



Przemoc w związkach między kobietą a mężczyzną

Violence in the male-female relationship

MARTA MAKARA-STUDZIŃSKA, ANNA GRZYWA, RENATA TUREK

Z Katedry i Kliniki Psychiatrii Akademii Medycznej w Lublinie

STRESZCZENIE

Cel. Analiza dostępnych danych na temat przemocy w związkach między kobietą a mężczyzną. Ukazanie rzeczywistego wizerunku, przyczyn i skutków problemu agresji międzypartnerskiej.

Poglądy. Przemoc w bliskich kontaktach występuje w każdej warstwie społecznej, szerokości geograficznej i wszystkich kręgach kulturowych. W anglojęzycznej literaturze przedmiotu określana jest jako *intimate partner violence* (przemoc w bliskich związkach). Sprawcami i ofiarami w równym stopniu bywają mężczyźni jak i kobiety. Kobiety znacznie częściej niż mężczyźni doświadczają przemocy fizycznej, której sprawcami są ich partnerzy i nierzadko są poddawane z ich strony systematycznym i długotrwałym prześladowaniom. Kobiety stosują wobec swych partnerów głównie przemoc werbalną w postaci wrzasków i wyzwisk, przemoc fizyczną jedynie w aktach samoobrony. Przekonanie, że mężczyźni są agresywni, a kobiety bezradne, nie odpowiada prawdzie. Trzeba jednak pamiętać, że konsekwencje przemocy doświadczanej przez kobiety są dotkliwsze – częściej doznają urazów fizycznych, korzystają z pomocy medycznej. Częściej zapadają na depresję i doświadczają problemów ze zdrowiem psychicznym.

Wnioski. Przemoc przyjmując różne formy jest narzędziem obu płci, jednakże częściej nadużywana bywa przez mężczyzn. Zjawisko stosowania przemocy przez kobiety nadal nie jest poznane i wymaga dalszych badań. Skuteczne stosowanie środków zaradczych pomoże zmniejszyć skalę problemu, a jednocześnie ujawni jego „zaciemnioną” i nie ujawnianą stronę.

SUMMARY

Objectives. An analysis of available data on violence in the man-woman relationship and outlining the real picture, causes and consequences of intimate partner violence.

Review. Violence in close relationships termed in the English language literature on the subject “intimate partner violence” occurs in every social class, in all cultures, all over the world. Men as often as women are perpetrators or victims. Women much more often than men experience physical violence from their partners and not infrequently are victims of systematic, long-term persecution. Women use mostly verbal violence towards their partners, shouting and hurling abuse, but resort to physical violence in self-defense only. It is not true that men are aggressive and women helpless. It should be remembered though that consequences of violence experienced by women are more severe – they more often sustain physical trauma and need medical help. Women also more often develop depression and have mental health problems.

Conclusions. Violence in various forms is used by both sexes, but more often is abused by men. Little is known about the phenomenon of female violence, this issue requires further study. Efficient implementation of preventive measures may help to reduce the scope of this problem, and may reveal its undisclosed “dark” side.

Słowa kluczowe: przemoc / przemoc w bliskich kontaktach / mężczyzna / kobieta / związek

Key words: violence / intimate partner violence / male / female / relation

TŁO

W związkach partnerskich między mężczyzną a kobietą istnieje wzajemna przemoc, która nie jest tylko problemem wewnętrznym relacji, ale również problemem zdrowia publicznego. Najbardziej rozpowszechnioną i znaną jest przemoc wobec kobiet. Jednak przemoc wobec mężczyzn również. Pozornie wydaje się jakoby miał on mniejsze nasilenie, są to jednak nieprawdziwe twierdzenia.

Przemoc w bliskich kontaktach występuje w każdej warstwie społecznej, szerokości geograficznej i wszystkich kręgach kulturowych. W anglojęzycznej literatu-

rze przedmiotu określana jest jako *intimate partner violence* (przemoc w bliskich związkach). Określenie to odnosi się do sytuacji przemocy między osobami (heteroseksualnymi lub homoseksualnymi), które pozostają w bliskim związku (formalnym lub nieformalnym), bądź uważają siebie za parę, nie mieszkając ze sobą [1, 2].

