

Mgr Marzena Lelek-Kratiuk  
 Instytut Psychologii  
 Uniwersytet Pedagogiczny  
 Im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie

## Poczucie koherencji – rozum i wiara w walce z przemocą w związku intymnym

### A sense of coherence – reason and faith in combating violence in an intimate relationship

<https://doi.org/10.34766/fetr.v4i40.191>

**Abstrakt:** *Cel:* Przemoc w związku intymnym najczęściej przedstawiana jest jako spirala strat doświadczana przez ofiary. Taka negatywna perspektywa wydaje się utrudniać przerwanie błędnego koła ciągłych upokorzeń i krzywd. Celem opisywanych badań było porównanie poczucia koherencji (SOC, rozumianego pozytywnie, jako zasób z pogranicza rozumu i wiary) wśród kobiet z doświadczeniem przemocy ze strony partnera (fizyczna, psychiczna, seksualna) i bez takiego doświadczenia. *Metoda:* W badaniu wzięło udział 100 kobiet (50 z doświadczeniem przemocy oraz 50 bez takiego doświadczenia) pomiędzy 20 a 63 rokiem życia ( $M=29$  kobiety z przemocą;  $M=38$  kobiety bez przemocy). Do badania „Face to Face” wykorzystano kwestionariusz ankiety badający zaplecze socjodemograficzne oraz Kwestionariusz Poczucia Koherencji (SOC-29), A. Antovowsky. *Wyniki:* Kobiety, które doświadczyły w swoim życiu aktu przemocy ze strony partnera deklarują niższy poziom poczucia koherencji oraz jego trzech składowych (zaradności, zrozumiałości i sensowności) niż kobiety bez takich doświadczeń. Zjawiskami współwystępującymi z przemocą ze strony partnera były akty przemocy i nadużywanie alkoholu w rodzinach pochodzenia ofiar.

**Słowa kluczowe:** przemoc domowa, przemoc w związku intymnym, SOC

**Abstract:** Purpose: Intimate partner violence (IPV) is most often presented as a spiral of losses experienced by victims. This hampers victims from becoming emotionally independent and physically separate from their abusers. The aim of this research was to compare the sense of coherence (SOC, understood as a positive resource on the borderline of reason and faith), among women with and without experience of IPV (physical, psychological, sexual). Method: The study involved 100 women (50 with and 50 without the experience of IPV) between 20 and 63 years of age ( $M=29$  non-abused;  $M=38$  abused). Two questionnaires were used in face-to-face interviews: a sociodemographic background survey and the Sense of Coherence Questionnaire (SOC-29) devised by A. Antonovsky. Results: The results show that women who have experienced a violent act in their lives declare to have a lower level of SOC and its three components (manageability, comprehensibility and meaningfulness) than women without such experiences. Violence occurred with alcohol abuse in the families of the victims' origin.

**Key words:** domestic violence, intimate partner violence, SOC

### Wprowadzenie

Podjmując problem dotyczący zjawiska przemocy w związku intymnym warto zastanowić się, czy nie jest ona ewolucyjnie „wpisana w życie człowieka”. Okazuje się, że

przemoc ze strony partnera stanowi większość doświadczeń kobiet, które kiedykolwiek miały styczność ze zjawiskiem przemocy (United Nations, 2015). Wśród 24 000 kobiet z 10 krajów, które kiedykolwiek były w związku intymnym: 13-61% doświadczyło przemocy fizycznej ze strony partnera; 4-49% doświadczyło ciężkiej fizycznej przemocy; 6-59% doświadczyło przemocy seksualnej; 20-75% doświadczyło przynajmniej jednego emocjonalnego nadużycia (Garcia-Moreno, Jansen, Ellsberg, Heise, Watts, 2005). Globalnie, aż 38% zabójstw kobiet dokonywanych jest przez partnera w związku intymnym (World Health Organization, 2013).

## 1. Teoretyczne podstawy badań

### 1.1. Potencjał zamiast straty - luka w badaniach

W literaturze przedmiotu poświęconej tematyce przemocy w związku intymnym bardzo mocno zaznaczają się badania konsekwencji tego patologicznego zjawiska. Nie ulega wątpliwości, że doświadczanie przemocy ze strony partnera prowadzi do znaczącego pogorszenia zdrowia fizycznego oraz psychicznego ofiar, a także ich dzieci, które obserwują ten proceder (Loxton, Dolja-Gore, Anderson, Townsend, 2017; Machisa, Christofides, Jewkes, 2017). Częstymi deficytami oraz zaburzeniami obserwowanymi wśród ofiar są: objawy PTSD, syndrom wyuczonej bezradności, syndrom bitej kobiety, syndrom sztokholmski czy efekt pułapki (Herman, 1999; Lipsky, Field, Caetano, Larkin, 2005; Pospiszyl, 1999; Seligman, Maier, 1976; Strube 1988; Walker, 1979).

