

Nina Ogińska-Bulik

**Objawy stresu pourazowego i potraumatyczny wzrost
u kobiet doświadczających przemocy w rodzinie**
**Posttraumatic stress symptoms and posttraumatic growth
in women experiencing domestic violence**

Zakład Psychologii Zdrowia, Instytut Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego

Streszczenie

Cel: Celem badań było sprawdzenie w jakim stopniu trauma związana z doświadczaniem przemocy w rodzinie wiąże się z występowaniem objawów stresu pourazowego i potraumatycznym wzrostem.

Metoda: Analizie poddano wyniki 89 kobiet, które doświadczyły przemocy domowej. Wiek badanych mieścił się w zakresie 18-60 lat ($M=34,36$; $SD=12,81$). W badaniach wykorzystano Skalę Wpływu Zdarzeń, będącą polską adaptacją the Impact of Event Scale – IES-R, Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju, który jest polską adaptacją the Posttraumatic Growth Inventory – PTG oraz opracowaną na użytek badań ankietę.

Wyniki: Doświadczanie przemocy domowej przez kobiety wiąże się z objawami PTSD. Blisko 90% spośród badanych kobiet ujawniło ich umiarkowane lub wysokie nasilenie. Jednakże występują także pozytywne następstwa traumy związane z doznawaniem przemocy w rodzinie. ¼ badanych ujawniła wysoki poziom potraumatycznego wzrostu. Zmienne socjodemograficzne nie wpływają na poziom, tak negatywnych, jak i pozytywnych następstw traumy. Czynnikiem sprzyjającym redukcji PTSD okazała się skłonność do dzielenia się informacjami, odnoszącymi się do negatywnych aspektów doświadczanych zdarzeń. Objawy stresu pourazowego nie wiążą się z poziomem potraumatycznego wzrostu.

Wnioski: Doświadczanie traumy związanej z przemocą domową pociąga za sobą zarówno negatywne, jak i pozytywne skutki. Brak powiązania między objawami stresu pourazowego a potraumatycznym wzrostem wskazuje na odrębność mechanizmów leżących u podłoża następstw doświadczanej traumy.

Summary

Purpose: The aim of the study was to examine to what extent trauma associated with experiencing domestic violence is associated with posttraumatic stress symptoms and posttraumatic growth.

Methods: The following Polish versions of standardized tools were used: the Impact of Event Scale – IES-R, the Posttraumatic Growth Inventory – PTG and a survey designed for the use in research. The results of 89 women who have experienced domestic violence were analyzed. The age of the participants ranged from 18-60 years ($M=34,36$; $SD=12,81$).

Results: Experience of domestic violence by women is associated with PTSD symptoms. Nearly 90% of women who participated in the study revealed their moderate or high severity. However, there are also positive consequences of experienced trauma associated with experiencing domestic violence. ¼ of the respondents revealed high levels of posttraumatic growth. Socio-demographic variables do not affect the level of such negative and positive consequences of trauma. Factor contributing to the reduction of PTSD was the tendency to share information relating to negative aspects of experienced events. Symptoms of PTSD are not associated with the level of posttraumatic growth.

Conclusions: Experiencing trauma associated with domestic violence entails both negative and positive effects. No link between symptoms of posttraumatic stress and posttraumatic growth indicates on distinct mechanisms underlying the consequences of experienced trauma.

Słowa kluczowe: zaburzenie stresowe pourazowe, potraumatyczny wzrost, przemoc domowa, kobiety

Key words: posttraumatic stress disorder, posttraumatic growth, domestic violence, women

Wstęp

Doświadczenie przemocy jako wydarzenie traumatyczne

Przemoc domowa, zwana też przemocą w rodzinie, to zamierzone i wykorzystujące przewagę sił działanie skierowane przeciw członkowi rodziny, które narusza prawa i dobra osobiste powodując cierpienie i szkody [1]. Przemoc w rodzinie jest zjawiskiem dość powszechnym. Dotyczy ona przede wszystkim kobiet i dzieci. Skala zjawiska nie jest do końca znana. Wiele ofiar nie ujawnia bowiem przemocy domowej, przede wszystkim ze względu na lęk przed sprawcą, którym jest najczęściej mąż/partner lub ojciec.

Z danych „Niebieskiej Karty” uzyskanych przez policję [2] wynika, że w roku 2014 ogólna liczba ofiar przemocy w Polsce wynosiła 105332, w tym 72786 kobiet. Należy dodać, że jest to dość znaczny wzrost w porównaniu z rokiem poprzednim, w którym ofiarami przemocy było 58310 kobiet. Wyniki uzyskane przez Centrum Badania Opinii Społecznej [3] wskazują, że co dziewiąty respondent żyjący w stałym związku (11%) zadeklarował, że doświadczył przemocy domowej (5% przyznaje, że w ich przypadku takie zdarzenia miały miejsce co najmniej kilka razy). Również co dziewiąty dorosły (11%) przyznaje, że zdarzyło mu się być sprawcą przemocy domowej, choć większość (8%) twierdzi, że były to pojedyncze zdarzenia.

Przemoc domowa może przybierać różne formy, a mianowicie: fizyczną, psychiczną, seksualną i ekonomiczną. Dwie pierwsze występują najczęściej. Nie ulega wątpliwości, że doświadczenie przemocy pociąga za sobą wiele negatywnych konsekwencji, przejawiających się w różnych sferach funkcjonowania jednostki. Najbardziej widocznymi skutkami przemocy są obrażenia cielesne. Dąbkowska [4] przytacza dane wskazujące, że od 10% do 50% kobiet w swoim życiu doświadczyło fizycznego znęcania się ze strony partnera. Na związek przemocy ze strony partnera z występowaniem skarg i chorób somatycznych wskazują Karakuła i wsp. [5]. Jednakże znacznie bardziej niszczące od urazów fizycznych są skutki psychiczne doświadczonej przemocy. Przemoc pociąga za sobą występowanie silnych negatywnych emocji, którymi są najczęściej lęk, gniew, żal, wstyd, przerażenie czy poczucie winy. Makara-Studzińska i Madej [6] wskazują na powiązania przemocy doświadczanej przez kobiety z występowaniem depresji.

