

Krzywdzenie emocjonalne w dzieciństwie a zachowania autodestrukcyjne. Wyniki badań polskich studentów

Katarzyna Pilarczyk^a, Joanna Włodarczyk^b

^aUniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

^bFundacja Dajemy Dzieciom Siłę

Artykuł prezentuje wyniki badania ankietowego przeprowadzonego na próbie 1722 studentów z pięciu polskich uczelni. Jego celem było poznanie skali doświadczania przemocy i zaniedbania emocjonalnego w dzieciństwie oraz związku między nimi a zachowaniami autodestrukcyjnymi, takimi jak próby samobójcze i samookaleczenia. Wśród badanych studentów 42,18% potwierdziło, że było ofiarą przemocy emocjonalnej w dzieciństwie, a 25,07% – zaniedbania emocjonalnego. W przypadku zachowań autodestrukcyjnych 16,66% badanych deklaroowało dokonywanie samookaleczeń, a 4,60% podjęło próbę samobójczą. Analizy wykazały silny związek między doświadczaniem krzywdzenia emocjonalnego w dzieciństwie a podejmowaniem zachowań autodestrukcyjnych.

SŁOWA KLUCZOWE:

PRZEMOC EMOCJONALNA, ZANIEDBANIE EMOCJONALNE, PRÓBY SAMOBÓJCZE, SAMOOKALECZANIE

KRZYWDZENIE EMOCJONALNE W DZIECIŃSTWIE

Ustalenie definicji krzywdzenia emocjonalnego jest obarczone licznymi trudnościami. Zawiłość tej kwestii wynika ze znacznych różnic kulturowych, nieostrych granic zjawiska i jego nieoczywistych – na pierwszy rzut

oka – konsekwencji. Krzywdzenie emocjonalne (inaczej psychiczne¹) to – jak podaje Glaser (2011) w proponowanej roboczej definicji – „przewlekła, нефizyczna, szkodliwa interakcja pomiędzy dzieckiem i opiekunem, obejmująca zarówno działania, jak i zaniechania”. Tak sformułowane wyjaśnienie spełnia kilka kryteriów definicyjnych. Po pierwsze, podkreślono tu obecność pewnej relacji między osobami uczestniczącymi w doświadczeniu krzywdzenia i silnie zaznaczono powtarzalność negatywnych przeżyć. Sama przemoc emocjonalna ma zatem stanowić pewną charakterystyczną właściwość relacji ofiary i sprawcy, a wyrażać może się zarówno w zaniechaniach (zaniedbanie), jak i działaniach (krzywdzenie) – które są co najmniej potencjalnie szkodliwe dla dziecka. Na koniec warto dodać, że tej formie przemocy mogą – ale wcale nie muszą – towarzyszyć inne, tzn. przemoc fizyczna lub seksualna. Niektórzy badacze twierdzą natomiast, że wszystkie formy krzywdzenia zawierają w sobie aspekt krzywdy psychicznej (Browne, Lynch, 1997).

Jak podaje Włodarczyk (2017), szeroko rozpowszechniona jest także definicja przemocy emocjonalnej proponowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO; 1999). Zgodnie z tą definicją za przemoc psychiczną wobec dziecka uznaje się brak takiego środowiska, które mogłoby wspierać dziecko – w tym uwzględnia się nieobecność osoby znaczącej dla dziecka. Konsekwencją takiej sytuacji jest uniemożliwienie dziecku rozwoju jego kompetencji – społecznych i emocjonalnych – adekwatnych zarówno do jego własnych możliwości, jak i kontekstu społecznego, w którym się znajduje. Ponadto, WHO przyjmuje również, że do krzywdzenia czy zaniedbania emocjonalnego dochodzi w relacji między dzieckiem a jego rodzicem, opiekunem lub inną osobą, z którą dziecko pozostaje w relacji opartej na zaufaniu, władzy czy odpowiedzialności.

Glaser (2011) wymienia następujące kategorie szkodliwych interakcji opiekun–dziecko:

1. Niedostępność emocjonalna, brak reakcji emocjonalnej i zaniedbywanie emocjonalne.
2. Relacja z dzieckiem oparta na wrogości, obwinianiu, oczernianiu, odrzucaniu, traktowaniu jak kozła ofiarnego.
3. Nieodpowiednie rozwojowo lub niekonsekwentne interakcje z dzieckiem.

1 Zgodnie z propozycją Glaser (2011) przyjmuje się, że terminy *emocjonalne* i *psychiczne* są w przypadku omawianych pojęć tożsame. Iwaniec (2012) podkreśliła, że badacze wykorzystują też inne określenia do opisu omawianego zjawiska, tj. *uraz psychiczny* (Kavanagh, 1982), *znęcanie się psychiczne* (Garbarino, Guttman, Seeley, 1986) i *okrucieństwo psychiczne* (Navarre, 1987).

4. Niedostrzeżenie lub nieuznanie indywidualności dziecka i granic psychicznych między rodzicem a dzieckiem
5. Brak promowania socjalizacji dziecka we właściwym mu otoczeniu.

Iwaniec (1995) definiuje krzywdzenie emocjonalne dziecka z innej – niż dotychczas przedstawione – perspektywy. Autorka nie tylko tłumaczy, czym jest przemoc emocjonalna, ale wspomina także o efektach związanych z jej doświadczaniem. I tak, Iwaniec (2012) proponuje, by rozpatrywać krzywdzenie emocjonalne jako „wrogie lub obojętne zachowania rodzicielskie, które (jeśli są nasilone i długotrwałe) prowadzą do obniżenia samooceny dziecka, umniejszają jego poczucie sukcesu, ograniczają poczucie przynależności, utrudniają zdrowy i sprawny rozwój emocjonalny oraz wywołują różnorodne problemy emocjonalne”.

Badań na temat krzywdzenia emocjonalnego i jego konsekwencji jest mniej niż w przypadku przemocy fizycznej czy seksualnej wobec dzieci, po części dlatego, że problem dopiero od niedawna jest rozpoznawany jako forma krzywdzenia (Egeland, 2009; Wright, 2007). Rozpowszechnienie zjawiska jest jednak znaczne. Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg, Alink i van Ijzendoorn (2012) przeprowadzili metaanalizę 29 badań, w których uczestniczyło 7 082 729 osób. W przypadku badań wykorzystujących metodę samoopisu okazało się, że przemoc emocjonalnej doświadczyło 36,3% dzieci. Z kolei na podstawie danych z placówek czy raportów policyjnych – 0,3% dzieci. Autorzy metaanalizy zwrócili uwagę na to, że badania na podstawie dostępnych danych statystycznych obejmują informacje tylko o tych dzieciach, o których sytuacji zawiadomiono policję lub ośrodki opiekuńczo-wychowawcze, a krzywdzące zachowania miały charakter wielokrotny. Dane te nie dotyczą natomiast dzieci, w przypadku których o doświadczaniu przez nie krzywdzenia (wielokrotnie lub jednokrotnie) nie zostali poinformowani specjaliści – te informacje zostają ujawnione tylko w badaniach samoopisowych. Wyraźnie widać zatem pewną trudność, jaką określenie skali zjawiska sprawia badaczom.

Zrealizowane do tej pory w tym obszarze projekty dość wyraźnie wskazują na szkodliwy wpływ doświadczeń przemocy emocjonalnej i zaniedbania na rozwój dziecka (Iwaniec, Larkin, Higgins, 2006).

