

Związki między przemocą małżeńską i krzywdzeniem dzieci, a terapia sprawców przemocy domowej

Browne, Kevin D.; Dixon, Louise

Published in:
Dziecko Krzywdzone

Publication date:
2003

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in ResearchOnline](#)

Citation for published version (Harvard):
Browne, KD & Dixon, L 2003, 'Związki między przemocą małżeńską i krzywdzeniem dzieci, a terapia sprawców przemocy domowej', *Dziecko Krzywdzone*, vol. 2, no. 4, pp. 6-22.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please view our takedown policy at <https://edshare.gcu.ac.uk/id/eprint/5179> for details of how to contact us.

Kevin D. Browne

Louise Dixon

Ośrodek Psychologii Sądowej i Rodzinnej
Uniwersytet w Birmingham

Związki między przemocą małżeńską i krzywdzeniem dzieci, a terapia sprawców przemocy domowej

W artykule przedstawione zostały związki pomiędzy występowaniem w rodzinie różnych form przemocy pomiędzy rodzicami a krzywdzeniem dzieci. Głównym celem autorów jest prezentacja empirycznie ustalonych typologii rodzin przemocowych. Zidentyfikowanie wzorca przemocy w rodzinie ma istotne znaczenie zarówno dla diagnozy, jak i dla strategii terapii sprawcy. Omówione zostały różne modele terapii sprawców oraz ich zalety i dysfunkcje. Autorzy koncentrują się na prezentacji brytyjskiego projektu przeciwdziałania przemocy domowej West Midlands Domestic Violence Project (DVP), w ramach którego rodzinom dotkniętym przemocą domową oferuje się szeroki wachlarz świadczeń i usług, oparty na programie terapii grupowej sprawców.

Wstęp

W ciągu ostatnich dwudziestu lat wielokrotnie dyskutowano nad sposobami rozwiązywania problemów przemocy domowej i krzywdzenia dzieci (Edleson i in. 1996; Peled i in. 1995). W opracowaniach dotyczących przyczyn agresji w rodzinie ujawniała się rosnąca świadomość faktu, że wszystkie formy przemocy domowej i krzywdzenia dzieci w znacznym stopniu zachodzą na siebie, ponieważ oba zjawiska są następstwem zubożonych więzi rodzinnych (Browne 1995; Browne, Herbert 1997). Niemniej jednak przemoc domowa dopiero od niedawna jest uznawana za problem wymagający rozwiązania w ramach systemu ochrony zdrowia publicznego (British Medical Association 1998; Gondolf 1998, WHO 2002).

W każdej społeczności przemoc domowa i krzywdzenie dzieci występują w kontekście złożonych interakcji czynników instytucjonalnych, społecznych i indywidualnych

(Peled i in. 1995). Dlatego też skuteczność działań interwencyjnych zależy od współpracy na wszystkich poziomach między systemami opieki zdrowotnej, pomocy społecznej, oświaty i wymiaru sprawiedliwości (Office of the Tanaiste 1997; WHO 1998). Ta współpraca opiera się na wartościach wspólnych dla całej społeczności, takich jak:

- każdy człowiek ma prawo żyć w bezpiecznym środowisku;
- wszelkie formy przemocy są niedopuszczalne;
- sprawcy przemocy domowej muszą ponosić odpowiedzialność za swoje czyny.

Wiele definicji przemocy domowej opracowano dla potrzeb różnych sektorów (np. prawnego, medycznego, opieki społecznej czy oświaty). Mimo że nie powstała dotąd wspólna definicja stanowiąca kompromis między różnymi podejściami i punktami

widzenia, większość definicji odnosi się do szkód fizycznych, psychicznych i seksualnych poniesionych przez ofiarę, podobnie jak w wypadku definicji krzywdzenia dzieci (zob. tab. 1). Ponieważ aktów przemocy domowej dokonują przede

wszystkim – chociaż nie tylko – mężczyźni, a ich ofiarami są kobiety (Browne 1989; Browne, Herbert 1997; Dobash, Dobash 1998; Renzetti i in. 2001), sprawców opisuje się zwykle jako partnerów i mężów lub byłych partnerów i mężów.

Tabela 1. Rodzaje przemocy domowej i krzywdzenia dzieci

Rodzaj przemocy	Przemoc fizyczna	Przemoc psychologiczna	Przemoc seksualna
Czynne krzywdzenie	Nieprzypadkowe urazy	Zastraszanie	Kazirodztwo
	Zmuszanie i zakazywanie przy użyciu siły	Krzywdzenie emocjonalne Wykorzystywanie w sferze materialnej	Napaść seksualna i gwałt
Bierne zaniedbywanie	Niewłaściwa opieka zdrowotna	Brak czułości	Niezapewnianie ochrony
	Zaniedbywanie fizyczne	Zaniedbywanie emocjonalne Zaniedbywanie materialne	Prostytucja

Skala zjawiska przemocy domowej

Wyniki przeprowadzonego w Wielkiej Brytanii badania ankietowego dotyczące przestępczości (Mirrlees-Black 1999) wskazują, że 23% kobiet i 15% mężczyzn w wieku od 16 do 59 lat twierdzi, iż przynajmniej trzykrotnie padło ofiarą agresywnej napaści. Oszacowano, że w 1995 r. w Wielkiej Brytanii doszło do 6,6 mln aktów przemocy domowej, a w 2,9 mln takich wypadków ofiara doznała obrażeń fizycznych. Chociaż zgromadzone dane dowodzą interakcyjnej natury aktów przemocy małżeńskiej, występujących w ramach opartych na przymusie relacji rodzinnych (zob. Frude 1991, 1994; Browne, Herbert 1997), większość badaczy zgadza się co do tego, że *kiedy mężczyzna bije kobietę, a kobieta mężczyznę – rzeczywistą ofiarą jest niemal na pewno kobieta* (Gelles 1981, s. 128).

Uważa się, że zabójstwa w rodzinie są zwykle następstwem długoletniej, nara-

stającej przemocy, która doprowadza w końcu do tego, że mężczyzna zabija żonę, albo żona „bierze wreszcie odwet” lub „broni się” po latach cierpień (Browne 1987). W latach 1983–1990 około jedną piątą wszystkich ofiar zabójstw stanowiły kobiety, które zginęły z ręki aktualnych lub byłych partnerów życiowych. Stanowiły one od 42% do 49% wszystkich zamordowanych kobiet. Dla odróżnienia, tylko 7% do 11% wszystkich zamordowanych mężczyzn zginęło z ręki swych partnerek (Morley, Mullender 1994). W wypadku około jednej trzeciej zabójstw rodzinnych para nie żyła już razem w momencie popełnienia zbrodni. Dzieci, które są świadkami takich zdarzeń, wymagają specjalistycznej pomocy psychiatrycznej (Harris-Hendricks i in. 1993).

Wyniki badań przeprowadzonych niedawno w Wielkiej Brytanii wskazują, że

z rąk partnerów giną tygodniowo dwie kobiety (George 1998, s. 22). Z tych samych badań wynika, że *codziennie 10% kobiet pada ofiarą przemocy domowej, a ów problem dotyka w którymś momencie życia jedną na cztery kobiety*. Dalsze badania ujawniły, że ponad połowa kobiet do-

świadczą w którymś ze swoich dotychczasowych związków przemocy psychicznej, a jedna trzecia przynajmniej raz padła ofiarą na tyle poważnej przemocy fizycznej lub seksualnej, że trzeba jej było udzielić pomocy lekarskiej (Mooney 1993; Stanko 1998).

Koszty przemocy domowej

Badanie przeprowadzone w 1996 r. przez australijski Urząd Statystyczny wykazało, że 23% kobiet, które były kiedykolwiek zamężne albo żyły w stałym związku partnerskim, doświadczyło w trakcie tego związku przemocy (fizycznej) ze strony partnera. Koszty przemocy domowej w Nowej Południowej Walii oszacowano na 1,5 mln dol. australijskich (Shaw i in. 1996).

Przed ponad dziesięcioma laty Gelles (1987) przedstawił wyniki amerykańskiego sondażu na temat przestępczości, szacując, że 192 tys. aktów przemocy w rodzinie doprowadziło do: 21 tys. przypadków hospitalizacji, 99,8 tys. dni spędzonych w szpitalu, 28,7 tys. wizyt lekarzy pogotowia, 39 tys. wizyt lekarzy ogólnych.