Kobiety żyjące w związku, w którym stosowana jest przemoc, mają obniżone poczucie własnej wartości, ograniczoną zdolność do uczestniczenia w życiu społecznym, pozbawione są

poczucia bezpieczeństwa. Wiele kobiet doświadczyło przemocy w okresie dzieciństwa. Nadużycia w tym okresie istotnie potęgują ryzyko chorób psychosomatycznych w okresie dorosłości. Według Dąbkowskiej [7] 4,7-krotnie zwiększają ryzyko uzależnienia od substancji psychoaktywnych, 2,2-krotnie ryzyko uzależnienia od alkoholu, 3,7-krotnie ryzyko prób samobójczych. Doświadczenie przemocy w rodzinie jest szczególnym rodzajem traumy, gdyż sprawcami są osoby bliskie. Trauma jest na ogół doświadczana przez długi czas, a ofiarę łączą ze sprawcą różnego rodzaju więzi. Ponadto tego rodzaju trauma ma charakter złożony, co oznacza, że jednostka jest narażona na różne formy przemocy (trauma typu II). Zwraca się także uwagę, że ofiara z reguły przeżywa poczucie braku kontroli nad postępowaniem sprawcy [8].

Jedną z konsekwencji doświadczania przemocy jest zespół stresu pourazowego (Posttraumatic Stress Disorder – PTSD). Jego diagnoza wymaga pojawienia się trzech grup objawów, tj. intruzji, unikania i pobudzenia [9,10]. Badania przeprowadzone wśród libańskich kobiet, które doświadczyły fizycznej przemocy ze strony partnera wskazały, że 97% spośród nich ujawniło objawy PTSD [11]. Na podobne rezultaty wskazują badania nastolatków, które były molestowane seksualnie w okresie dzieciństwa [12]. Dostarczyły one danych wskazujących, że wszystkie badane dziewczęta ujawniły umiarkowane lub wysokie nasilenie PTSD. Wyższy poziom objawów tego zespołu zanotowano u dziewcząt, u których sprawcą był bliski krewny.

Zbliżone wyniki uzyskano w badaniach polskich [4]. Wynika z nich, że wszystkie objęte badaniami kobiety narażone na przemoc domową, ujawniły objawy PTSD; 76,5% spośród nich w stopniu umiarkowanym lub znacznym, a 23,5% prezentowało objawy o słabym nasileniu.

Pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych

Badania prowadzone w ostatnich latach wskazują, że konsekwencją doświadczonej traumy mogą być także pozytywne zmiany, ujawniane w postaci potraumatycznego wzrostu (Posttraumatic Growth – PTG). Dotyczą one przede wszystkim zmian w percepcji siebie, relacji z innymi i sferze duchowej. Zmiany w tym ostatnim obszarze przejawiane są w postaci większego doceniania życia i pogłębiania się duchowości/religijności [13-14]. Potraumatyczny wzrost nie oznacza, że samo przeżycie traumy jest czymś dobrym, pożądanym czy koniecznym dla dokonania zmian czy rozwoju człowieka. Nie oznacza też poczucia beztroski, przyjemnego nastroju czy poczucia szczęścia. Doświadczenie wydarzenia traumatycznego, choć może prowadzić do wzrostu, wiąże się, zwłaszcza w początkowym etapie zmagania się z nim ze stanem dystresu, występowaniem negatywnych emocji, a także uszczupleniem czy stratą posiadanych przez człowieka zasobów. Jednakże, jak podkreślają Tedeschi i Calhoun [14], z wydarzenia traumatycznego, oprócz straty, bólu i cierpienia, człowiek potrafi wynieść też coś

dobrego. W efekcie doświadczona strata zostaje przekształcona w istotną dla jednostki wartość, wyrażającą się w lepszym rozumieniu siebie i świata. Co więcej, to pogłębione rozumienie siebie i otaczającej rzeczywistości pozwala na bardziej skuteczne radzenie sobie z przeciwnościami losu w przyszłości.

Prowadzone, choć wciąż nieliczne badania, wskazują, że PTG może być następstwem doświadczania przemocy w rodzinie. Wykazano go wśród kobiet, które w okresie dzieciństwa doświadczyły fizycznej, emocjonalnej i seksualnej przemocy [15-21]. Tego typu związek ujawniono także wśród kobiet, które doznały przemocy w okresie dorosłości. Wskazuje na to przegląd badań zaprezentowany przez Elderton i wsp. [22].

Badania prowadzone w Polsce [23], potwierdziły, że wśród kobiet, które doświadczyły przemocy w rodzinie, występuje wzrost po traumie. Jednakże zaledwie 7,6% spośród nich doświadczyło go w wysokim stopniu. 56,6% badanych kobiet ujawniło niski poziom wzrostu, w tym jedna nie zauważyła u siebie żadnych pozytywnych zmian wynikających z doświadczonej traumy, a 35,8% prezentowało jego przeciętne nasilenie.

Pojawianie się pozytywnych zmian potraumatycznych nie wyklucza negatywnych skutków będących następstwem doświadczonego zdarzenia. Wyniki badań przytaczane przez Helgeson i wsp. [24], dostarczyły danych wskazujących na występowanie pozytywnego związku między PTG a intruzją i unikaniem negatywnych myśli. Dodatkowo korelacje między wszystkimi objawami PTSD a pozytywnymi zmianami, przejawiającymi się w większym docenianiu życia i w sferze duchowej uzyskano w badaniach obejmujących ofiary wypadków drogowych [25]. Dodatkowo zależności między negatywnymi a pozytywnymi skutkami traumy ujawniono również w badaniach studentów doświadczających różnych rodzajów zdarzeń traumatycznych [26,27], wśród jeńców wojennych w Izraelu [28] oraz ofiar ataku terrorystycznego [29].

