

Nina Szalas¹, Anita Bryńska²

Adverse childhood experiences – characteristics and links with mental disorders, suicidal behaviours and self-injury among children and adolescents

Niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie – charakterystyka zjawiska oraz związki z występowaniem zaburzeń psychicznych, zachowań samobójczych i samookaleczeń u dzieci i młodzieży

¹ Clinical Department of Child and Adolescent Psychiatry, University Clinical Centre, Medical University of Warsaw, Warsaw, Poland
² Department of Child and Adolescent Psychiatry, Medical University of Warsaw, Warsaw, Poland
Correspondence: Nina Szalas, Żwirki i Wigury 63A, 02-091 Warsaw, Poland, tel.: +48 22 317 92 51, e-mail: nina.szalas@gmail.com

¹ Oddział Psychiatrii Wiekii Rozwojowego, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, Polska
² Klinika Psychiatrii Wiekii Rozwojowego, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, Polska
Adres do korespondencji: Nina Szalas, ul. Żwirki i Wigury 63A, 02-091 Warszawa, tel.: +48 22 317 92 51, e-mail: nina.szalas@gmail.com

ORCID iD

Anita Bryńska <https://orcid.org/0000-0001-9814-0818>

Abstract

Adverse childhood experiences encompass different forms of abuse (physical, emotional, sexual abuse, neglect), household dysfunctions (e.g. mental disorders, substance abuse) and social challenges (e.g. poverty, ethnic discrimination, community or school violence). All these factors contribute to the life-long risk of mental health problems, including mental disorders, suicidal behaviour and self-harm. Children and adolescents exposed to various forms of adverse events are more than four times more likely to develop mental disorders already before adulthood and to suffer from psychopathology that will persist into adulthood. The majority of research on the relationships between adverse childhood experiences and mental disorders have been conducted among adults and assessed the role of isolated factors. Therefore, it seems reasonable to assess the impact of adverse childhood experiences on the functioning of children and adolescents, with particular emphasis on at least several co-occurring factors related to both abuse and household dysfunctions. The most commonly considered theoretical concept of the origin of disorders, i.e. the diathesis–stress model, emphasises the role of interaction between genetic predispositions and environmental factors, assuming that a combination of individual predispositions and exposure to stress arising from adverse events increases the risk of psychopathological symptoms. In turn, contemporary mental health models take into account the role of mutual interactions between risk factors and protective factors, as particularly reflected in the concept of resilience. More recent approaches point to the dynamics of relationships between adverse childhood experiences and mental disorders, and at the same time to the limitations of inference from the available research.

Keywords: adverse childhood experiences, mental disorders, non-suicidal self-injury, self-injury

Streszczenie

Do niekorzystnych doświadczeń w dzieciństwie zalicza się różne formy maltretowania (przemoc fizyczną, emocjonalną, seksualną, zaniedbanie), dysfunkcje występujące w najbliższej rodzinie (np. dorastanie wśród członków rodziny z zaburzeniami psychicznymi, nadużywających substancji psychoaktywnych) oraz czynniki związane z kontekstem społecznym (np. ubóstwo, dyskryminację ze względu na pochodzenie, przemoc w społeczności lub w szkole). Czynniki te wpływają na ryzyko problemów psychicznych w ciągu całego życia, włącznie z występowaniem zaburzeń psychicznych i zachowań samobójczych oraz dokonywaniem samookaleczeń. Dzieci i nastolatki, którzy doświadczyli różnych form niekorzystnych zdarzeń, są ponad czterokrotnie bardziej narażeni na rozwój zaburzeń psychicznych przed okresem dorosłości oraz psychopatologii utrzymującej się także w okresie dorosłości. Większość badań opisujących powiązania z zaburzeniami psychicznymi dotyczy osób dorosłych i uwzględnia znaczenie pojedynczych czynników. Potwierdza to zasadność prowadzenia analiz odnoszących się do wpływu niekorzystnych doświadczeń w dzieciństwie na bieżące funkcjonowanie dzieci i nastolatków, zwłaszcza zaś do znaczenia co najmniej kilku czynników oddziałujących jednocześnie, związanych zarówno z doświadczeniem maltretowania, jak i z dysfunkcjami w najbliższej rodzinie. Najczęściej uwzględniany model teoretyczny wyjaśniający genezę zaburzeń, czyli model podatność–stres, kładzie nacisk na rolę interakcji między wewnętrznymi predyspozycjami a wpływem czynników zewnętrznych i zakłada, że skojarzenie indywidualnych predyspozycji i narażenia na stres związany z doświadczeniem niekorzystnych zdarzeń zwiększa ryzyko objawów

psychopatologicznych. Z kolei współczesne modele dotyczące zagadnień zdrowia psychicznego biorą pod uwagę znaczenie wzajemnych interakcji czynników ryzyka i czynników ochronnych, co znajduje odzwierciedlenie szczególnie w koncepcji resilience. Nowsze podejścia wskazują na dynamikę powiązań między niekorzystnymi zdarzeniami w dzieciństwie a występowaniem zaburzeń psychicznych i zarazem na ograniczenia wnioskowania z dostępnych badań.

Słowa kluczowe: niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie, zaburzenia psychiczne, samookaleczenia bez intencji samobójczej, samouszkodzenia

TERMINOLOGY AND PREVALENCE

The term “adverse childhood experience” (ACE) refers to the entire spectrum of stressful and traumatic events experienced during the first 18 years of life. Based on a literature review, Kalmakis and Chandler (2014, p. 1489) broadly defined ACEs as “childhood events, varying in severity and often chronic, occurring in a child’s family or social environment that cause harm or distress, thereby disrupting the child’s physical or psychological health and development”. ACEs are typically categorised into two groups: different forms of abuse (physical, emotional, sexual abuse, neglect, witnessing domestic violence) and household challenges (mental disorders in family members, household alcohol or psychoactive substance abuse, parental divorce/separation, family history of incarceration). It has also been postulated that ACEs should include social factors, such as financial hardships and poverty, ethnic discrimination, exposure to political conflict or war, community or school violence (Touloumakos and Barrable, 2020).

ACEs are a common experience worldwide. Felitti et al. (1998) conducted the first systematic study on ACEs among 17,000 adult respondents in the US in 1995–1997. The prevalence of childhood ACEs was estimated as follows: psychological abuse at 11.1%, physical abuse at 10.8%, sexual abuse at 22.0%, parental substance abuse at 25.6%, parental mental disorders and diseases at 18.8%, witnessing domestic violence at 12.5%, and household criminal behaviour at 3.4%. More than half of respondents were exposed to one ACE, two or more ACEs were reported by almost 40%, and four or more ACEs were experienced by 12.5% of respondents. In their study in children and adolescents aged 0–17 years, Finkelhor et al. (2013, 2009) found that 58–61% of respondents experienced at least one ACE in the previous year.

