

Przemoc pomiędzy partnerami i zachowania ryzykowne u osób uzależnionych od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych

Intimate partner violence and risky behaviours in alcohol- and substance-dependent individuals

Piotr Serafin¹, Andrzej Jakubczyk^{1, 2}, Anna Podgórska², Aleksandra Topolewska-Wochowska^{1, 2}, Marcin Wojnar^{1, 2}

¹ Wojewódzki Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów

Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej w Warszawie

² Warszawski Uniwersytet Medyczny, Katedra i Klinika Psychiatryczna

Abstract – The study focuses on intimate partner violence in populations addicted to alcohol and other psychoactive substances. Epidemiological facts, background and different types of intimate partner violence, influenced by alcohol and other psychoactive substances, as well as treatment in addicted population are discussed. The study outlines theoretical and neurobiological factors and addresses their impact on victims and perpetrators of violence using psychoactive substances. Furthermore, attention is paid to their susceptibility to HIV infection and both, treatment approaches and the current state of research, are described.

Key words: intimate partner violence, alcohol dependence, substance dependence, HIV infection, addiction treatment

Streszczenie – W niniejszym opracowaniu przedstawiono zjawisko przemocy pomiędzy partnerami wśród osób uzależnionych od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Omówiono rozpowszechnienie, tło i rodzaje przemocy w związkach, a także wpływ alkoholu i innych substancji psychoaktywnych oraz terapii odwykowej na częstość i rodzaj przemocy pomiędzy partnerami. Zaprezentowano modele teoretyczne oraz podstawy neurobiologiczne zachowań agresywnych, analizując również wpływ tego zjawiska na podatność na zakażenie HIV osób będących ofiarami lub sprawcami przemocy. W dalszej części pracy omówiono sposoby terapii i aktualne kierunki badań w tym zakresie.

Słowa kluczowe: przemoc pomiędzy partnerami, uzależnienie od alkoholu, uzależnienie od substancji psychoaktywnych, zakażenie HIV, leczenie uzależnień

WPROWADZENIE

Przemoc w związkach partnerskich u osób uzależnionych jest powszechnym problemem, stanowiącym codzienną rzeczywistość zdrowia publicznego, opieki społecznej i sądownictwa. Uzależnienie od narkotyków i alkoholu wiąże się często

z różnorodnymi zachowaniami ryzykownymi. Zachowania te mogą prowadzić do urazów oraz zakażeń chorobami przenoszonymi drogą płciową i krwionośną, co wiksła proces leczenia oraz naraża pacjentów na dodatkową stygmatyzację i odrzucenie społeczne. Z uwagi na zmienny obraz kliniczny osoby uzależnionej – występowanie naprzemiennych okresów intoksykacji, zespołów abstynencyjnych i okresów trzeźwości – istotna staje się kwestia nasilenia zachowań konfliktowych i ryzykownych w zależności od aktualnego stanu pacjenta. Cykliczność przemocy powiązana z cyklicznością uzależnienia jest szczególną cechą wyróżniającą przemoc w związkach z problemem uzależnienia. Szczególnie interesujące wydaje się to zagadnienie w kontekście uzależnienia od opioidów. W tym przypadku, w zależności od rodzaju podjętego leczenia (ośrodek rehabilitacyjny czy programy leczenia substytucyjnego), występują odmienne możliwości funkcjonowania pacjenta w relacjach partnerskich.

W niniejszym opracowaniu oparto się głównie na wynikach badań prowadzonych w ośrodkach klinicznych w USA ze względu na ich wysoką wartość merytoryczną, ciekawe, a często wręcz zaskakujące wyniki oraz ze względu na niewielką liczbę badań polskich w tym obszarze.

Podstawowe pojęcia stosowane w artykule

Przemoc pomiędzy partnerami (IPV – *Intimate Partner Violence*) Światowa Organizacja Zdrowia (WHO – *World Health Organization*) (1) definiuje jako występowanie aktów przemocy fizycznej, psychicznego znęcania się, wymuszania stosunku seksualnego i różnych innych form seksualnej uległości, a także jako występowanie innych zachowań kontrolujących (opresyjnych) takich, jak izolowanie od rodziny i przyjaciół oraz ograniczanie dostępu do informacji i własności.

Partner (*Intimate Partner*) oznacza osobę tej samej lub przeciwnej płci, z którą pacjent jest w związku uczuciowym, niekoniecznie sformalizowanym. Tak rozumiani partnerzy nie muszą zatem mieszkać razem.

W poniższym opracowaniu przemoc pomiędzy partnerami (IPV) jest domyślnie rozumiana jako przemoc fizyczna; inne rodzaje przemocy – takie jak psychiczne znęcanie się, wymuszanie stosunków seksualnych i innych form seksualnej uległości oraz zachowania opresyjne – zostały opatrzone dodatkowym komentarzem.

PRZEMOC POMIĘDZY PARTNERAMI – SKALA ZJAWISKA

Badania WHO przeprowadzone w populacji kobiet z 48 krajów wykazały, że częstość doświadczania przemocy ze strony partnera w trakcie życia jest zróżnicowana i wynosi od 10% do 69% kobiet, w zależności od narodowości (2, 3) i nie wydaje się zmieniać, co potwierdzają nowsze badania (13–61%) (4). Według polskich danych IPV występuje u 18% kobiet w grupie zamężnych, a u 62% w grupie rozwiedzionych (3). Warto tu też nadmienić, że 26% badanych zna przynajmniej jedną kobietę

– ofiarę przemocy swojego partnera (5). Polskie rejestry policyjne z 2011 roku odnotowują w skali kraju 72 tysiące sprawców przemocy domowej (95% mężczyzn) i 113,5 tysiąca ich ofiar (62,3% kobiet); 63% sprawców przemocy znajdowało się pod wpływem alkoholu (6, 7).

Wyniki amerykańskich prac wykazują, że 20% badanych par doświadczyło jednego lub więcej epizodów IPV w ciągu rocznego okresu poprzedzającego badanie (8). W badaniu sondażowym NVAWS (*National Violence Against Women Survey*) oceniono, że około 1,5 miliona kobiet i 830 tys. mężczyzn zostało zgwałconych lub fizycznie napadniętych przez partnera w ciągu ostatniego roku (9). Z kolei CDCP (*Center for Disease Control and Prevention*) szacuje, że IPV przyczynia się do 2 milionów urazów i 1300 zgonów w USA rocznie (10).

Przemoc w związku (łącznie z psychologiczną) ma zwykle charakter dwukierunkowy i, co zaskakujące, jest stosowana nieco częściej przez kobiety niż mężczyzn (11). Z drugiej strony, przemocą fizyczną posługują się istotnie częściej mężczyźni i różni się ona stopniem brutalności w porównaniu z tą stosowaną przez kobiety. Kobiety–ofiary IPV częściej muszą korzystać z pomocy medycznej z powodu ciężkości obrażeń, także częściej występują u nich objawy zaburzeń depresyjnych (12, 13). Przemoc ze strony partnera jest również ważnym czynnikiem ryzyka ujawnienia się PTSD (*Posttraumatic Stress Disorder*). W jednym z polskich badań na grupie 34 kobiet ofiar przemocy, u 76% z nich stwierdzono objawy zaburzenia stresu pourazowego w nasileniu ciężkim lub pomiędzy umiarkowanym a ciężkim – może to oddawać w bardzo ogólnym zarysie rzeczywistą skalę zjawiska (14).

