Ofiary przemocy żyją w silnym poczuciu winy, przypisując sobie odpowiedzialność za zdenerwowanie, frustracje itp. sprawcy; są przekonane, że to ich działanie powoduje akty przemocy. Czują, że nie mają wpływu na własne życie; nie kontrolują tego, co dzieje się z nimi i wokół nich, stąd też są nieufne wobec otoczenia. Życie w ciągłym napięciu, poczuciu zagrożenia powoduje, iż ofiary cały swój wysiłek skupiają na analizie bieżącej sytuacji, przetrwaniu, a nie poszukiwaniu możliwości zmiany.

**Zespół stresu pourazowego PTSD (post traumatic stress disorder).**

Odruchową odpowiedzią człowieka na niebezpieczeństwo jest zintegrowany system reakcji obejmujących zarówno ciało, jak i umysł. Poczucie zagrożenia początkowo pobudza współczulny układ nerwowy, powodując wzrost wydzielania adrenaliny do krwi, co stawia organizm w stan pogotowia. Zmienia się sposób odczuwania – w niebezpiecznej sytuacji ludzie często zapominają o głodzie, zmęczeniu, bólu. Poczucie zagrożenia wywołuje intensywne uczucie strachu i złości, mobilizując osobę zagrożoną do wysiłku związanego z walką lub ucieczką. Jeśli nie ma szansy na ucieczkę lub stawienie skutecznego oporu, system samoobrony ulega przeciążeniu i dezorganizacji – dochodzi do urazu, któremu zawsze towarzyszy uczucie intensywnego strachu, bezradności, utraty kontroli i zagrożenie unicestwieniem (J. L. Herman, 1998). W sytuacjach głębszych urazów każdy z elementów zwykłej odpowiedzi na zagrożenie, utraciwszy swą funkcjonalność, ma tendencję do utrzymywania się w swej wynaturzonej formie długo jeszcze po tym, jak bezpośrednie niebezpieczeństwo minęło. Traumatyczne wydarzenia powodują często głębokie i trwałe zmiany w fizjologicznym pobudzeniu, uczuciowości, zdolnościach poznawczych oraz pamięci, doprowadzając do dezintegracji, rozszczepienia normalnie zintegrowanych funkcji: silne emocje - niepamięć, wyraźne wspomnienia - całkowity brak uczuć. Efektem silnego lub długotrwałego doświadczania urazu, z którego skutkami osoba nie była w stanie sobie poradzić, ponieważ stres przekraczał zdolności i zasoby systemu obrony, jest wystąpienie zaburzeń **zespołu stresu pourazowego** (PTSD). Do jego najistotniejszych symptomów zalicza się: **nadmierne pobudzenie, wtargnięcie i zawężenie.** Nadmierne pobudzenie odzwierciedla uporczywe oczekiwanie niebezpieczeństwa, wtargnięcia są rezultatem niemożności zapomnienia traumatycznych zdarzeń, zaś zawężenie wyraża odrętwienie, w które człowiek wpada po poddaniu się.

Do podstawowych objawów tego zaburzenia zalicza się bolesne powracanie śladów doświadczeń urazowych, przeżywanie specyficznego paraliżu emocjonalnego, unikanie tego, co przypomina uraz, a także stany hiperpobudzenia. Mimo upływu czasu pojawiają się koszmary senne i bezsenność, wstrząsające wspomnienia i wizje na jawie, niezrozumiałe i bolesne stany emocjonalne i somatyczne. Ofiara czuje się, jakby jej uczucia znajdowały się w stanie zamrożenia lub związania. Towarzyszy temu gotowość do nagłego pojawiania się chęci ucieczki lub walki bez sytuacyjnego uzasadnienia.

