

## Zaburzenie stresowe pourazowe u kobiet jako wynik przemocy ze strony partnera

Posttraumatic stress disorder among women as a consequence of intimate partner violence

**Małgorzata Dąbkowska**

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu  
Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Katedra i Klinika Psychiatrii

**Abstract – Introduction.** Previous research has demonstrated a strong association between intimate partner violence (IPV) and mental health symptoms. Women much more often than men experience physical violence from their partners and more frequently are victims of systematic, long-term harassment. This study highlights the incidence of posttraumatic stress disorder (PTSD) among women who had experienced violence from a life partner.

**Method.** The women's level of posttraumatic stress was assessed using part 3 of the Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS) 17-item questionnaire, that distinguishes three categories of symptoms associated with PTSD: re-experience, avoidance, and hyperarousal. The Posttraumatic Diagnostic Scale is a self-report instrument for PTSD that is simple to administer and has demonstrated good psychometric properties. The study group consisted of 34 women aged between 19 and 68 years who were victims of partner violence.

**Results.** Most women (76%) who were victimized showed a moderate to severe or severe increase of PTSD symptoms. Nearly half of them (47%) represented a subtype of delayed-onset of PTSD, 56% – reported symptoms of malfunctioning in various domains of everyday life.

**Conclusions.** Victims of interpersonal violence are inherently at risk of PTSD. The onset of PTSD related to domestic violence could be delayed. Symptoms of PTSD are correlated with the level of impairment in many domains of life.

**Key words:** intimate partner violence, mental health, posttraumatic stress disorder

**Streszczenie – Wstęp.** Jak wynika z badań istnieje silna zależność między przemocą ze strony partnera a pogorszeniem stanu zdrowia psychicznego ofiary. Kobiety są, częściej niż mężczyźni, ofiarami przemocy fizycznej ze strony partnerów oraz są niejednokrotnie poddawane systematycznym, długofalowym prześladowaniom. W niniejszym badaniu ocenia się obecność objawów zaburzenia stresowego pourazowego (PTSD) u kobiet, które doświadczyły przemocy ze strony partnera.

**Metoda.** Nasilenie objawów zaburzenia stresowego pourazowego oceniano za pomocą trzeciej części Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS), składającej się z 17-punktowego kwestionariusza

wyróżniającego trzy kategorie objawów PTSD: nawracanie przeżyć, unikanie i wzbudzenie. PDS jest skalą samoopisową, łatwą w użyciu i mającą dobre właściwości psychometryczne. Badana grupa składała się z 34 kobiet w wieku między 19 a 68 lat, które doświadczyły przemocy ze strony życiowego partnera.

*Wyniki.* Większość ofiar przemocy (76%) miała nasilenie objawów PTSD w stopniu ciężkim lub pomiędzy umiarkowanym a ciężkim. U 47% zanotowano podtyp o odroczonej początku PTSD. Pogorszenie funkcjonowania we wszystkich wymienionych w skali obszarach życia zgłaszało 56% badanych kobiet – ofiar przemocy domowej.

*Wnioski.* Przemoc ze strony partnera jest ważnym czynnikiem ryzyka ujawnienia się PTSD. Początek zaburzenia stresowego pourazowego u ofiar przemocy w znacznym stopniu może być odroczone. Obecność objawów PTSD wiąże się z obniżeniem funkcjonowania w wielu obszarach życia.

