

Czynniki ryzyka objawów lękowych i depresyjnych u kobiet doświadczających przemocy w związku intymnym

Risk factors of anxiety and depressive symptoms in female patients experiencing intimate partner violence

Hanna Karakuła-Juchnowicz^{1,2}, Paulina Łukasik³,
Justyna Moryłowska-Topolska¹, Paweł Krukow¹

¹ Zakład Neuropsychiatrii Klinicznej UM w Lublinie

² I Klinika Psychiatrii, Psychoterapii i Wczesnej Interwencji UM w Lublinie

³ Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Radecznicy

Summary

Aim. The aim of the study was to find factors associated with higher severity of anxiety and depressive symptoms in female patients experiencing intimate partner violence (IPV).

Method. The study was conducted in six randomly selected primary healthcare centers in Lublin province. The HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) and a structured questionnaire designed by the authors were administered to a total of 350 consecutive female patients visiting a GP. Fully completed questionnaire forms were obtained from 200 women. 102 (51%) participants who confirmed experiencing IPV ultimately made up the study cohort. Sequential models were created using backward stepwise multiple regression to investigate the potential risk and the protective factors associated with higher severity of anxiety and depressive symptoms in the study group.

Results. 68% and 56% of the participants respectively had positive scores on the HADS anxiety and depression subscales. Living in a small town or in the countryside was associated with higher scores on the anxiety subscale ($b = -1.18$, $p = 0.003$), but not on the depression subscale. Chronic physical illness ($b = 2.42$, $p = 0.013$; $b = 2.86$, $p = 0.015$), being unemployed ($b = 0.58$, $p = 0.024$; $b = 0.69$, $p = 0.008$), and exposure to economic violence ($b = 3.97$, $p < 0.001$; $b = 3.88$, $p = 0.001$) were associated with higher scores on both subscales of the HADS. The fact of receiving financial support ($b = 2.67$, $p = 0.002$; $b = 2.68$, $p = 0.003$) was a protective factor against both kinds of symptoms. Exposure to physical violence was associated with higher scores on the depression subscale ($b = 3.09$, $p = 0.005$), but not on anxiety subscale.

Conclusions. The type of violence and socioeconomic characteristics were more strongly associated with anxiety and depressive symptoms in women experiencing IPV than demographic variables.

Słowa kluczowe: przemoc w związku intymnym, lęk, depresja

Key words: intimate partner violence, anxiety, depression

Wstęp

Powszechnie znany jest wpływ przemocy na zdrowie psychiczne ofiary [1]. Istnieje wiele badań dotyczących przemocy w bliskich związkach i jej konsekwencji w postaci zaburzeń stanu psychicznego, takich jak: depresja [2–4], niepokój i zaburzenia lękowe [5], zaburzenie stresowe pourazowe [6–8], fobia społeczna [9], zaburzenia snu [10].

Depresja jest najczęściej badanym aspektem zdrowia psychicznego związanym z przemocą ze strony partnera [4, 11]. Była też jednym z pierwszych zidentyfikowanych przez badaczy skutków przemocy dotyczących zdrowia psychicznego [12]. Występowanie depresji w tej grupie pacjentek szacowane jest w szerokich granicach od 34,7% do 63% badanych [2, 13, 14].

Lęk jest zjawiskiem bardzo często związanym z przemocą ze strony partnera w bliskim związku [11]. Jego występowanie u kobiet doświadczających przemocy w związku intymnym (intimate partner violence – IPV) w badaniu Vos i wsp. oszacowano na 27,3% [14], natomiast badania przeprowadzone w schroniskach wśród kobiet będących ofiarami przemocy pokazały, że nawet 77% z nich potwierdziło lęk w ciągu ostatnich 12 miesięcy w porównaniu z 6,1% kobiet w populacji ogólnej [15]. Lęk, mimo że nie jest kryterium koniecznym do postawienia diagnozy epizodu depresji, bardzo ściśle wiąże się z obrazem depresji [16]. Dlatego uzasadnione wydaje się przeprowadzanie badania objawów lęku i depresji w sposób równoczesowy w tej samej populacji osób badanych.

