

Dorota Dyjakon

## MODEL PSYCHOTERAPII OSÓB STOSUJĄCYCH PRZEMOC W BLISKICH ZWIĄZKACH — STUDIUM PRZYPADKU

### MODEL OF PSYCHOTHERAPY FOR INTIMATE VIOLENCE PERPETRATORS — A CASE STUDY

Instytut Psychologii, Dolnośląska Szkoła Wyższa

**psychotherapy  
domestic violence**

#### Streszczenie

*Psychoterapia sprawców przemocy domowej powstała w latach siedemdziesiątych ubiegłego wieku i nadal jest rozwijana jako ważny obszar pomocy psychologicznej. Artykuł przedstawia program i indywidualny proces psychoterapii oparty na wiedzy psychopatologicznej oraz standardach uznawanych i proponowanych w różnych krajach świata (USA, Europie, Australii). Pierwsza część artykułu wskazuje na istotne i specyficzne obszary podejmowane w psychoterapii sprawców przemocy domowej, wynikające ze standardów stosowanych w pomocy psychologicznej w tym obszarze. W kolejnej zawarto opis procesu terapeutycznego jako studium przypadku, wskazując także zmiany w krzywdzących zachowaniach osoby uczestniczącej w tym procesie. W następnej części artykułu przeanalizowano kilka obszarów zmian w indywidualnym doświadczeniu klienta oraz ich specyfikę. Wyróżnione obszary to: tożsamość, interpretacja historii życia i aktualnych zdarzeń w relacjach rodzinnych. W końcowej części zaprezentowano dyskusję przedstawionych wyników ze szczególnym odniesieniem do zmian w tożsamości jako struktury najmocniej wskazującej poziom internalizacji przemian. We wnioskach zawarto kilka wskazówek określających kierunek i potrzebę dalszych badań nad poziomem internalizacji zmian zachodzących w czasie psychoterapii.*

#### Summary

The psychotherapy of perpetrators of domestic violence was created in the 1970s and has been developing as an important area of psychological assistance since then. The article presents a program and individual psychotherapy process based on psychopathology and standards recognized and followed in various countries of the world (USA, Europe, Australia). The first part of the article points to specific and significant areas addressed in the psychotherapy of perpetrators of domestic violence, resulting from the standards used in psychological assistance in this area. The second part contains a description of the therapeutic process as a case study, also depicting the transformation in harmful behaviours of the perpetrator undergoing the therapy. The third part of the article contains the analysis of several areas of transformation in the individual experience of the client and their specificity. The highlighted areas include identity, life history, and interpretation of current events in family relationships. The final part is a discussion of the presented results, with a particular reference to the transformation in identity as the structure indicating in the most powerful way the extent of internalization of the transformation. The conclusions contain several guidelines defining

the direction and the need for further research on the degree of internalization of changes occurring during psychotherapy.

### Wstęp

Pomoc psychologiczna oferowana osobom stosującym przemoc w relacjach rodzinnych rozwija się od lat siedemdziesiątych ubiegłego stulecia. Wtedy też zostały utworzone i wprowadzone w USA pierwsze programy dla sprawców przemocy domowej, pomagające w zmianie zachowań przemocowych. Należały do nich: EMERGE w Bostonie, AMEND w Denver i RAVEN w St. Luis [1].

Dokonując analizy wielu programów stosowanych w pracy ze sprawcą przemocy domowej, można wyróżnić dwa główne nurty [2]. Pierwszy z nich wywodzi się z feministycznego sposobu rozumienia przemocy domowej i skierowany jest do mężczyzn stosujących przemoc wobec swoich partnerek. Podstawowym założeniem tych programów jest przekonanie, że przemoc jest przejawem męskiej władzy i kontroli nad kobietami, ukształtowane przez historyczne czynniki ekonomiczno-polityczno-kulturowe, które uprawomocniły dominację prowadzącą do przemocy. Takim programem jest pochodzący z Minnesoty w USA program Duluth realizowany od wczesnych lat osiemdziesiątych, prowadzony obecnie w wielu krajach na świecie, także w Polsce. Należy zaznaczyć, że programy te mają zwykle charakter edukacyjny i korygujący zachowania przemocowe, a celem ich jest przyjęcie przez uczestników programu i realizowanie w życiu założeń o równości płci, a także uczenie się rozwiązywania konfliktów w asertywny sposób.

Drugi nurt bazuje na wiedzy psychopatologicznej i odnosi się do klinicznego sposobu rozumienia problemów sprawcy prowadzących do przemocy. W swoich założeniach podkreśla, że nie tylko ekonomia, kultura czy pozycja społeczna decydują o stosowaniu przemocy, ale przede wszystkim zaburzenia w indywidualnym i wspieranym środowiskowo funkcjonowaniu sprawcy [3–8]. W tym nurcie dopuszcza się i bierze pod uwagę także przemoc, którą stosują kobiety wobec mężczyzn. Do najczęściej stosowanych programów w nurcie klinicznym można zaliczyć: programy behawioralno-poznawcze (CBT) [9, 10], systemowe [11], psychodynamiczne [12], integratywne [13, 14] (stosowane przez wiele organizacji pracujących ze sprawcami) oraz te, które opierają się na teorii przywiązania [15].

To, co jest wspólne dla wszystkich programów psychologicznej pomocy sprawcom, korekcyjno-edukacyjnych i psychoterapeutycznych, to koncentracja na zmianach zachowań przemocowych stosowanych wobec bliskich osób i realizacja głównego celu, jakim jest zwiększenie bezpieczeństwa tych osób. Charakterystyczna dla tych programów jest także konieczność współpracy z wieloma specjalistami (np. psychiatrami, neurologami, terapeutami uzależnień) i służbami (np. pracownikami socjalnymi, kuratorami, policjantami). Należy podkreślić, że motywacja do uczestnictwa w procesie zmiany w początkowej fazie oparta jest zwykle na przymusie zewnętrznym i słabo uargumentowana wewnętrznie, a partnerzy i pozostali członkowie rodziny doświadczają bardzo poważnych konsekwencji wynikających z doznawania przemocy, które także wpływają na stan psychiczny sprawców, atmosferę życia rodzinnego towarzyszącą procesom zmian w czasie psychoterapii lub programu korekcyjno-edukacyjnego. Trzeba dodać, że uczestnictwo w psychologicznych formach pomocy wymienianych wcześniej nie chroni sprawcy przed odpowiedzialnością

karną, a toczące się często postępowanie karne, rozwodowe, procedura Niebieskiej Karty, wpływa na samopoczucie klienta i całokształt jego życia.

Od momentu wprowadzenia programy dla sprawców przemocy domowej ewoluowały pod względem proponowanych i realizowanych treści, uwzględniając rozwijającą się wiedzę na temat tej przemocy. Pierwsze z nich koncentrowały się na bezpieczeństwie kobiet i dzieci jako ofiar, podkreślały równość płci, uczyły zatrzymywania zachowań przemocowych i brania odpowiedzialności za swoje działania, kładły nacisk także na zmianę przekonań dotyczących przemocy, seksualności, ról społecznych pełnionych przez kobiety i mężczyzn, poznawanie alternatywnych strategii rozwiązywania konfliktów w rodzinie [16]. Programy te były realizowane według stałego wzorca i proponowane wszystkim sprawcom bez możliwości zindywidualizowania tego procesu. Nie uwzględniano także ewentualnych uzależnień i bardzo specyficznych problemów psychicznych sprawców. W latach dziewięćdziesiątych podjęto działania na rzecz opracowania standardów pracy terapeutycznej ze sprawcami. Odnosząc się do licznych badań nad ich profilem psychologicznym, dostosowywano programy do ich charakterystycznych zaburzeń i indywidualnych możliwości. Rozważano i zalecano również różnorodność form: czy mają to być programy grupowe, tak jak w przypadku uzależnienia od alkoholu, czy też indywidualne sesje terapeutyczne, a także, czy mogą to być spotkania prowadzone z parami, jak w przypadku terapii systemowej. Do programów korekcyjno-edukacyjnych i psychoterapii zaczęto włączyć diagnozę psychologiczną, w niektórych przypadkach psychiatryczną, neurologiczną oraz ogólnomedyczną, w celu ustalenia możliwości kontrolowania gniewu oraz dynamiki agresji i konieczności leczenia innych współwystępujących problemów zdrowotnych.

