

Who are those guys? Portret sprawcy przemocy domowej biorąc pod uwagę sytuację zawodową, ekonomiczną i zdrowotną

Who are those guys? The profile of domestic violence perpetrators: financial situation, employment and health status

Paulina Łukasik¹_{A-F}, Hanna Karakuła-Juchnowicz^{2,3}_{A, C-F},
Justyna Moryłowska-Topolska³_{D-F}

¹ Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Radecznicy

² I Klinika Psychiatrii, Psychoterapii i Wczesnej Interwencji Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

³ Zakład Neuropsychiatrii Klinicznej Katedry Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Streszczenie

Przemoc wobec kobiet jest jedną z najczęstszych form przemocy, występując z różną częstością we wszystkich szerokościach geograficznych. Celem była ocena rozpowszechnienia przemocy domowej w badanej grupie oraz nakreślenie portretu sprawcy przemocy domowej biorąc pod uwagę jego sytuację zawodową, ekonomiczną i zdrowotną.

Grupę badaną stanowiło 200 pełnoletnich pacjentek zgłaszających się do lekarza rodzinnego w sześciu ośrodkach POZ na terenie województwa lubelskiego.

Metody. Jako skali przesiewowej, służącej do wykrywania przemocy użyto Skali Doświadczeń Maltretowanych Kobiet (The Women's Experiences with Battering Scale, WEB) oraz kwestionariusza własnej konstrukcji.

Wyniki i wnioski: Rozpowszechnienie przemocy w bliskich związkach (IPV) w badanej grupie pacjentek wynosiło 41% w ciągu całego życia, a w ciągu ostatniego roku – 26,5%. Pozytywny wynik w Skali WEB, wskazujący na doznawanie przemocy lub zagrożenie przemocą, osiągnęło natomiast aż 51% spośród badanych kobiet. Sprawcą przemocy najczęściej był mąż (81,8%) lub były mąż (11,4%), ze strony partnera w związku nieformalnym przemocy doznało natomiast niecałe 7% badanych kobiet. Ponad 80% sprawców przemocy aktualnie nadużywało alkoholu, 75% z nich nadużywało alkoholu również w przeszłości, prawie 66%, pracowało zawodowo, ale część z nich – 48,4%, miała problemy finansowe, 19,3% sprawców było karanych, 12,1 % chorowało na padaczkę, 13,6% chorowało na jakiś rodzaj zaburzeń psychicznych, aż 25,9% z nich doznało w przeszłości urazu głowy.

Słowa kluczowe: przemoc w bliskich związkach, przemoc wobec kobiet, sprawcy przemocy

Abstract

Violence against women is a universal problem, appearing all around the world, with different frequency.

The aim of this work was to investigate the prevalence of domestic violence in the study group and to present the profile of intimate violence perpetrators in terms of their financial situation, employment and health status.

The study group comprised of 200 mature female patients visiting a family doctor in six primary health care centres in Lublin Province.

Methods. Women's Experience With Battering Scale (WEB) and a questionnaire designed by the authors of the study were used as screening tools for detecting whether the women were subject to intimate partner violence.

Results and conclusions: The prevalence of intimate partner violence (IPV) in the study group was 41% during their lifetime and 26.5% during the last year. As many as 51% of the participants had positive WEB Scale scores, which indicates actual or threatened abuse. Most women reported that their current (81.8%) or former (11.4%) husbands were the perpetrators of domestic violence, compared to less than 7% of cohabiting partners. Regarding the violence perpetrators, over 80% of them used too much alcohol at the time of the study, while 75% of them had a past history of alcohol abuse; almost 66% were employed but 48.4% of them experienced financial problems; 19.3% had criminal records; 12.1% were diagnosed with epilepsy, 13.5% were affected by some type of mental disorder, and as many as 25.9% suffered head injury.

Keywords: intimate partner violence, violence against women, batterers

Wstęp

Przemoc wobec kobiet ze strony męskich partnerów jest najbardziej rozpowszechnioną formą przemocy płciowej [1] i jedną z najczęstszych form przemocy w ogóle [2].

Częstość występowania przemocy ze strony partnera w bliskim związku wynosi, w zależności od rejonu świata, od 16,3% w Azji Środkowej do 65,6% w Afryce Środkowej. W Europie Zachodniej, przemocy ze strony

partnera doznała 1 na 5 kobiet będących kiedykolwiek w związku, w Europie Wschodniej i Środkowej 1 na 4 [3].

