

Makara-Studzińska Marta, Madej Agata. Przemoc wobec kobiet a depresja – przegląd badań = Violence against women and depression - overview of research. Journal of Education, Health and Sport. 2015;5(5):373-388. ISSN 2391-8306. DOI [10.5281/zenodo.17895](https://doi.org/10.5281/zenodo.17895)

<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/2015%3B5%285%29%3A373-388>

<https://pbn.nauka.gov.pl/works/561541>

<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.17895>

Formerly Journal of Health Sciences. ISSN 1429-9623 / 2300-665X. Archives 2011 – 2014
<http://journal.rsw.edu.pl/index.php/JHS/issue/archive>

Deklaracja.

Specyfika i zawartość merytoryczna czasopisma nie ulega zmianie.

Zgodnie z informacją MNiSW z dnia 2 czerwca 2014 r., że w roku 2014 nie będzie przeprowadzana ocena czasopism naukowych; czasopismo o zmienionym tytule otrzymuje tyle samo punktów co na wykazie czasopism naukowych z dnia 31 grudnia 2014 r.

The journal has had 5 points in Ministry of Science and Higher Education of Poland parametric evaluation. Part B item 1089. (31.12.2014).

© The Author (s) 2015;

This article is published with open access at License Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland and Radom University in Radom, Poland

Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.

Received: 20.10.2014. Revised 18.01.2015. Accepted: 25.02.2015.

PRZEMOC WOBEC KOBIEC A DEPRESJA – PRZEGLĄD BADAŃ VIOLENCE AGAINST WOMEN AND DEPRESSION - OVERVIEW OF RESEARCH

Marta Makara-Studzińska, Agata Madej

Zakład Psychologii Stosowanej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
Department of Applied Psychology, Medical University of Lublin

Streszczenie

Cel. Praca jest przeglądem badań dotyczących związku pomiędzy doświadczaniem przemocy przez kobiety a ryzykiem występowania symptomów depresji. Ważnym celem było również pokazanie rozmiaru problemu jakim jest przemoc. Sprawa stosowania przemocy wobec kobiet jest współcześnie bardzo aktualna i nagłaśniana w społeczeństwie. Dane policyjne potwierdzają, iż z roku na rok coraz więcej kobiet pada ofiarami zachowań o charakterze przemocowym.

Poglądy. W większości prezentowanych wyników badań został ujawniony ścisły związek pomiędzy doświadczaniem przemocy a występowaniem u kobiet objawów depresyjnych. Ponadto znacznie częściej doświadczają one problemów ze zdrowiem psychicznym w postaci zespołu stresu pourazowego (PTSD), uzależnienia, zaburzeń kontaktu, zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych, zaburzeń odżywiania, autoagresji, trwałych zaburzeń pamięci oraz skłonności samobójczych. Sprawca przemocy stara się zniewolić swoją ofiarę i przejąć nad nią kontrolę. W ten sposób wytwarza się u niej przekonanie, że zasłużyła sobie na takie traktowanie. Życie bitych kobiet zaczyna się skupiać wokół codziennych prób przetrwania i unikania represji ze strony oprawcy. Z czasem przestają się liczyć z własnymi poglądami i myślami, przez co tracą poczucie tego, co jest dla nich dobre, a co złe.

Wnioski. Uzyskane rezultaty mogą posłużyć do wyznaczania kierunków terapii dla ofiar przemocy, jak również skutecznie działania profilaktyczne i prewencyjne.

Słowa kluczowe: przemoc – przemoc wobec małżonka – depresja – kobieta maltretowana – psychoterapia.

Abstract

Aim. The paper is an overview of research on the relationship between the experience of violence by women and the risk of symptoms of depression. An important goal was also to show the extent of the problem of violence. The case of violence against women is an up-to-date topic, which is publicized in society. The police data confirm that each year an increasing number of women become victims of violent behavior.

Views. Most of the presented research results of studies reveal a close relationship between experiencing violence and the occurrence of depressive symptoms in women. In addition, they are more likely to experience mental health problems in the form of post-traumatic stress disorder (PTSD), addictions, contact disorder, obsessive-compulsive disorder, eating disorders, self-harm, permanent memory disorders and suicidal tendencies. The abuser is trying to enslave the victim and take control of it. In this manner, she starts to believe that the woman deserves such treatment. The life of abused women begins to focus around everyday trials of survival and avoid reprisals from the tormentor. With time, they cease to think about their own views and thoughts, thus losing the sense of what is good and bad for them.

Conclusions. The obtained results can be used to determine the directions of therapy for victims of violence, as well as to improve prophylactic and preventive measures.

Keywords: violence – spouse abuse – depression – battered women – psychotherapy.

WSTĘP

Przemoc mężczyzn wobec kobiet jest wyrazem historycznie ukształtowanego, nierównego podziału władzy pomiędzy kobietami i mężczyznami [1]. Historycznie rzecz ujmując, w procesie powstawania nowoczesnych państw to właśnie mężczyźni przejęli władzę w rodzinie. Męską dominację dodatkowo umocniły przepisy prawa, normy oraz struktury społeczne. Zatem przez setki lat bicie kobiet było prawnie sankcjonowane. Pod koniec XIX wieku rozpoczął się proces delegalizowania tej praktyki, która umożliwiała mężom bicie swoich żon.

