

Małgorzata Dąbkowska
 Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
 Katedra i Klinika Psychiatrii Collegium Medicum w Bydgoszczy

Wybrane aspekty lęku u ofiar przemocy domowej

Some aspects of anxiety in victims of domestic violence

Abstract

Introduction. The aim of the study was an assessment of traumatic events' (home bullying) influence on victims' mental condition. The study examine whether some aspects of anxiety is associated with adverse life events, especially home bullying.

Material and methods. The examined group consisted of 59 women at the age between 17 and 64 years, the average age 35.9 years. All examined women were residents of home bullying victims hostel or single mothers' hostel. Perpetrators used psychical violence (humiliating, menacing, deriding, setting financial limits, cheating victims out of money) or physical violence (beating and spanking, strangling, tying together, sexual intercourse forcing, locking in a house). To assess the level and symptoms of anxiety Hamilton Anxiety Scale (HAS) was used. To assess the level of anxiety as state and as trait the State Trait Anxiety Inventory (STAI) self-evaluation questionnaire was used. To assess the level of social anxiety self-report Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS) was used.

Results. The average level of intensity of anxiety according to HAS was 16.5 points. In 28.8% of women the medium intensity anxiety were found, in 8.4% — hard intensity anxiety. In the studied group the low level of anxiety as a trait and as a state was noted. Social anxiety was reported among 57.1% of women who have experienced domestic violence. Thirty eight percent was noted with a subtype of isolated social anxiety, whereas 19% had a generalized subtype of social phobia. Moderate intensity of social anxiety was presented by 9.5% of women, quite significant by 6.4% and severe and very severe by 9.4% of respondents.

Conclusions. Traumatic events caused by home bullying can be a source of anxiety in victims. Victims of domestic violence are inherently at risk of social anxiety. *Psychiatry 2008; 5: 91–98*

key words: domestic violence, symptoms of anxiety, state/trait anxiety, social anxiety

Wstęp

Lęk to przykre emocje z odczuciem silnego zagrożenia, którym towarzyszy wiele objawów wzbudzenia psychicznego, ruchowego i autonomicznego. Lęko- wi towarzyszą również poznawcze wyobrażenia związane z przeżywaniem zagrożenia. W sensie ewolucyjnym lęk jako sygnał zagrożenia umożliwiał adaptację do zmian w środowisku i motywował do po-

dejmowania działań ochronnych. Lęk jest zjawiskiem złożonym i wieloaspektowym. Podwaliny pod rozwój koncepcji lęku położyła psychoanaliza. Freud uważał, że lęk jest spowodowany stłumieniem libido przez superego [1]. Rogers uważa, że lęk wynika z nieprawidłowego obrazu siebie, rozbieżności między wizją siebie idealnego a stanem rzeczywistym i z niskiej samooceny. McReynolds tłumaczy lęk jako następstwo nieprawidłowego przetwarzania informacji [2]. Schachter z kolei uważa, że stany emocjonalne, w tym lęk, są wynikiem pobudzenia fizjologicznego w wyniku interpretacji sytuacji. W teorii uczenia według Millera uznano lęk za wyuczoną reakcję

Adres do korespondencji:
 dr med. Małgorzata Dąbkowska
 Klinika Psychiatrii
 ul. Kurpińskiego 19, 85–096 Bydgoszcz
 tel.: (0 52) 585 42 56
 e-mail: gosiadabkowska@yahoo.com

na powtarzające się zagrożenie. Lęk w teorii Spence'a jest rozumiany jako popęd, predyspozycja do reagowania lękiem w sytuacji zagrożenia. Według Mandlera lęk jest stanem bezradności, gdy nie ma możliwości właściwego reagowania. Złożone teorie, na przykład Younga, podkreślały zarówno genetyczne, jak i wyuczone reakcje obronne jednostki na zagrożenie. Niektóre teorie, jak teoria Lzarda, większy nacisk kładą na zaburzenia emocji, a inne bardziej zajmują się przejawami psychofizjologicznymi lęku, jak w przypadku przekonania Epsteina [3]. Koncepcję lęku jako syndromu obejmującego zmiany fizjologiczne, reakcje ekspresyjne, subiektywne poczucie zagrożenia, niepokój i napięcie oraz werbalizację odczuć przedstawili Lazarus i Averill w ramach teorii emocji. Według tych badaczy procesy poznawcze pośredniczą między sytuacją a reakcją emocjonalną na nią [1]. Lęk jest wywoływany przez stres psychologiczny związany z poczuciem zagrożenia i niepewnością. Manifestacja lęku obejmuje objawy fizjologiczne, psychiczne i behawioralne.

W obrazie klinicznym lęk charakteryzuje się zbyt dużym nasileniem, długotrwałością i bezprzedmiotowością, co wywołuje wpływ dezadaptacyjny, a niekiedy destrukcyjny. Lęk jako syndrom leży u podłoża zaburzeń lękowych. Poszczególne składowe lęku jako syndromu mogą być oceniane za pomocą Skali Lęku Hamiltona (HAS, *Hamilton Anxiety Scale*). Jest to skala kliniczna stosowana do oceny objawów lęku w zaburzeniach psychicznych, zwłaszcza w zaburzeniach lękowych i depresji.

