

Agnieszka Gmitrowicz¹, Aleksandra Lewandowska^{1,2}

Czynniki ryzyka i konsekwencje doświadczania przemocy fizycznej wśród młodzieży

Risk factors and consequences of childhood experience of physical violence in adolescents

¹ Klinika Psychiatrii Młodzieżowej Katedry Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

² Zakład Psychologii Lekarskiej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Correspondence to: Klinika Psychiatrii Młodzieżowej, ul. Czechosłowacka 8/10, 92-216 Łódź, tel.: 042 675 77 16, faks: 042 675 74 03, e-mail: agnes@csk.umed.lodz.pl

Badania finansowane przez Uniwersytet Medyczny w Łodzi w ramach prac własnych nr 502-11-755

The study was supported by internal grant of the Medical University of Lodz, Poland, No. 502-11-755

Streszczenie

Celem badań była ocena występowania następstw doznania przemocy fizycznej wśród młodzieży szkolnej, a także analiza wybranych czynników ryzyka u ofiar przemocy fizycznej w badanej populacji. W roku szkolnym 2006/2007 przeprowadzono anonimowe badania ankietowe uczniów w wybranych losowo szkołach ponadpodstawowych w Łodzi (N=1445; w tym 62% chłopców). Ankieta zawierała pytania zamknięte nt.: sytuacji rodzinnej, szkolnej, prawnej, używania substancji psychoaktywnych, poziomu zadowolenia z siebie, obecności zaburzeń emocjonalnych, w tym samouszkodzeń i myśli samobójczych. Jako doświadczenie przemocy fizycznej (DPF) przyjęto spełnienie wybranych kryteriów reakcji na ciężki stres (F43 według ICD-10), czyli odczuwanie bezpośrednich następstw psychicznych lub innych przez co najmniej 1 godzinę. Ponad 1/5 badanych uczniów doświadczyła co najmniej raz w życiu przemocy fizycznej. Najczęściej doświadczali jej uczniowie mieszkający w placówkach lub z jednym rodzicem. Bezpośrednimi następstwami doświadczania przemocy fizycznej (DPF) u badanych były najczęściej gniew oraz agresja. Uczniowie, którzy doświadczali przemocy fizycznej, istotnie częściej w porównaniu z uczniami bez DPF skarżyli się na brak kontroli, lęk, smutek oraz potwierdzali wagarowanie, uciezki, picie alkoholu, używanie substancji psychoaktywnych (SPA). Wysokie ryzyko PDF dotyczyło przede wszystkim reprezentantów płci męskiej, było powiązane z występowaniem u uczniów wybuchów złości, a następnie z doświadczaniem przez nich przemocy psychicznej oraz dokonywaniem samouszkodzeń. Ponadto stwierdzono związek między DPF a występowaniem zjawisk patologicznych w rodzinie, tj. z zaburzeniami psychicznymi, nadużywaniem SPA, próbami samobójczymi, samouszkodzeniami.

Słowa kluczowe: przemoc fizyczna, ofiara, młodzież, czynniki ryzyka, zaburzenia emocjonalne

Summary

The aim of this study was to assess the prevalence of consequences of experience of physical violence in school-age adolescents and analysis of selected risk factors in victims of physical violence in the study population. Over the school year 2006/2007, we performed an anonymous questionnaire-based study among adolescents attending randomly selected secondary schools in Łódź, Poland (N=1445; thereof 62% were males). The questionnaire included closed questions addressing responders' family structure, academic performance, legal status, abuse of psychoactive substances, level of self-esteem, emotional disturbances including deliberate self-harm and suicidal ideas. Experience of physical violence was defined according to selected criteria concerning response to severe stress (F43 acc. to ICD-10), i.e. experience of direct mental or other conse-

quences for at least one hour. Over 1/5 of adolescents included in the study have experienced physical violence at least once in their life. Institutionalised persons have experienced physical violence most often and those brought up in incomplete families. In the study population, most frequent direct consequences of exposure to physical violence were anger and aggression. As compared with their peers who have not experienced physical violence, adolescents who have had such experiences significantly more often reported feelings of lack of control, anxiety, sadness, truancy, escapes, consumption of alcohol and abuse of psychoactive substances. In this population, elevated risk of experiencing physical violence was associated with outbreaks of anger, male gender and experience of mental violence and deliberate self-harm. Furthermore, a correlation was found between experience of physical violence and pathological phenomena in the responders' family, e.g. mental disorders, abuse of psychoactive substances, suicidal attempts and deliberate self-harm.

Key words: physical violence, victim, adolescent, risk factors, emotional disorders

WPROWADZENIE

Traumatyczne doświadczenie dziecięce uważa się za jeden z głównych czynników warunkujących rozwój nie tylko tendencji do samouszkodzeń, ale także innych form psychopatologii. Znaczenie wczesnodziecięcego urazu brano pod uwagę przy ustalaniu genezy wielu zachowań destruktywnych, zróżnicowanych pod względem nasilenia i kierunku, takich jak: wagarowanie, wandalizm, fizyczna i seksualna agresja, kradzież, nałogi, zaniedbania zdrowotne czy wreszcie samouszkodzenia oraz myśli i próby samobójcze⁽¹⁾.

Do zdarzeń urazowych zalicza się między innymi doświadczenie fizycznej i seksualnej przemocy, przy czym zwraca się uwagę na specyfikę reakcji na tego rodzaju zdarzenia u dzieci, których możliwości adaptacyjne w konfrontacji z przemocą i innymi silnymi stresorami są nieporównanie mniejsze niż u osoby dorosłej, a konsekwencje dla kształtowania się osobowości znacznie poważniejsze. Z tego powodu postuluje się odróżnienie ograniczonego w czasie, jednorazowego przeżycia traumatycznego od długotrwałych, powtarzających się doświadczeń, najczęściej związanych z przemocą⁽²⁾. Dostępne w piśmiennictwie wyniki badań dotyczące rozpowszechnienia doświadczanej przemocy wśród młodzieży mieszczą się w szerokim przedziale od 9 do 40%⁽³⁻⁸⁾.

W literaturze przedmiotu można znaleźć wiele definicji przemocy. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje przemoc jako celowe użycie siły fizycznej, zagrażające bądź rzeczywiste, przeciwko sobie, komuś innemu lub przeciwko grupie albo społeczności, co powoduje lub jest prawdopodobne, że spowoduje, zranienie, fizyczne uszkodzenie, śmierć, ból psychologiczny, zaburzenia w rozwoju lub depryzację⁽⁹⁾. Definicja ta obejmuje przemoc interpersonalną, ale również zachowania samobójcze i konflikty zbrojne. Należą tu nie tylko akty fizycznej napaści, ale także groźby i zastraszanie. Typologia używana w Światowym Raplocie dzieli przemoc na trzy szerokie kategorie, w zależności od tego, kto jest jej adresatem i sprawcą: 1) przemoc skierowaną do siebie samego (autoagresja), 2) przemoc interpersonalną, 3) przemoc grupową. Powyższa typologia uwzględnia

INTRODUCTION

Traumatic experience during childhood is considered one of the most important factors contributing to the development of a penchant to deliberate self-harm and other forms of psychopathology. Early childhood trauma plays a crucial role in the development of several forms of destructive behaviour of varying severity and direction, e.g. truancy, vandalism, physical and sexual aggression, robbery, addiction, health-related neglect, deliberate self-harm, suicidal ideas and suicidal attempts⁽¹⁾.

Traumatic events include (among other things) experience of physical and sexual violence. In this context, authors highlight specific response to this type of events in children, whose ability to cope with violence and other strong stressors is significantly much reduced as compared with adult persons, so the impact of violent experiences on developing personality is much more devastating. Therefore, it is suggested to distinguish time-limited, single traumatic experiences from long-lasting repetitive ones, which are usually associated with violence⁽²⁾. In available literature, reported incidence of violent experiences among adolescents varies considerably, ranging from 9 to 40%⁽³⁻⁸⁾.