Z perspektywy ofiar koszty ekonomiczne przemocy domowej wyniosły w sumie 175,5 tys. dni nieobecności w pracy, wiążącej się z utratą wynagrodzenia. Jeśli chodzi o koszty ekonomiczne poniesione przez społeczeństwo jako całość, wydano 44 mln dol. na niezbędną pomoc medyczną dla ofiar przemocy w rodzinie. Wydaje się więc, że nie tylko względy humanitarne,

ale także rachunek ekonomiczny uzasadniają przeznaczanie znacznych środków na zapobieganie przemocy domowej.

Badania nad przemocą domową wykazują, że wiele instytucji rządowych i organizacji pozarządowych przeznacza wiele czasu i znaczne środki na radzenie sobie ze skutkami przemocy. Rzeczywiście, przemoc w rodzinie prowadzi do poważnych następstw psychicznych i emocjonalnych zarówno u sprawców, jak i u ofiar. Stanowią one niemałe, długoterminowe wyzwanie dla służb pomocy społecznej, opieki zdrowotnej itp. U dzieci, które bywają świadkami kłótni i bójek rodziców, obserwuje się zaburzenia zdrowotne i rozwojowe oraz niekorzystne skutki psychiczne i emocjonalne. Te okoliczności umykają zwykle uwadze instytucji opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, być może z wyjątkiem problemów związanych z zaburzeniami zachowania w środowisku szkolnym (Browne, Herbert 1997; Falshaw i in. 1996). Niestety, w znacznej części rodzin, w których dochodzi do aktów przemocy, ojciec używa jej zarówno wobec matki, jak i wobec dzieci.

Związki między przemocą małżeńską a krzywdzeniem dzieci

Szacuje się, że 3,3 mln amerykańskich dzieci dorasta w rodzinach, w których używa się przemocy (Carlson 1984). Dzieci są także świadkami przynajmniej dwóch trzecich aktów przemocy męża wobec żony (Pahl 1985). Ponadto – jak wynika z badań

przeprowadzonych wśród mieszkanki brytyjskich schronisk dla kobiet krzywdzonych – cztery na pięć maltretowanych kobiet przypominają sobie, że w dzieciństwie same były świadkami aktów przemocy ojca wobec matki (Gayford 1975).

Niezależnie od tego, czy dzieci same padają ofiarą agresji, obserwowanie aktów przemocy w rodzinie można uznać za rodzaj krzywdzenia emocjonalnego, które wywiera istotny wpływ na rozwój dzieci i ich postawy wobec związków społecznych (Carroll 1994). Badania dowodzą, że dziecięce doświadczenie bycia świadkiem przemocy wobec matki może prowadzić do zaburzeń behawioralnych i osobowościowych (Jouriles i in. 1989; Grych, Fincham 1990).

Straus, Gelles i Steinmetz (1988) szacują, że w 40% rodzin, w których mężowie biją żony, stosuje się także przemoc (fizyczną i seksualną) wobec dzieci. Te dane są porównywalne z wynikami badania Walker (1984), która zaobserwowała krzywdzenie dzieci w 53% rodzin dotkniętych problemem przemocy małżeńskiej.

Badając ów problem z drugiej strony Browne i Saqi (1988) odkryli, że przemoc małżeńska występuje w 52% rodzin, w któ-

Wyniki wielu badań potwierdzają istnienie ścisłego związku między przemocą małżeńską a krzywdzeniem dzieci, przy czym krzywdzenie i zaniedbywanie dzieci występuje w około połowie rodzin, w których dochodzi do aktów przemocy między rodzicami.

W swojej książce *Children of Battered Women (Dzieci bitych kobiet)* Jaffe i inni badacze (1990) wyjaśniają, że przyglądając się aktom przemocy między rodzicami chłopcy i dziewczęta uczą się, iż przemoc jest dopuszczalnym sposobem rozwiązywania konfliktów z partnerem. Dowiadują się także, w jaki sposób można krzywdzić innych i w jakim stopniu mężczyźni mogą posługiwać się agresją i strachem, aby zyskać władzę nad pozostałymi członkami rodziny. Te „lekcje” prowadzą do zmian w zachowaniu dziecka. Warto jednak pamiętać, że wiele dzieci pada ofiarą przemocy fizycznej i seksualnej w takim samym stopniu, jak ich matki.

W literaturze przedmiotu od ponad dwudziestu lat pojawiają się doniesienia o istnieniu związku między przemocą małżeńską a przemocą fizyczną wobec dzieci (Browne 1993; Gayford 1975; Merrick, Michelsen 1985; Milner, Gold 1986), a także między przemocą małżeńską a wykorzystywaniem seksualnym dzieci (Dietz, Craft 1980; Goddard, Hiller 1993; Stanley, Goddard 1993). Wyniki wielu badań potwierdzają istnienie ścisłego związku między przemocą małżeńską a krzywdzeniem dzieci, przy czym krzywdzenie i zaniedbywanie dzieci występuje w około połowie rodzin, w których dochodzi do aktów przemocy między rodzicami. Na przykład

rych pracownicy służby zdrowia lub pomocy społecznej odkryli zjawisko krzywdzenia i zaniedbywania dzieci. Dziesięć lat później Browne i Hamilton (1999) potwierdzili – na podstawie analizy akt policyjnych – że oba zjawiska pokrywają się w 46%. Dotychczas nie zdawano sobie jednak w pełni sprawy z implikacji tych odkryć dla działań służących ochronie dzieci i opiece nad nimi (Peled i in. 1995; Schechter, Edleson 1995).

W rodzinach dotkniętych zarówno przemocą małżeńską, jak i krzywdzeniem dzieci przemoc przyjmuje bardziej gwałtowne formy, a najważniejszymi czynnikami ryzyka są, jak się wydaje, problemy psychiczne, alkoholizm i narkomania (Browne, Hamilton 1999). Amerykańskie badania nad bitymi kobietami ujawniają zwykle, że 60% ich partnerów jest uzależnionych od alkoholu, 21% – od narkotyków (Roberts 1987), a większość kobiet padających ofiarą przemocy cierpi wskutek tego na zaburzenia zdrowia psychicznego (Stark, Flitcraft 1996). Według niektórych autorów są to główne przyczyny przemocy w rodzinie (Pernanen 1991). Wydaje się jednak bardziej prawdopodobne, że uzależnienie od alkoholu lub narkotyków zwalnia mężczyznę z odpowiedzialności za własne zachowania i daje żonie pretekst do pozostawania w dotkniętym przemocą

związku w nadziei, że pewnego dnia mąż zapanuje nad nałogiem, a tym samym przestanie zachowywać się agresywnie wobec niej i dzieci.

Wydaje się, że alkohol i narkotyki rzeczywiście nasilają już istniejące problemy emocjonalne, co zwiększa prawdopodobieństwo używania przemocy. Jednakże ludzie, którzy nadużywają narkotyków i alkoholu, przyznają zwykle, że zdarza im się stosować przemoc wobec zależnych od siebie osób także wtedy, kiedy nie są pod wpływem substancji odurzających (Sonkin in. 1985). Potwierdza to słuszność poglądu, że zaburzenia psychiczne oraz uzależnienie od alkoholu i narkotyków nie są przyczynami przemocy w rodzinie, ale raczej okolicznościami, które z nią współwystępują, podobnie jak wiele innych czynników. Często jednak wykorzystuje się je jako usprawiedliwienie zachowań agresywnych – w wymiarze osobistym, społecznym i prawnym.

Aspekty prawne

Dzieci, w tym także dzieci nienarodzone, trafiają czasami pod opiekę państwa – z zamiarem umieszczenia ich w rodzinie zastępczej lub adopcyjnej – na mocy argumentu, że ich matki nie chronią ich przed zagrożeniami (Hilton 1993). Twierdzi się, że matka naraża dziecko na niebezpieczeństwo, pozostając w związku ze sprawcą przemocy i/lub przestępcą seksualnym. Jednak w takiej sytuacji matka często sama jest ofiarą przemocy fizycznej bądź seksualnej (której sprawcą jest ten sam mężczyzna), więc nie jest w stanie chronić swojego nienarodzonego lub nowo narodzonego dziecka (dzieci).