Lęk może się przejawiać w postaci fobii, czyli nawykowego unikania sytuacji lękotwórczych, kojarzonych z obawą wystąpienia objawów nasilonego lęku. Goldstein uważał, że istotne jest uświadomienie istnienia przedmiotu zagrażającego. Jedną z powszechnych fobii jest fobia społeczna, którą rozpoznaje się, gdy u danej osoby występują uporczywe objawy w niektórych lub wszystkich sytuacjach społecznych, w których może ona być oceniana przez innych i boi się pojawienia objawów lęku lub zachowania narażającego na upokorzenie.

Skala Lęku Społecznego autorstwa Liebowitza (LSAS, *Liebowitz Social Anxiety Scale*) jest skalą diagnostyczną oceniającą występowanie i nasilenie objawów fobii społecznej [4].

Lęk towarzyszy życiu ludzkiemu, ale szczególnie narażone są osoby, które doświadczyły przemocy domowej. Przemoc w rodzinie to zamierzone i wykorzystujące przewagę sił działanie skierowane przeciw członkowi rodziny, naruszające jego prawa i dobra osobiste, powodujące cierpienie i szkody.

Sprawcami przemocy wobec kobiet są zazwyczaj ich bliscy lub partnerzy. Formy przemocy wobec kobiet mogą się różnić w zależności od tradycji kulturowych, pochodzenia etnicznego lub społecznego. Stosowanie przemocy wobec partnerów w związkach jest powszechne we wszystkich krajach, na każdym poziomie społecznym i w każdym kręgu kulturowym. Przemoc domowa wiąże się z poważnym ryzykiem pogorszenia zdrowia kobiet. Jej rozpowszechnienie jest duże. W Niemczech 36,6% kobiet przynajmniej raz doświadczyło przemocy domowej po 16. roku życia, 4,6% w ostatnim roku, a 1,5% zgłosiło się do ambulatorium z tego powodu. Negatywny wpływ doznanych urazów na zdrowie podaje 57% ofiar. Najczęściej są to zranienia głowy, siniaki, złamania, choroby przewodu pokarmowego, bóle głowy i migreny, choroby serca. Objawy psychologiczne to: lęk, depresja, tendencje samobójcze, samouszkodzenia. Jedynie 52% ofiar, u których przemoc spowodowała skutki zdrowotne otrzymało pomoc medyczną [5]. Zdecydowana większość ofiar uważa, że podczas badania lekarskiego powinno się rutynowo przeprowadzać wywiad w kierunku przemocy domowej [5]. W grupie japońskich kobiet w przeprowadzonym przez pielęgniarki wywiadzie dotyczącym przemocy domowej aż 67% potwierdziło obecność przemocy fizycznej, psychicznej lub wykorzystywania seksualnego w ich życiu. U 45% badanych wyniki kwestionariusza oceniającego zdrowie wykazały kliniczne nasilenie objawów depresji lub lęku [6]. Na podstawie literatury omawiającej rozpowszechnienie i epidemiologię przemocy domowej wykazano, że 1 na 20 kobiet doznała jej w swoim życiu. Wśród ofiar znęcania się przeważa płeć żeńska, a wśród sprawców — zdecydowanie płeć męska. Znęcanie się przybiera różne formy — od inwigilacji ofiar do groźnej agresji lub aktów przemocy. Prześladowanie powoduje u ofiary poważne konsekwencje zdrowotne, choć nie zawsze spotyka się to ze zrozumieniem społecznym [7]. Z psychicznych skutków przemocy ofiary najczęściej zgłaszają lęk (32%) [8]. Nasilonym lękiem wyróżniali się szczególnie ofiary brutalnej przemocy, które miały głębokie poczucie winy [9]. Osoby doświadczające przemocy narażone są stale na sytuacje lękotwórcze, co może podnosić poziom lęku jako stanu. Bardziej niekorzystnie będą reagować na stres osoby z wysokim poziomem lęku jako cechy. Zwłaszcza w sytuacjach związanych z zagrożeniem godności i integralności osoby poziom lęku jako cechy odgrywa dużą rolę w stymulacji do lęku jako stanu [10, 11]. Na początku lat 60. XX wieku Cattell i Scheier wyodrębnili dwa

rodzaje lęku: lęk jako stan i lęk jako cecha, a potem Spielberger uściślił w swojej koncepcji różnice między nimi [10, 12]. Stan lęku ma charakter przejściowy. Wzbudzają go czynniki sytuacyjne, najczęściej związane z zagrożeniem zarówno realnym, jak i oczekiwanym lub wyobrażonym. Lęk jako cecha w rozumieniu Spielbergera oznacza nabytą dyspozycję behawioralną, która czyni jednostkę podatną na postrzeganie szerokiego zakresu obiektywnie niegroźnych sytuacji jako zagrażających i reagowanie na nie stanem lęku, nieproporcjonalnie silnym w stosunku do wielkości niebezpieczeństwa. Ten rodzaj lęku ma charakter wyuczony.

W powstaniu fobii społecznej mają znaczenie zarówno czynniki genetyczne, jak i środowiskowe, na przykład traumatyczne wydarzenia życiowe [13–15]. Oprócz czynników dziedzicznych, w etiologii zaburzeń rolę odgrywają katastroficzne wydarzenia życiowe, a szczególnie niekorzystna jest kumulacja wielu trudnych sytuacji. Połowa pacjentów z fobią społeczną podaje konkretne wydarzenie, które zapoczątkowało chorobę. Według teorii warunkowania lęk jest wynikiem doświadczania zagrożenia. Przemoc domowa niesie ze sobą powtarzające się traumatyczne doświadczenia.