Dla podkreślenia specyfiki zaburzeń powstałych w wyniku długotrwałego lub powtarzającego się oddziaływania urazu, Herman proponuje określenie **złożonego syndromu pourazowego**, które ujawniają się we wszystkich podstawowych sferach funkcjonowania ofiary:

■ zmiany w sferze emocjonalnej: - uporczywa dysforia (polega na wyolbrzymianiu pewnych sytuacji oraz innych bodźców, co powoduje reakcje gniewne, złość lub wręcz agresję. Ogólna drażliwość, wybuchowość), - ustawiczne myśli samobójcze, - skłonność do samookaleczenia się, - wybuchowość lub skrajne hamowanie gniewu (może występować naprzemiennie), - kompulsywność lub skrajne zahamowanie w sferze seksualnej;

■ zmiany w świadomości: – amnezja lub hipermnezja w związku z traumatycznymi przeżyciami, – przejściowe stany dysocjacji, – depersonalizacja (derealizacja), – ponowne przeżywanie zdarzeń traumatycznych w postaci objawów wtargnięcia lub ruminacji (przeżuwania myśli);

■ zmiany w postrzeganiu siebie: – poczucie bezradności albo paraliżu inicjatywy, – wstyd i poczucie winy oraz samoobwinianie, – poczucie skalania albo napiętnowania (stygmatyzacji), – poczucie kompletnej odmienności od innych (może to być poczucie własnej wyjątkowości lub dotkliwej samotności, przekonanie o braku zrozumienia ze strony otoczenia albo zdehumanizowane poczucie tożsamości);

■ zmiany w postrzeganiu prześladowcy: – obsesyjna koncentracja na związku z prześladowcą (łącznie z obmyślaniem zemsty), – nierealistyczne przypisywanie prześladowcy absolutnej władzy, – idealizacja albo paradoksalna wdzięczność, – poczucie, że związek z prześladowcą jest wyjątkowy albo metafizyczny, – akceptacja systemu przekonań lub racjonalizacji prześladowcy;

■ zmiany w relacjach z innymi: – izolowanie się i wycofanie, – zerwanie intymnych związków z innymi, – powtarzające się poszukiwanie wybawiciela (może występować na przemian z izolowaniem się), – trwały brak zaufania, – nieskuteczne próby samoobrony;

■ zmiany w systemie wartości:

– utrata dającej otuchę wiary,

– poczucie beznadziejności i rozpacz.

Analizując wszystkie przedstawione powyżej opisy symptomów klasycznego PTSD, czy złożonego syndromu pourazowego, na plan pierwszy wysuwa się tragiczny paradoks – **ofiary nawet w wiele lat po doznaniu urazu cierpią i potęgują straty w wyniku całkowicie dezadaptacyjnych strategii radzenia sobie. To tak, jakby uraz trwale uszkodził ich zdolności do konstruktywnego radzenia sobie w teraźniejszości i przyszłości.**

**Proces wiktymizacji.**

U ofiar przemocy doświadczających zespołu stresu pourazowego i poddawanych intensywnej przemocy psychicznej, często rozwija się tzw. proces wiktymizacji, który zmienia ich poczucie tożsamości. Powtarzające się akty przemocy burzą ofiarom dotychczasowy obraz życia i własnej osoby; powodują chęć wycofania się z normalnego życia i izolowania od innych. Kiedy członkowie rodziny lub inne osoby z otoczenia ofiary ignorują jej problemy, nie wierzą w to co mówi, pomniejszają tragizm i ważność raniących doświadczeń, obwiniają ofiarę, czy też odmawiają jej pomocy sugerując chęć uzyskania nieuzasadnionych korzyści - pojawiają się wtórne zranienia, wynikające z niewłaściwych reakcji otoczenia. Pod wpływem takich reakcji środowiska ofiara przestaje się bronić; uznaje, że do końca życia musi znosić przemoc. Staje się nietolerancyjna dla własnych słabości czy błędów i odmawia sobie podstawowych praw ludzkich; przestaje oczekiwać poprawy swojej sytuacji; traci nadzieję i poczucie godności. W tym stanie ofiara nie szuka już pomocy. Zdarza się, że w odruchu desperacji targnie się na swoje życie lub życie sprawcy. Jeżeli nie otrzyma pomocy z zewnątrz, nie ma szans na wyrwanie się z pułapki przemocy.

