

ПСИХОЛОШКА ТРАУМА КАЈ ЖЕНИ ЖРТВИ НА СЕМЕЈНО НАСИЛСТВО

Кратка содржина

Во истражувањето беше искористен пригоден примерок. Вклучени беа 62 испитанички од кои 31 пријавиле семејно насилство во центрите за социјална работа во периодот од октомври 2015 до март 2016 година. Останатите 31 се жени кои се пријавиле дека сакаат да учествуваат во истражувањето и служеа како контролна група со која беше споредувана групата жени која пријавила семејно насилство. Со оглед на тоа што резултатите добиени со тестирање на посебните хипотези покажаа дека семејното насилство не влијае врз зголемувањето на ризикот од суицидно однесување, делумно е потврдена главната хипотеза која тврди дека семејното насилство влијае врз појавата на ПТСР, зголемена анксиозност, депресија и ризик од суицидно однесување.

Клучни зборови: ПСИХОЛОШКА ТРАУМА, СЕМЕЈНО НАСИЛСТВО, ЖРТВИ

Ако се тргне од најстарите дефиниции за семејството, па сè до денес, очигледна е промената на семејството во неговата функционалност, но и во неговата структура. Сепак, она што може да се каже дека е заедничко за повеќето дефиниции е тоа што семејството треба да биде една сигурна и безбедна заедница која ќе се грижи за благосостојбата и развојот на сите свои членови. Сепак, во праксата многу често истражувачите се соочуваат со дисфункционалност на семејството.

Леонор Вокер во 1979 година ја развила теоријата на социјален циклус на семејното насилство. Вокер смета дека насилството во семејството се одвива во четири фази (Walker, 1980). Разбирањето на овој циклус на насилство е многу важен затоа што помага во спречување и сопирање на насилството кое се случува во одредени семејства. Оваа теорија, исто така, помага во разјаснувањето на семејното насилство во врска со постојаната виктимизација на жената, односно како таа постепено запаѓа во научена беспомошност и зошто не го напушта насилниот партнер. Циклусот на насилство има три фази: градење тензија, акутна фаза на насилство и смирување или меден месец.

Истражување

Досегашните истражувања на ова поле многу јасно покажуваат најразлични психолошки проблеми кај жените кои континуирано биле или се жртви на семејно насилство. Семејното насилство не е толку ретка социјална појава и влијае многу негативно врз целокупното психофизичко здравје на жената. Жените

жртви на семејно насилство страдаат физички и психички. Погolem дел од нив не се во можност самостојно да донесуваат одлуки, гласно да го кажат своето мислење и често пати не можат да ги заштитат своите деца поради страв од понатамошни реперкусии. Нивните човекови права се негирани, во многу случаи нивниот живот како да им е украден од секојдневната закана од страна на насилникот. Насилството кон жените претставува една глобална епидемија која физички, психички, сексуално и економски ги малтретира, осакатува и убива. Тоа претставува едно од најпрекршуваниите човекови права, негирајќи ја еднаквоста на жената, сигурноста, достоинството, самопочитта и правото да ужива во основната слобода. Истражувањата на влијанието на семејното насилство врз психичкото здравје на жената се започнати во минатиот век, но оваа тема не е истражувана во Република Македонија. Оттаму произлезе и идејата за спроведување вакво истражување кое би помогнало за поефикасно справување со последиците кај жените жртви на семејното насилство.

Основна хипотеза

А. Постојат разлики во појавата на симптоми на ПТСР, црти на анксиозност, депресија и ризик од суицидно однесување помеѓу жените жртви на насилство и жените кои не се жртви на насилство.

Посебни хипотези

A1. Жените жртви на семејно насилство почесто појавуваат симптоми на ПТСР отколку жените кои не се жртви на семејно насилство.

A2. Жените жртви на семејно насилство имаат поизразени црти на анксиозност во споредба со жените кои не се жртви на семејно насилство.

A3. Жените жртви на семејно насилство повеќе страдаат од депресија во споредба со жените кои не се жртви на семејно насилство.

A4. Жените жртви на семејно насилство појавуваат повисок ризик од суицидно однесување во споредба со жените кои не се жртви на семејно насилство.

Инструменти за прибирање податоци

- Скала за прибирање податоци за постоење и зачестеност на семејното насилство (*Woman Abuse Screening Tool*).
- Скала за прибирање податоци за постоење симптоми на ПТСР – (*PCL – C, PTSD Check list, Civilian Version*).
- *SD скала* за состојбата на депресивност.
- Скала која мери суицидно однесување (*Suicide Behaviors Questionnaire – Revised*).

