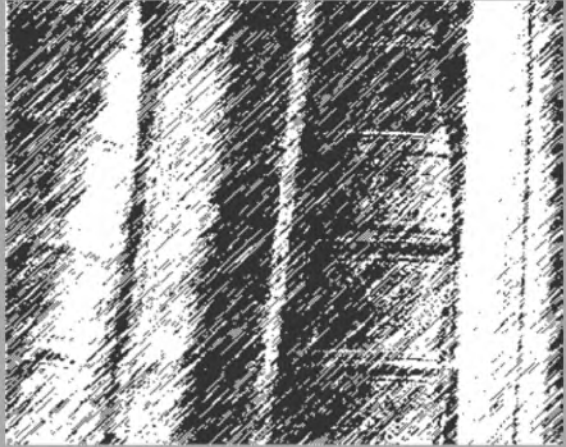




EWA JAROSZ

Negatywne doświadczenia dziecięce a zdrowie

Adverse childhood experiences and health

Abstract: The author of the article presents the analyses of negative child experiences caused by the family environment, indicating their connections with child health problems. She also describes different types of consequences of adverse childhood experiences.

Key words: adverse childhood experiences, child abuse, developmental disorders, health.

Wśród podstawowych czynników determinujących zdrowie wymienia się „środowisko społeczne” życia jednostki (Kulik, 1997, s. 22), a tym samym wskazuje na istotną rolę bodźców społecznych i kulturowych w kształtowaniu się zdrowia. Uświadamiając sobie złożoność czynników, które wpływają na ludzkie zdrowie, klinicyści i badacze w prowadzonych analizach coraz powszechniej przyjmują perspektywę interdyscyplinarną, a szczególną uwagę kierują na bodźce o charakterze społecznym. Znaczenie wpływów społecznych na kształtowanie zdrowia jednostki oraz jej socjalizację zdrowotną jest również podkreślane w działaniach z zakresu promocji zdrowia, w ramach których wyraźnie sformułowano kierunek określany jako „tworzenie środowiska życia sprzyjającego zdrowiu” (*Narodowy Program...*, za: Syrek, 2000).

Negatywne doświadczenia dziecięce wśród rodzinnych uwarunkowań zdrowia

Autorzy analiz uwarunkowań szeroko ujmowanego zdrowia jednostki wskazują, że determinanty zdrowia związane z tzw. czynnikami mikrospołecznymi dotyczą przede wszystkim funkcjonowania rodziny; atmosfery emocjonalnej życia rodzinnego oraz poziomu zaspokajania potrzeb dziecka. Podkreśla się przy tym, iż każdy rodzaj dysfunkcji rodziny jest zagrożeniem rozwoju dziecka i jego zdrowia (Syrek, 2004).

Wpływ warunków, jakie tworzy rodzina, na kondycję zdrowotną jej członków – szczególnie dzieci – oraz konsekwencje różnych sytuacji, czynników i zdarzeń rodzinnych dla ich zdrowia stają się współcześnie jednym z zasadniczych obszarów zainteresowań dyscyplin naukowych i kierunków badawczych podejmujących problemy zdrowia, socjalizacji zdrowotnej oraz edukacji zdrowotnej. Badacze szczególnym zainteresowaniem obejmują obecnie negatywne sytuacje społeczno-emocjonalne, jakich doświadczają dzieci w rodzinie. Analizy prowadzone są w perspektywie czynników upośledzających zdrowie i jakość życia dzieci. Ich negatywny wpływ rozpatrywany jest zarówno w sensie bezpośrednim, tj. skutków natychmiastowych, jak i w kategoriach tzw. następstw odległych, długotrwałych, tj. mających negatywny wpływ na zdrowie jednostek w późniejszych fazach życia.

Stosunkowo niedawno w kontekście badań różnych problemów zdrowotnych i ich uwarunkowań społecznych, rodzinnych w literaturze wprowadzono termin „negatywne doświadczenia dziecięce” (*adverse childhood*

experiences – ACE), którym określa się rozmaite formy złego traktowania i zaniedbywania dziecka przez rodziców lub opiekunów oraz inne dysfunkcje występujące w rodzinie w czasie dzieciństwa (D u b e et al., 2001). W sensie operacyjnym badacze włączają w obszar pojęcia negatywnych doświadczeń dziecięcych następujące sytuacje, jakich doświadczają dzieci w rodzinie (D u b e et al., 2001; WHO, 2005; H a r b i n, 1998):

- przemoc słowna (obrzucanie wyzwiskami, obrażanie, poniżanie, groźnienie),
- przemoc fizyczna (popychanie, szarpanie, bicie),
- wykorzystywanie seksualne,
- zaniedbywanie emocjonalne (brak troski, wsparcia, zainteresowania, okazywania miłości),
- zaniedbywanie fizyczne (brak wystarczającej ilości pożywienia, opieki i ochrony, dbałości o opiekę medyczną, o ubiór),
- obserwowanie przemocy pomiędzy rodzicami (najczęściej maltretowanie matki przez ojca),
- nadużywanie substancji odurzających (alkoholu, narkotyków) w domu rodzinnym,
- występowanie choroby psychicznej w domu rodzinnym,
- zachowania suicydalne w rodzinie,
- separacja lub rozwód rodziców,
- uwięzienie członka rodziny.

Wyniki badań nad negatywnymi doświadczeniami dziecięcymi wskazują, że rzadko występują one w odosobnieniu, a w poszczególnych przypadkach tworzą zazwyczaj zespół wzajemnie powiązanych doświadczeń (F e l i t t i et al., 1998, cyt. za: D u b e et al., 2001).

Analiza pojęcia „negatywne doświadczenia dziecięce” pozwala stwierdzić, że w wymienianych kategoriach ACE dominują zjawiska, które określane są od wielu już lat terminem „krzywdzenie dziecka” (ang. *child abuse*) – w szerokim rozumieniu tego pojęcia¹. Negatywne doświadcze-

¹ Kieruję się tu ujęciem terminu „przemoc” (*violence*) oraz „krzywdzenie dziecka” (*child abuse and neglect*) proponowanym przez Światową Organizację Zdrowia, przedstawionym w opracowanym przez jej ekspertów *Światowym raporcie o przemocach i zdrowiu* [*World report on violence and Health*] (zob. K r u g et al., eds., 2002). Zgodnie z tym ujęciem, przemoc określana jest jako „każde intencjonalne użycie siły lub przewagi bądź zagrożenie jej użyciem skierowane do innych osób, grup, społeczności lub samego siebie, powodujące wystąpienie wysokiego prawdopodobieństwa zranienia, śmierci, psychologicznej krzywdy, zaburzające prawidłowy rozwój lub powodujące depryzację” (K r u g et al., eds., 2002, s. 5–7 – przeł. E.J.). Przemoc i zaniedbywanie dziecka (krzywdzenie dziecka) definiowane jest w raporcie następująco: „Nadużywanie lub maltretowanie dziecka obejmuje wszelkie formy fizycznego i/lub emocjonalnego złego traktowania, wykorzystywania seksualnego, zaniedbywania i niedbałego traktowania, komercyjnego wykorzystywania lub innej eksploatacji, która powoduje w sensie aktualnym

nia dziecięce obejmują więc różne formy przemocy i zaniedbywania doznawane przez dziecko bezpośrednio ze strony opiekunów, ale także tzw. przemoc pośrednią, czyli sytuacje, kiedy dziecko jest świadkiem znęcania się nad matką oraz kiedy żyje w niestabilnych warunkach i w zagrażającym otoczeniu, które tworzy rodzina wskutek chorób, zaburzeń psychicznych czy wzorów antyspołecznych w niej występujących.

