

MARTA MAKARA-STUDZIŃSKA
JUSTYNA MORYŁOWSKA

ROLA DOŚWIADCZANIA PRZEMOCY W DZIECIŃSTWIE W PODEJMOWANIU ZACHOWAŃ RYZYKOWNYCH W OKRESIE ADOLESCENCJI

Celem niniejszego artykułu jest próba określenia związku pomiędzy doświadczeniem przemocy w dzieciństwie a zachowaniami ryzykownymi dla zdrowia i życia wśród polskiej młodzieży. Grupę badaną stanowili pacjenci (w wieku 14-18 lat) kilkunastu polskich placówek zajmujących się leczeniem młodzieży przejawiającej zachowania ryzykowne. W badaniu wykorzystano Inwentarz Wczesnej Traumatyzacji (ETI) oraz Skalę Zachowań Zdrowotnych konstrukcji własnej. Wyniki wskazują, że młodzież po próbach samobójczych oraz nadużywająca środków psychoaktywnych najczęściej doświadczała w dzieciństwie przemocy fizycznej, zaś młodzież z zaburzeniami odżywiania – przemocy emocjonalnej oraz seksualnej.

Słowa kluczowe: krzywdzenie dzieci, zachowania ryzykowne, adolescencja.

Od dłuższego czasu ukazują się doniesienia na temat wpływu doznawanej w dzieciństwie przemocy na późniejsze zachowania ryzykowne (takie jak zaburzenia odżywiania się, nadużywanie substancji psychoaktywnych czy też zachowania samobójcze) w okresie adolescencji.

DR HAB. N. MED. MARTA MAKARA-STUDZIŃSKA, Katedra i Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego, ul. Głuska 1, 20-442 Lublin; e-mail: mmakara@go2.pl

LEK. MED. JUSTYNA MORYŁOWSKA, lekarz rezydent Katedry i Kliniki Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego, ul. Głuska 1, 20-442 Lublin.

Kwestię istnienia związku pomiędzy wykorzystaniem seksualnym w dzieciństwie a zaburzeniami odżywiania podjęły w swojej analizie między innymi Smolak i Murnen (2002), przy czym punktem wyjścia ich badań był fakt otrzymania rozbieżnych wyników przez innych badaczy. Część autorów (Pope, Hudson, 1992) na podstawie literatury wnioskuje, że z powodu tej rozbieżności związek nie istnieje, natomiast niektórzy (Wonderlich i in., 1997) dowodzą, że wykorzystanie seksualne w dzieciństwie jest czynnikiem ryzyka. Smolak i Murnen (2002) zbadały z jednej strony siłę i stałość związku pomiędzy wykorzystaniem seksualnym w dzieciństwie a zaburzeniami jedzenia, a z drugiej – czynniki metodologiczne, które mogą przyczyniać się do niejednorodności wyników. Autorki stwierdziły niewielki pozytywny związek między wykorzystaniem seksualnym a zaburzeniami odżywiania, przy czym związek ten charakteryzował się niejednorodnością. Badania i relacje klinicystów wskazują jednak na wysoki związek między wykorzystaniem seksualnym w dzieciństwie a zaburzeniami jedzenia, zwłaszcza w genezie bulimii – jako ucieczkowej reakcji na relacje w rodzinie, które są szczególnie dysfunkcyjne, agresywne, związane z przemocą seksualną i uwodzeniem dziecka przez rodzica (Briere, 1992).

Do połowy lat siedemdziesiątych XX w. większość badań dotyczących przyczyn picia alkoholu i zażywania innych środków psychoaktywnych koncentrowała się niemal wyłącznie na mężczyznach. Od czasu, gdy badaniami nad etiologią problemów związanych ze spożywaniem alkoholu i narkotyków objęto kobiety, okazało się, że wiele istotnych kwestii w obrębie tego tematu związanych jest z seksualnością (Wilsnack, 1985). Coraz więcej dowodów wskazywało na to, że znaczna część badanych kobiet doznała przemocy seksualnej w dzieciństwie (Root, 1989). To odkrycie doprowadziło wielu klinicystów i badaczy do założenia, że doznanie przemocy seksualnej w dzieciństwie może być etiologicznym czynnikiem ryzyka dla rozwoju problemów ze spożywaniem substancji psychoaktywnych (Miller, Downs, 1995). Sugerowano również, że doświadczenie przemocy fizycznej w dzieciństwie może stanowić podobne ryzyko dla wielu osób. Badania przeprowadzone w Polsce (Cekiera, 1985; Piotrowski, 1976; Stankowski, 1988) wskazały, że rodzice, a zwłaszcza ojcowie osób przyjmujących środki odurzające, deklarowali większą skłonność do stosowania kar fizycznych u dzieci i młodzieży. Również odurzająca się młodzież badana przez Marzec-Tarasińską (1998) postrzega swoich ojców jako stosujących kary, w tym fizyczne, godzące w godność osobistą.

Do innych wysoce niebezpiecznych zachowań ryzykownych należą zachowania samobójcze. Według Herman (1981) 38% badanej przez nią grupy wykorzy-

stywanych seksualnie pacjentów miało za sobą próby samobójcze (5% w grupie kontrolnej), a de Young (1982) stwierdził, że wśród ofiar przemocy seksualnej 68% usiłowało popełnić samobójstwo, z czego 2/3 – wielokrotnie. Badania Bryera i współautorów (1987) wykazały, że pacjentki, u których wystąpiły zachowania czy próby samobójcze, trzykrotnie częściej przeżyły fizyczne i/lub seksualne nadużycia w dzieciństwie. Brzozowska (2004) zwraca uwagę, że zaburzenia psychiczne i behawioralne, w tym agresywna impulsywność, występuje u krzywdzonych osób, znacznie podwyższają u nich ryzyko zachowań samobójczych.

Wiele badań zdaje się potwierdzać istnienie związku pomiędzy doświadczeniem przemocy w dzieciństwie a angażowaniem się przez jednostkę w zachowania ryzykowne dla zdrowia i życia, takie jak zaburzenia w odżywianiu się, używanie alkoholu i narkotyków oraz zachowania samobójcze. Podkreślić jednak należy, że rola przemocy w etiologii takich zachowań jest wysoce złożona i związek ten powinien być umiejscowiony w kontekście wielowymiarowego modelu, obejmującego biologiczne, psychologiczne i socjokulturowe czynniki ryzyka.