W dniu 18 grudnia 2012 roku Polska jako 26. państwo podpisała Konwencję Rady Europy o zapobieganiu i przemocy wobec kobiet i przemocy domowej. Przez kraj przetoczyła się burzliwa dyskusja dotycząca niektórych zapisów Konwencji wzbudzających niepokój między innymi Episkopatu i organizacji prorodzinnych, które obawiają się wykorzystania powszechnie popieranego postulatu zwalczania przemocy do zdewaluowania wartości rodziny czy nadmiernej ingerencji państwa w zagadnienia dotyczące wychowania dzieci. W efekcie, pomimo iż, w kwietniu 2014 roku Rada Ministrów podjęła uchwałę w sprawie przedłożenia konwencji do ratyfikacji, ustawa do chwili obecnej nie została ratyfikowana, w dniu 24 września 2014 odrzucono w Sejmie projekt ustawy [4].

Konwencja mająca chronić kobiety, oparta jest na założeniu że, istnieje związek pomiędzy przemocą i nierównym traktowaniem, a przeciwdziałanie dyskryminacji oraz wyeliminowanie niekorzystnych stereotypów sprawi, że walka z przemocą wobec kobiet będzie skuteczniejsza. Cele Konwencji określone są między innymi jako „ochrona kobiet przed wszelkimi formami przemocy oraz zapobieganie, ściganie sądowe i eliminowanie przemocy wobec kobiet i przemocy domowej” oraz „przyczynianie się do eliminowania wszelkich form dyskryminacji kobiet i promowanie rzeczywistej równości między kobietami i mężczyznami, w tym poprzez usamodzielnienie kobiet”. W preambule Konwencji Rada Europy nie tylko potępia wszelkie formy przemocy wobec kobiet i przemocy domowej, ale także uznaje, że „przemoc wobec kobiet jest wyrazem historycznie nierównych relacji władzy między kobietami a mężczyznami, które doprowadziły do dominacji mężczyzn i dyskryminacji kobiet oraz stanęły na drodze do pełnego rozwoju kobiet” oraz podkreśla fakt, że kobiety są bardziej narażone na przemoc uwarunkowaną płcią i częściej doświadczają przemocy domowej [5].

Aktualnie obowiązującym w Polsce aktem prawnym z zakresu przeciwdziałania przemocy w rodzinie jest Ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku [6], która była czterokrotnie nowelizowana, a ostatnie zmiany weszły w życie 1 stycznia 2012 roku [7].

Od czasu kiedy w roku 1988 Gondolf [8] zadał pytanie *Who are those guys?* („Kim są ci faceci?”) i wyróżnił trzy typy sprawców przemocy: socjopatycznych (*sociopathic*), antisocjalnych (*antisocial*) oraz typowych (*typical*) podejmowane są różne próby ich sklasyfikowania.

Gottman i współpracownicy [9], badając mężczyzn będących sprawcami przemocy, zmierzili aktywność układu krążenia, przewodnictwo skórne i ogólną aktywność somatyczną w sytuacji doświadczanego konfliktu z partnerką. W wyniku tego doświadczenia podzielili sprawców przemocy na dwie grupy na podstawie pracy

serca: typ I zwolnienie akcji serca i typ II przyspieszenie akcji serca. U mężczyzn typu I poziom agresji zmniejszał się w trakcie trwania doświadczenia, natomiast u mężczyzn typu II narastał. W życiu codziennym obie grupy nie różniły się pod względem stosowanej wobec partnerek przemocy fizycznej i psychicznej. Jednak mężczyźni należący do typu I byli bardziej agresywni w stosunku do innych osób, częściej prezentowali antysocjalne cechy osobowości, skłonności agresywno-sadystyczne, częściej występowało u nich uzależnienie od substancji psychoaktywnych. Autorzy wyodrębnili więc dwa rodzaje sprawców przemocy: zimni, wyrachowani, manipulujący, używający przemocy w celu uzyskania dominacji i kontroli (typ I) i bardziej reaktywni, emocjonalni, stosujący przemoc z obawy przed porzuceniem lub przez zazdrość (typ II).

Czynniki ryzyka

Browne i Herbert [10] zebrali cechy przypisywane stosującym przemoc partnerom, tworząc swoistą listę „czynników ryzyka”, na której znalazły się: niska samoocena i poczucie niedostosowania; poczucie izolacji i braku wsparcia społecznego; brak umiejętności społecznych i asertywności; zaburzenia psychiczne, takie jak lęk i depresja; nadużywanie alkoholu i/lub narkotyków; słaba kontrola impulsów i zachowania antyspołeczne; zaborczość, zazdrość, lęk przed porzuceniem; zrzucanie winy na innych, podsycanie sporów, okazywanie agresji i przemocy w odpowiedzi na prowokację, brak empatii w stosunku do zależnej ofiary, przeniesieniem złości z innych obszarów funkcjonowania, takich jak praca lub spowodowanej niekorzystnymi wydarzeniami życiowymi; problemy społeczno-ekonomiczne, takie jak bezrobocie, zła sytuacja materialna i bytowa; doświadczenie przemocy w dzieciństwie; stosowanie przemocy, groźby lub używanie broni.