Związki negatywnych doświadczeń dziecięcych z różnymi problemami zdrowotnymi

W badaniach analizujących wpływ wielorakich negatywnych doświadczeń dziecięcych ujawniano silne związki łączące je z różnymi niekorzystnymi zachowaniami zdrowotnymi jednostki, które występują w jej późniejszym życiu, w tym z paleniem tytoniu, chorobami przenoszonymi drogą płciową, problemami alkoholowymi, czy nieplanowaną ciążą (Anda et al., 1999; Dietz et al., 1999; Hillis et al., 2000, cyt. za: Dube et al., 2001). Co więcej, ujawniono też związki negatywnych doświadczeń dziecięcych z występowaniem rozmaitych problemów zdrowotnych, częstszymi chorobami i częstym korzystaniem z opieki lekarskiej (Felitti, 1991, cyt. za: Kendall-Tackett, 2002). Osoby z negatywnymi doświadczeniami dziecięcymi skarżą się na więcej objawów i niedomagań oraz rzadziej niż inni określają swoje zdrowie jako dobre. U osób z ACE obserwuje się też podwyższone ryzyko występowania zespołów bólu przewlekłego (cyt. za: Kendall-Tackett, 2002). Badacze stwierdzili nawet, że takie osoby częściej niż inne poddają się różnym zabiegom chirurgicznym (Kendall-Tackett et al., 2000, cyt. za: Kendall-Tackett, 2002).

Badania ukazały zarówno bezpośredni, jak i długotrwały, kumulatywny wpływ negatywnych doświadczeń dziecięcych na stan zdrowia fizycznego, emocjonalnego i społecznego jednostki w jej dzieciństwie i dorosłości. Jednocześnie badacze przypuszczają, iż zależność ta jest dużo silniejsza niż wynika to z przeprowadzonych badań, gdyż były one oparte na relacjach osób badanych na temat ich doświadczeń dziecięcych (Dube et al., 2001).

lub potencjalnym zagrożenie zdrowia dziecka, jego przetrwania, rozwoju lub godności. Wskazane formy zachowania dokonują się w kontekście relacji odpowiedzialności za dziecko, zaufania lub władzy” (Krug et al., eds., 2002, s. 59 – przeł. E.J.).

Z badań prowadzonych na dużych populacjach² można wnioskować, że negatywne doświadczenia dziecięce (ACE) mają wyraźny udział w rozwijaniu się po latach chronicznych chorób, niepełnosprawności, chorób serca, chorób płuc, nowotworów (WHO, 2005; Harbin, 1998). Badacze przypuszczają też, że wśród osób z negatywnymi doświadczeniami dziecięcymi występuje zjawisko przedwczesnej śmierci na skutek kumulacji czynników ryzyka, w tym wspomnianych chorób chronicznych (Felitti, 1998, cyt. za: Dube et al., 2001, oraz za: Harbin, 1998). Przywoływane wielkopopulacyjne badania, w których analizowano długoterminowy wpływ ACE, dość szczegółowo ukazały silny związek tych doświadczeń z takimi określonymi problemami zdrowotnymi, jak: palenie tytoniu, otyłość, brak aktywności fizycznej, problemy alkoholowe, używanie narkotyków, depresje, intencje i usiłowania samobójcze, promiskuityzm seksualny czy choroby weneryczne. Okazało się też, iż im wyższy stopień ACE, czyli więcej negatywnych doświadczeń dziecięcych charakteryzowało jednostki, tym częściej występowały choroby i zły stan zdrowia w późniejszym okresie ich życia. Felitti i współpracownicy (Felitti, 2001, podano za: Kendall-Tackett, 2002) wykazali w swych badaniach, że osoby, które doświadczyły co najmniej czterech typów negatywnych zdarzeń w dzieciństwie są bardziej narażone na wiele różnych chorób, takich jak choroby niedokrwienia serca, nowotwory, udar mózgu, przewlekłe zapalenie oskrzeli, rozedma płuc, cukrzyca, złamania kości oraz zapalenia wątroby. Ponadto badania wykazały, iż osoby z negatywnymi doświadczeniami dziecięcymi charakteryzowały się już w okresie adolescencyjnym i później tzw. multiplikacją ryzykownych zachowań zdrowotnych, takich jak palenie papierosów, nadużywanie alkoholu, używanie narkotyków, przejadanie się oraz swoboda seksualna.

Chociaż przedstawiane badania nad wpływem ACE na występowanie problemów zdrowia odnoszą się do populacji USA, to jednak – jak sugeruje Światowa Organizacja Zdrowia – uzasadnione jest założenie występowania podobnych trendów w innych populacjach, w różnych krajach (WHO, 2005). Dlatego w *Światowym raporcie o przemoc i zdrowiu* WHO (Krug et al., eds., 2002) wiele z tych wskazanych w badaniach związków uwidocznionych zostało przez wskazanie ich jako częste zdrowotne konsekwencje krzywdzenia dziecka (*child abuse and neglect*). W obszarze zdrowotnych konsekwencji, poza następstwami fizycznymi,

² Jedne z najobszerniejszych pod względem zakresu (populacja badawcza wyniosła 30 000 osób) badań nad wpływem negatywnych doświadczeń dziecięcych na stan zdrowia w dorosłym życiu przeprowadzone zostały w USA pod kierownictwem Vincenta Felittiego przez Kaiser Permanent Medical Care Program w San Diego, The Center for Disease Control and Prevention (CDC) oraz uniwersytety w Atlancie i Tucson (www.cdc.gov, dostęp 2 sierpnia 2006).

takimi jak różnorodne obrażenia, rany i urazy, złamania, uszkodzenia zewnętrzne i wewnętrzne, trwałe okaleczenia czy niepełnosprawność, w raporcie wymienione są następstwa psychologiczne i behawioralne dotyczące sfery seksualnej i reprodukcji oraz inne dalekosiężne konsekwencje zdrowotne. Wśród konsekwencji psychologicznych i behawioralnych w raporcie wskazuje się na uzależnienia od alkoholu i narkotyków, upośledzenia funkcji poznawczych, opóźnienia rozwojowe, zachowania przestępcze, stosowanie przemocy i podejmowanie innych zachowań ryzykownych, depresja i lęki, zaburzenia jedzenia i snu, poczucie winy i wstydu, nadaktywność (nadruchliwość), zaburzenia w relacjach społecznych, niskie osiągnięcia szkolne, niska samoocena, zaburzenia pourazowe, zaburzenia psychosomatyczne, zachowania autodestrukcyjne i samobójcze. W zakresie odległych następstw zdrowotnych raport wymienia różne rodzaje chorób (np. nowotwory, choroby płuc, wątroby) jako konsekwencje doznawania w dzieciństwie przemocy i zaniedbywania (zob. K r u g et al., eds., 2002, s. 69–70). Jednocześnie w raporcie zaznacza się, iż występowanie wymienionych problemów u dzieci krzywdzonych ma charakter nieregularny; u niektórych dzieci i ofiar krzywdzenia w dzieciństwie spotkać można pełnoobjawowe zespoły zaburzeń, podczas gdy u innych występują nieliczne symptomy, które nie osiągają poziomu klinicznego.

