



Złożenie pracy online:
2025-02-26 13:45:03
Kod pracy:
38374/46398/CloudA

Anna Leszczyńska
(nr albumu: 31381)

Praca magisterska

Doświadczenie traumy a postawy rodzicielskie oraz kontrola emocji u kobiet dotkniętych chorobą autoimmunologiczną

Trauma experience versus parental attitudes and emotion control in women affected by autoimmune disease

Wydział: Wyższa Szkoła Biznesu - National-Louis University

Kierunek: Psychologia

Specjalność: psychologia kliniczna i osobowości

Promotor: dr Lilia Suchocka

Składam serdeczne podziękowania mojej Promotor Pani dr Lili Suchockiej, za nieocenione wsparcie, cenne wskazówki oraz okazaną mi życzliwość.

I



Streszczenie

Cel badań. Celem niniejszej pracy było zbadanie związku i odpowiedź na pytanie czy istnieje zależność między doświadczeniem traumy wczesnodziecięcej a retrospektywną oceną postaw rodzicielskich oraz poziomem kontroli emocji u kobiet dotkniętych chorobą autoimmunologiczną? Dodatkowo, przedstawiono analizę negatywnych doświadczeń wczesnodziecięcych, postaw rodzicielskich oraz kontroli emocji w badanej grupie. Metody. W przeprowadzonym badaniu wzięło udział 98 kobiet dotkniętych chorobą autoimmunologiczną, które dobrane były na podstawie randomizacji. Narzędzia badawcze, jakie zostały wykorzystane to Kwestionariusz Traumatyzacji Wczesnodziecięcej (Childhood Trauma Questionnaire – CTQ) D. P. Bernstein i L. Fink, wykorzystano również Kwestionariusz Retrospektywnej Oceny Postaw Rodzicielskich (KPR – Roc) – Mieczysława Plopy oraz Skalę Kontroli Emocji (CECS) - M. Watsona i S. Greera w polskiej adaptacji Zygmunta Jurczyńskiego. Wyniki. Otrzymane w niniejszym badaniu wyniki potwierdzają częściowo przyjęte hipotezy. Kobiety, które osiągają wyższy wynik ogólny traumy, częściej postrzegają postawy rodzicielskie, jako bardziej negatywne. Wnioski. Wyniki uzyskane w badaniu wskazują, że analiza podjętej w pracy problematyki była kluczowa do pojęcia dalszych badań w tym obszarze.

Słowa kluczowe

trauma, dzieciństwo, postawy rodzicielskie, kontrola emocji

Abstract

Aim of study. The purpose of this study was to investigate the relationship and answer the question of whether there is a relationship between the experience of early childhood trauma and retrospective assessment of parental attitudes and the level of emotion control in women affected by autoimmune disease? In addition, an analysis of negative early childhood experiences, parental attitudes and emotion control in the study group is presented. **Methods.** The study included 98 women affected by autoimmune disease, who were selected on the basis of randomization. The research tools that were used were the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) by D. P. Bernstein and L. Fink, the Retrospective Assessment of Parental Attitudes Questionnaire (KRP - Roc) - Mieczyslaw Plopa and the Control of Emotions Scale (CECS) - M. Watson and S. Greer in the Polish adaptation by Zygmunt Jurczynski were also used. **Results.** The results obtained in this study partially confirm the accepted hypotheses. Women with a higher overall trauma score are more likely to perceive parental attitudes as more negative. **Conclusions.** The results obtained in the study indicate that the analysis of the issues addressed in the study was crucial to the notion of further research in this area.

Keywords

trauma, childhood, parental attitudes, emotion control

Spis treści

Wstęp	3
Rozdział 1. Trauma, wielowymiarowość i możliwe konsekwencje	5
1.1 Wydarzenia, które przyczyniły się do definiowania traumy oraz jej konsekwencji.....	8
1.2 Diagnoza oraz klasyfikacja traumy	9
1.3 Trauma złożona, PTSD oraz neurocepcja.....	11
1.4 Trauma wczesnodziecięca	13
1.5 Negatywne doświadczenia w okresie dzieciństwa	15
1.6 Złożoność funkcjonowania organizmu w doświadczaniu traumy.....	16
Rozdział 2. Postawy rodzicielskie oraz znaczenie wczesnych relacji oraz retrospektywna ocena	20
2.1 Postawy rodzicielskie – charakterystyka	20
2.2 Style wychowawcze	26
2.3 Style przywiązania.....	27
2.4 Retrospektywna ocena postaw rodzicielskich	30
Rozdział 3. Rozumienie emocji w psychologii oraz ich funkcje w życiu jednostki	32
3.1 Charakterystyka procesu emocjonalnego według Reykowskiego.....	33
3.2 Kontrola emocji	35
3.3 Psychosomatyka oraz rozwój badań dotyczących związku między psychiką, a powstawaniem chorób	35
3.4 Egzemplifikacja chorób autoimmunologicznych	38
Rozdział 4. Metodologia badań własnych	40
4.1 Cel badania	40
4.2 Pytania badawcze	40
4.3 Hipotezy badawcze.....	40
4.4 Charakterystyka osób badanych	41
4.5 Narzędzia badawcze	43
4.5.1 Kwestionariusz Traumatyzacji Wczesnodziecięcej (Childhood Trauma Questionnaire – CTQ), D. P. Bernstein, L. Fink.....	43
4.5.2 Kwestionariusz Retrospektywnej Oceny Postaw Rodzicielskich Mieczysława Płopy	45
4.5.3 Skala Kontroli Emocji - Maggie Watson, Steven Greer	47
4.6 Procedura badawcza	48
4.7 Zastosowane statystyki	48



Rozdział 5. Analiza i interpretacja wyników badań własnych.....	50
5.1 Analiza psychologiczna emocji oraz odczuwanego bólu związanego z chorobą u kobiet po otrzymaniu diagnozy	50
5.2 Związek traumy wczesnodziecięcej, retrospektywnej oceny postaw rodzicielskich oraz kontroli emocji.....	51
5.3 Związek intensywności bólu wśród kobiet w zależności od rozpoznania.....	54
5.4 Porównawcza analiza z uwagi na rozpoznanie oraz zmienne demograficzne w badanej grupie	55
5.5 Analiza korelacji między skalami zastosowanych testów w badanej grupie.....	57
5.6 Weryfikacja hipotez i dyskusja wyników	61
Zakończenie	66
Bibliografia	68
Spis tabel	74
Spis Rysunków	74



Wstęp

Trauma jest to doświadczenie, które przewyższa zdolności jednostki do jej przetworzenia, a także ma ona charakter subiektywny. Definicja traumy jest niezwykle złożona, ponieważ, objawy jej doświadczenia przez jednostkę, mogą wykraczać poza ramy podręczników diagnostycznych, dlatego też, jest zjawiskiem trudnym do zdiagnozowania (Levine, 2016). Zaakceptowanie takiego doświadczenia jest niezwykle wymagającym oraz bolesnym procesem. Bardzo często człowiek stara się wypierać je z pamięci, aby żyć dalej tak, jak wcześniej. Kiedy jednak, dochodzi do niewielkiego zagrożenia po przeżytej traumie, połączenia, które zostały uszkodzone mogą produkować w zwiększonej ilości hormon stresu, co z kolei powoduje negatywne emocje, również w reakcjach dotyczących sfery fizycznej (van der Kolk, 2018). Retrospektywna ocena postaw rodzicielskich, której dokonuje w subiektywnej ocenie dorosła osoba dotyczy relacji, jakie były stworzone w środowisku rodzinnym z rodzicami (Przetacznik-Gierowska, Włodarski, 2002; Plopa, 2011).

Celem pracy jest psychologiczna analiza doświadczenia traumy, retrospektywna ocena postaw rodzicielskich a kontrola emocji oraz próba odnalezienia związków między tymi aspektami wśród kobiet, które doświadczyły diagnozy choroby o podłożu autoimmunologicznym. Celem pracy stało się znalezienie odpowiedzi na pytanie: czy istnieje zależność między doświadczeniem traumy wczesnodziecięcej a retrospektywną oceną postaw rodzicielskich i poziomem kontroli emocji oraz ich analiza.

Aby móc odpowiedzieć na sprecyzowany problem badawczy przeprowadzono badanie w grupie 98 kobiet dotkniętych chorobą autoimmunologiczną. Badania były realizowane od października do listopada 2024 roku. W tym celu wykorzystano Kwestionariusz Traumatyzacji Wczesnodziecięcej (Childhood Trauma Questionnaire – CTQ) D. P. Bernstein i L. Fink, wykorzystano również Kwestionariusz Retrospektywnej Oceny Postaw Rodzicielskich (KPR – Roc) – Mieczysława Plopy oraz Skalę Kontroli Emocji (CECS) - M. Watsona i S. Greera w polskiej adaptacji Zygmunta Jurczyńskiego.

Niniejsza praca składa się z pięciu rozdziałów. Pierwszy rozdział zawiera teoretyczne rozważania dotyczące traumy i składa się z sześciu podrozdziałów, w których skupiono się na opisanu diagnozy traumy, jej konsekwencji oraz przedstawiono negatywne doświadczenia wczesnodziecięce, jak również wpływ traumatycznych doświadczeń na funkcjonowanie organizmu człowieka.



Drugi rozdział składa się z czterech podrozdziałów i zawiera teorię dotyczącą charakterystyki postaw rodzicielskich, jak również stylów wychowania, stylów przywiązania oraz opisano w nim retrospektywną ocenę postaw rodzicielskich.

Trzeci rozdział składa się z czterech podrozdziałów i zawiera, krótką charakterystykę definicji emocji, został w nim opisany proces emocjonalny według Reykowskiego oraz przedstawiono rozwój nauk takich jak psychosomatyka, czy neuroimmunologia, a także została przedstawiona egzemplifikacja chorób autoimmunologicznych.

W czwartym rozdziale przedstawiono metodologię badań własnych. Zawarto w nim omawiane w pracy: cel badania, pytania badawcze, jak również hipotezy badawcze, charakterystykę badanej grupy kobiet, wykorzystane narzędzia badawcze, procedurę badawczą oraz jej wyniki.

W piątym rozdziale przedstawiono dyskusję, zweryfikowano postawione hipotezy oraz przedstawiono końcowe wnioski dotyczące przeprowadzonych analiz.



Rozdział 1. Trauma, wielowymiarowość i możliwe konsekwencje

Termin "trauma" wykorzystywany jest w różnych dziedzinach nauki oraz medycyny ze względu na swój wielowymiarowy charakter oraz kontekst w jakim jest rozumiany. Przykładem może być trauma o charakterze fizycznym, która jest spowodowana uszkodzeniami ciała, co w konsekwencji prowadzi do zaburzeń w funkcjonowaniu organizmu jednostki. Z kolei patrząc na aspekt psychiczny traumy, jest to bardzo trudne doświadczenie podmiotu o charakterze subiektywnym i wynika z indywidualnej oceny tego traumatycznego doświadczenia. Przeżycie takiego wydarzenia lub obecność przy nim, (będąc jego świadkiem) może prowadzić do różnorodnych poważnych implikacji ze zdrowiem psychicznym i nie tylko. Popielski, podkreśla, że trauma może oddziaływać na wszystkie sfery życia człowieka, przenikając oraz obejmując, nie tylko aspekt psychologiczny, ale także społeczny, biologiczny oraz duchowy. Tak trudne okoliczności, przewyższające zdolności adaptacyjne, naruszają dotychczasową harmonię dotyczącą poczucia sensu, ale również przynależności oraz tak ważnego dla jednostki bezpieczeństwa (Popielski, Mamcarz, 2015).

Aby można było uschematyzować kwestię, która dotyczy oceny doświadczenia traumatycznego przez podmiot, należy przyjrzeć się różnego rodzaju kryteriom. DSM-5, w którym trauma opisana jest przede wszystkim w aspekcie zespołu stresu pourazowego (PTSD), ale również pod nazwą ostrego stresu (ASD), w kategorii „Podstawowe zaburzenia związane z traumą i stresem”. Co należy podkreślić, to kategoryzowanie pacjentów, którzy mają konkretnie występujące objawy, nie biorąc pod uwagę na jakim etapie rozwojowym się znajdują (Morrison, 2016, s. 243-244).

Stresor o szczególnym charakterze, który jest związany z przeżywaniem sytuacji ekstremalnych, wyszczególniono jako:

- ✓ Narażenie na śmierć;
- ✓ Zagrożenie życia;
- ✓ Obrażenia, które są głębokie, ale również niosą ze sobą potencjalne konsekwencje z nimi związane;
- ✓ Zdarzenia dotyczące przemocy seksualnej, nie wykluczając sytuacji, w której podmiot otrzymuje groźby dotyczące przemocy seksualnej.

Natomiast, aby uznać zdarzenie za traumatyczne, co najmniej jeden z wymienionych poniżej czynników, musi być spełniony:



- 1) Bezpośrednie zetknięcie się z tego rodzaju wydarzeniem;
- 2) Obserwacja zdarzenia przez jednostkę;
- 3) Sytuacja nagła, gwałtowna, w której podmiot dowiadyuje się o zagrożeniu lub utracie życia, lub zdrowia najbliższych mu osób;
- 4) Okoliczności (najczęściej w sferze zawodowej, np. służby ratunkowe), w których jednostka narażona jest na wielorazowe, ale także ekstremalne szczegóły, które dotyczą wydarzeń o charakterze urazowym.

Kryterium, które było zawarte we wcześniejszych edycjach, a zostało usunięte w DSM-5 to subiektywna reakcja w sferze emocjonalnej jednostki, do której można zaliczyć na przykład: strach, przerażenie czy bezradność. Co istotne w tej kwestii, trauma nie musi być doświadczana w sposób bezpośredni, ale również pośredni, jeśli dochodzi do sytuacji, w której jednostka jest świadkiem trudnych do przetworzenia sytuacji, albo nawet kiedy dowiadyuje się o nich. Stwierdzono również, że ocena tego kryterium jest trudna, z uwagi na subiektywne doświadczenie traumatycznego zdarzenia przez jednostkę oraz sposób, w jaki interpretuje ona przeżywane emocje (Steuden, Janowski, 2016).

Doświadczenie zdarzenia o charakterze traumatycznym, zostawia głęboki ślad w psychice człowieka, co może skutkować trudnościami w przetwarzaniu, ale również uwolnieniu emocji o dużym natężeniu, a efektem z kolei mogą być zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu oraz trudności w nawiązywaniu zdrowych relacji interpersonalnych (Kolk, 2018). Peter Levine (2016), wybitny psycholog, twórca metody terapeutycznej Somatic Experiencing podkreśla, że trauma nie jest równoznaczna z konkretnym wydarzeniem, jakie ją wywołało, a jest to, unikalny sposób reakcji układu nerwowego danej jednostki na konkretne wydarzenie, które przekracza zdolność do przetworzenia go, ale również jest to przeżycie, które może zagrażać jej życiu. Zgodnie z opinią autora, bardzo często termin ten jest nadużywany przez ludzi w potocznym języku, co z kolei prowadzi do zniekształcenia jego znaczenia. Chociaż trauma, jako negatywne doświadczenie, niejednokrotnie jest przyczyną cierpienia człowieka, zdarza się, że jest bagatelizowana oraz niewłaściwie oceniana. Levine, wymienia przyczyny powstawania traumy, które nie są tak oczywiste, między innymi są to:

- ✓ Inwazyjne zabiegi stomatologiczne, w sytuacji której doświadczają ich dzieci w związku ze znieczuleniem oraz unieruchamianiem ich;
- ✓ Choroby, które objawiają się na przykład wysoką gorączką, jak również zatruciem;



- ✓ Doświadczenie przez dziecko sytuacji, w której zostaje pozostawione samo przez opiekuna, co szczególnie dotyczy małych dzieci i niemowląt;
- ✓ Intensywnie przeżywany stres w sytuacji okołoporodowej, którego doświadcza matka, ale również dziecko (Levine, 2018).

Warto podkreślić, że nie każde stresujące wydarzenie można uznać za traumę, choć każde przeżycie o charakterze traumatycznym bezwzględnie jest związane z ogromnym stresem dla człowieka. Mimo, że często trauma jest utożsamiana z uszkodzeniami fizycznymi, tak naprawdę jest to objaw psychofizjologiczny, którego powodem wystąpienia mogą być sytuacje powodujące bezpośrednio uszkodzenia ciała (Rothschild, 2014).

Pierwsze badania, w zakresie traumy zainicjował francuski neurolog Jean – Martin Charcot, który to badał tzw. histerię, nazywając ją ”wielką nerwicą”. Poświęcał się on dokładnej analizie oraz szczegółowym opisom, ale również klasyfikacji symptomów dotyczących tego zjawiska. Jego podejście w tamtym czasie było kompleksowe i dotyczyło nie tylko dokładnej analizy, ale również szczegółowych opisów oraz klasyfikacji dolegliwości badanych osób. Bardzo starannie i dokładnie dokumentował swoje badania nie ograniczając się tylko do notatek pisemnych, ale również tworzył rysunki oraz różnego rodzaju fotografie. W roku 1880 wykazał on, że symptomy, jakie się objawiają w takiej sytuacji są podobne do uszkodzeń neurologicznych oraz mają podłoże natury psychicznej, co można udowodnić za pomocą hipnozy. Dodatkowo potwierdził również założenie, że reakcje, które są bezpośrednio związane z traumatycznymi doświadczeniami, takimi jak gwałt czy wykorzystywanie seksualne można wywołać przy pomocy uciskania konkretnych punktów na ciele pacjentek, które badał w swoim gabinecie (Herman, 2004).

W gronie prekursorów, którzy badali zjawisko hysterii w tamtym czasie, znajdowali się również m.in: Pierre Janet, Zygmunt Freud oraz Josef Breuer. To właśnie Freud wraz z Breuerem rozszerzyli pojęcie traumy, w swojej publikacji z 1895 roku pod nazwą: ”*Studia nad histerią*”. Autorzy, jako pierwsi wprowadzili pojęcie traumy w kontekście ludzkiej psychiki oraz rozszerzyli je, skupiając się na intensywnym, emocjonalnym, a także obciążającym doświadczeniu jakie doświadcza podmiot, co w rezultacie mogło powodować długotrwałe negatywne skutki, które to pozostają poza świadomością jednostki, a jednak uzewnętrzniają się w formie różnych zaburzeń psychicznych. Co więcej, powodowały one utworzenie się nieświadomych konfliktów emocjonalnych, czego rezultatem było wystąpienie objawów histerycznych u jednostki (Freud, Breuer, 2008). Freud zauważył również, że osoby, które



cierpiały z powodu doświadczenia traumy psychicznej, a doświadczenie było zbyt trudne do przeżycia, mogą mieć tendencję do wypierania emocji oraz wspomnień, które są z nim związane, co w rezultacie ma nieświadomy wpływ na psychikę człowieka (Dudek, 2003, s. 35-36).

1.1 Wydarzenia, które przyczyniły się do definiowania traumy oraz jej konsekwencji

Przechodząc do rewolucyjnych zdarzeń, które miały wpływ na ujrzenie problemu, jakim były trudne doświadczenia o charakterze traumatycznym, były konsekwencje I wojny światowej oraz zwrócenie uwagi społeczeństwa na rzeczywisty oraz ogromny problem związany z występującymi urazami psychicznymi. Liczba żołnierzy, którzy borykali się ze skutkami nadzwyczaj trudnych wydarzeń była tak duża, że niepodważalnym stało się uznanie istnienia tak zwanej „nerwicy frontowej”. Jak się okazuje, w tamtym czasie, kwestia dotycząca moralności żołnierzy w społeczeństwie, budziła liczne kontrowersje i niejednokrotnie nazywano ich tchórzami, oszustami czy nawet „moralnymi inwalidami”, a nawet dochodziło do sytuacji, w której przywództwo wojskowe nie zgadzało się na udzielenie im pomocy medycznej, a także dochodziło do sytuacji, w której żołnierze stawiani byli przed sądem wojskowym (Herman, 2020, s.70). Jednym ze zwolenników wyżej opisanego podejścia był psychiatra Lewis Yelland, który opublikował w 1918 roku swoją pracę zatytułowaną „Zaburzenia histeryczne”. Upowszechniał on koncepcję, której podstawą było zawstydzanie, groźby, a także wprowadzanie sankcji dla żołnierzy. W swojej terapii posługiwał się elektrowstrząsami, strofował pacjentów przedstawiając im cechy idealnego bohatera oraz zaznaczał, jak powinien się zachowywać taki dzielny mąż stanu (Herman, 2020).

Należy również wspomnieć o kolejnym badaczu tamtego okresu, jakim był amerykański psychiatra Abram Kardiner, który opisał analizę przeprowadzonych przez siebie doświadczeń oraz reakcji swoich pacjentów w pracy zatytułowanej: „Pourazowe nerwice wojenne”. Pracując z pacjentami, Kardiner zorientował się, że jego doświadczenia z dzieciństwa m.in. ubóstwo, głód, przemoc, jak również przedwczesna śmierć matki, były predyktorem jego zainteresowań, a tym samym okazało się, że dzięki nim, jest w stanie lepiej zrozumieć sytuację weteranów wojennych. W swojej pracy zauważył, iż pacjenci często doświadczają stanu chronicznej czujności oraz nadwrażliwości na potencjalne zagrożenia, co z kolei prowadzi do nadmiernego napięcia oraz wybuchów agresji. Kolejnym ważnym etapem w badaniach nad skutkami jakie niesie trauma wojenna były doświadczenia weteranów po konflikcie w Wietnamie, które z kolei przyczyniły się do uznania traumy za „prawdziwą” chorobę, nazywaną „zespołem stresu pourazowego” (Herman, 2004). Zdając sobie sprawę, że to nie były jedyne wydarzenia



prowadzące do zwrócenia uwagi na trudne doświadczenia w tamtym czasie, które prowadziły do poważnych konsekwencji psychicznych, należy wspomnieć o powstaniu ruchów społecznych, które miały miejsce w latach 70. XX wieku i dotyczyły one praw kobiet. Zainteresowano się w tamtym czasie zjawiskiem, dotyczącym przemocy seksualnej, która w głównej mierze dotykała właśnie kobiety. Jak się okazuje w poprzednich latach, tego rodzaju doświadczenia były wielokrotnie ignorowane oraz ukrywane, a powodem takiej sytuacji, był wstyd oraz poczucie upokorzenia odczuwane wśród ofiar przemocy.

Rok 1975 okazał się przełomowy ze względu na zainicjowanie badań, które dotyczyły traumy w Narodowym Instytucie Zdrowia Psychicznego, znajdującego się w Stanach Zjednoczonych. Ich rezultatem była zgodność z wcześniejszymi tezami Freuda sprzed stu lat, tym samym potwierdzając ogromną skalę zjawiska, jakim było wykorzystywanie kobiet, ale również, jak się okazało dzieci, a także wpływ tak traumatycznych przeżyć na ich funkcjonowanie oraz zdrowie psychiczne (Herman, 2004). Dzięki badaniom, które były prowadzone w tamtym okresie (dotyczących również skutków gwałtu), opracowano pierwsze procedury, skierowane do ofiar przemocy seksualnej w ramach interwencji psychologicznej. W wynikach tychże badań wskazano również symptomy dotyczące tego zjawiska, takie jak: intensywny lęk o swoje życie, obawa przed śmiercią, a także problemy ze snem, dysocjację, otępienie, które są znane z doświadczeń weteranów wojennych i wykazują podobieństwo do stresu pourazowego (PTSD). Należy podkreślić, że traumę seksualną mogą powodować również zabiegi medyczne oraz ginekologiczne, nawet w przypadku, kiedy pacjent wyraził świadomą zgodę oraz zdawał sobie sprawę z ich konieczności (Steuden, Janowski, 2016).

1.2 Diagnoza oraz klasyfikacja traumy

Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA) w 1980 roku wprowadziło nową kategorię diagnostyczną do podręcznika klasyfikacji zaburzeń psychicznych (DSM-III) – zespół stresu pourazowego (PTSD), a następnie kontynuowano ją w następnych edycjach DSM IV oraz DSM V (Steuden, Janowski, 2016).

Jak się okazuje, objawy, które dotyczą traumatycznych zdarzeń mogą być trudne do zaklasyfikowania w tradycyjnych systemach diagnostycznych. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych nie opiera się na przyczynach chorób, wobec tego nie ma osobnej kategorii dla zaburzeń wywołanych poprzez traumatyczne doświadczenia. Jednakże należy podkreślić, że są scharakteryzowane grupy zaburzeń psychicznych, które w konsekwencji są związane ze stresem oraz uwzględniają reakcje dotyczące traumatycznych wydarzeń.

