


BARTOSZ KWIATKOWSKI

 <https://orcid.org/0000-0003-2889-8863>

Uniwersytet WSB Merito w Opolu
ul. Kośnego 72, 45-372 Opole
e-mail: bartosz.kwiatkowski@opole.merito.pl

PRZEMOC DOMOWA STOSOWANA PRZEZ PARTNERA INTYMNEGO A ZACHOWANIA AUTOAGRESYWNE KOBIEC: PRZEGLĄD MIĘDZYNARODOWYCH BADAŃ NAUKOWYCH

Abstrakt. Na całym świecie przemoc domowa jest jedną z najczęstszych przyczyn hospitalizacji kobiet. Ponadto regularne doświadczanie przemocy ze strony partnera lub męża pogarsza zdrowie psychiczne kobiet, skłaniając także do dokonywania intencjonalnych samouszkodzeń. W artykule przedstawiono wnioski z pięciu badań naukowych potwierdzających związek autoagresji kobiet z przemocą domową. Badania zrealizowano w Stanach Zjednoczonych, Wielkiej Brytanii, Indiach oraz na Sri Lance. We wszystkich badaniach uczestniczyły kobiety w okresie dojrzewania lub dorosłości, które pozostawały w związku heteroseksualnym oraz doświadczały co najmniej jednego rodzaju przemocy (fizycznej, psychicznej lub seksualnej). Udowodniono, że liczba zachowań przemocowych doświadczanych ze strony partnera lub męża sprzyja częstszemu dokonywaniu samouszkodzeń w populacji dorosłych kobiet. Ponadto analiza wybranych badań wykazała, że w kulturze zachodniej najczęstszą formą samouszkodzeń kobiet są pocięcia powłok skórnych, natomiast w kulturze azjatyckiej występują one rzadziej, gdyż inne niebezpieczne zachowania, takie jak trucie się pestycydami, zastępują typowe formy autoagresji.

Słowa kluczowe: samouszkodzenie, autoagresja, przemoc domowa, ofiara przemocy, sprawca przemocy



© by the Author, licensee University of Lodz – Lodz University Press, Lodz, Poland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution license CC-BY-NC-ND 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)
Received: 13.09.2023. Verified: 10.01.2024. Accepted: 2.01.2026.

Funding information: Not applicable. **Conflicts of interests:** None. **Ethical considerations:** The Author assures of no violations of publication ethics and takes full responsibility for the content of the publication.

INTIMATE PARTNER DOMESTIC VIOLENCE AND WOMEN'S SELF-INJURIOUS BEHAVIOUR: A REVIEW OF INTERNATIONAL RESEARCH STUDIES

Abstract. Worldwide, domestic violence is one of the most common causes of hospitalisation for women. In addition, regularly experiencing violence from a partner or husband worsens women's mental health, also prompting them to carry out intentional self-harm. This article presents the findings of five research studies confirming the link between women's self-harm and domestic violence. The studies were conducted in the United States, the United Kingdom, India, and Sri Lanka. All of them involved women in adolescence or adulthood who were in a heterosexual relationship and had experienced at least one type of violence (physical, psychological, or sexual). It has been shown that the number of violent behaviours experienced by a partner or husband promotes a higher frequency of self-harm in the adult female population. In addition, an analysis of selected studies has shown that in the Western culture, the most common form of female self-harm is skin slashing, while in the Asian culture it occurs less frequently, as other dangerous behaviours – such as poisoning oneself with pesticides – replace typical forms of self-harm.

Keywords: self-harm, self-aggression, domestic violence, victim of violence, perpetrator of violence

ZJAWISKO PRZEMOCY DOMOWEJ WOBEC KOBIEŃ

W wielu krajach współczesnego świata problem przemocy wobec kobiet jest omawiany w przestrzeni publicznej, środkach masowego przekazu czy mediach społecznościowych. Stereotypowo stosowanie przemocy fizycznej, psychicznej i seksualnej częściej przypisuje się mężczyznom, co potwierdzają liczne opracowania naukowe (García-Moreno i in., 2005; Kyriacou i in., 1999; Rode, 2011). Niektóre przejawy przemocy wobec kobiet pochodzą od osób niespokrewnionych, inne zaś powstają w efekcie interakcji z ludźmi określanymi jako bliscy. Niezależnie od relacji łączącej sprawcę z ofiarą przyjmuje się, że każda przemoc przyczynia się do powstawania krótkotrwałych oraz długoterminowych problemów behawioralnych i emocjonalnych.

Przemoc domowa jest jednorazowym albo powtarzającym się umyślnie działaniem lub zaniechaniem wykorzystującym przewagę fizyczną, psychiczną lub ekonomiczną (Dz.U. 2024, poz. 424). W Ustawie o przeciwdziałaniu przemocy domowej dookreślono, iż przemoc domowa narusza prawa lub dobra osobiste, naraża osobę na niebezpieczeństwo utraty życia, zdrowia lub mienia, a także narusza godność, nietykalność cielesną i wolność oraz powoduje szkody fizyczne lub psychiczne (Dz.U. 2024, poz. 424). Nieliczne definicje naukowe wskazują, że przemoc jest zachowaniem charakteryzującym się przede wszystkim użyciem siły fizycznej, która powoduje zranienia, a w skrajnych przypadkach doprowadza do śmierci ofiary (Pickard, 2015). Niektórzy badacze nie wskazują zatem na konsekwencje, a tym samym niebezpieczeństwo występowania innych form przemocy w środowisku domowym, bowiem w ich opinii najbardziej „szkodliwa” jest przemoc fizyczna (Pickard, 2015).

Większość autorów wyróżnia natomiast cztery rodzaje przemocy, które mogą być stosowane wobec obu płci (Baral i in., 1998; Różyńska, 2007; Sharma i in., 2019). Przemoc fizyczna polegająca na biciu, kopaniu czy popychaniu ofiary jest pierwszym rodzajem. Następnie wyróżnia się przemoc psychiczną, która obejmuje zastraszanie, poniżanie, ubliżanie, szantażowanie, jak i straszenie dokonaniem zabójstwa czy zabranieniem dzieci. Oprócz tego osoba stosująca przemoc psychiczną ma tendencje do zawstydzania ofiary, regularnego jej krytykowania, narzucania jej własnych poglądów oraz ograniczania jej kontaktów z otoczeniem (Majewska, Kukowska, 2005). Przemoc ekonomiczna stanowi trzecią formę, w której ofiara spotyka się z celowym niszczeniem jej własności, a ponadto całkowitym pozbawieniem lub ograniczeniem środków pieniężnych w celu sprawowania nad nią kontroli. Czwarty, a zarazem ostatni rodzaj przemocy jest ściśle związany z nadużyciami seksualnymi, z którymi współwystępuje użycie siły fizycznej, groźby jej użycia lub emocjonalny szantaż. Wymienione wyżej formy przemocy zagrażają bezpieczeństwu kobiet w różnym wieku, a jednocześnie naruszają ich godność osobistą, nietykalność cielesną oraz wolność, powodując przy tym uszczerbek na zdrowiu fizycznym i psychicznym, a także liczne cierpienia bądź straty moralne (Makara-Studzińska i in., 2005).

