

Joanna Franczyk-Glita¹, Łukasz Müldner-Nieckowski², Natalia Śmierciak³,
Artur Daren⁴, Mariusz Furgał¹

FORMY AGRESJI KOBIEŃ DOŚWIADCZAJĄCYCH PRZEMOCY W RELACJI INTYMNEJ

FORMS OF AGGRESSION IN WOMEN EXPERIENCING VIOLENCE IN THEIR INTIMATE RELATIONSHIPS

¹Zakład Terapii Rodzin i Psychosomatyki Katedry Psychiatrii UJ CM

²Pracownia Seksuologii Katedry Psychiatrii UJ CM

³Oddział Kliniczny Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

⁴Zakład Psychiatrii Środowiskowej Katedry Psychiatrii UJ CM

Streszczenie

Cel pracy: Porównanie rodzajów ekspresji agresji występujących u kobiet, które doświadczyły różnych form przemocy i u kobiet, które nie zgłaszały przemocy w relacji z partnerem seksualnym.

Metoda: Nasilenie i sposób regulacji agresji zmierzono za pomocą Inwentarza Psychologicznego Syndromu Agresji (IPSA) Gaśia. Informacje na temat różnych charakterystyk przemocy (rodzaj, czas trwania) zebrano za pomocą stworzonego w tym celu kwestionariusza. Zbadano 60 kobiet w wieku od 19 do 59 lat. Trzydzieści z nich doznawało ze strony swojego partnera trwającej co najmniej rok przemocy: fizycznej (86%; $n = 26$), psychicznej (96%, $n = 29$) i seksualnej (16%, $n = 5$). Trzydziestoosobowa grupa porównawcza (kobiety bez doświadczeń przemocy) została włączona do badania na zasadzie tzw. doboru wiązanego pod względem wieku, wykształcenia i długości trwania związku.

Wyniki: Kobiety, które doświadczyły długotrwałej przemocy w relacji, nie różniły się od kobiet, które nie relacjonowały aktów przemocy ze strony partnera pod względem nasilenia agresji, chęci odwetu czy natężenia jawnej agresji. Natomiast znacząco różniły się one pod względem poziomu autoagresji, zarówno emocjonalnej, jak i fizycznej. Kobiety, które doświadczyły przemocy ze strony partnera, częściej kierowały swoją agresję na siebie lub wyrażały ją w formie ukrytej (wrogość), natomiast rzadziej wyrażały agresję w formie pośredniej.

Wnioski: Właściwa diagnoza zjawisk występujących w relacjach, wspomagana systematycznie prowadzonymi badaniami nad zjawiskiem wiktymizacji, może dostarczyć wiarygodnych danych pomocnych przy projektowaniu strategii przeciwdziałania przemocy i leczenia osób z takimi doświadczeniami.

Summary

Objectives: To compare ways to express aggression in women who experienced various forms of intimate partner violence and in women without such history.

Methods: The severity and ways of regulating aggression were assessed with the Inventory of Psychological Syndrome of Aggression (IPSA) by Gaś. Information about various characteristics of violence (type, duration) was collected with a specifically designed questionnaire. Altogether 60 women were assessed, aged 19-59. Among them, 30 were in

relationships characterized by partner violence, which lasted at least one year and included physical abuse (86%, n=26), psychological abuse (96%, n=29) and/or sexual abuse (16%, n=5). Thirty women without experiences of violence in their relationships were included as control group, matched by age, educational level, and relationship duration.

Results: Women with experience of long-term violence in relationships did not differ from the control group regarding the severity of aggression, desire to retaliate or the severity of explicit aggression. However, they obtained significantly higher scores in the dimensions of emotional and physical autoaggression, as well as of hostility. On the other hand, they expressed indirect aggression less often than women with no history of partner violence.

Conclusions: A proper diagnosis of intimate partner violence-related phenomena in relationships, aided by a systematic research on the occurrence of victimization, may provide valid data which could prove helpful in designing strategies for preventing violence and providing an appropriate treatment for women with such experiences.

intimate partner violence, women's aggression

Wstęp

Spektrum psychopatologicznych objawów agresji rozciąga się od nadmiernej samokrytyki, poprzez pragnienia dominacji, władzy z jednoczesnym przyzwoleniem na wolność i autonomię podmiotu, przeżywanie przyjemności związanej ze świadomym bądź nieświadomym pragnieniem przysporzenia komuś cierpienia, upokorzenia go, aż do jej skrajnych form, które wiążą się z potrzebą fizycznego usunięcia obiektu nienawiści i mogą być wyrażone nawet poprzez morderstwo lub samobójstwo [1]. Tworzenie, utrzymywanie, rozpad i odnowienie związku intymnego stanowią źródło najsilniejszych emocji. „Ciepło domowego ogniska miewa piekielną temperaturę” [2] — dom bywa areną ścierania się sprzecznych interesów, walki o władzę i autonomię w skomplikowanym systemie powiązań przynależności i odpowiedzialności.

Polskie statystyki policyjne pokazują, że prawdopodobieństwo stania się ofiarą zabójstwa jest najwyższe wśród członków rodziny zabójcy. Podobnie, jedną z najczęstszych przyczyn samobójstw jest nieporozumienie w rodzinie lub zawód miłosny [3]. Doświadczenie przemocy jest jednym z czynników ryzyka nie tylko zwiększających prawdopodobieństwo popełnienia samobójstwa, ale też występowania samouszkodzeń czy innych form autoagresji [4–6] oraz może być związane z wyższym poziomem agresji u dotkniętych nią kobiet [7, 8]. Wyniki nielicznych badań dotyczących agresji u kobiet nie są spójne. W badaniu oceniającym zależności między poziomem gniewu u obu partnerów mierzonym w ciągu dnia (przez 56 dni) a następującym po nim konfliktem w parze poziom gniewu nie różnicował kobiet będących w związkach, w których dochodziło do przemocy, od tych, które jej nie doświadczały [9]. Różnicowały je natomiast strategie radzenia sobie z własnym gniewem. Co istotne, mężczyźni stosujący przemoc różnili się od mężczyzn, którzy się jej nie dopuszczali wyższym poziomem relacjonowanego gniewu mierzonym za pomocą Skali Pozytywnego i Negatywnego Afektu (PANAS-X) [9]. Jak sugerują autorzy tego badania, poziom gniewu u kobiet może być ważniejszym predyktorem pojawienia się agresji pomiędzy partnerami niż jego poziom u mężczyzn. Wzrost dziennego poziomu gniewu partnera wiązał się z rosnącą agresywnością partnerki przede wszystkim w tych związkach, w których kobieta zgłosiła wcześniej wysoki gniew [9]. Istnieją badania, które wskazują, że kobiety częściej używają fizycznej agresji wobec mężczyzn, lecz równocześnie