The key data on selected ACEs are shown below: (1) abuse, (2) growing up in a family with mental health problems, (3) growing up in a family with alcohol/substance use problems, and (4) parental separation/divorce.

The World Health Organization (2006, p. 9) defines child abuse as “all forms of physical and/or emotional ill-treatment, sexual abuse, neglect or negligent treatment or commercial or other exploitation, resulting in actual or potential harm to the child’s health, survival, development or dignity in the context of a relationship of responsibility, trust or power”. This definition encompasses not only actions intended to harm a child, but also all forms of neglect

TERMINOLOGIA I ROZPOWSZECHNIENIE ZJAWISKA

Termin „niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie” (*adverse childhood experience*, ACE) opisuje całe spektrum stresujących i traumatycznych zdarzeń doświadczanych w pierwszych 18 latach życia. Kalmakis i Chandler (2014, s. 1489) na podstawie analizy literatury zaproponowali szeroką definicję, określając ACE jako „zdarzenia z dzieciństwa, o różnym nasileniu, często przewlekłe, występujące w rodzinie lub środowisku społecznym, które powodują krzywdę lub stres, zakłócając zdrowie fizyczne i psychiczne oraz rozwój dziecka”. Zazwyczaj ACE dzielone są na dwie grupy: do pierwszej zalicza się różne formy maltretowania (przemoc fizyczną, emocjonalną, seksualną, zaniedbanie, bycie świadkiem przemocy domowej), do drugiej – dysfunkcje obecne w najbliższej rodzinie (dorastanie wśród członków rodziny z zaburzeniami psychicznymi, nadużywającymi lub uzależnionymi od alkoholu albo innych substancji psychoaktywnych, rozwód/separację rodziców, uwięzienie członków bliskiej rodziny). Wskazuje się także na konieczność uwzględnienia wśród ACE czynników związanych z kontekstem społecznym: trudności finansowych i ubóstwa, dyskryminacji ze względu na pochodzenie, życia w warunkach konfliktu politycznego czy w stanie wojny, doświadczenia przemocy w społeczności lub w szkole (Touloumakos i Barrable, 2020).

ACE są zjawiskiem powszechnym. Pierwsze poświęcone im badanie systematyczne przeprowadzili Felitti i wsp. (1998) wśród 17 tys. dorosłych respondentów w USA w latach 1995–1997. Rozpowszechnienie przemocy psychicznej w dzieciństwie oceniono na 11,1%, przemocy fizycznej – na 10,8%, przemocy seksualnej – na 22,0%, nadużywania substancji psychoaktywnych przez rodziców – na 25,6%, zaburzeń i chorób psychicznych u rodziców – na 18,8%, bycia świadkiem przemocy domowej – na 12,5%, zachowań przestępczych wśród członków rodziny – na 3,4%. Ponad połowa respondentów była w dzieciństwie narażona na jedno lub więcej niekorzystnych doświadczeń, prawie 40% – na dwa lub więcej, a 12,5% doświadczyło czterech lub więcej ACE. W badaniach Finkelhора i wsp. (2013, 2009) z udziałem dzieci i młodzieży w wieku 0–17 lat stwierdzono, że 58–61% uczestników doświadczyło w ciągu ostatniego roku co najmniej jednego niekorzystnego zdarzenia.

Poniżej przedstawiono podstawowe dane odnoszące się do wybranych ACE: (1) zjawiska przemocy, (2) dorastania wśród członków rodziny z zaburzeniami psychicznymi,

by individuals who use their position to cause harm rather than provide the expected protection. Peer abuse, known as bullying, which involves physical or verbal, as well as relational (e.g. exclusion from the group, active ignoring, setting the group against a selected person), and cyber (e.g. posting embarrassing content on the Internet) harassment, is a particular type of abuse.

Child abuse is a very common phenomenon worldwide. According to the 2008 data collected by the Ministry of Labour and Social Policy (Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, 2008), up to 44% of respondents have knowledge of a family where child abuse occurs, including emotional and physical violence reported by almost one third of respondents, and sexual abuse reported by 5% of respondents. Additionally, 9% and 8% of respondents admitted to using physical and emotional violence, respectively. They also reported that they themselves had been victims of physical (27%), emotional (21%) or sexual (2%) abuse, with men more likely to experience physical and psychological abuse and women more likely to be the victims of sexual assault. Research conducted by the Nobody's Children Foundation (now the Empowering Children Foundation) (Włodarczyk and Makaruk, 2012) has shown that 71% of adolescents have experienced some form of abuse, including peer abuse in 59%, abuse from adults in 34% (psychological and physical assault in 22% and 21% of cases, respectively), sexual abuse in 3%, and neglect in 6%.

Many observations point to the long-term, even lifelong, consequences of childhood and adolescence abuse. These may include affect dysregulation, stress-related disorders, impulsive behaviour, attention and other cognitive disorders, interpersonal difficulties, and psychosomatic symptoms (Barbosa Pacheco et al., 2014). Furthermore, childhood exposure to violence has a negative impact on self-esteem, peer relationships, academic performance and social competence, and translates into a high lifetime risk of mental health problems (Duke et al., 2010; Lippard and Nemeroff, 2020).

It is estimated that 10–20% of children grow up in families with parental mental ill-health (Gladstone et al., 2014), and that more than 67% of women and over 75% of men with serious mental illness are parents. The most commonly mentioned parental mental illness factors that have a negative impact on child development and functioning include parental preoccupation/emotional unavailability due to illness, inappropriate emotional reactions directed at the child, and disturbed parental behaviour interfering with parent–child interaction. Additionally, children of mentally ill parents are faced with increased unpredictability and stigma, accompanied by high levels of responsibility, guilt and worry. Other consequences include a higher risk of abuse and neglect; an increased likelihood of living with a single parent or a foster family; more severe cognitive, emotional and behavioural challenges; and a higher risk of mental disorders (Clemens et al., 2020). The negative impact of growing up with parents affected by personality

(3) wychowywania się wśród członków rodziny nadużywających lub uzależnionych od alkoholu albo innych substancji psychoaktywnych oraz (4) wychowywania się w rodzinie niepełnej.

Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization, 2006, s. 9) definiuje przemoc wobec dzieci (krzywdzenie dzieci, *child abuse*) jako „wszelkie formy fizycznego, emocjonalnego lub seksualnego krzywdzenia, depriwacji potrzeb oraz zaniedbania dziecka, komercyjne lub inne wykorzystanie dziecka skutkujące szkodą w jego zdrowiu lub zgonem, zaburzeniem rozwoju lub naruszeniem godności w wyniku relacji, w której dorosły, często rodzic lub opiekun, wykorzystuje swoją siłę, władzę oraz zależność i zaufanie dziecka”. Powyższa definicja uwzględni działania podejmowane na szkodę dziecka, ale także wszelkie formy zaniechania w relacji z osobą, która wykorzystuje swoją pozycję do krzywdzenia zamiast do spodziewanej ochrony. Szczególnym rodzajem przemocy jest przemoc ze strony rówieśników (znęcanie się, dręczenie – *bullying*), fizyczna lub werbalna, jak również relacyjna (np. wykluczanie z grupy, aktywne ignorowanie, nastawianie grupy przeciwko wybranej osobie) i elektroniczna (np. zamieszczanie w internecie treści ośmieszających ofiarę).