SKALA ZJAWISKA

Pojęcie przemocy oznacza każde zachowanie, które powoduje powstanie szkody (fizycznej, psychicznej, seksualnej) u partnera. Przybiera ono różne formy [3]:

- użycie siły fizycznej: forma ciężka – to przede wszystkim: bicie, kopanie, szarpanie za włosy, rzucanie w ofiarę przedmiotami, forma lżejsza – to: popychanie, szarpanie, niszczenie przedmiotów,
- nadużycia psychiczne – przemoc werbalna (przeklinanie, używanie wulgarnych określeń), zastraszanie, stałe lekceważenie i upokarzanie,
- przemoc seksualna – próby gwałtu i inne nadużycia seksualne,
- zachowania kontrolujące i ograniczające wolność partnera (np. zakazywanie spotkań z rodziną i przyjaciółmi, wydzielanie pieniędzy na zakupy itp.).

Wielokrotnie występowanie przemocy w tym samym związku określa się jako maltretowanie/znęcanie się (*battering*) [3].

Dane światowe mówią o doświadczeniu przemocy fizycznej u 10–69% populacji kobiet w jakimkolwiek okresie ich życia. Natomiast w ciągu ostatnich 12 miesięcy przemoc przejawia się w następujących liczbach: <3% wśród kobiet Australii, Kanady, Stanów Zjednoczonych; 27% – Nikaragua, Leon; 38% Republika Korei; 52% Palestyna [3]. Wraz z przemocą fizyczną często współistnieje przemoc psychologiczna, a w 1/3 do 1/2 przypadków dochodzi do nadużyć seksualnych [4, 5, 6].

Według badań polskich (CBOS z 1993 i 1996 r.) przeprowadzonych na reprezentatywnej próbie 1087 dorosłych, zamężnych kobiet, 18% przyznało, że było ofia-

rami przemocy ze strony męża, z czego 9% było maltretowanych często i wielokrotnie, a kolejne 9% było bitych sporadycznie w ciągu trwania ich związku. Kobiety po rozwodzie znacznie częściej przyznawały się, że były ofiarami przemocy: 41% deklaroowało częste bicie, 21% sporadyczne.

Badania światowe wskazują na znaczącą liczbę zgónów wśród kobiet na skutek morderstwa dokonanego przez partnera życiowego (Australia, Kanada, Izrael, Południowa Afryka – 40–70% ofiar zabójstw [8, 9, 10, 11]). Na przykład w USA tylko 4% mężczyzn zamordowanych pomiędzy 1976 i 1996 r. zostało zabitych przez swoje żony, były żony lub partnerki [12]. W Australii pomiędzy rokiem 1989 a 1996 wyżej opisanych przypadków było 8,6% [13]. Czynniki kulturowe i dostępność broni określają profile morderstw na partnerkach. W Stanach Zjednoczonych mamy do czynienia z zabójstwami z użyciem broni palnej, zaś np. w Indiach najczęściej ma miejsce śmierć przy użyciu ognia (tzw. wypadki w kuchni) [14, 15].

Niestety dane polskie na temat przemocy stosowanej przez kobiety w stosunku do mężczyzn są nieliczne. Wyniki prac badawczych w Stanach Zjednoczonych przedstawiają nieznaną prawdę, że w latach 1975–1985 poziom przemocy międzypartnerskiej mężczyzny przeciwko kobiecie obniżył się, podczas gdy poziom przemocy kobiet w stosunku do mężczyzn wzrósł [16, 17,

Tablica 1. Fizyczna napaść dokonana na kobietach przez męskiego partnera, badanie oparte na wybranych populacjach, 1982–1999 [7]