Obecnie ważnym wskazaniem diagnostycznym w pracy ze sprawcą, niezależnie od podejścia, jest szczegółowe określenie stopnia zagrożenia przemocą członków rodziny, którzy pozostają w kontakcie ze sprawcą lub są od niego odseparowani. W diagnozie procesu zmiany konieczne jest zdobycie informacji na temat:

- wszystkich używanych przez sprawcę form przemocy: fizycznej, emocjonalnej, ekonomicznej, seksualnej, słownej i stalkingu;
- stopnia zagrożenia zabójstwem lub samobójstwem, fantazji związanych z zabójstwem lub samobójstwem;
- posiadania lub dostępu do broni, wcześniejszych ataków dokonywanych z użyciem broni lub innych niebezpiecznych narzędzi;
- stopnia nasilenia obsesyjnego myślenia o partnerze, idealizowania partnera i skrajnej zależności emocjonalnej od niego, czynów związanych z prześladowaniem lub naruszeniem zakazu zbliżania się (jeżeli taki był wydany);
- bezpośredniego lub niedawnego rozstania/utrąty partnera i/lub dzieci;
- przekonania, że ofiara nie ma prawa do życia bez niego/bez niej (tj. *Prędkiej śmierci niż rozwód, Jeśli nie mogę być z tobą, nikt z tobą nie będzie, Ty należysz do mnie i do nikogo innego, Jesteś mój*).
- konsekwencji, jakie ponosi ofiara doznawanej, a sprawca stosowanej przemocy;
- wpływu przemocy domowej na dzieci, w tym dzieci, które są bezpośrednimi ofiarami i dzieci, które są świadkami przemocy domowej;

- doświadczania ostrej depresji przez sprawcę i jego/jej przekonania na temat możliwości leczenia;
- niebezpiecznego zachowania związanego z narażaniem zdrowia i życia własnego oraz innych osób (np. szybka i brawurowa jazda samochodem, lekceważenie ograniczeń i zakazów, np. w górach, nad morzem);
- podejmowania kontaktów z ofiarą i dziećmi (kiedy istnieje zakaz sądowy kontaktów lub jego ograniczenie — zmiany terminów spotkań, spotykanie się z dziećmi w okolicznościach określonych przez sprawcę, przedłużanie czasu spotkania);
- nadużywania alkoholu i/lub narkotyków;
- historii wcześniejszych aktów przemocy, wcześniejszych interwencji policji (także w sytuacjach niezwiązanych z członkami rodziny).

W procesie zmiany natomiast zaleca się pracę nad takimi obszarami, jak:

- odpowiedzialność sprawcy za stosowanie, używanie przemocy, także i inne zachowania;
- diagnozowanie osobistych problemów i rozpoznawanie społecznych, środowiskowych i kulturowych wartości i przekonań, które legitymizują i podtrzymują przemoc;
- identyfikacja behawioralnych, emocjonalnych i fizycznych sygnałów, które poprzedzają eskalację gniewu;
- poznawanie alternatywnych do przemocy zachowań i rozwijanie zdolności ich stosowania;
- eksplorowanie historii życia, relacji rodzinnych i rówieśniczych (w tym doznawanej lub stosowanej przemocy).

Wypracowane standardy pracy psychologicznej ze sprawcami przemocy domowej obowiązują zarówno w Europie [17], Ameryce [16], jak i Australii [18]. W Polsce standardy pracy ze sprawcą przemocy domowej opracowywane były przez ekspertów powoływanych przez wojewódzkich koordynatorów ds. przeciwdziałania przemocy w rodzinie w 2014 roku jako realizacja założeń Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na lata 2014–2020 [19].

### **Psychoterapia dla osób stosujących przemoc w bliskich związkach — podstawowe założenia**

Proces psychoterapii, który został zaprezentowany w artykule, jest oparty na założeniach przedstawionych w opracowaniu „Diagnoza i psychoterapia sprawców przemocy domowej. Bezpieczeństwo i zmiana” [2]. Według autorki koncepcji, proces ten jest osadzony w nurcie integratywnym, psychopatologicznym, uznającym indywidualne problemy psychiczne za podstawę rozumienia przemocy domowej, uwzględniającym także czynniki środowiskowe wspierające przemoc. Celem tak rozumianej psychoterapii w tej koncepcji jest pomoc w zmianie zachowań, które stanowią zagrożenie dla członków rodziny, innych osób oraz samego sprawcy.

Pierwsze założenie tego procesu psychoterapii mówi, że najważniejszym problemem osoby stosującej przemoc jest jej aktualna agresja wobec bliskich osób, a zmiana ma zapewnić bezpieczeństwo członków rodziny i innych osób krzywdzonych. Pierwszym etapem psychoterapii, w tej koncepcji, jest diagnoza i ocena stopnia zagrożenia rodziny (poszczególnych jej członków) osoby stosującej przemoc. Proces terapeutyczny natomiast ma zapewnić samemu sprawcy możliwość dokonania zmian zachowań krzywdzących. Następne założenie odnosi się do sposobu rozumienia przemocy domowej. Proponowana terapia odwołuje się do wielopoziomowego modelu jej rozumienia, uwzględniającego zarówno problemy wynikające z zaburzeń indywidualnych funkcjonowania rodziny pochodzenia i najbliższego środowiska, jak i przekonań kulturowych/środowiskowych na temat funkcjonowania kobiet i mężczyzn, ról w rodzinie, definiowania rodziny i transgeneracyjnego przenoszenia wartości. Czynniki te wskazują na utrwalone sposoby reagowania w bliskich relacjach i/lub poza nimi. Proces terapeutyczny daje możliwość dokonania zmian w sposobie myślenia, odkrywania i przekształcania przemocowych schematów działania. Najważniejszym celem, według tej koncepcji, jest praca nad świadomością schematów działania, uczeniem się alternatywnych wzorców zachowania oraz łączenie wcześniejszych doświadczeń z kształtowaniem wzorców zachowań w rodzinie.

Celem procesu terapeutycznego jest: 1) wzmacnianie motywacji do zmiany; 2) przekształcanie początkowej motywacji zewnętrznej w wewnętrzną; 3) tworzenie pomostów podtrzymujących zmiany po zakończeniu terapii; 4) tworzenie osobistego planu radzenia sobie z sytuacjami trudnymi oraz 5) kształtowanie nowych, adekwatnych oczekiwań w bliskich relacjach. W procesie tym także uwzględnia się etap głębokiej eksploracji doświadczeń z całej historii życia i poszukiwanie związków z aktualną sytuacją.