Co interesujące, kobiety przyznają się do większej liczby zachowań agresywnych niż ich partnerzy, którzy byli rzekomo ofiarami przemocy fizycznej. W jednej z prac kobiety zgłaszały IPV w 42% przypadków, podczas gdy tylko 19% z ich partnerów potwierdziło ten fakt (15, 16). Zjawisko niezgłaszania doznanej od partnerki przemocy może wynikać z uwarunkowań kulturowych. Brak, niestety, dokładnych doniesień badawczych na ten temat.

Przewaga kobiet w częstości stosowania przemocy jest widoczna przede wszystkim w grupie nastolatków (młodszy wiek jako czynnik predysponujący do IPV) i, jak wspomniano wcześniej, dotyczy badań uwzględniających łącznie stosowanie przemocy fizycznej i psychicznej (17, 16). Ocenia się, że pomiędzy 12% a 20% młodzieży w wieku licealnym w USA staje się ofiarami przemocy fizycznej lub psychicznej podczas randek, które wiążą się ze zwiększoną częstością zachowań ryzykownych (18, 16).

Jak wykazały badania, kobiety padają ofiarą przemocy fizycznej 4–5 razy częściej niż mężczyźni (19, 20, 21). W związkach małżeńskich z problemem przemocy kobiety są ofiarami w 84,3%. Podobne wartości dotyczą związków nieformalnych (22). Według danych Amerykańskiego Departamentu Sprawiedliwości z 2006 r. na temat popełnionych w tym roku morderstw, aż 1/3 kobiet–ofiary zostało zamordowanych przez swoich partnerów, a jedynie 3,1% mężczyzn – przez partnerki.

Jak wspomniano powyżej, kobiety–ofiary IPV często zmuszone są do korzystania z dodatkowej pomocy medycznej. W USA w oddziałach ratunkowych 8,7% pacjentów relacjonuje doświadczenie IPV w ostatnim roku. Dane z innych badań (również

w USA) w oddziałach ratunkowych wskazują na rozpowszechnienie IPV w granicach 5–26%. Wartości te są porównywalne z wartościami w doniesieniach z prób środowiskowych (23), natomiast niższe niż wskaźniki z badań dotyczących leczenia odwykowego, gdzie IPV występuje u ponad 50% pacjentów (24, 25, 26). Wyniki te mogą sugerować większe nasilenie problemu IPV w populacji osób uzależnionych. Należy też zwrócić uwagę, że 51% mężczyzn, zgłaszających w oddziałach ratunkowych w USA przemoc ze strony kobiet, było w przeszłości aresztowanych właśnie z powodu stosowania przemocy (27).

Wśród czynników ryzyka wystąpienia IPV podkreśla się przede wszystkim własne doświadczenie przemocy. Przemoc w związku z poprzednim partnerem jest jednym z najsilniejszych predyktorów przyszłej agresji – zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet (28, 29, 30), co obrazuje trudność w zmianie wzorca zachowań dotyczących stosowania przemocy w związku. Szczególną grupą ryzyka są mężczyźni w związkach homoseksualnych. Aż 1/4 z nich pada ofiarą gwałtu lub fizycznej napaści, przy czym w ok. 15% przypadków jest to przemoc ze strony partnera seksualnego (mężczyzny), a w ok. 10% przypadków – przemoc ze strony kobiet, z którymi pozostają w związku (12, 16).

W staraniach o dotarcie do ofiar IPV podkreśla się znaczenie umiejętnego zachęcenia do ujawnienia przemocy. W jednym z badań w USA (31), za pomocą odpowiednich bodźców przypominających, uzyskano informacje na temat występowania IPV w trakcie ciąży u 13% kobiet. Co zaskakujące, badania przeprowadzone na losowo wybranej próbie zdrowych ciężarnych kobiet, potwierdziły szacunkowe dane dotyczące przemocy wobec tej grupy (4–20%). Wyniki te wskazują, że ciąża nie jest czynnikiem „protekcijnym” – nie chroni przed przemocą (31, 32, 33, 34). Dane te są istotne, ponieważ wykazano, że IPV zwiększa znamienne ryzyko zakażenia błon płodowych, przedwczesnego porodu, niskiej masy urodzeniowej noworodka, a nawet śmierci kobiety ciężarnej (31, 35, 36).

Pomimo tak dużego rozpowszechnienia i poważnych konsekwencji, problem przemocy wobec kobiet w ciąży przez wielu lekarzy jest niedoceniany i zaniedbywany. W badaniu Calderon i wsp. (31) porównano wykrywalność i postępowanie wobec dwóch grup kobiet w ciąży – palących lub doświadczających przemocy. Badanie to wykazało, że choć oba problemy występują w ciąży równie często (średnio u 12–13%), kobiety doświadczające przemocy otrzymują istotnie mniej wsparcia ze strony personelu medycznego. Kobietom palącym zaoferowano interwencje w ok. 60% przypadków, podczas gdy ofiarom IPV – jedynie w 23,5%. Dopiero dostarczenie lekarzom narzędzia w postaci kwestionariusza pomogło pracownikom medycznym zwalczyć uczucie dyskomfortu i nieadekwatności wobec delikatnej kwestii przemocy pomiędzy partnerami.

Problem przemocy wobec kobiet jest szeroko poruszany i analizowany przez nauki społeczne. Dokładny opis różnorodnych opinii i postaw wykracza poza ramy tej pracy. Warto jednak wyszczególnić dwa różne podejścia do IPV: heurystyczne oraz naukowe. W podejściu heurystycznym za źródło przemocy uznaje się patriarchalny model rodziny oraz nabyte przez mężczyzn w trakcie socjalizacji wzorce postępowania

nia wobec kobiet – dominacji, narzucania swojego zdania siłą i kontroli. Stąd część programów interwencji dla mężczyzn stosujących przemoc skupia się na oddziaływaniach terapeutycznych nastawionych na zmianę takich postaw. Jest to nurt, który niekiedy wchodzi w sprzeczność z drugim podejściem – naukowym, opartym na empirycznych dociekaniach i dowodach. W takim właśnie duchu pozostaje poniższe opracowanie, które miało na celu przedstawienie wyników badań naukowych dotyczących zagadnienia przemocy pomiędzy partnerami w grupie osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych.

ZARYS NEUROBIOLOGICZNYCH ASPEKTÓW ZACHOWAŃ AGRESYWNYCH

W modulowaniu zachowań agresywnych szczególną rolę pełnią regiony kory przedczołowej, takie jak przednia część zakrętu obręczy i obszar brzuszno-przyśrodkowy, które wysyłają połączenia gabaergiczne hamujące do składowych układu limbicznego: wyspy i ciała migdałowego. Ten obwód neuronalny jest uważany za najistotniejszy w regulacji emocjonalnej zachowań. Wykazano, że dysfunkcja ciała migdałowego (zarówno aktywność zmniejszona, jak i zwiększona) przejawia się w tendencji do zachowań agresywnych. Z kolei osłabiona aktywacja przyśrodkowej kory przedczołowej, połączona z nadreaktywnością ciała migdałowego może odpowiadać za reaktywną przemoc w trudnych sytuacjach u osób agresywnych. Alkohol przez swój hamujący wpływ na korę mózgu w tym właśnie mechanizmie toruje drogę zachowaniom agresywnym. U osób uzależnionych od alkoholu podkreśla się natomiast rolę przewlekłych zaburzeń w układzie serotonergicznym (przede wszystkim zmniejszenie aktywności transportera serotoniny) jako predysponujących do zachowań agresywnych. Również dysfunkcja układu nagrody u osób uzależnionych (zmniejszenie liczby i aktywności receptorów D2 w prążkowie) może mieć związek ze zwiększoną impulsywnością i wtórną agresywnością, szczególnie u osób uzależnionych od substancji psychostymulujących.