Państwo lub obszar	Rok badania	Zasięg	Próba			Proporcja kobiet napađniętych fizycznie przez partnera (%)		
			wielkość	badana populacja ^a	wiek (lata)	w ciągu poprzednich 12 miesięcy	w bieżącym związku	kiedykolwiek
Kanada	1991–1992 1993	Toronto	420	I	18–64			27
		ogólnokrajowe	12300	I	≥18	3		29
USA	1995–1996	ogólnokrajowe	8000	I	≥18	1,3		22
Australia	1996	ogólnokrajowe	6300	I	–	3	8	
Indie	1993–1994 1999	Tamil Nadu	859	II	15–39		37	
		sześć stanów	9938	III	15–49	14		40/26
Papua Nowa Gwinea	1982	ogólnokrajowe, wieś	628	III	–			67
Republika Korei	1989	ogólnokrajowe	707	II	≥20	38/12		
Tajlandia	1994	Bangkok	619	IV	–		20	
Holandia	1986	ogólnokrajowe	989	I	20–60			21/1
Norwegia	1989	Trondheim	111	III	20–49			18
Szwajcaria	1994–1996	ogólnokrajowe	1500	II	20–60	6		21
Turcja	1998	Antolia wschodnia i południowo-wschodnia	599	I	14–75			58
Wielka Brytania	1993	Północny Londyn	430	I	≥16	12		30
Egipt	1995–1996	ogólnokrajowe	7121	III	15–49	16		34
Izrael	1997	populacja arabska	1826	II	19–67	32		

^a Badana populacja: I – wszystkie kobiety; II – kobiety pozostające obecnie w związku małżeńskim/partnerskim; III – kobiety, które kiedykolwiek pozostawały w związku małżeńskim/partnerskim; IV – żonaci mężczyźni zgłaszający stosowanie przez siebie przemocy wobec swojej współmałżonki

18, 19]. W drugim zaś badaniu z 1986 r. 2 miliony mężczyzn było maltretowanych przez „kochające kobiety”, zaś liczba kobiet ulegających przemocy ze strony mężczyzn wynosiła 1,8 miliona [20].

Jedną z przyczyn ukrywania przez mężczyzn doznawanej przemocy wiąże się z przeświadczeniem społeczeństwa o niedorzeczności stwierdzenia, że „kobieta bije mężczyznę” oraz poczuciem wstydu ze strony mężczyzn [21].

Tablica 2. Przemoc małżeńska (dane w odsetkach) wg danych polskich [22]

Osoby	Sprawca	Ofiara	Inicjuje przemoc	Odbiera przemoc
Żony	10	63	10	14
Mężowię	73	39	7	1

OFIARA CZY AGRESOR – KOBIECI CZY MĘŻCZYŻNA

Przemoc wobec kobiet w wielu kulturach i społeczeństwach uznawana jest za naturalne traktowanie kobiet zdominowanych przez mężczyzn [22]. W bardziej tradycyjnych społeczeństwach bicie żon jest w dużym stopniu postrzegane jako konsekwencja męskiego prawa do wymierzenia fizycznej kary swojej żonie – jest to zasada wskazywana przez badania z krajów tak zróżnicowanych jak Bangladesz, Kambodża, Indie, Meksyk, Nigeria, Pakistan, Papua Nowa Gwinea, Zjednoczona Republika Tanzanii i Zimbabwe [23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31]. Kulturowe uzasadnienia dla przemocy zwykle wynikają z tradycyjnych pojęć odnośnie ról mężczyzn i kobiet. Duża ilość badań zarówno z krajów uprzemysłowionych, jak i rozwijających się, stworzyła listę wydarzeń wywołujących przemoc [23, 24, 25, 26, 27, 28]. Obejmują one:

- bycie nieposłuszną wobec mężczyzny,
- wyklócanie się,
- nieprzygotowanie jedzenia na czas,
- nieadekwatne opiekowanie się dziećmi lub domem,
- pytanie mężczyzny o pieniądze lub o jego przyjaciółki,
- pójście gdzieś bez pozwolenia mężczyzny,
- odmówienie mężczyźnie pożycia seksualnego,
- podejrzewanie kobiety o niewierność.