Trzy kluczowe elementy, które są ważne w tej kwestii, podaje w swojej definicji



amerykańska agencja Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), a są nimi: wydarzenie, doświadczenie oraz jego skutki. Jak podkreślano już wcześniej w niniejszej pracy, przeżycie traumy psychicznej jest związane z fizjologicznymi zmianami jakie zachodzą w organizmie, które z kolei wywierają znaczący oraz trwały wpływ na emocjonalne funkcjonowanie jednostki (Perry, Winfrey, 2022), jak również pojawiają się zmiany strukturalne w mózgu, które można zaobserwować przy pomocy neuroobrazowania (Van der Kolk, 2018).

Zatem, okazuje się, że trauma nie powinna być klasyfikowana jako choroba psychiczna, rozumiana w ujęciu tradycyjnym, z uwagi na fakt, że wynika z uszkodzeń, które spowodowały czynniki środowiskowe, szeroko określane jako stresory. Natomiast, pojęcie „stresor” należy rozpatrywać w dużo szerszym kontekście w porównaniu do traumy. Obejmuje on sytuacje, które, tak naprawdę zmuszają jednostkę, aby przystosowała się do nowych okoliczności oraz zakłada zmiany jakie zachodzą w dotychczasowym życiu jednostki. Do głębokich oraz długotrwałych zmian w funkcjonowaniu podmiotu, przyczynia się czynnik zewnętrzny, który de facto zagraża jego zdrowiu oraz życiu, co objawia się nie tylko problemami natury psychicznej, ale również zaburzeniami somatycznymi (Strelau, Zawadzki, 2009).

Badania empiryczne wskazują na występowanie istotnych różnic, dotyczących ludzi oraz w sposobu doświadczania przez nich zdarzeń o charakterze traumatycznym. Biorąc pod uwagę definiowanie takich zdarzeń jako rodzaj stresora, który to przewyższa standardowe ludzkie doświadczenia, w rezultacie różni się on od stresorów o mniejszym natężeniu, które to obejmują codzienne zmagania czy trudne życiowe sytuacje (Lis-Turlejska, 2007; Popiel, Pragłowska, 2009). Jak podkreślają z kolei Szulc i współpracownicy (2018), wydarzenia traumatyczne, na które narażona była jednostka, albo doświadczyła ich, mogą wykazywać takie objawy jak: anhedonia, dysforia, agresywne zachowania czy nasilenie się impulsywności zachowania. Natomiast, Tomalski oraz Pietkiewicz (2018) zaznaczają, że trauma może być czynnikiem, który przyczynia się do rozwoju wielu zaburzeń psychicznych, w tym dysocjacyjnych, konwersyjnych oraz psychotycznych. Co więcej, może prowadzić do pojawienia się czynników, które to wykraczają poza normy określone w podręcznikach diagnostycznych (Briere, Scott, 2020).

W literaturze przedmiotu można dostrzec dwa główne podejścia do definiowania traumy:

1) Podejście szerokie, które to uwzględnia traumę jako zjawisko obejmujące rozległy zakres różnego rodzaju doświadczeń – od drobnych kryzysów, poprzez przewlekłe choroby, aż do zdarzeń, które mogą prowadzić do zaburzeń emocjonalnych, poznawczych, jak również



społecznych. Zatem, taki sposób rozumienia traumy jest zbliżony do koncepcji sytuacji stresowej.

2) Podejście wąskie natomiast, uwzględnia traumę jako efekt ekstremalnych zdarzeń jakich doświadcza jednostka, takich jak katastrofy naturalne, ale również akty przemocy, które zagrażają zdrowiu lub też życiu podmiotu oraz często prowadzą do długotrwałych następstw psychicznych. Takie podejście jest szczególnie istotne w kontekście zdarzeń o charakterze nagłym, a co należy podkreślić, które również mogą wpływać na wiele osób w tym samym czasie. Związane jest ono również z sytuacjami, w których to człowiek staje się świadkiem wyjątkowo dramatycznych incydentów (Folkman, 2011; Terr, 1991).

Należy podkreślić, że prawdopodobieństwo pojawienia się PTSD jest uwarunkowane wieloma czynnikami, takimi jak: historia rodzinna, strategie radzenia sobie w trudnych dla jednostki sytuacjach, cechy osobowości, wcześniejsze doświadczenia życiowe, ale również schematy poznawcze dotyczące samego siebie oraz otaczającego świata, które istniały przed wystąpieniem zdarzenia o charakterze traumatycznym (Gawinecka, Łucka, Cebella, 2008).

1.3 Trauma złożona, PTSD oraz neurocepcja

W ostatnich latach można zauważyć znaczący postęp w obszarze badań nad traumą, a w szczególności dotyczy to tak zwanej traumy rozwojowej oraz złożonej (cPTSD). Do pogłębienia wiedzy na temat tego zjawiska przyczynili się tacy wybitni autorzy jak: Bessel van der Kolk, Peter Levine, Stephen Porges, a także Gabor Mate, a dzięki ich pracy zjawisko traumy zaistniało w najnowszej klasyfikacji ICD-11 (Kiełkiewicz, 2021). Przechodząc do wcześniej wspomnianego zespołu stresu pourazowego, jest on najczęściej związany z jednym, bardzo intensywnym dla podmiotu zdarzeniem, natomiast trauma złożona rozwija się w następstwie długotrwałego narażenia jednostki na szkodliwe doświadczenia, a szczególnie w sytuacji, która to dotyczy relacji w sferze interpersonalnej. Natomiast, główną przyczyną traumy złożonej są takie czynniki jak zaniedbanie emocjonalne, a także nadużycia, które najczęściej występują w najbliższym otoczeniu jednostki. W odróżnieniu od traumy urazowej, która to jest ściśle związana z fizycznym zagrożeniem podmiotu, trauma złożona dotyczy głębokich ran, szczególnie związanych z jego sferą emocjonalną. Nadużycia i zaniedbanie w stosunku do dziecka stanowią fundament rozwoju wspomnianego wcześniej złożonego zespołu stresu pourazowego (cPTSD). Można również zauważyć wyraźne rozróżnienie w klasyfikacji ICD-11, pomiędzy CPTSD (complex posttraumatic stress disorder), a PTSD (post-traumatic stress disorder), co daje możliwość lepszego zrozumienia specyfiki tych zaburzeń.



Zespół stresu pourazowego (PTSD) jest przede wszystkim związany ze strachem i składa się z sześciu objawów, które dalej można podzielić na trzy główne kategorie:

1. Powtórne przeżywanie wydarzeń o charakterze traumatycznym;
2. Unikanie myśli, jak również sytuacji związanych z traumą;
3. Poczucie zagrożenia o charakterze chronicznym.

Natomiast, jeśli chodzi o traumę złożoną (cPTSD) jest ona formą dysfunkcji, która z kolei wpływa na podstawowe mechanizmy samoregulacji człowieka, a jednocześnie charakteryzuje się również takimi objawami jak:

4. Problemami związanymi z regulacją emocji;
5. Trudnościami dotyczącymi relacji interpersonalnych;
6. Zaburzeniami w obrębie tożsamości (Kiełkiweicz, 2021).

Poza tym, zgodnie z teorią poliwalgalną, której autorem jest Stephen Porges, wydarzenia o charakterze traumatycznym wyzwalają w jednostce, prymitywne reakcje organizmu, które znajdują się w głębokich strukturach mózgu odpowiedzialnych za jej instynktowne zachowania. W sytuacji zagrożenia u podmiotu zachodzi skomplikowana reakcja między śródmózgowiem oraz nerwem błędnym, co z kolei prowadzi do szeregu zmian fizjologicznych, ale również emocjonalnych. W obliczu zagrożenia uruchamiany jest stan mobilizacji organizmu, który ma na celu zapewnić jednostce przetrwanie, a cały proces jest regulowany poprzez tzw. neurocepcję, czyli wewnętrzny system alarmowy, który z kolei nieprzerwanie monitoruje otoczenie w poszukiwaniu potencjalnych zagrożeń. Podczas doświadczenia traumatycznego zdarzenia przez człowieka, które przekracza jego zdolności adaptacyjne, w strukturach mózgu zachodzą trwałe zmiany. Ślady tych traumatycznych przeżyć można zauważyć w międzymózgowiu oraz układzie limbicznym ((Porges, Za: Deb Dana, 2021; van der Kolk, 2018). Należy wziąć pod uwagę, iż złożony zespół stresu pourazowego (cPTSD) ma istotny wpływ na sposób, w jaki podmiot postrzega siebie oraz innych. Do poważnego naruszenia poczucia bezpieczeństwa dochodzi wówczas, gdy doświadczenie traumy przewyższa możliwości radzenia sobie jednostki, co prowadzi do zmiany w postrzeganiu własnej tożsamości – okazuje się wówczas, że z jednostki, która potrafiła stawić czoła wyzwaniom zmienia się w osobę, która odczuwa bezradność, ale również zagrożenie. Skoncentrowanie się na przetrwaniu przez podmiot, może prowadzić do odczuwania pustki, ale także utraty sensu życia (Herman, 2020).



1.4 Trauma wczesnodziecięca

Przemoc wobec dzieci jako czynnik traumatyczny, pojawił się w podręczniku zaburzeń psychicznych (DSM-III-R), ale również została w nim wprowadzona specjalna skala do oceny intensywności traumatycznych przeżyć, którą stosuje się u dzieci i młodzieży. W trakcie analizy różnego rodzaju stresorów, badacze koncentrowali się na takich elementach jak: zakres zmian wywołanych danym wydarzeniem, stopień kontroli jaki podmiot posiada nad daną sytuacją, jej charakter, częstotliwość występowania oraz czas trwania trudnej sytuacji, w której się ona znalazła (Rosenhan, Seligman 1994). W klasyfikacji diagnostycznej stresory, zostały skategoryzowane na takie, które są interpretowane jako ostre i trwały krócej niż 6 miesięcy, natomiast powyżej tego czasu charakteryzowane są jako przewlekłe. Wśród stresorów o ekstremalnym stopniu nasilenia, wyróżniono: przemoc fizyczną, przemoc seksualną, zaniedbanie oraz bycie świadkiem przemocy domowej. Lenora Terr, znana z przeprowadzenia wielu badań, dotyczących traumy z dzieciństwa, podkreśla jej zewnętrzny wymiar. Zaznacza również, że jest ona rezultatem zdarzeń, które dziecko nie jest w stanie przetworzyć, ponieważ przekracza to jego zdolności adaptacyjne, co z kolei prowadzi do odczuwania przez nie bezradności. Autorka wyróżnia również, dwa główne typy doświadczeń pojawiających się w zdarzeniach o charakterze traumatycznym w tym okresie:

- **Typ I:** odnosi się do jednorazowych, ale także krótkotrwałych zdarzeń, które są nagłe i nieoczekiwane dla jednostki, a jego konsekwencją może być występowanie i odczuwanie takich objawów jak przy PTSD;
- **Typ II:** dotyczy sytuacji, które trwały długo i zdarzały się często, ale również relacji, które były traumatyczne dla dziecka. Rezultatem tego rodzaju sytuacji jest życie w ciągłym podejrzeniu, że może stać się coś niebezpiecznego, co w konsekwencji prowadzi do powstawania mechanizmów obronnych oraz wytwarzania się różnego rodzaju strategii radzenia sobie (Terr, 1991).

Badania, które zostały przeprowadzone przez Cicchetti i Totha (1995) wskazują, że konsekwencje doświadczeń takich jak, przemoc fizyczna czy zaniedbanie, są bardzo złożone i mogą prowadzić do różnego rodzaju poważnych problemów, przede wszystkim występujących w sferze psychicznej. W tym miejscu należy wspomnieć o istniejącym w literaturze przedmiotu pojęciu, traumy relacyjnej, które odnosi się do braku stabilnej oraz opartej na zaufaniu relacji z opiekunem oraz jest ściśle związane z najbliższymi relacjami, szczególnie z osobami, które znajdują się w bliskim otoczeniu dziecka. Pojęcie „trauma zdrady”, które wprowadziła Jennifer



Freyd (Freyd 1991; za: Widera-Wysoczańska, 2011), jest to konsekwencja naruszenia zaufania przez osobę z najbliższego otoczenia, a im bardziej znacząca jest relacja dla jednostki, tym silniej odczuwane są jej skutki (Widera-Wysoczańska, 2011). Powyżej opisane doświadczenia traumatyczne, często określane są jako złożone i stwarzają poważne wyzwanie diagnostyczne. Symptomatologia dotycząca przeżyć o charakterze traumatycznym, wykracza poza powszechnie spotykane objawy zespołu stresu pourazowego, co w rezultacie utrudnia ich rozpoznanie, a także efektywne leczenie. Oprócz zespołu stresu pourazowego, doświadczenia traumatyczne w dzieciństwie mogą prowadzić również do zróżnicowanych zaburzeń psychicznych. Wśród młodych ludzi można często zaobserwować zaburzenia nastroju (w tym depresję), zaburzenia lękowe, problemy ze snem, obniżoną samoocenę oraz trudności w regulacji emocji. Objawami mogą być ponadto: impulsywność, autoagresja oraz nadużywanie substancji psychoaktywnych. Należy podkreślić również, że na diagnozę dziecka może mieć wpływ wiele czynników w tym, takie jak: wiek, rodzaj doznanego zdarzenia oraz kontekstu środowiskowego. Niejednokrotnie trudno jest nie pozostawiając wątpliwości określić, które konkretnie wydarzenie mogło być bezpośrednią przyczyną wystąpienia trudności, gdyż może to być wynik kumulacji różnych negatywnych doświadczeń dotyczących podmiotu (Tishelman, Haney, P., Greenwald O'Brien, Blaustein, 2010).

Okazuje się, że doświadczenia o charakterze negatywnym, na przykład zaniedbanie czy przemoc, są przez podmiot lepiej zapamiętywane, niż te pozytywne, co powoduje z kolei szereg poważnych konsekwencji, które dotyczą sfery psychicznej, jak również behawioralnej. U osób, które doświadczyły traumy można zaobserwować większą reaktywność, trudności w adaptowaniu się do nowych sytuacji, ale także unikanie takich, które mogą wywołać trudne wspomnienia. Rezultatem są również problemy w zakresie budowania relacji z innymi i radzeniu sobie ze stresem (Baumeister, Bratslavsky, Catrin Finkenauer, Vohs, 2001).

Podsumowując dotychczasowe rozważania, doświadczenia traumatyczne, które pojawiają się w życiu dziecka, nie są zawsze związane z pojedynczym oraz dramatycznym wydarzeniem. Często jest to forma nagromadzenia się mniejszych, trudnych do przetworzenia dla dziecka doświadczeń, takich jak na przykład długotrwała przemoc psychiczna, ale także odrzucenie przez rodziców czy trudne okoliczności rodzinne. Zdarza się również, że jedne dzieci potrafią poradzić sobie z bardzo trudnymi sytuacjami, dzięki wsparciu osób bliskich, jednak dla innych mogą one okazać się przekraczające zdolności do radzenia sobie. Kluczowe i fundamentalne znaczenie ma to, w jaki sposób postrzegane będzie doświadczenie przez dziecko oraz w jaki sposób i czy w ogóle jest w stanie je przetworzyć.



1.5 Negatywne doświadczenia w okresie dzieciństwa

Krzywdzenie dziecka odnosi się do sytuacji, w której doświadcza ono bólu, cierpienia oraz poczucia niesprawiedliwości w wyniku niewłaściwych zachowań osób dorosłych, jednak najczęściej dotyczy to rodziców lub opiekunów. Przede wszystkim, takie działania mogą przybierać różnego rodzaju formę, jak na przykład: przemoc fizyczna, zaniedbanie podstawowych potrzeb dziecka, przemoc emocjonalna związana z poniżaniem, ale również odrzucenie, oraz wykorzystywanie seksualne. Jednostki, które w dzieciństwie doznały przemocy, często mierzą się z głębokimi ranami emocjonalnymi, które przejawiają się w postaci niskiego poczucia własnej wartości, trudności w budowaniu relacji interpersonalnych oraz odczuwanego lęku. Warto również zauważyć, że traumatyczne przeżycia, które zostały wyparte ze świadomości, mogą prowadzić do różnorodnych zaburzeń psychicznych oraz somatycznych jednostki (Bragiel, 1996).

Wrodzone cechy, które dziecko posiada, takie jak wrażliwość, zależność oraz niedojrzałość, wymagają starannej i troskliwej opieki ze strony rodziców bądź opiekunów, a brak zaspokojenia naturalnych potrzeb rozwojowych jest poważnym zagrożeniem dla jego zdrowia (Miller, 2006). Zaniedbanie dziecka, które jest spowodowane niezaspokojeniem jego podstawowych potrzeb zarówno fizycznych, ale także emocjonalnych, może skutkować zahamowaniem jego rozwoju. Jeżeli środowisko, w który rozwija się dziecko często nie dostrzega jego potrzeb, pogłębia to w nim poczucie odrzucenia oraz poczucie braku wartości. Należy zaznaczyć również, że niedostateczne zaspokojenie podstawowych potrzeb materialnych, również może prowadzić do szeregu skutków, które to wpływają na sferę emocjonalną dziecka (Dragan, Hardt, 2009).

Kluczowymi czynnikami ryzyka, które to przyczyniają się do rozwoju złożonych zaburzeń w sferze psychicznej, są między innymi przemoc fizyczna oraz seksualna. Przemoc fizyczna, definiowana jest jako świadome działanie, mające na celu naruszenie integralności fizycznej jednostki. Forma przemocy, jaką jest znęcanie się, obejmuje wszelkie zachowania, które mają negatywny wpływ na zdrowie oraz rozwój dziecka, nie tylko w sferze fizycznej, ale również psychicznej. Natomiast forma przemocy seksualnej zawiera rozległy zakres działań, takich jak: próba gwałtu, gwałt czy molestowanie seksualne, ale również naruszenie intymności dziecka poprzez zmuszanie czy nakłanianie do uczestnictwa w czynnościach seksualnych, do których nie ma gotowości z uwagi na swój wiek, oraz etap jego rozwoju. Przemoc, której doświadcza dziecko może nieść ze sobą poważne konsekwencje, w tym problemy w sferze psychicznej, takie jak depresja, lęki, różnego rodzaju uzależnienia oraz myśli samobójcze. Ponadto, sytuacja, w której równocześnie z innymi formami przemocy występuje ubóstwo,



może znacząco ograniczać możliwości rozwoju jednostki w kilku obszarach jej życia (Dragan, Hardt, 2009).

Wydarzenia traumatyczne, które mają swoje źródło w bliskim otoczeniu dziecka, któremu ufa, jest dla niego niezwykle stresujące, biorąc pod uwagę fakt, iż dzieci dysponują mniejszymi zasobami radzenia sobie, niż dorośli. Należy wziąć pod uwagę również to, że traumatyzacja, może być spowodowana nie tylko tego samego rodzaju doświadczeniami, ale również może występować w różnych momentach, a także w tym samym czasie. Reakcje dziecka, mogą wynikać z szeregu czynników, takich jak: zachowanie dorosłych, doświadczenia jakie miały miejsce we wcześniejszym okresie życia oraz jego wiek. Jak się okazuje, czynnikami pełniącymi rolę ochronną oraz ograniczającą ryzyko wystąpienia długotrwałych zaburzeń związanych z traumą są: stabilność emocjonalna rodziców/opiekunów, dojrzałość poznawcza jednostki, ale również strategie radzenia sobie jakimi posługuje się jednostka (Gil, 2006; Cohen, Mannarino, Deblinger, 2011).

1.6 Złożoność funkcjonowania organizmu w doświadczaniu traumy

W dalszej części pracy zostanie przedstawiona istotna rola integracji procesów emocjonalnych oraz fizjologicznych u człowieka. W momencie kiedy, pojawiają się bodźce ze środowiska, układ limbiczny uruchamia reakcje adaptacyjne ciała jednostki, mobilizując w odpowiedni sposób układ współczulny, co sprzyja przygotowaniu się organizmu do działania, Co należy podkreślić, układ limbiczny, ściśle współpracuje z autonomicznym układem nerwowym, który dzieli się na przywspółczulny oraz współczulny. Układ przywspółczulny, prowadzi do relaksacji organizmu, a kiedy zostanie aktywowany, umożliwia szybką oraz skuteczną reakcję na różnego rodzaju warunki zewnętrzne, co jest z kolei niezbędne do zapewnienia homeostazy organizmu. W okolicznościach skrajnych, jakimi są traumatyczne doświadczenia, system limbiczny aktywuje szereg neuroendokrynych reakcji organizmu, co w takim wypadku, mobilizuje ciało do tworzenia się mechanizmów obronnych (Rothschild, 2014). Jak się okazuje, reakcja organizmu na stres jest integrowana przez układ współczulny, który odgrywa fundamentalną rolę w takiej sytuacji, ściśle współpracując z układem odpornościowym, co pozwala na dokładne dostosowanie intensywności oraz czasu występowanie reakcji zapalnej. Na komórki układu odpornościowego bezpośrednio oddziałują neurony współczulne, co z kolei przekłada się na uwalnianie cytokin w organizmie, dynamikę limfocytów, ale również zdolność do eliminacji patogenów przez komórki. W miejscu uszkodzenia, uwalniają się mediatory zapalne, które po pewnym czasie stymulują włókna zwane aferentnymi, przełamując tym samym barierę zwaną „krew – mózg” i docierają one do



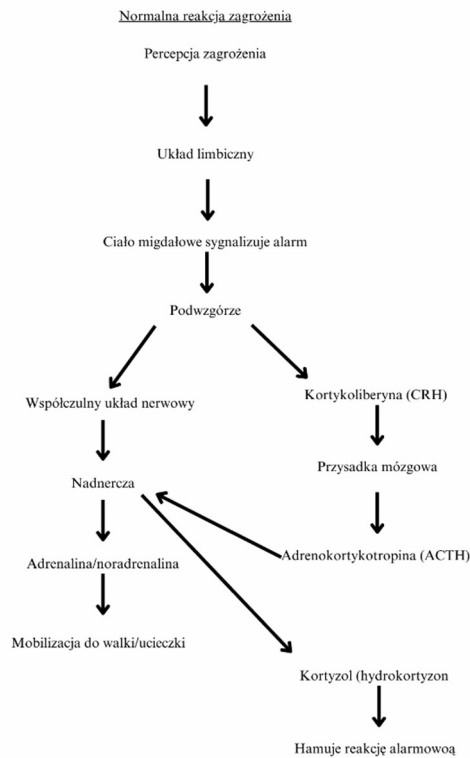
ośrodkowego układu nerwowego. Tworzy się w ten sposób skomplikowana współzależność, w której to układ nerwowy, hormonalny oraz immunologiczny wzajemnie się ze sobą komunikują, co tworzy w rezultacie, zintegrowany system regulacyjny w organizmie człowieka (Molina, 2005).

Badacze De Bellis i Zisk (2014), przedstawili, w jaki sposób trauma oddziałuje na rozwój emocjonalny oraz poznawczy u dzieci. Jak się okazuje, tak zwana oś HPA, czyli układ, który składa się z podwzgórza, przysadki mózgowej oraz nadnerczy jest kluczowym obszarem, na który, wczesne doświadczenia o charakterze traumatycznym mają istotny wpływ. Tworząca się sieć interakcji hormonalnych, która powstaje w organizmie człowieka, jest odpowiedzialna za regulację reakcji na stres, ale również umożliwia przystosowanie się organizmu do zmian jakie zachodzą w jego środowisku. Wspomniana wcześniej oś HPA pomaga przygotować organizm na reakcję typu „walcz lub uciekaj” w sytuacji, w której pojawia się zagrożenie, ale również wpływa na regulację emocji oraz nastrojów jednostki.

Kiedy pojawia się stresor, podwzgórze wydziela kortykoliberynę, która pobudza przysadkę, aby produkowała hormon adrenokortykotropowy, a jest to bodziec, który stymuluje nadnercza do produkcji kortyzolu, znanego powszechnie jako hormon stresu. Kortyzol przygotowuje organizm do adekwatnej reakcji organizmu i równocześnie nadnercza, jak również układ współczulny nasilają wydzielenie się katecholamin, takich jak adrenalina, co w rezultacie przyspiesza akcję serca oraz podnosi ciśnienie krwi. Oś HPA pełni rolę sterownika, uaktywniając organizm do działania, w sytuacji, kiedy pojawia się stres. Niemniej jednak, co istotne, przewlekły stres może powodować zaburzenia jej pracy.