W coraz większej liczbie badań porusza się również kwestię podłoża genetycznego ludzkich zachowań agresywnych. Uzyskane wyniki wskazują przede wszystkim na znaczenie polimorfizmu MAOA (monoaminoooksydaza typu A – wpływ na zwiększoną aktywność ciała migdałowego i impulsywną agresywność) i 5HTTLPR. Gen MAOA jest zlokalizowany na chromosomie X, co dodatkowo pozwala wnioskować o możliwym związku występowania tego polimorfizmu ze zróżnicowaniem nasilenia agresji u płci (37, 38).

Interesującym spostrzeżeniem jest fakt, że szczególnie częste występowanie agresji obserwuje się u osób uzależnionych od kokainy i będących jednocześnie pod wpływem alkoholu (39). Zjawisko to tłumaczy się powstawaniem kokaetyleny, związku tworzonego pod wpływem jednoczesnego przyjmowania kokainy i alkoholu. Działanie tej substancji zwiększa skłonność do agresywnych myśli i wypowiedzania gróźb (40). Mechanizm tego działania nie został do końca zbadany.

UWARUNKOWANIA PRZEMOCY POMIĘDZY PARTNERAMI – MODELE TEORETYCZNE

Choć związek pomiędzy poziomem przemocy w związku partnerskim a szkodliwym używaniem i uzależnieniem od substancji psychoaktywnych wydaje się oczywisty dla każdego, kto pracuje z osobami uzależnionymi, dopiero w ostatnich latach przeprowadzono badania potwierdzające ten fakt i dostarczające ugruntowanej podbudowy teoretycznej. Szczególnie ważne wydają się być prace Chermacka i wsp. (41) oraz Leonarda i wsp. (42, 43, 44). Chermack i wsp. na podstawie badań longitudinalnych opracowali całościowy model biopsychospołeczny, wyjaśniający związek pomiędzy alkoholem a przemocą, uwzględniający wpływ czynników demograficznych, poznawczych, biochemicznych, farmakologicznych, osobowościowych i psychopatologicznych.

Badania eksperymentalne dotyczące związku pomiędzy spożywaniem alkoholu i agresją u ludzi jasno wskazują, że picie zwiększa częstość zachowań agresywnych (45, 46, 47). Biopsychospołeczny model stworzony przez Chermacka i Giancolę obrazuje jednakże przemoc między partnerami jako zjawisko wieloczynnikowe, na które mają wpływ nie tylko czynniki zależne od substancji (znaczny stopień intoksykacji i zaawansowania uzależnienia, dodatkowe przyjmowanie narkotyków), ale również czynniki rozwojowe (zetknięcie się z agresją lub doświadczenie wykorzystania seksualnego w dzieciństwie, bycie ofiarą przemocy ze strony rodziców, uzależnienie od alkoholu w rodzinie, czynniki osobowościowe), czynniki psychologiczne (objawy zaburzeń psychicznych – osobowość z pogranicza, osobowość dys socjalna, osłabienie funkcji poznawczych, tendencja do reagowania agresją, nastroj, oczekiwania wobec alkoholu) i czynniki kontekstowe (bodziec prowokujący, rodzaj relacji, poczucie zagrożenia) (41).

Z kolei Leonard i wsp. zaproponowali paradygmat, w którym podkreślają wieloczynnikowy i dynamiczny charakter elementów wpływających na możliwość wystąpienia przemocy pomiędzy partnerami i różnicują je na czynniki odległe i bliskie (43). Model ten w większym stopniu uwzględnia czynniki społeczno-kulturowe. Czynniki odległe mają względnie stały charakter; są to cechy osobowości antyspołecznej, postrzeganie ról płciowych, konflikt w związku, wrogość i nieradzenie sobie z gniewem, schemat picia szkodliwego każdego z partnerów, postrzeganie nierówności sił w związku. Bliskie zmienne są zależne od kontekstu sytuacyjnego i ograniczone w czasie; zaliczamy do nich farmakologiczne i poznawcze skutki spożycia alkoholu, zaburzenia spostrzegania, przejściowe zmiany afektu oraz czynniki środowiska, w którym występuje sytuacja konfliktowa. Według Leonarda między dalszymi i bliższymi czynnikami zachodzi stałe oddziaływanie, a przemoc pomiędzy partnerami pojawia się w następstwie ich narastającej kumulacji (42, 44). Warto podkreślić, że choć szkodliwe używanie alkoholu jest potwierdzonym czynnikiem, który przyczynia się do stosowania IPV, to kontrowersyjna pozostaje rola alkoholu jako *samodzielnego* czynnika wywołującego przemoc pomiędzy partnerami (43).

W odniesieniu do innych substancji psychoaktywnych, obie teorie (zarówno Chermacka, jak i Leonarda) uznały ich używanie za czynnik wpływający na IPV.

Założenie to nie jest jednakże jednoznaczne ze względu na różnorodne efekty działania narkotyków (39, 48, 49, 50, 51).

W polskim dorobku dotyczącym badań nad przemocą między partnerami, najciekawsze i najszersze ujęcie znajduje ona w badaniach zespołu Frączka, który zarówno rozważał rolę zjawiska zaburzonej socjalizacji w kształtowaniu zachowań agresywnych, jak i dostarczył narzędzi, takich jak polskie opracowanie CTS (*Conflict Tactics Scale*) do badania tego zjawiska dla polskich badaczy (52). Ponadto warto odnotować badania nad przemocą w rodzinie przeprowadzone w Jastrzębiu Zdroju; podkreślają one rolę wzorca patriarchalnego rodziny akceptującego przemoc i spożycia alkoholu jako czynników szczególnie ważnych w powstawaniu przemocy oraz konieczność zapewnienia ofiarom kompleksowego wsparcia instytucjonalnego (53). Inne polskie badania osób uzależnionych od alkoholu, uczestniczących w spotkaniach grup AA, ujawniły zmniejszenie nasilenia przemocy fizycznej już od drugiego miesiąca abstynencji, a psychicznej – dopiero od trzeciego roku abstynencji (54, 55).

ALKOHOL I SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE A ZACHOWANIA AGRESYWNE

W przeprowadzonych badaniach potwierdzono istnienie związku między zachowaniami agresywnymi a spożywaniem alkoholu, marihuany i kokainy. Wykazano również, że w dniach, w których dochodziło do przemocy, ilość spożywanego alkoholu i kokainy była istotnie większa (24, 39). W badaniach przeprowadzonych w grupie kobiet stwierdzono, że poważnych aktów przemocy fizycznej między partnerami (skutkujących naruszeniem powłok cielesnych) dokonywały kobiety uzależnione od substancji psychoaktywnych (1/3 poważnych IPV) i alkoholu (50% poważnych IPV) (16, 24, 56, 57). Z kolei w pracach dotyczących osób aresztowanych (mężczyzn i kobiet) przemoc fizyczna wiązała się z używaniem marihuany i środków psychostymulujących (48).

