

PSYCHOTERAPIA 1 (188) 2019

strony: 19–28

DOI: 10.12740/PT/103861

Natalia Liszewska, Ludmiła Urbańska

## **POZNAWCZO-BEHAWIORALNA PSYCHOTERAPIA OSÓB Z PTSD PO DOŚWIADCZENIACH PRZEMOCY ZE STRONY PARTNERA — PRZEGLĄD PROGRAMÓW TERAPII**

### **COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY FOR PATIENTS WITH PTSD AFTER EXPERIENCES OF INTIMATE PARTNER VIOLENCE — REVIEW OF THERAPY PROGRAMS**

II Wydział Psychologii, SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny, Wrocław

**domestic violence  
Post-Traumatic Stress Disorder  
cognitive-behavioral therapy**

#### **Streszczenie**

*Okolo 30% kobiet na całym świecie doświadcza przemocy, która stanowi naruszenie podstawowych praw człowieka i jest ważnym problemem zdrowia publicznego. Rozpowszechnienie zaburzenia stresowego pourazowego (PTSD) waha się u nich między 45% a 84%. Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie różnych form pomocy psychologicznej dla osób doświadczających przemocy, ze szczególnym uwzględnieniem pracy w nurcie poznawczo-behawioralnym. W artykule omówiono założenia teoretyczne, strukturę i moduły realizowane w ramach Poznawczej Terapii Traumatycznej dla Kobiet z Zaburzeniem PTSD po Doświadczeniach Przemocy (CTT-BW) autorstwa Kubany oraz przedstawiono moduły dotyczące m.in. psychoedukacji na temat PTSD, wzmacniania umiejętności zarządzania stresem, asertywnej komunikacji, radzenia sobie z niechcianymi kontaktami z byłymi partnerami i identyfikacji potencjalnych sprawców. Terapia CTT-BW to krótkoterminowa forma pomocy, której skuteczność została potwierdzona badaniami. U 94% kobiet uczestniczących w 3-miesięcznym programie prowadzonym zgodnie z jej protokołem zaobserwowano redukcję lęku, poczucia winy i poczucia wstydu oraz zanotowano znaczący wzrost samooceny.*

#### **Summary**

About 30% of women around the world experience violence, which is a violation of fundamental human rights and is a major public health problem. The prevalence of post-traumatic stress disorder (PTSD) in those women varies between 45% and 84%. The aim of this article is to present various forms of psychological support for people experiencing violence, with particular emphasis on the work in the cognitive-behavioral current. The article discusses the theoretical assumptions, structure, and modules of the Cognitive Trauma Therapy for Battered Women (CTT-BW) by Kubany and presents modules on psycho-education about PTSD, strengthening stress management skills, assertive communication, coping with unwanted contacts with former partners, and identification of potential perpetrators. CTT-BW therapy is a short-term form of assistance, the effectiveness of which has been confirmed by research. In 94% of women participating in the 3-month programme according to its protocol, there was a reduction in anxiety, guilt, and shame and a significant increase in self-esteem.

## Wstęp

Przemoc to istotny społecznie problem, który dotyka wiele kobiet na całym świecie. Według Światowej Organizacji Zdrowia [1] przemocy (fizycznej lub seksualnej) ze strony partnerów doświadcza blisko 30% kobiet. Z kolei badania przeprowadzone przez Agencję Praw Podstawowych Unii Europejskiej (APPUE) [2] w 2014 roku wskazują, że w Unii Europejskiej przemocy doświadcza 22% kobiet będących w związkach z mężczyznami. Istnieje wiele rozbieżności między danymi dotyczącymi rozpowszechnienia zjawiska przemocy w Polsce. Zgodnie z danymi APPUE [2] przemocy (fizycznej i/lub seksualnej) przynajmniej raz w życiu doświadczyło około 3,5 miliona kobiet w Polsce. Jednocześnie, zgodnie ze sprawozdaniem Komendy Głównej Policji [3] obejmującym działania podjęte w ramach procedury „Niebieskiej Karty” w 2015 roku, podejrzenie stosowania przemocy istniało w przypadku 69 376 kobiet. Dane te pośrednio potwierdzają, że wiele kobiet nie przyznaje się do doświadczania przemocy, przez co pozostaje bez wsparcia ze strony profesjonalistów.

