

Mgr Nina Szalas

**Niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie
(ACE-Adverse Childhood Experiences) wśród dzieci
i młodzieży hospitalizowanych w oddziale psychiatrycznym -
ocena związków z występowaniem zaburzeń psychicznych,
podejmowaniem prób samobójczych i dokonywaniem
samookaleczeń**

Adverse Childhood Experiences among children and adolescents
hospitalized in a psychiatric ward - assessment of associations
with the occurrence of mental disorders, suicide attempts and
self-mutilation

**Rozprawa doktorska na stopień doktora
w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu
w dyscyplinie nauki o zdrowiu
przedkładana Radzie Dyscypliny Nauk o Zdrowiu
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego**

PROMOTOR: Dr hab. n. med. Anita Bryńska
Klinika Psychiatrii Wieku Rozwojowego

Warszawa 2023 r.

Słowa kluczowe: niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie, przemoc wobec dzieci, zaburzenia psychiczne, próby samobójcze, samookaleczenia

Key words: adverse childhood experiences, child abuse, mental disorder, suicide attempts, self-mutilation

Podziękowania

Bardzo serdecznie dziękuję:

Pani Dr hab. n. med. Anicie Bryńskiej

za inspirację, motywowanie do nieustannego rozwoju, cierpliwość i wiarę we mnie,

Panu Prof. dr hab. n. med. Tomaszowi Wolańczykowi

za życzliwość, stworzenie przestrzeni do rozwoju i zaufanie,

Panu Mgr Łukaszowi Konowalkowi i Panu Dr n. med. Tomaszowi Srebnickiemu

za pomoc w realizacji badań i wsparcie emocjonalne.

SPIS TREŚCI

WYKAZ ZASTOSOWANYCH SKRÓTÓW	7
STRESZCZENIE	9
SUMMARY	13
ROZDZIAŁ 1: WSTĘP	16
1.1. Niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie (ACE-Adverse Childhood Experiences) - terminologia, rozpowszechnienie zjawiska	16
1.2. Charakterystyka wybranych niekorzystnych doświadczeń w dzieciństwie	17
1.2.1. Przemoc wobec dzieci	18
1.2.1.1. Rys historyczny	18
1.2.1.2. Definicje przemocy i jej rozpowszechnienie	19
1.2.1.3. Przemoc fizyczna	21
1.2.1.4. Przemoc emocjonalna (psychiczna).....	23
1.2.1.5. Przemoc seksualna	23
1.2.1.6. Zaniedbanie	24
1.2.1.7. Przemoc rówieśnicza.....	25
1.2.1.8. Czynniki ryzyka przemocy	26
1.2.2. Dorastanie wśród członków rodziny z zaburzeniami psychicznymi.....	28
1.2.3. Dorastanie wśród członków rodziny nadużywającymi lub uzależnionymi od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych	30
1.2.4. Wychowywanie się w rodzinie niepełnej	33
1.3. Wpływ niekorzystnych doświadczeń w dzieciństwie na występowanie zaburzeń psychicznych i zachowań samobójczych oraz dokonywanie samookaleczeń.....	34
1.3.1. Niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie a występowanie zaburzeń psychicznych u dzieci młodzieży	35

1.3.2.	Związki skumulowanej liczby ACE z występowaniem zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży	36
1.3.3.	Związki niekorzystnych doświadczeń w dzieciństwie oraz skumulowanej liczby ACE z występowaniem zachowań samobójczych i dokonywaniem samookaleczeń u dzieci i młodzieży.....	41
1.4.	Teorie wyjaśniające wpływ niekorzystnych zdarzeń w dzieciństwie na występowanie zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży	45

ROZDZIAŁ 2: NIEKORZYSTNE DOŚWIADCZENIA W DZIECIŃSTWIE WŚRÓD DZIECI I MŁODZIEŻY HOSPITALIZOWANYCH W ODDZIALE PSYCHIATRYCZNYM – OCENA ZWIĄZKU Z RODZAJEM ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH, PODEJMOWANIEM PRÓB SAMOBÓJCZYCH I DOKONYWANIEM SAMOOKALECZEŃ: BADANIA WŁASNE.....

2.1.	Założenia i cel pracy	49
2.2.	Materiał i metody	50
2.2.1.	Grupa badana	50
2.2.2.	Procedura i przebieg badania.....	50
2.2.3.	Metody statystyczne	52
2.3.	Wyniki	53
2.3.1.	Częstość występowania różnych form ACE oraz poziom ekspozycji na niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie w grupie badanej	53
2.3.2.	Częstość podejmowania działań interwencyjnych w odniesieniu do zjawiska przemocy w grupie badanej oraz w zależności od liczby niekorzystnych doświadczeń w dzieciństwie.....	55
2.3.3.	Częstość stosowania przemocy emocjonalnej, fizycznej lub seksualnej w zależności od osoby sprawcy	57
2.3.4.	Częstość występowania zaburzeń neurorozwojowych, zaburzeń eksternalizacyjnych, zaburzeń internalizacyjnych, nieprawidłowo kształtującej się osobowości, dokonywania samookaleczeń lub podejmowania prób „S” w grupie badanej oraz w zależności od liczby niekorzystnych doświadczeń w dzieciństwie	58

2.3.5. Liczba hospitalizacji oraz liczba ustalonych rozpoznań w zależności od liczby niekorzystnych doświadczeń w dzieciństwie.....	63
2.3.6. Ocena wpływu ACE na występowanie zaburzeń psychicznych, nieprawidłowo kształtującej się osobowości, dokonywanie samookaleczeń, podejmowanie prób „S”, liczbę hospitalizacji, liczbę ustalonych rozpoznań	65
2.4. Omówienie wyników i dyskusja	72
2.4.1. Przyjęta metodologia badania	72
2.4.2. Częstości występowania różnych form ACE oraz ekspozycja na niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie w grupie badanej - omówienie	74
2.4.3. Częstość podejmowania działań interwencyjnych w odniesieniu do zjawiska przemocy w grupie badanej – omówienie	77
2.4.4. Częstość stosowania przemocy emocjonalnej, fizycznej lub seksualnej w zależności od osoby sprawcy - omówienie	80
2.4.5. Niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie a występowanie i współwystępowanie zaburzeń psychicznych, nieprawidłowo kształtującej się osobowości, dokonywanie samookaleczeń, podejmowanie prób „S” – omówienie.....	82
2.5. Podsumowanie i ograniczenia badania, implikacje kliniczne, kierunki dalszych badań .	89
2.6. Wnioski	91
PIŚMIENNICTWO.....	93
SPIS TABEL.....	120
SPIS WYKRESÓW.....	122

WYKAZ ZASTOSOWANYCH SKRÓTÓW

ACE (ang. Adverse Childhood Experiences) - niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie

ADHD (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder) - zespół nadpobudliwości psychoruchowej

AHT (ang. Abusive Head Trauma) - zespół potrząsania i uderzania

AIDS (ang. Acquired Immune Deficiency Syndrome) - zespół nabytego upośledzenia odporności

ASD (ang. Autism Spectrum Disorders) - zaburzenia ze spektrum autyzmu

COVID-19 (ang. coronavirus disease 2019) - choroba zakaźna układu oddechowego wywołana zakażeniem wirusem SARS-CoV-2

FAS (ang. Fetal Alcohol Syndrome) - Alkoholowy Zespół Płodowy

FDSS - Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę

GUS - Główny Urząd Statystyczny

k.k. - kodeks karny

LGBT (ang. Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender) - lesbijki, geje, osoby biseksualne i transpłciowe

MPiPS - Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej

MRiPS - Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej

MS - Ministerstwo Sprawiedliwości

OR (ang. odds ratio) - iloraz szans

OUN - ośrodkowy układ nerwowy

PARPA - Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

PE - przemoc emocjonalna

PF - przemoc fizyczna

PLE (ang. psychotic-like experiences) - doznania podobne do psychotycznych

PR - przemoc ze strony rówieśników

PS - przemoc seksualna

PTSD (ang. Post-Traumatic Stress Disorder) - zaburzenie stresowe pourazowe

SBS (ang. Shaken Baby Syndrome) – zespół dziecka potrząsanego

SPCC (ang. Society for the Prevention of Cruelty to Children) Towarzystwo na Rzecz Ochrony Dzieci przed Okrucieństwem

u.p.p.r. - ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie

UCK WUM - Uniwersytecki Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

USA (ang. United States of America) – Stany Zjednoczone Ameryki

WHO (ang. World Health Organization) – Światowa Organizacja Zdrowia

STRESZCZENIE

Doświadczanie przemocy oraz innych niekorzystnych doświadczeń w dzieciństwie (Adverse Childhood Experiences; ACE) wiąże się z występowaniem zaburzeń zdrowia psychicznego, zarówno w dzieciństwie, jak i w dorosłym życiu. Niewiele prac odnosi się do populacji dzieci i młodzieży hospitalizowanej psychiatrycznie, co uzasadnia dalsze badania w tym obszarze.

Cel: Ocena wpływu niekorzystnych doświadczeń w dzieciństwie na występowanie zaburzeń psychicznych, podejmowanie prób samobójczych i dokonywanie samookaleczeń wśród dzieci i młodzieży hospitalizowanych w oddziale psychiatrycznym.

Metoda: Retrospektywnym, opisowym badaniem obserwacyjnym objęto 1232 pacjentów Oddziału Klinicznego Psychiatrii Wieku Rozwojowego UCK WUM, hospitalizowanych od stycznia 2017 r. do czerwca 2020 r., spośród których wyodrębniono grupę badaną 318 osób (26%), w tym 106 chłopców oraz 212 dziewcząt (śr. wiek 12,7 lat) z doświadczeniem różnych form przemocy przed hospitalizacją (dane z dokumentacji medycznej). W grupie badanej oceniono częstość występowania różnych form ACE (w tym przemocy emocjonalnej, fizycznej, seksualnej, rówieśniczej, zaniedbania, zaburzeń psychicznych u jednego lub obojga rodziców, uzależnienia lub nadużywania alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych u jednego lub obojga rodziców, wychowywania się w rodzinie niepełnej lub konfliktowej atmosferze), częstość stosowania przemocy w zależności od osoby sprawcy, podejmowanie działań interwencyjnych w odniesieniu do zjawiska przemocy w zależności od liczby ACE, liczbę hospitalizacji oraz liczbę ustalonych rozpoznań w zależności od liczby ACE, związek skumulowanej liczby ACE z występowaniem zaburzeń eksternalizacyjnych, zaburzeń internalizacyjnych, zaburzeń neurorozwojowych, nieprawidłowo kształtującej się osobowości, dokonywaniem samookaleczeń, podejmowaniem prób „S”, liczbą hospitalizacji oraz liczbą ustalonych rozpoznań.

Wyniki:

1. 318 osób (26%) spośród 1232 hospitalizowanych w oddziale psychiatrycznym dzieci i młodzieży doświadczyło różnych form przemocy przed hospitalizacją.
2. 189 osób (59,4%) doświadczyło wysokiego poziomu ekspozycji na niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie (suma ACE 4-8), 129 osób (40,6%) niskiego poziomu ekspozycji (suma ACE 1-3), przy czym w przypadku 8% osób stwierdzono ACE=1, 13% osób ACE=2, 19% osób ACE=3, 28% osób ACE=4, 15% osób ACE=5, 11% osób ACE=6, 5% osób ACE=7 oraz 0,3% osób ACE=8. 63% badanych doświadczyło przemocy emocjonalnej, 37% przemocy fizycznej, 12% przemocy seksualnej, 47% przemocy

rówieśniczej, 22% zaniedbania. 65% wychowywało się w rodzinie niepełnej, 59% w rodzinie, w której występowało nadużywanie lub uzależnienie od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych u jednego lub obojga rodziców, 49% w rodzinie, w której występowały choroby lub zaburzenia psychiczne u jednego lub obojga rodziców, 84% w konfliktowej atmosferze w środowisku domowym.

3. W przypadku 93% osób zjawisko przemocy zostało rozpoznane przed hospitalizacją, przy czym działania interwencyjne przed hospitalizacją podjęto tylko w odniesieniu do 21% badanych (6% procedura „Niebieskiej Karty”, 12% nadzór kuratora, 3% procedura „Niebieskiej Karty” i nadzór kuratora).
4. Sprawcami przemocy fizycznej lub emocjonalnej najczęściej byli rodzice, częściej ojcowie (74% i 66%), rzadziej matki (40% i 34%). Sprawcami przemocy seksualnej najczęściej były osoby niespokrewnione (66%), rzadziej ojcowie (21%), matki (13%) lub ojczymowie (8%).
5. Najczęściej diagnozowanymi problemami psychicznymi w grupie badanej były zaburzenia internalizacyjne (60%), podejmowanie prób samobójczych (57%) i dokonywanie samookaleczeń (53%). Diagnozę zaburzeń neurorozwojowych ustalono w przypadku 36%. Wśród osób z niskim poziomem ekspozycji wyraźnie częściej stwierdzono zaburzenia internalizacyjne (72% suma ACE 1-3 vs. 16% suma ACE 4-8), wśród osób z wysokim poziomem ekspozycji częściej zaburzenia eksternalizacyjne (49% suma ACE 4-8 vs. 29% suma ACE 1-3). Częstość podejmowania prób samobójczych była zbliżona w podgrupie z niskim i wysokim poziomem ekspozycji (56% suma ACE 1-3 vs. 58% suma ACE 4-8), podobnie jak dokonywania samookaleczeń (49% suma ACE 1-3 vs. 55% suma ACE 4-8) i diagnozy nieprawidłowo kształtującej się osobowości (16% suma ACE 1-3 vs. 17% suma ACE 4-8). Średnia liczba ACE w grupie osób z zaburzeniami neurorozwojowymi była istotnie wyższa w porównaniu z grupą osób bez takiej diagnozy ($4,1 \pm 1,5$ vs. $3,7 \pm 1,6$; $F(1,316) = 3,735$; $p = 0,054$).
6. Wśród osób z wysokim poziomem ekspozycji (suma ACE 4-8) obserwowano wyższą średnią liczbę hospitalizacji psychiatrycznych w porównaniu z podgrupą z niskim poziomem ekspozycji (suma ACE 1-3) ($F(1,316) = 3,541$; $p = 0,061$) oraz wyższą średnią liczbę rozpoznań zaburzeń psychicznych ($F(1,316) = 10,090$; $p = 0,002$). Średnia liczba rozpoznań zaburzeń psychicznych u osób z zaburzeniami neurorozwojowymi była istotnie wyższa w porównaniu z grupą osób bez tej diagnozy ($2,5 \pm 1,0$ vs. $1,5 \pm 0,7$; $F(1,316) = 97,131$; $p < 0,001$). Chłopcy z wysokim poziomem ekspozycji (suma ACE 4-8) mieli wyższą średnią liczbę hospitalizacji w porównaniu z chłopcami z niskim poziomem

ekspozycji (suma ACE 1-3) (różnica śr. 0,291, 95%CI: 0,069-0,512, $p=0,010$) oraz wyższą średnią liczbę diagnoz zaburzeń psychicznych (różnica śr. 0,561, 95%CI: 0,186-0,935, $p=0,003$).

7. W celu oceny związku ACE z występowaniem zaburzeń psychicznych wyodrębniono grupę chłopców z zaburzeniami eksternalizacyjnymi, z rozpoznaniem zaburzeń neurorozwojowych, wychowujących się w rodzinach niepełnych (śr. wieku 142,2 m-ce) (test Hosmera-Lemeshowa, $p=0,779$; R^2 Nagelkerkego=0,429) oraz dziewcząt z zaburzeniami internalizacyjnymi, bez diagnozy zaburzeń neurorozwojowych, wychowujących się w rodzinach pełnych (śr. wieku 158,5 m-ce) (test Hosmera-Lemeshowa, $p=0,221$; R^2 Nagelkerkego=0,446). Przynależność do grupy „eksternalizacyjnej” wiązała się z wyższym ryzykiem doświadczenia większej liczby ACE (OR=1,257; 95%CI: 1,064-1,485, $p=0,007$) oraz większej liczby diagnoz psychiatrycznych (OR=2,232; 95%CI: 1,639-3,039, $p<0,001$), przynależność do grupy „internalizacyjnej” z wyższym ryzykiem dokonywania samookaleczeń (OR=1,836; 95%CI: 1,028-3,279, $p=0,040$) lub podjęcia próby samobójczej (OR=2,470; 95%CI: 1,429-4,270, $p=0,010$).

Wnioski:

1. Dzieci i młodzież hospitalizowane w oddziale psychiatrycznym często doświadczają wysokiego poziomu ekspozycji na niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie, w tym na różne formy przemocy, wychowanie się w rodzinie niepełnej, lub, w której rodzice nadużywają lub są uzależnieni od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych, lub, u których występują zaburzenia psychiczne.
2. Sprawcami przemocy fizycznej i emocjonalnej najczęściej są osoby z otoczenia rodzinnego dziecka.
3. Podjęcie działań interwencyjnych przed hospitalizacją u jedynie 1/5 pacjentów pomimo rozpoznanego zjawiska przemocy świadczy o braku efektywności procedur, do podejmowania których zobowiązane są służby i instytucje realizujące zadania wynikające z ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie.
4. Niski poziom ekspozycji na niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie wiąże się z występowaniem u dzieci i młodzieży, które doświadczyły przemocy, zaburzeń internalizacyjnych, zaś wysoki poziom ekspozycji z występowaniem zaburzeń eksternalizacyjnych.
5. W przypadku dziewcząt z rozpoznaniem zaburzeń internalizacyjnych, które doświadczyły różnych form przemocy, stwierdza się wyższe ryzyko występowania zachowań autodestrukcyjnych, w tym podejmowania prób samobójczych lub

dokonywania samookaleczeń, niezależnie od liczby doświadczonych niekorzystnych czynników.

6. Dzieci i młodzież, w szczególności chłopcy, z zaburzeniami neurorozwojowymi i z rozpoznaniem zaburzeń eksternalizacyjnych są bardziej narażeni na doświadczenie większej liczby niekorzystnych doświadczeń w dzieciństwie oraz współwystępowanie większej liczby zaburzeń psychicznych.
7. W przypadku chłopców, którzy doświadczyli różnych form przemocy, wysoki poziomem ekspozycji na niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie wiąże się z wyższą liczbą hospitalizacji w oddziałach psychiatrycznych oraz większą liczbą ustalonych rozpoznań zaburzeń psychicznych.
8. Ryzyko dokonywania samookaleczeń lub podejmowania prób samobójczych u dzieci i młodzieży z doświadczeniem przemocy jest niezależne od liczby doświadczonych niekorzystnych wydarzeń w dzieciństwie.

SUMMARY

Title: Adverse Childhood Experiences among children and adolescents hospitalized in a psychiatric ward - assessment of associations with the occurrence of mental disorders, suicide attempts and self-mutilation

Having gone through abuse and other Adverse Childhood Experiences (ACE) constitutes a life-long risk factor for the development of mental problems. The scarcity of studies on children and adolescent in-patients warrants the current study.

The goal of the study: to assess the impact of acute childhood experiences on the development of mental problems, suicide attempts and self-injuries among children and adolescent in-patients of psychiatric ward.

Method: A retrospective, descriptive, observational study included 1,232 patients of the Clinic of Child and Adolescent Psychiatry at Warsaw Medical University hospitalized between January 2017 and June 2020., of which 318 (26%) were selected for the study group based on the experience of different forms of abuse before admission, according to medical records (106 boys and 212 girls; mean age 12,7 years). The following data were obtained from the study group: the frequency of ACEs (including emotional, physical, sexual abuse, bullying, neglect, growing up in a family with members being affected by mental disorders, substance abuse or addictions, separation or divorce, persistent family conflict), the frequency of abuse depending on the perpetrator, interventions taken against abuse depending on the number of ACEs, the number of hospitalizations and formal diagnoses depending on the number of ACEs, the association between cumulative childhood experiences on the occurrence of externalizing and internalizing disorders, neurodevelopmental disorders, abnormal personality development, self-injuries, suicide attempts, the number of hospitalizations and the number of diagnoses.

Results:

1. 318 subjects (26%) out of 1232 hospitalized in a psychiatric ward for children and adolescents experienced various forms of violence before hospitalization.
2. 189 subjects (59,4%) had high exposure to adverse childhood experiences (ACE 4-8), 129 subjects (40,6%) had low exposure (ACE 1-3), whereby ACE=1 was observed in 8% of subjects, ACE= 2 in 13%, ACE = 3 in 19%, ACE = 4 in 28%, ACE =5 in 15%, ACE = 6 in 11 % , ACE = 7 in 5% and ACE = 8 in 0,3%. 63% of subjects experienced emotional abuse, 37% physical abuse, 12% sexual abuse, 47% peer abuse and 22% experienced neglect. 65% of subjects were raised in broken families, 59% were raised in families with alcohol or

substance abuse in one or two parents, 49% were raised in families where one or two parents suffered from mental disorder and 84% were raised in families with persistent conflict.

3. The abuse had been identified before hospitalization in 93% of subjects, while formal intervention procedures were launched in as little as 21% of subjects (6% - “Blue card” procedure, 12% - supervision of court officer, 3% joint procedures).
4. Parents were most often the perpetrators of physical and emotional abuse, more often fathers (74% and 66% accordingly), less often mothers (40% and 34% accordingly). Unrelated persons were the most common perpetrators of sexual abuse (66%), less often fathers (21%), mothers (13%) and step-fathers (8%).
5. The most common mental problems in the study group included: internalizing disorders (60%), suicide attempts (57%) and self-injuries (53%). The diagnosis of neurodevelopmental disorders was established in 36% of subjects. Internalizing disorders were evidently more often diagnosed in subjects with low ACE exposure (ACE 1-3 in 72% vs. ACE 4-8 in 16%), while high ACE exposure was observed more often in subjects diagnosed with externalizing disorders (ACE 4-8 in 49% vs. ACE 1-3 in 29% of subjects).
6. The frequency of suicide attempts, self-injuries and abnormal personality development was similar of subgroups with low and high ACE exposure (self-injuries ACE 1-3 in 56% vs. ACE 4-8 in 58%; self-injuries ACE 1-3 in 49% vs. ACE 4-8 in 55%; abnormal personality development (ACE 1-3 in 16% vs. ACE 4-8 in 17%). The mean number of ACEs in subjects with neurodevelopmental disorders was significantly higher in comparison with subject without such diagnoses ($4,1 \pm 1,5$ vs. $3,7 \pm 1,6$; $F(1,316) = 3,735$; $p = 0,054$).
7. Subjects with high ACE exposure (ACE 4-8) were more often hospitalized in psychiatric wards compared with low-exposure group (ACE 1-3) ($F(1,316) = 3,541$; $p = 0,061$) as well as higher number of psychiatric diagnoses ($F(1,316) = 10,090$; $p = 0,002$). The mean number of psychiatric diagnoses was significantly higher in subjects with neurodevelopmental disorders, compared with subjects without such diagnoses ($2,5 \pm 1,0$ vs. $1,5 \pm 0,7$; $F(1,316) = 97,131$; $p < 0,001$). Boys with high ACE exposure (ACE 4-8) were hospitalized more often compared with boys with low ACE exposure (ACE 1-3) (mean diff. 0,291, 95%CI: 0,069-0,512, $p=0,010$) as well as higher number of psychiatric diagnoses (mean diff. 0,561, 95%CI: 0,186-0,935, $p=0,003$).
8. To assess the association between ACEs and the presence of mental disorders we isolated the group of boys with externalizing disorders, diagnosed with neurodevelopmental disorders and raised in broken families (mean age 142,2 months) (Hosmer-Lemeshow test, $p=0,779$; R^2 Nagelkerke=0,429) and the group of girls with internalizing disorders, without

neurodevelopmental disorders, raised in full families (mean age 158,5 months) (Hosmer-Lemeshow test, $p=0,221$; R^2 Nagelkerke= $0,446$). The adherence to „externalizing” group presented greater risk for higher number of ACEs (OR= $1,257$; 95%CI: $1,064-1,485$, $p=0,007$) and greater number of psychiatric diagnoses (OR= $2,232$; 95%CI: $1,639-3,039$, $p<0,001$), the adherence to “internalizing” group created higher risk for self-injuries (OR= $1,836$; 95%CI: $1,028-3,279$, $p=0,040$) or suicide attempt (OR= $2,470$; 95%CI: $1,429-4,270$, $p=0,010$).

Conclusions:

1. Children and adolescent psychiatric in-patients often experience high exposure to adverse childhood experiences such as various forms of abuse, being raised in broken families or in families with substance abuse and addiction problems or mental health problems.
2. Family members are most often the perpetrators of physical and emotional abuse.
3. Despite the identification of abuse before hospitalization only 1/5 of patients were subject to formal interventions, which indicates ineffectiveness of procedures which oblige social services and institutions to follow tasks listed in The Act of Counteracting Domestic Violence.
4. Low ACE exposure in children and adolescents who experienced abuse is linked with the presence of internalizing disorders, while high ACE exposure is linked with externalizing disorders.
5. Girls with internalizing disorders who experienced various forms of abuse are at greater risk of suicide attempts and self-injuries, regardless of the number of ACEs.
6. Children and adolescents, especially boys with neurodevelopmental disorders and externalizing disorders are more exposed to the greater number of adverse childhood experiences and psychiatric comorbidities.
7. Greater number of hospitalizations and psychiatric diagnoses is observed in boys who experienced various forms of abuse and high ACE exposure.
8. The number of ACEs has no impact on the risk of self-injuries and suicide attempts in children and adolescents with the experience of abuse.

ROZDZIAŁ 1.

WSTĘP

1.1. Niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie (ACE-Adverse Childhood Experiences) – terminologia, rozpowszechnienie zjawiska

Termin niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie, wg terminologii anglojęzycznej *Adverse Childhood Experiences* (ACE), używany jest do opisanego całego spektrum stresujących i traumatycznych zdarzeń doświadczanych w ciągu pierwszych 18 lat życia. Kalmakis i Chandler (2014) na podstawie analizy literatury dotyczącej tego zagadnienia zaproponowali bardzo szeroką definicję, określając ACE jako „zdarzenia z dzieciństwa, o różnym nasileniu i często przewlekłe, występujące w rodzinie lub środowisku społecznym dziecka, które powodują krzywdę lub stres, zakłócając w ten sposób fizyczne lub psychiczne zdrowie i rozwój dziecka”. Zazwyczaj, w celach badawczych, powyższe zdarzenia są operacjonalizowane i dzielone na dwie grupy zmiennych. Do pierwszej zaliczane są różne formy maltretowania, takie jak przemoc fizyczna, przemoc emocjonalna, wykorzystanie seksualne, zaniedbanie fizyczne lub emocjonalne oraz bycie świadkiem przemocy domowej. Druga z kolei związana jest z dysfunkcjami występującymi w najbliższej rodzinie, wśród których wymienia się dorastanie wśród członków rodziny z zaburzeniami psychicznymi, nadużywającymi lub uzależnionymi od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych, rozwód lub separację rodziców oraz uwięzienie członków bliskiej rodziny (Anda i wsp., 2008; Felitti i wsp., 1998; Kalmakis i Cahndler, 2014; Karatekin i Hill, 2018). Część autorów wskazuje na konieczność uwzględnienia wśród niekorzystnych doświadczeń z dzieciństwa także czynników związanych z kontekstem społecznym takich jak trudności finansowe i ubóstwo, dyskryminacja ze względu na pochodzenie, życie w warunkach konfliktu politycznego lub stanie wojny, doświadczenie przemocy w społeczności lub w szkole (Kalmakis i Cahndler, 2014; Wickrama i Noh, 2010).

Niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie są zjawiskiem powszechnym. Pierwszy duży i systematyczny projekt badawczy poświęcony powyższemu zagadnieniu został zrealizowany przez Felitti i wsp. (1998) w Kaiser Permanente's Health Appraisal Centrum w San Diego, USA w latach 1995-1997. W badaniu uczestniczyło ponad 17 000 dorosłych respondentów, którzy wypełnili poufne ankiety dotyczące ich dzieciństwa. Rozpowszechnienie doświadczenia przemocy psychicznej w dzieciństwie oceniono na 11,1%, przemocy fizycznej na 10,8%, przemocy seksualnej na 22,0%, nadużywania substancji psychoaktywnych przez

rodziców na 25,6%, występowania zaburzeń i chorób psychicznych u rodziców na 18,8%, bycia świadkiem przemocy domowej na 12,5% oraz występowania zachowań przestępczych wśród członków rodziny na 3,4%. Co więcej, ponad połowa respondentów (52%) zgłosiła, że była narażona na jedno lub więcej niekorzystnych doświadczeń w dzieciństwie, prawie 40% na dwa lub więcej, a 12,5% doświadczyło czterech lub więcej ACE. W kolejnym reprezentatywnym badaniu przeprowadzonym przez Finkelhor i wsp. (2009) w grupie 4549 dzieci i młodzieży w wieku 0-17 lat stwierdzono, że aż 61,0% doświadczyło co najmniej jednego niekorzystnego zdarzenia w ciągu roku. W kontynuacji powyższych analiz realizowanych w 2011 r wśród 4503 dzieci i młodzieży, ponownie w wieku 0-17 lat, odsetek ten wyniósł 57,7% (Finkelhor i wsp., 2013). Ponad 41% dzieci i młodzieży doświadczyło napaści fizycznej, a 10% doznało urazu związanego z napaścią. 2% doświadczyło napaści na tle seksualnym lub wykorzystywania seksualnego, przy czym odsetek ten w przypadku dziewcząt w wieku od 14 do 17 lat wyniósł 10,7%. Więcej niż 1 na 10 osób (13,7%) doświadczyło maltretowania przez opiekuna, w tym 3,7% przemocy fizycznej (Finkelhor i wsp., 2013).

Doświadczenie niekorzystnych zdarzeń w dzieciństwie ma negatywne konsekwencje dla zdrowia i funkcjonowania jednostki i wiąże się z występowaniem wielu problemów zdrowotnych, społecznych i psychicznych w ciągu całego życia. Badania wskazują na związki z takimi schorzeniami somatycznymi jak choroba niedokrwienna serca, choroby nowotworowe, przewlekłe zapalenie oskrzeli lub rozedma płuc (Felitti i wsp., 1998), zespoły bólowe (Chartier i wsp., 2010). Co więcej wyniki badań dowodzą silnych związków z występowaniem zaburzeń psychicznych, takich jak zespoły depresyjne (Chapman i wsp., 2004), zaburzenia lękowe oraz zespół stresu pourazowego (Mc Laughlin i wsp., 2012; 2013), podejmowaniem prób samobójczych (Dube i wsp., 2001), zaburzeniami snu (Kajeepeta i wsp., 2015), nadużywaniem alkoholu (Dube i wsp., 2002), zażywaniem narkotyków oraz ryzykownymi zachowaniami seksualnymi (Dube i wsp., 2003). Ponadto u osób narażonych na ACE, u których występują zaburzenia psychiczne, stwierdza się wyższe ryzyko współwystępowania zaburzeń związanych z używaniem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych w stosunku do osób bez zaburzeń psychicznych (Choi i wsp., 2017).

1.2. Charakterystyka wybranych niekorzystnych doświadczeń w dzieciństwie

Ze względu na przyjętą metodologię badań własnych, w kolejnych podrozdziałach omówione zostaną zagadnienia dotyczące wybranych niekorzystnych doświadczeń w dzieciństwie, tj. odnoszące się do (1) zjawiska przemocy wobec dzieci, w tym przemocy

fizycznej, emocjonalnej, seksualnej, zaniedbania oraz przemocy rówieśniczej, (2) dorastania wśród członków rodziny z zaburzeniami psychicznymi, (3) dorastania wśród członków rodziny nadużywającymi lub uzależnionymi od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych, (4) wychowywania się w rodzinie niepełnej.

1.2.1. Przemoc wobec dzieci

1.2.1.1. Rys historyczny

Przemoc towarzyszy ludzkości od zarania dziejów, a jej stosowanie wobec dzieci jest powiązane przede wszystkim z rozumieniem roli dziecka w rodzinie. W czasach starożytnych, w społeczeństwach patriarchalnych władzę w rodzinie sprawował ojciec rodziny. Zgodnie z prawem rzymskim władza ojcowska (łac. *patria potestas*) była władzą absolutną, pozwalała na dysponowanie życiem poszczególnych członków rodziny i ich wolnością (Kolańczyk, 2000). Dzieci traktowane były jako własność rodziców, w związku z tym ich bicie, zabijanie czy sprzedawanie było zjawiskiem powszechnym. Rozwój chrześcijaństwa i negatywny stosunek Kościoła wobec dzieciobójstwa spowodowały zmianę myślenia na ten temat. Wprowadzono wysokie kary za zabójstwo dziecka, co sprawiło, że więcej dzieci zostawało porzuconych. Z drugiej strony regulacje prawne mające na celu ograniczenie przemocy fizycznej i sprzedaży dzieci wchodziły w życie bardzo wolno. Proceder ten występuje również współcześnie w postaci zorganizowanego handlu dziećmi w celach adopcji, prostytucji, czy handlu narządami (Jarosz, 2008).

Dopiero w XIX w. zaczęto się interesować zjawiskiem przemocy wobec dzieci w związku z nagłośnieniem spraw dwóch dziewczynek maltretowanych przez opiekunów. Pierwsza z nich to 9-letnia Mary Ellen Wilson, katowana przez przybraną matkę. Jej historia była bezpośrednią przyczyną powstania w 1875 r. nowojorskiego Towarzystwa na Rzecz Ochrony Dzieci przed Okrucieństwem (ang. *Society for the Prevention of Cruelty to Children – SPCC*), które wobec braku podstawy prawnej do interwencji poprosiło o wsparcie Henry’ego Bergha, prezesa nowojorskiego Towarzystwa na Rzecz Ochrony Zwierząt przed Okrucieństwem, który złożył w tej sprawie petycję do Sądu Najwyższego USA. W wyniku tych działań doszło do procesu, w którym skazano opiekunkę dziewczynki na rok więzienia, a dziewczynce zapewniono ochronę (Brażel, 1996). W Europie podobna sytuacja miała miejsce w Belgii, gdzie w 1897 r. policja w Gandawie interweniowała w sprawie 7-letniej Charlotte

Deconick, która była poważnie zaniedbana i maltretowana. Zdjęcia dziewczynki pojawiły się w prasie, co spowodowało nagłośnienie sprawy i uruchomiło proces pomocy (Baartman, 1999).

Pod koniec XIX w. zaczęły ukazywać się pierwsze raporty i publikacje lekarzy sądowych dotyczące przemocy wobec dzieci, w tym np. w 1860 r. „*Studium sądowo-lekarskie nad okrucieństwem i złym traktowaniem dzieci*” autorstwa Ambroise Tardieu (Baartman, 1999). Przełomową publikacją był raport francuskich lekarzy Parrisota i Caussade „*O znęcaniu się nad dzieckiem*” zaprezentowany w 1929 r. na XIV Kongresie Medycyny Sądowej, w którym zdefiniowano pojęcie „krzywdzenia dzieci” (ang. *child abuse*) (Margolis, 1998). W 1961 r. amerykański pediatra Henry Kempe opisał „syndrom bitego dziecka” (ang. *The Battered Child Syndrom*) w odniesieniu do diagnozy fizycznych skutków nieprzypadkowych urazów u dzieci. W kolejnym roku do literatury tematu wprowadzono nową jednostkę chorobową, tj. „zespół dziecka maltretowanego”.

Początkowo koncentrowano się jedynie na fizycznych aspektach krzywdzenia dzieci. Zjawisko wykorzystywania seksualnego dzieci zostało opisane przez Davida Finkelhora dopiero w 1979 r., a przemocy emocjonalnej w 1980 r. przez Jamesa Gabarino (Sajkowska i Szymańczak, 2009).

W Polsce Komitet Ochrony Praw Dziecka rozpoczął swoją działalność w 1981 r. i był wówczas pierwszą tego typu organizacją na terenie Europy Wschodniej. Obecnie posiada 22 placówki w całym kraju, których celem jest obrona praw i interesów dzieci (www.kopd.pl).

1.2.1.2. Definicje przemocy i jej rozpowszechnienie

W literaturze przedmiotu można odnaleźć wiele definicji zjawiska przemocy. Światowa Organizacja Zdrowia (Krug i wsp., 2002) określa przemoc jako „*celowe użycie siły fizycznej, zagrażające bądź rzeczywiste, przeciwko sobie, komuś innemu lub przeciwko grupie albo społeczności, które powoduje lub ma wysokie prawdopodobieństwo spowodowania obrażeń, fizycznego uszkodzenia, śmierci, krzywdy psychicznej, zaburzenia w rozwoju lub deprywacji*”. Jest to szeroka definicja obejmująca przemoc interpersonalną, ale też zachowania samobójcze czy konflikty zbrojne. Inną definicję proponuje Pospiszyl (1999) określając przemoc jako „*wszystkie nieprzypadkowe akty naruszające osobistą wolność jednostki, które przyczyniają się do fizycznej albo psychicznej szkody drugiego człowieka i które wykraczają poza społeczne normy wzajemnych kontaktów międzyludzkich*”. Definicja ta uwzględnia ważne aspekty przemocy takie jak intencjonalność działań sprawcy oraz skutki przemocy dla ofiary. Melibruda

(1993) dodał do nich kolejne cechy, takie jak naruszenie praw osobistych, spowodowanie szkody, powtarzalność, odpowiedzialność sprawcy oraz nie zawsze usankcjonowanie karą.

Przemoc wobec dziecka najczęściej dokonywana jest w rodzinie. Jej definicja zawarta jest w art. 2, pkt. 2 ustawy z 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (u.p.p.r.). Jest to *„jednorazowe albo powtarzające się umyślne działanie lub zaniechanie naruszające prawa lub dobra osobiste członków rodziny, w szczególności narażające te osoby na niebezpieczeństwo utraty życia, zdrowia, naruszające ich godność, nietykalność cielesną, wolność, w tym seksualną, powodujące szkody na ich zdrowiu fizycznym lub psychicznym, a także wywołujące cierpienia i krzywdy moralne u osób dotkniętych przemocą”*. Definicja ta wyróżnia poszczególne rodzaje przemocy (fizyczną, seksualną, psychiczną). Dodatkowo obejmuje nie tylko podjęcie działań na szkodę innej osoby, ale też zaniechanie ich, kiedy to jest konieczne, co jest spójne z podziałem zaproponowanym przez Browne i Herberta (1999) na (1) przemoc czynną, której przejawem są wszelkie akty przemocy emocjonalnej, fizycznej, seksualnej oraz (2) przemoc bierną w postaci zaniedbania fizycznego lub emocjonalnego.

Warto w tym miejscu przytoczyć również pojęcie „krzywdzenia dzieci” (ang. *child abuse*), którego definicja wg WHO (2006) podaje, że są to *„wszelkie formy fizycznego lub emocjonalnego, lub seksualnego krzywdzenia, deprivacji potrzeb oraz zaniedbania dziecka, komercyjne lub inne wykorzystanie dziecka skutkujące szkodą w jego zdrowiu lub zgonem, zaburzeniem rozwoju lub naruszeniem godności, w wyniku relacji, w której dorosły, często rodzic lub opiekun, wykorzystuje swoją siłę, władzę oraz zależność, zaufanie dziecka”*. Podkreśla się w niej to, że krzywdzenie odbywa się w relacji z osobą, która wykorzystuje swoją pozycję do krzywdzenia, zamiast do spodziewanej ochrony.

Zjawisko przemocy wobec dzieci jest zjawiskiem bardzo częstym. Wg badań opublikowanych przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej (2008) aż 44% respondentów (z 3000) zna w swojej bliskiej okolicy rodzinę, w której dochodzi do przemocy wobec dzieci, z czego prawie jedna trzecia (31%) badanych wskazuje na przemoc emocjonalną i tyleż samo na przemoc fizyczną, a 5% badanych na przemoc seksualną. W tym samym badaniu 9% badanych przyznało się do stosowania przemocy fizycznej, a 8% do przemocy emocjonalnej. Te same osoby ujawniły także, że same były ofiarami przemocy fizycznej (27%), emocjonalnej (21%) lub seksualnej (2%), przy czym mężczyźni częściej doświadczali przemocy fizycznej i psychicznej, a kobiety seksualnej. Sprawcami przemocy najczęściej byli ojciec i matka. Ze statystyk policyjnych na podstawie realizacji procedury „Niebieskiej Karty” wynika, że osoby małoletnie stanowią ok. 14% przypadków wszystkich ofiar przemocy, a liczba ofiar w ostatnich trzech latach oscyluje w granicach 12000 osób rocznie (<https://statystyka.policja.pl/st/wybrane->

statystyki/przemoc-w-rodzinie/137709,Sprawozdania-z-realizacji-procedury-quotNiebieskie-Kartyquot.html). Najczęściej zgłaszaną formą przemocy jest przemoc psychiczna ok.50%, przemoc fizyczna stanowi ok.35% przypadków, a seksualna od 0,5 do 0,7%. Z kolei badania przeprowadzone przez Fundację Dzieci Niczyje (obecnie Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę) (Włodarczyk i Makaruk, 2012) wskazują na to, że 71% młodzieży doświadczyła w swoim życiu jakiejś formy przemocy, w tym aż 59% osób doznało przemocy rówieśniczej, 34% było ofiarami przemocy ze strony osób dorosłych (w tym 22% doświadczyło przemocy psychicznej, a 21% przemocy fizycznej), 3% doznało przemocy seksualnej, a 6% doświadczyło zaniedbania.