Mechanizmy destrukcji zdrowia przez negatywne doświadczenia dziecięce

Uważa się, że najwyraźniej podstawowym mechanizmem prowadzącym do występowania różnych psychologicznych, emocjonalnych, behawioralnych i zdrowotnych konsekwencji jest podejmowanie przez ofiary krzywdzenia zachowań ryzykownych (K r u g et al., eds., 2002, s. 69). Vincent Felitti (1998), jeden z czołowych badaczy związku negatywnych doświadczeń dziecięcych z problemami zdrowia, wyjaśnia, że dzieci krzywdzone mogą używać zachowań ryzykownych jako sposobu radzenia sobie z dewastującym wpływem wcześniejszych negatywnych doświadczeń rodzinnych (ACE). Innymi słowy krzywdzenie i inne negatywne doświadczenia dziecięce prowadzą do adopcji ryzykownych zachowań zdrowotnych jako strategii radzenia sobie z traumą (H a r b i n, 1998). Podobnego zdania są inni autorzy, którzy proponują hipotezy, tłumaczące, dlaczego ofiary krzywdzenia w dzieciństwie są bardziej narażone na nadużywanie alkoholu w życiu dorosłym. Ich zdaniem, alkohol może wspo-

magać mechanizm radzenia sobie lub ucieczki od traumy krzywdzenia i jego psychologicznych następstw, czyli może być sposobem radzenia sobie z różnymi trudnościami, jak na przykład depresja, może być sposobem redukcji poczucia izolacji i osamotnienia, środkiem uzyskiwania kontroli nad życiem, sposobem podnoszenia samooceny lub może pełnić funkcję zachowań autodestrukcyjnych. Jednocześnie wszystkie te problemy często charakteryzują dorosłe ofiary krzywdzenia w dzieciństwie (Widom, Hiller-Sturmhofel, 2004).

W badaniach związku ACE z problemami zdrowotnymi zaproponowano określony schemat analiz, obrazujący antycypowane i wykazywane w następstwie badań empirycznych związki (rys. 1).



Rys. 1. Konsekwencje negatywnych doświadczeń dziecięcych

Zródło: Center for Disease Control and Prevention www.cdc.gov/NCCDPHP/ACE/pyramid.htm (dostęp: 2 sierpnia 2006).

W przedstawionej na rysunku piramidzie obrazującej perspektywę całego życia jednostki zawarto teoretyczny model znaczenia negatywnych doświadczeń dziecięcych dla zdrowia jednostki. Negatywne doświadczenia dziecięce (ACE) stanowią w nim podstawę rozwijania się społecznych, emocjonalnych i poznawczych zaburzeń i różnorodnych dysfunkcji (*social, emotional and cognitive impairment*), na gruncie których jednostka adoptuje ryzykowne zachowania zdrowotne (*adoption of health – risk behaviors*), takie jak palenie, picie alkoholu, narkotyki. Są one podłożem rozwijania się chorób, niepełnosprawności i różnych problemów społecznych, są podstawą kumulowania się w życiu jednostki niekorzystnych czynników, co może prowadzić do przedwczesnej śmierci (*early death*).

Wraz z innymi autorami artykułu prezentującego wyniki badań na temat wpływu ACE na zdrowie Felitti, tłumacząc mechanizmy ukazanych związków, sugeruje, iż skłonność do ryzykownych zachowań zdrowotnych może wynikać z oddziaływań, jakie negatywne doświadczenia dziecięce mają na rozwijający się mózg dziecka, na jego budowę (Felitti, 1998). Hipoteza ta jest w ostatnich latach pozytywnie weryfikowana w innych badaniach nad wpływem niekorzystnych doświadczeń dzieci i doznawaniem chronicznej traumy na rozwój i budowę mózgu. Nikt nie podważa już dziś związku pomiędzy problemami psychicznymi a wcześniejszymi traumatycznymi doświadczeniami w dzieciństwie. Neurobiologia dostarcza wielu dowodów szkodliwości doświadczonej w dzieciństwie traumy dla neurologicznego rozwoju dziecka (Dube et al., 2001). W literaturze światowej znajdujemy odwołanie w tej kwestii między innymi do badań zespołu prowadzonego przez Martina Teichera, profesora psychiatrii w Harvard Medical School. Wyniki tych badań dość wyraźnie wykazały związek pomiędzy doznawaną w dzieciństwie przemocą a zaburzeniami w funkcjonowaniu układu limbicznego. Jak zaznacza M. Teicher (2002), dzięki nowym technikom badawczym (m.in. technikom obrazowania) ujawniono, iż maltretowanie dziecka może wywoływać trwałe uszkodzenia w budowie i funkcjonowaniu jego rozwijającego się mózgu. Zdaniem badacza, zachowania społeczne będące skutkiem traumatycznych doświadczeń z dzieciństwa spowodowane są nadpobudliwością układu limbicznego, która z kolei wynika ze zmian w jego budowie, zachodzących pod wpływem doświadczeń maltretowania. Stres doznawany przez dzieci we wczesnym okresie życia w wyniku sytuacji przemocy domowej wywołuje w mózgu zmiany adaptacyjne, poprzez „kaskadę zmian hormonalnych, które trwale kształtują mózg”, co ma pomóc jego właścicielowi przetrwać w niebezpiecznym świecie. Do tych zmian należy umiejętność natychmiastowej reakcji walki lub ucieczki, duża czujność czy brak zbędnego wahania w agresywnym przeciwdziałaniu zagrożeniom. Człowiek z mózgiem zmienionym pod wpływem traumatycznych doznań w dzieciństwie wykazuje zachowania społeczne, lecz mają one dla niego znaczenie przystosowawcze (Teicher, 2002). Badacz przywołuje też teorię, według której nadmierna aktywacja „systemu odpowiedzi na stres”, niezbędna do przetrwania – a taka sytuacja ma miejsce w wypadku dzieci krzywdzonych – wzmacnia ryzyko wystąpienia otyłości, cukrzycy, nadciśnienia oraz problemów psychicznych, w tym nasilonych skłonności samobójczych. W takim rozumieniu różne problemy zdrowotne dorosłych ofiar negatywnych doświadczeń dziecięcych mają związek ze zmianami w budowie mózgu. Nadmierna aktywacja systemu odpowiedzi na stres, wywołana traumatycznymi doświadczeniami w dzieciństwie, przyspiesza również wystąpienie innych niekorzystnych zmian

zdrowotnych, takich jak starzenie się i uwstecznianie struktur mózgowych (Teicher, 2002).

Również inni autorzy na podstawie własnych badań wskazują na to, iż krzywdzenie, zaniedbywanie i inne stresory mogą niekorzystnie wpływać na rozwijający się mózg dziecka, doprowadzając do upośledzeń funkcji emocjonalnych społecznych i poznawczych oraz zwiększając ryzyko nadużywania substancji odurzających, depresji, samobójstw i innych problemów (De Bellis et al., 1999, cyt. za: Dube et al., 2001; Green et al., 1981).

