

Czynniki socjodemograficzne i kliniczne a nasilenie objawów PTSD u ofiar przemocy ze strony bliskiego partnera

Social, demographic and clinic factors and severity of posttraumatic stress disorder of intimate partner violence

Małgorzata Dąbkowska

Katedra i Klinika Psychiatrii *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Neuropsychiatria i Neuropsychologia 2009; 4, 2: 90–97

Adres do korespondencji:

dr n. med. Małgorzata Dąbkowska
Katedra Psychiatrii *Collegium Medicum* w Bydgoszczy
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
ul. Kurpińskiego 19, 85-096 Bydgoszcz
tel. +48 52 585 42 56, faks +48 52 585 37 66
e-mail: gosiadabkowska@yahoo.com

Streszczenie

Wstęp: Przemoc ze strony bliskiego partnera (*intimate partner violence* – IPV) jest częstym problemem społecznym i źródłem pogorszenia zdrowia kobiet. Najczęstszym objawem pogorszenia zdrowia psychicznego u ofiar znęcania się jest zaburzenie stresowe pourazowe (PTSD). **Cel badania:** Ocena występowania i nasilenia zaburzenia stresowego pourazowego w grupie ofiar przemocy ze strony partnera oraz ocena powiązania wybranych czynników socjodemograficznych z ryzykiem ujawnienia się PTSD.

Materiał i metody: Diagnozę i nasilenie objawów PTSD oceniano za pomocą kwestionariusza PTSD-Interview autorstwa Watsona i wsp. Czynniki socjodemograficzne i kliniczne oceniano za pomocą półstrukturalizowanego kwestionariusza u 104 kobiet. Grupę badaną stanowiły 104 kobiety, w wieku od 18 do 68 lat, średnia wieku 40,8 roku, będące mieszkankami schroniska dla ofiar przemocy lub domu samotnej matki lub pacjentkami poradni zdrowia psychicznego.

Wyniki: Znaczne, bardzo znaczne lub ekstremalne nasilenie objawów PTSD miało 75,6% ofiar przemocy ze strony partnera życiowego. Niższy poziom wykształcenia oraz przemoc seksualna były związane z głębszym nasileniem PTSD.

Wnioski: Ofiary przemocy domowej są grupą szczególnego ryzyka ujawnienia się PTSD. Czynnikiem ryzyka większego nasilenia PTSD u ofiar przemocy intymnej jest niski poziom wykształcenia i typ seksualnej przemocy.

Słowa kluczowe: przemoc ze strony bliskiego partnera, zaburzenie stresowe pourazowe, czynniki ryzyka

Abstract

Introduction: Intimate partner violence (IPV) has been recognized as a prevalent social problem and a source of mental health problems for women. The most common psychiatric difficulty in battered women is posttraumatic stress disorder (PTSD).

The aim of this study was to assess the prevalence and intensity of posttraumatic stress disorder among a group of victims of intimate partner violence, as well as the association between some sociodemographic factors and increased risk to develop posttraumatic stress disorder (PTSD).

Material and methods: 1. Diagnosis and a degree of intensification of PTSD were based on C.G. Watson's *et al.* PTSD-Interview. 2. Semi-structured interview was completed by 104 women to assess risk factors of PTSD (social, demographic and clinic). The examined group consisted of 104 women at the age between 18 and 68 years, the average age 40,8 years; dwelling in the shelters for single mothers and domestic violence victims and out-patients of psychiatric ambulatory.

Results: 75.6% of women who are victims of interpersonal violence had significant, very significant or extreme increase of occurrence of PTSD symptoms. PTSD severity was associated with lower level of education and sexual violence.

Conclusions: Victims of interpersonal violence are inherently at risk of PTSD. Lower level of education and sexual type of interpersonal violence are risk factors of severity PTSD.

Key words: intimate partner violence, posttraumatic stress disorder, risk factors

Wstęp

Przemoc ze strony bliskiego partnera (*intimate partner violence* – IPV) jest poważnym problemem społecznym i zdrowotnym rozpoznawczym we wszystkich krajach. W Stanach Zjednoczonych aż około jedna czwarta kobiet podaje, że doświadczyła przemocy domowej w jakimś okresie życia (Tjaden i Thoennes 2000).

Choć badania nad fenomenem odpowiedzi człowieka na traumatyczne wydarzenia są prowadzone od ponad wieku, to pierwsza praca omawiająca skutki przemocy ze strony partnera jako wydarzenia traumatycznego wpływającego na zdrowie kobiet i ujawnienie się zaburzenia stresowego pourazowego (*posttraumatic stress disorder* – PTSD) została opublikowana dopiero w 1991 r. (Houskamp i Foy 1991). Rozpowszechnienie PTSD wśród ofiar przemocy ze strony partnera wynosi wg różnych badaczy od 31% do aż 84,4% kobiet doświadczających traumy (Golding 1999). Różnice te spowodowane są różnicami pomiędzy grupami badanymi – populacją ogólną, grupy kliniczne lub mieszkanki domów opieki. Wszystkie typy IPV, takie jak przemoc fizyczna, emocjonalna, nadużycia seksualne, zagrożenia przemocą, ryzyko zabójstwa, mogą prowadzić do powstania zaburzenia stresowego pourazowego i są powiązane z ciężkością nasilenia objawów (Woods i Isenberg 2001; Woods 2005).