Przemoc wobec dzieci jest zjawiskiem bardzo częstym. Według danych Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej z 2008 roku (Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, 2008) aż 44% respondentów zna rodzinę, w której dochodzi do przemocy wobec dzieci, z czego prawie jedna trzecia wskazuje na przemoc emocjonalną, tyle samo – na przemoc fizyczną, 5% zaś – na przemoc seksualną. Ponadto 9% badanych przyznało się do stosowania przemocy fizycznej, a 8% – przemocy emocjonalnej. Osoby te ujawniły, że same były ofiarami przemocy fizycznej (27%), emocjonalnej (21%) lub seksualnej (2%), przy czym mężczyźni częściej doświadczali przemocy fizycznej i psychicznej, a kobiety – seksualnej. Z badań przeprowadzonych przez Fundację Dzieci Niczyje (obecnie Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę) (Włodarczyk i Makaruk, 2012) wynika, że 71% nastolatków doświadczyło jakiejś formy przemocy, w tym 59% – przemocy rówieśniczej, 34% – przemocy ze strony dorosłych (w 22% przypadków była to przemoc psychiczna, w 21% – fizyczna), 3% – przemocy seksualnej, a 6% – zaniedbania.

Liczne obserwacje wskazują na długotrwałe, utrzymujące się latami konsekwencje doświadczenia przemocy w dzieciństwie i adolescencji. Wśród konkretnych problemów wymienia się dysregulację afektu, zaburzenia związane ze stresem, zachowania impulsywne, zaburzenia uwagi i inne zaburzenia poznawcze, trudności interpersonalne oraz dolegliwości psychosomatyczne (Barbosa Pacheco et al., 2014). Ponadto ekspozycja na przemoc w dzieciństwie ma negatywny wpływ na samoocenę, relacje z rówieśnikami, wyniki w nauce i kompetencje społeczne oraz przekłada się na wysokie ryzyko występowania problemów psychicznych w ciągu całego życia (Duke et al., 2010; Lippard i Nemeroff, 2020).

Według szacunków 10–20% dzieci wychowuje się w rodzinach, w których rodzice doświadczają zaburzeń psychicznych

disorders on the development and psychological well-being of children and adolescents is an important problem. Such parents exhibit dysfunctional interpersonal patterns, unstable emotional regulation, poor impulse control, affective lability, and deviant cognitive-affective modulation (Steinsbekk et al., 2019).

The State Agency for Prevention of Alcohol Related Problems (PARPA) has estimated that nearly 2 million children and adolescents grow up in families with alcohol abuse, with about 50% of them being at risk of health and developmental problems. Corresponding statistics on growing up in families with abuse of other psychoactive substances are missing; however, research conducted by the National Bureau for Drug Prevention (Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2020) indicates drug abuse in 5.4% of the Polish population aged 15–64 years.

Children who grow up in families with alcohol problems are exposed to multiple traumatic events involving violence, parental conflicts, chaos, and parents' failure to fulfil parental roles. Most research has assessed the relationship between alcohol or psychoactive substance abuse and more frequent use of various forms of violence (Clemens et al., 2020). According to Skrzypczyk (2000), more than half of children in Polish families with alcohol problems experienced physical and emotional violence, with sexual abuse reported by one in six girls. Studies on the impact of parental addiction on children's mental health indicate significant links with mental disorders and an increased risk of offspring substance use. Some studies have shown that maternal alcohol abuse causes more severe psychopathological symptoms than paternal alcohol abuse.

Data from the Central Statistical Office (Hrynkiewicz et al., 2018) indicate a continuous upward trend in the number of single-parent families (with approximately 20% of Polish children brought up by a single parent in 2011). The negative effects on the development and functioning of a child growing up in a single-parent family are primarily related to the reduced family's economic status, disturbed upbringing process, frequent parental conflicts or unavailability of the other parent, as well as exposure to various forms of violence.

Research points to a link between growing up in a single-parent family and an increased risk of mental disorders in childhood and later life, regardless of the reason for being raised by a single parent (parental divorce/separation/death). The impact of growing up in a single-parent family on abnormal personality traits and personality disorders in adults is an important issue.

RELATIONSHIPS BETWEEN ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES AND MENTAL DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

The majority of research reporting links between ACEs and negative mental health outcomes has focused on adults.

(Gladstone *et al.*, 2014), a ponad 67% kobiet i ponad 75% mężczyzn z poważnymi chorobami psychicznymi jest rodzicami. Wśród czynników, za sprawą których zaburzenia psychiczne rodziców mają negatywny wpływ na rozwój i funkcjonowanie dzieci, wymienia się przede wszystkim: zaabsorbowanie rodziców/niedostępność emocjonalną spowodowaną chorobą, niewłaściwe reakcje emocjonalne ukierunkowane na dziecko i zaburzone zachowanie rodzica zakłócające interakcję rodzic–dziecko. Ponadto dzieci osób z zaburzeniami psychicznymi doświadczają nasilonego poczucia nieprzewidywalności i napiętnowania, czemu towarzyszy wysoki poziom odpowiedzialności, poczucia winy i zamartwiania się. Wśród innych następstw wymienia się zwiększone prawdopodobieństwo narażenia na przemoc i zaniedbanie, częstsze mieszkanie z samotnym rodzicem lub w rodzinie zastępczej, bardziej nasilone trudności poznawcze, emocjonalne i behawioralne, wyższe ryzyko rozwoju zaburzeń psychicznych (Clemens *et al.*, 2020). Istotnym problemem jest negatywny wpływ dorastania w relacjach z rodzicami z zaburzeniami osobowości na rozwój i dobrostan psychiczny dzieci i młodzieży. Rodzice ci prezentują bowiem dysfunkcyjne wzorce interpersonalne, niestabilną regulację emocjonalną, słabą kontrolę impulsów, chwiejność afektywną i zaburzoną modulację poznawczo-afektywną (Steinsbekk *et al.*, 2019).

Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA: Dzieci alkoholików) szacuje, że w rodzinach, których członkowie są uzależnieni od alkoholu, dorasta w Polsce blisko 2 miliony dzieci i młodzieży, a około 50% z nich żyje w warunkach zagrażających zdrowiu i rozwojowi. Brak jest analogicznych statystyk w odniesieniu do wychowywania się wśród bliskich uzależnionych od innych substancji psychoaktywnych, niemniej badania przeprowadzone przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (2020) wskazują, że narkotyków używa 5,4% populacji Polaków w wieku 15–64 lata.