to one doznają poważnych urazów fizycznych [10]. Bardziej niebezpieczne i ryzykowne formy agresji fizycznej stosują mężczyźni [11] i częściej wiążą się one z negatywnymi zdrowotnymi konsekwencjami [12], a nawet ze śmiercią ofiary [13]. W okresie całego życia, więcej niż 1 na 3 kobiety (35,6%) i więcej niż 1 na 4 mężczyzn (28,5%) relacjonuje doświadczenie przemocy ze strony swojego partnera [14] (w Afryce — 45,6%, w południowo-wschodniej Azji — 40,2%; w Amerykach — 36,1%, a w Europie — 27,2%) [4].

Problem kobiet, które doświadczają przemocy w związku, nie jest jedynie problemem natury prawnej czy społecznej. Kobiety te znacznie częściej zgłaszają się do lekarzy Podstawowej Opieki Zdrowotnej niż pozostałe [15]. Przemoc dotyka ok. 3% do 13% kobiet w ciąży i wiąże się z licznymi powikłaniami zdrowotnymi zarówno u matek, jak i ich dzieci [12, 16, 17]. Światowa Organizacja Zdrowia [4] uznała zapobieganie przemocy wobec kobiet za jedną z priorytetowych kwestii związanych ze zdrowiem i apelowała o włączenie przesiewowych badań psychologicznych do opieki perinatalnej w celu poprawienia zdrowia (w tym zdrowia psychicznego) kobiet i ich rodzin [12]. Wśród zaburzeń psychicznych najbardziej rozpowszechnione wśród kobiet doświadczających przemocy w związku są zaburzenia depresyjne (w tym okołoporodowe, przedporodowe i poporodowe), lękowe, PTSD oraz uzależnienia [4, 18–21].

Badania takie mogłyby pomóc osobom doświadczającym przemocy ocenić charakter interakcji i związany z nim poziom zagrożenia. Usprawiedliwianie sprawców przez ofiary przemocy jest istotnym predyktorem zwiększającym ryzyko zarówno doświadczenia przemocy, jak i jej stosowania [22]. Wśród akceptowanych przez nie powodów przemocy były wymienione m.in.: nieposłuszeństwo, odmowa współżycia, nieukończenie prac domowych na czas, a także podejrzenie partnerki o niewierność [23].

Z przedstawionego powyżej przeglądu nielicznych badań dotyczących ekspresji agresji przez ofiary przemocy oraz badań dotyczących znaczenia doświadczenia przemocy dla nasilenia poziomu autodestruktywności (objawiającej się m.in. samouszkodzeniami, narażaniem się na urazy, utratę zdrowia i życia, samobójstwem, uzależnieniami, obniżoną samooceną) wynika, że problematyka agresji wśród kobiet ze wspomnianymi doświadczeniami wymaga poszerzonej eksploracji. Wyniki takich badań mogłyby uwrażliwić specjalistów z zakresu zdrowia (w tym zdrowia psychicznego) na problematykę ekspresji agresji u kobiet doświadczających przemocy.

W raporcie w sprawie rozbieżności między płciami (The Global Gender Gap Report) przygotowanym na użytek Międzynarodowego Forum Ekonomicznego stwierdzono, że najmniejsza różnica pomiędzy płciami, dotycząca utrudnionego dostępu do edukacji, może być wyrównana w ciągu najbliższych 10 lat [24]. Nierówności pomiędzy płciami w obszarze dostępu do możliwości kształtowania polityki (ilość stanowisk politycznych) przy obecnym tempie zmian wyrównają się w ciągu 82 lat. Natomiast dysproporcja w obszarze ekonomicznym dla płci nie będzie wyrównana przez kolejne 170 lat [24]. Przy takim tempie przemian społecznych praca nad indywidualną motywacją kobiet do zapewnienia sobie bezpieczeństwa, poprzez pracę nad przystosowawczymi formami ekspresji ich agresji (wyznaczanie granic, pozytywna forma rywalizacji), wydaje się aktualnie najbardziej skuteczną formą prewencji urazów, a nawet zapobiegania śmierci.

Cel

Prezentowane badanie miało na celu eksplorację problematyki ekspresji agresji u kobiet doświadczających przemocy w relacji intymnej. W przeprowadzonym badaniu pilotażowym postawiono pytanie, czy doświadczenie przemocy w relacji z partnerem może się wiązać z natężeniem i sposobem ekspresji agresji u kobiet.

Material

Grupę badaną stanowiło 30 heteroseksualnych kobiet korzystających z pomocy instytucji zajmujących się pomocą osobom będącym w kryzysie psychicznym. Badanie miało charakter indywidualnego spotkania z osobami, które zgodziły się wziąć udział w badaniu, w trakcie którego osoby badane mogły zgłaszać ewentualny dyskomfort związany z przywoływaniem trudnych, często traumatycznych wspomnień. Łącznie zbadano 60 kobiet. W badanej grupie 67% ($n = 20$) kobiet miało wykształcenie podstawowe i zawodowe, natomiast pozostałe 33% ($n = 10$) zdało maturę. Badane doznawały wielokrotnie i przez długi czas przemocy w relacji ze swoim partnerem. Przeciętny czas trwania przemocy w związku wynosił ponad 11 lat ($SD = 8,9$), najdłuższy 39 lat, a najkrótszy rok. Ponadto 20% ($n = 6$) osób badanych podało, że przemoc występowała również w ich rodzinach pochodzenia. Poza jedną, wszystkie kobiety w badanej grupie (96%; $n = 29$) doznały przemocy psychicznej, natomiast 86% ($n = 26$) doznało także przemocy fizycznej. Przemoc seksualna była udziałem 16% ($n = 5$) badanych.