Istnieje wiele określeń przemocy doznawanej przez kobiety. Jej rozumienie w niniejszym artykule najlepiej oddaje sformułowanie „przemoc ze strony partnera” (ang. intimate partner violence). Odnosi się ono najczęściej do przemocy stosowanej przez mężczyzn [4] i jest definiowane jako zachowania w relacji intymnej prowadzące do potencjalnych lub rzeczywistych nadużyć w sferze fizycznej, emocjonalnej, seksualnej lub ekonomicznej [1].

Doświadczanie przemocy ze strony partnera niesie za sobą wiele negatywnych konsekwencji zdrowotnych. Należy wspomnieć tu o obrażeniach ciała, problemach ze snem, zaburzeniach afektywnych, lękowych oraz zachowaniach suicydalnych [5, 6]. Badania pokazują, że u kobiet doświadczających przemocy częściej diagnozuje się zaburzenia stresowe pourazowe (PTSD) niż u kobiet z populacji ogólnej. Rozpowszechnienie PTSD waha się w tej grupie między 45% a 84% [7].

### Doświadczanie przemocy a zespół stresu pourazowego i poczucie winy

Zespół stresu pourazowego to zaburzenie psychiczne diagnozowane u osób, które przeżyły silnie traumatyczne wydarzenia i w wyniku tych doświadczeń wykształciły u siebie specyficzny wzorzec myślenia, odczuwania i zachowania. Do najbardziej charakterystycznych objawów zaburzenia stresowego pourazowego należą m.in. wielokrotne przeżywanie na nowo traumatycznych wydarzeń, podejmowanie kroków w celu uniknięcia bodźców związanych z traumą, nadmierne pobudzenie, negatywne zmiany w nastroju i negatywne zmiany w sferze poznawczej [8]. Co ważne, w DSM-IV z 1992 roku PTSD zostało zakwalifikowane do zaburzeń lękowych, a w DSM-5 z 2013 roku ujęto je w rozdziale dotyczącym zaburzeń związanych z traumą i stresem. Kryteria diagnostyczne PTSD poszerzono o utrwalony i zniekształcony sposób myślenia o przyczynach lub konsekwencjach traumatycznego wydarzenia prowadzący do obwiniania siebie lub innych osób oraz stałego poczucia winy [8].

Uwzględnienie przytoczonych powyżej symptomów w obrazie klinicznym zespołu stresu pourazowego było wynikiem badań psychologicznych prowadzonych na przestrzeni wielu lat. Kubany ze współpracownikami wykazali, że poczucie winy jest powszechnym problemem u fizycznie lub seksualnie skrzywdzonych kobiet z PTSD. W badaniach

prowadzonych w latach 90. XX w. [9] wśród uczestniczek grupy wsparcia dla maltretowanych kobiet odnotowali, że 49% z nich przeżywa umiarkowane lub większe poczucie winy związane ze stosowaniem wobec nich przemocy. W procesie walidacji narzędzia używanego do pomiaru poczucia winy Trauma Related Guilt Inventory (TRGI), prowadzonego przez Kubany'ego i współpracowników w pierwszej dekadzie XXI wieku [10] odnotowano z kolei, że umiarkowane lub większe poczucie winy przeżywa 75% kobiet po doświadczeniu przemocy. Opracowali oni [9] wielowymiarowy konstrukt poczucia winy składający się z komponentu emocjonalnego i poznawczego. Zgodnie z ich założeniami, emocjonalne poczucie winy, wiąże się z cierpieniem psychicznym. Według nich traumatyczne wspomnienia (np. długotrwałego doświadczania przemocy) są źródłem dystresu i bólu emocjonalnego ze względu na ich zakodowanie w języku. Zwroty językowe powiązane z poczuciem winy, takie jak np. „coś jest ze mną nie tak”, „jestem głupia” czy „jestem złą matką” funkcjonują bowiem jak uwarunkowane bodźce wraz ze wspomnieniami, obrazami i myślami [10].

Poczucie winy w wymiarze poznawczym jest natomiast składową dysfunkcyjnych przekonań, a konkretnie „mądrości po szkodzie” (pewności, już po przeżyciu negatywnego wydarzenia, że przed jego wystąpieniem miało się odpowiednią wiedzę i środki, by mu zapobiec), poczucia odpowiedzialności za negatywne wydarzenia i braku usprawiedliwienia dla własnego zachowania (braku działania), a w konsekwencji poczucia odpowiedzialności za negatywne wydarzenie i naruszenie wyznawanych wartości, aż w końcu potępienia własnych czynów [11].