Примерок

Во истражувањето беше искористен пригоден примерок. Вклучени се 62 испитанички од кои 31 пријавиле семејно насилство во центрите за социјална работа во периодот од октомври 2015 до март 2016 година. Останатите 31 се жени

кои се пријавиле дека сакаат да учествуваат во истражувањето и служеа како контролна група со која беше споредувана групата жени која пријавила семејно насилство. Со цел да се исклучи постоење семејно насилство во контролната група, најпрво беше применет прашалникот за мерење на постоење на насилство помеѓу партнерите (WAST) со што беа отфрлени сите случаи кај кои беше детектирано насилство и се земени предвид единствено случаите каде што не постои насилство.

- Резултати од тестирањето на хипотезата A1 за разликите на групите во однос на постоење ПТСР

Теоретскиот минимален скор на скалата за мерење ПТСР изнесува 17, а максималниот 85. Во групата жени кои пријавиле семејно насилство, минималниот скор изнесува 17, максималниот скор е 85, а просечен скор на групата е 52,68. Во групата која не пријавила семејно насилство, минималниот скор е 17, максималниот е 59, а просечниот скор на групата е 27,72.

Во групата која пријавила семејно насилство, 68% страдаат од ПТСР, а групата кај која не постои семејно насилство, само 6% покажуваат симптоматологија на ПТСР, или на целокупниот примерок – 37% страдаат од ПТСР.

Во продолжение се прикажани резултатите од χ^2 -тестот. Од Табела 2x2 може да се уочи дека во групата која пријавила семејно насилство, од вкупно 31 испитаничка, 21 се дијагностицирани со ПТСР, а 10 испитанички не покажале таква симптоматологија. Во контролната група која не пријавила семејно насилство има две испитанички со дијагностициран ПТСР, а останатите 29 немаат таква симптоматологија. Во целокупниот примерок, од 62 испитанички, 23 имаат дијагностициран ПТСР, а 39 немаат ПТСР.

Табела 1. Разлика на фреквенции на независни групи, семејно насилство (СН) и ПТСР

		ПТСР		Вкупно	
		Нема	Има		
СН	Нема	Фреквенција	29	2	31
		Очекувана фреквенција	19,5	11,5	31,0
	Има	Фреквенција	10	21	31
		Очекувана фреквенција	19,5	11,5	31,0
Вкупно		Фреквенција	39	23	62
		Очекувана фреквенција	39,0	23,0	62,0

Според овие податоци следува резултатот од тестот за споредба на фреквенции на независни групи:

Табела 2. Резултати од χ^2 -тест на фреквенции на независните групи

χ^2 -тест	N	Df	Значајност
	62	1	0,000**

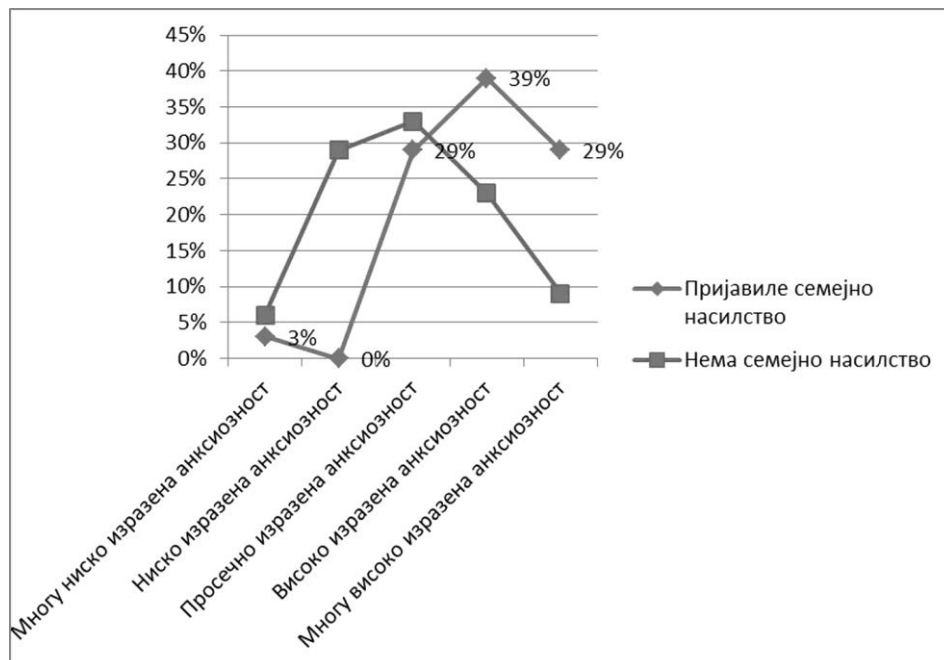
** значајност на ниво 0,001

Од резултатите на χ^2 -тестот може да се согледа дека постои статистички значајна разлика на ниво 0,001 ($p < 0,001$) помеѓу групата која пријавила семејно насилство и групата кај која не постои семејно насилство. Овој наод ја потврдува хипотезата A1 која гласи: жените жртви на семејно насилство почесто појавуваат симптоми на ПТСР отколку жените кои не се жртви на семејно насилство.