Teorie psychologiczne doszukują się źródeł przemocy w istocie samego związku pomiędzy kobietami a mężczyznami. Część psychologów uważała przemoc za skutek zaburzeń osobowości sprawcy, wzmocniony przez przypisywaną kobiecie społeczną rolę „ofiary” [1]. Koncepcje te proponowały strategie naprawcze, pomijające potrzebę zmiany układu sił oraz stosunków władzy, będące podstawą przemocy stosowanej wobec kobiet. Sprawy przemocy wyjaśniały poprzez pragnienie naprawy/zmiany sytuacji lub chęć ukarania partnera. Żyjemy w takim społeczeństwie, w którym proces wychowania zakłada, iż agresja i przemoc stanowią tolerowany sposób na wyrażanie złości przez dzieci płci męskiej. Chłopcy będą częściej zachęcani do demonstrowania swojej dominacji bardziej niż do współczucia, troskliwości oraz uległości, które to z kolei cechy przypisano kobietom. Proces socjalizacji zakłada, iż mężczyźni są utożsamiani z siłą, stąd wielu z nich wyraża swoją męskość poprzez używanie przemocy fizycznej lub psychicznej, zwłaszcza wobec kobiet [2,3,4].

Ostatnie lata przyniosły zmiany w postrzeganiu zjawiska przemocy wobec kobiet, a w szczególności przemocy domowej i seksualnej [5]. W ciągu ostatnich czterech dziesięcioleci temat przemocy wobec kobiet z problemu uznawanego za tabu, będącego „prywatną sprawą” osób nim dotkniętych, stał się kwestią społeczną, żywo dyskutowaną w aspekcie politycznym, publicznym, prawnym, medycznym oraz naukowym [6]. Problem przemocy wobec kobiet staje się coraz bardziej widoczny w środkach masowego przekazu. Stanowi on pogwałcenie kilku najważniejszych praw człowieka – godność, poczucie wartości, przekonanie o własnym sprawstwie oraz potrzebę bezpieczeństwa [7,8]. Dodatkowo powstaje coraz więcej organizacji pozarządowych oraz programów zajmujących się wymienioną w temacie pracy problematyką.

K. Wawrzycka [9] opisuje sprawcę przemocy jako człowieka negatywnie nastawionego do kobiet, przekonanego o swojej wyższości względem nich oraz wrogiemu w stosunku do

partnerki, która stanowi dla niego źródło kłopotów. Jest to człowiek osiągający satysfakcję po uderzeniu kobiety. Stanowi to jego sposób na odreagowanie nagromadzonych negatywnych emocji. Jest przekonany o tym, że nie spotka go kara za wyrządzone kobiecie krzywdy oraz że nikt nie wkroczy w jego życie prywatne. Aby tak się stało, potrzebuje on do tego celu uległości swojej ofiary wraz z akceptacją otoczenia, w którym żyją.

METODA

Przy pomocy bazy PubMed, Wiley Online Library, Scopus oraz Web of Science, przeszukano zagraniczną literaturę medyczną z lat 2011-2015 pod kątem artykułów zawierających następujące słowa kluczowe: *violence, marriage, domestic violence, depression, intimate partner violence, consequences of violence*. W niniejszej pracy przedstawione zostały wyniki badań międzynarodowych autorów na temat związku pomiędzy doświadczaniem przemocy a ryzykiem występowania symptomów depresji u kobiet.

CHARAKTERYSTYKA ZJAWISKA PRZEMOCY

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje przemoc w związku jako najczęstszą formę stosowaną wobec kobiet, połączoną z fizycznym, seksualnym i emocjonalnym znęcaniem się ze strony partnera [10,11]. Ponadto pokazuje, że co najmniej jedna na pięć kobiet doświadczyła przemocy na przestrzeni swojego życia [12].

W literaturze przedmiotu opisuje się cztery formy przemocy wobec kobiet:

- przemoc fizyczna – przyjmuje formę zachowań, które mają na celu zadanie ofierze bólu; zachodzą one wbrew jej woli, mogą w efekcie końcowym doprowadzić do uszkodzenia ciała, pogorszenia stanu zdrowia lub pozbawienia życia,
- przemoc psychiczna – jej głównym celem jest zmniejszenie poczucia własnej wartości u kobiety, wzbudzenie w niej strachu poprzez upokarzanie, poniżanie, zawstydzanie, grożenie, ograniczanie kontaktów z osobami bliskimi,
- przemoc seksualna – obejmuje wszystkie zachowania, począwszy od niechcianych uwag o charakterze seksualnym, poprzez zmuszanie partnerki do współżycia aż do uszkodzenia genitaliów,
- przemoc ekonomiczna – ofiara staje się finansowo zależna od sprawcy; obejmuje nadmierne kontrolowanie wydatków, odbieranie siłą zarobionych pieniędzy, wydanie kobiecie zakazu

chodzenia do pracy, niszczenie rzeczy osobistych, okradanie, branie kredytów wbrew woli małżonka,

- zaniechywanie – niezaspokajanie podstawowych potrzeb zarówno fizycznych, jak również emocjonalnych ofiary; są to zachowania o charakterze świadomym i nieświadomym, które wynikają z niekompetencji oraz braku zainteresowania ze strony sprawcy [13, 14, 15, 16, 17].

Najczęściej jednak przemoc pojawia się w formie mieszanej.

Przemoc w bliskich kontaktach występuje w każdej warstwie społecznej, szerokości geograficznej i we wszystkich kręgach kulturowych [18, 19, 20, 21]. Jako czynniki zwiększające ryzyko wystąpienia przemocy w związku wymienia się: młody wiek partnera, przyczynę zawarcia związku małżeńskiego, silna potrzeba kontroli innych, skłonność do reakcji agresywnych w odpowiedzi na sytuacje błahe, uzależnienie od alkoholu, doświadczanie przemocy w rodzinie pochodzenia partnera, niski status ekonomiczny, zaburzenia osobowości [22].

