

A black and white photograph of a cracked ceramic plate, possibly a shallow bowl or a small tray, resting on a light-colored, marbled surface. The plate has a dark, possibly black or dark brown, glaze. A prominent crack runs across the center of the plate, forming a jagged, irregular shape. The text is overlaid on the plate's surface.

مشاوره و روان‌درمانی پس از خشونت خانگی

دیدگاه مراجع از آنچه به بهبودی‌اش کمک می‌کند

فهرست

مقدمه	۱۳
فصل ۱: دیدگاه‌های متفاوت در تحقیق و عمل	۱۹
فصل ۲: دسترسی به مشاوره مناسب	۴۶
فصل ۳: تجربه زنان از مشاوره	۷۳
فصل ۴: تجربه مردان از مشاوره	۱۰۱
فصل ۵: پایان کار و زندگی پس از مشاوره	۱۲۶
فصل ۶: کار با مراجعه‌کنندگان قربانی خشونت خانگی	۱۴۰
فصل ۷: نتیجه‌گیری	۱۶۳
پیوست ۱: جزئیات مراکزی که در زمینه حمایت از درمان خشونت خانگی فعال هستند و می‌توان با آنها تماس گرفت	۱۶۹
پیوست ۲: روش تحقیق	۱۷۳
منابع	۱۸۱

مقدمه

اخیراً خشونت خانگی به عنوان یک موضوع قابل پیشگیری شناخته شده است. برنامه‌های پیشگیری از خشونت خانگی در ایران نیز مصوب هیئت وزیران در جلسه مورخ ۱۳۹۲/۰۳/۱۲ بنا به پیشنهاد شماره ۶۸۹ مورخ ۱۳۹۱/۰۱/۱۸ وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و به استناد اصل ۱۳۸ قانون اساسی آیین‌نامه ارائه خدمات فوریت‌های اجتماعی تصویب شد و دیگر برنامه‌ها شامل؛ توانمندسازی زنان به کمک دوره‌های مشاوره پیش از ازدواج، راه‌اندازی برنامه مداخله در بحران و تلفن‌های ۲۴ ساعته، ایجاد مکان‌هایی برای نگهداری و حفاظت از قربانیان همراه با مداخلات روان‌شناختی تحت نظارت سازمان بهزیستی، آموزش مهارت‌های زندگی و فرهنگ تاب‌آوری در مدارس و دانشگاه‌ها است. یکی از برنامه‌ها در ایران، «برنامه اورژانس اجتماعی» می‌باشد که حاصل فعالیت چندین ساله‌ی سازمان بهزیستی کشور در دفتر امور آسیب‌دیدگان اجتماعی است. برنامه‌ای که در سال ۱۳۷۸ تدوین شده و قصد دارد با مداخلات روانی-اجتماعی، در پیشگیری از وقوع جرم و قضازدایی نقش مهمی ایفا کند. این برنامه تلفیقی از مداخله در بحران، فردی، خانوادگی و اجتماعی، خط تلفن اورژانس اجتماعی (۱۲۳)، تیم سیار اورژانس اجتماعی، پایگاه خدمات اجتماعی در سکونت‌گاه‌های غیررسمی و مناطق حاشیه‌نشین است. حتی در سالیان اخیر قانون حمایت از اطفال و نوجوانان مشتمل بر پنجاه‌ویک ماده و پانزده تبصره در جلسه علنی روز سه‌شنبه ۱۳۹۹/۰۲/۲۳ تصویب شد و طی نامه شماره ۲۸۷۵۳ مورخ ۱۳۹۹/۰۳/۲۲ از سوی رئیس‌جمهور ابلاغ گردید. بودجه چنین خدمات تخصصی اغلب مشکل‌ساز است. شاید تأمین اعتبار خدمات روان‌شناختی متخصصان برای قربانیان خشونت خانگی دشوار باشد، اما در صورت وجود و شناسایی مشکل، ممکن است خدماتی ارائه شود.

خشونت خانگی به عنوان مشکلی شایع و عمده، تهدیدکننده سلامت قربانیان و یک اپیدمی پنهان ادامه‌دار در حوزه سلامت روان شناخته می‌شود. خشونت خانگی علاوه بر مشکلات جسمانی می‌تواند در دیگر جنبه‌های سلامت منجر به مشکلات متعددی در فرد همچون؛ سندروم درد مزمن، اختلال استرس پس از سانحه، افسردگی و از سوی دیگر موجب سوء‌مصرف مواد مخدر و بیماری‌های مقاربتی و انواع مشکلات خانوادگی و اجتماعی شود. همواره طی پنج سال اخیر چیزی در حدود ۹۴ تا ۹۶ درصد از موارد معاینات مدعیان همسرآزاری جسمانی مربوط به زنان بوده است. مطابق با جداول آماری منتشرشده از سوی مرکز آمار که اطلاعات آن از سازمان پزشکی قانونی اخذ شده است؛ به‌طورکلی در سال ۱۴۰۰ حدود ۷۷ هزار و ۶۳۷ مورد معاینه مربوط به مدعیان همسرآزاری جسمانی انجام شده است که ۹۶/۷ درصد از این معاینات مربوط به زنان بوده است.

حال اگر خشونت در یک رابطه عاطفی یا در عمیق‌ترین رابطه رخ می‌دهد؛ رابطه‌ای که قرار است فرد در آن امنیت و حمایت را تجربه کند، آثار منفی به مراتب شدیدتری را ایجاد می‌کند. بر این اساس خشونت خانگی در درجه اول یک تروما (روان‌زخم یا ضربه روانی) است و اثرات ناشی از آن گاهی تا پایان عمر، فرد خشونت‌دیده را درگیر می‌کند. بنا بر شواهد پژوهشی، طی پاندمی کووید ۱۹ خشونت خانگی در جهان به سمت خشونت روانی - عاطفی سوق یافت؛ به طوری که گرچه در این ایام شاهد کند شدن سیستم قضایی بودیم اما برخی کشورها خشونت خانگی را در لیست "دعاوی اضطرار" خود قرار دادند.