Rysunek 1. Oś podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowa



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Rotshild (2014, s.30)

Jak zauważyli Bickart i in. (2011), kluczową rolę w przetwarzaniu informacji o charakterze emocjonalnym odgrywa układ limbiczny, a w szczególności ciało migdałowate, w głównej mierze tych związanych ze stresem oraz zagrożeniem. Wspomniane ciało migdałowate, skutecznie koordynuje reakcjami emocjonalnymi oraz fizjologicznymi w obliczu sytuacji o charakterze stresującym dla organizmu, a rozmiar ciała migdałowatego jest ściśle związany z liczbą interakcji społecznych oraz ich intensywnością. Podkreśla to, kluczową rolę w kontekście relacji interpersonalnych jakie istnieją w życiu jednostki. Jeżeli w dzieciństwie podmiot doświadczył traumy, może to prowadzić do trwałych zaburzeń w obrębie osi HPA, co w następstwie negatywnie wpływa na ogólny stan zdrowia w jego dorosłym życiu. Konsekwencjami jakie należy wymienić, mogą być m.in. problemy metaboliczne, choroby autoimmunologiczne, przedwczesne starzenie się, jak również może skutkować to rozwojem zaburzeń psychicznych. Jak się okazuje, chroniczny stres wpływa również negatywnie na rozwój mózgu człowieka, a jego przewlekła forma może być przyczyną zahamowania rozwoju



lewej półkuli mózgowej, z uwzględnieniem lewej części hipokampa oraz może dochodzić do obumierania połączeń między półkulami. Zakłócenia, które występują w funkcjonowaniu mózgu widoczne są również na zapisach EEG (Gil, 2006).



Rozdział 2. Postawy rodzicielskie oraz znaczenie wczesnych relacji oraz retrospektywna ocena

Rodzina jest fundamentem, na którym opiera się rozwój osobowości dziecka oraz buduje się na nim jego perspektywa patrzenia na świat. Kluczowe znaczenie w tym procesie odgrywają postawy rodziców czy opiekunów, nie tylko poprzez wprowadzanie przez nich świadomych metod wychowawczych, ale również nieświadomy wpływ wynikający z codziennych interakcji między członkami rodziny, atmosfery, która panuje w domu, a także to, w jaki sposób postrzegają i traktują swoje dziecko. Jest to pierwsze, ale również, najistotniejsze środowisko dla rozwoju podmiotu i jego dalszego funkcjonowania oraz życia.

Podejście do roli rodzica, które jest zróżnicowane może sprzyjać, ale także niekorzystnie oddziaływać na rozwój oraz formowanie się osobowości dziecka (Ziemska, 1986). Jednym z najważniejszych i kluczowych wyzwań w życiu jednostki jest rodzicielstwo, ale przede wszystkim opieka nad dzieckiem (Bee, 2004). Jak wynika z przeglądu literatury psychologicznej, najbardziej eksplorowanym obszarem dotyczącym rodzicielstwa są postawy rodzicielskie, które oceniane są pod kątem ich wpływu na rozwój dziecka oraz jego jakość (Plopa, 2008; Ziemska, 2009).

2.1 Postawy rodzicielskie – charakterystyka

Wczesne doświadczenia, które zostały zinternalizowane przez podmiot, mogą być predyktorem do późniejszych jego przekonań na temat roli rodzica, wychowania oraz przyjęcia w późniejszym czasie określonej postawy rodzicielskiej wobec dziecka. Tym niemniej, z biegiem czasu, postawa ta, może ulec zmianie, co wskazuje na dynamiczny proces, jakim jest wychowanie. Interdyscyplinarna cecha terminu „postawa” wynika z jego wieloznacznego charakteru. Aby zdefiniować powyżej przedstawione pojęcie, kładąc tym samym nacisk na istotne komponenty, które uchodzą za najważniejsze w ramach tego pojęcia, przedstawiciele różnych nurtów podejmowali próby, sformułowania oraz precyzyjnego jego określenia. Za Wojciszke (2000), który to określił, że jednostka przyjmuje konkretną postawę względem poszczególnego obiektu, co charakteryzuje się relatywnie stabilnym nastawieniem emocjonalnym, które z kolei może przyjmować zarówno formę pozytywną, jak również negatywną.

Pierwsze systematyczne badania dotyczące postaw rodzicielskich podjęto w latach dwudziestych XXw. W 1926 roku Marion Kenworthy, zaprezentowała jako jedna z pierwszych dwa pojęcia, które dotyczyły wspomnianych wcześniej postaw: odrzucenie oraz nadmierną opiekę, które przedstawiła z kolei jako dwie sprzeczne postawy rodzicielskie (Plopa, 1983).



Natomiast, model ten w późniejszym czasie rozbudowała Margaret Figge o trzeci wymiar, jakim była postawa neutralna (Plopa, 1983, Rembowski, 1972).

Natomiast, pierwsze próby, które obejmowały klasyfikację postaw rodzicielskich zapoczątkował amerykański lekarz, Leo Kanner w 1957 roku jako cztery główne postawy rodzicielskie wskazał:

- ✓ **Pełną akceptację i miłość** – postawa ta dotyczyła wspólnego spędzania czasu, jak również okazywanie dziecku czułości, co z kolei ma istotne znaczenie w kontekście zdrowego rozwoju jednostki oraz buduje poczucie bezpieczeństwa u dziecka.
- ✓ **Jawne odrzucenie** – jest to postawa, którą charakteryzuje zaniedbanie, a także stosowanie surowych kar oraz unikanie kontaktu z dzieckiem. Taka postawa może powodować agresję oraz zahamować emocjonalny rozwój u dziecka.
- ✓ **Nadmierne wymaganie (perfekcjonizm)** – charakterystyczne w tej postawie są: krytyka, ciągła dezaprobata, ale także obwinianie dziecka, a skutkiem takiej postawy może być frustracja, różnego rodzaju lęki oraz brak wiary w siebie.
- ✓ **Nadmierną ochronę** – w tej postawie można wymienić: ponadnormatywna pobłażliwość, ale również rozpieszczanie, co więcej ograniczanie swobody dziecka. Rezultatem przyjęcia takiej postawy przez rodzica/opiekuna mogą być opóźnienia w osiągnięciu dojrzałości przez dziecko, ale również taka postawa może utrudniać jego samodzielność.

Przedstawiona teoria została stworzona na gruncie psychoanalizy oraz dynamiki relacji, które to można było zaobserwować w relacjach rodzinnych (Ziemska, 2009).

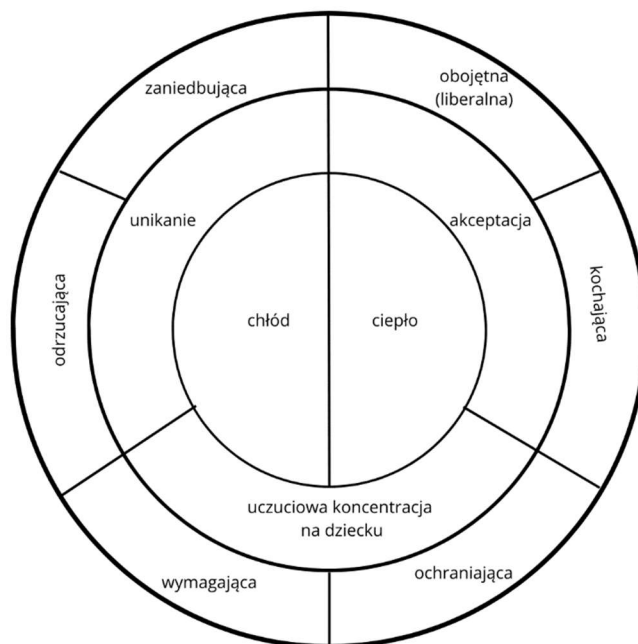
Klasyfikacja, którą zaproponował Kanner, powstała na podstawie badań, które dotyczyły dynamiki jaka występowała w rodzinach, ale nie jest ona dogłębna. Brakuje w niej takich aspektów jak, emocjonalna obojętność rodziców, czy stwarzanie dystansu względem dziecka, ale także, co warto zauważyć czynników, które mogłyby wesprzeć rozwój dziecka oraz wzbogacić specyfikację postaw wychowawczych (Ziemska, 2009).

Kolejną klasyfikacją, o której należy wspomnieć w niniejszej pracy, była typologia postaw rodzicielskich, którą opracowała Anna Roe. Model zaproponowany przez autorkę, koncentruje się na dwóch istotnych wymiarach: ciepła oraz chłodu, jakie mają miejsce między rodzicem a dzieckiem. Na ich gruncie wyróżniono trzy główne postawy: akceptacja, emocjonalna koncentracja i unikanie. Z kolei wymienione postawy, stały się fundamentem dla



szczęściu jeszcze bardziej szczegółowych elementów, które to obejmują: obdarzanie dziecka swobodą, miłością, poświęcanie mu uwagi, stawianie wymagań, zaniechanie, ale również odrzucanie.

Rysunek 2. Model zachowania rodzicielskiego według A. Roe



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Ziemska (1973, s.44).

Roe przedstawiła sześć głównych typów postaw rodzicielskich, które odzwierciedlają różnego rodzaju zaangażowanie się emocjonalne rodziców w życie swoich dzieci. Postawy rodzicielskie uporządkowane są wzdłuż continuum od akceptacji, która może być przejawem pełnego, emocjonalnego zaangażowania rodzica (akceptacja kochająca), aż po sporadyczne okazywanie uczuć dziecku (akceptacja przypadkowa). Po drugiej stronie znajduje się unikanie, przez które przejawia się zaniechanie, albo odrzucanie dziecka. W tak rozbudowanej gamie postaw można znaleźć również koncentrację emocjonalną na dziecku, która może być predyktorem do nadmiernej opiekuńczości, albo zbyt wysokich oczekiwań (Ziemska, 1973).

Koncepcja przedstawiona powyżej stanowiła podłoże dla licznych polskich badań empirycznych, co dało podstawę teoretyczną do późniejszych analiz, które dotyczyły postaw rodzicielskich (Ziemska 1979). Warto nadmienić, że Maria Ziemska zaprezentowała model postaw rodzicielskich, który stanowi istotny wkład w dziedzinę badań nad relacjami jakie

można zaobserwować w rodzinie. Na podstawie wcześniejszych analiz, autorka zaproponowała szczegółowe opisanie różnych form interakcji, jakie mają miejsce między rodzicem a dzieckiem, a dotyczy to dwóch wymiarów. Pierwszy wymiar to emocjonalne zaangażowanie się rodzica, podczas gdy drugi odnosi się do poziomu kontroli jaką sprawuje rodzic (Ziemska, 1986). Ziemska zdefiniowała osiem istotnych postaw rodzicielskich, które to znacząco wpływają na rozwój dziecka. Cztery z pośród nich to: akceptacja, współdziałanie, rozumna swoboda oraz uznawanie praw dziecka i są to postawy, które zaspokajają podstawowe potrzeby jednostki, co z kolei tworzy korzystne warunki dla jej rozwoju. Kolejne cztery to: postawa unikająca, odtrącająca, nadmiernie wymagająca oraz chroniąca. Mogą one prowadzić do zaburzeń w rozwoju dziecka w sferze emocjonalnej, ale także społecznej. Postawy rodzicielskie jakie przyjmują rodzice są fundamentem, na którym oparty jest konkretny styl wychowawczy, a jest to zbiór świadomych decyzji, które dotyczą metod wychowawczych i są one podejmowane, aby zrealizować określone cele wychowawcze (Ziemska, 1973).

W tym miejscu, należy zwrócić szczególną uwagę na koncepcję Mieczysława Plopy, który postawę rodzicielską przedstawił jako połączenie komponentów poznawczych, emocjonalnych, ale także behawioralnych, które to rozwijają się w trakcie sprawowania roli rodzica. Są to niezwykle ważne aspekty, mające wpływ na osobowość dziecka, jego zachowanie, ale również umiejętności w zakresie interpersonalnym. W sytuacji kiedy, relacje rodzinne wspierają niezależność oraz samodzielność w działaniach młodego człowieka, przyczyniają się tym samym, do procesu indywidualizacji jednostki, a z kolei, w odwrotnej sytuacji, której wzorce interakcji między członkami rodziny są zbyt sztywne, jak również mało elastyczne, może to prowadzić do zahamowania rozwoju dziecka. Fundamentalnym znaczeniem dla wszechstronnego wzrastania jednostki jest to, czy rodzice wspierają ją, oferując poczucie bezpieczeństwa oraz bliskość, zarazem respektując jego autonomię (Plopa, 2008).

Rodzina oraz jej członkowie różnią się postawami wobec siebie, przedstawiając różnego rodzaju zachowanie, uczucia podczas interakcji ze sobą, a postawy jakie przyjmują, można wyrazić na podstawie ukazania ich w pewnym kontinuum. Biorąc pod uwagę zarówno matkę, jak również ojca oraz ich relacje z dzieckiem opierają się one na określonych tendencjach do reagowania w konkretnych sytuacjach (Ziemska, 1973). Mając na względzie również, jak ważną rolę odgrywają rodzice w rozwoju swojego dziecka, badanie postaw rodzicielskich jest w tym względzie fundamentalne i bardzo istotne.

Określając postawę w kontekście rodzicielstwa, przyjmuje ona formę względnie niezmiennego schematu działań wobec dziecka. Ziemska (1986), postawę rodzicielską definiuje jako „nabytą strukturę poznawczo – emocjonalno – wolicjonalną”, która ma wpływ



na sposób w jaki przebiega interakcja między rodzicami a dzieckiem. Kolejną definicję proponuje Maria Braun – Gałkowska, a określa ją jako relatywnie trwały sposób interakcji z dzieckiem, który oparty jest na konkretnych przekonaniach, które są nacechowane określonymi emocjami, a to z kolei prowadzi do utrzymania względnie stałych wzorców ich zachowań (Grochowska, 1993). Zgodnie z definicją, którą przedstawia J. Rembowski (1986), postawa rodzicielska jest to ogólny sposób, w jaki matka, jak i ojciec traktują dziecko. Autor podkreśla również, że podejście do metod wychowawczych, jak również gotowość do konkretnych zachowań kształtuje się w trakcie pełnienia roli rodzica względem dziecka.

Z dotychczasowych rozważań można stwierdzić więc, że postawa rodzicielska jest złożonym zjawiskiem, który ma ogromny wpływ na trzy fundamentalne elementy w rozwoju dziecka:

- ✓ **Komponent poznawczy** – który dotyczy wiedzy, jaką posiadają rodzice na temat rozwoju dziecka, jego potrzeb, ale także możliwości. Odzwierciedla się to w ich przekonaniach, ale także opiniach na jego temat;
- ✓ **Komponent emocjonalny** - to wszystkie pojawiające się uczucia rodziców względem dziecka, ujawniające się zarówno w formie werbalnej, ale także niewerbalnej.
- ✓ **Komponent behawioralny** – to konkretne działania, które dotyczą np. sposobu komunikacji, okazywania uczuć oraz stosowania konkretnych metod wychowawczych.

Fundamentalne znaczenie dla rozwoju dziecka ma szczególnie komponent emocjonalny, który wpływa na jego dalsze funkcjonowanie w przyszłości (Pecyna, 1998).

Ziemska zaznacza, jak wiele klasyfikacji koncentruje się tylko i wyłącznie na postawach o negatywnym wpływie na rozwój dziecka, ignorując tym samym te, które są dla jego rozwoju korzystne. Autorka podkreśliła również, jak ważnym elementem prawidłowej postawy jest emocjonalna równowaga zarówno matki, jak również ojca (Grochowska, 1993), oraz że zdrowe podejście rodzicielskie to akceptacja, uznanie praw dziecka, ale także współpraca oraz dawanie mu swobody. Z kolei nadmierna ochrona, stawianie wygórowanych wymagań, odrzucenie czy unikanie interakcji z dzieckiem należą do niewłaściwych postaw rodzicielskich. Dodatkowo, niewspółmierna surowość, zbyt duża wrażliwość emocjonalna, skłonność do uległości, albo też dominacja rodzica mogą prowadzić do różnego rodzaju trudności w relacji pomiędzy rodzicem a dzieckiem. Każda z postaw która jest korzystna dla rozwoju dziecka ma swój kontrast w formie niekorzystnej postawy. Akceptacja - odtrącenie, współpraca – unikanie, rozsądna swoboda – nadmierna ochrona, natomiast uznanie praw – zbyt wysokie wymagania. Postawy



odtrącająca, jak również unikająca powstają na skutek dużego dystansu emocjonalnego, jaki przejawia rodzic wobec dziecka, natomiast postawy nadmiernie wymagająca i chroniąca są efektem przekraczającej miarę koncentracji emocjonalnej, która jest skierowana na dziecko. Dodatkowo postawa odtrącająca, jak również nadmiernie wymagająca często są związane z dominacją ze strony rodziców, a unikająca oraz nadmiernie chroniąca związane są z ich uległością (Ziemska, 1986).

Plopa (2008) przedstawił pięć postaw rodzicielskich. Dwie z nich to postawy, które są pozytywne dla rozwoju dziecka:

1. **Akceptacja**, która jest głęboką relacją opartą na wzajemnym zaufaniu, szacunku oraz otwartości, ale także wspólnym dialogu;
2. **Autonomia**, która wspiera inicjatywę jaką werbalizuje dziecko, jest formą zrozumienia jego potrzeby samodzielności, ale również oferowanie mu niezbędnego wsparcia oraz informacja zwrotna w sytuacjach, które wymagają podejmowania konkretnych decyzji.

Niedopasowane oczekiwania rodziców względem kluczowych potrzeb dziecka, może prowadzić do wielu trudności. Postawy takie jak: zbyt wygórowane wymagania czy bark konsekwencji oraz nadmierna ochrona, mogą być skutkiem między innymi: spadku samooceny u dziecka, problemów związanych z nawiązywaniem relacji interpersonalnych z rówieśnikami czy trudnościami związanymi z zachowaniem dziecka. Przyjęcie przez rodzica jednej z opisanych postaw przez Plopę, może mieć negatywny wpływ na jego stan psychiczny, a także rozwój społeczny (Pospiszyl, 1973).

Zasada komplementarności ról, która dotyczy rodzicielstwa jest związana z wzajemnym uzupełnianiem się zarówno roli matki, jak również ojca. Kiedy następuje współpraca pomiędzy rodzicami, dziecko otrzymuje pełne wsparcie oraz aktywizację od obojga rodziców, co w konsekwencji prowadzi do jego harmonijnego rozwoju. Przeciwnieństwem jest sytuacja, w której dziecko doświadcza konfliktu lojalnościowego wobec rodziców, kiedy to rodzice prezentują odmienne postawy wobec dziecka, lub też działania jakie przejawiają, nie są spójne i jasne do odczytania przez nie, a ono stara się zaspokoić oczekiwania obojga, aby poczuć się akceptowane oraz kochane. Dziecko na wczesnym etapie rozwoju identyfikuje się z rodzicami, a to wpływa na kształtowanie się jego osobowości, ponieważ jest to czas, w którym zachodzą największe zmiany w jego rozwoju. Dlatego, tak ważna są w tym okresie akceptacja, uznanie oraz uczucia, jakim obdarzają zarówno matka jak i ojciec (Błasiak, Dybowska, 2010).



2.2 Style wychowawcze

Współcześnie wyróżnia się różnego rodzaju style wychowawcze. Można wymienić fundamentalne modele dotyczące wychowania:

- ✓ **demokratyczny** – jest to zrównoważone podejście do wychowania oraz zalecane jest w okresie dorastania dziecka, w sytuacji kiedy młody człowiek zaczyna poszukiwać swojej tożsamości. Ten styl nie tylko zaspokaja podstawowe potrzeby, jakie posiada dziecko, ale również pozwala na swobodny jego rozwój.
- ✓ **autokratyczny** – ten styl, może być stosowany w łagodniejszej wersji w relacji z młodszym dzieckiem, natomiast, w swojej radykalnej formie może być przyczyną licznych negatywnych skutków wychowawczych. Styl ten charakteryzuje się dominacją nad dzieckiem, przy czym ignoruje się jego indywidualność oraz są mu narzucane zasady, a w konsekwencji nieprzestrzegania ich, stosowane są wobec dziecka kary.
- ✓ **liberalno – kochający** – jest to styl, którego podstawą jest szacunek do dziecka, ale również jego niezależność. Unikanie nadmiernej kontroli, ale także przymusu, a zarazem stawianie na otwartą komunikację z nim. Natomiast, warto zaznaczyć, że zbyt duża pobłażliwość wobec dziecka, może skutkować brakiem klarownie postawionych granic oraz trudności związanych z kształtowaniem się wartości u dziecka.
- ✓ **liberalno – niekochający** – charakteryzuje się złudną wolnością, która tym samym jest związana z emocjonalnym dystansem, jaki przejawiają rodzice wobec dziecka. Niemniej jednak, dziecko, które wychowywane jest w takim stylu, mimo braku restrykcji może odczuwać brak pewności siebie oraz odrzucenie ze strony rodziców (Basiaga, 2020).

Podsumowując dotychczasowe rozważania, należy zwrócić uwagę, jak już wcześniej wspomniano o tzw. „koalicji wychowawczej”, która charakteryzuje się wzajemnym zrozumieniem oraz akceptacją ról jakie pełnią rodzice, ale również spójność, zgodność w podejściu matki i ojca do wychowania (Ziemska, 1969). Kluczową umiejętnością rodziców jest wykazywanie empatii oraz współodczuwanie, nie tylko w odniesieniu do swojego dziecka, ale również do siebie nawzajem w codziennych interakcjach. Rozwijanie podejścia empatycznego do dziecka i budowanie relacji, które są oparte na autentyczności i otwartości jest procesem kształtowania się postaw rodzicielskich (Basiaga, 2020).



2.3 Style przywiązania

Na funkcjonowanie jednostki pod względem emocjonalnym oraz społecznym fundamentalne znaczenie mają interakcje jakie, zachodzą między dzieckiem a rodzicami/opiekunami na wczesnym etapie jego rozwoju. Początki badań dotyczące tego obszaru sięgają lat czterdziestych XXw. Badania realizowano wśród dzieci wychowywanych w warunkach, których brakowało odpowiedniej oraz regularnej opieki, zapewnionej przez bliską osobę, co pokazało, że nie tylko nieobecność, ale również przerwanie bliskiej i emocjonalnej więzi dziecka z dorosłym, prowadzi do rozległych, ale także nieodwracalnych konsekwencji w sferze rozwoju psychicznego jednostki (Przetacznik-Gierowska, 1978).

Pierwsze więzi mają kluczowe znaczenie na dalszym etapie funkcjonowania jednostki nie tylko w sferze emocjonalnej, ale również w późniejszych relacjach jakie kształtują się w sferze społecznej. Nieprawidłowości, jakie pojawiają się w określonym obszarze mogą skutkować różnorodnymi trudnościami adaptacyjnymi jednostki. Zgłębianie wiedzy oraz szczegółowa analiza w kontekście powstawania mechanizmów, ich formowania oraz jakości więzi emocjonalnych podmiotu, jest niezwykle istotna, aby móc w pełni pochylić się nad tym zagadnieniem. Podstawowy model więzi emocjonalnej w różnego rodzaju kulturach, jaki został przyjęty i stał się powszechny, jest to relacja między matką a dzieckiem (Czub, 2003).

Przechodząc do zdefiniowania przywiązania, powszechnie uznawanym za prekursora w tej dziedzinie był John Bowlby. Przedstawił on koncepcję, która łączy psychoanalizę z etologią, podkreślając tym samym, że więź emocjonalna między dzieckiem a opiekunem (matką), powstaje na skutek tworzenia się i integrowania różnorodnych systemów behawioralnych, które to kształtują się w celu zapewnienia dziecku bliskości oraz bezpieczeństwa. Innymi słowy, przywiązanie jest to silna potrzeba bliskości i kontaktu dziecka z opiekunem, szczególnie widoczna w trudnych sytuacjach doświadczanych przez dziecko takich jak, zmęczenie, strach czy choroba, ale również w sytuacjach wymagających wsparcia osoby dorosłej. Jest to względnie stabilna oraz odporna tendencja na wpływ okoliczności o charakterze przejściowym. Przywiązanie dziecka do opiekuna jest kluczowym aspektem w pierwszych latach życia, a wszelkie działania jakie podejmuje, aby zbliżyć się do opiekuna mają ogromne znaczenie dla rozwoju więzi w sferze emocjonalnej. Zachowania są kształtowane nie tylko pod wpływem zewnętrznych czynników, ale również wewnętrznych i rozwijają się one najintensywniej w pierwszym roku życia dziecka, który z kolei jest uznawany za szczególnie ważny w sferze nawiązywania bliskich więzi. Charakterystycznym czynnikiem w aspekcie przywiązania dziecka do opiekuna jest wyraźna preferencja konkretnej osoby, która pozostaje nawet w sytuacji jego separacji z opiekunem. Należy podkreślić, że osoba, która angażuje się w opiekę



czy wykazuje gotowość do reagowania na potrzeby dziecka, staje się istotną jednostką w jego życiu (Bowlby, 2007).