Należy jednak przyjąć, że pomimo licznych publikacji rzetelne ustalenie rozpowszechnienia zjawiska przemocy nie jest możliwe, ze względu na niską zgłaszalność tego typu działań. W Polsce nie istnieją rejestry, które umożliwiłyby ocenę skali problemu, w tym wykorzystywania seksualnego. Wyniki nielicznych badań retrospektywnych przeprowadzonych w Polsce szacują odsetki kobiet, które doświadczyły przemocy seksualnej w dzieciństwie na ok. 5-16% oraz 3-18% w przypadku mężczyzn, przy czym blisko 15-17% dziewcząt doświadcza seksualnej wiktyimizacji w porównaniu z ok. 5-9% chłopców (Sajkowska, 2011; Włodarczyk i Sajkowska, 2013).

1.2.1.3. Przemoc fizyczna

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia przemoc fizyczna wobec dziecka „...to taka przemoc, w wyniku której dziecko doznaje faktycznej fizycznej krzywdy lub jest nią potencjalnie zagrożone. Krzywda ta następuje w wyniku działania bądź zaniechania działania ze strony rodzica lub innej osoby odpowiedzialnej za dziecko, lub której dziecko ufa, bądź która ma nad nim władzę. Przemoc fizyczna wobec dziecka może być czynnością powtarzalną lub jednorazową” (WHO, 1999). Przyjmuje ona postać bicia, szarpania, kopania, potrząsania, wykręcania kończyn, rozmyślnego głodzenia lub wiązania dziecka. Działania te powodują obrażenia w postaci siniaków, śladów uderzeń, oparzeń, złamań kości, urazów, których przyczyny trudno wyjaśnić w wiarygodny sposób. Do niespecyficznych objawów przemocy fizycznej należą nietrzymanie moczu i kału, brak reakcji na ból, wymioty, bóle żołądka, uporczywe bóle i zawroty głowy (Gmitrowicz i Lewandowska, 2008). Uwagę mogą zwrócić również pewne charakterystyczne zmiany w zachowaniu dziecka takie jak lęk przed nagłym dotknięciem, wyrażany przez odsuwanie się, czy kulenie pod wpływem dotyku, noszenie ubrań niestosownych do pory roku przykrywających obrażenia, niechęć do brania udziału w lekcjach wychowania fizycznego, apatia, nadmierna agresja lub nieadekwatny lęk.

Tabela 1.1. Przejawy przemocy fizycznej czynnej i biernej

Przemoc fizyczna czynna	Przemoc fizyczna bierna
<ul style="list-style-type: none"> - klapsy, - policzkowanie, - bicie ręką, - bicie za pomocą narzędzia (np. pasa, kija, kabla), - kopanie, - szarpanie, - uderzanie dzieckiem o ściany lub inne przedmioty, - ciągnięcie za włosy, - zadawanie ran ciętych, kłutych, - parzenie, w szczególności przypalanie papierosami, żelazkiem, - duszenie, - topienie, - trucie, - usiłowanie lub dokonanie zabójstwa. 	<ul style="list-style-type: none"> - wymuszenia z użyciem siły fizycznej, - ograniczanie swobody ruchu (np. krępowanie, zakazywanie chodzenia, areszt domowy), - uniemożliwianie dziecku zaspokajania podstawowych potrzeb fizjologicznych, takich jak potrzeba snu, jedzenia, wypróżniania się, - odmawianie dziecku niezbędnej pomocy medycznej.

Szczególną postacią krzywdzenia fizycznego jest tzw. zespół dziecka potrząsanego (ang. *Shaken Baby Syndrome - SBS*), powstający w wyniku gwałtownego szarpania i potrząsania niemowlęciem lub małym dzieckiem (najczęściej poniżej 2 r.ż.), czasami w połączeniu z uderzaniem dzieckiem w twarde przedmioty (tzw. zespół potrząsania i uderzania; ang. *Abusive Head Trauma - AHT*). Następstwem takich działań są liczne urazy głowy, szyi, OUN, kręgosłupa oraz klatki piersiowej. W obrazie klinicznym dominują objawy neurologiczne, w tym drgawki (40-70% przypadków), zaburzenia świadomości, zaburzenia oddychania i apatia. Zaobserwować można także gorączkę, biegunki, wymioty, infekcje górnych dróg oddechowych, kolki, drażliwość, senność, bezdech, czy kłopoty z karmieniem. Typowe konsekwencje obrażeń to krwiaki podtwardówkowe, krwotoki podpajęczynówkowe, obrzęk mózgu, retinopatia krwotoczna, złamania nasad kości długich. Często konsekwencją są nieodwracalne następstwa w postaci upośledzenia rozwoju motorycznego i poznawczego, a w skrajnych przypadkach śmierć dziecka. Warto również w tym miejscu również wymienić przeniesiony zespół Münchhausena (zespół Münchhausena per procuram; *Münchhausen syndrome by proxy*) - zaburzenie występujące u rodziców lub opiekunów dzieci (w 90% u kobiet, sporadycznie u mężczyzn), które polega na celowym wywoływaniu u dziecka objawów zaburzeń somatycznych lub psychicznych (Groth, 2007).

1.2.1.4. Przemoc emocjonalna (psychiczna)

Przemoc emocjonalna (psychiczna) wobec dziecka definiowana jest jako „*rozmyślne niszczenie lub znaczące obniżanie możliwości prawidłowego rozwoju dziecka, poczynając od wyzwisk, do emocjonalnego odrzucenia, a także stawianie dziecku nadmiernych wymagań, przy jednoczesnym braku uwzględnienia jego możliwości rozwojowych*” (Sobkowska, 1998). Do typowych zachowań będących przejawem przemocy psychicznej należą groźby, zastraszanie, wyzwiska, szantażowanie, wyśmiewanie, zawstydzanie, wywoływanie nieadekwatnego poczucia winy, krzyczenie, emocjonalne odrzucenie, stawianie wymagań nieadekwatnych do możliwości dziecka, niszczenie ważnych dla niego przedmiotów lub zwierząt, brak poszanowania prywatności. Bardziej wysublimowane zachowania obejmują izolowanie dziecka od otoczenia, nadopiekuńczość ograniczającą rozwój dziecka, nadmierną kontrolę, parentyfikację. Ważnym aspektem w rozpoznaniu zjawiska przemocy emocjonalnej jest celowość dokonywanych działań, rozumiana jako fakt, że sprawca przemocy jest świadomy, że dziecku dzieje się krzywda, a mimo to nie zmienia swojego zachowania. Częstym następstwem doświadczenia przemocy emocjonalnej są objawy psychosomatyczne (biegunki, uporczywe bóle i zawroty głowy, bóle żołądka, bóle i drżenia mięśni, nietrzymanie moczu i kału), objawy zaburzeń psychicznych (najczęściej zaburzeń depresyjnych lub lękowych, zespołu stresu pourazowego), jąkanie, zaburzenia snu, pobudzenie psychoruchowe, a w szerszej perspektywie niskie poczucie własnej wartości, poczucie winy i wstydu, odrętwienie emocjonalne, wyraźnie nieposłuszne i opozycyjne zachowania, nadmierne poszukiwanie uwagi i uczuć dorosłych osób, nieadekwatne do sytuacji reakcje, lęk przed porażką, skłonności autodestrukcyjne (dokonywanie samookaleczeń, podejmowanie prób samobójczych) i narastające zaburzenia funkcjonowania (Brzozowska, 2007; Różyńska, 2013).

1.2.1.5. Przemoc seksualna

Przemoc seksualna określana jest również jako molestowanie seksualne, nadużycie seksualne, wykorzystywanie seksualne lub krzywdzenie seksualne. WHO w swoim „Raporcie z konsultacji w sprawie zapobiegania krzywdzeniu dzieci” z 1999 r. (WHO, 1999) opisuje ten rodzaj przemocy następująco: „*Wykorzystywanie seksualne dziecka to włączenie dziecka w aktywność seksualną, której nie jest ono w stanie w pełni zrozumieć i udzielić na nią świadomej zgody, i/lub do której z pewnością nie dojrzało rozwojowo i nie może zgodzić się w ważny prawnie sposób, i/lub która jest niezgodna z normami prawnymi lub obyczajami danego*

społeczeństwa. Z wykorzystaniem seksualnym mamy do czynienia w sytuacji, gdy taka aktywność wystąpi pomiędzy dzieckiem a dorosłym lub dzieckiem a innym dzieckiem; ponadto jeśli te osoby ze względu na wiek bądź stopień rozwoju pozostają w relacji opieki, zależności, władzy. Celem takiej aktywności jest zaspokojenie potrzeb innej osoby. Aktywność taka może dotyczyć: a) namawiania lub zmuszania dziecka do angażowania się w czynności seksualne; b) wykorzystywania dziecka do prostytucji lub innych prawnie zakazanych praktyk o charakterze seksualnym; c) wykorzystywania dziecka do produkcji materiałów lub przedstawień o charakterze pornograficznym". W Polsce przestępstwa odnoszące się do przemocy seksualnej wobec dzieci zgodnie z kodeksem karnym (KK), zdefiniowano jako zgwałcenie małoletniego poniżej lat 15, nadużycie stosunku zależności, obcowanie z małoletnim poniżej lat 15, uwodzenie dzieci przez Internet tzw. grooming, kazirodztwo, pornografię, sutenerstwo (czerpanie korzyści majątkowych z uprawiania prostytucji przez inną osobę) i stręczycielstwo (nakłanianie do prostytucji).

Przemoc seksualną można podzielić (Lew-Starowicz, 2004) na przemoc związaną z kontaktem fizycznym (m.in. dotykanie, całowanie, ocieractwo, penetracja seksualna), kontaktem werbalnym (m.in. rozmowy o treści seksualnej, ekspozycja anatomii, podglądactwo) i pozawerbalnym (m.in. pornografia dziecięca). Liczne następstwa przemocy seksualnej mogą się przejawiać zarówno w sferze fizycznej (urazy zewnętrznych i wewnętrznych narządów płciowych, krwiaki, otarcia, zadrapania, urazy okolicy odbytu, urazy w obrębie jamy ustnej, bolesność narządów płciowych i odbytu, ból podczas oddawania moczu, przy chodzeniu, siadaniu, opuchlizna w okolicach genitaliów, infekcje wirusowe, bakteryjne, grzybicze) (Zieliński i wsp., 2003), jak i psychicznej (zaburzenia psychiczne, objawy psychosomatyczne takie jak moczenie nocne, zaburzenia snu, bóle brzucha, głowy, seksualizacja zachowań, ssanie palca i inne zachowania o charakterze regresu, nadmierna agresja lub apatia, nieadekwatny lęk, nerwowość, złość, płacz bez wyraźnego powodu, zaburzenia koncentracji, problemy z nauką, labilność emocjonalna, zachowania autodestrukcyjne: samookaleczenia, podejmowanie prób samobójczych) (Skrzypulec i wsp., 2005).

1.2.1.6 Zaniedbanie

Zaniedbanie definiowane jest przez WHO (1999) jako „nie zapewnianie odpowiednich warunków do rozwoju dziecka w sferze zdrowotnej, edukacyjnej i emocjonalnej, odpowiedniego odżywiania, schronienia i bezpieczeństwa, w ramach środków dostępnych rodzicom lub opiekunom, i w następstwie powodujące lub mogące powodować uszczerbek na zdrowiu

dziecka lub zaburzenie rozwoju psychicznego, moralnego lub społecznego. Wyróżnia się zaniedbanie fizyczne (ekonomiczne, zdrowotne), emocjonalne, edukacyjne (intelektualne)”. Przejawia się ono m.in. głodem dziecka, brakiem dbałości o jego higienę, nie zapewnieniem ubrania stosownego do pory roku, brakiem dbania o zdrowie dziecka, nie zapewnieniem mu dostępu do edukacji. Objawy, które najczęściej świadczą o zaniedbaniu to wzrost i waga dziecka poniżej należnej normy, brudne ubrania, bielizna, brudne włosy, ubranie nieadekwatne do pory roku, nie wyleczone rany i urazy.

Zaniedbanie powinno być rozumiane jako krzywdzenie poprzez zaniechanie, tj. chroniczne lub incydentalne niepodejmowanie czynności niezbędnych dla szeroko rozumianego dobrostanu dziecka. Wg Kolankiewicz (2012) wyróżnia się: zaniedbanie prenatalne (np. palenie i picie w czasie ciąży), zaniedbanie fizyczne (np. niedostateczne żywienie, niezapewnienie właściwego ubrania, brak troski o higienę i zdrowie), zaniedbanie psychiczne (często wymieniane jako rodzaj przemocy psychicznej, np. obojętność, brak reakcji na sygnały ze strony dziecka, brak rozmów z dzieckiem, brak dbałości o socjalizację dziecka), zaniedbanie edukacyjne (brak troski o naukę szkolną dziecka), zaniedbanie cywilno-prawne (np. niezarejestrowanie narodzin). Wg „Wyników Ogólnopolskiej diagnozy problemu przemocy wobec dzieci” (Wójcik, 2013) doświadczanie zaniedbania przed ukończeniem 12 roku życia było udziałem 6% respondentów (badanie przeprowadzone na losowej próbie 1005 dzieci w wieku 11–17 lat), przy czym zaniedbanie częściej deklarowali chłopcy niż dziewczynki.

1.2.1.7. Przemoc rówieśnicza

Przemoc rówieśnicza to przemoc doświadczana ze strony rówieśników w okresie szkolnym. Inne określenia to znęcanie się, dręczenie (*bullying*). Zgodnie z definicją Olweusa (2003) charakteryzują ją trzy wymiary: powtarzalność (atakowanie wielokrotnie tej samej osoby), nierównowaga sił (sprawca ma nad ofiarą przewagę fizyczną lub psychiczną) oraz intencjonalność (działanie sprawców jest celowe, nastawione na skrzywdzenie ofiary). Wyróżnia się cztery formy przemocy rówieśniczej: fizyczną (np. bicie, kopanie, popychanie, plucie, niszczenie rzeczy), werbalną (np. przezywanie, ośmieszanie, grożenie, obmawianie, przedrzeźnianie), relacyjną (np. wykluczanie z grupy, aktywne ignorowanie, nastawianie grupy przeciwko wybranej osobie) oraz elektroniczną (np. umieszczanie w internecie zdjęć lub filmów ośmieszających ofiarę, zamieszczanie obraźliwych treści w serwisach społecznościowych) (Deptuła, 2013; Stassen Berger, 2007). Jako konsekwencje doświadczania

przemocy rówieśniczej wymienia się najczęściej zaburzenia psychiczne, zaburzenia psychosomatyczne oraz zaniżoną samoocenę (Due i wsp., 2005; Kessel Schneider i wsp., 2012; Özdemir i Stattin, 2011).

1.2.1.8. Czynniki ryzyka przemocy

Przyczyny przemocy wobec dzieci są złożone. Zrozumienie etiologii zjawiska wymaga uwzględnienia perspektywy takich dziedzin jak kryminologia, psychiatria, psychologia społeczna, socjologia czy antropologia kulturowa. Trudno określić bezpośredni związek przyczynowo-skutkowy między danym czynnikiem a wystąpieniem przemocy, stąd definiuje się czynniki zwiększające ryzyko wystąpienia przemocy. Zgodnie z modelem społeczno-ekologicznym zaproponowanym przez Światową Organizację Zdrowia (WHO, 2006) można je podzielić na cztery kategorie: indywidualne, relacyjne, mikrosystemowe (społeczne) oraz makrosystemowe (kulturowe).

Czynniki indywidualne to zmienne biologiczne, takie jak wiek i płeć, a także czynniki z historii osobistej, które mogą wpływać na kształtowanie się z jednej strony cech sprzyjających krzywdzeniu dzieci, a z drugiej podatności dziecka na krzywdzenie.

Wśród czynników indywidualnych w pierwszej kolejności uwzględnia się okoliczności dotyczące narodzin takie jak przedwczesne urodzenie, niska waga urodzeniowa, poród z ciąży bliźniaczej lub mnogiej, krótki odstęp czasu między kolejnymi porodami (Browne i wsp., 2006). Znaczenie ma również wiek i płeć dziecka. Im młodsze dziecko tym bardziej narażone jest ono na doświadczenie przemocy fizycznej i psychicznej (Benedict i wsp., 1985; Powers i Eckenrode, 1988), z kolei nastolatki częściej stają się ofiarami nadużyć i przemocy seksualnej, szczególnie dotyczy to dziewcząt (Finkelhor, 1986). Natomiast chłopcy częściej są ofiarami przemocy fizycznej. Badania wskazują także, że częściej przemocy doznają dzieci niepełnosprawne (Sullivan i Knutsson, 2000) i z chorobami przewlekłymi (Ossowska, 2003), które narażone są szczególnie na aktywne odrzucenie lub bierne zaniedbywanie (Iwaniec i Szmagałaski, 2002). Czynnikiem ryzyka są także trudne zachowania dziecka (Jaudes i Mackey-Bilaver, 2008), zwłaszcza prezentowane przez dzieci z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej (*Attention Deficit/Hyperactivity Disorder; ADHD*), które są szczególnie narażone na przemoc fizyczną (Heffron i wsp., 1987) lub dzieci „płaczliwe”, których rodzice-sprawcy przemocy opisują płacz jako czynnik wyzwalający przemoc (Reijneveld i wsp., 2004). W przypadku przemocy rówieśniczej czynnikami ryzyka są dwa rodzaje postaw prezentowanych przez ofiary przemocy: (1) pasywna, charakteryzująca się wycofaniem,

lęklnością, introwertyzmem, lub (2) prowokująca, cechująca się nerwowością, nadmierną pobudliwością, niestabilnością emocjonalną lub zachowaniami agresywnymi (Rigby, 2011).

Wśród indywidualnych cech sprawców przemocy wymienia się młody wiek rodziców, a szczególnie matek (Schuyler Center for Analysis and Advocacy, 2008), niski poziom wykształcenia (Schnitzer i Ewigman, 2005), samotne rodzicielstwo (Finkelhor, 1986; Goldman i wsp., 2003), doświadczenie krzywdzenia w dzieciństwie (Browne i Herbert, 1997; Kaufman i Zigler 1987; Putnam-Hornstein i wsp., 2015), zaburzenia psychiczne rodziców (Fejfer-Szpytko i wsp., 2016; Jameson, 1997; Shay i Knutson, 2008), nadużywanie przez nich substancji psychoaktywnych (Chaffin i wsp., 1996; Jaudes i wsp., 1995; Smith 2007), narażenie na wysoki poziom stresu (Coohey i Braun, 1997; Rodriguez i Richardson, 2007), niskie kompetencje wychowawcze (Black i wsp., 2001; Gabarino, 1977). W przemocy rówieśniczej sprawców cechuje impulsywność, potrzeba dominacji, niski poziom empatii, agresja, siła i wysoki poziom sprawności fizycznej (Olweus, 1993). Najczęstszymi sprawcami przemocy fizycznej wobec dzieci są rodzice, zarówno kobiety, jak i mężczyźni, którzy często sami byli ofiarami przemocy we własnych rodzinach pochodzenia (20-80% sprawców przemocy doświadczyło jej w dzieciństwie). Większość sprawców wykorzystywania seksualnego dzieci to mężczyźni, kobiety stanowią jedynie ok. 2% podejrzanych o kontakty seksualne z małoletnimi do 15. r.ż. i ok. 5% podejrzanych z art. 202 k.k. (rozpowszechnianie, produkcja, posiadanie pornografii dziecięcej).

Czynniki relacyjne odnoszą się do bliskich relacji i ich jakości, zwiększających ryzyko doświadczenia przemocy lub stania się jej sprawcą. Szczególne znaczenie odgrywa najbliższy krąg społeczny danej osoby - rodzice i inni członkowie rodziny, rówieśnicy, partnerzy. Do najistotniejszych czynników ryzyka w obszarze relacyjnym należą konflikty w rodzinie (Kelly, 2000), przemoc między dorosłymi członkami rodziny, w tym bycie świadkiem przemocy w rodzinie (Appel i Holden, 1998; Edelson, 1999; Graham-Bermann, 2002; Wathen i MacMillan, 2013), wychowywanie się w rodzinie niepełnej (Finkelhor, 1986; Goldman i wsp., 2003) oraz wychowywanie się z niespokrewnionym dorosłym (Berliner, 2011; Schnitzer i Ewigman, 2005).

Czynniki mikrosystemowe (społeczne) odnoszą się do otoczenia, w jakim zachodzą relacje społeczne dziecka, zarówno w zakresie rodzaju miejsc (tj. dzielnice, miejsca pracy i szkoły) oraz szczególnie cech tych miejsc, które mogą przyczyniać się do występowania przemocy. Wśród najważniejszych czynników mikrosystemowych wymienia się izolację społeczną dziecka, rozumianą jako brak lub ubogie kontakty społeczne, w tym z osobami, grupami lub instytucjami (Miller i Knudsen, 2007) oraz brak infrastruktury i oferty wsparcia

(Butchart i wsp., 2004). Z kolei czynniki makrosystemowe obejmują podstawowe warunki społeczne, takie jak normy społeczne sankcjonujące stosowania kar fizycznych wobec dzieci (znaczenie hierarchicznego modelu rodziny wspieranego przez normy kulturowe, religijne oraz prawne), nierówności ekonomiczne i brak zabezpieczeń socjalnych. Ponadto istotnym czynnikiem ryzyka przemocy jest deprivacja społeczna polegająca na ograniczonych możliwościach zaspokajania potrzeb materialnych, zdrowotnych, edukacyjnych i związanych z tym niski status socjoekonomiczny rodziny i otoczenia (Christensen i wsp., 1994; Jones 1990; Pelton i Milner, 1994), sąsiedztwo charakteryzujące się wysoką przestępczością (Gracia i Herrero, 2006), pozytywne przekonania otoczenia na temat stosowania kar fizycznych jako skutecznego środka dyscyplinowania dziecka, co często powiązane jest z osobistymi doświadczeniami rodzica i powielanymi wzorcami przemocy (tzw. ‘dziedziczenie’ wzorców przemocy i teoria międzypokoleniowej transmisji przemocy; ang. *intergenerational violence transmission*) (Herzberger, 2003; Fluderska i Sajkowska, 2003). Dodatkowym czynnikiem ryzyka dla przemocy rówieśniczej jest ubóstwo (Giza-Poleszczuk i wsp., 2011).

1.2.2. Dorastanie wśród członków rodziny z zaburzeniami psychicznymi

Szacuje się, że między 10 a 20% dzieci wychowuje się w rodzinach, w których rodzice doświadczają zaburzeń psychicznych (Bassani i wsp., 2009; Gladstone i wsp., 2014; Maybery i wsp., 2009; Royal College of Psychiatrists, 2011) oraz, że ponad 67% kobiet i ponad 75% mężczyzn z poważnymi chorobami psychicznymi to rodzice (Nicholson i wsp., 2001).

Światowe Towarzystwo Psychiatryczne (Brockington i wsp., 2013) wśród czynników, dla których zaburzenia psychiczne rodziców mają znaczący, przeważnie negatywny wpływ, na rozwój i funkcjonowanie dzieci wymienia:

- zaabsorbowanie rodziców/niedostępność emocjonalną spowodowaną chorobą i jej objawami,
- nadmierne, przedłużające się i niewłaściwe reakcje emocjonalne ukierunkowane na dziecko, powodujące poważne problemy w zakresie tworzenia prawidłowej więzi oraz zaburzające komunikację rodzic-dziecko,
- zaburzone zachowanie rodzica (impulsywność, ekstremalne wahania nastroju, dziwaczne wypowiedzi lub zachowania oparte na urojeniach) zakłócające interakcję rodzic-dziecko.

Z kolei wyniki badań Tabak i wsp. (2016) wskazują na pięć obszarów problemowych, będących następstwami wychowywania przez rodziców z zaburzeniami psychicznymi:

- problemy emocjonalne dziecka związane z nieprzewidywalnością i niepewnością, czego następstwem jest zaburzone poczucie bezpieczeństwa, przeżywany wysoki poziom niepokoju, strachu, wstydu, poczucia winy i ciągłe przeżywanie zagrożenia przemocą fizyczną i psychiczną;
- brak uwagi i zaangażowania rodziców, związaną z tym deprivację potrzeb dziecka i jej konsekwencje, np. w postaci ograniczenia rodzicom praw rodzicielskich i umieszczenia dziecka w placówce wychowawczej lub rodzinie zastępczej;
- nieadekwatne role w rodzinie, najczęściej pod postacią odwrócenia ról i parentyfikacji, co skutkuje dużym obciążeniem fizycznym i psychicznym dziecka, szybszym dorastaniem i nadmierną odpowiedzialnością;
- problemy behawioralne przejawiające się przede wszystkim poprzez opuszczanie zajęć w szkole oraz zachowania antyspołeczne;
- lęk przed napiętnowaniem i związane z tym utrzymywanie choroby w tajemnicy, aby uniknąć wstydu, przez co dziecko nie otrzymuje pomocy, ale też izoluje się od rówieśników, których wstydzi się zaprosić do domu.

Na podstawie meta-syntezy 22 badań z lat 2000-2012 (Dam i Hall, 2016) można przyjąć, że dzieci rodziców z zaburzeniami psychicznymi doświadczają na co dzień nasilonego poczucia nieprzewidywalności i napiętnowania, przy jednocześnie wysokim poziomie odpowiedzialności, winy i zamartwiania się, potrzeby zachowania tajemnicy i większej wiedzy na temat choroby psychicznej rodzica. Ustalenia te zostały dodatkowo poparte systematycznym przeglądem ośmiu badań (Yamamoto i Keogh, 2018), w którym zwrócono również uwagę na wysoki poziom zamartwiania się przez dzieci, jakością ich relacji z chorym rodzicem.

Jako kolejne następstwa dorastania wśród członków rodziny z zaburzeniami psychicznymi wymienia się zwiększone prawdopodobieństwo narażenia na przemoc i zaniedbanie ze strony rodzica (Clemens i wsp., 2020; Shay i Knutson, 2008), częstsze mieszkanie z samotnym rodzicem lub w rodzinie zastępczej (Leschied i wsp., 2005), większe trudności poznawcze, emocjonalne i behawioralne, potencjalnie prowadzące do problemów psychiatrycznych w późniejszym życiu (Beardslee i wsp., 1998; Gladstone i wsp., 2014; Göpfert i wsp., 1996; Reupert i wsp., 2012). Zaburzenia psychiczne rodziców są czynnikiem ryzyka dla rozwoju zaburzeń psychicznych, emocjonalnych i behawioralnych u dzieci (Grové i wsp. 2016; Rasic i wsp. 2014). Ryzyko to jest szczególnie wysokie, w sytuacji, gdy rodzic choruje na schizofrenię, chorobę afektywną dwubiegunową lub ciężką depresję oraz gdy problemy dotyczą obydwójga rodziców.

Warto zauważyć, że istnieje niewiele badań ukierunkowanych na ocenę występowania zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży wychowywanych przez rodziców z zaburzeniami osobowości (np. Steinsbekk i wsp., 2019), pomimo powszechności problemów osobowościowych. Niewątpliwie charakterystyczne dla zaburzeń osobowości dysfunkcyjne wzorce interpersonalne, niestabilna regulacja emocjonalna, słaba kontrola impulsów, chwiejność afektywna i zaburzona modulacja poznawczo-afektywna mogą negatywnie wpływać na dobrostan dziecka. Badania przekrojowe potwierdzają jednak, że objawy zaburzeń osobowości u rodziców są związane ze złym zdrowiem psychicznym dzieci (Barnow i wsp., 2006; Berg-Nielsen i Wichstrom, 2012; Bertino i wsp., 2012).

1.2.3. Dorastanie wśród członków rodziny nadużywającymi lub uzależnionymi od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych

Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) szacuje, że w Polsce aż 2 miliony niepełnoletnich dzieci i młodzieży dorasta w rodzinach, których członkowie są uzależnieni od alkoholu (<https://parpa.pl/index.php/rodzina-dzieci/dzieci-alkoholikow>), przy czym około połowa żyje w warunkach zagrażających zdrowiu i rozwojowi. Brak jest analogicznych statystyk w odniesieniu do wychowywania się wśród członków rodziny uzależnionych od innych substancji psychoaktywnych, niemniej badania przeprowadzone przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii wskazują, że używanie narkotyków dotyczy 5,4 % populacji Polaków w wieku 15-64 lat (2020).

Na sytuację dziecka wychowującego się w rodzinie z problemem uzależnienia od alkoholu wpływa wiele czynników, bezpośrednio lub pośrednio związanych z samym problemem. Najczęściej funkcjonowanie całej rodziny koncentruje się wokół osoby uzależnionej, celem zapobiegania spożywaniu alkoholu lub neutralizacji skutków jego spożycia. Poziom dysfunkcji w rodzinie zależy od wzorców „picia”. Osoba pijąca, która pod wpływem alkoholu jest agresywna i nieprzewidywalna, może powodować większą destrukcję w rodzinie niż osoba, która pije w samotności i wycofuje się z życia rodzinnego. Także długotrwałe ciągi alkoholowe, które występują na przemian z okresami abstynencji, wpływają na brak stabilności w funkcjonowaniu rodziny i zaburzają poczucie bezpieczeństwa jej członków. Znaczenie ma również, czy alkohol spożywają oboje rodzice, czy tylko jedno z nich, a drugie pozostaje wsparciem dla dziecka. Istotny jest także problem współuzależnienia drugiego rodzica, które upośledza jego funkcjonowanie w roli rodzicielskiej, ze względu na przekierowanie uwagi i zaangażowania na uzależnionego współmałżonka (Karasowska, 2004).

Taka sytuacja rodzinna jest źródłem chronicznego napięcia i stresu, które wiążą się z stałym poczuciem utraty kontroli i zaburzają poczucie bezpieczeństwa dziecka (Orford i wsp., 1998). Ponadto przyjmuje się, że funkcjonowaniem systemu rodzinnego, w którym występuje problem uzależnienia od alkoholu „rządzą” trzy zasady (Karasowska, 2004; www.parpa.pl):

- Zasada „nie mów” - dotyczy nakazu milczenia na temat tego, co się dzieje w domu, nie proszenia o pomoc, co sprawia, że dziecko oraz rodzina przez długi czas nie otrzymują wsparcia; tajemnica rodzinna, którą dziecko próbuje strzec prowadzi do doświadczania długotrwałego wstydu i lęku oraz niezrealizowanej nadziei, że może kiedyś będzie lepiej;
- Zasada „nie ufaj” - dotyczy zarówno osób z zewnątrz, jak i członków własnej rodziny, ponieważ zaufanie oznacza krzywdę; dodatkowo zasadę ta potwierdza wielokrotne łamanie obietnic składanych przez rodziców, co pogłębia brak stabilności i poczucia bezpieczeństwa;
- Zasada „nie czuj” - oznacza, że dzieci nie powinny okazywać przeżywanych emocji, być zawsze silne i radzące sobie w samotności.

Wyniki wielu badań wskazują, że dzieci wychowujące się w rodzinach z problemem alkoholowym doświadczają wielu traumatycznych sytuacji związanych z przemocą, konfliktami między rodzicami, chaosem, brakiem realizacji przez opiekunów ról rodzicielskich. Najwięcej badań dotyczy powiązania spożywania alkoholu lub środków psychoaktywnych z częstszym stosowaniem różnych form przemocy (Anda i wsp., 2008; Badura-Madej i Dobrzyńska-Mesterhazy, 2000; Casselman i Moorthamer, 1994; Clemens i wsp., 2020; Gmitrowicz i Lewandowska, 2008; Karasowska 2004; Kelley 2002; Sajkowska i Fluderska 2001, Wiehe, 1998). Wg Skrzypczyk (2000) w polskich rodzinach z problemem alkoholowym ponad połowa dzieci doświadczyła przemocy fizycznej i emocjonalnej, a co szósta dziewczynka zgłaszała doświadczenia związane z nadużyciem seksualnym. Co istotne w prawie 20% przypadków sprawcą przemocy był rodzic nieuzależniony.

Przemoc fizyczna w rodzinach z problemem alkoholowym najczęściej pojawia się jako forma „kary” i jest uzasadniana „łamaniem” reguł lub jest sposobem na rozładowanie złości (Mellibruda, 2001), co sprawia, że dziecko nie jest w stanie wpłynąć na wybuch złości ani go przewidzieć. Z kolei przemoc psychiczna ma bardzo wiele odmian. Przejawia się w poniżaniu, wyziskach, zastraszaniu, oszukiwaniu, nadmiernym krytykowaniu, ale przybiera też bardziej wysublimowane formy takie jak odrzucenie, bycie świadkiem przemocy domowej, szantaż emocjonalny pozwalający na sprawowanie nad dzieckiem kontroli, parentyfikacja, w której dziecko staje się powiernikiem i opiekunem rodzica (Karasowska, 2004; Pasternak i Shier, 2012; Skrzypczyk, 2000). Wykorzystanie seksualne związane jest z rozluźnieniem kontroli

impulsów seksualnych po spożyciu alkoholu, problemami w relacji małżeńskiej, a także sprawowaniem niedostatecznej opieki nad dzieckiem, co naraża je na zagrożenie ze strony obcych lub dalszych krewnych (Karasowska, 2004; Robinson i Lyn Rhoden, 2003). Wielu rodziców uzależnionych zaniedbuje swoje dzieci zarówno w zakresie potrzeb emocjonalnych jak i fizycznych, takich jak higiena, odżywienie, czy ubiór (Barnard i McKeganey, 2004; Leonard i wsp., 2008; Yates i Wekerle, 2009).

W reakcji na chorobę alkoholową dzieci mogą przyjmować różne role, mające na celu zminimalizowanie następstw zachowania osoby uzależnionej, zapewnienie poczucia minimalnej stałości, przewidywalności, poczucia kontroli, a co za tym idzie poczucia bezpieczeństwa. Cztery podstawowe role to (Cierpiałkowska, 1992; Pacewicz, 1994; Robinson i Lyn Rhoden, 2003; Sztander, 1993; Wegscheider-Cruse, 2000):

- Rola „bohatera” - to zazwyczaj rola najstarszego dziecka, które przejmuje na siebie obowiązki dorosłych, stara się utrzymać normalne funkcjonowanie rodziny, nie sprawia kłopotów;
- Rola „kozła ofiarnego” - pozwala na odwrócenie uwagi od rzeczywistych problemów rodziny poprzez nasilenie zachowań opozycyjnych, sprawianie problemów, przez co wiąże się z narażeniem na krytykę ze strony otoczenia, koncentracją uwagi na własnej osobie;
- Rola „maskotki” - odwraca uwagę od problemów i pozwala na skupienie uwagi na własnej osobie poprzez przymilanie się, żartowanie i rozładowywanie napięcia rodziny;
- Rola „zagubionego, niewidzialnego dziecka” - polega na pozostawaniu na uboczu rodziny, nie zwracaniu na siebie uwagi, „uciekaniu” w świat fantazji i marzeń.

Czasami dziecko podejmuje więcej niż jedną rolę, zależnie od sytuacji. Zachowania związane z rolą są pożądanymi przez rodzinę i przez nią wzmacniane, jednak poza nią przysparzają problemów, zwłaszcza, gdy są utrwalone i stosowane również w dorosłym życiu.

Dorastanie wśród członków rodziny uzależnionych od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych jest przyczyną stałego poczucia niższej wartości i nieadekwatnej samooceny, która wyraża się samokrytyce i działaniach autodestrukcyjnych oraz problemów związanych z poczuciem tożsamości (Skrzypczak, 2000). Badania prowadzone nad wpływem uzależnienia rodziców na zdrowie psychiczne dzieci wskazują na istotne związki z wstępowaniem zaburzeń psychicznych u potomstwa (Cierpiałkowska i Ziarko, 2006; Kessler i wsp., 2010; Park i Schepp, 2015). Niektóre prace dowodzą, że nadużywanie alkoholu przez matkę jest przyczyną bardziej nasilonych i poważnych objawów psychopatologicznych u dzieci i młodzieży, niż w sytuacji nadużywania alkoholu przez ojca (Chassin i wsp., 1999; Christoffersen i Sothill, 2003;

Rognmo i wsp., 2012). Z kolei inne sugerują, że nadużywanie alkoholu przez ojca stanowi czynnik ryzyka wystąpienia problemów eksternalizacyjnych, podczas gdy nadużywanie alkoholu przez matkę jest silniej związane z problemami internalizacyjnymi u dzieci (Corte i Becherer, 2007; Steinhausen i wsp., 1984). Co więcej, dzieci i młodzież, dorastający w rodzinach z problemem alkoholowym częściej doświadczają problemów eksternalizacyjnych niż potomstwo rodziców nie nadużywających alkoholu (Earls i wsp., 1998; Knopik i wsp., 2009; Park i Schepp, 2015), jak również problemów internalizacyjnych, szczególnie objawów zaburzeń lękowym i depresyjnym (Anda i wsp., 2008; Lynskey i wsp., 1994; Maynard, 1997; Sher i wsp., 1991). Bycie dzieckiem rodzica uzależnionego od substancji psychoaktywnych jest uważane za główny czynnik ryzyka używania substancji przez młodzież (Anda i wsp., 2008; Bancroft i wsp., 2004; Catalano i wsp., 1997; Lieb i wsp., 2002). Co istotne badania Andy i wsp. (2008) wykazały, że dzieci wychowujące się w rodzinach z problemem alkoholowym częściej doświadczały innych niekorzystnych doświadczeń w dzieciństwie w porównaniu z rówieśnikami wychowującymi się w rodzinach bez problemu uzależniania.

Dzieci rodziców uzależnionych od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych są szczególnie narażone na różne schorzenia, dolegliwości i urazy fizyczne. Spożywanie alkoholu podczas ciąży przez matkę może skutkować wystąpieniem zespołu FAS (Alkoholowy Zespół Płodowy; ang. *Fetal Alcohol Syndrome*) (Stratton i wsp., 1996), charakteryzującego się wolniejszym wzrastaniem i przybieraniem na wadze (Streissguth, 1977) oraz deficytami neurorozwojowymi, w tym upośledzeniem umysłowym (Kesmodel i wsp., 2002; Sokol i wsp., 2003). Wśród dzieci w wieku przedszkolnym częściej diagnozuje się różne schorzenia somatyczne (Chandy i wsp., 1995; Clemens i wsp., 2020; Kanter i wsp., 1992). Wykazano również, że dzieci z rodzin z problemem alkoholowym w porównaniu z rówieśnikami częściej korzystają z pomocy lekarskiej, przebywają na zwolnieniach lekarskich i w szpitalach (Gance-Cleveland i wsp., 2008; Woodside i wsp., 1993) oraz częściej doznają urazów fizycznych takich jak złamania, skręcenia czy zwichnięcia (Jangalapalli, 2009).

1.2.4. Wychowywanie się w rodzinie niepełnej

Dane z Głównego Urzędu Statystycznego (2018; 2022) wskazują na utrzymujący się trend liczby rodzin niepełnych - w 1988r. było to 14%, w 2002 r. 19,4%, w 2011r. i w 2021r. odsetek ten pozostawał bez zmian i wynosi 22,6%. Ponad 90% samotnych rodziców to kobiety, z których największą grupę stanowią mężatki (39%) i kobiety rozwiedzione (28,4%), w mniejszym stopniu panny (23%) i wdowy (10%). W porównaniu z 2011 rokiem nastąpił 19%

wzrost liczby ojców samotnie wychowujących dzieci. W rodzinach niepełnych wychowywało się w 2011 roku ok. 20% wszystkich polskich dzieci. W 2021 roku rodzice wychowujący samotnie dzieci stanowili 34% rodzin z dziećmi.

Problemy, z jakimi borykają się samotni rodzice dotyczą przede wszystkim zaspokajania potrzeb bytowych rodziny (szczególnie w przypadku samotnych matek), wychowywania dzieci, regulowania kontaktów z drugim rodzicem, a także obciążenia psychicznego rodzica, nie radzenia sobie z własnymi emocjami. Konsekwencją tego mogą być zaburzenia więzi emocjonalnej, negatywna atmosfera wychowawcza, poczucie osamotnienia. Dodatkowo dziecko wychowujące się w rodzinie niepełnej częściej narażone jest na różne formy przemocy (Goldman i wsp., 2003).

