

# FORUM DYSKUSYJNE

## DISCUSSION FORUM

Norbert Dera<sup>1</sup>, Wojciech Gruszczyński<sup>2</sup>

Received: 11.07.2011

Accepted: 24.08.2011

Published: 31.10.2011

## Problemy medyczne agresji i przemocy w rodzinie u dzieci

### Medical problems of aggression and violence in children in family

<sup>1</sup> Oddział Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie.

Ordynator: dr n. med. Jolanta Meller

<sup>2</sup> Klinika Zaburzeń Nerwicowych Związanych ze Stressem. Uniwersytet Medyczny w Łodzi.

Kierownik: prof. dr hab. n. med. Wojciech Gruszczyński

Adres do korespondencji: Oddział Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka, WSS w Olsztynie, ul. Żołnierska 18, 10-561 Olsztyn, tel.: 89 538 65 52, e-mail: nderrick@interia.pl

Praca finansowana ze środków własnych

### Streszczenie

Przemoc jest procesem ponadczasowym, wykraczającym poza granice i uwarunkowania etniczne, rasowe, wiekowe, narodowościowe i socjoekonomiczne. Dane CBOS wskazują, że co piąty Polak bije swoje dzieci raz w miesiącu lub częściej. Ponad 25% młodzieży spotyka się z przemocą w swoich rodzinach. Podstawowym problemem, niepozwalającym w pełni oszacować rozmiaru zjawiska, jest niska zgłaszalność przypadków przemocy organom porządkowym – tylko co siódme zdarzenie zgłaszane jest na policję w Stanach Zjednoczonych, w Polsce zgłaszalność jest jeszcze mniejsza. Skutki krzywdzenia dziecka pozostają na długie lata w sferze fizycznej i psychicznej. U dzieci takich obserwuje się zwykle opóźnienie rozwoju mowy, płaczliwość, lękliwość, drażliwość lub obojętność, brak reakcji na uśmiech i głos dorosłych, a także opóźnienie rozwoju motorycznego, zaburzenia snu i łaknienia. Dzieci doznające przemocy znacznie częściej skarżą się na dolegliwości pod postacią bólów brzucha, głowy, zakażeń układu moczowego (z.u.m.), urazów, astmy, nawracających infekcji dróg oddechowych (n.i.d.o.), wymiotów, moczenia nocnego, zaburzeń miesiączkowania. Zaburzenia emocjonalne wywołane przemocą są określane również jako *zespół zaburzeń stresu pourazowego* (PTSD). Z punktu widzenia psychiatrycznego u dziecka lub młodocianego doświadczającego długotrwałej wieloletniej traumy dochodzi z czasem do tzw. złożonego zespołu stresu pourazowego (*disorders of extreme stress not otherwise specified*, DESNOS). Z kolei przeżyte w dzieciństwie traumatyczne wydarzenia związane z problemem alkoholowym rodziców wywołują zespół objawów psychopatologicznych i zaburzeń zachowania o nazwie *doroste dzieci alkoholików* (DDA).

**Słowa kluczowe:** agresja i przemoc w rodzinie, stan psychiczny i somatyczny dzieci, rozwój dzieci, DESNOS, DDA

### Summary

Violence is a timeless process going beyond ethnic, racial, age, national, socioeconomic limits and conditions. CBOS (Polish Public Opinion Research Centre) data shows that every five Pole beats children once a month or more frequently. Over 25% of teenagers meet violence in their families. The basic problem which does not allow to estimate the size of phenomenon completely is notification of violence cases to the law enforcement bodies – only every seven case is reported to the police in the USA, in Poland the notification is much lower. The effects of hurting a child remain in physical and mental sphere for long years. In such children speech defects, weepiness, fearfulness, oversensitivity or indifference, lack of reaction on an adult's smile or voice, backward of motricity development, sleeping and eating disorders are usually observed. Children experiencing violence complain much more frequently about ailments such as stomachache, headache, infec-

tions of urinary system, traumas, asthma, recurrence of airway infections, vomiting, bed-wetting, period disorders. Emotional disorders provoked by violence are also defined as post-traumatic stress disorder syndrome (PTSD). From a psychiatric point of view in a child or an adolescent experiencing the long-term trauma it leads over time to complex post-traumatic stress disorder (DESNOS). Whereas traumatic events connected with parents' alcoholic problems experienced in childhood cause syndrome of psychopathological symptoms and behaviour disorders called Adult Children of Alcoholics (ACoA).

