

Andrzej Mirski

JAKOŚĆ ŻYCIA U KOBIET I DZIECI, KTÓRE PADŁY OFIARĄ PRZEMOCY W RODZINIE

Quality of life in women and children who are victims of domestic violence

The purpose of this article is to tackle the problem of quality of life in people who have been victims of domestic violence, especially women and children, because the study focus on these groups. Of course, there is also domestic violence against men, which is equally dangerous. In the article domestic violence has been defined from a scientific point of view and discussed both the effects of domestic violence and mental health problems resulting from violence (especially PTSD, anxiety, and depressive disorders). The article discusses the quality of life in people who have suffered domestic violence and how to improve it. Finally, a schedule of corrective – educational program for perpetrators of violence was presented and its assessment and survey on the attitudes of participants finalized the program, the usefulness of acquired knowledge and its impact on behavior. The article shows that appropriate therapeutic intervention, combined with effective social support, as well as directing interventions in relation to people using violence is the chance to help victims of violence by improving their quality of life.

Key words: Violence in the family, quality of life, PTSD, anxiety and depressive disorders, corrective – educational program for perpetrators of violence

Wprowadzenie

Celem niniejszego artykułu jest odniesienie się do problemu jakości życia u osób, które padły ofiarą przemocy w rodzinie. Problematyka ta ma dużą wagę społeczną. Zjawisko przemocy w rodzinie jest powszechne, dlatego ten rodzaj przemocy należy uznać za częstszy niż zostanie ofiarą innego rodzaju przestępstw. Według Amnesty International, przemoc domowa wobec kobiet to najczęściej zgłaszane przestępstwo¹. Konstatację budzi fakt, że więcej kobiet w wieku od 15 do 44 lat umiera na skutek przemocy niż na raka, malarię czy w wypadkach drogowych, a w ciągu swego życia co trzecia kobieta zostaje pobita, zmuszona do uprawiania seksu lub pada ofiarą innych naruszeń praw człowieka. W Polsce przemoc domowa jest zjawiskiem powszechnym i dotyczy wszystkich warstw społeczeństwa, a nie tylko środowisk patologicznych. Według badań CBOS z 2002 roku – co ósma Polka przyznała, że co najmniej raz została uderzona przez partnera podczas małżeńskiej awantury². W Niemczech 36,6% kobiet przynajmniej raz doświadczyło przemocy domowej po 16. roku życia, 4,6% w ostatnim roku, a 1,5% zgłosiło się do ambulatorium z tego powodu. W grupie japońskich kobiet, w przeprowadzonym przez pielęgniarki wywiadzie dotyczącym przemocy domowej, aż 67% potwierdziło obecność przemocy fizycznej, psychicznej lub wykorzystywania seksualnego w ich życiu³. W badaniach 48 populacji na świecie 10–69% kobiet przyznawało, że było ofiarami przemocy ze strony męża czy partnera⁴. Najprawdopodobniej przemoc wobec kobiet w rodzinach pozostaje w dalszym ciągu najbardziej powszechną formą przemocy. Niewiele lepiej jest jeżeli chodzi o przemoc wobec dzieci w rodzinach. Blisko dwie piąte (37%) społeczeństwa deklaruje, że w dzieciństwie stosowano wobec nich przemoc przynajmniej raz, natomiast do bycia ofiarą przemocy częściej niż raz przyznało się 29% Polaków.

Niepokojące jest to, że wciąż wiele osób, bo aż 24% polskiego społeczeństwa, uważa stosowanie przemocy wobec dzieci za rzecz naturalną, a nawet za środek wychowawczy⁵. Przemoc w polskiej rodzinie jest wciąż częsta i niestety, nierzadko jeszcze jest ona aprobowana.

¹ Amnesty International Polska: *Stop przemocy wobec kobiet*.

² *Konflikt i przemoc w rodzinie – opinie Polaków i Węgrów*, Komunikat z badań CBOS, 2003, <http://www.cbos.pl/PL/home/home.php>.

³ M. Dąbkowska, *Wybrane aspekty lęku u ofiar przemocy domowej*, „Psychiatria” 2008, t. 5, nr 3, s. 91–98.

⁴ S. Kluczyńska, *Przemoc w rodzinie – charakterystyka zjawiska*, [w:] *Przemoc w rodzinie wobec dziecka. Procedury interwencyjne w szkole*, red. J. Zmarzlik, Warszawa 2011.

⁵ Badanie dotyczące zjawiska przemocy w rodzinie wobec dzieci. Raport z badania TNS OBOP dla Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa, lipiec 2008.

Przemoc w rodzinie z naukowego punktu widzenia

Zespół ekspertów Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego opracował definicję, która określa przemoc w rodzinie, jako wszelkie zachowania polegające na złym traktowaniu o charakterze fizycznym, emocjonalnym lub seksualnym osób spokrewnionych. Obejmują one: stosowanie siły fizycznej lub presji psychicznej, nadużywanie władzy rodzicielskiej, naruszanie równości praw małżonków, próby podtrzymywania autorytetu siłą, zaniedbania lub błędy w opiece nad osobami jej wymagającymi⁶. Zgodnie z zapisami ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (z późniejszymi zmianami):

przemoc domowa to jednorazowe albo powtarzające się umyślne działanie lub zaniechanie naruszające prawa lub dobra osobiste członków rodziny, 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 przemocą⁷.

Przemoc domową cechuje nierównorzędność stosunku społecznego, relacja dominacji podporządkowania, w której zachodzi nadużycie władzy, autorytetu, zależności lub siły fizycznej bądź psychicznej albo zadanie cierpienia⁸. Irena Pospiszyl przemocą nazywa „wszystkie nieprzypadkowe akty naruszające osobistą wolność jednostki, które przyczyniają się do fizycznej albo psychicznej szkody drugiego człowieka, i które wykraczają poza społeczne normy wzajemnych kontaktów międzyludzkich”⁹. Akt przemocy wywiera jednak nie tylko negatywny wpływ na daną osobę w momencie jego dokonania, ale często wywiera bardzo niekorzystne, odległe skutki istotnie zaburzając rozwój jednostki.

Podsumowując, można powiedzieć, że przemoc domowa spełnia następujące cechy definicyjne: jest intencjonalna (nieprzypadkowa, zamierzona), cechuje ją nierównorzędność (a więc jedna ze stron ma przewagę nad drugą), narusza prawa i dobra osobiste danej osoby (jak prawo do nietykalności fizycznej, godności, szacunku), powoduje cierpienie, stanowi zagrożenie dalszego normalnego rozwoju (a przez to ryzyko dalszych cierpień), stosuje się do osób z kręgu rodziny, którym należy się opieka, jest więc zdradą i sprzeniewierzeniem się roli rodzinnej i opiekuńczej.

⁶ S. Kluczyńska, *Przemoc w rodzinie...*, *op. cit.*

⁷ Ustawa z dnia 20 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz.U. z 2005 r. Nr 180, poz. 1493, z późn. zm.).

⁸ *Ibidem.*

⁹ I. Pospiszyl, *Razem przeciw przemocy*, Warszawa 1999, s. 16.

Rodzaje przemocy domowej

Ze względu na rodzaj ofiary wyróżniamy przemoc:

- 1) wobec współmałżonka (lub konkubenta). Przemoc tę można podzielić na przemoc obiektywną i przemoc wobec mężczyzn, przy czym ta pierwsza jest częstsza;
- 2) wobec dzieci;
- 3) wobec osób starszych (rodziców, dziadków, rzadziej innych starszych krewnych);
- 4) wobec rodzeństwa.

Ze względu na charakter przemocy najczęściej wymienia się przemoc fizyczną, przemoc psychiczną, przemoc seksualną oraz przemoc przez zaniebdywanie.

Przemoc fizyczną stanowi każde nieprzypadkowe użycie siły fizycznej, które wywołuje u ofiary ból cielesny bez względu na to, czy pozostają ślady na jej ciele czy nie. Mogą to być zatem takie zachowania jak popychanie, policzkowanie, uderzanie pięścią lub przedmiotami, kopanie, duszenie, ciągnięcie za włosy, drapanie, plucie, wykręcanie rąk, używanie niebezpiecznych narzędzi, krępowanie, uwięzienie, itp.