Wiele badań wskazuje na powiązanie wychowywania się w rodzinie niepełnej z zaburzeniami psychicznymi w dzieciństwie i późniejszym dorosłym życiu (Cherlin i wsp., 1991; Hetherington i Stanley-Hagen, 1999; Kasen i wsp., 1996; Schaan i wsp., 2019). Moilanen i Rantakallio (1988) określili, że ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych było 3-krotnie większe u chłopców i 4-krotnie u dziewcząt, które przeżyły całe swoje życie w rodzinie niepełnej w porównaniu z dziećmi wychowywanymi w rodzinach pełnych. Z kolei Esbjorn i wsp. (2008) wykazali, że niezależnie od wieku istotnie mniej dzieci z chorobami psychicznymi mieszkało z obojgiem biologicznych rodziców (51,1% vs 73,3%). Warto zwrócić uwagę na badania, które wskazują na powiązania wychowywania się w rodzinie niepełnej z występowaniem zaburzeń osobowości w dorosłym życiu. Mäkikyrö i wsp. (2004) dowodzą, że ryzyko wystąpienia w wieku dorosłym zaburzeń osobowości, uzależnienia od alkoholu lub zaburzeń depresyjnych wśród osób pochodzących z rodzin niepełnych było wyższe w porównaniu z tymi z rodzin pełnych. Rozwód rodziców był związany z zaburzeniami osobowości i alkoholizmem, podczas gdy śmierć rodziców wiązała się z zaburzeniami depresyjnymi. Z kolei Kantojärvi i wsp. (2008) wykazali, że wychowywanie się w rodzinie niepełnej w dzieciństwie było związane z zaburzeniami osobowości z klastra B w wieku dorosłym.

1.3. Wpływ niekorzystnych doświadczeń w dzieciństwie na występowanie zaburzeń psychicznych i zachowań samobójczych oraz dokonywanie samookaleczeń

Doświadczenie niekorzystnych zdarzeń w dzieciństwie prowadzi do negatywnych konsekwencji w obszarze funkcjonowania psychicznego i stanowi o ryzyku problemów psychicznych w ciągu całego życia. Wg McLaughlin i wsp. (2013) dzieci, które doświadczyły

różnych form ACE są ponad czterokrotnie bardziej narażone na rozwój zaburzeń psychicznych przed okresem dorosłości oraz psychopatologii, która utrzymuje się również w okresie dorosłości (Green i wsp., 2010).

1.3.1. Niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie a występowanie zaburzeń psychicznych u dzieci młodzieży

Większość badań opisujących powiązania niekorzystnych doświadczeń w dzieciństwie z zaburzeniami psychicznymi dotyczy osób dorosłych. Są to badania retrospektywne, w których wykazywany jest związek między ACE a funkcjonowaniem w różnych obszarach w dorosłym życiu. W wielu pracach autorzy odnoszą się do znaczenia pojedynczych zmiennych, w tym zwłaszcza do doświadczenia różnych form przemocy lub wychowywania się w rodzinie, w której występuje nadużywanie lub uzależnienie od alkoholu rodziców lub opiekunów.

Najczęściej opisywane negatywne konsekwencje w obszarze funkcjonowania psychicznego będące konsekwencją doświadczenia niekorzystnych zdarzeń w dzieciństwie to dysregulacja afektu, trudności interpersonalne, nieadekwatna samoocena, dolegliwości psychosomatyczne oraz różnego rodzaju zaburzenia psychiczne, w tym w szczególności zaburzenia depresyjne, zaburzenia lękowe, zaburzenia związane ze stresem, zaburzenia zachowania, zachowania impulsywne, zaburzenia uwagi i inne zaburzenia poznawcze (Pacheco i wsp., 2014; Van der Kolk i Andrea, 2010).

Badania dowodzą, że wszelkiego rodzaju formy nadużycia mogą prowadzić zarówno do wystąpienia zaburzeń internalizacyjnych, jak i eksternalizacyjnych. Przemoc seksualna i fizyczna oraz zaniedbanie w dzieciństwie, są czynnikami ryzyka problemów behawioralnych i emocjonalnych, w tym zaburzeń lękowych, depresyjnych, zespołu stresu pourazowego, zaburzeń odżywiania, zaburzeń zachowania, zachowań destrukcyjnych oraz agresywnych (Dube i wsp., 2001; Gilbert i wsp., 2009; McLaughlin i wsp., 2012, 2013; Widom i wsp., 2007).

W pracach uwzględniających znaczenie pojedynczych postaci ACE wykazano, że przemoc fizyczna wiąże się z obecnością zaburzeń depresyjnych, trudnościami w zakresie regulacji emocji, uzależnieniem od alkoholu i problemami eksternalizacyjnymi (Afifi i wsp., 2006; Heleniak i wsp., 2016; Miller-Perrin, Perrin i Kocur, 2009). Z kolei wykorzystywanie seksualne w dzieciństwie wiąże się z ryzykiem wystąpienia zaburzeń depresyjnych, uzależnienia od alkoholu i narkotyków, zaburzeń eksternalizacyjnych, problemów w zakresie regulacji emocji, lęku napadowego oraz PTSD (Dube i wsp., 2001, 2005; Heleniak i wsp., 2016). Przemoc emocjonalna jest związana zarówno z zaburzeniami internalizacyjnymi, jak i

eksternalizacyjnymi oraz problemami w zakresie regulacji emocji (Heleniak i wsp., 2016). Z kolei obserwacje Keeshin i wsp. (2014) dowodzą, że wśród dzieci i młodzieży, które w przeszłości doświadczyły przemocy seksualnej i/lub fizycznej, częściej ustalano wiele rozpoznanych zaburzeń psychicznych jednocześnie.

Badania wskazują także na związek między obecnością zaburzeń eksternalizacyjnych u młodzieży a posiadaniem jednego lub obojga rodziców cierpiących na zaburzenia psychiczne lub uzależnionych od substancji psychoaktywnych (de Boer i wsp., 2012; Bratek i wsp., 2013; Moffitt i Caspi, 2001; Yule i wsp., 2013). Problemy dotyczące zdrowia psychicznego rodziców oraz uzależnienie od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych wiążą się także z wystąpieniem problemów internalizacyjnych u młodzieży (Bibilola i wsp., 2010; Chassin i wsp., 1999; Hammen i wsp., 1999). Ponadto wykazano, że uzależnienie od alkoholu jest predykatorem słabego funkcjonowania poznawczego potomstwa (Dube i wsp., 2006). Co więcej wśród nastolatków będących świadkami przemocy w rodzinie częściej stwierdza się zaburzenia lękowe lub PTSD (Graham-Bermann i Levendosky, 1998) oraz zachowania agresywne (Mohammad, 2014).

Wyniki badania Pietrek i wsp. (2013) dowodzą ponadto, że doświadczenie niekorzystnych zdarzeń w dzieciństwie przed okresem dojrzewania jest predykatorem zaburzeń osobowości typu borderline. Zdaniem Catera i wsp. (2014) istnieją pewne różnice w zakresie diagnozowanych problemów w zależności od płci - dziewczęta częściej cierpią z powodu zaburzeń lękowych, depresyjnych, zespołu stresu pourazowego lub współwystępowania wielu problemów, podczas gdy u chłopców częściej stwierdza się zachowania agresywne, przestępcze lub nadużywanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.

1.3.2. Związki skumulowanej liczby ACE z występowaniem zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży

Stosunkowo niewiele danych dotyczy wpływu co najmniej kilku niekorzystnych czynników oddziałujących równocześnie, związanych zarówno z doświadczeniem maltretowania, jak i z dysfunkcjami występującymi w najbliższej rodzinie i kontekstem społecznym, na zdrowie psychiczne dzieci i nastolatków.

Informacji dotyczących częstości doświadczania różnych form ACE, ich liczby i związków z występowaniem zaburzeń psychicznych dostarczają w pierwszej kolejności badania prowadzone z wykorzystaniem metody przeglądu danych, gromadzonych w państwowych rejestrach lub ankiet bezpośrednio kierowanych do respondentów, w dużych

populacjach dzieci i młodzieży, nie pozostających w opiece psychiatrycznej (Bomysoad i Francis, 2020; Brockie i wsp., 2015; Hunt i wsp., 2017; Lew i Xian, 2019; Thai i wsp., 2020). Wśród zmiennych opisujących niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie w analizach tych najczęściej uwzględniane są: trudności ekonomiczne, rozwód lub separacja rodziców, śmierć rodzica, uwięzienie rodzica, bycie świadkiem przemocy w rodzinie, doświadczanie przemocy w społeczności, zaburzenia psychiczne rodziców, nadużywanie substancji psychoaktywnych przez rodziców, dyskryminację ze względu na pochodzenie, zaniedbanie emocjonalne lub fizyczne, przemoc emocjonalną, fizyczną lub seksualną.

Jak się okazuje najczęściej raportowanym w takich badaniach niekorzystnym doświadczeniem w dzieciństwie jest rozwód lub separacja rodziców (31-33%) lub doświadczenie trudności ekonomicznych (25-26%) - analizy wykonane na terenie USA przez Bomysoad i Francis (2020) z udziałem rodziców 29 617 nastolatków w wieku 12-17 r.ż. oraz przez Lew i Xian (2019), gdzie dane zebrano w ramach Krajowego Badania Zdrowia Dziecka w USA w odniesieniu do 35 718 dzieci i młodzieży w wieku 6-17 lat. Używanie substancji psychoaktywnych przez rodziców stwierdzono w odniesieniu do 12% badanych, choroby psychiczne rodziców lub uwięzienie rodziców w przypadku 10% (Bomysoad i Francis, 2020). Z kolei najrzadziej zgłaszanym niekorzystnym doświadczeniem w dzieciństwie było bycie świadkiem przemocy domowej (7%), doświadczenie przemocy w społeczności (6%), dyskryminacja ze względu na pochodzenie (5-6%) lub śmierć rodzica (4-6%) (Bomysoad i Francis, 2020; Lew i Xian, 2019). Jednak w przypadku badań przeprowadzonych w innym rejonie świata, tj. przez Thai i wsp. (2020) w Wietnamie w grupie 4720 nastolatków w wieku 13-20 lat, najczęstszymi niekorzystnymi doświadczeniami były różne formy fizycznego (52,8%) lub emocjonalnego (49,5%) zaniedbania w dzieciństwie, zaś odsetki dotyczące bycia świadkiem przemocy w rodzinie lub społeczności były znacznie wyższe (około 1/5 nastolatków doświadczyła przemocy w społeczności - 22,0% lub była świadkiem przemocy w rodzinie - 17,4%).

Doświadczenie od 1 do 2 lub 3 niekorzystnych doświadczeń w dzieciństwie jest w piśmiennictwie traktowane jako niski poziom ekspozycji, co najmniej 3 lub 4 i więcej jako poziom wysoki. W przytoczonych powyżej badaniach niskiego poziomu ekspozycji (ACE 1-3) doświadczyło 65,6% nastolatków (Hunt i wsp., 2017), zaś wysokiego (ACE > 3 lub 4) od 11,3% (Hunt i wsp., 2017) do 28,2% (Thai i wsp., 2020), przy czym w badaniu Brockie i wsp. (2015) przeprowadzonym w populacji 288 rdzennych Amerykanów w wieku 15-24 lat (66% badanych było w wieku poniżej 19 r.ż.) wysoki poziom ekspozycji stwierdzono w odniesieniu aż do 37% respondentów (ACE 3-6).

Wyniki badań pozwalają przyjąć, że w porównaniu z dziećmi i młodzieżą, które nie doświadczyły żadnych niekorzystnych zdarzeń w dzieciństwie wraz ze wzrostem liczby ACE zwiększa się ryzyko wystąpienia lub współwystępowania zaburzeń psychicznych. Wg Lew i Xian (2019) wyższe ryzyko wystąpienia zaburzeń lękowych lub zaburzeń depresyjnych stwierdza się dla grupy z liczbą ACE 1-3, a współwystępowania zaburzeń lękowych i zaburzeń depresyjnych dla grupy z liczbą ACE >4. Z kolei wg Bomysoad i Francis (2020) największe ryzyko wystąpienia zaburzeń depresyjnych (iloraz szans; *odds ratio*, OR=10,3), zaburzeń lękowych (OR=5,4), problemów behawioralnych (OR=7,4), zespołu nadpobudliwości psychoruchowej (OR=4,2) lub nadużywania substancji psychoaktywnych (OR=15,7) występuje u nastolatków z ACE>4. Podobnie Brockie i wsp. (2015) wskazują na 4,5 razy większe ryzyko wystąpienia objawów depresyjnych, 4 razy większe ryzyko zażywania wielu różnych substancji psychoaktywnych lub 3 razy większe ryzyko wystąpienia objawów PTSD u osób z wysokimi poziomem ekspozycji na niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie. Wg Thai i wsp. (2020) w populacji wietnamskich nastolatków, którzy doświadczyli czterech lub więcej ACE stwierdza się największe ryzyko wystąpienia depresji (OR=7,0).

W części prac autorzy skupiają się na badaniu związków między doświadczeniem niekorzystnych zdarzeń w dzieciństwie a występowaniem konkretnych jednostek chorobowych, w tym zaburzeń neurorozwojowych. Celem pracy Brown i wsp. (2017) (próba 76 227 dzieci i nastolatków w wieku 4-17 lat na podstawie danych z Krajowego Badania Dziecka w latach 2011-2012) była ocena związków między niekorzystnymi doświadczeniami w dzieciństwie (w tym rodzajem i liczbą ACE) a diagnozą oraz nasileniem objawów ADHD. Stwierdzono, że dzieci i młodzież z ADHD częściej niż ich zdrowi rówieśnicy doświadczali niekorzystnych zdarzeń w dzieciństwie, w tym trudności finansowych (37,2% vs 24,7%), rozvodu rodziców (36,3% vs 22,3%), nadużywania substancji psychoaktywnych w rodzinie (22,6% vs 8,4%), choroby psychicznej rodziców (19,5% vs 9,9%), przemocy w społeczności (20,1% vs 9,5%), uwięzienia rodzica (17,0% vs 6,9%) oraz bycia świadkiem przemocy w rodzinie (15,2% vs 6,4%). Ponadto wykazano istotne różnice w zakresie poziomu ekspozycji na ACE w grupie dzieci i nastolatków z ADHD oraz bez ADHD (5,6% vs 11,5% ACE=2; 11,9% vs 6,0% dla ACE=3; 17,5% vs 6,6% dla ACE=4 i więcej) oraz większe ryzyko umiarkowanego lub ciężkiego nasilenia objawów ADHD w przypadku osób z liczbą ACE=2 (OR=1,65), ACE=3 (OR=1,73) lub ACE=4 i więcej (OR=1,63). Z kolei Uddin i wsp. (2020) na podstawie kolejnego przeglądu danych z Krajowego Badania Dziecka dokonanego w latach 2016-2017 (próba 44 684 dzieci i młodzieży w wieku 6-17 lat) wywnioskowali, że wzrost skumulowanego wyniku ACE o 1 wiąże się z 33% wzrostem ryzyka wystąpienia

jakiegokolwiek zaburzenia psychicznego (OR= 1,33), w tym 21% ryzyka wystąpienia ADHD (OR=1,21). Podobnie we wspomnianym poprzednio badaniu Hunt i wsp. (2017) (badanie podłużne na próbie 4898 dzieci, ocena po urodzeniu, a następnie w 1, 3, 5 i 9 r.ż.) celem było ustalenie związków między niekorzystnymi doświadczeniami w dzieciństwie, na które dziecko było narażone do 5 r.ż. a problemami behawioralnymi oraz diagnozą ADHD w 9 r.ż. Wykazano, że wraz ze wzrostem skumulowanej liczby ACE rośnie ryzyko wystąpienia zachowań eksternalizacyjnych. Co więcej Jimenez i wsp. (2017) stwierdzili, że narażenie na co najmniej jedno niekorzystne doświadczenie w dzieciństwie między 5 a 9 r.ż. jest istotnie związane z wystąpieniem ADHD (OR=1,9 dla ACE=1; OR=2,1 dla ACE=2; OR=2,2 dla ACE=3).

Również badania prowadzone w grupach dzieci i młodzieży z zaburzeniami ze spektrum autyzmu (Autism Spectrum Disorders; ASD) (Berg i wsp., 2016) wykazały, że w porównaniu z populacją ogólną są one dwukrotnie bardziej narażone na wysoki poziom ekspozycji na niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie, tj. liczbę ACE 4-9 (10,2% vs 5,1%). Dzieci i młodzież z ASD istotnie częściej w porównaniu z populacją ogólną w szczególności doświadczały wychowywania się w rodzinie o niedostatecznych dochodach (39,7% vs 22,9%), przemocy sąsiedzkiej (11,4% vs 7,6%), rozwodu rodziców (27,9% vs 20,3%), choroby psychicznej rodziców (18,2% vs 7,3%) oraz nadużywania substancji psychoaktywnych przez rodziców (13,5% vs 9,9). Dodatkowo Rigles (2017) (próba 56 746 dzieci i nastolatków w wieku 6-17 lat na podstawie danych z Krajowego Badania Dziecka w latach 2011-2012) wykazała, że wśród dzieci z ASD zwiększona liczba ACE wiązała się z podwyższonym ryzykiem depresji i lęku.

Kolejnych informacji dostarczają badania prowadzone w populacjach nastolatków hospitalizowanych w oddziałach psychiatrycznych, będących rezydentami zakładów poprawczych lub rekrutowanych do programów prewencyjnych, ukierunkowanych na zapobieganie używaniu narkotyków i zachowaniom ryzykownym (Bielas i w sp., 2019; Horn i wsp., 2019; Ryttilä-Manninen i wsp., 2014). Wśród analizowanych zmiennych opisujących niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie uwzględniano: rozwód lub separację rodziców, uwięzienie rodzica, przestępczość rodziców, bycie świadkiem przemocy w rodzinie, zaburzenia psychiczne rodziców, nadużywanie substancji psychoaktywnych przez rodziców, zaniedbanie emocjonalne lub fizyczne, przemoc emocjonalną, fizyczną lub seksualną, przemoc rówieśniczą w szkole.

Ich wyniki wskazują, że średnia liczba niekorzystnych zdarzeń w dzieciństwie doświadczana przez młodzież zakwalifikowaną do powyższych badań kształtowała się w

przedziale od 2 do 3 na 8 lub 10 analizowanych zmiennych. W badaniu Rytälä-Manninen i wsp. (2014) w grupie 206 fińskich nastolatków, w wieku 13-17 lat, hospitalizowanych w oddziale psychiatrii, 60% osób doświadczyło 2 niekorzystnych zdarzeń w dzieciństwie, a 21% 4 i więcej. Większą średnią liczbę ACE stwierdzono u dziewcząt niż u chłopców (2,4 vs 1,7). Z kolei w analizie Bielas i wsp. (2016) przeprowadzonej wśród 130 chłopców w wieku 13-19 lat, którzy przebywali w zakładzie poprawczym w Szwajcarii 75% osób zgłosiło co najmniej 2 lub więcej niekorzystnych zdarzeń w dzieciństwie. Podobnie, jak w przypadku badań prowadzonych w populacjach ogólnych, wyniki powyżej przytoczonych prac wskazują na rosnące ryzyko występowania zarówno zaburzeń internalizacyjnych (w tym PTSD, zaburzeń lękowych lub zaburzeń depresyjnych) (Bielas i wsp., 2016; Rytälä-Manninen i wsp., 2014), jak i eksternalizacyjnych (Rytälä-Manninen i wsp., 2014) wraz ze wzrostem liczby doświadczonych przez nastolatka ACE. Ponadto Rytälä-Manninen i wsp. (2014) wskazują, że hospitalizowani nastolatki z zaburzeniami internalizacyjnymi lub zaburzeniami eksternalizacyjnymi znacznie częściej doświadczyli takich niekorzystnych zdarzeń, jak przemoc fizyczna, używanie przez rodziców substancji psychoaktywnych, występowanie zaburzeń psychicznych rodziców lub bycie świadkiem przemocy ze strony partnera rodzica. Co więcej doświadczenie wykorzystania seksualnego stanowiło o wzroście ryzyka wystąpienia zaburzeń psychicznych, zarówno internalizacyjnych, jak i eksternalizacyjnych. W przypadku badania Horn i wsp. (2019) na grupie 50 dziewcząt w wieku 14-19 lat zrekrutowanych do programu prewencyjnego ukierunkowanego na zapobieganie używaniu narkotyków i zachowaniom ryzykownym, wykazano związek między doświadczeniem 4 lub więcej niekorzystnych zdarzeń w dzieciństwie a obecnością objawów ADHD, zaburzeń depresyjnych lub dystymii.

Kolejne badanie, Pauls i wsp. (2020) miało na celu ustalenie związków między zachorowalnością na atypową lub restrykcyjną postać jadłowstrętu psychicznego i doświadczeniem niekorzystnych zdarzeń w dzieciństwie (próba 121 kanadyjskich nastolatków w wieku 14-18 lat, objętych programem terapeutycznym *Calgary Eating Disorder Program*). Stwierdzono, że w przypadku osób, które doświadczyły wysokiego poziomu ekspozycji na ACE ($ACE \geq 4$), ryzyko rozwoju atypowej postaci zaburzenia było 5 razy większe w porównaniu z osobami o niskim poziomie ekspozycji ($ACE 1-3$).

1.3.3. Związki niekorzystnych doświadczeń w dzieciństwie oraz skumulowanej liczby ACE z występowaniem zachowań samobójczych i dokonywaniem samookaleczeń u dzieci i młodzieży

Obserwacje poświęcone związkom między niekorzystnymi doświadczeniami w dzieciństwie a występowaniem zachowań samobójczych (myśli samobójcze, plany samobójcze, próby samobójcze) lub dokonywaniem samookaleczeń stanowią kolejny ważny obszar analiz. Doświadczenie długotrwałego, krytycznego poziomu stresu w okresie dzieciństwa, zwłaszcza wczesnego, prowadzi do niewłaściwej regulacji w zakresie mechanizmów związanych ze stresem i może wpływać na rozwój cech osobowości, takich jak np. impulsywność i stanowić o podatności na występowanie zachowań samobójczych (Pelkonen i wsp., 2011), jak również dokonywanie samookaleczeń. Badania dostarczają stosunkowo spójnych informacji na ten temat w odniesieniu do różnych form ACE. W dużym krajowym badaniu kohortowym Dube i wsp. (2001) stwierdzili, że niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie z każdej kategorii (przemoc emocjonalna, seksualna i fizyczna; choroba psychiczna rodziców, nadużywanie substancji i zachowania przestępcze, jak również bycie świadkiem przemocy, separacja lub rozwód) mogą zwiększyć ryzyko podjęcia próby samobójczej do 2 do 5 razy. Wśród pojedynczych niekorzystnych doświadczeń w dzieciństwie, które istotnie wiążą się z ryzykiem zachowań samobójczych u dzieci i młodzieży najczęściej wymienia się różne formy przemocy, zwłaszcza przemocy fizycznej i seksualnej.

Badania prowadzone w grupach osób dorosłych dowodzą, że maltretowanie i zaniedbanie w okresie dzieciństwa zwiększają ryzyko występowania zarówno myśli samobójczych, jak i prób samobójczych (Bruffaerts i wsp., 2010; Dube i wsp., 2001; Evans i wsp., 2005; Miller i wsp., 2013; Thompson i wsp., 2012), zaś doświadczenie wykorzystywania seksualnego jest związane z zachowaniami samobójczymi u osób dorosłych (Brodsky i wsp., 2008; McHolm i wsp., 2003). Stwierdzono również, że przemoc fizyczna i seksualne wykorzystywanie dzieci jest związane z powtarzającymi się zachowaniami samobójczymi u dorosłych (Bruffaerts i wsp., 2010; Cankaya i wsp., 2012; Yates i wsp., 2008; Ystgaard i wsp., 2004). Również Miller i wsp. (2013) podkreślają, że wykorzystanie seksualne i przemoc emocjonalna mogą odgrywać w tym aspekcie ważniejszą rolę niż inne formy ACE. Co więcej wg Fergusson i wsp. (2000) oraz Bruffaerts i wsp. (2010) doświadczenie przemocy fizycznej i seksualnej w dzieciństwie jest czynnikiem predykcyjnym wcześniejszego podejmowania prób samobójczych.

Ciekawych wniosków dostarcza analiza Brodsky i Biggs (2012), z której wynika, że wykorzystywanie seksualne wiąże się z nawracającymi zachowaniami samobójczymi, zaś przemoc fizyczna z występowaniem pojedynczych planów lub prób samobójczych (jednej lub dwóch), co tłumaczone jest z jednej strony konsekwencjami w zakresie dysregulacji emocjonalnej u osób będących ofiarami wykorzystania, zaś z drugiej problemami w zakresie kontroli impulsów u osób, które doświadczyły przemocy fizycznej w okresie dzieciństwa.

Badania wskazują również na silny związek między przemocą fizyczną i seksualnym wykorzystywaniem dzieci a występowaniem zachowań samobójczych w okresie dojrzewania. W badaniu Thai i wsp. (2020) (próba 4720 wietnamskich nastolatków w wieku od 13 do 20 lat) największe ryzyko dotyczące wystąpienia myśli samobójczych stwierdzono w odniesieniu do osób, które doświadczyły przemocy fizycznej (OR=3,81). Wg Wan i wsp. (2019) (próba 14820 chińskich uczniów wieku 10-20 lat) to przemoc emocjonalna, bardziej niż inne czynniki zwiększała ryzyko wszystkich zachowań samobójczych u obu płci. Natomiast analiza przeprowadzona w grupie 508 fińskich nastolatków w wieku 12-17 lat hospitalizowanych na oddziale psychiatrycznym wskazuje na 2,3 razy większe ryzyko podjęcia próby samobójczej przez dziewczęta, które były ofiarą wykorzystania seksualnego (Isohookana i wsp., 2013). Z kolei wg Li i wsp. (2021) (próba 14 500 chińskich nastolatków w wieku 10-20 lat) największe ryzyko wystąpienia myśli samobójczych i planu samobójczego odnotowano dla przemocy emocjonalnej (OR odpowiednio 3,20 oraz 3,37), a w przypadku podjęcia próby samobójczej największe znaczenie miało doświadczenie wykorzystywania seksualnego (OR=3,81). Autorzy badania nie wykazali różnic między płciami, z wyjątkiem zaniedbania emocjonalnego, które u dziewcząt silniej niż u chłopców wpływało na zachowania samobójcze.

Wyniki analizowanych badań wskazują również na istotny związek między liczbą doświadczonych niekorzystnych zdarzeń w dzieciństwie a występowaniem myśli i zachowań samobójczych lub podejmowaniem prób samobójczych w grupach nastolatków. Obserwacje to dotyczą zarówno populacji ogólnych, jak również populacji klinicznej, bądź osób pozostających pod nadzorem różnych instytucji. Wśród branych pod uwagę w takich badaniach zmiennych, opisujących niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie uwzględniano: przemoc emocjonalną, fizyczną i seksualną, zaniedbanie fizyczne i emocjonalne, bycie świadkiem przemocy domowej, bezrobocie rodziców, dorastanie wśród członków rodziny z zaburzeniami psychicznymi, nadużywającymi lub uzależnionymi od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych, separację lub rozwód rodziców, śmierć rodziców, przemoc w społeczności, uwięzienie członka rodziny, niemieszkanie z obojgiem rodziców, brak pomocy lub wsparcia ze strony rodziny lub trudności finansowe. Dodatkowo w badaniu Cluver i wsp. (2015)

przeprowadzonym w grupie 3515 nastolatków w wieku 10-18 lat zamieszkujących Afrykę Subsaharyjską analizowano takie czynniki jak śmierć rodzica z powodu AIDS, zachorowanie rodzica na AIDS, śmierć rodzica z powodu zabójstwa, przemoc domowa lub brak bezpieczeństwa żywnościowego.

W analizie Meeker i wsp. (2021) (próba 1532 losowo dobranych nastolatków w wieku powyżej 14 lat zamieszkujących hrabstwo Nowy Jork w USA) wyższa liczba niekorzystnych doświadczeń w dzieciństwie wiązała się z większym prawdopodobieństwem wystąpienia myśli samobójczych. Z kolei wg Thai i wsp. (2020) największe ryzyko wystąpienia myśli samobójczych stwierdzono w przypadku badanych z czterema lub więcej postaciami ACE ($ACE > 4$), podobnie jak w analizie Brockie i wsp. (2015) przeprowadzonej w grupie 288 rdzennych Amerykanów w wieku 15-24 lat, gdzie osoby z wysokim poziomem ekspozycji na niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie ($ACE > 4$) miały dwukrotnie większe ryzyko podjęcia próby samobójczej w porównaniu z osobami z niskim poziomem ekspozycji. W przypadku badania Cluver i wsp. (2015) (3515 nastolatków w wieku 10-18 lat zamieszkujących Afrykę Subsaharyjską) większe ryzyko występowania myśli samobójczych, planowania samobójstwa lub podjęcia próby samobójczej stwierdzono w przypadku osób z ekspozycją na co najmniej 5 niekorzystnych zdarzeń ($ACE > 5$) ($OR = 2,99$ dla myśli samobójczych, $OR = 4,4$ dla planowania samobójstwa, $OR = 2,46$ dla podjęcia próby samobójczej).

Badania przeprowadzone w populacjach nastolatków hospitalizowanych w oddziałach psychiatrycznych lub będących rezydentami ośrodków wychowawczych, lub pozostających pod nadzorem instytucji z powodu popełnionych przestępstw, dostarczają podobnych wniosków. Isohookana i wsp. (2013) wykazali, że skumulowana liczba ACE jest związana ze zwiększonym ryzykiem podjęcia próby samobójczych w grupie u dziewcząt hospitalizowanych w oddziale psychiatrycznym ($OR = 1,2$) (próba 508 fińskich nastolatków w wieku 12-17 lat). Podobnie w badaniu Bielas i wsp. (2015) (130 chłopców w wieku 13-19 lat, którzy przebywali w zakładzie poprawczym w Szwajcarii) oraz badaniu Perez i wsp. (2016) (64 239 nastolatków będących pod nadzorem Departamentu Sprawiedliwości dla Nieletnich na Florydzie z powodu popełnionych przestępstw) skumulowany wynik ACE okazał się istotnym predyktorem dla wystąpienia zachowań samobójczych lub podjęcia próby samobójczej.

Podobne wnioski dotyczą związków ACE z dokonywaniem samookaleczeń. Wyniki badań pozwalają wnioskować, że skumulowany wynik ACE wiąże się z większym ryzykiem wystąpienia samookaleczeń (Isohookana i wsp., 2013; Li i wsp., 2021; Wan i wsp., 2019). W badaniu Forster i wsp. (2020) (próba 39 682 amerykańskich 15- latków i 33 966 17- latków) w grupie osób z wysokim poziomem ekspozycji na niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie,

stwierdzono trzykrotnie większe ryzyko samookaleczeń bez intencji samobójczej i myśli samobójczych oraz czterokrotnie większe ryzyko podjęcia próby samobójczej.

Kolejnym obszarem badań jest analiza czynników pośredniczących między ACE a zachowaniami samobójczymi. W badaniu podłużnym Fergusson i wsp. (2000) sugerują istnienie łańcucha przyczynowego z uwzględnieniem obecności ACE przed 16 r.ż., co zwiększa podatność na występowanie zaburzeń psychicznych oraz prowadzi do zwiększonego ryzyka samobójstwa. Z kolei Yang i Clum (2000) w swoim modelu jako zmienne pośredniczące między ACE a myślami samobójczymi zdefiniowali niskie poczucie własnej wartości, zewnętrzne umiejscowienie kontroli, słabe umiejętności rozwiązywania problemów oraz poczucie beznadziejności. Johnson i wsp. (2002) wykazali, że trudności interpersonalne występujące w okresie wczesnego dojrzewania (okrucieństwo wobec rówieśników, trudności z nawiązywaniem znajomości, częste kłótnie z dorosłymi lub rówieśnikami, samotność i izolacja, brak bliskich przyjaciół, złe relacje z rówieśnikami, niechęć do dzielenia się z innymi) pośredniczyły w związku między ACE a próbami samobójczymi w późnym okresie dojrzewania lub we wczesnej dorosłości.

W badaniu Rytälä-Manninen i wsp. (2018) w grupie 206 nastolatków w wieku 13-17 lat hospitalizowanych w oddziale psychiatrycznym istotnymi czynnikami pośredniczącymi była obecność objawów zaburzeń psychicznych, impulsywność, zaburzenia funkcjonowania społecznego i w relacjach z rodzicami, przy czym najważniejszym mediatorem okazały się objawy zaburzeń psychicznych oraz wysoki poziom impulsywności. Z kolei wg Cluver i wsp. (2015) istotnymi czynnikami pośredniczącymi były objawy zaburzeń depresyjnych, zaburzeń lękowych oraz PTSD, a także nadużywanie narkotyków/alkoholu. Podobne wyniki uzyskał Perez i wsp. (2016), którzy wskazali na zachowania agresywne, impulsywność oraz nadużywanie substancji psychoaktywnych.

W badaniu Karcher i wsp. (2020) oceniano związek między ACE a doznaniem podobnymi do psychotycznych (psychotic-like experiences, PLE) (grupa 10 800 dzieci w wieku 9-11 lat), przy czym w skład zmiennych opisujących niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie dodatkowo włączono takie zdarzenia jak poważny wypadek, w tym samochodowy, katastrofy, pożar, klęskę żywiołową, terroryzm, znajdowanie się w strefie wojny, postrzelenie lub brutalne pobicie, w tym przez członka rodziny, zastraszanie i grożenie, w tym przez członka rodziny oraz traumatyczną żałobę. Wykazano, że większa liczba ACE była powiązana z większym nasileniem doznań podobnych do psychotycznych, które co więcej stanowiły czynnik pośredniczący w związku między niekorzystnymi doświadczeniami w dzieciństwie a zachowaniami samobójczymi.

Warto również w tym miejscu przytoczyć trzy badania wyjaśniające znaczenie skumulowanego wyniku ACE jako czynnika pośredniczącego w związku między takimi zmiennymi, jak tożsamość płciowa lub wychowywanie się w rodzinie wojskowej a zachowaniami samobójczymi lub dokonywaniem samookaleczeń. Clements-Nolle i wsp. (2018) (próba 4955 uczniów amerykańskich szkół średnich) wykazali, że w grupie osób niepewnych co do własnej tożsamości płciowej oraz określających się jako *LGBT* (ang. *Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender*) w porównaniu z uczniami heteroseksualnymi wraz ze wzrostem liczby ACE rosło ryzyko wystąpienia zarówno myśli samobójczych, jak również podjęcia próby samobójczej. Podobnie wg Li i wsp. (2019) (próba 1810 chińskich uczniów szkół średnich) najwyższe ryzyko wystąpienia samookaleczeń bez intencji samobójczej stwierdzono w przypadku osób *LGBT*, które równocześnie doświadczyły wysokiego poziomu ekspozycji na niekorzystne zdarzenia w dzieciństwie ($OR=2,82$). W kolejnym badaniu Clements-Nolle i wsp. (2021) obejmującym 5030 uczniów szkół średnich, wykazano, że wśród młodzieży pochodzącej z rodzin wojskowych (4,5% badanych) doświadczenie trzech lub więcej niekorzystnych zdarzeń w dzieciństwie jest związane z 2,5 razy większym ryzykiem niż w przypadku osób nie pochodzących z takich rodzin, a skumulowany wynik ACE pośredniczy w związku między byciem członkiem rodziny wojskowej a podjęciem próby samobójczej.

1.4. Teorie wyjaśniające wpływ niekorzystnych zdarzeń w dzieciństwie na występowanie zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży

Teorie wyjaśniające związki niekorzystnych doświadczeń w dzieciństwie z występowaniem negatywnych konsekwencji w obszarze funkcjonowania psychicznego odwołują się do współczesnego, wieloczynnikowego rozumienia etologii zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży, gdzie wśród czynników etiologicznych uwzględnia się czynniki biologiczne, społeczne, środowiskowe, kulturowe oraz psychologiczne (indywidualne, rodzinne, szkolne i rówieśnicze). Szczególnie istotne są te, które narażają młodego człowieka na długotrwały stres i dotyczą bliskich relacji, powodując traumę interpersonalną. Zgodnie ze współczesnym stanem wiedzy wśród czynników ryzyka, które są korelatami zaburzeń zdrowia psychicznego i zachowania wyróżnia się trzy kategorie: (1) rodzinne (np. zaburzenia psychiczne rodziców, przestępczość rodziców, rozwód, wrogi klimat w rodzinie, przemoc, niskie wykształcenie rodziców, brak umiejętności wychowawczych, słaba komunikacja w rodzinie, sieroctwo); (2) indywidualne (np. niski poziom inteligencji, trudny

temperament - porywczosć, chwiejność emocjonalna, reagowanie złością, impulsywność, niskie kompetencje społeczne); (3) środowiskowe (np. wysoki poziom bezrobocia i przestępczości, przemoc w miejscu zamieszkania, niski poziom edukacji w szkole).

Najczęściej uwzględniany model teoretyczny podatność-stres, wyjaśniający genezę zaburzeń, kładzie nacisk na rolę interakcji pomiędzy wewnętrznymi predyspozycjami a wpływem czynników zewnętrznych. W takim ujęciu skojarzenie indywidualnych predyspozycji (biologicznych, poznawczych, osobowościowych) i narażenia na stres związany z doświadczeniem różnych niekorzystnych zdarzeń w dzieciństwie, zwiększa ryzyko wystąpienia objawów psychopatologicznych. Nadmierny stres, przekraczający dopuszczalny tolerowany poziom (tzw. stres „toksyczny”), np. spowodowany przez powtarzające się doświadczenia nadużycia lub zaniedbania, w odróżnieniu od prawidłowego i tolerowanego poziomu stresu, mającego zasadnicze znaczenie dla nauki umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych, negatywnie wpływa na rozwój OUN, w tym funkcje poznawcze. W przypadku szczególnie ekstremalnych i przewlekłych stresorów, pojawiających się na wczesnych etapach rozwoju, może dochodzić do nadmiernego rozwoju połączeń neuronalnych w rejonach OUN zaangażowanych w reakcje lękowe i impulsywne, ze szkodą dla rozwoju rejonów powiązanych z planowaniem i kontrolą zachowań. Co więcej, przewlekły stres nadmiernie stymuluje układ podwzgórze-przysadka-nadnercza, prowadząc do uszkodzenia hipokampa, mającego kluczowe znaczenie dla procesów uczenia się i zapamiętywania. Na podstawie przeglądu badań Guinasso i wsp. (2016), należy przyjąć, że zarówno ogólna zdolność poznawcza, jak i funkcje wykonawcze są kształtowane przez zewnętrzne doświadczenia, a niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie już w pierwszym roku życia zmieniają trajektorie rozwojowe.

Z drugiej strony współczesne modele odnoszące się do zagadnień zdrowia psychicznego i jego zaburzeń uwzględniają znaczenie wzajemnych interakcji czynników ryzyka oraz czynników ochronnych, w szczególności znajdując odzwierciedlenie w koncepcji *resilience*, koncentrującej się na wyjaśnianiu fenomenu, jakim jest dobre funkcjonowanie jednostki mimo ekspozycji na wiele czynników ryzyka (Rutter, 1987). W szerokim ujęciu *resilience* rozumiana jest jako dynamiczny proces obejmujący wzajemne oddziaływanie całego spektrum czynników ryzyka, podatności oraz czynników chroniących, prowadzący do nabywania umiejętności korzystania z wewnętrznych i zewnętrznych zasobów i osiągnięcia dobrego przystosowania (pozytywnej adaptacji) jednostki, pomimo doświadczanych przez nią niekorzystnych wydarzeń życiowych (Craig i wsp., 2003; Luthar (2003).

W literaturze podkreśla się znaczenie następujących czynników chroniących i zasobów (Masten i Obradović, 2006): (1) cechy indywidualne (np. dobre funkcjonowanie intelektualne i umiejętności rozwiązywania problemów, skuteczne strategie regulowanie emocji i zachowań, pozytywny obraz własnej osoby, wysoka samoocena, optymizm, wiara w przyszłość, wiara i poczucie sensu życia, posiadanie uzdolnień i cech cenionych społecznie - poczucie humoru, talenty, atrakcyjność itp.); (2) czynniki rodzinne (np. stabilne i dające oparcie środowisko rodzinne - ciepło, spójność, zgodność, posiadanie jasno sprecyzowanych oczekiwań, poczucie więzi z rodzicami, pozytywne związki z dalszymi członkami rodziny, zaangażowanie rodziców w sprawy dziecka, pozytywne relacje z rodzeństwem, dobry status ekonomiczny rodziny); (3) cechy społeczności lokalnej (np. korzystne środowisko zamieszkania - wysoki poziom bezpieczeństwa, dostęp do centrów rekreacyjnych, dobre warunki mieszkaniowe, skuteczna szkoła - dobrze przygotowani nauczyciele, zajęcia dodatkowe, dostęp do miejsc pracy, dobra opieka zdrowotna, dostęp do służb szybkiego reagowania, związki z osobami dorosłymi spoza rodziny - mentorzy); (4) cechy społeczne i związane z kulturą (np. polityka chroniąca dzieci, nacisk na edukację, zapobieganie i ochrona przed przemocą).