Podział na cztery rodzaje przemocy powszechnie występuje w polskiej literaturze przedmiotu (Różyńska, 2007). Warto podkreślić, że wszystkie rodzaje przemocy z równym prawdopodobieństwem mogą wystąpić w środowisku domowym. W opinii niektórych autorów przemoc domowa jest precyzyjnie definiowana w krajach współczesnego świata, mimo to istnieją państwa (np. Rosja), w których nie dookreślono kluczowych cech omawianego zjawiska (Bojaruniec, 2020). W Federacji Rosyjskiej nie zdefiniowano bowiem zagadnienia przemocy domowej, a jedynie wskazano na problem fizycznych konsekwencji przemocy, które są sankcjonowane przez prawo krajowe. Wydaje się jednak, że nie sposób skonstruować jedną, spójną definicję przemocy domowej, która obowiązywałaby w krajach odmiennych kulturowo, przede wszystkim dlatego, że wyróżnia się różne formy przemocy, a także dostrzega się jej różnorodne następstwa.

Pomimo że definicje przemocy domowej zawierają wiele wspólnych cech, tym niemniej istnieją między nimi pewne różnice. W Wielkiej Brytanii przemoc domową definiuje się jako zachowania zastraszające lub groźby oraz wszelkie inne formy zachowań, które bezpośrednio bądź pośrednio mogą wyrządzać krzywdę lub powodować szkody u drugiego człowieka (Family Division Practice Direction, 2009). Psychiczne dręczenie, a także bicie, wiązanie, okaleczanie i ubezwłasnowolnienie, a zatem naruszenie wolności fizycznej interpretuje się jako wskaźniki przemocy domowej w Chinach (Anti-domestic Violence Law of the People's Republic of China; Order No. 37 of the President of the PRC). W Indiach natomiast przemoc domowa jest działaniem bądź zaniechaniem działania mającym znamiona przestępstwa, które wyrządza krzywdę lub zagraża zdrowiu, bezpieczeństwu czy życiu (Protection of Women from Domestic Violence Act of 2005,

No. 43 of 2005, Section 3). Istotne jest również, iż w Indiach przemoc domowa obejmuje znęcanie fizyczne i psychiczne, jak i nadużycia na tle seksualnym oraz ekonomicznym. W związku z tym tego rodzaju klasyfikacja nie odbiega od tej, która jest postulowana przez polskich badaczy (Majewska, Kukowska, 2005).

Przemoc domowa wobec kobiet jest specyficznym przykładem agresji pochodzącej od mężów, partnerów życiowych, dzieci, rodziców, rodzeństwa czy teściów. Najczęściej sprawcą przemocy domowej jest jednak mąż lub stały partner, z którym kobieta tworzy wspólne gospodarstwo domowe (Heise i in., 1999). Wśród pierwotnych motywów stosowania przez nich przemocy wyszczególnia się: nadużywanie alkoholu lub używanie narkotyków, posiadanie wykształcenia poniżej średniego oraz wykonywanie tylko prac dorywczych, zamiast posiadania stałego miejsca zatrudnienia (Kyriacou i in., 1999). Z raportu Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wynika, że przemoc zaznawana od bliskich osób przyczynia się do pogorszenia stanu zdrowia, w konsekwencji pojawiających się urazów fizycznych, oznak niepełnosprawności czy też zakażeń przenoszonych drogą płciową (García-Moreno i in., 2005).

Badania amerykańskie potwierdzają, że przemoc domowa jest najczęstszą przyczyną odniesionych przez kobiety obrażeń ciała, wśród których pojawiają się stłuczenia, otarcia, rany szarpane, złamania oraz zwichnięcia (Kyriacou i in., 1999). Niektóre badania empiryczne dowodzą, że im częściej dochodzi do przemocy domowej, tym gorszy jest również stan psychiczny kobiet, u których mogą wystąpić myśli, plany oraz zachowania o charakterze samobójczym (Sharma i in., 2019). Psychicznymi następstwami przemocy domowej są także zaburzenia afektywne i lękowe, zaburzenia snu i odżywiania, zespół stresu pourazowego (PTSD), niska samoocena lub nadużywanie alkoholu i substancji psychoaktywnych (Golding, 1999). Warto wspomnieć, że niektóre opracowania z zakresu kryminologii i psychologii potwierdziły związek przemocy stosowanej przez mężczyzn ze świadomie dokonywanymi przez kobiety samouszkodzeniami ciała (Jaquier i in., 2013). Oprócz tego przemoc domowa jest najczęstszą przyczyną śmierci kobiet w grupie wiekowej od 15 do 44 lat (Kubas, 2020).

W niektórych regionach świata, które cechuje bieda, utrudniona dostępność do edukacji i brak perspektyw zmiany otaczającej rzeczywistości, kobiety nie mają sposobności bądź mogą tylko w niewielkim stopniu przeciwstawić się tyranii rodzinnej (Chowdhury i in., 2009). Konserwatywne ujmowanie ról społecznych przez mężczyzn może ułatwiać im usprawiedliwianie bezpośredniej agresji skierowanej wobec kobiet, stąd też trudno jest wdrożyć międzynarodowy program profilaktyki przeciw przemocy domowej, głównie z powodu naturalnie występujących różnic rasowych, etnicznych czy też społeczno-ekonomicznych (Alhabib i in., 2010). Na zachowanie mężczyzn względem kobiet w znacznym stopniu ma wpływ patriarchy. Amerykańska pisarka i poetka Bell Hooks (2004) definiuje patriarchy jako system polityczno-społeczny sprzyjający dominacji i stosowaniu przemocy wobec kobiet. Ponadto patriarchy utrudnia budowanie prawidłowej

relacji z kobietą, gdyż nierównowaga sił i kontrola sprawowana przez mężczyzn przeważa nad okazywanym szacunkiem czy akceptacją w związku partnerskim. Patriarchat ułatwia zatem utrzymywanie nierówności w relacji intymnej, a jako problem społeczny patriarchat może również umacniać swoją pozycję w momencie, gdy współwystępuje z rasizmem bądź heteroseksizmem (Hooks, 2004). Poznanie negatywnych skutków systemu patriarchalnego, który obowiązywał przez dziesięciolecia w wielu państwach na świecie, ułatwia rezygnację z idei patriarchalnych przez ludzi, którzy nie zgadzają się na propagowanie bezwzględnej dominacji mężczyzn nad kobietami (Musiał-Kidawa, 2017).

