

Marzena Lelek-Kratiuk, Leszek Pawłowski

## KOSZTY ZDROWOTNE I SPOŁECZNE PRZEMOCY DOMOWEJ WOBEC KOBIET

### **Health and social costs of domestic violence against women**

#### **Abstract**

Domestic violence is a serious threat to the safety of citizens of modern Europe. According to the Council of Europe, one European woman in four is experiencing domestic violence, at some point of her life (statistics on the basis of the report of the Council of Europe of 2002).

Based on the latest literature, authors conducted an analysis of the phenomenon of domestic violence against women in two dimensions: the psycho-medical and the socio-economic.

In the psycho-medical dimension there was presented and evaluated *the battered woman syndrome* the term popularized by L.E.A. Walker. This combination of symptoms considered initially as relatively specific, in the light of the research proved to be heterogeneous: among women subjected to violence there are observed symptoms of PTSD (post-traumatic stress disorder), or characteristic symptoms of depression or anxiety. Remains open question whether the observed PTSD resulting from domestic violence differ qualitatively from the others (e.g., occurring as a result of accidents or disasters).

In the socio-economic dimension, the paper presents results of the survey that indicates a decrease in tolerance for violence against women in the countries of the EU and an increase of "social vigilance" for this type of pathology. British studies show that expanding the institutional support for the victims causes a decline in the rate of domestic violence, which is reflected in lower economic costs associated with this pathological phenomenon.

Based on methodology used for counting the costs of crime, British researchers have estimated the total cost of domestic violence occurring in the UK at around 23 billion pounds a year in 2001 and around 16 billion a year in 2008.

**Key words:** domestic violence against women, battered woman syndrome, PTSD, depression, anxiety, the cost of domestic violence

## **Wprowadzenie**

Przemoc domowa stanowi poważne zagrożenie bezpieczeństwa obywateli współczesnej Europy. Wciąż do jednej z najczęstszych form przemocy domowej należy ta skierowana przeciwko kobietom. Z badań opinii publicznej (Eurobarometr) przeprowadzonych na zlecenie Komisji Europejskiej w 27 krajach członkowskich Unii Europejskiej w 2010 r. wynika, że co czwarty respondent będący mieszkańcem Unii zna w kręgu swoich znajomych lub rodziny kobietę będącą ofiarą przemocy domowej (*Report: Domestic Violence Against Women. Special Eurobarometer 344/Wave 73.2 – TNS Opinion & Social*, 08.2010).

## **Kryteria definicyjne przemocy domowej wobec kobiet**

Zgodnie z definicją przyjętą przez Konwencję Rady Europy:

[...] przemoc wobec kobiet rozumiana jest jako naruszenie praw człowieka i jako forma dyskryminacji kobiet oraz oznacza wszelkie akty przemocy uwarunkowanej płcią, które prowadzą lub mogą prowadzić do krzywdy fizycznej, seksualnej, psychicznej lub ekonomicznej bądź do cierpienia kobiet, w tym groźby takich aktów, przymus lub samowolne pozbawienie wolności w życiu publicznym lub prywatnym (*Konwencja Rady Europy w sprawie zapobiegania i zwalczania przemocy wobec kobiet i przemocy domowej* Stambuł 2011: 4).

Z kolei przemoc domowa oznacza:

[...] wszelkie akty przemocy fizycznej, seksualnej, psychicznej lub ekonomicznej w rodzinie lub w domu albo między byłymi lub obecnymi małżonkami bądź partnerami, bez względu na to, czy sprawca dzieli lub dzielił to samo miejsce zamieszkania z ofiarą (*Konwencja Rady Europy w sprawie zapobiegania...: 4*).

Obecnie w świecie nauki toczy się dyskusja dotycząca uznania przewagi nasilenia przemocy domowej mężczyzn wobec kobiet, lub kobiet wobec mężczyzn, a także niedostrzegania przez społeczeństwo szczególnie tego drugiego problemu, który nie należy do rzadkości (por. Straus, Ramirez 2007). Jednakże analiza akt prokuratorskich dowodzi, że to mężczyźni są zdecydowanie częściej sprawcami przemocy domowej (Dominiczak 2000: 117). Fakt ten znajduje odzwierciedlenie w raporcie Radhiki Coomaraswamy, specjalnej sprawozdawczyni ONZ w latach 1994–2003 ds. przemocy, jej przyczyn i konsekwencji:

[...] Pomimo pozornej neutralności tego określenia, przemoc domowa jest prawie zawsze przestępstwem na tle płciowym, dokonywanym przez mężczyzn przeciwko kobietom (*Report of the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences, Ms. Radhika Coomaraswamy, submitted in accordance with Commission on Human Rights resolution, 05.02.1996: 7*).

Na podstawie przedstawionych powyżej treści można sformułować następujące kryteria definicyjne przemocy domowej wobec kobiet – jest to akt przemocy:

- uwarunkowanej płcią,
- prowadzący lub mogący prowadzić do krzywdy fizycznej, seksualnej, psychicznej lub ekonomicznej bądź do cierpienia kobiet,
- zachodzący pomiędzy byłymi lub obecnymi małżonkami bądź partnerami, bez względu na to, czy sprawca dzieli lub dzielił to samo miejsce zamieszkania z ofiarą.

Należy jednak zauważyć, że opinie wskazujące, iż przemoc domowa jest uwarunkowaną płciowo agresją mężczyzn wobec kobiet, nie do końca znajdują potwierdzenie w rzeczywistości, chociażby z uwagi na przemoc w związkach lesbijskich (zob. Ard, Makadon 2011). Zjawisko to pozostaje w konflikcie z założeniami ruchu feministycznego sprzeciwiającego się przemocy wobec kobiet – *Battered Women's Movement* (Murray, Mobley 2009).

Dane statystyczne wskazują, że przemoc domowa mężczyzn wobec kobiet nadal pozostaje zjawiskiem częstszym niż przemoc domowa kobiet wobec mężczyzn (TNS OBOP, *Diagnoza zjawiska przemocy w rodzinie w Polsce wobec kobiet i wobec mężczyzn. Część I – raport z badań ogólnopolskich*, Warszawa 2010). Należy jednak zaznaczyć, że ta druga forma przemocy jest szczególnie wpisana w tabu społeczne, co może prowadzić do jej „utajenia” oraz mniejszej wykrywalności (zob. George 1994). Po zdefiniowaniu pojęcia przemocy domowej wobec kobiet warto zastanowić się nad historyczno-społecznymi uwarunkowaniami tego zjawiska, które niewątpliwie wpłynęły na jego obecny wymiar.

## **Historia przemocy wobec kobiet w Europie**

Społeczny brak akceptacji dla przemocy domowej, w tym przemocy wobec kobiet, jest zjawiskiem stosunkowo młodym w historii Europy. Przemoc wobec kobiet stanowiła bowiem przejaw męskiej dominacji i od wieków uważana była poniekąd za powszechne zjawisko. V.C. Fox dowodzi, że w kształtowaniu się społecznej akceptacji dla przemocy wobec kobiet w społeczeństwach zachodnich, dużą rolę odegrała tradycja judeochrześcijańska, filozofia Greków oraz profil prawa precedensowego (Fox 2002: 15). Wraz z rozwojem społeczeństwa patriarchalnego, w którym dominowała homogeniczna grupa mężczyzn, kobiety ze względu na mniejszą siłę fizyczną oraz zadania związane z wychowywaniem

potomstwa, stały się grupą podległą mężczyznom. Za cenę ochrony siebie i potomstwa zaakceptowały własne zniewolenie, przejawiające się seksualną uległością wobec partnera oraz prowadzeniem domostwa (Fox 2002: 16–17). I tak, między 1450 a 1481 r., Friar Cherubino ze Sieny opracował *Zasady małżeństwa*, w których zalecał:

Kiedy widzisz, że twoja żona popełnia wykroczenie nie rzucaj się na nią z obelgami czy brutalnymi ciosami... Zbesztaj ją ostro, znęcaj się nad nią oraz zastrasza. A jeśli to nadal nie działa... weź kij i bij ją mocno, bo lepiej jest ukarać ciało i skorygować duszę, niż uszkodzić duszę i oszczędzić ciało... Wtedy łatwo pokonać ją nie w złości, ale w miłości i troski o jej duszę, tak że pobicie przyczyni się do twoich zasług i jej dobra (Davidson 1978: 99).

Przez wieki uważano, że kobieta posiada silną potrzebę stymulacji seksualnej niezbędnej do poczęcia. Przekonanie o seksualnym nienasyceńiu kobiet stało się częścią kultury zachodniej. Taka postawa utrzymywała się jeszcze w XVII w., kiedy to Robert Burton napisał „Który kraj lub wieś nie narzeka na nienaturalne kobiece rządy?” (Fraser 1984: 102). W XVIII w. prawo kościoła anglikańskiego nakazywało mężowi wykonanie wobec nieposłusznej żony „uciszającej chłosty” (Pospiszyl 1986: 221). Jeszcze pod koniec XIX w. w krajach anglosaskich zgodnie z prawem to mężczyzna dominował w małżeństwie. Żona – jako osoba, jej praca oraz majątek, jaki wniosła do małżeństwa, stanowiły jego własność. Mąż jako głowa rodziny miał również prawo do udzielenia żonie „umiarkowanej korekty” (włączając w to kary fizyczne), jeśli ta naruszyła jego autorytet (Siegel 1996: 2122–2123.). Warto również wspomnieć o tzw. zasadzie kciuka, pochodzącej ze starego angielskiego prawa, zgodnie z którą mąż mógł bić żonę kijem, ale kij musiał być chudszy niż jego kciuk (Markowska 1999: 25).