- Резултати од тестирањето на хипотезата A2 за разликите на групите во однос на анксиозноста како црта

Во однос на скалата за мерење на анксиозноста како црта, теоретскиот минимален скор е 0, а максималниот е 126. Во групата која пријавила семејно насилство, минималниот добиен скор е 3, максималниот е 116, а просечниот скор на групата е 67,13. Групата кај која нема семејно насилство, добиен е минимален скор 4, максималниот скор е 115, а просечен скор на групата е 39,70.

Во однос на резултатите добиени со мерење на цртата на анксиозност, во групата која пријавила семејно насилство, 3% покажуваат многу ниско изразена црта на анксиозност, 0% покажале ниска изразена црта на анксиозност, 29% имаат просечно изразена црта на анксиозност, 39% имаат високо изразена црта на анксиозност и 29% покажале многу високо изразена црта на анксиозност. Во контролната група 6% имаат многу ниско изразена црта на анксиозност, 29% имаат ниско изразена црта на анксиозност, 33% покажале просечно изразена црта на анксиозност, 23% високо изразена црта на анксиозност и 9% имаат многу високо изразена црта на анксиозност.



Графикон 1. Приказ на анксиозноста како црта на личност

За тестирање на хипотезата која тврди дека жените жртви на семејно насилство имаат поизразена црта на анксиозност од жените кои не се жртви на насилство беше испитувана со помош на t-тест за независни групи. Резултатите се прикажани во Табела 11.

Табела 3. Резултати од t-тест независни групи

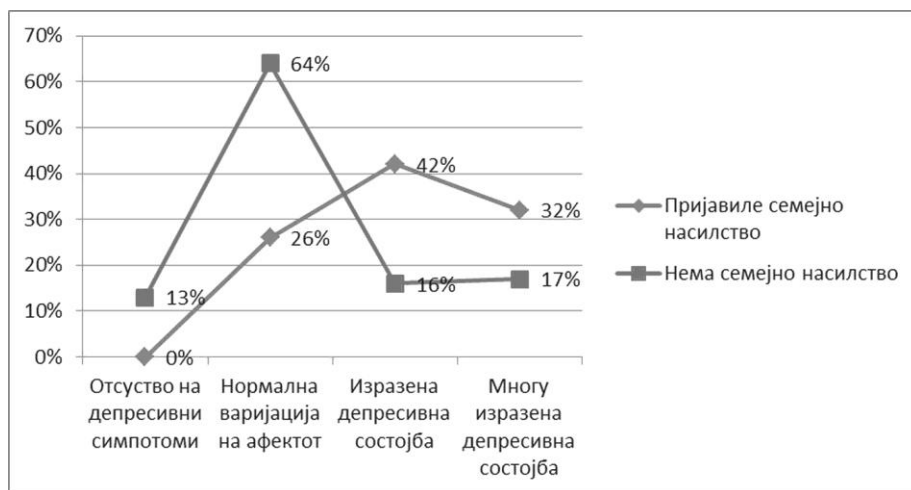
t-тест на независни групи					
Црта на анксиозност	F	T	df	Разлика меѓу аритметички средини	Значајност
	0,60	3,48	60	0,90	0,001

Според добиените резултати од примената на t-тест на независни групи, односот помеѓу двете варијанси изнесува $F = 0,60$. Оваа вредност ја достигнува табелираната вредност за F и, според тоа, $t = 3,48$ за степени на слобода $df = 60$ означува дека постои статистички значајни разлики помеѓу групите на ниво $0,001$ ($p < 0,001$). Според тоа, се потврдува хипотезата A2 која гласи: жените жртви на семејно насилство имаат поизразена црта на анксиозност во споредба со жените кои не се жртви на семејно насилство.

- Резултати од тестирање на хипотезата А3 која се однесува на состојбата на депресивност помеѓу групите

Теоретскиот минимален скор на скалата за мерење на депресивната состојба SD е 0, а максималниот 120. Во групата жени кои пријавиле семејно насилство, минималниот скор изнесува 6, максималниот скор е 93, а просечен скор на групата е 46,42. Во групата која не пријавила семејно насилство, минималниот скор е 0, максималниот е 54, а просечниот скор на групата е 18,77.