**Słowa kluczowe:** przemoc w związku, zdrowie psychiczne, zaburzenie stresowe pourazowe

## WSTĘP

Przemoc wobec partnera w związku jest jednym z rodzajów przemocy w stosunkach międzyludzkich. Według deklaracji ONZ „O Likwidacji Przemocy wobec Kobiet” (*The Declaration on the Elimination of Violence against Women*) z 1993 roku (1), przemoc to każde działanie „oparte na różnicy płci, którego rezultatem jest fizyczne, seksualne lub psychiczne zranienie lub cierpienie, włączając w to strach przed takimi działaniami, podporządkowywanie się lub ograniczanie wolności, czy to w życiu publicznym czy prywatnym”. We wszystkich krajach, w których przeprowadzono badania tego zjawiska od 10% do 50% kobiet podaje, że w swoim życiu doświadczyło fizycznego znęcania się ze strony swego partnera (2). Czynnikiem sprzyjającym stosowaniu przemocy są dysfunkcje organiczne, zaburzenia osobowości, nadużywanie alkoholu czy zażywanie narkotyków. Alkohol powoduje obniżenie samokontroli oraz zachowania agresywne, ponadto u podstaw jego nadużywania, tak jak u podstaw agresji, leży frustracja. Alkohol to również jeden z istotnych predyktorów ponawiania przemocy seksualnej. Ważnym aspektem nadużywania alkoholu, jako czynnika ryzyka zachowań charakteryzujących się przemocą, jest także rola, jaką odgrywa w odhamowywaniu tłumionej agresji. W rodzinie alkoholowej przemoc jest zjawiskiem stosunkowo powszechnym (3, 4, 5, 6, 7, 8, 9). Konsumpcja alkoholu, zwłaszcza na poziomie ryzykownym, stanowi jeden z najważniejszych czynników występowania przemocy w związkach partnerskich (10).

Przemoc ze strony partnera negatywnie wpływa na fizyczny i psychiczny stan zdrowia ofiary. Kobiety, nad którymi partner się znęca cierpią z powodu depresji, zaburzeń lękowych, zgłaszają objawy psychosomatyczne, mają zaburzenia odżywiania i dysfunkcje seksualne. Osoby te, oprócz częstego narażenia na uszkodzenia ciała i kalectwo fizyczne, zagrożone są próbami samobójczymi, bardziej zależne od opieki społecznej, z trudnością pełnią rolę opiekunczą wobec dzieci (11, 12, 13, 14).

Celem badania była ocena występowania i nasilenia objawów zaburzenia stresowego pourazowego (*posttraumatic stress disorder* – PTSD) u kobiet, które

doświadczyły przemocy ze strony partnera życiowego. Do oceny użyto Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS) opracowanej przez Foa i wsp. w 1993 roku (15). PDS jest 49-punktową skalą samooceny mierzącą nasilenie objawów PTSD w wyniku zidentyfikowanego wydarzenia traumatycznego, rekomendowaną do badań klinicznych i naukowych (16). Pozwala postawić diagnozę PTSD, ocenić nasilenie objawów oraz codzienne funkcjonowanie.

## **Grupa badana**

Grupę badaną stanowiły 34 kobiety – ofiary przemocy ze strony partnerów życiowych. Prawie we wszystkich związkach sprawca przemocy nadużywał alkoholu i w opinii partnerek było to u zdecydowanej większości sprawców czynnikiem ryzyka, sprzyjającym zachowaniom agresywnym. Średnia wieku badanej grupy wynosiła 39,8 lat, a rozpiętość 19–68 lat. Wszystkie kobiety, oprócz trzech, były matkami, większość aktualnie nie pracowała zawodowo. Doświadczyły zarówno przemocy fizycznej, jak i psychicznej. Nasilenie aktów przemocy fizycznej w czasie trwania związku było różne, każda z kobiet doświadczyła jednak takiego przeżycia, które spełniało kryterium A zespołu stresu pourazowego według DSM-IV (17). Życie i zdrowie ofiary w momencie traumatycznego przeżycia było zagrożone oraz odczuwała przerażenie i bezradność wobec działania sprawcy. Każda z kobiet z reguły doznała więcej niż jednego aktu przemocy, zagrażającego bezpośrednio jej życiu, jak: duszenie, bicie ciężkim narzędziem, zranienie nożem, zrzucanie z wysokości, grożenie siekierą. Większość badanych rekrutowało z ośrodków pomocy społecznej, takich jak hostel dla ofiar przemocy, dom samotnej matki, schronisko dla matki z dzieckiem lub było uczestniczkami grupy terapeutycznej dla osób współzależnych. W większości nie korzystały dotychczas z medycznej opieki psychiatrycznej. Wszystkie były badane indywidualnie przez lekarza psychiatrę.