Używanie narkotyków okazało się silniejszym predyktorem wystąpienia przemocy fizycznej między partnerami niż spożywanie alkoholu (58). Co interesujące, związek ten dotyczył zarówno używania narkotyków przez sprawców, jak i ofiary przemocy. Wykazano, że istnieje liniowa zależność pomiędzy liczbą rodzajów używanych narkotyków i częstością fizycznej przemocy u mężczyzn. Zależności tej nie potwierdzono u kobiet. Podobne wyniki uzyskano w badaniach prowadzonych w populacji osób uzależnionych od alkoholu. W przypadku mężczyzn (59) opisano słabą zależność liniową pomiędzy ilością spożywanego alkoholu a natężeniem IPV. W badaniach dotyczących kobiet związek ten pozostawał niejednoznaczny, prawdopodobnie z powodu mniejszej liczebności grup badawczych. Wyniki niektórych prac przemawiają jednakże za istnieniem podobnego związku w przypadku kobiet (60, 61). Różnice pomiędzy płciami nie zostały wystarczająco wyjaśnione, chociaż jak się wydaje wynikało to z mniejszej liczebności grup badanych kobiet, co w powiązaniu z rzadszym stosowaniem przez nie przemocy fizycznej mogło utrudnić uchwycenie takiego związku.

Badania wskazują ponadto na zależność pomiędzy występowaniem myśli samobójczych a przemocą wobec partnerów, opisywaną przede wszystkim u osób uzależnionych (62). Badacze tłumaczą tę zależność tendencją do przeżywania przez osoby stosujące przemoc lub jej doświadczające nasilonych negatywnych uczuć, w tym też myśli samobójczych. Dodatkowo uzależnienie szkodliwie wpływa na relacje między partnerami, niszczy czynnik protekcyjny, jakim – w przypadku myśli samobójczych – jest udany związek z drugą osobą (63). Interesującym badaniem relacji w związku partnerskim była praca dotycząca rozwiązywania problemów w parach z problemem przemocy po spożyciu alkoholu przez mężczyznę. W tych parach alkohol zwiększał liczbę negatywnych interakcji. Taka zależność nie wystąpiła natomiast w parach z problemem alkoholowym, ale bez problemu przemocy (64).

PRZEMOC POMIĘDZY PARTNERAMI W TRAKCIE TERAPII UZALEŻNIENIA

Wśród pacjentów rozpoczynających leczenie całodobowe z powodu używania substancji psychoaktywnych, rozpowszechnienie IPV (mężczyzn wobec kobiet) w roku poprzedzającym terapię wynosiło od 58 do 85% (25, 39, 44, 65, 66, 67). Podobne wartości opisywano wśród mężczyzn uzależnionych od alkoholu leczonych w systemie ambulatoryjnym (25, 48, 67) oraz wśród kobiet uzależnionych od alkoholu. W tym ostatnim przypadku warto podkreślić, że połowa kobiet (z grupy używającej przemocy wobec mężczyzn) dopuszczała się brutalnych form agresji (56, 57). Jednocześnie stwierdzono, że ta sama populacja kobiet była bardziej narażona na doświadczenie IPV (od 47 do 87%). Wiązane jest to z częstym używaniem alkoholu i substancji psychoaktywnych, jako sposobu radzenia sobie z faktem bycia ofiarą, co może prowadzić do odwrócenia ról ofiary i sprawcy. Wykazano, że w dniach, w których kobiety były ofiarami przemocy ze strony mężczyzn, piły więcej alkoholu, czuły się bardziej pijane i miały większe stężenie etanolu we krwi. Dokładne statystyki mówią, że w dniach spożywania alkoholu kobiety czterokrotnie częściej doświadczały przemocy fizycznej i 7 razy częściej – przemocy seksualnej (44, 68).

Prowadzone badania wskazują na istnienie stałego związku pomiędzy spożyciem alkoholu i występowaniem IPV w parach z problemem przemocy, uczestniczących w terapii (69, 70, 71). Wykazano również, że istnieje silna korelacja pomiędzy używaniem narkotyków (szczególnie kokainy) i IPV (24, 39, 56, 57, 72) w trakcie leczenia. Natomiast dalszych badań wymaga kwestia zażywania marihuany. W ocenie El-Bassel i wsp. (73) pacjentki leczone w programie substytucyjnym czterokrotnie częściej doświadczały IPV, jeśli używały marihuany niż te, które jej nie używały. Natomiast inne badania wskazują na to, że odstawienie marihuany zwiększa liczbę zachowań agresywnych (74). Kwestią do dalszego wyjaśnienia pozostaje związek czasowy i przyczynowo-skutkowy: czy spożywanie marihuany przez pacjentki było przyczyną przemocy czy też formą „samoleczenia” jej skutków.

SKUTECZNOŚĆ TERAPII UZALEŻNIEŃ W REDUKCJI CZĘSTOŚCI IPV

Badania wykazują, że już samo leczenie uzależnienia od alkoholu, heroiny lub kokainy powoduje zmniejszenie częstości i nasilenia IPV. Z drugiej strony, przerwanie abstynencji powoduje równocześnie nawrót przemocy. Wykazano, że częstość epizodów agresji u osób uzależnionych zachowujących abstynencję powraca do poziomu grupy kontrolnej w okresie jednego roku od podjęcia leczenia (26, 68, 75). Również behawioralna terapia par okazuje się skuteczna w zmniejszeniu przemocy pomiędzy partnerami, choć zaleca się ją jedynie w przypadku małego lub umiarkowanego natężenia przemocy (76). W przebiegu tego rodzaju terapii podkreśla się potrzebę zapewnienia poczucia bezpieczeństwa obojgu partnerom (a szczególnie kobiecie) i monitorowania partnerów pod kątem występowania IPV. Przy spełnieniu tych wymogów terapia okazuje się skuteczniejsza, niż indywidualne poradnictwo z zakresu uzależnień: wykazano istotną przewagę w redukcji częstości i natężenia IPV, w długości utrzymywania abstynencji od alkoholu i narkotyków oraz w poziomie satysfakcji ze związku relacjonowanej przez pacjentów (44, 76).

W badaniu skuteczności terapii behawioralnej u kobiet uzależnionych od alkoholu opisano redukcję w częstości IPV – zarówno ze strony kobiet, jak i ich partnerów (uzależnionych lub nie). Warto zaznaczyć, że redukcja nasilenia przemocy utrzymywała się również po dwóch latach od zakończenia interwencji u kobiet. Tego rodzaju długotrwała poprawa dotyczyła jednakże tylko tych kobiet, u których nie obserwowano nawrotu picia (77).