Во однос на резултатите добиени на скалата за мерење на депресивна состојба, во групата која пријавила семејно насилство, 0% покажале потполна еуимија, односно отсуство на депресивна состојба и депресивни симптоми, 26% покажуваат нормални варијации во дисфоричното расположение со ретки и умерени знаци на дисфоричност предизвикана од секојдневните тешкотии. 42% покажале изразена депресивна состојба проследена со депресивен афект, како и неговите корелати на мотивациски, бихејвиорален и когнитивен план, а 32% од групата која трпи семејно насилство покажува многу изразена депресивна состојба што е проследена со нагласен депресивен афект, соматски корелати, потреба од повлекување, отежнато функционирање, напнатост и загриженост. Во групата во која нема семејно насилство, 13% имаат отсуство на депресивна состојба, 65% покажале нормална варијација на афектот, 16% имаат изразена депресивна состојба и 17% многу изразена депресивна состојба. Во однос на целокупниот примерок, 6% покажале отсуство на депресивна состојба, 45% имаат нормални варијации во афектот, 29% имаат изразена депресивна состојба и 20% покажале многу изразена депресивна состојба.



Графикон 2. Застапеност на категориите во однос на депресивната состојба

За проверка на хипотезата беше применет t-тест на независни групи и резултатите се прикажани во Табела 4.

Табела 4. Резултати од примена на t-тест за споредба на независни примероци

t-тест на независни групи					
Депресивна состојба	F	T	df	Разлика меѓу аритметички средини	Значајност
	0,56	4,72	60	0,90	0,001

Според добиените резултати од примената на t-тест на независни групи, односот помеѓу двете варијанси изнесува $F = 0,56$. Оваа вредност ја достигнува табелираната вредност за F и, според тоа, $t = 4,72$ за степени на слобода $df = 60$ означува дека постои статистички значајни разлики помеѓу групите на ниво 0,001 ($p < 0,001$) со што се потврдува хипотезата $A3$ која тврди дека жените кои пријавиле семејно насилство повеќе страдаат од депресија во споредба со жените кои не се жртви на насилство.

- Резултати од тестирање на хипотезата $A4$ за ризикот од суицидно однесување

Теоретскиот минимален скор на скалата за мерење ризик од суицидно однесување изнесува 3, а максималниот скор изнесува 18. Во групата жени кои пријавиле семејно насилство, минималниот добиен скор изнесува 3, максималниот добиен скор е 16, а просечен скор на групата е 5,42. Во групата која не пријавила семејно насилство, минималниот скор е 3, максималниот е 10, а просечниот скор на групата е 4,10. Според процентуалната застапеност, кај групата која пријавила семејно насилство 23% од испитаничките имаат ризик од суицидно однесување, а кај групата која нема семејно насилство – 13% од испитаничките покажале ризик од суицидно однесување



Графикон 3. Застапеност на постоење ризик од суицидно однесување

Во продолжение се прикажани резултатите од χ^2 -тестот. Од Табела 2x2 може да се уочи дека во групата која пријавила семејно насилство, кај 7 од вкупно 31 испитаничка постои ризик од суицидно однесување, додека кај 24 од нив нема ризик од суицидно однесување. Во контролната група која не пријавила семејно насилство има 4 испитанички со р, а останатите 29 од суицидно однесување, а 27 не покажуваат ризик од суицидно однесување. Во целокупниот примерок, од 62 испитанички, 11 покажале ризик од суицидно однесување, а кај 51 испитаничка не постои ризик од суицидно однесување.

Табела 5. Разлика на фреквенции на независните групи во однос на варијабилите

			Суицидно ризик		Вкупно
			Нема	Има	
СН	Нема	Фреквенција	27	4	31
		Очекувана фреквенција	25,5	5,5	31,0
	Има	Фреквенција	24	7	31
		Очекувана фреквенција	25,5	5,5	31,0
Вкупно		Фреквенција	51	11	62
		Очекувана фреквенција	51,0	11,0	62,0

Според овие податоци следува резултатот од тестот за споредба на фреквенции на независни групи:

Табела 6. Резултати од χ^2 -тест на фреквенции на независните групи

χ^2 -тест	N	Df	Значајност
	62	1	0,51

Од резултатите на χ^2 -тест на фреквенции на независните групи може да се заклучи дека помеѓу групите не постои статистички значајна разлика, а со тоа се отфрла хипотезата A4 која тврди дека жените кои пријавиле семејно насилство покажуваат повисок ризик од суицидно однесување во споредба со жените кои не се жртви на семејно насилство.