W trakcie proponowanego procesu terapeutycznego „stosowane są interwencje skupiające uwagę klienta na jego wewnętrznym świecie przeżyć w celu kształtowania podmiotowości niezbędnej do doświadczania siebie jako osoby odpowiedzialnej za swoje czyny i zdolnej do dokonywania wyborów” [2, s. 71]. Proces ten jest częściowo strukturalizowany i dyrektywnie prowadzony przez terapeutę, szczególnie w początkowej fazie. Część pracy terapeutycznej oparta jest na indywidualnym procesie, w zgodzie z aktualnie przeżywanymi potrzebami i problemami klienta.

Interwencje terapeutyczne w przedstawianym przez autorkę procesie skupiają się na [2]:

- procesach poznawczych — dostarczaniu wiedzy na temat przemocy i innych problemów w rodzinie; kierowaniu uwagi klienta w stronę wewnętrznych przeżyć; rozpoznawaniu uczuć; przywoływaniu i rekonstruowaniu wspomnień; odkrywaniu osobistych intencji, pragnień, chęci i potrzeb;
- procesach emocjonalnych — wyrażaniu uczuć w sytuacjach stosowania lub doświadczania przemocy; przeżywaniu i wyrażaniu emocji przez odwoływanie się do empatii, przewartościowania, wyciszania, tonowania; modyfikowaniu intensywności przeżywanych uczuć;
- zachowaniach — opowiadaniu o sobie i stosowaniu zaimka Ja; uczeniu się nowych zachowań, np. bezpiecznego wyrażania złości, komunikacji asertywnej.

### Tożsamość w procesie zmian

Badanie zmian, jakie dokonują się w indywidualnym funkcjonowaniu członków rodziny oraz w rodzinie jako systemie w trakcie procesu psychoterapeutycznego, stanowi poznawczo niezwykle ciekawy obszar. Biorąc pod uwagę mechanizmy zaprzeczania i oporu przed zmianą u sprawcy przemocy domowej, prawdziwym wyzwaniem staje się badanie głębszych struktur psychicznych, które stanowią bazę i gwarancję trwałości zmian, służących bezpieczeństwu rodziny. Jednym z takich psychologicznych wymiarów jest tożsamość, która nie tylko tworzy strukturę pozwalającą na doświadczanie swojej odmienności i podobieństwa do innych ludzi, ale pełniąc funkcje regulacyjne odpowiada za kierunek podejmowanych działań oraz ich emocjonalne wartości. Poznawcza koncepcja rozbieżności pomiędzy różnymi stanami Ja, opracowana przez Higginsa [20], zakłada, że motywacja do działania jest wynikiem niezgodności pomiędzy różnymi obszarami Ja. Wyróżnia on obszar Ja aktualnego (*actual self*), idealnego (*ideal self*) i powinnościowego (*ought self*). Ja aktualne stanowi zbiór właściwości, który jest rozpoznawany jako aktualnie posiadane cechy. Idealne Ja jest reprezentacją tych właściwości, które jednostka chciałaby mieć, stanowi zbiór nadziei, aspiracji i życzeń. Powinnościowe Ja odzwierciedla te atrybuty, które jednostka uważa, że powinna mieć, np. obowiązki, zobowiązania i odpowiedzialność. Treści zawarte we wszystkich obszarach Ja stanowią część przedmiotową tożsamości.

Kolejną ważną kategorią teorii Higginsa jest podmiotowość, czyli punkt widzenia (*standpoints of the self*), który przyjmuje jednostka, oceniając treści zawarte w obszarach Ja. Może podejmować analizę z osobistej pozycji, ale może także dokonywać oceny w perspektywie innych ważnych osób. Higgins rozróżnia sześć kategorii w zależności od pozycji, jaką przyjmuje jednostka w odniesieniu do oceny obszaru Ja. Wyróżnia zatem Ja aktualne z osobistej pozycji oraz z pozycji *inni ważni*. Podobnie rzecz się ma z pozostałymi obszarami Ja, czyli pojawia się Ja idealne z osobistej pozycji oraz *innych ważnych* i Ja powinnościowe z pozycji osobistej i *innych ważnych*. Stany Ja i rozbieżności pomiędzy nimi mają, według Higginsa, znaczenie dla pojawiających się emocji, które Bąk określa jako depresyjne lub lękowe [21]. Emocje te związane są, jak mówi wspomniany autor [21], z typem sytuacji psychologicznej, w jakiej znajduje się osoba. Higgins wyróżnia dwa typy sytuacji: brak stanu pozytywnego i obecność stanu negatywnego. Eksploracja poszczególnych typów rozbieżności pomiędzy stanami Ja oraz pozycją podmiotową, dostarcza wiedzę o emocjach i kierunkach motywacji skierowanych na poradzenie sobie z zadaniami poznawczymi i emocjonalnymi regulującymi kontakty z otaczającym światem [22]. Teoria ta stanowi inspirację do eksplorowania przedmiotowej i podmiotowej natury tożsamości i jej roli w procesie zmian. Wielokrotnie stanowiła podstawę do analizy i interpretacji różnych zaburzeń psychicznych, chociaż sama odnosi się do funkcjonowania człowieka zdrowego. Wśród aplikacji można odnaleźć takie, które stosują teorię Higginsa do wyjaśnienia zaburzeń afektywnych, zaburzeń urojeniowych i zaburzeń osobowości [23].

### Metoda

Podstawowymi pytaniami badawczymi w przedstawionym procesie psychoterapii są: 1) jak w trakcie psychoterapii zmienia się treść aktualnej tożsamości osoby stosującej przemoc, jej wyobrażeń o sobie i swoich powinnościach; 2) w jaki sposób odkrywanie swoich

właściwości w odniesieniu do stanów tożsamości wpływa na tworzenie bliskiej relacji; 3) jak osoba stosująca przemoc integruje treści związane z krzywdzeniem i motywuje siebie do zmiany zachowań wobec bliskich osób?

Analiza zebranego materiału badawczego została opracowana w paradygmacie jakościowym za pomocą interpretacji treści słownych, zachowań i reakcji emocjonalnych klienta oraz interpretacji wywiadu z jego żoną z odniesieniem treści zebranego materiału do wiedzy o psychologicznych mechanizmach przemocy domowej i kształtowania się zależności w relacjach rodzinnych [2, 24]. Uwzględniono także analizę i interpretację treści i zachowań odnoszących się do tożsamości klienta, korzystając z poznawczej koncepcji tożsamości T. Higginsa [20, 21, 25].

Na tak postawione pytania, prowadzenie badań w modelu jakościowym wydaje się zasadne. Jak pisze Straś-Romanowska [26], analiza oraz interpretacja znaczeń i sensów stanowi istotę metod jakościowych.

### **Indywidualny proces psychoterapii**

#### **Ogólne dane:**

Pan X zgłosił się na terapię po rozstaniu z żoną, która wyprowadziła się z dziećmi z domu, a bezpośrednim motywem było wyrażone przez nią żądanie rozwodu. Psychoterapia trwała 3 lata. Okres monitorowania zmian, po zakończeniu psychoterapii, obejmował 2 lata. Klient jest jedynakiem i w okresie dzieciństwa wychowywany był, po rozwodzie rodziców, tylko przez matkę.

#### **Diagnoza problemowa:**

Pan X stosował przemoc fizyczną wobec żony (szarpał ją, popychał, wielokrotnie uderzył ją w twarz, kopał, niszczył przedmioty do niej należące, zamykał ją w pokoju bez możliwości wyjścia), psychiczną (obrażał ją i wyzywał), seksualną (zmuszał ją do seksu i praktyk seksualnych, na które nie wyrażała zgody, wielokrotnie ją zgwałcił) i ekonomiczną (skrupulatnie kontrolował wydawane pieniądze, żądał paragonów za codzienne zakupy żywniowe, ograniczał dostęp do wspólnego konta, nie wyrażał zgody na dodatkową pracę pozwalającą na uzyskanie niezależności finansowej). Dzieci były ofiarami przemocy jako świadkowie, nie kierował do nich zachowań przemocowych w bezpośredni sposób.