M. Sturbe opisała cztery modele, które wyjaśniają fakt pozostawania kobiet w związku przemocowym:

- model „pułapki psychicznej” – przekonanie ofiary, że im więcej dała, aby jej małżeństwo było szczęśliwe i udane, to tym więcej może mieć do stracenia z chwilą odejścia; czuje się ona odpowiedzialna za małżeństwo, stara się usprawiedliwić wysiłki włożone w jego podtrzymanie oraz naprawienie,
- model „pułapki sytuacyjnej” – kobieta ma poczucie, że wiele zainwestowała w związek, a jednocześnie boi się odwetu w razie odejścia i jest przekonana o tym, że znajduje się w sytuacji bez wyjścia,
- model „pułapki lęku” – kobieta ma wyolbrzymione, negatywne wyobrażenie na temat tego, co się stanie, gdy postanowi odejść; pojawia się lęk przed byciem samą oraz poczucie, że nie da sobie sama rady; lęk przed tym, co nieznanne staje się silniejszy niż cierpienie i ból zadawane ze strony współmałżonka,
- syndrom wyuczonej bezradności – kobiety, które są regularnie maltretowane przez partnera tracą umiejętność przewidywania powodzeń w podejmowanych działaniach; stopniowo porzucają wszelką nadzieję i godzą się na przemoc [6, 23, 24].

Kobiety będące ofiarami przemocy doznają wiele cierpienia, upokorzenia, lęku i bezsilności. Są one poddawane działaniu ciągłego stresu i zagrożenia. Wiele z nich nie widzi wyjścia z sytuacji i zaczyna przystosowywać się do roli kobiety bitej.

PSYCHOSPOŁECZNE SKUTKI PRZEMOCY

Typowa ofiara przemocy domowej to najczęściej młoda kobieta (do 35 roku życia) ze stosunkowo niskim stażem małżeńskim; z wyższym – w porównaniu do partnera – poziomem wykształcenia; z gorszą/lepszą pozycją zawodową niż sprawca przemocy; zależna finansowo; posiadająca mniej zainteresowań; pasywna społecznie oraz pozbawiona wsparcia ze strony środowiska (wynika to z izolacji) [25]. Ofiara przemocy to najczęściej osoba współzależniona lub przejawiająca wiele cech tego zaburzenia. Ma to związek z faktem, iż przemoc w rodzinie alkoholowej stanowi powszechność.

Konsekwencje przemocy są głębokie oraz wykraczają poza zdrowie jednostki, a także wpływają na pomyślność społeczeństw. Życie w związku przemocowym wpływa na poczucie własnej wartości kobiety i jej zdolność uczestniczenia w świecie [18]. Kobiety będące poddawane regularnej przemocy są ograniczone od dostępu do informacji i usług, brania udziału w wydarzeniach życia publicznego oraz otrzymywania wsparcia od członków rodziny i przyjaciół. Konsekwencje stosowania agresji są kosztowne, niekoniecznie tylko i wyłącznie pod względem finansowym, ale również w bezsensownej utracie zdrowia ofiary, jej godności, bezpieczeństwa i wolności wyborów [26]. Kobiety te są często niezdolne do zadbania o siebie i dzieci, jak również o swój rozwój zawodowy. Przeżywany stres powoduje problemy z koncentrowaniem się na sprawach związanych z pracą. Martwią się one tym, co się stanie po powrocie do domu. Martwią się czy mąż znowu będzie w stosunku do nich agresywny. W wyniku tego podejmowane przez nie działania są mniej efektywne. Konkretnie zadania wykonują o wiele dłużej niż zwykle, częściej myśląc się w trakcie. Zły stan zdrowia może spowodować przejście na rentę, co zdecydowanie ograniczy możliwość finansowego uniezależnienia się ofiary od sprawcy przemocy. Bite kobiety rzadko wyrażają swoją złość w sposób bezpośredni. Zdają sobie one sprawę z tego, iż może się to spotkać z karą za strony męża oraz nasileniem aktów przemocy. Dlatego też okazywana wściekłość ma głównie charakter werbalny, a tłumiona najczęściej skierowana jest na siebie i przyjmuje postać zachowań autodestrukcyjnych. Degradacja woli życia, jeśli nie osiągnie punktu zwrotnego, nieuchronnie prowadzi do śmierci [25]. Kobiety bite wstydzą się tego, co je spotyka. Starają się ukrywać ten przykry fakt zarówno przed członkami bliskiej rodziny, jak również otoczeniem. O pomoc medyczną zwracają się tylko w ostateczności. Są przekonane, że

zasłużyły na bicie i poszukują w swoim zachowaniu tego, co mogłyby zmienić, żeby bicia unikać.

Jako jeden ze skutków, wynikających z doznawania przemocy można uznawać tzw. syndrom bitej kobiety. Typowymi jego objawami są: paraliż emocjonalny – odrętwienie; reakcje zaprzeczania (unikowe); zmniejszenie poziomu zainteresowania otaczającym światem; objawy o charakterze depresyjnym; powtórne przeżywanie przykrych wydarzeń w snach i wspomnieniach; nadpobudliwość przejawiająca się w postaci zaburzeń snu i łaknienia, lęku, drażliwości, skłonności do płaczu. L. Walker dodatkowo wymienia tu niski poziom samooceny, wyuczoną bezradność oraz wycofanie się z utrzymywania kontaktów społecznych [27]. Według autorki, syndrom bitej kobiety składa się z dwóch faz. Pierwsza stanowi bunt czynny lub bierny, który wiąże się z ucieczką lub aktywną obroną przed sprawcą przemocy. Druga natomiast pojawia się wówczas, gdy kobieta przekonuje się, iż jej starania nie przynoszą żadnych rezultatów i pojawia się u niej poczucie bezsilności, połączone z objawami depresyjnymi. W wielu przeprowadzonych badaniach udowodniono, iż maltretowane kobiety nie są zdolne do rozwiązywania napotykaných problemów. Dla każdej sytuacji znajdowały mniej rozwiązań, jak również przy możliwości wyboru działania częściej wybierały te mniej skuteczne w porównaniu z kobietami, które nie zaznały przemocy ze strony swojego męża. Okazuje się, że narastający strach podczas doznawania zachowań o charakterze przemocowym zmniejsza w przyszłości u tych kobiet ich zdolność do precyzyjnego myślenia.