Tymczasem poziom zasobów ofiary może istotnie wpływać na zdolność poszukiwania pomocy przez ofiarę oraz gotowość do przerwania przemocowej relacji (Rajska-Kulik, 2005).

Skuteczna pomoc ofiarom powinna obejmować przede wszystkim pracę nad potencjałem ofiar tak, by przeciwdziałać wyuczonej, przez lata złego taktowania, bezradności (Walker, 1979). Takie pozytywne podejście do zjawiska przemocy ze strony partnera pozwala rozwinąć w ofierze większą samodzielność i niezależność nie tylko od sprawcy, ale także instytucji pomocowych. W tej pracy za szczególny rodzaj zasobu osobistego człowieka uznano poczucie koherencji. Jest to konstrukt stanowiący połączenie rozumu, sprawczości oraz wiary w sensowność doświadczeń człowieka. Umożliwia jednostce poradzenie sobie z sytuacją trudną i mało podatną na zmiany. Bez wątpienia w takiej sytuacji znajdują się ofiary przemocy związku intymnym. Niestety większość badań poświęconych patologicznemu zjawisku przemocy koncentruje się na utracie i niedoborze zasobów. Dlatego właśnie warto pielęgnować pozytywne spojrzenie na dostępne możliwości, zasoby i potencjał, które pozwalają przełamać spiralę strat.

## 1.2. Teoria Salutogenezy

Aaron Antonovsky (1979, 2005) zamiast doszukiwać się przyczyn różnych chorób, skoncentrował się na czynnikach warunkujących zdrowie jednostki. Teoria salutogenezy obrazuje kompleksowe ujęcie zdrowia w aspekcie bio-psycho-społecznym. Jej centralnym elementem jest poczucie koherencji czyli: globalna orientacja człowieka wyrażająca stopień, w jakim człowiek ten ma dojmujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że 1) bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska zewnętrznego i wewnętrznego mają charakter ustrukturalizowany, przewidywalny i wytłumaczalny [zrozumiałość]; 2) dostępne są zasoby, które pozwolą mu sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce [zaradność]; 3) wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania [sensowność] (Antonovsky, 2005, s. 34).

Poczucie koherencji to konstrukt będący manifestacją rozumu zawierającego się w zrozumiałości, motywacji oraz duchowości zawierającej się w sensowności oraz możliwości radzenia sobie – posiadania wpływu na sytuację trudną, czyli zaradności. Badania pokazują, że będąc kształtowanym przez bliskie relacje międzyludzkie oraz wiarę, poczucie sensowności ma znaczenie dla jakości życia człowieka (Strang, Strang, 2001). Ponadto wiara istotnie łączy się z poziomem poczucia koherencji – osoby bardziej religijne wyróżniały się wyższym poziomem tego konstruktu (Schonder, Jürgens, 2013).

Przegląd literatury poświęconej poczuciu koherencji pokazał, że na jego poziom wpływ mają zarówno indywidualne czynniki psychopatologiczne, ale również jakość relacji emocjonalnych w rodzinie (Olsson, Hansson, Lundblad, Cederblad, 2006). Zgodnie z założeniami Antonovskiego SOC kształtuje się w dzieciństwie i wczesnej dorosłości, by wreszcie ustabilizować się w wieku około 30 lat. Uogólnione zasoby odpornościowe takie jak pieniądze, wsparcie społeczne, poczucie tożsamości czy też wsparcie kulturowe wzmacniają poczucie koherencji. Osoby o wysokim poziomie SOC lepiej radzą sobie ze stresorami niż osoby o słabym poczuciu koherencji (Antonovsky, 2005). Niestety istnieje niewiele aktualnych badań dotyczących zależności pomiędzy SOC a doświadczeniami przemocy w związku intymnym (Hensing, Alexanderson, 2000; Krantz, Östergren 2000; Scheffer Lindgren, Renck, 2008; Sitarczyk, 2013). Należy podkreślić, że poczucie koherencji nie jest strategią zaradczą, a raczej rodzajem zasobu, który umożliwia ludziom wybór określonej strategii radzenia sobie, najbardziej ich zdaniem adekwatnej do danego stresora (Antonovsky, 2005).

## 1.3. Teoria Zachowania Zasobów

Poczucie koherencji ujmowane jako zasób człowieka dobrze wpisuje się w koncepcję zachowania zasobów (*Conservation of Resources Theory*, COR) S. E. Hobfolla (1989). Według

