

**Przemoc domowa – różne definicje, różne reakcje - przegląd piśmiennictwa**

**Domestic violence - different definitions, different reactions - a review of the literature**

Anna Wójcicka, Aldona Stodulska-Blaszke

Katedra i Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

**Streszczenie**

*Przemoc nie jest zjawiskiem nowym. Przemoc i jej skutki można rozpatrywać w różnych dziedzinach: przemoc w pracy, szkole czy przemoc w rodzinie. Można na nią także spojrzeć także z perspektywy psychologicznej, etycznej, prawnej lub społecznej. Przemoc jest pojęciem wieloznacznym.*

*Z tego też powodu precyzyjne określenie definicji przemocy domowej nie jest prostym zadaniem. Tak jak istnieją różne definicje przemocy w rodzinie czy przemocy domowej, różne są też jej skutki, w tym także długoterminowe konsekwencje dla zdrowia osób doświadczających przemocy. Ofiary przemocy doznają różnych zmian nie tylko w sferze emocjonalnej ale także - u niektórych – dochodzi do zmian w postrzeganiu siebie i otaczającego świata. Niejednokrotnie ofiary przemocy zgłaszają również różne objawy fizyczne nie znajdujące wyjaśnienia w badaniach medycznych.*

**Summary**

*Violence is not a new phenomenon. Violence and its effects can be examined in different areas: violence at work and school and domestic violence. You can also look at it also from the perspective of psychology, ethic, legal or social. Violence is an ambiguous concept.*

*For this reason, a precise definition of domestic violence is not a simple task. Just as there are different definitions of domestic violence or domestic violence, there are various consequences, including long-term consequences for the health of people experiencing violence. Victims of violence suffer different changes not only emotional but also - in some - to changes in perceptions of self and the world around them. Often victims of violence also notify various physical symptoms that are not confirmed in medical research.*

*Słowa kluczowe:* przemoc domowa, skutki zdrowotne, depresja

*Key words:* domestic violence, mental health, depression

**Wstęp**

Mimo że media prezentują coraz więcej przejawów przemocy w rodzinie i przekonują społeczeństwo, że jest ona wyrazem zmian na gorsze w naszym stylu życia, trzeba pamiętać o tym, że przemoc nie jest zjawiskiem nowym. Przemoc nie jest też symbolem czasów nam współczesnych. Historia ludzkości jest pełna przemocy. O przemocy pisał już Seneka w De Clementia XXIV „Cóż to za zgroza-dobrzy bogowie! – zabijać, katować, rozkoszować się brzękiem łańcuchów, a gdzie tylko obrócisz, przelewać krew, samym spojrzeniem siać postrach i do ucieczki zmuszać! Czy jakiś inne byłoby życie, gdyby rządziły lwy i niedźwiedzie? Gdyby władzę nad nami przekazano gadzinom? Najgroźniejszym drapieżcom? Te jednak bestie, choć nie mają rozumu, choć nimi gardzimy z powodu dzikości, oszczędzają przynajmniej osobniki swojego gatunku. Nawet pomiędzy dzikimi bestiami gwarancją bezpieczeństwa jest dla

*nich podobieństwo natury. Tylko pomiędzy ludźmi dzika furia nie oszczędza nawet krewnych, ale swoich i obcych stawia na równo.” [1].*

Stary to tekst, dawno napisany, nadal jednak aktualny. Niewiele się od czasów Seneki zmieniło. J. de Maistre – wytrawny i pilny obserwator francuskiej rewolucji - w czasach Wielkiego Terroru zapisał „*We wszechświecie nie ma nic prócz przemocy*” [2; cyt. za M. Milewska 2001]. Aby zilustrować ogrom i wieloaspektowość zjawiska przemocy, można również cytować fragmenty Biblii czy Koranu, najwcześniejsze zapisy egipskie i sumeryjskie, a także doświadczenia z II wojny światowej. Przemoc, to chyba i dziś jedno z częściej używanych słów- pojęć, słów- kluczy. Przemoc i jej skutki można rozpatrywać w różnych kontekstach i dziedzinach: przemoc na ekranie, w różnych rejonach świata, przemoc wirtualna, w pracy, szkole czy przemoc w rodzinie. Na zjawisko to można także spojrzeć z perspektywy psychologicznej, etycznej, prawnej lub społecznej.