Celem niniejszego artykułu jest próba określenia związku pomiędzy doświadczeniem przemocy w dzieciństwie a zachowaniami ryzykownymi dla zdrowia i życia wśród polskiej młodzieży. Stanowi on próbę kompleksowego opracowania omawianego problemu, z uwzględnieniem wszystkich typów przemocy (fizycznej, seksualnej, emocjonalnej) oraz różnych zachowań ryzykownych, takich jak zażywanie substancji psychoaktywnych, zaburzenia odżywiania się, zachowania samobójcze.

METODA BADAŃ

Grupa badana obejmowała 299 osób. Badania przeprowadzono w latach 2003-2006 na terenie całej Polski. Z założenia grupę badaną miała stanowić młodzież w wieku 14-18 lat przejawiająca zachowania ryzykowne dla zdrowia i życia. Przedział wieku podyktowany był tym, iż na ten okres życia przypada najczęściej zachowań określanych jako ryzykowne w grupie młodzieży. Zastosowano metody badawcze adekwatne do wieku badanych, dostosowane do ich poziomu autorefleksji i umiejętności posługiwania się metodami kwestionariuszowymi.

Grupę badaną stanowili pacjenci kilkunastu polskich placówek zajmujących się leczeniem młodzieży przejawiającej zachowania ryzykowne. Przed przystąpieniem do badań uzyskano pozytywną opinię Komisji Bioetycznej Akademii Medycznej w Lublinie o realizacji projektu klinicznego.

Do badania przystąpiono po otrzymaniu: ustnej lub pisemnej zgody dyrektora, kierownika lub ordynatora ośrodka; pisemnej zgody rodziców lub jednego z rodziców badanego; pisemnej zgody osoby badanej.

Każdy z badanych otrzymał kopertę zawierającą instrukcję oraz materiał testowy i mógł wypełniać metody anonimowo. W badaniu uczestniczyły tylko te osoby, które – oprócz zgody rodziców i własnej na badanie – spełniły następujące kryteria włączające: (1) podjęcie leczenia z powodu jednego z wybranych przejawów zachowania ryzykownego dla zdrowia i życia – diagnoza ośrodka leczącego; (2) brak objawów poważniejszych schorzeń somatycznych i objawów organicznego uszkodzenia o.u.n.; (3) podjęcie leczenia w specjalistycznym ośrodku – I etap leczenia; (4) wiek 14-18 lat; (5) brak oznak upośledzenia umysłowego; (6) brak objawów choroby psychicznej.

Pacjenci byli badani w ośrodku lub oddziale, gdzie przebywali w związku ze swoim leczeniem. Wszyscy z grupy klinicznej byli w pierwszym etapie leczenia – osoby po próbie samobójczej (od 1 do 3 dni po zamachu), osoby nadużywające środków psychoaktywnych (od 2 do 3 miesięcy), pacjentki z zaburzeniami odżywiania (od 1 do 3 tygodni pobytu w szpitalu).

Realizacja tego projektu odbywała się według następujących etapów badania: rozmowa dotycząca aktualnego samopoczucia, okoliczności i motywu leczenia (co wynikało z zasad interwencji kryzysowej, polegających na poruszaniu najważniejszego dla pacjenta zagadnienia); zebranie danych biograficznych i dotyczących rodziny; badania testowe za pomocą Inwentarza Wczesnej Traumatyzacji (Early Trauma Inventory – ETI; rzetelność ETI: współczynnik $\alpha = 0,88$) J. D. Bremner oraz Skali Zachowań Zdrowotnych (własnej konstrukcji; nie oceniano współczynnika rzetelności dla tej Skali).

Inwentarz Wczesnej Traumatyzacji został skonstruowany na potrzeby pełnej i wiarygodnej oceny traumy dziecięcej dla celów badawczych i klinicznych przez zespół pod przewodnictwem prof. Bremnera z Department of Psychiatry Emory University School of Medicine z Atlanty w Stanach Zjednoczonych. Polskiej adaptacji wersji ETI dokonał zespół naukowy (B. Śpila, M. Makara-Studzińska, M. Chuchra, A. Grzywa) z Katedry i Kliniki Psychiatrii Akademii Medycznej w Lublinie, w latach 2002-2005. Inwentarz Wczesnej Traumatyzacji w polskiej wersji składa się z 62 pytań, podzielonych na cztery części: ogólne przeżycia stresowe – 24 pytania (w wersji samoobserwacyjnej 31 pytań), nadużycie fizyczne – 9 pytań, nadużycie emocjonalne – 7 pytań, nadużycie seksualne – 15 pytań. Nasilenie każdego z nadużyć szacuje się dla każdego z okresów rozwojowych: okresu

przedszkolnego (0-5 lat), szkoły podstawowej (6-12 lat) i okresu dojrzewania (13-18 lat). Następnie ocenia się częstotliwość wydarzeń (od 1 raz w roku do codziennie) oraz określa się sprawcę nadużycia. Każda z podskal kończy się oceną subiektywnego wpływu na osobę, mierzoną w 7-punktowej skali Likerta (od 0 – bardzo negatywny wpływ, do 6 – bardzo pozytywny), w zakresie emocji, funkcjonowania społecznego i relacji społecznych.

Przeprowadzanie adaptacji inwentarza ETI do warunków polskich napotkało na pewne trudności. Po wielu konsultacjach zdecydowano się pozostawić wersję tłumaczenia zbieżną z amerykańską. Najtrudniejszym etapem w procesie translacji było przystosowanie polskiego słownictwa do treści podskali dotyczącej nadużyć seksualnych. Podobnie jak dla wersji oryginalnej, problematyczne okazało się pytanie o wiarygodność zapisów pamięciowych przeżytych w dzieciństwie przykrych doświadczeń i działania mechanizmów wyparcia traumy. Po przeprowadzeniu statystyk wykazano, że adaptacja jest wysoce rzetelna; współczynnik α Cronbacha dla całego inwentarza wyniósł 0,88.

Drugim narzędziem badawczym zastosowanym w niniejszym badaniu jest Skala Zachowań Zdrowotnych (SZZ), własnej konstrukcji, która służy do badania dzieci i młodzieży, zdrowych i chorych. Umożliwia ona określenie preferowanych zachowań pro- i antyzdrowotnych, z uwzględnieniem ich rodzaju. Może też być przydatna w badaniach zachowań zdrowotnych oraz w tworzeniu programów edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży od 10. roku życia. Pomiar zachowań zdrowotnych u dzieci i młodzieży może być wykorzystany także w programach promocji zdrowia, uczących nowych umiejętności związanych z zachowaniami zdrowotnymi.