Pertinent literature provides several definitions of violence. World Health Organization (WHO) defines violence as purposeful use of physical force, real or presumed, against one-self, someone else or a specific group of persons, resulting in or potentially leading to physical injury, death, psychological pain, developmental disorders or deprivation⁽⁹⁾. This definition encompasses interpersonal violence, suicidal behaviour and armed conflicts. This includes not only real acts of physical assault, but also threats and intimidation. Classification adopted in the WHO Worldwide Report classifies violence into 3 broad categories, depending on who is the perpetrator and who is the victim: 1) self-inflicted violence (auto-aggression), 2) interpersonal violence, 3) group violence. This classification accounts for the nature of violence and distinguishes the following types thereof: physical, psychological, sexual, deprivation and neglect.

również naturę przemocy i wyodrębnia przemoc: fizyczną, psychiczną, seksualną, deprivację i zaniedbanie. Odnośnie skutków fizycznych przemocy największą uwagę skupiają takie obrażenia, jak: szczególne rodzaje złamań, krwotoki wewnątrzczaszkowe i wybroczyny krwawe w obrębie siatkówki, oparzenia, a także charakterystyczne podbiegnięcia krwawe. Dzieci bite, zaniedbywane często osiągają mniejszą masę ciała niż przewidywana ze względu na wiek oraz stwierdza się u nich upośledzenie wzrostu. Do objawów niespecyficznych skutków przemocy fizycznej należą brak reakcji na ból, nietrzymanie kału i moczu, wymioty, bóle żołądka, uporczywe bóle i zawroty głowy. Carroll twierdzi, że zaburzenia w odczuwaniu bólu występują często u dzieci chronicznie maltretowanych. Wykorzystywane dzieci mogą wytwarzać wysoki poziom enkefalin, co prowadzi do częściowej analgezji. Ich zmniejszona reakcja na ból może prowokować większe znęcanie się sprawcy przemocy, co z kolei stymuluje produkcję enkefalin. Dziecko przyzwyczaja się do permanentnie podwyższonego poziomu enkefalin i staje się stosunkowo niewrażliwe na ich produkcję. W czasie spokoju i izolacji od sprawcy nadużyć poziom enkefalin opada, w wyniku czego wytwarza się stan wycofania ze wzrastającym napięciem i dysforią⁽¹⁰⁾. Istotne jest ustalenie rozpowszechnienia zjawiska doświadczenia przemocy w danej społeczności, poznanie czynników będących w istotnym związku z tym zjawiskiem, aby następnie zaplanować określone interwencje terapeutyczne, a tym samym zapobiegać np. samouszkodzeniom.

CEL PRACY

Celem badań była ocena występowania określonych następstw przemocy fizycznej wśród młodzieży szkolnej, a także analiza wybranych czynników ryzyka doświadczenia przemocy fizycznej w badanej populacji.

MATERIAŁ I METODA

W roku szkolnym 2006/2007 przeprowadzono anonimowe badania ankietowe uczniów w wybranych losowo szkołach ponadpodstawowych w Łodzi (N=1445; w tym 62% chłopców).

Ankieta zawierała pytania zamknięte nt.: sytuacji rodzinnej, szkolnej, prawnej, używania substancji psychoaktywnych, poziomu zadowolenia z siebie, obecności zaburzeń emocjonalnych, w tym samouszkodzeń i myśli samobójczych. Przy opracowywaniu kwestionariusza uwzględniono znaczące i powtarzające się w dostępnym piśmiennictwie zjawiska mające wpływ na występowanie przemocy^(1,4,6,11-15).

Jako doświadczenie przemocy fizycznej (DPF) przyjęto spełnienie wybranych kryteriów reakcji na ciężki stres (F43 według ICD-10), czyli odczuwanie bezpośrednich następstw psychicznych typu rozpamiętywanie, gniew,

Concerning physical consequences of violence, most noteworthy are such injuries as: particular types of bone fracture, intracranial haemorrhages, retinal haemorrhages, burn and characteristic bruises. Beaten and neglected children frequently do not reach age-related expected body mass and height. Non-specific manifestations of experienced physical violence include relative insensitivity to pain, incontinence of stool and urine, vomiting, abdominal pain, persistent headache and vertigo. Carroll states that reduced sensitivity to pain is a common finding in chronically maltreated children. Long-lasting abuse may lead to elevated enkephalin level, resulting in partial analgesia. Reduced response to pain may provoke further and increased abuse on the part of perpetrator of violence, in turn resulting in even greater production of enkephalins. The child gets used to such a chronically elevated level of enkephalins and becomes relatively enkephalin-resistant. In periods of calm and isolation from perpetrator of violence, the child's level of enkephalins decreases, resulting in a "withdrawal syndrome" manifesting by increased tension and dysphoric behaviour⁽¹⁰⁾. So, the key issue is to determine the prevalence of violence in a given community and to define factors significantly correlated with this phenomenon in order to plan effective therapeutic interventions, which would prevent further consequences thereof, e.g. deliberate self-harm.

AIM OF THE PAPER

The aim of this study was to assess the prevalence of specific types of consequences of physical violence in school-age adolescents and to analyse selected risk factors for experiencing physical violence in the population studied.

MATERIAL AND METHOD

During the school year 2006/2007, we performed an anonymous, questionnaire-based study encompassing students attending randomly selected secondary schools in Łódź, Poland (N=1445, thereof 62% were males).

The questionnaire included closed questions addressing family situation, academic achievements, legal status, abuse of psychoactive substances, self-esteem level, presence of emotional disturbances including deliberate self-harm and suicidal ideas. Design of the questionnaire addressed significant and consistently repetitive phenomena reported in the literature, which might have an impact on the prevalence of violent experiences^(1,4,6,11-15).

Experience of physical violence has been defined according to selected criteria of reaction to severe stress (F43, according to ICD-10), i.e. experience of direct mental sequels, such as brooding, anger, despair, avoidance of social contacts, nightmares, or other phenomena during at least 1 hour after having suffered an act of violence.

rozpacz, unikanie kontaktów z ludźmi, koszmary nocne lub inne przez co najmniej 1 godzinę od doznania aktu przemocy.

WYNIKI BADAŃ I ICH OMÓWIENIE

W badanej populacji szkolnej 21,9% (316/1445) uczniów doświadczyło przemocy fizycznej o zdefiniowanym nasileniu, przy czym chłopcy istotnie częściej niż dziewczęta ($p=0,000$). Wśród chłopców odsetek potwierdzających doznanie przemocy wyniósł 27,2% (244/653),

RESULTS OF STUDY AND THEIR ANALYSIS

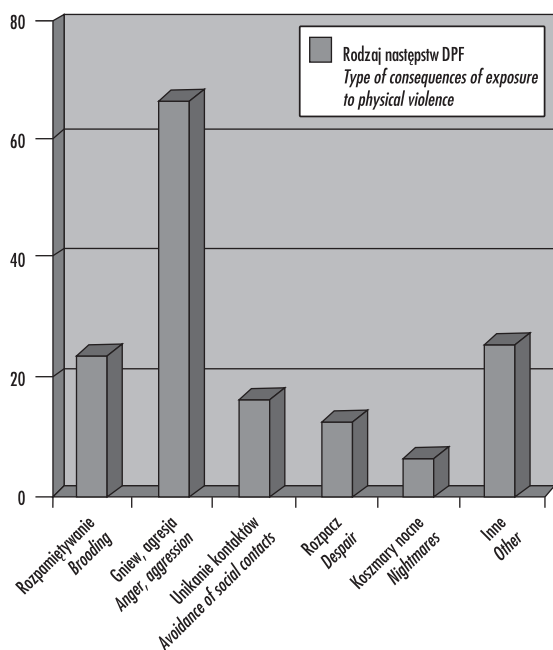
In the population of adolescents included in the study, physical violence of defined severity has been experienced by 21.9% of responders (316 out of 1445), whereby boys experienced physical violence significantly more often than girls ($p=0.000$). Proportion of boys who have experienced physical violence was 27.2% (244/653) vs. 13.1% (72/467) among girls. In the subgroup of adolescents who did experience physical violence, 66.6%

