

Renata Biernat

PWSZ, Płock

Instytut Nauk Humanistycznych i Społecznych

Zakład Pedagogiki Resocjalizacyjnej, Profilaktyki Społecznej i Pracy Socjalnej

ZACHOWANIA DEWIACYJNE MŁODZIEŻY W KONTEKŚCIE DYSFUNKCJI I PATOLOGII ŻYCIA RODZINNEGO

Streszczenie

Patologia społeczna i dysfunkcje w zachowaniu dzieci i młodzieży są obecne w różnych grupach (rodziny, rówieśniczych, szkolnych i w środowisku lokalnym). W artykule podjęto próbę dokonania analizy wybranych elementów rodziny decydujących o jej dysfunkcyjności, w typ patologii. Wskazano następstwa tych czynników dla funkcjonowania dzieci, które, wychowując się w niekorzystnych dla ich rozwoju warunkach, cechuje większe prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń zachowania i socjalizacji.

Słowa kluczowe: rodzina, dziecko, dysfunkcyjność, patologia, przemoc, patologia seksualne, ubóstwo.

Rodzina jako zagrożenie dla prawidłowego przebiegu rozwoju człowieka

Kondycja rodziny nieustannie budzi szczególne zainteresowanie, bowiem przypisuje się jej istotną rolę wśród czynników warunkujących wszechstronny rozwój człowieka. Podkreśla się znaczenie rodziny dla jednostki i dla życia społecznego.

Literatura umożliwia analizowanie tego pojęcia w wieloraki sposób, biorąc pod uwagę m.in. jej aspekty biologiczne, prawne czy kulturowe. Autorzy prac socjologicznych, pedagogicznych i psychologicznych rozpatrują rodzinę jako środowisko wychowawcze, grupę bądź instytucję społeczną, system, subkulturę. Rodzina jest najstarszą grupą społeczną i występuje we wszystkich etapach rozwoju społeczeństwa. August Comte [za: Smołczyńska 2014, 68] pojmował rodzinę jako najważniejszą, podstawową grupę społeczną, na której opiera się całe społeczeństwo. W ujęciu W. Okonia „rodzina jest małą grupą społeczną, składającą się z rodziców, ich dzieci i krewnych, rodziców łączy więź społeczna, rodziców z dziećmi – więź rodzicielska, stanowiąca podstawę wychowania rodzinnego, jak również więź formalna, określająca obowiązki rodziców i dzieci względem siebie” [Okoń, 1996, 242]. Zdaniem F. Adamskiego [1982, s.74], sens rodziny jako instytucji społecznej sprowadza się do pełnienia przez nią podstawowych funkcji wobec społeczeństwa. Istotą rodziny rozważa się także w kategoriach wspólnoty. J. Maciaszkowa twierdzi, iż rodzina stanowi wspólnotę ogarniającą życie swych członków w sposób dość wielostronny, w której zaspokajane są potrzeby wszystkich jej członków [Maciaszkowa 1980, 9]. L. Dyczewski [1995, 23] określa rodzinę jako wspólnotę osób i jednocześnie instytucję. Rodzina pojmowana jest również w kategoriach systemu. Stanowi zatem złożoną, zintegrowaną całość, odznaczającą się zorganizowanymi wzorami wzajemnych interakcji. Rodzina, jako środowisko rozwoju każdej tworzącej ją jednostki, jednocześnie sama podlega zmianom pod wpływem rozwoju tych jednostek [Tyszkowa 1990, 16].

Rodzina zajmuje wysoką pozycję w hierarchii systemu wartości Polaków [Tyska 2003, 26]. Jednakże przeobrażenia dokonujące się w licznych płaszczyznach życia nie pozostały bez wpływu na jej funkcjonowanie. Rodzina działa prawidłowo wówczas, gdy wszyscy jej członkowie kooperują przy zaspokajaniu indywidualnych i wspólnych potrzeb, gdy w sposób należyty sprawowana jest władza rodzicielska przez rodziców. Rodzina, która pomyślnie rozwiązuje własne problemy, kierując się chęcią utrwalenia swojej wspólnoty i realizacji przypisanej jej funkcji¹ nazywana jest rodziną funkcjonalną. W takich warunkach rodzą się w niej silne więzi i formuje tożsamość [Brągiel 1996, 38].

Rodzina może jednak stanowić znaczące zagrożenie dla prawidłowego przebiegu rozwoju człowieka. Statystyki przestępczości, agresji, nietolerancji świadczą o uzasadnionej obawie, iż zachodzi wielowymiarowy proces dezintegracji negatywnej, atakujący coraz liczniejsze polskie rodziny [Minkiewicz 1995, 69]. Staje się ona miejscem przemocy i źródłem zaburzeń zachowania. Zjawiska te są obiektem licznych badań i dociekań naukowych, których wyniki potwierdzają bezpośredni wpływ środowiska rodzin dysfunkcyjnych na patologiczność zachowań, szczególnie młodych ludzi [Sakowicz 2006, 47].

Kozak [2007, 138] podkreśla, iż każde zaburzenie utrudniające rodzinie spełnienie jakiejś funkcji powoduje przejściową lub stałą dysfunkcyjność. Wówczas nosi ona znamiona rodziny zagrożonej, zdezorganizowanej, problemowej, dysfunkcjonalnej, niewydolnej wychowawczo, nawet patologicznej.

Pojęcie dysfunkcyjności rodziny² trzeba identyfikować z najszerszym rozumieniem nieprawidłowego jej funkcjonowania [Sakowicz 2006, 245]. Rodzina ma miano dysfunkcyjnej, gdy nie posiada wystarczających zasobów, by skutecznie pokonywać kryzysy, bądź nie jest w stanie należycie spełniać swoich funkcji. W sytuacji, gdy rodzina nie jest w stanie wypełnić przynajmniej jednej z podstawowych funkcji może dojść do zapoczątkowania procesu dysfunkcyjności, który może przebiegać zarówno na poziomie napięć, istotniejszych konfliktów, określonej deprivacji potrzeb, zaniedbań opiekuńczo-wychowawczych, jak i rozpadu, rozbicia oraz patologii zachowań [Syrek 1997, 17].

W ujęciu Kawuli dysfunkcyjność występuje w tych rodzinach, w których rodzice *„zamiast dziecko wspierać i ochraniać, ignorują je albo atakują za to, że takie właśnie jest. W efekcie tych działań dzieci rozwijają w sobie dysfunkcyjne cechy samozachowawcze, aby „nie zwariować”, zachowując wiarę w to, że rodzice zawsze mają rację. Przystosowują i przebudowują swój świat umysłowy, aby nie ulec niszczytelkiej sile wpajanego poczucia własnej bezwartościowości i wstydu płynącego z doznawanego poniżenia. Gdy dorosną, stają się same dysfunkcyjnymi rodzicami”* [Kawula 1999, 134]. Dysfunkcyjność może być przejściową lub dłuższą niewydolnością ogólnego funkcjonowania rodziny [Śledzia-

1 Przyjmując za Z. Tyszką, funkcje rodziny to „wyspecjalizowane oraz permanentne działania i współdziałania członków rodziny wynikające z bardziej lub mniej uświadomionych przez nich zadań, podejmowanych w ramach wyznaczonych przez obowiązujące normy i wzory, a prowadzące do określonych efektów głównych i pobocznych” (Z. Tyska, 1984, s.137-138).

2 Z socjologicznego punktu widzenia dysfunkcyjność rodziny to niemożność wypełniania przez nią wyznaczonych jej funkcji oraz zadań na rzecz rodziny oraz społeczeństwa. Przedmiotem poznania w ujęciu socjologicznym są determinanty i czynniki powodujące zaburzenia funkcjonowania i struktury rodziny. Natomiast w ujęciu psychologicznym szczególną uwagę zwraca się na relacje panujące między członkami rodziny oraz na ich potrzeby. Z dysfunkcyjnością rodziny mamy więc do czynienia wtedy, kiedy członkowie rodziny nie potrafią, nie chcą lub nie umieją zapewnić podstawowych potrzeb, w ramach funkcjonowania w rodzinie. W ujęciu psychologicznym dysfunkcyjna rodzina to taka, w której jednostka czuje się źle, niepewnie, a relacje panujące w systemie utrudniają, a niekiedy nawet uniemożliwiają jej samorozwój. Psycholodzy opisując zjawisko dysfunkcyjności dużo miejsca poświęcają skutkom, jakie za sobą niesie dana dysfunkcja dla poszczególnych członków rodziny, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci. Przedmiotem poznania psychologa są zatem mechanizmy uniemożliwiające prawidłowe interakcje między członkami rodziny, powodujące różnego rodzaju negatywne skutki dla jej funkcjonowania [Maciejewska, Bury 2008].

nowski, 1997; za: Porąbaniec 2011, 85)], jej członkowie w sposób szczególnie przeżywają kryzys [Sakowicz 2006, 245], znieważają prawa osobowe [Brandon 1996, 19].

Termin „patologia rodziny” bywa stosowany zamiennie z terminami dysfunkcjonalność rodziny” czy „niewydolność wychowawcza” [Kudlińska, Szymczyk 2012, 28]. Pomimo, że w przypadku wielu rodzin ich dysfunkcjonalność jest bez wątpienia równa patologii społecznej, to synonimiczne traktowanie obu terminów na gruncie nauk społecznych wydaje się nieuprawnione. Patologia społeczna odnosi się do skrajnie nieprawidłowego funkcjonowania systemu rodzinnego, w związku z czym nie obejmuje swoim znaczeniem wielu dysfunkcyjnych przypadków [Sakowicz 2006, 245]. Zgodnie z ujęciem Pilcha, patologie życia rodzinnego to zjawiska społeczne, które dotyczą rodzinę i przejawiają się brakiem zgodności z określonymi wzorami zachowań obowiązującymi w danej społeczności [Pilch 2005, 272]. Patologia rodziny to skrajna forma jej ogólnej dysfunkcjonalności [Sakowicz 1999, 58]. Podczas gdy w rodzinie dysfunkcyjnej niektóre tylko elementy działalności wychowawczej odbiegają od poziomu rodziny normalnej³, nie naruszając trwale jej zdolności wychowawczych, w rodzinie uważanej za patologiczną następuje trwały rozkład współżycia wewnątrz rodziny w zakresie większości pełnionych przez nią funkcji, prowadząc do zerwania więzi rodzicielskiej i małżeńskiej [Kawula 1998, 156-157]. Za patologiczną można uznać rodzinę nie będącą w stanie realizować właściwych jej zadań względem każdego z jej członków. Nie wyposaża ona dziecka w kompetencje niezbędne do samodzielnego dorosłego funkcjonowania. Nie przekazuje wzorcowych strategii pomocnych w radzeniu sobie ze stresem. Nie uczy elastycznego sposobu myślenia i kreatywnego rozwiązywania problemów. Rodziny patologiczne stanowią margines każdego społeczeństwa. Zalicza się do nich rodziny, których członkowie pozostają w stałej kolizji z prawem i moralnością (m.in. na skutek nagminnych kradzieży, rozbojów, prostytucji, uchylania się od uczciwej pracy, alkoholizmu). Każdy rodzaj patologii występującej w rodzinie zakłóca w istotny sposób jej funkcjonalność [Słomczyńska 2014, 74].

