, co świadczy o tym, iż badana jest przekonana o własnej wartości i o tym, iż zasługuje na szacunek. Badana jest zadowolona z siebie, a w szczególności z walorów poznawczo-intelektualnych, charakterologicznych i wyglądu fizycznego. Dominuje u niej przekonanie, że jest osobą wartościową i dobrą.

Uczestnictwo w terapii zmieniło także stan psychofizyczny badanej, który zdecydowanie się poprawił. Badana nie doznaje już poczucia osamotnienia, samorealizuje się oraz zaakceptowała siebie jako kobietę doświadczającą przemocy.

Dane z wywiadu

Przed rozpoczęciem terapii badana wiedziała, że mąż źle ją traktuje, jednakże nikomu nie chciała się do tego przyznać:

„Wstyd mi było komukolwiek powiedzieć, że nagle, bez powodów mąż zaczął mnie źle traktować. Bałam się także tego, że w rodzinie będą mówili, że to moja wina, bo nie pracuję. Znosiłam wyzwiska i krytykę, myślałam, że jeszcze się opamięta, miałam taką nadzieję”.

Zachowania przemocowe męża to głównie: używanie wulgarnych słów, wyśmiewanie, krytykowanie, zmuszanie do posłuszeństwa, ale też stosowanie przemocy fizycznej w postaci: szarpania, popychania, uderzania ręką po plecach i głowie:

„Kiedy mąż wracał z działki do domu i był pijany wiedziałam, że kiedy będę zwracać mu uwagę, to będzie się denerwował i krzyczał do mnie. Kiedy siedziałam cicho to było wszystko w porządku, ale kiedy coś powiedziałam, to zaraz stawał się wulgarny i agresywny. Szarpał mną i popychał, zdarzało się, że uderzył mnie ręką po plecach”.

Sytuacja materialna badanej nie pozwalała jej na podjęcie decyzji o odejściu od męża. Badana nie pracowała, zajmowała się domem, była na wyłącznym utrzymaniu męża. Przed przystąpieniem do terapii badana nie utrzymywała stałych kontaktów ze znajomymi. Wstydziła się tego mąż pije i awanturuje się.

Uczestnictwo badanej w terapii dla kobiet doświadczających przemocy spowodowało, iż w jej postawie oraz postrzeganiu siebie i swojej sytuacji życiowej nastąpiły widoczne zmiany. Po upływie roku terapii badana podjęła decyzję, co dalszego związku z mężem. Odważyła się na szczerą rozmowę z mężem przekazując swoje warunki, co do dalszego ich związku. Badana złożyła wniosek do Sądu o alimenty i zgłosiła męża na terapię dla osób nadużywających alkoholu. Jej sytuacja materialna jest zadawalająca, otrzymuje alimenty i wspólnie z mężem uczestniczy w mediacji małżeńskiej.

Przypadek 27 - Renata (załącznik 42)

Dane z dokumentacji

Kobieta, lat 30, obecnie rozwiedziona, wykształcenie zawodowe, zatrudniona w kiosku warzywnym jako ekspedientka. Posiada jedno dziecko w wieku szkolnym (9 lat).

Sytuacja rodzinna

Badana w okresie dzieciństwa i swojej młodości miała dobre relacje z rodzicami. Ojciec nie nadużywał alkoholu, zdarzało się, że wypił podczas uroczystości rodzinnych lub po pracy. W domu zdarzały się kłótnie, nigdy nie interweniowała policja, gdyż matka badanej nie dzwoniła na policję. Zdaniem badanej, ojciec awanturował się tylko wtedy, kiedy matka zwracała mu bezpodstawnie uwagę. Matka badanej była osobą konfliktową, nie utrzymywała kontaktów z sąsiadami, sporadycznie widywała się z dalszą rodziną. Relacje badanej z matką były niekorzystne, nie było między nimi silnej więzi, brakowało wspólnych rozmów na różne tematy. Matka nie pracowała, zajmowała się domem i wychowywaniem dzieci. Ojciec pracował w kopalni jako elektryk, a dodatkowo dorabiał sobie przy pracach remontowych.

Przed zawarciem związku małżeńskiego badana miała w miarę poprawne relacje z rodzicami, dalszą rodziną i znajomymi. Wiedziała, że zawsze może liczyć na wsparcie ze strony starszego rodzeństwa. Ponadto utrzymywała stały kontakt z koleżankami z pracy.

Jej sytuacja życiowa zmieniła się po 5 latach od zawarcia związku małżeńskiego, kiedy to badana zauważyła, że mąż jest agresywny.

Przed przystąpieniem do terapii badana była w związku małżeńskim. Mąż zatrudniony był w hucie miedzi na stanowisku piecowego.

Wyniki badań

Badana rozpoczynając proces terapeutyczny przekonana była o braku własnej wartości, nie miała szacunku do siebie. Nie akceptowała siebie, gdyż bardzo często słyszała od swojego

męża słowa krytyki na swój temat. Czuła się w związku bezwartościowa, była niezadowolona z siebie. Brak akceptacji własnej osoby wyznaczała negatywna ocena różnych jej atrybutów: wyglądu fizycznego, walorów poznawczo-intelektualnych i charakterologicznych, a w nieco mniejszym stopniu określana była przez samoocenę społeczno-moralną. Dominowało u niej przekonanie, iż jest osobą bezwartościową, złą i niekompetentną. Spowodowane to było zapewne negatywnymi komunikatami męża na jej temat, które do niej kierował, typu:

„Nie mogę na Ciebie patrzeć, daj mi spokój. Wstydzę się wyjść z tobą na ulicę, jak możesz wychodzić do pracy z domu w takim stroju”.

Stan emocjonalny badanej przed przystąpieniem do terapii był obniżony, co świadczyło o jej złej kondycji psychofizycznej. Przejawiało się to w wyraźnych predyspozycjach do przeżywania lęku. Jej postawę wobec innych zdominowało wycofanie, bezradność, pesymizm. Wynika to z tego, iż przez wiele lat swojego małżeństwa była poniżana i wyśmiewana przez męża:

„Nieraz słyszałam od męża, że jestem głupia, że nie poradzę sobie w życiu bez niego. Dla niego ważne były pieniądze i koledzy z pracy. Więcej czasu spędzał z nimi na siłowni i barze, niż ze mną i naszym synem”.

Przemoc, jakiej doświadczała badana, wpłynęła negatywnie na jej postawę wobec życia. Przed podjęciem terapii nie miała jasno określonych celów życiowych, które uznawałaby za warte realizacji, co wykształciło w niej brak przekonania o wartości własnego życia. Badana nie potrafiła też zrozumieć zmian, jakie zachodziły w jej życiu, a które spowodowane były głównie negatywnym zachowaniem męża:

„Pierwsze lata naszego małżeństwa były cudowne. Szybko urodziłam dziecko, mąż był szczęśliwy, bo to był syn. Po dwóch latach poszłam do pracy. Mąż też zmienił pracę na lepszą. Wydawało się, że nic lepszego nie może mnie już spotkać. Nie wiem, co było powodem, że mąż zrobił się chamski wobec mnie. Czy mają na niego wpływ koledzy, czy może „coś” bierze kiedy idzie z nimi do siłowni. Czasami awanturuje się bez powodu, nie musi być pijany, aby mnie wyzywać i poszarpać”.

Stres i lęk spowodowany agresywnym zachowaniem męża stanowił podstawę braku poczucia sensu własnego życia oraz coraz częstsze popadanie w stany apatii, co determinowało zniechęcenie i brak motywacji do podjęcia decyzji o zmianie swojego życia:

„Chciałabym, aby nasze małżeństwo poukładało się. Rozmawiałam o tym czasami z mężem. Najpierw mówił, że mam rację, a następnego dnia wszystkiemu zaprzeczał. Jesteśmy młodzi, możemy jeszcze wszystko naprawić, ale trzeba wiedzieć jeszcze jak i z kim. Czasami tracę wiarę w to, że będzie wszystko w porządku w naszym małżeństwie. Coraz częściej myślę o tym, aby wyprowadzić się od niego”.

Analizując motywy jakie skłoniły badaną do rozpoczęcia terapii, można dostrzec, iż badana wybrała wiele motywów, które potwierdzały fakt doświadczania przez nią przemocy. U badanej występował wysoki poziom motywacji do podjęcia procesu terapeutycznego, który wyznaczało głównie: dążenie do poznania i zmiany siebie, zrozumienie przyczyn i mechanizmów powstawania nałogu alkoholowego, dążenie do usunięcia dolegliwości w związku z występowaniem przemocy domowej oraz – choć w mniejszym stopniu – uzyskanie wtórnych korzyści z uczęszczania na terapię, do których należą: zawarcie nowych kontaktów i poznanie przepisów chroniących kobiety doświadczające przemocy. Czynniki utrudniające podjęcie decyzji o uczestnictwie w terapii występowały na poziomie średnim. Badana nie zaprzeczała, że doświadcza przemocy, ale przeżywała stany ambiwalencji w związku z terapią (tendencja do unikania uczestnictwa w terapii ze względu na lęk przed nią), zaś najsilniejszą blokadę w podję-

ciu terapii stanowił brak przekonania o jej konieczności, co oznacza, iż badana podjęła próbę uczestnictwa w terapii ze względu na naciski płynące z otoczenia, a nie ze względu na własne przekonanie o jej potrzebie i potencjalnej skuteczności.

Po upływie roku terapii u badanej nastąpiły zauważalne, choć nie radykalne, zmiany w jej samoocenie. Uczestnictwo w terapii spowodowało, iż badana uwierzyła w siebie, była zadowolona z siebie (taką, jaką jest), pojawiło się u niej również dążenie do przebudowy własnego „Ja”, co dobrze rokuje dla dalszych przemian w osobowości:

„Żałuję, że nie pomyślałam wcześniej o tym, aby zgłosić się do poradni. Te kilka lat bycia w związku z tyranem, spowodowało, że zapomniałam, co to znaczy być kobietą. Nie potrafię zrozumieć, dlaczego pozwoliłam mężowi, aby mnie i nasze dziecko tak źle traktował”.

Poziom samooceny zwiększył się zatem znacząco, co świadczy to o tym, iż badana „nabrała” szacunku do siebie, zaczyna akceptować siebie, taką jaką jest, a w szczególności swój wygląd fizyczny, docenia własne walory poznawczo-intelektualne i charakterologiczne. Ocena cech społeczno-moralnych pozostała na niezmiennym poziomie. Jej przekonania na temat własnej osoby przekształcają się w kierunku pozytywnym – zaczyna wierzyć w to, że jest osobą dobrą i wartościową.

Uczestnictwo w terapii spowodowało także znaczącą poprawę stanu psychofizycznego badanej, co przejawia się w tym, że nie doznaje już poczucia osamotnienia, ma poczucie samo-realizacji, a także akceptuje siebie i fakt, że przez kilka lat doświadczała przemocy.

Dane z wywiadu

Przed rozpoczęciem terapii badana miała świadomość, iż należy do tej grupy kobiet, które doświadczającą przemocy wewnątrzmałżeńskiej. Zachowania przemocowe męża badanej były wyraźne, zaś przejawiały się w różnych formach: używaniu wulgarnych słów, robieniu jej na złość, niszczeniu przedmiotów osobistych, ośmieszaniu i poniżaniu oraz stosowaniu przemocy fizycznej w postaci: popychania, szarpania, rzucania o ścianę i uderzania jej „z pięści” i z „otwartej dłoni” po całym ciele:

„Kiedy wracał do domu z pracy, to wiedziałam, że wszystko będzie w porządku. Może lekka kłótnia, bo coś mu nie będzie pasowało, ale kiedy wychodził na siłownię i szybko nie wracał, wiedziałam, że coś się wydarzy. Przeważnie wracał po kilku piwach, czasami miałam wrażenie, że coś „bierze”, bo dziwnie się zachowywał. Bałam się wtedy męża, starałam się nie wchodzić mu w drogę, ale on był agresywny i sam prowokował kłótnię. Najpierw mnie wyzywał i naśmiewał się ze mnie. Gdy nie reagowałam, podchodził do mnie blisko, krzyczał bardzo głośno, chcąc wywołać u mnie gniew. Kiedy tylko coś do niego krzyknęłam, wówczas miał pretekst do tego, by mnie uderzyć. Bił gdzie popadnie, po twarzy, głowie. czasami krzyczał, że musi bić po nerkach i plecach, bo nie będzie widać pod ubraniem siniaków. Następnego dnia przeproszał”.

Sytuacja materialna badanej nie pozwalała na podjęcie decyzji o odejściu od męża. Wynagrodzenie jakie otrzymywała było zdecydowanie mniejsze od wynagrodzenia, jakie otrzymywał jej mąż. Badana obawiała się, że nie utrzyma siebie i dziecka z jej pensji. Ponadto miała nadzieję, że mąż zmieni się, podejmie terapię i będzie „walczył o naprawę” rodziny.

Przed rozpoczęciem terapii badana nie utrzymywała stałych kontaktów ze znajomymi, gdyż zabraniał jej tego mąż. Ponadto sporadycznie widywała się z rodzicami, gdyż bała się przyznać przed nimi, że jest źle traktowana przez męża.

Konkludując, uczestnictwo badanej w terapii dla kobiet doświadczających przemocy spowodowało, iż w jej postawie oraz postrzeganiu siebie i swojej sytuacji życiowej nastąpiły widoczne zmiany. Po upływie roku terapii badana wyprowadziła się od męża wraz z dzieckiem. Podjęła również decyzję o rozstaniu, czego efektem było złożenie do Sądu pozwu o rozwód i alimenty. Sytuacja materialna badanej także uległa poprawie. Rodzice zaoferowali badanej

pomoc finansową, dodatkowo chcąc zapewnić sobie oraz dziecku godne warunki, badana podjęła dodatkowe zatrudnienie.

Przypadek 28 – Barbara (załącznik 43)

Dane z dokumentacji

Kobieta, lat 57, obecnie w separacji, wykształcenie podstawowe, pracuje w sklepie ogólnospożywczym na stanowisku ekspedientki. Posiada jedno dziecko w wieku 26 lat.

Sytuacja rodzinna

Badana w okresie dzieciństwa i swojej młodości miała dobre relacje z rodzicami. Ojciec nie nadużywał alkoholu, jednakże był człowiekiem bardzo wymagającym, pracował na kolei jako zawiadowca. Matka pracowała w sklepie jako ekspedientka. W domu dochodziło do nieporozumień między rodzicami, jednak nigdy ojciec nie stosował przemocy fizycznej wobec matki. Zdarzało się, że rodzice wzajemnie się wyzywali używając wulgarnych słów. Ojciec wymagał od dzieci bezwzględneho posłuszeństwa. Nie znosił sprzeciwu. Denerwował się, gdy dzieci były nieposłuszne. W domu rodzinnym badanej nigdy nie interweniowała policja.

Przed zawarciem związku małżeńskiego badana miała dobre relacje z rodzicami i starszym rodzeństwem. Wiedziała, że zawsze może liczyć na wsparcie ze strony matki. Lubiła rozmawiać z nią na różne tematy. Ojciec zbytnio nie interesował się dziećmi, zajęty był swoją pracą, dodatkowo zajmował się także pracą w gospodarstwie rolnym.

Sytuacja życiowa badanej zmieniła się po zawarciu związku małżeńskiego. Po 24 latach małżeństwa zaczęła doświadczać przemocy ze strony męża. Głównym powodem awantur w domu było to, iż mąż zaczął nadużywać alkoholu po przejściu na emeryturę górniczą.

Badana przed przystąpieniem do terapii była w związku małżeńskim, nie pracowała. Zajmowała się niepełnosprawnym synem. Mąż także nie pracował, otrzymywał świadczenie emerytalne, które musiało wystarczyć na zaspokojenie wszystkich potrzeb rodziny.

Wyniki badań

Rozpoczynając proces terapeutyczny badana oceniała siebie negatywnie – miała poczucie, że nie zasługuje na szacunek męża i innych ludzi, właśnie z powodu tego, jaka jest. Niezadowolona z siebie „takiej jaką była” stanowiło niewątpliwie podstawę dążenia do przebudowy własnego „Ja”. Ponadto oceniała siebie jako osobę zupełnie bezwartościową, posiadającą głównie cechy negatywne. Miała poczucie bycia gorszą od innych, nieprzydatną i bezużyteczną. Powodem takiego nastawienia wobec siebie był fakt, iż była przez długi czas poniżana i obrażana przez swojego męża. Doświadczyła z jego strony wiele przykrości, które negatywnie odbiły się na jej postawie oraz samoocenie.

Stan emocjonalny badanej przed rozpoczęciem terapii był znacząco obniżony, co świadczyło o przeciętnej kondycji psychofizycznej. Zaznaczały się dosyć wyraźne predyspozycje do przeżywania stanów lękowych. Jej postawa wobec innych charakteryzowała się wycofaniem, bezradnością, nie akceptowała siebie samej w relacjach z innymi. Jest to efekt tego, iż przez ostatnie lata swojego małżeństwa była poniżana i ostro krytykowana przez swojego męża. Opisuje to następująco:

„Kiedy mieszkaliśmy w mieście, w naszym małżeństwie wszystko się układało. Po wybudowaniu domu na wsi i przeprowadzeniu się na wieś, mąż zaczął się zmieniać. Dodatkowo <odbiło mu> kiedy przeszedł na emeryturę i miał zawsze przy sobie pieniądze. Wtedy też miał kolegów na wsi, razem z nimi pił pod sklepem, a kiedy wracał do domu, był już przez nich wyedukowany jak mnie traktować. Miał wtedy do mnie pretensje o wszystko, czepiał się mnie i naszego niepełnosprawnego syna. Wyzywał mnie używając wulgarnych słów, obarczał mnie winą, że urodziłam mu chore

dziecko, a on musi teraz do końca życia opiekować się nim i karmić go. Były to dla mnie przykre i upokarzające słowa. Nieraz płakałam przez niego”.

Doświadczana przez badaną przemoc wpłynęła negatywnie na jej postawę wobec życia. Przed rozpoczęciem terapii nie potrafiła określić celów, które chciałaby realizować, co powodowało brak przekonania o wartości własnego życia. Ponadto nie potrafiła zrozumieć zmian, jakie zachodziły w jej życiu, a które spowodowane były głównie negatywnym zachowaniem męża. Mówi o tym tak:

„Po urodzeniu dziecka mąż cieszył się, że mamy syna. Razem przyrzekliśmy sobie, że będziemy go wychowywać i nigdy nie oddamy do ośrodka. Z biegiem czasu mąż zaczął mieć do mnie pretensje, że za dużo czasu poświęcam synowi, a nie zajmuję się nim. Awanturował się o to, coraz częściej wracał do domu pijany i wyzywał mnie. Później coraz częściej zaczął podnosić na mnie rękę, aż w końcu pobił mnie tak mocno, że sąsiedzi wezwali policję. Nie miałam siły wstać z podłogi, byłam cała obolała. Pamiętam, że tego wieczora przewrócił mnie i kopał po całym ciele. Syn to widział i płakał, ale mąż nie reagował”.

Przeżywany stres i lęk związany z jej sytuacją w małżeństwie powodował, iż nie widziała sensu własnego życia oraz odczuwała apatię. Nie miała motywacji do podjęcia decyzji o zmianie swojego życia.

Oceniając motywy podjęcia terapii można dostrzec, iż badana wybrała wiele motywów. U badanej występował wysoki poziom motywacji do podjęcia procesu terapeutycznego, a wśród motywów szczegółowych znalazły się wszystkie ich typy, pozostając w równowadze: dążenie do poznania i zmiany siebie; zrozumienie przyczyn i mechanizmów powstawania nałogu alkoholowego; dążenie do usunięcia dolegliwości związanych z występowaniem przemocy, jak również oczekiwanie uzyskania wtórnych korzyści z uczęszczania na terapię. Badana liczyła na nawiązanie kontaktów z innymi kobietami, które podobnie jak ona doświadczały przemocy. Chciała przekonać się, czy ma szansę na to, aby przerwać łańcuch zachowań przemocowych jakich doznawała od męża. Ponadto chciała dowiedzieć się o aspektach prawnych i możliwości uzyskania wsparcia emocjonalnego oraz pomocy prawnej w przypadku powiadomienia prokuratury o tym, iż jest ofiarą przemocy domowej. Czynniki utrudniające podjęcie decyzji o uczestnictwie w terapii występowały na poziomie niskim, co oznaczało, iż badana: nie zaprzecza istnieniu przemocy, nie przejawia lęku przed terapią, jednak – choć w niewielkim stopniu – wątpi w jej konieczność, a zatem podjęła próbę uczestnictwa w terapii kierując się naciskami płynącymi z otoczenia.

Przed rozpoczęciem terapii badana negatywnie oceniała siebie, stąd też i siebie nie akceptowała. Złożyła się na to ocena różnych atrybutów, a głównie wyglądu fizycznego, osobistych walorów poznawczo-intelektualnych i charakterologicznych (w mniejszym stopniu cech społeczno-moralnych). Wynikało to z tego, iż bardzo często mąż krytykował ją oraz poniżał, mówiąc np.:

„Jesteś zwykłym debilem, jak twój syn. Nie mogę na ciebie patrzeć, szkoda moich lat jakie zmarnowałam dla ciebie. Gdyby nie ja i moje pieniądze wylądowałabyś w jakimś przytułku. Co ty w ogóle potrafisz w życiu robić? Za głupia jesteś, aby cokolwiek osiągnąć”.

Po upływie roku terapii u badanej nastąpiły niewielkie zmiany w jej samoocenie, zaś ich kierunek był niejednoznaczny. Jednak generalnie uczestnictwo w grupie terapeutycznej spowodowało, iż zaczęła wierzyć w siebie, zmienił się jej stosunek do samej siebie. Ponadto zrozumiała, iż zasługuje na szacunek. Była zadowolona z siebie taką, jaką jest (samoocena ogólna, niespecyficzna). Poprawił się też obraz samej siebie w sferze fizycznej i poznawczo-intelektualnej (dwie najbardziej dyskredytowane przez sprawcę sfery), ale nieco gorzej badana postrzega swoje cechy społeczno-moralne i charakterologiczne. Oznaczać to może, że uzyskana

przez nią świadomość związana z funkcjonowaniem w sytuacji przemocy i „przywalaniem” na nią przez lata, spowodowała wzrost ambiwalencji oceny siebie w tych sferach, które wcześniej oceniała relatywnie dobrze. Częściowo potwierdzają to jej słowa, w których wyraża zdziwienie własną biernością w sytuacji doświadczania przemocy:

„Przez wiele lat cierpiałam. Mąż robił co chciał, ja opiekowałam się synem. Nie pracowałam, bo zawsze syn potrzebował naszej opieki. Myślałam, że nasza sytuacja rodzinna zbliży nas, a nie rozdzieli. Nie wiem dlaczego nie reagowałam wcześniej na takie zachowanie męża. Może myślałam, że on potrzebuje czasu, aby pogodzić się z tą myślą, że jedyne dziecko nasze jest chore”.

Uczestnictwo w terapii zmieniło stan psychofizyczny badanej, który poprawił się. Badana nie czuje się samotna, samorealizuje się, projektuje swoje plany na przyszłość i zaczyna je realizować. Nadto, co ważne, zaakceptowała siebie, nie boi się przyznać, że była bita i poniżana przez męża. Otwarcie mówi, że jest kobietą, która doświadczała przemocy:

„Nigdy wcześniej nie opowiadałam nikomu, że mnie mąż bije, wstydziłam się tego, co powiedzą ludzie na wsi. Teraz dopiero wiem, że wszyscy widzieli jak mnie traktuje mąż i jak to on się zachowuje. Tylko ja byłam taka głupia i ślepa, że broniłam go i zawsze usprawiedliwiałam. Teraz to wszystko się zmieniło. Już nigdy nie podniesie na mnie mąż ręki, nie pozwolę na to, abym po raz kolejny razem z synem przez niego cierpiała. Moi bracia także zauważyli u mnie zmianę, cieszę się, że odważyłam się powiedzieć im prawdę”.

Samoocena i postawy życiowe badanej znacząco się zmieniły się w kierunku pozytywnym. Badana akceptuje siebie, swój wygląd zewnętrzny. Jest przekonana, że zasługuje na szacunek i ma prawo go oczekiwać. Bardziej pozytywnie ocenia swoje walory intelektualne i fizyczne. Jest zadowolona z siebie oraz swojej postawy. Dominuje u niej przekonanie, że jest osobą wartościową i dobrą.

Dane z wywiadu

Przed rozpoczęciem terapii badana wiedziała, że zachowanie męża jest typowe dla sprawców przemocy. Nie żaliła się nikomu, że mąż ją bije, gdyż wstydziła się tego. Bała się, że zostanie w środowisku odrzucona przez inne kobiety. Nie przypuszczała, że w wielu innych domach może być podobnie. Była przekonana, że jest jedyną kobietą w wiosce, która doświadcza przemocy, bała się poprosić o pomoc sąsiadów:

„Nigdy nie wołałam sąsiadów do domu, kiedy mąż się awanturował. Wstydziłam się tego, że zobaczą mnie zapłakaną, z siniakami na twarzy i całym ciele. Po każdym pobiciu, kiedy miałam siniaki, przez kilka dni nie wychodziłam z domu. Wtedy mąż robił zakupy. Pamiętam, że w tym czasie nie pił alkoholu, przeproszał mnie, ale także mówił, że gdybym była posłuszna i nie stawiała się mu, to do niczego by nie doszło”.

Zachowania przemocowe męża badanej to głównie: używanie wulgarnych słów, wyśmiewanie, krytykowanie, zmuszanie do posłuszeństwa, ale też stosowanie przemocy fizycznej w postaci bicia rękoma i kopania po całym ciele.

Sytuacja materialna badanej nie pozwalała jej na podjęcie decyzji o wyprowadzeniu się od męża. Badana nie pracowała, była na jego wyłącznym utrzymaniu. Przez całe małżeństwo zajmowała się domem, a następnie niepełnosprawnym synem. Mąż badanej pracował w kopalni jako sztygar, a następnie przeszedł na emeryturę górniczą. Po przejściu na emeryturę, mąż zarządzał w domu finansami. Badana była zależna finansowo od męża.

Przed rozpoczęciem terapii badana nie utrzymywała stałych kontaktów ze znajomymi, gdyż wyprowadziła się na wieś. Sporadycznie widywała się z rodzicami, gdyż nie miała środ-

ków lokomocji, aby pojechać do nich. Zawsze musiała prosić męża, aby zawiózł ją i syna do jej rodziców.

Uczestnictwo badanej w procesie terapii dla kobiet doświadczających przemocy spowodowało, iż w jej postawie oraz postrzeganiu siebie i swojej sytuacji życiowej nastąpiły widoczne, choć nie radykalne, zmiany. Po upływie roku terapii badana podjęła zatrudnienie i wyprowadziła się z synem od męża. Podjęcie decyzji o zmianie miejsca zamieszkania spowodowało, iż zdecydowała się również złożyć do Sądu wnioski o przyznanie jej alimentów dla syna. Sytuacja materialna badanej polepszyła się, obecnie jest w separacji.

Przypadek 29 – Maria (załącznik 44)

Dane z dokumentacji

Kobieta, lat 61, obecnie rozwiedziona, wykształcenie podstawowe, nie pracuje – przebywa na emeryturze. Posiada troje, dorosłych i samodzielnych dzieci (29, 35, 40 lat).

Sytuacja rodzinna

Badana w okresie dzieciństwa i swojej młodości miała dobre relacje z rodzicami. Z wypowiedzi wynika, iż zarówno ojciec, jak i jej matka nie nadużywali alkoholu. W domu nie było awantur, nie interweniowała policja. Zdarzały się nieporozumienia między rodzicami, ale nigdy nie dochodziło między nimi do przemocy. Okres dzieciństwa i młodości wspomina pozytywnie. Badana pochodzi wielodzietnej rodziny. Ojciec pracował w Państwowym Gospodarstwie Rolnym jako mechanik-traktorzysta. Matka nie pracowała, zajmowała się wychowywaniem dzieci i pracą w gospodarstwie domowym. Rodzina badanej wiodła skromne życie. Nie było ich stać, aby badana i jej starsze rodzeństwo zdobyło wykształcenie, czy zawód. Od najmłodszych lat pomagała rodzicom w pracy w gospodarstwie rolnym.

Przed zawarciem związku małżeńskiego badana miała dobre relacje z rodzicami i rodzeństwem. Rodzice interesowali się córką, utrzymywali stały kontakt z pozostałymi dziećmi, które opuściły dom rodzinny. Wyszła za mąż mając 19 lat. Mieszkała z mężem w domu rodzinnym do momentu otrzymania własnego mieszkania w mieście. Jej sytuacja rodzinna uległa zmianie po wielu latach małżeństwa – po prawie 40 latach spostrzegła, iż jej mąż nadużywa alkoholu i bezpodstawnie staje się wobec niej agresywny.

Badana przed przystąpieniem do terapii była w związku małżeńskim. Mąż nie pracował, przebywał na emeryturze.

Wyniki badań

Rozpoczynając proces terapeutyczny badana miała problemy z poczuciem własnej wartości, uważała, że nie zasługuje na szacunek ze strony innych i we własnych oczach. Wymagała wsparcia i potwierdzania poczucia własnej wartości, jak również szacunku do siebie. Nie akceptowała siebie, potrzebowała wsparcia ze strony osób jej bliskich. Nie rozumiała zachowania męża i jego słów krytyki względem jej osoby. Czuła się w związku bezwartościowa, opuszczona i zaniedbywana.

Stan emocjonalny badanej przed przystąpieniem do terapii był obniżony (poziom niski), co świadczyło o złej kondycji psychofizycznej, jak również o tym, iż zdarza się jej przeżywać stany lękowe. Nie potrafiła poradzić sobie z problemem doświadczania przez nią przemocy domowej. Przez kilka ostatnich lat swojego małżeństwa była poniżana oraz krytykowana przez swojego męża:

„Za jakie grzechy z taką staruchą muszę się męczyć. Zmarnowałaś mi życie, czas odpocząć od ciebie”.

Przemoc jakiej doświadczała, wpłynęła negatywnie na jej postawę wobec życia. Przed rozpoczęciem terapii badana charakteryzowała się brakiem życiowych celów do realizacji, co powodowało u niej brak przekonania o wartości własnego życia. Nie miała także pozytywnych doświadczeń związanych z aktywnością celową, stąd uważała, że jej życie jest bezsensowne. Ponadto nie potrafiła zrozumieć zmian jakie zachodziły w jej życiu, a które spowodowane były negatywnym zachowaniem męża. Stres związany z doświadczaniem przemocy i lęk przed niezadowolaniem męża i kolejną awanturą w domu powodował, iż jej życie naznaczone było poczuciem „chwilowości”, co ograniczało określenie jego sensowności. Często popadała w stany apatii. Brak było u niej motywacji do podjęcia decyzji o zmianie swojego życia:

„Nieraz myślałam, że muszę coś zmienić w swoim życiu. Nie dopuszczałam tylko myśli, że w tym wieku będę musiała zmieniać swoje życie. Ciężko jest żyć pod jednym dachem z mężczyzną, z którym przeżyło się prawie 40 lat małżeństwa, a który na stare lata zaczyna wariować, pić i bić”.

Oceniając motywy skłaniające badaną do rozpoczęcia terapii można dostrzec, iż wybrała wiele motywów, które potwierdzały zarówno fakt bycia ofiarą przemocy wewnątrzmałżeńskiej, jak również uzasadniały wybór uczestnictwa w grupie terapeutycznej. U badanej występował wysoki poziom motywacji do podjęcia procesu terapeutycznego, które wyznaczały w równym stopniu: dążenie do poznania i zmiany siebie, zrozumienie przyczyn i mechanizmów powstania nałogu alkoholowego u męża, dążenie do usunięcia dolegliwości w związku z występowaniem przemocy domowej, jak również – choć w mniejszym stopniu – uzyskanie wtórnych korzyści z uczęszczania na terapię. Badana chciała nawiązać nowe relacje z osobami, które podobnie jak ona doświadczają przemocy. Ponadto chciała poznać prawa i przywileje, jakie przysługują osobom doświadczającym przemocy. Czynniki utrudniające podjęcie decyzji o uczestnictwie w terapii występowały na poziomie niskim, co oznaczało brak istotnych blokad w tym zakresie, związanych z zaprzeczaniem przemocy i lękiem przed terapią i jej konsekwencjami. Ujawniły się w niewielkim stopniu tendencje do zaprzeczania konieczności terapii (brak wewnętrznego przekonania o jej potrzebie) i podjęcie jej ze względu na naciski płynące z otoczenia społecznego.

Jak wskazałam, przed przystąpieniem do terapii badana negatywnie oceniała siebie, a więc była przekonana o braku własnej wartości, nie akceptowała siebie, co ujawniało się dosyć silnie we wszystkich sferach samooceny, czyli oceny różnych jej atrybutów, m.in. wyglądu fizycznego, walorów poznawczo-intelektualnych, moralnych oraz charakterologicznych. Powodem tego niewątpliwie była krytyka i doznawanie poniżenia ze strony męża.

Po upływie roku terapii u badanej nastąpiły nieznaczne zmiany w samoocenie, jednak ogólnie można uznać, iż ich kierunek jest pozytywny. Uczestnictwo w grupie terapeutycznej dla kobiet doświadczających przemocy zapoczątkowało proces zmiany jej przekonań na temat własnej wartości, a także przekonanie, że jest osobą godną szacunku, przydatną i użyteczną dla innych. Jest nieco bardziej zadowolona z siebie, ma poczucie, że dominują u niej cechy pozytywne, ale doświadcza wciąż ambiwalencji w ocenie siebie. Znaczące pozytywne zmiany wystąpiły w samoocenie ogólnej, niespecyficznej. Zmiany w samoocenach specyficznych są niejednorodne – lepiej ocenia badana swój charakter, ale w kierunku negatywnym zmienia się jej obraz własnych walorów poznawczo-intelektualnych i społeczno-moralnych. Być może wynika to ze wzrostu świadomości związanej z funkcjonowaniem w sytuacji przemocy i przyzwalaniem na nią, co dyskredytuje ją we własnych oczach. Poziom samooceny pozostał na średnim poziomie, co świadczy o przeciętnej samoakceptacji, która ma charakter zgeneralizowany (dominuje przekonanie, że jest osobą wartościową i dobrą), ale poszczególne sfery samooceny, które zapewne uległy „uszkodzeniu” na skutek doświadczania przemocy psychicznej wciąż są dla niej

problemem – doświadcza ambiwalencji w ocenie konkretnych atrybutów własnej osoby (zmienną wyznaczającą poziom zmian w przekonaniach o sobie może być także wiek badanej).

Ponadto uczestnictwo w terapii zmieniło stan psychofizyczny badanej, który nieznacznie się poprawił. Nie doznaje już tak dojmującego poczucia osamotnienia, zaczyna mieć poczucie samorealizacji, a głównie zaakceptowała siebie jako osobę doświadczającą przemocy.

Dane z wywiadu

Rozpoczynając terapię badana miała świadomość, iż doświadcza przemocy ze strony swojego męża:

„Kiedy synowie założyli własne rodziny i wyprowadzili się, pomyślałam, że na starość będę miała spokój. Myślałam, że będę wspólnie z mężem jeździć w odwiedziny do rodziny, zwiedzać świat. Niestety nagle mąż zmienił się. Powodem tej zmiany było przejście na emeryturę, brak pracy i kolegów z pracy. Ja miałam zajęcie, chodziłam codziennie do kwiaciarni jaką wówczas prowadziłam. Mąż się złościł, że zostawał sam w domu. Wychodził z domu, poznał nowych znajomych i tak się zaczęło. Wracał pijany i zaczepiał mnie, że wychodzę z domu, że nie liczę się z jego zdaniem. Kiedy chciałam się usprawiedliwić, zaczynał mnie wyzywać. Z tygodnia, na tydzień było gorzej. Zaczynał wyzywać, a kończył na szarpaniu, aż w końcu zepchnął mnie ze schodów, złamałam nogę. Poskarżyłam się dzieciom, rozmawiali z nim, ale nie reagował na to, co mówili. Zostałam dalej z nim pod jednym dachem. On się nie zmienił, było gorzej. Policja prawie codziennie była u nas w domu. Mąż swoim zachowaniem spowodował, że musiałam zamknąć kwiaciarnię, cieszył się, że nie będę miała pieniędzy. Dalej mnie poniżał, krytykował, nie mogłam w nocy spokojnie spać, bo specjalnie trząsał drzwiami, wyłączał bezpieczniki prądu. Nikomu nie żaliłam się, bo wstydziłam się, dzieci mi pomogły podjąć decyzję, myślę, że słuszną”.

Zachowania przemocowe męża badanej przejawiały się poprzez kierowanie do niej słów wulgarnych, wyśmiewanie jej, robienie jej na złość, niszczenie jej rzeczy osobistych, popychanie, szarpanie, kopanie oraz uderzanie z „otwartej dłoni” po całym ciele.

Sytuacja materialna badanej nie pozwalała na podjęcie decyzji o odejściu od męża. Spowodowane było to tym, iż badana po wymuszonym przez męża zamknięciu działalności gospodarczej była bez środków finansowych. Miała obawy o to, czy utrzyma siebie z alimentów o jakie wniosła pozew do Sądu. Ponadto liczyła, iż mąż zmieni się, posłucha dzieci i podejmie leczenie.

Przed przystąpieniem do terapii badana utrzymywała kontakty z rodziną i znajomymi. Zdarzało się, że mąż próbował odizolować badaną od przyjaciół, gdyż obawiał się opinii na swój temat.

Uczestnictwo w terapii dla kobiet doświadczających przemocy spowodowało, iż w jej postawie oraz postrzeganiu siebie i swojej sytuacji życiowej nastąpiły zmiany, choć ich zakres jest niewielki, ale w większości ocenianych sfer, pozytywny.

Po upływie roku terapii badana wyprowadziła się od męża, zamieszkała wspólnie z najstarszym synem. Podjęła decyzję o wniesieniu do Sądu pozwu o rozwód. Otrzymała świadczenie emerytalne i alimenty. Jej sytuacja materialna uległa zatem poprawie.

Przypadek 30 - Elżbieta (załącznik 45)

Dane z dokumentacji

Kobieta, lat 44, obecnie rozwiedziona, wykształcenie średnie, zatrudniona w przedsiębiorstwie państwowym na stanowisku pracownika fizycznego. Posiada troje dzieci (10, 17, 23 lata).

Sytuacja rodzinna

Badana w okresie dzieciństwa miała dobre relacje z rodzicami. Jej matka pracowała jako kucharka w stołówce przy kopalni, dodatkowo pracowała w gospodarstwie rolnym oraz zaj-

mowała się domem i dziećmi. Ojciec pracował w kopalni jako górnik-elektryk, a po pracy pomagał żonie w pracach polowych i w gospodarstwie. W domu zdarzały się awantury, ale sporadycznie, nigdy nie interweniowała policja. Ojciec i matka nie nadużywali alkoholu.

Przed zawarciem związku małżeńskiego badana miała dobre relacje z rodzicami i rodzeństwem. Lubiła spędzać czas z siostrami, wspomina wspólne wyjazdy podczas wakacji do rodziny. Pozytywnie też ocenia okres swojej młodości. Szczególnie mile wspomina czas uczęszczania do szkoły średniej. Po ukończeniu szkoły podjęła zatrudnienie. Uważała się za osobę lubianą przez otoczenie, gdyż szybko nawiązywała nowe znajomości, miała pozytywne relacje z koleżankami i kolegami w pracy. Po zawarciu związku małżeńskiego, a następnie po urodzeniu dziecka, przebywała na urlopie wychowawczym, a później została zwolniona z pracy.

Badana przed przystąpieniem do terapii pozostawała w związku małżeńskim. Mąż zatrudniony był w przedsiębiorstwie państwowym na stanowisku operatora wózków widłowych.

Wyniki badań

Badana przed rozpoczęciem terapii deklaratywnie określała siebie bardzo pozytywnie (wysoki poziom samooceny), a więc cechowało ją zgeneralizowane przekonanie o własnej wartości, przejawiała szacunek wobec siebie, akceptowała siebie – była zadowolona z siebie taką, jaką była, stąd nie występowały u niej tendencje zmierzające do przebudowy własnego „Ja”. Pozytywnie oceniała swoje cechy charakterologiczne, uważała, iż jest osobą wytrwałą we własnych dążeniach, ambitną i rozważną w podejmowaniu decyzji. Opisuje to następująco:

„Nigdy nie doświadczyłam krzywdy ze strony rodziców. Zdarzało się, że matka ściera nam w domu przyłóżki, bo nie słuchałam jej i moje siostry również. Ojciec nigdy nie bił mamy, ani nas. Czasami krzyczał, ale nie miał czasu umoralniać nas. Mówił, że w domu są same baby, to niech matka zajmuje się naszym wychowaniem. Kiedy wyszłam za mąż byłam przekonana, że moje małżeństwo będzie jeszcze lepsze, niż rodziców. Tłumaczyłam to sobie tym, że żyjemy już w innych czasach, niż nasi rodzice, że nam będzie lepiej. Myliłam się, bo ten cudowny chłopak, który grał mi na gitarze i śpiewał zmienił się, stał się dla mnie zupełnie kimś obcym. Przez długi czas zastanawiałam się, co zrobić, aby było dobrze. Szukałam różnych rozwiązań, chodziłam i radziłam się różnych ludzi. W końcu dojrzałam do tego, aby podjąć decyzję sama, dla siebie i dzieci”.

Stan emocjonalny badanej przed przystąpieniem do terapii wskazywał na ambiwalencję odczuć (średni poziom), co świadczyło o w miarę dobrej kondycji psychofizycznej. Jednakże analiza stanów emocjonalnych występujących u badanej dała możliwość zdiagnozowania przeżywanych emocji jakie jej towarzyszyły przed przystąpieniem do terapii. Jeśli chodzi o pozytywne emocje, badana uzyskała wynik wysoki świadczący o tym, iż jest ona osobą zdrową psychicznie i społecznie przystosowaną, jak również samorealizującą się. Z kolei analizując negatywne uczucia, badana uzyskała również wynik wysoki, który świadczy o tym, iż doznaje ona poczucia osamotnienia, widoczne są występujące u niej predyspozycje do lęku. Jej postawa wobec innych charakteryzuje się wycofaniem, brakiem zaradności i silną zależnością.

Przemoc jakiej doświadczała badana, wpłynęła negatywnie na jej postawę wobec życia. Przed podjęciem terapii odczuwała swoje życie jako bezsensowne (brak życiowych celów), łatwo wycofywała się z podejmowanych z trudem decyzji. Nie miała motywacji do dokonywania zmian w swoim życiu. Akceptowała to, iż jej życie jest niezmiennie, monotonne i nic się w nim nie zmieni. Nie potrafiła też zrozumieć zmian, jakie zachodziły w jej życiu, a które spowodowane były głównie negatywnym zachowaniem męża:

„Nasze małżeństwo myślałam, że będzie udane. Koleżanki mówiły, że mam fajnego męża. Też tak myślałam. Po około 16 latach małżeństwa mąż zaczął zmieniać się. Więcej czasu spędzał w pracy, chyba w pracy, nie tłumaczył się mi gdzie tak długo jest poza domem. Kiedy siedział w domu, szukał pretekstu, by wyjść. Nie wiem, nie pytałam, czy była inna kobieta. Chyba nie chciałam

wiedzieć wówczas. Dodatkowo doszedł alkohol. Nie pił dużo, nie robiłam na początku wymówek, ale po dłuższym czasie zauważyłam, że wracał do domu coraz bardziej pijany. Szkoda mi było dzieci, bo czekały na ojca. Kiedy siedziałam cicho, nie było awantur, ale kiedy zaczęłam zwracać mu uwagę robił się agresywny. Najpierw krzyczał, później już pamiętam, że bił i krzyczał. Nie skarżyłam się nikomu, bo miał dobrą opinię, w klatce wszyscy o nim mówili, jaki to dobry człowiek. Pomimo takich zachowań jak go chyba kochałam”.

Doświadczana przez badaną przemoc oraz bezradność i silna zależność od męża spowodowały, iż badana nie jest przekonana, iż może być autorem własnych działań, że ma możliwość kierowania własnym życiem. Codzienny stres związany z nieporozumieniami i awanturami jakie występowały w małżeństwie, spowodował, iż odczuwała brak poczucia sensu własnego życia, doznawała stanów apatii. Nie miała motywacji do podjęcia decyzji o zmianie swojego życia, pomimo deklaracji alternatywnych.

Potwierdzają to wyniki dotyczące motywacji do podjęcia terapii. Oceniając motywy skłaniające badaną do podjęcia procesu terapeutycznego można dostrzec, iż badana wybrała wiele motywów, które potwierdzały zarówno fakt bycia ofiarą przemocy wewnątrzmałżeńskiej, jak również uzasadniały wybór uczestnictwa w grupie terapeutycznej. U badanej występował wysoki poziom motywacji do podjęcia procesu terapeutycznego, który wyznaczały głównie: dążenie do poznania i zmiany siebie, dążenie do zrozumienia przyczyn i mechanizmów nałogu alkoholowego swojego męża, zrozumienie przyczyn i mechanizmów przemocy wewnątrzrodzinnej; zaś w mniejszym stopniu oczekiwanie uzyskania wtórnych korzyści z uczęszczania na terapię. Do oczekiwań tych badana zaliczyła poznanie swoich praw w sytuacji zdecydowania się, by powiadomić policję o występującej w jej domu przemocy, jak i możliwości otrzymania wsparcia finansowego z instytucji pomocowych na utrzymanie siebie i dzieci. Czynniki utrudniające podjęcie decyzji o uczestnictwie w terapii występowały na poziomie niskim, co pośrednio wyznacza motywacja do zmiany, a bezpośrednio decyduje o konkretnych działaniach, które w celu zmiany są podejmowane. Jednak ważnym czynnikiem blokującym proces zmiany okazał się brak wewnętrznego przekonania o konieczności podjęcia terapii, co oznacza, iż badana podejmuje próbę uczestnictwa w terapii głównie ze względu na naciski płynące z otoczenia.

Przed przystąpieniem do terapii badana pozytywnie oceniała siebie, a więc akceptowała również własną osobę, choć pewne problemy występowały jedynie w zakresie samooceny swych walorów poznawczo-intelektualnych (większe), a także w sferze fizycznej i charakterologicznej (mniejsze). Dominowało u niej przekonanie, iż jest osobą dobrą i godną miłości, co egzemplifikowała wysoka samoocena w sferze społeczno-moralnej:

„Przez długi czas swojego życia słyszałam od swoich rodziców, że są ze mnie dumni, że mnie kochają. Myślałam, że skoro oni tak mówią, to chyba ja taka jestem. Ale to zmieniło się kiedy mąż zaczął uświadamiać mnie, jaka to ja jestem. Uwierzyłam mu i tak się czułam, jak mnie on określał. Nieraz słyszałam, że jestem głupia i brzydka, że powinnam się leczyć u psychiatry. Poszłam do psychiatry, nie potrafiłam w gabinecie powiedzieć, co mi faktycznie jest. Cytowałam słowa męża i tak tutaj trafiłam”.

Po upływie roku terapii u badanej nastąpiły niewielkie zmiany w samoocenie, ale ich kierunek jest pozytywny. Największe zmiany wystąpiły w sferze poznawczo-intelektualnej, zaś wyjątek stanowi obniżenie samooceny w sferze społeczno-moralnej, co trudno wyjaśnić, ale można sądzić, że wzrósł jej poziom samoświadomości w zakresie własnych zachowań i charakteru relacji z otoczeniem społecznym, co mogło spowodować wątpliwości związane z jej wcześniejszym funkcjonowaniem w układzie przemocowym. Uczestnictwo w grupie terapeutycznej dla kobiet doświadczających przemocy spowodowało, iż wzrosła globalna samoocena, a także samoocena w sferze charakterologicznej i poznawczo-intelektualnej, co świadczy o utrwalaniu się przekonania o własnej wartości, szacunku wobec siebie i akceptacji siebie, a w efekcie wzroście poczucia zadowolenia jest z siebie taką jaką jest, stąd nie występują u niej tendencje

do przebudowy własnego „Ja”. Badana, opisując siebie, jest przekonana o własnej przydatności, wyraża przekonanie, że jest wystarczająco dobrym i wartościowym człowiekiem. Obrazują to jej słowa:

„Nigdy nie myślałam, że będę chodzić na terapię. Miałam pewne opory, aby przyjść pierwszy raz, chyba niepotrzebnie. Mam dobre dzieci, nie mogą pozwolić na to, by widziały ojca pijanego i awanturującego się. Nie chcę, by się bały i widziały jak mnie bije. Chodząc na terapię zrozumiałam, że popełniłam w swoim życiu kilka, ale to ważnych błędów. Muszę to zmienić, swoje życie także, dla dzieci”.

Uczestnictwo w terapii zmieniło stan psychofizyczny badanej, który znacznie się poprawił. Badana nie doznaje poczucia osamotnienia, samorealizuje się, rzadziej przeżywa stany lękowe, jest zaradna, nawiązuje nowe kontakty interpersonalne.

Dane z wywiadu

Przed przystąpieniem do terapii badana miała świadomość, iż jest osobą doświadczającą przemocy. Zachowania przemocowe męża były przez nią identyfikowane zgodnie z ich treścią, zaś przejawiały się w używaniu wobec niej wulgarnych wyzwisk, wyśmiewaniu, dokuczaniu, stosowaniu siły fizycznej poprzez uderzanie „z pięści” po twarzy i głowie, kopaniu po nogach, szarpaniu za włosy. Ponadto wielokrotnie badana była zmuszana do bezwzględного posłuszeństwa i usługiwania mężowi. Nie mogła sprzeciwić się, kiedy mąż wymuszał na niej kontakty intymne, dotykał ją wbrew jej woli w miejsca intymne. Opisuje to następująco:

„Alkohol nie zawsze był powodem awantur w naszym domu. Przeważnie mąż krzyczał do mnie i do dzieci kiedy był pijany, ale zdarzało się, że wszystko mu przeszkadzało, kiedy był trzeźwy. Wydawało mi się, że wszystko robię w domu dobrze, ale i tak jemu się wiele rzeczy nie podobało, miał wtedy pretekst do kłótni. Kiedy nie odzywałam się, to miałam spokój, nie bił mnie, tylko wyzywał. Natomiast kiedy nie wytrzymałam i wyzywałam męża, zaczynało się w domu piekło. Najpierw zabierał mi telefon komórkowy, bym nie mogła dzwonić po policję, później zamykał dzieci w pokoju. Po tym zaczynał mnie bić. Na początku dostawałam tylko po twarzy, szarpał mnie. Trwało to krótko, nie miałam siniaków. Dało się przeżyć. Starłam się nie płakać przy dzieciach. Z biegiem czasu stawał się bardziej chamski wobec mnie. Zaczynał bić nawet przy dzieciach. Zdarzało się, że mnie kopnął, a dopiero później szarpał za włosy, ubranie, popychał na meble. Ja próbowałam się bronić, to dostałam po twarzy. Nieraz wyrwał mi włosy z głowy jak mocno mnie szarpał. Później miałam siniaki na twarzy, ramionach, plecach. Był cwany, zamykał mnie w domu, bym nie poszła na policję, albo brał wolne i mnie pilnował w domu. Oczywiście przeproszał i obiecywał, że to się nie powtórzy. Kilka razy mu uwierzyłam”.

Sytuacja materialna badanej była zła, gdyż nie pracowała i była na wyłącznym utrzymaniu męża, czyli była zależna finansowo od niego, a on wydzielał jej pieniądze na zakupy i opłaty. Ponadto obawa przed kolejnymi aktami przemocy nie pozwalała jej na podjęcie decyzji o odejściu od męża. Wiedziała, że decydując się na rozstanie z nim zostanie bez środków na utrzymanie. Decyzję o zmianie determinowała także ciągła nadzieja, że mąż się zmieni, podejmie terapię i podejmie działania w kierunku utrzymania rodziny (będzie chciał nadal tworzyć dobrą rodzinę).

Przed przystąpieniem do terapii badana utrzymywała stały kontakt z rodzicami oraz rodzeństwem i koleżankami. Sytuacja jaka panowała w jej małżeństwie spowodowała jednak, iż odizolowała się od najbliższych, wstydziła się bowiem tego, że mąż nadużywał alkoholu i awanturował się w domu. Ponadto nie chciała, aby ktokolwiek widział na jej ciele siniaki:

„Po tym jak zostałam przez męża pobita i miałam siniaki unikałam kontaktu z rodzicami, czy rodzeństwem. Kiedy siostra albo rodzice zadzwonili, bo chcieli odwiedzić mnie, musiałam ich okłamywać, że nie będzie mnie w domu. Nie chciałam, aby widzieli jak wyglądam. Przez wiele lat starałam się ukrywać przed nimi to, co dzieje się u mnie w domu. Później już dzieci nie wytrzymały, nie mogły patrzeć co robi w domu ojciec i powiedziały o tym mojej siostrze, a później rodzi-

com. To moi rodzice naklonili mnie, abym przyszła na terapię, powiadomiła policję o tym jak mnie traktuje mąż. Powiedzieli, bym pomyślała, co jest dla mnie ważne”.

Izolacja społeczna badanej wynikała także stąd, że jej mąż często podczas awantury zabraniał jej kontaktować się z rodziną i znajomymi: odgrażał się, że jeśli spotka ich w domu, to będzie miała z tego powodu nieprzyjemności.

Uczestnictwo badanej w procesie terapii dla kobiet doświadczających przemocy spowodowało, iż w jej postawie oraz postrzeganiu siebie i swojej sytuacji życiowej nastąpiły zmiany, które głównie związane są z podjęciem konkretnych działań, wynikających z uświadomienia sobie własnych słabych stron, związanych z funkcjonowaniem w sytuacji przemocy, których wcześniej nie dostrzegała. Po upływie roku terapii badana podjęła decyzję o rozwiązaniu związku małżeńskiego, stąd złożyła w Sądzie wniosek o rozwód i przyznanie alimentów. Nawiązała kontakt z dzielnicowym, założyła Niebieską Kartę, a także złożyła zawiadomienie o znęcaniu się nad rodziną. Ponadto podjęła zatrudnienie, dodatkowo wspierają ją finansowo rodzice. Jej sytuacja finansowa jest zadowalająca.

8.1.2. WYJAŚNIENIE TYPOWOŚCI BIOGRAFII ŻYCIOWYCH KOBIET DOŚWIADCZAJĄCYCH PRZEMOCY

Kobiety stanowią zdecydowaną większość, bo ok. 90-98% wśród ofiar przemocy domowej, natomiast mężczyźni stanowią większość wśród sprawców. Przemoc w rodzinie jest powszechnie uznawana – co znajduje odzwierciedlenie w dokumentach ONZ, Rady Europy i UE – za przejaw historycznie ukształtowanego nierównego podziału władzy między kobietami i mężczyznami oraz podstawowy mechanizm podtrzymywania upośledzonej społecznie pozycji kobiet. Podkreśla się, że przemoc, jakiej kobiety doznają ze strony swoich partnerów, stanowi poważną barierę na drodze do osiągnięcia równouprawnienia płci, a niski status społeczny i ekonomiczny kobiet jest zarówno przyczyną, jak i skutkiem przemocy wobec nich.

Historie opowiedziane przez kobiety, które doświadczały w swoim życiu przemocy są bardzo różne i ukazują bogactwo rzeczywistości społecznej. Każda z tych historii jest życiową tragedią, każda wydaje się wyjątkowa i niepowtarzalna, choć ma wiele elementów wspólnych.

Analizując je trudno doszukiwać się reguł. A jednak tym, co wspólne, tym co je łączy, to jest doświadczana przemoc ze strony mężów/partnerów. Ogólna postawa życiowa kobiet oraz ich zasoby (wykształcenie, umiejętności, zaradność), a także otrzymane wsparcie i pomoc ze strony osób dla nich najbliższych, często decydują o ich losach. Przedstawione powyżej historie opowiedziane przez badane kobiety, można potraktować jako pewnego rodzaju typy biografii.

Rodziny pochodzenia. Analizę środowiska rodzinnego badanych kobiet opisano prezentując najważniejsze aspekty dotyczące m.in. rodziny respondentek, a mianowicie statusu społeczno-zawodowego rodziców, ich relacji z dziećmi oraz zachowań patologicznych, jak alkoholizm.

Wszystkie badane kobiety pochodzą z rodzin pełnych, w których rodzice pozostawali ze sobą w pierwszym związku. W jednym tylko przypadku, ojciec badanej owdowiał, kiedy miała ona 15 lat. Wiele badanych kobiet posiadało rodzeństwo, z którymi miało dobre kontakty.

Wykształcenie rodziców należy do istotnych elementów funkcjonowania rodziny, szczególnie w zakresie organizowania i kierowania życiem rodzinnym. Rodzice lepiej wykształceni umożliwiają dzieciom korzystanie z kultury, przyswajanie przez nie dorobku kulturalnego, a także eliminowanie negatywnych bodźców kulturowych.

Na podstawie danych zawartych w historii badanych kobiet wynika, iż u większości rodziców poziom wykształcenia klasyfikował się na poziomie podstawowym i zasadniczym (wynika to z zajmowanych stanowisk pracy przez rodziców). W przypadku tylko jednej rodziny można wnioskować, iż wykształcenie rodziców badanych klasyfikować się mogło na poziomie średnim lub wyższym (matka - nauczycielka, ojciec - zawodowy żołnierz). Ogólnie można stwierdzić, iż wykształcenie rodziców respondentek jest niskie, co może negatywnie oddziaływać na poziom kulturalny rodziny oraz może być przyczyną trudności w znalezieniu odpowiedniej pracy, pozwalającej na zabezpieczenie potrzeb ekonomicznych rodziny. Większość rodziców badanych kobiet pracowała zawodowo (29 ojców i 11 matek). Sytuacja finansowa tychże rodzin była na poziomie dobrym. Wynika to z tego, iż tylko w 4 przypadkach ojcowie dodatkowo zatrudniali się, aby zdobyć dodatkowe środki finansowe na utrzymanie rodziny.

Wykształcenie rodziców, jak można zauważyć, jest ściśle powiązane z ich pozycją społeczną i zawodową. Wysoka pozycja społeczna i zawodowa sprzyja rozwojowi rodziny, daje możliwość spokojnej egzystencji ekonomicznej, a także warunkuje przynależność do specyficznego środowiska zamieszkania i warstwy społecznej.

Analizując status społeczno-zawodowy rodziców, wyróżnić można kilka grup społeczno-zawodowych określających ich przynależność. Są to: pracownicy umysłowi, pracownicy służb mundurowych, robotnicy wykwalifikowani oraz robotnicy niewykwalifikowani. Wśród matek badanych kobiet, najwięcej bo 19, nie pracowało w swoim życiu, zajmowało się domem oraz wychowywaniem dzieci. Pozostałe matki respondentek (11 kobiet) pracowały w zawodach: nauczycielki, krawcowej, fryzjerki, pracownicy porządkowych. Uwagę zwraca szczególnie wysoki wskaźnik matek pozostających bez pracy. Przyczyną takiego stanu rzeczy może być brak wykształcenia i związane z tym trudności znalezienia pracy, lub też tradycyjny model rodziny, w którym mąż powinien pracować i zarabiać pieniądze na utrzymanie rodziny, natomiast żona powinna dbać o dom i zajmować się wychowaniem dzieci.

Analiza biografii respondentek pozwala również stwierdzić, iż wśród zachowań patologicznych rodziców poważnym problemem jest alkoholizm. Problem alkoholowy dotyczy 12 rodzin badanych, natomiast 18 rodzin respondentek nie borykało się z tym problemem. Najczęściej osobą nadużywającą alkohol w rodzinie był ojciec, w jednym tylko przypadku oboje rodzice dotknięci byli problemem alkoholowym.

Analiza problemu nadużywania alkoholu przez rodziców respondentek wykazała również, że alkoholizm najczęściej dotyczył ojców o niskim wykształceniu i niskim

statusie społeczno-zawodowym. Skutki nadużywania alkoholu przez rodziców są bardzo niekorzystne dla funkcjonowania rodziny. W rodzinach, w których nadużywany był alkohol panowała niekorzystna sytuacja wychowawcza, która przejawiała się w takich zachowaniach, jak: agresja fizyczna względem małżonka oraz wobec dzieci, niszczenie sprzętu domowego, kłótnie, czy awantury. Rodzice nadużywający alkoholu żyli przede wszystkim swoimi problemami i nie byli w stanie zaspokoić podstawowych potrzeb swoich dzieci.

Analiza rodzaju i jakości relacji w rodzinach badanych wykazała, iż w 12 rodzinach relacje między członkami rodziny były zaburzone z powodu częstych konfliktów, awantur, czy pobić. Najczęstszą przyczyną niewłaściwych relacji panujących w rodzinie były problemy alkoholowe ojców badanych kobiet. W rodzinach o zaburzonych relacjach interpersonalnych często dochodziło do stosowania przemocy wobec członków rodziny. Zdaniem badanych, najczęściej osobą krzywdzącą był ojciec, natomiast osobami krzywdzonymi matka, niekiedy badana lub jej rodzeństwo. Niejednokrotnie w tych rodzinach, w związku ze stosowaniem różnych form przemocy na członkach rodziny, interweniowała policja.

Nieco lepszy obraz związków interpersonalnych zaobserwować można w przypadku relacji badanych do rodzeństwa i przyjaciół. Zdecydowana większość badanych określiła stosunki z rodzeństwem jako dobre, poprawne. Relacje interpersonalne z rodzeństwem wśród badanych kobiet pozostają w ścisłym związku z więziami emocjonalnymi panującymi w rodzinach badanych. Ogólnie należy stwierdzić, że bardziej pozytywny stosunek do badanych miały ich matki, aniżeli ojcowie. Ojcowie, do których badane kobiety miały negatywny stosunek, spędzali z nimi niewiele czasu, rzadko dochodziło do rozmów, nie interesowali się problemami swoich córek. Ponadto respondenci deklarowały, iż nie akceptują swoich ojców za to, że nadużywają alkohol, wszczynają w domu awantury, używają przemocy wobec najbliższych, często są nieobecni w domu.

Rodzina własna. Charakterystyka kobiet doświadczających przemocy także wskazuje na pewne cechy, które m.in. mogą być brane pod uwagę w ocenie ryzyka wiktymizacyjnego.

Funkcjonowanie każdej rodziny jest społecznym, dynamicznym i skomplikowanym procesem, ciągiem zdarzeń przyczynowo-skutkowych uwikłanych w szeroki kon-

tekst zjawisk i układów pozarodzinnych⁴⁵². Do utraty równowagi systemu rodzinnego przyczyniają się sploty stresorów różnego pochodzenia generujące jego kryzys. Przyjmuje się, że rodziny w kryzysie wykazują spektrum cech będących wskaźnikami ich dysfunkcjonalności. Są to głównie: obecność patologii społecznych w rodzinie, niewydolność materialna (niskie dochody rodziny), zaburzone relacje z rodziną pochodzenia, czy samotne rodzicielstwo. Do określenia stanu dysharmonii systemu rodzinnego jest stosowanych wiele terminów. Jednym z nich są **rodziny wieloproblemowe** cechujące się dysfunkcjonalnością wynikającą z kumulacji cech społecznie niepożądanych oraz ich pochodnych, do których zaliczyć można: przestępczość, bezrobocie i ubóstwo, niewydolność wychowawczą rodziców, alkoholizm i wiele innych. Jeszcze inne określenie dysfunkcjonalności rodziny, odnoszone jest do rodzin, które nie potrafią samodzielnie funkcjonować oraz wobec których niezbędne jest podejmowanie działań terapeutycznych, to **rodziny patologiczne**. Patologia rodziny jest skrajną formą ogólnej dysfunkcjonalności, która niejednokrotnie wzmocniona jest zaburzeniami bardziej rozbudowanych struktur społecznych oraz zaniedbań. Dysfunkcjonalność rodziny naznaczonej obecnością zjawiska patologicznego m.in. przemocą wewnątrzrodzinną, alkoholizmem, narkomanią, przejawia się w kreowaniu życia rodzinnego na podstawie wzorów zachowań, norm i wartości nieakceptowanych społecznie. Kobiety doświadczające przemocy wewnątrzrodzinnej zobowiązane są do zachowania tajemnicy w obliczu przemocy, co stanowi normę rodzinną i społeczną, towarzyszy jej chroniczny lęk przed konsekwencjami złamania tego nakazu. Dzieci wychowujące się w takich rodzinach, internalizują wadliwe postawy i zachowania pozostałych członków rodziny oraz źle przystosowują się społecznie, a będąc dorosłym budują własne dysfunkcjonalne rodziny.

Na podstawie przeprowadzonych badań dostrzec można, iż zdecydowanej większości badane kobiety pochodzą z rodzin uwikłanych w sytuacje stresogenne, które kumulują się i powodują „wejście” ich rodzin w kryzys złożony (wieloźródłowy), generowany różnymi negatywnymi zjawiskami i procesami wewnątrzrodzinnymi lub zewnętrznymi. Najczęściej kryzys rodzinny aktywuje bezrobocie jednego z małżonków, które sprawia, że w rodzinie wytwarza się atmosfera napięcia, niepewności, frustracji i w końcu dochodzi do przemocy między małżonkami.

Inną sytuacją stresogenną jest choroba alkoholowa partnera. W rodzinach dotkniętych chorobą alkoholową powstaje luka w zakresie funkcjonowania roli przywód-

⁴⁵² za: Nowak B.M., *Rodzina w kryzysie. Studium resocjalizacyjne*, PWN, Warszawa 2012

czej, gdyż jeden z uzależnionych rodziców (z badań wynika, iż jest to zazwyczaj mężczyzna-ojciec, mąż) przestaje ją odgrywać, a w rodzinie wzrasta poziom chaotyczności, rozumianej jako brak stałych reguł i norm⁴⁵³. W rodzinie dotkniętej chorobą alkoholową męża/partnera, mechanizmy patologiczne są obecne we wszystkich wymiarach życia rodzinnego⁴⁵⁴.

Sytuacja społeczno-kulturowa. Na podstawie przeprowadzonych badań, zaś w szczególności wywiadu biograficznego z kobietami, które doświadczały przemocy ze strony swoich partnerów dostrzec można, iż w zdecydowanej większości są to kobiety, w przedziale wiekowym do 50 roku życia (21 badanych). Są to rodziny, które zwykle zajmują niską pozycję w strukturze społecznej, a więc zagrożone są marginalizacją wynikającą z gorszego zatrudnienia, często dotyka je bezrobocie, a więc zagrożone są także ubóstwem, stanowiącym czynnik frustracyjny, mogący wzmacniać zachowania agresywne jako sposób wentylacji negatywnych emocji.

Sytuacja edukacyjno-zawodowa. Wykształcenie badanych kobiet klasyfikowało się w większości na poziomie podstawowym i zawodowym (17 badanych kobiet), pozostałe kobiety posiadały wykształcenie średnie (7 badanych) i wyższe (6 badanych). Wykształcenie jest dosyć ważne, gdyż daje możliwość podjęcia stosownego zatrudnienia. Kobiety bardziej wykształcone szybciej znajdują i podejmą zatrudnienie, aniżeli kobiety mniej wykształcone.

Z wykształceniem badanych kobiet wiązała się również ich pozycja materialna i zawodowa. Zdecydowana większość respondentek (22 badane) pracowały i osiągały wynagrodzenie na średnim poziomie. Pozostałe badane (8 kobiet) nie pracowały, były na utrzymaniu swoich partnerów, bądź otrzymywały świadczenie emerytalne. Pozycja zawodowa oraz zatrudnienie kobiet jest bardzo ważna i ma duże znaczenie dla samodzielności tychże kobiet i ochrony przed ewentualną przemocą w przypadku podjęcia decyzji o odejściu z toksycznego związku. Kobiety, które posiadały zatrudnienie szybciej decydowały się na opuszczenie związku przemocowego, aniżeli pozostałe kobiety, które nie pracowały i były na wyłącznym utrzymaniu swoich partnerów.

Czynniki patogenne. Analizując biografię respondentek można stwierdzić, iż do najczęstszych zachowań patologicznych występujących w ich związkach małżeńskich/partnerskich był problem nadużywania alkoholu, w wyniku czego w domu

⁴⁵³ Szczepańska H., *Żony alkoholików*, IPZiT, Warszawa 1992

⁴⁵⁴ Margasiński M., *Analiza psychologiczna systemów rodzinnych z chorobą alkoholową*, WSP, Częstochowa 1996

były systematyczne awantury wszczynane przez pijanych partnerów. Problem alkoholowy dotyczył zdecydowanej większości badanych kobiet. Awantury domowe oraz nadużywanie alkoholu przez partnerów powodowało, iż bardzo często respondentki odczuwały brak poczucia sensu własnego życia, apatię. Nie miały chęci do podjęcia decyzji, co do zmiany swojego życia.

Relacje z innymi ludźmi. Wydarzenia związane z doświadczaną przemocą stawiają pod znakiem zapytania kontakty kobiet ze środowiskiem społecznym. Wydarzenia przemocowe niszczą przywiązanie do rodziny, rujną przyjaźń i kontakty z innymi ludźmi. Nadwyrężają strukturę ja, która powstaje i utrzymuje się w relacjach z innymi. Zerwanie relacji z osobami bliskimi, czy środowiskiem społecznym negatywnie wpływają na poczucie bezpieczeństwa kobiet, które doświadczyły przemocy. W takich sytuacjach kobiety czują się porzucone, zupełnie same. Charakteryzuje je nieufność do ludzi, zwłaszcza mężczyzn. Przeżyty przez ofiarę przemocy uraz zmusza ją do wycofywania się z takich związków, jak i do rozpaczliwego ich poszukiwania. Poważne naruszenie zaufania, powszechne u ofiar poczucie wstydu, winy i niższości, a także chęć uniknięcia kontaktu z bodźcami wywołującymi traumatyczne wspomnienia sprzyja także wycofaniu się z relacji z innymi ludźmi. Można powiedzieć, że izolacja społeczna wiąże się z „ubogą” siecią społecznego wsparcia, którego kobiety są pozbawione.

Ponieważ wydarzenia przemocowe w zdecydowanej większości zaburzają związki kobiet z innymi, wsparcie ze strony osób bliskich może złagodzić skutki tej przemocy. Wsparcie jakie powinna otrzymać kobieta doświadczająca przemocy ze strony rodziny i przyjaciół, może przybierać różne formy, gdyż potrzeby kobiet mogą zmieniać się w trakcie procesu powracania do zdrowia. Bezpośrednio po doświadczeniu przemocy przez badane kobiety, najważniejszym dla respondentek było odbudowanie zaufania, choćby tego szczątkowego, które miało duże znaczenie przy zapewnieniu im bezpieczeństwa i opieki ze strony osób bliskich.

8.2. FUNKCJONOWANIE PSYCHOSPOLECZNE KOBIET DOŚWIADCZAJĄCYCH PRZEMOCY PRZED ROZPOCZĘCIEM TERAPII

Kobiety doświadczające przemocy wewnątrzrodzinnej bardzo często doświadczają urazu psychicznego, który pozbawia je siły i doprowadza do zerwania związków z innymi. Powrót do zdrowia polega więc na tym, by kobieta odzyskała siłę i wiarę w swoje możliwości. Proces powrotu do zdrowia może przebiegać tylko w kontekście relacji z innymi, nigdy nie zachodzi w izolacji. Odnawiając kontakty z ludźmi, kobieta będąca ofiarą przemocy ponownie zdobywa umiejętności, które zostały zniszczone lub zdeformowane przez traumatyczne doświadczenie.

Podstawowym warunkiem powrotu do zdrowia jest przywrócenie kobietom wiary we własne siły, ale każda z nich sama musi pracować nad poprawą stanu swojego zdrowia i umieć ją ocenić.

8.2.1. CHARAKTERYSTYKA OSOBOWOŚCIOWA KOBIET DOŚWIADCZAJĄCYCH PRZEMOCY

Podstawowej charakterystyki psychologicznej grupy badawczej w zakresie wybranych zmiennych dokonano w oparciu o wyniki badań przeprowadzonych podczas trzech pierwszych spotkań grupy terapeutycznej dla kobiet doświadczających przemocy. Charakterystyki osobowościowej badanych kobiet przed rozpoczęciem terapii dokonano na podstawie wyników badań *Kwestionariusza postaw życiowych „KPŻ”* Ryszarda Klamuta, *Skali Uczuć Pozytywnych i Negatywnych „SUPIN”* Piotra Brzozowskiego oraz *Kwestionariusza Nastawień Intrapersonalnych, Interpersonalnych i Nastawień wobec Świata (KNIIS)* Ewy Wysockiej. W celu dokładniejszej analizy dokonano zobrażenia rozkładu procentowego udziału w grupie osób reprezentujących odpowiednio niskie, średnie i wysokie wartości w kolejnych skalach kwestionariusza.

Przyjęto bowiem założenie, iż dla charakterystyki osobowościowej kobiet – ofiar przemocy ważne są te elementy osobowości, które określają przekonania, emocje i postawy życiowe, jako kompleks wzajemnie warunkujących się konstruktów teoretycznych, wyznaczających funkcjonowanie jednostki w jej życiu codziennym. Ponadto, jak wynika z przytaczanych wcześniej badań, właśnie te sfery funkcjonowania kobiet - ofiar przemocy, mogą być w największym stopniu zaburzone przez doświadczanie sytuacji krzywdzących przez dłuższy czas.

8.2.1.1. POSTAWY ŻYCIOWE BADANYCH KOBIET – OFIAR PRZEMOCY

Celem niniejszego badania było poznanie postaw życiowych kobiet, które doświadczały przemocy ze strony swojego partnera. Badanie zostało przeprowadzone przy użyciu *Kwestionariusza Postaw Życiowych (KPŻ)* Ryszarda Klamuta. Kwestionariusz ten pozwolił na zmierzenie u kobiet doświadczających przemocy: poczucia sensu ich życia (vs. pustki egzystencjalnej), stopnia rozumienia świata i własnego w nim miejsca, znaczenia posiadanych celów, przekonania o możliwości kontrolowania własnego losu, siły dążenia do zmian i poszukiwania nowych wyzwań, jak również stosunku do własnej śmiertelności (Tab. 24).

Tabela 24. Wyniki kwestionariusza postaw życiowych (KPŻ) w poszczególnych podskalach **przed przystąpieniem kobiet do terapii**, badanie 2011

Poziom wyników w podskali KPŻ POD-SKALA	WYNIKI					
	niskie		średnie		Wysokie	
	n	%	N	%	n	%
CEL (C)	25	83,3	3	10,0	2	6,7
Spójność wewnętrzna (SW)	23	76,7	4	13,3	3	10,0
Kontrola życia (KŻ)	22	73,3	3	10,0	5	16,7
Akceptacja śmierci (AŚ)	12	40,0	8	26,7	10	33,3
Pustka egzystencjalna (PE)	2	6,7	7	23,3	21	70,0
Poszukiwanie celów (PC)	13	43,3	13	43,3	4	13,3
Osobowy sens (OS)	26	86,7	3	10,0	1	3,3
Równowaga postaw życiowych (RPŻ)	23	76,7	5	16,7	2	6,7

Źródło: opracowanie własne.

Dokonując analizy powyższych wyników w zakresie postaw życiowych kobiet doświadczających przemocy, wyniki niskie dominują w 2 podskalach: *Cel (C)* – posiadania celów życiowych czy misji w życiu i poczucia ukierunkowania z przeszłości w przyszłość (83,3%) oraz *Spójności wewnętrznej (SW)* – posiadania poczucia tożsamości i świadomości, przekonań dotyczących rozumienia własnego miejsca w świecie (76,7%). Wynika z tego, że kobiety doświadczające przemocy, rozpoczynające proces terapii, charakteryzowały się brakiem przekonania o wartości własnego życia oraz brakiem pozytywnych doświadczeń związanych z aktywnością celową. Jest to charakterystyczne dla tych osób, gdyż na początku terapii kobiety doświadczające przemocy nie czują się wystarczająco mocne, by zmagać się ze stresami, czy kryzysami, nie potrafią planować swojej przyszłości oraz określać jasno swoich celów i planów na przyszłość, stąd też raczej otwarte są na wsparcie ze strony terapeuty oraz grupy.

Kolejnym etapem analizy wyników jest porównanie wysokich wartości uzyskanych w *Kwestionariuszu Postaw Życiowych (KPŻ)* wśród badanych kobiet przed rozpoczęciem terapii. Wyniki wysokie charakterystyczne dla badanej grupy uzyskano rów-

niez w 2 podskalach: *Pustka egzystencjalna (PE)* – nuda, pustka, bezsilność wobec jakiejś sytuacji, rezygnacja z podejmowania trudu życia, cynizm, depresyjność, negacja wartości, ucieczka od życia; ten brak aktywności życiowej wiąże się głównie z poznawczym obrazem bezsensowności własnego życia (70,0%) oraz *Akceptacja śmierci (AŚ)* – percepcja oraz rozumienie przemijania skierowanego ku śmierci posiadające istotne znaczenie dla zrozumienia sensu życia (33,3%). Śmierć jest końcem życia, przyjmuje się, że jest także ostatnim etapem egzystencji; może powodować refleksję nad wartością własnego życia albo zaniepokojenie własnym przemijaniem. Wysoki wynik *pustki egzystencjalnej* wśród badanych (n=21; 70,0%) świadczy o tym, iż respondentki na początku terapii odczuwały brak poczucia sensu własnego życia, doświadczały braku życiowych celów oraz doświadczały wewnętrznego niepokoju. Pustka jest uczuciem charakteryzującym także brak szczęścia, sensu życia i radości. U respondentek *pustka egzystencjalna* związana jest głównie z takimi wydarzeniami, jak doświadczanie przemocy. W takich sytuacjach respondentki straciły wiarę w lepszą przyszłość i poczucie sensu życia. Ponadto cechą charakterystyczną tych osób była bezsilność i brak kontroli nad tym, co się dzieje wokół nich, niemożność poradzenia sobie samej z problemami, co prowadziło do pogrążania się w depresji. Na podstawie tych informacji można przyjąć, że kobiety rozpoczynające terapię przeżywają: stan dezintegracji, napięcie emocjonalne i niepokój, co może być związane z przeżywaniem kryzysu egzystencjalnego.

W zakresie podskali *akceptacji śmierci*, wynik wysoki oznacza, iż respondentki (n=10; 33,3%) traktują śmierć jako naturalny aspekt życia, z czym wiąże się u nich brak lęku przed śmiercią. Taka postawa reprezentowana przez badane osoby wskazuje na ich dystans wobec życia. Ponadto podskala *akceptacji śmierci* nie jest wynikiem znaczącym, gdyż przedmiotem terapii jest doświadczanie przemocy przez osoby uczestniczące w grupie terapeutycznej, a nie ich postawa wobec śmierci. W trakcie procesu terapeutycznego, podczas sesji, uczestniczki grupy terapeutycznej nie poruszały kwestii śmierci, a w szczególności ich podejścia do niej.

8.2.1.2. STAN EMOCJONALNY KOBIET – OFIAR PRZEMOCY

Charakterystyki osobowościowej respondentek dokonano również na podstawie wyników badań *Skali Uczuć Pozytywnych i Negatywnych „SUPIN”* Piotra Brzozowskiego. Narzędzie to służy do pomiaru nasilenia negatywnych i pozytywnych emocji. Ma cztery różne wersje. Dwie z nich (jedna krótsza – obejmująca 20 pozycji, i jedna

dłuższa – zawierająca 30 pozycji) przeznaczone są do mierzenia aktualnych stanów emocjonalnych (*S20 i S30*). Dwie pozostałe, analogicznie różniące się długością, dotyczą relatywnie stałych cech afektywnych (*C20 i C30*). Każda wersja ma postać listy przymiotników stanowiących określenia uczuć pozytywnych i negatywnych. W badaniach wykorzystano *wersję S30* oraz *C30*. Badane oceniały w skali od 1 do 5 – stopień, w jakim przymiotniki te określają ich stan aktualny (*wersja S*) lub to, jak się czują zazwyczaj (*wersja C*). Wyniki dla dwu podskal – *PU* (uczucie pozytywnych) i *NU* (uczucie negatywnych) przedstawione zostały w poniższych tabelach (Tab. 25-26).

Tabela 25. Rozkład częstości oceny uczuć pozytywnych i negatywnych kwestionariusza SUPIN – wersja C30. **Wynik ogólny, generalna ocena uczuć,** badanie 2011.

Poziom uzyskanych wyników w SUPIN – wersja C30	Pozytywne uczucia (PU)		Negatywne uczucia (NU)	
	n	%	N	%
Bardzo niski	9	30,0	0	0,0
Niski	4	13,3	0	0,0
Przeciętny	12	40,0	4	13,3
Wysoki	4	13,3	4	13,3
Bardzo wysoki	1	3,3	22	73,3
Ogółem	30	100,0	30	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie analizy wyników *wersji C30, pozytywne uczucia (PU)* kwestionariusza SUPIN (Tab. 25) wynika, iż 9 (30,0%) badanych uzyskało wynik bardzo niski, 4 (13,3%) badane uzyskały wynik niski, 12 (40,0%) uzyskało wynik przeciętny, natomiast 1 (3,3%) respondentka uzyskała wynik bardzo wysoki. Wynika z tego, iż respondentki, które w podskali *PU* uzyskały wyniki bardzo niskie oraz niskie doznają na ogół poczucia osamotnienia, nie realizują się, nie są skłonne do wypowiadania swojego zdania, a tym bardziej do narzucania swojej woli innym osobom. Ponadto badane kobiety charakteryzują się tym, iż często przeżywają stany lękowe, są niezaradne życiowo oraz nie są skłonne do agresji. Takie cechy charakterystyczne są dla kobiet doświadczających przemocy ze strony swojego męża/partnera. Ofiara przemocy, na rzecz przetrwania swojego związku, rezygnuje z wewnętrznej autonomii, własnego postrzegania świata, zasad moralnych, czy kontaktów z innymi ludźmi. Następstwem takiego postępowania jest zanik własnych uczuć, myśli i opinii.

Z kolei analizując *negatywne uczucia (NU) wersji C30* (Tab. 25) wynika, iż 22 (73,3%) respondentki uzyskały wynik bardzo wysoki oraz 4 (13,3%) badane uzyskały wynik wysoki i przeciętny. Wynika z tego, iż respondentki, które doświadczały przemocy są osobami o widocznych objawach lęku i poczucia zagrożenia. Ich postawa wobec innych charakteryzuje się wycofaniem, bezradnością i zależnością od męża czy

partnera. Są to charakterystyczne negatywne stany emocjonalne występujące u kobiet doświadczających przemocy. Można wysunąć wniosek, iż u kobiet doświadczających przemocy wyraźnie przeważają uczucia negatywne nad pozytywnymi, co ma charakter ogólnej charakterystyki i kolorytu emocjonalnego właściwego dla zjawiska przemocy.

Następnie analizie poddano wyniki uzyskane w *wersji S30 kwestionariusza SUPIN*. Dane przedstawione w powyższej tabeli dotyczą zarówno pozytywnych, jak i negatywnych emocji i uczuć, jakie towarzyszyły badanym kobietom przystępującym do terapii, podczas wypełniania *Kwestionariusza Uczuć Pozytywnych i Negatywnych SUPIN* (Tab. 26).

Tabela 26. Rozkład częstości oceny uczuć pozytywnych i negatywnych kwestionariusza SUPIN – wersja S30. **Wynik szczegółowy. Ocena uczuć – teraz, badanie 2011.**

Poziom uzyskanych wyników w SUPIN – wersja S30	Pozytywne uczucia (PU)		Negatywne uczucia (NU)	
	n	%	N	%
Bardzo niski	4	13,3	0	0,0
Niski	13	43,3	0	0,0
Przeciętny	8	26,7	2	6,7
Wysoki	5	16,7	3	10,0
Bardzo wysoki	0	0,0	25	83,3
Ogółem	30	100,0	30	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie analizy wyników *wersji S30, pozytywne uczucia (PU)* kwestionariusza SUPIN wynika, iż 4 (13,3%) badane uzyskały wynik bardzo niski, 13 (43,3%) badanych uzyskało wynik niski, natomiast 8 (26,7%) badanych uzyskało wynik przeciętny. Świadczy to o tym, iż respondentki, które rozpoczynały terapię dla kobiet doświadczających przemocy, były w złej kondycji psychofizycznej, występowały u nich zaburzenia nastroju oraz podatne były na występowanie u nich depresji.

Z kolei analizując *negatywne uczucia (NU)* *wersji S30*, wynika, iż 25 (83,3%) badanych uzyskało wynik bardzo wysoki oraz 3 (10,0%) badane uzyskały wynik wysoki. Świadczy to o tym, iż w trakcie wypełniania kwestionariusza, a zarazem przed rozpoczęciem terapii, respondentki nie czuły się bezpieczne, występował u nich brak kontroli nad emocjami, towarzyszył im silny lęk, bezradność oraz wycofanie. Wniosek jest tu analogiczny, ale można powiedzieć, że tendencje do doświadczania negatywnych stanów emocjonalnych jest tu jeszcze bardziej wyraźne. Sugeruje to, iż negatywny koloryt emocjonalny właściwy dla osób doświadczających przemocy jest tu dodatkowo wzmacniany sytuacją kryzysową, która wyzwoliła tendencję do zmiany (terapii). Czyli negatywne emocje są tu wzmacniane sytuacją niepewności i lęku przed zmianą.

Podsumowując należy stwierdzić, iż w związkach, w których dochodzi do przemocy, kobiety są przekonane, że mają spełniać wolę partnera i mają się mu bezwzględnie podporządkowywać. Mężczyźni wobec kobiet mogą być otwarcie agresywni, mogą mówić przykre dla nich i poniżające je słowa. Dlatego głównym celem terapii jest zatem odzyskanie przez kobiety wiary w skuteczność swoich działań, budowanie relacji społecznych z innymi ludźmi oraz stanowcze zachowanie wobec przejawianych zachowań agresywnych ze strony męża/partnera.

8.2.1.3. NASTAWIENIA KOBIET DOŚWIADCZAJĄCYCH PRZEMOCY WOBEC SIEBIE, INNYCH LUDZI, ŚWIATA I WŁASNEGO ŻYCIA

W przedmiotowych badaniach nastawienia życiowe kobiet doświadczających przemocy ze strony swoich mężów/partnerów autorka dysertacji zbadała na podstawie zmodyfikowanego *Kwestionariusza Nastawień Intrapersonalnych, Interpersonalnych i Nastawień wobec Świata (KNIIŚ)* w opracowaniu Ewy Wysockiej.

Zdaniem autorki powyższego *Kwestionariusza (KNIIŚ)*, kwestie związane z postrzeganiem innych ludzi i własnej osoby, czyli zgeneralizowanych nastawień poznawczych wobec świata społecznego, odzwierciedlają się w kształtowaniu relacji i zachowań wobec innych ludzi. Wiedza o samym sobie jako zbiór różnorodnych poglądów, posiadających pewną logiczną spójność i wewnętrzne uporządkowanie, strukturalizowana jest w toku rozwoju jednostki (właściwość rozwojowa), a więc ma charakter dynamiczny, ale stanowi przy tym niewątpliwie cechę indywidualną.

W takim ujęciu można zatem mówić o różnych poziomach samoświadomości i zaburzeniach w zakresie postrzegania własnej osoby, zarówno w aspekcie „ja indywidualnego” (autopercepcja), jak i „ja poszerzonego” (postrzeganie relacji „ja-inni”, „ja-świat”). Samoświadomość stanowi wyznacznik globalnej samooceny, na którą składają się samooceny cząstkowe, dokonywane w różnych zakresach (np. własnego wyglądu i cech fizycznych, umiejętności i zdolności, cech charakteru), przy czym samooceny cząstkowe nie muszą być jednorodne, a globalny wymiar samooceny wyznaczany jest przez te jej zakresy, które mają największe znaczenie dla jednostki (np. zdolności intelektualne vs sprawność fizyczna vs zdolności artystyczne).

W kontekście wpływu na zachowanie, samoświadomość i samoocena jest o tyle ważna, że decyduje o tym, jak człowiek zachowa się w nowych sytuacjach, w jaki spo-

sób oceni swoje szanse, czy podejmie decyzję o działaniu, czy o jego zaniechaniu, co w dłuższej perspektywie składa się na zgeneralizowaną postawę wobec podejmowania różnych działań, determinowaną postrzeganiem ich sensowności w kontekście możliwości i realnego odnoszenia sukcesów lub porażek.

Z samooceną wiąże się samoakceptacja rozumiana jako swoista postawa wobec siebie wynikająca ze zgodności vs rozbieżności pomiędzy dwoma stanami „ja”, czyli „ja realnym” (samoocena stanu aktualnego – jaki jestem) a „ja idealnym” (ocena stanu pożądanego – jaki chciałbym lub powinienem być). Przy czym samoocena traktowana jest czasami jako wyznacznik poziomu samoakceptacji, a czasem oba pojęcia są utożsamiane. Opisywane zmienne – samowiedza, samoocena, samoakceptacja – mają charakter rozwojowy, dynamiczny, ale stanowią stałą właściwość jednostki i mają tendencje do „usztyniania się”, czyli wykazują dużą odporność na zmiany, co „zabezpieczają” różne mechanizmy obronne czy mechanizm dysonansu poznawczego.

Z kolei percepcja własnej osoby powiązana jest ze sposobem postrzegania „innych”, co determinuje charakter nastawień i postaw przyjmowanych wobec świata społecznego. Nastawienia wobec siebie i innych ludzi stanowią niewątpliwie korelat sposobu funkcjonowania w świecie, czyli przekładają się na wizję świata i wizję własnego życia.

Analiza wyników badań przeprowadzonych na podstawie *Kwestionariusza KNIIS* na grupie 30 kobiet, przed rozpoczęciem terapii dla osób doświadczających przemocy została przedstawiona poniżej (Tab. 27-29).

Ze względu na brak norm dla tej kategorii rozwojowej (osoby dorosłe, doświadczające przemocy), dokonana analiza nie daje podstaw do oceny „bezwzględnego” poziomu w zakresie przedmiotowych zmiennych (brak kryterium odniesienia).

Tabela 27. Statystyki opisowe dla podskal samooceny KNIIS przed rozpoczęciem terapii przez kobiety – badanie 2011.

Podskale KNIŚ	M	SD	Min	Max	Roz- stęp	Kwartale		
						25	50	75
SAMOOCENA GLOBALNA	127,90	20,028	92	168	76	108,0	129,0	138,5
Samoocena ogólna, niespecyficzna	23,33	6,013	13	35	22	17,00	23,00	26,75
Sfera poznawczo-intelektualna	23,80	4,536	16	31	15	19,75	24,50	28,00
Sfera fizyczna	24,07	4,548	13	33	20	21,00	23,50	27,25
Sfera społeczno-moralna	31,47	3,441	24	38	14	29,00	31,00	35,00
Sfera charakterologiczna	25,23	4,272	17	33	16	22,50	24,50	28,25

Źródło: opracowanie własne.

M (średnia), SD (odchylenie standardowe).

Samoocena ogólna (niespecyficzna) oraz *samooceny w różnych sferach* (specyficzne) wykazuje jednak pewne tendencje, a ponieważ były „wskaźnikowane” przez równoliczną grupę *itemów* można wnioskować, iż w największym stopniu zaburzenia

samooceny przejawiają się w zakresie ogólnej wizji siebie ($M=23,33$; $SD=6,013$) oraz w *samoocenie poznawczo-intelektualnej* ($M=23,8$; $SD=4,54$). Także relatywnie niskie wyniki uzyskały respondentki w *samoocenie własnej „fizyczności”* ($M=24,07$; $SD=4,55$) oraz niewiele wyższe w *sferze charakterologicznej* ($M=25,23$; $SD=4,27$). W najmniejszym stopniu „zaburzenia” widoczne są w *sferze społeczno-moralnej* ($M=31,47$; $SD=3,44$).

Rozrzut (rozstęp) danych jest największy w *samoocenie ogólnej* (niespecyficznej). To również w tej grupie jest największe odchylenie standardowe, co świadczy o największym zróżnicowaniu respondentek w tej podskali. Najmniejszy rozstęp obserwuje się w podskali *samooceny społeczno-moralnej*. W tej sferze respondentki są najbardziej do siebie podobne (i najmniej „zaburzona” jest ta sfera).

Można zatem wnioskować, iż problemy z oceną własnej osoby, ewokowane przez doświadczanie przemocy uwidaczniają się głównie: w samoocenie ogólnej, niespecyficznej, następnie w sferach poznawczo-intelektualnej, fizycznej i charakterologicznej, zaś w najmniejszym stopniu „przekładają się” na samoocenę w sferze moralnej i społecznej.

Kobiety doświadczające przemocy, jak wynika z historii ich życia i historii przemocy, przekonywane są przez partnerów o tym, że są nieinteligentne, mało atrakcyjne fizycznie, mało wartościowe jako kobiety i matki, niepotrafiące poradzić sobie z drobnymi problemami domowymi, a także utrzymać siebie i dzieci bez wsparcia finansowego partnera, stąd zgeneralizowane poczucie małowartościowości wyznaczone przez: niedostatki intelektualne, walory fizyczne i charakterologiczne, stanowiące swoisty ekwiwalent przemocy psychicznej, emocjonalnej. Sfera społeczno-moralna słabo uwidacznia się w aktach przemocy, czyli rzadko tego typu „argumenty” są przez sprawców wykorzystywane do poniżania swoich ofiar⁴⁵⁵.

Funkcjonowanie interpersonalne (Tab. 28) także w swoisty sposób odzwierciedla potencjalne konsekwencje doświadczania przemocy. Analogicznie, jak w wypadku samooceny można dostrzec, iż doświadczanie przemocy „konstruuje” swoisty obraz relacji międzyludzkich. Znacznie mniej zaburzona wydaje się wizja własnych postaw wobec innych („Ja wobec innych” – $M=56,33$; $SD=4,69$), niż obraz postaw innych wobec kobiet – ofiar przemocy („Inni wobec mnie” – $M=51,27$; $SD=8,92$).

⁴⁵⁵ Wyniki samooceny licealistów: samoocena ogólna – $M=29,9$; poznawczo-intelektualna – $M=28,6$; fizyczna – $M=30,35$; społeczno-moralna – $M=31,85$; charakterologiczna – $M=30,84$

Tabela 28. Statystyki opisowe dla podskali funkcjonowania interpersonalnego KNIIS wśród badanych kobiet, **przed rozpoczęciem terapii**, badanie 2011.

Podskale KNIIS	M	SD	Min	Max	Roz- stęp	Kwartale		
						25	50	75
FUNKCJONOWANIE INTERPERSONALNE	107,60	10,536	87	126	39	99,75	107,00	115,25
„Inni wobec mnie”	51,27	8,921	37	69	32	44,00	50,00	58,50
Wsparcie	27,10	5,622	18	38	20	22,00	26,50	31,25
Poczucie bezpieczeństwa	24,17	4,418	19	32	13	20,00	23,50	28,00
„Ja wobec innych”	56,33	4,693	47	66	19	53,75	56,50	59,00
Prospołeczność	30,47	3,104	24	35	11	28,75	30,50	33,25
Agresywność (brak)	25,87	2,515	22	31	9	24,00	25,00	28,00

Źródło: opracowanie własne.

M (średnia), SD (odchylenie standardowe).

Oznacza to, że „inni” wydają się im znacznie bardziej nieprzyjaźni, wrodzy, zagrażający, nie dający wsparcia. Postawy kobiet – ofiar przemocy wobec „innych” są relatywnie mniej negatywne.

Analiza wyników w skalach szczegółowych wskazuje, że w największym stopniu ograniczone jest poczucie bezpieczeństwa kobiet – ofiar przemocy (M=24,17; SD=4,42). Poczucie wsparcia jest także relatywnie niskie (M=27,1; SD=5,62). Przy czym można powiedzieć, że poczucie zagrożenia/bezpieczeństwa ze strony innych jest zmienną bardziej jednoznacznie (mniejszy rozrzut) wyznaczającą doświadczanie przemocy. Dla ofiar przemocy jest to sytuacja „codzienna”. Poczucie wsparcia natomiast bardziej różnicuje badane kobiety. Wyniki oddalenia danych (tj. rozstęp) są największe w tej podskali, podobnie jak największe jest odchylenie standardowe, co świadczy o największym zróżnicowaniu badanych kobiet w tej podskali. Oznacza to, że ofiary doświadczają w tym zakresie większej ambiwalencji, bowiem zarówno sprawca, jak i zapewne otoczenie społeczne, różnie (niekonsekwentnie) zachowują się wobec kobiet – ofiar przemocy.

Warto także zwrócić uwagę, na to iż kobiety doświadczające przemocy na co dzień odczuwają strach, gdyż przemoc jest działaniem gwałtownym. Odczuwają smutek, bo atmosferze przemocy w domu nie towarzyszą takie emocje jak radość. Choć szukają pomocy, nie zawsze mają nadzieję na zmianę swojej sytuacji w małżeństwie. Towarzyszy im również bezradność, ponieważ nie wiedzą, jak sobie poradzić w tej sytuacji oraz kogo poprosić o pomoc. Doświadczanie przemocy oznacza odczuwanie wysokiego poziomu niepokoju oraz poczucia zagrożenia. Ambiwalencja w odczuciach kobiet – ofiar przemocy, w stosunku do swoich partnerów – sprawców, towarzyszy praktycznie zawsze. Występuje u nich ambiwalentne poczucie lojalności wobec partnerów. Dlatego też często ofiary przemocy domowej pozostają ze sprawcą, usprawiedliwiając jego zachowanie, że partner „nie chciał się tak zachować, że on tego nie chciał”.

W mniejszym stopniu „zaburzona” jest wizja własnego funkcjonowania w świecie społecznym, gdyż badane kobiety wykazują relatywnie wysoką prospołeczność ($M=30,47$; $SD=3,1$) i brak agresywności ($M=25,87$; $SD=2,52$). Wskazuje to jednoznacznie, iż własne postawy wobec innych postrzegane są jako znacznie bardziej pozytywne (większa prospołeczność i mniejsza agresywność). Mniejsze jest też zróżnicowanie badanych w tych zakresach, głównie w skali agresywności. Najmniejszy rozstęp (oddalenie danych) obserwuje się w podskali: agresywności. W tej sferze badane kobiety są też najbardziej do siebie podobne. Pozwala to wnioskować, iż kobiety – ofiary przemocy, w mniejszym stopniu mają „zaburzony” obraz własnej postawy wobec świata społecznego, a jednocześnie bardziej jednoznacznie oceniają własny stosunek do innych (mniejszy rozrzut)⁴⁵⁶.

Wizje świata i własnego życia (Tab. 29) także wskazują na specyficzne tendencje w ich postrzeganiu przez kobiety, co można hipotetycznie traktować jako konsekwencję doświadczania przemocy. Ponieważ trudno tu wnioskować o poziomie przedmiotowych zmiennych, wyznaczanym przez doświadczanie przemocy, można odnieść się jedynie do miar opisujących zróżnicowanie badanych pod tym względem.

Tabela 29. Statystyki opisowe dla podskal obraz świata i życia oraz aprobaty społecznej KNIŚ wśród badanych kobiet, **przed rozpoczęciem terapii.**

Podskale KNIŚ	M	SD	Min	Max	Roz- stęp	Kwartale		
						25	50	75
Obraz świata - nadzieja podstawowa	48,70	6,199	32	61	29	45,00	49,00	53,00
Sensowność, zorganizowanie świata	24,57	3,520	17	32	15	22,00	24,00	27,00
Przychyłość świata	24,13	3,329	15	29	14	23,00	24,00	26,25
Obraz życia – skuteczność sprawczość	48,17	9,476	25	66	41	42,75	47,00	55,25
Poczucie skuteczności	26,27	5,496	11	37	26	23,00	25,50	29,25
Poczucie zaradności	21,90	4,536	14	31	17	19,00	23,00	24,25
SKALA KONTROLNA-aprobata społeczna, kłamstwo	20,17	3,130	14	26	12	17,75	20,00	23,00

Źródło: opracowanie własne.

M (średnia), SD (odchylenie standardowe).

Ogólnie rzecz ujmując, z przeprowadzonych analiz wynika, iż poziom nadziei podstawowej, obrazujący ogólne przekonanie, że świat jest sensowny, sprawiedliwy, dobrze zorganizowany i przychylny ludziom oraz poziom poczucia skuteczności, sprawczości obrazujący subiektywne przeświadczenie o umiejętności działania w określonej sytuacji, poradzenia sobie z zadaniem, jest relatywnie niski (obraz świata –

⁴⁵⁶ W grupie młodzieży ponadgimnazjalnej, która także przejawia rozwojowo determinowane deficyty w sferze społecznego funkcjonowania uzyskane średnie były znacznie wyższe ($FI=116,7$; $IWM=61,01$), ale w skali „Ja wobec innych” niższe ($JwI=55,6$).

M=48,7; obraz życia – M=48,17)⁴⁵⁷. Wyraźnie deficytowe jest wśród kobiet poczucie zaradności (M=21,9) i skuteczności (M=26,27), a także poczucie sensowności (M=24,57) i przychylności (M=24,13) świata.

Poczucie skuteczności jest definiowane jako osąd jednostki na temat własnych możliwości podjęcia i przeprowadzenia działań niezbędnych do osiągnięcia zaplanowanych celów. Zgodnie z koncepcją Bandury⁴⁵⁸ wysokie poczucie własnej skuteczności oznacza: gotowość do wybierania trudniejszych lub nowych zadań, wytrwałość w dążeniu do obranego przez siebie celu, zdolność uczenia się nowych rzeczy, radzenie sobie z lękiem, czy stresem, jak również poczucie własnej wartości. Osoby, u których występuje wysokie poczucie własnej skuteczności mają także większą motywację do korzystania z posiadanych zasobów psychicznych, które umożliwiają im aktywne zaspokajanie różnych potrzeb.

Kobiety doświadczające przemocy charakteryzuje niska samoocena, bierne strategie radzenia sobie ze stresem, silna zależność, lęk, obniżony nastrój, izolacja społeczna oraz skłonność do obwiniania siebie. Postrzegają siebie jako osoby, które nie mają żadnej kontroli nad własnym życiem, często doświadczają także głębokiej i trwałej nieufności wobec innych. Dlatego też bardzo często mają niskie poczucie skuteczności w osiągnięciu założonych przez siebie celów, gdyż wątpią w siebie, spostrzegają swoje przyszłe życie jako stresujące i przygnębiające. Kobiety będące ofiarami przemocy domowej często wycofują się, nie walczą o swoje bezpieczeństwo i spokój, gdyż uważają, że są zdecydowanie słabsze od swoich partnerów, mają znacznie mniejszą szansę osobistego rozwoju i samorealizacji po „wyjściu” z toksycznego związku.

Warto również zaznaczyć, iż kobiety – ofiary przemocy domowej odznaczają się niższym poziomem koherencji niż osoby nie doświadczające przemocy. Podstawową funkcją poczucia koherencji jest sterowanie zasobami ludzkimi w taki sposób, aby dana jednostka potrafiła efektywnie funkcjonować w społeczeństwie oraz radzić sobie z doświadczeniami stanowiącymi źródło cierpienia i stresu, a którymi mogą być np. doświadczenia związane z przemocą wewnątrzmażeńską. Kobiety doświadczające przemocy o niskim poziomie koherencji zwykle nie potrafią się dostosować do wymagań

⁴⁵⁷ Młodzież licealna, która rozwojowo doświadcza deficytów w analizowanym obszarze uzyskała wyniki: obraz świata – M=48,5 (porównywalny) i obraz życia – M= 52,33 (znacząco wyższy), poczucie skuteczności – M= 32,3 (znacząco wyższy).

⁴⁵⁸ Bandura A. *Social foundations of thought and action*, Prentice – Hall, Engelwood Cliffs, New Jork 1986; za: Okulicz-Kozaryn K., Pisarska A., *Poczucie własnej skuteczności a używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież. Badania pilotażowe. Alkoholizm i Narkomania* 14(4), 565-577

środowiska społecznego, jak również efektywnie w nim funkcjonować. Cechy, które charakteryzują kobiety – ofiary przemocy to: osamotnienie i opuszczenie, brak krytycyzmu w stosunku do siebie i do innych ludzi, jak również niezdolność do oceny zagrożenia ze strony partnera i swoich możliwości do podjęcia „walki” o lepszą przyszłość. Dlatego też, kobiety o takich cechach osobowości najczęściej doświadczają przemocy ze strony swojego partnera. Ponadto nie zawsze potrafią poradzić sobie z agresją jakiej doświadczają ze strony swojego partnera poprzez szukanie pomocy wśród osób najbliższych, znajomych, czy chociażby instytucji pomocowych.

Z kolei wyniki określające zróżnicowanie badanych (oddalenie danych) są największe w podskali poczucie skuteczności. To również w tej grupie jest największe odchylenie standardowe świadczące o największym zróżnicowaniu badanych kobiet w tej podskali. Oznacza to, iż poczucie skuteczności jest cechą, której wartość wyznaczają także inne zmienne, związane zapewne z doświadczeniami życiowymi, wykształceniem i cechami osobowości.

Najmniejsze rozrzut (oddalenie danych) obserwuje się w podskali: przychyłność świata. W tej sferze badane kobiety są najbardziej do siebie podobne. Można sądzić, iż jest to mechanizm, czy cecha charakterystyczna dla doświadczania przemocy i przezeń ewokowana.

Warto odnieść się do skali aprobaty społecznej, która określa tendencję do przedstawiania siebie (ewentualnie swojej sytuacji życiowej, co może mieć miejsce wśród kobiet – ofiar przemocy) w lepszym świetle zgodnie ze standardami społecznymi. Można hipotetycznie założyć, że uzyskane wyniki są relatywnie niskie⁴⁵⁹, co oznacza, że badane kobiety nie mają tendencji do zafałszowania obrazu własnego życia i siebie, a także mają wstępną świadomość siebie i motywację do pracy nad sobą, bez stosowania (nadmiernego) mechanizmów obronnych.

Można więc wnioskować, że doświadczanie przemocy uruchamia odmienny poziom obron, niż ma to miejsce w nerwicach, czy w syndromie PTSD. Powtarzalność zdarzeń i ich nieuchronność w połączeniu z intensywnymi emocjami utrudnia „odcięcie się” od przeżyć. W konsekwencji wyniki wskazują na fakt, iż tzw. „zakłamywanie własnej historii” służy bardziej celom społecznym, niż *stricte* psychologicznym.

⁴⁵⁹ Skala kłamstwa u młodzieży licealnej: M=23,63

Podsumowując uzyskane wyniki badań stwierdzić można, iż doświadczanie przemocy wpływa na typowe „konstruowanie poznawcze” stosunku do siebie, innych ludzi i świata w sposób bardziej upodabniający, niż różnicujący respondentki.

Podobieństwa te, których miarą (wyznacznikiem) jest rozrzut wyników niskich przejawiają się głównie w ocenie siebie jako osoby o obniżonej sprawności intelektualnej, niewartościowej charakterologicznie i pozytywnie waloryzowanej od strony społeczno-moralnej (prawdopodobnie, gdyż obok niebezpośredniego naruszenia tej sfery w aktach przemocy, rolę odgrywają też przekonania typu: „cierpienie uwzniośla”, „jakoś sobie dają radę”). Ocena sfery fizycznej, choć ogólnie niska jest bardziej zróżnicowana (podmiotowo różną rolę przypisuje się temu obszarowi, ludzie różnią się też wyraźnie atrakcyjnością fizyczną).

Wiedza kontrolująca funkcjonowanie interpersonalne opiera się na przekonaniu uzasadniającym własną „przewagę” nad innymi. Respondentki cechuje podobny poziom przekonań o własnej prospołeczności i agresywności, niski, zbliżony poziom poczucia bezpieczeństwa oraz globalnie niski, aczkolwiek zróżnicowany poziom poczucia wsparcia (zależny zapewne od specyficznych „sieci społecznych” i źródeł pomocy).

Obraz świata, zarówno w obszarze nadziei, jak i organizowania w jego ramach wizji świata, cechuje ograniczający charakter. Zwłaszcza w kontekście poczucia sensowności i przychylności badane cechuje podobieństwo, natomiast poczucie skuteczności bardziej różnicuje ich sylwetki, niż poczucie zaradności.

Wyniki te nie pozostają w sprzeczności z tendencjami do fałszowania historii życia – badane prawdopodobnie dokonują zaprzeczeń głównie w sytuacjach społecznych w celu łagodzenia sytuacji, natomiast dane uzyskane przy pomocy kwestionariusza ukierunkowanego na specyficzne problemy przemocowe (patrz rozdział 8.2.3.) dowodzą, że w pełni są świadome przemocowości w rodzinie i nie uważają opinii otoczenia za przesadzone.

8.2.2. SYTUACJA RODZINNA KOBIET DOŚWIADCZAJĄCYCH PRZEMOCY

Funkcjonowanie systemu rodzinnego zależne jest od procesów w nim zachodzących, a głównie komunikacji, adaptacyjności, spójności, i innych cech systemu. Powszechnie uważa się, że sposób porozumiewania się z innymi jest jednym z najważniejszych czynników warunkujących powodzenie relacji międzyludzkich w ogóle. Szczeg-

gólną zaś funkcję przypisuje się mu w małżeństwie i rodzinie⁴⁶⁰. Prawidłowa komunikacja małżeńska owocuje poczuciem bliskości i akceptacji partnerów, zaufaniem, przyjaźnią, otwartością, a także ich rozwojem osobowym, sympatią i szansą uniknięcia nieporozumień⁴⁶¹. Stanowi też wyjściowy warunek funkcjonalności systemu rodzinnego.

Proces komunikacji interpersonalnej w związku partnerskim jest zjawiskiem złożonym. W związkach, w których następuje krzywdzenie, obserwuje się wadliwe wzorce komunikacji, a także relacje oparte na układzie patriarchalnym, w którym mężczyzna dominuje i ma nad partnerką władzę fizyczną, materialną i decyzyjną.

Celem badania była ocena funkcjonowania kobiet doświadczających przemocy w bliskich związkach. Komunikację w małżeństwie oceniono za pomocą:

1. *Kwestionariusza Komunikacji Małżeńskiej (KKM)* konstrukcji Marii Kaźmierczak i Mieczysława Płopy. Komunikacja opisana jest tu za pomocą trzech wymiarów, które odpowiadają trzem skalom: *wsparcie, zaangażowanie, deprecjacja*.
2. *Kwestionariusza „Profil Rodziny”* w opracowaniu Zbigniewa Gasia, gdzie za pomocą powyższego narzędzia określono pozytywne wymiary funkcjonowania systemu rodzinnego (spójność, adaptacyjność, wzajemne zrozumienie) i trudności jakie przeżywa rodzina badanych kobiet (role rodzinne, trudności rozwojowe, dezintegracja rodzinna).
3. *Skali Intymności INTIM* w opracowaniu Katarzyny Kosińskiej-Dec. Na podstawie tego narzędzia uzyskano informację o jakości relacji spostrzeganej przez partnera, o rozbieżności między oczekiwaniami a stanem „realnym” spostrzeganym przez badane kobiety, jak również o zgodności partnerów dotyczącej zarówno oceny stanu aktualnego, jak i ich wzajemnych oczekiwań.

8.2.2.1. KOMUNIKACJA MAŁŻEŃSKA I FUNKCJONOWANIE SYSTEMU RODZINNEGO

Za jeden z najistotniejszych czynników psychospołecznych mogących w istotny sposób wpływać na występowanie objawów frustracji i depresji u kobiet doświadczających przemocy uznano jakość komunikacji w małżeństwie. Do oceny zachowań partnera użyto *Kwestionariusza Komunikacji Małżeńskiej* w opracowaniu Marii Kaźmierczak

⁴⁶⁰ por. Budzyna-Dawidowski P., *Komunikacja w rodzinie*, [w:] B. de Barbaro (red.), *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*, UJ, Kraków, 1999, s. 56-68; Satir V., *Zmieniamy się wraz z rodziną. O zdrowej komunikacji*, GWP, Gdańsk 1999. Taż, *Rodzina. Tu powstaje człowiek*, GWP, Gdańsk 2002

⁴⁶¹ por. Braun-Galkowska, M. (1984). *Znaczenie religijności małżonków dla powodzenia ich związku*, [w:] T. Kukołowicz (red.), *Z badań nad rodziną*, Redakcja Wydawnictw KUL, Lublin s. 57-67

i Mieczysława Plopy (Tab. 30), na który składają się trzy wymiary. Wymiar **Wsparcia** oznacza okazywanie szacunku partnerowi przez docenianie jego wysiłków, przejawianie zainteresowania jego problemami i potrzebami, aktywne uczestnictwo w procesie wspólnego rozwiązywania owych problemów. Troska o partnera przejawiana jest zatem nie tylko w momentach trudnych, ale także w różnych sytuacjach dnia codziennego. Wymiar **Zaangażowanie** oznacza umiejętność tworzenia atmosfery wzajemnego zrozumienia i bliskości w związku poprzez okazywanie sobie uczuć, podkreślanie wyjątkowości i ważności partnera oraz zapobieganie konfliktom w związku. Natomiast wymiar **Deprecjacja** oznacza przejawianie wrogości i agresji wobec partnera, chęć zdominowania i kontrolowania jego działań, brak poszanowania jego godności.

Tabela 30. Rozkłady częstości z KKM: oceny własnego zachowania **przed rozpoczęciem terapii w 2011.**

Podskala:	Poziom uzyskanego wyniki	Ocena własnego zachowania		Ocena zachowania męża	
		n	%	n	%
WSPARCIE	bardzo niski	3	10,0	28	93,3
	niski	20	66,7	2	6,7
	przeciętny	5	16,7	0	0,0
	wysoki	1	3,3	0	0,0
	bardzo wysoki	1	3,3	0	0,0
ZAANGAŻOWANIE	bardzo niski	3	10,0	27	90,0
	niski	12	40,0	3	10,0
	przeciętny	10	33,3	0	0,0
	wysoki	5	16,7	0	0,0
	bardzo wysoki	0	0,0	0	0,0
DEPRECJACJA	bardzo niski	1	3,3	0	0,0
	niski	8	26,7	0	0,0
	przeciętny	16	53,3	0	0,0
	wysoki	4	13,3	1	3,3
	bardzo wysoki	1	3,3	29	96,7

Źródło: opracowanie własne.

Analizując uzyskane dane, większość (N=20; 66,7%) badanych kobiet uzyskało w podskali *Wsparcia* wyniki niskie; tylko 5 (16,7%) badanych uzyskało wyniki przeciętne, a po 1 badanej (3,3%) wyniki wysokie i bardzo wysokie. Wynika z tego, że najwięcej badanych postrzega siebie jako osoby wspierające męża/partnera na poziomie niskim lub przeciętnym, pomimo tego, że doświadczały z ich strony przemocy. Wsparcie ze strony partnera jako bardzo niskie postrzegało 28 badanych (N=28; 93,3%).

Następnie 12 (40,0%) badanych uzyskało w podskali *Zaangażowanie* KKM wyniki niskie, 10 (33,3%) badanych uzyskało wyniki przeciętne, natomiast 5 (16,7%) badanych wskazało na wysokie ze swojej strony zaangażowanie w komunikację małżeńską. Z kolei 27 (90,0%) respondentek oceniając zachowanie męża w podskali zaangażowanie oceniło jako bardzo niskie.

Analizując podskale *Deprecjacja* KKM, 5 (16,6%) badanych uzyskało wyniki wysokie, 16 (53,3%) badanych uzyskało wyniki przeciętne, 8 (26,7%) badanych wyniki niskie oraz 1 (3,3%) badana wynik bardzo niski. Wynika z tego, że najwięcej respondentek (53,3%) wskazało na przeciętne skłonności deprecjonowania partnera. Natomiast 96,7% (N=29) respondentek oceniło skłonność deprecjonowania przez partnera jako bardzo wysoką.

Uogólniając widoczne są wyraźne przesunięcia w zakresie oceny poszczególnych wymiarów:

- a) *wsparcie* – zachowanie sprawcy jest wyraźnie mniej wspierające niż ofiary;
- b) *zaangażowanie* – zachowanie sprawcy wskazuje na znacznie mniejsze zaangażowanie niż ofiary;
- c) *deprecjacja* – zachowanie sprawcy jest wyraźnie bardziej deprecjonujące niż ofiary.

Podsumowując, należy stwierdzić, iż respondentki w znacznie mniejszym stopniu postrzegają swoich partnerów jako interesujących się ich problemami, wspierających je, przez co czują się przez nich niedoceniane, zaniedbywane, brakuje im ich troski oraz wsparcia i zaangażowania w związek małżeński. Odzwierciedleniem tychże zachowań jest fakt, iż mężczyźni jako sprawcy przemocy nie liczą się ze zdaniem swoich partnerek, traktują je przedmiotowo, jak również stosują wobec nich przemoc zarówno fizyczną, jak i psychiczną.

Tak więc atrybucja poziomów ocenianego wsparcia, zaangażowania i deprecjacji jest niesymetryczna. W każdym wymiarze respondentki przypisują partnerom skrajność zachowań, zaś w stosunku do zachowań własnych dokonują ocen nieznacznie korzystniejszych. W badanej grupie nie występuje więc zjawisko zaprzeczania problemowi lub idealizowania partnera.

Analizując podskale szczegółową *Wsparcie zorientowane na ogólne samopoczucie męża* (Tab. 31) – 12 (38,7%) badanych kobiet uzyskało wyniki przeciętne, a 11 (35,5%) respondentek uzyskało wyniki wysokie. Wynika z tego, że kobiety swoim postępowaniem, zachowaniem okazują swoim mężom/partnerom zainteresowanie ich sukcesami, problemami i potrzebami. Ponadto służą im pomocą, pocieszają ich i udzielają wsparcia moralnego. Z kolei analizując podskale *Wsparcie zorientowane na konkretne problemy męża*, 4 (13,3%) respondentek uzyskało wynik wysoki, natomiast 15 (50,0%) badanych kobiet uzyskało wynik przeciętny, co oznacza, że kobiety wspierają swoich mężów/partnerów tylko w szczególnie trudnych dla nich sytuacjach.

Tabela 31. Wyniki oceny własnego oraz zachowania męża – kategoria ogólna w 2011.

Podskale szczegółowe:	Poziom uzyskanego wyniku	Zorientowane na ogólne samopoczucie męża		Zorientowane na konkretne problemy męża	
		n	%	n	%
WSPARCIE	bardzo niski	2	6,5	5	16,7
	niski	2	6,5	4	13,3
	przeciętny	12	38,7	15	50,0
	wysoki	11	35,5	4	13,3
	bardzo wysoki	3	9,7	2	6,7
Podskale szczegółowe:	Poziom uzyskanego wyniku	Zorientowane na ogólne samopoczucie męża		Zorientowane na wyrażanie emocji wobec męża	
		n	%	n	%
ZAANGAŻOWANIE	bardzo niski	3	9,7	4	12,9
	niski	8	25,8	6	19,4
	przeciętny	13	41,9	15	48,4

Źródło: opracowanie własne.

Analizując podskale szczegółową *Zaangażowanie zorientowane na ogólne samopoczucie męża*, 13 (41,9%) respondentek uzyskało wynik przeciętny, a 8 (25,8%) badanych kobiet uzyskało wynik niski. Oznacza to, iż badane kobiety przejawiają wobec swoich mężów/partnerów przeciętną skłonność do angażowania się w czynności urozmaicające i umilające im wspólne życie, czy chociażby poprawiające humor mężowi/partnerowi. Biorąc pod uwagę podskale szczegółową *Zaangażowanie zorientowane na wyrażanie emocji wobec męża*, 15 (48,4%) badanych uzyskało wynik przeciętny, a 6 (19,4%) uzyskało wynik niski. Wynika z tego, iż u respondentek doświadczających przemocy występuje przeciętna otwartość na okazywanie mężowi uczuć wobec niego.

Kolejnym etapem analizy jest porównanie wartości uzyskanych w *Kwestionariuszu Komunikacji Małżeńskiej KKM* wśród badanych kobiet przed rozpoczęciem terapii uwzględniając podskale *Wsparcie: postrzegane wsparcie męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony* oraz *postrzegane wsparcie zorientowane na konkretne problemy żony* (Tab. 32).

Tabela 32. Rozkład częstości dla szczegółowych podskal kwestionariusza

Podskale szczegółowe:	Poziom uzyskanego wyniku	Postrzegane wsparcie męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony		Postrzegane wsparcie zorientowane na konkretne problemy żony	
		n	%	n	%
WSPARCIE	bardzo niski	29	93,5	22	71,0
	niski	1	3,2	6	19,4
	przeciętny	0	0,0	2	6,5
	wysoki	0	0,0	0	0,0
	bardzo wysoki	0	0,0	0	0,0
Podskale szczegółowe:	Poziom uzyskanego wyniku	Postrzegane zaangażowanie męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony		Postrzegane zaangażowanie męża zorientowane na wyrażanie emocji wobec żony	
		n	%	n	%
ZAANGAŻOWANIE	bardzo niski	27	87,1	13	41,9
	niski	2	6,5	15	48,4
	przeciętny	1	3,2	2	6,5
	wysoki	0	0,0	0	0,0
	bardzo wysoki	0	0,0	0	0,0

Źródło: opracowanie własne.

W zakresie podskali *Wsparcie: postrzegane wsparcie męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony*, 29 (93,5%) badanych uzyskało wynik bardzo niski i niski (1 badana kobieta - 3,2%). Z kolei analizując podskalę *Wsparcie: postrzegane wsparcie zorientowane na konkretne problemy żony*, 22 (71,0%) badane uzyskały wynik bardzo niski, 6 (19,4%) badanych wynik niski oraz 2 (6,5%) badane wynik przeciętny. Wynika z tego to, iż mężowie/partnerzy nie okazują zainteresowania badanym kobietom, nie interesują się ich problemami oraz sukcesami.

Z kolei analizując podskalę *Zaangażowanie: postrzegane zaangażowanie męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony*, 27 (87,1%) badanych uzyskało wynik bardzo niski, 2 (6,5%) wynik niski. Następnie analizując podskalę *Zaangażowanie: postrzegane zaangażowanie męża zorientowane na wyrażanie emocji wobec żon*, 13 (41,9%) badanych uzyskało wynik bardzo niski, natomiast 15 (48,4%) wynik niski. Na podstawie tych danych można stwierdzić, iż mężowie/partnerzy respondentek nie angażują się w ich wspólne życie, nie zależy im na wspólnym rozwiązywaniu problemów małżeńskich, jak również na okazywaniu partnerkom bliskości, czułości, uczuć.

Porównując paralelnie wyniki uzyskane w poszczególnych skalach stwierdzić można, iż:

- a) w zakresie *zorientowania na ogólne samopoczucie męża* (jako wsparcia) kobiety uzyskują najczęściej wyniki przeciętne i ogólne, zaś mężowie – zdecydowanie niskie;
- b) w zakresie *zorientowania na konkretne problemy partnera* typowe dla kobiet są wyniki przeciętne, dla mężczyzn – niskie, lecz globalnie bardziej korzystne, niż w punkcie a);
- c) *zorientowanie na ogólne samopoczucie partnera* w kategoriach zaangażowanie - dla kobiet reprezentatywne są wyniki przeciętne z trendem w kierunku „in minus”, dla mężczyzn – bardzo niskie;
- d) wyrażanie emocji wobec partnera faworyzuje kobiety (wyniki przeciętne); w stosunku do mężczyzn (bardzo niskie i niskie).

Najmniejsza rozbieżność dotyczy *zorientowania na wyrażanie emocji* co wiąże się ze specyfiką relacji tego typu, choć ocena ta nie przesądza o treści, intensywności i jakości relacji emocjonalnych. Również w zakresie *zorientowania na konkretne problemy partnera* wyniki jawią się jako mniej skrajne.