Badane czynniki <i>Factor analysed</i>	Doświadczenie przemocy fizycznej <i>Experience of physical violence</i>				P
	Tak (N=316) <i>Yes (N=316)</i>		Nie (N=1129) <i>No (N=1129)</i>		
	N	%	N	%	
Leczenie psychiatryczne <i>Psychiatric treatment</i>	30	9,6	25	2,23	0,0000*
Picie alkoholu <i>Consumption of alcohol</i>	145	46	313	28	0,0000*
Używanie SPA <i>Use of psychoactive substances</i>	26	8,23	38	3,4	0,0002*
Uciezki <i>Escapes</i>	24	7,7	27	2,4	0,0001*
Wagary <i>Truancy</i>	204	65	453	40	0,0000*
Konflikty z prawem <i>Conflict with law</i>	17	5,4	31	2,76	0,02
Powtarzanie klasy <i>Non-promotion to next class</i>	48	15,3	116	10	0,01
Problemy z uczeniem się <i>Learning problems</i>	192	61,54	447	39,7	0,0000*
Zaburzenia psychiczne w rodzinie <i>Mental disorders in family</i>	68	21,7	117	10,42	0,0000*
Nadużywanie SPA w rodzinie <i>Abuse of psychoactive substances in family</i>	159	51,13	290	25,89	0,0000*
Samouszkodzenia w rodzinie <i>Deliberate self-harm in family</i>	65	20,77	116	10,32	0,0000*
Próby „S” w rodzinie <i>Suicidal attempts in family</i>	48	15,34	85	7,58	0,0003*
Przemoc psychiczna w rodzinie <i>Physical violence in family</i>	88	28	65	5,79	0,0000*

* Różnica istotna statystycznie – $p<0,001$.
* Difference statistically significant – $p<0.001$.

Tabela 1. Porównanie występowania określonych czynników ryzyka w wyodrębnionych ze względu na doświadczenie przemocy fizycznej grupach uczniów

Table 1. Comparison of prevalence of specific risk factors in groups of adolescents who have and who have not experienced physical violence



Rys. 1. Występowanie u uczniów z doświadczeniem przemocy fizycznej (DPF) wybranych następstw DPF
 Fig. 1. Incidence of selected consequences of experienced physical violence in secondary school students

wśród dziewcząt – 13,1% (72/476). Z obojgiem rodziców zamieszkiwało tylko 66,6% badanych, podczas gdy w całej populacji – 72,9%. Najczęściej doświadczali przemocy uczniowie mieszkający w placówkach (więcej niż co drugi, podczas gdy spośród tych mieszkających z jednym rodzicem – co czwarty, a w pełnych rodzinach – co piąty; $p=0,000$). Dane te są zgodne z doniesieniami innych autorów, że dzieci wychowywane przez samotnych rodziców bądź przebywające w placówkach znacznie częściej doświadczają przemocy fizycznej w porównaniu z młodzieżą wychowującą się w pełnych rodzinach⁽¹⁴⁻¹⁸⁾. Wyniki przedstawione w tabeli 1 pokazują, że badani, którzy doświadczali przemocy fizycznej (DPF), byli 4 razy częściej leczeni psychiatrycznie w porównaniu z grupą osób bez doświadczenia tego rodzaju przemocy (BPF), różnica ta była istotna statystycznie. Blisko połowa młodocianych z grupy DPF intensywnie piła alkohol oraz 3 razy częściej używała substancji psychoaktywnych (SPA) i uciekała z domu w porównaniu z badanymi BPF, 2/3 adolescentów z DPF wagarowało, 62% miało problemy z uczeniem się – wszystkie wymienione parametry istotnie statystycznie różnicowały obydwie grupy. Inni badacze tego zjawiska również wskazują na fakt, że młodzież doświadczająca przemocy znacznie częściej w porównaniu z grupą osób nieobciążonych tym doświadczeniem ma w wywiadzie nadużywanie SPA, trudności szkolne, a także ucieczki z domu^(16,19,20). Spośród patologicznych zjawisk w rodzinach osób z DPF najczęściej występowało nadużywanie SPA

lived with both parents vs. 72.9% in the entire study population. Violence was experienced most often by children living in orphanages (over 1 in 2 children suffered physical violence), while among those living with one parent this was 1 in 4 and among those living in complete families – 1 in 5 ($p=0,000$). These data are concordant with other authors' reports, whereby children brought up by single parents or those living in orphanages significantly more often experience physical violence than those living in complete families⁽¹⁴⁻¹⁸⁾. Results presented in table 1 indicate that those of the responders who have experienced physical violence (the DPF group), have been also subjected to psychiatric treatment 4-fold more often than those without such experiences (the BPF group). The difference is statistically significant. Nearly 50% of adolescents in the DPF group drank alcohol, abused psychoactive substances and escaped from home 3-fold more often than their peers in the BPF group. Truancy has been reported by 2/3 of adolescents in the DPF group and academic problems – by 62% of them. All mentioned parameters significantly differentiated both groups.

Other investigators of in this field also point out the fact that adolescents who have experienced physical violence significantly more often report abuse of psychoactive substances, academic problems and escapes from home^(16,19,20).

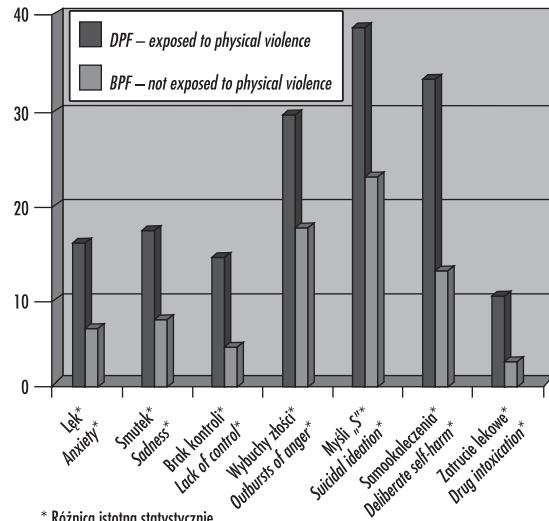
Most common pathological phenomena occurring in families of children of the DPF group included: abuse of psychoactive substances (51.15% vs. 25.89%), mental disorders and deliberate self-harm (present in 1/5 of the cases), suicidal attempts among close relatives (1/6), mental violence from the part of a close relative (1/4). All above-mentioned phenomena differentiated significantly both groups. Our results are concordant with those reported by other authors, indicating a strong correlation between experience of physical violence and a positive family history, particularly concerning abuse of psychoactive substances by close relatives⁽²¹⁻²⁴⁾.

When asked about the consequences of violence experienced, most responders (67%) (fig. 1) reported anger and aggression; less frequent were brooding (24%), despair (17%) and avoidance of interpersonal contacts (13%). Nightmares were least frequently reported. Other investigators of this phenomenon explain these findings by the fact of living in permanent threat and unpredictable future.

Children embroiled in a system of violence do have a feeling of harm inflicted upon them, but the predominant feeling is shame and guilt; in particular they feel guilty of provocative behaviour, which has elicited aggression. Prevalence of feeling of shame and guilt in the study population has not been specified and is referred to under the heading "other", due to the design and limitations of the study. Attempting to find any correlations between experience of physical violence and delib-

(51,13 v. 25,89%), 1/5 potwierdziła zaburzenia psychiczne oraz samouszkodzenia w rodzinie, co szósty badany z DPF potwierdził występowanie prób samobójczych u bliskich, a co czwarty z nich doświadczył przemocy psychicznej ze strony najbliższych. Wszystkie wymienione zjawiska w istotny sposób różnicowały badane grupy. Wyniki naszych badań są zbliżone do tych uzyskanych przez innych autorów, wskazujących na związek pomiędzy doświadczaniem przemocy fizycznej a obciążającym wywiadem rodzinnym, zwłaszcza w zakresie nadużywania substancji psychoaktywnych przez bliskich⁽²¹⁻²⁴⁾.