**Syndrom wyuczonej bezradności.**

Teoria wyuczonej bezradności została sformułowana przez amerykańskiego psychologa Martina Seligmana, który przez wiele lat prowadził badania zachowań zwierząt, próbując dociec przyczyn powstawania bierności i rezygnacji z działania. Wyniki jego eksperymentów dały początek badaniom nad bezradnością ludzi. Leonora Walker natomiast prowadziła badania wśród kobiet doznających przemocy. Wyniki jej pracy pokazały, że ofiary przemocy – w chwili pojawienia się aktów przemocy – uruchamiają różne strategie przeciwdziałania krzywdzeniu. Kiedy ich działania okazują się nieskuteczne poddają się, zaprzestają aktywności; są przekonane, że cokolwiek by nie zrobiły – to nie ma sensu; są wyczerpane, zmęczone; brak zmiany budzi złość, niepokój, trudności w koncentracji, rezygnację, bywa, że „odechciewa się wszystkiego, nawet życia”. Wyuczona bezradność jest najczęstszym objawem u osób doznających przemocy. Rozwija się pod wpływem różnych czynników, wśród których najistotniejsze stanowią:

* doświadczenia z dzieciństwa (przemoc fizyczna, molestowanie seksualne, sytuacje urazowe m.in. śmierć rodziców, alkoholizm; kłopoty w nauce, problemy zdrowotne),
* doświadczenia wyniesione ze związków w życiu dorosłym (przemoc, patologiczna zazdrość, gwałt, groźby pozbawienia życia).

Wyuczona bezradność powoduje:

* deficyty poznawcze (przekonanie, że nie ma możliwości zmiany; w każdej sytuacji jest się bezradnym, nikt i nic nie może zrobić, by to zmienić),
* deficyty motywacyjne – wynik w/w deficytów (całkowita bierność, rezygnacja z działania),
* deficyty emocjonalne (lęk, zmęczenia, depresja, poczucie niekompetencji, wrogości).

**Zjawisko „prania mózgu”.**

Przemocy fizycznej zawsze towarzyszy przemoc psychiczna. Termin „pranie mózgu” najczęściej rozumie się jako szereg działań uruchamianych przez sprawcę celowo, nakierowanych na zmianę przekonania, nastawienia czy światopoglądu ofiary, a także zmianę potrzeb, ocen, uczuć, postaw ofiary tak, by osoba manipulowana działała zgodnie z oczekiwaniami sprawcy, pod jego pełną kontrolą. Sprawcy przemocy starają się doprowadzić do izolacji społecznej ofiary: ograniczają jej kontakty z rodziną i znajomymi np. poprzez „nakładanie” nowych obowiązków (żeby ofiara nie miała czasu), przekazywanie nieprawdziwych treści (żeby ofiara sama pogniewała się na bliskich), awantury w obecności gości (żeby ofiara, ze wstydu nie zapraszała ich więcej), obrażanie gości (sami zrezygnują z wizyt). Krytykują i poniżają ofiarę nawet w obecności obcych osób, a systematycznie powtarzana krytyka powoduje, że ofiary zaczynają wierzyć w swoje wady, błędy, brak kompetencji, atrakcyjności. Domagają się posłuszeństwa we wszystkich, najdrobniejszych nawet sprawach; zmieniają swoje wymagania tak, by ofiara nigdy nie była pewna, czy robi coś dobrze. W ten sposób cała uwaga ofiary skierowana jest na odgadywanie myśli i potrzeb sprawcy. Naprzemiennie karzą i nagradzają; wymuszają działania; demonstrują własną siłę, władzę i możliwości. Pod wpływem „prania mózgu” ofiary wierzą, że są głupie (stąd podatność na sugestie i manipulacje innych, niemożność podejmowania suwerennych decyzji), pełne wad (nie mogą oczekiwać niczego dobrego od innych). Wstydzą się, że są tak beznadziejne, złoszczą na siebie o taki stan rzeczy, dając tym samym przyzwolenie na bezkarność sprawcy.