Problemowość zaznacza się więc głównie na wymiarze *zorientowanie na ogólne samopoczucie partnera*, zwłaszcza ze strony sprawców przemocy. Tłumaczy to istota

relacji w rodzinie przemocowej, gdzie sprawca miewa choćby instrumentalne trudności z jej nawiązaniem w sposób inny, niż siłowy.

Analiza korelacji pomiędzy poszczególnymi zmiennymi (Tab. 33), wykazała też specyficzne powiązania między nimi.

Tabela 33. Matryca korelacji szczegółowych podskal Kwestionariusza zachowania - badania w 2011.

Podskale		Ocena własnego zachowania	Zorientowane na ogólne samopoczucie męża	Zorientowane na konkretne problemy męża	Ocena zachowania męża	Postrzegane wsparcie męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony	Postrzegane wsparcie zorientowane na konkretne problemy żony
Ocena własnego zachowania	r	-					
	p						
Zorientowane na ogólne samopoczucie męża	r	,917**					
	p	,000					
Zorientowane na konkretne problemy męża	r	,896**	,644**				
	p	,000	,000				
Ocena zachowania męża	r	,337	,192	,433*			
	p	,068	,310	,017			
Postrzegane wsparcie męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony	r	,322	,177	,420*	,934**		
	p	,083	,349	,021	,000		
Postrzegane wsparcie zorientowane na konkretne problemy żony	r	,316	,185	,399*	,953**	,781**	-
	p	,089	,328	,029	,000	,000	

Źródło: opracowanie własne. *. Korelacja jest istotna na poziomie 0.05 (dwustronnie). **. Korelacja jest istotna na poziomie 0.01 (dwustronnie).

Zachodzą tu bardzo istotne i znaczące korelacje między ocenami zachowania własnego i partnera, a ocenami:

- zorientowanie na samopoczucie męża ($r=0,917$),
- zorientowanie na problemy męża ($r=0,896$),
- zorientowanie na samopoczucie i problemy męża ($r=0,644$),
- zorientowanie męża na samopoczucie jako wsparcie ($r=0,934$),
- zorientowanie męża na rozwiązywanie problemów jako wsparcie ($r=0,781$).

Żony najbardziej zorientowane są więc na samopoczucie męża (gdyż od orientacji w tym zakresie zależy możliwość reakcji przemocowej), mężowie zaś na konkretne problemy żony (gdyż ten rodzaj zachowania się nie wymaga „przybliżenia interpersonalnego”, mieszcząc się w tym typie oczekiwanych zachowań).

Analiza sytuacji rodzinnej kobiet doświadczających przemocy została przeprowadzona również na podstawie *Kwestionariusza Profil Rodziny* w opracowaniu Zbigniewa Gasia. Podstawą teoretyczną narzędzia jest koncepcja teoretyczna zwana *Modelem Circmplex*, opracowana przez zespół pod kierunkiem Davida H. Olsona. Model ten zakłada, że rodzina jest systemem funkcjonującym w trzech wymiarach: *spójności, adaptacyjności i procesów komunikacyjnych*. Różne nasilenie każdego z nich i ich wza-

jemne konfiguracje sprawiają, że każdy system rodziny jest niepowtarzalny, jego funkcjonowanie zaś osiąga różne poziomy prawidłowości lub zaburzeń. Inwentarz *Profil Rodziny* jako technika diagnozy systemu rodziny jest przeznaczony do analizy jego funkcjonowania z punktu widzenia każdego z jego członków.

Skala S (Spójność rodziny) – obejmuje podstawowe przejawy tego wymiaru życia rodzinnego, który pozwala członkom rodziny przeżywać poczucie wspólnoty, bliskości emocjonalnej, łatwości kontaktowania się i uzewnętrzniania swoich myśli i emocji, a także posiadania przez rodzinę zwanego systemu wartości i przekonań.

Skala A (Adaptacyjność) – na jej podstawie są określane wymiary adaptacyjności: konstruktywność w radzeniu sobie z problemami rodzinnymi, współdziałanie w pokonywaniu trudności, umiejętność negocjowania w sytuacjach konfliktu interesów, wzajemnego uzupełniania się oraz wymieniania w rolach rodzinnych i obowiązkach, posiadanie wspólnych zainteresowań i rozrywek, zdolność analizowania minionych doświadczeń i konstruktywnego wykorzystywania ich w organizowaniu przyszłości.

Skala WZ (Wzajemne zrozumienie) – ujmuje te elementy funkcjonowania systemu rodzinnego, które wskazują na istnienie swoistej empatii rodzinnej, wzajemnego zrozumienia motywów postępowania poszczególnych członków rodziny, otwartości na cudze komunikaty czy adekwatności wzajemnej percepcji.

Skala RR (Role rodzinne) – dotyczy odgrywania ról patogennych o charakterze wzajemnie powiązanych tożsamości. Umożliwia ona zarówno określenie nasilenia tej tendencji, jak i jakościową identyfikację ról oraz ukazanie ich komplementarności.

Skala TR (Trudności rozwojowe) – opisuje poczucie trudności rozwojowych rodziny, przejawiających się w schematyzmie działania, stagnacji, pesymizmie życiowym oraz bezradności w sytuacji kryzysu.

Skala DR (Dezintegracja rodzinna) – mierzy poziom trudności rodziny w zintegrowanym przeciwstawianiu się kryzysom. Trudności te sprawiają, że sytuacje kryzysowe nasilają poczucie zagrożenia i poziom dysfunkcjonalności.

Wskaźnik PF (Poczucie funkcjonalności) – opisuje poczucie funkcjonalności rodziny odczuwane przez każdego z członków rodziny, obliczany według wzoru: $PF = (S + A + WZ) : (RR + TR + DR)$.

Kwestionariusz „*Profil Rodziny*” podczas badań został wypełniony dwukrotnie przez kobiety, które były krzywdzone przez swoich mężów/partnerów. Pierwszy raz przed przystąpieniem do terapii, a następnie po upływie roku, drugi raz (Tab. 34).

Tabela 34. Wyniki kwestionariusza Profil rodziny w poszczególnych podskalach **przed przystąpieniem** kobiet do terapii – badania 2011.

Skale	WYNIKI									
	bardzo niskie		niskie		średnie		wysokie		bardzo wysokie	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Skala S – spójność rodziny	24	80,0	6	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Skala A – adaptacyjność	19	63,3	9	30,0	2	6,7	0	0,0	0	0,0
Skala WZ – wzajemne zrozumienie	27	90,0	3	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Skala RR – role rodzinne	0	0,0	0	0,0	3	10,0	12	40,0	15	50,0
Skala TR – trudności rozwojowe	0	0,0	0	0,0	3	10,0	13	43,3	14	46,7
Skala DR – dezintegracja rodziny	0	0,0	0	0,0	1	3,3	3	10,0	26	86,7
Skala PF- poczucie funkcjonalności	26	86,7	4	13,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Zródło: opracowanie własne.

W toku badań dokonano rozpoznania profili systemów rodzinnych badanych kobiet, które przystąpiły do terapii (nie badano innych członków rodziny). Analiza objęła podstawowe wymiary funkcjonowania systemu rodzinnego: trzy pozytywne (spójność, adaptacyjność, wzajemne zrozumienie) i trzy związane z odczuwanymi przez badane kobiety utrudnieniami funkcjonalnymi (odgrywanie przez członków rodziny patogenicznych ról o charakterze wzajemnie powiązanych tożsamości, poczucie trudności rozwojowych rodziny, trudności w zintegrowanym przeciwstawianiu się kryzysom).

Analiza wyników zawartych w powyższej tabeli wskazuje, iż dominuje *bardzo niski* oraz *niski* poziom spójności rodziny (odpowiednio: 80,0% i 20%), adaptacyjności (63,3% i 30,0%) oraz wzajemnego zrozumienia (90,0% i 10,0%). Może to oznaczać, że w małżeństwach, w których respondentki były krzywdzone tendencja do wspólnego przeżywania różnorodnych sytuacji życiowych, poczucie wspólnoty, bliskości emocjonalnej z partnerem, nie miały nigdy miejsca, albo występują bardzo sporadycznie, głównie w okresie – fazie miodowego miesiąca.

Niski poziom adaptacyjności oraz wzajemnego zrozumienia występujący u badanych prowadzi do poczucia dezintegracji rodziny. W prezentowanych badaniach u 26 respondentek (86,7%) odnotowano bardzo wysoki poziom poczucia dezintegracji. Oznacza to, że w percepcji badanych, nie posiadają one umiejętności przeciwstawiania się trudnościom i problemom występującym w ich małżeństwie. Ponadto odnotowano bardzo wysoki i wysoki poziom występowania tendencji do patogenicznego wchodzenia w role rodzinne (odpowiednio: 50,0% i 40,0%). Oznacza to, że partnerzy respondentek nie liczą się z opiniami i odczuciami swoich partnerek. Jedni z nich lubią grać rolę *blażna*, *są urodzonymi aktorami*, czy też przyjmują inne role: *myśliciela*, *wybawcy*, *kozła ofiarnego*. W ten sposób próbują zwrócić na siebie uwagę osobom zarówno z rodziny, jak i spoza niej.

Podsumowując należy stwierdzić, iż kobiety doświadczające przemocy cechuje brak umiejętności radzenia sobie z trudnościami rodzinnymi, tj. zachowaniem agresywnym ze strony męża/partnera, brak sprawnego współdziałania w pokonywaniu sytuacji zagrażających ich funkcjonowaniu, jak również brak zdolności analizowania minionych doświadczeń i ich konstruktywnego wykorzystywania w przyszłości.

8.2.2.2. UCZUCIA I INTYMNOŚĆ W RODZINIE

Następnie analizie poddano dane uzyskane na podstawie *Kwestionariusza do Badania Intymności INTIM* w opracowaniu Katarzyny Kosińskiej-Dec (Tab. 35). Intymność jest jednym z wymiarów miłości, wyróżnionych przez Roberta J. Sternberga⁴⁶², obok zaangażowania i namiętności. Określa zatem uczuciowe więzi partnerskie. Zwykle jakość relacji małżeńskiej definiowana jest przez intymność, a więc cechę relacji diadycznej, w parze heteroseksualnej, która warunkuje osiąganie satysfakcji życiowej. Na intymność w rozumieniu Roberta J. Sternberga składa się: wymiana intymnych informacji, wzajemne zrozumienie, dzielenie się przeżyciami, dawanie i otrzymywanie wsparcia emocjonalnego, dbanie o dobro partnera, a także traktowanie go jako ważnej osoby w swoim życiu. W różnych ujęciach intymność sprowadza się do kilku podstawowych cech: bliskość i współzależność partnerów, wysoki stopień ujawniania siebie, doświadczanie pozytywnych emocji w relacji, współprzeżywanie znaczących doświadczeń. Intymności towarzyszą pozytywne uczucia wobec partnera relacji małżeńskiej.

Analizowana intymność może być odczuwana w różnych sferach współżycia małżeńskiego. W sferze *intymności emocjonalnej* oznacza ona poczucie zrozumienia w trudnych i wymagających wzajemnego porozumienia sytuacjach, wyraża się w poczuciu wzajemnej bliskości, przekładającej się na brak poczucia samotności w związku. W sferze *intymności intelektualnej* oznacza ona poczucie możliwości rozmowy w sprawach wspólnie uznawanych za ważne, podobne preferencje związane ze spędzaniem wolnego czasu i zainteresowaniami, możliwości dyskusowania różnych spraw istotnych dla obu partnerów, braku lęku przed ujawnieniem siebie. W sferze *intymności społecznej* oznacza ona wspólnie podzielane relacje z innymi parami małżeńskimi, w posiadaniu wspólnych przyjaciół i spędzaniu z nimi wolnego czasu, co wyznacza brak izolacji

⁴⁶² Sternberg R.J., *Dwuskładnikowa teoria miłości*, [w:] Sternberg R.J., Weis K. (red.), *Nowa psychologia miłości*, Moderator, Taszów 2007, s. 275-296

społecznej. W sferze *intymności seksualnej* oznacza poczucie zadowolenia z pożycia seksualnego, wzajemne zainteresowanie sobą i brak znudzenia pożyciem seksualnym.

Tabela 35. Wyniki badań przed przystąpieniem do terapii na podstawie Kwestionariusza do Badania Intymności.

Sfera intymności	M	SD
Emocjonalna	7,50	2,24
Intelektualna	8,37	2,71
Społeczna	9,17	2,05
Seksualna	10,37	2,76

Źródło: opracowanie własne.

Najmniejszą wartość wśród badanych zmiennych, opisujących intymność w związku obserwujemy w sferze intymności emocjonalnej ($M=7,5$; $SD=2,24$) i intelektualnej ($M=8,37$; $SD=2,71$), nieco większą w sferze społecznej ($M=9,17$; $SD=2,05$); zaś największą – co zaskakujące – w sferze seksualnej ($M=10,37$; $SD=2,76$). Trudno odnieść te wyniki do istniejących standardów (brak norm), można jednak wskazać, iż uzyskane wyniki (w stosunku do minimalnych i maksymalnych – 5 do 20 punktów, oraz wskazanych przez autorkę średnich), określają raczej tendencję do wyników niskich. Natomiast pewną niekonsekwencję możemy zauważyć w poczuciu intymności seksualnej badanych kobiet, które zwykle zgłaszają akty przemocy seksualnej, wymuszone i niesatysfakcjonujące je. Uzyskany wynik może być jednak rezultatem sposobu rozumienia twierdzeń opisujących tę skalę, np. *Mój mąż sprawia wrażenie, że seks go nie interesuje*. Niewątpliwie trudno zaprzeczyć temu twierdzeniu, jeśli jest się podmiotem wymuszonych aktów seksualnych, zwykle dokonywanych przez partnera pod wpływem alkoholu. Także niediagnostyczne w sytuacji przemocy może być twierdzenie: *Czuję, że seks w naszym życiu to tylko przyzwyczajenie*, choć z innego względu: gdyż kobiety mogą nie przypisywać zachowaniom partnera takiego znaczenia, a z własnej perspektywy odczuwać to raczej jako przymus, a nie przyzwyczajenie.

8.2.3. SYTUACJA PRZEMOCOWA KOBIEŃ DOŚWIADCZAJĄCYCH PRZEMOCY

Stosowanie przemocy w rodzinie o zaburzonej funkcjonalności jest sposobem rozwiązywania wszelkich problemów domowych. Ma to znaczący wpływ na dzieci będące świadkami przemocy, które odwzorowują ten model działania w dorosłym życiu. Według Straussa, u dzieci, które były świadkami przemocy, występuje trzy razy większe prawdopodobieństwo stosowania przemocy wobec swoich partnerów, niż u tych,

które w swoim otoczeniu nie zetknęły się z przemocą⁴⁶³. Ponadto u dzieci, które były w dzieciństwie świadkami przemocy, zwiększa się prawdopodobieństwo stania się ofiarą przemocy, ale nie w formie wyuczonej roli sprawcy, lecz wyuczonej roli bycia ofiarą przemocy. Bardzo często od jakości relacji z matką w okresie dzieciństwa zależy, czy dziecku uda się zbudować swoje poczucie bezpieczeństwa, bycia kochanym, ważnym i akceptowanym w życiu dorosłym.

Ponadto w wyniku doświadczanej przemocy w okresie dzieciństwa pogorszeniu ulegają relacje rodzinne i społeczne, wzrasta poziom drażliwości, nerwowości, nasilają się małżeńskie problemy i nieporozumienia wewnątrzrodzinne. Objawy występujące u tych kobiet, które doświadczają danego zaburzenia mają znaczący wpływ na budowanie relacji z innymi osobami. Zwłaszcza dzieci i bliscy tych kobiet mogą doświadczać bolesnych konsekwencji zaburzeń swoich rodziców i są nimi m. in. problemy w budowaniu więzi, przemoc, w tym emocjonalna, fizyczna czy seksualna stosowana przez rodziców i partnerów wobec siebie. Niestety obniża się w związku z tym poziom wsparcia społecznego, które jest tak istotne w procesie zdrowienia (terapii).

8.2.3.1. DOŚWIADCZANA PRZEMOC W RODZINIE POCHODZENIA

Sytuację rodzinną kobiet doświadczających przemocy zinterpretowano na podstawie przeprowadzonych badań przed rozpoczęciem terapii oraz po upływie roku terapii, na podstawie *Kwestionariusza Traktowania w Rodzinie* według Mary-Louise Engels i Daniela Moisana, *Kwestionariusza Agresji i Przemocy, którą można tolerować* w opracowaniu Anny Lipowskiej-Teutsch (kwestionariusz został nieznacznie zmodyfikowany przez autorkę dysertacji celem dostosowania do badań) oraz *Skali Sprawca-Ofiara* według Zdzisława Bartkowicza (skala została zmodyfikowana przez autorkę dysertacji celem dostosowania jej do potrzeb badań).

Kwestionariusz Traktowania w Rodzinie (PMI) – Psychological Maltreatment Inventory M.L. Engels i D. Moisana służy do pomiaru wpływu, jaki wywarły na osobę badaną negatywne zachowania rodziców. Oceny dokonuje ona sama na skali od 0 („to się nigdy nie zdarzyło”) do 5 („wyjątkowo negatywny wpływ”). Kwestionariusz składa się z 25 stwierdzeń odnoszących się do trzech skal: zaniedbanie emocjonalne, wrogie odrzucenie, izolowanie.

⁴⁶³ za: Gruszczyńska B., *Przemoc wobec kobiet*, dz. cyt., s. 26

Poniżej dokonano analizy sytuacji rodzinnej związanej z przemocą respondentek przed przystąpieniem do terapii na podstawie *Kwestionariusza Traktowania w Rodzinie*.

Tabela 36. Statystyki opisowe dla podskal kwestionariusza KTWR matki i ojca. Ocena postępowania własnych rodziców przez kobiety **przed przystąpieniem do terapii w 2011.**

Podskale KTWR	Przemoc od matki			Przemoc od ojca		
	M	SD	Me	M	SD	Me
Emocjonalne zaniedbanie	12,77	13,299	8,50	18,83	15,275	17,00
Wrogie odrzucenie	6,77	6,611	3,00	8,47	6,495	8,00
Izolowanie	4,53	5,348	3,00	4,93	4,697	4,00

Źródło: opracowanie własne.

M (średnia), SD (Odchylenie standardowe), Me (mediana)

Wyniki zawarte w tabeli 29 świadczą, że w ocenie respondentek (przed przystąpieniem do terapii) zdecydowanie więcej przemocy doznały ze strony ojca niż matki. Kobiety wysoko oceniły emocjonalne zaniedbanie ze strony ojca (M=18,8). Ze strony matki średnia ta była niższa o 6,06 punkta. Również ocena podskali: *wrogie odrzucenie* jest wyższa w odniesieniu do ojca (M=8,47) niż matki (M=6,77).

Można uznać, że na podobnym poziomie respondentki oceniają izolowanie ze strony matki i ojca (średnia w obu grupach zbliżona jest do 5), aczkolwiek można zauważyć, że w ocenie zachowania matek, badane kobiety są bardziej zróżnicowane.

Wynika to z tego, iż respondentki, które w dzieciństwie doświadczały przemocy ze strony swoich ojców oraz były przez nich zaniedbywane, mają świadomość, że w ich rodzinie pochodzenia miały miejsce wydarzenia przemocowe. Po latach cierpienia i upokorzenia, po wyjściu z domu rodzinnego, respondentki zdecydowały się ocenić zachowanie ojca jako bardziej negatywne. Powodem takowych opinii jest fakt, iż doświadczać przemocy w dzieciństwie, w życiu dorosłym respondentkom bardzo często brak jest celu w życiu, dostrzegają małe szanse na samodzielnie radzenie sobie, jak również stworzenie udanego małżeństwa.

8.2.3.2. PRZEMOC I AGRESJA TOLEROWANA

Następnym narzędziem jaki został użyty w przedmiotowych badaniach był *Kwestionariusz Agresji i Przemocy, którą można tolerować* w opracowaniu Anny Lipowskiej-Teutsch. Jego zastosowanie wynika z faktu, iż doświadczanie przemocy może powodować tendencję do normalizowania aktów agresji.

Kwestionariusz ten został specjalnie zmodyfikowany przez autorkę dysertacji dla potrzeb badań prowadzonych w grupie kobiet doświadczających przemocy. Kobiety biorące udział w terapii dwukrotnie wypełniły powyższy kwestionariusz, tj. przed roz-

poczęciem terapii oraz po upływie roku uczestnictwa w grupie terapeutycznej. Kwestionariusz ten składa się z 25 opisów zachowań przemocowych, najczęściej podawanych przez osoby doświadczające przemocy i uczestniczące w terapii. Zadaniem badanych kobiet było zaznaczenie przedstawionych w kwestionariuszu zachowań przemocowych za pomocą skali trzystopniowej, gdzie: „A - *jestem gotowa tolerować*”, „B - *kiedyś tolerowałam*”, „C - *inni są gotowi tolerować*” (Tab. 37).

Tabela 37. Wyniki odpowiedzi na twierdzenia narzędzia „Agresja i przemoc, którą można tolerować”. Wyniki **przed** przystąpieniem do terapii – 2011.

Twierdzenia:	jestem gotowa tolerować		kiedyś tolerowałam		inni są gotowi tolerować	
	n	%	n	%	n	%
Przeklinanie	26	86,7	18	60,0	13	43,3
Groźba wyrządzenia krzywdy	20	66,7	22	73,3	11	36,7
Popychanie	20	66,7	22	73,3	7	23,3
Drapanie	14	46,7	18	60,0	14	46,7
Uderzanie pięścią	8	26,7	24	80,0	11	36,7
Kopanie	16	53,3	21	70,0	11	36,7
Atak z bronią	0	100,0	5	16,7	22	73,3
Ośmieszanie	20	66,7	27	90,0	5	16,7
Policzkowanie	17	56,7	26	86,7	7	23,3
Nadużywanie alkoholu	13	43,3	21	70,0	10	33,3
Zazdrość	18	60,0	20	66,7	8	26,7
Głaskanie po twarzy	21	70,0	11	36,7	9	30,0
Dotykanie miejsc intymnych wbrew woli	12	40,0	20	66,7	16	53,3
Wydzielanie pieniędzy	17	56,7	23	76,7	9	30,0
Ciągnięcie za włosy	15	50,0	23	76,7	12	40,0
Duszenie	2	6,7	15	50,0	21	70,0
Celowe poparzenie	0	0	5	16,7	22	73,3
Wymuszanie zbliżenia seksualnego	3	10,0	8	26,7	20	66,7
Wykręcanie ręki	12	40,0	23	76,7	11	36,7
Rzucanie lub bicie czymś	7	23,3	23	76,7	12	40,0
Ograniczanie kontaktów z rodziną	16	53,3	23	76,7	8	26,7
Sprawdzanie miejsc, w których przebywałaś	18	60,0	25	83,3	7	23,3
Niszczenie rzeczy osobistych	16	53,3	25	83,3	12	40,0
Głośny śpiew i muzyka	18	60,0	21	70,0	12	40,0
Wyśmiewanie	17	56,7	27	90,0	6	20,0

Źródło: opracowanie własne.

Analiza powyższych danych wskazuje, że w podskali „*jestem gotowa tolerować*”, spośród różnych form przemocy najczęściej respondentki zaznaczały następujące zachowania, które były gotowe tolerować: popychanie (66,7%), groźby wyrządzenia krzywdy (66,7%), przeklinanie (86,7%), zazdrość (60,0%), głaskanie po twarzy (70,0%). W podskali „*kiedyś tolerowałam*” najczęściej badane kobiety wymieniały następujące zachowania: ośmieszanie (90,0%), policzkowanie (86,7%), sprawdzanie miejsc, w których osoba przebywała (83,3%), niszczenie rzeczy osobistych (83,3%), uderzanie pięścią (80,0%). Z kolei w podskali „*inni są gotowi tolerować*” najczęściej zaznaczaną odpowiedzią przez respondentki było: celowe poparzenie (73,3%), atak

z bronią (73,3%), duszenie (70,0%). Widoczny jest tu wyraźny trend wskazujący na wzrost dolegliwości i drastyczności form przemocy zależnie od podmiotu oceniającego, jak i czasu oceniania.

Analiza powyższych danych wskazuje na to, iż respondentki przed przystąpieniem do terapii tolerowały zachowania agresywne swoich partnerów, gdyż bardzo często były izolowane od rodziny, znajomych, co było również powodem, że nie miały możliwości przekazania informacji o swojej sytuacji rodzinnej, jak również możliwości uzyskania pomocy z instytucji pomocowych. Wieloletnie trwanie w związku przemocowym rozwinęło u badanych kobiet silną więź emocjonalną z partnerem, pomimo tego, iż stosował on przemoc zarówno fizyczną, jak i emocjonalną wobec nich. Ponadto respondentki tolerowały zachowania agresywne swoich partnerów, gdyż niejednokrotnie doświadczały przemocy bądź były świadkami stosowania przemocy w swoim domu rodzinnym. Nadto respondentki przekonane były, iż świat jest nasycony normalizowaną przemocą, która jest akceptowana przez wielu ludzi.

Uczestnictwo w procesie terapeutycznym spowodowało, iż respondentki zaczęły inaczej spostrzegać siebie w związku przemocowym, coraz częściej nie godziły na zachowania agresywne wobec nich. Widoczna jest u nich zmiana dotycząca tolerancji zachowań przemocowych. Po roku terapii badane kobiety mniej form zachowań przemocowych tolerują, aniżeli przed rozpoczęciem terapii (co zostanie przedstawione w następnych rozdziałach).

8.2.3.3. PRZEMOC DOŚWIADCZANA W ZWIĄZKU PARTNERSKIM

Kolejnym z użytych narzędzi do oceny zachowań agresywnych była „Skala Sprawca-Ofiara” nieznacznie zmodyfikowana przez autorkę dysertacji dla potrzeb badań. Składa się ona z 20 twierdzeń dotyczących częstości doświadczanych zachowań agresywnych. Zachowania te na skali 5-stopniowej oceniały respondentki przed przystąpieniem do terapii, a następnie po upływie roku uczestnictwa w niej (Tab. 38).

Rozumienie poniższej tabeli należy odnieść do skali pomiaru narzędzia. Przypomnijmy, że twierdzenia były oceniane na skali pięciostopniowej (od 1 do 5), gdzie 1 oznacza brak występowania danego zachowania, a 5 częste jego występowanie. Im bardziej wyniki z danego twierdzenia są zbliżone do wartości 5 (patrz kolumna z Md) tym częściej respondentki wybierały odpowiedź „zdarza się bardzo często” zachowanie

u partnera. Im wynik jest bardziej zbliżony do wartości 1, tym częściej kobiety wybierały odpowiedź „nie zdarza się” dane zachowanie u partnera.

Tabela 38. Statystyki opisowe odpowiedzi na poszczególne twierdzenia kwestionariusza: zmodyfikowana skala sprawca – ofiara. **Badanie 2011.**

Opis zachowań i sytuacji	M	Md	Przedział rozstępu	
			Minimum	Maximum
Używa wulgarnych słów	4,7	5	3	5
Wyśmiewa i przezywa innych	4,2	4	3	5
Znęca się nad słabszymi	3,9	4	2	5
Robi na złość, dokucza domownikom	4,3	5	2	5
Stosuje przemoc fizyczną	4,03	5	1	5
Wymusza pieniądze i wartościowe przedmioty	2,8	1	1	5
Niszczy przedmioty osobiste nie będące jego własnością	3,23	4	1	5
Swoim zachowaniem zmusza do posłuszeństwa i usługiwania	4,17	5	1	5
Ataki ze strony partnera stały się gwałtowniejsze, brutalniejsze	4,1	5	2	5
Wydziela lub ogranicza pieniądze	3,73	4	1	5
Dotyka mnie w miejsca intymne, gdy tego nie chcę	2,63	3	1	5
Wymusza zachowania seksualne	2,57	3	1	5
Zmusza do picia alkoholu	1,87	1	1	5
Zmusza do kradzieży, żebractwa	1,07	1	1	3
Zmusza do okłamywania przyjaciół, rodziny	3,2	4	1	5
Upija się	4,07	5	1	5
Grozi używaniem noża	2,3	1	1	5
Wymusza zachowania seksualne z udziałem innych osób	1,07	1	1	3
Ogranicza pożywienie	2,27	1	1	5
Zakłóca wypoczynek nocny	4,03	5	1	5

Źródło: opracowanie własne.

Analiza danych zawartych w tabeli potwierdza, iż badane doświadczały różnych form przemocy. Z odpowiedzi respondentek wynika, że spośród form przemocy najczęściej stosowano przemoc psychiczną (emocjonalną) oraz fizyczną.

Przemoc psychiczna w małżeństwie może przybierać różne formy i być w różnym stopniu dolegliwa. Czasem polega na werbalnym poniżeniu partnerki, czy to przez wyzywanie, czy przez wyrafinowane deprecjonowanie jej umiejętności lub cech. Inną postać przemocy psychicznej to upokarzające zmuszanie do biernego lub czynnego udziału w niechcianej aktywności. Zazwyczaj dotyczy to zachowań seksualnych, np.: oglądania i odtwarzania scen z filmowej pornografii.

Analizując przejawy przemocy psychicznej, krzywdzone kobiety najczęściej zaznaczały, iż ich partnerzy używali wobec nich słów wulgarnych (73,3%), zakłócali wypoczynek nocny (53,3%), wyśmiewali je i przezywali (46,7%). Inne typowe przejawy zachowania sprawcy wobec badanych kobiet to: niszczenie przedmiotów osobistych należących do badanych kobiet (36,7%), groźby przy użyciu noża (36,6%), wydzielanie lub ograniczanie pieniędzy (26,7%). Oprócz przemocy psychicznej, prawie równie często respondentki doświadczały przemocy fizycznej (43,3%). Do typowych przejawów przemocy fizycznej zaliczyć można: uderzenia w twarz, głowę, wykręcanie rąk, pchnię-

cia, kopanie, rzucanie drobnymi przedmiotami. Ponadto odnotowano, iż badane kobiety zmuszane były przez swoich partnerów do posłuszeństwa i usługiwania im (43,3%), okłamywania rodziny i przyjaciół (36,7%), jak również często ograniczano im lub wydzielano pieniądze (33,3%). W wypadku przemocy rodzinnej pogwałcenie zasad często wiąże się z wykorzystaniem seksualnym. Wśród badanych odnotowano również przemoc seksualną, którą trudniej jest udowodnić. Poniżające dla godności kobiety, a występujące pod przymusem, były nieakceptowane praktyki seksualne: 43,3% badanych zaznaczyło, iż wymuszano wobec nich zachowania seksualne, zaś 36,7% zaznaczyło, iż dotykano je w miejsca intymne, kiedy tego nie chciały.

Ponadto z analizy danych wynika, iż badane (33,3% *zdarza się bardzo rzadko*, 20% *zdarza się*) były zmuszane przez swych partnerów do spożywania alkoholu.

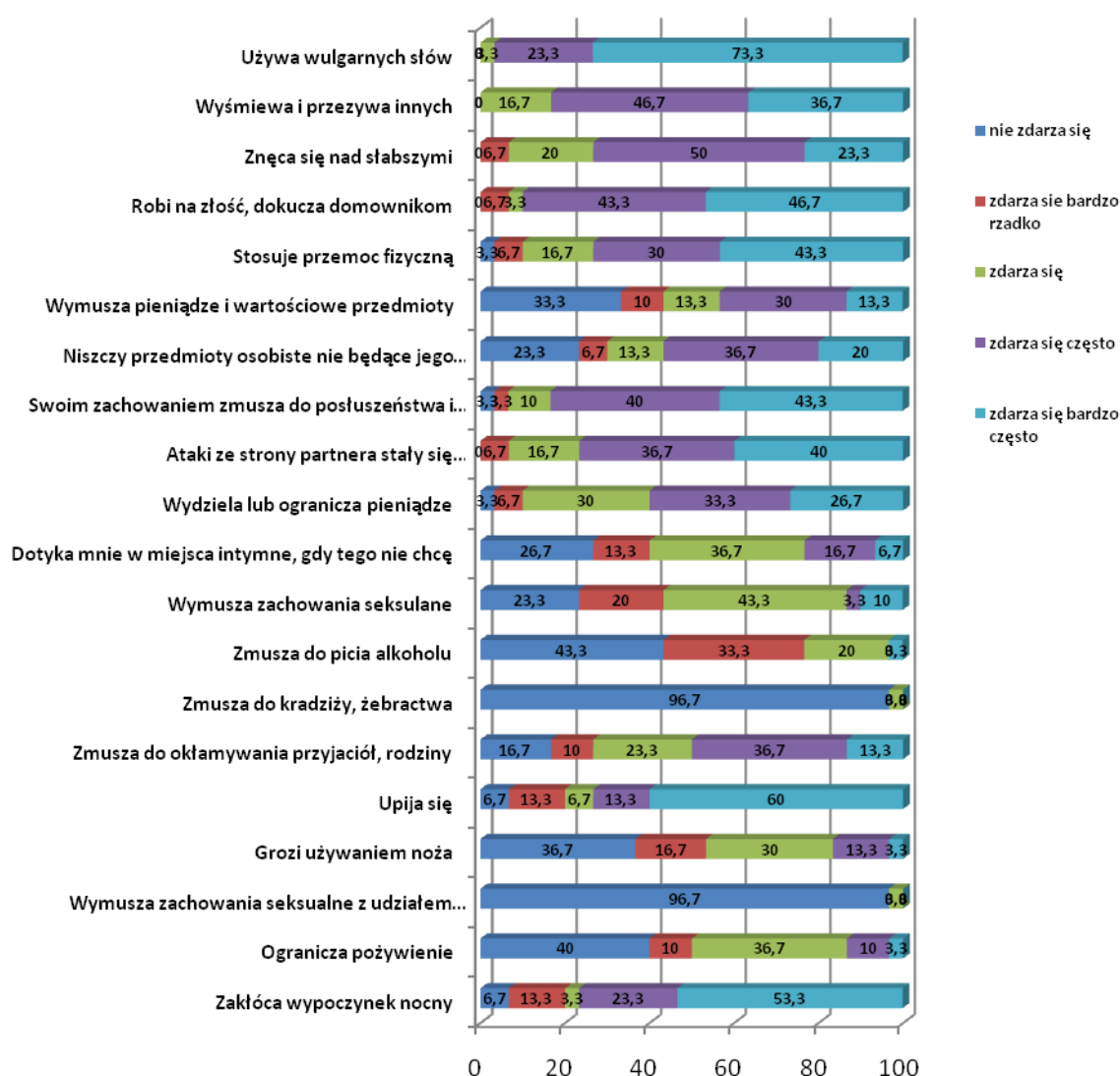
Wielu badaczy⁴⁶⁴ problematyki przemocy wewnątrzrodzinnej twierdzi, iż czynnikiem współwystępującym z dokonywaniem różnego rodzaju aktów przemocy wobec innych osób jest spożywanie alkoholu. W literaturze przedmiotu podkreśla się, iż nadużywanie alkoholu charakteryzuje ponad połowę sprawców oraz prawie połowa żon alkoholików jest przez nich bita. Mężczyzna pod wpływem używki nie zachowuje się „normalnie”, natomiast wciela się w „drugie mroczne ja”, a później, gdy wytrzeźwieje, często przeprosza za swoje zachowanie. Mężczyzna, który bije swoją żonę chce przede wszystkim nad nią zapanować i sprawować władzę.

Poniższy wykres zestawia dokładne częstości odpowiedzi z pięciopunktowej skali, dla każdego twierdzenia (Rys. 10).

Reasumując należy stwierdzić, iż przemoc w rodzinie wpływa negatywnie na realizację kobiety w roli żony, matki. Niszczy spokój, harmonię i miłą atmosferę w domu, a wprowadza terror, strach i nienawiść. Najczęściej stosowaną przemocą w rodzinie jest przemoc fizyczna, bicie i popychanie. Obecna w życiu domowym jest też przemoc psychiczna czyli ciągła krytyka i zazdrość kierowana pod adresem żony. Główną przyczyną jest spożycie alkoholu przez męża, po którym staje się agresywny i zazdrosny. Najczęściej prowadzi to do awantury, wyzwisk i bicia, które objawia się sińcami, podbitymi oczami, ranami ciętymi czy złamaniami. Do tego dochodzą wyzwiska i obraźliwe słowa. Żona przeciwstawiając się mężowi, jest jeszcze bardziej bita, zwłaszcza gdy staje w obronie dzieci.

⁴⁶⁴ Friedman A.S., *Substance use/abuse as a predictor to illegal and violent behavior*, "Aggression and Violent Behavior" 1998, nr 3, s. 339-355, Gruszczyńska B., *Przemoc wobec kobiet...*, dz. cyt., Pospiszył I., *Razem przeciw przemocy...*, dz. cyt., Lipowska-Teutsch A., *Rodzina a przemoc...*, dz. cyt.

Rys. 10. Wizualizacja rozkładu częstości odpowiedzi na twierdzenia Kwestionariusza: Sprawca – ofiara [%] Badanie 2011.



Źródło: opracowanie własne.

Ponadto przemoc ze strony partnera jest szczególnie trudna do oszacowania, ponieważ kobiety często nie zdają sobie sprawy z tego, że jest to przestępstwo lub nie chcą zawiadamiać policji, ponieważ, jak twierdzą „same poradzą sobie z tym problemem”. Dodatkowy problem stwarza tzw. efekt cyklu przemocy, ponieważ kobiety liczą cały czas na to, że przemoc ustanie, wypierając ją z pamięci i świadomości. Z kolei najczęstszą przyczyną pozostawiania przez kobiety w związkach, w których są obiektem przemocy, jest wyuczona bezradność. Oprócz wyuczonej bezradności i negatywnego obrazu własnej osoby za przyczyny poczucia uwięzienia bitych kobiet w małżeństwie uważa się także uwarunkowania ekonomiczne i poczucie braku zaradności. Kobiety tym wydaje się, że nie są w stanie poradzić sobie same, że nie uda się im znaleźć pracy

i przyjaciół. Niektóre chcą, by ich dzieci miały ojca, boją się także napiętnowania jako rozwódki. Dlatego też większość kobiet doświadczających przemocy woli wierzyć w poprawę swojego małżeństwa i relacji z mężem/partnerem niż myśleć o rozstaniu i rozwodzie.

Takie przeświadczenie doprowadza do tego, że przez długie lata kobiety doświadczają przemocy ze strony swoich partnerów, boją się opowiedzieć o swoich przeżyciach znajomym, bliskim. Dopiero uczestnictwo w terapii powoduje zmianę postrzegania siebie oraz swojej sytuacji, możliwość zmiany swojego dotychczasowego życia oraz uwolnienie się od tyrana rodzinnego.

8.2.4. MOTYWY PODJĘCIA TERAPII PRZEZ BADANE KOBIETY

Oddziaływania terapeutyczne wobec kobiet doświadczających przemocy mogą być efektywne jedynie wówczas, kiedy osoby te odpowiednio umotywowane do podjęcia procesu terapeutycznego, wyrażą chęć uczestnictwa w tymże procesie. Dlatego też motywacja do terapii jest jednym z najważniejszych elementów jej podjęcia, a także wytrwania w terapii.

Badania przeprowadzone w grupie 30 kobiet – ofiar przemocy domowej *Kwestionariuszem Motywów Podjęcia Procesu Terapeutycznego* (MPPT), który został opracowany przez autorkę dysertacji na wzór Kwestionariusza „AM” Ryszarda Cibora, miały na celu ustalenie czynników, które motywowały respondentki do podjęcia terapii, oraz ustalenie czynników utrudniających terapię.

W *Kwestionariuszu* MPPT do grupy **motywów decyzji** o podjęciu procesu terapeutycznego dla kobiet doświadczających przemocy wyróżniono: dążenie do poznania i zmiany siebie, dążenie do zrozumienia przyczyn i mechanizmów przemocy, dążenie do usunięcia dolegliwości w związku z byciem ofiarą przemocy domowej oraz oczekiwanie uzyskania wtórnych korzyści z uczestnictwa w terapii.

Respondentki, które podjęły się uczestnictwa w terapii niejednokrotnie doświadczyły w swoim życiu cierpienia ze strony partnera. Doświadczenia te stały się dla nich traumatyczne, tak bolesne, zagrażające i intensywne, że nie były w stanie ich znieść bez pomocy specjalisty (terapeuty). Wydarzenia traumatyczne były także przyczyną smutku, wściekłości, lęku, samotności, rozpacz, napięcia, samonienawiści, strachu i braku zaufania, często bez wyraźnych powodów. Uczucia te na ogół mają globalny, niejasny, dezorganizujący i fizyczny charakter, który utrudnia poznanie sposobów na poprawę

własnego stanu. Ponadto bardzo często badane kobiety nie rozumiały przyczyn agresywnych zachowań swoich partnerów. Dlatego też przez wiele lat usprawiedliwiała ich zachowania, tłumacząc je złą kondycją psychiczną męża, stresem, czy dużym obciążeniem obowiązkami służbowymi w pracy.

Niewątpliwie ważną motywacją w procesie terapii jest także usunięcie dolegliwości w związku z byciem ofiarą przemocy. Powrót kobiet do „zdrowia” następuje poprzez zapewnienie im bezpieczeństwa, a następnie odbudowanie poczucia bezpieczeństwa i odzyskiwanie kontaktu z innymi. Przywrócenie tegoż bezpieczeństwa stanowi najbardziej złożone zadanie w wypadku kobiet, które długotrwale doświadczały przemocy, gdyż mają one niskie poczucie własnej wartości, odczuwają brak kontroli nad własnym życiem i brak wiary we własną zdolność podjęcia jakichkolwiek istotnych działań dla poprawienia swojej sytuacji. Wstydzą się tego, iż doświadczały przemocy, bardzo często izolują się społecznie i emocjonalnie, są zależne od swoich partnerów i dlatego też godzą się na obelgi z ich strony.

Z kolei do **czynników utrudniających** podjęcie decyzji o uczestnictwie w procesie terapeutycznym przez kobiety-ofiary przemocy zaliczono: tendencję do zaprzeczania temu, iż jest się osobą doświadczającą przemocy, tendencję do unikania terapii ze względu na lęk i negatywne konsekwencje społeczne oraz naciski ze strony otoczenia (rodziny) do uczestnictwa w terapii.

W grupie czynników antymotywuujących kobiety – ofiary przemocy występuje przede wszystkim lęk przed procesem terapeutycznym oraz konsekwencje społeczne. Lęk ten ma zazwyczaj różne źródła, najczęściej jednak wynika z braku wiedzy, co do metod i skutków terapii. Ponadto istotnym czynnikiem przeciwdziałającym zgłaszaniu się do uczestnictwa w terapii jest obawa kobiet przed otrzymaniem etykiety „ofiary przemocy” z chwilą podjęcia terapii.

Kwestionariusz MPPT jest narzędziem do szybkiego ustalenia struktury motywacji do podjęcia terapii przez kobiety, które doświadczają przemocy (Tab. 39).

Do najczęstszych motywów należały: chęć zrozumienia powodów bycia ofiarą oraz redukcji przykrych stanów (po 30 osób, tj. bezwyjątkowo), dążenie do zmian w życiu, do uzyskania dobrego samopoczucia (po 29 osób, tj. 96,7%), dążenie do poznania siebie, usunięcia dolegliwości i poznania istoty współzależnienia (po 28 osób, tj. 93,3%). Żadna uczestniczka terapii nie zaprzecza występowaniu przemocy, żadna też nie uważa opinii środowiska za przesadną, czy niesłuszną (po 30 wyborów, tj. 100%). Konkretnie motywy i czynniki – ważne dla podjęcia terapii zaznaczono w tabeli.

Tabela 39. Rozkład częstości odpowiedzi na poszczególne twierdzenia z Kwestionariusza MPPT, wśród badanych kobiet do podjęcia procesu terapeutycznego – 2011.

TWIERDZENIE	TAK		NIE	
	n	%	n	%
1. Zgłosiłam się na terapię, gdyż nalegała na to moja rodzina	5	16,7	25	83,3
2. Terapia może spowodować, że będę miała przykrości i kłopoty w pracy	3	10,0	27	90,0
3. Podjęłam się terapii przede wszystkim dlatego, aby zmienić swoje dotychczasowe życie	29	96,7	1	3,3
4. Podjęłam się terapii przede wszystkim po to, aby zrozumieć dlaczego zachowuję się inaczej niż większość kobiet	26	86,7	4	13,3
5. Mam różne niespodziewane dolegliwości i uważam, że nie są one związane z przemocą	8	26,7	22	73,3
6. Chcę uczęszczać na terapię dla ofiar przemocy domowej, aby mieć dobre samopoczucie	29	96,7	1	3,3
7. Nie wiem czy będę uczęszczać na terapię, bo krępuję się terapeuty	4	13,3	26	86,7
8. Chcę uczęszczać na terapię, aby poznać samą siebie	28	93,3	2	6,7
9. Mój mąż/partner, nie stosuje przemocy wobec mnie; terapia nie jest mi potrzebna	0	0,0	30	100,0
10. Chcę uczęszczać na terapię, aby usunąć dolegliwości, które mi dokuczają	28	93,3	2	6,7
11. Uczęszczanie na terapię do Poradni Psychologicznej może spowodować, że odsunę się ode mnie znajomi	3	10,0	27	90,0
12. Podejłam decyzję o uczęszczaniu na terapię przede wszystkim dlatego, że moja najbliższa rodzina ma dość mojego zachowania	8	26,7	22	73,3
13. W trakcie terapii chcę zmienić swoje postępowanie, tak abym był zadowolona z kontaktów z innymi ludźmi, z pracy	26	86,7	4	13,3
14. Chcę uczęszczać na terapię, przede wszystkim po to, aby ludzie z mojego otoczenia zrozumieli, że jestem ofiarą przemocy domowej i nie zawsze radzę sobie w życiu	10	33,3	20	66,7
15. Uważam, że dzieci i rodzina bezpodstawnie twierdzą, że jestem ofiarą przemocy domowej	1	3,3	29	96,7
16. Chcę uczęszczać na terapię, głównie po to, żeby doprowadzić do ustąpienia przykrych dla mnie stanów, np. depresji	30	100,0	0	0,0
17. Wstydzę się chodzić na terapię dla kobiet – ofiar przemocy domowej	6	20,0	23	76,7
18. W trakcie terapii chcę zrozumieć dlaczego jestem ofiarą przemocy domowej	30	100,0	0	0,0
19. Podejmuję terapię dlatego, że moi bliscy tego żądają	2	6,7	27	90,0
20. Podejmuję terapię dlatego, aby być pod opieką terapeuty	23	76,7	7	23,3
21. To, że czuję się źle jest wywołane warunkami w jakich żyję, a nie przemocą jaką miałam doświadczać	3	10,0	27	90,0
22. Chcę podjąć terapię, głównie po to aby usunąć męczące mnie dolegliwości np. bezsenność, nerwice	24	80,0	6	20,0
23. Nie chcę, aby ktokolwiek wiedział, że jestem ofiarą przemocy domowej, dlatego trudno jest mi zdecydować się na podjęcie terapii	7	23,3	23	76,7
24. Podejmuję terapię głównie po to, aby nie być uzależnioną od swojego męża/partnera, który utrudnia mi życie	27	90,0	3	10,0
25. Jestem nerwowa, ale jest to spowodowane tym, że doświadczam przemocy ze strony swojego męża/partnera	2	6,7	28	93,3
26. Podejmuję terapię tylko dlatego, aby moja rodzina, znajomi wybaczyli mi moje dotychczasowe zachowanie	6	20,0	24	80,0
27. Podejmuję terapię przede wszystkim po to, aby zrozumieć dlaczego nie potrafię odejść od swojego męża/partnera, który stosuje wobec mnie przemoc	26	86,7	4	13,3
28. Czasami mój mąż/partner stosuje wobec mnie przemoc, ale nie uważam abym była ofiarą przemocy domowej	2	6,7	28	93,3
29. W czasie terapii chcę zrozumieć czy jestem współuzależniona od męża/partnera	28	93,3	2	6,7
30. Chcę uczęszczać na terapię, aby uwolnić się od części kłopotów, problemów	27	90,0	3	10,0
31. Czasami mój mąż/partner uderzy mnie, ale podobnie zachowują się inni mężczyźni	1	3,3	29	96,7
32. Uważam, że osoby z mojego otoczenia, sąsiedztwa bezpodstawnie uważają, że jestem ofiarą przemocy domowej	0	0,0	30	100,0
33. Podjęłam się terapii tylko dlatego, aby ktoś się mną zaopiekował	16	53,3	14	46,7
34. To, że czasami mam obrażenia na ciele spowodowane jest warunkami, w jakich żyję, a nie tym, że mój mąż/partner stosuje wobec mnie przemoc	2	6,7	28	93,3
35. Podczas terapii chcę dowiedzieć się, co lub kto wpływa na mojego męża/partnera, że mnie bije	25	83,3	5	16,7
36. Zgłosiłam się sama na terapię, gdyż nie chcę aby do Poradni przyprowadziły mnie dzieci	21	70,0	9	30,0
37. Czasami mnie mąż/partner poniży, obrazi, ale to wcale nie znaczy, że stosuje wobec mnie przemoc, a ja jestem ofiarą przemocy domowej	2	6,7	28	93,3

Źródło: opracowanie własne.

Poziom motywacji i poziom utrudnień (Tab. 40) w podejmowaniu terapii użytkano na podstawie sumowania punktów (kumulacji) z wszystkich *itemów* opisujących te zmienne (motywacja – 18 pozycji, czynniki utrudniające – 19 pozycji). Uzyskane wyniki odniesiono do norm tymczasowych Ryszarda Cibora.

Tabela 41. Poziom motywacji i czynników utrudniających proces terapeutyczny – badanie 2011.

Badany poziom	MOTYWY		CZYNNIKI UTRUDNIAJĄCE	
	n	%	n	%
niski	0	0,0	17	56,7
średni	9	30,0	13	43,3
wysoki	21	70,0	0	0,0
OGÓŁEM	30	100,0	30	100,0

Źródło: opracowanie własne.

W przypadku 21 osób (70,0%) uznać można, iż poziom motywacji do uczestnictwa jest wysoki, u pozostałych umiarkowany (9 osób, 30,0%). Zarazem czynniki utrudniające występują w liczebnościach pozwalających je zakwalifikować jako poziomy niskie (17 osób, 56,7%) i średnie (13 osób, 43,3%).

Czynniki utrudniające decyzję mogą być konsekwencją zachwianych mechanizmów zaprzeczania lub specyfiki sytuacji życiowej danej osoby. Stwierdzić jednak należy, że relatywizacja poziomu motywacji i utrudnień wskazuje na przewagę tych pierwszych, co stanowi korzystne rokowanie wstępne dla terapii.

W celu zobrazowania dominujących motywów i czynników jakimi kierowały się kobiety doświadczające przemocy podejmując decyzję o terapii, dokonano zbiorczej ich analizy, która polegała na sumowaniu odpowiedzi „tak” i „nie” przypisanych poszczególnym twierdzeniom stanowiącym wskaźniki poszczególnych typów motywów podjęcia terapii i czynników utrudniających jej podjęcie. Przypomnę, że wśród motywów wyróżniono cztery ich typy, które mają różny charakter: **motywacja autoteliczna, rozwojowa** (dążenie do poznania i zmiany siebie; zrozumienie przyczyn i mechanizmów przemocy); **motywacja instrumentalna** (usunięcie dolegliwości związanych z przemocą; osiągnięcie wtórnych korzyści). Wśród czynników utrudniających podjęcie decyzji o terapii wyodrębniono trzy ich kategorie związane z istotą sytuacji przemocowej: **poznawcze** (zaprzeczanie istnienia przemocy); **emocjonalne** (unikanie terapii ze względu na lęk przed nią); **społeczno-poznawcze** (brak wewnętrznego przekonania o konieczności terapii – naciski ze strony otoczenia).

W celu określenia dominujących motywów (Tab. 41; Rys. 11) i czynników decydujących o podjęciu terapii (Tab. 42; Rys. 12) posłużono się prostym wskaźnikiem, czyli stosunkiem odpowiedzi twierdzących do odpowiedzi zaprzeczających (T:N) lub

odwrotnie (N:T), ze względu na rozkład odpowiedzi i konieczność ich pogładowego zobrazowania. Ponieważ liczba wskaźników poszczególnych motywów i czynników była różna, stąd liczebności odpowiedzi są różne (motywy: N=120 – 4 pytania wskaźnikowe; N=180 – 6 pytań wskaźnikowych; czynniki: N=120 – 4 pytania wskaźnikowe; N=150 – 5 pytań wskaźnikowych; N=300 – 10 pytań wskaźnikowych). Pomimo pewnej dyskusyjności matematycznej przyjętej procedury, przyjęto jednak, iż obliczane stosunki, pomimo różnych podstaw (liczebności), dają w efekcie obraz dominujących mechanizmów, decydujących o podjęciu terapii mającej na celu osobistą przemianę i zmianę własnej sytuacji życiowej, przez kobiety doświadczające przemocy domowej.

Tabela 42. Ogólne kategorie motywów podjęcia terapii przez kobiety doświadczające przemocy (N=30) ⁴⁶⁵.

Kategorie motywów	TAK		NIE		T:N	N:T
	n	%	n	%		
Dążenie do poznania i zmiany siebie	107	89,17	13	10,83	8,23	0,12
Zrozumienie przyczyn i mechanizmów	109	90,83	11	9,17	9,91	0,10
Usunięcie dolegliwości	111	92,50	9	7,50	12,33	0,08
Wtórne korzyści z terapii	111	61,67	69	38,33	1,61	0,62

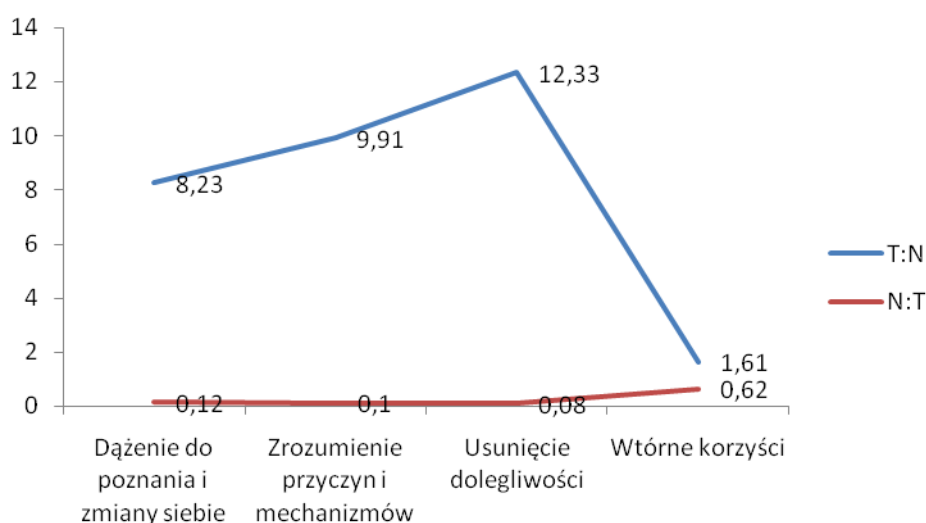
Źródło: opracowanie własne.

Jak widać wśród motywów wskazywanych przez badane kobiety dominujące jest usunięcie dolegliwości związanych z przemocą, czyli motywacja instrumentalna, ale związana z doświadczaniem jej skutków (T:N=12,33). Można więc sądzić, że próg frustracji związanej z funkcjonowaniem w sytuacji przemocy został przekroczony, powodując, że kobiety jej doświadczające nie mają już siły dłużej w niej tkwić, stąd podejmują psychologicznie trudną dla nich decyzję o zmianie. Drugi motyw instrumentalny, związany z osiąganiem wtórnych korzyści płynących z podjęcia terapii np. niedopuszczenie do kolejnych zachowań agresywnych ze strony partnera, podjęcie decyzji co do dalszego związku z partnerem (np. złożenie do Sądu pozwu o rozwód), uwolnienie się od kłopotów (najczęściej natury egzystencjalnej), jest relatywnie rzadko wskazywany przez kobiety doświadczające przemocy (T:N=1,61), co świadczy o tym, iż kierują się one głównie potrzebą eliminacji niekorzystnych zjawisk, które towarzyszą doświadczaniu przemocy, a nie pozyskiwaniem zewnętrznych korzyści z nią bezpośrednio nie powiązanych. Jednak, co warto wskazać, nie jest to motyw nieistotny, gdyż większość kobiet jednak go wskazuje (61,67%), tym bardziej, iż korzyści te pośrednio wiążą się ze zmianami w ich życiu.

⁴⁶⁵ Podstawą obliczania procentów była suma odpowiedzi „tak” i „nie” pomnożona przez liczbę wskaźników (4,6).

Analizując typ motywacji, skłaniającej do zmiany, najwyraźniej zaznaczają się tu potrzeby poznawcze, związane ze zrozumieniem przyczyn i mechanizmów przemocy (T:N=9,91), w której funkcjonują w sposób trwały, a także kierują się dążeniem do zrozumienia siebie (dlaczego tkwią w sytuacji przemocy) i w efekcie dokonaniem zmian w sobie, które spowodują uwolnienie się z pułapki przemocy (T:N=8,23). Dominuje tu zatem motywacja autoteliczna, rozwojowa (dążenie do poznania i zmiany siebie; zrozumienie przyczyn i mechanizmów przemocy).

Rys. 11. Kategorie motywów – wskaźnik proporcji (stosunek odpowiedzi twierdzących do negujących – T:N oraz stosunek odpowiedzi negujących do twierdzących – N:T).



Źródło: opracowanie własne.

W kontekście efektywności podjętych działań terapeutycznych, rozkład motywów jakimi kierowały się kobiety doświadczające przemocy wydaje się być korzystny, bo choć dominuje tu przede wszystkim chęć uwolnienia się od niekorzystnych zdarzeń w ich życiu (skutków i przejawów przemocy), to jednak towarzyszy temu chęć poznawczego opracowania i zrozumienia własnej sytuacji życiowej (przemocowej) oraz czynników, które doprowadziły do funkcjonowania w sytuacji przemocy. Zdają się to potwierdzać uzyskane efekty terapii świadczące o wyraźnych i pozytywnych przemianach w osobowości kobiet doświadczających przemocy, w ich stanie emocjonalnym oraz przekonaniach na temat siebie, własnych relacjach z otoczeniem społecznym, świecie i własnym życiu (zob. rozdział 8.3).

Analizując czynniki utrudniające podjęcie decyzji o terapii (Tab. 42), jako najważniejszą kategorię, stanowiącą istotę sytuacji przemocowej, wskazuje się w literatu-

rze przedmiotu zaprzeczanie jej występowaniu, co jest główną blokadą poznawczą możliwości dokonania zmian we własnym życiu. Kobiety doświadczające przemocy poznawczo przekształcają tę sytuację poprzez zaprzeczanie jej istnieniu, co ma charakter obronny i służy zapewne ochronie własnej wartości.

Tabela 42. Ogólne kategorie czynników utrudniających podjęcie terapii przez kobiety doświadczające przemocy (N=30) ⁴⁶⁶.

Kategorie czynników	TAK		NIE		T:N	N:T
	n	%	n	%		
Zaprzeczanie przemocy	21	7,00	279	93,00	0,08	13,29
Unikanie terapii	23	15,33	127	84,67	0,18	5,52
Brak wewnętrznego przekonania	36	30,00	84	70,00	0,43	2,33

Źródło: opracowanie własne.

Czynnik ten wskazywany jest, co potwierdza charakter motywacji kobiet, jako najrzadziej występujący, a więc najmniej znaczący (N:T=13,29). Jest to jednak jedynie deklaracja, ale niewątpliwie stanowi ona punkt wyjścia dla procesu zmiany. Można więc sądzić, że badane kobiety, które – co należy podkreślić – same zgłosiły się na terapię, mają świadomość własnej sytuacji życiowej i chcą ją zmienić (a w pierwszej kolejności zrozumieć mechanizmy, które doprowadziły je do trwałego funkcjonowania w sytuacji przemocy oraz cechy, które temu sprzyjają). W nieco większym stopniu ujawniły się emocjonalne blokady związane z uczestnictwem w terapii, czyli unikanie terapii ze względu na lęk przed nią (N:T=5,52). Nie budzi to zdziwienia, gdyż ujawnianie intymnych i negatywnych zdarzeń we własnym życiu, co stanowi podstawę zrozumienia swojej sytuacji życiowej, związanej z doświadczaniem przemocy, jest psychologicznie trudne i obciążone dodatkowo poczuciem zagrożenia społecznym naznaczeniem.

Najważniejszy okazał się dla badanych kobiet złożony społeczno-poznawczy czynnik ograniczający ich motywację do zmiany, a więc brak wewnętrznego przekonania o konieczności terapii powiązany z zewnętrznymi naciskami płynącymi ze strony otoczenia, związanymi z podjęciem decyzji o zmianie i terapii (N:T=2,33). Oznacza to, że pierwotny jednak motyw skłaniający kobiety do terapii ma charakter zewnętrznych nacisków, którym nie towarzyszy wewnętrzne przekonanie o potrzebie pomocy z zewnątrz. Jest to zapewne wynikiem ochrony potrzeby poczucia kontroli nad własną sytuacją życiową, co wiąże się z przekonaniem, że „sytuacja sama się zmieni”, że „potrafię sama sobie poradzić”, stanowiącym efekt funkcjonowania w sytuacji przemocy, w któ-

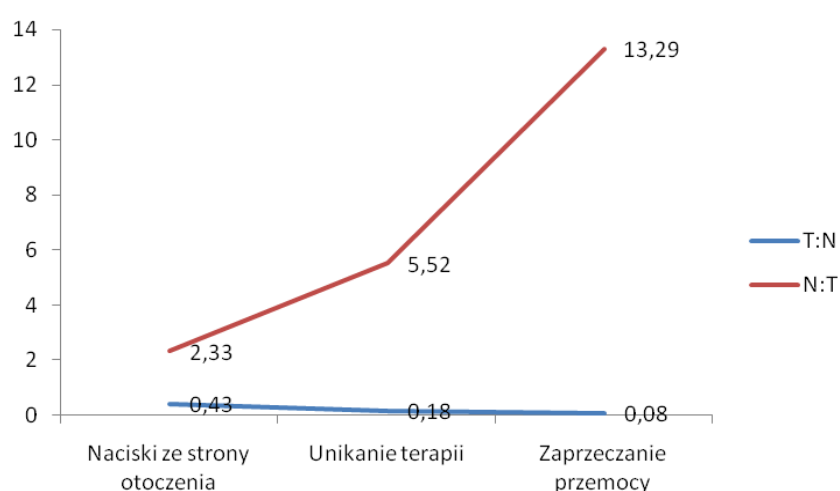
⁴⁶⁶ Podstawą obliczania procentów była suma odpowiedzi „tak” i „nie” pomnożona przez liczbę wskaźników (4,5,10).

rej cyklicznie następują okresy „poprawy”, czyli obietnic składanych przez sprawców przemocy o jej zaprzestaniu.

Zazwyczaj okres ten nazywany jest okresem „powrotu do normalności” kiedy to sprawca przemocy przeprasza swoją partnerkę o obiecuje poprawę swojego zachowania. Wówczas zachowanie stron cechuje pokojowa koegzystencja, spokój, nawet przyjemna kordialna atmosfera. Ten okres jest też nazywany fazą skruchy⁴⁶⁷. Aktywność sprawcy jest jakby próbą odbudowania związku. Obiecuje poprawę i okazuje skruchę, chęć podjęcia leczenia, zwraca się o pomoc medacyjną do osób trzecich.

Aktywność ta ma wzbudzić u żony lub konkubiny przekonanie, że od niej zależy, czy się zmieni, wyzdrowieje itp. Jeśli nie reaguje na zachowania zgodnie z jego oczekiwaniem demonstracyjnie grozi samobójstwem. Ma to na celu wywołanie u niej poczucia winy. Zazwyczaj kobiety łudzą się nadzieją na możliwość odbudowania związku i przyjmują te deklaracje zmiany. Przeważa powierzchowna ich ocena, podbudowana stanem aktualnych emocji. Ambiwalencja odczuć i postaw powoduje dezorientację w ocenie partnera, jego motywacji i prawdziwości składanych deklaracji. W efekcie stosowanych strategii sprawca przemocy jest na pozycji wygranej, ma poczucie całkowitej kontroli nad ofiarą, wie, że może dowolnie nią manipulować. Ten okres praktycznie uniemożliwia przekonanie kobiety o konieczności wszczęcia przeciwko niemu kroków prawnych oraz podjęcia przez nią procesu terapeutycznego⁴⁶⁸.

Rys. 12. Kategorie czynników – wskaźnik proporcji (stosunek odpowiedzi twierdzących do negujących – T:N oraz stosunek odpowiedzi negujących do twierdzących – N:T).



Źródło: opracowanie własne.

⁴⁶⁷ Walker L., *The Battered Women*. Harper & Row, New York 1984, s. 59

⁴⁶⁸ Majchrzyk Z., *Motywacje zabójczyń. Alkohol i przemoc w rodzinie*, PARPA 1995

W kontekście potencjalnej efektywności podjętej terapii, można stwierdzić, iż układ tych czynników jest relatywnie dosyć pozytywny, gdyż badane kobiety nie mają tendencji do zaprzeczania przemocy, zaś to, co w największym stopniu blokuje proces zmiany ma charakter wtórny, związany z procesem terapii (lęk przed terapią) oraz przekonanie, że nie potrzebują pomocy z zewnątrz w procesie zmiany – mają wrażenie, że podejmują decyzję o terapii kierując się naciskami otoczenia.

Proces terapeutyczny – z perspektywy ujawnionych dominujących motywów i czynników, ma szansę powodzenia, pod warunkiem zmiany przekonań o naturze zjawiska i uzyskania przez kobiety doświadczające przemocy świadomości związanej z koniecznością uzyskania wsparcia z zewnątrz, a także jest to możliwe wówczas, gdy zminimalizowany zostanie lęk przed terapią i jej potencjalnymi niekorzystnymi skutkami (naznaczenie społeczne, zagrożenie poczucia własnej wartości, itp.).

Interesująca wydaje się także analiza zależności pomiędzy typami motywacji, a czynnikami utrudniającymi podjęcie terapii (Tab. 43).

Tabela 43. Macierz korelacji: podskal z motywacji oraz podskal opisujących czynniki utrudniające podjęcie procesu terapeutycznego.

		MOTYWACJA - ogólna	CZYNNIKI UTRUDNIAJĄCE	Dążenie do poznania i zmiany siebie	Dążenie do zrozumienia przyczyn przemocy domowej	Dążenie do usunięcia dolegliwości tow. Przemocy domowej	Oczekiwanie uzyskania korzyści z uczęszczania w terapii	Tendencje do zaprzeczania, że jest się ofiarą przemocy	Tendencje do unikania uczestnictwa w terapii	Tendencja do podjęcia terapii ze względu na naciski otoczenia
MOTYWACJA - ogólna	r	-								
	p	-								
CZYNNIKI UTRUDNIAJĄCE	r	-,030								
	p	,877								
Dążenie do poznania i zmiany siebie	r	,622**	,081							
	p	,000	,672							
Dążenie do zrozumienia przyczyn przemocy domowej	r	,661**	-,321	,123						
	p	,000	,083	,517						
Dążenie do usunięcia dolegliwości tow. przemocy domowej	r	,574**	,102	,246	,302					
	p	,001	,590	,189	,105					
Oczekiwanie uzyskania korzyści z uczęszczania na terapię	r	,820**	,029	,345	,427*	,211				
	p	,000	,879	,062	,019	,264				
Tendencje do zaprzeczania, że jest się ofiarą przemocy	r	-,193	,798**	-,253	-,365*	,056	-,017			
	p	,308	,000	,177	,047	,771	,929			
Tendencje do unikania uczestnictwa w terapii	r	-,383*	,711**	-,039	-,472**	-,271	-,280	,432*		
	p	,037	,000	,836	,008	,147	,133	,017		
Tendencja do podjęcia terapii ze względu na naciski otoczenia	r	,663**	,243	,552**	,366*	,487**	,434*	-,108	-,268	-
	p	,000	,195	,002	,047	,006	,017	,569	,153	-

Źródło: opracowanie własne.

Analiza zależności między poziomem motywacji a odczuwanymi utrudnieniami w procesie podejmowania decyzji o terapii, wskazuje, iż:

- im silniejsze dążenie do poznania i zmiany siebie, tym wyższa motywacja ($r=0,662$),
- im silniejsze dążenie do zrozumienia przyczyn przemocy, tym wyższa motywacja ($r=0,661$),
- im dążenie do usunięcia dolegliwości związanych z przemocą intensywniejsze, tym wyższa motywacja ($r=0,574$),
- oczekiwanie wtórnych korzyści silnie koreluje z wysoką motywacją ($r=0,820$).

Innymi słowy ogólną motywację do podjęcia terapii wyznacza głównie oczekiwanie wtórnych korzyści z niej płynących ($r=0,82$), dążenie do poznania i zmiany siebie ($r=0,62$) oraz zrozumienie przyczyn przemocy ($r=0,61$), a nieco słabiej wyznacza ją chęć usunięcia dolegliwości związanych z przemocą ($r=0,574$).

Zarazem, im wyższe poziomy percepcji utrudnień, tym niższa motywacja, a szczególnie dotyczy to tendencji do unikania uczestnictwa w terapii ($r=-0,383$). Co charakterystyczne, zewnętrzne naciski do podjęcia terapii nie stanowią czynnika hamującego motywację ($r=0,663$), a więc wyznaczają jej charakter (zewnętrzny). Podjęcie jej ze względu na naciski otoczenia nie wiąże się też z brakiem dążenia do poznania siebie ($r=0,552$), z brakiem dążenia do usunięcia dolegliwości ($r=0,487$) i nie wpływa niekorzystnie na oczekiwanie korzyści z terapii ($r=0,434$), czy rozumienia przyczyn przemocy ($r=0,366$).

Dominują więc motywy zewnętrzne (usunięcie dolegliwości, wtórne korzyści) nad wewnętrznymi (poznanie, zmiana siebie i zrozumienie mechanizmów przemocy). Oznacza to, że typ motywacji badanych kobiet jest złożony; kierują się one bowiem zarówno dążeniem do poznania i zmiany siebie oraz zrozumieniem własnej sytuacji życiowej, jak i wtórnymi korzyściami i dążeniem do natychmiastowego usunięcia doświadczanych dolegliwości związanych z przemocą.

Poziom spostrzeganych utrudnień w procesie terapii wyznaczany jest głównie zaprzeczaniem przemocy ($r=0,798$) i unikaniem terapii ze względu na lęk i naznaczenie społeczne ($r=0,711$), a nieistotne jest uleganie naciskom ze strony otoczenia ($r=0,243$). Można więc stwierdzić, że najważniejsze w procesie terapii kobiet doświadczających przemocy jest wyeliminowanie tendencji do zaprzeczania istnienia problemu (mechanizm obronny) i redukcji lęku przed terapią wynikającego głównie z obawy przed społecznymi konsekwencjami jej podjęcia (obawa przed społecznym naznaczeniem).

Podsumowanie. Osobowość respondentek, jak wynika z zaprezentowanych analiz wyników badań spełnia kryteria dysfunkcjonalności, gdyż możemy stwierdzić:

a) naruszenie struktury „ja” (zaniżona samoocena, trudności w adekwatnym odczuwaniu poczucia własnej wartości);

b) przejawy zakłóconego stosunku do innych ludzi (w obszarze komunikacji, obrony własnych praw, wymiaru „dominacji-submisji”);

c) trudności w obszarze adekwatnego odczuwania własnych potrzeb i rozumienia zadań życiowych;

d) zakłócenia emocjonalnego reagowania na zaistniałe sytuacje życiowe (bezradność, obniżony nastrój, nieadekwatny afekt).

Stany te i leżące u ich podłoża utrwalone schematy reagowania (właściwości, cechy, struktury regulacyjne) spełniają kryteria osobowości zaburzonej. Zaburzenia osobowości uwzględnione są na tzw. II osi klasyfikacji DSM (aktualna wersja DSM-IV wyróżnia 12 typów osobowości zaburzonej). Zaburzenia osobowości nie są objawowymi zespołami klinicznymi, lecz raczej określonymi stanami behawioralnymi i psychospołecznymi, czyli są to „*utrwalone, sztywne wzorce postrzegania i reagowania na otoczenie, dezadaptacyjne do tego stopnia, że powodują zaburzenia funkcjonowania i prowadzą do subiektywnego cierpienia*”⁴⁶⁹. Osobowość ofiar przemocy wydaje się opisywalna w kategoriach osobowości zależnej, wyróżnionej w DSM-IV (a także w kategoriach osobowości autodestruktywnej, zwanej też uprzednio masochistyczną, która występowała w DSM-III-R, a wycofana została, jak twierdzi wielu autorów z powodów nie naukowych, lecz poprawnościowo politycznych)⁴⁷⁰.

Osobowość zależna to metakategoria w stosunku do stanów współzależnienia, stąd też oczywiście wiele osób zależnych nie mieści się we wzorach wdrukowanych w przemoc. Dla syntezy i opisanie wyników badań „na wyższym szczeblu” interpretacyjnym, wskażę na cechy następujące: **(a)** uległość i lęk przed rozłąką, niezdolność do samostanowienia (częsta cecha ofiar przemocy); **(b)** trudności z podejmowaniem codziennych decyzji; **(c)** wyrzeczenie się odpowiedzialności za główne obszary życia; **(d)** trudności w wyrażaniu sprzeciwu; **(e)** trudności z inicjowaniem przedsięwzięć; **(f)** gotowość czynienia rzeczy dla siebie nieprzyjemnych; **(g)** życie w napięciu i obawie (w klasycznej wersji – obawa przed odrzuceniem, w układzie przemocowym, czy alkoholowym – przed nawrotem sytuacji).

⁴⁶⁹ Meyer R., *Psychopatologia*, GWP, Gdańsk 2002, s. 239

⁴⁷⁰ Millon T., Davis R., *Zaburzenia osobowości*, IPZiT, Warszawa 2005, s. 668

To co łączy osobowość zależną z autodestruktywną, to: niskie poczucie własnej wartości, poczucie bezradności, poczucie braku sprawczości, „cierpiętnictwo” w postaci pokornego przyjmowania losu i małej motywacji do zmian, koncentracja na niepowodzeniu. Tak ukształtowana struktura i funkcjonowanie osobowości rzutować musi na relacje w układach małżeńskich w sposób podtrzymujący funkcje „ja”, a zarazem uzasadniający własne ograniczenia.

Faktycznie, na poziomie komunikacji małżeńskiej większość respondentek mało wspiera partnera a zarazem ocenia, iż wsparcie z jego strony jest jeszcze mniejsze. Podobnie, własne zaangażowanie w związkach oceniają jako niskie i przeciętne, a partnerskie – jako bardzo niskie. Kobiety doświadczające przemocy czują się silnie deprecjonowane, zaś partnerów deprecjonują w ich odczuciu w mniejszym stopniu.

Komunikowanie się, to obok wymiany emocjonalnej jedna z kluczowych funkcji systemu rodzinnego. Sytuację rodzinną kobiet doświadczających przemocy cechuje niska spójność rodzinna (trudności w przeżywaniu wspólnotowości), mała adaptacyjność (brak zdolności elastycznego dostosowywania się do wymogów „etapu” życia rodzinnego), niski poziom przejawów dysfunkcyjności, zwłaszcza w kontekście możliwości rozwojowych.

Źródeł trudności osobowościowych i rodzinnych szukać można w doświadczeniach wczesnego dzieciństwa i dorastania. Chodzi o rodziny pochodzenia, które są silnie wzorcotwórcze. Postawy rodziców w odczuciu respondentek cechowały obustronne zaniedbania emocjonalne z jednoczesnym wrogim odrzuceniem ze strony ojca. W efekcie takich wzorców osoby badane przed terapią skłonne są tolerować szereg zachowań przemocowych, zwłaszcza: przeklinanie, groźby, popychanie, ośmieszanie, zazdrość, naruszanie granic. Tolerancja ta, będąca pogodzeniem się z zachowaniami partnera bez ich akceptacji, mimo *sui generis* zaadaptowania do sytuacji przemocowych nie oznacza dążenia do zmiany w życiu rodziny (aczkolwiek są to próby doraźne, przypadkowe, nieplanowane konsekwentnie). Wskazują na to badania dotyczące motywów podjęcia terapii – respondentki chciałyby przede wszystkim zrozumieć dlaczego to one są ofiarami przemocy, wyzbyć się przykrych stanów i odzyskać dobre samopoczucie. Motywacja ta nie jest perspektywiczna, a jedynie doraźna (zewnętrzna); niemniej – jak dowodzą dalsze analizy, jej specyfika nie oznacza nieważności terapii.

8.3. FUNKCJONOWANE PSYCHOSPOŁECZNE KOBIET DOŚWIADCZAJĄCYCH PRZEMOCY PO UPŁYWIE ROKU TERAPII

8.3.1. CHARAKTERYSTYKA OSOBOWOŚCIOWA BADANYCH KOBIET

Podzielenie się traumatycznym doświadczeniem z innymi ludźmi jest bardzo często jednym z warunków odzyskania wiary w sens życia. W trakcie procesu terapeutycznego osoby pokrzywdzone przemocą potrzebują wsparcia, pomocy nie tylko ze strony swoich najbliższych, lecz również od szerszej społeczności, głównie od pozostałych uczestniczek grupy terapeutycznej.

Odbudowa pozytywnego wizerunku siebie u kobiet doświadczających przemocy wymaga nie tylko przywrócenia poczucia autonomii w relacjach z innymi ludźmi, lecz również odzyskania szacunku do samej siebie. Ofiara przemocy domowej potrzebuje pomocy innych, aby zwalczyć wstyd i zdobyć się na obiektywną ocenę własnego zachowania. Postawa innych uczestniczek grupy terapeutycznej ma tu zasadnicze znaczenie. Realistyczna ocena sytuacji łagodzi poczucie upokorzenia i wstydu, natomiast krytyka i akceptacja nasila u kobiet poczucie winy i wyizolowania.

8.3.1.1. POSTAWY ŻYCIOWE BADANYCH KOBIET – OFIAR PRZEMOCY

Po upływie roku terapii, kobiety będące ofiarami przemocy domowej ponownie zostały poproszone o wypełnienie *Kwestionariusza Postaw Życiowych KPŻ*. Analiza wyników badań wskazała istotne zmiany zachodzące u badanych kobiet w tym czasie (Tab. 44).

Tabela 44. Wyniki kwestionariusza postaw życiowych (KPŻ) w poszczególnych podskalach **po roku terapii**.

Poziom wyników w podskali KPŻ POD-SKALA	WYNIKI					
	niskie		Średnie		Wysokie	
	n	%	n	%	n	%
CEL (C)	5	16,7	9	30,0	16	53,3
Spójność wewnętrzna (SW)	5	16,7	12	40,0	13	43,3
Kontrola życia (KŻ)	4	13,3	13	43,3	13	43,3
Akceptacja śmierci (AŚ)	9	30,0	14	46,7	7	23,3
Pustka egzystencjalna (PE)	8	26,7	17	56,7	5	16,7
Poszukiwanie celów (PC)	19	63,3	8	26,7	3	10,0
Osobowy sens (OS)	6	20,0	10	33,3	14	46,7
Równowaga postaw życiowych (RPŻ)	4	13,3	14	46,7	12	40,0

Źródło: opracowanie własne.

Z powyższych danych wynika, iż po roku terapii istotne zmiany zanotowano dla 2 wysokich wyników w podskalach: *Cel (C)*, gdzie wiele z kobiet (N=16; 53,3%) posiada już jasno i dobrze określone cele życiowe oraz poczucie ukierunkowania w czasie z przeszłości w przyszłość, ponadto są przekonane o znaczeniu posiadanych swoich celów życiowych; oraz *Spójność wewnętrzna (SW)*, gdzie wiele z kobiet (N=13; 43,3%) po upływie roku terapii jest przekonanych o sensowności swojego życia, mają spójny obraz rozumienia siebie, własnych doświadczeń; ich życie jest uporządkowane i spójne, a one akceptują własną egzystencję.

Istotne różnice odnotowano również w zakresie niskich wyników podskali *Pustka egzystencjalna (PE)*, gdzie u części kobiet (N=8; 26,7%) po rocznej terapii widoczny jest brak negatywnych odczuć, co wiąże się także z tym, że kobiety nie doświadczają już pustki egzystencjalnej.

Porównanie zmian osobowościowych u badanych kobiet (Tab. 45) z wykorzystaniem *Kwestionariusza Postaw Życiowych (KPŻ)* - przed i po upływie roku terapii - dokonano za pomocą testu Wilcozona dla grupy badanych kobiet.

Jak można zauważyć największe pozytywne zmiany zaszły na skutek terapii w zakresie:

- a) celów życiowych (w kierunku wyników wysokich),
- b) spójności wewnętrznej (w kierunku wyników wysokich),
- c) kontroli życia (w kierunku wyników wysokich),
- d) pustki egzystencjalnej (w kierunku wyników niskich),
- e) znalezieniu osobowego sensu życia (w kierunku wyników wysokich),
- f) równowadze postaw życiowych (w kierunku wyników wysokich).

W skali poszukiwania celów odnotowano otwarty kierunek zmian (w kierunku wyników niskich), co oznaczać może pogłębienie się stanu dezintegracji, apatii i poczucia monotonii, niezmienności życia.

W kontekście wzrostu poczucia osobowego sensu i równowagi postaw życiowych jest to wynik nieco zaskakujący, ale możliwe jest, iż badane nie osiągnęły jeszcze stanu, który pozwala na dokonywanie transgresji, stąd paradoksalnie mogą odczuwać poczucie straty (dawne życie), którego nie potrafią jeszcze wypełnić nowymi celami (obecne życie). Wskazać należy jednak, iż proces terapii był stosunkowo krótki, więc osiągnięcie celów osobistej transgresji było raczej niemożliwe.

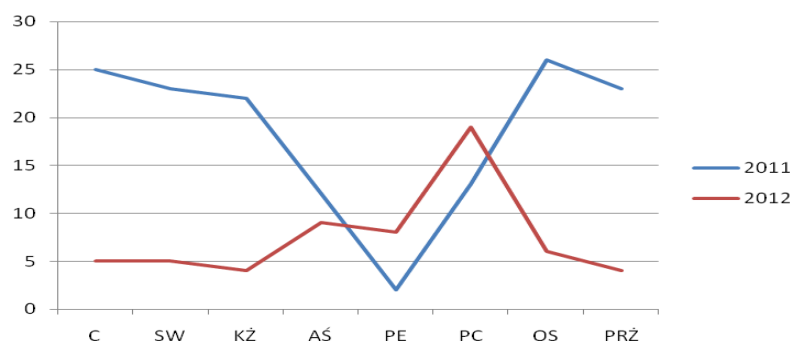
Dynamikę zmian odrębnie dla wyników niskich i wysokich obrazują poniższe wykresy (Rys. 13 i 14).

Tabela 45. Wyniki porównawcze podskal, kwestionariusza postaw życiowych (KPŻ) wśród badanych kobiet, przed terapią i po upływie roku (2011-2012).

Poziom wyników w podskali KPŻ – CEL (C)		badanie 1 (2011)		badanie 2 (2012)	
		n	%	n	%
Wyniki	niskie	25	83,3	5	16,7
	średnie	3	10,0	9	30,0
	wysokie	2	6,7	16	53,3
	N	30	100,0	30	100,0
Poziom wyników w podskali KPŻ – Spójność wewnętrzna (SW)		badanie 1 (2011)		badanie 2 (2012)	
		n	%	n	%
Wyniki	niskie	23	76,7	5	16,7
	średnie	4	13,3	12	40,0
	wysokie	3	10,0	13	43,3
	N	30	100,0	30	100,0
Poziom wyników w podskali KPŻ – Kontrola życia (KŻ)		badanie 1 (2011)		badanie 2 (2012)	
		n	%	n	%
Wyniki	niskie	22	73,3	4	13,3
	średnie	3	10,0	13	43,3
	wysokie	5	16,7	13	43,3
	N	30	100,0	30	100,0
Poziom wyników w podskali KPŻ – Akceptacja śmierci (AŚ)		badanie 1 (2011)		badanie 2 (2012)	
		n	%	n	%
Wyniki	niskie	12	40,0	9	30,0
	średnie	8	26,7	14	46,7
	wysokie	10	33,3	7	23,3
	N	30	100,0	30	100,0
Poziom wyników w podskali KPŻ – Pustka egzystencjonalna (PE)		badanie 1 (2011)		badanie 2 (2012)	
		n	%	n	%
Wyniki	niskie	2	6,7	8	26,7
	średnie	7	23,3	17	56,7
	wysokie	21	70,0	5	16,7
	N	30	100,0	30	100,0
Poziom wyników w podskali KPŻ – Poszukiwanie celów (PC)		badanie 1 (2011)		badanie 2 (2012)	
		n	%	n	%
Wyniki	niskie	13	43,3	19	63,3
	średnie	13	43,3	8	26,7
	wysokie	4	13,3	3	10,0
	N	30	100,0	30	100,0
Poziom wyników w podskali KPŻ – Osobowy sens (OS)		badanie 1 (2011)		badanie 2 (2012)	
		n	%	n	%
Wyniki	niskie	26	86,7	6	20,0
	średnie	3	10,0	10	33,3
	wysokie	1	3,3	14	46,7
	N	30	100,0	30	100,0
Poziom wyników w podskali KPŻ – Równowaga postaw życiowych (RPŻ)		badanie 1 (2011)		badanie 2 (2012)	
		n	%	n	%
Wyniki	niskie	23	76,7	4	13,3
	średnie	5	16,7	14	46,7
	wysokie	2	6,7	12	40,0
	N	30	100,0	30	100,0

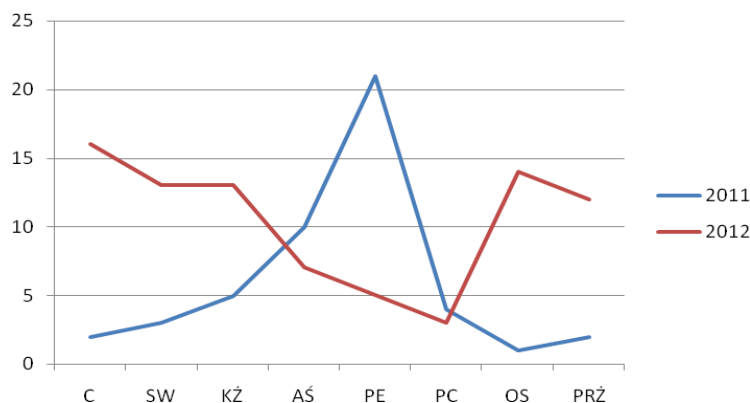
Źródło: opracowanie własne.

Rys. 13. Wykres wyników niskich dla poszczególnych podskal (oś y = n, x = poszczególne podskale z KPŻ).



Źródło: opracowanie własne.

Rys. 14. Wykres wyników **wysokich** dla poszczególnych podskal (oś y = n, x = poszczególne podskale z KPŻ).



Źródło: opracowanie własne.

Dokonano także oceny wyraźnych przewartościowań w zakresie postaw życiowych, odnosząc się do wyników skrajnych – wysokich i niskich (Tab. 46).

Jak widać największą zmianę zaobserwowano w zakresie pustki egzystencjalnej (PE), która przed terapią dominowała u badanych kobiet (W:N=10,5). Po roku terapii struktura wyników wyraźnie się zmieniła (W:N=0,63).

Tabela 46. Zestawienie wyników niskich i wysokich ze wszystkich podskal KPŻ z roku 2011 i 2012 z uwzględnieniem proporcji wyników wysokich (W) i niskich (N) – stosunek W:N.

miejscu proporcji wyników wysokie (W) i niskie (N) stosunek W:N										
Poziom wyników w podskali KPŻ PODSKALA	WYNIKI z 2011				W:N	WYNIKI z 2012				W:N
	niskie		wysokie			niskie		wysokie		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
CEL (C)	25	83,3	2	6,7	0,08	5	16,7	16	53,3	3,20
Spójność wewnętrzna (SW)	23	76,7	3	10	0,13	5	16,7	13	43,3	2,60
Kontrola życia (KŻ)	22	73,3	5	16,7	0,23	4	13,3	13	43,3	3,25
Akceptacja śmierci (AŚ)	12	40	10	33,3	0,83	9	30	7	23,3	0,78
Pustka egzystencjalna (PE)	2	6,7	21	70	10,5	8	26,7	5	16,7	0,63
Poszukiwanie celów (PC)	13	43,3	4	13,3	0,31	19	63,3	3	10	0,16
Osobowy sens (OS)	26	86,7	1	3,3	0,04	6	20	14	46,7	2,33
Równowaga postaw życiowych (RPŻ)	23	76,7	2	6,7	0,09	4	13,3	12	40	3,00

Źródło: opracowanie własne.

Inne znaczące przekształcenia, aczkolwiek nie tak spektakularne dotyczą równowagi postaw życiowych (wskaźniki W:N odpowiednio: 2011-0,09; 2012-3,00), celów życiowych (0,08-3,20), spójności wewnętrznej (0,13-2,60), oraz kontroli życia (0,23-3,25). „Wypełnienie” treściami konstruktywnymi przestrzeni psychicznej w efekcie terapii zaowocowało więc znaczącymi przejawami przyrostu integracji psychicznej, w zasadzie we wszystkich zakresach kierunek zmian jest instruktywny dla badanych.

Zastosowanie statystyk opisowych (Tab. 47) potwierdza uzyskane rezultaty.

Tabela 47. Statystyki opisowe poszczególnych podskal, kwestionariusza postaw życiowych (KPŻ), wraz z różnicą średnich wśród badanych kobiet.

l.p	PODSKALE	Czas badania	Statystyki opisowe		Różnica średnich
			M	SD	
1	Cel (C)	badanie 1 (2011)	27,37	8,006	14,23
		badanie 2 (2012)	41,60	5,575	
2	Spójność wewnętrzna (SW)	badanie 1 (2011)	30,70	7,616	9,80
		badanie 2 (2012)	40,50	5,576	
3	Kontrola życia (KŻ)	badanie 1 (2011)	32,30	9,440	10,10
		badanie 2 (2012)	42,40	5,887	
4	Akceptacja śmierci (AŚ)	badanie 1 (2011)	30,67	10,186	1,30
		badanie 2 (2012)	31,97	8,113	
5	Pustka egzystencjonalna (PE)	badanie 1 (2011)	34,60	7,238	- 8,60
		badanie 2 (2012)	26,00	6,242	
6	Poszukiwanie celów (PC)	badanie 1 (2011)	36,47	7,276	-1,33
		badanie 2 (2012)	35,13	5,734	
	Osobowy sens (OS)	badanie 1 (2011)	58,07	15,288	-
		badanie 2 (2012)	82,10	10,516	
	Równowaga postaw życiowych (RPŻ)	badanie 1 (2011)	49,97	27,715	-
		badanie 2 (2012)	95,33	19,602	

Źródło: opracowanie własne.

Analiza różnic średnich wykazała, że spośród sześciu podskal KPŻ (od 1 do 6) największa zmiana zaszła u respondentek w podskali **cel** (różnica średnich 14,23). Jednak także w innych wymiarach, a więc kolejno: kontrola życia (różnica średnich 10,1) oraz spójność wewnętrzna (różnica średnich 9,8); zmiany na korzyść są bardzo istotne, czyli można powiedzieć, że kobiety te znacznie lepiej określają swoje cele życiowe, mają poczucie kontroli nad własnym życiem i poczucie wewnętrznego uporządkowania. Wyraźnie zmalała pustka egzystencjonalna (różnica średnich – 8,6), co wskazuje, że badane kobiety odzyskują sens własnego życia.

Istotność tych zmian potwierdza analiza statystyczna (Tab. 48).

Tabela 48. Test znakowanych rang Wilcoxona dla prób zależnych dla podskal KPŻ.

Analizowane pary podskale KPŻ	Kierunek rangi	N	Średnia ranga	Suma rang	Z	Istotność
Cel (C) 2011 – Cel (C) 2012	Ujemne rangi	2	3,25	6,50	-4,651*	p<0,000
	Dodatnie rangi	28	16,38	458,50		
Spójność wewnętrzna (SW) 2011 Spójność wewnętrzna (SW) 2012	Ujemne rangi	3	10,00	30,00	-4,167*	p<0,000
	Dodatnie rangi	27	16,11	435,00		
kontrola życia (KŻ) 2011 Kontrola życia (KŻ) 2012	Ujemne rangi	6	7,92	47,50	-3,678*	p<0,000
	Dodatnie rangi	23	16,85	387,50		
Akceptacja śmierci (AŚ) 2011 Akceptacja śmierci (AŚ) 2012	Dodatnie rangi	15	13,83	207,50	-,515*	p=0,607
	Dodatnie rangi	15	17,17	257,50		
Pustka egzystencjonalna (PE) 2011 Pustka egzystencjonalna (PE) 2012	Ujemne rangi	26	16,15	420,00	-3,859**	p<0,000
	Dodatnie rangi	4	11,25	45,00		
Poszukiwanie celów (PC) 2011 Poszukiwanie celów (PC) 2012	Ujemne rangi	16	15,44	247,00	-,638**	p=0,523
	Dodatnie rangi	13	14,46	188,00		
Osobowy sens (OS) 2011 Osobowy sens (OS) 2012	Ujemne rangi	2	8,75	17,50	-4,423*	p<0,000
	Dodatnie rangi	28	15,98	447,50		
Równowaga postaw życiowych (RPŻ) 2011 Równowaga postaw życiowych (RPŻ) 2012	Ujemne rangi	3	4,33	13,00	-4,515*	p<0,000
	Dodatnie rangi	27	16,74	452,00		

Źródło: opracowanie własne *Na bazie ujemnych rang, **Na bazie dodatnich rang.

Po roku terapii, rangi dodatnie uzyskały zdecydowanie wyższą wartość średniej dla wskaźnika cel (M rang1=16,38) niż ranga ujemna (M rang2=3,25). Analiza testem znaków rangowych Wilcoxa wskazała, że różnica ta jest istotna statystycznie: [Z=-4,651; p<0,001]. Można wnioskować, że po roku terapii deklarowane cele są bardziej sprecyzowane niż przed jej rozpoczęciem.

Po roku terapii, rangi dodatnie uzyskały zdecydowanie wyższą wartość średniej dla: spójności wewnętrznej, kontroli życia, osobowego sensu, równowagi postaw życiowych (M rang1_{sw}=16,11, M rang1_{kz}=16,85; M rang1_{os}=15,98, M rang1_{rpz}=16,74), niż ranga ujemna (M rang2_{sw}=10,00, M rang2_{kz}=7,92; M rang2_{os}=8,75, M rang2_{rpz}=4,33). Analiza testem znaków rangowych Wilcoxa wskazała, że różnica ta jest istotna statystycznie (zob. Tab. 48). Można wnioskować, że po roku terapii deklarowane cele, spójność wewnętrzna, kontrola życia, osobowy sens, równowaga postaw życiowych osiągają znacznie wyższe wartości niż przed rozpoczęciem terapii.

Dwunastomiesięczna terapia spowodowała także zmniejszenie pustki egzystencjalnej. Ranga ujemna uzyskała tu większą wartość (M rang1=16,15) niż ranga dodatnia (M rang2=11,25). Istotność również potwierdziła analiza statystyczna (Tab. 48).

Powyższe wnioskowanie potwierdza również wnioskowanie oparte na hipotezie zerowej (H₀), którą można odrzucić: dwie porównywane próby charakteryzują się takim samym rozkładem danych. Można jednoznacznie stwierdzić, że po roku terapii zmieniły się deklarowane cele, spójność wewnętrzna, kontrola życia, osobowy sens czy równowaga postaw życiowych. Stają się one znacznie wyższe po roku terapii niż przed. Test Wilcoxa potwierdził statystyczną istotność w wymienionych podskalach (Tab. 49).

Tabela 49. Test znakowanych rang Wilcoxa dla prób zależnych dla każdej z podskal z przyjętą hipotezą 0.

Hipoteza 0	Istotność	Decyzja
Nie ma różnicy między celem (C) w 2011 i 2012	p<0,000	Odrzuć hipotezę zerową
Nie ma różnicy między spójnością wewnętrzną (SW) w 2011 i 2012	p<0,000	Odrzuć hipotezę zerową
Nie ma różnicy między kontrolą życia (KŻ) w 2011 i 2012	p<0,000	Odrzuć hipotezę zerową
Nie ma różnicy między akceptacją śmierci (AŚ) w 2011 i 2012	p=0,607	Przyjmij hipotezę zero
Nie ma różnicy między pustką egzystencjonalną (PE) w 2011 i 2012	p<0,000	Odrzuć hipotezę zerową
Nie ma różnicy między poszukiwaniem celów (PC) w 2011 i 2012	p=0,523	Przyjmij hipotezę zero
Nie ma różnicy między osobowym sensem (OS) w 2011 i 2012	p<0,000	Odrzuć hipotezę zerową
Nie ma różnicy między równowagą postaw życiowych (RPŻ) w 2011-2012	p<0,000	Odrzuć hipotezę zerową

Źródło: opracowanie własne.

8.3.1.2. STAN EMOCJONALNY KOBIET DOŚWIADCZAJĄCYCH PRZEMOCY

Analizie poddano dane uzyskane na podstawie *Kwestionariusza Uczuć Pozytywnych i Negatywnych SUPIN* w opracowania Piotra Brzozowskiego. Analiza ta dotyczy wyników jakie uzyskano po upływie roku terapii kobiet doświadczających przemocy i porównanie ich z wynikami wstępnymi (przed terapią).

Ogólna ocena uczuć i uczuć doświadczanych aktualnie (Tab. 50-51) wskazuje na istotne zmiany w funkcjonowaniu emocjonalnym badanych kobiet.

Tabela 50. Rozkład częstości oceny uczuć pozytywnych i negatywnych kwestionariusza SUPIN – wersja C30. **Wynik ogólny, generalna ocena uczuć**, badanie 2012.

Poziom uzyskanego wyniku w SUPIN – wersja C30	Pozytywne uczucia (PU)		Negatywne uczucia (NU)	
	n	%	n	%
Bardzo niski	0	0,0	0	0,0
Niski	0	0,0	8	26,7
Przeciętny	0	0,0	22	73,3
Wysoki	0	0,0	0	0,0
Bardzo wysoki	30	100,0	0	0,0
Ogółem	30	100,0	30	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 51. Rozkład częstości oceny uczuć pozytywnych i negatywnych kwestionariusza SUPIN – wersja S30. **Wynik szczegółowy. Ocena uczuć – teraz**, badanie 2012.

Poziom uzyskanego wyniku w SUPIN – wersja S30	Pozytywne uczucia (PU)		Negatywne uczucia (NU)	
	n	%	n	%
Bardzo niski	0	0,0	0	0,0
Niski	0	0,0	0	0,0
Przeciętny	0	0,0	30	100,0
Wysoki	0	0,0	0	0,0
Bardzo wysoki	30	100,0	0	0,0
Ogółem	30	100,0	30	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie analizy danych zamieszczonych w tabeli 50 i 51 widoczne są zmiany w ocenie uczuć pozytywnych (PU) oraz uczuć negatywnych (NU). I tak na podstawie analizy wyników wersji C30 oraz S30, *pozytywne uczucia (PU)*, kwestionariusza SUPIN, wynika, iż 30 (100,0%) badanych uzyskało wynik bardzo wysoki. Wysoki poziom pozytywnych uczuć po roku terapii, świadczy o dobrej kondycji psychofizycznej respondentek, jak również o tym, iż kobiety nie czują się samotne, są skłonne do wyrażania swoich emocji i opinii, samorealizują się. Ponadto są bardziej zaradne i pewne siebie, wobec samych siebie przejawiają postawę akceptacji.

Uczestnictwo w terapii pozwoliło respondentkom uporać się nie tylko ze wstydem i zwątpieniem, lecz zdobyć się również na sprawiedliwą i rozsądną ocenę własnego zachowania, uzyskać wiarę we własne umiejętności. Wsparcie ze strony pozostałych uczestniczek terapii złagodziło skutki negatywnych zachowań przemocowych, które niejednokrotnie respondentki doświadczyły.

Na podstawie analizy wyników *wersji C30 oraz S30, negatywne uczucia (NU)* kwestionariusza SUPIN wynika, iż 30 (100%) respondentek uzyskało wynik przeciętny. Wynika to z tego, iż po roku terapii respondentki czują się w miarę bezpieczne, zaczynają akceptować siebie, rzadko przeżywają stany lękowe. Wyraźnie negatywne uczucia zostały przesunięte w kierunku „normalności”.

Analiza porównawcza wyników badań uzyskanych za pomocą kwestionariusza *Skali Uczuć Pozytywnych i Negatywnych SUPIN*, przeprowadzonych w roku 2011 i 2012, przedstawiono w poniższych tabelach (Tab. 52-53).

Tabela 52. Porównawczy rozkład częstości oceny uczuć pozytywnych. Wynik ogólny (generalna ocena uczuć) oraz wynik szczegółowy (ocena uczuć teraz) - badanie 2011 i 2012.

Poziom uzyskanego wyniku w SUPIN – wersja C30	Pozytywne uczucia (PU) – OGÓŁEM			
	1 Badanie 2011		2 Badanie 2012	
	n	%	n	%
Bardzo niski	9	30,0	0	0,0
Niski	4	13,3	0	0,0
Przeciętny	12	40,0	0	0,0
Wysoki	4	13,3	0	0,0
Bardzo wysoki	1	3,3	30	100,0
Poziom uzyskanego wyniku w SUPIN – wersja S30	Pozytywne uczucia (PU) – W OBECNEJ CHWILI			
	1 Badanie 2011		2 Badanie 2012	
	n	%	n	%
Bardzo niski	4	13,3	0	0,0
Niski	13	43,3	0	0,0
Przeciętny	8	26,7	0	0,0
Wysoki	5	16,7	0	0,0
Bardzo wysoki	0	0,0	30	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Poziom zgeneralizowanego emocjonalnego „dobrostanu” oraz odczuwalnych aktualnie emocji wyraźnie się spolaryzował – wszystkie badane kobiety oceniły owe stany maksymalnie pozytywnie. Może to być wynikiem zadowolenia płynącego z poczucia wewnętrznej przemiany i zmian, które dokonały się w ich życiu. Jest to zapewne efekt odzyskiwanej kontroli życia, poczucia skuteczności, czyli ogólnie zmian, jakie dokonały się w postawach życiowych. Uczestnictwo respondentek w procesie terapii pozwoliło im także na ukierunkowanie swojego życia oraz określenie celów życiowych, do których m.in. zaliczyły „wyjście z przemocy”. Ponadto badane zaczęły dostrzegać

możliwość kontrolowania własnego życia i podejmowania życiowych, ważnych dla nich decyzji. Wyniki te korespondują z danymi dotyczącymi analizowanych powyżej przemian postaw życiowych. Komponent emocjonalny to podstawowa składowa postawy, uspojnijająca ją i interpretująca. „Możność” przeżywania emocji pozytywnych, zarówno sytuacyjnie, jak i potencjalnie pozwala czynić dostępnymi poznawczo konstruktywne treści psychiczne.

Mniej wyraźną polaryzację wyników zaobserwowano w skali uczuć negatywnych, jednak widoczny jest trend związany z ich ograniczaniem, zarówno w skali uczuć ogólnie określających stan emocjonalny kobiet, jak i aktualnie odczuwane uczucia. W większym stopniu uwidacznia się on w zakresie zgeneralizowanego samopoczucia emocjonalnego, na co zapewne składają się drobne, ale istotne przemiany w życiu kobiet – dla wielu z nich wręcz „rewolucyjne”.

Tabela 53. Porównawczy rozkład częstości oceny uczuć negatywnych. Wynik ogólny (generalna ocena uczuć) oraz wynik szczegółowy (ocena uczuć teraz) - badanie 2011 i 2012.

Poziom uzyskanego wyniki w SUPIN – wersja C30	Negatywne uczucia (NU) – OGÓŁEM			
	Badanie 1		Badanie 2	
	n	%	n	%
Bardzo niski	0	0,0	0	0,0
Niski	0	0,0	8	26,7
Przeciętny	4	13,3	22	73,3
Wysoki	4	13,3	0	0,0
Bardzo wysoki	22	73,3	0	0,0
Poziom uzyskanego wyniki w SUPIN – wersja S30	Negatywne uczucia (NU) – W OBECNEJ CHWILI			
	Badanie 1		Badanie 2	
	n	%	n	%
Bardzo niski	0	0,0	0	0,0
Niski	0	0,0	0	0,0
Przeciętny	2	6,7	30	100,0
Wysoki	3	10,0	0	0,0
Bardzo wysoki	25	83,3	0	0,0

Źródło: opracowanie własne.

Pozytywne zmiany w sposobie oceniania własnych uczuć, zarówno pozytywnych, jak i negatywnych, potwierdzono testem Wilcoxona. Po roku terapii pomiar uczuć pozytywnych zmienił się wyraźnie. Badane respondentki uzyskują znacznie wyższe rangi dodatnie. Oznacza to, że wyżej oceniają swoje pozytywnie uczucia. Dodatkowo w pomiarze uczuć negatywnych obserwuje się wyższe wartości rang ujemnych, co świadczy o tym, że badane kobiety znacznie rzadziej zaznaczały na skali odczucia negatywne (Tab. 54).

Wnioskowanie oparte na hipotezie zerowej (H_0) okazało się niesłuszne, zatem nie możemy wnioskować o tym, że dwie porównywane próby charakteryzują się takim samym rozkładem danych. Można jednoznacznie stwierdzić, że po roku terapii zmienia

się ocena uczuć pozytywnych i negatywnych, zarówno w ocenie generalnej (ogólnej) oraz jak i szczegółowej (por. Tab. 55).

Tabela 54. Test znakowanych rang Wilcoxona dla prób zależnych pozytywnych i negatywnych uczuć.

Ocena zachowania	Kierunek rangi	n	Średnia ranga	Suma rang	Z	Istotność
Pozytywne uczucia (PU) – OGÓŁEM 2011	ujemne rangi	0	0,00	0,00	-4,785*	p<0,000
Pozytywne uczucia (PU) – OGÓŁEM 2012	dodatnie rangi	30	15,50	465,00		
Pozytywne uczucia (PU) – W OBECNEJ CHWILI 2011	ujemne rangi	0	0,00	0,00	-4,784*	p<0,000
Pozytywne uczucia (PU) – W OBECNEJ CHWILI 2012	dodatnie rangi	30	15,50	465,00		
Negatywne uczucia (NU) – OGÓŁEM 2011	ujemne rangi	28	15,46	433,00	-4,663**	p<0,000
Negatywne uczucia (NU) – OGÓŁEM 2012	dodatnie rangi	1	2,00	2,00		
Negatywne uczucia (NU) – W OBECNEJ CHWILI 2011	ujemne rangi	30	15,50	465,00	-4,784**	p<0,000
Negatywne uczucia (NU) – W OBECNEJ CHWILI 2012	dodatnie rangi	0	0,00	0,00		

Źródło: opracowanie własne *Na bazie ujemnych rang, **Na bazie dodatnich rang.

Tabela 55. Test znakowanych rang Wilcoxona dla prób zależnych dla każdej z podskal z przyjętą hipotezą 0.

Hipoteza 0	Istotność	Decyzja
Nie ma różnicy między pozytywnymi uczuciami w 2011 i 2012 – na ogół	p<0,000	Odrzuć hipotezę zerową
Nie ma różnicy między pozytywnymi uczuciami w 2011 i 2012 – w obecnej chwili	P<0,000	Odrzuć hipotezę zerową
Nie ma różnicy między negatywnymi uczuciami w 2011 i 2012 – na ogół	P<0,000	Odrzuć hipotezę zerową
Nie ma różnicy między negatywnymi uczuciami w 2011 i 2012 – w obecnej chwili	P<0,000	Odrzuć hipotezę zerową

Źródło: opracowanie własne.

Konkludując, zmiana stanu emocjonalnego w kierunku pozytywnym może wynikać ze zmian w ustosunkowaniu do własnej osoby, świata i innych ludzi (też: partnera). Zdobyta w trakcie terapii wiedza, umiejętności i kompetencje pozwalają za zdystansowanie się i samokontrolę emocjonalną (wpływ procesów poznawczych na emocje). Powoduje także lepsze funkcjonowanie w życiu, mogąc zwiększać aktywność własną (wpływ emocji na zachowanie), co z kolei przekładać się może na poczucie własnej wartości, poczucie kontroli i sensu „nowo kreowanego życia” przez kobiety doświadczające przemocy (wpływ emocji na sferę poznawczą). Można więc przyjąć, że zmiany: „funkcjonowanie poznawcze-emocje-zachowanie” mają charakter sprzężeń zwrotnych.

8.3.1.2. NASTAWIENIA WOBEC SIEBIE, ŚWIATA I WŁASNEGO ŻYCIA KOBIEŃ DOŚWIADCZAJĄCYCH PRZEMOCY

Analizując nastawienia kobiet – ofiar przemocy, po upływie roku terapii uzyskano następujące wyniki, zestawione w poniższych tabelach (Tab. 56-59).

Nastawienie wobec własnej osoby – **samoocena** – badanych kobiet uległa różnym przemianom (Tab. 56).

Tabela 56. Statystyki opisowe dla podskal samooceny KNIIS wśród badanych kobiet, **po roku terapii.**

Podskale KNIIS	M	SD	Min	Max	Roz- stęp	Kwartale		
						25	50	75
SAMOOCENA GLOBALNA	161,00	14,980	140	198	58	148,75	157,50	172,25
Samoocena ogólna	33,00	3,591	27	40	13	30,00	33,00	36,00
Sfera poznawczo-intelektualna	31,40	3,201	27	40	13	29,00	31,00	33,25
Sfera fizyczna	31,17	4,136	23	40	17	28,50	30,50	34,00
Sfera społeczno-moralna	33,70	2,879	29	40	11	31,00	34,00	35,25
Sfera charakterologiczna	31,73	3,513	24	40	16	29,75	31,00	34,25

Źródło: opracowanie własne.

M (średnia), SD (odchylenie standardowe).

Po roku terapii widoczne jest zwiększenie się jednorodności badanych w zakresie samooceny (rozrzut danych zmniejszył się we wszystkich podskalach – zwłaszcza w samoocenie ogólnej). Największe rozproszenie danych obserwuje się w sferze fizycznej – kobiety osiągają tu najbardziej zróżnicowane wyniki (największe odchylenie standardowe), co świadczy o największym zróżnicowaniu badanych kobiet w tej podskali. Najmniejszy rozrzut (oddalenie danych) obserwuje się nadal w sferze społeczno-moralnej, w której badane kobiety są najbardziej do siebie podobne.

Analizując otrzymane wyniki na podstawie ponownego badania przy użyciu *Kwestionariusza KNIIS* stwierdzono zatem istotne zmiany u kobiet w badanych wymiarach samooceny, w porównaniu do wyników uzyskanych przed rozpoczęciem terapii.

Jakościowo istotne zmiany po upływie roku terapii przebiegają w kierunku większej „pilności”, szerszych zainteresowań, większej otwartości wobec ludzi i otaczającego świata, a także podejmowania działań, w których można wyrażać siebie. W procesie terapeutycznym, którym badane były objęte, podejmowały one szereg aktywności, które mogły wpłynąć na taki kierunek zmian w zakresie opisywanym w tej skali. Uczestnictwo w społeczności terapeutycznej i zadania grupowe przewidziane w programie terapii mogły przekładać się znacząco na rozwój kobiet doświadczających przemocy w kierunku zwiększenia otwartości w relacjach z innymi ludźmi oraz determinować nabycie umiejętności wyrażania siebie. Przekazywana w ramach terapii wiedza, lektura publikacji na temat przemocy wewnątrzrodzinnej, mogły też wpłynąć na poszerzenie horyzontów badanych i przełożyć się pośrednio na ich zaangażowanie w zdobywaniu wiedzy.

Dane uzyskane po roku terapii przedstawione zostały poniżej (Tab. 57), w postaci statystyk opisowych.

Tabela 57. Dane i różnice w samoocenie między rokiem badania 2011 i 2012 u badanych respondentek.

PODSKAŁE SAMOOCENY	Badanie 2011		Badanie 2012		Różnica średnich
	M	SD	M	SD	
SAMOOCENA GLOBALNA	127,90	20,028	161,00	14,980	33,1
Samoocena ogólna, niespecyficzna	23,33	6,013	33,00	3,591	9,67
Sfera poznawczo-intelektualna	23,80	4,536	31,40	3,201	7,6
Sfera fizyczna	24,07	4,548	31,17	4,136	7,1
Sfera społeczno-moralna	31,47	3,441	33,70	2,879	2,23
Sfera charakterologiczna	25,23	4,272	31,73	3,513	6,5

Źródło: opracowanie własne.

M (średnia), SD (odchylenie standardowe).

Różnica średnich wykazała znaczący wzrost wartości we wszystkich podskalach samooceny KNIIŚ. Przed rozpoczęciem terapii respondentki wykazywały niższe wartości średnich, czyli niższy poziom samooceny, oraz wyższe odchylenie standardowe, czyli grupa była bardziej zróżnicowana przed rozpoczęciem terapii niż po jej zakończeniu. Największą zmianę można zaobserwować w samoocenie ogólnej (różnice średnich 9,67). Tu po roku terapii obserwuje się największy jej wpływ. Najmniejsza zmiana zaszła w sferze społeczno-moralnej (2,23), w którym to zakresie badane kobiety były najbardziej jednorodne, a więc można pośrednio wysunąć wniosek, iż ta sfera uległa najmniejszemu zaburzeniu przez sytuację przemocową.

Analiza statystyczna (Tab. 58) potwierdza te hipotezy, gdyż wszystkie wskazane różnice okazały się istotne.

Tabela 58. Test znakowanych rang Wilcoxona dla prób zależnych dla podskali samoocena KNIIŚ.

Analizowane pary podskale KNIIŚ	Kierunek rangi	N	Średnia ranga	Suma rang	Z	Istotność
SAMOOCENA GLOBALNA 2011 SAMOOCENA GLOBALNA 2012	Ujemne rangi	1	4,50	4,50	-4,691*	p<0,000
	Dodatnie rangi	29	15,88	460,50		
Samoocena ogólna, niespecyficzna 2011 Samoocena ogólna, niespecyficzna 2012	Ujemne rangi	0	,00	,00	-4,707*	p<0,000
	Dodatnie rangi	29	15,00	435,00		
Sfera poznawczo-intelektualna 2011 Sfera poznawczo-intelektualna 2012	Ujemne rangi	1	2,00	2,00	-4,583*	p<0,000
	Dodatnie rangi	27	14,96	404,00		
Sfera fizyczna 2011 Sfera fizyczna 2012	Ujemne rangi	1	2,00	2,00	-4,243*	p<0,000
	Dodatnie rangi	27	14,96	404,00		
Sfera społeczno-moralna 2011 Sfera społeczno-moralna 2012	Ujemne rangi	10	11,30	113,00	-2,060*	p<0,039
	Dodatnie rangi	18	16,28	293,00		
Sfera charakterologiczna 2011 Sfera charakterologiczna 2012	Ujemne rangi	2	4,75	9,50	-4,414*	p<0,000
	Dodatnie rangi	26	15,25	396,50		

Źródło: opracowanie własne. *na bazie ujemnych rang.

Po roku terapii, rangi dodatnie uzyskały zdecydowanie wyższą wartość średniej w samoocenie globalnej (M rang1=15,88) niż ranga ujemna (M rang2=4,50). Analiza testem znaków rangowych Wilcoxona wykazała, że różnica ta jest istotna statystycznie [$Z=-4,691$; $p<0,001$]. Można wnioskować z dużym prawdopodobieństwem, że po roku terapii deklarowana samoocena globalna jest wyższa niż przed rozpoczęciem terapii.

Pozytywna zmiana zaszła również w samoocenie ogólnej, czyli w zgeneralizowanym opisie siebie. Ranga dodatnia uzyskała najwyższą wartość (M rang1=15,00) niż

ranga ujemna ($M \text{ rang}2=0,00$). Ani jedna osoba nie wykazała negatywnej zmiany, a w przypadku tylko jednej osoby nie zaobserwowano żadnej zmiany. Analiza testem Wilcoxona wskazała, że różnica ta jest istotna statystycznie [$Z=-4,707$; $p<0,001$]. Można wnioskować, że po roku terapii deklarowana samoocena ogólna jest wyższa niż przed rozpoczęciem terapii.

Znacząca (pozytywna) zmiana zaszła również w trzech sferach samooceny niespecyficznej: poznawczo-intelektualnej, fizycznej i charakterologicznej. Rangi dodatnie uzyskały zdecydowanie wyższą wartość niż ujemne [odpowiednio: $M \text{ ranga}1_{(p-i)}=14,94$; $M \text{ ranga}1_{(f)}=14,94$; $M \text{ ranga}1_{(ch)}=15,25$]. Rangi ujemne odpowiednio: $M \text{ ranga}2_{(p-i)}=2,00$; $M \text{ ranga}2_{(f)}=2,00$; $M \text{ ranga}2_{(ch)}=4,75$]. Różnice są istotne statystycznie na poziomie $p<0,001$. Świadczy to, że kobiety zdecydowanie zmieniły myślenie o sobie, które wynikało z doświadczonej przez nie przemocy psychicznej. To właśnie te sfery były najczęściej deprecjonowane przez sprawców przemocy.

Zmiana zaszła również w sferze społeczno-moralnej, aczkolwiek w porównaniu z trzema w/w wymienionymi sferami jest mniejsza [ranga dodatnia uzyskała wartość – $M \text{ rang}1=16,28$; ranga ujemna – $M \text{ rang}2=11,30$]. Analiza testem Wilcoxona wskazała, że różnica ta jest istotna statystycznie [$Z=-2,060$; $p<0,05$]. Można wnioskować, że również po roku terapii sfera społeczno-moralna wykazuje wyższy poziom niż przed rozpoczęciem terapii. Najmniejsza (w stosunku do innych wymiarów samooceny) progresja w tym zakresie wynika z większej jednorodności kobiet pod tym względem przed terapią (i po), a także wiąże się zapewne z faktem, iż ta sfera nie była przedmiotem deprecjacji (lub w mniejszym stopniu), co dokumentują analizy przypadków.

W poniższej tabeli zestawiono wyniki analizy różnic danych z 2011 i 2012, obrazujące obszar potwierdzonych statystycznie różnic (odrzućenie hipotezy o braku zróżnicowania).

Tabela 59. Test znakowanych rang Wilcoxona dla prób zależnych dla każdej z podskal z przyjętą hipotezą 0.

Hipoteza 0	Istotność	Decyzja
Nie ma różnicy między samooceną globalną 2011 i 2012	$p<0,000$	Odrzuć hipotezę zerową
Nie ma różnicy między samooceną ogólną, niespecyficzną 2011 i 2012	$p<0,000$	Odrzuć hipotezę zerową
Nie ma różnicy między sferą poznawczo-intelektualną 2011 i 2012	$p<0,000$	Odrzuć hipotezę zerową
Nie ma różnicy między sferą fizyczną 2011 i 2012	$p=0,039$	Odrzuć hipotezę zerową
Nie ma różnicy między sferą społeczno-moralną 2011 i 2012	$p<0,000$	Odrzuć hipotezę zerową
Nie ma różnicy między sferą charakterologiczną 2011 i 2012	$p<0,000$	Odrzuć hipotezę zerową

Źródło: opracowanie własne.

Powyższe dane potwierdzają wnioskowanie oparte na hipotezie zerowej (H_0). Po przeprowadzonej analizie odrzucono hipotezę zerową, która głosi, że dwie porównywane próby charakteryzują się takim samym rozkładem danych. Można jednoznacznie

stwierdzić, że po roku terapii zmienia się samoocena we wszystkich podskalach KNIŚ. Samoocena we wszystkich zakresach jest znacznie wyższa po roku terapii niż przed jej podjęciem. Test Wilcoxon'a potwierdził statystyczną istotność.

Funkcjonowanie interpersonalne badanych kobiet także znacznie się zmieniło, co dokumentują poniższe tabele (Tab. 60-61).

Tabela 60. Statystyki opisowe dla podskali funkcjonowania interpersonalnego KNIŚ wśród badanych kobiet, po roku terapii.

Podskale KNIŚ	M	SD	Min	Max	Roz- stęp	Kwartale		
						25	50	75
FUNKCJONOWANIE INTERPERSONALNE	123,73	10,356	102	145	43	117,50	124,00	132,00
„Inni wobec mnie”	64,30	6,919	53	78	25	59,00	64,00	69,00
Wsparcie	32,23	3,421	26	40	14	30,75	32,00	34,00
Poczucie bezpieczeństwa	32,07	4,185	23	39	16	28,00	32,50	35,00
„Ja wobec innych”	59,43	4,717	48	67	19	57,00	60,00	63,00
Prospołeczność	32,83	3,312	23	37	14	31,00	33,00	36,00
Brak agresywności	26,60	2,401	23	30	7	25,00	26,00	29,00

Źródło: opracowanie własne.

M (średnia), SD (odchylenie standardowe).

Po roku terapii największe zróżnicowanie badanych kobiet występuje w podskali: poczucie bezpieczeństwa, a najmniejsze w podskalach: wsparcie i prospołeczność. W zakresie poczucia wsparcia zaszła też najbardziej znacząca zmiana.

Kolejna tabela (Tab. 61) zawiera także dane dotyczące funkcjonowania interpersonalnego badanych kobiet (zestawienie porównawcze).

Tabela 61. Dane i różnice między rokiem badania 2011 i 2012 u respondentek.

KNIŚ	Badanie 2011		Badanie 2012		Różnica w śred- nich
	M	SD	M	SD	
FUNKCJONOWANIE INTERPERSONALNE	107,60	10,536	123,73	10,356	16,13
„Inni wobec mnie”	51,27	8,921	64,30	6,919	13,03
Wsparcie	27,10	5,622	32,23	3,421	5,13
Poczucie bezpieczeństwa	24,17	4,418	32,07	4,185	7,9
„Ja wobec innych”	56,33	4,693	59,43	4,717	3,1
Prospołeczność	30,47	3,104	32,83	3,312	2,36
Agresywność (brak)	25,87	2,515	26,60	2,401	0,73

Źródło: opracowanie własne.

M (średnia), SD (odchylenie standardowe).

Różnica średnich wykazała wzrost we wszystkich podskalach funkcjonowania interpersonalnego, co oznacza, że przed rozpoczęciem terapii respondenci wykazywały niższe wartości średnich oraz wyższe odchylenie standardowe, co świadczy, że grupa była bardziej zróżnicowana w zakresie społecznego funkcjonowania przed rozpoczęciem terapii niż po jej zakończeniu. Największą zmianę pozytywną można zaobserwować w skali poczucia bezpieczeństwa (różnica średnich 7,9). Najmniejsza zmiana zaszła w skali opisującej brak agresywności (różnica średnich 0,73) i prospołeczności (różnica średnich 2,36). Są to skale, w których badane były relatywnie najmniej „zaburzone” i najbardziej jednorodne zarazem.

Generalnie porównując postrzegane postawy innych („*Inni wobec mnie*”) oraz postawy wobec innych („*Ja wobec innych*”) – różnice, które nastąpiły wskutek terapii są bardziej znaczące w sferze postrzegania postaw innych ludzi (stosunek 4:1; różnica średnich odpowiednio: 13,03; 3,1). Natomiast w podskalach je budujących największe zmiany zaobserwowano w poczuciu bezpieczeństwa (różnica średnich 7,9), wsparcia (różnica średnich 5,13). Najmniejsze zaś w zakresie agresywności (różnica średnich 0,73) i prospołeczności (różnice średnich 2,36).

Analiza statystyczna potwierdziła zaobserwowane zróżnicowania (Tab. 62).

Tabela 62. Test znakowanych rang Wilcoxona dla prób zależnych dla podskali funkcjonowania interpersonalnego KNIIS.