Procesy rezyliencji znajdują swoje wyjaśnienie w modelach interakcji czynników ochronnych i czynników ryzyka (Fergus i Zimmerman, 2005; Garmezy i wsp.1984). Najczęściej wymienianymi są :

- a. model równoważenia ryzyka (ang. *compensatory model*) - czynniki chroniące bezpośrednio oddziałują na zachowanie, równoważąc wpływ czynników ryzyka;
- b. model redukowania ryzyka (ang. *immunity of protective model*) - czynniki chroniące wchodzi w interakcję z czynnikami ryzyka i zmniejszają ich wpływ na zachowanie tworząc 'bufor' bezpieczeństwa; w szczególności uwzględnia się dodatkowo model stabilizujący ryzyko (ang. *protective-stabilizing model*) - obecność czynnika chroniącego redukuje wpływ ryzyka i utrzymuje częstość niepożądanego zachowania na stałym, niskim poziomie (stabilizuje je) lub obecność czynnika chroniącego redukuje częstość niepożądanego zachowania, ale nie jest w stanie utrzymać go na stałym niskim poziomie (ang. *protective-reactive model*);
- c. model uodparniania na ryzyko (ang. *challenge model*) - umiarkowany poziom ryzyka może uodparniać i przygotowywać jednostkę do nowych i trudniejszych wyzwań.

Ich uzupełnieniem są opisane przez Ruttera (1987) mechanizmy modyfikowania wpływu ryzyka, w tym:

- a. redukowanie wpływu ryzyka (poprzez poznawczą reinterpretację czynników ryzyka lub obniżenie wymagań dotyczących realizacji jakiegoś zadania przy jednoczesnym zapewnieniu pomocy);
- b. zmiana ekspozycji na działanie czynników ryzyka (tj. zmiana stopnia narażenia dziecka na zagrażającą sytuację lub zmniejszenie zaangażowanie w nią dziecka);
- c. przerwanie łańcucha zdarzeń, które następują po sobie w wyniku ekspozycji na ryzyko;
- d. wzmacnianie samooceny i poczucia skuteczności.

Powyżej opisane mechanizmy wpływające na funkcjonowanie w obszarze zdrowia psychicznego wskazują na dynamikę wzajemnych powiązań między doświadczeniem niekorzystnych wydarzeń w dzieciństwie a występowaniem zaburzeń psychicznych, stanowiąc jednocześnie o ograniczeniach w zakresie wnioskowania z dostępnych badań. Na podstawie dostępnych analiz można jednak przyjąć, że ACE są istotnym czynnikiem ryzyka dla występowania negatywnych konsekwencji w obszarze funkcjonowania psychicznego dzieci i młodzieży, przy czym wraz ze wzrostem liczby doświadczonych niekorzystnych zdarzeń rośnie ryzyko wystąpienia lub współwystępowania zaburzeń, w tym zaburzeń internalizacyjnych, eksternalizacyjnych oraz nadużywania substancji psychoaktywnych. Wśród niekorzystnych doświadczeń, które istotnie wiążą się z ryzykiem występowania zachowań samobójczych należy uwzględnić przede wszystkim różne formy przemocy, a za czynniki pośredniczące między ACE a zachowaniami samobójczymi należy przede wszystkim uznać obecność zaburzeń psychicznych, wysoki poziom impulsywności oraz nadużywanie alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych.

ROZDZIAŁ 2:

NIEKORZYSTNE DOŚWIADCZENIA W DZIECIŃSTWIE WŚRÓD DZIECI I MŁODZIEŻY HOSPITALIZOWANYCH W ODDZIALE PSYCHIATRYCZNYM – OCENA ZWIĄZKU Z RODZAJEM ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH, PODEJMOWANIEM PRÓB SAMOBÓJCZYCH I DOKONYWANIEM SAMOOKALECZEŃ: BADANIA WŁASNE

2.1. Założenia i cel pracy

Prace poświęcone niekorzystnym doświadczeniom w dzieciństwie są stosunkowo liczne, jednak większość badań opisujących powiązania ACE z zaburzeniami psychicznymi dotyczy osób dorosłych, z uwzględnieniem znaczenia pojedynczych czynników. Uzasadnia to prowadzenie analiz dotyczących wpływu ACE na funkcjonowanie dzieci i nastolatków, zwłaszcza znaczenia co najmniej kilku niekorzystnych czynników oddziałujących równocześnie, związanych zarówno z doświadczeniem maltretowania, jak i z dysfunkcjami występującymi w najbliższej rodzinie. Co więcej, mimo, że doświadczenie ACE jest dobrze udokumentowanym czynnikiem ryzyka dokonywania samookaleczeń oraz podejmowania prób samobójczych u młodzieży, to dalsze badania nad zmiennymi pośredniczącymi, zwłaszcza prowadzone w populacjach pacjentów hospitalizowanych, są niewątpliwie potrzebne.

Podstawowym celem prezentowanych badań własnych była ocena związku niekorzystnych doświadczeń w dzieciństwie z rodzajem zaburzeń psychicznych, podejmowaniem prób samobójczych i dokonywaniem samookaleczeń wśród dzieci i młodzieży hospitalizowanych w oddziale psychiatrycznym.

Sformułowano następującą hipotezę badawczą:

1. Wraz ze wzrostem liczby doświadczonych ACE rośnie ryzyko współwystępowania zaburzeń psychicznych, nieprawidłowo kształtującej się osobowości, dokonywania samookaleczeń lub podejmowania prób samobójczych; o największym ryzyku stanowi wysoki poziom ekspozycji ($ACE > 3$).

Zdefiniowano następujące cele szczegółowe:

1. Ocena częstości występowania różnych form ACE oraz liczby niekorzystnych doświadczeń w dzieciństwie w grupie badanej
2. Ocena liczby hospitalizacji oraz liczby ustalonych rozpoznań w zależności od liczby niekorzystnych doświadczeń w dzieciństwie

3. Ocena częstości występowania zaburzeń neurorozwojowych, zaburzeń eksternalizacyjnych, zaburzeń internalizacyjnych, nieprawidłowo kształtującej się osobowości, dokonywania samookaleczeń lub podejmowania prób „S” oraz podejmowania działań interwencyjnych w odniesieniu do zjawiska przemocy w grupie badanej oraz w zależności od liczby niekorzystnych doświadczeń w dzieciństwie
4. Ocena częstości stosowania przemocy emocjonalnej, fizycznej lub seksualnej w zależności od osoby sprawcy
5. Ocena związku skumulowanej liczby ACE z występowaniem zaburzeń eksternalizacyjnych, zaburzeń internalizacyjnych, zaburzeń neurorozwojowych, nieprawidłowo kształtującej się osobowości, dokonywaniem samookaleczeń, podejmowaniem prób „S”, liczbą hospitalizacji oraz liczbą ustalonych rozpoznań.

2.2. Materiał i metoda

2.2.1. Grupa badana

Dokonano przeglądu dokumentacji medycznej 1232 pacjentów hospitalizowanych w latach 2017-2020 (od stycznia 2017 do końca czerwca 2020) w Oddziale Klinicznym Psychiatrii Wieków Rozwojowych UCK WUM w Warszawie. W dokumentacji (dane z wywiadu wstępnego, dokumenty udostępnione przy przyjęciu, informacje pozyskane w trakcie pobytu pacjenta w oddziale) 318 osób (26%), w tym 106 chłopców oraz 212 dziewcząt, odnaleziono informacje dotyczące doświadczenia różnych form przemocy w okresie poprzedzającym hospitalizację w oddziale.

2.2.2. Procedura i przebieg badania

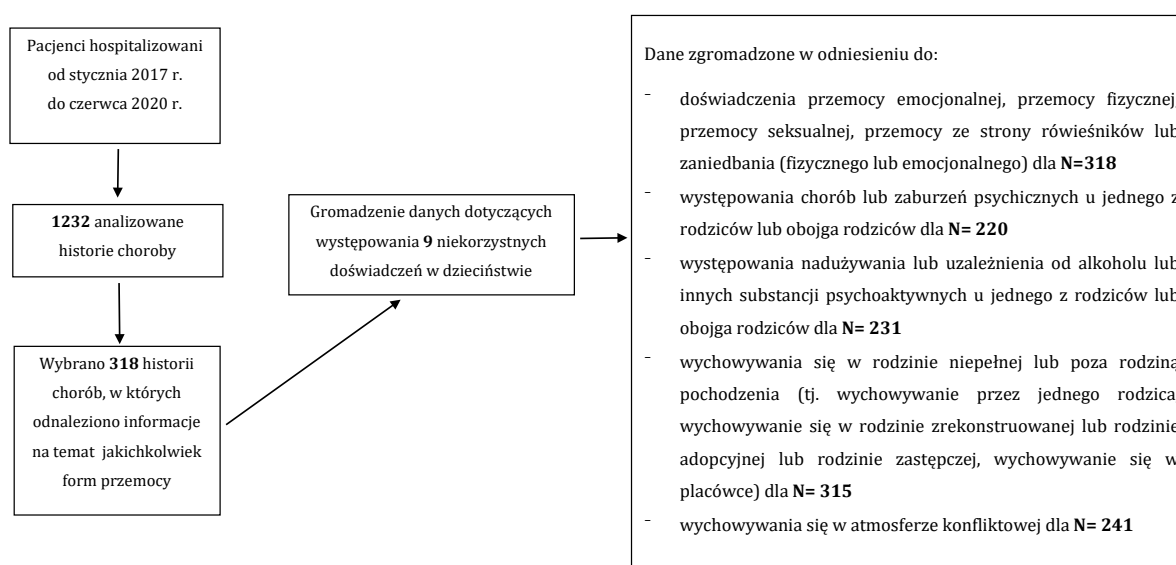
Realizowane badanie miało charakter retrospektywnego opisowego badania obserwacyjnego. W odniesieniu do wybranej grupy dzieci i młodzieży (tzw. grupa badana) zgromadzono dane dotyczące występowania 9 niekorzystnych doświadczeń w dzieciństwie, w tym:

- doświadczenia przemocy emocjonalnej (PE),
- doświadczenia przemocy fizycznej (PF),
- doświadczenia przemocy seksualnej (PS),

- doświadczenia różnych form przemocy ze strony rówieśników (PR),
- doświadczenia zaniedbania (fizycznego lub emocjonalnego) (Znb),
- występowania chorób lub zaburzeń psychicznych u jednego z rodziców lub obojga rodziców (ChPs),
- występowania nadużywania lub uzależnienia od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych u jednego z rodziców lub obojga rodziców (Uz),
- wychowywania się w rodzinie niepełnej lub poza rodziną pochodzenia (tj. wychowywanie przez jednego rodzica, wychowywanie się w rodzinie zrekonstruowanej lub rodzinie adopcyjnej lub rodzinie zastępczej, wychowywanie się w placówce) (RNp),
- wychowywania się w atmosferze konfliktowej (KA).

W badaniu identyfikowano dziewięć niekorzystnych doświadczeń w dzieciństwie, przy czym dane dotyczące różnych form przemocy i zaniedbania pozyskano dla wszystkich osób z grupy badanej (N=318), zaś w odniesieniu do pozostałych czynników uzyskano niepełne informacje (ze względu na ich brak w dokumentacji). Założono, że aby móc zakwalifikować daną informację jako rzetelną, konieczne było odnalezienie w dokumentacji jasnego zapisu, tzn., że dany czynnik wystąpił (zmienna kodowana jako 1) albo, że nie wystąpił (zmienna kodowana jako 0). W sytuacji braku informacji na odnośnie danego czynnika zmienna nie była kodowana.

Na poniższym schemacie przedstawiono sposób gromadzenia danych w badaniu w odniesieniu do doświadczonych niekorzystnych zdarzeń w dzieciństwie (wykres 2.1.)



Wykres 2.1. Schemat gromadzenia danych

Ponadto zgromadzono informacje na temat pozostałych analizowanych zmiennych, w tym:

- rozpoznania zjawiska przemocy przed hospitalizacją w oddziale (P diagnoza),
- założenia „Niebieskiej Karty” sprawcy przemocy przed hospitalizacją pacjenta („Niebieska Karta”),
- objęcia opieką kuratora przed hospitalizacją pacjenta (Kurator),
- osoby sprawcy przemocy emocjonalnej (PE sprawca),
- osoby sprawcy przemocy fizycznej (PF sprawca),
- osoby sprawcy przemocy seksualnej (PS sprawca),
- liczby hospitalizacji w oddziałach psychiatrycznych z uwzględnieniem hospitalizacji bieżącej (N hospitalizacje),
- liczby ustalonych rozpoznań zaburzeń psychicznych przy wypisie z oddziału (N diagnozy),
- ustalenia rozpoznania zaburzeń neurorozwojowych przy wypisie z oddziału (ZNeur),
- ustalenia rozpoznania zaburzeń eksternalizacyjnych przy wypisie z oddziału (tj. zespołu nadpobudliwości psychoruchowej, zachowań opozycyjno-buntowniczych, zaburzeń zachowania) (ZEkst),
- ustalenia rozpoznania zaburzeń internalizacyjnych przy wypisie z oddziału (tj. zaburzeń lękowych lub zaburzeń depresyjnych lub zaburzenia stresowego pourazowego) (ZInter),
- ustalenia podejrzenia nieprawidłowo kształtującej się osobowości przy wypisie z oddziału (NOsob),
- dokonywania samookaleczeń aktualnie lub w wywiadzie (Samookaleczenia),
- podejmowania prób samobójczych aktualnie lub w wywiadzie (Próby „S”).

2.2.3. Metody statystyczne

Analizy statystyczne przeprowadzono za pomocą programu IBM SPSS AMOS 18. W analizie danych wykorzystano statystyki opisowe: frekwencje liczbowe i procentowe, średnie, odchylenia standardowe. W celu oceny wpływu doświadczenia różnych form przemocy lub innych ACE, występowania diagnozy zaburzeń neurorozwojowych oraz płci i wieku na występowanie zaburzeń internalizacyjnych lub eksternalizacyjnych przeprowadzono analizę regresji logistycznej. W celu oceny związku sumy ACE z występowaniem zaburzeń eksternalizacyjnych lub internalizacyjnych, zaburzeń neurorozwojowych, nieprawidłowo kształtującej się osobowości, współwystępowaniem zaburzeń psychicznych, dokonywaniem samookaleczeń, podejmowaniem prób samobójczych oraz liczbą hospitalizacji w oddziałach psychiatrycznych przeprowadzono wieloczynnikową analizę wariancji. Analizę skupień

przeprowadzono za pomocą dwustopniowej analizy skupień. Jako poziom istotności w wykonywanych analizach przyjęto $p < 0.05$.

2.3. Wyniki

Oceniana grupa pacjentów składała się z 318 osób w wieku od 5,1 do 16,6 lat, w tym 106 chłopców (33,4 %) w wieku od 5,1 do 16,0 lat oraz 212 dziewcząt (66,6%) w wieku od 5,8 do 16,6 lat (śr. wiek grupy badanej 12,7 lat).

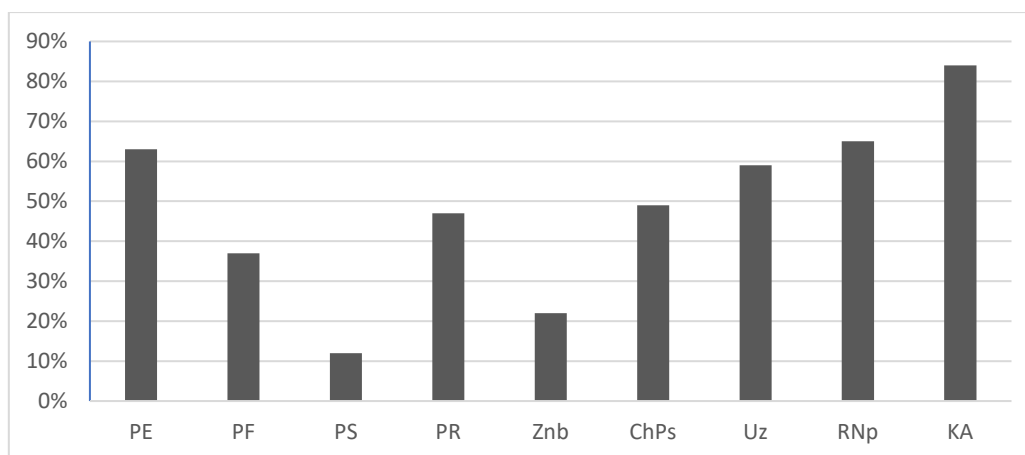
2.3.1. Częstość występowania różnych form ACE oraz poziom ekspozycji na niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie w grupie badanej

W grupie badanej najczęściej identyfikowanymi niekorzystnymi doświadczeniami były konfliktowa atmosfera w środowisku domowym (84%), wychowywanie się w rodzinie niepełnej (65%) oraz doświadczenie przemocy emocjonalnej (63%). Najrzadziej stwierdzono wystąpienie przemocy seksualnej (12%) i zaniedbania (22%). Pozostałe czynniki występowały z następującą częstością: nadużywanie lub uzależnienia od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych u jednego lub obojga rodziców (59%), występowanie chorób lub zaburzeń psychicznych u jednego lub obojga rodziców (49%), doświadczanie przemocy rówieśniczej (47%), doświadczanie przemocy fizycznej (37%). Wyniki zawarto w tabeli 2.1. oraz zobrazowano na wykresie 2.1.

Tabela 2.1. Częstość występowania różnych form ACE w grupie badanej

Formy ACE	N	Liczba osób	%
Przemoc emocjonalna (PE)	318	199	63%
Przemoc fizyczna (PF)	318	119	37%
Przemoc seksualna (PS)	318	39	12%
Przemoc rówieśnicza (PR)	318	148	47%
Zaniedbanie (Znb)	318	71	22%
Choroby psychiczne (ChPs)	220	109	49%
Uzależnienia (Uz)	231	136	59%
Rodzina niepełna (RNp)	315	204	65%
Konfliktowa atmosfera (KA)	241	202	84%

Wykres 2.1. Częstość występowania różnych form ACE

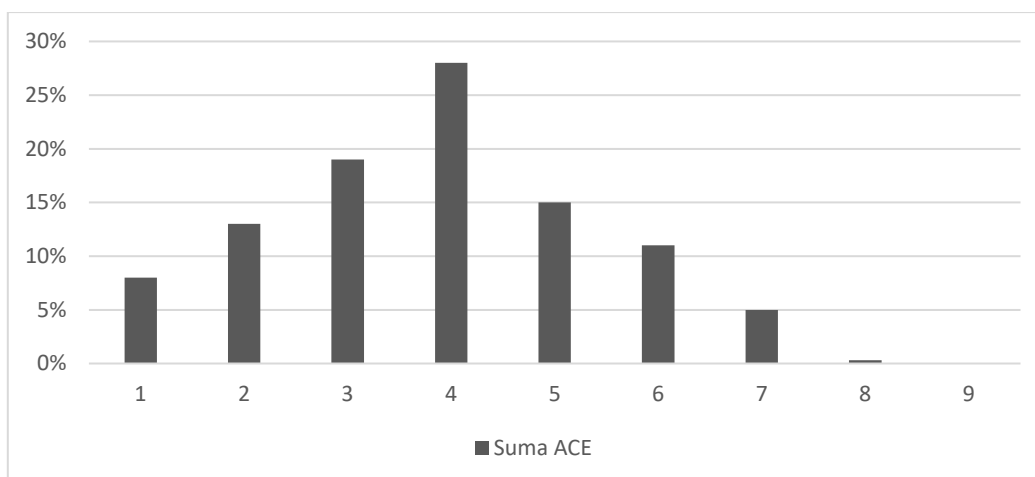


W zakresie ekspozycji na niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie (suma ACE) stwierdzono, że najczęściej, bo blisko 1/3 osób z grupy badanej doświadczyła 4 czynników (28%). Żadna z osób nie doświadczyła wszystkich 9 czynników, a tylko w przypadku 1 osoby (0,3%) zidentyfikowano wystąpienie 8 niekorzystnych doświadczeń. W odniesieniu do pozostałych wartości uzyskano następujące wyniki: suma ACE=1 - 8% osób z badanej grupy, suma ACE=2 - 13%, suma ACE=3 - 19%, Suma ACE=5 - 15%, ACE=6 - 11% oraz ACE=7 - 5% (tabela 2.2. oraz wykres 2.2.). W oparciu o liczbę doświadczonych niekorzystnych zdarzeń w dzieciństwie wyodrębniono dwie podgrupy: z niską ekspozycją na niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie (suma ACE od 1 do 3) oraz z wysoką ekspozycją na niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie (suma ACE od 4 do 8). Do grupy z niską ekspozycją (suma ACE 1-3) zakwalifikowano 129 osób (40,6%), zaś do grupy z wysoką ekspozycją (suma ACE 4-8) 189 osób (59,4%).

Tabela 2.2. Ekspozycja na niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie w grupie badanej

Suma ACE	Liczba osób	%
1	26	8%
2	40	13%
3	62	19%
4	88	28%
5	48	15%
6	36	11%
7	17	5%
8	1	0,3%

Wykres 2.2. Ekspozycja na niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie w grupie badanej



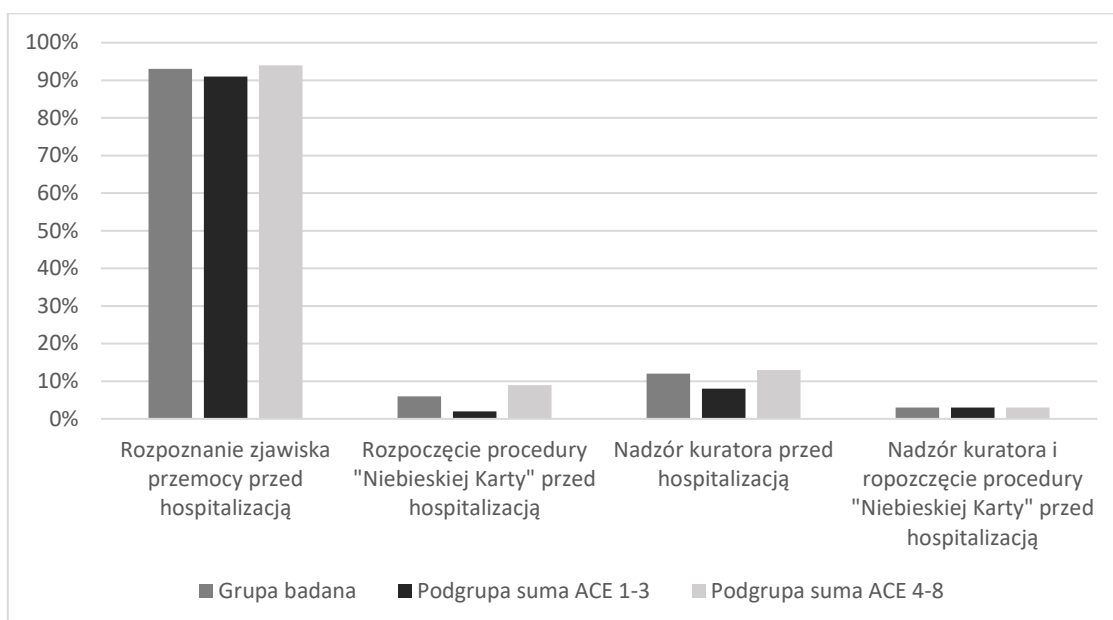
2.3.2. Częstość podejmowania działań interwencyjnych w odniesieniu do zjawiska przemocy w grupie badanej oraz w zależności od liczby niekorzystnych doświadczeń w dzieciństwie

W przypadku 93% osób z grupy badanej zjawisko przemocy zostało rozpoznane przed hospitalizacją, jednak działania interwencyjne (zrealizowane przed hospitalizacją), pod postacią rozpoczęcia procedury „Niebieskiej Karty” podjęto jedynie w 6% przypadków, nadzór kuratora sprawowany był tylko w odniesieniu do 12% osób, a objętych zarówno procedurą „Niebieskiej Karty” jak i opieką kuratora zostało 3% osób (tabela 2.3. oraz wykres 2.3.). Uwzględniając podział na podgrupy w zależności od poziomu ekspozycji na niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie, rozpoznanie zjawiska przemocy przed hospitalizacją miało miejsce nieco częściej w przypadku podgrupy z sumą ACE 4-8 (94%), w porównaniu z grupą z sumą ACE 1-3 ACE (91%). W podgrupie z wysokim poziomem ekspozycji na niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie wyraźnie częściej stwierdzono rozpoczęcie procedury „Niebieskiej Karty” przed hospitalizacją (9% osób z sumą ACE 4-8 vs 2% osób z sumą ACE 1-3) oraz częściej objęcie nadzorem kuratora przed hospitalizacją (13% osób z sumą ACE 4-8 vs 8% osób z sumą ACE 1-3) (tabela 2.3 oraz wykres 2.3.). Natomiast równoczesne objęcie opieką kuratora i rozpoczęcie procedury „Niebieskiej Karty” w obu podgrupach wynosiło 3% (tabela 2.3 oraz wykres 2.3.).

Tabela 2.3. Częstość podejmowania działań interwencyjnych w odniesieniu do zjawiska przemocy w grupie badanej oraz w zależności od liczby ACE

Podjęmowane działania interwencyjne w odniesieniu do zjawiska przemocy	Grupa badana N=318	Podgrupa suma ACE 1-3 N=129	Podgrupa suma ACE 4-8 N=189
Rozpoznanie zjawiska przemocy przed hospitalizacją	296 (93%)	118 (91%)	178 (94%)
Rozpoczęcie procedury „Niebieska Karta” przed hospitalizacją	19 (6%)	2 (2%)	17 (9%)
Nadzór kuratora przed hospitalizacją	35 (12%)	10 (8%)	25 (13%)
Rozpoczęcie procedury „Niebieska Karta” i nadzór kuratora przed hospitalizacją	10 (3%)	4 (3%)	6 (3%)

Wykres 2.3. Częstość podejmowania działań interwencyjnych w odniesieniu do zjawiska przemocy w grupie badanej oraz w zależności od liczby ACE



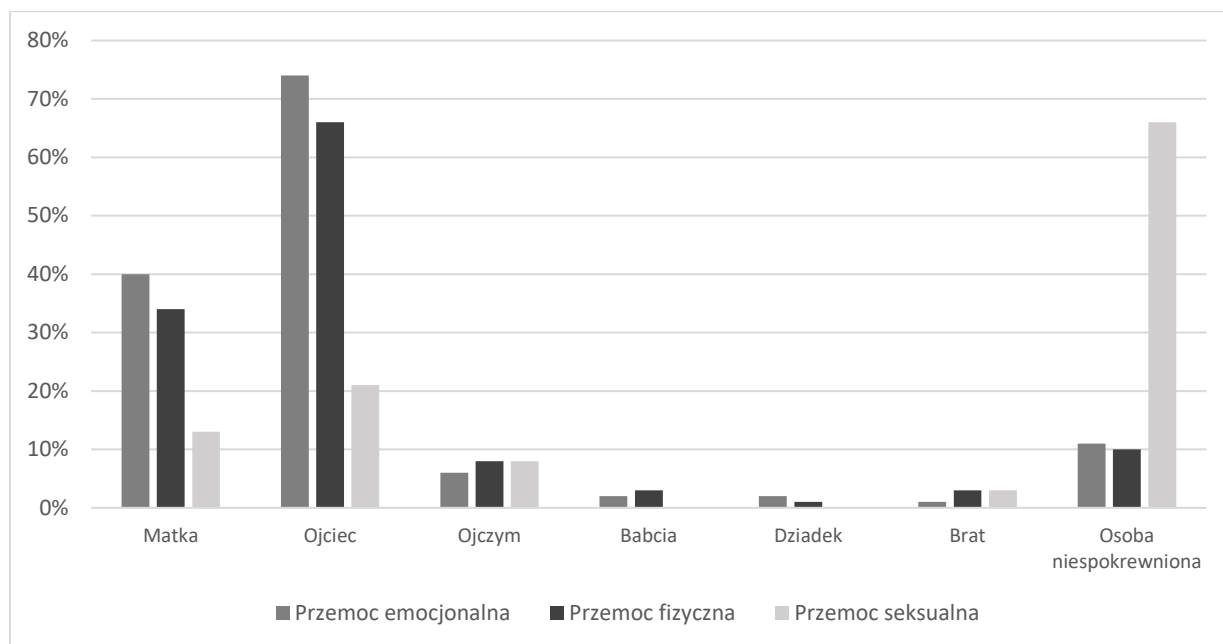
2.3.3. Częstość stosowania przemocy emocjonalnej, fizycznej lub seksualnej w zależności od osoby sprawcy

Zidentyfikowano 7 osób sprawców przemocy emocjonalnej, fizycznej lub seksualnej. W niektórych przypadkach daną formę przemocy stosowała więcej niż jedna osoba, jak również pojedyncze osoby doświadczały więcej niż jednej formy przemocy od różnych sprawców. W przypadku przemocy fizycznej i przemocy emocjonalnej najczęściej sprawcami byli rodzice, przy czym częściej przemoc stosował ojciec dziecka (dla PE - 74%, dla PF - 66%), rzadziej sprawcą przemocy była matka dziecka (dla PE - 40%, dla PF - 34%). Znacznie rzadziej przemoc emocjonalną i przemoc fizyczną stosowała osoba niespokrewniona z dzieckiem (dla PE - 11%, dla PF - 10%), ojczym (dla PE - 6%, dla PF - 8%), babcia (dla PE - 2%, dla PF - 3%), dziadek (dla PE - 2%, dla PF - 1%) oraz brat osoby badanej (dla PE - 1%, dla PF - 3%). Inaczej przedstawia się sytuacja w przypadku przemocy seksualnej - tu sprawcami najczęściej były osoby niespokrewnione (66%), znacznie rzadziej ojcowie (21%), matki (13%) lub ojczymowie (8%). W jednym przypadku sprawcą był brat (3%). Wyniki zaprezentowano w tabeli 2.4. oraz zwizualizowano na wykresie 2.4.

Tabela 2.4. Częstość stosowania przemocy emocjonalnej, fizycznej lub seksualnej w zależności od osoby sprawcy

Sprawca przemocy	Przemoc emocjonalna (N, %)	Przemoc fizyczna (N, %)	Przemoc seksualna (N, %)
Matka	80 (40%)	40 (34%)	5 (13%)
Ojciec	147 (74%)	78 (66%)	8 (21%)
Ojczym	11 (6%)	10 (8%)	3 (8%)
Babcia	4 (2%)	3 (3%)	0 (0%)
Dziadek	4 (2%)	1 (1%)	0 (0%)
Brat	3 (1%)	3 (3%)	1 (3%)
Osoba niespokrewniona	21 (11%)	12 (10%)	25 (66%)

Wykres 2.4. Częstość stosowania przemocy emocjonalnej, fizycznej lub seksualnej w zależności od osoby sprawcy



2.3.4. Częstość występowania zaburzeń neurorozwojowych, zaburzeń eksternalizacyjnych, zaburzeń internalizacyjnych, nieprawidłowo kształtującej się osobowości, dokonywania samookaleczeń lub podejmowania prób „S” w grupie badanej oraz w zależności od liczby niekorzystnych doświadczeń w dzieciństwie

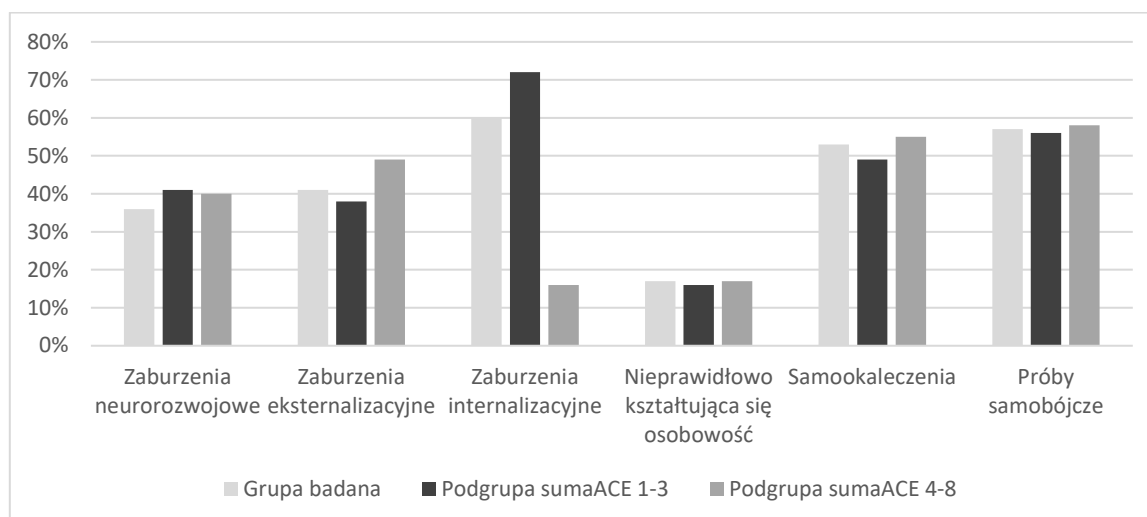
Najczęściej występującymi problemami psychicznymi w grupie badanej były zaburzenia internalizacyjne (60%) oraz podejmowanie prób samobójczych (57%) i dokonywanie samookaleczeń (53%). Zidentyfikowano najmniej osób, u których ustalono diagnozę nieprawidłowo kształtującej się osobowości (17%). Ponadto wyodrębniono grupę z zaburzeniami eksternalizacyjnymi (41%) i zaburzeniami neurorozwojowymi (36%). Po uwzględnieniu podziału na podgrupy w zależności od poziomu ekspozycji na niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie stwierdzono pewne różnice. W podgrupie z niskim poziomem ekspozycji na niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie (suma ACE 1-3) wyraźnie częściej stwierdzono występowanie zaburzeń internalizacyjnych (72%) w porównaniu z podgrupą z wysokim poziomem ekspozycji (suma ACE 4-8) (16%). Z kolei w podgrupie z wysokim poziomem ekspozycji w porównaniu z podgrupą z niskim poziomem ekspozycji na niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie zdecydowanie częściej rozpoznawano zaburzenia eksternalizacyjne (49% v 29%). W obu podgrupach wykazano zbliżoną częstość podejmowania

prób samobójczych (56% dla podgrupy suma ACE 1-3 vs. 58% dla podgrupy suma ACE 4-8), dokonywania samookaleczeń (49% dla podgrupy suma ACE 1-3 vs. 55% dla podgrupy suma ACE 4-8) i diagnozy nieprawidłowo kształtującej się osobowości (16% dla podgrupy suma ACE 1-3 vs. 17% dla podgrupy suma ACE 4-8). Niewielka różnica występuje także w odniesieniu do zaburzeń neurorozwojowych (32% dla podgrupy suma ACE 1-3 vs. 40% dla podgrupy suma ACE 4-8) (tabela 2.5. oraz wykres 2.5.).

Tabela 2.5. Częstość występowania zaburzeń (neurorozwojowych, eksternalizacyjnych, internalizacyjnych), nieprawidłowo kształtującej się osobowości, dokonywania samookaleczeń lub podejmowania prób „S” w grupie badanej oraz w zależności od liczby ACE

	Grupa badana N=318	Podgrupa suma ACE 1-3 N=129	Podgrupa suma ACE 4-8 N=189
Zaburzenia neurorozwojowe	116 (36%)	41 (32%)	75 (40%)
Zaburzenia eksternalizacyjne	130 (41%)	38 (29%)	92 (49%)
Zaburzenia internalizacyjne	190 (60%)	93 (72%)	97 (16%)
Nieprawidłowo kształtująca się osobowość	54 (17%)	21 (16%)	33 (17%)
Samookaleczenia	167 (53%)	63 (49%)	104 (55%)
Próby samobójcze	181 (57%)	72 (56%)	109 (58%)

Wykres 2.5. Częstość występowania zaburzeń (neurorozwojowych, eksternalizacyjnych, internalizacyjnych), nieprawidłowo kształtującej się osobowości, dokonywania samookaleczeń lub podejmowania prób „S” w grupie badanej oraz w zależności od liczby ACE



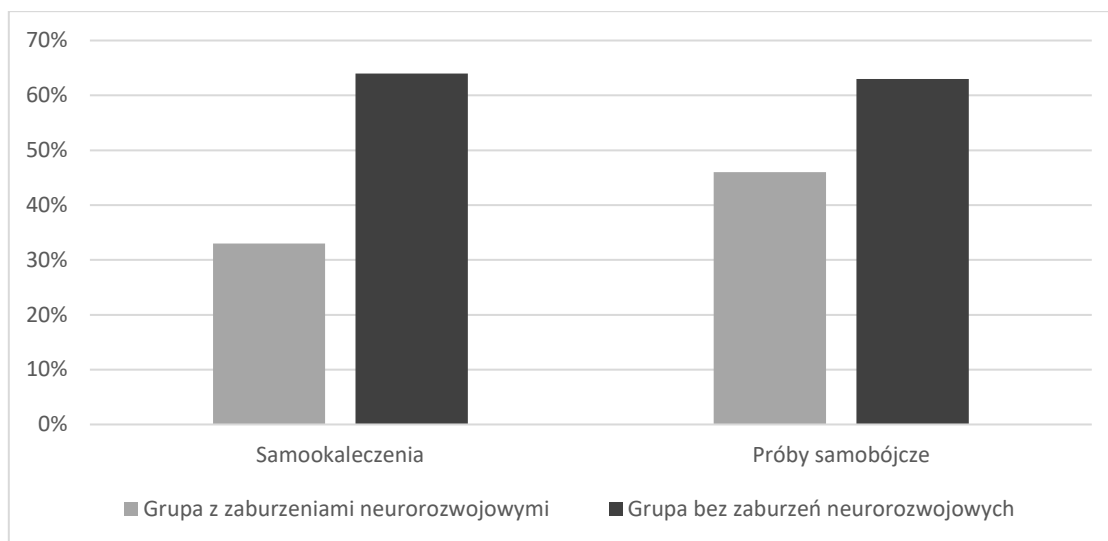
Po dokonaniu podziału grupy badanej na podgrupę osób z rozpoznaniem zaburzeń neurorozwojowych oraz na podgrupę osób bez takiej diagnozy porównano częstość dokonywania samookaleceń, podejmowania prób samobójczych, liczby hospitalizacji i ustalonych rozpoznań oraz poziomu ekspozycji na niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie. Zestawienie wyników zaprezentowano w tabeli 2.6. oraz na wykresie 2.6.

Tabela 2.6. Częstość dokonywania samookaleceń, podejmowania prób „S”, poziom ekspozycji na niekorzystne doświadczenia (suma ACE), liczba hospitalizacji oraz liczba ustalonych rozpoznań w podgrupie osób z zaburzeniami neurorozwojowymi i podgrupie bez diagnozy

		Podgrupa z zaburzeniami neurorozwojowymi N=116	Podgrupa bez zaburzeń neurorozwojowych N=202
Samookaleczenia		38 (33%)	129 (64%)
Próby samobójcze		53 (46%)	128 (63%)
Suma ACE 1-3		41 (35%)	88 (44%)
Suma ACE 4-8		75 (65%)	114 (56%)
Średnia liczba ACE		4,1 ± 1,5	3,7 ± 1,6
Hospitalizacje	1	80 (69%)	152 (75%)
	2-3	26 (22%)	41 (20%)
	4 i więcej	10 (9%)	9 (4%)
	Średnia liczba	1,8 ± 0,6	1,5 ± 0,5
Liczba ustalonych rozpoznań	1	15 (13%)	126 (62%)
	2	52 (45%)	57 (28%)
	3 i więcej	49 (42%)	19 (9%)
	Średnia liczba	2,5 ± 1,0	1,5 ± 0,7

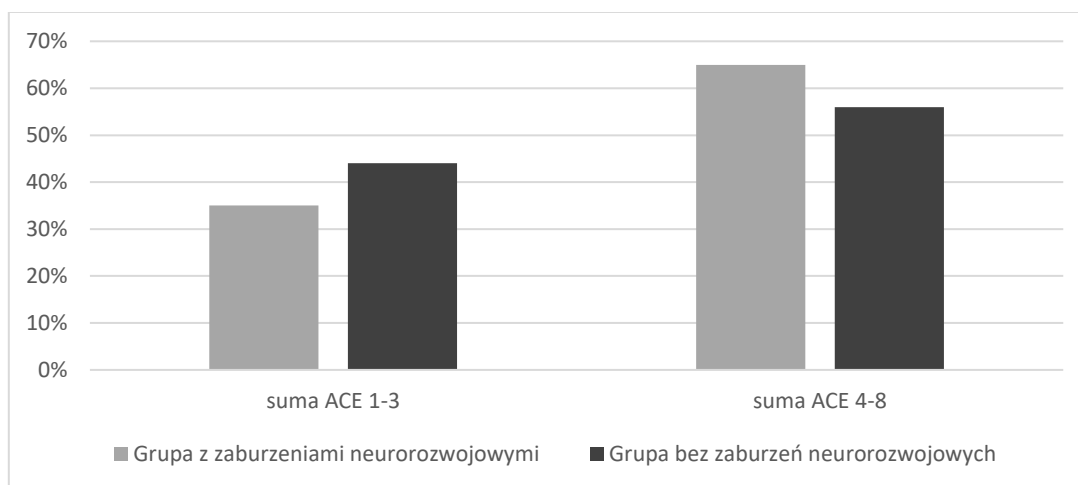
W grupie bez diagnozy zaburzeń neurorozwojowych w porównaniu z grupą z tym rozpoznaniem wyraźnie częściej stwierdzono dokonywanie samookaleceń (64% vs. 33%), jak również podejmowanie prób samobójczych (63% vs. 46%) (wykres 2.6.).