Hobfolla i Lilly (1993) istnieje kilka sytuacji, które w kontekście gospodarowania zasobami, mogą przyczynić się do generowania stresu u jednostki funkcjonującej w środowisku rodzinnym oraz społecznym. Są to: zagrożenie utratą zasobów; faktyczna utrata zasobów; brak zysku dla jednostki lub też grupy społecznej, przy wcześniejszym zainwestowaniu zasobów (strata). Jednostka, nawet kiedy aktualnie nie odczuwa stresu, dąży do zachowania oraz gromadzenia swoich zasobów, by móc je w przyszłości inwestować i rozbudowywać (Hobfoll, 1989). Taka sytuacja wiąże się z dwoma prawidłowościami: 1) osoby, którym brakuje zasobów są bardziej skłonne przyjmować postawę konfrontacyjną i strzec tego co mają; 2) ludzie posiadający odpowiednią pulę zasobów są bardziej zdolni do osiągnięcia zysków, a zysk początkowy, pociąga za sobą dalsze zyski (Hobfoll, 2006). Charakterystyka kobiet - ofiar przemocy w związku intymnym przez pryzmat teorii zachowania zasobów S.E. Hobfolla oraz teorii salutogenezy A. Antonovskyego pozwala lepiej zrozumieć zachowanie ofiar. Szczególnie jeśli uwzględnimy często obiektywnie nieracjonalne zachowanie wobec oprawcy (np. pozostawanie ze sprawcą przemocy lub bronienie go), ale także proces wychodzenia ze współzależnienia od przemocy (konsekwencją braku lub niedoboru zasobów).

## **2. Badania własne**

### **2.1. Cel badań**

Celem badań jest porównanie poziomu poczucia koherencji w grupie polskich kobiet-ofiar przemocy ze strony partnera oraz kobiet bez takiego doświadczenia. Biorąc pod uwagę teorię salutogenezy Antonovskiego i teorię zachowania zasobów Hobfolla (1989), można założyć, że kobiety z doświadczeniem przemocy (tj. narażone na silny i przewlekły stres) będą dysponowały niższym poziomem zasobów (tj. SOC i jego trzech składników). W konsekwencji może to prowadzić do mniej ryzykownego inwestowania środków własnych i ich multiplikowania, a także mniej skutecznego radzenia sobie z trudnymi sytuacjami życiowymi.

### **2.2. Badane osoby**

W badaniu wzięło udział 100 kobiet mieszkających w dwóch województwach Polski (małopolskim oraz zachodniopomorskim). Połowa z badanych (n=50) zadeklarowała przynajmniej jedno doświadczenie przemocy ze strony partnera, w którymś momencie swojego życia. Wszystkie kobiety, w wieku 20-63 lata, funkcjonowały w związkach heteroseksualnych. Większość kobiet, niezależnie od doświadczeń związanych z przemocą, mieszkała w dużych i średnich miastach polskich (powyżej 50 tysięcy mieszkańców).

W badaniu wzięły udział kobiety, które wyraziły chęć udziału w badaniu naukowym. Zostały poinformowane o anonimowym charakterze badania oraz o wykorzystaniu wyników do poszerzania wiedzy na temat relacji między partnerami w związkach heteroseksualnych. Procedura obejmowała badanie „Face-to-Face” dokonywane w formie papierowej.

### 2.3. Narzędzia badawcze

Jednym z dwóch narzędzi wykorzystywanych w badaniu był kwestionariusz ankiety, który umożliwił zapoznanie się z socjodemograficznym zapleczem badanych kobiet. Składał się z następujących działów: aktualny status społeczny (wykształcenie, status zawodowy, sytuacja materialna, stan cywilny); rodzina pochodzenia (pełna/niepełna, nadużywanie alkoholu w rodzinie pochodzenia, obecność przemocy w rodzinie pochodzenia); stan zdrowia (obecność poważnych chorób somatycznych); doświadczenie przemocy partnerskiej (kto był sprawcą, jak często przemoc się pojawiała, jaki rodzaj przemocy stosował partner, czy agresja wiązała się z nadużywaniem alkoholu lub narkotyków).

Kwestionariusz Poczucia Koherencji (SOC-29). Poczucie koherencji zostało zbadane przy użyciu pełnej wersji kwestionariusza SOC-29 (Antonovsky, 2005). Narzędzie składa się z 29 pytań, nawiązujących do trzech składowych poczucia koherencji: poczucie zrozumiałości (11 pytań); poczucie zaradności (10); poczucie sensowności (8). Każde pytanie zawiera punktową skalę szacunkową (od 1 do 7) z opisanymi krańcami. Im wyższy wynik liczbowy, zostanie uzyskany przez badanego, tym większe jest natężenie badanej zmiennej. Poczucie sensowności wyznacza trwałość pozostałych dwóch składników. Trafność i rzetelność narzędzia została potwierdzona w wielu dotychczas przeprowadzonych badaniach (Antonovsky, 1993).

## 3. Wyniki badań

Zaprezentowane analizy wykonano przy pomocy pakietu STATISTICA 13.3 PL. W przeprowadzonych analizach wykorzystano średni wynik SOC oraz jego trzech komponentów. Różnice pomiędzy średnimi poszczególnych grup badanych sprawdzono za pomocą testu *t*-Studenta. Wykorzystano wyniki ze skali SOC-29 w analizie korelacyjnej.