Kobiety charakteryzują się większą skłonnością do odczuwania lęku i obniżonego nastroju niż mężczyźni. Porównując kobiety ze związków bez przemocy i kobiety związane ze sprawcami przemocy z ich partnerami pod względem zdrowia psychicznego, to kobiety mają wyższy poziom lęku i objawy depresji w porównaniu z mężczyznami, niezależnie od faktu przemocy [16].

U kobiet narażonych na przemoc psychiczną i fizyczną ze strony partnerów częściej występują objawy lękowe i depresyjne, a ich nasilenie jest pogłębione. Przemoc psychiczna ma równie negatywny wpływ na zdrowie psychiczne ofiar, jak przemoc fizyczna [17].

Skalę Lęku Hamiltona (HAS) stosowano do oceny nasilenia objawów lęku jako syndromu w różnych zaburzeniach psychicznych [18]. Za pomocą HAS oceniano lęk u ofiar niewoli i tortur [19]. Skalę tę stosowano również do oceny lęku u osób uzależnionych od alkoholu z doświadczeniami przemocy w dzieciństwie [20] oraz do oceny skuteczności farmakoterapii zespołu stresu pourazowego (PTSD, *post-traumatic stress disorder*) u kobiet z doświadczeniami przemocy domowej i seksualnej [21].

Celem badania była ocena nasilenia lęku jako syndromu, ocena poziomu lęku jako stanu i jako cechy

oraz poziomu lęku społecznego u ofiar przemocy ze strony partnera.

Materiał i metody

Ocena nasilenia objawów lęku — Skala Lęku Hamiltona (HAS)

Skala Lęku Hamiltona, nazywana też *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS), została skonstruowana przez Maxa Hamiltona w 1959 roku [22]. Skala ta ocenia lęk jako syndrom, jego objawy fizjologiczne, psychiczne i behawioralne. Mierzy lęk, jego aspekty psychiczne (napiecie, psychologiczny dystres) i somatyczne (fizyczne skargi będące wyrazem lęku). Hamilton dostosował tę skalę do dorosłych i dzieci, choć najczęściej używana jest do oceny lęku w populacji młodych osób dorosłych. Stosuje się ją podczas oceny klinicznej, opiera się ona na subiektywnej ocenie osoby przeprowadzającej wywiad. Przeprowadzając ocenę lęku zadaje połowicznie ustrukturalizowane pytania dotyczące przejawów lęku. Badający ocenia odpowiedzi pacjenta w 5-punktowej (0–4 pkt) skali każdego z 14 elementów. Zero punktów oznacza brak objawów lęku, 1 punkt — łagodne nasilenie, 2 punkty — umiarkowane nasilenie, 3 punkty — poważne nasilenie, a 4 punkty — obezwładniające nasilenie lęku [23]. Całkowita możliwa do uzyskania punktacja wynosi 56 punktów. Siedem elementów opisuje psychiczny aspekt lęku, a drugie siedem — somatyczne przejawy lęku i w każdej z tych części można uzyskać od 0 do 28 punktów. Łagodny poziom nasilenia lęku określa się u osób, które uzyskały 18–24 punkty, umiarkowany w przypadku uzyskania 25–30 punktów, a poważny powyżej 30 punktów w skali HAS [23, 24]. Skala ta jest stosowana powszechnie na całym świecie, również w Polsce. W licznych badaniach potwierdzono jej dobrą zgodność oraz wiarygodność. Wyniki badań pokazują, że osoby, które uzyskały wysoką punktację w tej skali mają klinicznie potwierdzone zaburzenia lękowe. Pacjenci z lękiem uogólnionym czy zaburzeniami panicznymi osiągają ogólną punktację w tej skali powyżej 20 punktów, a osoby bez zaburzeń lękowych uzyskują niskie wyniki. Wskazywano na słaby punkt tej skali, jakim jest trudność w oddzieleniu objawów lęku od objawów związanych z depresją. Skala HAS jest przydatna do oceny skuteczności leków stosowanych w terapii zaburzeń lękowych lub skuteczności psychoterapii. Stosuje się ją także do oceny lęku u osób, które przeżyły traumatyczne wydarzenia, na przykład u ofiar wojny [25].

Ocena lęku jako stanu i jako cechy — Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI)

W badaniach wykorzystano kwestionariusz samooceny Inwentarza Stanu i Cechy Lęku (STAI, *State Trait Anxiety Inventory*) składający się z dwóch części po 20 pytań [26]. Część pierwsza dotyczyła oceny lęku jako stanu odczuwanego w danym momencie, natomiast druga — lęku jako cechy, czyli odczuwanego zazwyczaj [27]. Test STAI został opracowany przez Spielbergera, Gorsucha i Lushene'a [28]. Osoba badana ma do wyboru jedną z czterech skategoryzowanych odpowiedzi. Odpowiedzi te są niejednakowe w obu częściach skali. W części oceniającej stan lęku brzmią one: zdecydowanie tak, raczej tak, raczej nie i zdecydowanie nie, w części oceniającej cechę lęku: prawie zawsze, często, czasami, prawie nigdy. Wysokie wyniki w wymiarze lęku jako stanu mogą świadczyć o stresie w wyniku trudnej sytuacji życiowej, w jakiej znajdują się badane osoby. Wysokie wyniki w wymiarze lęku jako cechy mogą natomiast świadczyć o stałej predyspozycji osobowościowej do odpowiadania lękiem na różne sytuacje życiowe [29]. W badaniu przeprowadzonym za pomocą STAI uzyskane wyniki surowe zostały zamienione na wyniki standaryzowane dla płci i wieku (steny) [29]. Skala stenowa jest skalą 10-punktową, w której wyniki 1–4 interpretuje się jako niskie (świadczą o niskim poziomie lęku jako cechy i stanu), wyniki 5–6 jako przeciętne (średni poziom lęku jako cechy i stanu), a wyniki 7–10 jako wysokie (wysoki poziom lęku jako cechy i stanu). W Polsce niejednokrotnie oceniano poziom lęku w różnych zaburzeniach za pomocą STAI [30].