Analizowane pary podskal KNIIS	Kierunek rangi	N	Średnia ranga	Suma rang	Z	Istotność
Funkcjonowanie Interpersonalne 2011 Funkcjonowanie Interpersonalne 2012	Ujemne rangi	4	7,25	29,00	-4,188*	p<0,000
	Dodatnie rangi	26	16,77	436,00		
„Inni Wobec Mnie” 2011 „Inni Wobec Mnie” 2012	Ujemne rangi	4	5,75	23,00	-4,312*	p<0,000
	Dodatnie rangi	26	17,00	442,00		
Wsparcie 2011 Wsparcie 2012	Ujemne rangi	6	11,08	66,50	-	p<0,001
	Dodatnie rangi	24	16,60	398,50		
Poczucie bezpieczeństwa 2011 Poczucie bezpieczeństwa w 2012	Ujemne rangi	2	5,25	10,50	-	p<0,000
	Dodatnie rangi	27	15,72	424,50		
„Ja wobec innych” 2011 - „Ja wobec innych” 2012	Ujemne rangi	9	15,17	136,50	-	p=0,048
	Dodatnie rangi	21	15,64	328,50		
Prospołeczność 2011 Prospołeczność 2012	Ujemne rangi	9	11,06	99,50	-	p<0,010
	Dodatnie rangi	20	16,78	335,50		
Brak agresywności 2011 Brak agresywności 2012	Ujemne rangi	12	10,00	120,00	-	p=0,250
	Dodatnie rangi	13	15,77	205,00		

Źródło: opracowanie własne. *na bazie ujemnych rang.

Po roku terapii rangi dodatnie uzyskały zdecydowanie wyższą wartość średniej w funkcjonowaniu interpersonalnym (M rang1=16,77) niż rangi ujemne (M rang2=7,25). Analiza testem znaków rangowych Wilcoxona wskazała, że różnica ta jest istotna statystycznie [$Z=-4,188$; $p<0,001$]. Można wnioskować, że po roku terapii kobiety lepiej funkcjonują w relacjach interpersonalnych niż przed rozpoczęciem terapii.

Pozytywna (i istotna) zmiana zachodzi także w podskalach: wsparcia, poczucia bezpieczeństwa i prospołeczności. Rangi dodatnie dla podskali wsparcie uzyskały wyższą wartość (M rang1=16,60) niż rangi ujemne (M rang2=11,08). Rangi dodatnie dla podskali poczucie bezpieczeństwa także są wyższe (M rang1=15,72) niż rangi ujemne (M rang2=5,25). Rangi dodatnie dla podskali prospołeczność uzyskały także wartość wyższą (M rang1=16,78) niż rangi ujemne (M rang2=11,06). Analiza testem Wilcoxona wskazała, że różnice te są istotne statystycznie, choć na różnym poziomie istotności.

Nie obserwuje się natomiast zmiany w podskali agresywności. Uzyskany wynik jest nieistotny statystycznie, co oznacza, że grupa przed jak i po roku terapii w tym zakresie pozostała niezmienna (poziom agresywności był niski i grupa była jednorodna).

W poniższej tabeli zestawiono wyniki analizy różnic danych z 2011 i 2012 w kontekście hipotezy zerowej. Wnioskowanie oparte na tej hipotezie pozwala przyjąć ją tylko w przypadku skali: brak agresywności (Tab. 63). Generalnie, analiza ta pozwala na potwierdzenie powyższego wnioskowania.

Tabela 63. Test znakowanych rang Wilcozona dla prób zależnych dla każdej z podskal z przyjętą hipotezą 0.

Hipoteza 0	Istotność	Decyzja
Nie ma różnicy w funkcjonowaniu interpersonalnym 2011 i 2012	$p < 0,000$	Odrzuć hipotezę zerową
Nie ma różnicy w „ inni wobec mnie ” 2011 i 2012	$p < 0,000$	Odrzuć hipotezę zerową
Nie ma różnicy w wspierciu 2011 i 2012	$p < 0,001$	Odrzuć hipotezę zerową
Nie ma różnicy w poczuciu bezpieczeństwa 2011 i 2012	$p < 0,000$	Odrzuć hipotezę zerową
Nie ma różnicy w „ ja wobec innych ” 2011 i 2012	$p = 0,048$	Odrzuć hipotezę zerową
Nie ma różnicy w prospołeczności 2011 i 2012	$p = 0,010$	Odrzuć hipotezę zerową
Nie ma różnicy w agresywności 2011 i 2012	$p = 0,250$	Przyjmij hipotezę zerową

Źródło: opracowanie własne.

Wyniki przedstawione w powyższej tabeli wskazują, że po roku terapii zmieniło się u respondentek funkcjonowanie interpersonalne, wsparcie, poczucie bezpieczeństwa, prospołeczność, ja wobec innych, inni wobec mnie. Z przytoczonych wcześniej analiz rang można jednoznacznie stwierdzić, że w większości przypadków u kobiet zaszła pozytywna zmiana (poziom zmiennych wzrósł). Nie odnotowano zmiany w skali agresywności (braku agresywności), która utrzymuje się na tym samym poziomie.

Ostatni obszar analiz dotyczył obrazu świata i własnego życia w kontekście zmian zachodzących w procesie terapii (Tab. 64).

Tabela 64. Statystyki opisowe dla podskal obraz świata i życia oraz aprobaty społecznej KNIIS wśród badanych kobiet, po roku terapii.

Podskale KNIIS	M	SD	Min	Max	Roz- stęp	25	Kwartale 50	75
Obraz świata - nadzieje podstawowa	55,63	4,723	48	65	17	52,75	54,50	57,75
Sensowność, zorganizowanie świata	27,93	2,392	24	33	9	26,00	27,50	29,00
Przychylność świata	27,70	3,175	22	35	13	25,00	27,00	30,00
Obraz życia – skuteczność sprawczość	63,77	7,181	51	80	29	59,00	61,50	68,50
Poczucie skuteczności	31,67	3,387	27	40	13	29,75	31,00	33,25
Poczucie zaradności	32,10	4,619	24	40	16	28,75	31,00	36,25
SKALA KONTROLNA-aprobata społeczna	24,27	4,168	16	33	17	20,75	24,00	27,25

Źródło: opracowanie własne.

M (średnia), SD (odchylenie standardowe).

Po roku terapii wyniki obrazujące zróżnicowanie badanych kobiet są największe w podskali poczucie zaradności (rozstęp 16, SD=4,62), co świadczy o największym

róźnicowaniu badanych kobiet w omawianej podskali. Najmniejszy rozrzut wyników i odchylenie standardowe obserwuje się w podskalach: sensowności i zorganizowania świata. W tej sferze badane kobiety są najbardziej do siebie podobne (wykazują cechy homogeniczności grupy).

Generalnie we wszystkich podskalach obserwuje się zachodzące zmiany. Z heterogenicznych grup, po roku terapii kształtują się grupy bardziej homogeniczne. Szczegółowe zmiany w tym zakresie, zostały opisane w kolejnych krokach analizy.

Analiza statystyk opisowych potwierdza to wnioskowanie (Tab. 65).

Tabela 65. Dane i różnice między rokiem badania 2011 i 2012 u respondentek.

Podskale KNIIS	Badanie 2011		Badanie 2012		Różnica średnich
	M	SD	M	SD	
Obraz świata - nadzieja podstawowa	48,70	6,199	55,63	4,723	6,93
Sensowność, zorganizowanie świata	24,57	3,520	27,93	2,392	3,36
Przychylność świata	24,13	3,329	27,70	3,175	3,57
Obraz życia – skuteczność sprawczość	48,17	9,476	63,77	7,181	15,6
Poczucie skuteczności	26,27	5,496	31,67	3,387	5,4
Poczucie zaradności	21,90	4,536	32,10	4,619	10,2
SKALA KONTROLNA- aprobata społeczna	20,17	3,130	24,27	4,168	4,1

Źródło: opracowanie własne.

M (średnia), SD (odchylenie standardowe).

Różnica średnich wykazała wzrost we wszystkich podskalach obrazu świata i obrazu życia KNIIS. Przed rozpoczęciem terapii respondentki wykazywały niższe wartości średnich oraz wyższe odchylenie standardowe, co świadczy, że grupa była bardziej zróżnicowana przed rozpoczęciem terapii niż po jej zakończeniu. Największą zmianę można zaobserwować we wzroście poczucia zaradności (różnica średnich 10,2). Najmniejsza zmiana zaszła w dwóch podskalach obrazu świata, czyli sensowności (różnica średnich 3,36) i przychylności świata (różnica średnich 3,57). Generalnie zaś znacznie bardziej pozytywne zmiany zaszły w obrazie własnego życia (różnica średnich 15,6), niż w obrazie świata (6,93), co sugeruje, że badane kobiety dokonały konkretnych zmian w ich rzeczywistości codziennej (stanowiące behawioralną podstawę zmiany przekonań), ale generalne przekonania o naturze świata zmieniły się mniej, choć też w kierunku pozytywnym (ich zmiana następuje wolniej, bo nie odnosi się do realnie doświadczanych wydarzeń). Analiza statystyczna potwierdziła istotność wszystkich wskazanych różnic (Tab. 66).

Po roku terapii, rangi dodatnie uzyskały zdecydowanie wyższą wartość średniej w obrazie świata i obrazie życia (odpowiednio: $M\ rang1_{(o\acute{s})}=16,77$; $M\ rang1_{(o\acute{z})}=16,48$); zaś rangi ujemne (odpowiednio: $M\ rang2_{(o\acute{s})}=6,17$ i $M\ rang2_{(o\acute{z})}=1,75$). Analiza wskazała, że różnica ta jest istotna statystycznie. Podobne wnioskowanie można przeprowadzić

dla każdej z podskal obrazu świata i obrazu życia. Zarówno w sensowności, jak i przychylności świata, poczuciu skuteczności i zaradności odnotowano wyższe wartości dodatnich rang (odpowiednio: $M \text{ rang1}_{(szs)}=15,20$; $M \text{ rang1}_{(ps)}=14,73$; $M \text{ rang1}_{(pz)}=17,36$; $M \text{ rang1}_{(pz)}=16,00$), niż wartości rang ujemnych (odpowiednio: $M \text{ rang2}_{(szs)}=8,70$; $M \text{ rang2}_{(ps)}=10,80$; $M \text{ rang2}_{(ps)}=5,93$; $M \text{ rang2}_{(pz)}=1,00$).

Tabela 66. Test znakowanych rang Wilcoxona dla prób zależnych dla podskali obraz świata i życia oraz aprobaty społecznej KNIIS.

Analizowane podskale KNIIS	Kierunek rangi	N	Średnia ranga	Suma rang	Z	Istotność
Obraz świata, nadzieja podstawowa 2011	ujemne rangi	6	6,17	37,00	-3,785*	p<0,000
Obraz świata, nadzieja podstawowa 2012	dodatnie rangi	22	16,77	369,00		
Sensowność, zorganizowanie świata 2011	ujemne rangi	5	8,70	43,50	-3,506*	p<0,000
Sensowność, zorganizowanie świata 2012	dodatnie rangi	22	15,20	334,50		
Przychylność świata 2011	ujemne rangi	5	10,80	54,00	-3,249*	p<0,001
Przychylność świata 2012	dodatnie rangi	22	14,73	324,00		
Obraz życia – skuteczność sprawczość 2011	ujemne rangi	2	1,75	3,50	-4,712*	p<0,000
Obraz życia – skuteczność sprawczość 2012	dodatnie rangi	28	16,48	461,50		
Poczucie skuteczności 2011	ujemne rangi	7	5,93	41,50	-3,683*	p<0,000
Poczucie skuteczności 2012	dodatnie rangi	21	17,36	364,50		
Poczucie zaradności 2011	ujemne rangi	1	1,00	1,00	-4,764*	p<0,000
Poczucie zaradności 2012	dodatnie rangi	29	16,00	464,00		
Skala kontrolna - aprobatą społeczną 2011	ujemne rangi	4	9,63	38,50	-3,623*	p<0,000
Skala kontrolna - aprobatą społeczną 2012	dodatnie rangi	23	14,76	339,50		

Źródło: opracowanie własne. *na bazie ujemnych rang

Niestety, wśród badanych wzrosła również wartość zmiennej aprobaty społecznej. Rangi dodatnie uzyskały znacznie wyższą wartość, niż ujemne ($M \text{ rang1}=14,76$); ranga ujemna ($M \text{ rang2}=9,63$). Analiza testem Wilcoxona wskazała, że różnica ta jest istotna statystycznie [$Z=-3,623$; $p<0,001$]. Można wnioskować zatem, że u badanych kobiet nasiliła się tendencja do przedstawiania siebie w lepszym świetle. Powoduje to z jednej strony uzasadnioną wątpliwość, co do prawdomówności badanych, stąd i trafności wyników, skoro występuje tu tendencja „fałszowania” własnego obrazu funkcjonowania. Z drugiej jednak strony może to być efekt terapii, w trakcie której badane uczą się „postrzegać siebie lepiej” niż dotychczas, choć może jeszcze mało refleksyjnie. Tendencja ta mogła się zgeneralizować, powodując ów efekt.

Wskazywać to może jednocześnie, iż dokonujące się zmiany w obrazie siebie, świata i własnego życia, mają wymiar bardziej deklaracyjny, niż rzeczywisty. Co wydaje się oczywiste biorąc pod uwagę czas terapii w kontekście czasu funkcjonowania sytuacji przemocy. Niezależnie od tego, można powiedzieć, że badane kobiety mają świadomość konieczności i kierunku zmian w swoim życiu.

W poniższej tabeli (Tab. 67) zestawione wyniki analizy różnic danych z 2011 i 2012 z uwzględnieniem możliwości odrzucenia hipotezy zerowej. Wnioskowanie

oparte na tej hipotezie, nakazuje badaczowi odrzucić ją we wszystkich podskalach na poziomie istotności nie mniejszym niż $p < 0,01$.

Tabela 67. Test znakowanych rang Wilcoxona dla prób zależnych dla każdej z podskal z przyjętą hipotezą 0.

Hipoteza 0	Istotność	Decyzja
Nie ma różnicy między obrazem świata 2011 i 2012	$p < 0,000$	Odrzuć hipotezę zerową
Nie ma różnicy między sensowność świata 2011 i 2012	$p < 0,000$	Odrzuć hipotezę zerową
Nie ma różnicy między przychylność świata 2011 i 2012	$p < 0,001$	Odrzuć hipotezę zerową
Nie ma różnicy między obraz życia 2011 i 2012	$p < 0,000$	Odrzuć hipotezę zerową
Nie ma różnicy między poczucie skuteczności 2011 i 2012	$p < 0,000$	Odrzuć hipotezę zerową
Nie ma różnicy między poczucie zaradności 2011 i 2012	$p < 0,000$	Odrzuć hipotezę zerową
Nie ma różnicy między skala kontrolną 2011 i 2012	$p < 0,000$	Odrzuć hipotezę zerową

Źródło: opracowanie własne.

Podsumowanie. Dokonując analizy efektów terapii w kategoriach zmian osobowości uogólnię wyniki dotyczące poszczególnych sfer funkcjonowania.

W obszarze poznawczym stwierdzono powszechne i kompleksowe zmiany:

- a) ustosunkowań do własnej osoby (znaczne podwyższenie samooceny globalnej, niespecyficznej ogólnej, jak i samoocen częściowych: poznawczej, fizycznej i charakterologicznej);
- b) postrzegania innych ludzi (większa otwartość, większy przyrost wyników w skali „Inni wobec mnie”, niż „Ja wobec innych”),
- c) obrazu świata (zmiana obrazu świata na sensowniejszy i przychylniejszy)
- d) obrazu życia (przyrost poczucia skuteczności i zaradności).

Cele życiowe uczestniczek terapii stały się jasne i zaplanowane, zmianie uległa orientacja temporalna (ukierunkowanie na przyszłość) oraz przekonanie o sensowności życia. Szczególne znaczenie dla osiągnięcia takich efektów wydaje się mieć zredukowanie pustki egzystencjalnej.

Emocjonalność uczestniczek terapii uległa zdecydowanej stabilizacji. Nastąpił przyrost częstości przeżywanych emocji pozytywnych i dyspozycji do takiego reagowania, a zarazem częstość i nasilenie przeżyć negatywnych zredukowane zostały do stanów umiarkowanych.

Nie stwierdzono zmian w obszarze moralnym – jest to zapewne efekt ukierunkowania terapii, dystansującej się od indoktrynacji w tym zakresie.

8.3.2. SYTUACJA RODZINNA BADANYCH KOBIET PO ROKU TERAPII

8.3.2.1. KOMUNIKACJA MAŁŻEŃSKA I FUNKCJONOWANIE SYSTEMU RODZINNEGO

Na podstawie analizy *Kwestionariusza Komunikacji Małżeńskiej* KKM poniżej zamieszczono dane uzyskane z badania kobiet uczęszczających na terapię dla osób doświadczających przemocy (Tab. 68).

Tabela 68. Rozkłady częstości z kwestionariusza oceny własnego zachowania po roku terapii w 2012.

Podskala:	Poziom uzyskanego wyniki	Ocena własnego zachowania		Ocena zachowania męża	
		n	%	n	%
WSPARCIE	bardzo niski	0	0,0	18	60,0
	niski	18	60,0	12	40,0
	przeciętny	8	26,7	0	0,0
	wysoki	4	13,3	0	0,0
	bardzo wysoki	0	0,0	0	0,0
ZAANGAŻOWANIE	bardzo niski	1	3,3	24	80,0
	niski	12	40,0	5	16,7
	przeciętny	11	36,7	1	3,3
	wysoki	5	16,7	0	0,0
	bardzo wysoki	1	3,3	0	0,0
DEPRECJACJA	bardzo niski	0	0,0	0	0,0
	niski	12	40,0	0	0,0
	przeciętny	15	50,0	1	3,3
	wysoki	2	6,7	1	3,3
	bardzo wysoki	1	3,3	28	93,3

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie powyższych danych można stwierdzić, iż po roku terapii istotne zmiany można zaobserwować u badanych w *ocenie własnego zachowania* (wsparcie). Kilka osób badanych uzyskało wynik wysoki (n=4; 13,3%) i nieco więcej kobiet uzyskało wynik przeciętny (n=8; 26,7%). Świadczy to o tym, iż respondentki po roku terapii oceniły siebie jako osoby okazujące szacunek i zrozumienie dla męża (zrozumienie mechanizmów przemocy). Ponadto widoczna jest różnica w podskali *Wsparcie* i *Zaangażowanie* w *ocenę zachowania męża*. I tak, z analizy podskali *Wsparcie: ocena zachowania męża*, wynika, iż 18 (60,0%) badanych uzyskało wynik bardzo niski, natomiast 12 (40,0%) wynik niski. Z kolei jeśli chodzi o *Zaangażowanie: ocena zachowania męża*, 24 (80,0%) respondentki uzyskały wynik bardzo niski, 5 (16,7%) uzyskało wynik niski. Jest to zdecydowana różnica w ocenie zachowania męża, jaka była uzyskana przed rozpoczęciem terapii przez badane kobiety.

Fakt poddania się przez partnerkę terapii i ujawnienie problemu zapewne wpływa tonująco na małżonka. Poza tym świadomość i umiejętności żony nabywane w trakcie terapii redukują napięcia i powody ich ujawniania. Moim zdaniem, podstawą ocen po terapii jest przede wszystkim zmiana stosunku poznawczego do siebie i innych oraz zdolność emocjonalnego dystansowania się i samokontroli w tym zakresie.

Ponadto nie stwierdzono zmiany w zaangażowaniu i deprecjacji badanych kobiet, jeśli chodzi o ocenę swojego zachowania. Wartości zmiennych przed i po terapii utrzymują się na podobnym poziomie (nieistotne statystycznie różnice).

Tabela 69. Rozkłady częstości w szczegółowych podskalach KKM po roku terapii.

Podskale szczegółowe:	Poziom uzyskanego wyniku	zorientowane na ogólne samopoczucie męża		zorientowane na konkretne problemy męża	
		N	%	n	%
WSPARCIE	bardzo niski	0	0,0	1	3,2
	niski	1	3,2	2	6,5
	przeciętny	12	38,7	16	51,6
	wysoki	11	35,5	9	29,0
	bardzo wysoki	6	19,4	2	6,5
Podskale szczegółowe:	Poziom uzyskanego wyniku	zorientowane na ogólne samopoczucie męża		zorientowane na wyrażania emocji wobec męża	
		N	%	n	%
ZAANGAŻOWANIE	bardzo niski	2	6,5	1	3,2
	niski	9	29,0	9	29,0
	przeciętny	13	41,9	17	54,8
	wysoki	5	16,1	3	9,7
	bardzo wysoki	1	3,2	0	0,0

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie powyższych danych widoczna jest zmiana w podskali *Wsparcie: zorientowane na ogólne samopoczucie męża*, gdyż 6 kobiet (19,4%) po roku terapii uzyskało wynik bardzo wysoki. Pozostałe wartości w skali: *wysoki* oraz *przeciętny* pozostały bez zmian. Wynika to z tego, iż uczestnictwo respondentek w grupie terapeutycznej zmieniło ich podejście do sytuacji i atmosfery panującej w ich domach, jak również zmianie uległo postrzeganie przez respondentki swoich partnerów. Oznacza to, iż badane kobiety, które osiągnęły wysoki wynik po upływie roku terapii, zaczęły interesować się problemami oraz potrzebami swoich mężów/partnerów. Może to wynikać także z tego, iż badane kobiety chcą pomóc swoim mężom w rozwiązaniu ich problemów, gdyż chcą dalej „walczyć” o swój związek.

W zakresie podskali *Wsparcie: zorientowane na konkretne problemy męża*, aż 9 (29,0%) badanych po roku terapii uzyskało wynik wysoki, co oznacza, że respondentki zdecydowane są na podjęcie współpracy ze swoimi mężami/partnerami poprzez udzielenie im pomocy w szczególnie trudnych dla nich sytuacjach.

Następnie w podskali *Zaangażowanie: zorientowane na ogólne samopoczucie męża*, 1 badana (3,2%) uzyskała wynik bardzo wysoki; 5 kobiet (16,1%) uzyskało wynik wysoki, natomiast 13 badanych (41,9%) uzyskało wynik przeciętny. Wynika z tego, że tylko część z nich (N=6) po roku terapii decyduje się na podjęcie czynności mających na celu umilenie wspólnego życia z mężem/partnerem, poprawiające partnerowi samopoczucie, humor, jak również inicjuje działania, których celem byłoby rozwiązanie wzajemnych konfliktów. Z kolei w podskali *Zaangażowanie: zorientowane na wyrażanie emocji wobec męża*, 3 badane (9,7%) uzyskały wynik wysoki, 17 badanych (54,8%) uzyskało wynik przeciętny, natomiast 9 badanych (29,0%) uzyskało wynik niski. Wyniki te świadczą o tym, iż po roku terapii tylko nieliczne respondentki (N=3) decydują się na okazywanie mężowi/partnerowi bliskości, zarówno poprzez rozwijanie wzajemnej więzi emocjonalnej, jak i swoich uczuć.

Tabela 70. Rozkłady częstości w szczegółowych podskalach KKM po roku terapii.

Podskale szczegółowe:	Poziom uzyskanego wyniku	Postrzegane wsparcie męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony		postrzegane wsparcie zorientowane na konkretne problemy żony	
		N	%	n	%
WSPARCIE	bardzo niski	18	58,1	8	25,8
	niski	12	38,7	19	61,3
	przeciętny	0	0,0	3	9,7
	wysoki	0	0,0	0	0,0
	bardzo wysoki	0	0,0	0	0,0
Podskale szczegółowe:	Poziom uzyskanego wyniku	Postrzeganie zaangażowania męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony		Postrzeganie zaangażowania męża zorientowane na wyrażanie emocji wobec żony	
		N	%	n	%
ZAANGAŻOWANIE	bardzo niski	24	77,4	4	12,9
	niski	5	16,1	22	71,0
	przeciętny	1	3,2	4	12,9
	wysoki	0	0,0	0	0,0
	bardzo wysoki	0	0,0	0	0,0

Źródło: opracowanie własne.

Następnie analizie poddano podskale *Wsparcie: postrzegane wsparcie męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony*. Z analizy powyższej tabeli wynika, że 18 badanych (58,1%) uzyskało wynik bardzo niski, natomiast 12 respondentek (38,7%) uzyskało wynik niski. W *Postrzeganym wspieraniu zorientowanym na konkretne problemy żony* tylko 8 badanych (25,8%) uzyskało wynik bardzo niski, 19 badanych (61,3%) wynik niski oraz 3 badane (9,7%) wynik przeciętny. Wynika z tego to, że po upływie roku terapii respondentki nadal postrzegają swoich mężów/partnerów jako osoby nie okazujące im zainteresowania.

Z kolei *Postrzeganie zaangażowania męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony*, badane oceniają bardzo nisko (N=24; 77,4%). Tylko 5 kobiet (16,1%) uzyska-

ło wynik niski, a 1 badana (3,2%) wynik przeciętny. Analizując podskale *Zaangażowanie: postrzegane zaangażowanie męża zorientowane na wyrażanie emocji wobec żony*, stwierdzono, że 4 badane (12,9%) uzyskały wynik bardzo niski; 22 badane (71,0%) wynik niski, natomiast 4 badane (12,9%) wynik przeciętny. Na podstawie powyższych danych można stwierdzić, iż mężowie/partnerzy respondentek nadal nie angażują się w ich związki małżeńskie/partnerskie, nie zależy im na rozwiązywaniu ich problemów małżeńskich, jak również nie okazują swoim partnerkom uczuć.

Analizując korelacje pomiędzy powyższymi zmiennymi stwierdzono kilka interesujących prawidłowości (Tab. 71).

Tabela 71. Matryca korelacji szczegółowych podskal kwestionariusza zachowania – badana przeprowadzone w 2012.

Szczegółowe podskale		Ocena własnego zachowania	Zorientowane na ogólne samopoczucie męża	Zorientowane na konkretne problemy męża	Ocena zachowania męża	Postrzegane wsparcie męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony	Postrzegane wsparcie zorientowane na konkretne problemy żony
Ocena własnego zachowania	r	-					
	p						
Zorientowanie na ogólne samopoczucie męża	r	,869**					
	p	,000					
Zorientowanie na konkretne problemy męża	r	,851**	,479**				
	p	,000	,007				
Ocena zachowania męża	r	,366*	,333	,295			
	p	,047	,072	,113			
Postrzegane wsparcie męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony	r	,379*	,314	,338	,855**		
	p	,039	,091	,067	,000		
Postrzegane wsparcie zorientowane na konkretne problemy żony	r	,279	,279	,199	,909**	,560**	-
	p	,135	,136	,292	,000	,001	

Źródło: opracowanie własne.*. Korelacja jest istotna na poziomie 0.05 (dwustronnie). **. Korelacja jest istotna na poziomie 0.01 (dwustronnie).

Można stwierdzić, iż ocena własnego zachowania kobiet wyznaczona jest głównie działaniami zorientowanymi na samopoczucie męża ($r=0,869$) i jego problemy ($r=0,851$), a także słabiej związana jest z oceną zachowania męża ($r=0,366$), a głównie postrzeganym wsparciem ze strony męża zorientowanym na konkretne problemy żony ($r=0,379$). Można też stwierdzić, że kobiety koncentrują się na mężu i jego problemach ($r=0,479$). Ocena zachowania męża, co oczywiste wyznaczona jest przez postrzeganą przez kobiety koncentrację na wspieraniu ich zorientowanym na samopoczucie ($r=0,855$) i konkretne problemy ($r=0,909$).

Ogólnie jednak są to nieco słabsze korelacje niż przed terapią, co oznacza, że zmienia się nieco sposób postrzegania własnego związku.

Kolejnym etapem analizy wyników jest porównanie wartości uzyskanych w Kwestionariuszu „Profil Rodziny” Zbigniewa Gasia, wśród badanych kobiet po upływie roku terapii (Tab. 72). Przypominam, że narzędzie służy do badania wszystkich członków rodziny (ale badane były tylko kobiety), zaś analizy dokonuje się w dwóch aspektach – indywidualnego funkcjonowania i percepcji własnej rodziny oraz zgodności vs. rozbieżności postrzegania i funkcjonowania w niej innych członków rodziny (współzależności w obrębie systemu rodzinnego). Ponadto inwentarz ten przydatny jest w projektowaniu działań prorozwojowych i terapeutycznych.

Tabela 72. Wyniki kwestionariusza Profil rodziny w poszczególnych podskalach po roku terapii.

Skale	Wyniki									
	bardzo niskie		niskie		średnie		wysokie		bardzo wysokie	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Skala S – spójność rodziny	2	6,7	15	50,0	11	36,7	2	6,7	0	0,0
Skala A – adaptacyjność	0	0,0	4	13,3	1	3,3	0	0,0	25	83,3
Skala WZ – wzajemne zrozumienie	11	36,7	19	63,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Skala RR – role rodzinne	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	30	100,0
Skala TR – trudności rozwojowe	0	0,0	0	0,0	2	6,7	16	53,3	12	40,0
Skala DR – dezintegracja rodziny	0	0,0	0	0,0	1	3,3	13	43,3	16	53,3
Skala PF – poczucie funkcjonalności	5	16,7	25	83,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie analizy danych zawartych w Tabeli 72 można stwierdzić, że *role rodzinne* i *trudności rozwojowe*, utrzymują się na poziomie bardzo wysokim i wysokim. W zakresie skal opisujących pozytywne aspekty funkcjonowania rodzin badanych kobiet (spójność rodziny, adaptacyjność, wzajemne zrozumienie) wyniki utrzymują się na poziomie średnich i wysokich, dominując nad niskimi i bardzo niskimi. Średni i wysoki poziom cech pozytywnych w rodzinie na pewno sprzyja temu, aby długotrwałych i nierozwiązanych problemów w niej nie było, a w przypadku zaistnienia u kobiet sytuacji kryzysowych – by były one konstruktywnie rozwiązywane.

Wysoki poziom *adaptacyjności* (N=25; 83,3%) jaki odnotowano u badanych po roku terapii świadczy o tym, że kobiety, które wcześniej doświadczały przemocy, pokonują swoje trudności i problemy „życia codziennego”, potrafią negocjować w przypadku konfliktów występujących między małżonkami/partnerami.

Wysoki i *bardzo wysoki* poziom *dezintegracji rodzinnej* pośrednio może oznaczać, że u kobiet po roku terapii wzrosło poczucie siły i zaradności oraz zmniejszyło się poczucie zagrożenia ze strony partnera oraz obawy, co do ich przyszłości, co skutkuje tendencją do rozwiązywania konfliktów także w sposób ostateczny (odejście od męża), ale też wskazuje zapewne na większą świadomość kobiet dotyczącą jakości życia rodziny.

Proces terapii dla kobiet doświadczających przemocy jest bardzo często skutecznym sposobem powrotu do zdrowia. Respondentki uczestniczące w terapii odbudowały poczucie sensu i celu swojego życia. Odzyskały wiarę w siebie i poprawę swojego losu.

Na podstawie *Kwestionariusza Komunikacji Małżeńskiej* dokonano analizy wyników badań porównawczych, przeprowadzonych w 2011 i 2012 roku (Tab. 73).

Tabela 73. Wyniki porównawcze rozkłady częstości w podskalach KKM z 2011 i 2012.

Podskala:	Poziom uzyskanego wyniku	Ocena własnego zachowania przed rozpoczęciem terapii		Ocena własnego zachowania po roku terapii	
		n	%	n	%
WSPARCIE	bardzo niski	3	10,0	0	0,0
	niski	20	66,7	18	60,0
	przeciętny	5	16,7	8	26,7
	wysoki	1	3,3	4	13,3
	bardzo wysoki	1	3,3	0	0,0
ZAANGAŻOWANIE	bardzo niski	3	10,0	1	3,3
	niski	12	40,0	12	40,0
	przeciętny	10	33,3	11	36,7
	wysoki	5	16,7	5	16,7
	bardzo wysoki	0	0,0	1	3,3
DEPRECJACJA	bardzo niski	1	3,3	0	0,0
	niski	8	26,7	12	40,0
	przeciętny	16	53,3	15	50,0
	wysoki	4	13,3	2	6,7
	bardzo wysoki	1	3,3	1	3,3
Podskala:	Poziom uzyskanego wyniku	Ocena zachowania męża przed rozpoczęciem terapii		Ocena zachowania męża po roku terapii	
		n	%	n	%
WSPARCIE	bardzo niski	28	93,3	18	60,0
	niski	2	6,7	12	40,0
	przeciętny	0	0,0	0	0,0
	wysoki	0	0,0	0	0,0
	bardzo wysoki	0	0,0	0	0,0
ZAANGAŻOWANIE	bardzo niski	27	90,0	24	80,0
	niski	3	10,0	5	16,7
	przeciętny	0	0,0	1	3,3
	wysoki	0	0,0	0	0,0
	bardzo wysoki	0	0,0	0	0,0
DEPRECJACJA	bardzo niski	0	0,0	0	0,0
	niski	0	0,0	0	0,0
	przeciętny	0	0,0	1	3,3
	wysoki	1	3,3	1	3,3
	bardzo wysoki	29	96,7	28	93,3

Źródło: opracowanie własne.

Analiza powyższych danych (Tab. 73) pokazuje, że kobiety przed rozpoczęciem terapii postrzegały siebie przede wszystkim jako wspierające swoich partnerów na poziomie bardzo niskim (N=3; 10,0%) oraz niskim (N=20; 66,7%). Po upływie roku terapii, badane oceniły siebie jako wspierające partnera głównie na poziomie niskim (N=18; 60,0%), przeciętnym (N=8; 26,7%) oraz wysokim (N=4; 13,3%), co świadczy o tym, iż pomimo zakłóconej komunikacji, obecności zachowań impulsywnych oraz doświadczanych trudności życiowych ze strony partnera, respondentki nadal go wspierały.

Ponadto zaobserwowano, iż w podskali *Zaangażowanie* KKM nieznacznie zmieniły się wyniki. I tak przed rozpoczęciem terapii badane oceniały siebie jako zaangażowane w związek na poziomie niskim (N=12; 40,0%), przeciętnym (N=10; 33,3%) oraz wysokim (N=5; 16,7%). Po upływie roku terapii widoczna jest jedynie zmiana na poziomie wyniku „przeciętny” (N=11; 36,7%). Powyższe wyniki wskazują, iż respondentki incydentalnie, ale nadal zaangażowane są w związek małżeński, czyli można stwierdzić, że wykazują otwartość w komunikacji z partnerem.

Z kolei analizując podskale w wymiarze *Deprecjacja* KKM, badane przed terapią oceniły siebie na poziomie niskim (N=1; 3,3%), przeciętnym (N=16; 53,3%) oraz wysokim (N=4; 13,3%). Natomiast po upływie roku terapii badane kobiety oceniły siebie na poziomie niskim (N=12; 40%) oraz przeciętnym (N=15; 50,0%), co świadczy o tym, iż respondentki w mniejszym stopniu deprecjonują swoich partnerów.

Ponadto analiza powyższych danych (Tab. 73) wskazuje na to, iż respondentki przed przystąpieniem do terapii oceniały swoich partnerów w wymiarze komunikacji wspierającej na poziomie bardzo niskim (N=28; 93,3%). Natomiast po roku terapii, badane oceniły wsparcie ze strony partnera na poziomie bardzo niskim (N=18; 60,0%) oraz niskim (N=12; 40,0%), co świadczy o niskich skłonnościach partnerów do udzielania wsparcia w percepcji badanych. W wyniku braku wsparcia, niemożności porozumienia się z partnerem i wspólnego rozwiązania pojawiających się trudności, u badanych pojawiło się uczucie osamotnienia i obciążenia istniejącymi problemami.

Analiza podskali *Zaangażowanie* KKM daje podstawę do stwierdzenia, iż przed rozpoczęciem terapii i po upływie roku terapii, respondentki oceniały zaangażowanie swoich partnerów na poziomie bardzo niskim oraz niskim. Zmianie uległa liczba kobiet, które po roku terapii oceniły zaangażowanie męża na poziomie bardzo niskim (N=24; 80,0%) oraz niskim (N=5; 16,7%). Tylko jedna respondentka (N=1; 3,3%) oceniła komunikację zaangażowaną na poziomie przeciętnym. Świadczy to o tym, iż małżonkowie słabiej się angażują w związek, tj. są mniej skłonni do okazywania uczuć, podkreślania ważności partnerki w związku, jak również zapobiegania konfliktom.

Natomiast wymiar *deprecjacji* (agresja, dominacja, kontrola) przed przystąpieniem do terapii oraz po upływie roku terapii znajdował się na podobnym poziomie - bardzo wysokim (2011 - N=29; 96,7%, 2012 - N=28; 93,3%). Skłonność deprecjonowania respondentek przez ich partnerów głównie wyrażała się w zachowaniach agresywnych wobec badanych, chęci zdominowania i kontrolowania ich działań oraz brakiem szacunku do nich. Krytykowanie respondentek oraz obarczanie je odpowiedzial-

nością za zaistniałą i niekorzystną sytuację w związku może wynikać z zachowań obronnych służących ochronie pozytywnego obrazu partnera.

Analiza podskal szczegółowych – orientacja na samopoczucie i problemy męża oraz siebie samej, po roku terapii, wskazuje też na pewne tendencje (Tab. 74-76).

Tabela 74. Wyniki porównawcze rozkłady częstości w szczegółowych podskalach KKM w 2011 i 2012.

Podskale szczegółowe OWZ:	Poziom uzyskanego wyniku	Badanie 1		Badanie 2	
		zorientowane na ogólne samopoczucie męża		zorientowane na ogólne samopoczucie męża	
		N	%	n	%
WSPARCIE	bardzo niski	2	6,5	0	0,0
	niski	2	6,5	1	3,2
	przeciętny	12	38,7	12	38,7
	wysoki	11	35,5	11	35,5
	bardzo wysoki	3	9,7	6	19,4
	Poziom uzyskanego wyniku	zorientowane na konkretne problemy męża		zorientowane na konkretne problemy męża	
		N	%	n	%
	bardzo niski	5	16,7	1	3,2
	niski	4	13,3	2	6,5
	przeciętny	15	50,0	16	51,6
	wysoki	4	13,3	9	29,0
	bardzo wysoki	2	6,7	2	6,5

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie analizy powyższych danych (Tab. 74) należy stwierdzić, iż początkowo poziom wsparcia dla partnera sytuował się na poziomie zwykle przeciętnym i wysokim jeżeli chodzi o zorientowanie na jego samopoczucie (dominanty liczebnościowe - 12 wyników przeciętnych - 38,7%; 11 wysokich - 35,5%), oraz zróżnicowanym w zakresie nielicznych liczebności poszczególnych kategorii z przewagą wyników przeciętnych (15 deklaracji - 50%). Jest to zrozumiałe - od samopoczucia męża (przynajmniej w atrybucjach osób doświadczających przemocy) zależą jego reakcje. Udział w rozwiązywaniu problemów (w sensie ponadprzeciętnego zaangażowania) zagraża nieprzewidywalnymi reakcjami.

Po terapii w zorientowaniu na samopoczucie zaszły nieznaczne zmiany (o 6,5% mniej wyników bardzo niskich i 3,3% niskich, o 9,7% więcej wyników bardzo wysokich). Wzrósł zaś zdecydowanie udział w zorientowaniu na problemy męża (z 9 wyników poniżej przeciętnych utrzymały się 3 przypadki, tj. mniej o 20,3%, przyrost wyników powyżej przeciętnych z 6, tj. 20,0% do 11, tj. 35,5%, czyli o 15,5% więcej).

Wynik ten interpretuję w kategoriach efektów terapii – pozwala ona doświadczyć i zrozumieć, że uczestniczka nie ma wpływu na samopoczucie partnera (gdyż zależy ono od szeregu czynników), natomiast może (i powinna) uczestniczyć w konstruktywnym rozwiązywaniu problemów na gruncie rodziny.

Tabela 75. Wyniki porównawcze rozkłady częstości w szczegółowych podskalach KKM w 2011 i 2012.

Podskale szczegółowe OWZ:	Poziom uzyskane-go wyniku	Badanie 1		Badanie 2	
		zorientowane na ogólne samopoczucie męża		zorientowane na ogólne samopoczucie męża	
		N	%	n	%
ZAANGAŻOWANIE	bardzo niski	3	9,7	2	6,5
	niski	8	25,8	9	29,0
	przeciętny	13	41,9	13	41,9
	wysoki	6	19,4	5	16,1
	bardzo wysoki	0	0,0	1	3,2
	Poziom uzyskanego wyniku	zorientowane na wyrażanie emocji wobec męża		zorientowane na wyrażanie emocji wobec męża	
		N	%	n	%
	bardzo niski	4	12,9	1	3,2
	niski	6	19,4	9	29,0
	przeciętny	15	48,4	17	54,8
	wysoki	5	16,1	3	9,7
	bardzo wysoki	0	0,0	0	0,0

Źródło: opracowanie własne.

Analogicznie, jak w przypadku danych dotyczących wsparcia, w zakresie zaangażowania zaszły zmiany bardziej w zakresie zorientowania na wyrażanie emocji wobec męża, niż w zorientowaniu na samopoczucie. W tym ostatnim przypadku brak różnic w liczebnościach wyników przeciętnych (po 13 osób w obu badaniach, tj. po 41,9%), poniżej przeciętnych łącznie (po 11 osób, tj. 35,5%) i powyżej przeciętnych łącznie (po 6 osób, tj. 19,4%).

Wyrażanie emocji cechuje większa dynamika. Zmalały liczebności odnoszące się do braku wyrażania emocji (z 4 osób do 1 osoby badanej, odpowiednio: 12,9% i 3,2% - spadek o 9,7%) oraz nadmiernego wyrażania emocji (z 5 do 3 osób badanych, odpowiednio: 16,1% i 9,7%, tj. mniej o 6,4%). Więcej jest przypadków zaangażowania przeciętnego (odpowiednio: 15 i 17; 48,4% i 54,8%, tj. o 6,4% więcej), a także niskiego (6 i 9 osób; 19,4% i 29,0%, tj. o 9,6% więcej).

Wyniki interpretuję analogicznie jak wyżej. Terapia „uczy” nieangażowania się w kwestie emocjonalne partnera, a także propaguje i pozwala trenować adekwatne, kontrolowane i nienadmiarowe wyrażanie emocji.

Tabela 76. Wyniki porównawcze rozkłady częstości w szczegółowych podskalach KKM w 2011 i 2012.

Podskale szczegółowe OZM:	Poziom uzyskanego wyniku	Postrzegane wsparcie męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony			
		Badanie 1		Badanie 2	
		N	%	n	%
WSPARCIE	bardzo niski	29	93,5	18	58,1
	niski	1	3,2	12	38,7
	przeciętny	0	0,0	0	0,0
	wysoki	0	0,0	0	0,0
	bardzo wysoki	0	0,0	0	0,0
	Poziom uzyskanego wyniku	Postrzegane wsparcie męża zorientowane na konkretne problemy żony			
		Badanie 1		Badanie 2	
		N	%	n	%
	bardzo niski	22	71,0	8	25,8
	niski	6	19,4	19	61,3
	przeciętny	2	6,5	3	9,7
	wysoki	0	0,0	0	0,0
	bardzo wysoki	0	0,0	0	0,0

Źródło: opracowanie własne.

W badaniach wstępnych respondentki nie postrzegają mężów jako wspierających, zwłaszcza w zakresie samopoczucia żony (30 wyników - 100% niskie i bardzo niskie), lecz też w zorientowaniu na jej konkretne problemy (28 wyników, tj. 90,4%).

W tym zakresie nie uzyskano znaczących postępów terapeutycznych, co zrozumiałe – nie mężowie lecz ich partnerki – poddawano oddziaływaniom korygującym. Stąd też dynamika wyników odnosić się może tak do realnych zmian mężów, jak i zmian percepcji ich zachowań. Zmiany te to nieznaczny przyrost poziomu zorientowania na samopoczucie („przesunięcie” ocen z bardzo niskich do niskich w 11 przypadkach, tj. 36,4% wielkości próby badawczej) oraz poziom zorientowania na problemy (mniej wyników bardzo niskich, odpowiednio: 22 i 8; 71% i 25,8%, spadek o 45,2%, więcej niskich: 6 i 19; 19,4% i 61,3%, przyrost o 41,9% oraz przeciętnych: 2 i 3 osoby badane; 6,5% i 9,7%, tj. o 3,2% więcej). W tym przypadku zmiany (czy to percepcji, czy to zachowań partnerów) są częstsze, choć ich dynamika nieznaczna.

Sprawcy przemocy, przy rosnącym wsparciu żony, łatwiej uczestniczyć w pomocy problemowej, niż nauczyć się „kroku emocjonalnego” – ta sfera jego funkcjonowania jest bowiem zwykle zredukowana.

Tabela 77. Wyniki porównawcze - rozkłady częstości w szczegółowych podskalach KKM w 2011 i 2012.

Podskale szczegółowe OZM:	Poziom uzyskanego wyniku	Postrzeganie zaangażowania męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony			
		Badanie 1		Badanie 2	
		N	%	n	%
ZAANGAŻOWANIE	bardzo niski	27	87,1	24	77,4
	Niski	2	6,5	5	16,1
	Przeciętny	1	3,2	1	3,2
	Wysoki	0	0,0	0	0,0
	bardzo wysoki	0	0,0	0	0,0
	Poziom uzyskanego wyniku	Postrzegane zaangażowanie męża zorientowane na wyrażanie emocji wobec żony			
		Badanie 1		Badanie 2	
		N	%	n	%
	bardzo niski	13	41,9	4	12,9
	Niski	15	48,4	22	71,0
	Przeciętny	2	6,5	4	12,9
	Wysoki	0	0,0	0	0,0
	bardzo wysoki	0	0,0	0	0,0

Źródło: opracowanie własne.

Przedterapeutyczne zaangażowanie mężów partnerki oceniały jako bardzo niskie w 27 przypadkach (87,1%), co do samopoczucia oraz bardzo niskie lub niskie (28 przypadków; 90,3%) w odniesieniu do wyrażania emocji.

Dynamika zmian – w tych obszarach uwidacznia się w nieznacznie większym zaangażowaniu zorientowanym na samopoczucie (3 „przesunięcia” z bardzo niskiego do kategorii niskie, tj. o 9,7%), a częściej w zaangażowaniu zorientowanym na wyrażanie emocji wobec żony (wyniki bardzo niskie odpowiednio: 13, 4, tj. 41,9%, 12,9%,

czyli u 29% mniej, niskie 15 i 22 osoby badane, 48,4% i 71,0%, u 22,6% częściej; przeciętne - 2 i 4 przypadki; 6,5% i 12,9%, tj. u 6,4% częściej).

Oznacza to, że w atrybucjach partnerek mężowie więcej się angażują w ekspresję emocji, niż czynią to w sposób wspierający (po terapii). Wnioskowanie to potwierdzają wyniki analizy korelacyjnej (Tab. 78).

Tabela 78. Macierz korelacji poszczególnych podskal KKM wraz z porównaniem wyników badań z 2011 i 2012.

		Ocena własnego zachowania		Zorientowane na ogólne samopoczucie męża		Zorientowane na konkretne problemy męża		Ocena zachowania męża		Postrzegane wsparcie męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony		Postrzegane wsparcie zorientowane na konkretne problemy żony	
		2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Ocena własnego zachowania	r	-	-										
	p												
Zorientowane na ogólne samopoczucie męża	r	,917**	,869**										
	p	,000	,000										
Zorientowane na konkretne problemy męża	r	,896**	,851**	,644**	,479**								
	p	,000	,000	,000	,007								
Ocena zachowania męża	r	,337	,366*	,192	,333	,433*	,295						
	p	,068	,047	,310	,072	,017	,113						
Postrzegane wsparcie męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony	r	,322	,379*	,177	,314	,420*	,338	,934**	,855*				
	p	,083	,039	,349	,091	,021	,067	,000	,000				
Postrzegane wsparcie zorientowane na konkretne problemy żony	r	,316	,279	,185	,279	,399*	,199	,953**	,909*	,781**	,560*	-	-
	p	,089	,135	,328	,136	,029	,292	,000	,000	,000	,001		

*, Korelacja jest istotna na poziomie 0.05 (dwustronnie). **, Korelacja jest istotna na poziomie 0.01 (dwustronnie).

Podobnie, analiza istotności zróżnicowań sposobu postrzegania własnego związku potwierdziła niektóre znaczące tendencje (Tab. 79).

Tabela 79. Test znakowanych rang Wilcoxona dla prób zależnych dla podskal KKM.

Ocena zachowania		Kierunek rangi	n	Średnia ranga	Suma rang	Z	Istotność
Ocena własnego zachowania	wsparcie 2011	ujemne rangi	8	9,69	77,50	-2,685*	p<0,000
	wsparcie 2012	dodatnie rangi	19	15,82	300,50		
	zaangażowanie 2011	ujemne rangi	14	14,39	201,50	-,034	p<0,973
	zaangażowanie 2012	dodatnie rangi	14	14,61	204,50		
	deprecjacja 2011	ujemne rangi	17	14,79	251,50	-1,946**	p<0,052
	deprecjacja 2012	dodatnie rangi	9	11,06	99,50		
Ocena zachowania męża	wsparcie 2011	ujemne rangi	2	5,00	10,00	-4,493*	p<0,000
	wsparcie 2012	dodatnie rangi	27	15,74	425,00		
	zaangażowanie 2011	ujemne rangi	4	6,13	24,50	-4,191*	p<0,000
	zaangażowanie 2012	dodatnie rangi	25	16,42	410,50		
	deprecjacja 2011	ujemne rangi	24	14,88	357,00	-3,023**	p<0,003
	deprecjacja 2012	dodatnie rangi	5	15,60	78,00		

Źródło: opracowanie własne. *Na bazie ujemnych rang, **Na bazie dodatnich rang

Po roku terapii, ranga dodatnia uzyskała zdecydowanie wyższą wartość średniej w ocenie własnego zachowania (wsparcie) (M rang1=5,82) niż ranga ujemna (M rang2=9,69). Analiza testem znaków rangowych Wilcoxona wskazała, że różnica ta

jest istotna statystycznie [$Z=-2,685$; $p<0,001$]. Można zatem wnioskować, że po roku terapii ocena własnego wsparcia jest wyższa niż przed rozpoczęciem terapii.

Terapia, poprzez zawarte w niej treści i ukierunkowanie, dostarcza narzędzi wspierania partnera w sposób konstruktywny. Wyniki wskazują na pragmatyczność terapii w tym zakresie.

Badane kobiety, po roku terapii wyżej również oceniają wsparcie i zaangażowanie męża. Wyższą wartość średniej uzyskały średnie rangi dodatnie niż ujemne (odpowiednio: $M \text{ rang}_{1w}=15,74$; $M \text{ rang}_{2z}=16,42$ – rangi ujemne: $M \text{ rang}_{2w}=5,00$, $M \text{ rang}_{2z}=6,13$). Różnica ta jest istotna statystycznie (Tab. 79). Nie obserwuje się zmiany w zaangażowaniu i deprecjacji, jeśli chodzi o ocenę swojego zachowania przez kobiety. Wartości danych przed i po terapii utrzymują się na tym samym poziomie (różnice są nieistotne statystycznie). Za to, po roku terapii, w ocenie badanych kobiet obserwuje się niższy poziom deprecjacji u ich partnerów (Tab. 79).

Dla zobrazowania wyniki analizy i wnioskowania statystycznego zestawiono w tabeli (Tab. 80).

Tabela 80. Test znakowanych rang Wilcoxona dla prób zależnych dla każdej z podskal z przyjętą hipotezą 0.

Hipoteza 0	Istotność	Decyzja
Nie ma różnicy w ocenie własnego zachowania - wsparcie 2011/2012	$p<0,007$	Odrzuć hipotezę zerową
Nie ma różnicy w ocenie własnego zachowania - zaangażowanie 2011/2012	$p=0,973$	Przyjmij hipotezę zerową
Nie ma różnicy w ocenie własnego zachowania - deprecjacja 2011/2012	$p=0,052$	Przyjmij hipotezę zerową
Nie ma różnicy w ocenie zachowania męża - wsparcie 2011/2012	$p<0,000$	Odrzuć hipotezę zerową
Nie ma różnicy w ocenie zachowania męża - zaangażowanie 2011/2012	$p<0,000$	Odrzuć hipotezę zerową
Nie ma różnicy w ocenie zachowania męża - deprecjacja 2011/2012	$p<0,003$	Odrzuć hipotezę zerową

Źródło: opracowanie własne.

Analiza porównawcza wyników badań dotyczących cech rodziny własnej w ujęciu Zbigniewa Gasia – pozwoliła określić kilka istotnych tendencji (Tab. 81).

Tabela 81. Wyniki kwestionariusz Profil rodziny w poszczególnych podskalach w zestawieniu za 2011 i 2012.

Skale		WYNIKI									
		bardzo niskie		niskie		średnie		wysokie		bardzo wysokie	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Skala S – spójność rodziny	2011	24	80,0	6	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	2012	2	6,7	15	50,0	11	36,7	2	6,7	0	0,0
Skala A – adaptacyjność	2011	19	63,3	9	30,0	2	6,7	0	0,0	0	0,0
	2012	0	0,0	4	13,3	1	3,3	0	0,0	25	83,3
Skala WZ – wzajemne zrozumienie	2011	27	90,0	3	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	2012	11	36,7	19	63,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Skala RR – role rodzinne	2011	0	0,0	0	0,0	3	10,0	12	40,0	15	50,0
	2012	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	30	100,0
Skala TR – trudności rozwojowe	2011	0	0,0	0	0,0	3	10,0	13	43,3	14	46,7
	2012	0	0,0	0	0,0	2	6,7	16	53,3	12	40,0
Skala DR – dezintegracja rodziny	2011	0	0,0	0	0,0	1	3,3	3	10,0	26	86,7
	2012	0	0,0	0	0,0	1	3,3	13	43,3	16	53,3
Skala PF- poczucie funkcjonalności	2011	26	86,7	4	13,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	2012	5	16,7	25	83,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Źródło: opracowanie własne

W powyższej tabeli zestawiono statystykę opisową dla udzielonych odpowiedzi na skali Likerta. Warto przyrzeć się powyższej statystyce.

Przed przystąpieniem do terapii wszystkie badane kobiety oceniały spójność rodziny jako bardzo niską i niską. Po roku było ich już 56,7%. Co trzecia badana kobieta, oceniała ów poziom jako średni, a przeszło 6% jako wysoki.

W 2011 respondentki poziom adaptacyjności oceniły jako niski w 93,3%, natomiast rok później, aż w 83,3% jako bardzo wysoki.

Wzajemne zrozumienie zarówno przed przystąpieniem do terapii, jak i rok później, respondentki oceniają jako niskie. Po roku obserwuje się jedynie przesunięcie oceny z bardzo niskiej na niską.

Pomimo roku terapii badane kobiety nadal wysoko oceniają trudności rozwojowe oraz dezintegrację w swoich rodzinach. Początkowo kobiety oceniały poczucie funkcjonalności jako bardzo niskie w przeszło 86%, natomiast po roku terapii ocen tych było 16,7%. Pozostałe badane oceniły je jako niskie. Generalnie badane nadal owe poczucie funkcjonalności oceniają jako niskie.

Analizę tę potwierdzają proste statystyki opisowe (Tab. 82).

Tabela 82. Miary tendencji centralnej i rozproszenia danych z 2011 i 2012.

Skale	ROK BADAŃ			
	2011		2012	
	M	SD	M	SD
Skala S – spójność rodziny	4,80	3,986	20,53	6,725
Skala A – adaptacyjność	9,60	7,972	41,07	13,450
Skala WZ – wzajemne zrozumienie	10,53	5,557	19,33	2,187
Skala RR – role rodzinne	34,40	8,410	44,20	2,894
Skala TR – trudności rozwojowe	13,47	3,785	13,80	2,987
Skala DR – dezintegracja rodziny	16,67	3,651	12,67	3,942
Skala PF- poczucie funkcjonalności	,43	,364	1,1565	,3179

Źródło: opracowanie własne.

Analiza średnich (poziom) i oddalenia standardowego (rozrzut) wskazuje, że badane przed przystąpieniem do terapii zdecydowanie gorzej oceniały: *spójność rodziny*, *adaptacyjność*, *wzajemne zrozumienie*, *role rodzinne* i *poczucie funkcjonalności*, zaś wyżej oceniły *dezintegrację rodziny*. Oznacza to wzrost ich świadomości w zakresie funkcjonalności rodziny. Po roku terapii respondentki wyżej oceniły też *spójność rodziny* i *adaptacyjność*, aczkolwiek w ocenie tej są bardziej zróżnicowane niż przed terapią. Po roku terapii nie zmieniła się ocena trudności rozwojowych, spadła za to ocena dezintegracji rodziny. Pacjentki są świadome (w sensie percepcji i odczuć), iż proces przemian w rodzinie został w trakcie terapii zaledwie zainicjowany. Redukcja trudności rozwojowych to proces wymagający systemowych oddziaływań na rodzinę.

Dostrzeganie zmian w układach rodzinnych poprzez przyrost spójności, adaptacyjności i wzajemnego zrozumienia ująć można w kategoriach zmian powodowanych terapią, gdyż ta w obszarze psychoedukacji tychże obszarów dotyczyła, wskazując na konieczność podjęcia wspólnych, zaangażowanych wysiłków ukierunkowanych na wzajemne zrozumienie.

Test rang Wilcoxona potwierdził, powyższe wnioskowanie (Tab. 83). Wszystkie podskale, poza trudnościami rozwojowymi, różnicują istotnie sposób postrzegania rodziny przez badane kobiety po roku oddziaływań terapeutycznych. Szczegółowe dane potwierdzające powyższe wnioskowanie zestawiono w poniższej tabeli.

Tabela 83. Test znakowanych rang Wilcoxona dla prób zależnych dla podskal **Profilu Rodziny**.

Analizowane pary podskale KPŻ	Kierunek rangi	N	Średnia ranga	Suma rang	Z	Istotność
Skala S – spójność rodziny 2011	Ujemne rangi	0 ^a	,00	,00	-4,707*	p<0,000
Skala S – spójność rodziny 2012	Dodatnie rangi	29 ^b	15,00	435,00		
Skala A – adaptacyjność 2011	Ujemne rangi	0 ^d	,00	,00	-4,707*	p<0,000
Skala A – adaptacyjność 2012	Dodatnie rangi	29 ^e	15,00	435,00		
Skala WZ – wzajemne zrozumienie 2011	Ujemne rangi	0 ^d	,00	,00	-4,714*	p<0,000
Skala WZ – wzajemne zrozumienie 2012	Dodatnie rangi	29 ^e	15,00	435,00		
Skala RR – role rodzinne 2011	Ujemne rangi	2 ^j	2,50	5,00	-4,519*	p<0,000
Skala RR – role rodzinne 2012	Dodatnie rangi	26 ^k	15,42	401,00		
Skala TR – trudności rozwojowe 2011	Ujemne rangi	12 ^m	12,63	151,50	-,044**	p=0,965
Skala TR – trudności rozwojowe 2012	Dodatnie rangi	12 ⁿ	12,38	148,50		
Skala DR – dezintegracja rodziny 2011	Ujemne rangi	20 ^p	11,88	237,50	-3,623**	p<0,000
Skala DR – dezintegracja rodziny 2012	Dodatnie rangi	2 ^q	7,75	15,50		
Skala PF- poczucie funkcjonalności 2011	Ujemne rangi	3 ^s	3,00	9,00	-4,597*	p<0,000
Skala PF- poczucie funkcjonalności 2012	Dodatnie rangi	27 ^t	16,89	456,00		

Źródło: opracowanie własne. *Na bazie ujemnych rang, **Na bazie dodatnich rang.

Po roku terapii, ranga dodatnia uzyskała zdecydowanie wyższą wartość średniej w ocenie spójności rodziny (Mrang1=15,00) niż ranga ujemna (M rang2=0). Analiza testem znaków rangowych Wilcoxona wskazała, że różnica ta jest istotna statystycznie [Z=-4,707; p<0,001]. Można zatem wnioskować, że po roku terapii ulega zmianie ocena spójności rodziny niż przed rozpoczęciem terapii.

Podobnie w ocenie adaptacyjności rodziny, po roku terapii, ranga dodatnia uzyskała zdecydowanie wyższą wartość średniej w tej ocenie (M rang1= 15,00) niż ranga ujemna (M rang2=0). Analiza testem znaków rangowych Wilcoxona wskazała, że różnica ta jest istotna statystycznie [Z=-4,707; p<0,001]. Można zatem wnioskować, że po roku terapii ulega zdecydowanej zmianie adaptacyjność rodziny.

Test Wilcoxona wykazał również zmianę istotną statystycznie w obszarze wzajemnego zrozumienia [Z=-4,714; p<0,000]. Obserwuje się zdecydowanie większą rangę dodatnią. Należy jednak zaznaczyć, że zmiana ta zachodzi znacząco w przesunięciu

wyników z bardzo niskich na niskie. Nie ma bowiem kobiet, które dostrzegły zdecydowaną zmianę w ocenie tej cechy jako wysokiej, czy bardzo wysokiej.

W ocenie ról rodzinnych po roku terapii, ranga dodatnia uzyskała zdecydowanie wyższą wartość średniej ($M \text{ rang1} = 15,42$) niż ranga ujemna ($M \text{ rang2} = 2,5$). Analiza testem znaków rangowych Wilcoxon wskazała, że różnica ta jest istotna statystycznie [$Z = -4,519$; $p < 0,000$].

Przeprowadzona analiza nie wykazała zmiany w obszarze trudności rozwojowych. Rangi dodatnie, jak i ujemne ocenianie są na tym samym poziomie. Wynik nie wskazuje na zróżnicowanie, pomimo roku terapii.

Po roku terapii, ranga ujemna uzyskała zdecydowanie wyższą wartość średniej w ocenie dezintegracji rodziny ($M \text{ rang1} = 11,88$) niż ranga dodatnia ($M \text{ rang2} = 7,75$). Analiza testem znaków rangowych Wilcoxon wskazała, że różnica ta jest istotna statystycznie [$Z = -3,623$; $p < 0,001$]. Można zatem wnioskować, że po roku terapii ulega zmianie ocena dezintegracji rodziny.

Ostatnia analizowana skala to poczucie funkcjonalności, gdzie na podstawie analiz rang dostrzega się zmianę. Rangi pozytywne uzyskują wyższe wartości niż rangi ujemne i jest to wynik statystycznie istotny [$Z = -4,597$; $p < 0,000$].

Analizę statystyczną w kontekście decyzji o hipotezie zerowej przedstawiam poniżej (Tab. 84). Potwierdza ona powyższy wywód.

Tabela 84. Test znakowanych rang Wilcoxon dla prób zależnych dla każdej z podskal z przyjętą hipotezą 0.

Hipoteza 0	Istotność	Decyzja
Nie ma różnicy: spójność rodziny 2011 i 2012	$p < 0,000$	odrzuć hipotezę zerową
Nie ma różnicy: adaptacyjność 2011 i 2012	$p < 0,000$	odrzuć hipotezę zerową
Nie ma różnicy: wzajemne zrozumienie 2011 i 2012	$p < 0,000$	odrzuć hipotezę zerową
Nie ma różnicy: role rodzinne 2011 i 2012	$p < 0,000$	odrzuć hipotezę zerową
Nie ma różnicy: trudności rozwojowe 2011 i 2012	$p = 0,956$	przyjmij hipotezę zerową
Nie ma różnicy: dezintegracja rodziny 2011 i 2012	$p < 0,000$	odrzuć hipotezę zerową
Nie ma różnicy: poczucie funkcjonalności 2011 i 2012	$p < 0,000$	odrzuć hipotezę zerową

Źródło: opracowanie własne.

8.3.2.2. UCZUCIA I INTYMNOŚĆ W RODZINIE

Analiza porównawcza wyników badań w zakresie intymności małżeńskiej na podstawie *Skali Intymności INTIM* Katarzyny Kosińskiej-Dec (Tab. 85) nie wykazała znaczących różnic. Nie budzi to zdziwienia, gdyż albo badane kobiety podjęły decyzję o rozstaniu i rozwodzie z mężem, albo też czas na naprawę tak „intymnej” sfery relacji małżeńskich jest jeszcze zbyt krótki. Ponadto, jak wskazywałam wcześniej, wiele

twierdzeń tej skali, głównie związanych z intymnością seksualną, może być niediagnostycznych w sytuacji przemocy.

Tabela 85. Wyniki badań **po roku terapii** na podstawie Kwestionariusza do Badania Intymności.

Sfera intymności	M	SD
Emocjonalna	7,40	1,61
Intelektualna	9,33	1,92
Spoleczna	9,20	1,49
Seksualna	9,77	2,01

Źródło: opracowanie własne.

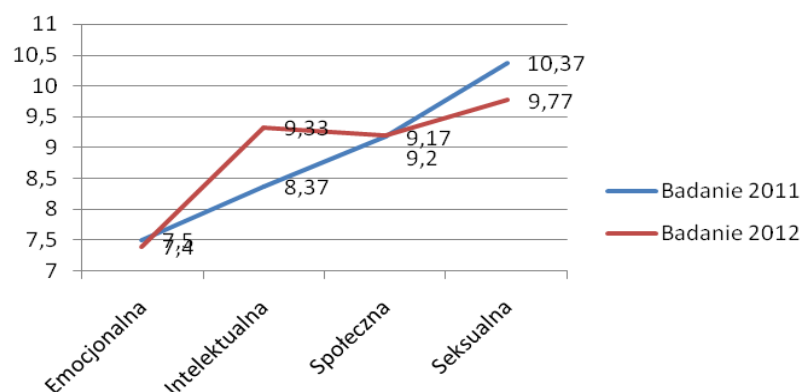
Analiza porównawcza (Tab. 85; Rys. 15) statystyk opisowych potwierdza to wnioskowanie, aczkolwiek obserwowalne są pewne minimalne różnice, a więc wzrosła nieco intymność intelektualna ($M_{2011}=8,37$; $M_{2012}=9,33$), zaś zmalała intymność seksualna ($M_{2011}=10,37$; $M_{2012}=9,77$). Różnice te jednak nie są statystycznie istotne.

Tabela 86. Wyniki badań porównawczych (2011-2012) **po roku terapii** na podstawie Kwestionariusza do Badania Intymności.

Sfera intymności	Badanie 1		Badanie 2		Różnica średnich
	M	SD	M	SD	
Emocjonalna	7,50	2,24	7,40	1,61	0,1
Intelektualna	8,37	2,71	9,33	1,92	- 0,96
Spoleczna	9,17	2,05	9,20	1,49	- 0,03
Seksualna	10,37	2,76	9,77	2,01	0,6

Źródło: opracowanie własne.

Rys. 15. Porównawcze wyniki z Kwestionariusza do badania intymności w czterech podskalach.



Źródło: opracowanie własne.

Konkludując, przeprowadzona analiza statystyczna wskazuje, że wśród badanych kobiet nie zaszła istotna zmiana w żadnej z podskal kwestionariusza badającego intymność w związku małżeńskim. Obserwuje się jedynie niewielki wzrost lub spadek w sferze intelektualnej i seksualnej, aczkolwiek różnice te są niewielkie i nie są istotne statystycznie. Szczegółowe dane z tej analizy zestawiono w poniższej tabeli (Tab. 87).

Tabela 87. Test znakowanych rang Wilcoxona dla prób zależnych.

Analizowane podskale kwestionariusza intymności	Kierunek rangi	N	Średnia ranga	Suma rang	Z	Istotność
emocjonalna 2011 – emocjonalna 2012	Ujemne rangi	11	14,50	159,50	-,081*	p=0,935
	Dodatnie rangi	14	11,82	165,50		
intelektualna 2011 – intelektualna 2012	Ujemne rangi	15	14,77	221,50	-1,595**	p=0,111
	Dodatnie rangi	10	10,35	103,50		
społeczna 2011 – społeczna 2012	Ujemne rangi	13	13,35	173,50	-,051*	p=0,959
	Dodatnie rangi	13	13,65	177,50		
seksualna 2011 – seksualna 2012	Ujemne rangi	10	10,95	109,50	-1,168*	p=0,243
	Dodatnie rangi	14	13,61	190,50		

Źródło: opracowanie własne. *Na bazie ujemnych rang, **Na bazie dodatnich rang

Test nieparametryczny Wilcoxona dla prób zależnych (Tab. 88) potwierdził, że badane próby nie różnią się między sobą. Nie obserwuje się zatem zmiany w ocenie poszczególnych sfer u badanych kobiet w przeciągu roku terapii.

Tabela 88. Test znakowanych rang Wilcoxona dla prób zależnych dla każdej z podskal z przyjętą hipotezą 0.

Hipoteza 0	Istotność	Decyzja
Nie ma różnicy między sferą emocjonalną 2011 i 2012	,935	Przyjmij hipotezę zerową
Nie ma różnicy między sferą intelektualną 2011 i 2012	,111	Przyjmij hipotezę zerową
Nie ma różnicy między sferą społeczną 2011 i 2012	,959	Przyjmij hipotezę zerową
Nie ma różnicy między sferą seksualną 2011 i 2012	,243	Przyjmij hipotezę zerową

Źródło: opracowanie własne.

Dokonując próby interpretacji tego wyniku, można zasugerować dwie hipotezy. Pierwsza związana jest z czasem i podmiotem terapii, który jest zbyt krótki na dokonanie się zmian w świadomości kobiet, wzmacnianych realną przebudową rodziny, a ponadto ukierunkowanej tylko na kobiety, a nie sprawców przemocy (brak etapu pracy z całą rodziną, w kierunku jej przebudowy). Druga związana jest z dominującym charakterem zmian, które dokonały się w rodzinie, w której kobiety doświadczały przemocy – w kierunku jej ostatecznej reorganizacji, a więc usamodzielnienia się kobiet i opuszczenia rodziny przemocowej. Pośrednio zdają się to potwierdzać tendencje zmian, dokonujących się w intymności intelektualnej i seksualnej. Pierwsza rośnie, a więc można powiedzieć, że jest to skutek zmian w świadomości kobiet i prób przepracowania sytuacji przemocowej w rodzinie (np. rozmowy na temat doświadczanej przemocy z jej sprawcą). Druga maleje, co także świadczy o zmianach w poglądach na naturę i jakość relacji seksualnych, co powoduje, że sfera ta oceniana jest gorzej, a z drugiej strony może to być wynik większej zdolności do samoobrony przed niechcianymi relacjami, a więc ich naturalnym zanikiem. Jakość relacji emocjonalnych i społecznych nie ulega zmianie, co potwierdza kierunek zmian dokonujących się w życiu kobiet, a więc usamodzielnianie się i opuszczenie rodziny przemocowej, co jednocześnie eliminuje podstawowe możliwości „naprawy” w tych sferach.

8.3.3. SYTUACJA PRZEMOCOWA BADANYCH KOBIET PO ROKU TERAPII

Oczywistym wydawać by się mogło, że przemoc jako zjawisko patologiczne związane z dotkliwym krzywdzeniem osoby, która staje się jej ofiarą musi prowadzić albo do szybkiej zmiany wzajemnych relacji, albo do zerwania więzi małżeńskiej pomiędzy ofiarą i agresorem. Bardzo często w toksycznych związkach kobiety doświadczające przemocy są „sparaliżowane” swoją sytuacją, która w konsekwencji prowadzi do braku wiary w możliwość zmiany relacji we własnej rodzinie. Nierzadko występują również takie sytuacje, w których ofiara przemocy wychowywała się w domu pełnym agresji i wrogości. Swoją obecną sytuację traktuje zatem jako coś zupełnie „normalnego”, jak swój styl życia z partnerem. Są jednak i takie osoby, które nie potrafią pogodzić się z występowaniem przemocy w rodzinie i szukają dla siebie oraz dzieci pomocy.

Uczestnictwo respondentek w procesie terapii, pozwoliło im na lepsze poznanie mechanizmów przemocowych, jak również zmian jakie zaszły w ich świadomości, co do oceny ryzyka stania się po raz kolejny ofiarą przemocy.

W niniejszym podrozdziale dokonano porównania wpływu jaki wywarły na badane kobiety negatywne zachowania rodziców w okresie ich dzieciństwa oraz porównano zachowania przemocowe, jakie były tolerowane przez respondentki, a jakie są przez nie tolerowane po upływie roku terapii.

8.3.3.1. PERCEPCJA DOŚWIADCZANIA PRZEMOCY W RODZINIE POCHODZENIA

Sytuację kobiet doświadczających przemocy poddano ponownie analizie po roku terapii używając do badań *Kwestionariusza Traktowania w Rodzinie* (Tab. 89).

Tabela 89. Statystyki opisowe dla podskal kwestionariusza KTWR matki i ojca. Ocena postępowania własnych rodziców przez kobiety **po roku terapii**.

Podskale KTWR	Przemoc od matki			Przemoc od ojca		
	M	SD	Me	M	SD	Me
Emocjonalne zaniedbanie	17,47	13,447	13,50	24,60	14,597	23,00
Wrogie odrzucenie	9,27	6,878	7,00	11,37	6,387	10,00
Izolowanie	5,40	5,256	4,00	6,00	5,458	4,00

Źródło: opracowanie własne.

M (średnia), SD (Odchylenie standardowe), Me (mediana)

Po roku terapii, kobiety nadal gorzej oceniają ojców niż matki, aczkolwiek są w swojej ocenie znacznie surowsze w stosunku do obojga rodziców. Każda z podskal

uzyskała znacznie wyższe wartości średniej niż przed rokiem. Szczegółowa analiza różnic zostanie przeprowadzona w kolejnych etapach analizy.

Analiza powyższych danych świadczy o tym, iż największe poczucie *emocjonalnego zaniedbania* kobiety wyniosły z domu rodzinnego, w którym jednocześnie były ofiarami przemocy w dzieciństwie. *Zaniedbanie emocjonalne* przez ojców wynikało najczęściej w związku z występowaniem u nich problemu alkoholowego, który potęgował zachowania przemocowe wobec członków rodziny. Ponadto istotne jest także to, iż brak odpowiedniej opieki i zainteresowania ze strony matki negatywnie wpłynął na ich ocenę. Wydaje się, że brak gwarancji bezpieczeństwa, jakiej respondentki oczekiwały w okresie dzieciństwa od matki wobec zachowań ojca, spowodował, że czuły się osamotnione i pozbawione również jej wsparcia.

Podobne wyniki uzyskano w podskali *wrogiego odrzucenia*. Odnosi się ona do takich zachowań rodzica wobec dziecka, jak stosowanie przezwisk, krzyk, poniżanie, stawianie niekonsekwentnych wymagań oraz obwinianie. Wyższy wskaźnik w podskali wrogiego odrzucenia odnotowano w odniesieniu do ojca ($M=11,37$), aczkolwiek różnica w stosunku do matki nie była zbyt znaczna, bo o 2,1 punkta ($M=9,27$).

Również ocena podskali „*izolowanie*” jest wyższa w stosunku do ojca ($M=6,00$) niż matki ($M=5,40$). Podskala ta odnosi się do takich zachowań rodziców wobec dziecka jak zniechęcanie oraz uniemożliwianie, czy zabranianie kontaktów z innymi ludźmi.

Porównanie wyników badań z okresów przed i po terapii zestawiono w poniższych tabelach (Tab. 90-91).

Tabela 90. Statystyki opisowe dla podskal kwestionariusza KTWR matki i ojca. Wyniki porównawcze **oceny matki z 2011 i 2012.**

Podskale KTWR	Przemoc od matki					
	Badanie 1			Badanie 2		
	M	SD	Me	M	SD	Me
Emocjonalne zaniedbanie	12,77	13,299	8,50	17,47	13,447	13,50
Wrogie odrzucenie	6,77	6,611	3,00	9,27	6,878	7,00
Izolowanie	4,53	5,348	3,00	5,40	5,256	4,00

Źródło: opracowanie własne.

M (średnia), SD (Odchylenie standardowe), Me (mediana)

Po roku terapii respondentki zdecydowanie surowiej oceniają swoje matki w badanych podskalach. Wzrasta poczucie emocjonalnego zaniedbania z 12,77 na 17,47; wrogiego odrzucenia z 6,77 na 9,27 oraz izolacji z 4,53 na 5,40. Tę „niejako niekorzystną” zmianę w postrzeganiu przemocy ze strony matki można tłumaczyć wzrostem świadomości przebytych wydarzeń z okresu dzieciństwa, które miały ogromne znaczenie dla całego życia badanych kobiet. Przede wszystkim wpłynęły na ich rozwój, umie-

jętność współżycia z innymi i budowania bliskich intymnych relacji. Wszystkie negatywne wydarzenia i urazy uniemożliwiły respondentkom nawiązywanie prawidłowych relacji w związkach małżeńskich. Dopiero wspomnienia i dogłębna analiza swojego życia podczas terapii i prowadzonych badań pozwoliły kobietom ocenić traktowanie ich przez ojca i matkę w okresie dzieciństwa w sposób bardziej obiektywny.

Tabela 91. Statystyki opisowe dla podskal kwestionariusza KTWR matki i ojca. Wyniki porównawcze **oceny ojca z 2011 i 2012.**

Podskale KTWR	Przemoc od ojca					
	Badanie 1			Badanie 2		
	M	SD	Me	M	SD	Me
Emocjonalne zaniedbanie	18,83	15,275	17,00	24,60	14,597	23,00
Wrogie odrzucenie	8,47	6,495	8,00	11,37	6,387	10,00
Izolowanie	4,93	4,697	4,00	6,00	5,458	4,00

Źródło: opracowanie własne.

M (średnia), SD (Odchylenie standardowe), Me (mediana)

Podobnie, po roku terapii kobiety zdecydowanie surowiej oceniają również swoich ojców w badanych podskalach KTWR. Wzrasta poczucie emocjonalnego zaniedbania z 18,83 na 24,60; wrogiego odrzucenia z 8,47 na 11,37 oraz izolacji z 4,93 na 6,00.

Powyższe wnioskowanie potwierdza, również przeprowadzony test Wilcozona (Tab. 92) dla prób zależnych. Po roku terapii, ranga dodatnia uzyskała zdecydowanie wyższą wartość średniej w ocenie emocjonalnego zaniedbania przez matkę (M rang1=13,92) niż ranga ujemna (M rang2=3,00). Różnica ta jest istotna statystycznie [$Z=-4,390$, $p<0,001$]. Można wnioskować, że po roku terapii kobiety dostrzegają większe zaniedbanie emocjonalne swoich matek.

Po roku terapii, badane kobiety bardziej restrykcyjnie oceniają również zachowanie dotyczące wrogiego odrzucenia swoich matek. Tu również ranga dodatnia uzyskuje wyższą wartość (M rang1=14,94) niż ranga ujemna (M rang2=2,50). Poczucie izolacji również wzrasta w ocenianie kobiet. Tu ranga dodatnia również przyjmuje wyższą wartość niż ujemna (odpowiednio: M rang1=10,10 i M rang2=6,50). Analiza wskazała, że różnica ta jest istotna statystycznie [odpowiednio: wrogie odrzucenie $Z=-0,606$; $p<0,000$; izolowanie $Z=-2,978$; $p<0,003$].

Odnosząc wnioski do ojców, również obserwuje się, we wszystkich podskalach: *emocjonalne zaniedbanie*, *wrogie odrzucenie* i *izolację* wyższą średnią rangę dodatnią niż ujemną. Wartości dla rang dodatnich wynoszą: M rang1_{ez}=14,18, M rang1_{wo}=14,21 i M rang1_i=10,07. Wartości dla rang ujemnych stanowią odpowiednio: M rang2_{ez}=11,75; M rang2_{wo}=8,50 i M rang2_i=7,50. Wyniki są istotne statystycznie, co oznacza, że znacząco różnicują oba pomiary [$Z_{ez}=-3,981$; $p<0,000$; $Z_{wo}=-4,356$; $p<0,000$; $Z_i=-2,450$; $p=0,014$].

Tabela 92. Test znakowanych rang Wilcoxona dla prób zależnych **oceny zachowania matki i ojca.**

Ocena zachowania		Kierunek rangi	n	Średnia ranga	Suma rang	Z	Istotność
MATKA	Emocjonalne zaniedbanie 2011	ujemne rangi	1	3,00	3,00	-4,390*	p<0,000
	Emocjonalne zaniedbanie 2012	dodatnie rangi	25	13,92	348,00		
	Wrogie odrzucenie 2011	ujemne rangi	1	2,50	2,50	-4,606*	p<0,000
	Wrogie odrzucenie 2012	dodatnie rangi	27	14,94	403,50		
	Izolowanie 2011	ujemne rangi	3	6,50	19,50	-2,978*	p<0,003
	Izolowanie 2012	dodatnie rangi	15	10,10	151,50		
OJCIEC	Emocjonalne zaniedbanie 2011	ujemne rangi	2	11,75	23,50	-3,981*	p<0,000
	Emocjonalne zaniedbanie 2012	dodatnie rangi	25	14,18	354,50		
	Wrogie odrzucenie 2011	dodatnie rangi	1	8,50	8,50	-4,356*	p<0,000
	Wrogie odrzucenie 2012	ujemne rangi	26	14,21	369,50		
	Izolowanie 2011	dodatnie rangi	4	7,50	30,00	-2,450*	p=0,014
	Izolowanie 2012	ujemne rangi	14	10,07	141,00		

Źródło: opracowanie własne. *Na bazie ujemnych rang, **Na bazie dodatnich rang.

Po przeprowadzonej analizie odrzucono zatem hipotezę zerową, która głosi, że dwie porównywane próby charakteryzują się takim samym rozkładem danych. Można jednoznacznie stwierdzić, że po roku terapii zmienia się ocena zachowania zarówno matki jak i ojca. Kobiety stają się bardziej surowe w swej ocenie (Tab. 93).

Tabela 93. Test znakowanych rang Wilcoxona dla prób zależnych dla każdej z podskal z przyjętą hipotezą 0.

Hipoteza 0	Istotność	Decyzja
Nie ma różnicy między oceną matki: emocjonalne zaniedbanie w 2011 i 2012	p<0,000	odrzuć hipotezę zerową
Nie ma różnicy między oceną matki: wrogie odrzucenie w 2011 i 2012	p<0,000	odrzuć hipotezę zerową
Nie ma różnicy między oceną matki: izolowanie w 2011 i 2012	p<0,003	odrzuć hipotezę zerową
Nie ma różnicy między oceną ojca: emocjonalne zaniedbanie w 2011 i 2012	p<0,000	odrzuć hipotezę zerową
Nie ma różnicy między oceną ojca: wrogie odrzucenie w 2011 i 2012	p<0,000	odrzuć hipotezę zerową
Nie ma różnicy między oceną ojca: izolowanie w 2011 i 2012	p<0,014	odrzuć hipotezę zerową

Źródło: opracowanie własne.

8.3.3.2. PRZEMOC I AGRESJA TOLEROWANA

Analizie poddano również wyniki uzyskane na podstawie przeprowadzonych badań przy użyciu *Kwestionariusza Agresja i przemoc, którą można tolerować*, po roku terapii wśród kobiet uczestniczących w grupie terapeutycznej dla osób doświadczających przemocy (Tab. 94).

Analiza uzyskanych danych pozwala stwierdzić, iż po roku uczestnictwa w terapii respondenci zdecydowanie inaczej oceniają zachowania przemocowe, jakie gotowe są tolerować. I tak w podskali „*jestem gotowa tolerować*” 23 (76,7%) badane zaznaczyły, iż gotowe są tolerować przeklinanie, natomiast 17 (56,7%) badanych zaznaczyło, iż są gotowe tolerować głośny śpiew i muzykę. W podskali „*kiedyś tolerowałam*” respondenci wskazały następujące zachowania przemocowe: niszczenie rzeczy osobistych (96,7%), sprawdzanie miejsc w których przebywałaś (90,0%), ośmieszanie (86,7%), wydzielanie pieniędzy (83,3%) oraz ograniczanie kontaktów z rodziną (83,3%).

Tabela 94. Wyniki odpowiedzi na twierdzenia narzędzia „Agresja i przemoc, którą można tolerować”. Wyniki po roku terapii – 2012.

Twierdzenia:	jestem gotowa tolerować		kiedyś tolerowałam		inni są gotowi tolerować	
	n	%	n	%	n	%
Przeklinanie	23	76,7	19	63,3	20	66,7
Groźba wyrządzenia krzywdy	3	10,0	24	80,0	17	56,7
Popychanie	0	0,0	25	83,3	10	33,3
Drapanie	0	0,0	10	33,3	4	13,3
Uderzanie pięścią	0	0,0	15	50,0	7	23,3
Kopanie	0	0,0	10	33,3	7	23,3
Atak z bronią	0	0,0	3	10,0	7	23,3
Ośmieszanie	0	0,0	26	86,7	14	46,7
Policzkowanie	0	0,0	18	60,0	9	30,0
Nadużywanie alkoholu	0	0,0	29	96,7	22	73,3
Zazdrość	2	6,7	26	86,7	18	60,0
Głaskanie po twarzy	1	3,3	10	33,3	9	30,0
Dotykanie miejsc intymnych wbrew woli	0	0,0	13	43,3	5	16,7
Wydzielanie pieniędzy	0	0,0	25	83,3	12	40,0
Ciągnięcie za włosy	1	3,3	8	26,7	7	23,3
Duszenie	0	0,0	4	13,3	5	16,7
Celowe poparzenie	0	0,0	0	0,0	6	20,0
Wymuszanie zbliżenia seksualnego	0	0,0	3	10,0	4	13,3
Wykręcanie ręki	0	0,0	13	43,3	6	20,0
Rzucanie lub bicie czymś	0	0,0	16	53,3	7	23,3
Ograniczanie kontaktów z rodziną	0	0,0	25	83,3	16	53,3
Sprawdzanie miejsc, w których przebywałaś	5	16,7	27	90,0	20	66,7
Niszczenie rzeczy osobistych	0	0,0	29	96,7	22	73,3
Głośny śpiew i muzyka	17	56,7	17	56,7	11	36,7
Wyśmiewanie	11	36,7	23	76,7	18	60,0

Zródło: opracowanie własne.

W poniższych tabelach (Tab. 95-95) porównano wyniki badań z 2011 i 2012 jakiego uzyskano przy zastosowaniu *Kwestionariusza Agresji i przemocy, którą można tolerować* w opracowaniu Anny Lipowskiej-Teutsch. Celem ukazania zmiany, zaznaczono wyniki odpowiednim kolorem. Jeśli dane zachowanie się zmniejszyło, zaznaczono go kolorem niebieskim, jeśli pozostało bez zmian żółtym, zaś jeśli zaobserwowano wzrost – użyto koloru pomarańczowego.

Analiza danych zawartych w Tabeli 95 – w podskali „*jestem gotowa tolerować*” wskazuje, iż uczestnictwo respondentek w terapii dla osób doświadczających przemocy pozwoliło na odzyskanie poczucia bezpieczeństwa i jasnego spojrzenia na swoją sytuację rodzinną. Uczestnictwo w terapii pozwoliło respondentkom na uświadomienie sobie, iż brutalność, groźby i chimeryczne wymagania budzące u nich przerażenie, a jakie były im stawiane przez mężów, wywoływały u nich nawyk automatycznego posłuszeństwa. Izolacja i skrytość uniemożliwiały im alternatywne relacje społeczne, które mogłyby zapewnić im ochronę. Ponadto należy zwrócić uwagę na to, iż po roku uczestnictwa w terapii wszystkie kobiety jednomyślnie zaznaczyły, iż nie są gotowe tolerować ograniczenia kontaktów z rodziną. Na obecnym etapie terapii nie trzeba ich przekony-

wać, iż w rodzinach/małżeństwach, w których dochodzi do przemocy, osoby jej doświadczające są odizolowane od społeczności i rodziny. Powyższe dane wskazują, iż badane kobiety w podskali „*jestem gotowa tolerować*” w zdecydowanej większości zaznaczyły odpowiedź, iż nie są skłonne tolerować zachowań agresywnych, przemocowych mężów, jakie kierowane są do nich.

Tabela 95. Porównawcze wyniki odpowiedzi na twierdzenia narzędzia „*Agresja i przemoc, którą można tolerować*” – *jestem gotowa tolerować*.

Twierdzenia:	jestem gotowa tolerować – 2011		jestem gotowa tolerować - 2012		(d-b)
	a	b	c	d	
	n	%	n	%	
Przeklinanie	26	86,7	23	76,7	-10,0
Groźba wyrządzenia krzywdy	20	66,7	3	10,0	-56,7
Popychanie	20	66,7	0	0,0	-66,7
Drapanie	14	46,7	0	0,0	-46,7
Uderzanie pięścią	8	26,7	0	0,0	-26,7
Kopanie	16	53,3	0	0,0	-53,3
Atak z bronią	0	0,0	0	0,0	0,0
Ośmieszanie	20	66,7	0	0,0	-66,7
Policzkowanie	17	56,7	0	0,0	-56,7
Nadużywanie alkoholu	13	43,3	0	0,0	-43,3
Zazdrość	18	60,0	2	6,7	-53,3
Głaskanie po twarzy	21	70,0	1	3,3	-66,7
Dotykanie miejsc intymnych wbrew woli	12	40,0	0	0,0	-40,0
Wydzielanie pieniędzy	17	56,7	0	0,0	-56,7
Ciągnięcie za włosy	15	50,0	1	3,3	-46,7
Duszenie	2	6,7	0	0,0	-6,7
Celowe poparzenie	0	0,0	0	0,0	0,0
Wymuszanie zbliżenia seksualnego	3	10,0	0	0,0	-10,0
Wykręcanie ręki	12	40,0	0	0,0	-40,0
Rzucanie lub bicie czymś	7	23,3	0	0,0	-23,3
Ograniczanie kontaktów z rodziną	16	53,3	0	0,0	-53,3
Sprawdzanie miejsc, w których przebywałaś	18	60,0	5	16,7	-43,3
Niszczenie rzeczy osobistych	16	53,3	0	0,0	-53,3
Głośny śpiew i muzyka	18	60,0	17	56,7	-3,3
Wyśmiewanie	17	56,7	11	36,7	-20,0

Źródło: opracowanie własne.

Analiza form agresji i przemocy, które były tolerowane wcześniej także wykazała interesujące prawidłowości (Tab. 96). Wskazuje na to, iż przed przystąpieniem do terapii respondentki skłonne były tolerować szerokie spektrum zachowań przemocowych, zapewne nie będąc wielokrotnie świadome ich charakteru.

W badaniach z roku **2011** kobiety wskazywały łącznie 496 takich zachowań (czyli średnio 16,53 na osobę). Do częściej tolerowanych zaliczono: ośmieszanie, wyśmiewanie (po 27 osób, tj. 73,3% respondentek), policzkowanie (26 osób 86,7%), kontrolowanie, niszczenie rzeczy (po 25 osób, tj. 83,3%), uderzanie pięścią (24 osoby, tj. 20,0%). W badaniach z roku **2012**, po roku terapii badane wskazują w 418 wyliczeniach (13,73 wskaźnika na osobę) zachowania, jakie tolerowały w przeszłości. Najczę-

ściej są to: nadużywanie alkoholu (29 osób, 96,7%), niszczenie rzeczy (29 osób, 96,7%), kontrolowanie 927 osób, 90,0%), ośmieszanie (26 osób, 86,7%), zazdrość (26 osób, 86,7%), popychanie, wydzielanie pieniędzy, ograniczanie (po 25 osób, 83,3%).

Tabela 96. Porównawcze wyniki odpowiedzi na twierdzenia narzędzia „Agresja i przemoc, którą można tolerować” – deklaratywna postawa: *kiedyś tolerowałam*.

Twierdzenia:	kiedyś tolerowałam – 2011		kiedyś tolerowałam – 2012		(d-b)
	a n	b %	c n	d %	
Przeklinanie	18	60,0	19	63,3	3,3
Groźba wyrządzenia krzywdy	22	73,3	24	80,0	6,7
Popychanie	22	73,3	25	83,3	10
Drapanie	18	60,0	10	33,3	-26,7
Uderzanie pięścią	24	80,0	15	50,0	-30
Kopanie	21	70,0	10	33,3	-36,7
Atak z bronią	5	16,7	3	10,0	-6,7
Ośmieszanie	27	90,0	26	86,7	-3,3
Policzkowanie	26	86,7	18	60,0	-26,7
Nadużywanie alkoholu	21	70,0	29	96,7	26,7
Zazdrość	20	66,7	26	86,7	20
Głaskanie po twarzy	11	36,7	10	33,3	-3,4
Dotykanie miejsc intymnych wbrew woli	20	66,7	13	43,3	-23,4
Wydzielanie pieniędzy	23	76,7	25	83,3	6,6
Ciągnięcie za włosy	23	76,7	8	26,7	-50
Duszenie	15	50,0	4	13,3	-36,7
Celowe poparzenie	5	16,7	0	0,0	-16,7
Wymuszanie zbliżenia seksualnego	8	26,7	3	10,0	-16,7
Wykręcanie ręki	23	76,7	13	43,3	-33,4
Rzucanie lub bicie czymś	23	76,7	16	53,3	-23,4
Ograniczanie kontaktów z rodziną	23	76,7	25	83,3	6,6
Sprawdzanie miejsc, w których przebywałaś	25	83,3	27	90,0	6,7
Niszczenie rzeczy osobistych	25	83,3	29	96,7	13,4
Głośny śpiew i muzyka	21	70,0	17	56,7	-13,3
Wyśmiewanie	27	90,0	23	76,7	-13,3

Źródło: opracowanie własne.

Percepcja kobiet uległa więc zmianie – po roku terapii dostrzegają uwarunkowania przemocy (alkohol, zazdrość) oraz znaczące jej składowe (wydzielanie pieniędzy, ograniczenia), podczas gdy przed terapią zwracały głównie uwagę na objawy i zachowania drastyczne.

Najbardziej znaczące różnice percepcji „*in plus*” (tzn. po terapii respondentki w większym stopniu dostrzegają przejawy przemocy) dotyczą:

- nadużywania alkoholu (o 26,7% więcej stwierdzeń),
- zazdrości (o 20,0% więcej stwierdzeń),
- niszczenia rzeczy osobistych (o 13,4% stwierdzeń więcej).

Zmiany „*in minus*” (czyli dostrzeganie w roku 2011 zachowań, które po roku terapii były wymienione rzadziej) dotyczą następujących kategorii:

- wydzielania pieniędzy (o 50% mniej stwierdzeń),
- kopania (o 36,7% mniej),

- ciągnięcia za włosy i duszenia (o 36,7% mniej),
- drapania, policzkowania (po 26,7% mniej),
- uderzania pięścią (o 30% mniej).

Zmiany te potwierdzają odmiennosć percepcji przemocy po roku terapii na rzecz jej istotnych komponentów.

Sposób postrzegania agresji, którą tolerują inni (Tab. 97) także nieco się zmienił. W pierwszych badaniach respondentki wymieniły łącznie 287 przejawów agresji (po 9,57 na osobę), co oznacza, iż skłonne były przypisywać sobie większą tolerancję, niż innym. Jako zachowania nietolerowane wymieniły: atak z bronią (22 osoby, 73,3%), celowe oparzenia (22 osoby, 73,3%), duszenie (21 osób, 70,0%), czyli drastyczne formy przemocy. W badaniach po roku terapii wskazanych zachowań jest 283 (9,43 na osobę), a więc również mniej niż w odniesieniu do siebie. Inni więc tolerują: nadużywanie alkoholu (22 osoby, 73,3%), niszczenie przedmiotów (22 osoby, 73,3%), kontrolowanie 920 osób, 66,7%), przeklinanie (20 osób, 66,7%).

Tabela 97. Porównawcze wyniki odpowiedzi na twierdzenia narzędzia „Agresja i przemoc, którą można tolerować” – inni są gotowi tolerować.

Twierdzenia:	inni są gotowi tolerować – 2011		inni są gotowi tolerować – 2012		(d-b)
	a	b	c	d	
	n	%	n	%	
Przeklinanie	13	43,3	20	66,7	23,4
Groźba wyrządzenia krzywdy	11	36,7	17	56,7	20,0
Popychanie	7	23,3	10	33,3	10,0
Drapanie	14	46,7	4	13,3	-33,4
Uderzanie pięścią	11	36,7	7	23,3	-13,4
Kopanie	11	36,7	7	23,3	-13,4
Atak z bronią	22	73,3	7	23,3	-50,0
Ośmieszanie	5	16,7	14	46,7	30,0
Policzkowanie	7	23,3	9	30,0	6,7
Nadużywanie alkoholu	10	33,3	22	73,3	40,0
Zazdrość	8	26,7	18	60,0	33,3
Głaskanie po twarzy	9	30,0	9	30,0	0,0
Dotykanie miejsc intymnych wbrew woli	16	53,3	5	16,7	-36,6
Wydzielanie pieniędzy	9	30,0	12	40,0	10,0
Ciągnięcie za włosy	12	40,0	7	23,3	-16,7
Duszenie	21	70,0	5	16,7	-53,3
Celowe poparzenie	22	73,3	6	20,0	-53,3
Wymuszanie zbliżenia seksualnego	20	66,7	4	13,3	-53,4
Wykręcanie ręki	11	36,7	6	20,0	-16,7
Rzucanie lub bicie czymś	12	40,0	7	23,3	-16,7
Ograniczanie kontaktów z rodziną	8	26,7	16	53,3	26,6
Sprawdzanie miejsc, w których przebywałaś	7	23,3	20	66,7	43,4
Niszczenie rzeczy osobistych	12	40,0	22	73,3	33,3
Głośny śpiew i muzyka	12	40,0	11	36,7	-3,3
Wyśmiewanie	6	20,0	18	60,0	40,0

Zródło: opracowanie własne.

W stosunku do badań przed terapią, respondentki uważają, że ludzie tolerują: wyśmiewanie (40,0% więcej wypowiedzi), nadużywanie alkoholu (40,0%), kontrolo-

wanie (43,3%), ośmieszanie (30,0%), niszczenie rzeczy (33,3%). Są więc zdania, że ogół toleruje te zachowania, które są drastycznymi przyczynami lub przejawami przemocy. Minimalizują w stosunku do badań wcześniejszych rolę duszenia, poparzeń, wymuszeń seksualnych (o 53,3% deklaracji mniej), ataku z bronią (50,0%), dotykania miejsc intymnych (36,6%). Również w tym przypadku w ich deklaracjach poterapeutyczne mniejszą rolę przypisują czynnikom i zachowaniom drastycznym, a koncentrują się na tym, co dla przemocy istotne.

8.3.3.3. PERCEPCJA PRZEMOCY DOŚWIADCZANEJ W ZWIĄZKU PARTNERSKIM

Następnie analizie poddano zmodyfikowaną *Skalę Sprawca-Ofiara Zdzisława Bartkowicza* jaką wypełniły respondentki po upływie roku terapii (Tab. 98).

Tabela 98. Statystyki opisowe odpowiedzi na poszczególne twierdzenia kwestionariusza: zmodyfikowana skala sprawca – ofiara. Badanie 2012.

Opis zachowań i sytuacji	M	Md	Przedział rozstępu	
			Minimum	Maksimum
Używa wulgarnych słów	3,9	4	3	5
Wyśmiewa i przezywa innych	3,07	3	2	4
Znęca się nad słabszymi	3	3	2	4
Robi na złość, dokucza domownikom	3,43	3	2	4
Stosuje przemoc fizyczną	3,07	3	2	4
Wymusza pieniądze i wartościowe przedmioty	2	1	1	4
Niszczy przedmioty osobiste nie będące jego własnością	2,2	3	1	5
Swoim zachowaniem zmusza do posłuszeństwa i usługiwania	3,4	4	2	5
Ataki ze strony partnera stały się gwałtowniejsze, brutalniejsze	2,9	3	2	4
Wydziela lub ogranicza pieniądze	2,87	3	1	5
Dotyka mnie w miejsca intymne, gdy tego nie chcę	1,73	2	1	3
Wymusza zachowania seksualne	1,63	1	1	3
Zmusza do picia alkoholu	1,27	1	1	2
Zmusza do kradzieży, żebractwa	1	1	1	1
Zmusza do okłamywania przyjaciół, rodziny	3,21	3*	1	4
Upija się	3,77	5	1	5
Grozi używaniem noża	1,3	1	1	3
Wymusza zachowania seksualne z udziałem innych osób	1	1	1	1
Ogranicza pożywienie	1,7	2	1	3
Zakłóca wypoczynek nocny	3,27	3*	1	5

Źródło: opracowanie własne. *Istnieje kilka wartości dominanty. Podano wartość najmniejszą.

Po roku terapii, średnie uzyskane z poszczególnych twierdzeń uzyskują niższe wartości. Żadna z nich nie zbliża się do wartości 5, a nawet nie przekracza wartości 4. Dodatkowo pojawia się więcej wartości zbliżonych do wartości 1, czyli odpowiedzi „nie zdarza się”.

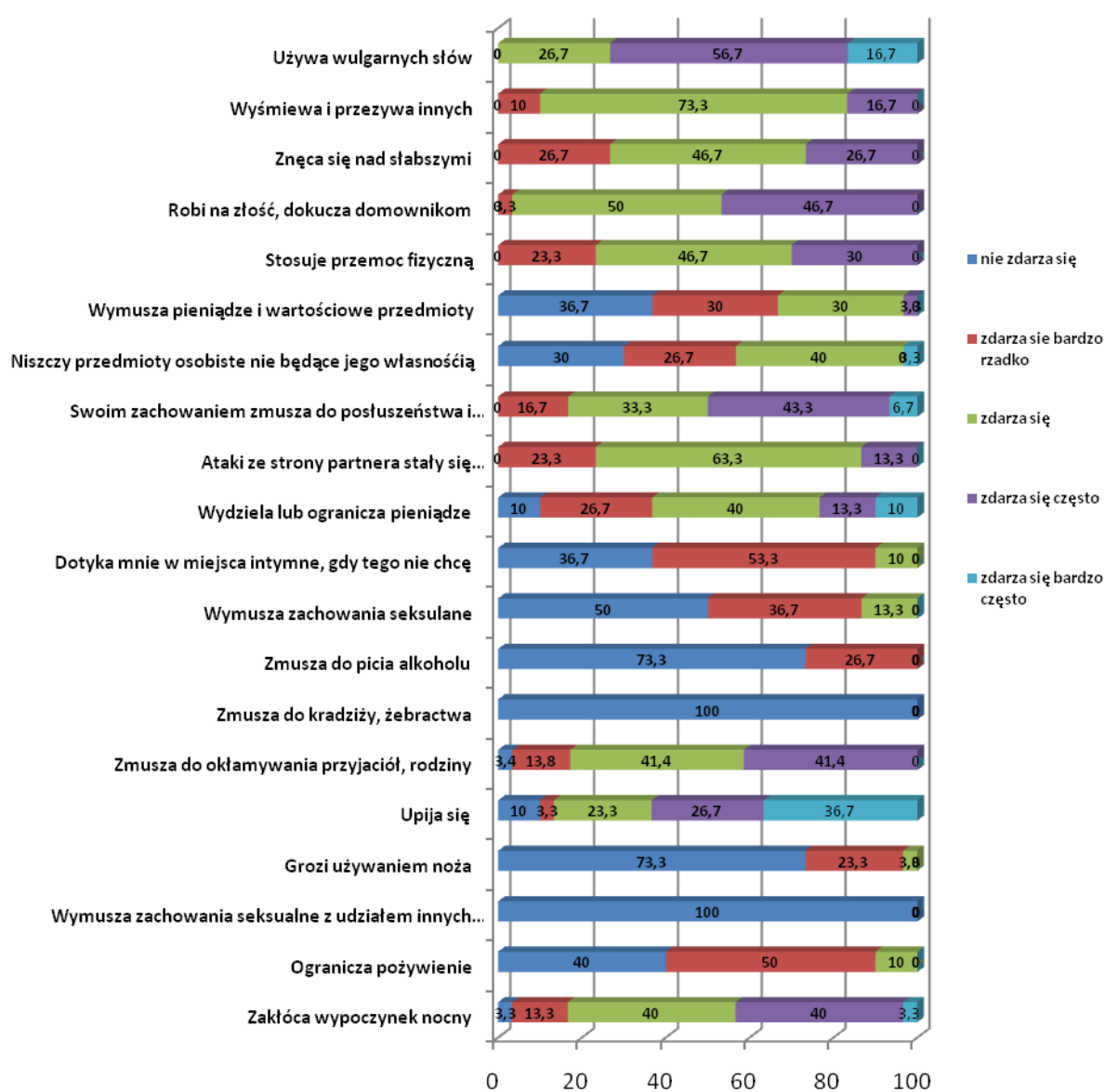
Kobiety, które uczestniczyły w grupie terapeutycznej, na początku zajęć charakteryzowały się niską samooceną, biernym radzeniem sobie ze stresem, obniżonym na-

strojem oraz silną zależnością od swojego męża/partnera. Ponadto nie widziały możliwości zmiany istniejącego stanu rzeczy, a kiedy takowe zmiany się pojawiały, wówczas nie wierzyły w ich powodzenie.

Uczestnictwo w grupie dało im szansę na obronę swojej godności i prawa do życia w poczuciu bezpieczeństwa. Kontakt z innymi kobietami doświadczającymi przemocy pomógł im pozbyć się poczucia wstydu i napiętnowania.

Na poniższym wykresie zilustrowano częstości odpowiedzi dla poszczególnych twierdzeń (Rys. 16).

Rys. 16. Wizualizacja rozkładu częstości odpowiedzi dot. twierdzeń kwestionariusza: Sprawca – ofiara [%] Badanie 2012.



Źródło: opracowanie własne.

Analizując powyższe dane należy stwierdzić, że po roku terapii zdecydowanie zmieniła się sytuacja przemocowa respondentek. Najczęściej wobec badanych, mężowie/partnerzy używali słów wulgarnych (56,6% przy odpowiedzi *zdarza się*), swoim zachowaniem zmuszali do posłuszeństwa (43,3% - *zdarza się*), zmuszali do okłamywania przyjaciół (41,4% - *zdarza się*) oraz zakłócali wypoczynek nocny (40,0% - *zdarza się*). Jeśli chodzi o zachowania przemocowe względem respondentek, przy odpowiedzi *zdarza się* odnotowano: wyśmiewa i przezywa innych (73,3%), robi na złość, dokucza domownikom (50,0%).

Oprócz przemocy psychicznej niskie wartości odnotowano również w zakresie przemocy fizycznej kierowanej wobec badanych. I tak po roku terapii respondentki zaznaczyły, iż doświadczały przemocy fizycznej (46,7% przy odpowiedzi *zdarza się*), gdzie rok wcześniej respondentki zaznaczyły 43,3% - *zdarza się bardzo często*. Ponadto odnotowano niższe wartości w porównaniu do 2011 roku przy twierdzeniach: swoim zachowaniem zmusza do posłuszeństwa (33,3% - *zdarza się*), ogranicza pożywienie (50,0% - *zdarza się bardzo rzadko*), okłamywania rodziny i przyjaciół (41,4% - *zdarza się, zdarza się często*).

Ponadto z analizy powyższych danych wynika, iż 73,3% badanych nie było zmuszanych przez swych partnerów do spożywania alkoholu (26,7% - *zdarza się bardzo rzadko*), mężowie/partnerzy nie wymuszali na respondentkach zachowań seksualnych (100% - *nie zdarza się*), jak również nie były zmuszane do kradzieży, czy żebractwa (100% - *nie zdarza się*).

W poniższej tabeli zestawiono dane dotyczące badanych wartości ze skali: *sprawca – ofiara* w dwu latach - przed i po terapii. Po roku wiele zachowań partnerów zostało ocenionych bardziej pozytywnie niż przed rozpoczęciem terapii. Pozytywne zmiany zaszły w ocenie większości zachowań. Oznaczać to może: **(a)** zmiany w rodzinie dokonujące się na skutek zmian zachodzących w kobietach; **(b)** zmiany związane z odejściem od męża.

W poniższej tabeli zestawiono wyniki istotności różnicowań uzyskane z zastosowanego testu znaków (Tab. 99). Okazuje się, że w ciągu roku terapii nie zaszły zmiany w ocenie takich zachowań jak: zmuszanie do kradzieży, żebractwa, zmuszanie do okłamywania przyjaciół, rodziny; upijanie się czy wymuszanie zachowań seksualnych z udziałem innych osób. Wynika to z tego, iż respondentki nie doświadczyły w swoich związkach małżeńskich/partnerskich powyższych zachowań ze strony swoich partnerów. W pozostałych zakresach widoczne są istotne zmiany.

Tabela 99. Porównawcze wyniki statystyk opisowych odpowiedzi na poszczególne twierdzenia kwestionariusza: *Zmodyfikowana skala sprawca – ofiara*, wraz z testem znaków. Badanie 2011 i 2012.

Opis zachowań i sytuacji	I Badanie 2011		II Badanie 2012		Istotność
	M	Md	M	Md	
Używa wulgarnych słów	4,70	5	3,90	4	,000
Wyśmiewa i przezywa innych	4,20	4	3,07	3	,000
Znęca się nad słabszymi	3,90	4	3,00	3	,000
Robi na złość, dokucza domownikom	4,30	5	3,43	3	,000
Stosuje przemoc fizyczną	4,03	5	3,07	3	,000
Wymusza pieniądze i wartościowe przedmioty	2,80	1	2,00	1	,002
Niszczy przedmioty osobiste nie będące jego własnością	3,23	4	2,20	3	,001
Swoim zachowaniem zmusza do posłuszeństwa i usługiwania	4,17	5	3,40	4	,004
Ataki ze strony partnera stały się gwałtowniejsze, brutalniejsze	4,10	5	2,90	3	,000
Wydziela lub ogranicza pieniądze	3,73	4	2,87	3	,000
Dotyka mnie w miejsca intymne, gdy tego nie chcę	2,63	3	1,73	2	,001
Wymusza zachowania seksualne	2,57	3	1,63	1	,000
Zmusza do picia alkoholu	1,87	1	1,27	1	,000
Zmusza do kradzieży, żebractwa	1,07	1	1,00	1	,317
Zmusza do okłamywania przyjaciół, rodziny	3,20	4	3,21	3*	1,000
Upija się	4,07	5	3,77	5	,092
Grozi używaniem noża	2,30	1	1,30	1	,000
Wymusza zachowania seksualne z udziałem innych osób	1,07	1	1,00	1	,317
Ogranicza pożywienie	2,27	1	1,70	2	,008
Zakłóca wypoczynek nocny	4,03	5	3,27	3*	,003

Źródło: opracowanie własne. *Istnieje kilka wartości dominanty. Podano wartość najmniejszą.

W kolejnych krokach analizy zestawiono zliczone odpowiedzi, udzielone przez kobiety na pięciostopniowej skali (Tab. 100). Pobieżna analiza pozwala zauważyć, że generalnie udzielane odpowiedzi przesuwają się w kierunku ocen niskich, a więc można wnioskować, że dane zachowania nie występują, bo kobiety lepiej radzą sobie w związkach, ale także część z nich odeszła od męża, stąd też nie podlega ich już ich oddziaływaniom krzywdzącym.

Po roku terapii respondentki rzadziej wybierały odpowiedź „*zdarza się bardzo często*”. Średnia spadła bardzo znacząco, z 5,03 na 0,74. Respondentki częściej, też wybierały odpowiedź „*nie zdarza się*”. Wyniki w każdej z skal są istotne statycznie.

Tabela 100. Porównawcze wyniki statystyk sum i średnich zliczonych odpowiedzi na pięciostopniowej skali. Badanie 2011 i 2012.

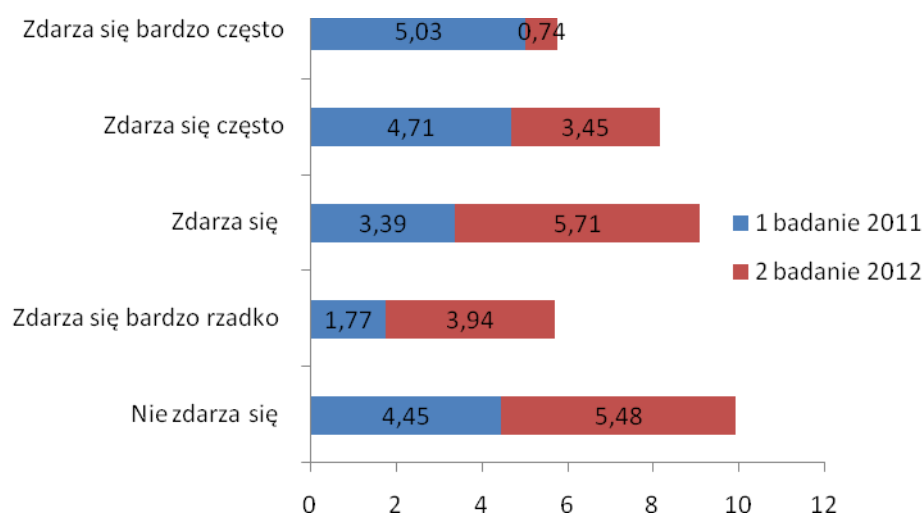
Skala oceny	1 Badanie 2011		2 badanie 2012		Istotność
	M	Σ	M	Σ	
Nie zdarza się	4,45	138	5,48	170	p<0,02
Zdarza się bardzo rzadko	1,77	55	3,94	122	p<0,00
Zdarza się	3,39	105	5,71	177	p<0,00
Zdarza się często	4,71	146	3,45	107	p<0,03
Zdarza się bardzo często	5,03	156	,74	23	p<0,00

Źródło: opracowanie własne.

M(średnia), Σ (suma).

Dane z powyższej tabeli zostały zilustrowane na wykresie (Rys. 17).

Rys. 17. Porównawcze wyniki średnich zliczonych odpowiedzi na pięciostopniowej skali.



Źródło: opracowanie własne.

Podsumowując, analiza powyższych danych pozwala stwierdzić, iż terapia dla osób doświadczających przemocy, która trwała rok przyniosła zauważalne efekty. Zdecydowana większość respondentek opuściła związek przemocowy, podjęła pracę oraz rozwiązała swoje problemy sytuacyjne, tj. mieszkaniowe, zdrowotne, rodzinne i prawne. Ponadto u większości badanych zauważalny jest znaczny spadek depresji i jej objawów oraz pozytywne podejście do siebie oraz życia.

Kobiety, które wcześniej doświadczały przemocy, po upływie roku terapii mają silne postanowienie wytrwania w swoich dążeniach do osiągnięcia zaplanowanych celów. Potrafią umiejętnie bronić siebie oraz swoje dzieci przed „toksycznymi” kontaktami z byłym partnerem.

8.4. WYBRANE UWARUNKOWANIA PRZEMIAN W FUNKCJONOWANIU PSYCHOSPOŁECZNYM KOBIET DOŚWIADCZAJĄCYCH PRZEMOCY W RODZINIE

W literaturze przedmiotu wskazuje się wiele różnych czynników decydujących o funkcjonowaniu w sytuacji przemocy, w tym także czynników specyficznych dla sytuacji psychologicznej i społeczno-kulturowej kobiet. Przyjęłam założenie, iż czynniki te mogą mieć także znaczenie dla przebiegu procesu terapii, warunkując jej efektywność. Z wielu możliwych postawiłam i sprawdziłam trzy hipotezy: o znaczeniu czynników patogenych (przemoc i nadużywanie alkoholu) w rodzinie pochodzenia; znaczeniu poziomu wykształcenia oraz o znaczeniu kariery zawodowej (zatrudnienie lub brak zatrudnienia) – dla przebiegu i rezultatów podjętych oddziaływań terapeutycznych. Analizę zawężono do jednego tylko aspektu funkcjonowania badanych kobiet, uznając go za wystarczający, bowiem obrazujący zmiany dokonujące się w osobowości, którą rozumiano tu jako system przekonań dotyczących własnej osoby, relacji z otoczeniem społecznym, otaczającego świata i własnego życia. W zakresie przekonań stanowiących składowe osobowości badanych, wyróżniono – jak wcześniej – nastawienia intrapersonalne (samoocena), nastawienia interpersonalne (funkcjonowanie społeczne), nastawienia wobec świata (nadzieja podstawowa), nastawienia wobec własnego życia (poczucie skuteczności, kontroli *versus* bezradności, brak kontroli). Analizę prowadzono na danych uzyskanych w dwóch etapach: przed przystąpieniem do terapii i po roku terapii. W obu przypadkach analizowano zależność między występowaniem czynników patogenych, zróżnicowaniem sytuacji edukacyjnej i zawodowej a poszczególnymi nastawieniami (zmiennymi osobowościowymi), chcąc jednocześnie sprawdzić, czy stanowią one czynnik pośredniczący w realizowaniu celów terapii, jakim były przemiany w zakresie przekonań o sobie, świecie, relacjach „ja – świat” i przekonań o własnym życiu.

8.4.1. CZYNNIKI PATOGENNE W RODZINIE POCHODZENIA A NASTAWIENIA INTRAPERSONALNE, INTERPERSONALNE, WOBEĆ ŚWIATA I WŁASNEGO ŻYCIA

Kształtowanie się obrazu siebie i świata stanowi rezultat doświadczeń życiowych (wynik uczenia się), w tym także doświadczania przemocy w rodzinie pochodzenia (teza o transmisji wzorów zachowań przemocowych i „wzorów” stawiania się ofia-

ra). Dlatego też analizie poddano zróżnicowanie osobowościowe kobiet doświadczających przemocy w zależności od występowania *versus* braku czynników patogennych w rodzinie pochodzenia. Jako wskaźniki patologii rodziny przyjęto nadużywanie alkoholu i zachowania przemocowe.

Badane kobiety w większości (N=18; 60%) deklarowały, że nie występowały w ich rodzinach pochodzenia czynniki patogene, czyli w domu rodzinnym nie nadużywano alkoholu i nie stosowano przemocy. W pozostałych przypadkach (N=12; 40%) kobiety deklarowały występowanie obu czynników patogennych (wskazuje to jednocześnie na powiązanie zachowań przemocowych z nadużywaniem alkoholu – nadużywanie alkoholu stanowi korelat przemocy domowej).

8.4.1.1. NASTAWIENIA INTRAPERSONALNE (SAMOOCENA) A PATOLOGIA RODZINY POCHOZENIA - DYNAMIKA ZMIAN W PRZEBIEGU TERAPII

Samoocena badanych kobiet – w różnych sferach – przed rozpoczęciem terapii była znacznie i istotnie niższa niż po jej zakończeniu, co analizowałam wcześniej. Jednak w kontekście doświadczeń życiowych związanych z patologią rodziny pochodzenia także uzyskano interesujące rezultaty (Tab. 101).

Tabela 101. Statystyki opisowe dla podskal samooceny w obu grupach kobiet – przed terapią – 2011.

Podskale KNIIS	Brak czynników patogennych - 2011		Występowanie czynników patogennych – 2011		p*
	M	SD	M	SD	
SAMOOCENA GLOBALNA	123,83	19,446	134,00	20,136	p=0,242
Samocena ogólna, niespecyficzna (SON)	21,44	5,823	26,17	5,323	p=0,032
Sfera poznawczo-intelektualna (SPI)	22,94	4,582	25,08	4,337	p=0,234
Sfera fizyczna (SF)	23,50	4,528	24,92	4,641	p=0,550
Sfera społeczno-moralna (SSM)	31,00	3,430	32,17	3,486	p=0,507
Sfera charakterologiczna (SCH)	24,94	4,385	25,67	4,250	p=0,566

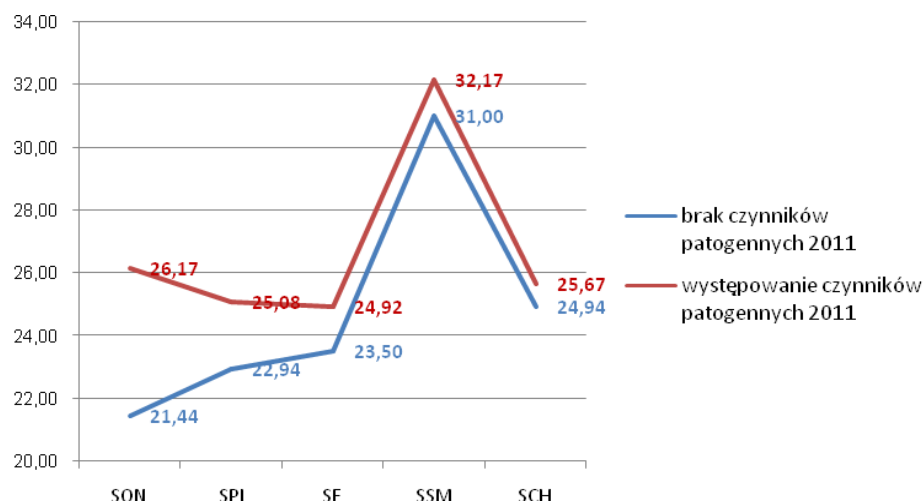
Źródło: opracowanie własne.

*na podstawie testu U-Mana-Withney'a

Wbrew oczekiwaniom, okazało się, że kobiety pochodzące z rodzin, gdzie nie występowały czynniki patogene (alkohol, przemoc), mają niższą samoocenę: wykazały się nieco niższymi wartościami samooceny we wszystkich podskalach KNIIS, aczkolwiek różnice te nie są istotne statystycznie. Jedynie w samoocenie ogólnej, niespecyficznej wstąpiły istotne różnice w dwóch badanych grupach (p=0,032). Innymi słowy, kobiety z rodzin, w których nie występowały czynniki patogene, uzyskały niż-

sze rangi niż kobiety, gdzie te czynniki występowały. Na poniższym wykresie zwizualizowane zostały dane, które ukazują opisywaną tendencję (Rys. 18).

Rys. 18. Poziom samooceny w obu grupach kobiet – przed terapią – 2011.



Źródło: opracowanie własne.

Dokonując próby wyjaśnienia zaistniałych zróżnicowań, trudno odwołać się do teorii, która wskazuje generalnie zależność odwrotną, a więc zaburzający funkcjonowanie intrapersonalne jednostki, układ czynników patogennych (patologia rodziny pochodzenia stanowi ważny korelat zaburzeń w zakresie postrzegania siebie). Jedynym odniesieniem teoretycznym, pośrednio potwierdzającym tę prawidłowość, jest zależność odwrotna, którą wskazują niektórzy autorzy, np. Bronisław Urban, Roy F. Baumeister i Joseph M. Boden⁴⁷¹, wskazując złożoną zależność między samooceną, agresywnością i patologią środowiska. Na tej podstawie można wnioskować, że patologia oddziaływań środowiskowych może skutkować samooceną nieadekwatną, a więc bądź zawyżoną, bądź zaniżoną. A choć na podstawie dokonanych analiz nie możemy wnioskować bezpośrednio o nieadekwatnej samoocenie, jednak konsekwentnie występujące tendencje do wyższej samooceny wśród kobiet doświadczających przemocy, zdają się świadczyć o tym, iż przyjmuje to formę oceny nieadekwatnej, która może mieć charakter obronny. Pośrednio zdaje się na to także wskazywać rozkład wyników, a więc istotność zróżnicowań w zakresie samooceny ogólnej i różnice mające jedynie charakter tendencji

⁴⁷¹ Urban B., *Agresja młodzieży i odrzucenie rówieśnicze*, PWN, Warszawa 2012, s. 28; Baumeister R. F., Boden J. M., *Aggression and the self: high self-esteem, low self-esteem, and ego-threat*, [w:] *Human Aggression: Theories, Research and Indication for Social Policy*, (red.) Green R.G., Donnerstein F., Academic Press, San Diego 1998.

w zakresie konkretnych ocen siebie. Oceniając konkretne cechy bardziej jesteśmy skłonni do ocen realnych, zaś ocena ogólna może być bardziej narażona na obronne zafałszowanie w kierunku samooceny nieadekwatnej. To tylko teza, ale warta zapewne sprawdzenia.