### 3.1. Porównanie wyników badań kobiet doświadczających przemocy i bez tego typu doświadczeń

Kobiety bez doświadczeń związanych z przemocą ze strony partnera oceniały swoją sytuację materialną jako dobrą (42%) lub raczej dobrą (44%). Z kolei większość kobiet

będących ofiarami przemocy w związku oceniało swoją sytuację materialną jako raczej dobrą (42%) lub raczej złą (34%). Kobiety bez doświadczenia przemocy w związku zadeklarowały w większości posiadanie wykształcenia średniego (46%) lub wyższego (50%). Z kolei większość kobiet z grupy drugiej zadeklarowała posiadanie wykształcenia zawodowego (28%) lub średniego (38%). Doświadczenie bezrobocia zadeklarowało w grupie bez przemocy 26% kobiet a w grupie z przemocą 38% badanych kobiet. Jednak zdecydowanie więcej kobiet z doświadczeniem przemocy (38%) w związku intymnym przyznało, że w jakimś okresie życia były bezdomne (w porównaniu do 2% kobiet, które nie doświadczyły przemocy). Wśród badanych kobiet z grupy bez doświadczeń przemocowych 42% - to były kobiety zamężne, a 52% określiła swój status jako niezamężne. W grupie kobiet doświadczających przemocy 34% kobiet była zamężna, 34% - rozwiedziona. 94% kobiet z tej grupy doświadczającej przemocy posiada dzieci, z grupy bez przemocy - 38%. 30% kobiet z grupy przemocowej przyznało, że cierpi na poważną chorobę somatyczną (problemy z żołądkiem, kręgosłupem, tarczycą, astma, kamica nerkowa, padaczka, problemy z sercem i nadciśnienie).

Tabela 1. Rodzaj i częstość doświadczanej przemocy

Rodzaj doświadczanej przemocy (n=50)	Częstość (% ważnych)		
	nigdy	rzadko	często
fizyczna	14	40	46
psychiczna	10	8	82
seksualna	58	16	26
ekonomiczna	34	14	52

W grupie kobiet nie doświadczających przemocy problemy natury somatycznej zgłosiło 8%. Nadużywanie alkoholu przez któregośkolwiek członka rodziny pochodzenia (matka, ojciec, rodzeństwo) zadeklarowało 56% kobiet z doświadczeniem przemocy ze strony partnera oraz 18% kobiet bez takich doświadczeń. Ponadto o 42% kobiet z grupy pierwszej przyznało, że w ich rodzinie pochodzenia występowała przemoc domowa, w grupie kobiet nie doświadczających przemocy ze strony partnera było to tylko 2%.

W grupie kobiet posiadających doświadczenie przemocy ze strony partnera 70% kobiet przyznało, że sprawcą był mąż, 22% - że konkubent, a 8% wskazało na chłopaka. Ponadto 24% kobiet przyznało, że nadal pozostaje w związku ze sprawcą, 56% rozstało się

ze sprawcą, 6% pozostaje w separacji, a 14% rozwiódło się. Ponad 60% badanych przyznało, że doświadczało przemocy: przynajmniej raz w miesiącu, ale rzadziej niż raz w tygodniu (30% kobiet) oraz przynajmniej raz w tygodniu, ale nie codziennie (34% kobiet). Do codziennego doświadczania przemocy ze strony partnera przyznało się 14% kobiet.

Ponad połowa badanych kobiet przyznała, że przemoc ze strony partnera współwystępowała ze spożywaniem przez niego alkoholu (84%). Zdecydowanie mniej badanych, bo 10% przyznało, że aktom przemocy towarzyszyło używanie narkotyków przez partnera.

### 3.2. Poziom poczucia koherencji

Tabela 2 prezentuje wyniki porównania poziomu poczucia koherencji oraz jego trzech składowych (poczucia zrozumiałości, zaradności oraz sensowności) w grupie kobiet z doświadczeniem oraz bez doświadczenia przemocy w związku intymnym.

Tabela 2. Różnice w poziomie SOC oraz jego trzech komponentów w grupie kobiet z doświadczeniem i bez doświadczenia przemocy

	Brak doświadczenia przemocy (n=50)		Doświadczenie przemocy (n=50)		t	sing. level
	Mean	SD	Mean	SD		
SOC	135,4	22,8	115,4	19,4	4,7	<0,001
zrozumiałość	45	8,9	37,9	7,6	4,3	<0,001
zaradność	48,1	8,9	41,2	7,6	4,2	<0,001
sensowność	42,3	7,9	36,3	7,9	3,8	<0,001

Możliwe do uzyskania wyniki SOC zawierają się w przedziale 29 (min.) to 203 (max.).