Przemoc psychiczna to wszelkie zachowania (bądź powstrzymywanie się od zachowań, których powinni dostarczać członkowie rodziny), które prowadzą do zniszczenia u ofiary pozytywnego i konstruktywnego obrazu własnej osoby. Należą tutaj różne formy werbalnej agresji, jak obrażanie, wyzywanie, poniżanie, wyśmiewanie, lżenie, a także straszenie, szantażowanie, terroryzowanie, upokarzanie, wzbudzanie poczucia winy, wymuszanie lojalności, oskarżanie, ciągłe krytykowanie, ignorowanie, narzucanie własnych sądów, nadmierne wymagania, nieposzanowanie prywatności, itp.

Przemoc seksualna polega na wymuszeniu, pod presją fizyczną lub psychiczną, aktów seksualnych wbrew woli partnera (za przemoc seksualną uważa się kontakty seksualne z osobą nieletnią, nawet jeżeli się na nią zgadzała). Zachowania w obrębie nadużyć seksualnych obejmują formy z kontaktem fizycznym oraz formy bez kontaktu fizycznego – obsceniczne rozmowy, ekshibicjonizm, oglądactwo, ekspozycja pornografii, jak też seksualny wyzysk dzieci (dziecięca pornografia, prostytucja).

Zaniebdywanie – pomijanie, niezaspokajanie podstawowych potrzeb egzystencjalnych ofiary, która nie jest w stanie sama o siebie zadbać oraz świadome nieudzielanie pomocy w sytuacjach trudnych, w potrzebie. Co więcej, przejawia się ono w niedostarczaniu odpowiedniej ilości pożywienia, braku dbałości o higienę, o zdrowie, niezapewnieniu odpowiedniego ubioru, itp.

Skutki przemocy w rodzinie

Przemoc w rodzinie wywołuje skutki fizyczne, społeczne i psychiczne. Skutki fizyczne występują zwykle natychmiast po akcie przemocy, choć nie zawsze są łatwe do zauważenia. Często są manifestowane poprzez sińce, obrzęki i otarcia naskórka na różnych częściach ciała; krwawe pręgi i regularne przebarwienia skóry, krwawe plamy na bieliźnie; nietypowe oparzenia; rany cięte i klute, blizny na ciele; widoczna trudność w chodzeniu lub siadaniu, zwichnięcia lub złamania kości¹⁰. Z kolei do objawów społecznych należą: nieufność wobec innych; nieumiejętność nawiązywania kontaktu, podtrzymania więzi, pozyskania przyjaciół; wrogość; wzrost irytacji w przypadku różnych trudności, niekontrolowane wybuchy złości; wyuczona bezradność, nieumiejętność radzenia sobie z codziennymi zadaniami; spadek poczucia kompetencji. W przypadku dzieci objawami takimi są m.in.: „bójki z innymi dziećmi, zubożenie na karę, brak dystansu wobec dorosłych, uzależnienie od agresora, ucieczki z domu, bezinteresowne niszczenie przedmiotów, itp.”¹¹

Do objawów emocjonalnych zaliczane są:

wzrost napięcia emocjonalnego; wzmożona czujność, niezdolność do rozluźnienia; wzrost lęku, niepokoju; brak żywej reakcji w sytuacjach emotogennych (skaleczenie, bolesny zabieg medyczny); niska samoocena; poczucie odrzucenia; wycofanie, skłonność do izolacji; chroniczny smutek, depresja; wzrost natręctw, tików, przyruchów, itp.; zmienność nastroju; problemy w rozwoju poczucia własnej tożsamości¹².

Do emocjonalnych skutków przemocy seksualnej Zbigniew Lew-Starowicz zaliczył także

zaburzenia snu, koszmary i lęki nocne; niezrozumiałe pojawianie się dolegliwości somatycznych; lęki, strach, fobie; izolowanie się dziecka; zachowania regresywne; problemy z nauką; konflikty w szkole; depresja, przygnębienie, smutek; nieoczekiwane, nagle zainteresowanie się seksem¹³.

Wśród skutków przemocy Irena Pospiszyl wymienia także skutki długotrwałe, które są o wiele trudniejsze do zaleczenia, często pozostające na bardzo długo w psychice ofiary. Należą do nich: mechanizm błędnego koła, uraz psychiczny, psychologiczna reakcja na uraz, stres pourazowy, bezradność wyuczona, efekt „psychologicznej pułapki” i tzw. „syndrom sztokholmski”¹⁴.

¹⁰ *Ibidem*, s. 40.

¹¹ *Ibidem*, s. 43.

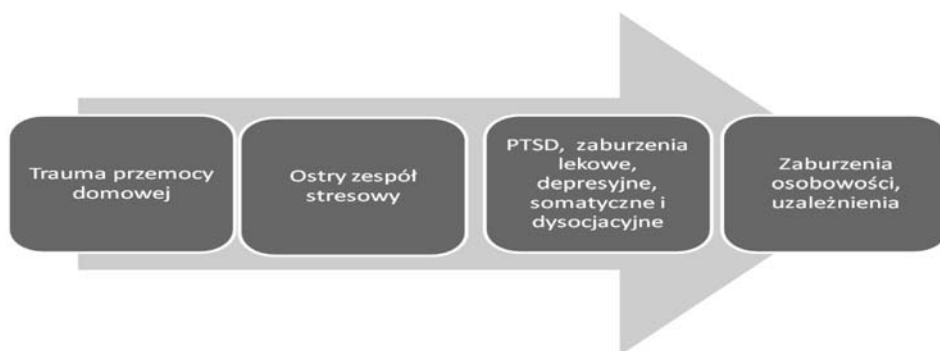
¹² *Ibidem*, s. 42.

¹³ Z. Lew-Starowicz, *Przemoc seksualna*, Warszawa 1992, s. 49.

¹⁴ I. Pospiszyl, *Razem przeciw...*, *op. cit.*

Zaburzenia psychiczne będące skutkiem przemocy

Do najważniejszych zaburzeń psychicznych, będących skutkiem przemocy w rodzinie, należy zaliczyć: ostrą reakcję na stres, zespół stresu pourazowego, zaburzenia lękowe, dystymię, depresję, zaburzenia somatyczne, zaburzenia dysocjacyjne, zaburzenia osobowości oraz uzależnienia. Rodzaj zaburzeń psychicznych, jakie ujawniają się w wyniku przemocy w rodzinie, uzależniony jest od indywidualnych cech ofiary (wieku, płci, pozycji w rodzinie, predyspozycji genetycznych), od siły i częstotliwości traumatycznych zdarzeń oraz od odległości czasowej od aktów przemocy. Zasadniczym czynnikiem, wyzwalającym proces psychopatologiczny u ofiary przemocy, jest silny stres. Dlatego też zwykle pierwszym zaburzeniem, które pojawia się w tej sytuacji, jest ostra reakcja na stres. Może się ona przejawiać w różny sposób, słabszy lub silniejszy, czasem jej manifestacje w ogóle pozostają niezauważone. Po pewnym czasie rozwija się zespół stresu pourazowego, zwłaszcza jeżeli albo pojedynczy akt przemocy był bardzo dramatyczny, albo jeżeli akty przemocy powtarzały się przez dłuższy okres czasu. Zespół stresu pourazowego może ujawniać się nawet wiele lat po doświadczeniu przemocy, na przykład u dorosłych, którzy doznawali przemocy domowej w dzieciństwie. Takie wspomniane zaburzenia, jak fobia społeczna, dystymia, depresja, zaburzenia somatyczne, zaburzenia dysocjacyjne, zaburzenia osobowości oraz uzależnienia, ujawniają się zwykle po pewnym, czasem nawet dosyć odległym czasie od zadziałania przemocy domowej. Mogą być one powikłaniem stanów ostrej reakcji stresowej, PTSD, innego zaburzenia lub wystąpić niezależnie. Zaburzenia osobowości najczęściej będą skutkiem przemocy wobec dzieci lub młodzieży, gdyż zwykle pojawiają się w okresie adolescencji, jednakże także u osób dorosłych mogą występować po wyjątkowo traumatycznych aktach przemocy. Skłonność do uzależnień może być z kolei następstwem wszystkich wymienionych zaburzeń.