## **METODA**

1. Dane socjodemograficzne uzyskano za pomocą ukierunkowanego wywiadu przeprowadzonego przez badającego lekarza psychiatrę.
2. Oceny obecności i nasilenia objawów zaburzenia stresowego pourazowego dokonano na podstawie Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS).

Posttraumatic Stress Diagnostic Scale jest skalą samoopisową składającą się z 49 itemów, służącą do oceny objawów zaburzenia stresowego pourazowego. Opiera się na kryteriach stresu pourazowego zawartych w DSM-IV. Skala ta, w porównaniu do innych narzędzi oceniających PTSD, jest unikalna, ponieważ ocenia wszystkie kryteria PTSD (A–F) według DSM-IV (17). Dotyczy ostatniego miesiąca, choć ramy czasowe mogą być dostosowane do potrzeb badania. Oprócz oceny nasilenia objawów PTSD (kryterium B, C, D), skala odnosi się do doświadczeń związanych

z traumatycznym wydarzeniem (kryterium A), do czasu trwania objawów (kryterium E) i wpływu objawów na codzienne funkcjonowanie (kryterium F).

Wiarygodność skali była badana w różnych ośrodkach badawczych i w różnych populacjach na osobach w wieku 18–65 lat (16). W Polsce posłużono się tą skalą w badaniu występowania PTSD wśród osób uzależnionych od alkoholu (18).

W I części PDS wymienione są wydarzenia traumatyczne odpowiadające kryterium A stresu pourazowego według DSM-IV, w których uczestniczyła – lub była ich świadkiem – osoba wypełniająca kwestionariusz. W części II skali zaznaczane jest najbardziej urazowe wydarzenie, jeśli było ich w przeszłości więcej niż jedno. Oceniany jest czas, jaki minął od tego wydarzenia oraz możliwość zranienia lub zagrożenia życia własnego lub innej osoby. W III części ocenia się obecność objawów PTSD zgodnie z kryterium B, C i D, i ocenia się na czterostopniowej skali częstość ich pojawiania się w ciągu tygodnia (od nigdy lub raz w tygodniu do stale lub przynajmniej pięć razy w tygodniu). Skala określa także czas pojawienia się i trwania objawów od momentu traumatycznego zdarzenia, i klasyfikuje ich przebieg – jako ostry, jeśli objawy są obecne do trzech miesięcy, przewlekły, jeśli utrzymują się ponad trzy miesiące oraz typ o opóźnionym początku, jeśli pojawiają się dopiero sześć miesięcy po wydarzeniu. Część czwarta skali ocenia stopień pogorszenia codziennego funkcjonowania.

PDS była porównywana z innymi skalami oceniającymi stres pourazowy (15, 16, 19). Skala charakteryzuje się wysoką wewnętrzną zgodnością; współczynnik alfa Cronbacha oceniający nasilenie 17 objawów PTSD wynosi 0,92. Skala ma dobrą wiarygodność potwierdzoną stałością wyników w przedziale czasu ( $\kappa$  0,74), zgodność diagnozy potwierdzała się w 87,3% dwukrotnie przeprowadzonych ocen. W próbie Foa i wsp., badającej wiarygodność skali, współczynnik Cronbacha alfa wynosił 0,91 dla całej skali, 0,78 – dla podskali powtórnego przeżywania, 0,80 – dla podskali dotyczącej unikania i 0,82 – dla podskali dotyczącej wzbudzenia (15). Nasilenie objawów stresu pourazowego w PDS korelowało z ich nasileniem w innych tego typu skalach, takich jak Skala Wpływu Zdarzeń, SCL-90-R PTSD czy SCID, a także korelowało z nasileniem lęku i depresji (15, 19).