Skala SZZ jest narzędziem samoopisu, wypełnianym indywidualnie lub grupowo. Czas wykonania badania zależy od wieku badanego i jego sprawności czytania tekstu (na ogół badanie nie przekracza 30 minut). Skala składa się z 131 stwierdzeń, które podzielono na następujące kategorie: dane osobiste i sytuacja rodzinna, przekonania i znaczenie zdrowia, odżywianie, aktywność fizyczna, sposoby spędzania czasu wolnego, higiena osobista, sen, palenie tytoniu, spożywanie alkoholu, przyjmowanie narkotyków, przejawy niedostosowania społecznego, uzyskiwanie różnych form wsparcia, postawa do życia.

Charakterystyka grupy badanej

W badanej grupie nieletnich ($N = 299$) z zachowaniami ryzykownymi dla zdrowia i życia wyróżniono: (1) Młodzież po próbach samobójczych, której wy-

niki oznaczono symbolem G-SUI (99 osób); (2) Młodzież nadużywającą środków psychoaktywnych – G-NU (100 osób); (3) Młodzież z zaburzeniami odżywiania – G-ZO (100 osób).

Grupy podzielono na podgrupy, uwzględniając dominujący typ zachowania ryzykownego. W grupie młodzieży po zamachach samobójczych (G-SUI) wyróżniono podgrupę po pierwszej próbie (G-Sui1) i podgrupę po kolejnej próbie (G-Sui2+). W grupie po pierwszej próbie samobójczej było 53 badanych, po kolejnych próbach 46 osób. W grupie młodzieży nadużywającej środków psychoaktywnych (G-NU) wyróżniono młodzież nadużywającą alkoholu (G-Al) oraz młodzież nadużywającą narkotyków (G-Nar). W grupie tej 54 osoby nadużywały narkotyków, a 46 osób wymagało leczenia z powodu nadużywania alkoholu. Trzecia grupa kliniczna obejmowała młodzież z zaburzeniami odżywiania (G-ZO). Wyodrębniono w niej podgrupę pacjentek z jadłowstrętem psychicznym (G-AN) – 54 osoby, i podgrupę pacjentek z żarłocznością psychiczną (G-BN) – 46 osób.

Najwięcej przebadanych osób było w wieku 16-17 lat. W przedziale wiekowym 14-15 lat dominowały zachowania ryzykowne polegające na podejmowaniu pierwszej próby samobójczej, używaniu narkotyków oraz jadłowstręcie psychicznym. W przedziale wiekowym 16-17 lat odnotowano znaczący odsetek kolejnych zamachów samobójczych, spożywania alkoholu na równi z używaniem narkotyków oraz występowanie obu typów zaburzeń odżywiania. W przedziale wiekowym 18-19 lat najczęściej dochodziło do podejmowania kolejnych prób samobójczych, nadużywania alkoholu oraz zachowań bulimicznych.

Tab. 1. Charakterystyka badanej grupy

Zachowania ryzykowne młodzieży	Przedziały wiekowe		
	14-15 lat	16-17 lat	18-19 lat
Pierwsza grupa samobójcza	11,32%	81,13%	7,55%
Kolejne próby samobójcze	2,71%	88,16%	9,13%
Nadużywanie narkotyków	11,11%	85,19%	3,70%
Nadużywanie alkoholu	2,70%	84,78%	10,40%
Dziewczęta z anoreksją	20,37%	77,78%	1,85%
Dziewczęta z bulimią	4,35%	71,74%	23,91%

Analizy statystyczne

Następnym etapem było poszukiwanie złożonych zależności między doświadczeniem wczesnodziecięcej przemocy w grupie młodzieży z zachowaniami ryzykownymi dla zdrowia i życia. Pierwszym krokiem była analiza w zakresie podejmowanej problematyki w całej badanej grupie, czyli dla 299 osób. Następnie analizowano współzależności dla każdego typu zachowania ryzykownego młodzieży. Przedstawione rezultaty uzyskano za pomocą procedury korelacyjnej, analizy dyskryminacyjnej oraz analizy skupień.

Poszukiwanie typologii doznanej przemocy polegało na podziale badanej grupy (299 osób – młodzieży przejawiającej różne zachowania ryzykowne dla zdrowia i życia) na podgrupy metodą empiryczną. Chodziło o ustalenie grup badanych ze względu na zróżnicowanie ich wyników dotyczących doświadczenia przemocy.

Metodą służącą do przeprowadzenia podziału była analiza skupień, dzięki której grupujemy obiekty, czyli w tym wypadku osoby, na podstawie ich podobieństwa określonego matematycznie (Marek, Noworol, 1987). Użyta technika analizy skupień nosi nazwę metody średnich ważonych połączeń wewnątrz grup. Hierarchiczna analiza skupień daje możliwość podziału badanych na dowolną liczbę podgrup w zależności od tego, który poziom analizy uzna się za satysfakcjonujące rozwiązanie. Pomocniczym kryterium jest znaczący wzrost współczynnika skupienia między kolejnymi poziomami analizy (im wyższy współczynnik skupienia, tym mniejsze podobieństwo obiektów tworzących grupę). W naszych badaniach analiza skupień została zastosowana celem wyodrębnienia typów doświadczonej przemocy przez badaną młodzież z zachowaniami ryzykownymi.

Następnie, aby potwierdzić trafność podziału i ustalić, czy między wyodrębnionymi grupami istnieją istotne różnice, porównywano te grupy pod względem zmiennych psychologicznych i dotyczących zachowań zdrowotnych za pomocą analizy wariancji ANOVA. Celem podziału było wyodrębnienie z próby klinicznej 299 osób takich podgrup, by każda z nich składała się z młodzieży, która odznacza się charakterystycznym układem wyników. Chodziło więc o to, by badani charakteryzujący się określonym układem wyników w Skali Traumatyzacji tworzyli jedną podgrupę, w odróżnieniu od innych badanych, którzy mając odmienne wyniki w Skali Traumatyzacji, znaleźliby się w innych grupach. Do analizy skupień wprowadzono wyniki w trzech głównych Skalach Traumatyzacji. Podział za pomocą hierarchicznej analizy skupień zmierza do ujawnienia zarówno typowych, jak i nietypowych form doznanej przemocy, ponieważ dostarcza informacji – obrazowo przedstawianych na dendrogramie – o pozycji każdego przypadku w grupie.

Z uwagi na charakter tej pracy preferowany jest podział na niewielką liczbę podgrup, ponieważ chodzi w niej o analizy na wysokim poziomie ogólności.

WYNIKI

Typy przemocy

Na podstawie analizy skupień uzyskano cztery podgrupy, co odpowiada czterem typom doświadczonej w dzieciństwie przemocy przez młodzież z zachowaniami ryzykownymi dla zdrowia i życia.