Oprócz wspomnianego wyżej Johna Bowlby'ego, należy w tym miejscu wymienić również, takie badaczki jak: Mary Ainsworth, która współpracowała z Bowlbym, Mary Main czy Judith Solomon. Ainsworth istotnie przyczyniła się do rozwoju teorii, ale również do głębszego zrozumienia różnych form więzi, jakie powstają między dzieckiem a opiekunem i wpływają na jego dalszy rozwój. Jedne z pierwszych badań autorki, dotyczących przywiązania były skupione na roli jaką odgrywają interakcje zachodzące między matką a dzieckiem, a także oddziaływania stylu wychowania na jakość tej więzi. W rezultacie wyróżniła ona trzy style przywiązania: bezpieczny, unikający oraz ambiwalentny, natomiast Main oraz Solomon poszerzyły typologię o styl zdeorganizowany (Bee, 2004).

Style przywiązania mają ogromny wpływ na funkcjonowanie oraz rozwój jednostki, dlatego warto podkreślić w jaki sposób mogą oddziaływać jednostkę:

✓ **Styl bezpieczny** – kształtuje się kiedy dziecko doświadcza harmonijnej oraz wspierającej opieki ze strony rodzica/opiekuna, co przekłada się na pozytywny obraz siebie i świata, a to z kolei na jego dalszy rozwój emocjonalny oraz społeczny. Przy doświadczeniu takiego stylu więzi formuje się również umiejętność radzenia sobie w różnych sytuacjach, nie tylko interpersonalnych, ale także podczas poznawania oraz eksplorowania otoczenia. Jednostka z takim stylem przywiązania charakteryzuje się empatią, zdolnością do budowania satysfakcjonujących relacji z innymi, jak również umiejętnością współpracy.

✓ **Styl lękowo – ambiwalentny** – powstaje w sytuacji, kiedy dziecko nie jest pewne reakcji oraz dostępności opiekuna. Kiedy odpowiedzi na potrzeby dziecka ze strony osoby dorosłej są niespójne czy nieodpowiednie może to prowadzić do rozwinięcia się u dziecka poczucia niepewności czy lęku w relacjach interpersonalnych. W rezultacie pojawia się u jednostki tendencja do ograniczonej aktywności w doświadczaniu i eksplorowaniu otoczenia oraz trudności w nawiązywaniu bliskich więzi. Niejednokrotnie pojawiają się problemy w sferze regulacji emocji, co prowadzi w konsekwencji do zredukowania reakcji w kierunku gniewu, bierności czy rozdrażnienia. Długotrwałe doświadczanie przez dziecko niestabilnej opieki ze strony osoby dorosłej, może prowadzić do internalizacji negatywnego obrazu siebie, co przekłada się na niskie poczucie własnej wartości oraz przekonanie na temat własnej nieskuteczności. W dorosłym życiu takie osoby, niejednokrotnie mają trudności w budowaniu satysfakcjonujących relacji, bywają lękliwe oraz nadmiernie zależne od innych osób.



✓ **Styl unikający** – powstaje na skutek wczesnych doświadczeń jednostki, które są związane z brakiem dostępności emocjonalnej rodzica/opiekuna, a jednocześnie odczuwania ogromnej potrzeby bliskości z nim. Brak odpowiedzi na potrzeby dziecka, w sytuacji zagrożenia, nieregularne angażowanie się w relację oraz lekceważenie, aktywuje mechanizmy prowadzące do unikania bliskiego kontaktu oraz odczuwania frustracji. Dziecko, które doświadcza takiej formy kontaktu z dorosłą osobą, uczy się, że jego potrzeby są nieistotne, co w konsekwencji prowadzi do tłumienia własnych emocji, trudności w nawiązywaniu satysfakcjonujących relacji w życiu dorosłym, odczuwania niskiej samooceny oraz braku poczucia własnej skuteczności. W relacjach, takie osoby bywają zdystansowane, lękliwe oraz uległe. Zdarza się również, że jednostka tłumii własne emocje, aby uniknąć odrzucenia. Niejednokrotnie w dorosłym życiu izoluje się od innych ludzi, sporadycznie angażuje się w życie społeczne i unika nawiązywania głębokich relacji z innymi ludźmi.

✓ **Styl zdezorganizowany** – kształtuje się w sytuacji kiedy opiekun/rodzic jest jednocześnie źródłem poczucia bezpieczeństwa i zagrożenia, co prowadzi do powstania wewnętrznego konfliktu u dziecka. W rezultacie z jednej strony pragnie ono bliskości, a z drugiej obawia się odrzucenia. Kolejnymi czynnikami są zaniedbania, takie jak krzywdzenie czy sytuacje, w których opiekun/rodzic nie potrafi poradzić sobie z własnymi trudnymi doświadczeniami. Dodatkowo, strategią radzenia sobie, jaką przyjmuje dziecko jest wycofanie, pojawiają się trudności w regulowaniu emocji, silne pobudzenie oraz dezorientacja. Niejednokrotnie zdarza się odczuwanie przez jednostkę kompulsywnej potrzeby trwania w stanie czujności oraz kontrolowania swojego otoczenia (Włodarczyk, 2016).

Za najbardziej korzystny dla rozwoju dziecka, uznawany jest bezpieczny styl przywiązania, który oparty jest na wzajemnej bliskości oraz zaufaniu. Warto w tym miejscu zaznaczyć, jak ważnymi czynnikami w dynamice rodzic/opiekun – dziecko są wrażliwość na potrzeby dziecka, a także zaangażowanie w interakcję z nim. Jeśli jednak dochodzi do sytuacji, w której opiekun/rodzic jest nieobecny, jego zachowanie jest niezrozumiałe dla dziecka oraz doświadcza ono braku zainteresowania utrzymywaniem relacji, taka sytuacja może prowadzić do rozwoju pozabezpiecznego stylu przywiązania (Aronson, Wilson, Akert, 1997).

Należy w tym miejscu podkreślić, że silna więź, która jest oparta na zaufaniu jest kluczowym czynnikiem wpływającym na wsparcie, jak również autonomię człowieka (Tryjarska, 2010).

Uzupełniając to, co zostało powiedziane, każdy ze stylów przywiązania jest ściśle



związany z jakością wczesnych interakcji między dzieckiem a opiekunem/rodzicem, co w konsekwencji powoduje kształtowanie się określonych strategii radzenia sobie u dziecka. Jest rzeczą interesującą, iż styl przywiązania ma wpływ również na zdolności poznawcze jednostki, regulację emocji oraz umiejętność nawiązywania i podtrzymywania relacji społecznych. Stanowi on fundament dla jednostki, na którym opiera się jej orientacja w świecie społecznym (Czub, 2003). Koncentrując się na wczesnym etapie rozwoju człowieka, należy podkreślić również, że dziecko, u którego rozwinął się pozabezpieczny styl przywiązania, w rezultacie doświadczenia zdarzeń o charakterze traumatycznym, obserwuje się podwyższony poziomu kortyzolu, co z kolei może mieć negatywny wpływ na rozwój jego struktur mózgowych, które odpowiedzialne są za kluczowe funkcje poznawcze, do których zalicza się pamięć i kontrola uwagi (Cerqueira, Mailliet, Almeida, Jay, Sousa, 2007).

2.4 Retrospektywna ocena postaw rodzicielskich

Retrospektywna ocena postaw rodzicielskich, jest to analiza dokonywana przez osobę dorosłą i dotyczy interpretacji doświadczeń (związanych zarówno z matką jak i ojcem), jakie miały miejsce w okresie dzieciństwa. Taka ocena umożliwia zrozumienie oddziaływania postaw rodzicielskich na rozwój emocjonalny, osobowościowy oraz społeczny jednostki. Plopa (2005), określa postawy rodzicielskie jako relatywnie stabilny zbiór przekonań, emocji oraz zachowań w stosunku do dziecka, które to wywierają znaczący oraz długotrwały wpływ na rozwój psychiczny jednostki. Autor podkreśla, że postrzeganie postaw rodzicielskich ma większy wpływ na rozwój jednostki, niż to, jak w rzeczywistości wyglądały zachowania rodziców. Co z kolei oznacza, że to subiektywna, a nie obiektywna ocena odgrywa fundamentalną rolę w formowaniu się osobowości jednostki (Plopa, 2011). Z biegiem czasu powstaje możliwość postrzegania postaw, jakie przyjmowali rodzice/opiekunowie, która pozwala na przyjrzenie się im z zupełnie innej perspektywy, z powodu poszerzenia się punktu widzenia podmiotu oraz czasu jaki minął od momentu kiedy sprawowana była nad nim opieka przez rodziców. W związku z tym, można przyjąć, że percepcja postaw rodzicielskich z perspektywy osoby dorosłej, wydaje się być bardziej odpowiadająca na pytania dotyczące subiektywnej oceny, jaką przedstawia jednostka w danym momencie, a która wpływa na jej postrzeganie oraz obraz relacji jaki wytworzyła w ciągu swojego życia (Przetacznik-Gierowska, Włodarski, 2002; Plopa, 2011). Dostrzeganie większej liczby różnorodnych pojęć, ale także zjawisk w czasie, kiedy podmiot stał się osobą dorosłą, zmienia jego perspektywę oceniania przeszłych doświadczeń, jakie miały miejsce na przestrzeni życia. Jak się okazuje, ocena jakiej dokonuje jednostka będąc już osobą dorosłą, bardzo często nie zgadza się z oceną,



którą przedstawiają jej rodzice, którzy w zupełnie inny sposób będą interpretować przeszłe doświadczenia, jakie miały miejsce w przeszłości. Może powstawać również sytuacja, w której rodzice nie zdają sobie sprawy z dysonansu jaki powstaje między ich zachowaniem, a postrzeganiem go przez dziecko (Jankowska, 2014).



Rozdział 3. Rozumienie emocji w psychologii oraz ich funkcje w życiu jednostki

W dziedzinie psychologii można zauważyć, iż emocje są terminem, który jest rozumiany oraz definiowany w różnorodny sposób. Trudność związana z definicją emocji, polega na interpretacji wynikającej w szczególności z tego, że prawie każdy człowiek na te same bodźce reaguje w bardzo indywidualny i zróżnicowany sposób, co w rezultacie prowadzi do sytuacji, w której klasyfikacja emocji jest utrudnionym procesem (Łosiak, 2007).

Jednym z prekursorów, którego należy w tym miejscu wymienić w kontekście definiowania emocji, jest William James, który sformułował je poprzez odczuwanie zmian, jakie zachodzą w organizmie jednostki, za pośrednictwem konkretnego wydarzenia. Zbliżone podejście zaproponował również Carl Lange, który przedstawił emocje jako przyczynę zmian naczyniowo – ruchowych, które to zachodzą w ciele poprzez pojawienie się konkretnych bodźców. Należy jednak podkreślić, że z czasem połączono obie koncepcje w jedną i nazwano je teorią emocji Jamesa-Langego (Reykowski, 1992). Autorzy tej teorii podkreślali, że przeżywanie emocji przez jednostkę jest rezultatem interpretacji przez nią odczuwanych reakcji fizjologicznych na bodźce z zewnątrz (np. konkretna sytuacja, przedmiot). To znaczy, że emocje jakie odczuwa człowiek, wynikają z postrzegania własnych reakcji na poziomie fizycznym, a informacje zwrotne, jakie dostrzega jednostka z otoczenia, odgrywają istotną rolę w kształtowaniu się jej przeżyć w sferze emocjonalnej. Koncepcja ta, zwana również trzewną oraz obwodową teorią emocji podkreśla, jak ważnym aspektem jest reakcja autonomicznego układu nerwowego w funkcjonowaniu oraz życiu człowieka (Strelau, Doliński; 2008). Jak podkreśla Levenson (1999), emocje rozpoczynają szereg skomplikowanych procesów, które zachodzą w organizmie człowieka, zarówno na poziomie poznawczym, ale także fizjologicznym, a zmiany, które w związku z tym następują, dotyczą nie tylko autonomicznego układu nerwowego, ale również można je dostrzec w napięciu mięśniowym jednostki oraz jej mimice. Jest to spójna reakcja organizmu podmiotu, która pozwala na adaptację do zmieniającego się środowiska, nie tylko w aspekcie dotyczącym interakcji społecznych, ale także procesów intrapsychicznych u człowieka.

Emocja jest to subiektywny stan natury psychicznej jednostki, który uruchamia priorytet odpowiedniego programu działania, jaki jest z nią związany, a odczuwaniu emocji współtowarzyszą nie tylko zmiany na poziomie somatycznym, ale także są to ekspresje związane z mimiką, pantomimiką, a także zachowaniem jednostki (Doliński, w: Strelau, 2000). Natomiast, Nico Frijda stworzył jedną z najczęściej przytaczanych definicji emocji (1986, za:



Oatley; Jenkins, 2003), zgodnie z którą emocja powstaje na podstawie zaklasyfikowania przez jednostkę zdarzenia jako ważne z punktu widzenia realizacji poszczególnych celów i ta ocena może być zarówno na poziomie świadomym, ale również nieświadomym. Zatem, w sytuacji, której okoliczności sprzyjają celom jednostki, odczuwa ona emocję o charakterze pozytywnym, natomiast w przeciwnym wypadku, kiedy pojawiają się czynniki komplikujące, aktywuje się emocja, o charakterze negatywnym. Każda z emocji, pełni funkcję, która ma na celu informowanie jednostki o zagrożeniu oraz określa pierwszeństwo konkretnego działania, jak również wpływa na inne procesy mentalne oraz zachowania podmiotu. Jak podkreślał również Reykowski, można zauważyć, że emocje to nie tylko somatyczne odczucia, ale także mimika, pantomimika oraz działania jednostki. Co istotne, Frijda zaznacza, jak ważną podstawą emocji są wartości, które są charakterystyczne dla konkretnej jednostki, jej środowiska, ale także celów jakie pragnie realizować. Wymienia również procesy poznawcze, które są w tym kontekście kluczowe: zdarzenie jest kodowane przez podmiot, który je ocenia, określa dostępne rozwiązania co do działania, ocenia ich pilność, jak również trudność oraz powagę danej sytuacji, co prowadzi do planowania konkretnych działań (Łosiak, 2007).

3.1 Charakterystyka procesu emocjonalnego według Reykowskiego

Procesy, które zachodzą w sferze emocjonalnej sprawują funkcję rozpoznania cech jakie zawierają przedmioty, ale również zdarzenia, które są znaczące dla podmiotu, a także pełnią istotną rolę w podejmowaniu odpowiednich działań, które z kolei wynikają z mobilizacji organizmu. Składają się one z trzech ważnych komponentów (Reykowski, 1992):

✓ **Składnik afektywny** – jest on definiowany jako element oceny, która może być pozytywna, ale również negatywna i dotyczy ona konkretnego obiektu, ale również zdarzenia i związana jest z tendencją do utrzymania albo pozostawienia go. Ocena, która powstaje na poziomie emocjonalnym jest zawsze subiektywna oraz powstaje z perspektywy indywidualnych potrzeb jednostki. Zakres tego składnika obejmuje emocje, które człowiek często ocenia z perspektywy odpowiedniej w danym momencie i określa ją jako pozytywną albo negatywną, tymczasem każda emocja w rzeczywistości jest korzystna dla funkcjonowania jednostki, ponieważ informuje ją o tym czy dana sytuacja jest dla niej korzystna, czy nie. Można założyć więc, że wyżej wymieniony komponent, zwraca uwagę na pojawiające się emocje w danej chwili, które jednostka określa czy są pozytywne i mogą być impulsem do kontaktu z przyczyną tych emocji czy są odbierane jako negatywne i w związku z tym kierują do zaprzestania kontaktu z nią (Reykowski, 1992).



✓ **Składnik pobudzeniowy** – jest to ocena wagi oraz siły z jaką pobudzenie wpływa na jednostkę i ma charakter indywidualny, a zaangażowane w ten proces są: autonomiczny układ nerwowy, mięśniowy, oś przysadka-nadnercze, jak również ośrodkowy układ nerwowy. Im intensywniejsze oraz ważniejsze dla podmiotu jest oddziaływanie, tym silniejsze jest pobudzenie. Należy tutaj podkreślić, że w całym procesie bierze też udział układ ruchowy, który przy silnym pobudzeniu organizmu w konsekwencji może prowadzić do wzrostu aktywności, silnych napięć w obszarze mięśniowym, ale także może działać antagonistycznie, co prowadzi do zmniejszenia napięcia, które w bardzo silnych reakcjach może charakteryzować się na przykład utratą głosu czy uginaniem się nóg w określonej i trudnej dla podmiotu sytuacji. Pobudzenie, które powstaje w ośrodkowym układzie nerwowym można zauważyć w zmianach, jakie zachodzą w aktywności mózgu poprzez neuroobrazowanie, ale nie tylko. Można również zaobserwować je w przyspieszeniu procesów skojarzeniowych, które zachodzą u jednostki, charakteryzujących się odczuwaniem tak zwanego „natłoku myśli”, a także, w reakcji, która może odbywać się w drugą stronę, czyli występuje w tym wypadku spowolnienie, jakiego może doświadczyć podmiot co powoduje z kolei tzw. „pustkę w głowie”. Co zdaje się istotne w tej sytuacji, pobudzenie osi przysadka-nadnercze jest skorelowana z funkcjonowaniem gruczołów dokrewnych, co między innymi doprowadza do wydzielania się adrenaliny, natomiast symptomy pobudzenia nie są ze sobą silnie skorelowane; przykładem może być intensywne pobudzenie AUN, co niekoniecznie jest związane z pobudzeniem w sferze ruchowej i na odwrót (Reykowski, 1992).

✓ **Składnik treściowy** – oznacza skoncentrowanie się oraz dokonanie oceny konkretnego czynnika, który wpływa na jednostkę. Koncentrowanie się na tym konkretnym elemencie wpływa podmiot. Na przykład w sytuacji głodu czy potrzeby bezpieczeństwa, wywoływana jest w danej sytuacji określona emocja. Jeśli chodzi o sferę działań jednostki, to osiągnięcie sukcesu, albo poniesienie porażki może być predyktorem takiej sytuacji, a w sferze wartości, jaką wyznaje jednostka niezależnie od jej rangi (osoby bliskie, sprawiedliwość, wolność) czy strefie poznawczej, która obejmuje system wiedzy, poglądy, ale również oczekiwania jakie posiada jednostka. Dodatkowym elementem, jaki warto podkreślić jest sfera potrzeb związana z „ja”, jaka wiąże się z samooceną czy tożsamością i jest ona szczególnie istotna w kontekście emocji, ponieważ najsilniej przeżywane są emocje, które związane są właśnie z podmiotem. Emocje, które różnią się pod wpływem treści, wywołują również odmienne reakcje, natomiast mają one charakter ukierunkowany, na przykład: ucieczka, zbliżenie, atak, ale również ukazują się poprzez zachowania ekspresyjne takie jak mimika, pantomimika czy też reakcje wokalne



(Reykowski, 1992). Według Reykowskiego (1992), emocja, która jest całkowicie rozwinięta składa się z trzech wyżej wymienionych składników (ocena bodźca pozytywnego lub negatywnego, pobudzenia i tendencji do działania), ale mogą one również występować samodzielnie. Pojawianie się emocji jest uwarunkowane przez wiele czynników, a ich nasilenie może mieć charakter nie tylko pozytywny, ale również negatywny, co z kolei wpływa na decyzje jakie podejmie jednostka. Autorzy badań, skupiają się na reakcjach konkretnej jednostki oraz występujących w związku z nimi emocjami.

3.2 Kontrola emocji

Przechodząc do zagadnienia kontroli emocji warto zauważyć, że człowiek stara się unikać emocji, które są dla niego nieprzyjemne oraz izoluje się od sytuacji, w których mogą one wystąpić. Jednostka stara się znaleźć takie okoliczności, które pozwolą jej na doświadczenie pozytywnych emocji. Tematem kontroli oraz hamowania emocji zajmował się już Zygmunta Freud, wprowadzając do psychologii pojęcie mechanizmów obronnych, które są jednym z aspektów dotyczących regulacji emocji. Następnym czynnikiem, jaki należy wymienić jest pojęcie „radzenia sobie ze stresem” wprowadzonym dzięki badaniom Richarda Lazarusa, które obejmuje świadomy, ale także celowy proces działania w kontekście emocji (Łosiak, 2007). Kolejnym ważnym aspektem jest samokontrola, która pozwala na zarządzanie emocjami, a także wpływu na ich wyrażanie. Zasadniczym celem samokontroli jest działanie, które prowadzi do pożądanej zmiany i jest nie tylko świadome, ale także jest związane z wykształconymi w trakcie życia nawykami (Golińska, 2000).

James Grossa (1998), autor procesualnego modelu regulacji emocji, podkreśla, że regulacja emocji jest obok wspomnianych wcześniej mechanizmów obronnych oraz radzenia sobie ze stresem kluczowym aspektem dotyczącym zdolności jednostki do adaptacji stanu emocjonalnego w celu dopasowania reakcji do wymagań, jakie stawia wobec niej otoczenie. Opierając się na definicji, którą przytacza autor, regulacja emocji jest zbiorem procesów, dzięki któremu podmiot jest w stanie wpływać na swoje emocje, ale także ich przeżywanie, odczuwanie czy również wyrażanie.

3.3 Psychosomatyka oraz rozwój badań dotyczących związku między psychiką, a powstawaniem chorób

Psychosomatyka, jest terminem, który pochodzi od greckich pojęć „psyche” i „soma” (ciało). Jest to obszar wiedzy, który zajmuje się skomplikowanymi relacjami pomiędzy psychiką, a sferą fizjologiczną jednostki. Zgłębia oraz analizuje ona przyczyny chorób, które



to mają istotne znaczenie pod względem psychiki oraz objawów somatycznych u człowieka. W odróżnieniu od podejścia, które skoncentrowane jest całkowicie na aspektach natury biologicznej, psychosomatyka uwzględnia szerszą perspektywę skierowaną na podmiot, biorąc tym samym pod uwagę nie tylko aspekty psychiczne, ale również fizyczne w kontekście zdrowia jednostki, ale również występowania chorób (Tylka, 2000).

Relacja jaka zachodzi pomiędzy umysłem, a ciałem ludzkim jest skomplikowanym procesem, w którym to, jak wspomniano wcześniej, emocje mogą prowadzić do różnego rodzaju reakcji fizjologicznych, jak na przykład: pocenie się, zmiana temperatury ciała, przyspieszony oddech oraz rumień na skórze. Należy zwrócić uwagę, na silne powiązanie jakie zachodzi między procesami dotyczącymi psychiki, a ujawniającymi się objawami somatycznymi u człowieka (Zimbardo, Johnson, McCann, 2017). Jak się okazuje, znaczącym czynnikiem, który może powodować liczne zaburzenia w sferze funkcjonowania organizmu jednostki, jest stres. Dotyczy to, nie tylko narządów wewnętrznych człowieka, ale również może przyczyniać się do zaistnienia różnego rodzaju chorób u człowieka (Tylka, 2000). Tak więc, stres o charakterze przewlekłym odgrywa ważną rolę nie tylko w powstawaniu, ale również w przebiegu niektórych schorzeń o charakterze somatycznym. Nie ulega więc wątpliwości, że może on wywołać nie tylko mechanizm, który to prowadzi do rozwoju konkretnych chorób, takich jak: astma, schorzenia układu krążenia, ale również przewlekłych dolegliwości, które zmieniają dynamikę oraz wpływają na intensywność czy częstotliwość z jaką pojawiają się objawy związane z chorobą (Spielman, Jenkins, Lovett, Czarnota-Bojarska, 2020). Sifneos, wprowadził termin, który jest ważnym aspektem, dotyczącym psychosomatyki, a jest nim alekstyimia. Jest to skomplikowane zaburzenie emocjonalne, którego rezultatem jest brak zdolności do rozpoznawania i nazywania swoich uczuć, nie tylko w sposób werbalny, ale także niewerbalny, a podmiot, zmagający się z alekstyimią, niejednokrotnie posiada ograniczoną sferę wewnętrzną, co z kolei przejawia się w ubóstwie dotyczącym fantazji oraz trudnościami w rozpoznawaniu subiektywnych emocji, ale także w odróżnianiu ich od doznań fizycznych (Maruszewski, Ścigała, 1998).

Według McDougall (1989), interpretacja reakcji psychosomatycznych, jest to mechanizm obronny, indywidualny dla danej jednostki. Autorka podkreśla również, że psychika, w obliczu zagrożeń aktywuje prymitywny oraz niewerbalny sygnał alarmowy, co w konsekwencji prowadzi do dezorganizacji procesów fizjologicznych, które powodują powstanie objawów psychosomatycznych. Natomiast, różnego rodzaju zaburzenia psychiczne, takie jak objawy psychotyczne, psychosomatyczne, nerwice czy perswazje, można interpretować jako, nieświadome próby zmagania się z głęboko zakorzenionym, bólem



psychicznym, który spowodowany był doświadczeniami traumatycznymi dla jednostki. Z kolei mechanizmy obronne są konsekwencją wczesnodziecięcych strategii radzenia sobie z sytuacjami, które w tamtym momencie były dla jednostki przytłaczające.