Z kolei niewydolność wychowawcza (także łączona ze zjawiskiem dysfunkcjonalności rodziny) określana jest jako negatywna postawa rodzicielska, na którą, zdaniem Ziemskiej, składają się następujące zachowania: (1) odręczenie/nadmierny dystans uczuciowy, emocjonalne odrzucenie, (2) obojętność uczuciowa rodziców, (3) nadmierne chronienie, bezkrytyczne traktowanie dziecka, (4) nadmierne wymagania (Ziemska 1986, 190). Warto także wyjaśnić termin „zaniedbanie”. Oznacza ono „*ciągłe niezaspokajanie podstawowych potrzeb fizycznych i psychologicznych dziecka, które prowadzi do pogorszenia zdrowia i rozwoju dziecka (...) to również nieczułość na emocjonalne potrzeby dziecka*” (Tanner, Turney 2003, za: Kudlińska, Szymczyk 2012, 32). Natomiast dezintegracja rodziny dotyczy osłabienia więzi uczuciowej między członkami rodziny, utraty poczucia wspólnoty rodzinnej, wewnętrznego bezpieczeństwa, ładu i spokoju. W takich okolicznościach następuje upadek autorytetu rodziców (Cwer 2009, 155).

Wielu pedagogów i psychologów prezentuje rozmaite elementy środowiska rodzinnego, które zaburzają prawidłowy rozwój dzieci i młodzieży (Laurman-Jarząbek, 2005 za: Porąbaniec 2011, 85). Objawami dysfunkcji są zaburzenia komunikacji i struktur w rodzinie, które powodują problem w wypełnianiu przez członków rodziny swych funkcji wystarczająco dobrze (de Barbaro 1999, 45–47). Zaburzenia te wpływają na nieprawidłowe kształtowanie się obrazu własnej osoby i poczucia wartości jej członków. Dzieci w takich rodzinach często doświadczają wstydu, będącego skutkiem zaniedbywania ich przez rodziców. Rodzina dysfunkcyjna nie radzi sobie z kryzysami rozwojowymi, brakuje w niej poczucia bezpieczeństwa i jasnego określenia norm i wartości. Rodzice nie potrafią prawidłowo pełnić swojej władzy rodzicielskiej (Józefik 1999, 70–72). Dla rodziny dysfunkcyjnej charaktery-

3 S. Kawula wyróżnił pięć różnych kategorii rodzin: wzorowe, normalne, rodziny jeszcze wydolne, rodziny niewydolne wychowawczo, rodziny patologiczne [Kawula 1998].

styczne jest również zamknięcie i izolacja od świata zewnętrznego. Rodzina taka żyje w zamknięciu i braku wzajemnej pomocy. Dominującym zachowaniem jest koncentracja na sobie i ignorowanie lub nadopiekuńczość w stosunku do innych. Inną cechą jest sztywny podział ról i nieadekwatne widzenie świata oraz zachowań wobec niego i ludzi (Ryś 2003, 87–88). Bradshaw podkreśla występowanie w takiej rodzinie wysokiego poziomu niepokoju oraz wyraźny brak granic typowych dla każdego członka oraz rodziny jako całości (Bradshaw 1994, 91). Cechą charakterystyczną rodzin problemowych jest współwystępowanie w ich strukturach wielu niekorzystnych czynników, wśród których możemy wymienić: konflikty pomiędzy członkami rodziny; pozostawanie bez stałych źródeł utrzymania; zaburzenia i choroby psychiczne jednego lub obojga rodziców; złe warunki mieszkaniowe i niski standard życia; łamanie prawa, przestępczość; uprawianie prostytucji; nadużywanie alkoholu; narkomania; bezdomność; niezaradność życiowa rodziców; zaniedbania wychowawcze w stosunku do własnych dzieci oraz konfliktowość w stosunkach społecznych. „*Wszystkie one powodują nieodwracalne zmiany w psychice dziecka i potrzeba dużego wysiłku, by zniwelować ich skutki*” (Matyjas, 2003; za Porąbaniec 2011, 86). Przybyłka twierdzi, iż rodzina dysfunkcyjna nie wypełnia zadań socjalizacyjnych w stosunku do swych dzieci, przy czym patologia społecznych wartości oraz uznawanych norm i wzorów zachowań, realizowanych w rodzinie powoduje niedostosowanie społeczne młodego pokolenia (Przybyłka 1999; za: Nowak 2012, 156). Zdaniem Seweryńskiej objawami dysfunkcji w rodzinie są nieprawidłowości dotyczące sfery komunikacyjnej i strukturalnej, własnych granic oraz relacji między najbliższymi osobami (Seweryńska 2004, 11). Kawula dostrzega szereg trudnień spowodowanych nieprawidłowym funkcjonowaniem rodziny, które mogą dotyczyć: realizacji zadań wychowawczych i zaspokajania potrzeb dziecka, dążenia rodziny do niewykluczenia jej z określonego kręgu rodzinnego, przewyciężania kryzysów w małżeństwie (Kawula 2000, 132).

Rozpatrując specyficzne cechy osób w rodzinie dysfunkcyjnej można wymienić niezdolność do wyrażania uczuć i radości. Występuje tu skłonność do emocjonalnego i fizycznego znęcania się, sztywności zasad, perfekcjonizmu, zaniedbywania obowiązków. Rodzina dysfunkcyjna charakteryzuje się pewną regułą, która brzmi: „nie mów” – jest to wyraźny nakaz milczenia na temat tego, co dzieje się w rodzinie, „nie ufaj” – to nakaz, by nie ufać komukolwiek oraz „nie czuj” – to nakaz niewyrażania własnych uczuć. W rodzinie takiej tłumione są emocje, autentyczne uczucia nie są wyrażane, panuje atmosfera dystansu i chłodu uczuciowego (Seweryńska 2004, 13).

Kawula (2000, 153-154) zwraca uwagę, iż rodzina dysfunkcyjna przejawia niewłaściwe reakcje na wrodzone cechy dziecka, co może doprowadzić do deformacji jego rozwoju:

1. Dziecko nie ma świadomości własnej drogocенności, w związku z tym ma poczucie mniejszej wartości od pozostałych członków w rodzinie.
2. Dziecko, jako istota bezbronna, nie jest chronione przez rodziców, jest narażone na poniżenie i wykorzystywanie. Rodzice nie przekazują informacji, jak się ustrzec przed zagrożeniem.
3. Dziecku wypomina się jego niedoskonałość, charakterystyczne jest okazywanie lekceważenia.
4. Dziecko nie jest wdrażane do samodzielności, uczy się zależności od rodziców, którzy wyręczają je we wszystkich czynnościach.
5. Akceptowana jest niedojrzałość dziecka, co przejawia się przyzwoleniem rodziców na zachowania mniej dojrzałe niż stosowne do wieku lub odwrotnie- rodzice oczekują zachowań bardziej dojrzałych.

Wśród przyczyn dysfunkcyjności rodziny, Cudak [2011a, 9-10] upatruje dwie grupy czynników: (1) zjawiska makrostruktury społecznej (bezrobocie, kryzys gospodarczy państwa, atomizacja życia społecznego, niski poziom ekonomiczny społeczeństwa, konflikty

społeczne, niski poziom kultury pedagogicznej społeczeństwa, degradacja wartości społecznych, migracja ludności w społeczeństwie, wzrost tolerancji i dewaluacji norm społecznych, przenikanie wzorów zachowań, często niekorzystnych, z państw Europy Zachodniej i Stanów Zjednoczonych, (2) uwarunkowania tkwiące w środowisku rodzinnym (niewydolność opiekuńczo-wychowawcza rodziny, konflikty w rodzinie, alkoholizm jednego bądź obojga rodziców, uzależnienie narkotykowe u rodziców, niska kultura pedagogiczna rodziców, ubóstwo materialne rodziny, przestępczość rodziców, rozbitcie struktury rodzinnej, rozluźnienie, bądź brak więzi emocjonalnej w rodzinie, traumatyczna atmosfera życia domowego, negatywne postawy rodzicielskie i cechy osobowe rodziców).

Ponieważ dysfunkcjonalność rodziny może dotyczyć różnych zadań, zakresu i siły natężenia zaburzeń w realizacji własnych funkcji, wyróżnia się pewne rodzaje dysfunkcji rodziny: ekonomiczną, socjalizacyjną, wychowawczą, opiekuńczą czy emocjonalną [Cudak 2011a, 8]. Rozpatrując dysfunkcjonalność rodziny z punktu widzenia jej zakresu, wskazuje się zaburzenia całkowite oraz częściowe. W pierwszym przypadku rodzinę cechuje absolutna porażka dotycząca realizacji przez nią zadań i muszą ją zastąpić wyspecjalizowane rodziny lub instytucje. Z kolei dysfunkcjonalność częściowa ma miejsce wówczas, gdy rodzina nie potrafi prawidłowo spełniać niektórych zadań i funkcji, wymaga pomocy wyspecjalizowanych instytucji [Raczkowska 1999, 2].

Dysfunkcjonalność rodziny niekorzystnie wpływa na wszystkich jej członków, między którymi rodzą się napięcia i frustracje. Pogarszająca się atmosfera domowa pogłębia kryzys rodzinny oraz potęguje niewydolność wychowawczą. Dzieci, z uwagi na specyfikę wieku dziecięcego oraz okres dojrzewania są podatne, w dużo większym stopniu niż dorośli, na powstałe napięcia i frustracje [Nowak 2012, 158]. Głębokie deficyty rodzicielskie przekładają się na zjawisko dziedziczenia patologii, rozrost obszaru nieprzystosowania społecznego i przestępczości [Słomczyńska 2014, 74]. Zaburzone funkcjonowanie rodziny powoduje deficyty w rozwoju fizycznym i psychicznym dziecka [Szablewska 2012, 137].

Cudak określa dysfunkcje w zachowaniach dzieci i młodzieży jako „*negatywny układ postaw wobec jednostek, grup społecznych, społeczeństwa, przyjmowanie wartości i wzorów zachowań niezgodnych z uznawanymi w społeczeństwie skłaniające do aspołecznego postępowania jednostek wyrządzając szkodę i krzywdę innej osobie, grupie rówieśniczej czy rodzinie*”. Według autora nasilenie dysfunkcji wychowawczej czy patologii społecznej u dzieci i młodzieży może występować w postaci lekkiego stopnia zaburzeń w zachowaniach lub znacznego poziomu nasilenia patologii w zachowaniach społecznych [Cudak 2012, 17].

Wśród przejawów patologii i dewiacji społecznej w rodzinie wyróżnia się: przestępczość rodziców, alkoholizm, narkomanie, zaburzenia osobowościowe rodziców, rozbitcie rodziny, zaburzoną strukturę, osłabione bądź zerwane więzi emocjonalne w rodzinie, patologiczne zachowania rodziców wobec dziecka (zjawisko agresji i przemocy) [Izdebska 2000; za: Cudak 2011b, 143].