### **Co rozumiemy pod pojęciem przemocy domowej?**

Precyzyjne określenie definicji przemocy domowej nie jest prostym zadaniem ze względu na to, iż przemoc jest pojęciem wieloznacznym. W literaturze anglojęzycznej dla określenia tego zjawiska używa się kilku terminów m.in. przemoc w rodzinie (family violence), przemoc domowa (domestic violence), zaniedbanie (neglect), nadużycie (abuse), maltretowanie (maltreatment). Przy czym terminu „przemoc w rodzinie” zazwyczaj używa się dla określenia dowolnego rodzaju przemocy fizycznej i/lub psychicznej jaki ma miejsce w obrębie jednej rodziny. Obejmuje ono małżonków, dzieci, rodzeństwo, rodziców i starszych członków rodziny.

Natomiast „przemoc domowa” oznacza przemoc psychiczną i/lub fizyczną, jaką jeden z dorosłych (lub dorastających) partnerów seksualnych zadaje drugiemu [3]. Część osób zajmujących się problemem przemocy używa tych terminów zamiennie. Termin „abuse” (nadużycie) obejmuje nie tylko jawne i oczywiste przejawy przemocy takie jak bicie, krzywdzenie czy molestowanie seksualne, ale także formy przemocy emocjonalnej i intelektualnej. Mellody tym pojęciem objęła także przeżycia z okresu dzieciństwa, które określiła jako „mniej opiekuńcze”. Przy czym wg niej okres dzieciństwa trwa od urodzenia do 17 roku życia [4]. W języku polskim pod pojęciem „przemoc” rozumie się zarówno znęcanie się, krzywdzenie, maltretowanie jak i nadużycie czy złe traktowanie. W Polsce ten ostatni termin do literatury przedmiotu został wprowadzony przez Frączka w odniesieniu do dzieci i obejmuje: przemoc fizyczną, znęcanie psychiczne, seksualne, eksploatowanie dziecka, zaniedbywanie [5]. Osoby będące ofiarami przemocy w rodzinie najczęściej pojęcia „złe traktowanie” używają w odniesieniu do sfery fizycznej i psychicznej. W ujęciu Strattona złe traktowanie jest pojęciem ogólnym i dotyczy nie tylko rodziców, ale i dzieci, a także relacji wewnątrzrodzinnych. Autor ten określa złe traktowanie jako „sytuację w której jedna osoba odnosi się drugiej w sposób niezgodny z łączącą je relacją i bez odpowiedniej troski wynikającej z charakteru tej relacji” [6]. Przez przemoc rozumie się także takie działania, które niezależnie od formy ostatecznie upośledzają moc kogoś, kto jest jej obiektem. Taki też jest cel przemocy, czyniącej z człowieka istotę bezwolną [7]. Według Górnicwicza przemoc to „bezpośrednie oddziaływanie jednego człowieka na drugiego w celu zmuszenia do zmiany zachowania, zmiany systemu wartości, bądź poglądu w jakiejś sprawie” [8]. Socjolodzy natomiast stoją na stanowisku, że przemoc to „jeden z głównych, obok groźby,