Pan X ma wysoką pozycję społeczną — pracę na kierowniczym stanowisku, bez konfliktów ze współpracownikami, podwładnymi i szefami. Nie wykazywał zaburzeń osobowości, ale w jego zachowaniach występowały wyraźne cechy narcystyczne i podejrzliwość. Nie stwierdzono objawów depresji, natomiast w życiu przeżywał chroniczny smutek. Ma duży potencjał przystosowawczy [7], który pomagał mu dobrze funkcjonować w sferze zawodowej. W bliskich relacjach ujawniał zniekształcenia poznawcze w odbiorze i interpretacji relacji rodzinnych, co stanowiło podstawę do uruchamiania reakcji agresywnych. Dostrzegał zagrożenia związane z odrzuceniem w podejmowanych przez żonę działaniach, w związku z tym ujawniał nieadekwatne reakcje emocjonalne i zachowania. Stosował także strategie obronne, charakterystyczne dla sprawców przemocy domowej, takie jak: zaprzeczanie, racjonalizowanie, oskarżanie o prowokowanie do agresji, umniejszanie znaczenia

swoich zachowań przemocowych i konsekwencji przemocy ponoszonych przez ofiary, manipulacje, np. odwoływanie się do konieczności wypełniania obowiązków małżeńskich.

### **Etapy terapii:**

Pacjent zgłosił się na terapię, deklarując motywację osobistą i chęć poprawy relacji z żoną. Miał nadzieję na kontynuację związku. Na podstawie wypowiedzi klienta ustalono, że ze strony klienta istnieje wysokie ryzyko nękania żony, która wraz z dziećmi wyprowadziła się z ich wspólnego mieszkania do rodziców, oraz manipulacji dziećmi, z którymi nadal miał kontakt.

W kontrakcie terapeutycznym uwzględniono, że stosowanie i ukrywanie zachowań przemocowych, w tym nękania, może spowodować zakończenie procesu terapeutycznego. Kontrakt terapeutyczny zawierał także zobowiązanie do ujawniania innych zachowań agresywnych przez klienta w rodzinie i poza nią oraz akceptację konieczności zgłaszania do prokuratury przez psychoterapeutę przestępstw, które ewentualnie zostaną ujawnione w czasie psychoterapii. Kolejnym ważnym punktem kontraktu było wyrażenie zgody przez klienta na kontakt z żoną lub terapeutą żony, o ile ona wyrazi taką zgodę. W czasie podpisywania kontraktu bardzo szczegółowo omawiane były warunki zaproszenia żony do współpracy. Określono również czas trwania psychoterapii (pierwszy etap 4 miesiące) z możliwością przedłużenia jej, za zgodą klienta, po każdym etapie ustalając także nowe warunki kontraktu, jeżeli zajdzie taka potrzeba. O formach terapii, takich jak psychoterapia grupowa czy indywidualna, klient był informowany w trakcie uzgadniania kontraktu. Były także omawiane założenia, zasady i sposoby realizacji procesu psychoterapeutycznego.

### **I etap — zdobywanie świadomości, czym jest przemoc (ok. 12 spotkań indywidualnych)**

W swoich wypowiedziach klient prezentował liczne zaprzeczenia odpowiedzialności, obwiniał ofiarę za swoje zachowania przemocowe, stosował minimalizowanie konsekwencji u żony i dzieci swoich zachowań. Usprawiedliwiał je okolicznościami. Na tym etapie został zawarty kontrakt terapeutyczny (po 3 spotkaniach), chociaż klient godził się na jego warunki bardzo deklaratywnie. Uzasadniał swoją decyzję chęcią odbudowania związku, ale na dotychczasowych zasadach, twierdził, że dotychczas było dobrze. Podkreślał wpływ rodziców żony na ich związek, sugerując, że „manipulują swoją córką w celu przeprowadzenia rozwodu”. Systematycznie uczestniczył w indywidualnych spotkaniach i z zaangażowaniem podejmował dyskusje z terapeutą dotyczące definicji przemocy oraz diagnozy zachowań przemocowych. W procesie terapeutycznym stosował racjonalizacje, polemiki, osobisty punkt widzenia jako strategię obronne przed uznaniem swojej odpowiedzialności. W relacji terapeutycznej stosował także bierną agresję i kontrolę w odniesieniu do treści wypowiadanych przez terapeutę. Zmieniał ich sens, umieszczając je w innym kontekście lub dokonując generalizacji. Inne rozpoznane mechanizmy zaprzeczania to: zapomnianie o faktach, trudności z odtworzeniem szczegółów sytuacji, koncentracja na partnerce i szczegółowy opis jej zachowań z unikaniem szczegółowych opisów zachowań własnych. Unikanie konkretów związanych z miejscem, czasem i okolicznościami zdarzeń. Pomijanie autorów zdarzeń oraz ich chronologii. Głównie polemizował i podkreślał, że nie zgadza się



z ujęciem przemocy domowej proponowanym przez literaturę i prawo. Główne interwencje terapeuty polegały na dostarczaniu wiedzy o przemocy oraz włączaniu wizualizacji jako sposobu koncentracji na zachowaniach własnych klienta i odkrywaniu reakcji partnerki i dzieci na jego zachowania oraz konfrontowanie z aktualnymi zachowaniami w relacji terapeutycznej. Etap ten został zakończony w momencie, kiedy klient zaczął adekwatnie używać kategorii JA w odniesieniu do opisu sytuacji i własnych zachowań, wskazując siebie jako podmiot działań. Zaczął rozpoznawać i definiować własne zachowania przemocowe, koncentrować się na osobistych intencjach.

### **Etap drugi (10 spotkań)**

polegał na rekonstrukcji zdarzeń, które miały wpływ na aktualne relacje rodzinne i reinterpretacji ujawniającej odpowiedzialność klienta za zdarzenia o charakterze przemocowym, odtwarzaniu sytuacji przemocowych w celu tworzenia związków pomiędzy działaniami klienta a reakcjami bliskich osób, łączeniu aktualnych zachowań z historią życia i doświadczeniami z dzieciństwa. Na tym etapie klient zaczął rozpoznawać intencje swoich zachowań na głębszym poziomie. Dostrzegał, w jakim stopniu ograniczał, kontrolował i podporządkował zachowania swojej żony własnym potrzebom, oczekiwaniom i pragnieniom. W prawidłowy sposób oddzielał swoje nadinterpretacje dotyczące zachowań, emocji i intencji żony od jej rzeczywistych reakcji. Wyraził swój niepokój, co do umiejętności rozpoznania prawdziwych zagrożeń w związku. Zaczął rozpoznawać zachowania przemocowe jako krzywdzące bliską osobę. W dużym stopniu ograniczył usprawiedliwianie swoich aktualnych zachowań oraz kontrolował inne stosowane przez siebie strategie obronne. Sporadycznie wyrażał zainteresowanie zmianami w swoim zachowaniu, które mogłyby spowodować, że małżeństwo będzie kontynuowane, ale na nowych zasadach. Żona klienta powróciła do domu i wycofała się z zamierzeń dotyczących rozwodu, podjęła i kontynuowała własną psychoterapię.

