



Złożenie pracy online:
2025-02-27 09:35:36
Kod pracy:
21059/46346/CloudA

Grzegorz Kubalica, Małgorzata Pedo-Śmiałkowska
(numery albumów: 26880, 26887)

Praca magisterska

**Poziom lęku i nasilenie objawów depresyjnych a
występowanie złożonego zespołu stresu pourazowego wśród
osób dorosłych pochodzących z rodzin dysfunkcyjnych w
Polsce i Perú**

**The Level of Anxiety and Severity of Depressive Symptoms
in Relation to the Occurrence of Complex Post-Traumatic
Stress Disorder among Adults from Poland and Perú**

Wydział: Wyższa Szkoła Biznesu - National-
Louis University

Kierunek: Psychologia

Specjalność: psychologia kliniczna i
osobowości, psychologia kliniczna i osobowości,
neuropsychologia

Promotor: dr Adrianna Othmani

Streszczenie

Przedstawiona praca składa się z części teoretycznej oraz empirycznej. Jej celem było wskazanie zależności między poziomem lęku, nasileniem objawów depresyjnych a występowaniem złożonego zespołu stresu pourazowego u dorosłych pochodzących z rodzin dysfunkcyjnych w Polsce i Perú. Badanie miało na celu określenie, w jaki sposób te zmienne są ze sobą powiązane oraz czy występują różnice w ich nasileniu między badanymi grupami. Łącznie w badaniu wzięło udział 226 osób – 112 z Polski i 114 z Perú. Do przeprowadzenia analizy wykorzystano Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI, Inwentarz Depresji Becka, Wydanie II (BDI-II) oraz Międzynarodowy Kwestionariusz Traumatyzacji (ITQ) w wersjach polskiej i hiszpańskiej. Przeprowadzone analizy statystyczne pozwoliły na weryfikację hipotez i wykazały, że osoby z CPTSD częściej przejawiają wyższy poziom lęku oraz większe nasilenie depresji. Ponadto odnotowano różnice między badanymi grupami – Peruwiańczycy wykazywali wyższy poziom lęku oraz objawów depresyjnych w porównaniu do Polaków. Wyniki podkreślają znaczenie dalszych badań nad wpływem doświadczeń rodzinnych na zdrowie psychiczne dorosłych oraz potrzebę uwzględniania różnic kulturowych w analizie i interpretacji wyników.

Słowa kluczowe

Złożony zespół stresu pourazowego, lęk, depresja, rodzina dysfunkcyjna, badania międzykulturowe, Polska, Perú



Abstract

The presented work consists of a theoretical and empirical part. Its aim was to indicate the relationship between the level of anxiety, the severity of depressive symptoms, and the occurrence of complex post-traumatic stress disorder in adults from dysfunctional families in Poland and Perú. The study aimed to determine how these variables are related and whether there are differences in their severity between the studied groups. A total of 226 people participated in the study – 112 from Poland and 114 from Perú. The analysis was conducted using the State-Trait Anxiety Inventory (STAI), the Beck Depression Inventory, Second Edition (BDI-II), and the International Trauma Questionnaire (ITQ) in Polish and Spanish versions. The statistical analyses allowed for the verification of hypotheses and showed that individuals with CPTSD more frequently exhibit higher levels of anxiety and greater severity of depression. Additionally, differences between the studied groups were noted – Peruvians exhibited higher levels of anxiety and depressive symptoms compared to Poles. The results underscore the importance of further research on the impact of family experiences on the mental health of adults and the need to consider cultural differences in the analysis and interpretation of results.

Keywords

Complex post-traumatic stress disorder, anxiety, depression, dysfunctional family, cross-cultural research, Poland, Perú



Spis treści

Wstęp.....	4
Rozdział 1. Uwarunkowania życia rodzinnego	7
1.1 Definicja rodziny i jej przemiany na przestrzeni epok.....	7
1.2 Typy i funkcje rodzin	9
1.3 System rodzinny	15
1.4 Style wychowania	17
1.5 Style przywiązania	22
Rozdział 2. Rodzina dysfunkcyjna	26
2.1 Charakterystyka rodziny dysfunkcyjnej.....	26
2.2. Rodzaje i konsekwencje dysfunkcji występujących w rodzinach.....	30
2.2.1 Uzależnienia w rodzinach	30
2.2.2 Przemoc w rodzinach	33
2.2.3 Rodzina niepełna.....	38
2.3 Konsekwencje wychowywania się w rodzinie dysfunkcyjnej.....	41
Rozdział 3. Uwarunkowania życia rodzinnego w Polsce i Perú – czynniki społeczno- kulturowe.....	49
3.1 Różnice kulturowe w strukturze i relacjach rodzinnych	49
3.2 Przemiany społeczno-kulturowe a struktura życia rodzinnego w Polsce	57
3.2.1 Dane strukturalne dotyczące polskiej rodziny i występujących w niej dysfunkcji	62
3.3 Przemiany społeczno-kulturowe a struktura życia rodzinnego w Perú	75
3.3.1 Dane strukturalne dotyczące rodziny peruwiańskiej i występujących w niej dysfunkcji.....	80
Rozdział 4. Złożony zespół stresu pourazowego.....	99
4.1 Rozwój koncepcji stresu pourazowego.....	99
4.1.1 Zespół stresu pourazowego w DSM	99
4.1.2 Zespół stresu pourazowego w ICD	110
4.1.3 Biologiczne implikacje	113
4.1.4 Model poznawczy PTSD	115
4.1.5 Leczenie	116



4.2	Powstanie koncepcji traumy złożonej.....	117
4.3	Złożony Zespół Stresu Pourazowego w ICD-11.....	119
4.3.1	Kryteria diagnostyczne w ICD-11	120
4.3.2	Dzieci i młodzież	121
4.3.3	Wpływ czynników kulturowych.....	124
4.3.4	Diagnoza różnicowa.....	129
4.3.5	Teoria poliwalna.....	131
4.5	Terapia CPTSD	134
4.5.1	Terapia poznawczo-behawioralna skoncentrowana na traumie.....	134
4.5.2	Terapia STAIR.....	135
Rozdział 5. Zaburzenia depresyjne		138
5.1	Ewolucja rozumienia i diagnozy	138
5.1.1	Historia.....	138
5.1.2	Kryteria diagnostyczne DSM-5-TR oraz w ICD11	140
5.2	Etiologia zaburzeń depresyjnych	148
5.2.1	Czynniki psychologiczne	148
5.2.2	Czynniki biologiczne	151
5.2.3	Wpływ traumatycznych wydarzeń.....	153
5.3	Występowanie depresji	154
5.4	Leczenie	156
5.4.1	Farmakoterapia.....	156
5.4.2	Psychoterapia	161
Rozdział 6. Zaburzenia lękowe		163
6.1	Ewolucja rozumienia i diagnozy	163
6.1.1	Historia.....	163
6.1.2	Kryteria diagnostyczne w ICD-11 oraz DSM-5-TR.....	165
6.2	Etiologia	176
6.2.1	Czynniki biologiczne	177
6.2.2	Czynniki psychologiczne	178
6.2.3	Wpływ wydarzeń traumatycznych.....	179
6.3	Występowanie	180
6.4	Leczenie	181
6.4.1	Farmakoterapia.....	181



6.4.2 Psychoterapia	182
6.5 Depresja i lęk jako choroby towarzyszące.....	183
Rozdział 7. Metodologia badań własnych.....	187
7.1 Przedmiot i cel badań.....	187
7.2 Problem i hipotezy badawcze.....	187
7.3 Zmienne i wskaźniki	190
7.4 Charakterystyka narzędzi badawczych	190
7.4.1 Inwentarz stanu i cechy lęku STAI (State-Trait Anxiety Inventory, STAI).....	191
7.4.2 Inwentarz depresji Becka. Wydanie drugie (Beck Depression Inventory, BDI-II)	192
7.4.3 Międzynarodowy kwestionariusz traumy (The International Trauma Questionnaire, ITQ)	193
7.4.4 Autorski kwestionariusz wywiadu	194
7.5 Charakterystyka badanej grupy.....	195
Rozdział 8. Poziom lęku i nasilenie objawów depresyjnych a występowanie CPTSD wśród osób dorosłych pochodzących z rodzin dysfunkcyjnych w Polsce i Perú.....	201
8.1 Poziom lęku i nasilenie objawów depresyjnych oraz występowanie CPTSD w badanych grupach	201
8.2 Weryfikacja hipotez	205
8.3 Dyskusja.....	227
8.4 Ograniczenia badań.....	246
8.5 Wnioski	249
Zakończenie.....	251
Bibliografia	252
Spis tabel.....	283
Spis rysunków.....	285
Załączniki.....	287



Wstęp

Zdrowie psychiczne stanowi jeden z kluczowych obszarów badawczych współczesnej psychologii, szczególnie w kontekście doświadczeń traumatycznych i ich długoterminowych skutków. Współczesne badania podkreślają, że przebyte traumy mogą przyczyniać się do wystąpienia różnorodnych zaburzeń, takich jak depresja, zaburzenia lękowe oraz złożony zespół stresu pourazowego. W szczególności dorastanie w rodzinach dysfunkcyjnych, w których obecna była przemoc, zaniedbanie lub uzależnienia, może stanowić istotny czynnik ryzyka dla zdrowia psychicznego w dorosłości (WHO, 2024).

Pomimo rosnącego zainteresowania problematyką traumy złożonej i jej współwystępowaniem z innymi zaburzeniami psychicznymi, większość badań w tym zakresie opiera się na populacjach krajów zachodnich. Istnieje zatem istotna luka badawcza w odniesieniu do innych kontekstów kulturowych, w tym krajów Europy Środkowo-Wschodniej oraz Ameryki Łacińskiej. Niniejsza praca dyplomowa podejmuje próbę zapełnienia tej luki, analizując zależności pomiędzy poziomem lęku, objawami depresyjnymi oraz występowaniem złożonego zespołu stresu pourazowego w dwóch różnych państwach – Polsce i Perú.

Głównym celem naszej pracy jest analiza zależności między poziomem lęku i nasileniem objawów depresyjnych a występowaniem złożonego zespołu stresu pourazowego wśród dorosłych osób, pochodzących z rodzin dysfunkcyjnych w Polsce i Perú. Badania skupiają się na zidentyfikowaniu kluczowych czynników powiązanych z rozwojem traumy złożonej, nasileniem objawów depresyjnych oraz poziomem lęku (jako stan i cecha). Główne zagadnienie badawcze dotyczy ustalenia, w jaki sposób dorastanie w rodzinach dysfunkcyjnych jest powiązane ze zdrowiem psychicznym dorosłych Polaków i Peruwiańczyków.

Przeprowadzenie badań porównawczych między Polską a Perú umożliwi identyfikację zarówno uniwersalnych, jak i specyficznych dla danego kontekstu kulturowego mechanizmów, kształtujących zdrowie psychiczne osób wychowanych w rodzinach dysfunkcyjnych. Dodatkowo, niniejsza praca wpisuje się w szerszą dyskusję, dotyczącą wpływu kultury na zdrowie psychiczne. Współczesne klasyfikacje diagnostyczne, takie jak DSM-5-TR oraz ICD-11, coraz częściej uwzględniają różnorodność kulturową w postrzeganiu zdrowia psychicznego oraz sposobach radzenia sobie z traumą. Wprowadzają one elementy oceny kontekstu kulturowego pacjenta, podkreślając, że objawy zaburzeń mogą przejawiać się w różny sposób w zależności od norm społecznych, systemu wartości czy lokalnych przekonań (Gałęcki, 2024;



WHO, 2024). Przytoczona literatura przedmiotu i podmiotu, pozwala nie tylko na pogłębienie wiedzy na temat złożonego zespołu stresu pourazowego oraz jego współwystępowania z zaburzeniami lękowymi i depresyjnymi, ale także podkreśla konieczność uwzględniania czynników kulturowych w badaniach nad zdrowiem psychicznym.

Praca składa się z ośmiu rozdziałów, obejmujących część teoretyczną oraz empiryczną. Pierwsza część pracy koncentruje się na teoretycznych podstawach związanych z funkcjonowaniem rodzin, różnicach kulturowych, omawia także złożony zespół stresu pourazowego, zaburzenia depresyjne oraz lękowe. Rozdział pierwszy przedstawia uwarunkowania życia rodzinnego, definiując pojęcie rodziny, jej przemiany na przestrzeni epok oraz różne typy i funkcje rodzin. Opisuje także system rodzinny, style wychowania i style przywiązania, które mają istotne znaczenie w kontekście rozwoju emocjonalnego jednostki.

Rozdział drugi poświęcono rodzinie dysfunkcyjnej. Omówiono jej charakterystykę oraz konsekwencje wychowywania się w takim środowisku. Szczegółowo przedstawiono różne rodzaje dysfunkcji, takie jak uzależnienia, przemoc w rodzinie i rodzinę niepełną, a także ich długofalowe konsekwencje psychiczne i społeczne.

Rozdział trzeci analizuje uwarunkowania życia rodzinnego w Polsce i Peru w kontekście czynników społeczno-kulturowych. Uwzględniono różnice w strukturze i relacjach rodzinnych, zmiany społeczno-kulturowe oraz dane dotyczące dysfunkcji rodzinnych w obu krajach, co pozwoliło na porównanie kontekstów, w jakich dorastali badani.

Rozdział czwarty poświęcony jest złożonemu zespołowi stresu pourazowego (CPTSD). Omawia rozwój koncepcji stresu pourazowego (PTSD), występujące różnice w DSM-5 i ICD-11, a także biologiczne implikacje tego zaburzenia, model poznawczy oraz dostępne metody leczenia. W dalszej części szczegółowo przeanalizowano koncepcję traumy złożonej, kryteria diagnostyczne CPTSD w ICD-11 oraz wpływ czynników kulturowych na jego występowanie. Przedstawiono również teorię poliwalgalną oraz różne podejścia terapeutyczne, w tym terapię poznawczo-behawioralną skoncentrowaną na traumie i metodę STAIR.

Rozdział piąty dotyczy zaburzeń depresyjnych, ich ewolucji w systemach diagnostycznych DSM-5-TR i ICD-11 oraz czynników psychologicznych i biologicznych odpowiedzialnych za ich rozwój. Poruszono również temat wpływu traumatycznych wydarzeń na występowanie depresji i omówiono metody leczenia, w tym farmakoterapię i psychoterapię.

Rozdział szósty poświęcony jest zaburzeniom lękowym. Przedstawia historię ich klasyfikacji, kryteria diagnostyczne w ICD-11 oraz DSM-5-TR, a także ich etiologię, w tym czynniki biologiczne, psychologiczne i wpływ wydarzeń traumatycznych. Opisano również dostępne formy leczenia oraz współwystępowanie zaburzeń lękowych i depresyjnych.



Druga część pracy dotyczy badań własnych. Rozdział siódmy zawiera opis metodologii badawczej, w tym przedmiot i cel badań, sformułowane pytania badawcze oraz opis zastosowanych narzędzi diagnostycznych, którymi są: (a) *Inwentarz stanu i cechy lęku STAI*, (b) *Inwentarz depresji Becka. Wydanie drugie. (BDI-II)*, (c) *Międzynarodowy kwestionariusz traumy (ITQ)* oraz (d) autorski kwestionariusz wywiadu. Przedstawiono także charakterystykę badanej grupy.

Rozdział ósmy prezentuje wyniki badań dotyczących poziomu lęku, nasilenia objawów depresyjnych i występowania CPTSD wśród dorosłych osób pochodzących z rodzin dysfunkcyjnych w Polsce i Perù. Przedstawiono analizę wyników, weryfikację hipotez, dyskusję wyników oraz ich interpretację w kontekście wcześniejszych badań. Na końcu omówiono ograniczenia badania oraz zaprezentowano wnioski, które mogą stanowić punkt wyjścia dla dalszych analiz w tym obszarze.



Rozdział 1. Uwarunkowania życia rodzinnego

1.1 Definicja rodziny i jej przemiany na przestrzeni epok

Rodzina jest jednym z najistotniejszych fundamentów wpływającym na rozwój człowieka i kształtującym życie jednostki. Występuje ona w niemal każdym społeczeństwie, bez względu na społeczny ustrój i kulturowe zwyczaje. To pierwsze środowisko, w którym zaspokajane są potrzeby człowieka. Rozpoczyna się w niej nauka socjalizacji i norm życia społecznego, daje też szansę na wielotorowy rozwój. Patrząc przez pryzmat biologiczny oraz kulturowy jej celem jest także zapewnienie populacyjnego przetrwania (Piotrowski, 1970).

Ustalenie definicji dla pojęcia *rodzina* jest zadaniem niełatwym, gdyż literatura w tym zakresie jest niezwykle obszerna, a sposób jej pojmowania zmieniał się na przestrzeni lat. Pierwsze spostrzeżenia dotyczące rodziny pojawiają się już czasach starożytności, kiedy to grecki filozof Arystoteles (384-322 p.n.e.) ujawnił pogląd, że pierwszym przejawem tego, iż człowiek jest istotą społeczną, jest powstanie rodziny. Traktował ją jako instytucję społeczną, w której mogą wykształcić się podstawowe cnoty człowieka, potrzebne do stworzenia silnego społeczeństwa i państwa. Był także zwolennikiem patriarchalnego modelu rodziny, w którym to mężczyzna – mąż i ojciec jest przywódcą, jako biologicznie silniejszy od kobiety (Arystoteles, wyd. 2001). Myśl Arystotelesa kontynuowana była przez francuskiego socjologa Augusta Comte'a (1798-1857), który podobnie uważał, że rodzina jest najważniejszą komórką społeczeństwa i stanowi wartość sama w sobie, a jej sprawne funkcjonowanie ma bardzo ważną rolę w uformowaniu się prawidłowo i harmonijnie działającego społeczeństwa (Tyszka, 2002). Oba powyższe podejścia ukazują, że w formowaniu się definicji pojęcia *rodzina* zależne są wzajemne oddziaływania rodziny na społeczeństwo i społeczeństwa na rodzinę.

Polski socjolog Zbigniew Tyszka (2002) przedstawia przemiany zachodzące w rodzinie w ramach tego, jakie przeobrażenia mają miejsce w społeczeństwie, wobec zmian o zasięgu globalnym. Wyróżnił on trzy stadia rozwoju rodziny na przestrzeni epok: preindustrialna, industrialna i postindustrialna. Pierwsza z nich charakteryzowała się dość stabilną i sztywną strukturą społeczeństwa oraz powolnym tempem przemian w zakresie społeczno-kulturowym. W okresie tym dominował styl *klasycznej* rodziny patriarchalnej, w której to mężczyzna był głową rodziny i zarządcą rodzinnego interesu (najczęściej o charakterze przemysłowym i usługowym). Wszelkie sprawy – rodzinne czy związane z prowadzoną rodzinną działalnością należało przedkładać nad kwestie indywidualne. Funkcja rodziny w owym czasie miała charakter ekonomiczny oraz opiekuńczo-socjalizacyjny, silne były też wpływy religijne



i powszechnie przyjęte obyczaje; cechowała ją wielodzietność, wielopokoleniowość, trwałe związki z lokalną społecznością a także mocno instytucjonalny charakter.

Epoka industrialna, której rozwój przypada na XIX i XX wiek, przyniosła istotne zmiany w kontekście rodzin za sprawą urbanizacji oraz rosnącej mobilności społecznej. Istotnym czynnikiem był także szybki rozwój edukacji i nauki. Zakłady przemysłowe, powstające w tym czasie na masową skalę, zaczęły zastępować produkcję rodzinną, co znacząco zmieniło ekonomiczne fundamenty życia rodzinnego. Osłabieniu uległy więzi w szerokim kręgu rodzinnym, a z czasem również w rodzinach o mniejszym składzie. Nastąpiła modyfikacja norm regulujących zachowania rodzinne i społeczne. W efekcie powstał model rodziny *nowoczesnej*, który w uprzemysłowionym na szeroką skalę społeczeństwie, przybrał formę rodziny dwupokoleniowej (tzw. nuklearnej) z oddzielnym mieszkaniem i gospodarstwem domowym. W takim układzie zawodowo pracował już nie tylko mąż, ale także żona. Dominowała rodzina nieprodukcyjna, oparta głównie na zasadach pozaekonomicznych. Wzrósł poziom akceptacji dla równości wszystkich członków rodziny, zwłaszcza w małżeństwach, a instytucjonalna rola rodziny uległa znacznemu zmniejszeniu (Tyszka, 2002).

W ostatniej wskazanej z epok - postindustrialnej, obejmującej II połowę XX i XXI wiek, obserwuje się kolejne zmiany w funkcjonowaniu rodzin. Zauważalne stały się procesy takie, jak: spadek znaczenia sektora produkcyjnego w gospodarce, większy popyt na usługi materialne i niematerialne, mniejsze zapotrzebowanie na pracowników fizycznych zaś większe na umysłowych; powiększenie liczby naukowców; rozwój medycyny i upowszechnienie opieki zdrowotnej; coraz szerzej występująca automatyzacja w związku z rozwojem technologicznym; większa mobilność przestrzenna ludności; rozrost międzynarodowego sektora usług i produkcji; głębokie zmiany w strukturach społecznych; liberalizacja zasad życia społecznego; zmniejszenie wpływu norm religijnych w Europie oraz stawianie na indywidualizację i niezależność jednostki. Wszystkie te zjawiska doprowadziły do przemian w obrębie rodzin, nazywanych teraz *ponowoczesnymi* oraz wobec poszczególnych jej członków. Pośród tych zmian można wymienić: podejmowanie pracy przez kobiety celem własnej samorealizacji; rozwój egalitaryzmu i mniejszy wpływ tradycyjnych wartości wśród członków rodzin; większą autonomię jednostki; poprawę standardu życia rodzin. Na drugim biegunie tych zjawisk widoczne stało się: osłabienie rodzinnych więzi, częstsze występowanie konfliktów między małżonkami a tym samym wzrost liczby rozwodów; coraz częstszy wybór życia w stanie wolnym lub w konkubinacie i narastającą patologizację wśród społeczeństwa (Tyszka, 2002).



Do innych aspektów, kształtujących współczesne funkcjonowanie rodzin, a wynikających ze zmian kulturowych, ekonomicznych czy politycznych, zaliczyć można: osłabienie autorytetu ojca, odchodzenie od tradycyjnego podziału ról w rodzinie, zmniejszenie liczby posiadanych dzieci i przejmowanie przez państwo niektórych tradycyjnych funkcji rodziny; zwiększenie roli i niezależności dzieci w rodzinie, pojawienie się Praw Dziecka, oraz coraz większy wpływ mediów na życie rodzinne (Regulska, 2011).

Przytoczone powyżej uwarunkowania współczesnego funkcjonowania rodzin, wpłynęły także na definiowanie pojęcia *rodzina* przez badaczy. Obecnie sposób jej pojmowania zależy w głównej mierze od zadań, jakie są wobec niej kierowane. Polski socjolog Jan Szczepański ujmuje rodzinę jako grupę, która połączona jest relacją małżeńską i rodzicielską, i której celem jest przekazywanie kulturowego dziedzictwa oraz zapewnienie biologicznej ciągłości (1970). Psycholog Zbigniew Zaborowski przedstawia, że „rodzina to grupa naturalna oparta na związkach krwi, małżeństwa lub adopcji. Jest to grupa o charakterze wspólnoty, której podstawową funkcją jest utrzymanie ciągłości biologicznej społeczności” (1980, s.14). Z. Tyszka (1997) podkreśla, że rodzina jest zorganizowanym i funkcjonalnie powiązaniem zbiorem jednostek wraz z jej podstrukturami, które wspólnie tworzą niewielką grupę i jednocześnie instytucję społeczną. Jej członkowie połączeni są małżeństwem, pokrewieństwem, powinowactwem lub adopcją i w zależności od norm przyjętych w kulturze behawioralnej pełnią ważne, i powiązane ze sobą funkcje wobec jej przedstawicieli oraz całego społeczeństwa. Socjolog i pedagog Franciszek Adamski przytacza natomiast, że „rodzina to pewna struktura posiadająca stałe ramy, nie zawsze sformalizowane, wewnątrz, których przebiega życie i zachowanie małżeńsko – rodzinne. Jest to zatem system modelowych zachowań zachodzących pomiędzy członkami rodziny oraz rodziną a siłami zewnętrznymi, które na nią oddziałują” (1984, s. 45).

Wielość podejść i definicji dotyczących życia rodzinnego ukazuje, że jego kształt i sposób funkcjonowania jest bardzo zróżnicowany, a wpływ na to, jaką formę przybierze zależny jest w dużej mierze od formalno-prawnych norm, mających swe źródło w danym okresie historycznym, kulturze oraz społeczeństwie, w której występuje.

1.2 Typy i funkcje rodzin

Współcześnie, wobec wszystkich przemian, które miały miejsce w dziejach ludzkości, każda rodzina przybiera specyficzny dla siebie kształt. Owa wspomniana różnorodność powoduje, że wskazać można kilka typów rodzin, biorąc pod uwagę różne kryteria, jak np. liczbę jej członków, sposób organizacji czy styl życia.



F. Adamski (2002) wymienia typy rodzin ze względu na jej wewnętrzną organizację, są to:

1. Małżeńska, tzw. nuklearna, o mniejszej liczbie członków, składająca się z małżonków (lub jednego rodzica) i ich biologicznych lub adoptowanych dzieci. To typ rodziny powszechnie występujący w społeczeństwie zachodnim (także w Polsce), obejmując najczęściej dwa pokolenia.
2. Poligamiczna, w której skład wchodzi wielożeństwo, najczęściej jednego mężczyzny z wieloma kobietami, tworzącymi razem wspólnotę rodzinną. Ten typ występuje najczęściej w społeczeństwie muzułmańskim, ale także w niektórych społecznościach pierwotnych.
3. Poszerzona – wielopokoleniowa, nazywana też rodziną dużą, w której występują dwie lub więcej rodzin nuklearnych, mieszkających w jednym domu lub w pobliżu siebie. Zorganizowana jest pod przewodnictwem jednej osoby, najczęściej mężczyzny jako „głowie rodziny”. Jest to typ spotykany w społeczeństwach rozwijających się i krajach Ameryki Południowej.
4. Zmodyfikowana rodzina poszerzona, która może zawierać w sobie kilka rodzin nuklearnych, ale pozostających jedynie w częściowej zależności między sobą. Cechuje ją brak hierarchii władzy, lecz cenione jest utrzymywanie rodzinnych więzi. Zachowują także własną niezależność ekonomiczną. Występuje najczęściej w krajach południowej Europy.

Polski pedagog i socjolog Stanisław Kowalski (1976) wyodrębnia typy rodzin ze względu na ich liczebność, są to:

1. Rodziny nieliczne, w której występuje jedno lub dwoje dzieci, i które nie sprzyjają procesowi socjalizacji dzieci – występują najczęściej w krajach wysokorozwiniętych np. w Polsce, Niemczech, Japonii.
2. Rodziny średnio-liczne z trojgiem lub czworgiem dzieci, w których występują korzystne warunki dla socjalizacji – charakterystyczne dla krajów rozwijających się np. Ameryki Południowej.
3. Rodziny bardzo liczne z ponad czwórką dzieci, w których relacje mogą stać się skomplikowane i są trudniejsze do kontroli w kontekście wychowawczym, a tym samym zaburzać proces socjalizacji potomstwa – występujące najczęściej w krajach o silnych wartościach rodzinnych, ale też z niższym poziomem edukacji i mniejszym dostępem do opieki zdrowotnej np. rejony afrykańskie, Indie, Afganistan itp. (1976).

Ten sam autor wskazuje także na podział rodzin, ukazując różnorodność więzi społecznych:



1. rodziny normalne – oparte są na naturalnej, biologicznej więzi między rodzicami a dziećmi; występuje w nich korzystny klimat dla rozwoju dzieci,
2. rodziny rozbite – powstające w wyniku nieobecności jednego z rodziców np. z powodu śmierci, rozwodu, separacji, opuszczenia; w rodzinach tych może dochodzić do specyficznych trudności w wychowywaniu potomstwa,
3. rodziny zreorganizowane – powstałe po rozpadzie poprzedniego małżeństwa poprzez zawarcie nowego,,
4. rodziny zdeorganizowane – dominują w nich konflikty, które negatywnie wpływają na proces socjalizacji
5. rodziny zdemoralizowane – działają one wbrew prawnym, moralnym i społecznym normom, przyczyniając się do deprywacji dzieci,,
6. rodziny zastępcze – pełniące świadomą funkcję opiekuńczo-wychowawczą wobec dzieci, które nie są biologicznym potomstwem opiekunów.

Rodzinę można scharakteryzować także w kwestii jej użyteczności i wpływu na rozwój jednostki oraz wszystkich jej członków, a więc określając jakie pełni funkcje. Słownik języka polskiego podaje, że funkcja to „zadanie, które spełnia lub ma spełnić jakaś osoba lub rzecz” (Słownik Języka Polskiego [SJP], b.d.) a funkcjonalny oznacza „dobrze spełniający swoją funkcję” (SJP, b.d.) Najbardziej popularną klasyfikację przedstawił Z. Tyszka w latach 70. XX wieku, dopracowując ją w kolejnych latach. W ramach niej wymienione zostały cztery kategorie wraz z obejmowanymi przez nie funkcjami (1974, 1997, 2001):

1. Biopsychiczne:
 - seksualna, w której małżeństwo pełni rolę społecznie akceptowanej formy życia seksualnego,
 - prokreacyjna, odnosząca się do zaspokajania potrzeb emocjonalnych i rodzicielskich małżonków oraz do realizacji potrzeb demograficznych społeczeństwa.
2. Ekonomiczne:
 - materialno-ekonomiczna z podfunkcjami:
 - produkcyjna, obejmująca prowadzenie własnej działalności gospodarczej np. gospodarstwo rolne. Może też pełnić funkcję w ramach dostarczania nowych pracowników w ramach rozwijania innych gałęzi gospodarki,
 - zarobkowa, dotycząca podejmowania pracy w ramach zapewnienia odpowiedniego bytu rodzinie,



- gospodarcza, która polega na gromadzeniu dóbr np. mieszkanie, samochód itp., które pozwalają na sprawne funkcjonowanie rodziny,
 - usługowo-konsumpcyjna, związana z realizacją codziennych obowiązków np. gotowanie, sprzątanie,
 - opiekuńczo-zabezpieczająca, która zapewnia ochronę materialną i fizyczną członków rodziny, którzy nie są w stanie egzystować samodzielnie, np. dzieci, osoby starsze.
3. Społeczno-wyznaczające:
- stratyfikacyjna, polegająca na określeniu statusu społecznego rodziny, status ów można zmienić przez np. edukację,
 - legalizacyjno-kontrolna, dotycząca nadzoru wobec zachowania członków rodziny, sankcjonowania nieodpowiednich działań oraz legalizowania różnych aspektów życia rodzinnego np. posiadanie dzieci i kontrola nad ich wychowaniem,
 - klasowa – dotyczyła pozycji rodziny w ramach istniejących w społeczeństwie struktur, została ona zastąpiona funkcją stratyfikacyjną.
4. Socjopsychologiczne:
- socjalizacyjno-wychowawcza, przygotowująca potomstwo do życia w społeczeństwie poprzez naukę ról społecznych, wartości, kształtowania osobowości czy światopoglądu dziecka,
 - kulturalna, polegająca na przekazaniu dzieciom wiedzy o dziedzictwie kulturowym, uwrażliwianiu na sztukę i uczeniu korzystania z dóbr kultury,
 - religijna, odnosząca się do wychowywania potomstwa zgodnie z zasadami określonej religii,
 - rekreacyjno-towarzyska, mająca na celu zachowanie dobrostanu psychicznego członków rodziny poprzez wypoczynek, relaks oraz zapewnienie przestrzeni do nawiązywania nieformalnych kontaktów towarzyskich,
 - emocjonalno-ekspresyjna, podkreślająca potrzeby emocjonalne każdego człowieka np. miłości, przyjaźni, bliskości, bezpieczeństwa i umożliwienie ich wyrażania oraz otrzymywania w duchu akceptacji i poczucia wspólnoty.

Klasyfikacja stworzona przez Z. Tyszkę stała się fundamentem do powstania innych ujęć dla tego zagadnienia, a wyjaśnienie działania tych funkcji jest zazwyczaj zbliżone.

Badaczką, która również podjęła się wyszczególnienia funkcji rodziny jest socjolożka rodzin Maria Ziemska (1975, 1979), która wymienia ich pięć, są to: funkcja prokreacyjna,



produkcyjna, usługowo-opiekuńcza, socjalizacyjna oraz psychohygieniczna. Ostatnia z wymienionych jest tożsama z podaną wyżej funkcją emocjonalno-ekspresyjną i odnosi się do tworzenia odpowiednich warunków tj. stabilizacji, bezpieczeństwa czy przynależności w ramach utrzymywania równowagi psychicznej wszystkich członków rodziny.

F. Adamski także wyodrębnił owe funkcje, ponadto dokonał ich podziału na te, które pełni rodzina będąc jednocześnie grupą i instytucją oraz te, które różnicuje się ze względu na ich trwałość i zmienność. W pierwszej grupie wymienia funkcje instytucjonalne, czyli: prokreacyjną, ekonomiczną, opiekuńczą, socjalizującą, stratyfikacyjną i integracyjną, oraz osobowe: małżeńską, rodzicielską, braterską, które odnoszą się do potrzeb emocjonalnych jednostki w zależności od roli, jaką aktualnie pełni. W drugiej grupie funkcji, czyli z uwagi na trwałość i zmienność autor wymienia funkcje pierwszorzędne, tj. prokreacyjną, socjalizacyjną, miłości oraz funkcje drugorzędne, które obejmują funkcje ekonomiczną, opiekuńczą, stratyfikacyjną, rekreacyjną, religijną i integracyjną (Adamski, 1982, 2002).

Kolejną badaczką, która wymienia funkcje rodziny jest psycholog Katarzyna Wałęcka-Matyja. Jest to najbardziej współczesna propozycja spośród wszystkich wskazanych i wśród nich podane zostały: prokreacyjna, seksualna, ekonomiczna, opiekuńcza, socjalizacyjna, edukacyjna, emocjonalna oraz spójności. Funkcja prokreacyjna wypełnia się najbardziej w możliwości kontroli narodzin w danej rodzinie, za sprawą wielu dostępnych metod antykoncepcyjnych. Ponadto autorka wskazuje, że obecnie pojawienie się potomstwa w parach niebędących małżeństwem jest bardziej społecznie akceptowane, niż kilkadziesiąt lat temu. Funkcja seksualna służy aktualnie, przede wszystkim zaspokojeniu potrzeb seksualnych danej pary, niekoniecznie jej celem jest poczęcie dziecka. Podobnie jak przy poprzedniej funkcji, nie musi ona być spełniana jedynie w małżeństwie, gdyż coraz więcej par podejmuje aktywność seksualną przed zawarciem związku małżeńskiego lub pozostając w związku kohabitacyjnym. Funkcja edukacyjna została wyodrębniona jako ta, która „obejmuje procesy wychowania w środowiskach naturalnych oraz instytucjonalnych, zachodzące zarówno w sposób zamierzony, jak i nieintencjonalny” (Wałęcka-Matyja, 2014, s. 109). Nową funkcją, która nie pojawia się u innych badaczy, a którą wprowadza autorka jest funkcja spójności. Jej celem jest osiągnięcie i utrzymywanie harmonii w obrębie rodziny (także wielopokoleniowo) oraz w szerszej społeczności. Przejawiać może się ona przez wspieranie procesów, które zachęcałyby ludzi do wzajemnego wsparcia, angażujących się w działania edukacyjne oraz różne aktywności społeczne; pielęgnowanie tradycji i troskę o międzypokoleniową relację. Funkcja ta podkreśla istnienie jednostki nie tylko jako oddzielnego indywiduum, ale także jako członka wspólnoty rodzinnej i społecznej, dzięki czemu może otrzymywać i dawać wsparcie



lub pomoc, budować poczucie bezpieczeństwa i wspólnie spędzać czas. Procesy te przyczyniają się do rozładowywania stresu oraz zachowania dobrego stanu psychicznego człowieka (Wałęcka-Matyja, 2014).