środków przymusu, polega na użyciu siły fizycznej, przez jednostkę lub grupę, często wbrew obowiązującemu prawu, w celu zmuszenia jakiejś osoby czy członków grupy do określonego działania czy też uniemożliwienia podjęcia działań lub do zaprzestania wykonywania czynności już rozpoczętej” [9]. Jeszcze inną definicję zaproponował Mellibruda wg którego przemoc jest intencjonalnym naruszeniem mocy oraz wszelkich praw i dóbr osobistych jednostki w sposób uniemożliwiający jej obronę i powodującą szkody psychiczne, fizyczne, symboliczne i materialne [10]. Natomiast Pospiszyl zaproponowała aby przemocą nazywać wszystkie nieprzypadkowe akty naruszające osobistą wolność jednostki, które przyczyniają się do fizycznej albo psychicznej szkody drugiego człowieka i które wykraczają poza społeczne normy wzajemnych kontaktów międzyludzkich [11]. Przemoc w rodzinie odnosi się do tych form zachowania, które wykonywane są z intencją zadania bólu lub obrażeń członkowi rodziny. Ich cechą charakterystyczną jest to, że rzadko stanowią one pojedyncze zdarzenia, lecz zawsze powtarzają się regularnie, czasem przez bardzo długie okresy [12]. Kryterium czasu uwzględnia również definicja przemocy w rodzinie zamieszczona w Ustawie o Przeciwdziałaniu Przemocy w Rodzinie [13]. W tym akcie prawnym przemoc w rodzinie obejmuje zarówno jednorazowe jak i powtarzające się umyślne działania narażające członków rodziny na niebezpieczeństwo utraty życia lub zdrowia, naruszające ich godność, nietykalność cielesną, wolność – w tym seksualną – powodujące szkody na ich zdrowiu fizycznym lub psychicznym, a także wywołujące cierpienia i krzywdy moralne.

Analiza definicji przemocy domowej pozwala na stwierdzenie, że jest ona zamierzonym działaniem człowieka lub zaniechaniem, ma na celu kontrolowanie i podporządkowanie ofiary. Narusza prawa i dobra osobiste drugiego człowieka; ofiara jest słabsza a sprawca silniejszy w różnych obszarach. Powoduje szkody fizyczne i psychiczne. W wyniku czego ofiara doświadcza bólu i cierpienia co skutkuje mniejszą zdolnością do samoobrony.

### **Różne skutki przemocy**

Tak jak istnieją różne definicje przemocy w rodzinie czy przemocy domowej, różne są też jej skutki u osób nią dotkniętych. Większość społeczeństwa nie rozumie tego problemu i nie ma wiedzy na temat psychicznych skutków przemocy, ani tych bezpośrednich, ani tych odległych – ujawniających się po latach. Większość ludzi, którzy nigdy nie doświadczyli długotrwałej przemocy, nie zdaje sobie sprawy ze skuteczności

metod kontroli przez przemoc. Nie rozumieją psychologicznej sytuacji ludzi doświadczających przemocy. Nie zdają sobie sprawy z tego, że powtarzające się urazy powodują poważne szkody w psychice maltretowanych osób.

Jednym ze skutków doświadczania przemocy jest zespół stresu pourazowego.

Pojęcie Zaburzenia Stresowego Pourazowego (PTSD) w 1980 roku zostało po raz pierwszy wprowadzone do amerykańskiej Klasyfikacji Zaburzeń Psychiatrycznych. Aby rozpoznać PTSD muszą być spełnione następujące kryteria diagnostyczne [14]:

A. osoba była ekspozowana na traumatyczne wydarzenie, w którym:

1. doświadczyła, była świadkiem wydarzeń takich które mogły spowodować śmierć lub groziły śmiercią, lub doświadczyła ciężkiego urazu lub zagrożenia zdrowia fizycznego własnego i innych osób
2. przeżywała silny lęk, odczuwała bezsilność lub przerażenie

B. traumatyczne wydarzenie jest uporczywie przeżywane na co najmniej jeden z poniższych sposobów:

1. nawracające i natrętne, powodujące cierpienie psychiczne wspomnienia wydarzenia, w tym wyobrażenia, myśli lub spostrzeżenia
2. nawracające i przykre sny na temat traumatycznego wydarzenia
3. zachowanie lub uczucie spowodowane jak gdyby nawracaniem traumatycznego wydarzenia
4. poczucie silnego cierpienia psychicznego powodowane przez wewnętrzne lub zewnętrzne bodźce, które symbolizują lub przypominają aspekty traumatycznego wydarzenia
5. wzmożona reaktywność fizjologiczna w sytuacji ekspozycji na bodźce wewnętrzne i zewnętrzne, które symbolizują lub przypominają aspekty traumatycznego wydarzenia

C. utrwalone unikanie bodźców związanych z urazem i zmniejszeniem ogólnej reaktywności (nie występującej przed urazem), na które wskazują co najmniej trzy z poniższych objawów:

1. podejmowanie wysiłków w celu uniknięcia myśli, uczuć i rozmów związanych z urazem
2. podejmowanie wysiłków w celu unikania czynności, miejsc i osób, które wywołują skojarzenia z urazem
3. niezdolność do przypomnienia sobie istotnych aspektów urazu
4. wyraźnie zmniejszone zainteresowanie lub uczestnictwo w codziennej aktywności

5. poczucie odłączenia i wyobcowania do innych osób
6. ograniczony afekt
7. poczucie braku perspektyw na przyszłość

D. utrwalone objawy wzmożonego pobudzenia (nie występujące przed urazem), na które wskazują co najmniej dwa z poniższych objawów:

1. trudności z zasypianiem lub utrzymaniem snu
2. drażliwość, wybuchy gniewu
3. trudności ze skupianiem się
4. wzmożona czujność
5. wzmożona reakcja przestrochu

E. czas trwania zaburzenia (objawów z kryteriów B, C, D) jest dłuższy niż jeden miesiąc

F. zaburzenie jest przyczyną intensywnego cierpienia psychicznego lub upośledzenia funkcjonowania społecznego, zawodowego i w innych dziedzinach.

Judith Herman stoi na stanowisku, że dotychczasowa definicja PTSD nie wyczerpuje wszystkich objawów występujących u ofiar długotrwałej przemocy i nie jest dostosowana do diagnozowania ofiar przemocy domowej. Albowiem u osób dotkniętych przemocą ma miejsce deformacja tożsamości. Dochodzi także u nich do charakterystycznych zmian osobowości, włącznie z upośledzeniem zdolności do wchodzenia w związki społeczne. Proponuje wprowadzenie do literatury przedmiotu pojęcia Złożony Pourazowy Zespół Stresu lub Złożony Syndrom Pourazowy. Autorka definiuje ten syndrom jako: doświadczenie bycia poddanym totalitarnej kontroli przez długi okres (miesiące lub lata). Przykłady obejmują zakładników, jeńców wojennych, więźniów obozów koncentracyjnych i ofiary niektórych sekt religijnych. Uwzględnia się też osoby poddane systemowi totalitarnemu w życiu seksualnym i rodzinnym, łącznie z maltretowanymi kobietami, dziećmi maltretowanymi fizycznie lub wykorzystywanymi seksualnie, jak również ofiary zorganizowanego wyzysku seksualnego. Autorka stoi na stanowisku, że wprowadzenie takiego rozpoznania byłoby zgodne z tradycją dokładnej obserwacji psychologicznej. Uwzględnia także różne stany psychiczne jakich doznają ofiary przemocy domowej.

- Zmiany w sferze emocjonalnej obejmują: uporczywą dysforię, ustawiczne myśli samobójcze, skłonność do samookaleceń, wybuchowość lub skraje hamowanie gniewu, kompulsywność lub skrajne zahamowanie w sferze seksualnej:

– Zmiany w świadomości: amnezje lub hypermnezje w związku z traumatycznymi przeżyciami, przejściowe stany dysocjacji, depersonalizację/derealizację, ponowne przeżywanie wydarzeń traumatycznych w postaci wtargnięcia lub ruminalacji.

- Zmiany w postrzeganiu siebie: poczucie bezradności albo paraliżu inicjatywy, wstyd, poczucie winy i samoobwinianie, poczucie skalaniania albo napiętnowania, poczucie kompletnej odmienności od innych.
- Zmiany w postrzeganiu prześladowcy: obsesyjna koncentracja na związku z prześladowcą (łącznie z obmyślaniem zemsty), nierealistyczne przypisywanie prześladowcy absolutnej władzy, idealizacja albo paradoksalna wdzięczność, poczucie, że związek z prześladowcą jest wyjątkowy albo metaforyczny, akceptacja systemu przekonań lub racjonalizacji prześladowcy.
- Zmiany w relacjach z innymi: izolowanie się i wycofanie, zerwanie intymnych związków z innymi, powtarzające się poszukiwanie wybawiciela (może występować na przemian z izolowaniem się i wycofaniem), trwałe braki zaufania, nieskuteczne próby samoobrony.
- Herman uwzględniła także występujące u ofiar przemocy zmiany w systemie wartości: utratę dającej otuchę wiary, poczucie beznadziejności i rozpacz [15].

