



Złożenie pracy online:
2025-02-25 18:27:03
Kod pracy:
55647/46651/CloudA

Anna Dąbrowska
(nr albumu: 35439)

Praca magisterska

Samoocena, a style radzenia sobie ze stresem i poziom lęku u kobiet doświadczających przemocy

Self-esteem, coping styles with stress, and anxiety levels in women experiencing violence

Wydział: Wyższa Szkoła Biznesu - National-
Louis University

Kierunek: Psychologia

Specjalność: psychologia kliniczna i osobowości

Promotor: dr Magdalena Kobylarczyk-
Kaczmarek

Z serdecznością dziękuję Pani Doktor Magdalenie Kobylarczyk-Kaczmarek za okazane mi wsparcie, cenne rady i poświęcony czas. Dzięki Pani życzliwości i cierpliwości praca ta mogła powstać w obecnym kształcie.

I



Streszczenie

Niniejsza praca podejmuje problematykę związków między samooceną, stylami radzenia sobie ze stresem oraz poziomem lęku u kobiet doświadczających przemocy. Badaniami objęto grupę 70 kobiet z doświadczeniem przemocy. Wykorzystano następujące narzędzia badawcze: Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny (MSEI), Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS) oraz Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI). Wyniki badań wykazały istotne zależności między badanymi zmiennymi. Stwierdzono ujemne korelacje między poziomem lęku a samooceną oraz pozytywny związek między stylem skoncentrowanym na zadaniu a samooceną. Wykazano również, że aktywność zawodowa i charakter relacji partnerskiej różnicują poziom samooceny u badanych kobiet. Uzyskane wyniki mają istotne znaczenie dla praktyki psychologicznej w obszarze pomocy osobom doświadczającym przemocy.

Słowa kluczowe

przemoc domowa, samoocena, style radzenia sobie ze stresem, lęk, wsparcie psychologiczne



Abstract

This study examines the relationships between self-esteem, coping styles, and anxiety levels among women experiencing domestic violence. The research involved 70 women with experience of violence. The following research tools were used: Multidimensional Self-Esteem Inventory (MSEI), Coping Inventory for Stressful Situations (CISS), and State-Trait Anxiety Inventory (STAI). The results revealed significant correlations between the studied variables. Negative correlations were found between anxiety levels and self-esteem, and a positive relationship between task-oriented coping style and self-esteem. The study also demonstrated that professional activity and the nature of partner relationships differentiate self-esteem levels among the studied women. The findings have important implications for psychological practice in supporting victims of domestic violence.

Keywords

domestic violence, self-esteem, coping styles, anxiety, psychological support



Wstęp	4
Rozdział 1. Przemoc wobec kobiet – definicje, skutki i przegląd badań	7
1.1. Definicja przemocy	7
1.2. Formy i rodzaje przemocy	8
1.3. Mechanizmy i dynamika przemocy	10
1.3.1. Cykl przemocy	10
1.3.2. Mechanizm "prania mózgu"	11
1.3.3. Zniekształcenia poznawcze.....	12
1.3.4. Wyuczona bezradność	13
1.3.5. Syndrom sztokholmski i traumatyczne przywiązanie.....	13
1.3.6. Teoria rozbitych założeń.....	13
1.3.7. Mechanizmy obronne.....	14
1.4. Konsekwencje doświadczania przemocy	15
1.4.1. Konsekwencje psychologiczne	15
1.4.2. Konsekwencje zdrowotne	16
1.4.3. Konsekwencje społeczno-ekonomiczne	16
1.4.4. Konsekwencje poznawcze i funkcjonalne	17
1.4.5. Specyfika funkcjonowania psychologicznego kobiet doświadczających przemocy	17
Rozdział 2. Samoocena jako konstrukt psychologiczny	20
2.1. Definicje i konceptualizacje samooceny	20
2.2. Psychospołeczne uwarunkowania samooceny	22
2.2.1. Teoria przywiązania Bowlby'ego - pogłębiona analiza	23
2.2.2. Poznawcza koncepcja samooceny Rosenberga - pogłębiona analiza	24
2.2.3. Społeczna teoria porównań Festingera	26
2.2.4. Wielowymiarowa koncepcja samooceny O'Briena i Epsteina.....	27
2.2.5. Wzajemne implikacje.....	29



2.3. Samoocena w kontekście skuteczności	31
2.3.1. Teoria poczucia własnej skuteczności Bandury	31
2.3.2. Teoria samostanowienia Ryana i Deciego	32
2.4. Samoocena a doświadczanie przemocy	34
2.4.1. Teoria wyuczonej bezradności w kontekście przemocy domowej	36
2.4.2. Teoria umiejscowienia kontroli w kontekście przemocy domowej.....	37
2.4.3. Mechanizmy obniżania samooceny w sytuacji przemocy	38
2.4.4. Rola wstydu i poczucia winy w kontekście przemocy domowej	40
2.4.5. Znaczenie empowermentu w odbudowie samooceny.....	41
Rozdział 3. Konceptualizacja i aspekty stresu w psychologii	44
3.1. Kwestie terminologiczne związane ze stresem	45
3.2. Transakcyjny model stresu Lazarusa i Folkman	47
3.3. Teoria zachowania zasobów Hobfolla	49
3.4. Radzenie sobie ze stresem	51
3.5. Specyfika stresu w kontekście przemocy	53
Rozdział 4. Psychologiczna analiza lęku	57
4.1. Definicje lęku	57
4.2. Objawy lęku	62
4.3. Wybrane koncepcje teoretyczne lęku	64
4.3.1. Psychoanalityczna koncepcja lęku według Zygmunta Freuda	64
4.3.2. Neopsychodynamiczna koncepcja Karen Horney	67
4.3.3. Koncepcja lęku według Antoniego Kępińskiego.....	69
4.3.4. Koncepcja lęku jawnego i ukrytego R. B. Cattella.....	70
4.3.5. Koncepcja lęku jako stanu i jako cechy C. D. Spielbergera	73
4.3.6. Teoria poznawcza Becka i Clarka w kontekście lęku.....	76
4.4. Lęk w kontekście przemocy	78
Rozdział 5. Metodologia badań własnych	80



5.1. Cel i przedmiot badań	80
5.2. Pytania badawcze i hipotezy	80
5.3 Grupa badana	81
5.4. Procedura badań.....	83
5.5. Charakterystyka metod badawczych.....	84
5.5.1. Ankieta własna.....	84
5.5.2. Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny MSEI.....	86
5.5.3 Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS	87
5.5.4. Inwentarz Stanu i Cechy lęku STAI	88
Rozdział 6. Wyniki badań własnych.....	90
6.1. Informacje o sposobie weryfikacji hipotez	90
6.2. Statystyki opisowe.....	92
6.3. Wyniki analizy statystycznej	100
Rozdział 7. Dyskusja wyników	119
7.1. Interpretacja wyników w kontekście literatury przedmiotu	119
7.2. Odpowiedzi na pytania badawcze i weryfikacja hipotez	121
7.3. Ograniczenia badania.....	123
Rozdział 8. Podsumowanie i wnioski	125
8.1. Główne ustalenia teoretyczne i empiryczne	125
8.2. Implikacje praktyczne dla psychologów i terapeutów	126
8.3. Kierunki dalszych badań	127
Bibliografia	130
Spis tabel	145
Spis rysunków	147
Aneks	148



Wstęp

"Ze wszystkich sądów, które formułujemy w życiu, żaden nie jest tak ważny jak sąd o sobie samym" - te słowa Brandena (2020) nabierają szczególnego znaczenia w kontekście osób doświadczających przemocy, dla których obraz własnego Ja ulega systematycznej degradacji pod wpływem traumatycznych doświadczeń.

Przemoc domowa, dotykająca według najnowszych danych Światowej Organizacji Zdrowia (2024) około jednej trzeciej kobiet na świecie, stanowi zjawisko o charakterze epidemiologicznym. Co szczególnie niepokojące, przemoc ta występuje niezależnie od statusu społeczno-ekonomicznego, wykształcenia czy miejsca zamieszkania ofiar. Systematyczne naruszanie granic psychicznych i fizycznych prowadzi do głębokich zmian w funkcjonowaniu psychologicznym osoby jej doświadczającej, wpływając na fundamentalne aspekty jej osobowości - samoocenę, zdolność do radzenia sobie ze stresem oraz poziom doświadczanego lęku.

Niniejsza praca podejmuje problematykę wzajemnych zależności między tymi trzema kluczowymi konstruktami psychologicznymi u kobiet doświadczających przemocy. Szczególna uwaga została poświęcona analizie mechanizmów łączących samoocenę ze stylami radzenia sobie ze stresem oraz poziomem lęku, rozumianym zarówno jako aktualnie przeżywany stan emocjonalny, jak i względnie stała cecha osobowości. Takie dwupoziomowe ujęcie lęku pozwala na pełniejsze zrozumienie jego roli w funkcjonowaniu psychologicznym kobiet doświadczających przemocy. Zrozumienie tych zależności ma fundamentalne znaczenie dla projektowania skutecznych interwencji pomocowych i terapeutycznych.

Problem badawczy pracy koncentruje się wokół pytania o charakter i siłę związków między samooceną, stylami radzenia sobie ze stresem oraz strukturą i natężeniem lęku u kobiet z doświadczeniem przemocy. Podstawą do udzielenia odpowiedzi na to pytanie są badania przeprowadzone na grupie 70 kobiet doświadczających przemocy, z wykorzystaniem uznanych narzędzi diagnostycznych: Wielowymiarowego Kwestionariusza Samooceny (MSEI), Kwestionariusza Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS) oraz Inwentarza Stanu i Cechy Lęku (STAI).

Teoretyczne podstawy niniejszej pracy opierają się na wybranych fundamentalnych koncepcjach psychologicznych. Teoria przywiązania Bowlby'ego oraz poznawcza koncepcja samooceny Rosenberga dostarczają ram do zrozumienia mechanizmów kształtowania się i modyfikacji obrazu siebie. Model transakcyjny stresu Lazarusa i Folkman oraz teoria zachowania zasobów Hobfolla pozwalają na analizę procesów radzenia sobie w sytuacji



przewlekłego stresu. Z kolei teoria lęku Spielbergera umożliwia zrozumienie różnic między lękiem jako stanem a cechą w kontekście doświadczania przemocy.

Szczególnie istotne w kontekście prowadzonych badań jest zrozumienie złożonej dynamiki wzajemnych oddziaływań między badanymi zmiennymi. Literatura przedmiotu dostarcza przekonujących dowodów na istnienie ścisłych powiązań między samooceną a zdolnością do radzenia sobie ze stresem (Makara-Studzińska i in., 2019) oraz poziomem doświadczanego lęku (Badura-Madej i Dobrzyńska-Mesterhazy, 2000). Badacze wskazują, że chroniczne doświadczanie przemocy może prowadzić do rozwoju specyficznych wzorców reagowania w sytuacjach stresowych, charakteryzujących się dominacją strategii skoncentrowanych na emocjach oraz unikowych kosztem bardziej adaptacyjnych strategii zadaniowych.

W pracy postawiono szereg hipotez badawczych, których weryfikacja ma kluczowe znaczenie dla zrozumienia funkcjonowania psychologicznego kobiet doświadczających przemocy. Założono istnienie dodatniego związku między wiekiem a poziomem samooceny, co może sugerować rozwój bardziej adaptacyjnych mechanizmów radzenia sobie wraz z nabywaniem doświadczenia życiowego. Kolejne hipotezy dotyczą roli aktywności zawodowej i charakteru relacji partnerskiej w kształtowaniu samooceny. Szczególnie istotne są przewidywania dotyczące związków między stylami radzenia sobie ze stresem a samooceną - zakładamy, że styl skoncentrowany na zadaniu jest pozytywnie skorelowany z samooceną, podczas gdy styl skoncentrowany na emocjach negatywnie.

Wyjątkową uwagę poświęcono analizie lęku, rozumianego zarówno jako aktualnie przeżywany stan emocjonalny (lęk-stan), jak i względnie stała dyspozycja osobowościowa (lęk-cecha). Przewidywano istnienie ujemnych zależności między obydwooma wymiarami lęku a poziomem samooceny, co znajduje potwierdzenie w dotychczasowych badaniach nad psychologicznymi konsekwencjami doświadczania przemocy. Równie istotne są hipotezy dotyczące związków między lękiem a preferowanymi stylami radzenia sobie ze stresem, gdzie zakładano, że wyższy poziom lęku będzie wiązał się z częstszym wykorzystywaniem strategii skoncentrowanych na emocjach.

Ostatnia z postawionych hipotez dotyczy predyktorów poziomu samooceny. Zakładamy, że zarówno poziom lęku (jako stanu i cechy), jak i preferowane style radzenia sobie ze stresem są istotnymi czynnikami wyjaśniającymi zmienność w poziomie samooceny badanych kobiet. Weryfikacja tej hipotezy ma szczególne znaczenie praktyczne, wskazując potencjalne obszary interwencji terapeutycznej.



Praca składa się z ośmiu rozdziałów. Pierwsze cztery rozdziały stanowią teoretyczne podstawy badanego zagadnienia, prezentując aktualny stan wiedzy na temat przemocy wobec kobiet, samooceny jako konstruktu psychologicznego, konceptualizacji stresu oraz psychologicznej analizy lęku. Część empiryczna pracy obejmuje metodologię badań własnych, prezentację wyników oraz ich szczegółową dyskusję w świetle aktualnej literatury przedmiotu. Całość wieńczy wnioski i rekomendacje dla praktyki psychologicznej.

Prezentowane badania wpisują się w nurt współczesnych poszukiwań skutecznych metod pomocy osobom doświadczającym przemocy. Przeprowadzone analizy nie tylko poszerzają wiedzę o psychologicznych mechanizmach funkcjonowania osób doświadczających przemocy, ale także dostarczają praktycznych wskazówek do projektowania skutecznych interwencji pomocowych. Zrozumienie wzajemnych zależności między badanymi zmiennymi może przyczynić się do rozwoju bardziej efektywnych form wsparcia psychologicznego, uwzględniających złożoną naturę psychologicznych konsekwencji doświadczania przemocy. Jest to szczególnie istotne w obliczu rosnącej świadomości społecznej dotyczącej tego problemu, gdzie potrzeba empirycznie ugruntowanej wiedzy staje się coraz bardziej paląca.



Rozdział 1. Przemoc wobec kobiet – definicje, skutki i przegląd badań

W rozdziale tym poruszone zostaną kwestie dotyczące definicji przemocy, mechanizmów przemocy oraz jej skutków.

1.1. Definicja przemocy

Przemoc to złożony i jeden z najbardziej palących problemów społecznych XXI wieku. Często jest analizowany z różnych perspektyw, począwszy od spojrzenia jednostkowego, na osobę doświadczającą przemocy, poprzez najbliższe otoczenie, w którym ta osoba funkcjonuje - dom, rodzina, aż do spojrzenia właśnie w wymiarze społecznym (Rode, 2010; Stowarzyszenie 'Niebieska Linia', 2020). Według Światowej Organizacji Zdrowia (2024), problem ten dotyka około jednej trzeciej kobiet na świecie, co wskazuje na jego epidemiologiczny charakter. Przemoc wobec kobiet ma charakter uniwersalny i występuje we wszystkich kulturach, wyzraniach, grupach społecznych i ekonomicznych, dotykając kobiety niezależnie od ich wykształcenia, statusu materialnego czy pozycji społecznej (Rode, 2010). Narusza prawa człowieka i stanowi zagrożenie dla zdrowia publicznego, dlatego też o przemocy mówimy zarówno w kontekście moralnym, prawnym jak i psychologicznym (Badura-Madej i Dobrzyńska-Mesterhazy, 2000).

Rozumienie i definicja zjawiska przemocy była i jest kształtowana od dziesiątek lat. Od ujęcia koncentrującego się głównie na przemocy fizycznej, po szerokie spektrum zachowań obejmujących różne formy przymusu i kontroli. Jak wskazuje Mellibruda (2009), przemoc nie ogranicza się wyłącznie do aktów fizycznej agresji, ale stanowi złożony wzorec zachowań, który często rozwija się stopniowo. Proces ten zazwyczaj rozpoczyna się od subtelnych form kontroli i manipulacji, przechodząc stopniowo do coraz bardziej jawnych i brutalnych form znęcania się. Kluczowym elementem jest tu intencjonalność działania sprawcy oraz wyraźna dysproporcja sił, która uniemożliwia ofierze skuteczną obronę. Badura-Madej i Dobrzyńska-Mesterhazy (2000) w swojej publikacji przedstawiają szczegółową analizę różnych form przemocy, od subtelnych manipulacji psychicznych po jawną agresję fizyczną. Łukowska (2018) przywołuje definicję Gila, określającą przemoc jako: *aktów i warunków, które uniemożliwiają spontaniczne rozwijanie się wewnętrznego potencjału człowieka, wrodzonego ludzkiego dążenia do samorealizacji* na podstawie publikacji Brown i Herbert (1999, s. 21). Zgodnie z najnowszymi aktualizacjami *Ustawy o przeciwdziałaniu przemocy domowej* z lipca 2005 roku, art. 2 przemoc jest definiowana jako: *jednorazowe albo powtarzające się umyślne*

działanie lub zaniechanie, wykorzystujące przewagę fizyczną, psychiczną lub ekonomiczną, naruszające prawa lub dobra osobiste osoby doznającej przemocy domowej, w szczególności:

- a) narażające tę osobę na niebezpieczeństwo utraty życia, zdrowia lub mienia,*
- b) naruszające jej godność, nietykalność cielesną lub wolność, w tym seksualną,*
- c) powodujące szkody na jej zdrowiu fizycznym lub psychicznym, wywołujące u tej osoby cierpienie lub krzywdę,*
- d) ograniczające lub pozbawiające tę osobę dostępu do środków finansowych lub możliwości podjęcia pracy lub uzyskania samodzielności finansowej,*
- e) istotnie naruszające prywatność tej osoby lub wzbudzające u niej poczucie zagrożenia, poniżenia lub udręczenia, w tym podejmowane za pomocą środków komunikacji elektronicznej.*

Zrozumienie definicji przemocy pozwala dostrzec jej złożony charakter i wielowymiarowość tego zjawiska. Jak wskazują najnowsze badania (Rode, 2010; Chełstowska, Druciarek & Niżyńska, 2015), przemoc może przyjmować różnorodne formy, od jawnych aktów agresji po subtelne formy kontroli i manipulacji. Analiza tych form jest kluczowa dla zrozumienia kompleksowej natury przemocy i jej wpływu na osobę jej doświadczającą.

1.2. Formy i rodzaje przemocy

Na podstawie przeglądu literatury przedmiotu można wyróżnić cztery podstawowe formy przemocy wobec kobiet, które często współwystępują i wzajemnie się przenikają. Każda z tych form charakteryzuje się specyficzną dynamiką i mechanizmami oddziaływania na osobę doświadczającą przemocy.

- **Przemoc fizyczna** stanowi najbardziej rozpoznawalną formę przemocy wobec kobiet, choć niekoniecznie najczęstszą. Badura-Madej i Dobrzyńska-Mesterhazy (2000) charakteryzują ją jako wszelkie nieprzypadkowe działania, wykorzystujące przewagę fizyczną, które naruszają nietykalność cielesną osoby doświadczającej przemocy. Wskazują, że przemoc fizyczna często rozpoczyna się od pozornie niegroźnych incydentów, takich jak popychanie czy szarpanie, by z czasem eskalować do poważniejszych form.
- **Przemoc psychiczna** - choć trudniejsza do udowodnienia, bo nie pozostawia fizycznych śladów jest nie mniej destrukcyjną formą przemocy, przejawiającą się między innymi na stopniowym deprecjonowaniu poczucia własnej wartości, izolowaniu osoby od jej bliskich, manipulowaniu emocjami i zastraszaniu. Różyńska



(2007) zauważa, że osoby doświadczające przemocy psychicznej często zaczynają wierzyć w negatywne przekazy ze strony oprawcy. Wojakowska (2019) w swoich badaniach wykazała, że ta forma przemocy często poprzedza inne jej rodzaje i stanowi swoisty fundament dla rozwoju pozostałych form przemocy.

- **Przemoc seksualna** - szczególna forma przemocy, łącząca w sobie elementy przemocy fizycznej i psychicznej, głęboko naruszająca intymność i godność osoby jej doświadczającej. Pozostaje jedną z najtrudniejszych do zbadania form przemocy ze względu na wysoki poziom tabuizacji tego zjawiska. Badania wskazują na znaczącą skalę niezgłaszalności przypadków przemocy seksualnej odpowiednim służbom (Centrum Praw Kobiet, 2021). Szczególnie istotne są tu badania Rode (2010), która analizowała mechanizmy przemocy seksualnej w związkach intymnych. Autorka zwraca uwagę na problem niewłaściwego rozumienia zgody w relacjach małżeńskich i partnerskich, co często prowadzi do bagatelizowania przemocy seksualnej w związkach.
- **Przemoc ekonomiczna** - w ostatnich latach coraz więcej uwagi poświęca się przemocy ekonomicznej i według najnowszej aktualizacji *Ustawy o przeciwdziałaniu przemocy domowej* (2005, art. 2) została explicite uznana za jedną z form. Kontrola finansów i zasobów materialnych, ograniczanie samodzielności finansowej kobiety i uzależnianie ekonomiczne skutecznie ogranicza możliwości uzyskania niezależności przez osobę doświadczającą przemocy. Chełstowska, Druciarek i Niżyńska (2015), wskazują, że w sytuacji braku niezależności finansowej kobieta niejednokrotnie pozostaje w toksycznej relacji, nie widząc realnej możliwości zmiany swojej sytuacji życiowej.

Mellibruda (2009), wyróżnia przemoc **gorącą** i **chłodną**. Przemoc gorąca, pełna jest emocji, krzyków, wyzwisk, nierzadko aktów agresji. Jest niespodziewana i raczej nie zaplanowana. W przeciwieństwie do przemocy chłodnej, która wydaje się być zaplanowaną i będącą pod kontrolą, gdzie osoba stosująca przemoc panuje nad swoimi emocjami. Lipowska-Teutsch (1995) w swojej pracy zwraca uwagę na wielowymiarowość przemocy psychicznej, która często pozostaje niewidoczna dla otoczenia. Autorka opisuje, jak pozornie niewinne zachowania, takie jak ciągła krytyka czy izolacja społeczna, mogą prowadzić do głębokich ran psychicznych. Wiele kobiet doświadczających przemocy nie jest świadomych swojej sytuacji, często obwiniając siebie i próbując dostosować się do wymagań sprawcy (Izdebski i in., 2012).

Chociaż przemoc fizyczna jest najczęściej zgłaszana, inne formy, takie jak przemoc ekonomiczna, psychiczna czy seksualna często pozostają ukryte. Oficjalne statystyki nie



odzwierciedlają pełnej skali problemu ze względu na niski poziom zgłaszalności. Przyczyną tego jest strach przed eskalacją przemocy, wstydem, obawą przed ostracyzmem i stygmatyzacją, po brak wiary w skuteczność pomocy instytucjonalnej. Potwierdzają to również badania CBOS (2019), że:

- 63% Polaków zna w swoim otoczeniu przypadki przemocy domowej
- 40% respondentów przyznaje, że w ich domach dochodziło do przemocy
- tylko 26% przypadków przemocy zostało zgłoszonych odpowiednim służbom.

Przedstawione formy i rodzaje przemocy wskazują na różnorodność jej przejawów i złożoność oddziaływania na osobę jej doświadczającą. Jednak dla pełnego zrozumienia dynamiki przemocy kluczowa jest analiza psychologicznych mechanizmów leżących u jej podłoża.

1.3. Mechanizmy i dynamika przemocy

Przemoc nie jest jedynie serią pojedynczych incydentów, ale stanowi skomplikowany wzorzec zachowań i reakcji, który rozwija się według określonych prawidłowości. Badania nad przemocą domową wskazują na istnienie wzajemnie powiązanych mechanizmów psychologicznych, które utrudniają przerwanie krzywdzącego związku. Mechanizmy te, jak wskazują Herman (2002) oraz Makara-Studzińska i Madej (2015), choć początkowo pełnią funkcję ochronną, z czasem mogą stać się dodatkowymi przeszkodami w procesie uwalniania się od przemocy. Szczególnie istotne jest zrozumienie, że mechanizmy obronne nie są "złym" czy "nieprawidłowym" sposobem radzenia sobie, a stanowią naturalną odpowiedź psychiki na sytuację przekraczającą możliwości adaptacyjne jednostki.

1.3.1. Cykl przemocy

Fundamentalne znaczenie dla zrozumienia dynamiki przemocy ma teoria cyklu przemocy. Według badań Walker (2016), przemoc rozwija się według powtarzalnego cyklu, który składa się z trzech charakterystycznych faz:

1. **Faza narastania napięcia** - oprawca staje się coraz bardziej porytowany i krytyczny, nawet z błahych powodów. Często prowokuje kłótnie, złości się, wywołuje awantury. Osoba doświadczająca przemocy próbuje łagodzić sytuację poprzez dostosowywanie swojego zachowania do rosnących wymagań sprawcy (Badura-Madej i Dobrzyńska-Mesterhazy, 2000).
2. **Faza gwałtownej przemocy** - charakteryzuje się utratą kontroli przez sprawcę, wybuchem i agresją. Dochodzi do aktów przemocy fizycznej, której często towarzyszy



przemoc psychiczna. Herman (1992/2024) podkreśla, że w tej fazie osoba doświadczająca przemocy przeżywa intensywny strach i bezradność, co może prowadzić do uruchomienia mechanizmów dysocjacyjnych. Osoba, która dopiero co doświadczyła przemocy może doświadczać szoku, że do tego doszło, odczuwać bezsilność i wstyd.

3. **Faza "miodowego miesiąca"** - sprawca okazuje skruchę, przeprasza i może zachowywać się wyjątkowo troskliwie. Jak wskazuje Dutton (2011), ta faza ma szczególne znaczenie dla podtrzymywania cyklu przemocy, ponieważ wzmacnia nadzieję na zmianę i jednocześnie pogłębia więź emocjonalną ze sprawcą. Osoba, która doświadczyła przemocy na tym etapie, często wierzy w zapewnienia sprawcy, może też chcieć wycofać się z wcześniej podjętych decyzji

1.3.2. Mechanizm "prania mózgu"

Kluczowym mechanizmem podtrzymującym przemoc jest proces określany jako "pranie mózgu". Badania Badura-Madej i Dobrzyńskiej-Mesterhazy (2000) pokazują, że jest to systematyczny proces manipulacji, który prowadzi do głębokich zmian w sposobie myślenia i postrzegania rzeczywistości przez osobę doświadczającą przemocy. Proces ten przebiega wieloetapowo. Składają się na niego etap podważania rzeczywistości i izolacji społecznej. Osoba doświadczająca przemocy, systematycznie słyszy: "To tak się nie wydarzyło", "Przesadzasz". Celowe działania sprawcy, by zakwestionować fakty czy przebieg zdarzeń. Prowadzi to do wątplenia i podważania własnego zdania, myśli, uczuć przez osobę, która doświadcza przemocy. Dodatkowo sprawca często kontroluje osobę doświadczającą przemocy, a także wpływa i ogranicza jej kontakty z innymi osobami, które mogłyby być dla niej źródłem wsparcia. Tą drogą osoba ta stopniowo traci punkty odniesienia pozwalające na zweryfikowanie swojej sytuacji, myśli i uczuć. Stopniowo przejmuje postrzeganie obrazu rzeczywistości prezentowanego przez sprawcę, co sprawia, że jest to jedyna dostępna i dominująca wersja interpretowania rzeczywistości. Proces ten systematycznie osłabia zdolność osoby doświadczającej przemocy do krytycznej oceny sytuacji i jednocześnie do podejmowania autonomicznych decyzji. Doychak i Raghavan (2018) zwracają uwagę na interakcję między "praniem mózgu" a mechanizmem traumatycznego przywiązania. Gdy sprawca jest jednocześnie źródłem zagrożenia i jedynym dostępnym źródłem wsparcia, wtedy ofiara staje się szczególnie podatna na jego manipulacje.



1.3.3. Zniekształcenia poznawcze

W analizowaniu przemocy, jej mechanizmów warto się zatrzymać nad zniekształceniami poznawczymi. Mają one złożony charakter i odgrywają kluczową rolę w podtrzymywaniu relacji przemocowej. Jak zauważają Cierpiałkowska i Sęk (2016), zniekształcenia poznawcze nie są jedynie prostym efektem manipulacji, ale stanowią skomplikowany wzorec myślenia, który rozwija się w odpowiedzi na przewlekłą traumę. Wojciszke i Grzyb (2024) wyróżniają charakterystyczne wzorce zniekształceń poznawczych występujące u osób doświadczających przemocy, na przykład:

1. Nadmierna generalizacja, czyli skłonność do wyciągania ogólnych, negatywnych wniosków na podstawie pojedynczych zdarzeń. Osobie doświadczającej przemocy, często towarzyszą myśli typu "zawsze wszystko robię źle", "to wszystko to moja wina". Co więcej, jest ona przekonana o nieuchronności porażki w każdym działaniu.

2. Personalizacja, czyli przypisywanie sobie większej odpowiedzialności, w tym za zachowanie sprawcy niż ona faktycznie jest. Często interpretowanie negatywnych zdarzeń jako konsekwencji własnych działań. Osobie towarzyszy charakterystyczna myśl "to moja wina, że on jest agresywny".

3. Myślenie "wszystko albo nic", czyli bardzo mocno postrzeganie rzeczywistości w skrajnościach. Osoba ta ma duże wymagania i oczekiwania względem samej siebie, bycia albo idealną, albo bezwartościową. Nie ma tu przestrzeni na stany pośrednie.

4. Selektywna uwaga, czyli koncentracja na porażkach i błędach przy jednoczesnym pomijaniu sukcesów. Osoba jest nadmiernie czujna na oznaki niezadowolenia sprawcy oraz filtrowanie informacji tych, które potwierdzą negatywny obraz siebie.

Herman (1992/2024) zwraca szczególną uwagę na zjawisko "normalizacji przemocy". Jest to proces, w którym zachowania przemocowe stopniowo zaczynają być postrzegane jako *normalne* lub *zasłużone*. Badaczka podkreśla, że proces ten jest szczególnie niebezpieczny, gdyż prowadzi do zatarcia granic między tym, co akceptowalne, a tym, co krzywdzące. Wpływa to na zwiększenie zależności pomiędzy osobą doświadczającą przemocy a osobą ją stosującą. Z kolei Makara-Studzińska i współpracownicy (2019) wskazują na specyficzne zniekształcenia dotyczące przyszłości i dotyczące przekonania o niemożności zmiany swojej sytuacji, na zasadzie "i tak nic się nie zmieni". Snucie katastroficznych wizji konsekwencji próby zmiany oraz towarzyszący temu brak dostrzegania realnych możliwości pomocy. Wśród różnych myśli, które mają osoby doświadczające przemocy, pojawiają się też i takie, że skoro już tyle zainwestowały w związek czasu, energii, wyrzeczeń, to czemu teraz by miały

zrezygnować, nawet w obliczu narastającej przemocy. O dysonansie poznawczym w swoich publikacjach wspominają Wojciszke i Grzyb (2024).

1.3.4. Wyuczona bezradność

Wyuczona bezradność, koncepcja pierwotnie opisana przez Seligmana, zyskała szczególne znaczenie w kontekście badań nad przemocą domową. Heszen i Sęk (2020) wskazują, że w sytuacji przemocy wyuczona bezradność rozwija się na trzech poziomach: poznawczym, emocjonalnym i motywacyjnym. Na poziomie poznawczym objawia się przekonaniem o braku możliwości zmiany. W sferze emocjonalnej dominuje poczucie beznadziei i przygnębienia, często w doświadczeniu niemocy pojawia się depresja, apatia i lęk. Natomiast w obszarze motywacyjnym obserwuje się spadek inicjatywy i bierność.

Szczególnie destrukcyjnym aspektem tego mechanizmu jest jego samowzmacniająca się charakter. Rode (2010) wykazała, że każda nieudana próba zmiany sytuacji potwierdza w przekonaniu ofiary jej bezradność, prowadząc do dalszego spadku motywacji do podejmowania działań ochronnych.

1.3.5. Syndrom sztokholmski i traumatyczne przywiązanie

Dutton i Painter (1993) opisali paradoksalne zjawisko traumatycznego przywiązania, w którym osoba doświadczająca przemocy rozwija silną więź emocjonalną ze sprawcą. Herman (1992/2024) wyjaśnia, że mechanizm ten opiera się na fundamentalnych procesach przywiązaniowych, które w sytuacji przemocy ulegają patologicznej transformacji. Często mechanizm ten jest określany jako "syndrom sztokholmski" (Namnyak i in., 2008). Dochodzi tu do swoistego sojuszu pomiędzy tymi osobami, a także co ważne osoba, która doświadcza przemocy, może mieć wrogie nastawienie do osób chcących jej przyjść z pomocą. Badura-Madej i Dobrzyńska-Mesterhazy (2000) wskazują, że mechanizm ten może być formą adaptacji, pozwalającą osobie doświadczającej przemocy przetrwać w sytuacji zagrożenia. Czynnikiem rozwoju tego syndromu są: realne zagrożenie życia osoby doświadczającej przemocy, całkowita zależność od sprawcy, pozbawienie kontaktu ze światem zewnętrznym, a także sprawca przemocy bywający w pewien sposób uprzejmy.

1.3.6. Teoria rozbitych założeń

Janoff-Bulman (2002), w swojej teorii rozbitych założeń (shattered assumptions theory), przedstawia fundamentalne zmiany zachodzące w systemie przekonań osób doświadczających przemocy. Według niej, trauma związana z przemocą systematycznie niszczy trzy podstawowe przekonania:



1. **Przekonanie o własnej nienaruszalności i bezpieczeństwie.** Przemoc domowa w szczególnie sposób narusza to przekonanie, gdyż zagrożenie pojawia się w miejscu, które powinno być bezpieczną przystanią - we własnym domu i ze strony bliskiej osoby (Cierpiąłkowska i Sęk, 2016). Natomiast zachwianie tego przekonania powoduje u osoby stałe poczucie zagrożenia oraz podważa fundamentalne poczucie bezpieczeństwa w relacjach międzyludzkich.

2. **Przekonanie o sensowności i przewidywalności świata.** Sprawca, który raz jest źródłem krzywdy, a innym razem wsparcia, przyczynia się do głębokiego zachwiania tego fundamentalnego przekonania (Herman, 1992/2024). A cykliczność i nieprzewidywalność przemocy systematycznie podważają zdolność ofiary do postrzegania świata jako miejsca rządzonego pewnym porządkiem. Prowadzi to do utraty poczucia kontroli i przewidywalności życia.

3. **Przekonanie o własnej wartości.** Gdy osoba doświadczająca przemocy, nie może ochronić siebie doświadcza załamania przekonania o własnej wartości i kompetencji. Jej poczucie własnej wartości, sprawczości i skuteczności dodatkowo jest podważane przez systematyczne działania sprawcy (Wojciszke i Grzyb, 2024).

1.3.7. Mechanizmy obronne

W odpowiedzi na traumatyczne doświadczenia przemocy, psychika rozwija szereg mechanizmów obronnych. Badania prowadzone przez Lipowską-Teutsch (1998) wskazują na cztery kluczowe mechanizmy:

1. **Zaprzeczanie** - osoba, która doświadcza przemocy, nieświadomie nie uznaje przemocy za rzeczywisty problem. A także może nie dostrzegać oznak przemocy lub bagatelizować ich znaczenie.

2. **Minimalizowanie** - osoba określając przemoc, mówi "to nie było aż tak straszne", "inni mają gorzej". Mechanizm ten służy zachowaniu poczucia kontroli poprzez redukcję emocjonalnego ciężaru doświadczeń, a także jego rolą jest świadome umniejszanie powagi sytuacji.

3. **Racjonalizacja** - osoba znajduje usprawiedliwienia dla sprawcy, typu: "miał trudne dzieciństwo", "jest zestresowany w pracy". Nierzadko przypisuje sobie odpowiedzialność za jego zachowanie. Mechanizm ten pomaga tworzyć pozornie logiczne wyjaśnienia dla zachowań przemocowych.

4. **Dysocjacja** stanowi jeden z najbardziej złożonych mechanizmów adaptacyjnych, rozwijających się w odpowiedzi na doświadczenie przemocy domowej. Badania prowadzone



przez Grzegorzewską i Cierpiałkowską (2020) wskazują, że jest to swoisty "wyłącznik bezpieczeństwa" psychiki, uruchamiający się w sytuacjach, gdy poziom stresu i zagrożenia przekracza indywidualne możliwości radzenia sobie. W kontekście przemocy domowej dysocjacja pełni początkowo funkcję ochronną, pozwalając na psychiczne "odłączenie się" od traumatycznego doświadczenia.

1.4. Konsekwencje doświadczania przemocy

Doświadczanie przemocy prowadzi do rozległych następstw, które wykraczają poza indywidualne doświadczenia osób doświadczających przemocy i wpływają na ich funkcjonowanie we wszystkich sferach życia. Badania wskazują na występowanie zarówno konsekwencji krótkoterminowych, związanych z bezpośrednimi skutkami przemocy, jak i długoterminowych, obejmujących głębokie zmiany w funkcjonowaniu osoby i jej relacjach z otoczeniem (Heszen i Sęk, 2020). Zadworna-Cieślak oraz Ogińska-Bulik (2016, s. 131-132) piszą, że *doświadczenie przemocy domowej można w wielu przypadkach uznać za przeżycie traumatyczne. Często wiąże się ona z zagrożeniem życia, zdrowia i integralności psychicznej. Zdarzenia traumatyczne pociągają za sobą szereg następstw. Oprócz obrażeń cielesnych i objawów somatycznych, występujących po agresji fizycznej, ofiary przemocy doświadczają w jej następstwie zaburzonego poczucia bezpieczeństwa, miłości, zaufania, wykształcić postawę alienacji, przeżywać lęk, złość, wstyd, bezradność czy poczucie winy. Skutki traumatycznych przeżyć to także zwiększona skłonność do chorób i zaburzeń psychosomatycznych, zwiększone ryzyko uzależnień, skłonność do samookaleczeń, prób samobójczych i ryzyko rozwoju objawów stresu pourazowego.*

1.4.1. Konsekwencje psychologiczne

Jednym z najpoważniejszych aspektów przemocy są jej skutki psychologiczne, które mogą fundamentalnie zmieniać nie tylko stan emocjonalny osoby, ale także sposób, w jaki postrzega ona siebie, innych i świat. Badania Makary-Studzińskiej i Madej (2015) wykazały, że kobiety doświadczające przemocy często prezentują objawy umiarkowanej lub ciężkiej depresji, charakteryzujące się chronicznym poczuciem smutku, brakiem energii i trudnościami z koncentracją.

Szczególnie istotnym problemem są zaburzenia lękowe, które według Heszen i Sęk (2020) często rozwijają się jako odpowiedź na przewlekły stres związany z przemocą. Autorki wskazują, że stany lękowe związane z przewidywaniem kolejnych epizodów przemocy często prowadzą do rozwoju zespołu lęku uogólnionego oraz fobii społecznych. Badania pokazują, że



chroniczny lęk może stać się stałą cechą osobowości, wpływając destrukcyjnie na wszystkie sfery funkcjonowania osoby, która doświadcza przemocy.

Ławska i Makara-Studzińska (2022) zwracają szczególną uwagę na występowanie zespołu stresu pourazowego (PTSD) u ofiar przemocy domowej. W swoich badaniach autorzy zidentyfikowali charakterystyczne objawy, takie jak: nawracające wspomnienia traumatycznych zdarzeń (flashbacki), koszmary senne oraz stan nadmiernej czujności. Co istotne, PTSD w kontekście przemocy domowej ma charakter złożony, gdyż trauma nie jest jednorazowym wydarzeniem, ale procesem rozciągniętym w czasie.

1.4.2. Konsekwencje zdrowotne

Przemoc ma głęboki wpływ na zdrowie fizyczne osób jej doświadczających, manifestując się zarówno w sposób bezpośredni, jak i pośredni poprzez różnorodne dolegliwości psychosomatyczne. Pikora (2022) w swoich badaniach udokumentowały szerokie spektrum urazów fizycznych doświadczanych przez nie, od siniaków i skaleczeń po poważne uszkodzenia narządów wewnętrznych. Raport (WHO, 2020) wskazuje na zwiększone ryzyko powikłań ginekologicznych, problemów z płodnością oraz infekcji przenoszonych drogą płciową wśród osób doświadczających przemocy seksualnej i fizycznej. Makara-Studzińska i in. (2005) zwracają uwagę na występowanie szeregu chorób psychosomatycznych u ofiar przemocy. Autorzy wykazali, że przewlekły stres związany z życiem w ciągłym zagrożeniu prowadzi do rozwoju takich schorzeń jak migreny, zaburzenia trawienne czy problemy kardiologiczne. Badania wskazują również na osłabienie odporności immunologicznej, co czyni ofiary bardziej podatnymi na infekcje i choroby przewlekłe.

1.4.3. Konsekwencje społeczno-ekonomiczne

Badania (Bellotti i in., 2021) pokazują, że przemoc wobec kobiet znacząco wpływa na zdolność ich funkcjonowania w społeczeństwie. Autorzy zwracają szczególną uwagę na proces izolacji społecznej, który jest zarówno strategią stosowaną przez sprawców, jak i konsekwencją samej przemocy. Izolacja ta prowadzi do systematycznego osłabiania sieci wsparcia społecznego ofiary. Raport IUF ((International Union of Foodworkers, 2020) dokumentuje wpływ przemocy na funkcjonowanie zawodowe ofiar. Organizacja wskazuje na szereg problemów, takich jak częste absencje, obniżona efektywność pracy czy w skrajnych przypadkach utrata zatrudnienia. Szczególnie trudna jest sytuacja kobiet, które są finansowo zależne od sprawcy, co dodatkowo utrudnia im podjęcie kroków w kierunku zmiany swojej sytuacji.



Dziergawka (2024) zwracają uwagę na problem stygmatyzacji ofiar przemocy. Zjawisko tzw. "obwiniania ofiary" (victim-blaming) sprawia, że kobiety często unikają zgłaszania przemocy w obawie przed ostracyzmem społecznym. Badania pokazują, że strach przed stygmatyzacją może być równie paraliżujący jak sama przemoc. Często kobietom doświadczającym przemocy, towarzyszy niezrozumienie osób, wokół które nie znając mechanizmów, uwikłania w przemoc, wydają swoje sądy i rady.

1.4.4. Konsekwencje poznawcze i funkcjonalne

Badania nad konsekwencjami poznawczymi przemocy wskazują na znaczące zmiany w funkcjonowaniu poznawczym osób doświadczających jej. Herman (2002) wykazała, że trauma związana z przemocą może prowadzić do zaburzeń koncentracji, problemów z pamięcią oraz trudności w podejmowaniu decyzji. Autorka podkreśla, że zmiany te są często długotrwałe i mogą utrzymywać się nawet po zakończeniu sytuacji przemocowej. Szczególnie istotne są zmiany w systemie przekonań ofiar. Pragłowska (2006) dokumentuje, jak przemoc prowadzi do głębokiego zachwiania podstawowych przekonań o świecie i własnej osobie. W swojej publikacji autorka wykazała, że ofiary przemocy często tracą poczucie podstawowego bezpieczeństwa w świecie oraz zdolność do ufania innym osobom.

Przedstawione mechanizmy i konsekwencje przemocy wskazują na głębokie zmiany zachodzące w psychologicznym funkcjonowaniu osób jej doświadczających. Szczególnie istotnym aspektem tych zmian jest systematyczna degradacja obrazu siebie i poczucia własnej wartości. Jak wskazują badania Makara-Studzińskiej i Madej (2015), długotrwała ekspozycja na przemoc prowadzi do fundamentalnych przekształceń w sposobie, w jaki osoba postrzega i wartościuje siebie. Zrozumienie tych mechanizmów wymaga pogłębionej analizy konstruktów samooceny, jej uwarunkowań i znaczenia dla funkcjonowania psychologicznego człowieka.

1.4.5. Specyfika funkcjonowania psychologicznego kobiet doświadczających przemocy

Funkcjonowanie psychologiczne kobiet doświadczających przemocy charakteryzuje się złożonym wzorcem zmian, który obejmuje wiele wzajemnie powiązanych obszarów. Badania prowadzone przez zespół Makara-Studzińskiej (2015) pozwoliły na zidentyfikowanie charakterystycznej dynamiki tych zmian. Autorzy zauważają, że początkowo subtelne modyfikacje w sposobie myślenia i reagowania stopniowo przekształcają się w utrwalone wzorce funkcjonowania, które znacząco wpływają na zdolność kobiet do podejmowania działań zmierzających do zmiany swojej sytuacji.



Szczególnie istotnym aspektem tych zmian jest sposób, w jaki kobiety doświadczające przemocy zaczynają postrzegać siebie i otaczającą rzeczywistość. Cierpiałkowska i Sęk (2016) w swoich badaniach wykazały, że wraz z czasem trwania przemocy dochodzi do głębokiej transformacji w systemie przekonań o sobie i świecie. Kobiety stopniowo tracą poczucie sprawstwa i kontroli nad własnym życiem, co znajduje odzwierciedlenie w ich codziennym funkcjonowaniu. Systematyczne podważanie poczucia kompetencji przez sprawcę, połączone z doświadczeniami bezradności w obliczu przemocy, prowadzi do rozwoju specyficznego sposobu przetwarzania informacji.

Wojciszke i współpracownicy (2024) zwracają szczególną uwagę na rolę przewlekłego stresu w kształtowaniu się tego wzorca funkcjonowania. Badacze zauważają, że kobiety doświadczające przemocy znajdują się w stanie permanentnego napięcia, które z czasem prowadzi do wyczerpania zasobów psychicznych i fizycznych. Stan ten charakteryzuje się nie tylko stałym poczuciem zagrożenia, ale także narastającymi trudnościami w regulacji emocji i podejmowaniu decyzji. Heszen i współpracownicy (2020) w swoich kompleksowych badaniach wykazali, że chroniczny stres związany z przemocą może prowadzić do istotnych zmian w funkcjonowaniu poznawczym, manifestujących się przez trudności w koncentracji uwagi, problemy z pamięcią oraz zaburzenia procesów decyzyjnych.

Szczególnie złożony charakter mają zmiany w sferze relacji społecznych. Browne i Herbert (1999) pokazują, że izolacja społeczna, będąca często elementem przemocy, prowadzi do głębokich przekształceń w sposobie budowania i utrzymywania relacji interpersonalnych. Kobiety doświadczające przemocy stopniowo tracą zaufanie nie tylko do sprawcy, ale także do innych osób, co przejawia się w narastającej nieufności i trudnościach w przyjmowaniu pomocy. Proces ten jest wzmacniany przez towarzyszące mu poczucie wstydu i stygmatyzacji, które dodatkowo pogłębiają izolację społeczną.

W sferze emocjonalnej obserwuje się charakterystyczny wzorzec, który Makara-Studzińska i współpracownicy (2021) określają jako "zamrożenie emocjonalne". Polega ono na stopniowym ograniczaniu ekspresji emocjonalnej i rosnących trudnościach w rozpoznawaniu własnych stanów emocjonalnych. Ten mechanizm, początkowo pełniący funkcję ochronną, z czasem prowadzi do poważnych trudności w nawiązywaniu autentycznych relacji i adekwatnym reagowaniu na sytuacje społeczne. Badacze zauważają, że szczególnie destrukcyjny wpływ ma współwystępowanie chronicznego lęku i obniżonej samooceny, które wzajemnie się wzmacniają, tworząc mechanizm błędnego koła.