Cel

Celem badania była próba identyfikacji czynników związanych z większym nasileniem objawów lęku i depresji w grupie kobiet doświadczających przemocy w związku intymnym.

Material

Do badania włączono 350 zgłaszających się kolejno do lekarza rodzinnego kobiet. Kryteriami włączenia do badania były: 1. wyrażenie pisemnej, świadomej zgody na udział w badaniu, 2. wiek > 18. r.ż., 3. pozostawanie w stabilnym stanie somatycznym. Ostatecznie do dalszych analiz włączono dane uzyskane od 200 kobiet, które w trakcie trwania badania zwróciły kompletnie uzupełnione zestawy testów. Doświadczanie przemocy w związku intymnym potwierdziły 102 kobiety (51%) i to one stanowiły właściwą grupę badaną.

Metoda

Badanie przeprowadzono kolejno w sześciu losowo dobranych ośrodkach Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) na terenie województwa lubelskiego, według następującego klucza: dwa ośrodki wiejskie (Tereszpol i Łukowa), dwa ośrodki w miastach < 5 tys. mieszkańców (Frampol i Tarnogród) oraz dwa w miastach powiatowych (Biłgoraj i Janów Lubelski). Czas trwania badania wyniósł w każdym z ośrodków cztery tygodnie. Przez pierwsze dwa tygodnie rozdawano zestawy narzędzi badawczych, przez kolejne dwa tygodnie pacjentki, które preferowały wypełnianie kwestionariuszy w domu, mogły je dostarczać wypełnione do przychodni.

Na badanie uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Lublinie (numer KE-0254/166/2011).

Narzędzia badawcze

W przeprowadzonym badaniu zastosowano następujące narzędzia badawcze:

1. Ustrukturalizowany Kwestionariusz Wywiadu własnej konstrukcji, który zawierał pytania dotyczące danych socjodemograficznych, takich jak wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, źródło utrzymania, a także pytania, w których pacjentka dokonywała oceny swojej sytuacji materialnej i mieszkaniowej. Poza tym badane odpowiadały na pytania dotyczące rodzaju doświadczanej przemocy ze strony partnera w ciągu całego życia oraz były pytane o obecność przewlekłej choroby somatycznej, a także o korzystanie z instytucjonalnej pomocy finansowej.
2. Do oceny występowania u badanych objawów lęku i depresji zastosowano Szpitalną Skalę Lęku i Depresji (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS) [17], która zawiera 14 pytań w dwóch podskalach: lęku i depresji. Każde pytanie jest oceniane w skali od 0 do 3 punktów. Zakres punktacji jest taki sam dla podskali lęku i podskali depresji. Punktacja 0–7 wskazuje na stan prawidłowy, 8–10 na możliwość występowania lęku lub depresji, 11–21 punktów odpowiada wynikowi pozytywnemu. Pozwala ona na ocenę lęku i depresji zarówno u pacjentów hospitalizowanych, jak i w leczeniu otwartym. Skala HADS została przetłumaczona i zaadaptowana do warunków polskich, okazując się rzetelnym narzędziem badawczym do oceny depresji i lęku u chorych pacjentów z zaburzeniami psychosomatycznymi [18].

Analiza danych

Do zbadania korelacji nasilenia objawów lęku i depresji użyto metody korelacji rang Spearmana. Do dalszych analiz statystycznych wykorzystano procedurę opisaną przez Wonga i wsp. [3], która polega na stworzeniu czterofazowych modeli dotyczących związku między różnego typu niezależnymi zmiennymi a nasileniem, odpowiednio, objawów lęku i depresji u kobiet doświadczających przemocy w związku intymnym. W tym celu posłużono się metodą regresji wielorakiej postępującej wstecznie. Na początku zmienne zostały podzielone na cztery grupy: 1. Zmienne demograficzne: wiek,

miejsce zamieszkania, stan cywilny, wykształcenie, obecność choroby przewlekłej; 2. Zmienne socjoekonomiczne, takie jak źródło utrzymania, ocena sytuacji materialnej oraz ocena warunków mieszkaniowych; 3. Otrzymywanie instytucjonalnej pomocy finansowej; 4. Zmienne dotyczące rodzaju doznawanej przemocy (fizyczna, psychiczna, seksualna oraz ekonomiczna). Wysłano hipotezę, że zmienne z grupy 1 mogą wpływać na zmienne z grup 2, 3 i 4, zmienne z grupy 2 mogą wpływać na zmienne z grup 3 i 4, zmienne z grupy 3 na zmienne z grupy 4. Przyjęto istotność statystyczną na poziomie $p < 0,05$.