Mężczyzn dokonujących aktów agresji często cechuje brak takich kompetencji społecznych, jak umiejętności komunikacyjne, występują u nich symptomy psychopatologiczne – depresja, lęk, histeria [32]. Często odpowiadają osobowościom typu *borderline* [33], antyspołecznym, agresywnym. Cechują się zależnością emocjonalną, niepewnością siebie, zaniżoną samooceną oraz zaburzeniami kontroli emocjonalnej [34, 35, 36]. Irons i Schneider [1997] w przeglądzie badań na temat przemocy domowej przytaczają dane świadczące o tym, że nadużywanie alkoholu charakteryzuje ponad połowę sprawców [37]. W tabl. 3 podsumowano czynniki, które przedstawia się jako związane z ryzykiem dokonywania przemocy przeciwko partnerce. Jednakże te informacje mogą być postrzegane jako niekompletne.

Wśród czynników demograficznych, młody wiek i niski dochód są stale wskazywanymi czynnikami związanymi z prawdopodobieństwem popełnienia przemocy przez mężczyznę wobec partnerki.

Mężczyźni znacznie częściej stosują przemoc fizyczną i seksualną wobec swej partnerki. Kobiety znacznie częściej padają ofiarą morderstw ze strony swoich partnerów. Jedna na trzy kobiety doznaje urazu fizycznego [38]. Częściej korzystają one z pomocy medycznej z powodu doznawanej przemocy, częściej biorą zwolnienia z powodu odniesionych obrażeń i doświadczają bardziej nasilonych problemów ze zdrowiem psychicznym.

Wśród kobiet – sprawczyń, czynnikami charakteryzującymi ryzyko stosowania przemocy wobec mężczyzn są: doznawanie przemocy wobec siebie w życiu rodzinnym (rodzina pochodzenia), niższy poziom kontroli nad agresywnymi impulsami. Wiele kobiet przenosi postawy agresywne wobec swych ojców, braci czy wujków na osobę partnera. Często spotykaną przyczyną agresywnego zachowania kobiet są problemy natury seksualnej (brak przeżywania satysfakcji seksualnej, rozczarowanie, impotencja partnerów, przedwczesny wytrysk) [22]. Kobiety znacznie częściej używają przemocy werbalnej. Około 45% kobiet, wg badań WHO, przyznało się do stosowania wobec męża wyzwisk, oskarżeń czy wrzasków. Kobiety uciekają się do tego typu przemocy, ponieważ niesie on ze sobą mniejsze ryzyko odwetu. Stosowanie przemocy fizycznej zazwyczaj ogranicza się do aktów samoobrony.

Badania wykazują powiązania pomiędzy zjawiskiem przemocy a wielodzietnością. Istnieje większy odsetek

Tablica 3. Czynniki związane z ryzykiem stosowania przemocy wobec partnerki (WHO [3])

Czynniki indywidualne	Czynniki związane ze związkiem	Czynniki środowiskowe	Czynniki społeczne
Młody wiek Nadmierne picie Zaburzenia osobowości Niskie osiągnięcia szkolne Niski dochód Bycie świadkiem lub doświadczanie przemocy w dzieciństwie	Konflikt małżeński Chwiejność związku Dominacja mężczyzny w rodzinie Napięcie związane z finansami Funkcjonowanie rodziny na niskim poziomie	Słabe sankcje ze strony społeczności wobec przemocy domowej Ubóstwo Niski kapitał społeczny	Tradycyjne normy płciowe Normy społeczne podtrzymujące przemoc

agresji wzajemnej w rodzinach wielodzietnych, co wydaje się skutkiem posiadania licznego potomstwa, aczkolwiek przemoc jest także przyczyną wielodzietności (agresja seksualna, brak zabezpieczenia przed niechcianą ciążą) [31, 39].

KIEDY POJAWIA SIĘ PRZEMOC W ZWIĄZKU

Przemoc międzypartnerska ma miejsce już w momencie narzeczeństwa, a 80% jej występowania to 4 pierwsze lata wspólnego życia. Badania pokazują, że średni czas trwania związku „przemocowego” wynosi 6 lat [40]. Kobiety młodsze wykazują tendencję do szybszego uwalniania się z tego typu związków. Odpowiedź kobiety na przemoc jest często ograniczona przez np. brak samodzielności zawodowej, porady psychologicznej, brak wsparcia rodziny itp. [41]. Pogłębione badania dotyczące kobiet z USA i Afryki, Ameryki Łacińskiej, Azji i Europy wykazują, że różne czynniki mogą trzymać kobiety w związkach „przemocowych”. Obejmują one powszechnie: strach przed zemstą, brak alternatywnego źródła wsparcia ekonomicznego, troska o dzieci, zależność emocjonalna, brak wsparcia ze strony rodziny i przyjaciół oraz stała nadzieja, że mężczyzna się zmieni [24, 26, 40, 42, 43]. W krajach rozwijających się, kobiety wymieniają także stygmatyzację związaną z niezamężnością jako dodatkową barierę porzucenia związku „przemocowego” [24, 44, 45].