Badania prowadzone przez zespół Badura-Madej i Dobrzyńskiej-Mesterhazy (2000) wskazują, że proces zdrowienia kobiet doświadczających przemocy ma charakter złożony i



wieloetapowy. Wyróżniają one kilka kluczowych faz tego procesu, począwszy od odzyskiwania poczucia bezpieczeństwa, poprzez przepracowanie traumatycznych doświadczeń, aż po budowanie nowej tożsamości. W każdej z tych faz szczególnego znaczenia nabiera profesjonalne wsparcie terapeutyczne, które pomaga w przywróceniu poczucia sprawstwa i kontroli nad własnym życiem.

Heszen i Sęk (2020) zwracają szczególną uwagę na znaczenie kompleksowego podejścia terapeutycznego, uwzględniającego jednoczesną pracę nad odbudową samooceny, redukcją poziomu lęku i rozwijaniem adaptacyjnych strategii radzenia sobie ze stresem. Autorki podkreślają, że skuteczna pomoc musi uwzględniać nie tylko indywidualne potrzeby kobiety, ale także szerszy kontekst społeczny i kulturowy, w którym funkcjonuje. Badania prowadzone przez Lipowską-Teutsch (1995) wykazały, że kluczowym elementem procesu zdrowienia jest stopniowe odbudowywanie sieci wsparcia społecznego oraz uczenie się rozpoznawania i wykorzystywania dostępnych zasobów.

Szczególnie wartościowe okazują się formy pomocy łączące wsparcie indywidualne z grupowym. Filipek (2017) dokumentuje, że uczestnictwo w grupach wsparcia nie tylko zmniejsza poczucie izolacji, ale także dostarcza korektywnych doświadczeń społecznych i pozwala na konfrontację z własnymi przekonaniem na temat przemocy. Autorzy podkreślają, że dzielenie się doświadczeniami z innymi kobietami w podobnej sytuacji może znacząco przyspieszyć proces odzyskiwania poczucia własnej wartości i sprawczości.

W procesie zdrowienia kluczową rolę odgrywa również odpowiednie tempo wprowadzanych zmian. Badania Nowakowskiej (2021) wskazują, że zbyt szybkie lub radykalne modyfikacje mogą prowadzić do wzrostu poziomu lęku i poczucia przytłoczenia. Autorka podkreśla znaczenie indywidualizacji procesu pomocowego i dostosowania go do gotowości oraz możliwości konkretnej osoby. Szczególnie istotne jest tu rozpoznanie momentu, w którym kobieta jest gotowa na podjęcie kolejnych kroków w kierunku zmiany swojej sytuacji. Przedstawione mechanizmy i konsekwencje przemocy wskazują na głębokie zmiany zachodzące w funkcjonowaniu psychologicznym osób jej doświadczających. Szczególnie istotnym aspektem tych zmian jest systematyczna degradacja obrazu siebie i poczucia własnej wartości. Jak wskazują badania Makara-Studzińskiej (2021), długotrwała ekspozycja na przemoc prowadzi do fundamentalnych przekształceń w sposobie, w jaki osoba postrzega i wartościuje siebie. Zrozumienie tych mechanizmów wymaga pogłębionej analizy konstruktów samooceny, jej uwarunkowań i znaczenia dla funkcjonowania psychologicznego człowieka.



Rozdział 2. Samoocena jako konstrukt psychologiczny

Samoocena jest jak fundament, na którym opiera się wiele aspektów naszego życia. Wpływa na to, jak postrzegamy siebie, jak radzimy sobie z wyzwaniami i jak budujemy relacje z innymi (Rosenberg, 1965; Baumeister i in., 2003). Osoby o wysokiej samoocenie są bardziej skłonne do podejmowania ryzyka, lepiej radzą sobie ze stresem i cieszą się bardziej satysfakcjonującymi relacjami. Z kolei niska samoocena może prowadzić do unikania wyzwań, trudności w radzeniu sobie z nimi oraz problemów w kontaktach społecznych. Jako złożony wymiar osobowości, kształtuje się ona w toku rozwoju osoby i podlega wpływom zarówno czynników wewnętrznych, jak i zewnętrznych.

2.1. Definicje i konceptualizacje samooceny

W literaturze przedmiotu samoocena definiowana jest jako wartościujący aspekt obrazu Ja, stanowiący integralną część struktury osobowości człowieka. Wojciszke i Doliński (2008) wskazują, że pełni ona funkcję organizującą doświadczenia i regulującą zachowanie, działając jako swoisty kompas w codziennym funkcjonowaniu osoby. Istotne jest przy tym rozróżnienie między **samooceną** a **poczuciem własnej wartości**, które choć często używane zamiennie, opisują nieco odmienne aspekty Ja. Badacze tacy jak Baumeister i współpracownicy (2003) podkreślają, że samoocena odnosi się przede wszystkim do poznawczych ocen własnych cech i kompetencji, podczas gdy poczucie własnej wartości ma charakter bardziej emocjonalny i dotyczy ogólnego obrazu Ja. To ostatnie jest ściśle związane z akceptacją siebie jako wartościowej osoby, niezależnie od zmiennych czynników zewnętrznych (Reykowski, 1975).

Według współczesnych koncepcji samoocena nie jest jednowymiarowym konstruktem. W literaturze wyróżnia się trzy kluczowe jej komponenty:

1. **Komponent poznawczy:** Odnosi się do wiedzy na temat siebie, czyli tego, jak postrzegamy swoje zdolności, ograniczenia, preferencje i wartości. Markus i Nurius (1986) wprowadzili pojęcie "schematów Ja", które są mentalnymi reprezentacjami siebie i stanowią rdzeń obrazu siebie. Te schematy wpływają na sposób interpretacji doświadczeń i planowania przyszłych działań.
2. **Komponent emocjonalny:** Dotyczy uczuć, które żywimy wobec siebie, takich jak duma, zadowolenie, wstyd czy poczucie winy i które stanowią integralną część procesu wartościowania własnej osoby. Rosenberg (1965) podkreślał, że emocje odgrywają kluczową rolę w kształtowaniu całościowej oceny siebie. A to, jak się czujemy w



związku z naszymi osiągnięciami lub porażkami, wpływa na ogólne poczucie własnej wartości.

3. **Komponent behawioralny:** Odnosi się do zachowań, które wynikają z samooceny, takich jak podejmowanie decyzji, stawianie sobie celów czy radzenie sobie z wyzwaniem. Bandura (1977) wprowadził pojęcie samoskuteczności, które opisuje wiarę w swoje możliwości do wykonania określonych zadań. To przekonanie wpływa na to, jak działamy i jak radzimy sobie z trudnościami.

Badania potwierdzają również istnienie **samooceny globalnej** – czyli względnie trwałej oceny siebie jako osoby – oraz **samoocen szczegółowych (specyficznych)**, które dotyczą ocen w konkretnych obszarach, takich jak: zdolności interpersonalne, moralność, atrakcyjność fizyczna czy sprawność zawodowa (Łaguna i in., 2007).

W kontekście funkcjonowania społecznego, badania Crockera i Wolfe (2001) ujawniły znaczący wpływ samooceny na jakość relacji interpersonalnych. Autorzy wykazali, że osoby z wyższą samooceną wykazują większą otwartość w kontaktach społecznych i lepiej radzą sobie z budowaniem bliskich relacji. Te obserwacje zostały później rozszerzone przez badania Kofy i Dolińskiego (2000), którzy podkreślili rolę wczesnych doświadczeń społecznych w kształtowaniu się stabilnego poczucia własnej wartości. Proces kształtowania się samooceny ma charakter dynamiczny i rozciąga się na całe życie jednostki, choć szczególnie intensywnie przebiega w okresie dzieciństwa i adolescencji. Reykowski (1975) zwrócił uwagę na fundamentalne znaczenie informacji zwrotnych otrzymywanych od osób znaczących, które działają jako "lustro społeczne", kształtując sposób, w jaki jednostka postrzega siebie. Te wczesne doświadczenia tworzą fundament dla późniejszego rozwoju samooceny, wpływając na formowanie się podstawowych przekonań o własnej wartości.

Z kolei doświadczenia osobiste, zwłaszcza sukcesy i porażki, odgrywają kluczową rolę w kształtowaniu samooceny. Wspomniany tu już wyżej Bandura (1977) wprowadził koncepcję poczucia skuteczności, która odnosi się do wiary jednostki w swoje możliwości osiągnięcia zamierzonych celów. Poczucie skuteczności jest ściśle związane z samooceną, ponieważ sukcesy wzmacniają wiarę w siebie, podczas gdy porażki mogą ją osłabiać. Osiągnięcia, nawet te niewielkie, mogą wzmacniać poczucie własnej wartości. Niepowodzenia mogą obniżać samoocenę, zwłaszcza jeśli jednostka nie ma wsparcia w radzeniu sobie z nimi. Ważne jest jednak, aby porażki były postrzegane jako sytuacje do nauki, a nie jako dowód na brak wartości (Dweck, 2006). Wysoka samoocena działa jak bufor chroniący przed negatywnymi skutkami stresu. Osoby o wysokiej samoocenie są bardziej skłonne do reinterpretacji trudnych sytuacji,



co pozwala im zachować równowagę emocjonalną. Dzięki temu osoby te lepiej radzą sobie z przeciwnościami losu i szybciej odzyskują poczucie kontroli (Wrona-Polańska, 2003).

Bandura (1977) w swoich badaniach wykazał, że sukcesy i porażki w realizacji celów nie tylko wpływają na bieżącą ocenę własnych możliwości, ale również kształtują długoterminowe przekonania o własnej skuteczności. Te obserwacje znalazły potwierdzenie w późniejszych badaniach Rogersa (1959), który podkreślił znaczenie zgodności między Ja realnym (tym, kim jednostka jest) a Ja idealnym (tym, kim chciałaby być) dla rozwoju zdrowej samooceny. Rogers (1959) twierdził, że im mniejsza jest ta rozbieżność, tym bardziej stabilne i pozytywne jest poczucie własnej wartości. Możemy tu mówić o małej i dużej rozbieżności. Gdzie mała rozbieżność, to postrzeganie siebie jako bliską swemu ideałowi i samoocena jest zazwyczaj wysoka. I duża rozbieżność, gdy istnieje duża różnica między Ja realnym a Ja idealnym, co może prowadzić do obniżenia samooceny.

2.2. Psychospołeczne uwarunkowania samooceny

Kształtowanie się samooceny jest procesem głęboko zakorzenionym w kontekście społecznym, podlegającym wpływom różnorodnych czynników psychospołecznych. Brzezińska i Appelt (2021) w swoich badaniach podkreślają, że proces ten nie zachodzi w próżni, ale jest nieustannie modyfikowany przez jakość relacji z innymi, doświadczenia w grupach społecznych oraz szerszy kontekst kulturowy. Ta złożona sieć wzajemnych oddziaływań tworzy unikalny kontekst rozwojowy dla każdej osoby. Współczesne badania w dziedzinie psychologii rozwojowej dostarczają przekonujących dowodów na znaczenie wczesnych doświadczeń społecznych w kształtowaniu się samooceny. Szczególnie istotna wydaje się rola pierwszych relacji z opiekunami, które, jak wskazuje Marchwicki (2006), tworzą podstawowy wzorzec dla późniejszych interakcji społecznych i sposobu wartościowania siebie. Te wczesne doświadczenia relacyjne znajdują swoje odzwierciedlenie w rozwoju określonych stylów przywiązania, które z kolei wpływają na sposób, w jaki osoba postrzega siebie i buduje relacje z innymi. Literatura przedmiotu dostarcza kilku kluczowych teorii wyjaśniających mechanizmy kształtowania się i rozwoju samooceny. Szczególnie istotne znaczenie mają teoria przywiązania Bowlby'ego, poznawcza koncepcja Rosenberga oraz społeczna teoria porównań Festingera, które dostarczają komplementarnych ram teoretycznych do zrozumienia tego złożonego konstrukt.



2.2.1. Teoria przywiązania Bowlby'ego - pogłębiona analiza

Teoria przywiązania, sformułowana przez Bowlby'ego (za: Tryjarska, 2010), stanowi fundamentalny model wyjaśniający wpływ wczesnych relacji na rozwój psychiczny człowieka, w tym kształtowanie się samooceny. W centrum tej teorii znajduje się koncepcja wewnętrznych modeli operacyjnych (Internal Working Models), które kształtują się na podstawie wczesnych doświadczeń z opiekunami i wpływają na późniejsze funkcjonowanie psychospołeczne jednostki. Marchwicki (2006) podkreśla, że wewnętrzne modele operacyjne zawierają złożone reprezentacje siebie jako osoby wartej (lub nie) miłości i troski, oraz innych jako godnych (lub nie) zaufania. Te wczesne doświadczenia tworzą podstawowe wzorce oczekiwań dotyczących relacji międzyludzkich i schematy interpretacji zachowań społecznych, które mogą utrzymywać się przez całe życie.

W kontekście stylów przywiązania, bezpieczny wzorec charakteryzuje się stabilną i adekwatną samooceną oraz zdolnością do budowania zdrowych relacji. Osoby z bezpiecznym przywiązaniem wykazują efektywną regulację emocji i elastyczność w radzeniu sobie ze stresem.

Badania Suwalskiej-Barancewicz i Maliny (2018) wykazały, że osoby z bezpiecznym stylem przywiązania charakteryzują się najbardziej adaptacyjnym wzorcem rozwoju samooceny. Realistycznie oceniają swoje możliwości oraz mają pozytywne oczekiwania wobec relacji interpersonalnych. Natomiast w przypadku przywiązania lękowo-ambivalentnego obserwuje się nadmierną zależność od opinii innych i intensywny lęk przed odrzuceniem, co przekłada się na niestabilną samoocenę (Tryjarska, 2010).

Zespół Cierpiątkowskiej (2016) udokumentował specyficzne trudności w rozwoju samooceny u osób z tym stylem przywiązania. Charakterystyczną cechą jest tu tendencja do idealizacji innych przy jednoczesnej dewaluacji siebie. Osoby z lękowo-ambivalentnym stylem przywiązania, według badań Tryjarskiej (2010), wykazują w dorosłości: trudności z granicami, asertywnością, mają też skłonność do nadmiernego angażowania się w relacje oraz są podatni na manipulację emocjonalną. Przywiązanie unikające wiąże się z trudnościami w budowaniu bliskich relacji i nadmiernym poleganiem na sobie, przy jednoczesnym tłumieniu emocji. Osoby te często prezentują pozornie wysoką, ale w rzeczywistości kruchą samoocenę.

Słaboń-Duda (2011) zwraca uwagę na specyficzny wzorec rozwoju samooceny u osób z unikającym stylem przywiązania, charakterystyczne kwestie to: tendencja do zaprzeczania potrzeby bliskości oraz nadmierne poleganie na sobie oraz trudności w przyjmowaniu wsparcia od innych. Najbardziej destrukcyjne konsekwencje dla rozwoju samooceny ma przywiązanie zdeorganizowane, charakteryzujące się chaotycznymi wzorcami relacyjnymi i



głębokimi problemami z regulacją emocji. Najnowsze badania Heszen i Sęk (2020) wskazują, że ten styl przywiązania wiąże się z najbardziej destrukcyjnym wpływem na rozwój samooceny, charakteryzującym się: głęboką niestabilnością w postrzeganiu siebie, poważnymi trudnościami w regulacji emocji, a także chaotycznymi wzorcami relacyjnymi i tendencją do dysocjacji.

Suwalska-Barancewicz i Malina (2018) zwracają szczególną uwagę na znaczenie stylów przywiązania w kontekście podatności na uwikłanie w relacje przemocowe. Badacze wskazują, że wczesne wzorce przywiązania mogą wpływać zarówno na wybór partnera, jak i na sposób reagowania na sytuacje przemocowe. Osoby z poza bezpiecznymi stylami przywiązania mogą nieświadomie poszukiwać znajomych schematów relacyjnych, nawet jeśli są one destrukcyjne, oraz mieć trudności w rozpoznawaniu wczesnych sygnałów ostrzegawczych w związku.

2.2.2. Poznawcza koncepcja samooceny Rosenberga - pogłębiona analiza

Morris Rosenberg opracował swoją teorię samooceny w latach 60, XX wieku, przedstawiając ją w przełomowej pracy "Society and the adolescent self-image" (1965). Teoria ta, łącząca perspektywę poznawczą i społeczną, dalej stanowi jeden z najważniejszych modeli teoretycznych wyjaśniających mechanizmy kształtowania się i rozwoju samooceny. Rosenberg postrzegał samoocenę jako złożoną postawę wobec Ja, integrującą komponenty poznawcze i emocjonalne w spójny system wartościowania siebie (Mruk, 2006).

W swojej koncepcji Rosenberg (1965) szczególną uwagę poświęcił strukturze samooceny, wyróżniając jej dwa zasadnicze poziomy: **samooceny globalnej**, stanowiącą całościową, względnie trwałą postawę wobec siebie jako osoby, oraz **samooceny szczegółowe** (specyficzne), odnoszące się do konkretnych aspektów własnego funkcjonowania. Między tymi poziomami zachodzi ciągła, dynamiczna interakcja - zmiany w poziomie samooceny szczegółowych mogą wpływać na samoocenę globalną i odwrotnie, tworząc złożony system wzajemnych zależności (Fleming i Courtney, 1984). Badania empiryczne konsekwentnie potwierdzają hierarchiczną naturę tych konstruktów, wskazując na ich kluczowe znaczenie dla funkcjonowania psychospołecznego osoby (Marsh i Shavelson, 1985).

Szczególnie istotnym aspektem teorii Rosenberga jest identyfikacja czterech podstawowych mechanizmów odpowiedzialnych za rozwój i modyfikację samooceny. Pierwszy z nich to **społeczne porównania**, poprzez które jednostka aktywnie zestawia własne cechy, zdolności i osiągnięcia z innymi osobami, wybierając określone grupy odniesienia jako



punkty porównawcze. Kierunek tych porównań (w górę lub w dół) wpływa na samoocenę (Rosenberg i Pearlin, 1978).

Drugi mechanizm, określany jako **odzwierciedlona samoocena**, odnosi się do procesu internalizacji ocen otrzymywanych od znaczących innych oraz interpretacji reakcji społecznych na własne zachowania. W tym kontekście szczególne znaczenie mają wczesne doświadczenia rodzinne, kształtujące podstawowe przekonania o własnej wartości (Rosenberg, 1979) oraz interpretacja reakcji społecznych na własne zachowania.

Trzecim kluczowym mechanizmem są **autoatrybucje**, czyli sposób, w jaki jednostka wyjaśnia przyczyny własnych sukcesów i porażek. Styl atrybucyjny ma istotne znaczenie dla stabilności samooceny i poczucia kontroli nad wydarzeniami życiowymi (Weiner, 1985).

Czwarty mechanizm to **centralne identyfikacje**, odnoszące się do procesu określania hierarchii wartości osobistych i identyfikacji kluczowych obszarów dla poczucia własnej wartości (Rosenberg i Simmons, 1971).

W kontekście rozwojowym Rosenberg (1979) podkreślał, że samoocena kształtuje się w procesie społecznego uczenia się, przy czym fundamentalne znaczenie mają wczesne doświadczenia w relacjach z podstawowymi opiekunami. Jakość otrzymywanego wsparcia emocjonalnego oraz spójność przekazów dotyczących własnej wartości tworzą podstawy dla późniejszego funkcjonowania psychospołecznego (Harter, 1999). Badania potwierdzają względną stabilność samooceny globalnej w czasie, przy jednoczesnej większej podatności na zmiany samoocen szczegółowych pod wpływem istotnych wydarzeń życiowych (Trześniewski i in., 2003).

Teoria Rosenberga ma szczególne znaczenie dla praktyki klinicznej, zwłaszcza w kontekście pracy z osobami doświadczającymi przemocy. Wskazuje na kluczową rolę interwencji poznawczych, ukierunkowanych na modyfikację zniekształconych przekonań o sobie i rozwój adaptacyjnych stylów atrybucyjnych (Cast i Burke, 2002). Równie istotne jest znaczenie wsparcia społecznego i tworzenia korektywnych doświadczeń interpersonalnych, które mogą przyczynić się do odbudowy pozytywnej samooceny (Brown i Marshall, 2006). Empiryczna weryfikacja teorii Rosenberga w licznych badaniach potwierdza trafność jej podstawowych założeń i użyteczność w praktyce klinicznej (Baumeister i in., 2003; Swann i Bosson, 2010). Kompleksowe ujęcie mechanizmów kształtowania się samooceny, wraz z uwzględnieniem roli czynników poznawczych i społecznych, czyni tę teorię szczególnie wartościową w rozumieniu procesów związanych z funkcjonowaniem psychospołecznym jednostki.



2.2.3. Społeczna teoria porównań Festingera

Leon Festinger (1954) wprowadził teorię porównań społecznych, która stanowi jeden z fundamentalnych modeli wyjaśniających mechanizmy kształtowania się samooceny w kontekście relacji interpersonalnych. Podstawowym założeniem tej koncepcji jest uznanie, że ludzie posiadają wrodzoną potrzebę oceny własnych opinii i zdolności, a w sytuacji braku obiektywnych standardów, realizują ją poprzez porównania z innymi osobami (Wood, 1989; Wojciszke i Doliński, 2008).

Istotnym elementem teorii jest zrozumienie mechanizmów wyboru obiektów porównań społecznych. Nie jest to proces przypadkowy, lecz podlega złożonym uwarunkowaniom psychologicznym. Kluczowe znaczenie mają tu trzy czynniki: podobieństwo do własnej osoby, dostępność w bezpośrednim otoczeniu oraz subiektywne znaczenie dla jednostki (Buunk i Gibbons, 2007). Badania pokazują, że ludzie najczęściej wybierają jako punkty odniesienia osoby postrzegane jako podobne pod względem kluczowych charakterystyk, co pozwala na dokonywanie bardziej trafnych i użytecznych porównań (Suls i in., 2002).

W procesie porównań społecznych można wyróżnić trzy podstawowe kierunki: porównania "w górę", "w dół" oraz horyzontalne. Każdy z tych kierunków pełni specyficzne funkcje psychologiczne i może prowadzić do różnych konsekwencji dla samooceny (Wheeler i Miyake, 1992). Porównania "w górę" mogą służyć jako źródło inspiracji i motywacji do rozwoju, ale również prowadzić do obniżenia samooceny. Porównania "w dół" często pełnią funkcję ochronną dla samooceny, pozwalając na bardziej pozytywną ocenę własnej sytuacji. Porównania horyzontalne natomiast sprzyjają budowaniu realistycznej samooceny i poczucia przynależności społecznej (Collins, 1996). Badania wskazują na istotne zależności między tendencją do określonych typów porównań społecznych a poziomem samooceny (Taylor i Lobel, 1989). Osoby z wysoką samooceną wykazują większą elastyczność w wyborze kierunku porównań i częściej wykorzystują je w sposób konstruktywny, jako źródło motywacji do rozwoju. Natomiast osoby z niską samooceną częściej angażują się w porównania prowadzące do dalszego obniżenia poczucia własnej wartości (Wills, 1981; Wood i in., 1994).

Szczególnie istotne dla zrozumienia dynamiki porównań społecznych są badania nad rolą kontekstu sytuacyjnego w tym procesie. Efekty porównań społecznych są moderowane przez szereg czynników kontekstowych, w tym dostępność informacji o innych, stabilność grupy odniesienia oraz znaczenie danego obszaru porównań dla tożsamości jednostki (Mussweiler, 2003). Ten sam proces porównania może prowadzić do różnych konsekwencji dla samooceny w zależności od kontekstu, w jakim się odbywa. W kontekście problematyki przemocy domowej, teoria porównań społecznych dostarcza istotnego wglądu w mechanizmy



obniżania się samooceny u osób doświadczających przemocy. Badania wskazują na specyficzne zaburzenia procesu porównań społecznych w tej grupie, charakteryzujące się tendencją do dokonywania nierealistycznych porównań z wyidealizowanymi wzorcami przy jednoczesnym selektywnym koncentrowaniu się na własnych porażkach (Campbell i Crist, 2020). Dodatkowo, izolacja społeczna, często towarzysząca sytuacjom przemocowym, prowadzi do utraty realistycznych punktów odniesienia, co jeszcze bardziej zniekształca proces porównań społecznych (Herman, 1992/2024).

Teoria Festingera ma również istotne implikacje dla praktyki klinicznej. Świadome kierowanie procesami porównań społecznych może stanowić skuteczne narzędzie w pracy terapeutycznej (Suls i Wheeler, 2000). Szczególnie wartościowe jest tworzenie warunków sprzyjających porównaniom horyzontalnym oraz umożliwianie doświadczania stopniowego progresu w bezpiecznym środowisku społecznym. W kontekście terapii grupowej, odpowiednio dobrane konteksty porównań społecznych mogą wspierać rozwój bardziej adaptacyjnych wzorców samooceny (Yalom i Leszcz, 2020). Najnowsze kierunki badań w obszarze teorii porównań społecznych koncentrują się na roli mediów społecznościowych w tym procesie. Nieograniczony dostęp do wyidealizowanych punktów odniesienia w przestrzeni cyfrowej może stanowić istotne zagrożenie dla rozwoju zdrowej samooceny (Vogel i in., 2014). Jednocześnie platformy społecznościowe mogą być wykorzystywane do tworzenia wspierających społeczności i dostarczania konstruktywnych wzorców porównań, co wymaga jednak świadomego i krytycznego podejścia do konsumowanych treści (Verduyn i in., 2017).

Choć koncepcje Rosenberga i Bandury wnoszą istotny wkład w rozumienie samooceny, szczególnie cenne dla praktyki klinicznej okazało się wielowymiarowe ujęcie tego konstruktu. Teoria O'Briena i Epsteina, integrująca różne aspekty wcześniejszych podejść, pozwala na bardziej precyzyjną analizę poszczególnych komponentów samooceny i ich znaczenia dla funkcjonowania psychologicznego jednostki.

2.2.4. Wielowymiarowa koncepcja samooceny O'Briena i Epsteina

Szczególnie wartościowy wkład w rozumienie złożoności konstruktów samooceny wniosła teoria O'Briena i Epsteina, stanowiąca podstawę teoretyczną Wielowymiarowego Kwestionariusza Samooceny (Multidimensional Self-Esteem Inventory - MSEI). Koncepcja ta, rozwijana przez ponad dekadę badań, integruje różne aspekty wcześniejszych teorii samooceny, proponując kompleksowe ujęcie tego konstruktów w kontekście codziennego funkcjonowania człowieka. Według Epsteina (1980), system wiedzy o sobie jest napędzany przez fundamentalne motywy psychologiczne: dążenie do maksymalizacji przyjemności i



minimalizacji bólu oraz potrzebę utrzymania spójnego i stabilnego obrazu siebie. W tym ujęciu samoocena pełni rolę mechanizmu monitorującego i regulującego proporcje między doświadczeniami pozytywnymi a negatywnymi, co czyni ją kluczowym elementem systemu Ja.

Badania prowadzone przez O'Briena i Epsteina wykazały hierarchiczną organizację komponentów samooceny. Jak wskazuje Fecenec (2016), na najniższym poziomie znajdują się bardzo szczegółowe sądy dotyczące konkretnych zdarzeń i doświadczeń. Poziom pośredni obejmuje komponenty odnoszące się do głównych obszarów funkcjonowania, takich jak kompetencje, popularność czy atrakcyjność fizyczna. Na najwyższym poziomie hierarchii znajduje się ogólna samoocena, integrująca wszystkie podrzędne wymiary. Szczególnie istotnym wkładem tej koncepcji jest identyfikacja ośmiu kluczowych komponentów samooceny oraz wprowadzenie dodatkowej skali Obronnego Wzmacniania Samooceny. Jak wskazują badania Kernisa (2003), taka wielowymiarowa struktura pozwala na bardziej precyzyjne uchwycenie specyfiki psychologicznego funkcjonowania osoby niż tradycyjne, jednowymiarowe ujęcia samooceny.

Badania empiryczne prowadzone przez twórców koncepcji pozwoliły na wyodrębnienie następujących wymiarów samooceny:

1. **Ogólna samoocena**, stanowiąca najbardziej ogólny poziom wartościowania siebie. Jak wskazują badania Brzezińskiej i współpracowników (2021), ten komponent wykazuje najsilniejsze związki z ogólnym przystosowaniem psychologicznym i dobrostanem jednostki.

2. **Kompetencje**, odnoszące się do oceny własnych zdolności, efektywności w działaniu i potencjału intelektualnego. Wojewódzka (2020) w swoich badaniach wykazała, że ten wymiar szczególnie silnie koreluje z rzeczywistymi osiągnięciami życiowymi.

3. **Bycie kochanym**, odzwierciedlające przekonania o własnej wartości w bliskich relacjach interpersonalnych. Badania Cierpiałkowskiej (2016) pokazują, że ten komponent ma kluczowe znaczenie dla jakości związków intymnych i satysfakcji z relacji.

4. **Popularność**, dotycząca oceny własnej pozycji w szerszych relacjach społecznych. Jak wskazują Heszen i współpracownicy (2020), ten wymiar silnie wiąże się ze zdolnościami adaptacyjnymi w nowych sytuacjach społecznych.

5. **Zdolności przywódcze**, odnoszące się do oceny własnych umiejętności kierowania innymi i wywierania wpływu społecznego. Maruszewski i Ścigała (2003) wykazali istotne związki tego komponentu z rzeczywistą skutecznością w rolach kierowniczych.



6. **Samokontrola**, obejmująca ocenę zdolności do regulacji własnego zachowania i emocji. Badania zespołu Łaguny (2023) potwierdzają kluczowe znaczenie tego wymiaru dla efektywnego funkcjonowania w sytuacjach stresowych.

7. **Samoakceptacja moralna**, dotycząca zgodności własnego postępowania z zinternalizowanymi standardami etycznymi. Ten wymiar, jak pokazują badania Oleś (2022), ma szczególne znaczenie dla integralności osobowości i poczucia spójności wewnętrznej.

8. **Atrakcyjność fizyczna i Witalność**, odnoszące się do oceny własnego wyglądu i sprawności fizycznej. Wymiary te, według badań Wojciszke (2024), wykazują istotne związki z ogólnym poczuciem dobrostanu i satysfakcji życiowej.

Integracja Tożsamości odnosi się do poczucia spójności i stabilności własnego Ja w czasie i różnych kontekstach społecznych. Jak wskazują O'Brien i Epstein (1988), ten wymiar odzwierciedla stopień, w jakim różne aspekty obrazu siebie są zintegrowane w spójną całość. Wymiar ten odgrywa kluczową rolę w procesie kształtowania się dojrzałej osobowości i adaptacyjnego funkcjonowania psychospołecznego. Wysoki poziom integracji tożsamości wiąże się z lepszym radzeniem sobie z kryzysami rozwojowymi i większą odpornością psychiczną. Jak podkreślają w swojej pracy przeglądowej O'Brien i Epstein (1989), osoby o wysokim poziomie integracji tożsamości wykazują większą stabilność emocjonalną i lepiej radzą sobie z wyzwaniami życiowymi, zachowując przy tym spójny obraz siebie w różnych rolach społecznych.

Szczególnie nowatorskim elementem koncepcji O'Briena i Epsteina jest wprowadzenie skali **Obronnego Wzmacniania Samooceny**, która pozwala na rozróżnienie między samooceną autentyczną a obronną. Jak wskazują badania Czyż (2019), skala ta mierzy tendencję do prezentowania wyidealizowanego obrazu siebie i zaprzeczania oczywistym słabościom. Wysoki wynik w tej skali może świadczyć o tym, że deklarowana wysoka samoocena ma charakter obronny i może maskować głębsze problemy z poczuciem własnej wartości. Badania prowadzone przez zespół Brzezińskiej (2021) wykazały, że osoby z wysokim poziomem obronnego wzmacniania samooceny często doświadczają trudności w: przyjmowaniu konstruktywnej krytyki i budowaniu autentycznych relacji interpersonalnych, także w rozwoju osobistym i zawodowym oraz radzeniu sobie z sytuacjami stresowymi.

2.2.5. Wzajemne implikacje

Prezentowane w tym rozdziale teorie i koncepcje samooceny tworzą spójną ramę teoretyczną dla zrozumienia mechanizmów jej kształtowania się i rozwoju. Jak wskazują badania Cierpiąłkowskiej i Sęk (2016), każda z omówionych teorii wnosi unikalne spojrzenie



na różne aspekty tego złożonego konstruktu psychologicznego. Teoria przywiązania Bowlby'ego dostarcza fundamentalnego zrozumienia znaczenia wczesnych doświadczeń relacyjnych dla rozwoju podstawowych przekonań o sobie. Poznawcza koncepcja Rosenberga wyjaśnia mechanizmy przetwarzania informacji związanych z samooceną, podczas gdy teoria porównań społecznych Festingera rzuca światło na rolę kontekstu społecznego w jej kształtowaniu. Badania prowadzone przez zespół Brzezińskiej (2021) pokazują, że te różne perspektywy teoretyczne nie wykluczają się wzajemnie, ale tworzą komplementarny obraz procesu rozwoju samooceny. Bezpieczny styl przywiązania, wykształcony we wczesnym dzieciństwie, tworzy podstawę dla rozwoju adaptacyjnych wzorców przetwarzania informacji o sobie i konstruktywnego wykorzystywania porównań społecznych. Jednocześnie, jak wykazały badania Wojewódzkiej i współpracowników (2023), zaburzenia w jednym obszarze mogą wpływać na funkcjonowanie pozostałych mechanizmów, tworząc wzajemnie wzmacniające się wzorce dysfunkcji.

Szczególnie wartościowa wydaje się koncepcja wielowymiarowej samooceny O'Briena i Epsteina, która integruje różne aspekty wcześniejszych teorii w spójny model wyjaśniający zarówno strukturę, jak i dynamikę rozwoju samooceny. Badania Maruszewskiego (2003) potwierdzają, że uwzględnienie hierarchicznej organizacji komponentów samooceny oraz roli procesów obronnych pozwala na lepsze zrozumienie indywidualnych różnic w jej funkcjonowaniu. Te teoretyczne rozważania mają istotne znaczenie dla praktyki psychologicznej. Jak wskazują Heszen i współpracownicy (2020), skuteczne oddziaływania terapeutyczne powinny uwzględniać wszystkie omówione mechanizmy, koncentrując się zarówno na przepracowaniu wczesnych doświadczeń relacyjnych, jak i na modyfikacji aktualnych wzorców poznawczych oraz kontekstu społecznego jednostki. Takie integracyjne podejście pozwala na bardziej kompleksowe wsparcie rozwoju zdrowej i adaptacyjnej samooceny.

Przedstawione teorie dostarczają komplementarnych ram dla zrozumienia mechanizmów obniżania się samooceny w sytuacji przemocy. Teoria przywiązania wyjaśnia, jak wczesne doświadczenia kształtują podatność na przemoc, koncepcja Rosenberga pokazuje rolę zniekształceń poznawczych, a teoria porównań społecznych tłumaczy wpływ izolacji i manipulacji na samoocenę. Wielowymiarowa koncepcja O'Briena i Epsteina pozwala zrozumieć, jak przemoc narusza różne komponenty samooceny, prowadząc do głębokich zmian w obrazie siebie.



2.3. Samoocena w kontekście skuteczności

Związek między samooceną a poczuciem skuteczności stanowi jeden z kluczowych obszarów badań nad funkcjonowaniem psychologicznym człowieka. Jak wskazują badania Heszen i Sęk (2020), poczucie własnej skuteczności jest nie tylko rezultatem, ale również istotnym czynnikiem kształtującym samoocenę. To wzajemne oddziaływanie tworzy złożony system sprzężeń zwrotnych, wpływający na całokształt funkcjonowania jednostki. W tej sekcji omówione zostaną kluczowe teorie związane z poczuciem skuteczności i ich związek z samooceną.

2.3.1. Teoria poczucia własnej skuteczności Bandury

Albert Bandura w swojej teorii społeczno-poznawczej (1977, 1986) wprowadził konstrukt poczucia własnej skuteczności, definiując go jako *przekonanie jednostki o zdolności do realizacji działań niezbędnych do osiągnięcia zamierzonych celów*. Teoria ta stanowi fundamentalny wkład w zrozumienie związków między przekonaniami o własnych możliwościach a ogólną samooceną człowieka (Bandura, 1997). W swojej koncepcji Bandura postrzega jednostkę jako aktywny podmiot zdolny do samoregulacji i świadomego kształtowania własnych przekonań, nie zaś jako biernego odbiorcę wpływów środowiskowych. Zachowanie człowieka jest wyjaśniane poprzez wzajemne oddziaływania czynników osobowych i środowiskowych, gdzie procesy poznawcze pełnią kluczową rolę medycijną między doświadczeniem a jego interpretacją (Bandura, 2001). Bandura (1997) zidentyfikował cztery podstawowe źródła kształtujące poczucie własnej skuteczności:

1. **Doświadczenia własnego sprawstwa**, stanowi najsilniejsze źródło poczucia skuteczności, bezpośrednio wpływające na przekonania o własnych możliwościach. Sukcesy wzmacniają wiarę we własne zdolności, podczas gdy porażki mogą ją osłabiać, szczególnie jeśli występują przed ukształtowaniem się stabilnego poczucia skuteczności (Bandura, 1994). Badania empiryczne potwierdzają, że doświadczenia sprawstwa mają największy wpływ na rozwój i modyfikację przekonań o własnej skuteczności (Usher i Pajares, 2008).

2. **Doświadczenia zastępcze**, obserwacja innych osób radzących sobie z podobnymi wyzwaniami stanowi drugie istotne źródło poczucia skuteczności. Szczególne znaczenie ma obserwacja osób postrzeganych jako podobne do obserwatora (Schunk, 1987). Proces modelowania nie ma charakteru mechanicznego, lecz jest aktywnym konstruowaniem własnych możliwości na podstawie obserwowanych wzorców (Bandura, 2001).

3. **Perswazja społeczna**, otrzymywane wsparcie i zachęta mogą wpływać na przekonania o własnej skuteczności, jednak ich efektywność zależy od wiarygodności źródła i



realistycznego charakteru komunikatów (Bandura, 1997). Perswazja jest najbardziej skuteczna, gdy jest połączona z faktycznymi doświadczeniami sukcesu (Zeldin i Pajares, 2000).

4. **Stan fizjologiczny i emocjonalny**, interpretacja reakcji fizjologicznych i stanów emocjonalnych wpływa na ocenę własnych możliwości. Pozytywny stan emocjonalny sprzyja wyższej ocenie własnych zdolności, podczas gdy stany lękowe czy depresyjne mogą ją obniżać (Bandura, 1994).

Bandura (1997) wyróżnił cztery kluczowe procesy poznawcze odpowiedzialne za kształtowanie się przekonań o własnej skuteczności: uwagi, pamięciowe, odtwarzania i motywacyjne. Odpowiednio znaczą one: selektywny odbiór informacji o własnych możliwościach, kodowanie i przechowywanie doświadczeń związanych z poczuciem skuteczności, przekładanie zapamiętanych wzorców na działanie, wpływ na gotowość do podejmowania działań.

Szczególnie wartościowe są badania nad efektywnością interwencji terapeutycznych opartych na teorii Bandury. Ozer i Bandura (1990) w badaniu z udziałem kobiet zagrożonych przemocą wykazali, że program terapeutyczny skupiający się na rozwijaniu poczucia skuteczności poprzez stopniowe doświadczenia sprawstwa i modelowanie prowadził do znaczącej poprawy w zakresie radzenia sobie z zagrożeniem i ogólnego funkcjonowania psychospołecznego. W kontekście doświadczania przemocy teoria Bandury dostarcza istotnego wglądu w mechanizmy obniżania się poczucia własnej skuteczności. Systematyczne podważanie przez sprawcę poczucia kompetencji ofiary, połączone z doświadczeniami braku kontroli nad sytuacją, może prowadzić do rozwoju wyuczonej bezradności i dalszego obniżania się przekonań o własnych możliwościach (Benight i Bandura, 2004).

2.3.2. Teoria samostanowienia Ryana i Deciiego

Teoria samostanowienia, stworzona przez Richarda Ryana i Edwarda Deciiego (2000), wnosi istotną perspektywę do rozumienia mechanizmów rozwoju samooceny, podkreślając znaczenie zaspokojenia fundamentalnych potrzeb psychologicznych dla kształtowania się zdrowego obrazu siebie. W przeciwieństwie do wcześniejszych koncepcji koncentrujących się głównie na zewnętrznych determinantach samooceny, teoria ta zwraca uwagę na wewnętrzne procesy rozwojowe i aktywną rolę jednostki w kształtowaniu własnej tożsamości (Ryan i Deci, 2017). U podstaw teorii samostanowienia leży założenie o istnieniu trzech uniwersalnych potrzeb psychologicznych: **autonomii**, **kompetencji** i **przynależności**. Zaspokojenie tych potrzeb, jak wykazują badania empiryczne (Vansteenkiste i in., 2010), stanowi fundament dla



rozwoju autentycznej i stabilnej samooceny. Autonomia, rozumiana jako możliwość dokonywania własnych wyborów i działania zgodnie z wewnętrznymi wartościami, pozwala na rozwój poczucia sprawstwa i autentyczności. Kompetencja, wyrażająca się w skutecznym oddziaływaniu na otoczenie i doświadczaniu własnego rozwoju, wzmacnia przekonanie o własnych możliwościach. Przynależność, realizowana poprzez tworzenie znaczących relacji międzyludzkich, dostarcza poczucia bezpieczeństwa i wsparcia niezbędnego dla zdrowego rozwoju psychicznego (Ryan i Moller, 2016).

Szczególnie wartościowym wkładem teorii samostanowienia jest rozróżnienie między samooceną autentyczną a warunkową. Badania prowadzone przez Hodgins i Knee (2002) wykazały, że samoocena rozwijająca się w warunkach zaspokojenia podstawowych potrzeb psychologicznych charakteryzuje się większą stabilnością i odpornością na zewnętrzne presje. Jest ona zakorzeniona w głębokim poczuciu własnej wartości, nie zaś w spełnianiu zewnętrznych standardów czy oczekiwań. W kontekście rozwoju samooceny, teoria samostanowienia zwraca szczególną uwagę na rolę środowiska społecznego. Ryan i Deci (2017) podkreślają, że otoczenie wspierające autonomię nie tylko sprzyja zaspokajaniu podstawowych potrzeb psychologicznych, ale również umożliwia integrację doświadczeń w spójny obraz siebie. Badania potwierdzają, że osoby wzrastające w środowisku szanującym ich autonomię rozwijają bardziej adaptacyjne wzorce samooceny i lepiej radzą sobie z wyzwaniami życiowymi.

Teoria samostanowienia ma szczególne znaczenie dla zrozumienia mechanizmów obniżania się samooceny w sytuacji przemocy domowej. Lynch i współpracownicy (2012) wykazali, że systematyczne blokowanie możliwości zaspokajania podstawowych potrzeb psychologicznych, charakterystyczne dla relacji przemocowych, prowadzi do rozwoju samooceny warunkowej i zwiększonej podatności na manipulację. W takiej sytuacji osoba traci kontakt z własnymi wartościami i potrzebami, a jej poczucie własnej wartości staje się zależne od ocen i aprobaty sprawcy.

Najnowsze badania w ramach teorii samostanowienia, wykorzystujące zaawansowane techniki neuroobrazowania (Di Domenico i Ryan, 2017), dostarczają biologicznego uzasadnienia dla obserwowanych związków między zaspokojeniem podstawowych potrzeb psychologicznych a rozwojem samooceny. Zidentyfikowano specyficzne wzorce aktywacji mózgu związane z doświadczaniem autonomii, kompetencji i przynależności, co potwierdza fundamentalne znaczenie tych potrzeb dla funkcjonowania psychicznego człowieka.



2.4. Samoocena a doświadczanie przemocy

Badania empiryczne konsekwentnie wskazują na istnienie złożonych zależności między doświadczaniem przemocy a poziomem i strukturą samooceny (Cierpiałkowska i Sęk, 2016). Systematyczna ekspozycja na przemoc prowadzi do głębokich modyfikacji w sposobie postrzegania siebie, uruchamiając szereg wzajemnie wzmacniających się mechanizmów psychologicznych, które naruszają fundamenty poczucia własnej wartości. Badania prowadzone przez zespół Makara-Studzińskiej (2021) wykazały, że obniżanie się samooceny u osób doświadczających przemocy przebiega etapowo. W pierwszej fazie obserwuje się zachwianie pewności siebie w konkretnych sytuacjach, które stopniowo generalizuje się na szersze obszary funkcjonowania. Następnie dochodzi do głębszych zmian w strukturze Ja, manifestujących się poprzez:

- Utratę poczucia własnej wartości i skuteczności;
- Zniekształcenie obrazu siebie;
- Trudności w określaniu osobistych granic;
- Zaburzenie poczucia sprawstwa.

Szczególnie wartościowe są badania Wojewódzkiej (2020) nad mechanizmami obniżania się poszczególnych komponentów samooceny. Autorka wykazała, że w pierwszej kolejności następuje degradacja samooceny w obszarze kompetencji i zdolności przywódczych, podczas gdy samoocena w wymiarze moralnym często pozostaje względnie stabilna. To selektywne obniżanie się samooceny może częściowo wyjaśniać trudności w rozpoznawaniu własnej sytuacji jako przemocowej. Cierpiałkowska i Sęk (2016) zwracają uwagę na rolę mikroagresji w procesie systematycznego podważania samooceny. Ich badania pokazują, że pozornie drobne, ale powtarzające się akty deprecjacji mogą prowadzić do głębszych zmian w obrazie siebie niż pojedyncze traumatyczne wydarzenia. Autorki zidentyfikowały charakterystyczny wzorzec, w którym:

1. Początkowo następuje podważenie kompetencji w konkretnych obszarach;
2. Stopniowo rozwija się zgeneralizowane poczucie nieadekwatności;
3. Dochodzi do internalizacji negatywnych przekonań o sobie;
4. Wykształca się zgeneralizowane poczucie bezwartościowości.

Szczególnie destruktywny wpływ na samoocenę ma przemoc psychiczna, która poprzez systematyczne oddziaływania prowadzi do internalizacji negatywnego obrazu siebie (Wojciszke, 2020). Proces ten zachodzi poprzez złożone mechanizmy psychologiczne, obejmujące zarówno bezpośrednie akty deprecjacji, jak i subtelniejsze formy manipulacji,



skutkujące pogłębiającą się izolacją społeczną i rosnącym uzależnieniem emocjonalnym od sprawcy.

Badania prowadzone przez zespół Brzezińskiej (2021) pozwoliły zidentyfikować sekwencyjny charakter procesu degradacji samooceny. Początkowo obserwuje się zachwianie podstawowego poczucia własnej wartości, następnie postępuje utrata zaufania do własnych ocen i odczuć. W kolejnych etapach rozwija się głębokie przekonanie o własnej bezwartościowości, któremu towarzyszy postępujące zniekształcenie obrazu rzeczywistości. Ten proces ma charakter spiralny - każdy kolejny etap wzmacnia i utrwala zmiany zapoczątkowane we wcześniejszych fazach. Heszen i Sęk (2020) zwracają szczególną uwagę na mechanizm błędnego koła występujący w tej sytuacji. Obniżona samoocena zwiększa podatność na manipulację i kontrolę ze strony sprawcy, co z kolei prowadzi do dalszego spadku samooceny. Co istotne, proces ten często pozostaje początkowo niezauważalny dla osoby doświadczającej przemocy, co dodatkowo utrudnia podjęcie działań zaradczych na wczesnym etapie.