Popiel [12] zwróciła uwagę na kilkanaście zniekształceń poznawczych typowych dla poczucia winy u kobiet z PTSD doświadczających przemocy, wyróżnionych przez Kubany'ego, takich jak m.in. [11]: uzasadnianie emocjonalne, minimalizowanie/wyolbrzymianie i selektywna uwaga. Uzasadnianie emocjonalne to przekonanie, że odczuwanie jakiejś emocji podczas myślenia o czymś dowodzi prawdziwości tej myśli. Minimalizowanie/wyolbrzymianie odnosi się tu natomiast do niedoceniaiania korzyści związanych z podjętymi w trakcie wydarzenia traumatycznego działaniami oraz przeceniania roli drobnych wskazówek i intuicji dotyczących możliwości innego zachowania się w trakcie tego wydarzenia. Selektywna uwaga to z kolei skupianie się wyłącznie na możliwych pozytywnych skutkach działań, które można było podjąć w trakcie traumatycznego wydarzenia, a których nie podjęto [12].

Kubany i Watson [7] stwierdzili, dokonując przeglądu literatury, że poczucie winy odczuwane przez kobiety doświadczające przemocy może być związane, np. z nieudanym małżeństwem, skutkami przemocy wobec dzieci czy podejmowaniem decyzji o trwaniu w związku lub zakończeniu relacji [7]. Dodatkowo poczucie winy związane z traumatycznymi wspomnieniami (w tym przypadku z doświadczaniem przemocy) może prowadzić do tłumienia tych wspomnień, co z kolei utrudnia proces spontanicznego zdrowienia czy naturalnego wygaszania w wyniku wystarczająco długiego czasu ekspozycji [13]. W odpowiedzi na obecne u osób po doświadczeniach przemocy objawy PTSD oraz częste zmiany w systemie poznawczym związane z poczuciem winy, Kubany wraz z zespołem stworzyli poznawczo-behawioralny program psychoterapii osób z PTSD po doświadczeniach przemocy Cognitive Trauma Therapy — Battered Women; CTT-BW.

### **Model CTT-BW a inne formy pomocy psychologicznej w nurcie poznawczo-behawioralnym dla kobiet doświadczających przemocy**

Dotychczas w literaturze międzynarodowej zostało opisanych wiele programów szeroko rozumianej pomocy psychologicznej dla kobiet doświadczających przemocy. Programy te różnią się m.in. ze względu na czas trwania pomocy; jej charakter: interwencyjny lub terapeutyczny, miejsce jej realizacji; charakter relacji pomiędzy sprawcą a osobą doświadczającą przemocy, np. pozostawanie w związku ze sprawcą lub rozstanie się z nim [14]. Istnieją programy terapeutyczne realizowane w postaci indywidualnych sesji, grupowych spotkań [15], w formie terapii par [16] czy terapii wielorodzinnej [17].

Nie wszystkie formy terapii dedykowane osobom doświadczającym przemocy realizowane w różnych podejściach terapeutycznych uwzględniają działania ukierunkowane na redukcję objawów PTSD, co stanowiące kluczowy aspekt niniejszego artykułu. W oparciu o dane przedstawione w metaanalizie wyników skutecznych terapii PTSD [18] oraz wnioski przedstawione w przeglądzie [19] randomizowanych kontrolowanych badań klinicznych nad skutecznością terapii wobec osób z zaburzeniami PTSD wykazano, iż terapiami pierwszego wyboru powinny być terapia poznawczo-behawioralna lub terapia odwrażliwiania za pomocą ruchu gałek ocznych (ang. *Eye movement desensitization and reprocessing* — EMDR). Ze względu na brak wyników z randomizowanych kontrolnych badań, nie ma wystarczających dowodów na skuteczność terapii psychodynamicznej, terapii systemowej, terapii ukierunkowanej na ciało ani hipnoterapii [18].

W niniejszym artykule szczegółowej analizie zostanie poddany program Poznawczej Terapii Traumatycznej dla Kobiet z Zaburzeniem PTSD po Doświadczeniach Przemocy (CTT-BW) — na tle innych programów terapeutycznych opartych na założeniach psychoterapii poznawczo-behawioralnej. Skuteczność programu terapii CTT-BW została potwierdzona w randomizowanych badaniach prowadzonych w grupie 125 kobiet przez autora programu — Kubany'ego i współpracowników w 2004 [10]. W badaniu wykazano, że 91% kobiet uczestniczących w 3-miesięcznym programie zgodnym z jego protokołem nie spełniało już kryteriów diagnostycznych PTSD. Ponadto zaobserwowano u nich redukcję poziomu lęku, poczucia winy i wstydu oraz zanotowano znaczny wzrost samooceny [10]. Podobne wyniki w zakresie istotnego obniżenia objawów PTSD, depresji i lęku po terapii zostały wykazane w replikacji badań w roku 2016 przez zespół Becka i in. [20] oraz w badaniu weryfikującym skuteczność terapii także w aspekcie neurologicznym z wykorzystaniem metod fMRI [21].