Ważnym wspomnieniem jest fakt, iż tysiące dzieci ogląda przemoc. Te z nich, które są świadkami przemocy w małżeństwie rodziców, cechuje w przyszłości większe ryzyko pojawienia się problemów emocjonalnych i zachowania, a w szczególności: niepokoju, depresji, słabszych wyników w szkole, nieposłuszeństwa, gorszego samopoczucia, samouszkodzeń oraz dolegliwości fizycznych [18]. Ponadto zwiększa się ryzyko pojawienia się problemów, które związane są ze zdrowiem psychicznym, np. ryzyko sięgania po alkohol/narkotyki lub stosowania przemocy wobec partnera w przyszłym związku.

SKUTKI PRZEMOCY – DEPRESJA

Na podstawie danych epidemiologicznych oraz badań przesiewowych szacuje się, że w rozwiniętych społeczeństwach zachodnich depresja występuje średnio dwa do trzech razy częściej u kobiet niż u mężczyzn [28, 29]. Wg klasyfikacji ICD-10 epizod depresyjny (F32) cechuje:

- osłabienie koncentracji i uwagi,
- niska samoocena i mała wiara w siebie,
- poczucie winy, małej wartości,
- pesymistyczne widzenie przyszłości,
- myśli oraz czyny samobójcze,
- zaburzenia snu,
- zmniejszenie apetytu [30].

Rozważa się i bada również czynniki biologiczne, środowiskowe oraz psychologiczne, jak również zwraca się uwagę na pojedyncze czynniki ryzyka, takie jak doświadczanie przemocy fizycznej i emocjonalnej w okresie dzieciństwa [31].

Przemoc może mieć bezpośrednie konsekwencje zdrowotne, takie jak zranienie, jak również rozległe skutki w postaci problemów psychicznych [17]. Dotyka ona 47,9% ofiar przemocy. U 78% kobiet depresja pojawiła się po zaistnieniu Zespołu Stresu Pourazowego (PTSD). Człowiek będący ofiarą przemocy charakteryzuje się zespołem takich cech, które ułatwiają sprawcy zastosowanie przemocy. Akty agresji częściej dotyczą jednostek słabszych, a więc dzieci i kobiet. Chroniczne poczucie zagrożenia oraz bezsilność wobec zaistniałej sytuacji to przyczyny załamania równowagi psychicznej, objawiającej się między innymi depresją [19]. Charakterystyczne dla ofiar przemocy są stany depresyjne niosące za sobą obniżenie nastroju, bierność, problemy z koncentracją i pamięcią, brak inicjatywy i wycofanie, spadek energii i zmęczenie [1, 18]. U kobiet doświadczających przemocy dominuje brak wiary w ewentualną umiejętność zmiany sytuacji, poczucie bezradności oraz problemy związane z podejmowaniem decyzji. Kobiety nie wierzą w swoje siły oraz są przekonane, że i tak nie zdołają powstrzymać przemocy. Poprzez ciągłe poniżanie, wyzywanie, upokarzanie oraz krytykowanie ofiary przemocy zaczynają nabierać przekonania, że są bezwartościowe. Postrzegają siebie jako głupie, nieatrakcyjne, niezasługujące na szacunek i miłość. Obwiniają się o to, że swoim „niewłaściwym” wyglądem, słowami czy też zachowaniem prowokują partnera do przemocy. W ten sposób dochodzi do wytworzenia schematu myślenia, w którym kobiety sądzą, że ponoszą całą odpowiedzialność za doświadczaną przemoc oraz wstydzą się swoich przeżyć z nią związanych. W badaniach przeprowadzonych przez Bonomi i wsp. [32] okazało się, że kobiety z wywiadem obciążonym trzema rodzajami nadużyć w postaci przemocy fizycznej, emocjonalnej i seksualnej zgłaszały wyższy poziom depresji, zaburzeń snu, niepokoju oraz problemów

seksualnych w porównaniu z kobietami z dwoma rodzajami przemocy podanymi w wywiadzie. Zatem przemoc o wysokim stopniu nasilenia wiąże się z większym ryzykiem wystąpienia objawów depresyjnych [33]. U kobiet, które doznają maltretowania ze strony np. męża stwierdza się niskie poczucie własnej wartości, pragnienie odwetu, zastanawianie się nad zemstą oraz wykazywanie większej wrażliwości na powtórne zranienie. W połowie przypadków bitych kobiet, depresja występuje na poziomie klinicznym.

PRZEGLĄD BADAŃ

W literaturze przedmiotu istnieją badania potwierdzające istnienie związku między doświadczaniem przemocy przez kobiety a ryzykiem późniejszego występowania objawów depresji. M. Dąbkowska [34] przebadła 30 kobiet w wieku od 17 do 55 lat, będących mieszkankami hosteli dla ofiar przemocy. Prawie wszystkie badane doświadczyły przemocy ze strony męża bądź konkubenta, natomiast dwie najmłodsze – ze strony własnego ojca. Uzyskane wyniki potwierdziły założenia, że ofiary przemocy domowej stanowią grupę szczególnego ryzyka dla występowania depresji. Wpływa ona na obniżenie funkcji poznawczych. Dane te pokrywają się z wynikami badań prowadzonych przez H. Al.-Modallal [35] oraz V. Jaquier i wsp. [36].