Kobiety z pierwszej grupy prezentują niższy poziom zarówno poczucia koherencji jaki i poczucia zrozumiałości, zaradności oraz sensowności. W grupie kobiet, które nie doświadczyły przemocy ze strony partnera poczucie koherencji istotnie koreluje trzema komponentami: poczuciem zrozumiałości ( $r=0,89$ ), poczuciem zaradności ( $r=0,93$ ), poczuciem sensowności ( $r=0,84$ ). Zrozumiałość koreluje z zaradnością ( $r=0,75$ ) oraz sensownością ( $r=0,55$ ). Najniżej poczucie zaradności koreluje z poczuciem sensowności ( $r=0,70$ ). Wszystkie wyniki są istotne na poziomie  $p<0,01$ .

Zauważono istotne statystycznie korelacje pomiędzy poczuciem koherencji i jego trzema składowymi a wiekiem – w grupie kobiet z doświadczeniem przemocy (tabela 3).

Tabela 3. Korelacje pomiędzy SOC i jego trzema komponentami a wiekiem

Dane	Mean	SD	SOC		zrozumiałość		zaradność		sensowność	
			r	p	r	p	r	p	r	p
Wszystkie kobiety	33	10,8	0,07	0,464	0,04	0,663	0,1	0,329	0,05	0,602
Doświadczenie przemocy	38	10,1	<b>0,40</b>	<b>0,004</b>	0,27	0,054	<b>0,38</b>	<b>0,006</b>	<b>0,34</b>	<b>0,015</b>
Brak doświadczenia przemocy	29	9,8	0,22	0,126	0,22	0,124	0,24	0,097	0,11	0,429

Z tabeli nr 3 wynika, że im starsza kobieta tym wyższy poziom poczucia koherencji, poczucia zaradności i sensowności.

#### 4. Dyskusja

Przeprowadzone analizy potwierdziły, że kobiety które kiedykolwiek w swoim życiu doświadczyły przemocy ze strony partnera posiadają niższy poziom poczucia koherencji niż kobiety bez takich doświadczeń. Wyniki te pozostają zgodne z dotychczas przeprowadzonymi badaniami w Polsce (Koniarek, Dudek, Makowska, 1993; Sitarczyk, 2013). Badania przeprowadzone w Szwecji również potwierdzają, że doświadczenie przemocy różnicuje poziom SOC wśród ofiar przemocy (Hensing, Alexanderson, 2000). Poziom poczucia koherencji kształtuje się już w dzieciństwie (Antonovsky, 2005). Jednakże jak zwracają uwagę Hensing oraz Alexanderson (2000) pewne radykalne wydarzenia życiowe mogą wpływać na poziom SOC. Traumatyzujące wydarzenia okresu dzieciństwa takie jak nadużycia seksualne mogą być powiązane z niższym wynikiem w skali SOC (Renck, Rahm, 2005). Warto podkreślić, że w prezentowanym badaniu w grupie ofiar przemocy w związku, doświadczenie przemocy w rodzinie pochodzenia zadeklarowało 42% kobiet, natomiast doświadczenie nadużywania alkoholu przez członka rodziny pochodzenia 56% kobiet. Wyniki te, wskazujące na związek pomiędzy doświadczaniem przemocy w dzieciństwie a doświadczaniem przemocy ze strony partnera, pozostają zgodne z innymi badaniami przeprowadzonymi w tym obszarze (Afifi i in., 2009; Armour, Sleath, 2014; Madruga, Viana, Abdalla, Caetano, Laranjeira, 2017; Rahmatian, 2009). W grupie kobiet bez doświadczenia przemocy w związku intymnym problem z alkoholem w rodzinie pochodzenia zadeklarowało 18% kobiet, natomiast obecność przemocy 2% badanych. Trudno jednak zweryfikować, czy na obniżony poziom SOC w grupie kobiet ofiar przemocy ze strony partnera miały wpływ wydarzenia z dzieciństwa czy też jego poziom uległ