Program CTT-BW oparty jest na metodach terapii poznawczo-behawioralnej w zakresie restrukturyzacji przekonań ze szczególnym uwzględnieniem poczucia winy, zawiera także techniki ekspozycji zalecane w pracy z PTSD, trening asertywności oraz metody relaksacji. Ważnym modelem terapeutycznym dedykowanym osobom doświadczającym przemocy prowadzonym także w nurcie terapii poznawczo-behawioralnej jest program HOPE (ang. *Helping to Overcome PTSD Through Empowerment*) [22]. Skupia się on jednak w większym stopniu na zapewnianiu bezpieczeństwa, udzielaniu wsparcia oraz stabilizacji emocjonalnej zarówno kobiet, jak i ich dzieci przebywających w schroniskach dla osób doświadczających przemocy. Program CTT-BW jest z kolei realizowany względem kobiet, które już nie są w związku z osobą stosującą przemoc, a ostatni akt przemocy był

co najmniej miesiąc przed rozpoczęciem terapii. W ramach programu HOPE, podobnie jak w CTT-BW, wykorzystywane są techniki restrukturyzacji poznawczej i kontroli behawioralnej. W odróżnieniu do CTT-BW praca w obszarze PTSD jest realizowana poprzez psychoedukację, relaksację, nie są natomiast wykorzystywane techniki ekspozycji. Uzasadniane jest to trudnymi okolicznościami, z jakimi borykają się osoby przebywające w schronisku, a które w niedalekiej przeszłości doświadczyły przemocy i są narażone na powrót do sprawy [22].

Narracyjna terapia z wykorzystaniem ekspozycji (ang. *Narrative exposure therapy* — NET) to oparte na dowodach naukowych, krótkoterminowe leczenie mające na celu zniwelowanie objawów powstałych w wyniku doświadczeń traumatycznych [23]. NET opiera się na terapii poznawczo-behawioralnej, jednak różni się od innych terapii PTSD opartych na ekspozycji, np. programie stworzonym przez Foa [24] czy CTT-BW, ponieważ koncentruje się na serii traumatycznych wydarzeń, a nie na pojedynczym wydarzeniu. Innym aspektem, który wyróżnia tę metodę jest to, że bierze się w niej pod uwagę wszystkie dobre i wzmacniające zdarzenia oraz doświadczenia zasobów emocjonalnych w życiu kobiety, które doskonale odzwierciedlają wieloaspektową, złożoną i przewlekłą naturę relacji opartych na przemocy IPV [25]. Szczególnie ważnym aspektem terapii NET jest fakt, iż jej skuteczność została wykazana w grupie kobiet, które w trakcie terapii pozostawały w związku z osobą stosującą przemoc [25]. Jest to istotna odpowiedź na sytuację, z którą często specjaliści konfrontują się, pracując z osobami doświadczającymi przemocy. Jak podkreślają badacze programu NET, interwencje terapeutyczne w kontekście trwającej przemocy domowej mogą zmniejszyć ilość przemocy i wzmocnić motywację kobiety do poszukiwania dalszej pomocy.

Istotnym podejściem w pracy z osobami z zaburzeniami PTSD jest terapia EMDR. W dotychczasowych badaniach wykazano jej skuteczność w redukcji objawów PTSD u osób doświadczających przemocy [26], a także osób po napaści seksualnej [27]. Terapia ta zaliczana jest do tzw. trzeciej fali terapii poznawczo-behawioralnej. W badaniach wykazano istotny spadek objawów PTSD dzięki metodzie EMDR u osób doświadczających przemocy. Aktualnie nie ma jednak doniesień na temat kompleksowego programu terapii z użyciem EMDR dedykowanego osobom doświadczającym przemocy, uwzględniającego dodatkowe aspekty związane z przemocą, np. kontakty z partnerami, poczucie winy poza objawami PTSD.

