

DOŚWIADCZANIE PRZEMOCY W DZIECIŃSTWIE A NASILENIE DEPRESJI W DOROSŁOŚCI

Słowa kluczowe: przemoc wobec dzieci, zaburzenia w dorosłości, depresja

Keywords: child abuse, adulthood disorders, depression

Schlüsselwörter: Kindesmissbrauch, Störungen im Erwachsenenalter, Depression

Przemoc wobec dzieci jest dosyć częstym i niepokojącym zjawiskiem występującym także w Polsce. Dorośli nie radząc sobie ze swoimi problemami szukają możliwości odreagowania swoich emocji na dzieciach, które stają się ofiarami ich braku dojrzałości psychicznej, moralnej, społecznej. Następstwem krzywdzących doświadczeń w dzieciństwie są często problemy wychowawcze, zachowania trudne, nieradzenie sobie w życiu dorosłym, powielanie wyuczonych, negatywnych schematów zachowań oraz zaburzenia w różnych sferach życia.

W Polsce statystyki dotyczące przemocy zawierają informację o popełnionych i zgłoszonych nadużyciach wobec dzieci, natomiast są jeszcze doświadczenia niezgłoszone oraz te, o których małoletni nikomu nie powiedział (Włodarczyk, 2017). Według statystyk, najczęściej zgłaszana podczas interwencji jest przemoc psychiczna oraz fizyczna. Według badań co druga osoba dorosła zna rodziny, w których dzieci doświadczają krzywd, co trzeci nastolatek zna przynajmniej jednego adolescenta doznającego przemocy w rodzinie. Według danych fundacji „Dajemy dzieciom siłę”, jedno na troje dzieci w wieku 11–17 lat doświadcza jakiejś formy przemocy. Rodzaje doświadczanej przemocy zależą od płci dziecka. Chłopcy częściej doświadczają przemocy fizycznej a dziewczęta psychicznej. Sprawcami nadużyć fizycznych i psychicznych najczęściej są rodzice (Włodarczyk, 2017).

* Prof. dr hab. Mieczysław Plopa – psycholog, wykładowca Instytutu Psychologii w Akademii Ekonomiczno-Humanistycznej w Warszawie i Elbląskiej Uczelni Humanistyczno-Ekonomicznej w Elblągu. E-mail: m.plopa@vizja.pl ORCID: 0000–0002–5278–149X

** Mgr Justyna Zamojska – psycholog, Elbląska Uczelnia Ekonomiczno-Humanistyczna w Elblągu.

POJĘCIE PRZEMOCY I JEJ RODZAJE

Przemoc jest zjawiskiem obejmującym bardzo szeroką skalę zachowań. Towarzyszy człowiekowi od wieków, jako awersyjne metody wychowawcze, uśmiercanie dziecka z powodu niepełnosprawności bądź przyczyn socjalno-ekonomicznych (Iwański, 2016).

Przemoc jest związana z sytuacją, gdy gdzie jedna ze stron ma przewagę i używa jej w celu poniżenia, skrzywdzenia, wywołania bólu lub cierpienia słabszej jednostce. Sprawca jest świadomy wywierania presji na ofierze, nie bierze pod uwagę naruszania praw i godności drugiego człowieka. W swoich zamierzeniach ma kontrolowanie, podporządkowanie i manipulowanie ofiarą (Helios i Jedlecka, 2017). Najczęściej wyróżnia się dwa rodzaje przemocy: przemoc fizyczna i psychiczną.

Przemoc fizyczną stanowią zachowania agresywne naruszające nietykalność fizyczną dziecka. Nadużycia przyjmują różne formy od delikatniejszych typu klaps, szarpnięcie, do ostrzejszych pobicie, kopanie, a nawet katowanie (Helios i Jedlecka, 2019). W literaturze można znaleźć podział na dwie formy przemocy fizycznej. Pierwsza – karcenie pojawia się w sytuacji, gdy dziecko naruszy panujące zasady, najczęściej łączy z sobą dwa elementy niepożądane zachowanie oraz karę. Druga – to krzywdzenie dziecka jest to potrzeba rozładowania napięcia najczęściej przez opiekunów (Helios i Jedlecka, 2017).

Irena Pospiszyl (1994) dzieli nadużycia fizyczne na przemoc czynną i bierną. Pierwsza, to różne formy bicia przy użyciu ręki lub przedmiotów, kopanie, poparzenie, rany szarpane lub cięte, próba zabójstwa. Przemoc fizyczna bierna to np. zakaz załatwiania potrzeb fizjologicznych, mówieni o określonej porze, zakaz chodzenia. Szymon Wójcik (2012), opisuje przemoc fizyczną jako celowe wpływianie na zachowanie dziecka poprzez oddziaływania takie jak klapsy, bicie czy kopanie. Intencją nie zawsze jest wyrządzenie krzywdy dziecku, czasami służy ona w celach wychowawczych. Autor podkreśla, że nadużycia występują w momencie, gdy dziecko dozna uszkodzenia ciała, ale też w sytuacji, w której nie ma widocznych ran na ciele.

Przemoc seksualna w stosunku do dzieci – to wszelkie zachowania seksualne, mające na celu zaspokojenie potrzeb seksualnych dorosłego. Nadużycia dzielimy na przemoc bez kontaktu fizycznego, jest to podglądanie, oglądanie lub pokazywanie intymnych części ciała oraz rozmowy dotyczące tematyki seksualnej. Drugą jest pobudzanie seksualne poprzez dotykanie dziecka lub zmuszanie dziecka do dotykania sprawcy. Kolejne to są różnego rodzaju stosunki seksualne oraz wyzyskiwanie dzieci do celów pornograficznych, prostytucji i maltretowanie z różnymi forami przemocy. Przemoc seksualną dzielimy na dwa typy. Pierwszym jest przemoc wewnątrzrodzinna, w której sprawcą jest członek rodziny lub prawny opiekun. Drugim typem jest przemoc wewnątrzrodzinna, jest to osoba znana dziecku lub nie (Helios i Jedlecka, 2019). Standing Committee on Sexually Abuse Children (SCOSAC), za nadużycia seksualne wobec dziecka uważa, każdy akt seksualny w okresie wieku ochrony przez osobę dorosłą wykonany świadomie lub zaniechanie swoich obowiązków opiekuńczych wobec dziecka opiekun dopuszcza do wykorzystania seksualnego małoletniego przez innego dorosłego. Celem przemocy seksualnej jest zaspokojenie osoby dorosłej (za: Mazur, 2002). G.B. Fraser podzielił przemoc seksualną na trzy grupy. Pierwsza, to akty pozbawione fizycznego kontaktu, w tej