Dzieci wychowujące się w rodzinach z problemem alkoholowym doświadczają wielu traumatycznych sytuacji – związanych z przemocą, konfliktami między rodzicami, chaosem, nierealizowaniem przez opiekunów ról rodzicielskich. Najwięcej badań dotyczy powiązania spożywania alkoholu lub środków psychoaktywnych z częstszym stosowaniem różnych form przemocy (Clemens *et al.*, 2020). Według Skrzypczyka (2000) w polskich rodzinach z problemem alkoholowym ponad połowa dzieci doświadczyła przemocy fizycznej i emocjonalnej, a co szósta dziewczynka zgłaszała doświadczenia związane z nadużyciem seksualnym. Badania nad wpływem uzależnienia rodziców na zdrowie psychiczne dzieci wskazują na istotne związki z zaburzeniami psychicznymi i zwiększonym ryzykiem używania substancji psychoaktywnych przez potomstwo. Niektóre badania dowodzą, że nadużywanie alkoholu przez matkę jest przyczyną bardziej nasilonych, poważniejszych objawów psychopatologicznych niż nadużywanie alkoholu przez ojca. Dane Głównego Urzędu Statystycznego (Hrynkiewicz *et al.*, 2018) wskazują na utrzymujący się wzrostowy trend liczby

These are mostly retrospective studies that have shown a relationship between ACEs and functioning in various dimensions of adult life. Only few of them describe the impact of ACEs on the functioning of children and adolescents who have experienced or are experiencing ACEs. Most authors refer to the role of isolated variables, especially the experience of different forms of abuse or growing up in a family with parental alcohol abuse.

Studies assessing the impact of individual ACEs indicate a relationship between physical abuse and depressive disorders, emotional dysregulation, alcohol dependence and externalising disorders (Heleniak et al., 2016). In turn, childhood sexual abuse is associated with the risk of depressive disorders, alcohol and substance dependence, externalising disorders, emotional dysregulation, panic disorder and post-traumatic stress disorder (PTSD) (Bellis et al., 2019; Lippard and Nemeroff, 2020). Emotional abuse is associated with both internalising and externalising disorders and problems with emotion regulation. Keeshin et al. (2014) have shown that children and adolescents who experienced sexual and/or physical violence were more likely to be simultaneously diagnosed with multiple mental disorders. Studies have also shown a relationship between externalising and internalising disorders in adolescents and mental disorders or alcohol/psychoactive substance dependence in one or both parents (Bratek et al., 2013). Adolescents who witness domestic violence are more likely to develop anxiety disorders or PTSD and aggressive behaviours. Research has also shown that experiencing ACEs before puberty is a predictor of borderline personality disorder. There are, however, some gender-related differences, with girls more likely to develop anxiety and depressive disorders, PTSD or multiple disorders, and boys at a higher risk of aggressive and criminal behaviour or alcohol/psychoactive substance abuse.

Relatively little evidence is available on the simultaneous impact of several adverse factors, related both to abuse (including witnessing domestic or community violence), household challenges (such as parental divorce/separation, death/incarceration, and mental disorders/substance abuse), and social context (ethnic discrimination, economic hardship). Experiencing 1–3 ACEs is considered in the literature as low exposure, while ≥ 3 or 4 ACEs are considered high exposure.

Evidence on the impact of the level of exposure on the development of mental disorders is primarily provided by studies reviewing data collected in state registers or surveys directly addressing large populations of children and adolescents. This data allows for assuming that the risk of developing one or more mental disorders increases with the increasing number of ACEs. As pointed out by Lew and Xian (2019), persons with 1 to 3 ACEs have a higher risk of anxiety or depressive symptoms, while those with > 4 ACEs have higher odds of coexisting anxiety and depressive disorders. Bomysoad and Francis (2020) found that adolescents with > 4 ACEs are at greatest risk for depressive

rodzin niepełnych (w których w 2011 roku wychowywało się około 20% polskich dzieci). Problemy niekorzystnie wpływające na rozwój i funkcjonowanie dziecka dorastającego w rodzinie niepełnej wiążą się przede wszystkim z obniżonym statusem ekonomicznym rodziny, zaburzonym procesem wychowawczym, często konfliktową relacją rodziców lub niedostępnością drugiego rodzica, a także narażeniem na różne formy przemocy.

Wyniki badań wskazują na powiązanie między wychowywaniem się w rodzinie niepełnej a zwiększonym ryzykiem występowania zaburzeń psychicznych w dzieciństwie i późniejszym życiu, niezależnie od przyczyny, z której dziecko dorasta w rodzinie z tylko jednym rodzicem (rozwód/separacja/śmierć rodzica). Ważnym zagadnieniem jest wpływ dorastania w rodzinie niepełnej na kształtowanie się nieprawidłowego rysu osobowości i zaburzeń osobowości u osób dorosłych.

ZWIĄZKI NIEKORZYSTNYCH DOŚWIADCZEŃ W DZIECIŃSTWIE Z WYSTĘPOWANIEM ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH U DZIECI I MŁODZIEŻY

Większość badań opisujących powiązania ACE z negatywnymi konsekwencjami dla zdrowia psychicznego dotyczy osób dorosłych. Są to głównie badania retrospektywne, w których wykazywany jest związek między ACE a funkcjonowaniem w różnych obszarach w dorosłym życiu. Tylko nieliczne prace odnoszą się do wpływu ACE na aktualne funkcjonowanie dzieci i młodzieży, które ich doświadczyły lub doświadcniają. Większość autorów odnosi się do znaczenia pojedynczych zmiennych, zwłaszcza doświadczenia różnych form przemocy czy wychowywania się w rodzinie, w której rodzice/opiekunowie nadużywają alkoholu albo są od niego uzależnieni.

W pracach uwzględniających znaczenie pojedynczych ACE wskazuje się na związki doświadczenia przemocy fizycznej z zaburzeniami depresyjnymi, trudnościami w zakresie regulacji emocji, uzależnieniem od alkoholu i problemami eksternalizacyjnymi (Heleniak et al., 2016). Z kolei wykorzystywanie seksualne w dzieciństwie wiąże się z ryzykiem wystąpienia zaburzeń depresyjnych, uzależnienia od alkoholu i narkotyków, zaburzeń eksternalizacyjnych, problemów z regulacją emocji, lęku napadowego i zespołu stresu pourazowego (*post-traumatic stress disorder*, PTSD) (Bellis et al., 2019; Lippard i Nemeroff, 2020). Przemoc emocjonalna jest związana z zaburzeniami zarówno internalizacyjnymi, jak i eksternalizacyjnymi oraz problemami w zakresie regulacji emocji. Keeshin i wsp. (2014) dowodzą, że wśród dzieci i nastolatków, którzy doświadczyli przemocy seksualnej i/lub fizycznej, częściej ustalano rozpoznanie wielu zaburzeń psychicznych jednocześnie.