Doświadczenie przemocy w dzieciństwie

„Nie każda ofiara staje się sprawcą, ale wydaje się, że każdy sprawca był kiedyś ofiarą” [11]. W wielu badaniach powtarza się wniosek, że sprawcy przemocy sami doświadczali przemocy w dzieciństwie [10,12,13]. Przemoc ta może przyjmować różne formy: bicia, karania, zaniebywania [13]. Głównym sprawcą przemocy często był ojciec, a jedną z częstszych przyczyn stosowania przemocy w rodzinie było nadużywanie alkoholu przez jednego bądź oboje rodziców [14]. Tucholska [15] uważa jednak, że przemoc obserwowana w dzieciństwie nie jest pewnym wyznacznikiem przemocy w życiu dorosłym.

Czynniki społeczne i ekonomiczne

Według badań mężczyźni stosujący przemoc wobec partnerek często charakteryzują się niższym poziomem

wykształcenia i niższą pozycją zawodową od mężczyzn nie stosujących przemocy oraz są przekonani o słuszności patriarchalnego podziału ról w związku [16] często też powielają wzory wyniesione z domu rodzinnego [17]. Uważa się, że typowy napastnik najczęściej jest mężczyzną, ma podstawowe wykształcenie, nie pracuje zawodowo, nadużywa alkoholu [18], natomiast w badaniach przeprowadzonych wśród sprawców przemocy będącymi pacjentami poradni leczenia uzależnień najczęściej mieli oni wykształcenie zawodowe, a podstawowym źródłem ich utrzymania była praca etatowa i praca dorywcza [13].

Czynniki psychologiczne

Sprawców przemocy charakteryzuje konfrontacyjny sposób wyrażania konfliktów emocjonalnych [19], są skłonni do drażliwości, irytacji, gotowi do reagowania silnymi, agresywnymi uczuciami na nawet małą prowokację, cechuje ich niecierpliwość, podwyższenie agresji słownej i takie zachowania jak wpadanie w irytację i złość się [13]. W porównaniu do innych mężczyzn sprawców przemocy cechuje wyższy poziom gniewu i wrogości [20].

U sprawców przemocy domowej można zaobserwować podwyższenie agresji ogólnej oraz kilku odmian agresywności, takich jak: agresja pośrednia, irytacja, negatywizm [13], a także obniżoną sprawność intelektualną i zaburzenia emocjonalne [21]. Nie czują oni empatii i oczekują od innych zrozumienia dla swojego zachowania [10].

Alkohol i inne substancje psychoaktywne

Nadużywanie alkoholu stanowi istotny czynnik ryzyka wystąpienia przemocy w związku [22], zarówno jeśli dotyczy sprawcy przemocy, jak i ofiary, a zwłaszcza jeżeli obydwójce partnerów nadużywają alkoholu [23].

Istnieje wyraźna dodatnia korelacja pomiędzy piciem alkoholu i przemocą fizyczną i seksualną wobec kobiet w bliskim związku [24]. Sprawcy przemocy często znajdują się w stanie nietrzeźwości [25], nawet 81% z nich stosuje przemoc będąc pod wpływem alkoholu [27], co wiąże się z upośledzoną kontrolą zachowań agresywnych [13].

Szacuje się, że 60-70% sprawców przemocy nadużywa alkoholu [27], natomiast zależność ta jest niejasna [28]. Część badaczy uważa, że alkohol nie jest przyczyną przemocy, a raczej stanowi usprawiedliwienie dla jej stosowania [29,30]. Nikodemski [31] zaobserwowała zależność między stosowaniem przemocy a fazą uzależnienia od alkoholu w jakiej znajduje się sprawca: do stosowania przemocy psychicznej przed rozpoczęciem picia przyznało się około 20% badanych, około 10% fizycznej i 2% seksualnej, natomiast przemoc psychiczną w czasie picia potwierdziło 70% badanych, 38% stosowało przemoc fizyczną a 10% przemoc seksualną. Autorka ta za-

uważała też, że stosowanie przemocy maleje po terapii uzależnienia. Natomiast przypadki skrajnego nadużywania alkoholu nie są związane z dużym nasileniem przemocy [32]. Heyman i współpracownicy [33] zaobserwowali, że rola alkoholu w przewidywaniu przemocy zmienia się wraz z czasem trwania związku: od fazy przedmałżeńskiej do 6 miesięcy po ślubie używanie alkoholu było pozytywnie związane z poważną przemocą ze strony partnera.