Wykres 2.6. Częstość dokonywania samookaleczeń lub podejmowania prób „S” w podgrupie osób z zaburzeniami neurorozwojowymi i podgrupie bez diagnozy



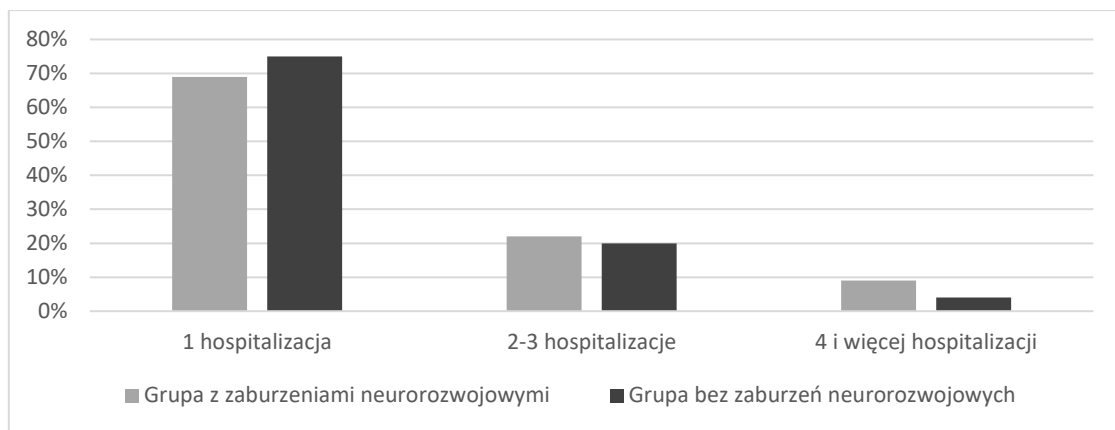
W obu analizowanych grupach pacjenci w większości doświadczyli wysokiego poziomu ekspozycji na niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie (65% dla zmiennej suma ACE 4-8 w grupie z zaburzeniami neurorozwojowymi oraz 56% w grupie bez zaburzeń neurorozwojowych) (wykres 2.7.). Średnia liczba niekorzystnych zdarzeń w dzieciństwie dla grupy z zaburzeniami neurorozwojowymi wynosiła $4,1 \pm 1,5$, zaś dla grupy bez tego rozpoznania $3,7 \pm 1,6$. Stwierdzono różnicę w odniesieniu do powyższej zmiennej na poziomie tendencji statystycznej ($F(1,316) = 3,735$; $p = 0,054$).

Wykres 2.7. Częstość doświadczania niekorzystnych doświadczeń w dzieciństwie w zależności od sumy ACE w grupie osób z zaburzeniami neurorozwojowymi i bez tych zaburzeń



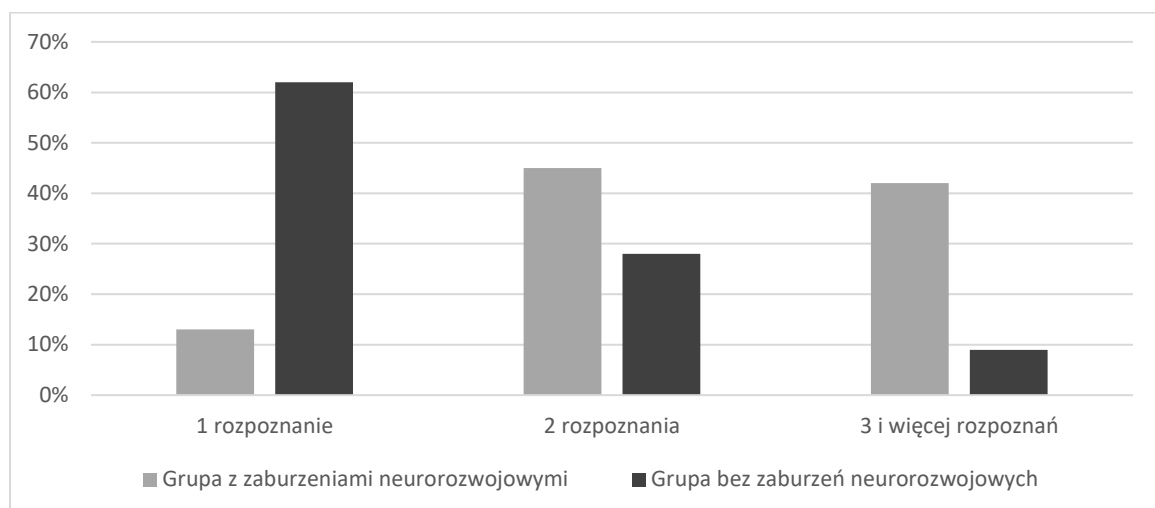
Osoby z obu grup najczęściej były hospitalizowane jednokrotnie (69% pacjentów z grupy z zaburzeniami neurorozwojowymi oraz 75% osób z grupy bez zaburzeń). Średnia liczba hospitalizacji jest wyższa w przypadku osób z zaburzeniami neurorozwojowymi ($1,8 \pm 0,6$ vs. $1,5 \pm 0,5$) (tabela 2.6. oraz wykres 2.8.). Nie stwierdzono jednak różnic istotnych statystycznie w odniesieniu do powyższej zmiennej ($F(1,316) = 2,364$; $p = 0,125$).

Wykres 2.8. Częstość liczby hospitalizacji w grupie osób z zaburzeniami neurorozwojowymi i bez tych zaburzeń



W przypadku osób z grupy z zaburzeniami neurorozwojowymi wyraźnie częściej stwierdzono współwystępowanie 3 i lub więcej zaburzeń psychicznych w porównaniu z grupą osób bez tej diagnozy (42% vs. 9%) (wykres 2.9.). Średnia liczba rozpoznań wynosiła w przypadku osób z zaburzeniami neurorozwojowymi $2,5 \pm 1,0$, zaś u osób bez tych zaburzeń $1,5 \pm 0,7$ (tabela 2.6.). Stwierdzono różnice istotne statystycznie w odniesieniu do tej zmiennej ($F(1,316) = 97,131$; $p < 0,001$).

Wykres 2.9. Częstość liczby ustalonych rozpoznań w grupie osób z zaburzeniami neurorozwojowymi i bez tych zaburzeń



2.3.5. Liczba hospitalizacji oraz liczba ustalonych rozpoznań w zależności od liczby niekorzystnych doświadczeń w dzieciństwie

W całej grupie badanej najwięcej osób było hospitalizowanych jednokrotnie (73%), znacznie mniej 2 lub 3 razy (21%), a 4 i więcej razy jedynie 6% badanych. Średnia liczba hospitalizacji wyniosła $1,3 \pm 0,6$. Po uwzględnieniu podziału na podgrupy w zależności od poziomu ekspozycji na niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie stwierdzono pewne różnice. W podgrupie z niskim poziomem ekspozycji (suma ACE 1-3) częściej występowały jednorazowe hospitalizacje (80%) w porównaniu z podgrupą z wysokim poziomem ekspozycji (suma ACE 4-8) (68%). Z kolei 2 lub 3 hospitalizacje częściej występowały w podgrupie z wysokim poziomem ekspozycji (25%) w porównaniu z podgrupą z niskim poziomem ekspozycji (15%). Nie zaobserwowano wyraźnych różnic w zakresie 4 i więcej hospitalizacji (6% dla podgrupy suma ACE 4-8 vs. 5% dla podgrupy suma ACE 1-3). Średnia liczba hospitalizacji jest wyższa w podgrupie z wysokim poziomem ekspozycji na niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie (suma ACE 4-8) ($1,4 \pm 0,6$) w porównaniu z podgrupą z niskim poziomem ekspozycji (suma ACE 1-3) ($1,3 \pm 0,5$). Stwierdzono różnicę w odniesieniu do powyższej zmiennej na poziomie tendencji statystycznej ($F(1,316) = 3,541$; $p = 0,061$). Zestawienie wyników zaprezentowano w tabeli 2.7. oraz na wykresie 2.10.

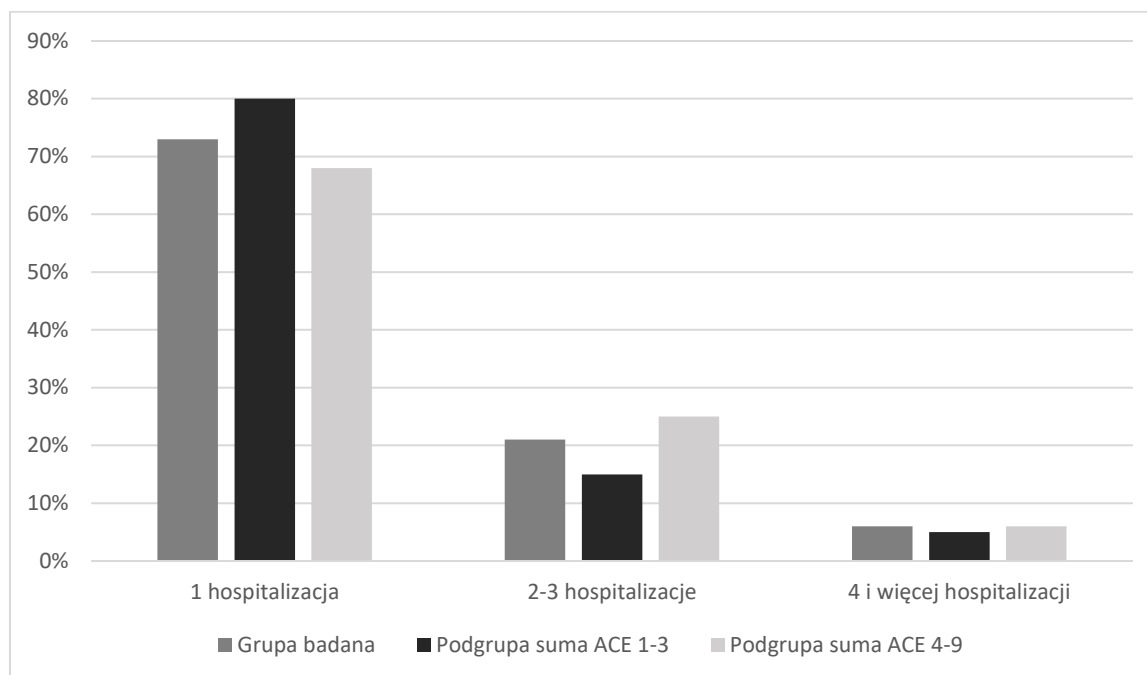
W odniesieniu do liczby ustalonych rozpoznań zaburzeń psychicznych stwierdzono, że w całej grupie badanej najwyższy odsetek osób miał ustalone 1 rozpoznanie (44%), nieznacznie mniej 2 rozpoznania (34%) i najmniej z 3 rozpoznania lub więcej (21%). Średnia liczba ustalonych rozpoznań wyniosła $1,9 \pm 1,0$. Zbliżone wyniki uzyskano w odniesieniu do podgrupy z wysokim poziomem ekspozycji na niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie (suma ACE 4-8): 1 rozpoznanie ustalono dla 40% osób z tej podgrupy, 2 rozpoznania dla 33%, a 3 lub więcej rozpoznań dla 28%. Średnia liczba rozpoznań dla podgrupy suma ACE 4-8 wyniosła $2,0 \pm 1,0$. Nieco inaczej przedstawia się rozkład wyników w podgrupie z niskim poziomem ekspozycji na niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie (suma ACE 1-3). W porównaniu z całą grupą badaną oraz z grupą z wysokim poziomem ekspozycji nieco wyższy odsetek osób otrzymywał tylko 1 rozpoznanie (51%), a wyraźnie znacznie rzadziej 3 lub więcej rozpoznań (13%). Częstość 2 rozpoznań była na podobnym poziomie (36%). Niższa była również średnia liczba rozpoznań ($1,7 \pm 0,8$). Stwierdzono różnice istotne statystycznie dla porównania w zakresie średniej liczby rozpoznań dla grupy z sumą ACE 1-3 oraz grupy z sumą

ACE 4-8 ($F(1,316) = 10,090$; $p = 0,002$). Zestawienie wyników zaprezentowano w tabeli 2.7. oraz na wykresie 2.11.

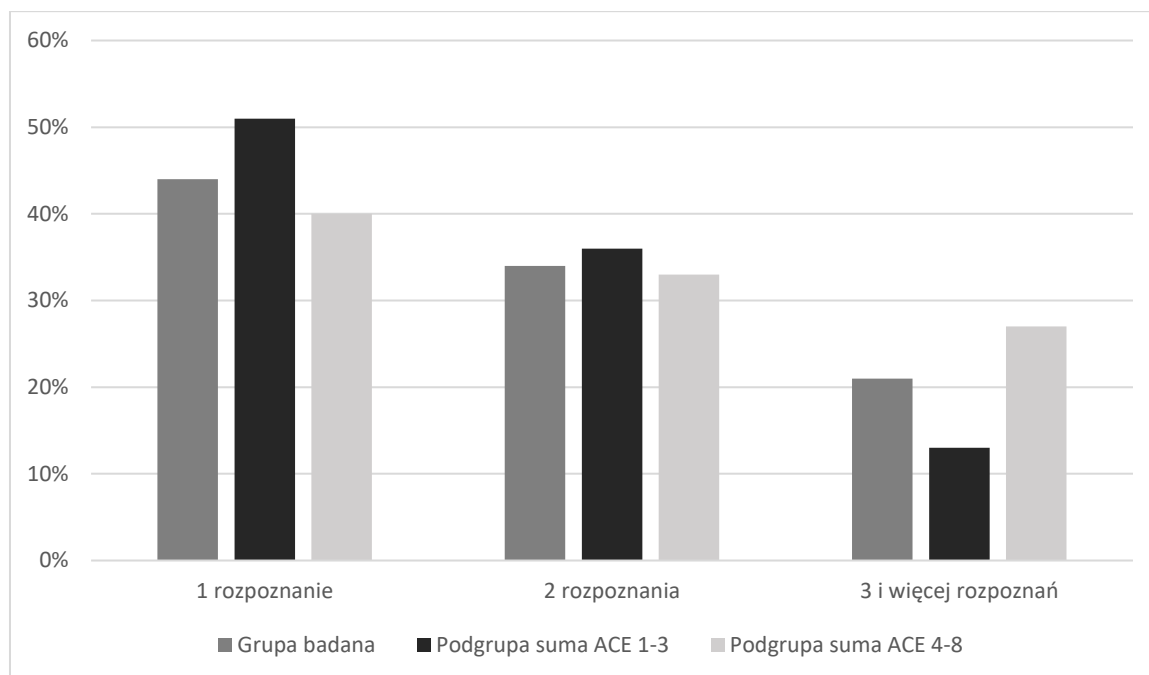
Tabela 2.7. Liczba hospitalizacji oraz liczba ustalonych rozpoznań w zależności od liczby niekorzystnych doświadczeń w dzieciństwie

		Grupa badana N=318	Grupa suma ACE 1-3 N=129	Grupa suma ACE 4-8 N=189
Hospitalizacje	1	232 (73%)	103 (80%)	129 (68%)
	2-3	67 (21%)	19 (15%)	48 (25%)
	4 i więcej	19 (6%)	7 (5%)	12 (6%)
	Średnia liczba	1,3 ± 0,6	1,3 ± 0,5	1,4 ± 0,6
Liczba ustalonych rozpoznań	1	141 (44%)	66 (51%)	75 (40%)
	2	109 (34%)	46 (36%)	63 (33%)
	3 i więcej	68 (21%)	17 (13%)	51 (27%)
	Średnia liczba	1,9 ± 1,0	1,7 ± 0,8	2,0 ± 1,0

Wykres 2.10. Liczba hospitalizacji w zależności od liczby niekorzystnych doświadczeń w dzieciństwie



Wykres 2.11. Liczba ustalonych rozpoznań w zależności od liczby niekorzystnych doświadczeń w dzieciństwie



2.3.6. Ocena wpływu ACE na występowanie zaburzeń psychicznych, nieprawidłowo kształtującej się osobowości, dokonywanie samookaleczeń, podejmowanie prób „S”, liczbę hospitalizacji oraz liczbę ustalonych rozpoznań

W celu oceny wpływu poszczególnych postaci ACE (tj. doświadczenia przemocy emocjonalnej, doświadczenia przemocy fizycznej, doświadczenia przemocy seksualnej, doświadczenia różnych form przemocy ze strony rówieśników, doświadczenia zaniedbania, występowania chorób lub zaburzeń psychicznych u jednego z rodziców lub obojga rodziców, występowania nadużywania lub uzależnienia od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych u jednego z rodziców lub obojga rodziców, wychowywania się w rodzinie niepełnej lub poza rodziną pochodzenia lub wychowywania się w atmosferze konfliktowej) na występowanie zaburzeń psychicznych w grupie badanej sprawdzono dwa modele regresji logistycznej, w których zmienną objaśnianą były zaburzenia eksternalizacyjne lub zaburzenia internalizacyjne, a zmiennymi objaśniającymi poszczególne postaci ACE lub obecność zaburzeń neurorozwojowych oraz zmienne metryczkowe (płeć oraz wiek).

W przypadku zaburzeń eksternalizacyjnych istotny statystycznie okazał się wpływ następujących zmiennych: rodzina niepełna (OR = 3,037; 95% CI: 1,111 - 8,299, p = 0,030),

zaburzenia neurorozwojowe (OR = 3,820; 95% CI: 1,598 - 9,129, p = 0,003) oraz płeć męska (OR = 0,178; 95%CI: 0,069 - 0,455, p < 0,001) (model jest dobrze dopasowany do danych - test Hosmera – Lemeshowa, p = 0,779; R² Nagelkerkego = 0,429) (tabela 2.8). Uzyskane wyniki pozwalają przyjąć, że do grupy osób z zaburzeniami eksternalizacyjnymi należą głównie chłopcy, z diagnozą zaburzeń neurorozwojowych, wychowujący się w rodzinach niepełnych.

Tabela 2.8. Wpływ ACE, diagnozy zaburzeń neurorozwojowych, płci oraz wieku na występowanie zaburzeń eksternalizacyjnych

Zmienna	OR	95% CI		p
Przemoc emocjonalna (PE)	1,476	0,374	5,829	0,578
Przemoc fizyczna (PF)	1,161	0,411	3,277	0,778
Przemoc seksualna (PS)	0,785	0,191	3,231	0,738
Przemoc rówieśnicza (PR)	0,746	0,282	1,973	0,555
Zaniechanie (Znb)	2,473	0,551	11,102	0,237
Choroby psychiczne (ChPs)	0,994	0,423	2,338	0,989
Uzależnienia (Uz)	0,512	0,198	1,326	0,168
Rodzina niepełna (RNp)	3,037	1,111	8,299	0,030
Konfliktowa atmosfera (KA)	1,677	0,462	6,086	0,431
Diagnoza zaburzeń neurorozwojowych	3,820	1,598	9,129	0,003
Wiek	0,990	0,972	1,009	0,314
Płeć (męska)	0,178	0,069	0,455	< 0,01

W przypadku zaburzeń internalizacyjnych istotny statystycznie okazał się wpływ analogicznych zmiennych: rodzina niepełna (OR = 0,321; 95% CI: 1,116 – 0,891, p = 0,029), zaburzenia neurorozwojowe (OR = 0,223; 95% CI: 10,092 – 0,542, p < 0,001) oraz płeć żeńska (OR = 5,607; 95%CI: 2,156-14,582, p<0,01) (model jest dobrze dopasowany do danych - test Hosmera – Lemeshowa, p = 0,221; R² Nagelkerkego = 0,446) (tabela 2.9.). Uzyskane wyniki pozwalają przyjąć, że do grupy osób z zaburzeniami internalizacyjnymi należą głównie dziewczynki, bez diagnozy zaburzeń neurorozwojowych, wychowujące się w rodzinach pełnych.

Tabela 2.9. Wpływ ACE, diagnozy zaburzeń neurorozwojowych, płci oraz wieku na występowanie zaburzeń internalizacyjnych

Zmienna	OR	95% CI		p
Przemoc emocjonalna (PE)	0,668	0,167	2,675	0,569
Przemoc fizyczna (PF)	0,736	0,259	2,093	0,565
Przemoc seksualna (PS)	1,328	0,328	5,384	0,691
Przemoc rówieśnicza (PR)	1,299	0,491	3,437	0,598
Zaniedbanie (Znb)	0,267	0,057	1,247	0,093
Choroby psychiczne (ChPs)	0,927	0,393	2,188	0,862
Uzależnienia (Uz)	1,884	0,724	4,908	0,194
Rodzina niepełna (RNp)	0,321	0,116	0,891	0,029
Konfliktowa atmosfera (KA)	0,575	0,156	2,116	0,405
Diagnoza zaburzeń neurorozwojowych	0,223	10,092	0,542	< 0,001
Wiek	1,005	0,987	1,025	0,576
Płeć (żeńska)	5,607	2,156	14,582	< 0,01

Sprawdzono, czy wpływ zmiennych rodzina niepełna oraz diagnoza zaburzeń neurorozwojowych na występowanie zaburzeń eksternalizacyjnych oraz zaburzeń internalizacyjnych jest niezależny od płci badanego. W tym celu sprawdzono dwa dodatkowe modele regresji logistycznej, w których zmiennymi objaśniającymi były płeć oraz diagnoza zaburzeń neurorozwojowych, rodzina niepełna oraz interakcje zmiennych: płeć x rodzina niepełna oraz płeć x zaburzenia neurorozwojowe. W obydwu przypadkach interakcje okazały się nieistotne statystycznie (tabela 2.10.) (tj. wpływ analizowanych zmiennych na występowanie zaburzeń internalizacyjnych lub zaburzeń eksternalizacyjnych jest niezależny od płci).

Tabela 2.10. Wyniki dla interakcji zmiennych: płeć x rodzina niepełna oraz płeć x zaburzenia neurorozwojowe

Zmienna	OR	95% CI		p
Płeć x Rodzina niepełna	1,190	0,359	3,941	0,776
Płeć x Diagnoza zaburzeń neurorozwojowych	0,614	0,198	1,904	0,399

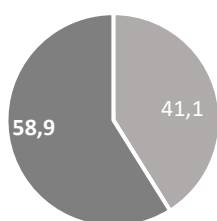
W związku z powyższym sformułowano hipotezę, że osoby badane można zakwalifikować do dwóch grup: grupy „eksternalizacyjnej” (chłopcy z zaburzeniami eksternalizacyjnymi z diagnozą zaburzeń neurorozwojowych, wychowujący się w rodzinach niepełnych) oraz grupy „internalizacyjnej” (dziewczęta z zaburzeniami internalizacyjnymi, bez diagnozy zaburzeń

neurorozwojowych, wychowujące się rodzinach pełnych). W celu weryfikacji hipotezy przeprowadzono dwustopniową analizę skupień. Zmiennymi uwzględnionymi w analizie były: Zaburzenia internalizacyjne, Zaburzenia eksternalizacyjne, Rodzina niepełna, Płeć oraz Wiek. Zgodnie z przewidywaniami, uzyskano dwa skupienia. Jakość modelu, mierzona miarą spójności i odrębności Silhouette uznano za dobrą (wartość przeciętna 0,5). Statystyki opisowe obydwu grup przedstawiono na wykresie 2.12. i w tabeli 2. 11.

Wykres 2.12.

Rozmiary badanych grup („eksternalizacyjna” oraz „internalizacyjna”)

Rozmiary grup



- Grupa "internalizacyjna"
- Grupa "eksternalizacyjna"

Tabela 2.11.

Statystyki opisowe badanych grup („eksternalizacyjna” oraz „internalizacyjna”)

	N	%
Grupa „eksternalizacyjna”	185	58,9%
Grupa „internalizacyjna”	129	41,1%
Proporcja rozmiarów: największa grupa do najmniejszej grupy	1,43	

W grupie „internalizacyjnej” średnia wieku pacjentów jest wyższa, niż w grupie „eksternalizacyjnej” o 16 miesięcy (158,5 m-ca vs. 142,2 m-ce). W obu grupach większość dzieci pochodziła z rodzin niepełnych, przy czym w grupie „eksternalizacyjnej” ich przewaga jest znaczna (80,6% osób z rodzin niepełnych vs. 19,4% osób z rodzin pełnych), zaś w grupie „internalizacyjnej” proporcje są wyrównane (53,5% osób z rodzin niepełnych vs. 46,5% osób z rodzin pełnych) (tabela 2.11.).

Tabela 2. 11. Rozmiary badanych grup c.d.

Grupa	„Eksternalizacyjna”	„Internalizacyjna”
Zaburzenia eksternalizacyjne	Ustalona diagnoza (99,2%)	Brak diagnozy (100%)
Zaburzenia internalizacyjne	Brak diagnozy (98,4%)	Ustalona diagnoza (100%)
Zaburzenia neurorozwojowe	Ustalona diagnoza (61,2%)	Brak diagnozy (81,1%)
Płeć	Chłopcy (54,3%)	Dziewczęta (81,6%)
Wiek w miesiącach	142,17	158,47
Rodzina niepełna (RNp)	80,6%	53,5%

Uzyskane skupienia wykorzystano do sprawdzenia, czy przynależność do powyższych grup (tj. grupy „eksternalizacyjnej” lub grupy „internalizacyjnej”) można przewidzieć na podstawie liczby diagnoz psychiatrycznych, liczby hospitalizacji, diagnozy nieprawidłowo kształtującej się osobowości, dokonywania samookaleczeń, podejmowania prób „S” oraz sumy ACE. W tym celu przeprowadzono kolejną analizę regresji logistycznej, gdzie zmienną objaśnianą była przynależność do grupy „eksternalizacyjnej” lub grupy „internalizacyjnej”, a zmiennymi objaśniającymi suma ACE, liczba diagnoz psychiatrycznych, liczba hospitalizacji, diagnoza nieprawidłowo kształtującej się osobowości, dokonywanie samookaleczeń oraz podejmowanie prób „S”. Istotny statystycznie okazał się wpływ następujących zmiennych: Suma ACE, liczba diagnoz psychiatrycznych, dokonywanie samookaleczeń oraz podejmowanie prób „S”.

Dla grupy „eksternalizacyjnej” uzyskano następujące istotne statystycznie wyniki: Suma ACE (OR = 1,257; 95%CI: 1,064–1,485, p = 0,007), Liczba diagnoz (OR = 2,232; 95%CI: 1,639–3,039, p < 0,001), Samookaleczenia (OR = 0,544; 95%CI: 0,304–0,972, p = 0,040), Próby samobójcze (OR = 0,404; 95%CI: 0,234–0,699, p = 0,010) (model jest dobrze dopasowany do danych - test Hosmera – Lemeshowa, p = 0,364; R² Nagelkerkego = 0,308) (tabela 2.12.). Uzyskane wyniki pozwalają przyjąć, że dzieci i młodzież z grupy „eksternalizacyjnej” doświadczyły większej ilości ACE (ryzyko wyższe o 25,7%) oraz, że otrzymały więcej diagnoz psychiatrycznych (ryzyko wyższe o 123,2%).

Tabela 2.12. Wpływ sumy ACE, liczby diagnoz psychiatrycznych, liczby hospitalizacji, diagnozy nieprawidłowo kształtującej się osobowości, dokonywania samookaleczeń, podejmowania prób „S” na przynależność do grupy „eksternalizacyjnej”

Zmienna	OR	95% CI		p
Suma ACE	1,257	1,064	1,485	0,007
N diagnoz psychiatrycznych	2,232	1,639	3,039	< 0,001
Samookaleczenia	0,544	0,304	0,972	0,040
Próby „S”	0,404	0,234	0,699	0,010

Dla grupy „internalizacyjnej” uzyskano następujące istotne statystycznie wyniki: Suma ACE (OR = 0,795; 95%CI: 0,673 – 0,939, p = 0,007), Liczba diagnoz (OR = 0,448; 95%CI: 0,329 – 0,610, p < 0,001), Samookaleczenia (OR = 1,836; 95%CI: 1,028 – 3,279, p = 0,040), Próby samobójcze (OR = 2,470; 95%CI: 1,429 – 4,270, p = 0,010) (model jest dobrze dopasowany do danych - test Hosmera – Lemeshowa, p = 0,364; R² Nagelkerkego = 0,308) (tabela 2.13.). Uzyskane wyniki pozwalają przyjąć, że w przypadku dzieci i młodzieży z grupy

„internalizacyjnej” stwierdza się istotnie wyższe ryzyko dokonania samookaleczeń (o 83,6%) oraz podjęcia próby „S” (o 147%).

Tabela 2.13. Wpływ sumy ACE, liczby diagnoz psychiatrycznych, liczby hospitalizacji, diagnozy nieprawidłowo kształtującej się osobowości, dokonywania samookaleczeń, podejmowania prób „S” na przynależność do grupy „internalizacyjnej”

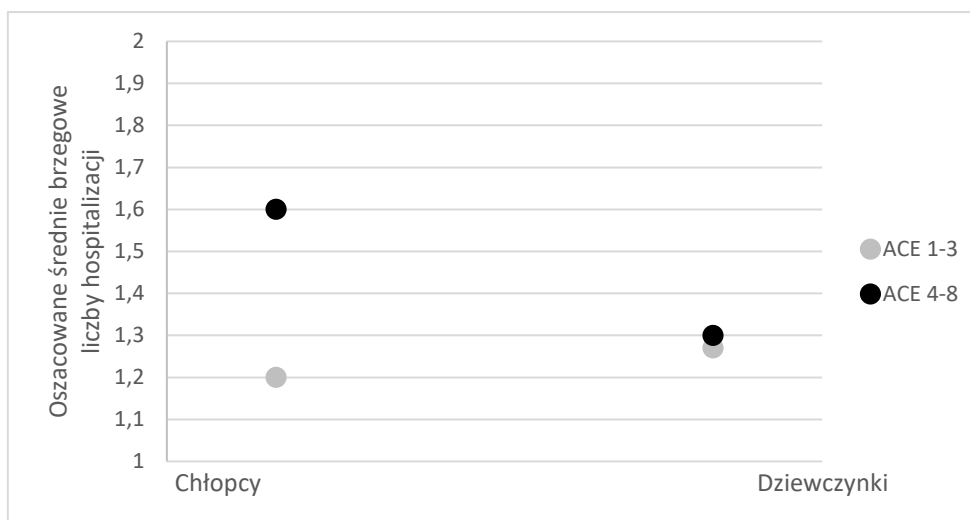
Zmienna	OR	95% CI		p
Suma ACE	0,795	0,673	0,939	0,007
N diagnoz psychiatrycznych	0,448	0,329	0,610	< 0,001
Samookaleczenia	1,836	1,028	3,279	0,040
Próby „S”	2,470	1,429	4,270	0,010

W dalszych analizach (MANOVA dla zmiennych ilościowych) wykazano, że w przypadku chłopców różnice średniej liczby hospitalizacji oraz średniej liczby rozpoznań dla podgrupy ACE4-8 oraz podgrupy ACE1-3 są istotne statystycznie. Takich zależności nie zaobserwowano w odniesieniu do dziewcząt (tabela 2. 14 oraz wykresy 2.13 i 2.14.).

Tabela 2.14. Porównania parami dla liczby hospitalizacji oraz średniej liczby rozpoznań

Zmienna	Płeć	Różnica średnich (ACE4-8 - ACE1-3)	Błąd standardowy	95% CL		p
N hospitalizacji	M	0,291	0,113	0,069	0,512	0,010
	Ż	0,031	0,078	-0,123	0,186	0,689
N diagnoz	M	0,561	0,190	0,186	0,935	0,003
	Ż	0,217	0,133	-0,044	0,478	0,103

Wykres 2.13. Różnice dla średniej liczby hospitalizacji (podgrupa ACE4-8 vs. ACE1-3) w podziale na grupę chłopców i dziewcząt



Wykres 2.14. Różnice dla średniej liczby diagnoz (podgrupa ACE4-8 vs. ACE1-3) w podziale na grupę chłopców i dziewcząt



Ostatnie analizy przeprowadzono dla oceny wpływu liczby niekorzystnych wydarzeń w dzieciństwie (suma ACE) lub wysokiej ekspozycji na nie (przynależność do podgrupy ACE 4-8) na podejmowanie prób samobójczych w odniesieniu do całej grupy badanej oraz w podziale na grupę osób z diagnozą zaburzeń eksternalizacyjnych i grupę osób z diagnozą zaburzeń internalizacyjnych. Nie stwierdzono wyników istotnych statystycznie (tabela 2. 15.).

Tabela 2.15. Wpływ całkowitej liczby ACE lub przynależności do podgrupy ACE 4-8 na podejmowanie prób „S” w całej grupy badanej, w grupie osób z diagnozą zaburzeń eksternalizacyjnych i grupie osób z diagnozą zaburzeń internalizacyjnych

Zmienna		OR	95% CI		p
Grupa badana	Suma ACE	1,221	0,872	1,708	0,245
	ACE 4-8	0,844	0,286	2,494	0,760
Grupa z zaburzeniami eksternalizacyjnymi	Suma ACE	0,730	0,485	1,098	0,130
	ACE 4-8	2,214	0,650	7,534	0,204
Grupa z zaburzeniami internalizacyjnymi	Suma ACE	0,962	0,759	1,220	0,749
	ACE 4-8	1,160	0,535	2,513	0,707

2.4. Omówienie wyników i dyskusja

2.4.1. Przyjęta metodologia badania

Realizowane badanie miało charakter retrospektywnego, opisowego badania obserwacyjnego. Potencjalną zaletą przyjęcia takiej metodyki jest łatwość przeprowadzenia procesu badawczego, jego niskie koszty oraz możliwość realizacji badania na dużej grupie respondentów. Z drugiej strony warunki w jakich prowadzono analizy wiążą się z obecnością różnych czynników zakłócających. Grupa badana tj. z ekspozycją na doświadczanie przemocy została wyodrębniona spośród 1232 pacjentów Oddziału Klinicznego Psychiatrii Wieku Rozwojowego Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, którzy byli hospitalizowani od stycznia 2017 roku do czerwca 2020 roku włącznie. Pomimo potencjalnej jednorodności grupy należy przyjąć, że jest grupą ona specyficzną ze względu na charakterystykę populacji pacjentów hospitalizowanych wówczas w oddziale. Przed pandemią COVID-19 przyjęcia do oddziałów psychiatrycznych dzieci i młodzieży odbywały się przede wszystkim w trybie ostro dyżurowym, co w praktyce oznacza, że do przyjęcia kwalifikowano głównie osoby, które zagrażały swojemu życiu w związku z występowaniem myśli i tendencji samobójczych, lub osoby z nasilonymi zachowaniami agresywnymi bądź autoagresywnymi, lub osoby chorujące na jądłowstręt psychiczny w znacznym stopniu wyniszczenia. Jest to zatem pewien specyficzny wycinek populacji dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi, stąd też uzyskanych wyników nie można odnosić do całej populacji dzieci i młodzieży z problemami w zakresie zdrowia psychicznego.

Spośród 1232 pacjentów do grupy badanej zakwalifikowano 318 osób, wobec których w dokumentacji medycznej odnaleziono informacje dotyczące doświadczenia różnych form przemocy w okresie poprzedzającym hospitalizację w oddziale. Średni wiek tej grupy to 12,7 lat, stąd należy przyjąć, że grupa badana była ograniczona wiekowo, ponownie ze względu na specyfikę oddziału, do którego przyjmowane są osoby przed ukończeniem 14 r.ż. (oddział znajduje się przy szpitalu pediatrycznym, przy którym funkcjonuje szkoła podstawowa, wcześniej również gimnazjum, bieżąca jest oferta edukacyjnej dla młodzieży uczącej się w szkołach ponadpodstawowych).

Podstawowym kryterium włączenia do badania było doświadczenie różnego rodzaju przemocy, tj. zgodnie z przyjętą metodologią odnalezienie w dokumentacji medycznej pacjenta danych na ten temat. Potencjalnym źródłem błędu wpływającym na rzetelność strategii rekrutacji jest zastosowanie subiektywnej metody oceny. Za obiektywne źródła można

niewątpliwie uznać np. orzeczenia wydane przez sądy, dane z „Niebieskich Kart”, pisemne informacje od kuratorów sądowych, dane z dokumentacji z ośrodków opieki społecznej, wyniki badań opiniodawczego zespołu specjalistów sądowych, itp. Niestety były one dostępne tylko w odniesieniu do niewielkiej części pacjentów. W przypadku większości rekrutowanych informacje o doznanej przemocy były pozyskane w trakcie wstępnego wywiadu przeprowadzanego przez lekarza psychiatrę przy przyjęciu oraz na podstawie danych uzyskanych w czasie hospitalizacji od pacjenta i jego rodziców/opiekunów. Na obniżenie rzetelności takiej metody pozyskiwania danych może mieć wpływ przede wszystkim:

- (1) potencjalne ukrywanie faktu stosowania przemocy przez rodziców/doświadczania przemocy przez dziecko,
- (2) opieranie się na subiektywnej interpretacji zachowań postrzeganych jako przemoc lub jej nieobecność w związku z brakiem zastosowania zoperacjonalizowanej definicji przemocy lub ustrukturyzowanego wywiadu, na podstawie których można by pozyskane dane ‘zaliczyć’ do działań o charakterze przemocowym lub nie (np. opisywanie przez rodziców jako doświadczenie przemocy przez dziecko normatywnych konfliktów w grupie rówieśniczej, lub interpretowanie przez rodziców krzyku lub popychania dziecka jako akceptowanych strategii wychowawczych nienacechowanych przemocą),
- (3) subiektywna interpretacja przez lekarza przeprowadzającego wywiad danego doświadczenia jako przemoc lub jej brak (np. w związku z osobistymi przekonaniem lub doświadczeniami).

Ze względu na to, że nie zastosowano innych metod wykrywania lub weryfikowania potencjalnych przypadków (np. przeprowadzenie wywiadu środowiskowego) nie można mieć pewności, że do grupy badanej przy wykorzystanej metodzie oceny zostali zakwalifikowani wszyscy potencjalni uczestnicy. Co więcej, należy przyjąć, że uczestnicy zostali zakwalifikowani do grupy badanej przy użyciu różnych procedur oceny (dane obiektywne vs. dane subiektywne).

Kolejny etap badania ukierunkowany na zbieranie informacji w zakresie innych, poza przemocą, niekorzystnych doświadczeń w dzieciństwie jest obarczony podobnymi ograniczeniami. Dodatkowym utrudnieniem na tym etapie był brak ustrukturyzowanego kwestionariusza wywiadu i związana z tym niekompletność danych, pozyskiwanych przez różnych lekarzy, prowadzących wywiad w charakterystyczny dla siebie sposób, zgodny z indywidualnym „warsztatem”. Tu również istnieje możliwość potencjalnego zatajania przez rodziców/opiekunów informacji, szczególnie w zakresie danych dotyczących spożywania przez

nich alkoholu i innych substancji psychoaktywnych oraz leczenia psychiatrycznego i psychoterapeutycznego. Nie dokonano oceny jakości zgromadzonych danych pod kątem ich wiarygodności. Znaczącym ograniczeniem może być również kodowanie pozyskiwanych danych jako zmiennych jakościowych bez dokonania pomiaru ilościowego (np. do grupy rodziców z problemami psychicznymi włączano zarówno rodziców, którzy korzystali z opieki psychologa w związku z pojedynczymi kryzysami życiowymi, jak również tych z długotrwałymi zaburzeniami psychicznymi, w tym zaburzeniami psychotycznymi).

Potencjalnym czynnikiem zakłócającym może być również ograniczony czas obserwacji wyznaczony momentem zakończenia hospitalizacji, która w odniesieniu do poszczególnych pacjentów miała różną długość (od 1 dnia do 512 dni). Ma to szczególnie duże znaczenie do ustalenia rozpoznania nieprawidłowo kształtującej się osobowości. Ponadto nie monitorowano czasu od zaistnienia faktu przemocy, czy też doświadczenia innych niekorzystnych doświadczeń w dzieciństwie do momentu hospitalizacji oraz czasu oddziaływania poszczególnych niekorzystnych czynników. W związku z powyższym nie można przyjąć, że długość obserwacji jest wystarczająca dla ujawnienia się wszystkich negatywnych konsekwencji doświadczenia niekorzystnych zdarzeń w dzieciństwie.

2.4.2. Częstości występowania różnych form ACE oraz ekspozycja na niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie w grupie badanej - omówienie

W badaniu identyfikowano dziewięć niekorzystnych doświadczeń w dzieciństwie, z czego pięć dotyczyło doświadczenia przemocy (przemoc emocjonalna, przemoc fizyczna, przemoc seksualna, zaniedbanie, przemoc rówieśnicza), a cztery dysfunkcji systemu rodzinnego (wychowywanie się w rodzinie niepełnej, konfliktowa atmosfera w środowisku domowym, nadużywanie lub uzależnienia od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych u jednego lub obojga rodziców, występowanie chorób lub zaburzeń psychicznych u jednego lub obojga rodziców).