Badania ujawniają także związek między obecnością zaburzeń eksternalizacyjnych i zaburzeń internalizacyjnych u młodzieży a występowaniem zaburzeń psychicznych albo uzależnienia od alkoholu czy innych substancji

disorders, anxiety disorders, behavioural problems, attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), or substance abuse. Similarly, Brockie et al. (2015) showed that persons with high levels of ACE exposure are 4.5 times more likely to develop depressive symptoms, 4 times more likely to use various psychoactive substances, and 3 times more likely to develop PTSD. Thai et al. (2020) found the highest risk of depression in a population of Vietnamese adolescents who experienced at least 4 ACEs. Brown et al. (2017) assessed the relationship between ACEs and both the diagnosis and severity of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), showing significant differences in the level of ACE exposure among children and adolescents diagnosed with ADHD, with a higher risk of moderately severe/severe ADHD in those with ≥ 3 ACE. In turn, Uddin et al. (2020) have shown that an increase in the number of ACEs by 1 is associated with a more than 30% increase in the odds of any mental disorder, including an over 20% increase in the risk of ADHD. According to Hunt et al. (2017), the risk of externalizing behaviours, including ADHD, increases with the increasing number of ACEs to which a child is exposed up to the age of 5 years.

More data is provided by research conducted in populations of adolescents hospitalised in psychiatric wards, as well as residents of juvenile detention facilities or those recruited to programs aimed at preventing drug use and risky behaviours (Bielas et al., 2016). As in the case of studies in general populations, the results indicate an increasing risk of both internalising (e.g. PTSD, anxiety disorders, depressive disorders) and externalising disorders (e.g. ADHD) with the growing number of ACEs. Additionally, Pauls et al. (2020) found that individuals with high exposure levels (≥ 4 ACEs) are 5 times more likely to develop atypical anorexia than those with low exposure (1–3 ACEs).

RELATIONSHIPS BETWEEN ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES AND SUICIDAL BEHAVIOUR AND SELF-INJURY IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

Different forms of violence, physical and sexual abuse in particular, are the most commonly mentioned individual ACEs significantly associated with the risk of suicidal behaviour in the adult population, and it is estimated that ACEs from any category may increase the risk of attempted suicide 2- to 5-fold (Damian et al., 2021; Thompson et al., 2019). Brodsky and Biggs (2012) have shown that sexual abuse is associated with recurrent suicidal behaviours, and physical violence with single (one or two) suicidal plans or attempts. This is explained by the consequences of emotional dysregulation in abuse victims on the one hand, and by problems with impulse control in those who have experienced physical violence in childhood on the other hand. Research has also shown a strong relationship between physical, emotional and sexual abuse and suicidal behaviour in adolescents. The highest risk of suicidal thoughts in

psychoaktywnych u jednego lub obojga rodziców (Bratek et al., 2013). Wśród nastolatków będących świadkami przemocy w rodzinie częściej stwierdza się zaburzenia lękowe lub PTSD i zachowania agresywne. Wyniki badań dowodzą ponadto, że doświadczenie ACE przed okresem dojrzewania jest predyktorem zaburzeń osobowości typu borderline. Istnieją pewne różnice w zakresie diagnozowanych problemów w zależności od płci: dziewczęta częściej cierpią z powodu zaburzeń lękowych i depresyjnych, PTSD lub współwystępowania wielu problemów, podczas gdy u chłopców częściej stwierdza się zachowania agresywne i przestępcze czy nadużywanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Stosunkowo niewiele dostępnych danych dotyczy wpływu kilku niekorzystnych czynników oddziałujących równocześnie, związanych zarówno z doświadczeniem maltretowania (włącznie z byciem świadkiem przemocy w rodzinie czy przemocą w społeczności), jak i z dysfunkcjami w najbliższej rodzinie (takimi jak rozwód/separacja rodziców, śmierć/uwięzienie rodzica, zaburzenia psychiczne/nadużywanie substancji psychoaktywnych przez rodziców) oraz kontekstem społecznym (dyskryminacją ze względu na pochodzenie, trudnościami ekonomicznymi). Doświadczenie od 1 do 2 lub 3 ACE jest w piśmiennictwie traktowane jako niski poziom ekspozycji, a co najmniej 3 lub 4 – jako poziom wysoki.

Informacji na temat wpływu poziomu ekspozycji na rozwój zaburzeń psychicznych dostarczają w pierwszej kolejności badania wykorzystujące metodę przeglądu danych gromadzonych w państwowych rejestrach lub ankiet kierowanych bezpośrednio do respondentów w dużych populacjach dzieci i młodzieży. Wyniki pozwalają przyjąć, że wraz ze wzrostem liczby ACE rośnie ryzyko wystąpienia lub współwystępowania zaburzeń psychicznych. Jak podają Lew i Xian (2019), wyższe ryzyko zaburzeń lękowych albo zaburzeń depresyjnych stwierdza się w grupie z liczbą ACE od 1 do 3, a współwystępowania zaburzeń lękowych i depresyjnych – w grupie z liczbą ACE >4 . Według Bomysoad i Francis (2020) największe ryzyko zaburzeń depresyjnych, zaburzeń lękowych, problemów behawioralnych, zespołu nadpobudliwości psychoruchowej lub nadużywania substancji psychoaktywnych dotyczy nastolatków z >4 ACE. Podobnie Brockie i wsp. (2015) wskazują na 4,5 razy większe prawdopodobieństwo wystąpienia objawów depresyjnych, 4 razy większe prawdopodobieństwo zażywania różnych substancji psychoaktywnych i 3 razy większe prawdopodobieństwo rozwoju objawów PTSD u osób z wysokim poziomem ekspozycji na ACE. Thai i wsp. (2020) w populacji wietnamskich nastolatków, którzy doświadczyli co najmniej 4 ACE, stwierdzili największe ryzyko depresji. Brown i wsp. (2017) oceniali związki ACE z diagnozą i nasileniem objawów ADHD (*attention-deficit/hyperactivity disorder* – zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi); wykazali istotne różnice w zakresie poziomu ekspozycji na ACE w grupie dzieci i nastolatków z rozpoznaniem ADHD oraz większe ryzyko umiarkowanego/ciężkiego nasilenia objawów w przypadku osób z liczbą ACE

children and adolescents is reported for those who have experienced physical or emotional abuse (Thai et al., 2020), while the highest risk of suicide attempt is observed among the victims of sexual abuse, girls in particular (Li et al., 2021). The reviewed studies also confirm the relationship between the number of ACEs and suicidal thoughts, behaviours or attempts in adolescents, especially in those with high exposure levels (ACEs >4) (Brockie et al., 2015). Similar conclusions are drawn for the relationship between ACEs and self-injury. Research suggest that cumulative ACEs are associated with a higher risk of self-harm (Li et al., 2021). Forster et al. (2020) found a 3-fold higher risk of self-harm without suicidal intent or thoughts, and a 4-fold higher risk of a suicide attempt among individuals with high ACE exposure.