Ocena lęku społecznego — Skala Lęku Społecznego autorstwa Liebowitza (LSAS)

Za pomocą LSAS ocenia się reakcję na sytuacje społeczne (występowanie publiczne, kontakty społeczne), które u osoby z lękiem społecznym wywołują strach i/lub ich unikanie [4]. Kwestionariusz ten jest także popularnym narzędziem do oceny efektywności różnych terapii, w tym leków stosowanych w przypadku fobii społecznej. Zawiera on 24 itemy, każdy item przedstawia sytuację i stopień lęku, który ona budzi, w nasileniu 0–3 punktów (brak, łagodny, umiarkowany, ciężki) oraz stopień unikania tej sytuacji (0–3 pkt: nigdy, czasami, często, zawsze). W kwestionariuszu przedstawiono 11 społecznych interakcji i 13 sytuacji związanych z występowaniem publicznym. Poszczególne itemy skali można pogrupować w strukturę czynnikową w zależności od różnych przejawów trudności społecznych: przemówie-

nie publiczne (item 31, 32, 39, 40, 11, 29, 30, 12, 3, 4, 9, 27, 33), aktywność publiczna (item 5, 25, 26, 6, 7, 8, 1, 2, 28, 10), sytuacje z udziałem społeczne nieznanymi osobami (item 20, 23, 24, 22, 21, 19, 16, 15), zdolność do przeciwstawiania się lub wyrażania dezaprobaty (item 43, 47, 44, 48, 36, 35, 34, 38, 18, 17, 37), aktywność w wolnym czasie (item 45, 46, 13, 41, 14, 42). Skalę LSAS stosowano powszechnie w wielu badaniach, można więc uważać ją za standardowe narzędzie do oceny lęku społecznego. Wynikiem jest suma uzyskanej punktacji oceniającej nasilenie lęku w danej sytuacji i stopień jej unikania. Przyjęto następujące przedziały punktacji klasyfikujące stopień nasilenia fobii społecznej: 55–65 punktów — umiarkowany, 66–80 punktów — znaczny, 81–95 punktów — ciężki, > 95 punktów — bardzo ciężki. Przyjęto punktację umożliwiającą rozróżnienie podtypu fobii społecznej izolowanej (30–59 pkt) oraz uogólnionej (≥ 60 pkt) [31]. W pracy zastosowano wersję samooceny skali. W wielu doniesieniach potwierdzono istotną korelację między skalą samooceny (LSAS-SR, *LSAS self-report*) a skalą stosowaną przez klinicystę (LSAS-CA, *LSAS clinician-administered*) [32–34]. Skala ta i jej podskale przedstawiają bardzo dobrą wewnętrzną spójność [34]. Skala ta ma istotną korelację zbieżności z innymi skalami stosowanymi w ocenie fobii społecznej. Jest czuła w ocenie efektywności leków stosowanych w lęku społecznym [35]. Skalę LSAS stosowano w różnych wersjach językowych i określono dobrą czułość i wiarygodność [36, 37]. Wykazuje ona dobre właściwości psychometryczne.

Grupa badana

Grupę badaną stanowiło 59 kobiet w wieku 17–64 lat (średnia wieku 35,9 roku; odchylenie standardowe [SD, *standard deviation*] = 9,8 roku). Wszystkie kobiety miały traumatyczne przeżycia związane z przemocą ze strony bliskiej osoby, partnera życiowego. W czasie badania w zdecydowanej większości nie przebywały ze sprawcą od kilku miesięcy do kilku lat. W przeważającej liczbie badane były mieszkankami hosteli dla ofiar przemocy lub domów samotnej matki. Sprawcy stosowali względem wszystkich kobiet przemoc fizyczną i psychiczną, która trwała od kilku miesięcy do ponad 20 lat. Wszystkie ofiary doświadczyły w przebiegu przemocy domowej zagrożenia utraty zdrowia lub życia, lub integralności psychofizycznej. Przejawy stosowanej przemocy ze strony partnera były różne: groźby pozbawienia życia, duszenie, bicie ciężkim narzędziem, groźenie nożem, siekierą, popychanie z przewracaniem, wymuszanie