Tab. 2. Porównanie wyników dotyczących typów przemocy w zakresie trzech głównych skal inwentarza ETI przy użyciu analizy wariancji ANOVA

Rodzaj przemocy	Typ przemocy								ANOVA	
	przemoc fizyczno-emocjonalna		przemoc fizyczna		przemoc seksualna		przemoc emocjonalna			
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>p.i.</i>
Przemoc fizyczna	700,00	153,14	730,35	136,52	349,25	326,77	66,14	70,14	305,72	***
Przemoc emocjonalna	494,36	117,74	104,31	66,09	402,56	242,41	564,16	96,89	177,44	***
Przemoc seksualna	6,07	10,43	4,35	9,94	57,97	14,62	5,16	9,47	235,45	***

*** $p \leq 0,001$

Podział próby na cztery podgrupy wydawał się rozwiązaniem uzasadnionym względami statystycznymi (formalnymi) i merytorycznymi. Uzyskane grupy mają różną liczebność, co utrudnia ich porównywanie. Wyróżniono następujące podgrupy: Typ A – przemoc łączona fizyczno-emocjonalna, Typ B – przemoc fizyczna, Typ C – przemoc seksualna, Typ D – przemoc emocjonalna.

Typ przemocy A – przemoc fizyczno-emocjonalna. Najmniej liczna wyodrębniona grupa oznaczona została jako typ A. Obejmuje ona 28 osób z 299 badanych. Grupa ta charakteryzuje się wysokimi wynikami w skali przemocy fizycznej i w skali przemocy emocjonalnej oraz niskimi w skali przemocy seksualnej.

Stąd też powstała nazwa tego typu przemocy – przemoc łączona, gdyż doszło w niej do stosowania obu rodzajów przemocy jednocześnie. Ten typ przemocy polega na stosowaniu kar z użyciem siły fizycznej wobec dziecka, które są połączone z niszczeniem w dziecku umiejętności prawidłowego funkcjonowania społecznego oraz godzą w rozwój jego osobowości. Przemoc emocjonalna może obejmować różnorodne formy werbalnej agresji i wrogości wobec dziecka lub takie działania, jak: straszenie, szantażowanie, wymuszanie lojalności, terroryzowanie, upokarzanie, różne formy nadmiernej kontroli, wzbudzanie poczucia winy, stawianie dziecka w sytuacji sprzecznych wymagań i komunikatów, nieposzanowanie godności osobistej i prywatności dziecka. Zaliczyć można tu także unikanie interakcji z dzieckiem, jego izolowanie, emocjonalne odrzucenie i zaniebywanie potrzeb emocjonalnych, ignorowanie oraz pozbawianie stymulacji.

Przeanalizowano także to, jakie zachowania ryzykowne prezentowała młodzież, która doświadczyła wyodrębnionego typu przemocy. Najliczniejszą grupę stanowiła młodzież po próbach samobójczych – 46,43%, nadużywająca środków psychoaktywnych – 39,29%, zaś młodzieży z zaburzeniami odżywiania było 14,29%.

Typ przemocy B – przemoc fizyczna. Najwięcej badanych (85 osób z 299 ankietowanych) tworzy skupienie II, nazwane przemocą typu B. Uzyskane skupienie charakteryzuje się wysokimi wynikami w skali przemocy fizycznej i niskimi w skali przemocy emocjonalnej i seksualnej.

W typie przemocy B wyraźnie dominuje przemoc fizyczna. Są to zachowania, które mogą występować w postaci czynnej (klapsy, policzki, bicie pięścią, przedmiotem, bicie „na oślepie”, kopanie, zmuszanie do uwłaczających usług, oparzenia, skaleczenia, duszenie, usiłowanie lub dokonanie zabójstwa) lub biernej – różnego rodzaju zakazy (opuszczania domu, chodzenia, mówienia). Przemoc ta obejmuje także zachowania napastliwe i destrukcyjne. Zachowania napastliwe są skierowane na określony podmiot i celem ich jest zadanie bólu, wywołanie strachu lub wyrządzenie przykrości. Mogą one być proste (o stosunkowo krótkim czasie trwania), np. uderzanie, trącanie, szarpanie, wyrywanie, ciągnięcie, szczypanie, ściskanie, duszenie, kopanie, przedrzeźnianie, plucie, gryzienie, rzucanie, uderzanie, klucie za pomocą przedmiotów martwych, albo złożone (trwające dłużej) – bójki lub przestraszanie. Celem zachowań destrukcyjnych jest uszkodzenie lub niszczenie przedmiotów (darcie, uderzanie, rzucanie, kopanie, wybuchy gniewu).

Najwięcej osób, które doznały tego typu przemocy, przejawiało zachowania ryzykowne polegające na nadużywaniu środków psychoaktywnych – 70,59%.

W grupie młodzieży po zamachach samobójczych doświadczyło tego typu przemocy 29,41% osób. Należy zauważyć, że typ B przemocy nie wystąpił w grupie młodzieży z zaburzeniami odżywiania.

Typ przemocy C – przemoc seksualna. Kolejna wyodrębniona grupa, nazwana jako przemoc typu C, obejmuje 32 osoby, których wyniki charakteryzują się wysokimi wartościami w skali przemocy seksualnej oraz niskimi w skali przemocy fizycznej i emocjonalnej. Przemoc typu C obejmuje włączanie dziecka w aktywność seksualną, której nie jest ono w stanie w pełni zrozumieć i udzielić na nią świadomej zgody i/lub na którą nie jest dojrzałe rozwojowo i nie może zgodzić się w ważny prawnie sposób i/lub która jest niezgodna z normami prawnymi lub obyczajowymi danego społeczeństwa.

Wśród zachowań związanych z przemocą typu C wyróżnia się zachowania związane z wystąpieniem penetracji oraz kontakt bez penetracji (dotykanie intymnych części ciała dziecka, całowanie o charakterze seksualnym oraz dotykanie intymnych części ciała partnera). Do zachowań takich zalicza się także ekshibicjonizm, voyeryzm (podglądanie, doprowadzenie do eksponowania genitaliów przez dziecko), włączanie dziecka w oglądanie lub produkcję materiałów pornograficznych, składanie dziecku propozycji o charakterze seksualnym oraz werbalne molestowanie dziecka. Zalicza się tutaj: rozmowy o treści seksualnej kierowane do dziecka, ekspozycje anatomii i czynności seksualnych (np. masturbowanie się w obecności dziecka, czynienie z dziecka świadka aktów płciowych), podglądanie (np. oglądanie dziecka podczas kąpieli, czynności fizjologicznych, zmuszanie do pozowania do fotografii i filmów o treści pornograficznej). Przemoc typu C obejmuje także prostytutkę dziecięcą, handel dziećmi, pornografię dziecięcą. Największą liczbę ofiar tego typu przemocy odnotowano w grupie z zaburzeniami odżywiania (53,75%) oraz w grupie młodzieży po próbach samobójczych (30,38%). Najmniej tego typu przemocy stwierdzono w grupie młodzieży nadużywającej środków psychoaktywnych (1,88%).