Przemoc jako jeden z najgroźniejszych i częstych przejawów patologii dotykających dzieci i młodzież

Przemoc należy rozumieć jako wszelkie formy działań lub zaniechań sprawcy wobec członków rodziny, które skutkują fizycznymi i psychicznymi zagrożeniami dla zdrowia i życia ofiary przemocy [Migała 2011, 14]. Obserwujemy ją z różnym nasileniem i jako formę wielopostaciową we wszystkich typach rodzin, bez względu na status społeczny i środowiskowy. Ofiarami przemocy najczęściej są kobiety, dzieci, osoby niepełnosprawne oraz ludzie starsi [Słomczyńska 2014, 71]. Agresja i przemoc występuje szczególnie w rodzinach, w których nadużywa się alkoholu i narkotyków (wówczas uzależniony członek rodziny przestaje panować nad swoimi negatywnymi reakcjami, nie przestrzega norm społecznych) oraz w rodzinach przestępczych [Świdarska 2008; za: Cudak, 2011a, 11].

Braġiel (1996, 47-48) do źródeł przemocy wobec dziecka zalicza:

- sadomasochistyczne skłonności osoby dopuszczającej się przemocy, jej słabą kontrolę emocji czy zaburzenia osobowości,
- konflikty między małżonkami, trudne warunki bytowe, alkoholizm, dzieci ze związków pozamałżeńskich, ich wiek, płeć,
- izolację rodziny, brak społecznego wsparcia,
- postawy społeczeństwa wobec dzieci i wobec przemocy.

Przemoc w rodzinie może obejmować pewne grupy zachowań:

- przemoc fizyczną (użycie siły fizycznej wobec dziecka oraz popychanie, rzucanie dzieckiem, kopanie, zmuszanie do prac fizycznych, wykręcanie rąk;
- przemoc emocjonalną (stosowanie szantażu emocjonalnego, wyzywanie dziecka, poniżanie, wypominanie, chłód emocjonalny);
- zaniedbanie opiekuńczo-wychowawcze dorosłych wobec dziecka, prowadzące do zaburzenia lub zniszczenia pozytywnego obrazu własnej osoby, a także trudności wychowawczych;
- przemoc seksualną osoby dorosłej (głównie członka rodziny), podejmującej zachowania seksualne w stosunku do dziecka [Cudak 2011b, 143-144].

Tego typu dysfunkcyjność rodziny przynosi szereg negatywnych konsekwencji w rozwoju dziecka. Narusza ona znacząco prawa i dobra osobiste ofiary. Powoduje cierpienie fizyczne i psychiczne, chęć odwetu, nienawiść, a także uniemożliwia prawidłowy rozwój dzieci. Bardzo często ofiara jest poniżana, a jej wartość jako człowieka zaniżana. Pojawia się także zmuszanie do bezwarunkowego spełniania poleceń i posłuszeństwa. Z czasem ofiara staje się całkowicie zniewolona, gdyż myśli o sobie jako o człowieku drugiej – gorszej kategorii, przeżywa lęk i bezsilność [Smoczyńska 2014, 74]. W rodzinie naznaczonej przemocą upublicznienie dziecka jest obwarowane koniecznością izolacji go od rówieśników i ich rodzin. Zorientowanie się dziecka, że jego rodzina funkcjonuje w sposób znacząco różny od innych potęguje chęć samoizolacji, która wzmacniana jest dodatkowo przez presję członków rodziny, aby chronić jej tajemnice. Ucieczka dziecka dokonana symbolicznie jest sposobem na nieodczuwanie, niezauważanie, niemówienie o przemocy [Oliwa-Ciesielska, 2011, 116]. Wychowanie w takich warunkach nadaje charakter relacjom interpersonalnym dziecka. Wielkim wyzwaniem staje się dla niego umiejętność życia w grupie czy nawiązywanie przyjaźni. Istnieje realne prawdopodobieństwo, iż dziecko krzywdzone, w przyszłości, będzie notowane przez organy ścigania z powodu karalnych wykroczeń typu: posiadanie i sięganie po używki, kradzieże, włamania czy związki z grupami podkulturowymi. Wśród społecznych skutków stosowania przemocy wobec dziecka w rodzinie, należy odnotować następujące zachowania: wrogie nastawienie wobec innych, nieufność, brak umiejętności interpersonalnych, brak umiejętności pokonywania trudności sytuacyjnych, brak umiejętności radzenia sobie z codziennymi sprawami i prostymi przeszkodami życiowymi, brak poszanowania dla autorytetów społecznych, często wyrażana drażliwość, złośliwość, krnąbrność oraz opór wobec obowiązujących zasad i norm. Tego typu manifestacjom towarzyszą dodatkowo ucieczki z domu oraz niszczenie przedmiotów i sprzętów [JanułaŃtys 2011, 78-79], w przyszłości stosowanie przemocy wobec innych [Winiarski 2001, 53]. Braġiel (1996, 80) zauważa, iż dzieci, wobec których stosuje się przemoc, charakteryzują się dodatkowo: zbytnią dojrzałością w stosunku do wieku, osłabieniem zdolności do radości z życia, brakiem gotowości do zabaw, niezdolnością do samokontroli, utrwaloną postawą unikania i wycofywania, brakiem poczucia humoru, wzmożoną czujnością [Braġiel 1996, 80].

Oliwa-Ciesielska [2011, 117] podkreśla różnice między dorosłymi a dziećmi doświadczającymi przemocy:

1. Dorosły poprzez trwałe urazy niszczy to, co zostało ukształtowane poprzez socjalizowane wcześniej wzory, normy i wartości. Dziecko doświadczające przemocy nie ma

ukształtowanych w pełni wzorów, norm i wartości, określa siebie poprzez przemoc, doświadczanie jej staje się jednym z elementów tworzących tożsamość.

2. Dorosły uczy się jak bronić się przed przemocą, dziecko – nie mając innego odniesienia – musi nauczyć się do niej zaadoptować. W patologicznym środowisku dziecko uczy się raczej braku reguł, nieprzewidywalności. Jednocześnie stara się ono wprowadzić w chaos rodzinny jakieś reguły, granice, zasady, które pozwoliłyby zrozumieć rzeczywistość i pogodzić to, co sprzeczne – odczuwaną miłość i nienawiść.

Naznaczone przemocą dzieciństwo nie pozwala na przygotowywanie się jednostki do dorosłości. Dorosłość jest zaburzona we wszystkich sferach życia. Dorosły maskuje braki, problemy, kryzysy. Nieustannie oczekuje potwierdzenia z zewnątrz własnej wartości. Jednostka postrzega siebie jak dziecko uzależnione od innych. Zaburzona przez przemoc dorosłość charakteryzują pewne cechy, np.: desperackie poszukiwanie kogoś, kto zaspokoi potrzebę opieki i troski, ciągły strach przed porzuceniem, wykorzystywaniem, poszukiwanie partnera, który będzie nieskazitelny, skłonność do poniżania siebie, ciągły strach przed zdradą, wyolbrzymianie zwykłych konfliktów interpersonalnych [Oliwa-Ciesielska 2011, 119].

Patologie seksualne w środowisku rodzinnym

Wykorzystywanie seksualne dzieci to aktywność seksualna z udziałem dziecka podjęta przez dorosłego, nastolatka lub starsze dziecko. Kiedy osoba dorosła podejmuje aktywność seksualną z udziałem dziecka – to mamy do czynienia z wykorzystywaniem seksualnym dziecka, które jest przestępstwem niezależnie od okoliczności. Wykorzystywanie seksualne dzieci odnosi się do zachowań z kontaktem fizycznym oraz do zachowań bez kontaktu fizycznego. Zachowania z kontaktem fizycznym obejmują: (1) dotykanie genitaliów dziecka w celu doznania seksualnej przyjemności, (2) zmuszanie dziecka do dotykania genitaliów innej osoby lub do seksualnych zabaw, (3) umieszczanie przedmiotów lub części ciała w sromie lub pochwie, w ustach albo w odbycie dziecka w celu uzyskania seksualnej przyjemności. Z kolei zachowania bez kontaktu fizycznego obejmują: (1) pokazywanie dziecku materiałów pornograficznych, (2) pokazywanie dziecku genitaliów innej osoby, (3) fotografowanie dziecka w seksualnych pozach, (4) zachęcanie dziecka do obserwowania lub słuchania aktów seksualnych, (5) przyglądanie się dziecku, kiedy się rozbiera lub korzysta z toalety, często bez jego wiedzy [Zmarzlik 2011, 55-56].

Poważnym problemem społecznym jest gwałt, rozumiany jako „*wymuszona siłą inwazja cielesna, wtargnięcie w prywatną, osobistą przestrzeń wewnętrzną bez uzyskania zgody, wtargnięcie w przestrzeń wewnętrzną przez jedną z kilku dróg i jedną z kilku metod, stanowiące celowe pogwałcenie emocjonalne, fizycznej i racjonalnej integralności i będące wrogim, degradującym aktem przemocy*” [Brownmiller 1975; za: Bębas 2011, 368].

W obliczu traumatycznych wydarzeń, do których zalicza się gwałt, dziecko staje się całkowicie bezradne. Próby poskładania zaburzonego świata dziecka, dokonywane w jego umyśle, powodują zaburzenia spostrzegania, ucieczkę w wymyślony świat oraz halucynacje [Oliwa-Ciesielska 2011, 116].

Pospiszyl wskazuje szereg symptomów świadczących o seksualnym wykorzystywaniu dziecka. Wśród przejawów fizycznych wyróżnia: ciężę, choroby weneryczne, krwawienia, brudzenie bielizny, bolesność w okolicy genitaliów, siniaki lub otarcia po wewnętrznej stronie ud. Do symptomów emocjonalnych i objawów w zachowaniu dziecka zalicza m.in.: częste lub szczególnie poruszanie spraw seksu w rozmowie lub zabawie, wciąganie młodszych dzieci w nietypową aktywność seksualną, przesadne unikanie mężczyzny, nadmierna masturbację, ucieczki z domu, niepowodzenia w nauce, młodzieńczą depresję, próby samobójcze. Autorka odnotowuje również inne, mniej specyficzne objawy: tłumiony płacz lub ciche popłakiwanie w ukryciu, niską samoocenę, obniżone poczucie własnej wartości, poczucie odrzucenia, opuszczenia, wycofanie, skłonność do izolacji. Ponadto wskazuje sze-

reg niekorzystnych konsekwencji dla społecznego funkcjonowania dziecka, m.in.: nieufność wobec innych, wrogość, wyuczoną bezradność, spadek poczucia kompetencji, drażliwość, złośliwość, brak dystansu wobec dorosłych, niezrozumiały, chroniczny lęk przed niektórymi osobami lub typami osób [Pospiszyl 2012, 254-255].