Diagnoza PTSD jest potwierdzona, jeśli wszystkie sześć kryteriów (A–F) jest spełnionych. Rozpoznanie PTSD można postawić, jeśli spełnione są kryteria:

- zdarzenie urazowe spowodowało poranienie lub zagrożenie życia, ofiara czuła się bezradna lub przerażona,
- zanotowano objawy o znaczącym nasileniu (punktacja 1 lub powyżej),
- występuje wymagana liczba objawów: jeden z grupy nawracających, trzy z grupy dotyczącej unikania, dwa z grupy dotyczącej wzbudzenia,
- czas trwania zaburzenia wynosi przynajmniej jeden miesiąc i występuje pogorszenie funkcjonowania przynajmniej w jednej dziedzinie życia.

Punktacja oceniająca nasilenie objawów PTSD (opisanych w 17 itemach) obejmuje zakres od 0 do 51 punktów. Częstość występowania objawu w ostatnim miesiącu w każdym itemie oceniana jest za pomocą czterostopniowej skali:

- 0 = wcale lub tylko raz,
- 1 = raz w tygodniu lub rzadziej,
- 2 = 2 do 4 razy w tygodniu lub w połowie czasu,
- 3 = 5 lub więcej razy w tygodniu lub prawie zawsze.

Nasilenie objawów może być opisane od łagodnego do ciężkiego w zależności od punktacji: łagodne – 10 pkt lub poniżej, umiarkowane – 11–20 pkt, między umiarkowanym a ciężkim 21–35 pkt, ciężkie – 36 pkt lub więcej.

Wyniki badań poddano ocenie statystycznej. Posłużono się pakietem testów statystycznych SPSS dla Windows, wersja 13.0.

## WYNIKI

Przynajmniej umiarkowane lub głębsze nasilenie objawów PTSD miało 76,5% badanej grupy – ofiar przemocy domowej. Aż u 35,2% kobiet wyniki w PDS mieściły się między umiarkowanym a ciężkim nasileniem objawów PTSD, u 11,8% stwierdzono bardzo ciężkie nasilenie, u 29,4% – umiarkowane, a u 23,5% badanych objawy stresu pourazowego o łagodnym nasileniu.

Średnia całkowita skali PDS, oceniającej nasilenie objawów ponownego przeżywania, unikania i nadmiernej pobudliwości w badanej grupie ofiar, wynosiła 19,5 punktów (SD = 12,5). Średni wynik w grupie w podskali oceniającej objawy ponownego przeżywania wynosił 5,5 punktów (SD = 4,5), w podskali objawów unikania – 7,6 punktów (SD = 5,3), a w podskali objawów nadmiernej pobudliwości – 6,4 punktów (SD = 4,5). Wyniki uzyskane w skali PDS korelowały istotnie z wynikami wszystkich trzech podskal, najbardziej z podskalą oceniającą występowanie i nasilenie objawów unikania (tab. 1). Najsilniejszy związek z wynikiem całej skali miało nasilenie objawów unikania.

Tabela 1.

Korelacja (test Pearsona) między wynikiem całej Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS) a objawami stresu pourazowego (PTSD) zgodnymi z kryteriami B, C, D tej skali  
*Pearson correlations of the Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS) total and symptoms of PTSD according to criteria B, C, D of this scale*

Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS)	współczynnik korelacji r =	poziom istotności p <
Kryterium ponownego przeżywania <i>Re-experience criterion</i>	0,794	0,01
Kryterium unikania <i>Avoidance criterion</i>	0,931	0,01
Kryterium wzbudzenia <i>Hyperarousal criterion</i>	0,898	0,01

Nie zaobserwowano różnicy w nasileniu objawów PTSD w grupie kobiet młodszych i starszych. Średnia skali PDS u kobiet powyżej 35 roku życia wynosiła 20,6 punktów ( $SD = 11$ ), a w grupie osób poniżej 35 roku życia – 18,4 punktów ( $SD = 17,6$ ;  $p = 0,696$ ,  $t$  test dla prób niezależnych).

Nie zanotowano różnicy w średnim nasileniu objawów PTSD u kobiet, które oprócz przemocy miały także inne traumatyczne doświadczenia życiowe. Średni wynik w skali PDS u kobiet z jednym typem traumy wynosił 19,8 punktów ( $SD = 20,6$ ), a u kobiet z przynajmniej dwoma lub więcej traumatycznymi wydarzeniami – 19,5 punktów ( $SD = 11,1$ ;  $p = 0,972$ ,  $t$  test dla prób niezależnych).