Wyniki

Charakterystyka grupy badanej

Ostatecznie grupę badaną utworzyły 102 kobiety, które doświadczały przemocy w związku intymnym. Średni wiek wynosił $45,83 \pm 10,69$ roku, większość z nich miała wykształcenie średnie (59,8%) i wyższe (21,6%). 81,4% badanych stanowiły mężatki. 59,8% mieszkało na wsi. Ponad połowa (52,9%) pracowała zawodowo. Aż 82,4% badanych kobiet podało występowanie u nich somatycznej choroby przewlekłej. Największy odsetek badanych ocenił swoją sytuację materialną i warunki mieszkaniowe jako średnie (odpowiednio 47% i 59,8%). 31,4% korzystało z instytucjonalnej pomocy finansowej. Rozpowszechnienie przemocy fizycznej, psychicznej, seksualnej i ekonomicznej w badanej grupie wyniosło odpowiednio: 75%, 92%, 21% i 65%. Charakterystykę grupy badanej przedstawia szczegółowo tabela 1.

Tabela 1. Charakterystyka grupy badanej

Zmienna	N	%
Wiek w latach (średnia)	45,83 ± 10,69)	–
Wykształcenie		
Wyższe	22	21,6%
Średnie	61	59,8%
Gimnazjalne	2	1,9%
Podstawowe	17	16,7%
Stan cywilny		
Panna	5	4,9%
Zamężna	83	81,4%
Rozwiedziona	11	10,8%
Wdowa	3	2,9%
Miejsce zamieszkania		
Wieś	61	59,8%
Miasto do 20 tys.	30	29,4%

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Miasto 20–50 tys.	10	9,8%
Miasto powyżej 50 tys. mieszkańców	1	0,9%
Choroba przewlekła		
Tak	84	82,4%
Nie	18	17,6%
Źródło utrzymania		
Praca zawodowa	54	52,9%
Prace dorywcze/sezonowe	12	11,8%
Praca w gospodarstwie rolnym	16	15,7%
Renta	5	4,9%
Emerytura	9	8,8%
Na utrzymaniu innych osób	6	5,9%
Sytuacja materialna		
Bardzo zła	4	3,9%
Zła	31	30,4%
Średnia	48	47,0%
Dobra	16	15,7%
Bardzo dobra	3	2,9%
Warunki mieszkaniowe		
Bardzo złe	1	0,9%
Złe	14	13,7%
Średnie	61	59,8%
Dobre	21	20,6%
Bardzo dobre	5	4,9%
Korzystanie z pomocy finansowej		
Tak	32	31,4%
Nie	70	68,6%

Występowanie objawów lęku i depresji w grupie badanej

W badanej grupie 68% kobiet uzyskało wynik pozytywny w podskali lęku Skali HADS, a u 30% zdiagnozowano lęk o nasileniu ciężkim (powyżej 15 punktów). W podskali depresji 56% badanych uzyskało wynik pozytywny, zaś u 17% depresja osiągnęła nasilenie ciężkie (powyżej 15 punktów). Obie zmienne były silnie skorelowane (r -Spearmana = 0,69, $p < 0,001$).

Zmienne związane z nasileniem lęku

Za pomocą regresji wielorakiej postępującej wstecznie wykazano, że 5 spośród 13 uwzględnionych czynników miało związek z nasileniem objawu lęku w grupie badanej (tab. 2).