Dialektyczno-Behawioralna Terapia dla Kobiet Doświadczających Przemocy Domowej (ang. *Dialectical Behavior Therapy for Women Victims of Domestic Abuse*) to z kolei 12-sesyjny program skupiający się na problemach emocjonalnych wynikających z doznawania przemocy [28]. W modelu tym prowadzi się terapię grupową. Szczególnie istotna jest w nim nauka regulacji emocji, trening umiejętności interpersonalnych oraz metody mindfulness. Protokół ten został stworzony w oparciu o program terapii Marshy Linehan dla osób z zaburzeniami osobowości z pogranicza. Pośrednio są w nim uwzględniane specyficzne metody pracy niwelujące objawy PTSD. Jest to model, który w najmniejszym zakresie został poddany weryfikacji empirycznej.

Innym przykładem pomocy udzielanej kobietom doświadczającym przemocy jest interwencja kryzysowa i prewencyjne programy interwencji w kryzysie. W IPS (ang. *Interpersonal Problem Solving Model*) stosuje się, np. techniki poznawczo-behawioralne,

takie jak restrukturyzacja poznawcza i kontrola behawioralna [29]. W sytuacji kryzysowej aspekt emocjonalny dominuje nad aspektem poznawczym, dlatego przed zastosowaniem programu IPS sugeruje się przygotowanie danej osoby na możliwość wystąpienia ewentualnego kryzysu i naukę radzenia sobie [29], a nawet tworzenie całych programów edukacyjno-interwencyjnych [30].

### **Poznawcza Terapia Traumaty dla Kobiet z Zaburzeniem PTSD po Doświadczeniach Przemocy (CTT-BW)**

Poznawcza Terapia Traumaty dla Kobiet z Zaburzeniem PTSD po Doświadczeniach Przemocy — CTT-BW realizowana zgodnie z protokołem Kubany'ego [7] składa się z trzech modułów: (a) psychoedukacji dotyczącej zaburzenia stresowego pourazowego, (b) wzmacniania umiejętności radzenia sobie ze stresem (przy uwzględnieniu treningu relaksacji) oraz (c) rozmowy o traumie. Oprócz tego, CTT-BW zawiera specjalistyczne procedury dotyczące: (a) oceny i korekty nieracjonalnych przekonań związanych z poczuciem winy oraz (b) redukcji mówienia do siebie związanego z winą i wstydem. Dodatkowo, w ramach CTT-BW, stosuje się moduły dotyczące kwestii, które mogą komplikować proces zdrowienia. Skupiają się one na manifestowaniu samego siebie/podnoszeniu swoich zdolności i zawierają (a) psychoedukację w obszarze strategii poznawczych i behawioralnych, (b) rozwijanie umiejętności asertywnej komunikacji, (c) radzenie sobie z niechcianymi kontaktami z byłymi partnerami oraz (d) sposoby identyfikacji potencjalnych sprawców i unikanie rewiktymizacji [7].

W badaniach prowadzonych przez autorów protokół CTT-BW był stosowany u kobiet, które (a) co najmniej od 30 dni nie były w relacji ze sprawcą przemocy oraz nie wyrażały zamiaru powrotu do niego, (b) co najmniej od 30 dni nie były prześladowane oraz nie doświadczały fizycznej lub seksualnej przemocy, (c) spełniały kryteria diagnostyczne dotyczące PTSD powstałego w wyniku nadużyć ze strony partnera, (d) wykazywały umiarkowane poczucie winy związane z nadużyciami (mierzone kwestionariuszem TRGI), (e) w chwili badania nie nadużywały alkoholu lub narkotyków, (f) nie chorowały na schizofrenię lub chorobę afektywną dwubiegunową.

Biorące udział w badaniu kobiety nie były zobowiązane do zaprzestania korzystania z innych usług terapeutycznych, np. grupy wsparcia lub leków na receptę [10].

Poznawcza Terapia Traumaty dla Kobiet z Zaburzeniem PTSD po Doświadczeniach Przemocy [7] prowadzona jest w formie spotkań indywidualnych. W protokole zaplanowano od 8 do 11 sesji, przy czym większości klientek proponuje się dwie sesje tygodniowo trwające po 90 minut [7].

Najważniejszym celem pierwszej sesji CTT-BW jest rozpoczęcie procesu nawiązywania bezpiecznej relacji terapeutycznej. Terapeuta przeprowadza z klientką wywiad dotyczący historii nadużyć ze strony partnera i dopytuje ją o inne istotne traumatyczne przeżycia. Zapoznaje ją też z teorią i strukturą Poznawczej Terapii Traumaty dla Kobiet z Zaburzeniem PTSD po Doświadczeniach Przemocy [7].

