

Jarosław Przeperski
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Diagnozowanie zjawiska przemocy domowej – konteksty teoretyczne i praktyczne

Abstract

Domestic violence is experienced by almost 90.000 people every year in Poland. The question of accurate and reliable diagnosis of violence by professionals working with families experiencing violence forms the basis of the analysis of this phenomenon. Research clearly indicates that a good diagnosis is the foundation for creating effective plans to help families and clients. The article assesses the diagnostic process of domestic violence. The diagnostic process has been divided into three parts. The first concerns the situation where violence has not yet occurred but professionals point out factors that may indicate a high probability of its occurrence. The second part relates to the stage where violence occurs. The rules for screening (confirmation of the occurrence of violence) and further in-depth diagnosis are described here. The third part discusses the diagnosis of the possibility of recurrence of violence in families that have previously experienced it. The last part of the article shows how important the phenomenon of violence in the diagnosis made by representatives of various assistance professions is. The article also shows practical tips and solutions used in other countries and difficulties that may face the diagnosis of domestic violence in their work.

Keywords: *domestic violence, assessment, family support, diagnostic tools, risk assessment, decision-making.*

Abstrakt

Przemoc domowa jest doświadczana każdego roku w Polsce przez niemal 90 tysięcy osób. Podstawowym problemem jaki pojawia się w refleksji na tym zjawiskiem jest pytanie o trafne i rzetelne diagnozowanie przemocy przez profesjonalistów pracujących z rodzinami doświadczających przemocy. Badania jednoznacznie wskazują, że dobra diagnoza

jest podstawą do tworzenia efektywnych planów pomocy rodzinie i klientowi. Artykuł analizuje proces diagnostyczny rodzin z problemem przemocy domowej. Proces diagnostyczny podzielony został na trzy części. Pierwsza dotyczy sytuacji kiedy przemoc jeszcze nie występuje ale profesjonaliści wskazują na czynniki, które mogą świadczyć o dużym prawdopodobieństwie pojawienia się jej. Drugi to etap, na którym przemoc występuje. W tym miejscu opisane zostały zasady screeningu (potwierdzenie występowania przemocy) i dalszej pogłębionej diagnozy. Trzecia część podejmuje rozważania dotyczące diagnozy możliwości nawrotu przemocy w rodzinach, które wcześniej jej doświadczały. Ostatnia część pokazuje na ile istotne jest zjawisko przemocy w diagnozie dokonywanej przez przedstawicieli różnych profesji pomocowych. W artykule pokazane zostały także praktyczne wskazówki, rozwiązania funkcjonujące w innych krajach oraz trudności jakie mogą w swojej pracy napotykać diagności problemu przemocy domowej.

Słowa kluczowe: przemoc domowa, diagnoza, praca z rodziną, narzędzia diagnostyczne, ocena ryzyka, podejmowanie decyzji.

1. Wstęp

Przemoc domowa jest zjawiskiem, które jawi się jako jeden z poważniejszych problemów społecznych. W wymiarze ilościowym każdego roku niemal 90 tys. osób doświadcza w Polsce przemocy¹. Ostatnie dane pokazują, że w 2018 roku 88 133 osób doświadczyło przemocy. Coraz częściej podejmowana jest dyskusja zarówno w dyskursie społecznym, jak i naukowym dotycząca sposobów ograniczenia przemocy.

Przemoc jest zjawiskiem niejednorodnym. Różne są sposoby jego definiowania, ale także różne są reakcje, czy też oczekiwania dotyczące planowanych i realizowanych działań. W takim kontekście konieczne jest podejmowanie pogłębionej refleksji nad zjawiskiem przemocy. Dla współczesnego badacza wyłania się kilka istotnych obszarów, które wymagają naukowej refleksji i tym samym dookreślenia i nadania klarownych znaczeń. W literaturze zarówno naukowej, jak i skierowanej do praktyków, tematem, który jest stosunkowo mało obecny, jest diagnozowanie zjawiska przemocy domowej. Trzeba podkreślić, że metodycy pracy z rodziną jednoznacznie wskazują na znaczenie profesjonalnej diagnozy dla powodzenia pracy i osiągnięcia zamierzonych celów (por. Płopa, 2016; Wysocka, 2013).

¹ <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/przemoc-w-rodzinie/50863,Przemoc-w-rodzinie.html> (22.10.2019).

Celem niniejszego artykułu jest podjęcie refleksji nad tematyką diagnozy rodziny w kontekście zagrożenia, wystąpienia lub ponownego wystąpienia zjawiska przemocy domowej. Wskazane poziomy diagnozy będą wyznaczały strukturę artykułu, a poszczególne jego części stanowić będą pogłębienie poszczególnych obszarów diagnozy zjawiska przemocy. Należy podkreślić, że analizowane obszary, czynności związane z diagnozowaniem można rozpatrywać nie tylko z perspektywy związanej z teorią i metodyką, jak to ma miejsce w niniejszym artykule, ale także w odniesieniu do uregulowań prawnych (ustawy, rozporządzenia) oraz rozwiązań organizacyjnych (instytucje, procedury, współpraca służb). W obliczu stosunkowo bogatej literatury opisującej zagadnienia prawne, proceduralne zostały one potraktowane jako tło do prezentacji metodyki modelu diagnozy różnych faz przemocy domowej.

2. Poziomy diagnozy przemocy domowej

Diagnoza przemocy domowej może i powinna być prowadzona na trzech poziomach: zagrożenia wystąpieniem przemocy (poziom profilaktyki), występowania przemocy domowej oraz powrocie lub możliwości powrotu po jej ustaniu.

2.1. Diagnoza zagrożenia wystąpienia przemocy domowej

Pierwszym etapem, na którym powinno następować diagnozowanie rodziny, jest poziom, w którym nie identyfikuje się występowania przemocy, ale rodzina znajduje się w sytuacji ryzyka jej wystąpienia. W polityce społecznej niejednokrotnie podkreśla się, że istotniejsze jest niedopuszczenie do występowania negatywnego zjawiska niż czekanie na jego pojawienie się i dopiero w tym momencie podjęcie interwencji (por. Przeperski, 2019). Zasadniczo diagnozowanie na tym poziomie będzie dotyczyło dwóch obszarów, analogicznie jak to ma miejsce w profilaktyce. Pierwszym jest identyfikacja czynników ryzyka powodujących zagrożenie wystąpienia przemocy, a drugim to identyfikacja czynników pozytywnych, pożądanych, które z jednej strony eliminują możliwość wystąpienia przemocy (zachowania destrukcyjne zastępują zachowania konstruktywne), a z drugiej są zasobem, na którym można budować zachowania pożądane (Wroczyński, 1985). W literaturze zasadniczo wyróżnia się trzy poziomy prowadzenia działań profilaktycznych. W ujęciu tradycyjnym wyróżniano profilaktykę pierwszo-, drugo- i trzeciorzędową (Szymańska, 2012, s. 34–35). Obecnie została wprowadzona nowa klasyfikacja wyodrębniająca również trzy jej poziomy: uniwersalna, selektywna i wskazująca (Szymańska, 2012, s. 36).