Czas trwania związku był relatywnie długi i wynosił od 3 do 40, średnio 16 ($SD = 9,85$) lat. Najmłodsza badana miała 19 lat, a najstarsza 59 (średnio 38 lat, $SD = 10,14$). Partnerzy używający przemocy byli w wieku pomiędzy 23 do 68 lat (średnio 43 lata, $SD = 10,82$). Większość partnerów badanych kobiet miała wykształcenie podstawowe lub zawodowe (80%, $n = 24$), pięciu z nich miało średnie wykształcenie (17%), a jeden wykształcenie wyższe (3%). Przeciętny czas, który minął od ostatniego aktu przemocy w związku w badanej grupie, wynosił ponad rok. Doświadczenie przemocy w okresie nie dłuższym niż miesiąc (do momentu badania) było udziałem 27% ($n = 8$) badanych, a dłuższym niż pół roku 27% ($n = 8$) kobiet.

Badane zaproszone do udziału w grupie kontrolnej, deklarujące, że nie doświadczyły przemocy w związku z partnerem, były rekrutowane za zgodą dyrekcji w szkole i przedszkolu, do których uczęszczały ich dzieci. Kryterium decydującym o włączeniu osoby do tej grupy był brak doświadczeń przemocy w życiu codziennym — nie tylko w relacji z partnerem. Z tego powodu zrezygnowano z udziału w badaniu 7 osób, które po zapoznaniu z ankietą dotyczącą doświadczeń przemocy, ujawniały przemoc w rodzinach pochodzenia, przemoc seksualną ze strony osób niespokrewnionych czy nadużycia w relacji przełożony – podwładny. W badanej grupie kontrolnej 67% ($n = 20$) kobiet miało wykształcenie podstawowe i zawodowe, natomiast pozostałe 33% ($n = 10$) wykształcenie średnie. Wiek badanych zawierał się w zakresie od 22 do 54 lat (średnio 38 lat; $SD = 9,74$). Partnerzy tych kobiet byli w wieku od 23 do 57 lat (średnio 41 lat; $SD = 10,68$), 70% partnerów miało wykształcenie zawodowe, a 30% wykształcenie średnie. Osoby z badanych grup (kobiety z doświadczeniem przemocy i bez takiego doświadczenia w związku partnerskim) nie różniły się istotnie pod względem wieku, wykształcenia, długości trwania związku.

Było to wynikiem doboru grupy kontrolnej według zasady tzw. doboru wiązanego. Natomiast kobiety podlegające agresji w związkach miały istotnie statystycznie więcej dzieci (przeciętnie więcej niż dwoje; SD = 1,34 vs więcej niż jedno w grupie bez przemocy; SD = 0,6) ($p = 0,03$) i ich partnerzy byli znacznie gorzej wykształceni ($p = 0,02$) niż partnerzy kobiet z grupy kontrolnej.

Metoda

Na użytek badania skonstruowano ankietę osobową zawierającą pytania dotyczące podstawowych danych demograficznych oraz charakterystyki przemocy (wiek, wykształcenie, liczba dzieci, wiek i wykształcenie partnera, długość trwania związku, długość trwania i typ przemocy, czas, jaki upłynął od ostatniego aktu przemocy, doświadczenie przemocy poza związkiem z partnerem).

W celu określenia ogólnego natężenia przejawów agresji oraz kierunku jej wyrażania w badanych grupach użyto Inwentarza Psychologicznego Syndromu Agresji (IPSA) Gasia [25]. Syndrom agresji definiuje on jako „zespół przeżyć, postaw i zachowań, których celem lub skutkiem (zamierzonym lub niezamierzonym) jest wyrządzenie krzywdy (bezpośrednio lub pośrednio) innej osobie lub sobie samemu. Syndrom agresji obejmuje zarówno tendencje agresywne uświadomione, jak i nieświadomione, skierowane na zewnątrz lub na siebie samego, zarówno przejawiane, jak i jedynie przeżywane” [25, s.143]. Skala IPSA mierzy nasilenie syndromu agresji składającego się z 10 podskal, kierunek agresji, a także sposób jej ujawniania. **Skala Samoagresji [S]** składa się z podskal **samoagresji emocjonalnej** (skala I) i **samoagresji fizycznej** (skala II). Samoagresja emocjonalna przejawia się m.in. negatywną samooceną, poniżaniem siebie czy pojawianiem się myśli samobójczych. Natomiast samoagresja fizyczna polega na zadawaniu sobie bólu, samookałeczeniach czy próbach samobójczych. **Agresja ukryta [U]** to suma wyników skal **wrogości wobec otoczenia** (skala III) i **nieświadomych skłonności agresywnych** (skala IV). Wrogość wobec otoczenia manifestuje się podejrzliwością, nieufnością i negatywnym nastawieniem do ludzi. Nieświadomione tendencje agresywne mogą przejawiać się w akceptowanych społecznie zachowaniach polegających na demonstrowaniu swojej siły czy przewagi. **Agresja skierowana na zewnątrz [Z]** to suma skal **agresji przemieszczonej** (skala V), **agresji pośredniej** (skala VI), **agresji słownej** (skala VII), **agresji fizycznej** (skala VIII). Agresja przemieszczana jest na mniej zagrażające obiekty. Agresja pośrednia polega na obśmiewaniu, plotkowaniu. Agresja słowna wyrażana jest poprzez kłótnie, narzekanie, przeklinanie. Agresja fizyczna polega na biciu osoby, do której kieruje się swoje agresywne impulsy. Dodatkowo kwestionariusz zawiera **skalę skłonności do działań odwetowych** (skala O) mierzącą nasilenie mściwości oraz tendencji do usprawiedliwiania swojej agresji koniecznością obrony. Kolejną skalą jest **wskaźnik kontroli zachowań agresywnych** (skala K). Rzetelność kwestionariusza sprawdzono metodą estymacji stabilności bezwzględnej (dla kobiet wynosi 0,94; $p < 0,001$), a trafność diagnostyczną określono za pomocą korelacji ze Skalą Agresji Buss-Durkee (0,87 dla kobiet; $p < 0,001$) [25].