ممکن است این تصور وجود داشته باشد که در خشونت خانگی با فردی مواجه هستیم که در مدیریت خشم مشکل دارد و سعی کنیم بر اساس این تصور مداخلات لازم را انجام دهیم؛ اما باید گفت در خشونت خانگی با یک الگوی کنترل اجباری مواجه هستیم که فرد به هنگام اقدام به خشونت، این کار را به دلیل عدم تنظیم هیجان انجام نمی‌دهد. خشونت خانگی می‌تواند جسمی، روانی، جنسی، مالی یا عاطفی باشد؛ این موارد غالباً با همدیگر ترکیب شده و یکدیگر را تقویت می‌کنند؛ به طور معمول از الگوی تکرار و تشدید حوادث پیروی می‌کند و باعث ایجاد ترس و اضطراب مداوم در افرادی می‌شود که آن را تجربه می‌کنند.

وقتی از خشونت خانگی صحبت می‌شود، ممکن است تصور اصلی، خشونت یک مرد علیه همسرش باشد. این بخشی از واقعیت است اما خشونت خانگی افراد بیشتری را شامل می‌شود. امروزه مشخص شده است که خشونت خانگی می‌تواند توسط هم زن و هم مرد انجام شود و هر دو جنس از آن رنج می‌برند. خشونت اکثراً توسط مردان علیه زنانی انجام می‌شود که با آنها رابطه صمیمی داشته‌اند و یا دارند. همچنین ممکن است در روابط بین یک جنس، علیه روابط فعلی یا قبلی همسر یا در میان اعضای خانواده گسترده صورت بگیرد. بدین ترتیب، رابطه‌های تحت تأثیر خشونت خانگی عبارت‌اند از: همسر، همخانه، رابطه دوستی، نامزدی، داشتن فرزند از فرد، همسر سابق، همخانه سابق، رابطه دوستی قبلی و نامزد قبلی.

در خصوص اینکه فرد آسیب‌دیده و فرد آزارگر از چه ویژگی‌هایی برخوردارند تصورات نادرستی وجود دارد. در رابطه یا فرد آسیب‌دیده ممکن است این باورهای نادرست وجود داشته باشد که آنها با ویژگی سنی، تحصیلاتی، اقتصادی و یا قومیتی خاصی هستند. درحالی‌که مشخصات آسیب‌دیده خشونت خانگی، معمولاً به جز زن بودن، چیز دیگری نیست. او می‌تواند جوان، پیر، میانسال، سفیدپوست، سیاه‌پوست، ... آسیایی، اروپایی، ... مجرد، متأهل، مطلقه، ... ثروتمند، فقیر، متخصص و یا از هر ویژگی دیگر جمعیت‌شناختی و اجتماعی - اقتصادی برخوردار باشد.

همانند فرد آسیب‌دیده، در مورد فرد آزارگر نیز باورهای غلطی از این که این افراد دارای ویژگی‌های خاصی هستند، وجود دارد مثل عدم کنترل تکانه، تحصیلات پایین، مهارت‌های ارتباطی

ضعیف، عزت‌نفس پایین و موقعیت اجتماعی - اقتصادی پایین و... همه این باورها نادرست هستند. اصلاح باورهای نادرست، پیش‌نیاز مهمی برای مداخلات روان‌شناختی است. فرد آزارگر از خصوصیات برخوردار هستند که اطلاع از آنها به متخصص سلامت روان در تدوین راهبردها کمک می‌کند. خصوصیات افراد آزارگر عبارت است از: قائل شدن حق کنترل فرد قربانی برای خود؛ انکار سوء رفتارهای خود، البته نه فراموش کردن آن؛ سلب مسئولیت رفتار از خود؛ حسادت‌ورزی؛ کنترل قربانی به بهانه نگرانی از او؛ انتظارات نامعقول؛ بسیار حساس و زودرنج بودن و همه‌چیز را توهین به خود تلقی کردن؛ و نسبت به کودکان و حیوانات بی‌رحم و قصی‌القلب بودن.

از اصلی‌ترین اثرات خشونت خانگی بر فرد خشونت دیده می‌توان به اختلال استرس پس از سانحه اشاره کرد. فرد آسیب‌دیده، بارها و بارها در طول روز خاطرات و فلش‌بک‌هایی را با محتوایی نظیر «مشت او را می‌بینم... چاقو» و «او به سر من می‌زند» تجربه می‌کند که بسیار آزارنده است و این خاطرات مزاحم، در خواب، به شکل کابوس‌های دردناک سراغ فرد می‌آید؛ احساس کرختی می‌کند که در جملاتی مثل «هیچی رو حس نمی‌کنم» متجلی می‌شود و اجتناب‌هایی را تجربه می‌کند نظیر اینکه «نمی‌خواهم در موردش حرف بزنم»؛ از اضطراب و برانگیختگی رنج می‌برد و جملاتی می‌گوید نظیر «از او خیلی می‌ترسم» یا «از آنچه که او بعد انجام خواهد داد می‌ترسم»؛ خلق پایین و افسردگی بر فرد مستولی می‌شود همراه با جملاتی نظیر «من شکست‌خورده‌ام» و حتی امکان ابراز ناراحتی پیدا نمی‌کند: «نمی‌توانم گریه کنم» یا «نمی‌توانم ناراحت شوم (زیرا او هست)»؛ احساس شرم می‌کند: «خیلی شرم‌منده هستم (درباره کاری که او روی من انجام داد)»؛ و خشمی که امکان ابراز ندارد. همچنین عزت‌نفس فرد آسیب‌دیده به شدت کاهش می‌یابد با گفتن جملاتی نظیر «تقصیر من است» یا «هرچه تو می‌خواهی»؛ خودپنداره جسمانی آسیب می‌بیند با گفتن جملاتی نظیر «گفت من گاو چاق هستم».

در کنار نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه، فقدان و سوگ به معنای وسیع‌تری فرد را در برمی‌گیرد که شامل فقدان حس ایمنی و امنیت؛ اعتماد به جهان پیرامون؛ هویت شخصی؛ خودارزشمندی؛ سلامت جسمی و نیز عاطفی؛ دارایی؛ شغل؛ دوستان؛ خانواده و جامعه است.