Bazując na ogólnodostępnych statystykach, szacuje się, że przemocy domowej może doświadczać nawet 50% kobiet (García-Moreno i in., 2005). Przytoczony wniosek został oparty na podstawie dokonanego przeglądu ponad 50 badań z 35 krajów, a także serii wywiadów przeprowadzonych z ponad 24 tysiącami kobiet w krajach kulturowo od siebie odległych. Badane kobiety zamieszkiwały m.in. w Bangladeszu, Brazylii, Etiopii, Japonii, Namibii, Peru, Samoa, Serbii, Czarnogórze, Tajlandii i Zjednoczonej Republice Tanzanii. Badania empiryczne potwierdzają, że przemoc domowa stanowi poważny problem ogólnospołeczny zarówno w krajach rozwiniętych, jak i mających wydatne trudności w obszarach gospodarczych, edukacyjnych i ochrony zdrowia (Boyle i in., 2006; Chowdhury i in., 2009). Badania naukowe potwierdzają istotność problemu przemocy domowej, albowiem szacuje się, że w krajach europejskich zmaga się z nią od 20 do 50% kobiet (Kubas, 2020). Międzynarodowe Badania nad Przemocą Domową wobec Kobiet przeprowadzone na próbie 2 tysięcy osób w wieku od 18 do 70 lat udowodniły, że w Polsce 15,1% kobiet doświadczyło przemocy fizycznej ze strony partnera, a seksualnej 5,1% (Gruszczyńska, 2007). Nowsze badania świadczą o tym, że w Polsce około 35% kobiet doświadcza przemocy (głównie ze strony partnera), a zatem rocznie jest to około 800 tysięcy, a dziennie 2 tysiące kobiet (Kulczyńska, Wrona, 2013).

Istnieje pogląd, iż w Polsce nie istnieje jednolity system zbierania danych na temat przemocy w rodzinie (Różyńska, 2007). Wynika to z faktu, iż tylko formalne przypadki, o których zawiadomiono organy ścigania, zostały zarejestrowane w bazie danych prowadzonej przez Komendę Główną Policji (Statystyka Komendy Głównej Policji). W związku z tym skala przemocy w Polsce jest z całą pewnością niedoszacowana, gdyż jedynie zrealizowane interwencje Policji w środowisku domowym, skutkujące sporządzeniem tzw. „Niebieskiej Karty”, znajdują odzwierciedlenie w udostępnianych opinii publicznej statystykach. W ostatnich latach przemoc psychiczna występuje statystycznie częściej w polskich domach niż przemoc fizyczna (Dudzik, Bielecka, 2020). Analiza statystyczna przeprowadzona przez I. Dudzik i G. Bielecką (2020) na podstawie danych udostępnianych przez Komendę Główną Policji dowodzi, że od 2018 do 2019 r. zwiększyła się liczba przypadków stosowania przemocy psychicznej o 7,21% (z 75 555 w 2018 r. do 81 000 w 2019 r.). Niepokojący jest jednak szczególnie wysoki wzrost przemocy

fizycznej, bowiem w 2019 r. odnotowano jej 58 963 przypadki, co w odniesieniu do 2018 r. stanowi wzrost o 1383 przypadki (dynamika wyniosła 102,40%). Skonstatować należy, że raporty policyjne podsumowane w statystykach Komendy Głównej Policji mogą przedstawiać tylko niewielką część problemu związanego z przemocą obecną w polskich domach, ponieważ wiele ofiar z powodu prześladowania i zjawiska etykietowania nie zgłasza oficjalnie doznawanych krzywd ze strony rodziny. Nie wszystkie wezwania Policji przez osoby sygnalizujące przemoc domową zostają również odnotowane. Niektóre kobiety w trakcie interwencji Policji mogą rezygnować ze składania dalszych wyjaśnień lub funkcjonariuszom Policji nie udaje się ustalić dowodów potwierdzających przemoc w miejscu prowadzenia czynności operacyjnych.

Od kilkudziesięciu lat zagadnienie przemocy wobec kobiet pozostaje w kręgu zainteresowania organizacji międzynarodowych. W powojennej historii świata potępienie wszystkich rodzajów przemocy wobec kobiet, w tym przemocy domowej, nastąpiło podczas Konwencji genewskiej w 1949 r. (Dz.U. 1956, nr 38, poz. 171). Wówczas ustalono też zasady ochrony zdrowia ofiar wojennych, jak i przyjęto zasadę równości kobiet oraz mężczyzn, co ma kluczowe znaczenie dla ochrony kobiet przed dominacją, dyskryminacją oraz przemocą ze strony mężczyzn. W kolejnych okresach XX w. pojawiały się rozliczne dokumenty poświęcone fundamentalnym prawom kobiet, m.in. w 1979 r. powstała Konwencja Narodów Zjednoczonych w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji kobiet (Dz.U. 1982, nr 10, poz. 71), a w 1999 r. utworzono protokół fakultatywny do przywołanej konwencji (Dz.U. 2004, nr 248, poz. 2484). W dniu 13 kwietnia 2015 r. Polska ratyfikowała Konwencję o zapobieganiu i zwalczaniu przemocy wobec kobiet i przemocy domowej (ang. *Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence*), czyli dokument sporządzony w Stambule 11 maja 2011 r. Podstawowym celem Konwencji stambulskiej z dnia 11 maja 2011 r. jest ochrona kobiet przed wszystkimi rodzajami przemocy (Dz.U. 2015, poz. 961). W jej treści zawarto, że priorytetem jest zapobieganie przemocy wobec kobiet, eliminowanie jej z przestrzeni publicznej, jak i karanie mężczyzn za różne formy przemocy. W tym ujęciu przemoc domowa wobec kobiet nie może być traktowana w kategorii prywatnego incydentu zaistniałego między osobami bliskimi, a raczej jako zdarzenie, które powinno zostać nagłośnione, napiętnowane oraz ukarane stosownie do wyrządzonych ofierze szkód psychosomatycznych. Ponadto w Konwencji stambulskiej przedstawiono ogólne ramy polityki na rzecz ochrony i wsparcia ofiar przemocy, a także odniesiono się do działalności organów państwowych na rzecz kobiet, które są ofiarami znęcania czy szykanowania (Dz.U. 2015, poz. 961). Pełnoletnie, jak i niepełnoletnie kobiety są częściej narażone na doznawanie przemocy w środowisku społecznym, a przemoc wobec nich jest przejawem nierównych stosunków władzy między kobietami i mężczyznami na przestrzeni wieków, które doprowadziły do dominacji mężczyzn nad kobietami (Dz.U. 2015, poz. 961).

