

Iwona Grzegorzewska*, Beata Pastwa-Wojciechowska**,
Anna Deplewska-Spasow***

* Uniwersytet Zielonogórski, ORCID: 0000-0003-0890-9553,

** Uniwersytet Gdański

beata.pastwa-wojciechowska@ug.edu.pl; ORCID: 0000-0002-0561-6125

*** e- mail: anna.deplewska@gmail.com; ORCID: 0009-0008-6579-5285

Doświadczanie przemocy a nieprawidłowy rozwój osobowości u młodzieży

Abstrakt: W literaturze przedmiotu oraz praktyce klinicznej coraz częściej pojawia się problematyka zaburzeń osobowości u dzieci i młodzieży, o których do tej pory mówiło się wyłącznie w kontekście osób dorosłych, ewentualnie rozpoznając wczesne ich symptomy w okresie późnej adolescencji. Badania dowodzą, że wzorce zachowań i ścieżki rozwojowe ujawniając się w różnym czasie i w różnych sytuacjach, mogą stanowić symptomy nieprawidłowego rozwoju osobowości. Jednym z ważniejszych źródeł nieprawidłowego rozwoju osobowości upatruje się w doświadczeniach wiktymizacyjnych. Celem badań było zatem ustalenie związku między doświadczaniem traumy a symptomami nieprawidłowego rozwoju osobowości w okresie adolescencji. W badaniach uczestniczyło 65 osób w wieku 15–18 lat (28 chłopców i 37 dziewcząt) w dwóch grupach badanych: (1) grupa kliniczna – osoby zagrożone niedostosowaniem i niedostosowane społecznie oraz (2) grupa kontrolna – losowo dobrani uczniowie szkół średnich. W przeprowadzonym badaniu wykorzystano Kwestionariusz Juvenile Victimization Questionnaire (JVQ) (Hamby i in. 2011) w polskiej adaptacji (Makaruk i in. 2013) oraz kwestionariusza CBCL (The Child Behavior Checklist; Achenbach & Rescorla) w polskiej adaptacji T. Wolańczyka (2001). W wyniku przeprowadzonych badań wykazano, że istnieją znaczące różnice pomiędzy grupą kliniczną a grupą kontrolną w zakresie symptomów zaburzeń osobowości typu antyspołeczna, narcystyczna, borderline i schizoidalna. Natomiast różnice między symptomami zaburzeń osobowości z uwzględnieniem płci osób badanych wskazują tylko na istotne wyniki w zakresie symptomów zaburzeń osobowości typu antyspołecznego. Uzyskane

rezultaty pozwalają na potwierdzenie istniejących w literaturze przedmiotu badanych zależności, wskazując jednocześnie na potrzebę zróżnicowanego oddziaływania z w zględu na płeć, rodzaj zaburzenia oraz doznaną traumę lub traumy.

Słowa kluczowe: zaburzenia osobowości, trauma, dzieci i młodzież.

Wprowadzenie

Wśród psychologów rozwojowych dominuje przekonanie, że rozwój osobowości jest procesem dynamicznym, a wszelkie odchylenia od normy cechują się niestabilnością w czasie. Jeszcze do niedawna w psychologii klinicznej panował zatem pogląd, że w okresie dzieciństwa i adolescencji nie można mówić o zaburzeniach osobowości, a problematyka nieprawidłowego rozwoju osobowości dzieci i młodzieży pozostawała poza sferą intensywnych teoretycznych i empirycznych rozważań. Sytuacja ta zmieniła się w ostatnich dwóch dekadach wraz z rozwojem psychopatologii rozwojowej (Cicchetti, Cohen 1995). Jej osiągnięcia pozwalają lepiej zrozumieć interakcje między czynnikami biologicznymi i psychospołecznymi decydującymi o tym, w jaki sposób dzieci tworzą, organizują i budują swoje subiektywne doświadczenia, mechanizmy radzenia sobie i wzorce relacji (Cicchetti, Rogosch, 1997; Fonag, Target 1997; Rutter 1987; Sroufe 1997). Badania te wspierają ideę Pauliny Kernberg i jej współpracowników (2000), że niektóre dzieci od wczesnego dzieciństwa wykazują charakterystyczne cechy postrzegania siebie i otoczenia, przeżywania i zachowań, które mogą zakłócać przebieg prawidłowego rozwoju. Kernberg (2000) dodaje, że te wzorce i ścieżki ujawniając się w różnym czasie i w różnych sytuacjach, mogą stanowić symptomy nieprawidłowego rozwoju osobowości, jeśli stają się sztywne, nieadaptacyjne i chroniczne, przyczyniają się do znaczącego pogorszenia w funkcjonowaniu oraz są powodem doświadczania poważnego stresu. Bleiberg (2004) proponuje zatem, aby nieprawidłowy rozwój osobowości u dzieci rozpatrywać jako utratę lub niezdolność do utrzymania refleksyjnej postawy, która jest podstawą prawidłowego przystosowania dziecka. Współcześnie coraz więcej badaczy i klinicystów dopuszcza w uzasadnionych przypadkach stawianie u młodych ludzi poniżej 18. roku życia diagnozy zaburzenia osobowości, co ma swoje umocowanie zarówno teoretyczne, jak i empiryczne (szerzej: Cierpiątkowska, Grzegorzewska 2023). Na przykład, w dziesięcioletnich badaniach podłużnych dotyczących rozpowszechnienia zaburzeń osobowości w populacji dzieci i młodzieży wykazano, że około 15% nastolatków miało zaburzenia osobowości z grupy B przed osiągnięciem dorosłości. Wskaźniki rozpowszechnienia były porównywalne dla obu płci. Częstość występowania zaburzeń osobowości na początku badania wynosiła 9,6% dla wiązki A, 16,7% dla wiązki B i 8,2% dla wiązki C. Jednakże częstość występowania zaburzeń zmieniała się w czasie: na przykład na początku badania 7,6% chłopców i 9,4% dziewcząt miało diagnozę wiązki B, ale dziewięć lat później częstość występowania wynosiła 22,4% u chłopców i 11,9%

u dziewcząt. W innych badaniach prowadzonych w populacji adolescentów stwierdzono zróżnicowane występowanie zaburzenia osobowości borderline na poziomie wahającym się pomiędzy 14 a 3,3% (Miller i in. 2008). Aktualne badania szacują, że jest to około 3% populacji ogólnej, natomiast od 31 do 64% u młodzieży hospitalizowanej w różnych placówkach zdrowia psychicznego (por. Chanen 2015; Guilé i in. 2018). Niektóre badania pokazują, że obie płcie są podobnie narażone na wystąpienie zaburzeń typu borderline, inne, że cierpi więcej dziewcząt niż chłopców. Dane te potwierdzają coraz bardziej podkreślaną w literaturze tezę, że dzieci lub adolescenti, którzy doświadczali w poprzedzających etapach rozwoju różnych problemów natury neuropsychologicznej, doświadczają w późniejszym wieku, również rozwojowym ich kumulacji i ujawnienia się w postaci zaburzenia osobowości (Normandin i in. 2015). Teza ta znajduje coraz większe poparcie w wynikach badań prowadzonych na populacji dzieci i młodzieży (por. Kernberg i in. 2000; Sharp, Tackett 2014; Cierpiałkowska, Grzegorzewska 2023).

Wraz z nasileniem zainteresowania wczesnymi symptomami zaburzeń osobowości pojawiło się pytanie o ich przyczyny. Jednym z ważniejszych źródeł nieprawidłowego rozwoju osobowości upatruje się w doświadczeniach wiktymizacyjnych (Cierpiałkowska, Grzegorzewska 2023). Wzrastająca liczba badań w obszarze traumy, a zwłaszcza traumy relacyjnej pokazuje, że doświadczenie maltretowania wpływa negatywnie na funkcje refleksyjne, determinując zdolności dziecka do doświadczenia siebie jako osoby świadomej i zdolnej do samoregulacji (Schneider-Rosen, Cicchetti 1991). Problemy z funkcjami refleksyjnym dotyczą zwłaszcza tych dzieci, które doświadczają kombinacji różnych form przemocy (np. seksualnej i fizycznej) (Cicchetti, Toth 1995). Badania retrospektywne nad osobami dorosłymi ze zdiagnozowanymi zaburzeniami osobowości wskazują na znacznie podwyższone wskaźniki traumy wczesnodziecięcej w tej grupie badanych. Dotyczy to szczególnie zaburzeń osobowości typu borderline. Na przykład, w badaniach Zanarini i zespołu (1997) spośród 358 pacjentów z zaburzeniem osobowości typu borderline, 91% zgłosiło, że zostało wykorzystanych, a 92% zostało zaniedbanych przed ukończeniem 18. roku życia. Badania wykazały także, że istotnym czynnikiem nieprawidłowego rozwoju osobowości jest każdy rodzaj traumy doświadczanej w dzieciństwie.