Po roku terapii, co znamienne, opisywana sytuacja się zmienia, choć ogólnie jak stwierdzono wcześniej, samoocena wyraźnie wzrasta w obu porównywanych grupach, ale wyraźnie silniej ujawnia się to wśród kobiet, w których rodziny pochodzenia nie przejawiały wskazanych patologii. Kobiety z grupy, w której w rodzinach pochodzenia nie występowały *czynniki patogenne*, osiągają zatem wyższe wyniki niż kobiety z drugiej grupy.

Tendencję tę obserwuje się we wszystkich podskalach kwestionariusza KNIIS dotyczących samooceny, aczkolwiek różnice, które między nimi występują nie są istotne statystycznie (zob. Tab. 102; Rys. 19). Różnice te są jednak na tyle konsekwentne (występują we wszystkich zmiennych i mają podobne ukierunkowanie), iż nie można traktować ich jako incydentalne, zaś ich statystyczna nieistotność może wynikać z małej liczebności badanych grup.

Tabela 102. Statystyki opisowe dla samooceny w obu grupach kobiet – **po roku terapii** – 2012.

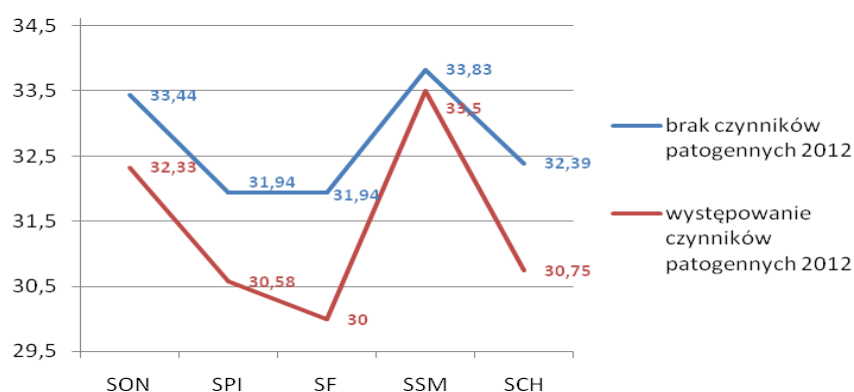
Podskale KNIIS	Brak czynników patogennych - 2012		Występowanie czynników patogennych - 2012		p
	M	SD	M	SD	
SAMOOCENA GLOBALNA	163,56	15,849	157,17	13,293	p=0,270
Samoocena ogólna, niespecyficzna (SON)	33,44	3,792	32,33	3,312	p=0,420
Sfera poznawczo-intelektualna (SPI)	31,94	3,654	30,58	2,275	p=0,192
Sfera fizyczna (SF)	31,94	3,903	30,00	4,369	p=0,317
Sfera społeczno-moralna (SSM)	33,83	2,995	33,50	2,812	p=0,814
Sfera charakterologiczna (SCH)	32,39	3,517	30,75	3,415	p=0,268

Źródło: opracowanie własne.

W pewnym sensie potwierdza to uprzednie wnioskowanie, gdyż wskazywać może jednocześnie, iż kobiety ze środowisk patologicznych zdobywają w toku terapii większą samoświadomość, bardziej realnie siebie oceniając, bez stosowania – utrwalo-nych w rodzinie pochodzenia i przenoszonych na funkcjonowanie w rodzinie własnej – mechanizmów obronnych, a jednocześnie zdobywają świadomość, iż funkcjonowały przez lata w związkach, które je ograniczały, uzależniały i czyniły bezradnymi, pozwalając na zachowania, które godziły w ich godność. Może to czasowo powodować ambiwalencję w zakresie oceny własnej osoby, stanowiąc jednocześnie wskazanie dla dalszej pracy terapeutycznej związanej z eliminacją poczucia winy i odpowiedzialności za „tkwienie” w traumatycznym i pozbawiającym godności osobistej związku.

Wskazuje też jednocześnie, iż kobiety, które funkcjonowały „krócej” i „jedynie” w związkach partnerskich, bezpośrednio wpływających na obniżenie ich samooceny, są bardziej podatne na oddziaływania terapeutyczne, gdyż zaburzenia w tej sferze są mniej utrwalone. Są to jednak tezy, które także wymagałyby sprawdzenia w toku pogłębianych badań.

Rys. 19. Poziom samooceny u badanych kobiet w obu grupach – **po roku terapii** – 2012.



Źródło: opracowanie własne.

Ogólny wniosek, jaki można postawić porównując wyniki w obu grupach kobiet, w perspektywie przebiegu terapii, jest następujący: terapia kobiet doświadczających przemocy wykazuje dużą efektywność w zakresie zmian w samoocenie ogólnej, niespecyficznej i samoocenach cząstkowych, specyficznych, przy czym większe zmiany widoczne są wśród kobiet, które nie mają negatywnych doświadczeń w rodzinie pochodzenia. Różnice w poziomie samooceny wynikające z przebiegu terapii są zatem zdecydowanie większe w grupie kobiet, które nie doświadczały traumy w rodzinie pochodzenia, niż wśród kobiet, które pochodzą z grupy ryzyka (transmitującej negatywne wzory z pokolenia na pokolenie). Można stwierdzić zatem, że negatywne przekonania o sobie w tej grupie są bardziej utrwalone i trudniejsze do wyeliminowania, zaś początkowa – deklaracyjna – wyższa samoocena wynika raczej z mniej realistycznego lub mniej obiektywnego postrzegania siebie (dokumentuje to różnica w zakresie kierowania się w dokonywanych samookreśleniach zmienną aprobaty społecznej, co jest bardziej charakterystyczne dla grupy ryzyka; zob. Tab. 113-114; Rys. 32-34).

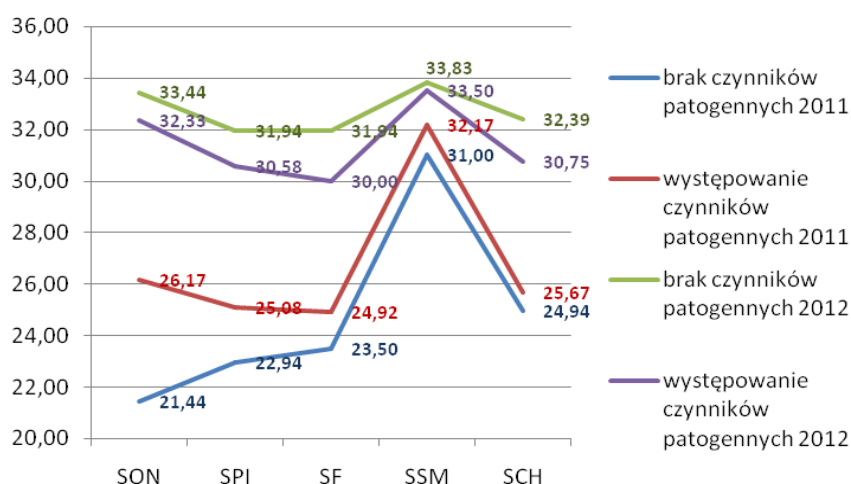
Wskazane tendencje w obu porównywanych grupach w odniesieniu do czasu badania (przed i po roku terapii) zostały zobrazowane w poniższej tabeli (Tab. 103) i na wykresie (Rys. 20).

Tabela 103. Statystyki opisowe dla podskal samooceny w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012.

Podskale KNIIS	Brak czynników patogennych – gr.1		Występowanie czynników patogennych – gr.2		Różnice średnich po roku terapii	
	2011	2012	2011	2012	dla gr. 1	dla gr. 2
SAMOOCENA GLOBALNA	123,83	163,56	134,00	157,17	39,73	23,17
Samoocena ogólna, niespecyficzna (SON)	21,44	33,44	26,17	32,33	12,00	6,16
Sfera poznawczo-intelektualna (SPI)	22,94	31,94	25,08	30,58	9,00	5,5
Sfera fizyczna (SF)	23,50	31,94	24,92	30,00	8,44	5,08
Sfera społeczno-moralna (SSM)	31,00	33,83	32,17	33,50	2,83	1,33
Sfera charakterologiczna (SCH)	24,94	32,39	25,67	30,75	7,45	5,08

Źródło: opracowanie własne.

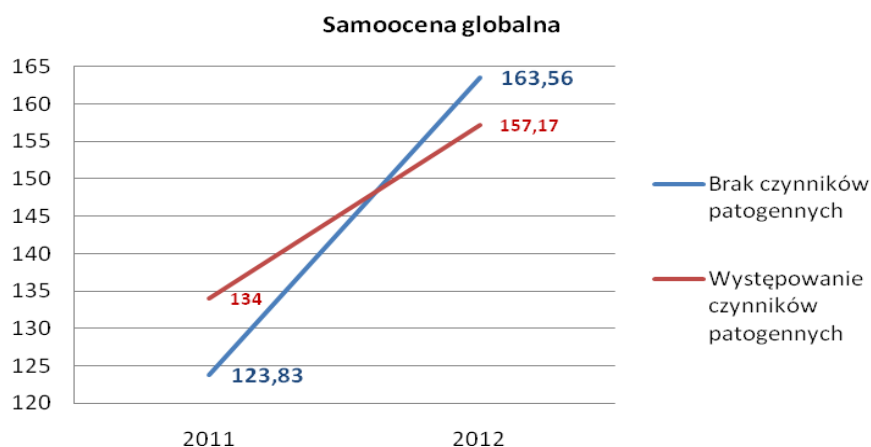
Rys. 20. Poziom samooceny w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012.



Źródło: opracowanie własne.

Ogólne tendencje, obrazujące zmiany w sferze samooceny globalnej, która stanowi swoistą wypadkową samoocen częściowych i samooceny ogólnej, zaś wynikające z przebiegu terapii, przedstawia poniższy wykres (Rys. 21).

Rys. 21. Samoocena globalna w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012.



Źródło: opracowanie własne.

8.4.1.2. NASTAWIENIA INTERPERSONALNE (FUNKCJONOWANIE SPOŁECZNE) A PATOLOGIA RODZINY POCHODZENIA - DYNAMIKA ZMIAN W PRZEBIEGU TERAPII

Analizując wyniki w sferze funkcjonowania interpersonalnego (Tab. 104), generalnie można zauważyć, że kobiety z grupy „*brak czynników patogennych*” – paradoksalnie nieco gorzej funkcjonują w relacjach interpersonalnych (z perspektywy ich przekonań, stanowiących jednak regulatory zachowań), osiągnęły bowiem niższe wyniki, a choć różnice pomiaru między grupami są nieistotne statycznie, warte jednak uwagi.

Tabela 104. Statystyki opisowe dla funkcjonowania interpersonalnego w obu grupach kobiet – przed terapią – 2011.

Podskale KNIIS	Brak czynników patogennych - 2011		Występowanie czynników patogennych - 2011		P
	M	SD	M	SD	
FUNKCJONOWANIE INTERPERSONALNE	106,78	10,664	108,83	10,684	p=0,373
„Inni wobec mnie” – IWM	51,28	8,723	51,25	9,602	p=0,865
Wsparcie (wsp)	27,11	5,728	27,08	5,712	p=0,932
Poczucie bezpieczeństwa (pb)	24,17	4,502	24,17	4,489	p=0,983
„Ja wobec innych” – JWI	55,50	4,204	57,58	5,282	p=0,268
Prospołeczność (pros)	29,89	2,847	31,33	3,393	p=0,172
Agresywność (brak)	25,61	2,118	26,25	3,079	p=0,662

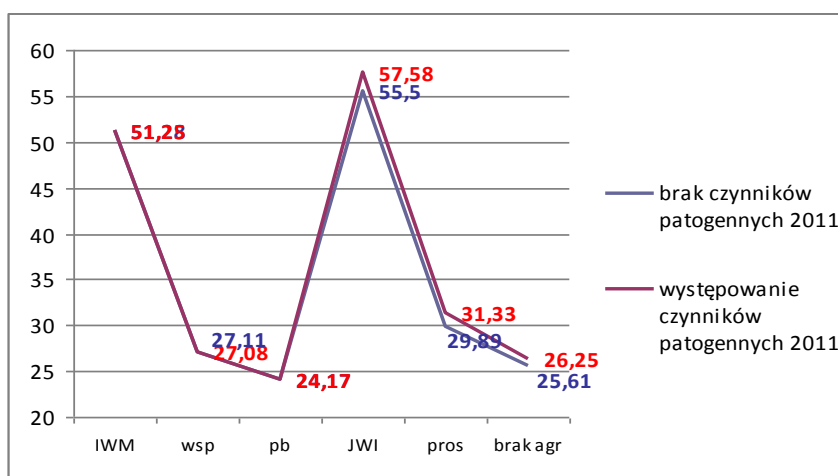
Źródło: opracowanie własne.

Przy czym, w sferze przekonań dotyczących postrzeganych postaw innych ludzi wobec własnej osoby (IWM) w obu grupach wystąpiły wyniki bardzo podobne, co może pośrednio świadczyć o dokonywaniu ocen w perspektywie ograniczonej do własnego związku partnerskiego mającego znamiona przemocy, a wynikającej z faktu izolacji społecznej rodzin, w których występuje przemoc (co stanowi jedną z konsekwencji funkcjonowania takich rodzin). Natomiast w odniesieniu do własnych postaw wobec innych (JWI) zaznaczają się konsekwentnie pewne różnice, wskazujące na bardziej pozytywną postawę, wyznaczaną wyższą prospołecznością i niższą agresywnością (brak agresywności – wyższa średnia) przejawianą wobec innych, w grupie kobiet doświadczających przemocy, skorelowanej z uzależnieniem od alkoholu, także w rodzinie pochodzenia (kobiety z grupy ryzyka).

Trudno wyjaśnić tę prawidłowość, odnosząc się do teorii, wedle której czynniki patogene w rodzinie pochodzenia powinny mieć znaczenie zaburzające funkcjonowanie społeczne badanych (relacje interpersonalne). Jednak, choć liczebność porównywanych grup jest mała, systematyczność występujących zróżnicowań, głównie w obszarze własnych postaw wobec innych, wskazuje, iż mogą one nie być przypadkowe, wymagają jednak pogłębionych i ukierunkowanych na wyjaśnienie tej prawidłowości badań.

Stawiając hipotezę *ad hoc*, można stwierdzić, iż rodzinne czynniki patogenne mogą stanowić dla jednostki antywzór postępowania w relacjach z innymi ludźmi, stąd deklaratywnie badane kobiety określają swoje relacje interpersonalne jako „alternatywne” do doświadczanych. Nie oznacza to jednak, iż realizują wzory przeciwne wobec transmitowanych w rodzinie. Można też zakładać, iż „kobiety, które kochają za bardzo” mają właśnie owe cechy predestynujące je do bycia ofiarami – wyższą prospołeczność (opiekuńczość) i „zdeprecjonowaną” agresywność, stosując na co dzień taktykę wycofania z relacji zagrażających (nie odpowiadania reaktywną agresją) i taktykę wspierania osoby przejawiającej zaburzenia (alkoholizm, przemoc).

Rys. 22. Funkcjonowanie interpersonalne obu grup kobiet – **przed terapią** – 2011.



Źródło: opracowanie własne.

Znaczne zbliżenie profili obu grup wskazuje zarazem, że przed terapią, dla sfery funkcjonowania interpersonalnego ważniejsze są aktualne doświadczenia przemocowe, niż doświadczenia w tym zakresie w przeszłości.

Po roku terapii znów sytuacja się zmienia, niemal analogicznie jak w przypadku samooceny (Tab. 105; Rys. 23).

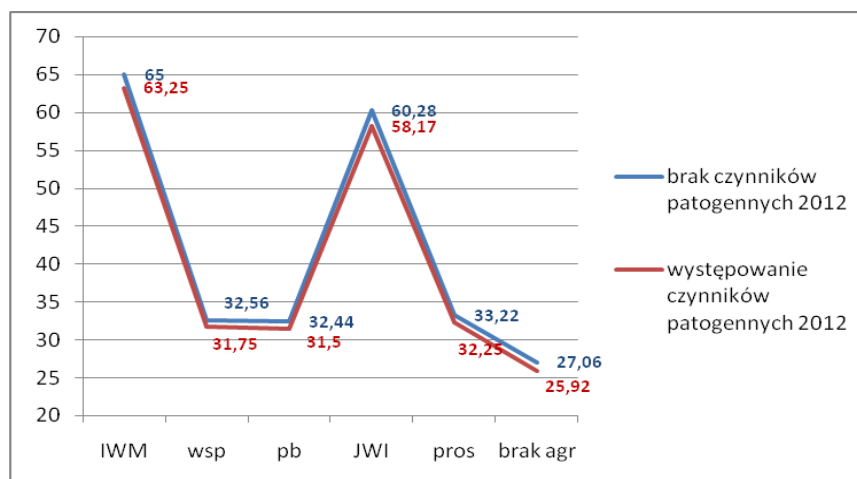
Tabela 105. Statystyki opisowe dla funkcjonowania interpersonalnego w obu grupach kobiet – **po roku terapii** – 2012.

Podskale KNIIS	Brak czynników patogennych - 2012		Występowanie czynników patogennych - 2012		p
	M	SD	M	SD	
FUNKCJONOWANIE INTERPERSONALNE	125,28	10,632	121,42	9,913	p=0,385
„Inni wobec mnie” – IWM	65,00	6,817	63,25	7,238	p=0,432
Wsparcie (wsp)	32,56	3,203	31,75	3,817	p=0,550
Poczucie bezpieczeństwa (pb)	32,44	4,314	31,50	4,101	p=0,524
„Ja wobec innych” – JWI	60,28	4,956	58,17	4,218	p=0,298
Prospołeczność (pros)	33,22	3,078	32,25	3,696	p=0,391
Brak agresywności (brak agr)	27,06	2,461	25,92	2,234	p=0,232

Źródło: opracowanie własne.

Wyraźnie polepsza się jakość funkcjonowania w relacjach, wyznaczana przekonaniami na temat postaw innych wobec Ja (IWM) i własnych postaw wobec innych ludzi (JWI), w obu grupach kobiet, co analizowano wcześniej. Jednak wyraźnie silniej wpływ terapii zaznacza się wśród kobiet, które nie pochodzą z rodzin patologicznych. Oznacza to, że zaburzenia w tej sferze przekonań są mniej utrwalone i kobiety, które nie „przenoszą koła przemocy” z rodziny pochodzenia, zapewne łatwiej poddają się terapii.

Rys. 23. Funkcjonowanie interpersonalne obu grup kobiet – po roku terapii – 2012.



Źródło: opracowanie własne.

Opisane tendencje obrazują wyniki w poniższej tabeli (Tab. 106) i poglądowo przedstawione na wykresie (Rys. 24).

Tabela 106. Statystyki opisowe dla funkcjonowania interpersonalnego w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012.

Podskale KNIIS	Brak czynników patogennych – gr.1		Występowanie czynników patogennych – gr.2		Różnice średnich po roku terapii	
	2011	2012	2011	2012	dla gr.1	dla gr.2
FUNKCJONOWANIE INTERPERSONALNE	106,78	125,28	108,83	121,42	18,5	12,59
„Inni wobec mnie” – IWM	51,28	65,00	51,25	63,25	13,72	12,0
Wsparcie (wsp)	27,11	32,56	27,08	31,75	5,45	4,67
Poczucie bezpieczeństwa (pb)	24,17	32,44	24,17	31,50	8,27	7,33
„Ja wobec innych” – JWI	55,50	60,28	57,58	58,17	4,78	0,59
Prospołeczność (pros)	29,89	33,22	31,33	32,25	3,33	0,92
Brak agresywności (brak agr)	25,61	27,06	26,25	25,92	1,45	-0,33

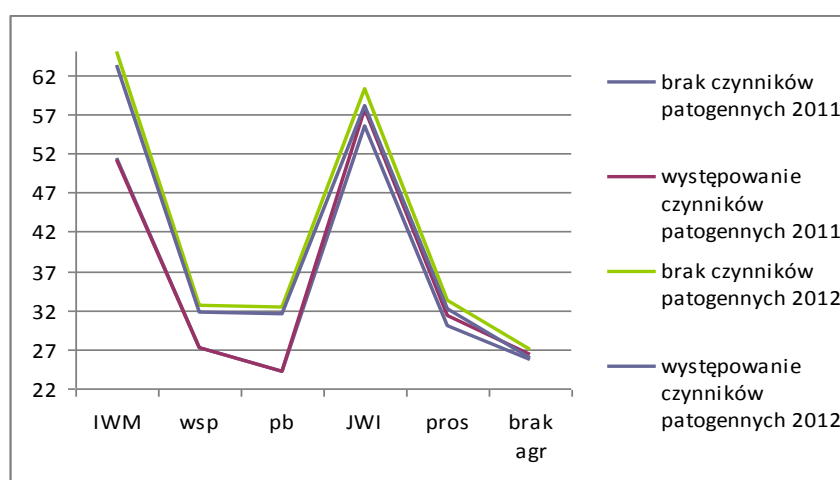
Źródło: opracowanie własne.

Warto zauważyć, że terapia kobiet zróżnicowanych pod względem czasu funkcjonowania w środowisku przemocy, co bezpośrednio wpływa na przekonania o charakterze relacji międzyludzkich, wykazuje ogólnie większą skuteczność w zmianie owych przekonań wśród kobiet, które nie pochodzą z rodzin patologicznych (hipoteza poziomu utrwalenia przekonań i tym samym różnic w trudnościach ich zmiany). Przekonania o postawach innych ludzi wobec Ja w mniejszym stopniu się zmieniają, co może mieć

charakter obronny, ale najwyraźniej rośnie w tej grupie poczucie bezpieczeństwa w relacjach i w nieco mniejszym stopniu poczucie wsparcia, dając obraz ogólnie bardziej pozytywnych postaw innych wobec Ja (IWM).

Zdecydowanie wyraźniej na skutek terapii zmieniają się przekonania bezpośrednio decydujące o własnych postawach wobec innych (JWI), co silniej wyznacza prospołeczność, niż brak agresywności. Oznacza to jednak, iż terapia konsekwentnie zmienia własne nastawienia wobec innych, powodując zmniejszenie izolacji społecznej i wzrost satysfakcjonujących kontaktów z innymi, jednocześnie minimalizując obronne zachowania agresywne wobec innych.

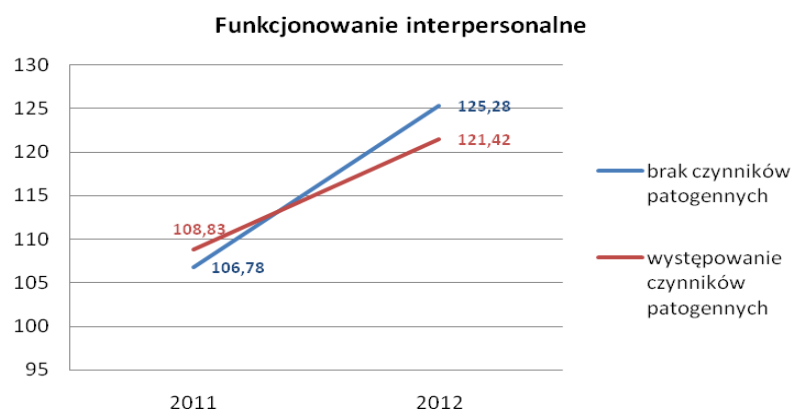
Rys. 24. Funkcjonowanie interpersonalne w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012.



Źródło: opracowanie własne.

Ogólne tendencje, obrazujące zmiany w sferze funkcjonowania interpersonalnego, wynikające z przebiegu terapii, przedstawia poniższy wykres (Rys. 25).

Rys. 25. Funkcjonowanie interpersonalne w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012.



Źródło: opracowanie własne.

Brak czynników patogennych w rodzinie pochodzenia pozwala więc uzyskać korzystniejsze rezultaty terapeutyczne w zakresie funkcjonowania interpersonalnego.

8.4.1.3. OBRAZ ŚWIATA (NADZIEJA PODSTAWOWA) A PATOLOGIA RODZINY POCHODZENIA - DYNAMIKA ZMIAN W PRZEBIEGU TERAPII

Analizując wyniki opisujące obraz świata funkcjonujący w przekonaniach badanych kobiet, zauważyć można, że kobiety z grupy ryzyka (*czynniki patogenne w rodzinie pochodzenia*) osiągnęły w tym zakresie wyniki wyższe, wskazujące na bardziej pozytywny obraz świata, zaś kobiety z grupy alternatywnej (*brak czynników patogennych*) osiągnęły wyniki niższe, a więc wskazujące na bardziej negatywne przekonania o jego naturze. Zaobserwowane różnice mają jednak charakter słabych tendencji, gdyż okazały się nieistotne statycznie (Tab. 107).

Tabela 107. Obraz świata w obu grupach kobiet – przed terapią – 2011.

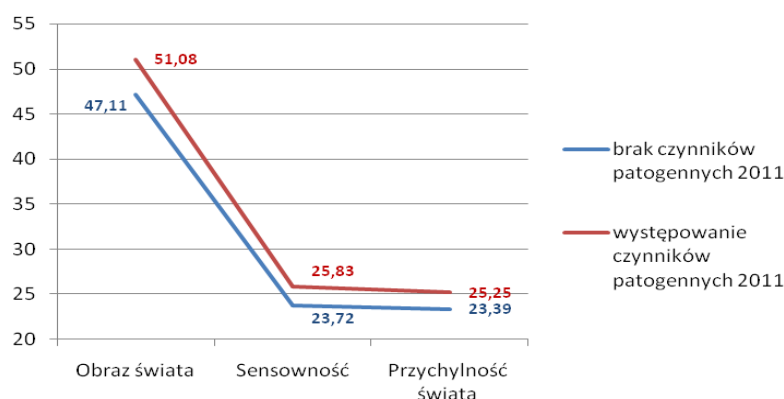
Podskale KNIIS	Brak czynników patogennych – 2011		Występowanie czynników patogennych - 2011		p
	M	SD	M	SD	
Obraz świata - nadzieja podstawowa	47,11	6,597	51,08	4,870	p=0,070
Sensowność, zorganizowanie świata	23,72	3,659	25,83	3,010	p=0,123
Przychylność świata	23,39	3,567	25,25	2,701	p=0,240

Źródło: opracowanie własne.

Paradoksalnie zatem, doświadczając przemocy w rodzinie pochodzenia, skorelowanej z nadużywaniem alkoholu, następnie wchodząc w związki przemocowe, kobiety te (być może obronnie) postrzegają świat jako bardziej sensowny, zorganizowany i im przychylny, co może się wydawać nielogiczne z perspektywy ich doświadczeń życiowych. Co prawda ma to charakter jedynie deklaracyjny, ale jednak konsekwentnie się ujawnia w obu zmiennych (Rys. 26).

Możliwe jest, że badane kobiety, które „przenoszą koło przemocy” z rodziny pochodzenia na rodzinę własną, wykształciły w sobie z jednej strony mechanizm obronny, fałszując realny obraz świata własnego życia, bądź też włączył się u nich mechanizm polegający na normalizowaniu zjawisk patologicznych, stąd postrzegają „zło świata”, w którym żyją jako normę (świat jest tak urządzony), bowiem nie mają innych, alternatywnych doświadczeń. Kobiety, które nie pochodzą z rodzin patologicznych, mogą częściej postrzegać swoje obecne doświadczenia jako krzywdzące, generalizując własne doświadczenia na przekonania o świecie, w którym żyją.

Rys. 26. Obraz świata w obu grupach kobiet – **przed terapią** – 2011.



Źródło: opracowanie własne.

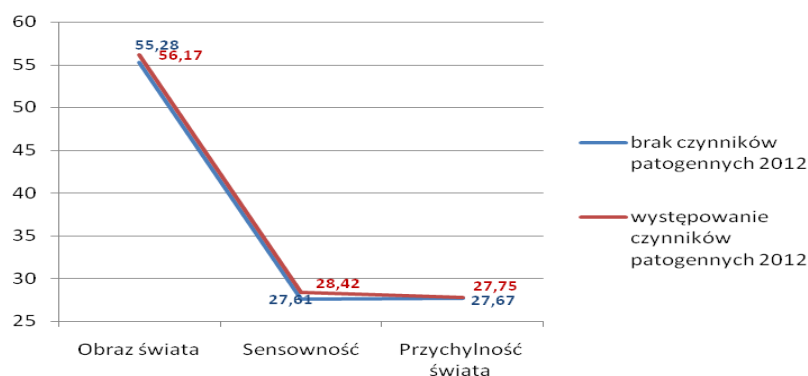
Po roku terapii sytuacja znowu się zmienia (Tab. 108; Rys. 27) – choć już nie tak wyraźnie, bowiem w obu grupach obraz świata staje się wyraźnie bardziej pozytywny (jak wskazałam wcześniej), ale nieco silniej zaznacza się to w grupie kobiet, w której występowały czynniki patogene w rodzinie pochodzenia. Wyniki nie są istotne statystycznie, ale przyjmują konsekwentnie podobny obraz, jak poprzednio. Potwierdza to wnioskowanie, iż obie grupy kobiet różnicuje poziom zaburzeń osobowości (rozumianej jako system przekonań), co wtórnie wpływa na efektywność oddziaływań terapeutycznych (im mniejszy poziom zaburzeń, tym wyraźniejsze efekty terapii). Natomiast wyjściowo bardziej pozytywny obraz świata kobiet ze środowisk patologicznych może mieć, jak wskazałam charakter obronny, co jednak wymaga sprawdzenia.

Tabela 108. Obraz świata w obu grupach kobiet – **po roku terapii** – 2012.

Podskale KNIIS	Brak czynników patogennych - 2012		Występowanie czynników patogennych - 2012		p
	M	SD	M	SD	
Obraz świata - nadzieja podstawowa	55,28	4,240	56,17	5,524	p=0,864
Sensowność, zorganizowanie świata	27,61	2,279	28,42	2,575	p=0,439
Przychylność świata	27,67	3,199	27,75	3,279	p=0,882

Źródło: opracowanie własne.

Rys. 27. Obraz świata w obu grupach kobiet – **po roku terapii** – 2012.



Źródło: opracowanie własne.

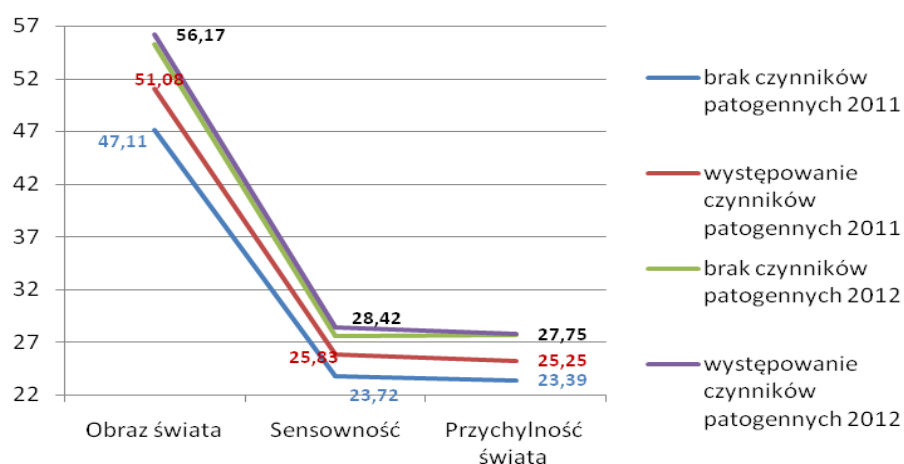
Porównanie wyników obu grup kobiet, zróżnicowanych ze względu na występowanie czynników patogennych w rodzinach pochodzenia przedstawiono poniżej (Tab. 109; Rys. 28).

Tabela 109. Statystyki opisowe dla podskal obrazu świata w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012.

Podskale KNIIS	Brak czynników patogennych – gr.1		Występowanie czynników patogennych – gr.2		Różnice średnich po roku terapii	
	2011	2012	2011	2012	dla gr.1	dla gr.2
Obraz świata - nadzieja podstawowa	47,11	55,28	51,08	56,17	8,17	5,09
Sensowność, zorganizowanie świata	23,72	27,61	25,83	28,42	3,89	2,59
Przychylność świata	23,39	27,67	25,25	27,75	4,28	2,5

Jak widać wyraźnie silniej rośnie przekonanie o pozytywnym obrazie świata wśród kobiet z rodzin niepatologicznych, przy czym przekonanie o przychylności świata w nieco większym stopniu, aniżeli przekonanie o sensowności i zorganizowaniu świata. Potwierdza to stwierdzone wcześniej prawidłowości, iż brak wczesnej patologii nie zabezpiecza wstępnie obrazu świata (brak mechanizmów obronnych), jednak pozwala na większy przyrost poczucia sensowności i przychylności świata - zapewne właśnie poprzez brak konieczności przełamywania mechanizmów obronnych.

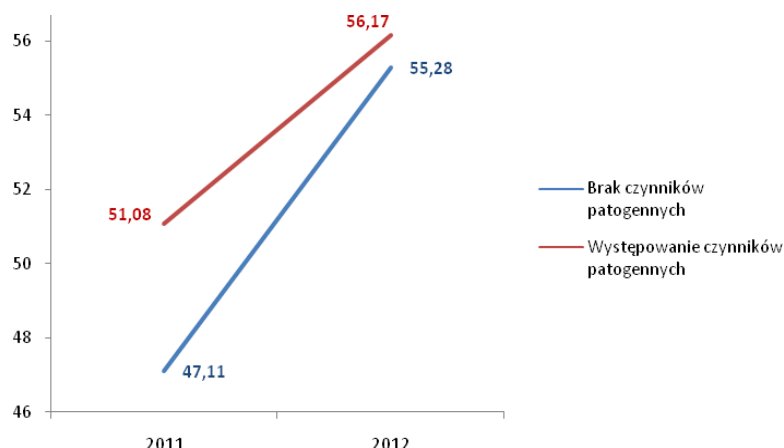
Rys. 28. Obraz świata w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012.



Źródło: opracowanie własne.

Ogólne tendencje, obrazujące zmiany w sferze przekonań dotyczących natury świata, które stanowią wypadkową oceny jego sensowności i przychylności, zaś wynikające z przebiegu terapii, przedstawia poniższy wykres (Rys. 29). Widać wyraźnie, iż w obu grupach następuje progresja w kierunku pozytywnym, ale jest ona wyraźniejsza w grupie kobiet z rodzin patologicznych. Jednak wyjściowo poziom pozytywnych nastawień wobec świata jest wyższy w grupie, w której czynniki patogenne występowały.

Rys. 29. Obraz świata w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012.



Źródło: opracowanie własne.

8.4.1.4. OBRAZ WŁASNEGO ŻYCIA (SKUTECZNOŚĆ, KONTROLA VERSUS BEZRADNOŚĆ, BRAK KONTROLI) A PATOLOGIA RODZINY POCHODZENIA - DYNAMIKA ZMIAN W PRZEBIEGU TERAPII

Analizując wyniki dla obrazu własnego życia, znów obserwujemy podobną prawidłowość, a więc kobiety z grupy ryzyka (*czynniki patogenne*) osiągnęły w tym zakresie wyniki wyższe, wskazujące na bardziej pozytywny obraz życia – są przekonane o większej własnej skuteczności i kontroli nad wydarzeniami we własnym życiu, zaś kobiety z grupy alternatywnej (*brak czynników patogennych*) osiągnęły wyniki niższe, wskazujące na bardziej negatywne przekonania na ten temat. Zaobserwowane różnice także okazały się nieistotne statystycznie, ale są konsekwentne (Tab. 110; Rys. 30).

Tabela 110. Obraz własnego życia w obu grupach kobiet – przed terapią – 2011.

Podskale KNIIS	Brak czynników patogennych - 2011		Występowanie czynników patogennych - 2011		p
	M	SD	M	SD	
Obraz życia: skuteczność sprawczość	45,78	9,601	51,75	8,422	p=0,082
Poczucie skuteczności	25,22	5,917	27,83	4,589	p=0,158
Poczucie zaradności	20,56	4,287	23,92	4,295	p=0,053

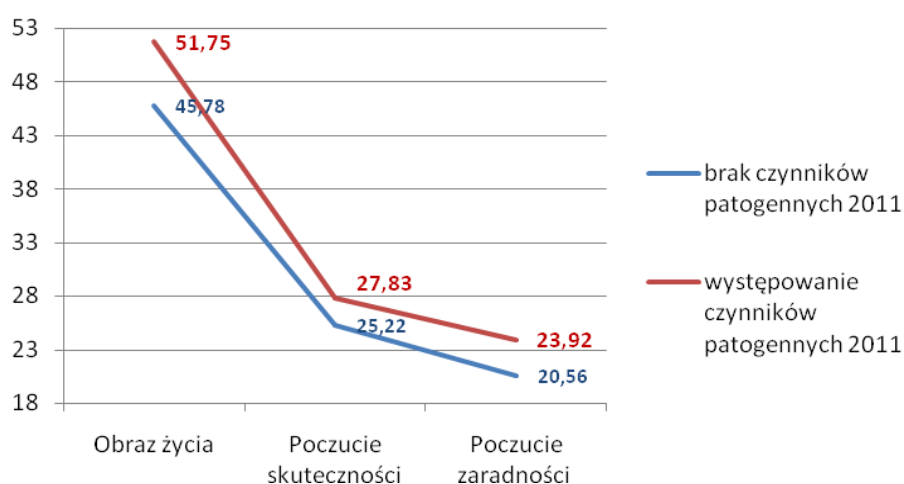
Źródło: opracowanie własne.

Trudno wyjaśnić ten wynik, gdyż literatura przedmiotu wskazuje, iż doświadczanie różnorodnych traum, czyli także funkcjonowanie w środowisku patologicznym, w którym występuje przemoc i skorelowane z nim nadużywanie alkoholu, powoduje zanik poczucia kontroli, prowadząc nierzadko do wyuczonej bezradności.

Znów trudno o inną interpretację niż ta, iż deklaratywne przekonania o sprawowaniu kontroli nad własnym życiem mają charakter obronny, ale możliwe jest także, iż kobiety, które funkcjonują dłużej w środowisku patologicznym, wypracowały różnorakie strategie radzenia sobie z trudnymi sytuacjami, więc w ich przekonaniach pojawia się częściej poczucie, że sprawują kontrolę nad własnym życiem, choć nie ma to charakteru konstruktywnego.

Uzyskiwane wyniki we wszystkich sferach przekonań, zdają się ową hipotezę uprawdopodobniać – a choć nie została ona zweryfikowana statystycznie, wskazuje dalszy kierunek eksploracji i poszukiwania wyjaśnień dla takiego obrazu przekonań, który zaprzecza teorii, empirii i także logice.

Rys. 30. Obraz życia w obu grupach kobiet – przed terapią – 2011.



Źródło: opracowanie własne.

Po roku terapii obserwujemy podobną tendencję w zakresie zmian obrazu własnego życia, jak w poprzednich zmiennych (Tab. 111; Rys. 31).

Tabela 111. Obraz życia w obu grupach kobiet – po roku terapii – 2012 .

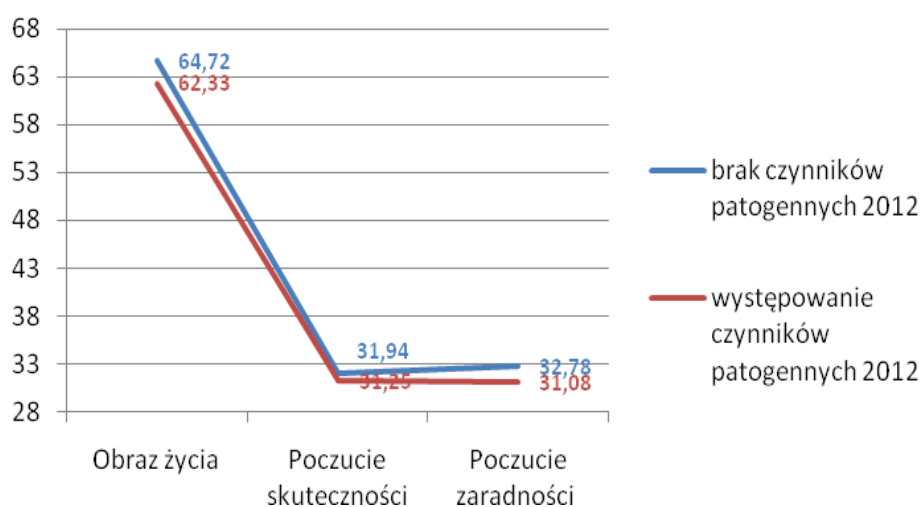
Podskale KNIIS	Brak czynników patogennych - 2012		Występowanie czynników patogennych - 2012		p
	M	SD	M	SD	
Obraz życia: skuteczność, sprawczość	64,72	7,513	62,33	6,706	p=0,396
Poczucie skuteczności	31,94	3,842	31,25	2,667	p=0,915
Poczucie zaradności	32,78	4,833	31,08	4,274	p=0,308

Źródło: opracowanie własne.

Wyraźnie rośnie w obu grupach poczucie skuteczności i zaradności, jednak znacznie silniej ujawnia się to w grupie kobiet, które nie pochodzą z grupy ryzyka (patologia rodziny pochodzenia. Co warte podkreślenia zakres zmian, które w tej sferze przekonań nastąpiły w wyniku terapii jest największy, co wskazuje, że także zmiana

sposobu życia, podjęcie wielu ważnych decyzji o jego kształcie, stanowi dodatkowy i bardzo istotny czynnik zmian w osobowości kobiet doświadczających przemocy.

Rys. 31. Obraz życia w obu grupach kobiet – po roku terapii – 2012.



Źródło: opracowanie własne.

Uzyskane wyniki zobrazowano w tabeli (Tab. 112) i poglądowo na wykresie (Rys. 32).

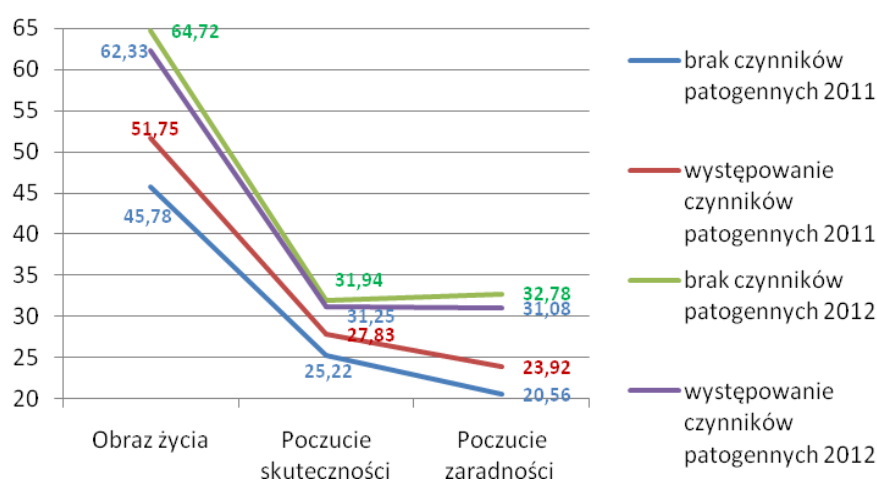
Tabela 112. Obraz życia w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012.

Podskale KNIIS	Brak czynników patogennych – gr.1		Występowanie czynników patogennych – gr.2		Różnice średnich po roku terapii	
	2011	2012	2011	2012	dla gr.1	dla gr.2
Obraz życia – skuteczność sprawczość	45,78	64,72	51,75	62,33	18,94	10,58
Poczucie skuteczności	25,22	31,94	27,83	31,25	6,72	3,42
Poczucie zaradności	20,56	32,78	23,92	31,08	12,22	7,16

Źródło: opracowanie własne.

Jak widać – różnice w postrzeganiu kontroli nad własnym życiem są największe spośród zmiennych, które obrazują system innych przekonań kobiet doświadczających przemocy. W zakresie zmiennych szczegółowych – znacznie silniej rośnie przekonanie o własnej zaradności (poparte zapewne podjętymi działaniami i realnym odczuciem zmian dokonujących się w życiu) i skuteczności tej grupy kobiet, która w rodzinie pochodzenia nie doświadczała traum związanych z przemocą i nadużywaniem alkoholu. Potwierdza to znów wcześniejsze wnioskowanie związane z efektywnością oddziaływań terapeutycznych zależną od poziomu zaburzeń osobowości i zaburzeń w funkcjonowaniu społecznym.

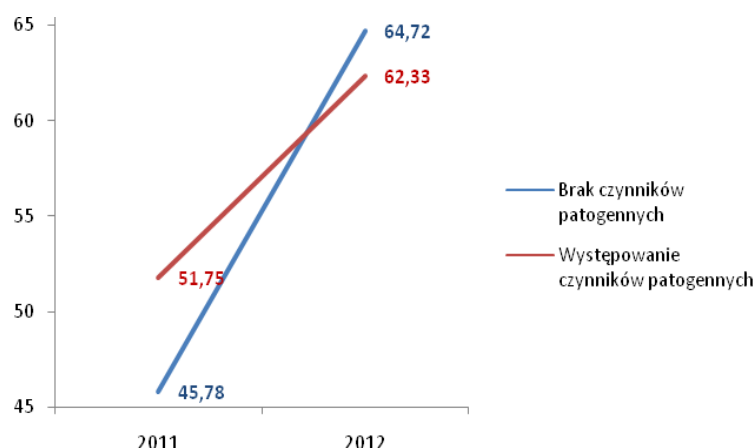
Rys. 32. Obraz życia w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012.



Źródło: opracowanie własne.

Ogólne tendencje, obrazujące zmiany w sferze przekonań dotyczących własnego życia, które stanowią wypadkową oceny poczucia skuteczności i zaradności, zaś wynikające z przebiegu terapii, przedstawia poniższy wykres (Rys. 33).

Rys. 33. Obraz życia w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012.



Źródło: opracowanie własne.

8.4.1.5. ZMIENNA APROBATY SPOŁECZNEJ A PATOLOGIA RODZINY POCHODZENIA - DYNAMIKA ZMIAN W PRZEBIEGU TERAPII

Częściowym wyjaśnieniem zaobserwowanych tendencji mogłaby być zmienna aprobaty społecznej, która określa tendencję do przedstawiania siebie w lepszym świecie.

tle, a więc zgodnie z istniejącymi standardami społecznymi. Tezę tę można utrzymać, gdyż to właśnie kobiety z grupy ryzyka w większym stopniu są „narażone” na jej działanie, czyli kierują się standardami społecznymi w dokonywanych samookreśleniach: własnej osoby, swoich relacji z innymi, świata i własnego życia (Tab. 113; Rys. 34).

Tabela 113. Skala kłamstwa (zmienna aprobaty społecznej) w obu grupach kobiet – **przed terapią** – 2011.

Podskala KNIIS	Brak czynników patogennych – 2011		Występowanie czynników patogennych – 2011		p
	M	SD	M	SD	
SKALA KONTROLNA - aprobatą społeczną, kłamstwo	19,39	2,873	21,33	3,257	p=0,095

Źródło: opracowanie własne.

Widoczne jest, iż to właśnie kobiety z rodzin patologicznych mają większą tendencję do fałszowania własnego obrazu w kierunku pozytywnym, a więc ich przekonania w większym stopniu stanowią pochodną istniejących standardów (pozytywnych), niż realistycznej oceny i przekonań dotyczących własnej osoby, innych i własnego życia. Jest to tym bardziej prawdopodobne, iż dotyczy to głównie własnej osoby (samoocena) i własnych zachowań wobec innych (prospołeczność, brak agresywności), przekonań na temat własnego życia (skuteczność, zaradność) i otaczającego świata (przychylność, sensowność i zorganizowanie), zaś nie ujawnia się w ocenie zachowań innych ludzi wobec własnej osoby (wsparcie, zagrożenie). Różnica w ujawnianiu się owej tendencji w obu porównywanych grupach nie jest istotna statystycznie, ale jednakowoż warto ją uwzględnić w interpretacji wyników.

Rys. 34. Skala kłamstwa (zmienna aprobaty społecznej) w obu grupach kobiet – **przed terapią** – 2011.



Źródło: opracowanie własne.

Po roku terapii sytuacja zmienia się analogicznie jak wcześniej (Tab.114; Rys. 35) – choć nie jest to zmiana pozytywna w tym przypadku. W obu grupach kobiet ten-

dencja do fałszowania informacji o sobie rośnie, choć w znacznie większym stopniu dotyczy to kobiet potencjalnie mniej zaburzonych przez czynniki patogenne występujące w rodzinie pochodzenia.

Tabela 114. Skala kłamstwa (zmienna aprobaty społecznej) w obu grupach – **po roku terapii** – 2012.

Podskala KNIIS	Brak czynników patogen- nych - 2012		Występowanie czynników patogennych - 2012		p
	M	SD	M	SD	
SKALA KONTROLNA - aprobatą społeczną, kłamstwo	24,33	4,379	24,17	4,019	p=0,991

Źródło: opracowanie własne.

Wzrost tendencji do fałszowania obrazu siebie jest zdecydowanie większy wśród kobiet, które nie doświadczały przemocy w środowisku rodziny pochodzenia, co można uznać za paradoksalny efekt oddziaływań terapeutycznych. Jest to jednak zrozumiałe, gdyż rosnąca świadomość standardów społecznych związanych z funkcjonowaniem w relacjach, świadomość trwałego funkcjonowania w sytuacji przemocy i wszelkich tego konsekwencji – może powodować ogólnie wzrost tendencji do przedstawiania siebie i własnego życia zgodnie z owymi standardami (tendencja do normalizacji własnej sytuacji życiowej). Trudno zaś wyjaśnić, dlaczego w większym stopniu rośnie owa tendencja wśród kobiet potencjalnie mniej zaburzonych. Możliwe jest wnioskowanie *ad hoc*, iż świadomość długotrwałego funkcjonowania w sytuacji przemocy i braku przeciwstawiania się jej, może być dla nich trudniejsza do przyjęcia, zaś kobiety z grupy porównawczej w większym stopniu traktują ją jako normalną (bo innej nie znały).

Rys. 35. Skala kłamstwa (zmienna aprobaty społecznej) w obu grupach kobiet – **po roku terapii** – 2012.



Źródło: opracowanie własne.

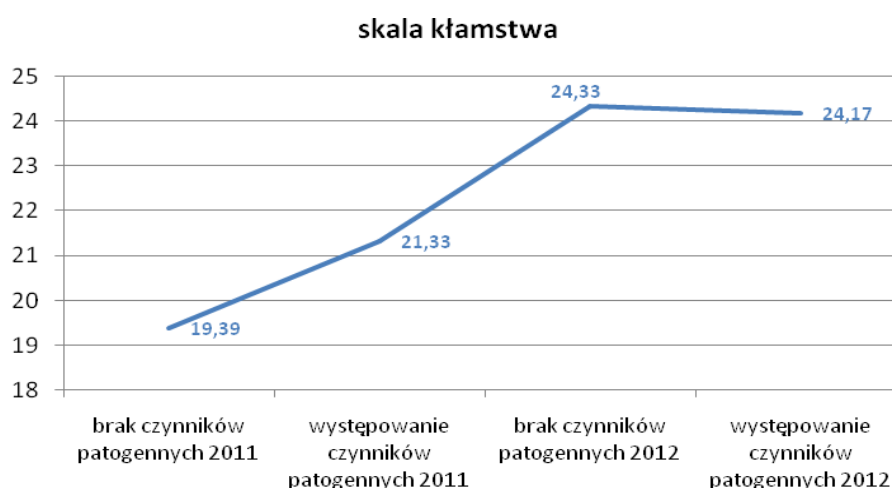
Omówione tendencje zobrazowano poniżej (Tab. 115; Rys. 36). Wyraźnie widoczny jest większy wzrost tendencji do przedstawiania siebie w lepszym świetle kobiet, które nie doświadczały przemocy w rodzinie pochodzenia, co wskazuje, że uzyskana w trakcie terapii świadomość związana z funkcjonowaniem w sytuacji przemocy (w rodzinie własnej), paradoksalnie powoduje, że kobiety te są motywowane do przywrócenia poczucia własnej wartości nie tylko we własnych oczach, ale i otoczenia społecznego (zapewne w tym wypadku terapeutki, będącej jednocześnie badaczem).

Tabela 115. Skala kłamstwa (zmienna aprobaty społecznej) w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012.

Podskala KNIIS	Brak czynników patogennych – gr.1		Występowanie czynników patogennych – gr.2		Różnice średnich po roku terapii	
	2011	2012	2011	2012	dla gr. 1	dla gr. 2
SKALA KONTROLNA - aprobatą społeczną, kłamstwo	19,39	24,33	21,33	24,17	4,94	2,84

Źródło: opracowanie własne.

Rys. 36. Skala kłamstwa (zmienna aprobaty społecznej) w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012.



Źródło: opracowanie własne.

Podsumowanie. Stawiając hipotezę o czynnikach warunkujących przebieg i jednocześnie rezultaty terapii kobiet doświadczających przemocy, kierowano się założeniem, iż funkcjonowanie w patologicznym środowisku rodzinnym – zarówno w rodzinie pochodzenia, jak i w rodzinie własnej, stanowi istotną zmienną wyjaśniającą i różnicującą przebieg terapii. „Koło przemocy”, a więc społeczne dziedziczenie wzorów funkcjonowania w relacjach przemocowych, wiąże się też z ich normalizacją. Ponadto, można założyć, że jakość środowiska rodzinnego (rodzina pochodzenia) decy-

duje także o funkcjonowaniu w sferach związanych z edukacją, co pośrednio przekłada się na karierę zawodową.

W obszarach dotyczących samooceny, funkcjonowania interpersonalnego i obrazu świata, konsekwentnie odnotowano, iż grupa badanych, w której występowały czynniki patogenne przed terapią uzyskiwała wyższe wyniki.

Również konsekwentnie po roku terapii, wyższy przyrost wskaźników poprawy funkcjonowania odnotowano w grupie badanych wychowywanych w środowiskach pozbawionych zachowań patologicznych.

Zmiany te są na tyle powtarzalne i regularne, że mimo małej liczebności grupy badanej sugeruje się nieprzypadkowość. Grupa badanych, u której występowały „czynniki patogenne” kształtuje inne mechanizmy przystosowawcze zarówno obronne (odcinające od rzeczywistości), jak i konstruktywne (wypierające ewentualną przemoc w rodzinie, poszukiwanie pozaprzemocowych źródeł wiedzy o sobie i świecie). Z kolei grupa badanych, u której nie występowały „zachowania patogenne”, wydaje się być przed terapią silnie zdeterminowana aktualnymi doznaniem i ich wpływem na obraz siebie i świata. Zarazem brak konieczności terapeutycznego zmagania się ze spetryfikowanymi mechanizmami obronnymi powoduje bardziej znaczące zmiany obrazu świata, siebie i relacji z innymi.

8.4.2. SYTUACJA EDUKACYJNA KOBIET DOŚWIADCZAJĄCYCH PRZEMOCY A NASTAWIENIA INTRAPERSONALNE, INTERPERSONALNE, WOBEC ŚWIATA I WŁASNEGO ŻYCIA

Kształtowanie się obrazu siebie i świata stanowi rezultat doświadczeń życiowych (wynik uczenia się), które niewątpliwie różnicować może sytuacja edukacyjna kobiet doświadczających przemocy. Wykształcenie kobiet może być czynnikiem różnicującym skuteczność i ostateczne efekty terapii. Dlatego też analizie poddano zróżnicowanie osobowościowe kobiet doświadczających przemocy w zależności od poziomu wykształcenia kobiet. Zmienną tę dychotomizowano ze względu na niewielką liczebność badanych, zatem wykształcenie „wyższe” obejmuje poziom średni i wyższy, natomiast wykształcenie „niższe” obejmuje poziom podstawowy i zasadniczy zawodowy.

8.4.2.1. NASTAWIENIA INTRAPERSONALNE (SAMOOCENA) A SYTUACJA EDUKACYJNA - DYNAMIKA ZMIAN W PRZEBIEGU TERAPII

System samoocen, osadzony w strukturach poznawczych podmiotu oparty jest o wiedzę tzw. pocuciową, „gorącą”, nierealistyczną. Odzwierciedla odczucia i poczucia w oparciu o emocje i przeżycia związane z sytuacją życiową i aktywnością. Doświadczenie przemocy uruchamia mechanizmy obronne, które mogą znosić znaczenie wykształcenia jako czynnika potencjalnie różnicującego samoocenę. Można przewidywać, iż przed terapią nie wystąpią znaczące różnice w samoocenach, gdyż doświadczanie przemocy (każdej jej formy, która ogranicza kontrolę człowieka nad jego życiem, niszczy jego godność), powodować może zaburzenia percepcji siebie.

Analiza znaczenia wykształcenia dla osiąganych rezultatów terapii wykazała specyficzne tendencje, zobrazowane w podobny sposób jak znaczenie czynników patogennych. Porównanie poziomu samooceny w kontekście różnicującej zmiennej jaką jest wykształcenie przedstawiono poniżej (Tab. 116, Rys. 37).

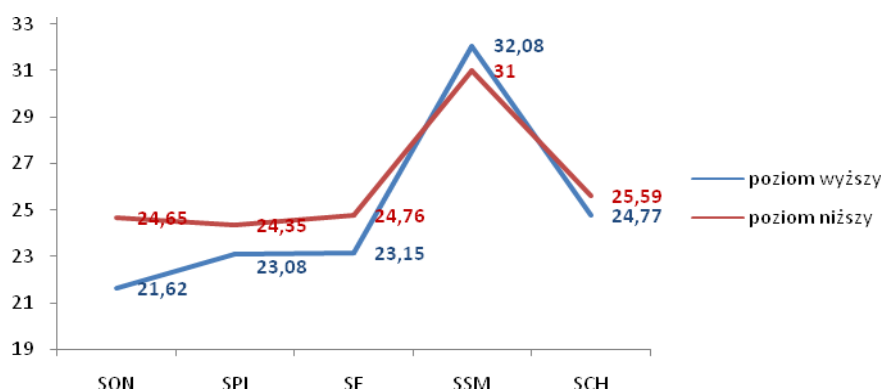
Tabela 116. Statystyki opisowe dla podskal samooceny w obu grupach kobiet – **przed terapią** – 2011. Rozróżnienie ze względu na wykształcenie.

Podskale KNIIS	Poziom wyższy		Poziom niższy		p*
	M	SD	M	SD	
SAMOOCENA GLOBALNA	124,69	22,167	130,35	18,540	0,341
Samooceana ogólna, niespecyficzna (SON)	21,62	6,702	24,65	5,255	0,094
Sfera poznawczo-intelektualna (SPI)	23,08	5,220	24,35	4,015	0,542
Sfera fizyczna (SF)	23,15	4,896	24,76	4,280	0,408
Sfera społeczno-moralna (SSM)	32,08	3,402	31,00	3,500	0,457
Sfera charakterologiczna (SCH)	24,77	5,003	25,59	3,743	0,509

Źródło: opracowanie własne.

*na podstawie testu U-Manna-Whitney'a

Rys. 37. Poziom samooceny w obu grupach kobiet – **przed terapią** – 2011.



Źródło: opracowanie własne.

Rozumowanie powyższe znalazło potwierdzenie w wynikach badań. Kobiety o wyższym wykształceniu mają na wstępie terapii generalnie niższą samoocenę (z wyjątkiem sfery społeczno-moralnej). Analiza statystyczna przeprowadzona za pomocą testu U-Manna-Whitney'a, nie wykazała statystycznie istotnej różnicy w skalach samooceny KNIIS w uwzględnionych podgrupach. Można jedynie zaobserwować tendencje istotności ($p=0,09$) w samoocenie ogólnej. Kobiety, które posiadają wykształcenie średnie i powyżej, mają niższe wyniki w tej skali ($M=21,6$), niż kobiety, których wykształcenie jest poniżej średniego ($M=24,6$).

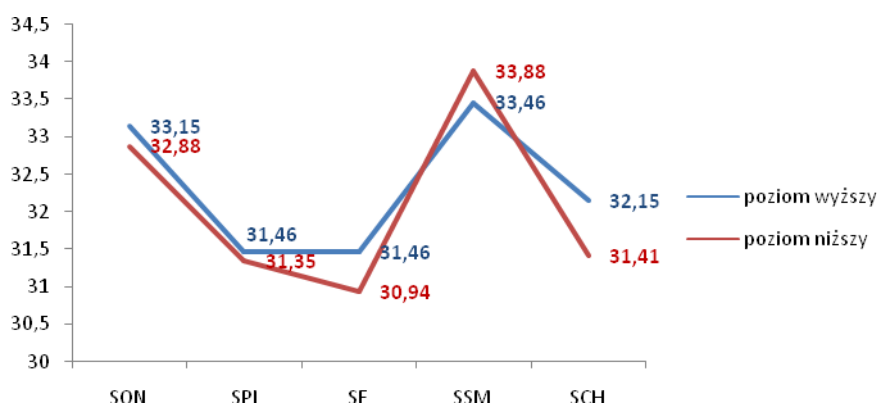
Po roku terapii zaobserwowano pewne tendencje w kształtowaniu się samooceny zależnie od poziomu wykształcenia (Tab. 117; Rys. 38).

Tabela 117. Statystyki opisowe dla podskal samooceny w obu grupach kobiet – **po roku terapii** – 2012. Rozróżnienie ze względu na wykształcenie.

Podskale KNIIS	Poziom wyższy		Poziom niższy		p^*
	M	SD	M	SD	
SAMOOCENA GLOBALNA	161,69	14,390	160,47	15,836	0,650
Samoocena ogólna, niespecyficzna (SON)	33,15	3,262	32,88	3,919	0,773
Sfera poznawczo-intelektualna (SPI)	31,46	2,989	31,35	3,445	0,680
Sfera fizyczna (SF)	31,46	4,095	30,94	4,279	0,621
Sfera społeczno-moralna (SSM)	33,46	2,602	33,88	3,140	0,650
Sfera charakterologiczna (SCH)	32,15	3,436	31,41	3,641	0,680

Źródło: opracowanie własne.

Rys. 38. Poziom samooceny u badanych kobiet w obu grupach – **po roku terapii** – 2012.



Źródło: opracowanie własne.

Po roku terapii zauważa się, zgodnie z ogólnymi tendencjami odnotowanymi wcześniej, że w każdej ze skal samooceny nastąpiło podwyższenie wyników (rozdział 8.2.1.3.). Jednak w wynikach różnicujących efekty terapii w przedmiotowym zakresie, zależnie od poziomu wykształcenia – „po roku terapii” obserwujemy, mimo braku istotnych statystycznie różnic, tendencję odwrotną. W każdej ze skal (z wyjątkiem sfery

społeczno-moralnej), wyższe wyniki cechują podgrupę z wyższym wykształceniem. Oznacza to, że wykształcenie może być czynnikiem warunkującym większą efektywność terapii w zakresie kształtowania pozytywnego obrazu siebie (Tab. 117, Rys. 38).

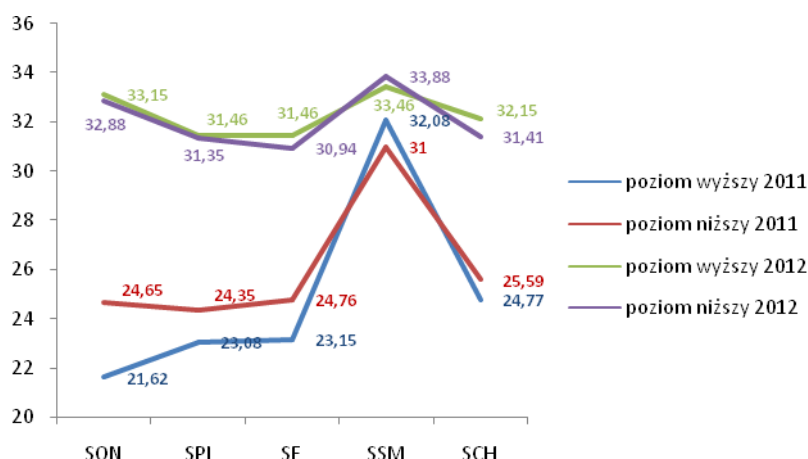
Porównując wyniki uzyskane w przedmiotowym zakresie uzyskane w na wstępie i po roku terapii (Tab. 118, Rys. 39), można zauważyć swoiste tendencje.

Tabela 118. Statystyki opisowe dla podskal samooceny w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012.

Podskale KNIIS	Poziom wyższy – gr.1		Poziom niższy – gr.2		Różnice średnich po roku terapii	
	2011	2012	2011	2012	dla gr. 1	dla gr. 2
SAMOOCENA GLOBALNA	124,69	161,69	130,35	160,47	37,00	30,12
Samoocena ogólna, niespecyficzna (SON)	21,62	33,15	24,65	32,88	11,53	8,23
Sfera poznawczo-intelektualna (SPI)	23,08	31,46	24,35	31,35	8,38	7,00
Sfera fizyczna (SF)	23,15	31,46	24,76	30,94	8,31	6,18
Sfera społeczno-moralna (SSM)	32,08	33,46	31,00	33,88	1,38	2,88
Sfera charakterologiczna (SCH)	24,77	32,15	25,59	31,41	7,38	5,82

Źródło: opracowanie własne.

Rys. 39. Poziom samooceny w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012.



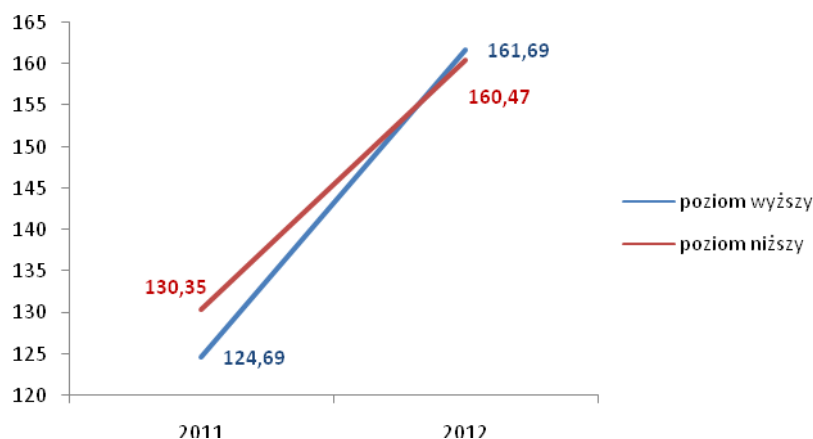
Źródło: opracowanie własne.

Czynnik wykształcenia nie różnicuje istotnie statystycznie poziomu zmian w samoocenach, natomiast najbardziej charakterystyczny trend to „wrażliwość” skali SSM (*sfera społeczno-moralna*) na zmiany w przypadku badanych kobiet z wykształceniem niższym i „odporność” w tymże zakresie u kobiet o wyższym statusie edukacyjnym. Tłumaczyć to można przyswojeniem i zrozumieniem przez kobiety z grupy o niższym wykształceniu zasad regulujących funkcjonowanie interpersonalne rzutujące na osobistą satysfakcję z ich wdrażania. Można też sądzić, że tak jak wykształcenie jest relatywnym czynnikiem „ochronnym” przed doświadczaniem przemocy (przemoc dotyka wszystkie środowiska społeczne), tak też może mieć relatywne znaczenie dla procesu zmian w zakresie samooceny – zapewne kobiety lepiej wykształcone mają większą

trudność w zakresie akceptacji funkcjonowania w relacji przemocowej, co przekładać się może na wartościowanie własnej osoby (bardziej negatywne).

W ogólnym obrazie jednak (Tab. 118; Rys. 40) zmiany dokonujące się w obrazie siebie są bardziej wyraźne wśród kobiet lepiej wykształconych (większe różnice poziomu samoocen pomiędzy obu pomiarami, z wyjątkiem, wskazanej wcześniej sfery społeczno-moralnej).

Rys. 40. Samoocena globalna w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012.



Źródło: opracowanie własne.

Globalny trend samoocen, również na poziomie nieistotnym statystycznie dowodzi jednak, że sumaryczne przemiany samoocen okazały się efektywniejsze w grupie o wykształceniu wyższym (różnica punktowa 2011-2012 wyniosła 37), niż niższym (różnica 30,12).

Nadmieniam, iż stwierdzenie to nie dotyczy zmian w samoocenie, lecz znaczenia wykształcenia dla procesu zmiany. Uzyskany wynik jest konsekwencją niższego poziomu samooceny globalnej przed przystąpieniem do terapii u kobiet lepiej edukowanych, lecz wskazuje też na rolę wykształcenia w przemianach ustosunkowań do własnej osoby, które są „nieco” bardziej intensywne wśród kobiet lepiej wykształconych.

8.4.2.2. NASTAWIENIA INTERPERSONALNE (FUNKCJONOWANIE SPOŁECZNE) A SYTUACJA EDUKACYNA – DYNAMIKA ZMIAN W PRZEBIEGU TERAPII

Funkcjonowanie w świecie społecznym to ważny obszar pracy w terapii z osobami doświadczającymi przemocy. Zarówno sfera „Ja wobec innych”, jak i „Inni wobec mnie” są na tyle istotne, że warto zweryfikować, czy zależy od poziomu wykształcenia.

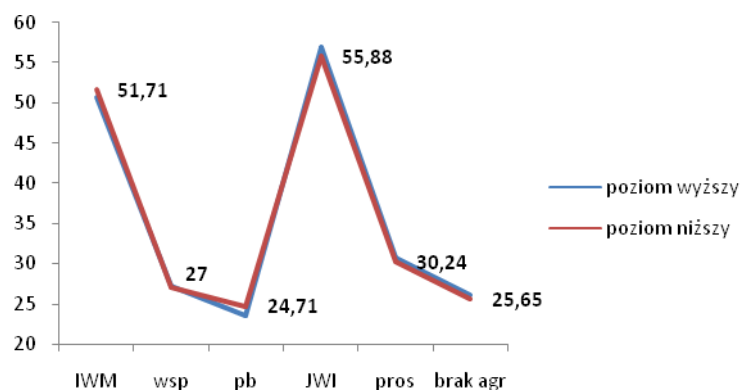
Analizując znaczenie wykształcenia dla funkcjonowania interpersonalnego na początku terapii uzyskano obraz świadczący o braku wyraźnych zróżnicowań (Tab. 119, Rys. 41).

Tabela 119. Statystyki opisowe dla funkcjonowania interpersonalnego w obu grupach kobiet – **przed terapią** – 2011.

Podskale KNIIS	Poziom wyższy		Poziom niższy		P
	M	SD	M	SD	
FUNKCJONOWANIE INTERPERSONALNE	107,62	10,571	107,59	10,834	0,983
„Inni wobec mnie” – IWM	50,69	8,920	51,71	9,170	0,850
Wsparcie (wsp)	27,23	6,071	27,00	5,443	0,967
Poczucie bezpieczeństwa (pb)	23,46	4,332	24,71	4,538	0,460
„Ja wobec innych” – JWI	56,92	4,349	55,88	5,023	0,966
Prospoleczność (pros)	30,77	2,891	30,24	3,327	0,768
Agresywność (brak agr)	26,15	2,478	25,65	2,597	0,582

Źródło: opracowanie własne.

Rys. 41. Funkcjonowanie interpersonalne obu grup kobiet – **przed terapią** – 2011.



Źródło: opracowanie własne.

W momencie rozpoczęcia terapii nie stwierdzono znaczących odchyleń w funkcjonowaniu interpersonalnym ze względu na analizowany czynnik. Wskaźnik ogólny jest praktycznie identyczny, w skalach IWM nieznacznie wyższy wynik cechował kobiety z grupy o wykształceniu niższym. Wskaźnik JWI – odwrotnie.

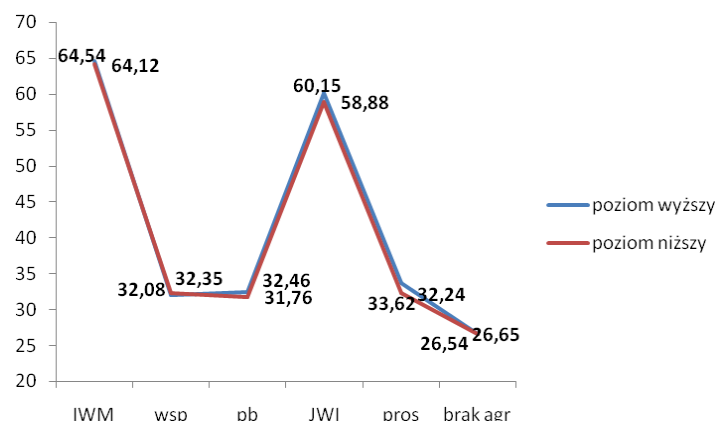
Po roku terapii obraz ten pozostaje w zasadzie bez zmian (Tab. 120; Rys. 42).

Tabela 120. Statystyki opisowe dla funkcjonowania interpersonalnego w obu grupach kobiet – **po roku terapii** – 2012.

Podskale KNIIS	Poziom wyższy		Poziom niższy		P
	M	SD	M	SD	
FUNKCJONOWANIE INTERPERSONALNE	124,69	6,993	123,00	12,505	0,630
„Inni wobec mnie” – IWM	64,54	4,926	64,12	8,276	0,659
Wsparcie (wsp)	32,08	2,499	32,35	4,061	0,916
Poczucie bezpieczeństwa (pb)	32,46	3,072	31,76	4,944	0,785
„Ja wobec innych” – JWI	60,15	3,023	58,88	5,721	0,737
Prospoleczność (pros)	33,62	2,293	32,24	3,882	0,291
Brak agresywności (brak agr)	26,54	2,066	26,65	2,691	0,983

Źródło: opracowanie własne.

Rys. 42. Funkcjonowanie interpersonalne obu grup kobiet – **po roku terapii** – 2012.



Źródło: opracowanie własne.

Jak stwierdzono w powyższych analizach, wyniki KNIIS w zakresie funkcjonowania interpersonalnego (FI) na skutek terapii uległy znaczącej poprawie. Czynniki wykształcenia jednak jedynie w nieznacznym, minimalnym stopniu wpłynęły na dynamikę zmian. Jak poprzednio, w skali JWI nieco wyższe wartości punktowe dotyczą kobiet z grupy o wyższym wykształceniu, co jest konsekwencją większej prospołeczności i mniejszej agresywności. Jednak postrzeganie postaw innych wobec Ja (IWM) nie jest wyznaczane przez wykształcenie, zapewne ze względu na osobistą biografię (doświadczenia przemocowe), ale także znaczenie ma tu mechanizm obronny przed zagrożeniem ze strony innych, powodujący właśnie „obronne” przypisywanie innym cech i zachowań, które mogą stanowić zagrożenie dla jednostki. Mechanizmy te znoszą zapewne znaczenie wykształcenia dla zmian w percepcji „innych”.

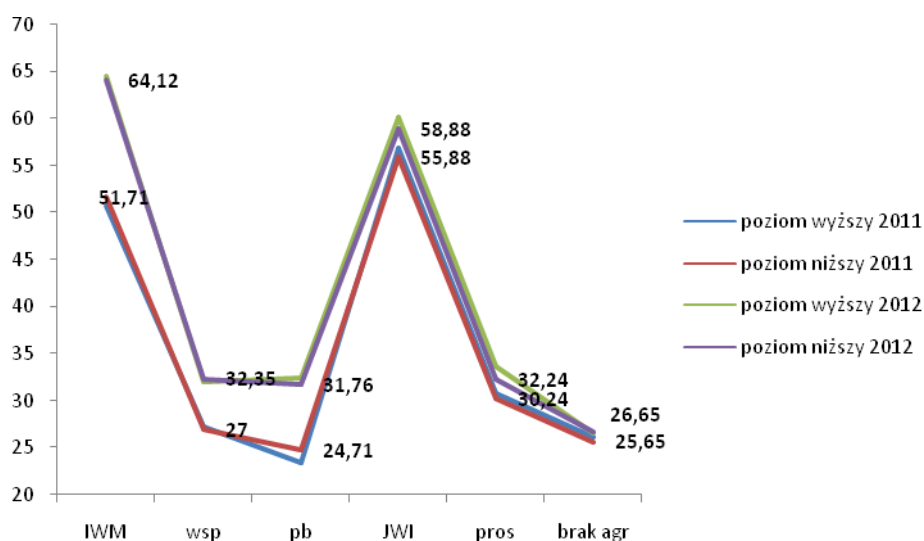
Porównując wyniki z uwzględnieniem różnic średnich w obu porównywanych grupach (Tab. 121; Rys. 43), zauważalny jest niewielki trend wskazujący większy zakres zmian wśród kobiet wykształconych (FI, IWM, PB, JWI, PROS), jednakże jest to różnica nieistotna statystycznie.

Tabela 121. Statystyki opisowe dla funkcjonowania interpersonalnego w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012.

Podskale KNIIS	Poziom wyższy – gr.1		Poziom niższy – gr.2		Różnice średnich po roku terapii	
	2011	2012	2011	2012	dla gr. 1	dla gr. 2
FUNKCJONOWANIE INTERPERSONALNE	107,62	124,69	107,59	123,00	17,07	15,41
„Inni wobec mnie” – IWM	50,69	64,54	51,71	64,12	13,85	12,41
Wsparcie (wsp)	27,23	32,08	27,00	32,35	4,85	5,35
Poczucie bezpieczeństwa (pb)	23,46	32,46	24,71	31,76	9,00	7,05
„Ja wobec innych” – JWI	56,92	60,15	55,88	58,88	3,23	3,00
Prospołeczność (pros)	30,77	33,62	30,24	32,24	2,85	2,00
Agresywność (brak agr)	26,15	26,54	25,65	26,65	0,39	1,00

Źródło: opracowanie własne.

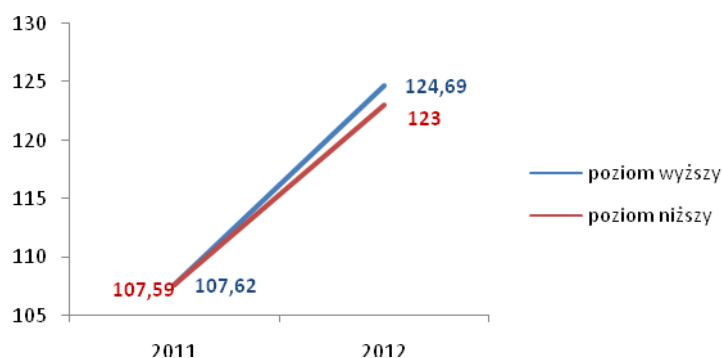
Rys. 43. Funkcjonowanie interpersonalne w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012.



Źródło: opracowanie własne.

W konsekwencji stwierdzić można, że w zakresach FI, IWM i JWI (ani też w ich składowych) nie stwierdzono różnicującego wpływu czynnika wykształcenia (Rys. 44).

Rys. 44. Funkcjonowanie interpersonalne w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012.



Źródło: opracowanie własne.

Różnica w wynikach dla obu momentów badawczych wynosiła 17,07 punktów wśród grupy kobiet bardziej wykształconych, zaś 15,41 w grupie alternatywnej. W nieznaczącym stopniu, niemniej jednak, terapia w tym zakresie okazała się bardziej skuteczna przy większych standardach edukacyjnych.

8.4.2.3. OBRAZ ŚWIATA (NADZIEJA PODSTAWOWA) A SYTUACJA EDUKACYJNA – DYNAMIKA ZMIAN W PRZEBIEGU TERAPII

W przypadku osób doświadczających przemocy trudno oczekiwać, że wyniki poczucia sensowności i przychylności świata będą wysokie. W trakcie terapii ukierunkowania na te obszary badawcze są znaczące. Mamy tu do czynienia nie z emocjami, jak w przypadku nastawień intrapsychicznych, czy umiejętnościami funkcjonowania interpersonalnego, lecz z elementami światopoglądu. Przypuszczać można, że treść, jak i strona formalna (struktura) takich uzasadnień jest odmienna u osób z różnym doświadczeniem, co wynika z umiejętności analizy, wnioskowania i uogólniania.

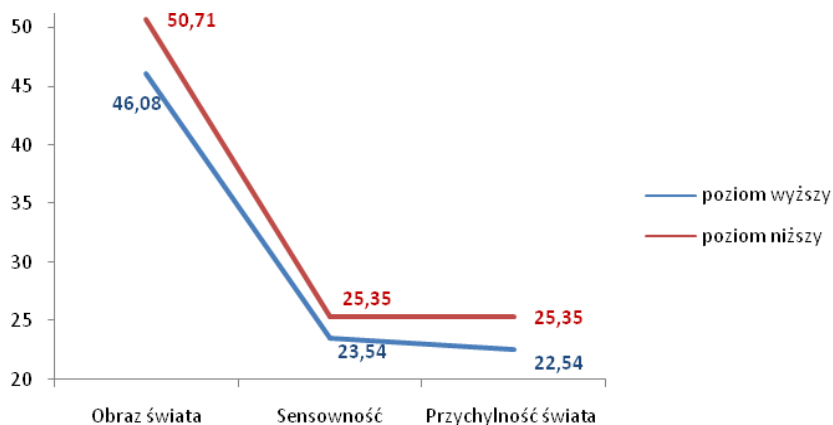
Analiza obrazu świata (Tab. 122; Rys. 45), wykazała, że generalny wynik jest statystycznie istotny ($p=0,045$). Przed przystąpieniem do terapii, kobiety posiadające przynajmniej wykształcenie średnie osiągnęły niższe wyniki ($M=46,08$), niż kobiety z niższym wykształceniem ($M=50,71$). Dodatkowo można zauważyć, że kobiety z pierwszej grupy są między sobą bardziej zróżnicowane ($SD=7,1$) niż kobiety z grupy drugiej ($SD=4,66$). Kobiety z niższym wykształceniem uważają także, że świat jest wobec nich bardziej przychylny, niż wydaje się to kobietom z wykształceniem na poziomie wyższym. Wynik jest istotny na poziomie $p=0,028$.

Tabela 122. Obraz świata w obu grupach kobiet – przed terapią – 2011.

Podskale KNIIS	Poziom wyższy		Poziom niższy		p
	M	SD	M	SD	
Obraz świata - nadzieja podstawowa	46,08	7,123	50,71	4,661	0,045
Sensowność, zorganizowanie świata	23,54	3,865	25,35	3,121	0,122
Przychylność świata	22,54	3,821	25,35	2,344	0,028

Źródło: opracowanie własne.

Rys. 45. Obraz świata w obu grupach kobiet – przed terapią – 2011.



Źródło: opracowanie własne.

Interpretacja tego wyniku jest trudna, ale świadczyć może o mniejszej refleksyjności, czy też świadomości natury i kształtu świata (tego, co się w nim wydarza), a także o większym stopniu normalizowania „wydarzeń złych” i „sytuacji krzywdzących”, wynikającym z „pochodzenia” (normalizacja zachowań dewiacyjnych w grupach zmarginalizowanych, choć nie można wnioskować jednocześnie, że poziom wykształcenia bezpośrednio wyznacza normalizację dewiacji). W świetle wstępnych rozważań powyższe dane „przed rozpoczęciem terapii” mogą się wydawać zaskakujące, choć interpretowalne także w innych kategoriach – *copyingu* życiowego (opartego o proste zasady radzenia sobie), czy też silniejszych mechanizmów obronnych kobiet z grupy o niższym wykształceniu. To bowiem ta grupa kobiet osiągnęła korzystniejsze wyniki, tak w ujęciu globalnym (o 4,63 pkt., różnica istotna, $p=0,045$), wymiarze przychylności (o 2,81 pkt., różnica istotna, $p=0,028$), jak i sensowności świata (o 1,81 pkt., różnica nieistotna). Grupa o niższym wykształceniu okazała się także bardziej jednorodna ($SD=4,661$), aniżeli grupa porównywana ($SD=7,123$).

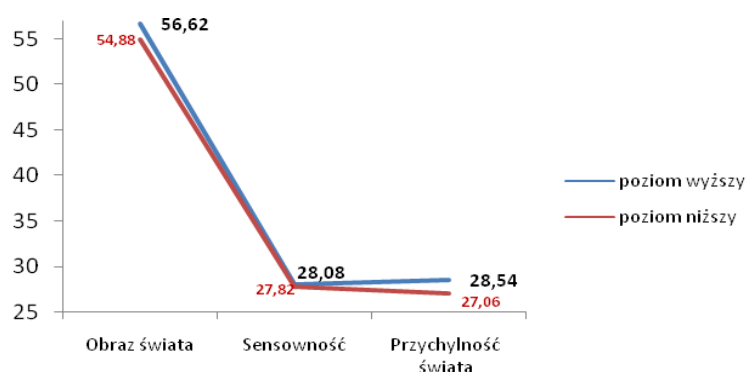
Analiza wyników po roku terapii (Tab. 123; Rys. 46), wskazuje na brak istotnego znaczenia wykształcenia dla jej rezultatów w zakresie kształtowania obrazu świata.

Tabela 123. Obraz świata w obu grupach kobiet – po roku terapii – 2012.

Podskale KNIIS	Poziom wyższy		Poziom niższy		p
	M	SD	M	SD	
Obraz świata - nadzieja podstawowa	56,62	4,292	54,88	5,023	0,221
Sensowność, zorganizowanie świata	28,08	2,532	27,82	2,351	0,766
Przychylność świata	28,54	2,537	27,06	3,526	0,105

Źródło: opracowanie własne.

Rys. 46. Obraz świata w obu grupach kobiet – po roku terapii – 2012.



Źródło: opracowanie własne.

Chociaż po roku terapii, co potwierdza rozumowanie wstępne, nieco większą progresję wyników zanotowano w grupie kobiet lepiej wykształconych. Różnice nie są

istotne statystycznie, niemniej niezmiennie grupa ta uzyskuje „lepsze” wyniki. Stała się również bardziej jednolita, podczas gdy wśród kobiet gorzej wykształconych rozrzut wyników zwiększył się.

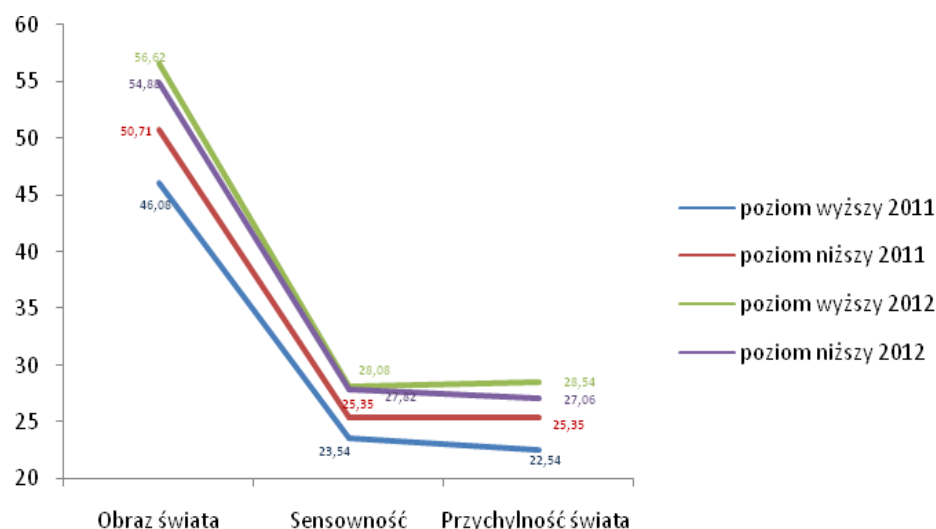
Dokonując bezpośredniego porównania wyników z obu badań, czyli różnic średnich (Tab. 124; Rys. 47), widoczna jest wyraźnie większa progresja zmian dokonujących się w obrazie świata wśród kobiet lepiej wykształconych, wyznaczana znacznie silniej przez podskale – *przychylność świata* (ok. 2 pkt.), niż jego *sensowność i zorganizowanie* (ponad 4 pkt.). Konkretyzując, z analizy danych wynika, iż obraz świata uległ zdecydowanie większej poprawie wśród kobiet z grupy o wyższym wykształceniu (o 10,54 pkta, grupa alternatywna - 4,17 pkta). Zdecydowanie zmieniły się przekonania o przychylności świata (o 6 pkt, grupa alternatywna - 1,71 pkta). Dotyczy to także sensowności, lecz różnica punktowa wyniosła mniej niż 2,07 na korzyść grupy o wyższym wykształceniu.

Tabela 124. Statystyki opisowe dla podskal obrazu świata w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012.

Podskale KNIIS	Poziom wyższy – gr.1		Poziom niższy gr.2		Różnice średnich po roku terapii	
	2011	2012	2011	2012	dla gr.1	dla gr.2
Obraz świata - nadzieja podstawowa	46,08	56,62	50,71	54,88	10,54	4,17
Sensowność, zorganizowanie świata	23,54	28,08	25,35	27,82	4,54	2,47
Przychylność świata	22,54	28,54	25,35	27,06	6,00	1,71

Źródło: opracowanie własne.

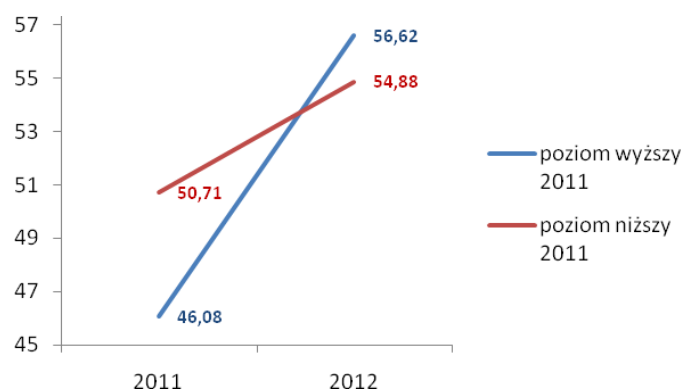
Rys. 47. Obraz świata w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012.



Źródło: opracowanie własne.

Ogólne tendencje w zmianie obrazu świata w procesie terapii wyznaczonej przez poziom wykształcenia obrazuje poniższy wykres (Rys. 48).

Rys. 48. Obraz świata w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012.



Źródło: opracowanie własne.

Powyższy wykres (Rys. 48) dosyć dobrze oddaje dynamikę zmian w opisywanych zakresach. Grupa 1. (kobiety o poziomie wyższym wykształcenia) rozpoczynały terapię z niższego pułapu wyników, zyskując progresję 10,54 punkta i sytuując się po roku terapii powyżej parametrów grupy 2 (kobiety o poziomie niższym wykształcenia), ta zaś uzyskała przyrost o 4,17 punkta. Pozwala to przyjąć wstępnie założenie co do organizacji światopoglądowych aspektów osobowości, oraz wpływu wykształcenia w tym względzie - za zasadne.

8.4.2.4. OBRAZ WŁASNEGO ŻYCIA (SKUTCZNOŚĆ, KONTROLA VERSUS BEZRADNOŚĆ, BRAK KONTROLI) A SYTUACJA EDUKACYJNA - DYNAMIKA ZMIAN W PRZEBIEGU TERAPII

Obraz życia i przekonania na jego temat określane w kategoriach przewidywania sukcesu i powodzenia (sprawstwo i skuteczność) to raczej subiektywne przeświadczenia oparte o doświadczenie, niż konkretna kompetencja. Można w ramach wstępnych założeń przewidywać wieloraki wpływ wykształcenia na obraz własnego życia, np.: że nie ma wpływu na osobiste ustosunkowania do życia, że ułatwia budowanie sieci poznawczej. Rozstrzygnięcia mogą dostarczyć wyniki badań (Tab. 125).

Tabela 125. Obraz własnego życia w obu grupach kobiet – przed terapią – 2011.

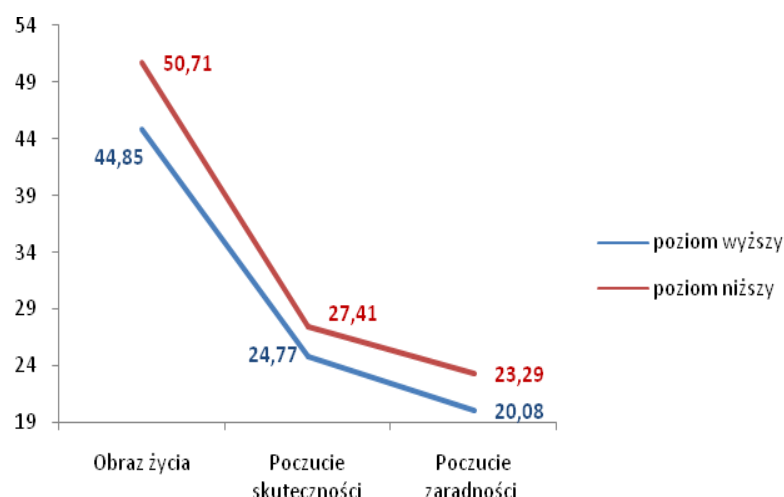
Podskale KNIIS	Poziom wyższy		Poziom niższy		p
	M	SD	M	SD	
Obraz życia – skuteczność sprawczość	44,85	10,792	50,71	7,720	0,033
Poczucie skuteczności	24,77	6,392	27,41	4,570	0,147
Poczucie zaradności	20,08	5,057	23,29	3,653	0,030

Źródło: opracowanie własne.

Jak wskazują dane zawarte w powyższej tabeli (Tab. 125; Rys. 49) czynnik wykształcenia różnicuje przed terapią respondentki w zakresie jego wpływu na obraz życia. Kobiety z grupy o niższym poziomie wykształcenia cechuje bardziej konstruktywny obraz życia (wyniki wyższe o 5,86 punktów, co stanowi różnicę istotną).

Zdecydowanie też kobiety z grupy alternatywnej wykazują się większą zaradnością (3,21 punkty różnicy; wynik testu statystycznego U-Manna-Whitneya istotny), jak i poczuciem skuteczności (2,64 punkty więcej, różnica nieistotna).

Rys. 49. Obraz życia w obu grupach kobiet – przed terapią – 2011.



Źródło: opracowanie własne.

Potwierdza się więc ta interpretacja, która odwołuje się do utrudniającego znaczenia wykształcenia dla kreowania obrazu życia. Kobiety mniej wykształcone są w warunkach przemocy bardziej zaradne i stosują być może mniej skomplikowane, ale zdecydowane i skuteczne sposoby *copyingu*. Są też grupą bardziej jednorodną.

Po roku terapii wyniki we wszystkich skalach się ujednolicają (Tab. 126; Rys. 50), co stanowić może przesłankę wnioskowania o konieczności różnicowania oddziaływań terapeutycznych zależnie od poziomu wykształcenia w tym obszarze (jest to pierwsza zmienna, w której osoby lepiej wykształcone nie uzyskały w procesie terapii wyższych wyników niż osoby o niższym wykształceniu).

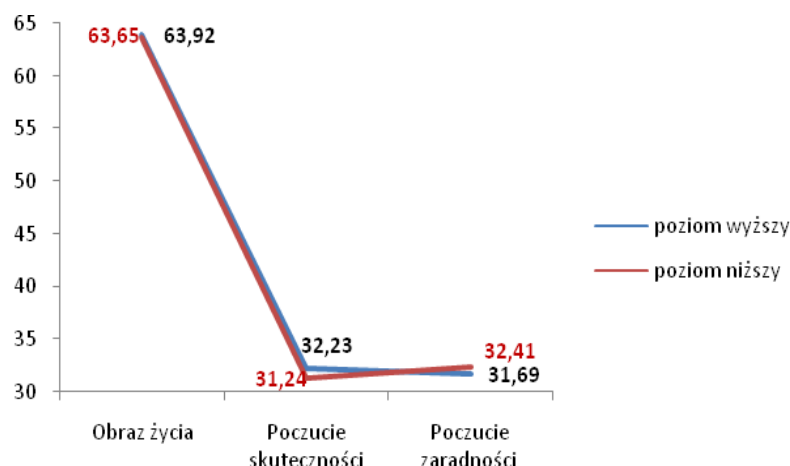
Tabela 126. Obraz własnego życia w obu grupach kobiet – po roku terapii – 2012.

Podskale KNIIS	Poziom wyższy		Poziom niższy		p
	M	SD	M	SD	
Obraz życia – skuteczność sprawczość	63,92	6,910	63,65	7,591	0,867
Poczucie skuteczności	32,23	3,140	31,24	3,597	0,331
Poczucie zaradności	31,69	4,270	32,41	4,976	0,753

Źródło: opracowanie własne.

W efekcie terapii obie grupy badanych kobiet uzyskały zatem zbliżone wyniki, upodabniając się pod względem obrazu życia. Oznacza to, że zmiany w grupie kobiet o poziomie wykształcenia wyższego były większe i bardziej rozległe, zaś wskaźnik SD ukazuje też, że grupa ta stała się bardziej jednorodna.

Rys. 50. Obraz życia w obu grupach kobiet – po roku terapii – 2012.



Źródło: opracowanie własne.

Czynnik wykształcenia jest więc bardziej znaczący w terapii dla osób „lepiej” wykształconych. Nie dotyczy to zaradności, która i po roku terapii jest nieznacznie wyższa wśród badanych kobiet z grupy o poziomie wykształcenia niższego.

Porównując różnice średnich w obu porównywanych grupach (Tab. 127; Rys. 51), widoczna jest ich jednolitość, co jednak nie oznacza braku różnicującego znaczenia poziomu wykształcenia dla efektów prowadzonej terapii, gdyż poziom wyjściowy istotnie różnicował badane grupy (lepiej wykształcone kobiety miały bardziej negatywny obraz świata).

Tabela 127. Obraz własnego życia w obu grupach kobiet po roku terapii. Wyniki porównawcze 2011 i 2012.

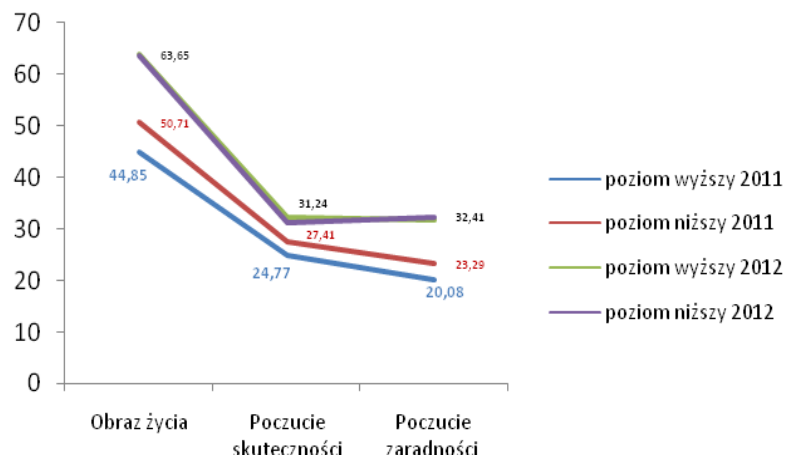
Podskale KNIIS	Poziom wyższy - gr.1		Poziom niższy - gr.2		Różnice średnich po roku terapii	
	2011	2012	2011	2012	dla gr. 1	dla gr. 2
Obraz życia – skuteczność sprawczość	44,85	63,92	44,85	63,65	19,07	18,8
Poczucie skuteczności	24,77	32,23	24,77	31,24	7,46	6,47
Poczucie zaradności	20,08	31,69	20,08	32,41	11,61	12,33

Źródło: opracowanie własne.

W trakcie terapii zaobserwowano wyraźną dynamikę zmian. Wartości punktowe obrazu świata w grupie kobiet o wyższym wykształceniu wzrosły, podobnie jak w grupie alternatywnej, z tym, że nieco bardziej w grupie kobiet wykształconych (o 0,27

punkta). W zakresie poczucia skuteczności stwierdzono poprawę większą w grupie kobiet wykształconych (o 0,99 punkta), natomiast zaradność wykazała większą dynamikę w grupie kobiet o niższym wykształceniu (o 0,72 punkta).

Rys. 51. Obraz życia w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012.

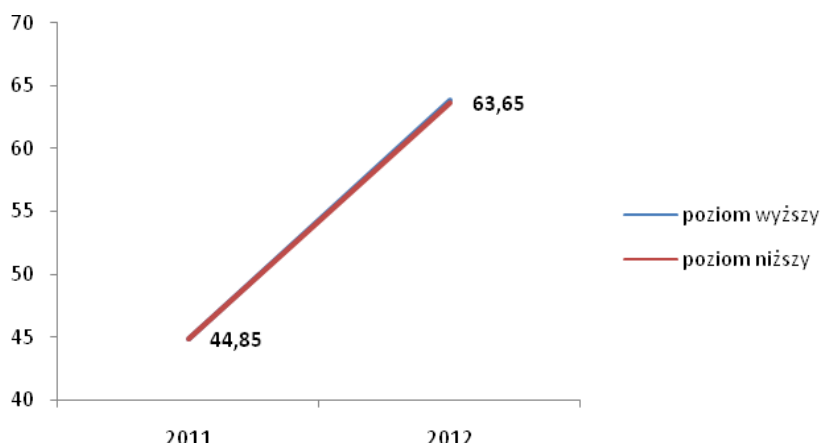


Źródło: opracowanie własne.

Nie są to więc różnice zmian bardzo znaczące, nie są też jednokierunkowe. Wyższy poziom edukacji łączy się ze zmianami ogólnymi i w zakresie skuteczności, zaś niższe – z zaradnością.

Ogólne tendencje, obrazujące zmiany w sferze przekonań dotyczących własnego życia które stanowią wypadkową oceny poczucia skuteczności i zaradności, zaś wynikające z przebiegu terapii, przedstawia poniższy wykres (Rys. 52).

Rys. 52. Obraz życia w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012.



Źródło: opracowanie własne.

8.4.2.5. ZMIENNA APROBATY SPOŁECZNEJ A SYTUACJA EDUKACYJNA – DYNAMIKA ZMIAN W PRZEBIEGU TERAPII

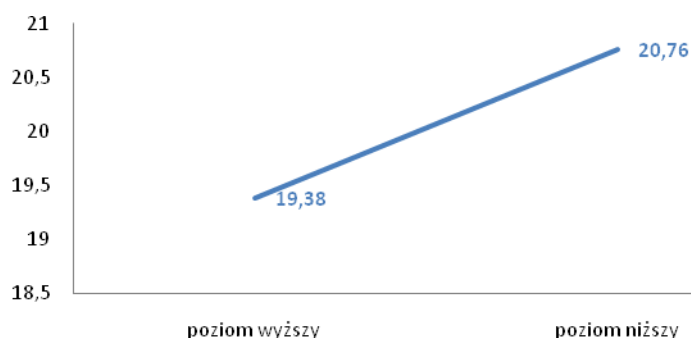
Aprobata społeczna wyraża tendencję do ukazywania się w świetle pożądanym społecznie, czyli wyraża nieświadome skłonności do korygowania w samoopisie wyników zgodnie z oczekiwaniami i presją otoczenia. Tendencje takie są w przypadku przemocy dość powszechne, gdyż jest to doświadczenie wyraźnie odbiegające od standardów społecznych. Można też przewidywać, że osoby mniej wykształcone bardziej ulegają tym tendencjom (Tab. 128; Rys. 53).

Tabela 128. Skala kłamstwa (zmienna aprobaty społecznej) w obu grupach kobiet – **przed terapią** – 2011.

Podskala KNIIS	Poziom wyższy		Poziom niższy		p
	M	SD	M	SD	
SKALA KONTROLNA - aprobatę społeczną, kłamstwo	19,38	3,124	20,76	3,093	0,151

Źródło: opracowanie własne.

Rys. 53. Skala kłamstwa (zmienna aprobaty społecznej) w obu grupach kobiet – **przed terapią** – 2011.



Źródło: opracowanie własne.

Przed terapią kobiety z grupy o niższym wykształceniu osiągnęły nieco wyższy wskaźnik aprobaty (o 1,38 punkta), co oznacza, że są bardziej podatne na uwzględnianie oczekiwań społecznych względem przemocy.

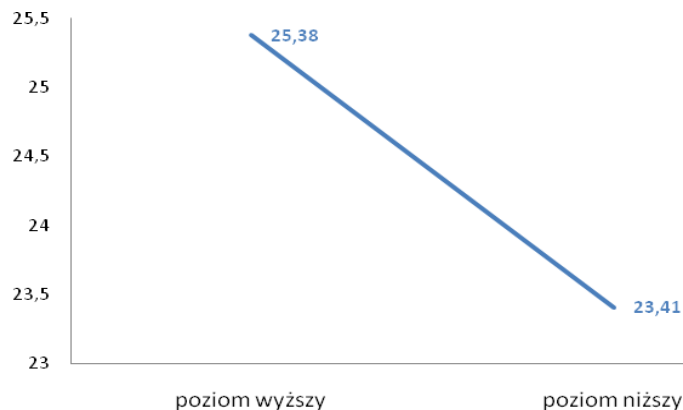
Dokonana analiza w tym zakresie po roku terapii pokazuje tendencję odwrotną (Tab. 129; Rys. 54) – grupa kobiet o wyższym statusie edukacyjnym osiągnęła wyniki wyższe (o 1,97 punkta). Można przypuszczać, że uczestnictwo w procesie terapeutycznym wywarło wpływ na poczucie konieczności dopasowania własnej pozycji do wyższych standardów życia społecznego, a oczekiwania kobiet niżej wykształconych są w tym zakresie mniejsze. Zwiększająca się świadomość w zakresie przemocy wewnątrzrodzinnej, a także samoświadomość, mogła wśród kobiet lepiej wykształconych włączyć mechanizm obronny, służący polepszeniu własnego obrazu w oczach innych.

Tabela 129. Skala kłamstwa (zmienna aprobaty społecznej) w obu grupach kobiet – **po roku terapii** – 2012.

Podskala KNIIS	Poziom wyższy		Poziom niższy		p
	M	SD	M	SD	
SKALA KONTROLNA - aprobatą społeczną, kłamstwo	25,38	3,798	23,41	4,345	0,257

Źródło: opracowanie własne.

Rys. 54. Skala kłamstwa (zmienna aprobaty społecznej) w obu grupach kobiet – **po roku terapii** – 2012.



Źródło: opracowanie własne.

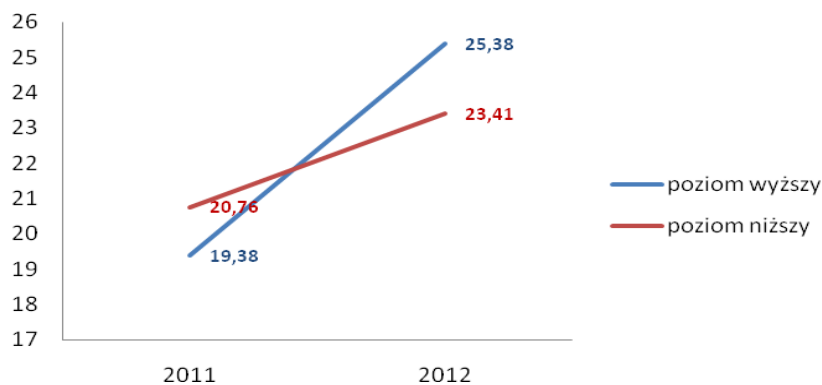
Dokonując bezpośredniego porównania różnic średnich (Tab. 130; Rys. 55) w obu pomiarach (2011 i 2012) potwierdza wyraźnie silniejszą tendencję do zakłamywania obrazu siebie w oczach innych, która nasiliła się w toku terapii u kobiet o wyższym wykształceniu.

Tabela 130. Skala kłamstwa (zmienna aprobaty społecznej) w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012.

Podskale KNIIS	Poziom wyższy – gr.1		Poziom niższy – gr. 2		Różnice średnich po roku terapii	
	2011	2012	2011	2012	dla gr.1	dla gr.2
SKALA KONTROLNA - aprobatą społeczną, kłamstwo	19,38	25,38	20,76	23,41	6,00	2,65

Źródło: opracowanie własne.

Rys. 55. Skala kłamstwa (zmienna aprobaty społecznej) w obu grupach kobiet – **przed terapią i po roku terapii** – 2011 i 2012.



Źródło: opracowanie własne.

Analiza powyższych danych wskazuje na to, iż w obu grupach badanych kobiet nastąpił przyrost wartości punktowych, jednakże dynamika zmian była znacznie większa w grupie kobiet o wyższym poziomie wykształcenia (o 6 punktów), niż w grupie alternatywnej (2,65 punktów).

Uważam, że wyniki te powinny być interpretowane nie tylko z punktu widzenia nieświadomego kłamstwa. Należy uwzględnić fakt, że po roku terapii u kobiet doświadczających przemocy dochodzi do dalszych przepracowań oceny własnego położenia. Wyższy status edukacyjny uprawnia do dążenia dostosowawczego w zakresie uczynienia życia zgodnym z wymaganiami własnego środowiska – te zaś w przypadku osób lepiej wykształconych są zapewne wyższe.

8.4.3. SYTUACJA ZAWODOWA Kobiet DOŚWIADCZAJĄCYCH PRZEMOCY A NASTAWIENIA INTRAPERSONALNE, INTERPERSONALNE, WOBEC ŚWIATA I WŁASNEGO ŻYCIA

Podobnie jak wykształcenie, także sytuacja zawodowa kobiet doświadczających przemocy może być czynnikiem determinującym efektywność terapii, choć dokonuje się to niewątpliwie pośrednio, determinując proces „zdrowienia” poprzez bardziej stabilną sytuację życiową, co tym samym „daje nadzieję” na możliwość odzyskania kontroli nad własnym życiem, egzemplifikując bezpośrednio status społeczny kobiety, jako wyjściowo i przynajmniej częściowo niezależnej bytowo od sprawcy przemocy. Pomimo świadomości tego, że sytuacja edukacyjna i zawodowa są ze sobą powiązane, dokonano odrębnej analizy znaczenia statusu zawodowego kobiet dla efektywności procesu terapeutycznego, którego wskaźnikami uczyniono zmiany dokonujące się w osobowości kobiet doświadczających przemocy. Przyjęty wskaźnik statusu zawodowego był zdychotomizowany – „pracuje” *versus* „nie pracuje”.

Analiza statystyczna przeprowadzona za pomocą testu U-Manna-Whitney’a, nie wykazała statystycznie istotnej różnicy między kobietami pracującymi i niepracującymi. Zmienna: sytuacja zawodowa, nie różnicuje zatem istotnie statystycznie badanych kobiet w żadnej ze skal KNIIS. Należy jednak zwrócić uwagę, że u obu grup obserwuje się wzrost wartości zmiennych (czyli kobiety podnoszą swoją samoocenę, funkcjonowanie w świecie, a także percepcję świata). Analiza średnich wykazała, że zmiana większa zachodzi w grupie kobiet pracujących.

8.4.3.1. NASTAWIENIA INTRAPERSONALNE (SAMOOCENA) A SYTUACJA ZAWODOWA – DYNAMIKA ZMIAN W PRZEBIEGU TERAPII

Założono, że różnice związane z zatrudnieniem mogą mieć znaczenie dla kształtowania się obrazu siebie (samooceny), ze względu na większą stabilność i potencjalną możliwość kształtowania własnej sytuacji życiowej (korektywne doświadczenie uczące). Uzyskane dane przedstawiono poniżej (Tab. 131; Rys. 56).

Tabela 131. Statystyki opisowe dla podskal samooceny w obu grupach kobiet – **przed terapią** – 2011. Rozróżnienie ze względu na sytuację zawodową.

Podskale KNIIS	pracuje		nie pracuje		p*
	M	SD	M	SD	
SAMOOCENA GLOBALNA	126,86	21,947	130,20	18,671	0,561
Samoocena ogólna, niespecyficzna (SON)	22,86	6,632	23,80	5,797	0,621
Sfera poznawczo-intelektualna (SPI)	23,79	4,886	24,27	4,114	0,813
Sfera fizyczna (SF)	23,57	5,034	24,73	4,234	0,591
Sfera społeczno-moralna (SSM)	31,64	3,895	31,53	3,091	0,813
Sfera charakterologiczna (SCH)	25,00	4,772	25,87	3,662	0,505

Źródło: opracowanie własne

*na podstawie testu U-Manna-Whitney`a

Analiza powyższych danych wskazuje na to, iż kobiety, które pracowały przed rozpoczęciem terapii mają niższą samoocenę od grupy badanych kobiet niepracujących, aczkolwiek różnice te nie są istotne statystycznie. Kobiety pracujące wykazały się niższymi wartościami prawie we wszystkich podskalach KNIIS. Ogólnie jednak – obie grupy kobiet doświadczające przemocy nie akceptowały siebie, były niezadowolone z siebie, miały przekonanie o swojej bezwartościowości.

Rys. 56. Poziom samooceny w obu grupach kobiet – **przed terapią** – 2011



Źródło: opracowanie własne.

Po roku terapii samoocena wyraźnie wzrasta w obu porównywanych grupach, jednakże wyższe wyniki zaobserwować można wśród kobiet pracujących (Tab. 132).

Tabela 132. Statystyki opisowe dla podskal samooceny w obu grupach kobiet – **po roku terapii** – 2012. Rozróżnienie ze względu na sytuację zawodową.

Podskale KNIIS	pracuje		nie pracuje		p
	M	SD	M	SD	
SAMOOCENA GLOBALNA	161,71	14,090	158,87	15,510	0,505
Samoocena ogólna, niespecyficzna (SON)	33,29	3,245	32,33	3,716	0,400
Sfera poznawczo-intelektualna (SPI)	31,50	2,710	31,13	3,720	0,533
Sfera fizyczna (SF)	30,86	4,504	31,27	3,990	0,914
Sfera społeczno-moralna (SSM)	34,07	2,235	33,00	3,140	0,217
Sfera charakterologiczna (SCH)	32,00	3,211	31,13	3,681	0,591

Źródło: opracowanie własne.

Dla kobiet doświadczających przemocy praca jest bardzo często miejscem, w którym czują się bezpiecznie. Przemoc jakiej doświadczają kobiety w domu jest czynnikiem mobilizującym je w pracy. Kobiety bardzo często chcą udowodnić sobie oraz osobom je otaczającym, że są wartościowe i mogą odnieść sukcesy na gruncie zawodowym, pomimo porażek doświadczanych w życiu rodzinnym.

Z kolei kobiety niepracujące osiągają wyniki niższe. Może to wynikać z tego, iż u kobiet doświadczających przemocy mogą występować wewnętrzne bariery do podjęcia zatrudnienia, do których można zaliczyć: niską samoocenę, wstyd, że jest się ofiarą przemocy, jak również brak sił i energii na podjęcie pracy zawodowej.

Powyższe zmiany u badanych kobiet można zaobserwować we wszystkich podskalach kwestionariusza KNIIS dotyczących samooceny (oprócz sfery fizycznej), jednakże różnice, które między nimi występują nie są istotne statystycznie (Rys. 57).

Rys. 57. Poziom samooceny u badanych kobiet w obu grupach – **po roku terapii** – 2012.



Źródło: opracowanie własne.

Być może wynika to z tego, iż okres jednego roku terapii jest czasem zdecydowanie krótkim, by zaobserwować bardziej wyraźne zmiany. Można jedynie przypuszczać, że dłuższy czas uczestnictwa kobiet w terapii (dwa i więcej lat) mógłby spowodować większe zmiany w samoocenie u kobiet pracujących, wynikające z faktu zatrudnienia i osiągania sukcesów zawodowych, zwrotnie oddziałujących na obraz siebie.

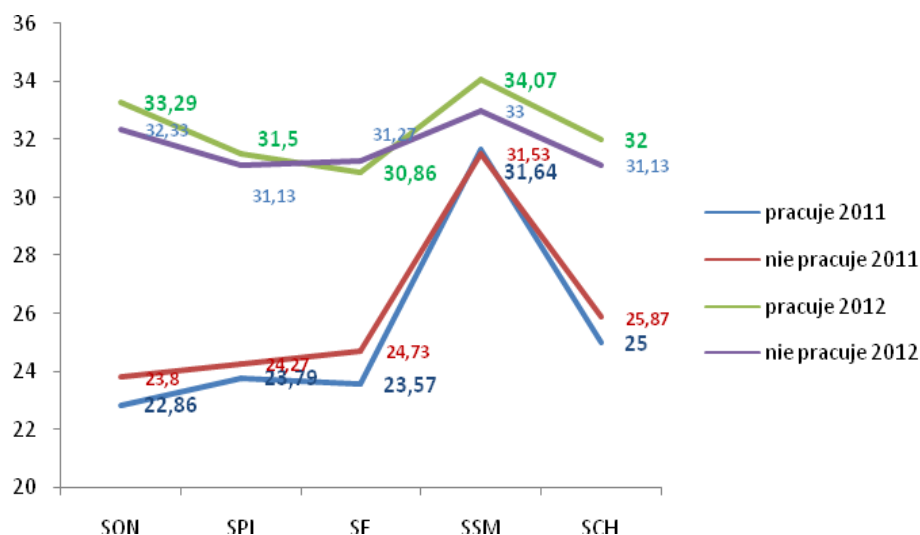
Wskazane tendencje w obu porównywanych grupach w odniesieniu do czasu badania (przed i po roku terapii) zostały zobrazowane w poniższej tabeli (Tab. 133) i na wykresie (Rys. 58). Choć różnice średnich we wszystkich samoocenach nie są duże, to jednak występują konsekwentnie, wskazując na potencjalne znaczenie pracy dla procesu konstruktywnej zmiany.

Tabela 133. Statystyki opisowe dla samooceny w obu grupach kobiet – **wyniki porównawcze.**

Podskale KNIIS	pracuje – gr.1		nie pracuje – gr.2		Różnice średnich po roku terapii	
	2011	2012	2011	2012	dla gr. 1	dla gr. 2
SAMOOCENA GLOBALNA	126,86	161,71	130,20	158,87	34,85	28,67
Samoocena ogólna, niespecyficzna (SON)	22,86	33,29	23,80	32,33	10,43	8,53
Sfera poznawczo-intelektualna (SPI)	23,79	31,50	24,27	31,13	7,71	6,86
Sfera fizyczna (SF)	23,57	30,86	24,73	31,27	7,29	6,54
Sfera społeczno-moralna (SSM)	31,64	34,07	31,53	33,00	2,43	1,47
Sfera charakterologiczna (SCH)	25,00	32,00	25,87	31,13	7,00	5,26

Źródło: opracowanie własne.

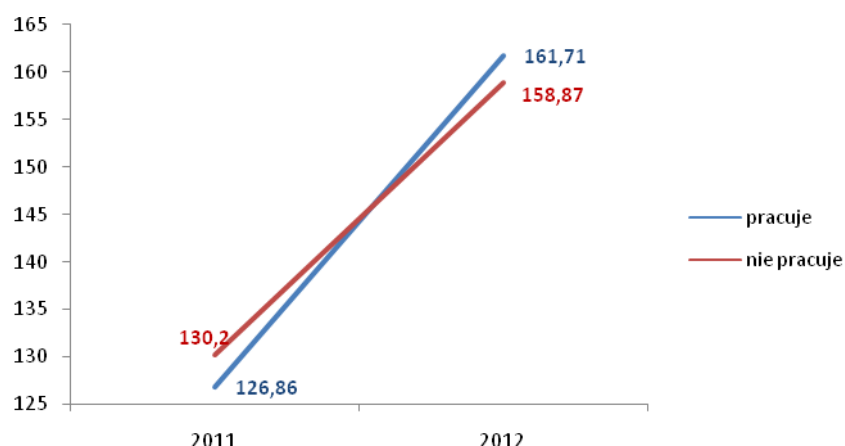
Rys. 58. Poziom samooceny w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012.



Źródło: opracowanie własne.

Ogólne tendencje, obrazujące zmiany w sferze samooceny globalnej, która stanowi swoista wypadkową samoocen częściowych i samooceny ogólnej, wynikające z przebiegu terapii, przedstawia poniższy wykres (Rys. 59).

Rys. 59. Samoocena globalna w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012.



Źródło: opracowanie własne.

Jak widać zobrazowane różnice są niewielkie, ale wskazują na wyraźną tendencję do polepszenia obrazu siebie - wyższą u kobiet pracujących.

8.4.3.2. NASTAWIENIA INTERPERSONALNE (FUNKCJONOWANIE SPOŁECZNE) A SYTUACJA ZAWODOWA – DYNAMIKA ZMIAN W PRZEBIEGU TERAPII

Analiza poniższych danych (Tab. 134; Rys. 60) dotycząca sfery funkcjonowania interpersonalnego kobiet doświadczających przemocy pozwala na stwierdzenie, że kobiety z grupy „pracującej” nieco gorzej funkcjonują w relacjach interpersonalnych, aniżeli kobiety z grupy „nie pracującej”. Kobiety z pierwszej grupy osiągnęły wyniki niższe, choć różnice pomiaru między grupami są nieistotne statystycznie.

Tabela 134. Statystyki opisowe dla funkcjonowania interpersonalnego w obu grupach kobiet – przed terapią – 2011.

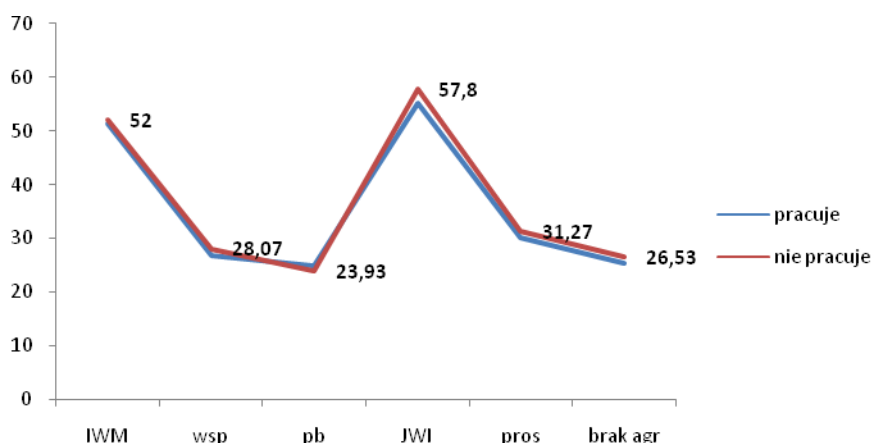
Podskale KNIIS	pracuje		nie pracuje		P
	M	SD	M	SD	
FUNKCJONOWANIE INTERPERSONALNE	106,64	10,536	109,80	9,660	0,570
„Inni wobec mnie” – IWM	51,43	8,899	52,00	8,840	0,792
Wsparcie (wsp)	26,64	5,813	28,07	5,311	0,555
Poczucie bezpieczeństwa (pb)	24,79	4,154	23,93	4,698	0,509
„Ja wobec innych” – JWI	55,21	4,933	57,80	4,074	0,059
Prospołeczność (pros)	30,00	3,211	31,27	2,712	0,262
Agresywność (brak agr)	25,21	2,547	26,53	2,475	0,118

Źródło: opracowanie własne.

Przemoc jakiej doświadczają kobiety ze strony swoich mężów/partnerów niejednokrotnie negatywnie odbija się na ich pracy zawodowej. Strach przed oprawcą powoduje bardzo często paraliż, który „nie pozwala” kobietom normalnie funkcjonować

nie tylko w swoim środowisku rodzinnym, ale także w pracy. Pojawiają się u nich najpierw problemy z koncentracją, a następnie wstręt do wszystkiego i do wszystkich. W takim stanie trudno być dobrym pracownikiem i sumiennie wykonywać swoje obowiązki służbowe.

Rys. 60. Funkcjonowanie interpersonalne obu grup kobiet – **przed terapią** – 2011.



Źródło: opracowanie własne.

Po roku terapii sytuacja się zmienia, niemal analogicznie jak w przypadku samooceny (Tab. 135; Rys. 61).

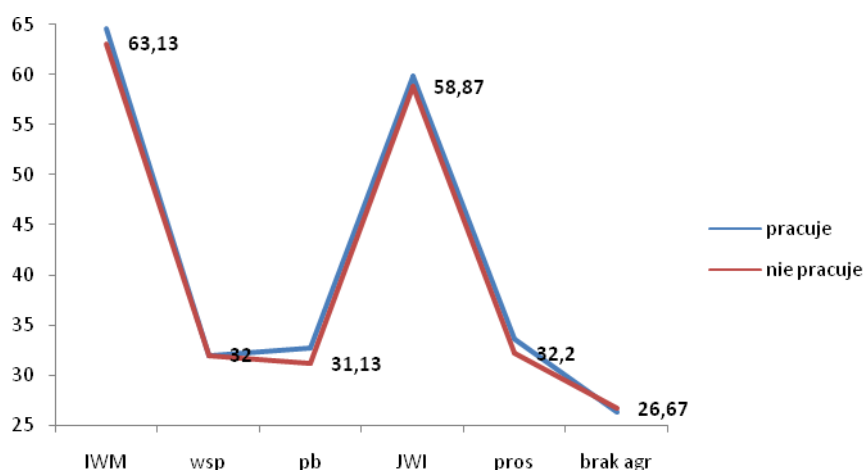
Tabela 135. Statystyki opisowe dla funkcjonowania interpersonalnego w obu grupach kobiet – **po roku terapii** – 2012.