grupie znajdują się takie zachowania jak obnażanie ciała dziecka, ekshibicjonizm, niestosowne rozmowy telefoniczne, fotografowanie ciała dziecka w celach pornograficznych. Druga grupa, to akty związane z fizycznym kontaktem należą do nich zachowania seksualne wobec dziecka np. masturbacja, stosunki analne i stosunki seksualne. Ostatnia forma, to akty fizyczne o znamionach gwałtu, czyli przymusowe kontakty seksualne (za: Pospiszyl, 1994).

Przemoc psychiczna jest rodzajem trudnym do zdefiniowania zależy od norm społecznych, kultury czy wychowania. Ten rodzaj krzywd opisuje się jako umyślne obniżenie rozwoju dziecka. Stosowanie przemocy emocjonalnej może być świadomym zachowaniem wobec nieletniego lub nieświadomym krzywdzeniem rekompensującym dorosłemu jego potrzeby. Za nadużycia emocjonalne uznaje się upokarzanie, wyśmiewanie, straszenie, ignorowanie, wyzywanie i inne formy wrogiego i odrzucającego traktowania (Helios i Jedlecka, 2019). Irena Pospiszyl (1994), uważa że trudno jest określić zachowania dotyczące krzywdzenia emocjonalnego. Autorka zwraca uwagę na kontekst sytuacyjny przemocy, która w jednej sytuacji będzie zupełnie neutralna a w innej może wywołać traumę. Znęcanie się psychiczne zauważalne jest często w przypadku przemocy fizycznej towarzyszą temu takie zachowania jak wrzeszczenie i wyzwiska. Jednocześnie autorka podkreśla że subtelne krzywdy emocjonalne takie jak izolacja, mogą obejmować wiele zachowań za, które często ofiara jest za obwiniana. Jadwiga Mazur (2002), opisuje przemoc emocjonalną jako formę, którą trudno jest udowodnić, ponieważ nie zostawia widocznych śladów. Uważa ten rodzaj nadużyć za niejednoznaczny i trudny do zdefiniowania. Autorka zwraca uwagę na problem w dostrzeżeniu znęcania się emocjonalnego przez innych oraz na odbiór konkretnej sytuacji przez jednostkę. Definiuje przemoc psychiczną jako wpływ na ofiarę uniemożliwiający funkcjonowanie fizyczne i psychiczne. Do takich zachowań należy upokarzanie, poniżanie, izolacja, odrzucenie oraz nieprawidłowe odnoszenie się.

Zaniedbanie dzieci jest definiowane jako efekt celowy lub niezamierzony i wiąże się z zagrożeniem warunków prawidłowego rozwoju psychicznego i fizycznego oraz społecznego. Polega na braku stworzenia odpowiednich warunków rozwojowych dla dziecka. Zignorowanie potrzeb emocjonalnych, zdrowotnych, edukacyjnych, żywieniowych lub bezpieczeństwa (Helios i Jedlecka, 2019). Według Ireny Pospiszyl (1994), zaniedbanie może być wyborem lub wystąpić ze względu na sytuację życiową i materialną rodziny. Ten rodzaj przemocy polega na niezaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych. Zaniedbanie jest zaniechaniem czynności, która powinna wystąpić Np. niezapewnienie dziecku posiłku, czystej odzieży, możliwości dbania o higienę osobistą. Jadwiga Mazur dzieli zaniedbanie na fizyczne, czyli niewywiązanie się z opieki wobec osób zależnych od sprawcy. Psychiczne polega na pomijaniu potrzeb psychicznych i materialnych ofiary. Autorka uważa, że zaniedbanie w niektórych przypadkach jest zależne od warunków życia i sytuacji losowych. Maria Kolankiewicz (2012), definiuje zaniedbanie jako zaniechanie podstawowych potrzeb i praw dziecka, wskutek czego dochodzi do zaburzeń zdrowotnych i rozwojowych. Oznacza brak działań opiekuńczych potrzebnych do stworzenia odpowiednich warunków rozwojowych w każdej sferze życia.

PRZEMOC W RODZINIE

Przemoc domowa, to zachowania, którymi agresor zdobywa i utrzymuje władzę oraz kontrolę nad bliskimi. Obejmuje różne rodzaje nadużyć wobec słabszych członków rodziny (Helios i Jedlecka, 2019). Celem sprawcy jest zastraszenie, poniżenie, wzbudzenie lęku, narzucenie swojego zdania, zdominowanie oraz podporządkowanie, ale również ograniczenie kontaktów społecznych ofiary (Cudak, 2011). Przemoc w rodzinie jest cyklicznym procesem, który wraz z upływem czasu się nasila. Cykl przemocy składa się z trzech faz. Pierwsza, to nasilenie agresji i frustracji u osoby stosującej przemoc. W tej fazie sprawca jest poirytowany, kłótlivy, agresywny. Często powoduje konflikty. Ofiara dostosowuje się do sytuacji, jest uległa, spełnia swoje obowiązki. Pojawia się niepokój, objawy somatyczne, apatia, silny lęk. Ważnym elementem jest oczekiwanie przez doświadczonego przemocy członka rodziny na kolejne krzywdy ze strony oprawcy. Wyczekiwanie w ogromnym napięciu może powodować, że ofiara sama powoduje konflikt, żeby już mieć go za sobą.