Typ przemocy D – przemoc emocjonalna. Następną wyodrębnioną grupą, tworzącą typ przemocy D (74 osoby), charakteryzuje się wysokimi wynikami w skali przemocy emocjonalnej oraz niskimi w skali przemocy fizycznej i seksualnej.

Przemoc emocjonalna uniemożliwia dzieciom zaspokajanie podstawowych potrzeb, takich jak: potrzeba bezpieczeństwa, potrzeba życia w środowisku wolnym od wrogości i przemocy, potrzeba stałego kontaktu ze zrównoważonym opiekunem oraz potrzeba poczucia własnej godności. W typie przemocy D wy-

stępują następujące formy maltretowania psychicznego: odtrącanie (werbalne i niewerbalne odrzucenie lub poniżanie dziecka przez opiekuna); zastraszanie (grożenie dziecku spowodowaniem krzywdy fizycznej albo narażeniem go lub bliskiej, kochanej osoby na niebezpieczeństwo); izolowanie (odmawianie dziecku kontaktów z rówieśnikami i dorosłymi); wyzyskiwanie/deprawowanie (modelowanie, pozwalanie na zachowania antyspołeczne lub zachęcanie do nich); odmawianie reakcji emocjonalnych (ignorowanie potrzeby interakcji ze strony dziecka i nieokazywanie pozytywnych uczuć, brak emocji w interakcji z dzieckiem); zaniedbanie rozwoju umysłowego, edukacyjnego, zdrowotnego dziecka (ignorowanie lub nieumiejętność zaspokajania tych potrzeb dziecka). Przemoc typu D w praktyce oznacza powtarzający się wzorzec zachowań opiekuna lub skrajnie drastyczne wydarzenie (lub wydarzenia), które powodują u dziecka poczucie, że jest nic nie warte, złe, niekochane, niechciane, zagrożone i że jego osoba ma jakąkolwiek wartość jedynie wtedy, gdy zaspokaja potrzeby innych.

Przemoc typu D można zdefiniować jako wrogie lub niedbałe zachowanie rodziców, które (jeśli przejawia się w sposób ostry i stały) wpływa destrukcyjnie na godność dziecka, osłabia poczucie samorealizacji, zmniejsza poczucie przynależności oraz uniemożliwia zdrowy i prawidłowy rozwój.

Tego typu przemocy doświadczyło najwięcej osób w grupie z zaburzeniami odżywiania (76%) oraz w grupie po zamachach samobójczych (23%), zaś tylko 1% w grupie młodzieży nadużywającej środków psychoaktywnych.

Uzyskane wyniki wskazują na występowanie istotnych współzależności pomiędzy typem przemocy stosowanej przez rodziców a płcią dziecka. Najliczniejszą grupę ofiar przemocy łączonej stanowili chłopcy – 57,14%. W typie z dominacją przemocy fizycznej także przeważali chłopcy jako ofiary – 82,35%, zaś w typie przemocy seksualnej najczęściej ofiar było w grupie dziewcząt – 98,50%. Podobne tendencje odnotowano w typie przemocy emocjonalnej, której ofiarami były w większości dziewczęta – 86,49%. Podsumowując, wobec chłopców w dzieciństwie najczęściej stosowana jest przemoc fizyczna albo łączona, zaś wobec dziewcząt – przemoc emocjonalna albo seksualna.

Analizy korelacyjne pozwoliły na zidentyfikowanie związku zachowań ryzykownych młodzieży z doznaniem przemocy w okresie dzieciństwa.

Typ przemocy a rodzaj zachowań ryzykownych

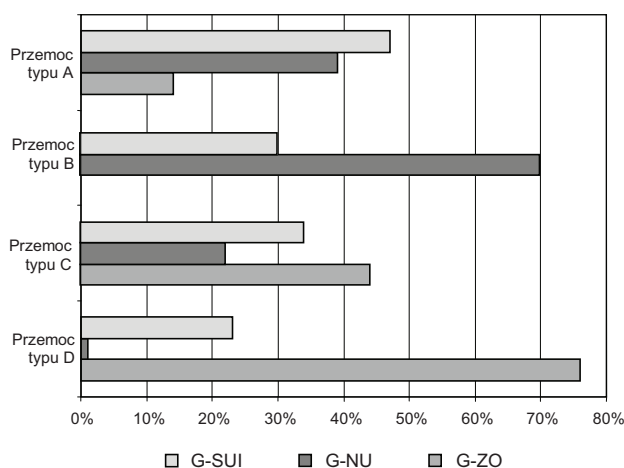
Dokonano analizy uzyskanych typów przemocy ze względu na prezentowane przez młodzież różne typy zachowań ryzykownych dla zdrowia i życia.

Tab. 3. Porównanie rozkładu procentowego typów przemocy w obrębie badanych grup

Grupy badane	Typ przemocy				Razem
	Typ A	Typ B	Typ C	Typ D	
	przemoc fizyczno-emocjonalna	przemoc fizyczna	przemoc seksualna	przemoc emocjonalna	
G-SUI	13%	25%	11%	18%	33%
G-NU	11%	60%	7%	0%	33%
G-ZO	4%	0%	26%	56%	33%
Razem	9%	28%	11%	25%	100%

Młodzież po próbach samobójczych najczęściej doświadczała w dzieciństwie przemocy fizycznej (typ B) (25%). Wobec młodzieży nadużywającej środków psychoaktywnych najczęściej stosowana była w dzieciństwie przemoc fizyczną (typ B) (60%); w tej grupie stwierdzono także przemoc seksualną (typ C) (7%).