KONSEKWENCJE ZANIEDBANIA I KRZYWDZENIA EMOCJONALNEGO

Przegląd piśmiennictwa na temat konsekwencji zaniedbania i krzywdzenia emocjonalnego dziecka wskazuje, że przemoc psychiczna może destruktywnie wpływać na właściwie każdą sferę rozwoju dziecka (WHO, 1999). Należy przy tym zaznaczyć,

że konsekwencje bycia ofiarą przemocy emocjonalnej będą różne w zależności od tego, w jakim okresie rozwoju było dziecko i jakich form krzywdzenia doświadczyło (Iwaniec, 2012). Ponadto możemy mówić o konsekwencjach krótko- i długofalowych, a każda osoba może reprezentować swoisty tylko i wyłącznie dla siebie wzorzec objawów (lub objawy mogą nie wystąpić w ogóle).

Opisywane w piśmiennictwie możliwe konsekwencje zaniedbania i krzywdzenia emocjonalnego zebrano w tabeli 1.

Tabela 1

Konsekwencje doświadczania zaniedbania i krzywdzenia emocjonalnego w dzieciństwie

Sfera fizyczna
<ul style="list-style-type: none"> - zahamowanie wzrostu - zmniejszona objętość kory przedczołowej
Sfera intrapsychiczna
<ul style="list-style-type: none"> - labilność emocjonalna - zaburzenia odżywiania - niska samoocena i brak pewności siebie - poczucie uogólnionego smutku i beznadziei - depresja, zaburzenia nastroju - zaburzenia lękowe - próby samobójcze - zaburzenia osobowości
Sfera seksualna
<ul style="list-style-type: none"> - podejmowanie ryzykownych zachowań seksualnych
Sfera społeczna
<ul style="list-style-type: none"> - wycofanie i izolacja - utrudnione budowanie bezpiecznego przywiązania - trudności w nauce, problemy szkolne, wagary - ucieczki z domu - angażowanie się w zachowania przestępcze - samouszkodzenia i próby samobójcze - uzależnienia* - przedwczesne macierzyństwo

* Norman i in. (2012) w swojej metaanalizie 124 badań stwierdzili, że znaczący jest związek między przemocą emocjonalną a paleniem papierosów, ale nie między zaniedbaniem a paleniem. Podobnie opisano uzależnienie od alkoholu. W przypadku uzależnienia od narkotyków opisywany związek był na granicy istotności.

Źródło: opracowano na podstawie: Iwaniec (2012), Norman, Byambaa, Butchart, Scott, Vos (2012), Stoltenborgh i in. (2012).

Przemoc i zaniedbanie emocjonalne są uznawane za czynniki istotnie zwiększające ryzyko wystąpienia samouszkodzeń i prób samobójczych (Iwaniec, 1995, 2012; Norman i in., 2012).

ZACHOWANIA AUTODESTRUKCYJNE – SAMOUSZKODZENIA I PRÓBY SAMOBÓJCZE

Samouszkodzenia bez intencji samobójczych (*nonsuicidal self-injury*, NSSI) według propozycji DSM-5 to takie zachowania, w których występuje bezpośrednio i celowe uszkodzenie ciała, ale intencją osoby dokonującej samookaleczenia nie jest odebranie sobie życia. Zachowanie to może polegać na nacinaniu lub rozdrapywaniu skóry, uderzaniu głową w twarde powierzchnie, gryzieniu czy wrywaniu włosów (Nock, Favazza, 2009). Za najbardziej rozpowszechnioną formę samouszkodzeń uznaje się nacinanie skóry, które występuje u 70–90% osób angażujących się w takie czynności (Klonsky, 2007). Zwykle zachowanie to ujawnia się między 12 a 15 r.ż. (Armiento, Hamza, Stewart, Leschied, 2016).

Żechowski i Namysłowska (2008) wykazali, że w Polsce wzrasta liczba osób dokonujących samouszkodzeń – w populacji zarówno osób niepoddających się leczeniu, jak i klinicznej. Potwierdzają to badania Gmitrowicz (2004) oraz Warzocha, Gmitrowicz i Pawełczyk (2008). Wzrósł także odsetek nastoletnich pacjentów oddziałów psychiatrycznych, którzy dokonywali samookaleczeń – z 27% w 2005 r. do prawie połowy, tj. 47%, w kolejnych dwóch latach (Warzocha i in., 2008). Badacze zwracają przy tym uwagę na trudności związane z szacowaniem zachowań samouszkodzających wśród młodzieży nieleczącej się psychiatrycznie, wskazując, że młodzi ludzie często nie korzystają w takich sytuacjach z pomocy lekarza, a ponadto próbują ukryć fakt samookaleczenia się (Pawłowska, Potembska, Zygo, Olajossy, Dziurzyńska, 2016; Wycisk, 2006). Jak podają Gmitrowicz, Kostulski, Kropiwnicki i Zalewska-Janowska (2014), tylko 14% przebadanych przez nich samookaleczających się nastolatków szukało pomocy medycznej.

Gmitrowicz i in. (2014) objęli swoimi badaniami grupę 897 chłopców (67%) i 557 dziewczyn (38%), w wieku 12–19 lat. Do podejmowania samouszkodzeń przyznało się 19,5% respondentów, a 58,6% z nich potwierdziło, że ma myśli samobójcze (w grupie niedokonującej samouszkodzeń odsetek ten był niższy i wynosił 17,5%).

Kądziela-Olech i in. (2015) przeprowadzili badania w ośmiu polskich szkołach (trzech liceach, trzech gimnazjach i dwóch zespołach szkół technicznych). Zgromadzono wyniki pochodzące od 2220 uczniów (1193 chłopców i 1027 dziewczyn) w wieku 13–19 lat (średnia: 16,7 roku). W badanej grupie odsetek osób samookaleczających się wahał się od 6,25% w przypadku 13-latków do 14,75% u 15-latków. Średnio wśród uczniów, którzy wzięli udział w badaniu, podejmowanie samouszkodzeń bez intencji samobójczych deklarowało 8,3%.

Pawłowska i in. (2016) także starali się ocenić rozpowszechnienie samookaleczenia w grupie młodzieży szkolnej w wieku 16–19 lat. Przebadano 5685 osób (70% dziewczyn, 30% chłopców). W badanej grupie samouszkodzeń dokonywało 13,7% nastolatków. Istotnie częściej takie zachowanie podejmowały dziewczyny niż chłopcy (15,7% vs 6,9%).

Zachowania samouszkodzające z intencją samobójczą (*suicidal self-injury*, SSI; Messer, Fremouw, 2008; Orlando, Broman-Fulks, Whitlock, Curtin, Michael, 2015) od tych bez intencji samobójczej odróżnia cel. Celem samobójstwa jest śmierć². Definicja, którą proponuje tu Światowa Organizacja Zdrowia, brzmi: „samobójstwo jest aktem o skutku śmiertelnym, który zmarły ze świadomością i oczekiwaniem takiego skutku sam zaplanował i wykonał w celu spowodowania zmian przez siebie pożądaných (upragnionych)” (Hołyst, 2002, za: Bąbik, Olejniczak, 2014). W Polsce to właśnie samobójstwo jest drugą – zaraz po wypadkach – przyczyną zgonów w grupie dzieci i młodzieży, stanowiąc 23% zgonów w grupie osób w wieku 1–19 lat (Bąbik, Olejniczak, 2014). W latach 1999–2006 na skutek samobójstwa zmarło 2556 dzieci i nastolatków (Napieralska, Kułaga, Gurrkowska, Grajda, 2010). Podjęcie próby samobójczej zdarza się w grupie nastolatków nawet 20 razy częściej niż samobójstwo dokonane (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2014; WHO, 2014).