Sformułowanie doniosłych celów w Konwencji stambulskiej skłania do refleksji, iż dla każdego ugrupowania politycznego, w każdym kraju europejskim istotna musi być ochrona praw kobiet. Pomimo wykonania w wielu państwach członkowskich Rady Europy działań zapobiegających przemocy domowej, w dalszym ciągu istnieją zapisy prawa ograniczające konstruktywne wsparcie dla kobiet w trudnej sytuacji życiowej, w jakiej znalazły się w chwili doznawania przemocy ze strony męża czy partnera (García-Moreno i in., 2005). Ważne jest natomiast intensyfikowanie współdziałania międzypaństwowego w celu minimalizowania przemocy wobec kobiet, a nadto dostarczania wsparcia organizacjom i organom ścigania, aby skutecznie współpracowały ze sobą. W poszczególnych krajach charakter pomocy świadczonej ofiarom znęcania psychicznego albo fizycznego bardzo się od siebie różni. Wynika to ze zróżnicowanych przyczyn, wśród których kluczową pozycję zajmuje niedofinansowanie instytucji oferujących profesjonalne wsparcie dla ofiar przemocy domowej. Nie sposób jednak ocenić, czy podjęte wysiłki ze strony organów państwowych przełożą się na niższy wskaźnik przemocy wobec kobiet w środowisku domowym, bowiem istnieje wiele niezależnych od siebie czynników decydujących o tym, z jaką częstotliwością występuje to zjawisko. Warto podkreślić, że Konwencja stambulska nakłada na państwa europejskie obowiązek prowadzenia zintegrowanej polityki chroniącej ofiary (Dz.U. 2015, poz. 961). Na terytorium Polski stosuje się oddziaływania w zakresie przeciwdziałania przemocy na podstawie następujących dokumentów: Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 13 września 2011 r. w sprawie procedury „Niebieskiej Karty” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta” (Dz.U. 2011, nr 209, poz. 1245), Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 3 czerwca 2011 r. w sprawie nadzoru i kontroli nad realizacją zadań z zakresu przeciwdziałania przemocy w rodzinie (Dz.U. 2011, nr 126, poz. 718) oraz Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 28 stycznia 2011 r. w sprawie Zespołu Monitorującego do spraw Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie (Dz.U. 2011, nr 28, poz. 146).

CZY DOŚWIADCZANIE PRZEMOCY DOMOWEJ SPRZYJA DOKONYWANIU INTENCJONALNYCH SAMOUSZKODZEŃ WŁASNEGO CIAŁA?

Piśmiennictwo psychologiczne argumentuje, że kobiety z rozmaitych przyczyn dokonują samouszkodzeń, przy uwzględnieniu szerokiego kontekstu personalnego, społecznego czy ekonomicznego (Sharma i in., 2019). Ponieważ niektóre teorie wyjaśniają zachowania autoagresywne kobiet znaczeniem międzyplciowych różnic anatomicznych (Cross, 1993), inne zaś doceniają wartość procesu socjalizacyjnego, który kładzie nacisk na określone role dziewczynek i kobiet oraz chłopców i mężczyzn (Burstow, 1992), a jeszcze inne podkreślają, iż czynniki środowiskowe takie jak przemoc ze strony partnera lub męża przyczyniają się do powstawania samouszkodzeń (Jaquier i in., 2013).

Samouszkodzenie (inaczej: autoagresja) jest intencjonalną formą zachowania, które ma charakter powtarzający się, a także skutkuje wystąpieniem niewielkich lub umiarkowanych szkód fizycznych (Klonsky, Muehlenkamp, 2007). Zasadniczo samouszkodzenia nie zawierają w sobie intencji suicydalnych, a większość osób podejmujących tego rodzaju działania wybiera więcej niż jedną formę autoagresji na przestrzeni życia (Kwiatkowski, 2019). Do zachowań autoagresywnych zalicza się: pocięcia, podpalenia, uderzenia głową w twardą powierzchnię, rozdrapywanie gojących się ran, połknięcia przedmiotów i groźnych substancji, a nawet amputacje części ciała. W psychiatrii występuje pogląd, który trochę na wyrost próbuje poszerzać granice definicyjne samouszkodzeń, eksponując, że ten sposób dezintegrującego zachowania obejmuje anoreksję i inne zaburzenia odżywiania, nadużywanie substancji psychoaktywnych albo zachowania seksualne przysparzające groźbę utraty zdrowia (Pickard, 2015).

W literaturze przedmiotu znajdują się informacje świadczące o tym, że autoagresja częściej dotyczy kobiet niż mężczyzn (Mioduchowska-Zienkiewicz, 2015). Problem samouszkodzeń dotyczy zarówno kobiet w okresie dojrzewania, jak i dorosłości. W okresie adolescencji od 13 do 29% młodych kobiet dokonuje autoagresji (Bakken, Gunter, 2012). Niektóre badania wskazują, że w okresie dorosłości problem samouszkodzeń pogłębia się (Jacobson, Gould, 2007), inne zaś świadczą, że skłonność do samouszkodzeń w okresie dorosłości nie zmienia się w porównaniu do okresu adolescencji (Muehlenkamp i in., 2012). Ponad 70% kobiet dokonujących autoagresji decyduje się na pocięcie własnego ciała (Anderson, Crowther, 2012). W zależności od aktualnego stanu emocjonalnego bądź też dostępnych środków czy narzędzi mogą one uszkadzać się także poprzez użycie innych metod (Eckhardt, 1998). Badanie przeprowadzone w grupie 150 osób w wieku od 18 do 64 lat (z czego 68% to kobiety mieszkające w Stanach Zjednoczonych, będące pochodzenia azjatyckiego, afroamerykańskiego lub należące do rasy białej) dowiodło, że kobiety stosują kilka metod naprzemiennie, jednak najbardziej pospolite jest pocięcie powłok skórnych, rzadziej zaś uderzają kończynami w twardą powierzchnię, przypalają się lub połykają trujące substancje (Gratz, 2001). W niektórych regionach świata trucie się pestycydami zastąpiło inne formy samouszkodzeń, a nawet zachowania suicydalne takie jak: utopienie się czy powieszenie (Chowdhury i in., 2010). Na przykładzie Indii należy stwierdzić, iż niewielki poziom kontroli nad sprzedażą pestycydów w niektórych regionach kraju doprowadza do licznych zatruc na obszarach wiejskich (Chowdhury i in., 2009). W Indiach pestycydy są dostępne w prawie każdym sklepie, nawet spożywczym, a poza tym wiele osób nie dba o ich należyte zabezpieczenie przed dziećmi czy osobami mogącymi je użyć w celu otrucia się.

Pomimo licznych kampanii organizowanych systematycznie w celu zahamowania przemocy wobec kobiet, trudna do oszacowania liczba ofiar próbuje radzić sobie ze swoim bólem psychicznym poprzez samouszkodzenia różnego typu. Jeszcze kilkanaście lat temu brakowało przekonujących danych, które określałyby