Jak się okazuje, obserwacje, które dotyczą związku między duszą i ciałem sięgają już czasów starożytności. Hipokrates, Galen czy inni greccy filozofowie, jako pierwsi zauważyli, istotną rolę, jaką odgrywa podejście holistyczne w stosunku do ludzkiego zdrowia, jak również choroby. Jedność pomiędzy duszą a ciałem zakładał również, tak zwany monizm materialistyczny, pomimo przyznania każdemu z osobna pełnienia odmiennych funkcji dominował on również w niektórych, starożytnych tradycjach filozoficznych. Koncepcje na przestrzeni wieków się zmieniały, ale należy zaznaczyć, że zasadniczy pogląd wzajemnego oddziaływania psychiki, jak i fizjologii człowieka został niezmienny (Ścigała, 2001; Matuszewicz, 2006). Jednakże, uwzględniając kartezyjański dualizm, który zakładał z kolei wyraźne oddzielenie umysłu od ciała i stanowił punkt zwrotny w nowożytnej filozofii, a postrzeganie człowieka z tej perspektywy było tak znaczące, że przez wieki kształtowała ona kulturę zachodnią. Pomimo licznych zmian oraz adaptacji koncepcja ta okazała się niewystarczająca w kwestii odkryć jakie miały miejsce w dziedzinie nauki. Współczesne badania zwracają uwagę na potrzebę poszukiwania nowych paradygmatów, które dokładniej oddawałyby połączenie psychofizycznej natury człowieka.

Zatem, rozwój takich dziedzin jak neurobiologia czy psychoneuroimmunologia pokazuje skomplikowane zależności między procesami psychicznymi oraz fizjologicznymi. W obszarze badań, dotyczących psychosomatyki znaczący wkład wnosi, wyżej wymieniona psychoneuroimmunologia, nauka która wyjaśnia korelacje jakie powstają między doświadczeniami o charakterze stresogennym, a zaburzeniami w funkcjonowaniu układu immunologicznego jednostki (Ścigała 2001). Zdaniem Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles, Glaser, (2002), korzenie tej nauki, która ma ogromne znaczenie dla omawianej problematyki, sięgają już lat czterdziestych XX wieku. Początkowe badania koncentrowały się na zgłębieniu związku, jaki powstaje pomiędzy sferą psychiczną (na przykład: cechy osobowości, wzorce zachowań oraz przeżycia dotyczące sfery emocjonalnej), a zdrowiem oraz rozwojem różnego rodzaju chorób. Szczególne zainteresowanie naukowców obejmowało czynniki psychologiczne, które to mogły mieć istotny wpływ nie tylko na rozpoczęcie, ale również na rozwój chorób, w tym m.in. alergii, nowotworów, astmy, chorób zakaźnych, jak również, co istotne w niniejszej pracy autoimmunologicznych. Jak się okazuje potwierdzono poprzez badania naukowe starożytną tezę, dotyczącą wzajemnej relacji między umysłem i ciałem oraz ich bardzo bliskiego związku, ale także tego, jak duże znaczenie ma interakcja pomiędzy



układem nerwowym, hormonalnym oraz immunologicznym w rozwoju, ale również w przebiegu wielu schorzeń.

Podsumowując dotychczasowe rozważania, można stwierdzić, że stan psychiczny jednostki ma zdolność nie tylko do wspierania, ale również osłabiania odporności organizmu oraz może również wpływać na rozwój chorób przewlekłych (Ader, 1990). Obecnie przedmiotem wielu prowadzonych oraz intensywnych badań są również aspekty o charakterze neurobiologicznym, które to prowadzą do coraz lepszego zrozumienia różnych mechanizmów, dotyczących funkcjonowania jednostki (Landowski, 2007).

Jak się okazuje, badania kliniczne podają również, że stres (Mausch, 2003) oraz doświadczenie szerokiego zakresu emocji (Maier, Watkins, 1997), stanowią kluczowy element, który to łączy sferę biologiczną z psychospołeczną, a tym samym wpływa bezpośrednio na mechanizmy immunologiczne w organizmie człowieka.

3.4 Egzemplifikacja chorób autoimmunologicznych

Choroby autoimmunologiczne to nieprawidłowa odpowiedź układu odpornościowego organizmu jednostki, w której dochodzi do sytuacji, kiedy to organizm atakuje własne komórki oraz tkanki. Takie zaburzenie prowadzi do zmian o charakterze patologicznym, ale również do nieprawidłowości w funkcjonowaniu tkanek, które naturalnie mają za zadanie chronić organizm za pomocą mechanizmów obronnych. Należy podkreślić, że tego rodzaju choroby nie tylko dotyczą konkretnych narządów czy układów (mogą atakować układ hormonalny, nerwowy, a także pokarmowy), ale również może występować pod postacią układową. Współcześnie jest to duże wyzwanie dla naukowców, którzy próbują ustalić warunki i przyczyny tej wielowymiarowej i złożonej choroby. Dotychczas, zwraca się uwagę, nie tylko na czynniki dotyczące środowiska czy podłoża genetycznego, ale również powiązania dotyczące pojawiających się problemów w sferze psychicznej (np. depresja) oraz różnic jakie zachodzą w organizmie kobiety i mężczyzny. Jednak, należy podkreślić, że to właśnie kobiety częściej doświadczają tego rodzaju jednostki chorobowej (Mertowski, Gosik, Grywalska, Roliński, Załuska, 2021). Postawienie diagnozy choroby o podłożu autoimmunologicznym jest szczególnie trudne na wczesnym etapie pojawienia się jej, kiedy to są zaatakowane różnego rodzaju układy, a także narządy organizmu. Cechą charakterystyczną dotyczącą chorób autoimmunizacyjnych są fazy intensyfikacji, a także cofania się objawów.

Choroby o charakterze przewlekłym, do jakich zaliczają się choroby autoimmunologiczne, są to schorzenia, które wykazują jedną, jak również kilka charakterystycznych cech, a także są postrzegane jako zaburzenie czy też odstępstwo od tak



zwanej normy. Mają one najczęściej długotrwały/trwały charakter z nieznaną etiologią oraz przebiegiem i niejednokrotnie prowadzą do dysfunkcji czy niepełnosprawności jednostki, która wymaga wyspecjalizowanej opieki oraz podejścia. W przypadku kiedy choroba ma długotrwały charakter, okazuje się, że zmienia się postrzeganie nie tylko świata, ale również redefiniowane są przez podmiot wartości i priorytety życiowe. Warto w tym miejscu podkreślić, że reakcje każdego podmiotu, będą się różniły od siebie. Zaczynając od akceptacji nowej rzeczywistości do trudności wynikających z przyjęciem diagnozy. Okazuje się, że kiedy jednostka jest w stanie zaakceptować sytuację, w której się znalazła, wykazuje większą gotowość do leczenia się oraz rzadziej doświadcza emocjo o charakterze negatywnym (Brzozowska, Postępski, Jędrych, 2016). Na ten moment można wyróżnić około 70 jednostek chorobowych, których źródłem są choroby autoimmunologiczne. Biorąc pod uwagę ogólną populację na świecie, osoby, których dotyka ta choroba stanowią od 3% do 8%, z czego to właśnie kobiety, chorują częściej od mężczyzn i stanowią 78 – 85% wszystkich osób dotkniętych autoimmunizacją (Szczepłowska, Hebzda, Wojtuń, 2011).



Rozdział 4. Metodologia badań własnych

W tym rozdziale przedstawiono metodologię badań, jakie zostały przeprowadzone w ramach niniejszej pracy. Zostaną również omówione kluczowe elementy projektu badawczego, takie jak: cel pracy, pytania badawcze, ale także hipotezy, przyjmujące formę zdań twierdzących oraz stanowiące założenia, które mają na celu udzielenie odpowiedzi na postawione pytania. Następnie zostanie opisana metodologia badań, z uwzględnieniem wybranych metod badawczych, jak również charakterystyka badanej grupy.

4.1 Cel badania

Celem badania jest ocena związku między doświadczeniem traumy wczesnodziecięcej a retrospektywną oceną postaw rodzicielskich oraz poziomem kontroli emocji u kobiet dotkniętych chorobą autoimmunologiczną. Dodatkowo, celem szczegółowym jest analiza negatywnych doświadczeń wczesnodziecięcych, postaw rodzicielskich oraz kontroli emocji badanej grupie.

4.2 Pytania badawcze

P1. Czy istnieje związek między doświadczeniem traumy wczesnodziecięcej a kontrolą emocji u kobiet z chorobą autoimmunologiczną?

P2. Czy zaniedbanie emocjonalne w dzieciństwie nasila tendencję do tłumienia emocji oraz kontroli gniewu, lęku i depresji?

P3. Czy istnieje związek między doświadczeniem traumy wczesnodziecięcej a retrospektywną oceną postaw rodzicielskich?

P4. Czy stopień ogólnego tłumienia emocji koreluje z retrospektywną oceną postaw rodzicielskich?

P5. Czy istnieje związek między negatywną (w ocenie retrospektywnej) postawą rodzica a tłumieniem emocji gniewu, depresji i lęku w badanej grupie?

4.3 Hipotezy badawcze

H1. Kobiety, które doświadczyły wyższego poziomu traumy wczesnodziecięcej, będą charakteryzować się większą skłonnością do tłumienia emocji.



H2. Im wyższy poziom emocjonalnego zaniedbania, tym większa skłonność do tłumienia emocji oraz wyższa kontrola gniewu, lęku i depresji.

H3. Kobiety z wyższym wynikiem ogólnej traumy będą częściej postrzegały postawy rodzicielskie jako bardziej negatywne.

H4. Wyższy poziom kontroli gniewu będzie związany z negatywną oceną postaw rodzicielskich.

H5. Kobiety, które oceniają negatywnie postawy rodzicielskie, będą zgłaszały większe trudności w radzeniu sobie z emocjami.

4.4 Charakterystyka osób badanych

Badaniem zostało objętych 98 kobiet dotkniętych chorobą autoimmunologiczną wybranych na zasadzie randomizacji.

Tabela 1. Dane opisowe osób badanych zmienne demograficzne (N = 98)

Zmienne		<i>n</i>	%
Wiek	18-24 lat	4	4,1
	25-34 lat	25	25,5
	35-44 lat	36	36,7
	45-54 lat	20	20,4
	55-64 lat	12	12,2
	65+ lat	1	1,0
Wykształcenie	zawodowe	8	8,2
	średnie	17	17,3
	wyższe	73	74,5
Miejsce zamieszkania	wieś	26	26,5
	małe miasto	25	25,5
	duże miasto	24	24,5
	metropolia	23	23,5
Stan cywilny	singielka	9	9,2
	w związku	18	18,4
	zamężna	57	58,2
	w separacji	2	2,0



Zmienne		n	%
	rozwidziona	12	12,2
Dzieci	Nie posiadam	25	25,5
	1	27	27,6
	2	38	38,8
	3	8	8,2
Rodzaj choroby	Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS)	18	18,4
	Toczeń rumieniowaty układowy (SLE)	23	23,5
	Twardzina układowa	23	23,5
	Inne	34	34,7
Czas choroby	mniej niż 1 rok	7	7,1
	1-5 lat	35	35,7
	6-10 lat	15	15,3
	więcej niż 10 lat	41	41,8

Źródło: badania własne.

Z tabeli 1 wynika, że najwięcej badanych kobiet było w wieku od 35 do 44 lat (36, tj. 36,7%), następnie liczne grupy były w wieku 25-34 lat (25, czyli 25,5%) i 45-54 lat (20, tj. 20,4%), natomiast jedna kobieta była w wieku powyżej 65 lat oraz cztery (4,1%) w najmłodszej grupie wiekowej 18-24 lat. Zdecydowana większość badanych kobiet (73, tj. 74,5%) posiada wykształcenie wyższe, natomiast stanowczo mniej było kobiet z wykształceniem średnim (17, tj. 17,3%) a najmniej z wykształceniem zawodowym (8, czyli 8,2%). Pod względem zamieszkania badana grupa kobiet jest niemalże równomiernie zróżnicowana - po około jedna czwarta badanych zamieszkuje odpowiednio: wieś (26, tj. 26,5%), małe miasto do 100 tys. mieszkańców (25, tj. 25,5%), duże miasto liczące od 100 do 500 tys. mieszkańców (24, tj. 24,5%) oraz metropolię, czyli miejscowość powyżej 500 tys. mieszkańców (23, tj. 23,5%). Ponad połowa badanych kobiet jest w związku małżeńskim (57, tj. 58,2%), w związku przebywa 18 (18,4%) badanych kobiet, a kobiet po rozwodzie jest 12 (12,2%), natomiast najmniej jest kobiet będących w separacji (2, tj. 2%) oraz singielek (9, tj. 9,2%). Zdecydowana większość badanych kobiet posiada dzieci (łącznie 73, tj. 74,5%), z czego większość ma dwoje dzieci (38, tj. 38,8%), natomiast około jedna czwarta badanych kobiet dzieci nie posiada (25, tj. 25,5%).



W badanej grupie kobiet z rozpoznaną chorobą autoimmunologiczną najmniej liczną grupę stanowią kobiety ze stwierdzonym reumatoidalnym zapaleniem stawów (18, tj. 18,4%), po tyle samo kobiet (po 23, tj. 23,5%) jest z diagnozą toczeń rumieniowaty układowy i twardzina układowa, u pozostałych badanych kobiet (34, tj. 34,7%) postawiono inną diagnozę. Większość badanych kobiet choruje od ponad 10 lat (41, tj. 41,8%) oraz od roku do 5 lat (35, tj. 35,7%), natomiast najmniej jest kobiet o najmniejszym czasie choroby – do roku (7, tj. 7,1%).

4.5 Narzędzia badawcze

Podstawą niniejszej pracy badawczej było zastosowanie następujących narzędzi:

1. Kwestionariusz Traumatyzacji Wczesnodziecięcej (Childhood Trauma Questionnaire – CTQ), David P. Bernstein, Laura Fink.
2. Kwestionariusz Retrospektywnej Oceny Postaw Rodzicielskich (KPR – Roc) - M. Płopy.
3. Skala Kontroli Emocji (CECS) - Maggie Watson, Steven Greer, w adaptacji Zygrydy Jurczyńskiego.

4.5.1 Kwestionariusz Traumatyzacji Wczesnodziecięcej (Childhood Trauma Questionnaire – CTQ), D. P. Bernstein, L. Fink

Do pomiaru traumy wczesnodziecięcej wykorzystano Kwestionariusz Traumatyzacji Wczesnodziecięcej opracowany w latach 1994 – 1997 (Childhood Trauma Questionnaire – CTQ) (Bernstein i wsp. 1994; Bernstein i Fink 1998). Polska adaptacja została przeprowadzona pod kierunkiem prof. dr hab. n. med. Jacka Bomby. W badaniu wykorzystano polską wersję dostosowaną przez Agnieszkę Murzyn (2012). Kwestionariusz CTQ to narzędzie, które służy do oceny doświadczeń z okresu dzieciństwa, które to mogły mieć negatywny wpływ na dalszy rozwój podmiotu. Składa się on z 28 pytań, które to obejmują pięć istotnych obszarów:

- ✓ Nadużycie emocjonalne;
- ✓ Nadużycie fizyczne;
- ✓ Nadużycie seksualne;
- ✓ Zaniedbanie emocjonalne;
- ✓ Zaniedbanie fizyczne.

W kwestionariuszu została zastosowana pięciostopniowa skala Likerta, w której można było udzielić odpowiedzi od „nigdy” do „bardzo często”. Ponadto, zawiera on skalę



minimalizacji/zaprzeczenia, której zadaniem jest rozpoznanie tendencji osoby udzielającej odpowiedzi, zgodnie z oczekiwaniami społecznymi, co może nieść ze sobą ryzyko otrzymania fałszywie negatywnych wyników, które dotyczą doświadczeń o charakterze traumatycznym. Pytania zostały sformułowane w sposób, który ma na celu zminimalizowanie obciążenia sfery emocjonalnej osoby badanej, a zastosowanie pojęć nacechowanych negatywnie (takich jak: „trauma czy „prześladowca”) ograniczono do absolutnego minimum.

Kwestionariusz CTQ umożliwia zbadanie pięciu kategorii doświadczeń traumatycznych:

- ✓ **Nadużycie emocjonalne** – odnosi się do wszelkich działań o charakterze werbalnym, które mają na celu upokorzenie, umniejszenie, poniżenie, ale również zastraszenie dziecka czy nastolatka.
- ✓ **Nadużycie fizyczne** – obejmuje różnego rodzaju działania, które to mogą prowadzić lub powodują uszkodzenia ciała dziecka/nastolatka.
- ✓ **Nadużycie seksualne** – dotyczy wszelkich działań seksualnych, które są skierowane do dziecka czy nastolatka, ale również sytuacji, w których dziecko/nastolatek jest do takich działań zachęcane;
- ✓ **Zaniedbanie emocjonalne** – brak zapewnienia dziecku czy nastolatkowi niezbędnego wsparcia w sferze emocjonalnej, jak również poczucia bezpieczeństwa, które to są fundamentem rozwoju jednostki;
- ✓ **Zaniedbanie fizyczne** – wiąże się z niezaspokojeniem podstawowych potrzeb dziecka czy nastolatka, takich jak: bezpieczeństwo, schronienie, dostęp do opieki zdrowotnej, odpowiedniej diety.

Autorzy kwestionariusza, zaproponowali definicję traumy, która jest zgodna z koncepcją traumy złożonej, i znajduje ona potwierdzenie w badaniach naukowych (Cook, Spinazzola, Ford, Lanktree, Blaustein, Cloitre, van der Kolk, 2005) oraz definicji Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization, 1999, s.8).

Nasilenie traumy, obliczane jest na podstawie sumy punktów, jaką osoba badana może uzyskać w poszczególnych skalach kwestionariusza i przyjmuje wartości w przedziale od 5 do 25 punktów. Całkowite nasilenie traumy stanowi sumę uzyskanych punktów we wszystkich skalach. Autorzy kwestionariusza wyróżnili cztery stopnie nasilenia traumy: od jej braku (lub minimalnego nasilenia) do ekstremalnego jej nasilenia. Punkty w poszczególnych skalach są



zależne od takich aspektów jak: częstotliwość doświadczenia, intensywność oraz czas trwania traumatycznych doświadczeń. Kwestionariusz został opracowany na podstawie danych, które pochodziły z badań grupy pacjentów psychiatrycznych (w tym osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych, adolescentów, jak również dorosłych) leczonych na oddziałach stacjonarnych oraz pacjentów dotkniętych chorobami somatycznymi (takimi jak: fibromialgia czy reumatoidalne zapalenie stawów), ale również osoby zdrowe z grupy kontrolnej. W sumie przebadano ponad 2200 osób, które różniły się pod względem diagnozy klinicznej, wieku, płci, ale także narodowości. Rezultatem przeprowadzonych analiz czynnikowych, które miały na celu ocenę: spójności wewnętrznej narzędzia, analizy trafności krzyżowej, potwierdzone przez zestawienie z ocenami niezależnych terapeutów, jak również analizę różnic pomiędzy grupami klinicznymi a kontrolną, wskazują na wysoką wiarygodność kwestionariusza w pomiarze nasilenia różnego rodzaju traumy doświadczanej w dzieciństwie, jak również w okresie adolescencji.

Przeprowadzone analizy psychometryczne potwierdziły wysoką rzetelność oraz wewnętrzną spójność kwestionariusza. Wartość współczynnika α Cronbacha, jako miara spójności wewnętrznej, była najwyższa w przypadku skali dotyczącej nadużycia seksualnego (0,92), natomiast dla skal dotyczących nadużycia emocjonalnego, fizycznego oraz zaniedbania emocjonalnego mieściła się w zakresie od 0,80 do 0,90. Najniższy współczynnik odnotowano dla skali zaniedbania fizycznego, a wynosił on 0,66. Dodatkowo, analizy test – retest wykazały stabilność pomiarów w czasie, o czym mogą świadczyć wysokie współczynniki korelacji (średnio 0,86), które uzyskane były w badaniach przeprowadzonych w odstępach czasowych 3 oraz 6 miesięcy. Średni czas jaki potrzebny był na wypełnienie Kwestionariusza Traumatycznego Wczesnodziecięcej to około 5 – 7 minut. Narzędzie to zostało wykorzystane w grupie kobiet, które spełniły określone wymagania: młodzież powyżej 12 roku życia, jak również były to osoby dorosłe (Murzyn, 2012).

4.5.2 Kwestionariusz Retrospektywnej Oceny Postaw Rodzicielskich Mieczysława Płopy

Do zbadania retrospektywnej oceny postaw rodzicielskich zastosowano Kwestionariusz Retrospektywnej Oceny postaw Rodzicielskich (KPR – Roc) opracowany przez Mieczysława Plopę. Narzędzie to pozwala na osobną ocenę matki, jak również ojca. Zastosowana pięciopunktowa skala Likerta umożliwia określenie stopnia, w jakim zgadza się osoba badana z konkretnym zachowaniem lub cechą dotyczącą rodzica w skali od "zdecydowanie taka/i był/a i tak się zachowywał/a" do "zdecydowanie taka/i nie był/a i tak się nie zachowywał/a".



Każdy z pięciu wymiarów postaw rodzicielskich kwestionariusza, jest oceniany w oparciu o dziesięć pytań. Pozwala to na dokładną analizę różnych aspektów interakcji pomiędzy rodzicami a dziećmi. Narzędzie uwzględnia pięć fundamentalnych wymiarów postaw rodzicielskich:

- **Wymiar I. Akceptacja/odrzućenie:** Akceptacja oznacza bezwarunkowe uznanie dziecka jako indywidualnej jednostki, która posiada unikalne cechy osobowości. Taka postawa tworzy przestrzeń do swobodnej wymiany myśli, uczuć, jak również przekonań. Relacja między rodzicem a dzieckiem oparta na akceptacji wyróżnia się partnerstwem, otwartością, ale także wzajemnym zaufaniem. Natomiast odrzućenie polega na braku bliskich, opartych na zaufaniu więzi rodzica z dzieckiem, a takie nastawienie do dziecka przejawia się obojętnością wobec jego potrzeb i trudności z jakimi się zмага;
- **Wymiar II. Postawa nadmiernie wymagająca:** to stosowanie rygorystycznych, sztywnych norm wychowawczych wobec dziecka. Rodzic nie uwzględnia jego indywidualnych potrzeb, a zwłaszcza zwiększającej się z wiekiem potrzeby autonomii i samodzielności. Wymieniona postawa wymaga również bezwzględnego dostosowania się do oczekiwań jakie rodzic stawia dziecku.
- **Wymiar III. Postawa autonomii:** Rodzic wykazuje umiejętności dostosowania swoich reakcji na zmieniające się potrzeby rozwojowe dziecka. Zapewnia mu wsparcie oraz pomoc w sytuacji, kiedy jest potrzebna.
- **Wymiar IV. Postawa niekonsekwentna:** cechuje się zmiennością nie tylko w sferze emocjonalnej, ale również behawioralnej ze strony rodzica, co może prowadzić do poważnych konsekwencji w relacji między rodzicem a dzieckiem. W sytuacji braku stabilności w interakcjach z opiekunem, dziecko może odczuwać lęk oraz niepewność, a rezultatem tego jest wycofanie się, jak również trudności w nawiązywaniu głębokich więzi, a także obawa przed dzieleniem się swoimi emocjami z innymi.
- **Wymiar V. Postawa nadmiernie ochraniająca:** rodzic przyjmujący taką postawę nadmiernie ingeruje w życie dziecka. Oznacza to ciągłe monitorowanie, dążenie do absolutnej kontroli wobec niego oraz przesadna troska o jego dobrostan. Brak uznania dla niezależności dziecka, trudności w akceptacji procesu dorastania, ale również utrzymywanie stałego modelu interakcji jaka zachodzi między rodzicem a dzieckiem, bez względu na zmieniające się potrzeby dziecka.



Każda z wersji kwestionariusza, zarówno dedykowana dla matek, jak i ojców, wykazuje wysoką rzetelność, co potwierdzają współczynniki alfa Cronbacha, które oscylują w zakresie 0,84 – 0,93. Otrzymane wyniki wykazują stabilność w czasie, jak również cechują się wysoką dokładnością. Zgodnie z poglądem Plopy (2008), narzędzie KPR – Roc, wykazuje wystarczającą trafność teoretyczną, co świadczy o jego użyteczności w zakresie badań dotyczących funkcjonowania rodzin.

Dla każdego z badanych wymiarów opracowano dziesięć pytań, na które osoby badane odpowiadały w skali punktowej. Surowe wyniki przekształcone zostały na skalę stenową, co pozwala na porównanie nasilenia różnych postaw w relacji rodzic – dziecko.