**Key words:** aggression and violence in family, children's mental and somatic state, children's development, DESNOS, ACoA

Przemoc towarzyszyła człowiekowi od początku jego istnienia. Historia pokazuje, jak dzieci i młodzież stale i mocno odczuwały negatywne skutki sytuacji ekonomicznej, społecznej i kulturowej społeczeństwa. Niewiele jest kultur, w których dziecko osiągnęło specyficzny, właściwy sobie status. W przeważającej liczbie przypadków uważano je raczej za obciążenie i istotę pozostającą w służbie dorosłych niż za podmiot charakteryzujący się wyróżniającymi go cechami i potrzebami. Różne formy przemocy w stosunku do dzieci, jakie istniały od epoki klasycznej, były bardzo mocno zakorzenione w społeczeństwie średniowiecza, dlatego porzucanie, sprzedaż czy zabijanie dzieci były czymś zwyczajnym. Dopiero w XII wieku wydano pierwsze prawo, które za zadanie śmierci lub nieumyślne uduszenie dziecka przewidywało taką samą karę jak za zabójstwo dorosłego. W wiekach XVI i XVII dokonywała się powolna zmiana, która zmodyfikowała średniowieczne postrzeganie dzieciństwa. W XIX wieku dziecko zostało otoczone specyficznym i nowym uczuciem przez klasy średnie, które swoje źródło miało w nowej koncepcji rodziny, rozpowszechnionej przez ideologię mieszczańską. Z drugiej strony dzieci ogromnej liczby robotników, jakich stworzył ten wiek, wykorzystywane były do pracy w fabrykach, rolnictwie, kopalniach. Pracowały jak niewolnicy po czternaście godzin za nędzne wynagrodzenie. Ich dzieciństwo było strasliwym pasmem nędzy, wykorzystywania i nadużyć. W XX wieku stosowanie kar cielesnych wyszło z repertuaru właściwych metod wychowawczych i nie jest powszechnie spotykane we współżyciu z ludźmi. Karanie pozostaje jednak nadal w sferze oddziaływań społecznych i psychologicznych oraz w interakcjach psychicznych między ludźmi. Zmieniły się tylko formy.

Doniesienia medialne wskazują, że przemoc domowa zatacza coraz szersze kręgi, jest procesem, który stale przybiera na sile. Problemy codziennego życia, narastające bezrobocie, bieda, wielodzietność, konflikty w rodzinie, narkomania, brak perspektyw oraz widoków na lepszą przyszłość rodzi sytuacje konfliktowe, pogłębia stresy i frustracje. Do przemocy w rodzinie dochodzi w obliczu trudności, które przekraczają możliwości radzenia sobie rodziny. Czynnikiem wyzwalającymi mogą

być również choroby dzieci, opóźnienie rozwoju, zachowanie i temperament, a także stres społeczny, społeczna akceptacja bicia oraz akceptacja rozwiązywania konfliktów przy użyciu przemocy, przekonania religijne oraz kulturowe dotyczące dyscypliny. Rozpatrując zjawisko agresji i przemocy w rodzinie w kontekście socjologicznym, podkreśla się i akcentuje integrującą rolę rodziny w społeczeństwie. Oczywiście jest zatem, że im spójniejsza, bardziej zwarta i kochająca się rodzina, tym mniej w niej agresji i przemocy. Osłabienie składników integrujących społeczność rodzinną osłabia równocześnie mechanizmy „kontroli społecznej” w rodzinie, co częstokroć powoduje nasilenie się zachowań dewiacyjnych czy destrukcyjnych. Dzieje się tak bardzo często w tzw. rodzinach niepełnych, gdzie jedno z rodziców nie żyje, bądź w rodzinach rozbitych, w których po rozwodzie rodziców dziecko pozostaje z jednym tylko rodzicem – z ojcem lub matką. Istnieje wiele poglądów oraz definicji przemocy domowej. W sposób najpełniejszy określa się ją jako „każde działanie jednego z członków rodziny lub zaniedbanie, które zagrażają życiu, cielesnej i psychicznej integralności lub wolności innego członka tej samej rodziny bądź poważnie szkoda rozwojowi jego (jej) osobowości”<sup>(1)</sup>. Osobowość dziecka zaczyna się kształtować w pierwszych tygodniach życia płodowego i ewoluuje przez całe życie postnatalne. Toteż pełna rodzina stanowi naturalne, podstawowe i pierwsze środowisko, w którym przebiega rozwój podstawowych cech osobowości dzieci, bezpośrednio modyfikujące ich zachowanie. Przyjmowane przez rodziców w procesie wychowawczym role żywicieli, opiekunów i wychowawców mają decydujący udział w kształtowaniu się osobowości dziecka, jego świata myśli, uczuć, dążeń oraz w tworzeniu się obrazu siebie samego, poczucia własnego Ja<sup>(2)</sup>. Na rozwój dziecka składa się całościowy rozwój jego napięcia mięśniowego, ruchliwości, uczuciowości, inteligencji i mowy. Wszelkiego rodzaju stresy przeżywane przez kobietę w ciąży sprawiają, że dziecko rodzi się nadpobudliwe lub/i z deficytem uwagi, a ostatnio mówi się, że nawet sam „szok narodzin” jest źródłem wszystkich późniejszych niepokojów. Wpływ środowiska domowego jest niebagatelny. Takie uczucia, jak miłość, radość, szczęście, określane jako uczucia przyjemne, pomoga-