Ryc. 1. Możliwe konsekwencje przemocy domowej

Źródło: opracowanie własne.

PTSD jako szczególnie częste zaburzenia będące skutkiem przemocy domowej

Według systemu diagnostycznego DSMIV PTSD rozpoznać można kiedy dana osoba przeżyła traumatyczne zdarzenie, a reakcja obejmowała silny strach, bezradność lub przerażenie (u dzieci mogące objawiać się przez dezorganizację zachowań lub pobudzenie). Naruszenie nietykalności fizycznej własnej lub bliskiej osoby spełnia kryteria traumas, a więc jak najbardziej może ona dotyczyć przemocy domowej. Traumatyczne zdarzenie jest ciągle doświadczane na nowo, jako nawracające i natrętne wspomnienia urazu, powracające koszmary senne o przeżytych zdarzeniach, zachowania jakby uraz się powtarzał; niepokój i inne reakcje fizjologiczne w styczności z wskazówkami symbolizującymi lub przypominającymi jakiś aspekt traumas. Występuje jednocześnie trwałe unikanie bodźców związanych z urazem oraz trwałe objawy nadpobudliwości (niewystępujące przed urazem), wyrażające się w co najmniej dwóch formach:

- 1) trudności w zasypianiu lub przesypianie;
- 2) rozdrażnienie lub wybuchy gniewu;
- 3) trudności z koncentracją;
- 4) nadmierna czujność;
- 5) wyolbrzymione reakcje lękowe.

Zaburzenia te utrzymują się co najmniej miesiąc i powodują klinicznie, znaczące pogorszenie samopoczucia lub upośledzenie społecznych, zawodowych bądź innych ważnych obszarów funkcjonowania¹⁵.

Z badań przeprowadzonych przez Małgorzatę Dąbkowską¹⁶ na grupie kobiet, które padły ofiarą przemocy domowej ze strony partnerów – umiarkowane lub głębsze nasilenie objawów PTSD miało 76,5% badanej grupy (z tego u 11,8% stwierdzono bardzo ciężkie nasilenie). Jeżeli u pozostałych 23,5% badanych występują objawy stresu pourazowego o łagodnym nasileniu, to wynika z tych badań, że PTSD (w postaci lżejszej, umiarkowanej lub cięższej) jest niemalże nieuchronnym efektem przemocy domowej. Ciekawym wynikiem, w przedstawionym badaniu, jest duży odsetek osób (47%), u których pojawił się zespół PTSD z odroczonego początkiem, czyli dopiero po pewnym czasie od zadziałania traumas. U znakomitej większości badanych kobiet nastąpiło istotne pogorszenie w zakresie funkcjonowania, przy czym nie miało znaczenia tutaj czy PTSD wystąpiło w formie natychmiastowej (ostrej) czy w formie opóźnionej. Na częste występowanie zespołu PTSD (nierzadko w połączeniu z depresją), jako skutku przemocy domowej, wskazują też inne badania¹⁷.

¹⁵ D.L. Rosenhan, M.E.P. Seligman, *Psychopatologia*, Poznań 2003.

¹⁶ M. Dąbkowska, *Zaburzenie stresowe pourazowe u kobiet jako wynik przemocy ze strony partnera*, „Alkoholizm i Narkomania” 2009, t. 22, nr 1.

¹⁷ M. Astin, K. Lawrence, D. Foy, *Posttraumatic stress disorder among battered women: risk and resiliency factors*, „Violence and Victims” 1993, Vol. 8, s. 17–28; A. Kemp, E. Rawlings, B. Gree, *Posttraumatic stress disorder in battered women*, „Journal of Traumatic Stress” 1991, Vol. 4, s. 137–148.

Zaburzenia lękowe będące skutkiem przemocy domowej

Najważniejsze zaburzenia lękowe, które są skutkiem bycia ofiarą przemocy domowej, to fobia społeczna, zaburzenia lęku panicznego oraz zaburzenia lękowe uogólnione. Fobia społeczna jest zaburzeniem lękowym, w którym dana osoba odczuwa lęk wobec wszystkich lub niektórych sytuacji społecznych, co powoduje znaczne ograniczenia życiowe u osób z tym zaburzeniem¹⁸. Uogólniona fobia społeczna dotyczy kontaktów społecznych każdego typu, natomiast fobia społeczna izolowana odnosi się do jednej lub kilku wybranych sytuacji społecznych, np.: występu publicznego, egzaminu czy randki¹⁹.

Małgorzata Dąbkowska²⁰ na podstawie przeprowadzonych badań, zaznacza, że u ponad połowy (58,3%) kobiet, które doświadczały przemocy domowej, stwierdzono fobię społeczną. U 35,4% zanotowano podtyp izolowanej fobii społecznej ograniczonej do niektórych sytuacji społecznych, a u 22,9% — uogólniony podtyp, w którym strach i unikanie dotyczą zdecydowanej większości sytuacji społecznych. Na podstawie innych z kolei badań, autorka twierdzi, że ponad połowa kobiet (57,1%), które w przeszłości doświadczały przemocy domowej miała lęk społeczny w 38% typu izolowanego, a w 19% typu uogólnionego. W tych samych badaniach okazało się, że przynajmniej łagodne nasilenie lęku, zgodnie z oceną w skali HAS, miało aż 45,8% ofiar przemocy domowej, umiarkowane — 28,8%, a ciężkie — 8,4%.

Safren i współautorzy zbadali częstość lęku panicznego, fobii społecznej lub uogólnionych zaburzeń lękowych u dorosłych pacjentów. W wyniku przeprowadzonych analiz zauważono, że u osób z zaburzeniami lęku panicznego występowanie w dzieciństwie przemocy fizycznej lub seksualnej było wyraźnie wyższe, niż u pacjentów z fobią społeczną. Ponadto pacjenci z zaburzeniami lękowymi, którzy w przeszłości padli ofiarą przemocy, byli także bardziej skłonni do powikłań w kierunku depresji, niż pacjenci lękowi bez takich doświadczeń²¹.

Zaburzenia depresyjne jako skutek bycia ofiarą przemocy domowej

Liczne badania wskazują na to, że dzieci, które ulegały przemocy domowej ze strony swoich rodziców, są bardziej narażone na pojawienie się zaburzeń depre-

¹⁸ American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Washington 1994, s. 116.

¹⁹ M.B. Stein, L.J. Torgrud., J.R. Walker, *Social phobia symptoms, subtypes, and severity: findings from a community survey*, „Arch. Gen. Psychiatry” 2000, Vol. 57, s. 1046–1052.

²⁰ M. Dąbkowska, *Zaburzenie stresowe pourazowe u kobiet...*, *op. cit.*

²¹ S.A. Safren, B.S. Gershuny, P. Marzol, M.W. Otto, M.H. Pollack, *History of childhood abuse in panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder*, „The Journal of Nervous and Mental Disease” 2002, Vol. 190, No. 7, s. 453–456.

syjnych²². Raport Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z 2013 roku wskazuje, że kobiety, które padły ofiarą przemocy domowej, są dwukrotnie bardziej narażone na depresję niż kobiety bez tego rodzaju doświadczeń²³. Według Susanne Babbel depresja jest najczęstszym skutkiem przemocy domowej, a także jest chronicznym dalszym skutkiem PTSD wywołanego przemocą domową. Autorka zwraca także uwagę na to, że u ofiar przemocy domowej bardzo często powstaje uczucie beznadziejności i bezsilności, co w istotny sposób obniża ich jakość życia i często wiedzie też do powstania symptomów klinicznej depresji²⁴. Według Joanny Krzyżanowskiej-Zbuckiej u osób, które wychowały się w przemocowej rodzinie generacyjnej, nawet błaha życiowa przeszkoda może uruchomić proces dekompensacyjny, prowadzący ostatecznie do depresji. U wielu takich ofiar dekompensacja ta następuje dosyć późno, bowiem przystosowały się one do najgorszych warunków, stałego poczucia krzywdy, złości, wstydu i winy. W pewnym jednak momencie dochodzi do wyczerpania zasobów siły psychicznej i dochodzi do załamania. Często na początku terapii osoby te w ogóle nie zgłaszają problemu bycia maltretowanym w dzieciństwie, a nawet nie widzą związku depresji ze swoją przeszłością. Osoby takie dość często nie potrafią, z racji wyniesionych z domu obciążeń, nawiązać w dorosłości innego związku niż przemocowy i ponownie wchodzą w rolę ofiary. Autorka zauważa, że kobiety, które doświadczyły przemocy w dzieciństwie, są bardziej narażone na to, aby jeszcze raz paść jej ofiarą w dorosłym życiu, tym razem w rodzinie reprodukcyjnej.