Dzięki liberalnym przemianom w XVIII (oświecenie) i XIX w. kobiety zostały uznane za równe mężczyznom. Jednak w dalszym ciągu to mężczyźni wiedli prym praktycznie we wszystkich dziedzinach życia poza tymi uznanymi za typowo kobiece. Kobiety nadal nie mogły swobodnie decydować o swojej edukacji czy życiu osobistym. Jeszcze w XX w. powszechny był model żony prowadzącej dom i podlegającej kontroli męża. Wielu historyków wyraża opinię, że dopiero przemiany w latach 70. XX w. przyczyniły się do faktycznego zdyskredytowania przemocy wobec kobiet (Fox 2002: 26–27). Rozwój ruchu feministycznego oraz dostęp kobiet do edukacji doprowadził do poszerzenia świadomości społecznej w kwestii przemocy. W USA rozwinął się Ruch na rzecz bitych kobiet (*Battered Women's Movement*). Problem przemocy domowej znalazł swoje miejsce na uniwersytetach wśród takich nauk, jak socjologia, psychologia, medycyna czy prawo (Walker 2002: 82–83). We wczesnych latach 70. XX w. E. Pizzey otworzyła na przedmieściach zachodniego Londynu jedno z pierwszych we współczesnym świecie schronisk dla kobiet będących ofiarami przemocy. Stało się ono kamieniem węgielnym współczesnych metod ochrony kobiet i dzieci przed przemocą. Działalność Pizzey zbiegła się w czasie z powstaniem Narodowej Federacji na

Rzecz Obrony Kobiet w 1974 r. (Walker 2009: 22). Była to pierwsza organizacja skupiająca blisko 40 schronisk dla ofiar przemocy w Wielkiej Brytanii, a także pierwszy organ krajowy działający w obszarze prawa i polityki na rzecz wsparcia kobiet i dzieci doświadczających przemocy domowej ([www.womensaid.org.uk](http://www.womensaid.org.uk)). Model zaproponowany przez Pizzey bardzo szybko rozprzestrzenił się w USA oraz innych krajach jako alternatywny sposób radzenia sobie z przemocą (Walker 2002: 82–83).

Problem bitych kobiet wkroczył także na arenę międzynarodową. Wszystkie kraje członkowskie Organizacji Narodów Zjednoczonych uczestniczące w IV Światowej Konferencji na Rzecz Kobiet w Pekinie w 1995 r. zostały zobligowane do zebrania statystyk oraz przedłożenia własnych planów, jak wyeliminować przemoc wobec kobiet (Walker 2002: 86).

### **Wymiar psychologiczno-medyczny**

Przemoc wobec kobiet ma poważne konsekwencje odbijające się na psychice oraz zdrowiu fizycznym ofiar. Doświadczenie przemocy ze strony partnera jako zjawiska okrutnego i nieuchronnego prowadzi nie tylko do obrażeń cielesnych, ale przede wszystkim wywołuje uraz psychiczny, którego negatywne działanie odczuwane jest przez wiele lat.

### **Zespół bitej kobiety (*Battered Woman Syndrome* – BWS) – definicja i znaczenie**

W latach 70. XX w. w USA problem przemocy domowej wszedł na stałe do debaty publicznej wraz z rozwojem inspirowanego przez feministki ruchu na rzecz bitych kobiet. Ruch ten domagał się gruntownych zmian społecznych, postrzegając patriarchalny model społeczeństwa jako jedną z głównych przyczyn społecznej akceptacji dla przemocy mężczyzn wobec kobiet (Rothenberg 2003: 772–773).

W tym środowisku działała między innymi psycholog L.E.A. Walker nazywana matką zespołu bitej kobiety. Jej badania przeprowadzone pod koniec lat 70. minionego stulecia przyczyniły się do lepszego zrozumienia zachowań ofiar przemocy, dostarczając wyjaśnienia, dlaczego trudno im się zdecydować na zakończenie „toksycznych” relacji z agresywnym partnerem ([www.drlenorewalker.com](http://www.drlenorewalker.com)). Termin zespół bitej kobiety (*Battered Woman Syndrome* – BWS) został po raz pierwszy wykorzystany przez Walker w 1977 r. jako tytuł badań *The Battered Women Syndrome Study Principal Investigator*, dotowanych przez U.S. National Institute of Mental Health (NIMH). W latach 1978–1981 Walker zebrała dane od ponad 400 kobiet ochotniczek, które przynajmniej dwa razy doświadczyły przemocy ze strony partnera. Badane odpowiadały na pytania zawarte w dwustronicowym, specjalnie do tego celu skonstruowanym Kwestionariuszu BWS

(Battered Woman Syndrome Questionnaire – BWSQ), zawierającym pytania otwarte i zamknięte. Narzędzie zostało podzielone na sekcje dotyczące danych demograficznych osoby badanej, faktów z jej dzieciństwa, sprawcy oraz jego dzieciństwa, szczegółów ich związku, a także tego, czy nadal pozostają parą. Wydzielono również specjalną część dotyczącą pierwszego oraz drugiego zapamiętanego incydentu związanego z przemocą ze strony partnera, jak również tego najgorszego ze wszystkich przeżytych i tego najświeższego, który wystąpił bezpośrednio przed badaniem (Walker 1984: 226–227). Informacje zebrane przy pomocy kwestionariusza zostały wzbogacone o dane pochodzące z narzędzi wystandardyzowanych (Walker 1984: 233–234).

W 2002 r. przeprowadzono badania za pomocą zrewidowanego BWSQ wzbogaconego o kolejne metody kwestionariuszowe. Zestaw testów przetłumaczono m.in. na język hiszpański, grecki, rosyjski, włoski i francuski. Przeprowadzenie badań nie tylko na terenie USA, ale także w innych krajach pozwoliło na wychwycenie ogólnych trendów oraz różnic narodowościowych w zakresie przemocy wobec kobiet (Walker 2006: 146–147).

Zespół bitej kobiety to objawy charakterystyczne dla kobiet, które w swoim życiu doświadczyły powtarzających się aktów fizycznej, psychicznej lub seksualnej przemocy ze strony dominującego i władczego partnera. Jego zachowanie ma na celu całkowite podporządkowanie sobie ofiary tak, by zachowywała się dokładnie jak on tego chce, bez jakiegokolwiek refleksji nad swoimi uczuciami czy pragnieniami (Walker 1991: 21; Walker 2009: 42; Ewing 1990: 581).

Prace Walker stanowiły przeciwległy biegun dla koncepcji masochistycznych. Te z kolei zakładały, że kobieta bita wyróżnia się uległym i często autodestrukcyjnym sposobem funkcjonowania, przez co poniekąd dobrowolnie godzi się na relację z agresywnym partnerem, gdyż tylko taka relacja wydaje się jej realna (zob. Shainess 1979). Obserwacje Walker nie pokrywały się również z opiniami badaczy podkreślających taką samą skłonność do agresywnych zachowań obojga partnerów, uwikłanych w patologiczną relację (zob. Straus et al. 2008). Opisanie przez nią BWS było przełomem w sprawach kobiet oskarżonych o okaleczenie lub zabójstwo agresywnego partnera. Konstruktor początkowo entuzjastycznie przyjęty przez prawników oraz powszechnie uznawany przez sędziów, jest obecnie kwestionowany przez psychologów oraz znawców prawa (Follingstad 2003: 485–486). Jednak pomimo tego uważa się, że zespół bitej kobiety to jedno z najczęściej przytaczanych wyjaśnień, dlaczego ofiary nie mogą się zdecydować, by odejść od sprawcy przemocy (Rothenberg 2002: 81).

### **Zespół bitej kobiety a kryteria DSM-IV**

Zespół bitej kobiety to według Walker subkategoria zespołu stresu pourazowego (PTSD), która opiera się na teorii wyuczzonej bezradności oraz teorii cyklu prze-

mocy. Ofiara doświadczająca agresji ze strony partnera przechodzi przez dwie fazy: czynnego lub biernego buntu oraz przekonania o nieskuteczności podejmowanych działań, prowadzących ostatecznie do depresji (Walker 1979: 49–50).

Wyróżnia się sześć podstawowych objawów, których wystąpienie pozwala stwierdzić u ofiary zespół bitej kobiety. Należą do nich (Walker 2009: 42):

- 1) natrętne wspomnienia traumatycznych wydarzeń,
- 2) nadmierne pobudzenie i wysoki poziom niepokoju,
- 3) zachowania unikowe oraz emocjonalne odrętwienie przejawiane zazwyczaj jako depresja, dysocjacja, minimalizacja, hamowanie oraz zaprzeczanie,
- 4) zaburzone relacje interpersonalne z dominującym i kontrolującym partnerem,
- 5) zaburzony obraz własnego ciała oraz dolegliwości somatyczne,
- 6) problemy związane z intymnością seksualną.

Trzy pierwsze objawy BWS są zgodne z kryteriami PTSD według DSM-IV-TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition, Text Revision*; APA 2000: 468). Walker uważa, że ofiary przemocy domowej w dzieciństwie oraz ofiary przemocy w związku reagują na zagrożenie reakcją *fight or flight* (walcz albo uciekaj). Strach spowodowany zachowaniem agresywnego partnera wywołuje w pierwszej kolejności typową reakcję związaną z pobudzeniem autonomicznego układu nerwowego, a także produkcją kortyzolu, adrenaliny oraz innych substancji neurochemicznych. W następnej kolejności maltretowana kobieta dokonuje oceny, czy kierowane pod jej adresem groźby wymagają psychicznej lub fizycznej ucieczki, czy też wskazują na inną możliwość poradzenia sobie z problemem. Autorka dowodzi, że ofiary przemocy wykształcają specyficzne strategie zaradcze będące kompromisem w stosunku do ucieczki. Bita kobieta stara się oderwać od traumatycznej sytuacji poprzez minimalizację, zaprzeczanie, depresję, dysocjację, hamowanie lub zapominanie. Taki sposób radzenia sobie, kiedy ofiara nie wierzy, że potrafi przerwać powtarzającą się traumę, pozwala przynajmniej częściowo ograniczyć związane z nią emocjonalne poranienie oraz ból (Walker 2009: 43–45). Herman (1999: 97) wskazuje, że jedynym celem maltretowanej kobiety jest przetrwanie, a psychiczne zawężenie lub też unikanie stają się dla niej „podstawową formą adaptacji”.