Pozytywny związek między objawami PTSD a wzrostem po traumie ujawniono również w polskich badaniach prowadzonych wśród kierowców – uczestników wypadków drogowych [30], wśród osób po zabiegach kardiochirurgicznych [31] czy wśród przedstawicieli służb ratowniczych [16,32]. Należy zwrócić uwagę, że dostępne są również dane niepotwierdzające związku między objawami PTSD a PTG – nie wykazano go m. in. w grupie izraelskich jeńców wojennych [33], jak też wyniki świadczące o występowaniu negatywnej zależności między wymienionymi zmiennymi [34].

Prezentowane w literaturze wyniki badań wskazują więc na niejednoznaczną zależność między objawami patologii, ujawnianymi w postaci objawów PTSD, a możliwymi pozytywnymi następstwami w postaci wzrostu po traumie.

Prowadzone badania wśród osób, które doznały przemocy dostarczyły danych wskazujących na współwystępowanie pozytywnych, jak i negatywnych konsekwencji doznanych sytuacji, w tym objawów depresji czy symptomów PTSD [17,18,35]. Wykazano ponadto, że PTG może pełnić rolę ochronną, zmniejszając nasilenie utrzymujących się objawów PTSD wynikających z wtórnej wiktymizacji [36].

W Polsce, jak dotychczas brak jest takich badań w odniesieniu do traumy związanej z doznawaniem przemocy w rodzinie. Podjęte badania miały na celu sprawdzenie w jakim stopniu doświadczanie przemocy w rodzinie pociąga za sobą występowanie objawów stresu pourazowego (PTSD), traktowanych jako negatywne następstwa traumy oraz potraumatycznego wzrostu (PTG), który był wskaźnikiem pozytywnych zmian potraumatycznych, a także czy są one ze sobą powiązane. Poszukiwano odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

1. Jakie jest nasilenie objawów PTSD i PTG u kobiet doświadczających przemocy w rodzinie?
2. Czy takie zmienne, jak wiek badanych, wykształcenie, stan cywilny, posiadanie dzieci, czas trwania przemocy, fakt czy było się jedyną ofiarą w rodzinie, oraz skłonność do dzielenia się informacjami na temat negatywnych i pozytywnych następstw doznanej traumy wiążą się z nasileniem PTSD i PTG?
3. Czy negatywne i pozytywne następstwa doświadczonej traumy są ze sobą powiązane?

Przyjęty model badań badawczy odwołuje się do koncepcji Tedechiego i Calhouna [13,14], zakładającej współwystępowanie negatywnych i pozytywnych następstw doświadczonej traumy. Przyjęto więc, że w badanej grupie kobiet doświadczających przemocy wystąpi wysokie nasilenie objawów PTSD i niski PTG oraz dodatni związek wzrostu po traumie z objawami PTSD, a przede wszystkim z intruzją.

Materiał i metody

Badaniami objęto 100 kobiet, które doświadczają (lub doświadczyły w przeszłości) przemocy w rodzinie. Były to osoby korzystające z pomocy kilku placówek zajmujących się wspieraniem ofiar przemocy domowej znajdujących się na terenie centralnej Polski. Kobiety wypełniały przygotowany zestaw kwestionariuszy na spotkaniu z psychologiem zatrudnionym w placówce. Kwestionariusze były następnie przesyłane osobie gromadzącej dane¹. Uczestniczące w badaniach kobiety były poinformowane o celu prowadzonych badań, ich anonimowości, a także o możliwości rezygnacji z udziału. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę odpowiedniej

¹ Dane były zbierane przez uczestniczkę seminarium magisterskiego Karinę Wichurską

Komisji Bioetycznej. Do analizy włączono wyniki 89 kobiet, które w sposób kompletny wypełniły przekazane im kwestionariusze. Wiek badanych mieścił się w zakresie 18-60 lat ($M=34,36$; $SD=12,81$). Najliczniejszą grupę (48%) stanowiły kobiety w wieku 21-30 lat.

W badaniach wykorzystano opracowaną ankietę, zawierającą pytania dotyczące wieku, wykształcenia, stanu cywilnego, liczby posiadanych dzieci, rodzaju i czasu trwania przemocy. Badane kobiety pytano także o to, czy były jedynymi ofiarami przemocy w rodzinie oraz o częstość prowadzonych rozmów dotyczących negatywnych i pozytywnych skutków doświadczonej przemocy. Do oceny objawów PTSD wykorzystano Skalę Wpływu Zdarzeń, a do pomiaru pozytywnych zmian potraumatycznych Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju.

Skala Wpływu Zdarzeń jest polską adaptacją zrewidowanej wersji Impact of Event Scale (IES-R) Weissa i Marmara [37], zaadaptowaną przez Juczyńskiego i Ogińską-Bulik [9]. Skala służy do ustalenia subiektywnego poczucia dyskomfortu, związanego z zaistniałym zdarzeniem. Zawiera 22 twierdzenia i mierzy ogólny wskaźnik nasilenia PTSD oraz jego trzy wymiary, tj.: 1. intruzję (nawracanie), opisującą powracające obrazy, sny, myśli lub wrażenia percepcyjne związane z traumą, 2. pobudzenie, charakteryzujące się wzmożoną czujnością, lękiem, zniecierpliwieniem, trudnościami w koncentracji uwagi oraz 3. unikanie, przejawiające się wysiłkami pozbycia się myśli, emocji lub rozmów związanych z traumą. Osoba badana dokonuje oceny, posługując się 5-stopniową skalą typu Likerta. Narzędzie charakteryzuje się wystarczającymi parametrami psychometrycznymi, jego rzetelność mierzona wskaźnikiem *alfa* Cronbacha wynosi 0,75.

Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju – IPR, będący polską adaptacją Posttraumatic Growth Inventory – PTGI, autorstwa Tedeschiego i Calhouna [13], przeprowadzoną przez Ogińską-Bulik i Juczyńskiego [38], składa się z 21 stwierdzeń opisujących różne pozytywne zmiany zaistniałe w wyniku doświadczonego wydarzenia traumatycznego. Badana osoba ustosunkowuje się do podanych stwierdzeń wybierając odpowiedzi od *nie doświadczyłem tej zmiany* (0 pkt), do *doświadczyłem tej zmiany w bardzo dużym stopniu* (5 pkt). W polskiej wersji, poza ogólnym wskaźnikiem nasilenia PTG, inwentarz mierzy cztery czynniki składające się na rozwój po traumie, tj. 1) zmiany w percepcji siebie, 2) zmiany w relacjach z innymi, 3) większe docenianie życia i 4) zmiany duchowe. Wynik ogólny jest sumą czterech wymienionych czynników. Wskaźniki rzetelności są porównywalne z wersją oryginalną (*alfa* Cronbacha=0,93).

Wyniki badań

Rozkład wyników analizowanych zmiennych ma charakter normalny lub zbliżony do normalnego, co upoważnia do stosowania testów parametrycznych. W tab. 1 zaprezentowano średnie nasilenia objawów stresu pourazowego (PTSD) i poziom potraumatycznego wzrostu (PTG) w badanej grupie kobiet doświadczających przemocy domowej.

Tabela 1. Poziom PTSD i PTG w badanej grupie kobiet

	M	SD
PTSD – ogółem	52,65	14,05
- intruzja	19,15	7,35
- pobudzenie	17,90	5,61
- unikanie	15,60	5,06
Potraumatyczny wzrost – ogółem	55,30	21,64
- zmiany w percepcji siebie	23,52	10,39
- zmiany w relacjach z innymi	18,45	7,95
- docenianie życia	8,93	3,90
- zmiany duchowe	4,40	3,20

Oznaczenia: M – średnia, SD – odchylenie standardowe

Uwzględniając 33 punkty, przyjęte jako kryterium graniczne dla ogólnego wyniku Skali Wpływu Zdarzeń [9], można wskazać, że wśród badanych kobiet doznających przemocy w rodzinie umiarkowane i wysokie nasilenie objawów PTSD ujawnia 80 respondentek, co stanowi 89,9% badanych, a niskie zaledwie 9 kobiet (10,1%). Sprawdzone także czy badane kobiety wykazują podobny czy też zróżnicowany poziom objawów PTSD. W tym celu wyniki poszczególnych objawów (intruzji, pobudzenia i unikania) podzielono przez liczbę stwierdzeń wchodzących w ich skład. Najwyższą wartość uzyskało pobudzenie ($M=2,55$), które różni się istotnie statystycznie od unikania ($M=2,22$, $p<0,05$), ale nie różni się od intruzji ($M=2,39$).

Średni wynik PTG w badanej grupie kobiet odpowiada wartości 6 stena i wskazuje na przeciętne nasilenie pozytywnych zmian potraumatycznych. Uwzględniając normy opracowane dla IPR [38], można wskazać, że 38 kobiet (42,7%) ujawnia niski, 29 (32,6%) średni i tylko 22 (24,7%) wysoki poziom wzrostu po traumie. Sprawdzone także, w którym wymiarze PTG występują największe zmiany. W tym celu uzyskane wyniki poszczególnych wymiarów wchodzących w skład IPR podzielono przez przypadającą na nie liczbę stwierdzeń i sprawdzono czy występują między nimi różnice istotne statystycznie. Najwyższy poziom pozytywnych zmian potraumatycznych zanotowano w zakresie doceniania życia ($M=2,97$), ale różni się on istotnie statystycznie ($p<0,01$) jedynie od zmian w sferze duchowej ($M=2,2$). Nie różni się natomiast od zmian w percepcji siebie ($M=2,61$) i zmian w relacjach z innymi ($M=2,63$).

W kolejnym kroku sprawdzono czy zmienne socjodemograficzne są powiązane z nasileniem objawów PTSD i poziomem PTG. Wiek badanych kobiet nie wiąże w sposób istotny

statystycznie z nasileniem negatywnych i pozytywnych następstw doświadczonej traumy. Zanotowano jedynie słabe korelacje wieku z jednym z wymiarów wchodzących w skład PTSD, tj. unikaniem ($r = -0,25$, $p < 0,05$).

Wśród badanych kobiet najliczniejszą grupę stanowiły osoby z wykształceniem podstawowym i zawodowym (37,1%), następnie średnim (33,7%) oraz wyższym (29,2%). Wykształcenie nie różnicuje w sposób istotny statystycznie nasilenia objawów PTSD (1. $M=55,30$, $SD=12,18$, 2. $M=52,53$, $SD=16,10$, 3. $M=49,24$, $SD=13,56$, $F=1,28$), jak i PTG (1. $M=55,36$, $SD=22,09$, 2. $M=57,73$, $SD=21,60$, 3. $M=52,42$, $SD=21,60$, $F=0,41$). Jedyna istotna statystycznie różnica dotyczyła pozytywnych zmian w sferze duchowej; wyższy poziom tych zmian ujawniły kobiety z wykształceniem podstawowym ($M=4,81$, $SD=3,28$) i średnim ($M=5,23$, $SD=3,01$) w porównaniu do tych, które posiadały wykształcenie wyższe ($M=2,92$, $SD=2,91$, $F=4,38$, $p < 0,02$).

Wśród badanych kobiet, które doświadczyły przemocy w rodzinie największą grupę (28,1%) stanowiły mężatki, nieco mniejszą kobiety stanu wolnego (25,8%), rozwiedzione i wdowy (23,6%) oraz kobiety pozostające w związkach nieformalnych (22,5%). Stan cywilny nie różnicował ani nasilenia PTSD (1. $M=49,60$, $SD=13,35$, 2. $M=54,69$, $SD=17,95$, 3. $M=56,33$, $SD=11,11$ i 4. $M=49,80$, $SD=13,62$, $F=1,23$) ani poziomu PTG (1. $M=61,84$, $SD=20,22$, 2. $M=48,47$, $SD=22,98$ 3. $M=53,24$, $SD=22,39$ i 4. $M=57,15$, $SD=19,79$, $F=1,67$).