zmianie na skutek traumatyzujących wydarzeń w dorosłym życiu. Ofiary, które doświadczyły przemocy w dzieciństwie oraz ze strony partnera w dorosłym życiu są bardziej narażone na zaburzenia psychiczne niż kobiety, które takowych doświadczeń nie miały. Jest to związane ze zjawiskiem akumulowania stresu na skutek kolejnych traumatycznych doświadczeń (Avant, Swopes, Davis, Elhai, 2011; Rutter, 2012). Dodatkowo kobiety, które posiadają traumatyzujące doświadczenia z dzieciństwa przejawiają stałe tendencje depresyjne nawet jeśli związek z przemocowym partnerem już się zakończył (La Flair i in., 2012). Warto zwrócić uwagę, że wyniki analiz opisanych w tym artykule wykazały, że kobiety z doświadczeniem przemocy cechuje niższy poziom poczucia koherencji, ale także jego składowych: poczucia zaradności, sensowności oraz zrozumiałości. Z kolei inne polskie wyniki badań Sitarczyk (2013) wykazały istotne statystycznie różnice tylko w zakresie poczucia zrozumiałości oraz zaradności, ale nie poczucia sensowności mającego kluczowe znaczenie dla poziomu pozostałych dwóch składników. Obniżone poczucie zaradności w grupie ofiar przemocy ze strony partnera może wskazywać na bezradność w przerwaniu błędnego koła przemocy i kontynuowaniu funkcjonowania w roli ofiary. Różnice w zakresie poczucia sensowności wskazują, że kobiety, które doświadczyły przemocy w związku intymnym mają mniejszą skłonność do postrzegania trudnych/stresujących wydarzeń w życiu jako wyzwania, które wymagają, ale też są warte są zainwestowania w nie zasobów energii, zaangażowania i przywiązania. Poczucie sensowności jest silnie nacechowane komponentem motywacyjnym. Osoby cechujące się niskim poczuciem sensowności mają większą skłonność do postrzegania trudności życiowych jako ciężaru, którego raczej chciałyby uniknąć (Olsson i in., 2006). Okazuje się, że kobiety, które doświadczyły przemocy cechuje myślenie "wszystko albo nic" oraz raczej jednowymiarowe postrzeganie rzeczywistości, związane z przyjmowaniem jednej dominującej perspektywy (Soldevilla, i in. 2014). Cechy te tworzą obraz niewielkiej elastyczności myślenia ofiar przemocy co może być powiązane z niskim poziomem SOC oraz tkwieniem w spirali strat. Brak chęci inwestowania środków w radzenie sobie z trudnościami życiowymi odzwierciedla teorię COR Hobfolla i jego spiralę strat. Zgodnie z tą teorią ludzie o mniejszych zasobach są bardziej ostrożni i chronią to, co mają (Hobfoll, 2006). Podobnie kobiety z doświadczeniem przemocy, w porównaniu z grupą kontrolną, bardziej intensywnie bronią swoich własnych zasobów lub reagują na swoją stratę (Ferreira, Buttell, Elmhurst, 2018).

Badania opisane w artykule nie wykazały różnic w zakresie SOC w zależności od doświadczenia poważnej choroby somatycznej. Przegląd badań dokonany przez Flensburg-Madsen, Ventegodt oraz Merrick (2005) również nie potwierdziły związku pomiędzy SOC a zdrowiem fizycznym. Istnieją jednak związki pomiędzy doświadczaniem przemocy w związku a somatyzacjami, czyli fizycznymi manifestacjami stresu psychicznego (Coker i in., 2000; Hines, Douglas, 2011). Badania longitudinalne i poprzeczne wykazały, że przemoc

stanowi istotny czynnik związany z jakością zdrowia psychicznego oraz seksualnego ofiar (Romito, Molzan Turan, De Marchi, 2005; Schei i in. 2006). To właśnie psychiczny aspekt przemocy (przemoc psychiczna) nieodzownie związany z przemocą fizyczną w wielu badaniach okazuje się być szczególnie destrukcyjnym czynnikiem wpływającym na jakość życia ofiar. Jedną z najczęściej wymienianych w literaturze konsekwencji przemocy dla zdrowia psychicznego ofiar jest depresja (Afifi i in., 2009; Armour, Sleath, 2014; Cavanaugh i in., 2012; Escriba-Aguir i in., 2010). Badania przeprowadzone w grupie kobiet-ofiar w wieku od 53 do 70 lat wykazały, że to właśnie przemoc psychiczna najsilniej wiązała się z takimi aspektami zdrowia jak długoterminowa depresja, niepokój, czy prawdopodobieństwem poważnej choroby alkoholowej (Edwards i in., 2009; Lazenbatt, Devaney, Gildea, 2010).

## 5. Konkluzje

Kontynuując opisane badania w przyszłości należałoby zwiększyć jednorodność porównywanych grup pod względem socjodemograficznym, stanowiącym zaplecze zasobów jednostki. Wyzwaniem może okazać się również zweryfikowanie czy doświadczenie przemocy podobnie różnicuje, pod względem poziomu SOC oraz jego komponentów, osoby żyjące w związkach homoseksualnych. Ofiary przemocy w związku intymnym, trwając w przemocowej relacji, są uwikłane w szereg mechanizmów psychologicznych uzależniających je od sprawcy. Z biegiem czasu przerwanie doświadczanej spirali strat staje się coraz trudniejsze, bo każda kolejna strata generuje następne, a poziom zasobów osobistych jednostki nie przestaje się kurczyć. Dlatego właśnie poczucie koherencji wydaje się kluczową zmienną pozwalającą przerwać błędne koło przemocy. Jako zasób z pogranicza rozumu i wiary umożliwia pozyskiwanie kolejnych zasobów poprzez wybór odpowiednich strategii radzenia sobie z sytuacjami trudnymi. Będąc dowodem na współpracę rozumu i aspektów duchowości człowieka stanowi być może kluczowy potencjał, który powinien być rozwijany we wspomaganiu ofiar przemocy w związku intymnym.