Większość badaczy jest zgodna co do tego, że między samookaleczeniem a próbą samobójczą istnieje podstawowa różnica w intencji osoby (Brausch, Gutierrez, 2010; Csorba, Dinya, Plener, Nagy, Páli, 2009; Kądziała-Olech i in., 2015; Klonsky, Glenn, 2008). Samobójstwo ma zakończyć dotychczasową linię życia jednostki, celem samookaleczeń z kolei jest regulacja emocjonalna, złagodzenie przeżywanego bólu psychicznego lub zakomunikowanie otoczeniu przeżywanego przez osobę cierpienia (Kądziała-Olech, 2015; Klonsky, 2007).

Ze względu na duże rozpowszechnienie problemu ustalenie przyczyn jego występowania jest bardzo ważne. Jak wykazano wcześniej, doświadczenie zaniedbania i krzywdzenia emocjonalnego zwiększa ryzyko wystąpienia zachowań autodestrukcyjnych, co potwierdzają kolejne badania (Makara-Studzińska, 2013; Pawłowska i in., 2016; Yates, 2009).

Celem niniejszego badania była ocena skali przemocy i zaniedbania emocjonalnego w dzieciństwie oraz związku między nimi a zachowaniami autodestrukcyjnymi, takimi jak próby samobójcze i samookaleczenia.

2 Większość definicji – ale nie wszystkie – zgadza się z tym stwierdzeniem (Bąbik, Olejniczak, 2014).

METODOLOGIA

Badanie przeprowadzono na podstawie metodologii Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Przekrojowe badanie zrealizowano wśród studentów I, II i III roku studiów stacjonarnych z celowo wybranych pięciu polskich uczelni w listopadzie i grudniu 2016 r. Próba była dobierana dwuetapowo – najpierw dokonano doboru celowego uczelni, a następnie przeprowadzono wielostopniowe losowanie grupowe.

W badaniu zebrano łącznie 1833 ankiety. W procedurze weryfikacji danych wyłoniono próbę 1722 ankiet. Poziom realizacji próby wyniósł 94%. W jej skład weszli studenci Politechniki Śląskiej ($n = 361$), Politechniki Gdańskiej ($n = 360$), Uniwersytetu w Białymstoku ($n = 356$), Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu ($n = 338$) i Uniwersytetu Technologiczno-Humanistycznego im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu ($n = 307$; WHO, 2018).

W badaniu wykorzystano dwa kwestionariusze *Adverse Childhood Experiences (ACE)* opracowane przez *Centers for Disease Control and Prevention* i *Kaiser Permanente* w 1995 r. (Krug i in., 2002) – *Family Health History Questionnaire* i *Physical Health Appraisal Questionnaire*. Pytania przetłumaczono na język polski i zaadaptowano (w dwóch wersjach: dla mężczyzn i dla kobiet).

W niniejszym artykule poddano analizie związek między przemocą emocjonalną i zaniedbaniem emocjonalnym a zachowaniami autodestrukcyjnymi, takimi jak okaleczanie się i próby samobójcze. W tabeli 2 przedstawiono pytania i odpowiedzi, które były wskaźnikami doświadczenia w dzieciństwie przemocy emocjonalnej oraz zaniedbania emocjonalnego.

Tabela 2

Wskaźniki przemocy i zaniedbania emocjonalnego

Przemoc emocjonalna	Członkowie Twojej rodziny nazywali Cię „leniwą(-ym)”, „brzydka(-im)” itp.	czasami, często, bardzo często
	lub	
	Członkowie Twojej rodziny mówili Ci raniące albo obraźliwe rzeczy,	czasami, często, bardzo często
	lub	
	Uważasz, że byłeś(-eś) krzywdzona(-y) emocjonalnie	czasami, często, bardzo często
	lub	

	Twój rodzic, ojczym/macocha lub inny dorosły mieszkający w Twoim domu... wyzywał Cię, obrażał albo poniżał?	czasami, często, bardzo często
	lub zachowywał się w taki sposób, że bałaś(-eś) się, iż może Cię fizycznie skrzywdzić?	czasami, często, bardzo często
Zaniedbanie emocjonalne	W Twojej rodzinie był ktoś, kto sprawiał, że czułaś(-eś) się ważna(-y) i wyjątkowa(-y)	nigdy, rzadko
	lub Miałaś(-eś) poczucie, że Twój rodzic woleliby, żebyś się nie urodził(a)	czasami, często, bardzo często
	lub Członkowie Twojej rodziny troszczyli się o siebie nawzajem,	nigdy, rzadko
	lub Czułaś(-eś), że ktoś z rodziny Cię nienawidzi,	czasami, często, bardzo często
	lub Członkowie Twojej rodziny czuli się sobie bliscy,	nigdy, rzadko
	lub Twoja rodzina dawała Ci wsparcie,	nigdy, rzadko
	lub Czułaś(-eś) się kochana(-y)	nigdy, rzadko

Zachowania autodestrukcyjne badano za pomocą dwóch pytań – „Czy kiedykolwiek próbowałaś(-eś) popełnić samobójstwo?” i „Czy kiedykolwiek umyślnie się zraniłaś(-eś)?”.

WYNIKI

Przemoc emocjonalna

Przemocy emocjonalnej doświadczyło 42,18% badanych i jest to drugie – po przemocy fizycznej (45,93%) – najczęstsze ACE (WHO, 2018). Nie wystąpiły istotne statystycznie różnice między kobietami a mężczyznami ani związane z wiekiem respondentów. Istotnie statystycznie okazało się za to wykształcenie rodziców – osoby, których rodzice mieli niskie wykształcenie, istotnie częściej doświadczyły przemocy emocjonalnej (46,38%) niż osoby, których rodzice mieli wykształcenie wyższe (38,44%).

Tabela 3

Doświadczenie przemocy emocjonalnej w podziale na płeć, wiek i wykształcenie rodziców

		Przemoc emocjonalna
	Ogółem	42,18%
Płeć	Kobiety	41,86%
	Mężczyźni	42,59%
	<i>p</i>	0,76
Wiek	18-19 lat	42,38%
	20 lat	42,61%
	21 lat	40,04%
	22-25 lat	44,95%
	<i>p</i>	0,60
Wykształcenie rodziców	Niskie	46,38%
	Średnie	42,60%
	Wysokie	38,44%
	<i>p</i>	0,05

Najczęstszą formą przemocy emocjonalnej było nazywanie przez członków rodziny „leniwą(-ym)”, „brzydką(-im)”. Takie częste lub bardzo częste wspomnienia z dzieciństwa ma 9,57% badanych, a w sumie z odpowiedzią *czasami* – 31,53%. Raniące lub obraźliwe słowa od członków swojej rodziny często słyszało 5,91% badanych, a 19,49% – włączając odpowiedzi *czasami*.