Blisko połowa badanych (44%) to kobiety bezdzietne. Po 18% miało jedno i dwoje dzieci. Pozostałe 20% miało więcej niż dwoje dzieci. Rodzicielstwo nie różnicowało ani negatywnych ($M=49,44$, $SD=14,39$ i $M=55,16$, $SD=13,40$, $t=1,94$) ani pozytywnych skutków doświadczonej traumy ($M=52,35$, $SD=21,06$ i $M=57,60$, $SD=22,04$, $t=1,14$), choć daje się zauważyć, że nasilenie zarówno PTSD, jak i PTG było nieco wyższe wśród kobiet mających dzieci niż u tych, które potomstwa nie miały. Ujawnione różnice nie osiągnęły jednak wymaganego poziomu istotności statystycznej.

Czas trwania przemocy, którego rozpiętość wynosi od 6 miesięcy do 30 lat ($M=8,13$, $SD=5,72$) nie wiąże się w sposób istotny statystycznie z nasileniem negatywnych i pozytywnych zmian potraumatycznych. Ujawniono jedynie słabą korelację między czasem trwania przemocy a objawem PTSD, jakim jest unikanie ($r = -0,27$, $p < 0,05$).

Większość badanych kobiet (64%) przyznała, że nie były jedynymi ofiarami przemocy w rodzinie. Pozostałe 36% badanych określiło się jako jedyne ofiary. Fakt ten nie różnicował poziomu negatywnych ($M=52,07$, $SD=14,79$ i $M=53,69$, $SD=12,79$, $t=0,25$) i pozytywnych następstw doświadczonej traumy ($M=54,61$, $SD=21,96$ i $M=56,53$, $SD=21,35$, $t=0,04$).

Warto dodać, że najczęściej doznawaną formą przemocy okazała się przemoc psychiczna. Doświadczyło jej 90,9% badanych kobiet. Doznanie przemocy fizycznej zgłosiło 61,8% badanych, ekonomicznej – 31,5%, a seksualnej – 12%. Nie analizowano związku między formą przemocy a nasileniem PTSD i PTG ze względu na fakt, iż zdecydowana większość badanych kobiet doświadczyła przemocy psychicznej, a ponadto wiele z nich doznało jednocześnie różnych form przemocy.

Kolejną analizowaną zmienną była skłonność do dzielenia się informacjami o doznanej przemocy. Wskaźnikiem była częstość rozmów z innymi na ten temat. Rozmowy te mogły być prowadzone z członkami rodziny, przyjaciółmi, znajomymi oraz osobami obcymi i przybierać formę negatywną (mówienie o negatywnych aspektach przemocy) i pozytywną (mówienie/doszukiwanie się możliwych pozytywnych aspektów doświadczanej przemocy). 68,5% badanych kobiet ujawniło niską (odpowiedzi *nigdy* lub *rzadko*), a 31,5% wysoką częstość negatywnych wypowiedzi na temat doznawanej traumy (odpowiedzi *czasami* lub *często*). Częstość podejmowanych rozmów różnicowała w sposób istotny statystycznie nasilenie PTSD (niska: $M=55,40$, $SD=12,85$; wysoka: $M=46,64$, $SD=2,84$, $t=2,84$, $p<0,01$), a przede wszystkim dotyczyło to intruzji ($M=20,26$, $SD=6,62$ i $M=16,75$, $SD=8,34$, $t=2,13$, $p<0,05$). Nie różnicowała natomiast poziomu PTG, zarówno wyniku ogólnego ($M=52,88$, $SD=23,05$ i $M=60,57$, $SD=17,41$, $t=-1,57$) ani żadnego z jego wymiarów.

77,5% badanych prezentowało niską, a pozostałe 22,5% wysoką częstość pozytywnych wypowiedzi na temat doświadczanej traumy. Nie różnicowała ona jednak ogólnego wyniku PTG (niska: $M=53,31$, $SD=22,74$, wysoka: $M=62,15$, $SD=15,94$, $t=-1,62$), ale uzyskane różnice są na poziomie trendu ($p<0,10$). Natomiast wśród wymiarów składających się na wzrost po traumie różnice istotne dotyczą jedynie zmian w percepcji siebie ($M=22,31$, $SD=11,05$ i $M=27,65$, $SD=6,35$, $t=-2,05$, $p<0,05$). Wskazują one, że te kobiety, które częściej dzieliły się pozytywnymi informacjami o doświadczonych zdarzeniach ujawniały wyższy poziom zmian w percepcji siebie. Skłonność kobiet doznających przemocy do dzielenia się pozytywnymi informacjami na temat doświadczanej traumy nie różnicowała ogólnego wyniku PTSD ($M=53,82$, $SD=13,60$ i $M=48,60$, $SD=15,16$, $t=1,47$), ale wiązała się z nasileniem unikania ($M=16,26$, $SD=4,86$ i $M=5,20$, $SD=2,36$, $t=2,36$, $p<0,05$). Te kobiety, które częściej dzieliły się pozytywnymi informacjami o swoich przeżyciach ujawniały niższy poziom objawów unikania.

W następnym kroku, wykorzystując współczynniki korelacji Pearsona, ustalono związek między poziomem negatywnych i pozytywnych następstw doświadczanej traumy. Nie znaleziono żadnych istotnych powiązań między PTSD a PTG w badanej grupie kobiet. Dotyczy

to zarówno wyników łącznych analizowanych skal, jak i ich poszczególnych czynników. Uzyskane współczynniki korelacji (tab. 2) mieściły się w zakresie od -0,18 do 0,12.

