

Przemoc domowa; sytuacja ofiary

Domestic violence; position of victim

Aldona Stodulska-Blaszke, Anna Wójcicka

Katedra i Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Streszczenie

Zachowania przemocowe wobec partnera życiowego skutkują różnymi poważnymi konsekwencjami zdrowotnymi, w postaci: negatywnej oceny swego stanu zdrowia, częstego przyjmowania leków, występowania depresji, PTSD, bólów głowy, problemów ginekologicznych i seksualnych, zaburzeń odżywiania i pracy układu pokarmowego, infekcji, zespołu bólu przewlekłego. Ofiary przemocy stanowią grupę ryzyka podejmującą częściej próby samobójcze, nadużywają alkoholu oraz leków i często narkotyków. Konsekwencjom zachowań agresywnych sprawców przemocy poświęcono w literaturze przedmiotu dość dużo uwagi.

Artykuł koncentruje się na postawach ofiary w rodzinie, w której dochodzi do przemocy. Próba opisu cech u ofiar przemocy domowej zdecydowanie zwiększy rozpoznawalność tego zjawiska, pozwoli ofiarom na otrzymanie szeroko rozumianego wsparcia od pracowników służby zdrowia.

Summary

Violence against a life-partner have various and serious health consequences: a subjective evaluation of his poor health, frequent drug taking, depression, PTSD, headaches, gynecological and sexual problems, eating and digestive system disorders, infections and chronic pain syndrome. Victims of a violent behavior are in serious risk of suicide attempts, alcohol abuse often drugs abuse. Aggressive behavior of offenders using violence is already widely described in the literature.

The article focuses on the attitudes of the victim in a family in which violence occurs. Attempt to describe the characteristics of victims of domestic violence definitely increase the visibility of this phenomenon, will allow victims to receive support from the health care professionals.

Słowa kluczowe: przemoc domowa, ofiara, osobowość

Key words: domestic violence, victim, personality

Przemoc w rodzinie to umyślne działanie, mające na celu kontrolowanie i podporządkowanie partnera życiowego. Jest to działanie przeciwko członkowi rodziny, godzące w jego prawa i naruszające jego indywidualność, godność i pozycję w społeczeństwie. Istnieje wiele definicji przemocy w rodzinie. Definicje te wskazują jednak takie stałe elementy jak to, że zachowania przemocowe wykraczają poza społeczne normy, że są to działania zamierzone, intencjonalne, świadome, wynikające z przewagi ze strony agresora. Intencją tych zachowań jest wyrządzenie komuś krzywdy, narzucenie mu władzy, godzenie w czyjąś osobistą wolność, naruszenie praw i dóbr osobistych. Przemoc wywołuje w ofierze poczucie cierpienia. Przemoc wobec partnera może objawiać się w różnych formach. Te formy przemocy to: przemoc fizyczna, przemoc psychiczna, przemoc seksualna, przemoc finansowa.

Przemoc domowa na ogół więc nie jest jednorazowym wydarzeniem. Znęcanie się psychiczne i fizyczne, upokorzenia, awantury, krzyki,

bicie partnera lub dzieci to rzeczywistość dla wielu rodzin. Nie dotyczy jedynie rodzin, tzw. patologicznych, o których powszechnie wiadomo, że są dysfunkcyjne, źle funkcjonujące. Dotyczy też rodzin, które w ocenie społecznej są rodzinami poprawnie funkcjonującymi. Występuje we wszystkich grupach społecznych, niezależnie od sytuacji materialnej czy od wykształcenia. Liczba sprawców przemocy domowej. Wg procedury "Niebieskiej Karty" ogółem wynosiła w 2008 roku 86 568 osób, w tym kobiety 3 942 a mężczyźni 82 425. Przemoc domowa – jak wynika z literatury przedmiotu – częściej dotyczy kobiet niż mężczyzn. Liczba ofiar przemocy domowej wg procedury „niebieskiej Karty” ogółem w roku 2008 wynosiła 139 747 osób (w tym kobiety 81 985, mężczyźni 10 664, dzieci 47 098)