Większość badanych – 67% (rys. 1) jako następstwa doświadczanej przemocy podawała gniew oraz agresję, na kolejnych miejscach znajdowały się: rozpamiętywanie (24%), rozpacz (17%) oraz unikanie kontaktów (13%), najrzadziej ankietowani wskazywali na koszmary nocne. Inni badacze tego zjawiska takie stany tłumaczą życiem w ciągłym poczuciu zagrożenia i świadomości braku przewidywalności. Dzieci uwikłane w system przemocy mają poczucie krzywdy, dominującymi jednak stanami są poczucie wstydu i winy, w szczególności czują się winne prowokacji, która „wywołała” agresję. Występowanie poczucia wstydu i winy w badanej populacji nie zostało wyspecyfikowane i mieści się w pozycji „inne” z uwagi na założenia pracy i ograniczenia samego badania. W ramach poszukiwania związku pomiędzy DPF a samouszkodzeniami położono nacisk na samoocenę i wyrażanie emocji. Wykazano, że dzieci z DPF dużo trudniej wyrażają emocje, zwłaszcza tzw. negatywne (za ich uzewnętrznianie często były karane, np. jako zbyt słabe, niezasługujące na miano mężczyzny), demonstrują brak wiary we własne siły oraz nie mają poczucia realnego wpływu na bieg zdarzeń. Ponieważ świat oceniają jako niesprawiedliwy („człowiek nie ma tego, na co zasłużył”) i zagrażający, cechuje je na ogół niska motywacja osiągnięć. Badanie samooceny wykazuje bardzo niski poziom poczucia własnej wartości⁽²⁵⁾. Przyjmuje się, że dziecko wyrastające w otoczeniu, w którym komunikowanie własnych doświadczeń spotyka się z nieprzewidywalnymi odpowiedziami, a ekspresja osobistych doznań jest podważana, trywializowana i karana, nie nabywa podstawowych umiejętności werbalizacji i adekwatnej ekspresji własnych emocji. W wyniku takich przeżyć trudno mu właściwie oceniać własne stany emocjonalne. Często dziecko cierpi przewlekłe z powodu niskiego poczucia własnej wartości. Emocje tracą zatem swoją regulacyjną funkcję, przestają stanowić sygnały o znaczeniu zdarzeń zachodzących w otoczeniu oraz w samej jednostce^(26,27). Spośród wybranych zjawisk psychicznych (rys. 2) badani z grupy DPF najczęściej potwierdzali występowanie myśli samobójczych (37,7%) oraz dokonywanie samookaleczeń (33,8%), blisko 1/3 wskazywała wybuchy złości, co szósty potwierdzał lęk, smutek, a co siódmy brak kontroli. Ponadto młodociani z grupy DPF 3 razy czę-



* Różnica istotna statystycznie.
* Difference statistically significant.

Rys. 2. Porównanie rozkładu określonych zjawisk psychicznych w badanych grupach uczniów z doświadczeniem przemocy fizycznej (DPF) i bez (BPF)

Fig. 2. Comparison of distribution of specific mental phenomena in groups of secondary school students with and without experience of physical violence

erate self-harm, emphasis has been placed on self-esteem and expression of emotions. It was demonstrated that children who have experienced physical violence find it difficult to express emotions, particularly the negative ones, as they have often been punished for externalisation of emotions, e.g. for being too weak or “not manly enough”. They lack confidence in own resources and do not feel able to control the course of events. They consider surrounding world as hostile, threatening and unjust (“you do not get what you deserve”) and their motivation for achievement is usually low. Assessment of self-esteem revealed a very low level thereof⁽²⁵⁾. It is assumed that a child growing up in an environment where communication of own feelings may elicit unpredictable reactions, where expression of personal experiences is negated, trivialized and punished, does not acquire basic skills of verbalization and adequate expression of own emotions. As a result of such experiences, the child may be unable to evaluate correctly own emotional states. He or she often suffers chronically due to low self-esteem. In this way, emotions loose their regulatory function and no longer constitute signals enabling correct assessment of significance of events occurring in the environment and in the individual^(26,27).

Among selected mental phenomena (fig. 2), responders from the DPF group most often reported suicidal ideation (37.7%) and deliberate self-harm (33.8%), nearly 1/3 reported outbreaks of anger, one in 6 confirmed anxiety and sadness and one in 7 – a feeling of loss of control. Furthermore, adolescents in the DPF group 3-fold more frequently had a history of drug

ściej mieli w wywiadzie zatrucia lekowe w porównaniu z młodocianymi z grupy BPF. Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała, że wymienione wyżej zaburzenia różnicują w istotny sposób wyodrębnione zbiorowości. Wyniki naszych badań są zbieżne z doniesieniami innych autorów, którzy wskazują, że w zakresie skutków psychicznych doświadczanej przemocy zwraca uwagę wyższy poziom pobudzenia emocjonalnego w odpowiedzi na sytuacje trudne – pojawia się ono szybciej i dużo trudniej ulega wygaszeniu. Dzieci te są często nadwrażliwe i nadrucholiwe. Niektórzy badacze wyróżniają cztery zasadnicze wzorce funkcjonowania emocjonalnego dzieci i młodzieży będących ofiarami przemocy: 1) stopień emocjonalny i brak reakcji na sytuacje społeczne, nastrój depresyjny z wyraźnym smutkiem i wycofaniem się; 2) chwiejność emocjonalną wyrażającą się nagłymi przejściami od zaangażowania i przejawów przyjemności do wycofania i złości; 3) stan emocjonalny nacechowany złością, występujący w odpowiedzi na niewielkie frustracje, a wyrażający się poprzez zakłócanie zabaw; 4) częste wybuchy agresji nasilające się wraz z dojrzewaniem. W ten ostatni wzorec funkcjonowania emocjonalnego wpisane są (obok aktów przemocy) zachowania autoagresywne, takie jak próby samobójcze i celowe samouszkodzenia⁽²⁸⁾.

Przeprowadzona wielowymiarowa analiza regresji logistycznej wykazała, że najwyższe ryzyko doświadczenia przemocy fizycznej jest związane z wybuchami złości (OR=7,362; p=0,000), a w dalszej kolejności z doświadczaniem przemocy psychicznej (OR=5,821; p=0,000), płcią męską (OR=4,613; p=0,000) oraz dokonywaniem samouszkodzeń (OR=2,6; p=0,005) i problemami szkolnymi (OR=2,183; p=0,02). Na podstawie tych wyników można postawić następujące hipotezy wyjaśniające związki czynników ryzyka z doświadczaniem przemocy fizycznej (DPF) – wybuchy złości mogą być zarówno następstwem doznania przemocy fizycznej, jak i formą jej prowokacji, co może mieć pośredni związek z męskim wzorcem zachowań społecznych, czyli dążeniem do konfrontacji. Ponadto przemoc psychiczna w rodzinie często łączy się z przemocą fizyczną oraz może skutkować wyuczeniem się roli ofiary. Wysokie ryzyko występowania samouszkodzeń u uczniów z DPF może zaś wynikać nie tylko z potrzeby rozładowania napięcia, agresji (o czym jest mowa w ICD-10), ale także z szukania nowych stymulacji (jako wynik przyzwyczajenia do urazu). W przypadku problemów z uczeniem się można szukać uzasadnień w słabych mechanizmach radzenia sobie w sytuacjach społecznych. Mimo że przeprowadzone badania nie wskazały jednoznacznie na związek przyczynowy pomiędzy DPF a wybranymi czynnikami ryzyka, to mogą być podstawą do pracy terapeutycznej z ofiarami przemocy, uwzględniającej np. poprawę kontroli emocji, wskazywanie pozytywnych stymulacji wygaszających negatywne wyuczone wzorce zachowań oraz rozwój umiejętności społecz-

intoxication as compared with the BPF group. Statistical analysis confirmed that these disorders significantly differentiate both groups.