Дискусија

Хипотезата A1 гласи: жените жртви на семејно насилство почесто појавуваат симптоми на ПТСР отколку жените кои не се жртви на семејно насилство. Резултатите покажаа дека жените кои се жртви на семејно насилство почесто по-

јавуваат симптоми на ПТСР. Иако ПТСР е најмногу карактеристично за лица кои доживеале силување, злоупотреба во детството и лица кои учествувале во воен конфликт, сè повеќе истражувања покажуваат дека жените кои се жртви на семејно насилство сè почесто појавуваат ПТСР-симптоматологија која бара посебен психотераписки третман. Кај лицата со ПТСР-симптоматологија, дополнително се јавуваат проблеми во однос на одгледување на децата, квалитетот на социјалните контакти, самоповредување, проблеми на работното место, со што проблемот на семејно насилство го прави уште покомплексен. Во ова истражување кај жени жртви на семејно насилство се потврди постоење на сериозна ПТСР-симптоматологија и покрај тоа што беше користен најстрогиот критериум на дијагностицирање. Во групата која нема семејно насилство, имаше 6% испитанички кај кои беше дијагностициран ПТСР, што веројатно се должи на некои трауматски настани што не се поврзани со семејно насилство. Со статистичката значајност на резултатот, потврдена е првата потхипотеза според која жените жртви на семејно насилство почесто појавуваат симптоми на ПТСР отколку жените кои не се жртви на семејно насилство.

Хипотезата А2 тврди дека жените жртви на семејно насилство имаат поизразени црти на анксиозност во споредба со жените кои не се жртви на семејно насилство. Резултатите добиени со примена на скалата за процена на анксиозност како црта покажаа, пред сè, голема разлика во просечниот скор добиен во двете групи – групата која пријавила семејно насилство има речиси двојно повисок скор од групата во која не постои семејно насилство. Карактеристично е што жените кои пријавиле семејно насилство најчесто се распределени во категории со високо и многу високо изразена црта на анксиозност, а многу помала застапеност постои во категориите на просечна, ниска и многу ниска изразеност на анксиозноста како црта. Во групата во која не постои семејно насилство, скоровите се најчесто распоредени во категорија на ниско изразена и просечно изразена црта на анксиозноста, потоа следува категоријата на високо изразена црта на анксиозноста, додека многу високо изразена црта на анксиозност е најмалку застапена категорија. Според резултатите на независниот t-тест кои се статистички значајни, се потврдува хипотезата која гласи: жените жртви на семејно насилство имаат поизразена црта на анксиозност во споредба со жените кои не се жртви на семејно насилство.

Хипотезата А3 која тврди дека жените жртви на семејно насилство имаат поизразена состојба на депресија во споредба со жените кои не се жртви на семејно насилство. Од споредбата на добиените резултати со примена на скалата за мерење на депресивна состојба, може да се согледа дека постои огромна разлика во просечниот скор на двете групи кој е речиси три пати поголем во групата која пријавила семејно насилство. Две третини од групата во која не постои семејно насилство, во согласност на категоризацијата на SD-скалата, имаат нормална варијација на афектот, а еден мал дел од групата покажале апсолутно отсуство на депресивна состојба. Категориите на изразена депресивна состојба и многу изразена депресивна состојба, исто така, се застапени со помал процент. Од групата жени кои пријавиле семејно насилство, една третина се распоредени во категоријата со многу изразена депресивна состојба. Најголемиот дел на испитаничките од оваа

група спаѓаат во категорија со изразена депресивна состојба и околу 25% од групата припаѓа во категорија со нормална варијација на афектот. Не постои ниту една испитаничка во оваа група со апсолутно отсуство на депресивна состојба. Со оглед на овие разлики во групите и примена на t-тест на независни групи, добиен е статистички значаен резултат со кој се потврдува хипотезата A3 според која жените жртви на семејно насилство имаат поизразена состојба на депресија во споредба со жените кои не се жртви на семејно насилство.