Analiza danych

Do wszystkich obliczeń posłużono się pakietem Statistica 12.5 w wersji polskiej.

Przyjęto poziom istotności $p = 0,05$. Ze względu na charakter zmiennej (wykształcenie) lub niezgodność rozkładów zmiennych ilościowych z rozkładem normalnym (test Shapiro-Wilka) do analiz różnic pomiędzy grupami zastosowano test U Manna-Whitneya, a korelacje oszacowano za pomocą współczynnika rho Spearmana.

Wyniki

Tabela 1. Różnice w sposobie wyrażania agresji pomiędzy grupą kobiet z doświadczeniami przemocy a grupą kontrolną

Test U Manna-Whitneya * $p < 0,05$	Suma rang Grupa badana n = 30	Suma rang Grupa kontrolna n = 30	U	Z poprawione	p
Formy ekspresji agresji					
Samoagresja emocjonalna*	1115,50	714,50	249,50	2,973	<0,003
Samoagresja fizyczna*	1051,00	779,00	314,00	2,085	0,037
Wrogość wobec otoczenia*	1137,50	692,50	227,50	3,302	<0,001
Nieuświadomione skłonności agresywne	937,50	892,50	427,50	0,331	0,740
Agresja przemieszczona	1020,00	810,00	345,00	1,584	0,113
Agresja pośrednia*	772,50	1057,50	307,50	-2,126	0,033
Agresja słowna	845,50	984,50	380,50	-1,026	0,305
Agresja fizyczna	950,50	879,50	414,50	0,554	0,579
Kontrola zachowań agresywnych	926,00	904,00	439,00	0,155	0,876
Skłonność do działań odwetowych	861,00	969,00	396,00	-0,793	0,427
Ogólny poziom nasilenia syndromu	966,00	864,00	399,00	0,746	0,455
Kierunek agresji					
Samoagresja*	1111,00	719,00	254,00	2,901	<0,004
Agresja ukryta*	1051,50	778,50	313,50	2,017	<0,044
Agresja skierowana na zewnątrz	875,50	954,50	410,50	-0,577	0,564

Kobiety doświadczające aktów przemocy ze strony swojego partnera istotnie częściej kierowały swoją agresją na siebie, zwłaszcza w formie autoagresji emocjonalnej, ale i fizycznej (Tabela 1). Częściej wyrażały ją w formie ukrytej, przeżywając otaczających siebie ludzi jako nieprzychylnych. Rzadziej niż kobiety bez takich doświadczeń wyrażały swoją agresję w formie pośredniej (plotkowanie, donoszenie, obśmiewanie) (Tabela 1).

Tabela 2. Korelacje między formą ekspresji agresji kobiet, które relacjonowały występowanie przemocy w związku, a danymi demograficznymi (n = 30).

Korelacje Rang Spearmana; *p <,05	Wiek	Wykształcenie	Długość trwania związku	Okres trwania przemocy	Wiek partnera	Wykształcenie partnera
Formy ekspresji agresji						
Samoagresja emocjonalna	-0,16	-0,24	-0,14	-0,24	-0,12	-0,11
Samoagresja fizyczna	-0,02	-0,08	-0,02	-0,19	0,09	-0,07
Wrogość wobec otoczenia	-0,42*	-0,45*	-0,31	-0,18	-0,33	-0,33
Nieuświadomione skłonności agresywne	-0,58*	-0,62*	-0,48*	-0,41*	-0,53*	-0,44*
Agresja przemieszczona	-0,26	-0,02	-0,08	-0,23	-0,29	0,04
Agresja pośrednia	0,11	0,33	0,09	0,10	-0,07	0,07
Agresja słowna	-0,10	0,06	0,01	0,12	-0,34	-0,01
Agresja fizyczna	-0,21	-0,01	-0,13	0,02	-0,07	-0,22
Kontrola zachowań agresywnych	0,18	0,07	0,04	0,08	0,30	0,33
Skłonność do działań odwetowych	-0,30	-0,17	-0,28	-0,16	-0,33	-0,25
Ogólny poziom nasilenia syndromu	-0,30	-0,18	-0,18	-0,18	-0,35	-0,24
Kierunek agresji						
Samoagresja	-0,11	-0,17	-0,09	-0,24	-0,05	-0,07
Agresja ukryta	-0,55*	-0,59*	-0,42*	-0,30	-0,50*	-0,43*
Agresja skierowana na zewnątrz	-0,16	0,10	-0,06	-0,03	-0,28	-0,04

Tabela 3. Korelacje między formą ekspresji agresji kobiet, które nie relacjonowały przemocy w związku, a danymi demograficznymi (n = 30).