Wiele wniosków na podstawie wyników własnych badań zaprezentował Kiembłowski (2002, 108-110). Zebrał on dane od 1504 dorosłych kobiet i mężczyzn. Wśród nich były osoby, które w okresie dzieciństwa i adolescencji doznały przemocy seksualnej. Badacz stwierdził, iż:

1. Kobiety (jako ofiary przemocy) częściej, niż kobiety, które nie doznały wykorzystywania seksualnego, mają w życiu dorosłym problemy z odchudzaniem i przejadaniem się, piciem alkoholu. Wielokrotnie pojawiają się też u nich myśli samobójcze, a także podejmują one częściej próby samobójcze i samookaleczają się. Popelnianie wykroczeń, takich jak drobna kradzież w sklepie, prowadzenie samochodu pod wpływem alkoholu itp., jest u kobiet-ofiar przemocy seksualnej częstsze niż w przypadku kobiet, które nie doznały przemocy tego rodzaju.
2. Mężczyźni, którzy w dzieciństwie byli ofiarami przemocy wielokrotnie odchudzali się, podejmowali próby samobójcze i samookaleczali się, przyjmowali narkotyki oraz przyznawali się do popelniania drobnych wykroczeń.
3. Istnieje związek między doznaniem przemocy seksualnej a następującymi zachowaniami seksualnymi: masturbowanie się, podejmowanie kontaktów homoseksualnych, lekceważenie stosowania metod antykoncepcji, podejmowanie decyzji o kontaktach seksualnych analnych i oralnych, a także szybkie podejmowanie decyzji o podjęciu współżycia seksualnego. Dane te dotyczą tak mężczyzn, jak i kobiet. Wspomniane obserwacje świadczą o tym, że doznanie przemocy może mieć związek z większą otwartością na eksperymentowanie w sprawach seksu (podejmowanie zachowań rzadziej przejawianych, kontaktów homoseksualnych), częstsze zachowania autoerotyczne, a także większą pobłażliwość w stosowaniu antykoncepcji.
4. W przypadku mężczyzn można mówić o istnieniu związku między doznaniem przemocy seksualnej i stosowaniem przemocy seksualnej – przede wszystkim częstsze zaczepianie na ulicy kobiet z intencją nawiązania kontaktu seksualnego oraz próby wymuszenia groźbą stosunku seksualnego na skutek gróźb i dążenie do wykorzystywania upojenia alkoholowego rówieśniczek, by doprowadzić do kontaktów seksualnych. Pod względem wymienionych zachowań można mówić o tym, że występują one częściej u mężczyzn ofiar przemocy niż u rówieśników, którzy nie mają traumatycznych doświadczeń.
5. Szczególnie w przypadku kobiet podczas przemocy seksualnej dochodzi nawet do tak poważnych urazów, jak złamanie kończyny czy też poważnych konsekwencji zdrowotnych, jakie niesie za sobą zarażenie chorobą przenoszoną drogą płciową. Także ciąża, która jest wynikiem gwałtu, powoduje u ofiary przemocy dramatyczne zmiany w funkcjonowaniu psychicznym i somatycznym, których znaczenie rozciąga się często na całe życie.

Wśród długotrwałych szkodliwych konsekwencji u ofiar seksualnego wykorzystania w dorosłym życiu inni autorzy wymieniają najczęściej: zmniejszenie popędu seksualnego (42% kobiet), konflikty z partnerem (64%), lęk przed małżeństwem (40%) [Pospiszyl 2012, 255].

Carnes [za: S.Kozak 2007, 50] dowodzi, iż molestowanie i wykorzystywanie w dzieciństwie bardzo często skutkuje nałogiem, który nosi miano erotomani/seksoholizmu. Erotoman dąży do odbycia stosunku nie po to, by zyskać przyjemność, ale by rozładować „szarpiące” nim emocje. Wśród osobistych następstw patologicznego zaabsorbowania życiem seksualnym należy wskazać: poczucie winy i wstydu, obniżoną samoocenę, depresję oraz myśli samobójcze, zaburzenia orientacji seksualnej, urojenia. Z kolei skutki społeczne po-

wodują napięcia i destrukcje relacji interpersonalnych, krótkotrwałe kontakty z ludźmi, życie w sekrecie, brak przyjaciół, oddalenie od rodziny, zamknięcie w hermetycznym towarzystwie. Uzależnienie od seksu może mieć także konsekwencje natury ekonomicznej: zniszczenie kariery, aresztowanie z powodu dewiacyjnych zachowań seksualnych, utrata pracy lub spadek kreatywności i wydajności pracy spowodowany ciągłym fantazjowaniem seksualnym [Kozak 2007, 50].

Marshall i Barbaree [1990; za: Beisert 2011, 149] uważają, iż trudności doświadczane we wczesnym dzieciństwie, ze względu na niedostatki opieki rodzicielskiej, mogą być istotną przyczyną dokonywania w przyszłości przez mężczyzn przestępstw seksualnych. Doświadczenia te są wynikiem ukształtowanych przez dziecko wzorców przywiązania i postaw rodziców wobec niego, nabywanych w konkretnych warunkach społecznych. Wyniki innych badań [R.A. Knight i in. 1983; za: M. Beisert 2011, 152] wykazały, iż wrogość w środowisku domowym sprzyja popełnianiu przestępstwa gwałtu w przyszłości [R.A. Knight i in. 1983; za: M. Beisert 2011, 152].

Z kolei badania Langevina nad rodzicami gwałcieli udowodniły, że i matki, i ojcowie byli niedobrymi opiekunami, z którymi synowie się nie identyfikowali [R.Langevin i in. 1984; za: Beisert 2011, 152].

Wśród nadużyć seksualnych wyróżnić należy także kazirodztwo (łac.– incestum, incestus – występny, nieczysty; ang. – incest – kazirodztwo). To obcowanie seksualne z najbliższymi krewnymi w linii prostej (z ojcem, matką) oraz w linii bocznej (z bratem, siostrą) [Popularna Encyklopedia Powszechna, 2002, 265].

W Polsce zabrana się współżycia seksualnego z krewnymi w linii prostej i przysposobionymi. W wielu krajach stosunki kazirodcze należą do zachowań o najwyższym wskaźniku napiętnowania i potępienia.

Przyczyn zachowań kazirodczych można dopatrywać się w nieprawidłowej osobowości sprawcy, w istocie męskiego seksualizmu, w wadliwej socjalizacji chłopców oraz w zaburzonym systemie rodzinnym [Bębas 2011, 357].

Wśród czynników sprzyjających powstawaniu związków kazirodczych, wiodącą rolę odgrywają zaburzenia w relacjach międzyludzkich zachodzących w rodzinie, tj.:

- zaburzenie więzi uczuciowej i seksualnej pomiędzy rodzicami,
- wyłączenie się matek pod względem psychicznym lub fizycznym z życia rodzinnego,
- napięcia i nieporozumienia w relacjach matek z córkami, które wiążą się z rywalizacjami w roli kobiecej, a także w kwestii atrakcyjności fizycznej,
- brak autonomii wśród członków rodziny, istnienie utrudnień i zakłóceń we wzajemnym komunikowaniu się członków rodziny,
- wyizolowanie rodziny z otoczenia społecznego,
- zależność finansowa rodziny od sprawcy-ojca,
- atmosfera przemocy, gwałtu, agresji w życiu codziennym [Lew-Starowicz 2000, 273],
- wysoki stopień uprzedniej karalności sprawców,
- z uwagi na niekorzystne warunki mieszkaniowe często występuje obserwowanie przez dzieci współżycia seksualnego rodziców,
- brak elementarnej wiedzy o konsekwencjach wynikających z faktu podjęcia współżycia płciowego, bowiem matki często wstydzą się rozmawiać na ten temat z dziećmi,
- wysoka liczba wyrażanej zgody przez współmałżonka sprawcy na praktyki kazirodcze,
- w przypadku relacji brat-siostra, u sióstr odnotowano brak świadomości o karalności współżycia z bratem [Ślusarczyk 1977; za: Kobes 2011, 351].

Rodzina kazirodcza wypracowuje wiele komunikatów lub reguł, których osią jest zaprzeczanie, dwulicowość, zwodzenie, pomieszanie ról, przemoc i społeczna izolacja. Dzieci w tych rodzinach otrzymują komunikaty typu:

- nie okazuj żadnych uczuć (szczególnie gniewu),
- kontroluj się przez cały czas,
- nie proś o pomoc,
- zaprzeczaj temu, co się dzieje, nie ufaj własnym zmysłom i postrzeganiu,
- nikt nie jest godny zaufania,
- zachowaj tajemnicę, bo i tak nikt co nie uwierzy,
- wstydz się, to wszystko twoja wina [Courtois 1988; za: Bębas 2011, 356].

Kazirodzczy ojcowie wykazują paranoidalną zazdrość wobec partnerów ich córek i próbują ściśle kontrolować ich zachowania poprzez groźby i zastraszanie. Są często tyranami, którzy w lokalnej społeczności próbują stwarzać pozory przyzwoitości. Matki są często gnębione, maltretowane, finansowo zależne od swoich partnerów, często same pochodzą z kazirodzczych rodzin. Wiele matek nie potrafi przeciwstawić się nadużyciom seksualnym, pograżając się w zaprzeczaniu i bezradności [Bębas 2011, 357].

W obiegowej opinii seksualne wykorzystywanie dzieci ma najczęściej miejsce w rodzinach patologicznych. Jednak zjawisko to może występować we wszystkich typach rodzin. Warto odnotować, iż zwykle w rodzinach, w których rodzice osiągnęli wyższy stopień wykształcenia czy wyższą pozycję społeczną, działania sprawców są wyrafinowane, a dziecko jest poddawane większej presji psychicznej [Bodanko 2002, 276].

Prostytucja dziecięca jako efekt dysfunkcyjności i patologii życia rodzinnego

Bolesnym zjawiskiem i przedmiotem patologii życia rodzinnego jest prostytutka. Według WHO to usługa seksualna o charakterze dynamicznym i adaptacyjnym, która pociąga za sobą transmisję pieniędzy pomiędzy usługodawcą a usługobiorcą [Sztobryn – Giercuskiewicz 2004, 20]. Imieliński [1990, 147] definiuje prostytutkę jako „*oddawanie do dyspozycji swojego ciała w celu zaspokajania seksualnego płacących klientów*”. prostytutką jest „*osoba, która stale lub dorywczo uprawia proceder polegający na świadczeniu usług seksualnych w dowolnej formie w zamian za korzyści materialne, które stanowią decydujący motyw jej działania*” [Antoniszyn, Marek 1985, 11]. W ujęciu Sztobryn- Giercuskiewicz [2004, 30], prostytutkę z klientem łączy jedynie więzi zarobkowe. Prostytucja dziecięca jest uprawiana przez dzieci, których klientami są osoby dorosłe. Większość prostitutek dziecięcych to dziewczynki w wieku 12-16 lat. Trzynastolatki są poszukiwanym towarem, ponieważ nie są jeszcze zdeformowane przez prostytutkę i za małe pieniądze gotowe są zrobić wszystko, czego zażąda od nich klient, nawet godzą się na seks bez zabezpieczenia. Zdarza się, że często dorabiają sobie do „kieszonkowego” podczas czasu wolnego (prostytucja weekendowa lub też wakacyjna) [Migala 2011, 109].

