

Agnieszka Grygorczuk, Krzysztof Dzierżanowski, Tomasz Kiluk
Samodzielny Publiczny Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. dr. St. Deresza

Mechanizmy psychologiczne występujące w relacji ofiara–sprawca przemocy

Psychological mechanisms found in a victim–violence perpetrator relation

Abstract

The article concerns an issue of family violence. This issue, contrary to all appearances, isn't infrequent phenomenon in Polish houses. Authors present psychological mechanisms that manage the relation of perpetrator–victim and describe characteristic features of both sides. Also, the article takes note of a role of health service in stopping a violence cycle, helping the victim and the perpetrator, as well as softening physical and mental effects of the violence. *Psychiatria 2009; 6, 2: 61–65*

key words: family, violence, perpetrator, victim

Rodzina jest strukturą występującą we wszystkich społeczeństwach i epokach. Jej funkcje zawsze były podobne i mimo postępu cywilizacyjnego niewiele się zmieniły. Wydaje się, że jedną z podstawowych funkcji jest socjalizacja, czyli wprowadzenie nowych członków rodziny w krąg norm i mechanizmów życia społecznego oraz przygotowanie ich do pełnienia określonych ról społecznych. Niezbędnym warunkiem pomyślnego przebiegu tego procesu jest stworzenie środowiska opartego na poczuciu bezpieczeństwa i akceptacji oraz zapewniającego równowagę emocjonalną i stabilizację, a przez to sprzyjającego rozwojowi potencjalnych możliwości jednostki. W definicji rodziny można również odnaleźć zachowania, takie jak wzajemna pomoc i opieka jej członków w sytuacjach losowych, na przykład choroby czy śmierci jednego z nich [1]. Wiele rodzin nie spełnia jednak wymienionych kryteriów, mijając się z obowiązkami nakładanymi im przez społeczeństwo.

Dom rodzinny bywa miejscem, w którym dochodzi do aktów agresji bardzo często ukrywanych przed otoczeniem. Na światło dzienne wychodzą one dopiero w obliczu tragedii. Przemoc domowa zdarza się zarówno w rodzinach wywodzących się ze środowisk patologicznych, jak również w tak zwanych „dobrych domach”. Raz zaistniała agresja pozostaje w rodzinie, powtarza się i nasila. Jej najczęstszymi ofiarami są kobiety, dzieci i osoby starsze, sporadycznie także mężczyźni. Przemoc w rodzinie to działanie intencjonalne, wykorzystujące przewagę sił, skierowane przeciwko jej członkom, naruszające prawa i dobra osobiste i, co najważniejsze, powodujące cierpienie fizyczne i psychiczne ofiary. Głównym celem osób stosujących przemoc domową jest wywarcie określonego wpływu na członków swojej rodziny, podporządkowanie ich i uzyskanie nad nimi kontroli. Bardzo często sprawcy wykorzystują przemoc fizyczną, ale nierzadko dochodzi również do przemocy psychicznej, seksualnej czy ekonomicznej [2]. W niniejszym artykule opisane zostaną mechanizmy psychologiczne leżące u podłoża relacji sprawca–ofiara oraz krótkie charakterystyki każdej ze stron interakcji.

Badaniem zjawiska przemocy w rodzinie zajmują się obecnie zarówno socjologia, jak i psychologia, jed-

Adres do korespondencji:

lek. Agnieszka Grygorczuk
SPPZOZ im. dr. St. Deresza
ul: Plac Z. Brodowicza 1, 16–070 Choroszcz
tel.: 502 260 820
e-mail: agrygorczuk@gmail.com

nak nadal nie ma zgodności co do wywołujących ją mechanizmów. Psychologia wypracowała dwa modele tego zjawiska: tradycyjny, skoncentrowany na cechach indywidualnych oraz nowszy, oparty na interakcjach. Modelem integrującym obie dziedziny jest tak zwany model psychospołeczny [3]. Został on opracowany przez badaczy amerykańskich i zakłada, że kombinacja niekorzystnych czynników środowiskowych kształtuje specyficzny styl interakcji w rodzinie, który może prowadzić do pojawienia się w niej aktów przemocy. Aby zrozumieć to skomplikowane zjawisko, należy więc nie tylko poznać portret ofiary i sprawcy, ale również przyrzeć się środowisku, w którym wspólnie funkcjonują.