Our results are concordant with those reported by other authors, indicating that experience of physical violence may result in a higher level of emotional excitation in response to difficult situations that the excitation appears quicker and takes much longer to disappear. These children are often overly sensitive and agitated. Some investigators distinguish 4 main patterns of emotional functioning of children and adolescents – victims of violence: 1) emotional numbness with reduced response to social situations, depressive mood with visible sadness and withdrawal; 2) emotional instability expressed by sudden swings from involvement and signs of pleasure to withdrawal and anger; 3) emotional state characterized by anger in response to minor frustrations, expressed by interruption of plays; 4) frequent outbreaks of aggression which exacerbate during puberty. The latter pattern of emotional functioning may include (apart of acts of violence), auto-aggressive behaviour, e.g. suicidal attempts and purposeful deliberate self-harm⁽²⁸⁾.

Multidimensional logistic regression analysis revealed that the highest risk of experiencing physical violence was associated with outbreaks of anger (OR=7.362; p=0.000), experience of psychological violence (OR=5.821; p=0.000), male gender (OR=4.613; p=0.000), deliberate self-harm (OR=2.6; p=0.005) and scholastic problems (OR=2.183; p=0.02). Based on these results, we may suggest the following hypothesis explaining correlation of these risk factors with experience of physical violence: outbreaks of anger may be both a consequence of experienced physical violence and a form of eliciting it, possibly directly associated with confrontation-oriented male pattern of social behaviour. Furthermore, psychological violence is frequently associated with physical violence and may result in learning (adopting) the role of victim. On the other hand, high risk of deliberate self-harm among adolescents who have experienced physical violence may be a result, not only of the need to relieve tension and aggression (as stated in ICD-10), but also of the need to seek novel stimulants (in line with the person's habituation to being injured). Scholastic problems may be explained by ineffective mechanisms of coping with social situations. Although studied performed to date have failed to demonstrate unambiguously an association between experience of physical violence and selected risk factors, they may constitute a sound basis for therapeutic work with victims of violence, highlighting the need to improve control of emotions, the role of positive stimulation, reduction of acquired (learned) negative patterns of behaviour and development of social interaction skills. Our results and hypotheses are supported by pertinent literature data.

nych. W podsumowaniu zawarto konfrontację uzyskanych wyników i hipotez z piśmiennictwem.

PODSUMOWANIE

Badacze zjawiska wskazują na fakt, że doświadczanie przez dzieci ze strony rodziców odrzucenia, zaniedbania czy surowych kar fizycznych zwiększa ryzyko zachowań agresywnych i antyspołecznych, jak również stosowania przemocy w życiu dorosłym^(16,26,28). Dzieci narażone są na nadużycia ze strony dorosłych w rodzinach, w których dorośli stosują przemoc wobec siebie nawzajem. Generalnie wydaje się, że wczesnodziecięce doświadczenia przemocy leżą u podłoża większości jej typów stosowanych przez ofiary w ich dorosłym życiu. Bycie świadkiem lub ofiarą przemocy w dzieciństwie kreuje dorosłego sprawcę lub ofiarę. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że rodziny dysfunkcyjne wytwarzają warunki sprzyjające rozwijaniu się osobowości z tendencją do autodestrukcji^(2,29-31). Przemoc fizyczna i psychiczna wywiera szczególnie silny wpływ na powstawanie autodestruktywnej złości. Powoduje, że ofiara przemocy obwinia samą siebie i uważa się za przyczynę przykrości, które ją spotykają. Dlatego często zdarza się, że nawet w przypadku gdy nie dochodzi już do aktów przemocy lub gdy ofiara opuszcza dysfunkcyjne środowisko rodzinne, sama wymierza sobie karę, bo osoba, która dotychczas to robiła, jest niedostępna. Szczególnie duży wpływ na powstawanie wzorca autoagresji ma wysyłanie negatywnych komunikatów, np. zawstydzanie i poniżanie przez rodzinę, co powoduje, że jakiś członek rodziny czuje się kimś szczególnie odpowiedzialnym za problemy reszty i przez to uważa się za osobę niezasługującą na miłość. Badania dotyczące funkcjonowania psychologicznego ofiar przemocy wykazują między innymi, że osoby doznające przez dłuższy czas przemocy fizycznej lub psychicznej charakteryzują się niską samooceną, wykształceniem biernych mechanizmów radzenia sobie z przemocą, wysoką zależnością emocjonalną od swoich partnerów, podwyższonym niepokojem i depresją, izolacją społeczną, mają poczucie winy za to, co dzieje się w ich związku, są podporządkowane sprawcy, odczuwają w stosunku do niego ambiwalentne poczucie lojalności, często nadużywają alkoholu, środków przeciwbólowych, leków czy nawet narkotyków oraz zapadają na choroby związane z przebywaniem w długotrwałym stresie⁽³²⁻³⁸⁾.

Większość badaczy rozpatrujących zagadnienie z perspektywy socjologicznej upatruje przyczyn i źródeł przemocy w oddziałującym na rodzinę społecznym stresie^(36,39). Inny nurt, próbujący wyjaśniać przyczyny zachowań agresywnych wobec swoich najbliższych, koncentruje się na wrodzonych cechach osobowości, które często mają charakter psychopatologiczny. Ten nurt badawczy charakteryzuje stosowanie skal do pomiaru natężenia wrogości, agresywności, temperamentu i ujawniania

DISCUSSION

Investigators in this field often highlight the fact that experience of rejection, neglect or severe physical punishment on the part of parents increases the risk of aggressive and antisocial behaviour, as well as the risk of using violence in adult life^(16,26,28). Children are more prone to suffer violence in families, where adults use violence against themselves. In general terms, it appears that early childhood experience of violence is the prime source of most of its types manifested during adult life. Being a witness of victim of violence during childhood results in an adult adopting the role of executioner or victim. Pertinent literature highlights the fact that dysfunctional families create conditions promoting the development of personality prone to self-destruction^(2,29-31). Physical and psychological violence has a particularly strong influence on the development of auto-destructive anger. This makes the victim of violence to blame him- or herself and to consider oneself guilty of unpleasantness experienced. Therefore, a frequent occurrence is that even after cessation of acts of violence or after the victim leaves his or her dysfunctional family environment, he or she metes out punishment because the executioner who did it hitherto is unavailable. A particularly strong influence on the development of auto-aggression pattern have negative messages, e.g. debasement or putting to shame by family members, creating a situation where one family member feels particularly responsible for problems encountered by others and considers him- or herself as a creature not deserving love. Studies on psychological functioning of victims of violence indicate that persons chronically experiencing physical and psychological violence are characterized by low self-esteem, development of passive coping mechanisms, high degree of emotional dependence on their partners, elevated level of unrest and depression, social isolation, a sense of guilt for what happens in their relationship, are subordinated to the executioner and experience an ambivalent sense of loyalty, frequently abuse alcohol, analgetics, psychoactive substances and succumb to diseases associated with living in long-lasting stress⁽³²⁻³⁸⁾.

Most investigators analysing the subject from sociological perspective consider social stress inflicted upon family as source of violence^(36,39). Another theory trying to explain causes of aggressive behaviour towards closest relatives focuses on inborn personality traits, which often present clear psychopathological features. This direction of research is characterized by the use of several scales to quantify severity of hostility, aggressiveness and expression of anger, as well as to analyse biological variables, which are the basis of aggressive behaviour⁽⁴⁰⁻⁴²⁾. Investigators who represent psychobiological orientation try to defend the thesis about causal relationship between level of testosterone and male

gniewu, a także analizowania zmiennych biologicznych, które są podstawą tendencji do agresywnego zachowania⁽⁴⁰⁻⁴²⁾. Inni badacze, orientacji psychobiologicznej, próbują bronić tezy dotyczącej związku przyczynowego między poziomem testosteronu a męską agresywnością^(43,44). Jeszcze inni zwracają uwagę na specyficzne uwarunkowania zachowań agresywnych, jak np. alkoholizm^(45,46). Przyczyny przemocy rozpatruje się również w świetle teorii psychodynamicznych oraz w świetle teorii społecznego uczenia się⁽⁴⁷⁻⁴⁹⁾. Jedne z ciekawszych badań prowadzonych w tym nurcie pokazują, że 4 spośród 5 mężczyzn – sprawców przemocy było w dzieciństwie świadkami przemocy stosowanej przez ojców wobec matek i/lub było ofiarami przemocy⁽⁵⁰⁾.