Na poziomie uniwersalnym diagnoza będzie odnosiła się do całej populacji, społeczności lokalnej lub jej podgrup. Celem jest identyfikacja czynników ryzyka na dość dużym poziomie ogólności. Istotne jest wskazanie na czynniki, które rozwijają umiejętności psychologiczne i społeczne, które zapobiegają występowaniu przemocy (Ostaszewski, 2005). Zasadniczo ten typ diagnozowania pozwala na prowadzenie działań uprzedzających do możliwości wystąpienia przemocy w danej społeczności (*Reducing Risks for Mental Disorders*, 1994, s. 22–24). Diagnoza na poziomie profilaktyki selektywnej koncentruje się na grupach zwiększonego ryzyka (Ostaszewski, 2010). Pierwszym zadaniem w obszarze diagnostycznym będzie identyfikacja tych grup na podstawie czynników zwiększających ryzyko zachowań przemocowych. Czynniki te będą zarówno biologiczne, psychiczne, jak i społeczne. Wskazanie czynników zagrażających pozwoli na przygotowanie właściwych działań zapobiegającym przemocy, a skierowanym do wyselekcjonowanych grup. Trzecim poziomem jest profilaktyka wskazująca. W tym przypadku występują już zachowania dysfunkcyjne, które w sposób bezpośredni mogą prowadzić do zachowań przemocowych. Należy podkreślić, że na tym etapie jeszcze nie identyfikuje się przemocy, ale czynniki, które korelują dodatnio z przemocą (Ostaszewski, 2005). Rodzina znajdująca się na tym etapie z dużym prawdopodobieństwem może w przyszłości doświadczać przemocy. Wydaje się, że jest to kluczowy i ostatni moment, w którym można zatrzymać procesy nieuchronnie prowadzące do przemocy domowej. W wielu przypadkach przemoc domowa dotyczy relacji pomiędzy kobietą i mężczyzną. Jedną z przyczyn przemocy jest występowanie i zaostrzanie się konfliktów i sporów w związku. Pary czujące, że ich zasoby, ale także satysfakcja ze związku są równo rozdzielone, zasadniczo nie doświadczają gwałtownych konfliktów (Teichman & Teichman, 1989). Natomiast w parach, w których małżonkowie osiągają mniej satysfakcji, dochodzi do wzajemnego krytykowania oraz okazywania złości i agresji (por. Wojciszke & Płopa, 2003). Niezadowoleni partnerzy demonstrują negatywne zachowania, częściej również odwzajemniają negatywne reakcje drugiej osoby. Wielu badaczy zwraca uwagę na istotny związek pomiędzy narastającymi konfliktami a występowaniem przemocy (por. Herzberger & Bielawska-Batorowicz, 2002; Rode, 2010; Teichman & Teichman, 1989). Analizując jeden z czynników, jakim jest satysfakcja ze związku oraz występowanie konfliktów, oraz współwystępowanie innych czynników ryzyka, można podjąć próbę diagnozowania prawdopodobieństwa wystąpienia przemocy. Odpowiedzią na uzyskaną ocenę powinno być wdrożenie działań, które nie pozwolą na wystąpienie realnej przemocy. W tym miejscu należy podkreślić pewne obawy i wątpliwości etyczne, które pojawiają się przy takim jednoznacznym wskazywaniu rodzin jako bezpośrednio zagrożonych przemocą (Kamiński, 2014). W rzeczywistości nie ma jeszcze stwierdzenia przemocy, a jedynie czynników, które z dużym prawdopodo-

bieństwem mogą do niej prowadzić. Dlatego istotne jest zachowanie szczególnej ostrożności i delikatności, ponieważ można skrzywdzić członków rodziny i równocześnie uruchomić proces naznaczania jej jako rodziny przemocowej. Na świecie podejmowane są próby opracowania listy czynników, które pozwalają na określenie ryzyka wystąpienia przemocy domowej. Przykładem może być stan Victoria w Australii wdrażający procedurę MARAM (Gillespie, 2017). Pracownicy mają do dyspozycji formularze, które pozwalają na identyfikację czynników ryzyka. Są one podzielone zarówno na obszary funkcjonowania człowieka (np. fizyczne, psychiczne, emocjonalne, społeczne, finansowe), jak czynniki charakterystyczne dla różnych grup wiekowych.

2.2. Diagnoza występowania przemocy domowej

Na tym poziomie diagnozowania można wyróżnić dwa rodzaje, sposoby diagnozy. Pierwszym są czynności związane ze screeningiem, a drugi z pełną diagnozą prowadzoną na dalszym etapie metodycznej pracy z rodziną. Wydaje się, że w pracy z rodzinami działania umieszczone na tym poziomie będą wymagać największego zaangażowania służb społecznych, w tym pracowników socjalnych.

W Polsce zarówno w teorii, jak i praktyce praktycznie nie występuje pojęcie screeningu. W krajach Europy Zachodniej, USA, co zostanie wskazane w dalszej części artykułu, jest powszechną praktyką pozwalającą na stosunkowo szybkie i efektywne identyfikowanie rodzin, które doświadczają problemu przemocy. Według Słownika języka polskiego (Drabik i in., 2007) *screening* (choć są próby pisania spolszczonej wersji *skringing*) to badanie całej populacji przeprowadzane w celu wyłonienia osób, które mogą mieć jakąś chorobę. W większości przypadków odnoszą się one do ochrony zdrowia i często są określane jako badania przesiewowe, które za cel mają identyfikację osób, które nie zawsze są świadome, lub też nie są w stanie zdiagnozować własnych problemów zdrowotnych. W tym miejscu warto dokonać rozróżnienia tych dwóch procesów:

Screening jest procesem, w którym ocenia się możliwość występowania danego problemu. Wynikiem tego procesu jest zero-jedynkowe stwierdzenie o występowaniu lub nie problemu.