Oprócz wspomnianych wcześniej trzech objawów PTSD, autorzy podręcznika DSM-IV-TR wymieniają również trzy kolejne, które muszą zostać spełnione, by taką diagnozę w ogóle rozważać (APA 2000: 467):

- 1) osoba doświadczyła zdarzenia stanowiącego zagrożenie fizycznej integralności lub mogącego doprowadzić do śmierci jej samej lub innych osób,
- 2) efekty tego doświadczenia były odczuwane przez przynajmniej cztery tygodnie,
- 3) konsekwencje traumatycznego przeżycia miały wpływ na istotne sfery życia ofiary, takie jak praca, szkoła czy relacje interpersonalne.

Walker uważa, że szczególnie te ofiary przemocy, które wierzą, iż mogłyby zginać z ręki agresywnego partnera, spełniają wskazane trzy kryteria. Badania autorki z 1978 r. pokazują, że 87% kobiet żywi takie obawy (Walker 1984: 39).

Kolejnym kryterium specyficznym dla zespołu bitej kobiety są zaburzone relacje interpersonalne z dominującym oraz kontrolującym partnerem. Anna Lipowska-Teutsch (1997: 21) wskazuje, że relacja agresora w stosunku do ofiary przypomina proces „prania mózgu”. Sprawca wysuwa często fałszywe oskarżenia pod adresem bliskich ofiary, chce ją odizolować od osób mogących mieć znaczący wpływ na jej zachowanie. Poprzez ciągłą zazdrość, groźby, poniżanie czy nieprzewidywalne zachowanie agresywny partner monopolizuje uwagę ofiary, która systematycznie pozbawiana poczucia własnej wartości, poniżana, a niekiedy pomawiana o chorobę psychiczną, bezwzględnie wykonuje wszystkie jego polecenia (por. Amnesty International 1975: 53; Witowski 2000: 207–221).

Ofiary przemocy w związku, u których stwierdzono BWS posiadają zaburzony obraz własnego ciała oraz skarżą się na dolegliwości somatyczne. Oprócz typowych konsekwencji przemocy fizycznej (urazów głowy, szyi, tułowia, kręgosłupa oraz kończyn dolnych), najczęściej uskarżają się na bóle głowy, pleców, infekcje narządów intymnych oraz problemy żołądkowe. Zgłaszają również dolegliwości weneryczne, bolesne współżycie, bóle w okolicach miednicy, zakażenia układu moczowego, utratę apetytu, bóle brzucha, płytki oddech, zaparcia czy problemy ze snem (McCauley et al. 1995: 741; Campbell et al. 2002: 1159; Mullerman et al. 1996: 489). Interesujące wydają się wyniki badań przeprowadzonych na grupie pacjentek w Meksyku, które dowiodły, że kobiety ze strukturalnymi zaburzeniami mózgu spotykają się z mniejszym nasileniem przemocy (28,1%) w porównaniu z kobietami z zaburzeniami funkcjonalnymi (35,3%), mogącymi wykazywać większą podatność na tego typu patologiczne zachowania (Diaz-Olavarrieta et al. 1999: 685).

Badania Walker z 2002 r. pokazały, że 61,3% kobiet – ofiar przemocy w związku, nie jest zadowolonych z wyglądu swojego nagiego ciała, w przeciwieństwie do 19,4% kobiet – ofiar przemocy zawsze lub zazwyczaj usatysfakcjonowanych jego wyglądem (Walker 2009: 156). Istnieje zależność pomiędzy negatywnym obrazem własnego ciała a nasileniem objawów PTSD w grupie kobiet, które posiadają na ciele widoczne blizny, będące pozostałością po agresywnym zachowaniu partnera (Weaver et al. 2007: 1005).

Ostatnim z sześciu objawów zespołu bitej kobiety są problemy z zachowaniem intymności seksualnej. Sprawca często wykorzystuje seks, by podkreślić swoją dominację nad partnerką. Do najczęstszych form przemocy seksualnej należą: gwałt, nakłanianie do praktyk seksualnych niezgodnych z systemem moralnym ofiary lub przekraczających jej potrzeby, poniżanie, zmuszanie do kazirodczych kontaktów seksualnych, do kontaktów z nieznanymi partnerami lub też do zaakceptowania zdrad agresora (Lew-Starowicz 1992: 111). Wspomniane zachowania niszczą intymność w związku, osłabiają przywiązanie do innych, a także nasilają objawy PTSD (Walker 2009: 67; Norwood, Murphy 2011: 4–5).



## Wyuczona bezradność

Walker uważa, że zachowanie kobiet maltretowanych, które nie potrafią przerwać fali przemocy ze strony agresywnego partnera, można wytłumaczyć za pomocą teorii wyuczonej bezradności Seligmana (Walker 1979: 47). Seligman i Meier (1976) zaproponowali wyjątkowy, poznawczy mechanizm wyjaśniający zachowanie jednostki poddanej działaniu bodźców awersyjnych, na których pojawienie się lub zanik nie ma ona żadnego wpływu. Teoria wyuczonej bezradności zakłada, że jednostka w wyniku niekontrolowanych oraz nieuniknionych zdarzeń, niezależnych od jej reakcji, zaczyna wykazywać deficyty motywacyjne, poznawcze oraz emocjonalne. Skutkuje to ograniczeniem wysiłków podejmowanych w celu poradzenia sobie z bodźcami awersyjnymi, problemami z uczeniem się nowych zachowań mogących zmniejszyć lub całkowicie zniwelować ich negatywne działanie, a także zaburzeniem równowagi emocjonalnej (Maier, Seligman, 1976: 7; Overmier 2002: 5). Rezultatem takiego stanu może być depresja (Miller, Seligman 1975: 233–234).

Syndrom wyuczonej bezradności tłumaczy, dlaczego maltretowana kobieta nie potrafi odejść od partnera. Ofiary często przekonane, że nie zasługują na współczucie, mają opory przed poszukiwaniem pomocy u innych. Kobiety uwikłane w mechanizm psychologicznej pułapki za dużo zainwestowały, by zakończyć związek, nawet jeśli ma on charakter patologiczny (Budyn-Kulik 2005: 101–103). Walker uważa, że ofiary przemocy „pozwalają, by zdarzenia które wydają im się niekontrolowane, rzeczywiście znalazły się poza ich kontrolą” (Walker 1979: 47). Zauważa, że słuchając opisów incydentów związanych z przemocą, można odnieść wrażenie, iż ofiary nie były aż tak bezradne, jak same siebie opisują. Takie ich zachowanie badaczka tłumaczy jednak zestawem negatywnych przekonań lub spostrzeżeń na temat możliwości poradzenia sobie z daną sytuacją trudną. Wynikają one z kulturowo uwarunkowanych norm dotyczących powinności kobiety wobec rodziny. Nie bez znaczenia pozostaje również zależność ekonomiczna ofiary od sprawcy, brak wsparcia oraz groźba bezdomności (Anderson et al. 2003: 152). Maltretowane kobiety żyjąc ciągle w atmosferze strachu i nieprzewidywalności, przestają zauważać powagę zagrożenia, jakie niesie za sobą przemoc. Badania Walker z 1978 r. wykazały, że nie istnieje związek pomiędzy wyuczoną bezradnością nabytą w dzieciństwie, a bezradnością doświadczaną przez ofiary przemocy w związku. Oznacza to, że syndrom wyuczonej bezradności może pojawić się w każdym momencie życia kobiety. Ofiary, które pozostały w związku z agresorem wskazywały na większe problemy z bezradnością w dzieciństwie niż obecnie. Walker zauważa, że być może trudne doświadczenia z przeszłości silniej zakorzeniły w nich syndrom wyuczonej bezradności lub też obecne incydenty związane z przemocą nie były przez nie interpretowane aż tak poważnie (Walker 2009: 74–78). Jak dowodzą badania przeprowadzone w Izraelu, w grupie kobiet przebywających w schroniskach dla ofiar przemocy, syndrom wyuczonej bezradności nasila działanie innych patologicznych czynników

związanych z doświadczaniem przemocy, takich jak depresja czy PTSD. Ponadto okazuje się, że postawa związana z wyuczoną bezradnością może być nie tylko konsekwencją wpływów kulturowych, ale może także wzmacniać wielopokoleniową podatność kobiet na doświadczanie przemocy (Bargai et al. 2007: 273). Warto jednak zaznaczyć, że Walker nie uważa jakoby ofiary przemocy w związku pozostawały beczynne. Badaczka podkreśla, że utrzymując się przy życiu oraz minimalizując doznawane urazy psychiczne i fizyczne, wykazują dużą zaradność. Pojęcie „syndrom wyuczonej bezradności” odnosi ona do przekonania o niemożności ucieczki od sprawcy, w celu rozwinięcia bardziej wyrafinowanych strategii zaradczych (Walker 2009: 8–9).

### **Teoria cyklu przemocy**

Jednym z efektów badań nad zespołem bitej kobiety było odkrycie cyklu przemocy, złożonego z trzech faz. Walker uważa, że większość kobiet, które doświadczają przemocy ze strony partnera przechodzi przez wspomniany cykl przynajmniej raz na jakiś czas (Walker 2009: 85). Teoria cyklu przemocy opiera się na założeniu redukcji napięcia. Cykl rozpoczyna się zazwyczaj po okresie zalotów, w którym partner wykazuje duże zainteresowanie życiem kobiety i okazuje jej dużo miłości oraz troski. Kiedy zaczyna zachowywać się agresywnie, ofiara zwiedziona jego wcześniejszym zachowaniem nie ma siły, by przerwać patologiczną relację. Często wmawia sobie, że jeśli podporządkuje się sprawcy ten będzie czuł się pewniej w związku, a przez to będzie ją mniej kontrolował (Walker 2009: 91).

W trakcie pierwszej fazy – budowania napięcia, dochodzi do niewielkich incydentów (złośliwe zachowania, rzucanie wyzwiskami), po których ofiara stara się uspokoić partnera przy użyciu wcześniej sprawdzonych sposobów. Staje się uległa, pielęgnuje go bardziej troskliwie niż wcześniej, a także zaspokaja każdy, nawet najmniejszy jego kaprys. Pokazuje sprawcy, że akceptuje jego zachowania noszące znamiona przemocy nie dlatego, że jest masochistką, ale dlatego, że chce w ten sposób zapobiec eskalacji agresji. Ofiara zaprzecza odczuwanej złości, a nawet stara się racjonalizować całą sytuację myśląc, że być może zasłużyła sobie na takie traktowanie. Dodatkowo pomniejsza znaczenie wrogich incydentów prowokowanych przez agresora. Wiele par pozostaje w pierwszej fazie jak najdłużej, by uniknąć gwałtownego wzrostu agresji. Ofiary potrafią umiejętnie manipulować zachowaniem pozostałych członków rodziny, byle tylko nie zdenerwować partnera. Z czasem sprawca zachowuje się jednak coraz bardziej represyjnie i pomimo, że ofiara stara się wycofywać, ten doszukuje się w jej zachowaniu przejawów agresji, nawet jeśli ofiara jej zaprzecza lub chce ją ukryć.