4.5.3 Skala Kontroli Emocji - Maggie Watson, Steven Greer

W celu zbadania emocji zastosowano Skalę Kontroli Emocji CECS opracowaną przez M. Watsona oraz S. Greera, do której polską adaptację przygotował Z. Jurczyński. Narzędzie to umożliwia ocenę różnic indywidualnych w zakresie kontrolowania emocji, zwłaszcza w kontekście gniewu, lęku oraz depresji u dorosłych osób, zarówno w pełni zdrowych, jak również doświadczających problemów zdrowotnych. Skala CECS służy do analizy, w jakim stopniu badana osoba potrafi kontrolować (hamować) wyrażanie tych trzech emocji:

- ✓ **Gniew** – jako uczucie powiązane z frustracją, irytacją lub agresją;
- ✓ **Lęk** – obejmujący strach, niepokój oraz napięcie;
- ✓ **Depresja** – związana z odczuwaniem przez jednostkę smutku, przygnębienia i braku energii.

CECS mierzy poziom tłumienia emocji, a nie samego ich przeżywania przez podmiot. Wysoka wartość wyniku sugeruje intensywne hamowanie wyrażania emocji, co z kolei może być powiązane z różnego rodzaju skutkami zdrowotnymi dla funkcjonowania człowieka, nie tylko psychicznymi, ale również fizycznymi.

Skala składa się z trzech podskal, z których każda zawiera po siedem pytań dotyczących wyrażania gniewu, depresji i lęku. Ocena dotyczy częstotliwości występowania określonych zachowań rodziców, według osób badanych na czterostopniowej skali, od „prawie nigdy” do „prawie zawsze”. Wyniki dla każdej z części, jak również dla ogólnego wskaźnika kontroli emocji mieszczą się w przedziale 21 – 84 punktów. Uzyskanie wyższych wyników sugeruje większą tendencję do tłumienia negatywnych emocji, co jest interpretowane jako subiektywne przekonanie o umiejętności kontrolowania własnych reakcji emocjonalnych.



Wartość współczynnika alfa Cronbacha dla poszczególnych podskal wynoszą 0,80 dla skali dotyczącej gniewu, 0,77 dla skali depresji oraz 0,78 dla skali lęku, co dowodzi, wysoką spójnością wewnętrzną wymienionego narzędzia. Całkowity wskaźnik kontroli emocji alfa osiągnął wartość 0,87. Co potwierdza wysoką rzetelność całego narzędzia badawczego. Wartości współczynników stabilności bezwzględnej, pomimo iż są umiarkowane, wynoszą kolejno 0,36, 0,47 oraz 0,49 dla podskal dotyczących kontroli gniewu, depresji oraz lęku.

4.6 Procedura badawcza

Badania zostały przeprowadzone na zasadzie randomizacji u wybranych kobiet, metodą papier – ołówek. Każda z badanych kobiet otrzymała do wypełnienia metryczkę, która składała się z pytań dotyczących płci, wieku, poziomu wykształcenia, miejsca zamieszkania, stanu cywilnego, liczby dzieci lub ich braku, rodzaju choroby autoimmunologicznej, czasu trwania schorzenia, intensywności doświadczanego bólu w skali od 1 do 10, nasilenia przewlekłego bólu w skali od 1 do 10 oraz emocji jakie towarzyszyły po postawieniu diagnozy. Kolejno do wypełnienia były trzy kwestionariusze. Pierwszym z nich był Kwestionariusz Traumatyzacji Wczesnodziecięcej (CTQ), drugi badający Retrospektywną Ocenę Postaw Rodzicielskich (KPR – Roc), a ostatnim Skala Kontroli Emocji (CECS). Wypełnienie powyższych narzędzi zajmowało około 20 – 40 minut. Respondentki miały nieograniczony czas na udzielenie odpowiedzi. W badaniu zamieszczono informację dotyczącą jego celu oraz zagwarantowano pełną anonimowość odpowiedzi.

4.7 Zastosowane statystyki

Analizę statystyczną wyników badań opracowano z wykorzystaniem oprogramowania PQStat Software v.1.8.6.120 (PQStat, Poznań, Polska), a także programu *R 4.4.1* (R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria) pakiet *rcompanion* z użyciem edytora RStudio.

Poddano wstępnej analizie wyniki osób badanych pod względem brakujących danych oraz przypadków odstających, przeanalizowano także rozkłady wyników poszczególnych zmiennych. Ostatecznie analizie statystycznej poddano łącznie 98 kobiet. Sprawdzone zgodność rozkładu wyników zmiennych z rozkładem normalnym za pomocą *testu Shapiro-Wilka*, który wykazał istotną statystycznie rozbieżność rozkładu wyników we wszystkich zmiennych ilościowych z wyłączeniem dwóch zmiennych: *postawa ochraniająca matki (OCHR.M)* oraz *ogólny wskaźnik kontroli emocji (OWKE)*.



Charakterystykę (opis) osób badanych przeprowadzono na podstawie tabel liczebności wraz z wartościami procentowymi w poszczególnych zmiennych demograficznych (ankietowych). Wyniki uzyskane przez osoby badane w poszczególnych skalach zastosowanych metod kwestionariuszowych (także dla liczby dzieci, odczuwania bólu i natężenia bólu przewlekłego) przedstawiono za pomocą średniej arytmetycznej (wynik surowy dla skali w przypadku zmiennych kwestionariuszowych), odchylenia standardowego, wyniku największego i najmniejszego, skośności i kurtozy, a także przy opisie wyników średnich posłużono się kalkulatorem testu *t-Studenta* (<https://www.omnicalculator.com/pl/statystyka/test-t-studenta>) w celu ich odniesienia do średnich wyników grup normalizacyjnych lub wyników uzyskanych w badaniach naukowych. W celu porównania grup osób między sobą, z uwagi na niespełnienie założenia o normalności rozkładu wyników, zastosowano test nieparametryczny ANOVA *Kruskala-Wallisa* (do oceny wielkości efektu testu *Kruskala-Wallisa* wykorzystano wskaźnik *epsilon kwadrat* (ε^2), porównania post-hoc przeprowadzono z wykorzystaniem testu *Conover-Iman*). Analizę korelacyjną przeprowadzono z wykorzystaniem współczynnika korelacji *Rho-Spearmana*. Zastosowano testy dwustronne (istotność dwustronna).



Rozdział 5. Analiza i interpretacja wyników badań własnych

5.1 Analiza psychologiczna emocji oraz odczuwanego bólu związanego z chorobą u kobiet po otrzymaniu diagnozy

Niniejszy paragraf prezentuje psychologiczną analizę doświadczanych emocji u badanych kobiet po otrzymaniu diagnozy. W tabeli 2 zestawiono uzyskane wyniki.

Tabela 2. Uczucia badanych kobiet po diagnozie

	<i>n</i>	%
Szok	9	9,2
Złość	6	6,1
Strach	34	34,7
Smutek	17	17,3
Przeciążenie	3	3,1
Akceptację	7	7,1
Ulgę (w przypadku, gdy objawy były długo niejasne)	19	19,4
Wszystkie: smutek, złość, szok, strach, rozczarowanie, niesprawiedliwość	1	1,0
Choruję od urodzenia diagnoza była w wieku 10 lat	1	1,0
Byłam małą, nie pamiętam	1	1,0

Źródło: badania własne.

Analiza przedstawionych powyżej danych wskazuje, że emocją dominującą doświadczaną przez kobiety po otrzymaniu diagnozy choroby autoimmunologicznej był strach (34,7%). Znacząca część badanych kobiet odczuwała również smutek (17,3%). Natomiast, najmniej liczną grupę stanowiły kobiety, które poczuły przeciążenie (3,1%). Część badanych kobiet (7,1%) zadeklarowała odczuwanie akceptacji po otrzymaniu diagnozy. Jedna kobieta wskazała na diagnozę w wieku 10 lat, a także jedna z uczestniczek badania wskazała, że diagnoza została postawiona w bardzo młodym wieku, co uniemożliwiło jej przypomnienie sobie towarzyszących jej w tamtym czasie emocji.

Kolejnym etapem jest analiza odczuwanego bólu związanego z chorobą u badanych kobiet. Uzyskane dane zestawiono w Tabeli 3.



Tabela 3. Dane opisowe osób badanych

Zmienna	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>SKE</i>	<i>K</i>
Ból odczuwany	4,90	2,40	0	10	-0,25	-0,88
Ból przewlekły	4,47	2,62	0	10	0,18	-1,02

Źródło: badania własne.

Legenda

Ból odczuwany Jeśli odczuwa Pani ból związany z chorobą, proszę zaznaczyć jego natężenie w skali od 0 – 10

Ból przewlekły Jeżeli ból jest przewlekły proszę zaznaczyć jego natężenie na skali od 0 – 10

Na podstawie danych przedstawionych w tabeli 3 można stwierdzić, że badane kobiety odczuwały średnie natężenie bólu (uwzględniając skalę od 1 do 10), zarówno w kontekście bólu związanego z chorobą ($M = 4,90$, $SD = 2,40$), jak również w odniesieniu do bólu przewlekłego ($M = 4,47$, $SD = 2,62$).

5.2 Związek traumy wczesnodziecięcej, retrospektywnej oceny postaw rodzicielskich oraz kontroli emocji

Niniejszy paragraf dotyczy interpretacji uzyskanych wyników dotyczących przeżyć traumy wczesnodziecięcej, retrospektywnej analizy postaw rodzicielskich w badanej grupie. Uzyskane wyniki średnie wyniki uzyskane przez badane kobiety zestawiono w poniższej tabeli 4.

Tabela 4. Wyniki traumy wczesnodziecięcej, emocji oraz postaw rodzicielskich w badanej grupie

Zmienne	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>SKE</i>	<i>K</i>
NE	10,90	5,14	5	23	0,64	-0,61
NC	7,28	3,76	5	25	2,41	6,26
NS	6,26	3,14	5	20	2,92	8,13
EZ	13,50	5,23	5	23	-0,01	-0,99
FZ	8,15	2,73	5	17	0,83	0,24
WCNT	46,08	15,51	25	90	0,69	-0,21
AKC.M	32,56	11,11	10	50	-0,19	-1,08
WYM.M	28,82	10,54	10	50	0,19	-1,07
AUT.M	32,56	9,77	10	50	-0,30	-0,73
NKONS.M	24,82	11,07	10	48	0,37	-1,07
OCHR.M	29,81	8,32	13	50	0,08	-0,56
AKC.O	28,30	11,84	10	50	0,05	-1,01
WYM.O	29,40	12,09	10	50	0,17	-1,21
AUT.O	30,09	10,41	10	49	-0,28	-0,82



NKONS.O	28,39	12,43	10	50	0,26	-1,18
OCHR.O	25,29	8,91	10	46	0,37	-0,33
G	17,28	5,73	7	28	0,06	-1,05
D	20,16	4,67	7	28	-0,45	0,08
L	19,58	5,00	8	28	-0,23	-0,30
OWKE	57,02	12,32	24	80	-0,29	-0,17

Źródło: badania własne.

Legenda

NE	Nadużycie emocjonalne
NC	Nadużycie cielesne
NS	Nadużycie seksualne
EZ	Emocjonalne zaniedbanie
FZ	Fizyczne zaniedbanie
WCNT	Wskaźnik całkowitego nasilenia traumy (wynik ogólny)
AKC.M/O	Akceptacja-Odrzucenie
WYM.M/O	Wymaganie
AUT.M/O	Autonomia
NKONS.M/O	Niekonsekwencja
OCHR.M/O	Ochranianie
G	Gniew
D	Depresja
L	Lęk
OWKE	Ogólny wskaźnik kontroli emocji

Z tabeli 4 wynika, że w badanej grupie kobiet wskaźnik całkowitego nasilenia traumy (*WCNT*; $M = 46,08$, $SD = 15,51$) kształtował się na wysokim poziomie (sprawdzono za pomocą kalkulatora testu *t-Studenta*) w odniesieniu do dostępnych wyników (właściwych dla grup kontrolnych – osób zdrowych) uzyskanych w badaniach polskich (Murzyn A., 2012); Jaworska-Andryszewska P. i in., 2016), a także wyników prezentowanych w badaniach wersji oryginalnej (Bernstein D., 1996), natomiast wynik uzyskany w badanej grupie kobiet jest porównywalny z wynikiem otrzymanym w badaniach osób z rozpoznaniem ChAD (por. Jaworska-Andryszewska P. i in., 2016, s. 44). Uzyskane wyniki średnie w poszczególnych rodzajach nadużyć i zaniedbań w badanej grupie kobiet kształtują się na niskim poziomie – przyjmując za wartości kryterialne punkty odcięcia istniejące w wersji oryginalnej (zob. Bernstein D., 1996). Odnosząc się natomiast do wyników badań osób z ChAD (por. Jaworska-Andryszewska P. i in., 2016, s. 44) uzyskane wyniki badanych kobiet w poszczególnych skalach CTQ są zbliżone do wyników osób z ChAD i istotnie wyższe niż wyniki osób z grupy kontrolnej. Badane kobiety uzyskały najniższy wynik średnie w skali nadużycia seksualnego (*NS*; $M =$



6,26, $SD = 3,14$) a najwyższy w kategorii zaniedbania emocjonalnego (EZ ; $M = 13,50$, $SD = 5,23$).

W badanej grupie kobiet z rozpoznaniem choroby autoimmunologicznej analiza wyników retrospektywnej oceny poszczególnych postaw rodziców, zarówno matki, jak i ojca, kształtują się ogólnie na umiarkowanym poziomie (5 – 6 sten w odniesieniu do norm zawartych w podręczniku kwestionariusza KPR-Roc). W ocenie postaw matek najwyższy wynik średni uzyskano dla postawy akceptacji ($AKC.M$; $M = 32,56$, $SD = 11,11$) i autonomii ($AUT.M$; $M = 32,56$, $SD = 9,77$) i najniższy w postawie niekonsekwencji ($NKONS.M$; $M = 24,82$, $SD = 11,07$). W ocenie postaw ojców najwyższy wynik uzyskano w postawie autonomii ($AUT.O$; $M = 30,09$, $SD = 10,41$) a najniższy w ochranianiu ($OCHR.O$; $M = 25,29$, $SD = 8,91$).

Ogólny wskaźnik kontroli emocji w badanej grupie kobiet ($OWKE$; $M = 57,02$, $SD = 12,32$) kształtował się na poziomie istotnie statystycznie wyższym (sprawdzono za pomocą kalkulatora testu *t-Studenta*) niż w grupie kobiet z badań normalizacyjnych Skali CECS ($M = 49,97$, $SD = 10,23$, $N = 294$; zob. Juczyński Z., 2012, s. 57). Istotnie wyższe w badanej grupie kobiet niż w grupie normalizacyjnej są także wyniki w poszczególnych obszarach tłumienia emocji: gniewu, depresji i lęku (por. Juczyński Z., 2012, s. 58). Najwyższy wskaźnik tłumienia emocji badane kobiety osiągnęły w obszarze tłumienia emocji depresji (D ; $M = 20,16$, $SD = 4,67$) a najniższy w tłumieniu gniewu (G ; $M = 17,28$, $SD = 5,73$).

Większość zmiennych (skal zastosowanych kwestionariuszy) charakteryzuje rozkład platykurtyczny (ujemne wartości kurtozy – K), natomiast odnośnie skośności przeważają zmienne z rozkładem prawoskośnym (dodatnie wartości SKE). Najwyższy wskaźnik skośności ($SKE = 2,92$) i kurtozy ($K = 8,13$) uzyskano w zmiennej nadużycie seksualne (NS). Wartości współczynników skośności i kurtozy podzielono przez ich błędy standardowe ($SE_{(SKE)} = 0,24$; $SE_{(K)} = 0,48$) i uzyskane wyniki wkraczały poza przedział od -2 do +2 w zakresie skośności w zmiennych dotyczących traumy wczesnodziecięcej (poza fizycznym zaniedbaniem), natomiast w większości zmiennych wskaźnik kurtozy przekraczał przedział od -2 do +2.

Podsumowując można wskazać, że badane kobiety z chorobą autoimmunologiczną charakteryzuje się wysokim natężeniem traumy wczesnodziecięcej i wysokim poziomem tłumienia emocji, natomiast retrospektywna ocena postaw rodziców w badanej grupie kształtuje się na poziomie umiarkowanym.



5.3 Związek intensywności bólu wśród kobiet w zależności od rozpoznania

Poniższe analizy dotyczą analiz porównawczych przeżyć intensywności bólu związanego z poszczególnymi jednostkami chorobowymi u badanych kobiet. Uzyskane dane zestawiono w tabeli 5.

Tabela 5. Natężenie bólu związanego z chorobą w poszczególnych jednostkach chorobowych u badanych kobiet

Zmienne	Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) (n = 18)			Toczeń rumieniowaty układowy (SLE) (n = 23)			Twardzina układowa (n = 23)			Inne (n = 34)			$H_{(3)}$	p	ε^2
	M	SD	M_r	M	SD	M_r	M	SD	M_r	M	SD	M_r			
Ból odczuwany	5,33 ^{ab}	2,14	54,06	5,83 ^a	2,52	60,89	4,00 ^b	2,20	38,83	4,65 ^{ab}	2,42	46,60	7,88	0,049	0,08
Ból przewlekły	4,50 ^{ab}	2,12	50,47	6,00 ^a	2,89	64,63	3,35 ^b	2,21	37,87	4,18 ^b	2,54	46,62	10,87	0,012	0,11

Źródło: badania własne.

^a Grupy różnią się istotnie statystycznie w zmiennej (wierszu) w sytuacji zaznaczenia innym indeksem górnym – odpowiednio ^{a, b, c} przy wartościach średnich – do porównań post-hoc zastosowano *test Conover-Iman*

Analiza porównawcza kobiet o różnym rodzaju choroby autoimmunologicznej wykazała istotne statystycznie różnice o umiarkowanej wielkości efektu, zarówno w bólu odczuwanym ($H_{(3)} = 7,88$, $p = 0,049$, $\varepsilon^2 = 0,08$), jak i bólu przewlekłym ($H_{(3)} = 10,87$, $p = 0,012$, $\varepsilon^2 = 0,11$). Analiza *post-hoc* wykazała, że kobiety u których stwierdzono toczeń rumieniowaty układowy (SLE) ujawniły istotnie statystycznie wyższe natężenie odczuwanego bólu ($M = 5,83$, $M_r = 60,89$) niż kobiety z rozpoznaniem twardziny układowej ($M = 4,00$, $M_r = 38,83$), natomiast kobiety z diagnozą reumatoidalnego zapalenia stawów (RZS) i stwierdzeniem innych chorób nie różniły się istotnie od pozostałych grup w poziomie odczuwanego bólu. Ponadto kobiety z rozpoznaniem toczenia rumieniowatego układowego (SLE) charakteryzuje się wyższym natężeniem bólu przewlekłego ($M = 6,00$, $M_r = 64,63$) aniżeli kobiety z diagnozą twardziny układowej ($M = 3,35$, $M_r = 37,87$) i z rozpoznaniem innego rodzaju choroby autoimmunologicznej ($M = 4,18$, $M_r = 46,62$), pozostałe grupy natomiast nie różniły się istotnie statystycznie w natężeniu bólu przewlekłego.

5.4 Porównawcza analiza z uwagi na rozpoznanie ora zmienne demograficzne w badanej grupie

Niniejszy paragraf dotyczy analizy porównawczej w skalach zastosowanych testów w poszczególnych grupach kobiet uwzględniając rozpoznanie oraz poszczególne zmienne demograficzne.

Tabela 6. Porównanie kobiet ze względu na rodzaj choroby w natężeniu traumy wczesnodziecięcej, kontroli emocji, retrospektywnej ocenie postaw rodziców

Zmienne	Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) (n = 18)			Toczeń rumieniowaty układowy (SLE) (n = 23)			Twardzina układowa (n = 23)			Inne (n = 34)			$H_{(3)}$	P	ϵ^2
	M	SD	M_r	M	SD	M_r	M	SD	M_r	M	SD	M_r			
NE	10,28	4,60	47,28	10,96	5,50	48,78	12,00	5,54	55,09	10,44	5,00	47,38	1,21	0,750	0,01
NC	7,22	2,84	54,42	7,52	3,88	49,54	7,04	4,54	43,33	7,29	3,67	51,04	1,92	0,589	0,02
NS	5,39	1,42	43,61	7,78	4,91	56,57	6,35	3,28	49,43	5,62	1,48	47,88	4,32	0,229	0,04
EZ	13,94	5,22	52,50	13,43	5,43	49,15	14,74	5,26	56,04	12,47	5,09	43,72	2,84	0,417	0,03
FZ	7,61	1,75	46,53	8,48	3,23	51,39	8,91	3,20	56,09	7,71	2,39	45,34	2,31	0,511	0,02
WCNT	44,44	12,10	48,92	48,17	19,10	50,96	49,04	16,37	54,80	43,53	13,87	45,24	1,63	0,652	0,02
AKC.M	32,17	9,08	48,11	35,26	9,97	56,02	27,48	12,06	37,20	34,38	11,43	54,15	6,48	0,091	0,07
WYM.M	30,17	8,97	53,89	28,65	9,05	50,00	29,61	12,14	50,61	27,68	11,39	46,09	0,96	0,810	0,01
AUT.M	32,06	6,17	46,19	34,22	7,69	53,59	29,17	12,43	42,52	34,00	10,30	53,21	2,69	0,443	0,03
NKONS.M	26,39	10,46	53,89	24,74	10,66	49,46	24,61	11,52	48,61	24,18	11,75	47,81	0,57	0,903	0,01
OCHR.M	32,72 ^a	7,53	59,42	29,91 ^{ab}	6,93	50,59	26,04 ^b	9,43	35,80	30,74 ^a	8,21	52,78	8,03	0,045	0,08
AKC.O	28,72	9,85	50,52	27,43	13,38	47,41	26,73	13,10	46,15	29,71	11,14	52,63	0,88	0,830	0,01
WYM.O	31,44	11,30	54,67	31,00	14,11	52,63	30,09	11,54	51,74	26,76	11,44	43,13	2,72	0,436	0,03
AUT.O	30,50	9,22	50,19	28,65	11,88	45,63	28,22	11,02	44,15	32,12	9,58	55,37	2,70	0,440	0,03
NKONS.O	29,61	13,41	52,19	30,17	14,13	52,74	28,83	12,32	50,46	26,24	10,92	45,24	1,25	0,740	0,01
OCHR.O	26,44	4,15	57,03	26,65	9,38	54,43	23,78	9,43	43,17	24,76	10,14	46,46	3,49	0,322	0,04
G	17,06	4,66	49,06	18,04	7,07	53,41	18,13	5,22	53,54	16,29	5,65	44,35	2,03	0,567	0,02
D	20,44	3,31	48,89	20,65	5,53	54,43	19,87	4,16	46,35	19,88	5,12	48,62	1,02	0,796	0,01
L	20,72	2,97	56,61	19,96	5,39	51,52	18,91	5,64	44,93	19,18	5,20	47,46	2,02	0,568	0,02
OWKE	58,22	6,05	52,11	58,65	15,63	54,78	56,91	11,39	48,50	55,35	13,13	45,22	1,75	0,627	0,02

Źródło: badania własne.

^a Grupy różnią się istotnie statystycznie w zmiennej (wierszu) w sytuacji zaznaczenia innym indeksem górnym – odpowiednio ^a, ^b, ^c przy wartościach średnich – do porównań post-hoc zastosowano *test Conover-Iman*

Analiza porównawcza kobiet o różnym rodzaju choroby autoimmunologicznej, ujęta w tabeli 6, wykazała istotną statystycznie różnicę o umiarkowanej sile efektu, w retrospektywnej ocenie postawy ochraniającej matki (*OCHR.M*; $H_{(3)} = 8,03$, $p = 0,045$, $\epsilon^2 = 0,08$). Analiza *post-hoc* wykazała, że kobiety u których stwierdzono twardzinę układową istotnie statystycznie niżej oceniają postawę ochraniającą matek ($M = 26,04$, $M_r = 35,80$) niż kobiety z diagnozą reumatoidalnego zapalenia stawów ($M = 32,72$, $M_r = 59,42$) i stwierdzeniem innych rodzajów choroby autoimmunologicznej ($M = 30,74$, $M_r = 52,78$), natomiast kobiety z rozpoznaniem



tocznia rumieniowatego układowego nie różniły się istotnie od pozostałych grup w ocenie ochraniającej postawy matki.

Kolejnym etapem analiz statystycznych było przeanalizowanie współzależności między danymi demograficznymi a skalami zastosowanych testów. Uzyskane analizy zestawiono w tabeli 7.