Autorka zauważa ponadto, iż często poważnym stresorem są nie tylko same akty przemocy, ale także nie zawsze właściwie prowadzone działanie pomocowe, jak sprawy sądowe, kontakty ze służbami, pobyty w domach dla ofiar przemocy²⁵.

Ogólne ujęcie zagadnia jakości życia

W badaniach medycznych pacjentów, zwłaszcza z różnorodnymi uszkodzeniami mózgu, najczęściej stosuje się definicję „jakości życia związanej ze stanem zdrowia” (z ang. *Health-Related Quality of Life*)²⁶. Istotą jakości życia, związa-

²² K.J. Sternberg, M.E. Lamb, C. Greenbaum, D. Cicchetti, S. Dawud, R.M. Cortes, O. Krispin, F. Lorey, *Effect of Domestic Violence on Children's Behavior Problems and Depression*, „Developmental Psychology” 1993, Vol. 29, No. 1, s. 44–52; D.M. Allen, K.J. Tarnowski, *Depressive characteristics of physically abused children*, „Journal of Abnormal Child Psychology” 1989, Vol. 17, s. 1–11.

²³ *Global and regional estimates of violence against woman. Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*, WHO 2013.

²⁴ S. Babbel, *Domestic Violence: A Power Struggle With Lasting Consequences*, „Somatic Psychology”, May 2011.

²⁵ J. Krzyżanowska-Zbucka, *Zaburzenia nastroju u ofiar przemocy*, „Niebieska Linia” 2007, nr 4.

²⁶ H. Sintonen, M. Pekurinen, *A fifteen dimensional measure of health-related quality of life(15D) and its applications*, [w:] *Quality of life assessment. Key issues in the 1990s*, eds. S.R. Walker, R.M. Rosser, Dordrecht 1993, s. 185–195, 467–470; H.A. Snowdy Jr., P.H. Snowdy, *Stabilization procedures in the patients with acute spinal cord injury*, „Critical Care Clinic” 1992, Vol. 3, No. 3, s. 449–462; M. Taylor-Sarno, *Quality of life in the first post-stroke year*, „Aphasiology” 1997, Vol. 11, s. 665–679.

ną ze stanem zdrowia, utożsamia się często ze stopniem odczuwanego dobrego samopoczucia, brakiem objawów chorobowych oraz stanem psychologicznym i zdolnością podejmowania różnorodnych aktywności²⁷. Termin ten używa się w co najmniej trzech odmiennych znaczeniach. I tak, jakość życia rozumiana jest, jako:

- *miara ujemnego wpływu na zdrowie psychiczne pacjenta, niektórych przewlekłych i/lub wtórnych objawów choroby czy urazu nie stanowiących bezpośredniego zagrożenia dla jego życia*²⁸;
- *miara skuteczności leczenia*, tj. końcowego efektu leczenia (ang. *outcome*), który jest oceniany na skali „jakości życia” pacjenta po ukończeniu określonego programu leczenia np. rehabilitacji²⁹;
- *punkt odniesienia w podejmowaniu trudnych decyzji życiowych w stanach ciężkich i nieuleczalnych*, np. decyzja o zaniechaniu zabiegów reanimacyjnych, kiedy poważne uszkodzenie organizmu wydaje się nieodwracalne³⁰.

Pąchalska i MacQueen³¹ uznali, jako istotne dla określenia jakości życia, odczuwaną przez pacjenta różnicę pomiędzy:

- 1) *potrzebami* (na poziomie fizjologicznym),
- 2) *pragnieniami* (na poziomie emocjonalnym),
- 3) *marzeniami* (na poziomie umysłowym i duchowym),

a ich aktualną realizacją oraz realnymi (lub dostrzeganymi) możliwościami ich realizacji w przyszłości. Tak rozumiana istota jakości życia okazuje się bardzo przydatna w klinice uszkodzeń układu nerwowego, szczególnie u tych chorych, którzy doznali urazu mózgu i pnia mózgu³². Warunkuje ją bowiem różnica po-

²⁷ C.J. Bulpitt, *Quality of life as an outcome measure*, „Postgraduate Medical Journal” 1997, Vol. 73, s. 613–616.

²⁸ F.K. Judd, G.D. Burrows, *Liaison psychiatry in a spinal injuries unit*, „Paraplegia” 1986, Vol. 24, s. 6–19; A. Craig, K. Hancock, H. Dickson, *Improving the long-term adjustment of spinal cord injured persons*, „Spinal Cord” 1999, Vol. 37, s. 345–350; M.L. Curecoll, *Psychological approach to the rehabilitation of the spinal cord injured: the contribution of relaxation techniques*, „Paraplegia” 1992, Vol. 30, s. 425–427.

²⁹ R.E. Dennis, W. Williams, M.F. Giangreco, C.J. Cloninger, *Quality of life as a context for planning and evaluation of services for people with disabilities*, „Exceptional Children” 1993, Vol. 59, s. 499–512; K. Clayton, R. Chubob, *Factors associated with the quality of life of long-term spinal cord injured persons*, „Archives of Physical Medicine and Rehabilitation” 1994, Vol. 75, s. 633–638.

³⁰ B.D. MacQueen, J. Talar, R. Ossowski, *Dylematy etyczno-moralne w terapii pacjentów z zespołem pourazowego uszkodzenia pnia mózgu*, [w:] *Urazy pnia mózgu. Kompleksowa diagnostyka i terapia*, red. J. Talar, Bydgoszcz 2002, s. 328–360; B.D. MacQueen, M. Pąchalska, *Zaburzenia porozumiewania się u chorych po urazach czaszkowo-mózgowych*, [w:] *Neuropsychologiczne konsekwencje urazów głowy. Jakość życia pacjentów*, red. A. Herzyk, B. Daniluk, M. Pąchalska, B.D. MacQueen, Lublin 2003, s. 99–118; M. Pąchalska, P. Baranowski, B.D. MacQueen, H. Knapik, *Ocena rehabilitacji neuropsychologicznej chorych z wysokimi urazami rdzenia oraz uszkodzeniem mózgu*, „Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja” 2000, No. 2, s. 44–49.

³¹ M. Pąchalska, B.D. MacQueen, *How to measure HR-QOL*, Teledysk przedstawiony w czasie obrad XXVIII Zjazdu Międzynarodowego Towarzystwa Medycznego Paraplegii IMSOP, Innsbruck, 7–9.05.1997; M. Pąchalska, P. Baranowski, B. Frańczuk, B.D. MacQueen, A. Pąchalski, *Zaburzenia funkcji poznawczych i emocjonalnych u chorych po urazach typu „whiplash”*, „Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja” 2000, No. 3, s. 34–38.