Wreszcie przekroczony zostaje punkt, po którym nie można już mówić o żadnych próbach hamowania się ze strony sprawcy. Tak właśnie rozpoczyna się faza druga – ostrego wybuchu przemocy, której towarzyszy niekontrolowane

uwolnienie napięcia budowanego w fazie pierwszej. Akty przemocy w fazie drugiej mają bardziej dotkliwy charakter niż w fazie pierwszej. Sprawca akceptuje fakt, że nie panuje nad swoją wściekłością, ofiara również jest tego świadoma. Agresor chce dać partnerce nauczkę. To on decyduje o przerwaniu niezwykle nasilonej przemocy, kiedy uzna, że kobieta otrzymała już wystarczającą lekcję. Faza druga pojawia się zazwyczaj jako konsekwencja zachowania ofiary. Niekiedy maltretowane kobiety same prowokują nadejście fazy gwałtownego wzrostu agresji, gdy czują, że wkrótce i tak się ona pojawi. Poza tym nie mogą już znieść odczuwanego przerażenia, złości oraz silnego napięcia. Dodatkowo, jeśli nie jest to już pierwszy w ich życiu cykl przemocy, mają nadzieję na nadejście fazy trzeciej, zwanej fazą miesiąca miodowego. Faza druga, według Walker, trwa krócej niż pierwsza i trzecia. Ma ona jednak poważne konsekwencje psychosomatyczne dla ofiary: depresja, bezsenność, utrata apetytu lub też wzmożony apetyt i senność, bóle głowy, problemy żołądkowe, wysokie ciśnienie, palpacje serca oraz alergiczne reakcje skóry. Ofiary w czasie incydentu wynikającego z gwałtownego wybuchu wściekłości partnera wiedzą, jak się zachować, by nie potęgować jego agresji. Nie stawiają oporu, starają się „przeczekać burzę”. Ból fizyczny często zostaje zaślepiony przez uczucie uwięzienia w pułapce psychologicznej, z której nie można uciec. Stany dysocjacyjne ofiar pozostają sprzężone z niedowierzaniem, że doświadczają czegoś tak okrutnego. W następstwie gwałtownego aktu przemocy pojawia się szok i zaprzeczanie. Ofiara podobnie jak sprawca racjonalizuje oraz minimalizuje to, co się wydarzyło. W konsekwencji takiego sposobu myślenia, nie szuka pomocy odpowiednio szybko po incydencie, nawet jeśli doznała poważnego uszczerbku na zdrowiu fizycznym. Bicie kobiety często bronią sprawców podczas interwencji policji. Walker uważa, że może być to rodzaj strategii zaradczej, mającej na celu zademonstrowanie lojalności wobec partnera i uchronienie się przed nasileniem agresji, kiedy ofiara zostanie z nim sam na sam.

Wspomniana wyżej faza trzecia, zwana miesiącem miodowym, jest tak naprawdę wyczekiwana przez partnerów. Trwa dłużej niż faza druga, ale krócej niż pierwsza. Wyróżnia ją przepełnione miłością, uprzejmością oraz skrucą zachowanie sprawcy, który wie, że posunął się za daleko i teraz chce to wynagrodzić partnerce. Faza trzecia następuje natychmiast po drugiej. Agresor przypomina w tym czasie małego chłopca, który przeprosza, płacze i obiecuje poprawę. Walker uważa, że sprawca naprawdę wierzy, że może kontrolować swoje zachowanie, a w związku z tym nigdy więcej nie skrzywdzi partnerki. Wielu agresywnych mężczyzn jest przekonanych, że kobieta otrzymała już wystarczającą lekcję, dlatego w przyszłości nie będą musieli tracić panowania nad sobą, by dać jej odpowiednią nauczkę. Koniec fazy drugiej i początek fazy trzeciej to moment, kiedy najczęściej ofiar decyduje się na ucieczkę. Jednak na skutek troskliwego oraz przepełnionego miłością zachowania partnera, ofiary z samotnych, przerażonych i zranionych stają się kobietami szczęśliwymi, docenionymi, pewnymi

siebie, a przede wszystkim kochanymi. W takim stanie często nie decydują się na zakończenie patologicznej relacji, pomimo że jeszcze niedawno o tym myślały. Sprawca, by zapewnić partnerkę o swojej bezgranicznej miłości i oddaniu, angażuje poszczególnych członków rodziny (matkę, braci, siostry, ciotki, wujków lub przyjaciół). Walker uważa, że wszystkie te osoby oddziałują na poczucie winy ofiary wmawiając jej, że jest ona „jedyną nadzieją” sprawcy, że bez niej sobie nie poradzi. Bliscy są świadomi tego, że sprawca zachował się agresywnie, ale odpowiedzialnością za to, czy i w jaki sposób zostanie ukarany obarczają ofiarę. Istnieje jednak małe prawdopodobieństwo, że sprawca zmieni swoje postępowanie jeśli ofiara z nim pozostanie. Agresorzy najczęściej podejmują terapię właśnie wtedy, kiedy zostaną porzuceni, mając nadzieję, że dzięki temu partnerka do nich wróci. Należy jednak zauważyć, że maltretowana kobieta, obserwując idealne zachowanie mężczyzny, może choćby przez krótki okres zasmakować swojego marzenia o szczęśliwym i spełnionym związku. Poza tym takie zachowanie sprawcy utwierdza ją w przekonaniu, że w rzeczywistości to dobry, wrażliwy oraz kochający człowiek, tylko bardzo zagubiony. Walker zauważa, że ofierze w fazie trzeciej najtrudniej zdecydować się na rozstanie, jednak najczęściej właśnie wtedy ma ona kontakt ze specjalistami, mogącymi udzielić jej odpowiedniej pomocy i wsparcia. Taka sytuacja sprawia, że kobieta uwikłana w relację opartą na przemocy czuje się coraz bardziej zażenowana i zaczyna żywić do siebie coraz większą nienawiść. Wreszcie pod koniec fazy trzeciej na nowo zaczynają się pojawiać niewielkie incydenty mające w tle agresywne zachowanie partnera, które zwiastują nadejście fazy pierwszej oraz początek kolejnego cyklu przemocy (Walker 1979: 55–70). Z czasem faza pierwsza, budowanie napięcia, staje się coraz bardziej powszechna, natomiast faza trzecia, okres miesiąca miodowego, zanika (Walker 2009: 95). Co ciekawe, badania przeprowadzone wśród niewielkiej grupy ofiar niepełnosprawnych fizycznie nie wykazały istnienia fazy trzeciej cyklu, czyli miesiąca miodowego. Wybuch agresji partnera skierowanej przeciwko kobiecie, poprzedzało nasilenie czynników stresowych oraz utrata możliwości poradzenia sobie z nimi, podobnie jak w badaniach Walker. Jednak po okresie szoku i czasowej separacji para wracała do „normalnych” relacji, a cykl rozpoczął się na nowo (Copel 2006: 122).

### **Kontrowersje wokół zespołu bitej kobiety według koncepcji L.E.A Walker na tle współczesnych badań**

Zestaw zarzutów wobec zespołu bitej kobiety, jak również wobec działalności samej L.E.A. Walker jest bardzo szeroki. Wśród dostępnych publikacji nie brakuje oskarżeń o przemykanie do świata nauki własnych politycznych (feministycznych) poglądów, czy propagowanie samotnego rodzicielstwa (Mills 1990: 675–676). W wątpliwość podaje się również założenie Walker, że „kobiety wy-

korzystują przemoc, w odpowiedzi na przemoc, jaką mężczyźni stosują wobec nich” (Walker 1989: 696). Taka hipoteza pozostaje w konflikcie z danymi przytoczonymi w 1980 r. przez Strausa, Gellesa i Steinmetza. Dowodzą oni, że zarówno mężczyźni, jak i kobiety odwołują się do zachowań opartych na przemoc w porównywalnym stopniu. Wśród przebadanych przez nich par, przynajmniej każdy z partnerów. Badacze prezentują również dane pokazujące, że stosunek związków, w których przemoc stosował wyłącznie mąż, do tych, w których przemoc stosowała wyłącznie żona, wynosił 27% do 24% (Straus et al. 2008: 37).

Podważona została również zasadność wykorzystywania zespołu bityj kobiety na gruncie prawnym. Dutton (2009: 6) wskazuje, że zespół nie został uwzględniony w klasyfikacji DSM-IV. Z kolei Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób (ICD-10) wskazuje jedynie na istnienie zespołu bitego małżonka oraz efektów nadużyć ze strony dorosłych – jako konstruktów związanych z maltretowaniem. Ponadto zespół bitego małżonka został wykazany w klasyfikacji ICD-10 nie w podrozdziale *Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne* (F.43), gdzie klasyfikacja ta umieszcza PTSD, ale w podrozdziale *Zespoły maltretowania* (T.74).

Badaczka zaznacza, że niezawodność metod wykorzystanych przez Walker, do zoperacjonalizowania dodatkowych objawów zespołu bityj kobiety (dodanych w 2006 r. i wychodzących poza diagnozę PTSD), jest bardzo niska. Dowodzi również, że Walker nie ustanowiła dla nich wartości progowych, co utrudnia rozpoznanie osób spełniających kryteria BWS. Dutton wskazuje również, że istnieje niewiele badań nad samym zespołem bityj kobiety, co też obniża jego wartość naukową i wiarygodność (Dutton 2009: 7).