Wszystkie badane formy przemocy emocjonalnej przedstawiono w tabeli 4.

Tabela 4

Doświadczenie poszczególnych form przemocy emocjonalnej, %

Przemoc emocjonalna	Nigdy (%)	Rzadko (%)	Czasami (%)	Często (%)	Bardzo często / zawsze (%)
Członkowie Twojej rodziny nazywali Cię „leniwą(-ym)”, „brzydką(-ym)” itp.	39,81	28,66	21,96	6,99	2,58
Członkowie Twojej rodziny mówili Ci raniące albo obraźliwe rzeczy.	54,04	26,46	13,58	4,33	1,58
Uważasz, że byłeś(-eś) krzywdzona(-y) emocjonalnie.	66,78	15,73	10,82	4,44	2,22

Przemoc emocjonalna	Nigdy (%)	Rzadko (%)	Czasami (%)	Często (%)	Bardzo często / zawsze (%)
Twój rodzic, ojczym/macocha lub inny dorosły mieszkający w Twoim domu wyzywał Cię, obrażał albo poniżał?	67,10	19,51	9,40	2,88	1,12
Twój rodzic, ojczym/macocha lub inny dorosły mieszkający w Twoim domu zachowywał się w taki sposób, że bałaś(-eś) się, iż może Cię fizycznie skrzywdzić?	81,39	10,92	5,17	1,70	0,82

Płeć jako jedyna różnicowała wyniki postrzeganych form przemocy emocjonalnej. Kobiety istotnie częściej doświadczyły raniących lub obraźliwych komentarzy ze strony rodziny (23,2% vs 14,6%, $p < 0,01$), uważały, że były krzywdzone emocjonalnie (20,1% vs 14%, $p < 0,01$), oraz były w domu wyzywane, obrażane lub poniżane (15,5% vs 10,6%, $p < 0,01$). W pozostałych przypadkach różnice między płciami nie były istotne statystycznie.

Tabela 5

Doświadczenie poszczególnych form przemocy emocjonalnej w podziale na płeć, wiek i wykształcenie rodziców

Przemoc emocjonalna	Członkowie Twojej rodziny nazywali Cię „leniwą(-ym)”, „brzydka(-im)” itp.	Członkowie Twojej rodziny mówili Ci raniące albo obraźliwe rzeczy.	Uważasz, że byłaś(-eś) krzywdzona(-y) emocjonalnie.	Twój rodzic, ojczym/macocha lub inny dorosły mieszkający w Twoim domu wyzywał Cię, obrażał albo poniżał?	Twój rodzic, ojczym/macocha lub inny dorosły mieszkający w Twoim domu zachowywał się w taki sposób, że bałaś(-eś) się, iż może Cię fizycznie skrzywdzić?	
Ogółem	31,55%	19,51%	17,49%	13,40%	7,70%	
Płeć	Kobiety	30,48%	23,20%	20,12%	15,50%	7,44%
	Mężczyźni	32,93%	14,63%	13,99%	10,63%	8,03%
	<i>p</i>	0,281	<0,01	<0,01	<0,01	0,651
Wiek	18–19 lat	34,13%	22,36%	18,23%	12,47%	4,80%
	20 lat	32,61%	17,65%	17,22%	12,80%	8,27%
	21 lat	28,05%	18,59%	15,79%	12,63%	7,11%
	22–25 lat	31,93%	20,28%	19,86%	17,19%	11,93%
	<i>p</i>	0,225	0,302	0,515	0,235	<0,01

Wykształcenie rodziców	Niskie	35,69%	22,03%	20,29%	15,98%	7,67%
	Średnie	32,20%	19,44%	16,62%	14,02%	7,54%
	Wysokie	28,55%	17,78%	15,92%	10,26%	7,02%
	<i>p</i>	0,072	0,285	0,208	<0,05	0,916

Zaniedbanie emocjonalne

Zaniedbania emocjonalnego w dzieciństwie doświadczyło 15,07% badanych, istotnie częściej kobiety niż mężczyźni (27,23% vs 22,24%, $p < 0,05$) oraz osoby, których rodzice mieli niskie wykształcenie, niż osoby, których rodzice mieli wykształcenie średnie lub wyższe (odpowiednio, 31,59%, 23,51%, 21,09%, $p < 0,01$).

Tabela 6

Doświadczenie zaniedbania emocjonalnego w podziale na płeć, wiek i wykształcenie rodziców

Zaniedbanie emocjonalne		
	Ogółem	25,07%
Płeć	Kobiety	27,23%
	Mężczyźni	22,24%
	<i>p</i>	<0,05
Wiek	18-19 lat	29,05%
	20 lat	23,15%
	21 lat	22,54%
	22-25 lat	27,18%
	<i>p</i>	0,08
Wykształcenie rodziców	Niskie	31,59%
	Średnie	23,51%
	Wysokie	21,09%
	<i>p</i>	<0,01

Spośród badanych 11,34% w dzieciństwie nigdy nie czuło lub czuło rzadko, że są ważni i wyjątkowi dla przynajmniej jednego członka swojej rodziny, 10,24% co najmniej czasami czuło, że ktoś z rodziny ich nienawidzi, a 9,82% miało poczucie, że ich rodzice woleliby, że się nie urodzili. Wszystkie formy zaniedbania emocjonalnego zostały przedstawione w tabeli 7. W zależności od pytania jako wskaźnik brano pod uwagę odpowiedzi: *czasami, często, bardzo często / zawsze lub nigdy/rzadko.*

Tabela 7

Doświadczenie poszczególnych form zaniedbania emocjonalnego

Zaniedbanie emocjonalne	Nigdy (%)	Rzadko (%)	Czasami (%)	Często (%)	Bardzo często / zawsze (%)
W Twojej rodzinie był ktoś, kto sprawiał, że czułaś(-eś) się ważna(-y) i wyjątkowa(-y).	4,00	7,34	17,16	29,73	41,77
Członkowie Twojej rodziny czuli się sobie bliscy.	2,70	6,46	14,33	29,24	47,27
Członkowie Twojej rodziny troszczyli się o siebie nawzajem.	1,88	4,22	11,38	31,44	51,09
Twoja rodzina dawała Ci wsparcie.	1,52	4,21	11,57	24,47	58,24
Czułaś(-eś) się kochana(-y).	1,18	3,94	10,63	23,62	60,63
Czułaś(-eś), że ktoś z rodziny Cię nienawidzi.	77,79	11,98	6,55	2,81	0,88
Miałaś(-eś) poczucie, że Twoi rodzice woleliby, żebyś się nie urodziła/ urodził.	81,13	9,05	6,64	2,06	1,12

Doświadczenie poszczególnych form zaniedbania emocjonalnego różnicowała płeć respondentów – kobiety częściej niż mężczyźni czuły, że ktoś z rodziny ich nienawidzi (12,3% vs 7,4%, $p < 0,01$) lub ich rodzice woleliby, żeby się nie urodziły (12,2% vs 6,7%, $p < 0,01$), oraz rzadziej deklarowały, że członkowie ich rodzin troszczyli się o siebie (7,3% vs 4,5%, $p < 0,05$).