Tabela 7. Współzależności między zmiennymi demograficznymi, odczuwanym bólem a natężeniem traumy, oceną postaw rodziców i kontrolą emocji w badanej grupie kobiet

Zmienne	1	2	3	4	5	6	7
1. Wiek	---						
2. Wykształcenie	-0,10	---					
3. Miejsce zamieszkania	0,20*	0,09	---				
4. Dzieci	0,53***	-0,26*	-0,11	---			
5. Czas choroby	0,17	0,09	0,03	0,06	---		
6. Ból odczuwany	-0,05	-0,19	-0,10	0,15	0,11	---	
7. Ból przewlekły	-0,05	-0,12	-0,12	0,09	0,12	0,80***	---
8. NE	-0,02	-0,15	0,09	0,09	0,00	0,18	0,15
9. NC	0,21*	-0,17	0,02	0,38***	0,10	0,27**	0,23*
10. NS	0,00	0,00	-0,10	0,14	-0,06	0,16	0,20
11. EZ	0,05	-0,21*	0,02	0,24*	0,01	0,26*	0,19
12. FZ	0,14	-0,26*	-0,01	0,24*	0,10	0,34***	0,26**
13. WCNT	0,07	-0,20*	0,03	0,26*	0,02	0,29**	0,23*
14. AKC.M	-0,16	0,17	-0,19	-0,21*	0,10	-0,09	-0,06
15. WYM.M	-0,01	0,00	0,12	0,06	-0,22*	0,01	0,03
16. AUT.M	-0,09	0,14	-0,07	-0,13	0,18	-0,08	-0,11
17. NKONS.M	-0,03	0,02	0,08	0,10	-0,20*	0,10	0,09
18. OCHR.M	-0,13	0,00	-0,08	-0,14	-0,01	-0,07	-0,04
19. AKC.O	0,01	0,14	0,10	-0,20*	-0,15	-0,20*	-0,15
20. WYM.O	0,11	-0,19	-0,10	0,23*	0,03	0,14	0,13
21. AUT.O	-0,09	0,25*	0,07	-0,25*	-0,06	-0,21*	-0,15
22. NKONS.O	0,11	-0,20*	-0,06	0,23*	0,12	0,25*	0,24*
23. OCHR.O	0,04	-0,24*	0,00	0,04	-0,09	0,20*	0,20*
24. G	-0,03	0,12	-0,03	-0,11	-0,11	-0,03	-0,10
25. D	-0,12	-0,07	-0,11	0,00	-0,06	0,14	0,14
26. L	-0,16	0,16	-0,08	-0,08	-0,11	0,10	0,03
27. OWKE	-0,12	0,10	-0,08	-0,08	-0,12	0,09	0,02

Źródło: badania własne.

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$ *** $p \leq 0,001$

Analiza korelacyjna w grupie badanych kobiet, ujęta w tabeli 7, wskazuje na istotny statystycznie, dodatni i silny związek między wiekiem a ilością posiadanych dzieci ($\rho = 0,53$). Istotny i dodatni związek również wystąpił między wiekiem a miejscem zamieszkania ($\rho = 0,20$), co wskazuje, że w badanej grupie im starsze są osoby w tym większej miejscowości zamieszkują. Istotny i dodatni również, chociaż słaby, jest związek między wiekiem a



nadużyciem cielesnym ($\rho = 0,21$), co wskazuje na większe natężenie traumy związanej z obszarem fizycznym im starsze są kobiety w badanej grupie.

W grupie badanych kobiet im dłuższy jest czas choroby tym korzystniejsza jest ocena postaw matek w zakresie stawiania wymagań ($\rho = -0,21$) i konsekwencji ($\rho = -0,20$).

Więszemu natężeniu odczuwanego bólu w badanej grupie kobiet towarzyszy większe natężenie bólu przewlekłego ($\rho = 0,80$). Więszemu natężeniu bólu odczuwanego towarzyszy większe całkowite natężenie traumy wczesnodziecięcej ($\rho = 0,29$), a także zaniedbania fizycznego ($\rho = 0,34$) i emocjonalnego ($\rho = 0,26$), nadużycia cielesnego ($\rho = 0,27$). Więszy poziom odczuwanego bólu wiąże się także z tendencją do oceny postaw ojców jako mniej akceptujących ($\rho = -0,20$), bardziej niekonsekwentnych ($\rho = 0,25$) i nadmiernie ochraniających ($\rho = 0,20$) oraz w mniejszym stopniu rozumiejących rozwijającą się wraz z wiekiem dziecka potrzebę autonomii ($\rho = -0,21$).

Intensywniejszemu natężeniu bólu przewlekłego w badanej grupie kobiet towarzyszy większe całkowite natężenie traumy wczesnodziecięcej ($\rho = 0,23$), a także zaniedbania fizycznego ($\rho = 0,26$) i nadużycia cielesnego ($\rho = 0,23$). Więszy poziom bólu przewlekłego wiąże się także z tendencją do oceny postaw ojców jako bardziej niekonsekwentnych ($\rho = 0,24$) i nadmiernie ochraniających ($\rho = 0,20$).

5.5 Analiza korelacji między skalami zastosowanych testów w badanej grupie

Wyniki analizy korelacyjnej przedstawionej w tabeli 8 wskazują na istotny związek pomiędzy doświadczeniem traumy wczesnodziecięcej a retrospektywną oceną postaw rodzicielskich.



Tabela 8. Współzależności między natężeniem traumy, oceną postaw rodziców i kontrolą emocji w badanej grupie kobiet

Zmienne	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1. NE	---																			
2. NC	0,54***	---																		
3. NS	0,24*	0,29**	---																	
4. EZ	0,75***	0,54***	0,28**	---																
5. FZ	0,60***	0,49***	0,30**	0,77***	---															
6. WCNT	0,88***	0,67***	0,41***	0,93***	0,80***	---														
7. AKC.M	-0,71***	-0,37***	-0,11	-0,78***	-0,57***	-0,75***	---													
8. WYM.M	0,55***	0,25*	0,06	0,49***	0,27**	0,50***	-0,70***	---												
9. AUT.M	-0,54***	-0,30**	-0,03	-0,58***	-0,42***	-0,56***	0,81***	-0,79***	---											
10. NKONS.M	0,63***	0,35***	0,22*	0,56***	0,41***	0,61***	-0,74***	0,85***	-0,70***	---										
11. OCHR.M	-0,37***	-0,15	-0,34***	-0,44***	-0,33***	-0,44***	0,43***	0,07	0,04	-0,14	---									
12. AKC.O	-0,49***	-0,51***	-0,18	-0,59***	-0,47***	-0,60***	0,31**	-0,09	0,19	-0,21*	0,30**	---								
13. WYM.O	0,42***	0,59***	0,27**	0,47***	0,39***	0,53***	-0,25*	0,21*	-0,22*	0,26**	-0,13	-0,54***	---							
14. AUT.O	-0,49***	-0,59***	-0,27**	-0,56***	-0,47***	-0,60***	0,30**	-0,12	0,25*	-0,21*	0,24*	0,88***	-0,70***	---						
15. NKONS.O	0,53***	0,69***	0,27**	0,59***	0,49***	0,66***	-0,34***	0,22*	-0,26*	0,32**	-0,20*	-0,67***	0,90***	-0,75***	---					
16. OCHR.O	-0,08	0,04	-0,02	-0,10	-0,02	-0,06	0,03	0,15	-0,12	0,02	0,33**	0,44***	0,17	0,20	0,05	---				
17. G	0,13	-0,06	-0,19	0,09	0,09	0,09	-0,13	0,08	-0,09	0,09	-0,07	0,02	-0,18	0,04	-0,17	-0,19	---			
18. D	0,17	0,14	0,00	0,22*	0,16	0,20*	-0,18	0,07	-0,14	0,12	-0,11	-0,27**	-0,05	-0,14	0,03	-0,15	0,39***	---		
19. L	0,10	0,12	0,02	0,11	0,01	0,13	-0,03	0,10	-0,05	0,09	0,03	-0,19	-0,05	-0,13	-0,08	-0,10	0,38***	0,55***	---	
20. OWKE	0,18	0,08	-0,09	0,19	0,12	0,18	-0,15	0,09	-0,12	0,11	-0,06	-0,19	-0,11	-0,11	-0,09	-0,20	0,78***	0,77***	0,80***	---

Źródło: badania własne.

*p≤0,05 **p≤0,01 ***p≤0,001

Analiza korelacyjna zawarta w tabeli 8 wykazała liczne istotne statystycznie, silne i umiarkowane związki między traumą wczesnodziecięcą a retrospektywną oceną postaw rodziców. Wyższemu całkowitemu nasileniu traumy wczesnodziecięcej sprzyja tendencja do negatywnej oceny postaw rodzicielskich, zarówno matek, jak i ojców. Im większe jest natężenie traumy (*WCNT*) tym silniejsza jest tendencja do oceny rodziców jako chłodnych i zdystansowanych emocjonalnie, odrzucających uczuciowo ($\rho_{AKC.M} = -0,75$, $\rho_{AKC.O} = -0,60$), stawiających nadmierne wymagania ($\rho_{WYM.M} = 0,50$, $\rho_{WYM.O} = 0,53$), nierozumiejących rozwijającej się potrzeby autonomii dziecka ($\rho_{AUT.M} = -0,56$, $\rho_{AUT.O} = -0,60$), niestabilnych i niekonsekwentnych w oddziaływaniach wychowawczych ($\rho_{NKONS.M} = 0,61$, $\rho_{NKONS.O} = 0,66$), a także w przypadku oceny postawy matek – jako nieochraniających ($\rho_{OCHR.M} = -0,44$), natomiast nie wykazano istotnych związków między natężeniem traumy wczesnodziecięcej ani jej składowych z postawą ochraniającą ojców (*OCHR.O*). Poszczególne formy zaniedbań i nadużyć we wczesnym dzieciństwie również w istotny sposób wiążą się z retrospektywną oceną postaw rodzicielskich, ujawniając podobny charakter relacji jak w przypadku całkowitego natężenia traumy wczesnodziecięcej. Ocenie postawy rodzica jako zdystansowanej emocjonalnie, nieakceptującej i nieudzielającej wsparcia (*AKC.M/O*) towarzyszy większe nasilenie doświadczeń związanych z nadużyciem emocjonalnym (*NE*; $\rho_{AKC.M} = -0,71$, $\rho_{AKC.O} = -0,49$), nadużyciem cielesnym (*NC*; $\rho_{AKC.M} = -0,37$, $\rho_{AKC.O} = -0,51$), zaniedbaniem emocjonalnym (*EZ*; $\rho_{AKC.M} = -0,78$, $\rho_{AKC.O} = -0,59$) i fizycznym (*FZ*; $\rho_{AKC.M} = -0,57$, $\rho_{AKC.O} = -0,47$). Większa tendencja do oceny postawy rodzica jako nadmiernie, nieadekwatnie wymagającego (*WYM.M/O*) wiąże się z częstszym doświadczaniem w dzieciństwie nadużycia emocjonalnego (*NE*; $\rho_{WYM.M} = 0,55$, $\rho_{WYM.O} = 0,42$) i cielesnego zwłaszcza u ojców (*NC*; $\rho_{WYM.M} = 0,25$, $\rho_{WYM.O} = 0,59$), zaniedbania emocjonalnego (*EZ*; $\rho_{WYM.M} = 0,49$, $\rho_{WYM.O} = 0,47$) i fizycznego (*FZ*; $\rho_{WYM.M} = 0,27$, $\rho_{WYM.O} = 0,39$), natomiast większe natężenie nadużycia seksualnego towarzyszy nadmiernie wymagającej postawie ojca (*NS*; $\rho_{WYM.O} = 0,27$). Większa skłonność do oceny postawy rodzica jako niedostrzegającego i nierozumiejącego rozwijającej się potrzeby autonomii dziecka (*AUT.M/O*) wiąże się z większym natężeniem nadużycia emocjonalnego (*NE*; $\rho_{AUT.M} = -0,54$, $\rho_{AUT.O} = -0,49$), cielesnego zwłaszcza wobec postawy ojca (*NC*; $\rho_{AUT.M} = -0,30$, $\rho_{AUT.O} = -0,59$), zaniedbania emocjonalnego (*EZ*; $\rho_{AUT.M} = -0,58$, $\rho_{AUT.O} = -0,56$) i fizycznego (*FZ*; $\rho_{AUT.M} = -0,42$, $\rho_{AUT.O} = -0,47$), a także częstsze doświadczenie nadużycia seksualnego wiąże się z niewłaściwą postawą ojców w obszarze autonomii (*NS*; $\rho_{AUT.O} = -0,27$). Retrospektywnej ocenie postawy rodzica jako niestabilnego i niekonsekwentnego w oddziaływaniach wychowawczych (*NKONS*) towarzyszy większe



natężenie doświadczeń związanych z nadużyciem emocjonalnym (NE ; $\rho_{NKONS.M} = 0,63$, $\rho_{NKONS.O} = 0,53$), nadużyciem cielesnym (NC ; $\rho_{NKONS.M} = 0,35$, $\rho_{NKONS.O} = 0,69$) i seksualnym (NS ; $\rho_{NKONS.M} = 0,22$, $\rho_{NKONS.O} = 0,27$), zaniedbaniem emocjonalnym (EZ ; $\rho_{NKONS.M} = 0,56$, $\rho_{NKONS.O} = 0,59$) i fizycznym (FZ ; $\rho_{NKONS.M} = 0,41$, $\rho_{NKONS.O} = 0,49$). W badanej grupie kobiet mniej ochraniającej postawie matki w ocenie retrospektywnej ($OCHR.M$) towarzyszy większe natężenie doświadczeń nadużycia emocjonalnego (NE ; $\rho_{OCHR.M} = -0,37$), nadużycia seksualnego (NS ; $\rho_{OCHR.M} = -0,34$), zaniedbania emocjonalnego (EZ ; $\rho_{OCHR.M} = -0,44$) i fizycznego (NE ; $\rho_{OCHR.M} = -0,33$).

Analiza korelacji pomiędzy traumą wczesnodziecięcą a kontrolą emocjonalną w badanej grupie kobiet wykazała istotny statystyczny, dodatni, aczkolwiek słaby związek pomiędzy depresją (D) a emocjonalnym zaniedbaniem (EZ ; $\rho = 0,22$) i wskaźnikiem całkowitego natężenia traumy ($WCNT$; $\rho = 0,20$). Wyniki te wskazują, że im bardziej zaniedbywane są potrzeby emocjonalne w dzieciństwie i większe jest całkowite natężenie traumy wczesnodziecięcej tym większa jest skłonność do tłumienia emocji odnoszących się do depresji.

Korelacja między retrospektywną oceną postaw rodzicielskich a kontrolą emocji w badanej grupie kobiet wykazała istotny statystyczny związek, o ujemnym znaku i słabej sile wyłącznie pomiędzy akceptującą postawą ojca ($AKC.O$) a kontrolą depresji (D ; $\rho = -0,27$). Wskazuje to, że u kobiet w ocenie których relacja emocjonalna z ojcem cechowała się chłodem, dystansem i brakiem akceptacji większa jest tendencja do tłumienia emocji dotyczących depresji.

Tabela 8 wskazuje na liczne interkorelacje w obrębie poszczególnych kwestionariuszy. Istotne statystycznie, dodatnie i o zróżnicowanej sile są związki pomiędzy poszczególnymi składowymi ($\rho =$ od 0,24 do 0,77), jak i ogólnym wskaźnikiem traumy wczesnodziecięcej ($\rho =$ od 0,41 do 0,93). Silny jest związek zwłaszcza między emocjonalnym i fizycznym zaniedbaniem ($\rho = 0,77$) oraz zaniedbaniem emocjonalnym i nadużyciem emocjonalnym ($\rho = 0,75$), natomiast najslabszy jest związek między nadużyciem emocjonalnym a nadużyciem seksualnym ($\rho = 0,24$). W obszarze retrospektywnej oceny postaw rodzicielskich liczne są istotne statystycznie i o zróżnicowanej sile korelacje między akceptującą postawą matki ($AKC.M$) a innymi postawami, w tym także ojców ($\rho =$ od -0,25 do 0,81), wskazujące na sprzyjanie akceptującej postawy matki pożądanym wychowawczo postawom rodzicielskim w



innych obszarach. Postawa nadmiernie wymagająca u matek (*WYM.M*) silnie łączy się z postawą niekonsekwentną (*NKONS.M*; $\rho = 0,85$) i niedostrzegającą potrzeby autonomii dziecka (*AUT.M*; $\rho = -0,79$). W postawach ojców z kolei tendencja do niestabilnych i niekonsekwentnych oddziaływań (*NKONS.O*) wiąże się istotnie statystycznie z innymi postawami zarówno matek ($\rho =$ od $-0,20$ do $-0,34$), jak i ojców ($\rho =$ od $-0,67$ do $0,90$), poza postawą ochraniającego (*OCHR.O*), która jest związana istotnie statystycznie z postawą ochraniającą matek (*OCHR.M*; $\rho = 0,33$) i akceptującą postawą ojców (*AKC.O*; $\rho = 0,44$). Silny jest związek postawy autonomii ojców (*AUT.O*) z postawami w innych obszarach, co wskazuje, że pozytywnej ocenie postawy ojców dotyczącej rozumienia autonomii dziecka towarzyszy pożądana wychowawczo postawa w zakresie akceptacji (*AC.O*; $\rho = 0,88$), stawiania wymagań (*WYM.O*; $\rho = -0,70$), konsekwencji (*NKONS.O*; $\rho = -0,75$). Interkorelacje w obszarze kontroli emocjonalnej wskazują na dodatnie, umiarkowane i silne, istotne statystycznie związki pomiędzy poszczególnymi obszarami kontroli emocji ($\rho =$ od $0,38$ do $0,55$), jak i ogólnym wskaźnikiem kontroli emocji ($\rho =$ od $0,77$ do $0,80$). Wskazuje to na tendencję do współwystępowania kontroli emocji poprzez ich tłumienie w mierzonych obszarach.

Podsumowując analizę korelacyjną można wskazać, że w badanej grupie kobiet niższemu natężeniu traumy wczesnodziecięcej towarzyszą pożądanym wychowawczo postawy rodziców (w retrospektywnej ocenie), a także zaniedbywanie potrzeb emocjonalnych w dzieciństwie oraz nieakceptująca postawa rodzicielska ojca wzmacnia u badanych kobiet tendencję do kontroli emocji odnoszących się do depresji poprzez ich tłumienie.

5.6 Weryfikacja hipotez i dyskusja wyników

Przeprowadzone w ramach niniejszej pracy badanie dotyczące doświadczenia traumy wczesnodziecięcej, retrospektywnej oceny postaw rodzicielskich oraz kontroli emocji u kobiet dotkniętych chorobą autoimmunologiczną pozwoliło na zgłębienie wymienionych wyżej zjawisk. Wiedza ta, jest niezwykle istotna ze względu na wyjątkowy charakter oraz specyfikę grupy jaką są kobiety, które doświadczyły pojawienia się choroby autoimmunologicznej. Wyniki przeprowadzonej analizy statystycznej oraz przedstawionej teorii pozwalają na zaprezentowanie wniosków dotyczących opisanych aspektów.

Celem niniejszej pracy było znalezienie odpowiedzi na pytanie czy istnieje związek pomiędzy doświadczeniem traumy wczesnodziecięcej a retrospektywną oceną postaw rodzicielskich oraz poziomem kontroli emocji u kobiet dotkniętych chorobą



autoimmunologiczną. Dodatkowo, celem była również analiza negatywnych doświadczeń wczesnodziecięcych oraz postaw rodzicielskich i kontroli emocji.

Trauma doświadczona we wczesnym okresie życia, jest niezwykle trudnym i złożonym zjawiskiem, które, jak się okazuje nie dotyczy tylko sfery psychicznej, ale również emocjonalnej, fizycznej oraz duchowej. Jak pisał Van der Kolk (2018), trauma pozostawia głęboki ślad, którego rezultatem są trudności w przetworzeniu oraz uwolnieniu intensywnych emocji. Dziecko, które przeżywa i doświadcza tak, trudnych wydarzeń, kiedy jego osobowość oraz organizm dopiero się kształtują i nie posiada jeszcze odpowiednich zasobów, aby sobie z nimi poradzić, wykształca pewne mechanizmy obronne, które pomagają mu dostosować się do świata, w którym żyje, a także radzić sobie na swój własny sposób z przetwarzaniem emocji.

W przeprowadzonych w niniejszej pracy badaniach, zostało potwierdzone, że kobiety, które uzyskały wyższy wynik całkowitego nasilenia traumy wczesnodziecięcej (WCNT), są skłonne do oceniania w sposób bardziej negatywny swoich rodziców. Dodatkowo, im silniejszy wynik w zakresie całkowitego nasilenia traumy, tym większa skłonność do postrzegania rodziców jako chłodnych emocjonalnie, a także zdystansowanych, którzy przedkładają zbyt wysokie wymagania, nad potrzebę autonomii dziecka oraz określają ich jako niestabilnych i niekonsekwentnych w podejściu do wychowania. Może to sugerować, że badane kobiety, nie uzyskały takiego wsparcia, jakiego potrzebowały w tamtym czasie oraz nie została w dostatecznym stopniu uwzględniona ich potrzeba niezależności.

Realizowana procedura badawcza w niniejszej pracy dostarczyła danych dotyczących doświadczenia traumy wczesnodziecięcej, retrospektywnej oceny postaw rodzicielskich oraz kontroli emocji u kobiet dotkniętych chorobą autoimmunologiczną. Wyniki, które zostały uzyskane w przeprowadzonym badaniu dały podstawę do udzielenia odpowiedzi na postawione pytania badawcze i weryfikację hipotez.

H1. Kobiety, które doświadczyły wyższego poziomu traumy wczesnodziecięcej będą charakteryzować się większą skłonnością do tłumienia emocji.

Hipoteza została potwierdzona częściowo. Analiza korelacyjna wykazała, że im większe jest całkowite natężenie traumy wczesnodziecięcej tym większa jest skłonność do tłumienia emocji odnoszących się do depresji, nie uzyskano natomiast istotnych statystycznie współzależności między traumą wczesnodziecięcą a ogólnym wskaźnikiem kontroli emocji oraz tłumieniem emocji gniewu i lęku.



H2. Im wyższy poziom emocjonalnego zaniedbania, tym większe skłonności do tłumienia emocji oraz wyższa kontrola gniewu, lęku i depresji.

Hipoteza została potwierdzona częściowo. Analiza korelacyjna wykazała, że im bardziej zaniedbywane są potrzeby emocjonalne w dzieciństwie tym większa jest skłonność do tłumienia emocji odnoszących się do depresji, nie uzyskano natomiast istotnych statystycznie współzależności między emocjonalnym zaniedbaniem a ogólnym wskaźnikiem kontroli emocji oraz tłumieniem emocji gniewu i lęku.

H3. Kobiety z wyższym wynikiem ogólnym traumy będą częściej postrzegały postawy rodzicielskie jako bardziej negatywne.

Hipoteza została potwierdzona. Analiza korelacyjna wykazała, że wyższemu całkowitemu nasileniu traumy wczesnodziecięcej sprzyja tendencja do negatywnej oceny postaw rodzicielskich, zarówno matek, jak i ojców. Im większe jest natężenie traumy tym silniejsza jest tendencja do oceny rodziców jako chłodnych i zdystansowanych emocjonalnie, stawiających nadmierne wymagania, nierozumiejących rozwijającej się potrzeby autonomii dziecka, niestabilnych i niekonsekwentnych w oddziaływaniach wychowawczych.

H4. Wyższy poziom kontroli gniewu będzie związany z negatywną oceną postaw rodzicielskich.

Hipoteza nie została potwierdzona. Analiza korelacyjna nie wykazała istotnego statystycznie związku między ogólnym wskaźnikiem kontroli emocji a retrospektywną oceną postaw rodzicielskich, zarówno matek, jak i ojców.

H5. Kobiety, które oceniają negatywnie postawy rodzicielskie, będą zgłaszały większe trudności w radzeniu sobie z emocjami.

Hipoteza została potwierdzona częściowo. Analiza korelacyjna wykazała, że u badanych kobiet w ocenie których postawa rodzicielska ojca cechowała się chłodem, dystansem i brakiem akceptacji większa jest tendencja do tłumienia emocji dotyczących depresji, natomiast nie uzyskano istotnych statystycznie związków między ocenianymi retrospektywnie postawami rodziców a kontrolą emocji gniewu i lęku.