Wśród czynników występujących w środowisku rodzinnym warunkujących rozpoczęcie prostytutki zalicza się:

- wadliwą strukturę rodziny- w większości są to dziewczęta z rodzin zdeorganizowanych strukturalnie na skutek śmierci jednego z rodziców bądź z powodu rozwodu czy separacji rodziców;
- niekorzystną sytuację materialno-bytową [Kowalczyk-Jamnicka 1999, 41];
- alkoholizm lub nadużywanie alkoholu przez rodzica lub oboje rodziców;
- złą atmosferę wychowawczą, spowodowaną złym pożyciem rodziców, konfliktami między rodzicami, naruszającymi więź interpersonalną;
- niski status rodziny;
- niski poziom wykształcenia rodziców;
- wadliwe stosowanie metod wychowawczych (zbyt liberalne, zbyt surowe);
- osłabienie więzi emocjonalnych między rodzicami a dziećmi, oziębłość uczuciowa, zwłaszcza ze strony matki;
- upadek autorytetu rodzicielskiego [Kurzępa 2001, 158];

- brutalne traktowanie w domu rodzinnym (Świętochowska 1997, 106);
- doświadczenie wykorzystania seksualnego w okresie dzieciństwa [Pospiszyl 2012, 237];
- namowa własnych rodziców. Matka, która sama się prostytuuje, wie, że jej młoda córka może zrobić o wiele więcej niż ona [Migała 2011, 109].

Zdaniem Kowalczyk-Jamnickiej [1999, 43] w domu rodzinnym nieletnich prostytutek dominowała postawa odrzucająca, przejawiająca się wrogą lub obojętną atmosferą, brakiem akceptacji, miłości, chłodem uczuciowym oraz nieangażowaniem się w przyszłe losy dziecka. U ojców nieletnich prostytutek bardzo wyraźnie zaznaczyła się postawa wymagająca. Rodzice rzadko przejawiali postawę ochraniającą.

Bardzo wczesna inicjacja seksualna, zwłaszcza atmosfera, w jakiej odbywały się te kontakty to istotny czynnik, który istotnie wpływa na późniejsze uprawianie prostytutki. Moczyłowska, badając dziewczęta uprawiające prostytutkę, odnotowała, iż często ich kontakty seksualne odbywają się w sposób przypadkowy. Sprzyja temu patologia życia rodzinnego [Moczyłowska 1992, 96], również grupy rówieśnicze oraz środki masowego przekazu [Moczyłowska 1995, 4].

Uprawianie prostytutki niesie za sobą szereg konsekwencji. Wśród fizycznych skutków prostytutki należy odnotować: choroby weneryczne, choroby płuc, oskrzeli, gruźlica, choroby narządów kobiecych, AIDS, długotrwałe jej uprawianie może powodować bezpłodność. Do skutków psychicznych prostytutki należą: labilność emocjonalna, utrudnione życie z jednym partnerem, skłonność do nadużywania alkoholu i narkotyków, wyzywający sposób bycia, kokieteria, problemy z dostosowaniem się do otoczenia po zakończeniu procesu prostytuowania się, moralne upośledzenie [Springer 2004, 41]. Negatywną konsekwencją jest utrata wrażliwości na podstawowe wartości [Chomontowski 2011, 333].

Formą prostytutki jest zjawisko sponsoringu, które łączy się z oddawaniem swojego ciała przy dużej zażyłości seksualnej jednemu partnerowi, który zobowiązany jest ponieść ewentualne koszty utrzymania. Sponsorowana osoba ma wysoki stopień swobody w wyborze klienta, ustaleniu warunków sponsoringu; zwykle nie określa siebie mianem osoby prostytuującej się. Sponsoring jawi się jako zjawisko wysoce niebezpieczne, zwłaszcza w aspekcie emocjonalności młodych ludzi zaangażowanych w ten proceder, obfitujący w wiele pułapek czyhających na dziewczyny wchodzące w tzw. sponsorskie związki:

- stwarzanie i budowanie niewłaściwych relacji;
- nieodporność istnienia skutków ubocznych – mimo, że obie strony wydają się być zadowolone z takiego układu, w rzeczywistości jest inaczej. Dziewczyna czuje, że „więzi” łączące ją z mężczyzną są kruche, że w każdej chwili może zastąpić ją inną;
- destrukcyjny obraz przyszłości-pozorny brak konieczności liczenia się z uczuciami drugiej osoby wygodne życie potrafią uzależnić. Często, po kilku latach bycia w takich związkach osobom sponsorowanym potrzebna jest pomoc psychologiczna [Gardian 2007; za: Potaczała 2011, 180].

Przemoc w rodzinie jest ściśle powiązana z alkoholizmem, ponieważ w większości przypadków przemoc dokonywana jest właśnie pod wpływem alkoholu [Janułałtys, 2011, 78] Alkoholizm potęguje konflikty, zaburza więzi, prowadząc do rozbitcia rodziny. Staje się przyczyną sieroctwa społecznego dzieci, przestępczości i degradacji rodziny jako środowiska wychowawczego, które powinno być źródłem bezpieczeństwa i wzorcem norm [Słomczyńska 2014, 73].

Alkoholizm jednego bądź obojga rodziców jak negatywne uwarunkowanie życia rodzinnego

Ryś określa rodzinę z problemem alkoholowym „(...) jako dysfunkcyjny system wewnątrzrodzinny, zaburzony układ, w którym picie jednego członka jest integralną częścią

tego systemu. Alkoholizm osoby uzależnionej staje się punktem odniesienia dla przeżyć, nastawień, zachowań i procesów występujących w rodzinie. Osoba pijąca w rodzinie w sposób destrukcyjny dostarcza wszystkim innym problemów życiowych i uczuciowych, tak więc cała rodzina boryka się z szeroko rozumianym problemem alkoholowym" [Ryś, 1988; za: S.Cudak 2011b, 143-144]. Rodzina alkoholowa jest rodziną zamkniętą (skłania do izolacji, odosobnienia) i zakłamaną (kłamstwo spowodowane wstydem i lękiem). Brakuje w niej wzajemności (nikt nikomu nie pomaga, wzrasta poczucie krzywdy), cechuje ją sztywny podział ról (wytrenowane postawy obronne wobec zagrożeń). Charakteryzuje ją również centralność osoby uzależnionej i zachowań związanych z piciem, zaprzeczanie picia, złość i nienawiść (do rodziców, do świata) [Kozak 2007, 176]. Alkoholizm nasila konflikty, zaburza więzi, prowadząc do rozbitcia rodziny. Staje się przyczyną sieroctwa społecznego dzieci, przestępczości i degradacji rodziny jako środowiska wychowawczego, które powinno być źródłem bezpieczeństwa i wzorcem norm [Słomczyńska 2014, 67-80].

Atmosfera środowiska alkoholowego od samego urodzenia zaburza naturalny rozwój osobowości dziecka. Im wcześniej zetknie się ono z alkoholizmem rodzica, tym groźniejsze będą efekty uboczne [Robinson, Rhoden 2000, 253]. Dzieci z rodzin, w których nadużywa się alkoholu bardziej niż rówieśnicy przeżywają zakłócenia spowodowane brakiem bezpieczeństwa. Doświadczają więcej dezorientacji, samotności, napięć, lęku oraz braku oparcia ze strony dorosłych, co powoduje u nich poczucie totalnego zagubienia, chaosu i niepokoju. Stan taki powoduje tworzenie się u dziecka obronnej postawy życiowej, która charakteryzuje się tym, iż nie ma ono zaufania do ludzi, zamyka się w sobie, cofa przed ryzykiem i zmianami [Pierzchała 2008, 116]. Nierzadko towarzyszy mu przeświadczenie, iż ludzie są fałszywi, obłudni i nieszczerzy. Dziecko wzrastające w rodzinie alkoholowej wyraża przekonanie, że dobroć i życzliwość to zjawiska incydentalne. Nie wierzy w możliwość zmiany [Pacewicz 1994, 20].

Dorastanie w rodzinie z problemem alkoholowym generuje problemy natury psycho-emocjonalnej (niską samoocenę, brak poczucia wpływu na własne życie, nieumiejętność w radzeniu sobie w zmiennych lub nowych sytuacjach) oraz zdrowotne i związane z poczuciem bezpieczeństwa (choroby psychosomatyczne, nerwice, tiki nerwowe, drżenie, bóle głowy, bezsenność, rozstroje żołądka, zachowania kompulsywne, uzależnienia oraz zaburzenia jedzenia [Robinson, Rhoden 2000, 118-119]. Alkoholizm w rodzinie stanowi istotną przyczynę demoralizacji młodzieży – zrywania z normami moralnymi, obyczajowymi i prawnymi. Stanowi podłoże przestępczości pospolitej i kryminalnej [Cwer 2009, 157-158]. Dzieci z rodzin z problemem alkoholowym częściej i wcześniej sięgają po środki odurzające, szczególnie narkotyki. Środki te kompensują u nich poczucie niższości, zagrożenia, niepokoję, zmartwień i emocjonalnych zaburzeń. Konsekwencją alkoholizmu w rodzinie jest stosowanie przez rodziców agresji i przemocy. Zachowania te stanowią „wszelkie nieprzypadkowe akty godzące w osobistą wolność jednostki lub przyczyniające się do fizycznej, a także psychicznej szkody osoby, wkraczające poza społeczne zasady wzajemnej relacji” [Pospiszyl 1994; za: Cudak 2011b, 143]. Warto również odnotować, iż w rodzinie dotkniętej alkoholizmem wychowuje się modelowy seksoholik [Kozak 2007, 50].

Dzieci alkoholików należą do grupy wysokiego ryzyka w życiu dorosłym. Częściej niż inni ludzie same stają się alkoholikami (50%), w dorosłym życiu związują się z alkoholikami, mają problemy (emocjonalne, zdrowotne) związane z własnym dzieciństwem [Kozak 2007, 176]. Dorosłe dzieci alkoholików przejawiają problemy w obszarze nawiązywania i utrzymywania bliskich kontaktów, odczuwają poczucie niższości i niekompetencji, często nie potrafią porozumieć się ze swoimi dziećmi [Kucińska 2002, 42].

Podsumowując, należy zauważyć, iż skutki nadmiernego spożywania alkoholu w rodzinie można rozpatrywać w trzech zasadniczych obszarach: (1) środki wydawane na alkohol obniżają możliwości finansowe rodziny, pogarszają tym samym warunki jej ekonomicznego funkcjonowania, (2) alkoholizm powoduje charakterologiczną degradację, (3) zakłóceniu

ulega (wskutek awantur, fizycznego i/lub psychicznego maltretowania) rozwój moralno-społeczny, pojawiają się stany nerwicowe i psychopatie [Cwer 2009, 156].

