

Związek pomiędzy przemocą ze strony partnera a występowaniem skarg i chorób somatycznych

The relationship between intimate partner abuse and somatic complaints and illnesses

Hanna Karakuła¹, Paulina Łukasik¹, Dariusz Juchnowicz²,
Alina Pitucha³, Anna Lecyk¹

¹Katedra i Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

² Wydział Psychologii Niepaństwowej Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Białymstoku

³Zakład Pielęgniarstwa Psychiatrycznego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Streszczenie

Przemoc w bliskich związkach powoduje nie tylko konsekwencje psychiczne i krótkotrwałe konsekwencje fizyczne. Przewlekły stres i strach powodują wywołują skutki zdrowotne, których objawy dotyczyć mogą różnych narządów i układów.

Celem pracy był przegląd literatury dotyczącej przemocy domowej pod kątem rozpowszechnienia tego zjawiska w praktyce lekarza rodzinnego ze szczególnym uwzględnieniem zgłaszanych skarg somatycznych i współwystępujących chorób somatycznych.

Wnioski: 1. Pomimo wzrastającej świadomości społecznej dotyczącej przemocy domowej prawdziwa skala tego zjawiska pozostaje trudna do oszacowania. 2. Kobiety będące ofiarami przemocy częściej szukają pomocy medycznej, zgłaszając więcej skarg na objawy somatyczne, mając także większe ryzyko rozwoju chorób somatycznych. 3. W związku z dużą częstością występowania przemocy domowej, jej konsekwencjami zarówno w sferze psychicznej, jak i zdrowiu somatycznym niezwykle ważne wydaje się podjęcie badań w tym zakresie oraz stworzenie programów mających na celu zwiększenie uwrażliwienia pracowników służby zdrowia na jej nawet niewielkie sygnały.

Słowa kluczowe: przemoc domowa, przemoc w bliskich związkach, choroby somatyczne, skargi somatyczne

Abstract

Intimate partner abuse causes not only mental disorders and short-term physical problems. Chronic stress and fear have long-term health consequences concerning various organs and systems.

Aim of the presented work was to review available literature on the prevalence of domestic violence in general practice, with a focus on patients' somatic complaints and co-occurring illnesses.

Conclusions: 1. Despite raising public awareness of domestic violence, the full scale of the phenomenon is difficult to estimate. 2. Women experiencing abuse are more likely to seek for medical help, having more somatic complaints and an increased risk of developing somatic illnesses. 3. Due to the high frequency of domestic violence, its serious consequences for both mental and physical health, there is a need of undertaking further research in this area and developing programs aimed at sensitizing health care workers to its early warning signs.

Keywords: domestic violence, intimate partner abuse, somatic illnesses, somatic complaints

Wstęp

Powstałe w 1995 roku Ogólnopolskie Pogotowie dla Ofiar Przemocy w Rodzinie "Niebieska Linia" [1] było odpowiedzią na wzrastającą społeczną świadomość dramatów rozgrywających się w zaciszu domowym i potrzebę ich zapobiegania.

Raport Europejskiej Komisji z 1999 roku dotyczących różnic pomiędzy krajami unijnymi w postrzeganiu zjawiska przemocy domowej uświadomił mocno pokutujące stereotypy dotyczącego tego problemu w krajach uznawanych za najbardziej cywilizowaną część współczesnego świata [2].

Także wyniki badania OBOP-u z 2007 [3] wskazują, iż poglądy Polaków dotyczące przemocy domowej są

wysoce niepokojące. Wciąż pokutują w społeczeństwie przekonania i opinie, takie jak:

1. Ofiary przemocy akceptują swoją sytuację (49%), co może wpływać na obojętność wobec przypadków przemocy w rodzinie obserwowanych w otoczeniu.
2. Często jest zrzucanie na ofiary odpowiedzialności za doświadczaną przemoc – co czwarty respondent sądził, że sprawca zaprzestanie przemocy, gdy nie będzie prowokowany (24%), tyle samo uważało, że strach przed poruszeniem pewnych problemów w rozmowie z mężem jest problemem żony.
3. Wciąż znaczna część społeczeństwa uważa za normalne podczas kłótni w rodzinie: obrażanie i wyzwiska (24%) oraz szarpanie i popychanie (18%). Powo-

dem do niepokoju mogą być dopiero siniaki i rany na ciele ofiary (16%), a więc przemoc kojarzy się przede wszystkim z przemocą fizyczną.