Przemoc domowa u ofiar powoduje bardzo różne konsekwencje zdrowotne [1]. Autorzy zajmujący się przemocą domową, przemocą w rodzinie bardzo często opisują wpływ przemocy na zdrowie psychiczne i fizyczne. Wnioski, jakie

płyną z wielu badań wskazują, że przemoc jest związana z wystąpieniem u ofiary psychicznego dyskomfortu. Badania ujawniają, że ofiary częściej oceniają swój stan zdrowia jako zły, częściej przyjmują leki, są narażone na wystąpienie depresji, PTSD, bólów głowy, problemów ginekologicznych i seksualnych, zaburzeń odżywiania i pracy układu pokarmowego, infekcji, zespołu bólu przewlekłego, stanowią grupę ryzyka podjęcia prób samobójczych, nadużywania alkoholu oraz leków i często narkotyków [2,3]. „Przemoc domowa jest źródłem objawów psychicznych i somatycznych lęku u ofiar oraz sprzyja ujawnieniu się objawów leku społecznego” [4].

W literaturze poświęconej temu zagadnieniu, znaleźć można wiele propozycji działań dla ofiar przemocy. Autorzy różnego rodzaju poradników, terapeuci w różnego rodzaju ośrodkach gdzie udzielana jest pomoc ofiarom przemocy, zachęcają ofiary przemocy do przyjęcia aktywnej postawy wobec problemu. Często jednak ich działania pozostają mało skuteczne.

Mimo, że zachowania wpisane w przemoc podlegają ściganiu przez prawo, często są długo powielane przez sprawcę z uwagi na to, że ofiary przemocy często nie przyznają się do tego, że mają one miejsce w ich rodzinie. Często nie informują o tym lekarzy, udzielają skąpych jedynie informacji o sytuacji domu lekarzom, do których najczęściej zgłaszają się z powodów somatycznych [5]. Nie zostając rozpoznane jako ofiary przemocy, nie pozwalają na to, aby ocenić ogólną sytuację wraz z kontekstem psychospołecznym, aby wszcząć odpowiednie interwencje, (w tym: prowadzenie opieki zdrowotnej), aby leczyć je zgodnie z ich potrzebami, wreszcie - aby zapewnić ofierze bezpieczeństwo.

Dostępna literatura poświęcona przemocy domowej w małym stopniu traktuje o postawach ofiary, koncentrując się najczęściej na sprawcach, kontekście sytuacyjnym. Dlatego może warto zastanowić się, dlaczego ofiary doznające przemocy w rodzinie – najczęściej kobiety, nie szukają pomocy lub nie mówią o niej już na początku jej doświadczania. Z teoretycznego punktu widzenia, zgodnie z teorią szukania pomocy Liang'a, która następnie była opracowywana przez Fugate, na proces podejmowania decyzji o szukaniu pomocy przez kobiety wpływa własny próg wytrzymałości. Kobiety mogą trwać w przemocowej relacji i czekać z szukaniem pomocy dopóki nie zaczną spostrzegać nadużycia jako ciężkiego, kiedy nie upłynie pewien czas [6,7]. Kobiety te mają osobiście zdefiniowane granice tej przemocy i będą szukały pomocy dopiero wtedy, gdy ten poziom zostanie przekroczony. Własne doświadczenia auterek, informacje uzyskane od terapeutów

w ośrodkach pomocowych wskazują na to, że przyczyną takiego stanu rzeczy może być także odczuwanie lęku przed zemstą ze strony partnera, jeśli prawda o przemocy wyjdzie na jaw, zależność finansowa od partnera życiowego i wynikające stąd uzależnienie od partnera, który jest jedynym żywicielem rodziny. Kobiety – ofiary często wierzą, że skutki przemocy są zbyt małe, by komukolwiek o tym mówić, czują się winne, mogą myśleć, że gdyby były lepsze, ataki agresji nie występowałyby. Mogą odczuwać wstyd i upokorzenie, chcą często utrzymać małżeństwo nawet za cenę własnego cierpienia, z uwagi na rodzinę, na wartości religijne. Kobiety - ofiary bardzo często jednak mają nadzieję, że przemoc miała charakter incydentalny, a sam partner na pewno wkrótce zmieni się na lepsze. Zatem kobiety często czują się zawstydzone, poniżone, przestraszone i odpowiedzialne za przemoc.