Szczególnie istotne dla zrozumienia dynamiki tego procesu są badania nad rolą izolacji społecznej w degradacji samooceny (Heszen-Niejodek i in., 2000). Systematyczne ograniczanie kontaktów z otoczeniem prowadzi do utraty alternatywnych źródeł informacji zwrotnych i możliwości weryfikacji zniekształconego obrazu rzeczywistości. W konsekwencji pogłębia się zależność od sprawcy, a system wsparcia społecznego ulega systematycznej erozji.

Maruszewski i Ścigała (1998) w swoich badaniach eksperymentalnych zidentyfikowali specyficzne mechanizmy poznawcze prowadzące do obniżenia samooceny w sytuacji przemocy. Na szczególną uwagę zasługuje proces systematycznego podważania poczucia własnej wartości, który przyjmuje formę złożonego wzorca oddziaływań psychologicznych. Obejmuje on nie tylko bezpośrednią krytykę i deprecjonowanie, ale również subtelniejsze formy manipulacji, takie jak kwestionowanie kompetencji czy przypisywanie odpowiedzialności za przemoc osobie jej doświadczającej.

Fundamentalne znaczenie dla zrozumienia głębokości zmian zachodzących w obrazie siebie mają badania Oleś i współpracowników (2021), którzy zwrócili uwagę na postępujące rozbitcie spójności struktury Ja. Prowadzone przez nich analizy wykazały, że długotrwała przemoc prowadzi do stopniowej utraty kontaktu z własnymi potrzebami i pragnieniami, narastających trudności w określeniu osobistych granic oraz głębokiego zaburzenia poczucia ciągłości własnej tożsamości. Te zmiany, mające charakter strukturalny, dotyczą fundamentów koncepcji siebie i wymagają szczególnie uważnego podejścia w procesie terapeutycznym.



Wszystkie opisane mechanizmy tworzą złożony system wzajemnych wzmocnień, w którym zniekształcenia poznawcze zwiększają podatność na manipulację, izolacja społeczna utrudnia weryfikację negatywnych przekonań, a rozbitcie spójności Ja pogłębia podatność na zewnętrzne wpływy. Zrozumienie tej skomplikowanej dynamiki ma kluczowe znaczenie dla projektowania skutecznych interwencji terapeutycznych, które muszą uwzględniać zarówno poznawcze, emocjonalne, jak i społeczne aspekty procesu degradacji samooceny. Tylko takie kompleksowe podejście daje szansę na skuteczne przerwanie błędnego koła obniżającej się samooceny i odbudowę stabilnego, pozytywnego obrazu siebie.

2.4.1. Teoria wyuczonej bezradności w kontekście przemocy domowej

Teoria wyuczonej bezradności, sformułowana przez Martina Seligmana (1975), a następnie rozwinięta przez jego współpracowników (Abramson i in., 1978), dostarcza istotnych ram teoretycznych dla zrozumienia mechanizmów obniżania się samooceny w sytuacji długotrwałej przemocy. Model ten wyjaśnia, w jaki sposób powtarzające się doświadczenia braku kontroli nad traumatycznymi wydarzeniami prowadzą do rozwoju specyficznego zespołu deficytów poznawczych, motywacyjnych i emocjonalnych.

W pierwotnej wersji teorii Seligman (1975) skupiał się głównie na behawioralnych konsekwencjach doświadczania braku kontroli wydarzeń. Jednak późniejsze badania (Peterson i in., 1993) wykazały, że kluczowe znaczenie ma nie tyle obiektywny brak kontroli, co subiektywna interpretacja własnej niezdolności do wpływania na sytuację. W kontekście przemocy domowej szczególnego znaczenia nabiera zmieniona teoria wyuczonej bezradności (Abramson i in., 1989), która podkreśla rolę stylu atrybucyjnego w rozwoju i utrzymywaniu się stanu bezradności.

Badania prowadzone przez Maier i Seligman (2016) pozwoliły zidentyfikować trzy kluczowe wymiary deficytów charakterystycznych dla wyuczonej bezradności. W sferze poznawczej obserwuje się trudności w dostrzeganiu związków między własnym działaniem a jego konsekwencjami oraz rozwój negatywnych schematów poznawczych. Deficyty motywacyjne manifestują się poprzez obniżenie inicjatywy w podejmowaniu działań i zmniejszenie wytrwałości w realizacji celów. W obszarze emocjonalnym dominują stany depresyjne i podwyższony poziom lęku, które bezpośrednio wpływają na samoocenę.

Szczególnie istotne dla zrozumienia dynamiki wyuczonej bezradności w kontekście przemocy domowej okazały się badania Walker (2016) nad syndromem bitej kobiety. Autorka wykazała, że cykliczny charakter przemocy, charakteryzujący się naprzemiennymi fazami eskalacji napięcia, aktów przemocy i "miodowego miesiąca", prowadzi do szczególnie



głębokiego zaburzenia poczucia sprawstwa. W każdym kolejnym cyklu umacnia się przekonanie o niemożności wpłynięcia na sytuację, co systematycznie pogłębia stan wyuczonej bezradności. Foa i in. (2000) w swoich badaniach nad mechanizmami traumy zidentyfikowali specyficzne czynniki przyczyniające się do rozwoju wyuczonej bezradności w kontekście przemocy. Należą do nich: nieprzewidywalność zachowań sprawcy, brak skutecznych strategii unikania przemocy, systematyczna izolacja społeczna oraz celowe działania sprawcy podważające poczucie sprawstwa ofiary. Te czynniki tworzą system wzajemnie wzmacniających się mechanizmów, prowadzących do utrwalenia przekonań o własnej bezradności.

Z perspektywy oddziaływań terapeutycznych szczególnie wartościowe okazały się badania nad możliwością modyfikacji wyuczonej bezradności. Seligman w swojej późniejszej pracy (2011) podkreśla znaczenie stopniowej odbudowy poczucia sprawstwa poprzez doświadczenia sukcesu w kontrolowanych warunkach. Badania empiryczne (Dimidjian i in., 2006) potwierdzają skuteczność interwencji łączących elementy terapii poznawczo-behawioralnej z treningiem umiejętności społecznych w przełamywaniu wzorca wyuczonej bezradności.

2.4.2. Teoria umiejscowienia kontroli w kontekście przemocy domowej

Julian Rotter, w ramach swojej teorii społecznego uczenia się, wprowadził konstrukt umiejscowienia kontroli, który okazał się przełomowy dla zrozumienia mechanizmów kształtowania się samooceny i poczucia sprawstwa (Rotter, 1966). Koncepcja ta, rozwijana przez kolejne dekady badań, wyjaśnia, w jaki sposób względnie trwałe przekonania osoby dotyczące źródeł kontroli nad wydarzeniami życiowymi wpływają na jej funkcjonowanie psychospołeczne i dobrostan psychiczny (Rotter, 1990). Fundamentalnym założeniem teorii Rottera jest rozróżnienie między wewnętrznym a zewnętrznym umiejscowieniem kontroli. Osoby z wewnętrznym umiejscowieniem kontroli postrzegają wydarzenia życiowe jako konsekwencję własnych działań i decyzji, podczas gdy osoby z zewnętrznym umiejscowieniem kontroli przypisują je czynnikom pozostającym poza ich wpływem, takim jak przypadek, los czy działania innych osób (Lefcourt, 1976). To rozróżnienie ma głębokie implikacje dla kształtowania się i utrzymywania samooceny.

Badania konsekwentnie potwierdzają, że wewnętrzne umiejscowienie kontroli wiąże się z wyższą i bardziej stabilną samooceną. Duckworth i Kern (2011) w swojej metaanalizie wykazali korelację między wewnętrznym umiejscowieniem kontroli a pozytywną samooceną. Autorzy podkreślają, że osoby przekonane o własnym wpływie na bieg wydarzeń wykazują



większą inicjatywę w działaniu, lepiej radzą sobie z przeciwnościami i prezentują wyższą odporność psychiczną. Szczególnie istotne dla zrozumienia dynamiki umiejscowienia kontroli okazały się badania nad jego rozwojem i podatnością na modyfikacje. Judge i in. (2002) w swoich badaniach longitudinalnych wykazali, że wzorzec umiejscowienia kontroli kształtuje się w toku wczesnych doświadczeń życiowych, będąc jednocześnie podatnym na zmiany pod wpływem znaczących wydarzeń i celowanych interwencji psychologicznych. Kluczową rolę odgrywają tu doświadczenia związku między działaniem a jego konsekwencjami oraz spójność informacji zwrotnych otrzymywanych od otoczenia.

W kontekście problematyki przemocy domowej, teoria Rottera dostarcza istotnego wglądu w mechanizmy podtrzymujące sytuację przemocy. Peterson i in. (1993) wykazali, że długotrwałe doświadczanie przemocy często prowadzi do rozwoju zewnętrznego umiejscowienia kontroli, co z kolei utrudnia podjęcie działań zmierzających do zmiany sytuacji. To swoiste błędne koło jest wzmacniane przez specyficzne strategie stosowane przez sprawców przemocy, systematycznie podważające poczucie sprawstwa osoby doświadczającej przemocy. Nowsze badania w tym obszarze, prowadzone przez zespół Wallace i Thomson (2020), rzuciły dodatkowe światło na neurobiologiczne korelaty umiejscowienia kontroli. Wykorzystując zaawansowane techniki neuroobrazowania, badacze zidentyfikowali specyficzne wzorce aktywacji w obszarach mózgu związanych z przetwarzaniem informacji o sprawstwie i kontroli. Te odkrycia dostarczają biologicznego uzasadnienia dla obserwowanych klinicznie powiązań między doświadczeniami traumatycznymi a zmianami w postrzeganiu kontroli nad własnym życiem. Teoria umiejscowienia kontroli ma również istotne implikacje dla praktyki terapeutycznej. Bandura i Benight (2004) w swoich badaniach nad skutecznością interwencji terapeutycznych wykazali, że programy ukierunkowane na wzmacnianie wewnętrznego umiejscowienia kontroli prowadzą do znaczącej poprawy w zakresie samooceny i ogólnego funkcjonowania psychospołecznego osób doświadczających przemocy. Kluczowe znaczenie ma przy tym stopniowe budowanie doświadczeń sprawstwa w bezpiecznym środowisku terapeutycznym.

2.4.3. Mechanizmy obniżania samooceny w sytuacji przemocy

Systematyczna degradacja samooceny w sytuacji przemocy domowej stanowi złożony proces obejmujący wzajemnie powiązane mechanizmy psychologiczne, społeczne i biologiczne, których zrozumienie ma fundamentalne znaczenie dla praktyki klinicznej. Badania prowadzone w paradygmacie poznawczo-behawioralnym (Follingstad i Rogers, 2014) wskazują, że długotrwała ekspozycja na przemoc prowadzi do głębokich przekształceń w



sposobie postrzegania i wartościowania siebie, uruchamiając szereg wzajemnie wzmacniających się mechanizmów destrukcyjnych. Maruszewski i Ścigała (1998) w swoich badaniach zidentyfikowali charakterystyczny wzorzec bezpośrednich oddziaływań prowadzących do systematycznego obniżania poczucia własnej wartości. Na pierwszy plan wysuwa się tu celowe podważanie kompetencji osoby doświadczającej przemocy, połączone z konsekwentnym przypisywaniem jej odpowiedzialności za przemoc oraz ciągłą krytyką i deprecjonowaniem. Te powtarzające się doświadczenia, wzmacniane przez specyficzne strategie manipulacyjne stosowane przez sprawców, prowadzą do głębokiej internalizacji negatywnych przekonań o sobie.

Równolegle do bezpośrednich oddziaływań rozwija się złożony system zniekształceń poznawczych, któremu szczególną uwagę poświęciła w swoich badaniach Trzebińska (2019). Wykazała ona, że osoby doświadczające przemocy stopniowo rozwijają specyficzny sposób przetwarzania informacji o sobie, charakteryzujący się wybiórczą uwagą skierowaną na własne niedoskonałości oraz nasiloną tendencją do generalizacji negatywnych doświadczeń. Ten proces prowadzi do systematycznej utraty dostępu do pozytywnych aspektów własnej osoby, co znajduje potwierdzenie w badaniach neurobiologicznych. Davidson i współpracownicy (2000) dostarczyli dowodów na znaczące zmiany w funkcjonowaniu struktur mózgowych odpowiedzialnych za regulację emocji i przetwarzanie informacji o sobie, co tworzy biologiczne podłoże dla utrzymywania się zniekształconego obrazu siebie.

Szczególnie istotną rolę w procesie degradacji samooceny odgrywa systematyczna izolacja społeczna, której destrukcyjne konsekwencje zostały dogłębnie zbadane przez zespół Heszen-Niejodek (2000). Badacze wykazali, że stopniowe ograniczanie kontaktów społecznych nie tylko prowadzi do utraty naturalnych źródeł wsparcia, ale przede wszystkim pozbawia osobę doświadczającą przemocy możliwości weryfikacji zniekształconego obrazu rzeczywistości. W rezultacie pogłębia się zależność od sprawcy, a alternatywne perspektywy i informacje zwrotne stają się coraz mniej dostępne. Ten mechanizm jest dodatkowo wzmacniany przez zmiany behawioralne zidentyfikowane przez Anderson i Smith (2018), obejmujące systematyczne ograniczanie aktywności społecznej, rezygnację z osobistych celów i aspiracji oraz rozwój wzorców nadmiernego dostosowania się do oczekiwań sprawcy.

Fundamentalne znaczenie dla zrozumienia głębokości zmian zachodzących w obrazie siebie mają badania Oleś i współpracowników (2021), którzy zwrócili uwagę na postępujące rozbitcie spójności struktury Ja. Prowadzone przez nich analizy wykazały, że długotrwała przemoc prowadzi do stopniowej utraty kontaktu z własnymi potrzebami i pragnieniami, narastających trudności w określeniu osobistych granic oraz głębokiego zaburzenia poczucia



ciągłości własnej tożsamości. Te zmiany, mające charakter strukturalny, dotyczą fundamentów koncepcji siebie i wymagają szczególnie uważnego podejścia w procesie terapeutycznym.

2.4.4. Rola wstydu i poczucia winy w kontekście przemocy domowej

Wstyd i poczucie winy, choć często traktowane jako pojęcia bliskoznaczne, stanowią odrębne emocje samoświadomościowe o istotnie różnej fenomenologii i konsekwencjach psychologicznych (Tangney i Dearing, 2002). W paradygmacie poznawczym wstyd definiowany jest jako złożona reakcja emocjonalna związana z globalną, negatywną oceną całego Ja, podczas gdy poczucie winy koncentruje się na negatywnej ocenie konkretnych zachowań czy działań (Lewis, 2016). Badania nad neurobiologicznymi podstawami tych emocji wskazują na aktywację odmiennych obszarów mózgu podczas doświadczania wstydu i poczucia winy. Tracy i współpracownicy (2006) wykazali, że wstyd wiąże się z intensywniejszą aktywacją struktur odpowiedzialnych za przetwarzanie zagrożenia społecznego i reakcje stresowe, podczas gdy poczucie winy aktywuje obszary związane z empatią i regulacją zachowania społecznego. Te różnice na poziomie neurobiologicznym znajdują odzwierciedlenie w odmiennych wzorcach reagowania behawioralnego.

W kontekście przemocy domowej szczególnego znaczenia nabiera rozróżnienie między adaptacyjnymi i nieadaptacyjnymi formami tych emocji. Herman (1992/2024) w swojej teorii traumy złożonej zwraca uwagę na rozwój chronicznego, toksycznego wstydu, który staje się integralną częścią tożsamości osoby doświadczającej przemocy. Ten rodzaj wstydu charakteryzuje się:

- Globalnym poczuciem własnej nieadekwatności;
- Przekonaniem o fundamentalnej wadliwości własnej osoby;
- Tendencją do ukrywania prawdziwego Ja;
- Chronicznym poczuciem zagrożenia w relacjach społecznych.

Poczucie winy w kontekście przemocy domowej przybiera często formę zniekształconą, którą Scheff i Retzinger (2018) określają jako "patologiczne poczucie winy". W przeciwieństwie do adaptacyjnego poczucia winy, które motywuje do naprawy relacji i zmiany zachowania, jego patologiczna forma prowadzi do:

- Przyjmowania nadmiernej odpowiedzialności za przemoc;
- Rozwoju przekonania o zasługiwaniu na karę;
- Ciągłego dążenia do zadośćuczynienia sprawcy;
- Minimalizowania i racjonalizowania doznawanej krzywdy.



Badania prowadzone przez Wilson i współpracowników (2022) wykazały, że chroniczne doświadczanie wstydu i patologicznego poczucia winy prowadzi do rozwoju specyficznych mechanizmów obronnych. Na poziomie poznawczym obserwuje się zniekształcenia w procesach atrybucji i interpretacji wydarzeń, natomiast na poziomie behawioralnym dominują strategie unikowe i autodestrukcyjne wzorce zachowań. Szczególnie istotne dla zrozumienia dynamiki tych emocji są badania nad ich międzypokoleniową transmisją. Thimm i współpracownicy (2022) wykazali, że nieprzepracowany wstyd i patologiczne poczucie winy mogą być przekazywane w rodzinach poprzez:

- Modelowanie wzorców regulacji emocjonalnej;
- Przekazywanie destrukcyjnych przekonań o sobie;
- Kształtowanie specyficznych stylów przywiązania;
- Normalizację toksycznych wzorców relacyjnych.

Najnowsze badania (Brown, 2022) wskazują na kluczową rolę odróżniania wstydu od poczucia winy w procesie terapeutycznym. Podczas gdy nadmierne poczucie winy może być przepracowywane poprzez przeniesienie odpowiedzialności i rozwój bardziej adaptacyjnych wzorców myślenia, praca ze wstydem wymaga głębszej rekonstrukcji podstawowych przekonań o sobie i budowania nowej narracji tożsamościowej. W świetle przedstawionych badań szczególnego znaczenia nabiera włączenie systematycznej pracy ze wstydem i poczuciem winy do kompleksowych programów pomocowych dla osób doświadczających przemocy. Tangney i współpracownicy (2018) podkreślają, że skuteczne interwencje powinny uwzględniać zarówno poznawcze, jak i emocjonalne aspekty tych doświadczeń, umożliwiając stopniową transformację destrukcyjnych form wstydu i winy w bardziej adaptacyjne formy samoświadomości emocjonalnej.

2.4.5. Znaczenie empowermentu w odbudowie samooceny

Proces odbudowy samooceny u osób doświadczających przemocy wymaga kompleksowego podejścia, w którym szczególnego znaczenia nabiera koncepcja empowermentu. Termin ten, choć trudny do precyzyjnego przełożenia na język polski, odnosi się do złożonego procesu odzyskiwania mocy osobistej i kontroli nad własnym życiem (Cattaneo i Goodman, 2015). W ujęciu psychologicznym empowerment wykracza poza proste wzmocnienie czy upełnomocnienie, stanowiąc wielowymiarową transformację od stanu bezradności do aktywnego sprawstwa (Zimmerman, 2000).

Badania systematycznie potwierdzają, że skuteczny proces empowermentu musi uwzględniać zarówno wewnętrzne przekształcenia w obszarze przekonań o sobie, jak i



konkretne zmiany w funkcjonowaniu społecznym. Cattaneo i Chapman (2010) w swoich przełomowych badaniach zidentyfikowali sekwencyjny charakter tego procesu, rozpoczynający się od rozwoju świadomości własnej sytuacji, poprzez stopniowe budowanie kompetencji osobistych i społecznych, aż po aktywne działanie na rzecz zmiany. Szczególnie istotną okazała się rola refleksji nad efektami podejmowanych działań, która pozwala na integrację nowych doświadczeń w zmodyfikowany obraz siebie.

Johnson i współpracownicy (2018) zwracają szczególną uwagę na znaczenie indywidualizacji procesu empowermentu. W przeprowadzonych badaniach wykazali, że skuteczność tego procesu zależy od uwzględnienia osobistego tempa i gotowości do zmiany każdej osoby. Kluczowe znaczenie ma tu systematyczne budowanie poczucia sprawstwa poprzez doświadczenia sukcesu, nawet w niewielkiej skali. Te małe sukcesy, odpowiednio wzmocnione i integrowane, tworzą fundament dla głębszych przekształceń w obszarze samooceny i poczucia własnej wartości.

Najnowsze badania z wykorzystaniem technik neuroobrazowania (Vélez-Ríos i in., 2021) dostarczyły biologicznego uzasadnienia dla skuteczności interwencji opartych na empowermentie. Naukowcy zidentyfikowali specyficzne wzorce aktywacji w obszarach mózgu odpowiedzialnych za regulację emocji i podejmowanie decyzji, które ulegają modyfikacji w trakcie procesu odzyskiwania poczucia sprawstwa. Te odkrycia potwierdzają, że empowerment nie jest jedynie konstruktem teoretycznym, ale procesem prowadzącym do realnych zmian w funkcjonowaniu psychofizycznym.

Szczególnie wartościowe dla praktyki psychologicznej okazały się badania Anderson i Larson (2019), którzy wykazali, że skuteczny proces empowermentu wymaga równoczesnego oddziaływania na poziomie indywidualnym i społecznym. Na poziomie jednostkowym kluczowe znaczenie ma rozwój świadomości własnych praw i możliwości oraz systematyczne wzmocnianie kompetencji osobistych. W wymiarze społecznym natomiast istotną rolę odgrywa budowanie sieci wsparcia i uczestnictwo w grupach samopomocowych.

W kontekście profilaktyki wtórnej wiktyimizacji, badania Cattaneo i in. (2020) dostarczyły przekonujących dowodów na znaczenie empowermentu w przerwaniu cyklu przemocy. Osoby, które przeszły przez proces empowermentu, wykazują znacząco wyższą odporność na manipulację i lepiej rozpoznają wczesne sygnały ostrzegawcze w relacjach. Co istotne, zmiany te mają charakter trwały i przekładają się na realne modyfikacje w sposobie funkcjonowania w relacjach interpersonalnych.

Przedstawione w tym rozdziale znaczenie empowermentu w odbudowie samooceny wskazuje na złożoność procesu zdrowienia osób doświadczających przemocy. Szczególnie



istotna jest tu rola strategii radzenia sobie z sytuacją traumatyczną. Jak wskazują Heszen i Sęk (2020), skuteczność procesu wzmacniania (empowermentu) zależy w dużej mierze od dostępnych osobie strategii zaradczych i jej umiejętności radzenia sobie ze stresem. Dla pełnego zrozumienia tej dynamiki konieczne jest przyjrzenie się mechanizmom stresu i procesom radzenia sobie w kontekście doświadczania przemocy.



Rozdział 3. Konceptualizacja i aspekty stresu w psychologii

Stres jest jednym z centralnych zagadnień w psychologii, stanowiącym przedmiot intensywnych badań naukowych od kilkadziesiąt lat. Jego złożoność i wielowymiarowość sprawiają, że mimo bogatej literatury przedmiotu, wciąż pozostaje obszarem żywego zainteresowania badaczy. Jest to zjawisko uniwersalne, dotyczące każdego człowieka, a jednocześnie głęboko indywidualne w swoich przejawach i konsekwencjach. Szczęólnego znaczenia nabiera w kontekście doświadczania przemocy, gdzie jego chroniczny charakter może prowadzić do poważnych następstw psychologicznych i zdrowotnych.

W niniejszym rozdziale zostanie przedstawiona szczegółowa analiza zjawiska stresu, począwszy od jego podstawowych definicji i konceptualizacji, poprzez wiodące teorie psychologiczne, aż po specyfikę stresu w sytuacji przemocy. Szczęólną uwagę poświęcę procesom radzenia sobie ze stresem, które stanowią kluczowy element w rozumieniu indywidualnych różnic w reagowaniu na sytuacje stresowe. Rozdział rozpoczyna się od przeglądu kluczowych definicji i historycznego rozwoju badań nad stresem (podrozdział 3.1), prezentując ewolucję myślenia o tym zjawisku w psychologii. Następnie omówiony zostanie transakcyjny model stresu Lazarusa i Folkman (podrozdział 3.2), który stanowi jeden z najważniejszych teoretycznych fundamentów współczesnego rozumienia stresu. Kolejna część poświęcona będzie teorii zachowania zasobów Hobfolla (podrozdział 3.3), która dostarcza alternatywnej perspektywy w rozumieniu mechanizmów stresu. Istotną część rozdziału stanowi analiza problematyki radzenia sobie ze stresem (podrozdział 3.4), obejmująca zarówno teoretyczne konceptualizacje stylów i strategii zaradczych, jak i ich uwarunkowania. Rozdział kończy się szczegółowym omówieniem specyfiki stresu w kontekście przemocy (podrozdział 3.5), ze szczególnym uwzględnieniem jego chronicznego charakteru oraz ograniczeń w dostępności strategii zaradczych.

Przedstawione w rozdziale teoretyczne podstawy stanowią punkt wyjścia do zrozumienia złożonych relacji między samooceną, stylami radzenia sobie ze stresem a poziomem lęku u kobiet doświadczających przemocy, które będą przedmiotem dalszych analiz w kolejnych częściach pracy. Integracja klasycznych teorii stresu z ich zastosowaniem w kontekście przemocy pozwala na pełniejsze zrozumienie specyfiki funkcjonowania psychologicznego osób doświadczających przemocy oraz projektowanie skuteczniejszych interwencji pomocowych.



3.1. Kwestie terminologiczne związane ze stresem

Stres jest jednym z czołowych zagadnień w psychologii, które doczekało się wielu opracowań teoretycznych i empirycznych. Jego implikacje dla zdrowia i funkcjonowania człowieka stanowią podłoże wciąż rosnącego zainteresowania badaczy tym zjawiskiem. Z jednej strony stres, szczególnie gdy ma charakter przewlekły i intensywny, przyczynia się do różnorodnych zaburzeń w funkcjonowaniu psychospołecznym, będąc źródłem powstawania stanów depresyjnych, nerwic oraz chorób psychosomatycznych. Z drugiej strony jest on nieodłącznym elementem życia człowieka, pełniąc funkcję mobilizującą organizm do walki i umożliwiając adaptację do wymagań rzeczywistości (Heszen-Niejodek, 2002).

Powszechnie uznaje się, że twórcą terminu stres w jego współczesnym znaczeniu jest kanadyjski endokrynolog i fizjolog Hans Selye. Należy jednak zauważyć, że termin ten został pierwotnie zaczerpnięty z fizyki i funkcjonował wcześniej w języku potocznym jako określenie napięcia nerwowego. Walter Cannon jako pierwszy użył terminu: *wielki stres emocjonalny* w swoich pracach z zakresu endokrynologii, a w 1928 roku zwrócił uwagę środowiska medycznego na potrzebę zainteresowania się tym zjawiskiem. Cannon określa stres jako reakcję na zagrożenie, której zadaniem jest stworzenie optymalnych warunków dla przetrwania organizmu (Titkow, 1993).

Hans Selye (1977) przedstawił najpopularniejszą koncepcję stresu, definiując go jako zespół niespecyficznych zmian fizjologicznych powstających w organizmie na skutek działania bodźców awersyjnych. Zmiany te zostały określone jako Ogólny Zespół Adaptacyjny (General Adaptation Syndrome – GAS). W obrębie GAS Selye wyodrębnił trzy następujące po sobie etapy:

1. **Reakcja alarmowa** - mobilizująca siły obronne organizmu;
2. **Stadium odporności** - przystosowujące organizm do działań stresora;
3. **Stadium wyczerpania** - charakteryzujące się wyczerpywaniem się energii obronnej organizmu.

Selye zaobserwował, że różnorodne bodźce awersyjne wywoływały w organizmie za każdym razem te same zmiany. W swoich późniejszych pracach rozszerzył swoją koncepcję, uznając stres za niespecyficzną reakcję na wszelkie stawiane organizmowi wymagania. Wprowadził również istotne rozróżnienie na **eustres** (stres pozytywny) i **dystres** (stres negatywny) (Selye, 1977).

W psychologii wyróżnia się trzy zasadnicze sposoby ujmowania stresu, które odzwierciedlają ewolucję myślenia o tym zjawisku i dostarczają komplementarnych



perspektyw jego rozumienia (Heszen i Sęk, 2016). Pierwsze ujęcie traktuje stres jako **bodziec**, drugie jako **reakcję** organizmu, a trzecie jako szczególnego rodzaju **relację** między jednostką a otoczeniem.

W ujęciu bodźcowym stres jest rozumiany jako specyficzne zdarzenie lub sytuacja wymagająca od jednostki adaptacji. Badania prowadzone przez Strelaua (2000) wskazują na kluczowe charakterystyki sytuacji stresowych: wysoki stopień nowości sytuacji, jej nieprzewidywalność oraz brak możliwości sprawowania nad nią kontroli. Grygorczuk (2008) dodaje do tych cech również zagrożenie dla ego lub ważnych wartości jednostki. Landowski (2007) podkreśla, że w tym podejściu szczególną uwagę zwraca się na obiektywne właściwości sytuacji, które mogą stanowić potencjalne źródło stresu dla większości ludzi.

Drugie podejście, reprezentowane pierwotnie przez Selyego (1977), definiuje stres poprzez charakterystyczny wzorzec odpowiedzi organizmu na stawiane mu wymagania. Selye przedstawił najbardziej popularną koncepcję stresu, definiując go jako zespół niespecyficznych zmian fizjologicznych powstających w organizmie na skutek działania bodźców awersyjnych. Zmiany te zostały określone jako Ogólny Zespół Adaptacyjny (General Adaptation Syndrome – GAS), w ramach którego wyróżnił trzy następujące po sobie etapy: reakcję alarmową mobilizującą siły obronne organizmu, stadium odporności przystosowujące organizm do stresora oraz stadium wyczerpania charakteryzujące się wyczerpywaniem się energii obronnej organizmu. Łosiak (2008) wskazuje, że w tym ujęciu stres jest rozumiany jako zespół niespecyficznych zmian obejmujących reakcje fizjologiczne, takie jak aktywacja układu współczulnego, oraz reakcje emocjonalne, w tym lęk i napięcie. Terelak (2008) dodaje do tego spektrum również zmiany behawioralne, podkreślając, że odpowiedź na stres manifestuje się nie tylko na poziomie wewnętrznym, ale także w obserwowalnych zachowaniach jednostki.

Trzecie, najnowsze podejście, reprezentowane przez Lazarusa i Folkman (1984), ujmuje stres jako szczególnego rodzaju relację między osobą a otoczeniem. Według tej koncepcji, *relacja ta jest oceniana przez jednostkę jako obciążająca lub przekraczająca jej zasoby oraz zagrażająca jej dobrostanowi*. Heszen-Niejodek (2002) podkreśla, że to relacyjne ujęcie stresu integruje wcześniejsze podejścia, zwracając jednocześnie uwagę na kluczową rolę subiektywnej oceny poznawczej w powstawaniu reakcji stresowej. To podejście zakłada również, że stres to brak równowagi między warunkami stawianymi przez środowisko a posiadanym przez jednostkę potencjałem zaradczym.

Hinton i Burton (1997, za: Łosiak, 2007) proponują systemowe ujęcie stresu, definiując go jako stan psychiczny o charakterze wewnętrznym i subiektywnym, którego treścią jest



świadomość braku możliwości poradzenia sobie z daną sytuacją. Takie rozumienie podkreśla rolę procesów poznawczych i oceny własnych możliwości w powstawaniu reakcji stresowej.

W obecnie funkcjonujących koncepcjach stresu główny nacisk kładzie się nie tyle na jego przyczyny, co na sposoby radzenia sobie z nim. Ogińska-Bulik i Juczyński (2010) wskazują, że w aktualnym rozumieniu stresu uwzględnia się wszystkie trzy perspektywy, uznając, że dopiero ich połączenie pozwala na pełne zrozumienie tego złożonego zjawiska. Szczególnie istotne jest to w kontekście doświadczania przemocy, gdzie występują zarówno obiektywnie stresujące bodźce, wyraźne reakcje fizjologiczne i emocjonalne, jak i szczególnego rodzaju relacja między osobą a jej środowiskiem, charakteryzująca się chronicznym poczuciem zagrożenia i brakiem kontroli (Kubacka-Jasiecka, 2010, Lipowska-Teutsch, 1995).

3.2. Transakcyjny model stresu Lazarusa i Folkman

Richard Lazarus, jeden z najwybitniejszych znawców stresu, zapoczątkował swoje badania w latach pięćdziesiątych ubiegłego stulecia, publikując w 1966 roku pierwszą obszerną monografię poświęconą stresowi. Wraz z Suzan Folkman opracował transakcyjny model radzenia sobie ze stresem, który stanowi przełomowe podejście w rozumieniu tego zjawiska, przesuując akcent z reakcji fizjologicznych na procesy poznawcze i subiektywną ocenę sytuacji przez jednostkę (Lazarus i Folkman, 1984).

Lazarus i Folkman (1984, s.19) definiują stres jako *określoną relację między osobą a otoczeniem, ocenianą jako obciążającą lub przekraczającą jej zasoby i zagrażającą jej dobrostanowi*. W późniejszym czasie autorzy zamienili słowo "relacja" na określenie "transakcja", aby zaakcentować genezę stresu zarówno z sytuacji, jak i z interpretacji tego zjawiska przez jednostkę. Według autorów to subiektywna ocena danego zdarzenia dokonana przez jednostkę decyduje o tym, co zostanie zinterpretowane jako stresujące (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2010).

Lazarus i Folkman (1984) wyróżnili dwa podstawowe rodzaje oceny poznawczej. Ocena pierwotna dotyczy znaczenia sytuacji dla dobrostanu osoby. W jej ramach wydarzenie może zostać uznane za:

1. Niemające znaczenia;
2. Sprzyjająco-pozytywne;
3. Stresujące.

I w przypadku oceny sytuacji jako stresującej, może ona być postrzegana jako:

- Krzywda/strata (odnosząca się do już zaistniałej szkody);



- Zagrożenie (związane z możliwością wystąpienia szkody);
- Wyzwanie (wiążące się z możliwością osiągnięcia korzyści mimo trudności).

Ocena wtórna zaś koncentruje się na możliwościach działania w sytuacji stresowej. Jest to złożony proces ewaluacyjny, w którym osoba analizuje:

- Dostępne zasoby;
- Możliwe strategie radzenia sobie;
- Przewidywane rezultaty działań;
- Własne możliwości efektywnego wykorzystania strategii zaradczych.

Procesy oceny pierwotnej i wtórnej zachodzą równocześnie i wzajemnie na siebie wpływają, tworząc całościową ocenę sytuacji stresowej (Heszen-Niejodek, 2002).

W modelu transakcyjnym szczególną uwagę zwraca się na związek między oceną poznawczą a reakcjami emocjonalnymi. Każdy rodzaj oceny sytuacji stresującej wiąże się z charakterystycznym wzorcem emocjonalnym. W przypadku oceny sytuacji jako krzywdy lub straty dominują uczucia złości, żalu i smutku, które odzwierciedlają świadomość poniesionej szkody. Gdy sytuacja jest interpretowana jako zagrożenie, na pierwszy plan wysuwają się emocje strachu, lęku oraz tendencja do zamartwiania się przyszłymi konsekwencjami. Natomiast w przypadku oceny sytuacji jako wyzwania pojawia się bardziej złożony wzorec emocjonalny, łączący w sobie zarówno emocje negatywne związane z niepewnością, jak i pozytywne, takie jak nadzieja, zapał czy podniecenie, wynikające z możliwości osiągnięcia potencjalnych korzyści (Heszen-Niejodek, 2002).

Lazarus i Folkman (1984) podkreślają, że pełne zrozumienie zjawiska stresu wymaga analizy na trzech wzajemnie powiązanych poziomach. Na poziomie społecznym kluczowe znaczenie ma dynamiczna transakcja między jednostką a jej środowiskiem, uwzględniająca kontekst społeczny i kulturowy, w którym zachodzi proces stresowy. Poziom psychologiczny koncentruje się na subiektywnej, jednostkowej ocenie zagrożenia, obejmującej zarówno procesy poznawcze, jak i emocjonalne. Natomiast poziom fizjologiczny dotyczy konkretnych zmian zachodzących w organizmie człowieka w odpowiedzi na stres. Autorzy podkreślają, że te trzy poziomy są ze sobą ściśle powiązane i wzajemnie się warunkują.

W modelu transakcyjnym szczególną uwagę poświęca się dwóm podstawowym funkcjom radzenia sobie ze stresem. **Funkcja instrumentalna**, określana także jako radzenie skoncentrowane na problemie, obejmuje szeroki zakres działań ukierunkowanych na zmianę sytuacji stresowej. Proces ten rozpoczyna się od aktywnego poszukiwania informacji i planowania możliwych rozwiązań, poprzez konkretne działania mające na celu modyfikację warunków wywołujących stres. Z kolei **funkcja regulacyjna**, czyli radzenie skoncentrowane



na emocjach, skupia się na zarządzaniu reakcjami emocjonalnymi wywołanymi przez sytuację stresową. Obejmuje to między innymi regulowanie niepożądanych emocji, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego, a także poznawcze przewartościowanie sytuacji. Istotnym elementem jest również selektywna uwaga i czasowe unikanie myślenia o problemie, które mogą pełnić adaptacyjną funkcję w procesie radzenia sobie ze stresem (Lazarus i Folkman, 1984).

Model transakcyjny Lazarusa i Folkman, mimo pewnych ograniczeń związanych z trudnością w pełnym uchwyceniu dynamicznego charakteru stresu, pozostaje jednym z najbardziej wpływowych podejść w psychologii stresu. Jego szczególna wartość polega na zwróceniu uwagi na rolę subiektywnej oceny poznawczej w procesie powstawania i doświadczania stresu oraz podkreśleniu znaczenia indywidualnych zasobów w radzeniu sobie z sytuacjami stresowymi. Ta ostatnia kwestia została szczególnie rozwinięta w teorii zachowania zasobów Stevena Hobfolla, która dostarcza komplementarnej perspektywy w rozumieniu mechanizmów stresu i procesów radzenia sobie. Podczas gdy model transakcyjny koncentruje się na subiektywnej ocenie sytuacji, teoria Hobfolla zwraca uwagę na bardziej obiektywne aspekty procesu stresowego, związane z rzeczywistą dostępnością i wykorzystaniem zasobów przez jednostkę (Heszen-Niejodek, 2002; Sęk, 2013).

3.3. Teoria zachowania zasobów Hobfolla

Teoria zachowania zasobów (Conservation of Resources Theory - COR), sformułowana przez Stevena Hobfolla, przedstawia alternatywne podejście do rozumienia mechanizmów stresu, koncentrując się na roli zasobów w funkcjonowaniu człowieka. W przeciwieństwie do modelu Lazarusa i Folkman, skupiającego się na subiektywnej ocenie poznawczej, teoria COR przyjmuje bardziej obiektywną perspektywę. Kluczowym założeniem tej teorii jest teza, że adaptacja człowieka i sposób jego przystosowania są ściśle związane z posiadanymi przez niego zasobami (Hobfoll, 2006). Według Hobfolla (2006), stres pojawia się w sytuacji rzeczywistego zagrożenia utratą zasobów jednostki, w momencie ich faktycznej utraty lub gdy zainwestowanie znaczącej ilości zasobów nie przynosi oczekiwanych rezultatów. W tym ujęciu zarówno sama utrata zasobów, jak i ryzyko ich utraty mogą generować stan stresu. Jest to podejście uniwersalne, pozwalające na przewidywanie reakcji stresowych w różnych kontekstach społecznych i kulturowych.

Hobfoll dokonał szczegółowej kategoryzacji zasobów istotnych dla człowieka, wyróżniając cztery główne grupy. Pierwszą z nich stanowią zasoby materialne, obejmujące fizyczne obiekty związane z przetrwaniem i funkcjonowaniem człowieka. Można je podzielić



na bezpośrednio służące codziennemu życiu, takie jak dom, mieszkanie, samochód oraz pośrednie, świadczące o statusie społecznym, np. zabytkowa nieruchomość, własna działalność gospodarcza. Drugą kategorię tworzą zasoby osobiste, służące pozytywnej adaptacji. W ich skład wchodzi cechy osobowości, takie jak poczucie własnej skuteczności, optymizm, kompetencje do pełnienia różnych ról społecznych oraz umiejętności nabyte w procesie edukacji i socjalizacji. Trzecią grupę stanowią zasoby stanu, umożliwiające dostęp do innych środków przystosowania. Należą do nich zdrowie, doświadczenie zawodowe, związek małżeński czy stałe zatrudnienie. Ostatnią kategorię reprezentują zasoby energii, które można wymieniać na zasoby z innych grup, takie jak pieniądze, wiedza czy specjalistyczne umiejętności (Hobfoll, 2006).

Teoria opiera się na dwóch fundamentalnych zasadach dotyczących dynamiki zachowania zasobów. Pierwsza zasada, określana jako zasada dominującej straty, stanowi, że utrata zasobów ma nieproporcjonalnie większe znaczenie niż ich zysk. Oznacza to, że zachowania ludzi są bardziej ukierunkowane na ochronę posiadanych zasobów i cechują się wyższą motywacją niż działania nakierowane na osiągnięcie zysków. Przy czym zyski zasobowe pełnią tu dwie funkcje: pierwotną ("naprawczą"), służącą wyrównywaniu poziomu zasobów po stracie, oraz wtórną ("budującą"), redukującą napięcie w sytuacji antycypowania strat. Druga zasada wskazuje, że człowiek musi inwestować zasoby, aby chronić się przed ich utratą, uzupełniać poniesione straty i pozyskiwać nowe zasoby. Hobfoll (2006) szczegółowo opisuje mechanizmy zabezpieczające przed powstawaniem szkód, do których zalicza: inwestowanie zasobów, kontrolę ponoszonych szkód, przewidywanie i gromadzenie zasobów, korzystanie z zewnętrznych źródeł zasobów oraz dążenie do odbudowy utraconego poziomu zasobów poprzez inicjowanie nowych zysków.

Z teorii Hobfolla wynikają trzy istotne implikacje dla funkcjonowania człowieka. Po pierwsze, osoby dysponujące większymi zasobami są mniej narażone na ich utratę i mają większe możliwości powiększania zysków. Mogą one stosować różnorodne strategie zabezpieczające, takie jak inwestowanie zasobów, kontrola poniesionych szkód czy korzystanie z zewnętrznych źródeł wsparcia. Po drugie, występuje zjawisko spiral zysków i strat. Strata początkowa u osób z niewielkim potencjałem adaptacyjnym przyczynia się do cyklu dalszych strat, podczas gdy zysk początkowy u jednostek z dużym kapitałem przystosowawczym generuje kolejne profity. Badania pokazują, że wysoki poziom zysków wpływa na niższy poziom strat w sytuacji zagrożenia, mniejsze konsekwencje doznawanych strat oraz zwiększenie możliwości inwestowania zasobów. Po trzecie, osoby z niedoborem zasobów adaptacyjnych są skłonne do przyjmowania postawy defensywnej, co może wynikać



z potrzeby zachowania minimalnego poziomu zasobów dla zabezpieczenia się przed ewentualną sytuacją zagrażającą. W ich funkcjonowaniu przejawia się to w silnych reakcjach stresowych, wysokim poczuciu napięcia i gwałtownych reakcjach emocjonalnych, szczególnie w sytuacji odczuwania straty (Niewiadomska, 2010).

Teoria zachowania zasobów ma szczególne znaczenie w kontekście stresu przewlekłego, w tym stresu związanego z doświadczaniem przemocy. Pozwala ona zrozumieć, dlaczego osoby znajdujące się w trudnej sytuacji życiowej często doświadczają narastających problemów, a ich zdolność do radzenia sobie ze stresem stopniowo się zmniejsza. Wyjaśnia również, dlaczego wsparcie społeczne i pomoc w odbudowywaniu zasobów są kluczowe dla przerwania negatywnego cyklu strat i poprawy funkcjonowania psychologicznego osoby (Sęk i Cieślak, 2011).

W przeciwieństwie do modelu Lazarusa, teoria COR przyjmuje bardziej obiektywne podejście do stresu. Chociaż uznaje rolę subiektywnej oceny wartości zasobów, zakłada istnienie pewnej uniwersalnej hierarchii ich znaczenia, wspólnej dla większości ludzi w danej kulturze. To podejście ułatwia przewidywanie reakcji stresowych w różnych kontekstach społecznych i kulturowych, dostarczając użytecznych ram teoretycznych do analizy procesu stresu w różnych sytuacjach życiowych (Sęk, 2009).

3.4. Radzenie sobie ze stresem

Problematyka radzenia sobie ze stresem stanowi kluczowy element współczesnych badań nad stresem. Obecnie uważa się, że o skutkach wpływu stresu na człowieka bardziej decyduje sposób radzenia sobie z nim niż obiektywne działanie stresora. Aktywność człowieka wobec sytuacji stresowej została zauważona już przez pierwszych badaczy tego zjawiska, którzy dostrzegli, że ludzie wykazują różnorodne formy reakcji na zdarzenia stresowe, mające następstwa zarówno indywidualne, jak i społeczne (Łosiak, 2008).

Matheny i współpracownicy (1986), opierając się na analizie 35 definicji, określili radzenie sobie ze stresem jako *wysiłek, świadomy lub nieświadomy, związany z zapobieganiem, eliminowaniem lub osłabieniem stresorów albo z tolerowaniem ich efektów w sposób najmniej szkodliwy*. Zdarzenie stresowe jawi się człowiekowi jako wyzwanie, wobec którego musi podjąć określone działania zaradcze, niezależnie od tego, czy ich efekty okażą się pozytywne czy negatywne. W literaturze przedmiotu funkcjonuje kilka bliskoznacznych pojęć opisujących odpowiedź człowieka na stres: radzenie sobie ze stresem (coping with stress), zmaganie się ze stresem oraz zachowania zaradcze. Istotne jest rozróżnienie tych terminów od "mechanizmów obronnych" wprowadzonych przez Zygmunta Freuda. Radzenie sobie ze stresem



charakteryzuje się świadomością i intencjonalnością działania człowieka w celu pokonania trudności, w przeciwieństwie do mechanizmów obronnych uruchamianych bez udziału świadomości (Łosiak, 2007).

W badaniach nad radzeniem sobie ze stresem wyróżnia się trzy główne sposoby konceptualizacji tego zjawiska. **Radzenie sobie** może być rozumiane jako **proces, strategia** lub **styl**. Proces radzenia sobie odnosi się do całokształtu aktywności podejmowanej przez jednostkę w określonej sytuacji stresowej. Strategia dotyczy konkretnych sposobów radzenia sobie w określonych sytuacjach, natomiast styl reprezentuje względnie stałą, charakterystyczną dla jednostki dyspozycję do radzenia sobie ze stresem w określony sposób.

Endler i Parker, bazując na teorii stresu Lazarusa, wyróżnili trzy podstawowe style radzenia sobie ze stresem. Styl skoncentrowany na zadaniu charakteryzuje się podejmowaniem działań zmierzających do rozwiązania problemu poprzez poznawcze przekształcenia lub próby zmiany sytuacji. Styl skoncentrowany na emocjach polega na koncentracji na własnych przeżyciach emocjonalnych, takich jak złość, poczucie winy czy napięcie. Natomiast styl skoncentrowany na unikaniu przejawia się w tendencji do wystrzegania się myślenia, przeżywania i doświadczania sytuacji stresowej.