Badania G. Craparo i wsp. [37] na grupie 160 kobiet (grupę eksperymentalną stanowiły kobiety w wieku od 18 do 54 lat będące ofiarami przemocy; grupę kontrolną – kobiety w wieku od 19 do 37 lat bez doświadczania przemocy) pokazały, iż w grupie kobiet z przemocą symptomy depresji korelują negatywnie z umiejętnością radzenia sobie w sytuacjach stresowych. Z kolei MO. Fonseca-Machado i wsp. [38] przebadali 358 ciężarnych kobiet za pomocą Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej (EPDS). Doświadczanie przemocy ze strony partnera zwiększa ryzyko wystąpienia w przyszłości symptomów depresji. N. Abrahams i wsp. [39] w swoich badaniach pokazali, iż 84,3% kobiet – ofiar przemocy seksualnej, uzyskało wysokie wskaźniki w skali depresji. W tym celu przebadano 140 respondentek. TL Weaver wraz z innymi badaczami [40] wskazali związek między ryzykiem występowania depresji a sposobem postrzegania wyglądu swojego ciała po napaści seksualnej. Według opinii I. Ouellet-Morin i wsp. [41] oraz LA. Malta i wsp. [42] podwójne ryzyko występowania symptomów depresji ma miejsce u tych kobiet, które doznawały przemocy w okresie dzieciństwa oraz adolescencji. Pokrywa się to z wynikami badań G. Lopez [43], w których dowiedziono, iż przemoc domowa jest powtórzeniem doświadczania przemocy w dzieciństwie. Analizując wyniki 121 pacjentek ze szpitala w Veracruz okazało się, że symptomy depresji odnotowano u osób powyżej 40 roku życia,

pozostających w związku małżeńskim, posiadających niskie lub średnie wykształcenie, wychowane w dysfunkcyjnym środowisku rodzinnym, będących ofiarami przemocy w dzieciństwie oraz środkowymi dziećmi z rodzeństwa. M. Cerdá i wsp. [44] również wspominają, iż w literaturze przedmiotu istnieje większe ryzyko wystąpienia symptomów depresji u dzieci doświadczających przemocy w porównaniu z dziećmi bez takich doświadczeń.

Wyniki badań AE. Zacarias i wsp. [45] pokazały, iż symptomy depresji korelują negatywnie z byciem w małżeństwie/konkubinacie, natomiast pozytywnie z brakiem wykształcenia, kontrolą zachowań partnera, trudnościami w zasypianiu, objawami lęku oraz somatyzacją. W literaturze znajdują się przykłady mówiące o istnieniu związku między trudnościami w zasypianiu i depresją. Jest całkiem możliwe, iż trudna sytuacja bitych kobiet (np. historia przemocy doświadczanej w dzieciństwie) może prowadzić do trudności z zasypianiem, które to w rezultacie wywołują zaniepokojenie, smutek, symptomy depresji oraz somatyzację.

Istotną rolę spełnia potrzeba wsparcia społecznego. Badania MK. Suvak i wsp. [46] oraz S. Buesa i wsp. [47] wskazały, że im wyższy poziom odczuwanego wsparcia kobiet z przemocą tym mniejszy poziom depresji u tych kobiet.

O. Çiftçi wraz ze wsp. [48] przebadali 65 kobiet z doświadczeniem różnych rodzajów przemocy (psychicznej, fizycznej, seksualnej, ekonomicznej) przy pomocy Skali Depresji Becka. 67,7% badanych miało styczność z zachowaniami przemocowymi w pierwszych dniach lub w pierwszych miesiącach małżeństwa. Wysokie wyniki w zastosowanej skali uzyskały kobiety będące pomiędzy 18 a 24 rokiem życia. Tym samym badacze potwierdzają, iż przemoc ma negatywny wpływ na zdrowie psychiczne kobiet.

PSYCHOTERAPIA OFIAR PRZEMOCY

Kobiety - ofiary przemocy często są uznawane za pacjentki trudne. W terapii wymagają one dużo cierpliwości, dogłębnego zrozumienia trudnej sytuacji, w której się znajdują oraz stanowczości. Terapeuta ma przed sobą trudne zadanie polegające na przekonaniu ich do podjęcia działań umożliwiających przerwanie kręgu przemocy. W większości przypadków wymaga to czasu, ponieważ bita kobieta nie ma tak dużo siły, aby móc zaakceptować złożoność sytuacji przemocy oraz przeprowadzić niezbędne zmiany. Ponadto wiele z nich nie jest gotowa, aby rozstać się z przemocowym partnerem.

F. Ochberg, psychiatra i autorytet w leczeniu zaburzeń pourazowych, sformułował następujące zasady psychoterapii pourazowej:

- uwzględnianie przestrzeni realności – kobiety pozostające w związku przemocowym potrzebują nie tylko wsparcia psychologicznego, ale również fizycznej ochrony, porady prawnej, wsparcia finansowego oraz społecznego; na początku leczenia wskazana jest psychoedukacja oraz psychoterapia podtrzymująca,
- podejście interdyscyplinarne – leczenie zaburzeń pourazowych powinno uwzględniać biologiczne, społeczne, psychologiczne oraz duchowe konsekwencje traumatycznych wydarzeń; dlatego też w leczeniu powinni brać udział specjaliści z różnych dziedzin,
- zasada bezpiecznej relacji terapeutycznej – opartej na wzajemnym współpracy oraz wzmacniającej poczucie kontroli i wpływu; relacja ta daje pacjentce poczucie bezpieczeństwa oraz wzmacnia jej siły,
- zasada normalizacji – założenie, że wszystkie uczucia odczuwane przez ofiarę przemocy są normalną reakcją na nienormalną sytuację; fakt wyjaśnienia dolegliwości przez terapeutę, udzielenie informacji o powrocie do równowagi, o oznakach patologii pozwala na współdziałanie pacjentki w procesie zdrowienia, jak również ma ważne znaczenie przy odbudowywaniu poczucia godności ofiary przemocy,
- zasada indywidualizowania podejścia terapeutycznego – wzorzec przebiegu reakcji na traumę jest wysoce zindywidualizowany; aby terapeuta mógł znaleźć unikalne, indywidualne dla pacjentki sposoby przeżywania i reagowania na wydarzenia traumatyczne, musi on odwołać się do odpowiedniej koncepcji osobowości; zindywidualizowane podejście terapeutyczne pomaga ofierze w odbudowie poczucia własnej tożsamości,
- elastyczna, otwarta postawa – otwarta postawa terapeuty stanowi warunek niezbędny w procesie efektywnego poszukiwania właściwych metod oraz technik terapeutycznych dostosowanych do potrzeb pacjentki,
- wzmacnianie mechanizmów radzenia sobie i koncentracja na mocnych stronach – w procesie terapii ważnym punktem jest koncentrowanie się na zasobach pacjenta, a więc na tych czynnikach, które wspomagają proces radzenia sobie; zalicza się do nich: wsparcie społeczne, poczucie humoru, optymizm, wsparcie społeczne oraz umiejętność nadawania znaczenia wydarzeniom o charakterze traumatycznym [49].