W I fazie z 5 branych pod uwagę zmiennych demograficznych jedynie miejsce zamieszkania (zamieszkiwanie na wsi i w małym mieście) ($b = 2,86$, 95% CI = $-1,94$ do $-0,41$, $p = 0,003$) oraz fakt występowania u badanych choroby przewlekłej ($b = 3,09$, 95% CI = $0,95-5,24$, $p = 0,005$) okazały się związane z wyższymi wynikami w podskali lęku Skali HADS. Inne zmienne demograficzne, tj. wiek, stan cywilny oraz wykształcenie, nie były istotnie związane z większym nasileniem lęku.

W II fazie analizy uwzględniono źródło utrzymania, subiektywną ocenę sytuacji materialnej oraz warunków mieszkaniowych. Jedynie źródło utrzymania okazało się istotną zmienną ($b = 0,58$, 95% CI = $0,08-1,08$, $p = 0,024$) warunkującą nasilenie lęku u kobiet doświadczających przemocy w związku. U badanych, które nie pracowały i były na utrzymaniu innych osób, obserwowano większe nasilenie lęku w porównaniu z kobietami, które pracowały zawodowo. Ocena sytuacji materialnej oraz warunków mieszkaniowych nie była istotnie związana z nasileniem objawów lękowych.

W fazie III, po uwzględnieniu otrzymywania instytucjonalnej pomocy finansowej, okazało się, że kobiety, które otrzymują pomoc finansową, mają mniej nasilony lęk ($b = 2,67$, 95% CI = $0,96-4,38$, $p = 0,002$).

W ostatniej – IV fazie analizy, po uwzględnieniu rodzaju doświadczanej przemocy, okazało się, że jedynie doświadczanie przemocy ekonomicznej ($b = 3,97$, 95% CI = $2,37-5,5$, $p < 0,001$) wiązało się istotnie z większym nasileniem lęku.

Tabela 2. Wyniki uzyskane przy zastosowaniu regresji wielorakiej postępującej wstecznie dla objawów lęku w grupie kobiet doświadczających przemocy w związku

	b	CI	p
Faza 1 (n = 102)			
Miejsce zamieszkania	-1,18	-1,94 do -0,41	0,003
Choroba przewlekła (nie/tak)	3,09	0,95 do 5,24	0,005
Faza 2			
Źródło utrzymania	0,58	0,08 do 1,08	0,0245
Faza 3			
Pomoc finansowa (tak/nie)	2,67	0,96 do 4,38	0,002
Faza 4			
Przemoc ekonomiczna	3,97	2,37 do 5,5	< 0,001

b – współczynnik estymacji, CI – przedział ufności

Zmienne związane z nasileniem depresji

Wykazano, że 6 spośród 13 uwzględnionych czynników miało związek z nasileniem objawów depresji u kobiet doznających przemocy (tab. 3).

W I fazie z 5 branych pod uwagę zmiennych demograficznych jedynie fakt występowania u badanych somatycznej choroby przewlekłej ($b = 2,89$, 95% CI = 0,59–5,15, $p = 0,015$) okazał się związany z uzyskaniem wyższych wyników w podskali depresji Skali HADS. Inne zmienne demograficzne, tj. wiek, miejsce zamieszkania, stan cywilny oraz wykształcenie, nie były istotnie związane z większym nasileniem depresji u badanych.

W II fazie analizy zostały uwzględnione następujące zmienne: źródło utrzymania, subiektywna ocena sytuacji materialnej oraz subiektywna ocena warunków mieszkaniowych. Źródło utrzymania ($b = 0,69$, 95% CI = 0,18–1,2 $p = 0,008$) oraz ocena warunków mieszkaniowych ($b = -1,60$, 95% CI = -2,71 do -0,49, $p = 0,005$) istotnie wiązały się z nasileniem depresji: u badanych, które nie pracowały i były na utrzymaniu innych osób, oraz u tych, które gorzej oceniały swoje warunki mieszkaniowe, obserwowano większe nasilenie depresji.

W fazie III, po uwzględnieniu otrzymywania instytucjonalnej pomocy finansowej, okazało się, że u kobiet otrzymujących pomoc finansową depresja jest mniej nasiloną ($b = 2,68$, 95% CI = 0,94–4,41, $p = 0,003$).