Prawidłowy a zaburzony rozwój osobowości dzieci i młodzieży

Osobowość to względnie trwałe sposoby doświadczania wewnętrznego (myśli, uczucia, doznania) oraz sposoby zachowania i wchodzenia w interakcje z innymi ludźmi, które decydują o indywidualności i wyjątkowości jednostki. O zaburzeniach osobowości mówimy wtedy, gdy wzorce doświadczania i zachowania stają się sztywne, powtarzające się, a ich konsekwencje są niekorzystne dla jednost-

ki, powodując cierpienie i nieadaptacyjność funkcjonowania (Grzegorzewska i in. 2020). W literaturze przedmiotu oraz praktyce klinicznej coraz częściej pojawia się problematyka zaburzeń osobowości, o których do tej pory mówiło się wyłącznie w kontekście osób dorosłych, ewentualnie rozpoznając wczesne ich symptomy w okresie późnej adolescencji. Pewnym wyjątkiem były antyspołeczne/dyssocjalne zaburzenia osobowości, na które zwracano uwagę we wcześniejszych etapach rozwoju, sprowadzając je w głównej mierze do behawioralnych wskaźników. Funkcjonowanie osób z tą diagnozą już przed ukończeniem 15. roku życia charakteryzuje brak respektowania podstawowych praw i norm obowiązujących w społeczeństwie, na przykład mogą dopuszczać się agresji wobec ludzi i zwierząt, oszustw, kradzieży czy też niszczenia mienia publicznego. Jednakże współcześnie coraz częściej wskazuje się, że charakterystyczne dla zaburzeń osobowości nieprawidłowości w zakresie poznania, emocji, kontroli impulsów i relacji interpersonalnych obserwowane są już w dzieciństwie i mogą stanowić przeszkodę w prawidłowym rozwoju jednostek, zanim osiągną one dorosłość. Wzrasta bowiem liczba dowodów empirycznych i klinicznych na istnienie wczesnych symptomów zaburzeń osobowości w późnym dzieciństwie i adolescencji (Grzegorzewska i in. 2020). Analiza przebiegu rozwoju w cyklu życia wskazuje, że istnieją trzy kluczowe dla kształtowania się zaburzeń osobowości okresy w rozwoju człowieka: 1) wczesne dzieciństwo; 2) przełom dzieciństwa i adolescencji; 3) przełom adolescencji i wczesnej dorosłości. W okresie wczesnego dzieciństwa znaczenie mają przede wszystkim czynniki genetyczne i neurobiologiczne, związane z psychobiologiczną podatnością na reaktywność interpersonalną, ale także tzw. trudny temperament i wynikające z tego trudności w samoregulacji emocjonalnej, rola jakości przywiązania oraz doświadczenie wczesnej traumy i jej wpływu na rozwój mózgu (Grzegorzewska i in. 2020). Coraz liczniejsze badania wskazują, że im wcześniej ujawniają się kluczowe dla zaburzeń osobowości cechy, tym gorsze są rokowania (Grzegorzewska i in. 2020; Cierpiątkowska, Grzegorzewska 2023). Z kolei na przełomie średniego dzieciństwa i wczesnej adolescencji wskazuje się na rolę integracji tożsamości i rozwój kompetencji społecznych. Podkreśla się również, że w okresie tym stabilizują się niekorzystne cechy osobowości, dając początek rozwojowi zaburzeń osobowości. Natomiast późna adolescencja i wczesna dorosłość to taki moment w cyklu życia, w którym osoby z nieprawidłowym rozwojem osobowości wykazują większe nasilenie zaburzeń w porównaniu z rówieśnikami. Znaczenia objawów zaburzeń osobowości zmieniają się wraz z upływem czasu w związku z istotnymi zadaniami życiowymi i wymaganiami środowiskowymi.

Należy jednak wyraźnie podkreślić, że zaburzenia rozwoju osobowości u dzieci i młodzieży to problem złożony, mający istotne implikacje kliniczne, terapeutyczne czy profilaktyczne. Nie ulega przy tym wątpliwości, że prawidłowa diagnoza jest podstawą podejmowania adekwatnych, a tym samym efektywnych i skutecznych oddziaływań. Należy podkreślić, że zaburzenia osobowości stanowią pewien stały wzorzec charakteru, który jest skrajnym nasileniem powszechnie występu-

jących cech, najczęściej powodującym niekorzystne następstwa dla życia danej osoby, w tym również dla jej otoczenia. U osoby, u której występują zaburzenia osobowości obserwujemy brak zmienności, plastyczności myślenia, emocji i zachowania w zależności od sytuacji, w jakich się znajduje czy osób, z jakimi pozostaje w kontakcie. Dlatego też, osoba taka prezentuje wyraźnie widoczny niezmienny lub cechujący się bardzo małą zmiennością, ograniczony sposób przeżywania, zachowania, funkcjonowania i nawiązywania relacji (Jakubik 1997). W ujęciu psychodynamicznym przyjęto podstawowe założenie, że zauważalne zachowania i subiektywne zaburzenia u osób z zaburzeniami osobowości odzwierciedlają patologiczne cechy podstawowych struktur psychologicznych oraz sposób, w jaki owe struktury umacniają wystarczającą równowagę pomiędzy wewnętrznymi a zewnętrznymi wyzwaniami, a te z kolei rzutują na każdego człowieka (Yeomans i in. 2015). Innymi słowy, bez względu na definicję czy paradygmat, w obrębie którego są one definiowane, bardzo wyraźnie akcentowany jest aspekt rozwojowy. Dlatego też oprócz prób zdefiniowania zaburzeń osobowości równie istotne okazuje się określenie czynników warunkujących ich etiologię i rozwój. Obecnie uważa się, że powstanie zaburzenia osobowości jest konsekwencją oddziaływania czy współwystępowania niekorzystnych czynników biologicznych, genetycznych i psychospołecznych. Do niedawna uwaga badaczy koncentrowała się w dużym stopniu na aspektach rodzinnych (np. niekorzystny przebieg różnych etapów rozwoju, brak zaspokojenia potrzeby bezpieczeństwa, wzmożony poziom napięć i konfliktów w rodzinie i inne), obecnie jednak coraz większe zainteresowanie budzą czynniki genetyczne. Pierwsze symptomy zaburzeń osobowości uwidaczniają się zwykle w późnym dzieciństwie lub w wieku młodzieńczym, choć rozpoznawane są najczęściej w okresie dorosłości. Wynika to z nadziei na możliwość konstruktywnego poradzenia sobie z pojawiającymi się we wcześniejszych okresach życia zadaniami rozwojowymi, z przekonania, że w ramach kształtowania się psychiki młodego człowieka rozwinie się umiejętność pozytywnego radzenia sobie z napotkanymi trudnościami.

Trauma a zaburzenia rozwoju osobowości

W literaturze przedmiotu występuje ugruntowane stanowisko, że nieprawidłowości funkcjonowania dzieci i młodzieży są konsekwencją procesów osadzonych w perspektywie temporalnej, którym towarzyszą zaburzenia przebiegu ich rozwoju. Badania podłużne nad rozwojem dzieci wskazują, że jednym z czynników, na podstawie których można przewidzieć przyszłość danego dziecka w zakresie poczucia jego szczęścia, rozwoju emocjonalnego i społecznego czy zawodowego jest to, czy miało ono choć jedną osobę, która była przy nim obecna, dając mu poczucie bezpieczeństwa (Siegal, Bryson 2020). Istotna jest także przewidywalność relacji dziecka z opiekunem, co wspiera u niego tworzenie prawidłowych