Prawie połowa (47%) badanych podawała opóźniony początek PTSD. Typ początku objawów PTSD nie wiązał się ze średnim nasileniem objawów. Średnie nasilenie objawów PTSD w grupie z opóźnionym początkiem zaburzenia wynosiło 14,7 punktów, a w grupie osób, u których objawy pojawiły się w ciągu pierwszego półrocza po traumatycznych doświadczeniach wynosiło 19,2 punktów; różnica nie była istotna ( $p = 0,182$ , test Manna-Whitneya).

Skala PDS określa związek PTSD ze zmianami w codziennym funkcjonowaniu jednostki. Pogorszenie we wszystkich wymienionych w skali obszarach życia, takich jak: praca zawodowa, obowiązki domowe, kontakty ze znajomymi, rozrywka i odpoczynek, nauka, kontakty z rodziną, życie seksualne oraz satysfakcja życiowa, zgłaszało aż 55,9% badanych kobiet, ofiar przemocy domowej. Przynajmniej trzy obszary obniżonego funkcjonowania wskazywało 11,8% badanych kobiet, dwa lub mniej – 32,3% grupy, a 17,6% kobiet nie zanotowało pogorszenia funkcjonowania. Pogorszenie dotyczyło większości sfer spośród ośmiu wymienionych w kwestionariuszu (średnio 5,8;  $SD = 3,8$ ). Nie zanotowano różnicy w stopniu pogorszenia codziennego funkcjonowania w zależności od typu początku PTSD – było podobne w podgrupie z ostrym i odroczonym początkiem PTSD ( $p = 0,929$ , test Manna-Whitneya).

## DYSKUSJA

U 47% kobiet nasilenie objawów PTSD było oceniane jako ciężkie lub między umiarkowanym a ciężkim. Wyniki uzyskane w PDS w sposób istotny korelowały z wynikami wszystkich trzech podskal, najbardziej z podskalą oceniającą występowanie i nasilenie objawów unikania. Nie zaobserwowano różnicy w nasileniu objawów PTSD w grupie kobiet młodszych i starszych. Prawie połowa (47%) badanych podawała odroczony początek PTSD. Typ początku objawów PTSD nie miał wpływu na średnie nasilenie objawów. Pogorszenie funkcjonowania we wszystkich wymienionych sferach życia podawało aż 55,9% badanych kobiet, ofiar przemocy domowej.

Wyniki wielu badań wskazują na szerokie rozpowszechnienie PTSD u ofiar przemocy ze strony partnera. W innych badaniach kobiety, które doświadczyły przemocy w związku, często przejawiały objawy depresji (20, 21), jak również

objawy PTSD (22, 23, 24). Pomimo że kobiety w ciągu swojego życia bywają rzadziej, niż mężczyźni, narażone na gwałtowne traumatyczne doświadczenia, to są obarczone większym ryzykiem ujawnienia się zaburzeń stresowych w wyniku traumy (25). Innego rodzaju traumatyczne doświadczenia mają kobiety i mężczyźni. U kobiet bardziej powszechne jest doświadczanie przemocy ze strony partnera, gwałty i napaści seksualne. Ujawnieniu się PTSD u kobiet sprzyja większa wrażliwość na stres, szybsze wzbudzenie – pod wpływem wczesnych niekorzystnych przeżyć – systemu zawiadującego osią stresu, czynniki neuroendokrynne, skłonność do subiektywnej interpretacji zdarzeń i częstsze zaburzenia dysocjacyjne w momencie traumy (2).