The analysis of mediating factors between ACEs and suicidal behaviour is another area of research. It is suggested that there is a causal chain involving ACEs before the age of 16 years; adverse experiences are a factor that increases susceptibility to mental disorders and the risk of suicide. The most commonly mentioned mediating variables include symptoms of mental disorders, high impulsivity, aggressive behaviour, drug/alcohol abuse, as well as low self-esteem, external locus of control, poor problem-solving skills and interpersonal difficulties in early adolescence (Cluver et al. 2015; Ryttilä-Manninen et al., 2018).

CONCLUSIONS

Theories accounting for the relationship between ACEs and negative consequences on the mental health of children and adolescents refer to the modern, multifactorial understanding of the aetiology of mental disorders, which takes into account biological, social, environmental, cultural and psychological factors (individual, family, school and peer influences). At this point, particular importance is attributed to factors that expose young people to long-term stress, affect close relationships and cause interpersonal trauma.

The most commonly considered theoretical concept of the origin of disorders, i.e. the diathesis-stress model, emphasizes the role of interaction between genetic predispositions and environmental factors, assuming that a combination of individual predispositions and exposure to stress related to adverse events increases the risk of psychopathological symptoms. Excessive stress (referred to as toxic stress), caused, for example, by repeated abuse or neglect, negatively affects the development of the central nervous system, including neural connections in areas involved in anxiety and impulsive reactions, compromising areas responsible for planning and behaviour control. Furthermore, chronic stress overstimulates the hypothalamic-pituitary-adrenal system, resulting in damage to the hippocampus, which is crucial for learning and memory (Herzog and Schmahl, 2018).

In turn, the contemporary models of mental health issues take into account the importance of mutual interactions

równą 3 lub więcej. Z kolei Uddin i wsp. (2020) dowodzą, że wzrost liczby ACE o 1 wiąże się z ponad 30-procentowym wzrostem ryzyka wystąpienia jakiegokolwiek zaburzenia psychicznego, w tym z ponad 20-procentowym wzrostem ryzyka ADHD. Według Hunt i wsp. (2017) wraz z wzrostem liczby ACE, na które dziecko jest narażone do 5. roku życia, rośnie ryzyko zachowań eksternalizacyjnych, włącznie z ADHD.

Kolejnych informacji dostarczają badania prowadzone w populacjach nastolatków hospitalizowanych na oddziałach psychiatrycznych, a także będących rezydentami zakładów poprawczych lub rekrutowanych do programów prewencyjnych ukierunkowanych na zapobieganie używaniu narkotyków i zachowaniom ryzykownym (Bielas et al., 2016). Podobnie jak w przypadku badań w populacjach ogólnych, wyniki wskazują na rosnące ryzyko zaburzeń zarówno internalizacyjnych (m.in. PTSD, zaburzeń lękowych, zaburzeń depresyjnych), jak i eksternalizacyjnych (m.in. ADHD) wraz ze wzrostem liczby ACE. Ponadto Pauls i wsp. (2020) stwierdzili, że u osób z wysokim poziomem ekspozycji (≥ 4 ACE) prawdopodobieństwo rozwoju atypowej postaci anoreksji jest 5 razy większe niż u osób z niskim poziomem ekspozycji (1–3 ACE).

ZWIĄZKI NIEKORZYSTNYCH DOŚWIADCZEŃ W DZIECIŃSTWIE Z WYSTĘPOWANIEM ZACHWAŃ SAMOBÓJCZYCH I SAMOOKALECZEŃ U DZIECI I MŁODZIEŻY

Wśród pojedynczych ACE, które istotnie wiążą się z ryzykiem zachowań samobójczych w populacji osób dorosłych, najczęściej wymienia się różne formy przemocy, zwłaszcza fizycznej i seksualnej, przy czym szacuje się, że ACE z każdej kategorii mogą 2–5-krotnie zwiększać ryzyko podjęcia próby samobójczej (Damian et al., 2021; Thompson et al., 2019). Z analizy Brodsky i Biggs (2012) wynika, iż wykorzystywanie seksualne wiąże się z nawracającymi zachowaniami samobójczymi, a przemoc fizyczna – z pojedynczymi planami lub próbami samobójczymi (jedną lub dwiema). Tłumaczone jest to z jednej strony konsekwencjami w zakresie dysregulacji emocjonalnej u osób będących ofiarami wykorzystania, z drugiej zaś problemami w zakresie kontroli impulsów u osób, które doświadczyły przemocy fizycznej w dzieciństwie.

Wyniki badań wskazują również na silny związek między przemocą fizyczną, emocjonalną i seksualną a zachowaniami samobójczymi w okresie dojrzewania. Największe ryzyko wystąpienia myśli samobójczych u dzieci i młodzieży stwierdza się w odniesieniu do osób, które doświadczyły przemocy fizycznej lub emocjonalnej (Thai et al., 2020), a największe ryzyko próby samobójczej – w przypadku doświadczenia wykorzystania seksualnego, szczególnie przez dziewczęta (Li et al., 2021). Wyniki analizowanych badań dowodzą też istnienia związku między liczbą ACE a obecnością myśli i zachowań samobójczych lub podejmowaniem prób samobójczych w grupach nastolatków, zwłaszcza

between risk factors and protective factors, as particularly reflected in the concept of resilience, which focuses on explaining the phenomenon of proper functioning of an individual despite exposure to multiple risk factors (Rutter, 1987). Resilience processes are explained by models of the interaction between protective and risk factors (Fergusson and Zimmerman, 2005): the risk balancing model (protectors directly influence behaviour by balancing the impact of risk factors), the risk reduction model (protectors interact with risk factors and reduce their impact on behaviour by creating a safety buffer) and the risk immunization model (a moderate level of risk can 'immunise' an individual and prepare them for new, more difficult challenges) (Chen et al., 2022; Liu et al., 2020).

The above-described mechanisms affecting mental functioning point to the dynamics of the relationship between the experience ACEs and mental disorders, and at the same time to the limitations of inference from the available research. However, it can be assumed, based on the analyses conducted so far, that ACEs are a significant risk factor for mental problems in children and adolescents, with the increase in the number of ACEs leading to an increased risk of morbidity and comorbidity (including internalising and externalising disorders and substance abuse). Among the experiences closely related to the risk of suicidal behaviour, different forms of violence should be taken into account, and the factors mediating between ACEs and suicidal behaviour include mental disorders, high impulsivity, as well as alcohol and psychoactive substance abuse.

Conflict of interest

The authors do not declare any financial or personal links to other persons or organisations that could adversely affect the content of this publication or claim rights thereto.