Danya Glaser (2006) dokonała przeglądu badań poświęconych zaburzeniom rozwijającego się mózgu, które można by przypisać krzywdzeniu i zaniedbywaniu dzieci. Efektem kwerendy była przede wszystkim konstatacja, że nie istnieje jeden określony zespół skutków krzywdzenia dziecka. Następstwa różnią się w zależności od wielu czynników. W literaturze wskazuje się w tym względzie na: rodzaj sytuacji traumatycznej, płeć ofiary, wiek i poziom rozwoju dziecka w momencie występowania krzywdzenia, inne cechy indywidualne dziecka, częstotliwość wydarzeń traumatycznych, czas, w którym dziecko doznawało krzywdzenia, charakter relacji łączącej dziecko i krzywdziciela, relacje dziecka z innymi osobami bliskimi, jak i na wiele innych czynników, w tym fakt pojawienia się czynników kompensujących, tj. wsparcia społecznego lub pomocy psychologicznej (zob. np. Badura-Madej, 2005; Hamilton-Giachritsis et al., 2005; Krug et al., eds., 2002, s. 70). W stosunku do kwestii następstw krzywdzenia dziecka zasadne jest więc, zdaniem Glaser, operowanie pojęciami „multifinalność” (*multifinality*), czyli występowania odmiennych następstw u różnych osób o podobnych, a nawet identycznych doświadczeniach, oraz „ekwifinalność” (*equifinality*), czyli występowania podobnych następstw u jednostek charakteryzujących się zróżnicowanymi procesami rozwojowymi. Oba te zjawiska powodują, że nie można trafnie przewidywać skutków konkretnych doświadczeń krzywdzących, jakich doznają dzieci w rodzinie. Na podstawie przeglądu badań Glaser konstatuje, iż zarówno zaniedbywanie, jak i aktywne krzywdzenie mogą wpływać na późniejsze funkcjonowanie mózgu. Badaczka dodaje, że w praktyce granica pomiędzy działaniem a zaniechaniem (zaniedbywaniem) nie jest aż tak wyraźna, jak w sensie teoretycznym. Zdaniem badaczy, najgroźniejsze są sytuacje, w których dziecko doświadcza jednocześnie aktywnego krzywdzenia i zaniedbywania, gdyż krzywdzenie jest potężnym źródłem stresu, który wpływa na strukturę i funkcjonowanie mózgu, a zaniedbywanie, oznaczające depryzację, prowadzi zarówno do reakcji stresowej, jak i do deficytów rozwojowych (De Bellis, Putnam, 1994, cyt. za: Glaser, 2006).

Specyfikując sugerowane w różnych badaniach empirycznych zmiany, jakie dokonują się wskutek neurobiologicznych reakcji stresowych u dzieci będących ofiarami krzywdzenia i zaniedbywania³, D. Glaser wymienia: reakcje hormonalne, różnice wielkości określonych obszarów mózgu w porównaniu z grupą kontrolną, reakcje układu przywspółczulnego (np. w postaci dysocjacji), reakcje serotoninowe oraz funkcjonalne, strukturalne i chemiczne zmiany w mózgu (Glaser, 2006). Zdaniem Autorki, wyniki badań neurobiologicznych pozwoliły inaczej spojrzeć na emocjonalne i behawioralne zaburzenia, jakie przejawiają dzieci – ofiary krzywdzenia.

Wątek znaczenia doświadczeń krzywdzenia w dzieciństwie dla rozwoju zaburzeń emocjonalnych i zaburzeń zachowania jest obecnie bardzo wyraźnie akcentowany. Wyniki wielu badań wykazały, że zachowania antyspołeczne, takie jak agresja, przemoc, nadpobudliwość i przestępczość, mogą być konsekwencją negatywnych doświadczeń dziecięcych i dziecięcej wiktymizacji (Widom, Hiller - Sturmhofel, 2004). Specyfikując znaczenie ACE dla szeroko rozumianej socjalizacji zdrowotnej jednostki, należy wyraźniej zaznaczyć, że wielu badaczy łączy przestępczość, szczególnie tę z użyciem przemocy, z doświadczeniami krzywdzenia w dzieciństwie (Howing et al., 1990; Kruttschnitt, Dornfield, 1993; Widom, 1991; Dutton, Hart, 1992; Rivera, Widom, 1990, podano za: Hamilton-Giachritsis et al., 2005). Zwłaszcza połączenie w indywidualnych doświadczeniach dziecka różnych form przemocy doznawanej w rodzinie, tj. zarówno fizycznej, słownej, jak i zaniedbywania, ma szczególnie niekorzystny wpływ na jego rozwój (Ney et al., 1994). Podobnie tzw. wielokrotna wiktymizacja (rewiktymizacja⁴) jest silnym predykatorem zachowań przestępczych samego dziecka, gdyż – jak wskazują autorzy – już każdy pojedynczy akt krzywdzenia doznany przez dziecko wywołuje u niego poczucie bezsilności, zagrożenia i spadek samooceny, a postawy te ulegają rozwinięciu i utrwaleniu, jeśli akty te są wielokrotne (Hamilton-Giachritsis et al., 2005). Nie należy jednak, jak zaznaczają autorzy, traktować wszystkich krzywdzonych dzieci w sposób jednorodny jako zagrożonych przestępczością, by przypomnieć tu efekt multifinalności.

Skutki negatywnych doświadczeń dziecięcych dla socjalizacji zdrowotnej spostrzegać należy również w wymiarze pozajednostkowym. Au-

³ W swym artykule Glaser przedstawia dość szczegółowo wyniki wielu badań skoncentrowanych na identyfikacji neurologicznych reakcji stresowych na doznawane krzywdzenie i zaniedbywanie, jakie występują u dzieci maltretowanych (zob. Glaser, 2006).

⁴ Rewiktymizacja oznacza doświadczanie wielokrotne przez dziecko aktów krzywdzenia zarówno ze strony członków rodziny, jak i ze strony osób spoza niej (Hamilton-Giachritsis et al., 2005).

torzy, określając następstwa złego traktowania dzieci w rodzinach, dostrzegają związek pomiędzy tymi zjawiskami a globalnie zauważanym w świecie narastaniem zjawisk przemocy, konfliktów zbrojnych czy terroryzmu (Kydd, 2003). Interpretacje tego związku, poza już zaprezentowanymi w niniejszym artykule mechanizmami (w tym fizjologicznymi), odwołują się także do *zjawiska desynsytyzacji*, w którego świetle doświadczenie przemocy w rodzinie oswaja dzieci z przemocą, naturalizuje jej występowanie, normalizuje przemoc jako sposób układania sobie relacji z innymi i ze światem, uczy przemocy (tamże). Wskazuje się też, że doświadczenie przemocy w rodzinie kształtuje u dzieci przekonania, iż różne zdarzenia życiowe oraz motyw i działania innych ludzi zagrażają im i są przez nie interpretowane jako wrogi. Co więcej, na tle doświadczanego w rodzinie krzywdzenia dzieci wyuczają się bezradności i bezsilności. Napotymane w życiu trudności są często przez nie przeceniane, a z kolei ich własna skuteczność jest przez nie niedoceniana. Prowadzi to do chronicznego poczucia zagrożenia i lęku oraz do braku zaufania, a wręcz wrogości do innych. Skutki takich postaw wykraczają niejednokrotnie poza jednostkowe życie i najbliższe otoczenie jednostek (WHO, 2005; Kendall-Tackett, 2002). Przybierają one tym szerszy społecznie zakres, im częstszym zjawiskiem w populacji jest złe traktowanie dzieci oraz im bardziej jest ono „wpisane” w normy społeczne i kulturowe. Widzimy więc, że konsekwencje zjawisk złego traktowania dziecka „rozlewają się” poza indywidualną socjalizację zdrowotną, na zdecydowanie szeroki kontekst społeczny, tworząc lub rozbudowując negatywne zjawiska społeczne. Jednostki krzywdzone w dzieciństwie niejako „zasilają szeregi” osób, które nie radzą sobie w życiu, stwarzają problemy, zagrażają innym (osobom lub całym grupom) oraz które wymagają pomocy psychosocjalnej, a także „obciążają” społeczeństwo ekonomicznie, gdyż przemoc i zaniedbywanie dzieci pociąga za sobą konkretne koszty, nakłady i straty finansowo-gospodarcze⁵.