Ofiara

Członek rodziny przyjmujący rolę ofiary charakteryzuje się najczęściej zespołem cech, które ułatwiają sprawcy przemocy jej stosowanie. Akty agresji dotyczą przede wszystkim jednostek słabszych fizycznie, a więc najczęściej kobiet i dzieci. Nierzadko kobiety te dodatkowo są w złym stanie fizycznym ze względu na ciężę czy doznane wcześniejsze urazy, jak również w złym stanie psychicznym. Chroniczne poczucie zagrożenia oraz bezsilność wobec zaistniałej sytuacji to przyczyny załamania się równowagi psychicznej, objawiającego się zaburzeniami nastroju (depresja, lęk), uzależnieniami, objawami zespołu stresu pourazowego, a nawet samobójstwami [4]. Ofiary przemocy domowej najczęściej nadużywają takich substancji, jak alkohol, benzodiazepiny lub środki psychoaktywne. Sięgają po nie w celu zmniejszenia fizycznego oraz psychicznego bólu (poczucie ulgi), aby poprawić swoje funkcjonowanie w ciągu dnia i ułatwić zasypianie w nocy bądź w celu poprawy obrazu własnej osoby.

Sprawca przemocy domowej zależy na tym, aby ofiara nie miała do kogo zwrócić się o pomoc. Brak wsparcia ze strony krewnych, przyjaciół czy sąsiadów utwierdza kobiety w przekonaniu, że sytuacja ich jest beznadziejna a agresji nie można zatrzymać [5]. Stąd w obliczu przemocy doznawanej ze strony partnerów najczęściej stosują bierne mechanizmy radzenia sobie — unikanie prowokacyjnych zachowań czy minimalizowanie obrażeń w kontakcie ze sprawcą [4]. Często również sięgają po alkohol lub narkotyki, bądź same wycofują się z kontaktów społecznych [6]. Pozytywne mechanizmy radzenia sobie — poszukiwanie wsparcia społecznego — kończy się najczęściej rozczarowaniem i utwierdza maltretowaną kobietę w przekonaniu o bezcelowości tego typu działań. Izolację społeczną nasila dodatkowo nieudolność lub

nawet wrogość instytucji, takich jak policja, służba socjalna czy ochrona zdrowia.

Niska samoocena, przypisywanie sobie odpowiedzialności za akty agresji oraz tak zwane zniekształcone atrybucje [7] (chwilowe, zewnętrzne, o ograniczonym zasięgu) powodują całkowite podporządkowanie się sprawcy, pozostawanie z nim w związku, a nawet ukształtowanie się tak zwanego ambiwalentnego poczucia lojalności [8], czyli usprawiedliwianie jego zachowań. Brak pracy oraz trudne warunki ekonomiczne umacniają zależność ofiary od sprawcy.

Sprawca

Sprawcami przemocy domowej są najczęściej mężczyźni. W większości przypadków nie różnią się znacznie pod względem cech osobowości od mężczyzn niestosujących przemocy, aczkolwiek są od nich mniej asertywni, charakteryzują się również niską samooceną, słabymi umiejętnościami społecznymi [9], nie potrafią kontrolować swojego gniewu, są kłótlivi i skłonni do rękoczynów, co zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia zachowań antyspołecznych. Holtzworth-Munroe i Stuart [10] wyróżnili trzy typy takich mężczyzn:

- agresorzy wyłącznie rodzinni, stosujący przemoc tylko w stosunku do członków swojej rodziny, bez oznak psychopatologii (około 50% sprawców przemocy);
- agresorzy z pogranicza, dysforyczni z zaburzeniami psychicznymi i emocjonalnymi, dopuszczający się również aktów przestępczych poza kręgiem rodzinnym (25% sprawców);
- agresorzy antyspołeczni dopuszczający się przemocy zarówno w rodzinie, jak i poza nią. Stosują przemoc fizyczną, seksualną oraz psychiczną. Często nadużywają alkoholu bądź są uzależnieni od narkotyków (25% sprawców).

Ze względu na niską tolerancję frustracji mężczyźni ci muszą dość szybko rozładować związane z nią napięcie, a „najbezpieczniejszym” miejscem ku temu jest dom rodzinny, gdzie nie ma tak wyrażonej społecznej i prawnej kontroli nad tego typu zachowaniem. Często sami prowokują kłótnie, będąc pod wpływem alkoholu czy narkotyków. Chociaż niektórzy badacze zjawiska przemocy w rodzinie twierdzą z całą stanowczością, że używki te nie są przyczyną agresywnego zachowania, a jedynie usprawiedliwieniem [11, 12]. Charakterystyczne w obrazie sprawcy przemocy są również deficyty poznawcze przejawiające się zaburzoną postrzeganiem ofiary przez zarzucanie na nią odpowiedzialności za swój gniew, brak empatii i oczekiwanie zrozumienia gwałtowne-

go zachowania. Poza tym agresor wymaga od ofiary zaspokojenia jego różnorodnych potrzeb, nie licząc się z jej aktualnymi możliwościami [13].