NPV (*Non-partner violence*) a IPV u osób uzależnionych w trakcie leczenia

Istotnym problemem lecznictwa odwykowego, a szczególnie oddziałów detoksykacyjnych, jest przemoc stosowana przez pacjentów wobec siebie i personelu. Nie-partnerska agresja – badana Skalą Taktyki Konfliktów (*Conflict Tactics Scale*; CTS) – w grupie pacjentów leczonych z powodu uzależnień osiąga podobne natężenie, co agresja pomiędzy partnerami. W dotychczasowych badaniach opisano związek NPV z epizodami intensywnego picia, przyjmowaniem kokainy oraz objawami depresyjnymi (39). W pracach odnoszących się do rocznego okresu poprzedzającego leczenie stwierdzono duże rozpowszechnienie NPV; agresja psychiczna dotyczyła 83% badanych, agresja fizyczna – 61%, zranienie innej osoby – aż 47% (!). Jednocześnie podobne odsetki opisywano w przypadku NPV po rozpoczęciu leczenia: agresja psychiczna – 78% badanych, fizyczna – 56%, doznanie urazu – 46% (78). Stwierdzono, że istotnie częściej urazu od nie-partnera doznają kobiety, co może wiązać się ze sposobem zdobywania pieniędzy na narkotyki, a szczególnie z prostytutką (78). Używanie narkotyków przez kobiety może też stanowić dla partnerów pretekst do stosowania przemocy typu IPV (79).

Czynnikami mającymi udowodniony wpływ na doświadczenie NPV (zarówno w roli sprawcy, jak i ofiary) w trakcie leczenia uzależnień są: młody wiek, płeć

męska, upojenie alkoholowe, przyjmowanie kokainy, objawy depresyjne oraz czynniki z okresu dzieciństwa – bycie świadkiem agresji pomiędzy rodzicami, używanie szkodliwe lub uzależnienie jednego z rodziców, bicie oraz wykorzystanie seksualne (80). Interesujący wydaje się wpływ objawów depresyjnych na częstość IPV. Pacjenci z objawami depresyjnymi mogą doświadczać irytacji i wrogości, co może prowadzić do wystąpienia impulsywnych zachowań agresywnych wobec partnera. Natomiast ofiary przemocy często obwiniają się za wymierzoną w nich agresję, czują się bezradne i niezdolne do przerwania związku nacechowanego przemocą (81). Doświadczają zatem objawów depresyjnych, które zwiększają ryzyko wystąpienia agresji, co zamyka błędne koło chorobowe w opisanym powyżej mechanizmie.

Czynnik rasowy jest związany przede wszystkim z sytuacją socjoekonomiczną i jego wpływ jest wątpliwy, natomiast niektóre doniesienia wskazują na wyższe współczynniki agresji NPV u osób rasy nie-białej (78).

PRZEMOC A RYZYKO ZAKAŻENIA HIV

Program metadonowy stwarza warunki do badania przemocy u osób uzależnionych, ze względu na możliwość stałej obserwacji pacjentów systematycznie zgłaszających się do ośrodka po metadon. W niewielu badaniach oceniających IPV w programach substytucyjnych, 58% pacjentów płci męskiej relacjonowało stosowanie przemocy wobec partnera w ciągu życia, a 38% – w okresie ostatnich 6 miesięcy. Z dotychczasowych badań wynika, że mężczyźni częściej (i z większą intensywnością) stosowali przemoc wobec partnerek w czasie, gdy zażywały one kokainę. Używanie heroiny przez parę okazało się istotnie związane ze stosowaniem przemocy przez oboje partnerów, podobnie jak z używaniem kilku substancji równocześnie. Z analizy badań wynika, że zażywanie każdej substancji psychoaktywnej wiązało się z różnymi formami IPV (82).

Badanie przeprowadzone w Nowym Yorku w grupie 356 pacjentów płci męskiej, uczestniczących w programach metadonowych, wykazało, że istnieje istotny związek pomiędzy zachowaniami ryzykownymi (nieużywanie prezerwatyw, dożylnie zażywanie narkotyków, zmuszanie do seksu) a IPV (w okresie rocznej obserwacji). Jednocześnie pacjenci, którzy wyjściowo relacjonowali stosowanie przemocy, potwierdzali następnie posiadanie więcej niż jednego partnera seksualnego (4 razy częściej), kupowanie seksu i zmuszanie do seksu (82), a więc zachowania zwiększające ryzyko zakażenia HIV. W innych badaniach wykazano związek pomiędzy IPV a czynnikami ryzyka zakażenia HIV, takimi jak podejmowanie współżycia seksualnego bez zabezpieczenia, z wieloma partnerami, uprawianie seksu za pieniądze, zażywanie narkotyków, dożylnie przyjmowanie narkotyków lub posiadanie tzw. „ryzykownego partnera seksualnego” (dożylnie przyjmującego narkotyki, zakażonego HIV lub uprawiającego seks z wieloma partnerami). W grupie osób doświadczających IPV opisano ponadto większy procent zakażeń chorobami przenoszonymi drogą płciową (83).

Badania w oddziałach ratunkowych wskazują również na współwystępowanie przemocy pomiędzy partnerami i zachowań zwiększających ryzyko zakażenia HIV u kobiet otrzymujących tam pomoc. Kobiety, które potwierdzały zachowania ryzykowne (uprawianie seksu z partnerem zakażonym HIV lub przyjmującym dożylnie narkotyki, seks z wieloma partnerami w ciągu ostatnich 12 miesięcy lub dożylnie przyjmowanie narkotyków), relacjonowały istotnie częstsze doświadczenia fizycznej przemocy ze strony partnera w ciągu ostatnich 6 miesięcy. Dodatkowo, dla kobiet uprawiających seks z wieloma partnerami w ciągu ostatnich 12 miesięcy lub przyjmujących narkotyki dożylnie, opisano istotnie większe ryzyko doznania poważnej formy przemocy seksualnej (IPV) w ciągu ostatnich 6 miesięcy. Dane z całej przebadanej w oddziale ratunkowym populacji wskazują, że prawie 50% kobiet doświadczyło w życiu poważnej przemocy fizycznej (skutkującej zranieniem) lub seksualnej (lekkiego lub poważnego stopnia). Aż 15% z nich relacjonowało gwałt w ciągu życia, 11,8% IPV w ostatnich 6 miesiącach, a 11–14% – w 12 miesiącach (82).

Szczególną grupą ryzyka zakażenia HIV jest grupa kobiet skazanych na karę pozbawienia wolności. Przeprowadzone badania wskazują, że w USA 44% kobiet przebywających w więzieniu było w trakcie życia ofiarą fizycznej lub seksualnej napaści. Wykazano, że doświadczenie przez kobietę przemocy lub jej groźby występuje z większą ilością przyjmowanych narkotyków. Z drugiej strony, używanie substancji jest czynnikiem ryzyka występowania IPV w stosunku do kobiet (84, 85). Warto wspomnieć, że w związku dwóch osób uzależnionych, to kobieta często jest drugą w kolejności w przyjmowaniu iniekcji tą samą strzykawką, co zwiększa ryzyko zakażenia HIV (84, 86)

Picie alkoholu jest potwierdzonym czynnikiem ryzyka podejmowania ryzykownych zachowań seksualnych bez zabezpieczenia w formie prezerwatyw (87, 88). Dotyczy to szczególnie osób jednocześnie przyjmujących dożylnie narkotyki, szkodliwie używających alkoholu i zakażonych HIV (88, 89). Doświadczenie bycia ofiarą napaści seksualnej lub IPV w wieku dorosłym są u kobiet niezależnymi czynnikami ryzyka spożywania większej ilości alkoholu, mniejszej asertywności seksualnej i większego ryzyka zakażenia HIV (88, 90).