Korelacje Rang Spearmana; *p <,05	Wiek	Wykształcenie	Długość trwania związku	Wiek partnera	Wykształcenie partnera
Formy ekspresji agresji					
Samoagresja emocjonalna	-0,20	-0,51*	-0,22	-0,16	-0,37*
Samoagresja fizyczna	-0,07	-0,25	-0,03	-0,06	-0,20

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Korelacje Rang Spearmana; *p <,05	Wiek	Wykształcenie	Długość trwania związku	Wiek partnera	Wykształcenie partnera
Wrogość wobec otoczenia	-0,10	-0,09	-0,02	-0,08	-0,26
Nieuświadomione skłonności agresywne	-0,18	-0,04	-0,01	-0,11	-0,11
Agresja przemieszczona	-0,34	-0,19	-0,19	-0,28	-0,25
Agresja pośrednia	-0,17	-0,07	-0,19	-0,20	-0,04
Agresja słowna	-0,04	-0,20	-0,04	-0,06	0,01
Agresja fizyczna	-0,26	-0,47*	-0,26	-0,28	-0,17
Kontrola zachowań agresywnych	0,35	0,32	0,37*	0,37*	0,39*
Skłonność do działań odwetowych	-0,20	-0,27	-0,19	-0,27	-0,26
Ogólny poziom nasilenia syndromu	-0,30	-0,38*	-0,26	-0,31	-0,34
Kierunek agresji					
Samoagresja	-0,22	-0,51*	-0,22	-0,18	-0,37*
Agresja ukryta	-0,24	-0,27	-0,16	-0,24	-0,34
Agresja skierowana na zewnątrz	-0,27	-0,22	-0,23	-0,28	-0,09

Starsze, lepiej wykształcone kobiety doznające aktów przemocy ze strony partnera rzadziej przejawiały ukryte formy agresji (wrogość wobec otoczenia i nieuświadomione skłonności agresywne) (Tabela 2). Im dłużej trwał ich związek i przemoc, im starszy i lepiej wykształcony był ich partner, tym rzadziej wyrażały one swoją agresję poprzez nieuświadomione tendencje agresywne — polegając m.in. na bezkonfliktowym demonstrowaniu swojej przewagi (Tabela 2).

Lepiej wykształcone kobiety, które nie relacjonowały przemocy w związku, były mniej agresywne, a zwłaszcza mniej autoagresywne (w tym emocjonalnie) i mniej agresywne fizycznie (Tabela 3). Kobiety z grupy kontrolnej związane dłużej ze starszymi mężczyznami, którzy byli lepiej wykształceni, bardziej kontrolowały swoje agresywne zachowania (Tabela 3). Partnerki lepiej wykształconych mężczyzn z grupy kontrolnej były mniej autoagresywne (zwłaszcza emocjonalnie) (Tabela 3).

Omówienie wyników

Wyniki badań dotyczące rozpoznania, czy kobiety doświadczające aktów agresji ze strony bliskich osób [7, 9, 26] są bardziej agresywne od kobiet, które nie mają takich doświadczeń, są rozbieżne. W przedstawionym badaniu kobiety, które doświadczały przemocy w relacji intymnej, nie charakteryzowały się ogólnie większym nasileniem agresji (sumarycznie liczonym syndromem agresji wg Gasia). Natomiast w badaniu, przy użyciu

kwestionariusza Bussa, doświadczające przemocy w związku, w porównaniu z kobietami bez takich doświadczeń, okazały się mieć wyższy ogólny poziom agresji. Dodatkowo wyniki skal agresji fizycznej, werbalnej, gniewu i wrogości ujawniły wartości powyżej normy [7], podobnie jak podwyższona była częstość używania słownej agresji [25]. Różnice w wynikach badań mogą być związane np. z cechami demograficznymi grup, kontrolą wpływu wykształcenia i wieku na ekspresję agresji badanych bądź nasileniem doznanej przemocy [27]. W badanej grupie 67% kobiet miało wykształcenie podstawowe lub zawodowe, pozostałe kobiety swoją edukację zakończyły w szkole średniej.

Nasilenie przemocy pomiędzy partnerami wiązało się z nasileniem dominacji jednej ze stron [28]. Dominacja badana była za pomocą metody samoopisowej (Dominance Scale of the Personal and Relationships Profile) i wyrażała się poprzez: władzę (jeden z partnerów miał większą moc decyzyjną); restryktywność (prawo do ingerencji w zachowanie partnera, nawet jeśli zachowanie to nie dotyczyło jego bezpośrednio); dyskredytowanie (nie docenianie i ogólne negatywne ocenianie wartości partnera). Zarówno dominacja mężczyzn, jak i kobiet powiązana była z obustronną agresją obydwójga partnerów, ale efekt był silniejszy przy kobiecej dominacji. Była ona silniej niż męska powiązana z występowaniem przemocy wobec kobiet. Ponadto prawdopodobieństwo przemocy ze strony mężczyzny było zbliżone niezależnie, czy dominacja kobiety była szacowana jako wysoka czy przeciętna. Podobnie sugerują wyniki innych badań, które wskazują na to, że gdy wzrasta równość płci i indywidualizm, różnica między płciami w zakresie przemocy partnerskiej przesuwają się w kierunku mniejszej wiktymizacji kobiet, ale zwiększa wiktymizację mężczyzn [29].

Chociaż nasilenie gniewu u kobiet wiąże się z eskalacją napięcia pomiędzy partnerami [9], wydaje się, że forma ekspresji tej agresji, która może pojawiać się w bliskich relacjach, może być ważnym czynnikiem biorącym udział w powstawaniu i utrzymywaniu się przemocy w związku. Najbardziej znaczącą różnicą w zakresie form doświadczanej agresji pomiędzy porównywanymi grupami kobiet okazał się poziom nasilenia autoagresji. Poziom autoagresji, zarówno emocjonalnej, jak i fizycznej, oraz agresji ukrytej i wrogości wobec otoczenia, był wyższy niż u kobiet niezgłaszających przemocy w relacji. Wg autora kwestionariusza IPSA, osoby, które uzyskują wysokie wyniki w skali autoagresji, charakteryzują się niskim poczuciem własnej wartości, przedstawiają siebie w niekorzystnym świetle, wyolbrzymiają swoje wady, trudności i kierują na siebie agresję, poniżając się i myśląc o różnych formach autodestrukcji. Autoagresja fizyczna manifestuje się brakiem umiejętności konstruktywnego odreagowania i skłonnością do redukcji napięcia poprzez wyrządzanie sobie krzywdy, zadawanie sobie fizycznego bólu lub podejmowanie prób samobójczych.