Zaprzeczanie i strach przed społecznym ostracyzmem często uniemożliwia kobietom skierowanie się po pomoc. Badania pokazują, że ok. 20–70% kobiet poddanych przemocy nigdy nie powiedziało o tym innej osobie aż do czasu, gdy były pytane w czasie badania lekarskiego. Te, które zwróciły się o pomoc, kierowały się raczej do członków rodziny i przyjaciół niż do instytucji. Jedynie mniejszość kiedykolwiek skontaktowała się z policją.

SKUTKI PRZEMOCY

Przemoc może mieć bezpośrednie konsekwencje zdrowotne, takie jak zranienie (nawet do urazu śmiertelnego), jak również odległe skutki w postaci problemów psychicznych – lęku, wyuczonej bezradności, zespołu stresu pourazowego oraz kosztów ekonomicznych i społecznych. Tak jak w przypadku konsekwencji spożycia tytoniu i alkoholu, bycie ofiarą przemocy może być postrzegane jako czynnik ryzyka wielu chorób i schorzeń.

Należy również wspomnieć o tym, że tysiące dzieci ogląda przemoc. Dzieci, które są świadkami przemocy małżeńskiej, cechuje większe ryzyko występowania problemów emocjonalnych i związanych z zachowaniem, w tym: niepokoju, depresji, słabych wyników w szkole, gorszego samopoczucia, nieposłuszeństwa, koszmarów sennych i dolegliwości fizycznych [40, 46, 47, 48]. Zwiększa się prawdopodobieństwo pojawienia się w przyszłości problemów związanych ze zdrowiem psychicznym, m.in. zwiększa się ryzyko sięgania po alkohol czy stosowania w przyszłości przemocy wobec partnera.

Konsekwencje przemocy są głębokie, wykraczając poza zdrowie i szczęście jednostek i wpływając na pomysłność całych społeczności. Życie w związku „przemocowym” wpływa na poczucie własnej wartości kobiety i jej zdolność do uczestniczenia w świecie. Kobiety poddane przemocy są regularnie ograniczane w zdobywaniu dostępu do informacji i usług, braniu udziału w życiu publicznym i otrzymaniu wsparcia emocjonalnego od przyjaciół i krewnych. Nic więc dziwnego, że takie kobiety są często niezdolne do właściwego zadbania o siebie i swoje dzieci lub osiągnięcia sukcesu zawodowego.

Tabl. 4 podsumowuje konsekwencje przemocy w związku na podstawie Raportu WHO 2002.

Tablica 4. Konsekwencje zdrowotne przemocy w związku na podstawie Raportu WHO 2002 [3]

Konsekwencje fizyczne	Konsekwencje związane ze sferą seksualną i reprodukcyjną	Konsekwencje psychologiczne i związane z zachowaniem	Konsekwencje zdrowotne kończące się śmiercią
Rany brzucha i piersi Siniaki i pręgi Syndromy chronicznego bólu Inwalidztwo Fibromialgia Złamania Zaburzenia żołądkowo-jelitowe Syndrom podrażnionego jelita Skaleczenia i otarcia Uszkodzenia oczu Obniżone funkcjonowanie fizyczne	Zaburzenia ginekologiczne Niepłodność Zapalenie miednicy Komplikacje w czasie ciąży /poronienie Dysfunkcja seksualna Choroby przenoszone drogą płciową, w tym HIV/AIDS Ryzykowna aborcja Niechciana ciąża	Nadużywanie alkoholu i narkotyków Depresja i niepokój Zaburzenia jedzenia i snu Poczucie wstydu i winy Fobie i zaburzenia paniczne Brak aktywności fizycznej Niskie poczucie własnej wartości PTSD Zaburzenia psychosomatyczne Palenie Zachowania samobójcze i samouszkodzenia Ryzykowne zachowania seksualne	Śmiertelność związana z AIDS Śmiertelność związana z ciążą Zabójstwo Samobójstwo