Kolejna, to faza gwałtownej przemocy, która polega na braku kontroli sprawcy nad sobą. Ofiara jest przerażona, czuje się bezradna, odczuwa wstyd, lęk, poczucie winy, stara się uspokoić oprawcę i ochronić siebie. Trzecia najkrótsza, jest to faza miodowego miesiąca. Sprawca przemocy okazuje skruchę, tłumaczy i usprawiedliwia swoje zachowanie oraz zmienia na krótką chwilę swój stosunek wobec ofiar (Helios i Jedlecka, 2017; Mazur, 2002).

W literaturze wyróżnia się kilka rodzajów przemocy wewnątrzrodzinnej. Jednym z nich jest przemoc gorąca, która jest kumulacją frustracji, gniewu i wściekłości. Odczucia prowadzą do utraty kontroli nad zachowaniem i emocjami, wskutek czego dochodzi do przemocy. Występują krzyki, wyzwiska, nadużycia fizyczne. Przemoc gorąca jest nagła i krótkotrwała. Towarzysze jej akty przemocy są działaniem celowym powodującym cierpienie ofiary. Przemoc chłodna jest odtwarzaniem wzorca zachowań, najczęściej zaobserwowanego w swoim rodzinnym domu. Ten rodzaj jest działaniem intencjonalnym, celem może być czyjeś dobro. Przemoc chłodna najczęściej jest niewidoczna dla obserwatora, natomiast u ofiar wywołuje niesamowity ból psychiczny, emocje są skrywane i kontrolowane. Przykładem może być styl autorytarny w wychowaniu. Styl ten prowadzi do przełamania oporu, w tym celu stosowane są krzywdzące kary (Mazur, 2002). Wymagania wobec dziecka są bardzo wysokie a osiągnięcia ignorowane. Dziecko jest kontrolowane, traktowane przedmiotowo. W stylu autorytarnym dziecko jest uległe, przygaszone lub agresywne, dominuje poczucie winy, wstydu i niższości (Brzezińska, Appelt i Ziółkowska, 2016). Toksyczność jest rodzajem przemocy niewerbalnej, dającej komunikaty tego, co aktualnie się dzieje. Często jest zapowiedzią rozpoczęcia cyklu przemocy. Ofiara czuje się zagrożona, czeka na wybuch, a nawet w napięciu emocjonalnym może sama spowodować sytuacje konfliktowe (Mazur, 2002).

Rodzina w której stosowana jest przemoc, ma dwa składowe elementy. Pierwszy, to emocje sprawcy, złość, frustracja, stres. Drugi, to odczucia ofiary lęk, bezsilność, wstyd, przerażenie. Członek rodziny stosujący przemoc kontroluje i panuje nad innymi w sposób nieodpowiedni i nieakceptowany. Krytykuje zachowania nieodpowiadające jego woli, komentuje, narzuca swoją wolę, jednocześnie nie wyma-

gając nic od siebie. W rodzinie dysfunkcyjnej granice są rozmyte, członkowie nie potrafią wchodzić w interakcje z zewnętrznym środowiskiem, słabo radzą sobie ze zmianami, wytwarzają nieadaptacyjne style radzenia sobie (Rode, 2010).

Dziecko doświadczające przemocy w rodzinie zmagają się z postawami krytykującymi, wyśmiewającymi i ignorującymi, wywołują one poczucie niższości, w następstwie czuje się gorsze od innych i ma zaniżoną samoocenę. Małoletni członek rodziny jest krytykowany za pomyłki. Dorasta w przekonaniu, że nie wolno się mylić. Nadmiernie stara się spełnić oczekiwania rodziców lub buntuje się przeciw nim. Opiekunowie oczekują od dziecka zachowań dojrzałych jak u dorosłego lub zachowań poniżej wieku rozwojowego. Czasami wymagania co do zachowań są ambiwalentne, z jednej strony wymaga się od dziecka, żeby samo o siebie zadbało, przygotowało obiad, uprało a z drugiej, nie daje się przyzwolenia dziecku na samodzielność, krytykując jego autonomię, lekceważąc jego potrzeby i własne zdanie. Rodzice nie uczą dziecka stawiania granic, co skutkuje nieumiejętnością bronięcia się przed przemocą ze strony innych osób. Następstwem braku wykształcenia odpowiednich granic jest podatność na zranienia, poniżenia, ataki ze strony innych oraz wchodzenie w dysfunkcyjne relacje poza domem (Kawula, Brągiel i Janke, 1998).

Nieprawidłowe funkcjonowanie rodziny zaburza relacje pomiędzy rodzicami jak, również pomiędzy dorosłymi i dziećmi. Atmosfera życia rodzinnego jest przygnębiająca, powoduje lęk, jest pełna nieufności i niedomówień, zagrażająca, agresywna. Dziecko nie ma poczucia bezpieczeństwa, jest nieufne w stosunku do środowiska wewnętrznego, jak i zewnętrznego. Potrzeby fizyczne, psychiczne lub emocjonalne dziecka są niezaspokojone. Więzy pomiędzy członkami są osłabione. Rodzice przejawiają wobec potomka wrogie uczucia, krytykują, izolują emocjonalnie, stosują surowe kary. (Cudak, 2011). Jednym z istotnych skutków doświadczania przemocy w dzieciństwie jest depresja.

POJĘCIE DEPRESJI, OBJAWY, RODZAJE

Depresja jest zaburzeniem psychicznym wchodzącym w grupę zaburzeń nastroju (chorób afektywnych). Jest negatywnym odczuciem obejmującym nastrój oraz stan fizyczny, psychiczny i behawioralny. Odczucia te utrzymujące się przez określony czas, są szkodliwe dla człowieka, zniekształcają obraz siebie i świata (Hammen, 2006).

Pierwsze objawy zaburzeń depresyjnych pojawiają się najczęściej w okresie od późnej adolescencji do wczesnej dorosłości, nie wyklucza to możliwości ich występowania w okresie dzieciństwa lub wieku senioralnym (Butcher, Hooley i Mineka, 2020). Przebieg choroby może być różny, mogą pojawiać się różne jej epizody. Nasilenia choroby w większości występują nieregularnie, a przerwy pomiędzy zachorowaniami wykazują duże różnice (Pużyński, 2006). Szacuje się, że w ciągu życia występuje kilka epizodów, a każdy kolejny zwiększa ryzyko następnego (Rybakowski, 2017).