Próbie opisu mechanizmów intrapsychicznych, które służą radzeniu sobie z agresją wzbudzaną przez osobę, od której jest się zależnym, podjęli Anna Freud [30] i Sandor Ferenczi [31], używając konstruktów introjekcji/identyfikacji z agresorem. Przejawia się on między innymi zaakceptowaniem takiego obrazu własnej osoby, jaki „tworzy” agresor, który często stara się uzasadnić swoją agresję i zaprzecza swojej zależności od ofiary. Ofiara zaczyna spostrzegać siebie i świat oczami oprawcy, by minimalizować niebezpieczeństwo grożące z jego strony. Bezkrytycznie przyjmuje interpretację rzeczywistości narzuconej przez agresora i rozwija nierealistycznie niską samoocenę, podważa swoje kompetencje. Natomiast oprawca, którego poczucie własnej wartości zależy od poziomu podporządkowa-

nia, wyeliminowania suwerenności ofiary, rozwija nierealistycznie zawyżoną samoocenę. Paradoksalnym efektem długotrwałej czy nawet zagrażającej życiu relacji z oprawcą jest uzależnienie i przywiązanie ofiary do swojego prześladowcy, podczas gdy słabnie jej zaufanie do pozaprzemocowych, zewnętrznych relacji [32].

Innymi pojęciami używanymi w literaturze na określenie tej specyficznej relacji z agresorem są: „więź traumatyczna”, „paradoksalna więź”, „więź urazowa” czy „syndrom bitej żony”, „syndrom ofiary”, „syndrom sztokholmski”. Zmiany w relacjach z innymi polegające na nasileniu braku zaufania; zerwaniu intymnych związków z innymi; izolowaniu się oraz zmiany w sferze emocjonalnej polegające na uporczywej dysforii; autoagresji (ustawiczne myśli samobójcze i skłonność do samookaleczenia); wybuchowości lub skrajnym hamowaniu gniewu można rozpatrywać jako część obrazu złożonego pourazowego zespołu stresu lub złożonego syndromu pourazowego [33].

Agresja ukryta w badanej grupie manifestowała się głównie jako wrogość wobec otoczenia i wyrażała się poprzez brak zaufania i podejrzliwość w kontaktach z ludźmi, silne poczucie bycia wykorzystywaną i niedocenianą przez innych oraz rzutowanie na innych własnej wrogości. Kobiety z doświadczeniem przemocy rzadziej natomiast wyrażały agresję w formie pośredniej — np. poprzez plotkowanie, skarżenie się, wyśmiewanie, krytykowanie i niesprawiedliwe traktowanie innych [26], prawdopodobnie spodziewając się odwetu.

Gaś [26] stwierdził, że prawdopodobieństwo pojawienia się agresji ukrytej rośnie tym bardziej, im bardziej hamowane są zachowania agresywne. Gdy występują umiejscowione na zewnątrz czynniki blokujące bezpośrednią agresję, wzrastać będzie raczej agresja pośrednia. Jeśli czynnikami hamującymi są zasady moralne jednostki, wzrasta prawdopodobieństwo zachowań autoagresywnych. Autoagresja pojawia się również w momencie, gdy inne zachowania agresywne będą pociągały za sobą groźbę większej przemocy niż agresja skierowana na siebie [26].

W prezentowanym badaniu kobiety, które doświadczyły przemocy w związku (zwłaszcza te młodsze i gorzej wykształcone), znacznie częściej spostrzegały inne osoby jako im nieprzychylnie, jednocześnie rzadziej wygłaszały negatywne sądy na temat innych osób. Im dłużej trwał związek badanych lub im dłużej trwała przemoc, tym kobiety rzadziej demonstrowały swoją przewagę — stosowały nieświadome formy rozładowania tendencji agresywnych. Będąc w dłuższych związkach, w których występowała przemoc, kobiety rzadziej używały ukrytych form agresji manifestujących się poprzez pozornie nieagresywne zachowania, będące formą w miarę bezkonfliktowej akceptowalnej i niekaranej agresywnej aktywności. Natomiast kobiety z grupy kontrolnej w dłuższych związkach bardziej kontrolowały ekspresję własnej agresji.

Nasilenie przemocy okazało się w innych badaniach silnie dodatnio skorelowane z przewlekłością procesu autodestrukcyjnego i czasem trwania związku [34]. Badano także wpływ separacji od sprawcy przemocy na zmianę w stanie psychicznym kobiet doświadczających przemocy. Dobre samopoczucie, lepsze postrzeganie jakości życia wzrastały przy tym u kobiet, które pozostawały oddzielone od nadużywających je mężczyzn [35]. Separacja ofiary i sprawcy powyżej 6 miesięcy znacznie obniżała nasilenie objawów pourazowych, zwłaszcza u osób z mniej nasilonymi objawami PTSD. Kobiety z przewlekłym zespołem stresu pourazowego doświadczają mniejszej poprawy samopoczucia i częściej wracają do nadużywającego partnera po rozstaniu [36]. Wskazuje to, iż może istnieć pewnego

rodzaju czasowa granica, po przekroczeniu której pomoc jest mniej efektywna, a zmiany w funkcjonowaniu emocjonalnym czy interpersonalnym bardziej trwałe.

Historia przemocy w rodzinie pochodzenia stanowi istotny czynnik ryzyka, predysponujący do rewiktyzacji w związku partnerskim [37, 38] i jest istotnym predyktorem autoagresji [39]. W naszym badaniu 20% (n = 6) kobiet zgłaszających przemoc w związku partnerskim, relacjonowało również przemoc w rodzinie generacyjnej. Awersyjne doświadczenia pojawiające się w rodzinie pochodzenia mogą mieć wpływ na szeroki zakres wewnętrznych czynników (regulacja emocji, styl przywiązania, samoocena, poczucie winy i wstydu, asertywność) i agresywnych zachowań, które mogą doprowadzić do konfliktowej relacji partnerskiej [27, 40].