ją w prawidłowym, normalnym rozwoju dziecka. Z kolei uczucia określane jako przykre – złość, zazdrość – zdecydowanie ten rozwój hamują<sup>(3)</sup>. Dzieci pozbawione miłości, nieobdarzane nią, a więc niemające możliwości przeżywania tego uczucia, rozwijają się gorzej nie tylko psychicznie, ale przeważnie także fizycznie. U dzieci takich obserwuje się zwykle opóźnienie rozwoju mowy, płaczliwość, lękliwość, drażliwość lub obojętność, brak reakcji na uśmiech i głos dorosłych, a także opóźnienie rozwoju motorycznego, zaburzenia snu i łaknienia. Dzieci takie zaczynają później chodzić. Chodzą mniej pewnie i sprawnie niż rówieśnicy. Robią wrażenie nieszczęśliwych, a często nawet można obserwować u nich stany depresyjne z próbami samobójczymi. Uważa się, że pozbawienie niemowlęcia (w końcu pierwszego roku życia) dodatnich przeżyć emocjonalnych na dłużej niż 3-5 miesięcy nie rokuje możliwości pełnego przywrócenia go do prawidłowego rozwoju uczuciowego. Dobra, uczuciowa atmosfera domu rodzinnego – serdeczność, miłość, zainteresowanie, ciepło otaczające dziecko od urodzenia mają dla jego prawidłowego rozwoju zasadnicze i decydujące znaczenie. Brak tego ciepła hamuje i wypacza rozwój uczuciowy dziecka, pogłębia egocentryzm, wyzwala i utrwała lękliwość i nieufność, a w późniejszym czasie może prowadzić nawet do kształtowania się postaw agresywnych. Równie ważne jest anatomiczne podłoże rozwoju psychicznego. W powstawaniu tzw. nerwic znaczącą rolę przypisuje się urazowi psychicznemu, mikrouszkodzeniom mózgu, zaburzeniom osobowości dziecka pod wpływem nieprawidłowych postaw emocjonalnych rodziców i ich błędów wychowawczych. Bliski związek między procesami emocjonalnymi a somatycznymi umożliwia ocenę zjawisk emocjonalnych przez prześledzenie głównych zmian fizjopsychopatologicznych związanych z pojawieniem się silnych emocji. Przemoc wyzwala w dziecku reakcje napięcia, lęku, niepokoju, które muszą zostać w jakiś sposób zredukowane, najczęściej za pomocą nadpobudliwości, niedokładności, płaczliwości, moczenia nocnego, agresywności w stosunku do kolegów i obcych. Dzieci cierpią i są krzywdzone nie tylko wtedy, kiedy doświadczają przemocy bezpośrednio, ale także wtedy, gdy są świadkami przemocy dorosłych. Już sama rola świadka przemocy wpływa niekorzystnie na ich rozwój. Narazone na przemoc między rodzicami wykazują różne problemy zdrowotne, źle śpią, są nadmiernie płaczliwe. Dzieci w wieku przedszkolnym ujawniają paniczny lęk, są drażliwe, bojaźliwe, jękają się. Starsze dzieci wykazują duży poziom lęku, są zamknięte w sobie, często agresywne. Chłopcy mają więcej zachowań agresywnych, a także częściej niż dziewczynki doświadczają napadów złości. Dziewczynki z kolei częściej niż chłopcy są wycofane, pasywne, trzymają się kurczowo rodzica, są nieufne wobec mężczyzn. Przemoc wobec dzieci to nie tylko fizyczne karanie – użycie siły, którego rezultatem jest nie-