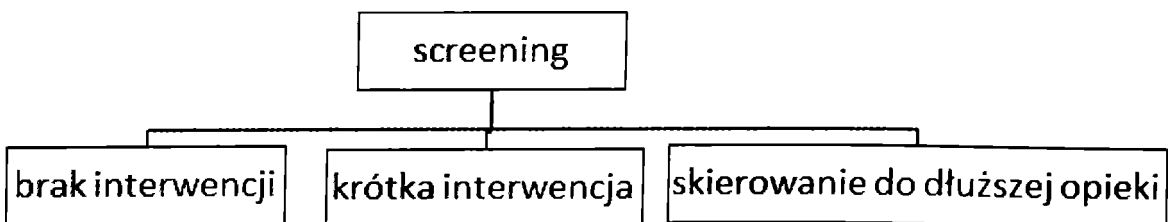
Diagnoza (diagnoza pełna) jest procesem, który pozwala na zdefiniowanie natury problemu, jego przyczyn. Stanowi on podstawę do opracowania planu pomocy służącego do przezwyciężenia problemu przez klienta lub/i jego rodzinę (Finkelstein, 2011, s. 58).

W przypadku screeningu, który ma prowadzić do zaangażowania instytucji pomocowych, konieczne jest nie tylko stwierdzenie istnienia lub nie pro-

blemu, ale także ocena jego nasilenia. Pozwala to na podjęcie decyzji związanej z koniecznością dalszego prowadzenia, monitorowania przypadku, lub też decyzji o niepodejmowaniu żadnych działań (Samuelson & Campbell, 2005). Szczególnie dotyczy to przypadków związanych z przemocą ekonomiczną, psychiczną. Konieczna jest ocena czy została przekroczona granica, poza którą zachowania kwalifikowane są jako przemoc. Screening pozwala także na określenie czy instytucja, która jest „punktem wejścia” w system pomocowy, jest najlepszą, mogącą odpowiedzieć na potrzeby klienta i zapewnić bezpieczeństwo wszystkim członkom jego rodziny. Warto w tym miejscu podkreślić, że większość rodzin, szczególnie z problemem przemocy jest rodzinami wieloprotblemowymi. Oczywiście w krótkim czasie, w jakim jest prowadzony screening trudno w sposób jednoznaczny wskazać na problem główny i jego konsekwencje (np. przemoc). Może się więc zdarzyć, że po fazie diagnozy pierwotna kwalifikacja może być zmieniona i rodzina otrzyma innego rodzaju wsparcie i pomoc.

O ile badania przesiewowe nie stanowią problemu, jeżeli obejmują różne schorzenia czy dysfunkcje zdrowotne, to w przypadku przemocy sytuacja nie jest tak klarowna. Większość sytuacji związanych z przemocą ma duże zabarwienie emocjonalne, ale także w poważniejszych przypadkach wiąże się, np. z rozpoczęciem procedur angażujących organy ścigania czy system prawny. Dlatego coraz częściej podejmowana jest dyskusja czy screening przemocy powinien być obowiązkowy dla całej populacji i czy wymagana jest zgoda pacjentów na objęcie procedurą. Należy wspomnieć, że w większości krajów za rozpoznanie pierwszych objawów związanych z przemocą są odpowiedzialni profesjonaliści z systemu ochrony zdrowia (Ramsay i in., 2002). Badania pokazują, że pracownicy służby zdrowia nie czują się komfortowo w tej roli i niechętnie podejmują rozmowę z kobietami w tym zakresie (Shaw, 2003).

Screening pozwala na odpowiedź na pytanie o dalsze relacje rodziny, klienta z systemem pomocowym. W wyniku screeningu mogą nastąpić trzy sytuacje zaprezentowane na poniższym schemacie:



Rys. 1. Schemat działania po dokonaniu screeningu

Pierwsza to wspomniane wcześniej odstąpienie od dalszej pracy z klientem, ponieważ nie ma takiej potrzeby (problem nie występuje). Druga to podjęcie krótkiej interwencji. Jest to sytuacja, w której wydaje się, że nasilające się problemy mogą doprowadzić do wystąpienia przemocy, lub też przemoc jest na takim poziomie, że nie wymaga jeszcze głębszej interwencji, a dla rozwiązania problemu wystarczające będzie podjęcie działań interwencyjnych. W trzecim przypadku będzie istniała potrzeba podjęcia działań długofalowych pozwalających na wyeliminowanie zarówno przyczyn, jak i skutków problemów, z jakimi boryka się klient i jego rodzina.

W screeningu kluczowa wydaje się identyfikacja czynników i ich nasilenia, które będą w sposób jednoznaczny wskazywać na konieczność zastosowania odpowiednich procedur.

Trzecia procedura, skierowania do dłuższej opieki, pracy, w klasycznym modelu metodycznym będzie rozpoczynała się od diagnozy. Rozpoczynając pracę z klientem/pacjentem konieczna jest identyfikacja samego problemu oraz jego uwarunkowań. Jest to pierwszy i wydaje się kluczowy etap pracy.

Samo pojęcie diagnozy jest różnie definiowane przez autorów. Klasyczna definicja Stefana Ziemskiego wskazuje, że diagnoza to „rozpoznanie jakiegoś stanu rzeczy i jego tendencji rozwojowych na podstawie jego objawów, w oparciu o znajomość ogólnych prawidłowości” (Ziemski, 1973, s. 17). Proces ten zakłada dwa elementy: zbieranie danych – rozpoznanie stanu rzeczy, objawów oraz interpretacji tych danych. Diagnoza pełna, rozwinięta składa się na ogół z tzw. diagnoz cząstkowych, do których należą:

Diagnoza klasyfikacyjna lub typologiczna, która polega na wstępnym przyporządkowaniu zidentyfikowanych objawów do danego typu lub gatunku. Pozwala na stwierdzenie, czy określone objawy wskazują na pewne typy przemocy, np. brak dostępu do konta bankowego i konieczność każdorazowego proszenia przez osobę starszą o możliwość wydatkowania własnych środków może stanowić objaw przemocy ekonomicznej wobec osoby starszej.

Diagnoza genetyczna będzie rozpoznaniem przyczyny lub zespołu przyczyn, które w konsekwencji zdecydowały o wystąpieniu danego stanu rzeczy. Proces ich rozpoznawania jest możliwy dzięki zgromadzeniu przez diagnostę objawów, które wystąpiły we wcześniejszych etapach rozwoju badanego zjawiska oraz na podstawie ogólnej wiedzy dotyczącej zakresu tych przyczyn.

Diagnoza celowościowa pozwala na zobaczenie danego czynnika w kontekście całościowym. Jednostka i jego otoczenie są w nieustannym procesie wymiany i wzajemnego oddziaływania. Dla diagnosty istotne będzie określenie tych relacji oraz ich znaczenia dla oceny zjawiska.