ZAPOBIEGANIE PRZEMOCY W ZWIĄZKU

Do chwili obecnej większość prac nad przemocą partnera była prowadzona przez organizacje kobiece, ze sporadycznym finansowaniem i pomocą władz państwowych. Tam, gdzie zaangażował się rząd – jak w Australii, Ameryce Łacińskiej, Ameryce Północnej i części Europy – zazwyczaj była to odpowiedź na żądanie społeczeństwa obywatelskiego. Pierwsza fala aktywności zazwyczaj obejmowała elementy reformy prawnej, treningu policyjnego i ustanowienie wyspecjalizowanych usług dla ofiar. Dziesiątki krajów uchwaliło obecnie prawa dotyczące przemocy domowej, chociaż wielu urzędników jest albo wciąż nieświadomych nowych praw, lub niechętnych, aby je wprowadzić w czyn. Ci działający w obrębie systemu (np. w policji lub systemie prawnym) często podzielają te same uprzedzenia, które panują w całym społeczeństwie. Doświadczenie wielokrotnie wykazało, że bez trwałych wysiłków w celu zmiany kultury i praktyki instytucjonalnej, większość reform prawnych i politycznych nie przyniesie spodziewanego efektu.

Proponowane działania (wg raportu Światowej Organizacji Zdrowia [3]):

- tworzenie ośrodków pomocy ofiarom przemocy (tak mężczyznom, jak i kobietom),
- rozwinięcie nieformalnych źródeł wsparcia w sieciach sąsiedzkich, przyjacielskich i religijnych oraz innych, jak również w miejscu pracy [7, 49, 50, 51],
- prawa i rozwiązania odnośnie stosowania skuteczniejszej formy aresztu dla sprawców przemocy,
- posterunki policji bardziej wrażliwe na krzywdę kobiet, posterunki z obsadą także kobiecą – aby ta strategia działała w praktyce, muszą jej towarzyszyć trening wrażliwości dla policjantów – mężczyzn, bodźce zachęcające do takiej pracy i dostarczenie szerszego zakresu usług [52, 53, 54],
- leczenie dla osób dokonujących przemocy,
- interwencje służby zdrowia – odpowiednie procedury powiadamiania o podejrzeniach bycia ofiarą przemocy,
- wysiłki społeczeństwa (kampanie profilaktyczne, programy szkolne).

Przemoc przyjmując różne formy jest narzędziem obu płci, jednakże częściej nadużywana bywa przez mężczyzn. Zjawisko stosowania przemocy przez kobiety nadal nie jest poznane i wymaga dalszych badań. Skuteczne stosowanie środków zaradczych pomoże zmniejszyć skalę problemu, a jednocześnie pokaże jego „zaciemnioną” i nie ujawnianą stronę.

PIŚMIENNICTWO

1. Saltzman LE, Fanslow JL, McMahon PM, Shelley GA. Intimate partner violence surveillance: uniform definitions and recommended data elements. Atlanta: National Center for Injury Prevention and Control; 1999.
2. Tjaden P, Thoennes N. Full Report of the prevalence, incidence, and consequences of intimate partner violence against

women: findings from the national violence against women survey. Report for grant 93-IJ-CX-0012, funded by the National Institute of Justice and the Centers for Disease Control and Prevention. Washington (DC): NIJ; 2000.