Depresja objawia się obniżonym funkcjonowaniem w kilku różnych obszarach (Hammen, 2006).

Objawy afektywne w postaci nietypowych uczuć lub nastrojów (smutek, przygnębienie, pustka, bezradność). Osoby są rozdrażnione, apatyczne, nic ich nie cieszy, wykazują brak zainteresowania aktywnościami, które do tej pory sprawiały przyjemność (Hammen, 2006).

Objawy poznawcze są to zaburzenia formy i treści myślenia. W nielicznych przypadkach spowolnienie myślenia może prowadzić do znacznie osłabionego kontaktu z chorym. Osoby cierpiące na depresję mają trudności w skupieniu uwagi, zebraniu myśli oraz koncentracji. Występują problemy w podjęciu decyzji, choroba kreuje nieadekwatny obraz własnej osoby, otoczenia i przyszłości (Rybakowski, 2017). Odnaczają się niskim poczuciem własnej wartości oraz poczuciem winy, brakiem nadziei na osiągnięcie celu. Odczuwalna rozpacz podczas epizodu depresji może doprowadzić do rozmyślenia o śmierci lub o próbie samobójczej (Hammen, 2006).

Objawy behawioralne objawiają się wycofaniem z aktywności społecznej i ograniczeniem zachowań występujących podczas remisji. Osoby podczas choroby doświadczają zmian psychoruchowych, wolniej mówią i poruszają się lub są nadmiernie pobudzone ruchowo (Hammen, 2006).

Objawy somatyczne dotyczą apetytu, snu i energii. Zmiany snu mogą objawiać się w różnych formach. Trudności z zasypianiem, krótkim lub zbyt długim snem. Przeważnie chory zasypia szybko i nazbyt wcześnie wstaje, sen jest przerywany i nie spełnia swojej funkcji. Innym objawem jest też nadmierna senność w ciągu dnia. Podczas depresji pojawiają się zmiany związane z apetytem, odczuwalne jest zwiększenie lub zmniejszenie łaknienia. Towarzyszy temu spadek lub przybranie na wadze (Hammen, 2006; Rybakowski, 2017).

Depresja endogenna (Duża/Wielka Depresja) objawia się obniżonym nastrojem występującym niemal codziennie, utratą zainteresowania i utratą odczuwania przyjemności z aktywności sprawiających radość, utrzymuje się przez większość dnia prawie codziennie. Widoczny jest spadek lub zwiększenie masy ciała albo zmniejszony, lub zwiększony apetyt. Bezsenna lub nadmierna senność występująca niemal każdego dnia. Powtarzające się pobudzenie bądź spowolnienie psychoruchowe, zmęczenie lub poczucie braku energii. Występuje nieadekwatne, nadmierne poczucie winy, brak poczucia własnej wartości. Obniżona utrzymująca się zdolność myślenia, koncentracji, problem z podejmowaniem decyzji. Lęk przed śmiercią, uporczywe myśli o śmierci, nawracające myśli samobójcze. Pięć lub więcej wymienionych objawów występuje w ciągu dwóch tygodni, powodując zmianę poziomu funkcjonowania. Epizod wywołuje cierpienie lub upośledzenie funkcjonowania społecznego i innych istotnych obszarów. Duża depresja przejawia się różnymi dodatkowymi objawami. Jednym z nich jest epizod depresyjny z objawami melancholicznymi oprócz ogólnych objawów, osoba wykazuje utratę zainteresowania prawie wszystkimi czynnościami, brak przyjemności z podejmowania działań oraz nie wykazuje żadnej reakcji na miłe i oczekiwane wydarzenia. Epizod depresyjny z objawami psychotycznymi tutaj objawom depresji wielkiej towarzyszą urojenia lub halucynacje. Epizod jest dłuższy i bardziej upośledza poznawczo. Epizod depresyjny z katatonią zaburza sferę psychomotoryczną. Objawia się na różne sposoby od bezruchu do nadmiernej aktywności. Podwójna depresja jest połączeniem dużej depresji z dystymią. Przeważają objawy dystymii, raz na jakiś czas widoczne są

większe trudności w funkcjonowaniu, wtedy chory spełnia kryteria wielkiej depresji (Butcher, Hooley i Mineka, 2020).

Depresja psychotyczna to rodzaj w którym, występują objawy psychotyczne (Rybakowski, 2017), głównie urojenia grzeszności i winy, zdarzają się urojenia ruiny materialnej (Cierpiałkowska, 2020).

Depresja krótkotrwała nawracająca epizody trwają kilka dni i powtarzają się raz w miesiącu (Rybakowski, 2017).

Depresja maskowana jest to rodzaj, który występuje pod innymi objawami najczęściej somatycznymi (Rybakowski, 2017). Występuje też pod postacią uzależnień od alkoholu, nasilenia fobii lub natręctw oraz zachowaniami histerycznymi i skargami hipochondrycznymi (Cierpiałkowska, 2020).

Depresja sezonowa występuje wyłącznie w okresie zimowo-jesiennym. Objawia się pogorszeniem samopoczucia i nastroju, sennością, wzmożonym apetytem (Cierpiałkowska, 2020).

Dystymia (uporczywe zaburzenie depresyjne) jest, zaburzeniem przewlekłym o słabym lub umiarkowanym nasileniu. Przez większość dni w okresie dwóch lat występuje znacznie obniżony nastrój. W tym okresie osoba może mieć normalny nastrój utrzymujący się do kilku tygodni, maksymalnie dwa miesiące. Dodatkowo występuje zmniejszony lub zwiększony apetyt, bezsenność albo nadmierna senność, brak energii, zmęczenie, niska samoocena, problemy z koncentracją i podejmowaniem decyzji (Butcher, Hooley i Mineka, 2020).