Wyniki badania EUROBAROMETER z 2010 [4] roku, w porównaniu do podobnie zakrojonych badań z roku 1999, jednoznacznie wskazują na zwiększanie się świadomości dotyczącej problematyki przemocy domowej wobec kobiet w krajach Unii Europejskiej. Badania te plasują Polskę w środku listy państw członków EU jeśli chodzi o wiedzę i doświadczenie związane z tą problematyką. Niepokój budzi, w porównaniu do krajów skandynawskich, niski udział mediów w propagowaniu wiedzy dotyczącej tego zjawiska.

Większość badań dotyczących zjawiska przemocy domowej koncentruje się na jej konsekwencjach pod postacią:

1. zaburzeń stanu psychicznego, takich jak depresja [5], lęk, zaburzenia stresu pourazowego [6,7], fobii społecznej [8]
2. konsekwencji psychologicznych: poczuciu winy, wstydu, niskiej samoocenie [9] obniżeniu funkcji poznawczych [8]
3. zmian behawioralnych polegających na korzystaniu z pomocy społecznej [10], nadużywaniu alkoholu lub substancji psychoaktywnych, leków [11], podejmowaniu prób samobójczych [10,11,12], zaś mniejszym stopniu badania dotyczą konsekwencji w zakresie zdrowia somatycznego.

Przewlekły stres psychiczny związany z przemocą ze strony partnera może powodować pośrednio inne ostre i przewlekłe somatyczne stany chorobowe [13,14,15,16]. Zaobserwowano, że ofiary przemocy wykazują skłonność do zaburzeń somatycznych [10]. Objawy te występują pod postacią różnorodnych dolegliwości somatycznych, często zmiennych i dotyczących różnych układów, które skłaniają do szukania pomocy medycznej.

Skargi pod postacią somatyczną pozostają często jedynymi skargami zgłaszanymi początkowo w kontakcie z lekarzem pierwszego kontaktu.

Cel pracy

Celem pracy było dokonanie przeglądu literatury dotyczącej przemocy domowej i w przyszłości zaplanowanie badań mających na celu ustalenie rozpowszechnienia zjawiska przemocy domowej w praktyce lekarza rodzinnego ze szczególnym uwzględnieniem zgłaszanych skarg somatycznych i współwystępujących chorób somatycznych.

I. Czym jest przemoc w rodzinie – definicje

Preambuła *Ustawy o Przeciwdziałaniu Przemocy w Rodzinie* z dnia 29 lipca 2005 r. [17] opiera się na stwierdzeniu, iż przemoc w rodzinie narusza podstawowe prawa człowieka, w tym prawo do życia i zdrowia oraz poszanowania godności osobistej. Ustawa ta definiuje przemoc w rodzinie jako jednorazowe albo powtarza-

jące się umyślne działanie lub zaniechanie, naruszające prawa lub dobra osobiste, a w szczególności narażające na niebezpieczeństwo utraty życia, zdrowia, naruszające godność, nietykalność cielesną, wolność, w tym seksualną, powodujące szkody na zdrowiu fizycznym lub psychicznym, a także wywołujące cierpienia i krzywdy moralne u osób dotkniętych przemocą.