Diagnoza fazy pomaga w określeniu konkretnego stadium badanego zjawiska, które może dzielić się na fazę wstępną, rozwiniętą i końcową. W przypadku przemocy istotne będzie określenie czy mamy do czynienia z fazą narastania napięcia, gwałtownej przemocy, czy też może skruchy (miodowego miesiąca) (Stanek, 2014).

Diagnoza prognostyczna opiera się na przewidywaniu tego, jak zastane zjawisko może lub powinno się rozwijać. W związku z tym badacz prognozuje również to, co się stanie w przypadku, jeśli pozostawi on jednostkę samą sobie, a co jeśli poweźmie działania w kierunku zmiany swojej sytuacji (Ziemski, 1973; Wysocka, 2013).

Wydaje się, że zaprezentowana powyżej klasyfikacja diagnoz szczegółowych jest pewnego rodzaju ideałem, do którego każdy diagnosta powinien dążyć. Z drugiej strony zjawisko przemocy jest na tyle niejednorodne i wynikające z różnych uwarunkowań, że ominięcie jakichkolwiek procedur diagnostycznych może znacząco wpłynąć na jakość pracy z osobą i rodziną doświadczającą zjawiska przemocy.

Dobrze sformułowana diagnoza stanowi podstawę do określenia właściwych celów dalszej pracy (Matejek i in., 2015). Przeprowadzenie pogłębionej diagnozy nie jest zadaniem łatwym. Wydaje się, że brak zakładanej efektywności podejmowanych działań może w dużej mierze wynikać z błędnie przeprowadzonej diagnozy i tym samym niewłaściwie dobranych sposobów oddziaływania terapeutycznego. W polskiej literaturze naukowej brakuje badań, które wskazywałyby na korelację pomiędzy diagnozą a powodzeniem pracy z rodziną. Wskazywane są pewne propozycje, które funkcjonują w innych krajach, ale często brakuje refleksji nad ich rzeczywistą przydatnością i efektywnością w warunkach polskich. Trzeba także podkreślić, że często przenoszenie rozwiązania funkcjonującego w innym kraju bez dostosowania go do polskich uwarunkowań organizacyjnych, kulturowych, społecznych przyczynia się do odrzucania skądinąd dobrych rozwiązań, ale w wadliwy sposób implemmentowanych (Szmagański, 2011). Nie tylko same narzędzia diagnozy lub ich brak mogą mieć znaczący wpływ na diagnozę. Należy podkreślić, że w wielu przypadkach także diagnosta jest narażony na błędy wynikające z jego postawy, umiejętności, doświadczenia, ale także rodzaju przypadku rodziny, z jaką rozpoczyna pracę (Wysocka, 2013). Brian Taylor (Taylor, 2017) wskazuje na 20 różnych czynników, które mogą zniekształcać proces oceny sytuacji klienta, także w odniesieniu do problemów związanych z przemocą. Celem niniejszego artykułu nie jest systematyczna prezentacja zniekształceń w procesie poznawczym, ale kilka przykładów pozwoli na wskazanie, na jakiego rodzaju trudności jest narażony diagnosta.

Należy podkreślić, że decyzje dotyczące przemocy są decyzjami podejmowanymi w sytuacji niepewności i obarczone są dużym ryzykiem. W przypadkach ostrej przemocy zła diagnoza może prowadzić do poważnych konsekwencji, które nie tylko wpływają na życie rodziny, ale także na sytuację zawodową profesjonalisty, który rodzinę diagnozuje. Tym bardziej konieczna jest świadomość diagnosty o możliwości błędnej oceny i uwarunkowań, które mogą przyczynić się do zniekształcenia diagnozy.

Efekt autorytetu polega na przyjmowaniu opinii autorytetów jako niepodważalnych i w każdym przypadku słusznych. Taka postawa często zwalnia diagnostę z własnej, refleksyjnej analizy faktów i czynników, które samodzielnie zidentyfikował. W efekcie autorytetu zauważalny jest proces dostosowywania własnej diagnozy do diagnozy autorytetu. Wynika to z pewnego rodzaju dyskomfortu i niepewności co do jakości własnych procesów poznawczych. Oczywiście jest to proces, który dokonuje się podświadomie, według Kahnemana w obszarze myślenia szybkiego (Kahneman, 2011). Kolejnym przykładem jest efekt czystej ekspozycji. Okazuje się, że częstość kontaktów może powodować zmianę w spostrzeganiu danej osoby. Im częściej się z nią spotykamy, mamy okazję ją obserwować, to opinia na jej temat ewoluuje w kierunku bardziej pozytywnej. Wydaje się, że to, co bardziej znane jest dla nas bardziej pozytywne. Innym opisywanym efektem jest efekt izolacji. Fakty, osoby, które w znaczący sposób wyróżniają się ze środowiska, są częściej rozpoznawalne i jednocześnie lepiej zapamiętywane. Dlatego łatwiej jest zidentyfikować przemoc w środowisku, gdzie nie jest to typowa sytuacja, niż w miejscach, gdzie spodziewany się, że takie zjawiska występują. Istotne jest także to, że w środowiskach dysfunkcyjnych pracownik jest w mniejszym stopniu wyczulony na tego rodzaju sytuacje, ponieważ niejako zlewają się one ze środowiskiem. W tym miejscu należy także wspomnieć o zjawisku kontrastu, które charakteryzuje się zmniejszeniem lub zwiększeniem obserwowanych cech w zależności od porównania z kontekstem, w którym występuje problem, ale wynikającym także z wcześniejszych obserwacji innych środowisk. W przypadku pracy z przemocą często występuje efekt skupienia. Polega on na koncentracji na głównym problemie przy jednoczesnym ignorowaniu innych. Przemoc, szczególnie fizyczna, seksualna, można powiedzieć, że jest „wyraźnym”, stosunkowo łatwym do identyfikacji zjawiskiem. Odkrycie tego faktu na ogół prowadzi do zmniejszenia czujności wobec innych problemów, z jakimi boryka się rodzina. Co istotne, to często inne problemy rodziny mogą właśnie prowadzić do zachowań przemocowych. Koncentracja na przemocy będzie w takim przypadku jedynie pracą na objawach, a nie przyczynach zaistniałej sytuacji. Efekt przywiązania charakteryzuje się tendencją do korzystania z mało różnorodnych źródeł informacji. Funkcjonując w pewnym schemacie diagnostycz-