Powtarzające i kumulujące się traumatyczne przeżycia w wyniku IPV porównywać można z nawracającymi traumami podczas działań wojennych (Woods i wsp. 2008). Niektóre badania podkreślały nawet, że przemoc domowa i seksualna częściej prowadzą do ujawnienia się objawów PTSD niż traumatyczne przeżycia wojenne (Avdibegović i Sinanović 2006).

W momencie wprowadzenia pojęcia zespołu stresu pourazowego do klasyfikacji diagnostycznej DSM-III w 1980 r. zdarzenie traumatyczne zdefiniowano jako wykraczające poza zwykłe ludzkie doświadczenie. W DSM-III-R pojęcie stresora sprecyzowano i wydarzenie powinno przekraczać ludzkie doświadczenie i być znacząco dystresujące dla prawie każdego. Zdarzenia wywołujące skutki psychiczne są niezwykle nie z powodu swojej rzadkości, ale z powodu przekroczenia w wyniku ich działania ludzkich możliwości przystosowawczych. Ryzyko wystąpienia psychicznego urazu zwiększają dodatkowe okoliczności, takie jak zaskoczenie, brak możliwości ucieczki lub wyczerpanie ofiary (Greek i wsp. 1990).

Ofiary przemocy domowej są wielokrotnie narażone na urazy, które spełniają kryteria traumatycznego wydarzenia wg DSM-IV wymagane w przypadku rozpoznania zespołu stresu pourazowego. O urazie jako stresorze wg klasyfikacji DSM-IV można mówić, jeśli osoba została narażona na wpływ zdarzenia urazowego, w którym: 1) doświadczyła, była świadkiem lub została skonfrontowana ze zdarzeniem obejmującym autentyczną śmierć lub zagrożenie śmiercią, względnie poważnym zranieniem fizycznym lub naruszeniem fizycznej integralności siebie lub innych; 2) w wyniku takiego zdarzenia jej reakcja obejmuje intensywny strach, bezradność lub przerażenie (APA 1994).

Kryterium stresora jest szersze w klasyfikacji amerykańskiej niż WHO. W ICD-10 opis kryterium stresora wiąże się z ekspozycją na zdarzenie lub sytuację stresującą (o różnym czasie trwania), szczególnie przerażającą lub katastroficzną, taką, która wywołałaby głęboki dystres u prawie każdego człowieka. Według DSM-IV narażenie może wynikać także z faktu bycia świadkiem konfrontacji ze zdarzeniem stresującym. Opis ewolucji pojęcia stresora i zmiany kryterium diagnozy PTSD na przestrzeni ostatnich dziesięcioleci omawiano w polskim piśmiennictwie kilkakrotnie (Lis-Turlejska 2002; Holiczer i wsp. 2007; Heitzman 2000). Traumatyczne wydarzenia związane z IPV wykraczają poza zwykły porządek społeczny, który daje ludziom poczucie sensu oraz związku z otoczeniem. Zaburzenie stresowe pourazowe jest szczególnie poważne i długotrwałe, jeśli stresor pochodzi od człowieka.

Cel badania

Celem badania była ocena, które z wybranych czynników socjodemograficznych i klinicznych są czynnikiem ryzyka występowania i większego nasilenia objawów PTSD wśród ofiar IPV.

Materiał i metody

I. Ocena i nasilenie PTSD

Postawienie diagnozy i ocenę nasilenia zespołu stresu pourazowego opierano na kwestionariuszu PTSD-Interview (PTSD-I) autorstwa C. G. Watsona i wsp. (1991) (Watson i wsp. 1991). Skala PTSD-I jest skalą samooceny i umożliwia ocenę każdego objawu wg oceny binarnej – obecny/nieobecny, nasilenie i częstotliwość każdego objawu oraz obecność i nasilenie zespołu PTSD. Kwestionariusz

PTSD-I jest spośród wielu innych narzędzi oceniających obecność i nasilenie objawów PTSD jednym z najbardziej wiarygodnych i jedynym, w którym wszystkie punkty wywiadu pozostają w ścisłej korelacji z kryteriami PTSD w klasyfikacji DSM-IV, DSM-III-R oraz DSM-III (Heitzman 2002). Kwestionariusz ten odnosi się do 17 przejawów PTSD wymienionych w diagnozie zespołu wg klasyfikacji DSM-IV (APA 1994); ma dobrze udokumentowaną wiarygodność, wyższą niż inne narzędzia pomiaru objawów PTSD, i może być stosowany we wszystkich grupach osób narażonych na traumatyczne wydarzenia (Bryant i wsp. 1999; Berg i wsp. 1994; Dudek i Koniarek 2000; Kozarić-Kovacic i wsp. 2005; Spirić i Samardzić 2005; Watson i wsp. 1991; Watson i wsp. 1994; Watson i wsp. 1993).

Symptomy pogrupowano w trzy kategorie: 1) natrętne powracanie obrazów i myśli związanych z traumatycznym zdarzeniem, 2) unikanie wszelkich bodźców kojarzących się ze zdarzeniem, 3) nadmierne pobudzenie. Rzetelność oryginalnej skali obliczona metodą retestowania wynosi $r_{tt} = 0,95$, alfa Cronbacha = 0,94, współczynnik czułości = 0,89, specyficzność = 0,94 (Dudek i Koniarek 2004).