Zdaniem wielu autorów w procesie leczenia ofiar przemocy skuteczna okazuje się być psychoterapia indywidualna, grupowa oraz systemowa terapia rodzin.

Psychoterapia indywidualna powinna zmierzać do przywrócenia wiary we własne siły [45]. Pierwszym ku temu krokiem jest uzyskanie przez pacjenta kontroli. Terapeuta powinien

wspierać autonomię oraz podejmowanie inicjatywy przez pacjenta, który pozostaje w wewnętrznym konflikcie między pragnieniem zależności a niechęcią do poddania się władzy. Stworzenie przymierza terapeutycznego wymaga od pacjenta i terapeuty „przepracowania” trudnych reakcji przeniesieniowych i przeciwprzeniesieniowych. Cała uwaga terapeuty koncentruje się na słuchaniu ofiary oraz umożliwianiu jej powrotu do traumatycznych wydarzeń wraz z ich odreagowaniem. Spotkania terapeutyczne są bezpiecznym miejscem do omawiania przerażających, czasami nawet dziwacznych przeżyć i wydarzeń, gniewu, lęku bez obaw przed krytyką [49]. Ważne jest, aby terapeuta nie podważał przeżywanych przez pacjenta uczuć, nie bagatelizował uczucia zagrożenia, nie umniejszał poziomu lęku oraz nie nakłaniał do podejmowania takich działań, które aktualnie przekraczają jego możliwości.

Psychoterapia grupowa – dla ofiar przemocy – opiera się na osobach z podobnymi traumatycznymi doświadczeniami, którymi są grupy wsparcia [50]. Grupy te mogą być otwarte i mało ustrukturywane, nastawione głównie na odreagowanie oraz radzenie sobie z negatywnymi emocjami, mogą zawierać element psychoedukacji, jak również koncentrować się na umiejętności radzenia sobie w życiu. Uczestnictwo w grupie daje kobiecie poczucie bezpieczeństwa, wsparcia, zmniejsza izolację oraz pozwala odbudować relacje z innymi. Czynnikiem leczącym są: wzajemne wspieranie się, dzielenie własnymi przeżyciami, poczucie humoru oraz wspólne docenianie odniesionych sukcesów. Grupy terapeutyczne oprócz celów tożsamyh z tymi, które mają grupy wsparcia – są miejscem do przepracowania objawów zaburzeń pourazowych. W przeciwieństwie do grup wsparcia są one zamknięte oraz ustrukturyzowane. Koncentrują się na wypracowaniu sposobów radzenia sobie z sytuacjami trudnymi, umiejętności radzenia sobie z negatywnymi emocjami, analizie współzależnienia oraz na uczeniu korzystania ze wsparcia ze strony innych ludzi.

Trzecim sposobem leczenia ofiar przemocy jest systemowa terapia rodzin. Składa się ona z sześciu etapów: nawiązanie kontaktu z rodziną, opisanie problemu rodziny, uzgodnienie warunków terapii rodzinnej, kontynuowanie terapii, towarzyszenie rodzinie w poszukiwaniu nowych rozwiązań, zakończenie terapii [50].

Psychoterapia ofiar traumy, jaką jest przemoc, wymaga od terapeuty wyjątkowej samoobserwacji czy oby nie przejął ich symptomów pourazowych. Do tego też potrzebne są jasne zasady, cele oraz granice kontaktu terapeutycznego oraz system wsparcia dla samego psychoterapeuty (w postaci szkoleń, superwizji, konsultacji, wsparcia kolegów z pracy).

PODSUMOWANIE

W związku między kobietą a mężczyzną istnieje przemoc będąca problemem zdrowia publicznego [17]. Najbardziej rozpowszechnioną jej formą jest przemoc wobec kobiet. Dużą grupę pacjentek stanowią kobiety, które na skutek przemocy zaczynają przejawiać symptomy depresji. Szczególnie jest to widoczne u ofiar, które doświadczyły zachowań o charakterze przemocowym w rodzinie pochodzenia. Pacjentki nie będące obecnie ofiarami przemocy, a którymi z kolei były w dzieciństwie, nie wiążą często objawów ze swoją przeszłością oraz nie relacjonują w sposób spontaniczny swoich traumatycznych doświadczeń. Dość duża grupa pacjentek leczących się z powodu depresji również nie ujawnia pewnych rzeczy z przeszłości. Osoby te nie potrafią wchodzić w relacje inne niż przemocowe. Ponownie wchodzi w rolę ofiary. Wynika to z obciążeń wyniesionych z domu rodzinnego. Wpływa to na fakt, iż kobiety w ciągu swojego życia miewają okresy obniżonego nastroju, które mogą zostać zdiagnozowane jako choroba afektywna dwubiegunowa, jak również możliwe jest pojawienie się objawów lękowych, uzależnienie, zaburzenia odżywiania, problemy ginekologiczne i seksualne [51, 52, 53]. Ten aspekt należy wziąć pod uwagę podczas procesu diagnozy, planując postępowanie lecznicze oraz w efekcie zastosować w odpowiednim momencie psychoterapię [54]. Podstawową formą pomocy jest psychoterapia indywidualna i grupowa. Dostatecznie często jest ona wspomagana pomocą psychiatry w postaci farmakoterapii [55].