nym, który był potwierdzany w przeszłości, diagnosta nie zadaje sobie trudu wyjścia poza dotychczas sprawdzone źródła wiedzy o rodzinie i jej problemie. Nie ma więc okazji na spojrzenie na problem z nowej perspektywy i weryfikacji dotychczasowych ustaleń. Wydaje się, że w tym przypadku istotny jest także efekt potwierdzania. Diagnosta szuka źródeł informacji i faktów, które raczej potwierdzają posiadaną już diagnozę. Z drugiej strony efekt zaprzeczania będzie prowadził do negatywnej weryfikacji tych faktów i opinii, które zaprzeczają dotychczasowym ustaleniom i mogłyby konfrontować je, a nawet implikować konieczność weryfikacji i przeformułowania, przynajmniej w niektórych zakresach. Innym istotnym zniekształceniem jest tendencja, gdzie ważniejsze jest unikanie strat, niż uzyskiwanie zysków (Tversky & Kahneman, 1974). W pracy z rodziną doświadczającą przemocy domowej zyskiem będzie oczywiście, ustanie tej przemocy, ale także satysfakcja z podjęcia właściwych działań, zapewnienie bezpieczeństwa dzieciom, podniesienie poziomu własnej skuteczności oraz wiele innych zależnych od konkretnej sytuacji rodziny i profesjonalisty. Okazuje się, że w sytuacji, kiedy działania mogą prowadzić do strat (skargi rodziny, niezadowolenie przełożonych, krytyka zewnętrzna, postępowania wyjaśniające), pracownik bardziej będzie skłonny do diagnozowania, które zapewni uniknięcie straty niż pozwalające na osiągnięcie zysków z pracy z danym przypadkiem rodziny. Sposób diagnozowania oraz interpretacja faktów może być także zaburzona przez efekt selektywnej percepcji, który prowadzi do wzmocnienia ustaleń, faktów, które były oczekiwane, spodziewane, a niedoceniając tych, które nie zostały wcześniej przewidziane. Często efekt ten łączy się z procesem samospełniającego się przewidywania. Nieświadomie podejmuje się działania, które mają doprowadzić do diagnozy, która wcześniej została uznana za najbardziej prawdopodobna. Diagnosta jest także narażony na zniekształcenia wynikające z tendencji do oceniania jedynie z punktu widzenia swojej własnej profesji i niedocenianiem innych perspektyw poznawczych. Także osobiste przekonania diagnosty (efekt nadrzędności przekonań) może prowadzić do tendencji podporządkowywania własnych opinii na różne tematy do jednej konkluzji, tak aby nie zachodziły między nimi dylematy. Efektem wzmocniającym te przekonania jest efekt grupy i stereotypizacji. W przypadku przemocy istotnym będą osobiste przekonania diagnosty, np. dotyczące klapsów dla dzieci. Choć rozwiązania legislacyjne w sposób jednoznaczny definiują je jako przemoc, to wielu profesjonalistów w takich przypadkach nie będzie w taki sam sposób oceniało faktów. Jednocześnie takie spostrzeganie klapsów będzie miało wpływ na ocenę innych wydarzeń, które mają miejsce w rodzinie. W tym miejscu warto podkreślić, że własne przekonania diagnosty, światopogląd, jaki wyznaje, będzie kształtować metodykę diagnozy i wpływać na sformułowane wnioski. Ostatnim efektem,

o którym chciałbym wspomnieć, jest efekt zakotwiczenia. Opisuje on tendencję do zbytniego polegania na początkowo zdobytej informacji (zwanej „kotwicą”). Podczas dalszych procesów oceny, wydawania sądów diagnosta opiera się i odnosi do pierwszej zdobytej informacji. Wszystkie oceny są określane w stosunku do „kotwicy”.

W procesie diagnozy nie tylko zniekształcenia wpływają na ocenę zjawiska przemocy. Istotne jest także doprecyzowanie samego pojęcia przemocy, w przemocy domowej. Okazuje się, że definiowanie zjawiska przemocy kształtuje sposób jej diagnozy.

W literaturze przedmiotu nie ma jednoznacznej definicji dotyczącej przemocy, w tym przemocy domowej. Jasne sformułowanie czym jest przemoc, jest koniecznym warunkiem, aby można było określić granicę, kiedy mamy do czynienia z przemocą, a kiedy np. tylko z zachowaniami agresywnymi lub konfliktem. Rozróżnienie przemocy od konfliktu i agresji jest kluczowe przy podejmowaniu decyzji o podjęciu interwencji w rodzinie. Trzeba przyznać, że pojęcia agresji i przemocy mają bardzo podobny zakres znaczeniowy. Różnice są bardzo subtelne i głównie wynikają z intencji sprawcy. Przemoc określa się jako działanie wykorzystywane do osiągnięcia jakiegoś celu, np. dorosłe dziecko uderza swojego schorowanego rodzica, aby móc zabrać mu jego pieniądze, natomiast agresja uważana jest za niejako cel sam w sobie – sprawca chce jedynie wywołać cierpienie u ofiary, np. starszy brat wyzywa młodszego brata, by sprawić mu przykrość (Kucharska, 2016, s. 13) lub, jak wskazuje inny autor: to, co odróżnia przemoc od agresji, to owa przewaga sił jednej strony. W przemocy zawsze występuje ona po stronie sprawcy, w przypadku agresji zaś jest zrównoważona (Helios & Jedlecka, 2017, s. 15).

W powszechnym rozumieniu przemoc domowa ma miejsce wtedy, gdy jeden dorosły członek rodziny krzywdzi innego członka rodziny, to znaczy: popycha, potraça, uderza, klepie, bije go, lub używa jakichś przedmiotów, aby wyrządzić mu krzywdę. Przemoc to także przezywanie, niepozwalanie innej osobie na robienie tego, na co ma ochotę lub zmuszanie jej do robienia rzeczy, których ona robić nie chce, oraz grożenie, że zostanie popchnięta, uderzona, zabita czy ośmieszona wobec innych osób (Cohen Judith A i in., 2011). Z kolei Irena Pospiszyl proponuje, by przemocą nazwać wszelkie nieprzypadkowe akty naruszające wolność osobistą człowieka, przyczyniające się do jego fizycznej albo psychicznej szkody i wykraczające poza społeczne normy wzajemnych kontaktów międzyludzkich (Pospiszyl, 1999). Definicja ta podkreśla celowość działania sprawcy, unikając zarazem zagłębiania się w ocenę stopnia nieprzyjaznych motywacji, ponieważ te bywają niemożliwe do sprawdzenia – gdy mamy do czynienia, chociażby z ich wielokierunkowością, nieuświadomieniem czy

wówczas, gdy bywają wytłumaczone wiarygodnymi usprawiedliwieniami. Ponadto w definicji tej unika się nazywania przemocą zachowań przypadkowych, będących skutkiem nieszczęśliwego zbiegu okoliczności, jak również zachowań wynikających z ludzkiej bezradności (Pospiszyl, 1999). Według Jerzego Melibrudy istotą przemocy będzie demonstracja i wykorzystanie siły lub władzy w sposób krzywdzący dla innych członków rodziny (Melibruda, 2012). Warto w tym miejscu wskazać kolejną definicję przemocy, która znajduje się w Ustawie o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie z dnia 29 lipca 2005 roku. Mówi ona, że przemoc w rodzinie 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 przemocą. Analizując tę ustawę, należałoby podkreślić, że przemoc to nie tylko kierowanie siły przeciwko drugiej osobie, ale także godzenie w jej godność. Zjawisko to więc nie tylko dotyczy fizycznego wymiaru człowieka, ale także, jeżeli nie przede wszystkim, wymiaru psychicznego.