Jednym z wyzwań, przed którymi stoją sądy w wypadku spraw o pozbawienie władzy rodzicielskiej, jest konieczność zdecydowania, czy w najlepiej pojętym interesie dzieci leży rozdzielenie ich z matką (na stałe lub tymczasowo), mimo że poszukuje ona pomocy terapeutycznej w związku

Działania interwencyjne mające na celu ochronę kobiet i dzieci muszą się najpierw koncentrować na owych związanych z przemocą czynnikach, ponieważ interwencyjne programy społeczne są zwykle nieskuteczne w wypadku jednostek uzależnionych od alkoholu i narkotyków lub cierpiących na zaburzenia psychiczne. W takich wypadkach konieczna jest interdyscyplinarna współpraca służby zdrowia i instytucji pomocy społecznej, zwłaszcza w zakresie diagnozowania sytuacji rodzinnej i oceny zagrożeń, na jakie jest narażone dziecko. Jest to szczególnie ważne w okresie ciąży, bo przemoc wobec ciężarnej kobiety może mieć niebezpieczne następstwa dla jej nienarodzonego dziecka (McFarlane 1991; Newberger i in. 1992). Przeprowadzone przez Helton (1986) badanie, w którym uczestniczyło 290 kobiet w ciąży, ujawniło, że 15,2% z nich było maltretowanych przed zajściem w ciążę, a 8,3% – w jej trakcie.

z doznawaną przemocą, problemami psychicznymi i niską samooceną. Czasami decyzja sądu zależy od tego, jak szybko terapia zaczyna przynosić pożądane skutki, a matka wykazuje się zdolnością do zapewnienia dziecku (dzieciom) odpowiedniej ochrony i opieki rodzicielskiej. Dzieje się tak ze względu na konieczność jak najszybszego zapewnienia dziecku (dzieciom) stabilnego i sprzyjającego rozwojowi środowiska. Za szczególnie pilne uważa się przypadki małych dzieci, mając na uwadze ich potrzeby rozwojowe. Zdarza się, że matki, które cierpią na zaburzenia psychiczne i mają problemy z uzależnieniami (często wskutek doznanej przemocy domowej), nie są w stanie odzyskać zdrowia w wystarczająco krótkim czasie, aby uchronić swoje dzieci przed zaburzeniami rozwoju (zob. Glaser, Prior 2002).

Prawo brytyjskie może wymagać sfinansowania, przygotowania i przeprowadzenia

takiej diagnozy w odniesieniu do sprawcy przemocy, jego ofiar albo całej rodziny (tzw. *assessment orders*). Nie istnieją jednak przepisy prawne dotyczące terapii (*treatment orders*), a zatem ojcowie-sprawcy przemocy i krzywdzone matki mogą rozpocząć terapię tylko dobrowolnie (jeśli takie świadczenia są dostępne), często na własny koszt. Jedynie ci sprawcy, których sąd skazał za przestępstwo z użyciem przemocy, mogą zostać skierowani na przymusową terapię albo poddać się dobrowolnemu leczeniu w więzieniu.

W konsekwencji większość sprawców przemocy domowej nie otrzymuje żadnej pomocy terapeutycznej, ponieważ rzadko bywają uznani za winnych „ponad wszelką wątpliwość”. Znacznie częściej to dzieci trafiają pod opiekę państwa na podstawie „bilansu prawdopodobieństwa”, bo znacznie łatwiej jest dowieść winę podejrzanego na tym poziomie. Sprawca przemocy często zakłada nową rodzinę i nadal uprawia swój proceder, a czasami powraca, aby ponow-

nie krzywdzić swych dawnych bliskich. Od strony prawnej to przede wszystkim ofiary, a nie sprawca dźwigają ciężar przemocy domowej, a matka nierzadko traci dzieci, chociaż nigdy nie wyrządziła im krzywdy (Buzawa, Buzawa 1996a).

Bardzo istotne jest więc ustalenie, czy oboje rodzice stanowią dla dziecka (dzieci) zagrożenie, czy może tylko jedno z nich (zazwyczaj ojciec). Niestety, nie opracowano dotąd wyczerpującej typologii rodzin w odniesieniu do ryzyka przemocy domowej, wskutek czego nie powstały strategie diagnozy i terapii, które umożliwiałyby rozwiązywanie tego problemu na bardziej holistycznym poziomie systemu rodzinnego (zob. Dixon, Browne 2002). Z pewnością konieczne jest przyjęcie szerszej perspektywy w postępowaniu prawnym i ustalenie (w każdym rozstrzyganym przypadku), czy matka chce się rozstać ze swoim stosującym przemoc partnerem. Dopiero wtedy będzie można ocenić, jakie rozwiązanie leży w najlepiej pojętym interesie dzieci.

Typologie rodzin w odniesieniu do zjawiska przemocy domowej

Badania typologiczne bywają krytykowane za to, że koncentrują się na sprawcy, nie uwzględniając innych czynników, takich jak kontekst czy zachowanie ofiary. W literaturze odnajdujemy przede wszystkim klasyfikacje mężczyzn – sprawców przemocy domowej, oparte na indywidualnej charakterystyce sprawcy, na przykład na cechach jego osobowości, zaburzeniach psychopatologicznych czy wzorcu reakcji fizjologicznych. Jednakże, jak twierdzi wielu badaczy, agresja w rodzinie jest skutkiem interakcji między osobą a środowiskiem (Frude 1991; Browne, Herbert 1997). Dlatego użyteczna może się okazać bardziej holistyczna typologia skoncentrowana na rodzinie, oparta na interpersonalnej charakterystyce sprawcy i ofiary oraz uwzględniająca czynniki sytuacyjne, które wywołały akt przemocy. Wyniki badań sugerują, że sprawcy prze-

mocy domowej nie stanowią jednorodnej grupy. Holtzworth-Munroe i Stuart (1994) wymieniają trzy typy mężczyzn – sprawców przemocy w rodzinie: mężczyzna agresywny tylko wobec członków rodziny, mężczyzna ogólnie agresywny/antyspołeczny oraz mężczyzna z zaburzeniami dysforycznymi/zaburzeniami osobowości typu *borderline*. Przegląd dziewięciu badań empirycznych (Dixon, Browne 2002) wykazuje, że odsetki mężczyzn reprezentujących te trzy typy wynoszą odpowiednio 50%, 30% i 20%.

Bartholomew, Henderson i Dutton (2001) twierdzą, że przemoc w związku intymnym należy rozpatrywać w kontekście diadycznym, uwzględniając obie osoby i relacje między nimi. Bartholomew i inni badacze (2001) opisują rozmaite wzorce przemocy między partnerami (przemoc wzajemna, jednostronna itd.), uzależnione

od charakterystycznych dla każdego z nich i wchodzących ze sobą w interakcje stylów przywiązania. Biorąc po uwagę silne związki między różnymi formami przemocy w rodzinie – a zwłaszcza przemocą małżeńską i krzywdzeniem dzieci – należy brać pod uwagę typologie rodzin (a nie jednostek). Wzorce przemocy w rodzinie mają istotne znaczenie zarówno dla diagnozy, jak i dla terapii, konieczne jest zatem opracowanie typologii rodzin, w których używa się przemocy.