przypadkowe zranienie, to także przemoc psychiczna prowadząca do zniszczenia pozytywnego obrazu własnej osoby, wykorzystywanie seksualne, gdy dorosły traktuje dziecko jako obiekt seksualny i posługuje się nim w celu zaspokojenia swoich potrzeb, oraz zaniebdanie, czyli ciągle niezaspokajanie podstawowych potrzeb fizycznych i emocjonalnych dziecka. Przemoc domowa wykracza poza granice i uwarunkowania etniczne, rasowe, wiekowe, narodowościowe i socjoekonomiczne<sup>(4)</sup>. Przemoc możemy rozpatrywać z czterech perspektyw: prawnej, moralnej, społecznej i psychologicznej<sup>(5)</sup>. Stosowane są socjologiczne, psychologiczne oraz całościowe wyjaśnienia przemocy w rodzinie. Opracowano Indeks ryzyka (Centrum Urazów Dziecięcych w Waszyngtonie), w którym jako podstawowe przyczyny maltretowania dzieci wymieniono: alkoholizm, psychozy oraz narkomanię rodziców. Większość aktów przemocy domowej (około 50-70%) jest związana z nadużywaniem alkoholu. Jak wynika z danych CBOS, co piąty Polak bije swoje dzieci raz w miesiącu lub częściej<sup>(6)</sup>. Alkoholizm może prowadzić do uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego, w ślad za czym idą poważne trudności w kontrolowaniu emocji i kontroli poznawczej nad otoczeniem, w tym realistycznej oceny interpretacji rzeczywistości<sup>(7)</sup>. Należy również podkreślić związek pomiędzy doświadczeniem przemocy, odrzucenia i wykorzystywania we własnym dzieciństwie a powielaniem tych zachowań w stosunku do własnych dzieci<sup>(8-11)</sup>. Wieloletnie doświadczenie psychiatryczne oraz badania naukowe, prowadzone przez Tsirigotisa i Gruszczyńskiego, na populacji dorosłych pacjentów potwierdzają istnienie związku pomiędzy różnego rodzaju zaburzeniami psychicznymi, określanymi mianem nerwicy, a przeżywanymi w dzieciństwie traumatycznymi wydarzeniami związanymi z problemem alkoholowym rodziców. Zespół objawów psychopatologicznych i zaburzeń zachowania nosi nazwę *dorośle dzieci alkoholików* (DDA). Z prowadzonych badań wynika, że dzieci, które doświadczyły przemocy w rodzinie alkoholowej, najczęściej mają zaburzony rozwój, a w życiu dorosłym albo same stosują przemoc, albo nadal cierpią z powodu przemocy, co powoduje u jednych i u drugich zaburzenia adaptacyjne o różnym obrazie psychopatologicznym<sup>(12-14)</sup>. Biorąc pod uwagę biologiczne aspekty, agresję kojarzy się najczęściej z męskim hormonem (testosteronem) i „męskim” chromosomem Y i uważa się za cechę raczej mężczyzn niż kobiet<sup>(15)</sup>. Istnieją również dowody, że środowisko i przeżycia osobiste są silniejszymi czynnikami determinującymi zarówno depresję, jak i zachowania samobójcze niż dziedziczność, że zatem zdrowe środowisko i wychowanie mogą skutecznie „unieszkodliwić” ewentualne predyspozycje samobójcze odziedziczone przez daną osobę. Najczęściej ofiarami przemocy są dzieci w wieku od urodzenia do 3 lat, przy czym ponad 80% ogółu ofiar jest maltretowanych przez jednego lub obo-

je rodziców. W 2002 roku z powodu maltretowania i zaniedbania wśród niemowląt i starszych dzieci zgłoszono około 1400 zgonów, w tym dzieci poniżej roku stanowiły 41,2%, a poniżej 4. roku życia – 83%. Zgon w wyniku złego traktowania częściej wiązał się z zaniedbywaniem (37,6%) niż jakimkolwiek innym rodzajem przemocy<sup>(16)</sup>. Przemocy słownej (wyzwisk i krzyków) w swojej rodzinie doświadcza 19,28% badanych (19,05% dziewczynek i 19,52% chłopców). Często bitych, za drobne przewinienia, jest 10,85% badanych (11,91% dziewczynek i 9,76% chłopców). Niestety, aż 4,82% dzieci było bitych z uszkodzeniem ciała; częściej zdarzało się to dziewczynkom – 7,15% niż chłopcom – 2,44%. Do wykorzystywania seksualnego przez dorosłych przyznało się 2,41% młodzieży (2,38% dziewcząt i 2,44% chłopców). Jednak namawianych do wspólnego z dorosłymi oglądania pornografii było już 20,49% badanych (4,77% dziewczynek i 36,59%) chłopców<sup>(17)</sup>. Ponad 25% młodzieży styka się z przemocą w swoich rodzinach. Z danych Komendy Głównej Policji wynika, że z powodu awantur rodzinnych dochodzi do blisko miliona interwencji policyjnych rocznie. Stanowią one 70% wszystkich interwencji policyjnych (1994 r.). W uruchomionym telefonie zaufania „Niebieska Linia”, poświęconym specjalnie problemom przemocy, w roku 1997 zarejestrowano 5077 rozmów związanych z przemocą domową.