Analiza literatury przedmiotu prowadzi do wyodrębnienia czynników pozwalających na zakwalifikowanie lub odrzucenie specyficznych zachowań ludzkich jako zachowań przemocowych. Kryteria te będą dotyczyć następujących czynników:

Intencjonalność sprawcy (choć motywacje zazwyczaj są niemożliwe do sprawdzenia).

Celowość działania sprawcy (jakiego rodzaju są to działania: przypadkowe, będące zbiegiem okoliczności, nieszczęśliwe wypadki, czy też zaplanowane i świadome).

Zachowania krzywdzące drugą osobę, ich typy, rodzaje i formy.

Relacja władzy czy autorytetu służąca uwodzeniu i budowaniu patologicznej mocy (wykluczenie partnerstwa czy opieki).

Konsekwencje u ofiary w różnych sferach jej życia i ich wiele form, np. zewnętrzne – wewnętrzne, specyficzne – niespecyficzne, krótkoterminowe – długoterminowe, problemy życiowe i zaburzenia, nawracające, z opóźnionym początkiem.

Używanie i odwoływanie się do destrukcyjnych i patologicznych mitów danego środowiska.

Dynamika (narastanie) przemocy (Stanek, 2014, s. 20–21).

Rozumienie pojęcia przemocy będzie w sposób bezpośredni przekładało się na działania diagnostyczne. Wydaje się, że istotnym w procesie diagnozy będzie

oparcie na wynikach badań, teoriach rozwiniętych przez naukowców. Taki sposób podejścia do konstruowania diagnozy będzie wynikał z koncepcji praktyki opartej na wiedzy i dowodach naukowych (Gambrill, 2016). W pierwszej kolejności definicje będą wyznaczać zakres pojęcia i pozwolą na odróżnienie go od innych zjawisk. Przyjęcie takiej perspektywy pozwoli także na uniknięcie zniekształceń poznawczych wspomnianych wcześniej w artykule.

W tym miejscu warto postawić sobie pytanie, czy rzeczywiście profesjonaliści w pełni wykorzystują możliwości diagnozy opartej na dowodach naukowych, czy też raczej odwołują się do swoich doświadczeń i pewnych subiektywnych ocen. Profesjonalna diagnoza będzie zawierała obydwie elementy: obiektywną wiedzę uzyskaną za pomocą wystandaryzowanych narzędzi oraz proces refleksji nad uzyskanymi danymi (Ziemski, 1973). Pierwsze podejście ma na celu wypracowanie diagnozy, która jest maksymalnie obiektywna, trafna, niezależnie od tego, kto dokonuje oceny, kim jest oceniający. Drugie z kolei podkreśla ocenę profesjonalisty opartą o głębsze zrozumienie problemu oraz umieszczenie rodziny w szerszym kontekście jej funkcjonowania (Holland, 2004). Należy wskazać za niewłaściwe przeciwstawianie tych dwóch podejść: refleksyjnego i rygorystycznego. Uzupełniają się one, a połączeniem tych dwóch rzeczywistości może być podejście rozumiane jako naukowe wspieranie procesu decyzyjnego. Przy czym narzędzia pełnią funkcję służebną wobec autonomicznej decyzji pracownika bezpośrednio zaangażowanego w pracę z rodziną. Maria Łuczyńska w badaniach pracowników socjalnych szukała między innymi odpowiedzi na pytania o wagę doświadczenia życiowego oraz profesjonalnego przygotowania zawodowego w codziennej pracy pracowników socjalnych. Wskazywali oni jednoznacznie, że kluczowe jest życiowe doświadczenie. Cenniejsze są więc dla nich subiektywne odczucia budowane na własnym doświadczeniu życiowym niż profesjonalne przygotowanie do pracy. Nadzieją może napawać fakt, że na przestrzeni lat coraz większe znaczenie ma profesjonalne przygotowanie, co ilustruje tabela 1. (na następnej stronie).

2.3. Diagnoza możliwości ponownego występowania przemocy

Ostatnim obszarem, jaki obejmuje diagnoza, jest sytuacja, kiedy działania przemocowe ustają, natomiast pozostaje niebezpieczeństwo nawrotu i ponownego pojawienia się przemocy. Dla diagnosty istotne jest przede wszystkim pytanie o bezpieczeństwo osób pozostających ze sprawcą. W literaturze nieustannie podejmowane są próby stworzenia odpowiednich narzędzi do badania i oceny bezpieczeństwa rodziny. Oparte są one na analizie różnych czynników związanych

Tabela 1. Doświadczenie życiowe a przygotowanie zawodowe pracowników socjalnych

W pracy pracownika socjalnego ważniejsze jest	1988	1995	2010
- przygotowanie zawodowe	17,4	41,4	32,4
- doświadczenie życiowe	75,4	57,8	54,1
- w takim samym stopniu ważne jest jedno i drugie	6,1	-	3,0
- nie wiem/trudno powiedzieć	-	-	6,1
Brak danych	1,1	0,8	4,4