Ścisłe powiązanie faktu przemocy domowej z pogorszeniem zdrowia psychicznego wskazuje na konieczność przeprowadzania oceny psychiatrycznej ofiar przemocy. Z drugiej strony, u kobiet z objawami depresji czy PTSD w wywiadzie należy uwzględniać, że mogą być one ofiarami przemocy domowej. W wielu badaniach podkreślano niebezpieczeństwo ujawnienia się PTSD w przebiegu przemocy (26, 27, 28, 29). Częstość występowania objawów PTSD potwierdzono u 33% do 84% kobiet, które w ostatnim roku przed badaniem doświadczyły przemocy w związku (22, 23, 24). Kobiety na skutek dotkliwej fizycznej przemocy dłużej mają różnorodne zaburzenia w przebiegu PTSD, niż mężczyźni, a szczególnie dotyczy to objawów wynikających z emocjonalnego znieczulenia. Gwałtowność i dotkliwość przemocy sprzyja także chroniczności objawów PTSD (30). PTSD jako wynik przemocy częściej ujawnia się u kobiet w większym stopniu uzależnionych emocjonalnie od partnerów (31). Obecność objawów PTSD u ofiar przemocy sprzyja pogorszeniu ich zdrowia fizycznego (32).

W badaniach oceniających, przy użyciu PDS, rozpowszechnienie zaburzeń stresu pourazowego stwierdzono również wysokie ich występowanie wśród ofiar przemocy domowej (33). Rozpoznanie stresu pourazowego za pomocą PDS pokrywa się z diagnozą uzyskaną za pośrednictwem skali CAPS (Clinician Administred PTSD Scale) uważanej za najbardziej wiarygodną. Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS) jest często wybierana ze względu na ocenę nie tylko obecności PTSD, ale i nasilenia objawów zaburzenia (34). Skala ta ma dobre właściwości psychometryczne (35), zauważono jednak w jej przypadku niewielką tendencję do nadmiernej rozpoznawalności PTSD.

W przedstawionym badaniu ciekawym wynikiem jest duży odsetek osób (47%) mających doświadczenia związane z przemocą domową z odroczonym początkiem zespołu stresu pourazowego. Diagnoza PTSD o opóźnionym początku została wprowadzona w III edycji DSM (36). Badania nad częstością występowania dwóch typów początku PTSD wykazały, że rzadko stwierdza się PTSD o opóźnionym początku bez żadnych poprzedzających objawów zaburzenia. Opóźniony początek PTSD może być raczej zaostrzeniem lub ponownym uczynieniem poprzednich objawów – odpowiednio 38,2% i 15,3% przypadków ofiar cywilnych czy militarnych zdarzeń traumatycznych. Niewiele wiadomo, co różnicuje ostry lub odroczony początek zaburzenia (37).

Na przebieg PTSD, na przewlekłość i nawrotowość, ma wpływ częste jego współwystępowanie z innymi zaburzeniami lękowymi oraz stopień pogorszenia funkcjonowania społecznego. PTSD jest przewlekłym zaburzeniem i wiele osób cierpi z powodu nawrotów o subklinicznym nasileniu objawów (38). W badanej grupie nie zaobserwowano różnicy w pogorszeniu codziennego funkcjonowania w zależności od typu początku PTSD.

Na przewlekłość objawów PTSD ma wpływ narażenie na kolejne traumatyczne wydarzenia oraz przewaga objawów unikania (39). W przedstawionej grupie kobiet największy wpływ na nasilenie zespołu stresu pourazowego miały objawy z kategorii unikania.

Ofiary przemocy domowej są grupą najbardziej narażoną na powtarzalność urazów psychicznych. Zmniejszenie skutków zdrowotnych przemocy, takich jak ujawnienie się objawów PTSD czy depresji, zależy jest od życzliwości otoczenia i od wsparcia społecznego (40). Ofiary przemocy ze strony partnera wymagają długotrwałej terapii (41). Ze względu na duże ryzyko ujawnienia się PTSD osoby te wymagają wnikliwego diagnozowania w tym kierunku, w czym pomocna może być skala PDS.

## Wnioski

Przemoc ze strony partnera jest znaczącym czynnikiem ryzyka ujawnienia się PTSD.

Początek zaburzenia stresowego pourazowego u ofiar przemocy może być odroczone.

Obecność objawów PTSD powoduje pogorszenie codziennego funkcjonowania.