Tabela 2. **Współczynniki korelacji między objawami PTSD a nasileniem PTG**

	PTG – ogółem	Cz. 1	Cz. 2	Cz. 3	Cz. 4
Objawy PTSD – ogółem	-0,02	-0,02	-0,05	0,04	0,05
- intruzja	-0,01	0,02	-0,05	-0,01	0,05
- pobudzenie	0,09	0,08	0,10	0,01	0,05
- unikanie	-0,13	-0,18	-0,18	0,12	0,01

Cz. 1. Zmiany w percepcji siebie; Cz. 2. Zmiany w relacjach z innymi; Cz. 3. Docenianie życia; Cz. 4. Zmiany duchowe

Analiza regresji podjęta w celu ustalenia, które objawy PTSD pozwalałyby na przewidywanie wzrostu po traumie nie ujawniła żadnych predyktorów, co potwierdza brak związku między negatywnymi i pozytywnymi następstwami doświadczonej traumy w badanej grupie kobiet doświadczających przemocy w rodzinie.

Omówienie wyników

Badane kobiety, które doświadczyły przemocy domowej, ujawniają głównie negatywne skutki przeżytych zdarzeń. Blisko 90% spośród nich prezentuje umiarkowane lub wysokie nasilenie PTSD. Jest to wynik wyższy w porównaniu z osobami, które doznały innego rodzaju sytuacji traumatycznych. Dla porównania w badaniach strażaków, którzy byli narażeni na zdarzenia traumatyczne w związku z pełnieniem obowiązków służbowych, odsetek badanych z umiarkowanym i wysokim poziomem objawów PTSD (mierzonych tym samym narzędziem, tj. Skalą Wpływu Zdarzeń) wynosił 25% [16].

Uzyskane dane wskazujące na wysokie nasilenie PTSD w badanej grupie kobiet świadczą o tym, że doświadczanie przemocy jest dla nich silną traumą. Uzyskane wyniki korespondują z danymi uzyskanymi przez Dąbkowską [4], wskazującymi, że wszystkie badane przez autorkę kobiety, które doświadczyły przemocy domowej ujawniły objawy PTSD, a 76,5% spośród nich w stopniu umiarkowanym lub znacznym. Wysokie nasilenie objawów PTSD przypuszczalnie wiąże się z faktem, iż badane kobiety doświadczały wielokrotnej traumy i co więcej, nadal pozostają w tzw. toksycznych związkach. Są więc narażone na kontakt ze sprawcami przemocy i przypuszczalnie na kolejne podobne doświadczenia traumatyczne. Wciąż więc przeżywają negatywne emocje, które dotyczą zarówno przeszłości, jak i przyszłości. Niewątpliwie taka sytuacja utrudnia proces odzyskiwania zdrowia i stanowi wyzwanie dla terapii. Zwraca się także

uwagę, że trauma spowodowana działaniem człowieka pociąga za sobą silniejsze objawy PTSD niż trauma spowodowana działaniem sił naturalnych [8].

Niezależnie od negatywnych skutków doświadczonej traumy u badanych kobiet pojawiły się także pozytywne zmiany, ujawniane w postaci potraumatycznego wzrostu, choć zaledwie 25% spośród nich doświadczyło go w stopniu wysokim. Większe zmiany dotyczyły doceniania życia. Wprawdzie poziom pozytywnych zmian potraumatycznych mieścił się w zakresie wartości przeciętnych, to odsetek osób z wysokim poziomem wzrostu okazał się niższy, niż np. wśród kobiet chorych onkologicznie po zabiegu mastektomii, u których wynosił 50% [39]. Sugeruje to, że rodzaj doświadczonej traumy wpływa na poziom pozytywnych zmian potraumatycznych. W przypadku doznawania przemocy domowej jednostce trudno jest znaleźć sens własnych doświadczeń, nadać im znaczenie, a to utrudnia proces pojawiania się PTG.

Spśród analizowanych zmiennych, obejmujących wiek, wykształcenie, stan cywilny, posiadanie dzieci, czas trwania przemocy, fakt bycia jedyną ofiarą przemocy w rodzinie oraz skłonność do dzielenia się informacjami o doznanej przemocy, jedynie ta ostatnia różnicowała w sposób istotny konsekwencje doświadczonej traumy. Te kobiety, które częściej rozmawiały o negatywnych skutkach przemocy ujawniły niższe nasilenie PTSD. Z kolei rozmawianie o pozytywnych skutkach traumy wiązało się ze zmniejszaniem objawów PTSD w zakresie unikania oraz zwiększaniem pozytywnych zmian potraumatycznych w percepcji siebie. Rozmowa z innymi, niezależnie od tego czy ma na celu ujawnianie negatywnych czy pozytywnych treści na temat przeżytych zdarzeń, pozwala na ekspresję przeżywanych emocji i jest traktowana jako rodzaj wsparcia społecznego. Zwiększa ono poczucie bliskości i utrwala więzi z innymi, poprawia dobrostan psychiczny i sprzyja podejmowaniu bardziej skutecznych sposobów radzenia sobie. Dostępne badania potwierdzają znaczenie wsparcia społecznego w procesie redukcji objawów PTSD [40] i pojawiania się pozytywnych zmian potraumatycznych [41,42].

Znaczenie wsparcia społecznego w procesie wzrostu po traumie wiąże się przede wszystkim z faktem, że dzielenie się informacjami na temat doświadczonej traumy mobilizuje u jednostki procesy aktywnej ruminacji, tj. ukierunkowanej na rozwiązanie problemu. Tego rodzaju ruminacje, w przeciwieństwie do rozpamiętywania o charakterze natrętnym, mają charakter celowy i prowadzą do adaptacyjnego przeformułowania schematów poznawczych dotyczących świata i własnej osoby oraz ustanowienia nowej, bardziej realistycznej wizji rzeczywistości, co sprzyja procesom wzrostu [14].

Wyniki badań wskazały na brak związku między nasileniem objawów PTSD a poziomem pozytywnych zmian potraumatycznych. Jest to sprzeczne z założeniami autorów koncepcji PTG [13,14], wskazującej na współwystępowanie negatywnych i pozytywnych następstw doświadczonej traumy. Nie pozostaje też w zgodzie z rezultatami wielu badań, wskazujących na dodatnie powiązania PTSD z PTG.