Kwestionariusz został zaadaptowany do warunków polskich (Koniarek i wsp. 2000), podczas adaptacji obliczono zgodność wewnętrzną dla skali i podskal (Koniarek i wsp. 2000). W Polsce kwestionariusz wykorzystano w badaniach oceniających obecność PTSD w grupie strażaków (Koniarek i wsp. 2000) oraz w grupie ofiar wywiezionych na Syberię (Monieta i Anczurowski 2004). W przedstawionym badaniu użyto skali w interpretacji J. Heitzmana (Heitzman 2002), która została podzielona na części: od A do E. Każdy objaw oceniano w 7-punktowej skali nasilenia od „nie, nigdy” do „w najwyższym stopniu, zawsze”. Kryteria zespołu są spełnione u osób, które doświadczyły istotnej traumy, gdy w podskali B co najmniej jedna odpowiedź jest równa lub większa niż 4 pkt, w podskali C co najmniej trzy odpowiedzi mają 4 lub więcej punktów i w podskali D co najmniej dwie odpowiedzi mają przynajmniej 4 pkt, a w części E oba pytania są ocenione powyżej 1 pkt. Suma punktacji podskal B, C i D powyżej 24 pkt potwierdza diagnozę PTSD. Stopnie nasilenia PTSD oceniano wg liczby punktów sumy podskal (B, C, D) – stopień nieznaczny: 24–48, znaczny: 49–73, bardzo znaczny: 74–98, ekstremalny: 99–119.

W przedstawionym badaniu zgodność wewnętrzną kwestionariusza dla poszczególnych

podskal była najwyższa w przypadku objawów unikania i wynosiła: alfa Cronbacha dla podskali nawracania – 0,56, dla podskali unikania – 0,799, a dla podskali pobudzenia – 0,789.

II. Ocena czynników socjodemograficznych i klinicznych ryzyka PTSD

Dane uzyskiwano za pomocą częściowo ustrukturalizowanego kwestionariusza oraz bezpośredniego wywiadu przeprowadzanego przez badającego lekarza psychiatrę.

Oceniano wiek badanych ofiar, czas trwania przemocy, wiek początku przemocy, częstość stosowanej przemocy, długość okresu od rozstania się ze sprawcą przemocy, czas trwania związku, obecność przemocy w dzieciństwie, jakość relacji między rodzicami ofiar, obecność wsparcia w otoczeniu, wykształcenie i stan zatrudnienia ofiar przemocy, liczbę posiadanych dzieci, stan zdrowia fizycznego ofiar oraz obecność uzależnienia od alkoholu u sprawców przemocy.

Grupa badana

Wszystkie kobiety miały traumatyczne przeżycia związane z przemocą ze strony partnera życiowego oraz doświadczyły w przebiegu przemocy zagrożenia utraty zdrowia lub życia, lub integralności psychofizycznej. Badane osoby były mieszkankami hosteli dla ofiar przemocy, domu samotnej matki lub pacjentkami poradni zdrowia psychicznego. Forma intelektualna wszystkich kobiet mieściła się w normie intelektualnej. Sprawcy stosowali zarówno przemoc fizyczną, jak i psychiczną.

Grupę badaną stanowiły 104 kobiety w wieku od 18 do 68 lat, średnia wieku wynosiła 40,8 roku (SD = 11,2). Średni czas trwania przemocy ze strony partnera wynosił 12,7 roku (SD = 8). Częstość stosowanej przemocy określono jako: codziennie, 3–4 razy w tygodniu, 1–2 razy w tygodniu, 1–2 w miesiącu lub kilka razy w życiu. Średni czas trwania związku ze sprawcą wynosił 14 lat (SD = 8). Średni wiek kobiet, w którym wystąpił początek znęcania się, wynosił 24,8 roku (SD = 6,9). Większość kobiet była matkami. Ponad połowa kobiet pracowała aktualnie zawodowo.

Analiza statystyczna

Wyniki badań poddano ocenie statystycznej. Posłużono się pakietem testów statystycznych SPSS dla Windows, wersja 13.0. Zastosowano testy dla zmiennych niezależnych: t-test, test korelacji Pearsona oraz test U Manna-Whitneya.

Wyniki

W badanej grupie przynajmniej nieznaczny stopień nasilenia objawów PTSD zanotowano u 92,7% ofiar przemocy ze strony partnera. Jedynie u 7,3% kobiet nie obserwuje się objawów PTSD. Nieznaczne nasilenie objawów potwierdzono u 17,07% badanych kobiet, znaczny stopień PTSD u 34,14%, bardzo znaczny stopień zaburzenia u 34,14% kobiet i ekstremalne nasilenie zespołu stresu pourazowego u 7,3% ofiar przemocy. Łącznie bardzo znaczny i ekstremalny stopień PTSD miało 41,5% osób badanej grupy.

Rozpatrywano, jakie czynniki mogły sprzyjać ujawnieniu się objawów PTSD w badanej grupie ofiar przemocy. Wzięto pod uwagę wybrane czynniki demograficzne, społeczne, medyczne i psychologiczne.