Skuteczność radzenia sobie ze stresem zależy od wielu czynników zarówno indywidualnych, jak i sytuacyjnych. Wśród uwarunkowań jednostkowych szczególne znaczenie mają różnice międzypłciowe. Badania wskazują, że mężczyźni częściej stosują styl radzenia sobie skoncentrowany na problemie, podczas gdy kobiety wykazują większą tendencję do koncentracji na emocjach. Sęk i Cieślak (2006) wskazują, że może to wynikać z procesu socjalizacji, w którym chłopcy uczeni są od wczesnych lat, że koncentracja na emocjach jest cechą typowo kobiecą. Istotną rolę odgrywają również cechy temperamentalne i osobowościowe. Ekstrawersja i wysoki poziom aktywności sprzyjają wyborowi stylu zorientowanego na rozwiązanie problemu. Badania Bolge'ra (1990) przeprowadzone wśród studentów medycyny wykazały, że poziom neurotyczności ma znaczący wpływ na wybór strategii zaradczych. Z kolei wysoka samoocena sprzyjała koncentracji na zadaniowym radzeniu sobie ze stresem.

Szczególne znaczenie w procesie radzenia sobie ze stresem ma wsparcie społeczne. Można wyróżnić kilka jego rodzajów: wsparcie emocjonalne, informacyjne, instrumentalne oraz rzeczowe. Badania wskazują, że wsparcie emocjonalne ma największe znaczenie dla zdrowia człowieka i jego radzenia sobie ze stresem. Sęk (2013) podkreśla, że wsparcie emocjonalne wpływające na poprawę samopoczucia powoduje wzrost odporności jednostki na wydarzenia stresowe i mobilizuje inne zasoby do radzenia sobie. Istotne jest rozróżnienie



między wsparciem postrzeganym a faktycznie otrzymywanym. Badania Gracii i Herrero (2004) dowodzą, że samo spostrzeganie dostępności wsparcia społecznego wiąże się z niższym natężeniem odczuwanego stresu w codziennym życiu. Co więcej, dla konsekwencji zdrowotnych większe znaczenie ma wsparcie spostrzegane niż to faktycznie otrzymywane. Należy jednak pamiętać, że zbyt duża ilość wsparcia społecznego może przynieść skutek odwrotny do zamierzonego. Istnieje ryzyko obciążenia osoby je otrzymującej, jak również może wystąpić syndrom wyuczonej bezradności. Kluczowa wydaje się być pewność osoby co do możliwości otrzymania wsparcia w momencie, gdy zajdzie taka potrzeba (Sęk, 2013).

Przedstawione mechanizmy radzenia sobie ze stresem nabierają szczególnego znaczenia w kontekście doświadczania przemocy, gdzie chroniczny charakter sytuacji stresowej oraz specyficzne ograniczenia w dostępności strategii zaradczych tworzą unikalne wyzwania dla osób jej doświadczających.

3.5. Specyfika stresu w kontekście przemocy

Doświadczanie przemocy generuje specyficzną formę stresu, której charakter i konsekwencje znacząco różnią się od innych sytuacji stresowych. W przeciwieństwie do stresu ostrego, związanego z pojedynczymi wydarzeniami, stres wynikający z doświadczania przemocy ma charakter chroniczny i kumulatywny, systematycznie wyczerpujący zasoby osobiste osoby oraz prowadzący do poważnych konsekwencji psychofizycznych (Walker, 2016). Długotrwała ekspozycja na przemoc prowadzi do powstania specyficznego wariantu zespołu stresu pourazowego (PTSD), określanego jako złożony zespół stresu pourazowego (complex PTSD). W przeciwieństwie do klasycznego PTSD, wywołanego pojedynczym wydarzeniem traumatycznym, w przypadku przemocy mamy do czynienia z traumą o charakterze powtarzającym się i narastającym. Ten typ stresu charakteryzuje się szczególną dynamiką, w której kolejne akty przemocy nakładają się na siebie, tworząc złożony wzorzec doświadczenia traumatycznego i prowadzi do systematycznego wyczerpywania zasobów osobistych osoby (Herman, 1992/2024).

Szczególnie destrukcyjnym aspektem stresu związanego z przemocą jest jego nieprzewidywalność i brak możliwości kontroli. Osoba doświadczająca przemocy znajduje się w stanie permanentnego napięcia i czujności, oczekując kolejnych aktów agresji. Ten stan ciągłego pobudzenia prowadzi do wyczerpania fizycznego i psychicznego, a także może skutkować rozwojem wyuczonej bezradności. Badania van der Kolka (2018) wskazują, że taka chroniczna ekspozycja na stres może prowadzić do trwałych zmian w funkcjonowaniu układu nerwowego, w tym do zaburzeń w aktywności osi podwzgórze-przysadka-nadnercza.



Sytuacja przemocy w szczególności sposób ogranicza dostępność strategii radzenia sobie ze stresem. Ograniczenia te wynikają zarówno z obiektywnych uwarunkowań sytuacyjnych, jak i z psychologicznych konsekwencji doświadczania przemocy. Osoby doświadczające przemocy często znajdują się w sytuacji izolacji społecznej, co znacząco ogranicza możliwość korzystania ze wsparcia społecznego. Sprawcy przemocy niejednokrotnie świadomie dążą do ograniczenia kontaktów ofiary z potencjalnymi źródłami wsparcia, co dodatkowo zawęża spektrum dostępnych strategii zaradczych (Badura-Madej i Dobrzyńska-Mesterhazy, 2000).

Istotnym czynnikiem ograniczającym jest również zależność ekonomiczna od sprawcy, która znacząco redukuje możliwości podejmowania działań zaradczych wymagających środków finansowych. Brak niezależności finansowej może uniemożliwiać poszukiwanie pomocy specjalistycznej, zmianę miejsca zamieszkania czy zapewnienie bezpieczeństwa sobie i dzieciom. Według badań Kubackiej-Jasieckiej (2010), te obiektywne ograniczenia często współwystępują z psychologicznymi barierami w podejmowaniu działań zaradczych.

Długotrwałe doświadczanie przemocy prowadzi do systematycznego obniżania się samooceny i poczucia własnej skuteczności, co wpływa na subiektywną ocenę dostępności różnych strategii radzenia sobie. Osoby doświadczające przemocy często nie wierzą w skuteczność potencjalnych działań zaradczych, nie dostrzegają własnych zasobów i możliwości, a także przeceniają potencjalne zagrożenia związane z poszukiwaniem pomocy (Herman, 1992/2024).

W kontekście radzenia sobie ze stresem związanym z przemocą, szczególnego znaczenia nabierają zasoby osobiste i społeczne. Sęk i Cieślak (2011) podkreślają, że zasoby te mogą stanowić swoistą "buforową strefę ochronną", która łagodzi negatywne skutki doświadczania traumy. Do najważniejszych zasobów osobistych należą: poczucie własnej wartości i skuteczności, prężność psychiczna (rezyliencja) oraz kompetencje społeczne. Z kolei wsparcie społeczne, obejmujące zarówno wsparcie emocjonalne, informacyjne jak i instrumentalne, może odgrywać kluczową rolę w procesie wychodzenia z sytuacji przemocowej.

Badania nad dynamiką przemocy, zapoczątkowane przez Lenore Walker (2016), wskazują na występowanie charakterystycznego cyklu składającego się z trzech faz, którym towarzyszą różne poziomy stresu psychologicznego. W fazie narastania napięcia obserwuje się stopniowy wzrost poziomu stresu. Badania Dutton (2011) wykazały, że w tej fazie następuje systematyczny wzrost poziomu kortyzolu, któremu towarzyszy narastające poczucie zagrożenia i lęku. Ofiara podejmuje różnorodne strategie mające na celu rozładowanie napięcia i zapobieżenie eskalacji przemocy, co dodatkowo zwiększa poziom doświadczanego stresu.



Faza ostrej przemocy charakteryzuje się najwyższym poziomem stresu. Johnson i Leone (2005) w badaniach obejmujących 4967 kobiet wykazali, że w tej fazie dochodzi do drastycznego wzrostu wskaźników stresu fizjologicznego, któremu towarzyszy stan skrajnego pobudzenia układu współczulnego i często reakcja zamrożenia typowa dla traumy. W fazie "miodowego miesiąca" następuje pozorne obniżenie poziomu stresu, jednak badania wskazują, że jest to raczej stan wyczerpania i dysocjacji niż rzeczywistego uspokojenia. Walker (2016) podkreśla, że w tej fazie może dochodzić do zjawiska podobnego do syndromu sztokholmskiego, gdzie pozorne zmniejszenie napięcia jest w rzeczywistości mechanizmem obronnym i nie oznacza powrotu do prawdziwego stanu równowagi psychofizjologicznej. Badania prowadzone przez zespół Dutton (2011) wykazały, że z każdym kolejnym cyklem:

- Wzrasta bazowy poziom stresu;
- Skraca się czas trwania fazy miodowego miesiąca;
- Intensyfikuje się poziom stresu w fazie ostrej przemocy;
- Pogłębia się dezorganizacja funkcjonowania psychologicznego ofiary.

Podczas gdy klasyczny cykl przemocy opisany przez Walker pierwotnie odnosił się głównie do przemocy fizycznej, współczesne badania wskazują na bardziej złożony charakter stresu w przypadku długotrwałej przemocy psychicznej. Badania Kubackiej-Jasieckiej (2010) pokazują, że w przypadku przemocy psychicznej mamy do czynienia z mniej wyraźnymi granicami między poszczególnymi fazami, a sam poziom stresu bazowego systematycznie wzrasta z każdym kolejnym cyklem. W kontekście długotrwałej przemocy psychicznej, Herman (1992/2024) wskazuje na zjawisko *stresu kumulatywnego*, gdzie każdy kolejny cykl zaczyna się z wyższego poziomu napięcia bazowego. Oznacza to, że nawet w pozornie spokojniejszych okresach, poziom stresu nie wraca do wartości wyjściowych, a pozostaje podwyższony. Badania van der Kolka (2018) wykazały, że u osób doświadczających przewlekłej przemocy psychicznej dochodzi do trwałych zmian w funkcjonowaniu układu nerwowego, co skutkuje:

- Stałym podwyższeniem poziomu kortyzolu;
- Chroniczną aktywacją układu współczulnego;
- Zaburzeniami rytmu dobowego;
- Problemami z regulacją emocji.

W przypadku przemocy psychicznej szczególnie istotne jest zjawisko *niewidzialnych ran* (Dutton, 2011). W przeciwieństwie do przemocy fizycznej, gdzie fazy cyklu są często wyraźnie zaznaczone konkretnymi incydentami, przemoc psychiczna może mieć charakter



bardziej subtelny i ciągły. Badania prowadzone przez zespół Johnsona i Leone (2005) wykazały, że w przypadku długotrwałej przemocy psychicznej:

1. Fazy cyklu stają się mniej wyraźne i trudniejsze do zidentyfikowania;
2. Poziom stresu bazowego systematycznie wzrasta;
3. Okresy względnego spokoju są coraz krótsze;
4. Skutki psychologiczne są często bardziej rozległe niż w przypadku pojedynczych incydentów przemocy fizycznej.

Badania Sęk i Cieślak (2011) wskazują również, że w przypadku długotrwałej przemocy psychicznej szczególnego znaczenia nabiera zjawisko "wyuczonej bezradności". Z każdym kolejnym cyklem zmniejsza się przekonanie o możliwości skutecznego poradzenia sobie z sytuacją, co dodatkowo pogłębia poziom stresu i utrudnia podjęcie działań zaradczych.

Specyfika stresu doświadczanego w sytuacji przemocy, jego chroniczny charakter oraz ograniczenia w dostępności strategii zaradczych tworzą warunki sprzyjające rozwojowi reakcji lękowych. Jak wskazują badania van der Kolka (2018), długotrwała ekspozycja na traumatyczny stres może prowadzić do trwałych zmian w funkcjonowaniu układu nerwowego, manifestujących się między innymi poprzez wzmożony lęk. Zrozumienie tej dynamiki wymaga szczegółowej analizy mechanizmów powstawania i utrzymywania się lęku w kontekście doświadczania przemocy.



Rozdział 4. Psychologiczna analiza lęku

Lęk jest jednym z fundamentalnych zjawisk psychologicznych, stanowiącym przedmiot intensywnych badań naukowych od kilkadziesiąt lat. Jego złożoność i wielowymiarowość sprawiają, że mimo bogatej literatury przedmiotu, wciąż pozostaje obszarem żywego zainteresowania badaczy. Jest to zjawisko uniwersalne, dotyczące każdego człowieka, a jednocześnie głęboko indywidualne w swoich przejawach i konsekwencjach. Szczególnego znaczenia nabiera w kontekście doświadczania przemocy, gdzie jego chroniczny charakter może prowadzić do poważnych następstw psychologicznych i zdrowotnych.

W niniejszym rozdziale przedstawiona zostanie szczegółowa analiza zjawiska lęku, począwszy od jego podstawowych definicji i konceptualizacji, poprzez wiodące teorie psychologiczne, aż po specyfikę lęku w sytuacji przemocy. Szczególną uwagę poświęcę mechanizmom powstawania i utrzymywania się lęku oraz jego roli w funkcjonowaniu psychologicznym osoby. Rozdział rozpoczyna się od przeglądu kluczowych definicji i historycznego rozwoju badań nad lękiem (podrozdział 4.1), prezentując ewolucję myślenia o tym zjawisku w psychologii. Następnie omówione zostaną główne koncepcje teoretyczne wyjaśniające mechanizmy lęku (podrozdział 4.2). Kolejna część poświęcona będzie objawom lęku i jego wpływowi na funkcjonowanie człowieka (podrozdział 4.3). Istotną część rozdziału stanowi analiza specyfiki lęku w kontekście przemocy (podrozdział 4.4), ze szczególnym uwzględnieniem jego chronicznego charakteru oraz mechanizmów podtrzymujących.

4.1. Definicje lęku

Lęk stanowi jedno z fundamentalnych zjawisk psychologicznych, które od lat budzi zainteresowanie badaczy reprezentujących różne nurty i podejścia teoretyczne. Od myśli teologicznej i filozoficznej, poprzez pierwsze systematyczne badania naukowe, aż po współczesne koncepcje neurobiologiczne i poznawcze, obserwuje się stały rozwój rozumienia tego złożonego fenomenu. Według May (cytowany w Koziński, 1976, s. 129), *lęk jest potężną siłą niszczącą ludzkie zdrowie i dobre samopoczucie. Bez poznania źródeł i konsekwencji lęku i niepokoju nie można zrozumieć dążeń i konfliktów jednostki.*

Definiowanie lęku nastęrcza szczególnych trudności ze względu na jego wielowymiarowy charakter i subiektywną naturę doświadczenia. American Psychiatric Association (2022) w DSM-5-TR określa lęk jako stan antycypacji przyszłego zagrożenia, charakteryzujący się uczuciami napięcia, zamartwianiem się oraz fizjologicznym pobudzeniem. W przeciwieństwie do strachu, który stanowi odpowiedź na realne, bezpośrednie



zagrożenie, lęk wiąże się z przewidywaniem niebezpieczeństwa, które może, ale nie musi wystąpić w przyszłości.

Szczególnie istotne dla współczesnego rozumienia lęku jest rozróżnienie między lękiem a strachem. Barlow (2002) podkreśla, że strach jest reakcją na konkretne, identyfikowalne zagrożenie i ma charakter adaptacyjny, podczas gdy lęk charakteryzuje się brakiem wyraźnego obiektu zagrażającego i często wiąże się z antycypacją przyszłych, potencjalnych niebezpieczeństw. LeDoux i Pine (2016) w swoich badaniach neurobiologicznych wskazują na odmienne szlaki neuronalne aktywowane w przypadku strachu i lęku, co potwierdza zasadność tego rozróżnienia na poziomie funkcjonalnym. Poniższe zestawienie systematyzuje kluczowe różnice między lękiem a strachem, podkreślając ich odrębny charakter zarówno na poziomie neurobiologicznym, jak i behawioralnym. Rozróżnienie to ma istotne znaczenie dla prawidłowej diagnozy i planowania interwencji terapeutycznych. Jak zauważa Woydyłło (1998), strach jest naszym obrońcą i bez niego nigdy nie nauczylibyśmy się omijać zagrożeń – któreś z nich unicestwiłoby nas najprawdopodobniej już we wczesnym okresie naszego życia. Autorka podkreśla, że strach to bardzo skuteczny nauczyciel, jednak kluczowa jest celowość tego uczucia - jeżeli nam ono pomaga, to jest w porządku. Gorzej, gdy dzieje się wręcz przeciwnie, gdy ze strachu przed czymś ograniczamy się, przestajemy się rozwijać, zastygamy w bezruchu.



Tabela 1. Podstawowe różnice między lękiem a strachem.

Kryterium różnicujące	Strach	Lęk
Źródło/bodziec	Konkretny, możliwy do zidentyfikowania	Niespecyficzny, trudny do określenia, często symboliczny
Czas trwania	Krótkotrwały, ustępuje wraz z bodźcem	Długotrwały, może utrzymywać się po ustąpieniu zagrożenia
Intensywność reakcji fizjologicznej	Natychmiastowa, intensywna	Stopniowo narastająca, o zmiennym nasileniu
Mechanizm neuronalny	Przewaga aktywacji działła migdałowatego	Złożony wzorzec aktywacji obejmujący korę przedczołową i hipokamp
Funkcja adaptacyjna	Bezpośrednia ochrona przed zagrożeniem	Przygotowanie na potencjalne zagrożenie
Reakcja behawioralna	Wyraźna tendencja do ucieczki lub walki	Różnorodne strategie unikania i zabezpieczania się
Przewidywalność	Bezpośredni związek z bodźcem	Antycypacyjny charakter
Charakter poznawczy	Koncentracja na konkretnym zagrożeniu	Zgeneralizowane obawy i zamartwianie się

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Opracowanie własne na podstawie: badań nad różnicami między strachem a lękiem przeprowadzonych przez Rachmana (2005), wskazującego na odmienne charakterystyki czasowe i przyczynowe obu zjawisk; neurobiologicznych analiz LeDoux i Pine (2016) dotyczących mechanizmów mózgowych; badań Becka i Clarka (2016) nad aspektami poznawczymi; prac Barlow i Durand (2021) oraz Craske i Stein (2021) opisujących różnice w reakcjach fizjologicznych i behawioralnych, a także syntez teoretycznych Heszen i Sęk (2020) oraz najnowszych klasyfikacji diagnostycznych (American Psychiatric Association, 2022).

W historycznym rozwoju konceptualizacji lęku szczególne znaczenie mają prace Zygmunta Freuda (1926/2020), który jako pierwszy podjął systematyczną próbę wyjaśnienia



mechanizmów leżących u jego podłoża. Freud definiował lęk jako nieprzyjemny i subiektywny stan emocjonalny, który nie dotyczy konkretnego przedmiotu i doświadczany jest przez każdego człowieka w różnym stopniu. Wprowadził on fundamentalne rozróżnienie między lękiem realnym, związanym z rzeczywistym zagrożeniem zewnętrznym, a lękiem neurotycznym, wynikającym z wewnętrznych konfliktów psychicznych.

Karen Horney (1945/2019) znacząco rozwinęła psychoanalityczne rozumienie lęku, wprowadzając wymiar społeczny i relacyjny. W jej ujęciu lęk jest definiowany jako subiektywna reakcja na prawdopodobne zagrożenie, której natężenie często jest nieadekwatne do rzeczywistego poziomu niebezpieczeństwa. Horney podkreślała szczególne znaczenie wczesnych doświadczeń życiowych i relacji z opiekunami w kształtowaniu się tendencji lękowych.

Przełomowym momentem w badaniach nad lękiem było wprowadzenie przez Spielbergera (1983) rozróżnienia między lękiem jako stanem a lękiem jako cechą. Lęk-stan został zdefiniowany jako przejściowy stan emocjonalny charakteryzujący się świadomie postrzeganymi uczuciami napięcia i obawy oraz zwiększoną aktywnością autonomicznego układu nerwowego. Natomiast lęk-cecha opisuje względną stałą dyspozycję osobowościową do reagowania lękiem w różnych sytuacjach. To rozróżnienie, jak wskazują współczesne badania (Zinbarg i in., 2022), pozostaje kluczowe dla zrozumienia indywidualnych różnic w reagowaniu na sytuacje stresowe.

W polskiej myśli psychologicznej szczególne znaczenie mają prace Antoniego Kępińskiego (2012), który połączył perspektywę biologiczną z egzystencjalną. Kępiński definiował lęk jako fundamentalny element ludzkiej egzystencji, porównując jego znaczenie do bólu w wymiarze fizycznym. Autor podkreślał dualną naturę lęku - z jednej strony jest on niezbędnym mechanizmem ostrzegawczym i adaptacyjnym, z drugiej może stać się źródłem poważnego cierpienia i zaburzeń funkcjonowania. Heszen (2013) definiuje lęk jako złożoną reakcję psychofizjologiczną na przewidywane lub wyobrażone zagrożenie, która obejmuje komponenty poznawcze, emocjonalne, behawioralne i fizjologiczne. Autorka zwraca uwagę na subiektywny charakter oceny zagrożenia, która nie musi odpowiadać obiektywnemu poziomowi niebezpieczeństwa. Sosnowski i Wrześniewski (2019) definiują zaś lęk jako stan psychiczny o charakterze wewnętrznym i subiektywnym, którego treścią jest świadomość braku możliwości poradzenia sobie z daną sytuacją. Autorzy podkreślają, że lęk może być rozumiany jako:

- stan emocjonalny o nieprzyjemnym zabarwieniu;
- reakcja na sytuację potencjalnie zagrażającą;



- zjawisko obejmujące zarówno aspekty psychiczne, jak i somatyczne;
- mechanizm ostrzegawczy umożliwiający przygotowanie się na potencjalne niebezpieczeństwo.

W psychologii klinicznej, jak wskazuje Sęk (2015), lęk rozumiany jest jako uniwersalne doświadczenie psychiczne, które w określonych warunkach może przyjmować formę patologiczną, prowadząc do zaburzeń w codziennym funkcjonowaniu jednostki. Autorka podkreśla konieczność różnicowania między lękiem normalnym, pełniącym funkcje adaptacyjne, a lękiem patologicznym, wymagającym interwencji terapeutycznej. Współczesne definicje lęku, oparte na podejściu integracyjnym, uwzględniają jego wielowymiarową naturę oraz złożone uwarunkowania biologiczne, psychologiczne i społeczne. Łosiak (2007) wskazuje, że pełne zrozumienie zjawiska lęku wymaga uwzględnienia procesów neurofizjologicznych, mechanizmów poznawczych, czynników środowiskowych, kontekstu społeczno-kulturowego oraz indywidualnej historii życia jednostki.

Współczesne podejście poznawcze, reprezentowane przez prace Becka i Clarka (2016), definiuje lęk jako rezultat specyficznych wzorców przetwarzania informacji i interpretacji rzeczywistości. Autorzy podkreślają rolę zniekształceń poznawczych w powstawaniu i utrzymywaniu się lęku, wskazując na tendencję osób z wysokim poziomem lęku do przeceniania prawdopodobieństwa i konsekwencji potencjalnych zagrożeń przy jednoczesnym niedocenianiu własnych możliwości radzenia sobie.

Neurobiologiczne badania nad lękiem, prowadzone między innymi przez LeDoux (2020), dostarczają nowego spojrzenia na mechanizmy leżące u podłoża tego zjawiska. W świetle tych badań, lęk można zdefiniować jako złożony stan neurobiologiczny, charakteryzujący się specyficznym wzorcem aktywacji struktur mózgowych, szczególnie ciała migdałowatego, kory przedczołowej i hipokampa. Craske i Stein (2021) wskazują, że ta aktywacja prowadzi do charakterystycznego zespołu reakcji fizjologicznych, poznawczych i behawioralnych. Bourne (2011) wskazuje, że bardziej podatni na zaburzenia lękowe są ludzie, którym brakuje w życiu poczucia kierunku i celu. Zdaniem autora, w latach 90. XX wieku problemy na podłożu lęku i napadów paniki urosły do rozmiarów epidemii. Ostatnie dziesięciolecie pokazuje, że tendencja ta utrzymuje się, a nawet narasta, szczególnie w obliczu nowych globalnych zagrożeń.

W najnowszych badaniach coraz więcej uwagi poświęca się również kulturowym i społecznym aspektom lęku. Lingardi i McWilliams (2019) zwracają uwagę na znaczenie kontekstu społeczno-kulturowego w kształtowaniu się i ekspresji doświadczeń lękowych. Autorzy podkreślają, że definicja lęku powinna uwzględniać nie tylko indywidualne i



biologiczne aspekty tego zjawiska, ale również jego wymiar społeczny i kulturowy. Szczególnie wartościowa wydaje się integracyjna definicja lęku zaproponowana przez Barlowa i Durand (2021), według której lęk jest złożonym wzorcem reakcji na postrzegane zagrożenie, obejmującym procesy biologiczne, psychologiczne i społeczne. Autorzy podkreślają, że lęk może pełnić zarówno funkcję adaptacyjną, mobilizując organizm do radzenia sobie z potencjalnym niebezpieczeństwem, jak i dezadaptacyjną, gdy jego nasilenie lub chroniczny charakter prowadzą do zaburzeń w funkcjonowaniu jednostki.

Podsumowując przegląd definicji lęku, należy podkreślić, że współczesne rozumienie tego zjawiska wymaga podejścia interdyscyplinarnego, uwzględniającego zarówno biologiczne podstawy lęku, jak i jego psychologiczne, społeczne oraz kulturowe uwarunkowania. Integracja różnych perspektyw teoretycznych pozwala na pełniejsze zrozumienie złożonej natury lęku i jego roli w funkcjonowaniu człowieka. Powyższe definicje wskazują na złożoną naturę lęku jako zjawiska psychologicznego. Ta złożoność znajduje swoje odzwierciedlenie w różnorodności objawów, przez które lęk się manifestuje. Zrozumienie specyfiki tych objawów ma kluczowe znaczenie zarówno dla diagnozy, jak i planowania oddziaływań terapeutycznych.

4.2. Objawy lęku

Objawy lęku mogą różnić się formą, jaką przybierają u poszczególnych osób. Różnice te dotyczą zarówno stopnia natężenia, trwałości, jak i liczby występujących symptomów. Jak wskazują Seligman, Walker i Rosenhan (2003), człowiek w poczuciu niebezpieczeństwa reaguje w czterech różnych obszarach, tworząc złożony wzorzec reakcji psychofizjologicznych. Wspomniana wieloaspektowość objawów przejawia się w sferze poznawczej, somatycznej, emocjonalnej i behawioralnej.

W obszarze poznawczym obserwuje się uporczywe myśli dotyczące bliżej nieokreślonego i rozproszonego zagrożenia. Jak podkreśla Kępiński (2012), człowiek jest świadomy zbliżającego się niebezpieczeństwa, jednakże nie potrafi zdefiniować, czym jest owo zagrożenie. Występują nawracające wspomnienia, zaburzenia koncentracji uwagi, jak również uczucie napięcia i zawężenie zakresu postrzegania. Objawy somatyczne manifestują się poprzez dwa rodzaje zmian - zewnętrzne i wewnętrzne. Do zmian zewnętrznych należą między innymi nagła bledność skóry, drżenie rąk i ust, pocenie się, uczucie wilgotnych dłoni, rozszerzone źrenice czy częste oddawanie moczu. Zmiany wewnętrzne obejmują natomiast kołatanie serca, płytki oddech, wzrost ciśnienia tętniczego, suchość w ustach czy klucie w klatce piersiowej (Kapłan i Sadock, 2004). W sferze emocjonalnej dominuje uczucie



przerażenia i bezradności, często połączone z bezruchem i poczuciem niepewności co do dalszego działania. Beck i Clark (1997) zwracają uwagę na pojawienie się elementów paniki i wzmożonej czujności, które mogą znacząco utrudniać codzienne funkcjonowanie. Osoby doświadczające lęku często opisują stan ciągłego napięcia i niemożności odprężenia się. W obszarze behawioralnym obserwuje się reakcje mimowolne będące wynikiem warunkowania klasycznego oraz reakcje sprawcze, stanowiące próby poradzenia sobie w zagrażającej i trudnej sytuacji. Jak zauważa Korcz (2004), małe natężenie lęku może wpływać dodatnio na dobrostan psychiczny jednostki poprzez integrowanie i ułatwianie podejmowania decyzji. Jednak, gdy natężenie lęku jest wysokie, dochodzi do dezintegracji powodującej zahamowanie rozwoju osobowości. W sytuacjach skrajnych może dojść do tego, co autor określa jako *skurczenie czasoprzestrzeni jednostki i jej skarłowacenie*.

Szczególnie istotny jest wpływ przewlekłego lęku na funkcjonowanie układu wegetatywno-endokrynnego. Jak wskazują badania van der Kolka (2018), długotrwała ekspozycja na sytuacje lękotwórcze może prowadzić do istotnych zaburzeń w funkcjonowaniu osi podwzgórze-przysadka-nadnercza. Objawia się to między innymi dystonią neurovegetatywną czy zaburzeniami funkcjonowania wybranych układów w organizmie, co w konsekwencji może prowadzić do rozwoju różnych chorób psychosomatycznych.

Ważnym aspektem jest również wpływ długotrwałego lęku na osobowość jednostki. Według Kępińskiego (2012), oddziaływanie to może przybierać formę bezpośrednią lub pośrednią. W przypadku oddziaływania bezpośredniego zmiany mogą manifestować się w postaci lękowej lub agresywnej, a w odniesieniu do funkcjonowania człowieka może dojść do połączenia tych cech. W przypadku oddziaływania pośredniego zmiany mogą prowadzić do powstania postaw obronnych, co przejawia się w postawie ucieczki od świata zewnętrznego. Barlow (2002) zwraca uwagę na związek między objawami lęku a procesami poznawczymi. W przypadku długotrwałego lęku obserwuje się charakterystyczne zniekształcenia w przetwarzaniu informacji, które mogą prowadzić do:

- Nadmiernej generalizacji zagrożeń
- Katastroficznego interpretowania sytuacji niejednoznacznych
- Selektywnej uwagi skierowanej na bodźce zagrażające
- Trudności w podejmowaniu decyzji i planowaniu działań

Szczególnie destrukcyjny wpływ mają objawy lęku na funkcjonowanie społeczne jednostki. Jak wskazują Lingiardi i McWilliams (2019), osoby doświadczające chronicznego lęku często wycofują się z relacji społecznych, co prowadzi do pogłębienia izolacji i dalszego nasilenia objawów lękowych. Autorzy podkreślają, że może to prowadzić do powstania



błędnego koła, gdzie izolacja społeczna wzmacnia lęk, a nasilony lęk prowadzi do dalszego wycofania społecznego.

4.3. Wybrane koncepcje teoretyczne lęku

Syndrom lęku stanowi przedmiot zainteresowania badaczy od stuleci, doczekując się wielu opracowań teoretycznych i empirycznych. W literaturze psychologicznej dostępnych jest wiele koncepcji opisujących źródła powstawania lęku oraz badających reakcje człowieka na tę emocję. Wyodrębnione zostały różnorodne teorie wyjaśniające kształtowanie się reakcji lękowej, jej strukturę i mechanizmy powstawania, wśród których szczególne znaczenie mają koncepcje psychoanalityczne, behawiorystyczne, egzystencjalne oraz poznawcze (Sęk, 2019). Biorąc pod uwagę potrzebę kompleksowego zrozumienia zjawiska lęku, szczególną uwagę warto poświęcić przytoczonym tu kluczowym koncepcjom psychologicznym. Każda z tych teorii wnosi unikalną perspektywę w rozumienie mechanizmów powstawania i utrzymywania się lęku.

4.3.1. Psychoanalityczna koncepcja lęku według Zygmunta Freuda

Teoria psychoanalityczna, której twórcą jest Zygmunt Freud, stanowi jeden z fundamentów współczesnego rozumienia zjawiska lęku. Koncepcja ta, choć pierwotnie nie koncentrowała się na problematyce lęku, wraz z rozwojem myśli psychoanalitycznej zaczęła przypisywać mu coraz większe znaczenie. Jak wskazuje Gabbard (2020), początkowo Freud i jego współpracownicy interpretowali lęk głównie w kategoriach biologicznych, jako reakcję na frustrację wynikającą z niezaspokojonych potrzeb seksualnych. Dopiero w 1926 roku, w przełomowej pracy "Zahamowanie, symptom i lęk", Freud przedstawił kompleksową teorię lęku, uznając go za kluczowy sygnał wewnętrznego niebezpieczeństwa i objaw zaburzeń neurotycznych. Według Mitchell i Black (2021), Freud definiował lęk jako nieprzyjemny stan emocjonalny o zabarwieniu subiektywnym, który nie dotyczy określonego obiektu. Jako doświadczenie uniwersalne, przeżywane przez każdą osobę w różnym stopniu natężenia, które może prowadzić do uruchamiania irracjonalnych działań zapobiegawczych. W swojej teorii Freud rozwinął koncepcję trzech podstawowych rodzajów lęku, które, jak podkreśla Cooper (2019), odzwierciedlają różne poziomy funkcjonowania psychicznego i różne źródła zagrożenia dla ego.

Pierwszym z wyróżnionych typów jest **lęk realny**, który Fonagy i Target (2020) opisują jako racjonalną i wytłumaczalną reakcję na niebezpieczeństwo zewnętrzne. Ten rodzaj lęku jest ściśle związany z popędem samozachowawczym i pełni istotną funkcję adaptacyjną,



mobilizując osobę do unikania realnych zagrożeń. Badania prowadzone przez Kernberg (2019) wskazują, że intensywność lęku realnego jest uzależniona od poziomu wiedzy jednostki i jej poczucia siły wobec świata zewnętrznego. W przeciwieństwie do innych form lęku, lęk realny charakteryzuje się proporcjonalnością reakcji do rzeczywistego zagrożenia.

Drugim fundamentalnym typem jest **lęk neurotyczny**, który, jak zauważają Person i współpracownicy (2022), wynika z konfliktu między id a ego. McWilliams (2021) podkreśla, że ten rodzaj lęku jest szczególnie złożony, ponieważ powstaje na skutek napięcia między nieuświadomionymi popędami a wymogami rzeczywistości. W ramach lęku neurotycznego Freud (1984) wyróżnił trzy podstawowe manifestacje, które opisują następująco:

1. **Lęk w stanie lotnym** (lęk oczekiwania). Charakteryzuje się on uogólnioną lękliwością mogącą dotyczyć wielu treści wyobraźniowych. Prowadzi do interpretowania neutralnych sytuacji jako zagrażających oraz jest powiązany z zahamowaniem rozwoju libido i frustracją seksualną. Może manifestować się jako nerwica lękowa. Jak wskazuje Summers (2020), ta forma lęku jest szczególnie istotna z perspektywy klinicznej, ponieważ często stanowi pierwszy symptom rozwijających się zaburzeń neurotycznych.

2. **Fobie**. Stanowią formę lęku ściśle związanego z konkretnymi sytuacjami lub obiektami i rozwijają się w dwóch fazach: tłumienia i zamiany libido w lęk oraz fazy zabezpieczającej. Charakteryzują się silnym natężeniem reakcji lękowej, a także prowadzą do rozwoju zachowań unikowych. Badania prowadzone przez Lemma (2021) pokazują, że mechanizm rozwoju fobii według koncepcji Freuda znajduje potwierdzenie we współczesnych obserwacjach klinicznych.

3. **Napady lękowe**. Występują bez wyraźnego związku z sytuacją zagrażającą. Mogą manifestować się poprzez pojedyncze, wyraziste objawy somatyczne. Charakteryzują się przy tym nagłym początkiem i intensywnym przebiegiem. Często towarzyszą im objawy wegetatywne. Eagle (2018) zwraca uwagę, że Freudowskie rozumienie napadów lękowych stanowiło podstawę dla rozwoju współczesnych koncepcji zaburzenia panicznego.

Trzecim wyróżnionym przez Freuda rodzajem jest **lęk moralny**, który współcześnie badacze, jak Auchincloss i Samberg (2021), interpretują jako manifestację konfliktu między ego a superego. Ten rodzaj lęku przejawia się głównie jako poczucie winy i wstydu, będąc ściśle związanym z internalizacją norm społecznych i moralnych. Sandler (2018) wskazuje, że lęk moralny może odgrywać kluczową rolę w rozwoju zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych oraz prowadzić do nadmiernie restrykcyjnych postaw moralnych.

Szczególnie istotnym aspektem teorii Freuda jest koncepcja mechanizmów obronnych rozwijających się w odpowiedzi na lęk. Współczesne badania prowadzone przez Cramer



(2020) potwierdzają znaczenie tych mechanizmów w regulacji poziomu lęku. Do najważniejszych mechanizmów obronnych należą:

1. **Wyparcie**, które polega na usuwaniu ze świadomości treści wywołujących lęk. Mechanizm ten ma charakter automatyczny i nieświadomy, wymaga stałego nakładu energii psychicznej oraz może prowadzić do rozwoju symptomów neurotycznych. Vaillant (2019) podkreśla, że wyparcie pozostaje jednym z najbardziej fundamentalnych mechanizmów obronnych, często stanowiąc podstawę dla rozwoju innych, bardziej złożonych form obrony.

2. **Projekcja**, polega na przypisywaniu własnych nieakceptowanych impulsów innym osobom. Służy radzeniu sobie z wewnętrznym konfliktem oraz może prowadzić do zniekształcenia percepcji rzeczywistości. Mechanizm projekcji często współwystępuje z innymi mechanizmami obronnymi. Kernberg i Caligor (2005) wskazują na szczególne znaczenie projekcji w rozwoju zaburzeń osobowości i jej rolę w kształtowaniu relacji interpersonalnych.

3. **Racjonalizacja**, mechanizm ten polega na tworzeniu racjonalnych wyjaśnień dla irracjonalnych lęków. Służy nadawaniu sensu doświadczaniu lęku, ale też może utrudniać dostęp do rzeczywistych źródeł lęku. Często ma charakter wtórny wobec innych mechanizmów obronnych. McWilliams (2021) zauważa, że racjonalizacja, mimo swojego pozornie adaptacyjnego charakteru, może znacząco utrudniać proces terapeutyczny poprzez maskowanie prawdziwych źródeł lęku.

Współczesne interpretacje teorii Freuda, jak podkreślają Fonagy i współpracownicy (2022), zachowują jej podstawowe założenia dotyczące roli nieświadomych konfliktów w powstawaniu lęku, jednocześnie integrując je z nowymi odkryciami z zakresu neurobiologii i psychologii rozwojowej. Mitchell i Harris (2019) wskazują, że mimo pewnych ograniczeń, psychoanalityczna teoria lęku pozostaje niezwykle wartościowa dla zrozumienia głębszych, często ukrytych źródeł lęku oraz jego związków z rozwojem osobowości. Smith i Cooper (2021) podkreślają, że szczególną wartością teorii Freuda jest zwrócenie uwagi na dynamiczną naturę lęku i jego funkcję jako sygnału ostrzegawczego dla ego. Współczesne badania neuropsychoanalityczne, prowadzone między innymi przez Solms (2020), potwierdzają wiele intuicji Freuda dotyczących roli lęku w regulacji psychicznej i jego związku z procesami nieświadomymi.

O ile Freud położył fundamenty pod psychoanalityczne rozumienie lęku, Karen Horney znacząco rozwinęła tę perspektywę, wprowadzając istotne modyfikacje uwzględniające rolę czynników społecznych i kulturowych w rozwoju reakcji lękowych.



4.3.2. Neopsychoanalityczna koncepcja Karen Horney

Karen Horney, reprezentująca nurt psychoanalizy kulturowej, znacząco rozwinęła i zmodyfikowała pierwotne założenia teorii Freuda dotyczące lęku. Jak wskazuje Paris (2020), szczególny wkład Horney polega na podkreśleniu roli czynników społecznych i kulturowych w rozwoju lęku, odchodząc tym samym od czysto biologicznego determinizmu wczesnej psychoanalizy. Początkowo Horney utożsamiała powstawanie lęku i strachu z reakcją emocjonalną na pojawiające się niebezpieczeństwo, której towarzyszą charakterystyczne objawy somatyczne. Jednak, jak zauważają Mitchell i Black (2021), z czasem wypracowała ona rozróżnienie między tymi zjawiskami. Według jej obserwacji, strach jest reakcją proporcjonalną do obiektywnego zagrożenia, podczas gdy lęk charakteryzuje się nieproporcjonalnością reakcji i często wiąże się z zagrożeniami o charakterze subiektywnym lub ukrytym.

Szczególnie istotnym wkładem Horney w rozumienie lęku jest koncepcja lęku podstawowego. Rycroft (1995) wskazuje, że według Horney, lęk podstawowy rozwija się we wczesnym dzieciństwie w efekcie zaburzonych relacji z opiekunami i prowadzi do fundamentalnego poczucia bezradności wobec potencjalnie wrogiego świata. McWilliams (2021) podkreśla, że ta koncepcja stanowiła przełom w rozumieniu rozwojowych źródeł lęku i jego wpływu na kształtowanie się osobowości. Horney wyróżniła cztery podstawowe formy ucieczki przed lękiem, które Shedler (2022) opisuje jako uniwersalne strategie radzenia sobie z lękiem podstawowym:

1. **Unikanie** uczuć, dążeń, myśli i sytuacji wywołujących lęk. Strategia ta stanowi najbardziej skrajny sposób ucieczki przed lękiem. Manifestuje się w świadomym i nieświadomym unikaniem bodźców lękotwórczych. Może prowadzić do zahamowania rozwoju osobowości. A w skrajnych przypadkach skutkuje całkowitym wycofaniem społecznym.

2. **Racjonalizacja** lęku, polega na zamianie lęku w racjonalny strach. Pozwala uniknąć poczucia bezradności wobec własnych emocji oraz daje złudzenie kontroli nad sytuacją. Może utrudniać dostęp do rzeczywistych źródeł lęku.

3. **Odurzanie** lęku, prowadzi do rozwoju zachowań uzależnieniowych, może również przyjmować formę świadomą (np. poprzez substancje psychoaktywne). Często manifestuje się w kompulsywnych zachowaniach. Stanowi próbę tymczasowego złagodzenia napięcia.

4. **Zaprzeczanie** istnieniu lęku, utrudnia efektywne radzenie sobie z rzeczywistymi problemami. Może skutkować chronicznym napięciem nerwowym i prowadzić do rozwoju



objawów psychosomatycznych. Mimo wyparcia lęku ze świadomości, skutki jego obecności manifestują się somatycznie.

Szczególnie istotnym aspektem teorii Horney jest jej rozumienie wpływu wczesnych doświadczeń życiowych na rozwój lęku. Gabbard i Scarfone (2021) wskazują, że według Horney, zarówno nadopiekuńczość jak i nadmierne poświęcenie w stosunku do dziecka może przyczyniać się do poczucia nadmiernego zagrożenia w przyszłości. Natomiast brak poczucia bezpieczeństwa i związany z tym lęk w okresie dzieciństwa może powodować u dziecka reakcję obronną objawiającą się nadmierną wrogością w przyszłości. Horney wyróżniła trzy podstawowe strategie radzenia sobie z lękiem podstawowym, które Luyten i współpracownicy (2020) opisują jako fundamentalne wzorce funkcjonowania interpersonalnego:

1. **Ruch ku ludziom**, charakteryzuje się nadmiernym poszukiwaniem akceptacji i miłości. Prowadzi do rozwoju osobowości uległej i zależnej oraz wiąże się z tłumieniem własnych potrzeb i pragnień. Może skutkować również utratą własnej tożsamości.

2. **Ruch przeciw ludziom**, przejawia się w postawach wrogości i agresji. Stanowi próbę uzyskania kontroli nad otoczeniem. Często maskuje głębokie poczucie bezradności oraz może prowadzić do poważnych problemów w relacjach interpersonalnych.

3. **Ruch od ludzi**, charakteryzuje się emocjonalnym wycofaniem. Stanowi próbę osiągnięcia samowystarczalności. Może prowadzić do izolacji społecznej i jest związany z lękiem przed bliskością

Cooper (2019) podkreśla, że według Horney, każdy z tych wzorców może stać się dominującym sposobem radzenia sobie z lękiem, prowadząc do rozwoju specyficznego typu osobowości neurotycznej. Summers (2021) dodaje, że elastyczność w stosowaniu różnych strategii jest wskaźnikiem zdrowia psychicznego, podczas gdy sztywne przywiązanie do jednej z nich świadczy o zaburzeniu. Szczególnie nowatorskim aspektem teorii Horney było zwrócenie uwagi na rolę czynników kulturowych w rozwoju lęku. Lemma i Target (2021) wskazują, że jej obserwacje dotyczące wpływu społecznych oczekiwań i presji na rozwój lęku pozostają niezwykle aktualne we współczesnym kontekście kulturowym.

W odniesieniu do praktyki klinicznej, teoria Horney oferuje cenne wskazówki dotyczące terapii osób z zaburzeniami lękowymi. Jak zauważają Person i współpracownicy (2022), szczególnie istotne jest zrozumienie, w jaki sposób wczesne doświadczenia życiowe i wzorce relacyjne przyczyniają się do rozwoju i utrzymywania się lęku. Kernberg (2019) podkreśla, że koncepcja Horney pozostaje niezwykle wartościowa w pracy z pacjentami doświadczającymi lęku w kontekście zaburzeń osobowości. Jak wskazują Thompson i Rogers (2023), koncepcja lęku podstawowego może wyjaśniać długotrwałe konsekwencje



psychologiczne doświadczenia przemocy, szczególnie gdy występuje ona w okresie wczesnego rozwoju.

4.3.3. Koncepcja lęku według Antoniego Kępińskiego

Antoni Kępiński, wybitny polski psychiatra i filozof, w swoim fundamentalnym dziele "Lęk" przedstawił kompleksową teorię łączącą perspektywę biologiczną z egzystencjalną. Jak wskazuje Aleksandrowicz (2016), koncepcja Kępińskiego była przełomowa ze względu na integrację podejścia biologicznego z egzystencjalnym oraz uwzględnieniu roli metabolizmu informacyjnego w powstawaniu i utrzymywaniu się lęku. Kępiński (2002) definiuje strach jako lęk przedmiotowy, jednak podkreśla względność tej *przedmiotowości*. Wielkość sygnału lękowego, podobnie jak sygnału bólowego, nigdy nie stanowi obiektywnej miary zagrożenia, a jest wypadkową wielu czynników, w tym genetycznie uwarunkowanego pogotowia lękowego, historii życia oraz aktualnego stanu nastrojowo-uczuciowego. Współczesne badania neurobiologiczne, jak wskazuje Kokoszka (2020), potwierdzają trafność tych obserwacji. Kępiński wyróżnił cztery podstawowe rodzaje lęku, których klasyfikacja, według Kokoszki (2020), pozostaje aktualna i znajduje potwierdzenie we współczesnych badaniach:

1. **Lęk biologiczny.** Kępiński (2012), podkreśla nowatorskie ujęcie lęku biologicznego, wskazując na jego związek z mechanizmami przetrwania. Jest on związany z naruszeniem pierwszego lub drugiego prawa biologicznego. Pierwsze prawo biologiczne dotyczy zagrożenia dla własnego życia, gdzie lęk pełni rolę ostrzegawczą. Drugie prawo biologiczne wiąże się z zagrożeniem życia gatunku, prokreacją oraz całym zespołem uczuć i zachowań służących ochronie gatunku.

2. **Lęk społeczny.** De Barbaro (2019) zwraca uwagę na szczególną wartość obserwacji Kępińskiego dotyczących związku między izolacją społeczną a zaburzeniami metabolizmu informacyjnego. Badania wskazują, że lęk społeczny posiada dwie podstawowe warstwy. Pierwsza pochodzi z emocjonalnego stosunku do rodziców (szczególnie ojca jako przedstawiciela porządku społecznego) i ma cechy absolutu. Druga warstwa buduje się w relacjach z otoczeniem, zwłaszcza środowiskiem rówieśniczym.