relacji, ale także daje dzieciom poczucie bezpieczeństwa, czują się dostrzeżone, ukojone i pewne siebie. Bezpieczna więź jest czynnikiem pośredniczącym w sytuacjach, kiedy dziecko ma się zmierzyć z sytuacjami i frustracjami. Jak podkreślają Siegal i Bryson (2020), dzieci z bezpiecznym stylem przywiązania potrafią w sposób bardziej skuteczny i oczekiwany społecznie regulować swoje emocje i podejmować dobre decyzje. Wykazują także umiejętność przewidywania konsekwencji własnych działań, zarówno w stosunku do siebie, jak i innych osób. Natomiast sytuacja zupełnie inaczej wygląda, kiedy mamy do czynienia z typem więzi, która budzi w dziecku niepokój czy wręcz lęk. I tak, zdeorganizowany styl przywiązania wydaje się najbardziej destrukcyjny dla rozwoju dziecka, ponieważ rodzic zamiast chronić je przed zagrożeniem, sam tym zagrożeniem się staje. Innymi słowy, dziecko zaczyna postrzegać rodzica jako źródło przerażenia z powodu licznych doświadczeń, w których rodzic zaniedbuje je do tego stopnia, że powoduje u niego lęk lub zachowuje się zbyt chaotycznie i przytłacza dziecko, bądź jest dla niego niebezpieczny i przerażający. W każdym z wymienionych wariantów zachowania rodzica wobec dziecka konsekwencją jest odczuwany przez nie strach, co determinuje w procesie rozwojowym nasilanie się jego problemów z regulacją emocji i odnalezieniem poczucia bezpieczeństwa. Inne lękowe typy przywiązania, tj. unikający i ambiwalentny, prowadzą do wykształcenia się ustalonych wzorców zachowania, które pozwalają im na radzenie sobie w otaczającym je świecie. Osoby z wzorcem odrzucającym stronią od więzi emocjonalnych i intymności z powodu unikającego stylu przywiązania z rodzicem w przeszłości. Z kolei osoby z zaabsorbowanym wzorcem przywiązania minimalizując doznawany niepokój i ambiwalentne uczucia, jakich doznają w relacjach, często doświadczają dezorientacji i smutku. Jak podkreślają Siegal i Bryson (2020), minimalizowanie przywiązania we wzorcu unikającym/odrzucającym oraz wyolbrzymianie go we wzorcu ambiwalentnym/zaabsorbowanym, to uporządkowana strategia przetrwania, która jest spójna wewnętrznie, ale jednak nie jest ona ani bezpieczna, ani optymalna. Natomiast dorośli, którzy mieli przerażających rodziców i w dorosłości wykazują zdeorganizowany styl przywiązania, nie posiadają żadnej strategii radzenia sobie w świecie. Opiekun, który ma być źródłem bezpieczeństwa, staje się jednocześnie źródłem cierpienia, co przejawia się w zachowaniach jednoczesnego dążenia i unikania. Dlatego też u tych osób występuje stan dysocjacji oraz poważne rozregulowanie emocjonalne. Relacje dla takich osób są trudne i budzą wiele negatywnych emocji oraz ocen poznawczych.

Wśród czynników mających najczęściej wpływ na zaburzenia rozwoju osobowości wymienia się rodzaj czynników urazowych, style wychowania oraz rodzaj więzi. Dlatego też w okresie wczesnego dzieciństwa szczególny nacisk kładzie się na rozpoznanie dla prawidłowości lub też zaburzeń rozwoju stylów przywiązania, doznanych traum bądź właściwości podmiotowych związanych z temperamentem, zwłaszcza tzw. trudnym temperamentem i regulacją emocjonalną (Grzegorzewska i in. 2020).

Pojęcie traumy oraz jej znaczenie dla naszego funkcjonowania w perspektywie krótko- i długoterminowej jest szeroko opisana w literaturze przedmiotu (por. Danieli 1998). Warto jednak zaznaczyć, że trauma to doświadczenie, które stanowi zagrożenie dla naszego funkcjonowania lub utratą naszego poczucia sensu, czyli naszego sposobu definiowania zachodzących związków pomiędzy podmiotami, sytuacjami czy zdarzeniami. Badania prowadzone przez Centers for Disease Control – Kaiser Permanente w ramach Adverse Childhood Experiences (ACE) od 1994 roku dowodzą powszechności stresorów w dzieciństwie, przy czym najczęściej wskazywanymi doświadczeniami traumatycznymi przez badane osoby były: przemoc emocjonalna, przemoc fizyczna, przemoc seksualna, zaniedbanie emocjonalne, zaniedbanie fizyczne, dysfunkcje w rodzinie, takie jak: przemoc domowa, nadużywanie środków odurzających, choroba psychiczna, separacja/rozwód rodziców, pobyt członka rodziny w więzieniu. Należy przy tym zaznaczyć, że negatywne doświadczenia są powiązane ze sobą, czyli osoby badane doświadczały nie pojedynczych stresorów, ale były one z sobą powiązane, co w perspektywie rozwojowej przekładało się na negatywne konsekwencje dla ich funkcjonowania w biegu życia. Dlatego też istotne znaczenie ma wiedza na temat negatywnych doświadczeń życiowych w dzieciństwie, ponieważ pozwala ona na podejmowanie adekwatnych i efektywnych działań wobec tej grupy osób¹.

W podejściu klinicznym dominuje obecnie tendencja do stawiania rozpoznań, które podkreślają raczej doznane urazy niż problemowe zachowania, np. powszechnie wykorzystuje się określenie złożone zaburzenie stresowe pourazowe (CPTSD – *complex posttraumatic stress disorder*), zamiast np. kształtująca się osobowość borderline, szczególnie jeżeli w wywiadzie poprzedzającym rozpoznanie odnotowuje się traumatyczną sytuację trwającą przez dłuższy czas (Adshead i in. 2012; Zdankiewicz-Ścigała 2017). Można także spotkać się z określeniami *child trauma* (CT), dla podkreślenia okresu rozwojowego, w którym zadziałał czynnik traumatyczny lub trauma rozwojowa (jako rezultat chronicznego nadużywania, zaniedbania czy też działania innych skumulowanych lub długotrwałych czynników; Helios, Jedlecka 2017). Szczególne znaczenie dla następstw rozwojowych ma trauma chroniczna, zwłaszcza gdy sprawcą jest osoba bliska bądź znana dziecku, co w znacznym stopniu ogranicza lub nawet eliminuje wystąpienie czynników chroniących (buforowych). Długoterminowe skutki traumy wiąże się z problemami zdrowotnymi, zachowaniami ryzykownymi, zaburzeniami funkcjonowania poznawczego oraz problemami społecznymi. Okazuje się, że w kształtowaniu zaburzeń u dzieci znaczenie ma także to, czy doświadczyły one przemocy czynnej (np. przemoc fizyczna) czy biernej (zaniedbywanie). I tak, dziecko doświadczające przemocy czynnej ma mniejsze umiejętności radzenia sobie ze stresem, natomiast w przypadku dzieci doświadczających przemocy biernej obserwujemy deficyty z regulacją własnych stanów emocjonalnych.

.....

¹ <https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/about.html>.

Biorąc pod uwagę fakt, że zaburzenia związane z traumą są często bardzo niejednorodne i wykazują różne poziomy nasilenia, istotna staje się ich ocena w aspekcie klinicznym, ale także naukowym. Inną kwestią są występujące różnice płciowe, albowiem dziewczęta, które doznały traumatycznych przeżyć, są w większym stopniu narażone na rozwój zaburzenia osobowości typu borderline, natomiast u chłopców częściej występują zaburzenia zachowania oraz osobowość aspołeczna (Adshead i in. 2012). Badania pokazują, że chociaż sama historia doznania przemocy nie jest bezpośrednim predyktorem rozwoju zaburzeń osobowości u osób, u których zdiagnozowano zaburzenia osobowości, to 80% z nich zgłasza traumatyczne zdarzenia, które wystąpiły w dzieciństwie (Hong i in. 2011).