Celem kolejnych trzech sesji CTT-BW jest uszczegółowienie historii traumatycznych przeżyć klientki (jeśli nie nastąpiło to podczas pierwszej sesji). Terapeuta prowadzi też psychoedukację na temat zaburzenia stresowego pourazowego, a następnie zadaje prace



domowe oparte na ekspozycji (np. patrzenie na zdjęcia i wyobrażanie sobie partnera, oglądanie filmów o przemocy domowej). Terapeuta poświęca też czas na uzasadnianie słuszności stosowania tych zadań domowych [7].

Ważnym celem sesji od drugiej do czwartej jest psychoedukacja na temat wyuczzonej bezradności. Terapeuta wzmacnia postawę klientki zorientowaną na rozwiązania jako przeciwieństwo postawy zorientowanej na przeszkody oraz prowadzi psychoedukację na temat strategii radzenia sobie ze stresem i przeprowadza trening progresywnej relaksacji mięśni Jacobsona [7].

Kolejnym celem tych sesji terapeutycznych jest wykonanie pracy poznawczej w obszarze negatywnych przekonań na własny temat. Terapeuta omawia mechanizm mówienia do siebie o zabarwieniu negatywnym i wyznacza zadania domowe dotyczące monitorowania treści, które pojawiają się w trakcie monologu wewnętrznego [7].

Kolejne dwie do czterech sesji terapeuta poświęca na poznawczą terapię poczucia winy związanej z doświadczaniem przemocy (ang. *Cognitive Therapy for Trauma-Related Guilt*; CT-TRG). Na początku pracy przeprowadza psychoedukację na temat zniekształceń poznawczych kształtujących się w wyniku traumy, a następnie ocenia z klientką racjonalność jej przekonań i rozważa alternatywne wyjaśnienia. Terapii poddaje nie tylko poczucie winy związane z doświadczaniem przemocy, ale również poczucie winy związane z innymi traumami klientki [7].

Sesje 8–11 terapeuta poświęca na trening asertywności. Aktywnie współpracuje z klientką w różnicowaniu pomiędzy asertywną i agresywną mową oraz omawia z nią strategię asertywnego radzenia sobie w odpowiedzi na werbalną wrogość i reakcje na niechciane rozmowy telefoniczne lub kontakt bezpośredni z byłym partnerem. Porusza z nią też temat identyfikacji potencjalnych sprawców [7].

Ostatnim obszarem pracy terapeutycznej jest psychoedukacja w obszarze strategii manifestowania samego siebie (np. uczynienia priorytetu z realizacji własnych potrzeb, bronięcia czyichś praw czy nietolerowania braku szacunku) [7].

### Podsumowanie

Istnieje wiele form pomocy psychologicznej dla kobiet doświadczających przemocy. Jedną z nich jest Poznawcza Terapia Traumaty dla Kobiet z Zaburzeniem PTSD po Doświadczeniach Przemocy (CTT-BW). W proponowanym protokole tej terapii można zauważyć inspirację terapią PTSD opartą na przedłużonej ekspozycji Edny Foa [24]. Poza tym uwzględniono w nim również rozbudowany model pracy poznawczej nad poczuciem winy (nawiązujący do ostatnich zmian kryteriów diagnostycznych PTSD umieszczonych w DSM-5). Oprócz tego, protokół terapii CTT-BW zawiera strategię radzenia sobie ze stresem oraz zwraca uwagę na aspekt relacji ze sprawcą po przerwaniu przemocy i strategię manifestowania siebie.

Terapię CTT-BW, bogatą w wiele zagadnień dotyczących pracy poznawczej i behawioralnej, można zatem uznać za kompleksowy program pomocy dla kobiet po doświadczeniach przemocy. Jego skuteczność została potwierdzona randomizowanymi badaniami. Atutem CTT-BW oprócz jej kompleksowości i skuteczności, jest też jej krótkoterminowość. Czas jej trwania obejmujący 8–11 sesji po 90 min może być korzystny

dla klientek oczekujących od terapii szybkich efektów (pojawiających się pod warunkiem, że będą one zaangażowane w pracę nad sobą i zmotywowane do przejścia całego programu pomocowego), choć może stanowić nie lada wyzwanie dla terapeuty, by w tak krótkim czasie poprowadzić terapię, doprowadzającą do trwałych zmian w systemie poznawczym klientki.