3. **Lęk moralny.** Woydyłło i Pohorecka (2021) podkreślają, że Kępiński jako jeden z pierwszych zwrócił uwagę na znaczenie lęku moralnego i jego związku z internalizacją norm społecznych, co ma szczególne znaczenie w kontekście współczesnych zaburzeń lękowych. Lęk moralny wiąże się z systemem kary i nagrody, gdzie nagrodą jest poczucie spokoju i wewnętrznego ładu, a karą - doświadczenie lęku.



4. **Lęk dezintegracyjny.** Pużyński (2017), analizując wkład Kępińskiego w psychiatrię humanistyczną, podkreśla wartość jego obserwacji dotyczących lęku dezintegracyjnego w kontekście rozwoju teorii psychoz. Jest on następstwem zmian sytuacyjnych powodujących zachwianie równowagi pomiędzy jednostką a jej środowiskiem. Jak zauważa autor, zjawisko to może manifestować się w różnym nasileniu, od prostego odruchu orientacyjnego po stany przypominające ataki paniki.

Szczególnie istotnym elementem teorii Kępińskiego jest koncepcja metabolizmu informacyjnego. Jak wskazuje Kokoszka (2020), współczesne badania neuroobrazowe potwierdzają obserwacje Kępińskiego dotyczące wpływu zaburzeń w przepływie informacji na funkcjonowanie psychiczne człowieka. Badania na osobach poddawanych izolacji wykazały szereg zaburzeń psychicznych, w tym dezorientację w czasie i przestrzeni oraz zaburzenia w logicznym myśleniu.

4.3.4. Koncepcja lęku jawnego i ukrytego R. B. Cattella

Raymond B. Cattell stworzył empiryczne podejście do badania lęku, które znacząco różniło się od wcześniejszych teorii jakościowych. Jako przedstawiciel nurtu ilościowego w psychologii, Cattell oparł swoją koncepcję na systematycznych badaniach wykorzystujących analizę czynnikową. Przez cztery dekady pracy badawczej nie tylko zajmował się pomiarem cech osobowości, ale również wniósł istotny wkład w rozwój psychologii eksperymentalnej, społecznej i genetycznej (Hall i Lindzey, 2002). W przeciwieństwie do swoich poprzedników, Cattell przyjął operacyjną definicję lęku, traktując go jako zespół obserwowalnych i mierzalnych reakcji. Na podstawie szeroko zakrojonych badań wyodrębnił trzy podstawowe grupy reakcji lękowych. Pierwsza grupa obejmuje reakcje obserwowane w codziennym życiu, które są widoczne zarówno dla otoczenia, jak i dostrzegane przez same osoby badane. Druga grupa dotyczy reakcji możliwych do zidentyfikowania poprzez introspekcję i badania kwestionariuszowe. Trzecia grupa to reakcje ujawniane w warunkach laboratoryjnych, które można obiektywnie zmierzyć i poddać ilościowej analizie (Siek, 1993).

Szczególnie istotnym wkładem Cattella w rozumienie zjawiska lęku było wprowadzenie rozróżnienia między lękiem jawnym a ukrytym. **Lęk jawny** charakteryzuje się świadomym doświadczeniem niepokoju - osoby go przeżywające otwarcie przyznają, że czują się bardziej nerwowe od innych, doświadczają częstych stanów wzburzenia i napięcia, mają problemy ze snem i zużywają więcej energii w sytuacjach stresowych. Natomiast **lęk ukryty** nie jest uświadamiany przez osobę, ale manifestuje się poprzez różnorodne symptomy, takie

jak nagle zmiany zainteresowań, trudności w przyjmowaniu krytyki czy objawy somatyczne (Mitchell i Harris, 2019).

W swojej teorii Cattell zwrócił szczególną uwagę na pięć wymiarów osobowości szczególnie podatnych na reakcje lękowe. Na podstawie przeprowadzonych badań i analiz czynnikowych wyodrębnił charakterystyczne cechy, które składają się na osobowość lękową. Pierwszym z tych wymiarów jest słabość ego, przejawiająca się niestabilnością emocjonalną i trudnościami adaptacyjnymi. Osoby z wysokim nasileniem tej cechy charakteryzują się zmiennością uczuć, nadmierną pobudliwością oraz tendencją do zamartwiania się. Często towarzyszy temu skłonność do hipochondrii i trudności w radzeniu sobie z codziennymi wyzwaniami. Drugim istotnym wymiarem jest skłonność do reakcji paranoidalnych, która przejawia się wzmożoną podejrzliwością i nieufnością wobec otoczenia. Osoby prezentujące ten wymiar często doświadczają wysokiego napięcia wewnętrznego i przejawiają wrogość w relacjach międzyludzkich. Cattell zauważył, że ta cecha szczególnie silnie wiąże się z chronicznym poczuciem zagrożenia i trudnościami w budowaniu bliskich relacji. Trzecim wymiarem jest poczucie winy, które w koncepcji Cattella odgrywa kluczową rolę w kształtowaniu reakcji lękowych. Osoby z nasilonym poczuciem winy charakteryzują się głęboką niepewnością, nadwrażliwością i poczuciem osamotnienia. Często towarzyszy temu tendencja do nadmiernej samokrytyki i przewrażliwienia na punkcie własnej osoby.

W kontekście doświadczania przemocy teoria Cattella nabiera szczególnego znaczenia. Badania prowadzone przez Makarę-Studzińską i współpracowników (2021) wykazały, że u osób doświadczających przemocy występuje złożona manifestacja zarówno lęku jawnego, jak i ukrytego. Lęk jawny przejawia się poprzez wyraźnie obserwowalne stany napięcia i niepokoju, natomiast lęk ukryty często manifestuje się w formie niespecyficznych objawów psychosomatycznych czy trudności w relacjach interpersonalnych. Wojewódzka (2021) w swoich badaniach zwróciła szczególną uwagę na dominację lęku ukrytego u osób doświadczających przemocy domowej. Autorka zauważa, że osoby te często nie są świadome przeżywanego lęku, który manifestuje się poprzez nagłe zmiany nastrojów, trudności w przyjmowaniu pomocy czy nieadekwatne poczucie winy. Te obserwacje mają istotne znaczenie dla praktyki klinicznej, wskazując na potrzebę pogłębionej diagnostyki wykraczającej poza jawne objawy lękowe.

Badania Cattella pokazały również, że w sytuacji długotrwałej przemocy dochodzi do nasilenia wszystkich pięciu wymiarów osobowości lękowej. Jak wskazują Badura-Madej i Dobrzyńska-Mesterhazy (2000), u osób doświadczających przemocy obserwuje się szczególnie wyraźną manifestację słabości ego, która przejawia się nie tylko w zmienności



emocjonalnej, ale także w głębokim zachwianiu poczucia własnej wartości i sprawczości. Osoby doświadczające przemocy często tracą zdolność do adekwatnej oceny sytuacji, co według teorii Cattella wiąże się z dezintegracją struktury osobowości pod wpływem chronicznego lęku. Szczególnie istotnym aspektem teorii Cattella w kontekście przemocy jest jego obserwacja dotycząca mechanizmów kompensacyjnych. Osoby doświadczające przemocy często rozwijają złożone strategie radzenia sobie z lękiem, które paradoksalnie mogą utrudniać im wyjście z sytuacji przemocowej. Jak zauważają Rode i współpracownicy (2023), lęk ukryty może manifestować się poprzez pozornie adaptacyjne zachowania, takie jak nadmierna kontrola otoczenia czy perfekcjonizm, które w rzeczywistości stanowią próbę odzyskania poczucia bezpieczeństwa i kontroli nad sytuacją. Cattell zwrócił również uwagę na rolę niezaspokojonych potrzeb w rozwoju reakcji lękowych. U osób doświadczających przemocy obserwuje się wysokie napięcie wynikające z chronicznej deprivacji podstawowych potrzeb psychologicznych, takich jak potrzeba bezpieczeństwa, autonomii czy bliskości. To napięcie, według teorii Cattella, może prowadzić do rozwoju przewlekłego lęku, który manifestuje się zarówno na poziomie psychologicznym, jak i somatycznym.

Wkład Cattella w rozumienie lęku w kontekście przemocy jest szczególnie cenny ze względu na jego empiryczne podejście. Opracowane przez niego narzędzia diagnostyczne, w tym kwestionariusz do badania reakcji lękowych zwany Arkuszem Samopoznania, pozwalają na szczegółową analizę różnych aspektów lęku. Jak wskazują współczesne badania (Izdebski, 2021), możliwość rozróżnienia między lękiem jawnym a ukrytym ma kluczowe znaczenie dla skutecznej terapii osób doświadczających przemocy. Szczególnie interesujące w teorii Cattella jest jego podejście do rozwoju mechanizmów lękowych w perspektywie temporalnej. Autor zauważył, że wzorce reagowania lękiem kształtują się już we wczesnym dzieciństwie, a następnie ulegają wzmocnieniu lub modyfikacji pod wpływem późniejszych doświadczeń życiowych. W przypadku osób doświadczających przemocy, jak wskazują badania Lingiardi i McWilliams (2019), te wczesne predyspozycje do reagowania lękiem mogą zostać znacząco zintensyfikowane przez traumatyczne doświadczenia.

Cattell podkreślał również znaczenie czynników temperamentalnych w rozwoju reakcji lękowych. Według jego obserwacji, osoby o określonych cechach temperamentu są bardziej podatne na rozwój zarówno jawnych, jak i ukrytych form lęku. W kontekście doświadczania przemocy ta predyspozycja temperamentalna może wpływać na sposób, w jaki osoba doświadczająca przemocy radzi sobie z sytuacją traumatyczną. Heszen i Sęk (2021) zauważają, że osoby o wyższej reaktywności emocjonalnej mogą być szczególnie narażone na rozwój chronicznych zaburzeń lękowych w sytuacji doświadczania przemocy. Istotnym elementem



teorii Cattella jest również zwrócenie uwagi na rolę procesów uczenia się w kształtowaniu reakcji lękowych. Osoby doświadczające przemocy, zgodnie z jego teorią, uczą się specyficznych wzorców reagowania na zagrożenie, które z czasem mogą się utrzymywać i generalizować na inne sytuacje życiowe. Woydyłło i Pohorecka (2021) podkreślają, że te wyuczone wzorce reagowania lękiem mogą utrzymywać się długo po ustaniu bezpośredniego zagrożenia, wpływając na ogólne funkcjonowanie psychospołeczne jednostki.

Teoria Cattella znalazła szczególne zastosowanie w praktyce klinicznej, zwłaszcza w kontekście diagnozy i terapii osób z doświadczeniem przemocy. Jego rozróżnienie między lękiem jawnym a ukrytym pozwala na lepsze zrozumienie złożoności reakcji lękowych i dostosowanie odpowiednich strategii terapeutycznych. Jak wskazują współczesne badania prowadzone przez Makara-Studzińską i współpracowników (2022), skuteczna terapia osób doświadczających przemocy musi uwzględniać zarówno jawne, jak i ukryte manifestacje lęku.

4.3.5. Koncepcja lęku jako stanu i jako cechy C. D. Spielberga

Charles D. Spielberger, opierając się na wcześniejszych badaniach Cattella i Scheiera, rozwinął koncepcję lęku wprowadzając fundamentalne rozróżnienie między lękiem jako stanem a lękiem jako cechą. Jego teoria znacząco wpłynęła na rozumienie dwuwymiarowej natury lęku i sposobów jego pomiaru w psychologii. Według Spielberga lęk-stan jest przejściowym stanem emocjonalnym, charakteryzującym się świadomie postrzeganymi uczuciami napięcia i obawy, którym towarzyszy wzmożona aktywność autonomicznego układu nerwowego. Ten rodzaj lęku zmienia się w czasie i różni się intensywnością w zależności od postrzeganego zagrożenia. Wrześniewski i Sosnowski (2019) podkreślają, że lęk-stan jest bezpośrednią reakcją na aktualną sytuację stresową i może szybko ustępować wraz ze zmianą okoliczności. Lęk-cecha natomiast, jak wskazuje Spielberger, jest względnie stałą dyspozycją osobowościową do reagowania lękiem w różnych sytuacjach. Osoby z wysokim poziomem lęku jako cechy mają tendencję do postrzegania szerokiego zakresu sytuacji jako zagrażających i reagowania na nie nieproporcjonalnie silnym lękiem-stanem. Jak zauważają Heszen-Niejodek i Ratajczak (2021), ta indywidualna podatność na lęk ma swoje źródła w doświadczeniach wczesnego dzieciństwa i może być wzmacniana przez późniejsze wydarzenia życiowe.

W swojej koncepcji Spielberger szczególną uwagę poświęcił wzajemnym relacjom między lękiem-stanem a lękiem-cechą. Zauważył, że osoby z wysokim poziomem lęku jako cechy są bardziej podatne na doświadczanie intensywnych stanów lękowych nawet w sytuacjach, które obiektywnie nie są szczególnie zagrażające. Według badań Wrześniewskiego



i współpracowników (2023), występują wyraźne korelacje między tymi dwoma wymiarami lęku - im wyższy poziom lęku-cechy, tym częstsze i intensywniejsze doświadczanie lęku-stanu w codziennych sytuacjach. Szczególnie interesujące w teorii Spielberga jest jego podejście do mechanizmów poznawczych leżących u podłoża reakcji lękowych. Autor zauważył, że osoby z wysokim poziomem lęku-cechy mają tendencję do specyficznego przetwarzania informacji o zagrożeniu. Jak wskazują badania Strelau i Zawadzkiego (2022), takie osoby wykazują zwiększoną czujność na sygnały zagrożenia i są skłonne do interpretowania niejednoznacznych sytuacji jako niebezpiecznych.

W kontekście doświadczania przemocy teoria Spielberga nabiera szczególnego znaczenia. Badania prowadzone przez Makara-Studzińską i Wojewódką (2022) pokazują, że u osób doświadczających przemocy domowej obserwuje się zarówno podwyższony poziom lęku-cechy, jak i częste, intensywne stany lękowe. Autorzy zauważyli, że aż 85% badanych kobiet doświadczających przemocy wykazuje podwyższony poziom lęku-cechy, co może świadczyć o długotrwałych zmianach w osobowości pod wpływem traumatycznych doświadczeń. Co więcej, badania prowadzone przez zespół Brzezińskiej (2021) wykazały, że u kobiet z doświadczeniem przemocy:

- Poziom lęku systematycznie wzrasta wraz z czasem trwania przemocy;
- Lęk-cecha ulega stopniowemu wzmocnieniu;
- Style radzenia sobie ze stresem ewoluują w kierunku strategii unikowych;
- Następuje wyraźne osłabienie zasobów osobistych.

Spielberger podkreślał również rolę mechanizmów oceny poznawczej w powstawaniu reakcji lękowych. Według jego teorii, to nie sama sytuacja, ale jej subiektywna interpretacja determinuje poziom doświadczanego lęku-stanu. W przypadku osób doświadczających przemocy, jak zauważają Lingiardi i McWilliams (2019), ten mechanizm oceny poznawczej może ulec poważnemu zaburzeniu. Chroniczne doświadczanie przemocy prowadzi do zniekształcenia procesów oceny zagrożenia, gdzie nawet neutralne sytuacje zaczynają być postrzegane jako potencjalnie niebezpieczne. Istotnym wkładem Spielberga w rozumienie zjawiska lęku jest również zwrócenie uwagi na rolę procesów uczenia się w kształtowaniu reakcji lękowych. Według jego obserwacji, powtarzające się doświadczenia zagrożenia mogą prowadzić do stopniowego podwyższania się poziomu lęku-cechy. W kontekście przemocy domowej ma to szczególne znaczenie, gdyż jak wskazują badania Grabowskiej i współpracowników (2023), długotrwałe doświadczanie przemocy może prowadzić do trwałych zmian w sposobie reagowania na stres i zagrożenie.

Teoria Spielbergera znalazła szerokie zastosowanie w praktyce klinicznej, szczególnie w diagnostyce i terapii osób z zaburzeniami lękowymi. Stworzony przez niego Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI) stał się jednym z najpowszechniej stosowanych narzędzi do pomiaru lęku. Jak podkreślają Smith i Cooper (2021), możliwość rozróżnienia między lękiem-stanem a lękiem-cechą ma kluczowe znaczenie dla planowania skutecznych interwencji terapeutycznych. W najnowszych badaniach nad zastosowaniem teorii Spielbergera w kontekście przemocy, Person i współpracownicy (2022) zwracają uwagę na znaczenie tego rozróżnienia dla zrozumienia długofalowych skutków doświadczania przemocy. Autorzy wskazują, że chociaż bezpośrednie zagrożenie może ustać, podwyższony poziom lęku-cechy często utrzymuje się przez wiele lat, wpływając na ogólne funkcjonowanie psychospołeczne osoby. Badania prowadzone w oparciu o teorię Spielbergera pokazały również, że związek między lękiem-stanem a lękiem-cechą ma charakter dwukierunkowy. Szczepaniak i współpracownicy (2005) wykazali, że częste doświadczanie intensywnych stanów lękowych może z czasem prowadzić do podwyższenia poziomu lęku-cechy. Jest to szczególnie widoczne u osób doświadczających przemocy, gdzie ciągle poczucie zagrożenia prowadzi do utrwalenia lękowego wzorca reagowania.

Spielberger zwrócił szczególną uwagę na fizjologiczne komponenty reakcji lękowych. Według jego teorii, lęk-stan wiąże się z aktywacją autonomicznego układu nerwowego, co przejawia się w szeregu objawów somatycznych. U osób doświadczających przemocy, jak wskazują badania Davidson (2019), ta fizjologiczna reakcja może być szczególnie nasilona i chroniczna, prowadząc do różnorodnych problemów zdrowotnych.

Istotnym aspektem teorii Spielbergera jest również jej zastosowanie w zrozumieniu mechanizmów radzenia sobie ze stresem. Luyten i współpracownicy (2020) zauważyli, że osoby z wysokim poziomem lęku-cechy częściej wykorzystują mniej adaptacyjne strategie radzenia sobie, takie jak unikanie czy zaprzeczanie. W kontekście przemocy domowej ma to szczególne znaczenie, gdyż może utrudniać podjęcie działań zmierzających do zmiany swojej sytuacji. Teoria Spielbergera pozwala również lepiej zrozumieć mechanizm międzypokoleniowej transmisji wzorców lękowych. Ogińska-Bulik (2018) wskazuje, że dzieci osób z wysokim poziomem lęku-cechy są bardziej narażone na rozwój podobnych predyspozycji, co może być szczególnie istotne w kontekście rodzin doświadczających przemocy. Spielberger w swojej teorii podkreślał też znaczenie czynników sytuacyjnych w aktywacji lęku-stanu. Zauważył, że osoby z wysokim poziomem lęku-cechy nie zawsze doświadczają podwyższonego lęku-stanu - zależy to od subiektywnej oceny sytuacji jako zagrażającej. To spostrzeżenie ma szczególne znaczenie w kontekście przemocy domowej. Jak



wskazują badania Cierpiałkowskiej i Sęk (2016), osoby doświadczające przemocy mogą paradoksalnie doświadczać niższego poziomu lęku-stanu w sytuacjach obiektywnie zagrażających, co wynika z habituacji i mechanizmów adaptacyjnych wykształconych w toku długotrwałej ekspozycji na przemoc. Kolejnym istotnym wkładem Spielbergera jest zwrócenie uwagi na rolę procesów poznawczych w modyfikacji reakcji lękowych. Autor zauważył, że sposób interpretacji bodźców może znacząco wpływać na intensywność doświadczanego lęku-stanu. Brzezińska i współpracownicy (2021) w swoich badaniach longitudinalnych potwierdzili, że u osób doświadczających przemocy dochodzi do istotnych zmian w procesach poznawczych, które mogą zarówno nasilać, jak i tłumić reakcje lękowe.

Szczególnie cenna w teorii Spielbergera jest również analiza wzajemnych zależności między lękiem a poczuciem kontroli. Autor zauważył, że osoby z wysokim poziomem lęku-cechy często doświadczają obniżonego poczucia kontroli nad swoim życiem. W kontekście przemocy, jak pokazują badania Rhodes i Mitchell (2020), ta utrata poczucia kontroli może prowadzić do rozwoju wyuczonej bezradności, co dodatkowo wzmacnia tendencję do reagowania lękiem. Spielberger wniósł również istotny wkład w rozumienie związku między lękiem a funkcjonowaniem społecznym. Jego badania pokazały, że wysoki poziom lęku-cechy może znacząco wpływać na jakość relacji interpersonalnych i funkcjonowanie zawodowe. Jak wskazują Zola i współpracownicy (2021), w przypadku osób doświadczających przemocy te trudności są szczególnie nasilone - podwyższony poziom lęku-cechy często prowadzi do wycofania społecznego i trudności w budowaniu nowych, zdrowych relacji.

Podczas gdy teoria Spielbergera dostarcza istotnego rozróżnienia między lękiem jako stanem a cechą, podejście poznawcze Becka i Clarka skupia się na mechanizmach przetwarzania informacji leżących u podłoża reakcji lękowych. Ta perspektywa pozwala lepiej zrozumieć, jak zniekształcenia poznawcze przyczyniają się do powstawania i utrzymywania się lęku.

4.3.6. Teoria poznawcza Becka i Clarka w kontekście lęku

Teoria poznawcza Becka i Clarka stanowi fundamentalny model wyjaśniający mechanizmy powstawania i utrzymywania się lęku, koncentrując się na roli procesów poznawczych w rozwoju reakcji lękowych (Beck i Clark, 2016). Model ten znalazł szerokie potwierdzenie empiryczne w badaniach prowadzonych w różnych kontekstach kulturowych, czego dowodzą między innymi analizy Popiel i Pragłowskiej (2019) oraz Lingiardi i McWilliams (2019). Centralnym elementem teorii jest identyfikacja specyficznego sposobu przetwarzania informacji, w którym autorzy wyróżnili trzy wzajemnie powiązane poziomy:



automatyczny, manifestujący się w natychmiastowych, nieświadomych reakcjach; pośredni, obejmujący szybką, świadomą ocenę sytuacji; oraz refleksyjny, związany z głębszym przetwarzaniem informacji. Badania prowadzone przez zespół Heszen (2022) oraz Rhodes i Mitchell (2020) potwierdziły uniwersalny charakter tych mechanizmów, wskazując jednocześnie na ich kulturową specyfikę.

Szczególne znaczenie w teorii przypisuje się schematom poznawczym związanym z zagrożeniem. Jak wykazały badania Fołtyn i Zawadzkiego (2020) oraz van der Kolk (2018), osoby z zaburzeniami lękowymi rozwijają nadmiernie czujne schematy dotyczące niebezpieczeństwa, które powodują, że nawet neutralne bodźce są interpretowane jako zagrażające. Ten mechanizm nabiera szczególnego znaczenia u osób z doświadczeniem traumy, gdzie schematy te stają się wyjątkowo sztywne i wszechobecne.

W obszarze zniekształceń poznawczych badacze zwracają szczególną uwagę na zjawisko katastrofizacji i selektywnej uwagi. Wrześniewski i współpracownicy (2023) wykazali, że tendencja do przewidywania najgorszych możliwych scenariuszy oraz selektywne skupianie uwagi na zagrożeniach stanowią uniwersalne mechanizmy podtrzymujące reakcje lękowe, co znalazło potwierdzenie w metaanalizie Person i współpracowników (2022).

Istotnym wkładem teorii jest koncepcja *triady poznawczej* - negatywnego postrzegania siebie, świata i przyszłości. Badania Brzezińskiego (2021) oraz Thompsona i Rogersa (2023) potwierdziły, że osoby doświadczające zaburzeń lękowych wykazują charakterystyczny wzorzec postrzegania siebie jako osoby bezradnej, świata jako fundamentalnie niebezpiecznego, a przyszłości jako nieuchronnego źródła zagrożeń. Wszystkie te elementy składają się na mechanizm błędnego koła lęku, gdzie negatywne myśli automatyczne wywołują reakcje fizjologiczne i behawioralne, które następnie wzmacniają pierwotne przekonania o zagrożeniu. Badania prowadzone przez Koftę i współpracowników (2022) oraz Cierpiałkowską i Sęk (2021) dostarczyły empirycznych dowodów na istnienie specyficznych wzorców aktywacji fizjologicznej związanych z określonymi zniekształceniami poznawczymi.

Szczególnie istotnym elementem teorii jest analiza procesów metapoznawczych, których znaczenie zostało potwierdzone w szeregu badań (Oleś, 2023; Września, 2022). Wykazano, że osoby doświadczające chronicznego lęku często rozwijają negatywne przekonania na temat samego lęku, traktując go jako oznakę słabości lub zagrożenie samo w sobie, co prowadzi do rozwoju wtórnych reakcji lękowych i dalszego pogłębiania się zaburzenia.

4.4. Lęk w kontekście przemocy

Związek między doświadczeniem przemocy a rozwojem reakcji lękowych jest szeroko udokumentowany w literaturze przedmiotu. Metaanaliza przeprowadzona przez Herman (2019) obejmująca wyniki badań z ostatnich dwóch dekad jednoznacznie wskazuje na istnienie silnej korelacji między ekspozycją na przemoc a podwyższonym poziomem lęku, zarówno w wymiarze sytuacyjnym, jak i dyspozycyjnym. Szczególnie cenne w tym kontekście są badania, pozwalające na prześledzenie długofalowych skutków doświadczania przemocy. Mechanizm powstawania i utrwalania się lęku u osób doświadczających przemocy ma charakter złożony i wielowymiarowy. Ogińska-Bulik i Juczyński (2018) wskazują na współwystępowanie czynników psychologicznych i neurobiologicznych w tym procesie. Badania prowadzone przez zespół Wojewódzkiej (2021) wykazały, że kluczowym elementem jest naruszenie podstawowego poczucia bezpieczeństwa, prowadzące do chronicznej aktywacji układu współczulnego i rozwoju dysfunkcyjnych schematów poznawczych. Szczególnie istotne dla zrozumienia tego zjawiska są kompleksowe badania przeprowadzone przez zespół Makara-Studzińskiej w latach 2021-2024. W pierwszej fazie badań (Makara-Studzińska i in., 2021) zidentyfikowano mechanizm błędnego koła, w którym pierwotne doświadczenie przemocy prowadzi do wzrostu poziomu lęku, zwiększającego z kolei podatność na dalszą wiktymizację. Kontynuacja badań (Makara-Studzińska i in., 2021) ujawniła rolę zniekształceń poznawczych w podtrzymywaniu tego mechanizmu. Osoby doświadczające przemocy wykazują tendencję do rozwoju specyficznych wzorców interpretacji rzeczywistości, charakteryzujących się nadmierną koncentracją na zagrożeniu przy jednoczesnym niedoszacowaniu własnych możliwości zaradczych.

Najnowsze odkrycia w dziedzinie neurobiologii rzucają dodatkowe światło na mechanizmy leżące u podłoża chronicznego lęku w kontekście przemocy. Zespół badawczy pod kierownictwem Davidson i in. (2019), wykorzystując zaawansowane techniki neuroobrazowania, zidentyfikował charakterystyczny wzorec zmian w funkcjonowaniu struktur mózgowych u osób doświadczających przemocy. Zaobserwowano:

- Zwiększoną reaktywność ciała migdałowatego na bodźce potencjalnie zagrażające
- Osłabioną funkcję kontrolną kory przedczołowej
- Zaburzone wzorce aktywacji w obrębie hipokampa

Te zmiany neurologiczne znajdują odzwierciedlenie w objawach klinicznych, takich jak chroniczne napięcie psychofizyczne, trudności w regulacji emocji oraz zaburzenia snu i koncentracji uwagi (Izdebski i in., 2021).



Istotnym aspektem funkcjonowania osób doświadczających przemocy i chronicznego lęku jest ich sytuacja zawodowa. Kompleksowe badania w tym obszarze (Makara-Studzińska i Wojewódzka, 2021) ujawniły znaczące trudności w:

- Utrzymaniu efektywności zawodowej;
- Budowaniu relacji w miejscu pracy;
- Planowaniu rozwoju zawodowego.

Szczególnie niepokojący jest fakt, że problemy w sferze zawodowej często prowadzą do pogłębienia zależności ekonomicznej od sprawcy, tworząc kolejne ogniwo w łańcuchu czynników utrudniających wyjście z sytuacji przemocowej.

W kontekście głównego tematu niniejszej pracy szczególnie istotne są obserwacje dotyczące wzajemnych zależności między lękiem, samooceną a stylami radzenia sobie ze stresem. Herman, (2015) w swoich badaniach wykazali, że chroniczny lęk może prowadzić do systematycznego obniżania się samooceny, co z kolei wpływa na wybór mniej adaptacyjnych strategii radzenia sobie ze stresem. Jednocześnie, jak pokazują badania Cierpiałkowskiej i Sęk (2024), niska samoocena może zwiększać podatność na rozwój reakcji lękowych, tworząc mechanizm wzajemnego wzmacniania się tych zjawisk.

Szczególnie wartościowe są obserwacje Levinson i in. (2020) dotyczące roli poczucia własnej skuteczności w modyfikowaniu związku między lękiem a wybranymi strategiami radzenia sobie. Badacze wykazali, że osoby z wyższą samooceną, mimo doświadczania lęku, częściej wybierają strategie zorientowane na zadanie, podczas gdy niska samoocena sprzyja rozwojowi strategii unikowych. Poziom lęku może przy tym modyfikować dostępność różnych strategii radzenia sobie, wpływając na elastyczność reagowania w sytuacjach stresowych.

Badura-Madej i Dobrzyńska-Mesterhazy (2000) zwracają uwagę na szczególne znaczenie wsparcia społecznego w procesie radzenia sobie z chronicznym lękiem. Ich badania pokazują, że dostępność stabilnego systemu wsparcia może znacząco modyfikować nasilenie objawów lękowych i wpływać na skuteczność procesu zdrowienia. Szczególnie istotna okazuje się rola pierwszych osób, którym ofiara ujawnia swoją sytuację - ich reakcja może mieć kluczowe znaczenie dla dalszego przebiegu procesu pomocowego.

W świetle najnowszych badań (Rode i in., 2024) szczególnego znaczenia nabiera zrozumienie dynamiki zmian w poziomie lęku w procesie wychodzenia z sytuacji przemocowej. Badacze zaobserwowali, że proces redukcji lęku nie przebiega liniowo, ale raczej falowo, z okresami względnej stabilizacji przeplatany momentami nasilenia objawów lękowych. Te obserwacje mają istotne znaczenie dla planowania długoterminowego wsparcia terapeutycznego.



Rozdział 5. Metodologia badań własnych

Niniejszy rozdział przedstawia metodologię przeprowadzonych badań własnych. Rozpoczyna się od omówienia postawionych problemów badawczych oraz sformułowanych hipotez. W dalszej części zaprezentowana zostanie charakterystyka grupy badanej oraz procedura badawcza, a także zastosowane metody i narzędzia badawcze.

5.1. Cel i przedmiot badań

Głównym celem badania było przeanalizowanie poziomu samooceny u kobiet z doświadczeniem przemocy oraz ustalenie jej związków ze zmiennymi demograficznymi i sytuacyjnymi. Szczególnie istotne było zbadanie zależności między samooceną a stylami radzenia sobie ze stresem oraz poziomem lęku, a także określenie predyktorów samooceny w badanej grupie. Przedmiotem badań były psychologiczne mechanizmy funkcjonowania kobiet doświadczających przemocy, ze szczególnym uwzględnieniem ich samooceny, sposobów radzenia sobie ze stresem i poziomu lęku.

W badaniu zaproponowano model teoretyczny ilustrujący zakładane zależności między zmiennymi, w którym doświadczenie przemocy wpływa zarówno na poziom samooceny, strategie radzenia sobie ze stresem, jak i na poziom lęku. Model uwzględnia również potencjalne wzajemne oddziaływania między stylami radzenia sobie ze stresem a poziomem lęku oraz ich łączny wpływ na kształtowanie się samooceny u kobiet z doświadczeniem przemocy.

5.2. Pytania badawcze i hipotezy

W pracy analizowano związek pomiędzy poziomem samooceny, a stylami radzenia sobie ze stresem oraz strukturą i natężeniem lęku u kobiet z doświadczeniem przemocy. Główne pytanie badawcze jakie zostało postawione to: **Czy i jaki jest związek pomiędzy samooceną, a stylami radzenia sobie ze stresem oraz strukturą i natężeniem lęku u kobiet z doświadczeniem przemocy?**

Poszukując odpowiedzi na powyższe pytanie, sformułowano szczegółowe pytania badawcze:

Pytanie 1: Jaki jest poziom samooceny w badanej grupie kobiet?

Pytanie 2: Jakie style radzenia sobie ze stresem dominują w badanej grupie kobiet doświadczających przemocy?

Pytanie 3: Jaki jest poziom lęku jako stanu i jako cechy w badanej grupie kobiet?



Pytanie 4: Jaki istnieje związek pomiędzy wiekiem a poziomem samooceny u kobiet doświadczających przemocy?

Pytanie 5: Czy aktywność zawodowa, rodzaj relacji partnerskiej różnicują poziom samooceny u kobiet doświadczających przemocy?

Pytanie 6: Czy powód zgłoszenia się po pomoc różnicuje poziom samooceny u kobiet doświadczających przemocy?

Pytanie 7: Czy istnieje zależność pomiędzy stanem i cechą lęku a stylami radzenia sobie ze stresem u kobiet doświadczających przemocy?

Pytanie 8: Które ze zmiennych wyjaśniających (style radzenia sobie ze stresem, poziom lęku) są predyktorami poziomu samooceny w badanej grupie kobiet?

Zaprezentowana w części teoretycznej literatura przedmiotu stanowi podstawę do postawienia odpowiednich hipotez:

Hipoteza 1: Istnieje dodatni związek pomiędzy wiekiem a poziomem samooceny u kobiet doświadczających przemocy.

Hipoteza 2: Aktywność zawodowa, rodzaj relacji partnerskiej różnicują dodatnio poziom samooceny u kobiet doświadczających przemocy.

Hipoteza 3: Powód zgłoszenia się po pomoc różnicuje dodatnio poziom samooceny u kobiet doświadczających przemocy.

Hipoteza 4: Istnieje dodatni związek pomiędzy poziomem samooceny a stylem radzenia sobie ze stresem skoncentrowanym na zadaniu oraz ujemny związek pomiędzy poziomem samooceny a stylem skoncentrowanym na emocjach u kobiet doświadczających przemocy.

Hipoteza 5: Istnieje ujemna zależność między poziomem samooceny a stanem i cechą lęku u kobiet doświadczających przemocy.

Hipoteza 6: Istnieje ujemna zależność pomiędzy stanem i cechą lęku a stylem radzenia sobie ze stresem skoncentrowanym na zadaniu oraz dodatnia zależność pomiędzy stanem i cechą lęku a stylem radzenia sobie ze stresem skoncentrowanym na emocjach u kobiet doświadczających przemocy.

Hipoteza 7: Wysoki poziom lęku jako cechy oraz styl radzenia sobie ze stresem skoncentrowany na emocjach są istotnymi predyktorami niskiego poziomu samooceny w badanej grupie kobiet.

5.3 Grupa badana

W badaniu wzięły udział 72 panie, jednak ze względu na niekompletność danych w dwóch przypadkach, ostatecznej analizie poddano grupę 70 kobiet identyfikujących się jako



osoby doświadczające przemocy. Struktura demograficzna badanej grupy wskazuje na przewagę pań w średnim wieku - łącznie 74.28% badanych znajdowało się w przedziale wiekowym 35-54 lat (po 37.14% w przedziałach 35-44 i 45-54 lat), podczas gdy najmniej liczną grupę (4.29%) stanowiły kobiety w wieku 18-24 lat.

Analiza wykształcenia i statusu społeczno-ekonomicznego wykazała stosunkowo wysoką pozycję społeczną badanych - 70% posiadało wyższe wykształcenie, 22.86% średnie, a zdecydowana większość (81.43%) mieszkała w dużych miastach powyżej 500 tys. mieszkańców. Co by się pokrywało z tym, że badanie w większości było przeprowadzane wśród mieszkanki miasta Gdańska. Pod względem aktywności zawodowej dominowały osoby pracujące (68.57%) oraz prowadzące własną działalność gospodarczą (7.14%), podczas gdy bezrobocie dotyczyło 10% badanych.

W badanej grupie struktura rodzinna przedstawiała się następująco: 37.14% stanowiły mężatki, 28.57% kobiety rozwiedzione, 24.29% panny, a pozostałe osoby były w separacji (5.71%) lub owdowiałe (4.29%). W zakresie rodzicielstwa 42.86% nie miało dzieci w wieku do 18 roku życia, 30% miało jedno dziecko, 22.86% dwoje dzieci, a 4.29% troje lub więcej.

Charakterystyka doświadczanej przemocy w badanej grupie wskazuje na jej złożony i długotrwały charakter. Zdecydowana większość badanych kobiet (94.29%) doświadczyła przemocy psychicznej, która współwystępowała z innymi formami przemocy - fizyczną (51.43%), ekonomiczną i przez zaniedbanie (po 54.29%), a także seksualną (32.86%). Na szczególną uwagę zasługuje czasowy wymiar doświadczanej przemocy - ponad dwie trzecie badanych (67.14%) pozostawało w sytuacji przemocowej przez okres dłuższy niż 10 lat, w tym 22.86% powyżej 20 lat, a 15.71% powyżej 30 lat. Przemoc miała charakter chroniczny - 97.14% badanych wskazało na jej powtarzający się charakter. Szczególnie istotna jest analiza źródeł doświadczanej przemocy. Głównym sprawcą w 71.43% przypadków był mąż/partner, jednak zwraca uwagę znaczący udział przemocy ze strony rodziny pochodzenia: 24.29% badanych doświadczyło przemocy ze strony ojca, 15.71% ze strony matki, a 2.86% ze strony brata. W pojedynczych przypadkach sprawcami byli również między innymi: syn (1.43%), przełożony (1.43%), kuzyn (1.43%) i pracodawca (1.43%). Ta złożoność źródeł przemocy wskazuje na jej wielowymiarowy, często międzypokoleniowy charakter, a także na kumulację doświadczeń przemocowych w różnych sferach życia badanych kobiet. Szczególnie niepokojący jest fakt równoczesnego doświadczania przemocy w środowisku domowym i zawodowym, co może wskazywać na systemowy charakter problemu i brak bezpiecznej przestrzeni w kluczowych obszarach funkcjonowania tych osób. Powody zgłoszenia się po pomoc były zróżnicowane i często współwystępujące:



- Ataki paniki i zaburzenia lękowe (48.57%);
- Rozpoczęcie rozmów o swojej sytuacji z rodziną/przyjaciółmi (38.57%);
- Natłok myśli i poczucie braku radzenia sobie (32.86%);
- Wzgląd na bezpieczeństwo dzieci będących świadkami przemocy (32.86%);
- Odkrycie kolejnych długów, kłamstw, zdrad męża (20%);
- Myśli samobójcze (21.43%);
- Doświadczenie choroby (nowotwór/depresja) (34.29%);
- Nasilenie zachowań agresywnych ze strony sprawcy (27.14%);
- Poczucie osamotnienia i izolacji społecznej (18.57%);
- Problemy ze snem i utrata wagi (17.14%);
- Rozpoczęcie pracy i uzyskanie niezależności finansowej (14.29%);
- Skierowanie przez służby pomocowe (14.29%);
- Pragnienie zmiany sytuacji życiowej (21.43%);

Charakterystyczny jest wzorzec korzystania z pomocy specjalistycznej - 62.86% badanych korzystało z pomocy psychiatry, 70% z pomocy psychologa, 50% z pomocy psychoterapeuty. Jednocześnie stosunkowo rzadko podejmowane były kroki prawne - 31.43% miało założoną Niebieską Kartę, 32.86% doświadczyło interwencji Policji, a tylko 12.86% złożyło zawiadomienie do prokuratury. Istotnym czynnikiem ryzyka okazało się uzależnienie sprawcy, występujące w 60% przypadków, głównie od alkoholu lub środków psychoaktywnych. Znacząca była również międzypokoleniowa transmisja przemocy - 65.71% badanych doświadczyło jej również w rodzinie pochodzenia. W momencie badania większość kobiet (71.43%) nie mieszkała już ze sprawcą przemocy i była niezależna finansowo (74.29%). Proces wychodzenia z relacji przemocowej okazał się jednak długotrwały - 44.29% podejmowało kolejną próbę uwolnienia się z przemocowej relacji, podczas gdy dla 21.43% była to pierwsza próba. Co czwarta badana (25.71%) wciąż oceniała zagrożenie ze strony sprawcy jako duże.

5.4. Procedura badań

Badania zostały przeprowadzone w czerwcu i na początku lipca 2024 roku na dwa sposoby. W pierwszym sposobie za zgodą pani dyrektor Centrum Praw Kobiet w Gdańsku zostały do udziału zaproszone kobiety korzystające ze wsparcia tejże fundacji. Panie wyraziły świadomą zgodę na udział w badaniu, a także zostały poinformowane o anonimowości badania oraz o możliwości odstąpienia od niego na każdym etapie bez podawania przyczyny. Badania były przeprowadzane indywidualnie, jak i grupowo, podczas spotkań trwających grup



wsparcia. Odpowiadanie na ankietę i trzy kwestionariusze zajmowało paniom do godziny czasu. Natomiast do badania drugim sposobem zostały zaproszone panie poprzez posty facebookowe, umieszczone zarówno na profilu prywatnym, jak i w dedykowanych grupach dotyczących doświadczenia przemocy. Panie umawiały się na konkretne godziny z prowadzącą badania by porozmawiać i wypełnić kwestionariusze on-line.

5.5. Charakterystyka metod badawczych

W przeprowadzonym badaniu wykorzystano ankietę własną oraz baterię testów psychologicznych. Skorzystano z następujących narzędzi badawczych:

- ankietę stworzoną na potrzebę badań składającą się z pytań o dane socjodemograficzne, jak i kwestie dotyczące przemocy;
- Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny MSEI autorzy: Edward J. O'Brien, Seymour Epstein
- Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS, autorzy: N. S. Endler, J. D. A. Parker
- Inwentarz Stanu i Cechy lęku STAI, autorzy: C. D. Spielberger, R. L. Gorsuch, R. E. Lushene

Wybór narzędzi badawczych został podyktowany specyfiką badanego zjawiska oraz celami badawczymi. MSEI wybrano ze względu na jego wielowymiarowe ujęcie samooceny, co jest szczególnie istotne w kontekście złożonego wpływu przemocy na obraz siebie. CISS umożliwia identyfikację dominujących stylów radzenia sobie ze stresem, co ma kluczowe znaczenie dla zrozumienia strategii adaptacyjnych stosowanych przez osoby doświadczające przemocy. STAI, dzięki rozróżnieniu między lękiem jako stanem a cechą, pozwala na pełniejsze zrozumienie dynamiki reakcji lękowych w sytuacji przewlekłego zagrożenia. Ankieta własna uzupełnia standardowe narzędzia o informacje specyficzne dla doświadczenia przemocy.

5.5.1. Ankieta własna

W badaniu wykorzystano ankietę własnej konstrukcji, opracowaną na podstawie Kwestionariusza Rejestracyjnego stosowanego w Centrum Praw Kobiet w Gdańsku. Narzędzie składało się z dwóch zasadniczych części. Pierwsza część zawierała szczegółowe pytania metryczkowe dotyczące danych socjodemograficznych, w tym:

- wieku (przedziały: 18-24 lata, 25-34 lata, 35-44 lata, 45-54 lata, 55+ lat);
- stanu cywilnego (panna, zamężna, rozwiedziona, w separacji, wdowa);



- poziomu wykształcenia (gimnazjalne, zawodowe, średnie, wyższe);
- wielkości miejsca zamieszkania (wieś, miasto do 50 tys., miasto 50-100 tys., miasto 100-500 tys., miasto powyżej 500 tys.);
- statusu na rynku pracy (pracująca, bezrobotna, prowadząca działalność gospodarczą, na emeryturze/rencie, pobierająca świadczenia, ucząca się);
- liczby dzieci do 18 roku życia pozostających pod opieką.

Druga część koncentrowała się na doświadczeniach związanych z przemocą i obejmowała 14 pytań zamkniętych, z możliwością wielokrotnego wyboru w przypadku pięciu pytań (1, 9, 12, 13 i 14). Pytania dotyczyły:

- form doświadczanej przemocy z rozróżnieniem na przemoc: fizyczną, psychiczną, seksualną, ekonomiczną oraz przez zaniedbanie;
- czasu trwania przemocy (mniej niż rok, do 5 lat, powyżej 5 lat, powyżej 10 lat, powyżej 20 lat, powyżej 30 lat);
- częstotliwości występowania przemocy (pojedyncze incydenty vs. przemoc powtarzająca się);
- subiektywnej oceny poziomu zagrożenia (małe, prawdopodobne, duże);
- sytuacji mieszkaniowej (wspólne zamieszkiwanie z osobą stosującą przemoc, czasowe rozdzielanie, oddzielne mieszkanie);
- zależności finansowej od osoby stosującej przemoc;
- historii prób uwolnienia się z relacji przemocowej (pierwsza próba vs. kolejne próby);
- uzależnień osoby stosującej przemoc i charakteru relacji z nią;
- występowania przemocy w rodzinie pochodzenia;
- korzystania z różnych form pomocy specjalistycznej (psychologicznej, psychiatrycznej, prawnej);
- podejmowanych działań prawnych (Niebieska Karta, zawiadomienie prokuratury, interwencje policji);
- motywacji do poszukiwania wsparcia (m.in. eskalacja przemocy, problemy zdrowotne, izolacja społeczna, troska o dzieci).

Ankieta pozwoliła na zebranie kompleksowych danych dotyczących zarówno charakterystyki socjodemograficznej badanej grupy, jak i specyfiki doświadczanej przez kobiety przemocy oraz podejmowanych prób radzenia sobie z tą sytuacją.



5.5.2. Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny MSEI

Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny MSEI (Multidimensional Self-Esteem Inventory) został opracowany przez O'Briena i Epsteina w celu kompleksowego pomiaru różnych aspektów samooceny (Fecenec, 2008). Jest to rozbudowany instrument diagnostyczny składający się ze 116 stwierdzeń, do których osoba badana ustosunkowuje się na 5-stopniowej skali. Kwestionariusz mierzy ogólną samoocenę oraz jej komponenty w jedenastu szczegółowych skalach:

- Ogólna Samoocena (OS) - całościowa ocena własnej wartości
- Kompetencje (K) - przekonanie o własnej skuteczności w realizacji zadań
- Bycie Kochanym (BK) - poczucie bycia akceptowanym i kochanym przez innych
- Popularność (P) - przekonanie o byciu lubianym i pozytywnie odbieranym przez innych
- Zdolności Przywódcze (ZP) - ocena własnych umiejętności kierowania i wywierania wpływu
- Samokontrola (S) - zdolność do kontrolowania własnych emocji i zachowań
- Samoakceptacja Moralna (SM) - zgodność zachowania z własnymi standardami moralnymi
- Atrakcyjność Fizyczna (AF) - zadowolenie z własnego wyglądu
- Witalność (W) - ocena własnej energii i zdrowia
- Integracja Tożsamości (IT) - spójność obrazu siebie
- Obronne Wzmacnianie Samooceny (OWS) - tendencja do prezentowania się w lepszym świetle

Polska adaptacja MSEI, opracowana przez Fecenec, charakteryzuje się dobrymi właściwościami psychometrycznymi. Współczynniki zgodności wewnętrznej alpha Cronbacha dla poszczególnych skal mieszczą się w przedziale od 0,70 do 0,90, wskazując na zadowalającą rzetelność narzędzia. Stabilność czasowa (test-retest) osiąga wartości od 0,73 do 0,96 dla różnych skal. Trafność teoretyczna kwestionariusza została potwierdzona poprzez analizę czynnikową oraz badania korelacyjne z innymi narzędziami mierzącymi konstrukty związane z samooceną. Wykazano również zadowalającą trafność kryterialną w badaniach grup klinicznych i nieklinicznych.