Kolejny zarzut dotyczy wykorzystywania zespołu bityj kobiety w celu uogólnienia doświadczeń oraz reakcji maltretowanych kobiet (Biggers 2005: 55). Zespół bityj kobiety traktuje się często jako wyznacznik bycia ofiarą przemocy. Tymczasem nie istnieje ściśle zdefiniowany profil psychologiczny ofiary przemocy w związku. Podlega on ciągłym zmianom i zależy od indywidualnych czynników emocjonalnych, poznawczych, behawioralnych oraz warunków społecznych (Dutton 1993: 1197).

Zespół bityj kobiety może mieć także charakter stygmatyzujący. Wykorzystanie terminu syndrom (*Battered Woman Syndrome*), nadaje całemu konstruktwi charakter medyczny, związany z koniecznością psychiatrycznej diagnozy zaburzenia. W konsekwencji prowadzi to do postrzegania ofiar, u których stwierdzono zespół bityj kobiety, jako niestabilnych psychicznie (Schuller et al. 2004: 129). Rothenberg (2002: 97) uważa jednak, że wykorzystanie syndromu jako terminologii medycznej nadaje argumentom Walker silniejszy ładunek retoryczny. Zapewne fakt ten nie jest bez znaczenia w sprawach karnych.

Wreszcie Dutton (2009) zauważa, że jeśli zespół bityj kobiety stanowi rodzaj PTSD, to nie ma potrzeby mnożenia bytów i zespół wyróżniony przez Wal-

ker staje się zbędny. Dowodzi, że PTSD może być konsekwencją różnych rodzajów traumatycznych wydarzeń (wypadki, katastrofy, terrorizm), w tym również przemocy. Jednak dostępna literatura nie dostarcza naukowego dowodu na to, że istnieje specjalny podtyp PTSD zwany zespołem bitej kobiety.

Niemniej duża część współczesnych badań, prowadzonych w zakresie przemocy domowej wobec kobiet, ma na celu poznanie ewentualnej specyfiki PTSD objawiającego się w następstwie traumatycznych doświadczeń ofiar, jak również poznanie zależności pomiędzy tym zespołem a depresją czy lękiem.

Badania pokazują, że nie wszystkie kobiety doświadczające przemocy ze strony partnera cierpią na zespół stresu pourazowego. Wśród grupy badanych kobiet, których partner przejawiał agresywne zachowania, tylko 30% spełniło definicyjne kryteria PTSD (DSM-III-R) (Cascardi et al. 1999: 242). Jednak w grupie kobiet przebywających w schroniskach dla ofiar przemocy odsetek ten był już znacznie wyższy (zob. Kemp et al. 1991; Dąbkowska 2007: 147–148; Dąbkowska 2009: 4–8).

Na nasilenie objawów PTSD ma wpływ rodzaj doświadczanej przemocy. W grupie kobiet, które były zmuszane do praktyk seksualnych (wywieranie presji, naciski, zastraszanie) lub doświadczyły przemocy seksualnej (groźba lub faktyczna krzywda fizyczna w kontekście praktyk seksualnych) ze strony partnera, istnieje większe prawdopodobieństwo diagnozy PTSD oraz większe nasilenie objawów tego zespołu, w porównaniu z kobietami, które nigdy nie doświadczyły tego rodzaju przymusu lub przemocy. Ponadto okazało się, że zmuszanie do praktyk seksualnych (przypominające przemoc psychiczną) silniej prognozuje pojawienie się ewentualnych objawów PTSD niż przemoc seksualna (przypominająca przemoc fizyczną). W obszarze różnych form przemocy w związku (psychiczna, fizyczna, przymus lub przemoc seksualna) to właśnie agresja psychiczna jako jedyna prognozuje pojawienie się wszystkich objawów PTSD (unikanie/odrętwienie, nadmierne pobudzenie, natrętne wspomnienia traumatycznych wydarzeń; Norwood, Murphy 2011: 4–8).

Objawy PTSD może nasilać również specyficzny typ relacji pomiędzy ofiarą a sprawcą przemocy, przejawiający się brakiem poczucia bezpieczeństwa. Badania wykazały, że zarówno lękowy typ przywiązania, charakteryzujący się obawą przed porzuceniem lub odrzuceniem ze strony partnera, a także typ zależny, ujawniający się brakiem samodzielności, całkowitym zawierzeniem partnerowi i przekonaniem o jego niezawodności, zwiększają prawdopodobieństwo objawów PTSD w grupie kobiet – ofiar przemocy (Scott, Babcock 2010: 4–7).

W latach 2000–2002 w Bośni i Hercegowinie przeprowadzono badania dotyczące przemocy domowej wobec kobiet. Badane podzielono na 2 grupy: kobiety pochodzące z ogólnej populacji kantonu Tuzla (64,7% doświadczyło przemocy ze strony partnera) oraz kobiety leczone psychiatrycznie w tamtejszym szpitalu (78,33% doświadczyło przemocy ze strony partnera). Wśród kobiet zdrowych znajdowały się rodzime mieszkanki kantonu oraz uchodźcy. Wszystkie

kobiety mieszkają w Bośni i Hercegowinie w latach 1992–1995 w czasie wojny, więc wszystkie doświadczyły podobnych traumatycznych sytuacji. Wyróżnienie kobiet będących uchodźcami wynikało z założenia, że doświadczyły one silniejszego stresu niż rodzime mieszkanki kantonu. Częstość występowania oraz intensywność objawów PTSD była większa w grupie kobiet, które doświadczyły przemocy w dzieciństwie oraz przemocy ze strony partnera niż w grupie kobiet, które doświadczyły wojennej traumy lub straciły ukochaną osobę. Kobiety, które doświadczyły przemocy ze strony partnera uzyskały wyższe wyniki w skali neurotyzmu niż kobiety, które nie miały takich doświadczeń. Nie zaobserwowano różnic pomiędzy nasileniem tendencji neurotycznych w grupie kobiet ofiar przemocy w związku będących uchodźcami oraz rodzimymi mieszkankami kantonu. Należy jednak zaznaczyć, że kobiety będące uchodźcami, które nie doświadczyły przemocy ze strony partnera wykazały istotnie wyższy poziom neurotyzmu, niż rodzime mieszkanki kantonu w analogicznej grupie (Avdibegović, Sinanović 2006). Zależność pomiędzy doświadczaniem przemocy ze strony partnera a podwyższonym poziomem lęku potwierdzają liczne badania (Dąbkowska 2008; Hurwitz et al. 2006).

Przemoc ze strony partnera może przyczyniać się do nasilenia objawów depresji u ofiar (Dienemann et al. 2000: 506). Ponadto istnieje słaba dodatnia współzależność pomiędzy występowaniem PTSD i depresji. Stanowią one oddzielne, ale klinicznie powiązane zespoły. Prawdopodobieństwo wystąpienia objawów PTSD zwiększa silna skłonność do dominacji współmałżonka, stosowanie taktyki izolowania ofiary oraz nasilenie agresji fizycznej wobec kobiety. Z kolei nasilenie objawów depresji współwystępuje z niezgodą – konfliktami małżeńskimi oraz nasileniem agresji fizycznej wobec partnerki (Cascardi et al. 1999: 239–241).

Kobiety doświadczające psychicznej lub fizycznej oraz fizycznej przemocy ze strony partnera wykazują poważniejsze objawy depresji, lęku oraz PTSD, a także silniejsze tendencje samobójcze w porównaniu z kobietami niebędącymi ofiarami przemocy (Pico-Alfonso et al. 2006). Jednakże przeprowadzone badania longitudinalne dowodzą, że na przestrzeni 3 lat w grupie kobiet doświadczających zarówno przemocy psychicznej, jak i fizycznej, zaobserwowano spadek nasilenia objawów zarówno depresji, jak i lęku oraz PTSD w porównaniu do stanu początkowego. Co ciekawe, takiej poprawy nie zaobserwowano u kobiet poddanych działaniu wyłącznie przemocy psychicznej. Do poprawy jakości funkcjonowania przyczyniły się doświadczenia związane z otrzymanym wsparciem społecznym. Ograniczenie przemocy fizycznej spowodowało osłabienie objawów depresji oraz PTSD. Z kolei intensywne zażywanie leków psychotropowych stanowiło prognozę do kontynuacji zaburzeń. Zaobserwowana poprawa wśród kobiet doświadczających zarówno przemocy fizycznej, jak i psychicznej w porównaniu do kobiet doświadczających wyłącznie przemocy psychicznej, może być spowodowana tym, że wbrew pozorom, łatwiej przerwać przemoc fizyczną i uniezależnić

się od agresora. Zatem przemoc psychiczna okazuje się nie tylko bardziej szkodliwa dla ofiar, ale także zmniejsza prawdopodobieństwo powrotu do zdrowia. Dlatego właśnie powinno się położyć szczególny nacisk na jej przeciwdziałanie (zob. Blasco-Ros et al. 2010).

### **Wymiar społeczno-ekonomiczny**

Przemoc domowa prowadzi do poważnego uszczerbku na zdrowiu fizycznym, ale także do trwałych i wyniszczających urazów psychicznych. Warto jednak zwrócić uwagę, że koszty przemocy domowej ponoszone są nie tylko na poziomie jednostkowym, ale także społecznym.

### **Współczesne trendy społeczne w obszarze przemocy domowej wobec kobiet**

W 2010 r. w ramach cyklu regularnych badań opinii publicznej realizowanych na zlecenie Komisji Europejskiej (Eurobarometr), przeprowadzono badania w obszarze przemocy domowej skierowanej przeciwko kobietom. W porównaniu do analogicznych badań z roku 1999, w Europie wzrosła liczba osób świadomych istnienia zjawiska przemocy domowej wobec kobiet (z 94% do 98%). Ponadto coraz więcej ludzi w Unii Europejskiej (86%) w porównaniu do lat wcześniejszych (63% w 1999 r.) uważa, że przemoc wobec kobiet jest niedopuszczalna i powinna być karana prawnie. Spośród różnych typów przemocy (fizyczna, seksualna, psychiczna, ograniczanie wolności oraz groźby użycia przemocy), przemoc seksualna i fizyczna uważane były za najbardziej poważne. Jednak nie wszystkie kraje UE kategoryzowały przemoc seksualną jako najbardziej poważną ze wszystkich form przemocy, była wśród nich Polska, obok Portugalii, Litwy i Estonii (*Report: Domestic Violence Against Women. Special Eurobarometer 344/Wave 73.2 – TNS Opinion & Social*, 08.2010).