Średnia wieku badanych osób wynosiła 41 lat. Nasilenie objawów PTSD było podobne w gru-

pie kobiet przed 40. rokiem życia i po 40. roku życia (tab. 1.). Znaczenie w ujawnieniu się objawów PTSD w wyniku przemocy miało wykształcenie ofiar. W grupie kobiet z niższym poziomem wykształcenia – podstawowym lub zawodowym – średnie nasilenie objawów PTSD było istotnie wyższe w porównaniu z kobietami z maturą lub wykształceniem wyższym ($p = 0,001$) (tab. 1.). Średni czas trwania przemocy w grupie wyniósł 12,7 roku ($SD = 8$). Nie obserwowano istotnego większego nasilenia punktacji w skali PTSD Interview w grupie osób z dłuższym (powyżej 3 lat) w porównaniu z osobami z krótszym (poniżej 3 lat) trwaniem przemocy (tab. 1.).

Nasilenie punktacji w skali nie korelowało z czasem trwania przemocy (tab. 2.). Średni czas trwania związku ze sprawcą w badanej grupie kobiet wyniósł 14 lat ($SD = 8,8$). Nie zaobserwowano korelacji między długością trwania

Tabela 1. Nasilenie objawów PTSD w zależności od wybranych czynników demograficzno-klinicznych

Czynniki ryzyka PTSD		Nasilenie PTSD		Różnica <i>p</i>
		średnia	SD	
wiek	> 40. roku życia	65,4	21,9	0,848
	< 40. roku życia	66,5	26,0	
wykształcenie	podstawowe/zawodowe	73,6	23,0	0,001*
	średnie/wyższe	54,7	21,7	
czas trwania przemocy	> 3 lat	67,5	24,1	0,185
	< 3 lat	54,2	29,3	
czas trwania związku	> 5 lat	68,7	22,5	0,161
	< 5 lat	58,8	30,0	
wsparcie	tak	61,2	25,9	0,185
	nie	69,4	22,5	
przemoc w dzieciństwie	tak	69,3	24,1	0,092
	nie	58,6	24,0	
związek rodziców	dobry	59,5	25,6	0,137
	zły	69,2	23,3	
liczba dzieci	2, < 2	62,5	25,7	0,276
	> 2	69,6	22,0	
przemoc seksualna	tak	73,5	27,6	0,093
	nie	62,6	20,0	
praca zawodowa	tak	64,8	23,8	0,687
	nie	67,3	25,8	
choroby somatyczne	tak	51,3	23,6	0,034*
	nie	68,7	23,7	
alkoholizm partnera	tak	65,2	25,5	0,519
	nie	60,4	23,2	

t-test dla prób niezależnych, *istotna różnica

Tabela 2. Ocena korelacji między nasileniem objawów PTSD a wybranymi czynnikami charakteryzującymi związek i przebieg przemocy

Charakterystyka przemocy	Nasilenie PTSD	
	<i>r</i>	<i>p</i>
czas trwania przemocy	0,035	0,783
czas trwania związku	0,169	0,178
upływ czasu od zerwania związku	0,053	0,677
częstość aktów przemocy	0,232	0,061
wiek początku przemocy	0,021	0,865
liczba dzieci w rodzinie	0,169	0,186

test korelacji Pearsona; *r* – współczynnik korelacji

małżeństwa lub konkubinatu a nasileniem objawów PTSD (tab. 2.). Nie stwierdzono korelacji między upływem czasu od zerwania związku a nasileniem objawów PTSD (tab. 2.).

Średnie nasilenie punktacji w skali PTSD-I w grupie kobiet ze stażem związku poniżej 5 lat nie różniło się istotnie w porównaniu z grupą osób ze stażem powyżej 5 lat (tab. 1.).

Ponad połowa kobiet (55%) nie miała żadnego wsparcia podczas trwania przemocy domowej, ale średnie nasilenie objawów PTSD nie różniło się istotnie w grupie ofiar mających wsparcie w otoczeniu w stosunku do niemających wsparcia (tab. 1.). Prawie dwie trzecie kobiet (60,3%) miało w dzieciństwie traumatyczne doświadczenia związane z przemocą domową. Nie zanotowano istotnej różnicy nasilenia punktacji w kwestionariuszu między grupą osób z doświadczeniem przemocy w dzieciństwie w porównaniu z grupą bez takich przeżyć (tab. 1.). Jakość związku rodziców badanych kobiet nie odgrywała roli. Podobne średnie nasilenie objawów PTSD odnotowano w grupie kobiet oceniających swoich rodziców jako zgodną parę i w grupie oceniających związek rodziców jako zły (tab. 1.). Oceniano częstość narażenia na różne formy przemocy ze strony partnera. Trzy czwarte (76,3%) badanych doświadczało przemocy przynajmniej raz w tygodniu, codziennie 33% kobiet, 3–4 razy w tygodniu 5,8%, a 1–2 razy w tygodniu 37,6% grupy; 22,3% badanych podało, że sprawcy przejawiali przemoc 1–2 razy w miesiącu, a jedynie 1,2% kobiet doświadczyło przemocy kilka razy w życiu. Częstość przejawów przemocy nie korelowała istotnie z nasileniem objawów PTSD (tab. 2.). Ponad połowa kobiet (61%) pierwszy raz przemocy ze strony partnera doświadczyła przed 25. rokiem życia. Średni wiek