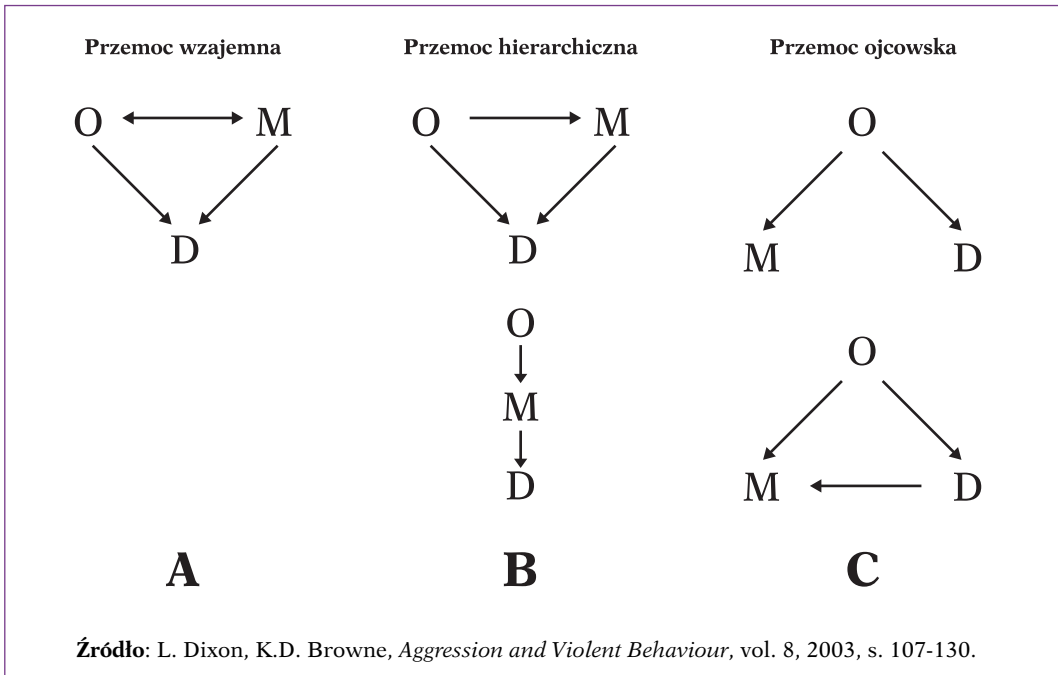
Przyjmując podejście skoncentrowane na systemie rodzinnym, pewne powszechne wzorce przemocy obserwowane w rodzinach można zaliczyć do szerokich kategorii przemocy wzajemnej, przemocy hierarchicznej i przemocy ojcowskiej (zob. wykres 1 – Dixon, Browne 2002).

Przemoc wzajemna – mamy z nią do czynienia wtedy, kiedy matka reaguje agresją na przemoc używaną przez ojca. Kiedy takie sceny rozgrywają się w obecności dzieci, oboje rodzice mogą zachowywać się wobec nich agresywnie, a nawet jeśli tego nie

robią, dzieci mogą ponosić poważne szkody emocjonalne wskutek samego przyglądania się wzajemnej przemocy rodziców (zob. wykres 1A). Z perspektywy terapeutycznej w takich rodzinach oboje rodzice mogą być postrzegani jako sprawcy krzywdzenia.

Przemoc hierarchiczna – chodzi tu o układ hierarchiczny, w którym ojciec używa przemocy wobec matki, a matka jest agresywna wobec dzieci, ale nie odpowiada przemocą na agresję ojca. W niektórych wypadkach ojciec może także stosować przemoc wobec dzieci (zob. wykres 1B). Z perspektywy działań interwencyjnych, to ojciec jest głównym sprawcą przemocy, a matkę można uznać zarówno za jej ofiarę, jak i sprawczynię.

Przemoc ojcowska – mamy z nią do czynienia w sytuacji, kiedy ojciec uważa matkę za jedną z zależnych od siebie osób, przyznając jej równie niski status rodzinny jak dzieciom. Co więcej, dzieci mogą postrzegać matkę jako równie bezsilną jak one, a w niektórych wypadkach stają się wobec niej agresywne (zob. wykres 1C).



Wykres 1. Wzorce krzywdzenia w rodzinach dotkniętych przemocą domową

W takich rodzinach matka bardzo potrzebuje wsparcia i powinna być traktowana jako ofiara; ojciec jest głównym sprawcą przemocy.

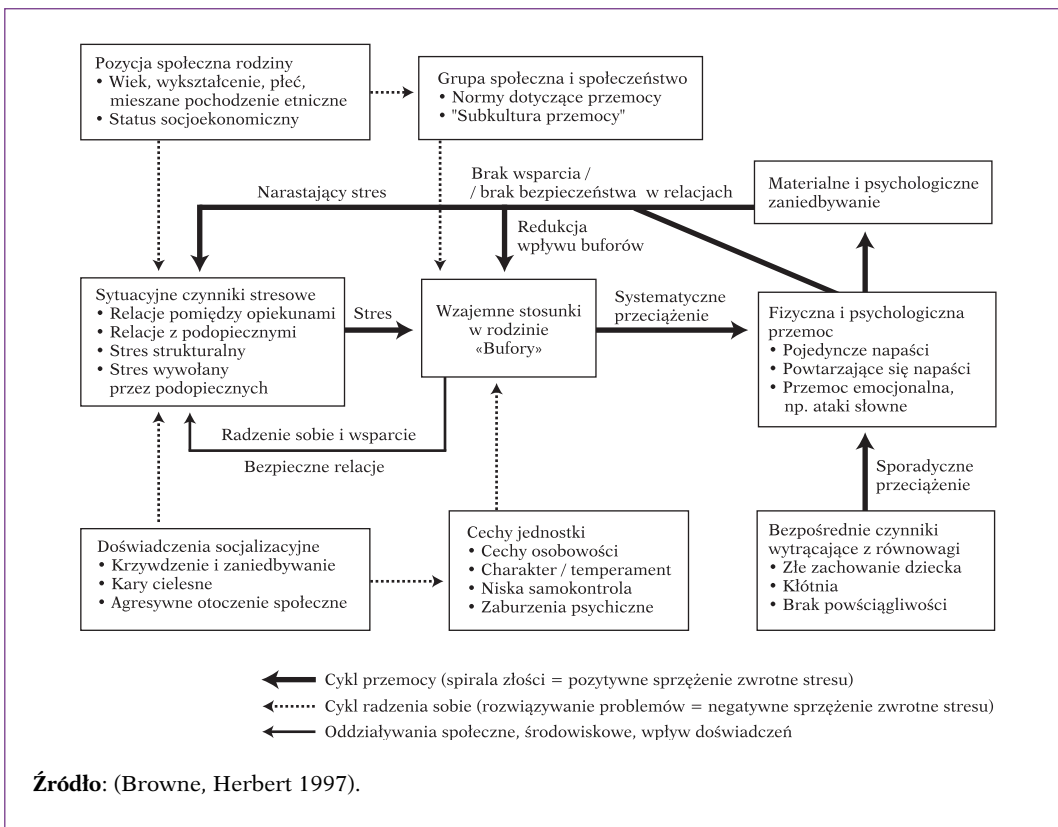
We wszystkich tych sytuacjach dzieciom należy udzielić wsparcia i traktować je jako ofiary przemocy w rodzinie, niezależnie od tego, czy bezpośrednio doświadczają przemocy fizycznej lub wyko-

rzystywania seksualnego, czy też stają się ofiarami pośrednio – przyglądając się przemocy między rodzicami (Peled, Davis 1995). Dzieci, które nie uzyskują takiej pomocy, z większym prawdopodobieństwem w wieku dorastania i wczesnej dorosłości będą się zachowywały agresywnie zarówno wobec matki, jak i ojca (Browne, Hamilton 1998).

Interwencje w przypadkach przemocy domowej

Badania nad przyczynami przemocy w rodzinie dowodzą, że jest ona następstwem zaburzonych relacji rodzinnych (zob. wykres 2). W tym interakcyjnym ujęciu mniejszy nacisk kładzie się na wewnętrzne problemy jednostek, które prowadzą do wybuchów agresji, takich jak zaburzenia neurologiczne, hormonalne czy psychiczne.

Dlatego też uważa się, że podejmowane przez pracowników służby zdrowia i pomocy społecznej działania interwencyjne ukierunkowane na dotknięte przemocą rodziny i mające na celu wzmocnienie więzi rodzinnych, są bardziej skuteczne w zapobieganiu przemocy niż działania skoncentrowane na psychopatologii jednostek (Cahn 1996).



Wykres. 2. Przyczyny przemocy domowej i krzywdzenia dzieci

Uwzględniając złożoną naturę ludzkiej agresji, a także czynniki, które mogą ją wywoływać lub nasilać, możemy się spodziewać, że próbując modyfikować agresywne zachowania będziemy napotykali pewne oczywiste trudności. Jednak w ostatnich latach znacznie udoskonalono działania interwencyjne ukierunkowane na jednostki stosujące przemoc zarówno w zakresie diagnozy, jak i terapii (Browne, Howells 1996; Watt, Howells 1999). Za najważniejsze uznaje się dziś bezpieczeństwo potencjalnych ofiar przemocy, a diagnoza koncentruje się na czynnikach wywołujących agresywne zachowanie sprawców. W niektórych wypadkach należy także uwzględnić problemy, takie jak choroba psychiczna, zaburzenia psychiczne czy uzależnienie od substancji odurzających (Rosenbaum, O'Leary 1986).

mężczyzn po pewnym czasie rezygnuje z terapii. W takich wypadkach rzadko obserwuje się dalsze postępowanie mężczyzny, więc skutki jego rezygnacji z terapii dla pozostałych członków rodziny pozostają zwykle niezauważone (Edleson, Tolman 1992). Często poddaje się też terapii poszczególnych członków rodziny (tj. mężczyznę, kobietę i dzieci), nie poświęcając dostatecznej uwagi podejściu holistycznemu, uwzględniającemu odmienne potrzeby każdej z tych osób.