Ubóstwo i niedostatek w rodzinie jak zagrożenie rozwoju dziecka

Po okresie transformacji ustrojowej utworzyły się w Polsce nowe kategorie rodzin. Jedną z nich stanowią rodziny dotknięte ubóstwem, w których ograniczenia finansowe, uniemożliwiające zaspokojenie podstawowych potrzeb wszystkich żyjących tu osób, burzą ich dobre relacje i rodzą poważne konflikty [Kukołowicz 1999, 58]. Najczęściej ubóstwo wynika bezpośrednio z bezrobocia, jeśli trwa ono dłużej niż rok, stwarza szczególne zagrożenie dla funkcjonowania rodziny. W wielu rodzinach trudna sytuacja materialna jest dla rodziców problemem nie tylko natury finansowej, ale i wyborów moralnych. Czując się odpowiedzialni za rozwój i wychowanie dzieci, dążą do zaspokojenia choćby ich podstawowych potrzeb. Niekiedy i to staje się niemożliwe. W rodzinach więc łatwo dochodzi do wybuchów złości, kłótni, konfliktów, rzadziej ma miejsce wzajemne zrozumienie i wsparcie. Długotrwałe bezrobocie sprzyja zjawisku obojętności rodziny, ograniczeniu poparcia i aprobaty ze strony najbliższych osób. Jest symptomem słabnięcia emocjonalnych i opiekuńczych funkcji rodzin bezrobotnych. Zubożenie materialne rodziny wpływa również na realizację funkcji socjalizacyjno-wychowawczej. Bieda wyzwala poczucie winy, bezradności, niską samoocenę u rodziców i dzieci, często poczucie krzywdy i niezadowolenia ze wspólnej egzystencji. To z kolei prowadzi do stanów depresji, lęków, wybuchów agresji. Trudna sytuacja materialna w domu ogranicza doświadczanie beztroskiego dzieciństwa, wymaga podejmowania dorosłych nieraz decyzji i rezygnacji z przyjemności przypisanych wiekowi dziecięcemu. Problemy, jakim dziecko musi stawiać czoła, przerastają znacznie jego możliwości i nakładają trudne do zrozumienia wyrzeczenia. Dziecięca bieda dotyczy różnych sfer życia dziecka: ekonomicznej, kulturowej i społecznej. Dzieci, aby pomóc rodzicom, wcześniej podejmują pracę zarobkową, zaniedbując przy tym obowiązek nauki. Bywa, że 9-12-letnie dzieci utrzymują dom: jedne kradną, inne żebrzą, jeszcze inne myją samochody. „Gorsze dzieci” dojrzewają wcześniej, a w każdym razie wcześniej poznają ciemne strony życia. Dzieci biedne, zwłaszcza z rodzin wielodzietnych, mają więcej obowiązków od swoich rówieśników. Często przejawiają problemy w nauce i trudności wychowawcze. Zamożniejsi koledzy biednych dzieci izolują się od nich i nie utrzymują z nimi kontaktów. Biedne dzieci postrzegane są jako „inne”. Niewiele mają do zaoferowania w grupie rówieśniczej, w której liczy się to, jak się wygląda i co się posiada. Poczucie inności, przeżywanie wstydu w związku z sytuacją ekonomiczną swojej rodziny, poczucie bezradności wobec problemów dnia codziennego wpływają na wyobrażenia dziecka o świecie i o sobie samym oraz na zakres doświadczeń osobistych i społecznych. Ograniczone kontakty rówieśnicze ujemnie wpływają na rozwój osobowości dziecka. Odrzucenie i stygmatyzacja ubogich uczniów sprawiają, że są oni przekonani o swojej niskiej wartości, boją się podejmować wyzwania, nie mogą liczyć na akceptację, poparcie i pomoc kolegów. Są bardziej narażone na wszelkiego rodzaju patologie społeczne, gdyż rodzina nie daje poczucia wsparcia [Krześnińska-Żach 2007, 50-52].

Wraz ze wstąpieniem Polski do Unii Europejskiej nasiliło się zjawisko eurosieroctwa. Wzrastająca liczba Polaków opuszczających kraj zwiększa liczbę dzieci i młodzieży, którzy wskutek rozstania ze swoimi rodzicami stają się eurosierotami. Migracje (również te wynikające ze szlachetnych pobudek - możliwość poprawy sytuacji materialnej rodziny) stają się częstą przyczyną rozpadu związków małżeńskich. Zaburzają poczucie braku bezpieczeństwa, potęgują smutek, frustracje, poczucie bezsilności i cierpienie [Łukawska 2012, 92].

Niejednokrotnie jednak za decyzją wyjazdu stoją również przyczyny i powody psychologiczne: brak bliskiej więzi w małżeństwie, rozczarowanie, nieumiejętność budowania stałej i silnej relacji, tkwienie w nierozwiązanych kryzysach. Nowa sytuacja życiowa może sprzyjać nawiązaniu nowych relacji, zagrażających trwałości rodziny [Kozdrowicz 2008, 22].

Należy przyjąć tezę, iż największe straty emocjonalne ponoszą dzieci (Łukawska 2012, 92). W przypadku dziecka, istotne są rzeczywiste relacje z rodzicem wyjeżdżającym oraz rodzicem pozostającym w kraju [Danilewicz 2006, Gromadzka 2008; za: Kozdrowicz 2008, 23]. Wyniki badań⁴ dowodzą, iż zmiana sytuacji życiowej dziecka zależy przede wszystkim od struktury migracji, czyli wyjazdu jednego lub obydwójga rodziców, w tym migracji jednoczesnych i naprzemiennych. Pedagodzy szkolni pytani o negatywne skutki nieobecności rodziców/opiekunów wskazywali na obniżenie motywacji do nauki, pogorszenie się ocen i braku prac domowych a także obniżenie frekwencji, nieusprawiedliwione nieobecności na zajęciach, wagary. W dalszej kolejności wskazywano na problemy wychowawcze, wymieniając spadek dyscypliny, „złe” zachowania, agresywność a także na problemy emocjonalne, tj. drażliwość, nadpobudliwość, problemy z koncentracją, zaburzone relacje z rówieśnikami. Ponad 10% pedagogów wymieniło tęsknotę, smutek, osamotnienie, lękliwość określając uczucia związane z wyjazdem rodzica [Kozdrowicz 2008, 28].

Wśród dzieci, których ojcowie wyjechali „za pracę”, nauczyciele obserwują zjawisko depresji. W rodzinach, gdzie wyjechali oboje rodzice, często załamuje się cała domowa organizacja. Dziadkowie nie zawsze radzą sobie z dorastającymi wnukami. Niektóre dzieci, w oczekiwaniu na łączność z rodzicami, niemal nie odstępują komputerów, niektóre popadają w anoreksję, inne demonstracyjnie palą papierosy i piją alkohol. Z badań J. Janowskiej wynika, iż młodzież pozbawiona opieki ojcowskiej wykazuje wyższy poziom lęku, deficyt w zakresie uspołecznienia i niepewność w interakcjach międzyludzkich [Janowska 2011; za: Pol 2011, 135]. Szczególnie spustoszenia rozłąka z rodzicami czyni w psychice najmłodszych dzieci. Są zależnione, pojawiają się problemy ze snem, nocne moczenie, czasem przestają mówić [Pol 2011, 135].

Wyjazd wpływa negatywnie na funkcjonowanie dzieci i ich poczucie bezpieczeństwa, często zmienia relacje między współmałżonkami, osłabia więzi z innymi członkami rodziny. Zarobione środki finansowe powodują co prawda poprawę warunków życiowych rodzin, jednak wywołują zakłócenia w obszarze relacji rodzinnych i interpersonalnych. Najbardziej negatywnym następstwem migracji zarobkowej dla rodziny jest tęsknota, poczucie pustki. Dotyka ona przede wszystkim młodsze dzieci, które nie potrafią sobie wytłumaczyć w racjonalny sposób nieobecności rodzica. Dzieci muszą zmagać się z różnymi problemami, obowiązkami, trudnościami. Pozbawione nadzoru i kontroli dzieci czują się zwolnione z wykonywania obowiązków dotyczących nauki i szkoły. Pojawiają się różne formy agresji i problemy wychowawcze [Becker-Pestka 2012, 14-16].

Dłuższa nieobecność rodzica zakłóca przede wszystkim funkcję opiekuńczo-wychowawczą rodziny, ale jej skutki dotyczą wszystkich członków rodziny, gdyż każdy w rodzinie poprzez swoje reakcje oddziałuje nie tylko na te relacje, w których bezpośrednio uczestniczy, ale również na interakcje pomiędzy innymi osobami [Bakiera, 2006, 104].

Rodzinne uwarunkowania zaburzeń odżywiania

Zaburzenia w relacjach między poszczególnymi członkami rodziny, nadmierne kontrolujący styl wychowania dzieci, ograniczenie autonomii poszczególnych członków rodziny, sztywność relacji, włączenie dziecka w konflikt małżeński, rozwody to czynniki rodzinne, wskazywane przez badaczy, jako uwarunkowania zaburzeń odżywiania wśród dzieci i młodzieży [Kościńska 2012, 44]. Ważnych przyczyn podtrzymujących zaburzenia odżywiania należy poszukiwać w nieujawnianych problemach rodziny lub poszczególnych jej członków (żałoba, alkoholizm). Wówczas objawy zaburzeń odżywiania spełniają funkcję

4 Badania zespołu pod kierunkiem B. Walczaka (2008) z WSPR i Pedagogium dla Biura Rzecznika Praw Dziecka, w ramach projektu „Społeczne, edukacyjne i wychowawcze konsekwencje migracji rodziców i opiekunów prawnych uczniów szkół podstawowych, gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych.”

adaptacyjną i zabezpieczają rodzinę przed konfrontacją z trudnymi, niedyskutowanymi problemami [Zechowski 2013, 8].

Zgodnie z definicją amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego zaburzenia odżywiania to zespoły chorobowe, w których dochodzi do określonych zaburzeń nawyków żywieniowych lub zachowań polegających na kontroli wagi ciała. Dodatkowo powodują one ze strony klinicznej znaczące zaburzenia zdrowia somatycznego lub funkcjonowania psychospołecznego [Wciórka 2008; za: Kryska, Rej, Grajek 2012, 240]. W klasyfikacji ICD-10 zaburzenia odżywiania zostały zaliczone do grupy zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Wchodzą one w skład zespołów behawioralnych związanych z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi [Klasyfikacja zaburzeń..., 2010; za: Kryska, Rej, Grajek 2012, 240]. Do zaburzeń odżywiania zalicza się: anorexia nervosa, bulimia nervosa, compulsive overeating oraz binge eating disorder.

Anorexia nervosa jest zaburzeniem, które charakteryzuje się celową utratą wagi wywołaną i/lub podtrzymawaną przez pacjenta. Obserwuje się coraz częstsze przypadki występowania anoreksji wśród dzieci pomiędzy 8. a 13. rokiem życia. Problem bulimii jest z kolei zjawiskiem częstym wśród młodych kobiet i nastolatek (2% tej populacji) [Kościńska 2012, 44].