Przemoc w bliskich związkach (Intimate Partner Violence) oznacza przemoc (psychiczną, fizyczną, seksualną), jaką jeden z partnerów seksualnych, zarówno heteroseksualnych jak i homoseksualnych, obecnych lub byłych, zadaje drugiemu [18]. Przemoc domowa jest zamierzonym działaniem człowieka lub zaniechaniem, ma na celu kontrolowanie i podporządkowanie ofiary [18]. Pojęcie przemocy oznacza każde zachowanie, które powoduje powstanie szkody (fizycznej, psychicznej, seksualnej) u partnera [18,19,20].

W literaturze tematu wyróżnia się następujące rodzaje przemocy:

- Przemoc fizyczna – jest najbardziej widoczna, pozostawiająca ślady, powodująca urazy. Najczęstsze jej przejawy to popychanie, poszturchywanie; częste są też poważniejsze akty przemocy fizycznej, takie jak uderzanie, kopanie, duszenie [21].
- Przemoc seksualna, czyli zmuszanie do określonych zachowań i kontaktów seksualnych, gwałty, zmuszanie do oglądania filmów i zdjęć pornograficznych [22].
- Przemoc psychiczną opisuje jako krytykowanie, poniżanie, zastraszanie, doprowadzanie do izolacji społecznej ofiary. Przemocy fizycznej zawsze towarzyszy przemoc psychiczna, natomiast przemoc psychiczna może występować bez udziału przemocy fizycznej [23].
- Przemoc ekonomiczna polega na uniemożliwianiu podjęcia pracy zarobkowej, wymuszaniu pracy nieodpłatnej, odbieraniu zarobionych pieniędzy, niezaspokajaniu podstawowych potrzeb materialnych [24].

II. Rozpowszechnienie zjawiska

Według badań Thompsona i Bonomi [25], przeprowadzonych w USA wśród anglojęzycznych kobiet (ankieta telefoniczna wśród losowo wybranych kobiet objętych ubezpieczeniem zdrowotnym przez minimum 3 lata), przemocy ze strony partnera seksualnego w dorosłym życiu doświadczyło 44% kobiet, tylko w ostatnim roku 7,9% kobiet. Spośród maltretowanych, 14,7% zgłosiło przemoc każdego rodzaju (psychiczną, fizyczną i seksualną) w ciągu ostatnich 5 lat, a 45,1% doświadczyło więcej niż jednego typu przemocy.

W badaniach irlandzkich [21], obejmujących kobiety zgłaszające się do ogólnej praktyki medycznej wykazano, że 39% z nich doświadczyło przemocy ze strony partnera. 69% zgłosiło kontrolowanie zachowania przez partnera i 28% zgłosiło, że boi się poprzedniego lub obecnego part-

nera. 77% kobiet opowiedziało się za rutynowym pytaniem o przemoc w rodzinie przez lekarza ogólnego. Natomiast jedynie 12% wśród kobiet doświadczających przemocy zostało o to zapytane przez swojego lekarza.

W podobnych badaniach brytyjskich [26] przeprowadzonych w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej 41% kobiet potwierdziło doświadczenie przemocy fizycznej ze strony partnera lub byłego partnera, 74% kobiet doświadczyło jakiegokolwiek formy kontroli zachowania przez partnera. Fizycznej przemocy ze strony partnera lub byłego partnera doznało 17% kobiet w ciągu ostatnich 12 miesięcy, a 35% kiedykolwiek czuło, że boi się swojego obecnego lub byłego partnera, 21% kobiet miało kiedykolwiek urazy, w tym siniaki lub bardziej poważne urazy na skutek przemocy.

W Polsce policyjne statystyki [27] odnotowują wzrost liczby ofiar przemocy domowej wg procedury „Niebieskiej Linii” z 96.955 w roku 1999 do 134.866 w roku 2010, choć jak wynika z tabeli nr 1, najwyższą liczbę przestępstw tego typu zanotowano w 2005 i 2006 roku. Wart podkreślenia jest prawie 3-krotny wzrost w obserwowanym czasie liczby mężczyzn jako ofiar przemocy domowej: efekt większej świadomości i odwagi mężczyzn, większej agresywności kobiet, feminizacji mężczyzn, czy wreszcie kombinacji wielu czynników psychospołecznych?