Badania CBOS wskazują, że<sup>(18)</sup>:

- 60% badanych stosuje kary fizyczne wobec dzieci do 19. roku życia;
- 14% przyznało, że w ciągu ostatniego roku sprawiło tzw. porządne lanie swojemu dziecku;
- 33% rodziców bije dzieci do 6. roku życia;
- 10% rodziców bije nastoletnie dzieci (16-19 lat).

Do najczęściej spotykanych form przemocy należą nadużycia seksualne wobec dzieci. Ofiary molestowania seksualnego mogą mieć zarówno problemy psychologiczne i emocjonalne w życiu seksualnym i rodzinnym, jak i zdrowotne oraz społeczne.

Podstawowe problemy związane z przemocą domową to ich zgłaszalność oraz rozpoznanie. W Stanach Zjednoczonych tylko co siódme zdarzenie przemocy w rodzinie jest zgłaszane na policję. Szacuje się, że w Polsce zgłaszalność jest jeszcze mniejsza<sup>(19)</sup>. Maltretowanie powinno być brane pod uwagę w rozpoznaniu różnicowym każdego przypadku urazu, którego udziałem jest dziecko. Zmiany pourazowe, będące następstwem krzywdzenia, tzw. zmiany pourazowe nieprzypadkowe, stwierdza się najczęściej poniżej 3. roku życia. Dotyczą one przede wszystkim układu kostnego i centralnego układu nerwowego. Diagnostyka obrazowa u tych pacjentów sprowadza się głównie do zdjęć rentgenowskich układu kostnego, wykonywanych wg określonego protokołu, TK głowy, a w wybranych przypadkach jest uzupełniana badaniem MR. U dzieci, u których zmiany pourazowe obejmują narządy jamy brzusznej (najczę-

ściej jelita, trzustkę, wątrobę), algorytm diagnostyczny obejmuje również zdjęcie przeglądowe, badanie USG i/lub TK jamy brzusznej, zaś w wybranych przypadkach nawet badanie cieniujące przewodu pokarmowego<sup>(20)</sup>. Skutki stosowanej przez sprawcę przemocy zależą od wieku i stadium rozwojowego dziecka. W okresie niemowlęctwa najistotniejszą sprawą jest rozwój więzi emocjonalnych z otoczeniem. Głównym zadaniem rozwojowym dla dzieci w wieku od 5 do 10 lat jest rozwój rozumienia ról społecznych i rodzinnych oraz rozwój poznawczy. Podstawowe zadanie rozwojowe u nastolatków stanowi rozwój poczucia odrębności i tożsamości. Negatywne skutki zaburzenia przez sprawcę procesu rozwojowego dziecka zaobserwować można natychmiast (skutki krótkoterminowe) w postaci różnych objawów psychicznych i fizycznych, takich jak lęk, zaburzenia łaknienia i snu, zaburzenia związane z nastrojem (np. depresja i nadmierna potrzeba uczuć), nadmiernie akcentowane posłuszeństwo lub zamknięcie w sobie, agresywne zachowania (np. destrukcyjne napady furii), odizolowanie się i unikanie (tworzenie sugestywnych fantazji obrazujących nierzeczywiste życie rodzinne), skargi somatyczne, obgryzanie paznokci, niepokój, drżenie, jękanie, problemy w szkole, myśli samobójcze itd. Doświadczenie przemocy domowej w dzieciństwie powoduje również zmiany w postrzeganiu i umiejętnościach rozwiązywania problemów, takie jak błędne postrzeganie siebie jako przyczyny przemocy wobec matki, używanie zachowań pasywnych (np. zamknięcie się w sobie, uległość) albo agresywnych (np. ataki werbalne i/lub fizyczne). Są również skutki długotrwałe, przejawiające się w życiu dorosłym<sup>(21)</sup>. Istnieją powiązania między przeżytą traumą a jej skutkami psychosomatycznymi. Są to najczęściej objawy neurasteniczne, takie jak zmęczenie, znużenie, dekoncentracja, ucieczka w alkoholizm i narkotyki, oraz zaburzenia psychosomatyczne, takie jak zły sen, drżenia, bóle i kołatania serca, jękanie lub tiki oraz wyostrenie zmysłów w postaci nadwrażliwości na obrazy i dźwięki. Poza bezpośrednimi następstwami somatycznymi i emocjonalnymi 70% dzieci już po 3 latach krzywdzenia wykazuje opóźnienie rozwoju psychoruchowego w stosunku do swoich możliwości rozwojowych. Skutki krzywdzenia dziecka pozostają na długie lata w sferze fizycznej i psychicznej. Badania naukowe wykazały, że 30% osób krzywdzonych w dzieciństwie powtarza te same zachowania w swoich rodzinach. Doznawana przemoc w dzieciństwie może powodować wystąpienie depresji już w wieku przedszkolnym i szkolnym, objawiającej się:

1. zaburzeniami emocjonalnymi – trwałym przeżywaniem smutku, przygnębienia, ale także rozdrażnieniem lub zaburzeniami lękowymi;
2. zaburzeniami zachowania – spowolnieniem lub nadpobudliwością ruchową, społecznym wycofaniem;

3. zaburzeniem funkcji poznawczych – ograniczeniem zainteresowań, problemami z koncentracją uwagi, obniżeniem tempa nauki;
4. objawami somatycznymi – utratą łaknienia, zaburzeniami snu, bólami brzucha, głowy, zaburzeniami miesiączkowania.

Depresje u młodzieży objawiają się zaburzeniami lękowymi, fobią społeczną, zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi, a 40-90% młodzieży z depresją sięga po alkohol lub narkotyki. Objawy mogą wystąpić bezpośrednio lub do 6 miesięcy po urazie (postać ostra), zwykle jednak przybierają formę odległą od wydarzenia traumatycznego i mogą wystąpić po roku, a nawet po 20 i więcej latach<sup>(22)</sup>. Tak więc zaburzenia emocjonalne u dzieci – świadków przemocy w rodzinie – można opisać w kilku aspektach: zaburzeń zachowania, problemów emocjonalnych, funkcjonowania społecznego, poznawczego oraz w zakresie zdrowia fizycznego. U części ofiar molestowania w wyniku urazu w dzieciństwie mogą się także pojawić tzw. zaburzenia osobowości typu *borderline* (*borderline personality disorder*, BPD), spokrewnione z zespołem stresu pourazowego. Charakteryzują się one huśtawką emocjonalną, niestabilnymi relacjami z innymi ludźmi, nieumiejętnością prawidłowej oceny samego siebie, podejrzliwością, impulsywnością, skłonnością do agresji i działań autodestrukcyjnych, a także chronicznym poczuciem pustki wewnętrznej. Osoby cierpiące na zaburzenia osobowości typu *borderline* często bywają przesadnie nieufne lub odwrotnie – nadmiernie ufne; mogą mieć tendencję do obwiniania i krytykowania innych; odczuwają paniczny lęk przed opuszczeniem, lecz nie są w stanie nawiązać bliskiego kontaktu z innymi osobami<sup>(23)</sup>. Zaburzenia emocjonalne wywołane przemocą określane są również jako *zespół zaburzeń stresu pourazowego* (*posttraumatic stress disorder*, PTSD). Według Herman (2004 r.) niestanna nadpobudliwość i objawy wtargnięcia, typowe dla pourazowego zespołu stresu, mieszają się z wegetatywnymi objawami depresji i powodują tzw. „triadę pourazową” (Niederland), na którą składają się bezsenność, koszmary i zaburzenia psychosomatyczne<sup>(24)</sup>. Z przeprowadzonych badań wynika, że 80% ofiar gwałtu cierpi na PTSD<sup>(25)</sup>. U młodszych dzieci objawy podobne do zespołu stresu pourazowego mogą przybierać postać nagłego przypominania sobie dziwnych obrazów, lęku przed ciemnością, moczenia nocnego, koszmarów sennych i zabaw polegających na monotonnym powtarzaniu tych samych czynności. U ofiar przemocy domowej doświadczających zespołu zaburzeń stresu pourazowego i poddawanych intensywnej przemocy psychicznej często rozwija się tzw. proces wiktylizacji, który zmienia poczucie tożsamości maltretowanej osoby. Z punktu widzenia psychiatrycznego u dziecka lub młodocianego doświadczającego długotrwałej i wielokrotnej traumy (przewlekły stres) dochodzi z czasem do powstania tzw. złożonego zespołu stresu pourazo-

wego (*disorders of extreme stress not otherwise specified*, DESNOS)<sup>(24)</sup>. W klasyfikacji ICD-10 zaburzenia charakterystyczne dla DESNOS są określane jako „trwała zmiana osobowości po katastrofach (po przeżyciu sytuacji ekstremalnej)” – F.62.0<sup>(26)</sup>.