Хипотезата A4 гласи: жените жртви на семејно насилство имаат повисок ризик од суицидно однесување во споредба со жените кои не се жртви на семејно насилство. Со споредување на резултатите добиени на прашалникот кој детектира суицидно однесување SBQ – R, не се пронајдени големи разлики во просечните соковори на групите. Максималниот добиен скор во групата која страда од семејно насилство е 16, а во групата која нема семејно насилство максималниот скор е 10. Распоредено во проценти, во групата која пријавила семејно насилство 23% од жените се во повисок ризик од суицидно однесување, додека тој процент кај групата во која не постои семејно насилство е 13%. Во однос на просечниот скор на групите, групата која пријавила семејно насилство има повисок просечен скор, но во споредба со групата кај која не постои семејно насилство таа разлика е мала. Со статистичка анализа на податоците, примена на χ^2 -тестот се дојде до заклучок дека не постои статистички значајна разлика во однос на ризикот од суицидно однесување. Со ова, хипотезата A4, според која жените жртви на семејно насилство имаат повисок ризик од суицидно однесување, се отфрла. Иако постојат многу истражувања кои потврдуваат зголемен ризик од суицидно однесување кај жени жртви на семејно насилство, во ова истражување не се потврди таа хипотеза. Овој податок може да се должи на многу фактори, од кои културните норми и вредности се земаат како главен и најважен. Влијанието на семејството и бракот, социјалните релации со семејството, децата, надежта дека ќе се смени ситуацијата, поддршката од поширокото семејство и пријателите, институционалната поврзаност со религијата и многу други фактори предизвикуваат жената жртва на насилство да не презема чекор со кој ќе си го одземе животот. Сепак, во ова истражување не беше директно истражена злоупотребата на лекови, дрога и алкохол, проблемите со исхрана (зависност од храна, анорексија и булимија) и други ризични однесувања кои може да се индикатор за суицидно однесување. Исто така, не беа истражени и здравствените проблеми на жените жртви на насилство за кои истражувањата покажуваат дека во голем дел се од психосоматска природа, а тоа значи дека многу почесто користат механизам на одбрана наречен ретрофлексивност, односно рефлектирање на агресија кон себе. Овој механизам е несвесен како и сите други механизми на одбрана на личноста и доколку се користи многу често и интензивно, резултира со депресија, психосоматски проблеми, а максимумот го постигнува кога личноста решава свесно и намерно да си го одземе сопствениот живот („Секое самоубиство е спречено убиство“ – З. Фројд).

Со оглед на тоа што резултатите добиени со тестирање на посебните хипотези покажаа дека семејното насилство не влијае врз зголемувањето на ризикот од суицидно однесување, делумно е потврдена главната хипотеза која тврди дека

семејното насилство влијае врз појава на ПТРС, зголемена анксиозност, депресија и ризик од суицидно однесување.

Заклучок

При осмислувањето на ова истражување, меѓу другото, водечка идеја беше правилно дијагностицирање на жените кои се жртви на семејно насилство со цел понатаму да се применат правилни психотераписки методи и техники кои ќе придонесат за побрзо и поефикасно закрепнување на жената која трпи насилство и решила да побара помош. Истражувањето покажа дека постојат разлики во однос на ПТСР-симптоматологијата, анксиозноста и депресивноста помеѓу жени кои страдаат од семејно насилство и жени кои не се жртви на семејно насилство. Разлики во однос на суицидното однесување не се пронајдени. Жените кои се жртви на семејно насилство покажуваат многу сериозна симптоматологија во однос на наведените дијагнози.

Во текот на ова истражување се појави податок од контролната група кој укажува на тоа дека има жени кои долг период трпат сериозно семејно насилство (емоционално, физичко и сексуално), но ниту еднаш не пријавиле кај надлежните служби (полиција и центар за социјална заштита), ниту, пак, побарале психолошка помош и поддршка од професионални лица – психолози и психотерапевти. Оваа проблематика останува дополнително да се истражува со цел да се пронајдат начини да се едуцираат, охрабрат и мотивираат жените да побараат помош и да им се укаже дека навистина заслужуваат квалитетен живот без насилство. Меѓу другото, како причина за премолчување на насилството може да се наведе и финансиската зависност на жената од својот сопруг. Покрај неможноста самостојно да се грижи за себе и за своите деца, жената жртва на насилство одлучува да молчи и да го негира постоењето на проблемот во семејството. Проблемот со невработеноста во нашата земја е со децении актуелен, а истражувањето покажа дека жените кои се жртви на семејно насилство во поголем број се невработени. Како многу веројатна причина на ова претходи степенот на образование кај жените жртви на семејно насилство. Има голем број од нив кои завршиле само основно образование, со што не си дале шанса да ја развиваат својата личност од интелектуален и од емоционален аспект. Секако, основното образование не може да овозможи работно место и финансиски средства кои би овозможиле оптимален живот за жената и нејзините деца – доколку таа одлучи да го напушти насилниот партнер. Меѓутоа, кога се навлегува подлабоко во проблематиката на семејното насилство, степенот на образование и проблемот со невработеноста изгледа дека се последици кои први испливуваат на површината. Имено, истражувањето покажа дека жените кои се жртви на семејно насилство стапиле во брак на многу рана возраст – околу една третина од нив стапиле во брак до својата 18-годишна возраст. Овој податок заслужи внимание и беше проверен за статистичка значајност, но не се покажа статистички значајна разлика во податоците. Кога станува збор за рано стапување во брак, не може а да не се наметне прашањето за начинот на живот во примарното семејство на жените. Ова е уште едно поле кое треба да се истражува кога станува збор за истражување на семејното насилство – што е она што ја пот-