Wyniki uzyskane w tym badaniu pokazują, że doświadczenie traumy wczesnodziecięcej (WCNT), istotnie jest związane z tendencją do tłumienia smutku i przygnębienia (w zakresie depresji) u kobiet, które chorują na choroby autoimmunologiczne. W rezultacie może to sugerować, że traumatyczne wydarzenia we wczesnym dzieciństwie powodują tworzenie się



konkretnych strategii radzenia sobie z trudnymi emocjami, które w tamtym momencie przewyższały możliwości adaptacyjne dziecka. Może być również jednym z kluczowych czynników, które przyczyniają się do tłumienia emocji w życiu dorosłym jednostki. Doświadczanie emocji, jako procesu, bez skutecznego poradzenia sobie z nimi, może powodować zmiany nie tylko w autonomicznym układzie nerwowym, ale jest to spójna reakcja całego organizmu, która powoduje różnego rodzaju konsekwencje w przyszłości. Zgodnie z teorią przywiązania, w której Bowlby (2007), podkreślał, że brak adekwatnej reakcji rodzica/opiekuna na pojawiające się potrzeby dziecka powoduje wykształcenie się niekorzystnych strategii związanych z regulacją emocji. W sytuacji, której, dziecko uwewnętrznia przekonanie o tym, że wyrażanie emocji jest w danej sytuacji nieodpowiednie czy bezproduktywne, co może być to przyczyną tłumienia ich w przyszłości.

Wyniki przeprowadzonej analizy dotyczącej hipotezy piątej, zostały potwierdzone częściowo. Kobiety, które oceniały postawę ojca, jako chłodną, zdystansowaną oraz sygnalizowały brak akceptacji z jego strony, wykazywały większą skłonność do tłumienia smutku i przygnębienia (depresji), co może sugerować brak wsparcia w sferze emocjonalnej dziecka ze strony ojca, co w konsekwencji może prowadzić do długotrwałych skutków dotyczących radzenia sobie oraz regulowania emocji. Natomiast, należy też podkreślić, że w sytuacji oceny postawy matki, kobiety, które oceniały jej postawę, jako bardziej ochraniającą, odznaczały się niższym wskaźnikiem, dotyczącym tłumienia emocji. Może to wskazywać na to, że w sytuacji doświadczania nadopiekuńczości, która jest w teorii postaw rodzicielskich opisywana w kontekście niepożądanego postawy, z uwagi na jej skutki (Płopa, 2008), również w budowaniu autonomii dziecka, w tym wypadku może równoważyć deficyt związany ze wsparciem ojca.

Wyniki przeprowadzonego badania wykazały również, że natężenie bólu, jakie jest odczuwane przez zdiagnozowane kobiety w kontekście chorób autoimmunizacyjnych, koreluje z większym całkowitym natężeniem traumy wczesnodziecięcej, zaniedbaniem fizycznym oraz emocjonalnym, jak również z nadużyciem cielesnym. W artykule Doroty Kubackiej – Jasiołki (2019), autorka podkreśla, że trauma przyczynia się do występowania zmian w sferze fizjologicznej, neurobiologicznej, endokrynologicznej, jak również immunologicznej, co może powodować nadmierną reaktywność organizmu związaną z bólem. Zmiany, które zachodzą w sferze fizjologicznej w sytuacji doświadczenia traumy mogą prowadzić do dysfunkcji w obszarze układu autonomicznego co może prowadzić w konsekwencji do powstawania różnorodnych objawów związanych z chorobami psychosomatycznymi. Autorka podkreśla również związek pomiędzy traumą wczesnodziecięcą, a zahamowaniem ekspresji



emocjonalnej, co może przyczyniać się do powstawania somatyzacji. Porównując badania, można wnioskować, że trauma wczesnodziecięca może przyczyniać się do powstawania chorób autoimmunologicznych.

Wyżej wymieniony artykuł (Kubacka-Jasiecka, 2019) oraz zrealizowane badania korelują z badaniem przeprowadzonym przez Erozkaną (2016), w wyniku, którego potwierdzono, że osoby, które doświadczyły traumy, charakteryzują się również wykształconym, pozabezpiecznym stylem przywiązania.

Doświadczenie traumatycznych zdarzeń w okresie wczesnodziecięcym, odgrywa ogromną rolę w rozwoju oraz kształtowaniu się jednostki, jak również w tworzeniu się mechanizmów radzenia sobie z negatywnymi doświadczeniami, a jak się okazuje trudno jest określić jakie zdarzenie będzie miało negatywny wpływ na wystąpienie trudności w sferze emocjonalnej dziecka (Tishelman, i in., 2010).

Jak wykazano w badaniu niniejszej pracy, wyższe całkowite natężenie traumy wczesnodziecięcej jest związane z większą skłonnością do tłumienia emocji, które odnoszą się do depresji. Wyniki badań sugerują, że doświadczenie tak trudnych emocji związanych z traumą, prowadzi do tłumienia smutku i przygnębienia, co z kolei może prowadzić do tworzenia się konkretnych strategii radzenia sobie z trudnymi emocjami, które w tamtym momencie przewyższały możliwości adaptacyjne dziecka.

W Jednym z najnowszych badań dotyczących doświadczenia traumy wczesnodziecięcej (Kulmińska, Koweszko, 2023), wykazano związek pomiędzy zaburzeniami odżywiania, a traumatycznymi doświadczeniami w okresie dzieciństwa, a w badaniach przeprowadzonych przez Shanta R. Dube i współpracowników (2009), zauważono, że stres związany z doświadczeniem traumy wczesnodziecięcej, powodował wzrost późniejszych hospitalizacji w wieku dorosłym ze zdiagnozowaną chorobą autoimmunologiczną. Silny stres we wczesnym okresie życia może być predyktorem różnego rodzaju późniejszych stanów zapalnych organizmu, jak również zaburzeń dotyczących nie tylko sfery psychicznej, ale także fizycznej, co omówiono już wcześniej. Wyniki uzyskane w powyższych badaniach oraz przeprowadzonych w niniejszej pracy pokazują jak wielowymiarowy i skomplikowany jest to problem.

Zakończenie

Trauma jest niezwykle złożonym zjawiskiem, które niesie ze sobą różnorodnego rodzaju konsekwencje dotyczące nie tylko sfery psychicznej człowieka, ale również na jego funkcjonowanie w społeczeństwie, włączając w to relacje interpersonalne oraz jakość życia. Doświadczenia o charakterze traumatycznym, w szczególności, jeśli wystąpiły w okresie dzieciństwa, mogą mieć wpływ nie tylko na występowanie różnego rodzaju dolegliwości bezpośrednio po trudnym zdarzeniu. Jak się okazuje, mogą one również powodować problemy w sferze psychofizjologicznej i oddziaływać na zmiany jakie zachodzą nie tylko w sferze poznawczej podmiotu, ale także jego całym organizmie, powodując szereg symptomów czy prowadząc do różnego rodzaju zaburzeń. Dodatkowo należy wspomnieć o trudnościach, jakie występują w związku z doświadczeniami o charakterze traumatycznym, które są związane z rodzicami, co może być predyktorem bardzo skomplikowanych i różnorodnych powikłań, jakie w późniejszym życiu będzie doznawać jednostka. Kształtowanie się różnego rodzaju sposobów radzenia sobie nie tylko z emocjami w tak wczesnym okresie życia jest niezwykle istotne dla dalszego rozwoju oraz życia.

Potrzeba badań, w zakresie traumy, możliwych konsekwencji z nią związanych, ale również dogłębnego zrozumienia tego tematu jest niezwykle istotna. Tacy badacze jak Bessel van der Kolk, Peter Levine, Gabor Mate w ostatnim czasie, istotnie przyczynili się do zmiany postrzegania traumy oraz podkreślają, jej ważną rolę w powstawaniu trudności, które mają wpływ na późniejsze funkcjonowanie, ale również życie jednostki. Natomiast, na wczesnym etapie rozwoju rodzic, oraz postawa jaką przyjmuje w relacji z dzieckiem ma fundamentalne znaczenie dla jego późniejszego funkcjonowania i życia.

Podsumowując kluczowe wnioski, można stwierdzić, iż:

1. Kobiety z wyższym wynikiem ogólnym traumy częściej postrzegają postawy rodzicielskie, zarówno matki jak i ojca, jako bardziej negatywne. Trzy z pięciu postawionych hipotez zostały potwierdzone częściowo, natomiast jedna nie została potwierdzona, co pokazuje, iż analiza podjętej w pracy problematyki była kluczowa, aby ustalić ewentualny dalszy kierunek badań.

2. Badanie miało pewne ograniczenia. Niewielka grupa badanych kobiet (98). Badanie, które byłoby przeprowadzone na większej grupie pozwoliłoby na uzyskanie bardziej szczegółowych wyników.



3. W przyszłości, warto by było pogłębić oraz rozszerzyć badania dotyczące podejmowanego w tej pracy tematu, ponieważ brakuje publikacji oraz dogłębnego zbadania przyczyn występowania chorób autoimmunologicznych.

4. W kolejnych badaniach warto by było również, rozszerzyć grupę badanych kobiet o zdrowe kobiety i zbadać różnice, jakie powstają w dwóch grupach.

Dzięki badaniom przeprowadzonym w niniejszej pracy można stwierdzić, że kobiety dotknięte chorobą autoimmunologiczną potrzebują wsparcia psychologicznego, szczególnie w zakresie regulacji emocji.

Ważnym aspektem, jaki warto wziąć pod uwagę przy chorobach autoimmunizacyjnych, jest holistyczne podejście do terapii związanej z odczuwaniem przewlekłego bólu oraz wsparcie farmakologii poprzez psychoterapię nakierowaną na pomoc w obszarze regulowania emocji, a także redukcji stresu.

Kobiety dotknięte chorobą autoimmunologiczną mogą czerpać korzyści z wprowadzenia technik oraz metod związanych ze wspomaganiem oraz regulacją układu nerwowego takich jak: techniki oddechowe, trening uważności (mindfulness). Jednym z fundamentalnych aspektów, jest również wsparcie ze strony otoczenia. Nie należy również zapominać, jak ważnym aspektem jest psychoedukacja nie tylko kobiet zmagających się z chorobą, ale również osób najbliższych oraz społeczeństwa.

Podejście interdyscyplinarne jest niezwykle istotne oraz może wspomóc osoby z chorobami autoimmunologicznymi w radzeniu sobie z chorobą, ale również z emocjami oraz stresem.

Bibliografia

- Ader, R. (1999). Psychoneuroimmunologia. *Nowiny Psychologiczne, 1-2*, 141–150.
- Aronson, E., Wilson, T. D., Akert, R. M. (1997). *Psychologia społeczna : serce i umysł*. Poznań: Zysk i S-ka Wydawnictwo.
- Basiaga, J. (2020). Style wychowania zawodowych rodziców zastępczych. *Wychowanie w Rodzinie, XXIII(2)*, 99–119. <https://doi.org/10.34616/wwr.2020.2.099.119>
- Baumeister, R. F., Bratslavsky, E., Finkenauer, C., de Vohs, K. (2001). Bad is stronger than good. *Review of General Psychology, 5(4)*, 323–370. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.5.4.323>
- Bee, H. (2004). *Psychologia rozwoju człowieka*. Poznań: Zysk i S-ka Wydawnictwo.
- Bernstein D.P. (1996). Childhood Trauma Questionnaire (28 item Short Form) Scoring Instructions.
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Sapareto, E., Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *The American Journal of Psychiatry, 151(8)*, 1132–1136.
- Bernstein, D. P., & Fink, L. (1998). Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report manual San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Bickart, K. C., Wright, C. I., Dautoff, R. J., Dickerson, B. C., & Barrett, L. F. (2011). Amygdala volume and social network size in humans. *Nature Neuroscience, 14(2)*, 163–164. <https://doi.org/10.1038/nn.2724>
- Błasiak, A., Dybowska, E. (2010). Rodzicielstwo i jego znaczenie dla procesu wychowania dziecka. W: A. Błasiak E. Dybowska (red.), *Wybrane zagadnienia pedagogiki rodziny*. Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Bowlby J. (2007), *Przywiązanie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Brągiel, A. (1996). *Zrozumieć dziecko skrzywdzone* (Studia i monografie nr 237). Opole: Uniwersytet Opolski.
- Briere, J. N., Scott, C. (2020). *Podstawy terapii traumy. Diagnoza i metody terapeutyczne* (37-84). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Cerqueira, J. J., Mailliet, F., Almeida, O. F., Jay, T. M., Sousa, N. (2007). The prefrontal cortex as a key target of the maladaptive response to stress. *The Journal of neuroscience : the official journal of the Society for Neuroscience, 27(11)*, 2781–2787. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.4372-06.2007>
- Cicchetti, D., Toth, S. (1995). A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34*, 541–565.



- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Deblinger, E. (2011). *Terapia traumy i traumatycznej żałoby u dzieci i młodzieży*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., van der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390–398. Northwestern University.
- Czub, M. (2003). Znaczenie wczesnych więzi społecznych dla rozwoju emocjonalnego dziecka. *Forum Oświatowe*, 2(29), 31.
- Dana, D. (2021). *Teoria poliwagalna w praktyce: Zestaw 50 ćwiczeń*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- De Bellis, M. D., Zisk, A. (2014). The biological effects of childhood trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23(2), 185–222. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.01.002>
- Doliński, D. (2004). Mechanizmy obronne. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (T. 2, s. 322). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Dragan, M., Hardt, J. (2009). Negatywne doświadczenia z okresu dzieciństwa i zapobieganie ich skutkom. W: J. Strelau, B. Zawadzki, M. Kaczmarek (Red.), *Konsekwencje psychiczne traumy: Uwarunkowania i terapia*. Warszawa: Scholar.
- Dube, S. R., Fairweather, D., Pearson, W. S., Felitti, V. J., Anda, R. F., Croft, J. B. (2009). Cumulative childhood stress and autoimmune diseases in adults. *Psychosomatic medicine*, 71(2), 243–250. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181907888>
- Dudek, B. (2003). *Zaburzenie po stresie traumatycznym*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Erozkan, A. (2016). The Link between Types of Attachment and Childhood Trauma. *Universal Journal of Educational Research*, 4, 1071-1079.
- Folkman, S. (2011). Stress, health, and coping: An overview. W: S. Folkman (red.), *The Oxford handbook of stress, health, and coping* (s. 3–11). Oxford–New York: Oxford University Press.
- Freud, S., Breuer, J. (2008). *Studia nad histerią*. Warszawa: Wydawnictwo KR.
- Gawinecka, M., Łucka, I., Cebella, A. (2008). Pamięć zdarzeń traumatycznych. *Psychiatria*, 5(2), 65–69.
- Gil, E. (2006). *Helping abused and traumatized children: Directing and nondirecting approaches*. New York, NY: Guilford Press.
- Golińska, L. (2000). *Samokontrola emocji. Mit czy rzeczywistość*. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*, 6, 1-10.
- Grochowska, A. (1993). Wybrane metody badania postaw rodzicielskich. W: S. Siek (red.), *Wybrane metody badania osobowości*. Warszawa : Wydawnictwa Akademii Teologii Katolickiej.



Herman, J. L. (2004). *Przemoc: uraz psychiczny i powrót do równowagi*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Herman, J. L. (2020). *Trauma: Od przemocy domowej do terroru politycznego*. Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.

Jankowska, M. (2014). Postawy rodzicielskie matki i ojca a lęk jako stan i lęk jako cecha u młodych dorosłych. *Kwartalnik Naukowy*, 4(18), 88–108.

Jaworska-Andryszewska P., Abramowicz M., Kosmala A., Klementowski K., Rybakowski J. (2016). Trauma wczesnodziecięca w chorobie afektywnej dwubiegunowej. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*, 11(2), 39-46. <https://doi.org/10.5114/nan.2016.62248>

Juczyński Z. (2012). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Warszawa.

Kiecolt-Glaser, J. K., McGuire, L., Robles, T. F., Glaser, R. (2002). Psychoneuroimmunology and psychosomatic medicine: back to the future. *Psychosomatic medicine*, 64(1), 15–28. <https://doi.org/10.1097/00006842-200201000-00004>.

Kiełkiewicz, K. (2021). Wyjaśnienie koncepcji traumy złożonej według ICD-11. Zmiana tożsamości istotą urazu traumatycznego. W: J. Piekarska, A. Studzińska (red.), *Perspektywy w psychologii* (s. 175-179). Warszawa: Wydawnictwo AEH.

Kubacka-Jasiecka, D. (2019). Ryzyko psychosomatyczne z perspektywy traumy przywiązania i zaburzeń Ja cielesnego. *Sztuka Leczenia*, 2, 57–73.

Kulmińska, K., Koweszko, T. (2023). Behawioralne systemy aktywacji i hamowania (BIS/BAS) oraz trauma dziecięca jako predyktory nasilenia zaburzeń odżywiania. *Psychiatria / Psychiatria*, 20(1), 1–11. <https://doi.org/10.5603/PSYCH.a2023.0004>

Landowski, J. (2007). Neurobiologia reakcji stresowej. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*, 2, 26–36.

Levenson, R. W. (1999). The intrapersonal functions of emotion. *Cognition and Emotion*, 13(5), 481–504.

Levine, P. A. (2018). *Uleczyć traumę. 12-stopniowy program wychodzenia z traumy*. Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.

Lis-Turlejska, M. (2007). Psychologiczne następstwa stresu traumatycznego. W: H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna, Tom 2*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Łosiak, W. (2007). *Psychologia emocji*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.

Matuszewicz, Cz. (2006). *Wprowadzenie do psychologii*. Warszawa: Vizja Press & It.

McDougall J., (1989), *Theatres of the body. A psychoanalytic approach to psychosomatic illness*, London: Free Association Books

Miller, A. (2006). *Bunt ciała*. Poznań: Harbor Point Media Rodzina.



- Molina, P. E. (2005). Neurobiology of the stress response: Contribution of the sympathetic nervous system to the neuroimmune axis in traumatic injury. *Shock*, 24(1), 3–10. <https://doi.org/10.1097/01.shk.0000167112.18871.5c>
- Morrison, J. R. (2016). *DSM-5 bez tajemnic : praktyczny przewodnik dla klinicystów* (s. 243-261). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego .
- Murzyn A. (2012). *Doświadczenie wczesnodziecięcej traumy jako predyktor wyniku leczenia pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i osobowości*. Praca doktorska. Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum. Wydział Lekarski, Kraków.
- Oatley, K., Jenkins, M. J. (2003). *Zrozumieć emocje*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Pecyna, M. B. (1998). *Rodzinne uwarunkowania zachowania dziecka w świetle psychologii klinicznej*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Perry, B. D., Winfrey, O. (2022). *Co ci się przydarzyło? Rozmowy o traumie, odporności psychicznej i zdrowieniu*. Warszawa: Wydawnictwo Agora.
- Plopa, M. (1983). Czynniki typologie postaw rodzicielskich. *Psychologia Wychowawcza*, 4, 412–419.
- Plopa, M. (2005). *Psychologia rodziny: Teoria i badania*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Plopa, M. (2008). *Więzi w małżeństwie i rodzinie: Metody badań*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Plopa, M. (2011). *Psychologia rodziny: Teoria i badania*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Popiel, A., Pragłowska, E. (2009). Psychopatologia reakcji na traumatyczne wydarzenia. W: J. Strelau, B. Zawadzki, M. Kaczmarek (red.), *Konsekwencje psychiczne traumy: Uwarunkowania i terapia* (s. 34–63). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Popielski, K., Mamcarz, P. (2015). *Trauma egzystencjalna a wartości*. Warszawa: Difin.
- Pospiszyl, K. (1973). *Psychologiczna analiza wadliwych postaw społecznych młodzieży*. Warszawa: PWN.
- Przetacznik-Gierowska, M. (1978). *Podstawy rozwoju psychicznego dzieci i młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Przetacznik-Gierowska, M., Włodarski, Z. (2002). *Psychologia wychowawcza*. Warszawa: PWN.
- Rembowski, J. (1972). *Więzi uczuciowe w rodzinie*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.



- Rembowski, J. (1986). Rodzina jako system powiązań. W: M. Ziemska (red.), *Rodzina i dziecko* (s. 328–379). Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Reykowski, J. (1992). Procesy emocjonalne. W: T. Tomaszewski (red.), *Psychologia ogólna* (s. 13). Warszawa: PWN
- Rosenhan, D. L., Seligman, M. E. P. (1994). *Psychopatologia*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
- Rothschild, B. (2014). *Ciało pamięta: Psychofizjologia traumy i terapia osób po urazie psychicznym*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Spielman, R., Jenkins, W., Lovett, M., Czarnota-Bojarska, J. (2020). *Psychologia*. Warszawa: OpenStax Polska.
- Studen, S., Janowski, K. (2016). Trauma – kontrowersje wokół pojęcia, diagnoza, następstwa, implikacje praktyczne. *Roczniki Psychologiczne*, 19(3), 549–565.
- Strelau, J., Doliński, D. (2008). *Psychologia. Podręcznik akademicki*. Tom 1. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Strelau, J., Zawadzki, B., Kaczmarek, M. (red.). (2009). *Konsekwencje psychiczne traumy: Uwarunkowania i terapia*. Warszawa: Scholar.
- Szulc, A., Wciórka, J., Rymaszewska, J., Pilecki, M., Gałęcki, P., Sidorowicz, S. (2018). *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-V*. Warszawa: Wydawnictwo Edra Urban & Partner.
- Ścigała, I. (2001). Psychoneuroimmunologia jako dziedzina współczesnej psychosomatyki. W: L. Cierpiałkowska., H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna i psychologia zdrowia: Wybrane zagadnienia*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Terr L. C. (1991). Childhood traumas: an outline and overview. *The American journal of psychiatry*, 148(1), 10–20. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.1.10>
- Tishelman, A.C., Haney, P., Greenwald O'Brien, J.P., Blaustein, M.E. (2010). A Framework for School-Based Psychological Evaluations: Utilizing a 'Trauma Lens'. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 3, 279-302.
- Tomalski, R., Pietkiewicz, I. (2018). Zaburzenia związane z traumą – perspektywa teoretyczna. *Czasopismo Psychologiczne*, 24(2), 261–268.
- Tryjarska, B. (2010). *Bliskość w rodzinie. Więzy w dzieciństwie a zaburzenia w dorosłości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Tylka, J. (2000). *Psychosomatyka*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego.
- Van der Kolk, B. (2018). *Strach ucieleśniony: Mózg, umysł i ciało w terapii traumy*. Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.



- Widera-Wysoczańska, A. (2011). Istota traumy prostej i złożonej. W: A. Widera-Wysoczańska., A. Kuczyńska (red.), *Interpersonalna trauma — mechanizmy i konsekwencje* (s. 21–63). Warszawa: Difin.
- Włodarczyk, E. (2016). Znaczenie wczesnodziecięcego przywiązania w diadzie „matka/opiekun – dziecko”. *Studia Edukacyjne*, 39.
- Wojciszke, B. (2003). Postawy i ich zmiana. W: J. Strelau (red.), *Psychologia: Podręcznik akademicki. Tom 3: Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej* (s. 103–134). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- World Health Organization. (1999). *Report of the consultation on child abuse prevention* (WHO/HSC/PVI/99.1). Geneva, Switzerland
- Zawadzki, B., Strelau, J. (2008). Zaburzenia pourazowe jako następstwo kataklizmu. *Nauka*, 2, 47–55.
- Ziemska, M. (1969). *Postawy rodzicielskie*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Ziemska, M. (1973). *Postawy rodzicielskie*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Ziemska, M. (1979). *Rodzina a osobowość*. Warszawa: Wiedza Powszechna.
- Ziemska, M. (1986). Postawy rodzicielskie i ich wpływ na osobowość dziecka. W: M. Ziemska (red.), *Rodzina i dziecko*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Ziemska M. (2009), *Postawy rodzicielskie*. Warszawa: Wiedza Powszechna.
- Zimbardo, P., Johnson, R. L., McCann, V. (2017). *Psychologia: Kluczowe koncepcje. Tom 5*. Warszawa: PWN.



Spis tabel

Tabela 1. Dane opisowe osób badanych zmienne demograficzne (N = 98).....	41
Tabela 2. Uczucia badanych kobiet po diagnozie.....	50
Tabela 3. Dane opisowe osób badanych.....	51
Tabela 4. Wyniki traumy wczesnodziecięcej, emocji oraz postaw rodzicielskich w badanej grupie.....	51
Tabela 5. Natężenie bólu związanego z chorobą w poszczególnych jednostkach chorobowych u badanych kobiet.....	54
Tabela 6. Porównanie kobiet ze względu na rodzaj choroby w natężeniu traumy wczesnodziecięcej, kontroli emocji, retrospektywnej ocenie postaw rodziców	55
Tabela 7. Współzależności między zmiennymi demograficznymi, odczuwanym bólem a natężeniem traumy, oceną postaw rodziców i kontrolą emocji w badanej grupie kobiet	56
Tabela 8. Współzależności między natężeniem traumy, oceną postaw rodziców i kontrolą emocji w badanej grupie kobiet	58

Spis Rysunków

Rysunek 1. Oś podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowa.....	18
Rysunek 2. Model zachowania rodzicielskiego według A. Roe.....	22