Narażenie na traumę w dzieciństwie zwiększa prawdopodobieństwo rozwoju nieprzystosowawczych cech osobowości i zaburzeń osobowości, a wśród czynników determinujących ten stan wymienia się: 1) zaniedbanie – definiowane jest jako niezaspokojenie potrzeb dziecka niezbędnych do jego prawidłowego rozwoju. Zwrócono także uwagę, że zaniedbywanie materialne w konsekwencji jest tym samym, co niezaspokojenie podstawowych potrzeb rozwojowych, w tym również emocjonalnych; 2) rozwody i samotne rodzicielstwo – powodują, że dzieci mogą gorzej sobie radzić z przystosowaniem, co uwidaczniać się będzie w postaci zaburzeń zachowania oraz problemów w relacji rodzic–dziecko; 3) przemoc fizyczna oraz seksualna – odpowiada za bardziej złożone formy PTSD oraz za zaburzenia osobowości borderline; 4) złe warunki materialne – wpływają nie tylko na dziecko, ale również na jego percepcję siebie i jego otoczenia (Bernstein, Stein 1998; Handelsman, Bandelow i in. 2005; Zittel i Westen 2005; Riggs i in. 2007; Dragan, Hardt 2009). Jak podkreśla J. Koralewska-Samko (2019; Koralewska-Samko i in. 2021) Model Zakłócenia Funkcjonowania Ruttera zakłada, że prawdopodobieństwo zaburzeń u dzieci poddanych ekspozycji jednego czynnika stresowego niewiele różni się od ryzyka dzieci bez czynników szkodliwych, natomiast dodanie kolejnych czynników zmienia sytuację w sposób gwałtowny. Autor modelu wskazuje, że występowanie dwóch stresorów zwiększa prawdopodobieństwo trudności dziecka czterokrotnie, natomiast czterech czynników aż dwudziestokrotnie. Innymi słowy, kumulacja czynników stresujących w znaczący sposób pogarsza sposób funkcjonowania dziecka, przy czym do czynników tych zalicza zarówno niski status socjoekonomiczny rodziny, konflikty w rodzinie, jak i problemy psychiczne rodziców, w tym różnego rodzaju uzależnienia, zaniedbywanie i przemoc wobec dzieci, przestępczość oraz wieloliczną rodzinę. Zauważono, że osoby doświadczające szerokiego zakresu zaburzeń związanych z traumą, takich jak zaburzenia dysocjacyjne oraz zaburzenia osobowości w połączeniu z wysokim poziomem objawów psychicznych i nieprzystosowawczym stylem funkcjonowania osobowości, zgłaszają szereg traumatycznych doświadczeń w połączeniu z brakiem opieki ze strony matki/opiekuna (Draijer 1989, 2003; Swart i in. 2020). Większość badań nad przebiegiem rozwoju zaburzeń osobowości i traumą koncentruje się na zaburzeniach osobowości borderline, przy czym historia wykorzystywania seksualnego

w dzieciństwie, psychiatryczna hospitalizacja, współistniejące PTSD i zaburzenia lękowe miały negatywny wpływ na przebieg zaburzeń osobowości borderline (Gunderson i in. 2006; Skodol i in. 2005; Zanarini i in. 2006). Badania uwypukliły wpływ traumy wywołanej zdradą/zawiedzeniem na patologię osobowości. Ten rodzaj traumy wpływa na nasilenie patologii osobowości i ma szczególnie negatywny wpływ w porównaniu z innymi rodzajami traum. Ponadto wpływ traumy związanej ze zdradą może również wpływać na inne formy zaburzeń, a ponadto jest najsilniejszym stresorem spośród innych rodzajów traum. Zwrócono także uwagę, że traumatyczne doświadczenia, które łączą się ze zdradą interpersonalną, naruszają poczucie wsparcia i opieki osób z zaburzeniami osobowości, pogłębiając ich nasilenie (Freyd 1996; Herman 1992; van der Hart i in. Steele 2006; Kaehler i in. 2013). Dowiedziono także, że efekt wysokiego nasilenia traumy zdrady wpływa również na dyfuzję tożsamości, prymitywną obronę i testowanie rzeczywistości patologii osobowości. Wyjątkowy wpływ traumy z wysokim nasileniem zdrady w obszarach wrażliwych poszczególnych kategorii PD (np. narcyzmu), sugeruje, że osoby te są nie tylko narażone na wysokie nasilenie traumy zdrady (np. narcystyczną wrażliwość), ale także wpływa ona na środki, za pomocą których ludzie bronią się przed tą traumą (np. narcystyczny wspaniałość), (Kernberg, Caligor 2005; Clarkin i in. 2006; Dowgwillo i in. 2016; Yalcha, Levendosky 2014).

Cel podjętych badań

Przedstawiony kontekst teoretycznych analiz pozwolił na określenie celu badań, jakim było ustalenie związku między doświadczaniem traumy a symptomami nieprawidłowego rozwoju osobowości w okresie adolescencji. W przeprowadzonym projekcie badawczym postawiono następujące pytania badawcze:

1. Czy istnieją różnice między młodzieżą dostosowaną i niedostosowaną społecznie w zakresie wystąpienia wczesnych symptomów nieprawidłowego rozwoju osobowości oraz doświadczanej traumy?
2. Czy istnieje związek między wczesną wiktyimizacją a nieprawidłowym rozwojem osobowości w okresie adolescencji? Jaka jest siła tego związku?

Osoby badane oraz wykorzystane narzędzia badawcze

Osoby badane

W badaniach uczestniczyło 65 osób w wieku 15–18 lat w dwóch grupach badanych: (1) grupa kliniczna – osoby zagrożone niedostosowaniem i niedostosowane społecznie, oraz (2) grupa kontrolna – losowo dobrani uczniowie szkół średnich. Średnia wieku wyniosła 16.86 (SD = 0,527). Łącznie badaniami objęto 28 chłop-

ców i 37 dziewcząt. Grupę kliniczną stanowili podopieczni Ośrodka Szkolenia i Wychowania OHP w Zielonej Górze ($N = 32$). W próbie tej znajdowały się osoby z grupy o podwyższonym ryzyku stosowania przemocy. Grupa została wybrana na podstawie wcześniejszego wywiadu środowiskowego z wychowawcami ośrodka. Potwierdzili oni stosowanie różnego rodzaju form przemocy przez badanych. Drugą grupę stanowili uczniowie klas I i II szkół średnich ($n = 33$), rekrutowani losowo w szkołach policealnych miasta Zielona Góra. Przed zakwalifikowaniem do badań prowadzono wywiad wstępny pod kątem spełniania kryteriów kwalifikujących do grupy kontrolnej. Uczestnicy obu grup wypełniali arkusze w sposób anonimowy, podając jedynie swój wiek i płeć, a wypełnione już arkusze zostały zabezpieczone w kopercie.

Narzędzia badawcze

W przeprowadzonym badaniu wykorzystano dwa narzędzia badawcze, które odnoszą się do pomiaru wiktylizacji oraz nieprawidłowości w rozwoju osobowości. Pierwsze z narzędzi to Kwestionariusz Juvenile Victimization Questionnaire (JVQ) (Hamby i in. 2011) w polskiej adaptacji (Makaruk i in. 2013). Narzędzie to pozwala na wyodrębnienie wielu różnych form wiktylizacji, pozwalając śledzić zależności między nimi. Pozwala także na rozróżnienie wiktylizacji, która miała miejsce na przestrzeni całego życia od doświadczeń w roku poprzedzającym badanie. Dzięki temu możliwe są porównania pomiędzy poszczególnymi grupami wiekowymi respondentów, eliminując efekt kumulacji doświadczeń wiktylizacyjnych związany z wiekiem (starsze dzieci mają większe szanse doświadczyć więcej form przemocy w ciągu całego życia niż młodsze). Kwestionariusz JVQ przeznaczony jest dla dzieci w wieku od 8 do 17 lat. W najszerszej wersji kwestionariusz mierzy ponad 50 różnych form wiktylizacji podzielonych na 5 szerokich kategorii: 1) przestępstwa konwencjonalne (takie jak kradzież, rozbój itp.); 2) przemoc ze strony dorosłych; 3) przemoc rówieśnicza; 4) wykorzystywanie seksualne; 5) wiktylizacja pośrednia. Na użytek badań wykorzystano itemy do badania przemocy fizycznej, psychicznej, seksualnej i zaniedbania. Kwestionariusz cechuje się dobrymi właściwościami psychometrycznymi ($\alpha = 0,979$).