⁵ Wśród kosztów ekonomicznych zjawiska krzywdzenia dzieci wymienia się różne nakłady, jakie w związku z występowaniem zjawiska ponosi społeczeństwo, w tym m.in.: koszty działań formalnointerwencyjnych (praca policji, służby zdrowia, wymiaru sprawiedliwości, koszty leczenia i psychoterapii ofiar, koszty zapewniania dzieciom opieki zastępczej). Szacowane w tym względzie środki osiągają bardzo wysokie wartości dochodzące nawet do kilkunastu tysięcy dolarów na jedno dziecko lub inaczej szacując – kilkudziesięciu milionów dolarów, jakie rocznie pochłania ten problem (WHO, 2004; Browne, Herbert, 1999; Krug et al., eds., 2002).

Rodzaje zdrowotnych skutków negatywnych doświadczeń dziecięcych

Porządkując rozważania dotyczące znaczenia dla kwestii zdrowia i socjalizacji zdrowotnej zjawisk określanych terminem „negatywne doświadczenia dziecięce”, odwołajmy się do udanej w naszej ocenie propozycji Kathleen Kendall-Tackett (2002). Zaproponowała ona systematyzację zdrowotnych skutków krzywdzenia dzieci na podstawie wyników różnych badań, układając ją w strukturze odpowiadającej ujęciom psychologii zdrowia. Zdaniem Autorki, konsekwencje zdrowotne krzywdzenia dziecka i innych dysfunkcji rodzinnych układają się w cztery ścieżki: **behawioralną, społeczną, poznawczą i emocjonalną**, które oddziałują na jednostkę we wzajemnych powiązaniach, tworząc macierz – sieć zależności wywierających wpływ na stan jej zdrowia.

Behawioralne następstwa są jednym z najlepiej poznanych obszarów konsekwencji, jakie mogą występować i rozwijać się u dzieci doświadczających złego traktowania w rodzinie. Obejmują one wiele zachowań szkodliwych dla zdrowia oraz zachowań wysokiego ryzyka, takich jak:

- nadużywanie substancji odurzających (alkoholu, środków farmakologicznych, narkotyków, środków psychostymulujących),
- zaburzenia jedzenia prowadzące do otyłości (związek ten jest szczególnie zaznaczany w wypadku wykorzystywania seksualnego, choć wyniki badań nie są jednoznaczne),
- samobójstwa,
- ryzykowne zachowania seksualne (dość charakterystyczne dla osób wykorzystywanych seksualnie w dzieciństwie, dotyczące takich form zachowań, jak wczesne rozpoczynanie współżycia seksualnego, posiadanie wielu partnerów, uprawianie seksu bez zabezpieczenia, usuwanie ciąży),
- palenie tytoniu (wskazywane jako niemal powszechne u ofiar krzywdzenia w dzieciństwie),
- trudności ze snem (koszmary nocne, bezsenność).

Następstwa społeczne dotyczą najogólniej ograniczeń i niepowodzeń, jakich jednostki krzywdzone w dzieciństwie doświadczają w budowaniu konstruktywnych relacji społecznych i w zgodnym współżyciu z innymi. Ofiary krzywdzenia w rodzinie często nie umieją trafnie odczytywać wskazówek społecznych, jasno wyrażać własnych potrzeb oraz chronić się przed wykorzystywaniem przez innych. Badania pokazują, że dorosłe krzywdzone dzieci często funkcjonują w związkach opartych na ich wiktymizacji i są nadal krzywdzone przez innych. W grupie takich osób częstym zjawiskiem

są rozwody, niezadowolenie z aktualnych związków, ubogie związki społeczne i odosobnienie społeczne.

Jednym z kierunków interpretacji upośledzeń społecznych charakteryzujących Dorosłe Krzywdzone Dzieci (DKD)⁶ są style interpersonalne. W badaniach Becker-Laussen i Mallon-Kraft, które przytacza Kendall-Tackett (2002), dorośli z takimi doświadczeniami przyjmują najczęściej jeden z dwóch stylów interpersonalnych – unikowy lub natrętny⁷. Oba są dysfunkcjonalne i przeważnie prowadzą do samotności. Jak zauważa Kendall-Tackett (2002), co ciekawe, oba te style były też opisywane w odniesieniu do zachowań związanych ze zdrowiem i oba widziane są jako trafne predykatory zachowań szkodliwych dla zdrowia oraz złego stanu zdrowia. Satysfakcjonujące związki społeczne i dobre relacje interpersonalne są bez wątpienia bardzo ważnym kontekstem dobrego stanu zdrowia i właściwych zachowań zdrowotnych, a braki występujące u ofiar krzywdzenia w dzieciństwie wpływają na niższą jakość ich zdrowia.

Inną wpływającą na zdrowie jednostek kategorią rozpatrywaną na ścieżce społecznych następstw krzywdzenia jest wspomniana już rewiktymizacja, rozumiana tutaj jako skłonność DKD do wchodzenia w rolę ofiary i bycia wykorzystywanym przez innych. W badaniach ujawniono na przykład, że ofiary krzywdy w dzieciństwie częściej niż inni doświadczają w późniejszym życiu gwałtów, przemocy ze strony partnera, pobić (cyt. za: Kendall-Tackett, 2002). Rewiktymizacja powodująca urazy i szkody fizyczne, jakich doznają jednostki – ofiary krzywdzenia w dzieciństwie w dorosłym życiu, bezpośrednio zagraża ich zdrowiu, a nawet i życiu, zwiększa również ryzyko życia w stanie ciągłego stresu oraz prób radzenia sobie z nim z pomocą środków odurzających. Życie w ciągłym stresie wywołuje zmiany w układzie wewnętrznego wydzielania i wpływa na rozwój chorób układu krążenia i cukrzycy.

Na podstawie przeglądu badań wśród społecznych kategorii następstw krzywdzenia w dzieciństwie Kendall-Tackett (2002) wymienia też bezdomność. W tym wypadku związek ze zdrowiem jest wieloraki; bezdomność to często doznawany głód, niedożywienie, narażenie na nieko-

⁶ Wprowadzenie określenia Dorosłe Krzywdzone Dzieci (DKD) ma wymiar autorski, inspirowany terminem DDA – Dorosłe Dzieci Alkoholików. Nie wykluczam jednak możliwości niezależnego zastosowania tego terminu przez innych autorów i jego pojawienia się w literaturze w innych pozycjach.

⁷ Styl unikowy charakteryzuje się niskim poziomem wzajemnych zależności, utrzymywaniem niewielkiej liczby więzi interpersonalnych i posiadaniem niewielu przyjaciół, rzadkim angażowaniem się w związki i rzadszymi decyzjami o małżeństwie. Styl natrętny jest przeciwieństwem unikowego; charakteryzuje się skrajną potrzebą bliskości, niemal ekshibicjonistyczną otwartością, ale też nadmiernymi wymaganiami wobec partnera i jego kontrolowaniem (za: Kendall-Tackett, 2002).

rzystne warunki pogodowe, brak opieki medycznej, brak codziennej higieny osobistej. Wszystkie te czynniki mają oczywisty dewastujący wpływ na zdrowie.