Źródło: (Łuczyńska, 2013, s. 108)

z postawami i funkcjonowaniem byłego sprawcy (Weisz i in., 2000). Według Marzeny Kordaczuk-Wąs (Kordaczuk-Wąs, 2012b, 2012a) narzędzia szacowania ryzyka związanego z występowaniem przemocy można podzielić na dwie grupy. Pierwsza obejmuje narzędzia służące ocenie ryzyka ponownego wystąpienia aktu przemocy, a druga narzędzia służące ocenie ryzyka śmierci ofiary w wyniku przemocowego zachowania sprawcy (Kordaczuk-Wąs, 2012b). Przykładem narzędzia służącego ocenie ryzyka ponownego wystąpienia aktu przemocy jest Narzędzie Szacowania Ryzyka Przemocy Małżeńskiej (ang. Spousal Assault Risk Assessment – SARA) zaprojektowane i zweryfikowane przez R.P. Kroppa (Kropp & Gibas, 2010). Narzędzie to zostało opracowane w celu wsparcia profesjonalistów w przygotowaniu bezpiecznych planów pracy z przypadkami przemocy domowej dostosowanych do konkretnego sprawcy. W narzędziu wykorzystane jest badanie dwóch typów czynników: stałych, cechujących się względną niezmiennością oraz zmiennych dynamicznych, charakterystycznych dla różnych etapów rozwoju cyklu przemocy. Narzędzie to pozwala na zarządzanie ryzykiem w przypadkach, kiedy zostało już wydane postanowienie dotyczące przemocy. Zawiera ono 20 pozycji numerycznie kodowanych zbieżnych ze zbiorczą oceną ryzyka ponownego zastosowania przemocy przez sprawcę, ale również zapewnia możliwość oceny klinicznej poprzez umożliwienie osobie oceniającej identyfikacji „momentów krytycznych” i dostarczenie subiektywnego wskaźnika ryzyka ponownego popełnienia czynu przez sprawcę wobec wcześniejszej ofiary, lub też innego krewnego czy osoby mu znanej” (Nowakowska, 2013, s. 143). Opierając się na doświadczeniach innych krajów, opracowano w Polsce narzędzie szacowania ryzyka zagrożenia życia i zdrowia osób doświadczających przemocy domowej (Kordaczuk-Wąs, 2013). Jest ono przeznaczone dla policjantów przeprowadzających interwencję. Kwestionariusz zawiera 13 czynników ryzyka. Są to określone cechy i zachowania, które mogą wskazy-

wać, że w przypadku ich wystąpienia zagrożenie zdrowia i życia osób dotkniętych przemocą będzie wzrastać. Jeden z kwestionariuszy oznaczono jako część A, która odnosi się do interwencji wobec przemocy w rodzinie stosowanej wobec osoby dorosłej, z kolei kwestionariusz część B to narzędzie przeznaczone do wykorzystania przez policjantów podczas interwencji przeprowadzanej w sytuacji przemocy stosowanej wobec dziecka (Kordaczuk-Wąs, 2013).

W codziennej pracy osób pracujących z rodzinami dysfunkcyjnymi konieczne jest wykorzystanie narzędzi i procedur z każdego z wymienianych etapów. Istotne jest podkreślenie, że każdy z tych etapów wymaga swoistych narzędzi, ale także nawiązania innego rodzaju relacji pomocowej.

Tabela 2. Obszary diagnozy rodziny (N=124)

Lp.	Obszar	Ilość wskazań	% z ilości wskazań
1	materialno-finansowy	190	17,38%
2	zdrowotny	184	16,83%
3	strukturalno-społeczny	130	11,89%
4	edukacyjny	100	9,15%
5	zawodowy	89	8,14%
6	opiekuńczo-wychowawczy	77	7,04%
7	środowiskowy	63	5,76%
8	relacyjny	59	5,40%
9	zasoby i potrzeby	52	4,76%
10	prawny	42	3,84%
11	relacji z instytucjami	29	2,65%
12	przemoc domowa	26	2,38%
13	codzienne funkcjonowanie	24	2,20%
14	motywacyjny (empowerment)	22	2,01%
15	inne	6	0,55%

Źródło: badania własne

Jak pokazują dane, przemoc domowa znalazła się dopiero na 12. miejscu wśród diagnozowanych obszarów. Choć badanych było 124 pracowników, to przemoc została wskazana jedynie 26 razy (pracownicy mogli wskazać kilka kategorii). Dane te wskazują, że wśród różnych problemów identyfikowanych

w rodzinach przemoc nie jest obszarem priorytetowym. Podejmując czynności diagnostyczne, pracownicy koncentrowali się w większości na obszarze związanym z zabezpieczeniem materialnym czy sytuacją zdrowotną rodziny. Takie podejście może mieć kilka przyczyn. Przemoc, szczególnie fizyczna, jest zjawiskiem, które dla wielu pracowników wydaje się łatwe do zdiagnozowania. Można więc powiedzieć, że nie ma potrzeby koncentracji na tym obszarze, ponieważ albo jest on zauważalny (np. ślady bicia) i wtedy wymaga podjęcia działań, albo przy braku jakichkolwiek widzialnych symptomów nie ma potrzeby zajmowania się nim. Wydaje się także, że pomoc rodzinie jest głównie skoncentrowana na dystrybucji środków materialnych (choć podejmowane są próby wzmocnienia pracy socjalnej z klientami). W takim przypadku także diagnoza koncentruje się na identyfikowaniu problemów materialnych, finansowych, często pomijając inne sfery. Istotnym jest także brak profesjonalnych narzędzi wspomagających proces diagnozy przemocy domowej oraz brak właściwego przygotowania do pracy służb, które, choć na co dzień wspierają rodziny, nie są dedykowane do specjalistycznej pracy w obszarze przemocy.

4. Zakończenie

Diagnozowanie przemocy jest procesem, który, jak pokazują powyższe rozważania, jest uwikłany w wiele różnych uwarunkowań. Wydaje się, że zarówno w przygotowaniu, jak i wspieraniu codziennej pracy osób, których klientami/pacjentami są osoby, rodziny doświadczające przemocy istotne jest ukazanie mechanizmów, które mogą powodować zmniejszenie trafności i rzetelności tego procesu. Wiele z nich wynika ze stosowania na co dzień myślenia szybkiego zamiast statystycznego (wolnego) (Kahneman, 2011). Świadomość własnych ograniczeń prowadzi do głębszej refleksji i zmniejszenia ilości działań zautomatyzowanych.

Każdy artykuł ma swoje ograniczenia i granice. W sposób świadomy zrezygnowano z podejmowania kilku kwestii, które, choć wydają się istotne, to mogłyby wpłynąć na brak przejrzystości tekstu. Nie podjęto rozważań dotyczących procedury Niebieskiej Karty pomimo tego, że współcześnie w Polsce w przypadku przemocy większość działań jest właśnie redukowanych do tej procedury, a głównym, i czasami jedynym organem, który jest odpowiedzialny za pracę z rodzinami doświadczającymi przemocy, są Zespoły Interdyscyplinarne. Nie zostały także rozwinięte wątki związane z diagnozą mocnych stron rodzin, ofiar

i sprawców, które często stanowią punkt wyjścia do pracy terapeutycznej i osiągnięcia długofalowych celów.