Tabela 1

Funkcje rodziny

Z. Tyszka (1974; 1997; 2001)	M. Ziemska (1975; 1979)	F. Adamski (1982; 2002)	K. Wałęcka-Matyja (2014)
I. Biopsychiczne	1) prokreacyjna	I. Funkcje rodziny jako grupy i instytucji	1) prokreacyjna
1) seksualna	2) produkcyjna		2) seksualna
2) prokreacyjna	3) usługowo-	1) instytucjonalne:	3) ekonomiczna
II. Ekonomiczne	opiekuńcza	- prokreacyjna	4) opiekuńcza
1) Materialno-ekonomiczna	4) socjalizacyjna	- ekonomiczna	5) socjalizacyjna
z podfunkcjami:	5) psychohigieniczna	- opiekuńcza	6) edukacyjna
- produkcyjna		- socjalizująca	7) emocjonalna
- zarobkowa		- stratyfikacyjna	8) spójności
- gospodarcza		- integracyjna	
-usługowo-konsumpcyjna		2) osobowe:	
2)opiekuńczo-		- małżeńska	
zabezpieczająca		- rodzicielska	
III. Społeczno-		- braterska	
wyznaczające		II. Funkcje rodziny z uwagi na trwałość i zmienność:	
1) stratyfikacyjna (1997; 2001)		1) pierwszorzędne:	
2) legalizacyjno-kontrolna		- prokreacyjna	
3) klasowa (1974)		- socjalizacyjna	
IV. Socjopsychologiczne		- miłości	
1) socjalizacyjno-		2) drugorzędne:	
wychowawcza		- ekonomiczna	
2) kulturalna		- opiekuńcza	
3) religijna (1997)		- stratyfikacyjna	
4) rekreacyjno-towarzyska		- rekreacyjna	
5) emocjonalno-		- religijna	
ekspresyjna		- integracyjna	

Źródło: Różycka, 2006; Wałęcka-Matyja, 2014



1.3 System rodzinny

Zjawiska i przekształcenia, które obejmują współczesną rodzinę są obecnie przedmiotem wielu badań oraz analiz. Badacze, starając się przybliżyć złożoność procesów zachodzących w rodzinie, najczęściej rozpatrują ją w ujęciu systemowym. Dotychczasowym powszechnym założeniem jest, że istotne są nie tylko interakcje podejmowane między poszczególnymi członkami rodziny, ale także dynamika relacji występujących w rodzinie. Ważne są również ogólne normy i zasady, które prowadzą do zachowania spójności tej wspólnoty oraz to, w jaki sposób zaspokajane są potrzeby jej członków i jak funkcjonują społecznie. Według ogólnej teorii systemów, rodzina jest strukturą wzajemnych interakcji, co oznacza, że nie stanowi ona jedynie sumy niezależnych jednostek, ale tworzy nową, spójną całość, tworząc zasadę *całościowości*. Kolejną zasadą, która występuje w systemie rodzinnym jest *cyrkularność*. Rodzinę charakteryzuje duża dynamika i wzajemne zależności, co sprawia, że każda zmiana w życiu rodzinnym lub u jednego z jej członków wpływa na funkcjonowanie pozostałych. System rodzinny wyróżnia też *ekwifinalność* wskazując, że podobne rezultaty można osiągnąć, mimo różnych warunków początkowych (np. zdobycie dobrego wykształcenia mimo innych statusów materialnych rodziny). Odwrotnie zaś, zasada *ekwipotencjalności* oznacza, że podobne stany początkowe mogą doprowadzić do zupełnie innych skutków (Ryś, 2004).

Rodzinę można postrzegać jako system złożony z różnych podsystemów (np. żona-mąż, matka-dziecko itp.), które pełnią kluczowe funkcje i uczestniczą w procesach zachodzących w rodzinie. Mogą one powstawać przez wzgląd na różne kryteria np. płeć, wiek, stan zdrowia. Podsystemy powstają więc dość dynamicznie, w zależności od tego, na jakim etapie rozwojowym jest obecnie rodzina, jakie są jej potrzeby i jakich zadań musi się w danym momencie podjąć. Członkowie danej rodziny mogą należeć jednocześnie do kilku podsystemów, a wszelkie zmiany w obrębie jednego z nich, będą oddziaływać na cały system. (Braun-Gałkowska, 2007).

W niektórych podsystemach może wytworzyć się szczególny sposób funkcjonowania nazwany *przymierzem* i *koalicją*. Pierwszy z nich charakteryzuje się współpracą i wzajemnym wsparciem wobec jej członków, nie wpływając w żadnym stopniu na inne podsystemy występujące w rodzinie. Przymierze wzmacnia spójność i stabilność rodziny, pełni pozytywną rolę w całym systemie. Koalicja może wystąpić wtedy, gdy określone członkowie rodziny jednoczą się przeciwko innemu, często pozostając z nim w konflikcie. Jej celem jest udzielanie sobie wzajemnego wsparcia lub pomocy, jednak istnieje ryzyko, że koalicja spowoduje



eskalację napięcia lub wykluczenie innej osoby w systemie rodzinnym (Radochoński, 1987; Zubrzycka, 1993).

Systemy wyposażone są w granice wewnętrzne i zewnętrzne, które pomagają regulować relacje pomiędzy członkami rodziny, jak i ich kontakty ze środowiskiem zewnętrznym. Granice wewnątrzsystemowe to te, które określają zasady przynależności do poszczególnych podsystemów, stopień intymności i bliskości między członkami rodziny. W prawidłowo funkcjonującej rodzinie elastyczność granic jest kluczowa, gdyż pozwala na swobodny przepływ informacji. Pomagają budować bliskie relacje, jednocześnie dając przestrzeń do indywidualnego rozwoju. Zbyt sztywne granice mogą doprowadzić do poczucia izolacji i braku wsparcia wśród członków systemu, zaś granice rozmyte powodują zaniedbanie indywidualności jednostki w rodzinie, a tym samym osłabienie możliwości zdrowego rozwoju i poczucia niezależności przez nadmierną kontrolę lub oczekiwanie nieumiarkowanej bliskości.

Granice zewnętrzne dotyczą relacji rodziny ze światem zewnętrznym. Jeśli granice te są odpowiednio elastyczne i przepuszczalne, to możliwe jest zachowanie autonomii i tożsamości rodzinnej, równocześnie umożliwiając integrowanie się z otoczeniem i prawidłowy przepływ informacji. Sztywność tych granic może spowodować izolację rodziny, utrudnione przystosowanie do norm i reguł panujących poza systemem rodzinnym i brak wsparcia ze strony społeczeństwa. Zbyt luźne granice natomiast mogą prowadzić do łatwiejszego ulegania wpływom z zewnątrz, zaburzając stabilność i wewnętrzną harmonię rodziny (Drożdżowicz, 1994; Namysłowska, 2000).

Wszystkie procesy regulacyjne, które dokonują się między członkami rodziny są poddane konkretnym mechanizmom, których celem jest zachowanie równowagi i uniknięcie rozpadu systemu. Jeden z nich to *homeostaza* rodzinna, pełniąca funkcję regulacyjną w sytuacji, gdy w systemie następuje jakaś zmiana lub gdy zachowanie jednego z członków rodziny powoduje opór u pozostałych. Rodzina stara się wtedy utrzymać stałe interakcje i wzorce, by zachować wewnętrzny ład. Zdarza się jednak, że członkowie systemu będą próbowali podtrzymywać niepożądane symptomy (często o charakterze patologicznym) u jednej lub więcej osób, przez zmianę własnego zachowania, bo dzięki temu rodzina nie ulegnie rozpadowi. Innym mechanizmem, przeciwnym do wyżej omówionego jest *morfogeneza*, która oznacza, że system ma zdolności adaptacyjne i może wprowadzać potrzebne przekształcenia w relacjach lub funkcjonowaniu, by nastąpiły pożądane zmiany, służące rozwojowi rodziny i dostosowaniu się do pojawiających się nowych sytuacji (Radochoński, 1998).



Ujęcie systemowe charakteryzuje się więc pewną hierarchicznością w strukturze systemów. Jego głównymi cechami są zmienność, dynamika i ewolucyjność. Na rodzinę można patrzeć dwutorowo – z jednej strony, jako system, który ulega zmianom i przekształceniom, z drugiej, należy dostrzec, że przy prawidłowym funkcjonowaniu może być bezpieczną przystanią, w której panuje ład i harmonia. Przedstawione wyżej cechy, to tylko jego wybrane aspekty. Teoretyczne i empiryczne wymiary rodziny, jako systemu są wciąż rozwijane i poddawane refleksji naukowej. Jednakże pomimo różnorodnych wyzwań, jakich podejmuje się rodzina, nadal jest ona najważniejszą wspólnotą, w której kształtuje się osobowość jednostki (Stepulak, 2010).

1.4 Style wychowania

Relacje, powiązania i ich mechanizmy, które występują wewnątrz rodziny wskazują na to, jak ona na ogół funkcjonuje. Krąg rodzinny działa w oparciu o charakterystyczną dla siebie specyfikę i stosunki wewnątrzrodzinne. Ogólnie stosunki międzyludzkie działają na zasadzie wzajemnych zależności międzyludzkich, wśród których wymienić można zależności, takie jak: (a) opartą na kontroli i władzy; (b) bazującą na systemie kar i nagród; (c) informacyjną; (d) psychologiczną, obejmującą emocje, wzajemną atrakcyjność, postawy czy autorytet. Owe zależności działają również w relacjach rodzinnych, odgrywając istotną rolę w procesie wychowywania, wpływając na podział ról rodzinnych, jakości relacji między członkami i występujących między nimi interakcjami (Zaborowski, 1976).

Spośród wymienionych już funkcji rodziny, wskazać można socjalizacyjno-wychowawczą, do której wypełnienia rodzice stosują różne metody wychowawcze wobec potomstwa, tworząc charakterystyczny dla siebie styl.

Wychowanie w ujęciu psychologicznym, to intencjonalne oddziaływanie wobec jednostki, którego celem jest wywołanie konkretnych zmian w zachowaniu oraz psychice. Psycholog Maria Straś-Romanowska podaje, że „programowa działalność wychowawcza jest aktywnością w pełni świadomą, intencjonalną i odpowiedzialną, ukierunkowaną na przygotowanie młodego człowieka do dorosłości poprzez maksymalizowanie korzystnych dla rozwoju jego osobowości wpływów i minimalizowanie wpływów szkodliwych” (2012, s.121). Styl wychowania zaś, zawiera w sobie aspekty poznawcze (system przekonań) oraz behawioralne (zachowania wynikające z tych przekonań). Rodzice wychowują swoje potomstwo, dając wyraz swoich wewnętrznych przekonań, a na te wpływ mają ich własne doświadczenia, wzorce przejęte z rodziny pochodzenia, wyznawane wartości, zamiary życiowe czy aspiracje wychowawcze. Style wychowania są zatem „sumą” działań podejmowanych



przez rodzinę wobec dziecka (Rys, 2001; Przetacznik-Gierowska i Włodarski, 2002). Obecnie najbardziej pożądane są takie zachowania wychowawcze, które wspierają rozwój podmiotowości jednostki, wspomagają jej potencjał, dążą do przyswojenia przez nią norm, wartości, wzorów osobowych i prospołecznych metod zachowania, przyjętych w danym systemie społecznym (Liberska i Matuszewska, 2014).

Style wychowania obrazują podejście i klimat emocjonalny opiekunów wobec dzieci oraz charakter i typ kontroli wypełnianej wobec dziecka; zawierają w sobie postawę, jaką przyjmują rodzice celem wdrożenia oddziaływań dyscyplinujących, takich jak kary lub nagrody. W materiałach źródłowych można znaleźć kilka typów stylów wychowania, które mogą obejmować różne wymiary, i które wspomagają zrozumienie różnic w ich obrębie. Wymiarami tymi są, np. miłość vs. wrogość, autonomia vs. kontrola (Schaefer, 1959); (a) ciepło i permissywność vs. restrykcyjność (Sears i in., 1957); (b) emocjonalne ciepło vs. wrogość i (c) oddzielanie vs. włączanie (Baldwin 1955); (d) akceptacja vs. odrzucenie (Ziemska, 1973).

Amerykański psycholog Charles E. Schaefer (1959) opracował style wychowania analizując zachowania rodzicielskie w dwóch głównych wymiarach: emocjonalnym (miłość/wrogość) oraz kontroli (autonomia/kontrola). Przedstawiając owe wymiary w formie osi, uzyskać można kombinację ich wyższych i niższych poziomów, które tworzą różne style wychowania. Autor sformułował ich cztery, są to:

1. Demokratyczny – charakteryzuje się wyrażaniem wobec potomstwa miłości, równocześnie dbając o zachowanie autonomii adekwatnie do stopnia rozwoju i wieku dzieci.
2. Nadopiekuńczy – odznacza się nadmierną opiekuńczością i wzmożonymi próbami ochrony dziecka przed trudnościami, co może prowadzić do wystąpienia przesadnej zależności dziecka od opiekunów.
3. Autorytarny – cechuje się ciągłym kontrolowaniem zachowań dziecka i ograniczaniem jego autonomii, oczekiwaniem bezwzględnego podporządkowania, brakiem wsparcia emocjonalnego, częstym dyskredytowaniu potomstwa (stosowanie kar cielesnych, obrażanie, zawstydzanie, odrzucenie).
4. Ignorujący – wyróżnia się wyjątkowo niską kontrolą rodziców wobec dzieci; przyjmują oni lekceważącą postawę, są emocjonalnie wycofani i często nie zaspokajają podstawowych potrzeb dziecka.

Inną badaczką, która przedstawiła style wychowania jest psycholog kliniczna Diana Baumrind (1967), posługując się nazwą „styl rodzicielski” i koncentrując się na dwóch



wymiarach, tj. kontroli (odnoszącej się do poziomu wymagań wobec dzieci i stawianych im oczekiwań oraz) oraz ciepła (oznaczające stopień wyrażania wsparcia, otwartości i akceptacji rodziców). Autorka wyodrębniła trzy główne style:

1. Autorytarny - w ramach niego rodzice wykazują się mocno kontrolującą postawą, przy jednoczesnym stawianiu bardzo wysokich wymagań, stosowaniu kar za nieposłuszeństwo i brakiem wsparcia emocjonalnego. Konsekwencją wychowywania się w tym podejściu może być brak umiejętności do wyrażania empatii, niska samoocena, nadmierny lęk, niska refleksyjność, mogą ujawnić się zachowania buntownicze itd.
2. Permisywny – to styl, w którym opiekunowie wykazują się dużą dozą zrozumienia, empatii i akceptacji wobec dzieci, są wrażliwi na ich potrzeby, nie są wymagający, nie stawiają też wyraźnych granic, rzadko stosują kary, stawiając na samodzielność potomstwa. Dzieci wychowywane w ten sposób z jednej strony odczuwają wsparcie i miłość rodziców oraz rozwijają swoją kreatywność. Jednakże rozmyte granice mogą w konsekwencji prowadzić w przyszłości do niechęci podjęcia odpowiedzialności za własne wybory życiowe w dorosłości, wystąpić może niechęć do przestrzegania zasad społecznych i brak kontroli nad impulsami.
3. Autorytatywny – jego wydźwięk jest podobny, jak w wymienionym już stylu demokratycznym. W rodzinie, w której dominuje ten styl okazywane jest wsparcie i miłość, przy jednoczesnym jasnym stawianiu wymagań i granic. Widoczny jest dialog między opiekunami a dziećmi, kary stosowane są tylko w sytuacji ostatecznej. Rodzice wymagają od potomstwa zachowań akceptowanych społecznie; są otwarci na kompromisy i potrzeby dzieci. W efekcie u osób wychowywanych w stylu autokratycznym zwykle występuje wysoka samoocena, poczucie kontroli i sprawstwa wobec życiowych wyzwań, a także samodyscyplina oraz wysokie umiejętności społeczne.

Obecnie w polskich publikacjach najczęściej wymienia się cztery style wychowania (Ziemska, 1973; Ryś, 2004, Przetacznik-Gierowska, Włodarski, 2002; Liberska, 2004, 2006), są to:

1. Autokratyczny, dzielący się na dwie odmiany (Przetacznik-Gierowska i Włodarski, 2002):
 - a) Surowy – jego opis jest zbliżony do stylu autorytarnego; cechuje go wysoki poziom kontroli przy niskim udziale wsparcia emocjonalnego. Rodzice są wymagający, bezkompromisowi i kontrolujący. Nierzadko stosują przemoc psychiczną



i/lub fizyczną wobec dzieci za niedopełnienie przez nich obowiązków oraz niepożądane zachowanie. Nie pozwalają także na podejmowanie samodzielnych decyzji potomstwu. Ten rodzaj wychowania najczęściej używany jest w rodzinach konserwatywnych, w których „głową rodziny” jest ojciec. Konsekwencją wychowawczą tego stylu może być niska samoocena, poczucie braku sprawczości, nadmierny lęk, agresja przekierowana na obcych ludzi lub przedmioty, czasami także zbytnia uległość wobec innych osób.

- b) Życzliwy – odmianę tą charakteryzuje wysoka kontrola, przy jednoczesnym okazywaniu wsparcia i akceptacji. Opiekunowie z jednej strony są wymagający i oczekują posłuszeństwa, z drugiej okazują oni troskę, wyjaśniają stawiane dzieciom wymagania i dostosowują je do ich możliwości. Styl ten pozwala na utworzenie się pozytywnej więzi w relacji z rodzicami, sprzyja budowaniu poczucia własnej wartości u jednostki oraz umożliwia prawidłowy rozwój socjalizacyjny i psychiczny. Nie jest on idealny, ze względu na ograniczoną autonomię dziecka, powoduje jednak mniej negatywnych skutków niż odmiana surowa.

2. Liberalny, dzielący się nad podtypy:

- a) Kochający – rodzice stosujący ten styl okazują dzieciom dużo wsparcia emocjonalnego, są wyrozumiali i dbają o ich potrzeby, przy czym jednocześnie nie stawiają oni zbyt wielu granic, dają dużą swobodę potomstwu. Nie stosują kar lub stosują je bardzo rzadko, rzadziej też stawiają konkretne wymagania, unikają konfliktów. Efektem wychowawczym wobec potomstwa tej odmiany stylu liberalnego jest wysokie poczucie akceptacji i miłości. Jednakże w późniejszym czasie wystąpić mogą problemy z dyscypliną, przestrzeganiem zasad czy okazywaniem szacunku wobec autorytetów, gdyż nie były one wymagane w domu rodzinnym.
- b) Niekochający – cechuje go niskie zainteresowanie rodziców wszelkimi potrzebami dzieci, nie okazują oni wsparcia, nie tworzą bliskiej relacji, nie wyznaczają zasad ani nie kontrolują potomstwa. Odmiana ta powoduje, że u dzieci może pojawić się skłonność do podejmowania zachowań ryzykownych, brak samodyscypliny oraz trudności z dostosowaniem się do norm społecznych (Ryś, 2004).

- 3. Niekonsekwentny – styl ten charakteryzuje się ciągłą zmiennością w kwestii ustalania i egzekwowania przyjętych zasad czy norm przez opiekunów. Najczęściej zależą one od aktualnego nastroju rodzica i jego dyspozycji. W rodzinach, w których dominuje



ten styl bardzo często występuje rozłam między rodzicami, którzy nie potrafią dojść do porozumienia w temacie metod wychowawczych. Występuje tu ogólny brak stabilności i bezpieczeństwa, oraz utrudniony jest rozwój prawidłowej socjalizacji u potomstwa. Osoby wychowywane w stylu niekonsekwentnym mogą stać się impulsywne, lękliwe lub wrogo nastawione do ludzi. Narażone są także na problemy z respektowaniem norm społecznych oraz nawiązywaniem przyjacielskich relacji (Liberska i Matuszewska, 2014).

4. Demokratyczny – to styl tożsamy z anglosaskim stylem autorytatywnym, w którym dominuje otwartość rodziców wobec dzieci. Zasady i granice są wyznaczone w sposób klarowny, ponadto dziecko może wyrazić swoją opinie lub wyjaśnić własne zachowanie mając pewność, że zostanie wysłuchane. Opiekunowie okazują pełne wsparcie i empatię, dyscyplinują potomstwo z zachowaniem ich praw; nie uciekają się do przemocy, ale skupiają się na wyjaśnianiu i rozmowie. Decyzje podejmowane są najczęściej wspólnie, widoczna jest współpraca wszystkich członków rodziny, aby każdy mógł czuć się bezpieczny i zrozumiany. Wszystkie te działania wspierają uzyskiwanie samodzielności, wzrost umiejętności komunikacyjnych i kompetencji społecznych. Wpływają korzystnie na naukę podejmowania odpowiedzialnych decyzji i w rozwoju kreatywności (Przetacznik-Gierowska i Włodarski, 2002).

System rodzinny oprócz preferowania danego stylu wychowania, przyjmuje także swój sposób funkcjonowania opierając się o strukturalny model (Liberska, Matuszewska, 2014). Modele wychowania mają swoje korzenie w historii kształtowania się rodzin na przestrzeni dziejów (szerzej zagadnienie to ujęte zostało w podrozdziale *1.1 Definicja rodziny i jej przemiany na przestrzeni epok*). Współcześnie działają one w formie przekształconej, jako że wszelkie przemiany społeczno-kulturowe zrewidowały sposób, w jaki toczy się obecnie życie rodzinne. Model wychowania opisuje wartości oraz cele, jakie mają być realizowane w procesie wychowawczym.

Wyróżnia się model *tradycyjny*, oparty na rodzinie *klasycznej*, w którym występuje hierarchiczna struktura władzy i sztywny podział ról. Głową rodziny najczęściej jest ojciec, podejmujący wszelkie istotne decyzje rodzinne. Rodziny te opierają się na konserwatywnych wartościach i zasadach - w szczególności moralnych, które pełnią ważną rolę w kształtowaniu się życia rodzinnego, dlatego też dominującym stylem wychowania w tej strukturze jest autokratyczny, w obu jego odmianach.

Kolejny, to model *modernistyczny*, bazujący na rodzinie *nowoczesnej*, gdzie istotny jest równy podział ról, otwartość i elastyczność w formułowaniu zasad oraz obustronna



komunikację między członkami rodziny. Pod kątem wychowawczym kładzie nacisk na wzajemny szacunek, autonomię i rozwój emocjonalny, co odpowiada założeniom stylu wychowania demokratycznemu lub autokratycznemu w odmianie życzliwej.

Styl wychowania liberalny (w obu odmianach) i niekonsekwentny, najczęściej występuje w kolejnym z modeli rodziny, czyli *postmodernistycznym*, zwany też *ponowoczesnym*. Rodzinę postmodernistyczną charakteryzuje odejście od wszelkich reguł i elastyczne – w zależności od potrzeb – ustalanie zasad. Nie ma w niej wyznaczonej hierarchii władzy, role przeważnie są płynne, nie wyznacza się też konkretnych granic; obowiązują zasada partnerstwa między rodzicami a dziećmi zachęcane są do rozwoju własnej niezależności i samorealizacji.

W kontekście stylów wychowania innym istotnym faktem, na który warto zwrócić uwagę jest to, że dany styl może mieć zupełnie inne skutki wychowawcze, biorąc pod uwagę kontekst kulturowy. To, co jest przyjęte, jako skuteczne w jednym kręgu kulturowym, może odnosić odmienne efekty w innym, ze względu na to, że każda kultura odznacza się własnym systemem wartości, norm i wymagań społecznych. Przykładowo, w kulturze zachodnioeuropejskiej lub północnoamerykańskiej stosowanie stylu autokratycznego, może prowadzić do wykształcenia się zachowań lękowych i wystąpienia problemów emocjonalnych. Ten sam styl, zastosowany w kulturze azjatyckiej czy południowoamerykańskiej pozwala na wystąpienie zamierzonych rezultatów, takich jak wysoki poziom odpowiedzialności i podporządkowanie normom społecznym (Darling i Steinberg, 1993).

Styl wychowania jest zatem realizacją przyjętego modelu wychowania, który osadzony jest w jakimś kontekście społeczno-kulturowym, a jego celem jest doprowadzenie do ustalonych założeń wychowawczych (Liberska i Matuszewska, 2014).

1.5 Style przywiązania

Jakość relacji, które tworzą się między rodzicami a dziećmi w systemach rodzinnych zależy od tego, w jaki sposób rodzina wypełnia swoje funkcje, a także jaki model i styl wychowania w niej dominuje. Więzy emocjonalne, które rozwijają się od pierwszych dni życia między jednostką a opiekunami odgrywają kluczową rolę w jej rozwoju psychospołecznym (Plopa, 2014).

Koncepcja, która wyjaśnia, w jaki sposób owe kształtowanie się więzi w rodzinie formuje rozwój społeczny i psychiczny u dziecka, nazwany jest teorią przywiązania. Jej twórcą był brytyjski psychiatra John Bowlby, który przeprowadzając badania na terenie Europy i Stanów Zjednoczonych odkrył, że oddzielenie na wczesnym etapie życia dziecka od matki



lub znacząco ograniczona opieka z jej strony, ma negatywny wpływ na jego późniejszy rozwój. Zaburzone więzi w początkowym okresie życia, mogą dać o sobie znać w okresie dorostania oraz dorosłości, poprzez różnego rodzaju zaburzenia emocjonalne i psychiczne (Bowlby, 1980).

Przywiązanie można więc określić jako „w miarę trwałą związek społeczno-emocjonalny z drugą osobą, a także jako intrapsychiczne organizacje, które rozwijają się na bazie indywidualnych doświadczeń z pierwszymi osobami przywiązania” (Plopa, 2014, s. 142). Styl przywiązania natomiast rozwija się w dzieciństwie jako efekt działań podejmowanych przez najbliższych opiekunów, celem zaspokojenia potrzeb fizyczno-emocjonalnych i wytworzonego na tej podstawie poziomu zaufania oraz poczucia bezpieczeństwa u dziecka.

Potrzeba nabywania relacji przywiązaniowych i wpływu ich jakości w toku rozwoju człowieka ma swoje podłoże genetyczne i ewolucyjne. J. Bowlby zaznaczał, że zachowania przywiązaniowe mają swoje podstawy w biologii, i które w wyniku ewolucji stały się istotne, by potomstwo miało większą szansę na przeżycie. Dziecko, które sygnalizuje swoje potrzeby poprzez interakcje, takie jak płacz czy śmiech, dąży do tego, aby podjęte zostało wobec niego działanie. Zachowania te umożliwiły częstsze kontakty z opiekunem, a tym samym wzmocniły zdolność do przetrwania i adaptacji w różnych warunkach życia (Bowlby, 1980).

Współczesne badania neuropsychologiczne wyjaśniają, że więź, która wytwarza się między dzieckiem a rodzicem, poprzez podejmowane interakcje, uruchamia procesy, związane z aktywnością neuronową i reakcjami neurohormonalnymi. W badaniach, które wykorzystują funkcjonalny rezonans magnetyczny (fMRI) ukazano, że inne obszary mózgu są aktywniejsze w zależności od wykształconego stylu przywiązania u jednostki. Przykładowo u dzieci, które doświadczyły odpowiedniej opieki w zakresie fizjologicznym i emocjonalnym, a działania opiekuna były zsynchronizowane, czyli adekwatne do potrzeb i możliwości dziecka, badacze zauważyli bardziej zrównoważoną aktywność w korze przedczołowej i ciele migdałowatym, które odpowiadają za umiejętność regulacji emocji i tworzeniu stabilnych więzi. Z kolei potomstwo, które nie otrzymało stabilnej opieki w okresie wczesnego dzieciństwa, wykazuje większą aktywność ciała migdałowatego, odgrywającego istotną rolę w reakcjach stresowych (Rostowski, 2012).

Interakcje z bliskim opiekunem uruchamia także wydzielanie neurohormonów, głównie oksytocyny (zwanej też „hormonem więzi”), odpowiadającej za zdolność do rozpoznawania emocji, poziom przywiązania, zaufania lub redukcję stresu. Ważną rolę ma także wydzielanie neurohormonu zwanego wazopresyną, wspierającego budowanie więzi prospołecznych,



poczucia lojalności i zaangażowania w relacje z innymi ludźmi. Rodzice, którzy dbają o emocjonalny i fizyczny kontakt z dzieckiem, przyczyniają się do częstszej produkcji ów hormonów, a tym samym do wykształcenia się bezpiecznego stylu przywiązania. Ma to znaczenie także w dorosłości, gdyż te same neurohormony aktywizują się do kształtowania innych bliskich relacji. Stąd, jeśli jednostka nie otrzymała odpowiedniej opieki, mogą rozwinąć się pozabezpieczne style przywiązania, które będą znacząco wpływać na umiejętność budowania trwałych relacji, a tym samym jakość jej życia (Plopa, 2014).

W literaturze wymienia się najczęściej cztery style przywiązania. Trzy z nich: (a) bezpieczny, (b) lękowo-ambiwalentny oraz (c) unikający, wyróżniła psycholożka Mary Ainsworth (1978), która kontynuowała koncepcję Bowlby'ego, przez prowadzenie wieloletnich badań wraz ze swoim zespołem, polegających na obserwacji relacji matki z dzieckiem i jej analiza w kontekście występujących różnic w okazywanej empatii, wrażliwości oraz reakcji na potrzeby dziecka (Plopa, 2014). Psycholożki amerykańskie Mary Main i Judith Solomon wyłoniły jeszcze jeden styl – (d) zdeorganizowany (1990). Styl lękowo-ambiwalentny, unikający oraz zdeorganizowany, określa się we wspólnej kategorii jako pozabezpieczne style przywiązania.

Styl bezpieczny, charakteryzuje się ufnością dziecka wobec swoich opiekunów, którzy są dostępni, empatyczni i okazujący wsparcie, zwłaszcza w sytuacjach stresowych. Przy niedługiej rozłące z opiekunem, mogą okazywać umiarkowany niepokój, by po jego powrocie wrócić do stanu równowagi. W dorosłości ułatwia on zawieranie zdrowych relacji z innymi ludźmi.

Kolejny, styl lękowo-ambiwalentny powstaje, w skutek braku konsekwencji, co do dostępności opiekuna wobec dziecka – czasami jest dostępny, czasami nie. Powoduje to pojawienie się u dziecka nadmiernego lęku przed rozłąką z opiekunem i bardzo negatywnymi reakcjami wobec jego braku. Kiedy obiekt przywiązania znajdzie się natomiast blisko, może spowodować u dziecka jednocześnie ulgę i złość. W późniejszych etapach, osoby o tym stylu przywiązania mogą zachowywać dystans w nawiązywaniu relacji, czuć niepewność wobec intencji innych osób, wyrażać nadmierną zazdrość lub lęk przed odrzuceniem.

W stylu unikającym jednostka wykazuje się tłumieniem emocji, co jest efektem niedostępności opiekuna w zagrażających lub stresujących sytuacjach. Dziecko wykazuje także obojętność na nieobecność lub obecność opiekuna w pobliżu. Osoby dorosłe działające w oparciu o ten styl, przejawiają zachowania unikające podjęcie zaangażowania lub intymności w relacji z innymi osobami (Ainsworth, 1978; Goldberg, 2000; Plopa 2014).



Styl zdezorganizowany natomiast, rozwija się jako efekt zaniedbania i/lub stosowania przemocy przez opiekunów wobec potomstwa. Dziecko, czując się stale zagrożone i zestresowane, może w swoim zachowaniu ujawniać nadmierny lęk, strach i dezorientację. W dorosłości objawia się to przez znaczne trudności w regulacji emocji oraz problemach z nawiązywaniem oraz utrzymaniem bliskich relacji (Goldberg 2000; Senator, 2012).

Podobnie, jak w kontekście stylów wychowania, tak też w kwestii teorii przywiązania, istotnym czynnikiem odróżniającym „pożądany” wzorzec przywiązaniowy na gruncie wychowania jest kontekst kulturowy. Na przykład badacze zachodni uważają, że najbardziej adaptacyjny jest styl bezpieczny. W kulturze azjatyckiej natomiast, w której szczególnie podkreśla się wartość bliskości i wspólnoty rodzinnej, częściej wskazuje się styl ambiwalentny, pozwalający na kontrolę i intensywną uwagę w interakcji dziecko-opiekun (Keller, 2013).

Styl przywiązania odgrywa zatem istotną rolę w procesie nabywania kompetencji społecznych i emocjonalnych jednostki. Nie bez znaczenia pozostaje środowisko wychowawcze i krąg kulturowy, w którym dana osoba się rozwija, gdyż przyjęty styl wychowania, przekonania i wyznawane wartości opiekunów kreują wzorzec przywiązania. Ten zaś wywiera znaczący wpływ na zdrowie psychiczne jednostki, umiejętność radzenia sobie z różnymi sytuacjami życiowymi oraz w nawiązywaniu i utrzymywaniu bliższych relacji z innymi osobami.



Rozdział 2. Rodzina dysfunkcyjna

2.1 Charakterystyka rodziny dysfunkcyjnej

Rodzina jest podstawową jednostką społeczną, której zadaniem jest zapewnienie opieki, nauki i przekazywanie wartości kulturowych jej członkom, w szczególności potomstwu. Jednakże nie wszystkie rodziny wypełniają swoje funkcje lub przyjmują style wychowawcze, które wspierają harmonijny rozwój jednostki. W takiej sytuacji, gdy relacje między jej członkami są zaburzone albo występuje dezorganizacja wewnątrz systemu, przyjmuje ona postać rodziny dysfunkcyjnej (Rabczak, 2018). Słownik Języka Polskiego podaje, że *dysfunkcja* to „nieprzystosowanie czegoś do pełnienia określonych funkcji” (SJP, b.d.) Określenie „rodzina dysfunkcyjna” bywa używane zamiennie z nazwami takimi, jak: dysfunkcyjna, zdezorganizowana, problemowa lub patologiczna. Według pedagoga Stanisława Kawuli (2006), w rodzinie dysfunkcyjnej rodzice nie mają umiejętności prawidłowego wypełniania funkcji wychowawczych. Nie potrafią odpowiednio uporać się z kryzysami, co powoduje niestabilność emocjonalną, społeczną i fizyczną u potomstwa. Profesor Jadwiga Izdebska podaje, że „rodzina dysfunkcyjna nie wywiązuje się w pełni z obowiązków wobec własnych dzieci, zaniedbuje realizację funkcji lub też stwarza zagrożenie występowania tego stanu” (2000, s. 34). Dysfunkcyjność objawia się także przez dezintegrację, czyli rozpadem struktury rodziny, przez co jej członkowie nie potrafią współdziałać dla zachowania harmonii. W rodzinie takiej nie ma efektywnej i otwartej komunikacji, czasami pojawia się manipulacja lub agresja słowna, często dochodzi także do konfliktów. Członkowie rodziny, zwłaszcza potomstwo może doświadczać izolacji lub poczucia odrzucenia, zwłaszcza jeśli opiekunowie zaniedbują je, ignorują lub stosują wobec nich przemoc. Każda z tych sytuacji może doprowadzić do rozpadu więzi pomiędzy członkami rodziny, a także uaktywnić destrukcyjne strategie obronne (Becker-Pestka i in., 2018; Krzezińska-Żach, 2007; Rabczak, 2018).

Przyczyny dysfunkcji w rodzinie mogą być rozmaite. W literaturze wymienia się dwie kategorie uwarunkowań: makrospołeczne i mikrospołeczne (Cudak, 2011), które mogą wpływać na pojawienie się sytuacji problemowych w rodzinach. Pierwszy typ odnosi się do kontekstu społecznego, w jakim żyje dana rodzina i nie jest przez nią bezpośrednio kontrolowana. Wśród nich wymienia się:

- Kryzysy gospodarcze i występowanie bezrobocia, które bezpośrednio mają wpływ na sytuację ekonomiczną rodziny.