W ostatniej – IV fazie analizy, po uwzględnieniu rodzaju doświadczanej przemocy, okazało się, że doznawanie przemocy ekonomicznej ($b = 3,88$, 95% CI = 0,52–4,31, $p = 0,001$), a także przemocy fizycznej ($b = 2,42$, 95% CI = 2,15–5,6, $p < 0,013$) wiązało się istotnie z większym nasileniem depresji.

Tabela 3. Wyniki uzyskane przy zastosowaniu regresji wielorakiej postępującej wstecznie dla objawów depresji w grupie kobiet doświadczających przemocy w związku

	b	CI	p
Faza 1 (n = 102)			
Choroba przewlekła (nie/tak)	2,86	0,59 do 5,13	0,015
Faza 2			
Źródło utrzymania	0,69	0,18 do 1,2	0,008
Warunki mieszkaniowe	-1,60	-2,71 do -0,49	0,005
Faza 3			
Pomoc finansowa (tak/nie)	2,68	0,94 do 4,41	0,003
Faza 4			
Przemoc ekonomiczna	3,88	0,52 do 4,31	0,001
Przemoc fizyczna	2,42	2,15 do 5,6	0,013

b – współczynnik estymacji, CI – przedział ufności

Omówienie wyników

Wskaźnik występowania depresji wśród kobiet doświadczających przemocy ze strony partnera w bliskim związku sięga od 35,7% do 63% [2]. Z przeprowadzonej metaanalizy wyników 18 badań dotyczących tej tematyki wynika, iż częstość występowania depresji u kobiet, które doświadczyły przemocy, wynosi 47,6% i jest to wynik znacznie wyższy niż dla populacji ogólnej, szacowany na 18,6% [19]. Z kolei w badaniu Vos i wsp. depresja była najczęstszą konsekwencją zdrowotną przemocy ze strony partnera, a jej występowanie oszacowano na 34,7% [14].

Kobiety, które doświadczyły niedawno aktów przemocy ze strony partnera, 2,3 raza częściej zgłaszały jakiegokolwiek objawy depresyjne, miały też wyższe wskaźniki lęku, wrogości i gniewu niż kobiety, które nigdy nie doznały przemocy ze strony partnera [20].

W badaniach Bonomi i wsp. zaobserwowano dwukrotnie wyższe ryzyko zaburzeń lękowych w przypadku kobiet, które doświadczyły przemocy ze strony partnera, w porównaniu z kobietami bez historii IPV [13].

W niniejszym badaniu rozpowszechnienie objawów lękowych i depresyjnych było stosunkowo wysokie: 68% kobiet uzyskało wynik pozytywny w podskali lęku i 56% badanych uzyskało wynik pozytywny w podskali depresji Skali HADS. Rozbieżności dotyczące skali rozpowszechnienia lęku i depresji w pracach różnych autorów mogą wynikać z wielu przyczyn, w tym zastosowanego narzędzia badawczego (w naszym przypadku przesiewowa skala samooceny) czy grupy badanych kobiet (w naszej pracy pacjentki POZ jednego z najbardziej niebezpiecznych regionów Polski).

Wykazaliśmy silny związek nasilenia objawów lęku i objawów depresji w badanej grupie – podobne wyniki uzyskali również Pico-Alfonso i wsp. [21].

Zamieszkiwanie w mniejszej miejscowości (wieś i małe miasto) wiązało się w większym nasileniem lęku. Występowanie u badanych choroby przewlekłej istotnie wpływało na większe nasilenie zarówno objawów lęku, jak i depresji. Pozostałe brane przez nas pod uwagę zmienne demograficzne, takie jak wiek, stan cywilny i wykształcenie, nie miały istotnego wpływu na nasilenie objawów lęku i depresji.

Wong i wsp. w badaniu z 2011 r. wykazali, że młodszy wiek badanych kobiet wiązał się z większym nasileniem depresji [3]. W odniesieniu do związku pomiędzy poziomem edukacji i występowaniem objawów depresji dane z literatury pozostają niespójne. Kamimura i wsp. wskazują, że wyższy poziom edukacji wiąże się z większym nasileniem depresji [22], zaś wyniki uzyskane przez Wong i wsp. wskazują na protekcyjne znaczenie poziomu wykształcenia w tym zakresie [3]. W naszym badaniu nie wykazano związku nasilenia objawów lęku i depresji z poziomem wykształcenia badanych kobiet.