Tabela 1. Średnie nasilenie objawów lęku w skali HAS u osób z niskim i wysokim poziomem lęku jako stanu i jako cechy**Table 1.** Mean intensity of anxiety in Hamilton Anxiety Scale among persons with low or height level of anxiety as trait and state

| Punktacja HAS | Grupa | | Różnica | | |
|----------------|------------------------------|-------------------------------|---------|-----|-------|
| | Niski poziom lęku/ /Steny | Wysoki poziom lęku/ /Steny | t | df | p |
| Lęk jako stan | Średnia (SD) 15,7 (15,8) | Średnia (SD) 25,7 (5,0) | -2,706 | 5,1 | 0,041 |
| Lęk jako cecha | Średnia (SD) 15,1 (8,4) | Średnia (SD) 25,5 (6,4) | -2,9 | 4,3 | 0,038 |

test t-Studenta dla średnich wartości zmiennych niezależnych

aktywności seksualnej. Większość badanych ofiar podkreślała, że szczególnie dotkliwa była stosowana przemoc psychiczna, takiego rodzaju jak: poniżanie, wyzywanie, wyśmiewanie, ograniczanie swobody działania i poruszania się, ograniczanie dysponowania pieniędzmi, wyłudzenie pieniędzy, zadłużanie. Równie dotkliwe było bycie świadkiem znęcania się nad dziećmi przez partnerów. U wszystkich badanych kobiet poziom inteligencji był w granicach normy. Większość miała wykształcenie zawodowe lub przysposobienie zawodowe. Pojedyncze osoby pracowały zawodowo, niezależnie od wieku dzieci. Prawie wszystkie kobiety były matkami 1–4 dzieci. Zgodę na prowadzenie badania wydała Komisja Bioetyczna Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu przy *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy.

Analiza statystyczna

Wyniki badań poddano ocenie statystycznej. Posłużono się pakietem testów statystycznych SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) dla Windows, wersja 13.0. Zastosowano test dla zmiennych niezależnych: test t-Studenta oraz test korelacji Pearsona.

Wyniki

Średnie nasilenie lęku jako zespołu objawów psychicznych i somatycznych ocenianego za pomocą HAS w badanej grupie kobiet wynosiło 16,5 punktu (SD = 14,8). Przynajmniej łagodne (> 17 pkt) nasilenie lęku, zgodnie z oceną w skali HAS, miało aż 45,8% ofiar przemocy domowej, umiarkowane (> 24 pkt) — 28,8%, a ciężkie (> 30 pkt) — 8,4%. Średnie nasilenie ogólnych objawów psychicznych lęku w podskali HAS wynosiło 8,8 punktu (SD = 6,1), a średnie nasilenie objawów somatycznych według podskali

oceniającej przejawy lęku jako zgłaszane dolegliwości somatyczne wynosiło 7,4 punktu (SD = 10,2).

U większości (96%) kobiet w badanej grupie poziom lęku jako stanu w skali Spielberga był w zakresie niskich wartości stenowych. Jedynie 4% ofiar miało wysokie wartości lęku jako stanu. Podobnie u większości kobiet w grupie poziom lęku jako cechy był w zakresie niskich wartości stenowych (91,5%), a jedynie u 8,5% w zakresie wysokich wartości stenowych. Średnie nasilenie objawów psychicznych i somatycznych lęku jako syndromu ocenianych w skali HAS różniło się między grupą kobiet z wysokim lękiem jako stanem w porównaniu z kobietami o niskich wartościach stenowych lęku jako stanu (tab. 1). Podobnie w grupie kobiet mających wysokie wartości stenowe lęku jako cechy średnie nasilenie objawów lęku w skali HAS było istotnie wyższe (tab. 1). Poziom lęku ocenianego w skali HAS korelował z poziomem lęku jako cechy (istotność na poziomie 0,01) (tab. 2).

Ponad połowa kobiet (57,1%), które w przeszłości doświadczały przemocy domowej miała lęk społeczny — 38% typu izolowanego, 19% typu uogólnionego. Nasilenie lęku społecznego korelowało istotnie z poziomem lęku jako stanu ($r = 0,487$, $p = 0,000$, poziom istotności 0,01) i jako cechy ($r = 0,403$, $p = 0,005$, poziom istotności 0,01; test korelacji Pearsona).

Średnie nasilenie objawów lęku w punktacji całej skali LSAS-SR w badanej grupie wynosiło 38,9 punktu (SD = 28,1). W podskali oceniającej strach średnie nasilenie w grupie wynosiło 19,1 (SD = 14,4), a w podskali oceniającej zachowania unikające — 19,7 punktu (SD = 14,7). Nasilenie objawów fobii społecznej było różne. Umiarkowane nasilenie fobii społecznej uogólnionej stwierdzo-

Tabela 2. Korelacja między nasileniem objawów lęku jako syndromu, lęku jako cechy i stanu oraz lęku społecznego**Table 2.** Correlation between the intensity of anxiety as syndrome and the level of anxiety as trait and state and social anxiety

| Objawy lęku | Współczynnik korelacji | p | Poziom istotności |
|----------------|------------------------|-------|-------------------|
| Lęk jako stan | 0,270 | 0,058 | – |
| Lęk jako cecha | 0,439** | 0,007 | 0,01 |
| Lęk społeczny | 0,209 | 0,164 | – |

Test korelacji Pearsona, **istotność statystyczna

no u 9,5% kobiet, które miały traumatyczne przeżycia związane z przemocą, znaczne nasilenie objawów prezentowało 6,4% badanych kobiet, a ciężkie i bardzo ciężkie — 9,4%.