Brak związku między negatywnymi i pozytywnymi następstwami doznanej traumy w badanej grupie kobiet, doznających przemocy w rodzinie może być wynikiem utrzymywania się wysokiego poziomu objawów PTSD, co z kolei może ograniczać możliwość pojawienia się PTG. Brak związku między PTSD a PTG sugerowałby istnienie odrębnych mechanizmów leżących u podłoża negatywnych i pozytywnych następstw traumy. Teza ta wymagałaby jednak potwierdzenia w kolejnych badaniach.

Przeprowadzone badania wiążą się z pewnymi ograniczeniami. Oceny negatywnych i pozytywnych skutków doświadczonych zdarzeń traumatycznych dokonano za pomocą samoopisu, co wiąże się z ryzykiem wpływu zmiennej aprobaty społecznej. W badaniach ograniczono się do traumy związanej z doświadczaniem przemocy w rodzinie. Nie analizowano innych rodzajów zdarzeń traumatycznych, które mogły wystąpić u badanych kobiet, takich jak np. śmierć kogoś bliskiego czy poważna choroba. Współwystępowanie zdarzeń traumatycznych mogłoby wpływać na nasilenie, tak negatywnych, jak i pozytywnych ich skutków. Ponadto, badania miały charakter przekrojowy, co nie upoważnia w sposób jednoznaczny do wnioskowania o zależnościach przyczynowo-skutkowych.

Pomimo przedstawionych ograniczeń uzyskane wyniki badań wnoszą nowe treści w zagadnienie, jakim są następstwa doświadczanej traumy. Wskazują, że doznawanie przemocy w rodzinie może wiązać się nie tylko z występowaniem negatywnych, ale także pozytywnych skutków. Wyniki uzyskanych badań mogą być wykorzystane w praktyce, zwiększając skuteczność psychoterapii, a także stanowić inspirację do dalszych poszukiwań. Warto jednak pamiętać, że istotnym elementem przetworzenia traumy, co wyraża się zmniejszeniem objawów stresu pourazowego i większym prawdopodobieństwem wystąpienia wzrostu będzie odseparowanie ofiary od sprawcy przemocy. Ważnym kierunkiem badań wydaje się ustalenie roli przetwarzania poznawczego, w tym posiadanych przekonań na temat świata i własnej osoby, leżących u podłoża negatywnych i pozytywnych konsekwencji doświadczonej traumy. Ofiary przemocy wykazują bowiem znaczne trudności w zasymilowaniu treści związanych z powtarzającymi się negatywnymi doświadczeniami.

Wnioski

Uzyskane wyniki badań pozwalają na sformułowanie następujących wniosków:

1. U kobiet doświadczających przemocy w rodzinie występuje wysokie nasilenie objawów PTSD.
2. Doświadczanie przemocy domowej wiąże się także z występowaniem pozytywnych następstw, ujawnianych w postaci wzrostu po traumie.
3. Takie zmienne jak wiek, wykształcenie, stan cywilny, posiadanie dzieci, czas trwania przemocy, fakt bycia jedyną ofiarą przemocy nie wiążą się z nasileniem tak negatywnych, jak pozytywnych skutków doświadczanej traumy.
4. Skłonność do dzielenia się informacjami o negatywnych następstwach traumy sprzyja redukcji objawów PTSD.
5. Nasilenie objawów stresu pourazowego nie wiąże się z poziomem wzrostu po traumie w badanej grupie kobiet.

Piśmiennictwo

1. Sasal D. www.elblag.policja.gov.pl/p_d_f/niebieskie.gov (dostęp 10 lipca 2013)
2. Niebieska Linia. www.statystyka.policja.pl/wybrane_statystyki.
3. Centrum Badania Opinii Społecznej. Przemoc i konflikty w domu. www.cbos.pl/Spiskom.Pol/2012/K_082_12
4. Dąbkowska M. Zaburzenia stresowe pourazowe u kobiet jako wynik przemocy ze strony partnera. *Alkoholizm i Narkomania*. 2009; 22(1): 11-20.
5. Karakuła H, Łukasik P, Juchnowicz D, Pitucha A, Lecyk A. Związek między przemocą ze strony partnera a występowaniem skarg i chorób somatycznych. *Curr Probl Psychiatri*. 2011, 12(2): 205-209.
6. Makara-Studzińska M, Madej A. Przemoc wobec kobiet a depresja – przegląd badań. *J Education, Health Sport*. 2015; 5(5): 373-388.
7. Dąbkowska M. Wpływ traumatycznych doświadczeń na zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej*. 2006; 4(6): 161-164.
8. Dąbkowska M. Pamięć a trauma w wyniku przemocy w bliskich związkach. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej*. 2007; 1(7): 37-41.
9. Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. Pomiar zaburzeń po stresie traumatycznym – polska wersja zrewidowanej Skali Wpływu Zdarzeń. *Psychiatria*. 2009; 6(1): 15-25.
10. Lis-Turlejska M. Zdarzenia traumatyczne – sposoby definiowania, pomiar i rozpowszechnienie. W: Strelau J, Zawadzki B, Kaczmarek M. red. *Konsekwencje psychiczne traumy. Uwarunkowania i terapia*. Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2009; Warszawa, s. 15-33.
11. Khadra C, Wehbe N, Lachance Fiola J, Skaff W, Nehmé M. Symptoms of post-traumatic stress disorder among battered women in Lebanon: an exploratory study. *Interpers Violence*. 2015; 30(2): 295-313. doi: 10.1177/0886260514534774.
12. McLean CP, Morris SH, Conklin P, Jayawickreme N, Foa EB. Trauma characteristics and posttraumatic stress disorder among adolescents survivors of childhood sexual abuse. *J Fam Violence*. 2014; 29: 559-566.