Ważnym predyktorem występowania zarówno objawów lęku, jak i depresji okazała się obecność u badanych kobiet przewlekłej choroby somatycznej. Opublikowane wcześniej badania odnosiły się przede wszystkim do doświadczanych objawów somatycznych, ale potwierdziły również wpływ stanu zdrowia somatycznego na nasilenie objawów depresji u kobiet doświadczających przemocy w związku intymnym [22, 23].

Kolejną grupą zmiennych analizowanych w naszym badaniu były czynniki socjoekonomiczne: źródło utrzymania, ocena sytuacji materialnej oraz ocena warunków

mieszkańciami. U badanych kobiet, które nie pracowały i były na utrzymaniu innych osób, oraz u tych, które gorzej oceniały swoje warunki mieszkaniowe, obserwowano większe nasilenie depresji. Większe nasilenie lęku wiązało się jedynie z pierwszą omawianą zmienną, nie wiązało się natomiast z sytuacją mieszkaniową. Co ciekawe, ocena sytuacji materialnej nie była istotnie związana zarówno z nasileniem lęku, jak i depresji. W wielu badaniach potwierdzano znaczenie gorszego statusu socjoekonomicznego jako czynnika ryzyka depresji u kobiet doświadczających przemocy [24–26].

Otrzymywanie instytucjonalnej pomocy finansowej wiązało się z mniejszym nasileniem objawów lękowych i depresyjnych, co jest zgodne z wynikami innych badań [3, 25].

W końcowej fazie przeanalizowano wpływ rodzaju doznawanej przemocy na nasilenie objawów lęku i depresji. Doznawanie przemocy fizycznej wiązało się z większym nasileniem objawów depresji, a przemocy ekonomicznej z większym nasileniem objawów lęku i depresji.

Otrzymane wyniki podkreślają znaczenie czynników ekonomicznych dla występowania nasilenia objawów lęku i depresji w badanej grupie kobiet. Także we wcześniejszych fazach analiz zmienne takie jak rodzaj źródła utrzymania oraz fakt otrzymywania instytucjonalnej pomocy materialnej istotnie wiązały się z nasileniem zarówno lęku, jak i depresji. Warto zwrócić uwagę, że badane pochodziły z jednego z najbiedniejszych regionów w Polsce, o najniższym PKB [27].

Wyniki wcześniej opublikowanych badań odnoszących się do wpływu rodzaju doświadczanej przemocy na wystąpienie objawów depresji są bardzo zróżnicowane [28, 29]. Na przykład według Campbella i wsp. silniejszym czynnikiem ryzyka jest przemoc seksualna i fizyczna [30]. Chen i wsp. wskazywali na szczególne znaczenie przemocy seksualnej w porównaniu z fizyczną [31]. Według innych badań najistotniejszy wpływ na pojawienie się depresji ma przemoc psychiczna [3], w tym bardziej przemoc typu dominacja-izolacja niż przemoc emocjonalno-werbalna [24].

Inne czynniki opisywane w literaturze, które potencjalnie mogą mieć związek z wystąpieniem depresji u ofiar przemocy, to nasilenie i przewlekłość doznawanej przemocy [2, 32]. Podobnie Ludermir i wsp. obserwowali większe nasilenie objawów lękowych u kobiet doświadczających przemocy w dłuższym czasie, bardziej intensywnej lub cięższej [33].

Niniejsze badanie ma kilka ograniczeń:

1. Zastosowanie skali samooceny warunkuje po pierwsze subiektywność w ocenie swego stanu psychicznego, po drugie możliwość oceny i poddania analizom jedynie objawów depresji i objawów lękowych, a nie zaburzeń depresyjnych czy zaburzeń lękowych jako jednostki chorobowej.
2. Stosunkowo mała liczebność badanej grupy oraz niski odsetek zwrotów (200 z 350 rozdanych kompletów kwestionariuszy) mogły wpłynąć na uzyskane wyniki.
3. Region, w którym prowadzono badania, należy do najbiedniejszych w Polsce, co również mogło mieć znaczenie w kontekście uzyskanych wyników odnośnie do znaczenia sytuacji materialnej i otrzymywanej przez badane instytucjonalnej pomocy finansowej.