### Bibliografia:

- Afifi, T. O., MacMillan H., Cox B. J., Asmundson, G.J., Stein, M.B., Sareen, J. (2009). Mental health correlates of intimate partner violence in marital relationships in a nationally representative sample of males and females, *Journal of Interpersonal Violence*, 24(8), 1398-1417. <http://dx.doi.org/10.1177/0886260508322192>
- Armour, C., Sleath, E. (2014). Assessing the co-occurrence of Intimate Partner Violence domains across the life course; relating typologies to mental health, *European Journal of Psychotraumatology*, 5, 24620. <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v5.24620>

- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (2005). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii
- Antonovsky, A. (1993). The Structure and Properties of the Sense of Coherence Scale, *Social Science & Medicine*, 36(6), 725-733.
- Avant, E.M., Swopes, R.M., Davis, J.L., Elhai, J.D. (2011). Psychological abuse and posttraumatic stress symptoms in college students, *Journal of Interpersonal Violence*, 26(15), 3080-3097. <http://dx.doi.org/10.1177/0886260510390954>.
- Cavanaugh, C.E., Messing, J.T., Petras, H., Fowler, B., La Flair, L., Kub, J., Agnew, J., Fitzgerald, S., Bolyard, R., Campbell, J.C. (2012). Patterns of violence against women: A latent class analysis, *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*, 4(2), 169-176. <http://dx.doi.org/10.1037/a0023314>.
- Coker, A.L., Smith, P.H., Bethea, L., King, M.R., McKeown, R.E. (2000). Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence, *Archives of Family Medicine*, 9(5), 451-457.
- Edwards, V.J., Black, M.C., Dhingra, S., McKnight-Eily, L., Perry, G.S. (2009). Physical and sexual intimate partner violence and reported serious psychological distress in the 2007 BRFSS, *International Journal of Public Health*, 54(Suppl.1), 37-42. <http://dx.doi.org/10.1007/s00038-009-0005-2>.
- Escriba-Aguir, V., Ruiz-Perez, I., Montero-Pinar, M.I., Vives-Cases, C., Plazaola-Castano, J., Martin-Baena, D. (2010). Partner violence and psychological well-being: Buffer or indirect effect of social support, *Psychosomatic Medicine*, 72(4), 383-389. <http://dx.doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181d2f0dd>.
- Ferreira, R.J., Buttell F., Elmhurst K. (2018). The Deepwater Horizon oil spill: Resilience and growth in the aftermath of postdisaster intimate partner violence, *Journal of Family Social Work*, 21 (1), 22-44. <https://doi.org/10.1080/10522158.2017.1402531>
- Flensburg-Madsen, T., Ventegodt, S., Merrick, J. (2005). Sense of Coherence and Physical Health. A Review of Previous Findings, *The Scientific World JOURNAL*, 25(5), 665-673. <https://doi.org/10.1100/tsw.2005.85>
- Garcia-Moreno, C., Jansen, H.A. F.M., Ellsberg, M., Heise, L., Watts, C. H. (2005). *WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women: Initial Results on Prevalence, Health Outcomes and Women's Responses*. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/24159358X/en/> (dostęp: 11.10.2019)
- Hensing, G., Alexanderson, K. (2000). The relation of adult experience of domestic harassment, *International Journal of Behavioral Medicine*, 7(1), 1-18.
- Herman, J. L. (1998). *Przemoc. Uraz psychiczny i powrót do równowagi*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

- Hines, D.A., Douglas, E.M. (2011). Symptoms of posttraumatic stress disorder in men who sustain intimate partner violence: A study of helpseeking and community samples, *Psychology of Men & Masculinity*, 12(2), 112-127. <https://doi.org/10.1037/a0022983>
- Hobfoll, S.E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress, *American Psychologist*, 44, 513-524.
- Hobfoll, S.E., Lilly, R.S. (1993). Resource conservation as a strategy for community psychology, *Journal of Community Psychology*, 21, 128-148.
- Hobfoll, S.E. (2006). *Stress, culture and community. The Psychology and Philosophy of Stress*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Koniarek, J., Dudek, B., Makowska, Z. (1993). Life orientation questionnaire. Adaptation of The Sense of Coherence Questionnaire (SOC) by A. Antonovsky, *The Review of Psychology*, 4, 491-502.
- Krantz, G., Ostergren, P.O. (2000). The association between violence victimisation and common symptoms in Swedish women, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(11), 815-821. <https://doi.org/10.1136/jech.54.11.815>
- Lazenbatt, A., Devaney, J., Gildea, A. (2010). *Older women's lifelong experience of domestic violence in northern ireland executive summary a cap-funded research project report*. <http://www.qub.ac.uk/%0Ahttp://www.qub.ac.uk/schools/SchoolofSociologySocialPolicySocialWork/Staff/AcademicStaff/JohnDevaney/> (dostęp: 11.10.2019).
- La Flair, L.N., Bradshaw, C.P., Storr, C.L., Green, K.M., Alvanzo, A.A. H., Crum, R.M. (2012). Intimate partner violence and patterns of alcohol abuse and dependence criteria among women: A latent class analysis, *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73(3), 351-360. <https://doi.org/10.15288/jsad.2012.73.351>.
- Lipsky, S., Field, C.A., Caetano, R., Larkin, G.L. (2005). Posttraumatic stress disorder symptomatology and comorbid depressive symptoms among abused women referred from emergency department care, *Violence and Victims*, 20(6), 645-659.
- Loxton, D., Dolja-Gore, X., Anderson, A.E., Townsend, N. (2017). Intimate partner violence adversely impacts health over 16 years and across generations: A longitudinal cohort study, *PLoS ONE* 12(6):e0178138. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178138.g003>
- Machisa, M.T., Christofides, N., Jewkes R. (2017). Mental ill health in structural pathways to women's experiences of intimate partner violence, *PLoS ONE* 12(4): e0175240. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175240.g001>
- Madrugá, C.S., Viana, M.C., Abdalla, R.R., Caetano, R., Laranjeira, R. (2017). Pathways from witnessing parental violence during childhood to involvement in intimate partner violence in adult life: The roles of depression and substance use, *Drug and Alcohol Review*, 36(1), 107-114. <https://doi.org/10.1111/dar.12514>
- Olsson, M., Hansson, K., Lundblad, A. M., Cederblad M. (2006). Sense of coherence:

- definition and explanation, *International Journal of Social Welfare*, 15(3), 219-229.  
<https://doi.org/10.1111/j.1468-2397.2006.00410.x>
- Pospiszyl, I. (1999). *Razem przeciwko przemocy*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Rahmatian, A.A. (2009). Breaking down the social learning of domestic violence, *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 3(1), 62-66.
- Rajska-Kulik, I. (2005). Kobiety maltretowane w związkach - czy posiadane przez nie zasoby vs deficyty osobiste wpływają na pomoc, którą otrzymują, *Chowanna*, 1(24), 40-61.
- Renck, B., Rahm, G. (2005). Sense of coherence in women with a history of childhood sexual abuse, *International Journal of Social Welfare*, 14(2), 127-133.  
<https://doi.org/10.1111/j.1369-6866.2005.00349.x>
- Romito, P., Molzan Turan, J., De Marchi, M. (2005). The impact of current and past interpersonal violence on women's mental health, *Social Science & Medicine*, 60(8), 1717-1727.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.08.026>
- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept, *Development and Psychopathology*, 24, 335-344. <https://doi.org/10.1017/S0954579412000028>
- Scheffer Lindgren, M., Renck, B. (2008). It is still so deep-seated , the fear ' : psychological stress, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(3), 219-228.
- Schei, B., Guthrie, J.R., Dennerstein, L., Alford, S. (2006). Intimate partner violence and health outcomes in mid-life women: a population-based cohort study, *Archives of Women's Mental Health*, 9(6), 317-324. <https://doi.org/10.1007/s00737-006-0156-6>.
- Schonder, M., Jürgens B. (2013). *Sense of coherence and coping among religious and non-religious students*,  
 (poster).[https://www.researchgate.net/publication/320130582\\_Sense\\_of\\_coherence\\_and\\_coping\\_among\\_religious\\_and\\_non-religious\\_students](https://www.researchgate.net/publication/320130582_Sense_of_coherence_and_coping_among_religious_and_non-religious_students), (dostęp 20.10.2019).
- Seligman, M.E.P., Maier, S.F. (1976). Learned Helplessness: Theory and Evidence, *Journal of Experimental Psychology: General*, 105, 3-46.
- Sitarczyk, M. (2013). Poczucie koherencji kobiet - ofiar przemocy domowej, *Psychiatria i Neurologia Kliniczna*, 13(4), 250-263.
- Soldevilla, J.M., Feixas, G., Varlotta, N., Cirici, R. (2014). Characteristics of the Construct Systems of Women Victims of Intimate Partner Violence, *Journal of Constructivist Psychology*, 27(2), 105-119. <https://doi.org/10.1080/10720537.2014.879521>.
- Strang, S., Strang, P. (2001). Spiritual thoughts, coping and 'sense of coherence' in brain tumour patients and their spouses, *Paliative medicine*, 15(2), 127-134.
- Strube, M.J. (1988). The decision to leave and abusive relationship: Empirical evidence and theoretical issues, *Psychological Bulletin*, 104, 236-250.
- United Nations. (2015). *The World's Women 2015: Trends and Statistics*, Nowy Jork: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Statistics Division.

[https://unstats.un.org/unsd/gender/downloads/worldswomen2015\\_report.pdf](https://unstats.un.org/unsd/gender/downloads/worldswomen2015_report.pdf)  
(dostęp: 10.10.2019) <https://doi.org/10.1023/B:JOFV.0000042079.91846.68>

Walker, L.E.A. (1979). *The Battered Woman*, Nowy Jork: Harper & Row.

World Health Organization. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*.  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/85239> (dostęp: 10.10.2019).