کار با قربانیان خشونت خانگی با توجه به تنوع موضوعات ارائه شده پیچیده است و به مداخلات مختلفی نیاز دارد. آنچه آنها در این مورد اتفاق نظر دارند، نیاز به یک رابطه درمانی قوی است که بتواند مداخلات مناسبی را ایجاد کند. اگرچه این موضوع با پژوهش‌های رویه درمانی عمومی متناسب است، توجه به این نکته مهم است که ویژگی‌های رابطه درمانی بسته به جهت‌گیری خاص درمانگر می‌تواند متفاوت باشد. درحالی‌که ویژگی‌های این رابطه از دیدگاه درمانگر توصیف می‌شود، آنچه به نظر می‌رسد از دست رفته است، دیدگاه‌ها، ترجیحات و تجربیات مراجعان است که به روند درک آنچه آنها به‌طور خاص نیاز دارند کمک می‌کند. شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد اقدامات نامناسب

متخصصان می‌تواند آسیب ثانویه در قربانیان خشونت خانگی ایجاد کند. هنگامی که مداخله‌گر متوجه می‌شود از جانب آسیب‌دیده برای رهایی از این وضعیت تلاشی به‌عمل نمی‌آید، ممکن است قضاوت‌هایی داشته باشد که در امر مداخله آسیب ایجاد کند. مداخله‌گر لازم است نسبت به قضاوت‌های خود واقف و آنها را مدیریت کند. اینکه چرا آسیب‌دیدگان خشونت خانگی خود را از این ورطه رهایی نمی‌دهند دلایلی مطرح است: (۱) مهم‌ترین عامل ترس از انتقام‌جویی فرد آزارگر یا تعقیب و آزار او؛ (۲) آزارگر فرد آسیب‌دیده را در انزوا قرار می‌دهد و رابطه آسیب‌دیده را با خانواده و دوستانش قطع و یا محدود می‌کند؛ (۳) آسیب‌دیده وابستگی مالی به آزارگر داشته و پول کافی برای امرارمعاش و جدا شدن از وی را در اختیار ندارد؛ (۴) ممکن است هنوز او را دوست دارد؛ (۵) آزارگر او را متقاعد کرده که بی‌ارزش است و هیچ‌کس به او کمک نمی‌کند؛ (۶) هنوز شانس برای تغییر آزارگر می‌بیند؛ (۷) استرس پس از سانحه داشته و توانایی تصمیم‌گیری در بحران نداشته باشد؛ (۸) می‌خواهد پدر فرزندانش در کنارشان باشد. یا نمی‌خواهد خانواده‌شان از هم بپاشد و (۹) دچار سندروم گروگان شده است: بعضی از زنان احساس یک پیوند ترومایی با فرد آزارگر می‌کنند.

یکی از دشواری‌های کار در این زمینه، شناسایی سوءاستفاده عاطفی و روانی است؛ زیرا در هنگام ارزیابی روان‌شناختی تشخیص علائم بیماری روانی آسان‌تر است، نه شناسایی عوامل مرتبط با تجربه خشونت خانگی. چنین علائمی خود را به برنامه‌های درمانی مبتنی بر تشخیص یک اختلال روانی سوق می‌دهند و با این حال مطالعات کیفی در سراسر جهان نشان می‌دهد که این روش برای کسانی که خشونت خانگی را تجربه می‌کنند مفید نیست. به‌عنوان مثال، استرس تحت سلطه قرار گرفتن از طریق کنترل اجباری، ممکن است منجر به عدم تمرکز بر روی افکار، مشکلات خواب، کاهش اشتها، احساس بی‌ارزشی و / یا حس ناامیدی شود که شاید با افکار خودکشی می‌تواند منجر به تشخیص افسردگی شود. درمان از طریق داروهای تجویز شده ممکن است برخی از علائم را کاهش دهد اما زندگی روزمره را تغییر نخواهد داد. هرمان (۱۹۹۲) اولین کسی بود که خشونت خانگی را مانند زندگی در یک منطقه جنگی و نیاز مراجعان برای پردازش ضربه‌ای که تجربه کرده‌اند، تصدیق کرد. مراجعانی که موافق این موضوع بودند اظهار داشتند که آنها برای پردازش و درک مشکلات (آسیب‌دیدگی) محیط خانه و تأثیری که بر آنها نسبت به اقداماتی که برای تسکین وضعیت آنها می‌گذاشت، نیازمند بودند.

در سطح بین‌المللی، متخصصان با به اشتراک گذاشتن روش‌های کار با مراجعان خشونت خانگی بر اساس روش‌های روان‌درمانی موفق خود به آنها پاسخ داده‌اند و هرکدام مشکلات و پیچیدگی‌های این کار را همراه با راه حل‌های پیشنهادی برجسته کرده‌اند. چنین مدل‌های درمانی بیشتر برای زنان ارجاع شده به این سازمان‌های دولتی توسعه یافته و با موفقیت ارائه شده است. با این حال، همه مراکز

درمانی چنین خدمات مشاوره‌ای تخصصی را به زنان ارائه نمی‌دهند و خدمات مشاوره‌ای تخصصی کمی برای مردان در دسترس است. در طول تاریخ حتی در مواردی که این خدمات در دسترس بوده است، سازمان‌های حمایت‌کننده به بودجه و کمک‌های دولتی برای حمایت از قربانیان سوءاستفاده خانگی متکی بوده‌اند.

در نتیجه، افرادی که تجربه خشونت خانگی دارند و برای مشکلات روانی به دنبال کمک هستند، در حال حاضر توسط کارشناسان بهداشت روان در مراکز اورژانس اجتماعی تحت نظارت سازمان بهزیستی که دارای آموزش‌های عمومی و نه تخصصی هستند، بیشتر دیده می‌شوند.

مشاوران عموماً بر این باورند که صرف‌نظر از آموزش اصلی مشاور، همه مراجعان می‌توانند از طریق اجرای اصول روش‌های درمانی خوب تا حدی سود ببرند. همدلی، همخوانی و توجه مثبت می‌تواند فضای اطمینان لازم برای نتیجه‌گیری موفقیت‌آمیز در کار درمانی را ایجاد کند. با این حال، مشاوره در خشونت خانگی تفاوت‌هایی با دیگر روش‌های مشاوره‌ای دارد. به‌عنوان مثال، کسی که بر نیازهای شریک زندگی خود تمرکز می‌کند و توجه خود را از مسائل دیگر دور می‌کند، ممکن است یک محیط را نامن و یا ترسناک بداند. فردی که اجازه تصمیم‌گیری را ندارد، ممکن است یک روند مشارکتی و هدفمند را برای درمان خود به چالش بکشد و به‌راحتی با عقاید درمانگر موافقت کند. یک چارچوب صلاحیت و شایستگی می‌تواند به شناسایی کمبودهای دانش یا مهارت مشاوران فعال در حوزه خشونت خانگی کمک کند، اما با بررسی پیشینه پژوهشی مشخص می‌شود که چنین چارچوبی هنوز تعریف نشده است. درحالی‌که افرادی که به‌طور فعال با مراجعان خشونت خانگی کار می‌کنند ممکن است به‌طور ضمنی نیازهای درمانی را درک کنند، برای سایر مشاوران نیز مفید است که منابع صریح، در قالب یک چارچوب و تمرین پیشنهادی، در اختیار داشته باشند.