LISTA PIŚMIENICTWA:

1. Urban E, Cianciara D. Przemoc wobec kobiet w rodzinie. Centrum Praw Kobiet; Warszawa 2008.
2. Frąckowiak-Sochańska M. Rodzinne i społeczno-kulturowe uwarunkowania zaburzeń psychicznych, analiza z perspektywy płci społeczno-kulturowej. Roczniki Socjologii Rodziny 2010; XX: 153-183.
3. Makara-Studzińska M, Kołodziej S, Turek R. Mężczyźni jako sprawcy przemocy. Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska 2005; LX (XVI): 336-338.
4. Dominiczak A. Przemoc wobec kobiet w rodzinie. Centrum Praw Kobiet; Warszawa 2008.
5. Nowakowska U, Jabłońska M. Przemoc wobec kobiet. W: Raport Centrum Praw Kobiet. Kobiety w Polsce w latach 90. Warszawa: Raport Centrum Praw Kobiet; KRISMARK 2003.
6. Makara-Studzińska M. Przemoc wobec kobiet. W: Dudek D, Rymaszewska J, (red.). Psychiatria na obcasach. Warszawa: Medical Education; 2014: 147-170.
7. Sitarczyk M. Poczucie koherencji kobiet – ofiar przemocy domowej. Psychiatr. Psychol. Klin. 2013; 13 (4): 250-263.

8. Kiełtyka A, Ważny A. Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie. LexisNexis; 2012.
9. Wawrzycka K. Czynniki warunkujące stosowanie przemocy wobec partnerek życiowych przez sprawców przestępstw. *Ogrody Nauk i Sztuk* 2012; 2: 195-204.
10. WHO. Understanding and addressing violence against women. Intimate partner violence. 2012.
11. Miłoś M. Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie. *Kontrola Państwowa* 2014; 1(354): 96-108.
12. Juli MR. The presence of depression in women who are victims of violence. The experiences of Anti Violence centers in the region of Calabria. *Psychiatr Danub* 2014; 26(1): 97-102.
13. Zięba B.A, Paluch M. Przemoc wewnątrzrodzinna jako problem społeczny i przedmiot pracy socjalnej 2014; 11: 175-178.
14. Makara-Studzińska M, Sulima M, Lewicka M. Przemoc domowa wobec kobiet ciężarnych a potrzeba wsparcia – przegląd literatury. *Hygeia Public Health* 2013; 48(2): 177-180.
15. Biskupska M. Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie – rola profesjonalistów podstawowej opieki zdrowotnej. *Nowiny Lekarskie* 2013; 82(3): 246-252.
16. Makara-Studzińska M, Sosnowska K. Przemoc wobec osób starszych – przegląd badań. *Psychiatr Psychol Klin* 2012; 12(1): 57-61.
17. Makara-Studzińska M, Grzywa A, Turek R. Przemoc w związkach między kobietą a mężczyzną. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2005; 14(2): 131-136.
18. Dąbkowska M. Psychiatryczne następstwa przemocy domowej. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej* 2005; 5(3): 103-108.
19. Grygorczuk A, Dzierżanowski K, Kiluk T. Mechanizmy psychologiczne występujące w relacji ofiara – sprawca przemocy. *Psychiatria* 2009; 6(2): 61-65.
20. Dąbkowska M. Pamięć a trauma w wyniku przemocy w bliskich związkach. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej* 2007; 1(7): 37-41.
21. Stennis KB, Fischle H, Bent-Goodley T, Purnell K, Williams H. The Development of a Culturally Competent Intimate Partner Violence Intervention – S.T.A.R.T.©: Implications for Competency – Based Social Work Practice. *Social Work & Christianity* 2015; 42(1): 96-109.
22. Dufort M, Gumpert CH, Stenbacka M. Intimate partner violence and help-seeking – a cross-sectional study of women in Sweden. *BMC Public Health* 2013; 13: 866.
23. Rajska-Kulik I. Przemoc wewnątrzmałżeńska – uwarunkowania pozostawiania maltretowanych kobiet w krzywdzącym związku. *Chowanna* 2007; 1: 11-24.
24. Herzberger S. Przemoc domowa. Perspektywa psychologii społecznej. PARPA; Warszawa 2002.