References / Piśmiennictwo

- Barbosa Pacheco JT, Quarti Irigaray T, Welang B et al.: Childhood maltreatment and psychological adjustment: a systematic review. *Psicol Reflex Crit* 2014; 27: 815–824.
- Bellis MA, Hughes K, Ford K et al.: Life course health consequences and associated annual costs of adverse childhood experiences across Europe and North America: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health* 2019; 4: e517–e528.
- Bielas H, Barra S, Skrivaneck Ch et al.: The associations of cumulative adverse childhood experiences and irritability with mental disorders in detained male adolescent offenders. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2016; 10: 34.
- Bomysoad RN, Francis LA: Adverse childhood experiences and mental health conditions among adolescents. *J Adolesc Health* 2020; 67: 868–870.
- Bratek A, Beil J, Banach M et al.: The impact of family environment on the development of alcohol dependence. *Psychiatr Danub* 2013; 25 (Suppl 2): S74–S77.
- Brockie TN, Dana-Sacco G, Wallen GR et al.: The relationship of adverse childhood experiences to PTSD, depression, poly-drug use and suicide attempt in reservation-based native American adolescents and young adults. *Am J Community Psychol* 2015; 55: 411–421.

przy wysokim poziomie ekspozycji (ACE >4) (Brockie et al., 2015). Podobne wnioski dotyczą związków ACE z dokonywaniem samookaleceń. Wyniki badań pozwalają wnioskować, że skumulowany wynik ACE wiąże się z wyższym ryzykiem samookaleceń (Li et al., 2021). Forster i wsp. (2020) w grupie osób z wysokim poziomem ekspozycji na ACE stwierdzili trzykrotnie większe ryzyko samookaleceń bez intencji samobójczej i myśli samobójczych oraz czterokrotnie większe ryzyko próby samobójczej.

Kolejnym obszarem badań jest analiza czynników pośredniczących między ACE a zachowaniami samobójczymi. Sugeruje się istnienie łańcucha przyczynowego obejmującego ACE przed 16. rokiem życia – obecność niekorzystnych doświadczeń to czynnik zwiększający podatność na rozwój zaburzeń psychicznych i ryzyko samobójstwa. Do najczęściej wymienianych zmiennych pośredniczących należą: objawy zaburzeń psychicznych, wysoki poziom impulsywności, zachowania agresywne, nadużywanie narkotyków/alkoholu, a także niskie poczucie własnej wartości, zewnętrzne umiejscowienie kontroli, słabe umiejętności rozwiązywania problemów i trudności interpersonalne w okresie wczesnego dojrzewania (Cluver et al., 2015; Ryttilä-Manninen et al., 2018).

PODSUMOWANIE

Teorie wyjaśniające związki ACE z negatywnymi konsekwencjami w obszarze funkcjonowania psychicznego dzieci i młodzieży odwołują się do współczesnego, wieloczynnikowego rozumienia etologii zaburzeń psychicznych, w którym bierze się pod uwagę czynniki biologiczne, społeczne, środowiskowe, kulturowe oraz psychologiczne (indywidualne, rodzinne, szkolne i rówieśnicze). Szczególnie istotne są tu czynniki, które narażają młodego człowieka na długotrwały stres, dotyczą bliskich relacji i powodują traumę interpersonalną.

Najczęściej uwzględniany model teoretyczny wyjaśniający genezę zaburzeń, czyli model podatność–stres, kładzie nacisk na rolę interakcji między wewnętrznymi predyspozycjami a wpływem czynników zewnętrznych i zakłada, że skojarzenie indywidualnych predyspozycji i narażenia na stres związany z doświadczeniem niekorzystnych zdarzeń zwiększa ryzyko objawów psychopatologicznych. Nadmierne stres (nazywany stresem toksycznym), spowodowany np. przez powtarzające się doświadczenia nadużycia lub zaniedbania, negatywnie wpływa na rozwój ośrodkowego układu nerwowego, w tym połączeń neuronalnych w rejonach zaangażowanych w reakcje lękowe i impulsywne, ze szkodą dla rozwoju rejonów odpowiedzialnych za planowanie i kontrolę zachowań. Ponadto przewlekły stres nadmiernie stymuluje układ podwzgórze–przysadka–nadnercza, co prowadzi do uszkodzenia hipokampu, mającego kluczowe znaczenie dla procesów uczenia się i zapamiętywania (Herzog i Schmahl, 2018).

Z kolei współczesne modele odnoszące się do zagadnień zdrowia psychicznego uwzględniają znaczenie wzajemnych

- Brodsky BS, Biggs E: Adverse childhood experiences and suicidal behavior. *Suicidologi* 2012; 17: 16–21.
- Brown NM, Brown SN, Briggs RD et al.: Associations between adverse childhood experiences and ADHD diagnosis and severity. *Acad Pediatr* 2017; 17: 349–355.
- Chen Y, Huang CC, Yang M et al.: Relationship between adverse childhood experiences and resilience in college students in China. *J Fam Violence* 2022. DOI: 10.1007/s10896-022-00388-4.
- Clemens V, Berthold O, Witt A et al.: Lifespan risks of growing up in a family with mental illness or substance abuse. *Sci Rep* 2020; 10: 15453.
- Cluver L, Orkin M, Boyes ME et al.: Child and adolescent suicide attempts, suicidal behavior, and adverse childhood experiences in South Africa: a prospective study. *J Adolesc Health* 2015; 57: 52–59.
- Damian AJ, Oo M, Bryant D et al.: Evaluating the association of adverse childhood experiences, mood and anxiety disorders, and suicidal ideation among behavioral health patients at a large federally qualified health center. *PLoS One* 2021; 16: e0254385.
- Duke NN, Pettingell SL, McMorris BJ et al.: Adolescent violence perpetration: associations with multiple types of adverse childhood experiences. *Pediatrics* 2010; 125: e778–e786.
- Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D et al.: Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med* 1998; 14: 245–258.
- Fergus S, Zimmerman MA: Adolescent resilience: a framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annu Rev Public Health* 2005; 26: 399–419.
- Finkelhor D, Shattuck A, Turner H et al.: Improving the adverse childhood experiences study scale. *JAMA Pediatr* 2013; 167: 70–75.
- Finkelhor D, Turner H, Ormrod R et al.: Violence, abuse, and crime exposure in a national sample of children and youth. *Pediatrics* 2009; 124: 1411–1423.
- Forster M, Grigsby TJ, Gower AL et al.: The role of social support in the association between childhood adversity and adolescent self-injury and suicide: findings from a statewide sample of high school students. *J Youth Adolesc* 2020; 49: 1195–1208.
- Gladstone BM, McKeever P, Seeman M et al.: Analysis of a support group for children of parents with mental illnesses: managing stressful situations. *Qual Health Res* 2014; 24: 1171–1182.
- Heleniak C, Jenness JL, Stoep AV et al.: Childhood maltreatment exposure and disruptions in emotion regulation: a transdiagnostic pathway to adolescent internalizing and externalizing psychopathology. *Cognit Ther Res* 2016; 40: 394–415.
- Herzog JI, Schmahl C: Adverse childhood experiences and the consequences on neurobiological, psychosocial, and somatic conditions across the lifespan. *Front Psychiatry* 2018; 9: 420.
- Hryniewicz J, Czuderna P, Gałazka A et al.: Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2017–2018. Warszawa 2018. Available from: https://bip.stat.gov.pl/files/gfx/bip/pl/defaultstronaopisowa/805/1/1/rrl_sytuacja_demograficzna_polski_raport_2017_2018.pdf.
- Hunt TKA, Slack KS, Berger LM: Adverse childhood experiences and behavioral problems in middle childhood. *Child Abuse Negl* 2017; 67: 391–402.
- Kalmakis KA, Chandler GE: Adverse childhood experiences: towards a clear conceptual meaning. *J Adv Nurs* 2014; 70: 1489–1501.
- Keeshin BR, Strawn JR, Luebbe AM et al.: Hospitalized youth and child abuse: a systematic examination of psychiatric morbidity and clinical severity. *Child Abuse Negl* 2014; 38: 76–83.
- Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii: Raport o stanie narkomanii w Polsce 2020. Warszawa 2020.
- Lew D, Xian H: Identifying distinct latent classes of adverse childhood experiences among US children and their relationship with childhood internalizing disorders. *Child Psychiatry Hum Dev* 2019; 50: 668–680.
- Li S, Wang S, Gao X et al.: Patterns of adverse childhood experiences and suicidal behaviors in adolescents: a four-province study in China. *J Affect Disord* 2021; 285: 69–76.