آگاهی از نیاز زنان آسیب‌دیده شرط مهمی برای یک مداخله مؤثر است: نیاز اصلی و نیاز فوری. در خصوص نیاز اصلی زنان خشونت دیده، برای زنانی که خشونت خانگی را تجربه می‌کنند، خواه در یک رابطه آزارگرانه قرار دارند و یا آن را ترک کرده‌اند، لازم است حمایتی قابل‌اعتماد و بادوام وجود داشته باشد تا اعتماد به نفس و اعتماد دوباره فرد به دست آید و این حس را داشته باشد که شایسته حمایت هست. این حمایت لازم است در درازمدت در دسترس باشد. درعین حال و مقدم بر هر امری لازم است به نیاز فوری زنان خشونت دیده نیز توجه شود: هرگونه فعالیت حمایتی باید امنیت جسمی و روانی فرد را در اولویت قرار دهد و به‌گونه‌ای پیش برود که اعتماد به نفس خود را احیا کند و قادر باشد کنترل زندگی خود را به دست آورد. حمایت عاطفی به همان اندازه کمک عملی مهم است.

آنچه مطرح شد نشان‌دهنده ظرافت‌های مداخلات روان‌شناختی در خشونت خانگی است و بخش اعظم این ظرافت‌ها به همراه آموزه‌های بسیار مهم دیگر در کتاب «مشاوره و روان‌درمانی پس از خشونت خانگی» مطرح شده است. «دیدگاه مراجع از آنچه به بهبودی‌اش کمک می‌کند» عنوان فرعی

این کتاب است که توسط «جنت کی رودی» از «دانشگاه ساندرلند، بریتانیا» به نگارش درآمده است و با قلم شیوای همکاران ارجمند، آقای ابراهیم اکبری و سرکار خانم ژیلا حسنی به فارسی برگردانده شده است. کتاب با دو هدف مشخص نوشته شده است؛ برای کمک به مشاوران تازه‌کار و مشاوران باتجربه در این زمینه به منظور درک بهتر چالش‌های این افراد دربارهٔ خشونت خانگی. نتیجه تجربیات شرکت‌کنندگان و مقالات مرتبط در این زمینه کاملاً بیانگر اهمیت آسیب‌های خشونت خانگی در این افراد و پیاده کردن مسیر درمانی درست برای کاهش آسیب‌های احتمالی و جلوگیری از خطرات شدیدتر مثل اقدام به خودکشی، فرار از منزل و... است. در این کتاب، مراجعان در مورد دلایل عدم حضور، ترک زودهنگام جلسات مشاوره و در نهایت چه چیزی برایشان مفید است، صحبت می‌کنند. این کتاب دیدگاه‌های مراجعان را گرد هم می‌آورد تا دیدگاه جدیدی در مورد چگونگی رویکرد مشاوره با افرادی که خشونت خانگی را تجربه کرده‌اند، ارائه دهد. به‌طور ویژه، شباهت‌ها و تفاوت‌های بین نیازهای ابرازشدهٔ بازماندگان زن و مرد از خشونت خانگی و همچنین مشکلاتی که در حال حاضر در ارائه خدمات تجربه می‌شود را بررسی می‌کند. مطالعهٔ این کتاب را به همهٔ متخصصانی توصیه می‌کنم که در بخشی از کار خود برای افراد آسیب‌دیده از خشونت خانگی مداخلات روان‌شناختی ارائه می‌کنند.

دکتر حمید پورشریفی

دانشیار روان‌شناسی سلامت

دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی

اوایل سال ۲۰۰۷ زمانی که تصمیم گرفتم دوباره به عنوان مشاور آموزش ببینم، هیچ تصویری از اینکه نوشتن تبدیل به بخش بزرگی از زندگی‌ام شود، نداشتم. در آن زمان حتی شروع نوشتن یک مقاله ۲۰۰۰ کلمه‌ای برای من دلهره‌آور بود. هنگامی که دوره خود را شروع کردم، تمرکز من کاملاً روی مشاوره بود و خوش‌بختانه همین موقعیت‌های مشاوره‌ای که به من پیشنهاد شد، امکان کار با مراجعه‌کنندگانی که متحمل سوءاستفاده شده بودند را فراهم می‌کرد. با این حال، آنچه به عنوان یک کنجکاوی ساده جهت پیدا کردن راه‌هایی برای بهبود عملکرد من شروع شد، در نهایت تبدیل به یک تحقیق ۵ ساله گردید و آنچه که مراجعان مشاورهٔ خشونت خانگی^۱ (DV) در بهبود یافتن خود مفید دانستند، شامل هزاران کلمهٔ نوشتاری و تبدیل آن به این مجموعه شد.

با گذشت زمان، مهارت نوشتنم بهتر و برخی از کارهایم منتشر و باعث شد افراد علاقه‌مند به تحقیقاتم ایمیل‌هایی برای من ارسال کنند. این امر کمک کرد تا بدانم افراد علاقه‌مند به این موضوع روی چه چیزهایی برای این گروه از مراجعان کار می‌کنند و چرا. در حالی که من همچنان در حال آموزش دورهٔ مشاورهٔ خود بودم، متوجه شدم تحقیقات مشاوره‌ای در مورد نحوهٔ کار درمانی با مراجعان خشونت خانگی بسیار کم است. به علاوه، در حالی که من مصاحبه‌های تحقیقاتی خود را انجام می‌دادم، برخی از شرکت‌کنندگان به‌طور مشخص از من سؤال می‌کردند که آیا می‌خواهم در پایان پروژه کتابی بنویسم، زیرا آنها می‌خواهند نظرات‌شان توسط سایر مشاوران و درمانگران نیز شنیده شود. به نظر می‌رسید که انتشار بیشتر یافته‌های تحقیق از جهات مختلفی می‌تواند مفید باشد، اگرچه هر کدام از ما متوجه شدیم تمایل به نوشتن کتاب لزوماً منجر به انتشار آن نمی‌شود. من متعهد شدم که تمام تلاشم را انجام دهم و پس از ۵ سال تحقیق علمی، به نظر می‌رسید تحقیق در این زمینه مناسب به نظر برسد و بتواند برای تمرین‌کنندگان مفید باشد.