- Rozproszenie życia społecznego i degradacja wartości społecznych, wynikające z silnej indywidualizacji jednostek, prowadzące do osłabienia relacji o charakterze wspólnotowym np. sąsiedzkich, z dalszą rodziną itp.
- Częsta migracja ludności, prowadząca do konfliktów wynikających ze zróżnicowania kulturowego.
- Dewaluowanie norm społecznych, która może być przyczyną dezorientacji i braku wytyczania jasnych zasad dotyczących akceptowalnego społecznie zachowania.
- Przenikanie niekorzystnych wzorców zachowań z innych kultur, w szczególności Zachodu i Stanów Zjednoczonych np. nadmiernego konsumpcjonizmu, akcentowanie nierówności społecznych czy wypierania lokalnych kultur i tradycji.

Te czynniki mogą ukształtować występowanie problemów w drugim typie uwarunkowań, czyli mikrostrukturalnym. Do jego czynników należą:

- Brak wydolności opiekuńczo-wychowawczej opiekunów, niski poziom kultury pedagogicznej oraz częste konflikty rodzinne, przyczyniające się do braku stabilności i bezpieczeństwa wewnątrz systemu.
- Występowanie uzależnień w rodzinie, prowadzące często do jej destrukcji, przyjmowania nieadekwatnych ról wśród jej członków, które w konsekwencji utrwalają występującą patologię.
- Konflikty z prawem lub przestępczość rodziców, które mogą utrwalać nieprawidłowe wzorce u dzieci.
- Ubóstwo materialne, mogące prowadzić do niezaspokajania podstawowych potrzeb rodziny.
- Rozpad struktury rodzinnej i występowanie braku emocjonalnej więzi wśród jej członków, w wyniku których może wystąpić brak poczucia przynależności i destabilizację emocjonalną.
- Toksyczna lub traumatyczna atmosfera w domu rodzinnym oraz przyjmowanie negatywnych stylów wychowawczych, powodujące zniekształcenia emocjonalne i niedostosowanie społeczne u potomstwa.

Systemy rodzinne przybierają specyficzny dla siebie typ, który może być bardziej lub mniej funkcjonalny w zakresie wychowania. Wśród owych typów wymienić można klasyfikację autora Davida Fielda (1999), na podstawie, której psycholog Maria Ryś (2001) utworzyła narzędzia kwestionariuszowe, umożliwiające analizę struktury rodziny własnej



i rodziny pochodzenia. Pozwalają one na określenie czy w danej rodzinie występują ewentualne dysfunkcje i jak się przejawiają. W typologii tej wyróżnić można rodzinę: (a) prawidłową, (b) władzy, (c) nadopiekuńczą, (d) chaotyczną i (e) uwikłaną. W pierwszej z nich, zwanej także rodziną relacji lub związków, zauważyć można wzajemny szacunek i miłość, między dwoma dojrzałymi osobami tworzącymi rodzinę. System ten charakteryzuje się otwartą i szczerą komunikacją między jej członkami, ich potrzeby są zaspokajane a rozwój aktywnie wspierany. Jest to więc typ rodziny funkcjonalnej, w której granice i zasady są jasno określone, dyscyplina utrzymywana jest z poszanowaniem dla praw jednostek, dzięki czemu dzieci mają szansę dorastać w stabilnym środowisku, sprzyjającym budowaniu poczucia własnej wartości.

W rodzinie władzy najistotniejsza jest hierarchia rodzinna, na czele której stoją rodzice, oczekując bezdyskusyjnego posłuszeństwa od dzieci. Partnerzy rzadko okazują sobie nawzajem lub potomstwu uczucia, najczęściej stawiając konkretne wymagania i zadania, bez pochwał za ich poprawne wykonanie; nie ma też miejsca na kompromisy, stosuje się kary za nieposłuszeństwo. W takiej rodzinie dzieci wyrastają w poczuciu buntu, by w okresie dorosłości jak najszybciej odciąć się od rodziny pochodzenia.

Rodzinę nadopiekuńczą charakteryzuje nadmierna troska partnerów wobec potomstwa, kosztem własnego rozwoju i wzajemnych potrzeb. Obecne jest poświęcenie się dla spraw rodzinnych; rodzice wspierają i okazują szacunek dzieciom, jednocześnie nie stawiając im zdrowych granic i doprowadzając w ten sposób do ich nieprzystosowania (jako nieprzystosowanych do odmów oraz jasnych wymagań). Trudne tematy nie są podejmowane albo są spychane na dalszy plan. Dorośli wywodzący się z takich domów cechuje często ambiwalencja wobec rodziców, gdyż z jednej strony mają przekonanie o tym, że się o nich troszczono, z drugiej mają poczucie braku kompetencji do samodzielnego życia.

W rodzinie chaotycznej występuje nieuporządkowanie i brak spójności. Partnerzy przeważnie mają zaburzoną relację między sobą, w której dominują konflikty i postawa agresywna. W tym systemie bardzo często dominującym problemem jest uzależnienie (alkoholizm, narkomania, hazard itp.) jednego lub obojga opiekunów. Przeważające są chwiejne nastroje partnerów, przez co nie stawiają oni jasnych wymagań; brakuje okazywania pozytywnych uczuć. Dzieci bywają wykorzystywane do własnych celów lub lekceważone, nierzadko stosowana jest wobec nich przemoc fizyczna i/lub psychiczna. Prowadzi to do wykształcenia się u potomstwa poczucia zagrożenia, wstydu i gniewu, a w dorosłości do znacznego ograniczenia kontaktu z rodziną.



Ostatni typ to rodzina uwikłana, która nacechowana jest ciągłą kontrolą i manipulacją opiekunów wobec dzieci. Partnerzy przeważnie tworzą nieszczęśliwe małżeństwo, w którym potrzeby wzajemne nie są zaspokajane a uczucia nieokazywane. W zamian jeden, rzadziej obojga rodzice, skupiają się nadmiernie na dzieciach, wciągając ich w koalicję; są zaborczy i kontrolujący. Obecne jest ciągle napięcie wśród członków rodziny, brak między nimi szczerości i zaufania. Wobec dzieci stawiane są oczekiwania rodziców, które mają zostać spełnione, często także wzbudzone jest u nich poczucie winy. Konsekwencją wychowywania się w tym systemie u dorosłych jest poczucie braku pewności siebie i nieumiejętność podejmowania własnych decyzji (Field, 1999; Ryś, 2001).

W rodzinach dysfunkcyjnych, mogą także występować skrajnie patologiczne sytuacje, które są społecznie nieakceptowane, określane jako nieetyczne lub dewiacyjne i powodujące degradację całego systemu. Taki rodzaj rodziny określa się najczęściej jako *rodzinę patologiczną*. Niektórzy badacze podkreślają, że *rodzina dysfunkcyjna* nie musi wykazywać czynników patogennych, ale *rodzina patologiczna* zawiera w sobie formy dysfunkcyjności, jako że nie wypełnia większości wyznaczonych jej funkcji (Becker-Pestka i in., 2018; Krzesińska-Żach, 2007). S. Kawula zaznacza, że takie rodziny:

stanowią margines każdego społeczeństwa. Zaliczamy do nich rodziny, których członkowie pozostają w stałej kolizji z prawem i moralnością. Mogą to być następujące przejawy tej kolizji: nagminne kradzieże, rabunki, rozboje, przemoc, gry hazardowe, przemyt, prostytutka i stręczycielstwo, włóczęgostwo, uchylanie się od uczciwej pracy, alkoholizm itp. (2006, s.183).

Pojawienie się patologicznych zachowań u chociażby jednej osoby z rodziny wpływa na dysfunkcyjność całego systemu rodzinnego, gdyż wzajemne powiązania i relacje między jej członkami mogą być na tyle silne, że problemy jednostki spowodują zmianę zachowania u reszty grupy (Becker-Pestka i in., 2018).

Wskazanie konkretnych przyczyn dysfunkcyjności rodziny nie jest zadaniem łatwym, ponieważ formowanie się rodziny jest ciągłym procesem, w którym jedna niekorzystna okoliczność może wywołać szereg innych sytuacji, które w efekcie wpłyną na całą dynamikę i stabilność systemu rodzinnego (Cudak, 2011).



2.2. Rodzaje i konsekwencje dysfunkcji występujących w rodzinach

2.2.1 Uzależnienia w rodzinach

Występowanie uzależnienia u jednej lub większej ilości osób w najbliższej rodzinie, znacząco wpływa na dysfunkcyjne, a często także patologiczne funkcjonowanie rodziny. Osoba uzależniona czuje wewnętrzny „przymus” stosowania danej substancji lub wykonywania określonych działań (Jędrzejko i Chmielewska, 2020). Z czasem jednak powoduje to utratę kontroli nad swoim zachowaniem. Substancja lub konkretne działanie staje się centralnym elementem życia, dominującym nad innymi aspektami np. rodziną, zdrowiem, pracą itp. Prowadzi do braku stabilizacji życiowej jednostki, oddziałuje na relacje bliższe oraz dalsze, nierzadko jest przyczyną konfliktów z prawem. Rodzina, w której obecne jest uzależnienie bywa środowiskiem pełnym napięć, w którym brakuje wzajemnego wsparcia oraz szacunku. Uwidocznione jest zaniedbanie zwłaszcza wobec potomstwa (Ciborowska i Kowalczyk, 2020; Cudak, 2011; Dziukiewicz, 2018).

Wśród rodzajów uzależnień wyróżnia się uzależnienia chemiczne (zaburzenie związane z używaniem substancji) oraz uzależnienia behawioralne (czynnościowe). W klasyfikacjach chorób tj. w *Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych* ICD-11 uzależnienia występują pod kategorią *Zaburzenie spowodowane zachowaniami uzależniającymi* oraz w *Diagnostycznym i Statystycznym Podręczniku Zaburzeń Psychiczych* DSM-5-TR jako *Zaburzenia związane z substancjami i inne uzależnienia* (Gałęcki, 2022, 2024). W pierwszej kategorii rodzaje uzależnień, które mogą mieć najbardziej szkodliwy wpływ na funkcjonowanie rodziny to przede wszystkim:

- Alkoholizm.
- Narkomania.
- Lekomania (Jędrzejko i Chmielewska, 2020).

Nadużywanie alkoholu jest obecnie najczęstszym rodzajem uzależnienia na Świecie i polega na jego nadmiernym spożyciu, pomimo występowania negatywnych konsekwencji zdrowotnych oraz środowiskowych. Alkoholicy mają tendencję do przekraczania norm spożywania alkoholu, prowadząc do stanu upojenia, które charakteryzuje się upośledzeniem czynności poznawczych tj. zdolnością do logicznej oceny sytuacji, często podejmowaniem ryzykownych decyzji, trudnością z utrzymaniem równowagi ciała, zaburzeniami percepcji. Ponadto może prowadzić do labilności emocjonalnej, zachowań agresywnych lub przeciwnie – kompletnego zubożenia na to, co się dzieje. W przypadkach ekstremalnych może

spowodować stan zatrucia alkoholowego, który zagraża życiu i konieczna jest w tym przypadku interwencja medyczna (Jeżyna i in., 2020).

Uzależnienie od narkotyków i leków podobnie wywołuje szereg niekorzystnych konsekwencji w sferze fizycznej i psychicznej. Począwszy od zaburzeń neurologicznych skutkujących trwałymi uszkodzeniami mózgu, w tym zaburzeń psychotycznych, aż po zakażenia np. wirusami WZW B i C lub HIV. Według dostępnych badań po narkotyki najczęściej sięgają osoby związane z branżą artystyczną, celebryci czy osoby zamożniejsze. Wielu z nich nie da się pozyskać w sposób legalny, więc ich zdobycie wiąże się z dużymi kosztami. Narkomani bardzo często tracą dobytek życia i stają się bezdomnymi w wyniku tego rodzaju uzależnienia (Jędrzejko i Chmielewska, 2020).

Wśród rodzajów narkotyków wyróżnia się np. opioidy (heroina, morfina), stymulanty (kokaina, amfetamina), halucynogeny (LSD, ketamina), kannabinody (marihuana, haszysz). Każdy z nich wywołuje inne, specyficzne reakcje organizmu, jak np. euforię, rozluźnienie, halucynacje, działanie przeciwbólowe, uspokojenie. Identycznym działaniem charakteryzują się niektóre leki, które zażywane w nadmiernych ilościach mogą spowodować uzależnienie. Najczęściej nadużywane bywają leki z rodzajów stymulantów tj. stosowane w leczeniu np. ADHD, zaburzeniach snu a także benzodiazepiny, mające działanie przeciwlękowe i uspokajające (Ciborowska i Kowalczyk, 2020).

Zaburzenia zachowania, których inne nazwy to: uzależnienie behawioralne, uzależnienie od czynności lub uzależnienie od popędów, cechuje podejmowanie w sposób patologiczny zachowań, które na ogół wpisane są w życie codzienne. Ich celem jest spowodowanie euforii lub redukcja napięcia; są także sposobem na ucieczkę od negatywnych emocji. O występowaniu tego uzależnienia decyduje intensywność i częstotliwość podejmowania danego działania, które w konsekwencji wywołuje więcej skutków negatywnych niż pozytywnych. W literaturze wciąż przybywa rodzajów zachowań, które mogą działać potencjalnie uzależniająco. Spośród nich najbardziej destrukcyjny wpływ na funkcjonowanie rodzin mają:

- Hazard.
- Pracoholizm.
- Sieciholizm i fonoholizm.
- Zakupoholizm (Ciborowska i Kowalczyk, 2020; Jędrzejko i Chmielewska, 2020).

Hazard (zaburzenie uprawiania hazardu) cechuje się kompulsywną potrzebą grania w różnego rodzaju gry np. w kasynie, na tzw. „automatach”, w gry karciane, loterie itp.,



co wiąże się najczęściej z „obstawianiem” lub wpłacaniem pewnej ilości pieniędzy (lub innych wartościowych rzeczy) z nadzieją na uzyskanie większego zysku. Główną składową hazardu jest występowanie elementu ryzyka i niepewności, gdyż większość gier opiera się na nieprzewidywalności, nawet jeśli gra wymaga umiejętności i znajomości jej zasad. Hazard wiąże się z występowaniem silnych emocji za sprawą wydzielania neuroprzekaźnika – dopaminy, dzięki której odczuwa się przyjemność, euforię i szczęście oraz hormonu adrenaliny, odpowiedzialnego za pobudzenie, odczucie stresu, ekscytację. Granie w gry hazardowe daje zatem możliwość odczuwania silnych emocji, potencjalnych wpływów finansowych a w przypadku niektórych gier także możliwość do społecznych interakcji. Jednakże uprawianie hazardu wiąże się także z szeregiem niekorzystnych konsekwencji dla jednostki oraz jej rodziny. Po pierwsze może powodować bardzo rozległe straty finansowe w formie długów a nawet bankructwa. Ponadto w wyjątkowo skrajnych przypadkach osoby uzależnione dopuszczają się kradzieży lub oszustw, by uzyskać środki na dalsze granie a tym samym pozbawiają swoją rodzinę środków do życia. Po drugie może być przyczyną problemów psychicznych, występowania nadmiernego lęku, agresji, depresji zaburzając tym samym relacje z najbliższym otoczeniem. Po trzecie często prowadzi do konfliktów wewnątrzrodzinnych, zaniedbywania swoich obowiązków względem siebie i innych osób w rodzinie a nawet utraty pracy, przez co członkowie rodziny mogą zmagać się z trudną sytuacją finansową. W rodzinach, w których jeden z jej członków zmaga się z zaburzeniem uprawiania hazardu często obecny jest stres, ciągłe manipulacje i niepewność co do przyszłości. Relacje małżeńskie stają się napięte, dzieci pozbawione są dobrych wzorców i wsparcia. Nierzadko pojawiają się konflikty z prawem. Rodzina może także stać się odizolowana, by ukryć skutki działań hazardzisty (Dzierżyńska- Breś, 2023; Silczuk i Habrat, 2016).

Kolejna forma uzależnienia behawioralnego to pracoholizm, w którym występuje znaczna dysproporcja pomiędzy życiem osobistym a zaangażowaniem w pracę. „Pracoholik” spędza przeważnie większą część życia poświęcając się najczęściej pracy zawodowej i rozwijaniem własnej kariery. Badacze zwracają uwagę na kontrowersyjność tego zagadnienia, gdyż wiele kultur traktuje pracę jako konieczny i istotny czynnik życia. Pracoholizm nie ma także oddzielnej jednostki chorobowej w DSM-5-TR lub ICD-11. Przeważnie traktowany jest w kategoriach zaburzeń kontroli impulsów lub zachowań kompulsywnych. Mimo to objawy, jakie wykazują pracoholicy są zbliżone do tych występujących w innych uzależnieniach, czyli np. podejmowanie i kontynuowanie działania mimo występowania negatywnych skutków, ignorowanie potrzeb otoczenia, zaniedbywanie



rodziny i zdrowia, ciągle myślenie o zadaniach do wykonania i wyraźny dyskomfort gdy się ich nie podejmuje, braku głębokich więzi z innymi - w szczególności z członkami rodziny, ciągle napięcie, zdenerwowanie, czasami także izolacja społeczna kosztem pracy (Habrat, 2016; Jędrzejko i Chmielewska, 2020).

Siecioholizm i fonoholizm, określane jako uzależnienie od Internetu i telefonu charakteryzują się nadmiernym korzystaniem z urządzeń z dostępem do sieci lub telefonu komórkowego (obecnie nazwanych smartfonami, które również mogą łączyć się z Internetem). Osoba uzależniona używa owych urządzeń przestając kontrolować spędzony w nich czas, który obejmuje różne aktywności np. granie w gry, przeglądanie mediów społecznościowych, stron internetowych itp. W przypadku smartfona obejmuje to także częste, wręcz obsesyjne sięganie po niego, sprawdzanie treści w aplikacjach nawet w sytuacjach tj. jazda samochodem, w trakcie pracy, spotkań czy podczas posiłku. Brak dostępu do możliwości skorzystania z urządzenia prowadzi do rozdrażnienia i niepokoju, niekiedy agresji. W konsekwencji uzależniony zaniechuje swoich obowiązków, nie dba o relacje – także rodzinne, ma trudności z koncentracją na innych zadaniach a ewentualne objawy odstawienne powodują skutki podobne, jak przy innych uzależnieniach (Dzierżyńska- Breś, 2023; Izdebski i Kotyśko, 2016).

Rodzina, w której występuje uzależnienie jest przestrzenią pozbawioną możliwości, aby poprawnie wypełniać funkcje socjalizacyjno-wychowawcze wobec potomstwa. Ten rodzaj zaburzenia nazywa się często potocznie „chorobą rodziny”, ponieważ aby zapobiec całkowitemu rozpadowi struktury, jej członkowie próbują się przystosować do panujących warunków, a całe rodzinne życie „kręci się” wokół osoby uzależnionej. W środowisku takim panuje przede wszystkim strach, brak bezpieczeństwa, zaufania i poczucie winy. W rodzinie brakuje wzajemnego wsparcia, obecne natomiast są częste manipulacje, kłamstwa oraz postępująca izolacja rodziny od reszty społeczeństwa (jako forma ochrony „sekreту” rodzinnego). Uzależnienia dość często powodują także poważne problemy ekonomiczne w rodzinach, przez co podstawowe potrzeby nie mogą być zaspokojone, pojawiają się zadłużenia i ubóstwo materialne. Zaburzenie to w wielu przypadkach prowadzi w końcu do całkowitego rozpadu rodziny (Dziukiewicz, 2018).

2.2.2 Przemoc w rodzinach

Kolejnym czynnikiem, który oddziałuje na dysfunkcyjność systemu rodzinnego jest występowanie przemocy. Zjawisko to istnieje powszechnie w każdym społeczeństwie, a w wielu z nich jest także częstym tematem społecznych kampanii i profilaktyki celem



zmniejszenia jego występowania. Przemocą nazywa się takie działanie lub zaniechanie, w którym sprawca (lub kilku) z wykorzystaniem swojej przewagi (może być ona fizyczna, psychiczna, ekonomiczna lub zawodowa) chce uzyskać jakieś korzyści. Sprawca może uciekać się do manipulowania, dominacji, kontroli czy agresji by wymusić na ofierze (lub kilku) podporządkowanie. Jednocześnie ignoruje zdanie, uczucia lub niechęć do wykonania czegoś u innej osoby. Działanie takie godzi w prawa osobiste jednostki i prowadzi do psychicznych i/lub fizycznych szkód, które mogą uwidocznic się od razu albo w dalszym toku jej życia (Januszewski, 2020). Przemoc może także przybierać różne formy: (a) instrumentalną, do osiągnięcia własnych celów, (b) bezinteresowną, przez którą sprawca odczuwa satysfakcję ze swojej wyższości nad innymi, (c) interpersonalną, skierowaną ku jednej, konkretnej osobie lub (d) zbiorową. Jest także procesem, który najczęściej rozwija się stopniowo, jest powtarzalny oraz z każdym kolejnym razem eskaluje, jeśli nie zostanie zatrzymany. Charakteryzuje go trójfazowość, gdzie w fazie pierwszej sprawca okazuje agresję, jest podirytowany i prowokujący a ofiara odczuwa coraz większy niepokój, stres i apatię. W fazie drugiej następuje gwałtowny atak (psychiczny i/lub fizyczny) na ofiarę, która najczęściej jest wobec sprawcy bezradna, czuje wstyd i złość. W ostatniej fazie sytuacja chwilowo uspokaja się, sprawca usprawiedliwia swoje zachowanie, czasami okazuje skruchę i łagodzi swoje postępowanie. Jednak po tym niedługim czasie cykl ulega powtórzeniu, najczęściej z większą siłą niż poprzednio (Helios i Jedlecka, 2017; Spurek, 2023).

Przemoc może być stosowana na różne sposoby, literatura podaje najczęstsze występowanie przemocy w formie: fizycznej, psychicznej, ekonomicznej, seksualnej oraz zaniechaniu. Każdy z tych rodzajów może być użyty samodzielnie lub w połączeniu z innym (Helios i Jedlecka, 2017).

Przemoc fizyczna charakteryzuje się celowym okazywaniem agresji przez sprawcę wobec ofiary, która prowadzić może do uszkodzenia ciała, występowania bólu a w skrajnych przypadkach nawet do śmierci. Odbywa się to przez np. bicie, popychanie, szarpanie, kopanie, rzucanie przedmiotami, duszenie, poparzenie czy poprzez użycie narzędzi np. noża, broni, pasa, kabla itp. Jest to rodzaj przemocy, który najczęściej występuje w środowisku rodzinnym, zwłaszcza jako forma dyscyplinowania dzieci i traktowana bywa jako metoda wychowawcza. Zdarza się także, że kary cielesne nie są skierowane bezpośrednio wobec potomstwu, ale wobec innej osoby w rodzinie, co również nie pozostaje bez wpływu na stan emocjonalny dziecka jako jej bezpośredniego świadka. Jej skutki są najczęściej natychmiastowe i uwidocznione, chociaż w niektórych przypadkach ciężko jest twierdzić czy dane obrażenie powstało wskutek przemocy czy przypadkowego np. uderzenia się o jakiś przedmiot lub upadek. Rzadko też



bywa używana samodzielnie, najczęściej towarzyszy przemocy psychicznej, ale także innym jej rodzajom (Helios i Jedlecka, 2017; Januszewski, 2020)

Przemoc psychiczna, zwana też przemocą emocjonalną, polega na słownym atakowaniu ofiary poprzez np.: poniżanie, umniejszanie, częste krytykowanie, ośmieszanie, wyśmiewanie, ciągle kontrolowanie, izolowanie od innych ludzi lub od innych zajęć, grożenie, notoryczne karanie za niewielkie przewinienia, narzucanie swoich poglądów, szantażowanie, niszczenie cudzej własności, częste podnoszenie głosu wobec drugiej osoby, stosowanie *gaslightingu*, czyli sugerowanie choroby psychicznej przez różnego rodzaju manipulacje itp. Nie jest to pełna lista zachowań, które mogą świadczyć o znęcaniu emocjonalnym, jednak głównym jej przejawem jest próba psychologicznego kontrolowania ofiary, by osiągnąć jej uległość lub czerpać przyjemność z okazywania swojej „wyższości”. Jest to rodzaj przemocy, który nie zostawia śladów fizycznych, ale głębokie rany psychiczne. Trudno jest ją udowodnić a podobnie jak przemoc fizyczna, bywa często stosowana w rodzinach jako forma podporządkowania jednego z członków rodziny - najczęściej dzieci (Helios i Jedlecka, 2017; Szychowska, 2022).

Przemoc ekonomiczna, ujawnia się jako celowe używanie zasobów finansowych lub materialnych do kontrolowania ofiary lub zaspokajania jedynie potrzeb sprawcy. Objawia się ona przez: ciągle kontrolowanie wydatków i rozliczanie; ograniczenie środków na podstawowe potrzeby np. jedzenie, lekarstwa, środki czystości, zabranianie zdobywania własnych pieniędzy, zmuszanie do pracy ponad możliwości osoby lub notoryczne odbieranie pełnych zarobków członka rodziny bez jego zgody; zadłużanie i niespłacanie długów, okradanie lub wynoszenie z domu cennych przedmiotów, ograniczanie możliwości korzystania z przestrzeni domowych np. kuchni, łazienki, sypialni lub zabranianie korzystania z dostępnych przedmiotów np. pralki, umywalki, toalety, lodówki itp. Literatura podaje, że ten typ przemocy najczęściej stosowany jest przez mężczyzn wobec kobiet, jednak coraz częściej zwraca się uwagę także na kierowanie jej ku dziecku przez jednego lub obojga rodziców. Wobec potomstwa przemocą ekonomiczną będzie także próba przekupywania ich prezentami do osiągnięcia własnych celów lub przeciwnie – niełożenie na ich utrzymanie, czyli zaniechanie obowiązku alimentacyjnego w sytuacji, gdy rodzice dziecka nie mieszkają razem (Helios i Jedlecka, 2017). W literaturze wymienia się następującą typologię sprawców przemocy ekonomicznej:

1. Typ psychopatyczny/żerujący – dotyczy często osób uzależnionych lub skonfliktowanych z prawem, które w sposób bezwzględny i manipulacyjny, często



z użyciem przemocy fizycznej oraz psychicznej wymusza na członku rodziny oddawanie pieniędzy.

2. Typ sadystyczny – cechuje go poczucie władzy nad członkami rodziny poprzez przewagę finansową. Uważa, że wszelkie dobra w rodzinie należą do niego a inne osoby, np. partnerka powinni w zamian robić rzeczy, które on nakazuje. Często także zabrania podejmowania pracy, by nie stracić swojej pozycji.
3. Typ narcystyczny – przejawia się głównie w obdarowywaniu osoby z rodziny wartościowymi rzeczami lub pieniędzmi w zamian za ciągłe utwierdzanie go w poczuciu jego wyjątkowości. Lubi być za to chwalony poza gronem rodzinnym, utwierdzając innych, że jest niezbędnym spoiwem rodziny, bez którego nie przetrwałaby. Typ ten może też występować w wersji odwrotnej – nie osiągający własnych dochodów, ale żerujący na innym członku rodziny. Uważa, że żadna praca nie może spełnić jego wysokich standardów.
4. Typ kompulsywny – często wypomina członkom rodziny koszty ich utrzymania, rozlicza każdego z wydawanych pieniędzy a jego główną cechą jest oszczędność na wszystkim i na każdym.
5. Typ ukryty - często ukazuje niezadowolenie z tego w jaki sposób wydawane są pieniądze, jednak nie robi tego na każdym kroku. Wyraża to w formie wypominania, „przytyków” słownych, przypominaniu o tym jak wiele dla kogoś zrobił czy ile środków finansowych wyłożył. Uważa, że dzieci bywają zbyt kosztowne w utrzymaniu a wiele rzeczy nie jest aż tak potrzebnych by je finansować.
6. Typ niedojrzały – uchyla się od pracy zawodowej zrzucając za to winę na coś lub kogoś innego – system prawny, wiek, poziom wykształcenia itp., Przeważnie także unikają obowiązków domowych twierdząc, że nie potrafią czegoś zrobić i nie chcą czegoś zepsuć (Adams, 2008; Dyjakon; 2015).

Przemoc ekonomiczna objawiać się może zatem, przez rozmaite sposoby i nie jest ona łatwa do udowodnienia. Występuje zarówno w bogatych jak i biedniejszych społeczeństwach, zamożniejszych i mniej zamożnych rodzinach, może być nakierowana wobec dorosłych jak i nieletnich jej członków oraz współwystępować z innymi rodzajami dysfunkcji (Helios i Jedlecka, 2017).

Przemoc seksualna jest określana jako jedna z najbardziej destrukcyjnych form przemocy. Polega ona na podejmowaniu wszelkich czynności o charakterze seksualnym wobec osoby, która nie wyraża lub nie może wyrazić na to swojej świadomej zgody. Obejmuje ona działania takie jak gwałt, kazirodztwo (między osobami blisko spokrewnionymi lub



spowinowaconymi), napaść seksualną, pedofilię (wobec dzieci) i może dotyczyć samego aktu seksualnego lub dotykania miejsc intymnych, zmuszania do dotyku, podejmowania nachalnego dialogu na tematy seksualne, przesyłanie lub pokazywanie treści pornograficznych itp. Może mieć więc formę zarówno dotykową jak i bezdotykową. W rodzinach może ona dotyczyć relacji, w której partner kieruje tą przemoc wobec partnerki lub w relacji osoba spokrewniona-dziecko. W drugim przypadku nie zawsze sprawcą musi być rodzic, często zdarza się, że jest nim inna, bliska osoba np. wujek, dziadek, brat itp. Dziecko będąc niedojrzałe i zależne od członków rodziny nie może świadomie udzielić swojej zgody na kontakt seksualny. Ponadto, jako jednostki bezbronne są łatwym celem ataku. Przemoc seksualna użyta wobec dziecka może spowodować u niego szereg problemów emocjonalnych łącznie z możliwością pojawienia się zaburzeń osobowości w życiu dorosłym (Helios i Jedlecka, 2017; Izdebska i Pilarczyk, 2019).

Forma przemocy określana jako zaniedbanie odznacza się brakiem adekwatnej opieki wobec członka rodziny (bardzo często dziecka) i obejmuje sferę zarówno fizyczną jak i psychiczną; niezauważone pozostają potrzeby rozwojowe oraz emocjonalne jednostki. Klasyfikuje się ją jest jako przemoc ze względu na negatywne konsekwencje fizyczno-psychiczne, jakie mogą pojawić się u potomstwa w jego wyniku. Zaniedbanie może wynikać z działań zamierzonych oraz niezamierzonych. W pierwszym przypadku sprawca celowo zaniechuje swoich obowiązków poprzez np. odmowę opieki medycznej, posiłków, odpowiednich ubrań, przyborów szkolnych itp. W drugim przypadku może ono wynikać z braku zaradności, zaburzeń, choroby czy nawet niewiedzy (Helios i Jedlecka, 2017; Januszewski, 2020).

W systemach rodzinnych zaniedbanie ma miejsce najczęściej wobec dzieci. Jednak wcale nie musi być ono powiązane z sytuacją materialną rodziny. W rodzinach majątnych zdarza się, że dzieci pozostawione są same sobie, rodzice zapewniają im wszystkie potrzebne rzeczy tj. jedzenie, ubranie, gadżety, zapisują na dodatkowe zajęcia, kupują to, o co dziecko poprosi, jednak nie poświęcają im czasu, nie rozmawiają z nimi, nie bawią się i generalnie miało interesują się sprawami potomstwa. W przypadku rodzin ubogich zaniedbanie najczęściej wynika z braku możliwości zaspokojenia podstawowych potrzeb fizycznych i materialnych takich, jak: pożywnego posiłku, odpowiedniego odzienia, środków higienicznych, zabawek itp. (Januszewski, 2020)

Zaniedbanie przybiera różne formy i wśród nich wymienić można:

- a) Brak kontroli – rozumiane jako brak zainteresowania dzieckiem, tym co robi i czego potrzebuje.



- b) Porzucenie – brak jakiegokolwiek zajmowania się dzieckiem i dbania o jego podstawowe potrzeby.
- c) Nieodpowiedni lub niewystarczający strój – brak zadbania o to, aby dziecko miało adekwatne i dopasowane ubranie.
- d) Zaniedbanie stanu zdrowia – brak zainteresowania potomstwem, gdy zachoruje, niezapewnianie leków, opieki medycznej, brak monitorowania zdrowia dziecka.
- e) Zaniedbanie wychowawcze – niezapewnianie potomstwu odpowiednich warunków do rozwoju, np. zainteresowań, niepozwalanie dziecku na uzewnętrznianie swojej kreatywności, tłumienie jego potrzeb rozwojowych (Januszewski, 2020; Soriano, 2002).

Zjawisko przemocy występuje w wielu różnorodnych miejscach i wiąże się z nią rozmaite przyczyny. Jej występowanie w przestrzeni rodzinnej, w której powinno się czuć nad dobrostanem wszystkich żyjących w niej osób – zwłaszcza dorosłych wobec dzieci, ma szczególnie przykre konsekwencje. Przemoc może mieć miejsce w każdym typie rodziny, bez względu na jej status materialny, liczbę jej członków czy kraj w jakim się znajduje. Bardzo często współwystępuje także z innymi rodzajami dysfunkcji np. uzależnieniem (Helios i Jedlecka, 2017; Januszewski, 2020).

2.2.3 Rodzina niepełna

Zmiany strukturalne rodziny, w wyniku których dzieci wychowywane są samodzielnie przez jednego z rodziców to kolejny przejaw dysfunkcji rodziny. W wielu państwach świata w wyniku zmian globalnych i postępującej industrializacji pojawia się coraz więcej rodzin niepełnych. Rodzina taka może mieć charakter czasowy, w którym jeden z rodziców jest nieobecny z powodu emigracji zarobkowej, czasami zaś powodem jest jego długotrwała choroba, osadzenie w zakładzie karnym lub chwilowa rozłąka rodziców (separacja). Jednakże może być to także sytuacja o charakterze stałym, spowodowana rozwodem/rozstaniem opiekunów, świadomą decyzją o samodzielnym macierzyństwie lub śmiercią rodzica (Kuzdak, 2018).

Rodzina teoretycznie nie przestaje być rodziną pełną w przypadku migracji, w praktyce jednak jej funkcjonowanie wygląda podobnie jak w rodzinach niepełnych. Migracja zarobkowa - najczęściej do innego kraju, ma na celu polepszenie bytu materialnego rodziny, przy czym wiąże się z czasową rozłąką jednego a w rzadszych przypadkach obojga rodziców ze swoim potomstwem. W tym czasie opiekę nad dziećmi sprawuje najczęściej jeden



z rodziców, przejmując równocześnie rolę drugiego. W takim przypadku utrudnione jest wypełnianie funkcji emocjonalnej i opiekuńczej wobec potomstwa, gdyż stały brak jednego z rodziców powoduje niemożność uzyskania bliskości lub poczucia bezpieczeństwa. W przypadku, gdy oboje rodzice zdecydują się na migracje, dzieci najczęściej pozostawione są z inną bliską rodziną np. dziadkami. W owej sytuacji całkowicie niemożliwe jest należyte wypełnianie obowiązków wychowawczych przez rodziców. Migracja ponadto uważana jest za sytuację potencjalnie zagrażającą rozpadowi rodziny, a im dłuższa tym to zagrożenie rośnie. Długa rozłąka partnerów, oddalenie od dotychczasowego życia rodzinnego, brak możliwości wzmacniania relacji i wychowywania dzieci nie sprzyjają budowaniu stabilnego środowiska zarówno dla partnerów, jak i dla potomstwa. Wiele zależy też od tego jaka atmosfera w rodzinie miała miejsce przed wyjazdem członka rodziny (Kuzdak, 2018; Stańczyk, 2015).