Niskie wykształcenie rodziców istotnie korelowało z wyższymi odsetkami odpowiedzi badanych, że nie czuli się ważni i wyjątkowi w dzieciństwie (16,4%, $p < 0,01$) oraz że nie czuli, żeby członkowie rodziny byli sobie bliscy (12,9%, $p < 0,01$) lub troszczyli się o siebie (10,8%, $p < 0,01$). Badani, których rodzice mieli wykształcenie niskie, częściej nie czuli się kochani niż ci, których rodzice mieli wykształcenie średnie lub wyższe (odpowiednio, 7,6%, 4,47%, 3,79%, $p < 0,01$).

Tabela 8

Doświadczenie poszczególnych form zaniedbania emocjonalnego w podziale na płeć, wiek i wykształcenie rodziców

Zaniedbanie emocjonalne		Odsetek odpowiedzi przeczących						Odsetek odpowiedzi twierdzących	
		W Twojej rodzinie był ktoś, kto sprawiał, że czułaś(-eś) się ważna(-y) i wyjątkowa(-y).	Członkowie Twojej rodziny czuli się sobie bliscy.	Członkowie Twojej rodziny troszczyli się o siebie nawzajem.	Twoja rodzina dawała Ci wsparcie.	Czułaś(-eś) się kochana(-y).	Czułaś(-eś), że ktoś z rodziny Cię nienawidzi.	Miałaś(-eś) poczucie, że Twoi rodzice woleliby, żebyś się nie urodziła(-a).	
Ogółem		11,35%	9,17%	6,10%	5,73%	5,11%	10,23%	9,82%	
Płeć	Kobiety	11,15%	9,18%	7,32%	5,45%	5,06%	12,35%	12,22%	
	Mężczyźni	11,60%	9,13%	4,49%	6,09%	5,18%	7,44%	6,67%	
	<i>p</i>	0,772	0,968	<0,05	0,571	0,915	<0,01	<0,01	
Wiek	18-19 lat	12,98%	9,16%	6,24%	5,28%	4,59%	10,31%	12,38%	
	20 lat	10,16%	8,84%	5,11%	5,07%	4,90%	8,97%	8,04%	
	21 lat	11,02%	8,32%	5,30%	5,87%	5,09%	9,33%	8,13%	
	22-25 lat	11,66%	11,23%	9,06%	7,32%	6,29%	13,94%	12,24%	
	<i>p</i>	0,592	0,583	0,12	0,587	0,776	0,132	<0,05	
Wykształcenie rodziców	Niskie	16,37%	12,87%	10,76%	7,56%	7,56%	10,43%	12,35%	
	Średnie	9,58%	6,93%	4,62%	5,07%	4,47%	9,82%	9,57%	
	Wysokie	9,25%	7,90%	4,98%	4,44%	3,79%	10,43%	8,05%	
	<i>p</i>	<0,01	<0,01	<0,01	0,113	<0,05	0,924	0,101	

Zachowania autodestrukcyjne

Ogółem 16,66% badanych okaleczało się. Istotnie częściej robiły to kobiety i najmłodsza grupa badanych (w wieku 18-19 lat; tab. 9).

Próbę samobójczą przeżyło 4,6% badanych. W przypadku 55,30% z tych osób była to jedna próba samobójcza, 26,30% – dwie próby, a 18,40% – 3-5 prób. Wiek w chwili pierwszej próby samobójczej wynosił 10-21 lat. Co piąta osoba (19,80%) pierwszą próbę samobójczą podjęła zanim skończyła 15 lat.

Tabela 9

Zachowania autodestrukcyjne w podziale na płeć, wiek i wykształcenie rodziców

		Próby samobójcze	Samookaleczanie
Ogółem		4,60%	16,66%
Płeć	Kobiety	5,11%	21,04%
	Mężczyźni	3,92%	10,84%
	<i>p</i>	0,242	<0,01
Wiek (w latach)	18-19	5,24%	21,53%
	20	4,29%	15,76%
	21	3,61%	12,85%
	22-25	5,94%	17,83%
	<i>p</i>	0,426	<0,01
Wykształcenie rodziców	Niskie	4,62%	16,81%
	Średnie	4,13%	13,76%
	Wysokie	4,59%	18,26%
	<i>p</i>	0,904	0,091

Zależności między krzywdzeniem emocjonalnym a zachowaniami autodestrukcyjnymi

Ofiary przemocy emocjonalnej w porównaniu z osobami, które jej nie doświadczyły, osiem razy częściej podejmowały próby samobójcze (OR = 7,92) i cztery razy częściej samookaleczały się (OR = 3,85).

Respondenci zaniedbywani emocjonalnie jedenastokrotnie częściej podejmowali próby samobójcze (OR = 10,77) i cztery razy częściej samookaleczali się (OR = 3,92).

Tabela 10

Regresja logistyczna – wpływ doświadczenia przemocy emocjonalnej i zaniedbanie emocjonalnego w dzieciństwie na zachowania autodestrukcyjne

OR	Próby samobójcze	Samookaleczanie
Przemoc emocjonalna	7,92*	3,85*
Zaniedbanie emocjonalne	10,77*	3,92*

**p* <0,01

DYSKUSJA

Celem prezentowanych badań była odpowiedź na dwa pytania. Po pierwsze, jaka jest skala przemocy emocjonalnej, zaniedbania i zachowań autodestrukcyjnych wśród badanych studentów. Po drugie, jaki jest związek między ACE a podejmowaniem zachowań szkodliwych dla zdrowia.

Odnosząc się do tej pierwszej kwestii, na podstawie otrzymanych wyników można stwierdzić, że duża część badanych studentów doświadczyła przemocy emocjonalnej – 42,18% badanych potwierdza, że doznało tej formy krzywdzenia. Zaniedbania emocjonalnego w dzieciństwie doświadczyło natomiast 25,07% badanych. Jeśli chodzi o płeć respondentów, to generalnie kobiety deklarowały częstsze doświadczanie niektórych form krzywdzenia emocjonalnego, takich jak raniące lub obraźliwe komentarze ze strony rodziny, wyzywanie, poniżanie lub obrażanie w domu, poczucie, że ktoś z rodziny ich nienawidzi lub że rodzice woleliby, żeby się nie urodziły, a także rzadziej deklarowały, że członkowie ich rodzin troszczyli się o siebie (w przypadku pozostałych form różnice okazały się nieistotne statystycznie). Kobiety także częściej uważały, że były krzywdzone emocjonalnie. Istotną zmianą okazało się wykształcenie rodziców. Dzieci rodziców z niskim wykształceniem istotnie częściej doświadczały przemocy emocjonalnej (46,38%) i zaniedbania emocjonalnego (31,59%) niż dzieci rodziców z wykształceniem wyższym (odpowiednio, 38,44% i 21,09%).

Podejmowanie zachowań autoagresywnych można również uznać za zjawisko występujące niepokojąco często. Spośród badanych 16,66% deklarowało, że samookalecza się, a 4,60% podjęło próbę samobójczą – przy czym prawie połowa osób w tej grupie stwierdziła, że próbowała odebrać sobie życie dwa lub więcej razy (44,70%). Co piąta osoba (19,80%) pierwszą próbę samobójczą podjęła zanim skończyła 15 lat. Dla częstości występowania zachowań autoagresywnych istotne okazały się płeć i wiek respondentów. Istotnie częściej angażowanie się w takie zachowania deklarowały kobiety i najmłodsza grupa badanych.