در حالی که ادعا نمی‌کنم همهٔ پاسخ‌ها را دارم، اما احساس می‌کنم اطلاعات حاصل از این مطالعه می‌تواند برای هر کسی که می‌خواهد در این زمینه شروع به کار کند، مفید باشد. از این رو، این کتاب با دو هدف نوشته شده است: کمک به مشاورانی که تازه می‌خواهند آموزش خود را شروع کنند و برخی از آنها که در این زمینه تجربه دارند، برای درک چالش‌های کسانی که خشونت خانگی را تجربه کرده‌اند همراه با ارائهٔ فایل صوتی به شرکت‌کنندگانی که از طریق شرکت در این جلسات در تلاش هستند تا به افرادی که خشونت خانگی را تجربه کرده‌اند مشاوره ارائه دهند.

اگر چه این کتاب بر اساس تحقیقات دکتر استوار است اما به صورت پایان نامه ارائه نشده، در عوض برای انعکاس روند مشاوره که توسط شرکت کنندگان در طول مصاحبه های خود توضیح داده اند، نوشته شده است و شامل ارجاعات به تحقیقات مربوطه، نظریه ها و ادبیات دانشگاهی در هر مرحله می باشد. با این حال با بحث در مورد برخی از موضوعات در این کتاب مشخص شده است که تفاوت های زیادی بین این کتاب و سایر موارد در این زمینه وجود دارد. من می خواهم این تفاوت ها را از ابتدا برجسته کنم تا از سوء تفاهم ها در مورد اساس کار و نحوه استفاده از آن جلوگیری کنم:

- شرکت کنندگانی که در این تحقیق حضور یافتند کسانی بودند که قبلاً روابط خود را ترک کرده بودند یا از نظر جسمی امنیت داشتند. از این رو، مباحث مربوط به امنیت که در بیشتر کتاب های مربوط به خشونت خانگی برجسته شده است، توسط مشاوران پوشش داده نمی شود. بنابراین، در این کتاب به هیچ وجه توضیح داده نمی شود. این امر به معنای نفی یا به حداقل رساندن اهمیت امنیت در هنگام کار در زمینه خشونت خانگی نیست. هر مسئله ناشی از خشونت خانگی احتمالاً به پشتیبانی متخصصانی نیاز دارد و من از هر کسی که در حال حاضر در یک رابطه مورد سوء استفاده قرار می گیرد و یا به شخصی که نیاز دارد، مشاوره می رساند، می خواهم که از ارگان های تخصصی که در این زمینه فعالیت دارند، کمک و راهنمایی بگیرند.
- اگر چه بیشتر مطالعات در زمینه خشونت خانگی، مربوط به تجربیات زنان و به نقش عاملیت جرم توسط مردان متمرکز است، اما این مطالعه شامل تجربیات مردانی که توسط زنان مورد سوء استفاده قرار گرفته اند نیز می باشد. در تفسیر داده ها از یک چارچوب فلسفی ساخت گرایانه، یعنی دانش جدیدی که در نتیجه تعامل بین محقق و شرکت کننده ایجاد می شود، استفاده شد. این کتاب شامل تفسیرهایی از مراجعان زن و مرد است و نکاتی که در فصل های ۲ و ۵ ذکر شده است، نیز آن را پشتیبانی می کند. من با توجه به ارائه های قبلی در مورد این موضوع، می دانم که می تواند واکنش های متفاوتی از طرف مخاطبان را داشته باشد و با توجه به این نکته شما باید بررسی کنید که آیا این کتاب مشاوره برای شما مناسب است؟
- نسبت به مباحثی که من در اینجا ارائه داده ام، کتاب های بسیاری وجود دارد که جزئیات بیشتری در مورد چگونگی خشونت خانگی گفته اند. در حالی که من برخی ایده ها و مفاهیم کلیدی را که به طور کلی در کار با خشونت خانگی مفید هستند در این کتاب گنجانده ام که جامع نیستند. در عوض منابع مختلف تحقیقی مناسبی برای کسانی که مایل اند بیشتر در مورد این موضوع بدانند، وجود دارد که این کتاب ها برای آنان لیست شده است.
- من به عنوان یک درمانگر این آگاهی را دارم که به طور کلی وقتی مراجع وارد اتاق مشاوره می شود، این یعنی نقطه شروع مشاوره، اما از دیدگاه مراجع تصمیم برای مشاوره کمی پیچیده است و مدتی قبل از اولین جلسه شروع می شود. از آنجایی که این مطالعه تجربیات مراجعان را

منعکس می‌کند، یافته‌های ارائه‌شده شامل این بخش اولیه فرایند است و به مواردی می‌پردازد که می‌تواند از دیدگاه مراجع مفید یا مانع باشد.

سرانجام شرکت‌کنندگان پس از مشاوره مشتاق بودند که تجربیات خود را در مورد رشد و پیشرفت‌شان به اشتراک بگذارند. ما به‌عنوان مشاور وقتی کارمان با مراجع تمام می‌شود، تصویری از اتفاقات بعدی نداریم. همچنین، ما با استفاده از فرم‌هایی که برای پاسخگویی به نیازهای سازمان‌ها یا سازمان‌های خدماتی طراحی شده‌اند، کارایی خدمات ارائه‌شده را ارزیابی می‌کنیم، با این حال شرکت‌کنندگان مزایای مشاوره را همان‌طور که دیدند به اشتراک گذاشتند. این فرصتی را پیش می‌آورد تا بگوییم که آنها چگونه از این خدمات بهره‌مند شده‌اند. هر چند برخی از افراد می‌گویند که فرم‌های ارائه‌شده در پایان مشاوره سؤالات درستی از آنها نپرسیده است.

همان‌طور که من در مورد چگونگی ارائه اطلاعات حاصل از مطالعه تحقیقاتی تأمل کردم، با توجه به تعداد زیاد تحقیقاتی که قبلاً در مورد خشونت خانگی در حوزه عمومی انجام شده است، ارائه توضیحی در مورد چرایی این مطالعه مناسب به نظر می‌رسید. فصل ۱ برای کمک به توضیح چگونگی حمایت از کسانی که خشونت خانگی را در طی سال‌ها تجربه کرده‌اند نوشته شده است و اینکه تمرکز این حمایت در کجا قرار دارد.