Narzędzie posiada normy stenowe opracowane dla populacji polskiej, z uwzględnieniem zmiennych demograficznych, co umożliwia interpretację wyników w odniesieniu do odpowiednich grup odniesienia. MSEI znajduje szerokie zastosowanie zarówno w praktyce klinicznej, jak i w badaniach naukowych. Jest szczególnie przydatny w diagnozie psychologicznej, poradnictwie zawodowym oraz w monitorowaniu efektów oddziaływań terapeutycznych. Wielowymiarowy charakter narzędzia pozwala na uzyskanie szczegółowego



profilu samooceny, co ma istotne znaczenie dla planowania i ewaluacji interwencji psychologicznych.

Kwestionariusz wyróżnia się na tle innych narzędzi mierzących samoocenę kompleksowością ujęcia tego konstruktów oraz uwzględnieniem skali kontrolnej (OWS), która pozwala na ocenę tendencji do przedstawiania się w lepszym świetle. Ta cecha czyni go szczególnie wartościowym w kontekście diagnostycznym, gdzie ważna jest nie tylko ocena poziomu samooceny, ale także jej adekwatności i spójności.

5.5.3 Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS

W badaniu wykorzystano Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (Coping Inventory for Stressful Situations - CISS), którego autorami są Endler i Parker (1990, za: Strelau, Jaworowska, Wrześniewski i Szczepaniak, 2005). Powstał w oparciu o interakcyjny model radzenia sobie ze stresem, który zakłada, że wybór strategii radzenia sobie zależy zarówno od cech osobowości, jak i od charakterystyki sytuacji stresowej. Kwestionariusz składa się z 48 stwierdzeń, które opisują różne zachowania podejmowane przez ludzi w sytuacjach stresowych. Respondenci oceniają częstotliwość stosowania poszczególnych zachowań na 5-stopniowej skali Likerta (od "nigdy" do "bardzo często").

CISS mierzy trzy podstawowe style radzenia sobie ze stresem:

- Styl skoncentrowany na zadaniu (SSZ) - charakteryzuje osoby, które w sytuacjach stresowych podejmują wysiłki zmierzające do rozwiązania problemu poprzez poznawcze przekształcenia lub próby zmiany sytuacji. Główny nacisk kładziony jest na zadanie lub planowanie rozwiązania problemu.
- Styl skoncentrowany na emocjach (SSE) - charakterystyczny dla osób, które w sytuacjach stresowych wykazują tendencję do koncentracji na sobie i własnych przeżyciach emocjonalnych, takich jak złość, poczucie winy czy napięcie. Osoby te mają także tendencję do myślenia życzeniowego i fantazjowania.
- Styl skoncentrowany na unikaniu (SSU) - charakteryzuje osoby, które w sytuacjach stresowych wykazują tendencję do wystrzegania się myślenia, przeżywania i doświadczania sytuacji stresowej. Styl ten może przyjmować dwie formy:
 - Angażowanie się w czynności zastępcze (ACZ) - np. oglądanie telewizji, objadanie się, myślenie o przyjemnych sprawach
 - Poszukiwanie kontaktów towarzyskich (PKT) - wchodzenie w interakcje społeczne

Polska adaptacja CISS, opracowana przez Szczepaniaka, Strelaua i Wrześniewskiego (2005), zachowuje strukturę czynnikową oryginału i charakteryzuje się wysokimi parametrami



psychometrycznymi. Współczynniki zgodności wewnętrznej alpha Cronbacha wynoszą od 0,78 do 0,90 dla poszczególnych skal, co świadczy o wysokiej rzetelności narzędzia. Stabilność bezwzględna (test-retest) po 2-3 tygodniach osiąga wartości od 0,73 do 0,80, potwierdzając czasową stałość mierzonych konstruktów. Trafność teoretyczna została potwierdzona poprzez analizę czynnikową oraz korelacje z innymi narzędziami mierzącymi style radzenia sobie ze stresem. Badania wykazały również zadowalającą trafność kryterialną, co pozwala na wykorzystanie kwestionariusza w diagnozie różnicowej.

Kwestionariusz posiada normy stenowe opracowane dla różnych grup wiekowych, z uwzględnieniem płci, co umożliwia interpretację wyników w odniesieniu do odpowiedniej grupy odniesienia. Jest szeroko wykorzystywany zarówno w badaniach naukowych, jak i w praktyce klinicznej, umożliwiając diagnozę preferowanych strategii radzenia sobie w sytuacjach stresowych. CISS znajduje zastosowanie w różnorodnych kontekstach: od badań naukowych nad stresem i jego regulacją, poprzez diagnostykę kliniczną, po praktykę psychologiczną w obszarze poradnictwa i terapii. Narzędzie to pozwala na identyfikację dominujących stylów radzenia sobie ze stresem, co ma istotne znaczenie dla planowania interwencji terapeutycznych i monitorowania ich efektywności.

5.5.4. Inwentarz Stanu i Cechy lęku STAI

Kwestionariusz Spielbergera STAI (State-Trait Anxiety Inventory, 1983) stanowi uznane narzędzie psychometryczne do pomiaru lęku jako stanu oraz lęku jako cechy. Polska adaptacja narzędzia została opracowana przez Wrześniewskiego, Sosnowskiego i Matusika (2002), zachowując właściwości psychometryczne oryginału. Kwestionariusz składa się z dwóch odrębnych części, każda zawierająca 20 stwierdzeń. Pierwsza część (X-1) mierzy lęk-stan, czyli przejściowy i uwarunkowany sytuacyjnie poziom napięcia, niepokoju i obawy. Respondenci oceniają swoje aktualne samopoczucie na 4-stopniowej skali (od "zdecydowanie nie" do "zdecydowanie tak"). Pytania dotyczą między innymi odczuwanego spokoju, napięcia czy zdenerwowania w danym momencie. Druga część (X-2) bada lęk-cechę, czyli względnie stałą predyspozycję do reagowania lękiem. Badani określają, jak często generalnie doświadczają określonych stanów emocjonalnych, również używając 4-stopniowej skali. Stwierdzenia odnoszą się do ogólnej tendencji do przeżywania niepokoju, zmartwień czy dyskomfortu.

Kwestionariusz charakteryzuje się wysoką rzetelnością psychometryczną. Współczynniki zgodności wewnętrznej alpha Cronbacha dla polskiej wersji wynoszą 0,83-0,92 dla skali X-1 oraz 0,86-0,92 dla skali X-2. Stabilność bezwzględna (test-retest) po 2-3



tygodniach osiąga wartości 0,79 dla X-1 i 0,88 dla X-2. Trafność teoretyczną potwierdzono poprzez korelacje z innymi narzędziami mierzącymi lęk oraz przez analizę czynnikową. Narzędzie wykazuje również zadowalającą trafność diagnostyczną w różnicowaniu grup klinicznych i nieklinicznych. STAI znajduje szerokie zastosowanie zarówno w diagnostyce klinicznej, jak i w badaniach naukowych. Pozwala na różnicowanie między przejściowymi stanami lękowymi a względnie stałą tendencją do reagowania lękiem, co ma istotne znaczenie dla właściwego planowania interwencji terapeutycznych i badania efektywności oddziaływań.



Rozdział 6. Wyniki badań własnych

W niniejszym rozdziale zaprezentowane zostały wyniki realizowanych badań własnych na temat poziomu samooceny, a stylów radzenia sobie ze stresem i poziomem lęku u kobiet doświadczających przemocy.

6.1. Informacje o sposobie weryfikacji hipotez

W celu dokonania empirycznej weryfikacji pytań badawczych postawiono odpowiadające im hipotezy, które zostały zaprezentowane poniżej. Treść pytań i hipotez jest zgodna z kolejnością prezentacji w rozdziale metodologicznym.

Pytanie 1: Jaki jest poziom samooceny w badanej grupie kobiet?

Pytanie 2: Jakie style radzenia sobie ze stresem dominują w badanej grupie kobiet doświadczających przemocy?

Pytanie 3: Jaki jest poziom lęku jako stanu i jako cechy w badanej grupie kobiet?

Pytanie 4: Jaki istnieje związek pomiędzy wiekiem a poziomem samooceny u kobiet doświadczających przemocy?

Pytanie 5: Czy aktywność zawodowa, rodzaj relacji partnerskiej różnicują poziom samooceny u kobiet doświadczających przemocy?

Pytanie 6: Czy powód zgłoszenia się po pomoc różnicuje poziom samooceny u kobiet doświadczających przemocy?

Pytanie 7: Czy istnieje zależność pomiędzy stanem i cechą lęku a stylami radzenia sobie ze stresem u kobiet doświadczających przemocy?

Pytanie 8: Które ze zmiennych wyjaśniających (style radzenia sobie ze stresem, poziom lęku) są predyktorami poziomu samooceny w badanej grupie kobiet?

Zaprezentowana w części teoretycznej literatura przedmiotu stanowi podstawę do postawienia odpowiednich hipotez:

Hipoteza 1: Istnieje dodatni związek pomiędzy wiekiem a poziomem samooceny u kobiet doświadczających przemocy.

Hipoteza 2: Aktywność zawodowa, rodzaj relacji partnerskiej różnicują dodatnio poziom samooceny u kobiet doświadczających przemocy.

Hipoteza 3: Powód zgłoszenia się po pomoc różnicuje dodatnio poziom samooceny u kobiet doświadczających przemocy.



Hipoteza 4: Istnieje dodatni związek pomiędzy poziomem samooceny a stylem radzenia sobie ze stresem skoncentrowanym na zadaniu oraz ujemny związek pomiędzy poziomem samooceny a stylem skoncentrowanym na emocjach u kobiet doświadczających przemocy.

Hipoteza 5: Istnieje ujemna zależność między poziomem samooceny a stanem i cechą lęku u kobiet doświadczających przemocy.

Hipoteza 6: Istnieje ujemna zależność pomiędzy stanem i cechą lęku a stylem radzenia sobie ze stresem skoncentrowanym na zadaniu oraz dodatnia zależność pomiędzy stanem i cechą lęku a stylem radzenia sobie ze stresem skoncentrowanym na emocjach u kobiet doświadczających przemocy.

Hipoteza 7: Wysoki poziom lęku jako cechy oraz styl radzenia sobie ze stresem skoncentrowany na emocjach są istotnymi predyktorami niskiego poziomu samooceny w badanej grupie kobiet.

Aby dokonać weryfikacji owych hipotez wykorzystano następujące testy statystyczne:

- test korelacji liniowej Pearsona;
- test korelacji rang Spearmana;
- test U Manna-Whitneya;
- ANOVA jednoczynnikowa;
- regresja hierarchiczna metodą krokową postępującą.

Analizy statystyczne wykonano z wykorzystaniem pakietu Statistica 13.3. W pierwszej kolejności przystąpiono do weryfikacji założenia o normalności rozkładu zmiennych ilościowych dla całej próby i w podziale na kategorie zmiennej niezależnej o ile grupy były równoliczne. W tym celu przeprowadzono test Shapiro-Wilka (Stanisz, 2006). Zmienne, których wyniki analizy rozkładów uzyskały istotność statystyczną ($p < 0,05$) należy uznać za zmienne, których rozkład odbiega od rozkładu normalnego (tab. X-x). Ponadto porównywane do siebie grupy pod względem zmiennej: aktywność zawodowa oraz powody zgłoszenia się po pomoc nie były równoliczne (Brzeziński, 2019) wówczas automatycznie decydowano się stosować testy nieparametryczne. Zmienna wiek została zredukowana do kategorii, zatem analiza hipotezy z wykorzystaniem tej zmiennej zostanie przeprowadzona testem nieparametrycznym. Dodatkowo dokonano weryfikacji pozostałych założeń dla testów statystycznych jak: założenie o homogeniczności wariancji, w efekcie zdecydowano się na odpowiednie testy statystyczne.



6.2. Statystyki opisowe

Poniżej przedstawiono w tabelach (tab. 2-5) statystyki opisowe dla zmiennych ilościowych.



Tabela 2. Podstawowe statystyki opisowe badanych zmiennych: lęk, style radzenia sobie ze stresem, samoocena wraz z wynikiem testu Shapiro-Wilka ($N = 70$)

Zmienna	<i>M</i>	<i>Min</i>	<i>Maks</i>	<i>SD</i>	<i>As</i>	<i>K</i>	<i>W</i>	<i>p</i>
Stan lęku	46,54	23,00	73,00	12,53	-0,04	-0,88	0,97	0,146
Cecha lęku	49,41	25,00	65,00	9,55	-0,47	-0,37	0,97	0,069
Styl								
Skoncentrowany na Zadaniu	56,81	35,00	75,00	9,18	-0,24	-0,24	0,97	0,135
Styl								
Skoncentrowany na Emocjach	48,04	23,00	69,00	12,34	-0,28	-0,70	0,97	0,071
Styl								
Skoncentrowany na Unikaniu	45,31	28,00	64,00	7,68	-0,28	-0,14	0,98	0,434
Angażowanie się w czynności Zastępcze	19,97	8,00	31,00	5,55	-0,07	-0,74	0,98	0,330
Poszukiwanie								
Kontaktów Towarzyskich	17,40	7,00	25,00	3,71	-0,30	0,05	0,98	0,486
Ogólna Samoocena	26,57	11,00	49,00	8,12	0,40	-0,04	0,98	0,451
Kompetencje	34,61	20,00	49,00	6,55	0,01	-0,15	0,99	0,597
Bycie Kochanym	31,24	11,00	46,00	7,40	-0,08	-0,42	0,98	0,365
Popularność	32,57	19,00	48,00	6,95	0,08	-0,61	0,98	0,372
Zdolności								
Przywódcze	30,00	13,00	49,00	7,99	0,05	-0,47	0,99	0,870
Samokontrola	29,74	17,00	45,00	6,93	0,12	-0,67	0,98	0,339
Samoakceptacja moralna	36,51	23,00	45,00	5,19	-0,50	-0,41	0,96	0,030
Atrakcyjność								
Fizyczna	27,71	13,00	48,00	8,04	0,38	-0,43	0,98	0,246
Witalność	27,61	10,00	43,00	7,86	0,01	-0,53	0,98	0,423
Integracja tożsamości	29,20	11,00	44,00	7,29	-0,20	-0,45	0,98	0,474



Obronne

wzmacnianie 52,43 35,00 70,00 7,85 0,04 -0,07 0,98 0,525
samooceny

Źródło: opracowanie własne. Objasnienia. M - średnia; SD - odchylenie standardowe; As. - skośność; K - kurtoza; Min - wartość minimalna; Maks - wartość maksymalna; W - wynik testu Shapiro-Wilka; p – istotność statystyczna.

Wynik testu Shapiro-Wilka w przypadku prawie wszystkich zmiennych w całej próbie okazał się nieistotny statystycznie co oznacza, że rozkłady są zbliżone do rozkładu normalnego. Wyjątek stanowi zmienna stanowiąca komponent samooceny - samoakceptacja moralna ($p = 0,030$). Hipotezy korelacyjne z wykorzystaniem wszystkich zmiennych zostaną policzone testem parametrycznym korelacji liniowej Pearsona.



Tabela 3. Podstawowe statystyki opisowe badanych zmiennych: lęk, style radzenia sobie ze stresem, samoocena wraz z wynikiem testu Shapiro-Wilka (n panna = 17)

Zmienna	M	Min	$Maks$	SD	As	K	W	p
Stan lęku	47,53	30,00	66,00	10,00	-0,27	-0,61	0,94	0,298
Cecha lęku	52,35	41,00	65,00	7,62	0,29	-0,63	0,94	0,293
Styl								
Skoncentrowany na Zadaniu	54,29	35,00	73,00	8,93	-0,36	0,85	0,93	0,219
Styl								
Skoncentrowany na Emocjach	51,24	37,00	69,00	10,60	0,14	-1,24	0,92	0,124
Styl								
Skoncentrowany na Unikaniu	47,18	32,00	59,00	7,39	-0,28	-0,38	0,96	0,704
Angażowanie się w czynności Zastępcze	21,88	11,00	31,00	5,78	-0,23	-0,98	0,96	0,706
Poszukiwanie								
Kontaktów Towarzyskich	17,12	7,00	20,00	3,57	-1,67	2,91	0,80	0,002
Ogólna Samoocena	22,76	12,00	36,00	7,13	0,25	-0,86	0,96	0,666
Kompetencje	32,06	24,00	40,00	4,76	-0,07	-1,06	0,96	0,706
Bycie Kochanym	27,71	11,00	39,00	7,59	-0,43	-0,04	0,97	0,785
Popularność	29,29	19,00	40,00	6,23	0,04	-1,00	0,97	0,746
Zdolności								
Przywódcze	27,65	15,00	37,00	5,56	-0,25	0,63	0,97	0,842
Samokontrola	27,06	17,00	38,00	6,92	0,05	-1,16	0,94	0,331
Samoakceptacja moralna	34,71	23,00	43,00	5,32	-0,34	0,14	0,96	0,635
Atrakcyjność								
Fizyczna	25,06	13,00	38,00	8,10	0,31	-1,01	0,94	0,354
Witalność	21,82	10,00	36,00	6,78	0,30	0,18	0,97	0,841
Integracja tożsamości	25,88	11,00	38,00	7,83	-0,26	-0,40	0,95	0,540



Obronne

wzmacnianie	47,41	35,00	58,00	8,09	-0,09	-1,48	0,92	0,124
-------------	-------	-------	-------	------	-------	-------	------	-------

samooceny

Źródło: opracowanie własne. Objasnienia. M - średnia; SD - odchylenie standardowe; As. - skośność; K - kurtoza; Min - wartość minimalna; Maks - wartość maksymalna; W - wynik testu Shapiro-Wilka; p - istotność statystyczna.

Wynik testu Shapiro-Wilka w przypadku prawie wszystkich zmiennych w grupie panien okazał się nieistotny statystycznie co oznacza, że rozkłady są zbliżone do rozkładu normalnego. Wyjątek stanowi zmienna.: Poszukiwanie Kontaktów Towarzyskich ($p = 0,002$). Hipotezy korelacyjne, różnicowe z ich wykorzystaniem zostaną policzone testem parametrycznym.



Tabela 4. Podstawowe statystyki opisowe badanych zmiennych: lęk, style radzenia sobie ze stresem, samoocena wraz z wynikiem testu Shapiro-Wilka (n zamężna = 26)

Zmienna	<i>M</i>	<i>Min</i>	<i>Maks</i>	<i>SD</i>	<i>As</i>	<i>K</i>	<i>W</i>	<i>p</i>
Stan lęku	48,31	24,00	73,00	13,72	-0,15	-0,87	0,97	0,574
Cecha lęku	48,23	25,00	63,00	10,70	-0,59	-0,66	0,93	0,094
Styl								
Skoncentrowany na Zadaniu	57,42	40,00	75,00	10,65	-0,19	-0,80	0,94	0,132
Styl								
Skoncentrowany na Emocjach	49,08	23,00	68,00	13,34	-0,33	-0,83	0,95	0,288
Styl								
Skoncentrowany na Unikaniu	44,27	28,00	64,00	8,47	-0,22	0,31	0,95	0,237
Angażowanie się w czynności Zastępcze	20,04	8,00	29,00	5,94	-0,30	-0,77	0,96	0,353
Poszukiwanie								
Kontaktów Towarzyskich	16,50	9,00	25,00	3,98	0,45	0,26	0,96	0,381
Ogólna Samoocena	26,08	11,00	43,00	7,80	0,19	-0,23	0,99	0,964
Kompetencje	34,12	22,00	45,00	6,88	-0,31	-0,74	0,95	0,226
Bycie Kochanym	32,54	20,00	46,00	7,98	0,06	-1,29	0,95	0,181
Popularność	33,23	19,00	48,00	8,40	0,04	-1,16	0,96	0,313
Zdolności								
Przywódcze	29,27	13,00	44,00	9,34	-0,11	-1,20	0,95	0,259
Samokontrola	29,15	17,00	44,00	6,79	0,29	-0,34	0,98	0,912
Samoakceptacja moralna	37,12	27,00	44,00	4,82	-0,46	-0,90	0,94	0,119
Atrakcyjność								
Fizyczna	26,62	14,00	43,00	7,84	0,48	-0,43	0,97	0,506
Witalność	28,42	13,00	42,00	7,82	0,03	-0,47	0,96	0,440
Integracja tożsamości	29,31	17,00	43,00	7,87	0,14	-1,33	0,94	0,110



Obronne

wzmacnianie	53,46	41,00	70,00	7,16	0,41	-0,08	0,98	0,898
samooceny								

Źródło: opracowanie własne. Objasnienia. M - średnia; SD - odchylenie standardowe; As. - skośność; K - kurtoza; Min - wartość minimalna; Maks - wartość maksymalna; W - wynik testu Shapiro-Wilka; p - istotność statystyczna.

Wynik testu Shapiro-Wilka w przypadku wszystkich zmiennych w grupie mężatek okazał się nieistotny statystycznie co oznacza, że rozkłady są zbliżone do rozkładu normalnego. Hipotezy z ich wykorzystaniem zostaną policzone testem parametrycznym.



Tabela 5. Podstawowe statystyki opisowe badanych zmiennych: lęk, style radzenia sobie ze stresem, samoocena wraz z wynikiem testu Shapiro-Wilka (n rozwiedziona = 20¹)

Zmienna	<i>M</i>	<i>Min</i>	<i>Maks</i>	<i>SD</i>	<i>As</i>	<i>K</i>	<i>W</i>	<i>p</i>
Stan lęku	41,20	23,00	68,00	12,55	0,55	-0,44	0,95	0,390
Cecha lęku	47,20	31,00	65,00	10,13	-0,05	-1,06	0,96	0,565
Styl								
Skoncentrowany na Zadaniu	57,95	39,00	72,00	7,61	-0,48	0,97	0,97	0,804
Styl								
Skoncentrowany na Emocjach	43,90	23,00	66,00	12,86	-0,22	-0,97	0,95	0,324
Styl								
Skoncentrowany na Unikaniu	44,15	30,00	56,00	7,15	-0,21	-0,56	0,97	0,835
Angażowanie się w czynności Zastępcze	18,20	12,00	29,00	4,35	0,56	0,37	0,95	0,436
Poszukiwanie								
Kontaktów Towarzyskich	18,10	12,00	24,00	3,65	-0,18	-1,18	0,95	0,329
Ogólna Samoocena	31,05	20,00	49,00	8,06	0,64	-0,15	0,95	0,401
Kompetencje	37,60	29,00	49,00	5,28	0,61	0,47	0,94	0,225
Bycie Kochanym	33,10	21,00	44,00	6,18	0,05	-0,51	0,97	0,826
Popularność	35,25	29,00	45,00	5,10	0,41	-1,11	0,92	0,119
Zdolności								
Przywódcze	33,25	19,00	49,00	7,93	0,05	-0,31	0,98	0,922
Samokontrola	32,85	23,00	45,00	6,75	0,03	-1,05	0,95	0,445
Samoakceptacja moralna	37,25	25,00	44,00	5,02	-0,87	0,58	0,93	0,171
Atrakcyjność								
Fizyczna	31,80	20,00	48,00	7,66	0,58	-0,38	0,96	0,471
Witalność	32,25	20,00	43,00	6,18	-0,00	-0,53	0,98	0,878

¹ Z analizy statystycznej hipotezy pierwszej usunięto 3 wdowy i 4 kobiety w separacji.

Integracja tożsamości	32,45	22,00	44,00	5,32	0,20	-0,16	0,97	0,755
Obronne wzmacnianie samooceny	55,50	40,00	69,00	7,70	0,19	-0,12	0,96	0,511

Źródło: opracowanie własne. *Objaśnienia.* *M* - średnia; *SD* - odchylenie standardowe; *As.* - skośność; *K* - kurtoza; *Min* - wartość minimalna; *Maks* - wartość maksymalna; *W* - wynik testu Shapiro-Wilka; *p* – istotność statystyczna.

Wynik testu Shapiro-Wilka w przypadku wszystkich zmiennych w grupie kobiet rozwiedzionych okazał się nieistotny statystycznie co oznacza, że rozkłady są zbliżone do rozkładu normalnego. Hipotezy z ich wykorzystaniem zostaną policzone testem parametrycznym.

6.3. Wyniki analizy statystycznej

Przed przystąpieniem do weryfikacji hipotez, przedstawione zostaną charakterystyki badanej grupy pod względem poziomu kluczowych zmiennych: poziomu samooceny, stylów radzenia sobie ze stresem oraz poziomu lęku, z uwzględnieniem struktury wiekowej badanych.

Analiza wyników uzyskanych w Wielowymiarowym Kwestionariuszu Samooceny (MSEI) wskazuje na obniżony poziom samooceny w badanej grupie kobiet, przy czym najniższe wyniki odnotowano w grupie wiekowej 18-24 lata i 25-34 lata, natomiast relatywnie wyższe w grupach 35-44 lata i 45-54 lata, co może sugerować pewną tendencję rozwojową. Szczególnie niskie wyniki zaobserwowano w zakresie poczucia bycia kochanym ($M = 31.24$, $SD = 7.40$) oraz samokontroli ($M = 29.74$, $SD = 6.93$), zwłaszcza w młodszych grupach wiekowych. Względnie wyższe, choć wciąż poniżej przeciętnej, wyniki odnotowano w obszarze kompetencji ($M = 34.61$, $SD = 6.55$) oraz samoakceptacji moralnej ($M = 36.51$, $SD = 5.19$), szczególnie w grupie kobiet powyżej 35 roku życia.

Analiza stylów radzenia sobie ze stresem (CISS) ujawniła dominację stylu skoncentrowanego na emocjach ($M = 48.04$, $SD = 12.34$), szczególnie wyraźną w młodszych grupach wiekowych. W grupach 35-44 lata i 45-54 lata obserwuje się większe zróżnicowanie strategii radzenia sobie, z relatywnie częstszym wykorzystywaniem stylu zadaniowego ($M = 56.81$, $SD = 9.18$). Styl unikowy utrzymuje się na przeciętnym poziomie ($M = 45.31$, $SD = 7.68$) we wszystkich grupach wiekowych, przy czym w grupie najmłodszej (18-24 lata) zaobserwowano wyższą tendencję do angażowania się w czynności zastępcze ($M = 19.97$, $SD = 5.55$).



W zakresie doświadczanego lęku, wyniki uzyskane w Inwentarzu Stanu i Cechy Lęku (STAI) ujawniają wyraźnie podwyższony poziom zarówno lęku sytuacyjnego (lęk-stan: $M = 46.54$, $SD = 12.53$), jak i lęku rozumianego jako względnie stała cecha osobowości (lęk-cecha: $M = 49.41$, $SD = 9.55$). Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że podwyższony poziom lęku-cechy zaobserwowano u zdecydowanej większości badanych kobiet (78%), niezależnie od grupy wiekowej. Co interesujące, najwyższe wyniki w zakresie lęku-stanu odnotowano w grupie kobiet w wieku 25-34 lata, co może wiązać się z szczególnie trudnym okresem życiowym, często związanym z podejmowaniem kluczowych decyzji życiowych.

Przedstawiony profil psychologiczny wskazuje na pewne zróżnicowanie mechanizmów funkcjonowania psychologicznego w zależności od wieku badanych kobiet. O ile podwyższony poziom lęku utrzymuje się niezależnie od wieku, o tyle w zakresie samooceny i stylów radzenia sobie ze stresem obserwuje się pewną tendencję rozwojową - wraz z wiekiem wzrasta poziom samooceny i częstość wykorzystywania bardziej adaptacyjnych, zadaniowych strategii radzenia sobie ze stresem.

Hipoteza 1. W celu weryfikacji hipotezy pierwszej sprawdzono, czy istnieje dodatni związek pomiędzy wiekiem a poziomem samooceny u kobiet doświadczających przemocy. W tym celu zastosowano korelację rang Spearmana. Wyniki zaprezentowano w poniższej tabeli (tab. 6).

Tabela 6. Wyniki korelacji Spearmana dla analizowanych zmiennych ($N=70$)

Zmienna	1	2
1.Wiek	1,00	
2.Ogólna Samoocena	0,32*	1,00

Oznaczenia * $p < 0,001$, $p < 0,01$, * $p < 0,05$. Źródło: opracowanie własne

Wyniki przeprowadzonej analizy statystycznej wykazały istnienie zależności pomiędzy wiekiem a ogólną samooceną ($\rho=0,32$; $p < 0,001$). Wraz ze wzrostem wieku rośnie poziom samooceny w badanej grupie osób. Zależność jest wysoka. Hipoteza pierwsza została potwierdzona.

Hipoteza 2. W celu weryfikacji grupy hipotez drugich sprawdzono czy aktywność zawodowa, rodzaj relacji partnerskiej różnicują dodatnio poziom samooceny u kobiet doświadczających przemocy. W tym celu zastosowano test ANOVA oraz U Manna-Whitneya. Wyniki zaprezentowano w poniższych tabelach (tab. 7-9) i na wykresach.

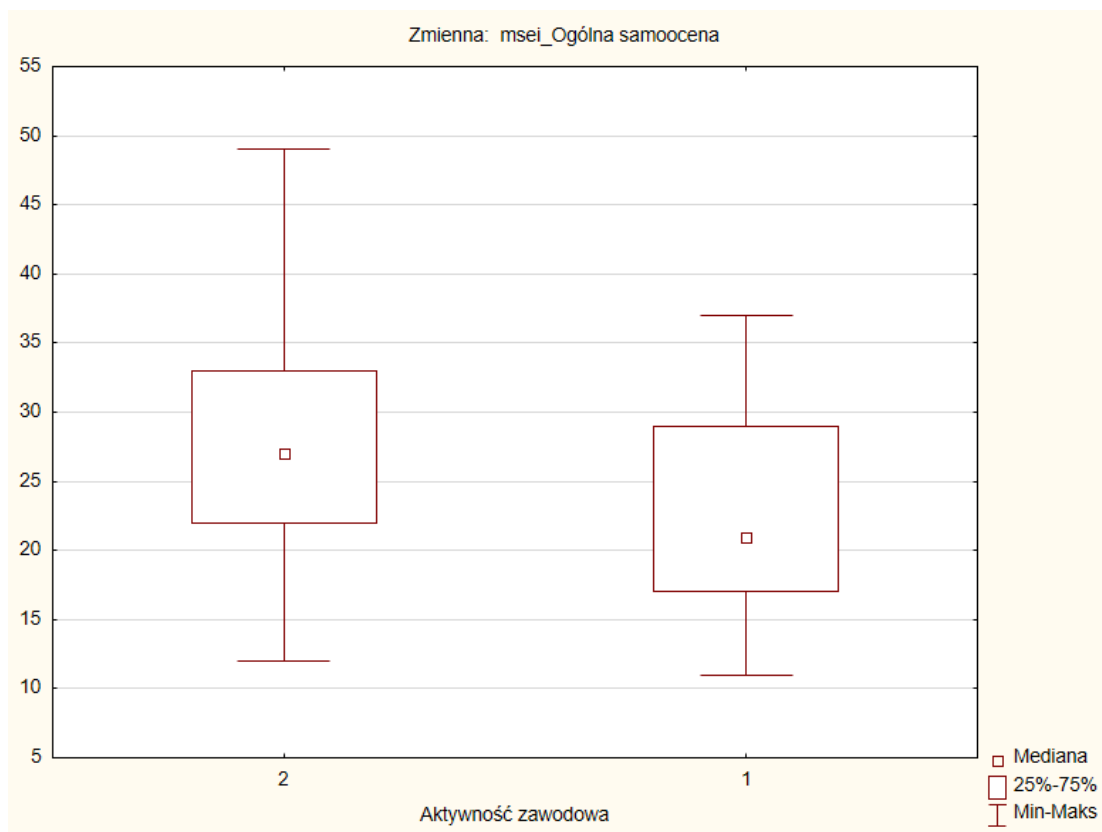


Tabela 7. Wyniki testu U Manna-Whitneya dla analizowanych zmiennych (zmienna niezależna: aktywność zawodowa)

Zmienna	Grupa 2 - aktywne zawodowo (n = 53)			Grupa 1 - nieaktywne zawodowo (n = 17)			Z	p
	Suma rang	M	SD	Suma rang	M	SD		
Ogólna samoocena	2029,50	27,73	8,03	455,50	22,94	7,50	2,02	0,043

Objaśnienia: n - liczba obserwacji; M – średnia; SD - odchylenie standardowe; Z - wartość statystyki testowej; p - istotność statystyczna. Źródło: opracowanie własne

Rysunek 1. Porównanie wyniku ogólnej samooceny pomiędzy kobietami aktywnymi i nieaktywnymi zawodowo.



Analiza statystyczna wykazała różnice w poziomie samooceny zależnie od aktywności zawodowej w grupie badanych kobiet $Z=2,02$; $p = 0,043$. Kobiety z grupy zawodowej 2 - aktywnych zawodowo uzyskały wyższy średni wynik na skali samooceny ($M=27,73$; $SD=8,03$) od kobiet z grupy zawodowej 1 - nieaktywnych zawodowo ($M=22,94$; $SD=7,50$). Część hipotezy drugiej została potwierdzona. Poniżej przystąpiono do weryfikacji drugiej części hipotezy.

Tabela 8. Wyniki testu jednoczynnikowa ANOVA dla analizowanych zmiennych; (N=63). Zmienna zależna - samoocena, zmienna niezależna: rodzaj relacji partnerskiej

Efekt	df	F	p	Eta kwadrat cząstkowe
Rodzaj relacji partnerskiej	2	5,48	0,007	0,15
Błąd	60			

Źródło: opracowanie własne

Wyniki analizy statystycznej wykazały istnienie efektu głównego grupy dla zmiennej rodzaj relacji partnerskiej $F(2, 60) = 5,48$; $p = 0,007$; $\eta^2_{\text{cząstkowe}} = 0,15$. Oznacza to, że badani należący do różnych grup zależnie od rodzaju relacji partnerskiej różnią się poziomem samooceny. Efekt jest niski. Natomiast szczegółowe porównania zostały ujawnione poniżej po analizie wyników testem post hoc Bonferroni.

Tabela 9. Wyniki testu post hoc Bonferroni dla analizowanych zmiennych. W tabeli podano wartości p; (N=63). Zmienna zależna - samoocena

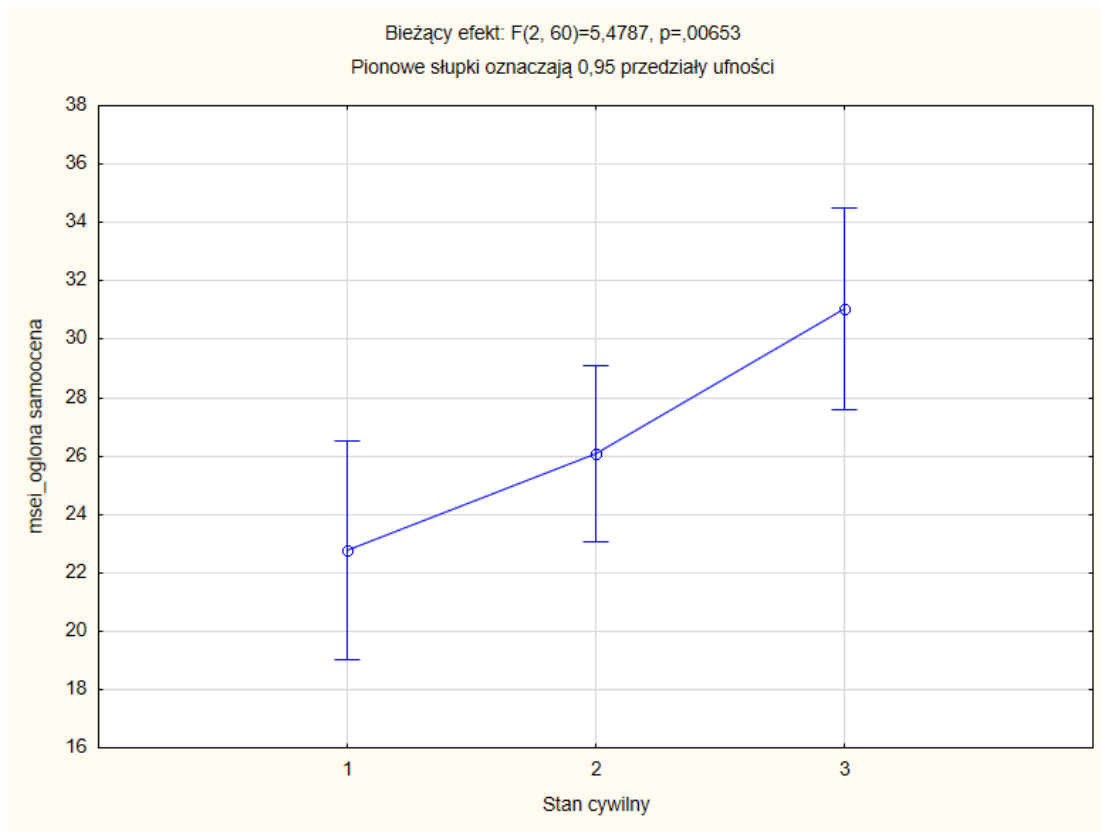
grupa	M	SD	1.Panna	2.Mężatka	3.Rozwódka
1.Panna	22,76	7,13		0,521	0,006
2.Mężatka	26,08	7,80	0,521		0,102
3.Rozwódka	31,05	8,06	0,006	0,102	

Źródło: opracowanie własne

Analiza wykazała, że najwyższy wynik na skali samooceny uzyskały kobiety po rozwodzie ($M=31,05$; $SD=8,06$) i jest on istotnie wyższy ($p=0,006$) od samooceny w grupie panien ($M=22,76$; $SD=7,13$). Pozostałe różnice pomiędzy grupami nie są istotne statystycznie. Hipoteza druga została potwierdzona.

Rysunek 2. Porównanie wyniku ogólnej samooceny pomiędzy kobietami różniącymi się stanem cywilnym.





Hipoteza 3. W celu weryfikacji hipotezy trzeciej sprawdzono czy powód zgłoszenia się po pomoc różnicuje dodatnio poziom samooceny u kobiet doświadczających przemocy. Ze względu na brak równoliczności w podgrupach zastosowano test U Manna-Whitneya. W poniższej tabeli (tab. 10) zostały zaprezentowane jedynie wyniki istotne statystycznie.

Tabela 10. Wyniki testu U Manna-Whitneya dla analizowanych zmiennych (zmienna niezależna: powód zgłoszenia się po pomoc)

Powód zgłoszenia się po pomoc	Grupa 1			Grupa 2			Z	p
	Suma rang	M	SD	Suma rang	M	SD		
Myśli samobójcze	2171,50 (n=55)	28,09	8,07	313,50 (n=15)	21,00	5,63	3,13	0,002
Natłok myśli	1875,50 (n=47)	28,29	8,33	609,50 (n=23)	23,04	6,52	2,58	0,010
Samotność	286,50 (n=57)	27,79	7,67	2198,50 (n=13)	21,23	8,17	-2,63	0,008

Objaśnienia: grupa 1 - niezgłoszony powód; grupa 2 - zgłoszony powód.

n - liczba obserwacji; M – średnia; SD - odchylenie standardowe; Z - wartość statystyki testowej; p - istotność statystyczna.

Źródło: opracowanie własne

Analiza wykazała, że myśli samobójcze okazały się istotnym powodem różnicującym poziom samooceny w grupie badanych kobiet $Z=3,13; p = 0,002$. Kobiety nie deklarujące



powodu zgłoszenia się po pomoc - myśli samobójcze - z grupy 1 uzyskały wyższy średni wynik ($M=28,09$; $SD=8,07$) od kobiet z grupy 2 - tych zgłaszających taki powód ($M=21,00$; $SD=5,63$). Ponadto analiza wykazała, że powód - natłok myśli okazał się istotnym powodem różnicującym poziom samooceny w grupie badanych kobiet $Z=2,58$; $p = 0,010$. Kobiety nie deklarujące powodu - natłok myśli - z grupy 1 uzyskały wyższy średni wynik ($M=28,63$; $SD=8,30$) od kobiet z grupy 2, które zgłaszały - natłok myśli - ($M=22,32$; $SD=6,33$). Analiza wykazała, że ostatnim istotnym powodem zgłoszenia się po pomoc była - samotność $Z = -2,63$; $p = 0,008$, różnicującym poziom samooceny. Kobiety nie deklarujące powodu - samotność - z grupy 1 uzyskały wyższy średni wynik ($M=28,29$; $SD=8,33$) od kobiet z grupy 2 - deklarujących taki powód ($M=23,04$; $SD=6,52$).

Hipoteza trzecia została potwierdzona w części.

Hipoteza 4. W celu weryfikacji hipotezy czwartej sprawdzono, czy istnieje dodatni związek pomiędzy poziomem samooceny a stylem radzenia sobie ze stresem skoncentrowanym na zadaniu oraz ujemny związek pomiędzy poziomem samooceny a stylem skoncentrowanym na emocjach u kobiet doświadczających przemocy. Wyniki korelacji Pearsona zaprezentowano w poniższej tabeli (tab. 11).

Tabela 11. Wyniki korelacji Pearsona dla analizowanych zmiennych ($N=70$)

Zmienna	Styl Skoncentrowany na				
	Zadaniu	Emocjach	Unikaniu	Angażowanie się w czynności zastępcze	Poszukiwanie w kontaktach towarzyskich
Ogólna Samoocena	0,23	-0,66*	0,03	-0,18	0,32
Kompetencje	0,37*	-0,52*	0,11	-0,07	0,33
Bycie Kochanym	0,20	-0,32*	0,30	0,11	0,42*
Popularność	0,19	-0,50*	0,11	-0,16	0,42*
Zdolności Przywódcze	0,30	-0,47*	0,17	-0,06	0,36*
Samokontrola	0,22	-0,60*	-0,10	-0,32*	0,23
Samoakceptacja moralna	0,35*	-0,38*	-0,00	-0,09	0,07
Atrakcyjność Fizyczna	0,17	-0,52*	0,07	-0,18	0,37*



Witalność	0,12	-0,46*	-0,10	-0,27	0,21
Integracja tożsamości	0,44*	-0,63*	0,02	-0,26	0,43*
Obronne wzmocnienie samooceny	0,13	-0,48*	-0,15	-0,26	0,11

Oznaczenia * $p < 0,001$, $p < 0,01$, * $p < 0,05$. Źródło: opracowanie własne

Wyniki analizy statystycznej wykazały, że istnieje niski, dodatni związek pomiędzy stylem skoncentrowanym na zadaniu a zmienną kompetencje ($r=0,35$; $p<0,001$). Ponadto analiza wykazała zależność pomiędzy stylem skoncentrowanym na zadaniu a zdolnościami przywódczymi ($r=0,30$; $p<0,01$). Styl skoncentrowany na zadaniu koreluje dodatnio z samoakceptacją moralną ($r=0,35$; $p<0,001$) oraz z integracją tożsamości ($r=0,44$; $p<0,001$). Oznacza to, że wraz ze wzrostem wyników na skali stylu skoncentrowanego na zadaniu rosną wyniki na wymienionych powyżej wymiarach samooceny. Hipoteza czwarta została potwierdzona w części.

Wyniki analizy statystycznej wykazały, że istnieją niskie, umiarkowane, ujemne związki pomiędzy stylem skoncentrowanym na emocjach a zmienną: ogólna samoocena ($r=-0,66$; $p<0,001$), kompetencjami ($r=-0,52$; $p<0,001$), byciem kochanym ($r=-0,32$; $p < 0,001$), popularnością ($r=-0,50$; $p<0,001$). Ponadto analiza wykazała zależność pomiędzy stylem skoncentrowanym na emocjach a zdolnościami przywódczymi ($r = -0,47$; $p < 0,001$) samokontrolą ($r=-0,60$; $p<0,001$).

Styl skoncentrowany na emocjach koreluje ujemnie z samoakceptacją moralną ($r=-0,38$; $p<0,001$), atrakcyjnością fizyczną ($r=-0,52$; $p<0,001$), witalnością ($r=-0,46$; $p<0,001$), z integracją tożsamości ($r=-0,63$; $p<0,001$) oraz z obronnym wzmocnieniem samooceny ($r=-0,48$; $p<0,001$). Oznacza to, że wraz ze wzrostem wyników na skali stylu skoncentrowanego na emocjach maleją wyniki na wymienionych powyżej wymiarach samooceny. Hipoteza czwarta została potwierdzona w części.

Wyniki przeprowadzonej analizy statystycznej wykazały, iż zmienna styl skoncentrowany na unikaniu koreluje tylko z jednym wymiarem samooceny: byciem kochanym ($r=0,30$; $p<0,01$). Zależność ta jest dodatnia i niska, co oznacza, że wraz ze wzrostem poczucia bycia kochanym rosną wyniki na skali stylu skoncentrowanego na unikaniu. Dalsza część hipotezy czwartej została potwierdzona w części.

Analiza wykazała istotne, ujemne i niskie zależności pomiędzy zaangażowaniem się w czynności zastępcze a samokontrolą ($r=-0,32$; $p<0,001$), witalnością ($r=-0,27$; $p<0,00$), z integracją tożsamości ($r=-0,26$; $p<0,01$) oraz z obronnym wzmocnieniem samooceny ($r=-0,26$; $p<0,01$). Oznacza to, że wraz ze wzrostem wyników na skali zaangażowania się w czynności



zastępcze maleją wyniki na wymienionych powyżej wymiarach samooceny. Część czwartej hipotezy została potwierdzona dla wyżej wymienionych zależności.

Analiza statystyczna wykazała istnienie istotnych, dodatnich i niskich i średnich korelacji pomiędzy poszukiwaniem kontaktów towarzyskich a ogólną samooceną ($r=0,33$; $p<0,01$), kompetencjami ($r=0,33$; $p<0,01$), byciem kochanym ($r=0,42$; $p<0,001$), popularnością ($r=0,42$; $p<0,001$), zdolnościami przywódczymi ($r=0,36$; $p<0,001$), z atrakcyjnością fizyczną ($r=0,37$; $p<0,001$) oraz z integracją tożsamości ($r=0,43$; $p<0,001$). Oznacza to, że wraz ze wzrostem wyników na skali poszukiwania kontaktów towarzyskich rosną wyniki na wymienionych powyżej wymiarach samooceny. Można zatem wnioskować, że hipoteza czwarta została potwierdzona.

Hipoteza 5. W celu weryfikacji hipotezy piątej sprawdzono, czy istnieje ujemna zależność między poziomem samooceny a stanem i cechą lęku u kobiet doświadczających przemocy. Wyniki zaprezentowano w poniższej tabeli (tab. 12).