Kolejną z analizowanych przez Kendall-Tackett ścieżek są następstwa *poznawcze*. Chodzi tu o przekonania i postawy, które wyznaczają nasze codzienne życie i mogą wywierać znaczny wpływ na stan zdrowia. Poczucie bezsilności, przecenianie przeciwności losu, zaniżanie własnej wartości, odczuwanie zagrożenia, lęk to stany często doświadczane przez DKD. Chronicznie lękliwe i nieufne nastawienie do życia oznacza trwanie w stałym stresie, co – jak tłumaczy Kendall-Tackett – jest przyczyną nadmiernego wydzielania kortyzolu, hormonu stresu, który może upośledzać układ immunologiczny jednostek, spowalniać leczenie ran, uszkadzać tkankę mózgową. Wśród poznawczych następstw zdrowotnych zdecydowanie należy też wskazać spostrzeganie własnego stanu zdrowia. Badania wykazały, że ofiary krzywdzenia w dzieciństwie zdecydowanie gorzej niż inne osoby spostrzegają własne zdrowie, częściej oceniają własny stan zdrowia jako zły. Ocena własnego zdrowia jest związana z występowaniem chorób i prawdopodobieństwem wczesnej śmierci DKD, gdyż na podstawie badań określono je nawet na trzykrotnie wyższe niż u osób, które dobrze oceniają swoje zdrowie.

Czwartą ścieżką zdrowotnych następstw krzywdzenia w dzieciństwie jest, zdaniem Kendall-Tackett (2002), ścieżka *emocjonalna*. Wśród opisywanych licznych zaburzeń emocjonalnych, którymi charakteryzują się krzywdzone dzieci, najczęściej występującymi (wskazywanymi w badaniach) są depresja i zespół stresu pourazowego. Prawdopodobieństwo wystąpienia depresji u osób krzywdzonych w dzieciństwie jest czterokrotnie wyższe niż u osób bez takich doświadczeń. Depresja wywiera negatywny wpływ na stan zdrowia jednostki; upośledza działanie układu odpornościowego, wpływa niekorzystnie na sen, jest przyczyną podejmowania zachowań antyzdrowotnych (np. palenie tytoniu) i braku zachowań prozdrowotnych (brak aktywności fizycznej, niejedzenie śniadań, niejedzenie owoców, nieregularny sen, niezapięcie pasów bezpieczeństwa w samochodzie). Z kolei zespół stresu pourazowego (PTSD) jest bardzo często wskazywanym następstwem doświadczania przez dzieci przemocy w rodzinie. Wśród podstawowych jego objawów występujących u doświadczonych dziecięcą krzywdą osób wymieniane są: nadpobudliwość, natrętne myśli i wspomnienia dotyczące krzywdzenia oraz nagle poczucie ponownego przeżywania traumatycznych zdarzeń (*flashback*) i inne objawy⁸.

⁸ Pełny opis objawów zespołu zaburzeń stresu pourazowego zawierają liczne opracowania z zakresu diagnostyki psychologicznej i psychiatrycznej oraz podręczniki diagnostyczne, np. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD – 10*.

PTSD wyraźnie i wielowymiarowo upośledza zdrowie jednostki, ponadto jest związane z występowaniem innych zaburzeń – depresji i zaburzeń lękowych, zaburzeń snu, alkoholizmu, palenia tytoniu i narkomanii. Może też wpływać negatywnie na więzi społeczne oraz predestynować jednostkę do myśli i prób samobójczych.

Kendall-Tackett (2002), przedstawiając swoją systematyzację, podkreśla jej praktyczne znaczenie, jakim jest konieczność uwzględniania w analizach badawczych (zarówno naukowych, jak i w praktycznych diagnozach klinicznych) w sposób łączny wszystkich ścieżek oddziaływania i wzajemnych powiązań tworzących mechanizmy rozwijania się różnych problemów zdrowotnych.

Wpływ ACE na zdrowie w literaturze polskiej

Na wiele problemów psychologicznych dotyczących osób krzywdzonych w dzieciństwie oraz krzywdzonych dzieci wskazują również polscy klinicyści i terapeuci. Jako często występujące wymieniają oni (np. Widera-Wysoczańska, 2001, s. 231–232): konsekwencje pourazowe (PTSD), zniekształcenia poznawcze (poczucie winy i niskiej wartości, bezradność i beznadziejność, brak spostrzegania możliwości zmiany własnego losu), zmienioną emocjonalność (ciągły smutek, brak poczucia szczęścia, obwinianie siebie, depresja i dystymia, wybuchy złości, poczucie pustki i samotności, niepokoje na tle somatycznym), dysocjacje, zaburzenia pamięci, problemy z tożsamością, poczucie bezsilności, problemy poczucia odrębności, lęk przed porzuceniem.

Spójne z rezultatami badań prezentowanymi w literaturze światowej są również tendencje, jakie uwidaczniają się w badaniach i próbach badawczych realizowanych w rodzimych warunkach. Z pewnością w polskich warunkach bogaty zbiór wyników badań nad dewastującym wpływem negatywnych doświadczeń dziecięcych odnosi się do problemu dzieci wychowujących się w rodzinach z problemem alkoholowym oraz problemów dorosłych, którzy wychowywali się w takich warunkach (Dorosłych Dzieci Alkoholików). Literatura odnosząca się do tych kwestii jest na tyle bogata, że trudno przytaczać tu wybiórczo jakieś pozycje. Dokładniej jednak problem związku negatywnych doświadczeń dziecięcych – także i innych, nie tylko wychowywanie się w rodzinie alkoholowej –

z problemami zdrowotnymi podejmuje niewielu autorów i badaczy. Bezpośredniego wpływu na zdrowie dotyczą opracowania na temat skutków krzywdzenia dzieci prezentowane przez przedstawicieli medycyny. Są one skoncentrowane na analizie urazów oraz występowania medycznych jednostek diagnostycznych u dzieci krzywdzonych (zob. np. Marciński, 2005; Brzozowska, 2006). Niewidoczne są opracowania analizujące długofalowy wpływ zdrowotny ACE.

W związku z tym chcę się tutaj odwołać do badań zmierzających do ukazania znaczenia doświadczeń krzywdzenia w dzieciństwie dla występowania problemów zdrowia, a w szczególności prezentowania zachowań antyzdrowotnych⁹ przez osoby z takimi doświadczeniami. Wykonane w końcu 2005 roku badania młodzieży szkół średnich, opierające się na anonimowej ankiecie przeprowadzonej w losowo wybranych klasach kilku szkół, wskazały na występowanie związków pomiędzy określonymi doświadczeniami krzywdzenia w dzieciństwie a pewnymi zachowaniami antyzdrowotnymi młodzieży i oceną własnego zdrowia¹⁰. Uzyskane wyniki opisu statystycznego pokazały¹¹, że badani uczniowie, którzy

⁹ Tzw. zachowania zdrowotne są tu rozumiane jako wszelkie zachowania w dziedzinie zdrowia (Przewoźniak, 2000, s. 84), czyli zwyczaje, nawyki, postawy, postępowanie lub działanie mające bezpośredni wpływ na zdrowie jednostki. Zachowania zdrowotne mogą mieć charakter pozytywny – sprzyjający zdrowiu (zachowania prozdrowotne) lub negatywny, prowadzący do niszczenia zdrowia, jego osłabienia, pogorszenia (zachowania antyzdrowotne). Do tych drugich zachowań powszechnie zalicza się używanie substancji psychoaktywnych (tytoń, alkohol, narkotyki), niewłaściwe odżywianie się, małą aktywność fizyczną, niestosowanie się do zaleceń lekarzy, małą dbałość o swoje zdrowie, nieprzestrzeganie zasad bezpieczeństwa, zasad higieny osobistej oraz wczesną inicjację seksualną i inne.