Cunradi uważa, że uzależnienie od substancji psychoaktywnych jest skorelowane z przemocą w bliskich związkach ale jej nie powoduje [34]. Według Kauffman-Kantor i Straus [35], chociaż alkohol odgrywa rolę w przemocy wielu związkach, to nie jest ani koniecznym ani wystarczającym czynnikiem.

Urazy głowy

Uraz wewnątrzczaszkowy (TBI, *traumatic brain injury*), często łączony jest ze zwiększonym ryzykiem agresywnych zachowań [36]. Rosenbaum i Hoge [37] po raz pierwszy oceniali występowanie znacznego urazu głowy u sprawców przemocy i stwierdzili, że aż 61% badanych doznało TBI obejmującego utratę przytomności (LOC, *loss of consciousness*) w przeszłości i była to liczba dziesięciokrotnie większa niż szacowane przez autorów 6% w populacji ogólnej. W kolejnym badaniu Rosenbaum i współpracownicy [38] przeprowadzili porównanie mężczyzn będących sprawcami przemocy, nieprzemocowych mężczyzn zgłaszających niezadowolone z ich małżeństw i zadowolonych żonatych mężczyzn. Aż 53% mężczyzn-sprawców przemocy miało historię TBI w porównaniu do 25% niezadowolonych mężczyzn w związku małżeńskim i 16% zadowolonych mężczyzn żonatych.

Cel badania

Celem badania była ocena rozpowszechnienia przemocy domowej w badanej grupie oraz nakreślenie portretu sprawcy przemocy domowej biorąc pod uwagę jego sytuację zawodową, ekonomiczną i zdrowotną.

Materiał

Badaniem objęto 350 pełnoletnich pacjentek zgłaszających się do lekarza rodzinnego w sześciu ośrodkach Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) na terenie województwa lubelskiego, w powiatach biłgorajskim i janowskim, w miejscowościach Biłgoraj, Frampol, Janów Lubelski, Łukowa, Terespol i Tarnogród. Uczestnictwo w badaniu było całkowicie dobrowolne, potwierdzone wyrażeniem pisemnej, świadomej zgody przez pacjentki (zgoda Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Lublinie numer KE-0254/166/2011). Uczestniczki były informowane o celach i metodach badania. Po wykluczeniu z badania osób, które nie zwróciły ankiety w czasie

trwania badania oraz tych, które niekompletnie uzupełniły ankietę, grupę badaną stanowiło 200 osób.

Metody

Jako skali przesiewowej, służącej do wykrywania przemocy użyto Skali Doświadczeń Maltretowanych Kobiet (Womens Experiencing with Battering Scale, WEB) [39]. Ocenie poddano wybrane dane socjodemograficzne zawarte w kwestionariuszu własnej konstrukcji, w którym uwzględniono również pytania dotyczące sprawców przemocy.

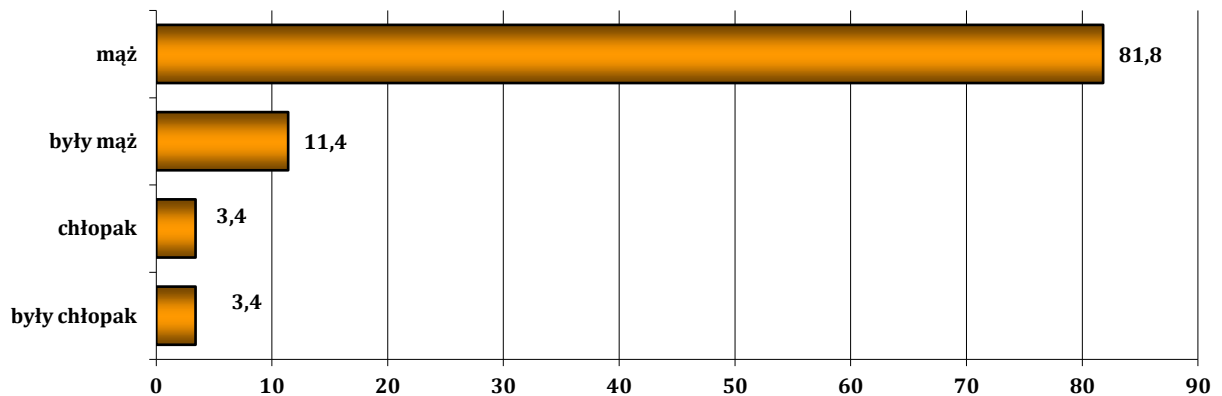
Wyniki

Rozpowszechnienie przemocy w bliskich związkach (intimate partner violence, IPV) w badanej grupie pacjentek wynosiło 41% w ciągu całego życia, a w ciągu ostatniego roku – 26,5%. Pozytywny wynik w Skali WEB, wskazujący na doznawanie przemocy lub zagrożenie przemocą, osiągnęło natomiast aż 51% spośród badanych