W przyszłości planowane są badania obejmujące większą grupę kobiet zamieszkujących również inne regiony Polski.

Wnioski

1. W badanej grupie kobiet doświadczających przemocy w związkach intymnych wykazano silniejszy związek pomiędzy rodzajem przemocy oraz czynnikami socjoekonomicznymi a nasileniem objawów lęku i depresji w porównaniu ze zmiennymi demograficznymi.
2. Uwzględnienie czynników ryzyka wystąpienia objawów lękowych i depresyjnych w grupie kobiet doświadczających przemocy w związku intymnym może wpłynąć na lepszą prognozę i mieć znaczenie w profilaktyce i leczeniu zaburzeń psychicznych w tej grupie pacjentek.

Piśmiennictwo

1. Salom CL, Williams GM, Najman JM, Alati R. *Substance use and mental health disorders are linked to different forms of intimate partner violence victimization*. Drug Alcohol Depend. 2015; 151(1): 121–127.
2. Bonomi AE, Thompson RS, Anderson M, Reid RJ, Carrell D, Dimer JA. i wsp. *Intimate partner violence and women's physical, mental, and social functioning*. Am. J. Prev. Med. 2006; 30(6): 458–466.
3. Wong JY, Tiwari A, Fong DY, Humphreys J, Bullock L. *Depression among women experiencing intimate partner violence in a Chinese community*. Nurs. Res. 2011; 60(1): 58–65.
4. Lagdon S, Armour C, Stringer M. *Adult experience of mental health outcomes as a result of intimate partner violence victimization: a systematic review*. Eur. J. Psychotraumatol. 2014; 5.
5. Heise L, Garcia-Moreno C. *Violence by intimate partners*. W: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. red. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization; 2002. s. 89–121.
6. Dąbkowska M. *Obecność objawów zaburzenia stresowego pourazowego (PTSD) a poziom lęku u ofiar przemocy domowej*. Psychiatr. Prakt. Ogólnolek. 2007; 7(3): 145–149.
7. Dąbkowska M. *Czynniki socjodemograficzne i kliniczne a nasilenie objawów PTSD u ofiar przemocy ze strony bliskiego partnera*. Neuropsychiatr. Neuropsychol. 2009; 4(2): 90–97.
8. Kamimura A, Nourian MM, Assasnik N, Franchek-Roa K. *Intimate partner violence-related experiences and mental health among college students in Japan, Singapore, South Korea and Taiwan*. Int. J. Soc. Psychiatry 2016; 62(3): 262–270.
9. Dąbkowska M. *Ocena wybranych funkcji poznawczych u ofiar przemocy domowej*. Psychiatr. Pol. 2007; 41(6): 837–849.
10. Pigeon WR, Cerulli C, Richards H, He H, Perlis M, Caine E. *Sleep disturbances and their association with mental health among women exposed to intimate partner violence*. J. Womens Health 2011; 20(12): 1923–1929.
11. Dillon G, Hussain R, Loxton D, Rahman S. *Mental and physical health and intimate partner violence against women: a review of the literature*. Int. J. Fam. Med. 2013; 313909. <http://www.hindawi.com/journals/ijfm/2013/313909/> [dostęp: 17.05.2016].