### **Trzeci etap pracy terapeutycznej (10 spotkań)**

rozpoczął się od wspomnień na temat dzieciństwa. Pacjent początkowo idealizował swoje dzieciństwo, a brak ojca spostrzegał jako sytuację, która nie wносиła żadnych problemów do jego życia. Uważał, że dziadek całkowicie zastąpił mu ojca i nie dostrzegał w tym obszarze żadnych konsekwencji pojawiających się w obecnym życiu. W trakcie pracy terapeutycznej uświadomił sobie, jak znaczące były te doświadczenia dla kształtowania się jego tożsamości, wzorców relacji rodzinnych i uznawania potrzeb dzieci, takich jak przewidywalność sytuacji rodzinnej, bezpieczeństwo i stałość opiekuna. Ujawnił nadużywanie alkoholu przez dziadka oraz bycie ofiarą przemocy rówieśniczej w okresie od 9. do 12. roku życia. Uzyskany wgląd w problemy rodziny pierwotnej, rozpoznanie ich konsekwencji dla jego rozwoju, tworzyły mapę poznawczą i emocjonalną do budowania bardziej bezpiecznych relacji aktualnych. Klient uzyskał ważne wskazówki do kontynuowania i pogłębienia procesu terapeutycznego po zakończeniu pracy nad zachowaniami przemocowymi. Wyrażał też zaciekawienie zmianą swoich zachowań w relacjach z innymi ludźmi, spotkał się ze swoimi teściami, mimo że do tej pory unikał kontaktu z nimi i obwiniał ich o przyczynianie się do rozpadu małżeństwa, w relacji z przyjacielem przyznał się do swoich problemów małżeńskich i opowiedział o problemach z agresją.

### **Kolejny czwarty etap pracy (9 spotkań)**

stanowił pogłębienie procesu zmiany w obszarze zachowań przemocowych. Klient nadal stosował przemoc emocjonalną wobec żony i dzieci. W sytuacjach dla niego niejasnych był skłonny interpretować intencje żony jako zagrażające (skierowane przeciwko niemu) i reagować na nie, stosując strategie obronne, np. obrażanie się, milczenie, używanie złośliwości wobec niej, używanie obraźliwych określeń. W jego ocenie okolicznościami wzmacniającymi jego poczucie zagrożenia były zachowania żony, która uczestnicząc w swojej psychoterapii, częściej wyrażała niezadowolenie z jego zachowań i otwarcie komunikowała swoje oczekiwania zmian w jego zachowaniu. Oczekiwania te były przez klienta oceniane jako nadmiarowe i trudno mu było utożsamić się z taką wizją własnej osoby, jaką, w jego rozumieniu, miał się stawać zgodnie z życzeniami żony. Zaczął bardziej obronnie reagować na jej zachowania, pojawiło się więcej obaw dotyczących możliwości kontynuowania związku. Rozważał zakończenie małżeństwa z powodu różnic charakterologicznych. Wątpliwości te, w trakcie psychoterapii, były przekształcane w odkrywanie zasobów związku i różnic osobowościowych, które istniały od początku ich znajomości, ale ujawnianie ich było powoli ograniczane przez stosowanie przemocy. Treści, jakie klient poruszał w czasie spotkań terapeutycznych, służyły rekonstrukcji wzorców relacji, ujawnianiu obaw, odkrywaniu potrzeb, oczekiwań i powinności klienta w relacji małżeńskiej, w przeszłości i obecnie. Nowe znaczenia, jakie pojawiły się w rozumieniu zachowań własnych i żony, sprawiły, że klient mógł bardziej elastycznie oceniać jej potrzeby i oczekiwania, a także potrzeby i oczekiwania dzieci. Odkrył, że jego pozycja osoby dominującej w rodzinie jest akceptowana przez żonę, ale oczekuje ona sprawowania przez niego „władzy” w bardziej elastyczny sposób, z uwzględnieniem potrzeb i oczekiwań pozostałych członków rodziny.

Następny etap pracy (12 spotkań) skoncentrowany był na rozwijaniu zasobów klienta w stosowaniu zachowań pojednawczych, rozpoznawaniu komunikatów agresywnych, bierno-agresywnych i stosowaniu komunikacji służącej porozumieniu, pozytywnej interpretacji intencji oraz akceptacji wieloznaczności w relacjach z bliskimi osobami (żona, dzieci, teściowie, matka, inne osoby). Na tym etapie psychoterapii przeprowadzono także wywiad z żoną na temat relacji rodzinnych, w trakcie którego żona potwierdziła wzrost poczucia bezpieczeństwa i brak przemocy fizycznej, seksualnej i ekonomicznej. Rozpoznawała nadal przemoc w komunikacji — złośliwe komentarze, nadinterpretacje dotyczące zachowań, intencji i emocji — oraz w zachowaniach karzących — obrażanie się, milczenie, okazywanie nieadekwatnej irytacji i zniecierpliwienia.

Następną fazą terapii było uczestniczenie klienta w psychoterapii grupowej (100 godzin pracy terapeutycznej), skoncentrowanej na przepracowaniu krzywdy w okresie dzieciństwa i adolescencji w modelu integratywnym [27, 28].

Kończącą fazą terapii była indywidualna praca psychoterapeutyczna nad zadośćuczynieniem, nawrotami oraz praca nad rozwijaniem pozytywnych relacji w rodzinie, głównie udzielanie wsparcia dzieciom i żonie.

Praca nad zadośćuczynieniem koncentrowała się wokół uznania krzywdy, jakiej doznała żona i dzieci, oraz konsekwencji, jakie ponosili członkowie rodziny w związku z przemocą. Kolejnymi ważnymi umiejętnościami, rozwijanymi na tym etapie, były: przyjmowanie

odmowy w sytuacjach oczekiwań (szczególnie w sferze seksualnej), akceptacja wspomnień członków rodziny na temat przemocy, którą stosował. Podejmowano również działania związane z wdrażaniem zmian do codziennego życia.

Po zakończeniu terapii przez dwa lata monitorowano zmiany. Co pół roku odbywały się spotkania z klientem, w czasie których szczegółowo omawiano sytuacje domowe. Klient także prowadził pamiętnik, w którym zapisywał ważniejsze zdarzenia w relacjach rodzinnych. Po pierwszym i drugim roku od zakończenia terapii, we współpracy z terapeutą żony i za jej zgodą, zbierano także wywiad od żony klienta, która nadal uczestniczyła w swoim procesie terapeutycznym. Wywiad skoncentrowany był na rozpoznawaniu i ujawnianiu zagrożeń oraz analizowaniu procesu zmian służących bezpieczeństwu członków rodziny.

## Wyniki

Zmiany, jakie dokonały się w funkcjonowaniu sprawcy przemocy domowej można opisać w kilku obszarach, które odnoszą się zarówno do postawionych pytań badawczych, jak i wydają się ważne z punktu widzenia bezpieczeństwa członków rodziny. Pierwszym obszarem poddanym analizie są zmiany w tożsamości, kolejnym — zmiany w interpretacji swojej historii życia oraz zmiany w interpretacji aktualnej sytuacji rodzinnej.