W rodzinach pacjentów z jadłowstrętem obserwuje się nieprawidłowe relacje małżeńskie rodziców oraz nieprawidłowe funkcjonowanie relacji pomiędzy chorym a każdym z rodziców z osobną. Matki dziewcząt, u których wystąpił jadłowstręt, często sprawują nad nimi nadmierną kontrolę i pozostawiają im mało swobody. Z kolei dla rodzin osób chorujących na bulimię charakterystyczne są: chaotyczna struktura, częste rozwody, uzależnienie rodziców od alkoholu i/lub innych substancji psychoaktywnych. Zdarza się również w tych rodzinach maltretowanie fizyczne lub wykorzystywanie seksualne [Dąbkowska 2012, 58].

Bulimia nervosa to zespół chorobowy przejawiający się nawracającymi napadami żarłoczności i nadmierną koncentracją uwagi na kontroli masy ciała. Typowe w tym zaburzeniu jest prowokowanie wymiotów i/lub zażywanie środków przeczyszczających po epizodzie przejedzenia się [Józefik 1999; za: Kościńska 2012, 43]. Za najważniejszą przyczynę bulimii Kozak uważa napięcia i konflikty w rodzinie. Autor podkreśla, iż w stosunku do prawie połowy cierpiących na bulimię była stosowana przemoc fizyczna lub wykorzystanie ich seksualnie w przeszłości, głównie w rodzinie [Kozak 2007, 26]. Rodziny bulimiczne są targane konfliktami, skłócone, chaotyczne, nie dają swoim członkom oparcia, wiary ani pewności siebie. W rodzinie tej występuje większa konfliktowość oraz obowiązują mniej bezpośrednie wzorce komunikowania się. Brak jest wsparcia, jakiego członkowie mogą oczekiwać od siebie, mniejsze jest przykładanie uwagi do autonomii jednostki i poczucia jej wartości. Rodzice są na ogół skłócenii, atmosfera w domu jest wypełniona stresem. Matki osób cierpiących na bulimię są agresywne i wykazują większą skłonność do depresji, ojcowie są nerwowi i impulsywni, nie mają kontaktu z otoczeniem. Od dzieciństwa wiele potrzeb przyszłego bulimika nie znajduje zaspokojenia, szczególnie potrzeba miłości, wsparcia, zaufania i rozwoju. Wyrażane przez dziecko pragnienia i uczucia są często przyjmowane sarkastycznie i z ironią. W miejsce emocjonalnej intymności pojawiają się spory, będące obroną przed bliskością. W rodzinach takich częściej niż w innych występuje alkoholizm [Pilska, Jeżewska 2008; za: Kędra 2011, 173].

Z bulimią wiążą się zaburzenia zdrowotne oraz zaburzenia osobowości typu borderline. Do zaburzeń zdrowotnych należą: komplikacje związane z wymiotami, z nadużywaniem środków przeczyszczających i odwadniających, zaburzenia metaboliczne [Józefik 1999; za: Kościńska 2012, 43]. Natomiast do podstawowych symptomów zaburzeń osobowości typu borderline należą:

- niestałe i intensywne relacje interpersonalne;
- zaburzenia tożsamości;

- impulsywne, autodestrukcyjne zachowanie (np. niebezpieczny styl jazdy);
- powtarzające się groźby lub próby samobójcze, uszkodzanie własnego ciała;
- intensywne i wyraźne wahania nastroju;
- długotrwałe poczucie pustki [Cooper i in. 2005; za: Kościńska 2012, 43]. Badania wykazują, że aż do 50% kobiet cierpiących na bulimię popada dodatkowo w różne uzależnienia. Alkohol pomaga zapanować nad sobą, nad kompulsywnym objadaniem się; łatwiej też jest sprowokować wymioty. Natomiast amfetamina, czy kokaina wypierają na kilka dni poczucie głodu [Dąbkowska 2012, 54].

Compulsive overeating to choroba objawiająca się niekontrolowanym spożywaniem bardzo dużych ilości jedzenia, którego zadaniem jest stłumienie emocji, przeżyć wewnętrznych, walka ze stresem oraz problemami życia codziennego. Charakterystyczny dla tego zaburzenia jest brak działań kompensacyjnych. Z kolei binge eating disorder to zaburzenie, które łączy kompulsywne objadanie się i bulimia nervosa. Są to okresowe epizody niekontrolowanego objadania się, które nie zawsze są wywołane stresem [Kryśka, Rej, Grajek 2012, 241].

Należy podkreślić, iż osoba dotknięta zaburzeniami odżywiania izoluje się od pozostałych członków rodziny, unika ich towarzystwa, rozmów z nimi, powoli zamyka się w swoim świecie [Kryśka, Rej, Grajek 2012, 241].

Zakończenie

Dobrze funkcjonująca rodzina to najlepszy ze sposobów utrzymania ładu społecznego opartego na trwałych wartościach. Jednak negatywne zjawiska zaliczane do patologii życia rodzinnego mają tendencję wzrostową. Słabnąca rola socjalizacyjna rodziny stała się faktem. Dysfunkcje rodziny traktowane są niekiedy jako sprawy wstydlive, które nie powinny być upubliczniane z uwagi na to, że prowadzą do stygmatyzacji społecznej rodziny. Konsekwencją stereotypowego postrzegania problemów rodzin jest podejmowanie przez jej członków działań maskujących, co prowadzi do wzmocnienia patologii [Słomczyńska 2014, 74].

Zjawisko dysfunkcjonalności rodziny powinno niepokoić społeczeństwo. Czynnikiem destabilizującym życie rodzinne można i należy przeciwdziałać, niektóre rodziny wymagają terapii lub psychopedagogicznego wsparcia. Działania, jakie należy podejmować, to przede wszystkim poradnictwo oraz zintensyfikowana edukacja i odpowiedzialna form opiekuńczo-wychowawcza poszczególnych członków rodziny, całej rodziny czy grupy rodzin [Sakowicz 2006, 25].

Warto pamiętać, iż zaistnienie kryzysu pierwotnego (pierwszej sytuacji trudnej), z którą rodzina nie umie sobie poradzić, skutkuje stanem bezradności a następnie kumulacją kolejnych problemów. Mamy wówczas na uwadze sytuację borykania się rodzin z kryzysem wieloprotblemowym [Nowak 2014, 28].

LITERATURA:

- Adamski, Franciszek. 1982. *Socjologia małżeństwa i rodziny*. Warszawa: PWN.
- Antoniszyn, Michał, Marek, Andrzej. 1985. *Prostytucja w świetle badań kryminologicznych*. Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze.
- Bakiera, Lucyna. 2006. „Rodzina z perspektywy socjologicznej i psychologicznej: ciągłość i zmiana, obrazy życia rodzinnego z perspektywy interdyscyplinarnej”. *Roczniki Socjologii Rodziny* XVII: 101-115.
- Becker-Pestka, Daria. 2012. „Rodzina w obliczu migracji zarobkowej”. *Kwartalnik Colloquium* Wydziału Nauk Humanistycznych i Społecznych 1(5): 9-26.
- Beisert, Maria. 2011. „Udział środowiska rodzinnego w procesie rozwoju pedofili” w: *Dysfunkcje rodziny*, pod redakcją Kotlarska- Michalska, Anna, 145-168. Poznań: UAM.
- Bębas, Sylwester. 2011. „Patologie seksualne skierowane przeciwko wolności seksualnej, prawu i obyczajowości” w *Oblicza patologii społecznych*, pod redakcją Bębas, Sylwe-

- ster, 355-375. Radom: Wyższa szkoła Handlowa w Radomiu.
- Bodanko, Anatol. 2002. „Przejawy i skutki przemocy seksualnej w rodzinie”. *Nauczyciel i Szkoła* 1-2: 274-276.
- Bradshaw, John. 1994. *Zrozumieć rodzinę*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości.
- Brańciel, Józefa. 1996. *Zrozumieć dziecko skrzywdzone*. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
- Chomontowski, Daniel. 2011. „Przyczyny, przebieg i skutki prostytucji” w *Oblicza patologii społecznych*, pod redakcją Bębas, Sylwester, 333-342. Radom: Wyższa szkoła Handlowa w Radomiu.
- Cudak, Henryk. 2011a. „Dysfunkcje rodziny i jej zagrożenia opiekuńczo-wychowawcze”. *Pedagogika Rodziny* 1(2), 7-14.
- Cudak, Henryk. 2011b. „Rodzinne uwarunkowania inicjacji środków odurzających przez młodzież”. *Pedagogika Rodziny* 1(1), 141-151.
- Cudak, Henryk. 2012. „Rola kultury pedagogicznej rodziców w eliminowaniu dysfunkcji rodziny”. *Pedagogika Rodziny* 2(3), 15-22.
- Cwer, Andrzej. 2009. „Alkoholizm w rodzinie a zachowania przestępcze młodzieży w świetle badań wybranej dokumentacji sądowej miasta powiatowego W.- komunikat z badań” w: *Aktualne przejawy patologii i dewiacji społecznej*, pod redakcją Walancik, Marek, 153-163. Toruń: Wydawnictwo Edukacyjne AKAPIT.
- Dąbkowska, Monika. 2012. „Jadłowstręt psychiczny i bulimia – w świetle badań własnych” w: *Dzieci i młodzież w obliczu współczesnych problemów i zagrożeń*, pod redakcją Wasilewska-Ostrowska, Katarzyna, 49-70. Bydgoszcz: Wydawnictwo Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej w Bydgoszczy.
- de Barbaro, Bogdan. 1999. „Struktura rodziny” w: *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*, pod redakcją de Barbaro, Bogdan, 45-56. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Dyczewski, Leon. 1994. *Rodzina – społeczeństwo – państwo*. Lublin: KUL.
- Imieliński Kazimierz. 1990. *Manowce seksu*. Łódź: Wydawnictwo Res Polonia.
- Janułaajtys, Dorota. 2011. „Marginalizacja i wykluczenie jako implikacje defektu funkcji opiekuńczo-wychowawczej”. *Pedagogika Rodziny* 1: 69-81.
- Józefik, Barbara. 1999. „Strategie rodzinne” w: *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*, pod redakcją de Barbaro, Bogdan, 69-78. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Kawula, Stanisław. 1999. *Człowiek w relacjach socjopedagogicznych. Szkice o współczesnym wychowaniu*. Toruń: Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit”.
- Kawula, Stanisław. 2005. „Rodzina o skumulowanych czynnikach patogennych” w: *Pedagogika rodziny. Obszary i panorama problematyki*, pod redakcją Kawula, Stanisław, Brańciel, Józefa, Janke, Andrzej, 115-152. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Kędra, Edyta. 2011. „Zaburzenia odżywiania – znak naszych czasów”. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 1,2: 169-175, dostęp 17 listopada 2015, [<http://www.pzp.am.wroc.pl>]
- Kiemłowski, Piotr. 2002. „Przemoc seksualna doznawana w okresie dzieciństwa i adolescencji - wyniki badania ankietowego młodzieży”. *Dziecko krzywdzone. Teoria. Badania. Praktyka* 1: 85-112, dostęp 29 października 2015, [<http://www.dzieckokrzywdzone.fdn.pl>]
- Kobes, Paweł. 2011. „Prawny i społeczny problem kazirodztwa” w: *Oblicza patologii społecznych*, pod redakcją Bębas, Sylwester, 345-354. Radom: Wyższa Szkoła Handlowa w Radomiu.
- Kościńska, Elżbieta. 2012. „Konsekwencje nieprawidłowego żywienia i zaburzenia odżywiania w okresie dzieciństwa i młodości” w: *Dzieci i młodzież w obliczu współczesnych problemów i zagrożeń*, pod redakcją Wasilewska-Ostrowska, Katarzyna, 29-48. Bydgoszcz: Wydawnictwo Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej w Bydgoszczy.
- Kowalczyk-Jamnicka, Małgorzata. 1999. „Sytuacja opiekuńczo-wychowawcza w rodzinach nieletnich prostytutek”. *Opieka- Wychowanie –Terapia* 1, 40-44.