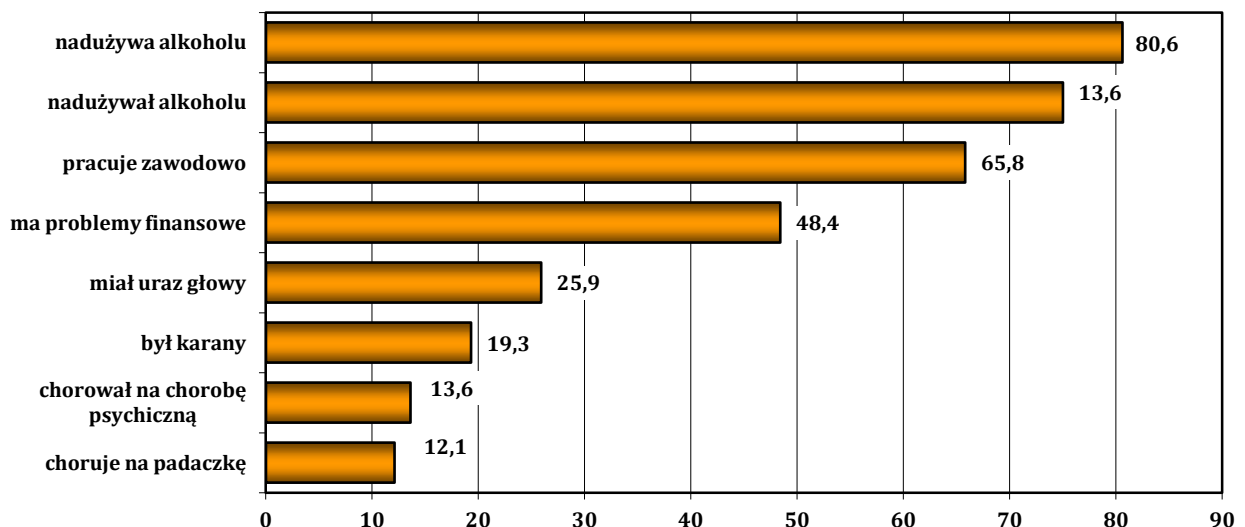
kobiet. Najczęściej obserwowanym rodzajem przemocy była przemoc psychiczna – 91%, rzadziej występowała przemoc fizyczna – 72,7% i seksualna – 22,5%. Ponad 1/3 (71 osób; 35,5%) wszystkich badanych pacjentek przyznała, że w wyniku przemocy doznało jakichkolwiek obrażeń lub urazów. Wśród tych osób najczęściej występującym rodzajem urazów były stłuczenia i siniaki występujące u 88,7% kobiet oraz skaleczenia i zadrapania – 26,8%. Aż 14,1% doznało ciężkich urazów w postaci złamań, a prawie 10% skręceń lub zwichnięć. Sześć kobiet potwierdziło, że doznało zranień wymagających zaopatrzenia chirurgicznego. Jedna z osób relacjonowała, że w wyniku przemocy utraciła uzębienie.

Na pytania dotyczące sprawcy przemocy odpowiedziało 88 (44%) spośród wszystkich badanych kobiet. Badane kobiety jako sprawcę przemocy najczęściej wskazywały męża – 81,8% lub byłego męża – 11,4%, ze strony partnera w związku nieformalnym przemocy doznało natomiast niecałe 7% badanych kobiet (wykres 1).

Wykres 1. Rodzaj relacji pomiędzy ofiarą i sprawcą przemocy



Wykres 2. Odpowiedzi respondentek na pytania charakteryzujące sprawcę przemocy
Czy sprawca przemocy...?



Wśród kobiet doznających przemocy zdecydowana większość, bo aż 92,3% (84 na 91), które udzieliły odpowiedzi na to pytanie, mieszkała w chwili przeprowadzania badania lub wcześniej ze sprawcą przemocy, 7 (7,7%) pacjentek doznało przemocy od osoby, z którą nie mieszkało.