siłę związku między przemocą domową a autoagresją kobiet, zwłaszcza w krajach pozostających na niższym poziomie rozwoju gospodarczego. Od początku XXI w. w krajach takich jak: Indie czy Sri Lanka obserwuje się większe zainteresowanie współwystępowaniem przemocy domowej z samouszkodzeniami kobiet (Bandara i in., 2024; Chowdhury i in., 2009). Obserwacje innych badaczy dowodzą, że przemoc domowa zwiększa tendencje kobiet do samouszkodzeń średnio o 30%, a w wyjątkowych okolicznościach nawet o 65% (Jaquier i in., 2013; Sansone i in., 2007). Podwyższone ryzyko samouszkodzeń słusznie przypisuje się więc kobietom będącym ofiarami maltretowania, ponieważ odczuwają one szereg szczególnie przykrych i intensywnych emocji, m.in. wstyd, poczucie winy czy strach (Beck i in., 2011). Ponadto niektórzy badacze sugerują, że częstsze samookaleczanie się, będące efektem przemocy domowej, może wynikać również z poczucia niestabilności w aktualnym związku z mężczyzną, w którym dochodzi do licznych i nieprzewidywalnych konfliktów (Carranza i in., 2020). Badania psychologiczne potwierdzają, że stosowanie autoagresji przez ofiary przemocy nie pomaga w wyzwoleniu się od negatywnych emocji, a w dodatku skłania do usprawiedliwiania agresji partnera intymnego (Curtis, 2018). Na podstawie cytowanego badania można stwierdzić, że autoagresja nie jest konstruktywną formą radzenia sobie z negatywnym afektem, choć pierwotnie kobiety rozważające samouszkodzenie się mogą uważać inaczej. Interesujący jest fakt, iż historie kobiet samouszkodzających się, a zarazem zaznajających przemocy w środowisku domowym mają dodatkowo predyspozycję do traktowania własnej osoby z pogardą, lekceważeniem i brutalnością, a więc mogą traktować siebie tak samo jak robią to sprawcy przemocy, co wynika z istnienia u ofiar przemocy nieświadomych mechanizmów wewnętrznych (Jaquier i in., 2013).

W niniejszym artykule zaprezentowano pięć niezależnych badań naukowych, których celem było przedstawienie zagadnienia autoagresji kobiet wynikającej z doświadczanej przemocy ze strony stałego partnera lub męża. Badania przeprowadzono w Stanach Zjednoczonych, Wielkiej Brytanii, Indiach oraz na Sri Lance. Cechą wspólną uczestniczek wszystkich badań było to, iż wszystkie kobiety pozostawały w związku heteroseksualnym, doznawały co najmniej jednego rodzaju przemocy (fizycznej, psychicznej lub seksualnej) oraz przyznawały się do dokonanych samouszkodzeń. W pierwszym z analizowanych badań wyselekcjonowana grupa młodych kobiet była nieliczna, bowiem składała się tylko z 18 uczestniczek w wieku od 14 do 19 lat (Baker i in., 2015). Badanie przeprowadzono na Hawajach (USA), uzyskując wcześniej zgodę rodziców osób niepełnoletnich, a także płacąc każdej uczestniczce po 10 dolarów. W badanej grupie było 14 osób w wieku 14–17 lat oraz 4 osoby w wieku 18–19 lat. Warto zaznaczyć, że nie pytano ich o etniczne pochodzenie, zważywszy na dużą różnorodność tego zjawiska, występującą w tym obszarze Stanów Zjednoczonych. Zgodnie z pierwotnym założeniem udowodniono, że już w okresie dojrzewania istnieje ryzyko doznawania przemocy w związku partnerskim. Osoby badane przyznawały się,

iż doświadczały w związku z mężczyzną przemocy fizycznej (m.in. bicia, szarpania), ale jednak statystycznie częściej psychicznej (m.in. ignorowania, kontrowania). Badanie Charlene Baker i jej współpracowników (2015) potwierdziło zatem, iż już w okresie adolescencji kobiety doświadczające przemocy dokonują samouszkodzeń na różnych etapach związku, tj. na początku, w środku i na końcu. W przypadku omawianej grupy młodych kobiet tendencja do samouszkodzeń była większa w końcowej fazie związku. Warto podkreślić, że w omówionym badaniu nie skupiono się na szczegółowym przedstawieniu rodzaju dokonywanych samouszkodzeń przez kobiety, bardziej próbowano zwrócić uwagę na problem radzenia sobie z bólem psychicznym po akcie przemocy, np. poprzez nadużywanie alkoholu. Z drugiej strony istnieją opracowania empiryczne potwierdzające, że samouszkodzenie jest jedną z metod służących radzeniu sobie w stresujących sytuacjach życiowych (Nock, Prinstein, 2004). W badaniu M.K. Nocka i M.J. Prinsteina udział wzięło 108 nastolatków (z czego 76 stanowiły kobiety) w wieku 12–17 lat, którzy zostali przyjęci do szpitala psychiatrycznego w Nowej Anglii, w północno-wschodnim regionie Stanów Zjednoczonych. W grupie adolescentów było 72,2% Białych Amerykanów, 11,2% Latynosów, 4,6% Afroamerykanów i 12,1% osób o mieszanym pochodzeniu etnicznym, które sklasyfikowano jako inne. Większość nastolatków miała umiarkowany status społeczno-ekonomiczny (57,6%), zaś niski status dotyczył 24,2%, skrajnie niski (ubóstwo) aż 15,2%, a wysoki status jedynie 3,0% badanych.

Badania prowadzone w populacji dorosłych kobiet dostarczają również dowodów na to, iż przemoc domowa sprzyja samouszkodzaniu własnego ciała (Carranza i in., 2020; Whitlock i in., 2006). W drugim z omawianych w artykule badań amerykańskich wykazano, że na przemoc ze strony mężczyzn i jej reperkusje narażone są Afroamerykanki (Weiss i in., 2015). W badaniu uczestniczyło 197 kobiet wywodzących się ze społeczności afroamerykańskiej, które zmagaly się z przemocą fizyczną, psychiczną bądź seksualną. W aktualnym związku intymnym wszystkie kobiety doświadczały fizycznej i psychicznej przemocy, a 57,4% kobiet także seksualnej. Uczestniczki badania zgłosiły, że doświadczyły co najmniej jednego aktu przemocy ze strony swojego obecnego partnera w ostatnich sześciu miesiącach. Dodatkowymi kryteriami kwalifikującymi kobiety do badania był: wiek co najmniej 18 lat; znajomość języka angielskiego; stały kontakt ze sprawcą przemocy (tj. kobiety widziały swojego partnera co najmniej dwa razy w tygodniu, a ponadto nie miały z nim rozłąki dłuższej niż 2 tygodnie w ciągu poprzedniego miesiąca). Średni czas trwania obecnego związku wynosił 5 lat i 29 dni (od 1 miesiąca do 31 lat; $SD = 6,20$), zaś wiek badanych kobiet oscylował w przedziale od 18 do 58 lat ($M = 6,97$, $SD = 10,43$). Aż 79% badanych kobiet miało dzieci, a ponad połowa z nich była bezrobotna przez ponad miesiąc przed badaniem.