Jedną z przyczyn stanowiących dla wielu wytłumaczenie zachowań agresywnych wobec najbliższych jest nadużywanie alkoholu. Nurt ten jest w literaturze amerykańskiej określanej jako koncepcja „Diabła w butelce” (*Demon Rum*) – według zwolenników tej teorii alkohol zaostrza istniejące u sprawcy problemy emocjonalne i zaburzenia w zakresie kontroli, co zwiększa prawdopodobieństwo występowania przemocy^(51,52).

Wielu badaczy wykazało zależność pomiędzy wzrastaniem w domu, w którym obecna była przemoc, a znalezieniem się w wieku dojrzałym w relacji opartej na przemocy w roli ofiary lub w roli sprawcy^(10,53-56). Istnieją wyraźne dowody empiryczne na to, że przemoc pomiędzy rodzicami i postawy rodziców wobec przemocy wpływają na ich dzieci^(57,58). Zaburzenia zachowania i zaburzenia psychiczne stwierdzane u dzieci pochodzących z rodzin, w których stosuje się przemoc, obejmują: wagary, agresywne zachowania w domu i w szkole, zaburzenia lękowe⁽⁵⁹⁻⁶¹⁾. Przyjmuje się, że dzieci uczą się agresywnego zachowania jako podstawowego stylu kontroli otoczenia społecznego oraz fizycznego i ten sposób stosują również jako osoby dorosłe^(62,63). Również niektóre kobiety w rezultacie własnych doświadczeń z dzieciństwa uczą się akceptować stosowaną wobec nich przemoc⁽⁵⁵⁾.

Wielu autorów podkreśla związek występowania przemocy z dokonywaniem samouszkodzeń przez młodocianych. W kontekście zachowań autodestruktywnych powoływane się na rolę dziecięcych doświadczeń traumatycznych, zwłaszcza tych o charakterze przewlekłym, jest niezwykle częste. Relacje dotyczące znaczenia wczesnodziecięcego urazu dla występowania samouszkodzeń pojawiają się w znakomitej większości opracowań poświęconych tym zachowaniom^(29,30,64-67).

Miller postuluje nawet wyodrębnienie syndromu odtwarzania urazu, pojęcia zarezerwowanego dla wyjaśnienia zachowań autodestruktywnych, takich jak prowokowanie wymiotów, głodzenie się czy okaleczanie się. Na ów syndrom miałyby się składać: uczucie oddzielenia od ciała i wrogość wobec niego, utrzymywanie w tajemnicy zarówno wydarzeń traumatycznych, jak i zachowań destruktywnych: brak zdolności samoochrony i stany dysocjacyjne oraz zaangażowanie się w burz-

agressiveness^(43,44). Still others emphasize specific conditions favouring aggressive behaviour, e.g. alcohol abuse^(45,46). Causes of violence are also analysed in the context of psychodynamic theory and social learning theory⁽⁴⁷⁻⁴⁹⁾. An interesting study performed in this area revealed that 4 out of 5 male perpetrators of violence have witnessed violent behaviour of their fathers against their mothers and/or were themselves victims of violence during early childhood⁽⁵⁰⁾.

According to many investigators, one of the factors favouring aggressive behaviour against closest relatives is alcohol abuse. This concept is referred to in American literature as “Demon Rum”. Its partisans point out that alcohol exacerbates pre-existing emotional problems and weakens control mechanisms in the perpetrator, thereby increasing the probability of violent behaviour^(51,52).

Several investigators have demonstrated a correlation between growing up in a family burdened by violence and finding oneself upon reaching adulthood, in a relationship based on violence, playing either the role of victim or that of executioner^(10,53-56). There is clear empirical evidence suggesting that inter-parental violence and parental attitude towards violence may have an impact on their children^(57,58). Behavioural and mental disorders present in children growing up in families where violence is present include: truancy, aggressive behaviour at home and at school and anxiety-related disorders⁽⁵⁹⁻⁶¹⁾. It is assumed that children learn aggressive behaviour as basic style of controlling social and physical environment and continue to use this style even after reaching adulthood^(62,63).

Some women, as a result of their childhood experiences, learn to accept violence used against them⁽⁵⁵⁾. Several authors highlight associations between violence and deliberate self-harm among adolescents. In the context of auto-destructive behaviours, referrals to the role of childhood traumatic experiences, particularly those that were chronic, is very frequent. Reports on significance of early childhood trauma for subsequent development of deliberate self-harm may be found in most papers dealing with this subject^(29,30,64-67). Miller postulates even to distinguish a “trauma reconstructing syndrome”, a concept reserved for explanation of auto-destructive behaviours, such as induction of vomiting, starving or deliberate self-harm. This syndrome would include: feeling of dissociation from one’s body and hostility towards it, keeping secret both original traumatic experience and destructive behaviours, loss of self-protection drive and dissociation states, engagement in stormy, dysfunctional relationships and inability to form deep and mature relations. This author, referring to psychoanalytical concepts of compulsive repetition, assumes that most cases of auto-destructive behaviour are directly associated with traumatic experiences. Repeated self-induced trauma enables the person to enhance his or her feeling of control over one’s environment and own

liwe, dysfunkcjonalne relacje przy nieumiejętności nawiązania głębokiej i dojrzałej więzi. Autorka ta, odwołując się do psychoanalitycznego pojęcia przymusu powtarzania, zakłada, iż większość zachowań autodestruktywnych ma bezpośredni związek z przeżyciem traumy. Ponowne samodzielne odtwarzanie jej pozwala osobie na wzmocnienie poczucia kontroli nad rzeczywistością i własnym życiem, przerwanie stanu pustki i odrealnienia, rozładowanie niepokoju, gniewu i rozpacz, jest także wołaniem o pomoc i ochronę, której zabrakło w dzieciństwie. Związki między dziecięcym urazem a samouszkodzeniami umiarkowanymi zostały zweryfikowane między innymi przez Walsha i Rosena w badaniach nad przyczynami okaleczania się u młodzieży. Ich opracowanie ujawniło, że wśród czynników zwiększających ryzyko wystąpienia samookaleczeń znajdują się: wykorzystanie seksualne i przemoc fizyczna, przewlekła choroba lub operacja, strata któregoś z rodziców lub opiekunów oraz przemoc i nadużywanie alkoholu w rodzinie⁽⁶⁷⁾.

W piśmiennictwie istnieją doniesienia, że dzieci będące ofiarami przemocy mogą nieświadomie traktować samouszkodzenie jako formę pierwotnych sprawców nadużycia, którzy w wyniku introjeksi są prezentowani przez skórę dziecka⁽⁶⁵⁾. Ponadto prymitywne *self* dziecka może uwewnętrznić pełną negatywnych uczuć postawę zaburzonego rodzica i nie traktować siebie jako obiektu godnego opieki i ochrony. Te i im podobne próby określenia przyczyn samouszkodzeń odwołują się do teorii relacji z obiektem – wewnątrznie zróżnicowanego nurtu wywodzącego się z psychoanalizy, a rozwiniętego w drugiej połowie XX wieku⁽⁶⁸⁾. Według tej teorii zachowania autodestruktywne są dalekosiężnym skutkiem niepowodzenia rozwojowego na etapie integrowania różnych jakościowo reprezentacji siebie i obiektu w sytuacji, kiedy zinternalizowana relacja *ja – obiekt* cechowała się w przeważającej mierze negatywnym, agresywnym afektem. W wyniku tej internalizacji jednostka może budować swoją tożsamość w oparciu o obie strony odszczepionej „złej” relacji *ja – obiekt*, identyfikując się zarazem z prześladowującym i prześladowanym aspektem tej relacji. A zatem osoba jednocześnie staje się ofiarą i agresorem – co niewątpliwie oddaje podstawową jakość aktu samookaleczenia. Krańcowo intensywny afekt w najbardziej skrajnych sytuacjach prowadzi do pragnienia zniszczenia siebie i obiektu, gdyż tylko to może przynieść ulgę w subiektywnie doświadczanym cierpieniu, kiedy niemożliwe jest odwołanie się do odszczepionej libidinalnej „dobrej” reprezentacji *ja – obiekt*.