### Zmiany w tożsamości

W początkowej fazie terapii klient budował obraz siebie na przesłankach życzeniowych wynikających ze zniekształceń poznawczych, stosowania mechanizmów zaprzeczania i strategii obronnych: *Nie jestem taki, jak ona myśli [...]. Oni mnie źle oceniają. [...] Ja chcę dobrze, ale ona jest pod wpływem swoich rodziców.* W trakcie terapii konstruowanie wyobrażeń na swój temat przekształcało się w realistyczne obserwowanie i odkrywanie swoich właściwości. Osoba ta zaczęła rozpoznawać w sobie takie właściwości, które wcześniej były odrzucane jako niepożądane (np. uległość wobec próśb żony, zdolność do przyjmowania odmowy w sytuacjach intymnych). Nastąpiła też zmiana w formułowaniu wyobrażeń na swój temat, np. *Wyobrażam sobie siebie i chcę być znaczącą osobą w mojej rodzinie, powinienem dbać o ich dobre samopoczucie i bezpieczeństwo.*

Inną charakterystyczną cechą opisywania siebie w początkowej fazie terapii było koncentrowanie się na żonie, opisywanie siebie poprzez negację cech i właściwości rozpoznawanych u żony: *Nie chcę być taki jak ona, jest bardzo zależna od swoich rodziców, wręcz uległa, biega na każde ich zawołanie, jest nielojalna wobec mnie, knuje coś z nimi przeciwko mnie, od dawna ukartowała to przeciwko mnie, nastawia dzieci, podważa mój autorytet jako ojca, czuję się zagrożony przez nią i jej rodzinę.*

Siebie, w bliskiej relacji z żoną, klient opisywał za pomocą przykładowych stwierdzeń, wskazujących na bycie ofiarą: *Za nasze złe relacje odpowiedzialna była ona i jej rodzina, prowokowała mnie do agresji, krytykowała mnie, nic jej się nie podobało, zawsze dbałem o nią, ale ona tego nie doceniała, czułem się lekceważony przez nią i jej rodziców, chciała nade mną dominować, moje decyzje były podważane przez nią i jej rodziców.* Po zakończeniu terapii relacjom nadawał inne znaczenia: *Wiem, że jej zależy na mnie, bo inaczej odeszłaby, jej rodzice czasem za bardzo się wtrącają, ale wiem, że dostrzegali moje złe*

*traktowanie, chcę dbać o nasz związek, szkoda, żeby dzieci wychowywały się w rozbitej rodzinie albo były zastraszone.*

On, jako podmiot działań, określany był przez stwierdzenia, które były formułowane życzeniowo: *Ja chciałem tylko dobrze, nie jestem złym człowiekiem, stałem się jej ofiarą i jej rodziny, chce, żebym był pantoflem i nie ceni mojej indywidualności, zazdrości mi, że jestem kimś wyjątkowym.*

Po zakończeniu terapii klient opisywał siebie, używając takich sformułowań: *Wiem, że jestem w stanie powstrzymać się od nerwów, no nigdy nie będę idealny i nie wkurzę się na dzieci czy żonę, dzisiaj byłem wobec niej złośliwy i przyznałem się do tego, to nawet nie boli, a nawet daję zadowolenie (przyznanie się), już to potrafię, moim ideałem jest reagować jak trzeba, czasem się trochę wkurzyć, a czasem odpuścić, powinna być równowaga w moim zachowaniu, wiem, że potrafię docenić i pogłaskać, ale czasem staję się wściekły, zdarza mi się to, wybucham, potem przepraszam, ale tak naprawdę bez manipulacji, to strasznie trudne, ja nawet wiem, kiedy uruchamia się stare Ja, to bezwzględne, i czuję, jak muszę dojść do swojej prawdy, bo inaczej przestanę żyć, będę nikim, dopiero po chwili wychodzę z tego i widzę ludzi, którzy nie są dla mnie groźni.* Pojawilo się więcej charakterystyk odnoszących się do siebie i swoich aktualnych właściwości oraz swoich dążeń do osiągnięcia jakiejś właściwości: *Chcę być ważny, ale sprawiedliwy, powinienem częściej o tym myśleć.*

#### Zmiany w interpretacji własnej historii życia

Zmiany w interpretacji biografii można opisać jako nadanie innych sensów i znaczeń, a dzięki temu odkrycie ważnych schematów postępowania, niezaspokojonych potrzeb, wzorców relacji rodzinnych i lęków związanych z ponownym doświadczeniem rozpadu rodziny, rozpoznanie źródła lęków i obaw, które wpływały na zniekształcenia poznawcze.

Zmiany te dostarczyły nowych odniesień i sposobów interpretacji zachowań własnych, innych osób w rodzinie i poza nią. Przykładem jest wypowiedź klienta: *Teraz inaczej myślę o sobie, widzę w sobie zagubione dziecko, kogoś, kto chciał mieć rodzinę, czuć się ważny i być pewnym tego, co będzie jutro. Teraz mam na to wpływ. Paradoks polega na tym, że mało brakowało, abym to wszystko zniszczył, to czego najbardziej pragnąłem.*

#### Zmiany w interpretacji aktualnych zdarzeń

Odkrycie przez klienta, że aktualne zdarzenia mogą być interpretowane przez pryzmat doświadczeń z dzieciństwa i ukształtowanych reakcji oraz matrycy interpretacyjnych, np. *Kiedy odwiedza swoich rodziców, to czuję niepokój, zawsze wydaje mi się, że coś knuje z nimi. Wtedy czułem najpierw strach, a potem wściekłość. Trochę też jej zazdrościłem tych kontaktów z rodzicami. Tak też się czułem w dzieciństwie, kiedy moja matka zniknęła, a potem przychodziła z nowymi pomysłami na wyjazd i oczywiście z nowym kochaniem. [...] Potem na długo zostawałem sam u dziadków.*

### Zmiany w relacjach rodzinnych (aktualna rodzina)

Klient dokonał zmiany w interpretacji ról i przynależnych do nich powinnościach, np. rola ojca na początku była interpretowana, jako: *ten, któremu należy się szacunek, osoba, która ma coś do powiedzenia, muszę walczyć o swoją pozycję, powinienem być tym kimś najważniejszym.*

Podczas terapii i w okresie monitorowania zmian, osoba ta opisywała swoje doświadczenia w relacjach jako bardziej otwarte i ułatwiające ujawnianie pozytywnych uczuć. Przykładem tego może być wypowiedź klienta na temat uległości: *Kiedyś myślałem, że uległość jest dla palantów, którzy nie radzą sobie z żonami. Dużo mnie to kosztuje, czasem muszę zagryźć zęby, żeby jej czegoś nie odpowiedzieć przykrego. Wczoraj, kiedy oglądałem coś po pracy w TV, zapytała, czy mogę wyjść z psem na spacer. Normalnie, czyli wcześniej to powiedziałbym, że znów mi chce życie urządzać i burknąłbym coś, ale teraz po nowemu zaciąłem zęby i powiedziałem, że pójdę za chwilę. W głowie miałem już kociół myśli, ale powstrzymałem je i zacząłem szukać smyczy. To dotyczy także dzieci, kiedy czegoś nie potrafią, to zawsze komentowałem to złośliwie, teraz staram się tak nie robić.*

Jedną z najważniejszych zmian w relacjach rodzinnych jest akceptacja ze strony sprawcy niezależności żony, którą przejawiała zarówno w sferze zachowań, myślenia, jak i emocji. Klient opisuje swoje zachowania w tych sytuacjach: *Teraz widzę, jak bardzo ją kontrolowałem, co myśli, co czuje, co robi w domu, kiedy mnie nie ma, o czym rozmawia z rodzicami, kiedy idzie do nich sama lub z dziećmi, co pisze do koleżanek, chciałem wszystko wiedzieć, bo to mogło ocalić mnie przed katastrofą, upokorzeniem, opuszczeniem. Teraz, kiedy przychodzi do niej SMS, to kusi mnie, żeby zajrzeć, chociaż coraz mniej, nie robię tego. Uznać, że ona jest ode mnie niezależna, to strasznie trudne.*

### Omówienie wyników

Najważniejszą zaletą zebranego materiału jest jego kontekstowość. Każdy element wypowiedzi odnosi się bowiem do konkretnego zdarzenia w historii życia i jest elementem powiązany z innymi przeżyciami tworzącymi biografię. Mimo całej swojej niedoskonałości metodologicznej, analiza zgromadzonych danych pozwala na pogłębioną refleksję nad kilkoma wyróżnionymi aspektami zmian w trakcie psychoterapii i poszukiwanie odpowiedzi na postawione pytania badawcze. Dyskusja wokół przedstawionych wyników może służyć jako inspiracja do prowadzonych badań i zgłębiania wiedzy na temat modelu zmian w trakcie psychoterapii. Należy także mieć świadomość ograniczeń płynących z analizy pojedynczego przypadku.