دلیل این کار ساده است: تعدادی استدلال‌های مختلف علمی (یا مواضع فلسفی) در مورد خشونت خانگی و بیشتر شدن بیماری‌های روانی وجود دارد که سیاست‌های فعلی را تحت تأثیر قرار داده است. هنوز مشخص نیست که یک موقعیت بهتر و مناسب‌تر از موقعیت دیگر نیز وجود دارد و دارای امتیازاتی است. در اینجا به بسیاری از منابع ادبی مربوط به این حوزه و تحقیقات مربوط به آن ارجاع داده شده است و این فصل، دانشگاهی‌ترین فصل است. علی‌رغم وجود پایگاه بزرگ مقالات گسترده مربوط به بروز و علل خشونت خانگی، ویژگی‌های مجرمان و قربانیان و مشکلات کمک گرفتن یا ترک رابطه، پایگاه‌های مرتبط با درمان بهداشت روان برای خشونت خانگی کم است و به‌طور حرفه‌ای به آن پرداخته نشده است. بنابراین، این مطالعه فرصتی را به افراد می‌دهد تا با بهره‌گیری از آن راهی برای آگاهی از اقدامات آینده ببابند. در پایان فصل ۱، شرکت‌کنندگان و روند تحقیق معرفی می‌شوند. در مطالعات بعدی یافته‌های حاصل از مطالعه شرح داده می‌شود.

روند فصل ۲ با تشریح یکی از مراحل اصلی آغاز می‌شود. در اینجا مراجعه‌کنندگان مسیر خود را از طریق راه‌های ارجاع مختلف برای یافتن مشاوره مورد نیاز خود شرح می‌دهند. آنها عواملی که برای حمایت از سلامت روان و شناسایی مسیرهای جست‌وجو برای کمک گرفتن مهم هستند، به اشتراک می‌گذارند. این فصل با بررسی موضوع اعتماد پس از خشونت خانگی و چگونگی تأثیر آن بر تجارب گذشته و حال از جمله مشاوره‌های قبلی ادامه پیدا می‌کند. علاوه بر این، مفاهیم امید و ناامیدی به‌عنوان جنبه‌های مهم کمک‌جویی معرفی می‌شوند.

هنگامی که شرکت‌کنندگان شروع به مشاوره کردند، مشخص می‌شود که زنان و مردان فرایندهای مختلفی را تجربه کرده‌اند. فصل ۳ روند مشاوره را از دیدگاه شرکت‌کنندگان زن برجسته می‌کند، در حالی که فصل ۴ روند کار را برای شرکت‌کنندگان مرد توصیف می‌کند. برای هر دو گروه، انتخاب مشاوران در ایجاد اعتماد نقش کلیدی داشتند. این موضوع در متن تحقیقات مورد توجه قرار می‌گیرد. سرانجام همان‌طور که شرکت‌کنندگان به مشاوره خود پایان دادند و به موقعیت‌های خود برگشتند، تجربیات آنها باز هم شباهت‌هایی با هم داشت. در فصل ۵، جنبه‌های مشترک چگونگی پاسخ زنان و مردان پس از ترک مشاوره و همچنین برجسته کردن برخی تفاوت‌ها بررسی می‌شود. یافته‌های تحقیق با معیارهای کمی موجود برای پیامدهای مشاوره خشونت خانگی مطابقت کمی داشت اما با وجود این، نسبت به سایر تحقیقات کیفی در موقعیت مناسب‌تری قرار دارد. این مورد نیز مورد بحث قرار گرفته و یک اقدام جایگزین برای این گروه از مراجعان پیشنهاد شده است.

در فصل ۶، تفسیر من از یافته‌ها در زمینه ارائه خدمات مشاوره‌ای، جذب و آموزش مشاوران ارائه شده است. همان‌طور که قبلاً به‌عنوان یک مربی به صورت موقت کار کرده‌ام و اکنون به‌عنوان مدرس مشاوره در دانشگاه ساندرلند مشغول به کار هستم، تأکید فصل ششم مبنی بر تفسیر یافته‌های تحقیق در زمینه آموزش و توسعه امر مشاوره و منافع این امر است. من این موضوعات را انتخاب کردم زیرا معتقدم این موارد می‌تواند برای هر کسی که سعی در ارائه مشاوره به مراجعه‌کنندگان خشونت خانگی دارد، مفید و مهم باشد. سرانجام در فصل ۷، یافته‌های جمع‌آوری تبدیل به سؤالاتی می‌شوند که مرتبط با مطالعه اول است.

وقتی این فصل را می‌خوانید، ممکن است به‌نوعی با آن احساس چالش کنید. اگر چه من سعی کرده‌ام تا آنجا که می‌توانم در نوشتن آن تعادل را رعایت کنم اما می‌دانم که مطالعه در مورد زنان و مردان در کنار هم مربوط به خشونت خانگی می‌تواند باعث به وجود آمدن نتایجی خاص شود. همان‌طور که یکی از دانشجویانم اظهار داشت: «من نمی‌دانستم تا اینکه آن را به‌شدت احساس کردم.» اگر این مطالعه را می‌خوانید و چنین احساسی دارید، من از شما می‌خواهم هم با احساس مناسب و هم با حس چالش بنشینید و بررسی کنید که چرا ممکن است در مورد شما چنین باشد. در انجام این تحقیق، در موارد زیادی مجبور به انجام این کار شده‌ام.

آنچه من در اینجا قصد ارائه آن را دارم نظرات ۲۰ شرکت‌کننده است که یا از دست شریک زندگی خود و یا یکی از اعضای خانواده خود رنج برده‌اند. بخش‌های هر مطالعه بیانگر مراحل مهمی در روند مشاوره آنهاست که به‌عنوان بخشی از مدرک دکترای من نیز تحلیل شده است و در گرفتن مدرک دکترایم از آن کمک گرفته‌ام. اگر چه ارائه یافته‌ها با آنچه در پایان‌نامه آمده، بسیار متفاوت است اما مبحث اصلی همان است. بنابراین، این بخش‌ها به‌صورت دقیق‌تر موضوع را بررسی کرده و به ارائه دیدگاه‌های شرکت‌کنندگان پرداخته است.

با این حال، فرایندهای اساسی که به‌عنوان اعتماد، امید و شفقت شناسایی و تعریف شده‌اند، برداشت من از مشاهده فرایندهاست. خشونت خانگی هنوز به‌عنوان یک موضوع مشاوره تخصصی در بریتانیا شناخته نشده و به اعتقاد من دلیل این کار این است که ما نتوانسته‌ایم در مقایسه با سایر موضوعات به تفاوت‌های اساسی این رویکرد پردازیم و آن را به دیگران نشان دهیم. آنچه من در اینجا ارائه می‌دهم توضیح احتمالی مشکلاتی است که مشاهده شده و در کنار آن چارچوبی برای اقدامات مناسب نوشته شده است.