początku traumatycznych doświadczeń wynosił 24,8 roku (SD = 6,9). Wiek początku przemocy nie korelował z nasileniem objawów PTSD (tab. 2.). Zdecydowana większość kobiet (85%) była matkami. Średnio badane osoby posiadały dwoje dzieci; 12,3% kobiet miało czworo i więcej dzieci, a troje 22,2% badanych. Średnie nasilenie objawów PTSD nie różniło się między grupą matek z dwójką lub mniejszą liczbą dzieci a grupą matek z przynajmniej trojgiem dzieci (tab. 1.). Nasilenie objawów PTSD u ofiar nie korelowało z liczbą posiadanych dzieci (tab. 2.). Połowa (52,5%) ofiar podczas przemocy miała traumatyczne doświadczenia związane z nadużyciem seksualnym lub gwałtem. Nasilenie objawów PTSD różniło się istotnie między ofiarami przemocy seksualnej a ofiarami przemocy, ale bez nadużyć w sferze seksualnej ($p = 0,037$, test U Manna-Whitneya). Aktywnych zawodowo było 54% kobiet. Podobna była średnia punktacja uzyskana w kwestionariuszu w grupie kobiet pracujących zawodowo i niepracujących (tab. 1.). Średnie nasilenie objawów PTSD było istotnie większe w grupie kobiet, które były zdrowe somatycznie, niż u osób z jakąkolwiek chorobą fizyczną (tab. 1.). W przypadku badanych kobiet aż 84,3% ich partnerów było uzależnionych od alkoholu. Nie zanotowano istotnej różnicy w nasileniu objawów PTSD wśród kobiet, których partnerzy byli uzależnieni od alkoholu, w porównaniu z kobietami, których partnerzy nie mieli problemu z nadużywaniem alkoholu (tab. 1.).

Wnioski

Wyniki badania wskazują na bardzo szerokie rozpowszechnienie zaburzenia stresu pourazowego u ofiar przemocy ze strony partnera, ponieważ przynajmniej nieznaczne i głębsze nasilenie objawów PTSD zanotowano aż u 92,7% badanych kobiet, a znaczne, bardzo znaczne i ekstremalne u 75,63% grupy. Wiele badań potwierdza związek IPV z ujawnieniem się PTSD oraz to, że nasilenie przemocy wpływa istotnie oraz pozytywnie na nasilenie objawów PTSD, zwłaszcza komponent psychologiczny przemocy (Pico-Alfonso 2005). Dotychczasowe wyniki badań wskazują na powiązanie między przemocą w związku a depresją, przemocą w rodzinach, z których pochodzą partnerzy, społecznym przyzwoleniem na przemoc, wysokim poziomem konfliktowości we wzajemnych relacjach, niskimi dochodami oraz uzależnieniem od narkotyków i alkoholu (Boles i Miotto 2003).

W badanej grupie przemoc ze strony partnera determinowała codzienne życie większości kobiet – u trzech czwartych grupy akty przemocy występowały w każdym tygodniu, a u jednej trzeciej osób codziennie.

Najistotniejszym czynnikiem różnicującym ofiary przemocy pod względem nasilenia objawów PTSD był poziom wykształcenia. W innych badaniach również zanotowano ochronny wpływ wyższego poziomu wykształcenia na ujawnienie się objawów PTSD po traumatycznych przeżyciach (Ben-Zur 2008; DiGrande i wsp. 2008). Niższy poziom wykształcenia i brak zatrudnienia są czynnikami ryzyka przemocy w stosunku do kobiet, a szczególnie przemocy psychicznej (Nerøien i Schei 2008; Malcoe i wsp. 2004; Harris i wsp. 2008; Kimerling i wsp. 2009).

W badanej grupie kobiet nasilenie objawów PTSD było istotnie większe w przypadku ofiar przemocy seksualnej niż innych typów przemocy ze strony partnera.

Przemoc seksualna nie jest wcale rzadkim patologicznym zjawiskiem społecznym. Dane z badań populacyjnych raportują, że 14% mężatki doświadczyło przemocy seksualnej ze strony męża (Stermac 1998). Na podstawie różnych badań określono, że w przypadku ok. 10–15% kobiet występuje nadużycie seksualne, takie jak gwałt. W przypadku kobiet, które doświadczają znęcania się nad nimi, współżycie z użyciem siły przez partnera dotyczy 40–45% ofiar przemocy (Campbell i Alford 1989; Finkelhor i Yllö 1985; Hanneke i wsp. 1986; Russell 1990). Obecność przemocy seksualnej wiąże się z większym nasileniem przemocy fizycznej i z głębszymi dla kobiet reperkusjami zdrowotnymi, takimi jak PTSD, duża depresja, uzależnienia od alkoholu i narkotyków oraz zagrożenie próbami samobójczymi (Eby i wsp. 1995; Drucker i wsp. 2000; Chivers-Wilson 2006). Kobiety zgwałcone przez bliską i przez obcą osobę mają podobną psychologiczną symptomatologię, ale osoby, które doświadczyły przemocy ze strony bliskich, rzadko szukają profesjonalnej pomocy, nie mówią innym o wydarzeniu, nie zgłaszają go organom ścigania i pomocy społecznej (Allison i Wrightsman 1993; Frazier i Seales 1997).