interakcji czynników ryzyka i czynników ochronnych, co znajduje odzwierciedlenie szczególnie w koncepcji *resilience* – rezyliencji, koncentrującej się na wyjaśnianiu fenomenu, jakim jest dobre funkcjonowanie jednostki mimo ekspozycji na wiele czynników ryzyka (Rutter, 1987). Procesy rezyliencji są wyjaśniane przez modele interakcji czynników ochronnych i czynników ryzyka (Fergus i Zimmerman, 2005): model równoważenia ryzyka (czynniki chroniące bezpośrednio oddziałują na zachowanie, równoważąc wpływ czynników ryzyka), model redukcji ryzyka (czynniki chroniące wchodzi w interakcje z czynnikami ryzyka i zmniejszają ich wpływ na zachowanie, tworząc bufor bezpieczeństwa) oraz model uodparniania na ryzyko (umiarkowany poziom ryzyka może uodparnić jednostkę i przygotowywać do nowych, trudniejszych wyzwań) (Chen et al., 2022; Liu et al., 2020).

Opisane powyżej mechanizmy wpływające na funkcjonowanie psychiczne wskazują na dynamikę powiązań między doświadczeniem niekorzystnych wydarzeń w dzieciństwie a występowaniem zaburzeń psychicznych i zarazem na ograniczenia wnioskowania z dostępnych badań. Na podstawie dotychczasowych analiz można jednak przyjąć, że ACE są istotnym czynnikiem ryzyka problemów psychicznych u dzieci i młodzieży, przy czym wraz ze wzrostem liczby ACE rośnie ryzyko wystąpienia lub współwystępowania zaburzeń (włącznie z zaburzeniami internalizacyjnymi i eksternalizacyjnymi oraz nadużywaniem substancji psychoaktywnych). Wśród doświadczeń, które istotnie wiążą się z ryzykiem zachowań samobójczych, należy uwzględnić przede wszystkim różne formy przemocy, a za czynniki pośredniczące między ACE a zachowaniami samobójczymi uznać trzeba obecność zaburzeń psychicznych, wysoki poziom impulsywności i nadużywanie alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych.

Konflikt interesów

Autorki nie zgłaszają żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpływać na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

- Lippard ETC, Nemeroff CB: The devastating clinical consequences of child abuse and neglect: increased disease vulnerability and poor treatment response in mood disorders. *Am J Psychiatry* 2020; 177: 20–36.
- Liu SR, Kia-Keating M, Nylund-Gibson K et al.: Co-occurring youth profiles of adverse childhood experiences and protective factors: associations with health, resilience, and racial disparities. *Am J Community Psychol* 2020; 65: 173–186.
- Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej: Krzywdzenie dzieci w Polsce. Raport. Warszawa 2008.
- PARPA: Dzieci alkoholików. Available from: <https://parpa.pl/index.php/rodzina-dzieci/dzieci-alkoholikow>.
- Pauls A, Dimitropoulos G, Marcoux-Louie G et al.: Psychological characteristics and childhood adversity of adolescents with atypical anorexia nervosa versus anorexia nervosa. *Eat Disord* 2020; 30: 210–222.
- Rutter M: Psychosocial resilience and protective mechanisms. *Am J Orthopsychiatry* 1987; 57: 316–331.
- Ryttilä-Manninen M, Haravuori H, Fröjd S et al.: Mediators between adverse childhood experiences and suicidality. *Child Abuse Negl* 2018; 77: 99–109.
- Skrzypczyk W: Dzieci alkoholików – zdarzenia traumatyczne. PROM, Łódź 2000.
- Steinsbekk S, Berg-Nielsen TS, Belsky J et al.: Parents' personality-disorder symptoms predict children's symptoms of anxiety and depressive disorders – a prospective cohort study. *J Abnorm Child Psychol* 2019; 47: 1931–1943.
- Thai TT, Cao PLT, Kim LX et al.: The effect of adverse childhood experiences on depression, psychological distress and suicidal thought in Vietnamese adolescents: findings from multiple cross-sectional studies. *Asian J Psychiatr* 2020; 53: 102134.
- Thompson MP, Kingree JB, Lamis D: Associations of adverse childhood experiences and suicidal behaviors in adulthood in a U.S. nationally representative sample. *Child Care Health Dev* 2019; 45: 121–128.
- Touloumakos AK, Barrable A: Adverse childhood experiences: the protective and therapeutic potential of nature. *Front Psychol* 2020; 11: 597935.
- Uddin J, Alharbi N, Uddin H et al.: Parenting stress and family resilience affect the association of adverse childhood experiences with children's mental health and attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Affect Disord* 2020; 272: 104–109.
- Włodarczyk J, Makaruk K: Ogólnopolska diagnoza problemu przemycy wobec dzieci. Fundacja Dzieci Niczyje, Rzecznik Praw Dziecka, Ministerstwo Edukacji Narodowej, Warszawa 2012.
- World Health Organization: Preventing Child Maltreatment: A Guide to Taking Action and Generating Evidence. World Health Organisation and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect, Geneva 2006.