Podobnie struktura rodziny pełnej zmienia się, gdy jeden z rodziców boryka się z chorobą – zazwyczaj o podłożu przewlekłym, chociaż dotyczy to też stanów ciężkich jak np. choroba nowotworowa, stan po nagłym wypadku itp. Jest to wciąż rodzina pełna, jednak w wyniku podjętego leczenia, farmakoterapii, częstych hospitalizacji lub rehabilitacji jeden z rodziców może nie mieć możliwości pełnego uczestnictwa w życiu rodziny. Badacze zauważyli, że długotrwała choroba powoduje zatarcie się granic wewnątrzrodzinnych, zaś zewnętrzne ulegają usztywnieniu. Następuje reorganizacja ról w rodzinie, jeden z rodziców może być nadmiernie obciążony opieką zarówno nad chorym partnerem jak i dziećmi. Jeśli w rodzinie są starsze dzieci bywa, że sytuacja zmusza je, aby częściowo zaopiekować się młodszym rodzeństwem. Atmosfera w takiej rodzinie przeważnie staje się tym bardziej napięta, im dłużej trzeba mierzyć się z chorobą. Niepewność oraz lęk są także stałymi towarzyszami jej członków. Dodatkowo rodzina może coraz bardziej izolować się od świata zewnętrznego - czasami z powodu zbyt wielu obowiązków i braku czasu, ale także ze strachu przed brakiem zrozumienia, niechęcią do słuchania „dobrych” rad lub do rozmowy z innymi o swojej sytuacji. Intensywność i charakter zmian zależą też od tego, który z rodziców zachorował. Badania ujawniają, że jeśli choruje matka, wtedy realizacja większości funkcji rodziny zostaje zaburzona, a w szczególności funkcja kulturalna oraz emocjonalna. Zaniedbane mogą zostać obowiązki względem dbałości o dom, posiłki lub opiekę nad dziećmi, zwłaszcza w rodzinach o modelu tradycyjnym. Z drugiej strony choroba matki przyczynia się do mobilizacji wszystkich członków rodziny i dzieleniu się między nimi obowiązkami domowymi, unikaniem konfliktów oraz zacieśniania więzi. Kiedy natomiast chory jest ojciec, przeważnie większość obowiązków przejmuje matka, zaś uwaga rodziny głównie skupiona jest na chorym, bez zwracania uwagi na to w jaki sposób funkcjonuje reszta członków rodziny.



Choroba rodzica jest zatem sytuacją, w której cały system rodzinny doświadcza sytuacji nienormatywnej. Z drugiej strony zdarza się, że dzięki chorobie rodzina z czasem staje się bardziej zintegrowana. Ma to miejsce najczęściej w sytuacji, gdy przed pojawieniem się choroby relacje w niej były spójne i silne (Świętochowski, 2014b).

Rodzina niepełna „czasowo” występuje także w sytuacji, gdy jeden z rodziców zostaje osadzony w zakładzie karnym. System rodzinny doświadcza wtedy znacznego zaburzenia funkcjonowania a na barkach jednego z rodziców spoczywa wychowywanie potomstwa, troska o byt materialny oraz wykonywanie obowiązków domowych. Taka rodzina często spotyka się także ze stygmatyzacją otoczenia. Przeważnie są to też rodziny, które doświadczały różnego typu dysfunkcji, zanim nastąpiła izolacja jednego z jego członków. Przebywanie w więzieniu jednego z rodziców, uniemożliwia wypełnienie przez niego roli rodzinnej względem partnera i dzieci. To sytuacja, w której potomstwu brakuje moralnych wzorców, autorytetu oraz poczucia bezpieczeństwa. Rodzinie towarzyszy także stres związany z aresztowaniem lub skazaniem bliskiego. W późniejszym etapie mogą wystąpić żal, gniew i poczucie odrzucenia. Nierzadko zdarza się, że drugi rodzic w wyniku tej sytuacji popada w depresję, uzależnienie lub frustrację do tego stopnia, że nagminnie stosuje przemoc wobec dzieci, albo zaniedbuje je. Bardzo często rodzina taka potrzebuje wsparcia instytucjonalnego np. asystenta rodziny, opieki społecznej itp. (Kieszkowska, 2019; Radochoński i in., 2014).

Śmierć jednego z rodziców to sytuacja, kiedy rodzina staje się trwale niepełna. To trudny moment dla wszystkich członków rodziny, gdyż nieodwracalnie zmienia się jakość życia rodzinnego, reorganizacji ulegają jej struktury podobnie jak w opisanych już przykładach, a role w rodzinie przekształcają się. Zmienia się sytuacja emocjonalna, społeczna i ekonomiczna rodziny. Ponadto osoby w niej muszą poradzić sobie z żałobą, stresem i zaadaptować się w nowych warunkach funkcjonowania. Dzieci mogą czuć się „niekompletne” i opuszczone, zaś współmałżonek odczuwa często pustkę i lęk przed przyszłością (Rydz, 2014).

Zdarza się, że samotne rodzicielstwo jest świadomie podjętą decyzją przez kobietę. Wpływ na taką sytuację mają: po pierwsze społeczna akceptacja dla związków kohabitacyjnych i wobec narodzin dzieci w takich relacjach; po drugie coraz większy odsetek kobiet wykształconych oraz ich wzrost aktywności zawodowej, dzięki czemu ich sytuacja finansowa jest stabilna; po trzecie niemożność znalezienia odpowiedniego partnera czy też niewielkie zaangażowanie drugiego rodzica w proces wychowania dziecka, a także jego niechęć do równego podziału obowiązków domowych. Ten typ rodziny niepełnej występuje w społeczeństwach dość rzadko, gdyż niesie ze sobą szereg wyzwań, jednak kobiety, które



podejmują taką decyzję, najczęściej mają przekonanie do tego, że są w stanie stworzyć dziecku bezpieczne i stabilne środowisko (Rydz, 2014).

Jednak najczęstszą sytuacją, kiedy rodzina przekształca się w niepełną ma miejsce wtedy, kiedy następuje rozpad związku rodziców oraz rozwód. Powód ten rozpatrywany jest najczęściej w kategoriach kryzysu rodziny oraz jako jej dysfunkcja. Powody, dla których małżonkowie lub partnerzy rozstają się są rozmaite: brak porozumienia, występowanie przemocy, uzależnienia, zdrada itp. Rozwód bardzo często poprzedzony jest różnego rodzaju konfliktami w domu rodzinnym, napiętą atmosferą, często także awanturami, którymi bezpośrednimi świadkami jest potomstwo. Dziecko może czuć się rozdarte pomiędzy rodzicami, zdarza się, że rodzic wciąga dziecko w koalicję przeciwko drugiemu. Bywa, że partnerzy podejmujący decyzję o rozstaniu są tak zaabsorbowani swoją sytuacją, że zaniedbują przez to dzieci oraz inne obowiązki. Ogólnie ujmując – cała rodzinna doświadcza frustracji i dezorganizacji, które utrudniają jej poprawne funkcjonowanie. Literatura podaje, że rozwód, zaraz po śmierci bliskiej osoby jest jednym z najtrudniejszych kryzysów życiowych jakie mogą wystąpić u jednostki. Pojawiający się w związku z tym stres i lęk negatywnie wpływają na wszystkich członków rodziny. Relacje między osobami w rodzinie pogarszają się, często także mocno komplikuje się stan psychiczny u każdego z osobna. Wiele zależy od tego w jakiej atmosferze żyła rodzina przed pojawieniem się rozstania i co jest przyczyną rozpadu rodziny. Istotne także jest to w jaki sposób rodzice porozumiewali się w kwestiach wychowawczych w trakcie i już po rozejściu. Badacze ukazują, że w rozwód rodziców jest bardziej akceptowany a czasami nawet przyjmowany z ulgą przez dzieci, które wcześniej były świadkami przemocy, awantur lub uzależnień występujących w domu rodzinnym (Błazek, 2014; Kuźniewska, 2019; Rydz, 2014).

Rodzina niepełna nie zawsze jest negatywnym środowiskiem dla dziecka. Niejednokrotnie okazuje się, że rodzic wychowujący dziecko samodzielnie radzi sobie lepiej z obowiązkami wychowawczymi i tworzy bardziej sprzyjającą atmosferę niż rodziny pełne. Opiekun, który jest świadomy tego, jak ważne jest wspieranie rozwoju potomstwa ma wielkie szanse - nawet w pojedynkę, wychować szczęśliwego i świadomego swojej wartości człowieka (Rydz, 2014).

2.3 Konsekwencje wychowywania się w rodzinie dysfunkcyjnej

Rodzinę dysfunkcyjną definiuje się jako tę, która niewłaściwie wywiązuje się ze swoich funkcji, nie może podołać swoim obowiązkom a także nie potrafi we właściwy sposób rozwiązać występujących w niej problemów i opanować sytuacji kryzysowych (Cudak,



2011; Badorska i in., 2001). Zatem w rodzinie takiej występują zaburzenia, które prowadzą do wysokiego poziomu stresu i lęku; granice zewnętrzne i wewnętrzne nie są jednoznacznie wyodrębnione (występuje więc problem z postrzeganiem rodziny jako całości), często panuje w niej chaos oraz brak jasnych reguł, jej członkowie przyjmują utrwalone, sztywne role a indywidualne różnice są poświęcane dla potrzeb systemu. Ponadto bardzo często w tego typu rodzinie stosuje się zaprzeczenie występującym problemom (Bradshaw, 1994). Inne charakterystyczne składowe pojawiające się w rodzinie dysfunkcyjnej to: oziębłość emocjonalna między członkami rodziny, częste kłótnie, nieprawidłowe relacje międzyludzkie, tłumienie emocji, zakorzenienie we wstydzie, utrzymywanie tajemnicy rodzinnej, nawet, jeśli wpływa ona destrukcyjnie na cały system. Nie jest to zamknięta lista objawów, jakie mają miejsce w rodzinach problemowych. Ciężko jednak ustalić typowy dla wszystkich tych rodzin schemat, z racji tego, że wszelkie procesy w niej zachodzące charakteryzuje dynamiczność i zmienność (Dziukiewicz, 2019).

W rodzinach, w których występuje uzależnienie lub przemoc naruszone zostają podstawowe funkcje rodzicielskie oraz małżeńskie/partnerskie, a także zaburzony jest proces socjalizacyjny dzieci. W takiej rodzinie panują trzy podstawowe zasady: (a) „nie mówić”, (b) „nie ufać”, (c) „nie czuć”. Ujawnia ona także pewne cechy, które często występują w takich rodzinach. Pierwszą z nich jest deficyt wzajemności, czyli zaburzone jest poczucie równowagi – to stan, w którym wymiana dóbr i uczuć jest nie jest wzajemna, występuje w tym zakresie znaczna nierównowaga, gdzie np. zamiast dzieciom, żona poświęca więcej uwagi mężowi-alkoholikowi (sprząając po nim, wypełniając jego obowiązki itp.). Obecny jest także mechanizm obronny zwany systemem *iluzji i zaprzeczeń*, polegający na negowaniu występowania problemu. Ma to na celu utrzymać pozornie stabilną sytuację kosztem własnego zdrowia emocjonalnego. Członkowie rodzin, w których istnieją dysfunkcje często wstydzają się tej sytuacji, nie chcą by ujrzała ona światło dzienne, bo boją się, że być może ktoś obarczy za to winą ich samych. Przykładem tego mechanizmu może być twierdzenie alkoholika, że wcale nie pije zbyt dużo, bo „tylko” 3 piwa dziennie lub matka może tłumaczyć przemoc ze strony partnera tym, że jest zestresowany itp. Nie występuje zatem w rodzinie dysfunkcyjnej partnerska wymiana, poczucie bezpieczeństwa oraz dojrzałe podejmowanie decyzji (Borodziuk, 2019; Frączek 2010; Sztander, 2011).

Kolejny występujący deficyt dotyczy komunikacji, rozumianej jako właściwy przekaz treści dotyczący zarówno spraw codziennych, jak i ważnych kwestii życiowych oraz umiejętności słuchania drugiego człowieka. Dotyczy to także komunikowania uczuć, czyli np. obaw, trudności lub słabości. W rodzinie, gdzie występują uzależnienia lub przemoc



o odczuciach i przeżyciach związanych z tym nie mówi się. Dominującymi uczuciami u członków tych rodzin według badaczy są: bezradność, niepewność, lęk, gniew czy wstyd. Często porównuje się atmosferę panującą w takim modelu rodziny jako „ciszę przed burzą”. Nie sprzyja ona poprawnej wymianie komunikacyjnej, szczerości i otwartości wśród osób w rodzinie a także poza nimi, za to dominuje poczucie osamotnienia i rezygnacji (Becker-Pestka i in., 2018; Sztander, 2011).

Kolejnym deficytem jest brak pozytywnej tożsamości poszczególnych członków rodziny. Pozytywna tożsamość przez psychologów jest definiowana jako akceptacja siebie, wysokie poczucie własnej wartości, znajomość swoich wad i zalet, oczekiwanie wzajemnego szacunku od i wobec innych ludzi. W rodzinach dysfunkcyjnych przeważają wspomniane już uczucia żalu, gniewu, lęku, wstydu, poczucia krzywdy a członkowie rodzin nierzadko mają do siebie wzajemne pretensje. W takiej atmosferze zbudowanie pozytywnego obrazu siebie jest niezwykle ciężkie i sprzyja krytycznemu osądowi własnego „ja” oraz innych ludzi (Becker-Pestka i in., 2018; Sztander, 2011).

Następnym rodzajem występującego deficytu są zaburzone więzi i wymiana ze środowiskiem pozarodzinnym. W domu, w którym jedna osoba z rodziny jest np. uzależniona nie przyjmuje się gości, rzadko też odwiedza się kogokolwiek. Rodzina staje się odizolowana w miarę możliwości od relacji z innymi, aby sekret, jakim jest np. uzależnienie nie wyszedł na jaw (Sztander, 2011).

Ostatni to deficyt autonomii wskazywany jako prawo człowieka do niepowtarzalnego kształtu samego siebie i budowania własnej wersji swojego życia. W normatywnych relacjach rodzinnych każdy z jej członków ma prawo do intymności i prywatności, wie także, na co ma wpływ i jakie są jego zadania. W rodzinach dysfunkcyjnych granice wewnętrzne są niejasne, role mogą być pomieszane i chaotyczne, np. żona uzależnionego może nagminnie zwalniać męża z wszelkiej odpowiedzialności za trudną sytuację ekonomiczną czy stosowanie wobec niej przemocy, w innej sytuacji jedno z dzieci może ciągle wyręczać pijącego rodzica w jego obowiązkach. W takiej sytuacji zbudowanie lub zachowanie własnej autonomii staje się prawie niemożliwe, gdyż całe życie rodzinne skupia się tylko na jednej osobie i jej destrukcyjnym zachowaniu (Becker-Pestka i in., 2018; Sztander, 2011).

W rodzinach, w których występują zdrowe, oparte na wzajemnym szacunku relacje a funkcje rodziny są wypełniane poprawnie, przypisane do każdego członka role społeczne są adekwatne do jego możliwości i aktualnego stanu psychofizycznego. Dzięki temu dziecko może uczyć się norm i społecznych zachowań w oparciu o modelowanie dobrych praktyk w domu, uczy się także jak rozpoznawać i bronić własnych granic. Jednakże w rodzinach



dysfunkcyjnych role często ulegają odwróceniu. Dziecko może nieświadomie przyjmować pozycję, która przypisana powinna być osobie dorosłej i np. opiekować się rodzicami, pocieszać rodzeństwo, zajmować się domem itp. Mechanizm ten służy głównie do utrzymania systemu w całości, jako że dziecko odczuwa przywiązanie do swojej rodziny. Jest to jednak układ podtrzymujący toksyczność środowiska rodzinnego i zupełnie przekraczający kompetencje dziecka (Dąbrowska, 2018; Kałdon, 2015). Najczęściej wymieniane w literaturze role (Dąbrowska, 2018, Frączek, 2010), to:

- 1) Bohater rodziny – to dziecko, które nie chce dokładać dodatkowych zmartwień swoim niewydolnym wychowawczo rodzicom i bierze na siebie odpowiedzialność wypełniania wielu obowiązków, które powinni wypełniać rodzice, ale z powodu własnych niedomagań nie robią tego. Dziecko- najczęściej najstarsze w rodzinie, staje się opiekunem jednego lub obojgu rodziców i rodzeństwa, ogarnia otoczenie domowe, często dobrze się też uczy, osiąga sukcesy, jest samowystarczalne. Skutkiem tej roli w życiu dorosłym jest najczęściej przesadny perfekcjonizm, prowadzący do niezadowolenia z siebie w większości dziedzin życia i brak poczucia własnej wartości. Może także prowadzić do wystąpienia stanów lękowych i depresyjnych, jako że przez większość dzieciństwa musiało zaspokajać potrzeby innych osób, nie potrafi rozpoznawać swoich własnych.
- 2) Kozioł ofiarny – to najczęściej dziecko młodsze, które sprawia trudności wychowawcze. Cechuje je bunt, wulgarność, niechęć do nauki i respektowania zasad. Często szuka sobie podobnego towarzystwa dość wcześnie sięgając po używki (np. papierosy, alkohol, narkotyki) wagarując i wpadając w kłopoty prawne przez bójki, kradzieże itp. Przez wszystkie te nieświadomie stosowane zabiegi, dziecko to staje się obiektem zastępczym w rodzinie, dzięki któremu jej członkowie zamiast skupiać się na problemie występującym u dorosłych (uzależnienie, przemoc domowa), muszą skupić się na „trudnym” dziecku. Pozornie rodzina jest więc „scalona”, bo musi notorycznie podejmować różne reakcje, wobec tego potomka. Często jednak rodzice przerzucają na niego odpowiedzialność za rodzinne trudności, a samo dziecko postrzega siebie jako źródło wszelkiego zła występującego w rodzinie. W konsekwencji wyrasta ono w poczuciu krzywdy i braku zrozumienia, często wpadając później w uzależnienia lub poważne konflikty z prawem.
- 3) Maskotka – przypadająca zazwyczaj dziecku najmłodszemu, które przyjmuje funkcję rodzinnego mediatora przez zabawianie, żarty i uśmiech, skupiając uwagę i uśmierzając rodzinne konflikty. Jest często pocieszycielem, próbuje wprowadzać dobrą i radosną



atmosferę, nawet w sytuacjach napiętych i konfliktowych. W ten sposób dziecko nie uczy się rozpoznawania swoich emocji, często wydaje mu się, że musi sobie zasłużyć na czyjąś uwagę. Przeważnie mierzy się z poczuciem odrzucenia, jednak pod przykrywką dobrego humoru nie daje po sobie tego poznać. Często też, nawet gdy dorośnie nie jest traktowane poważnie i rodzina traktuje go jak „wieczne dziecko”.

- 4) Dziecko we mgle (niewidzialne) – występuje u dziecka, które chcąc przetrwać w patologicznych warunkach tworzonych przez rodziców, nie zwraca na siebie uwagi. Jest ciche i spokojne, niesprawiające żadnych trudności wychowawczych. Najczęściej wycofane w kontaktach z innymi, nie chce nikomu narzucać swojej obecności, ale też nie chce zostać zranione, więc ucieka w izolację. W efekcie jako dorosły nie potrafi tworzyć zdrowych relacji, ma znikome lub żadne kontakty towarzyskie, nie zna swoich potrzeb, ma niskie poczucie wartości, czuje się niepotrzebny.

U dzieci, które doświadczyły przemocy w domu rodzinnym, konsekwencją ciągłego upokarzania, krytyki i skierowanej na nich agresji jest: niska samoocena, utrata szacunku i zaufania do samego siebie, niemożność budowania poprawnych relacji w przyszłości, brak umiejętności nazywania i rozpoznawania swoich emocji. To osoby, które żyją w permanentnym stresie, narażone na występowanie zaburzeń rozwoju, a w późniejszych latach pojawienia się zaburzeń lękowych, depresyjnych lub prób samobójczych (Helios i Jedlecka, 2017). W literaturze wymienione zostały objawy występowania przemocy wobec dzieci i młodzieży takie, jak:

- zaburzenia nastroju,
- agresja,
- problemy z nauką,
- jąkanie,
- samookaleczanie,
- problemy ze snem,
- izolacja od rówieśników itp.

W szczególności przemoc seksualna zostawia bardzo głębokie rany w psychice dziecka, by później w życiu dorosłym przekształcić się w różnego rodzaju zaburzenia osobowości np. osobowości typu borderline, zaburzeń dysocjacyjnych, schizofrenii itp. Wykorzystywanie w dzieciństwie wiąże się z ukształtowaniem zaburzonego wzorca swojej osoby – jako dorosły może nadmiernie seksualizować siebie wobec otoczenia, traktować współżycie jako towar wymienny, niewłaściwie wybierać partnerów. Może też przeciwnie –



uniknąć tworzenia jakichkolwiek relacji, bojąc się skrzywdzenia, nie dopuszczając do jakiegokolwiek dotyku i bliskości z inną osobą (Gronkowski, 2007).

W rodzinach niepełnych, najczęstsze problemy jakie wynikają z faktu samotnego rodzicielstwa (bez względu na charakter tymczasowy lub stały) wymienia się nadmierne obciążenie jednego opiekuna i w związku z tym duży stres, co często ma odzwierciedlenie w relacjach z potomstwem. Stosunki między rodzicem i dzieckiem mogą być napięte, może wystąpić zaniedbanie a nawet przemoc fizyczna lub psychiczna, jako że zmęczony rodzic wraz z narastającą frustracją może nie radzić sobie z coraz większymi obowiązkami. Jeśli przyczyną rozpadu rodziny był rozwód, separacja lub osadzenie w zakładzie karnym, albo w rodzinie występuje ciężka choroba rodzica, to dodatkowo dochodzą problemy finansowe, które mogą być przyczyną ubóstwa i tym samym prowadząc do zaniedbania lub przemocy ekonomicznej (Kuzdak, 2018). U rodziców samodzielnych można zauważyć dwie postawy wychowawcze wobec dzieci. Pierwsza dotyczy nadopiekuńczości, przez którą rodzic chce wynagrodzić dziecku nieobecność drugiego rodzica. W efekcie jest pobłażliwy, nie reaguje na złe zachowanie dzieci, pozwala im na wszystko, nie wprowadza żadnych zasad i ze wszystkim stara się je wyręczyć. Prowadzi to niesamodzielnosci u dorastających dzieci, brakiem poczucia karności rozumianej jako nieprzystosowaniem do społecznych norm i nieumiejętnością do tworzenia stabilnych, opartych o wzajemność relacji. Drugą postawę prezentuje rodzic zbyt dużo wymagający od swojego dziecka, oczekujący, że przejmie ono znaczną część obowiązków domowych, jednocześnie wypełniając swoje obowiązki szkolne i będąc wsparciem dla rodziny. Nie dostrzega on obciążenia emocjonalnego i fizycznego potomka, doprowadzając do jego izolacji od otoczenia, niemożnością realizacji swoich zainteresowań, z czasem także agresji, dużego poczucia stresu i buntu (Rydz, 2014).

Dla samego dziecka funkcjonowanie w takim środowisku oznacza często różnego rodzaju trudności. Mogą czuć się opuszczone, ujawniać złość, niechęć do nauki, brak chęci tworzenia relacji z powodu poczucia bezwartościowości itp. Badania ukazują, że młodzież z rodzin niepełnych częściej wykazuje objawy depresyjne, niż nastolatki wychowujący się w rodzinach pełnych (Rydz, 2014).

Doświadczenia dzieci i młodzieży związane z wychowywaniem się w rodzinie dysfunkcyjnej można podzielić na dwa główne aspekty. Pierwszy z nich to inwazyjność, którą cechuje przekraczanie granic dziecka przez stosowanie przemocy, zaniedbania czy nadmierne karanie. Drugi aspekt dotyczy frustracji, wynikającej z niewydolności wychowawczej rodziców, którzy przez zaniedbanie, ignorowanie lub brak wsparcia nie zaspokajają potrzeb dziecka. Wszystko to może być przyczyną niedostosowania społecznego u młodych osób



i pojawieniem się mechanizmów obronnych, które z czasem mogą przekształcić się w ich postawę wobec świata i ludzi. Owe problemy nie mijają, gdy dziecko osiągnie pełnoletność, wyprowadzi się z domu lub założy własną rodzinę. Schematy i postawa nabyta w dzieciństwie bardzo często rzutuje na całe dalsze życie jednostki – relacje w swojej rodzinie, wybór drogi życiowej, umiejętności do rozwiązywania problemów (Dąbrowska, 2018).

U osób dorosłych zauważa się problemy wynikające z trudnych przeżyć w rodzinie generacyjnej w kilku sferach (Dąbrowska, 2018; Sztander, 2011):

- 1) Emocjonalnej – jako trudności w rozpoznawaniu i wyrażaniu swoich emocji, pojawiania się niekontrolowanych wybuchów złości lub tłumienia emocji i izolowania się od świata zewnętrznego.
- 2) Zachowania – rezygnacja z własnych potrzeb i aspiracji na rzecz innych, częste poświęcanie się, podporządkowywanie pod innych, kompulsywne działania tj. przejadanie, nadmierna agresja, ryzykowne kontakty seksualne.
- 3) Zdrowia psychicznego i fizycznego – mogą pojawić się uzależnienia od substancji lub behawioralne, różnego rodzaju zaburzenia psychiczne i psychosomatyczne, manifestowanie zachowań autoagresywnych.
- 4) Relacji interpersonalnych – problemy z nawiązywaniem i podtrzymywaniem bliskich kontaktów oraz odpowiednim wyborem partnera życiowego; zbytnia uległość lub wycofanie w relacjach.
- 5) Osobowości – występowanie niskiego poczucia własnej wartości, brak wiary we własną sprawczość i swoje umiejętności, trudności w decyzyjności i poczucie braku kontroli nad swoim życiem.

Zatem wieloletnie funkcjonowanie w rodzinie problemowej jest poważnym zagrożeniem dla zdrowia fizycznego oraz psychicznego u jednostki. Częstym syndromem, jaki pojawia się u osób z rodzin przemocowych jest *wyuczona bezradność*. Jest to rodzaj paraliżu, przez który osoba po serii negatywnych doświadczeń nie potrafi się bronić, nie chce także skorzystać z jakiegokolwiek pomocy, uważa, że nie ma żadnego wpływu do tego, aby zmienić swoją sytuację (Helios i Jedlecka, 2017). Ponadto im wcześniej osoba żyła w takim środowisku, tym większe jest zagrożenie nieprawidłowego rozwoju mózgu i występowania zaburzeń: lękowych, nastroju, osobowości, dysocjacyjnych, zaburzeń związanych z używaniem substancji lub zachowaniem, czy obsesyjno-kompulsywnych. Bardzo często objawy, które wykazują dorośli wywodzący się z rodzin dysfunkcyjnych są klasyfikowane jako reakcja na stres i zdarzenie traumatyczne. Wiele sytuacji w domach dysfunkcyjnych może powodować wyjątkowo zagrażające sytuacje oraz przedłużoną ekspozycję na stres,



co skutkować może rozwojem złożonego zespołu stresu pourazowego, określanego w klasyfikacji ICD-11 jako Complex PTSD (CPTSD; Gardian-Miałkowska, 2020). Rozpoznanie to wiąże się bezpośrednio ze stanem psychicznym, który zaistniał w wyniku bardzo trudnych doświadczeń w dzieciństwie. Ma on także podłoże neurologiczne, gdyż u osób, u których wykazano występowanie traumy zauważono mniejszą objętość istoty szarej w hipokampie, w wyniku czego pogorszona jest pamięć oraz przetwarzanie emocji. Zauważono także zaburzone funkcjonowanie kory przedczołowej oraz ciała migdałowatego, przez co u osoby mogą występować trudności w rozwiązywaniu problemów i podejmowaniu decyzji oraz nieumiejętność regulacji emocji. Ponadto występują także nieprawidłowe procesy w osi podwzgórze-przysadka-nadnercza, przez którą zaburzona zostaje produkcja kortyzolu (hormonu stresu), który przy zbyt dużym poziomie wydzielania działa toksycznie na neurony. Badacze podają, że „udowodniono również, że neurony osób narażonych na stres są – nawet po ustaniu stresorów – mniej skłonne do tworzenia połączeń z odległymi komórkami. Innymi słowy, skutki długotrwałego toksycznego działania kortyzolu na neurony mają charakter trwały” (Skałbana i in., 2021, s. 28). W wyniku doświadczeń zaniedbania uszkodzeniu może także ulec funkcjonowanie sieci domyślnej mózgu (*default mode network*, DMN) odpowiadającą za świadomość siebie i własne postrzeganie. Dorośli po traumatycznych zdarzeniach w dzieciństwie mogą wykazywać problemy w integracji osobistych doświadczeń z obrazem swojego spójnego z tymi doświadczeniami „ja” w czasie. Wskazano także na zwiększoną reaktywność układu limbicznego, czego konsekwencją jest ponowne przeżywanie sytuacji traumatycznej (*flashback*) przy pojawieniu się nawet w niezagrażającej sytuacji bodźca przypominającego trudne zdarzenie (Skałbana i in., 2021).

Uwzględniając powyższe wydaje się, że wszelkie programy profilaktyczne i kampanie społeczne przeciwdziałające przemocy, uzależnieniom i ukazujące rodziny niepełne jako sytuację kryzysową, są niezwykle potrzebne. Ochrona i pomoc najbardziej bezbronnym jednostkom jakimi są dzieci, przed skutkami opisanych w niniejszym rozdziale sytuacji zagrażających zdrowiu psycho-fizycznemu, mają niebagatelne znaczenie dla ukształtowania dorosłego, który być może zakładając własną rodzinę nie powieli wzorca. Sytuacje trudne występują w każdej rodzinie, ale istotne jest, aby takie incydentalne zdarzenia nie powodowały ukształtowania się zaburzonych więzi oraz nie upośledzały funkcjonowania systemu rodzinnego (Cudak, 2013; Dąbrowska, 2018)



Rozdział 3. Uwarunkowania życia rodzinnego w Polsce i Peru – czynniki społeczno-kulturowe

3.1 Różnice kulturowe w strukturze i relacjach rodzinnych

Powszechnym podejściem w psychologii rodziny jest uznanie, że jakość życia jednostki w dużej mierze zależy od rodziny pochodzenia, w której się wychowywała. Oprócz czynników, które mają wpływ na jej funkcjonowanie takie, jak: typ, wielkość rodziny, jej poglądy, przyjęty styl wychowawczy, status materialny czy indywidualne cechy jej członków, niezaprzeczalnie istotną kwestią jest to, w jakiej strukturze społecznej oraz w jakim kontekście kulturowym i cywilizacyjnym dana rodzina egzystuje.

Przy dokonywaniu analizy wartości występujących w rodzinie zdarza się, że są one rozpatrywane w kontekście własnego kręgu kulturowego i uznawane, jako uniwersalne dla wszystkich. Wśród niektórych osób, zwłaszcza spośród zawodów w obszarze edukacji lub zdrowia psychicznego, ale także badaczy, zauważyć można podejście etnocentryczne, które uwidacznia się, gdy dochodzi do interakcji międzykulturowych (jak chociażby w pracy z imigrantami). Ponadto zdecydowana większość badań, dotycząca rozwoju jednostki przeprowadzana jest przede wszystkim w Europie Zachodniej oraz Stanach Zjednoczonych, a ich założenia opierają się o zachodni światopogląd. Jeśli natomiast dochodzi do badań poza wspomnianymi kręgami, to bywa, że są oceniane na podstawie standardów zachodnich, bez uwzględnienia kontekstu kulturowego danego obszaru (Kwiatkowska, 2012). Taka postawa rodzi spore problemy, jak chociażby przy stawianiu diagnoz klinicznych, np. zaburzeń psychicznych lub w sytuacjach interwencyjnych przy udzielaniu pomocy psychologicznej lub psychiatrycznej oraz gdy mowa o „prawidłowych” sposobach wychowania (Shiraev, Levy, 2020).

Pomimo ogólnoświatowej akceptacji instytucji rodziny, niektóre czynniki jej działania są zależne od kręgu kulturowego, w jakim się znajduje. Mają one wpływ na to, jakie relacje występują między jej członkami, jaki jest jej wewnątrz podział ról lub jakie podejście wychowawcze preferują rodzice. Te kulturowe różnice między poszczególnymi krajami opisywane są przez antropologię kulturową, zaś jej analizą w kontekście badania struktur i relacji rodzinnych zajmuje się psychologia kulturowa oraz międzykulturowa (Mikulska, 2014).

Psychologia kulturowa jako subdyscyplina psychologii bada kulturowe podstawy procesów psychologicznych i ludzkich zachowań. Obejmuje ramy teoretyczne i metodologiczne, które zakładają ważną rolę kultury i jej wpływu na procesy psychiczne,



zachowanie i odwrotnie. Psychologia międzykulturowa natomiast, ukazuje badania nad ludzkim zachowaniem, które porównują procesy psychologiczne między dwiema lub więcej kulturami. Umożliwia ona zrozumienie znaczenie kontekstu kulturowego w kształtowaniu tożsamości oraz poznanie modeli interakcji, ukazując wartości, które są zakorzenione w danym społeczeństwie. Jej celem jest także wyszczególnienie, jakie składowe psychologii są uniwersalne, a jakie unikalne dla poszczególnych kultur (Shiraev i Levy, 2020).

W poprzednim rozdziale zostały po części ukazane różnice, jakie występują w typologii rodzin. Ich podziału można dokonać na podstawie różnicy w ilości członków, charakteru więzi, wewnętrznej organizacji, typu relacji wewnątrz systemu rodzinnego, podejścia wychowawczego itp. Te różnice, chociaż są istotne w kwestii odróżnienia jednej struktury rodzinnej od innej, nie oddają w pełni charakteru rozmaitych znaczeń kulturowych, które mają wpływ na sposób funkcjonowania rodzin w odmiennych stronach świata.

Do opisu owych różnic między kulturami badacze często posługują się koncepcją holenderskiego psychologa społecznego Geerta Hofstede, który przeprowadzając badania pracowników firmy IBM w różnych krajach, uzyskał dane pozwalające na wyodrębnienie czterech wymiarów kulturowych (1980), są to:

1. Indywidualizm vs. Kolektywizm.
2. Dystans władzy.
3. Unikanie niepewności..
4. Męskość vs. Kobiecość.

W kolejnych latach, przy współpracy z badaczami Michaeliem Bondem (Hofstede, Bond, 1984) i Michaeliem Minkovem (Hofstede i in., 2011), dołączone zostały do nich dwa kolejne wymiary:

5. Orientacja długoterminowa vs. Krótkoterminowa.
6. Pobłażliwość vs. Powściągliwość.

Pierwszy z wymiarów, czyli *indywidualizm* i *kolektywizm*, są najczęściej wykorzystywanymi w badaniach i opracowaniach naukowych pojęciami, służącymi do przewidywania i wyjaśniania wielu różnic między kulturami, zwłaszcza w kontekście przekonań i emocji (Shiraev i Levy, 2020). *Indywidualizm* definiuje się jako system wartości i zachowań, w którym największą uwagę zwraca się na autonomię i niezależność jednostki, jako odpowiedzialną za siebie i swoich najbliższych. W społeczeństwach indywidualistycznych na pierwszym miejscu stawia się własną samorealizację, samodzielność w decyzyjności dotyczącej swojego życia, zgodną z wewnętrznymi przekonaniami i przyjętymi celami. Relacje międzyludzkie są mniej sformalizowane, skupione raczej na



współpracy lub rywalizacji, celem uzyskania korzyści dla siebie. W stylach wychowawczych promowana jest samodzielność i autonomia jednostki, zaś w systemach ekonomicznych i prawnych wspierane są indywidualne prawa i własność. Ewentualne wykroczenia prawne lub wobec innych ludzi, skutkują poczuciem winy i utratą poczucia godności osoby, która się ich dopuściła. Krajami, które są uznawane za indywidualistyczne, i w których szczególnie podkreśla się autonomię jednostek w stosunku do grup są m.in. Stany Zjednoczone, Australia, Kanada, Wielka Brytania i większość państw zachodniej oraz centralnej Europy, np. Niemcy, Holandia, Francja, Belgia (Hofstede i in., 2011).