DOŚWIADCZENIE PRZEMOCY W DZIECIŃSTWIE A OBJAWY DEPRESJI W DOROSŁOŚCI W ŚWIETLE BADAŃ EMPIRYCZNYCH

David Russell, Kristen W. Springer, Emily A. Greenfield (2010). Przeprowadzili badanie, dotyczące bycia świadkiem oraz doświadczenia przemocy w dzieciństwie a depresją u dorosłych. Badanie było przeprowadzone w Miami na Florydzie, w latach 1998–2000, kiedy uczestnicy mieli 19–21 lat, oraz 2000–2002 gdzie większość osób miała 21–23 lata. W badaniu wzięło udział 1175 osób. Pierwsza część obejmowała raport własny z doświadczeń, druga stopień nasilenia objawów depresyjnych 2 lata później. Bycie świadkiem przemocy, doświadczenie przemocy, oraz struktura rodziny i narażenie na inne niekorzystne czynniki, zostały zbadane za pomocą wywiadu. Objawy depresyjne zmierzono na zmodyfikowanej skali depresji CES-D. *Wyniki badania wskazują na związek przemocy z objawami depresji, częste narażenie na przemoc domową, ma znacząco większy wpływ na występowanie objawów depresyjnych.*

Daniel P. Chapman, Charles L. Whitfield, Vincent J. Felitti, Shanta R. Dube, Valerie J. Edwards, Robert F. Anda (2004) zbadali zależność między doświadczeniem przemocy w dzieciństwie a występowaniem depresji. Badanie przeprowadzono na 9460 osobach dorosłych (średnia wieku 56 lat, 54 procent osób badanych stanowiły kobiety. Dane zostały zebrane w ramach badania ACE w ramach współpracy pomiędzy Kaiser Permanente (San Diego, CA) oraz Center for Disease Control and Prevention (CDC, Atlanta). Kwestionariusz dotyczący przemocy został opra-

cowany na podstawie kilku różnych skal i zawierał pytania o: przemoc fizyczną, seksualną, emocjonalną, bycie świadkiem przemocy, nadużywanie substancji psychoaktywnych w gospodarstwie domowym, rozwód lub separację, przestępczość w środowisku domowym oraz chorobę psychiczną członka rodziny. Poziom depresji zbadano za pomocą instrumentu przesiewowego, wybrano osoby z Ciężką Depresją i Dystymią, narzędzie zawierało pytania z *Diagnostic Interview Schedule (DIS)*, oraz *Skali Depresji CES-D*. Wyniki wskazały na silny związek pomiędzy doświadczeniem przemocy w dzieciństwie a epizodami depresyjnymi w dorosłym życiu, zależność ta została osłabiona nieznacznie, gdy dołączono historię dorastania z chorym psychicznie, ale nadal pozostawała istotna statystycznie. *Przemoc emocjonalna stwarzała największe ryzyko występowania epizodów depresji, ale współwystępowała z innymi formami przemocy, co sugeruje, że ten rodzaj przemocy w połączeniu z innymi zmiennymi zwiększa ryzyko występowania depresji. Współwystępowanie różnych rodzajów przemocy zwiększa ryzyko i częstość występowania tej choroby. Pojawianie się epizodów w ciągu całego życia, jak i w ostatnim czasie było częstsze u kobiet.*

Lynne A. Hall, Barbara Sachs, Mary Kay Rayens, Melanie Lutenbacher (1993) przebadali 206 kobiet w wieku od 19 do 49 lat, które zostały rekrutowane z kliniki County Health Department. Uczestniczki badania charakteryzowały się niskimi dochodami i samotnym rodzicielstwem. Badanie było przeprowadzone trójfazowo, polegało na retrospektywnej ocenie doświadczenia przemocy fizycznej w dzieciństwie za pomocą zmodyfikowanej wersji *The Violence Scale of the Conflict Tactics Scales*, natomiast przemoc seksualną zbadano za pomocą dwóch dychotomicznych pytań. Aktualne objawy depresyjne zbadano skalą *CES-D*. *Wyniki badania wskazują związek pomiędzy depresją a doświadczeniem przemocy w dzieciństwie, 51% kobiet, miało objawy ciężkiej depresji. Maltretowanie fizyczne oraz seksualne w dzieciństwie wiązało się z większymi objawami depresji.*

Beth S. Brodsky, Maria Oquendo, Steven P. Ellis, Gretchen L. Haas, Kevin M. Malone, J. John Mann (2001) zbadali związek między przemocą w dzieciństwie a impulsywnością i próbami samobójczymi u osób z głęboką depresją. Przebadano 136 osób z depresją. Próby samobójcze zbadano za pomocą *The Suicide Intent Scale (SIS)*, natomiast objawy depresji mierzono za pomocą *The Hamilton Depression Rating Scale*. Impulsywność sprawdzono przy użyciu *The Barratt Impulsivity Scale*, a historię przemocy za pomocą skali *The Brown-Goodwin Aggression*. *Wyniki pokazują, że osoby doświadczające przemocy w dzieciństwie, wykazujące symptomy depresji w dorosłym życiu o wiele częściej podejmują próby samobójcze, ujawniają również wyższy poziom impulsywności i agresji, oraz częściej współwystępują te objawy z zaburzeniami osobowości (borderline).*

Cathy Spatz Widom, Kimberly Daumont, Sally J. Czaja (2007) przeprowadzili badanie podłużne, w celu ustalenia zależności pomiędzy przemocą seksualną, fizyczną i zaniedbaniem w dzieciństwie a, depresją w życiu dorosłym. Badanie zostało przeprowadzone w grupie 1196 osób. Pierwsze badanie było przeprowadzone, kiedy osoby miały mniej niż 12 lat, a drugie w wieku około 28 lat z obszaru środkowo-zachodnich Stanów Zjednoczonych, wybrane zostały osoby które, miały udokumentowaną historię przemocy w rejestrach sądowych. Do zbadania zaburzeń został użyty wywiad ustrukturalizowany, według kryteriów DSM-III-R. Wyniki pokazują

związek pomiędzy depresją w dorosłości a doświadczeniem przemocy w okresie dzieciństwa. *Osoby doznające nadużyć fizycznych lub zaniedbań oraz połączonych rodzajów przemocy mają częstsze stany depresyjne niż osoby, które nie mają historii niegodziwego traktowania w dzieciństwie.*