³² M. Pąchalska, *Neuropsychologia kliniczna: urazy mózgu*, Warszawa 2007.

między stanem obecnym, a stanem celowym pacjenta w świetle ograniczonych chorobą możliwości redukowania tej różnicy do poziomu akceptowalnego³³. Dzięki kompleksowemu podejściu do funkcjonowania człowieka we wszystkich jego wymiarach (fizjologicznym, emocjonalnym, umysłowym i duchowym), które w rzeczywistości, jak zauważa Grochmal-Bach³⁴ trudno jest od siebie oddzielić – stwarza się również możliwość oceny efektów rehabilitacji. Zainspirowany, tak znakomitym ujęciem jakości życia przez wybitnych neuropsychologów, autor niniejszego artykułu proponuje rozpatrywać w dwóch najważniejszych aspektach.

Jakość życia ujęta bezwzględnie (dobrostan bezwzględny). Tak rozumianą jakość życia traktować można po prostu jako dobrostan, czyli dobre funkcjonowanie fizyczne, psychiczne i społeczne.

Jakość życia, ujęta relatywnie (dobrostan relatywny). Jest to dobrostan osoby, która doznała istotnej fizycznej, psychicznej lub społecznej szkody. W wyniku tejże szkody (na przykład poważnej choroby) jej dobrostan, w porównaniu do innych osób, uległ pogorszeniu. Niemniej ważnym zadaniem lekarzy, psychologów, opieki społecznej, a także rodziny, bliskich czy innych osób oraz instytucji dostarczających odpowiedniego wsparcia, a także samej tej osoby – jest dążenie do poprawienia ogólnego dobrostanu, tak, jak tylko to jest możliwe.

Jakość życia u osób, które doznały przemocy domowej i możliwości jej poprawienia

Bezwzględną jakość życia u znacznej większości osób, które uległy przemocy w rodzinie należy ocenić (przez rozpoczęciem procesu terapeutycznego), jako znacznie osłabioną. Spośród negatywnych, fizycznych, społecznych oraz przede wszystkim psychicznych skutków doznanej przemocy, nadzwyczaj często w konsekwencji rozwijają się u nich zaburzenia psychiczne. Zaburzenia te, a zwłaszcza PTSD, zaburzenia lękowe i zaburzenia depresyjne wiążą się ze stanami intensywnego psychicznego, a nierzadko także wtórnie fizycznego cierpienia, głębokiego przygnębienia, poczucia bezsensu życia, dominującego i obezwładniającego lęku. Niezwykle istotna jest, nie tylko dla psychologów praktyków i pracowników opieki społecznej, ale także dla szerszej opinii publicznej świadomość, jaki ogrom cierpień i jak poważne skutki dramatycznego obniżenia, bezwzględnie rozumianej jakości życia, niesie za sobą przemoc domowa dla jej ofiar. Pamiętać także należy o tym, że dotkliwe cierpienia psychiczne i znacznie obniżona jakość życia mogą objawiać się jeszcze długo po doznanej przemocy domowej, na przykład u osób dorosłych maltretowanych w dzieciństwie przez ich opiekunów.

³³ M. Pąchalska, *Rehabilitacja neuropsychologiczna*, Lublin 2008.

³⁴ B. Grochmal-Bach, *Somatoterapia – a wartości etyczne związane z cierpieniem*, „Sztuka Leczenia” 1996, No. 2, s. 95–100.

Świadomość tego jest szczególnie ważna w naszym społeczeństwie, w którym nadal zbyt dużo osób uważa fizyczne karanie dzieci za skuteczny środek wychowawczy.

Jednocześnie ważne jest zrozumienie tego, że wszystkie opisane zaburzenia psychiczne, które mogą być skutkiem przemocy domowej, są w świetle współczesnej psychiatrii i psychologii w bardzo dużym stopniu wyleczalne. Nawet tak ciężkie zaburzenia, jak depresja w znacznie większym stopniu podlega skutecznej terapii, jeżeli jej przyczyny są egzogenne (jak uleganie przemocy) niż endogenne. Zaburzenia lękowe i PTSD, w przypadku właściwie realizowanego procesu terapeutycznego, są skutecznie leczone. Dlatego w szerszej perspektywie czasowej możliwe jest przywrócenie odpowiedniej jakości życia. Często takie w pełni wyleczone osoby będą jednocześnie bardziej wrażliwe, empatyczne oraz bardziej odporne psychicznie. Proces terapii jest jednak konieczny, bez niego odzyskanie wysokiej jakości życia u osób, które doznały znacznych uszczerbków emocjonalnych w wyniku przemocy domowej, jest prawie niemożliwe.

Ważna jest także świadomość, zarówno dla terapeutów jak i pacjentów, że proces zdrowienia jest długi i niełatwy. Dlatego nierealistyczne jest oczekiwanie, iż bezwzględna jakość życia poprawi się szybko. Zresztą nie zależy ona wyłącznie od samej terapii, ale także od różnych okoliczności życia, które dla ofiar przemocy domowej są nielekkie.

Dlatego od samego początku terapii czy wsparcia społecznego dla ofiar przemocy domowej ważne jest dążenie do maksymalnego poprawienia relatywnej jakości życia, to znaczy znaczącego polepszenia funkcjonowania, a także ogólnego samopoczucia, mimo ciągle jeszcze trwających objawów zaburzeń. Na to, że jest to w pełni możliwe wskazuje model Keyesa i Lopeza, którzy opisali cztery, jakościowo odmienne, formy zdrowia psychicznego, wyznaczone przez wymiary psychopatologii i dobrostanu:

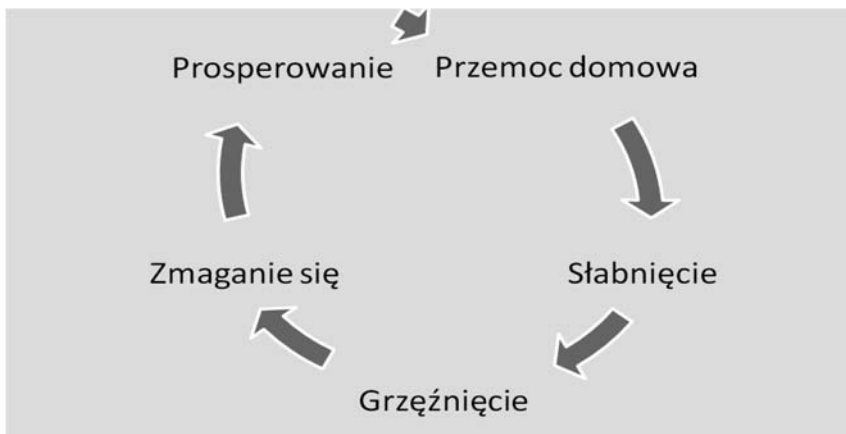
- wysoki poziom dobrostanu i niski poziom psychopatologii oznacza kompletne zdrowie psychiczne (prosperowanie),
- niski poziom dobrostanu i niski poziom psychopatologii oznacza niekompletne zdrowie psychiczne (słabnięcie),
- wysoki poziom dobrostanu i wysoki poziom psychopatologii oznacza niekompletne zaburzenie psychiczne (zmaganie się),
- niski poziom dobrostanu i wysoki poziom psychopatologii oznacza kompletne zaburzenie psychiczne (grzęźnięcie)³⁵.

Okres terapii i wychodzenia z zaburzeń, będących skutkiem przemocy domowej, można zatem określić jako okres zmagania się. W tym czasie nadal mogą dokuczać jeszcze pewne objawy nie w pełni wyleczonego PTSD czy fobii społecznej, ale dana osoba zaczyna powoli wierzyć w siebie, w możliwość

³⁵ C.L.M. Keyes, S.J. Lopez, *Toward a science of mental health: Positive directions in diagnosis and interventions*, [w:] *Handbook of positive psychology*, eds. C.R. Snyder & S.J. Lopez, New York 2002, s. 45–59.

swego wyleczenia, jej psychiczne rany powoli zaczynają się zasklepiać, a poziom dobrostanu się podnosi.