W badanej grupie aż 52,2% kobiet doświadczyło przemocy seksualnej ze strony partnera. W polskim badaniu również opisano rozpowszechnienie PTSD wśród ofiar przemocy seksualnej, w tym ofiar gwałtów oraz przemocy fizycznej (Łuszczynska 2004). W pracy Łuszczynskiej podkreślono korzystny wpływ wysokiego

poziomu wskaźników poczucia koherencji (szczególnie zrozumiałość) na niższe nasilenie objawów PTSD. Wyższy poziom sensowności wiąże się z poziomem edukacji (Izdebski i Polak 2005). W badaniu opisywanym w niniejszej pracy u osób z wyższym poziomem edukacji zaobserwowano mniejsze ujawnienie objawów PTSD.

W badanej grupie aż 84,3% sprawców przemocy było uzależnionych od alkoholu. Nadużywanie lub uzależnienie od alkoholu często współwystępuje ze stosowaniem przemocy (Feingold i wsp. 2008; Fife i wsp. 2008; Roberts 2002; Stalans i Ritchie 2008). Uzależnienie wiąże się ze wzrostem ciężkości przemocy (Kyriacou i wsp. 1999; Mars i wsp. 2001; Wilson i wsp. 2000) i komplikuje oferowanie leczenia sprawcom przemocy (Stalans i wsp. 2003; Tolman i Bennett 1990).

Do istotnych czynników ryzyka przemocy ze strony partnera należą: młody wiek, separacja, rozwód lub status osoby samotnej, mieszkanie z dziećmi, słaby stan zdrowia fizycznego, niskie przychody roczne, brak ubezpieczenia zdrowotnego, palenie papierosów i zaburzenia psychiczne (Romans i wsp. 2007; Vest i wsp. 2002). Ciężkość zespołu stresu pourazowego u kobiet przebywających w schroniskach dla ofiar znęcania się wiązała się z nasileniem przemocy ze strony partnera, złym stanem psychicznym, brakiem osobistych i społecznych zasobów (Johnson i wsp. 2008). Należy podkreślić, że sam zespół stresu pourazowego w wyniku przemocy sprzyja z kolei nawrotowi przemocy w związku, szczególnie objawy z kategorii odrętwienia (Krause i wsp. 2006).

Potwierdzono niekorzystny wpływ przeżyć traumatycznych i PTSD na zwiększenie chorobowości i śmiertelności (Wagner i wsp. 2000; Zoellner i wsp. 2000). W badanej grupie średnie nasilenie objawów PTSD było istotnie większe u kobiet, które nie miały choroby fizycznej.

W badanej grupie istotne ochronne znaczenie miał wyższy poziom wykształcenia kobiet, a czynnikiem ryzyka ujawnienia się PTSD była przemoc seksualna ze strony życiowego partnera. W przedstawionym badaniu nasilenie objawów PTSD nie wiązało się z innymi ocenianymi czynnikami. W niektórych badaniach, podobnie jak w opisywanym, nie stwierdzano powiązania między obecnością różnych wariantów nadużycia w dzieciństwie a nasileniem PTSD w wieku dorosłym u ofiar przemocy ze strony partnera (Pico-Alfonso 2005).

Ujawnieniu się PTSD sprzyja szczególnie wrażliwość na stres oraz wzrost ryzyka naraże-

nia na traumatyczne wydarzenia, które uwarunkowane są wieloczynnikowo, m.in. środowiskowo. Czynniki demograficzne mają wpływ na zachowanie otoczenia i relacje między ekspozycją na przemoc i późniejszymi skutkami zdrowotnymi (Koenen 2005).

Podkreśla się potrzebę przeprowadzania długofalowych badań nad skutkami psychospołecznymi i zdrowotnymi przemocy wobec kobiet (Woods 2005). Objawy PTSD u ofiar przemocy domowej utrzymują się bardzo długo. W badaniach przekrojowych połowa kobiet miała objawy PTSD pomimo upływu dłuższego czasu od zmiany sytuacji (Woods 2000). Wyniki wieloletnich badań wskazują na potrzebę objęcia pomocą medyczną i psychologiczną nie tylko tych osób, które obecnie doświadczają przemocy ze strony partnera, ale i tych, które są wiele lat po traumie (Jones i wsp. 2001).

Wnioski

1. Czynnikiem ryzyka większego nasilenia objawów PTSD w wyniku przemocy ze strony partnera jest przemoc seksualna.
2. Wyższy poziom wykształcenia może być czynnikiem chroniącym ofiary przemocy przed pogłębianiem się objawów PTSD.
3. Ofiary przemocy ze strony partnera są grupą ryzyka ujawnienia się PTSD.