Napięcie i frustrację budzić mogą także, bardzo częste w rodzinach doświadczających przemocy, problemy finansowe związane z bezrobociem, złe warunki mieszkaniowe i brak wsparcia społecznego. Stosowanie przemocy może więc być jedynym sposobem kontroli społecznego i fizycznego otoczenia. Bardzo często takie właśnie wzorce sprawcy wnoszą z domów rodzinnych jako najskuteczniejszy sposób osiągnięcia zamierzonego celu.

Liczne deficyty w różnych obszarach funkcjonowania społecznego przyczyniają się do izolacji sprawcy z najbliższego otoczenia. Tym samym ofiara staje się jedną z nielicznych osób, która mu towarzyszy. Agresor stara się więc wszelkimi możliwymi sposobami zatrzymać ją przy sobie. Jest zazdrosny, zaborczy i boi się porzucenia. Stopniowo maltretowana kobieta zostaje zniewolona i czasami nawet przez wiele lat może pozostawać w krzywdzącym ją związku. Najważniejszymi zjawiskami psychologicznymi, które wspierają ową relację są:

- „pranie mózgu”;
- syndrom wyuczonej bezradności;
- „syndrom sztokholmski”;
- efekt „psychologicznej pułapki” [14].

Efekt „psychologicznej pułapki” jest modelem opartym na teorii dysonansu poznawczego Festingera [15]. Polega on na tym, że ofiara przemocy jest przekonana, że zbyt wiele zainwestowała w stworzenie, a następnie utrzymanie związku małżeńskiego, aby go mogła tak łatwo porzucić. Czuje się odpowiedzialna za zaistniałą sytuację i najczęściej sobie przypisuje winę za agresywne zachowania męża. Dąży zatem za wszelką cenę do poprawy relacji poprzez całkowite dostosowanie się do wymagań partnera. Najczęściej nie przynosi to zamierzonego efektu. Ofiara, biorąc na siebie liczne obowiązki, w pewnym momencie nie jest w stanie im sprostać, co utwierdza ją w przekonaniu o własnej nieporadności i zasłużonym gniewie męża. To prowadzi do poczucia, że cokolwiek by zrobiła, nie będzie to miało żadnego znaczenia. Powyższe zjawisko zostało nazwane przez Seligmana wyuczoną bezradnością [16]. U osób doświadczających przemocy rozwija się na bazie doświadczeń z dzieciństwa oraz związków w życiu dorosłym. Czynnikiem wysokiego ryzyka rozwoju wyuczonej bezradności są: przemoc fizyczna, gwałt, przymuszenie do nieakceptowanych form współżycia oraz groźby pozbawienia życia. Skutkiem wyuczonej bezradności są natomiast deficyty w funkcjono-

waniu jednostki zarówno w obszarze poznawczym oraz motywacyjnym i emocjonalnym. Ofiara jest przekonana, że nikt nie jest w stanie jej pomóc, a sytuacja w jakiej się znalazła, nie może być pozytywnie rozwiązana [17–19]. Dlatego też maltretowane kobiety pozostają bierne wobec przemocy, nie podejmują działań, aby ją przerwać. Skutkiem tego jest rozwój stanów lękowych, depresji i apatii. Kobiety często same próbują poradzić sobie z nieprzyjemnymi stanami, sięgając po alkohol czy środki psychoaktywne.

Kolejnym mechanizmem podtrzymującym patologiczny związek między kobietą a mężczyzną jest tak zwana „więź traumatyczna” lub „paradoksalna wdzięczność”. Opisuje się ją jako paradoksalną reakcję obronną ofiary przejawiającą się swoistym uwielbieniem sprawcy. Czynnikiem ryzyka w rozwoju tego syndromu, zwanego również „syndromem sztokholmskim”, są:

- realne zagrożenie życia ofiary;
- całkowita zależność od sprawcy;
- pozbawienie ofiary kontaktu ze światem zewnętrznym;
- zachowanie sprawcy nacechowane swego rodzaju uprzejmością.