W dostępnej autorom literaturze polskojęzycznej nie znaleziono prac dotyczących oszacowania rozpowszechnienia przemocy domowej w praktyce lekarza rodzinnego. Jedynie praca Rudnickiej-Drożak i Latalskiego [28] na temat przemocy wobec osób starszych na terenie województwa lubelskiego, oparta o analizę dokumentacji medycznej POZ, mogłaby dostarczyć potrzebnych danych. Jednak ze względu na dostępność jedynie streszczenia pracy, rozpowszechnienie to jest niemożliwe do zacytowania w naszej pracy.

III. Konsekwencje somatyczne

Przemoc w rodzinie jest obarczona dużym ryzykiem problemów zdrowotnych często spotykanych w podstawowej opiece zdrowotnej. Najczęściej są to oczywiste konsekwencje przemocy fizycznej w postaci urazów, których najczęstszą lokalizacją wśród maltretowanych

kobiet są twarz, szyja, górna część tułowia piersi i brzuch [29] i które większość pracowników ochrony zdrowia kojarzy z przemocą domową. Ofiary przemocy zgłaszają się często nie po pomoc medyczną, ale w celu usprawiedliwienia nieobecności w pracy na czas niezbędny, aby ślady obrażeń przestały być widoczne lub utraciły ewentualne cechy charakterystyczne [30]. Badania maltretowanych kobiet wykazały, że następstwa urazów, strach i przewlekły stres mogą prowadzić do wystąpienia mniej oczywistych i często długotrwałych problemów zdrowotnych: są to ból lub dyskomfort OUN, objawy takie jak bóle głowy bóle pleców omdlenia [31]. Według badań Diaz-Olvarrieta 31,2% kobiet z przewlekłymi zaburzeniami neurologicznymi jest ofiarami przemocy domowej [32]. Maltretowane kobiety ujawniają także więcej objawów i symptomów związanych z przewlekłym strachem i stresem, takich jak zaburzenia czynnościowe układu pokarmowego, utrata apetytu, częste infekcje wirusowe takie jak przeziębienie i grypa [9,33,34], zaburzenia krążenia, nadciśnienie tętnicze i bóle w klatce piersiowej [33].

Badania licznych autorów potwierdzają także związek między historią przemocy w bliskich związkach i złą samooceną zdrowia. W badaniach Campbell [31] poproszono grupę kobiet maltretowanych i grupę kontrolną o ocenę ogólnego stanu zdrowia. Swoje zdrowie jako dobre kobiety oceniły w podobnych proporcjach w obu grupach. Istotnie statystycznie różnice wystąpiły w ocenach skrajnych: jako słabe swoje zdrowie określiło 12% kobiet maltretowanych i 6% nigdy nie doświadczających przemocy, natomiast jako doskonałe 26% kobiet doświadczających przemocy w porównaniu do 35% kobiet z grupy kontrolnej.

Kobiety maltretowane częściej korzystają z pomocy medycznej, w tym pogotowia ratunkowego i szpitalnych oddziałów ratunkowych. Cechuje je większa skłonność do somatyzacji, specyficznych problemów zdrowotnych oraz ogólna większa liczba objawów somatycznych: pacjentki zgłaszające 6 lub więcej objawów somatycznych prawie pięć razy częściej zgłaszały również nadużycie w porównaniu do pacjentek zgłaszających od 0 do 2 objawów fizycznych [9].