Podskale KNIIS	pracuje		nie pracuje		P
	M	SD	M	SD	
FUNKCJONOWANIE INTERPERSONALNE	124,57	8,437	122,00	11,729	0,585
„Inni wobec mnie” – IWM	64,64	6,332	63,13	6,988	0,810
Wsparcie (wsp)	31,93	2,759	32,00	3,566	0,843
Poczucie bezpieczeństwa (pb)	32,71	4,304	31,13	3,998	0,335
„Ja wobec innych” – JWI	59,93	3,174	58,87	5,998	0,470
Prospołeczność (pros)	33,64	2,405	32,20	4,004	0,367
Agresywność (brak agr)	26,29	2,054	26,67	2,664	0,724

Źródło: opracowanie własne.

Analizując wyniki po roku terapii w sferze funkcjonowania interpersonalnego (Tab. 135), można zauważyć, iż kobiety z grupy „pracujących” osiągnęły wyższe wyniki, aniżeli kobiety z drugiej grupy. Zdecydowanie polepsza się jakość funkcjonowania w relacjach, wyznaczana przekonaniem na temat postaw innych wobec Ja (IWM) oraz własnych postaw wobec innych ludzi (JWI). Zmiany te widoczne są w obu badanych grupach, niemniej jednak w grupie kobiet pracujących wyniki są zdecydowanie wyższe. Należy także dodać, iż powyższe wyniki są nieistotne statystycznie.

Rys. 61. Funkcjonowanie interpersonalne obu grup kobiet – **po roku terapii** – 2012.



Źródło: opracowanie własne

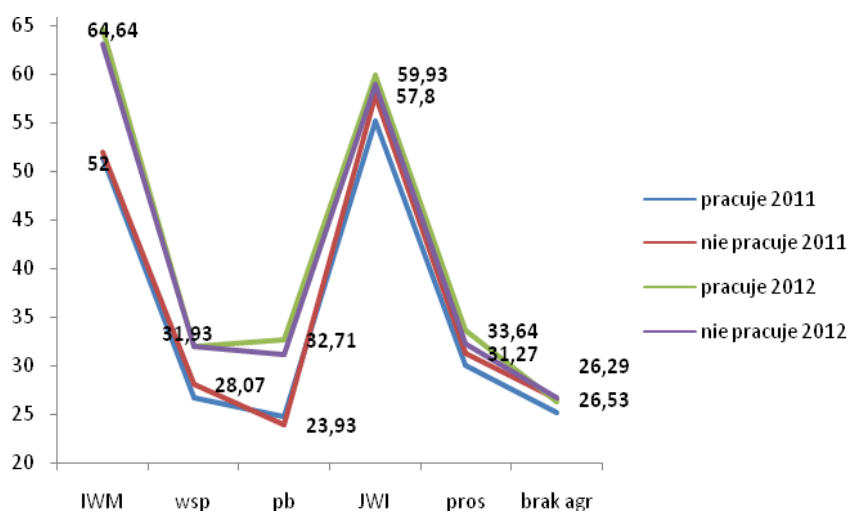
Opisane tendencje obrazują wyniki w poniższej tabeli (Tab. 136) oraz poglądowo przedstawione są na wykresie (Rys. 62).

Tabela 136. Statystyki opisowe dla funkcjonowania interpersonalnego w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012.

Podskale KNIIS	pracuje – gr. 1		nie pracuje – gr. 2		Różnice średnich po roku terapii	
	2011	2012	2011	2012	dla gr. 1	dla gr. 2
FUNKCJONOWANIE INTERPERSONALNE	106,64	124,57	109,80	122,00	17,93	12,2
„Inni wobec mnie” – IWM	51,43	64,64	52,00	63,13	13,21	11,13
Wsparcie (wsp)	26,64	31,93	28,07	32,00	5,29	3,93
Poczucie bezpieczeństwa (pb)	24,79	32,71	23,93	31,13	7,92	7,20
„Ja wobec innych” – JWI	55,21	59,93	57,80	58,87	4,72	1,07
Prospołeczność (pros)	30,00	33,64	31,27	32,20	3,64	0,93
Aresywność (brak agr)	25,21	26,29	26,53	26,67	1,08	0,14

Źródło: opracowanie własne.

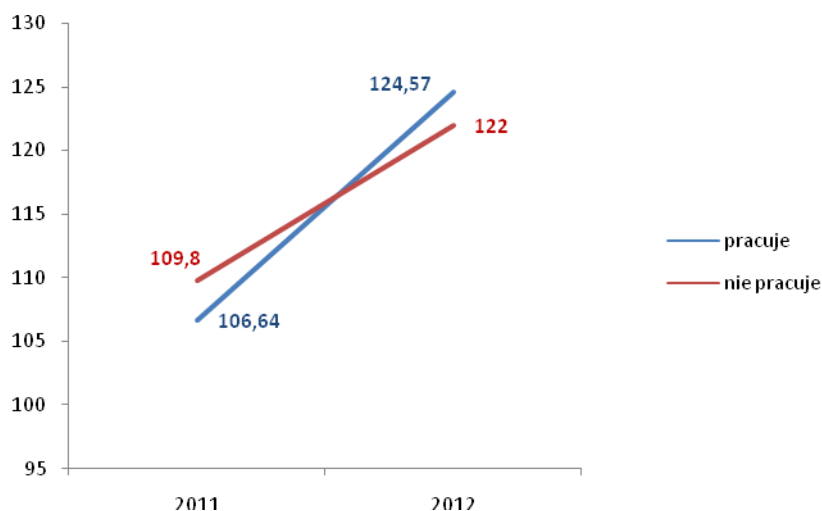
Rys. 62. Funkcjonowanie interpersonalne w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012.



Źródło: opracowanie własne.

Ogólne tendencje, obrazujące zmiany w sferze funkcjonowania interpersonalnego, wynikające z przebiegu terapii, przedstawia poniższy wykres (Rys. 63).

Rys. 63. Wynik generalny dla funkcjonowania interpersonalnego w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012.



Źródło: opracowanie własne.

Podobnie jak w przypadku samooceny wyraźnie, choć statystycznie nieistotnie, w większym stopniu polepsza się funkcjonowanie interpersonalne kobiet pracujących zawodowo.

8.4.3.3. OBRAZ ŚWIATA (NADZIEJA PODSTAWOWA) A SYTUACJA ZAWODOWA - DYNAMIKA ZMIAN W PRZEBIEGU TERAPII

Jak wynika z dokonanych analiz (Tab. 137; Rys. 64), obraz świata w percepcji kobiet doświadczających przemocy, opisywany przez kobiety pracujące, jest wyraźnie – choć nieistotnie statystycznie – gorszy (kobiety z tej grupy osiągnęły wyniki niższe świadczące o negatywnym obrazie świata). Ich zdaniem świat jest zorganizowany w sposób bezsensowny, wedle nieprzewidywalnych zasad. Kobiety z grupy alternatywnej (niepracujące) osiągnęły wyniki wskazujące na bardziej pozytywny obraz świata.

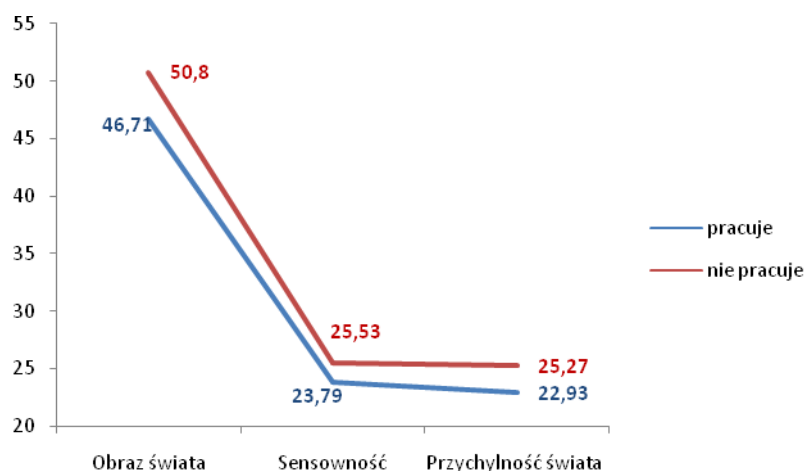
Tabela 137. Obraz świata w obu grupach kobiet – przed terapią – 2011.

Podskale KNIIS	pracuje		nie pracuje		p
	M	SD	M	SD	
Obraz świata - nadzieja podstawowa	46,71	7,087	50,80	4,828	0,083
Sensowność, zorganizowanie świata	23,79	3,745	25,53	3,182	0,127
Przychylność świata	22,93	3,990	25,27	2,314	0,904

Źródło: opracowanie własne

Na poniższym wykresie zwizualizowane zostały dane, które ukazują powyżej opisaną tendencję (Rys. 64).

Rys. 64. Obraz świata w obu grupach kobiet – **przed terapią** – 2011.



Źródło: opracowanie własne.

Po roku terapii (Tab. 138; Rys. 65) obraz świata badanych kobiet zmienia się i staje się bardziej pozytywny zarówno w grupie kobiet pracujących, jak i nie pracujących. Zdecydowanie jednak silniej zaznacza się to w grupie kobiet pracujących (ze względu na wynik początkowy, gdyż generalnie wyniki obu grup po roku terapii się ujednolicają). Kobiety, które doświadczają przemocy bardzo często angażują się w pracę, pracują ponad normatywny czas pracy, gdyż dla wielu z nich jest to miejsce budowania poczucia własnej wartości, samorealizacji oraz miejsce, w którym starają się zapomnieć o swojej trudnej sytuacji domowej⁴⁷². Ponadto posiadanie pracy przez kobiety doświadczające przemocy pozwala im na osiągnięcie niezależności finansowej, która jest dla nich bardzo ważna, gdyż ułatwia im zarówno funkcjonowanie, jak i podjęcie decyzji o wyjściu z przemocowego związku. Wskazać należy też, że część z badanych kobiet podjęła w trakcie terapii pracę, co również może „polepszać” obraz świata, na skutek zmienionej formy funkcjonowania w nim.

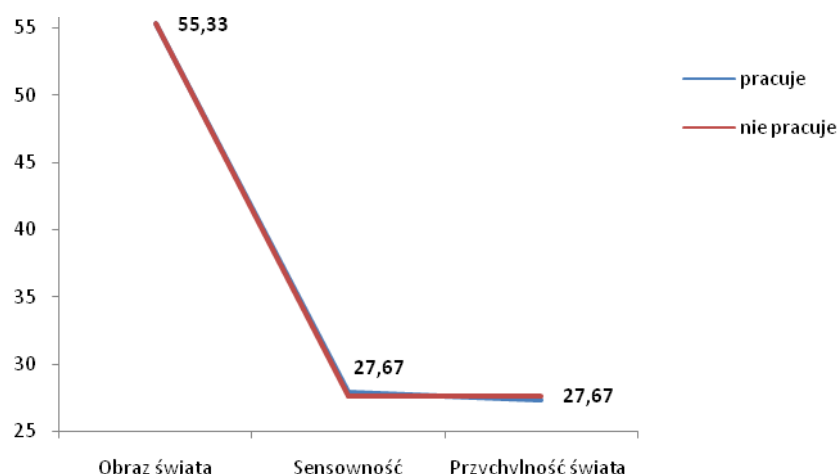
Tabela 138. Obraz świata w obu grupach kobiet – **po roku terapii** – 2012.

Podskale KNIIS	pracuje		nie pracuje		P
	M	SD	M	SD	
Obraz świata - nadzieja podstawowa	55,29	5,090	55,33	3,958	1,000
Sensowność, zorganizowanie świata	27,93	2,786	27,67	1,839	0,842
Przychylność świata	27,36	3,296	27,67	2,944	0,878

Źródło: opracowanie własne.

⁴⁷² Duch D., *Sytuacja kobiet ofiar przemocy domowej na rynku pracy*, „Prawo i Płeć” 2009, nr 8, s. 11-19

Rys. 65. Obraz świata w obu grupach kobiet – po roku terapii – 2012.



Źródło: opracowanie własne.

Porównanie wyników obu grup kobiet w zakresie sposobu spostrzegania świata, zróżnicowanych ze względu na posiadanie zatrudnienia i brak pracy przedstawiono poniżej (Tab. 139; Rys. 66).

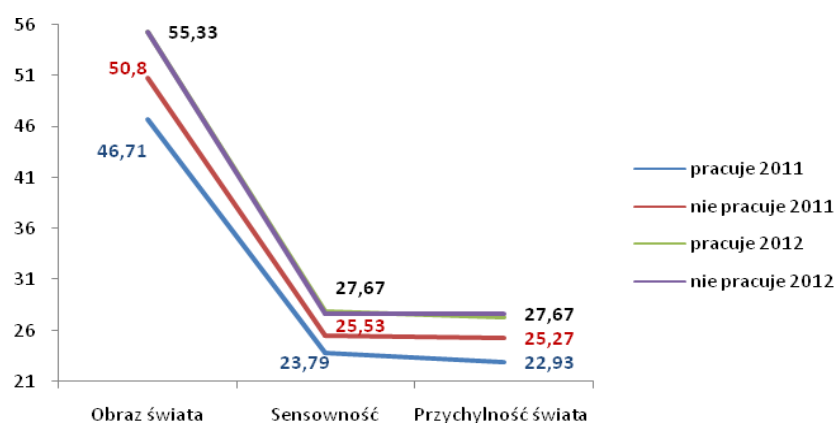
Tabela 139. Statystyki opisowe dla podskal obrazu świata w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012.

Podskale KNIIS	pracuje- gr.1		nie pracuje – gr.2		Różnice średnich po roku terapii	
	2011	2012	2011	2012	dla gr. 1	dla gr. 2
Obraz świata - nadzieja podstawowa	46,71	55,29	50,80	55,33	8,58	4,53
Sensowność, zorganizowanie świata	23,79	27,93	25,53	27,67	4,14	2,14
Przychylność świata	22,93	27,36	25,27	27,67	4,43	2,40

Źródło: opracowanie własne.

Różnice średnich wskazują, że wyraźnie silniej rośnie przekonanie o pozytywnym obrazie świata wśród kobiet pracujących, przy czym przekonanie o przychylności świata w większym stopniu, niż przekonanie o sensowności i zorganizowaniu świata.

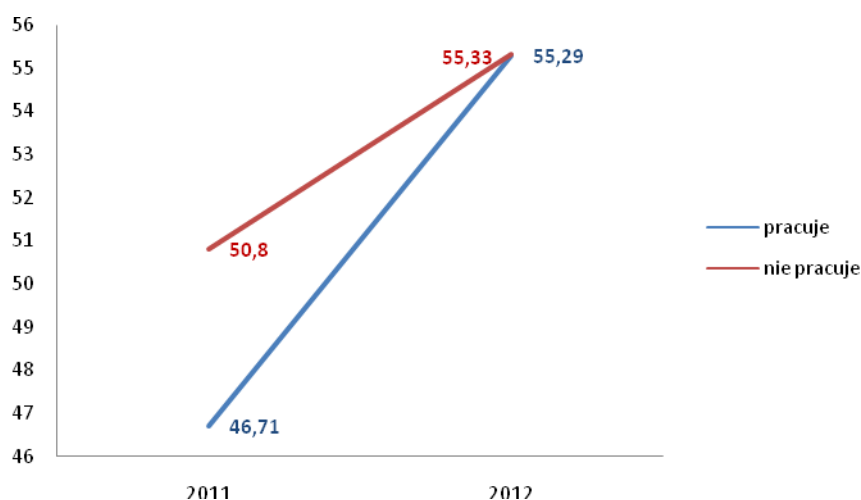
Rys. 66. Obraz świata w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012.



Źródło: opracowanie własne.

Analizując poniższy wykres (Rys. 67) wyraźnie widać, iż w obu grupach badanych kobiet następuje progresja w kierunku pozytywnym, jednakże jest ona zdecydowanie wyraźniejsza w grupie kobiet pracujących. Z kolei wyjściowo poziom pozytywnych nastawień wobec świata jest wyższy w grupie kobiet niepracujących. Dynamika zmian wśród kobiet pracujących jest zatem wyraźnie wyższa.

Rys. 67. Obraz świata w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012.



Źródło: opracowanie własne.

8.4.3.4. OBRAZ WŁASNEGO ŻYCIA (SKUTECZNOŚĆ, KONTROLA VERSUS BEZRADNOŚĆ, BRAK KONTROLI) A SYTUACJA ZAWODOWA – DYNAMIKA ZMIAN W PRZEBIEGU TERAPII

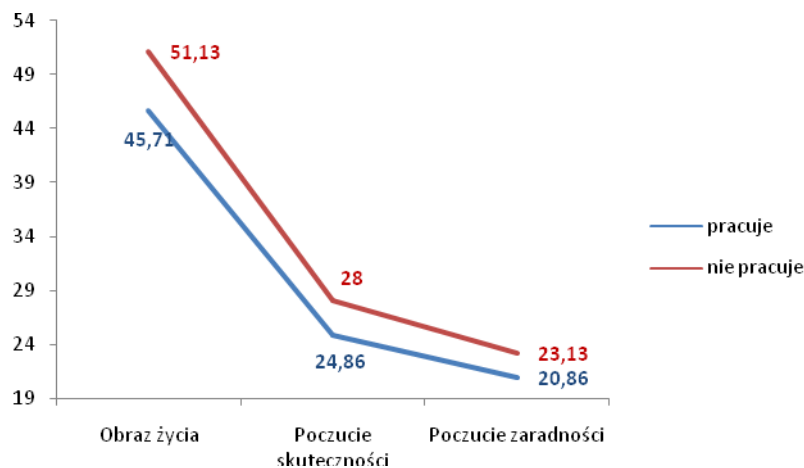
Biorąc pod uwagę poniższe wyniki (Tab. 140; Rys. 68) dotyczące obrazu własnego życia, nie sposób nie zauważyć, iż kobiety niepracujące osiągnęły w tym zakresie wyniki wyższe, wskazujące na bardziej pozytywny obraz życia oraz przekonanie o większej własnej skuteczności i kontroli nad wydarzeniami we własnym życiu. Z kolei kobiety z grupy alternatywnej (pracujące) osiągnęły wyniki niższe, które świadczą o negatywnym podejściu tychże kobiet do ich życia, skuteczności i kontroli wydarzeń w ich życiu. Zaobserwowane wyniki są nieistotne statystycznie.

Tabela 140. Obraz własnego życia w obu grupach kobiet – przed terapią – 2011.

Podskale KNIIS	pracuje		nie pracuje		p
	M	SD	M	SD	
Obraz życia – skuteczność sprawczość	45,71	10,993	51,13	7,140	0,097
Poczucie skuteczności	24,86	6,467	28,00	3,964	0,076
Poczucie zaradności	20,86	5,097	23,13	3,833	0,135

Źródło: opracowanie własne.

Rys. 68. Obraz życia w obu grupach kobiet – przed terapią – 2011.



Źródło: opracowanie własne.

Po roku terapii widoczne są zmiany w zakresie obrazu własnego życia, zarówno w grupie kobiet pracujących, jak i nie pracujących (Tab. 141; Rys. 69).

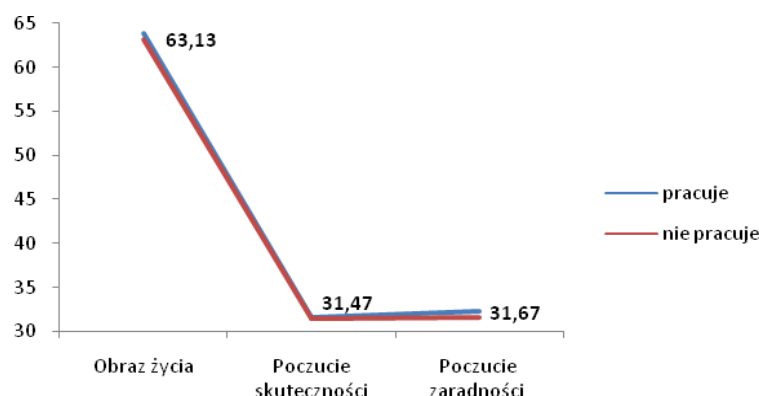
Tabela 141. Obraz własnego życia w obu grupach kobiet – po roku terapii – 2012.

Podskale KNIIS	pracuje		nie pracuje		p
	M	SD	M	SD	
Obraz życia – skuteczność sprawczość	63,86	7,135	63,13	7,367	0,948
Poczucie skuteczności	31,57	3,435	31,47	3,378	0,895
Poczucie zaradności	32,29	4,531	31,67	4,880	0,827

Źródło: opracowanie własne.

Analiza danych zawartych w powyższej tabeli (Tab. 141) wskazuje jednoznacznie, iż w obu grupach badanych kobiet rośnie poczucie skuteczności i zaradności. Jednakże zaznaczyć należy, iż znacznie silniej ujawnia się to w grupie kobiet, które pracują, niż w grupie porównawczej (w porównaniu z wynikiem początkowym, gdyż w drugim badaniu wyniki obu grup ujednolicają się).

Rys. 69. Obraz życia w obu grupach kobiet – po roku terapii – 2012.



Źródło: opracowanie własne.

Uzyskane wyniki zobrazowano w tabeli (Tab. 142) i poglądowo na wykresie (Rys. 70). Analizując wyniki porównawcze (2011 i 2012r.) dla obrazu życia należy podkreślić, iż w zakresie zmiennych szczegółowych zdecydowanie silniej rośnie przekonanie o własnej zaradności i skuteczności w grupie kobiet pracujących. Zapewne jest to spowodowane pozytywnym oddziaływaniem procesu terapeutycznego na kobiety pochodzące z tej grupy badawczej.

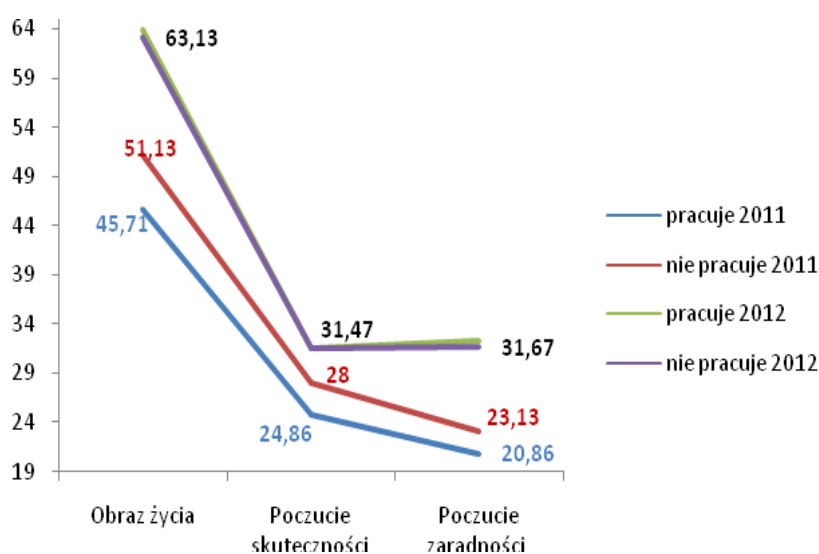
Tabela 142. Obraz życia w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012.

Podskale KNIŚ	pracuje – gr.1		nie pracuje – gr.2		Różnice średnich po roku terapii	
	2011	2012	2011	2012	dla gr. 1	dla gr. 2
Obraz życia – skuteczność sprawczość	45,71	63,86	51,13	63,13	18,15	12
Poczucie skuteczności	24,86	31,57	28,00	31,47	6,71	3,47
Poczucie zaradności	20,86	32,29	23,13	31,67	11,43	8,54

Źródło: opracowanie własne.

Biorąc pod uwagę różnice średnich w obu pomiarach, w znacznie większym stopniu wzrasta poczucie zaradności w grupie kobiet pracujących (różnica średnich – 11,43), niż niepracujących (różnica średnich (8,54). W podobnym stopniu zmianie ulega także poczucie skuteczności, które znacznie silniej charakteryzuje kobiety pracujące (różnica średnich – 6,71), niż niepracujące (różnica średnich – 3,47). Wyznacza to dynamikę obrazu życia w kierunku pozytywnym silniej zaznaczającą się grupie pracujących (różnica średnich – 18,15), niż niepracujących (różnica średnich -12).

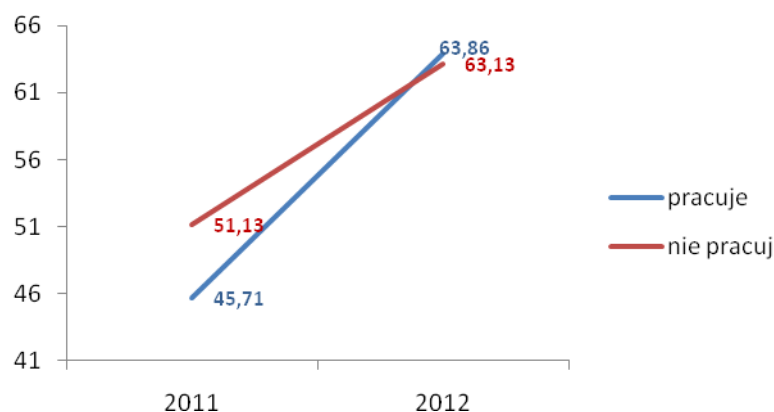
Rys. 70. Obraz życia w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012.



Źródło: opracowanie własne.

Ogólne tendencje, obrazujące zmiany w sferze przekonań dotyczących własnego życia, które stanowią wypadkową oceny poczucia skuteczności i zaradności, zaś wynikające z przebiegu terapii, przedstawia poniższy wykres (Rys. 71).

Rys. 71. Generalny obraz życia w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012.



Źródło: opracowanie własne.

Zaobserwowane zmiany są zatem analogiczne jak w poprzednich obszarach analizy dotyczących przekonań/nastawień poznawczych kobiet pracujących i niepracujących.

8.4.3.5. ZMIENNA APROBATY SPOŁECZNEJ A SYTUACJA ZAWODOWA – DYNAMIKA ZMIAN W PRZEBIEGU TERAPII

W świetle uzyskanych wyników badań, zmienna aprobaty społecznej określająca tendencję do przedstawiania siebie w lepszym świetle, jest wyższa w grupie kobiet niepracujących (Tab. 143; Rys. 72).

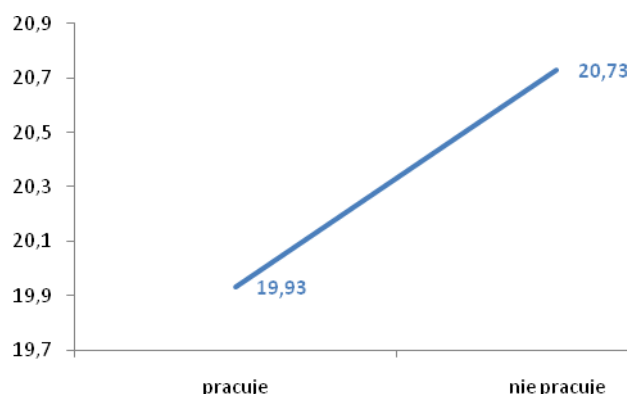
Tabela 143. Skala kłamstwa (zmienna aprobaty społecznej) w obu grupach kobiet – przed terapią – 2011.

Podskala KNIIS	pracuje		nie pracuje		p
	M	SD	M	SD	
SKALA KONTROLNA - aprobatą społeczną, kłamstwo	19,93	3,269	20,73	2,840	0,596

Źródło: opracowanie własne.

Analiza powyższych danych wskazuje, iż kobiety doświadczające przemocy, a zarazem niepracujące, mają większą tendencję do fałszowania własnego obrazu w kierunku pozytywnym, aniżeli kobiety z grupy alternatywnej (pracujące). Otrzymany wynik badania w obu porównywanych grupach nie jest istotny statystycznie.

Rys. 72. Skala kłamstwa (zmienna aprobaty społecznej) w obu grupach kobiet – **przed terapią** – 2011.



Źródło: opracowanie własne.

Po roku terapii sytuacja zmienia się analogicznie jak wcześniej (Tab. 144; Rys. 73) – choć podobnie jak w przypadku wcześniejszych analiz (*występowanie czynników patogennych vs. brak czynników patogennych*) nie jest to zmiana pozytywna. W obu grupach badanych kobiet tendencja do fałszowania informacji dotyczącej własnej osoby rośnie, choć w większym stopniu dotyczy to kobiet z grupy „pracujących”.

Tabela 144. Skala kłamstwa (zmienna aprobaty społecznej) w obu grupach kobiet – **po roku terapii** – 2012.

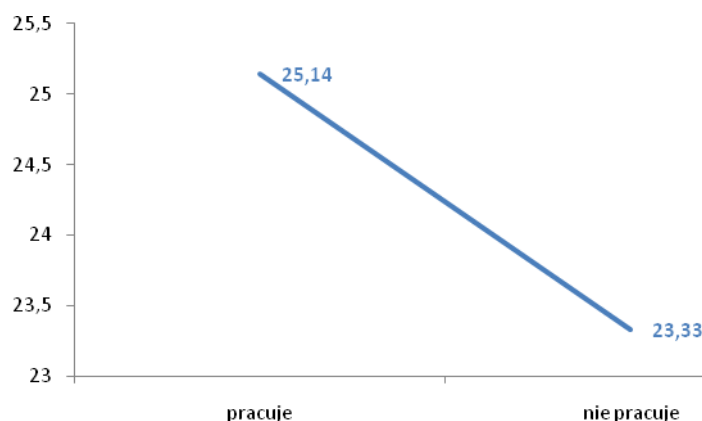
Podskala KNIIS	pracuje		nie pracuje		p
	M	SD	M	SD	
SKALA KONTROLNA - aprobatą społeczną, kłamstwo	25,14	4,504	23,33	3,904	0,304

Źródło: opracowanie własne.

Praca i sukces zawodowy są nie tylko czynnikiem pozwalającym na uzyskanie przez kobiety niezależności ekonomicznej, ale także źródłem satysfakcji i ważnym elementem odbudowywania poczucia własnej wartości, którą kobiety usilnie chcą „budować”.

Analiza powyższych danych (Tab. 144) pozwala stwierdzić, iż nastąpił wyraźny wzrost tendencji do fałszowania obrazu siebie wśród kobiet z grupy „pracujących”, wyższy aniżeli z grupy alternatywnej. Wynika to być może z tego, iż kobiety te niechętnie w miejscu pracy przyznają się do tego, że doświadczają różnych form agresji ze strony swoich mężów/partnerów. Kobiety te wstydzą się swojej sytuacji rodzinnej, niejednokrotnie ukrywają fakt konfliktu małżeńskiego, jak również starają się funkcjonować w społeczeństwie zgodnie z przyjętymi standardami. Chcą niejako „zasłużyć” na pozytywną ocenę, wykorzystując niejako sztukę „zafałszowania własnego obrazu”.

Rys. 73. Skala kłamstwa (zmienna aprobaty społecznej) w obu grupach kobiet – **po roku terapii** – 2012.



Źródło: opracowanie własne.

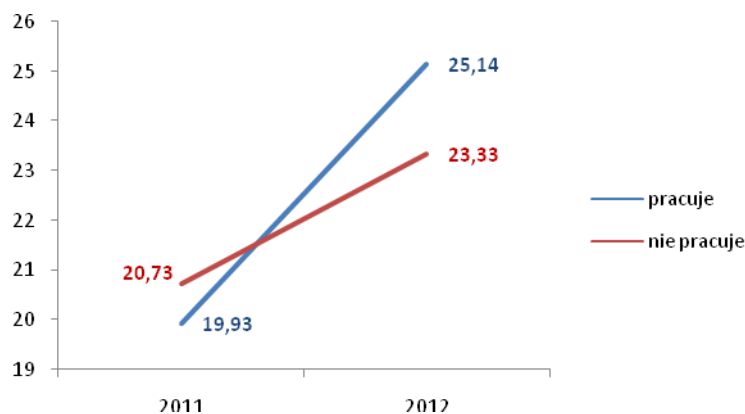
Omówione tendencje zobrazowano poniżej (Tab. 145; Rys. 74). Wyraźnie widoczny jest większy wzrost tendencji przedstawiania siebie w lepszym świetle wśród kobiet, które pracują i doświadczają przemocy ze strony swojego męża/partnera. Dlatego też uczestnictwo w procesie terapii jest pierwszym krokiem dla tych kobiet do odbudowania poczucia pewności, wartości siebie, pozbycia się zahamowań i psychicznej blokady związanej z tym, że do tej pory wszystko robiły pod nadzorem i aprobatą męża.

Tabela 145. Skala kłamstwa (zmienna aprobaty społecznej) w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012.

Podskale KNIIS	pracuje – gr.1		nie pracuje – gr.2		Różnice średnich po roku terapii	
	2011	2012	2011	2012	dla gr. 1	dla gr. 2
SKALA KONTROLNA - aprobaty społeczna, kłamstwo	19,93	25,14	20,73	23,33	5,21	2,60

Źródło: opracowanie własne.

Rys. 74. Skala kłamstwa (zmienna aprobaty społecznej) w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012.



Źródło: opracowanie własne.

Podsumowanie. Przemocy domowej doświadczają kobiety z różnych środowisk społecznych. Doświadczają jej zarówno kobiety, które mają wyższe wykształcenie, wysokie kwalifikacje zawodowe, zajmują wysokie stanowiska, jak i te, które lokują się w dolnych grupach struktury społecznej – bez zawodu, kwalifikacji, czy pracy. Ponadto dla wielu kobiet aktywność zawodowa to ważny element życia.

W pracy, kobiety, mniej czy bardziej świadomie, wydają się poszukiwać obszarów wolności i samorealizacji (szczególnie dotyczy to tych, które wykonują prace bardziej odpowiedzialne, samodzielne, wymagające wiedzy i umiejętności). Praca zawodowa kobiet jest czynnikiem chroniącym je przed utratą kontroli nad sobą i własnym życiem, na niej właśnie budują poczucie własnej wartości i siły.

Z drugiej strony to praca zawodowa kobiet i niezależność finansowa pomaga też położyć kres związkowi z przemocą. Jeśli spirala wymagań męża „podkręca” się coraz wyżej, a przemoc nasila – to, po przekroczeniu pewnego pułapu, kobieta mówi dość i odchodzi z przemocowego, toksycznego związku⁴⁷³.

Z analizy uzyskanych danych wynika, iż uwzględnione czynniki, tj. patologia w rodzinach pochodzenia, wykształcenie i zróżnicowanie zatrudnieniowe pozostają w ścisłym związku z podatnością na terapię, na jej przebieg i dynamikę. Uczestniczki terapii – respondentki, których dotyczył wyraźny *handicap* (a więc występowanie przemocy, niższe wykształcenie, brak zatrudnienia), w prawie bezwyjątkowej większości uzyskały przed terapią korzystniejsze wyniki m.in. w zakresie samooceny, funkcjonowania interpersonalnego jak również postrzegania świata jako bardziej sensownego i im przychylnego.

Wyniki te dowodzą silnego zintegrowania struktur psychologicznych tychże osób, jednakże jest to zapewne integracja na niskim poziomie, powodowana intensywnym wpływem mechanizmów obronnych.

Jednak w wyniku terapii, to kobiety o przeciwstawnej charakterystyce, uzyskują lepsze rezultaty we wszystkich analizowanych zakresach, choć w niejednakowym stopniu. Zarówno uczestnictwo w życiu zawodowym, korzystniejsze wykształcenie, jak i brak adaptacji do czynników patogennych taką elementarną integrację utrudnia, stąd osoby o parametrach obiektywnie korzystniejszych przed rozpoczęciem terapii osiągają wyniki relatywnie mniej korzystne. Zarazem jednak podgrupa ta jest bardziej podatna

⁴⁷³ Duch-Krzyszczek D., *Przemoc domowa a praca zawodowa kobiet. Na podstawie wyników z badań*, [w:] *Wybieram życie. Praca i godne życie dla kobiet ofiar przemocy*, Fundacja Centrum Praw Kobiet, Warszawa 2008, s. 39-134

na terapię w tym rozumieniu, że po jej zakończeniu osiągają wyższe parametry funkcjonowania psychospołecznego (intra - i interpersonalnego), zmiany są w tych przypadkach intensywniejsze i zgodne z założeniami procesu terapeutycznego.

8.5. DYNAMIKA ZMIAN W PRZEBIEGU TERAPII I JEJ WYBRANE UWARUNKOWANIA

Uzyskane wyniki badań, abstrahując od wymiaru porównawczego („przed”, pre-test 2011; „po”, posttest 2012) pozwalają ocenić rezultaty terapii jako zadawalające, jeśli chodzi o kierunek zmian dokonujący się we wszystkich badanych sferach.

Dotyczy to zarówno funkcjonowania poznawczego, jak emocjonalnego w perspektywie intrapsychicznej, jak i zmian interpersonalnych w wymiarze rodzinnym. Istotny aspekt stabilizacji psychicznej to również uzyskanie poczucia sprawstwa, kontroli i wpływu na podejmowane działania oraz uzyskania – choćby częściowej kontroli nad własnym życiem, co ukonkretniło się w realnych zmianach w sytuacji życiowej kobiet doświadczających przemocy. Należy przy tym zaznaczyć, iż czas trwania terapii, choć nie można jej zaliczyć do krótkoterminowej, był jednak ograniczony czasowo, co spowodowało, iż część zmian ma charakter „inicjujący”, stanowiąc wstęp o rzeczywistej przebudowy osobowościowej i konstruowania jakości własnego życia.

Postawy życiowe. Wyniki *Kwestionariusza Postaw Życiowych* wskazują, że w większości wymiarów badanych tym narzędziem respondentki uzyskują frekwencyjnie najczęściej wyniki średnie i wysokie w skalach: celów życiowych, spójności wewnętrznej, kontroli życia, sensu osobistego i równowagi postaw życiowych.

W okresie finalizowania terapii stwierdzono również, iż w skalach akceptacji śmierci i tzw. pustki życiowej, respondentki cechuje tendencja do wyników średnich i niskich, zaś w skali poszukiwania celów – wyniki niskie, co stanowi znaczący progres w kierunku kształtowania się pozytywnych postaw życiowych.

Analizując dynamikę zmian w *Kwestionariuszu Postaw Życiowych* należy zwrócić uwagę na fakt, iż w każdej ze skal prostych, jak i w skalach złożonych wystąpiły znaczne różnice w obu momentach badawczych.

W skali *celów życiowych* wzrosły liczebności wyników wysokich (o 14 przypadków), zaś zmalały – niskich (u 20 osób). W 6 przypadkach odnotowano częstsze wyniki przeciętne. Oznacza to, że u badanych wzrosło poczucie posiadania celów życiowych i dostrzeganie perspektyw na przyszłość.

W skali *spójności wewnętrznej* odnotowano w badaniu następczym 18 przypadków zmniejszenia częstości wyników niskich, 10 przypadków częstych wyników wyso-

kich i 8 średnich. Wzrosło więc poczucie rozumienia siebie i innych w sposób spójny i akceptujący aktualną sytuację życiową.

W konsekwencji *sens osobowy* przyrósł znacząco w zakresie wyników wysokich (u 13 osób) i przeciętnych (u 7 osób). Wyniki niskie wystąpiły więc u 20 osób mniej, niż w badaniu poprzedzającym.

Kontrola życia, czyli sprawowanie wewnętrznej kontroli i przejmowanie osobistej odpowiedzialności za swoje decyzje oraz poczucie sprawczości i wpływu osobowego na bieg zdarzeń – przed terapią cechowała nieliczne osoby (5 osób): przyrost wyników wysokich odnotowano u 8 osób więcej. W 10 przypadkach jest to większa liczebność wyników przeciętnych, tak więc u 18 osób stwierdza się rzadsze występowanie wyników niskich. Dynamika zmian jest więc tutaj mniejsza, lecz kontrola życia jest czynnikiem wymagającym dłuższej czasowo weryfikacji egzystencjalnej i „przepracowania” życiowego. Jednostka musi w biegu życia decydować się na określone wybory i sprawdzać ich efektywność, co może się w efekcie przełożyć na wewnętrzne przekonanie o posiadanych możliwościach, decydujących wówczas o działaniu.

W zakresie *akceptacji śmierci* stwierdzono mniej znaczące i niejednoznaczne zmiany. Po upływie roku terapii wystąpiła w 3 przypadkach większa liczebność wyników niskich, jak i wysokich, natomiast przeciętnych o 6 części. O ile przed terapią rozkład wyników był względnie proporcjonalny (wyniki niskie – 12, wyniki przeciętne – 8, wyniki wysokie – 10), po roku terapii odnotowano największą liczebność wyników przeciętnych (14 osób badanych).

„Przedterapeutyczny” lęk przed śmiercią, jak i jej pragnienie mogą być różnymi przejawami tożsamej funkcjonalnie i egzystencjalnej niezgody na kształt życia osobowego i rodzinnego. Urealnienie stosunku do śmierci i wprowadzenie jej rozważania w pole fenomenologiczne jednostki uznać należy za fakt konstruktywny.

Pustka egzystencjalna respondentek, jako blokujący czynnik podjęcia aktywności ukierunkowanej na cele, znacząco zmalała – przypadków wyników wysokich jest o 16 mniej, natomiast więcej przeciętnych (o 20) i wysokich (o 6). Dynamikę zmian wskazuje więc tendencja od wyników wysokich do przeciętnych. Jest to interpretacyjnie zrozumiałe, bowiem przy znaczących niedostatkach sensu w dłuższym okresie życia, marazmie i zubożeniu, terapia stanowiła swego rodzaju impuls stymulujący raczej, niż samoistnie uzupełniający te niedobory.

O pogodzeniu się z życiem i niepodejmowaniu znaczących zmian świadczą wyniki uzyskane w skali *poszukiwania celów* – przed terapią były one niskie i przeciętne

(po 13 osób) choć dostrzec należy, iż znaczący odsetek (43,3%) umiarkowanie dopuszczał potrzebę zmiany. Po roku terapii o 6 osób więcej dobitnie odczuwa potrzebę zmiany, zaś dotyczy ona znacząco częściej osób z wynikiem uprzednio przeciętnym (5 osób), niż niskim (1 osoba), co jest oczywiste. Mniejsza, niż w innych skalach dynamika wiąże się zapewne ze specyfiką skali (zakłada proaktywność), jak i specyfiką respondentek – generalnie godzą się na życie w zastanych układach dążąc bardziej do ich przekształceń, niż do odrzucenia i zmian generalnych (minimalizacja przemocy, ochrona i obrona siebie, nie zaś rozwód i dokonanie zmian całokształtu życia).

Niewątpliwie uczestniczki terapii w większym stopniu akceptują swoje położenie życiowe, odczuwają więcej zadowolenia również z siebie i dostrzegają pozytywy. Świadczą o tym wyniki skali *Równowagi Postaw Życiowych* – zmiany nastąpiły w 19 przypadkach, z czego 10 to postterapeutyczne wyniki wysokie, zaś 9 – przeciętne. Potwierdza to sformułowany powyżej wniosek, iż w równej proporcji po upływie roku terapii mamy do czynienia z osobami, które postępy uznają za zadawalające, jak i takie, które swój stan zadowolenia egzystencjalnego uznają za niewystarczający i gotowe byłyby podjąć wysiłki w kierunku dalszych zmian.

Wyniki te interpretować należy jako spójne i korzystne terapeutycznie: oddziaływania terapeutyczne ukazały badanym nową perspektywę życiową, dostarczyły treści wypełniających ją i ukazały sens życia. Niski wynik w zakresie poszukiwania celów interpretuję w kategoriach korzystnych, jako wskazówkę odnalezienia nowych, zmodyfikowanych sensów.

Stan emocjonalny. Zmiany funkcjonowania psychospołecznego znalazły odzwierciedlenie również na wymiarze afektywnym. W zakresie tendencji do przeżywania uczuć pozytywnych, tak generalnie, jak i w momencie badania poprzedzającego terapię badane kobiety cechowała tendencja do stosunkowo rzadkiego samopoczucia bardzo dobrego i dobrego (zaledwie 5 osób łącznie, tj. 16,7%), natomiast dominantę stanowiły wyniki przeciętne (12 osób - 14,0%) ogółem i niskie (13 osób - 43,3%) „w obecnej chwili”. Tendencja do ocen niskich i bardzo niskich „obecnie”, jak i relatywnie mniej korzystne wyniki w tej formie oceny wiązały się prawdopodobnie ze szczególnym uświadomieniem i dostępnością poznawczą takich ocen w sytuacji przedterapeutycznej.

Po upływie roku terapii wszystkie respondentki wykazywały w obu zakresach tendencję do przeżywania uczuć pozytywnych jako bardzo wysoką. Dynamika zmian jest w obrazie uczuć pozytywnych szczególnie intensywna, a różnice wyników istotne

statystycznie. Oznacza to przyrost akceptacji siebie i zdrowia psychicznego, większą ekstrawertywność i redukcję przeżywania stanów lękowych. Efektem terapii jest zapewne powiązany z wynikami tej skali przyrost poczucia wspólnotowości i redukcji poczucia osamotnienia. Osoby z wysokimi wynikami miewają też tendencję do swego rodzaju narzucania rozwiązań z elementami autorytaryzmu i agresji. Może być to skutkiem poczucia uprawomocnienia stosowania własnych rozwiązań i zaradności (jako *contradictio* bezradności). Przepracowywanie konkretnych rozwiązań asertywnych powinno skutkować redukcją tendencji agresywnych przy zachowaniu pozytywnych skutków terapii w badanym zakresie.

Powszechnie znane zjawisko silniejszej akcentuacji i obniżonej habituacji w stosunku do uczuć negatywnych niż pozytywnych, znalazło swoje odzwierciedlenie w wynikach badań. Przed terapią zdecydowaną większość respondentek cechowało bardzo wysokie nasilenie przeżywania uczuć negatywnych (wyniki bardzo wysokie i wysokie łącznie 28 osób, tj. 93,8%; „obecnie” 26 osób, tj. 86,6% ogółem), zaś żadna uczestniczka nie zadeklarowała odczuć w zakresie niskim i bardzo niskim.

Po roku terapii odnotowano bezwzględną tendencję do określania poziomu uczuć negatywnych jako przeciętnych w momencie badania (u 28 osób odczucia są więc korzystniejsze sytuacyjnie) oraz przeciętnych lub niskich (również bezwyjątkowo) ogółem. Koncentracja na obszarze uczuciowości negatywnej skutkować może pewnym przyrostem odczuć większej intensywności przeżywanych aktualnie emocji negatywnych; niemniej: **(a)** w obu zakresach zaszły zmiany „*in plus*”; **(b)** zmiany w zakresie emocjonalności negatywnej są mniejsze, niż w pozytywnej.

Sytuacje terapeutyczne dają możliwość przepracowania emocjonalności, nie wpływają jednak na zdarzenia życiowe, które takie emocje generują. Fakt ten, jak i „zaszłość” zakodowana w pamięci respondentek zapewne decydował o dynamice zmian w tym zakresie. W świetle wyników badań stwierdzić można, że zarówno stany i zaburzenia lękowe, jak i nastroje są rzadszym udziałem uczestniczek, a przynajmniej występują w mniejszym natężeniu.

Emocjonalność respondentek po roku terapii wskazuje na przewagę uczuciowości wyrażanej pozytywnie (w stopniu wysokim), nad uczuciami negatywnymi, frekwencyjnie najbardziej umiarkowanymi pod względem siły. Terapia nie zakłada wyzbycia się tendencji do reagowania emocjami negatywnymi pod względem znaku – mogą one bowiem być również w sytuacji respondentek konstruktywne. Poziom tych emocji, stwierdzony globalnie, jak i w momencie oceny – uznać należy za funkcjonalny.

Funkcjonowanie psychospołeczne – osobowość jako system przekonań.

Funkcjonowanie intrapersonalne, interpersonalne oraz działanie w świecie respondentek opisują parametry przewyższające średnie wyniki bazowe *Kwestionariusza Nastawień Intrapersonalnych i Interpersonalnych wobec Świata* (KNIIS) dla tejże płci.

1. Samoocena. Badane kobiety uzyskały nieznacznie bardziej korzystne wyniki – tak w każdym z jej wymiarów, jak i w ocenie globalnej.

Terapia wpłynęła znacząco na zmiany w zakresie samooceny respondentek. Przede wszystkim nastąpiła znacząca poprawa samooceny globalnej, co dokumentuje analizowana i opisana różnica między średnimi. Zmiana ta jest konsekwencją przemian w zakresie samoocen częściowych, przy czym częściowe oceny siebie uległy poprawie w kolejności określającej dynamikę zmian:

- a) *samoocena niespecyficzna* (różnica średnich 9,67); nastąpił przyrost ogólnego przekonania na temat własnej wartości, świadomości; przyrost szacunku do siebie, zadowolenie z podjętych wysiłków;
- b) *samoocena w zakresie poznawczo-intelektualnym* (różnica średnich 7,6); w trakcie terapii uczestniczki poddawane były oddziaływaniom edukacyjnym, instruktażowym, analitycznym, czy wspierającym decyzje – w konsekwencji nastąpił przyrost poczucia kompetencji kognitywnych w rozwiązywaniu problemów życiowych;
- c) *samoocena w sferze fizycznej* (różnica średnich 7,1) – wyzbywanie się współzależnienia od partnera w dużym stopniu odbywa się w oparciu o zrozumienie potrzeby koncentracji na własnych potrzebach i zaspokajaniu ich niezależnie od osoby partnera; badane kobiety uzyskały wgląd we własną fizyczność i jej realne znaczenie, wcześniej przeceniane i zarazem dyskredytowane przez sprawców;
- d) *sfera charakterologiczna* (różnica średnich 6,1) – przejęcie odpowiedzialności za własne życie wpłynęło na ocenę siebie w zakresie cech charakterologicznych, niemniej relatywnie mniejsza różnica wiąże się z koniecznością ugruntowania kompetencji w toku przyszłych działań;
- e) *sfera społeczno-moralna* (różnica średnich 2,23) – terapia dystansuje się od wartościowania i ocen moralnych, stąd niewielkie zmiany w tym zakresie uznać należy za uzasadnione; ponadto ta sfera wydaje się najmniej „uszkodzona” przez doświadczanie sytuacji krzywdzących, bowiem jak wynika z opisanych biografii kobiet doświadczających przemocy, ich dyskredytacja dotyczyła głównie sfer

ich fizyczności i walorów poznawczo-intelektualnych, rzadziej charakterologicznych (komunikaty werbalne sprawców dotyczyły głównie tych sfer).

2. Funkcjonowanie interpersonalne badanych kobiet uległo pewnej poprawie, jako konsekwencja zmian w wynikach tak w wymiarze postrzegania „innych wobec mnie” – IWM (różnica średnich 13,03), jak i w znacząco mniejszym stopniu na wymiarze „ja wobec innych” – JWI (różnica średnich 3,1). Nie budzi to zdziwienia, bowiem doświadczanie przemocy wiąże się z kształtowaniem zaburzonej perspektywy „innych” (sprawców i niewspierającego otoczenia), natomiast nie odnosi się do postrzegania własnych zachowań wobec innych, które waloryzowane są pozytywnie.

Na ocenę postaw innych wobec badanych (IWM) składały się **wsparcie i poczucie bezpieczeństwa**. W tym ostatnim przypadku poprawa jest szczególnie znacząca (różnica średnich 7,9), wskazując na globalne poczucie bezpieczeństwa w relacjach międzyludzkich i uwolnienie się od negatywnych emocji w kontaktach z innymi. Prawdopodobnie nastąpił przyrost poczucia dopuszczalności wyrażania własnego zdania w stosunku do pierwszych badań. Przyrost poczucia wsparcia nie jest jednak zdecydowany, co wynika z poziomu wyjściowego wyników, jak i sytuacji życiowej. Początkowy, zgeneralizowany i uogólniony w postaci średniej wynik poczucia wsparcia sytuował się w przedziale wyników niskich i wskazywał na znaczące deficyty w tym zakresie. W powtórным badaniu odnotowano nieznaczny przyrost średniej (różnica średnich 5,13), co pozwala uznać średnią za usytuowaną w przedziale wyników przeciętnych. Wsparcie jest więc nadal niewystarczające, choć wybiórcze, jeżeli chodzi o deficyty. Respondentki mogą więc mieć poczucie niedocenienia, choć – jak świadczą inne wyniki – zdobyły umiejętności lepszego radzenia sobie. Nie mają jednak wpływu na całości kształt reakcji partnera i jego ocen sytuacji życiowej.

Dynamikę zmian w wymiarze „*inni wobec mnie*” cechuje w konsekwencji utrzymanie się w przedziale wyników średnich.

Oszacowanie „*ja wobec innych*” składa się z ocen **prospoleczność** oraz **agresywność** (jej brak). Różnice średnich w obu momentach badawczych są nieznaczne (odpowiednio 0,36 i 0,73). Oceny sytuują się konsekwentnie w przedziale wyników średnich (w odniesieniu do norm). Zmiany są więc tu mało znaczące (choć jedynie w zakresie różnic w braku agresywności nieistotne statystycznie).

Poprawa funkcjonowania interpersonalnego jest więc pochodną sumaryczności mniejszych zmian w poszczególnych skalach. Zmiany te cechuje progresywność, lecz umiarkowana. Wynik taki, w kontekście analizy dynamiki zmian, nie jest zaskakujący.

Funkcjonowanie interpersonalne jest z istoty interakcyjne. Poddanie się terapii, nawet wybitnie skutecznej, nie zmienia natychmiastowo reakcji partnera (i własnych), stąd oczekiwać można, że oceny w tym zakresie wykażą mniejsze zmiany niż w tych wymiarach, które dotyczą wskaźników intrapsychicznych.

3. Obraz życia. Obszar życia opisywany przy użyciu skal poczucia skuteczności i poczucia zaradności uległ w trakcie terapii zmianie na bardziej korzystny (różnica średnich 15,6). Zmiany okazały się radykalne, gdyż początkowo średnia wyników sytuowała się w przedziale górnej granicy wyników niskich. Oznaczało to słabe kompetencje zadaniowe (brak umiejętności i motywacji zadaniowych, przekonanie o braku związku między wysiłkiem a rezultatami, małą odporność na utrudnienia w realizacji celu, wysoki poziom niepokoju, syndrom bezradności i deficyty poznawcze, emocjonalne i motywacyjne, warunkujące niezdolność kontroli zdarzeń – typowe właściwości osób zależnych i współzależnych) oraz destruktywne schematy poznawcze opisujące świat (pesymizm, koncentracja na niepowodzeniach, zewnętrzna atrybucja sukcesu, wewnętrzna atrybucja porażek – właściwości z kolei typowe dla osób autodestruktywnych). Poczucie skuteczności uznać można wyjściowo za niższe („zmienna pozytywna”), niż poczucie bezradności („zmienna negatywna”), co wiązało się zapewne z koniecznością podejmowania wielu codziennych działań, eliminujących wyuczoną bezradność i uczenie się zachowań zaradczych, czemu towarzyszyć musi przekonanie o własnej skuteczności.

W efekcie terapii wyniki kobiet doświadczających przemocy w tym zakresie (obraz życia) uległy znaczącej poprawie (różnica średnich 15,6) lokowanie się średniego wyniku grupy w przedziale wskazującym na konstruktywny obraz życia.

Zmiany zaszły szczególnie w zakresie zaradności – stanowiącej opozycję wyuczonej bezradności (różnica średnich – 10,2) i okazały się one dwukrotnie większe niż w zakresie skuteczności – jako ekwiwalentu zdolności do kontrolowania własnego życia (różnica średnich - 5,2). Wyniki skali skuteczności utrzymały się w przedziale przeciętnych, natomiast zaradność (początkowo przeciętna) osiągnęła wartości średnie typowe dla skali wyników wysokich.

4. Obraz świata. Analizowano w kategoriach poczucia sensowności i zorganizowania świata, co decyduje o przewidywalności wydarzeń (zagrożenia wynikające z przemocy wiążą się m.in. z faktem jej nieprzewidywalności) i przychylności, określającego naturę zdarzeń w świecie i ich kierunek w odniesieniu do jednostki ludzkiej.

W momencie rozpoczęcia terapii w obrazie świata badanych kobiet uwidaczniało się przekonanie o przypadkowości, braku zrozumiałości i indeterminizmu, a także manicheizmu. W obrazie tym odzwierciedlają się doświadczenia życiowe uczestniczek terapii, zwykle bardziej reaktywnie odpowiadających na zdarzenia, niż planujących bieg zdarzeń. Świat osoby doznającej przemocy cechuje niski poziom zrozumiałości, nieprzewidywalność biegu zdarzeń i brak sprawiedliwości (poczucie sensowności – średnia na poziomie wyników przeciętnych). Ponieważ życie osoby doznającej przemocy nie składa się ze zdarzeń wyłącznie negatywnych (w cyklu przemocy występują elementy pojednania, uspokojenia czy ekspiacji sprawcy), przekonanie o przychylności świata nie jest totalnie negowane, co wynika z niekonsekwentnych pod względem ich znaku wydarzeń w życiu osób doświadczających przemocy (średnia w tym zakresie na poziomie wyników przeciętnych).

W trakcie terapii nastąpiły nieznaczne zmiany „*in plus*” w zakresie sensowności (różnica średnich 3,36), jak i przychylności świata (różnica średnich 3,57), jednakże średnia w badaniach po roku terapii nadal sytuuje się na granicy górnej wartości przeciętnej norm w przedziale średnich.

W konsekwencji tych parcjalnych zmian w całościowo ujętym obrazie świata różnica średnich wyniosła 6,93 punktów i osiągnęła wartości kwalifikujące do wyników wysokich. Dynamika zmian w obrazie świata cechuje się ciągłością, w następstwie której stwierdza się nieznaczłą poprawę, choć ma ona charakter zmiany nie tylko ilościowy. Respondentki wyzbyły się poczucia bezradności, zyskały przekonanie o możliwości wywierania wpływu na bieg zdarzeń, uzupełniły deficyty kompetencyjne, zaczęły łączyć wysiłki własne z osiąganym efektem. Jest to skutek zmian w zakresie zaradności.

Wątpliwości, co do bezwarunkowych sukcesów, utrzymują się jednak na zbliżonym poziomie. Oznacza to, że respondentki są świadome możliwej niestabilności uzyskanych zmian, zaś niepokój w sytuacjach trudnych utrzymuje się. Zaradność wydaje się być kompleksem kompetencji bardziej behawioralnych, zaś skuteczność – również poznawczych i emocjonalnych. W konsekwencji łatwiej o zmiany w pierwszym z wymiarów (zaradność jest też bardziej podmiotowa, skuteczność – interpersonalna). Dynamika zmian w obrazie świata jest więc pochodną głównie przekształceń w zakresie zaradności, w mniejszym poczucia kontroli (znoszonej przez działania zewnętrzne, np. sprawców przemocy).

5. Aprobata społeczna. Interesujące poznawczo zmiany dotyczą wyników skali kłamstwa (aprobaty społecznej). Początkowo dane wskazywały na brak skłonności do

pozytywnej autoprezentacji, natomiast po upływie roku terapii wskazują na przyrost tendencji w tym zakresie (różnica średnich 4,1). Wobec faktu, iż osoby doświadczające przemocy charakteryzują się bardzo niskim poczuciem własnej wartości i „pamięcią niepowodzeń”, zmianę w tym zakresie interpretuje się nie jako przyrost zakłóceń samoświadomości, lecz jako poprawę autopercepcji i przybliżenie do społecznych standardów autoprezentacji.

Ogólnie rzecz ujmując – w zakresie samooceny stwierdzono, że w poszczególnych jej sferach objętych badaniem, po upływie roku terapii badane kobiety uzyskały wyniki wyższe, niż stanowiące podstawę porównania (standaryzowane wyniki analizy kwestionariusza). Średnie wyniki każdej skali (sfery poznawczo-intelektualnej, fizycznej, społeczno-moralnej, charakterologicznej), a także samooceny niespecyficznej i specyficznej, są wyższe od wartości bazowych. Oznacza to atrybucję wewnętrzną cech waloryzowanych pozytywnie.

Poznawcza ocena otoczenia i własnego w nim usytuowania wskazuje na obraz świata postrzegany pozytywnie, zaś obraz życia – znacząco pozytywnie (w stosunku do średnich wyników „grupy kontrolnej” – licealistów). W każdej ze skal stwierdza się wyniki wyższe od przeciętnych, zaś na podkreślenie zasługuje wynik w skali poczucia bezpieczeństwa, znacząco wyższy od średniej.

Z kolei wynik skali kłamstwa wskazujący typowe tendencje w zakresie ewentualnych błędów poznawczych w ocenie świata i własnej osoby, istotnie różnicuje badane kobiety: przed i po terapii. Można było wnioskować, że badane kobiety mają większą tendencję do fałszowania własnego obrazu, obrazu świata i funkcjonowania w nim. Myślę jednak, iż jest to efekt zmian pozytywnych zachodzących w samoocenie, który się zgeneralizował. Kobiety są zatem skłonne przypisywać sobie lepsze charakterystyki niż jest to w rzeczywistości. Nie można jednak wykluczyć, iż chcą przedstawić siebie lepiej świadomie, wychodząc naprzeciw oczekiwaniom terapeuty.

Przemoc doświadczana w rodzinie pochodzenia. Zmiany postterapeutyczne dotyczą również świadomości i percepcji szerszych uwarunkowań „wchodzenia” w rolę ofiary przemocy (przemoc w rodzinie pochodzenia).

Zarówno w stosunku do matki, jak i szczególnie do ojca badane kobiety skłonne są dokonywać bardziej radykalnych ocen zaniedbania, odrzucenia i izolowania. To dowód na to, iż w trakcie terapii, jej uczestniczki wydobyły z pamięci autobiograficznej

określone informacje, włączyły je w system wiedzy o sobie i świecie. Zredukowały siłę zaprzeczeń, związanych z doświadczaniem przemocy.

W zakresie sytuacji przemocowej we własnej rodzinie pochodzenia respondentki postrzegają przemoc ze strony ojców jako bardziej znaczącą niż matek, przy czym średnie ocen uznać należy za wysokie, tak w skali zaniedbania, odrzucenia, jak i izolowania. Jest to efekt pogłębienia i poszerzenia świadomości źródeł podatności na przemoc w życiu dorosłym, minimalizacji zaprzeczeń w tym zakresie, jak i „odbarczenia” emocjonalnego w postaci redukcji poczucia winy, a też przepracowania poczucia krzywdy. Obszary te stanowiły przedmiot intensywnych wysiłków terapeutycznych.

Percepcja przemocy. Zmianie uległa również tolerancja większości zachowań przemocowych partnera, w największym stopniu dotyczy to popychania, ośmieszania, a także – głaskania (zapewne jako intensywniej, lecz manipulacyjno-infantylniej formy pojednania), gróźb, policzkowania i wydzielania pieniędzy.

Ocena tolerancji przeszłych zachowań przemocowych również uległa zmianie. Przed terapią osoby badane uważały, że tolerowały głównie psychiczne formy przemocy (ośmieszanie, sprawdzanie miejsc, niszczenie rzeczy – minimalizując znaczenie przemocy fizycznej). Po upływie roku terapii za szczególnie tolerowane uznają alkoholizowanie się, popychanie, ośmieszanie, wydzielanie pieniędzy (czyli zachowania, które prowadzą do przyrostu agresji).

Przed terapią w stosunku do ponownych badań najwięcej relatywnie przypadków tolerancji dotyczyło takich form przemocy jak: kopanie, duszenie, uderzanie oraz wykręcanie rąk (czyli dramatycznych form przemocy fizycznej), natomiast rzadziej (niż po upływie roku terapii) tolerowana była zazdrość, niszczenie rzeczy, popychanie, groźby, wydzielanie pieniędzy czy ograniczania.

Badane kobiety zrozumiały, że przemoc nie sprowadza się do aktów behawioralnych, lecz ma szerszy kontekst.

Jedyną tolerowaną formą przemocy jest dla respondentek przeklinanie (nastąpił nieznaczny przyrost akceptacji tego zachowania – może to być efektem obyczajowości rodzinnej lub przyrostu świadomości, że jest to względnie bezpieczna, choć nieco rażąca forma rozładowywania napięcia emocjonalnego).

W percepcji respondentek w momencie powtórnych badań (nie dokonuję tu oceny porównawczej z badaniami wstępnymi), można stwierdzić, że aktualnie są szczególnie negatywnie nastawione do tych zachowań, na które się uprzednio godziły. W ich

ocenie są to zachowania ograniczające (wydzielanie pieniędzy, ograniczanie kontaktów z rodziną, sprawdzanie miejsc pobytu), poniżające (ośmieszanie) i destruktywne (niszczenie rzeczy).

Przemoc doświadczana w rodzinie własnej i jakość systemu rodzinnego.

W ocenie relacji sprawca-ofiara odnaleźć można potwierdzenia wulgarności partnera, lecz też występowanie innych zachowań przemocowych oraz z nimi powiązanych, tj. nadużywanie alkoholu, złośliwość, jak i zakłócanie wypoczynku nocnego.

Kolejny obszar zmian to sytuacja rodzinna kobiet mierzona *Kwestionariuszem Komunikacji Małżeńskiej*. Przed terapią osoby badane oceniały siebie jako mało wspierające męża (23 wyniki niskie i bardzo niskie - łącznie 76,7%), nieskrajnie zaangażowane (skupienie 22 wyników niskich i przeciętnych - 73,3%), oraz podobnie deprecjujące (analogiczne skupienie 24 wyników - 80,0%).

Po upływie roku terapii odnotowano poprawę wskaźników *wsparcia* w kierunku przeciętnego i wysokiego (12 wyników, przy 6 w pierwszym badaniu), obniżenia poziomu *deprecjacji* (lecz w zakresie nieznacznych różnic liczebności) oraz nieznaczne zmiany *zaangażowania*.

Badane kobiety po roku terapii starają się bardziej aktywnie wspierać mężów, czynią wysiłki na rzecz zmiany oceny i negatywnego obrazu męża, jednakże mają trudności z przełamaniem nastawień wobec niego i zachowują dystans. Stanowi to niewątpliwie efekt terapii, w jej wymiarze edukacyjnym, czyli egzemplifikuje wzrost świadomości związanej z sytuacją przemocową i czynnikami ją determinującymi.

Zastanawiając się nad tym, czy i w jakim stopniu zmianie uległy zachowania męża (lub ich percepcja?) można stwierdzić, że żony podobnie jak przed terapią oceniają poziom *wsparcia* ze strony mężów (100% wyników niskich i bardzo niskich w obu badaniach, lecz z tendencją w kierunku wyników niskich w powtórnym badaniu); *zaangażowanie* (wyniki dwukrotnie niskie i bardzo niskie); jak i *deprecjację* (wyniki wysokie i bardzo wysokie, jednostkowe tendencje w kierunku obniżenia wyników).

Zmiany dotyczą więc częściej uczestniczek terapii, niż mężów – zgodne jest to z ideą terapii służącej zmianie ustosunkowań i nabycia kompetencji służących zmianie własnego położenia, niż wywieraniu wpływu na małżonka (zaznaczam, że terapia dotyczyła tylko kobiet, choć były w niej elementy związane ze sprawcą).

W zakresie skal szczegółowych stwierdzono następującą dynamikę zmian.

- a) *w zakresie wsparcia zorientowanego na samopoczucie męża* – jednostkowe zmiany w kierunku wzrostu tegoż wsparcia (badane są świadome braku wpływu na stan emocjonalny małżonka);
- b) *w zakresie wsparcia zorientowanego na konkretne problemy męża* – znaczący spadek częstości wyników niskich i bardzo niskich (łącznie 6 osób), oraz przyrost częstości wyników wysokich i bardzo wysokich (łącznie 5 osób);
- c) *w zakresie zaangażowania zorientowanego na ogólne samopoczucie męża* – mało znaczące liczebnościowo zmiany i utrzymanie *status quo ante*,
- d) *w zakresie zaangażowania zorientowanego na wyrażanie emocji wobec męża* – nieznaczne zmiany liczebności w kierunku uśrednienia wyników (badane o niskich początkowo wynikach zwiększyły jednostkowo ten rodzaj zaangażowania, zaś mające wyniki wysokie - obniżyły je); są to dane korzystne terapeutycznie - brak wyrażania emocji, jak i reakcje skrajnie intensywne są jednakowo dysfunkcyjne;
- e) *postrzegane wsparcie męża zorientowane na samopoczucie żony* – poprawa wyników, lecz nieznaczna, dotycząca około trzeciej części badanych (od wsparcia bardzo niskiego do niskiego);
- f) *postrzegane wsparcie męża zorientowane na konkretne potrzeby żony* – poprawa oceny, mniej oszacowań bardzo niskich, tendencja frekwencyjna w kierunku ocen niskich (u 13 osób);
- g) *zaangażowanie męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony* – nieznaczna poprawa oszacowań (o 3 wyniki niskie więcej, przy pierwszej estymacji jako bardzo niskiej);
- h) *zaangażowanie męża zorientowane na wyrażanie emocji wobec żony* – podwyższenie ocen z bardzo niskich w kierunku niskich (7 osób) i przeciętnych (2 osoby).

Zmiany funkcjonowania dotyczą w większym stopniu żon, mając jednak charakter mało radykalnych przemian funkcjonowania.

Komunikacja małżeńska (w związku z powyższym, jak i faktem, że efekty terapii jedynie pośrednio wpływają na zmianę relacji małżeńskiej) cechuje się określonymi ograniczeniami:

- a) wsparcie udzielane partnerowi jest niskie i rzadziej przeciętne, zaś wsparcie ze strony partnera postrzegane jest jako bardzo nieznaczające lub niskie,

- b) zaangażowanie badanych jest niskie i przeciętne, zaś partnerów bardzo niskie i niskie,
- c) deprecjonowanie partnera występuje w stopniu umiarkowanym lub niskim, zaś partnerki jest wysokie.

W podskalach *Kwestionariusza Komunikacji Małżeńskiej* dotyczących zaangażowania własnego dominują wyniki przeciętne (rzadziej, choć znacząco niskie), zaś zaangażowanie partnerów zorientowanych na samopoczucie żony – bardzo niskie, a na wyrażanie emocji – niskie. W podskalach wsparcia żony uzyskano wynik przeciętny (z tendencją ku wysokiemu), mężowie zaś są postrzegani jako wspierający w stopniu niskim.

W każdej ze skal występuje nieznaczna faworyzacja w ocenach własnych ofiar przemocy, co interpretuję jako efekt starań hamowanych postawą partnera. Rodziny kobiet doświadczających przemocy po upływie roku terapii są statystycznie (frekwencyjnie) nisko lub średnio spójne (doświadczanie przemocy utrudnia integrację), wysoko adaptacyjne (prawdopodobnie w efekcie nabytych umiejętności poszkodowych), niemniej w niskim stopniu scalone wokół zrozumienia.

Patrząc z systemowej perspektywy nadal dominuje w nich sztywność ról, trudności rozwojowe i dezintegracyjne. Badane kobiety mają świadomość niskiej frakcyjności, ergo: dysfunkcyjności rodzin.

Wobec faktu, iż terapii poddawane były osoby z traumatycznymi doświadczeniami bez pierwotnych zmian środowiska rodzinnego, wtórne efekty terapii mogą być ocenione po upływie dłuższego czasu. Uczestniczki muszą weryfikować nabyte umiejętności w sytuacjach realiów życia rodzinnego, co może w dłuższej perspektywie dać efekty obejmujące i innych członków rodziny.

Analiza danych zawartych w badaniach *Kwestionariuszem Profil Rodziny* wskazała, że większość zachowań partnerów uległo zmianie.

Struktura rodziny (a przynajmniej percepcja tej struktury) uległa znaczącym zmianom. Spójność rodzinna w badaniu wyjściowym postrzegana była jako bardzo niska lub niska (bezwzględnie). Rodziny ofiar przemocy pozostawały w *sui generis* rozproszeniu, brakowało im poczucia wspólnotowości i łatwości wyrażania emocji.

W badaniach po-terapeutycznych (tj. po roku terapii) w 13 przypadkach spójność wzrosła na rzecz wyników średnich (11 osób badanych) i nawet wysokich (2 osoby badane). Oznacza to, że członkowie niektórych rodzin pozytywnie zareagowali na

terapię kobiet doświadczających przemocy i mimo braku systemowych oddziaływań rodzinnych, wzmocnili więź emocjonalną i zacieśnili kontakty.

Adaptacyjność badanych rodzin wzrosła w jeszcze bardziej znaczącym stopniu, co niekoniecznie – wbrew terminowi – jest korzystne, natomiast jest dość ewidentna z punktu widzenia skutków terapii. O ile przed terapią 28 badanych kobiet (i ich rodziny) cechowała bardzo niska i niska adaptacyjność, to po roku terapii stwierdzono, iż aż 26 rodzin cechuje adaptacyjność bardzo wysoka. Niska adaptacyjność wskazuje na autorytaryzm i kontrolę, wyrażanie opinii przez „argument siły” (lub bierne podporządkowanie), sztywność ról, schematyczność (lub cykliczność) zdarzeń. Zasady rodzinne są jednoznaczne, niezmiennie i jawne.

Z kolei bardzo wysoka adaptacyjność wskazuje nie tyle na elastyczność, co raczej na okres przemian. Co znamienne, mimo diametralnej różnicy między rodzinami sztywnymi i bardzo adaptacyjnymi (elastycznymi), style wyrażania opinii są identyczne (agresywno-pasywne). Rodzina negocjuje nowe zasady, następuje zmienność ról.

Wynik ten traktuję jako wskazówkę, iż mamy sytuację przejściowości *status quo* w kierunku adaptacyjności wyważonej.

Wzajemne zrozumienie (bliskie komunikacji), wskazujące na rozumienie się, bliskość percepcji interpersonalnej, czy też otwartość na argumenty – cechuje mniejszą dynamikę. W obu momentach badawczych wszystkie rodziny sytuują się w przedziałach wyników bardzo niskich i niskich, choć w 16 przypadkach nastąpiło „przesunięcie” w kierunku mniej skrajnych. Nie jest to wynik zaskakujący – potwierdza tendencję ku bardzo wysokiej adaptacyjności i umiarkowanie niskiej spójności. Określa stan jałowej negocjacyjności, etap zmienności zasad, porusza kwestie odpowiedzialności. Dalsze przemiany powinny doprowadzić do osiągnięcia zrównowżenia w zakresie wzajemnego zrozumienia.

Role rodzinne to wymiar wskazujący na sztywność odniesień w ramach wzajemnych relacji. W 15 przypadkach wystąpiło zawyżenie wyników. Wynik ten jest trudny do zinterpretowania. Wskazuje prawdopodobnie na aktualne przekształcenia rodzinne, które okresowo polegają na negocjowaniu ról.

Trudności rozwojowe utrzymują się w zbliżonych liczebnościach w każdym z przedziałów. Po roku terapii wzrosła (o 3 przypadki) liczebność wyników wysokich, zmalała (o 2 przypadki) – bardzo wysokich. Nie jest to wynik zaskakujący, natomiast można twierdzić, iż rodzaj przeżywanych trudności uległ zmianie na bardziej konstruktywne (w związku z terapią i jej skutkami rodzinnymi). Wniosuję to na podstawie wy-

ników kolejnych skal – dezintegracji rodzinnej, która przed rozpoczęciem terapii była w 29 przypadkach wysoka lub bardzo wysoka. Wyniki te wskazywały na brak zdolności do radzenia sobie z kryzysami w sposób zintegrowany. Po roku terapii poziom dezintegracji zmalał w 10 przypadkach, choć poczucie dezintegracji jest nadal wysokie.

Dynamika przemian systemów rodzinnych wyraża się więc w:

- a) zwiększeniu poczucia spójności oraz wskaźnika ról rodzinnych;
- b) zdecydowanym przyroście wskaźnika adaptacyjności;
- c) niewielkich zmianach w zakresie wzajemnego zrozumienia, trudności rozwojowych i dezintegracji.

W koncepcji globalnej wskaźnik poczucia funkcjonalności początkowo bardzo niski (26 osób badanych) uległ zmianie w kierunku wyników niskich (25 rodzin). Dynamika zmian jest więc zróżnicowana, wskazująca na zachodzące przekształcenia rozwojowe.

Pozaterapeutyczne uwarunkowania przemian kobiet doświadczających przemocy. Odnosiły się do jakości środowiska rodzinnego (patologia rodziny pochodzenia), a także sytuacji edukacyjnej (wykształcenia) i zawodowej (zatrudnienia).

1. Czynniki patogenne w rodzinie pochodzenia (przemoc i alkoholizm):

- a) osoby z rodzin z ujawnioną patologią (alkoholizowanie się, przemoc)⁴⁷⁴ przed rozpoczęciem terapii cechowały się wyższymi wynikami w zakresie samooceny, niż osoby z rodzin bez tej patologii⁴⁷⁵ (zwłaszcza w zakresie samooceny ogólnej). W trakcie terapii (wyniki post-testu) doszło do zmian *in plus* w obu grupach, jednakże były one znacząco większe w *grupie NP*. Prawdopodobne jest, iż zarówno mechanizmy obronne przejawiające się zawyżeniem samooceny pierwotnej, jak i samego rodzaju „przygotowanie” do warunków przemocy (niewykluczone, że osoby z *grupy P* radziły sobie z przemocą lepiej) wpłynęły na takie wyniki. Terapia w tej grupie mogła doprowadzić do urealnienia samooceny. Czynniki patologii rodzinnej wpływa więc na ograniczenie dynamiki zmian w samoocenach.
- b) również w zakresie funkcjonowania interpersonalnego przed terapią *grupa P* uzyskała nieznacznie korzystniejsze wyniki, niż *grupa NP* (różnice są na tyle małe, a wzorec rozkładu składowych zbliżony, że sugeruje to większy wpływ aktualnych doświadczeń na funkcjonowanie interpersonalne, niż doświadczeń z

⁴⁷⁴ na użytek dalszych analiz używam skrótu „P”

⁴⁷⁵ na użytek dalszych analiz używam skrótu „NP”

przeszłości); interwencja terapeutyczna przyczyniła się do większej poprawy w grupie NP (wystąpienie patologii w rodzinie pochodzenia utrudnia więc zmianę przekonań co do możliwości interpersonalnych),

- c) przed terapią obraz świata w grupie P był bardziej pozytywny w sensowności, przychylności i nadziei podstawowej (podobieństwo doświadczeń w rodzinie własnej i pochodzenia, przejawy współczucia jak i konieczności wypracowania *copyingu*); po roku terapii wyniki w tejże grupie są nieznaczaco, aczkolwiek wyższe niż w grupie NP (niemniej dynamika zmian w grupie NP jest większa),
- d) w zakresie obrazu życia przed terapią grupa P cechuje się wyższymi wynikami skuteczności i zaradności; po upływie roku terapii odnotowano zmiany konsekwentnie paralelne do opisanych powyżej - to grupa NP osiąga korzystniejsze rezultaty,
- e) przed terapią respondentki z grupy P uzyskały nieco korzystniejsze rezultaty w zakresie samoocen, funkcjonowania interpersonalnego oraz obrazu świata i życia (doświadczenie przemocy sprzyja tak mechanizmom obronnym, jak i możliwości konstruktywnych dostosowań),
- f) w trakcie terapii odnotowano większą dynamikę zmian w grupie NP w obszarach samoocen, funkcjonowania interpersonalnego oraz obrazu świata i życia (im mniej wczesnych traumatycznych doświadczeń, tym większa podatność na terapię),
- g) po upływie roku terapii wyższe wyniki cechują grupę NP w samoocenach, funkcjonowania interpersonalnego i obrazu życia, zaś grupę P – w obrazie świata,
- h) zmienna aprobaty społecznej, korelująca z dążeniem do ukazywania siebie w korzystnym świetle ukazuje, że taka tendencja przed terapią jest typowa dla grupy P, co interpretować można różnie, jako (1) tendencja do zafałszowania autoprezentacji, a tym samym podwyższania nie tylko wyników tej skali, lecz również opisanych powyżej – „w imię” potrzeby ukazania życia jako bardzo wartościowego społecznie); (2) zafałszowania samoświadomości w efekcie silnych mechanizmów obronnych – dynamika zmian w terapii w zakresie skali kłamstwa spowodowała, że po roku uczestnictwa w grupie terapeutycznej wyniki grupy P i NP wzrosły, a zarazem zbliżyły się pod względem wartości punktowej. Terapia nie wpłynęła więc na zakładaną poprawę, a przeciwnie spowodowała wzrost tendencji do zafałszowań własnego obrazu. Niemniej mechanizm przyrostu wyników może opierać się o naturalne dążenie do normalizacji życia, więc uru-

chomienie silnych mechanizmów obronnych w efekcie ekspozycji na sytuacje intensywnego uświadamiania faktów przemocowych).

2. Sytuacja edukacyjna kobiet doświadczających przemocy:

- a) osoby o korzystniejszych parametrach sytuacji edukacyjnej⁴⁷⁶ uzyskały przed rozpoczęciem terapii w zakresie samooceny niższe wyniki w większości skal (z wyjątkiem sfery społeczno-moralnej), niż osoby o niższych statusach edukacyjnych⁴⁷⁷. W czasie terapii dynamika i kierunek zmian wykazują całościowo odwrotne tendencje – w każdym wymiarze (znowu z wyjątkiem sfery społeczno-moralnej), czyli wyższe wyniki cechują *grupę PW*,
- b) funkcjonowanie interpersonalne przed terapią nie było zróżnicowane ze względu na wykształcenie – w skalach szczegółowych *grupa PW* osiągnęła wyższy wynik w skali „Ja wobec innych”, zaś *grupa PN* w skali „Inni wobec mnie”. Po roku terapii odnotowano większy przyrost wskaźników poprawy w *grupie PW* w każdej skali (z wyjątkiem braku agresywności i wsparcia ze strony innych), przy nieznacznie większej dynamice zmian w tejże grupie,
- c) obraz świata, jako nadzieja podstawowa zorganizowana wokół sensowności i przychylności jest w czasie rozpoczęcia terapii korzystniejsza w *grupie PN* (powiązane to być może z niższą refleksyjnością i odmiennymi mechanizmami obronnymi, które wykorzystują kobiety z obu grup porównawczych),
- d) obraz życia – zarówno uogólniony (sprawczość i kontrola), jak i odnoszący się do skal skuteczności i zaradności cechowała większa konstruktywność u respondentek z *grupy PN* (kobiety z niższym poziomem wykształcenia stosują mniej skomplikowane, lecz bardziej efektywne sposoby radzenia sobie); w trakcie terapii zmiany „*in plus*” – w rozumieniu dynamiki przyrostu – wystąpiły w *grupie PN* – głównie w skuteczności. Obraz życia okazał się po roku terapii zbliżony w obu grupach (co oznacza większą dynamikę w *grupie PN*),
- e) przed terapią respondentki z *grupy PN* uzyskały korzystniejsze wyniki w skalach samooceny (z wyjątkiem obszaru społeczno-moralnego), oceny stosunku innych do podmiotu, nadziei związanej z obrazem świata oraz obrazu życia i jego skal; respondentki z *grupy PW* skłonne były wyżej wartościować własny stosunek do innych,

⁴⁷⁶ na użytek dalszych analiz używam skrótu PW (poziom wyższy)

⁴⁷⁷ na użytek dalszych analiz używam skrótu PN (poziom niższy)

- f) w trakcie terapii bardziej intensywne zmiany dotyczą *grupy PW* w zakresie samoocen (z wyjątkiem społeczno-moralnych), funkcjonowania interpersonalnego (z wyjątkiem braku agresywności i wsparcia otrzymywanego), obrazu świata i obrazu życia jako skutecznego,
- g) po upływie roku terapii wyższe wyniki cechują *grupę PW* w zakresie skal samoocen (ze wzmiankowanym wyjątkiem), funkcjonowania interpersonalnego (z wyjątkiem poczucia wsparcia i braku agresywności), obrazu świata oraz obrazu życia,
- h) w skali aprobaty społecznej przed terapią wyższe wyniki dotyczą *grupy PN*, dynamika zmian wykazuje zgodność z powszechnym wzorcem tak, że po jej zakończeniu wyższe wyniki dotyczą osób z *grupy PW* (wzrasta w ich przypadku dążenie do uzyskiwania aprobaty mocniej niż w *grupie PN*). Podobnie jak w przypadku patologii rodzinnej, czynnik sprzyjający, tzn. poziom *PW* odnosi się do większej dynamiki zmian i podatności na konstruktywne przekształcenia. Respondentki z *grupy PW* osiągnęły po roku terapii wyższe wyniki w większości skal.

3. Sytuacja zawodowa kobiet doświadczających przemocy:

- a) respondentki posiadające zatrudnienie⁴⁷⁸ przed rozpoczęciem terapii cechują niższe wyniki w zakresie samoocen, z wyjątkiem samooceny fizycznej i społeczno-moralnej; konfrontacja ze środowiskami pozaprzemocowymi może nasilać brak zadowolenia ze swojego położenia życiowego; w trakcie terapii bardziej intensywne zmiany „*in plus*” zaszły w tej grupie w każdym rodzaju samooceny, tzn. że doświadczenia zawodowe kobiet sprzyjają konstruktywnym przekształceniom w ramach terapii; po upływie roku uczestnictwa w procesie terapii, jedynie oceny dotyczące fizyczności, jako zmieniające się w zbliżonej proporcji, pozostały wyższe w *grupie NZ*⁴⁷⁹,
- b) lepsze wskaźniki funkcjonowania interpersonalnego przed terapią dotyczyły *grupy NZ* (z wyjątkiem poczucia bezpieczeństwa, być może ze względów finansowych); w każdym też wymiarze zmiany progresywne w tej grupie były mniej dynamiczne w trakcie terapii (najmniejsze zróżnicowanie podgrup w zakresie poczucia bezpieczeństwa), w konsekwencji po roku terapii odnotowuje się wyż-

⁴⁷⁸ na użytek dalszych analiz używam skrótu „Z”

⁴⁷⁹ na użytek dalszych analiz używam skrótu „NZ”

sze wyniki dla *grupy Z* w każdym z zakresów, z wyjątkiem otrzymywania wsparcia i braku agresywności,

- c) korzystniejszy obraz świata w każdym z zakresie dotyczył przed terapią *grupy NZ*; mimo zwiększonego zakresu zmian w *grupie Z* po roku terapii grupy wyodrębnione ze względu na zatrudnienie cechuje nieznaczna różnica na korzyść *grupy NZ* w nadziei podstawowej i przychylności, przy również nieznacznie wyższym poczuciu sensowności świata w *grupie Z*; terapia wpłynęła więc unifikująco na obie grupy,
- d) obraz życia wyraźnie (choć nie w rozumieniu statystycznym) ocenić należy na korzyść *grupy NZ* (brak alternatywnych doświadczeń może wpływać na brak rozeznania w możliwościach odmiennego funkcjonowania); w efekcie terapii wzrosły wyniki *grupy Z* w większym stopniu, co znalazło wyraz w nieco wyższych wynikach tej grupy,
- e) przed terapią wyniki z zakresu samooceny, większości skal funkcjonowania interpersonalnego, obrazu świata i obrazu życia przemawiały na korzyść *grupy NZ*, aczkolwiek funkcjonalność tego zróżnicowania jest dyskusyjna, gdyż jest oparta o ograniczające doświadczenia,
- f) większa dynamika zmian dotyczyła w każdym przypadku *grupy Z*,
- g) po roku terapii wyniki wyższe dotyczą *grupy Z* w większości nastawień intrapersonalnych (z wyjątkiem sfery fizycznej), nastawień interpersonalnych (z wyjątkiem poczucia wsparcia i braku agresywności), sensowności świata (lecz nie przychylności i wyniku ogólnego – obrazu świata) oraz obrazu życia (w nieznacznym stopniu),
- h) potrzeba aprobaty społecznej wzrosła znacząco i przewyższyła wyniki *grupy NZ* oceniając je po roku terapii.

Dynamika i kierunek zmian wykazują więc podobne tendencje jak w powyższych analizach. Czynniki potencjalnie upośledzające funkcjonowanie psychospołeczne badanych kobiet – przemoc w rodzinie pochodzenia, niższe wykształcenie i brak zatrudnienia paradoksalnie w większym stopniu chronią przed konsekwencjami przemocy na poziomie psychologicznym. Zarazem jednak stanowią czynnik ograniczający dynamiczne przemiany w społecznym i poznawczym obszarze oraz w osobowości. Przemiany dowodzą wpływu terapii na większość jej uczestniczek, jednakże brak przemocy domowej w rodzinie pochodzenia, korzystniejsze wykształcenie i zatrudnienie ułatwiają recepcję i przekształcanie treści terapeutycznych zgodnie z założeniami kierunku pracy.

PODSUMOWANIE.

STRUKTURA, PRZEJAWY ORAZ DYNAMIKA ZMIAN I JEJ WYBRANE UWARUNKOWANIA – W ASPEKCIE SPOŁECZNYM I INDYWIDUALNYM – DYSKUSJA WYNIKÓW

Ze względu na fakt, iż w toku badań własnych podjęłam dwa – komplementarnie uzupełniające się problemy, które odnoszą się do zjawiska przemocy w aspekcie społecznej jego charakterystyki i indywidualnych doświadczeń związanych z przemocą, wraz z analizą form przeciwdziałania zjawisku (formy pomocy dostępne w środowisku życia, terapia indywidualna i grupowa ukierunkowana na osoby badane) – omówienia wyników dokonam w tych dwóch obszarach – społecznym i indywidualnym, rozpoczynając od aspektu indywidualnego. W tym ostatnim postawiłam także problem, niejako ad hoc, o efektywności podejmowanych działań terapeutycznych, wyznaczonej przez jakość i zakres zmian dokonujących się w psychospołecznym funkcjonowaniu osób doświadczających przemocy.

W rozdziale tym dokonam analizy wyników pod kątem postawionych problemów badawczych i przyjętych hipotez roboczych.

Problem główny I dotyczył zagadnień ogólnych, a zarazem ukierunkowanych na specyfikę lokalną, a konkretnie przejawów, determinant społeczno-demograficznych, dynamiki przemocy i sposobów rozwiązywania problemów związanych z przemocą na terenie powiatu polkowickiego.

Problem główny II dotyczył dynamiki przemian psychospołecznego funkcjonowania kobiet, ofiar przemocy domowej w trakcie procesu terapeutycznego oraz czynników pozaterapeutycznych wyznaczających proces dokonującej się zmiany.

DYSKUSJA WYNIKÓW – ZJAWISKO PRZEMOCY W PERSPEKTYWIE SPOŁECZNEJ (PROBLEM I)

W konsekwencji przeprowadzonych badań i poczynionych analiz, dokonano charakterystyki zjawiska przemocy w interesującym mnie obszarze i terenie badań. Stwierdzono, iż w analizowanym okresie, tj. w latach porównywanych 2011/2012:

a) wzrosła częstość zarówno interwencji policyjnych, jak i sporządzonych Niebieskich Kart;

b) przemoc ewidentnie najczęściej dotyczy kobiet z tym, że proporcja ujawnionych aktów przemocy w stosunku do tej grupy relatywnie zmalała, na niewielką „korzyść” dzieci i małoletnich;

c) sprawcami przemocy są ewidentnie częściej mężczyźni, aczkolwiek w stosunku do roku wcześniejszego nieznacznie wzrosły częstości ujawnianych przypadków przemocy ze strony kobiet;

d) nastąpił przyrost aktów przemocy ze strony sprawców znajdujących się pod wpływem alkoholu;

e) nastąpił nieznaczny spadek aktów przemocy w środowisku miejskim oraz przyrost w wiejskim obszarze powiatu.

Analiza akt sądowych Sądu Rejonowego w Lubinie i Głogowie dotycząca postępowań sądowych z art. 207 §1 i 2 kk przeprowadzona przy użyciu przewodnika taksonomicznego wskazała także na następujące fakty:

Sprawcy przemocy mają następującą charakterystykę:

- najliczniejsza grupa sprawców to mężczyźni w wieku 41 - 50 lat w aktach obu Sądów, z podobną tendencją wzrostową w obu przypadkach;
- są to znacząco najczęściej mężczyźni żonaci, również ze stwierdzoną tendencją do przyrostu tego parametru stanu cywilnego;
- są to osoby zwykle pracujące (przy wynikach constans w przypadku Sądu Rejonowego w Lubinie, zaś wzrost tendencji do aktów przemocy ze strony bezrobotnych w danych Sądu Rejonowego w Głogowie);
- wykształcenie sprawców najczęściej zawodowe (im wyższe wykształcenie, tym mniej aktów przemocy ze stałością uzyskanych danych);
- w konsekwencji najczęściej sprawcy przemocy to pracownicy fizyczni (z tendencją wzrostową), lecz także pracownicy umysłowi (brak dynamiki zmian);
- sprawcy to osoby najczęściej nadużywające alkoholu, niż osoby uzależnione i pijące okazjonalnie;
- czas trwania przemocy do momentu ujawnienia typowy diagnostycznie (od 1 do 5 lat), bez różnic co do okresu analizy i miejsca usytuowania sprawcy.

Ofiary przemocy, to kobiety:

- w przedziale wiekowym 31 - 50 lat (tendencja stała);
- o wykształceniu zawodowym (przyrost przypadków przemocy wobec tej grupy nieznacznie częstszy w danych Sądu Rejonowego w Lubinie);
- z brakiem zatrudnienia.

Podejmowane na terenie powiatu polkowickiego działania wspierające kobiety doświadczające przemocy to usytuowane ustawowo i proceduralnie struktury Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych, Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie oraz Ośrodka Pomocy Społecznej. Na terenie powiatu działa także Ośrodek Pomocy Psychologicznej w strukturze Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych.

Ośrodek Pomocy Psychologicznej prowadzi grupę psychoedukacyjną dla kobiet doświadczających przemocy. Praca w grupie z kobietami doświadczającymi przemocy dotyczy przede wszystkim relacji pomiędzy terapeutą a uczestniczkami terapii. Podstawową zasadą pracy w grupie wsparcia jest unikanie ocen oraz interpretacji i zastępowanie ich opisem. Za szczególnie cenne uważa się opisy uczuć pojawiających się u uczestniczek spotkania. Terapeuta przyjmuje, iż każda z kobiet może inaczej reagować na omawiany problem, oraz może mieć własne zdanie na dany temat. Podczas spotkania nie dyskutuje się w grupie kto ma rację, oraz które spostrzeżenia są bardziej trafniejsze. Preferuje się natomiast wypowiedzi pań dotyczące ich wrażeń, uczuć, stanowiące wyraz dzielenia się bezpośrednim doświadczeniem w odpowiedzi na opisaną sytuację, czy problem. Ważną zasadą pracy w grupie wsparcia jest to, że każda z kobiet ma możliwość wypowiedzenia się, nie stosuje się żadnych form przymusu, czy nacisku na to, by każda pani wypowiedziała się. Uczestniczkom grupy wsparcia pozostawia się sporo swobody w wyborze tego, czy zechcą zabrać głos w danej kwestii, czy nie. Do analizy relacji na posiedzeniu grupy wsparcia dużo wnosi obserwacja zachowania się uczestniczek spotkania, czyli obserwacja dynamiki grupowej, która dosyć często niczym lustro odbija trudności pojawiające się w rzeczywistym kontakcie tychże pań.

W stosunku do problemu **głównego I** można więc stwierdzić, iż zarówno przejawy, społeczno-demograficzne determinanty, jak i dynamika przemocy znajdują uzasadnienie w danych ogólnoteoretycznych i tym samym potwierdzają zawarte w literaturze prawidłowości. W obszarze przeciwdziałania przemocy aktywne są zarówno struktury obligatoryjne, jak i woluntarne. W stosunku do tych pierwszych stwierdza się realizację ustawowych obowiązków, drugie – są również wyrazem ogólnokrajowych tendencji do podejmowania dodatkowych wysiłków na rzecz przeciwdziałania przemocy. Niemniej stwierdzić można, że na terenie powiatu polkowickiego występują pewne szczególne fakty w obszarze przemocy i przeciwdziałania jej.

W stosunku do problemu **głównego I** nie formułowano hipotez, z 3 powodów:

(1) badania miały charakter eksploracyjny – głównie demograficzny, na dużej próbie badawczej; (2) założyłam, iż eksploracja będzie służyła odzwierciedleniu ogólnych tendencji; (3) nie prowadziłam w tym obszarze analiz statystycznych.

Można więc stwierdzić, iż w stosunku do tego problemu ujawniono określone fakty stanowiące odpowiedź na jego pytajny charakter, ukazując też pewne lokalne uwarunkowania. Specyfika relacji, typowa dla powiatu polkowickiego, to zatrudnienie małżonka i niepodejmowanie pracy przez żony o tym samym statusie wykształcenia (zwykle zawodowe), gdyż większość mężczyzn to pracownicy KGHM (zarówno uposażeniowo, jak i obyczajowo jest to typowe dla obszaru Legnicko - Głogowskiego Okręgu Miedziowego).

DYSKUSJA WYNIKÓW – ZJAWISKO PRZEMOCY W PERSPEKTYWIE INDYWIDUALNEJ (PROBLEM II)

Problem główny IIa dotyczył dynamiki przemian funkcjonowania psychospołecznego kobiet – ofiar przemocy domowej w trakcie (*implicite* – pod wpływem, w następstwie) procesu terapeutycznego. Rozwiązanie tego problemu wymagało określenia:

- właściwości i cech kobiet przed rozpoczęciem terapii (w wymiarach przekonań, osobowości, emocjonalności, motywacji do terapii);
- właściwości i cech tychże kobiet po upływie roku terapii (w tychże wymiarach), w celu dokonania analizy porównawczej w oparciu o opracowania statystyczne.

W momencie zainicjowania procesu terapeutycznego większość respondentek cechowały następujące parametry funkcjonowania psychospołecznego:

a) w skali *Kwestionariusza Postaw Życiowych*:

- brak konstruktywnych celów życiowych,
- niski poziom poczucia tożsamości osadzonego w pogłębionym rozumieniu usytuowania w świecie,
- wysoki poziom pustki egzystencjalnej i nastawienie rezygnacyjne,
- akceptacja śmierci w rozumieniu braku woli życia,

b) w *Skali Uczuć Pozytywnych i Negatywnych*:

- zaniżony poziom trwałych uczuć pozytywnych przy zdecydowanie wysokim poziomie uczuć negatywnych jako cech,

- podobnie w zakresie aktualnej uczuciowości z jeszcze bardziej zaznaczającą się intensywnością stanów negatywnych,
- c) w skali *Kwestionariusza Nastawień Intrapersonalnych, Interpersonalnych i Nastawień wobec Świata*:
- zaburzenia samooceny zwłaszcza w zakresie ogólnej wizji siebie i w samoocenie poznawczo-intelektualnej, w mniejszym stopniu w ocenie fizyczności i sfery charakterologicznej (obszary intrapersonalne),
 - postrzeganie tzw. innych jako zagrażających (ograniczenia w obszarze wsparcia a zwłaszcza poczucia bezpieczeństwa), przy wizji siebie wobec innych bardziej konstruktywniej (obszar interpersonalny),
 - postrzeganie świata, tak w zakresie nadziei, sensowności i przychylności niskie, podobnie w zakresie sprawczości – niskie wyniki poczucia skuteczności i zaradności (obszar obrazu świata),
- d) w skali *Kwestionariusza Komunikacji Małżeńskiej*:
- postrzeganie sprawcy jako mniej wspierającego niż uzyskującego wsparcie,
 - postrzeganie sprawcy jako mniej zaangażowanego w związek, niż „ofiara”,
 - postrzeganie sprawcy jako bardziej deprecjonującego, niż „ofiara”,
 - powyższe również stwierdza się na poziomie zróżnicowania obszarów samopoczucia i udziału w rozwiązywaniu konkretnych problemów,
- e) w zakresie *Kwestionariusza Profilu Rodziny*:
- postrzeganie konstruktywnych wymiarów systemowego funkcjonowania rodziny jako minimalizowanych (spójność, adaptacyjność, wzajemne zrozumienie, funkcjonalność),
 - postrzeganie dysfunkcyjnych obszarów systemowego funkcjonowania rodziny jako wzmożonych (role rodzinne, czyli sztywność, trudności rozwojowe i dezintegracja),
- f) w narzędziu *INTIM*:
- najniższy poziom w zakresie intymności emocjonalnej,
 - stosunkowo niski poziom intymności seksualnej.

Rekonstrukcja obrazu funkcjonowania psychospołecznego przed rozpoczęciem terapii wskazuje więc na znaczne deficyty w każdym z obszarów oceny: **(a)** poznawczo-osobowościowych (pesymistyczne przekonania co do natury świata, relacji i własnej osoby); **(b)** emocjonalnym (przewaga dyskomfortu emocjonalnego tak na poziomie trwałych nastawień, jak i aktualnych stanów); **(c)** motywacyjnym („niewiara” poznawcza wsparta emocjami nie sprzyja jednoznacznym decyzjom o terapii).

W tym ostatnim obszarze, diagnozowanym przy użyciu kwestionariusza *Motywów Podjęcia Procesu Terapeutycznego*, badane ujawniły chęć zrozumienia powodów „bycia ofiarą przemocy”, dążenie do poprawy samopoczucia, poznanie siebie i istoty współzależnienia. Zadeklarowały również „chęć zmiany w życiu”, można jednak przewidywać, że realistyczność i poprawna atrybucyjność tych motywów są mocno ograniczone i życzeniowe (motywacja jest wprawdzie wysoka, lecz poziom czynników uznanych za utrudniające nierealistycznie zaniżony). Mimo, iż na etapie opisu uznano motywację za autentyczną i rozwojową, przebieg terapii i refleksje *post factum* usprawiedliwiają nałożenie takiego ograniczenia.

Po upływie roku procesu terapeutycznego uczestniczki poddano badaniom typu „post-test”, co pozwoliło na porównawcze określenie zmian w zakresie ich funkcjonowania psychospołecznego.

Stwierdzono następujące przemiany poznawczo-behawioralne i emocjonalne.

a) w zakresie Kwestionariusza Postaw Życiowych:

- największe zmiany odnotowano w zakresie pustki egzystencjalnej, gdzie stosunek wyników wysokich do niskich uległ znaczącemu odwróceniu,
- znacznej poprawie uległy wskaźniki postaw życiowych na rzecz ich zrównoważenia,
- na zbliżonym poziomie sytuuje się przemiany celów życiowych w kierunku konstruktywności,
- zawyżeniu uległy wskaźniki kontroli życia, spójność i sensów osobowych,
- najmniejsza dynamika zmian dotyczy akceptacji śmierci i poszukiwania celów, w przeciwieństwie do wyżej omawianych różnice są nieistotne statystycznie (efekty te tłumaczą przyrostem zintegrowania w efekcie terapii w powiązaniu z jej ukierunkowaniem na budowanie postaw kon-

struktywnych - i tak np. redukcja a nie przyrost w zakresie poszukiwania celów wskazywać może na wskazanie możliwości zmian biegu życia),

b) w Skalach Uczuć Pozytywnych i Negatywnych:

- uczucia pozytywne jako stan permanentny uległy zdecydowanej poprawie ku wynikom bezwyjątkowo bardzo wysokim (wynik istotny statystycznie),
- uczucia pozytywne jako stan aktualny wykazały tę samą tendencję co do kierunku i nasilenia (wynik istotny statystycznie),
- trwała tendencja reagowania uczuciami negatywnymi uległa zmianie z wyników typowo bardzo wysokich do typowo przeciętnych (wynik istotny statystycznie),
- sytuacyjne reagowanie emocjami negatywnymi uległo redukcji ze stanów bardzo wysokich również do przeciętnych (wynik istotny statystycznie), (efekt terapeutyczny potwierdza prawidłowości psychologii emocji wskazujące na większą łatwość generowania nastawień pozytywnych przy większej trwałości zalegania emocji negatywnych, gdyż habituacja do stanów negatywnych jest trudniejsza),

c) w zakresie Kwestionariusza Nastawień Intrapersonalnych, Interpersonalnych i Nastawień wobec Świata:

- w skalach samooceny odnotowano przyrost wyników zarówno w skali globalnej, ogólnej niespecyficznej, jak i w każdej ze skal szczegółowych, przy najmniejszych zmianach w zakresie samooceny społeczno-moralnej, w stosunku do której zakres i treść oddziaływań terapeutycznych wydaje się najbardziej neutralny (niemniej w stosunku do każdej skali zachodzą przesłanki do odrzucenia hipotezy zerowej),
- we wszystkich skalach funkcjonowania interpersonalnego nastąpiła poprawa, tj. przyrost wyników średnich, a także zmiany ujednolicające, czyli zmniejszenie rozrzutu wyników; większe zmiany odnotowano w obszarze „Inni wobec mnie”, niż „Ja wobec innych”; w konsekwencji poprawa w większym stopniu dotyczyła poczucia bezpieczeństwa i wsparcia, niż prospołeczności i zwłaszcza agresywności/jej braku; wszystkie zmiany, ich kierunek i charakter pozwalają odrzucić hipotezę

zerową, z wyjątkiem agresywności (zmiany interpersonalne są w pełni interpretowalne przy uwzględnieniu istoty terapii, która treściowo jest szczególnie ukierunkowana na ten obszar),

- w zakresie obrazu świata i życia stwierdzić można na podstawie testu statystycznego znaczącą poprawę w każdym z diagnozowanych obszarów; wzrósł poziom konstruktywnych przekonań co do sensowności i przychylności świata (w zbliżonym zakresie), a także poczucia skuteczności i przede wszystkim zaradności (terapia ukierunkowana była w dużym stopniu na przepracowanie schematów poznawczych, stąd korzystna zmiana obrazu świata, a także na konkretne umiejętności behawioralne, stąd też większy przyrost poczucia zaradności, niż skuteczności);

d) w skalach *Kwestionariusza Komunikacji Małżeńskiej* stwierdzono bardziej skomplikowaną dynamikę zmian:

- własne zachowania uległy zmianie w skali wsparcia, co oznacza, że terapia przyczyniła się do autonomiczności badanych kobiet i zrozumienia istoty ochrony siebie w sytuacjach przemocy, co w dużym stopniu polega na podejmowaniu działań konstruktywnych niezależnie od intencji i zachowań partnera,
- w świetle testowania hipotezy o zmianie w zaangażowaniu jak i deprecjonowaniu partnera – zmiany można uznać za nieistotne (zaangażowanie jako fakt stwierdzony obiektywnie może mieć zróżnicowane podłoże – u osób współzależniowych od partnera trudno uznać je za konstruktywne, ale można przewidywać, że pod wpływem terapii zmieniła się jego treść, a nie poziom),
- w każdej ze skal oceny zachowania męża zaszły zmiany pozwalające uznać zwiększenie poziomu wsparcia, zaangażowania i deprecjacji ze strony męża (zmiany te mogą być pochodną realnych zmian w zachowaniu męża w efekcie zmian postępowania żony korzystającej z nabytych umiejętności, bądź też mieć charakter czysto atrybucyjny, ale niezależnie od tego, czy mamy do czynienia z poprawą relacji, czy też zmianą postrzegania relacji, efekt należy uznać za korzystny);

- e) w narzędziu *Profil Rodziny Z. Gasia* wystąpiły znaczące zmiany w ocenie większości wymiarów funkcjonowania rodziny. W opiniach respondentek znacząco wzrosły: spójność rodzinna, adaptacyjność rodziny, zdolność wzajemnego rozumienia siebie i poczucie funkcjonalności, jak i elastyczności (redukcja funkcjonowania w schematach ról rodzinnych). W konsekwencji rodzina oceniana jest jako mniej zdeintegrowana. Nie stwierdzono znaczących zmian na wymiarze trudności rozwojowych (efekt ten jest w pełni interpretowalny w kategoriach teorii systemowej – rodzina w trakcie wielostronnych przekształceń napotyka na wewnętrzną realitację, gdy zmiany są zbyt intensywne);
- f) w narzędziu *INTIM K. Kosińskiej-Dec* nie stwierdzono znaczących zmian po roku terapii – wskaźniki intymności emocjonalnej, intelektualnej, społecznej i seksualnej zmieniły się w nieznacznym stopniu (odwołam się do dwóch możliwych efektów – czas reorganizacji rodziny, wdrażania nowych reguł nie sprzyja bezpośrednio budowie intymności, również wysiłki na rzecz usamodzielnienia kobiet mogą działać hamująco na wyniki).

Hipoteza H₁ odnosząca się do wpływu oddziaływań terapeutycznych na zmianę sytuacji życiowej kobiet i ich psychospołeczne funkcjonowanie **została potwierdzona**.

W większości analizowanych wymiarów zaszły zmiany spełniające kryteria istotności statystycznej – zmiany w kierunkach przewidywanych teoretycznie i interpretowalne w świetle dostępnej wiedzy.

Problem główny IIb dotyczył pozaterapeutycznych uwarunkowań przemian funkcjonowania psychospołecznego kobiet – ofiar przemocy.

Uwzględniono czynniki biograficzne, czyli doświadczenia z przeszłości (rodzina pochodzenia, kariera edukacyjna, jakość relacji międzyludzkich), aktualne położenie życiowe (czynniki rodzinne, zawodowe, środowiskowe) oraz przyszłościowe cele i plany życiowe (potencjalne rozstanie z partnerem, zmiana miejsca zamieszkania, podjęcie zatrudnienia). Ogólnie uwzględniono **czynniki patogenne** w rodzinie pochodzenia (wskaźnikowane przez alkoholizm, przemoc) oraz **sytuację edukacyjną** (wskaźnikowaną przez poziom wykształcenia) i **zawodową** (wskaźnikowaną przez zatrudnienie – pracuje, nie pracuje), jako różnicujące potencjalnie efekty terapii.

Efekt zróżnicowania czynników uwzględnionych w analizie odniesiono do wyników *Kwestionariusza Nastawień Intrapersonalnych, Interpersonalnych i Nastawień do Świata* autorstwa Ewy Wysockiej, jako narzędzia najszerzej ujmującego poznawczo-społeczny wymiar funkcjonowania uczestniczek procesu terapeutycznego.

Analizując czynniki patogenne w rodzinie pochodzenia badanych kobiet i ich wpływ na proces terapii można wywnioskować, iż kobiety u których występowały takowe czynniki (przemoc w rodzinie, nadużywanie alkoholu) przed rozpoczęciem terapii oceniały siebie korzystniej, aniżeli kobiety, u których nie odnotowano tychże czynników. Sytuacja ta zmieniła się po upływie roku terapii. Pomimo tego, iż samoocena wzrosła w obu grupach badanych kobiet, to zdecydowanie wyższe wyniki osiągnęły kobiety, u których w rodzinie pochodzenia nie występowały czynniki patogenne. Podobny rozkład wyników i dokonujące się zmiany w procesie terapii dotyczą funkcjonowania interpersonalnego (poczucia bezpieczeństwa i wsparcia oraz prospołeczności i agresywności), obrazu świata (sensowność i przychylność) oraz obrazu własnego życia (skuteczność, kontrola, zaradność). Progresja cech kobiet doświadczających przemocy w kierunku pozytywnym w procesie terapii uzależniona była od doświadczeń życiowych (u kobiet ze środowisk nie dotkniętych patologią konstruktywne zmiany były większe). Można to wytłumaczyć tym, iż kobiety wywodzące się ze środowisk patologicznych (rodzin dysfunkcyjnych) podczas procesu terapeutycznego szybciej uświadomiły sobie, że przez lata funkcjonowały w toksycznym (przemocowym) związku, który je ograniczał, uzależniał oraz zmuszał do bezwzględnego posłuszeństwa.

Biorąc pod uwagę wykształcenie kobiet, może ono być czynnikiem różnicującym skuteczność i efekty terapii. Kobiety z wyższym wykształceniem, które przystępowały do terapii, na wstępie procesu terapeutycznego gorzej funkcjonowały w świecie, w relacjach z innymi, bardziej negatywnie postrzegały własną osobę, a więc cechował je wyższy poziom destruktywności, aniżeli kobiety o niższym wykształceniu.

Po roku terapii (podobnie jak w przypadku czynników patogennych) wyższe wyniki, w zakresie większości analizowanych zmiennych charakteryzujących ich funkcjonowanie psychospołeczne, uzyskały kobiety z grupy o wyższym wykształceniu. Oznacza to, iż wykształcenie ma pozytywne znaczenie dla efektów terapii prowadzonej wśród kobiet doświadczających przemocy, w zakresie pozytywnego kształtowania obrazu siebie, własnych relacji z innymi, obrazu świata i własnego życia.

Podobnie jak wykształcenie, sytuacja zawodowa kobiet doświadczających przemocy także może być czynnikiem determinującym efektywność terapii. Kobiety,

które pracowały przed rozpoczęciem terapii, uzyskiwały wyniki niższe (aniżeli kobiety niepracujące) w zakresie większości cech charakteryzujących ich funkcjonowanie intrapersonalne, interpersonalne, a także w zakresie percepcji świata i własnego życia (cechy te miały bardziej konstruktywny charakter). Oznacza to, że u tych kobiet konfrontacja ze środowiskiem pozaprzemocowym powodowała nasilenie niezadowolenia z siebie oraz ze swojego położenia życiowego. Proces terapii pozytywnie wpłynął na grupę kobiet zatrudnionych, gdyż po upływie roku uczestnictwa w procesie terapeutycznym zaobserwowano intensywne zmiany „*in plus*” w każdym rodzaju samooceny, w ich relacjach ze światem społecznym, w zakresie przekonań dotyczących natury świata i możliwości kształtowania własnego życia, co oznacza, że doświadczenie zawodowe, a tym samym możliwość samorealizacji w tym obszarze sprzyja efektywności terapii, wyznaczając większy zakres zmian. Z kolei kobiety niepracujące, przed rozpoczęciem terapii osiągnęły lepsze wskaźniki określające ich funkcjonowanie psychospołeczne, niż kobiety z grupy alternatywnej, jednak mniejsza była ich progresja w procesie terapii. Być spowodowane to było brakiem stabilności finansowej lub ograniczonymi środkami finansowymi, a tym samym poczuciem małej wartości własnej. Ograniczone były także ich doświadczenia „korektywnie uczące”, pozwalające kształtować konstruktywny obraz siebie, świata i własnego funkcjonowania w świecie.

W konsekwencji uznać można, że **hipoteza – H₂** odnosząca się do czynników biograficznych mających wpływ na zmiany w psychospołecznym funkcjonowaniu kobiet - ofiar przemocy domowej **została potwierdzona**. Wyróżnione czynniki, tzn. przemoc i alkoholizm w rodzinie generacyjnej, poziom wykształcenia i czynnik zatrudnienia pozostają w stwierdzonej empirycznie relacji do przebiegu procesu terapeutycznego. Wyznaczają one zarówno na parametry wyjściowe, dynamikę terapii, jak i parametry końcowe. Osoby pozornie będące w gorszej sytuacji, w momencie rozpoczęcia badań cechują się korzystniejszymi wynikami w przedmiotowych zakresach, natomiast intensywność zmian jest w ich przypadku mniejsza, niż u osób uprzywilejowanych, a w konsekwencji i zmiany w tej podgrupie są większe.

Jednakże trzeba mieć na uwadze, że stwierdzone zależności w większości przypadków nie są statystycznie istotne, a więc obrazują jedynie pewne tendencje w rozkładach analizowanych zmiennych, które zapewne mogłyby silniej się ujawnić w dłuższym procesie terapeutycznym lub w większej próbie badawczej.

Wnioski dla praktyki terapeutycznej. Pomaganie kobietom doświadczającym przemocy należy traktować jako bardzo ważne działanie zmierzające od odbudowania ich osobistej mocy (kontroli, zaradności), stanu emocjonalnego, postaw życiowych oraz przekonań dotyczących własnej osoby i własnej sytuacji życiowej. Pierwszym i podstawowym zadaniem terapeuty, który na co dzień współpracuje z ofiarami przemocy, jest określenie stopnia ich zagrożenia i zapewnienie im bezpieczeństwa.

Innym ważnym zadaniem terapeuty jest budowanie terapeutycznego porozumienia z pacjentką. Wzajemne zrozumienie daje poczucie bliskości, ułatwia współdziałanie i budowanie więzi psychoterapeutycznej. Odpowiedzialność za stworzenie warunków, w których osoby doświadczające przemocy będą mogły znaleźć rozwiązanie swoich problemów, spoczywa na terapeutach, którego zadaniem jest także stworzenie atmosfery sprzyjającej dobremu porozumieniu i ułatwieniu pacjentce otworzenie się.

Podczas prowadzenia sesji terapeutycznych dla kobiet doświadczających przemocy za najważniejszy czynnik wpływający na wynik terapii należy uznać jakość relacji terapeuty z pacjentkami. Relacje, jakie powinny być zbudowane podczas pracy z kobietami będącymi ofiarami przemocy, winny przypominać „przyjaźń”, jednakże należy pamiętać, że terapia nie jest przyjaźnią, gdyż jest skierowana na osiągnięcie konkretnego celu, określonego w kontrakcie, ograniczonego w czasie i jednostronna. Ograniczenia te zmieniają kształt relacji i określają granice, wewnątrz których można pracować, aby zrealizować założone cele, porozumieć się i zmniejszyć cierpienie pacjentki.

Wiadomym jest, że jeśli nie uda się zbudować pozytywnej relacji terapeutycznej podczas pierwszego spotkania/sesji, później będzie to bardzo trudne, a czasami niemożliwe. Dlatego też ważnym aspektem pracy terapeuty z osobami doświadczającymi przemocy jest posiadanie wiedzy na temat zjawiska przemocy i psychologicznej sytuacji osoby krzywdzonej. Ponadto, każdy terapeuta współpracujący z osobami doświadczającymi przemocy powinien systematycznie i wnikliwie poszerzać swoją wiedzę na temat przemocy wewnątrzrodzinnej, gdyż systematycznie w polskim prawie wprowadzane są znaczące zmiany dotyczące kwestii przeciwdziałania przemocy domowej oraz ochrony osób doświadczających przemocy.

Na podstawie wyników przeprowadzonych badań można programować kierunki działań terapeutycznych – i szerzej – wspierających kobiety doświadczające przemocy w dokonywaniu konstruktywnych zmian w ich życiu, ze względu na dokonującą się progresję w procesie terapeutycznym w zakresach objętych analizą. Są to niewątpliwie wszelkie działania zmierzające do przebudowy przekonań, stanu emocjonalnego, a tak-

że zmiany świadomości w obszarze istoty, mechanizmów i konsekwencji doświadczania przemocy, z włączeniem w zakres oddziaływań także takich ich form, które pozwalają kobietom doświadczającym przemocy zdobywać tzw. doświadczenia uczące, dzięki którym uzyskują poczucie utraconej w toku doświadczeń przemocowych kontroli nad własnym życiem.

Do ochrony kobiet przed przemocą ważne jest uznanie, że mają one takie wolności i prawa jak inni. Przede wszystkim mają prawo do godności, wolności oraz równego traktowania. Dlatego też konieczne jest przeciwdziałanie przemocy wobec kobiet. Działania te organizuje się najczęściej w trzech płaszczyznach. **Pierwszą płaszczyznę** przeciwdziałania przemocy stanowią **działania interwencyjne**. Polegają one głównie na uniemożliwieniu dalszego krzywdzenia kobiet oraz udzieleniu pierwszej pomocy. Tę pierwszą i natychmiastową pomoc winni udzielać specjaliści. **Drugą płaszczyzną** przeciwdziałania przemocy są działania **terapeutyczne** zmierzające do zminimalizowania i usunięcia doznanych urazów i krzywd.

Grupowe formy wsparcia i terapii odgrywają ważną rolę w pracy z kobietami doświadczającymi przemocy w rodzinie. Najważniejszą przyczyną do uczestnictwa w **terapii grupowej** jest nawiązanie i podtrzymywanie kontaktów z innymi kobietami, które także doświadczyły w swoim życiu krzywdy. Kobiety biorące udział w terapii grupowej potrzebują pozytywnych interakcji międzyludzkich w miejsce izolowanego kontaktu z otoczeniem i osobami bliskimi. Przynależność, akceptacja, sympatia, interakcje z innymi kobietami oraz równość i wytworzenie nowego wyobrażenia o samej sobie - to główne potrzeby związane z kontaktami z innymi osobami, które najlepiej mogą być zaspokojone właśnie przez grupę terapeutyczną.

Dla kobiet doświadczających przemocy ważnym jest aby systematycznie uczestniczyły w **zajęciach grupy psychoedukacyjnej** dla ofiar przemocy w rodzinie. Udział w zajęciach grupy psychoedukacyjnej ma z jednej strony **charakter terapeutyczno-edukacyjny**, z drugiej zaś pozwala przełamać osamotnienie i wstyd związany z ujawnieniem doznanych krzywd. **Grupy psychoedukacyjne** dla kobiet doświadczających przemocy oprócz pomocy psychologicznej świadczą również dodatkowo **pomoc prawną**. Ponieważ kobiety - ofiary przemocy domowej większą część swojego życia spędzają w izolacji, więc z reguły niewiele wiedzą o dostępnych im możliwościach. Dlatego też podczas spotkań grupowych oprócz poruszanych kwestii związanych z doświadczoną krzywdą, dodatkowo prowadzone są rozmowy związane z podjęciem przez Dodatkowo udział kobiet - ofiar przemocy w zajęciach grupy psychoedukacyjnej umoż-

liwia im rozwijanie umiejętności społecznych, obserwowanie siebie i swoich reakcji w kontaktach z innymi ludźmi, daje możliwość otrzymywania informacji zwrotnych na swój temat. Dodatkowo pozwala pokonać własne trudności w **atmosferze bezpieczeństwa** i wsparcia ze strony innych osób. Ponadto grupa motywuje uczestniczki zajęć do cięższej i efektywniejszej pracy, uczy odpowiedzialności za innych, daje poczucie bycia potrzebnym.

Problem przemocy w rodzinie nie jest problemem indywidualnym, wręcz przeciwnie, jest to problem społeczny, który można rozwiązać poprzez stworzenie długofalowego programu profilaktycznego. **Trzecią płaszczyzną** przeciwdziałania przemocy jest **profilaktyka**. Ze względu na narastanie zjawiska przemocy wewnątrzrodzinnej wydaje się, że jest ona najlepszym sposobem chroniącym przed skrzywdzeniem. Konieczna zatem wydaje się szeroko rozumiana edukacja społeczna, mająca na celu przede wszystkim właściwe przygotowanie do życia w rodzinie. Natomiast profilaktyka powinna uchronić kobiety oraz dzieci przed doświadczaniem przemocy, głównie dzięki popularyzacji wiedzy o omawianym zjawisku, sposobach rozpoznawania przemocy i wyrobieniu umiejętności przeciwstawiania się jej.

ZAKOŃCZENIE

Przedłożona dysertacja dotyczy problemu przemocy domowej w konkretnym środowisku społecznym, oraz wpływu jaki terapia wywrzeć może na funkcjonowanie kobiet – ofiar tejże przemocy.

Problematyka przemocy jest przedmiotem intensywnych badań w psychologii, socjologii, czy pedagogice. Wydawać by się mogło, że na tym polu eksploracji empirycznej trudno osiągnąć zaskakujące, czy nowatorskie rezultaty. Nie mniej, niewiele jest wyników badań, które dotyczą efektywności pomocy psychologicznej w ramach tego niepokojącego zjawiska. Pomoc psychologiczna może mieć różne oblicza, od poradnictwa poprzez profilaktykę, interwencję kryzysową, aż do planowych, długotrwałych oddziaływań o charakterze korekcyjnym i terapeutycznym.