¹⁰ Badania zostały przeprowadzone przez Panią Aleksandrę Chwałę według wspólnie opracowanego w ramach kierowanego przeze mnie seminarium magisterskiego kwestionariusza ankiety na potrzeby jej pracy magisterskiej *Zachowania antyzdrowotne młodzieży a negatywne doświadczenia dziecięce*. Badaniem objęto grupę 120 dziewcząt i chłopców w wieku 17, 18 i 19 lat z kilku katowickich szkół średnich. Analizowano, czy określone negatywne doświadczenia dziecięce (zaniedbywanie emocjonalne, zaniedbywanie fizyczne, przemoc słowna, przemoc fizyczna, przemoc emocjonalna i fizyczna pomiędzy rodzicami, wykorzystywanie seksualne, problemy nadużywania alkoholu przez rodzica, choroba psychiczna w rodzinie, separacja lub rozwód rodziców) mają związek z częstszym podejmowaniem przez młodzież zachowań antyzdrowotnych, takich jak: niska aktywność fizyczna, nieregularne odżywianie się, stosowanie diet odchudzających, nieprzestrzeganie higieny osobistej i badań kontrolnych, nieprzestrzeganie zasad bezpieczeństwa (zapinanie pasów w samochodzie, przestrzeganie przepisów ruchu drogowego), palenie tytoniu, picie alkoholu, używanie narkotyków, wczesna aktywność seksualna.

¹¹ W szczegółowy sposób systematyczne zastawienia – z uwzględnieniem wpływu płci na związek określonych negatywnych doświadczeń dziecięcych z określonymi zachowaniami antyzdrowotnymi i oceną własnego zdrowia – przedstawiono w cytowanej pracy magisterskiej.

przyznali, iż byli w dzieciństwie zaniedbywani emocjonalnie w zestawieniu z grupą kontrastową:

- rzadziej określali swój stan zdrowia jako dobry (40–56%),
- częściej przyznawali, iż wcale nie podejmują aktywności fizycznej (10–24%),
- częściej odżywiali się nieregularnie lub opuszczali poszczególne posiłki,
- częściej stosowali diety odchudzające (25–38%),
- rzadziej stosowali się do zasad bezpieczeństwa (57–70%),
- częściej używali narkotyków (25–48%),
- częściej byli aktywni seksualnie (44–58%) i nie stosowali środków antykoncepcyjnych (19–50%).

Do kategorii badanych, którzy w dzieciństwie doświadczyli przemocy fizycznej, zaliczono uczniów, którzy stwierdzili, że w dzieciństwie byli „często lub czasami” szarpani, bici, karceni fizycznie. Badania wykazały wpływ doznawania przemocy fizycznej na nieprzestrzeganie zasad bezpieczeństwa, rzadszą abstynencję tytoniową, częste używanie alkoholu. We wszystkich trzech kategoriach ponad 65% uczniów z doświadczeniem przemocy fizycznej oraz ponad 50% uczniów bez doświadczeń przemocy fizycznej ujawniało takie zachowania. Z kolei doświadczenie przemocy słownej okazało się związane częściej z:

- ciągłą troską o swoje zdrowie (47–93%),
- stosowaniem diet odchudzających (22–46%),
- codziennym paleniem tytoniu (15–26%),
- spożywaniem alkoholu kilka razy w tygodniu lub w miesiącu (35–56,5%),
- inicjacją seksualną i ryzykownymi zachowaniami seksualnymi (brakiem środków antykoncepcyjnych).

Pewne związki częstszych zachowań antyzdrowotnych młodzieży ujawniono też w niniejszych badaniach z obserwowaniem przemocy pomiędzy rodzicami. Dotyczyły one: rzadszej aktywności fizycznej, w wypadku dziewcząt bardziej nieregularnego odżywiania się i częstszego stosowania diet odchudzających, częstszej inicjacji narkotykowej (26–56%) i seksualnej (38–51%) oraz ryzykownego życia seksualnego, czyli bez środków antykoncepcyjnych (23–56% badanych uczniów aktywnych seksualnie).

Przytaczane badania z różnych względów nie są w pełni rzetelnymi analizami empirycznymi, dotyczącymi rozważanych tu związków negatywnych doświadczeń dziecięcych (ACE) z problemami zdrowotnymi. Można jednak na ich podstawie przypuszczać, że związki takie zarysowują się dość wyraźnie w niektórych kategoriach. Jednak bardziej uprawomocnione konkluzje muszą się opierać na badaniach przeprowadzonych z zachowaniem ścisłych rygorów metodologicznych oraz muszą być analizo-

wane w pogłębiany statystycznie sposób. Pewności takim wnioskowi dodają na pewno tzw. metaanalizy. Tu jednak, zwłaszcza w pozamedycznej literaturze przedmiotu, nie znajdujemy polskich badań nad dalekosiężnym wpływem negatywnych doświadczeń krzywd doznawanych przez dzieci w rodzinie na ich socjalizację zdrowotną i kondycję zdrowotną w późniejszym okresie życia. I choć można założyć zbieżność wyników takich badań z prowadzonymi w innych społeczeństwach, to potrzeba ich przeprowadzania w rodzimych warunkach jest w sposób oczywisty uzasadniona.

Podsumowanie – rekomendacje

Według określenia Światowej Organizacji Zdrowia, zdrowie nie jest jedynie brakiem choroby lub niepełnosprawności, jest stanem dobrego samopoczucia fizycznego i psychicznego. Zdrowie oznacza też dobre samopoczucie społeczne, zdolność i umiejętność odgrywania ról społecznych, umiejętność adaptacji do zmian, jakie następują w środowisku życia jednostki, i radzenia sobie z tymi zmianami. Takie też ujęcie zdrowia odnajdujemy w *Narodowym Programie Zdrowia na lata 1996–2006*, w opracowanym przez ekspertów dokumencie, który wyznaczał na całą dekadę założenia i cele w zakresie poprawy stanu zdrowia społeczeństwa polskiego¹². Zdrowie nominowano w nim, zgodnie z współczesnymi koncepcjami zdrowia, do pozycji wartości, zasobu i środka do osiągania lepszej jakości życia, rozumianej w perspektywie wydajności zawodowej i społecznej, satysfakcji z życia oraz sprawnego funkcjonowania do późnej starości (*Narodowy Program Zdrowia...*, cyt. za: Syrek, 2000; Waszkiewicz, 2002, s. 97). Aktualne definicje zdrowia wiążą się więc z biopsychospołecznym funkcjonowaniem człowieka, w którym zdrowie fizyczne, psychiczne i społeczne wzajemnie się warunkują, a zakłócenia którejkolwiek ze sfer wywołują reperkusje w pozostałych. Zdrowie oznacza zatem stan, w którym jednostka wykazuje optymalne umiejętności normalnego, sprawnego wywiązywania się z ról społecznych i zadań wyznaczanych jej w toku socjalizacji¹³ (Syrek, 2004).

¹² Wykorzystano tekst *Narodowego Programu Zdrowia* zamieszczony w *Aneksie* pracy E. Syrek (2000).