Tab. 1. Liczba ofiar przemocy domowej wg procedury "Niebieskiej Karty" [27]

Liczba ofiar przemocy domowej	1999	2001	2003	2005	2006	2007	2008	2009	2010
ogółem	96.955	113.793	137.299	156.788	157.854	130.682	139.747	132.796	134.866
w tym: kobiety	55.214	66.991	80.185	91.374	91.032	76.162	81.985	79.811	82.102
w tym: mężczyźni	4.239	5.589	7.527	10.387	10.313	8.556	10.664	11.728	12.651
dzieci do lat 13	23.929	26.305	32.525	37.227	38.233	31.001	31.699	27.502	26.802
nietelni od 13 do 18 lat	13.546	15.955	17.527	18.276	14.963	15.399	13.755	13.311	13.311

Mimo że znany jest związek pomiędzy IPV a zgłaszanymi indywidualnie dolegliwościami i zagrożeniami zdrowotnymi, takimi jak choroby przenoszone drogą płciową, bóle głowy, bóle pleców, ból brzucha, ból w klatce piersiowej, depresja, zakażenia pochwy i objawy ze strony układu rozrodczego, zakażenia układu moczowego [24], niewiele wiadomo na temat pełnego zakresu diagnoz medycznych i psychospołecznych u maltretowanych kobiet, które często pojawiają się w placówkach opieki zdrowotnej, w tym opieki podstawowej jak i specjalistycznej.

Przeprowadzone przez Bonomi i wsp. [35] na grupie 3568 anglojęzycznych kobiet badania ankietowe dotyczące przemocy fizycznej, psychicznej i seksualnej przy użyciu Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) oraz the Women's Experience with Battering Scale wykazały częstsze występowanie chorób i dolegliwości somatycznych u kobiet doświadczających przemocy. W porównaniu z kobietami, które nie doświadczyły przemocy, u kobiet dotkniętych IPV w ciągu ostatniego roku znacznie wzrosło ryzyko względne (Relative Risk, RR, iloraz prawdopodobieństwa diagnoz w grupie narażonej w porównaniu z grupą kontrolną), diagnozy w następujących głównych grupach diagnostycznych: psychospołecznych/zaburzeń psychicznych (używanie substancji psychoaktywnych, 5,89; problemów rodzinnych i społecznych - 4,96; depresji - 3,26, lęku/nerwicy - 2,73; używania tytoniu - 2,31), dotyczących układu mięśniowo-szkieletowego (choroba zwyrodnieniowa stawów - 1,71; bóle krzyża - 1,61; urazy stawów - 1,59; bóle karku - 1,54; ostrego zwichnięcia - 1,35) oraz układu rozrodczego (zaburzenia miesiączkowania - 1,84; zapalenie pochwy/sromu/szyjki macicy - 1,56). Grupa maltretowanych kobiet miała również ponad 3-krotnie większe ryzyko zachorowania na choroby przenoszone drogą płciową (3,15) i 2-krotne zwiększenie ryzyka leczonych skaleczeń (2,17) w porównaniu z grupą nigdy nie maltretowanych kobiet. Wreszcie, obserwowano znaczny, ale mniej wyraźny wzrost ryzyka w następujących obszarach diagnostycznych u kobiet doświadczających przemocy: ostre infekcje dróg oddechowych - 1,33; choroba refluksowa przełyku, 1,76; niezróżnicowany ból w klatce piersiowej - 1,53; niezróżnicowany ból brzucha - 1,48; zakażenia dróg moczowych - 1,79; niezróżnicowane bóle głowy - 1,57; oraz kontuzje/otarcia - 1,72.

Z badań Cooker [14] wynika, iż przemoc psychiczna powoduje występowanie większości skutków zdrowotnych takich jak w przypadku przemocy fizycznej i znacząco zwiększa ryzyko względne takich zaburzeń, jak zapalenie stawów, przewlekły ból, migrena oraz inne częste bóle głowy, jąkanie się, choroby przenoszone drogą płciową, przewlekły ból w obrębie miednicy, wrzody żołądka, zespół jelita drażliwego, częsta niestrawność, biegunki lub zaparcia.