Piśmiennictwo

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed., American Psychiatric Association Press, Washington D.C. 1994.
2. Allison JA, Wrightsman LS. Rape: The misunderstood crime. CA: Sage, Newbury Park 1993.
3. Avdibegović E, Sinanović O. Consequences of domestic violence on women's mental health in Bosnia and Herzegovina. *Croat Med J* 2006; 47: 730-741.
4. Ben-Zur H. Personal resources of mastery-optimism, and communal support beliefs, as predictors of posttraumatic stress in uprooted Israelis. *Anxiety Stress Coping* 2008; 21: 295-307.
5. Berg GE, Watson CG, Nugent B, et al. A comparison of combat's effects on PTSD scores in veterans with high and low moral development. *J Clin Psychol* 1994; 50: 669-676.
6. Boles S, Miotto K. Substance abuse and violence: A review of the literature. *Aggress Violent Behav* 2003; 8: 155-174.
7. Bryant RA, Marosszeky JE, Crooks J, et al. Interaction of posttraumatic stress disorder and chronic pain following traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil* 1999; 14: 588-594.
8. Campbell JC, Alford P. The dark consequences of marital rape. *Am J Nurs* 1989; 89: 946-949.
9. Chivers-Wilson KA. Sexual assault and posttraumatic stress disorder: A review of the biological, psychological and sociological factors and treatments. *Mcgill J Med* 2006; 9: 111-118.
10. DiGrande L, Perrin MA, Thorpe LE, et al. Posttraumatic stress symptoms, PTSD, and risk factors among lower Manhattan residents 2-3 years after the September 11, 2001 terrorist attacks. *J Trauma Stress* 2008; 21: 264-273.
11. Draucker CB, Stern PN. Women's responses to sexual violence by male intimates. *West J Nurs Res* 2000; 22: 385-406.
12. Dudek B, Koniarek J. Relationship between sense of coherence and post-traumatic stress disorder symptoms among firefighters. *Int J Occup Med Environ Health* 2000; 13: 299-305.
13. Dudek B, Koniarek J. Osobowościowe uwarunkowania rozwoju zaburzenia po stresie traumatycznym. W: Osobowość a ekstremalny stres. Strelau J (red.). GWP, Gdańsk 2004; 183-198.
14. Eby KK, Campbell JC, Sullivan CM, et al. Health effects of experiences of sexual violence for women with abusive partners. *Health Care Women Int* 1995; 16: 563-576.
15. Fife RS, Ebersole C, Bigatti S, et al. Assessment of the relationship of demographic and social factors with intimate partner violence (IPV) among Latinas in Indianapolis. *J Womens Health (Larchmt)* 2008; 17: 769-775.
16. Feingold A, Kerr DC, Capaldi DM. Associations of substance use problems with intimate partner violence for at-risk men in long-term relationships. *J Fam Psychol* 2008; 22: 429-438.
17. Finkelhor D, Yllö K. License to rape: Sexual abuse of wives. Holt, Rinehart & Winston, New York 1985.
18. Frazier PA, Seales LM. Acquaintance rape is real rape. W: Researching sexual violence against women: Methodological and personal perspectives. Schwartz MD (ed.). Sage, Thousand Oaks 1997; 54-64.
19. Golding JM. Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a metaanalysis. *J Fam Violence* 1999; 14: 99-132.
20. Green BL, Lindy JD, Grace MC, et al. Buffalo Creek survivors in the second decade: stability of stress symptoms. *Am J Orthopsychiatry* 1990; 60: 43-54.
21. Hanneke C, Shields N, McCall GJ. Assessing the prevalence of marital rape. *J Interpers Violence* 1986; 1: 350-362.
22. Harris IA, Young JM, Rae H, et al. Predictors of post-traumatic stress disorder following major trauma. *ANZ J Surg* 2008; 78: 583-587.
23. Heitzman J. Stres w etiologii przestępstw agresywnych. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002.
24. Holiczer A, Gałuszko M, Cabała WJ. Zaburzenie stresowe pourazowe – opis ewolucji koncepcji zaburzenia i podejść terapeutycznych. *Psychiatria* 2007; 4: 25-32.
25. Houskamp BM, Foy DW. The assessment of posttraumatic stress disorder in battered women. *J Interpers Violence* 1991; 6: 367-375.
26. Izdebski P, Polak A. Bilans życia i poczucie koherencji osób starszych w zależności od ich aktualnej sytuacji życiowej. *Geront Pol* 2005; 13: 188-194.
27. Johnson DM, Zlotnick C, Perez S. The relative contribution of abuse severity and PTSD severity on the psychiatric and social morbidity of battered women in shelters. *Behav Ther* 2008; 39: 232-241.
28. Jones L, Hughes M, Unterstaller U. Post-traumatic stress disorder (PTSD) in victims of domestic violence: A review of the research. *Trauma Viol Abuse* 2001; 2: 99-119.
29. Kimerling R, Alvarez J, Pavao J, et al. Unemployment among women: examining the relationship of physical and psychological intimate partner violence and posttraumatic stress disorder. *J Interpers Violence* 2009; 24: 450-463.
30. Koenen KC. Nature-nurture interplay: genetically informative designs contribute to understanding the effects of trauma and interpersonal violence. *J Interpers Violence* 2005; 20: 507-512.