Całkowite podporządkowanie się sprawcy następuje także po zastosowaniu przemocy emocjonalnej, której istotę stanowi „pranie mózgu” [20]. Prowadzi ono do całkowitej degradacji własnego obrazu, a co za tym idzie — utraty poczucia własnej wartości. Ofiara staje się bezwolnym narzędziem w rękach agresora, ponieważ została wyzuta przez niego z jakichkolwiek własnych przekonań i pozostawiona bez prawa do własnych myśli, uczuć, a tym bardziej działań. Sprawca tworzy swój własny świat, w który wprowadza maltretowaną kobietę, dając jej wyraźnie do zrozumienia, że nie ma stąd ucieczki. Ofiara pozostaje pod jego pełną kontrolą przeżywając poczucie winy, lęk i smutek. Techniki „prania mózgu”, jakie stosują sprawcy przemocy w rodzinie, polegają głównie na:

- izolowaniu ofiary ze środowiska tak, aby nie mogła otrzymać pomocy i pozostawała pod całkowitą kontrolą sprawcy;
- podporządkowaniu ofiary poprzez wymuszanie drobnych przysług;
- dezorientację ofiary w sytuacji polegającą na stosowaniu na przemian kary i nagrody. Zadaniem tych ostatnich jest podtrzymywanie w niej nadziei na pozytywną zmianę;
- obarczanie ofiary obowiązkami ponad jej siły, a następnie karanie za to, że sobie z nimi nie radzi,

- wzbudzanie w ofierze poczucia zagrożenia i niepewności co do mającej nastąpić przyszłości;
- upewnianie ofiary w przekonaniu o wszechmocy sprawcy.

Wszystkie wymienione metody są stosowane przez sprawców świadomie, a ich głównym celem jest całkowite podporządkowanie sobie ofiary, pozbawienie jej woli walki i chęci zmiany swojej dramatycznej sytuacji. Z jednej strony jest to spowodowane lękiem przed porzuceniem, a z drugiej pragnieniem siły i chęcią kontrolowania otoczenia przez sprawcę. Oba motywy wynikają najczęściej z niskiej samooceny agresora. Wydaje się więc, że aby przerwać cykl przemocy, należy pomóc nie tylko ofierze, lecz także sprawcy. Pracownicy ochrony zdrowia w swojej codziennej praktyce spotykają zarówno maltretowane kobiety i dzieci, jak też ich oprawców. Dotyczy to w szczególności psychologów i lekarzy psychiatrów. To oni właśnie powinni zachować szczególną czujność i zapoznać się z zaleceniami Ogólnopolskiego Pogotowia dla Ofiar Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia”. Zgodnie z nimi zadaniem placówek ochrony zdrowia jest nie tylko udzielenie pomocy medycznej ofiarom przemocy, ale także:

- „rozpoznanie sygnałów świadczących o występowaniu przemocy, szczególnie gdy ofiary bądź świadkowie próbują to ukryć;
- umiejętność przeprowadzenia rozmowy umożliwiającej rozpoznanie form przemocy i częstotliwości jej występowania;
- poinformowanie ofiar o możliwościach szukania pomocy;
- wystawienie na prośbę poszkodowanych zaświadczenia lekarskiego o stwierdzonych obrażeniach;
- poinformowanie ofiar o miejscach i warunkach wystawienia obdukcji;
- w przypadku stwierdzenia takiej konieczności lub na prośbę poszkodowanych powiadomienie in-

nych służb, na przykład pomocy społecznej, policji, gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych;

- w przypadku stwierdzenia podczas badania lub podejrzenia popełnienia przestępstwa — na przykład ślady ciężkiego uszkodzenia ciała, ślady podejrzanych oparzeń, wykorzystania seksualnego — powiadomienie organów ścigania” [21].

Pomocą psychologiczną powinni być również objęci sprawcy przemocy. W części przypadków niezbędne jest zdiagnozowanie ich pod kątem takich schorzeń, jak: choroby psychiczne, padaczka skroniowa, organiczne uszkodzenia mózgu czy uzależnienie od alkoholu. Choroby te bowiem wiążą się z upośledzoną kontrolą agresywnych zachowań i często występują w populacji mężczyzn — sprawców przemocy domowej [20]. Wymierzenie zasłużonej kary nie powinno być więc jedynym krokiem podjętym w celu przerwania cyklu przemocy. Niezmiernie istotne wydaje się również podjęcie przez sprawcę terapii stosowanej do wcześniej postawionej diagnozy, na przykład terapia uzależnień, leczenie choroby psychicznej i tym podobnych. Ważną rolę w tym procesie mogą i powinny odgrywać służby medyczne.