W badaniach własnych skoncentrowałam się na tym ostatnim aspekcie – próbie doprowadzenia do trwałych zmian w psychospołecznym funkcjonowaniu kobiet doświadczających przemocy. Temu też ukierunkowaniu podporządkowałam tok pracy badawczej.

W rozdziale teoretycznym dokonałam analizy literatury przedmiotu z perspektywy tematu pracy, dążąc do obiektywnego zaprezentowania tych prawidłowości, które uzasadniałyby podjętą problematykę badawczą. Konceptualizacja tematu zakłada oparcie analiz wyników badań o prawidłowości ogólne, z uwzględnieniem specyfiki środowiska powiatu polkowickiego, którego szczególne cechy opisałam w pracy.

Analiza literatury była podstawą opracowania metodologii badań własnych - ich celów, problemów badawczych oraz hipotez roboczych. W konsekwencji metodologia zawiera dwa problemy główne oraz szereg problemów szczegółowych, rozwiązania których zaprezentowałam wcześniej – w kontekście weryfikacji hipotez.

Wstępny aspekt badań stanowiła analiza akt sądowych, dotyczących postępowań w zakresie przemocy na terenie powiatu głogowskiego i polkowickiego, w dwu kolejnych latach kalendarzowych. Dowiodła ona, że zjawisko przemocy domowej wskazuje wzrostowe tendencje, co uzasadnia dodatkowo zasadność pogłębionych badań.

Badaniom poddano 30 kobiet zakwalifikowanych do długotrwałego procesu terapeutycznego, zaś po roku terapii przeprowadziłam „post-test”, dający możliwość ustalenia zmian w funkcjonowaniu kobiet i dynamikę procesu tych zmian.

W obu momentach badawczych zastosowałam następujące narzędzia:

- Kwestionariusz Nastawień Intrapersonalnych, Interpersonalnych i Nastawień wobec Świata (KNIIS) Ewy Wysockiej zmodyfikowany przez Joannę Cichłą dla potrzeb badań;
- Kwestionariusz Postaw Życiowych (KPŻ) Ryszarda Klamuta (Polska adaptacja *Life Attitude Profile-Revised* (LAP-R) G.T. Reker);
- Kwestionariusz Komunikacji Małżeńskiej-KKM (ocena własnych zachowań – wersja dla żony), opracowanie: Maria Kaźmierczak, Mieczysław Płopa;
- Kwestionariusz Komunikacji Małżeńskiej-KKM (ocena zachowań męża), opracowanie: Maria Kaźmierczak, Mieczysław Płopa;
- Kwestionariusz – Skala Intymności INTIM 1 (K), opracowanie Katarzyna Kosińska-Dec;
- Kwestionariusz Traktowania w Rodzinie, autorstwo: Mary-Louise Engels i Daniel Moisan;
- Kwestionariusz Profil Rodziny w opracowaniu Zbigniewa Gasia;
- Skala Uczuć Pozytywnych i Negatywnych SUPIN, wersja C30, opracowanie: Piotr Brzozowski;
- Skala Uczuć Pozytywnych i Negatywnych SUPIN, wersja S30, opracowanie Piotr Brzozowski;
- Skala Sprawca-Ofiara w opracowaniu Zdzisława Bartkowicza, zmodyfikowana przez Joannę Cichłą dla potrzeb badań;
- Kwestionariusz Agresja i przemoc, którą można tolerować w opracowaniu Anny Lipowskiej-Teutsch, zmodyfikowany przez Joannę Cichłą dla potrzeb badań;
- Kwestionariusz wywiadu swobodnego w opracowaniu Joanny Cichłą;
- Kwestionariusz Motywów Podjęcia Procesu Terapeutycznego (MPPT) w opracowaniu Joanny Cichłą.

W następstwie przeprowadzonego procesu terapeutycznego stwierdzono, iż:

1. w skalach *Kwestionariusza KNIIS* nastąpiła poprawa zarówno w skalach samooceny, funkcjonowania interpersonalnego, jak obrazu świata i życia;
2. w *Kwestionariuszu KPŻ* stwierdzono poterapeutyczne zrównoważenie postaw życiowych, przemiany celów życiowych, wskaźniki dotyczące kontroli, a przede wszystkim redukcja pustki egzystencjalnej;
3. w *Skali Kwestionariusza Komunikacji Małżeńskiej* wystąpiły fakty wskazujące na autonomiczność respondentek, postrzeganie poziomu wsparcia i zaangażowania mę-

zów, przy zachowanym stosunku własnym w zakresie zaangażowania i deprecjonowania partnera;

4. w *Skali INTIM* nie odnotowano znaczących zmian w obszarze emocjonalnym, intelektualnym, społecznym i seksualnym;

5. w *Skali Kwestionariusza Traktowania w Rodzinie* stwierdzono nieznaczne zmiany atrybucji traktowania w rodzinie generacyjnej takie, że po roku terapii matki postrzegane są korzystniej niż ojcowie; natomiast też wyróżniały więcej przejawów przemocy domowej, niż w badaniach przed terapią;

6. w *Kwestionariuszu Profil Rodziny* większość wymiarów funkcjonowania rodziny uległa zmianie, wzrosły wskaźniki spójności, adaptacyjności, funkcjonalności i elastyczności rodzinnej;

7. w *Skali Uczuć Pozytywnych i Negatywnych (SUPIN)* nastąpił przyrost postrzegania uczuciowości pozytywnej jako stanu i stałej tendencji przy redukcji nastawień negatywnych w obu tych wymiarach;

8. w *Skali Sprawca - Ofiara* stwierdzono zmiany postrzegania zachowań uprzednio nie uznawanych za przemoc, jak i intensyfikację negatywnych ocen zachowań uprzednio za przemoc uważanych;

9. podobnie w *Skali Agresja i przemoc, którą można tolerować* stwierdzono zmiany oceny zachowań przemocowych.

Za najbardziej konstruktywny i interesujący poznawczo fakt empiryczny pozwolę sobie uznać stwierdzenie interesującej prawidłowości polegającej na związku parametrów początkowych z przebiegiem terapii. Osoby pozornie poszkodowane ze względu na niższe wykształcenie, trudności z pracą, czy wcześniejszą przemocą domową funkcjonują lepiej przed rozpoczęciem terapii. Ich funkcjonowanie opiera się o silne mechanizmy obronne, wobec czego korzyść ta jest wątpliwa, gdyż oznacza integrację doświadczeń na elementarnym poziomie.

Osoby o korzystniejszych wskaźnikach funkcjonowania społecznego i zawodowego na obszarze psychologicznym uzyskują mniej pozytywne wyniki. Słabość ich mechanizmów obronnych powoduje zarazem większą podatność na terapię – zmiany parametrów psychologicznych są w tym przypadku większe.

Badania przeprowadzone wśród kobiet doświadczających przemocy w relacjach partnerskich wykazały, że istnieją czynniki ryzyka trwale związane z przemocą rodzinną. Należą do nich m.in. doświadczanie przemocy w rodzinie pochodzenia, nadużywa-

nie alkoholu, status socjoekonomiczny i zawodowy zarówno ofiary, jak i sprawcy przemocy⁴⁸⁰.

Rodzina pochodzenia będąca pierwszym środowiskiem wychowawczym jest miejscem gdzie rodzice mają decydujący udział w modelowaniu osobowości dzieci, jak również dzieci mają szansę uczenia się właściwych zachowań społecznych. Nieprawidłowe postawy rodziców dostarczają dzieciom negatywnych wzorów postępowania.

Analiza badań przeprowadzonych na grupie 30 respondentek wskazuje, iż występowanie przemocy pomiędzy rodzicami, jak i bycie ofiarą przemocy w dzieciństwie spowodowało, iż u tych kobiet, w ich życiu dorosłym, wykształtowały się takie cechy, jak: bierność, uwewnętrznione poczucie winy, uступliwość, ambiwalentne poczucie lojalności względem swojego męża/partnera. Istotnym elementem okresu dzieciństwa respondentek było to, iż nie wszystkie badane wspominają osoby, które miałyby okazać im pomoc, wspierać w trudnych chwilach, zarówno w domu rodzinnym, dalszej rodzinie, jak i wśród profesjonalistów (pomoc instytucjonalna).

Respondentki zanim podjęły decyzję o rozstaniu ze swoim partnerem przez dłuższy czas swojego związku nie podejmowały żadnych działań asertywnych, były bierne w radzeniu sobie z problemem przemocy, wycofywały się z relacji społecznych. Ponadto u większości badanych kobiet występowała zaniżona samoocena i poczucie mniejszej wartości. Charakterystycznym zachowaniem respondentek było także ukrywanie problemów jakie występowały w ich rodzinie pochodzenia, które umożliwiało nadanie rodzinie pozorów normalności.

Rodzina pochodzenia oraz sytuacja panująca w niej i przeżycia badanych kobiet miały zasadnicze znaczenie dla kształtowania się ich życia w kolejnych latach. Cechą, która charakteryzowała respondentki będące w „związkach przemocowych” było to, iż skrupulatnie ukrywały fakt doświadczanej przemocy. Przyznanie się do kryzysu w małżeństwie i do przeżywanego dramatu było bardzo często ponad siły badanych kobiet. Ponadto respondentki uważały, że sytuacja w jakiej znajdują się jest całkowicie prywatna, wstydliva i powodująca społeczną dezaprobatę. Jednocześnie ich milczenie utwierdzało partnera w poczuciu jego bezkarności i przekonaniu o cichym przyzwoleniu na takie zachowanie.

Kobiety, które doświadczyły przemocy w rodzinie pochodzenia przeżywały także dramatyczne wydarzenia w **rodzinie własnej**, gdyż nie potrafiły wrócić do normal-

⁴⁸⁰ por. Rode D. *Psychologiczne uwarunkowania* ..., dz. cyt. s. 174

nego trybu życia, uwolnić się od traumatycznych wspomnień, które natrętnie powracały podczas doświadczanej przemocy ze strony partnera/męża.

Wydarzenia związane z doświadczaną przemocą stawiają pod znakiem zapytania **kontakty kobiet ze środowiskiem społecznym**. Wydarzenia przemocowe niszczą przywiązanie do rodziny, rujną przyjaźń i kontakty społeczne. Nadwyrężają strukturę ją, która powstaje i utrzymuje się w relacjach z innymi. Zerwanie relacji z osobami bliskimi, czy środowiskiem społecznym negatywnie wpływają na poczucie bezpieczeństwa badanych kobiet. W takich sytuacjach kobiety doświadczające przemocy czują się porzucone, zupełnie same.

Ponieważ wydarzenia przemocowe w zdecydowanej większości zaburzają związki kobiet z innymi, wsparcie ze strony osób bliskich może złagodzić skutki tejże przemocy. Wsparcie jakie powinna otrzymać kobieta doświadczająca przemocy ze strony rodziny i przyjaciół, może przybierać różne formy, gdyż potrzeby kobiet mogą zmieniać się w trakcie procesu powracania do zdrowia. Bezpośrednio po doświadczeniu przemocy przez badane kobiety, najważniejszym dla respondentek było odbudowanie zaufania, choćby tego szczątkowego, które miało duże znaczenie przy zapewnieniu im bezpieczeństwa i opieki ze strony osób bliskich.

W przypadku respondentek, które otrzymały wsparcie rodziny lub przyjaciół, ich uczestnictwo w procesie terapii przebiegało zdecydowanie dynamiczniej, aniżeli w przypadku kobiet, które zdane były tylko na siebie.

Przemoc domowa jakiej doświadczają kobiety ze strony swoich mężów/partnerów odbija się także negatywnie na ich **pracy zawodowej**. Lęk przed domowym agresorem powoduje, że kobieta nie jest w stanie normalnie funkcjonować, a co się z tym wiąże także wywiązywać się ze swoich obowiązków służbowych. Spowodowane jest to także tym, iż niejednokrotnie kobiety doświadczające przemocy fizycznej chcą ukryć na ciele ślady po doznanej przemocy, korzystają z absencji chorobowej, co nie zawsze jest aprobowane przez pracodawców. Prowadzone badania pozwoliły także stwierdzić, iż dla większości badanych kobiet **aktywność zawodowa** to bardzo ważny element ich życia, który ma także charakter motywujący kobietę do dalszej jej kariery zawodowej albo do podjęcia zatrudnienia (w przypadku kobiet nie pracujących). Dla większości badanych kobiet, praca zawodowa była czynnikiem chroniącym przed utratą kontroli nad sobą oraz własnym życiem i funkcjonowaniem w społeczeństwie. Dla tych kobiet praca i satysfakcjonujące relacje z przełożonymi i współpracownikami były także źródłem dobrej samooceny. Kobiety, które pracowały czuły się

bezpieczne i niezależne finansowo, ich poczucie wartości i siły zdecydowanie było silniejsze, niż w przypadku respondentek niepracujących. Ponadto praca zawodowa oraz niezależność finansowa wpłynęła na podjęcie przez badane kobiety decyzji o odejściu od „toksycznego partnera”.

Warto również zwrócić uwagę na to, iż zdaniem większości pracujących respondentek, praca zawodowa nie chroni ich przed doświadczaniem przemocy ze strony męża/partnera, ale zdecydowanie łagodzi przemoc ekonomiczną i psychiczną. Praca zawodowa albo podjęcie pracy przez kobiety doświadczające przemocy pozwala na wyjście z kręgu przemocy domowej.

Pożądane byłoby wykonanie dodatkowych badań po upływie dłuższego czasu, które to badania ukazałyby, na ile trwale są zaistniałe zmiany. Zakończenie formalnej terapii przebiegającej zgodnie z określonym programem nie oznacza zakończenia przemian inter- i intrapersonalnych, zaś konfrontacja efektów terapii z wymaganiami życia może doprowadzić do dalszych nieprzewidywalnych zmian.

Ustosunkowując się krytycznie do podjętych przeze mnie działań, a zarazem wskazując dalsze kierunki i sposoby badań problemu wskazałabym na możliwość prowadzenia badań przez osoby zaangażowane niebezpośrednio w proces terapeutyczny. Postrzeganie relacji pomocnej przez uczestniczki terapii mogło wpłynąć na ich nie w pełni świadome dążenie do ukazania, iż wysiłki prowadzącej doprowadziły do wskazanych rezultatów, w związku z czym osoby te mogły oceniać siebie przez pryzmat wyobrażanych oczekiwań (efekt oczekiwań interpersonalnych). Również przeprowadzenie badań w konfiguracji innych niż przyjętych systemów oddziaływań terapeutycznych byłoby zasadne i pozwoliłoby stwierdzić jaki rodzaj terapii jest najbardziej zasadny w przypadkach przemocy domowej.

BIBLIOGRAFIA:

Abbey A.A., McAuslan P., Ross L.T., *Sexual assault perpetration by college men, The role of alcohol, misperception of sexual intent, and sexual beliefs and experiences*, „Journal of Social and Clinical Psychology” 1998, nr 17

Aronson E., *Człowiek – istota społeczna*, PWN, Warszawa 1995, tłum. Józef Radzicki

Aronson E., Wilson T.D., Akert R.M., *Psychologia społeczna. Serce i umysł*, Zysk i S-ka, Poznań 1997

Babbie E., *Badania społeczne w praktyce*, PWN, Warszawa 2004, tłum. Witold Betkiewicz, Marta Bucholc, Przemysław Gadomski

Bailey W.C., Peterson R.D., *Gender inequality and Violence against women: The case of murder*, [w:] *Crime and inequality*, J. Hagan, R.D. Petersen (red.) Stanford University Press 1995, CA: Stanford

Badura-Madej W., Dobrzyńska-Mesterhazy A., *Przemoc w rodzinie. Interwencja kryzysowa i psychoterapia*, wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000

Bafia J., Mioduski K., Siewierski M., *Kodeks karny. Komentarz*, t. 2, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1977

Bandura A., Walters R.H., *Agresja w wieku dorastania*, PWN, Warszawa 1968, tłum. Czesław Czapów

Bandura A., Walters R.H., *Agresja w okresie dorastania. Wpływ praktyk wychowawczych i stosunków rodzinnych*, PWN, Warszawa 1968, tłum. Czesław Czapów

Bandura A., *Psychological Mechanisms of Aggression* [w:] Geen R.G., Donnerstein E.I (red.), *Aggression: Theoretical and Empirical Reviews*, t.1, Academic Press, New York 1983

Bandura A., *Social foundations of thought and action. A social cognitive theory*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, New York 1986,

Bandura A., *Teoria społecznego uczenia się*, PWN, Warszawa 2007, tłum. Joanna Kowalczevska, Józef Radzicki

Barnett O.W., Miller-Perrin C.L., Perrin R.D., *Family Violence Cross the Lifespan*, Sage, Thousand Oaks 2004, CA

Belsky A., *Child Maltreatment. An Ecological Integration*, „American Psychologist” 1980, nr 4

Berkowitz L., *Aggression. A Social-Psychological Analysis*, McGraw-Hill, New York 1962

Bergen R.K., *Issues in Intimate Violence*, Sage, CA: Thousands Oaks 1998

Bielska T., *Wybrane cechy osobowości sprawców zabójstw i innych przestępstw*, wyd. WSPol, Szczytno 2003

Bieńkowska E., *Wiktymologia. Zarys wykładu*, Wydawnictwo Zrzeszenia Prawników Polskich, Warszawa 2000

Bieńkowska E., *Przemoc w rodzinie*, „Jurysta” 1996, nr 4

Bigoszewski T., *Przemoc jako znanie strony przedmiotowej*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 1997, t. 2

Bińczycka J. *Sprawca przemocy*, [w:] Papież J., Płukis A. (red.), *Przemoc dzieci i młodzieży*, wyd. Adam Marszałek, Toruń 2003

Błachut J., Gaberle A., Krajewski K., *Kryminologia*, Wyd. Arche, Gdańsk 2006

Bornstein R., *The complex relationship between dependency and domestic violence. Converging psychological factors and social forces*, „American Psychologist” 2006, nr 61(6)

Bowlby J., *Attachment and Loss*. Vol. 1: Attachment, Hogarth Press, London 1982

Brağiel J., *Zrozumieć krzywdzone dziecko*, wyd. Uniwersytetu Opolskiego, Opole 1996

Brester M.P., *Domestic Violence: theories, research, and practice implications*, [w:] Roberts A.R. (red.), *Handbook of Domestic Violence: Intervention Strategies*, Oxford university Press, New York 2002

Browne A., *Family homicide: When Victimized Women Kill*, Plenum Press, New York 1988

Browne K.D., Herbert M., *Zapobieganie przemocy w rodzinie*, WSiP, Warszawa 1999, tłum. Małgorzata Babiuch

Brzeziński J., *Elementy metodologii badań psychologicznych*, PWN, Warszawa 1984

Brzeziński J., *Metodologia badań psychologicznych*, PWN, Warszawa 2003

Buss A.H., *The Psychology of Aggression*, Wiley and Sons, New York 1961

Cichla J., *Ośrodek Interwencji Kryzysowej jako instytucja wsparcia dla kobiet - ofiar przemocy domowej*, [w:] Bartkowicz Z., Rejman J. (red.), *Antyspołeczność, diagnoza, profilaktyka, interwencja*, wyd. PWSZ, Tarnobrzeg 2009

Cichla J., *Charakterystyka zjawiska przemocy w rodzinie na terenie powiatu polkowickiego. Współpraca z kobietami-ofiarami przemocy domowej*, [w:] Cichla J., Ilnicka R.M. (red.), *Przemoc w społeczeństwie. Diagnoza, sposoby przeciwdziałania*, Wyd. DWSPiT, Polkowice 2008

Cofer Ch.N., Appley M.H. *Motywacja: teoria i badania*, Warszawa 1972, tłum. Katarzyna Rosner, Piotr Graf, Józef Radzicki

Clarke D., *Zachowania prospołeczne i antyspołeczne*, GWP, Gdańsk 2005

Cleckley H.M., *The mask of sanity; an attempt to clarify some issues about the so-called psychopathic personality*, Mosby, St. Louis 1976

Creswell J., *Projektowanie badań naukowych*, Wyd. UJ, Kraków 2013, tłum. Joanna Gilewicz

Dąbrowska-Bąk M., *Przemoc w szkole*, Ośrodek Wydawnictw Naukowych, Poznań 1995

Davidson J.R., *Trauma: the impact of post-traumatic stress disorder*, „Journal Psychopharmacol” 2000 nr 14 (2, supl 1)

De Bellis M.D., *Developmental traumatology: a contributory mechanism for alcohol and substance use disorders*, „Psychoneuroendocrinology” 2002, nr 27 (1-2)

Denzin N.K., *Reinterpretacja metody biograficznej*, [w:] Włodarek J., Ziółkowska M. (red.), *Metoda biograficzna w socjologii*, PWN, Warszawa 1990

Dutton D.G., *Przemoc w rodzinie*, wyd. DIOGENES-Grupa Wydawnicza Bertelsmann Media, Warszawa 2001, tłum. Piotr Kołyszko

Dutton M.A., *Empowering and Healing the Battered Woman*, Springer Publishing Company, New York 1992

Dutton M.A., Painter S., *Traumatic bonding: The development of emotional attachments In battered women and Rother relationships of intermittent abuse*, „Victimology: An International Journal” 1981, nr 6

Dutton D.G., Hart S.A., *Evidence for long-term, specific effects of childhood abuse on criminal behavior in men*, „International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology” 1992, nr 36

Dollard J., Miller N.E., *Osobowość i psychoterapia. Analiza w terminach uczenia się, myślenia i kultury*, PWN, Warszawa 1967, tłum. A. Pirkowska

Dweck C.S., *Self-theories: Their Role in Motivation, Personality, and Development*, Psychology Press, Philadelphia 2000

Pervin L.A., *Psychologia osobowości*, GWP, Gdańsk 2002, tłum. Marek Orski

Eckhard A., *Autoagresja*, WAB, Warszawa 1998, tłum. Jadwiga Hockuba

Ellenberg H., *Relation psychologiques entre le criminal et victime*, „Revue Internationale de Criminologie et de Police Technique” 1954, nr 2

Epstein S., *Cognitive-experiential self-theory*, [w:] Pervin L.A. (red.), *Handbook of Personality Theory and Research. Theory and Research*, Guilford Publications, Inc, New York 1990

Falandysz L., *Wiktymologia*, Wyd. Prawnicze, Warszawa 1979

Feshbach S., *Aggression*, [w:] Mussen P.H. (red.), *Ceramichael's Manual of Child Psychology*, t. 2, J. Wiley, New York 1970

Ferguson G.A., Takane Y., *Analiza statystyczna w psychologii i pedagogice*, PWN, Warszawa 2004, tłum. Michał Zagrodzki

Filipowski W., *Przemoc w rodzinie*, „Jurysta” 2000, nr 4

Finn J., *The stresses and coping behaviours of battered woman*, „Social Casework” 1985, nr 66

Flanzer J.P., *Alcohol and other drugs are key causal agents of violence*, [w:] Loeske D.R, Gelles R.J., Cavanaugh M.M. (red.), *Current Controversies on Family Violence*, Sage, CA: Thousand Oaks-London 1993

Flynn C.P., *Relationship violence by women: issues and implications*, „Family Relations” 1990, nr 39

- Flyvbjerg B.**, *Pięć mitów o badaniach typu studium przypadku*, „Studia Socjologiczne” 2005, nr 2(177)
- Folta M.**, *Negocjowanie i mediacja w życiu. 32 techniki heurystyczne dla kreatywnego dialogu*, Wyd. FOLTA, Wrocław 2003
- Frankfort-Nachmias Ch., Nachmias D.**, *Metody badawcze w naukach społecznych*, Zysk i S-ka. Poznań 2001, tłum. Marzenna Zakrzewska
- Frączek A.**(red.), *Studia nad psychologicznymi mechanizmami czynności agresywnych*, Ossolineum, Wrocław 1979
- Frączek A.**, *Agresja – psychologiczny punkt widzenia [w:] Z zagadnień psychologii agresji*, WSPS, Warszawa 1980
- Frączek A.**, *Studia nad uwarunkowaniami regulacją agresji interpersonalnej, sprawozdanie z badań i rozprawy*, PAN, Wrocław 1986
- Frączek A.**, *Temperament and regulation of interpersonal aggression*, „Psychological Bulletin” 1986, nr 7
- Frączek A., Zumkley H.**, *Socjalizacja a agresja*, PAN, WSPS, Warszawa 1993
- Freude N.**, *Understanding Family Problems. A Psychological Approach*, Chichester 1991
- Fromm E.**, *Anatomia ludzkiej destrukcyjności*, Dom Wydawniczy „Rebis”, Poznań 2005, tłum. Jan Karłowski
- Funk W.** (red.), *Nurnberger Schuler – Studie 1994, Gewalt an Schilen*, Regensburg 1995
- Gajewska A.**, *Hasło: feminizm*, Wydawnictwo Poznańskie, Poznań 2008
- Gardocki L.**, *Prawo karne*, C.H. Beck, Warszawa 1999
- Gaś Z.**, *Inwentarz Psychologiczny Syndromu Agresji*, „Przegląd Psychologiczny” 1980, nr 1
- Gelles R.J., Cornell C.P.**, *Intimate Violence in Familie*, Sage, CA: Beverly Hills 1990
- Gelles R.J.**, *The Violent Home*, Sage, CA: Beverly Hills 1987;
- Gelles R.J.**, *An exchange social control theory*, [w:] Finkelhor D., Gelles R.J., Totaling G.T., Straus M.A. (red.) *The Dark Side of Families*, Sage, CA: Beverly Hills 1983
- Gelles R.J. Cornell C.P.**, *Intimate Violence in Families*, Sage, CA: Beverly Hills 1990
- Giles-Sims J.**, *Wife-beating: A systems theory approach*, Guilford Press, New York 1983
- Holyst B.**, *Psychologia kryminalistyczna*, Wyd. LexisNexis, Warszawa 2006
- Gołębiowski B.**, *Metoda biograficzna w pedeutologii*, [w:] Drożka W., Gołębiowski B. (red.), *Współczesne zagadnienia zawodu nauczyciela*, Wydawnictwo Pedagogiczne ZNP, Warszawa 1995
- Gończa-Tomaszewski N.**, *Nowy portret kata - rzecz o przemocy*. „Frona” 1988, nr 3(14)

Graham D.L.R., Rawlings E., Rimini N., *Survivors of terror: Battered, hostages and the Stockholm syndrome*, [w:] Yllo K., Bogard M. (red.), *Feminist Perspectives on Wife Abuse*, CA: Sage Publications, CA: Beverly Hills 1988

Graumann C.F., *Verbal discrimination: A neglected chapter in the social psychology of aggression*, "Journal of the Theory of Social Behavior" 1998, nr 28(1)

Griffin L.W., *Understanding elder abuse*, [w:] Hampton R.L. (red.), *Family Violence: Prevention and Treatment*, Sage, CA: Thousand Oaks 1999

Grisby N., Hartman B., *The barriers model: An integrated strategy for intervention with battered women*, „Psychotherapy” 1997, nr 34(40)

Grochulska J., *Reedukacja dzieci agresywnych*, WSiP, Warszawa 1996

Gruszczyńska B., *Przemoc wobec kobiet w Polsce. Aspekty prawno kryminologiczne*, Wyd. Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., Warszawa 2007

Gruszkowska M. *Spoleczne i psychologiczne uwarunkowania agresywności młodzieży w okresie adolescencji* [w:] Rajzner A., *Agresja w szkole-spojrzenie wieloaspektowe*, Wyd. Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Warszawa 2004,

Gustafson R., *Alcohol and aggression*, „Journal Offender Rehabilitation” 1994, nr 21(3/4)

Hague G., Malos E., *Domestic Violence Action for Change*, University of Bristol, Bristol 1994

Hamberger K.L., Hastings J.E., *Personality correlates of men who abuse their partners: A cross – validation study*, „Journal of Family Violence” 1986, nr 1(4)

Hanausek T., *Przemoc jako forma działania przestępnego*, Zeszyty Naukowe nr 24, UJ., Kraków 1966

Heine M., *Przemoc doświadczana w dzieciństwie w percepcji młodzieży akademickiej* [w:] Cichla J., Ilnicka R.M. (red.) *Przemoc w społeczeństwie. Diagnoza, sposoby przeciwdziałania*, wyd. DWSPiT, Polkowice 2008

Herman J.L., *Przemoc. Uraz psychiczny i powrót do równowagi*, GWP, Gdańsk 1998, tłum. Anna i Magdalena Kacmajor

Holtzworth-Munroe A., Stuart G.L., *Typologies of male batterers: Three subtypes and the differences among them*, „Psychological Bulletin” 1994, nr 116 (3)

Holtzworth-Munroe A., Smutzler N., Bates L., *A brief review of the research on husband violence*, „Aggression and Violent Behavior” 1997, nr 2

Holyst B., *Psychologia kryminalistyczna*, wyd. LexisNexis, Warszawa 2006

Holyst B., *Wiktymologia*, wyd. LexisNexis, Warszawa 1997

Jakubik A., *Histeria*, wyd. PZWL, Warszawa 1979

Jakubik A., *Zaburzenia osobowości*, wyd. WL PZWL, Warszawa 2003

Janeczko T. R., *Metoda indywidualnych przypadków diagnostyce i terapii środowiskowej*, „Studia Pedagogiczne” 1970, t. 19

- Jarosz E.**, *Przemoc wobec dzieci – reakcje środowiskowe*, wyd. UŚ, Katowice 1998
- Jarosz E.**, *Dom, który krzywdzi*, wyd. Naukowe „Śląsk”, Katowice 2001
- Jarosz E., Wysocka E.**, *Diagnoza psychopedagogiczna. Podstawowe problemy i rozwiązania*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2006
- Johnson P.**, *Child Abuse. Understanding the Problem*. The Crowood Press, Marlborough 1990
- Kaldon B.M.** *Przemoc wobec kobiet w rodzinie*, [w:] Gąsior K., Sakowicz T., (red.) *Kobieta w rodzinie. Szanse i zagrożenia*, Wyd. Kaligraf, Kielce 2009
- Kądziała J.**, *Badania nad pokojem. Teoria i jej zastosowanie*, Ośrodek Dokumentacji i Studiów Społecznych, Warszawa 1974
- Kadushin A., Martin J.A.**, *Child Abuse an Interactional Event*, Columbia University Press, New York 1981
- Kalmuss D.**, *The intergenerational transmission of marital aggression*, „Journal of Marriage and the Family” vol 46, 1984, nr 1
- Kaufman Kantor G., Jasinski J.L.**, *Dynamics and risk factors in partner vViolence*, [w:] Jasiński J.L., Williams L.M. (red.), *Partner Violence*, Sage Publications, London 1998
- Kempe R.S., Kempe C.H.**, *Assessing family pathology*, [w:] Helfer R.E., Kempe R.S. (red.), *Child Abuse and Neglect. The Family and Community*, Ballinger, Mass: Cambridge 1976
- Kępiński A.**, *Psychopatologia nerwic*, PZWL, Warszawa 1972
- Kołąkowska W.**, *W kręgu agresji, przemocy i brutalizacji życia*, Wydawnictwo WSPol, Szczytno 2004
- Kołąkowska-Przełomiec H.**, *Przemoc w rodzinie*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 1985, nr 1
- Konarzewski K.**, *Jak uprawiać badania oświatowe. Metodologia praktyczna*, WSiP, Warszawa 2000
- Kopaliński W.**, *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych*, WP, Warszawa 1985
- Klimasiński K.**, *Elementy psychopatologii i psychologii klinicznej*, wyd. UJ., Kraków 2000
- Kmiecik-Baran K.**, *Młodzież i przemoc. Mechanizmy socjologiczno – psychologiczne*, PWN, Warszawa 1999
- Kofta M., Doliński D.**, *Poznawcze podejście do osobowości*, [w:] Strelau J. (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 2, GWP, Gdańsk 2000
- Kosewski M.**, *Agresywni przestępcy*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1977
- Kowalczyk M.H.**, *Zabójcy i mordercy. Czynniki ryzyka i możliwości oddziaływań resocjalizacyjnych*, IMPULS, Kraków 2010
- Koval J.E., Ponzetii J., Cate R.M.** *Programmatic intervention for men involved in conjugal violence*, „Family Therapy” 1982, nr 9

Kozielecki J., *Rozwiązywanie problemów*, Wyd. Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych, Warszawa 1969

Krahe B., *Agresja*, wyd. GWP, Gdańsk 2005, tłum. Jacek Suchecki

Rode D., *Psychologiczne uwarunkowania przemocy w rodzinie. Charakterystyka sprawców*, UŚ, Katowice 2010

Krajewski K., *O pojęciu przemocy w kryminologii*, „Studia Kryminologiczne, Kryminalistyczne i Penitencjarne” 1988, t. XIX

Kubacka-Jasiecka D., *Agresja i autodestrukcja z perspektywy obronno-adaptacyjnych dążeń* Ja, wyd. UJ, Kraków 2006

Kubacka-Jasiecka D., *Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach psychologicznych*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2010

Kubala W., *Znamie przemocy w ujęciu art. 123 k.k.*, „Problemy Praworządności” 1987, nr 8-9

Kvale S., *InterViews: wprowadzenie do jakościowego wywiadu biograficznego*, Trans Humana, Białystok 2004, tłum. Stanisław Zabielski

Lasch M.S., Pillemer K., *Elder abuse*, „The Lancet” 2004, nr 364 (9441)

Jaszczak-Kuźmińska D., Michalska K., *Przemoc w rodzinie wobec osób starszych i niepełnosprawnych. Poradnik dla pracowników pierwszego kontaktu*, PARPA, Warszawa 2010

Leonard K.E., *Drinking patterns and intoxication in marital violence: Review, critique and future directions for research*, [w:] Martin S.D. (red.), *Alcohol and Interpersonal Violence: Fostering Multidisciplinary Perspectives*, National Institutes of Health, Washington 1993

Lewis Herman J., *Przemoc. Uraz psychiczny i powrót do równowagi*, GWP, Gdańsk 1998, s.52 [w:] Mazur J., *Przemoc w rodzinie. Teoria i rzeczywistość*, wyd. Akad. „Żak”, Warszawa 2002

Linsky A.B., Bachman R., Straus M.A., *Stress, Culture and Aggression*, Yale University Press, CT: New Heaven 1995

Lipowska-Teutsch A., *Rodzina a przemoc*, Wyd. Edukacyjne PARPA, Warszawa, 1995

Lipowska-Teutsch A., *Wychować, wyleczyć, wyzwolić*, Wyd. PARPA, Warszawa 1998

Lorenz K., *Tak zwane zło*, PIW, Warszawa 1972, tłum. Anna Danuta Tauszyńska

Łobocki M., *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych*, wyd. IMPULS, Kraków 2000

Łobocki M., *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Oficyna wydawnicza IMPULS, Kraków 2007

Łukaszewski W., *Osobowość: struktura i funkcje regulacyjne*, PWN, Warszawa 1976

Łukaszewski W., *Struktura ja a działanie w sytuacjach zadaniowych*, UW, Wrocław 1978

Łuszczyńska-Cieślak A., Gąsiorowska E., *Akty przemocy popełniane przez sprawców nadużywających alkoholu*, „Czasopismo Psychologiczne” nr 1-2, 2000

Maiuro R.D., Cahn T.S., Vitaliano P.P., *Assertiveness deficits and hostility in domestically violent men*. „Violence and Victims” 1986, nr 1

Mądrzycki T., *Deformacje w spostrzeganiu ludzi*, PWN, Warszawa 1984

Mądrzycki T., *Osobowość jako system tworzący i realizujący plany*, GWP, Gdańsk 1996

Madanes C., *Seks, miłość, przemoc - psychoterapia sprawców i ofiar*, GWP, Gdańsk 1999

Mahler M., Pine E., Bergman A., *The Psychological Birth of the Human Infant*, Basic Books, New York 1975

Majchrzyk Z., *Motywacje zabójczyń. Alkohol i przemoc w rodzinie*, wyd. Edukacyjne PARPA, Warszawa 1995,

Lipowska-Teutsch A., *Przemoc wobec kobiet*, [w:] Kubacka-Jasiecka D., Lipowska-Teutsch A. (red.) *Wobec przemocy*, Wydawnictwo Towarzystwo Interwencji Kryzysowej, Kraków 1997

Maszkę A.W., *Metodologiczne podstawy badań pedagogicznych*, UR, Rzeszów 2004

Marek A., *Kodeks karny. Komentarz*, Wyd. Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., Warszawa 2006

Mazur J., *Przemoc w rodzinie. Teorie i rzeczywistość*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2002

Mazurkiewicz J., *Zarys psychiatrii psychofizjologicznej*, PZWL, Warszawa 1980

McKenzie M., *Domestic Violence In America*, Brunswick Publishing Company: Brunswick 1995

Mellibruda J., *Oblicza przemocy*, „Remedium” 1993, nr 12

Mellibruda J., *Ludzie z problemami alkoholowymi*, CRSS, Warszawa 1996

Mellibruda J., *Przeciwdziałanie przemocy domowej*, wyd. Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa 2009

Mellibruda J., *Przemoc domowa*, [w:] Mellibruda J., Durda R., Sasal H.D.(red.) *O przemocy domowej. Poradnik dla lekarza pediatry*, Wyd. Edukacyjne PARPA, Warszawa 1998

Mendelsohn B., *Une nouvelle branche de la science bio-psycho-sociale: La victimologie*. *Revue Internationale de Criminologie et de Police Technique*, 1995, nr 2; idem: *Victimology and the Technical and Social Sciences*. [w:] *Victimology a New Focus* (1), Washington 1975

Melzer W., *Gewalt als gesellschaftliches Phänomen und soziales Problem in Schulen - Einführung*, [w:] *Gewalt als soziales Problem an Schulen. Untersuchungsergebnisse und Präventionsstrategien*, Verlag Barbara Budrich, Opladen 2006

Michalska K., Jaszcak-Kuźmińska D., *Przemoc w rodzinie*, Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA, Warszawa 2007

Miczek K.A., *Alcohol, GABAA- benzodiazepine receptor complex, and aggression*. In: Galanter M., ed. *Recent Developments in Alcoholism*. Vol. 13. New York; Plenum Press, 1997

- Milerski B., Śliwerski B.**, *Pedagogika*, PWN, Warszawa 2000
- Miller G.A., Galanter E., Pribram K.H.**, *Plany i struktura zachowania*, PWN, Warszawa 1980
- Mischel W.**, *Toward an integrative science of the person*, „Annual Review of Psychology” 2004, nr 55, s. 1-22; **Oleś P.K.**, *Wprowadzenie do psychologii osobowości*, Scholar, Warszawa 2003
- Moore Ch.**, *The Mediation Process. Practical Strategies for Resolving Conflict*, Jossey-Bass Publishers, San Francisco 2003, za: Lewicka A., Grudzińska E. (red.), *Mediacja sądowa. Alternatywna metoda resocjalizacyjna*, UMCS, Lublin 2010
- Nowak A.**, *Bezrobocie wśród niepełnosprawnych*, UŚ, Katowice 2002
- Nowicka A.**, *Psychospołeczna integracja dzieci przewlekle chorych w szkole podstawowej*, Kraków 2001
- Nowicka J., Linowski K.**, *System terapeutyczny dla więźniów uzależnionych od alkoholu*, wyd. WSBiP, Ostrowiec Świętokrzyski 2004
- Nowak S.**, *Metodologia badań socjologicznych*, PWN, Warszawa 1970
- Nowak S.**, (red.) *Metody badań socjologicznych. Wybór tekstów*, PWN, Warszawa 1965, [w:] Wysocka E., *Doświadczenie życia w młodości - problemy, kryzysy i strategie ich rozwiązywania*, UŚ, Katowice 2009
- Nowak S.**, *Metodologia badań społecznych*, PWN, Warszawa 1985
- Nowak S.**, *Problematyka i metody badań* [w:] *Badania empiryczne w socjologii. Wybór tekstów*, Malikowski M., Niezgoda M. (red.), wyd. WSSG, Tychyn 1997
- Nowakowska U.**, *Kobiety w Polsce 2003. Raport Centrum Praw Kobiet*, Oficyna Wydawnicza Mentor, Warszawa 2003
- Obuchowska I.**, *Przemoc w wychowaniu*, Kwartalnik Pedagogiczny nr 4/134, Warszawa 1989
- Obuchowska I.**, *Agresja* [w:] *Encyklopedia Pedagogiczna*, Pomykało W., (red.) Fundacja Innowacja, Warszawa 1993
- Ochberg F.M.**, *Post traumatic therapy and uictims of uiolence*, New York 1988
- Okoń W.**, *Słownik pedagogiczny*, PWN, Warszawa 1981
- Olechnicki K., Załęcki P.**, *Słownik socjologiczny*, wyd. GRAFFITIBC, Toruń 1997
- Oleś P.K., Drat-Ruszczak K.**, *Osobowość*, [w:] Strelau J., Doliński D. (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, GWP, Gdańsk 2008
- Olubiński A.**, *Przemoc jako norma stosunków społeczno – wychowawczych*, „Wychowanie na co dzień”, 1996, nr 4-5
- Palka S.**, *Pedagogika w stanie tworzenia*, UJ., Kraków 1999
- Palka S.**, *Metodologia. Badania. Praktyka pedagogiczna*, wyd. GWP, Gdańsk 2006

Papież J., Płukis A., *Przemoc dzieci i młodzieży w perspektywie polskiej transformacji*, wyd. A. Marszałek, Toruń 2001

Passowicz P., Wysocka-Pleczyk M., *Przemoc-problemy definicyjne*, [w:] *Agresja i przemoc we współczesnym świecie*, (red.), Kuźma J., Szarota Z., wyd. Text, t. 1, Kraków 1998

Pervin L.A., John O.P., *Osobowość. Badania i teoria*, UJ, Kraków 2002

Pieter J. *Zarys metodologii pracy naukowej*, PWN, Warszawa 1975

Pilch T., *Zasady badań pedagogicznych*, wyd. „Żak”, Warszawa 1995

Pilch T., Bauman T., *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2000

Polanowski J., *Prawne aspekty przeciwdziałania przemocy w rodzinie – ochrona osób starszych i niepełnosprawnych. Wybrane zagadnienia*, [w:] Jaszczak-Kuźmińska D., Michalska K. (red.), *Przemoc w rodzinie wobec osób starszych i niepełnosprawnych. Poradnik dla pracowników pierwszego kontaktu*, PARPAMEDIA, Warszawa 2010

Pospiszył I., *Przemoc w rodzinie*, WSiP, Warszawa 1994

Pospiszył I., *Ofiary chroniczne-przypadek czy konieczność*, wyd. Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2003r

Pospiszył K., *Psychopatia*, wyd. „Żak”, Warszawa 1985

Płopa M., *Psychologia rodziny*, IMPULS, Kraków 2005

Radzewicz-Winnicki A., *Pedagogika społeczna*, wyd. Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2008

Rajska-Kulik I., *Przemoc wewnątrzmałżeńska - uwarunkowania pozostawiania maltretowanych kobiet w krzywdzącym związku*, [w:] Chowanna, wyd. UŚ, Katowice 2007 (LXIII) (28)

Ranschburg J., *Lęk, gniew, agresja*, WSiP, Warszawa 1993

Reykowski J., Kochańska G., *Szkice z teorii osobowości*, wyd. „Wiedza Powszechna”, Warszawa 1980

Reykowski J., *O rozwoju osobowości*, „Studia Filozoficzne” 1981, nr 1

Rode D., *„Gwałt w związku małżeńskim”* [w:] Chowanna, Tom I (24), wyd. UŚ, Katowice 2005

Rode D., *Psychologiczne uwarunkowania przemocy w rodzinie. Charakterystyka sprawców*, wyd. UŚ, Katowice 2010

Rosenberg S., Repucci N.D., *Abusive mothers: perceptions of their own and their children's behavior*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1983, 5

Rothman E., Hathaway J. Stidsen A., Vries H., *How employment helps female victims of intimate partner violence. A qualitative study*, „Journal of Occupational Health Psychology” 2007, nr 12(2)

Roy M., *A Current Survey of 150 Cases* [w:] Roy M. (red.) *Battered Woman. Psychosociological Study of Domestic Violence*, New York 1977

Roy M., *The abusive partner. An analysis of domestic battering*, New York 1982, Van Nostrand Reinhold

Rubacha K., *Metodologia badań nad edukacją*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2008

Rudniański J., *Klasyfikacja, źródła i ocena stosunków międzyludzkich*, [w:] Hołyst B. (red.) *Przemoc w życiu codziennym*, PWN, Warszawa 1997

Rutkowska G., *Agresja jako skutek zaburzeń psychicznych*, „Niebieska Linia” 1999, nr 3

Salber P.R., Taliaferro E., *O przemocy domowej. Poradnik dla lekarza pierwszego kontaktu*, wyd. PARPA, Warszawa 1998

Sasal H.D., *Przewodnik do procedury interwencji wobec przemocy w rodzinie*, wyd. Edukacyjne PARPA, Warszawa 1998

Satir V., *Rodzina. Tu powstaje człowiek*, GWP, Gdańsk 2003

Schneider H. J., *Przemoc w szkole*, „Zdrowie Psychiczne” 1992, nr 1 – 2

Schneider H.J., *Kryminologie der Gewalt*, Hirzel, Stuttgart-Leipzig 1994

Schneider K., *Die psychopathischen Persönlichkeiten*, Wien 1950

Seligman M., Walker E., Rosenhan D., *Psychopatologia*, wyd. Zysk i S-ka, Poznań 2003, tłum. J. Gilewicz, A. Wojciechowski

Seligman M.E.P., *Optymizmu można się nauczyć. Jak zmienić swoje myślenie i swoje życie*, Media Rodzina, Poznań 2004

Simons R.L., Whitbeck L.B., Conger R.D., Conger K.J., *Parenting factors, social skills, and value commitments as precursors to school failure, involvement with deviant peers, and delinquent behavior*. *Journal of Youth and adolescence*, 1992, 20(6),

Skorupka S., *Słownik frazeologiczny języka polskiego*, wyd. Wiedza Powszechna, Tom 1, Warszawa 1974

Skorny Z. *Psychologiczna analiza agresywnego działania*, PWN, Warszawa 1968

Skorny Z., *Mechanizmy regulacji ludzkiego działania*, PWN, Warszawa 1989

Soloma L., *Metody i techniki badań socjologicznych*, wyd. Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn 2002

Soriano A., *Przemoc wobec dzieci*, wyd. eSPe, Kraków 2002

Stanko E.A., *Fear of Crime and the Myth of the Safe Home. A Feminist Critique of Criminology* [w:] K. Yllo, M. Bogard *Feminist Perspectives on Wife Abuse*. Newbury 1988 Califor. Sage Publications

Steinmetz S.K., *The Attaced Husband Syndrom. Victimology*, An International Journal, 1977, 78

Straus M.A., Gelles R.J., Steinmetz S.K., *Behind closed doors. Violence in the American family*, New York 1980, Anchor Press

Straus M.A., Gelles R.J., *Physical violence in American families*, New Brunswick 1992, NJ: Transaction Publisher

Stratton P., *Understanding and treating Unld abuse In the family context: An overview* [w:] Browne K., Daviec C., Stratton P., (red.) *Earby Prediction and Prevention of Child Abuse*, Chichester 1988

Strelau J., *Psychologia różnic indywidualnych*, Scholar, Warszawa 2002

Strube M.J., *The decision to Lenaue and abusiuue relationship: Empirical evidence and theoretical issues*, Psychological Bulletin, 1988, No. 104

Strupp H.H., *Psychotherapy: Research, practice, and public Policy (how to avoid dead ends)*, „American Psychologist”, 1986, nr 41

Sulek A. *Metodologia socjologiczna*, [w:] *Encyklopedia socjologii*, Tom 2, Warszawa 1999

Sugarman D.B., Hotaling G.T., *Dating Violence. Prevalence, contents and risk markers*, [w:] Pirog-Good M.A., Stets J.E. (red.) *Violence in Dating Relationships*, Praeger New York 1989

Surzykiewicz J., *Agresja i przemoc w szkole. Uwarunkowania socjoekologiczne*, CMPPP MEN, Warszawa 2000

Surzykiewicz J., *Agresja i przemoc w szkole* [w:] Kwieciński Z., Śliwierski B. (red.), *Pedagogika. Podręcznik akademicki, Tom 2*, PWN, Warszawa 2004

Szczepanik R., Wawrzyniak J., *Różne spojrzenie na przemoc*, wyd. WSHE, Łódź 2008

Szczęsny W.W., *Metodyka badań pedagogicznych i pisanie prac dyplomowych*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2008

Sztander W., *Na czym polega pomaganie ofiarom przemocy*, „Niebieska Linia” nr 5/99, Warszawa 1999

Sztumski J., *Wstęp do metod i technik badań społecznych*, UŚ, Katowice 2005

Szymczak M., *Słownik języka polskiego*, PWN, Tom 2, Warszawa 1998

Świda W., *Prawo karne*, PWN, Warszawa 1978

Taylor S.P., Sears J.D., *The effects of alcohol and persuasive social pressure on human physical aggression*, *Aggressive Behavior*, 14, 1988

Tobiasz-Adamczyk B., *Osoby starsze i niepełnosprawne jako kategoria osób szczególnie narażonych na przemoc*, [w:] Jaszcak-Kuźmińska D., Michalska K., *Przemoc w rodzinie wobec osób starszych i niepełnosprawnych. Poradnik dla pracowników pierwszego kontaktu*, PARPA, Warszawa 2010

Tomaszewski T., *Wstęp do psychologii*, PWN, Warszawa 1963

- Tomaszewski T.**, *Główne kierunki współczesnej psychologii*, PWN, Warszawa 1965
- Truninger E.**, *Marital violence: the legal solutions*, „Hastings Law Journal” 1971, nr 23, s. 259-276; za: Browne K., Herbert M., *Zapobieganie przemocy w rodzinie*, PARPA, Warszawa 1999
- Tyska Z.**, *System metodologiczny poznańskiej szkoły socjologicznych badań nad rodziną (stan aktualny)*, UAM, Poznań 1997
- Walker L.E.**, *How battering happens and how to stop it [w:] The Battered Woman*, Harper & Row Publishers, New York 1979
- Walker L.E.**, *The battered woman*, Harper & Row, New York 1979
- Walker L.E.**, *The Battered Woman Syndrome*, Springer, New York 1984
- Walker L.E.**, *Posttraumatic stress disorder in women: Diagnosis and treatment of battered woman syndrome*. *Psychotherapy*, 28 (1), 1991
- Walker L.E.**, *Abused woman and survivor therapy*, Washington 1994
- Walker L., Browne A.**, *Gender and victimization by intimates*, „Journal of Personality” 1994, No. 53
- White H.R.**, *Longitudinal perspective on alcohol use and aggression during adolescence*. In: Galanter M., ed. *Recent Developments in Alcoholism*, New York, 1997
- White H.R., Habibis D.**, *Crime and Society*, Oxford University Press, Oxford 2005
- Widera-Wysoczańska A.**, *Mechanizmy przemocy w rodzinie. Z pokolenia na pokolenie*, wyd. Difin SA, Warszawa 2010
- Włodarek J., Ziolkowski M.**, *Teoretyczny i empiryczny status metody biograficznej we współczesnej socjologii*, [w:] Włodarek J., Ziolkowski M. (red.), *Metoda biograficzna w socjologii*, PWN, Warszawa-Poznań 1990
- Wojciszke B.**, *Relacje interpersonalne*: [w:] Strelau J. (red.), *Psychologia*, Tom 3, GWP, Gdańsk 2000
- Wolińska J.M.**, *Agresywność młodzieży. Problem indywidualny i społeczny*, Wyd. UMCS, Lublin 2000
- Wright L.**, *Sick but Slick. Syndrome as a Personality Component of Parents of Battered Children*, *Journal of Clinical Psychology* 1976, 1 (32)
- Wysocka E.**, *Diagnoza w resocjalizacji*, PWN, Warszawa 2008
- Wysocka E.**, *Doświadczenie życia w młodości – problemy, kryzysy i strategie ich rozwiązywania*, wyd. UŚ, Katowice 2009
- Vaselle-Augenstein R., Ehrlich A.**, *Male Batterers: Evidence for Psychopathology*. [w:] Viano E.G. (red.) *Intimates Violence, Interdisciplinary Perspectives*, Hemisphere Publishing 1992, USA
- Zaczyński W.**, *Praca badawcza nauczyciela*, PWN, Warszawa 1968

Zaręba E., *Badania empiryczne ilościowe i jakościowe w pedagogice* [w:] S. Palka (red.), *Orientacje w metodologii badań pedagogicznych*, UJ., Kraków 1998

Pachociński, *Metody ilościowe i jakościowe w badaniach pedagogicznych* „Edukacja - studia, badania, innowacje” nr 3/97

Ziemski S., *Problemy dobrej diagnozy*, wyd. Wiedza Powszechna, Warszawa 1973

Zimbardo P.G., Ruch P., *Psychologia i życie*, PWN, Warszawa 1994

Zimbardo P.G., Ruch F.L., *Psychologia i życie*, PWN, Warszawa 1996

Zybertowicz A., *Przemoc i poznanie*, wyd. UMK, Toruń 1995

Żechowska B., *Wybrane metodologiczne wzory badań empirycznych w pedagogice. Skrypt dla studentów pedagogiki*, UŚ, Katowice 1985

SPIS TABEL:

- 1.** Teoretyczny układ zmiennych i wskaźników
- 2.** Podstawowe informacje o badanej grupie
- 3.** Podstawowe informacje o badanej grupie
- 4.** Wykształcenie badanych kobiet
- 5.** Miejsce zamieszkania badanych kobiet
- 6.** Sytuacja zawodowa badanych kobiet
- 7.** Zachowania przejawiane w domu rodzinnym
- 8.** Wiek sprawców przemocy
- 9.** Stan cywilny sprawców przemocy
- 10.** Sytuacja zawodowa sprawców przemocy
- 11.** Wykształcenie sprawców przemocy
- 12.** Zawód sprawców przemocy
- 13.** Kwalifikacja prawna przestępstw popełnionych przez sprawców przemocy domowej
- 14.** Formy zachowań fizycznych wobec ofiar przemocy
- 15.** Formy zachowań psychicznych wobec ofiar przemocy
- 16.** Formy zachowań seksualnych wobec ofiar przemocy
- 17.** Spożywanie alkoholu przez sprawców przemocy
- 18.** Czas trwania przemocy
- 19.** Prawomocne skazania za przestępstwo znęcania się (art. 207 k.k.)
- 20.** Wymiar kary pozbawienia wolności z warunkowym jej zawieszeniem za przestępstwo znęcania się; skazania prawomocne
- 21.** Wiek kobiet – ofiar przemocy domowej
- 22.** Wykształcenie kobiet – ofiar przemocy domowej
- 23.** Sytuacja zawodowa kobiet - ofiar przemocy domowej
- 24.** Wyniki kwestionariusza postaw życiowych (KPŻ) w poszczególnych podskalach przed przystąpieniem kobiet do terapii
- 25.** Rozkład częstości oceny uczuć pozytywnych i negatywnych kwestionariusza SUPIN – wersja C30. Wynik ogólny, generalna ocena uczuć, badanie 2011
- 26.** Rozkład częstości oceny uczuć pozytywnych i negatywnych kwestionariusza SUPIN – wersja S30. Wynik szczegółowy. Ocena uczuć – teraz, badanie 2011
- 27.** Statystyki opisowe dla podskal samooceny KNIŚ przed rozpoczęciem terapii przez kobiety - badanie 2011
- 28.** Statystyki opisowe dla podskali funkcjonowania interpersonalnego KNIŚ wśród badanych kobiet, przed rozpoczęciem terapii, badanie 2011

29. Statystyki opisowe dla podskal obraz świata i życia oraz aprobaty społecznej KNIŚ wśród badanych kobiet, przed rozpoczęciem terapii
30. Rozkłady częstości z KKM: oceny własnego zachowania przed rozpoczęciem terapii w 2011
31. Wyniki oceny własnego oraz zachowania męża – kategoria ogólna w 2011.
32. Rozkład częstości dla szczegółowych podskal kwestionariusza
33. Matryca korelacji szczegółowych podskal Kwestionariusza zachowania - badania w 2011
34. Wyniki kwestionariusza Profil rodziny w poszczególnych podskalach przed przystąpieniem kobiet do terapii - badania 2011
35. Wyniki badań przed przystąpieniem do terapii na podstawie Kwestionariusza do Badania Intymności
36. Statystyki opisowe dla podskal kwestionariusza KTWR matki i ojca. Ocena postępowania własnych rodziców przez kobiety przed przystąpieniem do terapii w 2011
37. Wyniki odpowiedzi na twierdzenia narzędzia „Agresja i przemoc, którą można tolerować”. Wyniki przed przystąpieniem do terapii – 2011
38. Statystyki opisowe odpowiedzi na poszczególne twierdzenia kwestionariusza: zmodyfikowana skala sprawca – ofiara. Badanie 2011
39. Rozkład częstości odpowiedzi na poszczególne twierdzenia z Kwestionariusza MPPT, wśród badanych kobiet do podjęcia procesu terapeutycznego - 2011
40. Poziom motywacji i czynników utrudniających proces terapeutyczny - badanie 2011
41. Ogólne kategorie motywów podjęcia terapii przez kobiety doświadczające przemocy (N=30)
42. Ogólne kategorie czynników utrudniających podjęcie terapii przez kobiety doświadczające przemocy (N=30)
43. Macierz korelacji: podskal z motywacji oraz podskal opisujących czynniki utrudniające podjęcie procesu terapeutycznego
44. Wyniki kwestionariusza postaw życiowych (KPŻ) w poszczególnych podskalach po roku terapii
45. Wyniki porównawcze podskal, kwestionariusza postaw życiowych (KPŻ) wśród badanych kobiet, przed terapią i po upływie roku (2011-2012)
46. Zestawienie wyników niskich i wysokich ze wszystkich podskal KPŻ z roku 2011 i 2012 z uwzględnieniem proporcji wyników wysokich (W) i niskich (N) – stosunek W:N
47. Statystyki opisowe poszczególnych podskal, kwestionariusza postaw życiowych (KPŻ), wraz z różnicą średnich wśród badanych kobiet.

- 48.** Test znakowanych rang Wilcoxon dla prób zależnych dla podskal KPŻ
- 49.** Test znakowanych rang Wilcoxon dla prób zależnych dla każdej z podskal z przyjętą hipotezą 0
- 50.** Rozkład częstości oceny uczuć pozytywnych i negatywnych kwestionariusza SUPIN – wersja C30. Wynik ogólny, generalna ocena uczuć, badanie 2012
- 51.** Rozkład częstości oceny uczuć pozytywnych i negatywnych kwestionariusza SUPIN – wersja S30. Wynik szczegółowy. Ocena uczuć – teraz, badanie 2012
- 52.** Porównawczy rozkład częstości oceny uczuć pozytywnych. Wynik ogólny (generalna ocena uczuć) oraz wynik szczegółowy (ocena uczuć teraz) - badanie 2011 i 2012
- 53.** Porównawczy rozkład częstości oceny uczuć negatywnych. Wynik ogólny (generalna ocena uczuć) oraz wynik szczegółowy (ocena uczuć teraz) - badanie 2011 i 2012
- 54.** Test znakowanych rang Wilcoxon dla prób zależnych pozytywnych i negatywnych uczuć
- 55.** Test znakowanych rang Wilcoxon dla prób zależnych dla każdej z podskal z przyjętą hipotezą 0
- 56.** Statystyki opisowe dla podskal samooceny KNIŚ wśród badanych kobiet, po roku terapii
- 57.** Dane i różnice w samoocenie między rokiem badania 2011 i 2012 u badanych respondentek
- 58.** Test znakowanych rang Wilcoxon dla prób zależnych dla podskali samoocena KNIŚ
- 59.** Test znakowanych rang Wilcoxon dla prób zależnych dla każdej z podskal z przyjętą hipotezą 0
- 60.** Statystyki opisowe dla podskali funkcjonowania interpersonalnego KNIŚ wśród badanych kobiet, po roku terapii.
- 61.** Dane i różnice między rokiem badania 2011 i 2012 u respondentek
- 62.** Test znakowanych rang Wilcoxon dla prób zależnych dla podskali funkcjonowania interpersonalnego KNIŚ
- 63.** Test znakowanych rang Wilcoxon dla prób zależnych dla każdej z podskal z przyjętą hipotezą 0
- 64.** Statystyki opisowe dla podskal obraz świata i życia oraz aprobaty społecznej KNIŚ wśród badanych kobiet, po roku terapii
- 65.** Dane i różnice między rokiem badania 2011 i 2012 u respondentek
- 66.** Test znakowanych rang Wilcoxon dla prób zależnych dla podskali obraz świata i życia oraz aprobaty społecznej KNIŚ
- 67.** Test znakowanych rang Wilcoxon dla prób zależnych dla każdej z podskal z przyjętą hipotezą 0

- 68.** Rozkłady częstości z kwestionariusza oceny własnego zachowania po roku terapii w 2012
- 69.** Rozkłady częstości w szczegółowych podskalach KKM po roku terapii
- 70.** Rozkłady częstości w szczegółowych podskalach KKM po roku terapii
- 71.** Matryca korelacji szczegółowych podskal kwestionariusza zachowania – badana przeprowadzone w 2012.
- 72.** Wyniki kwestionariusza Profil rodziny w poszczególnych podskalach po roku terapii
- 73.** Wyniki porównawcze rozkłady częstości w podskalach KKM z 2011 i 2012
- 74.** Wyniki porównawcze rozkłady częstości w szczegółowych podskalach KKM w 2011 i 2012
- 75.** Wyniki porównawcze rozkłady częstości w szczegółowych podskalach KKM w 2011 i 2012.
- 76.** Wyniki porównawcze rozkłady częstości w szczegółowych podskalach KKM w 2011 i 2012
- 77.** Wyniki porównawcze rozkłady częstości w szczegółowych podskalach KKM w 2011 i 2012
- 78.** Macierz korelacji poszczególnych podskal KKM wraz z porównaniem wyników badań z 2011 i 2012
- 79.** Test znakowanych rang Wilcozona dla prób zależnych dla podskal KKM
- 80.** Test znakowanych rang Wilcozona dla prób zależnych dla każdej z podskal z przyjętą hipotezą 0
- 81.** Wyniki kwestionariusz Profil rodziny w poszczególnych podskalach w zestawieniu za 2011 i 21012
- 82.** Miary tendencji centralnej i rozproszenia danych z 2011 i 2012
- 83.** Test znakowanych rang Wilcozona dla prób zależnych dla podskal Profilu Rodziny
- 84.** Test znakowanych rang Wilcozona dla prób zależnych dla każdej z podskal z przyjętą hipotezą 0
- 85.** Wyniki badań po roku terapii na podstawie Kwestionariusza do Badania Intymności
- 86.** Wyniki badań porównawczych (2011-2012) po roku terapii na podstawie Kwestionariusza do Badania Intymności
- 87.** Test znakowanych rang Wilcozona dla prób zależnych
- 88.** Test znakowanych rang Wilcozona dla prób zależnych dla każdej z podskal z przyjętą hipotezą 0
- 89.** Statystyki opisowe dla podskal kwestionariusza KTWR matki i ojca. Ocena postępowania własnych rodziców przez kobiety po roku terapii

90. Statystyki opisowe dla podskal kwestionariusza KTWR matki i ojca. Wyniki porównawcze oceny matki z 2011 i 2012
91. Statystyki opisowe dla podskal kwestionariusza KTWR matki i ojca. Wyniki porównawcze oceny ojca z 2011 i 2012
92. Test znakowanych rang Wilcozona dla prób zależnych oceny zachowania matki i ojca
93. Test znakowanych rang Wilcozona dla prób zależnych dla każdej z podskal z przyjętą hipotezą 0
94. Wyniki odpowiedzi na twierdzenia narzędzia „*Agresja i przemoc, którą można tolerować*”. Wyniki po roku terapii – 2012
95. Porównawcze wyniki odpowiedzi na twierdzenia narzędzia „*Agresja i przemoc, którą można tolerować*” – *jestem gotowa tolerować*
96. Porównawcze wyniki odpowiedzi na twierdzenia narzędzia „*Agresja i przemoc, którą można tolerować*” – deklaratywna postawa: *kiedyś tolerowałam*
97. Porównawcze wyniki odpowiedzi na twierdzenia narzędzia „*Agresja i przemoc, którą można tolerować*” – *inni są gotowi tolerować*
98. Statystyki opisowe odpowiedzi na poszczególne twierdzenia kwestionariusza: zmodyfikowana skala sprawca – ofiara. Badanie 2012
99. Porównawcze wyniki statystyk opisowych odpowiedzi na poszczególne twierdzenia kwestionariusza: *Zmodyfikowana skala sprawca – ofiara*, wraz z testem znaków. Badanie 2011 i 2012
100. Porównawcze wyniki statystyk sum i średnich zliczonych odpowiedzi na pięciostopniowej skali. Badanie 2011 i 2012
101. Statystyki opisowe dla podskal samooceny w obu grupach kobiet – przed terapią – 2011
102. Statystyki opisowe dla samooceny w obu grupach kobiet – po roku terapii – 2012
103. Statystyki opisowe dla podskal samooceny w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012
104. Statystyki opisowe dla funkcjonowania interpersonalnego w obu grupach kobiet przed terapią – 2011.
105. Statystyki opisowe dla funkcjonowania interpersonalnego w obu grupach kobiet po roku terapii – 2012.
106. Statystyki opisowe dla funkcjonowania interpersonalnego w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012.
107. Obraz świata w obu grupach kobiet – przed terapią – 2011
108. Obraz świata w obu grupach kobiet – po roku terapii – 2012

109. Statystyki opisowe dla podskal obrazu świata w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012
110. Obraz własnego życia w obu grupach kobiet – przed terapią – 2011
111. Obraz życia w obu grupach kobiet – po roku terapii – 2012
112. Obraz życia w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012
113. Skala kłamstwa (zmienna aprobaty społecznej) w obu grupach kobiet – przed terapią – 2011
114. Skala kłamstwa (zmienna aprobaty społecznej) w obu grupach – po roku terapii - 2012
115. Skala kłamstwa (zmienna aprobaty społecznej) w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012.
116. Statystyki opisowe dla podskal samooceny w obu grupach kobiet – przed terapią - 2011. Rozróżnienie ze względu na wykształcenie
117. Statystyki opisowe dla podskal samooceny w obu grupach kobiet – po roku terapii - 2012. Rozróżnienie ze względu na wykształcenie
118. Statystyki opisowe dla podskal samooceny w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012
119. Statystyki opisowe dla funkcjonowania interpersonalnego w obu grupach kobiet – przed terapią – 2011
120. Statystyki opisowe dla funkcjonowania interpersonalnego w obu grupach kobiet – po roku terapii – 2012.
121. Statystyki opisowe dla funkcjonowania interpersonalnego w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012.
122. Obraz świata w obu grupach kobiet – przed terapią – 2011
123. Obraz świata w obu grupach kobiet – po roku terapii – 2012.
124. Statystyki opisowe dla podskal obrazu świata w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012
125. Obraz własnego życia w obu grupach kobiet – przed terapią – 2011.
126. Obraz własnego życia w obu grupach kobiet – po roku terapii – 2012
127. Obraz własnego życia w obu grupach kobiet po roku terapii.
128. Wyniki porównawcze 2011 i 2012 Skala kłamstwa (zmienna aprobaty społecznej) w obu grupach kobiet – przed terapią – 2011.
129. Skala kłamstwa (zmienna aprobaty społecznej) w obu grupach kobiet – po roku terapii – 2012
130. Skala kłamstwa (zmienna aprobaty społecznej) w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012.

131. Statystyki opisowe dla podskal samooceny w obu grupach kobiet – przed terapią – 2011. Rozróżnienie ze względu na sytuację zawodową
132. Statystyki opisowe dla podskal samooceny w obu grupach kobiet – po roku terapii – 2012. Rozróżnienie ze względu na sytuację zawodową
133. Statystyki opisowe dla samooceny w obu grupach kobiet – wyniki porównawcze
134. Statystyki opisowe dla funkcjonowania interpersonalnego w obu grupach kobiet – przed terapią – 2011.
135. Statystyki opisowe dla funkcjonowania interpersonalnego w obu grupach kobiet – po roku terapii – 2012.
136. Statystyki opisowe dla funkcjonowania interpersonalnego w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012.
137. Obraz świata w obu grupach kobiet – przed terapią – 2011
138. Obraz świata w obu grupach kobiet – po roku terapii – 2012
139. Statystyki opisowe dla podskal obrazu świata w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012
140. Obraz własnego życia w obu grupach kobiet – przed terapią – 2011
141. Obraz własnego życia w obu grupach kobiet – po roku terapii – 2012
142. Obraz życia w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012
143. Skala kłamstwa (zmienna aprobaty społecznej) w obu grupach kobiet – przed terapią - 2011
144. Skala kłamstwa (zmienna aprobaty społecznej) w obu grupach kobiet – po roku terapii – 2012.
145. Skala kłamstwa (zmienna aprobaty społecznej) w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012.

SPIS WYKRESÓW:

1. Struktura wiekowa badanych w podziale na grupy wiekowe
2. Liczebność dzieci w rodzinach badanych
3. Struktura rodzin badanych
4. Posiadanie rodzeństwa przez badanych
5. Liczba wypełnionych „Niebieskich Kart” w stosunku do przeprowadzonych interwencji domowych w latach 2010 i 2011 przez policję
6. Charakterystyka ofiar przemocy domowej ujawnionych w latach 2010-2011
7. Informacja dotycząca sprawców przemocy domowej ujawnionych w latach 2010-2011
8. Sprawcy przemocy domowej (mężczyźni) będący pod wpływem alkoholu, ujawnieni w latach 2010-2011
9. Przemoc ze strony partnera a miejsce zamieszkania ofiary przemocy domowej (2010-2011r.)
10. Wizualizacja rozkładu częstości odpowiedzi na twierdzenia Kwestionariusza: Sprawca – ofiara [%]. Badanie 2011
11. Kategorie motywów – wskaźnik proporcji (stosunek odpowiedzi twierdzących do negujących – T:N oraz stosunek odpowiedzi negujących do twierdzących – N:T)
12. Kategorie czynników – wskaźnik proporcji (stosunek odpowiedzi twierdzących do negujących – T:N oraz stosunek odpowiedzi negujących do twierdzących – N:T)
13. Wykres wyników niskich dla poszczególnych podskal (oś y = n, x = poszczególne podskale z KPŻ)
14. Wykres wyników wysokich dla poszczególnych podskal (oś y = n, x = poszczególne podskale z KPŻ)
15. Porównawcze wyniki z Kwestionariusza do badania intymności w czterech podskalach
16. Wizualizacja rozkładu częstości odpowiedzi dot. twierdzeń kwestionariusza: Sprawca – ofiara [%] Badanie 2012.
17. Porównawcze wyniki średnich zliczonych odpowiedzi na pięciostopniowej skali
18. Poziom samooceny w obu grupach kobiet – przed terapią – 2011
19. Poziom samooceny u badanych kobiet w obu grupach – po roku terapii – 2012
20. Poziom samooceny w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012
21. Samoocena globalna w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012
22. Funkcjonowanie interpersonalne obu grup kobiet – przed terapią – 2011
23. Funkcjonowanie interpersonalne obu grup kobiet – po roku terapii – 2012
24. Funkcjonowanie interpersonalne w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012
25. Funkcjonowanie interpersonalne w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012

26. Obraz świata w obu grupach kobiet – przed terapią – 2011
27. Obraz świata w obu grupach kobiet – po roku terapii – 2012
28. Obraz świata w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012
29. Obraz świata w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012
30. Obraz życia w obu grupach kobiet – przed terapią – 2011
31. Obraz życia w obu grupach kobiet – po roku terapii – 2012
32. Obraz życia w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012
33. Obraz życia w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012
34. Skala kłamstwa (zmienna aprobaty społecznej) w obu grupach kobiet – przed terapią – 2011
35. Skala kłamstwa (zmienna aprobaty społecznej) w obu grupach kobiet – po roku terapii – 2012
36. Skala kłamstwa (zmienna aprobaty społecznej) w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012
37. Poziom samooceny w obu grupach kobiet – przed terapią – 2011
38. Poziom samooceny u badanych kobiet w obu grupach – po roku terapii – 2012
39. Poziom samooceny w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012
40. Samoocena globalna w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012
41. Funkcjonowanie interpersonalne obu grup kobiet – przed terapią – 2011
42. Funkcjonowanie interpersonalne obu grup kobiet – po roku terapii – 2012
43. Funkcjonowanie interpersonalne w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012
44. Funkcjonowanie interpersonalne w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012
45. Obraz świata w obu grupach kobiet – przed terapią – 2011
46. Obraz świata w obu grupach kobiet – po roku terapii – 2012
47. Obraz świata w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012
48. Obraz świata w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012
49. Obraz życia w obu grupach kobiet – przed terapią – 2011
50. Obraz życia w obu grupach kobiet – po roku terapii – 2012
51. Obraz życia w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012
52. Obraz życia w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012
53. Skala kłamstwa (zmienna aprobaty społecznej) w obu grupach kobiet – przed terapią – 2011
54. Skala kłamstwa (zmienna aprobaty społecznej) w obu grupach kobiet – po roku terapii – 2012

55. Skala kłamstwa (zmienna aprobaty społecznej) w obu grupach kobiet – przed terapią i po roku terapii – 2011 i 2012.
56. Poziom samooceny w obu grupach kobiet – przed terapią – 2011
57. Poziom samooceny u badanych kobiet w obu grupach – po roku terapii – 2012
58. Poziom samooceny w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012
59. Samoocena globalna w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012
60. Funkcjonowanie interpersonalne obu grup kobiet – przed terapią – 2011
61. Funkcjonowanie interpersonalne obu grup kobiet – po roku terapii – 2012
62. Funkcjonowanie interpersonalne w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012
63. Wynik generalny dla funkcjonowania interpersonalne w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012.
64. Obraz świata w obu grupach kobiet – przed terapią – 2011
65. Obraz świata w obu grupach kobiet – po roku terapii – 2012
66. Obraz świata w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012
67. Obraz świata w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012
68. Obraz życia w obu grupach kobiet – przed terapią – 2011
69. Obraz życia w obu grupach kobiet – po roku terapii – 2012
70. Obraz życia w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012
71. Generalny obraz życia w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012
72. Skala kłamstwa (zmienna aprobaty społecznej) w obu grupach kobiet – przed terapią – 2011
73. Skala kłamstwa (zmienna aprobaty społecznej) w obu grupach kobiet – po roku terapii – 2012
74. Skala kłamstwa (zmienna aprobaty społecznej) w obu grupach kobiet. Wyniki porównawcze 2011 i 2012.

SPIS SCHEMATÓW:

1. Potrzeby i przekonania podstawowe według Seymoura Epsteina

A N E K S

Załącznik nr 1.

ZMODYFIKOWANY Kwestionariusz nastawień intrapersonalnych, interpersonalnych i nastawień wobec świata Ewy Wysockiej

Instrukcja:

Przeczytaj uważnie każde z poniżej zamieszczonych stwierdzeń. Zakreślając kółkiem odpowiednią cyfrę, oceń na ile z danym stwierdzeniem się zgadzasz bądź nie zgadzasz. Proszę, odpowiadaj szczerze, nie ma tu bowiem odpowiedzi „dobrych” i „złych”, każda odpowiedź jest dobra, jeśli jest prawdziwa. Czasem może Ci się wydawać, że nie umiesz udzielić odpowiedzi, bo żadna do Ciebie nie pasuje, spróbuj wówczas wybrać tę, która jest bliższa Twoim przekonaniom.

Masz do wyboru następujące odpowiedzi i przypisane do nich oceny:

Zgadzam się	4
Raczej się zgadzam	3
Raczej się nie zgadzam	2
Nie zgadzam się	1

Staraj się odpowiadać zgodnie z tym, co naprawdę sądzisz, a nie jak inni uważają, że powinienś myśleć. Ludzie mają prawo do różnych poglądów i przekonań, które nie mogą być wartościowane jako lepsze lub gorsze – są po prostu inne.

Sprawdź na zakończenie, czy odpowiedziałś na wszystkie pytania!

1	Uważam, że ogólnie mogę być z siebie zadowolona	4 3 2 1
2	Sądzę, że jestem inteligentnym człowiekiem	4 3 2 1
3	Sądzę, że jestem osobą atrakcyjną fizycznie	4 3 2 1
4	Myślę, że jestem osobą godną zaufania – jeśli ktoś mi zaufa, nie zawiedzie się na mnie	4 3 2 1
5	Nie jestem wytrwała w swoich dążeniach – zniechęcam się, gdy pojawiają się różne trudności	4 3 2 1
6	Inni ludzie rzadko mówią mi, że jestem dla nich osobą ważną	4 3 2 1
7	Zdarza się często, że inni ludzie robią sobie ze mnie żarty	4 3 2 1
8	Lubię spotykać się z moimi przyjaciółmi także poza pracą, domem	4 3 2 1
9	Zdarza się, że w różnych sytuacjach śmieję się z innych	4 3 2 1
10	Świat, który nas otacza jest trudny do zrozumienia – nie da się przewidzieć, co się wydarzy, a większości zdarzeń nie da się sensownie wyjaśnić	4 3 2 1
11	Ludzie mają raczej dobre wspomnienia z przeszłości	4 3 2 1
12	Jeśli się postaram, mogę rozwiązać większość problemów, których doświadczam w życiu	4 3 2 1
13	To, co wydarza się w moim życiu, w niewielkim stopniu wynika z moich działań	4 3 2 1
14	Nikt nie jest w stanie wyprowadzić mnie z równowagi	4 3 2 1
15	Gdyby to było możliwe, zmieniałbym w sobie prawie wszystko	4 3 2 1
16	Myślę, że jestem osobą uzdolnioną	4 3 2 1
17	Potrafię wykonywać różne ćwiczenia fizyczne przynajmniej tak samo dobrze jak inni	4 3 2 1
18	Uważam, że jestem uczciwa - uczciwość jest dla mnie bardzo ważna	4 3 2 1
19	Stać mnie na to, by odważnie bronić swoich poglądów, jeśli uznaję je za słuszne	4 3 2 1
20	Zwykle, gdy mam jakieś problemy, nie mogę liczyć na pomoc ze strony innych ludzi	4 3 2 1
21	Inni często dają mi odczuć, że są lepsi ode mnie	4 3 2 1
22	Gdy odkryję coś interesującego lub nowego, dzielę się tym z innymi	4 3 2 1
23	Nawet jeśli ktoś zachowa się wobec mnie niewłaściwie (np. złośliwie), nie odpłacam mu tym samym	4 3 2 1
24	Rzeczywistość można jednoznacznie określić jako dobrą lub złą	4 3 2 1
25	Świat jest dobry, nawet jeśli ludziom nie zawsze dobrze się wiedzie	4 3 2 1
26	Potrafię realizować swoje cele, nie zniechęcam się, nawet jeśli napotykam na różne trudności	4 3 2 1
27	Często mam wrażenie, że jestem w sytuacji, z której nie ma wyjścia	4 3 2 1
28	Zawsze odważnie przeciwstawiam się złu	4 3 2 1
29	Myślę, że generalnie mogę być z siebie dumna	4 3 2 1
30	Uważam, że jeśli coś robię, jest to nowatorskie i twórcze	4 3 2 1

31	Nie potrafię wykonać różnych ćwiczeń, bo jestem zbyt słaba	4 3 2 1
32	Potrafię być czuła w kontaktach z innymi ludźmi	4 3 2 1
33	Często obawiam się wyrazić swoje przekonania, jeśli są niepopularne w moim otoczeniu	4 3 2 1
34	Gdy ktoś mnie atakuje, zwykle mogę liczyć na wsparcie ze strony moich bliskich	4 3 2 1
35	Zdarza się czasami, że ktoś drwi ze mnie, gdy mi się coś nie uda	4 3 2 1
36	Rzadko zapraszam moje koleżanki do swojego domu	4 3 2 1
37	Jeśli kogoś nie lubię, zachowuję się tak, żeby się o tym dowiedział	4 3 2 1
38	Świat rządzi się określonymi regułami – „sprawiedliwość osiągnie każdego”	4 3 2 1
39	Ludzie słusznie uważają, że w dzisiejszym świecie nie można liczyć na przychylność innych	4 3 2 1
40	Jestem osobą zaradną i pomysłową, co pozwala mi znaleźć rozwiązanie w sytuacjach, które zdarzają mi się po raz pierwszy	4 3 2 1
41	Zwykle nie uczestniczę w różnych zawodach lub konkursach, bo i tak ich nie wygram	4 3 2 1
42	Nigdy nie odczuwam lęku	4 3 2 1
43	Zwykle myślę o sobie, że jestem osobą wartościową, tak samo jak inni	4 3 2 1
44	Myślę, że nie jestem wystarczająco mądra	4 3 2 1
45	Jestem sprawna fizycznie	4 3 2 1
46	Można na mnie polegać, bo jestem lojalna wobec innych	4 3 2 1
47	Mam poczucie humoru	4 3 2 1
48	Zawsze znajdzie się ktoś, z kim mogę porozmawiać, gdy tego potrzebuję	4 3 2 1
49	Nie boję się chodzić do pracy, bo raczej nie zdarzy mi się tutaj nic przykrego (lub złego)	4 3 2 1
50	Gdy ktoś ma jakieś problemy, staram się pomóc mu je rozwiązać	4 3 2 1
51	Zdarza się, że plotkuję na temat innych ludzi, jeśli na to zasłużą	4 3 2 1
52	W świecie dzieją się rzeczy, których przyczyn nie da się określić	4 3 2 1
53	Wszystko, co się ludziom przydarza jest w gruncie rzeczy dobre – choć ludzie nie zawsze o tym wiedzą	4 3 2 1
54	Nawet jeśli zadanie, które mam wykonać jest bardzo trudne, zdołam je wykonać, gdy włożę w to wystarczająco dużo wysiłku	4 3 2 1
55	Jeśli coś mi się wcześniej nie udało, nie wierzę, że może udać się w przyszłości	4 3 2 1
56	Jestem osobą zawsze zadowoloną	4 3 2 1
57	Często myślę, że posiadam znacznie więcej cech negatywnych niż pozytywnych	4 3 2 1
58	Zwykle bardzo szybko kojarzę różne fakty	4 3 2 1
59	Będąc w pracy czuję, że jestem w swoim żywiole	4 3 2 1
60	W kontaktach z innymi czasem jest mi trudno otwarcie i szczerze powiedzieć, co mi się podoba, a co nie	4 3 2 1
61	W nowych dla mnie sytuacjach jestem nieśmiała – nie potrafię zapytać, jeśli czegoś nie wiem	4 3 2 1
62	Jeśli nie umiem rozwiązać jakiegoś problemu, mogę liczyć na dobrą radę koleżanki lub rodziców	4 3 2 1
63	Często mój mąż/partner daje mi odczuć, że mnie nie lubi	4 3 2 1
64	Umiem cieszyć się z sukcesów moich dzieci, koleżanek i kolegów i doceniam je	4 3 2 1
65	Jeśli inni drażnią mnie swoim zachowaniem, reaguję na to czasem ostrą krytyką	4 3 2 1
66	Nawet jeśli dzieje się coś złego, może z tego coś dobrego dla człowieka wynikać	4 3 2 1
67	Większość ludzi narzeka na swoje życie, nie ma poczucia satysfakcji z tego, co ma	4 3 2 1
68	Każdy problem można rozwiązać na wiele sposobów, trzeba tylko trochę pomyśleć	4 3 2 1
69	Będąc w domu, w obecności męża/partnera boję się odezwać, by znów się nie ośmieszyć	4 3 2 1
70	Nikt nie mówi o mnie źle	4 3 2 1
71	Jeśli coś robię, to zazwyczaj robię to przynajmniej tak dobrze, jak moi koledzy/koleżanki	4 3 2 1
72	Umiem obserwować świat – jestem spostrzegawcza	4 3 2 1
73	Zwykle, gdy patrzę w lustro, nie podobam się sobie	4 3 2 1
74	Zdarza mi się nie dotrzymywać obietnicy, którą komuś złożyłam	4 3 2 1
75	Jestem zwykle optymistycznie nastawiona do życia – wesół	4 3 2 1
76	Jeśli zachoruję i nie ma mnie w pracy, trudno znaleźć kogoś, kto pomoże mi nadrobić zaległości	4 3 2 1
77	Nie zdarza się, by mój przełożony złośliwie mnie krytykował	4 3 2 1

78	Nie lubię dzielić się swoimi rzeczami lub wiedzą, bo inni i tak tego nie doceniają	4 3 2 1
79	Za doznaną krzywdę nie staram się „zemścić”	4 3 2 1
80	Nie można cieszyć się z tego, co się ma, zawsze można to stracić, choć nie wiadomo dlaczego	4 3 2 1
81	Z każdej sytuacji jest wyjście, bo zawsze znajdzie się jakieś rozwiązanie – ktoś ci pomoże, lub sytuacja zmieni się na lepsze	4 3 2 1
82	Niezależnie od przeciwności losu, uważam, że uda mi się znaleźć sposób, by osiągnąć to, czego pragnę	4 3 2 1
83	To, o czym mówi do mnie mąż/partner podczas nieporozumienia zwykle jest dla mnie niezrozumiałe	4 3 2 1
84	Zawsze wiem, co powinnam zrobić w określonej sytuacji	4 3 2 1
85	Zdarza mi się często myśleć, że jestem do niczego, bo nic mi w życiu „nie wychodzi”	4 3 2 1
86	Jestem osobą bardzo zainteresowaną tym, co mnie otacza	4 3 2 1
87	Potrafię się elegancko ubrać, co zauważają inni	4 3 2 1
88	Jeśli wykonuję jakieś zadanie wspólnie z grupą, czuję się odpowiedzialna za jego wykonanie	4 3 2 1
89	Staram się być kulturalna – dbam o to, by innych nie urazić swym zachowaniem	4 3 2 1
90	Jeśli mam problem w pracy, koledzy i koleżanki chętnie służą mi pomocą	4 3 2 1
91	Mogę wśród kolegów i koleżanek otwarcie mówić o własnych pomysłach, bo nikt ich nie wyśmiewa	4 3 2 1
92	Jeśli wykonujemy jakieś zadanie w grupie, podporządkowuję się i wykonuję przydzieloną mi pracę	4 3 2 1
93	Zdarza mi się aktywnie uczestniczyć w różnych kłótniach	4 3 2 1
94	Świat ma sens, nawet jeśli ludzie czują się w nim zagubieni	4 3 2 1
95	Warto zdać się na los, zwykle jest nam przychylny	4 3 2 1
96	Jeśli będę intensywnie pracowała, mogę wygrać konkurs, na których mi zależy	4 3 2 1
97	Nawet jeśli podejmę jakieś działanie, nie wierzę, że uda mi się osiągnąć pożądany efekt	4 3 2 1
98	Moi znajomi nigdy na mnie nie krzyczą, bo nie mają powodu	4 3 2 1
99	Często myślę o sobie źle	4 3 2 1
100	Zapamiętuję zwykle bardzo szybko to, czego się uczę	4 3 2 1
101	Mam tyle kompleksów, że na spotkaniach towarzyskich zwykle wolę pozostawać w cieniu, by inni nie widzieli, jak wyglądam	4 3 2 1
102	Jestem osobą odpowiedzialną, dlatego inni nie obawiają się powierzyć mi różnych zadań	4 3 2 1
103	Jestem zaradna życiowo – potrafię znaleźć różne rozwiązania w sytuacjach z pozoru beznadziejnych	4 3 2 1
104	Jeśli jestem smutna, zawsze znajdzie się ktoś, kto to zauważy i stara się mnie pocieszyć	4 3 2 1
105	Zdarza się, że jestem obiektem plotek – inni obgadują mnie za moimi plecami	4 3 2 1
106	Jeśli moi koledzy lub koleżanki mają inne pomysły niż moje, słucham ich argumentów i daję się przekonać	4 3 2 1
107	Gdy ktoś mi „nadeptnie na odcisk” potrafię powstrzymać się od obraźliwych słów	4 3 2 1
108	Wszystko, co nam się w życiu zdarza, jest dziełem przypadku, jesteśmy na łasce „zmiennego i kapryśnego losu”	4 3 2 1
109	Tylko ludzie, którzy nic nie robią, mają podwody uważać, że świat jest zły i niesprawiedliwy	4 3 2 1
110	Mogę osiągnąć sukces, zależy to głównie od mojego wysiłku i pracy, którą włożę w jego osiągnięcie	4 3 2 1
111	Boję się nowych miejsc, zadań lub sytuacji, bo nie wierzę, że sobie w nich poradzę	4 3 2 1
112	Zawsze spotykam się z życzliwością i aprobatą	4 3 2 1
113	Jest wiele powodów, które uprawniają mnie do tego, by sądzić, że jestem OK.	4 3 2 1
114	Jestem bystra – myślę szybko	4 3 2 1
115	Uważam, że moje ciało daleko obiega od ideału	4 3 2 1
116	W kontaktach z moimi przyjaciółmi nie zawsze kieruję się zasadą: „nie czyń drugiemu, co tobie niemiłe”	4 3 2 1
117	Jestem rozważna – nie podejmuję pochopnie decyzji – najpierw analizuję wszystkie „za i przeciw”	4 3 2 1
118	Jeśli wyglądam atrakcyjnie, moi koledzy i koleżanki to doceniają	4 3 2 1
119	Jeśli mam jakieś uwagi do tego, co się dzieje w pracy, mogę szczerze o tym porozmawiać z moim przełożonym lub z kolegami/koleżankami z pracy	4 3 2 1

120	Przyjmuję krytykę ze strony innych, jeśli mają rzeczowe argumenty i służy to „wspólnemu dobru”	4 3 2 1
121	Raczej nie zdarza mi się posądzać innych o rzeczy, których nie zrobili	4 3 2 1
122	Warto marzyć i fantazjować o tym, co i w jaki sposób chce się w życiu osiągnąć	4 3 2 1
123	Ludzie słusznie mają powody, by wierzyć, że nie spotka ich nic dobrego w życiu	4 3 2 1
124	Gdy chcę wykonać jakieś zadanie koncentruję się na sposobach i możliwościach, a nie na przeszkodach	4 3 2 1
125	Często mam poczucie, że wiele moich działań jest z góry skazanych na niepowodzenie	4 3 2 1
126	Nigdy nie czuję się nieszczęśliwa	4 3 2 1
127	Czasem uważam, że do niczego się nie nadaję i jestem zupełnie bezużyteczna	4 3 2 1
128	Często brakuje mi pomysłów, jak rozwiązać różne zadania	4 3 2 1
129	Zwykłe myślę o sobie, że jestem wystarczająco ładna	4 3 2 1
130	Niezależnie od sytuacji, staram się być życzliwa wobec innych ludzi	4 3 2 1
131	Jestem osobą ambitną, stawiam sobie wysokie wymagania, bo chcę wiele w życiu osiągnąć	4 3 2 1
132	Inni często zwracają się do mnie o radę, uznając mnie za osobę kompetentną	4 3 2 1
133	Zdarza się, że jestem obiektem zaczepek ze strony mojego męża/partnera	4 3 2 1
134	Wolę wykonywać różne zadania sama niż z innymi	4 3 2 1
135	Czasem nie mogę opanować uczucia gniewu – inni drażnią mnie samą swoją obecnością	4 3 2 1
136	Jeśli coś się zaplanuje, na pewno zdarzy się coś, co uniemożliwi zrealizowanie tych planów	4 3 2 1
137	Jeśli zagrasz, masz szansę wygrać – los nie jest złośliwy	4 3 2 1
138	Wszystko, co osiągam, jest efektem mojego wysiłku	4 3 2 1
139	Nie mam ochoty podejmować nowych zadań, bo i tak zazwyczaj nie uda mi się ich wykonać, tak jakbym chciała	4 3 2 1
140	Nikt nigdy nie miał do mnie żalu, bo nie miał powodu	4 3 2 1

Proszę sprawdzić, czy udzieliła Pani wszystkich odpowiedzi

Imię i nazwisko (pseudonim):

Wiek:

Stan cywilny: mężatka, mężatka w separacji, konkubinat, separacja

Miejsce zamieszkania: miasto, wieś

Poziom wykształcenia: wyższe, średnie i pomaturalne, zawodowe, gimnazjalne, podstawowe

Aktywność zawodowa: pracuje, nie pracuje, jestem na emeryturze, jestem na rencie, bezrobotna

Data badania:

Załącznik nr 2.

KWESTIONARIUSZ POSTAW ŻYCIOWYCH (KPŻ) Ryszard Klamut Polska adaptacja *Life Attitude Profile-Revised* (LAP-R) G.T. Rekera

Imię i nazwisko (pseudonim):
Data urodzenia: Płeć: kobieta, mężczyzna
Stan cywilny: Wykształcenie: wyższe, średnie, podstawowe
Miejsce zamieszkania:
Aktywność zawodowa: pracuje, nie pracuje
Data badania:

INSTRUKCJA: Skala ta zawiera opinie i odczucia odnoszące się do siebie samego oraz życia w ogóle. **Przeczytaj uważnie** każde stwierdzenie i oceń, w jakim stopniu jest ono prawdziwe w stosunku do Ciebie. Pamiętaj, że nie ma „dobrych” czy „złych” odpowiedzi, ponieważ ludzie mają różny stosunek do siebie i życia.

Odpowiedzi rozkładają się na skali ocen od **1** do **7**. Zakreślaj cyfry oznaczające odpowiedzi, które są dla Ciebie najbardziej charakterystyczne. Staraj się unikać cyfry **4**, ponieważ dostarcza ona stosunkowo mało informacji. **1** oznacza, że zdanie jest całkowicie nieprawdziwe, a **7**, że jest całkowicie prawdziwe.

SKALA OCEN:

- 1 – całkowicie nieprawda,
- 2 – nieprawda,
- 3 – raczej nieprawda,
- 4 – nie mam zdania,
- 5 – raczej prawda,
- 6 – prawda,
- 7 – całkowicie prawda

1. Moje przeszłe osiągnięcia nadają mojemu życiu sens i cel	1 2 3 4 5 6 7
2. W moim życiu mam bardzo jasne cele i zamierzenia	1 2 3 4 5 6 7
3. Możliwość kierowania moim własnym życiem uważam za bardzo ważną	1 2 3 4 5 6 7
4. Wydaje mi się, że mogę zmienić moje główne cele w życiu	1 2 3 4 5 6 7
5. Odkryłam satysfakcjonujący cel życia	1 2 3 4 5 6 7
6. Czuje, że brakuje mi w życiu czegoś, czego nie mogę jednak dokładnie określić	1 2 3 4 5 6 7
7. Sens życia jest dobrze widoczny w świecie wokół nas	1 2 3 4 5 6 7
8. Sądzę, że ogólnie o wiele mniej martwię się śmiercią, niż inni	1 2 3 4 5 6 7
9. Czuję brak rzeczywistego celu i sensu w moim życiu i jednocześnie potrzebę ich znalezienia	1 2 3 4 5 6 7
10. Pociąga mnie w życiu coś nowego	1 2 3 4 5 6 7
11. Moje osiągnięcia w życiu w znacznym stopniu zależą od moich własnych wysiłków	1 2 3 4 5 6 7
12. Uświadomiłam sobie ogromny i pochłaniający mnie cel, ku któremu moje życie jest skierowane	1 2 3 4 5 6 7
13. Podejmuję nowe działania, lecz szybko tracą one dla mnie wartości i przestają się nimi interesować	1 2 3 4 5 6 7
14. Cieszę się, gdy mogę wyrwać się z rutyny życia	1 2 3 4 5 6 7
15. Śmierć jest mi obojętna	1 2 3 4 5 6 7
16. Posiadam taką filozofię życia, która nadaje sens mojej egzystencji	1 2 3 4 5 6 7
17. Ja sama decyduję o tym, co dzieje się w moim życiu	1 2 3 4 5 6 7
18. Zasadniczo żyję takim życiem, jakim chciałabym żyć	1 2 3 4 5 6 7
19. Odnośnie do wolności wyboru: jestem przekonana, że jestem całkowicie wolna w podejmowaniu wszystkich życiowych decyzji	1 2 3 4 5 6 7
20. Doświadczyłam uczucia, że chociaż przeznaczone mi jest dokonać czegoś ważnego, nie mogę określić przedmiotu mojego działania	1 2 3 4 5 6 7

21. Jestem niespokojna	1 2 3 4 5 6 7
22. Chociaż czeka mnie śmierć, nie martwię się tym	1 2 3 4 5 6 7
23. Jest możliwe, abym wiodła życie takie, jak chcę	1 2 3 4 5 6 7
24. Czuję potrzebę przygody i „zdobywania nowych światów”	1 2 3 4 5 6 7
25. Nie boję się śmierci, ani też jej nie wyczekuję	1 2 3 4 5 6 7
26. Wiem dokąd zmierza moje życie w przyszłości	1 2 3 4 5 6 7
27. Myśląc o swoim życiu widzę rację swojego bycia tutaj, gdzie jestem	1 2 3 4 5 6 7
28. Skoro śmierć jest naturalnym elementem życia, nie ma sensu obawiać się jej	1 2 3 4 5 6 7
29. Mam takie zasady i przekonania, które pozwalają mi odnaleźć i zrozumieć sens mojego życia	1 2 3 4 5 6 7
30. Moje życie jest w moich rękach i mam nad nim kontrolę	1 2 3 4 5 6 7
31. W osiągnięciu moich celów życiowych całkowicie się spełniam	1 2 3 4 5 6 7
32. Niektórzy ludzie bardzo obawiają się śmierci, lecz ja nie	1 2 3 4 5 6 7
33. Marzę o znalezieniu nowego miejsca w moim życiu i nowej tożsamości	1 2 3 4 5 6 7
34. Nowe wyzwanie w moim życiu wyzwoliłoby drzemiące we mnie pokłady energii	1 2 3 4 5 6 7
35. Mam poczucie, że różne elementy mojego życia tworzą jednolitą całość	1 2 3 4 5 6 7
36. Mam nadzieję na coś fascynującego w przyszłości	1 2 3 4 5 6 7
37. Mam misję w życiu, która nadaje kierunek mojej drodze życia	1 2 3 4 5 6 7
38. Rozumiem dobrze ostateczny sens życia	1 2 3 4 5 6 7
39. W ważnych sprawach życiowych sama podejmuję decyzję	1 2 3 4 5 6 7
40. Uważam siebie za kogoś wycofującego się z życia z postawą „wszystko mi jedno”	1 2 3 4 5 6 7
41. Gorąco pragnę brać z życia więcej niż dotychczas	1 2 3 4 5 6 7
42. Życie wydaje mi się nudne i jednostajne	1 2 3 4 5 6 7
43. Mam silne postanowienie osiągnięcia nowych celów w przyszłości	1 2 3 4 5 6 7
44. Myśl o śmierci rzadko przychodzi mi do głowy	1 2 3 4 5 6 7
45. Przyjmuję osobistą odpowiedzialność za decyzje, które podejmuję w swoim życiu	1 2 3 4 5 6 7
46. Moje własne życie jest uporządkowane i spójne	1 2 3 4 5 6 7
47. Śmierć rozumiem jako jeszcze jedno doświadczenie życiowe	1 2 3 4 5 6 7
48. Moje życie jest przepełnione fascynującymi dobrymi wydarzeniami	1 2 3 4 5 6 7

SKALA OCEN:

- 1 – całkowicie nieprawda,
- 2 – nieprawda,
- 3 – raczej nieprawda,
- 4 – nie mam zdania,
- 5 – raczej prawda,
- 6 – prawda,
- 7 – całkowicie prawda

Proszę sprawdzić, czy udzieliła Pani wszystkich odpowiedzi

Dziękuję za współpracę

Załącznik nr 3.

KWESTIONARIUSZ KOMUNIKACJI MAŁŻEŃSKIEJ – KKM (ocena własnych zachowań – wersja dla żony) opracowanie: Maria Kaźmierczak, Mieczysław Płopa

Kwestionariusz ten składa się z pytań, które dotyczą różnych zachowań w małżeństwie. Badania będą miały sens, jeżeli odpowiedzi na pytania będą szczere, gdyż tylko szczerza odpowiedź jest dobra.

Spróbuj ocenić **s a m ą s i e b i e** na pięciopunktowej skali. Przeczytaj uważnie poniższe stwierdzenia. Zaznacz dla każdego z nich **j e d n ą** wartość na skali, odpowiadając na pytanie: **jak często przejawiasz każde z podanych zachowań?**

Posługuj się następującymi kryteriami:

1. nigdy (tak się nie zachowuję),
2. rzadko,
3. czasami,
4. często,
5. zawsze (tak się zachowuję).

1. Interesuję się sukcesami i problemami męża.....	1 2 3 4 5
2. Wyznam mężowi swoje uczucia wobec niego.....	1 2 3 4 5
3. Krytykuję męża.....	1 2 3 4 5
4. Okazuję troskę o męża.....	1 2 3 4 5
5. Prawię mężowi komplementy.....	1 2 3 4 5
6. Narzucam swoje zdanie mężowi.....	1 2 3 4 5
7. Udzielam mężowi wsparcia psychicznego, emocjonalnego i duchowego.....	1 2 3 4 5
8. Przytulam się do męża i całuję go.....	1 2 3 4 5
9. Mówię coś nieprzemyślanego czy przykrego mężowi.....	1 2 3 4 5
10. Organizuję nasze wspólne wyjścia (do kina, teatru, kawiarni itp.) czy wyjazdy...	1 2 3 4 5
11. Zachowuję się wobec męża arogancko, opryskliwie.....	1 2 3 4 5
12. Popieram męża w jego działaniach, poglądach itp.....	1 2 3 4 5
13. Po konflikcie z mężem pierwsza wyciągam rękę na zgodę.....	1 2 3 4 5
14. Domagam się od męża uległości.....	1 2 3 4 5
15. Interesuję się potrzebami męża.....	1 2 3 4 5
16. Poniżam męża.....	1 2 3 4 5
17. Dążę do kompromisu z mężem podczas różnych konfliktów, dyskusji.....	1 2 3 4 5
18. Podtrzymuję męża na duchu.....	1 2 3 4 5
19. Zachowuję się ordynarnie wobec męża.....	1 2 3 4 5
20. Adoruję męża.....	1 2 3 4 5
21. Chwalę męża za wykonaną pracę.....	1 2 3 4 5
22. Prowokuję konflikty z mężem.....	1 2 3 4 5
23. Służę mężowi radą, gdy tego potrzebuje.....	1 2 3 4 5
24. Rozweselam męża.....	1 2 3 4 5
25. Wybucham złością i krzyczę na męża.....	1 2 3 4 5
26. Rozwiązuję problemy razem z mężem i podejmuję z nim decyzje „po partnersku”	1 2 3 4 5
27. Obrażam męża.....	1 2 3 4 5
28. Robię mężowi drobne, miłe niespodzianki.....	1 2 3 4 5
29. Dokuczam mężowi (robię uszczypliwe uwagi, wyrzuty).....	1 2 3 4 5
30. Pomagam mężowi, gdy tego potrzebuje (gdy jest zmęczony, chory itp.).....	1 2 3 4 5

Proszę sprawdzić, czy udzieliła Pani wszystkich odpowiedzi

Dziękuję za współpracę

Na koniec proszę podać parę informacji o sobie (uzupełnić lub podkreślić):

Imię i nazwisko (pseudonim):

Data urodzenia:

Stan cywilny:

Wykształcenie: wyższe, średnie, podsta-

wowe

Miejsce zamieszkania:

Aktywność zawodowa: pracuje, nie pracuje

Data badania:

Załącznik nr 4.

KWESTIONARIUSZ KOMUNIKACJI MAŁŻEŃSKIEJ –KKM

(ocena zachowań męża)

opracowanie: Maria Kaźmierczak, Mieczysław Plopa

Kwestionariusz ten składa się z pytań, które dotyczą różnych zachowań w małżeństwie. Badania będą miały sens, jeżeli odpowiedzi na pytania będą szczere, gdyż tylko szczerza odpowiedź jest dobra.

Spróbuj ocenić **s w o j e g o m ęż a** na pięciopunktowej skali. Przeczytaj uważnie poniższe stwierdzenia. Zaznacz dla każdego z nich **j e d n ą** wartość na skali, odpowiadając na pytanie: **jak często Twój mąż przejawia każde z podanych zachowań?**

Posługuj się następującymi kryteriami:

1. nigdy (tak się nie zachowuje),
2. rzadko,
3. czasami,
4. często,
5. zawsze (tak się zachowuję).

1. Mój mąż interesuje się moimi sukcesami i problemami.....	1 2 3 4 5
2. Mój mąż wyznaje mi swoje uczucia wobec mnie.....	1 2 3 4 5
3. Mój mąż krytykuje mnie.....	1 2 3 4 5
4. Mój mąż okazuje troskę o mnie.....	1 2 3 4 5
5. Mój mąż prawi mi komplementy.....	1 2 3 4 5
6. Mój mąż narzuca mi swoje zdanie.....	1 2 3 4 5
7. Mój mąż udziela mi wsparcia psychicznego, emocjonalnego i duchowego.....	1 2 3 4 5
8. Mój mąż przytula się do mnie i całuje mnie.....	1 2 3 4 5
9. Mój mąż mówi mi coś nieprzemyślanego czy przykrego.....	1 2 3 4 5
10. Mój mąż organizuje nasze wspólne wyjścia (do kina, teatru, kawiarni itp.) czy wyjazdy	1 2 3 4 5
11. Mój mąż zachowuje się wobec mnie arogancko, opryskliwie.....	1 2 3 4 5
12. Mój mąż popiera mnie w moich działaniach, poglądach itp.....	1 2 3 4 5
13. Po konflikcie ze mną mój mąż pierwszy wyciąga rękę na zgodę.....	1 2 3 4 5
14. Mój mąż domaga się ode mnie uległości.....	1 2 3 4 5
15. Mój mąż interesuje się moimi potrzebami.....	1 2 3 4 5
16. Mój mąż mnie poniża.....	1 2 3 4 5
17. Mój mąż dąży do kompromisu ze mną podczas różnych konfliktów, dyskusji.....	1 2 3 4 5
18. Mój mąż podtrzymuje mnie na duchu.....	1 2 3 4 5
19. Mój mąż zachowuje się ordynarnie wobec mnie.....	1 2 3 4 5
20. Mój mąż mnie adoruje.....	1 2 3 4 5
21. Mój mąż chwali mnie za wykonaną pracę.....	1 2 3 4 5
22. Mój mąż prowokuje konflikty ze mną.....	1 2 3 4 5
23. Mój mąż służy mi radą, gdy tego potrzebuję.....	1 2 3 4 5
24. Mój mąż mnie rozwesela.....	1 2 3 4 5
25. Mój mąż wybucha złością i krzyczy do mnie.....	1 2 3 4 5
26. Mój mąż rozwiązuje problemy razem ze mną i podejmuje ze mną decyzje „po partnersku”	1 2 3 4 5
27. Mój mąż obraża mnie.....	1 2 3 4 5
28. Mój mąż robi mi drobne, miłe niespodzianki.....	1 2 3 4 5
29. Mój mąż dokucza mi (robi uszczypliwe uwagi, wyrzuty).....	1 2 3 4 5
30. Mój mąż pomaga mi, gdy tego potrzebuję (gdy jestem zmęczona, chora itp.).....	1 2 3 4 5

Proszę sprawdzić, czy udzieliła Pani wszystkich odpowiedzi

Dziękuję za współpracę

Na koniec proszę podać parę informacji o sobie (uzupełnić lub podkreślić):

Imię i nazwisko (pseudonim):

Data urodzenia:

Stan cywilny: Wykształcenie: wyższe, średnie, podstawowe

Miejsce zamieszkania:

Aktywność zawodowa: pracuje, nie pracuje

Data badania:

Załącznik nr 5.

KWESTIONARIUSZ SKALA INTYMNOŚCI INTIM 1 (K) (Opracowanie: Katarzyna Kosińska-Dec)

Poniżej znajdują się stwierdzenia dotyczące życia dwojga ludzi. Proszę określić, jak trafnie opisują one Pani aktualny związek. Oceny tej proszę dokonać zaznaczając po prawej stronie każdego stwierdzenia odpowiedni punkt skali.

Skala odpowiedzi:

Stwierdzenia

1 - zdecydowanie nietrafnie,

2 – raczej nietrafnie,

3 – średnio trafnie,

4 – dość trafnie,

5 – bardzo trafnie

1. Mój partner wysłuchuje mnie, kiedy potrzebuję się przed kimś wygadać.	1 2 3 4 5
2. Z przyjemnością spędzamy czas w towarzystwie innych par.	1 2 3 4 5
3. Jestem zadowolona z naszego życia seksualnego.	1 2 3 4 5
4. Kiedy dochodzi do poważnej dyskusji, wydaje mi się, że mamy ze sobą niewiele wspólnego.	1 2 3 4 5
5. Sprawia nam przyjemność ten sam sposób wypoczywania.	1 2 3 4 5
6. Zwykle trzymamy się z dala od towarzystwa innych.	1 2 3 4 5
7. Czuje, że seks w naszym życiu, to tylko przyzwyczajenie.	1 2 3 4 5
8. Często czuję, że ja i mój partner nie jesteśmy sobie bliscy.	1 2 3 4 5
9. Mój partner pomaga mi uporządkować myśli.	1 2 3 4 5
10. Mamy bardzo niewielu wspólnych przyjaciół.	1 2 3 4 5
11. Uważam, że o pewnych sprawach nie ma sensu rozmawiać z moim partnerem.	1 2 3 4 5
12. Mogę powiedzieć co czuję, bez obawy, że partner będzie zachowywał się tak, jakby nie chciał o tym wiedzieć.	1 2 3 4 5
13. Powstrzymuję swoje zainteresowania seksem ponieważ mój partner sprawia, że czuję się skrępowana .	1 2 3 4 5
14. Czasami, nawet gdy jesteśmy razem, czuje się samotna .	1 2 3 4 5
15. Spotykanie się z przyjaciółmi stanowi ważną część tego co robimy razem	1 2 3 4 5
16. Mój partner sprawia wrażenie, że seks go nie interesuje.	1 2 3 4 5

Proszę sprawdzić, czy udzieliła Pani wszystkich odpowiedzi.

Dziękuję za współpracę

Na koniec proszę podać parę informacji o sobie (uzupełnić lub podkreślić):

Imię i nazwisko (pseudonim):

Wiek :

Stan cywilny:

Wykształcenie: wyższe, średnie, podstawowe

Aktywność zawodowa: pracuje, nie pracuje

Data badania:

Załącznik nr 6.

KWESTIONARIUSZ TRAKTOWANIA W RODZINIE

Mary-Louise Engels i Daniel Moisan

(tłumaczenie: E. Bielawska-Batorowicz)

Wszyscy miewamy jako dzieci negatywne doświadczenia, także w rodzinie. Niektóre z tych doświadczeń mają na nas niewielki wpływ, inne zaś bardzo duży.

Chciałabym, by przypomniła sobie Pani niektóre z doświadczeń, jakie związane były z kontaktami z **MATKĄ** (opiekunką) i **oceniła na skali 0 – 5, czy doświadczenia te wywarły na Panią negatywny wpływ.**

- 0 – to się nie wydarzyło
- 1 – nie miało żadnego wpływu
- 2 – niewielki negatywny wpływ
- 3 – średni negatywny wpływ
- 4 – znaczny negatywny wpływ
- 5 – wyjątkowo negatywny wpływ

1. Matka stosowała wobec mnie przezwiska (np. bałwan, głupek, potwór)..... 0 1 2 3 4 5
2. Określała mnie jako nieudacznika..... 0 1 2 3 4 5
3. Stawiała mi bardzo niekonsekwentne wymagania..... 0 1 2 3 4 5
4. Zabraniała mi bawić się z innymi dziećmi..... 0 1 2 3 4 5
5. Nawiązywała ze mną kontakt tylko wtedy, gdy było to niezbędnie konieczne..... 0 1 2 3 4 5
6. Poniżała mnie publicznie..... 0 1 2 3 4 5
7. Zabraniała mi zapraszać kolegów do domu..... 0 1 2 3 4 5
8. Gdy porównywała mnie z innymi, to zawsze porównywanie wypadało na moją niekorzyść..... 0 1 2 3 4 5
9. Nie pomagała mi rozwiązywać konfliktów z innymi dziećmi..... 0 1 2 3 4 5
10. Więcej uwagi poświęcała innym..... 0 1 2 3 4 5
11. Unikała patrzenia mi w oczy..... 0 1 2 3 4 5
12. Zniechęcała mnie do nawiązywania kontaktów z ludźmi..... 0 1 2 3 4 5
13. Zabraniała mi kontaktów z ludźmi i/lub karała za nie..... 0 1 2 3 4 5
14. Krzyczała na mnie..... 0 1 2 3 4 5
15. Nie pozwalała mi wychodzić z domu..... 0 1 2 3 4 5
16. Nie reagowała na moje próby pocałowania czy objęcia jej..... 0 1 2 3 4 5
17. Zniechęcała mnie do nawiązywania kontaktów z innymi dziećmi lub dorosłymi..... 0 1 2 3 4 5
18. Okazywała mi niewiele uczuć..... 0 1 2 3 4 5
19. Obwiniła mnie za wszystko, co się wydarzyło w rodzinie..... 0 1 2 3 4 5
20. Traktowała mnie inaczej w porównaniu z rodzeństwem, tak jakby mniej mnie lubiła..... 0 1 2 3 4 5
21. Unikała rozmów w czasie posiłków..... 0 1 2 3 4 5
22. Była obojętna wobec mnie..... 0 1 2 3 4 5
23. Nie okazywała mi wsparcia..... 0 1 2 3 4 5
24. Ignorowała moje potrzeby psychiczne..... 0 1 2 3 4 5
25. Nie ochraniała mnie..... 0 1 2 3 4 5

Na koniec proszę podać parę informacji o sobie (uzupełnić lub podkreślić):

Imię i nazwisko (pseudonim):

Wiek :

Stan cywilny:

Wykształcenie: wyższe, średnie, podstawowe

Miejsce zamieszkania:

Aktywność zawodowa: pracuje, nie pracuje

Data badania:

Dziękuję za współpracę

Załącznik nr 7.

KWESTIONARIUSZ TRAKTOWANIA W RODZINIE

Mary-Louise Engels i Daniel Moisan

(tłumaczenie: E. Bielawska-Batorowicz)

Wszyscy miewamy jako dzieci negatywne doświadczenia, także w rodzinie. Niektóre z tych doświadczeń mają na nas niewielki wpływ, inne zaś bardzo duży.

Chciałabym, by przypomniała sobie Pani niektóre z doświadczeń, jakie związane były z kontaktami z **OJCEM** (opiekunem) i **oceniła na skali 0 – 5, czy doświadczenia te wywarły na Panią negatywny wpływ.**

- 0 – to się nie wydarzyło
- 1 – nie miało żadnego wpływu
- 2 – niewielki negatywny wpływ
- 3 – średni negatywny wpływ
- 4 – znaczny negatywny wpływ
- 5 – wyjątkowo negatywny wpływ

1. Ojciec stosował wobec mnie przezwiska (np. bałwan, głupek, potwór)..... 0 1 2 3 4 5
2. Określał mnie jako nieudacznika..... 0 1 2 3 4 5
3. Stawiał mi bardzo niekonsekwentne wymagania..... 0 1 2 3 4 5
4. Zabraniał mi bawić się z innymi dziećmi..... 0 1 2 3 4 5
5. Nawiązywał ze mną kontakt tylko wtedy, gdy było to niezbędnie konieczne..... 0 1 2 3 4 5
6. Poniział mnie publicznie..... 0 1 2 3 4 5
7. Zabraniał mi zapraszać kolegów do domu..... 0 1 2 3 4 5
8. Gdy porównywał mnie z innymi, to zawsze porównywanie wypadało na moją niekorzyść 0 1 2 3 4 5
9. Nie pomagał mi rozwiązywać konfliktów z innymi dziećmi..... 0 1 2 3 4 5
10. Więcej uwagi poświęcał innym..... 0 1 2 3 4 5
11. Unikał patrzenia mi w oczy..... 0 1 2 3 4 5
12. Zniechęcał mnie do nawiązywania kontaktów z ludźmi..... 0 1 2 3 4 5
13. Zabraniał mi kontaktów z ludźmi i/lub karał za nie..... 0 1 2 3 4 5
14. Krzyczał na mnie..... 0 1 2 3 4 5
15. Nie pozwalał mi wychodzić z domu..... 0 1 2 3 4 5
16. Nie reagował na moje próby pocałowania czy objęcia go..... 0 1 2 3 4 5
17. Zniechęcał mnie do nawiązywania kontaktów z innymi dziećmi lub dorosłymi 0 1 2 3 4 5
18. Okazywał mi niewiele uczuć..... 0 1 2 3 4 5
19. Obwinał mnie za wszystko, co się wydarzyło w rodzinie..... 0 1 2 3 4 5
20. Traktował mnie inaczej w porównaniu z rodzeństwem, tak jakby mniej mnie lubił 0 1 2 3 4 5
21. Unikał rozmów w czasie posiłków..... 0 1 2 3 4 5
22. Był obojętny wobec mnie..... 0 1 2 3 4 5
23. Nie okazywał mi wsparcia..... 0 1 2 3 4 5
24. Ignorował moje potrzeby psychiczne..... 0 1 2 3 4 5
25. Nie ochraniał mnie..... 0 1 2 3 4 5

Na koniec proszę podać parę informacji o sobie (uzupełnić lub podkreślić):

Imię i nazwisko (pseudonim):

Wiek :

Stan cywilny:

Wykształcenie: wyższe, średnie, podstawowe

Miejsce zamieszkania:

Aktywność zawodowa: pracuje, nie pracuje

Data badania:

Dziękuję za współ-

pracę

Załącznik nr 8.

KWESTIONARIUSZ „PROFIL RODZINY”

(w opracowaniu Zbigniewa Gasia)

Poniżej znajduje się zestaw twierdzeń charakteryzujących różne przejawy życia rodzinnego. Czytaj je kolejno i zaznacz określenie, które pasuje również do twojej rodziny:

- jeśli **t a k** – zakreśl kółkiem literę **P** (prawda)
- jeśli **n i e** – zakreśl kółkiem literę **F** (fałsz)
- jeśli **nie możesz się zdecydować** – zakreśl kółkiem **?** (ale staraj się tego unikać)

Pamiętaj, że nie ma tutaj odpowiedzi dobrych i złych, albowiem każda rodzina jest inna i dlatego każdy wybiera inny zestaw określeń charakteryzujących ją najlepiej.

Proszę wpisać swoje dane i zacząć wypełniać kwestionariusz

Imię i nazwisko.....
Wykształcenie.....
Data urodzenia.....
Data badania.....

1. Jesteśmy wesołą, zgraną rodziną	P ? F
2. Rzadko dzielimy się swoimi przemyśleniami na temat przyszłości i teraźniejszości	P ? F
3. Nasza rodzina liczy się z moimi opiniami	P ? F
4. Potrafię zrozumieć stanowisko mojego ojca/syna	P ? F
5. W naszej rodzinie jest wiele radości	P ? F
6. Wspólnie planujemy wszystkie nasze działania	P ? F
7. Przynajmniej jeden z członków naszej rodziny jest urodzonym aktorem	P ? F
8. Nasza rodzina ceni własne dziedzictwo i tradycję	P ? F
9. Jesteśmy zadowoleni ze wspólnych zabaw	P ? F
10. Zanim podejmiemy wspólną decyzję, rozpoczynamy od przeglądu różnych pomysłów	P ? F
11. Przynajmniej jeden z członków naszej rodziny jest urodzonym aktorem	P ? F
12. Potrafię zrozumieć stanowisko mojej matki/córki	P ? F
13. Nie mamy kłopotów ze wspólną zabawą	P ? F
14. Zanim podejmiemy działanie, porównujemy opinie wszystkich członków rodziny	P ? F
15. Przynajmniej jeden z członków naszej rodziny jest „człowiekiem głęboko myślącym”	P ? F
16. Potrafimy wysłuchiwać cudzych opinii	P ? F
17. Dużo dowcipkujemy, ale robimy to nie po to, aby ukrywać w ten sposób własne uczucia, lecz po to, aby się dobrze bawić	P ? F
18. Najważniejsze decyzje podejmujemy wspólnie	P ? F
19. Wydaje mi się, że inni członkowie naszej rodziny nie rozumieją mnie	P ? F
20. Mam poczucie, że wiem co lubią poszczególni członkowie naszej rodziny	P ? F
21. Członkowie naszej rodziny lubią się wspólnie bawić	P ? F
22. Często uzewnętrzniamy własne uczucia	P ? F
23. Wspólnie uzgadniamy czego chcemy	P ? F
24. Z reguły oceniamy, czy dobrze wykonaliśmy daną rzecz	P ? F
25. Mamy wiele różnych rodzinnych przyjemności	P ? F
26. Nie mamy trudności w fizycznym okazywaniu sobie uczuć	P ? F
27. Mimo, że każdy z nas ma wiele pomysłów, jak rozwiązać problemy, uparcie trwamy przy jednym sposobie działania	P ? F
28. W naszej rodzinie zwracamy uwagę na to, co robimy dla drugiego człowieka	P ? F
29. Mamy pełną swobodę w pomaganiu innym i wypełnianiu za nich obowiązków	P ? F
30. Pieszczenie kogoś przychodzi nam z łatwością	P ? F
31. Przynajmniej jeden z członków naszej rodziny jest zawsze „w porządku”	P ? F
32. Potrafię zrozumieć stanowisko mojego męża/żony	P ? F
33. Nasza rodzina ma szereg zainteresowań	P ? F
34. W naszej rodzinie fizycznie okazujemy sobie czułość	P ? F
35. Gdy coś złego dzieje się w naszej rodzinie, szukamy wówczas winnego	P ? F
36. Każdy z nas potrafi trafnie scharakteryzować pozostałych członków rodziny	P ? F

37. Czerpiemy zadowolenie ze wspólnego działania	P ? F
38. Codziennie zdarza nam się wzajemnie do siebie przytulać	P ? F
39. W naszej rodzinie zawsze jest jasne, kto jest szefem	P ? F
40. W naszej rodzinie przestrzegamy tradycyjnych ról związanych z płcią	P ? F
41. Mamy dobre chęci do zawierania w rodzinie kompromisów	P ? F
42. Pieszczoty są ważnym elementem naszej komunikacji	P ? F
43. O naszych odczuciach jedynie rozmawiamy, zamiast działać zgodnie z nimi	P ? F
44. Z reguły usiłujemy trzymać się swoich planów	P ? F
45. Wspólnie dzielimy się swoimi pomysłami	P ? F
46. Wszyscy uzewnętrzniamy swoje uczucia	P ? F
47. Przynajmniej jeden z członków naszej rodziny jest zawsze „nie w porządku”	P ? F
48. Mamy trudności z dokładnym opisaniem naszej rodziny innym ludziom	P ? F
49. Często patrzymy na sprawę z punktu widzenia każdego z członków naszej rodziny	P ? F
50. Członkowie naszej rodziny otwarcie mówią, to co myślą	P ? F
51. Przynajmniej jeden z członków naszej rodziny lubi grać rolę „wybawcy”	P ? F
52. Najpierw myślimy, a dopiero potem działamy	P ? F
53. Często rozmawiamy o rzeczach, które zdarzają się w naszym życiu, aby wyciągać z nich konstruktywne wnioski	P ? F
54. Łatwo jest nam mówić, co kto myśli	P ? F
55. Przynajmniej jedna osoba w naszej rodzinie jest zazwyczaj „kozłem ofiarnym”	P ? F
56. Naszą mocną stroną jest wymyślanie pomysłów rozwiązywania problemów	P ? F
57. Łatwo jest nam wyrażać to, co czujemy	P ? F
58. Niektórzy z nas grają różne role, aby w ten sposób zwrócić na siebie uwagę całej rodziny	P ? F
59. Decyzje w różnych sprawach z reguły podejmujemy wspólnie	P ? F
60. Często rozmawiamy na temat wartości, jakie kierują życiem naszej rodziny	P ? F
61. Członkowie naszej rodziny lubią odgrywać różne role, tak jak aktorzy grają różne role w sztuce	P ? F
62. Gdy pojawią się problemy, zauważamy, że brakuje nam pomysłów na ich rozwiązanie	P ? F
63. Potrafię ujawniać swoje uczucia przed resztą rodziny	P ? F
64. Przynajmniej jeden z członków naszej rodziny lubi grać rolę „prześladowcy” lub „tyrana”	P ? F
65. Łatwo dokonujemy wyboru spośród wielu możliwości	P ? F
66. Uważam, że dla każdego człowieka ważne jest fizyczne okazywanie czułości	P ? F
67. Przynajmniej jeden z członków naszej rodziny koncentruje na sobie uwagę innych przez to, że jest agresywny	P ? F
68. Znam szereg skutecznych sposobów rozwiązywania konfliktów, które możemy zastosować w różnych sytuacjach	P ? F
69. Gdy patrzymy na naszą rodzinę, to każdy zauważa te same jej cechy	P ? F
70. Przynajmniej jeden z członków naszej rodziny lubi grać rolę „męczennika”	P ? F
71. Jesteśmy wysportowaną rodziną	P ? F
72. Gdy mamy jakiś problem, wspólnie poszukujemy najlepszego rozwiązania	P ? F
73. Przynajmniej jeden z członków naszej rodziny lubi grać rolę niewiniątka	P ? F
74. Nasza rodzina ma wiele twórczych pomysłów	P ? F
75. Często rozmawiamy na temat wydarzeń, które kiedyś nam się przydarzyły lub dzieją się obecnie	P ? F
76. Przynajmniej jeden z członków naszej rodziny lubi grać rolę „ofiary”	P ? F
77. Jesteśmy rodziną ceniącą współzawodnictwo	P ? F
78. Łatwo jest nam zachować obiektywizm na temat naszej rodziny	P ? F
79. Przynajmniej jeden z członków naszej rodziny lubi grać rolę „ja wiem najlepiej”	P ? F
80. Lubimy współzawodniczyć ze sobą	P ? F
81. Przynajmniej jeden z członków naszej rodziny lubi grać rolę „sędziego”	P ? F
82. Nasza rodzina ma swoją wyraźną „osobowość”	P ? F
83. Przynajmniej jeden z członków naszej rodziny lubi grać rolę „człowieka super rozsądnego”	P ? F
84. Trudno jest nam poznać, co ktoś w rodzinie naprawdę czuje	P ? F
85. Przynajmniej jeden z członków naszej rodziny lubi grać rolę „ja wiem wszystko”	P ? F
86. Okazywanie czułości w rodzinie jest krępujące dla osób dorosłych	P ? F

Załącznik nr 9.