Tożsamość, jako centralna kategoria zmiany w procesie psychoterapii [29], została poddana analizie ze względu na jej wyjątkowe znaczenie w bliskich relacjach i szczególne znaczenie w procesie zmiany, sprawcy przemocy domowej. W kontekście koncepcji Higginsa [20, 21] oraz jej rozwinięć u innych badaczy, np. Bąka [25], w narracji klienta zwraca uwagę proces pojęciowego poszerzania się Ja realnego, które jest wzbogacane o nowe treści. Klient włącza do opisu aktualnego Ja te właściwości, które były niepożądane z jego punktu widzenia i umieszczane w powinnościowym Ja jako oczekiwane przez innych. Podążając za wymienionymi koncepcjami Ja, można dostrzec, jak zmienia się treść poszczególnych jego składników. Ja realne zostaje wzbogacone o wiedzę związaną z wła-

ściwościami, które uruchamiały zachowania krzywdzące. W trakcie terapii klient odkrywał inne swoje właściwości, które mogły służyć powstrzymaniu przemocy i zapobieganiu jej. Jego Ja idealne uwzględniało wizję siebie *bezpiecznego dla rodziny* jako możliwą do osiągnięcia. Na drodze do realizacji tych pozytywnych wyobrażeń zaczęły wspierać go treści zawarte w Ja powinnościowym, szczególnie te, które odnosiły się do pełnienia ról: męża i ojca. Klient zyskał także wiedzę i wgląd w historię kształtowania się jego zachowań związanych ze stosowaniem przemocy. Umieścił tworzenie się predyspozycji do reakcji agresywnych w ważnych zdarzeniach życiowych. Jego Ja powinnościowe zyskało nowe znaczenia, które odnoszą się do takich pojęć, jak: „bycie uległym, bycie dobrym, bycie wrażliwym”. Kategorie te zyskują nową wartość pozytywną i zostają przeniesione do pożądanego stanu powinnościowego i są oceniane przez niego jako możliwe do zrealizowania, bezpieczne i pozytywnie wpływające na jego relacje z bliskimi osobami.

Odnosząc się także do koncepcji przyszłego Ja (*future self*), które mocno akcentuje w swojej koncepcji Oyserman [30] jako wyznaczającego kierunek motywacji, należy podkreślić, że praca terapeutyczna ukierunkowana była na badanie wyobrażeń o atrakcyjnych i możliwych stanach Ja. Uzgodnienie z klientem, co jest atrakcyjnym, czyli motywującym do osiągnięcia, stanem Ja w przyszłości i w jaki sposób będzie on motywował siebie do realizacji tej wizji, stanowi jeden z ważnych elementów terapii i samodzielnej pracy klienta. Jak wskazują inne badania, Lachowicz-Tabaczek i Bajcar [31], obraz możliwych przyszłych Ja, jeżeli jest dla osoby atrakcyjny i oceniany jako możliwy do osiągnięcia, a nawet pożądanym przez nią, uruchomi jej motywację do zmiany i będzie wpływał na jej globalną samoocenę. Można przypuszczać, że w tym obszarze także dokonują się ważne zmiany u osoby używającej przemocy. Uczestnicząc w procesie zmiany, zyskuje ona pozytywny obraz siebie nie tylko z własnej pozycji, ale innych ważnych osób. Kształtowanie nowych treści standardów Ja, akceptowanych przez sprawcę, uruchamia ważny proces motywacyjny, który może być kontynuowany po zakończeniu terapii. U osób, które dopuściły się przemocy wobec bliskich osób, ma to szczególne znaczenie, ponieważ trwałość zmian będzie w dużym stopniu zależała od poziomu identyfikacji z osiąganymi i pożądanymi właściwościami, rozwijanymi w przyszłości i akceptowanymi społecznie. Ten aspekt społeczny w przypadku sprawców przemocy stanowi najważniejszy aspekt zmiany. Często bowiem sprawcy obawiają się tego, że zarówno rodzina, jak i środowisko zaczną spozstrzegać ich jako słabych, innych/odmiennych. Uzgadnianie tych wewnętrznych sprzeczności, budzących obawy, stanowi ważny element procesu zmiany.

Pozostałe efekty zmian są ściśle powiązane z tożsamością i stanami Ja. W związkach najmocniej akcentowana jest tożsamość, a role pełnione w rodzinie i sposób, w jaki są realizowane, zawsze odnoszą się do tożsamości i do zbioru kompetencji społecznych kształtowanych i utrwalanych przez doświadczenie. Motywacja jest ukierunkowana między innymi przez Ja idealne i Ja powinnościowe, czyli określone standardy wynikające z indywidualnego doświadczenia. Rozpoznawanie ich i badanie potencjału rozwojowego lub ograniczeń z nich płynących umożliwi proces zmiany poprzez zwiększenie samoświadomości. Oyserman [30] wskazuje, że rozwijanie kompetencji indywidualnych, wspierających proces dążenia do Ja przyszłego (*future self*), może prowadzić do wzbogacenia także Ja realnego oraz wzbudzać motywację do zmiany w sposób ewolucyjny, co w przypadku sprawców przemocy domowej stanowi ważną strategię osiągnięcia zmiany.

Zmiany w relacjach rodzinnych należy interpretować z dużą ostrożnością. Jak wiadomo z literatury odnoszącej się do relacji przemocowych, z jednej strony musimy wnikliwie przeanalizować proces tworzenia się tych relacji, a z drugiej diagnozować indywidualne właściwości osobowościowe partnerów, które tworzą sprzyjające okoliczności do ich rozwoju [8, 24, 32]. Proces terapeutyczny sprawcy nie oznacza, że żona/partnerka staje się bardziej gotowa na zmiany. Z praktyki terapeutycznej wiadomo, że partnerki sprawców przemocy oczekują wyeliminowania tylko zachowań przemocowych, bez uwzględniania zmian, jakie dokonują się w oczekiwaniach, systemie wartości, sposobie oceniania siebie i innych. Proces ten został bardzo dobrze rozpoznany i opisany we współzależnieniu, w rodzinach z problemem alkoholowym, natomiast nie jest on tak dogłębnie opisany w relacji przemocowej.