3. World Health Organization. World report of violence and health. Brussels; 2002.
4. Koss MP, i wsp. No safe haven: male violence against woman at home, at work and in the community. Washington, DC: American Psychological Association; 1994.
5. Yoshihama M, Sorenson SB. Psychological, sexual and emotional abuse by male intimates, experiences on woman in Japan. *Violence Vict* 1994, 9: 63–77.
6. Leibrich J, Paulin J, Ransom R. Hitting home: men speak about domestic abuse of woman partners. Wellington, New Zealand: Department of Justice and AGB McNair; 1995.
7. Heise LL, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women. Baltimore, MD: Johns Hopkins University School of Public Health, Center of Communications Program; 1999 (Population Reports, Series L, No. 11).
8. Mouzos J. Femicide: the killing of women in Australia in 1989–1998. Canberra: Australian Institute of Criminology; 1999.
9. Juristat. Homicide in Canada. Ottawa: Statistics Canada; 1998.
10. Gilbert L. Urban violence and health: South Africa 1995. *Soc Sci Med* 1996; 43: 873–86.
11. Bailey JE, i wsp. Risk factors for violent death of women in the home. *Arch Intern Med* 1997; 157: 777–82.
12. Fox JA, Zawitz MW. Homicide trends in the United States. Washington, DC: Bureau of Justice Statistics, United States Department of Justice; 1999.
13. Carcach C, James M. Homicide between intimate partners in Australia. Canberra: Australian Institute of Criminology; 1998.
14. When men murder women: an analysis of 1996 homicide data. Washington, DC: Violence Policy Center; 2000.
15. Karkal M. How the other half dies in Bombay. *Economic and Political Weekly*, 24 August 1985: 1424.
16. Ankieta Narodowa na temat przemocy w rodzinie przeprowadzona na 6000 przypadków przez National Institutes of Mental Health, przeprowadzona przez Murray A. Straus and Richard J. Gelles na Uniwersytecie New Hampshire; 1985.
17. Author Unknown „How Can I Admit I Am a Battered Husband: Special Report”. *Best Magazine*, April 15, 1993.
18. Gelles, RJ. The violent home: A study of physical aggression between husbands and wives. Beverly Hills, CA: Sage; 1974.
19. Straus MA. Husband abuse and the woman offender are important problems. W: Gelles RJ, Loseke D, red. *Current Controversies on Family Violence*. Atlanta: Sage Women’s Educational Press; 1993.
20. Sheridan H. In defense of men. *Penitent* 2000.
21. Lew-Starowicz Z. Zespół maltretowanego męża. *Probl Rodziny* 1992; 31 (4): 49–54.
22. Lew-Starowicz Z. Zespół maltretowanej żony. *Probl Rodziny* 1992; 31 (4): 45–8.
23. Schuler SR, i wsp. Credit programs, patriarchy and men’s violence against women in rural Bangladesh. *Soc Sci Med* 1996; 43: 1729–42.
24. Zimmerman K. Plates in a basket will rattle: domestic violence in Cambodia. A summary. Phnom Penh. Project against domestic violence 1995.
25. Michau M. Community-based research for social changed in Mwanza, Tanzania. W: Third Annual Meeting of the International Research Network on Violence Against Women.