Cenne byłoby zbadanie obojga partnerów przemocowej interakcji. Agresja w parze może być związana z ich cechami, z ich osobowością, psychopatologią, wpływem społecznym, fazą rozwojową [41]. Zwłaszcza objawy depresji stanowią czynnik ryzyka przemocy zarówno wśród kobiet zgłaszających przemoc, jak i mężczyzn stosujących przemoc w związku intymnym [42] powodując, zwłaszcza u mężczyzn, narastanie wrogości oraz impulsywności, co z kolei zwiększa ryzyko agresywnego reagowania [43, 44]. Analiza sposobów przetwarzania i nasilenia agresji powinna być stałym elementem diagnozy zarówno psychiatrycznej, jak i psychoterapeutycznej i stanowić ważny element dialogu z pacjentem.

Ograniczeniem prezentowanego badania jest niska liczebność badanych grup, która nie uniemożliwiła jednak wykrycie opisanych wyżej istotnych statystycznie zależności w zakresie wariancji oraz korelacji. W interpretacji wyników należy także uwzględnić samoopisowy charakter zastosowanych kwestionariuszy, który, ze względu na brak możliwości obiektywizacji badanych faktów, mógł się przyczynić do niewykrycia niektórych aspektów podlegających tu analizie zjawisk.

Wnioski

Uzyskane wyniki warto odnieść do możliwych kierunków pracy psychoterapeutycznej z kobietami doświadczającymi przemocy w związku. Bez wątpienia wzmocnienie umiejętności konstruktywnego radzenia sobie z negatywnymi uczuciami bez zaprzeczania im czy przekierowywania ich na swoją osobę, jak również przypisywania złości i agresji innym, wydaje się stanowić istotny składnik tego rodzaju pomocy. Czynnikiem utrudniającym leczenie i nawiązanie trwałej relacji terapeutycznej może być, ujawniona w badaniu, nieufność, podejrzliwość wobec otoczenia, przypisywanie innym ludziom (w tym osobom zaangażowanym w leczenie) wrogich intencji. Praca związana z uświadomieniem sobie przez pacjentkę projekcji, przypisywania innym agresywnych intencji oraz poziomu nasilenia własnej agresji, skierowanej na siebie i podejmowanie prób poradzenia sobie z różnymi formami autodeprecjacji, ataku na siebie, niszczenia szacunku do siebie, czy to w formie psychicznej czy fizycznej, jest zazwyczaj istotnym krokiem w kierunku zmiany. Autoagresja może być związana z pogorszeniem się stanu psychicznego kobiet, z zaniedbywaniem swojego zdrowia somatycznego, a także może podtrzymywać krzywdzącą relację poprzez m.in. to, że kobiety usprawiedliwiają wyrządzone im przez innych krzywdy. Kolejnym krokiem jest wypracowanie przez pacjentkę wewnętrznej niezgody i sprzeciwu wobec krzywdzenia samej siebie (zamiana objawów egosyntonicznych na egodystoniczne).

Zmiana sposobu przeżywania, identyfikowania i rozładowywania agresywnych impulsów będzie wymagała poszukiwania przez kobiety w trakcie terapii umiejętności przetwarzania destrukcyjnych impulsów, adekwatnego do sytuacji i możliwości. Istotne w dystrybucji agresywnych impulsów, z punktu widzenia praktyki klinicznej, wydają się mechanizmy idealizacji i dewaluacji. Właściwa diagnoza zjawisk występujących w relacjach, zwłaszcza badanie procesów toczących się w parach, wspomagana systematycznie prowadzonymi badaniami nad zjawiskiem wiktyimizacji, może dostarczyć wiarygodnych danych, które mogą być podstawą strategii przeciwdziałania przemocy i leczenia osób jej doświadczających. Podejmowanie obszaru przeżywania impulsów agresywnych przez osoby, które doświadczają przemocy, może stanowić pomoc w ustanawianiu bezpiecznych, nieprzekraczalnych granic osobistych, pomocnych w utrzymywaniu bezpieczeństwa.

Piśmiennictwo

1. Kernberg OF. Aggression in personality disorders and perversions. New Haven, CT, US: Yale University Press; 1992.
2. Straus MA. Measuring intra-family conflict and violence: the conflict tactics scales. *J. Marriag. Fam.* 1979, 41, 75–86.
3. Policyjne statystyki samobójstw [Internet]. [17 czerwca 2017]. <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachysamobojcze/122324,Zamachy-samobojcze-od-2013-roku.html>
4. World Health Organization. Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women: WHO Clinical and Policy Guidelines. Geneva; 2013.
5. Boyle A, Jones P, Lloyd S, Boyle A. The association between domestic violence and self-harm in emergency medicine patients. *Emerg. Med. J.* 2006; 23: 604–607.
6. Ellsberg M, Jansen HAFM, Heise L, Watts CH, Garcia-Moreno C. WHO Multi-country study on women's health and domestic violence against women study team. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet* 2008; 371(9619): 1165–1172.
7. Musavi SA, Barnaji SN, Kiaea Z, Mousavi A, Abbasi R. An investigation on aggression level among female victims of wife abuse referred to Kermanshah forensic medicine. *J. Appl. Environ. Biol. Sci.* 2015; 5(7S): 405–408.
8. Golu F. Predictors of domestic violence — comparative analysis. *Procedia Soc. Behav. Sci.* 2014; 127: 611–615.
9. Crane CA, Testa M. Daily associations among anger experience and intimate partner aggression within aggressive and nonaggressive community couples. *Emotion. NIH Public Access* 2014; 14(5): 985–994.
10. Archer J. Sex differences in aggression between heterosexual partners: a meta-analytic review. *Psychol. Bull.* 2000; 126(5): 651–680.
11. Archer J. Sex differences in aggression in real-world settings: A meta-analytic review. *Rev. Gen. Psychol.* 2004; 8(4): 291–322.
12. Campbell J. Health consequence of intimate partner violence. *Lancet* 2002; 13(359(9314)): 1331–1336.
13. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *Lancet* 2002; 360(9339): 1083–1088.