Do niedawna pomoc dla kobiet-ofiar przemocy domowej polegała przede wszystkim na usuwaniu bezpośredniego zagrożenia przez umieszczanie bitych kobiet w specjalnych schroniskach, a następnie ułatwianie im wydostania się z opartego na przemocy związku (Buzawa, Buzawa 1996a). Jednak niektóre kobiety postana-

Podjęmowane przez pracowników służby zdrowia i pomocy społecznej działania interwencyjne ukierunkowane na dotknięte przemocą rodziny i mające na celu wzmocnienie więzi rodzinnych są bardziej skuteczne w zapobieganiu przemocy niż działania skoncentrowane na psychopatologii jednostek.

W terapii przemocy małżeńskiej stosuje się rozmaite strategie (Browne, Herbert 1997), jednak większość podejść koncentruje się na następujących aspektach zachowań agresywnych (Goldstein, Keller 1987):

- interpretacja sytuacji jako irytujących lub zagrażających (np. mówienie do siebie),
- strategie i metody rozwiązywania konfliktów,
- przyczyny podwyższonego pobudzenia afektywnego (np. gniew),
- wzorce zaburzonej komunikacji,
- niewłaściwe postępowanie w sytuacjach kryzysowych,
- niewystarczające umiejętności prospołeczne,
- słabo wykształcone wartości prospołeczne.

Sprawcy przemocy często nie chcą jednak uczestniczyć w grupowych spotkaniach terapeutycznych. Liczba sprawców, którzy dobrowolnie biorą udział w takich sesjach, jest zmienna, przy czym znaczny odsetek

wiąją pozostać w związku, postrzegając przemoc jako zaledwie jedno ze stresujących zdarzeń w swoim życiu. Wydaje się więc, że skuteczność programów interwencyjnych opartych na jednym podejściu jest w znacznym stopniu ograniczona (Browne, Herbert 1997).

Realizowany przez organizację Relationships Australia (Shaw i in. 1996) program *Bezpieczeństwo w rodzinie* zaprojektowano jako zintegrowany program zapobiegania przemocy domowej. W ramach tego programu kobiety mogą korzystać z terapii grupowej i indywidualnej, która ma im pomóc w radzeniu sobie z poczuciem osobistej odpowiedzialności i zależności emocjonalnej, a także w rozważeniu możliwości odejścia od używanego przemocy partnera. Mężczyźni mogą dobrowolnie uczestniczyć w programie edukacyjnym, który koncentruje się na zmianie zachowań i postaw. W razie potrzeby korzysta się także z pomocy innych

służb (np. rozwiązywania problemów alkoholowych czy ochrony bezpieczeństwa dzieci). Ocena skuteczności programu prowadzona w ciągu dwunastu miesięcy od jego zakończenia ujawniła, że uczestniczące w nim kobiety częściej występowały o sądowy zakaz używania przemocy albo decydowały się na separację, jeśli partner nadal się jej dopuszczał. Z wyjątkiem dwóch przypadków, partnerki mężczyzn uczestniczących w programie twierdziły, że ich partner przestał używać przemocy fizycznej, chociaż często nadal krzywdził je słownie i emocjonalnie.

Autorzy przeprowadzonego niedawno badania – Dobash, Dobash, Cavanagh i Lewis (1996, 2000) – uzyskali podobne wyniki. Wykazali oni, że jedna trzecia mężczyzn, którzy poddali się terapii, nadal wykazywała skłonność do stosowania przymusu i agresji werbalnej, mimo że przestała używać przemocy fizycznej. To badanie dowodzi jednak, że programy terapeutyczne skuteczniej niż inne formy interwencji karnej przeciwdziałają stosowaniu przemocy fizycznej. Konieczne są dalsze badania, które pozwolą określić charakterystykę mężczyzn odpornych na zmiany, którzy mimo przebytej terapii są skłonni do stosowania przemocy psychologicznej wobec kobiet i dzieci.

W wypadku wielu programów brakuje spójności między procedurą diagnostyczną a strukturą pakietu terapeutycznego. Problemy z definiowaniem celów oraz brak jasnej, opracowanej krok po kroku struktury obniżają wewnętrzną spójność terapii i skuteczność całego programu (zob. Hollin 1995). Trudno jest wówczas badać i wiarygodnie oceniać skuteczność każdego z elementów pakietu terapeutycznego, co może uniemożliwiać empiryczną ewaluację i doskonalenie programu.

Zwiększenie bezpieczeństwa kobiet i dzieci w rodzinie można zagwarantować tylko pod warunkiem, że zgromadzi się jednoznaczne dowody pozytywnych zmian, które zachodzą u mężczyzn uczestniczących w programie terapeutycznym. Wiarygod-

ność i trwałość pozytywnych zmian mają doniosłe znaczenie, a jednak w niewielu programach obserwuje się postępowanie mężczyzn, którzy w przeszłości dopuścili się przemocy domowej po zakończeniu terapii. Działania prowadzone ostatnio w Londynie, Birmingham i Liverpoolu mają na celu opracowanie zintegrowanego, interdyscyplinarnego podejścia do interwencji ukierunkowanych na sprawców przemocy domowej i ich ofiary. Opiera się ono na modelu edukacyjnym „Duluth” i uwzględnia także działania wymiaru sprawiedliwości (George 1998).

Przykład dobrego programu

W ramach brytyjskiego projektu przeciwdziałania przemocy domowej *West Midlands Domestic Violence Project* (DVP) rodzinom dotkniętym przemocą domową oferuje się szeroki wachlarz świadczeń i usług, oparty na programie terapii grupowej sprawców. Dzięki interdyscyplinarnej współpracy wymiar sprawiedliwości identyfikuje rodziny dotknięte przemocą, a sądy są proszone o rozważenie zastosowania wobec sprawców nakazu uczestnictwa w programie terapii grupowej. Celem tego interdyscyplinarnego przedsięwzięcia jest koordynacja – przy pełnej współpracy instytucji wymiaru sprawiedliwości i służby zdrowia – holistycznego podejścia do diagnozy i terapii w przypadkach przemocy domowej. Ofiarom – kobietom i dzieciom – udziela się zatem wsparcia równoległe do pomocy oferowanej mężczyznom – sprawcom przemocy.

Projekt DVP został przygotowany przez kilka brytyjskich instytucji – West Midlands Probation (służbę kuratorską regionu West Midlands), Women’s Aid (organizację pomagającą kobietom), Children’s Society (Towarzystwo Przyjaciół Dzieci), policję i psychologów z Uniwersytetu Birmingham. Projekt ma przede wszystkim na celu:

- a) zwiększenie bezpieczeństwa kobiet i dzieci dotkniętych przemocą domową;
- b) przeciwdziałanie agresywnym zachowaniom mężczyzn przez wzbogacenie dostępnego im repertuaru zachowań;

- c) opracowanie skoordynowanego i spójnego modelu interdyscyplinarnych działań interwencyjnych;
d) ocena skuteczności projektu.

Projekt DVP zapewnia spójność działań terapeutycznych i oferuje sprawcom przemocy dwudziestotygodniowy program terapii grupowej. W ramach tego programu mężczyźni uczestniczą w cotygodniowych 2,5-godzinnych spotkaniach grupowych, przy czym grupy liczą po dziesięciu sprawców. Program ma strukturę modułową, a ujęte w nim zagadnienia uporządkowano w określonej kolejności (zob. tab. 2). Zajęcia są prowadzone przez doświadczonych kuratorów sądowych, którzy odbyli specjalistyczne szkolenie w ramach londyńskiego programu interwencyjnego

– *London Domestic Violence Intervention Project*. Wszystkie spotkania są rejestrowane na kasetach wideo. Każda z grup jest odpowiedzialna za to, by w procesie dyskusji grupowej omówiono wszystkie podstawowe zagadnienia.