Badania wskazują również, że kobiety zgwałcone lub będące w przeszłości w sytuacji zagrożenia gwałtem mają więcej partnerów i częściej angażują się w zachowania seksualne bez zabezpieczenia w formie prezerwatyw (91). Jednym ze sposobów przeciwdziałania zarówno rozprzestrzenianiu HIV, jak i IPV jest postulowane przez niektórych autorów bardziej powszechne wprowadzenie technik tzw. *Motivational Interviewing* (MI; wywiadu motywującego, a obecnie: dialogu motywującego) i jego skróconej wersji *Motivational Enhancement* – zwiększania motywacji (92, 93). W niektórych badaniach stwierdzono skuteczność tych technik w ograniczeniu liczby ryzykownych zachowań seksualnych i dzielenia się igłami. Dialog motywujący jest podejściem koncentrującym się na próbie empatycznej pomocy osobie uzależnionej w rozwiązywaniu ambiwalencji w decyzjach kierujących jej zachowaniem. Niestety, do chwili obecnej nie przeprowadzono badań dotyczących zastosowania tych metod interwencji w profilaktyce IPV (84).

PERSPEKTYWY TERAPEUTYCZNE

Analiza przytoczonych badań pozwala stwierdzić, że pacjenci leczeni z powodu uzależnień powinni być standardowo monitorowani w kierunku występowania przemocy pomiędzy partnerami. Ofiary przemocy oraz jej sprawcy zwykle nie relacjonują jej spontanicznie. System opieki zdrowotnej powinien zatem potraktować podjęcie przez osobę uzależnioną terapii, jako potencjalną możliwość wykonania badań przesiewowych w kierunku IPV (44). Z drugiej strony, sprawcy przestępstw z zakresu przemocy domowej, jako grupa podwyższonego ryzyka, powinni być badani przesiewowo w kierunku rozpoznania uzależnienia i szkodliwego używania substancji. Wczesne ustalenie rozpoznania w takich przypadkach być może pozwoliłoby na przeprowadzenie krótkiej interwencji, mającej ich skłonić do podjęcia terapii dla sprawców przemocy i/lub leczenia współistniejącego uzależnienia. Podejmowane w niektórych ośrodkach próby wdrożenia interwencji w kierunku przemocy pomiędzy partnerami, jako stałego, zintegrowanego elementu programu leczenia uzależnień, należy w tym kontekście ocenić bardzo pozytywnie. Warto również rozważyć ośrodki stacjonarne leczenia uzależnień jako obiecujące pole nowych badań nad zjawiskiem przemocy międzypartnerskiej.

Nadal niezbadanym obszarem pozostaje kwestia zapobiegania IPV w populacji osób używających szkodliwie lub ryzykownie substancji psychoaktywnych. Prowadzenie badań w tym zakresie byłoby możliwe przy wykorzystaniu warsztatów radzenia sobie ze złością lub wykonywanej standardowo krótkiej interwencji w zakresie przemocy pomiędzy partnerami. Badania prowadzone obecnie w USA skupiają się na próbie włączenia problemu przemocy między partnerami (IPV) do terapii uzależnień jako stałego jej elementu. Z drugiej strony, próbuje się dołączać elementy terapii uzależnień do programów interwencyjnych dla sprawców przemocy.

Badania nad efektami terapii behawioralnej par (w przypadku, gdy oboje partnerzy są uzależnieni) oraz częstości przemocy pomiędzy partnerami w związkach homoseksualnych – są również interesującymi kierunkami dalszych projektów badawczych. Kwestią nierozwiązaną pozostaje jak najlepsze dopasowanie programów terapeutycznych do indywidualnych potrzeb pacjenta lub pary.

PIŚMIENNICTWO

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R (2002) *World report on violence and health*. Geneva, WHO.
2. WHO (2002) *Intimate partner violence facts*. http://www.who.int/violence_injury_prevention
3. Makara-Studzińska M, Grzywa A, Turek R (2005) Przemoc w związkach między kobietą a mężczyzną. *Postępy w Psychiatrii i Neurologii*, 14 (2), 131–136.
4. Harvey A, Garcia-Moreno C, Butchart A (2007) *Primary prevention of intimate-partner violence and sexual violence*. Background paper for WHO expert meeting, May 2–3, 2007
5. Centrum Badań Opinii Społecznej (2009) *Przemoc i konflikty w domu. Komunikat z badań*. Warszawa BS/35/2009

6. *Wybrane statystyki Komendy Głównej Policji*. http://www.statystyka.policja.pl/portal/st/944/50863/Przemoc_w_rodzinie.html
7. Duch-Krzystoszek D (2009) Alkohol i przemoc wobec kobiet – komentarz socjologa o wzajemnych związkach (komentarz do art. M. Dąbkowskiej). *Alkoholizm i Narkomania*, 2009, 22, 1, 21–28.
8. Schafer J, Caetano R, Clark CL (1998) Rates of intimate partner violence in the United States. *American Journal of Public Health*, 88 (11), 1702–1704.
9. Slashinski MJ, Coker AL, Davis KE (2003) Physical aggression, forced sex, and stalking victimization by a dating partner: an analysis of the National Violence Against Women Survey. *Violence and Victims*, 18 (6), 595–617.
10. Centers for Disease Control (2006) *Intimate Partner Violence Factsheet*. http://www.cdc.gov/ncipc/dvp/ipv_factsheet.pdf
11. Archer J (2000) Sex differences in aggression between heterosexual partners: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 126 (5), 651–680.
12. Tjaden P, Thoennes N (2000) *Full report of the prevalence, incidence, and consequences of violence against women: findings from the national violence against women survey*. National Institute of Justice, Washington, DC.
13. Cascardi M, Langhinrichsen J, Vivian D (1992) Marital aggression. Impact, injury, and health correlates for husbands and wives. *Archives of Internal Medicine*, 152 (6), 1178–1184.
14. Dąbkowska M (2009) Zaburzenie stresowe pourazowe u kobiet jako wynik przemocy ze strony partnera. *Alkoholizm i Narkomania*, 22, 1, 11–20.
15. Caetano R, Schafer J, Field CA, Nelson S (2002) Agreements on reports of intimate partner violence among White, Black and Hispanic couples in the United States. *Journal of Interpersonal Violence*, 17, 1308–1322.
16. Williams JR, Ghandour RM, Kub JE (2008) Female perpetration of violence in heterosexual intimate relationships: adolescence through adulthood. *Trauma Violence & Abuse*, 9 (4), 227–249.
17. Arriaga XB, Foshee VA (2004) Adolescent dating violence: do adolescents follow in their friends' or their parents' footsteps? *Journal of Interpersonal Violence*, 19, 162–184.
18. Centers for Disease Control and Prevention (2006) Physical dating violence among high school students – United States. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 55, 532–535.
19. Rennison C, Planty M (2003) Nonlethal intimate partner violence: examining race, gender, and income patterns. *Violence and Victims*, 18 (4), 433–443.
20. Williams KR, Grant SR (2006) Empirically examining the risk of intimate partner violence: the revised Domestic Violence Screening Instrument (DVSI-R). *Public Health Reports*, 121 (4), 400–408.
21. Walton MA, Murray R, Cunningham RM, Chermack ST, Barry KL, Booth BM, Ilgen MA, Wojnar M, Blow FC (2009) Correlates of intimate partner violence among men and women in an inner city emergency department. *Journal of Addictive Diseases*, 28 (4), 366–381.
22. Durose M, Harlow C, Langan P, Motivans M, Rantala R, Smith E (2005) *Family violence statistics including statistics on strangers and acquaintances (NCJ 207846)*. U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics, Washington DC.
23. Coleman DH, Straus MA (1986) Marital power, conflict, and violence in a nationally representative sample of American couples. *Violence and Victims*, 1 (2), 141–157.
24. Chermack ST, Fuller BE, Blow FC (2000) Predictors of expressed partner and non-partner violence among patients in substance abuse treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 1, 58 (1–2), 43–54.
25. O'Farrell TJ, Murphy CM. (1995) Marital violence before and after alcoholism treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (2), 256–262.
26. Fals-Stewart W, Kashdan TB, O'Farrell TJ, Birchler GR (2002) Behavioral couples therapy for drug-abusing patients: effects on partner violence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22 (2), 87–96.