Tabela 12. Wyniki korelacji Pearsona dla analizowanych zmiennych (N=70)

Zmienna	Stan lęku	Cecha lęku
Ogólna Samoocena	-0,41*	-0,57*
Kompetencje	-0,39*	-0,38*
Bycie Kochanym	-0,14	-0,25
Popularność	-0,28	-0,44*
Zdolności Przywódcze	-0,26	-0,37*
Samokontrola	-0,37*	-0,52*
Samoakceptacja moralna	-0,11	-0,33*
Atrakcyjność Fizyczna	-0,27	-0,45*
Witalność	-0,34*	-0,56*
Integracja tożsamości	-0,31*	-0,48*
Obronne wzmacnianie samooceny	-0,20	-0,40*

Oznaczenia * $p < 0,001$, $p < 0,01$, * $p < 0,05$. Źródło: opracowanie własne

Wyniki analizy statystycznej wykazały, że istnieją niskie, średnie, ujemne związki pomiędzy stanem lęku a zmienną ogólna samoocena ($r=-0,41$; $P<0,001$), kompetencjami ($r=-0,39$; $p<0,001$). Ponadto analiza wykazała zależność pomiędzy stanem lęku a popularnością ($r=-0,28$; $p<0,01$), zdolnościami przywódczymi ($r=-0,26$; $p<0,01$). Stan lęku koreluje ujemnie z samokontrolą ($r=-0,37$; $p<0,001$), atrakcyjnością fizyczną ($r=-0,27$; $p<0,01$), witalnością ($r=-0,34$; $p<0,001$) oraz z integracją tożsamości ($r=-0,31$; $p<0,001$). Oznacza to, że wraz ze wzrostem wyników na skali stanu lęku maleją wyniki na wymienionych powyżej wymiarach samooceny. Część pierwsza hipotezy piątej została potwierdzona.

Wyniki analizy statystycznej wykazały, że istnieją niskie, umiarkowane, ujemne związki pomiędzy cechą lęku a zmienną: ogólna samoocena ($r=-0,57$; $p<0,001$), kompetencjami ($r=-0,38$; $p<0,001$), byciem kochanym ($r=-0,25$; $p<0,001$), popularnością ($r=-0,44$; $p<0,001$).

Ponadto analiza wykazała zależność pomiędzy cechą lęku a zdolnościami przywódczymi ($r=-0,37$; $p < 0,001$) samokontrolą ($r=-0,52$; $p<0,001$), samoakceptacją moralną ($r=-0,33$; $p<0,001$), atrakcyjnością fizyczną ($r=-0,45$; $p<0,001$), witalnością ($r=-0,56$; $p<0,001$), z integracją tożsamości ($r=-0,48$; $p<0,001$) oraz z obronnym wzmacnianiem samooceny ($r=-0,40$; $p<0,001$). Oznacza to, że wraz ze wzrostem wyników na skali cechu lęku

maleją wyniki na wymienionych powyżej wymiarach samooceny. Hipoteza piąta została potwierdzona.

Hipoteza 6: W celu weryfikacji hipotezy szóstej sprawdzono, czy istnieje ujemna zależność pomiędzy stanem i cechą lęku a stylem radzenia sobie ze stresem skoncentrowanym na zadaniu oraz dodatnia zależność pomiędzy stanem i cechą lęku a stylem radzenia sobie skoncentrowanym na emocjach u kobiet doświadczających przemocy. Wyniki testu korelacji Pearsona zaprezentowano w poniższej tabeli (tab. 13).

Tabela 13. Wyniki korelacji Pearsona dla analizowanych zmiennych ($N=70$)

Zmienna	Stan lęku	Cecha lęku
Styl Skoncentrowany na Zadaniu	-0,15	-0,26
Styl Skoncentrowany na Emocjach	0,50*	0,64*
Styl Skoncentrowany na Unikaniu	0,02	0,14
Angażowanie się w czynności Zastępcze	0,07	0,31
Poszukiwanie Kontaktów Towarzyskich	-0,10	-0,19

Oznaczenia * $p < 0,001$, $p < 0,01$, * $p < 0,05$. Źródło: opracowanie własne

Analiza wykazała, że istnieje istotna, umiarkowana i dodatnia korelacja pomiędzy stanem lęku a stylem skoncentrowanym na emocjach ($r=0,50$; $p < 0,001$). Oznacza to, że wraz ze wzrostem stanu lęku rośnie wynik stylu skoncentrowanego na emocjach. Pozostałe zależności nie zostały potwierdzone.

Analiza wykazała, że istnieje istotna, niska zależność pomiędzy cechą lęku a SSZ ($r=-0,26$; $p < 0,01$). Oznacza to, że wzrostowi cechy lęku towarzyszy spadek wyniku stylu skoncentrowanego na zadaniu. Ponadto cecha lęku umiarkowanie i dodatnio koreluje ze stylem skoncentrowanym na emocjach ($r=0,64$; $p < 0,001$) oraz nisko i dodatnio z angażowaniem się w czynności zastępcze ($r=0,31$; $p < 0,01$). Hipoteza szósta została w części potwierdzona.

Hipoteza 7. W celu weryfikacji hipotezy siódmej sprawdzono czy stan i cecha lęku oraz style radzenia sobie ze stresem są predyktorami poziomu samooceny w badanej grupie. W tym celu zastosowano analizę regresji liniowej metodą krokową. Model regresji pozwala na wprowadzenie wielu zmiennych objaśniających, jednak tylko jednej zmiennej objaśnianej.



Stąd też zbudowany model ma postać: Zmienne objaśniające: styl skoncentrowany na zadaniu, emocjach, unikaniu, angażowanie się w czynności zastępcze, poszukiwanie kontaktów towarzyskich, stan, cecha lęku, zmienna objaśniana samoocena. Zadano pakietowi 8 domyślnych kroków ze względu na ilość zmiennych objaśniających, przy wartości F do wprowadzenia 1,00. Metoda wskazała w 3 krokach najlepiej dopasowany model dla zmiennej objaśnianej samoocena. Wyniki zaprezentowano w poniższej tabeli (tab. 14).

Tabela 14. Wyniki regresji hierarchicznej metodą krokową postępującą. Zmienna objaśniana Samoocena

Zmienna	Kr ok +d o	Rho Spearman (wielokrotno e)	Wielokrotne R2	Zmiana R2	Wartość p	Zmienne zawarte w modelu
Styl Skoncentrowany na Emocjach	1	0,66	0,43	51,30	<0,001	1
STAI cecha lęku	2	0,68	0,47	4,93	0,030	2
Poszukiwanie Kontaktów Towarzyskich	3	0,70	0,49	2,57	0,114	3

Źródło: opracowanie własne

Analiza statystyczna regresją hierarchiczną metodą krokową postępującą wykazała, że model zbudowany ze zmiennych objaśniających styl skoncentrowany na emocjach, cecha lęku i poszukiwanie kontaktów towarzyskich i zmiennej objaśnianej samoocena okazał się najlepiej dopasowany w 3 kroku R^2 wielokrotne = 0,49; $p = 0,114$ (pomimo nieistotności zmiennej PKT, model poprawił się z R^2 wielokrotne = 0,47 do R^2 wielokrotne = 0,49). Oznacza to, że wprowadzone trzy zmienne w 49% tłumaczą ogólną samoocenę w grupie badanych kobiet. Pozostałe zmienne objaśniające nie weszły do modelu. Hipoteza siódma została potwierdzona. W celu pogłębienia analizy predyktorów samooceny, przeprowadzono dodatkową analizę regresji dla poszczególnych jej komponentów. Poniżej przedstawiono szczegółowe wyniki regresji hierarchicznej dla poszczególnych komponentów. Szczegółowe analizy zostały przedstawione w tabelach 15-22.

Tabela 15. Wyniki regresji hierarchicznej metodą krokową postępującą. Zmienna objaśniana Kompetencje

Zmienna	Krok	Rho	Wielokrotne	Zmiana	Wartość p	Zmienne
	+do	Spearman	R2	R2		zawarte w
		(wielokrotne)				modelu
Styl Skoncentrowany na Emocjach	1	0,52	0,27	25,04	<0,001	1
Poszukiwanie Kontaktów Towarzyskich	2	0,55	0,3	3,6	0,062	2
STAI stan lęku	3	0,58	0,33	2,48	0,12	3
Styl Skoncentrowany na Zadaniach	4	0,59	0,35	1,72	0,194	4

Źródło: opracowanie własne

Analiza statystyczna regresją hierarchiczną metodą krokową postępującą wykazała, że model zbudowany ze zmiennych objaśniających: styl skoncentrowany na emocjach, poszukiwanie kontaktów towarzyskich, stan lęku oraz styl skoncentrowany na zadaniach, dla zmiennej objaśnianej - kompetencje, okazał się najlepiej dopasowany w 4 kroku (R^2 wielokrotne = 0,35; $p = 0,194$). Oznacza to, że wprowadzone cztery zmienne wyjaśniają 35% wariacji poziomu kompetencji w grupie badanych kobiet. W pierwszym kroku największy udział w wyjaśnianiu zmiennej kompetencje miał styl skoncentrowany na emocjach ($R^2 = 0,27$), następnie model został wzbogacony o zmienną poszukiwanie kontaktów towarzyskich ($R^2 = 0,30$), stan lęku ($R^2 = 0,33$) oraz styl skoncentrowany na zadaniach ($R^2 = 0,35$). Pozostałe zmienne objaśniające nie zostały włączone do modelu.

Tabela 16. Wyniki regresji hierarchicznej metodą krokową postępującą. Zmienna objaśniana Bycie Kochanym

Zmienna	Krok	Rho	Wielokrotne	Zmiana	Wartość p	Zmienne
	+do	Spearman	R2	R2		zawarte w
		(wielokrotne)				modelu
Poszukiwanie Kontaktów Towarzyskich	1	0,42	0,18	4,62	<0,001	1
Styl Skoncentrowany na Emocjach	2	0,47	0,22	3,75	0,057	2



Angażowanie się w czynności Zastępcze	3	0,5	0,25	2,16	0,147	3
---------------------------------------	---	-----	------	------	-------	---

Źródło: opracowanie własne

Analiza statystyczna regresją hierarchiczną metodą krokową postępującą wykazała, że model zbudowany ze zmiennych objaśniających: poszukiwanie kontaktów towarzyskich, styl skoncentrowany na emocjach oraz angażowanie się w czynności zastępcze, dla zmiennej objaśnianej - bycie kochanym, okazał się najlepiej dopasowany w 3 kroku (R^2 wielokrotne = 0,25; $p = 0,147$). Oznacza to, że wprowadzone trzy zmienne wyjaśniają 25% wariacji poczucia bycia kochanym w grupie badanych kobiet. W pierwszym kroku największy udział w wyjaśnianiu zmiennej bycie kochanym miało poszukiwanie kontaktów towarzyskich ($R^2 = 0,18$), następnie model został wzbogacony o styl skoncentrowany na emocjach ($R^2 = 0,22$) oraz angażowanie się w czynności zastępcze ($R^2 = 0,25$). Pozostałe zmienne objaśniające nie zostały włączone do modelu.

Tabela 17. Wyniki regresji hierarchicznej metodą krokową postępującą. Zmienna objaśniana Popularność

Zmienna	Krok +do	Rho Spearma (wielokrotne)	Wielokrotne R2	Zmiana R2	Wartość p	Zmienne zawarte w modelu
Styl Skoncentrowany na Emocjach	1	0,51	0,26	23,26	<0,001	1
Poszukiwanie Kontaktów Towarzyskich	2	0,58	0,34	8,6	0,005	2
STAI cecha lęku	3	0,6	0,36	2,22	0,141	3
Styl Skoncentrowany na Zadaniach	4	0,61	0,37	1,37	0,246	4

Źródło: opracowanie własne

Analiza statystyczna regresją hierarchiczną metodą krokową postępującą dla zmiennej popularność wykazała, że model zbudowany ze zmiennych objaśniających: styl skoncentrowany na emocjach, poszukiwanie kontaktów towarzyskich, cecha lęku oraz styl skoncentrowany na zadaniach, okazał się najlepiej dopasowany w 4 kroku (R^2 wielokrotne = 0,37; $p = 0,246$). Oznacza to, że wprowadzone cztery zmienne wyjaśniają 37% wariacji poczucia popularności w grupie badanych kobiet. W pierwszym kroku największy udział w wyjaśnianiu zmiennej popularność miał styl skoncentrowany na emocjach ($R^2 = 0,26$),



następnie model został wzbogacony o poszukiwanie kontaktów towarzyskich ($R^2 = 0,34$), cechę lęku ($R^2 = 0,36$) oraz styl skoncentrowany na zadaniach ($R^2 = 0,37$). Pozostałe zmienne objaśniające nie zostały włączone do modelu.

Tabela 18. Wyniki regresji hierarchicznej metodą krokową postępującą. Zmienna objaśniana Zdolności Przywódcze

Zmienna	Krok +do	Rho Spearman (wielokrotne)	Wielokrotne R2	Zmiana R2	Wartość p	Zmienne zawarte w modelu
Styl Skoncentrowany na Emocjach	1	0,47	0,22	19,08	<0,001	1
Poszukiwanie Kontaktów Towarzyskich	2	0,56	0,28	5,19	0,026	2

Źródło: opracowanie własne

W przypadku zdolności przywódczych, analiza statystyczna regresją hierarchiczną metodą krokową postępującą wykazała, że model zbudowany ze zmiennych objaśniających: styl skoncentrowany na emocjach oraz poszukiwanie kontaktów towarzyskich, okazał się najlepiej dopasowany w 2 kroku (R^2 wielokrotne = 0,28; $p = 0,026$). Oznacza to, że wprowadzone dwie zmienne wyjaśniają 28% wariacji zdolności przywódczych w grupie badanych kobiet. W pierwszym kroku największy udział w wyjaśnianiu zmiennej zdolności przywódcze miał styl skoncentrowany na emocjach ($R^2 = 0,22$), następnie model został wzbogacony o poszukiwanie kontaktów towarzyskich ($R^2 = 0,28$). Pozostałe zmienne objaśniające nie zostały włączone do modelu.

Tabela 19. Wyniki regresji hierarchicznej metodą krokową postępującą. Zmienna objaśniana Samokontrola

Zmienna	Krok +do	Rho Spearman (wielokrotne)	Wielokrotne R2	Zmiana R2	Wartość p	Zmienne zawarte w modelu
Styl Skoncentrowany na Emocjach	1	0,6	0,37	39,06	<0,001	1
STAI cecha lęku	2	0,63	0,4	3,38	0,07	2
Angażowanie się w czynności Zastępcze	3	0,64	0,41	1,42	0,238	3



Styl Skoncentrowany na Unikaniu	4	0,65	0,43	2,21	0,142	4
Poszukiwanie Kontaktów Towarzyskich	5	0,67	0,49	2,38	0,128	5

Źródło: opracowanie własne

Analiza statystyczna regresją hierarchiczną metodą krokową postępującą wykazała, że model zbudowany ze zmiennych: styl skoncentrowany na emocjach, cecha lęku, angażowanie się w czynności zastępcze, styl skoncentrowany na unikaniu i poszukiwanie kontaktów towarzyskich oraz zmiennej objaśnianej samokontrola okazał się najlepiej dopasowany w 5 kroku (R^2 wielokrotne = 0,49; $p = 0,128$). Oznacza to, że wprowadzone pięć zmiennych wyjaśnia 49% wariancji samokontroli w grupie badanych kobiet. Najsilniejszym predyktorem samokontroli okazał się styl skoncentrowany na emocjach, który wprowadzony w pierwszym kroku wyjaśnił 37% wariancji (R^2 wielokrotne = 0,37; $p < 0,001$). Wpływ pozostałych zmiennych, choć poprawiających dopasowanie modelu, nie osiągnął istotności statystycznej.

Tabela 20. Wyniki regresji hierarchicznej metodą krokową postępującą. Zmienna objaśniana Samoakceptacja Moralna

Zmienna	Krok +do	Rho Spearma (wielokrotne)	Wielokrotne R^2	Zmiana R^2	Wartość p	Zmienne zawarte w modelu
Styl Skoncentrowany na Emocjach	1	0,38	0,15	11,59	0,001	1
Styl Skoncentrowany na Zadaniach	2	0,44	0,19	4	0,05	2
Poszukiwanie Kontaktów Towarzyskich	3	0,46	0,21	1,2	0,278	3

Źródło: opracowanie własne

Analiza statystyczna wykazała, że model zbudowany ze zmiennych: styl skoncentrowany na emocjach, styl skoncentrowany na zadaniach i poszukiwanie kontaktów towarzyskich oraz zmiennej objaśnianej samoakceptacja moralna osiągnął najlepsze dopasowanie w 3 kroku (R^2 wielokrotne = 0,21; $p = 0,278$). Model ten wyjaśnia 21% wariancji samoakceptacji moralnej u badanych kobiet. Najistotniejszym predyktorem okazał się styl skoncentrowany na emocjach, który w pierwszym kroku wyjaśnił 15% wariancji (R^2 wielokrotne = 0,15; $p = 0,001$). Dodanie do modelu stylu skoncentrowanego na zadaniach



zwiększyło wartość wyjaśnionej wariancji do 19% ($p = 0,05$), natomiast wprowadzenie zmiennej poszukiwanie kontaktów towarzyskich nieznacznie poprawiło model, choć zmiana ta nie osiągnęła istotności statystycznej.

Tabela 21. Wyniki regresji hierarchicznej metodą krokową postępującą. Zmienna objaśniana Atrakcyjność Fizyczna

Zmienna	Krok +do	Rho Spearma (wielokrotne)	Wielokrotne R2	Zmiana R2	Wartość p	Zmienne zawarte w modelu
Styl Skoncentrowany na Emocjach	1	0,52	0,27	25,05	<0,001	1
Poszukiwanie Kontaktów Towarzyskich	2	0,57	0,33	5,73	0,02	2
STAI cecha lęku	3	0,59	0,35	2,3	0,134	3
Styl Skoncentrowany na Zadaniach	4	0,61	0,37	1,79	0,186	4

Źródło: opracowanie własne

W przypadku atrakcyjności fizycznej, analiza statystyczna regresją hierarchiczną metodą krokową wykazała, że model złożony z czterech zmiennych objaśniających osiągnął najlepsze dopasowanie w 4 kroku (R^2 wielokrotne = 0,37; $p = 0,186$). Wprowadzone zmienne wyjaśniają łącznie 37% wariancji atrakcyjności fizycznej w badanej grupie. Najsilniejszym predyktorem okazał się styl skoncentrowany na emocjach, który w pierwszym kroku wyjaśnił 27% wariancji (R^2 wielokrotne = 0,27; $p < 0,001$). Istotną poprawę modelu przyniosło także wprowadzenie zmiennej poszukiwanie kontaktów towarzyskich (R^2 wielokrotne = 0,33; $p = 0,02$). Kolejne predyktory (cecha lęku oraz styl skoncentrowany na zadaniach) poprawiły model w mniejszym stopniu, nie osiągając istotności statystycznej.

Tabela 22. Wyniki regresji hierarchicznej metodą krokową postępującą. Zmienna objaśniana Witalność

Zmienna	Krok +do	Rho Spearma (wielokrotne)	Wielokrotne R2	Zmiana R2	Wartość p	Zmienne zawarte w modelu
STAI cecha lęku	1	0,56	0,32	31,32	<0,001	1



Styl Skoncentrowany na Emocjach	2	0,58	0,33	1,72	0,194	2
---------------------------------	---	------	------	------	-------	---

Źródło: opracowanie własne

Dla zmiennej witalność, analiza wykazała, że najlepiej dopasowany model uzyskano w 2 kroku (R^2 wielokrotne = 0,33; $p = 0,194$). Model ten uwzględnia dwie zmienne objaśniające: cechę lęku i styl skoncentrowany na emocjach, które łącznie wyjaśniają 33% wariacji witalności. Dominującym predyktorem okazała się cecha lęku, która wprowadzona w pierwszym kroku wyjaśniła 32% wariacji (R^2 wielokrotne = 0,32; $p < 0,001$). Dodanie stylu skoncentrowanego na emocjach nieznacznie poprawiło model, jednak zmiana ta nie osiągnęła istotności statystycznej.

Przeprowadzone analizy regresji hierarchicznej metodą krokową postępującą pozwoliły zidentyfikować kluczowe predyktory zarówno ogólnej samooceny, jak i jej poszczególnych komponentów w badanej grupie kobiet. Weryfikacja hipotezy siódmej wykazała, że trzy zmienne: styl skoncentrowany na emocjach, cecha lęku oraz poszukiwanie kontaktów towarzyskich, wyjaśniają łącznie 49% wariacji ogólnego poziomu samooceny, co potwierdza postawioną hipotezę.

Pogłębiona analiza dla poszczególnych komponentów samooceny ujawniła specyficzne wzory zależności:

1. Najsilniejszym predyktorem dla większości komponentów samooceny okazał się **styl skoncentrowany na emocjach**, który był obecny we wszystkich modelach i najczęściej wprowadzany jako pierwszy predyktor.
2. Drugim istotnym predyktorem było **poszukiwanie kontaktów towarzyskich**, które weszło do siedmiu z ośmiu modeli, szczególnie silnie wpływając na wymiary samooceny związane z funkcjonowaniem społecznym (bycie kochanym, popularność, zdolności przywódcze).
3. **Cecha lęku** stanowiła ważny predyktor w czterech komponentach, szczególnie silnie wpływając na witalność ($R^2 = 0,32$, $p < 0,001$).
4. **Styl skoncentrowany na zadaniach** wyjaśniał niewielką, ale zauważalną część wariacji w czterech komponentach samooceny, szczególnie w samoakceptacji moralnej.
5. Zmienne **styl skoncentrowany na unikaniu** oraz **angażowanie się w czynności zastępcze, stan lęku** okazały się najsłabszymi predyktorami, wchodząc jedynie do pojedynczych modeli.



Warto zauważyć, że poszczególne komponenty samooceny są wyjaśniane przez modele w różnym stopniu - od 21% wariancji w przypadku samoakceptacji moralnej do 49% w przypadku samokontroli. Świadczy to o złożoności konstruktów samooceny i różnorodności czynników wpływających na jej poszczególne wymiary. Szczególnie wyraźny jest negatywny wpływ stylu skoncentrowanego na emocjach oraz cechy lęku, co może sugerować, że koncentracja na emocjach i podwyższony poziom lęku jako stałej dyspozycji osobowościowej przyczyniają się do obniżenia samooceny. Natomiast poszukiwanie kontaktów towarzyskich jako strategia radzenia sobie ze stresem wydaje się pełnić funkcję ochronną dla samooceny, zwłaszcza w jej społecznych wymiarach.

W ramach dodatkowego badania, wykraczającego poza główne hipotezy, zdecydowano się przeanalizować, w jakim stopniu poszczególne komponenty samooceny wyjaśniają poziom samooceny ogólnej w badanej grupie kobiet doświadczających przemocy. Badanie to stanowi naturalne uzupełnienie wcześniej przeprowadzonych analiz predyktorów samooceny, pozwalając na pełniejsze zrozumienie struktury i hierarchii znaczenia poszczególnych wymiarów samooceny.

Tabela 23. Wyniki regresji hierarchicznej metodą krokową postępującą. Zmienna objaśniana Samoocena ogólna

Zmienna	Krok +do	Rho Spearmana (wielokrotne)	Wielokrotne R2	Zmiana R2	Wartość p	Zmienne zawarte w modelu
Atrakcyjność fizyczna	1	0,81	0,65	125,296	<0,001	1
Popularyność	2	0,85	0,73	19,228	<0,001	2
Samokontrola	3	0,88	0,77	13,284	<0,001	3
Zdolności Przywódcze	4	0,89	0,8	8,464	0,005	4
Kompetencje	5	0,9	0,81	4,342	0,041	5

Źródło: opracowanie własne

Przeprowadzona analiza regresji hierarchicznej metodą krokową postępującą wykazała, że model zbudowany z pięciu komponentów samooceny wyjaśnia aż 81% wariancji samooceny ogólnej (R^2 wielokrotne = 0,81; $p = 0,041$). Oznacza to, że pięć z ośmiu badanych komponentów w znaczącym stopniu determinuje ogólny poziom samooceny badanych kobiet. Najsilniejszym predyktorem samooceny ogólnej okazała się atrakcyjność fizyczna, która wprowadzona w pierwszym kroku wyjaśniła 65% wariancji (R^2 wielokrotne = 0,65; $p < 0,001$). Jest to szczególnie istotne odkrycie w kontekście wcześniejszych analiz, które



wykazały, że na atrakcyjność fizyczną wpływają przede wszystkim styl skoncentrowany na emocjach i poszukiwanie kontaktów towarzyskich (łącznie wyjaśniając 33% wariacji tego komponentu). W kolejnych krokach do modelu zostały włączone: popularność (zwiększając R^2 do 0,73), samokontrola ($R^2 = 0,77$), zdolności przywódcze ($R^2 = 0,8$) oraz kompetencje ($R^2 = 0,81$). Wszystkie wprowadzone zmienne okazały się istotnymi predyktorami na poziomie statystycznym ($p < 0,05$).



Rozdział 7. Dyskusja wyników

W rozdziale zaprezentowano wielowymiarową interpretację wyników badań nad samoocena, stylami radzenia sobie ze stresem i poziomem lęku u kobiet doświadczających przemocy. Rozpoczyna się od analizy uzyskanych wyników w kontekście aktualnej literatury przedmiotu, podważając funkcjonujące stereotypy dotyczące profilu demograficznego ofiar przemocy domowej. W dalszej części zostanie przedstawiona weryfikacja postawionych hipotez badawczych oraz omówione zostaną ograniczenia przeprowadzonych badań.

7.1. Interpretacja wyników w kontekście literatury przedmiotu

Przeprowadzone badania dostarczyły istotnych informacji na temat złożonych zależności między samoocena, stylami radzenia sobie ze stresem i poziomem lęku u kobiet doświadczających przemocy. Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że badana grupa charakteryzowała się specyficznym profilem demograficznym - były to głównie kobiety w średnim wieku (74.28% w przedziale 35-54 lat), z wyższym wykształceniem (70%), aktywne zawodowo (75.71%), mieszkające w dużych miastach. Ten profil wyraźnie podważa powszechnie funkcjonujący stereotyp, według którego przemoc domowa dotyka głównie osób o niższym statusie społeczno-ekonomicznym czy wykształceniu. Jest to spójne z najnowszymi badaniami Rode (2010), która podkreśla, że przemoc występuje we wszystkich grupach społecznych, jednak osoby o wyższym statusie społeczno-ekonomicznym mogą być mniej skłonne do ujawniania swoich doświadczeń ze względu na stygmatyzację i obawę przed utratą pozycji społecznej.

Szczególnie istotnym odkryciem jest potwierdzenie dodatniej korelacji między wiekiem a poziomem samooceny ($\rho=0.32$; $p<0.001$). Ten wynik można interpretować wielowymiarowo. Z jednej strony może to być związane z rozwojem bardziej adaptacyjnych wzorców funkcjonowania i lepszym rozumieniem własnych potrzeb, co jest spójne z neopsychoanalityczną koncepcją Horney dotyczącą znaczenia doświadczeń życiowych w kształtowaniu obrazu siebie. Z drugiej strony, niższy poziom samooceny w młodszych grupach wiekowych może być związany z kumulacją wielu czynników stresogennych, takich jak opieka nad małymi dziećmi, budowanie kariery zawodowej czy próby stabilizacji życiowej. Jest to spójne z teorią zachowania zasobów Hobfolla (2006), która wskazuje na szczególną podatność na stres w sytuacji ograniczonych zasobów i mnogości wymagań.

Wyniki dotyczące znaczenia aktywności zawodowej dla poziomu samooceny są szczególnie znaczące. Kobiety aktywne zawodowo wykazywały istotnie wyższy poziom



samooceny ($M=27.73$) niż niepracujące ($M=22.94$). Jest to spójne z teorią samostanowienia Ryana i Deciego (2017), która podkreśla znaczenie autonomii i kompetencji dla poczucia własnej wartości. Aktywność zawodowa może stanowić istotny zasób ochronny, dostarczając nie tylko niezależności finansowej, ale także poczucia sprawstwa i własnej skuteczności.

Na uwagę zasługują również wyniki dotyczące związków między stylami radzenia sobie ze stresem a samooceną. Wykazana silna ujemna korelacja między stylem skoncentrowanym na emocjach a samooceną ($r=-0.66$; $p<0.001$) oraz pozytywne związki między stylem zadaniowym a różnymi komponentami samooceny korespondują z transakcyjną teorią stresu Lazarusa i Folkman (1984). Wskazuje to na adaptacyjną wartość strategii zadaniowych w sytuacjach stresowych.

Szczególnie obiecujące są wyniki wskazujące na wyższy poziom samooceny u kobiet po rozwodzie w porównaniu z kobietami pozostającymi w związkach przemocowych. Jest to zgodne z teorią rezyliencji (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2018), sugerującą, że podjęcie działań zmierzających do zmiany sytuacji życiowej, mimo ich trudności, może prowadzić do wzrostu poczucia własnej wartości i skuteczności. Ten wynik potwierdza również obserwacje Herman (2015) dotyczące znaczenia odzyskiwania kontroli nad własnym życiem w procesie zdrowienia z traumy.

Istotnym wkładem badań jest również potwierdzenie roli wsparcia społecznego, co odzwierciedla się w pozytywnej korelacji między poszukiwaniem kontaktów towarzyskich a poziomem samooceny ($r=0.43$; $p<0.001$). Jest to zgodne z teorią przywiązania i wsparcia społecznego (Bowlby, za: Tryjarska, 2018), podkreślającą znaczenie bezpiecznych relacji w procesie odbudowy poczucia własnej wartości.

Uzyskane wyniki można również interpretować w świetle teorii wyuczonej bezradności Seligmana. Jak wskazują badania Makara-Studzińskiej i współpracowników (2021), długotrwałe doświadczanie przemocy może prowadzić do rozwoju wyuczonej bezradności, objawiającej się między innymi obniżoną samooceną i tendencją do stosowania emocjonalnych strategii radzenia sobie ze stresem. Jednak wyniki naszych badań sugerują, że proces ten może być odwracalny - kobiety, które podjęły działania zmierzające do zmiany swojej sytuacji (np. poprzez podjęcie pracy czy zakończenie przemocowego związku), wykazują wyższy poziom samooceny.

Na szczególną uwagę zasługuje również rola lęku w funkcjonowaniu psychologicznym badanych kobiet. Wykazane silne negatywne korelacje między poziomem lęku (zarówno jako stanu, jak i cechy) a samooceną są zgodne z teorią lęku Spielbergera (1983). Sugeruje to, że



interwencje terapeutyczne powinny uwzględniać pracę nad redukcją lęku jako istotny element procesu odbudowy samooceny.

7.2. Odpowiedzi na pytania badawcze i weryfikacja hipotez

Przeprowadzone analizy pozwoliły pozytywnie zweryfikować większość postawionych hipotez:

1. Potwierdzono dodatni związek między wiekiem a samooceną.
2. Wykazano różnicujący wpływ aktywności zawodowej i rodzaju relacji partnerskiej na samoocenę.
3. Częściowo potwierdzono hipotezę o różnicującym wpływie powodów zgłoszenia się po pomoc na samoocenę.
4. Wykazano przewidywane zależności między stylami radzenia sobie ze stresem a samooceną.
5. Potwierdzono ujemne zależności między poziomem lęku (jako stanu i cechy) a samooceną.
6. Częściowo potwierdzono hipotezę o związkach między lękiem a stylami radzenia sobie ze stresem.
7. Zidentyfikowano istotne predyktory poziomu samooceny.

Hipoteza 1 (związek wieku i samooceny) została potwierdzona, wskazując na istotną dodatnią korelację między wiekiem a poziomem samooceny ($\rho=0.32$; $p<0.001$). Wynik ten sugeruje, że wraz z wiekiem kobiety mogą rozwijać bardziej adaptacyjne mechanizmy radzenia sobie z sytuacją przemocową, co może wynikać z większego doświadczenia życiowego i rozwoju zasobów osobistych.

Hipoteza 2 (rola aktywności zawodowej i relacji partnerskiej) również znalazła potwierdzenie. Kobiety aktywne zawodowo wykazywały istotnie wyższy poziom samooceny ($M=27.73$; $SD=8.03$) niż niepracujące ($M=22.94$; $SD=7.50$). Sugeruje to, że aktywność zawodowa może stanowić istotny czynnik ochronny, zapewniający nie tylko niezależność finansową, ale także poczucie własnej wartości i sprawstwa.

Hipoteza 3 (wpływ powodów zgłoszenia się po pomoc) została częściowo potwierdzona. Szczególnie istotne okazały się różnice w poziomie samooceny między osobami zgłaszającymi się z powodu myśli samobójczych, natłoku myśli czy poczucia samotności. Wyniki te wskazują na znaczenie wczesnej interwencji i wsparcia psychologicznego.

Hipoteza 4 (związek między samooceną a stylami radzenia sobie ze stresem) została potwierdzona w części, wykazując istotne korelacje między badanymi zmiennymi. Szczególnie znaczący okazał się ujemny związek między stylem skoncentrowanym na emocjach a samooceną ($r=-0.66$; $p<0.001$), co sugeruje, że nadmierne skupianie się na przeżywanych



emocjach może prowadzić do obniżenia samooceny. Jednocześnie wykazano pozytywne korelacje między stylem zadaniowym a wybranymi komponentami samooceny, co wskazuje na adaptacyjną rolę aktywnego podejścia do rozwiązywania problemów.

Hipoteza 5 (związek między lękiem a samooceną) znalazła pełne potwierdzenie, wykazując istotne ujemne korelacje zarówno między lękiem-stanem jak i lękiem-cechą a poziomem samooceny. Jest to szczególnie istotne w kontekście praktyki klinicznej, wskazując na potrzebę uwzględnienia pracy z lękiem w procesie odbudowy samooceny. Najsilniejsze korelacje zaobserwowano między cechą lęku a ogólną samooceną ($r=-0.57$; $p<0.001$), co sugeruje, że chroniczny lęk może mieć szczególnie destrukcyjny wpływ na obraz siebie.

Hipoteza 6 (zależności między lękiem a stylami radzenia sobie ze stresem) została częściowo potwierdzona. Wykazano istotną dodatnią korelację między poziomem lęku a stylem skoncentrowanym na emocjach ($r=0.50$; $p<0.001$ dla lęku-stanu; $r=0.64$; $p<0.001$ dla lęku-cechy). Wynik ten sugeruje, że wysoki poziom lęku może skłaniać do wyboru mniej adaptacyjnych strategii radzenia sobie ze stresem, co może tworzyć mechanizm błędnego koła.

Hipoteza 7 (predyktory poziomu samooceny) została potwierdzona. Analiza regresji wykazała, że model uwzględniający styl skoncentrowany na emocjach, cechę lęku oraz poszukiwanie kontaktów towarzyskich wyjaśnia 49% wariacji poziomu samooceny. Jest to znaczący wynik, wskazujący na kluczową rolę tych zmiennych w kształtowaniu samooceny kobiet doświadczających przemocy. Szczególnie istotne wydaje się połączenie czynników związanych z regulacją emocjonalną (styl radzenia sobie i lęk) oraz aspektem społecznym (poszukiwanie kontaktów), co potwierdza złożoność mechanizmów wpływających na samoocenę.

Przeprowadzone dodatkowo badanie hierarchii znaczenia poszczególnych komponentów samooceny (tabela 23) stanowi istotne uzupełnienie zidentyfikowanych predyktorów samooceny. Analiza wykazała, że pięć z ośmiu badanych komponentów (atrakcyjność fizyczna, popularność, samokontrola, zdolności przywódcze, kompetencje) wyjaśnia aż 81% wariacji samooceny ogólnej. Szczególnie istotnym odkryciem jest dominująca rola atrakcyjności fizycznej, która sama wyjaśnia 65% wariacji ogólnej samooceny. Jest to znaczące w kontekście pracy terapeutycznej z kobietami doświadczającymi przemocy, gdyż wskazuje na obszary, które mogą wymagać szczególnej uwagi w procesie odbudowy poczucia własnej wartości. Uzyskane wyniki nie tylko potwierdzają większość postawionych hipotez, ale także dostarczają cennych wskazówek dla praktyki klinicznej, sugerując potrzebę wielowymiarowego podejścia w pracy z osobami doświadczającymi

przemocy, uwzględniającego zarówno aspekty emocjonalne, poznawcze jak i społeczne funkcjonowania.

7.3. Ograniczenia badania

Przeprowadzone badanie, mimo dostarczenia istotnych wyników i wglądu w funkcjonowanie psychologiczne kobiet doświadczających przemocy, posiada pewne ograniczenia metodologiczne, które należy wziąć pod uwagę przy interpretacji rezultatów i planowaniu przyszłych badań.

Pierwszym znaczącym ograniczeniem jest relatywnie homogeniczny charakter badanej grupy. Dominowały w niej kobiety z wyższym wykształceniem (70%), mieszkające w dużych miastach (81.43%), głównie z regionu Gdańska i okolic. Taki profil demograficzny, choć dostarcza cennych informacji o specyficznej grupie kobiet doświadczających przemocy, może nie odzwierciedlać pełnego spektrum doświadczeń osób z innych środowisk społeczno-ekonomicznych czy obszarów geograficznych. Ponadto, koncentracja badanej grupy w przedziale wiekowym 35-54 lat (74.28%) ogranicza możliwość generalizacji wyników na inne grupy wiekowe.

Szczególnie istotnym ograniczeniem, wykraczającym poza aspekty metodologiczne, jest złożoność procesu identyfikowania i nazywania własnych doświadczeń jako przemocy. Jak wskazują badania Herman (2015), osoby doświadczające przemocy często przechodzą długi proces zanim zidentyfikują i nazwą swoją sytuację jako przemocową. Częstsze może być używanie określeń takich jak "toksyczne relacje" czy "trudna sytuacja rodzinna", co może wpływać na moment zgłoszenia się po pomoc i rozpoczęcia procesu terapeutycznego.

Dodatkowo, istotnym wyzwaniem metodologicznym jest trudność w precyzyjnym określeniu momentu rozpoczęcia doświadczania przemocy oraz uznania wysiłków włożonych w proces uwalniania się z relacji przemocowej. Jak zauważają Badura-Madej i Dobrzyńska-Mesterhazy (2000), proces wychodzenia z przemocy często ma charakter nieliniowy, z wielokrotnymi próbami i powrotami, co utrudnia jednoznaczne określenie jego ram czasowych i intensywności. Same respondentki podkreślały w rozmowie, że "jakiś czas temu te testy by wypełniły zupełnie inaczej."

Sam też sposób przeprowadzenia badania, w dużej mierze były to klientki Centrum Praw Kobiet w Gdasku. W niewielkim stopniu udało się dotrzeć do kobiet niekorzystających z wsparcia tej instytucji.

Te ograniczenia sugerują potrzebę dalszych badań uwzględniających szersze spektrum demograficzne oraz bardziej zróżnicowane metody badawcze, pozwalające na uchwycenie złożoności doświadczeń osób znajdujących się w sytuacji przemocy.



Rozdział 8. Podsumowanie i wnioski

Rozdział ten stanowi podsumowanie najważniejszych ustaleń teoretycznych i empirycznych badań nad funkcjonowaniem psychologicznym kobiet doświadczających przemocy. Rozpoczyna się od prezentacji kluczowych odkryć i ich osadzenia w istniejących teoriach psychologicznych. W dalszej części omówione zostaną praktyczne implikacje dla psychologów i terapeutów pracujących z osobami doświadczającymi przemocy, a także perspektywiczne kierunki dalszych badań w tym obszarze.

8.1. Główne ustalenia teoretyczne i empiryczne

Przeprowadzone badania wnoszą istotny wkład w rozumienie funkcjonowania psychologicznego kobiet doświadczających przemocy, dostarczając kilku kluczowych ustaleń o znaczeniu zarówno teoretycznym, jak i praktycznym.

1. Przede wszystkim, badania podważają funkcjonujące w społeczeństwie stereotypy dotyczące przemocy domowej, wskazując na jej występowanie we wszystkich grupach społecznych, niezależnie od wykształcenia czy statusu społeczno-ekonomicznego. To odkrycie, zgodne z teorią systemową Herman (2020) dotyczącą uniwersalnego charakteru traumy, ma fundamentalne znaczenie dla projektowania programów profilaktycznych i pomocowych.
2. Drugim istotnym ustaleniem jest identyfikacja czynników sprzyjających zdrowiu psychicznemu w sytuacji doświadczania przemocy. Zgodnie z teorią samostanowienia Ryana i Deciego (2017), przestrzenie życiowe wolne od przemocy - szczególnie środowisko zawodowe - mogą stanowić swoiste "wyspy bezpieczeństwa", umożliwiające doświadczanie własnej skuteczności i budowanie zdrowych relacji interpersonalnych. Jest to również spójne z teorią zachowania zasobów Hobfolla (2006), wskazującą na znaczenie różnorodnych źródeł wsparcia w procesie radzenia sobie z traumą.
3. Trzecim kluczowym odkryciem jest potwierdzenie znaczenia wielowymiarowego wsparcia w procesie zdrowienia. W świetle teorii przywiązania Bowlby'ego (za: Tryjarska, 2018), skuteczna pomoc wymaga jednoczesnego oddziaływania na różne sfery funkcjonowania - od redukcji lęku, poprzez wzmacnianie zasobów osobistych, po budowanie sieci wsparcia społecznego.
4. Istotnym wkładem teoretycznym jest również zidentyfikowanie wzajemnych zależności między samooceną, lękiem a stylami radzenia sobie ze stresem. Te ustalenia,



korespondujące z transakcyjną teorią stresu Lazarusa i Folkman (1984), pozwalają lepiej zrozumieć mechanizmy podtrzymujące sytuację przemocową, ale także wskazują potencjalne ścieżki wprowadzania zmiany.

5. Te odkrycia, osadzone w teorii rezyliencji (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2018), mają znaczące implikacje dla praktyki klinicznej, wskazując na potrzebę kompleksowego podejścia w pracy z osobami doświadczającymi przemocy, uwzględniającego zarówno aspekty indywidualne, jak i systemowe.
6. Warto zwrócić uwagę na paradoks dotyczący wsparcia społecznego - choć jest ono kluczowe w procesie zdrowienia, badania pokazują, że osoby z niższą samooceną mogą mieć większe trudności w jego poszukiwaniu i przyjmowaniu. To wskazuje na potrzebę szczególnie uważnego podejścia do budowania sieci wsparcia. Jak wskazują Herman (2015), pierwszym krokiem powinno być budowanie poczucia bezpieczeństwa w relacji terapeutycznej, co może stanowić model dla późniejszych relacji wspierających.

8.2. Implikacje praktyczne dla psychologów i terapeutów

Przeprowadzone badania wskazują na potrzebę holistycznego podejścia w pracy terapeutycznej, wykraczającego poza tradycyjny model pomocy psychologicznej. Szczególnie istotne wydaje się przyjęcie perspektywy uwzględniającej różne obszary życia klientki i dostępne w nich zasoby.

W kontekście budowania sieci wsparcia społecznego istotne jest tworzenie możliwości nawiązywania i podtrzymywania zdrowych relacji interpersonalnych. Herman (2020) podkreśla znaczenie doświadczeń korektywnych w procesie zdrowienia z traumy, a wyniki badań potwierdzają pozytywny związek między poszukiwaniem kontaktów towarzyskich a poziomem samooceny. Praktyczne działania powinny zatem koncentrować się na facylitowaniu grup wsparcia, tworzeniu przestrzeni do bezpiecznych interakcji społecznych oraz rozwijaniu umiejętności budowania i utrzymywania granic w relacjach.

W obszarze rozwoju zawodowego kluczowe jest tworzenie warunków sprzyjających budowaniu poczucia kompetencji i sprawstwa. Jak wskazuje Brown (2021), rozwój osobisty wymaga bezpiecznej przestrzeni do eksperymentowania i podejmowania wyzwań. Współpraca z doradcami zawodowymi, tworzenie programów rozwijających kompetencje oraz wsparcie w planowaniu ścieżki rozwoju zawodowego mogą stanowić istotne elementy procesu terapeutycznego.

Szczególnie istotnym obszarem pracy terapeutycznej jest proces odbudowywania i wzmocnienia zasobów osobistych. Zgodnie z teorią zachowania zasobów Hobfolla (2006),



chroniczne doświadczanie przemocy prowadzi do systematycznej utraty zasobów. Proces zdrowienia wymaga zatem świadomego i stopniowego ich odbudowywania poprzez identyfikację zachowanych zasobów, tworzenie "małych zwycięstw" budujących poczucie sprawstwa oraz rozwój nowych kompetencji i umiejętności.

W kontekście pracy z lękiem, wyniki badań wskazują na potrzebę wielopoziomowego podejścia. Van der Kolk (2018) podkreśla znaczenie integracji pracy z ciałem w procesie terapeutycznym, wskazując na somatyczne aspekty traumy. Skuteczna redukcja lęku powinna zatem uwzględniać zarówno techniki regulacji emocjonalnej i pracy z ciałem, jak i restrukturyzację poznawczą dotyczącą przekonań lękotwórczych. Istotnym elementem pracy terapeutycznej powinna być również integracja różnych wymiarów doświadczenia klientki. Jak wskazują Cierpiałkowska i Sęk (2023), skuteczna terapia wymaga uwzględnienia zarówno aspektów indywidualnych, jak i systemowych. W praktyce oznacza to łączenie indywidualnej pracy terapeutycznej z działaniami grupowymi oraz uwzględnianie szerszego kontekstu społeczno-kulturowego.

Wyniki dodatkowej analizy hierarchii komponentów samooceny sugerują potrzebę szczególnego uwzględnienia w pracy terapeutycznej kwestii obrazu ciała i postrzegania własnej atrakcyjności fizycznej. Dominująca rola tego komponentu w kształtowaniu ogólnej samooceny (65% wyjaśnionej wariacji) wskazuje na obszar wymagający wyjątkowej uważności, zwłaszcza że ciało często było przestrzenią nadużyć i przemocy. Interwencje terapeutyczne powinny tworzyć bezpieczne warunki do pracy nad akceptacją własnego ciała, odbudową pozytywnego stosunku do własnego wyglądu oraz przepracowaniem negatywnych przekonań związanych z cielesnością. Holistyczne podejście może wymagać integrowania pracy różnych specjalistów - począwszy od psychoterapeutów i psychologów (szczególnie tych specjalizujących się w traumie), przez dietetyków i trenerów personalnych, po osoby zajmujące się wizażem. Kluczowe jest jednak, by każda interwencja odbywała się z pełnym poszanowaniem granic kobiet i w tempie dostosowanym do ich gotowości. Celowe i ukierunkowane działania na zwiększenie świadomości ciała i jego akceptację powinny uwzględniać etapowość procesu zdrowienia z traumy oraz indywidualne potrzeby każdej kobiety w odbudowywaniu poczucia kontroli nad własnym ciałem i jego pozytywnego obrazu.

8.3. Kierunki dalszych badań

Wyniki przeprowadzonych badań otwierają nowe perspektywy badawcze, wskazując na potrzebę pogłębionej eksploracji mechanizmów zmiany i zdrowienia. Szczególnie



obietujące wydają się następujące kierunki badawcze, które mogą znacząco poszerzyć nasze rozumienie procesu wychodzenia z przemocy.

Pierwszym istotnym obszarem wymagającym dalszej eksploracji jest proces zmiany. Badania w tym zakresie powinny koncentrować się na analizie punktów zwrotnych w procesie wychodzenia z przemocy oraz identyfikacji czynników inicjujących i podtrzymujących zmianę. Herman (2021) podkreśla, że zrozumienie dynamiki procesu zmiany ma kluczowe znaczenie dla projektowania skutecznych interwencji. Szczególnie wartościowe byłyby badania longitudinalne, pozwalające na prześledzenie procesu budowania nowej tożsamości wolnej od przemocy. Kolejnym obiecującym kierunkiem są interdyscyplinarne badania nad rezyliencją. W świetle najnowszych odkryć (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2022), prężność psychiczna może stanowić kluczowy czynnik w procesie zdrowienia. Badania w tym obszarze powinny łączyć perspektywę psychologiczną z odkryciami neurobiologii, pozwalając na lepsze zrozumienie mechanizmów odporności na stres oraz identyfikację czynników wspierających rozwój prężności psychicznej.