## PIŚMIENNICTWO

1. *The Declaration on the Elimination of Violence against Women*. United Nations, General Assembly, 85<sup>th</sup> plenary meeting, 20 December 1993.
2. Seedat S, Stein DJ, Carey PD (2005) Post-Traumatic Stress Disorder in Women: Epidemiological and Treatment Issues. Review Article. *CNS Drugs*, 19, 5, 411–427.
3. Byles JE (1978) Violence, alcohol problems and other problems in disintegration families. *Journal of Studies on Alcohol*, 39, 551–553.
4. Gerson LW (1978) Alcohol-related acts of violence. *Journal of Studies on Alcohol*, 39, 1294–1296.
5. Coleman KH (1980) Conjugal violence: what 33 men report. *Journal of Marriage and the Family*, 6, 207–213.
6. Gelles RJ, Cornell CP (1990) *Intimate Violence*. Beverly Hills, CA: Sage.
7. Potter-Efron RT, Potter-Efron PS (1990) *Aggression, Family Violence and Chemical Dependency*. New York–London: Haworth Press.
8. Pernane K (1991) *Alcohol in Human Violence*. London: Guilford Press.
9. Galles RJ (1994) Through a sociological lens: social structure and family violence, W: Gelles RJ, Loseke DR (red.) *Current Controversies in Family Violence*. Newbury Park, CA: Sage, 31–46.
10. Raport WHO (2007) *Przemoc domowa i alkohol*. Wydawnictwo Edukacyjne Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych PARNAMEDIA. Warszawa.



11. Holmes D, Alpers GW, Ismailji T, Classen C, Wales T, Cheasty V, Miller A, Koopman C (2007) Cognitive and emotional processing in narratives of women abused by intimate partners. *Violence Against Women*, 13, 11, 1192–1205.
12. Reviere SL, Farber EW, Twomey H, Okun A, Jackson E, Zanville H, Kaslow NJ (2007) Intimate partner violence and suicidality in low-income African American women: a multimethod assessment of coping factors. *Violence Against Women*, 13, 11, 1113–1129.
13. Martin SL, Li Y, Casanueva C, Harris-Britt A, Kupper LL, Cloutier S (2006) Intimate partner violence and women's depression before and during pregnancy. *Violence Against Women*, 12, 3, 221–239.
14. Hazen AL, Connelly CD, Soriano FI, Landsverk JA (2008) Intimate partner violence and psychological functioning in latina women. *Health Care Women International*, 29, 3, 282–299.
15. Foa EB, Riggs DS, Dancu CV, Rothbaum BO (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 459–473.
16. Foa EB (1995) *Manual for the Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS)*. Minneapolis, MN: National Computer Systems, Inc.
17. American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4<sup>th</sup> ed)*. Washington.
18. Dragan M, Lis-Turlejska M (2007) Prevalence of posttraumatic stress disorder in alcohol dependent patients in Poland. *Addictive Behaviors*, 32, 5, 902–911.
19. Coffey SF, Dansky BS, Falsetti SA, Saladin ME, Brady KT (1998) Screening for PTSD in a substance abuse sample: psychometric properties of a modified version of the PTSD symptom scale self-report. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 393–399.
20. Dienemann J, Boyle E, Baker D, Resnick W, Wiederhorn N, Campbell J (2000) Intimate partner abuse among women diagnosed with depression. *Issues in Mental Health Nursing*, 21, 499–513.
21. Caetano R, Cunradi C (2003) Intimate partner violence and depression among Whites, Blacks, and Hispanics. *Annals of Epidemiology*, 13, 10, 661–665.
22. Astin M, Lawrence K, Foy D (1993) Posttraumatic stress disorder among battered women: risk and resiliency factors. *Violence and Victims*, 8, 17–28.
23. Cascardi M, O'Leary K, Lawrence E, Schlee K (1995) Characteristics of women physically assaulted by their spouses and who seek treatment regarding marital conflict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 616–23.
24. Kemp A, Rawlings E, Green B (1991) Posttraumatic stress disorder in battered women. *Journal of Traumatic Stress*, 4, 137–148.
25. Seedat S, Stein DJ, Carey PD (2005) Post-Traumatic Stress Disorder in Women: Epidemiological and Treatment Issues. Review Article. *CNS Drugs*, 19, 5, 411–427.
26. Arias I, Pape KT (1999) Psychological Abuse: Implications for Adjustment and Commitment to Leave Violent Partners. *Violence and Victims*, 14, 1, 55–67.
27. Street AE, Arias I (2001) Psychological Abuse and Posttraumatic Stress Disorder in Battered Women: Examining the Roles of Shame and Guilt. *Violence and Victims*, 16, 1, 65–78.
28. Tarrier N, Humphreys AL (2003) PTSD and the Social Support of the Interpersonal Environment: The Development of Social Cognitive Behavior Therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 17, 2, 187–198.
29. Rodriguez MA, Heilemann MSV, Fielder E, Ang A, Nevarez F, Mangione CM (2008) Intimate Partner Violence, Depression, and PTSD Among Pregnant Latina Women. *Annals of Family Medicine*, 6, 44–52.
30. Chung H, Breslau N (2008) The latent structure of post-traumatic stress disorder: tests of invariance by gender and trauma type. *Psychological Medicine*, 38, 4, 563–573.
31. Demaris A, Kaukinen C (2008) Partner's Stake in Conformity and Abused Wives' Psychological Trauma. *Journal of Interpersonal Violence*, online published on February 21, 2008 as doi:10.1177/0886260508314300.