Częstość występowania przemocy emocjonalnej (63%), fizycznej (37%) i seksualnej (12%) oraz zaniedbania (22%) w badanej grupie jest porównywalna lub wyższa w odniesieniu do wartości opisywanych w populacji ogólnej dzieci i młodzieży w Polsce (przemoc emocjonalna 20-31%; przemoc fizyczna 19-31%; przemoc seksualna 2-5%; zaniedbanie 6-9%) (Włodarczyk i Makaruk, 2012; Włodarczyk i wsp., 2018; MPiPS, 2018). O ile jednak w badaniach wykonanych na zlecenie Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej (2008) oraz przez Fundację Dzieci Niczyje (obecnie Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, FDDS) (Włodarczyk i

Makaruk, 2012; Włodarczyk i wsp., 2018) przemoc fizyczna i psychiczna występowała równie często (MPiPS PE i PF na poziomie ok. 31%; FDSD 2012 PE na poziomie 22% i PF na poziomie 21% oraz 2018 PE na poziomie 20% i PF na poziomie 19%), o tyle w badanej grupie przemoc emocjonalna zgłaszana była znacznie częściej (63%) niż przemoc fizyczna (37%). Z drugiej strony w badaniu własnym przemoc rówieśnicza była raportowana rzadziej (47%) niż w badaniach Fundacji Dzieci Niczyje, gdzie doznało jej aż 59% badanych (Włodarczyk i Makaruk, 2012), co może być związane z tym, że średni wiek grupy z badań własnych (12,7 lat) jest niższy niż w badaniach Fundacji, gdzie aż 34% respondentów miało od 15 do 17 lat, a w związku z tym więcej możliwości doświadczenia przemocy rówieśniczej, która występuje szczególnie wśród adolescentów. W porównaniu z badaniami przeprowadzonymi w populacjach młodzieży hospitalizowanej w oddziałach psychiatrycznych, w badaniu własnym zidentyfikowano niższy odsetek przemocy seksualnej (12%) (np. w badaniach fińskich 21% wg Ryttilä-Manninen i wsp., 2014 oraz amerykańskich 38% wg Lipschitz i wsp., 1999), co również może mieć związek z wiekiem badanych (ponownie niższy wiek w badaniach własnych - 12,7 lat vs. 14,8-15,0 lat w w/w pracach). Natomiast w zakresie przemocy fizycznej, częstość wykazana w badaniu własnym (37%) była bardziej zbliżona do wyników uzyskanych w populacji amerykańskich nastolatków (44%) i wyższa w porównaniu do analiz Ryttilä-Manninen i wsp. (23%), co być może związane jest z różnicami kulturowymi.

W zakresie dysfunkcji występujących w najbliższej rodzinie stwierdzono częstsze ich występowanie zarówno w porównaniu do populacji ogólnej, jak i w odniesieniu do populacji nastolatków hospitalizowanych na oddziałach psychiatrycznych. W badaniu własnym aż 65% osób wychowywało się w rodzinie niepełnej w porównaniu z 20% w populacji ogólnej (dane GUS 2018) oraz w porównaniu z 35% i 54% nastolatków hospitalizowanych psychiatrycznie w badaniu Lipschitz i wsp. (1999) oraz badaniu Ryttilä-Manninen i wsp. (2014). Podobnie obserwacje odnoszą się do zjawiska nadużywania lub uzależnienia od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych u jednego lub obojga rodziców - w badaniach własnym dotyczy to 59% osób z ocenianej grupy, zaś w polskiej populacji ogólnej szacunkowo problem ten dotyczy 29% dzieci i młodzieży (<https://parpa.pl/index.php/rodzina-dzieci/dzieci-alkoholikow>) oraz 34% hospitalizowanych nastolatków w badaniu fińskim (dane dotyczące polskiej populacji ogólnej oraz badań fińskich dotyczą jedynie uzależnienia od alkoholu). Z kolei wychowywanie się w rodzinie, gdzie występują choroby lub zaburzenia psychiczne u jednego lub obojga rodziców w badaniu własnym stwierdzono w przypadku 49% osób vs. 39% w badaniach fińskich (Ryttilä-Manninen i wsp., 2014). Brak danych odnośnie tego parametru w populacji ogólnej w Polsce uniemożliwia dokonanie porównania, jakkolwiek wyniki badań

przeprowadzonych w 2021 roku w ramach projektu EZOP, pozwalają przyjąć, że u 26% dorosłych osób występują różne zaburzenia i problemy psychiczne, z czego przynajmniej część jest rodzicami (<https://ezop.edu.pl/wyniki-badania/>). Niekorzystna - konfliktowa sytuacja rodzinna w badaniach własnym została zidentyfikowana w odniesieniu do 84% pacjentów, przy czym należy pamiętać, że tak jak w przypadku innych zmiennych wyniki z przytaczanych badań odnoszą się do całej populacji nastolatków hospitalizowanych psychiatrycznie, zaś w badaniu własnym do szczególnej grupy, tj. osób, które doświadczyły jakiegoś rodzaju przemocy.

W zakresie ekspozycji na niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie (suma ACE) stwierdzono, że najwięcej osób było eksponowanych na 4 zdarzenia (28%), następnie 3 (19%) oraz 5 (15%). Wartości te są wyższe w porównaniu z populacją fińskich nastolatków hospitalizowanych psychiatrycznie, gdzie najwięcej osób doświadczyło 1 niekorzystnego czynnika (ok. 25%), 2 ok. 20% oraz 3 ok. 19% pacjentów (Ryttilä-Manninen i wsp., 2014). Ponownie należy jednak podkreślić, że w badaniu własnym ekspozycję na niekorzystne zdarzenia w dzieciństwie oceniano w specyficznej grupie pacjentów, tj. z doświadczeniem przemocy, czyli takich, którzy w momencie kwalifikacji do badania byli już 'eksponowani' na co najmniej 1 niekorzystne zdarzenie. W badaniach populacyjnych poziom ekspozycji na niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie jest niższy niż w populacjach dzieci i młodzieży hospitalizowanej psychiatrycznie – np. w populacji amerykańskiej wg Bomysoad i Francis (2020), najwięcej osób nie doświadczyło żadnego niekorzystnego zdarzenia (ok. 46%), ok. 27% było eksponowanych na 1 czynnik i ok. 13% na 2, ale już w populacji wietnamskich nastolatków odsetki te były wyraźnie wyższe (najwięcej badanych doświadczyło 1 zdarzenia ok. 30%, 2 ok. 28% oraz 3 ok. 15% (Thai i wsp., 2020).

Przyjęty w badaniu własnym podział na grupę z niskim poziomem ekspozycji na niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie (suma ACE od 1 do 3) oraz z wysokim poziomem ekspozycji (suma ACE od 4 do 8) jest zgodny z dostępnymi badaniami (Brookie i wsp., 2015; Cluver i wsp., 2015; Dong i wsp., 2003; Horn i wsp., 2019; Hunt i wsp., 2017; Ryttilä-Manninen i wsp., 2014; Thai i wsp., 2020). Oceniani w badaniu pacjenci w blisko 60% doświadczyli wysokiego poziomu ekspozycji (suma ACE 4-8 u 59,4% osób), co jest wartością istotnie wyższą w odniesieniu do analiz prowadzonych w populacjach ogólnych (ok. 11% wg Hunt i wsp., 2017 oraz ok. 28% wg Thai i wsp., 2020).

2.4.3. Częstość podejmowania działań interwencyjnych w odniesieniu do zjawiska przemocy w grupie badanej – omówienie

W badaniu własnym ustalono, że zjawisko przemocy w przypadku 93% osób zostało rozpoznane przed hospitalizacją, z podobną częstością w przypadku podgrupy z niskim lub wysokim poziomem ekspozycji na niekorzystne doświadczenia (91% w przypadku podgrupy ACE 1-3 oraz 94% w przypadku podgrupy ACE 4-8). Ogromne zaskoczenie budzi jednak fakt, że zaledwie w przypadku 1/5 osób (21%) wdrożono jakiegokolwiek działania interwencyjne przed momentem hospitalizacji (rozpoczęcie procedury „Niebieskiej Karty” w 6% przypadków, nadzór kuratora w odniesieniu do 12% osób, objęcie zarówno procedurą „Niebieskiej Karty” jak i opieką kuratora 3% osób). W podgrupie z wysokim poziomem ekspozycji częściej wdrażano procedurę „Niebieskiej Karty” (9% osób z sumą ACE 4-8 vs 2% osób z sumą ACE 1-3) oraz osoby te częściej były objęte nadzorem kuratora (13% osób z sumą ACE 4-8 vs 8% osób z sumą ACE 1-3).

Powyższe wyniki skłaniają do zadania pytań o efektywność różnych procedur interwencyjnych, do podejmowania których zobowiązane są służby i instytucje realizujące zadania wynikające z ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie. Warto w tym miejscu przypomnieć, że procedura „Niebieskiej Karty” zaczęła obowiązywać na terenie Polski od 1 października 1998 r. i została opracowana przez Biuro Prewencji Komendy Głównej Policji, Komendę Stołeczną Policji i Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA). W oparciu o doświadczenia w jej stosowaniu była ona modyfikowana i w 2011 roku weszła w życie jej unowocześniona wersja koncentrująca się na ścisłej współpracy funkcjonariuszy policji, przedstawicieli ochrony zdrowia, oświaty, gminnych komisji ds. rozwiązywania problemów alkoholowych oraz pracowników socjalnych (Ministerstwo Sprawiedliwości i Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, 2013). Głównym celem przeprowadzania procedury „Niebieskiej Karty” jest doprowadzenie do trwałego ustania przemocy w rodzinie poprzez dokładne rozpoznanie problemu przemocy i zapewnienie profesjonalnej pomocy w środowisku lokalnym danej rodziny. Wyodrębniono następujące cele szczegółowe (Sasal, 2005):

- ułatwienie rozpoznania zjawiska przemocy domowej,
- zapewnienie bezpieczeństwa ofiarom przemocy,
- przerwanie izolacji rodziny, ujawnienie przemocy,
- informowanie o dostępnym wsparciu dla ofiar przemocy,
- motywowanie ofiar przemocy do podjęcia działań ochronnych,

- stanowcze działania wobec sprawcy przemocy, informacja o konsekwencjach prawnych,
- klarowny zapis zdarzenia,
- charakterystyka przemocy i określenie jej skali,
- tworzenie warunków do interdyscyplinarnej współpracy służb.

Cele te realizowane są w szczególny sposób poprzez działanie interdyscyplinarnego zespołu, w skład którego wchodzi powołani przez wójta, burmistrza lub prezydenta miasta, przedstawiciele jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, policji, oświaty, ochrony zdrowia, organizacji pozarządowych oraz kuratorzy sądowi.

Dane statystyczne wskazują jednak na to, że tylko niewielki odsetek dzieci doświadczających przemocy objętych jest procedurą „Niebieskiej Karty”. Dane przedstawione przez Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej za 2021 rok (2022) wskazują na to, że liczba dzieci objętych działaniami w ramach procedury „Niebieskiej Karty” wynosiła 51574, co stanowiło 0,7% populacji dzieci i młodzieży wynoszącej według danych ze Spisu Powszechnego w 2021 roku 7 000 600 osób (Główny Urząd Statystyczny (GUS), 2022). Z kolei badanie przeprowadzone na zlecenie Ministra Rodziny i Polityki Społecznej w listopadzie 2021 (MRiPS, 2022) wykazało, że prawie co piąte dziecko w Polsce doznaje przemocy fizycznej (19%) i psychicznej (18%), a 8% dzieci doświadczyło przemocy seksualnej. Są one w dużej mierze spójne z badaniami prowadzonymi przez Fundację Dajemy Dzieciom Siłę (2012; 2018), w których doświadczenie przemocy psychicznej deklarowało 22% (2012) i 20% (2018), a przemocy fizycznej 21% (2012) i 19% (2018). Rozbieżność ta wynikać może z tego, że dzieciom i młodzieży trudno zgłosić przemoc ze strony własnych rodziców lub opiekunów, ponieważ mogłyby się to wiązać z narażeniem na negatywne konsekwencje z ich strony, nie zawsze też wiedzą, jak mogłyby to zrobić, do kogo się zgłosić, ale też często wychowują się w przekonaniu, że sprawy rodzinne powinno się załatwiać w domu. Podobne przekonania mają też osoby dorosłe, co potwierdzają badania zlecone przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych w 2014 roku (<https://archiwum.mswia.gov.pl/pl/aktualnosci/12896,Przemoc-w-rodzynie-badanie-MSW.html>). Wynika z nich, że 14% Polaków było świadkiem przemocy w rodzinie, ale tylko 40% z nich zgłosiło ten fakt jakiejś instytucji. Wśród powodów braku zgłoszenia osoby te wymieniły przekonanie, że problemy rodzinne należy rozwiązywać w domu (21%), że zgłoszenie i tak nic by nie dało (20%), co ósmy respondent stwierdził, że nie była to jego sprawa, a 8% obawiało się formalności. Również wśród osób dorosłych doświadczających

przemocy często panuje przekonanie o tym, że interwencja jedynie nasili problem albo nie wierzą w jakkolwiek zmianę i skuteczność działania instytucji (Herzberger, 2002).

W przypadku dzieci i młodzieży instytucjami, które mogłyby być pomocne w dokonywaniu zgłoszenia przemocy są szkoła, instytucje ochrony zdrowia oraz ośrodki pomocy społecznej, jednak zgodnie z danymi Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej (2022) tylko 4% wszystkich procedur „Niebieskiej Karty” rozpoczynana jest przez przedstawicieli oświaty, zaledwie 1% przez pracowników ochrony zdrowia, a 13% przez pomoc społeczną.

Z kolei zadaniem kuratora jest realizacja zadań o charakterze diagnostycznym, profilaktycznym, wychowawczo-resocjalizacyjnym i kontrolnym. Kurator wykonuje swe zadania w ramach realizowania orzeczeń sądu. Do zadań kuratora należy zapoznanie się z aktami sprawy, nawiązanie kontaktu z osobą objętą jego nadzorem, a następnie zaplanowanie oddziaływań, które realizuje w bezpośrednim kontakcie z osobą objętą nadzorem oraz przez współpracę z instytucjami, w ramach których funkcjonuje jego podopieczny (Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 12 czerwca 2003 r. w sprawie szczegółowego sposobu wykonywania uprawnień i obowiązków kuratorów sądowych). Kurator najczęściej obejmuje swoją opieką rodzinę wieloprotobemową, czyli taką, w której występuje kumulacja zachowań społecznie negatywnych, takich jak na przykład przemoc, zaniedbanie, nadużywanie alkoholu, przestępczość, czy prostytutcja. W zakresie przemocy kuratorzy sprawują dozór wobec sprawców przestępstw lub nadzór w rodzinach dotkniętych przemocą (Ministerstwo Sprawiedliwości, 2014), ich zadaniem jest kontrola czy przemoc została zakończona, wskazywanie placówek realizujących programy korekcyjno-edukacyjne, koordynowanie działań różnych służb oraz włączenie się w realizację procedury „Niebieskiej Karty”.

W kontekście badań własnych pojawiają się jednak dwa problemy. Pierwszy to taki, że do objęcia rodziny nadzorem kuratora konieczna jest decyzja sądu, a zatem musi nastąpić zgłoszenie przemocy, co w przypadku dzieci mogłyby uczynić instytucje mające z nimi kontakt, a jak wynika z badań własnych oraz przytoczonych powyżej badań dotyczących zgłaszania przemocy, stosunkowo niewiele osób prywatnych oraz instytucji dokonuje takiego zgłoszenia, jeśli weźmiemy pod uwagę rozpowszechnienie doświadczenia przemocy przez dzieci i młodzież w Polsce. Drugim problemem wydają się być zdiagnozowane przez Najwyższą Izbę Kontroli (2018) nadmierne standardy obciążenia pracą kuratorów, które sprawiają, że nie są oni w stanie poświęcić podopiecznym wystarczającej ilości czasu. Może to być spowodowane również niedostateczną współpracą z innymi instytucjami, które swoje zadania cedują na kuratorów, zanim wykorzystają wszystkie dostępne możliwości działania. Na takie postępowanie wskazują badania przeprowadzone przez Instytut Wymiaru Sprawiedliwości

(Prusinowska-Marek, 2016), z którego wynika, że z 85 spraw, gdzie występowała przemoc w rodzinie, tylko w 18 przypadkach została wcześniej wdrożona procedura „Niebieskiej Karty”, a w przypadku 138 rodzin z problemem alkoholowym, tylko w 8 przypadkach zaangażowana była gminna komisja ds. rozwiązywania problemów alkoholowych, a w 15 placówka leczenia uzależnień. Pewną nadzieję na zmianę niesie nowelizacja ustawy o kuratorach sądowych z dnia 4 stycznia 2023 r., która m.in. wzmacnia ochronę prawną dla kuratorów, wskazuje na konieczność wsparcia psychologicznego oraz poprawia sytuację finansową kuratorów.

2.4.4. Częstość stosowania przemocy emocjonalnej, fizycznej lub seksualnej w zależności od osoby sprawcy - omówienie

Wyniki uzyskane w powyższym zakresie są spójne zarówno z badaniami przeprowadzonymi przez Fundację Dzieci Niczyje (obecnie Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, FDDS) we współpracy z Uniwersytetem Warszawskim na losowej próbie dzieci i młodzieży z całej Polski (Wójcik, 2013), jak i badaniem zrealizowanym na zlecenie Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej (MPiPS) na losowej próbie 3000 dorosłych mieszkańców Polski (2014). Najczęstszymi sprawcami przemocy okazywali się rodzice, przy czym znacznie częściej sprawcą był ojciec niż matka. W badaniu MPiPS, gdzie określano sprawców przemocy niezależnie od jej rodzaju, ojciec był sprawcą w 52,1% przypadków, a matka w 23,6% przypadków. Z kolei w badaniach FDDS, gdzie dokonano podziału na sprawców przemocy fizycznej (PF) i psychicznej (PE), dla obu rodzajów przemocy wyniki były zbieżne w odniesieniu do osoby ojca (PF i PE - 37%), jak i matki (PF - 21%, PE - 22%). W badaniu własnym odsetki te są wyższe w przypadku ojców (PF - 66%, PE - 74%) oraz matek (PF - 34%, PE - 40%). Różnice te mogą wynikać z kryteriów doboru do grupy badanej, gdzie każda z osób badanych z definicji doświadczyła przemocy, w porównaniu do badań populacyjnych, ale też z faktu, że w badaniach FDDS ok. 1/3 respondentów odmówiło odpowiedzi na pytanie o osobę sprawcy (PF - 31% odmów PE - 28% odmów).

Znacznie rzadziej przemoc stosowała osoba niespokrewniona z dzieckiem. W badaniu własnym niezależnie od rodzaju przemocy osoba niespokrewniona była sprawcą w ok. 10% przypadków (PF - 10%, PE - 11%), w badaniach MPiPS w 4,3% przypadków, a w badaniach FDDS stosowała przemoc fizyczną w 11% przypadków, a psychiczną w 15% przypadków. W badaniu własnym w sporadycznych przypadkach przemoc dokonywał ojczym (PE - 6%, PF - 8%), babcia (PE - 2%, PF - 3%), dziadek (PE - 2%, PF - 1%) oraz brat osoby badanej (PE - 1%, PF - 3%), co jest spójne z wynikami badań MPiPS, gdzie ojczym lub partner matki dokonywał

przemocy w 3,7% przypadków, babcia w 1% przypadków, dziadek w 1,4% przypadków oraz rodzeństwo w 7,4% przypadków. Warto jednak zaznaczyć, że osoby badane przez MPiPS ‘przeżywały’ swoje dzieciństwo co najmniej kilkanaście lat wcześniej niż osoby z grupy badanej, co może być istotne, jeśli weźmie się pod uwagę zmiany w zakresie struktury rodziny oraz podejścia do zjawiska przemocy w ostatnich 30 latach w Polsce.

Inaczej przedstawia się sytuacja w przypadku przemocy seksualnej - tu w badaniu własnym sprawcami najczęściej były osoby niespokrewnione (66%), znacznie rzadziej ojcowie (21%), matki (13%) lub ojczymowie (8%). Z kolei w badaniach FDSS (Włodarczyk i Sajkowska, 2013) sprawcami przemocy seksualnej z kontaktem fizycznym w przypadku 1,2% badanych była znajoma osoba dorosła, z czego wobec 75% osób sprawcą była osoba z rodziny, w przypadku 1% nieznaną osobą dorosłą, a w przypadku 2,4% badanych rówieśnik. W obu prezentowanych badaniach przemoc seksualna dotyczyła niskiego odsetka badanych, stąd do ich wyników należy się odnosić z dużą ostrożnością.

Fakt, że tak duży odsetek sprawców to rodzice dzieci, może być związany z przekonaniami na temat przemocy w rodzinie funkcjonującymi w naszym społeczeństwie. Badania przeprowadzone przez Rzecznika Praw Dziecka (Jarosz, 2018) wskazują na to, że 19% respondentów uważa, że „zbicie dziecka jest w niektórych sytuacjach najbardziej skuteczną metodą wychowawczą”, a tylko 43% osób zdecydowanie nie zgadza się z tym stwierdzeniem. Z kolei 24% badanych uważa, że „tzw. lanie jeszcze nikomu specjalnie nie zaszkodziło”, a tylko 34% osób sprzeciwia się temu stwierdzeniu. Z kolei na pytanie o to, „które z wymienionych sposobów postępowania z dzieckiem mogą być wykorzystywane w zachowaniu” aż 58% wskazuje na nakrzyczenie na dziecko, 30% grożenie „laniem”, 30% zabronienie wychodzenia z pokoju przez wiele godzin, 28% „trzępięcie w plecy, ramię lub tyłek”, 26% potrząśnięcie dzieckiem, 24% obrażenie się na dziecko – traktowanie go „jak powietrze”, 14% używanie wyzwisk i epitetów, a po 11% bicie przedmiotem oraz pociągnięcie za włosy lub ucho. Niepomocne wydaje się też przekonanie dotyczące tego, że „rodzice mają prawo bić swoje dzieci”, z którym według raportu przygotowanego dla Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (2019) zgadza się 13% mężczyzn i 5% kobiet.

Pewnym optymizmem może napawać fakt, że na przestrzeni lat 2011-2018, kiedy były prowadzone badania spada liczba osób akceptujących „lanie” jako metodę wychowawczą i aż o 10% wzrosła liczba osób zdecydowanie dezaprobuujących takie zachowanie (Włodarczyk, 2022). Podobny trend można dostrzec w badaniach prowadzonych przez Fundację Dajemy Dzieciom Siłę w latach 2012, 2017 i 2022, gdzie ilość osób, które wyraziły dezaprobatę wobec bicia jako metody wychowawczej wzrosła o 13% (Włodarczyk, 2022).

Dodatkowe znaczenie mogą też mieć przekonania na temat tego, że „problemy rodzinne należy rozwiązywać w domu”, co wyraziło 21% osób w badaniu zleconym przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych w 2014 roku (<https://archiwum.mswia.gov.pl/pl/aktualnosci/12896,Przemoc-w-rodzinie-badanie-MSW.html>) oraz, że „sposób wychowania dziecka to sprawa rodzica”, z czym zgodziło się 17% w badaniu Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę (Makaruk i Drabarek, 2022).

2.4.5. Niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie a występowanie i współwystępowanie zaburzeń psychicznych, nieprawidłowo kształtującej się osobowości, dokonywanie samookaleceń, podejmowanie prób „S” – omówienie

Ustalona w badaniu własnym częstość występowania poszczególnych problemów psychicznych związana jest najprawdopodobniej ze specyfiką oddziały i okresem, w jakim prowadzone były badania.

Najczęściej diagnozowanymi problemami psychicznymi w grupie badanej były w kolejności zaburzenia internalizacyjne (60%), zaburzenia eksternalizacyjne (41%) oraz zaburzenia neurorozwojowe (36%). Co ważne zaobserwowano, że w podgrupie z niskim poziomem ekspozycji na niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie wyraźnie częściej stwierdzono występowanie zaburzeń internalizacyjnych (72%) w porównaniu z podgrupą z wysokim poziomem ekspozycji (16%). Z kolei w podgrupie z wysokim poziomem ekspozycji w porównaniu z podgrupą z niskim poziomem ekspozycji na niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie zdecydowanie częściej rozpoznawano zaburzenia eksternalizacyjne (49% vs. 29%), co również potwierdzono wynikami analiz z wykorzystaniem regresji logistycznej (ryzyko doświadczenia większej liczby niekorzystnych zdarzeń w dzieciństwie w przypadku dzieci i młodzieży włączonych do grupy „eksternalizacyjnej” było większe o blisko 26%).

Warto podkreślić, że wyniki dostępnych badań dostarczają zróżnicowanych obserwacji w tym zakresie. Wg Lew i Xian (2019) wyższe ryzyko wystąpienia zaburzeń lękowych lub zaburzeń depresyjnych, tradycyjnie zaliczanych do grupy zaburzeń internalizacyjnych stwierdza się dla osób z niskim poziomem ekspozycji, zaś wg Bomysoad i Francis (2020) największe ryzyko wystąpienia zaburzeń depresyjnych, zaburzeń lękowych, ale również problemów behawioralnych lub zespołu nadpobudliwości psychoruchowej występuje u nastolatków z wysokim poziomem ekspozycji (ACE>4). Brockie i wsp. (2015) i Thai i wsp. (2020) wskazują na większą częstość wystąpienia objawów depresyjnych u osób z wysokimi

poziomem ekspozycji. Podobnie takie zróżnicowane obserwacje dotyczą populacji nastolatków hospitalizowanych (Bielas i wsp., 2016; Ryttilä-Manninen i wsp., 2014).

Szczególną grupą wydają się być osoby z grupy badanej, u których rozpoznano zaburzenia neurorozwojowe. Stwierdzono, że częściej doświadczały one wysokiego poziomu ekspozycji na niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie (65% w grupie z zaburzeniami neurorozwojowymi vs. 56% w grupie bez zaburzeń neurorozwojowych), jak również, że średnia liczba niekorzystnych zdarzeń w dzieciństwie dla tej podgrupy pacjentów była istotnie wyższa. Osoby te, w oparciu o prowadzone analizy statystyczne, zostały zakwalifikowane do grupy z zaburzeniami eksternalizacyjnymi, przy czym byli to przede wszystkim chłopcy, w ponad 80% wychowujący się w rodzinach niepełnych. Co więcej w przypadku osób z grupy z zaburzeniami neurorozwojowymi wyraźnie częściej stwierdzono współwystępowanie 3 i lub więcej zaburzeń psychicznych w porównaniu z grupą osób bez tej diagnozy (42% vs. 9%).

Uzyskane w tym zakresie wyniki w badaniu własnym znajdują odzwierciedlenie w dostępnych pracach poświęconych zaburzeniom neurorozwojowym. Osoby z zaburzeniami ze spektrum autyzmu (Autism Spectrum Disorders; ASD) (Berg i wsp., 2016; Rigles, 2017) oraz z ADHD (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder) (Brown i wsp., 2017; Hunt i wsp., 2017) doświadczają więcej niekorzystnych doświadczeń w dzieciństwie niż ich zdrowi rówieśnicy (istotnie wyższa średnia liczba ACE). Obydwie te grupy narażone są na przemoc fizyczną (Briscoe-Smith i Hinshaw, 2006; Ford i wsp., 2000; Little, 2002; McDonnell i wsp., 2019; Ouyang i wsp., 2008), przemoc seksualną (Briscoe-Smith i Hinshaw, 2006; Ford i wsp., 2000; Ouyang i wsp., 2008), zaniedbanie (Briscoe-Smith i Hinshaw, 2006; McDonnell i wsp., 2019; Ouyang i wsp., 2008) i przemoc rówieśniczą (Kloosterman i wsp., 2013; Maïano i wsp., 2016; Murray i wsp., 2021; Nowell i wsp., 2014). Szczególnie narażeni są również na wybrane czynniki związane ze środowiskiem domowym takie jak: trudności ekonomiczne w rodzinie (Berg i wsp., 2016; Brown i wsp., 2017; Rigles, 2017), zaburzenie psychiczne rodzica (Berg i wsp., 2016; Brown i wsp., 2017; Chronis i wsp., 2003; Davis i Carter, 2008; Margari i wsp., 2013; Rigles, 2017) oraz nadużywanie substancji psychoaktywnych przez rodziców (Berg i wsp., 2016; Brown i wsp., 2017; Rigles, 2017). Wyniki dotyczące rozvodu rodziców nie są jednoznaczne. Część badań, w tym badania własne, wskazuje na to, że dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi częściej niż ich rówieśnicy bez tych zaburzeń wychowują się w rodzinach rozwiedzionych (Berg i wsp., 2016; Brown i wsp., 2017; Hartley i wsp., 2010), a część, że obie te grupy doświadczają rozvodu rodziców tak samo często (Rigles, 2017; Freedman i wsp., 2012).

Doświadczenie tak dużej liczby niekorzystnych wydarzeń w dzieciństwie u dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi może być związane ze złożoną interakcją czynników indywidualnych, rodzinnych i otoczenia społecznego. Wśród czynników indywidualnych wyróżnić można szczególnie deficyty w zakresie umiejętności społecznych, w tym trudności w komunikacji oraz regulacji emocji, charakterystyczne dla osób z diagnozą ADHD i ASD. Deficyty te często leżą u podłoża zachowań trudnych dla otoczenia, powodując podwyższony poziom stresu u rodziców (Abbeduto i wsp., 2004; Biederman i wsp., 1999; Bromley i wsp., 2004; Fischer, 1999; Johnston i Mash, 2001). Dodatkowo rodzice dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi niejednokrotnie sami przejawiają cechy tych zaburzeń (Biederman i wsp., 1995; Dumas i wsp., 1991; Johnston i wsp., 2012; Losh i wsp., 2008; Margari i wsp., 2013), co w połączeniu z przeżywanym stresem może przyczyniać się do występowania większej ilości zaburzeń psychicznych u rodziców (Davis i Carter, 2008; Margari i wsp., 2013; Rigles, 2017; Scahill i wsp., 1999), ale też do nadużywania środków psychoaktywnych w przypadku ojców dzieci z ADHD (Margari i wsp., 2013; Scahill i wsp., 1999). Rodzice dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi zgłaszają również brak satysfakcji z wypełniania ról rodzicielskich (Donenberg i Baker, 1993; Podolski i Nigg, 2001) oraz mniejsze poczucie wpływu w porównaniu do rodziców dzieci zdrowych (Kuhn i Carter, 2006; Shelton i wsp., 1998). W połączeniu z niższymi kompetencjami wychowawczymi (Rodrigue i wsp., 1992; Szaniawska, 2010) może to prowadzić do częstszego stosowania przemocy wobec swoich dzieci (Briscoe-Smith i Hinshaw, 2006; Ouyang i wsp., 2008). Dodatkowo wszystkie te czynniki mogą wpływać na niższy poziom satysfakcji z małżeństwa (Brobst i wsp., 2009; Fischer, 1990; Hinshaw, 2002), co prowadzi do większej liczby rozwodów (Berg i wsp., 2016; Brown i wsp., 2017; Fischer, 1990; Hartley i wsp., 2010). Z kolei wszystkie wymienione wyżej czynniki rodzinne wtórnie wpływają na rozwój dzieci, co może przyczyniać się do występowania u nich zaburzeń współwystępujących (Biederman i wsp., 1999; Brereton i wsp., 2006; Hurtig i wsp., 2009; Quinn i Madhoo, 2014; M Scahill i wsp., 1999). Dodatkowym czynnikiem ryzyka jest trudność w korzystaniu z zasobów otoczenia społecznego ze względu na deficyty umiejętności społecznych, a niejednokrotnie przemoc doświadczana w relacjach rówieśniczych (Kloosterman i wsp., 2013; Maïano i wsp., 2016; Murray i wsp., 2021; Nowell i wsp., 2014) jest dodatkowym stresorem w ich życiu.

Osoby po podjętej próbie samobójczej lub dokonujące samookaleczeń stanowiły ponad 50% grupy badanej (odpowiednio 57% i 53%), co może być związane z faktem, że w okresie badania przyjęcia na oddział odbywały się przede wszystkim w trybie ostro dyżurowym, czyli do oddziału kwalifikowane były głównie osoby, które zagrażały swojemu życiu. Tym nie mniej

należy przyjąć, że ponad połowa pacjentów, którzy doświadczyli jakiegokolwiek formy przemocy prezentowała różne formy zachowań autodestrukcyjnych, w tym zachowań samobójczych. Jest to obserwacja spójna z doniesieniami literaturowymi, które wskazują na wpływ różnych form przemocy doświadczonej w dzieciństwie na wysokie ryzyko podjęcia próby samobójczej, zarówno przez dzieci i młodzież, jak i osoby dorosłe (Brodsky i wsp., 2008; Bruffaerts i wsp., 2010; Cankaya i wsp., 2011; Dube i wsp., 2001; Evans i wsp., 2005; Fergusson i wsp., 2000; Li i wsp., 2021; McHolm i wsp., 2003; Miller i wsp., 2013; Thai i wsp., 2020; Thompson i wsp., 2012; Yates i wsp., 2008; Ystgaard i wsp., 2004; Wan i wsp., 2019).

Zastanawiającą obserwacją jest to, że częstość dokonywania samookaleczeń lub podejmowania prób samobójczych była zbliżona w przypadku osób z niskim lub wysokim poziomem ekspozycji na niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie (odpowiednio dla dokonywania samookaleczeń 49% w podgrupie z niskim poziomem ekspozycji i 55% z wysokim poziomem oraz dla prób samobójczych 56% w podgrupie z niskim poziomem ekspozycji i 58% z wysokim poziomem ekspozycji). Została ona również potwierdzona wynikami analiz prowadzonych z wykorzystaniem metody regresji logistycznej, gdzie nie stwierdzono by liczba niekorzystnych wydarzeń w dzieciństwie lub wysoki poziom ekspozycji na nie, miały wpływ - stanowiły o wyższym ryzyku podejmowania prób samobójczych (analizy w odniesieniu do całej grupy badanej oraz w podziale na podgrupę osób z diagnozą zaburzeń eksternalizacyjnych i podgrupę z diagnozą zaburzeń internalizacyjnych). Jest to niepokojąca obserwacja, gdyż może oznaczać, że w przypadku osób, dla których dokonywanie samookaleczeń lub podejmowanie prób samobójczych jest wzorcem radzenia sobie z trudnościami, doświadczenie nawet jednego niekorzystnego czynnika może spowodować dekompensację i uruchomienie nieadaptacyjnych strategii. Co również ważne osoby włączone do podgrupy z zaburzeniami internalizacyjnymi, tj. przede wszystkim dziewczęta o blisko 1,5 roku starsze od osób z zaburzeniami eksternalizacyjnymi, częściej dokonywały samookaleczeń oraz podejmowały próby „S”.

Wyniki te nie odzwierciedlają rezultatów uzyskanych w innych badaniach, które w dużej mierze wskazują na związki między większą liczbą doświadczonej niekorzystnych zdarzeń w dzieciństwie a występowaniem myśli i zachowań samobójczych lub podejmowaniem prób samobójczych w grupach nastolatków lub dokonywaniem samookaleczeń, zarówno w populacjach ogólnych, jak i osób hospitalizowanych (Bielas i wsp., 2015; Brockie i wsp., 2015; Cluver i wsp., 2015; Forster i wsp., 2020; Isohookana i wsp., 2013; Li i wsp., 2021; Meecker i wsp., 2021; Perez i wsp., 2016; Thai i wsp., 2020; Wan i wsp., 2019). Co więcej w badaniu własnym dokonywanie samookaleczeń, jak również podejmowanie prób

samobójczych wyraźnie częściej stwierdzono w grupie osób bez diagnozy zaburzeń neurorozwojowych w porównaniu z grupą z tym rozpoznaniem (64% vs. 33% dla samookaleceń oraz 63% vs. 46% dla prób samobójczych). Z drugiej strony ryzyko dokonywania samookaleceń było o blisko 84% większe, a ryzyko podjęcia próby samobójczej blisko 2,5 - krotnie wyższe (o 147%) w przypadku osób włączonych do grupy „internalizacyjnej”.

Wyniki te zgodne są z dostępnymi badaniami, które wskazują na to, że osoby z zaburzeniami internalizacyjnymi są szczególnie narażone na podejmowanie prób samobójczych (Commisso i wsp., 2023; Harford i wsp., 2014; McHolm i wsp., 2003; Tang i wsp., 2022) lub dokonywanie samookaleceń (Ferrara i wsp., 2012; Reinhardt i wsp., 2022), chociaż wiele badań dowodzi, że również zaburzenia eksternalizacyjne powiązane są z zachowaniami autodestrukcyjnymi, w tym samobójczymi (Commisso i wsp., 2023; Harford i wsp., 2014; Hills i wsp., 2005), stąd być może tak duży odsetek prób samobójczych w obu omawianych grupach.

Częstsze podejmowanie prób samobójczych i dokonywanie samookaleceń w podgrupie „internalizacyjnej” można potencjalnie wyjaśnić mechanizmami radzenia sobie osób z zaburzeniami internalizacyjnymi, polegającymi na rzutowaniu do wewnątrz przeżywanych przez siebie problemów, co skutkuje przeżywaniem długotrwałego poczucia dyskomfortu psychicznego i fizycznego (Radziwiłłowicz, 2020). Stosowane przez nie strategie regulacji emocji opierają się głównie na zahamowaniu i nadmiernej kontroli, przejawiają się przez ruminowanie, samoobwinianie, wycofywanie się, katastrofizowanie (Garnefski i Kraaij, 2018; Garnefski i wsp., 2002; Garnefski i wsp., 2005), tłumienie i dewaluację emocji (Pastuszak-Draxler i wsp. 2016). Samoobwinianie jest charakterystyczne szczególnie dla dziewcząt (Garnefski i Kraaij, 2018) i wskazywane jest jako istotny czynnik związany z występowaniem samookaleceń (Itzhaky i wsp., 2016; Kruzan i wsp., 2022; Zelkowitz i Cole, 2019; Zelkowitz i Cole, 2020) oraz czynnik pośredniczący między doświadczeniem przemocy a dokonywaniem samookaleceń bez intencji samobójczych (Glassman i wsp., 2007; Swannell i wsp., 2012).

Z kolei w przypadku podejmowania prób samobójczych badania wskazują na ich powiązanie z samoobwinianiem (Ranjbar i wsp., 2021; Schienle i wsp., 2020; Tsur i wsp., 2022), ruminowaniem (Cameron i wsp., 2017; Khosravani i wsp., 2020; Ranjbar i wsp., 2021), zaprzeczaniem (Schienle i wsp., 2020) i katastrofizacją (Ranjbar i wsp., 2021). Badania wskazują również na wyższy odsetek dziewcząt wśród osób z zaburzeniami internalizacyjnymi, a chłopców wśród osób z zaburzeniami eksternalizacyjnymi (Offer i Schonert-Reichl, 1992).

Częstość diagnozy nieprawidłowo kształtującej się osobowości była stosunkowo niska (17%), co z kolei wiąże się prawdopodobnie z wiekiem osób badanych. W przypadku dzieci i młodszej młodzieży lekarze psychiatrzy z dużą ostrożnością ustalają takie właśnie rozpoznanie, biorąc pod uwagę proces i mechanizmy kształtowania się osobowości oraz brak trwałości określonych wzorców poznawczych, emocjonalnych i behawioralnych na tym etapie rozwojowym. Niemniej jednak w podgrupie osób z niskim, jak i wysokim poziomem ekspozycji na niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie częstość występowania diagnozy nieprawidłowo kształtującej się osobowości oceniono na podobnym poziomie.

Warto w tym miejscu wspomnieć, że liczba badań dotyczących powiązań między niekorzystnymi doświadczeniami w dzieciństwie, a rozpoznaniem nieprawidłowo kształtującej się osobowości u dzieci i młodzieży jest stosunkowo niewielka. Np. Winsper i wsp. (2016) przeprowadzili metaanalizę badań dotyczących powiązań przemocy, zaniedbania i konfliktów w rodzinie z rozpoznaniem zaburzeń osobowości borderline u dzieci i młodzieży. Wynika z niej, że największe znaczenie w rozwoju zaburzeń osobowości miała przemoc seksualna (ryzyko wyższe blisko 4,5-krotnie), następnie zaniedbanie (ryzyko wyższe prawie 3,5-krotnie), przemoc emocjonalna (ryzyko wyższe prawie 3,5-krotnie), przemoc fizyczna (ryzyko wyższe blisko 3-krotnie) oraz konflikt w rodzinie (ryzyko wyższe prawie 2-krotnie). Badania przeprowadzane w populacjach osób dorosłych są zdecydowanie liczniejsze i wskazują jednoznacznie na to, że trudne doświadczenia z dzieciństwa, szczególnie doświadczenie różnych form przemocy może mieć istotne znaczenie w późniejszym rozwoju wybranych zaburzeń osobowości.