14. Black M, Basile K, Breiding M, Smith S, Walters M, Merrick M i wsp. The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS). 2010 Summary Report. Atlanta, GA; 2011.
15. Ramsay J, Rutterford C, Gregory A, Dunne D, Eldridge S, Sharp D. Domestic violence: knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians. *Br. J. Gen. Pract.* 2012; 62 (602): e647–655.
16. Pallitto CC, Garca-Moreno C, Jansen HAFM, Heise L, Ellsberg M, Watts C. Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: Results from the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence. *Int. J. Gynecol Obstet.* 2013; 120(1): 3–9.
17. Gharacheh M, Azadi S, Mohammadi N, Montazeri S, Khalajinia Z. Domestic violence during pregnancy and women's health-related quality of life. *Glob. J. Health Sci.* 2015; 8(2): 27–34.
18. Alhusen JL, Ray E, Sharps P, Bullock L. Intimate partner violence during pregnancy: maternal and neonatal outcomes. *J. Womens' Health (Larchmt)* 2015; 24(1): 100–106.
19. Rees S, Silove D, Chey T, Ivancic L, Steel Z, Creamer M, et al. Lifetime prevalence of gender-based violence in women and the relationship with mental disorders and psychosocial function. *Jama* 2011; 306(5): 530–536.
20. Trevillion K, Oram S, Feder G, Howard LM, Oram S. Experiences of domestic violence and mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* 7(12): e51740. doi:10.1371/journal.pone.0051740
21. Howard LM, Oram S, Galley H, Trevillion K, Feder G. Domestic violence and perinatal mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 10(5): e1001452. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001452>
22. Boyle MH, Georgiades K, Cullen J, Racine Y. Community influences on intimate partner violence in India: Women's education, attitudes towards mistreatment and standards of living. *Soc. Sci. Med.* 2009; 69(5): 691–697.
23. Garcia-Moreno C, Heise L, Jansen HA, Ellsberg M, Watts C. Public health. Violence against women. *Science* 2005; 310(5752): 1282–1283.
24. World Economic Forum. The Global Gender Gap Report 2015; (25): 1–381.
25. Gaś Z. Inwentarz Psychologiczny Syndromu Agresji. *Przegląd Psychol.* 1980; XXIII (1):143–158.
26. Golu F. Predictors of domestic violence — comparative analysis. *Procedia. Soc. Behav. Sci.* 2014 ; 127: 611–615.
27. Birkley E, Eckhardt CI. Anger, hostility, internalizing negative emotions, and intimate partner violence perpetration: a meta-analytic review. *Clin. Psychol. Rev.* 2015; 37: 40–56.
28. Straus, M. Dominance and symmetry in partner violence by male and female university students in 32 nations. *Child. Youth Serv. Rev.* 2008; 30: 252–275.
29. Archer J. Cross-cultural differences in physical aggression between partners: A social-role analysis. *Pers. Soc. Psychol. Rev.* 2006 ; 10 (2): 133–153.
30. Freud A. Ego i mechanizmy obronne. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012.
31. Howell EF. Ferenczi's concept of identification with the aggressor: understanding dissociative structure with interacting victim and abuser self-states. *Am. J. Psychoanal.* 2014; 74(1): 48–59. doi: 10.1057/ajp.2013.40
32. D'Ardenne P, Balakrishna J. Domestic violence and intimacy: what the relationship therapist needs to know. *Sex Relation. Ther.* 2001; 16 (3): 229–246.
33. Herman JL. *Przemoc. Uraz psychiczny i powrót do równowagi.* Gdańsk, 2000: GWP.
34. Pilecka B. *Samobójstwo w kontekście agresji. W: Różne oblicza agresji. Studium socjologiczno-psychologiczne.* Kraków: Wydawnictwo Radamsa; 2000.

35. Anderson DK, Saunders DG. Leaving an abusive partner. An empirical review of predictors, the process of leaving, and psychological well-being. *Trauma Violence Abuse*. 2003; 4(2): 163–191.
36. Johnson DM, Zlotnick C. Remission of PTSD after victims of intimate partner violence leave a shelter. *J. Trauma Stress*. 2012; 25(2): 203–206.
37. McMahon K, Hoertel N, Wall MM, Okuda M, Limosin F, Blanco C. Childhood maltreatment and risk of intimate partner violence: A national study. *J. Psychiatr. Res.* 2015; 69: 42–49.
38. Cui M, Durtschi JA, Donnellan MB, Lorenz FO, Conger RD. Intergenerational transmission of relationship aggression: a prospective longitudinal study. *J. Fam. Psychol.* 2010; 24(6): 688–697.
39. Sansone RA, Chu J, Wiederman MW. Self-inflicted bodily harm among victims of intimate-partner violence. *Clin. Psychol. Psychother.* 2007; 14: 352–357.
40. Scott S, Babcock JC. Attachment as a moderator between intimate partner violence and PTSD symptoms. *J. Fam. Violence*. 2010; 25(1): 1–9.
41. Kim HK, Laurent HK, Capaldi DM, Feingold A. men's aggression toward women: a 10-year panel study. *J. Marriage Fam.* 2008; 70(5): 1169–1187.
42. Stith SM, Smith DB, Penn CE, Ward DB, Tritt D. Intimate partner physical abuse perpetration and victimization risk factors: A meta-analytic review. *Aggress. Violent Behav.* 2004; 10(1): 65–98.
43. Romero-Martinez A, Lila M, Sarinana-Gonzales P, Gonzales-Bono E, Moya-Albiol L. High testosterone levels and sensitivity to acute stress in perpetrators of domestic violence with low cognitive flexibility and impairments in their emotional decoding process: A preliminary study. *Aggress Behav.* 2013; 39(5): 355–369.
44. Dutton DG, Karakanta C. Depression as a risk marker for aggression: A critical review. *Aggress. Violent Behav.* 2013; 18(2): 310–319.

Adres: joannafrancykglita@gmail.com