Z dostępnej literatury przedmiotu wiadomo, że w przypadku wielu kobiet, akty przemocy są wielokrotne, a 25-30% kobiet będących ofiarami przemocy domowej jest bitych regularnie, wielokrotnie, nawet z częstotliwością raz w tygodniu [16]. Maltretowane kobiety żyją w realnym strachu przed wielokrotnym pobiciem, gwałtem, uszkodzeniem ciała, a także możliwą śmiercią [17]. Nadużycia emocjonalne zazwyczaj towarzyszą przemocy fizycznej i obejmują szeroki wachlarz zachowań, w tym ciągłą krytykę, wyzwiska, groźby, oskarżenia, niszczenie osobistych przedmiotów, groźby odebrania dzieci lub wstrzymania finansów. Maltretowane kobiety często twierdzą, że przemoc psychiczna może być gorsza od agresji fizycznej. Cascardi, O'Leary i Schlee wykazali, że zarówno intensywność fizycznej agresji jak i taktyki dominacji/izolacji stosowane przez małżonka predysponują do wystąpienia objawów PTSD [18].

Liczne badania wskazują na niekorzystne skutki zdrowotne związane z fizyczną i seksualną przemocą ze strony partnera [19,20,21]. Doznanie fizycznej przemocy domowej wiąże się z wyższą częstotliwością występowania depresji [21,22], zespołu stresu pourazowego, koszmarów sennych, chorób przenoszonych drogą płciową [23] i urazów fizycznych.

Wingood i wsp. [24] wykazali szkodliwą korelację zdrowotną w przypadku kobiet poddawanych zarówno przemocy fizycznej jak i seksualnej w porównaniu z kobietami doświadczającymi przemocy fizycznej ze strony partnera, ale nie wykorzystywanymi seksualnie. Kobiety doświadczające

ce obu form przemocy częściej zgłaszały uczucie depresji i podejmowały próby samobójcze. Średni wskaźnik rozpowszechnienia depresji wśród kobiet doświadczających przemocy domowej wynosi 47,6% [22] w porównaniu do częstości występowania w dowolnym okresie życia dla kobiet w ogólnej populacji 18,6% [25]. Kobiety, które doświadczyły gwałtu ze strony intymnego partnera często cechuje wysoki poziom lęku, poczucia winy, upokorzenia, częściej również dochodzi u nich do samooskarżania [26]. Badania przeprowadzone przez Bonomi i wsp [27] na grupie 3568 kobiet także wskazują, że doświadczanie przemocy seksualnej ze strony partnera życiowego stanowi dodatkowe obciążenie dla zdrowia. W badaniach tych zwrócono uwagę na znaczne różnice w grupie kobiet doświadczających przemocy seksualnej ze strony partnera lub przemocy fizycznej i seksualnej w porównaniu z tymi które doświadczały tylko przemocy fizycznej. U osób doświadczających jednocześnie przemocy fizycznej i seksualnej obserwowano większe nasilenie symptomów depresyjnych oraz większe nasilenie dolegliwości somatycznych. Kobiety z wywiadem obciążonym trzema rodzajami nadużyć, tj. przemocą fizyczną, emocjonalną i seksualną, zgłaszały wyższy poziom niepokoju, depresji, zaburzeń snu, dysocjacji i problemów seksualnych niż kobiety z dwoma rodzajami doświadczanej przemocy w wywiadzie. Kobiety te zgłaszały więcej problemów psychologicznych niż ofiary dotknięte jednym rodzajem nadużyć [28]. Na związek depresji z nasileniem przemocy zwrócił uwagę McCauley [29] i w badaniach opublikowanych w 1998r wykazał iż większe nasilenie przemocy związane jest z większym ryzykiem depresji. Analiza stopnia nasilenia przemocy i skutków zdrowotnych wykazała, że przemoc o wysokim poziomie nasilenia wiąże się z występowaniem większej liczby problemów zdrowotnych niż przemoc o niskim poziomie nasilenia. Natomiast przemoc o niskim poziomie nasilenia jest związana z występowaniem większej ilości problemów zdrowotnych niż brak przemocy. Występowanie depresji i zaburzeń snu jest wprost proporcjonalne zarówno do skali nasilenia przemocy jak i liczby niechcianych doświadczeń. Występowanie objawów fizycznych nie znajdujących wyjaśnienia w badaniach medycznych było zgłaszane na tym samym poziomie, niezależnie od stopnia nasilenia przemocy jak i liczby niechcianych doświadczeń [30].