Niewątpliwie na przestrzeni ostatnich lat można zauważyć spadek tolerancji dla przemocy domowej wobec kobiet oraz wzrost społecznej świadomości w tym obszarze. Jednak nie ulega wątpliwości, że przemoc domowa wobec kobiet nadal generuje bardzo znaczne koszty. Ich oszacowanie stanowi współcześnie wyzwanie dla świata nauki.

### **Ewaluacja kosztów przemocy domowej wobec kobiet**

W 2004 r. ukazał się raport socjolog S. Walby, dotyczący kosztów przemocy domowej wobec kobiet i mężczyzn w Anglii i Walii za rok 2001. Autorka posługuje się w nim definicją przemocy domowej Home Office (odpowiednik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych), zgodnie z którą przemoc domowa



[...] to każdy akt przemocy pomiędzy aktualnymi oraz byłymi partnerami w związku intymnym, w którym gdziekolwiek i kiedykolwiek pojawiła się przemoc. Przemoc może stanowić: fizyczne, seksualne, emocjonalne i finansowe wykorzystywanie (Home Office, *Safety and Justice: The Government's Proposals on Domestic Violence* 2003: 7).

Dokument przygotowano na zlecenie wydziału Women and Equality Unit, Department of Trade and Industry. Koszt tego patologicznego zjawiska został obliczony w oparciu o statystyki dotyczące przemocy domowej wobec kobiet i mężczyzn. Jednak Walby wskazuje, że zdecydowana większość kosztów odnosi się do przemocy wobec kobiet. Zgodnie ze statystykami zawartymi w raporcie z badania „British Crime Survey” z 2001 r., kobiety stanowią 89% ofiar, które doświadczyły czterech lub więcej aktów przemocy ze strony partnera, będącego zarazem sprawcą najbardziej wyniszczającego dla ofiary aktu przemocy (Walby, Allen 2004: vii).

W badaniach z 2001 r. wykorzystano metodologię wypracowaną przez Home Office w Wielkiej Brytanii dla szacowania kosztów przestępstw, którą następnie dostosowano do oceny kosztów związanych z przemocą domową (Brand, Price 2000). Program związany z przestępczością został zbudowany w oparciu o metodologię badań Wydziału Transportu w Wielkiej Brytanii, służącą do oceny całkowitych kosztów obrażeń doznawanych w wypadkach drogowych. Umożliwia on dokonywanie szacunków w zakresie opieki zdrowotnej, strat w dochodach oraz strat ogólnoludzkich.

Niezbędne informacje o nasileniu przemocy w rodzinie, jej charakterze oraz liczbie ofiar, zacerpnięto m.in. z raportu z badań dotyczących przemocy interpersonalnej, przeprowadzonych przez brytyjskie Ministerstwo Spraw Wewnętrznych w 2001 r. na terenie Anglii i Walii (*Home Office British Crime Survey Self-completion Module on Inter-Personal Violence – BCS IPV*), a także odpowiednich statystyk, np. dotyczących zabójstw. Źródło danych o kosztach przemocy domowej stanowiły badania BCS IPV, raporty dostarczane przez jednostki udzielające wsparcia oraz wyniki poprzednich badań w tym zakresie. Wreszcie wnioski o rzeczywistym poziomie usług zostały wyprowadzone na podstawie raportów jednostek świadczących te usługi oraz badań BCS IPV (Walby 2004: 10). Uwzględniono trzy główne grupy kosztów (Walby 2004: 11):

- 1) świadczenia publiczne, w tym:
  - wymiar sprawiedliwości (również koszt pracy policji),
  - opieka zdrowotna (związana ze zdrowiem fizycznym i psychicznym),
  - opieka społeczna,
  - mieszkalnictwo,
  - prawo cywilne;
- 2) straty ekonomiczne ponoszone przez pracodawców i pracowników – ofiary przemocy (związane z absencją);
- 3) koszty związane z bólem i cierpieniem ofiar.

Walby wskazuje, że poziom wykorzystywania usług (w ramach przeciwdziałania przemocy domowej) jest wyższy wśród osób, które doświadczają częstszych aktów przemocy, są ofiarami poważniejszych nadużyć oraz doznają cięższych uszkodzeń ciała. Badaczka uważa, że jest to bardzo ważna zależność z uwagi na fakt, że w każdym obszarze nasilenia przemocy to kobiety są silniej poszkodowane niż mężczyźni. Wskazuje to na nierównomierne i zależne płciowo rozłożenie akcentów związanych z kosztami świadczeń/usług w obszarze przemocy domowej (Walby 2004: 12).

### **Wysokość kosztów**

W celu obliczenia kosztów funkcjonowania wymiaru sprawiedliwości w ramach zjawiska przemocy domowej, wykorzystano następującą strategię (Walby 2004: 37):

- 1) obliczenie całkowitego kosztu funkcjonowania wymiaru sprawiedliwości oraz oszacowanie kosztów w zależności od rodzaju przestępstwa,
- 2) obliczenie liczby przestępstw dokonanych w obszarze przemocy domowej,
- 3) odniesienie liczby przestępstw w obszarze przemocy domowej do kosztów przypadających na jedno popełnione przestępstwo i do całkowitych kosztów funkcjonowania wymiaru sprawiedliwości.

Koszty poniesione przez wymiar sprawiedliwości w obszarze przemocy domowej to ponad 1 mld funtów szterlingów rocznie (ponad 884 mln ofiary – kobiety, ponad 132 mln ofiary – mężczyźni). Najwyższe koszty w zakresie działań wymiaru sprawiedliwości związane były z działaniem policji (blisko 490 mln funtów). Prawie jedna czwarta wszystkich kosztów ponoszonych przez wymiar sprawiedliwości w związku z przestępstwami z użyciem przemocy, może być spowodowana właśnie przemocą domową (Walby 2004: 44).

Oszacowanie kosztów opieki zdrowotnej zostało dokonane w oparciu o badania Wydziału Transportu (Department for Transport, Local Government and the Regions – DTLGR) w zakresie wykorzystania służb medycznych przez osoby ranne w wypadkach drogowych za rok 2000. W szacunkach Wydziału Transportu pojawiło się ograniczenie w postaci uwzględnienia stopnia wykorzystania szpitali i karettek. Tymczasem w przypadku przemocy domowej ważne są również usługi świadczone przez lekarzy pierwszego kontaktu (General Practitioner) oraz koszty związane z leczeniem urazów psychicznych doznanych na skutek przemocy. Ponadto opisywane szacunki nie uwzględniały kosztów związanych z napaścią ze strony partnera (*common assault*), która z definicji nie powinna prowadzić do powstawania urazów fizycznych, ale może stać się przyczyną traumy (Walby 2004: 45–46).

W raporcie Walby oszacowania kosztów opieki medycznej dokonano poprzez powiązanie średnich kosztów opieki zdrowotnej z nasileniem przestępstw

związanych z przemocą domową, a następnie oszacowane koszty pomnożono przez liczbę ofiar (Walby 2004: 48). Całkowity koszt przemocy domowej w obszarze działania szpitali, karettek pogotowia, lekarzy pierwszego kontaktu oraz przepisywania leków wyniósł 1,220,247,000 funtów szterlingów. Badania dowodzą więc, że około 3% budżetu narodowego funduszu zdrowia w Wielkiej Brytanii pochłaniają obrażenia fizyczne wynikające z przemocy domowej (Walby 2004: 53). Wreszcie koszty spowodowane zaburzeniami psychicznymi doświadczanymi w konsekwencji doświadczania przemocy ze strony partnera (depresja, PTSD, tendencje samobójcze) wyniosły, według szacunków, 176 mln funtów szterlingów. Kwotę tę obliczono na podstawie liczby kobiet będących ofiarami przemocy domowej (BCS IPV), przy uwzględnieniu badań wskazujących na zdecydowanie częstsze korzystanie z usług w zakresie zdrowia psychicznego przez kobiety – ofiary przemocy (w porównaniu do reszty populacji) oraz oszacowany koszt tych usług przypadający na osobę (Walby 2004: 62–63).

Walby, obliczając koszty opieki społecznej, wskazała, że znacząca część kobiet i dzieci doświadcza przemocy ze strony tego samego sprawcy. Zatem zamiast szacować budżet pionu opieki społecznej, obejmujący problemy inne niż przemoc wobec dzieci, Walby skoncentrowała się na koszcie działań opieki społecznej wobec dzieci doświadczających przemocy. Badaczka dowodzi, że w około 40% przypadków interwencji opieki społecznej można mówić o współwystępowaniu przemocy domowej w związku oraz przemocy wobec dzieci. Połowę kosztów opieki społecznej ponoszonych w tym obszarze można przypisać przemocy domowej w związku. Z obliczeń autorki wynika, że było to 228 mln funtów szterlingów (Walby 2004: 67).

Szacunkowe koszty związane z mieszkalnictwem wyniosły 158 mln funtów. Zdecydowana większość z nich obejmuje wydatki ponoszone przez państwo oraz władze lokalne. Na koszty te składają się: konieczność zapewnienia schronienia ofiarom przemocy, zasiłki mieszkaniowe oraz koszty związane z prawami własnościowymi w następstwie rozwodu lub separacji ponoszone na poziomie prywatnym (Walby 2004: 80).

Koszty związane z postępowaniem cywilnym (zakaz zbliżania się, separacja, rozwód) w ramach przemocy domowej oszacowano na 312 mln funtów. Połowę tych kosztów ponoszą osoby prywatne (152 mln), z czego 16 mln związanych jest z uzyskaniem sądowego nakazu powstrzymującego zachowanie agresywnego partnera, a 136 mln z rozwodem, separacją, działaniami prawnymi dotyczącymi dzieci oraz finansów. Drugą połowę kosztów (159 mln funtów) ponosi państwo (47 mln dotyczy nakazów sądowych, 112 mln dotyczy rozwiązania związków małżeńskich) (Walby 2004: 87).