Młodzież z zaburzeniami odżywiania najczęściej doświadczała przemocy emocjonalnej (typ D) (56,68%) i seksualnej (typ C) (26%). Dziewczeta zjadłowstrętem psychicznym najczęściej były w dzieciństwie ofiarami przemocy emocjonalnej (57,41%) i seksualnej (24,07%). Nie odnotowano w tej grupie przemocy fizycznej. Żarłoczność psychiczna dziewcząt z najczęściej wiązała się z przemocą emocjonalną (54,35%) i seksualną (34,17%)



Wykres. 1. Charakterystyka badanych grup ze względu na typ doznanej przemocy

W podsumowaniu literatury dotyczącej przemocy wobec dzieci w okresie 22 lat, Behl i współautorzy (2003) stwierdzają, iż 32,7% artykułów dotyczyło przemocy seksualnej, 20,2% przemocy fizycznej, a jedynie 4,2% przemocy emocjonalnej. Jako przyczyny tej sytuacji autorzy wskazują, że przemoc fizyczną i seksualną, w przeciwieństwie do przemocy emocjonalnej, znacznie łatwiej zoperacjonalizować dla celów badawczych. Trwają dyskusje odnośnie do tego, co składa się na ten typ przemocy. Ofiary rzadko ją zgłaszają, objawy nie są specyficzne i brak patognomicznych skutków przy badaniu (Thompson, Kaplan, 1996). Skupienie się na badaniach nad przemocą seksualną i fizyczną wobec dzieci może być także reakcją na nagłaśnianie takich przypadków przez media (Behl i in., 2003).

Często bada się wpływ łączonej przemocy na ofiarę, stwierdzając, że doświadczenie kilku typów przemocy jest bardziej dla niej szkodliwe (Teicher i in., 2006). Część autorów uznaje przemoc emocjonalną za podstawowy komponent przemocy (Hart i in., 1996). Jednakże wielu badaczy koncentruje się na przemocy fizycznej i/lub seksualnej, wskazując na szczególnie dewastujący wpływ połączenia tych dwóch typów na ofiarę (młodzież, która doświadczyła takiej przemocy, jest narażona na duże ryzyko stosowania substancji psychoaktywnych – Moran i in., 2004).

Na podstawie literatury przedmiotu i dotychczasowych analiz wyników badań własnych zauważono, iż wyróżnionych przez badaczy rodzajów przemocy nie można w pełni zastosować wobec ofiar przemocy wczesnodziecięcej. Stąd też zrodziła się potrzeba poszukiwania własnej typologii przemocy.

Konieczność uwzględnienia w badaniach przemocy połączonej (typ A według naszej typologii) uzasadniają wyniki badań między innymi Ney i współpracowników (1993). Ney postawił hipotezę, że różne rodzaje maltretowania rzadko występują oddzielnie i pojedynczo. Tylko 5% uczestników jego badania miało do czynienia z pojedynczymi, wyizolowanymi przykładami przemocy czy zaniedbaniami, co oznacza, że błędem jest traktowanie dziecka jako ofiary jednego tylko rodzaju maltretowania. Także Farmer i Owen (1995) piszą, iż u większości dzieci wpisanych do Rejestru Ochrony stwierdzono więcej niż jedną formę krzywdzenia. Wyniki niektórych badań (Crittenden, 1988) wskazują, że w większości przypadków krzywdzenie fizyczne jest związane z krzywdzeniem psychicznym.

W typie przemocy B dominują wszelkie formy przemocy fizycznej wobec dziecka. Wśród badanej młodzieży z zachowaniami ryzykownymi najliczniejszą grupę ofiar stanowiła młodzież nadużywająca środków psychoaktywnych –

70,59%. Podwyższony poziom doświadczenia przemocy fizycznej w dzieciństwie u dziewcząt i chłopców nadużywających substancji psychoaktywnych został stwierdzony również w przeglądzie badań Simpson i Miller (2002). Należy zauważyć, że typ przemocy B nie wystąpił w badanej przez nas grupie młodzieży z zaburzeniami odżywiania. Można to wyjaśnić faktem, że grupę tę stanowiły dziewczęta, które – o czym jest mowa poniżej – w niewielkim stopniu doświadczyły przemocy fizycznej.

Wyodrębniony typ przemocy C obejmuje włączanie dziecka w aktywność seksualną, której nie jest ono w stanie w pełni zrozumieć i udzielić na nią świadomej zgody, a także prostytutkę i pornografię dziecięcą. Najlichnieszą grupę ofiar przemocy typu C stwierdzono wśród badanych z zaburzeniami odżywiania (53,75%) oraz po próbach samobójczych (30,38%). Najmniej ofiar tego typu przemocy było w grupie młodzieży nadużywającej środków psychoaktywnych (1,88%). Nieco inne prawidłowości zaobserwowała Salter (2003). Pisząc o technikach kontrolowania psychicznego bólu stosowanych przez ofiary przemocy seksualnej, autorka ta wymienia zachowania samobójcze, jednak również dużo miejsca poświęca stosowaniu alkoholu i narkotyków przez te osoby. W przeglądzie badań analizującym związek pomiędzy przemocą i nadużywaniem substancji psychoaktywnych Simpson i Miller (2002) stwierdzają, iż doświadczenie przemocy (w tym seksualnej) może być ważnym czynnikiem ryzyka dla rozwinięcia się problemów z alkoholem i narkotykami u płci żeńskiej. Niewielki procent doświadczenia przemocy seksualnej w grupie nadużywającej substancji psychoaktywnych w badaniach własnych ma związek z tym, iż grupę nadużywającą środków psychoaktywnych stanowili w całości chłopcy, którzy w niewielkim stopniu doświadczyli przemocy seksualnej lub też tego nie ujawnili.

Zaobserwowany przez nas związek pomiędzy przemocą emocjonalną a zaburzeniami odżywiania jest zgodny z wynikami Kent i współautorów (1999) oraz Kent i Waller (2000), którzy wykazali, że wpływ doświadczenia przemocy emocjonalnej w dzieciństwie na zaburzenia odżywiania jest większy niż wpływ doświadczenia przemocy seksualnej i fizycznej. Również badania Hund i Espelage (2006) wskazują na istnienie związku pomiędzy doświadczeniem przemocy emocjonalnej a występowaniem zaburzeń w odżywianiu się w dalszym życiu. W badaniach Bifulco i współpracowników (2002) doświadczenie przemocy emocjonalnej w dzieciństwie było związane z przejawianiem zachowań suicydalnych w dalszym życiu. Natomiast Moran, Vuchinich i Hall (2004) wykazali związek pomiędzy doświadczeniem przemocy emocjonalnej a stosowaniem substancji

psychoaktywnych przez adolescentów, jednakże był on najsłabszy, w porównaniu z innymi analizowanymi typami przemocy.

W literaturze przedmiotu dość często są analizowane związki i mechanizmy, jakie zachodzą pomiędzy doświadczaniem przez dzieci złego traktowania a rozwojem u nich zaburzeń funkcjonowania społecznego, zachowań ryzykownych i dysfunkcyjnych, a wręcz rozwijaniem się tendencji przestępczych. Zgodnie z teorią społecznego uczenia się, człowiek uczy się społecznych zachowań głównie w wyniku współuczestniczenia w interpersonalnych sytuacjach społecznych. Teoria ta wskazuje na podstawowe mechanizmy, za których pośrednictwem dochodzi do konstruowania się nowych sposobów zachowania, do ich podtrzymywania, ich zmiany, a także ich zaniku. Teoria ta zakłada również, że nabywane przez jednostkę nowe zachowania powstają w wyniku podstawowych mechanizmów naśladownictwa, modelowania oraz identyfikacji. Dzięki tym trzem procesom odpowiednio kształtuje się i modeluje osobowość dziecka (Bandura, 2007).