13. Tedeschi RG, Calhoun LG. The Post-Traumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *J Trauma Stress*. 1996; 9(3): 455-471.
14. Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychol Inq*. 2004; 15:1-8.
15. Ogińska-Bulik N. Pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych czyli kiedy łzy zamieniają się w perły. Wyd. Difin; 2013: Warszawa.
16. Ogińska-Bulik N. Dwa oblicza traumy. Negatywne i pozytywne skutki zdarzeń traumatycznych u pracowników służb ratowniczych. Wyd. Difin; 2015: Warszawa.
17. Cobb AR, Tedeschi RG, Cann A. Correlates of posttraumatic growth in survivors of intimate partner violence. *J Trauma Stress*. 2006; 19(6): 895-903.
18. Lev-Wiesel R, Amir M, Besser A. Posttraumatic growth among female survivors of childhood sexual abuse in relation to the perpetrator identity. *J Loss Trauma*. 2005; 10(1): 7-17.
19. Woodward C, Joseph S. Positive change process and posttraumatic growth in people who have experienced childhood abuse: understanding vehicles of change. *Psychol Psychother*. 2003; 76(3): 267-283.
20. Draucker CB. Learning the harsh realities of life: Sexual violence, disillusionment, and meaning. *Health Care Women Int*. 2001; 22: 67-84.
21. Senter KE, Caldwell K. Spirituality and the maintenance of change: A phenomenological study of women who leave abusive relationships. *Contemp Fam Ther*. 2002; 24: 543-564.
22. Elderton A, Berry A, Chan C. Systematic review of posttraumatic growth in survivors of interpersonal violence in adulthood. *Trauma Violence Abuse* 2015 doi: 10.1177/1524838015611672.
23. Ogińska-Bulik N. Wzrost po traumie związanej z doświadczaniem przemocy w rodzinie u dzieci i ich matek. *Pedagogika Rodziny - czasopismo SAN w Łodzi*, 2013; 3(4): 89-100.
24. Helgeson V, Reynolds K, Tomich P. A meta-analytic review of benefit finding and growth. *J Consult Clin Psychol*. 2006; 74(5): 797-816.
25. Nishi D, Matsuoka Y, Kim Y. Posttraumatic growth, posttraumatic stress disorder and resilience of motor vehicle accidents survivors. *BioPsychoSocial Medicine*, 2010: 4 <http://www.bpsmedicine.com/contents/4/1/7>
26. Taku K, Calhoun L, Tedeschi R, Gil-Rivas V, Kilmer R, Cann A. Examining posttraumatic growth among Japanese university students. *Anxiety Stress Coping*. 2007; 20(4): 353-367.
27. Bensimon M. Elaboration on the association between trauma, PTSD and posttraumatic growth: The role of resilience. *Per Indiv Differ*. 2012; 52: 782-787.
28. Solomon Z, Dekel R. Posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth among Israeli ex-POWs. *J Trauma Stress*. 2007; 20: 303-312.
29. Hobfoll SE, Tracy M, Galea S. The impact of resources loss and traumatic growth on probable PTSD and depression following terrorist attacks. *J Trauma Stress*. 2006; 19(6): 867-878.
30. Merez D, Waszkowska M. Związki pomiędzy objawami zaburzenia po stresie traumatycznym a rozwojem potraumatycznym u kierowców – uczestników wypadków drogowych. W: Golińska L., Bielawska-Batorowicz E. red. *Rodzina i praca w warunkach kryzysu*. Wydawnictwo UŁ, 2011; Łódź, s. 541-552.
31. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Konsekwencje doświadczanych negatywnych wydarzeń życiowych – objawy stresu pourazowego i potraumatyczny wzrost. *Psychiatria*, 2012; 9(1): 1-10.
32. Ogińska-Bulik N. Rola objawów stresu pourazowego w rozwoju po traumie u pracowników służb ratowniczych. W: Janicka I, Znajmiecka-Sikora M. red. *Rodzina i kariera*. Wyd. UŁ; 2014: Łódź, s. 389-402.
33. Solomon Z, Waysman M, Neria Y. Positive and negative changes in the lives of Israeli former prisoners of war. *J Soc Clin Psychol*. 1999; 18: 419-435.

34. Hageñaars M, van Minnen A. Traumatic growth in exposure therapy for PTSD. *J Trauma Stress*. 2010; 23(4): 504-508.
35. Frazier P, Conlon A, Galser T. Positive and negative life changes following sexual assault. *J Consult Clin Psychol*. 2001; 69(6): 1048-1055.
36. Kunst MJ, Winkel FW, Bogaerts S. Posttraumatic growth moderates the association between violent revictimization and persisting PTSD symptoms in victims of interpersonal violence: A six-month follow-up study. *J Soc Clin Psychol*. 2010; 29(5): 527-524.
37. Weiss D, Marmar C. The Impact of Event Scale – Revised. W: Wilson J., Keane T. red. *Assessing psychological trauma and PTSD: A handbook for practitioners*. Guilford Press; 1997: New York, s. 399-411.
38. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Rozwój potraumatyczny – charakterystyka i pomiar. *Psychiatria*, 2010; 7(4): 129-142.
39. Ogińska-Bulik N. Potraumatyczny rozwój w chorobie nowotworowej – rola prężności. *Polskie Forum Psychologiczne*. 2010; 15(2):125-139.
40. Łuszczynska A. Wsparcie społeczne a stres traumatyczny. W: Sęk H., Cieślak R. red. *Wsparcie społeczne, stres a zdrowie*. PWN; 2004; Warszawa, s. 190-205.
41. Ogińska-Bulik N. Wsparcie społeczne a potraumatyczny wzrost u osób zmagających się z przewlekłymi chorobami somatycznymi. W: Gałkowski T, Zasepa E. red. *Oblicza współczesnej psychologii klinicznej*. Wyd. GWP; 2014: Gdańsk, s. 67-86.
42. Ogińska-Bulik N. Social support and negative and positive outcomes of experienced traumatic events in a group of male emergency workers. *Int J Occup Saf Ergonom*. 2015; 21(2): 119-127.