Rozważając związek pomiędzy doświadczaniem przemocy domowej i zespołem stresu pourazowego (PTSD) stwierdzono, że występowanie PTSD w grupie kobiet będących ofiarami przemocy wynosi od 33% do 84% w zależności od badanej grupy, metodyki badania i czasu trwa-

nia przemocy [22,31,32]. Kobiety obciążone doświadczeniem przemocy domowej wykazywały o 1,68 wyższe prawdopodobieństwo wystąpienia objawów dużej depresji i około trzy razy większe prawdopodobieństwo wystąpienia objawów PTSD w porównaniu z kobietami, które nigdy nie doznały przemocy w związkach [33].

Prowadzone od wielu lat badania nad skutkami przemocy domowej wykazały, że ofiary przemocy doświadczają różnych zaburzeń zarówno w sferze psychicznej jak i somatycznej. Doświadczenie przemocy, nawet o niskim stopniu nasilenia, w znacznym stopniu wiąże się z problemami zdrowotnymi, co ma szczególne znaczenie dla systemu opieki zdrowotnej. Ofiary przemocy szukają pomocy medycznej z powodu różnych dolegliwości, na które się skarżą jednak często nie ujawniają faktu doświadczania przemocy, co powoduje, że ofiary przemocy nie są leczone zgodnie z ich potrzebami. W związku z tym niejednokrotnie leczenie zgłaszanych dolegliwości jest nieskuteczne. Pracownicy służby zdrowia powinni zawsze mieć na uwadze ewentualność doświadczania przez pacjentów przemocy i pytać o to w wywiadzie.