W badaniu Nicole Weiss i jej współpracowników (2015) ustalono, że 31% Afroamerykanek dokonywało autoagresji w związku z doświadczaną przemocą domową. Średnio 13 razy w życiu każda z uczestniczek badania świadomie

samouszkodzała się, najczęściej poprzez pocięcia powłok skórnych (19%), a w dalszej kolejności poprzez dokonywanie poważnych zadrapań (12%), wbijanie sobie ostrych przedmiotów w skórę (6%), rozdrapywanie gojących się ran (4%) lub przypalanie się papierosem, zapalniczką bądź zapałką (4%). Oprócz tego 7% kobiet korzystało z innych rodzajów autoagresji, których nie dookreślono, lecz wskazano jedynie, że był to inny sposób niż wyżej wymienione. Warto jednak podkreślić, że kobiety biorące udział w badaniu wybierały przeważnie dwie unikalne metody samouszkodzeń (np. dokonywały pocięć powłok skórnych oraz wbijały sobie ostre przedmioty w skórę), a także częściej samouszkodzały się, gdy ich partner stosował różne rodzaje i formy przemocy (np. stosowanie jednocześnie przemocy fizycznej i psychicznej, w obszarze przemocy psychicznej stosowanie gróźb karalnych, poniżania, szykanowania itd.). W literaturze sporadycznie pojawiają się wywody świadczące o większej skłonności Afroamerykanek do samouszkodzeń (Weiss i in., 2015), częściej przytacza się argumenty, że mają one zauważalnie niższe wskaźniki autoagresji niż przedstawicielki rasy białej (Whitlock i in., 2006). W dostępnej literaturze rzadko pojawiają się dociekania porównawcze między grupami rasowymi lub etnicznymi, w odniesieniu do powyższych zmiennych. Coraz częściej jednak ukazują się projekty badawcze z najdalszych krajów świata, w których wzorzec przemocy domowej jest powszechny, a jednocześnie może współistnieć z tendencją do zachowań dezintegrujących psychosomatykę człowieka (Bandara i in., 2024).

Trzecie z prezentowanych badań zrealizowano w 2009 r. w Bengalu Zachodnim, czyli jednym z biedniejszych obszarów Indii (Chowdhury i in., 2009). Na podstawie danych pochodzących z placówek podstawowej opieki zdrowotnej ustalono, że istnieje istotna zależność między autoagresją dorosłych kobiet a zaznaną przemocą domową (Chowdhury i in., 2009). Przeanalizowano dane z 60 wywiadów z kobietami, których średni wiek wyniósł 27 lat i 6 miesięcy. Większość z nich była słabo wykształcona, tj. w grupie były analfabетки, osoby posługujące się tylko językiem migowym bądź legitymujące się wykształceniem podstawowym. Niecałe 79% kobiet było w związku małżeńskim, a ponadto większość zamieszkiwała w domu rodzinnym męża. W analizowanej grupie 36% kobiet zgłosiło sytuację, w której były ofiarą przemocy fizycznej ze strony bliskiej osoby, zaś 30% ofiarą przemocy psychicznej. Stosowanie przemocy seksualnej wobec kobiet występowało zdecydowanie rzadziej, bowiem w 6% przypadków.

Jedyną formą autoagresji indyjskich obywaterek było trucie się przy użyciu pestycydów (Chowdhury i in., 2009). Stosowane substancje były w większości związkami organicznymi, ale niektóre z nich należały do grupy środków dezynfekujących lub były uznawane za lokalne trucizny, np. nasiona roślin. Można przypuszczać, że autoagresja w postaci zatrucia występowała dlatego, że w pobliskim otoczeniu poddanej pod dyskusję grupy kobiet pestycydy były stosunkowo łatwo dostępne, a dodatkowo wywoływały pożądany dla ofiar efekt, który był widoczny dla członków rodziny. Przemoc domowa jest niewątpliwie czynnikiem

sprzyjającym autoagresji, lecz w przytoczonej grupie mogła być także następstwem wielu skumulowanych stresorów, takich jak: wykonywanie ciężkiej pracy fizycznej, brak możliwości zrelaksowania się, brak prywatności lub wsparcia społecznego (Chowdhury i in., 2009). Pomimo tego każde środowisko społeczne ma trudność z zaakceptowaniem i zrozumieniem autoagresji kobiet, mimo iż za jej sprawą przekazywane są pewne elementy prywatnych doświadczeń, połączonych z żalem lub brakiem zaufania do znanych ludzi (Sharma i in., 2019).

W innym kraju azjatyckim, a konkretnie w Demokratyczno-Socjalistycznej Republice Sri Lanki (potocznie Sri Lanka) podjęto próbę ustalenia związku przemocy domowej (w tym jej różnych form i częstotliwości występowania) z samouszkodzeniami w populacji kobiet (Bandara i in., 2024). Przed realizacją przytoczonego badania istniały przesłanki sugerujące, że w Azji Południowej przemoc ze strony partnera życiowego jest silnie związana z autoagresją kobiet, jednakże związek przywołanych destrukcyjnych zachowań nie został precyzyjnie określony przy użyciu metod naukowych (Bandara i in., 2020). Zjawisko przemocy domowej w Azji Południowej jest szczególnie widoczne, gdyż aż 35% kobiet będących kiedykolwiek w związku partnerskim zgłosiło, że doświadczyło przemocy domowej, co w porównaniu z 21% odsetkiem ofiar przemocy wśród kobiet zamieszkujących bogatsze kraje azjatyckie wskazuje na poważne dysproporcje, mogące wynikać z czynników ekonomicznych (WHO, Violence against women prevalence estimates, 2018).

W czwartym z omawianych badań udział wzięło 16 390 kobiet w wieku od 15 do 49 lat (Bandara i in., 2024). W badanej grupie przemocy domowej doświadczało 16,7% kobiet, z czego 13,7% miało styczność z przemocą psychiczną, a 10,3% z przemocą fizyczną lub seksualną. Przemoc fizyczna/seksualna została sklasyfikowana jako każdy akt przemocy fizycznej i/lub seksualnej, z dodatkowo występującą przemocą psychiczną lub bez niej w ciągu ostatniego roku. Przemoc psychiczna zazwyczaj obejmowała różne formy ubliżania, zamykanie w domu oraz kierowanie gróźb. Aż 7,3% kobiet doświadczało regularnie różnych form przemocy, tzn. nawet codziennie. Osoby badane pytano, czy doświadczyły przemocy ze strony partnera, a także dokonywały autoagresji na przestrzeni ostatniego roku. W badaniu nie wskazano, jaki rodzaj autoagresji jest wiodący u ofiar przemocy domowej. Inne obserwacje przeprowadzone w mieście Kandy na Sri Lance dowiodły, że kobiety narażone na przemoc domową w ciągu ostatniego roku mają aż czterokrotnie wyższe ryzyko utraty zdrowia w wyniku samozatrucia (Bandara i in., 2020). W omawianym badaniu stwierdzono natomiast, że kobiety na Sri Lance częściej dokonują samouszkodzeń, gdy są ofiarami przemocy domowej, a zatem im więcej doświadczają przemocy, tym więcej występuje zachowań autoagresywnych w ich codziennym funkcjonowaniu (Bandara i in., 2024). Ponadto wykazano, że miały one większą tendencję do zgłaszania innym osobom, że cierpią z powodu fizycznej bądź psychicznej przemocy, którą doświadczały w ostatnim roku, w porównaniu do kobiet, które także były ofiarami nadużyć

ze strony męża lub partnera, lecz nie zdecydowały się nigdy na samouszkodzenie się (Bandara i in., 2024).