Biorąc pod uwagę rozpowszechnienie oraz istotę problemu badanego zjawiska, a także następstwa doświadczanej przemocy, niezwykle ważne wydaje się wdrożenie na szeroką skalę działań prewencyjnych, które będą wszechstronne i w sposób całościowy ogarną problem przemocy.

life, interrupts a state of emptiness and unreality, relieves restlessness, anger and despair, is a call for help and protection which the person lacked during childhood. Correlations between childhood trauma and moderate self-mutilation underwent verification in the studies by Walsh and Rosen dealing with causes of self-mutilation among adolescents. Their study revealed that factors increasing the risk of deliberate self-harm include: sexual abuse, physical violence, chronic disease or surgery, loss of one parent or caregiver and violence and alcohol in family⁽⁶⁷⁾.

Reports in the literature indicate that children – victims of violence may subconsciously consider deliberate self-harm as a form of original act of violence, whereby the perpetrator (by introjection) is represented by child's skin⁽⁶⁵⁾. Furthermore, immature “self” of the child may internalise deranged parental attitudes full of negative feelings and may not consider itself as person deserving care and protection. Those and similar attempts to determine causes of deliberate self-harm are based on the object-directed relation theory – internally diverse concept originating in psychoanalysis and developed in the second half of the XX century⁽⁶⁸⁾. According to this concept, auto-destructive behaviours are a late effect of developmental failure at the stage of integration of qualitatively differing representations of “self” and “object” in situations, where internalised relationship “me-object” was characterized mainly by a negative, aggressive affect. As a result of such an internalisation, an individual may build his/her identity based on both aspects of dissociated “bad” relationship “me-object” by identifying him- or herself simultaneously with persecuting and persecuted party of this relationship. In this way, a person becomes at the same time victim and aggressor – thereby clearly reflecting the basic feature of the act of deliberate self-harm. In the most extreme cases, an utterly intense affect may lead to a desire to destroy “self” as object, as this appears the only means of providing relief from suffering, as resort to the dissociated libidinal “good” representation of “me-object” becomes impossible.

In view of prevalence and nature of problems associated with the issue studied, as well as long-term consequences of childhood violence, it is a matter of utmost importance to implement large-scale preventive measures, which will be broad-ranging and will address the issue of violence in a comprehensive way.

CONCLUSIONS

1. Over 1/5 of secondary-school students experienced at least once in their life physical violence, which elicited symptoms fulfilling criteria of response to severe stress.
2. Students living in orphanages or in incomplete families have experienced violence most often.

WNIOSKI

1. Ponad 1/5 badanych uczniów doświadczyła co najmniej raz w życiu przemocy fizycznej, będącej przyczyną wystąpienia objawów zaliczonych do reakcji na ciężki stres.
2. Najczęściej przemocy fizycznej doświadczały uczniowie mieszkający w placówkach lub z jednym rodzicem.
3. Jako bezpośrednie następstwa doświadczanej przemocy fizycznej badani uczniowie najczęściej podawali gniew oraz agresję.
4. Wysokie ryzyko doświadczenia przemocy fizycznej (DPF) przez badanych uczniów było związane w pierwszej kolejności z wybuchami złości, następnie z doświadczaniem przemocy psychicznej, płcią męską oraz dokonywaniem samouszkodzeń.
5. Stwierdzono związek między doświadczaniem przemocy fizycznej a występowaniem zjawisk patologicznych w rodzinie, tj. zaburzeniami psychicznymi, nadużywaniem substancji psychoaktywnych (SPA), próbami samobójczymi, samouszkodzeniami.
6. Uczniowie, którzy doświadczyli przemocy fizycznej, istotnie częściej w porównaniu z uczniami bez DPF wagarowali, potwierdzali ucieczki, picie alkoholu, używanie SPA.
7. Ustalono związek między występowaniem przemocy fizycznej a zaburzeniami psychicznymi u badanej młodzieży, tj. brakiem kontroli, wybuchami złości, lękiem, smutkiem oraz samookaleczeniami i zatruciami lekowymi.

PIŚMIENNICTWO:

BIBLIOGRAPHY:

1. Taussig H.N., Litrownik A.J.: Self- and other-directed destructive behaviors: assessment and relationship to type of abuse. *Child Maltreatment* 1997; 2: 172-182.
2. Herman J.L.: *Przemoc. Uraz psychiczny i powrót do równowagi*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003.
3. Raiford J.L., Wingood G.M., DiClemente R.J.: Prevalence, incidence, and predictors of dating violence: a longitudinal study of African American female adolescents. *J. Womens Health (Larchmt)* 2007; 16: 822-832.
4. Cohall A., Cohall R., Bannister H., Northridge M.: Love shouldn't hurt: strategies for health care providers to address adolescent dating violence. *J. Am. Med. Womens Assoc.* 1999; 54: 144-148.
5. Malik S., Sorenson S.B., Aneshensel C.S.: Community and dating violence among adolescents: perpetration and victimization. *J. Adolesc. Health* 1997; 21: 291-302.
6. Bergman L.: Dating violence among high school students. *Soc. Work* 1992; 37: 21-27.
7. Rickert V.I., Vaughan R.D., Wiemann C.M.: Adolescent dating violence and date rape. *Curr. Opin. Obstet. Gynecol.* 2002; 14: 495-500.
8. Smith J.P., Williams J.G.: From abusive household to dating violence. *Journal of Family Violence* 1992; 7: 153-165.
9. World report on violence and health. World Health Organization, Geneva 2002.
3. Most often reported direct consequences of violence experienced were anger and aggression.
4. High risk of experiencing physical violence was associated mainly with outbursts of anger, then with experience of psychological violence, male gender and deliberate self-harm.
5. A correlation was found between experience of physical violence and occurrence of pathological phenomena in the child's family, i.e. mental disorders, abuse of psychoactive substances, suicidal attempts and deliberate self-harm.
6. Students who experienced physical violence, significantly more often engaged in truancy, escapes, alcohol consumption and abuse of psychoactive substances, than their peers who have not experienced violence.
7. In adolescents included in the study, physical violence correlated with mental disorders, e.g. lack of control, outbursts of anger, anxiety, sadness, deliberate self-harm and drug intoxication.
10. Carroll J.C.: The intergenerational transmission of family violence: the long-term effects of aggressive behavior. *Aggressive Behavior* 1977; 3: 289-299.
11. Chase K.A., Treboux D., O'Leary K.D.: Characteristics of high-risk adolescents' dating violence. *Journal of Interpersonal Violence* 2002; 17: 33-49.
12. Howard D., Qiu Y., Boekeloo B.: Personal and social contextual correlates of adolescent dating violence. *J. Adolesc. Health* 2003; 33: 9-17.
13. Foshee V.A., Ennett S.T., Bauman K.E. i wsp.: The association between family violence and adolescent dating violence onset: does it vary by race, socioeconomic status, and family structure? *Journal of Early Adolescence* 2005; 25: 317-344.
14. Amato P.R.: The consequences of divorce for adults and children. *Journal of Marriage and Family* 2000; 62: 1269-1287.
15. Amato P.R., Keith B.: Parental divorce and the well-being of children: a meta-analysis. *Psychol. Bull.* 1991; 110: 26-46.
16. Bjarnason T., Andersson B., Choquet M. i wsp.: Alcohol culture, family structure and adolescent alcohol use: multilevel modeling of frequency of heavy drinking among 15-16 year old students in 11 European countries. *J. Stud. Alcohol* 2003; 64: 200-208.
17. Buchanan C.M., Maccoby E.E., Dornbusch S.M.: Adolescents and their families after divorce: three residential arrangements compared. *Journal of Research on Adolescence* 1992; 2: 261-291.
18. Demuth S., Brown S.L.: Family structure, family processes, and adolescent delinquency: the significance of parental absence versus parental gender. *Journal of Research in Crime and Delinquency* 2004; 41: 58-81.
19. O'Keefe M., Treister L.: Victims of dating violence among high school students. Are the predictors different for males and females? *Violence Against Women* 1998; 4: 195-223.
20. Getz J.G., Bray J.H.: Predicting heavy alcohol use among adolescents. *Am. J. Orthopsychiatry* 2005; 75: 102-116.