Wojciech Łukasz Dragan, Aleksandra Zielińska, Marta Zagdańska (2016) zbadali zależność między negatywnymi doświadczeniami a reaktywnością emocjonalną w powstawaniu zaburzeń lękowych i depresji. Przebadanych zostało 430 osób w wieku od 18 do 52 lat, do badania zgłaszano się poprzez forum internetowe dla studentów. Reaktywność emocjonalną zmierzono kwestionariuszem FCZ-KT, przemoc zbadano za pomocą polskiej wersji kwestionariusza dzieciństwa, do ustalenia występowania zaburzeń wykorzystano polską wersję *Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*. *Badanie pokazuje, że częstość negatywnych doświadczeń z dzieciństwa ma związek z nasileniem emocjonalnej reaktywności w okresie dorosłości. Zmienna RE jest bardziej wrażliwa na średnie i niskie nasilenie doświadczanej przemocy. Zmienna temperamentu nie była mediatorem relacji między przemocą a depresją.*

Badanie Sylwii Szymańskiej i Julity Świtalskiej (2008) dotyczyło związku pomiędzy przemocą domową a zaburzeniami depresyjnymi. Przebadano 191 osób z łódzkich szkół, wyższych i średnich w wieku od 16 do 27 lat, zastosowano *Inwentarz Depresji Becka* oraz *Skalę Zespołu Dziecka Krzywdzonego (ZDK)*, dodatkowo za pomocą ankiety indeksowano dane demograficzne i socjoekonomiczne. Wyniki wskazują związek pomiędzy przemocą domową a objawami depresji. *Badani, u których wystąpiły objawy depresji, częściej doświadczali krzywd niż osoby bez objawów, dodatkowo umiarkowane nasilenie objawów depresyjnych, występowało u tych, którzy doświadczyli przemocy we wszystkich jej formach. Kary fizyczne stosowane przez ojca oraz wykorzystywanie seksualne przez osobę spoza rodziny były najistotniejszymi czynnikami wpływającymi na objawy depresyjne, kolejnymi niekorzystnymi zmiennymi mającymi znaczenie była zła sytuacja finansowa, oraz nadużywanie alkoholu przez matkę.*

Robert D. Levitan, Sagar V. Parikh, Alain D. Lesage Kathleen M. Hegadoren, Martha Adams, Sidney H. Kennedy, Paula R. Goering (1998) przeprowadzili badanie dotyczące związku, pomiędzy przemocą a depresją, manią i objawami neurovegetatywnymi, była to wtórna analiza danych z „The Mental Health Supplement”. Przebadano 8116 osób mieszkańców Ontario w Kanadzie, w wieku od 15 do 64 lat, z całej próby 653 osoby spełniały kryteria depresji. Przeprowadzono ankietę dotyczącą zdrowia psychicznego (*The Mental Health Supplement Questionnaire*) oraz użyto *UM-Composite International Diagnostic Interview*, aby sprawdzić poziom nasilenia zaburzeń, przemoc była mierzona za pomocą kwestionariusza samooceny. *Badania potwierdziły związek pomiędzy doświadczaniem przemocy fizycznej i seksualnej a głęboką depresją z odwróconymi cechami neurovegetatywnymi, jak również zależność pomiędzy chorobą afektywną dwubiegunową a doświadczeniem przemocy w dzieciństwie. Związek pomiędzy doświadczaniem przemocy fizycznej z depresją w grupie z objawami neurovegetatywnymi był istotny bez względu na płeć. W przypadku przemocy seksualnej wpływ płci był istotny, wyższe wyniki dotyczące przemocy były związane z epizodami depresji atypowej.*

Tracie O. Afifi, Natalie P. Mota, Patricia Dasiewicz, Harriet L. MacMillan, Jitender Sareen (2012) sprawdzili związek pomiędzy karami fizycznymi a zaburzeniami psychicznymi. Dane zebrane do badania pochodziły z drugiej części *The National Epidemiologic Survey of Alcohol and Related Conditions (NESARC)*. Grupa badanych obejmowała 34 653 osoby w wieku 20 lat. Przemoc fizyczna została sprawdzona za pomocą *Skali Taktyki Konfliktu (CTS)* oraz *Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)*. Historię dysfunkcji oceniono za pomocą 5 pytań o rodzica lub inną osobę dorosłą w gospodarstwie. Zaburzenia zostały zmierzone za pomocą wywiadu, który oparty był na *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. *Wyniki pokazują związek pomiędzy ciężkim karaniem fizycznym a zaburzeniami psychicznymi. Narażenie na doświadczenie kar cielesnych zależało od narodowości i płci. Mężczyźni byli bardziej narażeni niż kobiety. Najbardziej narażoną grupą na doświadczenie przemocy fizycznej były osoby pochodzące z rodzin dysfunkcyjnych.*

Debbie M. Sperry, Cathy Spatz Widom (2013) w badaniu podłużnym mieli możliwość sprawdzić, jak wsparcie społeczne wpływa na dorosłych, którzy doświadczyli przemocy w dzieciństwie. Dane pochodzą z badania kohortowego, pierwsza próba składała się z przypadków przemocy wobec dzieci (1967–1971), ich sprawy były na tyle poważne, że zwróciły uwagę władz. W latach 1989–1995 były przeprowadzane dwugodzinne wywiady, które obejmowały ocenę psychiatryczną, średnia wieku wynosiła 29,1 lat. Kolejne wywiady uzupełniające przeprowadzono w latach 2000–2002, średnia wieku uczestników badania wynosiła wówczas 39,5 lat (badanie dotyczyło zmiennej – wsparcie społeczne). Ostatnie badanie dawało możliwość zbierania danych o doświadczanym poziomie lęku, depresji i zażywaniu narkotyków. Przeprowadzono je w latach 2003–2005 (średnia wieku wynosiła wówczas 41,2). Badanie przeprowadzono na 696 osobach, różnych narodowości. Wsparcie społeczne zostało ocenione za pomocą *Interpersonal Support Evaluation List (ISEL)*, która została skrócona i dostosowana do badanych. Lęk zbadano za pomocą kwestionariusza *The Beck Ankiety Inventory (BAI)*, a depresje za pomocą skali CES-D; używanie narkotyków sprawdzono za pomocą zaadaptowanych pytań z *Rutgers Health and Human Development Project*. *Badanie pokazuje, że osoby maltretowane zgłaszają niższy poziom wsparcia społecznego oraz że wsparcie społeczne zmniejsza poziom nasilenia lęku czy depresji, ale nie ma wpływu na zażywanie narkotyków. Wyniki te wskazują również na trwałe problemy osób dorosłych które, doświadczyły przemocy w dzieciństwie.*