Kolejna grupa pytań dotyczyła różnych aspektów funkcjonowania zawodowego, stanu zdrowia, w tym problemów z nadużywaniem alkoholu oraz karalności (wykres 2).

Według udzielonych odpowiedzi ponad 80% sprawców przemocy aktualnie nadużywała alkoholu, 75% z nich nadużywało alkoholu również w przeszłości. Większość sprawców przemocy, bo prawie 66%, pracowało zawodowo, ale też duża część z nich, nieco ponad 48%, miała problemy finansowe. Niecała 1/5 sprawców była karana.

Ponad 1/4 sprawców przemocy doznała w przeszłości poważnych urazów głowy. Jeden na siedmiu sprawców chorował na chorobę psychiczną, jeden na ośmiu chorował na epilepsję.

Dyskusja

Uzyskane wyniki dotyczące wysokiego rozpowszechnienia problemów alkoholowych wśród sprawców przemocy (80%) w niniejszym badaniu pozostają na nieco wyższym poziomie w porównaniu do wyników uzyskanych przez innych autorów czyli 60-70% [27,28], być może istnieje pewien rozdzźwięk pomiędzy samooceną sprawców którzy mogą minimalizować problemy z alkoholem a obserwacjami ich partnerek. W odniesieniu do czynnika ryzyka IPV jakim jest bezrobocie, wyniki badań innych autorów nie są jednoznaczne. Część badaczy wskazuje na znaczący związek pomiędzy bezrobociem a przemocą [40,41], część zaś, iż pozostawanie bez pracy nie zwiększa ryzyka wystąpienia przemocy w porównaniu do osób pracujących [22,23]. W prezentowanym badaniu większość sprawców przemocy pracowała zawodowo, jednak prawie połowa z nich miała problemy finansowe, co jest zgodne z obserwacjami o mniejszym ryzyku IPV związanym z wyższym statusem socjoekonomicznym [23].

Ciekawa wydaje się obserwacja, że aż ponad 1/4 sprawców przemocy doznała w przeszłości poważnych urazów głowy, co może wiązać się z rozwojem organicznych zaburzeń osobowości, w obrazie których pojawia się chwiejność emocjonalna, nietrzymanie afektu, wybuchy złości i agresji. Uzyskane wyniki oparte są o dane uzyskane od respondentek i być może rozpowszechnienie tego typu urazów na podstawie autoanamnezy uzyskanej od sprawców IPV byłoby wyższe, porównywalne do wskaźników urazów głowy wśród sprawców przemocy w bliskich związkach, uzyskiwanych przez innych autorów, sięgające od 40% do 61%, są znacznie wyższe niż w przypadku populacji ogólnej [42].

Obserwowany bardzo wysoki odsetek występowania padaczki w tej grupie osób a więc 12,1% w porówna-

niu do szacowanego 1% w populacji ogólnej [43], co stanowi istotną różnicę, nawet pomimo nieco częstszego (około 1,5x częściej) występowania padaczki u mężczyzn [44], może z jednej strony mieć związek z wcześniejszymi urazami głowy lub łączyć się z zespołem uzależnienia od alkoholu. Z drugiej zaś strony nie można pominąć związku padaczki z różnorodnymi zaburzeniami psychicznymi, wśród których można wyróżnić: zespół otępienny, psychozy międzyepidemiczne i zaburzenia afektu [45].

Wysoki odsetek karalności wśród sprawców może wskazywać, że osoby te dopuszczają się aktów przemocy nie tylko wobec partnerki, ale także wobec innych osób. Holzworth i Stuart [46] dokonali kompleksowego przeglądu badań dotyczących typologii sprawców przemocy i zidentyfikowali trzy grupy: *family-only batterer*, *dysphoric/borderline batterer* i *generally violent/antisocial batterer*. Pierwsza grupa sprawców, stosująca przemoc tylko w stosunku do członków rodziny, może obejmować około 50% wszystkich sprawców przemocy, mogą oni nie zdradzać zaburzeń osobowości albo prezentować cechy osobowości bierno-zależnej lub obsesyjno-kompulsywnej, bez kryminalnej historii; drugą grupę stanowią osoby z pogranicznym lub schizoidalnym zaburzeniem osobowości, mają one wyższy poziom agresji i gniewu, zdarza się, że dopuszczają się przemocy także poza rodziną; trzeci typ to osoby, które dokonują aktów agresji zarówno w rodzinie, jak i poza nią, często nadużywają alkoholu i stosują inne środki psychoaktywne, zaburzenia osobowości jakie występują w tej grupie to osobowość antysocjalna i psychopatyczna.