27. Kimberg LS (2008) Addressing intimate partner violence with male patients: a review and introduction of pilot guidelines. *Journal of General Internal Medicine*, 23 (12), 2071–2078. Epub 2008 Oct 2.
28. Anderson PB (1996) Correlates of college women's self-reports of heterosexual aggression. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, 8, 121–131.
29. Field CA, Caetano R (2003) Longitudinal model predicting partner violence among White, Black, and Hispanic couples in the United States. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 27, 1451–1458.
30. Caetano R, Schafer J, Cunradi CB (2001) Alcohol-related intimate partner violence among White, Black, and Hispanic couples in the United States. *Alcohol Research and Health*, 25, 58–65.
31. Calderón SH, Gilbert P, Jackson R, Kohn MA, Gerbert B (2008) Cueing prenatal providers effects on discussions of intimate partner violence. *American Journal of Preventive Medicine*, 34 (2), 134–137.
32. Gazmararian JA, Lazorick S, Spitz AM, Ballard TJ, Saltzman LE, Marks JS (1996) Prevalence of violence against pregnant women. *Journal of the American Medical Association*, 275, 1915–1920.
33. Gazmararian JA, Petersen R, Spitz AM, Goodwin MM, Saltzman LE, Marks JS (2000) Violence and reproductive health: current knowledge and future research directions. *Maternal and Child Health Journal*, 4, 79–84.
34. Colley Gilbert BJ, Johnson CH, Morrow B, Gaffield ME, Ahluwalia I (1999) Prevalence of selected maternal and infant characteristics. Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS), 1997. *MMWR CDC Surveillance Summaries*, 48, 1–37.
35. Petersen R, Gazmararian JA, Spitz AM, Rowley DL, Goodwin MM, Saltzman LE, Marks JS (1997) Violence and adverse pregnancy outcomes: a review of the literature and directions for future research. *American Journal of Preventive Medicine*, 13, 366–373.
36. Dannenberg AL, Carter DM, Lawson HW, Ashton DM, Dorfman SF, Graham EH (1995) Homicide and other injuries as causes of maternal death in New York City, 1987 through 1991. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 172, 1557–1564.
37. Heinz AJ, Beck A, Meyer-Lindenberg A, Sterzer P, Heinz A (2011) Cognitive and neurobiological mechanisms of alcohol-related aggression. *Nature Reviews Neuroscience*, 2, 12 (7), 400–413. doi:10.1038/nrn3042
38. Siever LJ (2008) Neurobiology of aggression and violence. *American Journal of Psychiatry*, 165 (4), 429–442. Epub 2008 Mar 17
39. Chermack ST, Blow FC (2002) Violence among individuals in substance abuse treatment: the role of alcohol and cocaine consumption. *Drug and Alcohol Dependence*, 1, 66 (1), 29–37.
40. Pennings EJ, Leccese AP, Wolff FA (2002) Effects of concurrent use of alcohol and cocaine. *Addiction*, 97 (7), 773–783.
41. Chermack ST, Giancola PR (1997) The relation between alcohol and aggression: An integrated biopsychosocial conceptualization. *Clinical Psychology Review*, 17, 621–649.
42. Leonard KE, Senchak M (1993) Alcohol and premarital aggression among newlywed couples. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, Supl. 11, 96–108.
43. Leonard KE (2005) Alcohol and intimate partner violence: when can we say that heavy drinking is a contributing cause of violence? *Addiction*, 100 (4), 422–425.
44. Stuart GL, O'Farrell TJ, Temple JR (2009) Review of the association between treatment for substance misuse and reductions in intimate partner violence. *Substance Use and Misuse*, 44 (9–10), 1298–317.
45. Chermack ST, Taylor SP. (1995) Alcohol and human physical aggression: pharmacological versus expectancy effects. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 56(4): 449–56.
46. Taylor SP, Gammon CB (1976) Aggressive behavior of intoxicated subjects. The effect of third-party intervention. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 37 (7), 917–930.
47. Cherek DR, Steinberg JL, Manno BR (1985) Effects of alcohol on human aggressive behavior. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 46 (4), 321–328.

48. Stuart GL, Temple JR, Follansbee KW, Bucossi MM, Hellmuth JC, Moore TM (2008) The role of drug use in a conceptual model of intimate partner violence in men and women arrested for domestic violence. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22 (1), 12–24.
49. Moore TM, Stuart GL (2004) Illicit substance use and intimate partner violence among men in batterers' intervention. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18 (4), 385–389.
50. Moore TM, Stuart GL, Meehan JC, Rhatigan DL, Hellmuth JC, Keen SM (2008) Drug abuse and aggression between intimate partners: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 28 (2), 247–274. Epub 2007 May 24.
51. Stuart GL, Moore TM, Kahler CW, Ramsey SE, Strong D (2005) Cigarette smoking, alcohol use and psychiatric functioning among women arrested for domestic violence. *American Journal on Addictions*, 14 (2), 188–190.
52. Frączek A (red.) (1986) *Studia nad uwarunkowaniami i regulacją agresji interpersonalnej: sprawozdania z badań i rozprawy*. Polska Akademia Nauk, Zakład Psychologii. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
53. Mazur J (2002) *Przemoc w rodzinie: teoria i rzeczywistość*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
54. Cierpiakowska L (2003) Zachowania asertywne i agresywne w rodzinach z problemem alkoholowym. W: Binczycka-Anholcer M (red.) *Przemoc i agresja jako zjawiska społeczne*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Higieny Psychicznej, 256–267.
55. Binczycka-Anholcer M (red.) (2003) *Przemoc i agresja jako zjawiska społeczne*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Higieny Psychicznej.
56. Chermack ST, Walton MA, Fuller BE, Blow FC (2001) Correlates of expressed and received violence across relationship types among men and women substance abusers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15, 140–151.
57. Chase KA, O'Farrell TJ, Murphy CM, Fals-Stewart W, Murphy M (2003) Factors associated with partner violence among female alcoholic patients and their male partners. *Journal of Studies on Alcohol*, 64, 137–149.
58. Cunningham R, Walton MA, Maio RF, Blow FC, Weber JL, Mirel L (2003) Violence and substance use among an injured emergency department population. *Academic Emergency Medicine*, 10 (7), 764–765.
59. O'Leary KD, Schumacher JA (2003) The association between alcohol use and intimate partner violence: linear effect, threshold effect, or both? *Addictive Behaviors*, 28 (9), 1575–1585.
60. Schafer J, Caetano R, Cunradi CB (2004) A path model of risk factors for intimate partner violence among couples in the United States. *Journal of Interpersonal Violence*, 19 (2), 127–142.
61. Leonard KE, Eiden RD (2007) Marital and family processes in the context of alcohol use and alcohol disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 285–310.
62. Conner KR, Cerulli C, Caine ED (2002) Threatened and attempted suicide by partner-violent male respondents petitioned to family violence court. *Violence and Victims*, 17 (2), 115–125.
63. Ilgen MA, Chermack ST, Murray R, Walton MA, Barry KL, Wojnar M, Blow FC (2009) The association between partner and non-partner aggression and suicidal ideation in patients seeking substance use disorder treatment. *Addictive Behaviors*, 34 (2), 180–186.
64. Leonard KE, Roberts LJ (1998) The effects of alcohol on the marital interactions of aggressive and nonaggressive husbands and their wives. *Journal of Abnormal Psychology*, 107 (4), 602–615.
65. Bennett LW, Tolman RM, Rogalski CJ, Srinivasaraghavan J (1994) Domestic abuse by male alcohol and drug addicts. *Violence and Victims*, 9 (4), 359–368.
66. Brown TG, Werk A, Caplan T, Shields N, Seraganian P (1998) The incidence and characteristics of violent men in substance abuse treatment. *Addictive Behaviors*, 23 (5), 573–586.
67. Murphy CM, O'Farrell TJ, Fals-Stewart W, Feehan M (2001) Correlates of intimate partner violence among male alcoholic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 (3), 528–540.
68. Fals-Stewart W (2003) The occurrence of partner physical aggression on days of alcohol consumption: a longitudinal diary study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (1), 41–52.