Narzędzia opracowane przez Achenbacha i Edelbrocka oraz ich współpracowników z Uniwersytetu w Vermont w Burlington w Stanach Zjednoczonych służą do wszechstronnej oceny zachowań przystosowawczych i nieprzystosowawczych osób w różnym wieku. W badaniu wykorzystano Kwestionariusz CBCL (The Child Behavior Checklist; Achenbach, Rescorla 2001), który przeznaczony jest do badania dzieci w wieku szkolnym i młodzieży, czyli od 6 do 18 lat. Polska adaptacja narzędzia została przeprowadzona przez Wolańczyka (Wolańczyk 2002). Właściwości psychometryczne szacowane są na poziomie $\alpha = 0,712$. Do badań wykorzystano wybrane itemy do oceny symptomów nieprawidłowego rozwoju osobowości. Pozycje wybrane zostały zgodnie z propozycją Pauliny Kernberg i zespołu (2000)

w następujący sposób: osobowość antyspołeczna (itemy: 15, 16, 21, 26, 37, 41, 43, 67, 72, 81, 82, 97, 101, 106), osobowość borderline (itemy: 3, 12, 16, 18, 20, 33, 41, 57, 68, 87, 91, 95), osobowość narcystyczne (itemy: 23, 32, 74), osobowość histrioniczna (itemy: 19, 73), osobowość schizoidalna (itemy: 22, 25, 84, 111, 85), osobowość paranoidalna (itemy: 27, 34, 69, 89), osobowość unikowa (itemy: 31, 71, 75), osobowość zależna (itemy: 1, 11, 83, 86, 109, 99). Propozycja Kernberg (Kernber i in. 2000) oparta jest zarówno na przesłankach teoretycznych leżących u podstaw konstrukcji kwestionariusza, jak i na założeniach psychopatologii zaburzeń osobowości uwzględniających specyfikę rozwoju dzieci i młodzieży. Kernberg podkreśla, że CBCL Achenbacha zawiera statystyczną perspektywę/listę indywidualnych zachowań dziecka, które poprzez analizę czynnikową i teoretyczną można pogrupować zarówno w dwie szerokie kategorie: zaburzeń eksternalizacyjnych i internalizacyjnych (jak proponuje autor narzędzia), jak również w kategorie nozologiczne, odnoszące się do zaburzeń psychicznych (oś I w DSM-IV), takich jak ADHD czy zaburzenia lękowe (Beiderman 1992), lub zaburzeń osobowości (oś II DSM-IV) (Kernberg i in. 2000). 57% itemów kwestionariusza CBCL odnosi się do zachowań typowych dla nieprawidłowej ścieżki rozwoju osobowości, rozumianych jako zachowania spełniające kryteria Zaburzeń osobowości. Można wyodrębnić itemy charakterystyczne dla poszczególnych zaburzeń osobowości i odzwierciedlające poszczególne symptomy ZO zgodnie z opisem w literaturze i prezentacją w DSM (Kernberg i in. 2002).

Wyniki badań

Porównanie wyników średnich dotyczących symptomów zaburzeń osobowości wskazuje na istnienie znaczących różnic pomiędzy grupą kliniczną a grupą kontrolną w zakresie symptomów zaburzeń osobowości typu antyspołeczna, narcystyczna, borderline i schizoidalna.

Tabela 1. Porównanie wyników średnich dotyczących symptomów zaburzeń osobowości w badanych grupach

Grupa		Symptomy nieprawidłowego rozwoju osobowości w kierunku osobowości							
		antyspo- łecznej	narcy- stycznej	borderline	histrionicz- nej	parano- idalnej	schizoidal- nej	unikowej	zależnej
Kli- niczna	M	12,91*	4,28*	11,50*	1,94	2,81	3,91*	2,69	4,47
	SD	4,7888	2,413	4,040	1,105	1,847	1,748	1,533	2,140
Kon- trolna	M	4,18*	2,45*	6,70*	1,64	3,00	2,00*	2,39	4,70
	SD	3,235	1,769	4,538	1,025	1,732	1,601	1,580	1,895
T (df)		8,632(63)	3,488(63)	4,502(63)	1,139(63)	-,419(63)	4,588(63)	,760(63)	-,455(63)
Istotność		,000 *	,001*	,000 *	,259	,677	,000 *	,450	,650

Różnice między symptomami zaburzeń osobowości z uwzględnieniem płci osób badanych wskazują tylko na istotne wyniki w zakresie symptomów zaburzeń osobowości typu antyspołecznego ($t = 2,91$; $p = ,005$).

Wyniki porównań doznawanej przemocy w badanych grupach wskazują na wystąpienie istotnych statystycznie różnic w odniesieniu do wszystkich form przemocy (tab. 2).

Tabela 2. Porównanie wyników średnich dotyczących doświadczanej przemocy w badanych grupach

		t	df	Istotność (dwustronna)	Różnica średnich	Błąd standardowy różnicy	95% przedział ufności dla różnicy średnich		Odchylenie standardowe
							dolna granica	górną granicę	
Przemoc fizyczna	założono różnicę wariancji	6,97	63	,000	3,65	0,52	2,6	4,7	2,286
Przemoc psychiczna	założono różnicę wariancji	3,6	63	,000	0,9	242	0,39	1,35	1,933
Przemoc seksualna	założono różnicę wariancji	4,89	63	,001	2,54	0,52	1,5	3,58	,931
zaniedbanie	założono różnicę wariancji	6,02	63	,001	1.03	0,17	0,69	1,38	1,014

Różnice między rodzajami doświadczanej przemocy z uwzględnieniem płci osób badanych wskazują tylko na istotne wyniki w zakresie przemocy fizycznej ($t = 2,84$; $p = ,005$). Oznacza to, że badani płci męskiej i żeńskiej pozostałe formy przemocy doznawali w podobnym stopniu.

Wyniki badań potwierdzają założenie dotyczące powiązania wiktymizacji w okresie dzieciństwa i adolescencji a wczesnymi symptomami nieprawidłowego rozwoju osobowości. Z wyników zaprezentowanych w tabeli 3 wynika, że najsilniejsza korelacja występuje pomiędzy ogólną wiktymizacją a symptomami osobowości typu borderline ($R = 0,63$; $p < 0,01$), antyspołecznej ($R = 0,62$; $p > 0,01$), schizoidalnej ($R = 0,61$; $p > 0,01$) i narcystycznej ($r = 0,54$; $p < 0,01$). Korelacje te są wysokie i wskazują na znaczący związek doznawanej przemocy w rozwoju z symptomami nieprawidłowego rozwoju osobowości.

Tabela 3. Korelacja r-Pearsona pomiędzy ogólnym poziomem wiktylizacji a symptomami zaburzeń osobowości

	Symptomy nieprawidłowego rozwoju osobowości w kierunku osobowości							
	anty- społecznej	narcy- stycznej	border- line	histro- nicznej	parano- idalnej	schizo- idalnej	unikowej	zależnej
Wszystkie rodzaje przemocy	,616**	,537**	,627**	,368**	0,90	,614**	0,89	-,035
Istotność	,000	,000	,000	,003	,478	,000	,482	,784

Analizy korelacyjne dotyczące związków różnych form doznawanej przemocy z symptomami zaburzeń osobowości wskazują, że w przypadku osobowości borderline i antyspołecznej każdy rodzaj doznawanej przemocy ma związek z nieprawidłowym rozwojem osobowości u adolescentów, natomiast w przypadku zaburzeń osobowości typu narcystycznego, histronicznego i schizoidalnego związek ten istnieje w odniesieniu do przemocy fizycznej, psychicznej i seksualnej (por. tab. 4). W odniesieniu do pozostałych typów zaburzeń osobowości korelacji nie ma.

Tabela 4. Korelacje pomiędzy symptomami zaburzeń osobowości a rodzajami doznawanej przemocy

Symptomy osobowości		Przemoc fizyczna	Przemoc psychiczna	Przemoc seksualna	Zaniedbanie
Antyspołecznej	korelacja Pearsona	,617 **	,457**	,480**	,447**
	istotność	,000	,000	,000	,000
Narcystycznej	korelacja Pearsona	,483**	,511**	,526**	,128
	istotność	,000	,000	,000	0,308
Borderline	korelacja Pearsona	,593**	,588**	,472**	,468**
	istotność	,000	,000	,000	,000
Histronicznej	korelacja Pearsona	,312*	,282*	,417**	,075
	istotność	,011	,023	,001	,107
Paranoidalnej	korelacja Pearsona	,069	,226	,010	,107
	istotność	,585	,070	,939	,395
Schizoidalnej	korelacja Pearsona	,580**	,614**	,452**	,419**
	istotność	,000	,000	,000	,001

Symptomy osobowości		Przemoc fizyczna	Przemoc psychiczna	Przemoc seksualna	Zaniedbanie
Unikowej	korelacja Pearsona	,030	,222	,084	,023
	istotność	,813	,076	,504	,854
Zależnej	korelacja Pearsona	-,052	,173	-,014	-,251
	istotność	,679	,167	,912	,044