Wnioski

1. Rozpowszechnienie przemocy w bliskich związkach w badanej grupie pacjentek wynosiło 41% w ciągu całego życia, a w ciągu ostatniego roku – 26,5%.
2. Badane kobiety jako sprawcę przemocy najczęściej wskazywały męża – 81,8% lub byłego męża – 11,4%, ze strony partnera w związku nieformalnym przemocy doznało natomiast niecałe 7% respondentek.
3. Większość sprawców przemocy -65,8% pracowało zawodowo, przy czym część z nich-48,4% miała problemy finansowe.
4. Obserwowano wysoki odsetek występowania w grupie sprawców przemocy: padaczki - 12,1%, urazów głowy-25,9%, nadużywania alkoholu-80%, karalności-19,3%

Referencje

1. Heise L, Garcia-Moreno C. Violence by intimate partners, [in:] Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. (eds). World report on violence and health. World Health Organization, Geneva 2002; 89–121.

2. Watts C, Zimmerman C. Violence against women: global scope and magnitude. *Lancet*, 2002; 359: 1232–1237.
3. Devries KM, Mak JYT, García-Moreno C, Petzold M, Child JC, Falder G, Lim S, Bacchus LJ, Engell RE, Rosenfeld L, Pallitto C, Vos T, Abrahams N, Watts CH. The global prevalence of intimate partner violence against women. *Science*, 2013; 340(6140): 1527–1528.
4. http://www.pap.pl/palio/html.run?_Instance=cms_www.pap.pl&_PageID=1&s=infopakiet&dz=kraj&idNewsComp=177439&filename=&idnews=180750&data=&status=biezace&_Checksum=2057649506 (stan z dnia 15.12.2014)
5. Rada Europy (stan z: 10.06.2014): <http://www.coe.int/t/dg2/equality/DOMESTICVIOLENCECAMPAIGN>
6. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie. Dz.U. 2005 nr 180 poz. 1493. Tekst jednolity (stan z dnia 15.12.2014) <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20051801493>
7. Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej Dz.U. 2011 nr 149 poz. 887 (stan z dnia 15.12.2014) <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU2011490887>
8. Gondolf EW. Who are those guys? Toward a behavioral typology of batterers. *Violence and Victims*, 1988; 3(3): 187–203.
9. Gottman JM, Jacobson NS, Rushe RH, Shortt JW. The relationship between heart rate reactivity, emotionally aggressive behavior, and general violence in batterers. *Journal of Family Psychology*, 1995; 9(3): 227–248.
10. Browne K, Herbert M. Zapobieganie przemocy w rodzinie. PARPA, Warszawa 1999.
11. Pilszyk A. Obraz psychopatologiczny sprawcy przemocy w rodzinie. *Psychiatria Polska*, 2007, 41(6): 827–836.
12. Pospiszyl I. Przemoc w rodzinie. WSiP, Warszawa 1994.
13. Stodulska-Blaszke A, Wójcicka A. Sprawcy przemocy domowej – dlaczego stosują przemoc? Próba wyjaśnienia zjawiska. *Badania pilotażowe. Current Problems of Psychiatry*, 2010; 11(4): 346–349.
14. Stodulska-Blaszke A, Wójcicka A. Agresja sprawcy i ofiary przemocy w rodzinie. *Current Problems of Psychiatry*, 2011; 12(3): 310–313.
15. Tucholska S. Charakterystyka sprawców przemocy domowej. *Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze*, 2002; 1: 34–38.
16. Stith SM, Smith DB, Penn CE, Ward DB, Tritt D. Intimate partner physical abuse perpetration and victimization risk factors: a meta-analytic review. *Aggression and Violent Behavior*, 2004; 10(1): 65–98.
17. Mazur J. Przemoc w rodzinie. Teoria i rzeczywistość. Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2002.
18. Kuna-Broniowska A, Łysenko O. Z teki pracownika socjalnego. *Przemoc w rodzinie w świetle danych pomocy społecznej. Niebieska Linia*, 2003; 4: 27.
19. Marzec-Holka K. Przemoc seksualna wobec dziecka. WSP; Bydgoszcz 1999.
20. Norlander B, Eckhardt C. Anger, hostility, and male perpetrators of intimate partner violence: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 2005; 25(2): 119–152.
21. Dymowska M. Przemoc fizyczna wobec dziecka w rodzinie. *Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze*, 1997; 10: 6–10.
22. Rodriguez E, Lasch KE, Chandra P, Lee J. Family violence, employment status, welfare benefits, and alcohol drinking in the United States: what is the relation? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2001; 55(3): 172–178.