Przemoc domowa prowadzi do utraty dochodów zarówno po stronie ofiary, jak i jej pracodawcy. Koszty ponoszone przez pracodawcę w związku z absencją pracownika oraz przez pracownika w związku z utratą zarobków, stanowią konsekwencję urazów związanych z przemocą i wynoszą ponad 2,6 mld funtów

z czego ponad 2 mld funtów odnosi się do kobiet, a ponad 553 mln funtów do mężczyzn (Walby 2004: 88–90).

Szacunki dotyczące kosztów ogólnoludzkich oraz emocjonalnych, ponoszonych w wyniku przemocy domowej dokonywane są na podstawie zadeklarowanej przez badanego postawy „gotowości do zapłaty”, aby nawet w niewielkim stopniu zmniejszyć prawdopodobieństwo negatywnego zdarzenia wywołującego cierpienie. Całkowity koszt w tym obszarze został oszacowany na 17 mld funtów (blisko 14 mld to kobiety; ponad 3 mld to mężczyźni) (Walby 2004: 95). Walby w oparciu o dostępną literaturę wskazującą na destrukcyjne znaczenie dla psychiki kobiety doświadczenia traumatycznego zdarzenia, jakim jest gwałt lub napaść z penetracją, szacuje ich jednostkowy koszt na przynajmniej tak samo wysoki, jak koszt poważnego uszkodzenia ciała (np. złamanie), czyli 104,300 funtów. Inne formy napaści na tle seksualnym, które powodują strach, zaniepokojenie oraz udrczenie, szacowane są na poziomie 240 funtów (Walby 2004: 94).

Całkowity koszt przemocy domowej w 2001 r., dla 52 mln populacji ludzi w Anglii i Walii, wyniósł 23 mld funtów (mieszkańcy tych regionów stanowią 85% populacji Wielkiej Brytanii). Oznacza to, że koszt przemocy domowej w przeliczeniu na osobę wynosi 440 funtów szterlingów. Walby szacuje, że gdyby uzyskane wyniki odnieść do populacji całej Wielkiej Brytanii, koszt przemocy domowej wyniósłby 25,841 mld funtów. Państwo ponosi koszt większości usług pomocowych świadczonych w ramach przemocy domowej, czyli 3,1 mld funtów (wymiar sprawiedliwości, system opieki zdrowotnej, opieki społecznej, mieszkalnictwo, prawo cywilne). Ofiary ponoszą koszty emocjonalne i ogólnoludzkie, straty w zakresie dochodów, straty wynikające z podejmowanych działań prawnych, jak również z konieczności przeprowadzki lub stanu zdrowia (Walby 2004: 97).

W 2009 r. ukazała się aktualizacja raportu Walby za rok 2008. Opierała się ona na analogicznej metodologii, co raport za rok 2001 i uwzględniła zmiany, jakie dokonały się zarówno w obszarze społecznym, jak i gospodarczym. Z obliczeń dokonanych przez Walby wynika, że całkowity koszt przemocy domowej na terenie Anglii i Walii zmniejszył się z 23 mld funtów do około 16 mld funtów. Ponownie wykorzystane badania BCS ujawniły spadek liczby przestępstw związanych z przemocą domową w związku z 626,000 w 2001–2002 r., do 293,000 w 2008–2009 r. (53%). Zaobserwowano również wzrost liczby incydentów związanych z przemocą domową zgłaszanych na policję (2001–2002 r. – 35%, 2008–2009 r. – 47%). Spadek nasilenia przemocy w związku oraz wzrost liczby zgłaszanych przestępstw spowodował, że wydatkowany czas oraz zasoby policji, a także całego wymiaru sprawiedliwości, nie zmieniły się. Walby uważa, że taka sytuacja jest konsekwencją prowadzonej polityki zachęcania ofiar przemocy w związku do szukania pomocy i wsparcia, podnoszenia jakości oraz specyfikacji wsparcia udzielanego przez placówki pomocowe, a także podnoszenia świadomości społecznej w zakresie przemocy domowej (obraz w mediach) (Walby 2009).

W 2008 r. zaobserwowano spadek kosztów przemocy domowej z 23 mld funtów szterlingów do 16 mld. Spadek ten jest konsekwencją niewielkiego wzrostu kosztów w ramach świadczonych usług, które zostały w zdecydowany sposób przeważone przez spadek kosztów związanych z utratą dochodów ofiar i ich pracodawców oraz kosztów ogólnoludzkich i emocjonalnych (Walby 2009).

## Podsumowanie

Doświadczanie przemocy ze strony partnera uniemożliwia efektywne funkcjonowanie ofiary. Prowadząc do poważnych obrażeń ciała, przyczynia się także do powstania PTSD, depresji czy zespołów lękowych, mogących mieć bardziej destrukcyjny charakter niż trauma wojenna. Jednak przemoc domowa stanowi obciążenie nie tylko dla ofiary, ale także dla całego społeczeństwa. Badania wyraźnie dowodzą, że to patologiczne zjawisko prowadzi do kosztów o charakterze zdrowotnym ponoszonych przez jednostkę, ale także absurdalnie wysokich kosztów społecznych. Dlatego właśnie konieczna jest jeszcze dokładniejsza specyfikacja zaburzeń pojawiających się w konsekwencji doświadczania poszczególnych rodzajów przemocy domowej. Jak dowodzą badania, to właśnie przemoc domowa wobec kobiet generuje największe straty ekonomiczne na poziomie państwa. Jednak badania dowodzą również, że wysoka świadomość społeczna w tym zakresie oraz specjalistyczna pomoc udzielana ofiarom mogą w zdecydowany sposób obniżyć wielkość strat ekonomicznych oraz podnieść poziom bezpieczeństwa kobiet.

## Bibliografia

- American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*, Washington DC 2000.
- Amnesty International, *Report on Torture*, London 1975.
- Anderson M.A., Gillig P.M., Sitaker M., McCloskey K., Malloy K., Grigsby N., *Why Doesn't She Just Leave?: A Descriptive Study of Victim Reported Impediments to Her Safety*, „Journal of Family Violence” 2003, No. 18 (3), s. 151–155.
- Ard K.L., Makadon H.J., *Addressing Intimate Partner Violence in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Patients*, „J Gen Intern Med” 2011, No. 26 (8), s. 630–633.
- Avdibegović E., Sinanović O., *Consequences of Domestic Violence on Women's Mental Health in Bosnia and Herzegovina*, „Croat Med J” 2006, No. 47, s. 730–741.
- Bargai N., Ben-Shakhar G., Shalev A.Y., *Posttraumatic Stress Disorder and Depression in Battered Women: The Mediating Role of Learned Helplessness*, „Journal of Family Violence” 2007, No. 22 (5), s. 267–275.
- Biggers J.R., *The Utility of Diagnostic Language as Expert Witness Testimony: Should Syndrome Terminology Be Used in Battering Cases?*, „J For Psych Practice” 2005, No. 5 (1), s. 43–61.

- Blasco-Ros C., Sanchéz-Lorente S., Martínez M., *Recovery from Depressive Symptoms, State Anxiety and Post-Traumatic Stress Disorder in Women Exposed to Physical and Psychological, but not to Psychological Intimate Partner Violence Alone: A Longitudinal Study*, „Psychiatry” 2010, No. 10 (98), s. 1–12.
- Brand S., Price R., *The Economic and Social Costs of Crime*, Home Office Research Study 217, London 2000, [www.pdba.georgetown.edu/Security/citizenssecurity/eeuu/documents/brandandprice.pdf](http://www.pdba.georgetown.edu/Security/citizenssecurity/eeuu/documents/brandandprice.pdf) [01.06.2012].
- Budyn-Kulik M., *Zabójstwo tyrana domowego. Studium prawnokarne i wiktymologiczne*, Verba, Lublin 2005.
- Campbell J., Jones A.S., Dienemann J., Kub J., Schollenberger J., O’Campo P., Carlson Gielen A., Wynne C., *Intimate Partner Violence and Physical Health Consequences*, „Arch Intern Med” 2002, No. 162, s. 1157–1163.
- Cascardi M., O’Leary K.D., Schlee K.A., *Co-occurrence and Correlates of Posttraumatic Stress Disorder and Major Depression in Physically Abused Women*, „Journal of Family Violence” 1999, No. 14 (3), s. 227–249.
- Copel L.C., *Partner Abuse in Physically Disabled Women: A Proposed Model of Understanding Intimate Partner Violence*, „Perspectives in Psychiatric Care” 2006, No. 42 (2), s. 114–129.
- Dąbkowska M., *Obecność objawów zaburzenia stresowego pourazowego (PTSD) a poziom lęku u ofiar przemocy domowej*, „Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej” 2007, nr 7 (3), s. 145–149.
- Dąbkowska M., *Wybrane aspekty lęku u ofiar przemocy domowej*, „Psychiatria” 2008, nr 5 (3), s. 91–98.
- Dąbkowska M., *Zaburzenie stresowe pourazowe u kobiet jako wynik przemocy ze strony partnera*, „Alkoholizm i Narkomania” 2009, nr 22 (1), s. 11–20.
- Davidson T., *Conjugal Crime: Understanding and Changing the Wife Beating Pattern*, Hawthorn, New York 1978.
- Diaz-Olavarrieta C., Campbell J.C., Garcia de la Cadena C., Paz F., Villa A., *Domestic Violence Against Patients with Chronic Neurologic Disorders*, „Arch Neurol” 1999, No. 56, s. 681–685.
- Dienemann J., Boyle E., Baker D., Resnick W., Wiederhorn N., Campbell J., *Intimate Partner Abuse Among Women Diagnosed with Depression*, „Issues in Mental Health Nursing” 2000, nr 21, s. 499–513.
- Dominiczak A. (red.), *Przemoc w rodzinie wobec kobiet i dzieci*, Fundacja Centrum Praw Kobiet, Warszawa 2000.
- Dutton M.A., *Understanding Women’s Responses to Domestic Violence: A Redefinition of Battered Woman Syndrome*, „Hofstra Law Review” 1993, No. 21, s. 1191–1242.
- Dutton M. A., *Update of the „Battered Woman Syndrome” Critique (2009)*, National Online Resource Center on Violence Against Women, [www.vawnet.org/applied-research-papers/summary.php?doc\\_id=2061&find\\_type=web\\_desc\\_AR](http://www.vawnet.org/applied-research-papers/summary.php?doc_id=2061&find_type=web_desc_AR) [10.12.2011].
- Ewing Ch.P., *Psychological Self-Defense. A Proposed Justification for Battered Women Who Kill*, „Law and Human Behavior” 1990, No. 14 (6), s. 579–594.
- Follingstad D.R., *Battered Women Syndrome in the Courts*, [w:] *Handbook of Psychology. Forensic Psychology*, red. A.M. Golgstein, New Jersey 2003, s. 485–486.
- Fox V.C., *Historical Perspectives on Violence Against Women*, „Journal of International Women Studies” 2002, No. 4 (1), s. 15–34.