Kryteriami diagnostycznymi DESNOS są<sup>(27)</sup>:

- zmiany w regulacji emocji;
- zmiany w zakresie uwagi i świadomości;
- zmiany w relacjach z innymi;
- somatyzacje;
- zmiany w systemie wartości.

Należy bardzo mocno podkreślić, że w wyniku neurotoksycznego oddziaływania biochemicznych parametrów stresu dochodzi do uszkodzenia organicznego i zaburzeń zarówno neuronów, jak i ich połączeń – głównie kory czołowej (funkcje poznawcze) i układu limbicznego (tzw. mózg emocjonalny). Można zatem obrazowo powiedzieć, że stres (zwłaszcza przewlekły) wywołany czynnikami psychologicznymi (bodźcami psychospołecznymi) może powodować organiczne uszkodzenie ważnych struktur mózgu, często nieodwracalne. To z kolei powoduje określone zaburzenia psychiczne i somatyczne różnych narządów i układów, zwane chorobami psychosomatycznymi<sup>(28)</sup>.

Podsumowując, przemoc jest obecna w szczególności w rodzinach patologicznych, czyli rodzinach o niskim statusie społecznym, często niepełnych i wywodzących się ze środowiska wiejskiego, w których rodzice mają niski poziom wykształcenia, a sytuacja materialna jest zła (nie są zaspokojone podstawowe potrzeby rodziny), często pojawia się także problem alkoholizmu i bezrobocia. Pod względem oceny stanu somatycznego i rozwoju fizycznego u dzieci doświadczających przemocy znacznie częściej występują dolegliwości pod postacią bólów brzucha, głowy, zakażeń układu moczowego (z.u.m.), urazów, astmy, nawracających infekcji dróg oddechowych (n.i.d.o.), wymiotów, moczenia nocnego. Przeważają wśród tych dzieci osoby z niskim wzrostem i wagą ciała. Pod względem stanu psychicznego występuje tendencja do samookaleczenia się, częstsze są myśli o śmierci, dzieci są agresywne, nerwowe, nadpobudliwe, impulsywne, a jednocześnie małowówne, bezradne, wątpiące we własne możliwości. Pojawiają się u nich uczucie niepokoju i krzyki nocne, obawa ciemności i samotności. Dzieci nierzadko są sprawcami zamieszania. Wykazują agresję wobec koleżanek i kolegów, przeszkadzają na lekcji, są nieuczynne, szorstkie wobec nauczycieli, aroganckie, popadają w konflikty z rówieśnikami oraz nauczycielami. Mają trudności z przyswajaniem wiedzy, powtarzają klasy, są zmuszane do poprawy ocen niedostatecznych (semestralnych), żeby otrzymać promocję do następnej klasy. Częściej uciekają z lekcji, izolują się od grupy szkolnej, rodziny, popadając w grupy nieformalne, gdzie znajdują zrozumienie, którego nie zaznają w domu. W codziennym życiu towarzyszą im uczucie braku zrozumienia przez

rodziców, obawa przed nimi i obojętny stosunek wobec nich.

Zasygnalizowany przez nas w doniesieniu problem agresji i przemocy w rodzinie ma charakter interdyscyplinarny, wykraczający poza dociekania naukowe, w tym medyczne. Jest on również jedną z najistotniejszych kwestii, o ile nie najważniejszą, z punktu widzenia społecznego, moralno-etycznego i światowego dla ludzkości. Świadczą o tym dobitnie słowa wypowiedziane przez wielki autorytet naszych czasów Jana Pawła II: „Jeżeli bycie dzieckiem jest takie ważne, to nie powinno i nie może być dzieci porzuconych. Ani dzieci bez rodzinnego domu, ani chłopców i dzieci ulicy. Nie może i nie powinno być dzieci używanych przez dorosłych do celów niemoralnych, ani do handlu narkotykami, do małych i wielkich przestępstw, do praktykowania nałogu. Nie powinno i nie może być dzieci nagromadzonych w przytułkach i w domach poprawczych, gdzie nie mogą otrzymać prawdziwego wychowania. Nie powinno ani nie może – Papież prosi i wymaga w imię Boga i jego Syna, który też był dzieckiem”<sup>(29)</sup>.