#### Piśmiennictwo

1. Seneka, De Clementia XXIV, cyt. za Filozofia starożytna Grecji i Rzymu. Warszawa: 1968, s. 331.
2. Milewska M. Ocet i Izzy. Terror Wielkiej Rewolucji Francuskiej jako doświadczenie traumatyczne. Gdańsk: 2001, s. 17. (tyt.oryginału: J. de Maistre: Considérations sur la France, éd. J. Tulard, Paris: 1980, s. 31.
3. Salber P., Taliaferro E. O przemocy domowej. Poradnik dla lekarza pierwszego kontaktu. Warszawa; PARPA: 1998, s. 25.
4. Mellody P. Toksyczne związki – anatomia i terapia współzależnienia. Warszawa; Jacek Santorski & CO Agencja Wydawnicza: 1993, s. 15.
5. Frączek A.F. (red.), Studia nad uwarunkowaniami i regulacją agresji interpersonalnej. Wrocław: Ossolineum; 1986.
6. Bielawska-Batorowicz E. O formach złego traktowania dzieci. Przegl. Psychologiczny, 1993; 36(3): 306.
7. Sztander W. Na czym polega pomaganie ofiarom przemocy. „Niebieska Linia”, pismo Ogólnopolskiego Porozumienia Osób, Organizacji i Instytucji Pomagającym Ofiarom Przemocy, 1999; 5/99: 18.
8. Górniewicz J., Przemoc w szkole. Zarys problemu, cz. I, Wychowanie na co dzień. 1995; nr 2.
9. Olechnicki K., Załęcki P., Słownik socjologiczny. wyd. II poprawione, Toruń; Graffiti BC: 1988, s.167.
10. Mellibruda J. Oblicza przemocy. Warszawa; Remedium: 1993.
11. Pospiszyl I. Razem przeciw przemocy. Warszawa; wyd. akademickie „Żak”: 1999, s. 16.
12. Krauss H.H., Krauss B.J. Domestic violence and its prevention. W: Adler L.L., Denmark F. L. red., Violence and prevention of violence. Westport; CT Praeger: 1995, s.129-144.
13. Dziennik Ustaw Nr 180 pozycja 1493 z 20 września 2005.
14. DSM IV - kryteria diagnostyczne, red. Wciórka J. wyd. Elsevier: 2008.
15. Herman L.J. Przemoc. Uraz psychiczny i powrót do równowagi. Gdańsk: Gdańskie wydawnictwo psychologiczne; 2004: s.130-133.
16. Plichta S. The effects of woman abuse on health care utilization and health status: a literature review. Woman's Health Issues, 1992; 2(3), 154-163.
17. Campbell J.C., Webster D., Koziol-McLain J., Block C., Campbell D., i wsp. Risk factors for femicide in abusive relationships: Results from a multisite case control study. Am. J. Public Health, 2003; 93(7): 1089-1097.
18. Cascardi M., O'Leary D., Schlee K. Forced sex and intimate partner violence: effects on women's risk and women's health. Violence Against Women, 1999; 5(9) 1017-1035.
19. Cascardi M., O'Leary D., Schlee K. Forced sex and intimate partner violence: effects on women's risk and women's health. Violence Against Women, 1999; 5(9) 1017-1035.
20. Coker Al., Davis K.E., Arias I, i wsp. Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. Am. J. Prev. Med., 2002; 23: 260-268.
21. Nicolaidis C., Curry M., McFarland B., Gerrity M. Violence, mental health, and physical symptoms in an academic internal medicine practice. J. Gen. Intern. Med., 2004; 19: 819-827.
22. Golding J.M.. Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. J. Fam. Violence, 1999; 14(2): 99-132.
23. Brokaw J., Fullerton- Gleason L., Olson L., Crandall C., McLaughlin S., Sklar D. Health status and intimate partner violence: S cross-sectional study. Ann. Emerg. Med. 2002; 39: 31.
24. Wingood G.M., DiClemente R.J., Raj A. Adverse consequences of intimate partner abuse among women in non-urban domestic violence shelters. Am. J. Prev. Med. 2000; 19: 270-275.
25. Kessler R.C., Nelson C.B., McGonagle K.A., Liu J., Swartz M., Blazer D.G. Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in general population: Results for the US National Comorbidity Survey. Br. J. Psych., 1996; 168 (suppl. 30), 17-30.
26. Kelly K.D., DeKeserdy W.S. Women's fear of crime and abuse In college and university dating relationships. Violence Vict., 1994; 9: 17-30.
27. Bonomi A.E., Anderson M.L., Rivara F.P., Thompson R.S. Health outcomes in women and physical and sexual intimate partner violence exposure, J. Women's Health 2007; 16(7): 987-995.
28. Follette V.M., Polusny M.A., Bechtle A.E., Naugle A.E. Cumulative trauma: The impact of child sexual abuse, adult sexual assault, and spouse abuse. J. Trauma. Stress, 1996; 9(1), 25-35.
29. McCauley J., Kern D., Kolodner K., Derogatis L., Bass E. Relation of low-severity violence to women's health. J. Gen. Intern. Med., 1998; 13; 687-691.
30. Wijma K., Samelius L., Wingren G., Wijma B. The association between ill-health and abuse: A cross-sectional population based study, Scand. J. Psychology, 2007; 48, 567-575.
31. Stein M., Kennedy C. Major depressive and post-traumatic stress disorder comorbidity in female victims of intimate partner violence. J.Affect Disord. 2001; 66 (2-3): 133-38.
32. Coker A., Weston R., Creson D., Justice B., Blakeney P. PTSD symptoms among men and women survivors of intimate partner violence: the role of risk and protective factors. Violence Vict., 2005; 20; 625-43.
33. Fedovskiy K., Higgins S., Paranjape A. Intimate partner violence: How does it impact major depressive disorder and post traumatic stress disorder among immigrant latinas? J. Immigrant Minority Health, 2008; 10: 45-51.

#### Address for correspondence

Anna Wójcicka  
Katedra i Klinika Psychiatrii UM w Lublinie