Dyskusja

Przemoc to działanie zamierzone w postaci wszelkich nieprzypadkowych aktów godzących w osobistą wolność jednostki, przyczyniające się do fizycznej, a także psychicznej szkody osoby, wykraczające poza społeczne zasady wzajemnych relacji. U ofiar przemoc jest źródłem lęku. Umiarkowane (28,8%) i ciężkie nasilenie zespołu objawów psychicznych i somatycznych lęku (8,4%) stwierdzono u jednej trzeciej badanej grupy ofiar przemocy domowej. Również wyniki innych badań nad populacją ofiar przemocy domowej podkreślają nasilenie objawów lęku w tej grupie [38]. Kumulacja niekorzystnych sytuacji prowadzi do wzrostu odczuwania lęku i częstszych niespecyficznych objawów somatycznych [39]. Lęk był obecny u 95% kobiet ofiar przemocy ze strony partnera pochodzących z południowej Azji i wpływał na jakość snu, obniżenie łaknienia i aktywności oraz pogarszał samopoczucie [40]. Kobiety mające traumatyczne przeżycia mają podwyższony poziom lęku w porównaniu z osobami bez takich doświadczeń, a szczególną wrażliwość lękową mają kobiety, u których wystąpiły objawy PTSD w wyniku traumy [41]. Poziom lęku może być wyższy zwłaszcza u tych osób, które doświadczały przemocy zarówno w dzieciństwie, jak i w życiu dorosłym, w porównaniu z osobami, które doświadczyły przemocy w jednym z tych okresów życiowych [42]. Wysoki poziom lęku wpływa niekorzystnie na przebieg przemocy domowej. Lęk jest predykatorem przedłużenia czasu trwania przemocy domowej i utrudnia podjęcie decyzji o odejściu od prześladowcy [43]. Nasilenie lęku u ofiar

przemocy domowej przebywających w schroniskach było zależne od poziomu niebezpieczeństwa podczas aktów przemocy [44]. Z drugiej strony, wiele ofiar podkreśla szczególną dotkliwość psychicznej formy prześladowania. W niektórych badaniach znęcanie psychiczne wiązało się z większym nasileniem lęku niż znęcanie fizyczne [45].

U większości kobiet w badanej grupie poziom lęku jako stanu i jako cechy był w zakresie niskich wartości stenowych. Poziom lęku jako zespołu objawów psychicznych i somatycznych ocenianego w skali HAS korelował z poziomem lęku jako cechy.

W badanej grupie ofiar przemocy u jednej trzeciej stwierdzono izolowaną postać fobii społecznej, a u jednej piątej typ uogólniony, co kilkakrotnie przewyższa obecność lęku społecznego w populacji generalnej, gdzie rozpowszechnienie fobii społecznej podtypu uogólnionego określa się na około 3%. Przynajmniej znaczne nasilenie objawów fobii społecznej prezentowało 16% badanych kobiet. Nasilenie lęku społecznego korelowało istotnie z poziomem lęku jako stanu i jako cechy.

U ofiar przemocy nasilenie lęku obniża się z upływem czasu, jeśli ofiara jest w bezpiecznej sytuacji, na przykład przebywa w schronisku, do którego nie ma wstępu prześladowcy [46]. Jednak jakość życia kobiet przebywających w schroniskach z powodu przemocy ze strony partnera jest istotnie niższa niż w całej populacji kobiet. Potwierdziły to badania przeprowadzone na szeroką skalę wśród wszystkich kobiet przebywających w schroniskach norweskich [47]. W przypadku przemocy domowej cała rodzina ma podwyższony poziom lęku, co wymaga uwzględnienia w przypadku terapii [48]. Zjawisko przemocy domowej jest istotnym problemem opieki zdrowotnej [49]. Zbyt duże nasilenie odczuć lękowych i brak umiejętności ich zwalczania są przyczynami wielu zaburzeń. Zauważono wpływ nasile-

nia cechy lęku na ujawnianie się objawów depresji po traumatycznych przeżyciach [50]. Jak głęboko negatywny wpływ na zdrowie psychiczne ma przemoc domowa, dowodzą wyniki badań wskazujące, że przemoc domowa i seksualna częściej prowadzi do ujawnienia się objawów PTSD niż traumatyczne przeżycia wojenne [38]. Ofiary przemocy domowej

wymagają szczególnej opieki medycznej, psychologicznej i społecznej.

Wnioski

Przemoc domowa jest źródłem objawów psychicznych i somatycznych lęku u ofiar oraz sprzyja ujawnieniu się objawów lęku społecznego.

Streszczenie

Wstęp. Celem pracy była ocena wpływu traumatycznych wydarzeń w przebiegu przemocy domowej na zdrowie psychiczne ofiar. W badaniu oceniano związek niektórych aspektów lęku z niekorzystnymi doświadczeniami życiowymi, jakie niesie przemoc domowa.

Materiał i metody. Grupę badaną stanowiło 59 kobiet w wieku 17–64 lat, średnia wieku wynosiła 35,9 roku. Wszystkie kobiety doznawały długotrwałej przemocy ze strony mężów lub konkubentów. Sprawcy stosowali przemoc psychiczną (słowne poniżanie, grożenie, wyśmiewanie, ograniczanie finansowe, wyłudzenie) lub fizyczną (bicie, duszenie, wiązanie, wymuszanie współżycia, zamykanie w domu). Do oceny nasilenia i objawów lęku zastosowano Skalę Lęku Hamiltona. Do oceny lęku jako stanu i cechy wykorzystano Inwentarz Stanu i Cechy Lęku. Do oceny nasilenia lęku społecznego posłużono się Skalą Lęku Społecznego autorstwa Liebowitza.