тикнуло младата девојка да се одлучи за рано стапување во брак, дали можеби постои насилство во примарното семејство, дали стапувањето во брак е само бегство и навидум спас од насилство од страна на родителите или насилство меѓу родителите. Во овој случај стапувањето во брак и не мора да биде на многу рана возраст. Но, кога постои семејно насилство во примарното семејство, имплицитните пораки кои децата ги примаат од однесувањето на сопствените родители може да се многу силен фактор во избирање насилен партнер и трпење семејно насилство во секундарното семејство. Симптоматологијата на ПТСР може да потекнува од раното детство на личноста и може да е резултат на претрпени трауматски искуства на насилство во примарното семејство. Во случаи на семејно насилство, многу е важно да се истражи целокупната анамнеза на жената која бара помош, да се примени правилно дијагностицирање затоа што само на тој начин ќе ѝ се даде на жената вистинска помош која ќе има резултат.

Ова е широко поле за истражување кое бара многу подлабока анализа со цел да се создаде навремена едукација, превенција и интервенција од страна на социјалните служби, училишните психолози, педагози и социјални работници. Доколку постои појасна, посилна и постабилна комуникација помеѓу надлежните органи и семејствата со проблем на семејно насилство, справувањето со оваа проблематика може да биде многу поефикасна и да предизвика позитивни промени на глобално ниво. Сепак, тоа е прилично тежок процес кој бара многу време, работа, стручен персонал. Во ова истражување беше многу мал бројот на испитанички кои пријавија насилство во примарното семејство и не постоеше можност да се истражува поврзаноста на семејното насилство во примарното и секундарното семејство, но кога би се направила анализа на поголем примерок, постои веројатност да се појави семејното насилство како „наследна“ карактеристика на семејствата.

Постојат случаи кога жената го пријавува семејното насилство, но набрзо потоа ја променува изјавата или ја повлекува пријавата за насилството кое го доживеала од сопругот. Семејното насилство врз жената, како и секое друго насилство претставува кривично дело поради кое жената преживува силен страв од повредување или смрт. Ситуациите кои и навидум изгледаат безопасни, многу често може да имаат трагичен исход за животот на жената. Овие чувства на страв, срам, потиснатост и немоќност предизвикуваат проблемот на семејно насилство врз жената да остане нејзин приватен проблем што не го дели со никого. Кога семејното насилство е приватен проблем на жената долг период, кога нејзиното тивко страдање го крие од секого, па и од себеси, нејзината личност почнува да се менува. Таа станува депресивна, незадоволна, неефикасна во секојдневните обврски. Истражувањето потврди дека голем дел од жените жртви на семејно насилство страдаат од ПТСР, анксиозност и депресија. Оваа симптоматологија дава слика на една тешка психолошка траума која е само нормален одговор на една ненормална ситуација во која жената е исплашена и потисната од моќта (психолошка, финансиска и физичка) која партнерот ја демонстрира врз неа. Доколку оваа симптоматологија се согледа преку претходното излагање за причините и последиците на семејното насилство, може да се заклучи дека на жените жртви на семејно насил-

ство им е потребна огромна поддршка во секоја смисла – емоционална поддршка, продлабочување на комуникацијата со поширокото семејство од кое би добила заштита и поддршка, помош при вработување, да се подигне мотивацијата и можноста за продолжување на нивното школување, да им се овозможи соодветен психолошки третман кој ќе резултира, пред сè, со ефикасно справување со проблемот на семејно насилство, а потоа и со личен развој на жената која го трпела насилството. Многу е важно да се знае дека семејното насилство не е приватен проблем на жената (и децата) во дадено семејство. Пријавувањето на семејното насилството е должност на секој граѓанин. Изминатите неколку децении Националната стратегија на Република Македонија за справување со семејното насилство донекаде успева да го промени карактерот на семејното насилство од приватен проблем во закана за целокупното општество. Правени се статистички истражувања во однос на зачестеноста, етничката припадност, видот на насилството, возраста на насилникот, возраста на жртвата и други демографски критериуми, но не беа пронајдени или воопшто не постојат податоци за психолошките последици што ги доживува жената жртва на семејно насилство. Ова истражување е конкретно насочено на психолошките последици од семејното насилство врз жената. Важно е да се напомене дека правилниот психолошки третман на ПТСР, анксиозноста, депресијата и суицидното однесување е од големо значење до колкава мера ќе ѝ се излезе во пресрет на жената која собрала храброст да им се довери на социјалните служби. Психотерапијата е моќна алатка и има свои посебни методи и техники на работа со секоја дијагноза поединечно. Посебно посттрауматскиот стрес бара поинаков психотераписки пристап. Доколку постои скромна и несоодветна обука на професионалците кои се во првиот и непосреден контакт со жената која пријавува насилство, ПТСР многу лесно може да се замени со симптомите на депресивно-анксиозен синдром и пристапот кој ќе се примени од самиот почеток е погрешен, а со тоа е неефикасен.