21. Griffin K.W., Botvin G.J., Scheier L.M. i wsp.: Parenting practices as predictors of substance use, delinquency, and aggression among urban minority youth: moderating effects of family structure and gender. *Psychol. Addict. Behav.* 2000; 14: 174-184.
22. Ledoux S., Miller P., Choquet M., Plant M.: Family structure, parent-child relationships, and alcohol and other drug use among teenagers in France and the United Kingdom. *Alcohol Alcohol.* 2002; 37: 52-60.
23. Licanin I., Redžić A.: Alcohol abuse and risk behavior among adolescents in larger cities in Bosnia and Herzegovina. *Med. Arh.* 2005; 59: 164-167.
24. McMunn A.M., Nazroo J.Y., Marmot M.G. i wsp.: Children's emotional and behavioural well-being and the family environment: findings from the Health Survey for England. *Soc. Sci. Med.* 2001; 53: 423-440.
25. Linehan M.M.: *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Guilford Press, New York 1993.
26. Suchańska A.: *Przejawy i uwarunkowania psychologiczne pośredniej autodestruktywności*. Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 1999.
27. Zlotnick C., Shea M.T., Pearlstein T. i wsp.: The relationship between dissociative symptoms, alexithymia, impulsivity, sexual abuse, and self-mutilation. *Compr. Psychiatry* 1996; 37: 12-16.
28. Goodman R., Scott S.: *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2000.
29. Babiker G., Arnold L.: *Autoagresja. Mowa zranionego ciała*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002.
30. Eckhardt A.: *Autoagresja*. Wydawnictwo WAB, Warszawa 1998.
31. Lis-Turlejska M.: *Stres traumatyczny*. Wydawnictwo Akademickie Zak, Warszawa 2002.
32. Finn J.: The stresses and coping behavior of battered women. *Social Casework: The Journal of Contemporary Social Work* 1985; 66: 341-349.
33. Weitzman J., Dreen K.: Wife beating: a view of the marital dyad. *Social Casework: The Journal of Contemporary Social Work* 1982; 63: 259-265.
34. Walker L.E.: The battered woman syndrome is a psychological consequence of abuse. W: Gelles R.J., Loseke D.R. (red.): *Current Controversies on Family Violence*. Sage, Newbury Park, CA 1993: 133-153.
35. Barnett O.W., LaViolette A.D.: *It Could Happen to Anyone: Why Battered Women Stay*. Sage, Newbury Park, CA 1993.
36. Gelles R.J.: Through a sociological lens: social structure and family violence. W: Gelles R.J., Loseke D.R. (red.): *Current Controversies in Family Violence*. Sage, Newbury Park, CA 1993: 31-46.
37. Fincham F.D., Bradbury T.N.: The impact of attributions in marriage: empirical and conceptual foundations. *Br. J. Clin. Psychol.* 1988; 27: 77-90.
38. Browne K.D., Hamilton C.E.: Physical violence between young adults and their parents: associations with a history of child maltreatment. *Journal of Family Violence* 1998; 13: 59-79.
39. Gil D.G.: Societal violence and violence in families. W: Eekelaar J.M., Katz S.N. (red.): *Family Violence: An International and Interdisciplinary Study*. Butterworths, Toronto 1978: 14-33.
40. Edmunds G., Kendrick D.C.: *The Measurement of Human Aggressiveness*. Ellis Horwood (Wiley), Chichester 1980.
41. Archer J.: *The Behavioural Biology of Aggression*. Cambridge University Press, Cambridge 1988.
42. Coccaro E.F.: The biology of aggression. *Scientific American: Science and Medicine* 1995; 2: 38-47.
43. Persky H., Smith K.D., Basu G.K.: Relation of psychological measures of aggression and hostility to testosterone production in man. *Psychosom. Med.* 1971; 33: 265-277.
44. Rada R.T., Laws D.R., Kellner R.: Plasma testosterone levels in the rapist. *Psychosom. Med.* 1976; 38: 257-268.
45. Potter-Efron R.T., Potter-Efron P.S.: *Aggression, Family Violence and Chemical Dependency*. Haworth, New York 1990.
46. Pernanen K.: *Alcohol in Human Violence*. Guilford Press, London 1991.
47. Wasserman G.A., Green A., Allen R.: Going beyond abuse: maladaptive patterns of interaction in abusing mother-infant pairs. *J. Am. Acad. Child Psychiatry* 1983; 22: 245-252.
48. Rosenberg M.S., Reppucci N.D.: Abusive mothers: perceptions of their own and their children's behavior. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1983; 51: 674-682.
49. Roy M.: *The Abusive Partner*. Van Nostrand Reinhold, New York 1982.
50. Buchanan A.: *Cycles of Child Maltreatment: Facts, Fallacies and Interventions*. Wiley, Chichester 1996.
51. Coleman K.H.: Conjugal violence: what 33 men report. *Journal of Marital and Family Therapy* 1980; 6: 207-213.
52. Gelles R.J., Cornell C.P.: *Intimate Violence in Families*. Sage, Beverly Hills, CA 1990.
53. Rosenbaum A., O'Leary K.D.: Marital violence: characteristics of abusive couples. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1981; 49: 63-71.
54. Walker L.E.A.: *The Battered Woman Syndrome*. Springer, New York 1984.
55. Lewis B.Y.: Psychosocial factors related to wife abuse. *Journal of Family Violence* 1987; 2: 1-10.
56. Browne K.D.: Violence in the family and its links to child abuse. *Baillière's Clinical Paediatrics* 1993; 1: 149-164.
57. Jaffe P.G., Wolfe D.A., Wilson S.K.: *Children of Battered Women*. Sage, Beverly Hills, CA 1990.
58. Cummings E.M., Davies P.T.: *Children and Marital Conflict: The Impact of Family Dispute and Resolution*. Guilford Press, London 1994.
59. Carroll J.: The protection of children exposed to marital violence. *Child Abuse Review* 1994; 3: 6-14.
60. Jaffe P., Wolfe D.A., Telford A., Austin G.: The impact of police charges in incidents of wife abuse. *Journal of Family Violence* 1986; 1: 37-49.
61. Davis L.V., Carlson B.E.: Observation of spouse abuse: what happens to the children? *Journal of Interpersonal Violence* 1987; 2: 278-291.
62. Gully K.J., Dengerink H.A.: The dyadic interaction of persons with violent and nonviolent histories. *Aggressive Behavior* 1983; 9: 13-20.
63. Browne K.D., Saqi S.: Parent-child interaction in abusing families: possible causes and consequences. W: Maher P. (red.): *Child Abuse: The Educational Perspective*. Blackwell, Oxford 1987: 77-104.
64. Farber S.K.: *When the Body Is the Target: Self-Harm, Pain, and Traumatic Attachments*. Jason Aronson, Northvale, New Jersey, London 2002.
65. Favazza A.R.: *Bodies under Siege: Self-Mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry*. The Johns Hopkins University Press, Baltimore, London 1996.
66. Miller D.: *Women Who Hurt Themselves: A Book of Hope and Understanding*. Basic Books, New York 1994.
67. Walsh B.W., Rosen P.M.: *Self-Mutilation: Theory, Research, and Treatment*. Guilford Press, New York, London 1988.
68. Goldstein E.G.: *Zaburzenia z pogranicza. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003.