Wyniki. Nasilenie lęku wśród badanych kobiet w Skali Lęku Hamiltona wynosiło średnio 16,5 punktu. U 28,8% kobiet nasilenie lęku było średnie, a u 8,4% — ciężkie. W badanej grupie zanotowano niski poziom lęku jako stanu i cechy. U ponad połowy (57,1%) kobiet, które doświadczały przemocy domowej stwierdzono fobię społeczną. U 38% zanotowano podtyp izolowanej fobii społecznej, a u 19% — uogólniony podtyp fobii społecznej. Umiarkowane nasilenie lęku społecznego stwierdzono u 9,5% kobiet, znaczne nasilenie objawów prezentowało 6,4% badanych kobiet, a ciężkie i bardzo ciężkie — 9,4%.

Wnioski. Traumatyczne wydarzenia związane z przemocą domową są źródłem lęku u ofiar. Ofiary przemocy domowej są grupą szczególnego ryzyka fobii społecznej. *Psychiatria 2008; 5: 91–98*

słowa kluczowe: przemoc domowa, objawy lęku, lęk stan/cecha, lęk społeczny

PIŚMIENNICTWO

1. Flack W.F. Jr, Laird J.D. (red.). Emotions in psychopathology: theory and research. New York: Oxford University Press 1998.
2. McReynolds P. The concept of anxiety. Background and current issue. W: Byrne D.G., Rosenman R.H. (red.). Anxiety and the heart. New York, Hemisphere 1990; 3–20.
3. Izard C.E. The psychology of emotions. New York: Plenum Press 1991.
4. Liebowitz M.R. Social Phobia. Mod. Probl. of Pharmacopsychiatry 1987; 22: 141–173.
5. Brzank P., Hellbernd H., Maschewsky-Schneider U., Kallischnigg G. Domestic violence against women and health care demands. Results of a female emergency department patient survey. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2005; 48 (3): 337–345.
6. Weingourt R., Maruyama T., Sawada I., Yoshino J. Domestic violence and women's mental health in Japan. Int. Nurs. Rev. 2001; 48 (2): 102–108.
7. Abrams K.M., Robinson G.E. Stalking. Part I: An overview of the problem. Can. J. Psychiatry 1998; 43 (5): 473–476.
8. Brzank P., Hellbernd H., Maschewsky-Schneider U. Domestic violence against women: health consequences and need for care — results of a survey among first-aid-patients in the framework of the S.I.G.N.A.L. — accompanying research. Gesundheitswesen 2004; 66 (3): 164–169.
9. Hébert M., Bergeron M. Efficacy of a group intervention for adult women survivors of sexual abuse. J. Child Sex Abus. 2007; 16 (4): 37–61.
10. Spielberger C.D. Theory and research on anxiety. W: Spielberger C.D. (red.). Anxiety and Behavior. Academic Press, New York, 1966.
11. Spielberger C.D. Anxiety: state-trait-process. W: Spielberger C.D., Sarason I.G. (red.). Stress and Anxiety, t. 1. Hemisphere/Wiley, Washington 1975.
12. Cattell R.B., Scheier I.H. The meaning and measurement of neuroticism and anxiety. New York: Ronald Press 1961.
13. Rosenbaum J.F., Biederman J., Pollock R.A. The etiology of social phobia. J. Clin. Psychiatry 1994; 55 (supl. 6): 10–16.
14. Stein M.B., Walker J.R., Anderson G. Childhood physical and sexual abuse in patients with anxiety disorders in a community sample. Am. J. Psychiatry 1996; 153: 275–277.
15. Osillo S.M., Weathers F.W., Litz B.T. Current and lifetime psychiatric disorders among veterans with war zone-related posttraumatic stress disorder. J. Nerv. Ment. Dis. 1996; 184: 307–313.
16. Grandin E., Lupri E., Brinkerhoff M.B. Couple violence and psychological distress. Can. J. Public Health 1998; 89 (1): 43–47.
17. Pico-Alfonso M.A., Garcia-Linares M.I., Celda-Navarro N., Blasco-Ros C., Echeburúa E., Martinez M. The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on