Na zakończenie chciałem przedstawić model procesu, dotyczący osoby, która w pewnym momencie swojego życia doświadczyła przemocy. Zwykle w jej wyniku następuje gwałtowne pogorszenia samopoczucia psychicznego, natomiast zaburzenie psychiczne rozwija się nieco wolniej – wtenczas można powiedzieć, że dana osoba jest w stadium słabnięcia. Po pewnym czasie mamy już w pełni rozwinięte zaburzenie (jak PTSD, zaburzenie lękowe, zaburzenie depresyjne) i odpowiednio do tego również znacznie obniżone samopoczucie psychiczne. Można powiedzieć, że w tym czasie poziom jakości życia jest bardzo obniżony, w istocie osiąga swoje minimum. Jeżeli w okresie tym rozpocznie się odpowiednia interwencja terapeutyczna, połączona ze skutecznym wsparciem społecznym, dana osoba może przejść w fazę zmagania się, w której ciągle jeszcze trwającym, choć stopniowo zmniejszającym się objawom psychopatologicznym towarzyszy poprawa funkcjonowania, polepszające się samopoczucie, wzrost wiary w siebie i możliwości powrotu do udanego życia. To leży właśnie w istocie relatywnej jakości życia, czy, ujmując to inaczej, jakości życia związanej z istniejącym faktycznie stanem zdrowia. W miarę jak zaburzenie będzie ustępować i w końcu ulegnie wyleczeniu jednostka może wrócić na ścieżkę prosperowania, to znaczy zarówno dobrego samopoczucia, jak i dobrego stanu zdrowia. Wtedy można będzie powiedzieć o przywróceniu odpowiedniej jakości życia także w sensie bezwzględny. Opisany przeze mnie model obrazuje rysunek poniżej:



Ryc. 2. Model kryzysu i zdrowienia

Źródło: opracowanie własne.

Żeby nieco osłabić zarzut, jakoby przedstawiony schemat był zanadto optymistyczny, autor od razu zastrzega, że proces ten wcale nie jest łatwy. Przeciwnie, przepełniony jest ogromnymi trudnościami oraz ciężką walką o poprawę

swojego losu i uzdrowienie silnie zranionej psychiki. Stąd zresztą nazwa „zmaganie” się dla tej najtrudniejszej fazy leczenia i powrotu do normalnego życia w społeczeństwie. Stan jaki nazywamy prosperowaniem, czy dobrą jakością życia – nie oznacza bynajmniej jakiejś wyidealizowanej sielanki, bo dla żadnego przedstawiciela gatunku *homo sapiens* życie sielanką nie jest. Chodzi po prostu o dostatecznie dobre i godne życie, do którego każdy człowiek ma prawo.

Za pomocą odpowiedniej terapii i odpowiedniego społecznego wsparcia ofiara przemocy domowej może takie dostatecznie dobre i godne życie odzyskać.

Program korekcyjno-edukacyjny dla sprawców przemocy i jego ocena. Badania

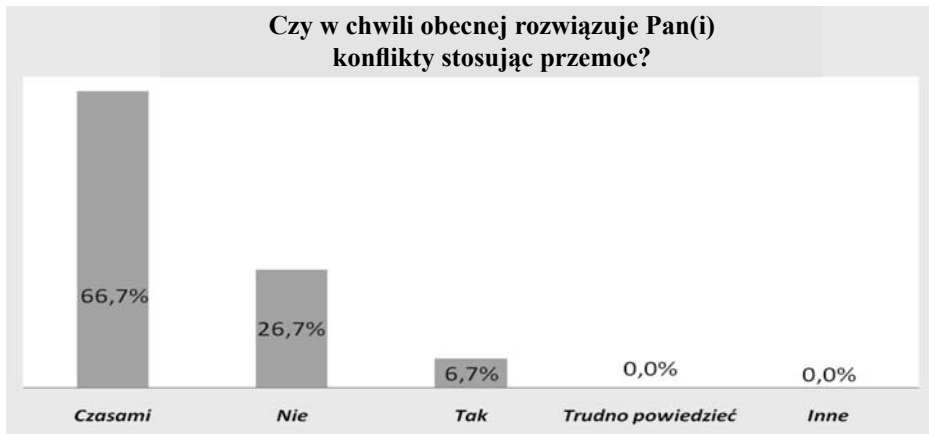
Jednym z najważniejszych sposobów poprawy jakości życia osób doznających przemocy domowej jest wpłynięcie na zachowanie i jego korekta u osób, które przemoc wobec nich stosują. Zbyt często koncentruje się uwagę tylko na terapii ofiar przemocy (która, oczywiście często jest konieczna). Jednakże rezultaty takiej terapii zostaną zmarnowane, jeżeli przemoc nadal będzie miała miejsce. Nie zawsze jest możliwe i pożądane całkowite zerwanie i izolacja w stosunku do osób, które stosowały przemoc. Czasem bardzo ważne jest właśnie uratowanie rodziny, danie jej szansy na naprawę i polepszenie funkcjonowania. Dlatego bardzo wysoko należy ocenić inicjatywy skierowane na zmianę zachowań sprawców przemocy lub osób skłonnych do jej stosowania.

Przykładem takiej inicjatywy jest program korekcyjno-edukacyjny dla sprawców przemocy, realizowany przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Krakowie, adresowany dla mieszkańców powiatu krakowskiego. Program ten adresowany jest do wszystkich, którzy, w stosunku do osób najbliższych, wspólnie zamieszkujących lub gospodarujących, stosują jednorazowe lub powtarzające się działania lub zaniechania, narażające je na niebezpieczeństwo utraty życia, zdrowia, naruszające ich godność, nietykalność cielesną, wolność, w tym seksualną, powodujące szkody na zdrowiu fizycznym lub psychicznym, a także wywołujące cierpienia i krzywdy moralne. W okresie objętym badaniem uczestnikami programu byli mężczyźni z tego powiatu. Najlicniejszą grupę badanych stanowiły osoby w przedziale wiekowym 46–55 lat, 30,0% badanych to osoby w wieku 36–45 lat, a najmniej liczną grupą byli mężczyźni w wieku 19–25 lat, stanowiący jedynie 3,3% badanych.

W celu określenia i weryfikacji zmian zachowania oraz sposobu myślenia sprawców określony został stosunek badanych do ukończonego programu, przydatności uzyskanej wiedzy oraz jej wpływu na zachowanie.

Wykres 1. obrazuje deklaracje respondentów, w sprawie rozwiązywania konfliktów przy pomocy przemocy. Odrzucenie rozwiązań siłowych do rozwiązywania sporów deklarowało 26,7% pytanych, zaś zdecydowana większość (66,7%) oświadczyła, że zdarza się to „czasami”. Przy rozwiązaniach siłowych

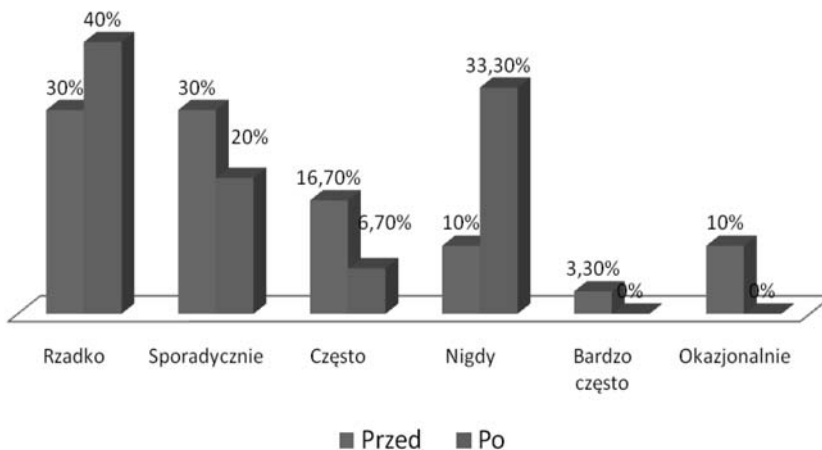
pozostało 6,7% sprawców. Opierając się na powyższych wynikach można stwierdzić, że wzrósł poziom bezpieczeństwa oraz jakości życia osób doświadczających przemocy.



Wykres 1. Sposoby rozwiązywania konfliktów po zastosowaniu programu korekcyjno-edukacyjnego

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Krakowie.