Analizując dotychczasowe doniesienia z badań weryfikujących skuteczność programu terapii CTT-BW, warto wskazać na stojące przed terapeutami i badaczami wyzwania i potencjalne ograniczenia modelu. Jak zauważa Beck i in. [20] nie jest pewne, czy program CTT-BW byłby skuteczny względem mężczyzn doświadczających przemocy ze strony partnerek. Terapia CTT-BW była weryfikowana empirycznie w grupie kobiet po doświadczeniach przemocy. Analizując program terapii można założyć, że część składowych programu byłaby uniwersalna bez względu na płeć, np. psychoedukacja i praca w obszarze objawów PTSD, asertywna komunikacja oraz techniki pracy, tj. restrukturyzacja poznawcza, relaksacja. W największym stopniu warte zastanowienia byłyby analizowane w pracy treści poznawcze, np. dotyczące poczucia winy oraz kwestie korzystania z pomocy przez mężczyzn ze względu na kulturowy charakter przekonań utrwalających określone wzorce kobiety oraz mężczyzny jako osób doświadczających przemocy czy będących w roli rodzica.

Dotychczasowe pomiary skuteczności terapii były prowadzone w stosunkowo krótkim odstępie czasu od zakończenia terapii — od 3 do 6 miesięcy, w kolejnych badaniach warto by zweryfikować rezultaty po dłuższym upływie czasu. Ponadto dotychczasowa skuteczność terapii była sprawdzana na obszarze ośrodków akademickich, interesujące byłoby zrealizowanie kolejnego badania w warunkach instytucji pomocowych [20].

Pomimo powyższych ograniczeń warto podkreślić, iż program CTT-BW stanowi godny polecenia, oparty na dowodach empirycznych program leczenia kobiet po doświadczeniach przemocy z objawami PTSD. Program ten mógłby być także stosowany w Polsce — co koresponduje z intencją jego autorów, aby model był możliwy do zaaplikowania w różnych systemach pomocy i w różnych kontekstach kulturowych. Z pewnością warto byłoby jeszcze w tym zakresie podjąć na gruncie polskim działania badawcze, szkoleniowe i publikacyjne. Trzeba podkreślić, iż protokół terapii jest możliwy do wykorzystania przez osoby pracujące w instytucjach pomocowych niemające specjalistycznego, długoletniego treningu psychoterapeutycznego, co potencjalnie może wiązać się z dotarciem z pomocą do większej liczby osób potrzebujących wsparcia [10].

## Piśmiennictwo

1. Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: WHO, 2013.
2. Przemoc wobec kobiet: Badanie na poziomie Unii Europejskiej — Wyniki badania w skrócie. FRA — Agencja Praw Podstawowych Unii Europejskiej. Wiedeń 2014.
3. Informacja dotycząca realizacji przez jednostki organizacyjne policji w 2015 roku procedury „Niebieskiej Karty” oraz inicjatyw podejmowanych w obszarze przeciwdziałania przemocy w rodzinie. Biuro Prewencji i Ruchu Drogowego Komendy Głównej Policji; 2015.