- Kozak, Stanisław. 2007. *Patologie wśród dzieci i młodzieży. Leczenie i profilaktyka*. Warszawa: Difin.
- Kozdrowicz, Ewa. 2008. „Psychopedagogiczne skutki rozłąki migracyjnej” w: *Szkola wobec mobilności zawodowej rodziców i opiekunów. Niezbędnik nauczyciela*, pod redakcją Kozdrowicz, Ewa, Walczak, Bożena, 21-36. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej.
- Kryśka, Sandra, Rej, Anna, Grajek, Mateusz. 2-12. „Zaburzenia odżywiania – problem niszczący całą rodzinę” w: *Wychowanie, profilaktyka, terapia. Szanse i zagrożenia*, pod redakcją Boczkowska, Magdalena, Tymoszek, Ewelina, Zielińska, Patrycja, 239- 248. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Krzesińska-Zach, Beata. 2007. *Pedagogika rodziny*. Białystok: Wydawnictwo Uniwersyteckie Trans Humana.
- Kucińska M. 2002. Dorosłe Dzieci Alkoholików, „Charaktery” 9: 42-43.
- Kudlińska, Iwona, Szymczyk, Joanna. 2012. „Bezradność opiekunów-wychowawców rodziców jako problem współczesnej rodziny – próba konceptualizacji zjawiska” w: *Wychowanie. Profilaktyka. Terapia. Szanse i zagrożenia*, pod redakcją Boczkowska, Magdalena, Tymoszek, Ewelina, Zielińska, Patrycja, 25-36. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Kukolowicz, Teresa. 1999. „Sytuacja wychowawcza w nowych kategoriach rodzin w okresie transformacji ustrojowej, w: *Rodzina współczesna*, pod redakcją Ziemska, Maria, 58-70. Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- Kurzępa, Jacek. 2001. *Młodzież pogranicza – „świnki”, czyli o prostytucji nieletnich*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Lew- Starowicz, Zbigniew. 2000. *Seksuologia sądowa*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Łukawska, Maria. 2012. „Problem eurosieroctwa jako konsekwencja migracji rodziców” w: *Wychowanie, profilaktyka, terapia. Szanse i zagrożenia*, pod redakcją Boczkowska, Magdalena, Tymoszek, Ewelina, Zielińska, Patrycja, 91-101. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Maciaszkowa, Janina. 1980. *O współżyciu w rodzinie*. Warszawa: Nasza Księgarnia.
- Migała, Paweł. 2011. *Wybrane elementy patologii społecznej w aspekcie ich uwarunkowań*. Józefów: WSGE.
- Minkiewicz, Adam. 1995. „Kryzys więzi rodzinnych i niektóre jego konsekwencje społeczne i kulturowe” w: *Rodzina - jej funkcje przystosowawcze i ochronne*, pod redakcją Haloń, Edward, 69-88. Warszawa: Centrum Upowszechniania Nauki PAN.
- Moczyłowska, Joanna. 1994. „Problem przedwczesnej inicjacji seksualnej dziewcząt z zaburzeniami zachowania”. *Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze* 7: 96.
- Moczyłowska, Joanna. 1994. „Wpływ subkultur młodzieżowych na prostytuowanie się nieletnich dziewcząt”. *Problemy Alkoholizmu* 10: IV-VII.
- Nowak, Adrian. 2012. „Dzieci i młodzież wychowywane w rodzinie dysfunkcyjnej – jako determinancie orientacji życiowych” w: *Dzieci i młodzież w obliczu współczesnych problemów i zagrożeń*, pod redakcją Wasilewska-Ostrowska, Katarzyna, 151-166. Bydgoszcz: Wydawnictwo Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej w Bydgoszczy.
- Nowak. Beata. 2014. „Od kreacji do autokreacji rodziny. Model oddziaływań stabilizujących -rozwojowych wobec rodziny w kryzysie wieloprogowym” w: *Rodzina w potrzebie – kierunki wychodzenia z kryzysu*, pod redakcją Kolankiewicz, Maria, Nowak, Beata, 27-42. Warszawa: Wydawnictwo Pedagogium, Wyższa Szkoła Nauk Społecznych.
- Okoń, Wincenty. 1996. *Nowy słownik pedagogiczny*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Oliwa-Ciesielska, Maria. 2011. „Widok cudzego cierpienia. O przemocy w rodzinie i pomocy poza nią” w: *Dysfunkcje rodziny*, pod redakcją Kotlarska-Michalska, Anna, 103-126. Poznań: UAM.
- Pacewicz, Alicja. 1994. *Dzieci alkoholików. Jak je rozumieć, jak im pomagać*. Warszawa:

- Agencja Informacji Użytkowej „Bivar”.
- Pierzchała, Kazimierz, Cekiera, Czesław. 2008. *Człowiek a patologie społeczne*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Podgajna-Kuśmierk, Magdalena. 2003. *Pedofilia. Zarys zagadnienia*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Pol, Jan Dezyderiusz. 2011. „Szczęściarze i męczennice, czyli o wybranych dysfunkcjach we współczesnej rodzinie, w: *Dysfunkcje rodziny*, pod redakcją Kotlarska-Michalska, Anna, 127-143. Poznań: UAM.
- Porąbaniec, Małgorzata. 2011. „Działania pracowników socjalnych podejmowane na rzecz zapobiegania zjawisku wykluczenia społecznego dzieci i młodzieży z rodzin dysfunkcyjnych”. *Pedagogika Rodziny* 1:83-95.
- Pospiszyl, Irena. 2012. *Patologie społeczne*. Warszawa: PWN.
- Potaczała, Katarzyna. 2011. „Sponsoring nowym uzależnieniem młodzieży” w: *Oblicza patologii społecznych*, pod redakcją Bębas, Sylwester, 173-181. Radom: Wyższa Szkoła Handlowa w Radomiu.
- Raczkowska, Jadwiga. 1999. „Kiedy w rodzinie dzieje się źle”. *Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze* 6: 2 -5.
- Robinson, Bryan, Rhoden, Lyn. 2000. *Pomoc psychologiczna dla dzieci alkoholików*. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- Ryś, Maria. 2003. „Psychologiczne źródła dysfunkcji w małżeństwie i rodzinie” w: *Rodzina polska. U progu trzeciego tysiąclecia*, pod redakcją Majkowski, Władysław. 85-104. Warszawa: UKSW.
- Sakowicz, Teresa. 2006. *Dysfunkcjonalność rodziny a resocjalizacja*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Sawicki, Konrad. 2012. „Obszary poczucia jakości życia osoby pochodzącej z rodziny dysfunkcyjnej – sytuacja rodzinna i relacje interpersonalne” w: *Wychowanie, profilaktyka, terapia. Szanse i zagrożenia*, pod redakcją Boczkowska, Magdalena, Tymoszek, Ewelina, Zielińska, Patrycja, 71-82. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Seweryńska, Anna. 2004. *Uczeń z rodziny dysfunkcyjnej. Przewodnik dla wychowawców i nauczycieli*. Warszawa: WSiP.
- Słomczyńska, Małgorzata. 2014. „Patologie społeczne w kontekście kryzysu współczesnej rodziny”. *Resocjalizacja Polska* 8: 7-80.
- Springer, Monika. 2004. *Profilaktyka społeczna. Rodzina, szkoła, środowisko lokalne*. Kielce: wydawnictwo Akademii Świętokrzyskiej.
- Syrek, Ewa. 1997. *Teoretyczne standardy zdrowia dzieci i młodzieży a ich środowiskowe uwarunkowania w rejonie górnośląskim. Studium pedagogiczno-społeczne*. Katowice: UŚ.
- Szablewska, Grażyna. 2012. „Prawo dziecka do życia bez przemocy w rodzinie aspekcie przemian społeczno-kulturowych” w: *Dzieci i młodzież w obliczu współczesnych problemów i zagrożeń*, pod redakcją Wasilewska-Ostrowska, Katarzyna, 129-149. Bydgoszcz: Wydawnictwo Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej w Bydgoszczy.
- Sztobryn-Giercuskiewicz, Joanna. 2004. *Psychologiczne aspekty prostytucji*. Łódź: Dajas.
- Świdarska, Mariola. 2013. *Asystent rodziny – współczesne formy pomocy rodzinie*. Łódź: Wydawnictwo Społecznej Akademii Nauk.
- Świętochowska, Urszula. 1997. *Patologie cywilizacji współczesnej*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Tyszka, Zbigniew. 1984. „Teoretyczno-metodologiczne podstawy badań funkcji rodziny współczesnej” w: *Rodzina a struktura społeczna*, pod redakcją Tyszka, Zbigniew, 135-141. Bydgoszcz: Bydgoskie Towarzystwo Naukowe.
- Tyszka, Zbigniew. 2003. *Rodzina we współczesnym świecie*. Poznań: UAM.
- Tyszkowa, Maria. 1990. *Rodzina a rozwój jednostki*. Poznań: PWN.
- Wills-Brandon, Carla. 1996. *Jak mówić nie i budować udane związki*. Gdańsk: Wydawnictwo Text.

- Winiarski, Mikołaj. 2001. „Zaburzenia w funkcjonowaniu rodziny i ich implikacje” w: *Rodzina polska na przełomie wieków*, pod redakcją Żebrowski, Jan, 53-66.
- Zmarzlik, Jolanta. 2011. „Wykorzystywanie seksualne dzieci” w: *Przemoc w rodzinie wobec dziecka. Procedury interwencyjne w szkole*, pod redakcją Zmarzlik, Jolanta, 55-68. Warszawa: ORE, dostęp 16 listopada 2015, [[http:// www.ore.edu.pl](http://www.ore.edu.pl)]
- Żechowski, Cezary. 2013. Zaburzenia odżywiania się - problem współczesnej młodzieży. Warszawa: ORE, dostęp 16 listopada 2015, [[http:// www.ore.pl](http://www.ore.pl)]

Deviant behavior of young people in the context of dysfunction and pathology of family life

Abstract

Social Pathology and dysfunctions in the behavior of children and adolescents are present in different groups (family, peer, school and the local environment). This article attempts to analyze selected elements of the family which determine its dysfunctionality, in the type of pathology. Pointed out the consequences of these factors for the functioning of children who growing up in unfavorable conditions for their development. They are exposed to a higher probability of behavioral disorders and socialization.

Keywords: family, child, dysfunctional, pathology, violence, sexual pathologies, poverty.