Ocena skuteczności programu

Na tydzień przed pierwszym spotkaniem przeprowadza się ocenę członków każdej z grup rozpoczynających terapię. Gromadzi się dane społeczne i demograficzne oraz informacje na temat ich dotychczasowych konfliktów z prawem. Początkowa ocena dotyczy postaw, oczekiwań i samooceny, a także aktualnego poziomu używania przemocy fizycznej, seksualnej i psychologicznej. Przeprowadza się także diagnozę męż-

Tabela 2. Przykładowy podstawowy program terapeutyczny dla sprawców przemocy domowej

Moduł A	Zachowania nieagresywne i niezagrażające: Analiza przyczyn używania przemocy (m.in. odwrócone odgrywanie ról) Rozumienie i powstrzymanie się od stosowania przemocy jako środka kontroli Analiza wpływu przemocy na związki Definicja zastraszania/planowanie rozwiązań wolnych od przemocy
Moduł B	Reakcja społeczności lokalnej na przemoc domową (działania interdyscyplinarne): Sposób przedstawiania przemocy domowej w mediach Społeczne konstrukty płci Opieka zdrowotna i pomoc społeczna Rola policji i służby kuratorskiej Organizacja Women's Aid, schroniska i grupy wsparcia Opowiadania, piosenki i wiersze autorstwa ofiar
Moduł C	Szacunek, zaufanie, wsparcie: Poniżenie Przemoc emocjonalna Zaufanie i wsparcie Budowanie zaufania i wsparcia
Moduł D	Uczciwość, odpowiedzialność, szacunek seksualny: Definicje uczciwości i odpowiedzialności Zaprzeczanie, minimalizowanie i obwinianie Definicje szacunku seksualnego i świadomej zgody na współżycie Analiza przyczyn używania przymusu seksualnego i możliwości zaprzestania takich zachowań
Moduł E	Wpływ przemocy domowej na dzieci: Doświadczenie przemocy domowej przez dzieci Wpływ przemocy domowej na dzieci Siedem faz dzieciństwa a patologiczne uczenie się Odpowiedzialne, spójne rodzicielstwo Umiejętności składające się na pozytywne rodzicielstwo

czyżn przy użyciu narzędzi psychometrycznych służących do pomiaru:

- reakcji na sytuacje wzbudzające gniew (Novaco 1975),
- poziomu wrogości (Buss, Durkee 1957),
- taktyk rozwiązywania konfliktów (Straus 1979),
- ryzyka stosowania przemocy małżeńskiej (O’Leary, Curely 1986).

Partnerki mężczyzn uczestniczących w programie bada się przy użyciu skali przemocy wobec kobiet (*Women Abuse Scale* – Saunders 1992) oraz testu przemocy małżeńskiej (*Index of Spouse Abuse* – Hudson, McIntosh 1981).

Jeśli w rodzinie są dzieci, oboje małżonków bada się za pomocą skali stresu rodzicielskiego (*Parenting Stress Index* – Abidin 1990) oraz inwentarza ryzyka krzywdzenia dzieci (*Child Abuse Potential Inventory* – Milner 1986; Milner, Gold 1986).

Każdy z mężczyzn wypełnia testy psychometryczne indywidualnie, na tydzień przed rozpoczęciem sesji grupowych, a następnie po zakończeniu programu (czyli po upływie 20 tygodni) lub wcześniej, jeśli zrezygnował z terapii w trakcie programu. Przeprowadza się także badania sprawdzające (tzw. *follow-up*) wszystkich mężczyzn, którzy rozpoczęli program terapeutyczny – sześć i (jeśli to możliwe) dwanaście miesięcy po jego zakończeniu.

Ocena skuteczności programu terapii grupowej dla sprawców przemocy jest więc integralną częścią projektu DVP. Zwraca się w niej szczególnie uwagę na zmiany w zakresie:

- agresji fizycznej i słownej,
- zniekształconych przekonań i wyobrażeń dotyczących interakcji rodzinnych,
- opartych na przemocy strategii rozwiązywania konfliktów.

Analiza przyczyn ewentualnej rezygnacji z terapii oraz ocena ryzyka stosowania przemocy dokonywana przed rozpoczęciem dwudziestotygodniowego programu i po jego zakończeniu umożliwia-

ją identyfikację czynników i cech utrudniających lub ułatwiających zachodzenie pozytywnych zmian. Ocenia się również aktualny poziom przemocy emocjonalnej, seksualnej i fizycznej wobec członków rodziny, a także wcześniejsze akty przemocy. Określa się różnice pod względem charakterystyki i postępów terapeutycznych między sprawcami przemocy, którzy jako dzieci sami padli ofiarą krzywdzenia, a tymi, którzy nie mieli podobnych doświadczeń. W ten sposób ocenia się potrzebę przeprowadzenia dodatkowej terapii mężczyzn z negatywnymi doświadczeniami dziecięcymi.

Projekt umożliwia określenie charakterystyki mężczyzn, w wypadku których można oczekiwać największej skuteczności programu terapii grupowej, rozumianej jako ograniczenie liczby zachowań agresywnych. Skuteczność terapii mierzy się, oceniając zarówno sprawców, jak i ofiary przemocy domowej. Używa się przy tym następujących wskaźników:

- ograniczenie liczby aktów przemocy i zachowań agresywnych,
- spadek skłonności do sprawowania władzy nad członkami rodziny przy użyciu siły i środków przymusu,
- lepsze interakcje rodzinne i relacje z pozostałymi członkami rodziny,
- korzystna zmiana postaw związanych z bezpieczeństwem i ogólnym dobrostanem kobiet i dzieci,
- wyższa samoocena i poczucie własnej wartości.

Dzięki takim projektom wzrasta bezpieczeństwo w rodzinach wskutek spadku liczby aktów przemocy w domu rodzinnym. Interdyscyplinarna współpraca w zakresie interwencji w przypadkach przemocy domowej pozwala maksymalnie wykorzystać ograniczone zasoby i minimalizować koszty przemocy w rodzinie.

Działania wymiaru sprawiedliwości

Patrole policji z brytyjskiego regionu West Midlands reagują w wypadku sporów

rodziny z użyciem przemocy w ramach swego zwyczajnego protokołu i oceniają poziom bezpieczeństwa dzieci zamieszkujących patrolowany obszar. Policja sprawdza, czy poszczególne adresy znajdują się w wykazie sporządzonym przez służby ochrony dzieci, aby ustalić, czy mieszkające tam dzieci zostały już uznane za szczególnie narażone na krzywdzenie. Wszystkie przypadki przemocy domowej są zgłaszane służbom pomocy społecznej. Z badań ankietowych prowadzonych wśród ofiar przemocy wynika, że od 14% do 27% aktów przemocy domowej jest zgłaszanych na policji (Dutton 1988; Jones i in. 1986), ale tylko niewielka ich część zostaje odnotowana w aktach policyjnych. Dutton (1987) szacuje jednak, że prawdopodobieństwo wykrycia aktu przemocy wobec żony przez kanadyjski wymiar sprawiedliwości wynosi 6,5%, a w wypadku jego wykrycia prawdopodobieństwo aresztowania sprawcy ocenia się na 21,2%. Całkowite prawdopodobieństwo tego, że sprawca zostanie ukarany przez sąd wynosi więc 0,38%.

W West Midlands przedstawiciel służby kuratorskiej uczestniczy w postępowaniu sądowym przeciwko sprawcy przemocy. Jeśli sprawca przyznaje się do winy, sąd może wymierzyć różne kary, np. kara pozbawienia wolności, nadzór sądowy na określonych warunkach albo przymusowa praca na rzecz społeczności lokalnej. Sąd zostaje powiadomiony o możliwości nakazania sprawcy udziału w programie terapii grupowej dla sprawców przemocy domowej. Sędziego zachęca się też do zapoznania się z uprzednio przygotowanymi sprawozdaniami, ułatwiającymi dokonanie oceny, czy sprawca kwalifikuje się na terapię grupową prowadzo-

ną w społeczności lokalnej. Uważa się, że sprawca kwalifikuje się do uczestnictwa w programie terapii grupowej pod warunkiem, że:

- jego związek z partnerką nie został zerwany,
- nie cierpi na żadną chorobę psychiczną,
- nie jest chemicznie uzależniony od narkotyków ani alkoholu,
- mieszka w danej społeczności na stałe,
- wystarczająco sprawnie posługuje się językiem angielskim.