Piotr Brzozowski Skala Uczuć Pozytywnych i Negatywnych SUPIN wersja C30

Polska adaptacja skali PANAS
Dawida Watsona i Lee Anny Clark

Nazwisko i imię..... Płeć: K M
Wykształcenie: wyższe, średnie (w tym policealne), zasadnicze, gimnazjalne lub podstawowe
Data urodzenia (dzień, miesiąc, rok)
Data badania (dzień, miesiąc, rok)

INSTRUKCJA

Skala ta składa się ze słów nazywających różne emocje i uczucia. Przeczytaj każde słowo i zastanów się jak czujesz się **N A O G Ó Ł** albo jak czujesz się **Z A Z W Y C Z A J**.

Następnie wpisz właściwą odpowiedź na kresce znajdującej się obok słowa, używając przy tym podanej niżej skali punktowej:

1	2	3	4	5
nieznacznie lub wcale	trochę	umiarkowanie	dość mocno	bardzo silnie
___ aktywna			___ stanowcza	
___ „jak na szpilkach”			___ uważna	
___ mocna			___ winna	
___ nerwowa			___ wystraszona	
___ niespokojna			___ zainspirowana	
___ obawiająca się			___ zainteresowana	
___ ożywiona			___ zalekniona	
___ pilna			___ zaniepokojona	
___ pełna zapału			___ zapalona	
___ przerażona			___ zawstydzona	
___ przestraszona			___ zdecydowana	
___ przygnębiona			___ zdenerwowana	
___ rażna			___ zmartwiona	
___ roztrzęsiona			___ żwawa	
___ silna			___ żywa	

Dziękuję za udział w badaniu

Załącznik nr 10.

Piotr Brzozowski
Skala Uczuć Pozytywnych i Negatywnych
SUPIN wersja S30

Polska adaptacja skali PANAS
Dawida Watsona i Lee Anny Clark

Nazwisko i Imię..... Płeć: K M
Wykształcenie: wyższe, średnie (w tym policealne), zasadnicze, gimnazjalne lub podstawowe
Data urodzenia (dzień, miesiąc, rok)
Data badania (dzień, miesiąc, rok)

INSTRUKCJA

Skala ta składa się ze słów nazywających różne emocje i uczucia. Przeczytaj każde słowo i zastanów się jak czujesz się **T E R A Z** albo jak czujesz się **W T E J C H W I L I**.

Następnie wpisz właściwą odpowiedź na kresce znajdującej się obok słowa, używając przy tym podanej niżej skali punktowej:

1	2	3	4	5
nieznacznie lub wcale	trochę	umiarkowanie	dość mocno	bardzo silnie
_____ aktywna			_____ silna	
_____ „jak na szpilkach”			_____ stanowcza	
_____ lękająca się			_____ winna	
_____ mocna			_____ wystraszona	
_____ nerwowa			_____ zainspirowana	
_____ obawiająca się			_____ zainteresowana	
_____ ożywiona			_____ zalekniona	
_____ pilna			_____ zaniepokojona	
_____ pełna zapału			_____ zapalona	
_____ podniecona			_____ zawstydzona	
_____ przerażona			_____ zdecydowana	
_____ przestraszona			_____ zdenerwowana	
_____ przygnębiona			_____ zmartwiona	
_____ rażna			_____ żwawa	
_____ roztrzęsiona			_____ żywa	

Dziękuję za udział w badaniu

Załącznik nr 11.

ZMODYFIKOWANA Skala SPRAWCA – OFIARA w opracowaniu Zdzisława Bartkowicza

Poniżej znajdują się opisy zachowań i sytuacji, które najprawdopodobniej zdarzają się w Twoim miejscu zamieszkania, i są spowodowane negatywnym zachowaniem Twojego męża/partnera. Proszę, przyjrzyj się uważnie opisom zachowań, następnie zaznacz na skali, w jakim stopniu dane zjawisko występuje. Postaraj się wypełniać rubryki samodzielnie i zgodnie ze swoimi obserwacjami, doświadczeniami i odczuciami.

Znaczenie symboli:

- 1 – nie zdarza się;
- 2 – zdarza się bardzo rzadko;
- 3 – zdarza się;
- 4 – zdarza się często;
- 5 – zdarza się bardzo często

1.	Używa wulgarnych słów	1 2 3 4 5
2.	Wyśmiewa i przezywa innych	1 2 3 4 5
3.	Znęca się nad słabszymi	1 2 3 4 5
4.	Robi na złość, dokucza domownikom	1 2 3 4 5
5.	Stosuje przemoc fizyczną	1 2 3 4 5
6.	Wymusza pieniądze i wartościowe przedmioty	1 2 3 4 5
7.	Niszczy przedmioty osobiste nie będące jego własnością	1 2 3 4 5
8.	Swoim zachowaniem zmusza do posłuszeństwa i usługiwania	1 2 3 4 5
9.	Ataki ze strony partnera stały się gwałtowniejsze, brutalniejsze	1 2 3 4 5
10.	Wydziela lub ogranicza pieniądze	1 2 3 4 5
11.	Dotyka mnie w miejsca intymne, gdy tego nie chcę	1 2 3 4 5
12.	Wymusza zachowania seksualne	1 2 3 4 5
13.	Zmusza do picia alkoholu	1 2 3 4 5
14.	Zmusza do kradzieży, żebractwa	1 2 3 4 5
15.	Zmusza do okłamywania przyjaciół, rodziny	1 2 3 4 5
16.	Upija się	1 2 3 4 5
17.	Grozi użyciem noża	1 2 3 4 5
18.	Wymusza zachowania seksualne z udziałem innej osoby	1 2 3 4 5
19.	Ogranicza żywienie	1 2 3 4 5
20.	Zakłóca wypoczynek nocny	1 2 3 4 5

Dziękuję za współpracę

Załącznik nr 12.

ZMODYFIKOWANY KWESTIONARIUSZ

„Agresja i przemoc, którą można tolerować”

w opracowaniu Anny Lipowskiej-Teutsch

Poniżej znajduje się lista różnych rodzajów agresji i przemocy, które przejawiane są przez różne osoby, nawet z Twojego otoczenia, w różnych sytuacjach.

W pierwszej kolumnie **(A)** zakreśl te, które byłąbyś w stanie tolerować jako możliwą do zaakceptowania, i o których nie powiedziałabyś nikomu.

W drugiej kolumnie **(B)** zakreśl te zdarzenia, które akceptowałaś, ale już ich nie tolerujesz, akceptujesz.

W trzeciej kolumnie **(C)** zakreśl wszystkie te zdarzenia, które według Ciebie inne osoby są gotowe tolerować.

Nie jest to łatwe zadanie, ponieważ w każdym przypadku jest oczywiście możliwe spieranie się, że nie można przewidzieć abstrakcyjnego zachowania.

A – jestem gotowa tolerować

B – kiedyś tolerowałam

C – inni są gotowi tolerować

1. Przeklinanie	A B C
2. Groźba wyrządzenia krzywdy	A B C
3. Popychanie	A B C
4. Drapanie	A B C
5. Uderzenie pięścią	A B C
6. Kopanie	A B C
7. Atak z bronią	A B C
8. Ośmieszanie	A B C
9. Policzkowanie	A B C
10. Nadużywanie alkoholu	A B C
11. Zazdrość	A B C
12. Głaskanie po twarzy	A B C
13. Dotykanie miejsc intymnych wbrew woli	A B C
14. Wydzielanie pieniędzy	A B C
15. Ciągnięcie za włosy	A B C
16. Duszenie	A B C
17. Celowe poparzenie lub oblanie substancją żrącą	A B C
18. Wymuszone zbliżenie seksualne (zgwałcenie)	A B C
19. Wykręcanie ręki	A B C
20. Rzucanie lub bicie czymś, co zraniło, przstraszyło	A B C
21. Ograniczanie kontaktów z rodziną i przyjaciółmi	A B C
22. Sprawdzanie miejsc, w których przebywałaś	A B C
23. Niszczanie rzeczy osobistych	A B C
24. Głośny śpiew i muzyka	A B C
25. Wyśmiewanie	A B C

Proszę sprawdzić, czy udzieliła Pani wszystkich odpowiedzi

Na koniec proszę podać parę informacji o sobie (uzupełnić lub podkreślić):

Imię i nazwisko (pseudonim):

Wiek:

Stan cywilny: mężatka, mężatka w separacji, konkubinat, separacja

Miejsce zamieszkania: miasto, wieś

Poziom wykształcenia: wyższe, średnie i pomaturalne, zawodowe, gimnazjalne, podstawowe

Aktywność zawodowa: pracuje, nie pracuje, jestem na emeryturze, jestem na rencie, bezrobotna

Data badania:

Dziękuję za współpracę

Załącznik nr 13.

Kwestionariusz wywiadu swobodnego (opracowanie własne)

Instrukcja

Ocena sytuacja w Pani rodzinie i sposób widzenia przez Panią problemów rodzinnych jest ważna dla ich rozwiązania. Zadam Pani wiele pytań dotyczących właśnie tych kwestii. Proszę o szczere odpowiedzi, bowiem tylko takie stanowić mogą podstawę naszej dalszej pracy i tym samym ich rozwiązania.

Wstępnie proszę o kilka informacji:

Imię i nazwisko (pseudonim):

Data urodzenia:

Stan cywilny:

Wykształcenie: wyższe, średnie, zawodowe, podstawowe

Miejsce zamieszkania:

Aktywność zawodowa: pracuje, nie pracuje, renta, emerytura, zasiłek dla bezrobotnych

Struktura pochodzenia rodziny: pełna, niepełna (śmierć jednego rodzica, rozwód, rodzina zastępcza, rodzina adopcyjna)

Liczba posiadanych dzieci:

Data badania:

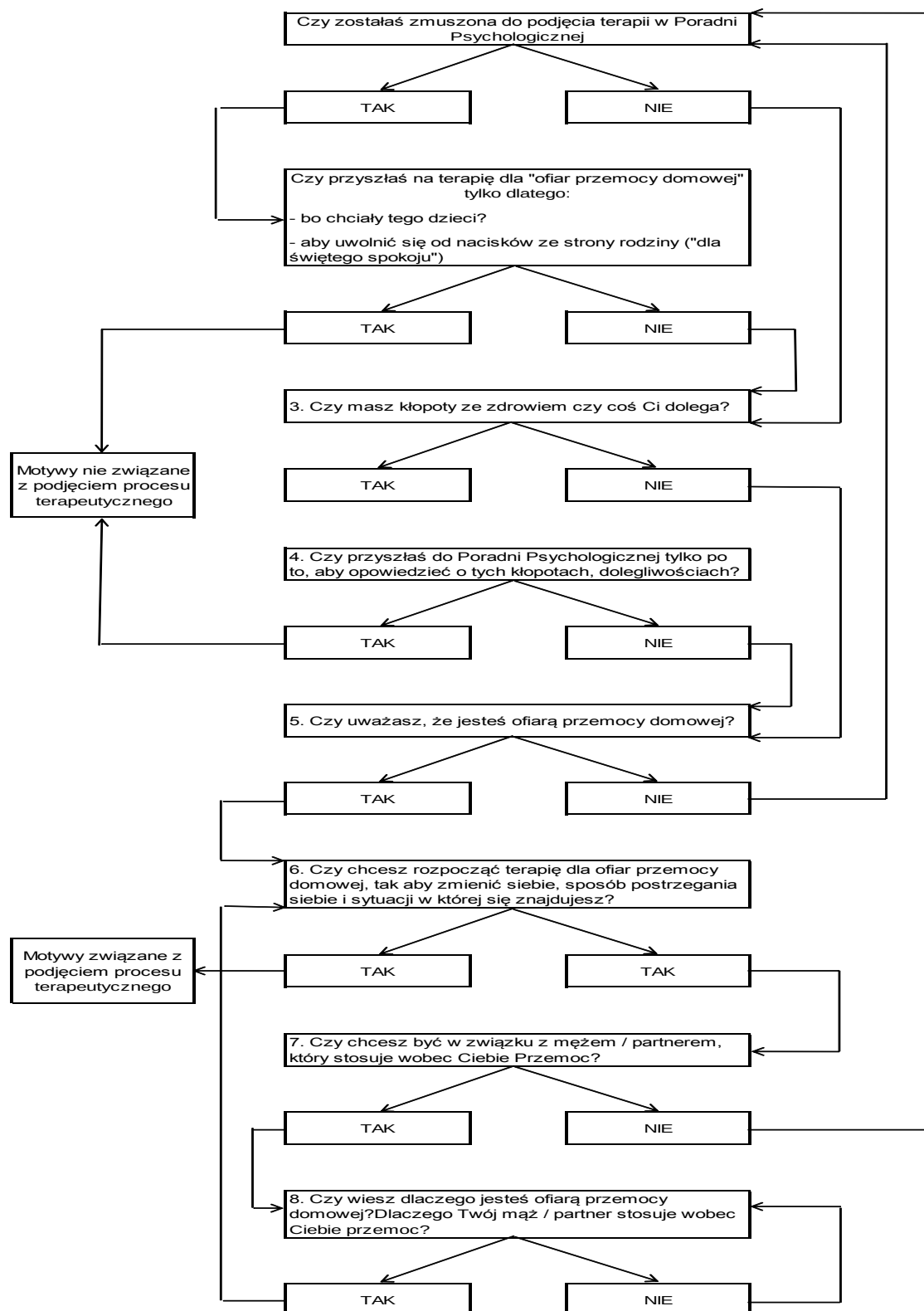
1. Czy uważa się Pani za osobę, która doświadczyła/doświadcza przemocy wewnątrzmałżeńskiej?
2. Czy kiedykolwiek w Pani małżeństwie/związku partner uderzył Panią podczas kłótni?
3. Czy boi się Pani odejść od męża/partnera, bo groził, że zrobi Pani krzywdę, jeśli od niego odejdzie?
4. Czy partner poniża lub ośmiesza Panią w domu lub w towarzystwie?
5. Czy kiedykolwiek mąż/partner zabraniał Pani spotykać się z przyjaciółmi, sąsiadami, rodziną?
6. Czy była Pani popychana, szarpana przez swojego męża/partnera?
7. Czy mąż/partner groził Pani, że ją zabije?
8. Czy czuje się Pani bezpiecznie w swoim miejscu zamieszkania?
9. Czy Pani mąż/partner w swoim dzieciństwie doświadczył przemocy ze strony swoich rodziców?
10. Czy Pani mąż/partner cierpi na jakieś choroby psychiczne?
11. Czy boi się Pani swojego męża/partnera?
12. Czy cierpi Pani na depresję?
13. Czy kiedykolwiek miała Pani myśli samobójcze po awanturze jaką wszczął w domu Pani mąż/partner?
14. Czy przemoc jaką stosuje/stosował wobec Pani mąż/partner jest/była coraz gwałtowniejsza?
15. Czy zachowania przemocowe wobec Pani mąż/partner stosuje coraz częściej?
16. Czy mąż/partner kontroluje Panią, co Pani robi oraz z kim spotyka się?
17. Czy mąż/partner próbował kiedykolwiek udusić Panią?
18. Czy kiedykolwiek po awanturze miała Pani widoczne obrażenia ciała, które wymagały pomocy lekarskiej lub leczenia szpitalnego?
19. Czy była Pani zmuszana przez męża/partnera do współżycia seksualnego?
20. Czy Pani znajomi, rodzice, oferowali pomoc w uwolnieniu się od męża/partnera?
21. Czy słyszała Pani od swojego męża/partnera, że nie poradzi sobie sama w życiu bez jego pomocy?
22. Czy mąż/partner ogranicza Pani pieniądze?
23. Czy mąż/partner zmusza Panią do proszenia o pieniądze i rozlicza z ich wydatkowania?

24. Czy mąż/partner obwinia Panią za swoje agresywne zachowanie?
25. Czy mąż/partner przeprosza Panią po każdej awanturze i obiecuje, że się poprawi?
26. Czy kiedykolwiek mąż/partner groził Pani, że popełni samobójstwo?
27. Czy Pani mąż/partner jest także agresywny wobec innych członków rodziny?
28. Czy po zakończonej awanturze domowej zdarzyło się, że przeproszała Pani męża/partnera, nie wiedząc tak naprawdę dlaczego tak postępuje?
29. Czy odczuwała Pani wstyd i upokorzenie ze strony swojego męża/partnera?
30. Czy czuła się Pani winna sytuacji panującej w domu?
31. Doznając krzywdy ze strony partnera myślała Pani, że przemoc dotyczy tylko jej, inne kobiety nie mają takich problemów?
32. Czy głównym powodem nie zdecydowania się na odejście od męża/partnera jest zależność finansowa?
33. Czy uważa Pani, że jest uzależniona od męża/partnera, gdyż jest on jedynym żywicielem rodziny?
34. Czy myśli Pani, że odchodząc od męża/partnera nie będzie w stanie utrzymać dzieci?
35. Czy uważa Pani, że przemoc wewnątrzmałżeńska jest wyłącznie sprawą rodzinną i nie można liczyć na pomoc z zewnątrz?
36. Czy zdarzało się Pani, że podczas awantury domowej myślała Pani, że zasłużyła na takie traktowanie, na taki los ze strony męża/partnera?
37. Czy słyszała Pani od męża/partnera, że jest gorsza od niego?
38. Czy Pani mąż/partner może się czuć zagrożony w związku kiedy np. powie mu Pani, że znalazła lepszą pracę i bardziej atrakcyjną pracę od niego?
39. Czy uważa Pani, że mąż/partner stosując przemoc wobec niej chce okazać swoją dominację w Waszym związku?
40. Czy pomimo krzywd jakie wyrządził Pani mąż/partner nadal go Pani kocha?
41. Czy gdyby była Pani lepsza dla męża/partnera, jego agresywne zachowanie nie występowałoby?
42. Czy widziała Pani jak jej ojciec znęcał się nad Pani mamą?
43. Czy wyobraża sobie Pani życia bez męża/partnera?
44. Czy lubi Pani spędzać wolny czas z mężem/partnerem?
45. Czy Pani bliscy/znajomi uważają, iż nie potrafi Pani podejmować decyzji?
46. Zanim podejmie Pani jakąkolwiek decyzję konsultuje ją Pani ze swoim mężem/partnerem?
47. Czy uważa Pani, że zachowanie męża/partnera może być spowodowane jego problemami w pracy?
48. Czy uważa Pani, że jej partner ma wyrzuty sumienia, że Panią krzywdzi?
49. Czy uważa Pani, że zasłużyła na to, jak traktuje Panią mąż/partner?
50. Czy uważa Pani, że mąż/partner kocha Panią i dlatego jest zazdrosny?

Dziękuję za rozmowę

Załącznik nr 14.

Schemat analizy motywacji do podjęcia procesu terapeutycznego



Załącznik nr 15.

KWESTIONARIUSZ Motywów Podjęcia Procesu Terapeutycznego (MPPT) (opracowanie własne)

Poniżej znajdują się twierdzenia dotyczące przyczyn oraz motywów i okoliczności podjęcia procesu terapeutycznego przez kobiety – ofiary przemocy domowej, jak również stwierdzenia związane z czynnikami utrudniającymi podjęcie decyzji o rozpoczęciu terapii.

Proszę przeczytać uważnie każde zdanie, a następnie zaznaczyć odpowiedź zgodną z własnymi przekonaniami.

1. Zgłosiłam się na terapię, gdyż nalegała na to moja rodzina	TAK	NIE
2. Terapia może spowodować, że będę miała przykrości i kłopoty w pracy	TAK	NIE
3. Podjęłam się terapii przede wszystkim dlatego, aby zmienić swoje dotychczasowe życie	TAK	NIE
4. Podjęłam się terapii przede wszystkim po to, aby zrozumieć dlaczego zachowuję się inaczej niż większość kobiet	TAK	NIE
5. Mam różne niepowodzenia/dolegliwości i uważam, że nie są one związane z przemocą	TAK	NIE
6. Chcę uczęszczać na terapię dla ofiar przemocy domowej, aby mieć dobre samopoczucie	TAK	NIE
7. Nie wiem, czy będę uczęszczać na terapię bo krepuję się terapeuty	TAK	NIE
8. Chcę uczęszczać na terapię, aby poznać samą siebie	TAK	NIE
9. Mój mąż/partner nie stosuje przemocy wobec mnie; terapia nie jest mi potrzebna	TAK	NIE
10. Chcę uczęszczać na terapię, aby usunąć dolegliwości, które mi dokuczają	TAK	NIE
11. Uczęszczanie na terapię do Poradni Psychologicznej może spowodować, że odsuną się ode mnie znajomi	TAK	NIE
12. Podjęłam decyzję o uczęszczaniu na terapię przede wszystkim dlatego, że moja najbliższa rodzina ma dość mojego zachowania	TAK	NIE
13. W trakcie terapii chcę zmienić swoje postępowanie, tak abym była zadowolona z kontaktów z innymi ludźmi, z pracy	TAK	NIE
14. Chcę uczęszczać na terapię przede wszystkim po to, aby ludzie z mojego otoczenia zrozumieli, że jestem ofiarą przemocy domowej i nie zawsze radzę sobie w życiu	TAK	NIE
15. Uważam, że dzieci i rodzina bezpodstawnie twierdzą, iż jestem ofiarą przemocy domowej	TAK	NIE
16. Chcę uczęszczać na terapię głównie po to, żeby doprowadzić do ustąpienia przykrych dla mnie stanów, np. depresji	TAK	NIE
17. Wstydę się chodzić na terapię dla kobiet - ofiar przemocy domowej	TAK	NIE
18. W trakcie terapii chcę zrozumieć dlaczego jestem ofiarą przemocy domowej	TAK	NIE
19. Podejmuję terapię dlatego, że moi bliscy tego żądają	TAK	NIE
20. Podejmuję terapię dlatego, aby być pod opieką terapeuty	TAK	NIE
21. To, że czuję się źle jest wywołane warunkami w jakich żyję, a nie przemocą jakiej miałabym doświadczać	TAK	NIE
22. Chcę podjąć terapię głównie po to, aby usunąć męczące mnie dolegliwości, np. bezsenność, nerwicę	TAK	NIE
23. Nie chcę, aby ktokolwiek wiedział, że jestem ofiarą przemocy domowej, dlatego trudno jest mi zdecydować się na podjęcie terapii	TAK	NIE
24. Podejmuję terapię głównie po to, aby nie być uzależnioną od swojego męża/partnera, który utrudnia mi życie	TAK	NIE
25. Jestem nerwowa, ale nie jest to spowodowane tym, że doświadczam przemocy ze strony swojego męża/partnera	TAK	NIE
26. Podejmuję terapię tylko dlatego, aby moja rodzina, znajomi wybaczyli mi moje dotychczasowe zachowanie	TAK	NIE
27. Podejmuję terapię przede wszystkim po to, aby zrozumieć dlaczego nie potrafię odejść od swojego męża/partnera, który stosuje wobec mnie przemoc	TAK	NIE
28. Czasami mój mąż/partner stosuje wobec mnie przemoc, ale nie uważam abym była ofiarą przemocy domowej	TAK	NIE
29. W czasie terapii chcę zrozumieć czy jestem współuzależniona od męża/partnera	TAK	NIE
30. Chcę uczęszczać na terapię, aby uwolnić się od części kłopotów, problemów	TAK	NIE
31. Czasami mój mąż/partner uderzy mnie, ale podobnie zachowują się inni mężczyźni wobec swoich partnerek i uważam, że terapia nie jest mi potrzebna	TAK	NIE
32. Uważam, że osoby z mojego otoczenia, sąsiedztwa bezpodstawnie uważają, że jestem ofiarą przemocy domowej	TAK	NIE
33. Podjęłam się terapii tylko dlatego, aby ktoś się mną zaopiekował	TAK	NIE
34. To, że czasami mam obrażenia na ciele spowodowane jest warunkami w jakich żyję, a nie tym, że mój mąż/partner stosuje wobec mnie przemoc	TAK	NIE
35. Podczas terapii chcę dowiedzieć się, co lub kto wpływa na mojego męża/partnera, że mnie bije	TAK	NIE
36. Zgłosiłam się sama na terapię, gdyż nie chcę aby do Poradni przyprowadziły mnie dzieci	TAK	NIE
37. Czasami mnie mąż/partner poniży, obrazi, ale to wcale nie znaczy, że stosuje wobec mnie przemoc, a ja jestem ofiarą przemocy domowej	TAK	NIE

Na koniec proszę podać kilka informacji o sobie (podkreślić lub uzupełnić)

Imię i nazwisko (pseudonim):

Data urodzenia:

Stan cywilny:

Wykształcenie: wyższe, średnie, podstawowe

Miejsce zamieszkania:

Aktywność zawodowa: pracuje, nie pracuje

Data badania:

Dziękuję za współpracę

Załącznik nr 16. Zestawienie wyników – przed i po terapii.
Przypadek 1, Elżbieta lat: 40

CECHY SPOŁECZNO –DEMOGRAFICZNE badanej		WYNIK BADAŃIA Z 2011	WYNIK BADAŃIA Z 2012
Wykształcenie Stan cywilny Sytuacja zawodowa		średnie mężatka pracuje	średnie wolna pracuje
NARZĘDZIE POMIARU	NAZWA PODSKALI	WYNIK BADAŃIA Z 2011	WYNIK BADAŃIA Z 2012
KNIS – autor Ewy Wysockiej (Wynik – WS)	SAMOOOCENA GLOBALNA	132	152
	Samooocena ogólna, niespecyficzna	24	31
	Sfera poznawczo-intelektualna	28	30
	Sfera fizyczna	23	29
	Sfera społeczno-moralna	29	31
	Sfera charakterologiczna	28	31
	FUNKCJONOWANIE INTERPERSONALNE	101	114
	„Inni wobec mnie”	45	57
	Wsparcie	24	30
	Poczucie bezpieczeństwa	21	27
	„Ja wobec innych”	56	57
	Prospołeczność	29	31
	Brak agresywności	27	26
	Obraz świata - nadzieja podstawowa	39	54
	Sensowność, zorganizowanie świata	20	27
	Przychylność świata	19	27
	Obraz życia – skuteczność sprawczość	37	58
	Poczucie skuteczności	23	30
	Poczucie zaradności	14	28
	SKALA KONTROLNA - aprobata społeczna	23	27
KPŻ – autor: Ry- srad Klamut (wyniki – opis sten)	CEL (C)	niski	średnie
	Spójność wewnętrzna (SW)	niski	średnie
	Kontrola życia (KŻ)	niski	średnie
	Akceptacja śmierci (AŚ)	średni	niskie
	Pustka egzystencjonalna (PE)	wysoki	wysokie
	Poszukiwanie celów (PC)	niski	średnie
	Osobowy sens (OS)	niski	średnie
	Równowaga postaw życiowych (RPŻ)	niski	niskie
KKM – autorzy: Maria Kaźmierczak, Mieczysław Plo- pa	WSPARCIE		
	zorientowane na ogólne samopoczucie męża	wysoki	wysoki
	zorientowane na konkretne problemy męża	bardzo niski	bardzo niski
	postrzegane wsparcie męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony	bardzo niski	bardzo niski
	postrzegane wsparcie zorientowane na konkretne problemy żony	bardzo niski	bardzo niski
	Ocena własnego zachowania	niski	niski
	Ocena zachowania męża	bardzo niski	bardzo niski
	ZAANGAŻOWANIE		
	zorientowane na ogólne samopoczucie męża	niski	niski
	zorientowane na wyrażanie emocji wobec męża	niski	niski
	postrzeganie zaangażowania męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony	bardzo niski	bardzo niski
	postrzeganie zaangażowanie męża zorientowane na wyrażanie emocji wobec żony	bardzo niski	bardzo niski
	Ocena własnego zachowania	niski	niski
	Ocena zachowania męża	bardzo niski	bardzo niski
	DEPREKJACJA		
	Ocena własnego zachowania	przeciętny	niski
	Ocena zachowania męża	bardzo wysoki	bardzo wysoki
Skala Intymności - autor: Katarzyna Kosińska-Dec	Emocjonalna	19	19
	Intelektualna	15	10
	Społeczna	13	12
	Seksualna	15	13
Kwestionariusz Traktowania w Rodzinie – autorzy: Mary-Louise Engels i Daniel Moisan	Emocjonalne zaniedbanie		
	Przemoc od matki	0	0
	Przemoc od ojca	5	6
	Wrogie odrzucenie		
	Przemoc od matki	1	3
	Przemoc od ojca	3	5
	Izolowanie		
	Przemoc od matki	3	4
	Przemoc od ojca	6	7

Profil Rodziny – autor: Zbi- gniew Gaś	Skala S – spójność rodziny	5	18
	Skala A – adaptacyjność	10	36
	Skala WZ – wzajemne zrozumienie	16	20
	Skala RR – role rodzinne	28	44
	Skala TR – trudności rozwojowe	16	10
	Skala DR – dezintegracja rodziny	18	10
	Skala PF- poczucie funkcjonalności	0,50	1,16
Skala uczuć pozytywnych i negatywnych – P. Brzozowski	Wynik ogólny: Pozytywne uczucia (PU) C30	bardzo niski	bardzo wysoki
	Wynik ogólny: Negatywne uczucia (NU) C30	wysoki	niski
	Wynik obecny : Pozytywne uczucia (PU) S30	niski	bardzo wysoki
	Wynik obecny: Negatywne uczucia (NU) S30	wysoki	przeciętny
Zmodyfikowany Kwestionariusz: Sprawca – ofiara – autor: Zdzisław Bartkiewicz	Używa wulgarnych słów	zdarza się bardzo często	zdarza się często
	Wyśmiewa i przezywa innych	zdarza się często	zdarza się
	Znęca się nad słabszymi	zdarza się bardzo często	zdarza się
	Robi na złość, dokucza domownikom	zdarza się często	zdarza się
	Stosuje przemoc fizyczną	zdarza się często	zdarza się
	Wymusza pieniądze i wartościowe przedmioty	nie zdarza się	nie zdarza się
	Niszczy przedmioty osobiste nie będące jego własnością	zdarza się często	nie zdarza się
	Swoim zachowaniem zmusza do posłuszeństwa i usługiwania	zdarza się często	zdarza się bardzo rzadko
	Ataki ze strony partnera stały się gwałtowniejsze, brutalniejsze	zdarza się	zdarza się bardzo rzadko
	Wydziela lub ogranicza pieniądze	zdarza się	zdarza się bardzo rzadko
	Dotyka mnie w miejsca intymne, gdy tego nie chcę	nie zdarza się	nie zdarza się
	Wymusza zachowania seksualne	nie zdarza się	nie zdarza się
	Zmusza do picia alkoholu	nie zdarza się	nie zdarza się
	Zmusza do kradzieży, żebractwa	nie zdarza się	nie zdarza się
	Zmusza do okłamywania przyjaciół, rodziny	nie zdarza się	zdarza się
	Upija się	zdarza się bardzo rzadko	zdarza się
	Grozi używaniem noża	zdarza się często	nie zdarza się
	Wymusza zachowania seksualne z udziałem innych osób	nie zdarza się	nie zdarza się
	Ogranicza pożywienie	zdarza się	zdarza się bardzo rzadko
Motywy podjęcia procesu terapeutycznego	Zakłóca wypoczynek nocny	zdarza się bardzo często	zdarza się
	MOTYWACJA	16	
	Opis stenów – motywacja	Wysoki	
	Dążenie do poznania i zmiany siebie	4	
	Dążenie do zrozumienia przyczyn i mechanizmów powstawania nałogu alkoholowego	4	
	Dążenie do usunięcia dolegliwości w związku z występowaniem przemocy domowej	4	
	Oczekiwanie uzyskania wtórnych korzyści z uczęszczania na terapię	4	
	CZYNNIKI UTRUDNIAJĄCE	3	
	Opis stenów – czynniki utrudniające	Średni	
	Tendencja do zaprzeczania, że jest się ofiarą przemocy	1	
	Tendencja do unikania uczestnictwa w terapii	1	
	Tendencja do podjęcia terapii ze względu na naciski płynące z otoczenia	1	

Załącznik nr 17. Zestawienie wyników – przed i po terapii.
Przypadek 2, Renata lat: 41

CECHY SPOŁECZNO –DEMOGRAFICZNE badanej		WYNIK BADANIA Z 2011	WYNIK BADANIA Z 2012
Wykształcenie Stan cywilny Sytuacja zawodowa		zawodowe mężatka pracuje	zawodowe wolna pracuje
NARZĘDZIE POMIARU	NAZWA PODSKALI	WYNIK BADANIA Z 2011	WYNIK BADANIA Z 2012
KNIS – autor Ewy Wysockiej (Wynik – WS)	SAMOOCENA GLOBALNA	97	170
	Samocena ogólna, niespecyficzna	15	37
	Sfera poznawczo-intelektualna	16	30
	Sfera fizyczna	19	33
	Sfera społeczno-moralna	24	36
	Sfera charakterologiczna	23	34
	FUNKCJONOWANIE INTERPERSONALNE	95	143
	„Inni wobec mnie”	48	76
	Wsparcie	25	37
	Poczucie bezpieczeństwa	23	39
	„Ja wobec innych”	47	67
	Prospieczność	24	37
	Brak agresywności	23	30
	Obraz świata - nadzieje podstawowa	49	48
	Sensowność, zorganizowanie świata	22	25
	Przychylność świata	27	23
	Obraz życia – skuteczność sprawczość	35	67
	Poczucie skuteczności	20	28
	Poczucie zaradności	15	39
	SKALA KONTROLNA- aprobaty społeczna	14	18
KPŻ – autor: Ryszard Klamut (wyniki – opis sten)	CEL (C)	niski	średnie
	Spójność wewnętrzna (SW)	niski	średnie
	Kontrola życia (KŻ)	niski	średnie
	Akceptacja śmierci (AS)	średni	niskie
	Pustka egzystencjonalna (PE)	wysoki	wysokie
	Poszukiwanie celów (PC)	niski	średnie
	Osobowy sens (OS)	niski	średnie
	Równowaga postaw życiowych (RPŻ)	niski	niskie
	WSPARCIE		
KKM – autorzy: Maria Kaźmierczak, Mieczysław Plopa	zorientowane na ogólne samopoczucie męża	bardzo niski	przeciętny
	zorientowane na konkretne problemy męża	bardzo niski	przeciętny
	Postrzegane wsparcie męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony	bardzo niski	bardzo niski
	postrzegane wsparcie zorientowane na konkretne problemy żony	bardzo niski	niski
	Ocena własnego zachowania	bardzo niski	niski
	Ocena zachowania męża	bardzo niski	bardzo niski
	ZAANGAŻOWANIE		
	zorientowane na ogólne samopoczucie męża	bardzo niski	przeciętny
	zorientowane na wyrażanie emocji wobec męża	bardzo niski	przeciętny
	postrzeganie zaangażowania męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony	bardzo niski	niski
	postrzeganie zaangażowanie męża zorientowane na wyrażanie emocji wobec żony	niski	niski
	Ocena własnego zachowania	bardzo niski	przeciętny
	Ocena zachowania męża	bardzo niski	niski
	DEPREKJACJA		
	Ocena własnego zachowania	przeciętny	przeciętny
	Ocena zachowania męża	bardzo wysoki	bardzo wysoki
Skala Intymności - autor: Katarzyna Kosińska-Dec	Emocjonalna	20	17
	Intelektualna	4	9
	Spoleczna	11	13
	Seksualna	14	14
	Emocjonalne zaniedbanie		
Kwestionariusz traktowania w Rodzinie – autorzy: Mary-Louise Engels i Daniel Moisan	Przemoc od matki	31	35
	Przemoc od ojca	59	59
	Wrogi odrzucenie		
	Przemoc od matki	15	18
	Przemoc od ojca	16	20
	Izolowanie		
	Przemoc od matki	2	3
	Przemoc od ojca	3	4
Profil rodziny – autor: Zbigniew Gaś	Skala S – spójność rodziny	4	28
	Skala A – adaptacyjność	8	56
	Skala WZ – wzajemne zrozumienie	2	18
	Skala RR – role rodzinne	30	44
	Skala TR – trudności rozwojowe	16	18
	Skala DR – dezintegracja rodziny	16	16

	Skala PF- poczucie funkcjonalności	0,23	1,31
Skala uczuć pozytywnych i negatywnych - P. Brzozowski	Wynik ogólny: Pozytywne uczucia (PU) C30	bardzo niski	bardzo wysoki
	Wynik ogólny: Negatywne uczucia (NU) C30	bardzo wysoki	przeciętny
	Wynik obecny : Pozytywne uczucia (PU) S30	bardzo niski	bardzo wysoki
	Wynik obecny: Negatywne uczucia (NU) S30	bardzo wysoki	przeciętny
Zmodyfikowany Kwestionariusz: Sprawca – ofiara – autor: Zdzisław Bartkowiak	Używa wulgarnych słów	zdarza się bardzo często	zdarza się często
	Wyśmiewa i przezywa innych	zdarza się bardzo często	zdarza się często
	Znęca się nad słabszymi	zdarza się bardzo często	zdarza się często
	Robi na złość, dokucza domownikom	zdarza się bardzo często	zdarza się
	Stosuje przemoc fizyczną	zdarza się bardzo często	zdarza się często
	Wymusza pieniądze i wartościowe przedmioty	zdarza się bardzo często	zdarza się
	Niszczy przedmioty osobiste nie będące jego własnością	zdarza się bardzo często	zdarza się
	Swoim zachowaniem zmusza do posłuszeństwa i usługiwania	zdarza się bardzo często	zdarza się często
	Ataki ze strony partnera stały się gwałtowniejsze, brutalniejsze	zdarza się bardzo często	zdarza się
	Wydziela lub ogranicza pieniądze	zdarza się bardzo często	zdarza się bardzo rzadko
	Dotyka mnie w miejsca intymne, gdy tego nie chcę	zdarza się bardzo często	zdarza się bardzo rzadko
	Wymusza zachowania seksualne	zdarza się bardzo często	zdarza się
	Zmusza do picia alkoholu	zdarza się	zdarza się bardzo rzadko
	Zmusza do kradzieży, żebractwa	nie zdarza się	nie zdarza się
	Zmusza do okłamywania przyjaciół, rodziny	zdarza się często	zdarza się bardzo rzadko
	Upija się	zdarza się bardzo często	zdarza się bardzo często
	Grozi używaniem noża	zdarza się bardzo rzadko	zdarza się bardzo rzadko
	Wymusza zachowania seksualne z udziałem innych osób	nie zdarza się	nie zdarza się
	Ogranicza pożywienie	zdarza się	zdarza się bardzo rzadko
	Zakłóca wypoczynek nocny	zdarza się bardzo często	zdarza się
Motywy podjęcia procesu terapeutycznego	MOTYWACJA	15	
	Opis stenów – motywacja	wysoki	
	Dążenie do poznania i zmiany siebie	4	
	Dążenie do zrozumienia przyczyn i mechanizmów powstawania nałogu alkoholowego	4	
	Dążenie do usunięcia dolegliwości w związku z występowaniem przemocy domowej	3	
	Oczekiwanie uzyskania wtórnych korzyści z uczęszczania na terapię	4	
	CZYNNIKI UTRUDNIAJĄCE	1	
	Opis stenów – czynniki utrudniające	niski	
	Tendencja do zaprzeczania, że jest się ofiarą przemocy	0	
	Tendencja do unikania uczestnictwa w terapii	0	
	Tendencja do podjęcia terapii ze względu na naciski płynące z otoczenia	1	

**Załącznik nr 18. Zestawienie wyników – przed i po terapii.
Przypadek 3, Małgorzata lat:53**

CECHY SPOŁECZNO –DEMOGRAFICZNE badanej		WYNIK BADANIA Z 2011	WYNIK BADANIA Z 2012
Wykształcenie Stan cywilny Sytuacja zawodowa		podstawowe mężatka nie pracuje	podstawowe mężatka nie pracuje
NARZĘDZIE POMIARU	NAZWA PODSKALI	WYNIK BADANIA Z 2011	WYNIK BADANIA Z 2012
KNIS – autor Ewy Wysockiej (Wynik – WS)	SAMOOCENA GLOBALNA	108	183
	Samocena ogólna, niespecyficzna	23	39
	Sfera poznawczo-intelektualna	17	34
	Sfera fizyczna	21	34
	Sfera społeczno-moralna	28	39
	Sfera charakterologiczna	19	37
	FUNKCJONOWANIE INTERPERSONALNE	88	138
	„Inni wobec mnie”	38	77
	Wsparcie	19	40
	Poczucie bezpieczeństwa	19	37
	„Ja wobec innych”	50	61
	Prospołeczność	25	31
	Brak agresywności	25	30
	Obraz świata - nadzieje podstawowa	45	65
	Sensowność, zorganizowanie świata	21	32
	Przychylność świata	24	33
	Obraz życia – skuteczność sprawczość	38	72
	Poczucie skuteczności	20	36
	Poczucie zaradności	18	36
	SKALA KONTROLNA- aprobata społeczna, kłamstwo	15	26
KPŻ – autor: Ryszard Klamut (wyniki – opis sten)	CEL (C)	średnie	wysokie
	Spójność wewnętrzna (SW)	wysokie	średnie
	Kontrola życia (KŻ)	wysokie	wysokie
	Akceptacja śmierci (AŚ)	średnie	średnie
	Pustka egzystencjonalna (PE)	średnie	wysokie
	Poszukiwanie celów (PC)	wysokie	niskie
	Osobowy sens (OS)	średnie	średnie
	Równowaga postaw życiowych (RPŻ)	średnie	wysokie
KKM – autorzy: Maria Kaźmierczak, Mieczysław Plopa	WSPARCIE		
	zorientowane na ogólne samopoczucie męża	przeciętny	przeciętny
	zorientowane na konkretne problemy męża	przeciętny	przeciętny
	Postrzegane wsparcie męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony	bardzo niski	bardzo niski
	postrzegane wsparcie zorientowane na konkretne problemy żony	bardzo niski	bardzo niski
	Ocena własnego zachowania	niski	niski
	Ocena zachowania męża	bardzo niski	bardzo niski
	ZAANGAŻOWANIE		
	zorientowane na ogólne samopoczucie męża	przeciętny	przeciętny
	zorientowane na wyrażanie emocji wobec męża	przeciętny	niski
	Postrzeganie zaangażowania męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony	bardzo niski	bardzo niski
	Postrzeganie zaangażowanie męża zorientowane na wyrażanie emocji wobec żony	niski	bardzo niski
	Ocena własnego zachowania	niski	niski
	Ocena zachowania męża	bardzo niski	bardzo niski
	DEPRECJACJA		
	Ocena własnego zachowania	niski	niski
	Ocena zachowania męża	bardzo wysoki	bardzo wysoki
Skala Intymności - autor: Katarzyna Kosińska-Dec	Emocjonalna	16	20
	Intelektualna	9	6
	Społeczna	11	11
	Seksualna	11	13
Kwestionariusz traktowania w Rodzinie – autorzy: Mary-Louise Engels i Daniel Moisan	Emocjonalne zaniedbanie		
	Przemoc od matki	15	25
	Przemoc od ojca	21	23
	Wrogie odrzucenie		
	Przemoc od matki	11	14
	Przemoc od ojca	8	10
	Izolowanie		
	Przemoc od matki	4	6
Profil rodziny – autor: Zbigniew	Skala S – spójność rodziny	1	12
	Skala A – adaptacyjność	2	24

Gaś	Skala WZ – wzajemne zrozumienie	6	20
	Skala RR – role rodzinne	38	46
	Skala TR – trudności rozwojowe	12	14
	Skala DR – dezintegracja rodziny	18	14
	Skala PF- poczucie funkcjonalności	0,13	0,76
Skala uczuć pozytywnych i negatywnych – P. Brzozowski	Wynik ogólny: Pozytywne uczucia (PU) C30	przeciętny	bardzo wysoki
	Wynik ogólny: Negatywne uczucia (NU) C30	bardzo wysoki	przeciętny
	Wynik obecny : Pozytywne uczucia (PU) S30	niski	bardzo wysoki
	Wynik obecny: Negatywne uczucia (NU) S30	bardzo wysoki	przeciętny
Zmodyfikowany Kwestionariusz: Sprawca – ofiara – autor: Zdzisław Bartkowiak	Używa wulgarnych słów	zdarza się bardzo często	zdarza się
	Wyśmiewa i przezywa innych	zdarza się bardzo często	zdarza się
	Znęca się nad słabszymi	zdarza się często	zdarza się
	Robi na złość, dokucza domownikom	zdarza się często	zdarza się często
	Stosuje przemoc fizyczną	zdarza się bardzo często	zdarza się
	Wymusza pieniądze i wartościowe przedmioty	zdarza się często	zdarza się bardzo rzadko
	Niszczy przedmioty osobiste nie będące jego własnością	zdarza się często	zdarza się
	Swoim zachowaniem zmusza do posłuszeństwa i usługiwania	zdarza się często	zdarza się często
	Ataki ze strony partnera stały się gwałtowniejsze, brutalniejsze	zdarza się często	zdarza się
	Wydziela lub ogranicza pieniądze	zdarza się	zdarza się bardzo rzadko
	Dotyka mnie w miejsca intymne, gdy tego nie chcę	zdarza się	nie zdarza się
	Wymusza zachowania seksualne	zdarza się	zdarza się bardzo rzadko
	Zmusza do picia alkoholu	zdarza się bardzo rzadko	nie zdarza się
	Zmusza do kradzieży, żebractwa	nie zdarza się	nie zdarza się
	Zmusza do okłamywania przyjaciół, rodziny	zdarza się często	zdarza się często
	Upija się	zdarza się bardzo często	zdarza się często
	Grozi używaniem noża	nie zdarza się	nie zdarza się
	Wymusza zachowania seksualne z udziałem innych osób	nie zdarza się	nie zdarza się
	Ogranicza pożywienie	zdarza się	zdarza się bardzo rzadko
	Zakłóca wypoczynek nocny	zdarza się bardzo często	zdarza się
Motywy podjęcia procesu terapeutycznego	MOTYWACJA	16	
	Opis stenów – motywacja	wysoki	
	Dążenie do poznania i zmiany siebie	4	
	Dążenie do zrozumienia przyczyn i mechanizmów powstawania nałogu alkoholowego	4	
	Dążenie do usunięcia dolegliwości w związku z występowaniem przemocy domowej	4	
	Oczekiwanie uzyskania wtórnych korzyści z uczęszczania na terapię	4	
	CZYNNIKI UTRUDNIAJĄCE	1	
	Opis stenów – czynniki utrudniające	niski	
	Tendencja do zaprzeczania, że jest się ofiarą przemocy	0	
	Tendencja do unikania uczestnictwa w terapii	0	
	Tendencja do podjęcia terapii ze względu na naciski płynące z otoczenia	1	

**Załącznik nr 19. Zestawienie wyników – przed i po terapii.
Przypadek 4, Ania lat:40**

CECHY SPOŁECZNO – DEMOGRAFICZNE badanej		WYNIK BADANIA Z 2011	WYNIK BADANIA Z 2012
	Wykształcenie Stan cywilny Sytuacja zawodowa	zawodowe mężatka pracuje	zawodowe rozwidzona pracuje
NARZĘDZIE POMIARU	NAZWA PODSKALI	WYNIK BADANIA Z 2011	WYNIK BADANIA Z 2012
KNIS – autor Ewy Wysockiej (Wynik – WS)	SAMOOCENA GLOBALNA	168	162
	Samooceń ogólna, niespecyficzna	34	35
	Sfera poznawczo-intelektualna	30	30
	Sfera fizyczna	33	33
	Sfera społeczno-moralna	38	34
	Sfera charakterologiczna	33	30
	FUNKCJONOWANIE INTERPERSONALNE	126	127
	„Inni wobec mnie”	69	66
	Wsparcie	38	32
	Poczucie bezpieczeństwa	31	34
	„Ja wobec innych”	57	61
	Prospoleczność	34	36
	Brak agresywności	23	25
	Obraz świata - nadzieje podstawowa	61	60
	Sensowność, zorganizowanie świata	32	29
	Przychylność świata	29	31
	Obraz życia – skuteczność sprawczość	66	70
	Poczucie skuteczności	37	34
	Poczucie zaradności	29	36
	SKALA KONTROLNA- aprobaty społecznej, kłamstwo	25	28
KPŻ – autor: Ryś szrad Klamut (wyniki – opis sten)	CEL (C)	niskie	niskie
	Spójność wewnętrzna (SW)	średnie	niskie
	Kontrola życia (KŻ)	niskie	niskie
	Akceptacja śmierci (AŚ)	niskie	niskie
	Pustka egzystencjonalna (PE)	wysokie	niskie
	Poszukiwanie celów (PC)	niskie	niskie
	Osobowy sens (OS)	niskie	niskie
	Równowaga postaw życiowych (RPŻ)	niskie	niskie
KKM – autorzy: Maria Kaźmierczak, Mieczysław Płopa	WSPARCIE		
	zorientowane na ogólne samopoczucie męża	niski	przeciętny
	zorientowane na konkretne problemy męża	przeciętny	wysoki
	Postrzegane wsparcie męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony	bardzo niski	bardzo niski
	postrzegane wsparcie zorientowane na konkretne problemy żony	bardzo niski	niski
	Ocena własnego zachowania	niski	niski
	Ocena zachowania męża	bardzo niski	bardzo niski
	ZAANGAŻOWANIE		
	zorientowane na ogólne samopoczucie męża	niski	przeciętny
	zorientowane na wyrażanie emocji wobec męża	przeciętny	przeciętny
	Postrzeganie zaangażowania męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony	niski	niski
	Postrzeganie zaangażowania męża zorientowane na wyrażanie emocji wobec żony	niski	przeciętny
	Ocena własnego zachowania	przeciętny	przeciętny
	Ocena zachowania męża	niski	niski
	DEPREJACJA		
	Ocena własnego zachowania	wysoki	wysoki
	Ocena zachowania męża	bardzo wysoki	bardzo wysoki
Skala Intymności - autor: Katarzyna Kosińska-Dec	Emocjonalna	20	17
	Intelektualna	11	13
	Społeczna	10	11
	Seksualna	10	12
Kwestionariusz traktowania w Rodzinie – autorzy: Mary-Louise Engels i Daniel Moisan	Emocjonalne zaniedbanie		
	Przemoc od matki	30	32
	Przemoc od ojca	35	45
	Wrogie odrzucenie		
	Przemoc od matki	6	9
	Przemoc od ojca	13	16
	Izolowanie		
	Przemoc od matki	13	12
	Przemoc od ojca	12	14

Profil rodziny – autor: Zbigniew Gaś	Skala S – spójność rodziny	6	6
	Skala A – adaptacyjność	12	12
	Skala WZ – wzajemne zrozumienie	20	20
	Skala RR – role rodzinne	30	44
	Skala TR – trudności rozwojowe	12	14
	Skala DR – dezintegracja rodziny	12	12
	Skala PF- poczucie funkcjonalności	0,70	0,54
Skala uczuć pozytywnych i negatywnych – P. Brzozowski	Wynik ogólny: Pozytywne uczucia (PU) C30	wysoki	bardzo wysoki
	Wynik ogólny: Negatywne uczucia (NU) C30	przeciętny	przeciętny
	Wynik obecny : Pozytywne uczucia (PU) S30	wysoki	bardzo wysoki
	Wynik obecny: Negatywne uczucia (NU) S30	przeciętny	przeciętny
Zmodyfikowany Kwestionariusz: Sprawca – ofiara – autor: Zdzisław Bartkowiak	Używa wulgarnych słów	zdarza się często	zdarza się
	Wyśmiewa i przezywa innych	zdarza się często	zdarza się bardzo rzadko
	Znęca się nad słabszymi	zdarza się	zdarza się bardzo rzadko
	Robi na złość, dokucza domownikom	zdarza się bardzo często	zdarza się
	Stosuje przemoc fizyczną	zdarza się często	zdarza się
	Wymusza pieniądze i wartościowe przedmioty	zdarza się często	nie zdarza się
	Niszczy przedmioty osobiste nie będące jego własnością	zdarza się bardzo często	zdarza się bardzo rzadko
	Swoim zachowaniem zmusza do posłuszeństwa i usługiwania	zdarza się często	zdarza się
	Ataki ze strony partnera stały się gwałtowniejsze, brutalniejsze	zdarza się bardzo często	zdarza się bardzo rzadko
	Wydziela lub ogranicza pieniądze	zdarza się	zdarza się bardzo rzadko
	Dotyka mnie w miejsca intymne, gdy tego nie chcę	zdarza się	zdarza się bardzo rzadko
	Wymusza zachowania seksualne	zdarza się	nie zdarza się
	Zmusza do picia alkoholu	nie zdarza się	nie zdarza się
	Zmusza do kradzieży, żebractwa	nie zdarza się	nie zdarza się
	Zmusza do okłamywania przyjaciół, rodziny	zdarza się	zdarza się bardzo rzadko
	Upija się	zdarza się często	zdarza się
	Grozi używaniem noża	zdarza się	nie zdarza się
	Wymusza zachowania seksualne z udziałem innych osób	nie zdarza się	nie zdarza się
	Ogranicza pożywienie	zdarza się bardzo rzadko	zdarza się bardzo rzadko
	Zakłóca wypoczynek nocny	zdarza się często	zdarza się bardzo rzadko
Motywy podjęcia procesu terapeutycznego	MOTYWACJA	15	
	Opis stenów – motywacja	wysoki	
	Dążenie do poznania i zmiany siebie	4	
	Dążenie do zrozumienia przyczyn i mechanizmów powstawania nałogu Alkoholowego	4	
	Dążenie do usunięcia dolegliwości w związku z występowaniem przemocy Domowej	4	
	Oczekiwanie uzyskania wtórnych korzyści z uczęszczania na terapię	3	
	CZYNNIKI UTRUDNIAJĄCE	1	
	Opis stenów – czynniki utrudniające	niski	
	Tendencja do zaprzeczania, że jest się ofiarą przemocy	0	
	Tendencja do unikania uczestnictwa w terapii	0	
	Tendencja do podjęcia terapii ze względu na naciski płynące z otoczenia	1	

**Załącznik nr 20. Zestawienie wyników – przed i po terapii.
Przypadek 5, Małgorzata lat:33**

CECHY SPOŁECZNO –DEMOGRAFICZNE badanej		WYNIK BADANIA Z 2011	WYNIK BADANIA Z 2012
Wykształcenie Stan cywilny Sytuacja zawodowa		wyższe mężatka bezrobotna	wyższe rozwidziona pracuje
NARZĘDZIE POMIARU	NAZWA PODSKALI	WYNIK BADANIA Z 2011	WYNIK BADANIA Z 2012
KNIS – autor Ewy Wysockiej (Wynik – WS)	SAMOOCENA GLOBALNA	111	156
	Samocena ogólna, niespecyficzna	21	32
	Sfera poznawczo-intelektualna	19	30
	Sfera fizyczna	19	30
	Sfera społeczno-moralna	31	33
	Sfera charakterologiczna	21	31
	FUNKCJONOWANIE INTERPERSONALNE	99	118
	„Inni wobec mnie”	41	59
	Wsparcie	22	31
	Poczucie bezpieczeństwa	19	28
	„Ja wobec innych”	58	59
	Prospołeczność	30	33
	Brak agresywności	28	26
	Obraz świata - nadzieje podstawowa	49	54
	Sensowność, zorganizowanie świata	23	27
	Przychylność świata	26	27
	Obraz życia – skuteczność sprawczość	44	60
	Poczucie skuteczności	24	31
	Poczucie zaradności	20	29
	SKALA KONTROLNA- aprobata społeczna, kłamstwo	17	26
KPŻ – autor: Ryszard Klamut (wyniki – opis sten)	CEL (C)	niskie	średnie
	Spójność wewnętrzna (SW)	niskie	wysokie
	Kontrola życia (KŻ)	niskie	wysokie
	Akceptacja śmierci (AŚ)	wysokie	niskie
	Pustka egzystencjonalna (PE)	wysokie	średnie
	Poszukiwanie celów (PC)	niskie	średnie
	Osobowy sens (OS)	niskie	średnie
	Równowaga postaw życiowych (RPŻ)	niskie	średnie
KKM – autorzy: Maria Kaźmierczak, Mieczysław Płopa	WSPARCIE		
	zorientowane na ogólne samopoczucie męża	wysoki	wysoki
	zorientowane na konkretne problemy męża	przeciętny	przeciętny
	Postrzegane wsparcie męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony	bardzo niski	niski
	postrzegane wsparcie zorientowane na konkretne problemy żony	niski	niski
	Ocena własnego zachowania	niski	niski
	Ocena zachowania męża	bardzo niski	niski
	ZAANGAŻOWANIE		
	zorientowane na ogólne samopoczucie męża	przeciętny	niski
	zorientowane na wyrażanie emocji wobec męża	przeciętny	niski
	Postrzeganie zaangażowania męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony	bardzo niski	bardzo niski
	Postrzeganie zaangażowanie męża zorientowane na wyrażanie emocji wobec żony	bardzo niski	niski
	Ocena własnego zachowania	przeciętny	niski
	Ocena zachowania męża	bardzo niski	bardzo niski
	DEPREJACJA		
	Ocena własnego zachowania	niski	niski
	Ocena zachowania męża	bardzo wysoki	bardzo wysoki
Skala Intymności - autor: Katarzyna Kosińska-Dec	Emocjonalna	15	15
	Intelektualna	12	11
	Społeczna	12	12
	Seksualna	11	12
Kwestionariusz traktowania w Rodzinie – autorzy: Mary-Louise Engels i Daniel Moisan	Emocjonalne zaniedbanie		
	Przemoc od matki	5	13
	Przemoc od ojca	41	43
	Wrogie odrzucenie		
	Przemoc od matki	3	5
	Przemoc od ojca	25	25
	Izolowanie		
	Przemoc od matki	0	0
	Przemoc od ojca	18	18
Profil rodziny – autor: Zbigniew Gaś	Skala S – spójność rodziny	6	18
	Skala A – adaptacyjność	12	36
	Skala WZ – wzajemne zrozumienie	8	20
	Skala RR – role rodzinne	30	44
	Skala TR – trudności rozwojowe	14	10
	Skala DR – dezintegracja rodziny	18	10

	Skala PF- poczucie funkcjonalności	0,42	1,16
Skala uczuć pozytywnych i negatywnych – P. Brzozowski	Wynik ogólny: Pozytywne uczucia (PU) C30	bardzo niski	bardzo wysoki
	Wynik ogólny: Negatywne uczucia (NU) C30	wysoki	niski
	Wynik obecny : Pozytywne uczucia (PU) S30	przeciętny	bardzo wysoki
	Wynik obecny: Negatywne uczucia (NU) S30	wysoki	przeciętny
Zmodyfikowany Kwestionariusz: Sprawca – ofiara – autor: Zdzisław Bartkowiak	Używa wulgarnych słów	zdarza się często	zdarza się
	Wyśmiewa i przezywa innych	zdarza się bardzo często	zdarza się często
	Znęca się nad słabszymi	zdarza się często	zdarza się bardzo rzadko
	Robi na złość, dokucza domownikom	zdarza się bardzo rzadko	zdarza się
	Stosuje przemoc fizyczną	zdarza się bardzo rzadko	zdarza się bardzo rzadko
	Wymusza pieniądze i wartościowe przedmioty	nie zdarza się	nie zdarza się
	Niszczy przedmioty osobiste nie będące jego własnością	nie zdarza się	nie zdarza się
	Swoim zachowaniem zmusza do posłuszeństwa i usługiwania	zdarza się	zdarza się
	Ataki ze strony partnera stały się gwałtowniejsze, brutalniejsze	zdarza się bardzo rzadko	zdarza się bardzo rzadko
	Wydziera lub ogranicza pieniądze	zdarza się bardzo rzadko	nie zdarza się
	Dotyka mnie w miejsca intymne, gdy tego nie chcę	zdarza się bardzo rzadko	nie zdarza się
	Wymusza zachowania seksualne	nie zdarza się	nie zdarza się
	Zmusza do picia alkoholu	zdarza się bardzo rzadko	nie zdarza się
	Zmusza do kradzieży, żebractwa	nie zdarza się	nie zdarza się
	Zmusza do okłamywania przyjaciół, rodziny	zdarza się bardzo rzadko	zdarza się bardzo rzadko
	Upija się	zdarza się bardzo rzadko	zdarza się bardzo rzadko
	Grozi używaniem noża	zdarza się bardzo rzadko	nie zdarza się
	Wymusza zachowania seksualne z udziałem innych osób	nie zdarza się	nie zdarza się
	Ogranicza pożywienie	nie zdarza się	nie zdarza się
	Zakłóca wypoczynek nocny	nie zdarza się	nie zdarza się
Motywy podjęcia procesu terapeutycznego	MOTYWACJA	11	
	Opis stenów – motywacja	średni	
	Dążenie do poznania i zmiany siebie	3	
	Dążenie do zrozumienia przyczyn i mechanizmów powstawania nałogu alkoholowego	2	
	Dążenie do usunięcia dolegliwości w związku z występowaniem przemocy domowej	3	
	Oczekiwanie uzyskania wtórnych korzyści z uczęszczania na terapię	3	
	CZYNNIKI UTRUDNIAJĄCE	8	
	Opis stenów – czynniki utrudniające	średni	
	Tendencja do zaprzeczania, że jest się ofiarą przemocy	4	
	Tendencja do unikania uczestnictwa w terapii	4	
	Tendencja do podjęcia terapii ze względu na naciski płynące z otoczenia	0	

**Załącznik nr 21. Zestawienie wyników – przed i po terapii.
Przypadek 6, Agnieszka lat:32**

CECHY SPOŁECZNO –DEMOGRAFICZNE badanej		WYNIK BADANIA Z 2011	WYNIK BADANIA Z 2012
Wykształcenie Stan cywilny Sytuacja zawodowa		wyższe mężatka pracuje	wyższe rozwidziona pracuje
NARZĘDZIE POMIARU	NAZWA PODSKALI	WYNIK BADANIA Z 2011	WYNIK BADANIA Z 2012
KNIS – autor Ewy Wysockiej (Wynik – WS)	SAMOOCENA GLOBALNA	92	162
	Samooceń ogólna, niespecyficzna	13	34
	Sfera poznawczo-intelektualna	17	32
	Sfera fizyczna	13	32
	Sfera społeczno-moralna	32	33
	Sfera charakterologiczna	17	31
	FUNKCJONOWANIE INTERPERSONALNE	97	124
	„Inni wobec mnie”	44	67
	Wsparcie	20	32
	Poczucie bezpieczeństwa	24	35
	„Ja wobec innych”	53	57
	Prospołeczność	29	33
	Brak agresywności	24	24
	Obraz świata - nadzieje podstawowa	32	55
	Sensowność, zorganizowanie świata	17	28
	Przychylność świata	15	27
	Obraz życia – skuteczność sprawczość	25	61
	Poczucie skuteczności	11	29
	Poczucie zaradności	14	32
	SKALA KONTROLNA- aprobaty społecznej, kłamstwo	18	26
KPŻ – autor: Ryszard Klamut (wyniki – opis ten)	CEL (C)	niskie	wysokie
	Spójność wewnętrzna (SW)	niskie	wysokie
	Kontrola życia (KŻ)	niskie	wysokie
	Akceptacja śmierci (AŚ)	wysokie	niskie
	Pustka egzystencjonalna (PE)	wysokie	średnie
	Poszukiwanie celów (PC)	niskie	niskie
	Osobowy sens (OS)	niskie	wysokie
	Równowaga postaw życiowych (RPŻ)	niskie	wysokie
KKM – autorzy: Maria Kaźmierczak, Mieczysław Płopa	WSPARCIE		
	zorientowane na ogólne samopoczucie męża	wysoki	przeciętny
	zorientowane na konkretne problemy męża	przeciętny	wysoki
	Postrzegane wsparcie męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony	bardzo niski	bardzo niski
	postrzegane wsparcie zorientowane na konkretne problemy żony	bardzo niski	bardzo niski
	Ocena własnego zachowania	niski	niski
	Ocena zachowania męża	bardzo niski	bardzo niski
	ZAANGAŻOWANIE		
	zorientowane na ogólne samopoczucie męża	przeciętny	przeciętny
	zorientowane na wyrażanie emocji wobec męża	przeciętny	przeciętny
	Postrzeganie zaangażowania męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony	bardzo niski	bardzo niski
	Postrzeganie zaangażowania męża zorientowane na wyrażanie emocji wobec żony	bardzo niski	bardzo niski
	Ocena własnego zachowania	przeciętny	przeciętny
	Ocena zachowania męża	bardzo niski	bardzo niski
	DEPREKJACJA		
	Ocena własnego zachowania	niski	przeciętny
	Ocena zachowania męża	bardzo wysoki	bardzo wysoki
Skala Intymności - autor: Katarzyna Kosińska-Dec	Emocjonalna	19	17
	Intelektualna	9	9
	Społeczna	13	12
	Seksualna	9	10

Kwestionariusz traktowania w Rodzinie – autorzy: Mary-Louise Engels i Daniel Moisan	Emocjonalne zaniedbanie		
	Przemoc od matki	0	0
	Przemoc od ojca	0	0
	Wrogie odrzucenie		
	Przemoc od matki	0	0
	Przemoc od ojca	0	0
	Izolowanie		
	Przemoc od matki	0	0
Profil rodziny – autor: Zbigniew Gaś	Przemoc od ojca	0	0
	Skala S – spójność rodziny	1	20
	Skala A – adaptacyjność	2	40
	Skala WZ – wzajemne zrozumienie	2	22
	Skala RR – role rodzinne	30	44
	Skala TR – trudności rozwojowe	12	16
	Skala DR – dezintegracja rodziny	20	14
Skala uczuć pozytywnych i negatywnych – adaptacja: Piotr Brzozowski	Skala PF- poczucie funkcjonalności	0,08	1,11
	Wynik ogólny: Pozytywne uczucia (PU) C30	bardzo niski	bardzo wysoki
	Wynik ogólny: Negatywne uczucia (NU) C30	bardzo wysoki	niski
	Wynik obecny : Pozytywne uczucia (PU) S30	wysoki	bardzo wysoki
Zmodyfikowany Kwestionariusz: Sprawca – ofiara – autor: Zdzisław Bartkiewicz	Wynik obecny: Negatywne uczucia (NU) S30	bardzo wysoki	przeciętny
	Używa wulgarnych słów	zdarza się często	zdarza się często
	Wyśmiewa i przezywa innych	zdarza się często	zdarza się
	Znęca się nad słabszymi	zdarza się często	zdarza się często
	Robi na złość, dokucza domownikom	zdarza się często	zdarza się często
	Stosuje przemoc fizyczną	zdarza się często	zdarza się często
	Wymusza pieniądze i wartościowe przedmioty	zdarza się bardzo rzadko	zdarza się bardzo rzadko
	Niszczy przedmioty osobiste nie będące jego własnością	nie zdarza się	nie zdarza się
	Swoim zachowaniem zmusza do posłuszeństwa i usługiwania	zdarza się bardzo rzadko	zdarza się
	Ataki ze strony partnera stały się gwałtowniejsze, brutalniejsze	zdarza się bardzo często	zdarza się
	Wydziela lub ogranicza pieniądze	zdarza się bardzo często	zdarza się
	Dotyka mnie w miejsca intymne, gdy tego nie chcę	zdarza się często	zdarza się bardzo rzadko
	Wymusza zachowania seksualne	zdarza się bardzo rzadko	nie zdarza się
	Zmusza do picia alkoholu	nie zdarza się	nie zdarza się
	Zmusza do kradzieży, żebractwa	nie zdarza się	nie zdarza się
	Zmusza do okłamywania przyjaciół, rodziny	zdarza się bardzo często	
	Upija się	nie zdarza się	nie zdarza się
	Grozi używaniem noża	nie zdarza się	nie zdarza się
	Wymusza zachowania seksualne z udziałem innych osób	nie zdarza się	nie zdarza się
	Ogranicza pożywienie	nie zdarza się	nie zdarza się
Motywy podjęcia procesu terapeutycznego	Zakłóca wypoczynek nocny	zdarza się często	zdarza się
	MOTYWACJA	13	
	Opis stenów – motywacja	średni	
	Dążenie do poznania i zmiany siebie	3	
	Dążenie do zrozumienia przyczyn i mechanizmów powstawania nałogu alkoholowego	3	
	Dążenie do usunięcia dolegliwości w związku z występowaniem przemocy domowej	4	
	Oczekiwanie uzyskania wtórnych korzyści z uczestniczenia na terapię	3	
	CZYNNIKI UTRUDNIAJĄCE	1	
	Opis stenów – czynniki utrudniające	niski	
	Tendencja do zaprzeczania, że jest się ofiarą przemocy	0	
	Tendencja do unikania uczestnictwa w terapii	0	
	Tendencja do podjęcia terapii ze względu na naciski płynące z otoczenia	1	

Załącznik nr 22. Zestawienie wyników – przed i po terapii.
Przypadek 7, Dorota lat:48

CECHY SPOŁECZNO –DEMOGRAFICZNE badanej		WYNIK BADANIA Z 2011	WYNIK BADANIA Z 2012
Wykształcenie Stan cywilny Sytuacja zawodowa		wyższe mężatka pracuje	wyższe w separacji pracuje
NARZĘDZIE POMIARU	NAZWA PODSKALI	WYNIK BADANIA Z 2011	WYNIK BADANIA Z 2012
KNIS – autor Ewy Wysockiej (Wynik – WS)	SAMOOCENA GLOBALNA	122	153
	Samooceń ogólna, niespecyficzna	21	30
	Sfera poznawczo-intelektualna	23	32
	Sfera fizyczna	26	26
	Sfera społeczno-moralna	29	34
	Sfera charakterologiczna	23	31
	FUNKCJONOWANIE INTERPERSONALNE	115	128
	„Inni wobec mnie”	60	64
	Wsparcie	32	34
	Poczucie bezpieczeństwa	28	30
	„Ja wobec innych”	55	64
	Prospołeczność	31	35
	Brak agresywności	24	29
	Obraz świata - nadzieje podstawowa	40	55
	Sensowność, zorganizowanie świata	22	28
	Przychylność świata	18	27
	Obraz życia – skuteczność sprawczość	42	59
	Poczucie skuteczności	22	30
	Poczucie zaradności	20	29
	SKALA KONTROLNA- aprobaty społecznej, kłamstwo	23	24
KPŻ – autor: Ryszard Klamut (wyniki – opis ten)	CEL (C)	niskie	średnie
	Spójność wewnętrzna (SW)	niskie	średnie
	Kontrola życia (KŻ)	niskie	średnie
	Akceptacja śmierci (AŚ)	niskie	średnie
	Pustka egzystencjonalna (PE)	średnie	średnie
	Poszukiwanie celów (PC)	niskie	średnie
	Osobowy sens (OS)	niskie	średnie
	Równowaga postaw życiowych (RPŻ)	niskie	średnie
KKM – autorzy: Maria Kaźmierczak, Mieczysław Płopa	WSPARCIE		
	zorientowane na ogólne samopoczucie męża	niski	przeciętny
	zorientowane na konkretne problemy męża	bardzo niski	Niski
	Postrzegane wsparcie męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony	bardzo niski	bardzo niski
	postrzegane wsparcie zorientowane na konkretne problemy żony	bardzo niski	Niski
	Ocena własnego zachowania	bardzo niski	Niski
	Ocena zachowania męża	bardzo niski	bardzo niski
	ZAANGAŻOWANIE		
	zorientowane na ogólne samopoczucie męża	bardzo niski	Niski
	zorientowane na wyrażanie emocji wobec męża	bardzo niski	Niski
	Postrzeganie zaangażowania męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony	bardzo niski	bardzo niski
	Postrzeganie zaangażowania męża zorientowane na wyrażanie emocji wobec żony	bardzo niski	bardzo niski
	Ocena własnego zachowania	bardzo niski	Niski
	Ocena zachowania męża	bardzo niski	bardzo niski
	DEPREKJACJA		
	Ocena własnego zachowania	bardzo wysoki	bardzo wysoki
	Ocena zachowania męża	bardzo wysoki	bardzo wysoki
Skala Intymności - autor: Katarzyna Kosińska-Dec	Emocjonalna	17	17
	Intelektualna	8	8
	Społeczna	13	12
	Seksualna	13	13
Kwestionariusz	Emocjonalne zaniedbanie		

traktowania w Rodzinie – autorzy: Mary-Louise Engels i Daniel Moisan	Przemoc od matki	1	3
	Przemoc od ojca	4	15
	Wrogie odrzucenie		
	Przemoc od matki	1	3
	Przemoc od ojca	1	4
	Izolowanie		
	Przemoc od matki	0	0
	Przemoc od ojca	0	0
Profil rodziny – autor: Zbigniew Gaś	Skala S – spójność rodziny	1	28
	Skala A – adaptacyjność	2	56
	Skala WZ – wzajemne zrozumienie	8	18
	Skala RR – role rodzinne	44	44
	Skala TR – trudności rozwojowe	16	16
	Skala DR – dezintegracja rodziny	18	16
	Skala PF- poczucie funkcjonalności	0,14	1,34
Skala uczyć pozytywnych i negatywnych – adaptacja: Piotr Brzozowski	Wynik ogólny: Pozytywne uczucia (PU) C30	przeciętny	bardzo wysoki
	Wynik ogólny: Negatywne uczucia (NU) C30	bardzo wysoki	Przeciętny
	Wynik obecny : Pozytywne uczucia (PU) S30	przeciętny	bardzo wysoki
	Wynik obecny: Negatywne uczucia (NU) S30	bardzo wysoki	Przeciętny
Zmodyfikowany Kwestionariusz: Sprawca – ofiara – autor: Zdzisław Bartkiewicz	Używa wulgarnych słów	zdarza się bardzo często	zdarza się bardzo często
	Wyśmiewa i przezywa innych	zdarza się często	zdarza się
	Znęca się nad słabszymi	zdarza się	zdarza się
	Robi na złość, dokucza domownikom	zdarza się bardzo rzadko	zdarza się
	Stosuje przemoc fizyczną	nie zdarza się	zdarza się bardzo rzadko
	Wymusza pieniądze i wartościowe przedmioty	nie zdarza się	nie zdarza się
	Niszczy przedmioty osobiste nie będące jego własnością	zdarza się bardzo rzadko	zdarza się
	Swoim zachowaniem zmusza do posłuszeństwa i usługiwania	zdarza się	zdarza się często
	Ataki ze strony partnera stały się gwałtowniejsze, brutalniejsze	zdarza się	zdarza się
	Wydziela lub ogranicza pieniądze	zdarza się bardzo często	zdarza się bardzo często
	Dotyka mnie w miejsca intymne, gdy tego nie chcę	nie zdarza się	zdarza się bardzo rzadko
	Wymusza zachowania seksualne	nie zdarza się	zdarza się bardzo rzadko
	Zmusza do picia alkoholu	nie zdarza się	nie zdarza się
	Zmusza do kradzieży, żebractwa	nie zdarza się	nie zdarza się
	Zmusza do okłamywania przyjaciół, rodziny	nie zdarza się	zdarza się
	Upija się	zdarza się	zdarza się
	Grozi używaniem noża	nie zdarza się	nie zdarza się
	Wymusza zachowania seksualne z udziałem innych osób	nie zdarza się	nie zdarza się
	Ogranicza pożywienie	nie zdarza się	nie zdarza się
	Zakłóca wypoczynek nocny	nie zdarza się	zdarza się
Motywy podjęcia procesu terapeutycznego	MOTYWACJA	16	
	Opis stenów – motywacja	Wysoki	
	Dążenie do poznania i zmiany siebie	4	
	Dążenie do zrozumienia przyczyn i mechanizmów powstawania nałogu alkoholowego	4	
	Dążenie do usunięcia dolegliwości w związku z występowaniem przemocy domowej	4	
	Oczekiwanie uzyskania wtórnych korzyści z uczęszczania na terapię	4	
	CZYNNIKI UTRUDNIAJĄCE	3	
	Opis stenów – czynniki utrudniające	Średni	
	Tendencja do zaprzeczania, że jest się ofiarą przemocy	1	
	Tendencja do unikania uczestnictwa w terapii	1	
	Tendencja do podjęcia terapii ze względu na naciski płynące z otoczenia	1	

Załącznik nr 23. Zestawienie wyników – przed i po terapii.

Przypadek 8, Renata lat:49

CECHY SPOŁECZNO – DEMOGRAFICZNE badanej		WYNIK BADANIA Z 2011	WYNIK BADANIA Z 2012
Wykształcenie Stan cywilny Sytuacja zawodowa		średnie mężatka nie pracuje	średnie mężatka pracuje
NARZĘDZIE POMIARU	NAZWA PODSKALI	WYNIK BADANIA Z 2011	WYNIK BADANIA Z 2012
KNiS – autor Ewy Wysockiej (Wynik – WS)	SAMOOCENA GLOBALNA	113	148
	Samooocena ogólna, niespecyficzna	17	30
	Sfera poznawczo-intelektualna	20	27
	Sfera fizyczna	23	32
	Sfera społeczno-moralna	32	30
	Sfera charakterologiczna	21	29
	FUNKCJONOWANIE INTERPERSONALNE	122	135
	„Inni wobec mnie”	57	69
	Wsparcie	29	34
	Poczucie bezpieczeństwa	28	35
	„Ja wobec innych”	65	66
	Prospołeczność	35	36
	Brak agresywności	30	30
	Obraz świata - nadzieje podstawowa	51	50
	Sensowność, zorganizowanie świata	24	26
	Przychylność świata	27	24
	Obraz życia – skuteczność sprawczość	41	63
	Poczucie skuteczności	25	30
	Poczucie zaradności	16	33
	SKALA KONTROLNA- aprobata społeczna, kłamstwo	19	22
KPŻ – autor: Ry- szard Klamut (wyniki – opis sten)	CEL (C)	niskie	Średnie
	Spójność wewnętrzna (SW)	niskie	Niskie
	Kontrola życia (KŻ)	niskie	Wysokie
	Akceptacja śmierci (AŚ)	niskie	Wysokie
	Pustka egzystencjonalna (PE)	wysokie	Wysokie
	Poszukiwanie celów (PC)	średnie	Niskie
	Osobowy sens (OS)	niskie	Niskie
	Równowaga postaw życiowych (RPŻ)	niskie	Średnie
KKM – autorzy: Maria Kaźmierczak, Mieczysław Płopa	WSPARCIE		
	zorientowane na ogólne samopoczucie męża	przeciętny	Wysoki
	zorientowane na konkretne problemy męża	bardzo niski	Przeciętny
	Postrzegane wsparcie męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony	bardzo niski	Niski
	postrzegane wsparcie zorientowane na konkretne problemy żony	bardzo niski	bardzo niski
	Ocena własnego zachowania	niski	Niski
	Ocena zachowania męża	bardzo niski	bardzo niski
	ZAANGAŻOWANIE		
	zorientowane na ogólne samopoczucie męża	bardzo niski	Przeciętny
	zorientowane na wyrażanie emocji wobec męża	bardzo niski	Przeciętny
	Postrzeganie zaangażowania męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony	bardzo niski	bardzo niski
	Postrzeganie zaangażowanie męża zorientowane na wyrażanie emocji wobec żony	bardzo niski	Niski
	Ocena własnego zachowania	bardzo niski	Przeciętny
	Ocena zachowania męża	bardzo niski	bardzo niski
	DEPREKJACJA		
	Ocena własnego zachowania	przeciętny	Przeciętny
	Ocena zachowania męża	bardzo wysoki	bardzo wysoki
Skala Intymności - autor: Katarzyna Kosińska-Dec	Emocjonalna	16	16
	Intelektualna	7	8
	Społeczna	6	7
	Seksualna	11	14
	Emocjonalne zaniedbanie		
	Przemoc od matki	0	0

Kwestionariusz traktowania w Rodzinie – autorzy: Mary-Louise Engels i Daniel Moisan	Przemoc od ojca	1	4
	Wrogie odrzucenie		
	Przemoc od matki	3	6
	Przemoc od ojca	3	6
	Izolowanie		
	Przemoc od matki	4	5
Profil rodziny – autor: Zbigniew Gaś	Przemoc od ojca	6	10
	Skala S – spójność rodziny	2	22
	Skala A – adaptacyjność	4	44
	Skala WZ – wzajemne zrozumienie	12	20
	Skala RR – role rodzinne	26	44
	Skala TR – trudności rozwojowe	12	14
	Skala DR – dezintegracja rodziny	18	18
Skala uczuć pozytywnych i negatywnych – P. Brzozowski	Skala PF- poczucie funkcjonalności	0,32	1,13
	Wynik ogólny: Pozytywne uczucia (PU) C30	niski	bardzo wysoki
	Wynik ogólny: Negatywne uczucia (NU) C30	wysoki	Przeciętny
	Wynik obecny : Pozytywne uczucia (PU) S30	niski	bardzo wysoki
Znodyfikowany Kwestionariusz: Sprawca – ofiara – autor: Zdzisław Bartkiewicz	Wynik obecny: Negatywne uczucia (NU) S30	bardzo wysoki	Przeciętny
	Używa wulgarnych słów	zdarza się bardzo często	zdarza się często
	Wyśmiewa i przezywa innych	zdarza się często	zdarza się często
	Znęca się nad słabszymi	zdarza się często	zdarza się często
	Robi na złość, dokucza domownikom	zdarza się często	zdarza się
	Stosuje przemoc fizyczną	zdarza się często	zdarza się często
	Wymusza pieniądze i wartościowe przedmioty	zdarza się	zdarza się
	Niszczy przedmioty osobiste nie będące jego własnością	zdarza się często	zdarza się
	Swoim zachowaniem zmusza do posłuszeństwa i usługiwania	zdarza się często	zdarza się często
	Ataki ze strony partnera stały się gwałtowniejsze, brutalniejsze	zdarza się często	zdarza się
	Wydziela lub ogranicza pieniądze	zdarza się często	zdarza się
	Dotyka mnie w miejsca intymne, gdy tego nie chcę	nie zdarza się	nie zdarza się
	Wymusza zachowania seksualne	nie zdarza się	nie zdarza się
	Zmusza do picia alkoholu	nie zdarza się	nie zdarza się
	Zmusza do kradzieży, żebractwa	nie zdarza się	nie zdarza się
	Zmusza do okłamywania przyjaciół, rodziny	zdarza się	zdarza się
	Upija się	zdarza się często	zdarza się często
	Grozi używaniem noża	zdarza się	zdarza się bardzo rzadko
	Wymusza zachowania seksualne z udziałem innych osób	nie zdarza się	nie zdarza się
	Ogranicza pożywienie	nie zdarza się	nie zdarza się
Motywy podjęcia procesu terapeutycznego	Zakłóca wypoczynek nocny	zdarza się często	zdarza się często
	MOTYWACJA	18	
	Opis stenów – motywacja	Wysoki	
	Dążenie do poznania i zmiany siebie	4	
	Dążenie do zrozumienia przyczyn i mechanizmów powstawania nałogu alkoholowego	4	
	Dążenie do usunięcia dolegliwości w związku z występowaniem przemocy domowej	4	
	Oczekiwanie uzyskania wtórnych korzyści z uczęszczania na terapię	6	
	CZYNNIKI UTRUDNIAJĄCE	6	
	Opis stenów – czynniki utrudniające	Średni	
	Tendencja do zaprzeczania, że jest się ofiarą przemocy	2	
	Tendencja do unikania uczestnictwa w terapii	1	
	Tendencja do podjęcia terapii ze względu na naciski płynące z otoczenia	3	

**Załącznik nr 24. Zestawienie wyników – przed i po terapii.
Przypadek 9, Marzena lat:44**

CECHY SPOŁECZNO –DEMOGRAFICZNE badanej		WYNIK BADANIA Z 2011	WYNIK BADANIA Z 2012
Wykształcenie Stan cywilny Sytuacja zawodowa		zawodowe mężatka nie pracuje	zawodowe mężatka nie pracuje
NARZĘDZIE POMIARU	NAZWA PODSKALI	WYNIK BADANIA Z 2011	WYNIK BADANIA Z 2012
KNIS – autor Ewy Wysockiej (Wynik – WS)	SAMOOCENA GLOBALNA	134	148
	Samooocena ogólna, niespecyficzna	25	29
	Sfera poznawczo-intelektualna	27	30
	Sfera fizyczna	23	30
	Sfera społeczno-moralna	35	29
	Sfera charakterologiczna	24	30
	FUNKCJONOWANIE INTERPERSONALNE	110	121
	„Inni wobec mnie”	44	63
	Wsparcie	24	31
	Poczucie bezpieczeństwa	20	32
	„Ja wobec innych”	66	58
	Prospołeczność	35	32
	Brak agresywności	31	26
	Obraz świata - nadzieje podstawowa	50	52
	Sensowność, zorganizowanie świata	27	27
	Przychylność świata	23	25
	Obraz życia – skuteczność sprawczość	46	62
	Poczucie skuteczności	27	31
	Poczucie zaradności	19	31
	SKALA KONTROLNA- aprobata społeczna, kłamstwo	20	20
KPŻ – autor: Ryszard Klamut (wyniki – opis sten)	CEL (C)	niskie	wysokie
	Spójność wewnętrzna (SW)	niskie	średnie
	Kontrola życia (KŻ)	niskie	niskie
	Akceptacja śmierci (AŚ)	średnie	średnie
	Pustka egzystencjonalna (PE)	wysokie	średnie
	Poszukiwanie celów (PC)	średnie	niskie
	Osobowy sens (OS)	niskie	średnie
	Równowaga postaw życiowych (RPŻ)	niskie	średnie
KKM – autorzy: Maria Kaźmierczak, Mieczysław Płopa	WSPARCIE		
	zorientowane na ogólne samopoczucie męża	wysoki	wysoki
	zorientowane na konkretne problemy męża	przeciętny	wysoki
	Postrzegane wsparcie męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony	bardzo niski	niski
	postrzegane wsparcie zorientowane na konkretne problemy żony	bardzo niski	przeciętny
	Ocena własnego zachowania	niski	przeciętny
	Ocena zachowania męża	bardzo niski	niski
	ZAANGAŻOWANIE		
	zorientowane na ogólne samopoczucie męża	przeciętny	przeciętny
	zorientowane na wyrażanie emocji wobec męża	przeciętny	przeciętny
	Postrzeganie zaangażowania męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony	bardzo niski	bardzo niski
	Postrzeganie zaangażowanie męża zorientowane na wyrażanie emocji wobec żony	niski	niski
	Ocena własnego zachowania	niski	przeciętny
	Ocena zachowania męża	bardzo niski	bardzo niski
	DEPREKJACJA		
	Ocena własnego zachowania	przeciętny	niski
	Ocena zachowania męża	bardzo wysoki	bardzo wysoki
Skala Intymności - autor: Katarzyna Kosińska-Dec	Emocjonalna	17	14
	Intelektualna	10	10
	Społeczna	12	11
	Seksualna	14	12
Kwestionariusz	Emocjonalne zaniedbanie		

traktowania w Rodzinie – autorzy: Mary-Louise Engels i Daniel Moisan	Przemoc od matki	0	13
	Przemoc od ojca	14	35
	Wrogie odrzucenie		
	Przemoc od matki	3	7
	Przemoc od ojca	11	18
	Izolowanie		
	Przemoc od matki	2	2
	Przemoc od ojca	2	3
Profil rodziny – autor: Zbigniew Gaś	Skala S – spójność rodziny	2	18
	Skala A – adaptacyjność	4	36
	Skala WZ – wzajemne zrozumienie	16	22
	Skala RR – role rodzinne	42	48
	Skala TR – trudności rozwojowe	14	8
	Skala DR – dezintegracja rodziny	18	2
	Skala PF- poczucie funkcjonalności	0,30	1,31
Skala uczuć pozytywnych i negatywnych – P. Brzozowski	Wynik ogólny: Pozytywne uczucia (PU) C30	przeciętny	bardzo wysoki
	Wynik ogólny: Negatywne uczucia (NU) C30	bardzo wysoki	niski
	Wynik obecny : Pozytywne uczucia (PU) S30	niski	bardzo wysoki
	Wynik obecny: Negatywne uczucia (NU) S30	bardzo wysoki	przeciętny
Zmodyfikowany Kwestionariusz: Sprawca – ofiara – autor: Zdzisław Bartkiewicz	Używa wulgarnych słów	zdarza się bardzo często	zdarza się często
	Wyśmiewa i przezywa innych	zdarza się często	zdarza się
	Znęca się nad słabszymi	zdarza się często	zdarza się bardzo rzadko
	Robi na złość, dokucza domownikom	zdarza się bardzo często	zdarza się często
	Stosuje przemoc fizyczną	zdarza się bardzo często	zdarza się często
	Wymusza pieniądze i wartościowe przedmioty	zdarza się często	zdarza się
	Niszczy przedmioty osobiste nie będące jego własnością	zdarza się często	zdarza się bardzo rzadko
	Swoim zachowaniem zmusza do posłuszeństwa i usługiwania	zdarza się często	zdarza się
	Ataki ze strony partnera stały się gwałtowniejsze, brutalniejsze	zdarza się często	zdarza się
	Wydziela lub ogranicza pieniądze	zdarza się często	zdarza się
	Dotyka mnie w miejsca intymne, gdy tego nie chcę	zdarza się	zdarza się bardzo rzadko
	Wymusza zachowania seksualne	zdarza się	zdarza się bardzo rzadko
	Zmusza do picia alkoholu	zdarza się bardzo rzadko	zdarza się bardzo rzadko
	Zmusza do kradzieży, żebractwa	nie zdarza się	nie zdarza się
	Zmusza do okłamywania przyjaciół, rodziny	zdarza się często	zdarza się często
	Upija się	zdarza się bardzo często	zdarza się bardzo często
	Grozi używaniem noża	zdarza się bardzo rzadko	nie zdarza się
	Wymusza zachowania seksualne z udziałem innych osób	nie zdarza się	nie zdarza się
	Ogranicza pożywienie	zdarza się	zdarza się bardzo rzadko
	Zakłóca wypoczynek nocny	zdarza się często	zdarza się często
Motywy podjęcia procesu terapeutycznego	MOTYWACJA	17	
	Opis stenów – motywacja	wysoki	
	Dążenie do poznania i zmiany siebie	4	
	Dążenie do zrozumienia przyczyn i mechanizmów powstawania nałogu alkoholowego	4	
	Dążenie do usunięcia dolegliwości w związku z występowaniem przemocy domowej	4	
	Oczekiwanie uzyskania wtórnych korzyści z uczęszczania na terapię	5	
	CZYNNIKI UTRUDNIAJĄCE	4	
	Opis stenów – czynniki utrudniające	średni	
	Tendencja do zaprzeczania, że jest się ofiarą przemocy	2	
	Tendencja do unikania uczestnictwa w terapii	0	
	Tendencja do podjęcia terapii ze względu na naciski płynące z otoczenia	2	

Załącznik nr 25. Zestawienie wyników – przed i po terapii.
Przypadek 10, Katarzyna lat:40

CECHY SPOŁECZNO –DEMOGRAFICZNE badanej		WYNIK BADANIA Z 2011	WYNIK BADANIA Z 2012
Wykształcenie Stan cywilny Sytuacja zawodowa		zawodowe mężatka nie pracuje	zawodowe mężatka pracuje
NARZĘDZIE POMIARU	NAZWA PODSKALI	WYNIK BADANIA Z 2011	WYNIK BADANIA Z 2012
KNIS – autor Ewy Wysockiej (Wynik – WS)	SAMOOCENA GLOBALNA	154	172
	Samooceana ogólna, niespecyficzna	31	33
	Sfera poznawczo-intelektualna	29	36
	Sfera fizyczna	30	37
	Sfera społeczno-moralna	33	34
	Sfera charakterologiczna	31	32
	FUNKCJONOWANIE INTERPERSONALNE	108	120
	„Inni wobec mnie”	51	67
	Wsparcie	25	32
	Poczucie bezpieczeństwa	26	35
	„Ja wobec innych”	57	53
	Prospołeczność	32	30
	Brak agresywności	25	23
	Obraz świata - nadzieje podstawowa	56	61
	Sensowność, zorganizowanie świata	27	32
	Przychylność świata	29	29
	Obraz życia – skuteczność sprawczość	58	68
	Poczucie skuteczności	30	32
	Poczucie zaradności	28	36
	SKALA KONTROLNA- aprobatą społeczną, kłamstwo	26	29
KPŻ – autor: Ryszard Klamut (wyniki – opis sten)	CEL (C)	wysokie	wysokie
	Spójność wewnętrzna (SW)	średnie	wysokie
	Kontrola życia (KŻ)	wysokie	średnie
	Akceptacja śmierci (AŚ)	wysokie	średnie
	Pustka egzystencjonalna (PE)	niskie	niskie
	Poszukiwanie celów (PC)	niskie	wysokie
	Osobowy sens (OS)	średnie	wysokie
	Równowaga postaw życiowych (RPŻ)	wysokie	wysokie
KKM – autorzy: Maria Kaźmierczak, Mieczysław Płopa	WSPARCIE		
	zorientowane na ogólne samopoczucie męża	wysoki	wysoki
	zorientowane na konkretne problemy męża	wysoki	bardzo wysoki
	Postrzegane wsparcie męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony	niski	niski
	postrzegane wsparcie zorientowane na konkretne problemy żony	przeciętny	niski
	Ocena własnego zachowania	przeciętny	przeciętny
	Ocena zachowania męża	niski	niski
	ZAANGAŻOWANIE		
	zorientowane na ogólne samopoczucie męża	przeciętny	wysoki
	zorientowane na wyrażanie emocji wobec męża	przeciętny	wysoki
	Postrzeganie zaangażowania męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony	niski	przeciętny
	Postrzeganie zaangażowanie męża zorientowane na wyrażanie emocji wobec żony	przeciętny	przeciętny
	Ocena własnego zachowania	przeciętny	wysoki
	Ocena zachowania męża	niski	przeciętny
	DEPREKJACJA		
	Ocena własnego zachowania	przeciętny	przeciętny
	Ocena zachowania męża	bardzo wysoki	bardzo wysoki
Skala Intymności - autor: Katarzyna Kosińska-Dec	Emocjonalna	12	14
	Intelektualna	13	12
	Społeczna	12	10
	Seksualna	8	11
Kwestionariusz	Emocjonalne zaniedbanie		

traktowania w Rodzinie – autorzy: Mary-Louise Engels i Daniel Moisan	Przemoc od matki	28	36
	Przemoc od ojca	27	34
	Wrogie odrzucenie		
	Przemoc od matki	13	18
	Przemoc od ojca	19	22
	Izolowanie		
	Przemoc od matki	13	13
	Przemoc od ojca	4	3
Profil rodziny – autor: Zbigniew Gaś	Skala S – spójność rodziny	14	20
	Skala A – adaptacyjność	28	40
	Skala WZ – wzajemne zrozumienie	20	22
	Skala RR – role rodzinne	26	44
	Skala TR – trudności rozwojowe	16	14
	Skala DR – dezintegracja rodziny	2	8
	Skala PF- poczucie funkcjonalności	1,41	1,24
Skala uczuć pozytywnych i negatywnych – P. Brzozowski	Wynik ogólny: Pozytywne uczucia (PU) C30	przeciętny	bardzo wysoki
	Wynik ogólny: Negatywne uczucia (NU) C30	przeciętny	niski
	Wynik obecny : Pozytywne uczucia (PU) S30	wysoki	bardzo wysoki
	Wynik obecny: Negatywne uczucia (NU) S30	przeciętny	przeciętny
Zmodyfikowany Kwestionariusz: Sprawca – ofiara – autor: Zdzisław Bartkiewicz	Używa wulgarnych słów	zdarza się bardzo często	zdarza się często
	Wyśmiewa i przezywa innych	zdarza się	zdarza się
	Znęca się nad słabszymi	zdarza się	zdarza się
	Robi na złość, dokucza domownikom	zdarza się	zdarza się
	Stosuje przemoc fizyczną	zdarza się	zdarza się bardzo rzadko
	Wymusza pieniądze i wartościowe przedmioty	nie zdarza się	nie zdarza się
	Niszczy przedmioty osobiste nie będące jego własnością	zdarza się	zdarza się
	Swoim zachowaniem zmusza do posłuszeństwa i usługiwania	zdarza się	zdarza się bardzo rzadko
	Ataki ze strony partnera stały się gwałtowniejsze, brutalniejsze	zdarza się bardzo rzadko	zdarza się bardzo rzadko
	Wydziela lub ogranicza pieniądze	zdarza się	zdarza się bardzo rzadko
	Dotyka mnie w miejsca intymne, gdy tego nie chcę	zdarza się	zdarza się bardzo rzadko
	Wymusza zachowania seksualne	zdarza się bardzo rzadko	zdarza się bardzo rzadko
	Zmusza do picia alkoholu	zdarza się bardzo rzadko	zdarza się bardzo rzadko
	Zmusza do kradzieży, żebractwa	nie zdarza się	nie zdarza się
	Zmusza do okłamywania przyjaciół, rodziny	zdarza się często	zdarza się
	Upija się	zdarza się	zdarza się
	Grozi używaniem noża	zdarza się bardzo rzadko	nie zdarza się
	Wymusza zachowania seksualne z udziałem innych osób	nie zdarza się	nie zdarza się
	Ogranicza pożywienie	zdarza się bardzo rzadko	zdarza się bardzo rzadko
	Zakłóca wypoczynek nocny	zdarza się bardzo rzadko	zdarza się bardzo rzadko
Motywy podjęcia procesu terapeutycznego	MOTYWACJA	10	
	Opis stenów – motywacja	średni	
	Dążenie do poznania i zmiany siebie	1	
	Dążenie do zrozumienia przyczyn i mechanizmów powstawania nałogu alkoholowego	3	
	Dążenie do usunięcia dolegliwości w związku z występowaniem przemocy domowej	4	
	Oczekiwanie uzyskania wtórnych korzyści z uczęszczania na terapię	2	
	CZYNNIKI UTRUDNIAJĄCE	5	
	Opis stenów – czynniki utrudniające	średni	
	Tendencja do zaprzeczania, że jest się ofiarą przemocy	4	
	Tendencja do unikania uczestnictwa w terapii	1	
	Tendencja do podjęcia terapii ze względu na naciski płynące z otoczenia	0	

Załącznik nr 26. Zestawienie wyników – przed i po terapii.
Przypadek 11, Jola lat:46

CECHY SPOŁECZNO –DEMOGRAFICZNE badanej		WYNIK BADANIA Z 2011	WYNIK BADANIA Z 2012
Wykształcenie Stan cywilny Sytuacja zawodowa		podstawowe mężatka nie pracuje	podstawowe rozwidziona pracuje
NARZĘDZIE POMIARU	NAZWA PODSKALI	WYNIK BADANIA Z 2011	WYNIK BADANIA Z 2012
KNIS – autor Ewy Wysockiej (Wynik – WS)	SAMOOCENA GLOBALNA	137	146
	Samooceana ogólna, niespecyficzna	29	30
	Sfera poznawczo-intelektualna	26	29
	Sfera fizyczna	28	26
	Sfera społeczno-moralna	28	32
	Sfera charakterologiczna	26	29
	FUNKCJONOWANIE INTERPERSONALNE	123	112
	„Inni wobec mnie”	64	57
	Wsparcie	34	31
	Poczucie bezpieczeństwa	30	26
	„Ja wobec innych”	59	55
	Prospołeczność	34	31
	Brak agresywności	25	24
	Obraz świata - nadzieje podstawowa	54	54
	Sensowność, zorganizowanie świata	28	28
	Przychylność świata	26	26
	Obraz życia – skuteczność sprawczość	55	59
	Poczucie skuteczności	28	30
	Poczucie zaradności	27	29
	SKALA KONTROLNA- aprobatą społeczną, kłamstwo	20	25
KPŻ – autor: Ryszard Klamut (wyniki – opis sten)	CEL (C)	niskie	wysokie
	Spójność wewnętrzna (SW)	niskie	wysokie
	Kontrola życia (KŻ)	średnie	wysokie
	Akceptacja śmierci (AŚ)	niskie	niskie
	Pustka egzystencjonalna (PE)	średnie	średnie
	Poszukiwanie celów (PC)	średnie	średnie
	Osobowy sens (OS)	niskie	wysokie
	Równowaga postaw życiowych (RPŻ)	niskie	średnie
KKM – autorzy: Maria Kaźmierczak, Mieczysław Płopa	WSPARCIE		
	zorientowane na ogólne samopoczucie męża	przeciętny	przeciętny
	zorientowane na konkretne problemy męża	niski	przeciętny
	Postrzegane wsparcie męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony	bardzo niski	niski
	postrzegane wsparcie zorientowane na konkretne problemy żony	niski	niski
	Ocena własnego zachowania	niski	niski
	Ocena zachowania męża	bardzo niski	niski
	ZAANGAŻOWANIE		
	zorientowane na ogólne samopoczucie męża	niski	niski
	zorientowane na wyrażanie emocji wobec męża	przeciętny	niski
	Postrzeganie zaangażowania męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony	bardzo niski	bardzo niski
	Postrzeganie zaangażowanie męża zorientowane na wyrażanie emocji wobec żony	niski	niski
	Ocena własnego zachowania	niski	niski
	Ocena zachowania męża	bardzo niski	bardzo niski
	DEPREKJACJA		
	Ocena własnego zachowania	przeciętny	niski
	Ocena zachowania męża	bardzo wysoki	bardzo wysoki
Skala Intymności - autor: Katarzyna Kosińska-Dec	Emocjonalna	13	15
	Intelektualna	8	9
	Społeczna	9	14
	Seksualna	11	12
Kwestionariusz	Emocjonalne zaniedbanie		

traktowania w Rodzinie – autorzy: Mary-Louise Engels i Daniel Moisan	Przemoc od matki	2	3
	Przemoc od ojca	15	18
	Wrogie odrzucenie		
	Przemoc od matki	2	3
	Przemoc od ojca	5	6
	Izolowanie		
	Przemoc od matki	0	0
	Przemoc od ojca	4	4
Profil rodziny – autor: Zbigniew Gaś	Skala S – spójność rodziny	2	18
	Skala A – adaptacyjność	4	36
	Skala WZ – wzajemne zrozumienie	6	14
	Skala RR – role rodzinne	40	42
	Skala TR – trudności rozwojowe	12	6
	Skala DR – dezintegracja rodziny	16	14
	Skala PF- poczucie funkcjonalności	0,18	1,1
Skala uczuć pozytywnych i negatywnych – P. Brzozowski	Wynik ogólny: Pozytywne uczucia (PU) C30	przeciętny	bardzo wysoki
	Wynik ogólny: Negatywne uczucia (NU) C30	bardzo wysoki	niski
	Wynik obecny : Pozytywne uczucia (PU) S30	przeciętny	bardzo wysoki
	Wynik obecny: Negatywne uczucia (NU) S30	bardzo wysoki	przeciętny
Zmodyfikowany Kwestionariusz: Sprawca – ofiara – autor: Zdzisław Bartkiewicz	Używa wulgarnych słów	zdarza się bardzo często	zdarza się często
	Wyśmiewa i przezywa innych	zdarza się bardzo często	zdarza się
	Znęca się nad słabszymi	zdarza się często	zdarza się
	Robi na złość, dokucza domownikom	zdarza się bardzo często	zdarza się często
	Stosuje przemoc fizyczną	zdarza się bardzo często	zdarza się
	Wymusza pieniądze i wartościowe przedmioty	zdarza się	zdarza się
	Niszczy przedmioty osobiste nie będące jego własnością	zdarza się często	zdarza się
	Swoim zachowaniem zmusza do posłuszeństwa i usługiwania	zdarza się bardzo często	zdarza się często
	Ataki ze strony partnera stały się gwałtowniejsze, brutalniejsze	zdarza się bardzo często	zdarza się
	Wydziela lub ogranicza pieniądze	zdarza się często	zdarza się
	Dotyka mnie w miejsca intymne, gdy tego nie chcę	nie zdarza się	nie zdarza się
	Wymusza zachowania seksualne	nie zdarza się	nie zdarza się
	Zmusza do picia alkoholu	zdarza się bardzo rzadko	nie zdarza się
	Zmusza do kradzieży, żebractwa	nie zdarza się	nie zdarza się
	Zmusza do okłamywania przyjaciół, rodziny	zdarza się często	zdarza się
	Upija się	zdarza się bardzo często	zdarza się często
	Grozi używaniem noża	zdarza się	nie zdarza się
	Wymusza zachowania seksualne z udziałem innych osób	nie zdarza się	nie zdarza się
	Ogranicza pożywienie	zdarza się często	zdarza się
	Zakłóca wypoczynek nocny	zdarza się bardzo często	zdarza się
Motywy podjęcia procesu terapeutycznego	MOTYWACJA	14	
	Opis stenów – motywacja	wysoki	
	Dążenie do poznania i zmiany siebie	2	
	Dążenie do zrozumienia przyczyn i mechanizmów powstawania nałogu alkoholowego	4	
	Dążenie do usunięcia dolegliwości w związku z występowaniem przemocy domowej	4	
	Oczekiwanie uzyskania wtórnych korzyści z uczęszczania na terapię	4	
	CZYNNIKI UTRUDNIAJĄCE	1	
	Opis stenów – czynniki utrudniające	niski	
	Tendencja do zaprzeczania, że jest się ofiarą przemocy	0	
	Tendencja do unikania uczestnictwa w terapii	0	
	Tendencja do podjęcia terapii ze względu na naciski płynące z otoczenia	1	

Załącznik nr 27. Zestawienie wyników – przed i po terapii.
Przypadek 12, Kamila lat:35

CECHY SPOŁECZNO –DEMOGRAFICZNE badanej		WYNIK BADANIA Z 2011	WYNIK BADANIA Z 2012
Wykształcenie Stan cywilny Sytuacja zawodowa		średnie mężatka pracuje	średnie rozwidziona pracuje
NARZĘDZIE POMIARU	NAZWA PODSKALI	WYNIK BADANIA Z 2011	WYNIK BADANIA Z 2012
KNIS – autor Ewy Wysockiej (Wynik – WS)	SAMOOCENA GLOBALNA	163	169
	Samooceń ogólna, niespecyficzna	35	36
	Sfera poznawczo-intelektualna	31	31
	Sfera fizyczna	30	34
	Sfera społeczno-moralna	37	35
	Sfera charakterologiczna	30	33
	FUNKCJONOWANIE INTERPERSONALNE	116	132
	„Inni wobec mnie”	60	72
	Wsparcie	33	35
	Poczucie bezpieczeństwa	27	37
	„Ja wobec innych”	56	60
	Prospołeczność	33	37
	Brak agresywności	23	23
	Obraz świata - nadzieje podstawowa	51	65
	Sensowność, zorganizowanie świata	27	33
	Przychylność świata	24	32
	Obraz życia – skuteczność sprawczość	65	71
	Poczucie skuteczności	34	34
	Poczucie zaradności	31	37
	SKALA KONTROLNA- aprobaty społecznej, kłamstwo	23	29
KPŻ – autor: Ryszard Klamut (wyniki – opis ten)	CEL (C)	niskie	wysokie
	Spójność wewnętrzna (SW)	średnie	wysokie
	Kontrola życia (KŻ)	średnie	wysokie
	Akceptacja śmierci (AŚ)	średnie	wysokie
	Pustka egzystencjonalna (PE)	niskie	średnie
	Poszukiwanie celów (PC)	średnie	niskie
	Osobowy sens (OS)	niskie	wysokie
	Równowaga postaw życiowych (RPŻ)	średnie	wysokie
KKM – autorzy: Maria Kaźmierczak, Mieczysław Płopa	WSPARCIE		
	zorientowane na ogólne samopoczucie męża	bardzo wysoki	bardzo wysoki
	zorientowane na konkretne problemy męża	bardzo wysoki	przeciętny
	Postrzegane wsparcie męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony	bardzo niski	bardzo niski
	postrzegane wsparcie zorientowane na konkretne problemy żony	bardzo niski	przeciętny
	Ocena własnego zachowania	wysoki	przeciętny
	Ocena zachowania męża	bardzo niski	niski
	ZAANGAŻOWANIE		
	zorientowane na ogólne samopoczucie męża	wysoki	przeciętny
	zorientowane na wyrażanie emocji wobec męża	wysoki	przeciętny
	Postrzeganie zaangażowania męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony	bardzo niski	bardzo niski
	Postrzeganie zaangażowania męża zorientowane na wyrażanie emocji wobec żony	przeciętny	niski
	Ocena własnego zachowania	wysoki	przeciętny
	Ocena zachowania męża	bardzo niski	bardzo niski
	DEPREKJACJA		
	Ocena własnego zachowania	przeciętny	przeciętny
	Ocena zachowania męża	bardzo wysoki	bardzo wysoki
Skala Intymności - autor: Katarzyna Kosińska-Dec	Emocjonalna	16	12
	Intelektualna	6	11
	Społeczna	12	11
	Seksualna	11	11
Kwestionariusz	Emocjonalne zaniedbanie		

traktowania w Rodzinie – autorzy: Mary-Louise Engels i Daniel Moisan	Przemoc od matki	0	10
	Przemoc od ojca	17	36
	Wrogie odrzucenie		
	Przemoc od matki	2	5
	Przemoc od ojca	4	9
	Izolowanie		
	Przemoc od matki	1	2
	Przemoc od ojca	6	13
Profil rodziny – autor: Zbigniew Gaś	Skala S – spójność rodziny	5	24
	Skala A – adaptacyjność	10	48
	Skala WZ – wzajemne zrozumienie	6	16
	Skala RR – role rodzinne	32	48
	Skala TR – trudności rozwojowe	16	18
	Skala DR – dezintegracja rodziny	20	6
	Skala PF- poczucie funkcjonalności	0,31	1,22
Skala uczuć pozytywnych i negatywnych – P. Brzozowski	Wynik ogólny: Pozytywne uczucia (PU) C30	przeciętny	bardzo wysoki
	Wynik ogólny: Negatywne uczucia (NU) C30	wysoki	przeciętny
	Wynik obecny : Pozytywne uczucia (PU) S30	wysoki	bardzo wysoki
	Wynik obecny: Negatywne uczucia (NU) S30	bardzo wysoki	przeciętny
Zmodyfikowany Kwestionariusz: Sprawca – ofiara – autor: Zdzisław Bartkiewicz	Używa wulgarnych słów	zdarza się bardzo często	zdarza się bardzo często
	Wyśmiewa i przezywa innych	zdarza się często	zdarza się
	Znęca się nad słabszymi	zdarza się często	zdarza się
	Robi na złość, dokucza domownikom	zdarza się często	zdarza się często
	Stosuje przemoc fizyczną	zdarza się często	zdarza się
	Wymusza pieniądze i wartościowe przedmioty	zdarza się bardzo rzadko	zdarza się bardzo rzadko
	Niszczy przedmioty osobiste nie będące jego własnością	zdarza się bardzo rzadko	zdarza się bardzo rzadko
	Swoim zachowaniem zmusza do posłuszeństwa i usługiwania	zdarza się często	zdarza się często
	Ataki ze strony partnera stały się gwałtowniejsze, brutalniejsze	zdarza się często	zdarza się często
	Wydziela lub ogranicza pieniądze	nie zdarza się	nie zdarza się
	Dotyka mnie w miejsca intymne, gdy tego nie chcę	zdarza się bardzo rzadko	zdarza się
	Wymusza zachowania seksualne	zdarza się	zdarza się
	Zmusza do picia alkoholu	nie zdarza się	nie zdarza się
	Zmusza do kradzieży, żebractwa	nie zdarza się	nie zdarza się
	Zmusza do okłamywania przyjaciół, rodziny	zdarza się	zdarza się często
	Upija się	zdarza się bardzo często	zdarza się bardzo często
	Grozi używaniem noża	zdarza się	zdarza się
	Wymusza zachowania seksualne z udziałem innych osób	nie zdarza się	nie zdarza się
	Ogranicza pożywienie	nie zdarza się	nie zdarza się
	Zakłóca wypoczynek nocny	zdarza się bardzo często	zdarza się bardzo często
Motywy podjęcia procesu terapeutycznego	MOTYWACJA	13	
	Opis stenów – motywacja	średnia	
	Dążenie do poznania i zmiany siebie	4	
	Dążenie do zrozumienia przyczyn i mechanizmów powstawania nałogu alkoholowego	4	
	Dążenie do usunięcia dolegliwości w związku z występowaniem przemocy domowej	4	
	Oczekiwanie uzyskania wtórnych korzyści z uczęszczania na terapię	1	
	CZYNNIKI UTRUDNIAJĄCE	2	
	Opis stenów – czynniki utrudniające	niskie	
	Tendencja do zaprzeczania, że jest się ofiarą przemocy	0	
	Tendencja do unikania uczestnictwa w terapii	0	
	Tendencja do podjęcia terapii ze względu na naciski płynące z otoczenia	2	

Załącznik nr 28. Zestawienie wyników – przed i po terapii.
Przypadek 13, Ola lat:36

CECHY SPOŁECZNO –DEMOGRAFICZNE badanej		WYNIK BADANIA Z 2011	WYNIK BADANIA Z 2012
Wykształcenie Stan cywilny Sytuacja zawodowa		średnie mężatka pracuje	wyższe rozwidziona pracuje
NARZĘDZIE POMIARU	NAZWA PODSKALI	WYNIK BADANIA Z 2011	WYNIK BADANIA Z 2012
KNIS – autor Ewy Wysockiej (Wynik – WS)	SAMOOCENA GLOBALNA	108	194
	Samooocena ogólna, niespecyficzna	23	39
	Sfera poznawczo-intelektualna	17	37
	Sfera fizyczna	21	38
	Sfera społeczno-moralna	28	40
	Sfera charakterologiczna	19	40
	FUNKCJONOWANIE INTERPERSONALNE	87	132
	„Inni wobec mnie”	37	69
	Wsparcie	18	33
	Poczucie bezpieczeństwa	19	36
	„Ja wobec innych”	50	63
	Prospołeczność	25	34
	Brak agresywności	25	29
	Obraz świata - nadzieje podstawowa	45	64
	Sensowność, zorganizowanie świata	21	32
	Przychylność świata	24	32
	Obraz życia – skuteczność sprawczość	38	78
	Poczucie skuteczności	20	40
	Poczucie zaradności	18	38
	SKALA KONTROLNA- aprobatą społeczną, kłamstwo	15	28
KPŻ – autor: Ryszard Klamut (wyniki – opis sten)	CEL (C)	niskie	wysokie
	Spójność wewnętrzna (SW)	niskie	wysokie
	Kontrola życia (KŻ)	niskie	wysokie
	Akceptacja śmierci (AŚ)	wysokie	średnie
	Pustka egzystencjonalna (PE)	wysokie	niskie
	Poszukiwanie celów (PC)	niskie	niskie
	Osobowy sens (OS)	niskie	wysokie
	Równowaga postaw życiowych (RPŻ)	niskie	wysokie
KKM – autorzy: Maria Kaźmierczak, Mieczysław Płopa	WSPARCIE		
	zorientowane na ogólne samopoczucie męża	bardzo niski	przeciętny
	zorientowane na konkretne problemy męża	przeciętny	przeciętny
	Postrzegane wsparcie męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony	bardzo niski	bardzo niski
	postrzegane wsparcie zorientowane na konkretne problemy żony	bardzo niski	bardzo niski
	Ocena własnego zachowania	bardzo niski	niski
	Ocena zachowania męża	bardzo niski	bardzo niski
	ZAANGAŻOWANIE		
	zorientowane na ogólne samopoczucie męża	niski	niski
	zorientowane na wyrażanie emocji wobec męża	bardzo niski	przeciętny
	Postrzeganie zaangażowania męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony	bardzo niski	bardzo niski
	Postrzeganie zaangażowanie męża zorientowane na wyrażanie emocji wobec żony	bardzo niski	niski
	Ocena własnego zachowania	niski	niski
	Ocena zachowania męża	bardzo niski	bardzo niski
	DEPREKJACJA		
	Ocena własnego zachowania	niski	przeciętny
	Ocena zachowania męża	bardzo wysoki	bardzo wysoki
Skala Intymności - autor: Katarzyna Kosińska-Dec	Emocjonalna	14	17
	Intelektualna	6	10
	Społeczna	8	12
	Seksualna	12	11
Kwestionariusz	Emocjonalne zaniedbanie		

traktowania w Rodzinie – autorzy: Mary-Louise Engels i Daniel Moisan	Przemoc od matki	31	32
	Przemoc od ojca	25	27
	Wrogie odrzucenie		
	Przemoc od matki	18	22
	Przemoc od ojca	8	6
	Izolowanie		
	Przemoc od matki	15	17
	Przemoc od ojca	8	10
Profil rodziny – autor: Zbigniew Gaś	Skala S – spójność rodziny	3	18
	Skala A – adaptacyjność	6	36
	Skala WZ – wzajemne zrozumienie	6	16
	Skala RR – role rodzinne	28	44
	Skala TR – trudności rozwojowe	16	16
	Skala DR – dezintegracja rodziny	20	8
	Skala PF- poczucie funkcjonalności	0,23	1,03
Skala uczuć pozytywnych i negatywnych – P. Brzozowski	Wynik ogólny: Pozytywne uczucia (PU) C30	bardzo niski	bardzo wysoki
	Wynik ogólny: Negatywne uczucia (NU) C30	bardzo wysoki	przeciętny
	Wynik obecny : Pozytywne uczucia (PU) S30	niski	bardzo wysoki
	Wynik obecny: Negatywne uczucia (NU) S30	bardzo wysoki	przeciętny
Zmodyfikowany Kwestionariusz: Sprawca – ofiara – autor: Zdzisław Bartkiewicz	Używa wulgarnych słów	zdarza się bardzo często	zdarza się często
	Wyśmiewa i przezywa innych	zdarza się bardzo często	zdarza się
	Znęca się nad słabszymi	zdarza się często	zdarza się
	Robi na złość, dokucza domownikom	zdarza się często	zdarza się często
	Stosuje przemoc fizyczną	zdarza się bardzo często	zdarza się
	Wymusza pieniądze i wartościowe przedmioty	zdarza się często	zdarza się bardzo rzadko
	Niszczy przedmioty osobiste nie będące jego własnością	zdarza się często	zdarza się bardzo rzadko
	Swoim zachowaniem zmusza do posłuszeństwa i usługiwania	zdarza się często	zdarza się
	Ataki ze strony partnera stały się gwałtowniejsze, brutalniejsze	zdarza się	zdarza się
	Wydziela lub ogranicza pieniądze	zdarza się często	zdarza się często
	Dotyka mnie w miejsca intymne, gdy tego nie chcę	zdarza się	zdarza się bardzo rzadko
	Wymusza zachowania seksualne	zdarza się	nie zdarza się
	Zmusza do picia alkoholu	zdarza się bardzo rzadko	zdarza się bardzo rzadko
	Zmusza do kradzieży, żebractwa	nie zdarza się	nie zdarza się
	Zmusza do okłamywania przyjaciół, rodziny	zdarza się często	zdarza się często
	Upija się	zdarza się często	zdarza się często
	Grozi używaniem noża	nie zdarza się	nie zdarza się
	Wymusza zachowania seksualne z udziałem innych osób	nie zdarza się	nie zdarza się
	Ogranicza pożywienie	zdarza się bardzo rzadko	zdarza się
	Zakłóca wypoczynek nocny	zdarza się często	zdarza się
Motywy podjęcia procesu terapeutycznego	MOTYWACJA	15	
	Opis stenów – motywacja	wysoka	
	Dążenie do poznania i zmiany siebie	4	
	Dążenie do zrozumienia przyczyn i mechanizmów powstawania nałogu alkoholowego	4	
	Dążenie do usunięcia dolegliwości w związku z występowaniem przemocy domowej	3	
	Oczekiwanie uzyskania wtórnych korzyści z uczęszczania na terapię	4	
	CZYNNIKI UTRUDNIAJĄCE	3	
	Opis stenów – czynniki utrudniające	średnie	
	Tendencja do zaprzeczania, że jest się ofiarą przemocy	0	
	Tendencja do unikania uczestnictwa w terapii	2	
	Tendencja do podjęcia terapii ze względu na naciski płynące z otoczenia	1	

Załącznik nr 29. Zestawienie wyników – przed i po terapii.
Przypadek 14, Ania lat:56