- women's mental health: depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide. *J. Womens Health (Larchmt)* 2006; 15 (5): 599–611.
18. Bellino S., Patria L., Paradiso E. i wsp. Major depression in patients with borderline personality disorder: a clinical investigation. *Can. J. Psychiatry* 2005; 50 (4): 234–238.
 19. Başıoğlu M., Paker M., Ozmen E., Taşdemir O., Sahin D. Factors related to long-term traumatic stress responses in survivors of torture in Turkey. *JAMA* 1994; 272 (5): 357–363.
 20. Mirsal H., Kalyoncu A., Pektaş O., Tan D., Beyazyürek M. Childhood trauma in alcoholics. *Alcohol Alcohol.* 2004; 39 (2): 126–129.
 21. Padala P.R., Madison J., Monnahan M. i wsp. Risperidone monotherapy for post-traumatic stress disorder related to sexual assault and domestic abuse in women. *Int. Clin. Psychopharmacol.* 2006; 21 (5): 275–280.
 22. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br. J. Med. Psychol.* 1959; 32: 50–55.
 23. Hamilton A. Diagnosis and rating of anxiety. *Br. J. Psychiatr.* (special publication) 1969; 3: 76–79.
 24. Beneke M. Methodological investigations of the Hamilton Anxiety Scale. *Pharmacopsychiatry* 1987; 20 (6): 249–255.
 25. Hashemian F., Khoshnood K., Desai M.M., Falahati F., Kasl S., Southwick S. Anxiety, Depression, and Posttraumatic Stress in Iranian Survivors of Chemical Warfare. *JAMA* 2006; 296: 560–566.
 26. Sosnowski T., Wrześniewski K. Polska adaptacja inwentarza STAI do badania stanu i cechy lęku. *Przeł. Psychol.* 1983; 26: 393–412.
 27. Sosnowski T. Lęk jako stan i jako cecha w ujęciu C.D. Spielberga. *Przeł. Psychol.* 1977; 2: 349–360.
 28. Spielberger C.D., Gorsuch R.L., Lushene R.E. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory.* Consulting Psychologists Press, Palo Alto, Calif. 1970.
 29. Wrześniewski K., Sosnowski T., Matusik D. *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI. Polska adaptacja STAI. Podręcznik.* PTP, Warszawa 2002.
 30. Wrześniewski K. Wykorzystanie kwestionariusza Spielberga w określeniu efektów rehabilitacji po zawale serca. W: Ratajczak E. (red.). *Psychologia w służbie człowieka.* PWN, Warszawa 1980.
 31. Mennin D.S., Fresco D.M., Heimberg R.G., Schneier F.R., Davies S.O., Liebowitz M.R. Screening for social anxiety disorder in the clinical setting: using the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Anxiety Disorders* 2002; 16 (6): 661–673.
 32. Fresco D.M., Coles M.E., Heimberg R.G. i wsp. The Liebowitz Social Anxiety Scale: a comparison of the psychometric properties of self-report and clinician-administered formats. *Psychol. Med.* 2001; 31: 1025–1035.
 33. Baker S.L., Heinrichs N., Kim H.J., Hofmann S.G. The Liebowitz Social Anxiety Scale as a self-report instrument: a preliminary psychometric analysis. *Behav. Res. Ther.* 2002; 40 (6): 701–715.
 34. Oakman J., Van Ameringen M., Mancini C., Folvolden P. A confirmatory factor analysis of a self-report version of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *J. Clin. Psychol.* 2003; 59 (1): 149–161.
 35. Heimberg R.G., Horner K.J., Juster H.R. i wsp. Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Psychol. Med.* 1999; 29: 199–212.
 36. Yao S.N., Note I., Fanget F. i wsp. Social anxiety in patients with social phobia: validation of the Liebowitz Social Anxiety Scale: the French version. *Encephale* 1999; 25 (5): 429–435.
 37. Levin J.B., Marom S., Gur S., Wechter D., Hermesh H. Psychometric properties and three proposed subscales of a self-report version of the Liebowitz Social Anxiety Scale translated into Hebrew. *Depress. Anxiety* 2002; 16 (4): 143–151.
 38. Avdibegović E., Sinanović O. Consequences of domestic violence on women's mental health in Bosnia and Herzegovina. *Croat. Med. J.* 2006; 47 (5): 730–741.
 39. Waltermaurer E., Watson C.A., McNutt L.A. Black women's health: the effect of perceived racism and intimate partner violence. *Violence Against Women* 2006; 12 (12): 1214–1222.
 40. Hurwitz E.J., Gupta J., Liu R., Silverman J.G., Raj A. Intimate partner violence associated with poor health outcomes in U.S. South Asian women. *J. Immigr. Minor Health* 2006; 8 (3): 251–261.
 41. Lang A.J., Kennedy C.M., Stein M.B. Anxiety sensitivity and PTSD among female victims of intimate partner violence. *Depress. Anxiety* 2002; 16 (2): 77–83.
 42. Kimerling R., Alvarez J., Pavao J., Kaminski A., Baumrind N. Epidemiology and consequences of women's revictimization. *Womens Health Issues* 2007; 17 (2): 101–106.
 43. Shurman L.A., Rodriguez C.M. Cognitive-affective predictors of women's readiness to end domestic violence relationships. *J. Interpers. Violence* 2006; 21 (11): 1417–1439.
 44. Sato-DiLorenzo A., Sharps P.W. Dangerous intimate partner relationships and women's mental health and health behaviors. *Issues Ment. Health Nurs.* 2007; 28 (8): 837–848.
 45. Taft C.T., O'Farrell T.J., Torres S.E. i wsp. Examining the correlates of psychological aggression among a community sample of couples. *J. Fam. Psychol.* 2006; 20 (4): 581–588.
 46. Mertin P., Mohr P.B. A follow-up study of posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression in Australian victims of domestic violence. *Violence Vict.* 2001; 16 (6): 645–654.
 47. Alsaker K., Moen B.E., Nortvedt M.W., Baste V. Low health-related quality of life among abused women. *Qual. Life Res.* 2006; 15 (6): 959–965.
 48. Terr L.C. Family anxiety after traumatic events. *J. Clin. Psychiatry* 1989; 50 (supl.): 15–19.
 49. McCauley J., Kern D.E., Kolodner K. i wsp. The "battering syndrome": prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Ann. Intern. Med.* 1995; 123 (10): 737–746.
 50. Weems C.F., Pina A.A., Costa N.M., Watts S.E., Taylor L.K., Cannon M.F. Predisaster trait anxiety and negative affect predict posttraumatic stress in youths after hurricane Katrina. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2007; 75 (1): 154–159.