Kolektywizm z kolei charakteryzuje się nadrzędnością dobra grupy i szerszej społeczności. W społeczeństwach kolektywistycznych podkreśla się także ścisły związek jednostki z grupą społeczną. Istotne jest budowanie więzi z innymi członkami rodziny, ważna jest także wzajemna lojalność. Rodziny najczęściej przybierają postać wielopokoleniowej, obejmującą rodziców, dziadków, ciotki, wujków, kuzynów a czasami także innych bliższych i dalszych krewnych. Dzieci uczone są, że opinia grupy rodzinnej jest ważniejsza niż własne przekonania, zaś celem edukacji potomstwa jest przystosowanie jej do życia w społeczeństwie. W kulturze kolektywistycznej unika się także konfliktów, ważny jest „honor grupy”, ponieważ w przypadku niepowodzeń lub wykroczeń ucierpi nie tylko osoba, która jest jego sprawcą, ale także cała grupa, do której ta osoba przynależy. Społeczeństwa kolektywistyczne występują najczęściej w Azji, Ameryce Łacińskiej, krajach afrykańskich oraz bliskiego wschodu (Arabia Saudyjska, Zjednoczone Emiraty Arabskie), czyli w regionach, w których dominują tradycyjne wartości i występują silne wartości rodzinne (Hofstede i in., 2011).

Kolejnym wymienionym wymiarem kultury jest *dystans władzy*, który oznacza stopień, w jakim członkowie danego społeczeństwa akceptują hierarchię i występujące nierówności między członkami w instytucjach i organizacjach. W kulturach o wysokim dystansie władzy na ogół akceptuje się nierówności między przywódcami a podwładnymi, elitą a zwykłymi obywatelami, żywicielami rodzin i innymi członkami rodziny (Shirayev i Levy, 2020). W kontekście rodzinnym opiekunowie uczą potomstwo posłuszeństwa i podkreślają swój autorytet. Czasami istnieje nawet wśród samych dzieci określona hierarchia, przy czym od młodszych oczekuje się, że ustąpią starszym dzieciom. Niezależne zachowanie ze strony dziecka nie jest wskazane. Bycie posłusznym i podporządkowanym jest pożądane także od dorosłych dzieci, wobec starszych członków rodziny. Rodzice i dziadkowie są traktowani z szacunkiem, nawet po tym, jak ich dzieci ustatkowały się i przejęły kontrolę nad własnym życiem (Hofstede i in., 2011). Badania ukazują, że ludzie żyjący w hierarchicznych kulturach o wysokim dystansie władzy mają tendencję do przypisywania bardziej rygorystycznych zasad



zachowania związanych ze statusem społecznym - przykładowo ojcu, któremu urodzi się dziecko nakazuje się podejmowanie wszelkich decyzji rodzinnych i zachowywania się jak „głowa rodziny”. Społeczeństwa te mają także tendencję do podkreślania struktury i stabilności (Summereder i in., 2013). Duży dystans władzy występuje w znacznej mierze w krajach azjatyckich (np. Chiny, Filipiny, Indie, Korea Południowa), w niektórych krajach arabskich (Arabia Saudyjska), centralnej Europy (Rosja, Słowacja), Ameryki Południowej (np. Wenezuela, Gwatemala, Panama), afrykańskich (Maroko; Hofstede i in., 2011).

Społeczeństwa, w których dominuje niski dystans władzy uwidocznione jest dążenie do równości w relacjach zarówno społecznych, jak i instytucjonalnych. Autorytet buduje się nie ze względu na pozycję społeczną lub zawodową, czy ze względu na wiek, ale na podstawie doświadczenia, umiejętności i wiedzy. W organizacjach panuje otwartość komunikacyjna, przełożeni chętnie konsultują się lub radzą swoich podwładnych; opinia grupy ma duże znaczenie, a decyzyjność nie leży tylko po stronie liderów. W rodzinach celem edukacji jest umożliwienie dzieciom szybkiego usamodzielnienia. Zachęca się je do aktywnego eksperymentowania i nauki na błędach. Dzieci mają prawo do sprzeciwiania się rodzicom i dość wcześnie uczą się mówić "nie". Zachowanie wobec innych nie jest zależne od wieku czy statusu drugiej osoby. Formalny szacunek i poważanie są rzadko okazywane. Kiedy dzieci dorastają, zaczynają odnosić się do swoich rodziców bardziej przyjacielsko lub przynajmniej jak do równych sobie. Dorosła osoba nie jest skłonna prosić rodziców o zgodę, a nawet radę dotyczącą ważnej decyzji. W idealnej rodzinie dorośli członkowie są od siebie niezależni. Starsi rodzice nie oczekują tego, że ich potomstwo zajmie się nimi lub będzie razem z nimi mieszkać (Hofstede i in., 2011). Przeciwnie dla społeczeństw o wysokim dystansie władzy, ludzie żyjący w kulturze o dystansie niskim są bardziej egalitarni i mniej zainteresowani zasadami zachowania związanymi ze statusem, więc kiedy w tym systemie społecznym urodzi się dziecko, ojcowie mogą usłyszeć, że styl wychowania jaki wybierze, zależy od jego prywatnych odczuć czy preferencji (Summereder i in., 2013). Krajami, w których występuje to podejście są kraje skandynawskie (np. Norwegia, Szwecja, Dania), Europa Zachodnia, Wielka Brytania, Stany Zjednoczone, Kanada, Austria, a także Izrael (Hofstede i in., 2011).

Trzecim różnicującym odmiennie kultury wymiarem jest *unikanie niepewności*. Opisuje on stopień, w jakim członkowie społeczeństwa czują się niekomfortowo w sytuacjach niejasnych i nieprzewidywalnych. Ludzie w kulturach o wysokim stopniu unikania niepewności mocno cenią przewidywalność przyszłych zdarzeń, mają także tendencję do przyjmowania i wspierania idei, w których zawarte są jasne zasady oraz wytyczne.



Od instytucji oczekuje się, że będą promować przestrzeganie obowiązujących norm i zasad. Natomiast ludzie w kulturach o niskim stopniu unikania niepewności dążą do przyjmowania postawy nonkonformistycznej, odrzucając sztywne normy i zasady. Istotna jest kreatywność, elastyczność i otwartość na nieznanne. W społeczeństwach tych zauważalne jest mniejsze zainteresowanie przestrzeganiem tradycji (ShiraeV i Levy, 2020).

Badanie przeprowadzone w 135 krajach wykazało, że niskie wyniki w unikaniu niepewności korelują z zachowaniami altruistycznymi, takimi jak wspieranie nieznajomych i wpłacanie darowizn na cele charytatywne (Smith, 2015). Osoby akceptujące niepewność mają skłonność do reagowania na zmienne sytuacje przez poszukiwanie informacji i angażowanie się w działania, które bezpośrednio rozwiązują ewentualne trudności. Przeciwnie do nich, ludzie w kulturach zorientowanych na *pewność* mają tendencję do opierania się na zasadach, zwyczajach lub opiniach innych osób, w tym autorytetów, aby poradzić sobie z niepewnością (Sorrentino i in., 2008). Badania wskazują na różnice w podejściu do niepewności między kulturami wschodnimi a zachodnimi. Na przykład kultury wschodnie, takie jak Japonia czy Chiny, zazwyczaj wykazują większą tendencję do unikania niepewności w porównaniu do kultur zachodnich, takich jak Francja czy Kanada (Hofstede i in., 2011).

Następny z wymiarów, czyli *męskość-kobiecość* opisuje różnice, jakie występują między różnymi kulturami w zakresie ról płciowych oraz istotnych dla społeczeństwa wartości. Dla kultur, w których dominuje wymiar *męskości* istotne jest odnoszenie sukcesów, rywalizacja i uznanie. Mężczyźni postrzegani są jako ambitni i silni, kobiety zaś jako troskliwe i dbające o dobrostan rodzinny. Dzieci wychowuje się ściśle z przyjętymi rolami kobiecymi i męskimi (przykładowo: chłopcy nie płaczą, dziewczynki już mogą). W społeczeństwach tych uznanie okazuje się wobec sukcesów i podejmowania rywalizacji. Krajami najbardziej „męskimi”, według badań są: Słowacja, Japonia, Węgry, Wenezuela oraz Włochy.

W społeczeństwach *kobiecych* zaś, podkreśla się troskę i wsparcie w relacjach. W domach rodzinnych obowiązki nie dzielą się na typowo „kobiece” i „męskie”, oboje rodziców bierze równy udział w dbaniu o dom i potomstwo. Istotne jest też dbanie o równowagę między pracą a życiem rodzinnym. W wychowaniu dzieci nacisk położony jest na okazywanie i naukę empatii, w edukacji natomiast nie wprowadza się podziału na zajęcia inne dla każdej z płci – każdy może zajmować tym, czym się interesuje. W kulturach tych najbardziej ceni się wzajemną współpracę, empatię i solidarność. Wysoki poziom tego wymiaru występuje w Szwecji, Holandii, Norwegii czy Danii, także w części krajów



południowoamerykańskich np. w Chile, Gwatemali, Urugwaju, Peru; krajów wschodnioeuropejskich, tj.: w Słowenii czy Estonii (Hofstede i in., 2011).

Piątym wymiarem, który wyłonił się w toku dalszych badań nad różnicami między kulturami jest *orientacja długo i krótkoterminowa*. Polega on na wskazaniu sposobu, w jaki społeczeństwo podchodzi do kwestii działania i planowania. W kulturach zorientowanych długoterminowo priorytetem jest skupienie się na przyszłości i działaniu, które będzie miało swoje gratyfikacje w dłuższej perspektywie czasowej (Matsumoto i Juang, 2023). Istotna jest także umiejętność oszczędzania środków materialnych, co widoczne jest np. w rodzinach, w których młode małżeństwa nie mają nic przeciwko, aby mieszkać z teściami we wspólnym gospodarstwie. Związki tworzone są raczej z powodów pragmatycznych niż romantycznych, zaś dzieci uczone są wytrwałości, skromności i oszczędności. Krajami, które głównie kierują się długoterminowością są m.in.: część krajów azjatyckich, jak Korea Południowa, Chiny, Japonia, Tajwan, oraz europejskich, np. Ukraina, Niemcy, Estonia, Belgia, Litwa (Hofstede i in., 2011). Z kolei w kulturach zorientowanych na krótkoterminowość wysoko ceniona jest tradycja, stabilizacja i dbałość o harmonię społeczną. Dużą uwagę kieruje się na zachowanie wolności w działaniu, posiadanie czasu wolnego oraz brak presji z zewnątrz. Istotne jest to, co dzieje się w chwili obecnej i oczekuje się raczej natychmiastowych gratyfikacji za podjęte działanie (Matsumoto i Juang, 2023). Na gruncie życia rodzinnego przekłada się to na wychowywanie dzieci w duchu poszanowania dla rodzinnych tradycji, rytuałów, dbania o relacje i szacunek, ale także wpajaniem konsumpcjonizmu, traktowanym jako podążanie za nowościami, które oferuje świat. Społeczeństwa zorientowane w tym wymiarze występują w znacznej mierze w Ameryce Południowej (np. w Kolumbii, Wenezueli, Argentynie), Stanach Zjednoczonych, niektórych krajach Europejskich (np. Irlandii, Islandii, Norwegii, Danii), krajach muzułmańskich i afrykańskich (Hofstede i in., 2011).

Ostatnim z przedstawionych wymiarów jest *pobłażliwość vs. powściągliwość*, który ukazuje, w jakim stopniu w danej kulturze występuje przyzwolenie na swobodę w zaspokajaniu ludzkich potrzeb związanych z zabawą i cieszeniem się z życia. W krajach, w których występuje wysoki wskaźnik pobłażliwości umożliwia się swobodę w wyrażaniu uczuć, priorytetem jest poczucie szczęścia zarówno jednostki, jak i społeczności. Chętnie wyrażane są przez ludzi pozytywne emocje, optymizm oraz tolerancyjność wobec różnych zachowań. Społeczeństwa te przywiązują dużą wagę do wolnego czasu, cenią przyjaźń i bliskie relacje, nie stosują surowej dyscypliny w kwestiach moralnych. W rodzinach panuje na ogół równy podział obowiązków między partnerami; priorytetem w wychowywaniu dzieci jest ich szczęście, możliwość wyrażania siebie i własnego rozwoju. Z kolei w kulturach preferujących



powściągliwość zachowania społeczne są kontrolowane przez ustalone odgórnie normy, ważna jest także samodyscyplina i przestrzeganie zasad. Ludzie w tych społeczeństwach są na ogół bardziej oszczędni, cenią swój krąg rodzinny niż poszukują przyjaciół z zewnątrz, czas wolny nie jest dla nich tak istotny. Są bardziej powściągliwi w okazywaniu emocji i mniej tolerancyjni na zachowania, przyjęte jako niemoralne. W rodzinach występuje raczej nierówny podział obowiązków, odgórnie są ustalone role płciowe, zaś najważniejsze w wychowaniu dzieci jest wpajanie im zasad, nauczanie odpowiedzialności i samokontroli. Kraje, które prezentują wysoki poziom pobłażliwości występują głównie w Ameryce Łacińskiej (np. Wenezuela, Meksyk, Portoryko, Salwador i Trinidad). Europa Północna (np. Szwecja i Dania) preferuje raczej umiarkowaną pobłażliwość, zaś kraje Europy Wschodniej (np. Macedonia, Chorwacja) oraz azjatyckie (np. Chiny, Bangladesz, Honk-Kong) charakteryzują się wyższym wymiarem powściągliwości (Hofstede i in., 2011; Matsumoto i Juang, 2023).

Niektórzy badacze zarzucają badaniom Hofstede'go pewne ograniczenia dotyczące przeprowadzania badań, w szczególności wskazując na występujące problemy metodologiczne oraz zaznaczając, że skale, których użył badacz, mogą nie mierzyć wiarygodnie podanych konstruktów kulturowych (Gerlach i Eriksson, 2021). Krytyce poddane zostało także zbyt duże uproszczenie w jego badaniach, jako że przeprowadzone zostały głównie w firmie IBM (u wykształconych, głównie męskich i młodych pracowników) nie oddając w pełni złożoności i dynamiczności zmian kulturowych, aby precyzyjnie opisać różne kulturowe między poszczególnymi krajami (Komor i Schumann, 2015). Pomimo tej krytyki teoria ta nadal pozostaje najbardziej wpływowym modelem, który jest wykorzystywany w tysiącach badań empirycznych, a ponadto zainicjował badania międzykulturowe w różnych dziedzinach akademickich. Współcześni badacze sugerują, że należy wciąż aktualizować badania, aby możliwie jak najrzetelniej oddać występujące różnicowania kulturowe (Gerlach i Eriksson, 2021).

Wpływ wzorców kulturowych na kształtowanie się rodzin i relacji międzyludzkich został omówiony także przez turecką psycholożkę Çiğdem Kağıtçıbaşı (1996, 2007). Badaczka skupiając się na roli, jaką tradycje i ideologie odgrywają w kształtowaniu wzorców funkcjonowania rodziny i interakcji społecznych przedstawiła modele, które podkreślają złożoność i dynamiczność w relacjach, z których każdy różni się podejściem do autonomii jednostki, jej korelacji z grupą oraz postrzegania własnego „ja”. Pierwszy z nich – model współzależności (*interdependence*) zakłada silny wpływ grupy lub rodziny na jej członków. Tożsamość danej osoby rozpatrywana jest w kontekście „ja” współzależnego, dla której istotne będzie jej powiązanie z rodziną, podporządkowanie dla dobra całej grupy, efektywna



współpraca z jej członkami i wypełnianie określonej roli w rodzinie (wynikającej z wieku czy płci). Występuje w tym modelu pewna forma autonomii jednostki i skupienie na swoich potrzebach lub celach, jednak jej ewentualne sukcesy lub porażki odnoszą się do całej grupy. Współzależność występuje najczęściej w społeczeństwach kolektywistycznych, kulturach wschodnich, ale także w mniej zamożnych warstwach społecznych czy wśród ludności kolorowej, w których najbardziej cenione i kultywowane są bliskie, wielopokoleniowe więzi rodzinne.

Kolejny – model niezależności (*independence*) związany jest z postrzeganiem siebie, jako „ja” niezależnego i jest charakterystyczny dla kultury zachodu (szczególnie w Stanach Zjednoczonych i Europie Zachodniej), w których dominuje indywidualizm. Więzy rodzinne w owym modelu są luźniejsze, nadrzędny natomiast jest rozwój osobisty i własne osiągnięcia. Role nie są sztywno określone, występuje równość płciowa w kwestiach rodzinnych i zawodowych. Rodzina w tym modelu przyjmuje postać nuklearnej, w której rodzice dają dzieciom przestrzeń do własnej samorealizacji, a po osiągnięciu przez nie samodzielności nie ingerują w ich życie prywatne.

Autorka (1996, 2007) wymienia jeszcze model niezależności ekonomicznej i współzależności psychologicznej (*emotional interdependence*), w którym to osoba pozostaje ekonomicznie niezależna od swojej rodziny, dba o swój rozwój i osiąganie własnych celów, przy czym jednocześnie pozostaje psychologicznie związana ze swoją rodziną, jako wyraz pielęgnowania więzi i troskę o bliskie relacje. Model ten coraz częściej uwidocznia się wśród różnych społeczeństw zarówno na Zachodzie jak i Wschodzie, lecz częściej zauważalny jest wśród zamożniejszych i bardziej wykształconych rodzin. Współzależność emocjonalna charakteryzuje się bliskimi, ale nie ograniczającymi indywidualną autonomię relacjami międzyludzkimi, co staje się cenne zarówno w społeczeństwach rozwiniętych, jak i rozwijających się.

Teoria Kağıtçıbaşı akcentuje, że kulturowe korzenie mają bardzo duży wpływ na współczesne społeczeństwa i istotne jest, aby te różnice uwzględniać w badaniach międzykulturowych, edukacji czy polityce społecznej. Podkreśla także duże znaczenie analizy tradycji, wartości i ideologii w zrozumieniu, jak ludzie funkcjonują w swoich społecznościach i jakie jest ich podejście do życia rodzinnego i społecznego.

Bez względu na różnorodność kulturową, wskazać można w rodzinach pewne elementy wspólne dla wszystkich społeczeństw. Po pierwsze, z założenia umożliwia ona zaspokojenie różnych potrzeb fizycznych i emocjonalnych jej członków, co jest podstawą do zdrowego rozwoju psychicznego i społecznego. Po drugie, pozwala ona na kształtowanie się swojej



tożsamości, przez poznanie własnego dziedzictwa kulturowego i tym samym poczucia przynależności do rodziny lub danej społeczności. Po trzecie, realizuje ona powszechne we wszystkich kulturach funkcje, np. wychowawczą, prokreacyjną czy opiekuńczą. Aspekty te potwierdzają fundamentalność rodziny w życiu jednostki i społeczeństwa, niezależnie od różnic kulturowych (Miluska, 2014).

3.2 Przemiany społeczno-kulturowe a struktura życia rodzinnego w Polsce

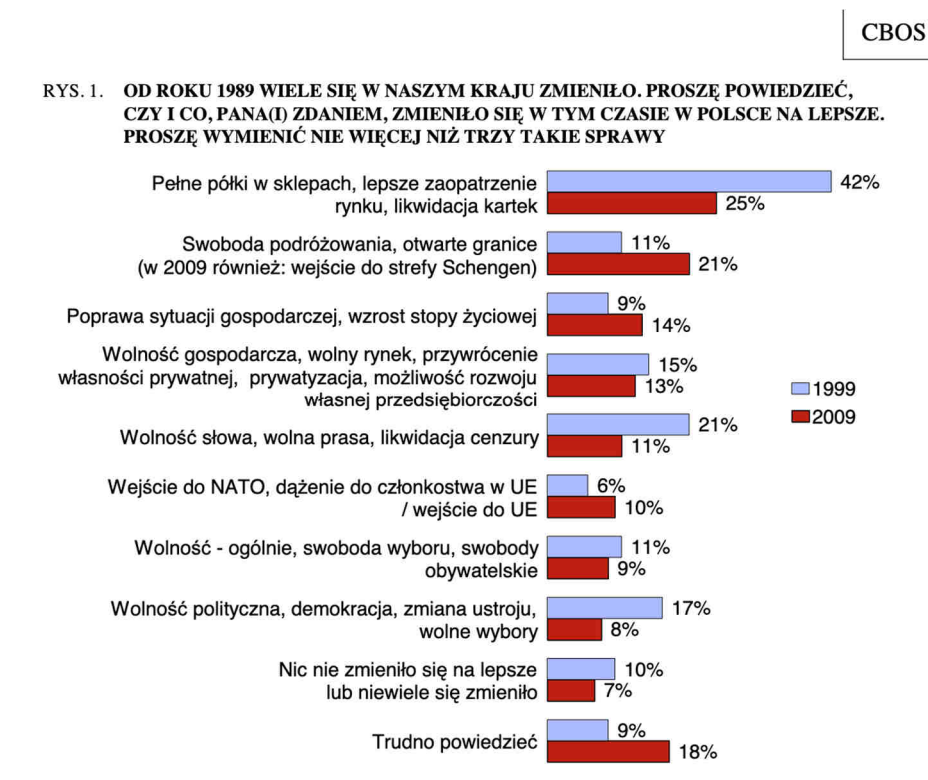
Polska (oficjalnie Rzeczpospolita Polska) to kraj leżący w Środkowej Europie ze stolicą w Warszawie, graniczący z siedmioma państwami – od zachodu z Niemcami; od wschodu z Ukrainą i Białorusią; od południa z Czechami i Słowacją a od północy z Rosją (obwód królewiecki) i Litwą. (Dmochowska, 2011). Jej powierzchnia wynosi 312,679 km², liczba mieszkańców to 37 532 000, zaś gęstość zaludnienia 120 osób na 1 km² (Główny Urząd Statystyczny [GUS], 2024a). Rzeczpospolita ma złożoną i wielowarstwową historię, w której występowały lata niepodległości, później zaś zaborów, podczas których Polska nie istniała jako niezależne państwo. W XX w. odzyskała niepodległość, nastąpiła odbudowa i modernizacja państwa, jednak w trakcie II wojny światowej została zniewolona pod okupacją III Rzeszy i Związku Radzieckiego. Po wojnie nastąpił czas komunizmu, w którym panował reżim polityczny, powszechne były represje wobec obywateli uznanych za ideologicznych wrogów, nie także istniała wolność słowa. Występowała również znaczna dysproporcja w zakresie dostępu do dóbr i usług; edukacja i kultura były kontrolowane przez państwo, aby zapobiec przedostaniu się wpływów zachodnich do świadomości ludności; propagowano jedynie ideologię komunistyczną. Ustrój ten zakończył się w roku 1989 przez coraz większe naciski społeczne i zmiany polityczne w Europie Wschodniej. Dzięki temu zaistniał proces demokratyzacji kraju, nastąpiły przeobrażenia polityczne i reformy gospodarcze. Kraj zaczął także bardziej integrować się z Zachodem, przez co w 1999 r. Polska dołączyła do NATO (Sojusz Północnoatlantycki) a w 2004 roku została członkiem Unii Europejskiej (Topolski, 2022).

Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) to polska instytucja, która od 1982 r. wykonuje badania wśród Polaków, dotyczące różnych aspektów życia. Wyniki z ich badań są często wykorzystywane w różnego rodzaju instytucjach zarówno rządowych jak i naukowych, medialnych itp. W 2009 roku zostało przeprowadzone badanie *Bilans zmian w Polsce w latach 1989–2009*, które ukazuje, z jakimi trudnościami mierzyli się obywatele przed rokiem 1989 i co zmieniło się na lepsze w wyniku późniejszych przeobrażeń.



Rysunek 1

Porównanie odpowiedzi ankietowanych z 1999 roku oraz z 2009 roku



Źródło: CBOS, 2009, s. 5

Inne badanie CBOSu, wykonane w roku 2019, polegało na sprawdzeniu społecznej akceptacji przemian w wyniku zmiany ustrojowej. Wyniki tych badań ukazały, że 81% Polaków potwierdza, że warto było zmienić ustrój w 1989 roku, zaś 68% badanych uważa, że wynikające z tego zmiany dały społeczeństwu więcej korzyści niż strat. Na pytanie: „Słyszysz różne opinie o skutkach zmian w naszym kraju. Gdyby Pan(i) miał(a) określić sytuację swoją i swojej rodziny, to czy zaliczył(a)by Pan(i) siebie, do tych którzy?” 43% ankietowanych odpowiedziało, że na zmianach zyskali i tyle samo odpowiedzi padło, że nie zyskali, ale też nie stracili. Autorzy badania zaznaczają, że każda ocena zmian wynika bezpośrednio z panujących nastrojów społecznych (CBOS, 2019b).

Z raportu wiodącego dostawcy związanego z przekazywaniem danych o globalnych indeksach - Financial Times Stock Exchange Russel (FTSE Russel) opublikowanym w 2023 roku wynika, że Polska jako jeden z 25 krajów na świecie jest zaklasyfikowana jako kraj rozwinięty, który na tle światowych rynków finansowych posiada stabilną i zaawansowaną gospodarkę (FTSE Russel, 2023).



Inne zastawienie opublikowane zostało jako Raport Rozwoju Społecznego opartego o lata 2023/2024 przez Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju (ang. United Nations Development Programme [UNDP]) działający pod patronatem Organizacji Narodów Zjednoczonych w 170 krajach, którego celem jest wspieranie harmonijnego rozwoju społecznego i gospodarczego państw członkowskich, a także promowanie praw człowieka, sprzeciwianie się korupcji i pomoc techniczno-doradcza w zakresie przeprowadzania reform. Według wskazanych danych, Polska znajduje się na liście krajów z bardzo wysokim poziomem rozwoju ludzkiego, zajmując miejsce 36 spośród 69 państw zaklasyfikowanych do tej listy i 193 wszystkich wskazanych państw ogółem. Wskaźniki brane pod uwagę w tej analizie to (dane dla Polski podane w nawiasie): (a) średnia przewidywana długość życia (77 lat), (b) przewidywane lata nauki szkolnej (15,6 lat), (c) średnia liczba lat nauki szkolnej (13,2 lat), (d) dochód narodowy brutto na mieszkańca (35,151 dolarów; UNDP, 2024).

Powyższe dane ukazują jak wiele zmian społeczno-kulturowych ma miejsce w tym kraju, i które mają bezpośredni wpływ funkcjonowanie jednostek oraz rodzin. Wszak wszelkie zmiany w życiu rodzinnym łączą się z poziomem życia, obowiązującymi prawami i normami w danym państwie (np. prawa człowieka, prawa dziecka itp.), sposobem ich przestrzegania i respektowania a także postaw ludności wobec nowych doświadczeń (Walęcka-Matyja, 2014).

W krajach rozwiniętych nad wspólnotę bardziej ceni się indywidualizm, zauważalne jest występowanie większego odsetka modeli rodziny opartych na partnerstwie, przyjmujących postać rodziny nuklearnej, w której obowiązki wynikające z dbania o środki finansowe, opiekę nad dziećmi i zajmowanie się sprawami domowymi spoczywa na obojgu partnerach. Nie jest do tego konieczne formalizowanie związku przez zawarcie małżeństwa (Janiszewska, 2013; Liberska i Matuszewska, 2014; Ostrouch-Kamińska, 2015). W krajach rozwijających się natomiast, przeważa styl rodziny tradycyjnej, przeważnie opartej o patriariat z wyraźnym podziałem na role kobiece i męskie; często występują w nich rodziny poszerzone, cechujące się wartościami kolektywistycznymi (Miluska, 2014). Kraje rozwinięte, zwłaszcza zachodnie, podążają za trendami ery ponowoczesności, które obejmują odrzucanie schematów na korzyść pluralizmu i indywidualnej wolności. Za sprawą pojawienia się nowych mediów wymiana informacji stała się łatwiej dostępna i szybsza, a to z kolei wpłynęło na kształtowanie się nowych postaw (Lis-Kujawski, 2008).

Badania Hofstede'go (1997, 2011), ale także późniejsze dokonane w tym zakresie (Bartosik-Purgat i Schroeder, 2007; Kozłowski, 2024) ukazują, że Polska charakteryzuje się lekką przewagą indywidualizmu nad kolektywizmem a także występowaniem modelu *niezależności ekonomicznej i współzależności psychologicznej*. Wartości indywidualistyczne



przejawiają się głównie w podejściu Polaków do różnorodnych modeli życia rodzinnego, tolerancji wobec indywidualnych wyborów jednostki, mniejszym przypisywaniu ról społecznych w zależności od płci. Rodziny w Polsce często także podkreślają istotność niezależności i samodzielności w wychowywaniu potomstwa. Opiekunowie zachęcają dzieci rozwoju swoich zainteresowań i kształtują w nich odpowiedzialność dotyczącą wyboru ścieżki kariery.

W raporcie CBOS z 2020 roku ukazano, że 58% Polaków preferuje partnerski model rodziny, w którym obowiązki zawodowe i domowe są podzielone po równo, zaś 14% osób wskazało na model patriarchalny. W innym z raportów CBOSu z 2019 roku, dotyczącym tematu rozwodów w Polsce podano, iż 32% obywateli jest zdania, że rozwody powinny być możliwe i łatwo dostępne, zaś 52% dopuszcza rozwód, gdy sytuacja tego wymaga. Dla porównania podano dane z roku 2008, gdzie bezwarunkowa akceptacja rozwodu wynosiła 22% wśród badanych, a pod ewentualnymi warunkami 62%. Ponadto w opracowaniu tym ujawniono, że 71% respondentów uważa, że „Człowiek powinien dążyć do osobistego szczęścia i jeżeli nie jest szczęśliwy w obecnym związku, powinien się rozwieść i próbować ułożyć sobie życie na nowo” (CBOS, 2019c). Trend ten potwierdza zmieniające się postawy społeczeństwa i występowania większej akceptacji dla indywidualnych decyzji nawet w kontekście zakończenia małżeństwa. Także w postawach rodzicielskich zauważalne są postawy indywidualistyczne. Według raportu z 2022 roku dotyczącego wychowywania dzieci, 62% osób uznaje, że ważne jest dla nich, aby ich dzieci umiały walczyć o swoje sprawy i tyle samo wskazuje, że chce by miały one swoje zdanie i nie ulegały wpływom innych osób. 61% osób ma pragnienie, by ich dzieci dążyły do osobistego szczęścia. Autorka raportu podaje, że „współczesny model wychowania kładzie większy niż 13 lat temu nacisk na wartości indywidualistyczne – osobiste spełnienie, koncentrację na własnych sprawach i niezależność” (CBOS, 2022).

Jednakże, mimo tendencji do występowania kultury indywidualistycznej w społeczeństwie polskim obecne są także cechy kolektywistyczne. W jednym z badań CBOSu uwidocznione jest, że szczęście rodzinne zajmuje pierwsze miejsce wśród wartości, jakimi kierują się Polacy (80% badanych) oraz że aby być w pełni szczęśliwym, należy rodzinę posiadać (87%). Ponadto w wielokrotnym wyborze 99% osób uznaje, że rodziną jest małżeństwo z dziećmi, 91% twierdzi, że rodziną są także samotnie wychowujący dzieci matka lub ojciec, 83% za rodzinę uważa osoby będące w związku nieformalnym z dziećmi, a małżeństwa bez dzieci, jako rodzinę wskazało 65% osób (Bożewicz, 2019). Dodatkowo kolejne z badań pokazują, że obywatele cenią bliskie i częste kontakty z rodziną i dbają



o regularne spotkania zwłaszcza podczas różnego rodzaju uroczystości rodzinnych lub wynikających ze świąt (Bożewicz, 2019).

W wymiarze *dystansu władzy* według badań Hostede'go (1997) Polska jawiła się jako kraj o dużym dystansie władzy, jednakże najnowsze badania (Bartosik-Purgat i Schroeder, 2007; Kozłowski, 2024) wskazują występowanie umiarkowanego dystansu wobec władzy. Objawia się on chociażby w rosnącej akceptacji dla różnych form życia rodzinnego np. związków nieformalnych czy samotnego rodzicielstwa. Dodatkowo relacje rodzinne, mimo iż często bywają bliskie i są bardzo cenione, to jednak rodziny żyją oddzielnie, tworząc osobne gospodarstwa domowe, a dorosłe dzieci dążą do wyprowadzenia z domu rodzinnego i podejmują własne decyzje dotyczące swojego życia (Bożewicz, 2019). W kwestii wychowywania dzieci, 90% Polaków jest zdania, że najistotniejsze jest, aby rodzice efektywnie komunikowali się z dziećmi, by osiągnąć porozumienie, często też podkreślana jest podmiotowość dziecka. O zmniejszającym się dystansie władzy świadczy także to, jakie wartości wskazywane są przez obywateli istotne z punktu widzenia wychowawczego – najwyżej ceniony jest szacunek (79%), na drugim miejscu umiejscowiona jest pracowitość (75%), zaś najniżej posłuszeństwo (6%). Maleje także akceptacja (3%) dla cech przejawiających się w poświęcaniu życia osobistej karierze czy postawie konformistycznej (CBOS, 2022).

W latach 90., kiedy Hofstede (1997; Hofstede i in., 2011) dołączył wyniki badań z Polski dotyczące wymiarów kultury, wskaźnik *unikania niepewności* plasował się jako jeden z wyższych spośród wszystkich państw. Jednakże przemiany jakie zaszły w społeczeństwie od tego czasu, wpłynęły na obecną sytuację ukazując, że zwłaszcza wśród młodszych osób stopień tego wymiaru jest niższy niż u starszych. Wynika to prawdopodobnie z tego, że starsze pokolenie pamięta czasy represji i wymuszenia podporządkowywania się władzy, są oni zatem ostrożniejsi niż młodsze pokolenie, które urodzone już po czasach socjalistycznych, osadzone jest w czasach demokracji, wolności słowa i swobodnego dostępu do wielu dóbr materialnych (Bartosik-Purgat i Schroeder, 2007). Podobnie w wymiarze *męskość-kobiecość* badania Hofstede'go wskazywały na przewagę cech męskich, ale analiza nowszych badań w tym zakresie pokazuje, że młodsze pokolenie prezentuje postawy zbliżone bardziej do cech kobiecych. Przejawia się to w wyżej wymienionych już opiniach dotyczących równości w podziale obowiązków, ról płciowych i poglądów na temat wychowania dzieci. Mimo tego cechy *męskości* nadal mają swoje oddziaływanie, co jest także typowe dla kultur, w których przeważa wymiar indywidualistyczny. Widoczne staje się to szczególnie w wynikach badań dotyczących podziału obowiązków domowych, które ukazują, że kobiety częściej zajmują się



pracami domowymi i opieką nad dziećmi, podczas gdy mężczyźni bardziej angażują się w prace o charakterze naprawczym i technicznym oraz utrzymaniem domu. Badania te pokazują, że chociaż tendencja się zmienia i młodzi ludzie coraz częściej uznają egalitarny podział ról za najbardziej pożądany, to wzorce tradycyjne nadal w wielu domach występują (Bożewicz, 2019). Wyniki wskazują więc, że polskie społeczeństwo nie jest typowo *męskie* lub *kobiece*, ale cechuje się pośrednio każdym z tych wymiarów (Bartosik-Purgat i Schroeder, 2007).