#### PIŚMIENNICTWO:

#### BIBLIOGRAPHY:

1. Browne K., Herbert M.: Zapobieganie przemocy w rodzinie. PARPA, Warszawa 1999: 20-21.
2. Pecyna M.B.: Rodzinne uwarunkowania zachowania dziecka w świetle psychologii klinicznej. SJE WsiP, Warszawa 1998: 36-37.
3. Jaczewski A., Korczak Z., Popielarska A.: Rozwój i zdrowie ucznia. WSiP, Warszawa 1985: 148-149.
4. Lipowska-Teutsch A.: Rodzina a przemoc. PARPA, Warszawa 1998: 8-9.
5. Mellibruda J.: Dzieciom dzieje się krzywda. Świat Problemów 2002; 2: 32.
6. Boćwińska-Kiluk B.: Dzieciństwo moim skarbem, przemoc moim przekleństwem. Edukacja i Dialog 1999; 111: 8.
7. Lipowska-Teutsch A.: Rodzina a przemoc. PARPA, Warszawa 1998: 13-15.
8. Badura-Madej W., Dobrzyńska-Mesterhazy A.: Przemoc w rodzinie. Interwencja kryzysowa i psychoterapia. Wydawnictwo UJ, Kraków 2000: 18.
9. Gilligan J.: Wstyd i przemoc. Refleksje nad śmiertelną epidemią. Media Rodzina, Poznań 2001: 59.
10. Krahé B.: Agresja. Psychologia Społeczna. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006: 153.
11. Clarke J., Stein M.D., Sobota M. i wsp.: Victims as victimizers: physical aggression by persons with a history of childhood abuse. Arch. Intern. Med. 1999; 159: 1920-1924.
12. Tsirigotis K., Gruszczyński W.: Profil osobowości w MMPI dorosłych dzieci alkoholików (DDA) leczonych w Poradni Zdrowia Psychicznego. Alkoholizm i Narkomania 2001; 3: 365-373.
13. Tsirigotis K., Gruszczyński W.: Cechy osobowości dorosłych córek i synów alkoholików (DDA) leczonych w Poradni Zdrowia Psychicznego. Alkoholizm i Narkomania 2001; 4: 365-373.
14. Tsirigotis K., Gruszczyński W.: Agresja u dorosłych dzieci alkoholików (DDA). Przemoc i agresja jako zjawiska społeczne. W: Bińczycka-Anholcer M. (red.): Agresja i przemoc a zdrowie psychiczne. Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej. Warszawa – Poznań 2003: 235-244.
15. Boczkowski K.: Determinacja i różnicowanie płci. PWN, Warszawa 1983: 3.
16. Sirotnak A.P., Grigsby T., Krugman R.D.: Przemoc fizyczna wobec dzieci. *Pediatrics* po Dyplomie 2006; 10: 42-58.
17. Miller M., Urban E., Supranowicz P.: Przemoc w rodzinie ze szczególnym uwzględnieniem dziecka krzywdzonego – badania pilotażowe w I kl. Gimnazjum w woj. Mazowieckim. Dział Wydawnictw Uczelnianych Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego, Poznań 2003: 28.
18. Wawrzyniak J.: Socjologiczne i psychopedagogiczne aspekty przemocy. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej, Łódź 2007: 116.
19. Jundziłł I.: Dziecko – ofiara przemocy. WSiP, Warszawa 1993: 38.
20. Marciński A.: Urazy nieprzypadkowe u dzieci – symptomatologia zespołu dziecka krzywdzonego. *Standardy Medyczne Pediatrya* 2009; 6: 639.
21. Mellibruda J., Durda R., Sasal H.D.: O przemocy domowej. Poradnik dla lekarza pediatry. PARPA, Warszawa 1998: 25-27.
22. Cielecka-Kuszyk J.: Zespół dziecka krzywdzonego. *Pediatrics* po Dyplomie 2006; wydanie specjalne: 136-137.
23. Wyżyńska J.: Jak chronić dzieci przed molestowaniem seksualnym. Poradnik nie tylko dla rodziców. Media Rodzina, Poznań 2007: 132.
24. Herman J.J.: Przemoc, uraz psychiczny i powrót do równowagi. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 1998.
25. Kluczyńska S.: Psychologiczne konsekwencje gwałtu. Niebieska Linia, I.P.S., Warszawa 2002; 1: 12.
26. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Uniwersyteckie Wyd. Med. „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków – Warszawa 1997: 176.
27. Luxenberg T., Spinazzola J., Hidalgo J. i wsp.: Complex trauma and disorders of extreme stress (DESNOS). Part two: treatment. *Directions in Psychiatry* 2001; 21: 395-414.
28. Francati V., Vermetten E., Bremner J.D.: Functional neuroimaging studies in posttraumatic stress disorder: review of current methods and findings. *Depress. Anxiety* 2007; 24: 202-218.
29. Jan Paweł II: Spotkanie z dziećmi w Brazylii. *Tygodnik Powszechny* 1991; 44, poz. 16.