Wydaje się, że zjawisko przemocy pomimo podejmowanych wysiłków będzie obecne we współczesnym świecie. Warto więc podejmować naukową refleksję nad nim tak, by rozwiązania, które mają je ograniczyć, mogły być budowane na fundamencie wiedzy i badań, a nie tylko subiektywnych odczuć i nie zawsze sprawdzonych przekonań.

Bibliografia

- Cohen Judith A, Mannarino, A. P., Deblinger, E., & Andruszko, R. 2011. *Terapia traumy i traumatycznej żałoby u dzieci i młodzieży*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Drabik, L., Sobol, E., 2007. *Słownik języka polskiego PWN*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Finkelstein, N.B. 2011. *Substance abuse treatment: Addressing the specific needs of women*. Diane Publishing.
- Gambrill, E. 2016. Is Social Work Evidence-based? Does Saying So Make It So? Ongoing Challenges in Integrating Research, Practice and Policy. *Journal of Social Work Education*, 52(1), S110.
- Gillespie, A. 2017. *Submission to Family Safety Victoria: Family Violence Information Sharing Reforms*.
- Helios, J., & Jedlecka, W. 2017. *Współczesne oblicza przemocy: Zagadnienia wybrane*. Uniwersytet Wrocławski.
- Herzberger, S.D., & Bielawska-Batorowicz, E. 2002. *Przemoc domowa: Perspektywa psychologii społecznej*. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- Holland, S. 2004. *Child and family assessment in social work practice*. SAGE.
- Kahneman, D. 2011. *Thinking, Fast and Slow*. Farrar, Straus and Giroux.
- Kamiński, T. 2014. Etyczne aspekty pracy socjalnej z rodziną doświadczającą przemocy. W M. Orłowska, M. Gościńiewicz, & G. Pisarczyk (red.), *(Prze)moc w rodzinie: Instytucjonalne formy (po)mocy*. Wydawnictwo Edukacyjne Akapit; /z-wcorg/.
- Kordaczuk-Wąs, M. 2012a. Narzędzia do szacowania ryzyka wystąpienia i eskalacji przemocy w rodzinie. *Niebieska Linia*, 6.
- Kordaczuk-Wąs, M. 2012b. Szacowanie ryzyka wystąpienia przemocy w rodzinie oraz związanych z nią zagrożeń. *Niebieska Linia*, 5.
- Kordaczuk-Wąs, M. 2013. Algorytmy i kwestionariusze dla policjantów. *Niebieska Linia*, 6.
- Kropp, R.P., & Gibas, A. 2010. The Spousal Assault Risk Assessment Guide (SARA). W R.K. Otto & K.S. Douglas (Red.), *Handbook of Violence Risk Assessment*. Routledge.
- Kucharska, A. 2016. *Polskie prawo wobec przemocy w rodzinie: Próba analizy wybranych zagadnień*. Wydawnictwo Exante.
- Łuczyńska, M. 2013. *Pracownicy socjalni w procesie profesjonalizacji*. Instytut Spraw Publicznych.

- Matejek, J., Spyrka-Chlipała, R., & Stańkowski, B. 2015. *Wsparcie społeczne w działalności wybranych instytucji i pracowników służb społecznych*. Poligrafia Salezjańska.
- Melibruda, J. 2012. *Przeciwdziałanie przemocy domowej*. Instytut Psychologii Zdrowia: Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
- Nowakowska, U. 2013. Ocena ryzyka w sprawach o przemoc w rodzinie. W L. Mazowiecka (Red.), *Jak skutecznie chronić ofiary przemocy w rodzinie*. LEX Wolters Kluwer.
- Ostaszewski, K. 2005. Nowe definicje poziomów profilaktyki. *Remedium*, 7.
- Ostaszewski, K. 2010. Kompendium wiedzy o profilaktyce. W J. Węgrzecka-Giluń (red.), *Przewodnik metodyczny po programach promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki*. Fundacja ETOH.
- Plopa, M. 2016. *Więzi w małżeństwie i rodzinie: Metody badań*. Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Pospiszyl, I. 1999. *Razem przeciw przemocy*. Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Przeperski, J. 2019. *Badania współczesnej rodziny w kontekście tworzenia polityk publicznych opartych na wiedzy i dowodach naukowych*. Wydawnictwo Instytutu Wymiaru Sprawiedliwości.
- Ramsay, J., Richardson, J., Carter, Y. H., Davidson, L. L., & Feder, G. 2002. Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 325(7359),
- Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. 1994. National Academies Press.
- Rode, D. 2010. *Psychologiczne uwarunkowania przemocy w rodzinie: Charakterystyka sprawców*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Samuelson, S. L., & Campbell, C. D. 2005. Screening for Domestic Violence: Recommendations Based on a Practice Survey. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(3), 276–282.
- Shaw, D. 2003. “Screening” for Domestic Violence. *Journal of Obstetrics and Gynecology Canada*, 25(11), 918–921.
- Stanek, K. 2014. *Praca socjalna z osobą lub rodzina z problemem przemocy*. Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich.
- Szmagalski, J. 2011. Profesje we współczesnej perspektywie teoretycznej a wyzwania profesjonalizacji pracy socjalnej w Polsce. W K. Piątek & K. Szymańska-Zybertowicz (red.), *Profesjonalna praca socjalna: Nowy paradygmat czy niedokończony temat?* Wydawnictwo Edukacyjne „Akapi”
- Szymańska, J. 2012. *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki (III)*. Ośrodek Rozwoju Edukacji.
- Taylor, B. J. 2017. *Decision making, assessment and risk in social work* (3rd edition). Sage, Learning Matters.
- Teichman, M., & Teichman, Y. 1989. Violence in the family: An analysis in terms of interpersonal resource-exchange. *Journal of Family Violence*, 4(2), 127–142.
- Tversky, A., & Kahneman, D. 1974. Judgment under Uncertainty: Heuristics and Biases. *Science*, 185(4157), 1124.

- Weisz, A.N., Tolman, R.M., & Saunders, D.G. 2000. Assessing the Risk of Severe Domestic Violence: The Importance of Survivors' Predictions. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(1), 75–90.
- Wojciszke, B., & Plopa, M. 2003. *Osobowość a procesy psychiczne i zachowanie: Praca zbiorowa*. Impuls.
- Wroczyński, R. 1985. *Pedagogika społeczna*. Państwowe Wydaw. Naukowe.
- Wysocka, E. 2013. *Diagnostyka pedagogiczna: Nowe obszary i rozwiązania*. Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Ziemski, S. 1973. *Problemy dobrej diagnozy*. Wiedza Powszechna.

Data wpłynięcia: 2019-11-19,

Data uzyskania pozytywnych recenzji: 2019-12-18.