CECHY SPOŁECZNO –DEMOGRAFICZNE badanej		WYNIK BADANIA Z 2011	WYNIK BADANIA Z 2012
Wykształcenie Stan cywilny Sytuacja zawodowa		podstawowe mężatka pracuje	podstawowe w separacji pracuje
NARZĘDZIE POMIARU	NAZWA PODSKALI	WYNIK BADANIA Z 2011	WYNIK BADANIA Z 2012
KNIS – autor Ewy Wysockiej (Wynik – WS)	SAMOOCENA GLOBALNA	119	150
	Samooceana ogólna, niespecyficzna	22	29
	Sfera poznawczo-intelektualna	24	31
	Sfera fizyczna	21	27
	Sfera społeczno-moralna	29	34
	Sfera charakterologiczna	23	29
	FUNKCJONOWANIE INTERPERSONALNE	107	118
	„Inni wobec mnie”	54	59
	Wsparcie	28	32
	Poczucie bezpieczeństwa	26	27
	„Ja wobec innych”	53	59
	Prospołeczność	29	33
	Brak agresywności	24	26
	Obraz świata - nadzieje podstawowa	49	54
	Sensowność, zorganizowanie świata	25	28
	Przychylność świata	24	26
	Obraz życia – skuteczność sprawczość	43	60
	Poczucie skuteczności	23	30
	Poczucie zaradności	20	30
	SKALA KONTROLNA- aprobaty społeczna, kłamstwo	20	24
KPŻ – autor: Ryszard Klamut (wyniki – opis sten)	CEL (C)	niskie	średnie
	Spójność wewnętrzna (SW)	niskie	średnie
	Kontrola życia (KŻ)	niskie	średnie
	Akceptacja śmierci (AŚ)	niskie	niskie
	Pustka egzystencjonalna (PE)	średnie	średnie
	Poszukiwanie celów (PC)	średnie	niskie
	Osobowy sens (OS)	niskie	średnie
	Równowaga postaw życiowych (RPŻ)	niskie	średnie
KKM – autorzy: Maria Kaźmierczak, Mieczysław Płopa	WSPARCIE		
	zorientowane na ogólne samopoczucie męża	wysoki	przeciętny
	zorientowane na konkretne problemy męża	przeciętny	przeciętny
	Postrzegane wsparcie męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony	bardzo niski	niski
	postrzegane wsparcie zorientowane na konkretne problemy żony	niski	niski
	Ocena własnego zachowania	niski	niski
	Ocena zachowania męża	bardzo niski	bardzo niski
	ZAANGAŻOWANIE		
	zorientowane na ogólne samopoczucie męża	przeciętny	niski
	zorientowane na wyrażanie emocji wobec męża	niski	niski
	Postrzeganie zaangażowania męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony	bardzo niski	bardzo niski
	Postrzeganie zaangażowanie męża zorientowane na wyrażanie emocji wobec żony	niski	niski
	Ocena własnego zachowania	niski	niski
	Ocena zachowania męża	bardzo niski	bardzo niski
	DEPREKJACJA		
	Ocena własnego zachowania	przeciętny	przeciętny
	Ocena zachowania męża	bardzo wysoki	bardzo wysoki
Skala Intymności - autor: Katarzyna Kosińska-Dec	Emocjonalna	16	18
	Intelektualna	10	8
	Społeczna	10	13
	Seksualna	13	14
Kwestionariusz	Emocjonalne zaniedbanie		

traktowania w Rodzinie – autorzy: Mary-Louise Engels i Daniel Moisan	Przemoc od matki	20	23
	Przemoc od ojca	23	21
	Wrogie odrzucenie		
	Przemoc od matki	6	9
	Przemoc od ojca	7	8
	Izolowanie		
	Przemoc od matki	3	3
	Przemoc od ojca	4	4
Profil rodziny – autor: Zbigniew Gaś	Skala S – spójność rodziny	1	22
	Skala A – adaptacyjność	2	44
	Skala WZ – wzajemne zrozumienie	14	16
	Skala RR – role rodzinne	46	46
	Skala TR – trudności rozwojowe	16	14
	Skala DR – dezintegracja rodziny	20	12
	Skala PF- poczucie funkcjonalności	0,21	1,14
Skala uczuć pozytywnych i negatywnych – P. Brzozowski	Wynik ogólny: Pozytywne uczucia (PU) C30	przeciętny	bardzo wysoki
	Wynik ogólny: Negatywne uczucia (NU) C30	bardzo wysoki	niski
	Wynik obecny : Pozytywne uczucia (PU) S30	niski	bardzo wysoki
	Wynik obecny: Negatywne uczucia (NU) S30	bardzo wysoki	przeciętny
Zmodyfikowany Kwestionariusz: Sprawca – ofiara – autor: Zdzisław Bartkiewicz	Używa wulgarnych słów	zdarza się bardzo często	zdarza się często
	Wyśmiewa i przezywa innych	zdarza się często	zdarza się
	Znęca się nad słabszymi	zdarza się często	zdarza się bardzo rzadko
	Robi na złość, dokucza domownikom	zdarza się często	zdarza się
	Stosuje przemoc fizyczną	zdarza się często	zdarza się
	Wymusza pieniądze i wartościowe przedmioty	zdarza się	zdarza się bardzo rzadko
	Niszczy przedmioty osobiste nie będące jego własnością	zdarza się	zdarza się bardzo rzadko
	Swoim zachowaniem zmusza do posłuszeństwa i usługiwania	zdarza się często	zdarza się często
	Ataki ze strony partnera stały się gwałtowniejsze, brutalniejsze	zdarza się często	zdarza się
	Wydziela lub ogranicza pieniądze	zdarza się	zdarza się
	Dotyka mnie w miejsca intymne, gdy tego nie chcę	zdarza się często	zdarza się bardzo rzadko
	Wymusza zachowania seksualne	zdarza się	nie zdarza się
	Zmusza do picia alkoholu	zdarza się	nie zdarza się
	Zmusza do kradzieży, żebractwa	nie zdarza się	nie zdarza się
	Zmusza do okłamywania przyjaciół, rodziny	zdarza się często	zdarza się często
	Upija się	zdarza się bardzo często	zdarza się często
	Grozi używaniem noża	zdarza się bardzo rzadko	nie zdarza się
	Wymusza zachowania seksualne z udziałem innych osób	nie zdarza się	nie zdarza się
	Ogranicza pożywienie	zdarza się	zdarza się bardzo rzadko
	Zakłóca wypoczynek nocny	zdarza się często	zdarza się często
Motywy podjęcia procesu terapeutycznego	MOTYWACJA	16	
	Opis stenów – motywacja	wysoka	
	Dążenie do poznania i zmiany siebie	3	
	Dążenie do zrozumienia przyczyn i mechanizmów powstawania nałogu alkoholowego	4	
	Dążenie do usunięcia dolegliwości w związku z występowaniem przemocy domowej	4	
	Oczekiwanie uzyskania wtórnych korzyści z uczęszczania na terapię	5	
	CZYNNIKI UTRUDNIAJĄCE	1	
	Opis stenów – czynniki utrudniające	niskie	
	Tendencja do zaprzeczania, że jest się ofiarą przemocy	0	
	Tendencja do unikania uczestnictwa w terapii	0	
	Tendencja do podjęcia terapii ze względu na naciski płynące z otoczenia	1	

Załącznik nr 30. Zestawienie wyników – przed i po terapii.
Przypadek 15, Małgorzata lat:47

CECHY SPOŁECZNO –DEMOGRAFICZNE badanej		WYNIK BADANIA Z 2011	WYNIK BADANIA Z 2012
Wykształcenie Stan cywilny Sytuacja zawodowa		średnie w separacji pracuje	wyższe rozwidziona pracuje
NARZĘDZIE POMIARU	NAZWA PODSKALI	WYNIK BADANIA Z 2011	WYNIK BADANIA Z 2012
KNIS – autor Ewy Wysockiej (Wynik – WS)	SAMOOCENA GLOBALNA	124	153
	Samooceana ogólna, niespecyficzna	19	31
	Sfera poznawczo-intelektualna	24	29
	Sfera fizyczna	24	30
	Sfera społeczno-moralna	32	32
	Sfera charakterologiczna	25	31
	FUNKCJONOWANIE INTERPERSONALNE	106	115
	„Inni wobec mnie”	49	60
	Wsparcie	21	29
	Poczucie bezpieczeństwa	28	31
	„Ja wobec innych”	57	55
	Prospołeczność	30	29
	Brak agresywności	27	26
	Obraz świata - nadzieje podstawowa	42	54
	Sensowność, zorganizowanie świata	22	26
	Przychylność świata	20	28
	Obraz życia – skuteczność sprawczość	45	60
	Poczucie skuteczności	22	31
	Poczucie zaradności	23	29
	SKALA KONTROLNA- aprobatą społeczną, kłamstwo	17	22
KPŻ – autor: Ryszard Klamut (wyniki – opis sten)	CEL (C)	niskie	wysokie
	Spójność wewnętrzna (SW)	niskie	wysokie
	Kontrola życia (KŻ)	niskie	średnie
	Akceptacja śmierci (AŚ)	wysokie	średnie
	Pustka egzystencjonalna (PE)	średnie	niskie
	Poszukiwanie celów (PC)	niskie	niskie
	Osobowy sens (OS)	niskie	wysokie
	Równowaga postaw życiowych (RPŻ)	niskie	wysokie
KKM – autorzy: Maria Kaźmierczak, Mieczysław Płopa	WSPARCIE		
	zorientowane na ogólne samopoczucie męża	bardzo wysoki	bardzo wysoki
	zorientowane na konkretne problemy męża	bardzo wysoki	wysoki
	Postrzegane wsparcie męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony	bardzo niski	bardzo niski
	postrzegane wsparcie zorientowane na konkretne problemy żony	bardzo niski	niski
	Ocena własnego zachowania	bardzo wysoki	wysoki
	Ocena zachowania męża	bardzo niski	bardzo niski
	ZAANGAŻOWANIE		
	zorientowane na ogólne samopoczucie męża	niski	niski
	zorientowane na wyrażanie emocji wobec męża	przeciętny	przeciętny
	Postrzeganie zaangażowania męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony	bardzo niski	bardzo niski
	Postrzeganie zaangażowanie męża zorientowane na wyrażanie emocji wobec żony	niski	niski
	Ocena własnego zachowania	niski	przeciętny
	Ocena zachowania męża	bardzo niski	bardzo niski
	DEPREKJACJA		
	Ocena własnego zachowania	przeciętny	przeciętny
	Ocena zachowania męża	bardzo wysoki	bardzo wysoki
Skala Intymności - autor: Katarzyna Kosińska-Dec	Emocjonalna	16	16
	Intelektualna	12	7
	Społeczna	12	12
	Seksualna	11	12
Kwestionariusz	Emocjonalne zaniedbanie		

traktowania w Rodzinie – autorzy: Mary-Louise Engels i Daniel Moisan	Przemoc od matki	37	41
	Przemoc od ojca	30	36
	Wrogie odrzucenie		
	Przemoc od matki	13	14
	Przemoc od ojca	10	11
	Izolowanie		
	Przemoc od matki	4	4
	Przemoc od ojca	5	5
Profil rodziny – autor: Zbigniew Gaś	Skala S – spójność rodziny	0	20
	Skala A – adaptacyjność	0	40
	Skala WZ – wzajemne zrozumienie	10	20
	Skala RR – role rodzinne	24	36
	Skala TR – trudności rozwojowe	16	16
	Skala DR – dezintegracja rodziny	18	18
	Skala PF- poczucie funkcjonalności	0,17	1,14
Skala uczuć pozytywnych i negatywnych – P. Brzozowski	Wynik ogólny: Pozytywne uczucia (PU) C30	przeciętny	bardzo wysoki
	Wynik ogólny: Negatywne uczucia (NU) C30	bardzo wysoki	przeciętny
	Wynik obecny : Pozytywne uczucia (PU) S30	przeciętny	bardzo wysoki
	Wynik obecny: Negatywne uczucia (NU) S30	bardzo wysoki	przeciętny
Zmodyfikowany Kwestionariusz: Sprawca – ofiara – autor: Zdzisław Bartkiewicz	Używa wulgarnych słów	zdarza się	zdarza się
	Wyśmiewa i przezywa innych	zdarza się często	zdarza się często
	Znęca się nad słabszymi	zdarza się	zdarza się
	Robi na złość, dokucza domownikom	zdarza się bardzo często	zdarza się często
	Stosuje przemoc fizyczną	zdarza się	zdarza się
	Wymusza pieniądze i wartościowe przedmioty	zdarza się często	zdarza się często
	Niszczy przedmioty osobiste nie będące jego własnością	zdarza się bardzo często	zdarza się bardzo często
	Swoim zachowaniem zmusza do posłuszeństwa i usługiwania	zdarza się bardzo często	zdarza się bardzo często
	Ataki ze strony partnera stały się gwałtowniejsze, brutalniejsze	zdarza się często	zdarza się
	Wydziela lub ogranicza pieniądze	zdarza się często	zdarza się bardzo często
	Dotyka mnie w miejsca intymne, gdy tego nie chcę	zdarza się	zdarza się
	Wymusza zachowania seksualne	zdarza się	zdarza się bardzo rzadko
	Zmusza do picia alkoholu	nie zdarza się	nie zdarza się
	Zmusza do kradzieży, żebractwa	nie zdarza się	nie zdarza się
	Zmusza do okłamywania przyjaciół, rodziny	zdarza się	zdarza się często
	Upija się	zdarza się często	zdarza się bardzo często
	Grozi używaniem noża	zdarza się często	zdarza się bardzo rzadko
	Wymusza zachowania seksualne z udziałem innych osób	nie zdarza się	nie zdarza się
	Ogranicza pożywienie	zdarza się	zdarza się bardzo rzadko
	Zakłóca wypoczynek nocny	zdarza się bardzo często	zdarza się często
Motywy podjęcia procesu terapeutycznego	MOTYWACJA	10	
	Opis stenów – motywacja	średnia	
	Dążenie do poznania i zmiany siebie	4	
	Dążenie do zrozumienia przyczyn i mechanizmów powstawania nałogu alkoholowego	1	
	Dążenie do usunięcia dolegliwości w związku z występowaniem przemocy domowej	3	
	Oczekiwanie uzyskania wtórnych korzyści z uczęszczania na terapię	2	
	CZYNNIKI UTRUDNIAJĄCE	4	
	Opis stenów – czynniki utrudniające	średnie	
	Tendencja do zaprzeczania, że jest się ofiarą przemocy	1	
	Tendencja do unikania uczestnictwa w terapii	3	
	Tendencja do podjęcia terapii ze względu na naciski płynące z otoczenia	0	

Załącznik nr 31. Zestawienie wyników – przed i po terapii.
Przypadek 16, Wioletta lat:57

CECHY SPOŁECZNO –DEMOGRAFICZNE badanej		WYNIK BADANIA Z 2011	WYNIK BADANIA Z 2012
Wykształcenie Stan cywilny Sytuacja zawodowa		podstawowe mężatka nie pracuje	podstawowe w separacji pracuje
NARZĘDZIE POMIARU	NAZWA PODSKALI	WYNIK BADANIA Z 2011	WYNIK BADANIA Z 2012
KNIS – autor Ewy Wysockiej (Wynik – WS)	SAMOOCENA GLOBALNA	108	198
	Samooceńca ogólna, niespecyficzna	17	40
	Sfera poznawczo-intelektualna	21	40
	Sfera fizyczna	19	40
	Sfera społeczno-moralna	30	40
	Sfera charakterologiczna	21	38
	FUNKCJONOWANIE INTERPERSONALNE	97	145
	„Inni wobec mnie”	48	78
	Wsparcie	22	40
	Poczucie bezpieczeństwa	26	38
	„Ja wobec innych”	49	67
	Prospołeczność	27	37
	Brak agresywności	22	30
	Obraz świata - nadzieje podstawowa	45	63
	Sensowność, zorganizowanie świata	22	28
	Przychylność świata	23	35
	Obraz życia – skuteczność sprawczość	47	80
	Poczucie skuteczności	24	40
	Poczucie zaradności	23	40
	SKALA KONTROLNA- aprobaty społeczna, kłamstwo	20	16
KPŻ – autor: Ryszard Klamut (wyniki – opis ten)	CEL (C)	niskie	średnie
	Spójność wewnętrzna (SW)	niskie	średnie
	Kontrola życia (KŻ)	niskie	wysokie
	Akceptacja śmierci (AŚ)	niskie	średnie
	Pustka egzystencjonalna (PE)	wysokie	średnie
	Poszukiwanie celów (PC)	średnie	średnie
	Osobowy sens (OS)	niskie	średnie
	Równowaga postaw życiowych (RPŻ)	niskie	średnie
KKM – autorzy: Maria Kaźmierczak, Mieczysław Płopa	WSPARCIE		
	zorientowane na ogólne samopoczucie męża	przeciętny	wysoki
	zorientowane na konkretne problemy męża	przeciętny	wysoki
	Postrzegane wsparcie męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony	bardzo niski	niski
	postrzegane wsparcie zorientowane na konkretne problemy żony	niski	niski
	Ocena własnego zachowania	niski	przeciętny
	Ocena zachowania męża	bardzo niski	niski
	ZAANGAŻOWANIE		
	zorientowane na ogólne samopoczucie męża	przeciętny	wysoki
	zorientowane na wyrażanie emocji wobec męża	przeciętny	przeciętny
	Postrzeganie zaangażowania męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony	bardzo niski	bardzo niski
	Postrzeganie zaangażowanie męża zorientowane na wyrażanie emocji wobec żony	niski	niski
	Ocena własnego zachowania	przeciętny	wysoki
	Ocena zachowania męża	bardzo niski	bardzo niski
	DEPREKJACJA		
	Ocena własnego zachowania	niski	niski
	Ocena zachowania męża	bardzo wysoki	bardzo wysoki
Skala Intymności - autor: Katarzyna Kosińska-Dec	Emocjonalna	16	17
	Intelektualna	10	6
	Społeczna	13	13
	Seksualna	14	13
Kwestionariusz	Emocjonalne zaniedbanie		

traktowania w Rodzinie – autorzy: Mary-Louise Engels i Daniel Moisan	Przemoc od matki	27	28
	Przemoc od ojca	26	27
	Wrogie odrzucenie		
	Przemoc od matki	15	18
	Przemoc od ojca	19	21
	Izolowanie		
	Przemoc od matki	11	12
	Przemoc od ojca	5	6
Profil rodziny – autor: Zbigniew Gaś	Skala S – spójność rodziny	4	18
	Skala A – adaptacyjność	8	36
	Skala WZ – wzajemne zrozumienie	10	20
	Skala RR – role rodzinne	48	46
	Skala TR – trudności rozwojowe	10	10
	Skala DR – dezintegracja rodziny	20	16
	Skala PF- poczucie funkcjonalności	0,28	1,03
Skala uczuć pozytywnych i negatywnych - P. Brzozowski	Wynik ogólny: Pozytywne uczucia (PU) C30	przeciętny	bardzo wysoki
	Wynik ogólny: Negatywne uczucia (NU) C30	bardzo wysoki	niski
	Wynik obecny : Pozytywne uczucia (PU) S30	niski	bardzo wysoki
	Wynik obecny: Negatywne uczucia (NU) S30	bardzo wysoki	przeciętny
Zmodyfikowany Kwestionariusz: Sprawca – ofiara – autor: Zdzisław Bartkiewicz	Używa wulgarnych słów	zdarza się bardzo często	zdarza się często
	Wyśmiewa i przezywa innych	zdarza się bardzo często	zdarza się
	Znęca się nad słabszymi	zdarza się często	zdarza się często
	Robi na złość, dokucza domownikom	zdarza się bardzo często	zdarza się często
	Stosuje przemoc fizyczną	zdarza się często	zdarza się
	Wymusza pieniądze i wartościowe przedmioty	zdarza się często	zdarza się
	Niszczy przedmioty osobiste nie będące jego własnością	zdarza się często	zdarza się
	Swoim zachowaniem zmusza do posłuszeństwa i usługiwania	zdarza się bardzo często	zdarza się często
	Ataki ze strony partnera stały się gwałtowniejsze, brutalniejsze	zdarza się często	zdarza się
	Wydziela lub ogranicza pieniądze	zdarza się często	zdarza się
	Dotyka mnie w miejsca intymne, gdy tego nie chcę	zdarza się	zdarza się bardzo rzadko
	Wymusza zachowania seksualne	zdarza się	nie zdarza się
	Zmusza do picia alkoholu	zdarza się bardzo rzadko	nie zdarza się
	Zmusza do kradzieży, żebractwa	nie zdarza się	nie zdarza się
	Zmusza do okłamywania przyjaciół, rodziny	zdarza się często	zdarza się
	Upija się	zdarza się bardzo często	zdarza się często
	Grozi używaniem noża	zdarza się	nie zdarza się
	Wymusza zachowania seksualne z udziałem innych osób	nie zdarza się	nie zdarza się
	Ogranicza pożywienie	zdarza się	zdarza się bardzo rzadko
	Zakłóca wypoczynek nocny	zdarza się bardzo często	zdarza się
Motywy podjęcia procesu terapeutycznego	MOTYWACJA	16	
	Opis stenów – motywacja	wysoki	
	Dążenie do poznania i zmiany siebie	4	
	Dążenie do zrozumienia przyczyn i mechanizmów powstawania nałogu alkoholowego	4	
	Dążenie do usunięcia dolegliwości w związku z występowaniem przemocy domowej	4	
	Oczekiwanie uzyskania wtórnych korzyści z uczęszczania na terapię	4	
	CZYNNIKI UTRUDNIAJĄCE	2	
	Opis stenów – czynniki utrudniające	niski	
	Tendencja do zaprzeczania, że jest się ofiarą przemocy	0	
	Tendencja do unikania uczestnictwa w terapii	0	
	Tendencja do podjęcia terapii ze względu na naciski płynące z otoczenia	2	

Załącznik nr 31. Zestawienie wyników – przed i po terapii.
Przypadek 17, Agnieszka lat:36

CECHY SPOŁECZNO –DEMOGRAFICZNE badanej		WYNIK BADANIA Z 2011	WYNIK BADANIA Z 2012
Wykształcenie Stan cywilny Sytuacja zawodowa		średnie mężatka pracuje	średnie rozwidziona pracuje
NARZĘDZIE POMIARU	NAZWA PODSKALI	WYNIK BADANIA Z 2011	WYNIK BADANIA Z 2012
KNIS – autor Ewy Wysockiej (Wynik – WS)	SAMOOCENA GLOBALNA	134	140
	Samooocena ogólna, niespecyficzna	25	28
	Sfera poznawczo-intelektualna	27	28
	Sfera fizyczna	23	23
	Sfera społeczno-moralna	35	34
	Sfera charakterologiczna	24	27
	FUNKCJONOWANIE INTERPERSONALNE	110	119
	„Inni wobec mnie”	44	59
	Wsparcie	24	27
	Poczucie bezpieczeństwa	20	32
	„Ja wobec innych”	66	60
	Prospołeczność	35	33
	Brak agresywności	31	27
	Obraz świata - nadzieje podstawowa	50	54
	Sensowność, zorganizowanie świata	27	28
	Przychylność świata	23	26
	Obraz życia – skuteczność sprawczość	46	56
	Poczucie skuteczności	27	29
	Poczucie zaradności	19	27
	SKALA KONTROLNA- aprobata społeczna, kłamstwo	20	20
KPŻ – autor: Ryszard Klamut (wyniki – opis sten)	CEL (C)	niskie	wysokie
	Spójność wewnętrzna (SW)	niskie	średnie
	Kontrola życia (KŻ)	niskie	średnie
	Akceptacja śmierci (AŚ)	niskie	średnie
	Pustka egzystencjonalna (PE)	wysokie	średnie
	Poszukiwanie celów (PC)	średnie	niskie
	Osobowy sens (OS)	niskie	wysokie
	Równowaga postaw życiowych (RPŻ)	niskie	wysokie
KKM – autorzy: Maria Kaźmierczak, Mieczysław Płopa	WSPARCIE		
	zorientowane na ogólne samopoczucie męża	wysoki	wysoki
	zorientowane na konkretne problemy męża	bardzo niski	przeciętny
	Postrzegane wsparcie męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony	bardzo niski	bardzo niski
	postrzegane wsparcie zorientowane na konkretne problemy żony	bardzo niski	niski
	Ocena własnego zachowania	niski	niski
	Ocena zachowania męża	bardzo niski	bardzo niski
	ZAANGAŻOWANIE		
	zorientowane na ogólne samopoczucie męża	wysoki	przeciętny
	zorientowane na wyrażanie emocji wobec męża	przeciętny	przeciętny
	Postrzeganie zaangażowania męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony	bardzo niski	bardzo niski
	Postrzeganie zaangażowanie męża zorientowane na wyrażanie emocji wobec żony	bardzo niski	niski
	Ocena własnego zachowania	przeciętny	przeciętny
	Ocena zachowania męża	bardzo niski	bardzo niski
	DEPREKJACJA		
	Ocena własnego zachowania	niski	niski
	Ocena zachowania męża	bardzo wysoki	bardzo wysoki
Skala Intymności - autor: Katarzyna Kosińska-Dec	Emocjonalna	20	17
	Intelektualna	4	9
	Społeczna	11	12
	Seksualna	10	12
Kwestionariusz	Emocjonalne zaniedbanie		

traktowania w Rodzinie – autorzy: Mary-Louise Engels i Daniel Moisan	Przemoc od matki	28	33
	Przemoc od ojca	45	50
	Wrogie odrzucenie		
	Przemoc od matki	1	4
	Przemoc od ojca	0	7
	Izolowanie		
	Przemoc od matki	0	0
	Przemoc od ojca	0	0
Profil rodziny – autor: Zbigniew Gaś	Skala S – spójność rodziny	8	26
	Skala A – adaptacyjność	16	52
	Skala WZ – wzajemne zrozumienie	10	16
	Skala RR – role rodzinne	36	46
	Skala TR – trudności rozwojowe	18	16
	Skala DR – dezintegracja rodziny	16	16
	Skala PF- poczucie funkcjonalności	0,49	1,21
Skala uczuć pozytywnych i negatywnych – P. Brzozowski	Wynik ogólny: Pozytywne uczucia (PU) C30	niski	bardzo wysoki
	Wynik ogólny: Negatywne uczucia (NU) C30	bardzo wysoki	przeciętny
	Wynik obecny : Pozytywne uczucia (PU) S30	niski	bardzo wysoki
	Wynik obecny: Negatywne uczucia (NU) S30	wysoki	przeciętny
Zmodyfikowany Kwestionariusz: Sprawca – ofiara – autor: Zdzisław Bartkiewicz	Używa wulgarnych słów	zdarza się często	zdarza się często
	Wyśmiewa i przezywa innych	zdarza się	zdarza się
	Znęca się nad słabszymi	zdarza się bardzo rzadko	zdarza się bardzo rzadko
	Robi na złość, dokucza domownikom	zdarza się często	zdarza się
	Stosuje przemoc fizyczną	zdarza się	zdarza się często
	Wymusza pieniądze i wartościowe przedmioty	nie zdarza się	nie zdarza się
	Niszczy przedmioty osobiste nie będące jego własnością	nie zdarza się	nie zdarza się
	Swoim zachowaniem zmusza do posłuszeństwa i usługiwania	nie zdarza się	zdarza się
	Ataki ze strony partnera stały się gwałtowniejsze, brutalniejsze	zdarza się często	zdarza się
	Wydziela lub ogranicza pieniądze	zdarza się bardzo często	zdarza się bardzo często
	Dotyka mnie w miejsca intymne, gdy tego nie chcę	zdarza się	zdarza się
	Wymusza zachowania seksualne	zdarza się	zdarza się bardzo rzadko
	Zmusza do picia alkoholu	nie zdarza się	nie zdarza się
	Zmusza do kradzieży, żebractwa	nie zdarza się	nie zdarza się
	Zmusza do okłamywania przyjaciół, rodziny	zdarza się	zdarza się często
	Upija się	zdarza się bardzo często	zdarza się bardzo często
	Grozi używaniem noża	nie zdarza się	nie zdarza się
	Wymusza zachowania seksualne z udziałem innych osób	nie zdarza się	nie zdarza się
	Ogranicza pożywienie	nie zdarza się	nie zdarza się
	Zakłóca wypoczynek nocny	zdarza się bardzo często	zdarza się często
Motywy podjęcia procesu terapeutycznego	MOTYWACJA	12	
	Opis stenów – motywacja	Średnia	
	Dążenie do poznania i zmiany siebie	4	
	Dążenie do zrozumienia przyczyn i mechanizmów powstawania nałogu alkoholowego	2	
	Dążenie do usunięcia dolegliwości w związku z występowaniem przemocy domowej	4	
	Oczekiwanie uzyskania wtórnych korzyści z uczęszczania na terapię	2	
	CZYNNIKI UTRUDNIAJĄCE	2	
	Opis stenów – czynniki utrudniające	Niskie	
	Tendencja do zaprzeczania, że jest się ofiarą przemocy	0	
	Tendencja do unikania uczestnictwa w terapii	1	
	Tendencja do podjęcia terapii ze względu na naciski płynące z otoczenia	1	

Załącznik nr 33. Zestawienie wyników – przed i po terapii.
Przypadek 18, Grażyna lat:61

CECHY SPOŁECZNO –DEMOGRAFICZNE badanej		WYNIK BADANIA Z 2011	WYNIK BADANIA Z 2012
Wykształcenie Stan cywilny Sytuacja zawodowa		podstawowe mężatka nie pracuje	podstawowe rozwidziona nie pracuje
NARZĘDZIE POMIARU	NAZWA PODSKALI	WYNIK BADANIA Z 2011	WYNIK BADANIA Z 2012
KNIS – autor Ewy Wysockiej (Wynik – WS)	SAMOOCENA GLOBALNA	121	162
	Samooceana ogólna, niespecyficzna	22	33
	Sfera poznawczo-intelektualna	23	30
	Sfera fizyczna	21	27
	Sfera społeczno-moralna	28	37
	Sfera charakterologiczna	27	35
	FUNKCJONOWANIE INTERPERSONALNE	106	127
	„Inni wobec mnie”	51	64
	Wsparcie	30	34
	Poczucie bezpieczeństwa	21	30
	„Ja wobec innych”	55	63
	Prospołeczność	27	34
	Brak agresywności	28	29
	Obraz świata - nadzieje podstawowa	45	54
	Sensowność, zorganizowanie świata	24	27
	Przychylność świata	21	27
	Obraz życia – skuteczność sprawczość	49	64
	Poczucie skuteczności	25	33
	Poczucie zaradności	24	31
	SKALA KONTROLNA- aprobaty społeczna, kłamstwo	23	27
KPŻ – autor: Ryszard Klamut (wyniki – opis sten)	CEL (C)	niskie	wysokie
	Spójność wewnętrzna (SW)	niskie	wysokie
	Kontrola życia (KŻ)	niskie	średnie
	Akceptacja śmierci (AŚ)	niskie	niskie
	Pustka egzystencjonalna (PE)	wysokie	średnie
	Poszukiwanie celów (PC)	średnie	średnie
	Osobowy sens (OS)	niskie	wysokie
	Równowaga postaw życiowych (RPŻ)	niskie	średnie
KKM – autorzy: Maria Kaźmierczak, Mieczysław Płopa	WSPARCIE		
	zorientowane na ogólne samopoczucie męża	wysoki	przeciętny
	zorientowane na konkretne problemy męża	przeciętny	przeciętny
	Postrzegane wsparcie męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony	bardzo niski	niski
	postrzegane wsparcie zorientowane na konkretne problemy żony	bardzo niski	niski
	Ocena własnego zachowania	niski	niski
	Ocena zachowania męża	bardzo niski	niski
	ZAANGAŻOWANIE		
	zorientowane na ogólne samopoczucie męża	wysoki	niski
	zorientowane na wyrażanie emocji wobec męża	przeciętny	niski
	Postrzeganie zaangażowania męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony	bardzo niski	bardzo niski
	Postrzegane zaangażowanie męża zorientowane na wyrażanie emocji wobec żony	niski	niski
	Ocena własnego zachowania	przeciętny	niski
	Ocena zachowania męża	bardzo niski	bardzo niski
	DEPREKJACJA		
	Ocena własnego zachowania	przeciętny	przeciętny
	Ocena zachowania męża	bardzo wysoki	bardzo wysoki
Skala Intymności - autor: Katarzyna Kosińska-Dec	Emocjonalna	17	14
	Intelektualna	7	12
	Społeczna	9	12
	Seksualna	12	13
Kwestionariusz	Emocjonalne zaniedbanie		

traktowania w Rodzinie – autorzy: Mary-Louise Engels i Daniel Moisan	Przemoc od matki	9	14
	Przemoc od ojca	13	20
	Wrogie odrzucenie		
	Przemoc od matki	14	15
	Przemoc od ojca	15	16
	Izolowanie		
	Przemoc od matki	4	5
	Przemoc od ojca	3	3
Profil rodziny – autor: Zbigniew Gaś	Skala S – spójność rodziny	1	24
	Skala A – adaptacyjność	2	48
	Skala WZ – wzajemne zrozumienie	0	18
	Skala RR – role rodzinne	38	46
	Skala TR – trudności rozwojowe	18	14
	Skala DR – dezintegracja rodziny	20	14
	Skala PF- poczucie funkcjonalności	0,04	1,22
Skala uczuć pozytywnych i negatywnych – P. Brzozowski	Wynik ogólny: Pozytywne uczucia (PU) C30	niski	bardzo wysoki
	Wynik ogólny: Negatywne uczucia (NU) C30	bardzo wysoki	przeciętny
	Wynik obecny : Pozytywne uczucia (PU) S30	niski	bardzo wysoki
	Wynik obecny: Negatywne uczucia (NU) S30	bardzo wysoki	przeciętny
Zmodyfikowany Kwestionariusz: Sprawca – ofiara – autor: Zdzisław Bartkiewicz	Używa wulgarnych słów	zdarza się bardzo często	zdarza się często
	Wyśmiewa i przezywa innych	zdarza się bardzo często	zdarza się bardzo rzadko
	Znęca się nad słabszymi	zdarza się bardzo często	zdarza się bardzo rzadko
	Robi na złość, dokucza domownikom	zdarza się często	zdarza się
	Stosuje przemoc fizyczną	zdarza się często	zdarza się bardzo rzadko
	Wymusza pieniądze i wartościowe przedmioty	zdarza się często	nie zdarza się
	Niszczy przedmioty osobiste nie będące jego własnością	zdarza się często	nie zdarza się
	Swoim zachowaniem zmusza do posłuszeństwa i usługiwania	zdarza się bardzo często	zdarza się bardzo rzadko
	Ataki ze strony partnera stały się gwałtowniejsze, brutalniejsze	zdarza się bardzo często	zdarza się bardzo rzadko
	Wydziela lub ogranicza pieniądze	zdarza się często	zdarza się bardzo rzadko
	Dotyka mnie w miejsca intymne, gdy tego nie chcę	zdarza się	nie zdarza się
	Wymusza zachowania seksualne	zdarza się	nie zdarza się
	Zmusza do picia alkoholu	zdarza się	nie zdarza się
	Zmusza do kradzieży, żebractwa	nie zdarza się	nie zdarza się
	Zmusza do okłamywania przyjaciół, rodziny	zdarza się bardzo często	zdarza się
	Upija się	zdarza się bardzo często	zdarza się często
	Grozi używaniem noża	zdarza się często	nie zdarza się
	Wymusza zachowania seksualne z udziałem innych osób	nie zdarza się	nie zdarza się
	Ogranicza pożywienie	zdarza się	nie zdarza się
	Zakłóca wypoczynek nocny	zdarza się bardzo często	zdarza się
Motywy podjęcia procesu terapeutycznego	MOTYWACJA	17	
	Opis stenów – motywacja	wysoki	
	Dążenie do poznania i zmiany siebie	4	
	Dążenie do zrozumienia przyczyn i mechanizmów powstawania nałogu alkoholowego	4	
	Dążenie do usunięcia dolegliwości w związku z występowaniem przemocy domowej	4	
	Oczekiwanie uzyskania wtórnych korzyści z uczęszczania na terapię	5	
	CZYNNIKI UTRUDNIAJĄCE	1	
	Opis stenów – czynniki utrudniające	niski	
	Tendencja do zaprzeczania, że jest się ofiarą przemocy	0	
	Tendencja do unikania uczestnictwa w terapii	0	
	Tendencja do podjęcia terapii ze względu na naciski płynące z otoczenia	1	

Załącznik nr 34. Zestawienie wyników – przed i po terapii.
Przypadek 19, Maria lat:61

CECHY SPOŁECZNO –DEMOGRAFICZNE badanej		WYNIK BADANIA Z 2011	WYNIK BADANIA Z 2012
Wykształcenie Stan cywilny Sytuacja zawodowa		podstawowe mężatka nie pracuje	podstawowe mężatka jest na emeryturze
NARZĘDZIE POMIARU	NAZWA PODSKALI	WYNIK BADANIA Z 2011	WYNIK BADANIA Z 2012
KNIS – autor Ewy Wysockiej (Wynik – WS)	SAMOOCENA GLOBALNA	126	143
	Samooocena ogólna, niespecyficzna	21	30
	Sfera poznawczo-intelektualna	26	27
	Sfera fizyczna	24	30
	Sfera społeczno-moralna	29	30
	Sfera charakterologiczna	26	26
	FUNKCJONOWANIE INTERPER- SONALNE	107	103
	„Inni wobec mnie”	49	54
	Wsparcie	30	26
	Poczucie bezpieczeństwa	19	28
	„Ja wobec innych”	58	49
	Prospołeczność	30	25
	Brak agresywności	28	24
	Obraz świata - nadzieje podstawowa	47	51
	Sensowność, zorganizowanie świata	21	26
	Przychylność świata	26	25
	Obraz życia – skuteczność sprawczość	52	55
	Poczucie skuteczności	29	28
	Poczucie zaradności	23	27
	SKALA KONTROLNA- aprobatą społeczna, kłamstwo	21	23
KPŻ – autor: Ry- szard Klamut (wyniki – opis- sten)	CEL (C)	niskie	niskie
	Spójność wewnętrzna (SW)	niskie	średnie
	Kontrola życia (KŻ)	niskie	średnie
	Akceptacja śmierci (AŚ)	niskie	średnie
	Pustka egzystencjonalna (PE)	wysokie	średnie
	Poszukiwanie celów (PC)	średnie	niskie
	Osobowy sens (OS)	niskie	niskie
	Równowaga postaw życiowych (RPŻ)	niskie	średnie
KKM – autorzy: Maria Kaźmierczak, Mieczysław Płopa	WSPARCIE		
	zorientowane na ogólne samopoczucie męża	przeciętny	przeciętny
	zorientowane na konkretne problemy męża	przeciętny	przeciętny
	Postrzegane wsparcie męża zoriento- wane na ogólne samopoczucie żony	bardzo niski	bardzo niski
	postrzegane wsparcie zorientowane na konkretne problemy żony	bardzo niski	niski
	Ocena własnego zachowania	niski	niski
	Ocena zachowania męża	bardzo niski	bardzo niski
	ZAANGAŻOWANIE		
	zorientowane na ogólne samopoczucie męża	niski	bardzo niski
	zorientowane na wyrażanie emocji wobec męża	niski	niski
	Postrzeganie zaangażowania męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony	bardzo niski	bardzo niski
	Postrzegane zaangażowanie męża zorientowane na wyrażanie emocji wobec żony	niski	niski
	Ocena własnego zachowania	niski	niski
	Ocena zachowania męża	bardzo niski	bardzo niski
	DEPRECJACJA		
	Ocena własnego zachowania	przeciętny	niski
	Ocena zachowania męża	bardzo wysoki	bardzo wysoki
Skala Intymności - autor: Katarzy- na Kosińska-Dec	Emocjonalna	13	14
	Intelektualna	7	11
	Społeczna	8	11
	Seksualna	14	14
Kwestionariusz	Emocjonalne zaniedbanie		

traktowania w Rodzinie – autorzy: Mary-Louise Engels i Daniel Moisan	Przemoc od matki	4	10
	Przemoc od ojca	3	13
	Wrogie odrzucenie		
	Przemoc od matki	3	5
	Przemoc od ojca	6	9
	Izolowanie		
	Przemoc od matki	4	5
	Przemoc od ojca	0	0
Profil rodziny – autor: Zbigniew Gaś	Skala S – spójność rodziny	6	26
	Skala A – adaptacyjność	12	52
	Skala WZ – wzajemne zrozumienie	6	20
	Skala RR – role rodzinne	38	42
	Skala TR – trudności rozwojowe	4	16
	Skala DR – dezintegracja rodziny	16	10
	Skala PF- poczucie funkcjonalności	0,41	1,44
Skala uczuć pozytywnych i negatywnych – P. Brzozowski	Wynik ogólny: Pozytywne uczucia (PU) C30	przeciętny	bardzo wysoki
	Wynik ogólny: Negatywne uczucia (NU) C30	bardzo wysoki	przeciętny
	Wynik obecny : Pozytywne uczucia (PU) S30	przeciętny	bardzo wysoki
	Wynik obecny: Negatywne uczucia (NU) S30	bardzo wysoki	przeciętny
Zmodyfikowany Kwestionariusz: Sprawca – ofiara – autor: Zdzisław Bartkiewicz	Używa wulgarnych słów	zdarza się bardzo często	zdarza się często
	Wyśmiewa i przezywa innych	zdarza się bardzo często	zdarza się
	Znęca się nad słabszymi	zdarza się często	zdarza się
	Robi na złość, dokucza domownikom	zdarza się bardzo często	zdarza się często
	Stosuje przemoc fizyczną	zdarza się bardzo często	zdarza się
	Wymusza pieniądze i wartościowe przedmioty	zdarza się często	zdarza się bardzo rzadko
	Niszczy przedmioty osobiste nie będące jego własnością	zdarza się bardzo często	nie zdarza się
	Swoim zachowaniem zmusza do posłuszeństwa i usługiwania	zdarza się bardzo często	zdarza się
	Ataki ze strony partnera stały się gwałtowniejsze, brutalniejsze	zdarza się bardzo często	zdarza się
	Wydziela lub ogranicza pieniądze	zdarza się	zdarza się bardzo rzadko
	Dotyka mnie w miejsca intymne, gdy tego nie chcę	nie zdarza się	nie zdarza się
	Wymusza zachowania seksualne	nie zdarza się	nie zdarza się
	Zmusza do picia alkoholu	zdarza się bardzo rzadko	nie zdarza się
	Zmusza do kradzieży, żebractwa	nie zdarza się	nie zdarza się
	Zmusza do okłamywania przyjaciół, rodziny	zdarza się często	zdarza się
	Upija się	zdarza się bardzo często	zdarza się
	Grozi używaniem noża	zdarza się	nie zdarza się
	Wymusza zachowania seksualne z udziałem innych osób	nie zdarza się	nie zdarza się
	Ogranicza pożywienie	zdarza się	nie zdarza się
	Zakłóca wypoczynek nocny	zdarza się bardzo często	zdarza się
Motywy podjęcia procesu terapeutycznego	MOTYWACJA	18	
	Opis stenów – motywacja	wysoka	
	Dążenie do poznania i zmiany siebie	4	
	Dążenie do zrozumienia przyczyn i mechanizmów powstawania nałogu alkoholowego	4	
	Dążenie do usunięcia dolegliwości w związku z występowaniem przemocy domowej	4	
	Oczekiwanie uzyskania wtórnych korzyści z uczęszczania na terapię	6	
	CZYNNIKI UTRUDNIAJĄCE	2	
	Opis stenów – czynniki utrudniające	niskie	
	Tendencja do zaprzeczania, że jest się ofiarą przemocy	1	
	Tendencja do unikania uczestnictwa w terapii	0	
	Tendencja do podjęcia terapii ze względu na naciski płynące z otoczenia	1	

Załącznik nr 35. Zestawienie wyników – przed i po terapii.
Przypadek 20, Ania lat:37

CECHY SPOŁECZNO –DEMOGRAFICZNE badanej		WYNIK BADANIA Z 2011	WYNIK BADANIA Z 2012
Wykształcenie Stan cywilny Sytuacja zawodowa		wyższe mężatka pracuje	wyższe rozwidziona pracuje
NARZĘDZIE POMIARU	NAZWA PODSKALI	WYNIK BADANIA Z 2011	WYNIK BADANIA Z 2012
KNIS – autor Ewy Wysockiej (Wynik – WS)	SAMOOCENA GLOBALNA	138	173
	Samooceana ogólna, niespecyficzna	17	35
	Sfera poznawczo-intelektualna	28	35
	Sfera fizyczna	24	34
	Sfera społeczno-moralna	36	34
	Sfera charakterologiczna	33	35
	FUNKCJONOWANIE INTERPERSONALNE	108	125
	„Inni wobec mnie”	51	66
	Wsparcie	31	33
	Poczucie bezpieczeństwa	20	33
	„Ja wobec innych”	57	59
	Prospołeczność	31	34
	Brak agresywności	26	25
	Obraz świata - nadzieje podstawowa	49	56
	Sensowność, zorganizowanie świata	27	24
	Przychylność świata	22	32
	Obraz życia – skuteczność sprawczość	48	64
	Poczucie skuteczności	29	33
	Poczucie zaradności	19	31
	SKALA KONTROLNA- aprobata społeczna, kłamstwo	18	33
KPŻ – autor: Ryszard Klamut (wyniki – opis sten)	CEL (C)	niskie	wysokie
	Spójność wewnętrzna (SW)	niskie	wysokie
	Kontrola życia (KŻ)	niskie	wysokie
	Akceptacja śmierci (AŚ)	niskie	wysokie
	Pustka egzystencjonalna (PE)	wysokie	niskie
	Poszukiwanie celów (PC)	wysokie	niskie
	Osobowy sens (OS)	niskie	wysokie
	Równowaga postaw życiowych (RPŻ)	niskie	wysokie
KKM – autorzy: Maria Kaźmierczak, Mieczysław Płopa	WSPARCIE		
	zorientowane na ogólne samopoczucie męża	bardzo wysoki	bardzo wysoki
	zorientowane na konkretne problemy męża	przeciętny	przeciętny
	Postrzegane wsparcie męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony	bardzo niski	niski
	postrzegane wsparcie zorientowane na konkretne problemy żony	niski	niski
	Ocena własnego zachowania	przeciętny	przeciętny
	Ocena zachowania męża	bardzo niski	niski
	ZAANGAŻOWANIE		
	zorientowane na ogólne samopoczucie męża	wysoki	bardzo wysoki
	zorientowane na wyrażanie emocji wobec męża	wysoki	wysoki
	Postrzeganie zaangażowania męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony	bardzo niski	niski
	Postrzegane zaangażowanie męża zorientowane na wyrażanie emocji wobec żony	niski	przeciętny
	Ocena własnego zachowania	wysoki	bardzo wysoki
	Ocena zachowania męża	bardzo niski	niski
	DEPREKJACJA		
	Ocena własnego zachowania	przeciętny	niski
	Ocena zachowania męża	bardzo wysoki	bardzo wysoki
Skala Intymności - autor: Katarzyna Kosińska-Dec	Emocjonalna	18	15
	Intelektualna	6	11
	Społeczna	14	11
	Seksualna	10	11
Kwestionariusz	Emocjonalne zaniedbanie		

traktowania w Rodzinie – autorzy: Mary-Louise Engels i Daniel Moisan	Przemoc od matki	21	32
	Przemoc od ojca	22	33
	Wrogie odrzucenie		
	Przemoc od matki	17	20
	Przemoc od ojca	9	14
	Izolowanie		
	Przemoc od matki	19	19
	Przemoc od ojca	9	8
Profil rodziny – autor: Zbigniew Gaś	Skala S – spójność rodziny	14	34
	Skala A – adaptacyjność	28	68
	Skala WZ – wzajemne zrozumienie	14	20
	Skala RR – role rodzinne	46	44
	Skala TR – trudności rozwojowe	4	10
	Skala DR – dezintegracja rodziny	18	10
	Skala PF- poczucie funkcjonalności	0,82	1,91
Skala uczuć pozytywnych i negatywnych – P. Brzozowski	Wynik ogólny: Pozytywne uczucia (PU) C30	wysoki	bardzo wysoki
	Wynik ogólny: Negatywne uczucia (NU) C30	bardzo wysoki	przeciętny
	Wynik obecny : Pozytywne uczucia (PU) S30	niski	bardzo wysoki
	Wynik obecny: Negatywne uczucia (NU) S30	bardzo wysoki	przeciętny
Zmodyfikowany Kwestionariusz: Sprawca – ofiara – autor: Zdzisław Bartkiewicz	Używa wulgarnych słów	zdarza się bardzo często	zdarza się często
	Wyśmiewa i przezywa innych	zdarza się bardzo często	zdarza się
	Znęca się nad słabszymi	zdarza się bardzo często	zdarza się
	Robi na złość, dokucza domownikom	zdarza się bardzo często	zdarza się często
	Stosuje przemoc fizyczną	zdarza się bardzo często	zdarza się często
	Wymusza pieniądze i wartościowe przedmioty	zdarza się często	zdarza się bardzo rzadko
	Niszczy przedmioty osobiste nie będące jego własnością	zdarza się	zdarza się
	Swoim zachowaniem zmusza do posłuszeństwa i usługiwania	zdarza się bardzo często	zdarza się
	Ataki ze strony partnera stały się gwałtowniejsze, brutalniejsze	zdarza się bardzo często	zdarza się
	Wydziela lub ogranicza pieniądze	zdarza się bardzo często	zdarza się często
	Dotyka mnie w miejsca intymne, gdy tego nie chcę	zdarza się bardzo często	zdarza się bardzo rzadko
	Wymusza zachowania seksualne	zdarza się bardzo często	zdarza się bardzo rzadko
	Zmusza do picia alkoholu	zdarza się bardzo często	zdarza się bardzo rzadko
	Zmusza do kradzieży, żebractwa	zdarza się	nie zdarza się
	Zmusza do okłamywania przyjaciół, rodziny	zdarza się bardzo często	zdarza się
	Upija się	zdarza się bardzo często	zdarza się bardzo często
	Grozi używaniem noża	zdarza się bardzo często	zdarza się bardzo rzadko
	Wymusza zachowania seksualne z udziałem innych osób	zdarza się	nie zdarza się
	Ogranicza pożywienie	zdarza się bardzo często	zdarza się bardzo rzadko
	Zakłóca wypoczynek nocny	zdarza się bardzo często	zdarza się często
Motywy podjęcia procesu terapeutycznego	MOTYWACJA	15	
	Opis stenów – motywacja	wysoka	
	Dążenie do poznania i zmiany siebie	4	
	Dążenie do zrozumienia przyczyn i mechanizmów powstawania nałogu alkoholowego	4	
	Dążenie do usunięcia dolegliwości w związku z występowaniem przemocy domowej	4	
	Oczekiwanie uzyskania wtórnych korzyści z uczęszczania na terapię	3	
	CZYNNIKI UTRUDNIAJĄCE	5	
	Opis stenów – czynniki utrudniające	średnie	
	Tendencja do zaprzeczania, że jest się ofiarą przemocy	2	
	Tendencja do unikania uczestnictwa w terapii	2	
	Tendencja do podjęcia terapii ze względu na naciski płynące z otoczenia	1	

Załącznik nr 36. Zestawienie wyników – przed i po terapii.
Przypadek 21, Basia lat:32

CECHY SPOŁECZNO –DEMOGRAFICZNE badanej		WYNIK BADANIA Z 2011	WYNIK BADANIA Z 2012
Wykształcenie Stan cywilny Sytuacja zawodowa		podstawowe mężatka nie pracuje	podstawowe mężatka pracuje
NARZĘDZIE POMIARU	NAZWA PODSKALI	WYNIK BADANIA Z 2011	WYNIK BADANIA Z 2012
KNIS – autor Ewy Wysockiej (Wynik – WS)	SAMOOCENA GLOBALNA	146	154
	Samooceana ogólna, niespecyficzna	26	27
	Sfera poznawczo-intelektualna	28	33
	Sfera fizyczna	27	30
	Sfera społeczno-moralna	35	34
	Sfera charakterologiczna	30	30
	FUNKCJONOWANIE INTERPERSONALNE	100	116
	„Inni wobec mnie”	41	53
	Wsparcie	21	30
	Poczucie bezpieczeństwa	20	23
	„Ja wobec innych”	59	63
	Prospołeczność	31	33
	Brak agresywności	28	30
	Obraz świata - nadzieje podstawowa	53	55
	Sensowność, zorganizowanie świata	28	29
	Przychylność świata	25	26
	Obraz życia – skuteczność sprawczość	57	59
	Poczucie skuteczności	33	31
	Poczucie zaradności	24	28
	SKALA KONTROLNA- aprobaty społeczna, kłamstwo	21	27
KPŻ – autor: Ryszard Klamut (wyniki – opis sten)	CEL (C)	niskie	wysokie
	Spójność wewnętrzna (SW)	niskie	wysokie
	Kontrola życia (KŻ)	niskie	średnie
	Akceptacja śmierci (AŚ)	wysokie	wysokie
	Pustka egzystencjonalna (PE)	wysokie	niskie
	Poszukiwanie celów (PC)	średnie	wysokie
	Osobowy sens (OS)	niskie	wysokie
	Równowaga postaw życiowych (RPŻ)	niskie	średnie
KKM – autorzy: Maria Kaźmierczak, Mieczysław Płopa	WSPARCIE		
	zorientowane na ogólne samopoczucie męża	przeciętny	bardzo wysoki
	zorientowane na konkretne problemy męża	przeciętny	wysoki
	Postrzegane wsparcie męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony	bardzo niski	niski
	postrzegane wsparcie zorientowane na konkretne problemy żony	przeciętny	niski
	Ocena własnego zachowania	niski	wysoki
	Ocena zachowania męża	niski	niski
	ZAANGAŻOWANIE		
	zorientowane na ogólne samopoczucie męża	wysoki	wysoki
	zorientowane na wyrażanie emocji wobec męża	przeciętny	przeciętny
	Postrzeganie zaangażowania męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony	bardzo niski	bardzo niski
	Postrzeganie zaangażowanie męża zorientowane na wyrażanie emocji wobec żony	niski	niski
	Ocena własnego zachowania	wysoki	wysoki
	Ocena zachowania męża	bardzo niski	bardzo niski
	DEPRECJACJA		
	Ocena własnego zachowania	wysoki	niski
	Ocena zachowania męża	bardzo wysoki	bardzo wysoki
Skala Intymności - autor: Katarzyna Kosińska-Dec	Emocjonalna	18	17
	Intelektualna	10	8
	Społeczna	12	9
	Seksualna	11	13
Kwestionariusz	Emocjonalne zaniedbanie		

traktowania w Rodzinie – autorzy: Mary-Louise Engels i Daniel Moisan	Przemoc od matki	8	7
	Przemoc od ojca	9	16
	Wrogie odrzucenie		
	Przemoc od matki	4	6
	Przemoc od ojca	2	2
	Izolowanie		
	Przemoc od matki	4	4
	Przemoc od ojca	1	1
Profil rodziny – autor: Zbigniew Gaś	Skala S – spójność rodziny	3	20
	Skala A – adaptacyjność	6	40
	Skala WZ – wzajemne zrozumienie	12	20
	Skala RR – role rodzinne	42	46
	Skala TR – trudności rozwojowe	14	12
	Skala DR – dezintegracja rodziny	16	8
	Skala PF- poczucie funkcjonalności	0,29	1,21
Skala uczuć pozytywnych i negatywnych – P. Brzozowski	Wynik ogólny: Pozytywne uczucia (PU) C30	przeciętny	bardzo wysoki
	Wynik ogólny: Negatywne uczucia (NU) C30	bardzo wysoki	przeciętny
	Wynik obecny : Pozytywne uczucia (PU) S30	przeciętny	bardzo wysoki
	Wynik obecny: Negatywne uczucia (NU) S30	bardzo wysoki	przeciętny
Zmodyfikowany Kwestionariusz: Sprawca – ofiara – autor: Zdzisław Bartkiewicz	Używa wulgarnych słów	zdarza się często	zdarza się
	Wyśmiewa i przezywa innych	zdarza się	zdarza się
	Znęca się nad słabszymi	zdarza się bardzo rzadko	zdarza się bardzo rzadko
	Robi na złość, dokucza domownikom	zdarza się często	zdarza się
	Stosuje przemoc fizyczną	zdarza się bardzo rzadko	zdarza się bardzo rzadko
	Wymusza pieniądze i wartościowe przedmioty	zdarza się bardzo rzadko	zdarza się bardzo rzadko
	Niszczy przedmioty osobiste nie będące jego własnością	nie zdarza się	zdarza się bardzo rzadko
	Swoim zachowaniem zmusza do posłuszeństwa i usługiwania	zdarza się bardzo często	zdarza się
	Ataki ze strony partnera stały się gwałtowniejsze, brutalniejsze	zdarza się bardzo często	zdarza się
	Wydziela lub ogranicza pieniądze	zdarza się	zdarza się
	Dotyka mnie w miejsca intymne, gdy tego nie chcę	zdarza się	zdarza się bardzo rzadko
	Wymusza zachowania seksualne	zdarza się	zdarza się
	Zmusza do picia alkoholu	nie zdarza się	nie zdarza się
	Zmusza do kradzieży, żebractwa	nie zdarza się	nie zdarza się
	Zmusza do okłamywania przyjaciół, rodziny	zdarza się	zdarza się
	Upija się	nie zdarza się	nie zdarza się
	Grozi używaniem noża	nie zdarza się	nie zdarza się
	Wymusza zachowania seksualne z udziałem innych osób	nie zdarza się	nie zdarza się
	Ogranicza pożywienie	nie zdarza się	nie zdarza się
	Zakłóca wypoczynek nocny	zdarza się bardzo rzadko	zdarza się
Motywy podjęcia procesu terapeutycznego	MOTYWACJA	16	
	Opis stenów – motywacja	wysoka	
	Dążenie do poznania i zmiany siebie	4	
	Dążenie do zrozumienia przyczyn i mechanizmów powstawania nałogu alkoholowego	4	
	Dążenie do usunięcia dolegliwości w związku z występowaniem przemocy domowej	4	
	Oczekiwanie uzyskania wtórnych korzyści z uczęszczania na terapię	4	
	CZYNNIKI UTRUDNIAJĄCE	5	
	Opis stenów – czynniki utrudniające	średnie	
	Tendencja do zaprzeczania, że jest się ofiarą przemocy	0	
	Tendencja do unikania uczestnictwa w terapii	3	
	Tendencja do podjęcia terapii ze względu na naciski płynące z otoczenia	2	

Załącznik nr 37. Zestawienie wyników – przed i po terapii.
Przypadek 22, Justyna lat:31

CECHY SPOŁECZNO –DEMOGRAFICZNE badanej		WYNIK BADANIA Z 2011	WYNIK BADANIA Z 2012
Wykształcenie Stan cywilny Sytuacja zawodowa		podstawowe mężatka pracuje	zawodowe rozwidziona pracuje
NARZĘDZIE POMIARU	NAZWA PODSKALI	WYNIK BADANIA Z 2011	WYNIK BADANIA Z 2012
KNIS – autor Ewy Wysockiej (Wynik – WS)	SAMOOCENA GLOBALNA	108	159
	Samooocena ogólna, niespecyficzna	17	33
	Sfera poznawczo-intelektualna	21	29
	Sfera fizyczna	19	33
	Sfera społeczno-moralna	30	34
	Sfera charakterologiczna	21	30
	FUNKCJONOWANIE INTERPER- SONALNE	97	129
	„Inni wobec mnie”	48	68
	Wsparcie	22	34
	Poczucie bezpieczeństwa	26	34
	„Ja wobec innych”	49	61
	Prospołeczność	27	36
	Brak agresywności	22	25
	Obraz świata - nadzieje podstawowa	45	50
	Sensowność, zorganizowanie świata	22	25
	Przychylność świata	23	25
	Obraz życia – skuteczność sprawczość	47	58
	Poczucie skuteczności	24	28
	Poczucie zaradności	23	30
	SKALA KONTROLNA- aprobata społeczna, kłamstwo	20	19
KPŻ – autor: Ry- srad Klamut (wyniki – opis sten)	CEL (C)	niskie	wysokie
	Spójność wewnętrzna (SW)	niskie	wysokie
	Kontrola życia (KŻ)	niskie	wysokie
	Akceptacja śmierci (AŚ)	średnie	średnie
	Pustka egzystencjonalna (PE)	wysokie	niskie
	Poszukiwanie celów (PC)	niskie	średnie
	Osobowy sens (OS)	niskie	wysokie
	Równowaga postaw życiowych (RPŻ)	niskie	wysokie
KKM – autorzy: Maria Kaźmierczak, Mieczysław Płopa	WSPARCIE		
	zorientowane na ogólne samopoczucie męża	przeciętny	przeciętny
	zorientowane na konkretne problemy męża	przeciętny	wysoki
	Postrzegane wsparcie męża zoriento- wane na ogólne samopoczucie żony	bardzo niski	bardzo niski
	postrzegane wsparcie zorientowane na konkretne problemy żony	bardzo niski	bardzo niski
	Ocena własnego zachowania	niski	przeciętny
	Ocena zachowania męża	bardzo niski	bardzo niski
	ZAANGAŻOWANIE		
	zorientowane na ogólne samopoczucie męża	przeciętny	wysoki
	zorientowane na wyrażanie emocji wobec męża	wysoki	przeciętny
	Postrzeganie zaangażowania męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony	bardzo niski	bardzo niski
	Postrzegane zaangażowanie męża zorientowane na wyrażanie emocji wobec żony	bardzo niski	niski
	Ocena własnego zachowania	wysoki	wysoki
	Ocena zachowania męża	bardzo niski	bardzo niski
	DEPRECJACJA		
	Ocena własnego zachowania	niski	niski
	Ocena zachowania męża	bardzo wysoki	bardzo wysoki
Skala Intymności - autor: Katarzy- na Kosińska-Dec	Emocjonalna	19	18
	Intelektualna	8	6
	Społeczna	10	9
	Seksualna	12	11
Kwestionariusz	Emocjonalne zaniedbanie		

traktowania w Rodzinie – autorzy: Mary-Louise Engels i Daniel Moisan	Przemoc od matki	12	18
	Przemoc od ojca	36	38
	Wrogie odrzucenie		
	Przemoc od matki	2	5
	Przemoc od ojca	12	16
	Izolowanie		
	Przemoc od matki	1	2
	Przemoc od ojca	15	18
Profil rodziny – autor: Zbigniew Gaś	Skala S – spójność rodziny	1	10
	Skala A – adaptacyjność	2	20
	Skala WZ – wzajemne zrozumienie	8	18
	Skala RR – role rodzinne	30	44
	Skala TR – trudności rozwojowe	16	16
	Skala DR – dezintegracja rodziny	20	20
	Skala PF- poczucie funkcjonalności	0,17	0,6
Skala uczuć pozytywnych i negatywnych – P. Brzozowski	Wynik ogólny: Pozytywne uczucia (PU) C30	bardzo niski	bardzo wysoki
	Wynik ogólny: Negatywne uczucia (NU) C30	bardzo wysoki	przeciętny
	Wynik obecny : Pozytywne uczucia (PU) S30	bardzo niski	bardzo wysoki
	Wynik obecny: Negatywne uczucia (NU) S30	bardzo wysoki	przeciętny
Zmodyfikowany Kwestionariusz: Sprawca – ofiara – autor: Zdzisław Bartkiewicz	Używa wulgarnych słów	zdarza się bardzo często	zdarza się bardzo często
	Wyśmiewa i przezywa innych	zdarza się	zdarza się
	Znęca się nad słabszymi	zdarza się bardzo często	zdarza się często
	Robi na złość, dokucza domownikom	zdarza się często	zdarza się
	Stosuje przemoc fizyczną	zdarza się bardzo często	zdarza się
	Wymusza pieniądze i wartościowe przedmioty	nie zdarza się	nie zdarza się
	Niszczy przedmioty osobiste nie będące jego własnością	zdarza się często	zdarza się
	Swoim zachowaniem zmusza do posłuszeństwa i usługiwania	zdarza się bardzo często	zdarza się
	Ataki ze strony partnera stały się gwałtowniejsze, brutalniejsze	zdarza się bardzo często	zdarza się
	Wydziela lub ogranicza pieniądze	zdarza się bardzo często	zdarza się
	Dotyka mnie w miejsca intymne, gdy tego nie chcę	zdarza się często	zdarza się bardzo rzadko
	Wymusza zachowania seksualne	zdarza się często	zdarza się
	Zmusza do picia alkoholu	zdarza się bardzo rzadko	zdarza się bardzo rzadko
	Zmusza do kradzieży, żebractwa	nie zdarza się	nie zdarza się
	Zmusza do okłamywania przyjaciół, rodziny	zdarza się bardzo rzadko	zdarza się
	Upija się	zdarza się bardzo często	zdarza się bardzo często
	Grozi używaniem noża	zdarza się często	zdarza się bardzo rzadko
	Wymusza zachowania seksualne z udziałem innych osób	nie zdarza się	nie zdarza się
	Ogranicza pożywienie	zdarza się	zdarza się bardzo rzadko
	Zakłóca wypoczynek nocny	zdarza się bardzo często	zdarza się często
Motywy podjęcia procesu terapeutycznego	MOTYWACJA	15	
	Opis stenów – motywacja	wysoki	
	Dążenie do poznania i zmiany siebie	4	
	Dążenie do zrozumienia przyczyn i mechanizmów powstawania nałogu alkoholowego	4	
	Dążenie do usunięcia dolegliwości w związku z występowaniem przemocy domowej	4	
	Oczekiwanie uzyskania wtórnych korzyści z uczęszczania na terapię	3	
	CZYNNIKI UTRUDNIAJĄCE	3	
	Opis stenów – czynniki utrudniające	średni	
	Tendencja do zaprzeczania, że jest się ofiarą przemocy	1	
	Tendencja do unikania uczestnictwa w terapii	1	
	Tendencja do podjęcia terapii ze względu na naciski płynące z otoczenia	1	

Załącznik nr 38. Zestawienie wyników – przed i po terapii.
Przypadek 23, Basia lat:41

CECHY SPOŁECZNO –DEMOGRAFICZNE badanej		WYNIK BADANIA Z 2011	WYNIK BADANIA Z 2012
Wykształcenie Stan cywilny Sytuacja zawodowa		zawodowe mężatka pracuje	zawodowe rozwidziona pracuje
NARZĘDZIE POMIARU	NAZWA PODSKALI	WYNIK BADANIA Z 2011	WYNIK BADANIA Z 2012
KNIS – autor Ewy Wysockiej (Wynik – WS)	SAMOOCENA GLOBALNA	135	178
	Samooceana ogólna, niespecyficzna	29	36
	Sfera poznawczo-intelektualna	21	36
	Sfera fizyczna	28	36
	Sfera społeczno-moralna	33	35
	Sfera charakterologiczna	24	35
	FUNKCJONOWANIE INTERPERSONALNE	119	126
	„Inni wobec mnie”	64	69
	Wsparcie	32	31
	Poczucie bezpieczeństwa	32	38
	„Ja wobec innych”	55	57
	Prospołeczność	30	32
	Brak agresywności	25	25
	Obraz świata - nadzieje podstawowa	48	57
	Sensowność, zorganizowanie świata	24	32
	Przychylność świata	24	25
	Obraz życia – skuteczność sprawczość	49	75
	Poczucie skuteczności	26	36
	Poczucie zaradności	23	39
	SKALA KONTROLNA- aprobata społeczna, kłamstwo	20	31
KPŻ – autor: Ryszard Klamut (wyniki – opis sten)	CEL (C)	niskie	wysokie
	Spójność wewnętrzna (SW)	niskie	wysokie
	Kontrola życia (KŻ)	niskie	średnie
	Akceptacja śmierci (AŚ)	wysokie	wysokie
	Pustka egzystencjonalna (PE)	wysokie	średnie
	Poszukiwanie celów (PC)	niskie	średnie
	Osobowy sens (OS)	niskie	wysokie
	Równowaga postaw życiowych (RPŻ)	niskie	wysokie
KKM – autorzy: Maria Kaźmierczak, Mieczysław Płopa	WSPARCIE		
	zorientowane na ogólne samopoczucie męża	wysoki	bardzo wysoki
	zorientowane na konkretne problemy męża	wysoki	bardzo wysoki
	Postrzegane wsparcie męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony	bardzo niski	bardzo niski
	postrzegane wsparcie zorientowane na konkretne problemy żony	bardzo niski	niski
	Ocena własnego zachowania	przeciętny	wysoki
	Ocena zachowania męża	bardzo niski	bardzo niski
	ZAANGAŻOWANIE		
	zorientowane na ogólne samopoczucie męża	przeciętny	przeciętny
	zorientowane na wyrażanie emocji wobec męża	przeciętny	przeciętny
	Postrzeganie zaangażowania męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony	bardzo niski	niski
	Postrzeganie zaangażowanie męża zorientowane na wyrażanie emocji wobec żony	niski	przeciętny
	Ocena własnego zachowania	przeciętny	przeciętny
	Ocena zachowania męża	bardzo niski	niski
	DEPREKJACJA		
	Ocena własnego zachowania	bardzo niski	przeciętny
	Ocena zachowania męża	bardzo wysoki	wysoki
Skala Intymności - autor: Katarzyna Kosińska-Dec	Emocjonalna	14	15
	Intelektualna	8	10
	Społeczna	9	11
	Seksualna	12	14
Kwestionariusz	Emocjonalne zaniedbanie		

traktowania w Rodzinie – autorzy: Mary-Louise Engels i Daniel Moisan	Przemoc od matki	0	2
	Przemoc od ojca	0	4
	Wrogie odrzucenie		
	Przemoc od matki	1	3
	Przemoc od ojca	0	5
	Izolowanie		
	Przemoc od matki	0	1
	Przemoc od ojca	0	0
Profil rodziny – autor: Zbigniew Gaś	Skala S – spójność rodziny	13	34
	Skala A – adaptacyjność	26	68
	Skala WZ – wzajemne zrozumienie	16	22
	Skala RR – role rodzinne	22	40
	Skala TR – trudności rozwojowe	12	12
	Skala DR – dezintegracja rodziny	16	10
	Skala PF- poczucie funkcjonalności	1,10	2
Skala uczuć pozytywnych i negatywnych – P. Brzozowski	Wynik ogólny: Pozytywne uczucia (PU) C30	bardzo niski	bardzo wysoki
	Wynik ogólny: Negatywne uczucia (NU) C30	bardzo wysoki	przeciętny
	Wynik obecny : Pozytywne uczucia (PU) S30	niski	bardzo wysoki
	Wynik obecny: Negatywne uczucia (NU) S30	bardzo wysoki	przeciętny
Zmodyfikowany Kwestionariusz: Sprawca – ofiara – autor: Zdzisław Bartkiewicz	Używa wulgarnych słów	zdarza się bardzo często	zdarza się często
	Wyśmiewa i przezywa innych	zdarza się bardzo często	zdarza się
	Znęca się nad słabszymi	zdarza się bardzo często	zdarza się często
	Robi na złość, dokucza domownikom	zdarza się bardzo często	zdarza się
	Stosuje przemoc fizyczną	zdarza się bardzo często	zdarza się
	Wymusza pieniądze i wartościowe przedmioty	zdarza się bardzo często	zdarza się bardzo rzadko
	Niszczy przedmioty osobiste nie będące jego własnością	zdarza się bardzo często	zdarza się bardzo rzadko
	Swoim zachowaniem zmusza do posłuszeństwa i usługiwania	zdarza się bardzo często	zdarza się często
	Ataki ze strony partnera stały się gwałtowniejsze, brutalniejsze	zdarza się bardzo często	zdarza się
	Wydziela lub ogranicza pieniądze	zdarza się często	zdarza się
	Dotyka mnie w miejsca intymne, gdy tego nie chcę	zdarza się często	zdarza się bardzo rzadko
	Wymusza zachowania seksualne	zdarza się bardzo często	zdarza się bardzo rzadko
	Zmusza do picia alkoholu	zdarza się	zdarza się bardzo rzadko
	Zmusza do kradzieży, żebractwa	nie zdarza się	nie zdarza się
	Zmusza do okłamywania przyjaciół, rodziny	zdarza się bardzo rzadko	zdarza się często
	Upija się	zdarza się bardzo często	zdarza się bardzo często
	Grozi używaniem noża	zdarza się	zdarza się bardzo rzadko
	Wymusza zachowania seksualne z udziałem innych osób	nie zdarza się	nie zdarza się
	Ogranicza pożywienie	zdarza się	zdarza się bardzo rzadko
	Zakłóca wypoczynek nocny	zdarza się bardzo często	zdarza się często
Motywy podjęcia procesu terapeutycznego	MOTYWACJA	10	
	Opis stenów – motywacja	średnia	
	Dążenie do poznania i zmiany siebie	3	
	Dążenie do zrozumienia przyczyn i mechanizmów powstawania nałogu alkoholowego	3	
	Dążenie do usunięcia dolegliwości w związku z występowaniem przemocy domowej	1	
	Oczekiwanie uzyskania wtórnych korzyści z uczęszczania na terapię	3	
	CZYNNIKI UTRUDNIAJĄCE	0	
	Opis stenów – czynniki utrudniające	niskie	
	Tendencja do zaprzeczania, że jest się ofiarą przemocy	0	
	Tendencja do unikania uczestnictwa w terapii	0	
	Tendencja do podjęcia terapii ze względu na naciski płynące z otoczenia	0	

Załącznik nr 39. Zestawienie wyników – przed i po terapii.
Przypadek 24, Ela lat:36

CECHY SPOŁECZNO –DEMOGRAFICZNE badanej		WYNIK BADANIA Z 2011	WYNIK BADANIA Z 2012
Wykształcenie Stan cywilny Sytuacja zawodowa		zawodowe mężatka nie pracuje	zawodowe rozwidziona pracuje
NARZĘDZIE POMIARU	NAZWA PODSKALI	WYNIK BADANIA Z 2011	WYNIK BADANIA Z 2012
KNIS – autor Ewy Wysockiej (Wynik – WS)	SAMOOCENA GLOBALNA	140	166
	Samooceana ogólna, niespecyficzna	30	37
	Sfera poznawczo-intelektualna	26	31
	Sfera fizyczna	29	30
	Sfera społeczno-moralna	29	36
	Sfera charakterologiczna	26	32
	FUNKCJONOWANIE INTERPERSONALNE	123	134
	„Inni wobec mnie”	64	68
	Wsparcie	34	35
	Poczucie bezpieczeństwa	30	33
	„Ja wobec innych”	59	66
	Prospołeczność	34	36
	Brak agresywności	25	30
	Obraz świata - nadzieje podstawowa	55	51
	Sensowność, zorganizowanie świata	28	27
	Przychylność świata	27	24
	Obraz życia – skuteczność sprawczość	56	65
	Poczucie skuteczności	29	27
	Poczucie zaradności	27	38
	SKALA KONTROLNA- aprobatą społeczną, kłamstwo	19	20
KPŻ – autor: Ryszard Klamut (wyniki – opis sten)	CEL (C)	średnie	średnie
	Spójność wewnętrzna (SW)	niskie	średnie
	Kontrola życia (KŻ)	średnie	średnie
	Akceptacja śmierci (AŚ)	niskie	średnie
	Pustka egzystencjonalna (PE)	średnie	średnie
	Poszukiwanie celów (PC)	niskie	niskie
	Osobowy sens (OS)	niskie	średnie
	Równowaga postaw życiowych (RPŻ)	średnie	średnie
KKM – autorzy: Maria Kaźmierczak, Mieczysław Płopa	WSPARCIE		
	zorientowane na ogólne samopoczucie męża	przeciętny	wysoki
	zorientowane na konkretne problemy męża	niski	przeciętny
	Postrzegane wsparcie męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony	bardzo niski	niski
	postrzegane wsparcie zorientowane na konkretne problemy żony	bardzo niski	niski
	Ocena własnego zachowania	niski	przeciętny
	Ocena zachowania męża	bardzo niski	niski
	ZAANGAŻOWANIE		
	zorientowane na ogólne samopoczucie męża	niski	przeciętny
	zorientowane na wyrażanie emocji wobec męża	niski	przeciętny
	Postrzeganie zaangażowania męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony	bardzo niski	bardzo niski
	Postrzeganie zaangażowanie męża zorientowane na wyrażanie emocji wobec żony	niski	niski
	Ocena własnego zachowania	niski	przeciętny
	Ocena zachowania męża	bardzo niski	bardzo niski
	DEPREKJACJA		
	Ocena własnego zachowania	niski	niski
	Ocena zachowania męża	bardzo wysoki	bardzo wysoki
Skala Intymności - autor: Katarzyna Kosińska-Dec	Emocjonalna	15	19
	Intelektualna	9	8
	Społeczna	10	10
	Seksualna	11	15
Kwestionariusz	Emocjonalne zaniedbanie		

traktowania w Rodzinie – autorzy: Mary-Louise Engels i Daniel Moisan	Przemoc od matki	1	4
	Przemoc od ojca	9	18
	Wrogie odrzucenie		
	Przemoc od matki	1	3
	Przemoc od ojca	3	9
	Izolowanie		
	Przemoc od matki	0	0
	Przemoc od ojca	4	13
Profil rodziny – autor: Zbigniew Gaś	Skala S – spójność rodziny	11	14
	Skala A – adaptacyjność	22	28
	Skala WZ – wzajemne zrozumienie	18	22
	Skala RR – role rodzinne	22	40
	Skala TR – trudności rozwojowe	16	14
	Skala DR – dezintegracja rodziny	14	12
	Skala PF- poczucie funkcjonalności	0,98	0,97
Skala uczuć pozytywnych i negatywnych – P. Brzozowski	Wynik ogólny: Pozytywne uczucia (PU) C30	bardzo wysoki	bardzo wysoki
	Wynik ogólny: Negatywne uczucia (NU) C30	przeciętny	przeciętny
	Wynik obecny : Pozytywne uczucia (PU) S30	przeciętny	bardzo wysoki
	Wynik obecny: Negatywne uczucia (NU) S30	bardzo wysoki	przeciętny
Zmodyfikowany Kwestionariusz: Sprawca – ofiara – autor: Zdzisław Bartkiewicz	Używa wulgarnych słów	zdarza się bardzo często	zdarza się
	Wyśmiewa i przezywa innych	zdarza się	zdarza się bardzo rzadko
	Znęca się nad słabszymi	zdarza się	zdarza się
	Robi na złość, dokucza domownikom	zdarza się bardzo często	zdarza się bardzo rzadko
	Stosuje przemoc fizyczną	zdarza się bardzo często	zdarza się bardzo rzadko
	Wymusza pieniądze i wartościowe przedmioty	zdarza się bardzo często	zdarza się
	Niszczy przedmioty osobiste nie będące jego własnością	zdarza się bardzo często	zdarza się bardzo rzadko
	Swoim zachowaniem zmusza do posłuszeństwa i usługiwania	zdarza się bardzo często	zdarza się bardzo rzadko
	Ataki ze strony partnera stały się gwałtowniejsze, brutalniejsze	zdarza się często	zdarza się bardzo rzadko
	Wydziela lub ogranicza pieniądze	zdarza się	nie zdarza się
	Dotyka mnie w miejsca intymne, gdy tego nie chcę	zdarza się	nie zdarza się
	Wymusza zachowania seksualne	zdarza się	nie zdarza się
	Zmusza do picia alkoholu	zdarza się bardzo rzadko	nie zdarza się
	Zmusza do kradzieży, żebractwa	nie zdarza się	nie zdarza się
	Zmusza do okłamywania przyjaciół, rodziny	zdarza się	zdarza się
	Upija się	zdarza się bardzo często	zdarza się
	Grozi używaniem noża	nie zdarza się	nie zdarza się
	Wymusza zachowania seksualne z udziałem innych osób	nie zdarza się	nie zdarza się
	Ogranicza pożywienie	nie zdarza się	nie zdarza się
	Zakłóca wypoczynek nocny	zdarza się często	zdarza się bardzo rzadko
Motywy podjęcia procesu terapeutycznego	MOTYWACJA	12	
	Opis stenów – motywacja	średnia	
	Dążenie do poznania i zmiany siebie	2	
	Dążenie do zrozumienia przyczyn i mechanizmów powstawania nałogu alkoholowego	4	
	Dążenie do usunięcia dolegliwości w związku z występowaniem przemocy domowej	4	
	Oczekiwanie uzyskania wtórnych korzyści z uczęszczania na terapię	2	
	CZYNNIKI UTRUDNIAJĄCE	0	
	Opis stenów – czynniki utrudniające	niskie	
	Tendencja do zaprzeczania, że jest się ofiarą przemocy	0	
	Tendencja do unikania uczestnictwa w terapii	0	
	Tendencja do podjęcia terapii ze względu na naciski płynące z otoczenia	0	

**Załącznik nr 40. Zestawienie wyników – przed i po terapii.
Przypadek 25, Agnieszka lat:41**

CECHY SPOŁECZNO –DEMOGRAFICZNE badanej		WYNIK BADANIA Z 2011	WYNIK BADANIA Z 2012
Wykształcenie Stan cywilny Sytuacja zawodowa		średnie mężatka nie pracuje	średnie rozwidziona pracuje
NARZĘDZIE POMIARU	NAZWA PODSKALI	WYNIK BADANIA Z 2011	WYNIK BADANIA Z 2012
KNIS – autor Ewy Wysockiej (Wynik – WS)	SAMOOCENA GLOBALNA	108	174
	Samooceana ogólna, niespecyficzna	16	38
	Sfera poznawczo-intelektualna	18	31
	Sfera fizyczna	21	37
	Sfera społeczno-moralna	29	32
	Sfera charakterologiczna	24	36
	FUNKCJONOWANIE INTERPERSONALNE	107	133
	„Inni wobec mnie”	51	71
	Wsparcie	31	36
	Poczucie bezpieczeństwa	20	35
	„Ja wobec innych”	56	62
	Prospołeczność	30	37
	Brak agresywności	26	25
	Obraz świata - nadzieje podstawowa	45	61
	Sensowność, zorganizowanie świata	22	31
	Przychylność świata	23	30
	Obraz życia – skuteczność sprawczość	43	76
	Poczucie skuteczności	24	36
	Poczucie zaradności	19	40
	SKALA KONTROLNA- aprobatą społeczną, kłamstwo	17	21
KPŻ – autor: Ryszard Klamut (wyniki – opis ten)	CEL (C)	niskie	niskie
	Spójność wewnętrzna (SW)	niskie	niskie
	Kontrola życia (KŻ)	niskie	wysokie
	Akceptacja śmierci (AŚ)	średnie	niskie
	Pustka egzystencjonalna (PE)	wysokie	średnie
	Poszukiwanie celów (PC)	średnie	niskie
	Osobowy sens (OS)	niskie	niskie
	Równowaga postaw życiowych (RPŻ)	niskie	niskie
KKM – autorzy: Maria Kaźmierczak, Mieczysław Płopa	WSPARCIE		
	zorientowane na ogólne samopoczucie męża	przeciętny	wysoki
	zorientowane na konkretne problemy męża	niski	przeciętny
	Postrzegane wsparcie męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony	bardzo niski	bardzo niski
	postrzegane wsparcie zorientowane na konkretne problemy żony	bardzo niski	bardzo niski
	Ocena własnego zachowania	niski	niski
	Ocena zachowania męża	bardzo niski	bardzo niski
	ZAANGAŻOWANIE		
	zorientowane na ogólne samopoczucie męża	przeciętny	przeciętny
	zorientowane na wyrażanie emocji wobec męża	niski	niski
	Postrzeganie zaangażowania męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony	bardzo niski	bardzo niski
	Postrzeganie zaangażowanie męża zorientowane na wyrażanie emocji wobec żony	bardzo niski	niski
	Ocena własnego zachowania	niski	niski
	Ocena zachowania męża	bardzo niski	bardzo niski
	DEPREKJACJA		
	Ocena własnego zachowania	wysoki	przeciętny
	Ocena zachowania męża	bardzo wysoki	bardzo wysoki
Skala Intymności - autor: Katarzyna Kosińska-Dec	Emocjonalna	14	18
	Intelektualna	5	8
	Społeczna	12	12
	Seksualna	10	12
Kwestionariusz	Emocjonalne zaniedbanie		

traktowania w Rodzinie – autorzy: Mary-Louise Engels i Daniel Moisan	Przemoc od matki	0	10
	Przemoc od ojca	0	0
	Wrogie odrzucenie		
	Przemoc od matki	3	8
	Przemoc od ojca	4	12
	Izolowanie		
	Przemoc od matki	1	4
	Przemoc od ojca	2	4
Profil rodziny – autor: Zbigniew Gaś	Skala S – spójność rodziny	3	20
	Skala A – adaptacyjność	6	40
	Skala WZ – wzajemne zrozumienie	6	18
	Skala RR – role rodzinne	42	44
	Skala TR – trudności rozwojowe	16	14
	Skala DR – dezintegracja rodziny	18	16
	Skala PF- poczucie funkcjonalności	0,20	1,05
Skala uczuć pozytywnych i negatywnych – P. Brzozowski	Wynik ogólny: Pozytywne uczucia (PU) C30	bardzo niski	bardzo wysoki
	Wynik ogólny: Negatywne uczucia (NU) C30	bardzo wysoki	przeciętny
	Wynik obecny : Pozytywne uczucia (PU) S30	bardzo niski	bardzo wysoki
	Wynik obecny: Negatywne uczucia (NU) S30	bardzo wysoki	przeciętny
Zmodyfikowany Kwestionariusz: Sprawca – ofiara – autor: Zdzisław Bartkiewicz	Używa wulgarnych słów	zdarza się bardzo często	zdarza się bardzo często
	Wyśmiewa i przezywa innych	zdarza się często	zdarza się
	Znęca się nad słabszymi	zdarza się często	zdarza się często
	Robi na złość, dokucza domownikom	zdarza się bardzo często	zdarza się często
	Stosuje przemoc fizyczną	zdarza się	zdarza się
	Wymusza pieniądze i wartościowe przedmioty	nie zdarza się	nie zdarza się
	Niszczy przedmioty osobiste nie będące jego własnością	nie zdarza się	nie zdarza się
	Swoim zachowaniem zmusza do posłuszeństwa i usługiwania	zdarza się często	zdarza się często
	Ataki ze strony partnera stały się gwałtowniejsze, brutalniejsze	zdarza się	zdarza się
	Wydziela lub ogranicza pieniądze	zdarza się bardzo często	zdarza się często
	Dotyka mnie w miejsca intymne, gdy tego nie chcę	nie zdarza się	nie zdarza się
	Wymusza zachowania seksualne	zdarza się bardzo rzadko	zdarza się bardzo rzadko
	Zmusza do picia alkoholu	nie zdarza się	nie zdarza się
	Zmusza do kradzieży, żebractwa	nie zdarza się	nie zdarza się
	Zmusza do okłamywania przyjaciół, rodziny	nie zdarza się	zdarza się często
	Upija się	zdarza się bardzo rzadko	zdarza się
	Grozi używaniem noża	nie zdarza się	nie zdarza się
	Wymusza zachowania seksualne z udziałem innych osób	nie zdarza się	nie zdarza się
	Ogranicza pożywienie	nie zdarza się	zdarza się bardzo rzadko
	Zakłóca wypoczynek nocny	zdarza się bardzo rzadko	zdarza się często
Motywy podjęcia procesu terapeutycznego	MOTYWACJA	11	
	Opis stenów – motywacja	średnia	
	Dążenie do poznania i zmiany siebie	2	
	Dążenie do zrozumienia przyczyn i mechanizmów powstawania nałogu alkoholowego	4	
	Dążenie do usunięcia dolegliwości w związku z występowaniem przemocy domowej	2	
	Oczekiwanie uzyskania wtórnych korzyści z uczęszczania na terapię	3	
	CZYNNIKI UTRUDNIAJĄCE	2	
	Opis stenów – czynniki utrudniające	niskie	
	Tendencja do zaprzeczania, że jest się ofiarą przemocy	0	
	Tendencja do unikania uczestnictwa w terapii	2	
	Tendencja do podjęcia terapii ze względu na naciski płynące z otoczenia	0	

Załącznik nr 41. Zestawienie wyników – przed i po terapii.
Przypadek 26, Irena lat:48

CECHY SPOŁECZNO –DEMOGRAFICZNE badanej		WYNIK BADANIA Z 2011	WYNIK BADANIA Z 2012
Wykształcenie Stan cywilny Sytuacja zawodowa		średnie mężatka nie pracuje	średnie mężatka nie pracuje
NARZĘDZIE POMIARU	NAZWA PODSKALI	WYNIK BADANIA Z 2011	WYNIK BADANIA Z 2012
KNIS – autor Ewy Wysockiej (Wynik – WS)	SAMOOCENA GLOBALNA	108	155
	Samooceana ogólna, niespecyficzna	16	33
	Sfera poznawczo-intelektualna	18	31
	Sfera fizyczna	21	31
	Sfera społeczno-moralna	29	31
	Sfera charakterologiczna	24	29
	FUNKCJONOWANIE INTERPERSONALNE	105	124
	„Inni wobec mnie”	51	64
	Wsparcie	31	32
	Poczucie bezpieczeństwa	20	32
	„Ja wobec innych”	54	60
	Prospołeczność	28	32
	Brak agresywności	26	28
	Obraz świata - nadzieje podstawowa	45	57
	Sensowność, zorganizowanie świata	22	27
	Przychylność świata	23	30
	Obraz życia – skuteczność sprawczość	43	60
	Poczucie skuteczności	24	33
	Poczucie zaradności	19	27
	SKALA KONTROLNA- aprobatą społeczną, kłamstwo	17	29
KPŻ – autor: Ryszard Klamut (wyniki – opis sten)	CEL (C)	niskie	średnie
	Spójność wewnętrzna (SW)	niskie	średnie
	Kontrola życia (KŻ)	niskie	średnie
	Akceptacja śmierci (AŚ)	średnie	średnie
	Pustka egzystencjonalna (PE)	wysokie	wysokie
	Poszukiwanie celów (PC)	średnie	niskie
	Osobowy sens (OS)	niskie	średnie
	Równowaga postaw życiowych (RPŻ)	niskie	średnie
KKM – autorzy: Maria Kaźmierczak, Mieczysław Płopa	WSPARCIE		
	zorientowane na ogólne samopoczucie męża	przeciętny	niski
	zorientowane na konkretne problemy męża	niski	niski
	Postrzegane wsparcie męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony	bardzo niski	niski
	postrzegane wsparcie zorientowane na konkretne problemy żony	bardzo niski	niski
	Ocena własnego zachowania	niski	niski
	Ocena zachowania męża	bardzo niski	niski
	ZAANGAŻOWANIE		
	zorientowane na ogólne samopoczucie męża	przeciętny	bardzo niski
	zorientowane na wyrażanie emocji wobec męża	niski	bardzo niski
	Postrzeganie zaangażowania męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony	bardzo niski	bardzo niski
	Postrzegane zaangażowanie męża zorientowane na wyrażanie emocji wobec żony	bardzo niski	niski
	Ocena własnego zachowania	niski	bardzo niski
	Ocena zachowania męża	bardzo niski	bardzo niski
	DEPREKJACJA		
	Ocena własnego zachowania	wysoki	przeciętny
	Ocena zachowania męża	bardzo wysoki	przeciętny
Skala Intymności - autor: Katarzyna Kosińska-Dec	Emocjonalna	14	16
	Intelektualna	5	12
	Społeczna	12	11
	Seksualna	10	15
Kwestionariusz	Emocjonalne zaniedbanie		

traktowania w Rodzinie – autorzy: Mary-Louise Engels i Daniel Moisan	Przemoc od matki	0	22
	Przemoc od ojca	0	20
	Wrogie odrzucenie		
	Przemoc od matki	3	8
	Przemoc od ojca	4	6
	Izolowanie		
	Przemoc od matki	1	5
	Przemoc od ojca	2	0
Profil rodziny – autor: Zbigniew Gaś	Skala S – spójność rodziny	3	6
	Skala A – adaptacyjność	6	12
	Skala WZ – wzajemne zrozumienie	6	22
	Skala RR – role rodzinne	42	50
	Skala TR – trudności rozwojowe	16	12
	Skala DR – dezintegracja rodziny	18	14
	Skala PF- poczucie funkcjonalności	0,20	0,53
Skala uczuć pozytywnych i negatywnych – P. Brzozowski	Wynik ogólny: Pozytywne uczucia (PU) C30	bardzo niski	bardzo wysoki
	Wynik ogólny: Negatywne uczucia (NU) C30	bardzo wysoki	przeciętny
	Wynik obecny : Pozytywne uczucia (PU) S30	bardzo niski	bardzo wysoki
	Wynik obecny: Negatywne uczucia (NU) S30	bardzo wysoki	przeciętny
Zmodyfikowany Kwestionariusz: Sprawca – ofiara – autor: Zdzisław Bartkiewicz	Używa wulgarnych słów	zdarza się bardzo często	zdarza się
	Wyśmiewa i przezywa innych	zdarza się często	zdarza się
	Znęca się nad słabszymi	zdarza się często	zdarza się
	Robi na złość, dokucza domownikom	zdarza się bardzo często	zdarza się
	Stosuje przemoc fizyczną	zdarza się	zdarza się bardzo rzadko
	Wymusza pieniądze i wartościowe przedmioty	nie zdarza się	nie zdarza się
	Niszczy przedmioty osobiste nie będące jego własnością	nie zdarza się	nie zdarza się
	Swoim zachowaniem zmusza do posłuszeństwa i usługiwania	zdarza się często	zdarza się bardzo rzadko
	Ataki ze strony partnera stały się gwałtowniejsze, brutalniejsze	zdarza się	zdarza się bardzo rzadko
	Wydziela lub ogranicza pieniądze	zdarza się bardzo często	zdarza się bardzo rzadko
	Dotyka mnie w miejsca intymne, gdy tego nie chcę	nie zdarza się	nie zdarza się
	Wymusza zachowania seksualne	zdarza się bardzo rzadko	nie zdarza się
	Zmusza do picia alkoholu	nie zdarza się	nie zdarza się
	Zmusza do kradzieży, żebractwa	nie zdarza się	nie zdarza się
	Zmusza do okłamywania przyjaciół, rodziny	nie zdarza się	zdarza się bardzo rzadko
	Upija się	zdarza się bardzo rzadko	nie zdarza się
	Grozi używaniem noża	nie zdarza się	nie zdarza się
	Wymusza zachowania seksualne z udziałem innych osób	nie zdarza się	nie zdarza się
	Ogranicza pożywienie	nie zdarza się	zdarza się bardzo rzadko
	Zakłóca wypoczynek nocny	zdarza się bardzo rzadko	zdarza się bardzo rzadko
Motywy podjęcia procesu terapeutycznego	MOTYWACJA	16	
	Opis stenów – motywacja	wysoki	
	Dążenie do poznania i zmiany siebie	4	
	Dążenie do zrozumienia przyczyn i mechanizmów powstawania nałogu alkoholowego	3	
	Dążenie do usunięcia dolegliwości w związku z występowaniem przemocy domowej	4	
	Oczekiwanie uzyskania wtórnych korzyści z uczęszczania na terapię	5	
	CZYNNIKI UTRUDNIAJĄCE	5	
	Opis stenów – czynniki utrudniające	średni	
	Tendencja do zaprzeczania, że jest się ofiarą przemocy	2	
	Tendencja do unikania uczestnictwa w terapii	0	
	Tendencja do podjęcia terapii ze względu na naciski płynące z otoczenia	3	

Załącznik nr 42. Zestawienie wyników – przed i po terapii.
Przypadek 27, Renata lat:30

CECHY SPOŁECZNO –DEMOGRAFICZNE badanej		WYNIK BADANIA Z 2011	WYNIK BADANIA Z 2012
Wykształcenie Stan cywilny Sytuacja zawodowa		zawodowe mężatka pracuje	zawodowe rozwidziona pracuje
NARZĘDZIE POMIARU	NAZWA PODSKALI	WYNIK BADANIA Z 2011	WYNIK BADANIA Z 2012
KNIS – autor Ewy Wysockiej (Wynik – WS)	SAMOOCENA GLOBALNA	136	149
	Samooocena ogólna, niespecyficzna	26	32
	Sfera poznawczo-intelektualna	26	31
	Sfera fizyczna	26	24
	Sfera społeczno-moralna	31	31
	Sfera charakterologiczna	27	31
	FUNKCJONOWANIE INTERPERSONALNE	109	112
	„Inni wobec mnie”	47	53
	Wsparcie	25	28
	Poczucie bezpieczeństwa	22	25
	„Ja wobec innych”	62	59
	Prospołeczność	33	31
	Brak agresywności	29	28
	Obraz świata - nadzieje podstawowa	54	48
	Sensowność, zorganizowanie świata	25	26
	Przychylność świata	29	22
	Obraz życia – skuteczność sprawczość	54	57
	Poczucie skuteczności	30	30
	Poczucie zaradności	24	27
	SKALA KONTROLNA- aprobata społeczna, kłamstwo	23	23
KPŻ – autor: Ryszard Klamut (wyniki – opis sten)	CEL (C)	wysokie	wysokie
	Spójność wewnętrzna (SW)	wysokie	wysokie
	Kontrola życia (KŻ)	wysokie	wysokie
	Akceptacja śmierci (AŚ)	wysokie	wysokie
	Pustka egzystencjonalna (PE)	wysokie	średnie
	Poszukiwanie celów (PC)	średnie	niskie
	Osobowy sens (OS)	wysokie	wysokie
	Równowaga postaw życiowych (RPŻ)	wysokie	wysokie
KKM – autorzy: Maria Kaźmierczak, Mieczysław Płopa	WSPARCIE		
	zorientowane na ogólne samopoczucie męża	wysoki	bardzo wysoki
	zorientowane na konkretne problemy męża	wysoki	wysoki
	Postrzegane wsparcie męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony	bardzo niski	bardzo niski
	postrzegane wsparcie zorientowane na konkretne problemy żony	bardzo niski	niski
	Ocena własnego zachowania	przeciętny	wysoki
	Ocena zachowania męża	bardzo niski	bardzo niski
	ZAANGAŻOWANIE		
	zorientowane na ogólne samopoczucie męża	wysoki	wysoki
	zorientowane na wyrażanie emocji wobec męża	wysoki	wysoki
	Postrzeganie zaangażowania męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony	bardzo niski	bardzo niski
	Postrzeganie zaangażowanie męża zorientowane na wyrażanie emocji wobec żony	bardzo niski	niski
	Ocena własnego zachowania	wysoki	wysoki
	Ocena zachowania męża	bardzo niski	bardzo niski
	DEPREKJACJA		
	Ocena własnego zachowania	przeciętny	przeciętny
	Ocena zachowania męża	bardzo wysoki	bardzo wysoki
Skala Intymności - autor: Katarzyna Kosińska-Dec	Emocjonalna	19	16
	Intelektualna	8	11
	Społeczna	16	12
	Seksualna	18	15
Kwestionariusz	Emocjonalne zaniedbanie		

traktowania w Rodzinie – autorzy: Mary-Louise Engels i Daniel Moisan	Przemoc od matki	32	33
	Przemoc od ojca	37	28
	Wrogie odrzucenie		
	Przemoc od matki	25	27
	Przemoc od ojca	17	19
	Izolowanie		
	Przemoc od matki	13	12
	Przemoc od ojca	12	10
Profil rodziny – autor: Zbigniew Gaś	Skala S – spójność rodziny	6	24
	Skala A – adaptacyjność	12	48
	Skala WZ – wzajemne zrozumienie	10	18
	Skala RR – role rodzinne	42	46
	Skala TR – trudności rozwojowe	14	16
	Skala DR – dezintegracja rodziny	16	14
	Skala PF- poczucie funkcjonalności	0,39	1,18
Skala uczuć pozytywnych i negatywnych – P. Brzozowski	Wynik ogólny: Pozytywne uczucia (PU) C30	niski	bardzo wysoki
	Wynik ogólny: Negatywne uczucia (NU) C30	bardzo wysoki	przeciętny
	Wynik obecny : Pozytywne uczucia (PU) S30	przeciętny	bardzo wysoki
	Wynik obecny: Negatywne uczucia (NU) S30	bardzo wysoki	przeciętny
Zmodyfikowany Kwestionariusz: Sprawca – ofiara – autor: Zdzisław Bartkiewicz	Używa wulgarnych słów	zdarza się często	zdarza się
	Wyśmiewa i przezywa innych	zdarza się często	zdarza się
	Znęca się nad słabszymi	zdarza się często	zdarza się bardzo rzadko
	Robi na złość, dokucza domownikom	zdarza się często	zdarza się często
	Stosuje przemoc fizyczną	zdarza się często	zdarza się często
	Wymusza pieniądze i wartościowe przedmioty	nie zdarza się	zdarza się
	Niszczy przedmioty osobiste nie będące jego własnością	zdarza się często	zdarza się
	Swoim zachowaniem zmusza do posłuszeństwa i usługiwania	zdarza się często	zdarza się często
	Ataki ze strony partnera stały się gwałtowniejsze, brutalniejsze	zdarza się bardzo często	zdarza się często
	Wydziela lub ogranicza pieniądze	zdarza się	zdarza się
	Dotyka mnie w miejsca intymne, gdy tego nie chcę	nie zdarza się	zdarza się bardzo rzadko
	Wymusza zachowania seksualne	nie zdarza się	nie zdarza się
	Zmusza do picia alkoholu	nie zdarza się	nie zdarza się
	Zmusza do kradzieży, żebractwa	nie zdarza się	nie zdarza się
	Zmusza do okłamywania przyjaciół, rodziny	zdarza się często	zdarza się często
	Upija się	zdarza się bardzo często	zdarza się bardzo często
	Grozi używaniem noża	nie zdarza się	nie zdarza się
	Wymusza zachowania seksualne z udziałem innych osób	nie zdarza się	nie zdarza się
	Ogranicza pożywienie	nie zdarza się	nie zdarza się
	Zakłóca wypoczynek nocny	zdarza się	zdarza się często
Motywy podjęcia procesu terapeutycznego	MOTYWACJA	15	
	Opis stenów – motywacja	wysoka	
	Dążenie do poznania i zmiany siebie	4	
	Dążenie do zrozumienia przyczyn i mechanizmów powstawania nałogu alkoholowego	4	
	Dążenie do usunięcia dolegliwości w związku z występowaniem przemocy domowej	4	
	Oczekiwanie uzyskania wtórnych korzyści z uczęszczania na terapię	3	
	CZYNNIKI UTRUDNIAJĄCE	4	
	Opis stenów – czynniki utrudniające	średnie	
	Tendencja do zaprzeczania, że jest się ofiarą przemocy	0	
	Tendencja do unikania uczestnictwa w terapii	1	
	Tendencja do podjęcia terapii ze względu na naciski płynące z otoczenia	3	

Załącznik nr 43. Zestawienie wyników – przed i po terapii.
Przypadek 28, Barbara lat:57

CECHY SPOŁECZNO –DEMOGRAFICZNE badanej		WYNIK BADANIA Z 2011	WYNIK BADANIA Z 2012
Wykształcenie Stan cywilny Sytuacja zawodowa		podstawowe mężatka nie pracuje	podstawowe w separacji pracuje
NARZĘDZIE POMIARU	NAZWA PODSKALI	WYNIK BADANIA Z 2011	WYNIK BADANIA Z 2012
KNIS – autor Ewy Wysockiej (Wynik – WS)	SAMOOCENA GLOBALNA	134	140
	Samooceana ogólna, niespecyficzna	26	28
	Sfera poznawczo-intelektualna	25	29
	Sfera fizyczna	26	29
	Sfera społeczno-moralna	32	30
	Sfera charakterologiczna	25	24
	FUNKCJONOWANIE INTERPERSONALNE	114	102
	„Inni wobec mnie”	58	54
	Wsparcie	29	26
	Poczucie bezpieczeństwa	29	28
	„Ja wobec innych”	56	48
	Prospołeczność	31	23
	Brak agresywności	25	25
	Obraz świata - nadzieje podstawowa	53	57
	Sensowność, zorganizowanie świata	27	27
	Przychylność świata	26	30
	Obraz życia – skuteczność sprawczość	53	51
	Poczucie skuteczności	28	27
	Poczucie zaradności	25	24
	SKALA KONTROLNA- aprobatą społeczną, kłamstwo	24	18
KPŻ – autor: Ryszard Klamut (wyniki – opis ten)	CEL (C)	niskie	niskie
	Spójność wewnętrzna (SW)	średnie	średnie
	Kontrola życia (KŻ)	wysokie	średnie
	Akceptacja śmierci (AŚ)	wysokie	wysokie
	Pustka egzystencjonalna (PE)	wysokie	średnie
	Poszukiwanie celów (PC)	niskie	niskie
	Osobowy sens (OS)	niskie	średnie
	Równowaga postaw życiowych (RPŻ)	średnie	wysokie
KKM – autorzy: Maria Kaźmierczak, Mieczysław Płopa	WSPARCIE		
	zorientowane na ogólne samopoczucie męża	przeciętny	wysoki
	zorientowane na konkretne problemy męża	przeciętny	przeciętny
	Postrzegane wsparcie męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony	bardzo niski	bardzo niski
	postrzegane wsparcie zorientowane na konkretne problemy żony	niski	przeciętny
	Ocena własnego zachowania	niski	niski
	Ocena zachowania męża	bardzo niski	niski
	ZAANGAŻOWANIE		
	zorientowane na ogólne samopoczucie męża	niski	przeciętny
	zorientowane na wyrażanie emocji wobec męża	przeciętny	przeciętny
	Postrzeganie zaangażowania męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony	przeciętny	niski
	Postrzegane zaangażowanie męża zorientowane na wyrażanie emocji wobec żony	bardzo niski	niski
	Ocena własnego zachowania	niski	przeciętny
	Ocena zachowania męża	niski	niski
	DEPREKJACJA		
	Ocena własnego zachowania	przeciętny	przeciętny
	Ocena zachowania męża	wysoki	bardzo wysoki
Skala Intymności - autor: Katarzyna Kosińska-Dec	Emocjonalna	17	18
	Intelektualna	11	11
	Społeczna	12	12
	Seksualna	13	14
Kwestionariusz	Emocjonalne zaniedbanie		

traktowania w Rodzinie – autorzy: Mary-Louise Engels i Daniel Moisan	Przemoc od matki	9	11
	Przemoc od ojca	17	23
	Wrogie odrzucenie		
	Przemoc od matki	3	7
	Przemoc od ojca	8	10
	Izolowanie		
	Przemoc od matki	5	11
	Przemoc od ojca	11	13
Profil rodziny – autor: Zbigniew Gaś	Skala S – spójność rodziny	9	24
	Skala A – adaptacyjność	18	48
	Skala WZ – wzajemne zrozumienie	16	20
	Skala RR – role rodzinne	16	38
	Skala TR – trudności rozwojowe	4	16
	Skala DR – dezintegracja rodziny	12	14
	Skala PF- poczucie funkcjonalności	1,34	1,35
Skala uczuć pozytywnych i negatywnych – P. Brzozowski	Wynik ogólny: Pozytywne uczucia (PU) C30	wysoki	bardzo wysoki
	Wynik ogólny: Negatywne uczucia (NU) C30	przeciętny	przeciętny
	Wynik obecny : Pozytywne uczucia (PU) S30	wysoki	bardzo wysoki
	Wynik obecny: Negatywne uczucia (NU) S30	bardzo wysoki	przeciętny
Zmodyfikowany Kwestionariusz: Sprawca – ofiara – autor: Zdzisław Bartkiewicz	Używa wulgarnych słów	zdarza się bardzo często	zdarza się często
	Wyśmiewa i przezywa innych	zdarza się bardzo często	zdarza się często
	Znęca się nad słabszymi	zdarza się bardzo często	zdarza się często
	Robi na złość, dokucza domownikom	zdarza się często	zdarza się
	Stosuje przemoc fizyczną	zdarza się bardzo często	zdarza się często
	Wymusza pieniądze i wartościowe przedmioty	nie zdarza się	nie zdarza się
	Niszczy przedmioty osobiste nie będące jego własnością	nie zdarza się	nie zdarza się
	Swoim zachowaniem zmusza do posłuszeństwa i usługiwania	zdarza się bardzo często	zdarza się często
	Ataki ze strony partnera stały się gwałtowniejsze, brutalniejsze	zdarza się bardzo często	zdarza się często
	Wydziela lub ogranicza pieniądze	zdarza się bardzo rzadko	zdarza się
	Dotyka mnie w miejsca intymne, gdy tego nie chcę	zdarza się bardzo rzadko	zdarza się bardzo rzadko
	Wymusza zachowania seksualne	zdarza się bardzo rzadko	zdarza się bardzo rzadko
	Zmusza do picia alkoholu	nie zdarza się	nie zdarza się
	Zmusza do kradzieży, żebractwa	nie zdarza się	nie zdarza się
	Zmusza do okłamywania przyjaciół, rodziny	nie zdarza się	nie zdarza się
	Upija się	zdarza się bardzo często	zdarza się często
	Grozi używaniem noża	nie zdarza się	nie zdarza się
	Wymusza zachowania seksualne z udziałem innych osób	nie zdarza się	nie zdarza się
	Ogranicza pożywienie	nie zdarza się	nie zdarza się
	Zakłóca wypoczynek nocny	zdarza się bardzo często	zdarza się często
Motywy podjęcia procesu terapeutycznego	MOTYWACJA	17	
	Opis stenów – motywacja	wysoki	
	Dążenie do poznania i zmiany siebie	4	
	Dążenie do zrozumienia przyczyn i mechanizmów powstawania nałogu alkoholowego	4	
	Dążenie do usunięcia dolegliwości w związku z występowaniem przemocy domowej	4	
	Oczekiwanie uzyskania wtórnych korzyści z uczęszczania na terapię	5	
	CZYNNIKI UTRUDNIAJĄCE	1	
	Opis stenów – czynniki utrudniające	niski	
	Tendencja do zaprzeczania, że jest się ofiarą przemocy	0	
	Tendencja do unikania uczestnictwa w terapii	0	
	Tendencja do podjęcia terapii ze względu na naciski płynące z otoczenia	1	

Załącznik nr 44. Zestawienie wyników – przed i po terapii.
Przypadek 29, Maria lat:61

CECHY SPOŁECZNO –DEMOGRAFICZNE badanej		WYNIK BADANIA Z 2011	WYNIK BADANIA Z 2012
Wykształcenie Stan cywilny Sytuacja zawodowa		podstawowe mężatka nie pracuje	podstawowe rozwidziona jest na emeryturze
NARZĘDZIE POMIARU	NAZWA PODSKALI	WYNIK BADANIA Z 2011	WYNIK BADANIA Z 2012
KNIS – autor Ewy Wysockiej (Wynik – WS)	SAMOOCENA GLOBALNA	145	148
	Samooceana ogólna, niespecyficzna	26	31
	Sfera poznawczo-intelektualna	28	27
	Sfera fizyczna	27	27
	Sfera społeczno-moralna	35	31
	Sfera charakterologiczna	29	32
	FUNKCJONOWANIE INTERPERSONALNE	100	118
	„Inni wobec mnie”	41	64
	Wsparcie	21	31
	Poczucie bezpieczeństwa	20	33
	„Ja wobec innych”	59	54
	Prospołeczność	31	31
	Brak agresywności	28	23
	Obraz świata - nadzieje podstawowa	53	53
	Sensowność, zorganizowanie świata	28	25
	Przychylność świata	25	28
	Obraz życia – skuteczność sprawczość	57	60
	Poczucie skuteczności	33	30
	Poczucie zaradności	24	30
	SKALA KONTROLNA- aprobatą społeczną, kłamstwo	22	24
KPŻ – autor: Ryszard Klamut (wyniki – opis sten)	CEL (C)	niskie	średnie
	Spójność wewnętrzna (SW)	niskie	niskie
	Kontrola życia (KŻ)	niskie	niskie
	Akceptacja śmierci (AŚ)	wysokie	średnie
	Pustka egzystencjonalna (PE)	wysokie	średnie
	Poszukiwanie celów (PC)	wysokie	niskie
	Osobowy sens (OS)	niskie	niskie
	Równowaga postaw życiowych (RPŻ)	niskie	średnie
KKM – autorzy: Maria Kaźmierczak, Mieczysław Płopa	WSPARCIE		
	zorientowane na ogólne samopoczucie męża	przeciętny	przeciętny
	zorientowane na konkretne problemy męża	wysoki	przeciętny
	Postrzegane wsparcie męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony	bardzo niski	bardzo niski
	postrzegane wsparcie zorientowane na konkretne problemy żony	bardzo niski	bardzo niski
	Ocena własnego zachowania	niski	niski
	Ocena zachowania męża	bardzo niski	bardzo niski
	ZAANGAŻOWANIE		
	zorientowane na ogólne samopoczucie męża	przeciętny	przeciętny
	zorientowane na wyrażanie emocji wobec męża	przeciętny	przeciętny
	Postrzeganie zaangażowania męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony	bardzo niski	bardzo niski
	Postrzeganie zaangażowanie męża zorientowane na wyrażanie emocji wobec żony	niski	niski
	Ocena własnego zachowania	przeciętny	niski
	Ocena zachowania męża	bardzo niski	bardzo niski
	DEPREKJACJA		
	Ocena własnego zachowania	przeciętny	przeciętny
	Ocena zachowania męża	bardzo wysoki	bardzo wysoki
Skala Intymności - autor: Katarzyna Kosińska-Dec	Emocjonalna	17	18
	Intelektualna	8	8
	Społeczna	12	13
	Seksualna	14	12
Kwestionariusz	Emocjonalne zaniedbanie		

traktowania w Rodzinie – autorzy: Mary-Louise Engels i Daniel Moisan	Przemoc od matki	0	0
	Przemoc od ojca	9	21
	Wrogie odrzucenie		
	Przemoc od matki	3	2
	Przemoc od ojca	8	13
	Izolowanie		
	Przemoc od matki	0	3
	Przemoc od ojca	1	3
Profil rodziny – autor: Zbigniew Gaś	Skala S – spójność rodziny	3	18
	Skala A – adaptacyjność	6	36
	Skala WZ – wzajemne zrozumienie	12	20
	Skala RR – role rodzinne	42	46
	Skala TR – trudności rozwojowe	14	18
	Skala DR – dezintegracja rodziny	16	16
	Skala PF- poczucie funkcjonalności	0,29	0,93
Skala uczuć pozytywnych i negatywnych – P. Brzozowski	Wynik ogólny: Pozytywne uczucia (PU) C30	wysoki	bardzo wysoki
	Wynik ogólny: Negatywne uczucia (NU) C30	bardzo wysoki	przeciętny
	Wynik obecny : Pozytywne uczucia (PU) S30	niski	bardzo wysoki
	Wynik obecny: Negatywne uczucia (NU) S30	bardzo wysoki	przeciętny
Zmodyfikowany Kwestionariusz: Sprawca – ofiara – autor: Zdzisław Bartkiewicz	Używa wulgarnych słów	zdarza się często	zdarza się często
	Wyśmiewa i przezywa innych	zdarza się często	zdarza się
	Znęca się nad słabszymi	zdarza się	zdarza się
	Robi na złość, dokucza domownikom	zdarza się bardzo często	zdarza się często
	Stosuje przemoc fizyczną	zdarza się bardzo często	zdarza się często
	Wymusza pieniądze i wartościowe przedmioty	zdarza się	zdarza się
	Niszczy przedmioty osobiste nie będące jego własnością	zdarza się	zdarza się
	Swoim zachowaniem zmusza do posłuszeństwa i usługiwania	zdarza się często	zdarza się bardzo często
	Ataki ze strony partnera stały się gwałtowniejsze, brutalniejsze	zdarza się często	zdarza się
	Wydziela lub ogranicza pieniądze	zdarza się często	zdarza się
	Dotyka mnie w miejsca intymne, gdy tego nie chcę	zdarza się bardzo rzadko	nie zdarza się
	Wymusza zachowania seksualne	zdarza się bardzo rzadko	nie zdarza się
	Zmusza do picia alkoholu	zdarza się	nie zdarza się
	Zmusza do kradzieży, żebractwa	nie zdarza się	nie zdarza się
	Zmusza do okłamywania przyjaciół, rodziny	zdarza się bardzo często	zdarza się często
	Upija się	zdarza się bardzo często	zdarza się bardzo często
	Grozi używaniem noża	zdarza się	zdarza się bardzo rzadko
	Wymusza zachowania seksualne z udziałem innych osób	nie zdarza się	nie zdarza się
	Ogranicza pożywienie	zdarza się często	zdarza się bardzo rzadko
	Zakłóca wypoczynek nocny	zdarza się bardzo często	zdarza się
Motywy podjęcia procesu terapeutycznego	MOTYWACJA	17	
	Opis stenów – motywacja	wysoka	
	Dążenie do poznania i zmiany siebie	4	
	Dążenie do zrozumienia przyczyn i mechanizmów powstawania nałogu alkoholowego	4	
	Dążenie do usunięcia dolegliwości w związku z występowaniem przemocy domowej	4	
	Oczekiwanie uzyskania wtórnych korzyści z uczęszczania na terapię	5	
	CZYNNIKI UTRUDNIAJĄCE	2	
	Opis stenów – czynniki utrudniające	niskie	
	Tendencja do zaprzeczania, że jest się ofiarą przemocy	0	
	Tendencja do unikania uczestnictwa w terapii	0	
	Tendencja do podjęcia terapii ze względu na naciski płynące z otoczenia	2	

Załącznik nr 45. Zestawienie wyników – przed i po terapii.
Przypadek 30, Elżbieta lat:44

CECHY SPOŁECZNO –DEMOGRAFICZNE badanej		WYNIK BADANIA Z 2011	WYNIK BADANIA Z 2012
Wykształcenie Stan cywilny Sytuacja zawodowa		średnie mężatka nie pracuje	średnie rozwidziona pracuje
NARZĘDZIE POMIARU	NAZWA PODSKALI	WYNIK BADANIA Z 2011	WYNIK BADANIA Z 2012
KNIS – autor Ewy Wysockiej (Wynik – WS)	SAMOOCENA GLOBALNA	168	173
	Samooceana ogólna, niespecyficzna	34	34
	Sfera poznawczo-intelektualna	30	36
	Sfera fizyczna	33	33
	Sfera społeczno-moralna	38	36
	Sfera charakterologiczna	33	34
	FUNKCJONOWANIE INTERPERSONALNE	126	122
	„Inni wobec mnie”	69	62
	Wsparcie	38	31
	Poczucie bezpieczeństwa	31	31
	„Ja wobec innych”	57	60
	Prospołeczność	34	33
	Brak agresywności	23	27
	Obraz świata - nadzieje podstawowa	61	57
	Sensowność, zorganizowanie świata	32	28
	Przychylność świata	29	29
	Obraz życia – skuteczność sprawczość	66	65
	Poczucie skuteczności	37	33
	Poczucie zaradności	29	32
	SKALA KONTROLNA- aprobatą społeczną, kłamstwo	25	23
KPŻ – autor: Ryszard Klamut (wyniki – opis ten)	CEL (C)	średnie	wysokie
	Spójność wewnętrzna (SW)	wysokie	średnie
	Kontrola życia (KŻ)	wysokie	wysokie
	Akceptacja śmierci (AŚ)	średnie	średnie
	Pustka egzystencjonalna (PE)	średnie	wysokie
	Poszukiwanie celów (PC)	wysokie	wysokie
	Osobowy sens (OS)	średnie	wysokie
	Równowaga postaw życiowych (RPŻ)	średnie	średnie
KKM – autorzy: Maria Kaźmierczak, Mieczysław Płopa	WSPARCIE		
	zorientowane na ogólne samopoczucie męża	wysoki	wysoki
	zorientowane na konkretne problemy męża	przeciętny	wysoki
	Postrzegane wsparcie męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony	bardzo niski	bardzo niski
	postrzegane wsparcie zorientowane na konkretne problemy żony	bardzo niski	niski
	Ocena własnego zachowania	przeciętny	przeciętny
	Ocena zachowania męża	bardzo niski	bardzo niski
	ZAANGAŻOWANIE		
	zorientowane na ogólne samopoczucie męża	przeciętny	niski
	zorientowane na wyrażanie emocji wobec męża	wysoki	przeciętny
	Postrzeganie zaangażowania męża zorientowane na ogólne samopoczucie żony	bardzo niski	bardzo niski
	Postrzeganie zaangażowanie męża zorientowane na wyrażanie emocji wobec żony	bardzo niski	niski
	Ocena własnego zachowania	przeciętny	niski
	Ocena zachowania męża	bardzo niski	bardzo niski
	DEPREKJACJA		
	Ocena własnego zachowania	przeciętny	wysoki
	Ocena zachowania męża	bardzo wysoki	bardzo wysoki
Skala Intymności - autor: Katarzyna Kosińska-Dec	Emocjonalna	18	16
	Intelektualna	5	8
	Społeczna	11	13
	Seksualna	14	13
Kwestionariusz	Emocjonalne zaniedbanie		

traktowania w Rodzinie – autorzy: Mary-Louise Engels i Daniel Moisan	Przemoc od matki	32	34
	Przemoc od ojca	22	25
	Wrogie odrzucenie		
	Przemoc od matki	11	11
	Przemoc od ojca	14	16
	Izolowanie		
	Przemoc od matki	9	8
	Przemoc od ojca	3	3
Profil rodziny – autor: Zbigniew Gaś	Skala S – spójność rodziny	6	26
	Skala A – adaptacyjność	12	52
	Skala WZ – wzajemne zrozumienie	20	22
	Skala RR – role rodzinne	32	46
	Skala TR – trudności rozwojowe	12	14
	Skala DR – dezintegracja rodziny	12	12
	Skala PF- poczucie funkcjonalności	0,68	1,39
Skala uczuć pozytywnych i negatywnych – P.Brzozowski	Wynik ogólny: Pozytywne uczucia (PU) C30	przeciętny	bardzo wysoki
	Wynik ogólny: Negatywne uczucia (NU) C30	bardzo wysoki	przeciętny
	Wynik obecny : Pozytywne uczucia (PU) S30	niski	bardzo wysoki
	Wynik obecny: Negatywne uczucia (NU) S30	bardzo wysoki	przeciętny
Zmodyfikowany Kwestionariusz: Sprawca – ofiara – autor: Zdzisław Bartkiewicz	Używa wulgarnych słów	zdarza się bardzo często	zdarza się bardzo często
	Wyśmiewa i przezywa innych	zdarza się często	zdarza się
	Znęca się nad słabszymi	zdarza się często	zdarza się
	Robi na złość, dokucza domownikom	zdarza się bardzo często	zdarza się często
	Stosuje przemoc fizyczną	zdarza się bardzo często	zdarza się
	Wymusza pieniądze i wartościowe przedmioty	zdarza się bardzo często	zdarza się
	Niszczy przedmioty osobiste nie będące jego własnością	zdarza się często	zdarza się
	Swoim zachowaniem zmusza do posłuszeństwa i usługiwania	zdarza się bardzo często	zdarza się często
	Ataki ze strony partnera stały się gwałtowniejsze, brutalniejsze	zdarza się często	zdarza się często
	Wydziela lub ogranicza pieniądze	zdarza się często	zdarza się często
	Dotyka mnie w miejsca intymne, gdy tego nie chcę	zdarza się często	zdarza się bardzo rzadko
	Wymusza zachowania seksualne	zdarza się	zdarza się bardzo rzadko
	Zmusza do picia alkoholu	zdarza się	zdarza się bardzo rzadko
	Zmusza do kradzieży, żebractwa	nie zdarza się	nie zdarza się
	Zmusza do okłamywania przyjaciół, rodziny	zdarza się często	zdarza się często
	Upija się	zdarza się bardzo często	zdarza się bardzo często
	Grozi używaniem noża	zdarza się	nie zdarza się
	Wymusza zachowania seksualne z udziałem innych osób	nie zdarza się	nie zdarza się
	Ogranicza pożywienie	zdarza się często	zdarza się
	Zakłóca wypoczynek nocny	zdarza się bardzo często	zdarza się często
Motywy podjęcia procesu terapeutycznego	MOTYWACJA	16	
	Opis stenów – motywacja	wysoka	
	Dążenie do poznania i zmiany siebie	4	
	Dążenie do zrozumienia przyczyn i mechanizmów powstawania nałogu alkoholowego	4	
	Dążenie do usunięcia dolegliwości w związku z występowaniem przemocy domowej	4	
	Oczekiwanie uzyskania wtórnych korzyści z uczęszczania na terapię	4	
	CZYNNIKI UTRUDNIAJĄCE	2	
	Opis stenów – czynniki utrudniające	niskie	
	Tendencja do zaprzeczania, że jest się ofiarą przemocy	0	
	Tendencja do unikania uczestnictwa w terapii	0	
	Tendencja do podjęcia terapii ze względu na naciski płynące z otoczenia	2	