W oparciu o badania, metaanalizę wielu danych, tworzy się modele osobowości, portrety psychologiczne min.: sprawców przestępstw seksualnych, sprawców gwałtów, zabójców. Modele te zawierają wykaz cech psychologicznych tych osób, ukazują możliwą przyczynę ich zachowań. Osobowość określa się jako „zespół stabilnych i trwałych cech poszczególnych osób, stanowiących o różnicach między nimi.” [8]. Według tej koncepcji cechy osobowości prowadzą do zachowania się w określony sposób w różnych sytuacjach. Założenie, że ludzie przejawiają te cechy w sposób stały, daje podstawę do przewidywania ich zachowań, odpowiada na pytanie, dlaczego ludzie postępują w określony sposób. Dostępna literatura dostarcza jednak dość skąpych informacji o cechach osobowości ofiar.

Literatura przedmiotu dostarcza danych, że z psychologicznego punktu widzenia, ofiary przemocy mają poczucie społecznej izolacji, często czują się samotne, opuszczone. Mają poczucie braku kontroli nad własnym życiem, prezentują tzw. „syndrom ofiary” - z poczuciem bezradności, bezsilności. Mają niską samoocenę. Ujawniają poczucie winy, czują się odpowiedzialne za zachowania sprawcy przemocy. Mają niskie poczucie własnej wartości. Często uważają, że nie są w stanie samodzielnie egzystować. Czują się zależne od swoich partnerów życiowych. Wierzą w wiele istniejących mitów na temat przemocy. Mają poczucie bezradności, bierne mechanizmy radzenia sobie nie dostrzegając rozwiązań alternatywnych. Uważają, że potrzeby i uczucia innych członków rodziny są ważniejsze od ich potrzeb.

Oczywiste jest, że wymaga to dalszych wnikliwych badań. Znajomość tych cech u ofiar przemocy domowej zdecydowanie zwiększy rozpoznawalność tego zjawiska, pozwoli na otrzy-

manie szeroko rozumianego wsparcia od pracowników służby zdrowia, którzy często są pierwszymi osobami, do których zwracają się ofiary przemocy, a co jest ważnym elementem niesieni pomocy kobietom, które doświadczyły przemocy interpersonalnej.

Piśmiennictwo

1. Sutherland C.A., Bybee D.I., Sullivan C. Beyond bruises and broken bones: The joint effects of stress and injuries on battered woman's health. *Am. J. Comm. Psych.*, 2002; 30(5): 609-636.
2. Golding J. Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a metaanalysis. *J. Fam. Violence*, 1999; 14(2).
3. Campbell J. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 2002, 359(9314): 1331-1336.
4. Dąbkowska M. Wybrane aspekty lęku u ofiar przemocy domowej. *Psychiatria*, 2008; 5(3): 91-98.
5. Wijma K., Samelius L., Wingren G., Wijma B. The association between ill-health and abuse: A cross-sectional population based study. *Scand. J. Psychol.*, 2007; 48: 567-575.
6. Liang B., Goodman I., Tumala-Nara P., Weintraub S. A theoretical framework for understanding help-seeking processes among survivors of intimate partner violence. *Am. J. Community Psychol.*, 2005; 36(1-2):71-84.
7. Fugate M., Landis L., Riordan K., Naureckas S., Egel B., Barriers to domestic violence help-seeking. Implications for intervention. *Violence Against Woman* 2005; 11(3): 290-310.
8. Armstrong M. *Handbook of Human Resource Management Practice*, Londyn: 2006.

Adres do korespondencji

Aldona Stodulska-Blaszke
Klinika Psychiatrii UM
ul. Głuska 1
20-439 Lublin