W literaturze istnieją dowody wskazujące, że autoagresja kobiet jest wiodącą przyczyną wizyt w szpitalach, a zatem identyfikacja czynników wywołujących skłonność do samouszkodzeń może prowadzić do podjęcia interwencji i strategii im zapobiegającym (Boyle, Todd, 2003). Na terenie Wielkiej Brytanii przeprowadzono analizę przypadków kobiet, które w latach 1996–2004 zgłosiły się do najbliższego szpitala po pobiciu przez męża lub partnera (Boyle i in., 2006). W ostatnim z omawianych w artykule badań zagranicznych porównywano dwie grupy pacjentek. Pierwszą grupę stworzono w oparciu o aktualny wiek kobiet, drugą zaś na podstawie ich adresu zamieszkania, który był wskaźnikiem ich statusu społeczno-ekonomicznego. Z badania wykluczono osoby, które w chwili zgłoszenia się do szpitala miały mniej niż 16 lat lub zamieszkiwały poza obszarem objętym rejonizacją szpitala. Średnia wieku badanych kobiet to 32 lata i 4 miesiące. Łącznie przeanalizowano dokumentację 294 kobiet, udowadniając, że ofiary przemocy domowej częściej dokonywały samouszkodzeń, a konkretnie samookaleczeń ciała lub zatruć (Boyle i in., 2006). Autorzy artykułu wskazali również, że w badanej próbie były osoby, które zanim zgłosiły się do oddziału ratunkowego w szpitalu, doświadczały wielu epizodów przemocy domowej, a co najmniej 5% pacjentek dokonujących samouszkodzeń doznawało jej przez ostatnie 12 miesięcy. Kobiety posiadające historię zachowań autoagresywnych, nad którymi znęcał się partner lub mąż, częściej wymagały także pomocy lekarskiej. Ponadto Boyle i jego współpracownicy (2006) ustalili umiarkowaną korelację między częstością występowania zachowań agresywnych ze strony partnera intymnego a ilością dokonanych przez kobiety intencjonalnych samouszkodzeń. Ponadto nie wykazano współzależności między samouszkodzeniami a statusem społeczno-ekonomicznym kobiet. Warto zaznaczyć, że w badaniu nie uwzględniono czynników wskazujących na możliwość występowania u kobiet zgłaszających się do oddziału ratunkowego innych problemów współistniejących, takich jak: np. wcześniejsza diagnoza choroby psychicznej.

PODSUMOWANIE

Na podstawie powyższych badań i analiz metodologicznych należy stwierdzić, że przemoc domowa jest powiązana z osobistą potrzebą uszkodzenia ciała u kobiet w różnym wieku oraz pochodzących z odmiennych kultur bądź grup etnicznych (Baker i in., 2015; Bandara i in., 2024; Boyle i in., 2006; Chowdhury i in., 2009; Weiss i in., 2015). Stosowanie psychicznej, fizycznej czy seksualnej przemocy ma zatem związek z występującymi aktami autoagresji kobiet w okresie adolescencji oraz dorosłości, co udowodniono w przytoczonych badaniach. Ponadto wykazano, że większa liczba zachowań przemocowych ze strony partnera lub

męża sprzyja częstszemu dokonywaniu samouszkodzeń u kobiet. Analiza wybranych badań wykazała, że w kulturze zachodniej najczęstszą formą samouszkodzeń kobiet są pocięcia powłok skórnych, natomiast w kulturze azjatyckiej występują one rzadziej, gdyż inne niebezpieczne zachowania, takie jak trucie się pestycydami zastępują typowe formy autoagresji.

W artykule omówiono tylko kilka badań zagranicznych, co przedstawia niewielki zakres omawianego problemu przemocy domowej i autoagresji wśród kobiet nieletnich oraz pełnoletnich. Warto więc zastanowić się nad badaniami ukierunkowanymi na ustalenie związku różnych form przemocy z tendencjami autoagresywnymi u kobiet mieszkających w Polsce. Ponadto można przypuszczać, że istnieje wiele zmiennych środowiskowych oprócz przemocy domowej, które mogą zwiększać ryzyko autoagresji kobiet, których nie przedstawiono w artykule. W przyszłych badaniach warto zatem ustalić inne, także środowiskowe predyktory samouszkodzeń kobiet, a także sprawdzić współzależność statystycznie rzadziej występujących w związkach intymnych form przemocy (np. ekonomicznej) z zachowaniami autoagresywnymi w populacji kobiet.

BIBLIOGRAFIA

- Alhabib S., Nur U., Jones R. (2010). Domestic violence against women: Systematic review of prevalence studies. *Journal of Family Violence*, 25, 369–382.
- Anderson N.L., Crowther J.H. (2012). Using the experiential avoidance model of non-suicidal self-injury: Understanding who stops and who continues. *Archives of Suicide Research*, 16(2), 124–134.
- Baker C.K., Helm S., Bifulco K., Chung-Do J. (2015). The relationship between self-harm and teen dating violence among youth in Hawaii. *Qualitative Health Research*, 25(5), 652–667.
- Bakken N.W., Gunter W.D. (2012). Self-cutting and suicidal ideation among adolescents: Gender differences in the causes and correlates of self-injury. *Deviant Behavior*, 33, 339–356.
- Bandara P., Page A., Rajapakse T., Knipe D. (2024). Intimate partner violence, suicide and self-harm in Sri Lanka: Analysis of national data. *PLoS One*, 19(3):e0298413. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0298413>
- Bandara P., Page A., Senarathna L., Kidger J., Feder G., Gunnell D. (2020). Domestic violence and self-poisoning in Sri Lanka. *Psychological Medicine*, 1–9.
- Baral I., Kora K., Yüksel Ş., Sezgin U. (1998). Self-mutilating behavior of sexually abused female adults in Turkey. *Journal of Interpersonal Violence*, 13(4), 427–437.
- Beck J.G., McNiff J., Clapp J.D., Olsen S.A., Avery M.L., Hagewood J.H. (2011). Exploring negative emotion in women experiencing intimate partner violence: Shame, guilt, and PTSD. *Behavior Therapy*, 42, 740–750.
- Bojaruniec M. (2020). *Domestic Violence During the COVID-19 Pandemic*. <https://doi.org/10.13166/mng/100010>
- Boyle A., Todd C. (2003). Incidence and prevalence of domestic violence in a UK emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 20(5), 438–442.
- Boyle A., Jones P., Lloyd S. (2006). The association between domestic violence and self-harm in emergency medicine patients. *Emergency Medicine Journal*, 23(8), 604–607.