Porównanie częstotliwości zachowań agresywnych przed i po programie korekcyjno-edukacyjnym



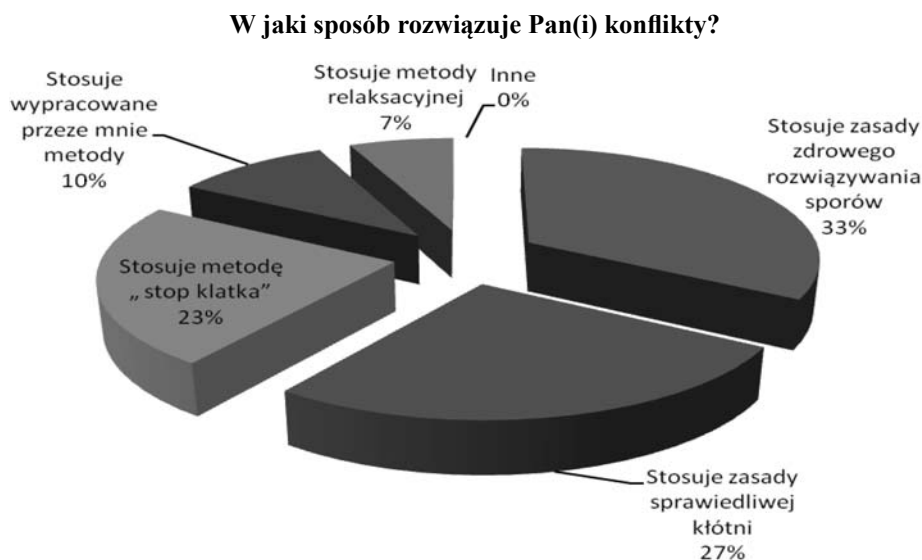
Wykres 2. Częstotliwość występowania zachowań agresywnych

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Krakowie.

Oczywiście, bardzo istotne jest porównanie skłonności do stosowania przemocy wobec osób bliskich, w stosunku do działań przemocowych podejmowanych przed uczestnictwem w zajęciach programu korekcyjno-edukacyjnego.

Wyniki analizy porównawczej zachowań agresywnych przed oraz po ukończeniu programu napawają optymizmem, gdyż z deklaracji samych sprawców wynika, że nastąpił znaczny spadek zachowań agresywnych. Obrazuje to wykres nr 2.

Uczestnicy deklarowali, że nigdy, po ukończeniu programu, nie stosowali zachowań agresywnych (wzrost odpowiedzi pozytywnych o 23,3%), zmniejszyła się ilość sporadycznych aktów agresji (z 30 na 20%) oraz częstych zachowań agresywnych o 10%. Z kolei 40% sprawców rzadko było agresywnych, w stosunku do deklarowanej wcześniej 30% napastliwości. Można wnioskować, że działania, podejmowane w ramach prowadzonych oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych, przyczyniają się do zmiany oraz utrwalania prawidłowego zachowania. Prowadzone badania wskazują na wzrost świadomości swoich czynów przez osoby stosujące przemoc, rozwoju umiejętności samokontroli oraz rozwiązywania wszelkich trudności życia codziennego bez użycia przemocy.

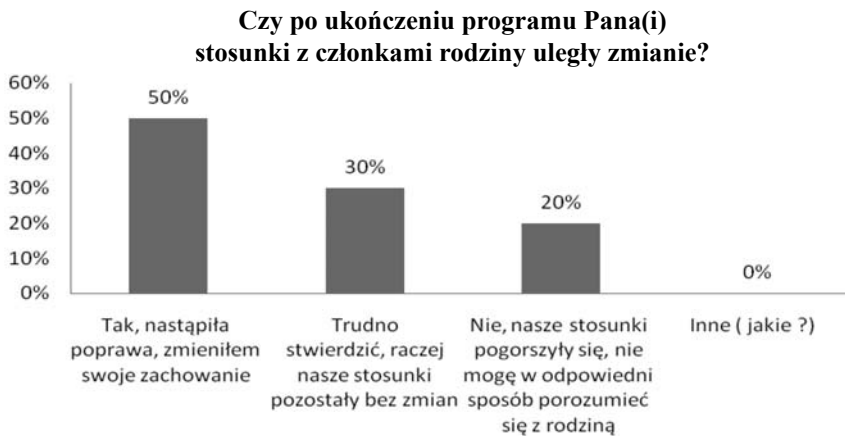


Wykres 3. Sposoby rozwiązywania konfliktów

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Krakowie.

Badania wskazują, że 1/3 uczestników programu stosuje zasadę bezpiecznego rozwiązywania problemów, 27% badanych zadeklarowało stosowanie reguł sprawiedliwej kłótni. Szczególną uwagę należy zwrócić na fakt, iż niewielka

grupa badanych (10%) stosuje swoje własne metody, wypracowane na podstawie uczestnictwa w programie. Beneficjenci, poprzez nabycie odpowiednich umiejętności służących rozwiązywaniu wszelkich nieporozumień i konfliktów w rodzinie, są w stanie funkcjonować w środowisku rodzinnym, minimalizując akty agresji albo nie używając ich w ogóle. Poniższy wykres ilustruje, że połowa respondentów zaobserwowała poprawę stosunków rodzinnych, po udziale w programie korekcyjno-educacyjnym. Grupa 30% oświadczyła, że stosunki z bliskimi pozostały bez raczej zmian, z kolei 1/5 sprawców zaobserwowała pogorszenie kontaktów z rodziną.



Wykres 4. Ocena relacji z członkami rodziny

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Krakowie.

Tabela 1 prezentuje deklaracje badanych w sprawie rzeczywistych relacji sprawcy z otoczeniem po ukończeniu programu korekcyjno-educacyjnego.

Pozytywnym sygnałem, przedstawionym w deklaracji zawartej w tabeli powyżej, jest fakt, że 60% uczestników deklaruje poprawę stosunków z otoczeniem, która wynika ze zmiany zachowania sprawcy i zwiększenia umiejętności asertywnych. Tylko 30% osób nie zauważyło znaczącej poprawy, z kolei 10% z nich zaobserwowało wręcz pogorszenie relacji w swoim środowisku. Jak wynika z danych, zawartych na wykresie, spora liczba badanych, bo stanowiąca 40% jest zadowolona, a nawet dumna ze swego zachowania po ukończeniu programu. Ponadto 36,7% stara się wcielać w życie zdobytą wiedzę, a 13,3% widzi potrzebę wprowadzenia dodatkowych zagadnień. Tylko trzech ankietowanych stwierdziło, że pomimo wiedzy i umiejętności, pozyskanej podczas zajęć, nadal nie potrafi panować nad swoimi emocjami.

Obok danych dotyczących całokształtu programu równie istotne są opinie o jego poszczególnych elementach.

Tabela 1. Ocena stosunków z otoczeniem badanego

Czy po ukończeniu programu Pana(i) stosunki z otoczeniem uległy zmianie?	Liczba wskazań	
	Dane w liczbach bezwzględnych	Dane w procentach [%]
Tak, nastąpiła poprawa, zmieniłem swoje zachowanie, jestem teraz bardziej asertywny (posiadam umiejętność i wyrażanie własnego zdania oraz swych emocji i postaw w granicach nienaruszających praw innej osoby)	18	60,0
Trudno stwierdzić, raczej nasze stosunki pozostały bez zmian	9	30,0
Nie, nasze stosunki pogorszyły się, nie potrafię otworzyć się na ludzi i otoczenie, wszystko mnie denerwuje	3	10,0
Inne	0	0

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodziny w Krakowie.