**Strategie powstrzymywania przemocy.**

W amerykańskich badaniach przeprowadzonych wśród systematycznie bitych kobiet, zidentyfikowano siedem podstawowych strategii, którymi posługują się kobiety w celu powstrzymania męża od bicia. Doświadczenia specjalistów pracujących z ofiarami przemocy domowej w Polsce wskazują, iż strategie te dotyczą również polskich kobiet.

1) rozmowa ze sprawcą – ofiary opowiadają o swoim cierpieniu próbując wzbudzić w sprawcy poczucie winy; część kobiet komunikuje to w sposób zwięzły, krótki, część – ciągle „narzeka”, „gdera”. Na skutek tej „rozmowy” sprawca albo obiecuje poprawę pod warunkiem, że ofiara w pełni dostosuje się do jego oczekiwań, albo – złości się jeszcze bardziej, co często kończy się kolejnym aktem agresji. Reakcja sprawcy uczy kobiety milczenia;

2) uzyskanie obietnicy poprawy – ofiary odwołują się do opinii publicznej („co ludzie powiedzą?”), wiary, miłości. Strategia ma szansę powodzenia, szczególnie w pierwszym okresie przemocy. Mechanizm stosowania agresywnych zachowań wskazuje jednak, iż taka motywacja jest skuteczna przez bardzo krótki okres;

3) straszenia sprawcy – ofiary grożą sprawcy powiadomieniem policji, rodziny, rozwodem, opuszczeniem domu; czasem – incydentalnie, częściowo – realizują groźbę (zawiadomienie policji i wycofanie sprawy; krótkotrwałe opuszczenie domu, wniesienie sprawy rozwodowej i – wycofanie jej). Brak konsekwentnego działania utwierdza sprawcę w przekonaniu o bezsilności ofiary; braku sprawstwa z jej strony i własnej bezkarności;

4) ukrywanie się przed sprawcą – ucieczki przed agresją (chowanie się w bezpiecznym miejscu w domu dla „przeczekania” złości, podobnie – na krótki czas opuszczenie mieszkania), jeśli nie stanowią początku procesu przeciwstawienia się przemocy z reguły pogarszają tylko sytuację; są pretekstem do następnych aktów przemocy. Sprawca, który poprzez zachowania przemocowe utwierdza swoją władzę i dominację, musi kontrolować zachowania i miejsca, w których przebywa ofiara. Powrót do domu utwierdza sprawcę w poczuciu władzy i bezkarności;

5) pasywna obrona – stosowane odruchowo osłanianie się rękami, różnymi przedmiotami przed uderzeniami sprawcy rzadko osiąga zamierzony skutek. Wręcz przeciwnie – w wielu sytuacjach rozdrażnia bardziej sprawcę; dla sadystycznych sprawców – stanowi dodatkową stymulację agresywnych zachowań;

6) unikanie ataku – posłuszeństwo, „schodzenie z oczu”, unikanie sytuacji czy zachowań wywołujących agresję, przemilczanie zaczepnych zachowań sprawcy, nie wdawanie się w dyskusję. To również metoda krótkotrwale skuteczna. Ofiara nie jest w stanie przewidzieć/uprzedzić wszystkich oczekiwań sprawcy, które często zmieniają się. Sprawca chce rozładować napięcie, dąży do konfrontacji, nie zadowala się spolegliwością ofiary;

7) walka obronna – skuteczna (również krótko) jest tylko wówczas, gdy sprawca widzi desperację ofiary i czuje realne zagrożenie („zabiję cię, jak będziesz spał”, „otruję cię”). Z reguły jednak utwierdza sprawcę w poczuciu siły; często – wzmaga agresję; daje sprawcy powód do ukarania ofiary;

8) strategie poniżające – całkowite podporządkowanie się sprawcy, poniżanie się przed nim. To zachowania, które wprawdzie są w stanie powstrzymać sprawcę przed agresją (potwierdzają jego władzę, siłę), jednak szybko niszczą podmiotowość ofiary i całkowicie uzależniają ją od sprawcy.