Tamara L. Taillieu, Douglas A. Brownridge, Jitender Sareen, Tracie O. Afifi, (2016) zbadali wpływ różnych form przemocy emocjonalnej w dzieciństwie na zaburzenia psychiczne w życiu dorosłym. Przebadano 34653 osoby w wieku powyżej 20 lat mieszkających w Stanach Zjednoczonych. Nadużycia emocjonalne zostały zbadane za pomocą *Adverse Childhood Experiences (ACE)*. Zaburzenia psychiczne sprawdzono za pomocą *Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule (AUDADIS-IV)*. Badania wskazują na istotny związek pomiędzy wykorzystywaniem lub zaniedbaniem emocjonalnym (albo obiema formami występującymi równocześnie) a zaburzeniami psychicznymi. *Maltretowanie psychiczne w dzieciństwie współwystępowało często z innymi formami przemocy. Znaczna grupa badanych zgłosiła jako sprawcę przemocy emocjonalnej rodzica lub innego opiekuna mieszkającego w domu. Zaniedbanie emocjonalne w dzieciństwie wiązało się*

z trwałym rozpoznaniem zaburzeń psychicznych takich jak depresja, dystymia, fobia społeczna, a także zaburzeń osobowościowych schizoidalnych, schizotypowych oraz borderline.

WNIOSKI KOŃCOWE

Opisane badania wykazują związek pomiędzy doświadczeniem przemocy w dzieciństwie a depresją w życiu dorosłym. Każdy rodzaj doznawanej przemocy w okresie małym wiąże się z depresją w dorosłości. Można zauważyć, że nie ma jednej formy przemocy związanej z depresją, również nie zawsze doświadczenie przemocy w dzieciństwie prowadzi do depresji. Mogą wystąpić inne zaburzenia, jak również współwystępować różne problemy psychiczne, somatyczne, czy biologiczne. Nie do końca jest wiadomo, czy silniejszym wyznacznikiem zaburzeń depresyjnych są predyspozycje genetyczne, czy też doświadczenia traumatyczne. Zasadne wydaje się założenie, że silniejsze predyspozycje genetyczne do choroby afektywnej jednobiegunowej będą sprzyjały występowaniu stanów depresyjnych nawet przy mniejszym stopniu doznawanej przemocy. Patrząc z tego punktu widzenia osoba z predyspozycjami genetycznymi i nieczęstymi doświadczeniami przemocy może mieć taki sam poziom nasilenia epizodów depresyjnych, co osoba bez predyspozycji, ale doświadczająca bardzo często maltretowania.

Przedstawione badania zwracają uwagę na dość istotny problem społeczny oraz daleko idące skutki stosowania przemocy wobec dzieci.

DOŚWIADCZANIE PRZEMOCY W DZIECIŃSTWIE A NASILENIE DEPRESJI W DOROSŁOŚCI

STRESZCZENIE

W artykule wskazano na społeczne i psychologiczne znaczenie problemu związanego z doświadczeniem przemocy w dzieciństwie (głównie w środowisku rodzinnym) w relacji do wybranych aspektów zdrowia psychicznego w okresie dorosłości. Analizy zostały przeprowadzone na podstawie przeglądu badań empirycznych zamieszczonych w literaturze światowej. Wskazuje ona na istotny związek pomiędzy przemocą emocjonalną, fizyczną, seksualną, zaniedbaniem a zaburzeniami depresyjnymi w dorosłości. Silniejsze doświadczanie różnych form przemocy pogłębia problemy psychiczne oraz społeczne dorosłych w różnych obszarach funkcjonowania.

EXPERIENCING VIOLENCE IN CHILDHOOD AND SEVERITY OF DEPRESSION IN ADULTHOOD

SUMMARY

The article points out the social and psychological significance of the problem associated with the experience of violence in childhood (mainly in the family environment) in relation to selected aspects of mental health in adulthood. The analysis was based on a review of empirical studies found in the world literature. It indicates a significant relationship between emotional, physical, sexual violence, neglect and depressive disorders in adulthood. More intense experience of different forms of violence aggravates psychological and social problems of adults in different areas of functioning.

GEWALTERFAHRUNGEN IN DER KINDHEIT UND SCHWEREGRAD DER DEPRESSION IM ERWACHSENENALTER

ZUSAMMENFASSUNG

Der Artikel verdeutlicht die soziale und psychologische Bedeutung des Problems der Gewalterfahrung in der Kindheit (hauptsächlich im familiären Umfeld) in Bezug auf ausgewählte Aspekte der psychischen Gesundheit im Erwachsenenalter. Die Analyse basierte auf einer Überprüfung empirischer Studien, die in der Weltliteratur gefunden wurden. Sie zeigt einen signifikanten Zusammenhang zwischen emotionaler, körperlicher und sexueller Gewalt, Vernachlässigung und depressiven Störungen im Erwachsenenalter. Eine intensivere Erfahrung mit verschiedenen Formen von Gewalt verschlimmert die psychologischen und sozialen Probleme von Erwachsenen in verschiedenen Funktionsbereichen.