Wnioski

1. Pomimo wzrastającej świadomości społecznej dotyczącej przemocy domowej, prawdziwa skala tego zjawiska może pozostawać trudna do oszacowania.
2. Kobiety będące ofiarami przemocy częściej szukają pomocy medycznej, zgłaszając więcej skarg na objawy somatyczne, mając także większe ryzyko rozwoju chorób somatycznych.
3. W związku z dużą częstością występowania przemocy domowej, jej konsekwencjami zarówno w sferze psychicznej, jak i zdrowiu somatycznym niezwykle ważne wydaje się podjęcie badań w tym zakresie oraz stworzenie programów mających na celu zwiększenie uwrażliwienia pracowników służby zdrowia na jej nawet niewielkie sygnały.

Piśmiennictwo

1. <http://www.niebieskalinia.pl> z dn. 04.05.2011.
2. European Commission Directorate-General X "Information, Communication, Culture and Audiovisual Media": Europeans and their views on domestic violence against women. June, 1999 http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_127_en.pdf z dn.04.05.2011.
3. Polacy wobec zjawiska przemocy w rodzinie oraz opinie ofiar, sprawców i świadków o występowaniu i okolicznościach występowania przemocy w rodzinie. Wyniki badań TNS OBOP dla Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej z października 2007r. http://www.niebieskalinia.pl/spaw/docs/wyniki_badan_20071113_obop.pdf.
4. Domestic Violence against Women. Conducted by TNS Opinion & Social at the request of Directorate-General for Justice, Freedom and Security (DG Justice after the administrative reorganisation), September 2010 http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_344_en.pdf z dn. 04.05.2011
5. Bonomi A.E., Thompson R.S., Anderson M., Reid R.J., Carrell D., Dimer J.A., Rivara F.P. Intimate partner violence and women's physical, mental, and social functioning. *Am. J. Prev. Med.* 2006; 30(6): 458-66.
6. Dąbkowska M. Obecność objawów zaburzenia stresowego pourazowego (PTSD) a poziom lęku u ofiar przemocy domowej. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej*, 2007; 7(3): 145-149.
7. Dąbkowska M. Czynniki socjodemograficzne i kliniczne a nasilenie objawów PTSD u ofiar przemocy ze strony bliskiego partnera. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*, 2009; 4(2): 90-97.
8. Dąbkowska M. Ocena wybranych funkcji poznawczych u ofiar przemocy domowej *Psychiatr. Pol.*, 2007; 41(6): 837-849.
9. McCauley J, Kern D.E., Kolodner K., Dill L., Schroeder A.F., De Chant H.K., Rydel J., Bass E.B., Deroeatis L.R. The "battering syndrome": prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices *Ann. Intern. Med.* 1995; 123: 737-746.
10. Dąbkowska M. Psychiatryczne następstwa przemocy domowej *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej*, 2005; 3 (5): 103-108.
11. Ruiz-Perez I., Plazaola-Castano J. Intimate partner violence and mental health consequences in women attending family practice in Spain. *Psychosom. Med.*, 2005; 67: 791-797.
12. Pico-Alfonso M.A., Garcia-Linares I., Celda-Navarro N., Blanco-Ros C., Echeburua 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 of Womens Health*, 2006; 15(5): 599-611.