W kwestii związku między doświadczaniem krzywdzenia emocjonalnego a podejmowaniem zachowań autoagresywnych okazało się, że ofiary zarówno przemocy emocjonalnej, jak i zaniedbania emocjonalnego istotnie częściej angażowały się w takie zachowania. W przypadku przemocy emocjonalnej ofiary samookaleczały się cztery razy częściej, a próby samobójcze podejmowały aż osiem razy częściej w porównaniu z badanymi, którzy nie doświadczyli przemocy emocjonalnej. Respondenci zaniedbywani emocjonalnie cztery razy częściej samookaleczali się i jedenastokrotnie częściej podejmowali próby samobójcze.

W przeprowadzonych badaniach ze wszystkich form ACE to właśnie zależność między krzywdzeniem emocjonalnym a podejmowaniem zachowań autodestrukcyjnych okazała się najsilniejsza (badano m.in. zależności z takimi ACE, jak przemoc fizyczna i wykorzystywanie seksualne; WHO, 2018). Jest to zgodne z wynikami badań dostępnymi w piśmiennictwie. Yates (2009) wykazała obecność ACE aż u 80% osób, które samookaleczały się. We wspomnianych już badaniach Pawłowskiej i in. (2016) okazało się, że istotnie częściej samookalecza się młodzież, która doświadczała przemocy psychicznej ze strony członka rodziny lub wychowywała się w rodzinie niepełnej czy w rodzinie z problemem alkoholowym. Baetens i in. (2014) wskazują, że pewne cechy opieki rodzicielskiej – takie jak np. unieważnianie emocji dziecka czy występowanie przemocy – wpływają na pojawienie się i utrzymywanie zachowań autoagresywnych. Makara-Studzińska (2013) na podstawie wyników badań własnych stwierdza, że największą rolę w genezie zachowań samobójczych dzieci i młodzieży odgrywa środowisko rodzinne. W badaniu, które przeprowadziła w Regionalnym Ośrodku Toksykologii Klinicznej w Lublinie na grupie 100 nastoletnich pacjentów z przynajmniej jedną próbą samobójczą, aż 57% respondentów uznało uczucie emocjonalnego odtrącenia przez rodziców za kluczowe dla podjęcia próby samobójczej, a 48% badanych wskazało tu także konflikty z rodzicami.

W piśmiennictwie można odnaleźć nieliczne próby wyjaśnienia tak silnej relacji między opisywanymi zmiennymi. Według jednej z propozycji osoby, które wyniosły negatywne doświadczenia z dzieciństwa, mają trudności z poradzeniem sobie z traumatycznymi przeżyciami i w efekcie angażują się w samouszkodzenia jako metodę regulacji emocji (Messer, Fremouw, 2008; Suyemoto, 1998). Zakłada się tu, że samookaleczanie służy uzyskaniu kontroli nad przeszłymi doświadczeniami traumy, które nie mogą być wyrażone werbalnie lub w inny sposób (Suyemoto, 1998). Istnieją badania potwierdzające znaczenie regulacji emocjonalnej w procesie angażowania się w samouszkodzenia przez osoby, które doświadczyły krzywdzenia w dzieciństwie. Peh i in. (2017) wykazali, że ważnym mechanizmem łączącym negatywne doświadczenia w dzieciństwie z podejmowaniem zachowań samouszkodzących jest dysregulacja emocjonalna. Badacze opisują samookaleczanie jako nieprzystosowaną formę radzenia sobie z dysregulacją emocjonalną, powstałą na skutek doznanej krzywdy. Jak wskazuje Kubiak (2016), samouszkodzenia mają służyć redukcji napięcia.

Yates, Tracy i Luthar (2008) uzyskały wyniki wskazujące na to, że postrzegany krytycyzm rodziców wiąże się z większym angażowaniem się w samouszkodzenia, a poczucie obcości wobec rodziców jest tu istotną zmienną pośredniczącą, która ma znaczenie szczególnie w grupie chłopców.

Co ciekawe, w jakościowym badaniu Gulbas, Hausmann-Stabile, De Luca, Tyler i Zayasa (2015) na podstawie wywiadów z nastolatkami starano się ustalić przyczyny angażowania się przez nie w zachowania autoagresywne. Krytycyzm rodziców pojawia się jako taki czynnik najczęściej w grupie dziewcząt, które miały próby samobójcze. Respondenci tłumaczyli, że krytyka ze strony opiekunów sprawiała, że czuli się bezwartościowi i wyalienowani – obcy we własnej rodzinie. Doświadczali emocjonalnego cierpienia. Jedna z uczestniczek badania opisała swoją próbę samobójczą jako rozpaczliwą reakcję na częste wyzwiska, które słyszała od ojca. Znaczenie komunikacji z rodzicami dla prób samobójczych podejmowanych przez dzieci potwierdzają też Gould, Shaffer, Fisher i Garfinkel (1998), którzy przedstawili wyniki badań, w których uboga komunikacja z ojcami była predyktorem samobójstw wśród nastolatków, ale uboga komunikacja z matką już nie.

Dotychczasowe koncepcje starające się wyjaśnić silny związek między doświadczaniem przemocy emocjonalnej i zaniedbania w dzieciństwie a angażowaniem się w czynności autodestrukcyjne są niejednoznaczne oraz wymagają dalszej eksploracji. Wyniki badań niosą jednak istotne wskazania dla profilaktyki zachowań autoagresywnych u młodzieży. Peh i in. (2017) twierdzą, że kluczowe jest uczenie dzieci (przede wszystkim tych, które doświadczają w dzieciństwie przemocy lub które angażują się w zachowania autoagresywne) metod konstruktywnego regulowania emocji i radzenia sobie z nimi. Należy tu jednak zauważyć, że jeśli w środowisku domowym dziecko doświadcza krzywdzenia emocjonalnego i nie otrzymuje niezbędnego wsparcia, to wdrożenie jakichkolwiek działań profilaktycznych wymagałoby zidentyfikowania problemu przez osobę spoza rodziny dziecka. Z tego powodu istotne są także wszelkie projekty mające na celu zwiększanie świadomości rodziców na temat potrzeb dzieci – w tym potrzeb emocjonalnych – i krzywdzenia emocjonalnego. Otrzymywanie wsparcia z zewnątrz jest istotnym czynnikiem chroniącym przed podejmowaniem zachowań samouszkodzających (Andover, Pepper, Ryabchenko, Orrico, Gibb, 2007).

OGRANICZENIA BADAWCZE

Dobór próby zastosowany w badaniu gwarantuje reprezentatywność na poziomie każdej z pięciu dobranych celowo uczelni. Chociaż uczelnie dobrano w taki sposób, aby jak najlepiej oddawały zróżnicowanie studentów szkół wyższych w Polsce, to wyniki nie są jednak reprezentatywne dla całej populacji młodych ludzi w Polsce. Tak dobrana próba pozwala przede wszystkim na wskazanie zależności między ACE a konsekwencjami w postaci zachowań szkodliwych dla zdrowia, co było głównym celem badania.