W kolejnych wymiarach wyróżnionych przez G. Hofstede (2011), dotyczących orientacji *długo i krótkoterminowej* oraz *pobłażliwości i powściągliwości*, wyniki także wskazują na zmianę tendencji (Kozłowski, 2024). Dominacja orientacji krótkoterminowej, której występowanie wymuszone było panującym ustrojem, obecnie występuje na poziomie umiarkowanym, które przejawia się głównie w tym, że coraz więcej obywateli dba o oszczędzanie pieniędzy, nawet pomimo wzrostu inflacji i niepewnej sytuacji ekonomicznej wywołanej przez Covid-19 lub wojnę w Ukrainie (CBOS, 2024). Polskie społeczeństwo adaptuje się także do nowych idei dotyczących wychowania dzieci, zachowując równocześnie pewne tradycyjne wartości takie, jak dbanie o więzi rodzinne, celebrowanie świąt itp., co jest charakterystyczne dla kultur z umiarkowaną orientacją długoterminową (CBOS, 2022). Podobnie wskaźnik *powściągliwości*, którym bardziej cechowali się Polacy według badań Hofstede'go, obecnie kształtuje się jako umiarkowany (Kozłowski, 2024). Raport CBOS z 2022 roku na temat wychowania dzieci pokazuje, że większość Polaków preferuje wychowanie oparte na współpracy między rodzicami a dziećmi zamiast na posłuszeństwie i karach. Świadczy to o występowaniu umiarkowanej *pobłażliwości* w podejściu do wychowania, odchodząc od surowszych metod na rzecz większego szacunku i zrozumienia potrzeb dzieci. Zmiana ta odzwierciedla ewolucję społecznych norm i postaw, w kierunku bardziej otwartego i wszechstronnego podejścia do wychowania. Także większa akceptacja różnych form spędzania czasu wolnego poprzez docenianie towarzystwa innych osób, zarówno bliższych jak i dalszych, ale także preferowanie samotności czy większa wyrozumiałość dla wspomnianych już alternatyw dotyczących wyborów własnej drogi życiowej i sposobu założenia rodziny świadczy o występowaniu mniejszej *powściągliwości* a większej *pobłażliwości*, zwłaszcza wśród młodszych obywateli (CBOS, 2024b).

3.2.1 Dane strukturalne dotyczące polskiej rodziny i występujących w niej dysfunkcji

Przemiany społeczno-kulturowe niezmiennie wpływają także na życie rodzin. W Europie od lat 60. XX wieku obserwuje się trend związany z coraz późniejszym



zawieraniem związków małżeńskich, większym odsetkiem związków kohabitacyjnych, rodzin patchworkowych (zrekonstruowanych), związków partnerskich, coraz większą liczbą rodzin odkładających decyzję o posiadaniu potomstwa lub planujących bezdzietność, ponadto wiele dzieci przychodzi na świat w rodzinach pozamałżeńskich. Coraz więcej pojawia się także rozwodów. W Polsce te przemiany widoczne są od transformacji ustrojowej, czyli od lat 80. (Kantowicz, 2022; Matysiak, 2014)

Liczba rodzin w Polsce wynosi 10 618 535 według Narodowego Spisu Powszechnego (NSP) z 2021 r., co porównując do danych z roku 2011 jest spadkiem o 354 012, czyli o 3,2%. Obniżyła się także ilość małżeństw z 8 153 180 (74,3% ogółu rodzin) do 7 156 193 (67%). Większa jest za to liczba związków nieformalnych, w 2021 r. wykazano ich 895 443, czyli 8% w strukturze rodzin, natomiast w roku 2011 było to 316 505, czyli niemal 3%. Najbardziej popularnym typem rodziny w Polsce są małżeństwa z dziećmi, jest to liczba 4 663 677, co odpowiada 44% ogółu. Zauważalny jest jednak ich spadek w ciągu dekady o 793,1 tys. (14,5%). Podobnie uległa zmniejszeniu liczba małżeństw bezdzietnych o 204 tys. (7,6%), jednakże ma to związek z tym, iż zwiększyła się liczba związków niesformalizowanych bez dzieci, jest to 329 998 (3,1% ogółu) w porównaniu do roku 2011, gdy takich związków potwierdzono 145 182 (1,3%). Ponadto 26,7% dzieci urodziło się w związkach pozamałżeńskich, czyli ponad jedna czwarta wszystkich dzieci (GUS; 2023).

Tabela 2

Rodziny według typów w roku 2011 i 2021

Wyszczególnienie	Ogółem	Małżeństwa		Związki nieformalne		Matki z dziećmi	Ojcowie z dziećmi
		bez dzieci	z dziećmi	bez dzieci	z dziećmi		
w liczbach bezwzględnych							
2011	10 972 547	2 696 420	5 456 760	145 182	171 323	2 174 283	328 580
2021	10 618 535	2 492 516	4 663 677	329 988	565 455	2 195 529	371 370
struktura pozioma (w%)							
2011	100	24,6	49,7	1,3	1,6	19,8	3,0
2021	100	23,5	43,9	3,1	5,3	20,7	3,5

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: GUS, 2024a

W 2021 roku liczba wszystkich rodzin z dziećmi w Polsce wyniosła 7 796 031, co jest spadkiem o 4,1% w porównaniu do roku 2011. Zauważono także, że lekko zwiększyła się



w porównaniu z poprzednim spisem ilość rodzin dzietnych na wsi o 38,4 tys. (1,3%). Najwięcej rodzin ma jedno dziecko, jest to 54,1% ogółu, dwójka dzieci występuje u 35,2% rodzin, wielodzietnych z trójką dzieci jest 8,3%, zaś z czwórką i więcej 2,3% (GUS; 2023).

Tabela 3

Rodziny z dziećmi według liczby dzieci i podziałem na miejsce zamieszkania

Rodziny z dziećmi	Ogółem		Miasta		Wieś	
	2011	2021	2011	2021	2011	2021
w liczbach bezwzględnych i strukturze poziomej (w %)						
Ogółem	8 130 945 (100%)	7 796 031 (100%)	4 892 254 (100%)	4 518 888 (100%)	3 238 692 (100%)	3 277 143 (100%)
z 1 dzieckiem	4 392 727 (54,5%)	4 219 462 (54,1%)	2 901 312 (59,3%)	2 671 043 (59,1%)	1 491 414 (46,0%)	1 548 419 (47,2%)
z 2 dzieci	2 729 743 (33,6%)	2745 835 (35,2%)	1 577 431 (32,2%)	1 497 551 (33,1%)	1 152 312 (35,6%)	1 248 284 (38,1%)
z 3 dzieci	735 171 (9,0%)	647 883 (8,3%)	324 915 (6,6%)	283 731 (6,3%)	410 256 (12,7%)	364 152 (11,1%)
z 4 i więcej dzieci	273 305 (3,4%)	182 851 (2,3%)	88 596 (1,8%)	66 563 (1,5%)	184 709 (5,7%)	116 288 (3,5%)

Źródło: opracowanie własne na podstawie: GUS, 2024a

Autor raportu podaje, że obserwowana mniejsza liczba rodzin dzietnych wynika m.in. z powodu zmniejszającej się ilości kobiet będących w wieku rozrodczym, a także odkładaniem decyzji o rodzicielstwie na wiek późniejszy - po ustabilizowaniu sytuacji zawodowo-mieszkaniowej. Zauważono także wyższy średni wiek kobiet rodzących pierwsze dziecko, w 2011 roku było to 26,6 lat, zaś w 2021 – 28,5 lat. Odnotowano również spadek urodzeń: w 2011 roku przyszło na świat 388,4 tys. dzieci, w 2021 roku 331,5 tys., natomiast w 2023 roku zarejestrowano ich 272 451 i jest to najniższa liczba nowonarodzonych dzieci od czasów powojennych (GUS, 2023; GUS, Dziedzinowa Baza Wiedzy Demografia).

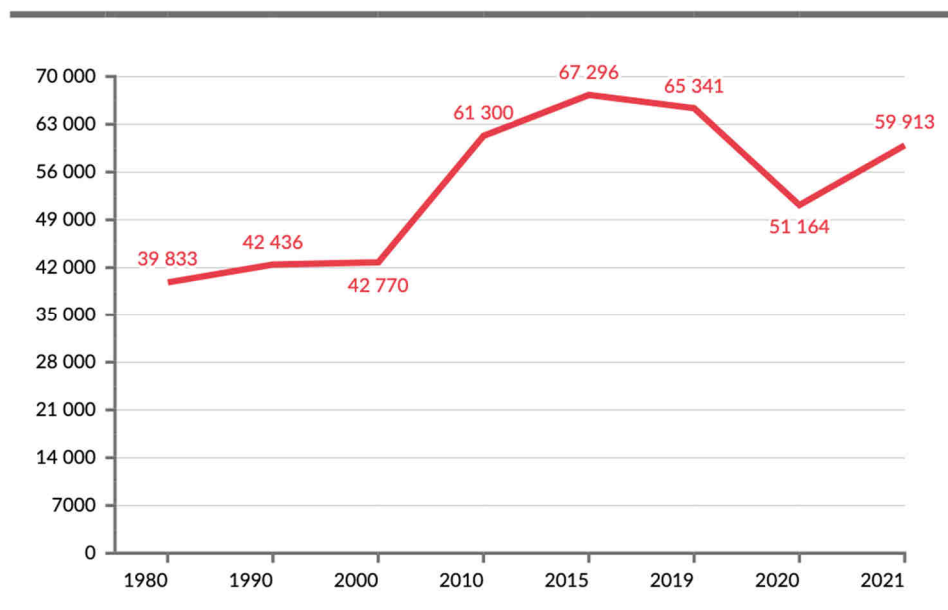
W większości państw europejskich widoczne jest coroczne zwiększenie liczby rozwodów i separacji, z wyjątkiem roku 2020, kiedy to pojawiła się pandemia Covid-19 i w wyniku obostrzeń odbywało się mniej rozpraw sądowych orzekających w tych sprawach. W Polsce największy wzrost rozwodów miał miejsce między 2000 a 2015 rokiem. W 2000 roku odnotowano ich 42 770, zaś w 2015 ponad połowę więcej. Od tego czasu liczba



rozwodów malała, ale zmniejszała się także ilość zawieranych małżeństw. W 2023 roku rozwiodło się 56 892 par, a współczynnik rozwodów to 1,5 na 1000 mieszkańców (GUS, Dziedzinowa Baza Wiedzy Demografia), separacji natomiast było w 2023 roku 608 przypadków. Ponad połowa rozwodzących się małżeństw jest rodzicami niepełnoletnich dzieci. W 2023 r. liczba dzieci z małżeństw rozwiedzionych wyniosła 50 214, jest to spadek w porównaniu z latami wcześniejszymi – w 2022 takich dzieci było 52 400, zaś w 2021 roku – 53 138. Ogółem od 2005 do 2023 roku (czyli do 18 roku życia) liczba wszystkich dzieci pochodzących z rodzin rozwiedzionych to 1 096 805 (GUS, Dziedzinowa Baza Wiedzy Demografia).

Rysunek 2

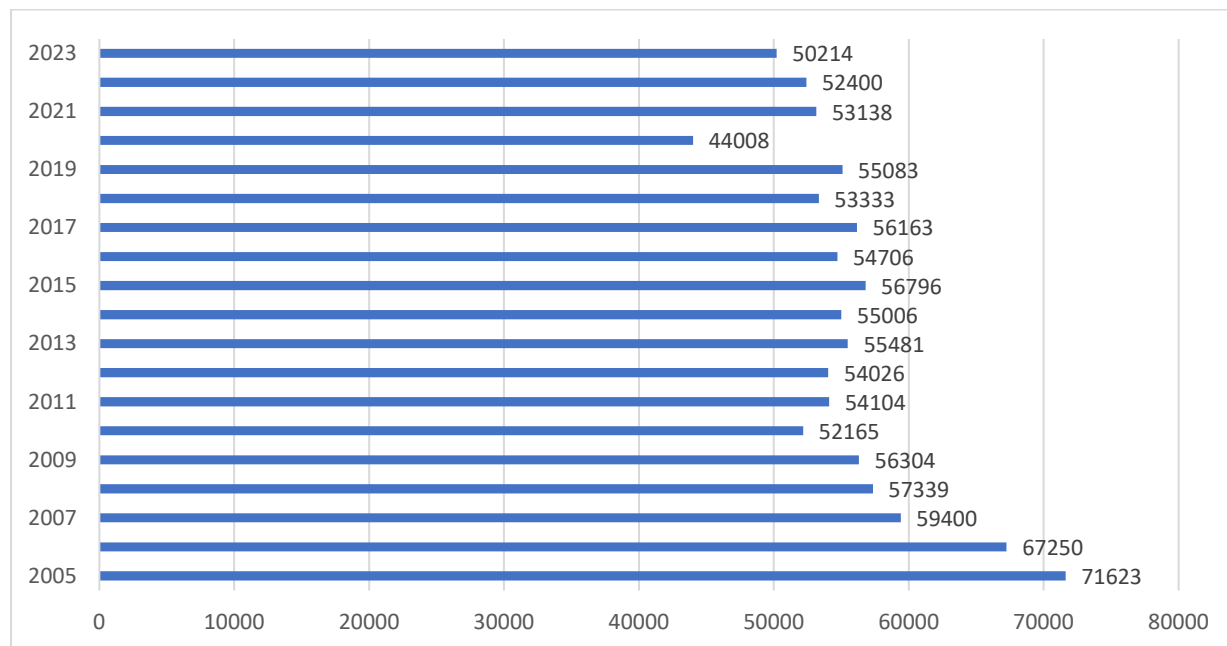
Liczba rozwodów w Polsce w latach 1980-2021



Źródło: Kubicka-Kraszyńska, 2022, s. 26

Rysunek 3

Dzieci pochodzące z rozwiedzionych małżeństw od roku 2005 do 2023



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: GUS, Działowa Baza Wiedzy,

<https://dbw.stat.gov.pl/dashboard/21>

Liczba rodzin niepełnych w 2021 r. osiągnęła liczbę 2 566 899, czyli prawie jedna czwarta wszystkich rodzin (24,2%), co w odniesieniu do roku 2011 dało liczbę wyższą o 2,6%. Największą grupą są samodzielne matki – w 2021 roku było ich 2 195 529, czyli jedna piąta z wszystkich typów rodzin (20,7%), natomiast samodzielnych ojców – 371 370. W porównaniu z rokiem 2011 liczba ojców wychowujących samotnie dzieci wzrosła o 13%. Jest to jednak nadal najmniejsza grupa z wszystkich struktur rodzinnych i wynosi 3,5% (GUS, 2023)

Tabela 4

Samotne matki i samotni ojcowie w liczbach bezwzględnych i strukturze poziomej (w %)

Wyszczególnienie	Matki z dziećmi	Ojcowie z dziećmi
2011	2 174 283	328 580
	(19,8%)	(3,0%)
2021	2 195 529	371 370
	(20,7%)	(3,5%)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: GUS, 2024a



Wśród przyczyn rozkładu pożycia małżeńskiego w 2023 r. Polacy wymieniali (GUS, 2024a):

- Brak dochowania wierności małżeńskiej – 2302 przypadki.
- Nadużywanie alkoholu – 1228 przypadków.
- Niepoprawny stosunek do członków rodziny – 459 przypadków.
- Trudności mieszkaniowe – 70 przypadków.
- Trudności z porozumieniem w sprawach finansowych – 286 przypadków.
- Niezgodność charakterów – 17 484 przypadki..
- Niedobór seksualny – 97 przypadków.
- Dłuższa nieobecność – 457 przypadków.
- Odmienny światopogląd – 318 przypadków.
- Inne – 1214 przypadków.

Dorośli Polacy w większości znają kogoś ze swojego otoczenia, kto się rozwiódł. Badania CBOS pokazują, że takich osób jest 67% - są to najczęściej sąsiedzi, znajomi, ktoś z rodziny, sam zainteresowany lub partner tej osoby. Ponadto większość z tych osób (63%) uważa, że rozwód był decyzją słuszną. 56% osób wskazuje, że rozwód przebiegł bez większych konfliktów np. w związku z podziałem majątku lub opieką nad dziećmi, natomiast 26% nie podziela tej tezy. 45% osób uważa, że byli małżonkowie nie potrafi utrzymać poprawnych relacji po rozwodzie. Dodatkowo obywatele uważają, że wśród przyczyn, które są wystarczającym powodem do rozwiązania małżeństwa mogłyby znaleźć się także: choroba psychiczna lub weneryczna u jednego z nich oraz niemożność posiadania dzieci (Boguszewski, 2019).

Z badań zleconych przez Rzecznika Praw Dziecka w 2014 roku wynika, że wśród dzieci i młodzieży w wieku 10-19 lat, jedna piąta z nich doświadczyła wychowywania się w rodzinie niepełnej spowodowanej migracją jednego lub dwóch rodziców. W 68% przypadków na emigracji przebywał ojciec, 14,8% dotyczyło wyjazdu matki, zaś 17,2% doświadczyło nieobecności obojga rodziców. Średni czas takiego wyjazdu to 7,6 miesiąca w przypadku ojców oraz 3,9 miesiąca w przypadku matki (Walczak, 2014).

W Polsce rodzina niepełna występuje także z powodu osadzenia któregoś z rodziców lub obu w zakładzie karnym. Nie ma jednak dostępnych żadnych oficjalnych danych, które wskazywałyby ilu z osadzonych jest jednocześnie rodzicami. W 2023 r. liczba osób przebywających w zakładach karnych to 73 822 (w tym 3683 to kobiety), z czego przestępstwa przeciwko rodzinie i opiece w przypadku znęcania, dopuściło się 3962 osoby, zaś w przypadku



uchylania się od obowiązku alimentacyjnego – 5647 osób (Ministerstwo Sprawiedliwości [MS], 2023). Ponadto w latach 2016-2021 za przestępstwa popełnione na osobach małoletnich w I instancji zostały skazane (Katana i Masłowska, 2022):

- 4402 osoby za wykorzystanie seksualne małoletniego,
- 30 osób za kazirodztwo,
- 334 osoby za rozpijanie małoletniego,
- 20 824 osób za znęcanie się,
- 940 osób za gwałt.

W systemie polskim istnieje system wsparcia rodziny i pieczy zastępczej, którego celem jest zapewnienie różnych form opieki dzieciom wychowującym się w rodzinach dysfunkcyjnych, i których rodzice nie są w stanie zapewnić adekwatnego wychowania swojemu potomstwu. Jedną z form w jaki państwo zapewnia instytucjonalną opiekę jest placówka wsparcia dziennego, wspierająca rodziny ubogie, bezrobotnych rodziców lub u których występują inne problemy, ale ze wsparciem instytucji mogą one sobie poradzić z tą sytuacją. Niektórzy badacze uznają jednak, że system owego wsparcia jest wciąż niewystarczający z powodu braku środków na zatrudnianie odpowiednich specjalistów lub budowę nowych tego typu miejsc. W efekcie nie wszystkie potrzebujące rodziny mają możliwość uzyskania potrzebnej pomocy (Kolankiewicz, 2022; Szymańczak, 2016). W roku 2021 liczba placówek wsparcia dziennego wynosiła 2950, a korzystało z niej 92,9 tys. wychowanków (GUS, 2024b).

Jeśli natomiast rodzina, mimo instytucjonalnej pomocy nie poprawiła swojej sytuacji, a bezpieczeństwo dzieci w niej jest zagrożone, sądy podejmują decyzję o umieszczeniu dziecka w pieczy zastępczej. Tworzą je rodziny (spokrewnione, zawodowe, niezawodowe) lub placówki (rodzinne domy dziecka), do których trafiają dzieci oddzielone od niewydolnych wychowawczo rodziców. Pod koniec 2023 roku ogółem w pieczy zastępczej umieszczonych było 75,3 tys. dzieci w wieku od poniżej pierwszego do 18 latków i starszych uczących się dorosłych. Jest to wzrost o 3,5% w porównaniu z rokiem 2022 (GUS, 2024b).

Istotnie dużym problem w rodzinach może być jej trudna sytuacja materialna doprowadzająca do ubóstwa. Szczególnie jest to niebezpieczne dla dzieci, gdyż niedożywienie, złe warunki higieniczne oraz mieszkaniowe nie sprzyjają poprawnemu rozwojowi. Część ubóstwa rodzin wynika z faktu bezrobocia rodziców, którzy wbrew pozorom nie zajmują się przez to bardziej swoimi dziećmi. Często są to rodziny z uzależnieniem lub innym typem zaburzeń. Dzieci i młodzież pochodzący z takowych rodzin nierzadko są obciążone



dotatkowymi obowiązkami domowymi. Istnieje także zagrożenie, że silne ubóstwo doprowadzi w końcu potomstwo do kradzieży, prostytucji lub żebrania (Tarkowska, 2011; Wójcik, 2022). Według danych, w Polsce stosuje się trzy progi ubóstwa ekonomicznego:

- 1) Ubóstwo skrajne – to dochód potrzebny do minimum egzystencji jednej osoby, gdzie mniejszy jego wymiar stanowiłby poważne zagrożenie dla przeżycia.
- 2) Ubóstwo relatywne – określa je 50% ze średniej ilości wydatków domowych w kraju.
- 3) Ubóstwo ustawowe – ustalone są w postaci kwot na osobę, które umożliwiają ubieganie się o dodatkowe środki pieniężne z instytucji pomocy społecznej.

W 2023 roku wskaźnik ubóstwa skrajnego wyniósł (GUS, 2024c):

- ogółem - 6,6%,
- rodziny z jednym dzieckiem – 2,1%,
- z dwójką dzieci – 3,4%,
- z co najmniej trójką – 6,9%,
- dla matek lub ojców utrzymujących dzieci – 2,5%.

W przypadku ubóstwa relatywnego:

- ogółem - 12,2%,
- z jednym dzieckiem – 4,9%,
- z dwójką – 7,4%,
- z co najmniej trójką – 14,4%,
- matek lub ojców z dziećmi – 3,6%.

Zasięg ubóstwa ustawowego to:

- dla ogółu - 4,1%,
- rodziny z jednym dzieckiem – 1,0%,
- z dwójką – 2,2%,
- z minimum trójką – 5,9%,
- dla samodzielnych rodziców – 1,9%.

Wnosząc powyższe najbardziej zagrożone ubóstwem są w Polsce rodziny wielodzietne (GUS, 2024c).

Występowanie przemocy w różnych jej formach w Polsce przez wielu badaczy określana jest jako wysoce rozpowszechniona. Jednakże według badań opinii publicznej z 2023 roku Polacy nie są zwolennikami stosowania fizycznych kar wobec dzieci. 72% osób uważa, że nie powinno się ich stosować w ogóle, 77% nie zgadza się z twierdzeniem, że „łanie jeszcze nikomu nie zaszkodziło”, ale 43% respondentów uważa, że bywają sytuacje, w których

dziecku powinno dać się klapsa. Wśród osób, które dopuszczają przemoc fizyczną jako metodę wychowawczą częściej są to mężczyźni (28%) niż kobiety (23%). Jednocześnie 54% badanych wskazała, że zdarzyło im się krzyknąć na potomstwo, zaś do wyzywania przyznało się 4% osób. Formy karania fizycznego jak popychanie lub szarpanie zadeklarowało 8% osób a „lanie” 4%. Autorzy badania zwracają uwagę, że skala problemu cyklicznie zmniejsza się od 2002 roku, chociaż wskazują, że coraz głośniejsze kampanie społeczne w Polsce zwracające uwagę na szkodliwość tego procederu, mogą wpływać na nie do końca zgodne z prawdą odpowiedzi. W badaniu pojawiły się także pytania dotyczące zaobserwowania przemocy w przestrzeni publicznej. I tak – 66% osób było świadkiem jak inny dorosły krzyczy na dziecko lub je obraża przynajmniej raz, natomiast 55% badanych widziało takie sytuacje kilka razy. 34% osób było także obserwatorem, kiedy ktoś szarpał dziecko, zaś bicie dziecka w przestrzeni lokalnej widziało 7% osób. Dodatkowo 31% osób zadeklarowało, że reaguje w sytuacjach bycia świadkiem przemocy wobec dziecka, zaś 42% miało wątpliwości czy powinno jakoś zareagować (CBOS, 2023).

W innym badaniu tego podmiotu z roku 2019, dotyczącego konfliktów i przemocy występujących w domu rodzinnym 71% osób wskazało, że w ich rodzinie zdarzają się nieporozumienia i konflikty, jednak u 54% osób ma to miejsce bardzo rzadko, zaś u 17% przynajmniej kilka razy w miesiącu. Jako powody owych konfliktów respondenci podają:

- Nieporządek i obowiązki domowe – 20%
- Sprawy niewielkiej rangi, błahostki – 19%
- Różnice w poglądach – 17%
- Kwestie finansowe – 11%
- Różne podejścia wychowawcze – 8%
- Alkohol – 4%

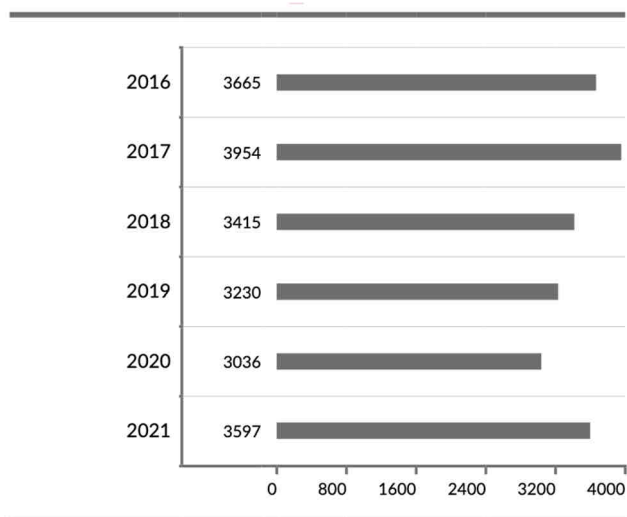
W pytaniach dotyczących znajomości będącymi ofiarami domowej przemocy 22% osób odpowiedziało, że zna taką kobietę a 20% zna ich ze swojego otoczenia kilka. 10% osób podało, że samemu padło ofiarą takiej przemocy, natomiast 8% osób przyznało się, że zdarzyło mu się być sprawcą. Ponadto 13% osób deklaruje, że było wyzywanych lub obrażanych przez partnera/partnerkę, wyśmiewanie i kpiny zaznaczyło 9% osób, groźby – 6%, przymuszanie do współżycia – 2%. Zdecydowana większość Polaków jest przeciwnikiem przemocy wobec kobiet – to 88% osób, zaś 8% uważa, że w niektórych sytuacjach może być usprawiedliwiona, natomiast przemoc wobec mężczyzn potępia 64% badanych a 27% dopuszcza, gdy zajdzie taka konieczność (Omyła-Rudzka, 2019).



W Polsce, jedną z procedur stosowanych wobec rodzin, w których występuje zjawisko przemocy celem jej monitorowania jest „Niebieska Karta”. To dokument, który może zostać opracowany przez policjantów, pomoc społeczną, placówki oświatowe, placówki ochrony zdrowia lub komisje ds. rozwiązywania problemów alkoholowych. Według danych w 2021 r., stworzono 82 tys. wniosków i widoczny jest spadek w sporządzeniu tego dokumentu, w porównaniu z np. rokiem 2016 r., gdy było ich 97 tys. Również w 2021 roku ilość osób, u których podejrzewano, że padły ofiarą przemocy to 75 761, wśród których 11 129 (15%) osób to osoby niepełnoletnie. W tym samym roku 1335 dzieci zostało odebranych z rodziny pochodzenia, ze względu na zagrożenie ich życia. Statystyki policyjne zawierają również rejestr przestępstw dotyczących „fizycznego lub psychicznego znęcania nad osobą najbliższą lub inną osobą pozostającą w stałym lub przemijającym stosunku zależności od sprawcy albo nad małoletnim lub osobą nieporadną ze względu na jej stan psychiczny lub fizyczny” (art. 207 Kodeksu karnego; Włodarczyk, 2022, s. 242). Od roku 2016 do 2021 ilość dzieci, wobec których dokonano tego przestępstwa waha się między 3 a 4 tysiące.

Rysunek 4

Ilość pokrzywdzonych małoletnich z art. 207 § 1 kk między 2016 a 2021 rokiem



Źródło: Włodarczyk, 2022, s. 243

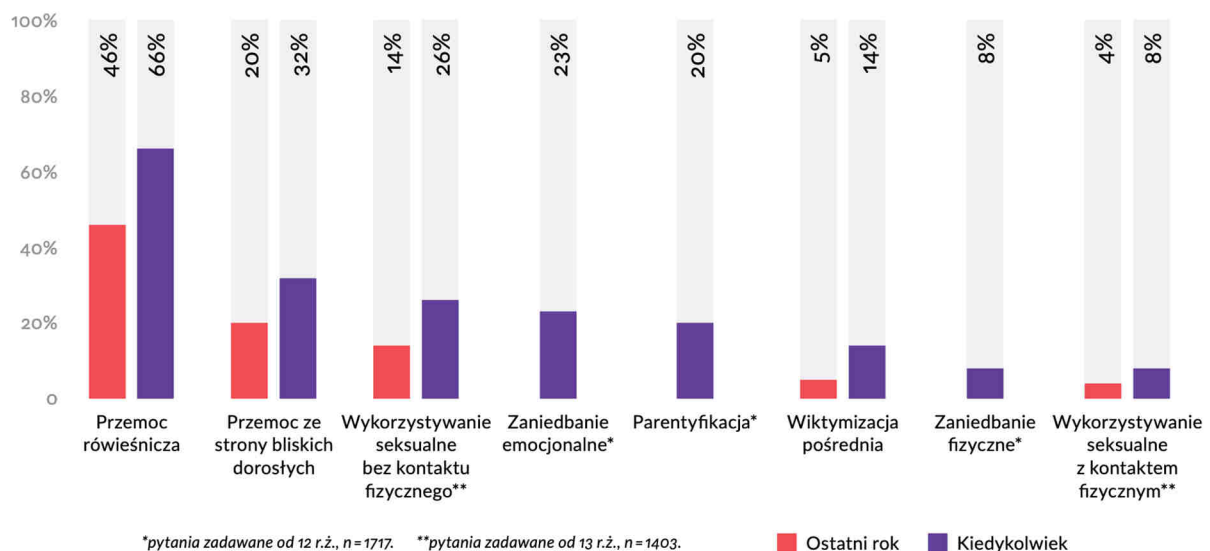
Według badań przeprowadzonych przez Fundację Dajemy Dzieciom Siłę (Makaruk i in., 2023) z 2023 roku wśród uczniów wynika, że 79% dzieci i młodzieży w wieku 11-17 lat doświadczyła minimum raz przemocy lub zaniedbania w ciągu swojego życia. Spośród ośmiu różnych kategorii wiktymizacji (bycia ofiarą przemocy), średnio wybierali dwie, które ich dotyczyły. Natomiast 27% osób wskazało na więcej tych kategorii. W pytaniach dotyczących



doświadczania przemocy w ciągu poprzedniego roku, 52% respondentów wskazało któryś z rodzajów przemocy/zaniedbania a 22% wybrało ich powyżej dwóch. Przemoc od osoby bliskiej z rodziny wskazało 32% dzieci, wykorzystanie seksualne bez kontaktu fizycznego było udziałem 26% badanych, zaś z kontaktem fizycznym 8%. Emocjonalnego zaniedbania doświadczyło 23% osób, zaś parentyfikacji (odwrócenia ról) uległa jedna piąta badanych (20%). Świadcami przemocy domowej było 14% osób, zaniedbanie fizyczne miało miejsce u 8% dzieci.

Rysunek 5

Doświadczenia różnych kategorii przemocy w ciągu życia i ostatniego roku osób w wieku 11-17 lat, N=2026



Źródło: Makaruk i in., 2023, s. 30

Uczniowie wskazywali także, że bliskimi osobami, od których doświadczyli przemocy byli najczęściej prawni opiekunowie, w 39% przypadków sprawcą był ojciec a w 42% - matka. Bycia świadkiem przemocy bliskich osób w rodzinie wobec siebie nawzajem było 14% badanych, z czego sprawcą przemocy najczęściej był ojciec (64%) a ofiarą matka (68%). Respondenci ujawnili też jakiego typu dysfunkcje występują w ich rodzinnych domach wśród domowników – 16% osób zgłosiło nadużywanie alkoholu, 3% stosowanie narkotyków a 17% występowanie choroby psychicznej (Makaruk i in., 2022).

Wśród konsekwencji występowania przemocy oraz zaniedbania wymienia się zachowania autodestrukcyjne. 22% nastolatków przyznało, że w wyniku wiktyimizacji okaleczało się a 9% podjęło próbę samobójczą (Makaruk i in., 2022).



W Polsce występuje także problem zaburzeń związany z zachowaniami uzależniającymi. Z badań z 2018 r. wynika, że wśród osób dorosłych szacunkowo 7,3% mieszkańców zmagало się z uzależnieniem od alkoholu (2,31 mln), a po przeliczeniu danych wynikło, że uzależnionych od alkoholu kiedykolwiek było 583 tys. osób, zaś od narkotyków 59 tys. (Moskalewicz i in. 2021). W 2021 r. odnotowano więcej o 40% przypadków (14 048) śmierci niż w roku poprzednim, spowodowanym nadużyciem alkoholu. Z powodu nadużycia narkotyków zmarło w 2021 r. 289 osób, co dało liczbę wyższą o 60 osób niż w 2020 roku. Ponadto w Polsce produkuje się jedne z najwyższych w Europie ilości narkotyków syntetycznych (amfetamina, metamfetamina oraz nowe substancje psychoaktywne np. syntetyczne kantynony). Spośród tych osób, które podjęły się terapii uzależnień, 45% osób nadużywało właśnie narkotyków syntetycznych (Malczewski i Jabłoński, 2023).

Wśród młodzieży w wieku 15-16 lat, którą w badaniu ankietowym zapytano o spożywanie alkoholu w ciągu ostatnich 30 dni, odnotowano 47% odpowiedzi twierdzących. W pytaniu o używanie narkotyków kiedykolwiek w życiu 21% nastolatków wskazało odpowiedź twierdzącą (Malczewski i Jabłoński, 2023).

Badania z 2019 roku przeprowadzone przez CBOS wskazują, że zagrożonych uzależnieniem od hazardu jest 11,8% osób, którym zdarza się grać w różne gry hazardowe. Jednak do nałogowego hazardu przyznaje się 0,4% respondentów. Raport podaje także, że w 2008 roku z rozpoznaniem patologicznego hazardu leczyło się 969 pacjentów, w roku 2015 było ich już 4304 i w roku 2018 nastąpił spadek do 3148 uzależnionych. Jednocześnie autorzy raportu podają, że w rzeczywistości liczba leczonych hazardzistów powinna być o 8,6 razy większa, stąd według oszacowania wynika, że w Polsce w 2018 roku było około 30 tysięcy hazardzistów (CBOS, 2019a).

W kwestii uzależnienia od Internetu i telefonu najbardziej zagrożoną grupą wydają się być ludzie młodzi poniżej 30 roku życia. Badania z 2019 roku ujawniają, że zagrożonych może być około 1,5% populacji, a w więc 465 000 osób (CBOS, 2019a). To samo badanie wskazuje, że około 11% ma problem z występowaniem pracoholizmu. Dla porównania w badaniu z roku 2015 osób tych było 19,1%, zaś zagrożonych – 36,2% (CBOS, 2015).

System prawny w Polsce obejmuje różnego rodzaju dokumenty, które zawierają wytyczne dotyczące pomocy ofiarom przemocy i zaniedbania. Jednym z nich jest *Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie* zawierająca opis procedur interwencyjnych w przypadku wykrycia naruszeń tego typu w systemie rodzinnym. Dodatkowo osoby dotknięte przemocą mogą skorzystać z darmowej pomocy prawnej oraz psychologicznej, wsparcia ośrodka interwencji kryzysowej, schronisk oraz domów samotnych matek. Podobnie osoby



uzależnione mogą skorzystać z bezpłatnych terapii prowadzonych np. w zakładach opieki psychiatrycznej lub w ośrodkach leczenia uzależnień. Państwo prowadzi też szereg programów resocjalizacyjnych dla sprawców przemocy, w szkołach zaś prowadzona jest profilaktyka z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom oraz przemocy, edukacji zdrowotnej, dyskryminacji. W przypadku rodzin ubogich państwo oferuje wsparcie socjalne, np. zapewnienie dzieciom darmowych obiadów, produkty żywnościowe, pomoc w opłaceniu rachunków itp. (Poniatowski i in., 2024).