Podsumowując, należy podkreślić, że przemoc domowa w obecnych czasach nie jest zjawiskiem marginalnym. Wbrew potocznym opiniom dotyczy wszystkich warstw społecznych niezależnie od wykształcenia i statusu socjoekonomicznego. Należy pamiętać, że przemoc nie zawsze musi manifestować się fizycznym uszkodzeniem ciała, istnieje bowiem także maltretowanie psychiczne. Przemoc raz zaistniała najczęściej powtarza się i eskaluje, dlatego nie wolno bagatelizować prośby ofiary o pomoc. Akty agresji w rodzinie są przestępstwem i każdy ma prawo i obowiązek im zapobiegać [22].

Streszczenie

Artykuł dotyczy zagadnienia przemocy w rodzinie, która wbrew pozorom nie jest rzadkim zjawiskiem w polskich domach. Autorzy przedstawiają mechanizmy psychologiczne rządzące relacją sprawca–ofiara oraz opisują cechy charakterystyczne każdej ze stron. Zwrócono w nim także uwagę na rolę służby zdrowia w przerywaniu cyklu przemocy, pomocy ofierze i sprawcy, a także łagodzeniu jej fizycznych i psychicznych skutków. **Psychiatria 2009; 6, 2: 61–65**

słowa kluczowe: rodzina, przemoc, sprawca, ofiara

Piśmiennictwo

1. Petrozolin-Skowrońska B. (red.). Nowa encyklopedia powszechna PWN. Tom 5. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1996; 548.
2. Browne K., Herbert M. Zapobieganie przemocy w rodzinie. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1999; 19–22.
3. Krahe B. Agresja. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. Gdańsk 2005; 170.
4. Browne K., Herbert M. Zapobieganie przemocy w rodzinie. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1999; 86.
5. Hendricks-Mattews M. The battered woman: is she ready for help? *Social casework* 1982; 63: 131–137.
6. Browne K., Herbert M. Zapobieganie przemocy w rodzinie. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1999; 87.
7. Browne K., Herbert M. Zapobieganie przemocy w rodzinie. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1999; 89.
8. Browne K., Herbert M. Zapobieganie przemocy w rodzinie. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1999; 88.
9. Goldstein D. Rosenbaum A. An evaluation of the self esteem of martially violent men: family relations. *J. Appl. Family Child Studies* 1985; 34: 425–428.
10. Holtzworth-Munroe A., Stuart G.L. Typologies of male batterers: three subtypes and the differences among them. *Psychol-Bull.* 1994; 116: 476–497.
11. Gelles R.J. Alcohol and other drugs are associated with violence. They are not its cause. W: Gelles R.J., Loseke D.R. (red.). *Current controversies on family violence*. CA: Sage, Newbury Park 1994; 182–196.
12. Pahl J. Violent husbands and abused wives: a longitudinal study. W: Pahl J. (red.). *Private violence and public policy: the needs of battered women and the responses of the public services*. Routledge&Kegan Paul, London 1985; 23–94.
13. Star B. Patterns of family violence. *Social casework* 1980; 61: 339–346.
14. Herman J.L. *Przemoc, uraz psychiczny i powrót do równowagi*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002; 85–96.
15. Wojciszke B. *Człowiek wśród ludzi*. Wydawnictwo Naukowe „Scholar”, Warszawa 2002; 52–56.
16. Seligman M.E.P. Chronic fear produced by unpredictable shock. *Journal of Comparative and Physiological Psychology* 1968; 66, 402–411b.
17. Walker L.E. The battered woman syndrome is a psychological consequences of abuse. W: Gelles R.J., Loseke D.R. (red.). *Current Controversies on Family Violence*. CA: Sage, Newbury Park 1993; 133–153.
18. http://www.niebieskalinia.pl/index.php?assign=ofiary_przemocy&w=1280; 15.03.09.
19. <http://www.niebieskalinia.pl/index.php?assign=zadania>; 15.03.09.
20. Kuczyńska S. *Zrozumieć sprawców przemocy*. Niebieska linia, Warszawa 1999; 3.
21. <http://www.niebieskalinia.pl/index.php?assign=mit>; 15.03.09.
22. <http://www.niebieskalinia.pl/index.php?assign=mit>; 15.03.09.