W świetle wspomnianej teorii ogromną rolę w kształtowaniu wszelkich zachowań odgrywa obecność odpowiedniego wzorca – modelu wywołującego proces naśladownictwa, modelowania i identyfikacji. Modelowanie już u dzieci w wieku przedszkolnym, a zwłaszcza wczesnoszkolnym, nie ma charakteru wyłącznie mechanicznego, biernego naśladownictwa, lecz jest świadomym konstruowaniem własnego zachowania opartego na wzorcach zaobserwowanych u innych osób.

Zdaniem Bandury (2007) podstawowy mechanizm modelowania polega w zasadzie na tym, iż informacje, jakie jednostka odbiera od modelu, są zamieniane w wyobrażenia, które szczególnie wpływają na kształtowanie się określonych form zachowania. Proces modelowania – jak uważają badacze – dokonuje się przede wszystkim w rodzinie, która jest pierwszym i najważniejszym środowiskiem wychowawczym, w którym ogromne znaczenie ma kultura pedagogiczna rodziców.

U dzieci podlegających długotrwałej przemocy powstaje swoisty syndrom, który charakteryzuje się nagromadzeniem wielu bolesnych, trudnych i niemożliwych do zniesienia uczuć. Wśród nich najczęstsze to: zablokowana złość, wściekłość, nienawiść; lęk, strach i przerażenie; żal, smutek, rozpacz; poczucie winy; bezradność, bezsilność, poczucie beznadziejności i chęć zemsty. Wiele jest przykładów na to, że młodzież, podejmując zachowania ryzykowne dla zdrowia i życia, degraduje się fizycznie, psychicznie i moralnie, dokonując swego rewanżu oraz zemsty na rodzicach – potrafi zadać im ból i cierpienie, okradać,

okłamywać i poniżać. W ten sposób jednak zamyka się błędne koło przemocy (Cekiera, 1993).

Przeprowadzone badania, mające charakter przekrojowych, nie dają wprost informacji na temat przemian okresu dojrzewania, jego faz i dynamiki. Pozwalają natomiast ustalić korelaty poszczególnych zmiennych charakteryzujących zachowania ryzykowne oraz związek doświadczenia przemocy wczesnodziecięcej z tymi zachowaniami w okresie adolescencji. Ograniczenia wynikające z zastosowania przyjętej metody nie pozwalają na wykazanie przyczynowości zaobserwowanych związków (musi więc to pozostać wyzwaniem dla przyszłych badań). Jako badania typu kwestionariuszowego są podatne na zafałszowania. Kolejne ograniczenie wynika z doboru analizowanych zmiennych, słabsze strony przeprowadzonych badań wskazują na możliwe kierunki dalszych poszukiwań). Warto by poszerzyć zakres badań np. o pomiary nasilenia stresu i sensu życia oraz analizę wydarzeń życiowych – to ważne zmienne w okresie adolescencji.

Kwestia wydarzeń życiowych dotyczy nie tylko faktów poprzedzających wystąpienie zachowań ryzykownych, ale powinna obejmować wszechstronną analizę biografii. W tej mierze potrzebne są dogłębne analizy przypadków, które mogą dać pełniejszy obraz podejmowania zachowań ryzykownych przez młodzież i być pomocne w uświadomieniu sobie indywidualnych dróg przejścia przez okres adolescencji. Cenne byłyby w szczególności badania podłużne, pozwalające śledzić poszczególne etapy tego procesu. Przeprowadzone analizy sugerują potrzebę dalszych badań tego rodzaju.

Po pierwsze, wydaje się ciekawe, jaka jest subiektywna interpretacja różnych wydarzeń życiowych i przemian zachodzących w życiu młodzieży u przedstawicieli poszczególnych grup. Odpowiedzi na te pytania być może uda się uzyskać poprzez analizę materiału idiograficznego.

Po drugie, warto przeprowadzić badania podłużne celem stwierdzenia dynamiki zmian w funkcjonowaniu osobowości u ofiar różnego typu przemocy wczesnodziecięcej. W tych badaniach należy brać pod uwagę sposób interpretacji faktów z historii życia.

Po trzecie, trzeba przypomnieć o znaczeniu badań interdyscyplinarnych nad zagadnieniem zachowań ryzykownych w grupie młodzieży oraz przemocy wobec dzieci. Takie badania stwarzają szansę całościowego ujmowania czynników i przemian psychologicznych, społecznych i biologicznych, dzięki czemu możliwy jest pełniejszy wgląd w badane problemy, a jednocześnie unika się ryzyka tłumaczenia złożonych zjawisk za pomocą jednego rodzaju przyczyn. Perspektywa cyklu

życia znacznie wybiega poza statyczny obraz osobowości, stwarzając podstawy do badania zmian w sposobie funkcjonowania i adaptacji w różnych okresach życia ofiar przemocy wczesnodziecięcej. Analizy tego typu warto wzbogacić o eksplorację znaczeń, jakie ofiara przemocy nadaje wydarzeniom życiowym i poszczególnym składnikom osobistego doświadczenia, wskutek czego zmieniają się przekonania, wartości i sposoby funkcjonowania psychospołecznego osoby.

Podejście integracyjne stwarza możliwość wieloaspektowego i dogłębnego poznania przemian związanych z adolescencją, podejmowaniem zachowań ryzykownych oraz przemocą wczesnodziecięcą adekwatnie do złożoności tych zjawisk.

WNIOSKI

1. Istnieje związek między doświadczaniem przemocy w dzieciństwie a podejmowaniem zachowań ryzykownych w okresie adolescencji.

2. Młodzież po próbach samobójczych najczęściej doświadczała w dzieciństwie przemocy fizycznej, młodzież nadużywająca środków psychoaktywnych najczęściej była w dzieciństwie ofiarą przemocy fizycznej; w tej grupie wystąpiła także przemoc seksualna. Młodzież z zaburzeniami odżywiania najczęściej doświadczała przemocy emocjonalnej i seksualnej; dziewczęta z jądłowstrętem psychicznym najczęściej były ofiarami przemocy emocjonalnej oraz seksualnej (nie stwierdzono w tej grupie przemocy fizycznej). Dziewczęta z żarłocznością psychiczną najczęściej wykorzystywano w dzieciństwie emocjonalnie i seksualnie.