Кога е во прашање видот на насилството кое жената го претрпува, мора да се посвети особено внимание на емоционалното малтретирање, бидејќи е невидливо, во споредба со физичкото и сексуалното, е многу тешко да се докаже пред надлежните служби (посебно во полиција) зашто не остава никакви телесни последици. И покрај тоа, емоционалната траума кај жената остава многу силни последици врз здравјето во споредба со физичката траума. Затоа кога една жена собрала храброст да побара помош од социјалните служби, треба и мора да се третира со доверба, почит и силна поддршка од страна на професионалците, колку и да е збунета и контрадикторна во своите изјави, жената заслужува да биде разбрана, прифатена и да ѝ се укаже соодветна помош.

За да се овозможи сето ова, потребна е силна национална стратегија која ќе ги оспособи, пред сè, професионалците во училиштата кои едукативно ќе влијаат врз младите, да им се објасни циклусот на семејното (меѓупартнерско) насилство и да им се дадат јасни насоки како да го препознаат доколку се случува уште во нивните први интимни релации со спротивниот пол. Понатаму треба да се мотивираат и охрабрат жените да не молчат за насилството во домот. Комуникацијата помеѓу надлежните служби мора да обезбеди сигурност и безбедност на жената

жртва на насилство, но да се погрижи и за насилникот кој го предизвикува насилството во домот. Соодветните законски казни за оној што предизвикал семејно насилство не смее и не може да се единствена мерка за спречување на насилното однесување. Исто и на оној што го предизвикува насилството му е потребна професионална помош со цел да може конструктивно да ги изразува сопствените емоции и да научи ефикасни животни вештини за да се соочи со проблемите и фрустрациите во секојдневието.

Кога јасно и прецизно ќе се дефинираат проблемите околу семејното насилство, кога би се изградила една силна и стабилна стратегија според која би работеле службениците во полицијата, центрите за социјална заштита, невладините организации, здравствените работници и професионалците не е невозможно да се одговори адекватно и да им се помогне на жените кои трпат семејно насилство. Можеби сето тоа нема да ги спаси сите жени кои страдаат од семејно насилство, но многу животи може да се издигнат на квалитетно и оптимално ниво на функционирање. Со давање адекватна помош на жената жртва на насилство, се помага во создавање поздраво и поквалитетно семејство, поздрави и постабилни личности кои понатаму би придонеле за создавање здрави и стабилни семејства кои се столб на секое општество.

Литература

- American Psychiatric Association, (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, Fifth Edition, Arlington, VA
- Biro M., Smederevac S., Novovic Z, (2009), Procena psiholoških i psihopatskih fenomena, Centar za primenjenu psihologiju, Beograd
- Walker, L. E. 1991, 'Post traumatic stress disorder in women: diagnosis and treatment of battered woman syndrome', *Psychotherapy*, vol. 28, no. 1, pp. 21-29.
- Заеднички протокол за постапување во случај на семејно насилство, Национална и универзитетска библиотека „Св. Климент Охридски“, Скопје, 2010

Sofija GEORGIEVSKA

**PSYCHOLOGICAL TRAUMA IN WOMEN VICTIMS
OF DOMESTIC VIOLENCE**

Summary

This research used a convenience sample. It was included 62 respondents of which 31 reported domestic violence in the centers for social work in the period from October 2015 to March 2016. The remaining 31 women reported that they want to participate in research and served as a control group that was likened to a group of women who reported domestic violence.

Results obtained by testing specific hypotheses have shown that domestic violence does not affect rising risk of suicidal behavior, partly confirmed the main hypothesis which asserts that domestic violence affects the occurrence of PTSD, increased anxiety, depression and risk of suicide behavior.

***Keywords:* PSYCHOLOGICAL TRAUMA, FAMILY VIOLENCE, VICTIMS**