32. Campbell R, Greeson MR, Bybee D, Raja S (2008) The co-occurrence of childhood sexual abuse, adult sexual assault, intimate partner violence, and sexual harassment: A mediational model of posttraumatic stress disorder and physical health outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 2, 194–207.
33. Griffin MG, Uhlmansiek MH, Resick PA, Mechanic MB (2004) Comparison of the posttraumatic stress disorder scale versus the clinician-administered posttraumatic stress disorder scale in domestic violence survivors. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 6, 497–503.
34. Marx BP, Soler-Baillo JM (2005) The Relationships Among Risk Recognition, Autonomic and Self-Reported Arousal, and Posttraumatic Stress Symptomatology in Acknowledged and Unacknowledged Victims of Sexual Assault. *Psychosomatic Medicine*, 67, 618–624.
35. Foa EB, Cashman L, Jaycox L, Perry K (1997) The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: the posttraumatic diagnostic scale. *Psychological Assessment*, 9, 445–51.
36. American Psychiatric Association (1987) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd rev. ed). Washington.
37. Andrews B, Brewin CR, Philpott R, Stewart L (2007) Delayed-onset posttraumatic stress disorder: a systematic review of the evidence. *The American Journal of Psychiatry*, 164, 9, 1319–1326.
38. Zlotnick C, Rodriguez BF, Weisberg RB, Bruce SE, Spencer MA, Culpepper L, Keller MB (2004) Chronicity in posttraumatic stress disorder and predictors of the course of posttraumatic stress disorder among primary care patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 2, 153–159.
39. Perkonig A, Pfister H, Stein MB, Höfler M, Lieb R, Maercker A, Wittchen HU (2005) Longitudinal course of posttraumatic stress disorder and posttraumatic stress disorder symptoms in a community sample of adolescents and young adults. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 7, 1320–1327.
40. Perez S, Johnson DM (2008) PTSD Compromises Battered Women's Future Safety. *Journal of Interpersonal Violence*, 23, 5, 635–651.
41. Resick PA, Galovski TE, Uhlmansiek MO, Scher CD, Clum GA, Young-Xu Y (2008) A randomized clinical trial to dismantle components of cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder in female victims of interpersonal violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 2, 243–258.

Adres do korespondencji  
Małgorzata Dąbkowska  
Collegium Medicum UMK  
Klinika Psychiatrii  
ul. Kurpińskiego 19, 85-096 Bydgoszcz  
tel. (052) 585 4256  
e-mail: gosiadabkowska@yahoo.com

otrzymano: 15.04.2008  
przyjęto do druku: 18.12.2008