Dyskusja wyników

Uzyskane rezultaty badań pozwoliły na wskazanie związków różnych form doświadczanej przemocy z symptomami zaburzeń osobowości, przy czym w przypadku symptomów zaburzeń osobowości *borderline* i antyspołecznej stwierdzono zależność z każdym rodzajem doświadczanej przemocy. Analizując literaturę przedmiotu należy zauważyć, że istnieją specyficzne typy i kombinacje nadużyć (emocjonalnych, fizycznych, seksualnych) oraz zaniedbań (emocjonalnych, fizycznych, brak opieki), które mogą być związane ze specyficznymi cechami osobowości (Soroko 2014). W szczególności dla rozwoju zaburzeń osobowości *borderline* charakterystyczna jest zależność z licznymi formami doświadczanej przemocy, tj. nadużyciami emocjonalnymi, nadużyciami seksualnymi, nadużyciem fizycznym, maltretowaniem, zaniedbaniem emocjonalnym, zaniedbaniem fizycznym oraz brakiem opieki (Johnson i in. 2005). Jak podkreślają Cierpiąłkowska i Soroko (2014), badania nad interakcjami czynników biologicznych z psychospołecznymi w etiologii zaburzenia osobowości *borderline* pokazują, że postrzegany poziom więzi rodzicielskiej, doświadczenia traumatyczne oraz funkcjonowanie społeczne rodziny modyfikują genetyczną i środowiskową zmienność leżącą u podłoża emocjonalnej niestabilności, czyli cechy kluczowej dla zaburzenia osobowości *borderline*. Z kolei Benjamin wymienia trzy czynniki rozwoju osobowości z pogranicza: 1) chaos rodzinny; 2) traumatyczne opuszczenie; 3) kontrola popędów konstruktywnych. I tak, chaos rodzinny, na który składają się m.in. takie zdarzenia, jak: kłótnie, romanse, niewierność, próby samobójcze, morderstwa czy pobyty w więzieniu stają się wydarzeniem, które tworzy w rodzinie atmosferę dramatu i chronią przed nudą. Natomiast labilność rodziny, ciągłe zmiany konfiguracji i spójności odpowiadają za intensywność i zmienność emocji, jaką dziecko obserwuje u osoby dorosłej. Często dzieci wywodzące się z takich rodzin pozostawiane są same sobie, bez odpowiedniej ochrony. Na dodatek trudno im przewidzieć, kiedy opiekun do nich powróci, a ponadto ukryty przekaz jaki otrzymują brzmi: „opuszciliśmy cię, bo jesteś niedobry (a)”. Zwraca się także uwagę, że wiele z osób z diagnozą zaburzeń osobowości *borderline* w dzieciństwie było molestowanych seksualnie (Millon, Davis 2005).

Jak podają Millon i Davis (2005), powołując się na badania innych autorów, zwracają uwagę, że dziecko, które było wielokrotnie molestowane seksualnie nie potrafi się z nikim związać w sposób dla siebie bezpieczny i satysfakcjonujący. Nabiera przekonania, że inni są „groźni i zależy im jedynie na zaspokojeniu własnych potrzeb”. W aspekcie tym zostały także podkreślone różnice płciowe, wskazujące na przewagę kobiet, jako częściej otrzymujących diagnozę tego zaburzenia. Przyjmuje się, że doświadczenia kazirodcze w dzieciństwie i okresie dorastania, w tym przeżycia wiktylizacja przez ojca czy męskiego członka rodziny, przekłada się na nie tylko na zaburzenia w rozwoju seksualnym, ale także zaburzenia osobowości. Z kolei kontrola popędów konstruktywnych, które mogłyby pomóc w uniknięciu rozwoju negatywnych mechanizmów radzenia sobie z traumą, rodzina nie wspiera, uważając za coś złego. Dlatego też w każdej sytuacji, w której dziecko mogłoby nabrać przekonania, że jest kimś wyjątkowym, spotyka się z poniżającą je karą.

W przypadku antyspołecznych zaburzeń osobowości podkreśla się, że dzieci najczęściej doświadczają następujących rodzajów traum: zaniedbanie, obojętność, wrogość oraz przemoc fizyczna. Dzieci te dochodzą do przekonania, że świat jest zimnym miejscem, gdzie nie ma przebaczenia. Brak wzorców empatycznej czułości powoduje, że nie nabywają one umiejętności związanych z wrażliwością na stany emocjonalne innych osób, co z kolei determinuje rozwój trwałej urazy i brak gotowości do zastanowienia się nad konsekwencjami własnego postępowania. Taki sposób funkcjonowania jest dodatkowo wspierany przez wykształcenie przekonania, że zastraszanie innych i przemoc można używać w sposób instrumentalny w celu wymuszenia oczekiwanych zachowań, a rodzic korzystający z przemocy staje się wzorcem jej stosowania. Co więcej, dzieci, które są świadkami przemocy ze strony np. jednego rodzica wobec drugiego, czy to werbalnej, czy fizycznej, doprowadzającej go do uległości, powielają taki wzorec zachowania w późniejszych relacjach z innymi ludźmi.

Ponadto brak kontroli rodzicielskiej powoduje, że nie uczą się one odpowiedniej kontroli nad własną agresją (Millon, Davis 2005; Pastwa-Wojciechowska 2014; Pastwa-Wojciechowska, Izdebska 2016). Natomiast psychopatia w niektórych teoriach klinicznych łączona jest z narcyzmem w kontekście interpersonalnych relacji i funkcjonowania obronnego (tj. zarówno osoby narcystyczne, jak i psychopaci wykorzystują i kierują agresję wobec innych osób w celu regulacji wewnętrznego poczucia słabości). Z kolei inne badania sugerują, że rozwój psychopatii jest wynikiem ekspozycji na traumę, czyli wysokim nasileniem traumy związanej ze zdradą (opuszczeniem) (Benjamin 2003; Clarkin i in. 2006; Gobin i in. 2015).

Przeprowadzone wyniki badań dowiodły, że w przypadku zaburzeń osobowości typu narcystycznego, histrionicznego i schizoidalnego związek ten istnieje w odniesieniu do przemocy fizycznej, psychicznej i seksualnej. Zgodnie z danymi opublikowanymi przez Jonson i współpracowników (2005), istnieje zależność pomiędzy podwyższonym ryzykiem rozwoju zaburzeń osobowości narcystycznej a takimi rodzajami przemocy, jak nadużycie emocjonalne, zaniedbanie emocjonalne

i zaniedbanie fizyczne. Millon i Davis (2005) zaznaczają, że poczucie wielkości i omnipotencji jest formą obrony kruchego obrazu ja. Poczucie wyższości każe im wierzyć, że nie spotkają ich nieszczęścia innych ludzi, które zdarzają się ludziom mniej znaczącym niż oni. Dlatego zdarzenia traumatyczne podważają założenia, jakie posiadają na swój temat. Odwołując się do etiologii tego zaburzenia, w literaturze przedmiotu wskazuje się, że najczęstszy rodzaj doznawanych przez nie traum to przecenianie dziecka przez rodzica, nadmierne wymagania oraz utrata łaski. Zdaniem Kernberga środowisko rodzinne odgrywa ogromną rolę w zapoczątkowaniu rozwoju fantazji wielkościowych. Rodzice często są osobami zimnymi i obojętnymi oraz wysyłającymi komunikaty o dużym ładunku złośliwości i agresji, co z kolei wpływa na obraz siebie dziecka i przyczynia się do rozwoju patologicznych sposobów regulacji samooceny. Jak zatem można zauważyć, najczęściej akcentowanymi elementami doznawanej przemocy jest przemoc emocjonalna i fizyczna, natomiast nie jest akcentowana przemoc seksualna.

W przypadku histrionicznych zaburzeń osobowości, rodzice rzadko karzą lub krytykują osobę, u której one się rozwijają. Natomiast wzmacniają jedynie zachowania przez siebie aprobowane, co na dodatek czynią w sposób niekonsekwentny. Ponieważ nic nie wywołuje stałej reakcji rodziców, dzieci, którym zależy na ich uwadze, doświadczają frustracji, przerysowują zachowania zgodne ze stereotypem własnej płci, aby zapewnić sobie uznanie i miłość z ich strony. W miarę upływu czasu przekonują się, że tylko karykaturalne zachowania stwarzają im szansę na bycie dostrzeżonym przez rodzica i uzyskanie jego aprobaty. Takie dzieci wchodzą w okres dorastania z nienasyconym pragnieniem uwagi i miłości, odkrywając przy okazji, że wykorzystując własną seksualność, szybko stają się obiektami stałego zainteresowania o charakterze seksualnym. Stosowana przez nie seksualizacja jest formą kontrolowania osób, od których są zależne. Jak podkreślają Millon i Davis (2005) uwodzicielski czas przyszłej osoby histrionicznej często zapewnia władzę nad brutalnym ojcem (np. alkoholikiem), który zagraża matce i/lub rodzeństwu. Pragnienie bycia obiektem ojca, realizowane poprzez rozpoznawanie jego pragnień i dopasowywanie się do nich, prowadzi do wykształcenia fałszywego *self* i nieustannej pogoni za pozycją bycia upragnioną (Groth 2014). Podejmowane zachowania mają za zadanie ochronę rodziny i rozładowanie niebezpiecznej sytuacji poprzez ofiarowanie niewinnej zależności i innych czułych emocji w obliczu potencjalnej przemocy.