13. Smith P.H., Gittelman D.K. Psychological consequences of battering. Implications for women's health and medical practice. *N. C. Med. J.*, 1994; 55(9): 434-439.
14. Coker A.L., Smith P.H., Bethea L., King M.R., McKeown R.E. Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Arch. Fam. Med.*, 2000; 9: 451-457.
15. Coker A.L., Davis K.E., Arias I., Desai S., Sanderson M., Brandt H.M., Smith P.H. Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *Ann. J. Prev. Med.*, 2002; 24(4): 260-268.
16. Eberhard-Gran M., Schei B., Eskild A., Somatic symptoms and diseases are more common in women exposed to violence. *J. Gen. Intern. Med.*, 2007; 22(12): 1668-1673.
17. Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie. Dz. U. Nr 180, poz. 1493, z 2009 r. Nr 206, poz. 1589 oraz z 2010 r. Nr 28, poz. 146.
18. Saltzman L.E., Fanslow J.L., McMahon P.M., Shelley G.A. Intimate partner violence surveillance: uniform definitions and recommended data elements. Atlanta: National Center for Injury Prevention and Control; 1999.
19. Wójcicka A., Stodulska-Błaszke A. Przemoc domowa – różne definicje, różne reakcje – przegląd piśmiennictwa. *Curr. Probl. Psychiatrii*, 2010; 11(2): 137-141.
20. Makara-Studzińska M., Grzywa A., Turek R. Przemoc w związkach między kobietą a mężczyzną. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 2005; 14(2): 131-136.
21. Bradley F., Smith M., Long J., O'Dowd T. Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice. *BMJ*, 2002; 324: 1-6.
22. Jaszczak-Kuźmińska D., Michalska K. Przemoc w rodzinie wobec osób starszych i niepełnosprawnych. *Poradnik dla pracowników pierwszego kontaktu*. Warszawa: Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej; 2010.
23. Mellibruda J. Charakterystyka zjawiska przemocy w rodzinie. Warszawa: PARPA; 1998.
24. Lipowska-Teutsch A. Wychować, wyleczyć, wyzwolić. Warszawa: PARPA; 1998.
25. Thompson R.S., Bonomi A.E., Anderson M., Reid R.M., Dimer J.A., Carrell D., Rivara F.P. Intimate partner violence: prevalence, types, and chronicity in adult women. *Am. J. Prev. Med.*, 2006; 30(6): 447-457.
26. Richardson J., Coid J., Petruckevitch A., Shan Chung W., Moorey S., Feder G. Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. *BMJ*, 2002; 324: 1-6.
27. http://statystyka.policja.pl/portal/st/944/50863/Przemoc_w_rodzynie.html z dn.05.05.2011
28. Rudnicka-Drożak E., Latański M. Zjawisko przemocy wobec osób starszych po 65 r.ż. mieszkańców rejonów wiejskich województwa lubelskiego porównaniu do rejonów miejskich. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2006; suplement: 84.
29. Mullerman R., Lenaghan P., Pakieser R. Battered women: Injury locations and types. *Ann. Emerg. Med.*, 1996; 28: 486-492.
30. Drobnik J., Susło R., Trnka J. Rola dokumentacji medycznej POZ w wykrywaniu przypadków przemocy w rodzinie. *Przew. Lek.* 2009; 1: 266-268.
31. Campbell J., Jones A.S., Dienemann J., Kub J., Schollenberger J., O'Campo P., Carlson Gielen A., Wynne C., Intimate partner violence and physical health consequences. *Arch. Intern. Med.*, 2002; 162: 1157-1163.
32. Diaz-Olavarrieta C., Campbell J.C., Garcia de la Cadena C., Paz F., Villa A. Domestic violence against patients with chronic neurologic disorders. *Arch. Neurol.*, 1999; 56: 681-685.
33. Coker A.L., Smith P.H., Bethea L., King M.R., McKeown R.E., Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Arch. Fam. Med.*, 2000; 9: 451-457.
34. Koss M.P., Heslet L.: Somatic consequences of violence against women. *Arch. Fam. Med.*, 1992; 1: 53-59.
35. Bonomi A.E., Anderson M.E., Reid R.J., Rivara F.P., Carrell D., Thompson R.S. Medical and psychosocial diagnoses in women with a history of intimate partner violence. *Arch. Intern. Med.* 2009; 169(18): 1692-1697.

Correspondence address

Hanna Karakuła
Katedra i Klinika Psychiatrii UM w Lublinie
20-439 Lublin
ul. Głuska 1
karakuła.hanna@gmail.com