Battle i wsp. (2004) przeprowadzili badania z udziałem 517 osób dorosłych z zaburzeniami osobowości różnych typów, z których wynikało, że 73% z nich doświadczyło przemocy w dzieciństwie, a 82% zaniedbania. Doświadczenia te największe znaczenie miały w przypadku osób z zaburzeniami osobowości borderline (przemoc fizyczna ryzyko wyższe ponad 3,5-krotnie, przemoc psychiczna ryzyko wyższe blisko 2-krotnie i przemoc seksualna ryzyko wyższe ponad 3-krotnie), co potwierdzają również inne badania (Porter i wsp., 2020; Stepp i wsp., 2016; Zanarini i wsp., 1997). Dodatkowo wykorzystanie seksualne zwiększało prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń osobowości typu obsesyjno-kompulsyjnego (ryzyko wyższe blisko 2,5-krotnie), a przemoc słowna i przemoc seksualna antyspołecznych zaburzeń osobowości (odpowiednio ryzyko wyższe 4-krotnie i ponad 4-krotnie).

Na jeszcze więcej powiązań z różnymi typami zaburzeń osobowości wskazują Afifi i wsp. (2011), wg których najwięcej związków między niekorzystnymi doświadczeniami w dzieciństwie zachodzi z zaburzeniami osobowości z klastra B i nieznacznie mniej z klastra A.

Zaburzenia osobowości borderline, antyspołeczne, narcystyczne i schizotypowe związane były ze wszystkimi rodzajami przemocy i zaniedbania oraz prawie wszystkimi dysfunkcjami w systemie rodzinnym. Zaburzenia osobowości paranoicznej związane były z przemocą emocjonalną i fizyczną. Inne badania wskazują również na powiązanie antyspołecznych zaburzeń osobowości z przemocą fizyczną i potwierdzają znaczenie przemocy seksualnej (DeLisi i wsp., 2019; Douglas i wsp., 2011; Fergusson i wsp., 2008). Dodatkowo badania wskazują na powiązanie ACE z przestępczością wśród młodzieży (Baglivio i wsp., 2015; Fox i wsp., 2015; Wolff i Baglivio, 2017).

Wyniki uzyskane w zakresie liczby hospitalizacji oraz liczby ustalonych rozpoznań w zależności od poziomu ekspozycji na niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie wydają się być zgodne z wcześniejszymi przewidywaniami. Średnia liczba hospitalizacji dla całej grupy badanej, ale również w przypadku chłopców jest wyższa w podgrupie z wysokim poziomem ekspozycji. W podgrupie z niskim poziomem ekspozycji częściej występowały jednorazowe hospitalizacje. Na podobne zależności wykazują badania dotyczące kumulacji różnych rodzajów przemocy i zaniedbania (Huffhines i wsp., 2020; Keeshin i wsp., 2014) oraz przemocy i nadużywania substancji psychoaktywnych przez rodziców (Rivinus i wsp., 1992) - osoby z historią przemocy, szczególnie różnych jej rodzajów, doświadczają większej liczby hospitalizacji psychiatrycznych w dzieciństwie. Ustalenia te potwierdzają wyniki analiz prowadzonych przez Fellingera i wsp. (2022) na grupie młodych dorosłych hospitalizowanych psychiatrycznie, z których wynika, że osoby, które w dzieciństwie i okresie nastoletnim były hospitalizowane psychiatrycznie, doświadczyły większej liczby niekorzystnych wydarzeń w dzieciństwie w porównaniu z osobami, których pierwsza hospitalizacja psychiatryczna odbyła się w dorosłości.

Podobnie, jak w przypadku średniej liczby hospitalizacji, w odniesieniu do liczby ustalonych rozpoznań zaburzeń psychicznych stwierdzono istotne statystycznie różnice - dzieci i młodzież z wysokim poziomem ekspozycji, w szczególności chłopcy, otrzymali wyższą średnią liczbę diagnoz zaburzeń psychicznych. Analogicznych obserwacji dokonali Keeshin i wsp. (2014), wg których doświadczenie przemocy fizycznej i seksualnej w przeszłości istotnie zwiększało ryzyko występowania zaburzeń psychicznych z więcej niż jednej kategorii diagnostycznej, przy czym przemoc fizyczna wiązała się z 2-krotnie wyższym ryzykiem, a wykorzystywanie seksualne z 3-krotnie wyższym ryzykiem wystąpienia u pacjenta chorób współistniejących z różnych kategoriach diagnostycznych. Potwierdzają to także badania Boxera i Terranovy (2008) wskazujące na to, że liczba różnych rodzajów doświadczeń

powiązana jest z wyższymi wynikami w zakresie skal oceniających objawy psychopatologiczne.

2.5. Podsumowanie i ograniczenia badania, implikacje kliniczne, dalsze kierunki badań

W prezentowanym badaniu oceniano związki niekorzystnych doświadczeń w dzieciństwie z występowaniem zaburzeń psychicznych, podejmowaniem prób samobójczych i dokonywaniem samookaleceń w grupie dzieci i młodzieży, hospitalizowanych w oddziale psychiatrycznym. Wpływ ACE na zdrowie psychiczne i fizyczne jest stale badany, jednak większość badań koncentruje się na osobach dorosłych i ich aktualnym funkcjonowaniu. Z kolei analizy prowadzone w populacji osób w wieku rozwojowym, także hospitalizowanych w oddziałach psychiatrycznych, dotyczą przede wszystkim znaczenia różnych rodzajów przemocy, znacząco mniej uwzględnia także dysfunkcje związane z rodziną, gospodarstwem domowym i otoczeniem społecznym dzieci i młodzieży. Wydaje się zatem istotne kontynuowanie badań w tym zakresie, szczególnie w kontekście wczesnej profilaktyki zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży. Uzyskane w badaniu własnym wyniki pozwalają jedynie na częściowe potwierdzenie sformułowanej hipotezy: (1) wysoki poziom ekspozycji na niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie ($ACE > 3$) zwiększa ryzyko współwystępowania zaburzeń psychicznych, ale tylko w przypadku chłopców, (2) ryzyko dokonywania samookaleceń lub podejmowania prób samobójczych lub rozpoznania nieprawidłowo kształtującej się osobowości jest niezależnie od poziomu ekspozycji na niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie.

Poniżej wymienione ograniczenia badania własnego wpływają na możliwość wnioskowania z uzyskanych wyników i powinny zostać uwzględnione podczas planowania kolejnych eksperymentów:

1. Pierwszym ograniczeniem jest specyfika grupy pacjentów hospitalizowanych w oddziale - w czasie, który obejmowały analizy, do przyjęcia kwalifikowano głównie osoby, które zagrażały swojemu życiu w związku z występowaniem myśli i tendencji samobójczych, lub osoby z nasilonymi zachowaniami agresywnymi bądź autoagresywnymi, lub osoby chorujące na jądłowstręt psychiczny w znacznym stopniu wyniszczenia. Uzyskanych wyników nie można zatem odnosić do całej populacji dzieci i młodzieży z problemami w zakresie zdrowia psychicznego;
2. Ponadto grupa badana była ograniczona wiekowo ze względu na specyfikę oddziału, do którego przyjmowane są osoby przed ukończeniem 14 r.ż. - badane osoby miały od 5,1 do

16,6 lat, średnia wieku wyniosła 12,7 lat, zatem wyniki można odnieść jedynie do dzieci i młodszych adolescentów;

3. Istotnym ograniczeniem jest również sposób pozyskiwania informacji z historii chorób pacjentów - w konsekwencji w większości przypadków opierano się na subiektywnej ocenie niekorzystnych doświadczeń, dokonanej zarówno przez rodziców, jak i dziecko oraz subiektywnej interpretacji uzyskanych danych przez lekarza przeprowadzającego wywiad (zakwalifikowanie danego doświadczenia jako przemoc lub jej brak), dodatkowo część danych była niekompletna. Nie dokonano oceny jakości zgromadzonych danych pod kątem ich wiarygodności. Znaczącym ograniczeniem może być również kodowanie pozyskiwanych danych jako zmiennych jakościowych bez dokonania pomiaru ilościowego.
4. Rozpoznanie zaburzeń psychicznych, tj. diagnozy nozologiczne, nie były ponownie weryfikowane przy pomocy ustrukturyzowanych narzędzi (np. wywiadu diagnostycznego K-SADS-PL; Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime). Ustalenie związków z nieprawidłowo kształtującym się rysem osobowości lub zaburzeniami osobowości wiązało się z dużymi trudnościami ze względu na wiek osób badanych oraz ostrożność lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży w ustalaniu takiego rozpoznania w odniesieniu do pacjentów w wieku rozwojowym.
5. Nie monitorowano czasu oddziaływania poszczególnych niekorzystnych czynników, w związku z powyższym nie można przyjąć, że długość obserwacji jest wystarczająca dla ujawnienia się wszystkich negatywnych konsekwencji doświadczania niekorzystnych zdarzeń w dzieciństwie. Co więcej czynnikiem zakłócającym może być również ograniczony czas obserwacji wyznaczony momentem zakończenia hospitalizacji, co ma szczególnie duże znaczenie do ustalenia rozpoznania nieprawidłowo kształtującej się osobowości.
6. Kolejnym ograniczeniem jest stosunkowo niska liczebność grupy badanej oraz brak grupy porównawczej.

W badaniach własnych wykazano, że ponad 25% osób hospitalizowanych w oddziale psychiatrycznym doświadczyło różnych form przemocy, z których blisko 60% doświadczyło wysokiego poziomu ekspozycji na niekorzystne zdarzenia w dzieciństwie. Biorąc pod uwagę powyższe należy podkreślić konieczność uwzględnienia w badaniu psychiatrycznym i wywiadzie psychologicznym pytań, nie tylko odnoszących się do faktu przemocy, ale także do występowania innych niekorzystnych czynników oraz ich liczby. Ponadto zasadne jest dalsze badanie powiązań między doświadczaną przemocą i dysfunkcjami występującymi w

środowisku rodzinnym a zaburzeniami psychicznymi i zachowaniami autoagresywnymi w populacji ogólnej dzieci i młodzieży oraz w populacjach osób z zaburzeniami psychicznymi, pozostających w opiece ambulatoryjnej oraz hospitalizowanych psychiatrycznie. Wydaje się to szczególnie ważne w kontekście wdrażania jak najwcześniejszych działań profilaktycznych oraz opracowania efektywnych form pomocy.

Niezwykle niepokojącym jest fakt bardzo niskiego poziomu zgłaszalności zaistniałej przemocy i podejmowania działań interwencyjnych. Jak się wydaje może być to związane z funkcjonującymi w społeczeństwie przekonaniami na temat samego zjawiska przemocy (w tym tego, co przemocą jest lub nie jest) oraz dokonania zgłoszenia (np. niechęć do angażowania się w 'nieswoje sprawy' lub lęk przed byciem posądzonym o donosicielstwo). Ogromne znaczenie może mieć tu również brak informacji i wiedzy na temat tego, w jaki sposób dziecko samo może zgłosić to, co dzieje się u niego w domu, bez pośrednictwa opiekunów. Zasadne wydaje się również wdrożenie działań o charakterze przesiewowym, prowadzonych na terenie szkół oraz przez lekarzy pierwszego kontaktu, szczególnie w kontekście wyników wskazujących na to, że częstość występowania zachowań autoagresywnych, w tym dokonywania samookaleczeń lub podejmowania prób samobójczych, była niezależna od poziomu ekspozycji na niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie.

W kontekście uzyskanych wyników wskazujących na brak wzrostu ryzyka dokonywania samookaleczeń lub podejmowania prób samobójczych przy większym poziomie ekspozycji na niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie, koniecznym jest kontynuowanie takich analiz w grupach o większej liczebności, osób zdrowych, jak również w podziale na podgrupy w zależności od rodzaju niekorzystnych doświadczeń w dzieciństwie, w celu rozstrzygnięcia, czy brak badanej zależności jest charakterystyczny jedynie dla osób hospitalizowanych, które doświadczyły różnych form przemocy.

2.6. Wnioski

1. Dzieci i młodzież hospitalizowane w oddziale psychiatrycznym często doświadczają wysokiego poziomu ekspozycji na niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie, w tym na różne formy przemocy, wychowanie się w rodzinie niepełnej, lub, w której rodzice nadużywają lub są uzależnieni od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych, lub, u których występują zaburzenia psychiczne.
2. Sprawcami przemocy fizycznej i emocjonalnej najczęściej są osoby z otoczenia rodzinnego dziecka.

3. Podjęcie działań interwencyjnych przed hospitalizacją u jedynie 1/5 pacjentów pomimo rozpoznanego zjawiska przemocy, świadczy o braku efektywności procedur, do podejmowania których zobowiązane są służby i instytucje realizujące zadania wynikające z ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie.
4. Niski poziom ekspozycji na niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie wiąże się z występowaniem u dzieci i młodzieży, które doświadczyły przemocy, zaburzeń internalizacyjnych, zaś wysoki poziom ekspozycji z występowaniem zaburzeń eksternalizacyjnych.
5. W przypadku dziewcząt z rozpoznaniem zaburzeń internalizacyjnych, które doświadczyły różnych form przemocy, stwierdza się wyższe ryzyko występowania zachowań autodestrukcyjnych, w tym podejmowania prób samobójczych lub dokonywania samookaleczeń, niezależnie od liczby doświadczonych niekorzystnych czynników.
6. Dzieci i młodzież, w szczególności chłopcy, z zaburzeniami neurorozwojowymi i z rozpoznaniem zaburzeń eksternalizacyjnych są bardziej narażeni na doświadczenie większej liczby niekorzystnych doświadczeń w dzieciństwie oraz współwystępowanie większej liczby zaburzeń psychicznych.
7. W przypadku chłopców, którzy doświadczyli różnych form przemocy, wysoki poziomem ekspozycji na niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie wiąże się z wyższą liczbą hospitalizacji w oddziałach psychiatrycznych oraz większą liczbą ustalonych rozpoznań zaburzeń psychicznych.
8. Ryzyko dokonywania samookaleczeń lub podejmowania prób samobójczych u dzieci i młodzieży z doświadczeniem przemocy jest niezależne od liczby doświadczonych niekorzystnych wydarzeń w dzieciństwie.

PIŚMIENNICTWO

1. Abbeduto L, Seltzer M, Shattuck P, Krauss M, Orsmond G, Murphy M. Psychological well-being and coping in mothers of youths with autism, Down Syndrome, or Fragile X Syndrome. *Am J Ment Retard.* 2004; 109: 237–254.
2. Afifi TO, Brownridge DA, Cox BJ, Sareen J. Physical punishment, childhood abuse and psychiatric disorders. *Child Abuse Negl.* 2006; 30: 1093–1103.
3. Afifi TO, Mather A, Boman J, Fleisher W, Enns MW, Macmillan H, Sareen J. Childhood adversity and personality disorders: results from a nationally representative population-based study. *J Psychiatr Res.* 2011; 45(6): 814-822.
4. Anda RF, Brown DW, Felitti VJ, Dube SR, Giles WH. Adverse childhood experiences and prescription drug use in a cohort study of adult HMO patients. *BMC Public Health.* 2008; 8(198): 1471-1479.
5. Appel AE, Holden GW. The co-occurrence of spouse and physical child abuse: A review and appraisal. *J Fam Psychology.* 1998; 12(4): 578–599.
6. Baartman HEM. Przemoc wobec dziecka. Zmiany w społecznej ocenie zjawiska. W: Stelmaszuk ZW (red.), *Współczesne kierunki w opiece nad dzieckiem. Wybór tekstów.* Warszawa: Wydawnictwo Akademickie ŻAK. 1999.
7. Badura-Madej W, Dobrzyńska-Mesterhazy A. Przemoc w rodzinie. Interwencja kryzysowa i psychoterapia. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego. 2000.
8. Baglivio MT, Wolff KT, Piquero AR, Epps N. The relationship between adverse childhood experiences (ACE) and juvenile offending trajectories in a juvenile offender sample. *J Crim Just.* 2015; 43 (3): 229-241.
9. Bancroft A, Wilson S, Cunningham-Burley S, Backett-Milburn K, Masters H. Parental drug and alcohol misuse: resilience and transition among young people. Edinburgh: University of Edinburgh. Centre for Research on Families and Relationships. 2004.
10. Barnard M, McKeganey N. The impact of parental problem drug use on children: what is the problem and what can be done to help? *Addiction.* 2004; 99(5): 552–559.
11. Barnow S, Spitzer C, Grabe HJ, Kessler C, Freyberger HJ. Individual characteristics, familial experience, and psychopathology in children of mothers with borderline personality disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2006; 45(8): 965-972.

12. Bassani DG, Padoin CV, Phillip D, Veldhuizen S. Estimating the number of children exposed to parental psychiatric disorders through a national health survey. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2009; 3: 6.
13. Battle CL, Shea MT, Johnson DM, Yen S, Zlotnick C, Zanarini MC, Sanislow CA, Skodol AE, Gunderson JG, Grilo CM, McGlashan TH, Morey LC. Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *J Pers Disord*. 2004; 18(2): 193-211.
14. Beardslee WR, Versage EM, Gladstone TRG. Children of affectively ill parents: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998; 37(11): 1134–1141.
15. Benedict MI, White RB, Cornely DA. Maternal perinatal risk factors and child abuse. *Child Abuse Negl*. 1985; 9: 217–224.
16. Berg KL, Shiu CS, Acharya K, Stolbach BC, Msall ME. Disparities in adversity among children with autism spectrum disorder: a population-based study. *Dev Med Child Neurol*. 2016; 58:1124–1131.
17. Berg-Nielsen TS, Wichstrom L. The mental health of preschoolers in a Norwegian population-based study when their parents have symptoms of borderline, antisocial, and narcissistic personality disorders: At the mercy of unpredictability. *Child Adolesc Psychiatry Mental Health*. 2012; 6(1): 19.
18. Berliner L. Child sexual abuse: Definitions, prevalence, and consequences. W: Myers JEB (red.), *The APSAC handbook on child maltreatment*. Los Angeles, CA: Sage. 2011: 215-232.
19. Bertino MD, Connell G, Lewis AJ. The association between parental personality patterns and internalising and externalising behaviour problems in children and adolescents. *Clin Psychologist*. 2012; 16(3): 110-117.
20. Bibilola D, Makanjuola V, Gureja O. Family related childhood experiences as risk factors for psychiatric disorders in Nigeria. *Br J Psychiatry*. 2010; 196: 186-191.
21. Biederman J, Faraone SV, Mick E, Spencer T, Wilens T, Kiely K, Guite J, Ablon JS, Reed E, Warburton R. High risk for attention deficit hyperactivity disorder among children of parents with childhood onset of the disorder: a pilot study. *Am J Psychiatry*. 1995; 152(3): 431-435.
22. Biederman, J, Faraone SV, Mick E, Williamson S, Wilens TE, Spencer TH, Weber W, Jetton J, Kraus I, Pert J, Zallen B. Clinical correlates of ADHD in females: Findings

- from a large group of girls ascertained from pediatric and psychiatric referral sources. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999; 38, 966–975.
23. Bielas H, Barra S, Skrivanek Ch, Aebi M, Steinhausen H-Ch, Bessler C i wsp. The associations of cumulative adverse childhood experiences and irritability with mental disorders in detained male adolescent offenders. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2016; 10: 34.
 24. Black DA, Heyman RE, Smith Slep AM. Risk factors for child physical abuse. *Aggression Violent Beh*. 2001; 6:121–188.
 25. Bomysoad RN, Francis LA. Adverse childhood experiences and mental health conditions among adolescents. *J Adolesc Health*. 2020; 67: 868-870.
 26. Boxer P, Terranova AM. Effects of multiple maltreatment experiences among psychiatrically hospitalized youth. *Child Abuse Negl*. 2008; 32(6): 637-647.
 27. Bratek A, Beil J, Banach M, Jarzabek K, Krysta K. The impact of family environment on the development of alcohol dependence. *Psychiatria Danubina*. 2013; 25(2).
 28. Brągiel J. Zrozumieć dziecko skrzywdzone. Opole: Uniwersytet Opolski. 1996.
 29. Brereton AV, Tonge BJ, Einfeld SL. Psychopathology in children and adolescents with autism compared to young people with intellectual disability. *J Autism and Dev Disord*. 2006; 36: 863–870.
 30. Briscoe-Smith AM, Hinshaw SP. Linkages between child abuse and attention-deficit/hyperactivity disorder in girls: behavioral and social correlates. *Child Abuse Negl*. 2006; 30(11):1239-1255.
 31. Brobst JB, Clopton JR, Hedrick SS. Parenting children with autism spectrum disorders: The couple's relationship. *Focus Autism Other Dev Disabl*. 2009; 24(1): 38–49.
 32. Brockie TN, Dana-Sacco G, Wallen GR, Wilcox HC, Campbell JC. The relationship of adverse childhood experiences to PTSD, depression, poly-drug use and suicide attempt in reservation-based native american adolescents and young adults. *Am J Community Psychol*. 2015; 55(3-4): 411-421.
 33. Brockington I, Chandra P, Dubowitz H, Jones D, Moussa S, Nakku J, Quadros Ferre I. WPA Guidance on the Protection and promotion of mental health of children of persons with severe mental illness. *World Psychiatry*. 2013; 10(2): 93– 102.
 34. Brodsky B, Biggs E. Adverse childhood experiences and suicidal behavior. *Suicidology*. 2012; 17: 16-21.
 35. Brodsky B, Mann J, Stanley B, Tin A, Oquendo M, Birmaher B, Greenhill L, Kolko D, Zelazny J, Burke A, Melhem N, Brent D. Familial transmission of suicidal behavior:

- Factors mediating the relationship between childhood abuse and offspring suicide attempts. *J Clin Psychiatry*. 2008; 69: 584–596.
36. Bromley J, Hare D, Davison K, Emerson E. Mothers supporting children with autistic spectrum disorders: Social support, mental health status, and satisfaction with services. *Autism*. 2004; 8: 409–423.
 37. Brown NM, Brown SN, Briggs RD, Germán M, Belamarich PF, Oyeku SO. Associations between adverse childhood experiences and ADHD diagnosis and severity. *Acad Pediatr*. 2017; 17(4): 349-355.
 38. Browne KD, Douglas J, Hamilton–Gichritsis CE, Hegarty J. A community health approach to the assessment of infants and their parents. Chichester: J. Wiley. 2006.
 39. Browne KD, Herbert M. Zapobieganie przemocy w rodzinie. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. 1999.
 40. Bruffaerts R, Demyttenaere K, Borges G, Haro J, Chiu W, Hwang I i wsp. Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behavior. *Br J Psychiatry*. 2010; 197: 20–27.
 41. Brzozowska A. Krzywdzenie dziecka - fizyczne i emocjonalne. *Psychiatria*. 2007; 5: 464-468.
 42. Buhrmester D, Compas L, Christensen A, Gonzalez LS, Hinshaw SP. Mothers and fathers interacting in dyads and triads with normal and hyperactive sons. *Develop Psychol*. 1992; 28: 500–509.
 43. Butchart A, Phinney A, Check P, Villaveces A. Preventing violence: a guide to implementing the recommendations of the World report on violence and health. Department of Injuries and Violence Prevention. Genewa: World Health Organization. 2004.
 44. Cameron S, Brown VJ, Dritschel B, Power K, Cook M. Understanding the relationship between suicidality, current depressed mood, personality, and cognitive factors. *Psychol Psychother*. 2017; 90(4): 530-549.
 45. Cankaya B, Talbot N, Ward E, Duberstein P. Parental sexual abuse and suicidal behavior among women with major depressive disorder. *Can J Psychiatry*. 2012; 57: 45–51.
 46. Casselman J, Moorthamer L. Używanie alkoholu a przemoc w społeczeństwie. Przegląd literatury. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. 1994.

47. Catalano RF, Haggerty KP, Gainey RR, Hoppe MJ. Reducing parental risk factors for children's substance misuse: preliminary outcomes with opiate-addicted parents. *Subst Use Misuse*. 1997; 32(6): 699–721.
48. Cater Å, Andershed A-K, Andershed H. Youth victimization in Sweden: Prevalence, characteristics and relation to mental health and behavioral problems in young adulthood. *Child Abuse Negl*. 2014; 38: 1290-1302.
49. Chaffin M, Kelleher K, Hollenberg J. Onset of physical abuse and neglect: psychiatric, substance abuse, and social risk factors from prospective community data. *Child Abuse Negl*. Amsterdam: Elsevier. 1996; 20 (3): 191-203.
50. Chandy JM, Harris L, Blum RW, Resnick MD. Female adolescents of alcohol misusers – disordered eating features. *Inter J Eat Dis*. 1995; 17: 283-289.
51. Chapman DP, Whitfield CL, Felitti VJ, Dube SR, Edwards VJ, Anda RF. Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *J Affect Disord*. 2004; 82(2): 217-225.
52. Chartier MJ, Walker JR, Naimark B. Separate and cumulative effects of adverse childhood experiences in predicting adult health and health care utilization. *Child Abuse Negl*. 2010; 34(6): 454-464.
53. Chassin L, Pitts SC, DeLucia C, Todd M. A longitudinal study of children of alcoholics: Predicting young adult substance use disorders, anxiety, and depression. *J Abnorm Psychol*. 1999; 108: 106–119.
54. Cherlin A, Furstenberg F, Chase-Lansdale P, Kiernan K, Robins P, Morrison D, Teitler J. Longitudinal studies of effects of divorce on children in Great Britain and the United States. *Science*. 1991; 252: 1386–1389.
55. Choi NG, DiNitto DM, Marti CN, Segal SP. Adverse childhood experiences and suicide attempts among those with mental and substance use disorders. *Child Abuse Negl*. 2017; 69: 252-262.
56. Christensen MJ, Brayden RM, Dietrich MS, McLaughlin FJ, Sherrod KB, Altemeier WA. The prospective assessment of self-concept in neglectful and physically abusive low-income mothers. *Child Abuse Negl*. Amsterdam: Elsevier. 1994; 18(3): 225–232.
57. Christoffersen MN, Sothill K. The long-term consequences of parental alcohol abuse: a cohort study of children in Denmark. *J Subst Abuse Treat*. 2003; 25: 107–116.
58. Chronis AM, Lahey BB, Pelham WE, Kipp HL, Baumann BL, Lee SS. Psychopathology and substance abuse in parents of young children with attention-

- deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003; 42(12): 1424-1432.
59. Cierpiąłkowska L. Rodzina a alkoholizm. Studium rozwojowo-systemowe. *Przegląd Psychologiczny*. 1992; 1: 51-63.
 60. Cierpiąłkowska L, Ziarko M. Eksternalizacja i internalizacja problemów u dzieci alkoholików i niealkoholików. *Forum Oświatowe*. 2006; 35(2): 77-96.
 61. Clemens V, Berthold O, Witt A, Sachser C, Brähler E, Plener PL. Lifespan risks of growing up in a family with mental illness or substance abuse. *Sci Rep*. 2020; 10: 1–8.
 62. Clements-Nolle K, Lensch T, Baxa A, Gay Ch, Larson S, Yang W. Sexual identity, adverse childhood experiences, and suicidal behaviors. *J Adolesc Health*. 2018; 62(2): 198-204.
 63. Clements-Nolle K, Lensch T, Yang Y, Martin H, Peek J, Yang W. Attempted suicide among adolescents in military families: the mediating role of adverse childhood experiences. *J Interpers Violence*. 2021; 36(23-24):11743-11754.
 64. Cluver L, Orkin M, Boyes ME, Sherr L. Child and adolescent suicide attempts, suicidal behavior, and adverse childhood experiences in South Africa: a prospective study. *J Adolesc Health*. 2015; 57(1): 52-59.
 65. Commisso M, Caroline Temcheff C, Orri M, Poirier M, Lau M, Côté S, Vitaro F, Turecki G, Tremblay R, Geoffroy MC. Childhood externalizing, internalizing and comorbid problems: distinguishing young adults who think about suicide from those who attempt suicide. *Psychol Med*. 2023; 53(3): 1030-1037.
 66. Coohy C, Braun N. Toward an integrated framework for understanding child physical abuse. *Child Abuse Negl*. 1997; 21(11): 1081–1094.
 67. Corte C, Becherer M. Differential effects of maternal and paternal alcoholism and gender on drinking, alcohol-related self-cognition, and psychopathology. *J of Addict Nurs*. 2007; 18: 175–185.
 68. Craig AO, Bond L, Burns JM, Vella-Brodick DA, Sawyer SM. Adolescent resilience: a concept analysis. *J adolesc*. 2003; 26: 1–11.
 69. Dam K, Hall E. Navigating in an unpredictable daily life: a meta-synthesis of children’s experiences living with a parent with severe mental illness. *Scand J Car Sci*. 2016; 30: 442-457.
 70. Davis NO, Carter AS. Parenting stress in mothers and fathers of toddlers with autism spectrum disorders: Associations with child characteristics. *J Autism Dev Disord*. 2008; 38(7): 1278–1291.

71. De Boer SB, van Oort FV, Donker MC, Verheij F, Boon AE. Childhood characteristics of adolescent inpatients with early-onset and adolescent-onset disruptive behavior. *J of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2012; 34: 415–422.
72. DeLisi M, Drury AJ, Elbert MJ. The etiology of antisocial personality disorder: The differential roles of adverse childhood experiences and childhood psychopathology. *Compr Psychiatry*. 2019; 92: 1-6.
73. Deptuła M. Odrzucenie rówieśnicze. Profilaktyka i terapia. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN. 2013.
74. Donenberg G, Baker BL. The impact of young children with externalizing behaviors on their families. *J Abnorm Child Psychol*. 1993; 21(2): 179-198.
75. Dong M, Anda RF, Dube SR, Giles WH, Felitti VJ. The relationship of exposure to childhood sexual abuse to other forms of abuse, neglect, and household dysfunction during childhood. *Child Abuse Negl*. 2003; 27: 625–639.
76. Douglas K, Chan G, Gelernter J, Arias AJ, Anton RF, Poling J, Farrer L, Kranzler HR. 5-HTTLPR as a potential moderator of the effects of adverse childhood experiences on risk of antisocial personality disorder. *Psychiatr Genet*. 2011; 21 (5): 240-248.
77. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman DP, Williamson DF, Giles WH. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA: J Am Med Association*. 2001; 286(24): 3089-3096.
78. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Edwards VJ, Croft JB. Adverse childhood experiences and personal alcohol abuse as an adult. *Addict Behav*. 2002; 27(5): 713-725.
79. Dube SR, Felitti VJ, Dong M, Chapman DP, Giles WH, Anda RF. Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: the adverse childhood experiences study. *Pediatrics*. 2003; 111(3): 564-572.
80. Due P, Holstein BE, Lynch J, Diderichsen F, Gabhain SN, Scheidt P, Currie C. Bullying and symptoms among school-aged children: international comparative cross sectional study in 28 countries. *Eur J Public Health*. 2005; 15(2): 128-132.
81. Dumas JE, Wolf LC, Fisman SN, Culligan A. Parenting stress, child behavior problems, and dysphoria in parents of children with autism, Down syndrome, behavior disorders, and normal development. *Exceptionality*. 1991; 2(2), 97–110.
82. Earls F, Reich W, Jung KG, Cloninger CR. Psychopathology in children of alcoholic and antisocial parents. *Alcohol Clin Exp Res*. 1998; 12: 481-487.

83. Edelson JL. The overlap between child maltreatment and woman battering. *Violence Against Women*. 1999; 5(2): 134–154.
84. Esbjorn BH, Levin E, Hoeyer M, Dyrborg J. Child and adolescent psychiatry and family status: a nationwide register-based study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2008; 17(8): 484-490.
85. Evans E, Hawton K, Rodham K, Deeks J. The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. *Suicide Life Threat Behav*. 2005; 35: 239–250.
86. Fejfer-Szpytko J, Włodarczyk J, Trąbińska-Haduch M. Rozpoznanie sytuacji matek małych dzieci w temacie depresji poporodowej i zaburzeń nastroju. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*. Warszawa: Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę. 2016; 15(3): 91-116.
87. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Marks JS. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults the Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *Am J Preventive Medicine*. 1998; 14: 245–258.
88. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Marks JS. REPRINT OF: Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the adverse childhood experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*. 2019; 56(6): 774-786.
89. Fellingner M, Knasmüller P, Kocsis-Bogar K, Wippel A, Fragner L, Mairhofer D, Hochgatterer P, Aigner M. Adverse childhood experiences as risk factors for recurrent admissions in young psychiatric inpatients. *Front Psychiatry*. 2022; 13: 988695.
90. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse Negl*. 2008; 32 (6): 607-619.
91. Fergusson D, Woodward L, Horwood L. Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychol Med*. 2000; 30: 23–39.
92. Ferrara M, Terrinoni A, Williams R. Non-suicidal self-injury (Nssi) in adolescent inpatients: assessing personality features and attitude toward death. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2012; 6: 12.
93. Finkelhor D. *A sourcebook on child sexual abuse*. Beverly Hills, CA:Sage. 1986.
94. Finkelhor D, Hamby SL, Ormrod RK, Turner HA. Violence, abuse, and crime exposure in a national sample of children and youth. *Pediatrics*. 2009; 124(5): 1-14.

95. Finkelhor D, Shattuck A, Turner H, Hamby S. Improving the adverse childhood experiences study scale. *JAMA Pediatr.* 2013; 167(1): 70-5.
96. Fischer M. Parenting stress and the child with attention deficit hyperactivity disorder. *J Clin Child Psychology.* 1990; 19: 337–346.
97. Fluderska G, Sajkowska M. Kary fizyczne w dzieciństwie – retrospekcje dorosłych Polaków. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka.* Warszawa: Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę. 2003; 3(3): 1-16.
98. Ford JD, Racussin R, Ellis C, Daviss W, Reiser J, Fleischer A, Thomas J. *Child Maltreat.* 2000; 5: 205-217.
99. Forster M, Grigsby TJ, Gower AL, Mehus ChJ, McMorris BJ. The role of social support in the association between childhood adversity and adolescent self-injury and suicide: findings from a statewide sample of high school students. *J Youth Adolesc.* 2020; 49(6): 1195-1208.
100. Fox BH, Perez N, Cass E, Baglivio MT, Epps N. Trauma changes everything: examining the relationship between adverse childhood experiences and serious, violent and chronic juvenile offenders. *Child Abuse Negl.* 2015; 46: 163-173.
101. Freedman BH, Kalb LG, Zablotsky B, Stuart EA. Relationship status among parents of children with autism spectrum disorders: A population-based study. *J Autism Dev Disord.* 2012; 42(4): 539–548.
102. Gance-Cleveland B, Mays MZ, Steffen A. Association of adolescent physical and emotional health with perceived severity of parental substancję abuse. *J Spec Pediatr Nurs.* 2008; 13: 15-25.
103. Garbarino J. The Human Ecology of Child Maltreatment: A Conceptual Model for Research. *J Marriage Family.* 1977; 39(4): 721–735.
104. Garmezy N. *Stress-Resistant Children: The Search for Protective Factors*, w: Stevenson J. (red.), *Recent Reaserch in Developmental Psychopatology*, Oxford-New York-Toronto-Sydney-Paris-Frankfurt: Pergamon Press. 1985; 213-234.
105. Garmezy N, Masten AS, Tellegen A. The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology. *Child Development.* 1984; 55: 97–111.
106. Garnefski N, Kraaij V. Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and symptoms of depression and anxiety. *Cogn Emot.* 2018; 32(7): 1401-1408.

107. Garnefski N, Kraaij V, van Etten M. Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and Internalizing and Externalizing psychopathology. *J Adolesc.* 2005; 28(5): 619-631.
108. Garnefski N, Legerstee J, Kraaij V, Van Den Kommer T, Teerds J. Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: a comparison between adolescents and adults. *J Adolesc.* 2002; 25(6): 603-611.
109. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet.* 2009; 373: 68–81.
110. Giza-Poleszczuk A, Komendant-Brodowska A, Baczko-Dombi A. *Przemoc w szkole. Raport z badań.* Warszawa: Instytut Socjologii UW. 2011.
111. Gladstone BM, McKeever P, Seeman M, Boydell KM. Analysis of a support group for children of parents with mental illnesses: Managing stressful situations. *Qual Health Res.* 2014; 24(9): 1171– 1182.
112. Glassman LH, Weierich MR, Hooley JM, Deliberto TL, Nock MK. Child maltreatment, non-suicidal self-injury, and the mediating role of self-criticism. *Behav Res Ther.* 2007; 45(10): 2483-2490.
113. Gmitrowicz A, Lewandowska A. Czynniki ryzyka i konsekwencje doświadczania przemocy fizycznej wśród młodzieży. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna.* 2008; 8 (4): 192-203.
114. Goldman J, Salus MK, Wolcott D, Kennedy KY. *A Coordinated Response to Child Abuse and Neglect: The Foundation for Practice,* Washington, DC: Office on Child Abuse Negl (HHS). 2003.
115. Göpfert M, Webster J, Seeman MV. *Parental psychiatric disorder: distressed parents and their families.* Cambridge, New York: Cambridge University Press. 1996.
116. Gracia E, Herrero J. Perceived Neighborhood Social Disorder and Residents' Attitudes toward Reporting Child Physical Abuse. *Child Abuse Negl.* 2006; 30(4): 357–365.
117. Graham–Bermann SA. *Child Abuse in the Context of Family Violence.* W: Myers JEB (red.), *The APSAC Handbook on Child Maltreatment.* London, New Dehli: Sage Publications. 2002.
118. Graham-Bermann, SA, Levendosky AA. Traumatic stress symptoms in children of battered women. *J of Interpersonal Violence.* 1998; 13: 111–128.
119. Green J, McLaughlin K, Berglund P, Gruber M, Sampson N, Zaslavsky A, Kessler R. Childhood adversities and adult psychopathology in the National Comorbidity Survey

- Replication (NCS-R) I: Associations with first onset of DSM-IV disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2010; 62: 113-123.
120. Groth J. Zespół Munchausena per procura. *Pielęgniarstwo Polskie*. 2007; 4.
 121. Grové C, Reupert A, Maybery D. The perspectives of young people of parents with a mental illness regarding preferred interventions and support. *J Child Fam Stud*. 2016; 25(10): 3056- 3065.
 122. Guinosso S, Johnson S, Riley A. Multiple adverse experiences and child cognitive development. *Pediatric Research*. 2016; 79: 220-226.
 123. GUS. Raport zawierający wstępne wyniki Narodowego Spisu Powszechnego 2021. Główny Urząd Statystyczny. Warszawa. 2022.
 124. Hammen C, Rudolph K, Weisz J, Rao U, Burge D. The context of depression in clinic-referred youth: Neglected areas in treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999; 38: 64–71.
 125. Harford TC, Yi H, Grant BF. Associations between childhood abuse and interpersonal aggression and suicide attempt among U.S. adults in a national study. *Child Abuse Negl*. 2014; 38(8): 1389-1398.
 126. Hartley SL, Barker ET, Seltzer MM, Floyd F, Greenberg J, Orsmond G, Bolt D. The relative risk and timing of divorce in families of children with an autism spectrum disorder. *J Fam Psychol*. 2010; 24(4): 449–457.
 127. Heffron WM, Martin CA, Welsh RJ, Perry P, Moore CK. Hyperactivity and child abuse. *Can J Psychiatry*. 1987; 32(5): 384–386.
 128. Heleniak C, Jenness J, Van der Stoep A, McCauley E, McLaughlin K. Childhood maltreatment exposure and disruptions in emotion regulation: A transdiagnostic pathway to adolescent internalizing and externalizing psychopathology. *Cognit Ther Res*. 2016; 40: 394-415.
 129. Herzberger SD. *Przemoc domowa: perspektywa psychologii społecznej*. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. 2002.
 130. Hills AL, Cox BJ, McWilliams LA, Sareen J. Suicide attempts and externalizing psychopathology in a nationally representative sample. *Compr Psychiatry*. 2005; 46(5): 334-339.
 131. Hinshaw SP. Preadolescent girls with attention-deficit/hyperactivity disorder: I. Background characteristics, comorbidity, cognitive and social functioning, and parenting practice. *J Consult Clin Psychol*. 2002; 70: 1086–1098.