### Wnioski

Opis procesu terapeutycznego i jego efektów w indywidualnym doświadczeniu nie dostarcza wystarczających dowodów świadczących o skuteczności psychoterapii w problemach związanych z przemocą domową. Służył natomiast zarysowaniu problematyki tego ważnego obszaru pomocy psychologicznej i uwrażliwieniu terapeutów na wnikliwe diagnozowanie stanu zagrożenia bliskich osób w relacjach z agresywnym członkiem rodziny. Innym wymiarem przedstawienia indywidualnego procesu zmiany jest postawienie kilku pytań wskazujących na tożsamość sprawcy przemocy domowej jako centralną kategorię podlegającą zmianom oraz zależności w relacjach rodzinnych tworzące tło, a zarazem i ważny wskaźnik tych zmian. Badania te stanowią podstawę do tworzenia modelu zmiany w różnych obszarach osobowości, wartości i relacji rodzinnych sprawców przemocy domowej, a także konstruowania narzędzi, które pozwoliłyby na bardziej precyzyjną ich ocenę.

### Piśmiennictwo

1. Rothman EF, Butchart A, Cerdá M. Intervening with perpetrators of intimate partner violence: a global perspective. Geneva: Inis; 2003.
2. Dyjakon D. Diagnoza i psychoterapia sprawców przemocy domowej. Bezpieczeństwo i zmiana. Warszawa: Difin; 2014.
3. Hamberger L, Hastings J. Personality correlates of men who abuse their partners: a cross validation study. *J. Fam. Viol.* 1986; 1(4): 323–341.
4. Vaselle-Augenstein R, Ehrlich A. Male batterers: evidence for psychopathology. W: Viano EC, red. *Intimate violence: interdisciplinary perspectives*. Washington, DC: Taylor & Francis; 1992, s. 139–156.
5. Dutton DG. *The abusive personality. Violence and control in intimate relationships*. New York, London: The Guilford Press; 1998.
6. Niehoff D. *Biologia przemocy. Jak zrozumienie mózgu, zachowania i środowiska może przerwać błędne koło przemocy*. Poznań: Media Rodzina; 2001.
7. Rode D. *Psychologiczne uwarunkowania przemocy w rodzinie. Charakterystyka sprawców*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego; 2010.
8. Rode D. *Psychologiczne i relacyjne wyznaczniki przemocy domowej. Charakterystyka sprawców*. Kraków: Suprema Lex; 2018.

9. Bonem M, Stanley-Kime KN, Corbin M. A behavioral approach to understanding domestic violence: a functional assessment based on batterer-identified contingencies. *J. Beh. Anal. Offender Victim Treat. Prev.* 2008; 1(2): 209–221.
10. Waltz J. Dialectical behavior therapy in the treatment of abusive behavior. W: Dutton D, Sonkin DJ, red. *Intimate violence. Contemporary treatment innovations.* New York, London, Oxford: Haworth Maltreatment and Trauma Press; 2003, s. 75–103.
11. Madanes C. *Seks, miłość, przemoc: psychoterapia sprawców i ofiar.* Gdańsk: GWP, 1999.
12. Cogan R, Porcerelli JH. Psychoanalytic psychotherapy with people in abusive relationships: Treatment outcome. W: Dutton D, Sonkin DJ, red. *Intimate violence. Contemporary treatment innovations.* New York, London, Oxford: Haworth Maltreatment and Trauma Press; 2003; s. 29–46.
13. Dutton D. Treatment of assaultiveness. W: Dutton D, Sonkin DJ, red. *Intimate violence. Contemporary treatment innovations.* New York, London, Oxford: Haworth Maltreatment and Trauma Press; 2003, s. 7–28.
14. Lilley-Walker SJ, Hester M, Turner W. Evaluation of European domestic violence perpetrator programmes: toward a model for designing and reporting evaluations related to perpetrator treatment interventions. *Int. J. Offender Ther. Com. Criminol.* 2018; 62(4): 868–884.
15. Sonkin DJ, Dutton D. Treating assaultive men from attachment perspective. W: Dutton D, Sonkin DJ, red. *Intimate violence. Contemporary treatment innovations.* New York, London, Oxford: Haworth Maltreatment and Trauma Press; 2003, s. 105–133.
16. Maiuro RD, Eberle JA. State standards for domestic violence perpetrator treatment: current status, trends, and recommendations. *Violence Vict.* 2008; 23(2): 133–155.
17. Wytyczne dotyczące opracowania standardów w programach pracy ze sprawcami męskiej przemocy domowej. Projekt Daphne II 2006-2008. Work with Perpetrators European Network, [https://www.work-with-perpetrators.eu/fileadmin/WWP\\_Network/redakteure/2006-2012/guidelines/wwp\\_standards\\_pl\\_2008\\_vers\\_1\\_1.pdf](https://www.work-with-perpetrators.eu/fileadmin/WWP_Network/redakteure/2006-2012/guidelines/wwp_standards_pl_2008_vers_1_1.pdf) (dostęp 28.07.2018)
18. Vlasis R. Ten challenges and opportunities for domestic violence perpetrator program work. No To Violence Male Family Violence Prevention Association, <http://ntv.org.au/wp-content/uploads/2016/12/Ten-challenges-and-opportunities.pdf> (dostęp 29.07.2018)
19. Krajowy Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie. Monitor Polski. Dziennik Urzędowy Rzeczypospolitej Polskiej, Warszawa 9 czerwca 2014, <https://www.duw.pl/pl/urzadz/programy/krajowy-program-przeciw/9682,Krajowy-Program-Przeciwdzialania-Przemocy-w-Rodzinie-na-lata-2014-2020.html>
20. Higgins ET. Self-discrepancy: a theory relating self and affect. *Psychol. Rev.* 1987; 94(3): 319–340.
21. Bąk W. E. Tory Higginsa teoria rozbieżności ja. *Przeegl. Psychol.* 2002; 45(1): 39–55.
22. Młynarczyk, M. Ja idealne vs Ja powinnościowe. Analiza emocjonalnych konsekwencji rozbieżności w systemie „ja” na podstawie teorii autoregulacji ET T. Higginsa. *Studia z Psychologii w KUL;* 2006, (13): 189–206.
23. Bąk W. Struktura rozbieżności Ja w zaburzeniach psychicznych. *Czas. Psych.* 2008; 14 (2): 115–129.
24. Dyjakon D. *Przemoc domowa. Czy można wybaczyć i być razem?* Warszawa: Difin; 2016.
25. Bąk W. *Standardy Ja. Hierarchiczny model samowiedzy.* Warszawa: Wydawnictwo Stowarzyszenia Filomatów; 2017.
26. Straś-Romanowska M. Badania ilościowe vs jakościowe — pytanie o tożsamość psychologii. *Rocz. Psych* 2010 13(1): 97–105.
27. Paivio SC, Pascual-Leone A. *Emotion-focused therapy for complex trauma. An integrative approach.* Washington, DC: American Psychological Association; 2010.



- 
28. Mellibruda J. Siedem ścieżek integracji psychoterapii. Ślady dziecięcych traum i toksycznych realacji jako wyzwanie. Warszawa: Wydawnictwo Zielone Drzewo Instytut Psychologii Zdrowia PTP; 2011.
  29. Huflejt-Łukasik M, Bąk W, Styła R, Klajs K. Zmiany Ja w toku psychoterapii. *Rocz. Psychol.* 2015; 18(3): 433–448.
  30. Oyserman D. Pathways to success through identity-based motivation. Oxford: University Press; 2015.
  31. Lachowicz-Tabaczek K, Bajcar B. Future self-appraisals and global self-esteem: Who benefits more from thinking about the future, and why? *Self Identity* 2017; 16(4): 460–479.
  32. Herman JL. Przemoc. Uraz psychiczny i powrót do równowagi. Gdańsk: GWP; 1998.

Adres: Dorota.dyakon@dsw.edu.pl