Skonstruowane jednak raporty dotyczące występowania przemocy lub uzależnień w rodzinach nadal zawierają wiele rekomendacji, które powinno podjąć państwo, aby zapewnić skuteczniejszą ochronę rodzin, w szczególności najmłodszych jej członków. Sugerowane jest, aby zwiększyć dostępność do specjalistycznych ośrodków zajmujących się ochroną zdrowia psychicznego, skonstruować więcej i na szerszą skalę programów resocjalizacyjnych dla sprawców przemocy, wdrażać rozwiązania do wyrównywania szans dzieci z rodzin ubogich, wielodzietnych, niepełnych itp.; podejmowanie współpracy interdyscyplinarnej do interwencji w sytuacjach wykrycia przemocy itp. W rodzinach, w których występuje uzależnienie zwraca się uwagę na potrzebę monitorowania przez instytucje członków tej rodziny, jako że nadużywanie substancji jest czynnikiem ryzyka występowania przemocy domowej (Malczewski i Jabłoński, 2023; Sajkowska i Szredzińska, 2022).

Autorzy zauważają także, że chociaż w teorii pomoc poszkodowanym jest dostępna, w praktyce jej udzielanie nie zawsze jest na tyle skuteczne, aby przynosiło korzystne efekty. Szczególnie na niepokojący wskazują fakt niskiej dostępności nieodpłatnej (w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia) do usług psychiatrycznych oraz psychologicznych dla dzieci i młodzieży, które borykają się z różnymi problemami natury psychicznej, a także tych żyjących w dysfunkcyjnych rodzinach. Również dorośli Polacy zauważają, że w swojej okolicy bardzo trudno jest im skorzystać nieodpłatnej z opieki psychiatrycznej. Badania CBOS z 2021 roku wskazują, że 36% osób ocenia, że dostępność lekarzy psychiatrów jest zła, zaś 49% osób nie ma zdania w tej kwestii. Zdecydowanie lepiej oceniają oni dostęp w tym zakresie do usług prywatnych – jako dobry potwierdza to 32% osób, natomiast 53% nie ma zdania. Podobne wyniki oscylują wokół dostępności do usług psychologicznych oraz psychoterapeutycznych (CBOS, 2021).

Historia przeciwdziałania przemocy w Polsce jest jednak krótka, a jej kształtowanie rozpoczęło się dopiero w latach 90. XX wieku, czyli w czasie, kiedy w kraju miały miejsce przemiany społeczno-ustrojowe. Związane one były z zauważeniem krzywdzenia dzieci



w wielu rodzinach, walką o równy status płci i ochroną praw kobiet oraz dostrzeżeniem dość szerokiego problemu występowania alkoholizmu (zwłaszcza wśród mężczyzn). Wtedy też zaczęły powstawać pierwsze schroniska dla kobiet oraz dzieci, które uciekały przez przemocą domową. Rozpowszechniano kampanie społeczne sprzeciwiające się przemocy w formie zdjęć z podpisami: „Bo zupa była za słona”, „Bo wyglądała zbyt atrakcyjnie”, które miały na celu sprowokowanie społeczeństwa do dyskusji na temat przyzwalania na przemoc. Jednak sama ustawa o przeciwdziałaniu przemocy została uchwalona w roku 2005, a uznanie, że kary cielesne wobec dzieci są nielegalną formą dyscyplinowania – w 2010 roku. Wcześniej uznawano, że ewentualne występowanie dysfunkcji w rodzinie jest jej prywatną sprawą. Jednak od około 30 lat coraz więcej badaczy podejmuje ten temat i analizuje pod kątem szkód, jakie dysfunkcyjność rodziny wywołuje nie tylko na poziomie jednostki lub systemu rodzinnego, ale także jako przyczyna dodatkowych kosztów dla państwa. Zwraca uwagę także fakt, że młodzi Polacy wychowujący się w rodzinach dysfunkcyjnych przed lub w trakcie przemian prawnych w kontekście przemocy, prawdopodobnie nie mieli szansy otrzymania skutecznej pomocy instytucjonalnej w swojej sytuacji, nie mieli także dostępu do specjalistów zdrowia psychicznego i tym samym do dziś mogą głęboko odczuwać tego skutki (Zalewski, 2020).

3.3 Przemiany społeczno-kulturowe a struktura życia rodzinnego w Peru

Peru (oficjalnie Republika Peru) jest krajem znajdującym się na zachodniej części Ameryki Południowej, graniczącym od: północnego zachodu z Ekwadorem, północnego wschodu z Kolumbią, wschodu z Brazylią, południowego wschodu z Boliwią, południa z Chile i od zachodu z Oceanem Spokojnym. Jest trzecim największym państwem kontynentu ze stolicą w Limie, powierzchnia wynosi 1 285 216 km². Liczba ludności to 33 725 844 osób, gęstość zaludnienia 24,3 osób na 1km² (Masterson, 2009; Ministerio del Ambiente, 2021).

Historia tego kraju obejmuje okres od cywilizacji starożytnych aż po współczesność. Na terenach dzisiejszego Peru istniały bardzo zaawansowane cywilizacje indiańskie a w XV wieku w pełni ukształtowało się imperium Inków, które słynęło z bardzo wszechstronnej inżynierii pod postacią systemów irygacyjnych, tarasów rolniczych na stromych zboczach Andów, wielu zbudowanych dróg i mostów linowych. Było także dobrze rozwinięte gospodarczo, mimo że główną osią systemu było rolnictwo. Jednak dzięki dobremu zarządzaniu Inkowie posiadali zawsze duże nadwyżki żywności, którą po specjalnym przetworzeniu przechowywali w spichlerzach (*qullqa*). Na początku XVI wieku na owym terenie pojawili się Hiszpanie, którzy rozpoczęli konkwistę i tym samym proces kolonizacji,



polegający na wprowadzeniu prawa i praktyk europejskich, wierzeń i zwyczajów religii katolickiej oraz budowie nowych miast. Ludność rdzenna była wykorzystywana do ciężkiej pracy na rzecz kolonistów, która polegała na budownictwie oraz wydobyciu złota i srebra. Od tego czasu rozpoczął się trwały proces zmian społeczno-kulturowych w Peru, mimo podejmowania prób oporu przez rdzennych mieszkańców, które przez znaczną przewagę Hiszpanów były dość szybko tłumione. W XVIII wieku pod wpływem niezadowolenia społeczeństwa z planu wprowadzenia nowych reform, w wyniku których warunki życia ludności uległyby kolejnemu pogorszeniu, obywatele podjęli starania o uzyskanie niepodległości. Udało się to w roku 1821 a trzy lata później odzyskano pełną niezależność państwa. Czas po odzyskaniu niepodległości nacechowany był wieloma konfliktami wewnątrz kraju - wybuchały zamachy stanu a ludzie objęci byli dyktaturą. W XX wieku Peru doświadczało wielu reform rządu polegających na modernizacji gospodarki by zredukować nierówności. Doprowadziło to do hiperinflacji, przez co wielu obywateli żyło w ubóstwie, występowała znaczna dysproporcja w społeczeństwie w dostępie do dóbr i usług oraz panowało powszechne bezrobocie. W latach 80. zbrojną działalność rozpoczęła maoistowska organizacja partyzancka *Świetlisty Szlak*, której zamiarem było obalenie rządu i wprowadzenie komunizmu. Ich działania to przede wszystkim: ataki terrorystyczne, polityczne zabójstwa, zamachy na wioski, policję i żołnierzy. Doprowadzili także do masowych przesiedleń na bieżąco skuteczniejąc propagandę, pogłębiając podziały w społeczeństwie i prowadząc politykę strachu. W wyniku tych działań życie straciło ponad 70 tysięcy ludzi. W latach 90. rządowi udało się częściowo stłumić rebelię, jednak działania te naruszały prawa człowieka m.in. przez stosowanie tortur, porwania, masowe egzekucje. Owe czynności skierowane były wobec członków Świetlistego Szlaku oraz obywateli, co do których istniało podejrzenie, że wspierają rebeliantów. Wiek XXI to znaczny wzrost w sektorze gospodarki, głównie dzięki wydobywaniu minerałów i metali, jednak kraj ten nadal zmaga się z korupcją, niestabilnością polityczną objawiającą się częstymi zmianami rządów. W społeczeństwie wciąż występują nierówności etniczne i ekonomiczne oraz znaczna dysproporcja jakości życia między mieszkańcami miast a terenów wiejskich i peryferyjnych (ludność cały czas migruje z wsi do dużych miast) oraz brak zaufania do obecnej władzy (Bar, 1999; Gozdowski, 2019; Masterson, 2009).

Według raportu FTSE Russel z 2023 roku, Peru klasyfikuje się jako kraj z rynkiem pogranicznym, czyli rozwijającym się, ale będącym na wstępnym etapie rozwoju. Oznacza to, że gospodarka kraju ma mniejszą stabilność ekonomiczną i wszelkie inwestycje obarczone są wyższym ryzykiem finansowym. Społecznie, może to prowadzić do większych nierówności



i ograniczeń w dostępie do zasobów oraz usług, co wpływa na ogólne warunki życia obywateli (FTSE Russel, 2023). Z kolei z Raportu Rozwoju Społecznego zestawionego przez UNDP wynika, że Peru znajduje się na liście krajów z wysokim poziomem rozwoju ludzkiego, zajmując miejsce 87 na 193 kraje wzięte pod uwagę w zestawieniu ogólnym. Wskazana analiza dokumentu podaje, że: (a) średnia przewidywana długość życia to 73,4 lat, (b) przewidywane lata nauki szkolnej wynoszą 14,8 lat, (c) średnia liczba lat nauki szkolnej to 10 lat, (d) średni dochód narodowy brutto na mieszkańca wynosi 11,916 \$ (UNDP, 2024a). W innym zestawieniu UNDP dotyczącego Globalnego Wielowymiarowego Indeksu Ubóstwa (*Global Multidimensional Poverty Index: Poverty amid conflict*) Peru przedstawione jest jako państwo rozwijające się, w którym 6,4% populacji żyje w wielowymiarowym ubóstwie, a kolejne 10% populacji jest na nie narażone. Wielowymiarowość przedstawiona jest w szerszym kontekście, uwzględniając różnorodne czynniki wpływające na dobrobyt tj. edukację, standard życia, zdrowie, warunki mieszkaniowe czy dostęp do elektryczności i czystej wody. W porównaniu z innymi krajami Ameryki Południowej, Peru wykazuje dość niski poziom ubóstwa wielowymiarowego w regionie (UNDP, 2024b).

Kraj ten jest wyraźnie zróżnicowany etnicznie, na co wpłynęły historyczne procesy kolonizacji a także migracje wewnętrzne. W skład Peruwiańskiego społeczeństwa wchodzi rdzenne ludy Ameryki Południowej, Europejczycy, Afro-Peruwiańczycy oraz mniejszości azjatyckie. Ponadto od połowy XX wieku ludzie masowo przeprowadzają się z terenów wiejskich do miast w poszukiwaniu lepszych perspektyw ekonomicznych i edukacyjnych. Głównym celem migracji jest stolica państwa – Lima, w której liczba populacji miejskiej stale rośnie, tworzą się osiedla *pueblos jóvenes* (obrzeża miasta), gdzie dostęp do podstawowych usług jest znacznie ograniczony i występuje niski standard życia. Przenoszenie się ludności ma wpływ na strukturę etniczną miasta, w którym uwidoczniła się wielokulturowość, występują problemy z integracją i dostępem do zasobów. Sytuacja ta nie pozostaje bez wpływu na system rodzinny, którego funkcjonowanie uzależnione jest też w dużej mierze od miejsca zamieszkania (Gozdowski, 2019).

W badaniach Hofstede (1980, 1997) Peru jawiło się jako kraj zdecydowanie kolektywistyczny, z przewagą dystansu wobec władzy. Jednak w kolejnych badaniach zaobserwowano, że tendencja dla tych wymiarów powoli zmienia się w kierunku występowania bardziej średnich poziomów (choć nadal z przewagą kolektywizmu; Luque de i Genaro, 1999). Zmiany te objawiają się w społeczeństwie za sprawą postępującej globalizacji i modernizacji w państwie. Szczególnie wśród młodszych obywateli, zamieszkujących tereny miejskie występuje tendencja do postaw indywidualistycznych,



zwłaszcza w kontekście rozwoju własnej kariery zawodowej, dążenia do niezależności finansowej czy wyboru stylu życia. Mimo tego, cechy kolektywistyczne nadal występują, zwłaszcza na terenach wiejskich i szczególnie widoczne są one w rodzinach, które są przeważnie silnie zżyte, zamieszkują w pobliżu siebie bliżsi a czasem też dalsi krewni. Pary, które postanowiły założyć oddzielne gospodarstwa przeważnie wybierają miejsca do życia blisko swoich rodzin, ale do czasu zawarcia małżeńska czy ukończenia szkoły pozostają w domu rodzinnym. Ponadto członkowie często wymagają wzajemnej lojalności a od młodszego pokolenia, że zaopiekuje się starszym, gdy zajdzie ku temu potrzeba. Rodziny miejskie najczęściej przybierają postać nuklearnej z dwójką lub trójką dzieci. Na wsiach przeważają rodziny poszerzone z czwórką lub piątką dzieci (Cuesta i in., 2017; Reynolds, 2022; Scroope, 2018). Podobnie w wymiarze *dystansu władzy* widoczne są procesy społecznej transformacji, gdzie tradycjonalizm współwystępuje z nowoczesnymi trendami świata zachodniego. Obecnie zaobserwować można stopniowe zmiany, kierujące się w stronę bardziej egalitarnych relacji. W przedsiębiorstwach ulokowanych w większych miastach struktury hierarchiczne są stosunkowo płaskie. Podwładni okazują respekt swoim pracodawcom, ale jednocześnie mogą oni wyrażać swoje opinie, a między jednym i drugim występuje pewien stopień elastyczności w relacjach. W rodzinach starsze pokolenie może liczyć na szacunek i autorytet, jednocześnie pozwalając na otwartą komunikację; dzieci są zachęcane do udziału w życiu rodzinnym. Podobnie jak przy poprzednim wymiarze, poziom dystansu władzy może być zależny od miejsca zamieszkania – w większych metropoliach będzie on bardziej uśredniony, większy zaś występuje we wioskach, gdzie tradycja nadal ma silny wpływ na życie grupy (Katz, 2017; Luque de i Genaro, 1999; Scroope, 2018).

W wymiarze *poczucia niepewności* zgodnie z wcześniejszymi badaniami (Hofstede 1980, 1997) Peruwiańczycy odznaczali się jego dość wysokim poziomem. Kolejne badania (Luque de i Genaro, 1999) ukazały, że obecnie obywatele wykazują minimalnie większą tolerancję na niepewność, lecz dalej jest ona przodująca w społeczeństwie. Jej zwiększenie może być efektem doświadczeń politycznych i ekonomicznych, które miały miejsce w tym kraju na przestrzeni ostatnich kilkudziesięciu lat. Zmienność warunków życiowych, które cechowały ten okres, mogły przyczynić się do większej adaptacji społeczeństwa na niejednoznaczne sytuacje. Jednakże tendencja do wyższego poziomu poczucia niepewności nadal w wielu sytuacjach wpływa na zachowania społeczne, co widoczne jest na przykładzie inwestycji w system ochrony domu. 52% Peruwiańczyków i 74% mieszkańców stolicy uważa, że jednym z głównych problemów w kraju jest przestępczość i występujące kradzieże mienia. Mimo to jedynie 22% obywateli posiada jakieś zabezpieczenie, chroniące dom przed



ewentualnym rabunkiem (Álvarez, 2019). Dodatkowo mieszkańcy zwracają uwagę na powszechną korupcję, wysokie koszty życia nieadekwatne do poziomu zarobków, dyskryminacja płciowa; część z obywateli uważa także, że poziom edukacji w Peru jest przeciętny. Położenie geograficzne państwa także sprzyja poczuciu niepewności, gdyż występujące co jakiś czas trzęsienia ziemi, kamieniste lawiny, ulewne deszcze i inne klęski żywiołowe w znacznym stopniu uszkadzają infrastrukturę oraz miejsca zamieszkania Peruwiańczyków. Poziom tego wymiaru zależny jest od miejsca zamieszkania – w większych miastach warunki bytowe są lepsze niż na terenach wiejskich, a więc mieszkańcy mogą mieć wyższe poczucie pewności, co do swojej sytuacji, szczególnie finansowej. Objawia się to także przez ograniczenie liczby potomstwa i podejmowanie dodatkowej pracy. Na wioskach to poszerzona rodzina, obejmująca wielu jej członków staje się źródłem wsparcia nawet w obliczu występującej dużej niepewności. (Institut Public de Sondage d'Opinion Secteu [Ipsos], 2023, 2024a, Scroope, 2018).

W wymiarze *męskości/kobiecości* badania ukazały, że kulturę Peru charakteryzuje bardziej *kobiecość* (Hofstede, 1980, 1997, Hofstede i in., 2011). Istotnie, w opinii wielu Peruwiańczyków matka jest uosobieniem troski i świętości, jest szanowana i zajmuje bardzo ważną pozycję w rodzinie. To ona jest odpowiedzialna za wychowanie dzieci, zarządza także domowym budżetem i podejmuje wiele ważnych decyzji w rodzinie. Natomiast w rodzinach zamożniejszych, nadzoruje pracę zatrudnionej pomocy domowej, którą wykonują najczęściej kobiety pochodzące z niższych warstw społecznych, chcące w ten sposób zarobić na utrzymanie własnej rodziny (Hudson, 1993; Scroope, 2018). Jednocześnie w kraju tym nadal panuje dyskryminacja płciowa i obecny jest patriarchy. Mężczyźni peruwiańscy często odgrywają tradycyjną, dominującą rolę w społeczeństwie określaną jako *machismo*, czyli męczyzny silnego, niezależnego, odważnego, przy czym część z nich odzwierciedla te cechy przez agresję. Prowadzi to w wielu przypadkach, po pierwsze: do występowania częstej przemocy wobec kobiet, po drugie do ich marginalizacji (Castro i in. 2017; Huamani-Cahua i in., 2023). Według wykazów statystycznych zatrudnionych jest 75% Peruwiańczyków a Peruwianek 54,5%, co czyni mężczyzn w wielu przypadkach głównymi żywicielami rodziny (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2024b). Jednak ta część pracujących kobiet oprócz tego, że ma finansowy wkład we wspólny budżet, dodatkowo zajmuje się domem i potomstwem. Według sondaży w młodszym pokoleniu następuje pewna zmiana, co do postrzegania ról płciowych. Najnowsze badania Ipsos wskazują, że 10% mężczyzn bierze udział w obowiązkach związanych z domem, a kobiety coraz chętniej chcą dbać o swoje wykształcenie i karierę zawodową (Torres, 2017). Przemoc wobec kobiet i *machismo* to



wyraźne sprzeczności, które pokazują, że wyższy poziom w wymiarze kobiecości niekoniecznie eliminuje patriarchalne postawy czy dyskryminację płci. Jest to jednak przykład tego, jak wielowymiarowe jest peruwiańskie społeczeństwo. Współcześni badacze upatrują rozwiązania tych problemów w ciągłej edukacji, zmianach legislacyjnych oraz promocji równości płci na wszystkich poziomach społecznych (Álvarez Pecol, 2018; Torres, 2017).

Spółeczność tego kraju charakteryzuje także orientacja *krótkoterminowa* (Hofstede i in., 2011), która przejawia się w mocnym przywiązaniu do tradycji (zwłaszcza rodzinnej) i wpajaniu jej młodszemu pokoleniu (Scroope, 2018). W większości przypadków Peruwiańczycy nie mają skłonności do oszczędzania na przyszłość, skupiają się także bardziej na zyskach teraźniejszych niż na długoterminowych planach. Ponadto większość obywateli nie ma wystarczającej wiedzy dotyczącej planowania finansowego (Toledo i Leon Reyes, 2023). Nie lubią także bezpośrednich konfrontacji z innymi, ich komunikacja jest zazwyczaj pośrednia a wszelkie problemy wolą rozwiązywać z ewentualnym gorszym efektem, ale „tu i teraz” niż podejmować się dłuższej pracy nad relacjami (Scroope, 2018). Nawet decyzje o posiadaniu potomstwa bywają podejmowane spontanicznie. Według statystyk 31,7% matek, które urodziły dziecko w 2023 roku wołałyby odłożyć posiadanie tego dziecka na później, zaś 20,5% nie chciało mieć już dzieci w ogóle (INEI, 2024c).

Obywatele Peró przejawiają także umiarkowaną *pobłażliwość/powściągliwość* (Hofstede i in., 2011), które ujawniają się w zależności od sytuacji. Z jednej strony naród ten lubi świętować wszelkie wydarzenia rodzinne, brać udział w różnych lokalnych festiwalach, spotykać się z rodziną i przyjaciółmi, celebrować czas wolny, okazywać gościnność. Są także raczej pozytywnie nastawieni do życia i „żyją chwilą” co współgra z wymiarami krótkoterminowości i kolektywizmu, którymi się cechują. Z drugiej strony społeczeństwo to przywiązuje dużą wagę do społecznych norm i tradycji oraz przestrzegania zasad zwłaszcza w sytuacjach formalnych. Posłuszeństwa wymaga się także od dzieci, a osoby młodsze powinny czuć respekt przed starszymi. Także interakcje między różnymi warstwami społecznymi w Peró są bardziej powściągliwe i sformalizowane. (Guillen-Royo, 2008; Guillen-Royo i Velazco, 2012; Scroope, 2018; Somarriba i in., 2022).

3.3.1 Dane strukturalne dotyczące rodziny peruwiańskiej i występujących w niej dysfunkcji.

Przemiany w strukturze gospodarstw domowych w Ameryce Łacińskiej są związane z szeregiem czynników społeczno-ekonomicznych oraz kulturowych. Podczas gdy w Europie



zmiany w składzie rodzin następowały od połowy XX wieku, tak w krajach południowoamerykańskich nastąpiły pod koniec XX wieku i z początkiem XXI. W państwach europejskich w tym czasie zauważalny był już spadek liczby urodzeń, natomiast w Ameryce Południowej populacja zwiększyła się od 1950 roku (67,3 mln ludności) ponad 3 krotnie względem 2010 roku (588,6 mln ludności; Dembicz, 2014). W ostatnich latach jednak zauważalny jest spadek dzietności a badacze zwracają uwagę na zmianę składu wewnątrz rodziny (Cavagnoud, 2023). W poprzednim stuleciu dominowały rodziny pełne, wielodzietne i wielopokoleniowe, obecnie zaś liczba dzieci w rodzinie zmniejsza się, wydłuża się za to średnia długość życia. Nastąpił wzrost aktywności zawodowej kobiet, zwiększyła się migracja ludności do miast w poszukiwaniu lepszych perspektyw, finalnie powodując nawet ich przeludnienie. Odnotowano także zwiększenie liczby małych rodzin i dominację modelu rodziny nuklearnej - zwłaszcza wśród warstw społecznych z lepszym dostępem do edukacji. Za sprawą coraz wyższej liczby rozwodów, liczniejsze stają rodziny niepełne, gospodarstwa jednoosobowe oraz rodziny, w których samotne kobiety opiekują się zarówno swoimi dziećmi (jako samodzielne matki) jak i swoimi starzejącymi się rodzicami (Cavagnoud, 2023; Dembicz, 2014).

Badania demograficzne i socjologiczne rodzin w Peru były w ciągu ostatnich dziesięcioleci nieliczne i głównie koncentrowały się na dostępie kobiet do rynku pracy, występującego ubóstwa lub spadku płodności. Spadek dzietności i przekształcenia w obrębie rodzin zauważone zostały w społeczeństwie peruwiańskim od lat 90. XX wieku. Starzenie się populacji, wzrost oczekiwanej długości życia także powodują główne zmiany demograficzne, które miały miejsce w ostatnich dekadach w Peru. Gospodarstwa domowe również ewoluują w odpowiedzi na wszystkie zachodzące w społeczeństwie zmiany (Álvarez Pecol, 2020; Cavagnoud, 2023).

Zgodnie z ostatnim spisem ludności z 2017 roku, przeprowadzonym przez Narodowy Instytut Statystyki i Informatyki (*Instituto Nacional de Estadística e Informática* [INEI]) stan cywilny w społeczeństwie zmienił się w ciągu ostatnich 36 lat. Ich przyczyny autorzy dopatrują w większym zaangażowaniu kobiet w rozwijanie kariery zawodowej i wzroście poziomu edukacji. Narodowe Spisy Ludności w Peru zawierają informacje o stanie cywilnym osób w wieku 12 lat i starszych. Według danych z 2017 wszystkich takich osób było 23 196 391, zaś w 2007 roku - 20 850 502. Od roku 1981 widoczny jest też wzrost osób w związkach nieformalnych (konkubinat) z 1 336 326 do 6 195 795 w roku spisowym, podczas gdy liczba osób będących w małżeństwie spadła z 38,4% do 25,7%. Zmniejszyła się też liczba osób



samotnych z 43,3% do 38,5%, za to zaobserwowano wzrost osób rozwiedzionych z 114 093 w 2007 roku do 209 707 w roku 2017 (INEI, 2018).

Tabela 5

Spis ludności Perú według stanu cywilnego

Stan cywilny lub małżeński	1981	%	1993	%	2007	%	2017	%
Razem	11 152 131	100	15 307 295	100	20 850 502	100	23 196 391	100
W związku nieformalnym	1 336 326	12	2 488 779	16,3	5 124 925	24,6	6 195 795	26,7
Rozwiedziony/a	181 813	1,6	269 495	1,8	714 242	3,4	968 413	4,2
W związku małżeńskim	4 285 091	38,4	5 384 534	35,2	5 962 864	28,6	5 959 966	25,7
Wdowiec/wdowa	520 589	4,7	617 750	4	809 707	3,9	940 437	4,1
Rozwiedziony/a	-	-	65 654	0,4	114 093	0,5	209 707	0,9
Kawaler/panna	4 828 312	43,3	6 481 083	42,3	8 124 671	39	8 922 073	38,5

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: INEI, 2018

Typy gospodarstw domowych występujących w Perú, klasyfikuje się według ich składu lub struktury i obejmują:

1. Gospodarstwa nuklearne: składają się z małżeństwa/konkubinat lub rodziny niepełnej dzietnej bądź bezdzietnej.
2. Gospodarstwa rozszerzone: obejmują małżeństwo/konkubinat (dzietne i bezdzietne) lub rodzica z dzieckiem oraz innymi członkami rodziny.
3. Gospodarstwa złożone: w ich skład wchodzi małżeństwa/konkubinat z dziećmi lub bez, oraz inni członkowie z rodziny, albo spoza rodziny.
4. Gospodarstwa jednoosobowe.
5. Gospodarstwa bez rdzenia rodzinnego – nie zawierają wśród członków małżeństwa lub osób w związku nieformalnym, ale mogą obejmować innych krewnych oraz osoby spoza rodziny.

Według danych, w kraju odnotowano 8 252 284 gospodarstwa domowe i w porównaniu z rokiem 2007 jest to wzrost o 22,2%. Większość z nich - 6 402 380 gospodarstw (77,6%) znajduje się na terenach miejskich, podczas gdy 1 849 904 gospodarstw (22,4%) na terenach wiejskich. W ciągu ostatniego dziesięciolecia ich liczba w miastach wzrosła o 31,2%, zaś na obszarach wiejskich spadła o 1,3%. Największą liczbę stanowią gospodarstwa nuklearne i w porównaniu z 2007 rokiem jest ich o 24,2% więcej. Spadła natomiast ilość rodzin złożonych o 27,9%. Gospodarstwa jednoosobowe wykazały największy wzrost procentowy (74,2%), zwiększając się o 589 482 (INEI, 2018).



Tabela 6

Gospodarstwa domowe w Peru według typu

Typ gospodarstwa	1993	2007	2017	Wzrost międzypisowy 2007-2017	Średni roczny wzrost
Razem	4 762 779	6 754 074	8 252 284	1 498 210 (22.2%)	149 780
Nuklearne	2 581 930	3 577 316	4 451 706	874 390 (24.4%)	87 415
Rozszerzone	1 192 428	1 695 898	1 701 064	5166 (0.3%)	516
Złożone	226 963	283 624	204 418	-79 206 (-27.9%)	-7 918
Jednoosobowe	451 160	794 661	1 384 143	589 482 (74.2%)	58 932
Bez rdzenia rodzinnego	310 298	402 575	510 953	108 378 (26.9%)	10 835

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: INEI, 2018

W Peru gospodarstwa domowe są też klasyfikowane ze względu na „głowę rodziny” (*jefe del hogar*), czyli osoby, która jest określana na podstawie dwóch kryteriów: (a) wkładu ekonomicznego do gospodarstwa domowego oraz (b) decyzji jego członków w tym zakresie. W obu przypadkach to osoby zamieszkujące gospodarstwo wskazują, kto jest głową rodziny. Identyfikacja głowy rodziny jest ważna, ponieważ pozwala określić status społeczno-ekonomiczny gospodarstwa domowego. Spośród wszystkich istniejących w kraju, 65,3% ma jako głowę rodziny mężczyznę, co odpowiada 5 385 269 gospodarstw. Natomiast kierowane przez kobiety stanowią 34,7%, czyli 2 867 015. Między spisami nastąpił wzrost gospodarstw kierowanych przez mężczyzn o 11,5%, zaś przez kobiety o 41,9%. Autorzy raportu tłumaczą, że domy prowadzone przez kobiety mogły zwiększyć się tak dynamicznie z powodu zmian społecznych np. przez większy udział w rynku pracy, migrację, zmniejszenie liczby małżeństw czy wzrost liczby gospodarstw jednorodzinnych (INEI, 2018).

Tabela 7

Gospodarstwa domowe według płci jako głowy rodziny w Peru

Typ gospodarstwa	2007 Mężczyźni	- 2007 Kobiety	- 2017 Mężczyźni	- 2017 Kobiety	Wzrost mężczyźni (2007- 2017)	Wzrost kobiety (2007- 2017)
Razem	4 831 779	1 922 295	5 385 269	2 867 015	553 490 (11,5%)	944 720 (62%)
Nuklearne	2 764 926	812 390	3 136 408	1 315 298	371 482 (13%)	50 2908 (13%)
Złożone	199 622	84 002	129 263	75155	-70 359 (-35%)	-8 847 (-11%)
Rozszerzone	1 173 346	522 552	1 059 190	641 874	-114 156 (-10%)	119 322 (23%)
Jednoosobowe	493 723	30 938	807 099	577 044	313 376 (63%)	276 106 (92%)
Bez rdzenia rodzinnego	200 162	202 413	283 309	257 644	53 147 (27%)	55 231 (27%)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: INEI, 2018

Spośród gospodarstw domowych zróżnicowanych ze względu na ilość osób, największy odsetek stanowią 3-4 osobowe – w 2017 roku ich liczba to 3 267 983 (39,6%). Gospodarstwa jednoosobowe wzrosły z 11,8% w 2007 roku (794 661) do 16,8% w 2017 roku (1 384 143) zaś spadek odnotowano wśród rodzin 7 i więcej osobowych z 11,9% (806 440) w 2007 roku do 5,7% (468 776) w 2017 roku.

Tabela 8

Gospodarstwa domowe według liczby członków w Peru

Liczba członków	Liczba gospodarstw w 2007	2007 (%)	Liczba gospodarstw w 2017	2017 (%)
Razem	6 754 074	100.0	8 252 284	100.0
1	794 661	11.8	1 384 143	16.8
2	943 300	14.0	1 472 190	17.8
3 do 4	2 623 352	38.8	3 267 983	39.6
5 do 6	1 586 321	23.5	1 659 192	20.1
7 i więcej	806 440	11.9	468 776	5.7

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: INEI, 2018

Raport odnosi się także do kwestii dzietności w kraju i podaje, że kobiety w wieku reprodukcyjnym to te, których wiek mieści się w przedziale od 15 do 49 lat. W roku 2017 zarejestrowano 7 845 787 takich kobiet. Stanowią one 52,5% całkowitej liczby kobiet w kraju. Wyniki spisu ludności wskazują, że średnia liczba urodzeń na poziomie krajowym wynosi 1,5. Jest ona niższa niż obserwowana w spisie z 2007 roku, kiedy wynosiła 1,7. W porównaniu do średniej liczby dzieci na kobietę w 1993 roku, spadek wynosi 0,7 dziecka. Wyniki te potwierdzają proces spadku płodności, który jest odnotowywany w Peru w ciągu ostatnich 24 lat.

Tabela 9

Liczba żywych urodzeń w Peru między 1993 a 2007 rokiem

Grupa wiekowa	1993 Kobiety w wieku rozrodczym	1993 Urodzone żywe dzieci (średnia liczba dzieci)	2007 Kobiety w wieku rozrodczym	2007 Urodzone żywe dzieci (średnia liczba dzieci)	2017 Kobiety w wieku rozrodczym	2017 Urodzone żywe dzieci (średnia liczba dzieci)
Razem	5 630 378	12 312 773 (2,2)	7 356 048	1 253 5342 (1,7)	7 845 787	1 177 4359 (1,5)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: INEI, 2018



W dokumentach dotyczących populacji peruwiańskiej zwraca się także uwagę na coraz częściej występujące samotne rodzicielstwo – w szczególności wśród matek. Monoparentność, zarówno w przypadku matek, jak i ojców, stanowi istotny temat w badaniach społecznych, zwłaszcza w kontekście zmian demograficznych i społecznych, występujących w krajach rozwijających się. W Peru samotne matki oraz ojcowie muszą mierzyć się z licznymi wyzwaniami, które mają wpływ na ich funkcjonowanie w społeczeństwie. Samodzielne matki stanowią znaczną część gospodarstw domowych. Spis ludności z 2017 roku ujawnia istnienie 765 246 gospodarstw domowych prowadzonych przez samotne matki i ojców, co stanowi 9,3% całkowitej liczby gospodarstw. W okresie międzypisowym 2007–2017 ich liczba wzrosła o 309 039, co oznacza wzrost o 67,7%. W tej kategorii gospodarstw domowych liczebnie przeważają te prowadzone przez samotne matki (645 032), w porównaniu do gospodarstw prowadzonych przez samotnych ojców (120 214). Wśród nich 63,7% samotnych matek i 51,2% samotnych ojców wychowuje co najmniej jedno dziecko poniżej 18 roku życia. Samotne matki są definiowane w badaniach jako kobiety niezamężne, rozwiedzione, wdowy lub żyjące w separacji, które same sprawują opiekę nad swoimi dziećmi. W ostatnich dekadach zmieniło się postrzeganie samotnych matek – obecnie większość z nich to kobiety dorosłe w wieku 30–44 lat, a nie jak wcześniej uważano - głównie nastolatki (INEI, 2019).

Tabela 10

Ilość samotnych matek i ojców w 2007 i 2017 roku

Kategoria	2007	Procent	2017	Procent	2007	Procent	2017	Procent
	Matki samotne	Matki samotne	Matki samotne	Matki samotne	Ojcowie samotni	Ojcowie samotni	Ojcowie samotni	Ojcowie samotni
Łącznie	375 240	100.0	645 032	100.0	80 967	100.0	120 214	100.0
Mniej niż 18 lat	247 222	65.9	410 834	63.7	44 687	55.2	61 589	51.2
18 lat i więcej	128 018	34.1	2 34198	36.3	36280	44.8	58 625	48.8

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: INEI, 2019

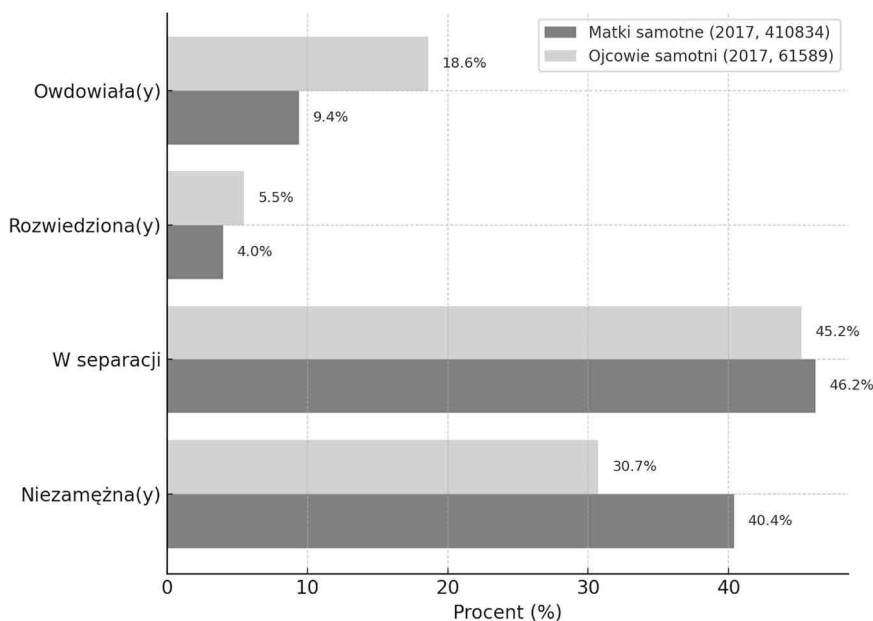
Większość samotnych matek i ojców z dziećmi poniżej 18 roku życia zadeklarowała swój stan cywilny jako osoba rozwiedziona lub w separacji (odpowiednio 46,2% i 45,2%). Podkreśla się również znaczący odsetek samotnych ojców, którzy są wdowcami (18,6%),



w porównaniu do 9,4% samotnych matek w tej samej sytuacji. Duży udział stanowią samotne matki niezamężne (40,4%), podczas gdy odsetek niezamężnych samotnych ojców jest mniejszy (30,7%).