132. Hetherington E, Stanley-Hagen M. The adjustment of children with divorced parents: A risk and resiliency perspective. *J child psychol psychiatry*. 1999; 40(1): 129–140.
133. Horn SR, Leve LD, Levitt P, Fisher PA. Childhood adversity, mental health, and oxidative stress: A pilot study. *PLoS One*. 2019; 14(4): e0215085.
134. <https://ezop.edu.pl/wyniki-badania/>
135. <http://www.kopd.pl/>, Komitet Ochrony Praw Dziecka. Data pobrania 19.10.2022.
136. https://bip.stat.gov.pl/files/gfx/bip/pl/defaultstronaopisowa/805/1/1/rrl_sytuacja_demograficzna_polski_raport_2017_2018.pdf Główny Urząd Statystyczny. Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2017-2018. Warszawa. 2018
137. <https://parpa.pl/index.php/rodzina-dzieci/dzieci-alkoholikow>
138. <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/przemoc-w-rodzynie/137709,Sprawozdanie-z-realizacji-procedury-quotNiebieskie-Kartyquot.html>
139. Huffhines L, Jackson Y, Stone KJ. Internalizing, Externalizing Problems and Psychiatric Hospitalizations: Examination of Maltreatment Chronicity and Coping Style in Adolescents in Foster Care. *J Child Adolesc Trauma*. 2020; 13(4): 429-441.
140. Hunt TKA, Berger LM, Slack KS. Adverse childhood experiences and behavioral problems in middle childhood. *Child Abuse Negl*. 2017; 67: 391–402.
141. Hurtig T, Kuusikko S, Mattila M-L, Haapsamo H, Ebeling H, Jussila K, Joskitt L, Pauls D, Moilanen I. Multi-informant reports of psychiatric symptoms among high-functioning adolescents with Asperger syndrome or autism. *Autism*. 2009; 13: 583–598.
142. Isohookana R, Riala K, Hakko H, Räsänen P. Adverse childhood experiences and suicidal behavior of adolescent psychiatric inpatients. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2013; 22(1): 13-22.
143. Itzhaky L, Shahar G, Stein D, Fennig S. In Eating-Disordered Inpatient Adolescents, Self-Criticism Predicts Nonsuicidal Self-Injury. *Suicide Life Threat Behav*. 2016; 46(4): 385-397.
144. Iwaniec D, Szmagałski J. Zaburzenia rozwojowe dzieci krzywdzonych emocjonalnie. Rozpoznanie i interwencja psychospołeczna w doświadczeniach brytyjskich i polskich. Warszawa: Wydawnictwo UW. 2002.
145. Jameson PB. Mother – Toddler Interaction Patterns Associated with Maternal Depression. *Develop Psychopathology*. 1997; 9(3): 537–550.
146. Jangalapalli A. Children of Alcoholics’ Physical Health Outcomes in Early Childhood. University of Michigan. 2009.

147. Jarosz E. Ochrona dzieci przed krzywdzeniem. Perspektywa globalna i lokalna. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego. 2008.
148. Jaudes PK, Ekwo E, Van Voorhis J. Association of drug abuse and child abuse. *Child Abuse Negl.* 1995; 19(9): 1065–1075.
149. Jaudes PK, Mackey–Bilaver L. Do chronic conditions increase young children’s risk of being maltreated? *Child Abuse Negl.* 2008; 32(7): 671–681.
150. Jimenez ME, Roy W Jr., MD, Schwartz-Soicher O, Lin Y, Reichman NE. Adverse childhood experiences and ADHD diagnosis at age 9 years in a national urban sample. *Acad Pediatr.* 2017; 17(4): 356-361.
151. Johnson J, Cohen P, Gould M, Kasen S, Brown J, Brook J. Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Arch Gen Psychiatry.* 2002; 59, 741.
152. Johnston C, Mash EJ. Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2001; 4(3): 183-207.
153. Johnston C, Mash EJ, Miller N, Ninowski JE. Parenting in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Clin Psychol Rev.* 2012; 32(4): 215-228.
154. Jones L. Unemployment and child abuse. *Families in Society.* 1990; 71(10): 579–587.
155. Kajeepeta S, Gelaye B, Jackson CL, Williams MA. Adverse childhood experiences are associated with adult sleep disorders: a systematic review. *Sleep Med.* 2015; 16(3): 320-330.
156. Kalmakis KA, Chandler GE. Adverse childhood experiences: Towards a clear conceptual meaning. *J Adv Nurs.* 2014; 70(7): 1489–1501.
157. Kanter RA, Williams BE, Cummings C. Personal and parental alcohol-abuse, and victimization in obese binge eaters and nonbinging obese. *Addictive Behaviors.* 1992; 17: 439-445.
158. Kantojärvi L, Joukamaa M, Miettunen J, Läksy K, Herva A, Karvonen JT, Taanila A, Vejjola J. Childhood family structure and personality disorders in adulthood. *Eur Psychiatry.* 2008; 23(3): 205-211.
159. Karasowska A. Krzywdzenie dzieci w rodzinie alkoholowej. Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka. Warszawa: Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę. 2004; 3(3): 1-12.
160. Karatekin C, Hill M. Expanding the original definition of adverse childhood experiences (ACEs). *J Child Adolesc Trauma.* 2018; 12(3): 289-306.

161. Karcher NR, Niendam TA, Barch DM. Adverse childhood experiences and psychotic-like experiences are associated above and beyond shared correlates: findings from the adolescent brain cognitive development study. *Schizophr Res.* 2020; 222: 235-242.
162. Kasen S, Cohen P, Brook J, Hartmark C. A multiple-risk interaction model: Effects of temperament and divorce on psychiatric disorders in children. *J Abnormal Child Psychology.* 1996; 24: 121–150.
163. Kaufman J, Zigler E. Do abused children become abusive parents? *Am J Orthopsychiatry.* 1987; 57: 186–192.
164. Keeshin BR, Strawn JR, Luebke AM, Saldaña SN, Wehry AM, DelBello MP, Putnam FW. Hospitalized youth and child abuse: a systematic examination of psychiatric morbidity and clinical severity. *Child Abuse Negl.* 2014; 38(1): 76-83.
165. Kelley SJ. Child maltreatment in the Context of Substance Abuse. W: Myers JEB (red.), *The APSAC Handbook on Child Maltreatment.* London, New Dehli: Sage Publications. 2002.
166. Kelly JB. Children’s Adjustment in Conflicted Marriage and Divorce: A Decade Review of Research. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* Nowy Jork: Elsevier. 2000; 39(8): 963-973.
167. Kesmodel U, Wisborg K, Olsen SF. Moderate alcohol intake during pregnancy and the risk of stillbirth and death in the first year of life. *Am J Epidemiology.* 2002; 155(4): 305-312.
168. Kessel Schneider S, O'Donnell L, Stueve A, Coulter RWS. Cyberbullying, school bullying, and psychological distress: A regional census of high school students. *Am J Public Health.* 2012; 102: 171-177.
169. Kessler RC, McLaughlin KA, Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, Aguilar-Gaxiola S, Alhamzawi AO, Alonso J, Angermeyer M. Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry.* 2010;197: 378–385.
170. Khosravani V, Baseri A, Kamali Z, Mohammadzadeh A, Amirinezhad A. Direct and Indirect Effects of Behavioral Inhibition/Activation Systems on Depression and Current Suicidal Ideation Through Rumination and Self-Reflection. *Arch Suicide Res.* 2020; 24(4): 568-588.
171. Kloosterman PH, Kelley EA, Craig WM, Parker JDA, Javier C. Types and experiences of bullying in adolescents with an autism spectrum disorder. *Res Autism Spectr Disord.* 2013; 7: 824–832.

172. Knopik VS, Jacob T, Haber JR, Swenson LP, Howell DN. Paternal alcoholism and offspring ADHD problems: A children of twins design. *Twin Res Hum Genet.* 2009; 12: 53–62.
173. Kodeks Karny Dz.U.2019.0.1950 t.j. - Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny art. 197-204.
174. Kolankiewicz M. Zaniedbywanie dzieci. Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka. Warszawa: Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę. 2012; 2(39): 81-94.
175. Kolańczyk K. Prawo rzymskie. Warszawa: Wolters Kluwer. 2000.
176. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Raport o stanie narkomanii w Polsce 2020. Warszawa. 2020.
177. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization. 2002.
178. Kruzan KP, Muehlenkamp JJ, Claes L. Identity, self-blame, and body regard in NSSI: A test of moderated-mediation. *Compr Psychiatry.* 2022; 116: 152322.
179. Kuhn JC, Carter AS. Maternal self-efficacy and associated parenting cognitions among mothers of children with autism. *Am J Orthopsychiatry.* 2006; 76(4): 564–575.
180. Leonard NR, Gwadz MV, Cleland CM, Vekaria PC, Ferns B. Maternal substance use and HIV status: adolescent risk and resilience. *J Adolesc.* 2008; 31(3): 389–405.
181. Leschied AW, Chiodo D, Whitehead PC, Hurley D. The relationship between maternal depression and child outcomes in a child welfare sample: Implications for treatment and policy. *Child Family Social Work.* 2005; 10(4): 281– 291.
182. Lew D, Xian H. Identifying distinct latent classes of adverse childhood experiences among US children and their relationship with childhood internalizing disorders. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2019; 50: 668–680.
183. Lew-Starowicz Z. Przemoc seksualna. *Medycyna po dyplomie.* 2004; 13: 61-66.
184. Li S, Wang S, Gao X, Jiang Z, Xu H, Zhang S, Sun Y, Tao F, Chen R, Wan Y. Patterns of adverse childhood experiences and suicidal behaviors in adolescents: A four-province study in China. *J Affect Disord.* 2021; 285: 69-76.
185. Li X, Zheng H, Tucker W, Wenyan Xu W, Wen X, Lin Y, Jia Z, Yuan Z, Yang W. Research on relationships between sexual identity, adverse childhood experiences and non-suicidal self-injury among rural high school students in less developed areas of China. *Int J Environ Res Public Health.* 2019; 16(17): 3158.

186. Lieb R, Merikangas KR, Hofler M, Pfister H, Isensee B, Wittchen HU. Parental alcohol use disorders and alcohol use and disorders in offspring: A community study. *Psychol Med.* 2002; 32: 63-78.
187. Lipschitz DS, Winegar RK, Nicolaou AL, Hartnick EW, Michele BA, Southwick SM. Perceived abuse and neglect as risk factors for suicidal behavior in adolescent inpatients. *J Nerv Ment Dis.* 1999; 187(1): 32–39.
188. Little L. Maternal discipline of children with Asperger Syndrome and nonverbal learning disorders. *Am J Matern Child Nurs.* 2002; 27(6): 349-354.
189. Losh M, Debra Childress D, Lam K, Piven J. Defining key features of the broad autism phenotype: a comparison across parents of multiple- and single-incidence autism families. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* 2008; 147B(4): 424-33.
190. Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development.* 2000; 71(3): 543 – 562.
191. Lynskey MT, Fergusson DM, Horwood L. The effect of parental alcohol problems on rates of adolescent psychiatric disorders. *Addict.* 1994; 89: 1277–1286.
192. Mañano C, Normand CL, Salvat MC, Moullec G, Aimé A. Prevalence of school bullying among youth with autism spectrum disorders: a systematic review and meta-analysis. *Autism Res.* 2016; 9: 601–615.
193. Makaruk K, Drabarek K. Postawy wobec kar fizycznych i ich stosowanie. Raport z badań. Warszawa: Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę. 2022.
194. Mäkikyrö T, Sauvola A, Moring J, Veijola J, Nieminen P, Järvelin MR, Isohanni M. Hospital-treated psychiatric disorders in adults with a single-parent and two-parent family background: a 28-year follow-up of the 1966 Northern Finland Birth Cohort. *Fam Process.* 1998; 37(3): 335-344.
195. Margari F, Craig F, Petruzzelli MG, Lamanna A, Matera E, Margari L. Parents psychopathology of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Res Dev Disabil.* 2013; 34(3): 1036-1043.
196. Margolis A. Zespół dziecka maltretowanego. Diagnostyka medyczna. Warszawa: Fundacja Dzieci Niczyje. 1998.
197. Masten AS. Resilience Theory and Research on Children and Families: Past, Present, and Promise. *J Fam Theory Rev.* 2018; 10: 12-31.
198. Masten AS, Obradović J. Competence and resilience in Development. *Annals of the New York Academy of Sciences.* 2006; 1094: 13-27.

199. Masten AS, Powell JL. A resilience framework for research policy and practice. W: Luthar SS, editor. *Resilience and Vulnerability*. Cambridge University Press. 2003; 1–28.
200. Maybery D, Reupert A, Patrick K, Goodyear M, Crase L. Prevalence of children whose parents have a mental illness. *Psychiatr Bull*. 2009; 33: 22– 26.
201. Maynard S. Growing up in an alcoholic family system: the effect on anxiety and differentiation of self. *J Subst Abuse*. 1997; 9: 161-170.
202. McDonnell CG, Boan AD, Bradley CC, Seay KD, Charles JM, Carpenter LA. Child maltreatment in autism spectrum disorder and intellectual disability: results from a population-based sample. *J Child Psychol Psychiatry*. 2019; 60(5): 576-584.
203. McHolm A, MacMillan H, Jamieson E. The relationship between childhood physical abuse and suicidality among depressed women: results from a community sample. *Am J Psychiatry*. 2003; 160: 933-938.
204. McLaughlin KA, Greif Green J, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, Kessler RC. Childhood adversities and first onset of psychiatric disorders in a national sample of US adolescents. *Arch Gen Psychiatry*. 2012; 69(11): 1151-1160.
205. McLaughlin KA, Koenen KC, Hill ED, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, Kessler RC. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in a national sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013; 52(8): 815-830.
206. Meeker EC, O'Connor BC, Kelly LM, Hodgeman DD, Scheel-Jones AH, Berbari C. The impact of adverse childhood experiences on adolescent health risk indicators in a community sample. *Psychol Trauma*. 2021; 13(3): 302-312.
207. Melibruda J. Oblicza przemocy. *Remedium*. Warszawa. 1993; 10: 5-6.
208. Mellibruda J. O zjawisku krzywdzenia dzieci w rodzinie. *Niebieska Linia*. 2001; 2: 6-9.
209. Miller A, Esposito-Smythers C, Weismoore J, Renshaw K. The relation between child maltreatment and adolescent suicidal behavior: A systematic review and critical examination of the literature. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2013; 1: 146–172.
210. Miller JL, Knudsen DD. Child maltreatment: Testing the social isolation hypothesis. *Family abuse and violence: a social problems perspective*. 2007; 45: 67–90.
211. Miller-Perrin CL, Perrin RD, Kocur JL. Parental physical and psychological aggression: Psychological symptoms in young adults. *Child Abuse Negl*. 2009; 33: 1–11.

212. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej. Krzywdzenie dzieci w Polsce. Raport. Warszawa. 2008.
213. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej. Badania porównawcze oraz diagnoza skali występowania przemocy w rodzinie wśród osób dorosłych i dzieci, z podziałem na poszczególne formy przemocy wraz z opisem charakterystyki ofiar przemocy i sprawców. Warszawa. 2014.
214. Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej. Sprawozdanie z realizacji krajowego programu przeciwdziałania przemocy w rodzinie w roku 2021. Warszawa. 2022.
215. Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Ogólnopolska diagnoza zjawiska przemocy w rodzinie. Warszawa. 2019. Dostęp pod adresem: <https://static.img.pl/im/5/26198/m26198755,WYNIKI-BADANIA.pdf>.
216. Ministerstwo Sprawiedliwości. Informator dla sędziów, prokuratorów i kuratorów sądowych dotyczący przeciwdziałania przemocy w rodzinie. Warszawa. 2014.
217. Ministerstwo Sprawiedliwości i Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej. Informator dla osób dotkniętych przemocą w rodzinie. Warszawa. 2013: 16.
218. Moffitt TE, Caspi A. Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways among males and females. *Dev Psychopathol.* 2001; 13: 355–375.
219. Mohammad E, Shapiro E, Wainwright L, Carter A. Impacts of family and community violence exposure on child coping and mental health. *J Abnorm Child Psychol.* 2015; 43(2): 203-215.
220. Moilanen I, Rantakallio P. The single parent family and the child's mental health. *Social Science Med.* 1988; 27: 181–186.
221. Murray AL, Zych I, Ribeaud D, Eisner M. Developmental relations between ADHD symptoms and bullying perpetration and victimization in adolescence. *Aggress Behav.* 2021; 47(1): 58-68.
222. Najwyższa Izba Kontroli. NIK o wykonywaniu obowiązków przez kuratorów sądowych – informacje szczegółowe. <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/kuratorzy-sadowi.html>
223. Nicholson J, Biebel K, Hinden BR, Henry AD, Stier L. Critical issues for parents with mental illness and their families. Rockville, Maryland: Department of Psychiatry, Center for Mental Health Services Research, University of Massachusetts. 2001.
224. Nowell KP, Brewton CM, Goin-Kochel R. A multirater study on being teased among children/adolescents with autism spectrum disorder (ASD) and their typically

- developing siblings: associations with ASD symptoms. *Focus Autism Other Dev Disabil.* 2014; 29: 195–205.
225. Offer D, Schonert-Reichl KA. Debunking the myths of adolescence: findings from recent research. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1992; 31(6): 1003-1014.
226. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Prężność u dzieci i młodzieży: charakterystyka i pomiar – polska skala SPP–18. *Polskie forum psychologiczne.* 2011; 16(1): 7–28.
227. O’Leary KD. Through a psychological lens: Personality traits, personality disorders, and levels of violence. W: Gelles RJ, Loske DR. (red.), *Current controversies on family violence.* Newbury Park: Sage. 1993.
228. Olweus D. A profile of bullying at school. *Educational Leadership.* 2003; 60: 12–17.
229. Olweus D. *Bullying at school: What we know and what we can do.* Oxford: Blackwell. 1993.
230. Orford J, Natera G, Davies J, Nava A, Mora J, Rigby K, Velleman R. Tolerate, engage or withdraw: a study of the structure of families coping with alcohol and drug problems in Southwest England and Mexico City. *Addiction.* 1998; 93(12): 1799–1813.
231. Ossowska A. Choroba przewlekła jako czynnik sprzyjający występowaniu krzywdzenia emocjonalnego dziecka, *Dziecko Krzywdzone Teoria, badania, praktyka.* Warszawa: Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę. 2003; 4: 63–71.
232. Ouyang L, Fang X, Mercy J, Perou R, Grosse SD. Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and child maltreatment: a population-based study. *J Pediatr.* 2008; 153(6): 851-856.
233. Özdemir M, Stattin H. Bullies, victims, and bully-victims: A longitudinal examination of the effects of bullying-victimization experiences on youth well-being. *J Aggression, Conflict and Peace Research.* 2011; 3: 97-102.
234. Pacewicz A. *Dzieci alkoholików. Jak je rozumieć, jak im pomagać?* Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. 1994.
235. Pacheco J, Irigaray Q, Welang B, Nunes M, de Lima Argimon II. Childhood maltreatment and psychological adjustment: a systematic review. *Psicol Reflex Crit.* 2014; 27.
236. Park S, Schepp KG. A systematic review of research on children of alcoholics: Their inherent resilience and vulnerability. *J Child Family Studies.* 2015; 24(5): 1222-1231.
237. Pasternak A, Schier K. The role reversal in the families of Adult Children of Alcoholics. *Arch Psych Psychotherapy.* 2012; 3: 51–57.

238. Pastuszek-Draxler A, Bętkowska-Korpała B, Gierowski JK. Predykcijna rola strategii regulacji emocji negatywnych i pozytywnych dla symptomów depresji i lęku. *Sztuka Leczenia*. 2016; 2: 55–65.
239. Pauls A, Dimitropoulos G, Marcoux-Louie G, Singh M, Patten SB. Psychological characteristics and childhood adversity of adolescents with atypical anorexia nervosa versus anorexia nervosa. *Eat Disord*. 2020; 24: 1-13.
240. Pelkonen M, Karlsson L, Marttunen M. Adolescent suicide: Epidemiology, Psychological theories, risk factors, and prevention. *Current Pediatric Reviews*. 2011; 7:52-67.
241. Pelton LH, Milner JS. Is poverty a key contributor to child maltreatment? W: Gambrill E, Stein TJ (red.), *Controversial issues in child welfare*. Needham Heights, MA. 1994; 16-28.
242. Perez NM, Jennings WG, Piquero AR, Baglivio MT. Adverse childhood experiences and suicide attempts: the mediating influence of personality development and problem behaviors. *J Youth Adolesc*. 2016; 45(8): 1527-1545.
243. Pietrek C, Elbert T, Weierstall R, Muller O, Rockstroh B. Childhood adversities in relation to psychiatric disorders. *Psychiatry Research*. 2013; 206: 103-110.
244. Podolski CL, Nigg JT. Parent stress and coping in relations to child ADHD severity and associated child disruptive behavior problem. *J Clinic Child Psychol*. 2001; 30, 503–513.
245. Porter C, Palmier-Claus J, Branitsky A, Mansell W, Warwick H, Varese F. Childhood adversity and borderline personality disorder: a meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 2020; 141(1): 6-20.
246. Pospiszyl I. *Razem przeciw przemocy*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak, 1999.
247. Powers JL, Eckenrode J. The maltreatment of adolescents. *Child Abuse Negl*. 1988; 12: 189–199.
248. Prusinowska-Marek A. Skuteczność i celowość prowadzenia długoletnich (trwających od co najmniej 3 lat) nadzorów wykonywanych przez kuratorską służbę sądową w sprawach małoletnich – raport z badań aktowych. Instytut Wymiaru Sprawiedliwości. Warszawa. 2016. Dostęp pod adresem: [https://iws.gov.pl/analizy-i-raporty /raporty/ #praworodzinne 2016](https://iws.gov.pl/analizy-i-raporty/#praworodzinne-2016)
249. Putnam-Hornstein E, Cederbaum JA, King B, Eastman AL, Trickett PK. A Population-Level and Longitudinal Study of Adolescent Mothers and Intergenerational

- Maltreatment. *Am J Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press. 2015; 181(7): 496–503.
250. Quinn PO, Madhoo M. A review of attention-deficit/hyperactivity disorder in women and girls: uncovering this hidden diagnosis. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2014; 16(3): PCC.13r01596.
251. Radziwiłłowicz W. Zaburzenia emocjonalne (internalizacyjne). W: I. Grzegorzewska, A. Borkowska, L. Cierpiałkowska (red.), *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży*. PWN, Warszawa. 2020.
252. Ranjbar HA, Parhoon H, Mohammadkhani S, Munawar K, Moradi AR, Jobson L. Investigating cognitive control and cognitive emotion regulation in Iranian depressed women with suicidal ideation or suicide attempts. *Suicide Life Threat Behav*. 2021; 51(3): 586-595.
253. Rasic D, Hajek T, Alda M, Uher R. Risk of mental illness in offspring of parents with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a meta-analysis of family high risk studies. *Schizophr Bull*. 2014; 40(1): 28-38.
254. Reijneveld S, Wal R, Brugman E, Hira Sing R, Verloove–Vanhorick P. Infant crying and abuse. *Lancet*. 2004; 364: 1340–4132.
255. Reinhardt M, Rice KG, Horváth Z. Non-suicidal self-injury motivations in the light of self-harm severity indicators and psychopathology in a clinical adolescent sample. *Front Psychiatry*. 2022; 13: 1046576.
256. Reupert A, Maybery D, Kowalenko N. Children whose parents have a mental illness: prevalence, need and treatment. *MJA Open*. 2012; 1(Suppl 1): 7– 9.
257. Rigby K. *The Method of Shared Concern: a positive approach to bullying in schools*. Camberwell: ACER. 2011.
258. Rigles B. The relationship between adverse childhood events, resiliency and health among children with autism. *J Autism Dev Disord*. 2017; 47: 187–202.
259. Rivinus TM, Levoy D, Matzko M, Seifer R. Hospitalized children of substance-abusing parents and physically and sexually abused children: a comparison. *Comparative Study J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1992; 31(6): 1019-1023.
260. Robinson BE, Lyn Rhoden J. *Pomoc psychologiczna dla dzieci alkoholików*. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. 2003.
261. Rodrigue JR, Morgan SB, Geffken GR. Psychosocial adaptation of fathers of children with autism, Down syndrome, and normal development. *J Autism Dev Disord*. 1992; 22(2): 249-263.

262. Rodriguez CM, Richardson MJ. Stress and anger as contextual factors and pre-existing cognitive schemas: Predicting parental child maltreatment risk. *Child Maltreatment*. Thousand Oaks: Sage. 2007 12(4): 325-337.
263. Rognmo K, Torvik FA, Ask H, Røysamb E, Tambs K. Paternal and maternal alcohol abuse and offspring mental distress in the general population: the Nord-Trøndelag health study. *BMC Public Health*. 2012; 12: 448.
264. Royal College of Psychiatrists. Parents as Patients: Supporting the Needs of Patients who are Parents and Their Children. (College Report CR164). London: Royal College of Psychiatrists. 2011.
265. Różyńska J. Niezbędnik nauczyciela. Przemoc wobec dzieci w rodzinie. Warszawa: Centrum Praw Kobiet. 2013.
266. Ryttilä-Manninen M, Haravuori H, Fröjd S, Marttunen M, Lindberg N. Mediators between adverse childhood experiences and suicidality. *Child Abuse Negl*. 2018; 77: 99-109.
267. Ryttilä-Manninen M, Lindberg N, Haravuori H, Kettunen K, Marttunen M, Joukamaa M i wsp. Adverse childhood experiences as risk factors for serious mental disorders and inpatient hospitalization among adolescents. *Child Abuse Negl*. 2014; 38(12): 2021-2032.
268. Sajkowska M. Wykorzystywanie seksualne dzieci. Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka. Warszawa: Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę. 2011; 36(3): 147-159.
269. Sajkowska M, Szymańczak J. Dzieci – ofiary przemocy. Skala i charakter zjawiska. Potrzeba interwencji. *Polityka Społeczna* 2009; 9.
270. Sasal HD. Procedura „Niebieskie Karty” jako przykład łączenia kompetencji różnych służb. W: Przewodnik do realizacji ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie. Dostęp pod adresem: <http://www.niebieskalinia.pl>
271. Scahill L, Schwab-Stone M, Merikangas KR, Leckman JF, Zhang H, Kasl S. Psychosocial and clinical correlates of ADHD in a community sample of school-age children. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999; 38(8): 976-984.
272. Schaan VK, Schulz A, Schächinger H, Vögele C. Parental divorce is associated with an increased risk to develop mental disorders in women. *J Affect Disord*. 2019; 257: 91-99.
273. Schienle A, Schwab D, Höfler C, Freudenthaler HF. Self-Disgust and Its Relationship With Lifetime Suicidal Ideation and Behavior. *Crisis*. 2020; 41(5): 344-350.

274. Schnitzer PG, Ewigman BG. Child deaths resulting from inflicted injuries: household risk factors and perpetrator characteristics. *Pediatrics*. 2005; 116(5): 687–693.
275. Schuyler Center for Analysis and Advocacy (SCAA). *Teenage Births: Outcomes for Young Parents and their Children*. Albany, NY: Schuyler Center for Analysis and Advocacy. 2008.
276. Shay NL, Knutson J. Maternal Depression and Trait Anger as Risk Factors for Escalated Physical Discipline. *Child Maltreatment*. 2008; 13(1): 39–49.
277. Shelton TL, Barkley RA, Crosswait C, Moorehouse M, Fletcher K, Barrett S, Jenkins L, Metevia, L. Psychiatric and psychological morbidity as a function of adaptive disability in preschool children with aggressive and hyperactive-impulsive-inattentive behavior. *J Abnorm Child Psychol*. 1998; 26 (6): 475–494.
278. Sher KJ, Walitzer KS, Wood PK, Brent EE. Characteristics of children of alcoholics: Putative risk factors, substance use and abuse, and psychopathology. *J Abnorm Psychol*. 1991; 100: 427–448.
279. Skrzypczyk W. *Dzieci alkoholików – zdarzenia traumatyczne*. Łódź: PROM. 2000.
280. Skrzypulec V, Kowalczyk R, Walaszek A, Rozmus-Warcholińska W. Nadużycia seksualne wobec nieletnich - współpraca lekarza i psychologa. *Gin Prakt*. 2005; 84(4): 53-57.
281. Smith DK. Child Maltreatment and Foster Care: Unpacking the Effects of Prenatal and Postnatal Parental Substance Use. *Child Maltreatment*. 2007; 2: 150–160.
282. Sobkowska A. *Przemoc wobec dziecka w rodzinie*. Edukacja i Dialog. 1999, 8.
283. Sokol RJ, Delaney-Black V, Nordstrom B. Fetal Alcohol Spectrum Disorder. *JAMA: J Am Med Association*. 2003; 290(22): 2996-2999.
284. Stassen Berger KS. Update on bullying at school: Science forgotten. *Developmental Review*. 2007; 27: 90-126.
285. Steinhausen HC, Göbel D, Nestler V. Psychopathology in the offspring of alcoholic parents. *J Am Acad Child Psychiatry*. 1984; 23: 465–471.
286. Steinsbekk S, Berg-Nielsen TS, Belsky J, Helland EB, Hågenrud M, Raballo A, Wichstrøm L. Parents' Personality-Disorder Symptoms Predict Children's Symptoms of Anxiety and Depressive Disorders - a Prospective Cohort Study. *J Abnorm Child Psychol*. 2019; 47(12): 1931-1943.

287. Stepp SD, Lazarus SA, Byrd AL. A systematic review of risk factors prospectively associated with borderline personality disorder: Taking stock and moving forward. *Personal Disord.* 2016; 7(4): 316-323.
288. Stratton K, Howe C, Battaglia F. (red.) Institute of Medicine. *Fetal Alcohol Syndrome: Diagnosis, Epidemiology, Prevention, and Treatment.* Washington, DC: National Academy Press. 1996.
289. Streissguth A. Maternal drinking and outcome of pregnancy – implications for child mental health. *Am J Orthopsychiatry.* 1977; 47: 422-431.
290. Sullivan PM, Knutson JF. Maltreatment and disabilities: a population-based epidemiological study. *Child Abuse Negl.* 2000; 24(10): 1257–1273.
291. Swannell S, Martin G, Page A, Hasking P, Hazell P, Taylor A, Protani M. Child maltreatment, subsequent non-suicidal self-injury and the mediating roles of dissociation, alexithymia and self-blame. *Child Abuse Negl.* 2012; 36(7-8): 572-584.
292. Szaniawska M. Specyfikacja interakcji wychowawczej matek dzieci z ADHD. *Psychiatr Psychol Klin.* 2010; 10 (3): 155-168.
293. Sztander W. *Dzieci w rodzinie z problemem alkoholowym.* Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. 1993.
294. Tabak I, Zablocka-Zytka L, Ryan P, Poma SZ, Joronen K, Vigano G. Needs, expectations and consequences for children growing up in a family where the parent has a mental illness. *Int J Ment Health Nurs.* 2016; 25: 319–329.
295. Tang S, Ports KA, Stone DM, Lin HC. The mediating role of internalizing and externalizing symptoms in the association between child neglect and suicide attempt in adulthood. *Int J Inj Contr Saf Promot.* 2022; 29(1): 112-122.
296. Thai TT, Cao PLT, Kim LX, Tranc DP, Bui MB, Bui HHT. The effect of adverse childhood experiences on depression, psychological distress and suicidal thought in Vietnamese adolescents: Findings from multiple cross-sectional studies. *Asian J Psychiatr.* 2020; 53: 102134.
297. Thompson R, Proctor L, English D, Dubowitz H, Narasimhan S, Everson M. Suicidal ideation in adolescence: Examining the role of recent adverse experiences. *J Adolec.* 2012; 35: 175–186.
298. Tsur N, Najjar AA, Katz C. "Explode into small pieces": Suicidal ideation among child sexual abuse survivors. *Child Abuse Negl.* 2022; 131: 105780.
299. Uddin J, Alharbi N, Uddin H, Hossain B, Hatipoğlu SS, Long DL, Carson AP. Parenting stress and family resilience affect the association of adverse childhood experiences with

- children's mental health and attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Affect Disord.* 2020; 272: 104–109.
300. Ustawa z dnia 1 grudnia 2022 r. o zmianie ustawy o kuratorach sądowych. *Dz.U.* 2023 poz. 27.
301. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie. *Dz.U.* 2005 nr 180 poz. 1493.
302. Wan Y, Chen R, Ma S, McFeeters D, Sun Y, Hao J, Tao F. Associations of adverse childhood experiences and social support with self-injurious behaviour and suicidality in adolescents. *Br J Psychiatry.* 2019; 214(3): 146-152.
303. Wathen N, MacMillan HL. Children's exposure to intimate partner violence: Impacts and interventions. *Paediatrics Child Health.* Amsterdam: Elsevier. 2013; 18(8): 419–422.
304. Wegscheider-Cruse S. Nowa szansa. Nadzieja dla rodziny alkoholowej. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia. 2000.
305. Wickrama KAS, Noh S. The long arm of community: the influence of childhood community contexts across the early life course. *J Youth Adolesc.* 2010; 39(8): 894–910.
306. Widom CS, DuMont K, Czaja SJ. A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. *Arch Gen Psychiatry.* 2007; 64: 49–56.
307. Wiehe VR. Understanding family violence. Thousand Oaks, CA: Sage. 1998.
308. Winsper C, Lereya ST, Marwaha S, Thompson A, Eyden J, Singh SP. The aetiological and psychopathological validity of borderline personality disorder in youth: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2016; 44: 13-24.
309. Włodarczyk J. Przemoc wobec dzieci i zaniedbanie dzieci. W: Sajkowska M, Szredzińska R. (red.) *Dzieci się liczą 2022. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce.* Warszawa: Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę. 2022.
310. Włodarczyk J, Makaruk K. *Ogólnopolska diagnoza problemu przemocy wobec dzieci.* Warszawa: Fundacja Dzieci Niczyje, Rzecznik Praw Dziecka, Ministerstwo Edukacji Narodowej. 2012.
311. Włodarczyk J, Makaruk K, Michalski P, Sajkowska M. *Ogólnopolska diagnoza skali i uwarunkowań krzywdzenia dzieci. Raport z badań.* Warszawa: Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę. 2018.

312. Włodarczyk J, Sajkowska M. Wykorzystywanie seksualne dzieci. Wyniki Ogólnopolskiej diagnozy problemu przemocy wobec dzieci. Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka. Warszawa: Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę. 2013; 12(3): 82-100.
313. Wolff KT, Baglivio MT. Adverse childhood experiences, negative emotionality, and pathways to juvenile recidivism. *Crime Delinq.* 2017; 63 (12): 1495-1521.
314. Woodside M, Coughy K, Cohen R. Medical costs of children of alcoholics – pay now or pay later. *J Substance Abuse.* 1993; 5: 281–287.
315. World Health Organization. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneva: World Health Organisation and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. 2006.
316. World Health Organization. Report on Consultation of Child Abuse Prevention. Geneva: World Health Organisation. 1999.
317. Wójcik S. Przemoc w rodzinie, zaniedbanie, wiktymizacja pośrednia. Wyniki Ogólnopolskiej diagnozy problemu przemocy wobec dzieci. Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka. Warszawa: Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę. 2013; 12(3): 40-62.
318. Van der Kolk BA, d’Andrea W. Towards a developmental trauma disorder diagnosis for childhood interpersonal trauma. W: Lanius AR, Vermetten E, Pain C. *The Impact of Early Life Trauma on Health and Disease.* Cambridge University Press, 2010.
319. Yamamoto R, Keogh B. Children’s experiences of living with a parent with mental illness: a systematic review of qualitative studies using thematic analysis. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2018; 25(2):131-41.
320. Yang B, Clum G. Childhood stress leads to later suicidality via its effect on cognitive functioning. *Suicide Life Threat Behav.* 2000; 30:183-198.
321. Yates T, Carlson E, Egeland B. A prospective study of child maltreatment and self-injurious behavior in a community sample. *Dev Psychopathol.* 2008; 20: 651–671.
322. Yates TM, Wekerle C. The long-term consequences of childhood emotional maltreatment on development: (Mal) adaptation in adolescence and young adulthood. *Child Abuse Negl.* 2009; 33(1): 19–21.
323. Ystgaard M, Hestetun I, Loeb M, Mehlum L. Is there a specific relationship between childhood sexual and physical abuse and repeated suicidal behavior? *Child Abuse Negl.* 2004; 28: 863–875.

324. Zanarini MC, Williams AA, Lewis RE, Reich RB, Vera SC, Marino MF, Levin A, Yong L, Frankenburg FR. Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 1997; 154(8): 1101-1106.
325. Zelkowitz RL, Cole DA. Longitudinal relations of self-criticism with disordered eating behaviors and nonsuicidal self-injury. *Int J Eat Disord*. 2020; 53(7): 1097-1107.
326. Zelkowitz RL, Cole DA. Self-Criticism as a Transdiagnostic Process in Nonsuicidal Self-Injury and Disordered Eating: Systematic Review and Meta-Analysis. *Suicide Life Threat Behav*. 2019; 49(1): 310-327.
327. Zieliński T, Sirko I, Poręba R. Nadużycia seksualne u dzieci. *Gin. Prakt*. 2003; 4: 19-22.

SPIS TABEL

- Tabela 1.1. Przejawy przemocy fizycznej czynnej i biernej
- Tabela 2.1. Częstość występowania różnych form ACE w grupie badanej
- Tabela 2.2. Ekspozycja na niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie w grupie badanej
- Tabela 2.3. Częstość podejmowania działań interwencyjnych w odniesieniu do zjawiska przemocy w grupie badanej oraz w zależności od liczby ACE
- Tabela 2.4. Częstość stosowania przemocy emocjonalnej, fizycznej lub seksualnej w zależności od osoby sprawcy
- Tabela 2.5. Częstość występowania zaburzeń (neurorozwojowych, eksternalizacyjnych, internalizacyjnych), nieprawidłowo kształtującej się osobowości, dokonywania samookaleceń lub podejmowania prób „S” w grupie badanej oraz w zależności od liczby ACE
- Tabela 2.6. Częstość dokonywania samookaleceń, podejmowania prób „S”, poziom ekspozycji na niekorzystne doświadczenia (suma ACE), liczba hospitalizacji oraz liczba ustalonych rozpoznań w podgrupie osób z zaburzeniami neurorozwojowymi i podgrupie bez diagnozy
- Tabela 2.7. Liczba hospitalizacji oraz liczba ustalonych rozpoznań w zależności od liczby niekorzystnych doświadczeń w dzieciństwie
- Tabela 2.8. Wpływ ACE, diagnozy zaburzeń neurorozwojowych, płci oraz wieku na występowanie zaburzeń eksternalizacyjnych
- Tabela 2.9. Wpływ ACE, diagnozy zaburzeń neurorozwojowych, płci oraz wieku na występowanie zaburzeń internalizacyjnych
- Tabela 2.10. Wyniki dla interakcji zmiennych: płeć x rodzina niepełna oraz płeć x zaburzenia neurorozwojowe
- Tabela 2.11. Statystyki opisowe badanych grup („eksternalizacyjna” oraz „internalizacyjna”)
- Tabela 2.11. Rozmiary badanych grup c.d.
- Tabela 2.12. Wpływ sumy ACE, liczby diagnoz psychiatrycznych, liczby hospitalizacji, diagnozy nieprawidłowo kształtującej się osobowości, dokonywania samookaleceń, podejmowania prób ‘S’ na przynależność do grupy „eksternalizacyjnej”

- Tabela 2.13. Wpływ sumy ACE, liczby diagnoz psychiatrycznych, liczby hospitalizacji, diagnozy nieprawidłowo kształtującej się osobowości, dokonywania samookaleczeń, podejmowania prób „S” na przynależność do grupy „internalizacyjnej”
- Tabela 2.14. Porównania parami dla liczby hospitalizacji oraz średniej liczby rozpoznań
- Tabela 2.15. Wpływ całkowitej liczby ACE lub przynależności do podgrupy ACE 4-8 na podejmowanie prób „S” w całej grupie badanej, w grupie osób z diagnozą zaburzeń eksternalizacyjnych i grupie osób z diagnozą zaburzeń internalizacyjnych

SPIS WYKRESÓW

- Wykres 2.1. Schemat gromadzenia danych
- Wykres 2.1. Częstość występowania różnych form ACE
- Wykres 2.2. Ekspozycja na niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie w grupie badanej
- Wykres 2.3. Częstość podejmowania działań interwencyjnych w odniesieniu do zjawiska przemocy w grupie badanej oraz w zależności od liczby ACE
- Wykres 2.4. Częstość stosowania przemocy emocjonalnej, fizycznej lub seksualnej w zależności od osoby sprawcy
- Wykres 2.5. Częstość występowania zaburzeń (neurorozwojowych, eksternalizacyjnych, internalizacyjnych), nieprawidłowo kształtującej się osobowości, dokonywania samookaleczeń lub podejmowania prób „S” w grupie badanej oraz w zależności od liczby ACE
- Wykres 2.6. Częstość dokonywania samookaleczeń lub podejmowania prób „S” w podgrupie osób z zaburzeniami neurorozwojowymi i podgrupie bez diagnozy
- Wykres 2.7. Częstość doświadczania niekorzystnych doświadczeń w dzieciństwie w zależności od sumy ACE w grupie osób z zaburzeniami neurorozwojowymi i bez tych zaburzeń
- Wykres 2.8. Częstość liczby hospitalizacji w grupie osób z zaburzeniami neurorozwojowymi i bez tych zaburzeń
- Wykres 2.9. Częstość liczby ustalonych rozpoznań w grupie osób z zaburzeniami neurorozwojowymi i bez tych zaburzeń
- Wykres 2.10. Liczba hospitalizacji w zależności od liczby niekorzystnych doświadczeń w dzieciństwie
- Wykres 2.11. Liczba ustalonych rozpoznań w zależności od liczby niekorzystnych doświadczeń w dzieciństwie
- Wykres 2.12. Rozmiary badanych grup („eksternalizacyjna” oraz „internalizacyjna”)
- Wykres 2.13. Różnice dla średniej liczby hospitalizacji (podgrupa ACE4-8 vs. ACE1-3) w podziale na grupę chłopców i dziewcząt
- Wykres 2.14. Różnice dla średniej liczby diagnoz (podgrupa ACE4-8 vs. ACE1-3) w podziale na grupę chłopców i dziewcząt