Bardziej skomplikowana jest wiedza w zakresie zależności pomiędzy rozwojem schizoidalnych zaburzeń osobowości a rodzajami doznawanej przemocy. Przede wszystkim podkreśla się wytworzenie słabej więzi między dzieckiem a rodzicami. W przypadku osób, u których w konsekwencji rozwijają się schizoidalne zaburzenia osobowości, rodzice czują się rozczarowani kontaktem z dzieckiem ze względu na jego słabą responsywność w stosunku do nich, co powoduje ich wycofanie się z kontaktu z nim. Rodzice ci pogrążeni są w poczuciu pustki i żalu z powodu braku reakcji na nich dziecka, zawężając zakres dostarczanych mu bodźców

i modeli społecznych. Relacje te będzie charakteryzował chłód oraz formalizm, co w rezultacie będzie sprowadzało się do intelektualizacji tych kontaktów połączonych z odcieniem emocjonalnym. W konsekwencji osoby, u których rozwijają się schizoidalne zaburzenia osobowości, tworzą się deficyty w zakresie kompetencji interpersonalnych. Inne dzieci mogą postrzegać przyszłe jednostki schizoidalne jako dziwaczne i bezlitośnie im dokuczać (Millon, Davis 2005). W historii osoby schizoidalnej dominuje motyw odrzucenia przez bliskie osoby z otoczenia – rodzinę i rówieśników, prowadzące do poczucia wyobcowania, odmienności i bycia gorszym od innych. W efekcie powstaje negatywny obraz samego siebie, w którym nadrzędną wartością staje się utrzymanie niezależności od innych ludzi, którzy są postrzegani jako wrody, nieprzydatni i kontrolujący. Należy także zwrócić uwagę, że doświadczenia traumatyczne, zwłaszcza takie jak traumy emocjonalne, fizyczne lub seksualne mogą być czynnikiem ryzyka rozwoju osobowości schizoidalnej (Marszał 2014). Osoby te izolując się od negatywnych doświadczeń, zamykają się w swoim świecie, czując się bezpiecznie z sobą samym.

Uzyskane wyniki badań wskazują na różnice międzypłciowe dotyczące występowania zaburzeń osobowości tylko w odniesieniu do antyspołecznych ZO. Wyniki te pokrywają się z innymi wynikami badań. Potwierdziło się zwiększone rozpowszechnienie antyspołecznych zaburzeń osobowości w populacji młodych mężczyzn (Patterson 1986; Dishion i in. 1995). Niektóre wyniki badań pokazują, że obie płcie są podobnie narażone na wystąpienie zaburzenia osobowości z pogranicza, inne, że cierpi więcej dziewcząt niż chłopców (por. Cierpiałkowska, Grzegorzewska 2023).

Przedstawione badania mają swoje ograniczenia. Dotyczą one przed wszystkim liczebności grup badanych. Z tego względu uzyskane wyniki należy traktować jako pewną tendencję i nie można ich generalizować na populację. Jednak ze względu na ważność problemu, a przede wszystkim na coraz częstsze doniesienia klinicystów o nieprawidłowościach w rozwoju osobowości u młodych osób, są to ważne dane, i co najważniejsze, są zgodne z danymi z literatury przedmiotu. Stanowią początek projektu badawczego i będą kontynuowane.

Abstract: Experiencing violence and abnormal personality development in adolescents

In the literature on the subject and in clinical practice, the issue of personality disorders in children and adolescents appears more and more often, which so far has been discussed only in the context of adults, possibly recognizing their early symptoms in late adolescence. Studies show that behavioural patterns and developmental paths, manifesting themselves at different times and in different situations, can be symptoms of abnormal personality development. One of the most important sources of abnormal personality development is seen in victimization experiences. The aim of the study was therefore to establish the relationship between the experience of trauma and the symptoms of abnormal personality development in

adolescence. The study involved 65 people aged 15–18 years (28 boys and 37 girls) in two study groups: (1) a clinical group – people at risk of maladjustment and socially maladjusted and (2) a control group – randomly selected high school students. The Juvenile Victimization Questionnaire (JVQ) (Hamby, Finkelhor, Turner, Kracke, 2011) was used in the Polish adaptation (Makaruk, Włodarczyk, Wojcik, 2013) and the CBCL (The Child Behavior Checklist; Achenbach & Rescorla) in the Polish adaptation by T. Wolańczyk (2001). As a result of the conducted research, it has been shown that there are significant differences between the clinical group and the control group in terms of symptoms of antisocial, narcissistic, borderline and schizoid personality disorders. On the other hand, the differences between the symptoms of personality disorders taking into account the gender of the respondents indicate only significant results in terms of symptoms of antisocial personality disorders. The obtained results allow to confirm the existing dependencies in the literature on the subject, indicating at the same time the need for differentiated impact depending on gender, type of disorder and trauma or traumas suffered.

Key words: personality disorders, trauma, children and adolescences.

Bibliografia

- [1] Achenbach T. M., Rescorla L. A., 2001, *Manual for the ASEBA School-Age Forms and Profiles*, VT: University of Vermont Research Center for Children, Youth, & Families, Burlington.
- [2] Adshead G., Brodrick P., Preston J., Deshpande M., 2012, *Zaburzenia osobowości u osób w okresie dojrzewania*, „Advances in Psychiatric Treatment”, 18, 109–118.
- [3] Biederman J., Lapeyk F. V., 1992, *Comorbidity of diagnosis in attention deficit hyperactive disorder*, [w:] *Child and Adolescents psychiatric clinics of north America: Attention deficit hiperactivity disorder*, (red.) Weiss, 335–360.
- [4] Bleiberg E., 2004, *Treating personality disorders In children and adolescents. A relational approach*, Guilford Press, New York–London.
- [5] Chanen A. M., 2015, *Borderline Personality Disorder in Young People: Are We There Yet?*, „Journal of Clinical Psychology”, 71, 778–791.
- [6] Cierpiąłowska L., Grzegorzewska I., 2023, *Zaburzenie osobowości borderline u młodzieży. Diagnoza, terapia, profilaktyka*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.
- [7] Cierpiąłowska L., Soroko E., 2014, *Zaburzenia osobowości. Problemy diagnozy klinicznej*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Poznań.
- [8] Cicchetti D., Cohen D. J., 1995, *Perspectives on developmental psychopathology*, [w:] *Developmental psychopathology*, (red.) D. Cicchetti, D. J. Cohen, Vol. 1: *Theory and methods*, John Wiley & Sons.
- [9] Cicchetti D., Rogosch F. A., 1997, *The Role of Self-Organisation in the Promotion of Resilience in Maltreated Children*, „Developmental Psychopathology”, 9, 797–815.
- [10] Cicchetti D., Toth S. L., 1995, *A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect*, „Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry”, 34 (5), 541–565.
- [11] Clarkin J. F., Yeomans F. E. (red.), Kernberg O. F., 2006, *Psychotherapy for borderline personality: Focusing on object relations*, American Psychiatric Publishing, Inc.