Badanie przeprowadzono wśród studentów, a więc osób młodych, które osiągnęły wykształcenie średnie i nadal mogą oraz chcą się kształcić. Można więc spodziewać się, że osoby te pochodzą ze środowisk o wyższym statusie społeczno-ekonomicznym (Herbst, Sobotka, 2016). Oznacza to, że częstość występowania ACE i zachowań szkodliwych dla zdrowia w całej populacji może być jeszcze wyższa, zważywszy, że krzywdzenie dzieci i inne ACE są zdeterminowane socjoekonomicznie (Bellis i in., 2014; Butchart, Phinney, Check, Villaveces, 2004; Sethi i in., 2013; WHO, International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect, 2006).

Deklaratywny charakter badania wiąże się z ryzykiem, że w przypadku szczególnie wrażliwych tematów niektóre doświadczenia mogły nie zostać ujawnione. Co więcej, wskaźnik realizacji badania w przypadku niektórych pytań świadczy o niechęci badanych do ujawniania swoich doświadczeń.

Ze względu na to, że większość pytań dotyczyła wydarzeń, które miały miejsce w okresie dzieciństwa respondentów, istnieje ryzyko związane z ograniczeniami pamięci. Część doświadczeń lub ich cechy mogły zostać zatarte w pamięci (*recall bias*).

WNIOSKI

1. Wśród badanych studentów 42,18% potwierdza, że było ofiarą przemocy emocjonalnej w dzieciństwie, a 25,07% – zaniedbania emocjonalnego.
2. Co szósty z badanych studentów (16,66%) deklarował, że samookalecza się, a 4,60% podjęło próbę samobójczą.
3. Istnieje silny związek między doświadczaniem krzywdzenia emocjonalnego w dzieciństwie a podejmowaniem zachowań autodestrukcyjnych. W przypadku przemocy emocjonalnej ofiary samookaleczały się cztery razy częściej, a próby samobójcze podejmowały aż osiem razy częściej w porównaniu z badanymi, którzy nie informowali o doświadczaniu przemocy emocjonalnej. Respondenci zaniedbywani emocjonalnie cztery razy częściej samookaleczali się i jedenastokrotnie częściej podejmowali próby samobójcze.

E-maile autorek: katarzyna.pilarczyk@amu.edu.pl, joanna.wlodarczyk@fdds.pl.

BIBLIOGRAFIA

Andover, M. S., Pepper, C. M., Ryabchenko, K. A., Orrico, E. G., Gibb, B. E. (2005). Self-Mutilation and Symptoms of Depression, Anxiety, and Borderline

- Personality Disorder. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(5), 581–591. DOI: 10.1080/00034983.1946.11685291.
- Armiento, J., Hamza, C. A., Stewart, S. L., Leschied, A. (2016). Direct and indirect forms of childhood maltreatment and nonsuicidal self-injury among clinically-referred children and youth. *Journal of Affective Disorders*, 200, 212–217. DOI: 10.1016/j.jad.2016.04.041.
- Bąbik, A., Olejniczak, D. (2014). Uwarunkowania i profilaktyka samobójstw wśród dzieci i młodzieży w Polsce. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 13(2), 99–121.
- Baetens, I., Claes, L., Onghena, P., Grietens, H., Van Leeuwen, K., Pieters, C., ... Griffith, J. W. (2014). Non-suicidal self-injury in adolescence: A longitudinal study of the relationship between NSSI, psychological distress and perceived parenting. *Journal of Adolescence*, 37(6), 817–826. DOI: 10.1016/j.adolescence.2014.05.010.
- Bellis, M. A., Hughes, K., Leckenby, N., Jones, L., Baban, A., Kachaeva, M. i in. (2014). Adverse childhood experiences and associations with health-harming behaviours in young adults: surveys in eight eastern European countries. *Bull World Health Organ*, 1;92(9), 641–655.
- Brausch, A. M., Gutierrez, P. M. (2010). Differences in non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(3), 233–242. DOI: 10.1007/s10964-009-9482-0.
- Browne, K. D., Lynch, M. A. (1997). The cost of child abuse and neglect. *Child Abuse Review*, 6(4), 237–240. DOI: 10.1002/(SICI)1099-0852(199710)6:4<237::AID-CAR349>3.0.CO;2-T.
- Butchart, A., Phinney, A., Check, P., Villaveces, A. (2004). *Preventing violence: a guide to implementing the recommendations of the World report on violence and health*. Department of Injuries and Violence Prevention. Genewa: World Health Organization.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2014). *The relationship between bullying and suicide: What we know and what it means for schools*. Pobrane z: <http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/bullying-suicide-translation-final-a.pdf>.
- Csorba, J., Dinya, E., Plener, P., Nagy, E., Páli, E. (2009). Clinical diagnoses, characteristics of risk behaviour, differences between suicidal and non-suicidal subgroups of Hungarian adolescent outpatients practising self-injury. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18(5), 309–320. DOI: 10.1007/s00787-008-0733-5
- Egeland, B. (2009). Taking stock: Childhood emotional maltreatment and developmental psychopathology. *Child Abuse & Neglect*, 33, 22–26. DOI: 10.1016/j.chiabu.2008.12.004.

- Garbarino, F., Guttman, E., Seeley, J. W. (1986). *The Psychologically Battered Child*. San Francisco, CA: Jossey Bass.
- Glaser, D. (2011). Jak sobie radzić z problemem krzywdzenia i zaniedbywania emocjonalnego – dalszy rozwój ram konceptualnych (FRAMEA). *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 10(4), 18–36.
- Gmitrowicz, A. (2004). 10 Europejskie Sympozjum nt. Samobójstw i Zachowań Samobójczych. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 4(4), 249–250.
- Gmitrowicz, A., Kostulski, A., Kropiwnicki, P., Zalewska-Janowska, A. (2014). *Cutaneous Deliberate Self-harm in Polish School Teenagers – An Interdisciplinary Challenge*. *Acta Dermato Venereologica*, 94(4), 448–453. DOI: 10.2340/00015555-1690.
- Gould, M., Shaffer, D., Fisher, P., Garfinkel, R. (1998). Separation/divorce and child and adolescent completed suicide. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(2), 155–62.
- Gulbas, L. E., Hausmann-Stabile, C., De Luca, S. M., Tyler, T. R., Zayas, L. H. (2015). An exploratory study of nonsuicidal self-injury and suicidal behaviors in adolescent Latinas. *American Journal of Orthopsychiatry*, 85(4), 302–314. DOI: 10.1037/ort0000073.
- Iwaniec, D. (1995). *The Emotionally Abused and Neglected Child: Identification, Assessment and Intervention*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Iwaniec, D. (2012). Emocjonalne krzywdzenie dzieci. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 11(2), 29–47.
- Iwaniec, D., Larkin, E., Higgins, S. (2006). Research review: Risk and resilience in cases of emotional abuse. *Child & Family Social Work*, 11, 73–82. DOI: 10.1111/j.1365-2206.2006.00398.x.
- Kądziała-Olech, H. (2015). Profil zaburzeń psychicznych na podstawie psychiatrii konsultacyjnej u pacjentów hospitalizowanych w wielospecjalistycznym dziecięcym szpitalu klinicznym. *Pediatrics i Medycyna Rodzinna*, 11(2), 197–204.
- Kądziała-Olech, H., Żak, G., Kalinowska, B., Wągrocka, A., Perestret, G., Bielawski, M. (2015). Częstość zamierzonych samookaleczeń bez intencji samobójczych – Nonsuicidal Self-Injury (NSSI) wśród uczniów szkół ponadpodstawowych w odniesieniu do wieku i płci. *Psychiatria Polska*, 49(4), 765–778.
- Kavanagh, C. (1982). Emotional abuse and mental injury: a critique of the concept and recommendation for practice, *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 21, 171–177.
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 226–239. DOI: 10.1016/j.cpr.2006.08.002.
- Klonsky, E. D., Glenn, C. R. (2008). Resisting urges to self-injure. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(2), 211–220. DOI: 10.1017/S1352465808004128.