4. Soldevilla J, Feixas G, Varlotta N, Cirici R. Characteristics of the construct systems of women victims of intimate partner violence. *J. Constr. Psychol.* 2014; 27(2): 105–119. doi: 10.1080/10720537.2014.879521.
5. Devries K, Mark J, Bacchus L, Child J, Falder G, Petzold M i wsp. Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: A systematic review of longitudinal studies. *PLoS. Med.* 2013; 10(5): e1001439. doi: 10.1371/journal.pmed.1001439.
6. Koziol-McLain J, Vandal A, Nada-Raja S, Wilson D, Glass N, Eden K i wsp. A web-based intervention for abused women: the New Zealand safe randomized controlled trial protocol. *BMC Public Health.* 2015; 15: 1-8. doi: 10.1186/s12889-015-1395-0.
7. Kubany E, Watson S. Cognitive trauma therapy for formerly battered women with PTSD: Conceptual bases and treatment outlines. *Cogn. Behav. Pract.* 2002; 9(2): 111–127. doi: 10.1016/S1077-7229(02)80005-0.
8. Morrison J. DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2016.
9. Kubany E, Haynes S, Abueg F, Brennan J, Manke F, Stahura C. Development and validation of the Trauma-Related Guilt Inventory (TRGI). *Psychol. Assess.* 1996; 8(4): 428–444. doi: 10.1037/1040-3590.8.4.428.
10. Kubany ES, Hill EE, Owens JA, Iannce-Spencer C, McCaig MA, Tremayne KJ. Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD (CTT-BW). *J. Consult. Clin. Psychol.* 2004; 72: 3–18.
11. Kubany ES. The Trauma Related Guilt Inventory (TRGI). Assessing and treating PTSD manual. Los Angeles: Western Psychological Services; 2004.
12. Popiel A. Terapia poznawcza poczucia winy związanego z traumą u osób z PTSD. *Psychiatr. Pol.* 2014; 48(3): 615–625.
13. Rohrbaugh M, Riccio D, Arthur A. Paradoxical enhancement of conditioned suppression. *Behav. Res. Ther.* 1972; 10(2): 125–130.
14. Condino V, Tanzilli A, Speranza AM, Lingiardi V. Therapeutic interventions in intimate partner violence: An overview. *Res. Psychother. Psychopath.* 2016; 19(2): 79–88. doi: 10.4081/ripppo.2016.241.
15. Constantino R, Kim Y, Crane PA. Effects of a social support intervention on health outcomes in residents of a domestic violence shelter: a pilot study. *Issues Ment. Health Nurs.* 2005; 26(6): 575–590. doi:10.1080/01612.
16. Karakurt G, Whiting K, Esch Ch, Bolen SD, Calabrese JR. Couples therapy for intimate partner violence: a systematic review and meta-analysis. *J. Mar. Fam. Ther.* 2016; 42(4): 567–583. doi: 10.1111/jmft.12178.
17. Józefik B, Treger B. Terapia wielorodzinna dla rodzin z problemem domowej przemocy. *Psychoter.* 2015; 1 (172): 47–57.
18. Watts B, Schnurr P, Mayo L, Young-Xu Y, Weeks W, Friedman M: Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *J. Clin. Psychiatry* 2013; 74: e541–e50.
19. Frommberger U, Angenendt J, Berger M. Review article. Post-Traumatic Stress Disorder — diagnostic and therapeutic challenge. *Dtsch Arztebl Int* 2014; 111(5): 59–65.
20. Beck JG, Tran HN, Dodson TS, Henschel AV, Woodward MJ, Eddi J. cognitive trauma therapy for battered women: replication and extension. *Psychology of Violence* 2016; 6 (3): 368–377. doi.org/10.1037/vio0000024
21. Aupperle R L, Allard CB, Simmons AN, Flagan, T, Thorp SR, Norman SB, Stein MB. Neural responses during emotional processing before and after cognitive trauma therapy for battered women. *Psychiatry Res. Neuroimaging* 2013; 214: 48–55. doi.org/10.1016/j.psychresns.

22. Johnson D, Zlotnick C. HOPE for battered women with PTSD in domestic violence shelters. *Prof. Psychol. Res. Pract.* 2009; 40(3): 234–241. doi: 10.1037/a0012519.
23. Schauer M, Neuner F, Elbert T. *Narrative exposure therapy. A short term treatment for traumatic stress disorders* (2nd edition). Cambridge: Hogrefe Publishing 2011.
24. Foa EB. Prolonged exposure therapy: Past, present, and future. *Depression and Anxiety*. 2011; 28(12): 1043–1047. doi.org/10.1002/da.20907
25. Orang T, Ayoughi S, Moran JK, Ghaffari H, Mostafavi S, Rasoulian M, Elbert T. The efficacy of narrative exposure therapy in a sample of Iranian women exposed to ongoing intimate partner violence — a randomized controlled trial. *Clin. Psychol. Psychother.* 2018; 25:827–841. doi:10.1002/cpp.2318.
26. Tarquinio C, Brennstuhl MJ, Rydberg JA, Schmitt A, Mouda F, Lourel M, Tarquinio P. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in the treatment of victims of domestic violence: A pilot study. *Europ. Rev. Appl. Psych.* 2012; 62(4): 205–212. doi.org/10.1016/j.erap.2012.08.006
27. Rothbaum B, Astin M, Marsteller F. Prolonged exposure versus eye movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. *J. Trauma Stress* 2005; 18, 607–616. doi:10.1002/jts.20069.
28. Iverson K, Shenk C. dialectical behavior therapy for women victims of domestic abuse: A pilot study. *Prof. Psychol. Res. Pract.* 2009; 40(3): 242–248. doi: 10.1037/a0013476.
29. Gołuchowska G, Bartosiewicz-Dudek E. Interwencja kryzysowa w podejściu poznawczo-behawioralnym — techniki oraz strategia problem solving. *Psychiatria i Psychoterapia* 2002; 8(1): 4–13.
30. Nezu A. Problem solving in behavioral therapy revisited. *Behav. Ther.* 2004; 35(1): 1–33. doi: 10.1016/S0005-7894(04)80002-9.

Adres: nliszewska1@swps.edu.pl