BIBLIOGRAFIA

- Afifi T.O., Mota N.P., Dasiewicz P., MacMillan H. L., Sareen J., (2012), *Physical punishment and mental disorders: results from a nationally representative US sample*, „Pediatrics” 130(2)2012, DOI: 10.1542/peds. 2011–2947.
- Brodsky B.S., Oquendo M., Ellis S.P., Haas G.L., Malone K.M., Mann J.J., (2001). *The Relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behavior in adults with major depression*, „The American Journal of Psychiatry” 158(11)2001, s. 1871–1877.
- Brzezińska A.I., Appelt K., Ziółkowska B., (2016), *Psychologia Rozwoju Człowieka*, Sopot: Wydawnictwo GWP.
- Butcher J.N., Holley J.M., Mineka S., (2020), *Stres a zdrowie fizyczne i psychiczne*, w: J.N. Butcher, J.M. Hooley, S. Mineka, *Psychologia Zaburzeń*, Sopot: Wydawnictwo GWP, s. 177–209.

- Chapman D.P., Whitfield C.H.L., Felitti J.V., Dube R.S., Edwards V.J., Anda R.F., (2004). *Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders In adulthood*, „Journal of Affective Disorders” 82(2004), s. 217–225.
- Cierpiąkowska L., (2020), *Zaburzenia afektywne*, w: L. Cierpiąkowska, *Psychopatologia*, wyd. 3, Białystok: Wydawnictwo Naukowe Scholar, s. 240–264
- Cierpiąkowska L., (2020), *Zaburzenia nerwicowe i zespół stresu pourazowego*, w: L. Cierpiąkowska, *Psychopatologia*, wyd. 3, Białystok: Wydawnictwo Naukowe Scholar, s. 375–392.
- Cudak H., (2011), *Dysfunkcje rodziny i jej zagrożenia opiekuńczo-wychowawcze*, „Pedagogika Rodziny” 1(2)2011, s. 7–14.
- Dragan W.Ł., Zielińska A., Zagdańska M., (2016), *Negatywne zdarzenia z dzieciństwa jako moderator związku reaktywności emocjonalnej i występowania zaburzeń lękowych i depresyjnych w grupie nieklinicznej*, „Psychiatria Polska” 50(1)2016, s. 95–104, DOI: <http://dx.doi.org/10.12740/PP/40064>.
- Hammen C., (2006), *Depresja*, Gdańsk: Wydawnictwo GWP.
- Helios J., Jedlecka W., (2017), *Współczesne oblicza przemocy. Zagadnienia Wybrane*, Wrocław: E- Wydawnictwo. Prawnicza i Ekonomiczna Biblioteka Cyfrowa.
- Helios J., Jedlecka W., (2019), *Przemoc wobec dzieci w rodzinie*, Wrocław: E- Wydawnictwo. Prawnicza i Ekonomiczna Biblioteka Cyfrowa.
- Iwański T., (2016), *Problem zjawiska przemocy w rodzinie w Polsce i na świecie*, w: *Różne Barwy Przemocy*, red. E. Krajewska-Kułak, K. Kowalczyk, A. Kułak-Bejda, A. Guzowski, W. Kułak, Białystok: Uniwersytet Medyczny w Białymstoku Wydział Nauk o Zdrowiu, s. 33–44.
- Kawula S., Brągiel J., Janke A. W., (1998), *Pedagogika Rodziny, Obszary i panorama problematyki*, Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Kolankiewicz M., (2012), *Zaniedbywanie dzieci*, „Dziecko Krzywdzone” 2(39)2012, s. 81–94.
- Levitan R.D., Parikh S. V., Lesage A.D., Hegadoren K.M., Adams M., Kennedy S.H., Goering P.N., (1998), *Major depression in individuals with a history of childhood physical or sexual abuse: relationship to neurovegetative features, mania, and gender*, „The American Journal of Psychiatry” 155(17)1998, s. 46–1752.
- Mazur J. (2002), *Przemoc w rodzinie. Teoria i rzeczywistość*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Pospiszyl I., (1994), *Przemoc w rodzinie*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Pużyński S., (2006), *Choroby afektywne*, w: *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, red. A. Bilikiewicz, wyd. 3, Warszawa: Wydawnictwo PZWL, s. 323–340.
- Rode D., (2010), *Psychologiczne uwarunkowania przemocy w rodzinie. Charakterystyka sprawców*, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Russell D., Springer K.W., Greenfield E.A., (2010), *Witnessing domestic abuse In childhood as an independent risk factor for depressive symptoms In young adulthood*, „Child Abuse & Neglect” 34(6)2010, s. 448–453, DOI:10.1016/j.chiabu. 2009.10.004.
- Rybakowski J., (2017). *Zaburzenia afektywne*, w: *Psychiatria*, red. M. Jarema, wyd. 2, Warszawa: Wydawnictwo PZWL, s. 153–163.
- Sperry D.M., Widom C.S., (2013), *Child abuse and neglect, social support, and psychopathology in adulthood: a prospective investigation*, „Child Abuse & Neglect” 37(6)2013, s. 415–425, DOI:10.1016/j.chiabu. 2013.02.006.
- Szymańska S., Świtalska J., (2008), *Związek objawów depresyjnych u młodzieży z doświadczeniem przemocy domowej w dzieciństwie*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna” 8(3)2008, s. 146–154.

- Taillieu T.L., Brownridge D.A., Sareen J., Afifi T.O., (2016), *Childhood emotional maltreatment and mental disorders: results from a nationally representative adult sample from the United States*, „Child Abuse & Neglect” 59(1–2)2016, <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.07.005>.
- Widom C.S., DuMont K., Czaja S.J., (2007), *A Prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grow up*, „Jama Psychiatry” 64(1)2007, s. 49–56, DOI:10.1001/archpsyc.64.1.49.
- Włodarczyk J., (2017), *Przemoc wobec dzieci. Dzieci się liczą. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce*, „Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka” 16(1)2017, s. 192–213.
- Wójcik S., (2012), *Przemoc fizyczna wobec dzieci*, „Dziecko krzywdzone” 2(39)2012, s. 7–28.