BIBLIOGRAFIA

- Bandura, A. (2007). *Teoria społecznego uczenia się*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Behl, L. E., Conyngham, H. A., May, P. F. (2003). Trends in child maltreatment literature. *Child Abuse & Neglect*, 27, 215-229.
- Bifulco, A., Moran, P. M., Baines, R., Bunn, A., Stanford, K. (2002). Exploring psychological abuse in childhood. II: Association with other abuse and adult clinical depression. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 66, 3, 241-258.
- Briere, J. N. (1992). *Child abuse trauma: Theory and treatment of lasting effects*. Newbury Park: Sage.
- Bryer, J. B., Nelson, B. A., Miller, J. B., Kol, P. A. (1987). Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *American Journal of Psychiatry*, 144, 11, 1426-1430.
- Brzozowska, A. (2004). Krzywdzenie dzieci jako czynnik ryzyka zachowań samobójczych – przegląd literatury. *Psychiatria Polska*, 25, 1, 29-36.

- Cekiera, Cz. (1985). Patologia rodziny w środowisku narkomanów, alkoholików i samobójców. *Zdrowie Psychiczne*, 2, 5-12.
- Cekiera, Cz. (1993). *Psychoprofilaktyka uzależnień oraz terapia i resocjalizacja osób uzależnionych*. Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.
- Crittenden, P. (1988). Family and dyadic patterns of functioning in maltreating families. W: K. Brown, C. Davies, P. Stratton (red.), *Early prediction and prevention of child abuse* (s. 68-83). Chichester: Wiley.
- De Young, M. (1982). *The sexual victimization of children*. Jefferson: McFarland.
- Farmer, E., Owen, M. (1995). *Child protection practice: Private risk and public remedies – decision making, intervention and outcomes*. London: Protection Work HMSO.
- Hart, S. N., Brassard, M. R., Karlson, H. C. (1996). Psychological maltreatment. W: J. Brier, L. Berliner, J. A. Bulkley, C. Jenny, T. Raid (red.), *The APSAC handbook on child maltreatment* (s. 72-89). Thousand Oaks: Sage Publications Inc.
- Herman, J. L. (1981). *Father-daughter incest*. Cambridge: Harvard University Press.
- Hund, A. R., Espelage, D. L. (2006). Childhood emotional abuse and disordered eating among undergraduate females: Mediating influence of alexithymia and distress. *Child Abuse & Neglect*, 30, 4, 393-407.
- Kent, A., Waller, G. (2000). Childhood emotional abuse and eating psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 20, 887-903.
- Kent, A., Waller, G., Dagnan, D. (1999). A greater role for emotional than physical or sexual abuse in predicting disordered eating attitudes: The role of mediating variables. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 159-167.
- Marek, T., Noworol, C. (1987). Zarys analizy skupień – niehierarchiczne i hierarchiczne techniki skupiania. W: J. Brzeziński (red.), *Wielozmiennowe modele statystyczne w badaniach psychologicznych*. Warszawa-Poznań: PWN.
- Marzec-Tarasińska, A. (1998). *Sytuacja rodzinna młodzieży zażywającej środki odurzające*. Stalowa Wola: Oficyna Wydawnicza Fundacji Uniwersyteckiej w Stalowej Woli.
- Miller, B. A., Downs, W. R. (1995). Violent victimization among women with alcohol problems. W: M. Galanter (red.), *Recent developments in alcoholism*. Vol. 12: *Women and alcoholism* (s. 267-285). New York: Plenum.
- Moran, P. B., Vuchinich, S., Hall, N. K. (2004). Associations between types of maltreatment and substance use during adolescence. *Child Abuse & Neglect*, 28, 565-574.
- Ney, P. G., Fung, T., Wickett, A. R. (1993). Child neglect: The precursor to child abuse pre- and perinatal psychology. *Pre- & Perinatal Journal*, 8, 2, 95-112.
- Piotrowski, A. (1976). Niektóre psychospołeczne determinanty przyjmowania przez młodzież środków odurzających w latach 1969-1973. W: M. Jarosz (red.), *Wybrane zagadnienia patologii rodzinnej* (s. 150-151). Warszawa: GUS.
- Pope, H. G., Hudson, J. I. (1992). Is childhood sexual abuse a risk factor for bulimia nervosa? *American Journal of Psychiatry*, 149, 455-463.
- Root, M. P. (1989). Treatment failures: The role of sexual victimization in women's addictive behavior. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 542-549.
- Salter, A. C. (2003). *Pokonywanie traumy. Jak zrozumieć i leczyć dorosłe ofiary wykorzystywania seksualnego w dzieciństwie*. Poznań: Media Rodzina.

- Simpson, T. L., Miller, R. W. (2002). Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems. A review. *Clinical Psychology Review*, 22, 27-77.
- Smolak, L., Murnen, S. K. (2002). A meta-analytic examination of the relationship between child sexual abuse and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 136-150.
- Stankowski, A. (1988). *Narkomania – narkotyki – narkomani*. Katowice: Uniwersytet Śląski.
- Teicher, M. H., Samson, J. A., Polcari, A., McGreenery, C. E. (2006). Sticks, stones, and hurtful words: Relative effects of various forms of childhood maltreatment. *The American Journal of Psychiatry*, 163, 6, 993-1000.
- Thompson, A. E., Kaplan, C. A. (1996). Childhood emotional abuse. *British Journal of Psychiatry*, 168, 143-148.
- Wilsnack, S. C. (1984). Drinking, sexuality, and sexual dysfunction in women. W: S. C. Wilsnack, L. J. Beckman (red.), *Alcohol problems in women* (s. 189-227). New York: Guilford Press.
- Wonderlich, S. A., Brewerton, T. D., Jolic, J., Dansky, B. S., Abbott, D. W. (1997). Relationship of childhood sexual abuse and eating disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1107-1115.

VICTIMIZATION IN CHILDHOOD
AS A FACTOR RELATED TO HIGH-RISK BEHAVIORS
IN ADOLESCENCE

S u m m a r y

The aim of this study was to determine the relationship between childhood experiences of violence and health- or life-threatening high-risk behaviors among Polish adolescents. The studied group consisted of 14-18 year old patients from several Polish centers treating young people with high-risk behaviors. Early Trauma Inventory (ETI) and the Scale of Healthy Behaviors were used in the study. Results: Young people after suicidal attempts and with substance abuse reported predominantly experiences of physical violence in childhood. Adolescents with eating disorders had experienced emotional and sexual violence.

Key words: child abuse, health risk behaviors, adolescence.