¹³ W problematyce zdrowia autorzy i eksperci posługują się terminem „umiejętności życiowe” w rozumieniu psychospołecznych kompetencji pozwalających na dobre przystosowywanie się i pozwalających radzić sobie z wymogami życia. WHO (B. Woyna-

Badacze oraz światowi eksperci, udowadniając dewastujący zdrowie wpływ negatywnych doświadczeń dziecięcych, zaliczyli kwestie krzywdzenia dzieci w rodzinie do naczelných problemów zdrowotnych. Jednocześnie na tle tego dramatycznego związku przedstawiane są pewne formuły dotyczące ograniczania występowania problemu krzywdzenia dzieci. Podstawowe rekomendacje opracowane przez Światową Organizację Zdrowia w zakresie prewencji krzywdzenia dzieci w rodzinie zawierają następujące zalecenia (K r u g et al., eds., 2002, s. 78):

- doskonalenia systemu reakcji społecznej na zjawisko,
- doskonalenia sposobów oceny zakresu występowania problemu i jego monitorowania,
- gromadzenia danych na temat występowania zjawiska, rozwijanie badań naukowych nad zjawiskiem i jego różnymi aspektami,
- rozwoju odpowiedniej racjonalnej polityki prowadzonej wobec zjawiska,
- dokumentowania efektywnych typów reakcji – działań, strategii, programów i form,
- doskonalenia i edukacji profesjonalistów.

Te działania należy uznać za systemowe podstawy rozwijania profilaktyki problemu krzywdzenia dzieci w rodzinie oraz innych dysfunkcji rodzinnych, a w konsekwencji – ważny obszar systemowych podstaw profilaktyki zdrowotnej.

Bibliografia

- Badura-Madej W., 2005: *Interwencje terapeutyczne wobec dzieci – ofiar przestępstw*. „Dziecko Krzywdzone”, nr 10.
- Browne K., Herbert M., 1999: *Zapobieganie przemocy w rodzinie*. Warszawa.

rowska, 2002, za: Syrek, 2004) wyróżnia dwie główne grupy umiejętności życiowych: podstawowe i specyficzne. Podstawowe, czyli niezbędne w życiu codziennym, takie jak umiejętności podejmowania decyzji, rozwiązywania problemów, twórcze i krytyczne myślenie, pozytywne relacje interpersonalne, samoświadomość i empatia, radzenie sobie z emocjami i ze stresem. Wśród umiejętności specyficznych wymienia się: umiejętności związane z radzeniem sobie z różnymi zagrożeniami, czyli np. umiejętności asertywne. Z kolei w UNICEF przyjęto następującą systematyzację umiejętności życiowych: umiejętności interpersonalne (negocjowanie, rozwiązywanie konfliktów), budowanie samoświadomości (samoocena i pozytywne myślenie), budowanie własnego systemu wartości (np. tolerancja, tworzenie hierarchii postaw i zachowań), podejmowanie decyzji (np. krytyczne myślenie, identyfikacja ryzyka), radzenie sobie i kierowanie stresem (np. radzenie sobie z lękiem) (Syrek, 2004).

- Brzozowska A., 2006: *Zaburzenia psychiczne u ofiar wykorzystywania seksualnego – prezentacja ujawnionych w trakcie hospitalizacji w oddziale psychiatrii wieku rozwojowego wybranych przypadków nadużyć seksualnych wobec dzieci*. „Dziecko Krzywdzone”, nr 14.
- Dube S.R., Anda R.F., Croft J.B., Edwards V.J., Giles W.H., Felitti V.J., 2001: *Growing up with parental alcohol abuse: exposure to childhood abuse, neglect and household dysfunction*. “Child Abuse and Neglect. The International Journal”, Vol. 25 (12) [polskie tłumaczenie artykułu: *Dorastanie z rodzicami nadużywającymi alkoholu a krzywdzenie i zaniedbywanie dziecka oraz inne dysfunkcje rodzinne*. „Dziecko Krzywdzone” 2004, nr 8].
- Felitti V.J., 1998: *Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of health in adults*. “American Journal of Preventive Medicine”, Vol. 14 (4).
- Glaser D., 2006: *Krzywdzenie i zaniedbywanie dzieci a funkcjonowanie mózgu – przegląd badań*. „Dziecko Krzywdzone”, nr 14, s. 6–26.
- Green A.H., Voeller K., Gaines R.W., Kubie J., 1981: *Neurological impairment in maltreated children*. “Child Abuse and Neglect. The International Journal”, Vol. 5.
- Harbin K., 1998: *Adult health problems linked to traumatic childhood experiences*. Dostępne w Internecie: <http://www.cdc.gov/od/oc/media/pressrel/1980514.htm> [data dostępu: 2 sierpnia 2006].
- Hamilton-Giachritsis C., Browne K., Falsaw L., 2005: *Krzywdzenie dzieci w rodzinie oraz jego związek z zachowaniami przestępczymi dzieci*. „Dziecko Krzywdzone”, nr 10.
- Kendall-Tackett K., 2002: *The health effects of childhood abuse; four pathways by which abuse can influence health*. “Child Abuse and Neglect. The International Journal”, Vol. 26, nr 1 [polskie tłumaczenie artykułu: *Skutki zdrowotne krzywdzenia dzieci – cztery ścieżki oddziaływania krzywdzenia na stan zdrowia*. „Dziecko Krzywdzone” 2004, nr 8].
- Krug E.G., Dahlberg L.L., Mercy J.A., Zwi A., Lozano R., eds., 2002: *World report on violence and health*. WHO. Genewa.
- Kulik T.B., 1997: *Edukacja zdrowotna w rodzinie i szkole*. Stalowa Wola.
- Kydd J.M., 2003: *Preventing child maltreatment. An integrated, multisectoral approach*. „Heath and Human Rights”, Vol. 6, nr 2.
- Marciński A., 2005: *Dziecko maltretowane – urazy nieprzypadkowe*. „Dziecko Krzywdzone”, nr 11.
- Przewoźniak L., 2000: *Wybrane zagadnienia socjologii i promocji zdrowia rodziny*. W: *Zdrowie publiczne*. Red. A. Czupryna. T. 2. Kraków.
- Syrek E., 2000: *Zdrowie w aspekcie pedagogiki społecznej*. Katowice.
- Syrek E., 2004: *Zaniedbywanie emocjonalne dzieci jako zagrożenie zdrowia – wybrane aspekty*. „Auxilium Sociale”, nr 1.
- Teicher M., 2002: *Niezabliżnione rany. Neurobiologia przemocy*. „Świat Nauki”, nr 5.
- Waszkiewicz L., 2002: *Uwarunkowania zdrowia związane z środowiskiem życia i wykonywaną pracą*. W: *Zdrowie i choroba – wybrane problemy socjologii medycyny*. Red. J. Barański, W. Piątkowski. Wrocław.
- WHO, 2004: *The economic dimensions of interpersonal violence*. Genewa.
- WHO, 2005: *Violence prevention alliance. Building global commitment for violence prevention*. Genewa. Dostępne w Internecie: http://www.who.int/violence_injury_prevention [data dostępu: 25 listopada 2005].

- Widera-Wysoczańska A., 2001: *Zdrowotne konsekwencje chronicznego urazu doznanego w dzieciństwie*. W: *Podstawy psychologii zdrowia*. Red. G. Dolińska-Zygmunt. Wrocław.
- Widom C., Hiller-Sturmhofel S., 2004: *Nadużywanie alkoholu jako czynnik ryzyka i konsekwencja krzywdzenia dzieci*. „Dziecko Krzywdzone”, nr 8.