- Burstow B. (1992). *Radical Feminist Therapy: Working in the Context of Violence*. Newbury Park, CA: Sage.
- Carranza A.B., Wallis C.R.D., Jonnson M.R., Klonsky D.E., Walsh Z. (2020). Nonsuicidal self-injury and intimate partner violence: Directionality of violence and motives for self-injury. *Journal of Interpersonal Violence*, 1–20.
- Chowdhury A.N., Banerjee S., Brahma A. (2010). A prospective study of suicidal behaviour in Sundarban delta, West Bengal, India. *National Medical Journal of India*, 23(4), 201–205.
- Chowdhury A.N., Brahma A., Banerjee S., Biswas M.K. (2009). Pattern of domestic violence amongst non-fatal deliberate self-harm attempters: A study from primary care of West Bengal. *Indian Journal of Psychiatry*, 51(2), 96–100.
- Cross L. (1993). Body and self in feminine development: Implications for eating disorders and delicate self-mutilation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 57(1), 41–68.
- Curtis C. (2018). Female deliberate self-harm: The women's perspectives. *Women's Studies*, 47(8), 845–867.
- Dudzik I., Bielecka G. (2020). Przejawy przemocy domowej w Polsce. *Edukacja, Terapia, Opieka*, 2, 70–80.
- Eckhardt A. (1998). *Autoagresja*. Warszawa: Wydawnictwo W.A.B.
- García-Moreno C., Jansen H., Ellsberg M., Heise L., Watts C., Naved R. (2005). Prevalence of intimate partner violence: Findings from the WHO Multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*, 368, 1260–1269.
- Golding J.M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 14, 99–132.
- Gratz K.L. (2001). Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 253–263.
- Gruszczynska B. (2007). *Przemoc wobec kobiet w Polsce. Aspekty prawnokryminologiczne*. Warszawa–Kraków: Wolters Kluwer Polska.
- Heise L., Ellsberg M., Gottemoeller M. (1999). *Ending Violence against Women*. Baltimore, MD, Johns Hopkins University School of Public Health: Center for Communications Programs.
- Hooks B. (2004). *The Will to Change: Men, Masculinity, and Love*. New York: Simon & Schuster.
- Jacobson C.M., Gould M. (2007). The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 11, 129–147.
- Jaquier V., Hellmuth J.C., Sullivan T.P. (2013). Posttraumatic stress and depression symptoms as correlates of deliberate self-harm among community women experiencing intimate partner violence. *Psychiatry Research*, 206(1), 37–42.
- Klonsky E.D., Muehlenkamp J. (2007). Self-injury: A research review for the practitioner. *Journal of Clinical Psychology*, 63(11), 1045–1056.
- Kubas S. (2020). Przemoc wobec kobiet w świetle orzecznictwa Europejskiego Trybunału Praw Człowieka. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Rzeszowskiego*, 110, 97–107.
- Kulczyńska S., Wrona G. (2013). *Przewodnik dla pracowników ochrony zdrowia*. Warszawa–Kraków: Wydawnictwo Instytut Łukasiewicza na zlecenie Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- Kwiatkowski B. (2019). Funkcje samouszkodzeń osadzonych kobiet pochodzących z rodzin dysfunkcyjnych. *Resocjalizacja Polska*, 18, 231–247.
- Kyriacou D.N., Anglin D., Taliaferro E., Stone S., Tubb T., Linden J.A., Muelleman R., Barton E., Kraus J.F. (1999). Risk factors for injury to women from domestic violence. *The New England Journal of Medicine*, 341, 1892–1898.
- Majewska E., Kukowska M. (2005). *Przemoc wobec kobiet w rodzinie i relacjach intymnych. Podstawowe informacje*. Warszawa: Amnesty International.

- Makara-Studzińska M., Grzywa A., Turek R. (2005). Przemoc w związkach między kobietą a mężczyzną. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 14(2), 131–136.
- Mioduchowska-Zienkiewicz A. (2015). Zachowania autoagresywne a obraz własnego ciała u kobiet z zaburzeniami odżywiania. *Studia Psychologica*, 15(1), 45–62.
- Muehlenkamp J.J., Claes L., Havertape L., Plener P.L. (2012). International prevalence of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6, 10.
- Musiał-Kidawa A. (2017). Od matriarchatu do patriarchy. *Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej*, 100, 327–338.
- Nock M.K., Prinstein M.J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 885–890.
- Pickard H. (2015). Self-harm as violence: When victim and perpetrator are one. W: H. Widdows, H. Marway (red.), *Women and Violence: The Agency of Victims and Perpetrators* (s. 71–90). London: Palgrave Macmillan.
- Rode D. (2011). Charakterystyka mężczyzn – sprawców przemocy w rodzinie w świetle psychologicznego opiniodawstwa sądowego (art. 207). *Chowanna*, 2(37), 179–211.
- Różyńska J. (2007). *Przemoc wobec kobiet w rodzinie*. Warszawa: Centrum Praw Kobiet.
- Sansone R.A., Chu J., Wiederman M.W. (2007). Self-inflicted bodily harm among victims of intimate partner violence. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14, 352–357.
- Sharma K.K., Vatsa M., Kalaivani M., Bhardwaj D. (2019). Mental health effects of domestic violence against women in Delhi: A community-based study. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(7), 2522–2527.
- Weiss N.H., Dixon-Gordon K.L., Duke A.A., Sullivan T.P. (2015). The underlying role of posttraumatic stress disorder symptoms in the association between intimate partner violence and deliberate self-harm among African American women. *Comprehensive Psychiatry*, 59, 8–16.
- Whitlock J., Eckenrode J., Silverman D. (2006). Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*, 117, 1939–1948.

Akty prawne i statystyka

- Anti-domestic Violence Law of the People's Republic of China (Order No. 37 of the President of the PRC), http://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p_lang=en&p_isn=103955&p_count=1&p_classification=01.04 (dostęp: 10.08.2024).
- Family Division Practice Direction (Residence and Contact Orders: Domestic Violence and Harm) (No 2) [2009] 1 WLR 251. Housing Act 1996.
- Konwencja genewska z dnia 12 sierpnia 1949 roku (Dz.U. 1956, nr 38, poz. 171).
- Konwencja Narodów Zjednoczonych w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji kobiet (Dz.U. 1982, nr 10, poz. 71).
- Konwencja Rady Europy o zapobieganiu i zwalczaniu przemocy wobec kobiet i przemocy domowej z dnia 11 maja 2011 roku (Dz.U. 2015, poz. 961).
- Protection of Women from Domestic Violence Act of 2005, No. 43 of 2005, Section 3.
- Protokół Fakultatywny do Konwencji w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji kobiet (Dz.U. 2004, nr 248, poz. 2484).
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 13 września 2011 r. w sprawie procedury „Niebieskiej Karty” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta” (Dz.U. 2011, nr 209, poz. 1245).

-
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 3 czerwca 2011 r. w sprawie nadzoru i kontroli nad realizacją zadań z zakresu przeciwdziałania przemocy w rodzinie (Dz.U. 2011, nr 126, poz. 718).
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 28 stycznia 2011 r. w sprawie Zespołu Monitorującego do spraw Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie (Dz.U. 2011, nr 28, poz. 146).
- Statystyka Komendy Głównej Policji, <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/przemoc-w-rodzinie/201373,Przemoc-w-rodzinie-dane-od-2012-roku.html> (dostęp: 24.02.2023).
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz.U. 2005, nr 180, poz. 1493).
- WHO. Violence against women prevalence estimates, 2018. Global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. Geneva: World Health Organization, on behalf of the United Nations Inter-Agency Working Group on Violence Against Women Estimation and Data (UNI- CEF, UNFPA, UNODC, UNSD, UNWomen).