- Fraser A., *The Weaker Vessel*, Alfred A. Knopf, New York 1984.
- George M.J., *Riding the Donkey Backwards: Men as the Unacceptable Victims of Martial Violence*, „Journal of Men's Studies” 1994, No. 3 (2), s. 137–159.
- Herman J.L., *Przemoc: uraz psychiczny i powrót do równowagi*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 1999.
- Home Office, *Safety and Justice: The Government's Proposals on Domestic Violence*, Cm 5847, London 2003, [www.archive2.official-documents.co.uk/document/cm58/5847/5847.pdf](http://www.archive2.official-documents.co.uk/document/cm58/5847/5847.pdf) [25.05.2012].
- Hurwitz E.J.H., Gupta J., Liu R., Silverman J.G., *Intimate Partner Violence Associated With Poor Health Outcomes in U.S. South Asian Women*, „Journal of Immigrant and Minority Health” 2003, No. 8 (3), s. 251–261.
- Kemp A., Rawlings E.I., Green B.L., *Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) in Battered Women: A Shelter Sample*, „Journal of Traumatic Stress” 1991, No. 4 (1), s. 137–148.
- Konwencja Rady Europy w sprawie zapobiegania i zwalczania przemocy wobec kobiet i przemocy domowej, Sztambuł, 11.05.2011, [www.europapraw.org/files/2011/10/konwencja\\_PL.pdf](http://www.europapraw.org/files/2011/10/konwencja_PL.pdf) [15.05.2012].
- Lew-Starowicz Z., *Przemoc seksualna*, Jacek Santorski & CO Agencja Wydawnicza, Warszawa 1992.
- Lipowska-Teutsch A., *Przemoc wobec kobiet*, [w:]: *Wobec przemocy*, red. D. Kubacka-Jasiecka, A. Lipowska-Teutsch, Wydawnictwo ALL, Kraków 1997, s. 11–44.
- Maier S.F., Seligman M.E.P., *Learned Helplessness: Theory and Evidence*, „Journal of Experimental Psychology: General” 1976, No. 105, s. 3–46.
- Markowska A., *Przemoc wobec kobiet jako zagrożenie powszechne*, „Problemy Rodziny” 1999, nr 5/6, s. 25–31.
- McCaughey J., Kern D.E., Kolodner K., Dill L., Schroeder A.F., De Chant H.K., Rydel J., Bass E.B., Deroeatis L.R., *The “Battering Syndrome”: Prevalence and Clinical Characteristics of Domestic Violence in Primary Care Internal Medicine Practices*. „Ann Intern Med” 1995, No. 123, s. 737–746.
- Miller W.R., Seligman M.E.P., *Depression and Learned Helplessness in Man*, „Journal of Abnormal Psychology” 1975, No. 84 (3), s. 228–238.
- Mills M.E., *The New Heretics: Men*, „American Psychologist” 1990, No. 45 (5), s. 675–676.
- Mullerman R., Lenaghan P., Pakieser R., *Battered Women: Injury Locations and Types*, „Ann Emerg Med” 1996, No. 28, s. 486–492.
- Murray Ch.E., Mobley A.K., *Empirical Research about Same-sex Intimate Partner Violence: A Methodological Review*, „Journal of Homosexuality” 2009, No. 56 (3), s. 361–386.
- Norwood A., Murphy Ch., *What Forms of Abuse Correlate with PTSD Symptoms in Partners of Men being Treated for Intimate Partner Violence?*, „Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy” 2011.
- Overmier J.B., *On Learned Helplessness*, „Integrative Physiological and Behavioral Science” 2002, No. 37 (1), s. 4–8.
- Pico-Alfonso M.A., Garcia-Linares M.I., Celda-Navarro N., Blasco-Ros C., Echeburúa E., Martinez M., *The Impact of Physical, Psychological, and Sexual Intimate Male Partner Violence on Women's Mental Health: Depressive Symptoms, Posttrauma-*

- tic Stress Disorder, State Anxiety, and Suicide*, „Journal of Women’s Health” 2006, No. 15 (5), s. 599–611.
- Pospizyl K., *Psychologia kobiety*, PWN, Warszawa 1986.
- Recommendation Rec 5 of the Committee of Ministers to member States on the protection of women against violence adopted on 30 April 2002 and Explanatory Memorandum (*Adopted by the Committee of Ministers on 30 April 2002 at the 794th meeting of the Ministers’ Deputies*), [www.coe.int/t/pace/campaign/stopviolence/.../rec2002\(5\)\\_en.doc](http://www.coe.int/t/pace/campaign/stopviolence/.../rec2002(5)_en.doc) [15.05.2012].
- Report of the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences, Ms. Radhika Coomaraswamy, submitted in accordance with Commission on Human Rights resolution, 05.02.1996, [www1.umn.edu/humanrts/commission/thematic52/53-wom.htm](http://www1.umn.edu/humanrts/commission/thematic52/53-wom.htm) [15.05.2012].
- Report: Domestic Violence Against Women. Special Eurobarometer 344/Wave 73.2 – TNS Opinion & Social*, 08.2010, [www.ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_344\\_en.pdf](http://www.ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_344_en.pdf) [24.04.2012].
- Rothenberg B., *The Success of the Battered Woman Syndrome: An Analysis of How Cultural Arguments Succeed*, „Sociological Forum” 2002, No. 17 (1), s. 81–103.
- Rothenberg B., *We don’t Have Time for Social Change*, „Cultural Compromise and the Battered Women Syndrome, Gender and Society” 2003, No. 17 (5), s. 771–787.
- Schuller R., Wells E., Rzepa S., Klippenstine M.A., *Rethinking Battered Woman Syndrome Evidence: The Impact of Alternative Forms of Expert Testimony on Mock Jurors’ Decisions*, „Canadian Journal of Behavioural Science” 2004, No. 36 (2), s. 127–136.
- Scott S., Babcock J.C., *Attachment as Moderator Between Intimate Partner Violence and PTSD Symptom*, „Journal of Family Violence” 2010, No. 25, s. 1–9.
- Siegel R.B., *The Rule of Love: Wife Beating as Prerogative and Privacy*, „The Yale Law Journal” 1996, No. 105 (8), s. 2117–2207.
- Straus M.A., Gelles R.J., Steinmetz S., *Behind Closed Doors. Violence in the American Family*. Transactions Publishers, New Brunswick (USA)–London (UK) 2008.
- Straus M.A., Ramirez I.L., *Gender Symmetry in Prevalence, Severity, and Chronicity of Physical Aggression Against Dating Partners by University Students in Mexico and USA*, „Aggressive Behavior” 2007, No. 33, s. 281–290.
- TNS OBOP, *Diagnoza zjawiska przemocy w rodzinie w Polsce wobec kobiet i wobec mężczyzn. Część I – raport z badań ogólnopolskich*, Warszawa 2010, [www.niebieskalinia.org/download/Badania/TNS\\_OBOP\\_II\\_2010.pdf](http://www.niebieskalinia.org/download/Badania/TNS_OBOP_II_2010.pdf) [15.05.2012].
- Walby S., *The Cost of Domestic Violence*, Women and Equality Unit 2004, [www.devon.gov.uk/cost\\_of\\_dv\\_report\\_sept04.pdf](http://www.devon.gov.uk/cost_of_dv_report_sept04.pdf) [20.04.2012].
- Walby S., *The Cost of Domestic Violence: Up-date 2009*, UNESCO Chair in Gender Research, Lancaster University, UK 2009, [www.lancs.ac.uk/fass/sociology/profiles/34/](http://www.lancs.ac.uk/fass/sociology/profiles/34/) [24.04.2012].
- Walby S., Allen J., *Domestic Violence, Sexual Assault and Stalking: Findings from the 2001 British Crime Survey*, Home Office Research Study 276, London 2004, [www.avaproject.org.uk/media/28384/hors276.pdf](http://www.avaproject.org.uk/media/28384/hors276.pdf) [25.05.2012].
- Walker L.E.A., *The Battered Woman*, Oxford University Press, New York 1979.
- Walker L.E.A., *Psychology and Violence Against Women*, „American Psychologist” 1989, No. 44 (4), s. 695–702.



- Walker L.E.A., *Post-traumatic Stress Disorder in Women: Diagnosis and Treatment of Battered Women Syndrome*. „Psychotherapy” 1991, No. 28, s. 21–29.
- Walker L.E.A., *Politics, Psychology and the Battered Woman's Movement*, „Journal of Trauma Practice” 2002, No. 1 (1), s. 81–102.
- Walker L.E.A., *Battered Woman Syndrome. Empirical Findings*, „Annals of the New York Academy of Science” 2006, No. 1087, s. 142–157.
- Walker L.E.A., *The Battered Woman Syndrome*, HarperPerennial, New York 2009.
- Weaver T.L., Resnick H.S., Kokoska M.S., Etzel J.C., *Appearance-Related Residual Injury, Posttraumatic Stress, and Body Image: Associations Within a Sample of Female Victims of Intimate Partner Violence*, „Journal of Traumatic Stress” 2007, No. 20 (6), s. 999–1008.
- Witkowski T., *Psychomanipulacje. Jak je rozpoznawać i jak sobie z nimi radzić*, Oficyna Wydawnicza UNUS, Wałbrzych 2000.
- [www.womensaid.org.uk/landing\\_page.asp?section=00010001001900040004](http://www.womensaid.org.uk/landing_page.asp?section=00010001001900040004) [12.05.2012].
- [www.drlnorewalker.com](http://www.drlnorewalker.com) [12.05.2012].