در برخی از قسمت‌های این کتاب در مورد چگونگی تقویت دانش ما و پیامدهای آن در نحوه حمایت از قربانیان/بازماندگان خشونت خانگی توضیحاتی ارائه شده است. اگر شرایط موجود را درک کنیم ممکن است درک چگونگی تغییر اوضاع برای ما آسان‌تر شود. ممکن است با چالش‌هایی مواجه شویم که ما را در این زمینه درگیر کند و درصدد ایجاد تغییرات برای منافع مراجعه‌کنندگان خود باشیم. از طریق مصاحبه با شرکت‌کنندگان، مشخص شد نیازی که به حمایت بهداشت روانی وجود دارد نه تنها باید به بررسی اثرات جسمانی خشونت خانگی، بلکه باید به اثرات روان‌شناختی آن نیز پردازد. در گوش دادن به صحبت‌های شرکت‌کنندگان، در مورد روند مشاوره برخی تعبیرها لازم بود تا مشاهدات آنها با نظریه‌های استفاده‌شده مطابقت داشته باشد. این امر به‌نوبه خود بینش احتمالی در مورد چرایی تفاوت این نوع مشاوره با سایر رویکردهای استانداردها را فراهم کرده است، با این حال نیز این نظریه تأیید می‌شود که بسیاری از مشاوران به آموزش، کسب تجربه و درک موقعیت مراجع نیاز دارند.

من امیدوارم که منابع مناسبی هم برای پزشکان علاقه‌مند به شنیدن سخنان شرکت‌کنندگان و هم اطلاعات کافی برای کسانی که می‌خواهند از این کار در مطالعات و تحقیقات خود استفاده کنند، فراهم کرده باشم. من می‌خواهم بهترین ارائه را در مورد بهترین راهکارها برای قربانیان خشونت خانگی فراهم کنم. با این فرض امیدوارم که این مطالعه برای شما مفید و قابل تأمل باشد.

فصل ۱

دیدگاه‌های متفاوت در تحقیق و عمل

خشونت خانگی چیست؟

سال‌هاست که در متون دینی به آسیب‌های جسمی در روابط جنسی اشاره شده است و از این‌رو خشونت فقط در خانواده‌ها و در بین شرکای صمیمی اتفاق نمی‌افتد. با وجود این، تجربه خشونت خانگی موضوعی است که اغلب در مورد آن بحث نشده و پشت درهای بسته پنهان شده بود زیرا افراد تمایلی به گفتن مشکلاتی که در روابط آنها به وجود آمده بود نداشتند و اغلب خود درصدد تلاش برای حل آن بودند. اخیراً این نوع سوءاستفاده‌ها در جامعه ما با مبارزه مواجه شده است و توسط گروه‌های کمکی و انجمن‌های پناهندگی زنان بیشتر به این موضوع اشاره شده است. طی سال‌های گذشته مستندات و برنامه‌هایی با محوریت این موضوع (مثلاً خیابان کورونیشن، کشته شده) ساخته شده تا آگاهی از این مسئله را افزایش دهند و سازمان‌هایی را که ممکن است بتوانند کمک کنند را معرفی کرده است. مقاله‌های مطبوعاتی زمان‌هایی را که انتظار می‌رود خشونت‌ها افزایش یابد، برجسته می‌کنند، مانند کریسمس که خانواده‌ها زمان بیشتری را با هم می‌گذرانند (پید، ۲۰۱۳). یا در هنگام رویدادهای ورزشی مانند جام جهانی (دوئل، ۲۰۱۴). این موارد زمانی است که احساسات می‌تواند مختل شود و باعث افزایش اختلافات خانوادگی و احتمالاً مشکلات ناشی از مصرف الکل شود و به‌طور بالقوه می‌تواند منجر به حمله جدی جسمی شود.

اعتقاد بر این است که ۹۰٪ از حوادث خشونت خانگی توسط مردان علیه زنان انجام می‌شود (وزارت بهداشت، ۲۰۰۵) و راهنمایی‌های بهداشتی بیشتر روی امنیت جسمی زنان و کودکان تمرکز دارد و مراکز مربوطه و سازمان‌های پناهندگی، بیشتر روی حمایت از زنان کار می‌کنند. دولت بریتانیا در سال ۲۰۰۴، ۳.۱ میلیارد پوند برای جلوگیری از خشونت خانگی برآورد کرده بود که در اصل این هزینه‌های قانونی مربوط به محافظت از قربانیان در برابر آسیب‌های بیشتر و هزینه‌های پزشکی و درمانی صدمات وارد شده است (والبی، ۲۰۰۴).

کشته شدن دو زن توسط شریک زندگی خود در طول هفته نشانگر این است که باید هرچه زودتر مقدمات ترک زنان از رابطه آزاردهنده برایشان فراهم شود (زنان و مشکلات آنها، ۲۰۰۷). این امر نیز

مستلزم افزایش بودجه دولت بریتانیا برای تأمین نیازهای آنها برای حمایت از زنان دارای فرزند در محافظت از خود در برابر شرکای بدرفتارشان که به نوبه خود ممکن است بار هزینه را برای بخش عمومی کاهش دهد مورد توجه قرار گرفته است (وزارت امور داخله، ۲۰۱۱).

سوءاستفاده از زنان توسط مردان دیدگاهی است که به‌عنوان یک موضوع رایج توصیف شده است (دونوان، ۲۰۱۴) به این معنا که آزار توسط مردان بر زنان انجام می‌شود. آخرین تعریف از خشونت خانگی در بریتانیا که در سال ۲۰۱۳ مطرح شد به‌وضوح بیان می‌کند که چنین سوءاستفاده‌هایی نه تنها آزار مرد نسبت به زن است بلکه می‌تواند شامل روابط همجنس و آزار زن نسبت به مرد و بین‌نسلی هم باشد. همچنین، این تعریف نه تنها شامل خشونت جسمی بلکه سوءاستفاده‌های جنسی، مالی، عاطفی و روانی، تهدید یا اعمال زور نیز می‌شود. به دنبال آن دولت اقدامات خود را برای مجازات چنین جرم‌هایی اعلام کرد (وزارت امور داخله، ۲۰۱۴).