23. Abramsky T, Watts CH, Garcia-Moreno C, Devries K, Kiss L, Ellsberg M, Jansen HAFM, Heise L. What factors are associated with recent intimate partner violence? findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence *BMC Public Health*, 2011; 11: 109.
24. Devries KM, Child JC, Bacchus LJ, Mak J, Falder G, Graham K, Watts C., Heise L. Intimate partner violence victimization and alcohol consumption in women: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 2014; 109: 379–391.
25. Lipowska-Teutsch A. Wychować wyleczyć wyzwolić. PARPA, Warszawa 1998.
26. Matejewska H., Raport o rozpoznanych zjawiskach patologii społecznej, przestępczości i demoralizacji nieletnich w 2002 r. Centrum Szkolenia Policji, Warszawa 2003.
27. Roberts AR. Substance abuse among men who batter their mates: The dangerous mix. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 1988; 5(2): 83–87.
28. Conner KR, Ackerley GD. Alcohol-related battering: Developing treatment strategies. *Journal of Family Violence*, 1994; 9(2): 143–155.
29. Gelles RJ. *The Violent Home: A Study of Physical Aggression Between Husbands and Wives*. Sage Publications, Beverly Hills, CA. 1972.
30. Richardson DC, Campbell JL. Alcohol and wife abuse. The Effect of alcohol on attributions of blame for wife abuse. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 1980; 6(1): 51–56.
31. Nikodemka S. W świetle badań empirycznych. *Świat Problemów*, 2000; 93(10): 4–11.
32. Coleman DH., Straus MA. Alcohol abuse and family violence, [in:] E. Gottheil, K.A. Druley, T.E., Skoloda, and H.M. Waxman (eds.) *Alcohol, Drug Abuse and Aggression*. Charles C. Thomas, Springfield IL 1983; 104–124.
33. Heyman RE, O'Leary KD, Jouriles EN. Alcohol and aggressive personality styles: Potentiators of serious physical aggression against wives? *Journal of Family Psychology*, 1995; 9(1): 44–57.
34. Cunradi CB. Substance Abuse in Intimate Partner Violence, [in:] Mitchell C. and Anglin D. (eds.) *Intimate Partner Violence: A Health-Based Perspective*. Oxford University Press, New York 2009; 173–182.
35. Kantor GK, Straus MA. The "drunken bum" theory of wife beating. *Social Problems*, 1987; 34(3), 213–231.
36. Warnken WJ, Rosenbaum A, Fletcher KE, Head-injured males: a population at risk for relationship aggression? *Violence Vict*, 1994; 9: 153–166.
37. Rosenbaum A, Hoge SK. Head injury and marital aggression. *American Journal of Psychiatry*. 1989; 146(8): 1048–1051.
38. Rosenbaum A, Hoge SK, Adelman SA, Warnken WJ, Fletcher KE, Kane RL. Head injury in partner-abusive men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1994; 62(6):1187–1193.
39. Karakuła-Juchnowicz H, Łukasik P, Polska adaptacja i walidacja Skali Doświadczeń Maltretowanych Kobiet (Women's Experience with Battering Scale –WEB scale) *Curr Probl Psychiatry* 2013; 14(4):201-205
40. Ellison CG, Trinitapoli JA, Anderson KL, Johnson BR. Race/ethnicity, religious involvement, and domestic violence. *Violence against Women*, 2007; 13(11): 1094–1112
41. Caetano R, Vaeth PAC, Ramisetty-Mikler S. Intimate partner violence victim and perpetrator characteristics among couples in the United States. *Journal of Family Violence*, 2008; 23(6): 507–518.
42. Pinto LA, Sullivan EL, Rosenbaum A, Wyngarden N, Umhau JC, Miller MW, Taft CT. Biological correlates of intimate partner violence perpetration. *Aggression and Violent Behavior* 2010; 15(5): 387–398.
43. Jędrzejczak J, Padaczka –współczesne zasady diagnostyki i leczenia, *Przewodnik Lekarza* 2002,5,9, 26-32

44. Bazil CW, Pedley TA, Padaczka [w:] Neurologia Merritta Tom III. (red. wyd. pol. H. Kwieciński i AM. Kamińska). Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2012; 1206.
45. Grabowska-Grzyb A, Zaburzenia psychiczne w padaczce Polski Przegląd Neurologiczny 2005, tom 1, 2, 53–59
46. Holtzworth-Munroe A, Stuart GL. Typologies of male batterers: three subtypes and the differences among them. Psychological Bulletin, 1994; 116(3): 476–497.

Correspondence address

Paulina Łukasik
Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Psychiatryczny
w Radecznicy
ul. Klasztorna 4, 22-463 Radecznica
Tel. 84 681 80 20