31. Koniarek J, Dudek B, Szymczak M. Kwestionariusz do pomiaru zespołu zaburzeń po stresie urazowym (K-PTSD) – zastosowanie PTSD-Interview Ch. Watsona i jego pracowników w badaniach grupowych. *Przeegl Psychol* 2000; 43: 205-216.
32. Kozarić-Kovacic D, Pivac N, Mück-Seler D, et al. Risperidone in psychotic combat-related posttraumatic stress disorder: an open trial. *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 922-927.
33. Krause ED, Kaltman S, Goodman L, et al. Role of distinct PTSD symptoms in intimate partner reabuse: a prospective study. *J Trauma Stress* 2006; 19: 507-516.
34. Kyriacou DN, Anglin D, Taliaferro E, et al. Risk factors for injury to women from domestic violence against women. *N Engl J Med* 1999; 341: 1892-1898.
35. Lis-Turlejska M. Stres traumatyczny. Występowanie, następstwa, terapia. Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2002.
36. Łuszczynska A. Czy poczucie koherencji i style radzenia sobie ze stresem sprzyjają adaptacji w sytuacji doświadczenia gwałtu i przemocy fizycznej. W: Osobowość a ekstremalny stres. Strelau J (red.). GWP, Gdańsk 2004; 299-316.
37. Malcoe LH, Duran BM, Montgomery JM. Socioeconomic disparities in intimate partner violence against Native American women: a cross-sectional study. *BMC Med* 2004; 24: 2-20.
38. Mears DP, Carlson MJ, Holden GN, et al. Reducing domestic violence revictimization: The effects of individual and contextual factors and type of legal intervention. *J Interpers Violence* 2001; 16: 1260-1283.
39. Monieta A, Anczurowski W. Nasilenie objawów zespołu stresu pourazowego (PTSD) u Sybiraków z terenu północno-wschodniej Polski. *Psychiatr Pol* 2004; 38: 673-683.
40. Nerøien AI, Schei B. Partner violence and health: results from the first national study on violence against women in Norway. *Scand J Public Health* 2008; 36: 161-168.
41. Pico-Alfonso MA. Psychological intimate partner violence: the major predictor of posttraumatic stress disorder in abused women. *Neurosci Biobehav Rev* 2005; 29: 181-193.
42. Roberts AR. *Handbook of domestic violence intervention strategies: Policies, programs, and legal remedies.* Oxford University Press, Oxford, New York 2002.
43. Romans S, Forte T, Cohen MM, et al. Who is most at risk for intimate partner violence? A Canadian population-based study. *J Interpers Violence* 2007; 22: 1495-1514.
44. Russell DEH. *Rape in marriage.* Indiana University Press, Bloomington 1990.
45. Spirić Z, Samardžić R. Comorbidity of posttraumatic stress disorder and mild closed head injury in war veterans: endocrinological and psychological profiles. *Vojnosanit Pregl* 2005; 62: 17-25.
46. Stalans LJ, Seng M, Repp M. Identifying Subgroups at high risk of dropping out of domestic batterer treatment: The buffering effects of a high school education. Presented at the Academy of Criminal Justice Sciences, Boston 2003.
47. Stalans LJ, Ritchie J. Relationship of substance use/abuse with psychological and physical intimate partner violence: Variations across living situations. *J Fam Viol* 2008; 23: 9-24.
48. Stermac LJ, Du Mont, Dunn S. Violence in known-assailant sexual assaults. *J Interpers Violence* 1998; 13: 398-412.
49. Tjaden P, Thoennes N. Full report of the prevalence, incidence, and consequences of violence against women: Findings from the National Violence Against Women Survey. National Center for Justice, November 2000, NCJ publication #183781. Washington, DC: U.S. Department of Justice.
50. Tolman RM, Bennett LW. A review of the quantitative research on men who batter. *J Interpers Violence* 1990; 5: 87-118.
51. Vest JR, Catlin TK, Chen JJ, et al. Multistate analysis of factors associated with intimate partner violence. *Am J Prev Med* 2002; 22: 156-164.
52. Wagner AW, Wolfe J, Rotnitsky A, et al. An investigation of the impact of posttraumatic stress disorder on physical health. *J Trauma Stress* 2000; 13: 41-55.
53. Watson CG, Brown K, Kucala T, et al. Two studies of reported pretraumatic stressors' effect on posttraumatic stress disorder severity. *J Clin Psychol* 1993; 49: 311-318.
54. Watson CG, Juba MP, Manifold V, et al. The PTSD interview: rationale, description, reliability, and concurrent validity of a DSM-III-based technique. *J Clin Psychol* 1991; 47: 179-188.
55. Watson CG, Plemel D, DeMotts J, et al. A comparison of four PTSD measures' convergent validities in Vietnam veterans. *J Trauma Stress* 1994; 7: 75-82.
56. Wilson P, McFarlane J, Malecha A, et al. Severity of violence against women by intimate partners and associated use of alcohol and/or illicit drugs by the perpetrator. *J Interpers Violence* 2000; 15: 996-1008.
57. Woods SJ. Intimate partner violence and post-traumatic stress disorder symptoms in women: what we know and need to know. *J Interpers Violence* 2005; 20: 394-402.
58. Woods SJ. Prevalence and patterns of posttraumatic stress disorder in abused and postabused women. *Issues Ment Health Nurs* 2000; 21: 309-324.
59. Woods SJ, Hall RJ, Campbell JC, et al. Physical health and posttraumatic stress disorder symptoms in women experiencing intimate partner violence. *J Midwifery Womens Health* 2008; 53: 538-546.
60. Woods SJ, Isenberg MA. Adaptation as a mediator of intimate abuse and traumatic stress in battered women. *Nurs Sci Q* 2001; 14: 215-221.
61. Zoellner LA, Goodwin ML, Foa EB. PTSD severity and health perceptions in female victims of sexual assault. *J Trauma Stress* 2000; 13: 635-649.