Tabela 2. Przydatne wskazówki

Jakie elementy programu oraz wskazówki są dla Pana(i) najbardziej przydatne?	Liczba wskazań	
	Dane w liczbach bezwzględnych	Dane w procentach [%]
Uświadomienie sobie mojego zachowania, uzyskanie świadomości własnych zachowań	21	70,0
Nabycie nowych umiejętności służących rozwiązywaniu konfliktów, sporów w rodzinie bez użycia agresji	16	53,3
Nauka umiejętności partnerskiego układania stosunków w rodzinie	15	50,0
Informacje dotyczące zjawiska przemocy	10	33,3
Nauka umiejętności konstruktywnego wyrażania przeze mnie uczuć w stosunku do innych	10	33,3
Opracowanie „planu bezpieczeństwa” zapobiegającemu użyciu siły i przemocy	8	26,6
Rozpoznawanie sygnałów ostrzegawczych zapowiadających zachowanie przemocowe	7	23,3
Uczenie się korzystania z pomocy innych	3	10,0
Inne	0	0

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodziny w Krakowie.

Aż 70% uczestników programu za najcenniejszą pozyskaną umiejętność uznała samoświadomość własnego zachowania, ponad połowa badanych ceni nabycie nowych umiejętności, służących rozwiązywaniu konfliktów w sposób kontrolowany, połowa pytanym skorzysta z nauki umiejętności partnerskich.

Sprawcą przemocy trudno jest przyznać się do zachowań, w związku z którymi trafili do programu korekcyjno-edukacyjnego. Przyczyny udziału w programie są różne, albo poprzez skierowanie otrzymane z jednostek pomocowych albo w wyniku podjętej z własnej woli decyzji o przystąpieniu do programu.

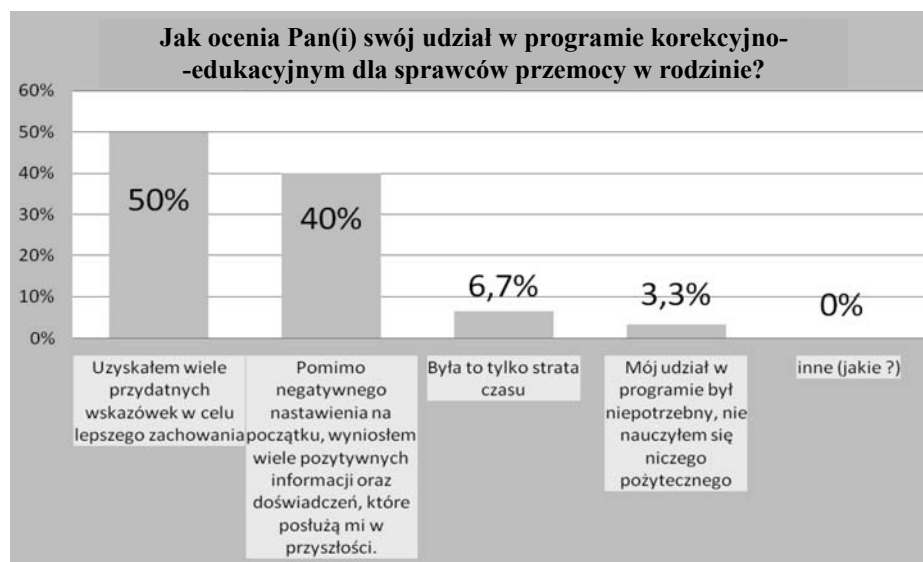
Bardzo często w trakcie programu występuje moment przełomowy, wywołujący refleksję sprawcy przemocy nad swoim zachowaniem.

Tabela 3. Najważniejsze osiągnięcia podczas programu terapeutyczno-edukacyjnego

Które z działań prowadzonych podczas programu korekcyjno-edukacyjnego było dla Pana najbardziej interesujące (działanie oraz czynności, które sprawiły, że zaczął Pan zastanawiać się nad swoim zachowaniem)?	Liczba wskazań	
	Dane w liczbach bezwzględnych	Dane w procentach [%]
Uzyskanie przez sprawcę świadomości i zrozumienie własnych zachowań wobec członków rodziny	25	83,3
Edukacja w zakresie wykształcenia umiejętności służących rozwiązywaniu konfliktów bez użycia agresji, zdobycia określonych umiejętności radzenia sobie ze stresem i negatywnymi emocjami, nauka konstruktywnego wyrażania uczuć	20	66,6
Pozyskanie informacji dotyczących własnej osoby (określenie osobistych potrzeb, własnej sieci wsparcia, sfery duchowej oraz sprecyzowanie celów życiowych związanych z własną hierarchią wartości) i zwiększenie poczucia kontroli nad własnym życiem	18	60,0
Promowanie zdrowego stylu życia, trzeźwości i abstynencji w rodzinie i lokalnym środowisku	10	33,3
Diagnoza zachowań sprawcy przemocy (zasobów) oraz deficytów mających stanowić element dalszej pracy korekcyjnej ze sprawcą	8	26,6
Edukacja na temat zagrożeń wynikających z używania środków psychoaktywnych	6	20,0
Uświadomienie uczestnikom odpowiednich postaw rodzicielskich oraz nabycie umiejętności utrzymania dyscypliny bez przemocy, jako alternatywy dla agresywnego karania	3	10,0
Inne	0	0

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Krakowie.

Uzyskane dane obrazują, że najtrudniej sprawcy zrozumieć siebie samego i ten moment uzyskania samoświadomości, był kluczowy dla większości tj. 83,3% badanych. Wysokie uznanie znalazły także działania edukacyjne uczące rozwiązywania konfliktów bez użycia agresji oraz panowania nad stresem (66,6%). Nauka i doskonalenie umiejętności kontroli nad własnym życiem były pożyteczne dla 60% grupy. Zdecydowana większość uczestników szkolenia (90%), zapytana o swój udział w programie korekcyjno-edukacyjnym, wypowiada się pozytywnie o programie i wyniosła z niego wiele pozytywnych informacji oraz doświadczeń, co przedstawia wykres nr 5. Pozostali respondenci uznali, że udział w programie był tylko stratą czasu (6,7%), bądź niepotrzebnym kursem (3,3%).



Wykres 5. Ocena udziału w programie korekcyjno-edukacyjnym (dane w %)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Krakowie.

Po przeprowadzeniu analizy wyników badań można stwierdzić, że program korekcyjno-edukacyjny – dla sprawców przemocy w rodzinie, jest odpowiedzią społeczeństwa na zapotrzebowanie w zakresie walki z przemocą w rodzinie i jej skutkami.

Podsumowanie

Jak pokazano w niniejszym artykule, podleganie przemocy wyraźnie obniża poziom jakości życia. W większości wypadków konieczne jest zatem podjęcie działań interwencyjnych. Powinny one być zarówno zastosowane dla ofiar przemocy (programy terapeutyczne), jak również do ich sprawców (programy korek-

cyjno-edukacyjne, czasem również rozszerzone o terapię). Odpowiednia interwencja terapeutyczna, połączona ze skutecznym wsparciem społecznym, a także skierowaniem interwencji w stosunku do osób stosujących przemoc (jak opisany powyżej program korekcyjno-edukacyjny) daje szansę na przejście ofiarom przemocy w fazę zmagania się, w której ciągle jeszcze trwającym, choć stopniowo zmniejszającym się objawom psychopatologicznym, towarzyszy poprawa funkcjonowania, polepszające się samopoczucie, wzrost wiary w siebie i możliwości powrotu do udanego życia. To pozwala znacznie polepszyć „relatywną jakość życia”. W miarę procesu terapii oraz ustępowania przemocy w rodzinie stan zdrowia powinien ulegać dalszej poprawie aby możliwe było przywrócenie odpowiedniej jakości życia także w sensie bezwzględny.

Na zakończenie autor chciałby jeszcze wyraźnie zaznaczyć, że skupił się głównie na zjawisku przemocy wobec kobiet i dzieci (miał bowiem dostęp do tej grupy osób), natomiast ma pełną świadomość tego, że występuje również groźne zjawisko przemocy domowej wobec mężczyzn. W wyniku tejszy przemocy mężczyźni doznają znacznych cierpień, a jakość ich życia również ulega sukcesywnemu pogorszeniu. Z różnych przyczyn (kulturowych, społecznych) mężczyźni ci rzadziej, jak dotąd, zgłaszają swoje krzywdy, niemniej jest to poważny problem społeczny i kliniczny.