Jeśli sprawca nie kwalifikuje się do uczestnictwa w programie terapeutycznym, sąd zostaje o tym powiadomiony i wyrok zapada w zwyczajnym trybie. Stosowanie programów terapii grupowej w społecznościach lokalnych uważa się za skuteczniejsze niż ograniczanie się do kary pozbawienia wolności i sądowych zakazów używania przemocy. Takie ograniczone podejścia do przeciwdziałania przemocy w rodzinie okazują się niezbyt skuteczne (zob. Buzawa, Buzawa 1996b; Sherman 1992). Jednakże skuteczność działań opierających się na wynikach postępowania sądowego jest również ograniczona. Statystyki policyjne w West Midlands wykazują, że sprawcy udziela się upomnienia albo wnosi się przeciwko niemu oskarżenie w zaledwie 13% spraw dotyczących krzywdzenia dzieci i 8% przypadków przemocy małżeńskiej. Sprawca został aresztowany w odpowiednio 4% i 16% przypadków, a w zdecydowanej większości przypadków nie podjęto żadnych dalszych działań (odpowiednio 64% i 72%). Dzieje się tak pomimo faktu, że 27% przypadków krzywdzenia i zaniedbywania dzieci oraz 47% przypadków przemocy małżeńskiej zostaje wcześniej zgłoszonych na policję (Browne, Hamilton 1999).

Wnioski

Celem wszystkich tych, którzy pracują ze sprawcami przemocy, powinno być zapobieganie przemocy fizycznej i seksualnej w rodzinach. Oznacza to, że takie osoby

i instytucje powinny być dostępne i dysponować odpowiednimi zasobami, aby pomagać rodzinom borykającym się z poważnymi problemami, zanim dojdzie w nich do aktów

przemocy, krzywdzenia czy zaniedbywania. Nawet w wypadku osób, które w padły w dzieciństwie ofiarą przemocy, prognozy mogą być pomyślne, jeśli podejmie się skuteczne działania interwencyjne i terapeutyczne.

W książce *Preventing Family Violence* (*Zapobieganie przemocy w rodzinie*) Browne i Herbert (1997) przyjmują holistyczne podejście do przemocy domowej. Autorzy zwracają uwagę na fakt, że nie można oceniać skuteczności interwencji wyłącznie na podstawie występowania lub niewystę-

powania aktów przemocy fizycznej, bo z agresją mogą współistnieć, a nawet ją zastępować, inne formy krzywdzenia. Nawet jeśli udzielimy członkom rodziny pomocy w powstrzymaniu się od przemocy fizycznej wobec siebie nawzajem i wobec osób od nich zależnych, emocjonalnie destrukcyjne środowisko, w którym pojawiła się przemoc, może pozostać niezmiennione. Dlatego praca nad relacjami interpersonalnymi ma decydujące znaczenie dla zapobiegania przemocy w rodzinie.

Tłumaczenie: Agnieszka Nowak

Bibliografia

- Bartholomew K., Henderson A.J.Z., Dutton D.G. (2001), *In secure attachment and partner abuse*, w: C. Clulow (red.), *Attachment and Couple Work: Applying the 'Secure Base' Concept in Research and Practice*, Routledge, London.
- British Medical Association (1998), *Domestic violence: a health care issue?*, MBA Science Department and Board of Science and Education, London.
- Browne A. (1987), *When Battered Women Kill*. The Free Press, New York.
- Browne K.D. (1989), *Family violence: Spouse and elder abuse*, w: K. Howells, C. Hollin (red.), *Clinical approaches to violence*, J. Wiley, Chichester, s. 119–154.
- Browne K.D. (1993), *Violence in the Family and its Links to Child Abuse*, „Balliere's Clinical Paediatrics” nr 1 (1), wydanie specjalne dotyczące krzywdzenia dzieci – C. Hobbs i J. Wynne (red.), s. 149–164.
- Browne K.D. (1995), *Alleviating Spouse Relationship Difficulties*, „Counselling Psychology Quarterly” nr 8 (2), s. 109–122.
- Browne K.D., Hamilton C. (1998), *Physical Violence between Young Adults and their Parents: Associations with a History of Child Maltreatment*, „Journal of Family Violence” nr 13 (1), s. 57–79.
- Browne K.D., Hamilton C.E. (1999), *Police Recognition of Links between Spouse Abuse and Child Abuse*, „Child Maltreatment” nr 4 (2), s. 136–147.
- Browne K.D., Herbert M. (1997), *Preventing Family Violence*, J. Wiley, Chichester.
- Browne K.D., Howells K. (1996), *Violent Offenders*, w: C.R. Hollin (red.), *Working with Offenders: Psychological Practice in Offender Rehabilitation*, J. Wiley, Chichester, s. 188–210.
- Browne K.D., Saqi S. (1988), *Approaches to screening for families high-risk child abuse*, w: K.D. Browne, C. Davies, P. Stratton (red.), *Early prediction and prevention of child abuse*, J. Wiley, Chichester, s. 57–85.
- Buss A.H., Dukee A. (1957), *An inventory for assessing different types of hostility*, „Journal of Consulting Psychology” nr 21, s. 343–349.
- Buzawa E.S., Buzawa C.G. (1996a), *Domestic Violence: the Criminal Justice Response*, wyd. drugie, Sage, Beverley Hills, California.
- Buzawa E.S., Buzawa C.G. (1996b), *Do Arrests and Restraining Orders Work*, Sage Beverley Hills, California.

- Cahn D. (1996), *Family violence from a communication perspective*, w: D. Cahn, S. Lloyd (red.), *Family violence from a communication perspective*, Sage, Beverley Hills, California.
- Carlson B.E. (1984). *Children's observations of interparental violence*, w: A.R. Roberts (red.), *Battered Women and Their Families*, Springer, New York.
- Caroll J. (1994), *The protection of children exposed to marital violence*, „Child Abuse Review” nr 3 (1), s. 6–14.
- Dietz C.A., Craft J.L. (1980), *Family dynamics of incest: a new perspective*, „Social Casework” nr 61, s. 602–609.
- Dixon L., Browne K.D. (2003), *Heterogeneity of spouse abusers: a review*, w: *Aggression and Violent Behaviour*, vol. 8 (w druku).
- Dobash R.E., Dobash R.P., red. (1998), *Rethinking Violence Against Women*, Sage, Beverley Hills, California.
- Dobash R., Dobash R.E., Cavanagh K., Lewis R. (1996), *Re-Education Programmes for Violent Men – An Evaluation*, „Home Office Research and Statistics Directorate Research findings” nr 46, s. 1–4.
- Dobash R.E., Dobash R.P., Cavanagh K., Lewis R. (2000), *Changing Violent Men*, Sage, Beverley Hills, California.
- Dutton D.G. (1987), *The criminal justice response to wife assault*. „Law and Human Behaviour” nr 11 (3), s. 189–206.
- Dutton D.G. (1988), *The Domestic Assault of Women: Psychological and Criminal Justice Perspectives*, Allen and Bacon, Boston, MA.
- Edleson J.L., Eisikovits Z.C. (1996), *Future Interventions with Battered Women and their Families*, Sage, Thousand Oaks, California.
- Edleson J.L., Tolman R.M. (1992), *Intervention for men who Batter: An Ecological Approach*. Sage, Newbury Park, Beverley Hills, California.
- Falshaw L., Browne K.D. (1999), *A young man referred to specialist secure accommodation*, „Child Abuse Review” nr 8, s. 419–432.
- Falshaw L., Browne K.D., Hollin C.R. (1996), *Victim to Offender*, „A Review. Aggression and Violent Behavior” nr 1 (4), s. 389–404.
- Frude N. (1991), *Understanding Family Problems: A Psychological Approach*, J. Wiley, Chichester.
- Frude N. (1994), *Marital violence: an interactional perspective*, w: J. Archer (red.), *Male Violence*, Routledge, London, s. 153–169.
- Gayford J.J. (1975), *Wife battering: a preliminary survey of 100 cases*, „British Medical Journal” nr 25 (1), s. 94–97.
- Gelles R.J. (1987), *Family Violence*, wyd. drugie, Sage, Beverly Hills, CA.
- Gelles R.J. (1981), *The myth of the battered husband*, w: R. Walsh, O. Procs (red.), *Marriage and Family*, Dustkin, Guildford, Surrey, s. 81–82.
- George J. (1998), *Safe Havens*, Community Care.
- Glaser D., Prior, V. (2002), *Predicting emotional child abuse and neglect*, w: K. Browne, H. Hanks, P. Stratton, C. Hamilton (red.), *Early Prediction and Prevention of Child Abuse*, J. Wiley, A Handbook, Chichester, s. 57–70.
- Goddard C., Hiller, P. (1993), *Child sexual abuse: Assault in a violent context*, „Australian Journal of Social Issues” nr 28, s. 20–33.
- Goldstein A.C., Keller H. (1987), *Aggressive Behaviour: Assessment and Intervention*, Pergamon Press, New York.
- Gondolf E.W. (1998), *Assessing Woman Battering in Mental Health Services*, Sage, Beverley Hills, California.