- Washington, DC, 9–11 January 1998. Tacoma Park, MD: Center of Health and Gender Equity; 1998: 4–9.
26. Armstrong A. Culture and choice: lessons from survivors of gender violence in Zimbabwe. Harare, Violence Against Women in Zimbabwe Research Project; 1998.
 27. Gonzales Montes S. Domestic violence in Cuetzalan, Mexico, some research questions and results. W: Third Annual Meeting of the International Research Network on Violence Against Women. Washington, DC, 9–11 January 1998. Tacoma Park, MD: Center of Health and Gender Equity; 1998: 36–41.
 28. Osakue G, Hilber AM. Women's sexuality and fertility in Nigeria. W: Petchesky R, Judd K, red. Negotiating Reproductive Rights. London: Zed Books; 1998: 180–216.
 29. Hassan Y. The haven becomes hell: a study of domestic violence in Pakistan. Lahore, Shirkat Gah, Women's Resource Center; 1995.
 30. Bradley CS. Attitudes and practices relating to marital violence among Tolai of East New Britain. W: Domestic Violence in Papua New Guinea. Boroko, Papua New Guinea, Law Reform Commission, 1985: 32–71.
 31. Jejeebhoy SJ. Wife – beating in rural India: a husband's right? Econ Polit Weekly 1998; 33: 855–62.
 32. Hastings JE, Hamberger LK. Personality characteristics of spouse abusers: A controlled comparison. Violence Vict 1988; 3 (1): 5–30.
 33. Black DA, i wsp. Partner, child abuse risk factors literature review. National Network of Family Resiliency, National Network for Health, 1999.
 34. Holtzworth-Munroe, A. Social skill deficits in maritally violent men: interpreting the data using a social information processing model. Clin Psychol Rev 1992; 12: 605–17.
 35. Holtzworth-Munroe A, Markman H, O'Leary KD, Neidig P. The need for marital violence prevention efforts: a behavioral-cognitive secondary prevention program for engaged and newly married couples. Appl Preven Psychol 1995; 4 (2): 77–88.
 36. Holtzworth-Munroe A, Stuart GL. Typologies of male batterers: three subtypes and the differences among them. Psychol Bull 1994; 116 (3): 476–97.
 37. Irons R, Schneider JP. When is domestic violence a hidden face of addiction? J Psychoactive Drugs 1997; 29: 337–44.
 38. Dutton DG, Painter S. Emotional attachments in abusive relationships: a test of traumatic bonding theory. Violence Vict 1993; 8 (2): 105–20.
 39. Tjaden P, Thoennes N. Full report of the prevalence, incidence and consequence of violence against women: findings from the National Violence Against Women Survey. Washington, DC: National Institute of Justice, Office of Justice Programs, United States Department of Justice and Centers for Disease Control and Prevention; 2000 (NCJ 183781).
 40. Elsberg MC, i wsp. Candies in hell: women's experience of violence in Nicaragua. Soc Sci Med 2000; 51: 1595–610.
 41. Dutton MA. Battered women's strategic response to violence: the role of context. W: Edelson JL, Eisikovits ZC, red. Future interventions with battered women and their families. London: Sage; 1996: 105–24.
 42. O'Conner M. Making the links: towards an integrated strategy for the elimination of violence against women in intimate relationships with men. Dublin: Women's Aid; 1995.
 43. Short L. Survivor's identification of protective factors and early warning signs in intimate partner violence. W: Third Annual Meeting of the International Research Network on Violence Against Women. Washington, DC, 9–11 January 1998. Tacoma Park, MD: Center of Health and Gender Equity; 1998: 27–31.
 44. Rao V. Wife-beating In rural South India: a qualitative and econometric analysis. Soc Sci Med 1997; 44: 1169–79.
 45. George A. Differential perspectives of men and women in Mumbai, India on sexual relations and negotiations within marriage. Rep Health Matters 1998; 6: 87–95.
 46. McCloskey SA, Figueredo AJ, Kloss MP. The effects of systemic family violence on childrens mental health. Child Dev 1995; 66: 1239–61.
 47. Edleson JL. Children witnessing of adult domestic violence. J Interpersonal Violence 1999; 14: 839–70.
 48. Jouriles EN, Murphy CM, O'Leary KD. Interspousal aggression, marital discord and child problems. J Consult Clin Psychol 1989; 57: 453–5.
 49. Sagot M. Ruta critica de les mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar in America Latina: estudios de caso de dies paises (The critical path followed by women victims of domestic violence in Latin America: case studies from ten countries). Washington, DC: Pan American Health Organization; 2000.
 50. Help-seeking by victims of family violence: analysis and research results. Panama City: Pan American Health Organization; 1998.
 51. Kelly L. Tensions and possibilities: enhancing informal responses to domestic violence. W: Edelson JL, Eisidovits ZC, red. Future interventions with battered women and their families. Thousand Oaks, CA: Sage; 1996: 67–86.
 52. Mitra N. Best practices among response to domestic violence: a study of government and non-government response in Madhya Pradesh and Maharashtra (draft). Washington, DC: International Center for Research on Women; 1998.
 53. Hautzinger S. Machos and policewomen, battered women and anti-victims: combating violence against women in Brazil. Baltimore, MD: Johns Hopkins University; 1998.
 54. Poonacha V, Pandey D. Response to domestic violence in Karnataka and Gujarat. W: Duvvury N, red. Domestic violence in India. Washington, DC: International Center for Research on Women; 1999: 28–49.