Odkrycie dominującej roli atrakcyjności fizycznej w kształtowaniu ogólnej samooceny kobiet doświadczających przemocy otwiera nową, obiecującą ścieżkę badawczą. Przyszłe badania powinny skupić się na pogłębionej analizie mechanizmów łączących doświadczenie przemocy z obrazem własnego ciała i poczuciem atrakcyjności. Szczególnie wartościowe byłoby zbadanie, w jaki sposób przemoc wpływa na percepcję własnego ciała oraz jak proces zdrowienia może prowadzić do odbudowy pozytywnego obrazu cielesności. Istotne byłoby również zbadanie skuteczności interwencji terapeutycznych ukierunkowanych specyficznie na pracę z obrazem ciała w kontekście doświadczeń przemocy. Takie badania mogłyby przyczynić się do opracowania bardziej ukierunkowanych i skutecznych protokołów terapeutycznych.

Szczególnie istotne wydaje się również pogłębienie badań nad rolą środowiska społecznego. Makara-Studzińska (2023) wskazuje, że kontekst społeczny może mieć decydujące znaczenie dla skuteczności procesu terapeutycznego. Przyszłe badania powinny skupić się na analizie wpływu różnych form wsparcia społecznego, znaczenia grup samopomocowych oraz roli szerszego kontekstu społeczno-kulturowego w procesie zdrowienia. W obszarze metodologii badawczej konieczny jest rozwój narzędzi bardziej wrażliwych na specyfikę doświadczenia przemocy. Potrzebne są metody łączące podejście ilościowe z jakościowym, pozwalające na uchwycenie złożoności procesu zmiany. Szczególnie wartościowe byłyby badania longitudinalne, umożliwiające śledzenie dynamiki zmian w czasie. Przyszłe badania powinny również uwzględniać zmieniający się kontekst społeczny i



kulturowy, w tym rosnącą świadomość społeczną dotyczącą przemocy oraz ewoluujące formy wsparcia instytucjonalnego. Istotne jest także badanie wpływu nowych technologii i form komunikacji na proces wychodzenia z przemocy i budowania sieci wsparcia.

Wreszcie, szczególnie wartościowe wydaje się rozwijanie badań nad czynnikami sprzyjającymi budowaniu nowej tożsamości i odzyskiwaniu sprawczości. Brown (2023) podkreśla, że kluczowym elementem procesu zdrowienia jest możliwość przepisania własnej historii i nadania jej nowego znaczenia. Zrozumienie mechanizmów tej transformacji może mieć fundamentalne znaczenie dla praktyki terapeutycznej.

Przedstawione kierunki badawcze nie tylko pogłębiają rozumienie zjawiska przemocy i jej konsekwencji, ale także otwierają nowe możliwości w zakresie projektowania skutecznych form pomocy. Szczególnie cenne wydaje się łączenie różnych perspektyw badawczych i praktycznych, umożliwiające pełniejsze zrozumienie złożoności doświadczenia osób doświadczających przemocy.



Bibliografia

- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96(2), 358-372. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.96.2.358>
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(1), 49-74. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.87.1.49>
- Aleksandrowicz, J. W. (2016). *Psychoterapia: od metody do sposobu myślenia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Anderson, C. A., & Larson, L. R. (2019). Animal-assisted therapy. In B. Wilcox & E. Cullen (Eds.), *Encyclopedia of animal behavior* (2nd ed., pp. 91-96). Academic Press.
- Anderson, C. M., Smith, T., & Wilczynski, S. M. (2018). Advances in school-based interventions for students with autism spectrum disorder: Introduction to the special issue. *Behavior Modification*, 42(1), 3–8. <https://doi.org/10.1177/0145445517743582>
- Auchincloss, E. L., & Samberg, E. (2021). *Psychoanalytic terms and concepts* (4th ed.). Yale University Press.
- Badura-Madej, W., & Dobrzyńska-Mesterhazy, A. (2000). *Przemoc w rodzinie: interwencja kryzysowa i psychoterapia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachandran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). Academic Press.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 1-26. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.1>
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). Guilford Press.
- Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2021). *Abnormal psychology: An integrative approach* (9th ed.). Cengage Learning.



- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4(1), 1-44. <https://doi.org/10.1111/1529-1006.01431>
- Beck, A. T., & Clark, D. A. (2016). *Anxiety and depression: An information processing perspective*. Routledge.
- Bellotti, E., Boethius, S., Åkerström, M., & Hydén, M. (2021). Ambivalent and consistent relationships: The role of personal networks in cases of domestic violence. *Social Inclusion*, 9(4), [numer stron, jeśli dostępny]. <https://doi.org/10.17645/si.v9i4.4545>
- Benight, C. C., & Bandura, A. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: The role of perceived self-efficacy. *Behaviour Research and Therapy*, 42(10), 1129-1148. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.08.008>
- Bolger, N. (1990). Coping as a personality process: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(3), 525-537. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.59.3.525>
- Bourne, E. J. (2011). *The anxiety and phobia workbook* (5th ed.). New Harbinger Publications.
- Branden, N. (2020). *Sześć filarów poczucia własnej wartości*. Studio Emka.
- Brown, B. (2022). *Z wielką odwagą. Jak odwaga bycia wrażliwym zmienia to, jak żyjemy i kochamy, jakimi rodzicami i liderami jesteśmy*. Laurum.
- Brown, J. D., & Marshall, M. A. (2006). The Three Faces of Self-Esteem. In M. H. Kernis (Ed.), *Self-esteem issues and answers: A sourcebook of current perspectives* (pp. 4–9). Psychology Press.
- Brown, K., & Herbert, M. (1999). *Zapobieganie przemocy w rodzinie*. PARPA.
- Brzezińska, A. I., & Appelt, K. (2021). *Psychologia rozwoju człowieka*. GWP.
- Buunk, B. P., & Gibbons, F. X. (2007). Social comparison: The end of a theory and the emergence of a field. *Psychological Bulletin*, 133(1), 146-160. <https://doi.org/10.1016/j.obhdp.2006.09.007>
- Campbell, W. K., & Crist, C. (2020). *The new science of narcissism: Understanding one of the greatest psychological challenges of our time—and what you can do about it*. BenBella Books.
- Cast, A. D., & Burke, P. J. (2002). A theory of self-esteem. *Social Forces*, 80(3), 1041-1068. <https://doi.org/10.1353/sof.2002.0003>
- Cattaneo, L. B., & Chapman, A. R. (2010). The process of empowerment: A model for use in research and practice. *American Psychologist*, 65(7), 646–659. <https://doi.org/10.1037/a0018854>



- Cattaneo, L. B., & Goodman, L. A. (2015). What is empowerment anyway? A model for domestic violence practice, research, and evaluation. *Psychology of Violence, 5*(1), 84–94. <https://doi.org/10.1037/a0035137>
- Cattaneo, L. B., Stylianou, A. M., Hargrove, S., Curby, T., & [other authors]. (2020). Survivor-centered practice and survivor empowerment: Evidence from a research–practitioner partnership. *Violence Against Women, 27*(9), 1–23. <https://doi.org/10.1177/1077801220935196>
- Centrum Badania Opinii Społecznej. (2019). *Przemoc i konflikty w domu* (Komunikat z badań nr 48/2019). CBOS. https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2019/K_048_19.PDF
- Centrum Praw Kobiet. (2021). *Sytuacja kobiet w Polsce w XXI wieku: Raport przekrojowy*. https://cpk.org.pl/wp-content/uploads/2021/03/raport_calość_cpk.pdf
- Chełstowska, A., Druciarek, M., & Niżyńska, A. (2015). *Przemoc ekonomiczna w rodzinie*. Instytutu Spraw Publicznych. <https://www.isp.org.pl/pl/publikacje/przemoc-ekonomiczna-w-zwiatkach>
- Cierpiałkowska, L., & Sęk, H. (2016). *Psychologia kliniczna*. PWN.
- Collins, R. L. (1996). For better or worse: The impact of upward social comparison on self-evaluations. *Psychological Bulletin, 119*(1), 51–69. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.119.1.51>
- Cooper, A. M. (2019). *Contemporary psychoanalytic foundations*. Routledge.
- Cramer, P. (2020). *Defense mechanisms: Theory and research*. Guilford Press.
- Craske, M. G., & Stein, M. B. (2021). Anxiety disorders. *Nature Reviews Disease Primers, 7*(1), 1–22.
- Crocker, J., & Wolfe, C. T. (2001). Contingencies of self-worth. *Psychological Review, 108*(3), 593–623. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.108.3.593>
- Czyż, A. (2019). *Podmiotowe uwarunkowania radzenia sobie ze stresem osób z uszkodzonym słuchem*. Oficyna Wydawnicza "Impuls".
- Davidson, R. J., Putnam, K. M., & Larson, C. L. (2000). Dysfunction in the neural circuitry of emotion regulation: A possible prelude to violence. *Science, 289*(5479), 591–594. <https://doi.org/10.1126/science.289.5479.591>
- De Barbaro, B. (2019). Kontekst społeczny a zaburzenia lękowe. *Psychiatria Polska, 53*(2), 361–374.
- Di Domenico, S. I., & Ryan, R. M. (2017). The emerging neuroscience of intrinsic motivation: A new frontier in self-determination research. *Frontiers in Human Neuroscience, 11*, Article 145. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2017.00145>



- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., Gallop, R., McGlinchey, J. B., Markley, D. K., Gollan, J. K., Atkins, D. C., Dunner, D. L., & Jacobson, N. S. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(4), 658-670. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.4.658>
- Doychak, K., & Raghavan, C. (2018). “No voice or vote:” Trauma-coerced attachment in victims of sex trafficking. *Journal of Human Trafficking. https://doi.org/10.1080/23322705.2018.1518625*
- Duckworth, A. L., & Kern, M. L. (2011). A meta-analysis of the convergent validity of self-control measures. *Journal of Research in Personality, 45*(3), 259-268. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2011.02.004>
- Dutton, D. G. (2011). *The domestic assault of women: Psychological and criminal justice perspectives*. UBC Press.
- Dutton, D. G., & Painter, S. (1993). Emotional attachments in abusive relationships: A test of traumatic bonding theory. *Violence and Victims, 8*(2), 105–120. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.8.2.105>
- Dweck, C. S. (2006). *Mindset: The new psychology of success*. Random House.
- Dziergawka, A. (2024). Wtórna wiktymizacja ofiar przestępstw seksualnych – aspekty normatywne i praktyczne [Secondary victimisation of victims of sexual offences – regulatory and practical aspects]. *Prawo w Działaniu. Sprawy Karne, 57*, 164–188. <https://doi.org/10.32041/pwd.5708>
- Eagle, M. N. (2018). *Core concepts in classical psychoanalysis*. Routledge.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*(5), 844-854. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.5.844>
- Epstein, S. (1980). The self-concept: A review and the proposal of an integrated theory of personality. In E. Staub (Ed.), *Personality: Basic aspects and current research* (pp. 81-132). Prentice-Hall.
- Fecenec, D. (2008). *Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny MSEI*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations, 7*(2), 117-140. <https://doi.org/10.1177/001872675400700202>



- Filipek, A. (2017). *Wspomaganie człowieka dorosłego w sytuacji przemocy w rodzinie*. Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku. https://repozytorium.uwb.edu.pl/jspui/bitstream/11320/7114/1/A_Filipek_Wspomaganie_czlowieka_doroslego_w_sytuacji_przemocy_w_rodzinie.pdf
- Fleming, J. S., & Courtney, B. E. (1984). The dimensionality of self-esteem: II. Hierarchical facet model for revised measurement scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(2), 404-421. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.46.2.404>
- Foa, E. B., Keane, T. M., & Friedman, M. J. (2000). Guidelines for treatment of PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 13(4), 539-588. <https://doi.org/10.1023/A:1007802031411>
- Follingstad, D. R., & Rogers, M. J. (2014). The nature and prevalence of partner psychological abuse in a national sample of adults. *Violence and Victims*, 29(1), 3-23. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.09-160>
- Fonagy, P., & Target, M. (2020). *Psychoanalytic theories: Perspectives from developmental psychopathology* (2nd ed.). Routledge.
- Freud, S. (2020). *Inhibitions, symptoms and anxiety* (A. Strachey & J. Strachey, Trans.). W. W. Norton & Company. (Original work published 1926)
- Gabbard, G. O. (2020). *Long-term psychodynamic psychotherapy: A basic text* (3rd ed.). American Psychiatric Publishing.
- Gracia, E., & Herrero, J. (2004). Determinants of social integration in the community: An exploratory analysis of personal, interpersonal and situational variables. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 14(1), 1-15. <https://doi.org/10.1002/casp.746>
- Grygorczuk, A. (2008). Pojęcie stresu w medycynie i psychologii. *Psychiatria*, 5(3), 111-115.
- Grzegorzewska, I., & Cierpiąłkowska, L. (2020). *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży*. PWN.
- Hall, C. S., & Lindzey, G. (2002). *Teorie osobowości*. PWN.
- Harter, S. (1999). *The construction of the self: A developmental perspective*. Guilford Press.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery: From domestic abuse to political terror (Trauma. Od przemocy domowej do terroru politycznego, M. Reimann, tłum.)*. Wydawnictwo Czarna Owca. (Oryginał opublikowany w 1992, tłumaczenie w roku 2024).
- Herman, J. L. (2002). *Przemoc: Uraz psychiczny i powrót do równowagi*. GWP.
- Heszen, I., & Sęk, H. (2020). *Psychologia zdrowia*. PWN.
- Heszen-Niejodek, I. (2002). Emocje, ocena poznawcza i strategie w procesie radzenia sobie. W I. Heszen-Niejodek (Red.), *Teoretyczne i kliniczne problemy radzenia sobie ze stresem* (s. 174-197). SPiA.



- Heszen-Niejodek, I., & Ratajczak, Z. (2000). *Człowiek w sytuacji stresu*. PWN.
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, *44*(3), 513-524. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.3.513>
- Hobfoll, S. E. (2006). *Stres, kultura i społeczność: Psychologia i filozofia stresu*. GWP.
- Hodgins, H. S., & Knee, C. R. (2002). The integrating self and conscious experience. In E. L. Deci & R. M. Ryan (Eds.), *Handbook of self-determination research* (pp. 87-100). University of Rochester Press.
- Horney, K. (2019). *Our inner conflicts: A constructive theory of neurosis*. Routledge. (Original work published 1945)
- International Union of Foodworkers. (2020). *Przemoc domowa – problem w miejscu pracy i w związku zawodowym: Briefing dla oddziałów IUF*. Genewa, Szwajcaria. Pobrane z <http://www.iuf.org>
- Izdebski, R., Sz wajca, K., de Barbaro, M., & Szaszkiwicz, W. (2012). Przemoc w rodzinie, maltretowanie fizyczne i wykorzystywanie seksualne dzieci i młodzieży. W I. Namysłowska (Red.), *Psychiatria dzieci i młodzieży* (s. 409–444). Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Janoff-Bulman, R. (2002). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. Simon & Schuster.
- Johnson, L. (2018). *Increasing financial empowerment for survivors of intimate partner violence* (Publication No. 10826173) [Doctoral dissertation, Rutgers University]. ProQuest Dissertations and Theses Global.
- Johnson, M. P., & Leone, J. M. (2005). The differential effects of intimate terrorism and situational couple violence. *Journal of Family Issues*, *26*(3), 322-349. <https://doi.org/10.1177/0192513X04270345>
- Judge, T. A., Erez, A., Bono, J. E., & Thoresen, C. J. (2002). Are measures of self-esteem, neuroticism, locus of control, and generalized self-efficacy indicators of a common core construct? *Journal of Personality and Social Psychology*, *83*(3), 693-710. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.83.3.693>
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (2004). *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (9th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Kernberg, O. F. (2019). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. Yale University Press.
- Kernberg, O. F., & Caligor, E. (2005). A psychoanalytic theory of personality disorders. W J. F. Clarkin & M. F. Lenzenweger (Red.), *Major theories of personality disorder* (2nd ed., s. 114–156). The Guilford Press.



- Kernis, M. H. (2003). Toward a conceptualization of optimal self-esteem. *Psychological Inquiry*, 14(1), 1–26. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1401_01
- Kępiński, A. (2012). *Lęk*. Wydawnictwo Literackie.
- Kofta, M., & Doliński, D. (2000). Poznawcze podejście do osobowości. W J. Strelau (Red.), *Psychologia: Podręcznik akademicki* (T. 2, s. 561–600). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Kokoszka, A. (2020). *Wprowadzenie do terapii poznawczo-behawioralnej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Korczy, I. (2004). Stres - mechanizmy adaptacyjne i destrukcyjne. *Studia Edukacyjne*, 6, 143-157.
- Kozielecki, J. (2000). *Koncepcje psychologiczne człowieka*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Kubacka-Jasiecka, D. (2010). *Interwencja kryzysowa: Pomoc w kryzysach psychologicznych*.
- Landowski, J. (2007). Neurobiologia stresu. *Psychiatria*, 4(3), 209-216
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- LeDoux, J. E. (2020). *The deep history of ourselves: The four-billion-year story of how we got conscious brains*. Penguin.
- LeDoux, J. E., & Pine, D. S. (2016). Using neuroscience to help understand fear and anxiety: A two-system framework. *American Journal of Psychiatry*, 173(11), 1083-1093. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.16030353>
- Lefcourt, H. M. (1976). Locus of control and the response to aversive events. *Canadian Psychological Review / Psychologie Canadienne*, 17(3), 202–209. <https://doi.org/10.1037/h0081839>
- Lemma, A., Target, M., & Fonagy, P. (2011). *Brief dynamic interpersonal therapy: A clinician's guide*. Oxford University Press.
- Lewis, S. P. (2016). The secret struggle of the strong. *CMAJ*, 188(17-18), 1265–1266. <https://doi.org/10.1503/cmaj.160119>
- Lingiardi, V., & McWilliams, N. (2019). *Psychodynamic diagnostic manual* (2nd ed.). Guilford Press.
- Lipowska-Teutsch, A. (1995). *Rodzina a przemoc*. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- Lipowska-Teutsch, A. (1998). *Wychować, wyleczyć, wyzwolić*. PARPA.



- Lynch, S. M., Heath, N. M., Mathews, K. C., & Cepeda, G. J. (2012). Seeking Safety: An Intervention for Trauma-Exposed Incarcerated Women? *Journal of Trauma & Dissociation*, 13(1), 88–101. <https://doi.org/10.1080/15299732.2011.608780>
- Luyten, P., Campbell, C., Allison, E., & Fonagy, P. (2020). The mentalizing approach to psychopathology: State of the art and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 16, 297–325. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-071919-015355>
- Łaguna, M., Lachowicz-Tabaczek, K., & Dzwonkowska, I. (2007). Skala samooceny SES Morrisa Rosenberga – polska adaptacja metody. *Psychologia Społeczna*, 2(4), 164-176.
- Ławska, W., & Makara-Studzińska, M. (2022). Przemoc domowa w pandemii COVID-19: Przegląd aktualnego piśmiennictwa. *Perspektywy Kultury*, 42(3), 535–548. <https://doi.org/10.35765/pk.2023.4203.31>
- Łosiak, W. (2007). *Psychologia emocji*. Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Łosiak, W. (2008). *Psychologia stresu*. Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Łukowska, K. (2018). Medyczne i psychologiczne skutki przemocy w rodzinie jako problem zdrowia publicznego. *Hygeia Public Health*, 53(1), 24–30.
- Maier, S. F., & Seligman, M. E. P. (2016). Learned helplessness at fifty: Insights from neuroscience. *Psychological Review*, 123(4), 349-367. <https://doi.org/10.1037/rev0000033>
- Makara-Studzińska, M., & Golonka, K. (2019). *Self-efficacy as a moderator between stress and professional burnout in firefighters*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(2), 183. <https://doi.org/10.3390/ijerph16020183>
- Makara-Studzińska, M., Grzywa, A., & Turek, R. (2005). Przemoc w związkach między kobietą a mężczyzną. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 14(2), 131-136
- Makara-Studzińska, M., & Madej, A. (2015). Przemoc wobec kobiet a depresja – przegląd badań = Violence against women and depression - overview of research. *Journal of Education, Health and Sport*, 5(5), 373–388. <https://doi.org/10.5281/zenodo.17895>
- Makara-Studzińska, M., Partyka, I., & Ziemecka, A. (2021). Mechanizmy lęku w kontekście przemocy domowej. *Psychiatria Polska*, 55(2), 321-334.
- Marchwicki, P. (2006). Teoria przywiązania J. Bowlby’ego. *Seminare*, 23, 365–383.
- Markus, H., & Nurius, P. (1986). Possible selves. *American Psychologist*, 41(9), 954–969. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.9.954>
- Marsh, H. W., & Shavelson, R. J. (1985). Self-concept: Its multifaceted, hierarchical structure. *Educational Psychologist*, 20(3), 107-123. https://doi.org/10.1207/s15326985ep2003_1
- Maruszewski, T., & Ścigała, E. (1998). *Emocje–Aleksytymia–Poznanie*. Poznań.



- Matheny, K. B., Aycock, D. W., Pugh, J. L., Curlette, W. L., & Silva Cannella, K. A. (1986). Stress coping: A qualitative and quantitative synthesis. *The Counseling Psychologist*, *14*(4), 499-549. <https://doi.org/10.1177/0011000086144001>
- McWilliams, N. (2021). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process* (3rd ed.). Guilford Press.
- Mellibruda, J. (2009). *Przeciwdziałanie przemocy domowej*. Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
- Mitchell, S. A., & Black, M. J. (2021). *Freud and beyond: A history of modern psychoanalytic thought* (3rd ed.). Basic Books.
- Mitchell, S. A., & Harris, A. (2019). *Relationality: From attachment to intersubjectivity*. Routledge.
- Mussweiler, T. (2003). Comparison processes in social judgment: Mechanisms and consequences. *Psychological Review*, *110*(3), 472-489. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.110.3.472>
- Namnyak, M., Tufton, N., Szekely, R., Sampson, E. L., & inni. (2008). 'Stockholm syndrome': Psychiatric diagnosis or urban myth? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *117*(1), 4-11. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.01112.x>
- Niewiadomska, I. (2010). *Osobowościowe uwarunkowania skuteczności kary pozbawienia wolności*. KUL.
- Ogińska-Bulik, N., & Juczyński, Z. (2010). *Osobowość, stres a zdrowie*. Difin.
- Oleś, P. K. (2022). *Wprowadzenie do psychologii osobowości*. Scholar.
- Oleś, P. K., & Sieradzki, A. (2021). Wewnętrzna aktywność dialogowa a niepewność poznawcza, cechy, koncepcja siebie i funkcjonowanie adaptacyjne. W C. Monereo, C. Weise, & H. Hermans (Eds.), *Dialogiczność. Osobisty, logiczny i planetarny dialog w edukacji, zdrowiu, obywatelstwie i badaniach* (pp. 435-442). Mountain View, CA: Publisher.
- Ozer, E. M., & Bandura, A. (1990). Mechanisms governing empowerment effects: A self-efficacy analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, *58*(3), 472-486. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.3.472>
- Paris, J. (2020). *Treatment of borderline personality disorder: A guide to evidence-based practice*. Guilford Press.
- Person, E. S., Cooper, A. M., & Gabbard, G. O. (2022). *Textbook of psychoanalysis* (3rd ed.). American Psychiatric Publishing.
- Peterson, C., Maier, S. F., & Seligman, M. E. P. (1993). *Learned helplessness: A theory for the age of personal control*. Oxford University Press.



- Pikora, P. (2022). Interwencja kryzysowa wobec osób doświadczających przemocy domowej [Crisis intervention for people experiencing violence]. *Biuletyn Polskiego Towarzystwa Kryminologicznego im. prof. Stanisława Batawii*, 29, 97–126. <https://www.ceeol.com/search/article-detail?id=1132321>
- Popiel, A., & Pragłowska, E. (2022). *Psychoterapia poznawczo-behawioralna* (wyd. II). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Pragłowska, E. (2006). Zbrodnia doskonała. Mechanizm działania przemocy emocjonalnej - podejście poznawczo-behawioralne. *Niebieska Linia*, 1
- Pużyński, S. (2017). Antoni Kępiński - psychiatra, humanista, filozof. *Psychiatria Polska*, 51(4), 575-586.
- Reykowski, J. (1975). *Osobowość jako centralny system regulacji i integracji czynności*. PWN.
- Rhodes, J. D., & Mitchell, A. E. (2020). Stressors, protective factors, and mental health outcomes among Appalachian adolescents. In K. M. Carvalho & K. E. Akers (Eds.), *Appalachian health and well-being* (pp. 289-303). University Press of Kentucky.
- Rode, D. (2010). *Psychologiczne uwarunkowania przemocy w rodzinie*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science. Formulations of the person and the social context* (Vol. 3, pp. 184-256). McGraw-Hill.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. Basic Books.
- Rosenberg, M., & Pearlin, L. I. (1978). Social class and self-esteem among children and adults. *American Journal of Sociology*, 84(1), 53–77. <https://doi.org/10.1086/226740>
- Rosenberg, M., & Black, S. R. (1971). *The urban school child*. American Sociological Association. [Black and White - Self-Esteem](#)
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1), 1–28. <https://doi.org/10.1037/h0092976>
- Rotter, J. B. (1990). Internal versus external control of reinforcement: A case history of a variable. *American Psychologist*, 45(4), 489–493. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.45.4.489>
- Różyńska, J. (2007). *Przemoc wobec kobiet w rodzinie*. Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.



- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68–78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. Guilford Press.
- Ryan, R. M., & Moller, A. C. (2017). Competence as a necessary but not sufficient condition for high-quality motivation: A self-determination theory perspective. W. A. J. Elliot, C. S. Dweck, & D. S. Yeager (Red.), *Handbook of competence and motivation: Theory and application* (2nd ed., s. [numery stron]). Guilford Press.
- Rycroft, C. (1995). *Critical dictionary of psychoanalysis*. Penguin Books.
- Sandler, J. (2018). *The technique of psychoanalysis* (2nd ed.). Routledge.
- Scheff, T. J., & Retzinger, S. M. (2018). *Emotions and violence: Shame and rage in destructive conflicts*. iUniverse.
- Schunk, D. H. (1987). Peer models and children's behavioral change. *Review of Educational Research*, 57(2), 149–174. <https://doi.org/10.2307/1170234>
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. W.H. Freeman.
- Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. Free Press.
- Seligman, M. E. P., Walker, E. F., & Rosenhan, D. L. (2003). *Psychopatologia* (J. Gilewicz, Trans.). Zysk i S-ka.
- Selye, H. (1977). *Stress without distress*. Lippincott.
- Sęk, H. (2013). *Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie*. PWN.
- Sęk, H., & Cieślak, R. (2011). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. PWN.
- Shedler, J. (2023). That was then, this is now: Psychoanalytic psychotherapy for the rest of us. *Psychoanalytic Psychology*, 40(4), 405–437. <https://doi.org/10.1080/00107530.2022.2149038>
- Słaboń-Duda, A. (2011). Wczesna relacja matka–dziecko i jej wpływ na dalszy rozwój emocjonalny dziecka. *Psychoterapia*, 2(157), 11–18
- Smith, K. V., & Cooper, M. (2021). The role of self-esteem in trauma recovery. *Journal of Clinical Psychology*, 77(3), 685–698. <https://doi.org/10.1002/jclp.23068>
- Solms, M. (2020). New project for a scientific psychology: General scheme. *Neuropsychoanalysis*, 22(1-2), 5–35. <https://doi.org/10.1080/15294145.2020.1833361>
- Sosnowski, T., & Wrześniewski, K. (2019). *Polska adaptacja Inwentarza Stanu i Cechy Lęku (STAI)*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.



- Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory STAI (Form Y)*. Consulting Psychologists Press.
- Stanisz, A. (2006). *Przystępny kurs statystyki z zastosowaniem STATISTICA PL na przykładach z medycyny. Tom 1. Statystyki podstawowe*. StatSoft Polska.
- Stowarzyszenie "Niebieska Linia". (2020). Przemoc domowa - charakterystyka zjawiska. *Niebieska Linia*, (3).
- Strelau, J. (2000). *Psychologia różnic indywidualnych*. Scholar.
- Strelau, J., Jaworowska, A., Wrześniewski, K., & Szczepaniak, P. (2005). *Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Suls, J., Martin, R., & Wheeler, L. (2002). Social comparison: Why, with whom, and with what effect? *Current Directions in Psychological Science*, 11(5), 159–163. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00191>
- Suls, J., & Wheeler, L. (Eds.). (2000). *Handbook of social comparison: Theory and research*. Kluwer Academic Publishers. <https://doi.org/10.1007/978-1-4615-4237-7>
- Summers, F. (2020). *Contemporary psychoanalysis and modern Jewish philosophy* (2nd ed.). Routledge.
- Suwalska-Barancewicz, D. K., & Malina, A. (2018). Samoocena i styl przywiązania jako predyktory oceny zachowań komunikacyjnych własnych oraz partnera. *Psychologia Rozwojowa*, 23(3), 65–82.
- Swann, W. B., & Bosson, J. K. (2010). Self and identity. In S. T. Fiske, D. T. Gilbert, & G. Lindzey (Eds.), *Handbook of social psychology* (5th ed., Vol. 1, pp. 589-628). John Wiley & Sons.
- Tangney, J. P., Boone, A. L., & Baumeister, R. F. (2018). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. In *Self-regulation and self-control*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315175775-5>
- Tangney, J. P., & Dearing, R. L. (2002). *Shame and guilt*. Guilford Press. <https://doi.org/10.4135/9781412950664.n388>
- Taylor, S. E., & Lobel, M. (1989). Social comparison activity under threat: Downward evaluation and upward contacts. *Psychological Review*, 96(4), 569-575. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.96.4.569>
- Terelak, J. F. (2008). *Człowiek i stres*. Oficyna Wydawnicza Branta.



- Thimm, J. C., & Chang, M. (2022). Early maladaptive schemas and mental disorders in adulthood: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Cognitive Therapy, 15*(4), 371–413. <https://doi.org/10.1007/s41811-022-00149-7>
- Thompson, R. A., & Rogers, B. (2023). Attachment patterns and self-esteem development in trauma survivors. *Journal of Trauma & Dissociation, 24*(2), 156-171.
- Titkow, A. (1993). *Stres i życie społeczne: Polskie doświadczenia*. PIW.
- Tracy, J. L., & Robins, R. W. (2006). Appraisal Antecedents of Shame and Guilt: Support for a Theoretical Model. *Personality and Social Psychology Bulletin, 32*(10), 1339–1351. <https://doi.org/10.1177/0146167206290212>
- Tryjarska, B. (2010). *Bliskość w rodzinie. Więzy w dzieciństwie a zaburzenia w dorosłości*. Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Trzesniewski, K. H., Donnellan, M. B., & Robins, R. W. (2003). Stability of self-esteem across the life span. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*(1), 205-220. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.1.205>
- Usher, E. L., & Pajares, F. (2008). Self-efficacy for self-regulated learning: A validation study. *Educational and Psychological Measurement, 68*(3), 443–463. <https://doi.org/10.1177/0013164407308475>
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. 2024 r. poz. 1673). <https://sip.lex.pl/akty-prawne/dzu-dziennik-ustaw/przeciwdzialanie-przemocy-domowej-17219697/art-2>
- Vaillant, G. E. (2019). Ego mechanisms of defense in psychopathology. In *The American Psychiatric Association Publishing textbook of psychiatry* (7th ed., pp. 95-116). American Psychiatric Association Publishing.
- van der Kolk, B. A. (2018). *The body keeps the score: Mind, brain and body in the transformation of trauma*. Penguin Random House UK.
- van der Kolk, B. A. (2021). *The body keeps the score: Trauma, healing, and the pathway to peace*. Penguin.
- Vansteenkiste, M., Niemiec, C. P., & Soenens, B. (2010). The development of the five mini-theories of self-determination theory: An historical overview, emerging trends, and future directions. In T. C. Urdan & S. A. Karabenick (Eds.), *Advances in Motivation and Achievement* (Vol. 16, pp. 105-165). Emerald Group Publishing. [https://doi.org/10.1108/S0749-7423\(2010\)000016A007](https://doi.org/10.1108/S0749-7423(2010)000016A007)



- Verduyn, P., Ybarra, O., Résibois, M., Jonides, J., & Kross, E. (2017). Do social network sites enhance or undermine subjective well-being? A critical review. *Social Issues and Policy Review*, 11(1), 274–302. <https://doi.org/10.1111/sipr.12033>
- Vogel, E. A., Rose, J. P., Roberts, L. R., & Eckles, K. (2014). Social comparison, social media, and self-esteem. *Psychology of Popular Media Culture*, 3(4), 206–222. <https://doi.org/10.1037/ppm0000047>
- Walker, L. E. (2016). *The battered woman syndrome* (4th ed.). Springer.
- Vélez-Ríos, B., Martínez-Taboas, A., & Pérez-Pedrogo, C. (2021). Effect of the management of LGBTTT+ identity on psychological wellbeing. *Revista Caribeña de Psicología*, 5
- Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological Review*, 92(4), 548–573. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.92.4.548>
- Wheeler, L., & Miyake, K. (1992). Social comparison in everyday life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62(5), 760–773. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.62.5.760>
- Wills, T. A. (1981). Zasady porównywania w dół w psychologii społecznej. *Psychological Bulletin*, 90(2), 245–271. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.90.2.245>
- Wilson, A. (2022). What a shame! Restorative justice's guilty secret. *The Howard Journal of Crime and Justice*, 61(1), 1–18. <https://doi.org/10.1111/hojo.12460>
- Wojakowska, M., & Parada, M. (2019). *Przemoc w rodzinie – kryzys autorytetu czy nieskuteczne kształtowanie bezpieczeństwa społeczności lokalnych*. Zeszyty Naukowe Szkoły Głównej Służby Pożarniczej. Dostępne w: <https://bibliotekanauki.pl/articles/137121.pdf>
- Wojciszke, B., & Doliński, D. (2008). Psychologia społeczna. W J. Strelau & D. Doliński (Red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. 2, s. 294–447). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Wojciszke, B., & Grzyb, T. (2024). *Psychologia społeczna*. Scholar.
- Wood, J. V., Giordano-Beech, M., Taylor, K. L., Michela, J. L., & Gaus, V. (1994). Strategies of social comparison among people with low self-esteem: Self-protection and self-enhancement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(4), 713–731. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.67.4.713>
- Wood, J. V. (1989). Theory and research concerning social comparisons of personal attributes. *Psychological Bulletin*, 106(2), 231–248. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.106.2.231>
- World Health Organization. (2020, April 7). *COVID-19 and violence against women: What the health sector/system can do*. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-SRH-20.04>
- World Health Organization. (2024, March 25). *Violence against women*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>



- Woydyło, E. (1998). *Bo jesteś człowiekiem: Życ z chorobą, ale nie w chorobie*. Wydawnictwo Literackie.
- Woydyło, M., & Pohorecka, M. (2021). Lęk moralny a normy społeczne w kontekście zaburzeń lękowych. *Psychologia Rozwoju*, 21(3), 45–60.
- Wrona-Polańska, H. (2003). *Zdrowie jako funkcja twórczego radzenia sobie ze stresem*. Wydawnictwo Naukowe AP.
- Wrześniewski, K., Sosnowski, T., & Matusik, D. (2002). *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2020). *The theory and practice of group psychotherapy* (6th ed.). Basic Books.
- Zadworna-Cieślak, M., & Ogińska-Bulik, N. (2016). Potraumatyczny rozwój u kobiet doznających przemocy domowej - znaczenie czynników socjogeograficznych. W E. Borys, L. Willan-Horla, & J. Frankowiak (red.), *Konteksty przemocy - w poszukiwaniu uwarunkowań* (Seria: Konteksty przemocy, Zeszyt 1). Olsztyn.
- Zdankiewicz-Ścigała, E., & Maruszewski, T. (2003). *Wokół psychomanipulacji*. Wydawnictwo Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej "Academica".
- Zeldin, A. L., & Pajares, F. (2000). *Against the odds: Self-efficacy beliefs of women in mathematical, scientific, and technological careers*. *American Educational Research Journal*, 37(1), 215–246. <https://doi.org/10.2307/1163477>
- Zimmerman, M. A. (2000). Empowerment theory: Psychological, organizational and community levels of analysis. W J. Rappaport i E. Seidman (Red.), *Handbook of community psychology* (s. 43–63). Kluwer Academic/Plenum.
- Zola, N., Suhaili, N., Marjohan, M., Afdal, A., & [pozostali autorzy]. (2021). Zaburzenia lękowe u kobiet będących ofiarami przemocy domowej. *Jurnal Konseling dan Pendidikan*, 9(3), 291–296. <https://doi.org/10.29210/170600>



Spis tabel

Tabela 1. Podstawowe różnice między lękiem a strachem.	59
Tabela 2. Podstawowe statystyki opisowe badanych zmiennych: lęk, style radzenia sobie ze stresem, samoocena wraz z wynikiem testu Shapiro-Wilka (N = 70)	93
Tabela 3. Podstawowe statystyki opisowe badanych zmiennych: lęk, style radzenia sobie ze stresem, samoocena wraz z wynikiem testu Shapiro-Wilka (n panna = 17)	95
Tabela 4. Podstawowe statystyki opisowe badanych zmiennych: lęk, style radzenia sobie ze stresem, samoocena wraz z wynikiem testu Shapiro-Wilka (n zamężna = 26)	97
Tabela 5. Podstawowe statystyki opisowe badanych zmiennych: lęk, style radzenia sobie ze stresem, samoocena wraz z wynikiem testu Shapiro-Wilka (n rozwiedziona = 20) .	99
Tabela 6. Wyniki korelacji Spearmana dla analizowanych zmiennych (N=70).....	101
Tabela 7. Wyniki testu U Manna-Whitneya dla analizowanych zmiennych (zmienna niezależna: aktywność zawodowa)	102
Tabela 8. Wyniki testu jednoczynnikowa ANOVA dla analizowanych zmiennych; (N=63). Zmienna zależna - samoocena, zmienna niezależna: rodzaj relacji partnerskiej	103
Tabela 9. Wyniki testu post hoc Bonferroni dla analizowanych zmiennych. W tabeli podano wartości p; (N=63). Zmienna zależna - samoocena	103
Tabela 10. Wyniki testu U Manna-Whitneya dla analizowanych zmiennych (zmienna niezależna: powód zgłoszenia się po pomoc)	104
Tabela 11. Wyniki korelacji Pearsona dla analizowanych zmiennych (N=70)	105
Tabela 12. Wyniki korelacji Pearsona dla analizowanych zmiennych (N=70)	108
Tabela 13. Wyniki korelacji Pearsona dla analizowanych zmiennych (N=70)	109
Tabela 14. Wyniki regresji hierarchicznej metodą krokową postępującą. Zmienna objaśniana Samoocena	110
Tabela 15. Wyniki regresji hierarchicznej metodą krokową postępującą. Zmienna objaśniana Kompetencje	111
Tabela 16. Wyniki regresji hierarchicznej metodą krokową postępującą. Zmienna objaśniana Bycie Kochanym.....	111
Tabela 17. Wyniki regresji hierarchicznej metodą krokową postępującą. Zmienna objaśniana Popularność.....	112
Tabela 18. Wyniki regresji hierarchicznej metodą krokową postępującą. Zmienna objaśniana Zdolności Przywódcze	113



Tabela 19. Wyniki regresji hierarchicznej metodą krokową postępującą. Zmienna objaśniana Samokontrola 113

Tabela 20. Wyniki regresji hierarchicznej metodą krokową postępującą. Zmienna objaśniana Samoakceptacja Moralna 114

Tabela 21. Wyniki regresji hierarchicznej metodą krokową postępującą. Zmienna objaśniana Atrakcyjność Fizyczna 115

Tabela 22. Wyniki regresji hierarchicznej metodą krokową postępującą. Zmienna objaśniana Witalność 115

Tabela 23. Wyniki regresji hierarchicznej metodą krokową postępującą. Zmienna objaśniana Samoocena ogólna 117



Spis rysunków

Rysunek 1. Porównanie wyniku ogólnej samooceny pomiędzy kobietami aktywnymi i nieaktywnymi zawodowo. 102

Rysunek 2. Porównanie wyniku ogólnej samooceny pomiędzy kobietami różniącymi się stanem cywilnym..... 103



Aneks

Formularz pisemnej świadomej zgody na wzięcie udziału w badaniu Temat: Samoocena, a style radzenia sobie ze stresem i poziom lęku u kobiet doświadczających przemocy.

Wyrażam świadomą zgodę na dobrowolny udział w badaniu po zapoznaniu się z pisemną informacją dla badanego

- zostałam poinformowana o możliwości zadawania pytań prowadzącej badanie i uzyskania na nie odpowiedzi;
- zostałam poinformowana o możliwości odstąpienia od badania w każdym etapie jego trwania bez negatywnego nastawienia do mnie;
- zostałam poinformowana, że uzyskane dane są poufne i zostaną wykorzystane zbiorczo do analiz statystycznych;
- wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych wiedząc, że nie będą one umieszczane w żadnych publikacjach.

.....
Data,

.....
Podpis

Przed Panią znajdują się 4 kwestionariusze:

- ankieta dotycząca przemocy w opracowaniu Anny Dąbrowskiej studentki WSB - NLU na podstawie Kwestionariusza Rejestracyjnego w Centrum Praw Kobiet w Gdańsku
- kwestionariusz radzenia sobie w sytuacjach stresowych (CISS)
- inwentarz stanu i cechy lęku (STAI)
- wielowymiarowy kwestionariusz samooceny (MSEI)

Jeśli wyraziła Pani zgodę na udział w badaniu, proszę o wypełnienie udostępnionych kwestionariuszy. Nie ma dobrych i złych odpowiedzi, liczy się to by były szczere. Badanie potrwa około 30-45 minut. W ankiecie dotyczącej przemocy należy udzielić jednej odpowiedzi, natomiast przy pytaniach: 1, 9, 12, 13 i 14 może być zaznaczonych więcej niż jedna odpowiedź.

Wiek: <input type="checkbox"/> 18-24 lata <input type="checkbox"/> 25-34 lata <input type="checkbox"/> 35-44 lata <input type="checkbox"/> 45-54 lata <input type="checkbox"/> 55+ lat	Stan cywilny: <input type="checkbox"/> panna <input type="checkbox"/> zamężna <input type="checkbox"/> rozwiedziona <input type="checkbox"/> wdowa <input type="checkbox"/> w separacji <input type="checkbox"/> w związku nieformalnym		
Wielkość miejscowości: <input type="checkbox"/> miasto pow. 500 tys. <input type="checkbox"/> miasto 100-500 tys. <input type="checkbox"/> miasto 50-100 tys. <input type="checkbox"/> miasto do 50 tys. <input type="checkbox"/> wieś	Liczba dzieci do 18 r. życia w rodzinie oraz wiek dzieci:		
Wykształcenie: <input type="checkbox"/> bez wykształcenia <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> zawodowe <input type="checkbox"/> średnie <input type="checkbox"/> wyższe	Status na rynku pracy: <input type="checkbox"/> bezrobotna <input type="checkbox"/> pracująca <input type="checkbox"/> prowadząca działalność gospodarczą <input type="checkbox"/> na emeryturze/rencie <input type="checkbox"/> pobierająca zasiłek (np. z pomocy społecznej, urzędu pracy) <input type="checkbox"/> ucząca się <input type="checkbox"/> inne:		
1. Jaka forma przemocy Panią dotknęła/ dotyka? <input type="checkbox"/> fizyczna <input type="checkbox"/> psychiczna <input type="checkbox"/> seksualna <input type="checkbox"/> ekonomiczna <input type="checkbox"/> zaniedbanie	2. Od jak dawna doświadczają Pani przemocy? <input type="checkbox"/> mniej niż rok <input type="checkbox"/> do 5 lat <input type="checkbox"/> powyżej 5 lat <input type="checkbox"/> powyżej 10 lat <input type="checkbox"/> powyżej 20 lat	3. Jak często występuje przemoc? <input type="checkbox"/> jeden raz <input type="checkbox"/> kilka razy <input type="checkbox"/> powtarzająca się	4. Jak duże jest zagrożenie bezpieczeństwa? <input type="checkbox"/> duże <input type="checkbox"/> małe <input type="checkbox"/> prawdopodobne



	<input type="checkbox"/> powyżej 30 lat	
5. Czy pani mieszka z osobą stosującą przemoc? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> czasem	6. Czy jest pani finansowo zależna od osoby stosującej przemoc? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	7. Która to próba uwolnienia się z przemocowej relacji? <input type="checkbox"/> pierwsza <input type="checkbox"/> kolejna <input type="checkbox"/> nie wiem
8. Czy osoba stosująca przemoc jest uzależniona? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie wiem	9. Jeśli jest uzależniona, to od czego? <input type="checkbox"/> alkoholu <input type="checkbox"/> środków psychoaktywnych <input type="checkbox"/> hazardu <input type="checkbox"/> gier komputerowych <input type="checkbox"/> inne:	
10. Jaki jest rodzaj relacji łączącej Panią z osobą stosującą przemoc? <input type="checkbox"/> mąż/partner <input type="checkbox"/> ojciec <input type="checkbox"/> matka <input type="checkbox"/> siostra <input type="checkbox"/> brat <input type="checkbox"/> inni	11. Czy w rodzinie pochodzenia obecna była przemoc? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie wiem	
12. Czy kierowała się już pani po pomoc do jakiejś osoby/instytucji? <input type="checkbox"/> lekarz pierwszego kontaktu <input type="checkbox"/> lekarz psychiatra <input type="checkbox"/> psycholog <input type="checkbox"/> psychoterapeuta <input type="checkbox"/> MOPR lub GOPS <input type="checkbox"/> Caritas <input type="checkbox"/> Fundacja(jaka?) <input type="checkbox"/> w innym miejscu (jakim?)	13. Czy w związku z aktami przemocy w rodzinie podejmowała pani działania? <input type="checkbox"/> powiadomienie i interwencje Policji <input type="checkbox"/> założenie Niebieskiej Karty <input type="checkbox"/> powiadomienie prokuratury <input type="checkbox"/> wszczęcie sprawy sądowej <input type="checkbox"/> zobowiązanie do leczenia odwykowego	
14. Co sprawiło, że teraz postanowiła pani poszukać dla siebie wsparcia?	<input type="checkbox"/> zostałam skierowana przez policję/lekarza/psychologa <input type="checkbox"/> zostałam skierowana przez szkołę/przedszkole/żłobek dziecka <input type="checkbox"/> choroba mnie zatrzymała/nowotwór/depresja <input type="checkbox"/> pojawiły się u mnie ataki paniki/zaburzenia lękowe <input type="checkbox"/> zaczęłam mieć myśli samobójcze <input type="checkbox"/> ze względu na bezpieczeństwo dzieci (były świadkami przemocy) <input type="checkbox"/> zaczęłam pracować i mam już swoje pieniądze, żeby się uniezależnić <input type="checkbox"/> ostatnie wydarzenia, które były bardziej agresywne <input type="checkbox"/> nie radzę sobie już sama, mam natłok myśli <input type="checkbox"/> skala przemocy jest na tyle duża, że bez wsparcia nie poradzę sobie <input type="checkbox"/> zaczęłam rozmawiać o mojej sytuacji z rodziną/przyjaciółmi, itp. <input type="checkbox"/> odkryłam kolejne długi/zdrady męża <input type="checkbox"/> zobaczyłam, że jestem zupełnie sama, że już nie mam przyjaciół, znajomych, że z nikim się nie spotykam <input type="checkbox"/> kiedyś byłam zupełnie inna <input type="checkbox"/> w ostatnim czasie nie spałam, schudłam dużo kilogramów <input type="checkbox"/> dzieci mnie namawiały <input type="checkbox"/> inne:	