- Grych J.H., Fincham F. D. (1990), *Marital conflict and children's adjustment: a cognitive-contextual framework*, „Psychological Bulletin” nr 108 (2), s. 267–290.
- Harris-Hendricks J., Black D., Kaplan T. (1993), *When Father Kills Mother*, Routledge, London.
- Helton A. (1986), *The pregnant battered female*, „Response to the Victimization of Women and children” nr 1, s. 22–23.
- Hilton N.Z. (1993), *Legal Responses to Wife Assault: Current Trends and Evaluation*, Sage, Beverly Hills.
- Hollin C.R. (1995), *The meanings and implications of programme integrity*, w: J. McGuire (red.), *What works: Reducing Reoffending: Guidelines from research and practice*, Wiley, Chichester.
- Hollin C.R., Epps K.J., Kendrick D.J. (1996), *Managing behavioural treatment: Policy and practice with delinquent adolescents*, Routledge, London.
- Holtzworth-Munroe A., Stuart G.L. (1994), *Typologies of male batterers: three subtypes and the differences among them*, „Psychological Bulletin” nr 116 (3), s. 476–497.
- Hudson W., McIntosh S. (1981), *The assessment of spouse abuse: two quantifiable dimensions*, „Journal of Marriage and Family” nr 42, s. 873–885.
- Jaffe P.G., Wolfe D.A., Wilson S.K. (1990). *Children of Battered Women*, Sage, Beverly Hills, CA.
- Jones T., MacLean B., Young J. (1986), *The Islington Crime Survey: Crime, Victimization and Policing in Inner-city London*, Grower, Aldershot, Hants.
- Jouriles E.N., Murphy C.M., O'Leary K.D. (1989), *Interspousal aggression, marital discord, and child problems*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology” nr 57, s. 476–497.
- McFarlane J. (1991), *Violence during teen pregnancy: health consequences for mother and child*, w: B. Levy (red.), *Dating Violence: Young Women in Danger*. Seal Press, Seattle, WA, s. 136–141.
- Milner J.S. (1986), *The Child Abuse Potential Inventory Manual*, wyd. drugie, National Computer Systems, Minneapolis.
- Milner S., Gold R.G. (1986), *Screening spouse abusers for child abuse potential*, „Journal of Clinical Psychology” nr 42 (1), s. 169–172.
- Merrick J., Michelsen N. (1985), *Child at risk: child abuse in Denmark*, „International Journal of Rehabilitation Research” nr 8 (2), s. 181–188.
- Mirrlees-Black C. (1999), *Domestic Violence: Findings from a new British Crime Survey self-completion questionnaire*, Research, Development and Statistics Directorate Report, Home Office Research Study 191, Home Office, London.
- Mooney J. (1993), *The Hidden Figure: Domestic Violence in North London*. The findings of a survey conducted on domestic violence in the North London Borough of Islington, Islington Council (cyt. w: Morley i Mullender 1994).
- Morley R., Mullender A. (1994), *Preventing Domestic Violence to Women*, Police Research Group – Crime Prevention Unit Series: Paper 48, Home Office, London.
- Newberger E.H., Barkan S., Lieberman E., McCormick M., Yllo K., Gary L., Schechter S. (1992), *Abuse of pregnant women and adverse birth outcome: current knowledge and implications for practice*, „The Journal of the American Medical Association” nr 267 (17).
- Novaco R.W. (1975), *Anger Control: The Development and Evaluation of an Experimental Treatment*, Health, Lexington, MA.
- Office of the Tanaiste (1997), *Report of the Task Force on Violence against Women*, Government of Ireland, Dublin.
- O'Leary K.D., Curley A.D. (1986), *Assertion and Family Violence: Correlates of Spouse Abuse (and the Spouse Specific Aggression Scale)*, „Journal of Marital and Family Therapy” nr 12, s. 284–289.

- Pahl J. (1985), *Violent husbands and abused wives: a longitudinal study*, w: J. Pahl (red.), *Private Violence and Public Policy: The Needs of Battered Women and the Responses of the Public Services*, Routledge and Kegan Paul, London, s. 23–94.
- Peled E., Davis D. (1995), *Groupwork with Children of Battered Women: A Practitioner's Manual*, Sage, Beverley Hills, California.
- Peled E., Jaffe P.G., Edleson J.L. (1995), *Ending the Cycle of Violence: Community responses to children of battered women*, Sage, Thousand Oaks, California.
- Pernanen K. (1991), *Alcohol in Human Violence*, Guildford Press, London.
- Renzetti C.M., Edleson J.L., Bergen R.K., red. (2001), *Sourcebook on Violence Against Women*, Sage, Beverley Hills, California.
- Rivera B., Widom C.S. (1990), *Childhood victimization and violent offending*, „Violence and Victims” nr 5, s. 19–35.
- Roberts A.R. (1987), *Psychosocial characteristics of batterers: a study of 234 men charged with domestic violence offenders*, „Journal of Family Violence” nr 2 (1), s. 81–84.
- Rosenbaum A., O’Leary K.D. (1986), *The treatment of marital violence*, w: N. Jacobson, A. Gurman (red.), *Clinical Handbook of Marital Therapy*, Guilford, New York.
- Ruback B.R., Thompson M.P. (2001), *Social and Psychological Consequences of Violent Victimization*. Beverley Hills, California: Sage.
- Saunders D.G. (1992), *Woman Battering*, w: R.T. Ammerman, M. Hersen (red.), *Assessment of family violence: A clinical and legal sourcebook*, Appendix: Woman Abuse Scale p. 235, J. Wiley, New York, s. 208–235.
- Schechter S., Edleson J.L. (1995), *In the best interest of women and children: A call for collaboration between child welfare and domestic violence constituencies*, „Protecting Children” nr 11 (3), s. 6–11.
- Shaw E., Bouris A., Pye S. (1996), *The family safety model: A comprehensive strategy for working with domestic violence*, „Australian and New Zealand Journal of Family Therapy” nr 17 (3), s. 126–136.
- Sherman L.W. (1992), *The influence of criminology on criminal law: evaluating arrests for misdemeanour domestic violence*, „Journal of Law and Criminology” nr 83 (1), s. 1–45.
- Sonkin D., Martin D., Walker L. (1985), *The Male Batterer: A Treatment Approach*, Springer, New York.
- Stanko B. (1998), *Research domestic violence*, *AUT Woman*, Issue 44, Association of University Teachers, London.
- Stanley J., Goddard C. (1993), *The association between child abuse and other family violence*, „Australian Social Work” nr 46, s. 3–8.
- Stark E., Flitcraft A. (1996), *Women at Risk: Domestic Violence and Women’s Health*, Sage, Beverly Hills.
- Straus M.A. (1979), *Measuring Family Conflict and Violence: The Conflict Tactics Scales*, „Journal of Marriage and the Family” nr 41, s. 75–88.
- Straus M.A., Gelles R.J., Steinmetz S.K. (1988), *Behind Closed Doors: Violence in the American Family*, Sage, Newbury Park, CA, wyd. poprawione.
- Walker L.E. (1984), *The Battered Woman Syndrome*, Springer, New York.
- Watt B.D., Howells K. (1999), *Skills training for aggression control: Evaluation of an anger management programme for violent offenders*, „Legal and Criminological Psychology” nr 4 (2), s. 285–300.
- World Health Organisation (1998), *European Strategies to Combat Violence against Women*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- World Health Organisation (2002), *World Report on Violence and Health*, WHO, Geneva.