- Kubiak, A. (2016). Rola przemocy doświadczonej w dzieciństwie w podejmowaniu samouszkodzeń. *Dziecko Krzywdzone, Teoria, badania, praktyka*, 15(2), 32–55.
- Makara-Studzińska, M. (2013). Przyczyny prób samobójczych u młodzieży w wieku 14-18 lat. *Psychiatria*, 10(2), 76–83.
- Makaruk, K., Włodarczyk, J., Sethi, D., Michalski, P., Szredzińska, R., Karwowska, P. (2018). Negatywne doświadczenia w dzieciństwie i związane z nimi zachowania szkodliwe dla zdrowia wśród polskich studentów. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 17(2), 58–97.
- Messer, J. M., Fremouw, W. J. (2008). A critical review of explanatory models for self-mutilating behaviors in adolescents. *Clinical Psychology Review*, 28(1), 162–178 DOI: 10.1016/j.cpr.2007.04.006.
- Napieralska, E., Kułaga, Z., Gurskowska, B., Grajda, A. (2010). Epidemiologia zgonów dzieci i młodzieży z powodu samobójstw w Polsce w latach 1999-2006. *Probl Hig Epidemiol*, 91(1), 92–98.
- Navarre E. L. (1987). Psychological maltreatment: the core component of child abuse, w: M. R. Brassard, R. Germain, S. N. Hart (red.), *Psychological Maltreatment of Children and Youth* (s. 45–58). Nowy Jork, NY: Pergamon Press.
- Nock, M. K., Favazza, A. R. (2009). Nonsuicidal self-injury: Definition and classification. *Understanding Nonsuicidal Self-Injury: Origins, Assessment, and Treatment*, 9–18. DOI: 10.1037/11875-001.
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., Vos, T. (2012). The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Medicine*. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001349.
- Orlando, C. M., Broman-Fulks, J. J., Whitlock, J. L., Curtin, L., Michael, K. D. (2015). Nonsuicidal Self-Injury and Suicidal Self-Injury: A Taxometric Investigation. *Behavior Therapy*, 46(6), 824–833. DOI: 10.1016/j.beth.2015.01.002.
- Peh, C. X., Shahwan, S., Fauziana, R., Mahesh, M. V., Sambasivam, R., Zhang, Y. J., ... Subramaniam, M. (2017). Emotion dysregulation as a mechanism linking child maltreatment exposure and self-harm behaviors in adolescents. *Child Abuse and Neglect*, 67, 383–390. DOI: 10.1016/j.chiabu.2017.03.013
- Pawłowska, B., Potembska, E., Zygo, M., Olajosy, M., Dziurzyńska, E. (2016). Rozpowszechnienie samouszkodzeń dokonywanych przez młodzież w wieku od 16 do 19 lat. *Psychiatria Polska*, 50(1), 29–42. DOI: 10.12740/PP/36501.
- Sethi, D., Bellis, M., Hughes, K., Gilbert, R., Mitis, F., Galea, G. (2013). *European report on preventing child maltreatment*. Kopenhaga: World Health Organization Regional

- Office for Europe. Pobrane z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/217018/European-Report-on-Preventing-Child-Maltreatment.pdf.
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R. A., Van Ijzendoorn, M. H. (2012). The universality of childhood emotional abuse: A meta-analysis of worldwide prevalence. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 21(8), 870–890. DOI: 10.1080/10926771.2012.708014.
- Suyemoto, K. L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18(5), 531–554. DOI: 10.1016/S0272-7358(97)00105-0.
- Warzocha, D., Gmitrowicz, A., Pawełczyk, T. (2008). Związek samouszkodzeń wśród młodzieży hospitalizowanej psychiatrycznie z rodzajem zaburzeń psychicznych i wybranymi czynnikami środowiskowymi. *Psychiatria Polska*, 42(5), 659–669.
- WHO. (1999). *Report on Consultation on Child Abuse Prevention*. Genewa: World Health Organisation.
- WHO. (2014). *Adolescents: Health risks and solutions*. Genewa: World Health Organisation. Pobrane z: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en/>.
- WHO. (2018). *Survey of adverse childhood experiences and associated health-harming behaviours among Polish students*. Kopenhaga: World Health Organisation. Pobrane z: <http://www.euro.who.int/en/countries/poland/publications/survey-of-adverse-childhood-experiences-and-associated-health-harming-behaviours-among-polish-students-2018>.
- WHO, International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. (2006). *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Genewa: World Health Organization. Pobrane z: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43499/1/9241594365_eng.pdf.
- Włodarczyk, J. (2017). Przemoc wobec dzieci. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 16(1), 192–213.
- Wright, M. O. D. (2007). The long-term impact of emotional abuse in childhood: Identifying mediating and moderating processes. *Journal of Emotional Abuse*, 7, 1–8. DOI: 10.1300/J135v07n02_01.
- Wycisk, J. (2006). Samouszkodzenia umiarkowane – charakterystyka zjawiska. W: A. Suchańska, J. Wycisk (red.), *Samouszkodzenia: istota, uwarunkowania, terapia* (s. 11–18). Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe.
- Yates, T. M. (2009). Developmental pathways from child maltreatment to non-suicidal self-injury. W: *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment*. (s. 117–137). American Psychological Association. DOI: 10.1037/11875-007.

Yates, T. M., Tracy, A. J., Luthar, S. S. (2008). Nonsuicidal self-injury among “privileged” youths: Longitudinal and cross-sectional approaches to developmental process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 52–62.

Żechowski, C., Namysłowska, I. (2008). Kulturowe i psychologiczne koncepcje samouszkodzeń. *Psychiatria Polska*, 42(5), 647–657.

EMOTIONAL ABUSE IN CHILDHOOD AND SELF-DESTRUCTIVE BEHAVIORS. RESEARCH RESULTS OF POLISH STUDENTS

The article presents the results of a survey conducted on a sample of 1722 students from five Polish universities. Its purpose was to determine the scale of emotional violence and neglect in childhood and the relationship between them and self-destructive behaviors, such as suicide attempts and self-harm. Among the surveyed students, 42,28% of respondents confirm that they were victims of emotional violence in childhood, and 25,07% of emotional neglect. In the case of self-destructive behaviors, 16,66% of respondents declared that they self-harmed, and 4.60% attempted suicide. Analyzes showed a strong relationship between experiencing emotional abuse in childhood and undertaking self-destructive behaviors.

KEYWORDS:

EMOTIONAL VIOLENCE, EMOTIONAL NEGLECT, SUICIDE ATTEMPTS, SELF-MUTILATION

Cytowanie:

Pilarczyk, K., Włodarczyk, J. (2019). Krzywdzenie emocjonalne w dzieciństwie a zachowania autodestrukcyjne. Wyniki badań polskich studentów. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 18(1), 22–44.



Artykuł jest dostępny na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa – Użycie niekomercyjne – Bez utworów zależnych 3.0 Polska.