- [12] Danieli Y (red.), 1998, *International handbook of multigenerational legacies of trauma*, Springer Science, Business Media, LLC, New York.
- [13] Dishion T. J., Andrews D.W., Crosby L., 1995, *Antisocial boys and their friends in early adolescence: relationship characteristics, quality, and interactional process*, „Child Development”, 66 (1), 139–151.
- [14] Dowgwillo E. A., Dawood S., Pincus A. L., 2016, *The dark side of narcissism*, [w:] *The dark side of personality: Science and practice in social, personality, and clinical psychology*, (red.) V. Zeigler-Hill, D. K. Marcus, American Psychological Association.
- [15] Dragan M., Hardt J., 2009, *Negatywne doświadczenia z okresu dzieciństwa i zapobieganie ich skutkom*, [w:] *Konsekwencje psychiczne traumy. Uwarunkowania i terapia*, (red.) J. Strelau, G. Zawadzki, K. Kaczmarek, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.
- [16] Fonagy P., Target M., 1997, *Attachment and reflective function: Their role in self-organization*, „Development and Psychopathology”, 9 (4), 679–700.
- [17] Gobin R. L., Reddy M. K., Zlotnick C., Johnson J. E., 2015, *Lifetime trauma victimization and PTSD in relation to psychopathy and antisocial personality disorder in a sample of incarcerated women and men*, „International Journal of Prisoner Health”, 11, 2, 64–74.
- [18] Groth J., 2014, *Histrioniczne zaburzenia osobowości*, [w:] *Zaburzenia osobowości. Problemy diagnozy klinicznej*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Poznań.
- [19] Grzegorzewska I., Frączek A., Pastwa-Wojciechowska B., 2020, *Zaburzenia osobowości – symptomy obserwowane w okresie dzieciństwa i adolescencji*, [w:] *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży*, (red.) I. Grzegorzewska, L. Cierpiałkowska, A. Borkowska, , Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- [20] Guilé J. M., Boissel L., Alaux-Cantin S., de La Rivière S. G., 2018, *Borderline personality disorder in adolescents: prevalence, diagnosis, and treatment strategies*, „Adolescent Health Medicine and Therapeutics”, 23, 9 : 199–210.
- [21] Gunderson J. G., Daversa M. T., Grilo C. M., McGlashan T. H., Zanarini M. C., Shea M. T., Skodol A. E., Yen S., Sanislow C. A., Bender D. S., Dyck I., Morey L., Stout R. L., 2006, *Predictors of 2-year outcome for patients with borderline personality disorder*, „The American Journal of Psychiatry”, 163, 822–826.
- [22] Helios J., Jedlecka W., 2017, *Diagnoza i ochrona dziecka z traumą rozwojową w polskim systemie oświatowym*, „Problemy Wczesnej Edukacji”, 3, 38, 73–81.
- [23] Hong P., Lishner D., Ilardi S., 2011, *The Aftermath of Trauma: The Impact of Perceived and Anticipated Invalidation of Childhood Sexual Abuse on Borderline Symptomatology*, „Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy”, 3 (4), 360–368.
- [24] Jakubik A., 1997, *Zaburzenia osobowości*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- [25] Johnson J. G., Bromley E., McGeoch P. G., 2005, *Role of childhood experiences in the development of maladaptive personality traits*, [w:] *Textbook of personality disorders*, (red.) J. M. Oldham, A. E. Skodol, D. S. Bender, American Psychiatric Publishing.
- [26] Kaehler L. A., Babcock R., DePrince A. P., Freyd J. J., 2013, *Betrayal trauma*, [w:] *Treating complex traumatic stress disorders in children and adolescents: Scientific foundations and therapeutic models*, (red.) J. D. Ford, C. A. Courtois, The Guilford Press.
- [27] Kernberg O. F., Caligor E., 2005, *A Psychoanalytic Theory of Personality Disorders*, [w:] *Major theories of personality disorder*, (red.) M. F. Lenzenweger, J. F. Clarkin, The Guilford Press.

- [28] Kernberg P. F., Weiner A. S., Bardenstein K. K., 2000, *Personality disorders in children and adolescents*, Basic Books, New York.
- [29] Koralewska-Samko J., 2019, *Funkcjonowanie społeczne dzieci w obliczu dysfunkcji w systemie rodzinnym*, [w:] *Od inspiracji ku przyszłości. Wybrane zagadnienia współczesnej edukacji*, (red.) K. Kuszak, R. Chęciński, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Poznań.
- [30] Makaruk K., Włodarczyk J., Wójcik S., 2013, *Metodologia Ogólnopolskiej diagnozy problemu przemocy wobec dzieci*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria. Badania. Praktyka”, 12 (3), 21–29.
- [31] Miller A. L., Muehlenkamp J. J., Jacobson C. M., 2008, *Fact or fiction: diagnosing borderline personality disorder in adolescents*, „Clinical Psychology Review”, 28 (6), 969–981.
- [32] Millon T., Davis R., 2005, *Zaburzenia osobowości we współczesnym świecie*, Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa.
- [33] Normandin L., Ensink K., Kernberg O. F., 2015, *Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Adolescents: A Neurobiologically Informed Psychodynamic Psychotherapy*, „Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy”, 14, 1, 98–110.
- [34] Pastwa-Wojciechowska B., 2014, *Psychopatyczne/antyspołeczne zaburzenia osobowości*, [w:] *Zaburzenia osobowości. Problemy diagnozy klinicznej*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Poznań.
- [35] Pastwa-Wojciechowska B., Izdebska A., 2016, *Zdarzenia traumatyczne w okresie dzieciństwa a rozwój osobowości psychopatycznej u osób skazanych*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria. Badania. Praktyka”, 15, 2, 73–93.
- [36] Pastwa-Wojciechowska B., Koralewska-Samko J., Lammek M., 2021, *Resilience and coping in difficult social situations among children from low socioeconomic families*, „Current Issues in Personality Psychology”, 9 (4), 299–305.
- [37] Patterson G. R., 1986, *Performance models for antisocial boys*, „American Psychologist”, 41 (4), 432–444.
- [38] Riggs P. D., Mikulich-Gilbertson S. K., Davies R. D., Lohman M., Klein C., Stover S. K. A., 2007, *Randomized controlled trial of fluoxetine and cognitive behavioral therapy in adolescents with major depression, behavior problems, and substance use disorders*, „Archives of Pediatric and Adolescent Medicine”, 161, 1026–1034.
- [39] Rutter M., 1987, *Psychosocial resilience and protective mechanisms*, *American Journal of Orthopsychiatry*, 57 (3), 316–331.
- [40] Sharp C., Tackett J. L., 2014, *Handbook of personality disorder in children and adolescence*, Springer Science & Business.
- [41] Schneider-Rosen K., Cicchetti D., 1991, *Early self-knowledge and emotional development: Visual self-recognition and affective reactions to mirror self-images in maltreated and non-maltreated toddlers*, „Developmental Psychology”, 27 (3), 471–478.
- [42] Siegel D. J., Bryson T. P., 2020, *Potęga obecności. Jak obecność rodziców wpływa na to, kim stają się nasze dzieci, i kształtuje rozwój ich mózgów*, Grupa Wydawnicza Mamania, Warszawa.
- [43] Swart S., Wildschut M., Draijer N., Langeland W., Smit J. H., 2017, *The clinical course of trauma-related disorders and personality disorders: Study protocol of two-year follow-up based on structured interviews*, „BMC Psychiatry”, 17, Article 173.
- [44] Soroko E., 2014, *Integracyjne modele w diagnozie zaburzeń osobowości*, [w:] *Zaburzenia osobowości. Problemy diagnozy klinicznej*, (red.) L. Cierpiąłkowska, E. Soroko, Wydawnictwo Uniwersytetu Adama Mickiewicza w Poznaniu, Poznań.

- [45] Sroufe L. A., 1997, *Psychopathology as an outcome of development*, „Development and Psychopathology”, 9 (2), 251–268.
- [46] Wolańczyk T., 2002, Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci i młodzieży szkolnej w Polsce, rozprawa habilitacyjna, Akademia Medyczna w Warszawie
- [47] Yeomans F. E., Clarkin J. F., Kernberg O. F., 2015, *Psychoterapia skoncentrowana na przeniesieniu w leczeniu zaburzeń osobowości borderline. Podręcznik kliniczny*, Polskie Towarzystwo Psychoterapii Psychodynamicznej/American Psychiatric Association Publishing, Kraków.
- [48] Zanarini M. C., Williams A. A., Lewis R. E., Reich R. B., Vera S. C., Marino M. F., Levin A., Yong L., Frankenburg F. R., 1997, *Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder*, „American Journal of Psychiatry”, 154 (8), 1101–1106. DOI: 10.1176/ajp.154.8.1101.
- [49] Zdankiewicz-Ścigała E., 2017, *Aleksytymia i dysocjacja jako podstawowe czynniki zjawisk potraumatycznych*, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Uniwersytet SWPS, Warszawa.

Netografia

- [50] Adverse Childhood Experiences (ACEs) – CDC-Kaiser ACE Study: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/about.html>.
- [51] Hamby S., Finkelhor D., Turner H., Kracke K., 2011, *The Juvenile Victimization Questionnaire toolkit*, http://www.unh.edu/ccrc/jvq/index_new.html.