69. Quigley BM, Leonard KE (2000) Alcohol and the continuation of early marital aggression. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 24 (7), 1003–1010.
70. Quigley BM, Leonard KE (1996) Desistance of husband aggression in the early years of marriage. *Violence and Victims*, 11 (4), 355–370.
71. Caetano R, McGrath C, Ramisetty-Mikler S, Field CA (2005) Drinking, alcohol problems and the five-year recurrence and incidence of male to female and female to male partner violence. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 29 (1), 98–106.
72. Holtzworth-Munroe A, Meehan JC, Herron K, Rehman U, Stuart GL (2000) Testing the Holtzworth-Munroe and Stuart (1994) batterer typology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (6), 1000–1019.
73. El-Bassel N, Gilbert L, Wu E, Go H, Hill J (2005) Relationship between drug abuse and intimate partner violence: a longitudinal study among women receiving methadone. *American Journal of Public Health*, 95 (3), 465–470.
74. Hoaken PN, Stewart SH (2003) Drugs of abuse and the elicitation of human aggressive behavior. *Addictive Behaviors*, 28 (9), 1533–1554.
75. O'Farrell TJ, Fals-Stewart W, Murphy M, Murphy CM (2003) Partner violence before and after individually based alcoholism treatment for male alcoholic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (1), 92–102.
76. O'Farrell TJ, Murphy CM, Stephan SH, Fals-Stewart W, Murphy M (2004) Partner violence before and after couples-based alcoholism treatment for male alcoholic patients: the role of treatment involvement and abstinence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (2), 202–217.
77. Schumm JA, O'Farrell TJ, Murphy CM, Fals-Stewart W (2009) Partner violence before and after couples-based alcoholism treatment for female alcoholic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77 (6), 1136–1146.
78. Murray RL, Chermack ST, Walton MA, Winters J, Booth BM, Blow FC (2008) Psychological aggression, physical aggression, and injury in nonpartner relationships among men and women in treatment for substance-use disorders. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 69 (6), 896–905.
79. Mudar P, Leonard KE, Soltysinski K (2001) Discrepant substance use and marital functioning in newlywed couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 (1), 130–134.
80. Chermack ST, Walton MA (1999) The relationship between family aggression history and expressed aggression among college males. *Aggressive Behavior*, 25, 255–267.
81. Nurius PS, Macy RJ, Bhuyan R, Holt VL, Kernic MA, Rivara FP (2003) Contextualizing depression and physical functioning in battered women: adding vulnerability and resources to the analysis. *Journal of Interpersonal Violence*, 18 (12), 1411–1431.
82. El-Bassel N, Gilbert L, Wu E, Chang M, Gomes C, Vinocur D, Spevack T (2007) Intimate partner violence prevalence and HIV risks among women receiving care in emergency departments: implications for IPV and HIV screening. *Emergency Medicine Journal*, 24 (4), 255–259.
83. El-Bassel N, Gilbert L, Krishnan S, Schilling R, Gaeta T, Purpura S, Witte SS (1998) Partner violence and sexual HIV-risk behaviors among women in an inner-city emergency department. *Violence and Victims*, 13 (4), 377–393.
84. Weir BW, O'Brien K, Bard RS, Casciato CJ, Maher JE, Dent CW, Dougherty JA, Stark MJ (2009) Reducing HIV and partner violence risk among women with criminal justice system involvement: a randomized controlled trial of two motivational interviewing-based interventions. *AIDS and Behavior*, 13 (3), 509–522. Epub 2008 Jul 18.
85. El-Bassel N, Gilbert L, Wu E, Go H, Hill J (2005) HIV and intimate partner violence among methadone-maintained women in New York City. *Social Science and Medicine*, 61 (1), 171–183. Epub 2005 Jan 28.
86. Harvey E, Strathdee SA, Patrick DM, Ofner M, Archibald CP, Eades G, O'Shaughnessy MV (1998) A qualitative investigation into an HIV outbreak among injection drug users in Vancouver, British Columbia. *AIDS Care*, 10, 313–321.

87. Cooper ML (2002) Alcohol use and risky sexual behavior among college students and youth: evaluating the evidence. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, Supl. (14), 101–117.
88. Stoner SA, Norris J, George WH, Morrison DM, Zawacki T, Davis KC, Hessler DM (2008) Women's condom use assertiveness and sexual risk-taking: effects of alcohol intoxication and adult victimization. *Addictive Behavior*, 33 (9), 1167–1176. Epub 2008 May 8.
89. Ullman SE, Filipas HH, Townsend SM, Starzynski LL (2005) Trauma exposure, posttraumatic stress disorder and problem drinking in sexual assault survivors. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 66 (5), 610–619.
90. Corbin WR, Bernat JA, Calhoun KS, McNair LD, Seals KL (2001) The role of alcohol expectancies and alcohol consumption among sexually victimized and nonvictimized college women. *Journal of Interpersonal Violence*, 16, 297–311.
91. He H, McCoy HV, Stevens SJ, Stark MJ (1998) Violence and HIV sexual risk behaviors among female sex partners of male drug users. *Women, Drug Use, and HIV Infection*, 27, 161–175.
92. Miller WR (1996) Motivational interviewing: research, practice, and puzzles. *Addictive Behavior*, 21 (6), 835–842.
93. Miller WR, Rollnick S (2009) Ten things that motivational interviewing is not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37 (2), 129–140.

Adres do korespondencji:

Piotr Serafin

Szpital Nowowiejski

ul. Nowowiejska 27

00-665 Warszawa

e-mail: serafin.piotr@wp.pl

Otrzymano: 30.12.2011

Przyjęto do druku: 02.07.2012