25. Dubiel E. Psychospołeczne funkcjonowanie ofiar przemocy domowej. W: Klonowska I, Szafrńska K, (red.). Reaguj! Nie toleruj! – wybrane aspekty bezpieczeństwa. Warszawa: Expol; 2014: 108-119.
26. Makara-Studzińska M, Wdowiak A. Przemoc w związkach intymnych – kobieta jako ofiara i sprawczyni przemocy. W: Zagorc'kovo VC, Linenceva AB, (red.). Reformuvannâ sistemi deržavnogo upravlinnâ ta deržavnoï službi: teorija i praktika. Materiali naukovno-praktičnoï konferencviti za mižnarodnoï učastû. L'viv: Lridu Nadu; 2011: 362-366.
27. Kowalczyk M, Łacka T. Przemoc i jej mechanizmy w związkach partnerskich. *Pedagogia Christiana* 2011; 1(27): 229-242.
28. Frąckowiak-Sochańska M. Zdrowie psychiczne kobiet i mężczyzn. Płeć społeczno-kulturowa a kategorie „zdrowia psychicznego” i „chorób psychicznych”. *Nowiny Lekarskie* 2011; 80(5): 394-406.
29. Szpitalak M, Prochwicz K. Płeć psychologiczna osób z depresją kliniczną. *Doniesienia wstępne. Psychiatria Polska* 2013; XLVII(1): 53-64.
30. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”; Kraków - Warszawa 2000.
31. Blaut A, Paulewicz B. Poznawcza podatność na depresję. *Psychiatria Polska* 2011; XLV(6): 889-899.
32. Bonomi AE, Anderson ML, Rivara FP, Thompson RS. Health outcomes in women and physical and sexual intimate partner violence exposure. *J Women's Health* 2007; 16(7): 987-995.
33. Wójcicka A, Stodulska-Blaszke A. Przemoc domowa – różne definicje, różne reakcje – przegląd piśmiennictwa. *Current Problems of Psychiatry* 2010; 11(2): 137-141.
34. Dąbkowska M. Ocena wybranych funkcji poznawczych u ofiar przemocy domowej. *Psychiatria Polska* 2007; XLI(6): 837-849.
35. Al-Modallal H. Psychological partner Violence and women's vulnerability to depression, stress, and anxiety. *Int J Ment Health Nurs* 2012; 21(6): 560-566.
36. Jaquier V, Hellmuth JC, Sullivan TP. Posttraumatic stress and depression symptoms as correlates of deliberate self-harm among community women experiencing intimate partner violence. *Psychiatry Res.* 2013; 206(1): 37-42.
37. Craparo G, Gori A, Petruccelli I, Cannella V, Simonelli C. Intimate partner violence: relationships between alexithymia, depression, attachment styles, and coping strategies of battered women. *J Sex Med* 2014; 11(6): 1484-1494.

38. Fonseca-Machado MO, Alves LC, Monteiro JC et. al. Depressive disorder in pregnant Latin women: does intimate partner violence matter? *J Clin Nurs* 2015; Jan 12: doi: 10.1111/jocn.12728.
39. Abrahams N, Jewkes R, Mathews S. Depressive symptoms after sexual assault among women: understanding victim-perpetrator relationships and the role of social perceptions. *Afr J Psychiatry* 2013; 16(4): 288-293.
40. Weaver TL, Griffin MG, Mitchell ER. Symptoms of posttraumatic stress, depression, and body image distress in female victims of physical and sexual assault: exploring integrated responses. *Health Care Women Int.* 2014; 35(4): 458-475.
41. Ouellet-Morin I, Fisher HL, York-Smith M, Fincham-Campbell S, Moffitt TE, Arseneault L. Intimate partner violence and new-onset depression: a longitudinal study of women's childhood and adult histories of abuse. *Depress Anxiety* 2015; Feb 17: doi. 10.1002/da22347.
42. Malta LA, McDonald SW, Hegadoren KM, Weller CA, Tough SC. Influence of interpersonal violence on maternal anxiety, depression, stress and parenting morale in the early postpartum: a community based pregnancy cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2012; 12: 153.
43. Lopez G. Psychological consequences and treatment of female victims of violence. *Rev Infirm.* 2014; 205: 28-30.
44. Cerdá M, DiGangi J, Galea S, Koenen K. Epidemiologic research on interpersonal violence and common psychiatric disorders: where do we go from here? *Depression and Anxiety* 2012; 29(5): 359-385.
45. Zacarias AE, Macassa G, Soares J, Svanström, Antai D. Symptoms of depression, anxiety, and somatization in female victims and perpetrators of intimate partner violence in Maputo City, Mozambique. *Int J Womens Health* 2012; 4: 491-503.
46. Suvak MK, Taft CT, Goodman LA, Dutton MA. Dimensions of Functional Social Support and Depressive Symptoms: A Longitudinal Investigation of Women Seeking Help for Intimate Partner Violence. *J Consult Clin Psychol.* 2013; 81(3): 455-466.
47. Buesa S, Calvete E. Violencia contra la mujer y síntomas de depresión y estrés postraumático: el papel del apoyo social formal e informal. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 2013; 13(1): 31-45.
48. Çiftçi OE, Yildiz H. Reproductive Health Problems and Depression Levels of Women Living in Sanctuary Houses as a Result of Husband Violence. *Health Care for Women International* 2011; 32: 795-810.
49. Badura-Madej W, Dobrzyńska-Mesterhazy A. Przemoc w rodzinie. Interwencja kryzysowa i psychoterapia. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; Kraków 2000.

50. Januszewska-Warych M. Psychopedagogiczna prewencja przemocy w rodzinie. *Warmińsko-Mazurski Kwartalnik Naukowy* 2013; 2: 27- 49.
51. Stodulska-Blaszke A, Wójcicka A. Przemoc domowa; sytuacja ofiary. *Current Problems of Psychiatry* 2010; 11(2): 142-144.
52. Rzeszutko E, Pawłowska B, Potembska E, Morawska-Pyter A, Pyter T, Kowal A. Objawy psychopatologiczne u studentów doświadczających przemocy psychicznej i fizycznej w dzieciństwie. *Current Problems of Psychiatry* 2011; 12(1): 93-99.
53. Terelak J, Kluczyńska S. Płeć psychologiczna a style radzenia sobie ze stresem u kobiet – ofiar przemocy ze strony partnera. *Przegląd Psychologiczny* 2007; 50 (1): 45-64.
54. Hansen NB, Eriksen SB, Elklit A. Effects of an intervention program for female victims of intimate partner violence on psychological symptoms and perceived social support. *Eur J Psychotraumatol.* 2014; 5: 10.3402/ejpt.v5.24797.
55. Pełka-Wysiecka J, Samochowiec J. Depresja – czy faktycznie zróżnicowana farmakoterapia? *Psychiatria* 2014; 11(3): 141-147.