اگر چه این اقدامات صورت گرفته توسط دولت نشان‌دهنده جدی بودن این موضوع است اما هزینه‌هایی که در طول این مدت برای این موضوع و در زمینه خدمات بهداشت روانی برای قربانیان خشونت خانگی در نظر گرفته شده، تقریباً ناچیز بوده است. هنگام بررسی مطالعه والبی (۲۰۰۴) مبلغی که برای سلامت روان هزینه شده تقریباً بیشتر از ۵٪ (۱۷۶ میلیون پوند) از کل هزینه‌های اعمال شده برای خشونت خانگی (۳.۱ میلیارد پوند) بوده است. در مطالعات به‌روزشده والبی (۲۰۰۹) هزینه‌های مربوط به سلامت روان حذف شد که این نشان می‌دهند این هزینه‌ها برای برجسته کردن این موضوع به‌اندازه کافی زیاد نبوده است. به نظر می‌رسید که هزینه‌های پیش‌بینی شده در زمینه بهداشت روان به‌خصوص شاخه خشونت خانگی نسبت به سایر هزینه‌ها نسبتاً ناچیز است. راهکارهای بهداشتی برای پاسخ به خشونت خانگی که در سال ۲۰۱۴ بازنویسی شد مبتنی بر ارائه خدمات بهداشتی برای قربانیان بود (انستیتوی ملی سلامت و بهداشت روانی، ۲۰۱۴).

اگرچه تشخیص نیاز به خدمات بهداشت روانی برای کسانی که خشونت خانگی را تجربه کرده‌اند مورد استقبال قرار گرفته است اما ارائه درمان برای آنها می‌تواند مشکل‌ساز شود. یک گزارش با بودجه دولتی (رامسی، ریواس و فدر، ۲۰۰۵) به این نتیجه رسید که شواهد کمی برای مداخلات بهداشت روانی برای خشونت خانگی وجود دارد و مطابق با گزارش‌های قبلی است (واتان، ۱۹۹۸، مک میلان، ۲۰۰۳). تحقیقات کمی در مورد کیفیت مناسب برای ارائه راهکارهای مفید وجود داشت. رامسی و همکارانش (۲۰۰۵) اظهار داشتند که از داده‌های موجود برای مشاوره زنانی که در روابط نامناسب هستند باید استفاده کرد و این موضوع باید ارجحیت داشته باشد.

اگر چه دولت گفته است که از طریق راهبردهای جدید بهداشت روان، از قربانیان حمایت بیشتری می‌شود اما این امر به‌طور خاص از خانواده‌درمانی به‌عنوان مداخله برای خشونت خانگی یاد می‌کند نه درمان فردی قربانیان. گزارش‌ها حاکی از توجه پزشکان عمومی به این امر است اما هنوز برنامه‌ها روی

مسائل زنان تمرکز دارد و ارجاع به ارگان‌های حمایتی را توصیه می‌کنند (سوهال، جانسون و فدر، ۲۰۱۲). راهنمای بهداشتی جدید برای خشونت خانگی (انستیتوی ملی بهداشتی، ۲۰۱۴) از پزشکان می‌خواهد که اطمینان حاصل کنند تا ارزیابی‌های ایمنی را در طرح‌های درمانی‌شان بگنجانند و ارجاع به خدمات حمایتی و ارگان‌ها را در صورت لزوم انجام دهند. به نظر می‌رسد همه این راهنمایی‌ها نشان می‌دهد که اکثر بیماران زمانی که در روابط نامناسب بودند درخواست کمک کردند و نیاز به حمایت دیگری داشتند.

مشکلات سلامت روان ایجادشده پس از خشونت خانگی

توجه به خطرات جسمی، تأکید بر مشکلات جسمی، از طریق کمک به ترک کردن رابطه و ارائه مجازات قانونی علیه همسران خشن و وضعیت زندگی افراد قربانی خشونت خانگی پس از ترک رابطه خشونت‌آمیز، مباحثی هستند که کمتر مورد توجه قرار گرفته‌اند. به همین خاطر پیامدهای بهداشت روان و نقش آن در زندگی افرادی که قربانی خشونت خانگی به‌خصوص از طرف همسران‌شان شده‌اند نیز کمتر شناخته شده است (واکر، ۱۹۷۹؛ داتون، ۱۹۹۲؛ هرمان، ۱۹۹۲؛ سندرسون، ۲۰۰۸؛ نیکولسون، ۲۰۱۰). خشونت خانگی می‌تواند منجر به افزایش خطر افسردگی، افکار خودکشی، اختلال استرس پس از سانحه و عدم اعتماد و سوءظن (اصطلاح سوءظن اولین بار توسط واکر (۱۹۷۹) شناسایی شد) شود. درحالی که رامسی و همکارانش (۲۰۰۵) مداخله روان‌شناختی را برای کسانی که رابطه خود را ترک کرده بودند، توصیه کرد اما متعاقباً دچار افسردگی و فقدان عزت‌نفس شدند. آنها احساس کردند که نمی‌توانند نوع خاصی از درمان را توصیه کنند زیرا شواهد کافی وجود ندارد. آنها اظهار داشتند که برای یافتن اطلاعات بیشتر در مورد خشونت خانگی نسبت به زنان تحقیقات بیشتری لازم است و امید است که این کتاب به این درخواست آنها کمک کند. سؤال پیش‌آمده این است که آیا رفع مشکلات بهداشت روانی فقط بعد از خشونت خانگی مهم است یا پس از پایان رابطه نیز باید حل این مشکلات ادامه پیدا کند؟

افسردگی

یکی از پر استنادترین مقاله‌های تحقیقاتی شامل فراتحلیل تحقیقات قبلی خشونت خانگی (گلدینگ، ۱۹۹۹) حاکی از آن است که مشکلات بهداشت روانی پس از تجربه خشونت خانگی حتماً به وجود می‌آید. به‌عنوان مثال، گلدینگ (۱۹۹۹) دریافت که میانگین شیوع افسردگی در مطالعات ۶/۷۷ درصد بوده است. این آمار در مقایسه با مطالعات عمومی که میزان افسردگی را بین ۲/۱۰ تا ۳/۱۲ درصد نشان می‌دهد یک آمار چشمگیر است. وی همچنین اشاره کرد که به‌طور متوسط ۶/۶۰ درصد از زنان در پناهگاه‌ها دچار افسردگی می‌شوند. درحالی‌که وی نتیجه گرفت این ممکن است به دلیل