12. Stein MB, Kennedy C. *Major depressive and post-traumatic stress disorder comorbidity in female victims of intimate partner violence*. J. Affect. Disord. 2001; 66(2–3): 133–138.
13. Bonomi AE, Anderson ML, Reid RJ, Rivara FP, Carrell D, Thompson RS. *Medical and psychosocial diagnoses in women with a history of intimate partner violence*. Arch. Intern. Med. 2009; 169(18): 1692–1697.
14. Vos T, Astbury J, Piers LS, Magnus A, Heenan M, Stanley L. i wsp. *Measuring the impact of intimate partner violence on the health of women in Victoria, Australia*. Bull. World Health Organ. 2006; 84(9): 739–744.
15. Helfrich CA, Fujiura GT, Rutkowski-Kmitta V. *Mental health disorders and functioning of women in domestic violence shelters*. J. Interpers. Violence 2008; 23(4): 437–453.
16. Gałęcki P, Świącicki Ł. red. *Kryteria Diagnostyczne z DSM-5 Desk Reference*. Wrocław: Urban & Partner; 2015.
17. Zigmond AS, Snaith RP. *The Hospital Anxiety and Depression Scale*. Acta Psychiatr. Scand. 1983; 67: 361–370.
18. Karakuła H, Grzywa A, Śpila B, Baszak J, Gieroba A, Kosikowski W. i wsp. *Zastosowanie Skali Lęku i Depresji – HADS w chorobach psychosomatycznych*. Psychiatr. Pol. 1996; 30(4): 653–668.
19. Golding JM. *Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis*. J. Fam. Violence 1999; 14(2): 99–132.
20. Jarvis KL, Gordon EE, Novaco RW. *Psychological distress of children and mothers in domestic violence emergency shelters*. J. Fam. Violence 2005; 20(6): 389–402.
21. Pico-Alfonso MA, Garcia-Linares IM, 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 2006; 15(5): 599–611.
22. Kamimura A, Ganta V, Myers K, Thomas T. *Intimate partner violence and physical and mental health among women utilizing community health services in Gujarat, India*. BMC Womens Health 2014; 14: 127.
23. 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(8): 819–827.
24. Hazen AL, Connelly CD, Soriano FI, Landsverk JA. *Intimate partner violence and psychological functioning in Latina women*. Health Care Women Int. 2008; 29(3): 282–299.
25. Mburia-Mwalili A, Clements-Nolle K, Lee W, Shadley M, Wei Y. *Intimate partner violence and depression in a population-based sample of women: can social support help?* J. Interpers. Violence 2010; 25(12): 2258–2278.
26. Wong JYH, Fong DYT, Tiwari A. *Depression in women experiencing intimate partner violence*. W: Olisah V. red. *Essential notes in psychiatry*. Silver Spring, MD: InTech; 2012. s. 187–198. <http://www.intechopen.com/books/essential-notes-in-psychiatry/depression-in-women-experiencing-intimate-partner-violence> [dostęp: 17.05.2016].
27. GUS. *Wstępne szacunki produktu krajowego brutto według województw w 2014 r.* <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rachunki-narodowe/rachunki-regionalne/wstepne-szacunki-produktu-krajowego-brutto-wedlug-wojewodztw-w-2014-r,-4,3.html> [dostęp z: 17.05.2016].
28. Lown EA, Vega WA. *Intimate partner violence and health: self-assessed health, chronic health, and somatic symptoms among Mexican American women*. Psychosom. Med. 2001; 63(3): 352–360.
29. Coker AL, Davis KE, Arias I, Desai S, Sanderson M, Brandt HM. i wsp. *Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women*. Am. J. Prev. Med. 2002; 23(4): 260–268.

30. Campbell JC, Kub J, Belknap RA, Templin TN. *Predictors of depression in battered women*. Violence Against Women 1997; 3(3): 271–293.
31. Chen PH, Rovi S, Vega M, Jacobs A, Johnson MS. *Relation of domestic violence to health status among Hispanic women*. J. Health Care Poor Underserved 2009; 20(2): 569–582.
32. Carbone-López K, Kruttschnitt C, Macmillan R. *Patterns of intimate partner violence and their associations with physical health, psychological distress, and substance use*. Public Health Rep. 2006; 121(4): 382–392.
33. Ludermir AB, Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França-Junior I, Jansen HA. *Violence against women by their intimate partner and common mental disorders*. Soc. Sci. Med. 2008; 66: 1008–1018.

Adres: Justyna Moryłowska-Topolska
Zakład Neuropsychiatrii Klinicznej
Katedra Psychiatrii UM w Lublinie
20-439 Lublin, ul. Głuska 1

Otrzymano: 9.06.2016

Zrecenzowano: 24.06.2016

Otrzymano po poprawie: 9.07.2016

Przyjęto do druku: 13.07.2016