Rysunek 6

Samotni rodzice z dziećmi poniżej 18 roku życia według stanu cywilnego w 2017 roku



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: INEI, 2019

Wśród samotnych matek z dziećmi poniżej 18 roku życia:

- 167 992 (40,9%) ma jedno dziecko,
- 143 362 (34,9%) dwoje dzieci,
- 65 573 (16,0%) troje dzieci,
- 33 907 (8,3%) czworo lub więcej dzieci.

Wśród samotnych ojców z dziećmi poniżej 18 roku życia:

- 28 464 (46,2%) ma jedno dziecko,
- 20 034 (32,5%) dwoje dzieci,
- 8 716 (14,2%) troje dzieci,
- 4 375 (7,1%) czworo lub więcej dzieci (INEI, 2019).

Autorzy opracowania zwracają uwagę, że znaczący odsetek gospodarstw, zarówno matek (19,3%), jak i ojców (25,5%) nie ma dostępu do ubezpieczenia zdrowotnego, co stawia te rodziny w trudnej sytuacji, szczególnie w przypadku nagłych potrzeb zdrowotnych lub występowania chorób. Kolejnym problemem, jaki został wskazany jest to, że według spisu

ludności z 2017 roku 59 865 gospodarstw domowych prowadzonych przez samodzielne matki oraz 8 692 gospodarstwa prowadzone przez samodzielnych ojców z dziećmi poniżej 18 roku życia nie mają dostępu do oświetlenia elektrycznego. Ponadto 18,2% gospodarstw prowadzonych przez samotnych rodziców takich dzieci nie ma dostępu do wody z sieci publicznej. Spośród nich 7,2% zaopatruje się w wodę z studni, a 11,0% korzysta z dostaw wody z cysterny, rzeki, kanału irygacyjnego, źródła itp. (INEI, 2019).

Występowanie ubóstwa w Peru jest jednym z przejawów dysfunkcyjności w obrębie rodzin. Według wykazów statystycznych z 2022 roku 27,5% populacji żyło w ubóstwie pieniężnym a 5% osób dotknięte jest ubóstwem skrajnym. Rodziny żyjące w ubóstwie często borykają się z ograniczonym dostępem do edukacji, opieki zdrowotnej oraz podstawowych usług, takich jak bieżąca woda czy elektryczność. Dane wskazują, że 36,8% osób w sytuacji ubóstwa miało wykształcenie jedynie na poziomie podstawowym, a 33,5% dzieci w wieku od 6 do 11 lat miało opóźnienia w nauce, co może być efektem braku wsparcia edukacyjnego w rodzinie. Niedobory kaloryczne dotyczyły 36,2% populacji, a anemia 42,4% dzieci w wieku od 6 do 35 miesięcy (INEI, 2023). Badania przeprowadzone na terenie stolicy państwa – Limy oraz w innych rejonach Peru ukazały, że występowanie w rodzinach ubóstwa materialnego jest istotnie powiązane z wyższym ryzykiem występowania przemocy w rodzinach, niedożywienia, występowania zaburzeń psychicznych, wzrostu przestępczości, korupcji a także uzależnień od alkoholu i narkotyków. Ponadto kobiety są bardziej narażone na ubóstwo ze względu na nierówności płacowe, stereotypy społeczne i obciążenie obowiązkami rodzinnymi (Merino Núñez, 2020; Morán-Mariños i. in., 2019).

Kolejnym czynnikiem, który ma związek z dysfunkcyjnością rodzin peruwiańskich jest występowanie przemocy. Według danych z badań w 2023 roku, 53,8% kobiet padło ofiarą przemocy stosowanej przez męża lub partnera co najmniej raz w życiu. Wśród form przemocy wyróżniono:

- Wobec 49,3% kobiet stosowanie przemocy psychicznej obejmujące agresję słowną, obelgi, zniewagi, oszczerstwa, krzyki, upokorzenia, groźby, a także działania mające na celu kontrolowanie i obniżenie samooceny kobiety.
- 27,2% kobiet doświadczyło przemocy fizycznej, np. popychania, uderzania, kopania, policzkowania itp.
- U 6,5% kobiet wystąpiła przemoc seksualna.

Raport zaznacza, że między rokiem 2018 a 2023 wśród kobiet badanych nastąpił spadek występowania przemocy fizycznej/seksualnej o 2,6%, jednakże w 2023 roku nadal 8 na 100



kobiet, które były kiedykolwiek zamężne lub w związku, zadeklarowały, że padły ofiarą przemocy fizycznej i/lub seksualnej ze strony obecnego lub ostatniego partnera w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Skutkami, jakie wywoływał ten rodzaj przemocy było:

- 60,1% kobiet, które były ofiarami przemocy fizycznej, zgłaszało siniaki i bóle.
- 12,1% kobiet doświadczyło poważniejszych obrażeń, takich jak złamania kości, uszkodzone zęby czy oparzenia.
- 13,0% kobiet zadeklarowało, że musiało szukać pomocy medycznej lub udać się do ośrodka zdrowia ze względu na powstałe obrażenia.

Wiele z tych aktów przemocy ma miejsce w sytuacji, gdy partner był pod wpływem alkoholu i/lub narkotyków - 49,9% kobiet potwierdziło, że były ich ofiarą przynajmniej raz w życiu, natomiast 11,4% wskazało, że takie zdarzenie miało miejsce w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

Jednakże w 2023 roku 70,3% kobiet nie poszukiwało pomocy w związku z doświadczaniem przemocy a powody, które wskazywały to: poczucie braku konieczności zgłoszenia (45%), strach przed oprawcą lub konsekwencjami w wyniku zgłoszenia np. utratą finansowego wsparcia, rozwodem (17,9%), wstyd (16,8%) oraz brak wiedzy, gdzie mogłyby szukać pomocy (11,1%; INEI, 2024b).

Jednym z czynników występowania przemocy wobec kobiet, jest obecność w społeczeństwie peruwiańskim kultury *machismo*. Jest to system norm społecznych głęboko zakorzeniony w kulturze latynoamerykańskiej, który utrwała dominację mężczyzn nad kobietami. To nie tylko ideologia, ale także praktyka wpływająca na relacje rodzinne i społeczne. Podtrzymuje ona tradycyjny podział ról płciowych, według którego mężczyzna jest odpowiedzialny za zapewnienie środków do życia i ochronę rodziny, podczas gdy kobieta powinna pełnić funkcję opiekunki domowego ogniska. Rezultat jest taki, że kobiety często są postrzegane przez pryzmat ich zdolności do spełniania ról żony i matki, a ich pozycja w społeczeństwie jest uzależniona od relacji z mężczyzną. W krajach Ameryki Południowej silna presja społeczna wymusza na kobietach pozostawanie w związkach, nawet jeśli są one dysfunkcyjne lub pełne przemocy. Machismo sprzyja kontrolującym i dominującym zachowaniom ze strony mężczyzn, co może prowadzić do izolacji kobiet i ograniczenia ich autonomii. Ze względu na normy kulturowe kobiety często akceptują tę dynamikę jako coś naturalnego. Inna forma tej dominacji, określane jest jako *mikromachismo*. To codzienne, często nieuświadomione praktyki, które umniejszają rolę kobiet w społeczeństwie – na przykład ignorowanie ich opinii, podważanie ich kompetencji czy sugerowanie, że sukcesy zawodowe wynikają z przywilejów, a nie umiejętności. Machismo ma również swoje bardziej

drastyczne konsekwencje, szczególnie w kontekście przemocy wobec kobiet. W kulturze latynoamerykańskiej często dochodzi do normalizacji agresywnych zachowań mężczyzn wobec partnerek, zarówno na poziomie fizycznym, jak i psychicznym. Mężczyźni o silnych postawach *machistas* traktują kobiety jak swoją własność, co nasila kontrolę, zazdrość i agresję. Kobiety doświadczające przemocy domowej często boją się jej zgłaszać z powodu strachu przed ostracyzmem społecznym lub odwetem ze strony partnera. Społeczne oczekiwania wobec ról płciowych sprawiają, że nawet ofiary przemocy nierzadko przyjmują postawę akceptacji wobec tej sytuacji. Badacze zwracają jednak uwagę, że machismo nie dotyczy jedynie kobiet, ale również ma negatywne konsekwencje dla samych mężczyzn. Kulturowe oczekiwania związane z męskością – nakazujące dominację, niezależność i brak okazywania emocji – mogą prowadzić do trudności w budowaniu zdrowych relacji oraz problemów emocjonalnych. Mężczyźni poddani tej presji rzadziej szukają wsparcia psychologicznego i często tłumią emocje, co zwiększa ryzyko uzależnień oraz problemów zdrowotnych związanych ze stresem (Castillo-Acobo i Choque-Soto, 2018; Herrera Salas i in. 2019; Huamani-Cahua, 2023).

Jednym z poważniejszych problemów występujących w Ameryce Południowej jest zjawisko *feminicidio*, który odnosi się do zabójstwa kobiet, ze względu na jej przynależność do płci żeńskiej. Odróżnia się to pojęcie od tradycyjnego pojęcia *zabójstwo*, jako że ma ścisły związek z płcią. W Peru termin *feminicidio* został włączony do obowiązującego ustawodawstwa, administracyjnych rejestrów oraz badań statystycznych, w szczególności w odniesieniu do Kodeksu Karnego, w którym definiowane są przypadki *feminicidio* o charakterze intymnym i nieintymnym. Kodeks Karny Peru, w artykule 108-B, definiuje *feminicidio* jako czyn polegający na zabiciu kobiety z powodu jej płci w jednym z następujących kontekstów: przemoc domowa; przymus, prześladowanie lub napaść seksualna; nadużycie władzy, zaufania lub jakiegokolwiek innej pozycji lub relacji, które dają sprawcy przewagę nad ofiarą lub dyskryminację wobec kobiety, niezależnie od tego, czy istniała relacja małżeńska lub partnerska ze sprawcą (INEI, 2024c).

W ramach współpracy z instytucjami członkowskimi Międzyinstytucjonalnego Komitetu Statystycznego ds. Kryminalności (CEIC) w 2023 roku zbadano skalę problemu w latach 2015-2023. W roku 2023 doszło do 146 przypadków *feminicidio* lub zabójstw kobiet z powodu ich płci. W porównaniu z 2022 rokiem odnotowano o jeden przypadek mniej, a względem 2019 roku (przed pandemią) – o dwa przypadki mniej. Wskaźnik *feminicidio*, który odpowiada za liczbę zabójstw kobiet z powodów płciowych, wyrażony jest w liczbach absolutnych i przeliczany na 100 000 kobiet. W 2023 roku wynosił on 0,9, podobnie było



w roku 2022 oraz 2019. W 2023 roku 44,5% (65 osób) przypadków feminicidio dotyczyło kobiet poniżej 30. roku życia. Odnotowano natomiast spadek liczby przypadków przemocy wobec dziewcząt poniżej 18. roku życia, który wynosił 9,5% w 2022 roku zaś 6,2% w 2023 roku. W okresie 2015–2023, spośród wszystkich przypadków feminicidio:

- 8,1% (97) dotyczyło dziewcząt poniżej 18. roku życia,
- 42,8% (509) kobiet w wieku 18–29 lat,
- 23,0% (274) kobiet w wieku 30–39 lat,
- 15,4% (184) kobiet w wieku 40–49 lat,
- 8,5% (101) kobiet w wieku 50 lat i starszych (INEI, 2024c).

W odróżnieniu od innych rodzajów zabójstw, przypadki feminicidio zazwyczaj mają miejsce w domu ofiary jako konsekwencja przemocy. Zaliczają się one również do kategorii przestępstw z nienawiści, ponieważ mają miejsce w kontekście, w którym kobiecość jest stygmatyzowana. Feminicidio jest najbardziej ekstremalnym przejawem nadużyć i przemocy mężczyzn wobec kobiet; występuje jako konsekwencja przemocy fizycznej, gwałtu czy wymuszonego macierzyństwa (INEI, 2024c). W 65,8 % przypadków w roku 2023 sprawcą był partner lub były partner kobiety. W okresie 2015–2023:

- 639 przypadków (53,7%) miało miejsce w domu ofiary,
- 128 (10,7%) w odosobnionych miejscach,
- 120 (10,1%) w miejscach publicznych,
- 72 (6,0%) w domu sprawcy,
- 45 (3,8%) w hotelach lub pensjonatach (INEI, 2024c).

Wśród przyczyn występowania feminicidio wyróżnia się: kulturę *machismo*, która w większości przypadków jest modelowana od dzieciństwa; przemoc ze względu na płeć, przemoc domową, impulsywność, chorobliwą zazdrość, nadużywanie substancji, handel kobietami, zaburzenia psychiczne, niską samoocenę, frustrację i problemy ekonomiczne.

W 2023 roku osoby osadzone w więzieniach w 5627 przypadkach odbywały karę za popełnienie zabójstwa z premedytacją, wśród nich 835 osób skazane zostały za feminicidio (w tym 98,9% popełnili je mężczyźni). Jest to wzrost w porównaniu z rokiem 2015 o 52,4%, kiedy to liczba osadzonych za ten czyn wynosiła 182 przypadki (INEI, 2024c).

Organizacje dotyczące ochrony praw dzieci oraz dokumenty statystyczne zwracają także uwagę na występowanie różnych rodzajów przemocy wobec dzieci, w szczególności na te mające miejsce w domu rodzinnym. Dane z Centrum Pomocy dla Kobiet (CEM) wykazały, że w roku 2021 wobec małoletnich w wieku 0-17 lat zarejestrowano 52 104 przypadki



przemocy. Wśród nich 29,9% przypadków dotyczyło przemocy fizycznej, 39,6% przemocy psychicznej, 29,9% seksualnej a w 0,6% ekonomicznej. Sprawcami (51%) najczęściej są członkowie rodziny lub bliscy a w 59,4% przypadków zachowania przemocowe miały charakter powtarzalny. Według badań INEI z 2019 roku peruwiańscy rodzice uważają, że przemoc to akceptowalny sposób na wychowywanie i korygowanie zachowania swojego potomstwa. Wykazano, że 62% matek i ojców krzyczy i używa różnego rodzaju poniżających kar a 27% stosuje kary fizyczne (klapsy, bicie) wobec dzieci w wieku 1-5 lat. Dzieci i młodzież wymieniając najczęstsze rodzaje przemocy w rodzinie podała:

- Kary: 20%
- Przemoc psychiczna: 100%
- Przemoc fizyczna: 96%
- Przemoc seksualna: 72% (Save the Children, 2022).

Z kolei według badań z 2020 roku przeprowadzonych przez Narodowy Instytut Zdrowia Psychicznego (INSM) Ministerstwa Zdrowia w Peru wykazano, że podczas pandemii Covid-19 60,3% dzieci w wieku od 6 do 11 lat, 44,4% dzieci w wieku od 1,5 do 5 lat oraz 59,3% nastolatków padło ofiarą fizycznego maltretowania ze strony swoich opiekunów. Ponadto 40,7% nastolatków, 34% dzieci w wieku od 6 do 11 lat oraz 25% dzieci w wieku od 1,5 do 5 lat było ofiarami przemocy psychicznej (Ministerio de Salud, 2021).

Raport stworzony przez United Nations Children's Fund (UNICEF) także ukazuje dane dotyczące występowania przemocy w peruwiańskich rodzinach. Z przytoczonych danych statystycznych wynika, że ponad 35% nastolatków doświadczyło przemocy seksualnej, a w przypadku innych form przemocy fizycznej lub psychicznej liczby te są jeszcze wyższe. Autorzy podają, że przemoc jest często normalizowana i akceptowana społecznie. W wielu przypadkach głównymi sprawcami są osoby najbliższe ofiarom, czyli rodzice, opiekunowie czy członkowie rodziny, co utrudnia przeciwdziałanie przemocy. Matki częściej stosują przemoc fizyczną i psychiczną, gdyż to na nich w społeczeństwie peruwiańskim najczęściej spoczywa główna odpowiedzialność za wychowanie dzieci. Ojcowie rzadziej są agresorami, ponieważ często są nieobecni, jednak ich przemoc bywa bardziej brutalna. Dodatkowo większy stres pojawia się, gdy rodzic samotnie wychowuje dzieci i jednocześnie stara się zapewnić środki finansowe. W ciągu ostatnich trzech lat zgłoszono ponad 20 500 przypadków przestępstw o charakterze seksualnym wobec dzieci i młodzieży, z czego 82% ofiar to dziewczęta. Często przemoc seksualna ma miejsce w domach i jest dokonywana przez bliskich członków rodziny. Długofalowe skutki przemocy obejmują m.in. trudności w nauce,



niższe wyniki w testach, problemy emocjonalne oraz izolację społeczną. Jednak mimo wszystko, dzieci często usprawiedliwiają stosowanie przemocy przez rodziców. Według raportu 48% dzieci i 40% nastolatków uważa, że rodzice mają prawo bić swoje dzieci za złe zachowanie, jednocześnie 88% dzieci i 97% nastolatków zgadza się, że osoby, które krzywdzą lub maltretują innych, powinny być zgłaszane (UNICEF, 2019).

Wśród osób osadzonych w więzieniach w 2022 roku przeciwko przemocy seksualnej znajduje się 10 104 osób, z czego 62% dotyczy użycia jej wobec dzieci poniżej 14 roku życia. Natomiast ogólnie zgłoszonych przestępstw przemocy domowej w latach 2017-2024 zarejestrowano przypadków:

- 561 726 przemocy fizycznej,
- 711 629 przemocy psychicznej,
- 118 071 innych (INEI, 2024d).

Innym przejawem dysfunkcyjności rodziny w Peru jest występowanie uzależnień. Badania statystyczne podają, że ilość osób w wieku 15 lat i więcej w Peru, które doświadczyły zaburzeń związanych z konsumpcją alkoholu w ciągu ostatnich 12 miesięcy, zmieniała się znacząco w latach 2014–2023. Analiza danych wskazuje na trend spadkowy w latach 2014–2020, po którym nastąpił okres stabilizacji. W 2014 roku odsetek ten wynosił 5,4%, co stanowiło najwyższą wartość w badanym okresie. Od tego momentu zaobserwowano systematyczny spadek, osiągając najniższy poziom 2,9% w 2020 roku. Z kolei w latach 2015–2023 zarejestrowano 54 311 interwencji związanych z konsumpcją narkotyków, ponadto w tych samych latach aresztowano 33 735 osób w wyniku nielegalnego handlu narkotykami. Wśród najczęściej spożywanych wymienia się pastę kokainową, chlorowodorek kokainy oraz marihuanę (INEI, 2024a). Wiele zachowań związanych z używaniem substancji zauważone zostało wśród peruwiańskiej młodzieży. W badaniu, w którym udział wzięło 53 591 uczniów, reprezentujących około 1,5 miliona uczniów szkół średnich wykazano, że 33,3% z nich zadeklarowało używanie legalnych substancji (alkohol lub tytoń) przynajmniej raz w życiu, 11,4% przyznało się do używania narkotyków nielegalnych, a 6,5% używało leków na receptę bez zalecenia medycznego. Średni wiek rozpoczęcia używania substancji wynosił około 13 lat, choć niektórzy zaczęli już w wieku 6 lat. Konsumpcja alkoholu jest wyższa wśród dziewcząt (144 560 dziewcząt, 19,5%) niż chłopców (115 082 chłopców, 15,5%). Marihuana natomiast popularniejsza była wśród chłopców (3,1%, 20 862 osób) niż dziewcząt (2,0%, 13 897 osób), podobnie kokaina i inhalanty. Dziewczęta z kolei mają wyższą tendencję do sięgania po środki uspokajające (4,2%, 27 511 osób) i stymulanty (1,1%, 8 347). Im wyższy wiek, tym większa

jest liczba młodych osób a także częstotliwość sięgania po substancje psychoaktywne. Powody, dla których młodzież korzysta z tego rodzaju środków to m.in. presja rówieśnicza, społeczne przyzwolenie, ale także doświadczanie trudności emocjonalnych, takich jak stres, lęk, depresja czy brak wsparcia ze strony rodziny. Badacze podkreślają także, że dysfunkcje rodzinne takie jak brak wsparcia emocjonalnego, konflikty w domu, przemoc, rozpad rodziny lub niskie zaangażowanie rodziców w wychowywanie potomstwa powodują częstsze sięganie po używki (DEVIDA, 2019). Podobne wnioski, także wobec osób dorosłych, wynikają z dokumentu dotyczącego wytycznych do opieki nad pacjentami z zaburzeniami psychicznymi i zachowaniami spowodowanymi spożywaniem alkoholu. Autorzy wskazują, że dysfunkcjonalność rodziny to jeden z poważniejszych czynników prowadzących do wystąpienia uzależnienia i dodatkowo istnieje wyższe prawdopodobieństwo, że dzieci osób uzależnionych od alkoholu będą narażone na zwiększone ryzyko uzależnień. Ponadto przemoc domowa często współistnieje z konsumpcją alkoholu, szczególnie w stanach odurzenia lub pod wpływem narkotyków (Ramirez Grados i Padilla, 2017).

Z badań prowadzonych przez Ipsos i Instytut Studiów Peruwiańskich (IEP) wynika, że zdrowie psychiczne i fizyczne są dla Peruwiańczyków równie ważne. Jednakże również duża część obywateli uważa, że system opieki zdrowotnej jest zdecydowanie bardziej skoncentrowany na zdrowiu fizycznym, ponadto wiele osób uważa, że dostęp do psychologów lub psychiatrów jest ograniczony. Wyniki pokazują, że dla 52% osób dostęp do tych usług jest trudny lub bardzo trudny, w porównaniu do 26%, które uważają, że jest łatwy lub bardzo łatwy. Jak podaje autor raportu IEP w kraju, w roku 2023 było około 1300 psychiatrów i 248 Centrów Zdrowia Psychicznego. Dodatkowo zaznaczone jest, że koszty związane z wizytami psychiatrycznymi lub psychologicznymi nie są pokrywane przez prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Zaburzenia, takie jak lęk i depresja, dotyczą coraz większej liczby Peruwiańczyków, ale brakuje zasobów by sprostać temu zapotrzebowaniu (IEP, 2023a; Ipsos 2023b).

Inne badania opinii społecznej prowadzone przez IEP dotyczące przyzwolenia nad kontrolą ze strony partnera wobec kobiety wykazały, że problem owej kontroli stanowi istotną kwestię społecznych norm patriarchalnych, które wpływają na codzienne życie wielu kobiet. Z badań wynika, że aż 37% respondentów uważa, iż kobieta potrzebuje zgody swojego partnera, aby spotkać się z rodziną lub przyjaciółmi, co daje cztery na dziesięć osób o takim przekonaniu. Jednocześnie 51% badanych sprzeciwia się takiemu podejściu, co świadczy o stopniowej zmianie świadomości społecznej. Przemoc wobec kobiet uzasadniana ich rzekomymi przewinieniami jak np. zaniedbywanie obowiązków domowych lub niewierność,



również pozostaje akceptowana przez część społeczeństwa. Badania pokazują, że 13% respondentów rozumie przemoc wobec żony, jeśli ta zaniedbuje obowiązki domowe, a 1% wręcz ją aprobuje. Podobne wyniki obserwuje się w kontekście niewierności – 14% badanych rozumie przemoc w takiej sytuacji. Jednocześnie większość respondentów (43% w przypadku zaniedbywania obowiązków i 41% w przypadku niewierności) nie akceptuje przemocy wobec kobiet. Tolerowanie przemocy w imię jedności rodziny to kolejny istotny problem według dokumentu. Chociaż 87% respondentów nie zgadza się ze stwierdzeniem, że kobieta powinna tolerować przemoc, aby utrzymać rodzinę, 10% nadal uważa to za dopuszczalne. Dodatkowo 25% respondentów uważa, że przemoc w związku to sprawa prywatna, która powinna być rozwiązywana wyłącznie między partnerami. Sprzeciw, wobec tego stwierdzenia wyraża 70% badanych, a więc większość społeczeństwa dostrzega potrzebę interwencji zewnętrznej w sytuacjach przemocy. Największy odsetek osób wobec prywatyzacji przemocy występuje wśród ludzi młodych (75% w grupie 18–24 lata), ale spada w starszych grupach wiekowych (66% w grupie 40+). Raport podkreśla, że wyniki dotyczące postrzegania przemocy ze względu na płeć pokazują, że wciąż istnieje odsetek osób, które akceptują, tolerują lub usprawiedliwiają przemoc wobec kobiet (IEP, 2023b).

Kolejne badania tego podmiotu odzwierciedlają problem społeczny dotyczący nierówności płacowe oraz związane z zatrudnieniem między kobietami a mężczyznami. Dane z Narodowego Stałego Badania Zatrudnienia (EPEN) z 2022 roku wskazują, że jedynie 36% kobiet z Ekonomicznie Aktywnej Populacji (PEA) miało odpowiednie zatrudnienie, w porównaniu do 58% mężczyzn. Jednocześnie 58% kobiet pracowało w warunkach *subzatrudnienia*, które definiowane jest jako praca niespełniająca wymagań dotyczących minimalnych godzin pracy lub wynagrodzenia. W przypadku mężczyzn subzatrudnienie dotyczyło 38% populacji aktywnej zawodowo. Raport podkreśla dominację kobiet w mniej stabilnych i gorzej wynagradzanych formach zatrudnienia, co wynika z ograniczonego dostępu do formalnych miejsc pracy oraz dodatkowych obciążeń związanych z obowiązkami rodzinnymi. Nierówność uwidacznia się również w kategorii nieopłacanej pracy rodzinnej (TFNR), gdzie kobiety stanowią 14,3% zatrudnionych, w porównaniu do zaledwie 5,5% mężczyzn. Oznacza to, że kobiety są ponad dwukrotnie bardziej narażone na wykonywanie pracy niewynagradzanej odzwierciedlając tym samym tradycyjny podział ról w społeczeństwie peruwiańskim. Podobna sytuacja dotyczy pracy domowej, gdzie kobiety stanowią 5,1% pracowników, podczas gdy mężczyźni 0,1%. W kategorii zatrudnienia etatowego różnice płci są równie wyraźne. W 2022 roku tylko 39% kobiet miało zatrudnienie etatowe, w porównaniu do 53,3% mężczyzn. Oznacza to różnicę wynoszącą 14,3% na korzyść mężczyzn.



W przypadku pracy niezależnej różnice między płciami są minimalne - w tej kategorii kobiety stanowią 39,3%, a mężczyźni 36,5%. Wyższy odsetek kobiet w pracy niezależnej wynika z większej elastyczności tej formy zatrudnienia, która pozwala im łączyć obowiązki zawodowe z pracą opiekuńczą. Analiza danych z lat 2019–2022 ujawnia występujący trend, w których mężczyźni dominują w kategoriach odpowiedniego dla doświadczenia zatrudnienia i stanowisk kierowniczych, podczas gdy kobiety przeważają w pracy domowej i nieopłacanej pracy rodzinnej. Mimo, iż udział kobiet w zatrudnieniu etatowym wzrósł z 36,5% w 2020 roku do 39% w 2022 roku, różnica w stosunku do mężczyzn nadal jest znacząca. Dane te wskazują, że kobiety napotykały na liczne bariery, zarówno formalne, jak i kulturowe, które ograniczają ich możliwości zawodowe. Autorzy zwracają też uwagę na niekorzystną sytuację, która utrudnia kobietom osiągnięcie ekonomicznej autonomii, co czyni je bardziej narażonymi na doświadczenie przemocy (IEP, 2023b).

Peruwiańskie prawo dotyczące przemocy domowej przeszło znaczącą ewolucję na przestrzeni lat. W 1993 roku uchwalono ustawę znaną jako *Ustawa o ochronie przed przemocą w rodzinie*, która po raz pierwszy wprowadziła ramy prawne do walki z tym problemem w kraju. Ustawa definiowała przemoc w rodzinie i ustanawiała środki ochrony dla ofiar. Jednak przed wydaniem tej ustawy nie istniały specyficzne przepisy chroniące ofiary przemocy domowej ani rekomendacje dotyczące profilaktyki uzależnień. Ofiary mogły korzystać jedynie z ogólnych przepisów Kodeksu Karnego, który nie uznawał przemocy domowej za odrębne przestępstwo, co znacznie ograniczało możliwość składania skarg i uzyskania ochrony. Brak szczegółowych przepisów prawnych i zainteresowania polityki publicznej ukierunkowanej na zapobieganie i przeciwdziałanie przemocy domowej, skutkowało niemożnością otrzymania wyspecjalizowanych usług. Nie istniały centra wsparcia, schroniska ani linie pomocy dla ofiar. Nieliczne organizacje, które oferowały jakąkolwiek pomoc, były głównie inicjatywami społecznymi, ale ich zasięg był ograniczony, a działalność nie miała wsparcia państwowego. Ponadto przemoc polityczna, jakiej doświadczył kraj w latach 1980–2000, pogłębiła sytuację podatności wielu kobiet na przemoc. Istniejący wówczas wewnętrzny konflikt zbrojny był najintensywniejszym i najbardziej rozległym epizodem przemocy w historii Peru, poważnie dotykając ludność cywilną, zwłaszcza kobiety, które doświadczały różnych form przemocy, w tym przemocy seksualnej (Comisión de la Verdad y Reconciliación, 2013). Sytuacja zaczęła się stopniowo poprawiać w połowie lat 90. W 1997 roku zatwierdzono Ujednolicony Tekst Ustawy nr 26260 poprzez Dekret Najwyższy nr 006-97-JUS, który skonsolidował i zaktualizował wcześniejsze przepisy, w celu skuteczniejszego stosowania środków ochrony i sankcji. W 2015 roku nastąpił znaczący postęp wraz z uchwaleniem ustawy nr 30364, ustawy



mającej na celu zapobieganie, karanie i eliminowanie przemocy wobec kobiet i członków rodziny. Prawo to rozszerzyło zakres ochrony, obejmując nie tylko przemoc domową, ale także inne formy przemocy ze względu na płeć. Wprowadzono kompleksowe mechanizmy zapobiegania, reagowania i karania sprawców przemocy. Na przestrzeni lat ta ustawa wielokrotnie była nowelizowana w celu wzmocnienia jej skuteczności. W 2019 roku uchwalono Narodową Politykę Równości Płci, której celem jest rozwiązanie przyczyn i skutków strukturalnej dyskryminacji wobec kobiet. Rok 2020 przyniósł także publikację Podręcznika Operacyjnego Narodowego Programu Prewencji i Eliminacji Przemocy wobec Kobiet i Członków Rodziny – AURORA, który zintegrował działania prewencyjne i ochronne na poziomie lokalnym i krajowym. W 2021 roku wprowadzono szereg wytycznych, dotyczące prewencji przemocy wobec kobiet oraz odpowiednie protokoły do stosowania w Centrach Kryzysowych dla Kobiet. Z kolei kolejny dokument ustanowił przewodnik techniczny dotyczący wsparcia psychologicznego dla kobiet doświadczających przemocy. W marcu 2023 roku uchwalono ustawę nr 31715, która wprowadziła zmiany w kilku artykułach pierwotnej ustawy. Nowelizacja ułatwiła m.in. składanie zgłoszeń przez osoby trzecie w imieniu ofiar oraz zapewniła poufność danych w uzasadnionych przypadkach (Defensoria del Pueblo, 2021; INEI, 2024c).

W kwestii ochrony dzieci uzupełniono ustawę z 2015 roku o Kodeks Dzieci i Młodzieży (Ustawa nr 27337), który uznaje pełnię praw dzieci i chroni je przed wszelkimi formami przemocy, maltretowania, wykorzystywania i nadużyć. Kodeks podkreśla nadrzędny interes dziecka oraz konieczność zapewnienia mu integralnego rozwoju w bezpiecznym środowisku wolnym od przemocy. W celu zgłaszania i obsługi przypadków przemocy wobec dzieci, państwo peruwiańskie wdrożyło wyspecjalizowane usługi. Na przykład, na rządowym portalu internetowym oferowana jest pomoc w zgłaszaniu sytuacji ryzyka lub braku ochrony rodziny, które dotyczą dzieci i młodzież, ułatwiając dostęp do mechanizmów ochrony i wsparcia. Pomimo tych ram prawnych, Rzecznik Praw Obywatelskich (*Defensoria del Pueblo*) wskazuje na wyzwania związane z efektywnym wdrażaniem tych przepisów. Wciąż istnieją przeszkody, tj. niewystarczające środki finansowe, brak odpowiedniego przeszkolenia personelu oraz potrzeba lepszej koordynacji międzyinstytucjonalnej, aby zapewnić skuteczną ochronę praw dzieci przed przemocą domową (Defensoria del Pueblo, 2021; Poder Judicial del Perú, b.d.).

W Peru, różne instytucje krajowe i międzynarodowe opracowały rekomendacje oraz wytyczne mające na celu skuteczne przeciwdziałanie przemocy domowej. Ich wdrażanie stanowi kluczowy element polityki publicznej, ukierunkowanej na poprawę wsparcia dla ofiar oraz zapewnienie efektywnej reakcji ze strony państwa i społeczeństwa. Oprócz rekomendacji



Rzecznika Praw Obywatelskich, kluczowym podmiotem opracowującym wytyczne w zakresie walki z przemocą domową jest Ministerstwo Kobiet i Populacji Wrażliwych (*Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerable*). Resort ten wdrożył szereg strategii, które obejmują tworzenie Centrów Kryzysowych dla Kobiet (*Centros Emergencia Mujer*), oferujących wsparcie prawne, psychologiczne oraz społeczne dla ofiar przemocy. Istotnym elementem polityki prewencyjnej są również szeroko zakrojone kampanie edukacyjne, których celem jest zwiększenie świadomości społecznej na temat skutków przemocy domowej czy występowania uzależnień oraz zachęcanie do jej zgłaszania. Ponadto ministerstwo wprowadziło standardowe procedury interwencji, aby zapewnić ofiarom otrzymanie kompleksowej i skutecznej pomocy, dostosowanej do ich indywidualnych potrzeb. Obok instytucji krajowych, istotne rekomendacje w zakresie przeciwdziałania przemocy domowej formułują także organizacje międzynarodowe, w tym Międzyamerykańska Komisja Praw Człowieka (*Comisión Interamericana de Derechos Humanos, CIDH*). Zwraca ona uwagę na konieczność zagwarantowania skutecznego dostępu do wymiaru sprawiedliwości dla ofiar przemocy, która powinna obejmować szybkie prowadzenie postępowania oraz skuteczną ochronę przed sprawcami. Wskazuje również na potrzebę poprawy systemu monitorowania przypadków przemocy, poprzez ulepszenie metod zbierania i analizy danych, co umożliwi efektywniejsze projektowanie polityki publicznej w tym obszarze. Szczególne znaczenie przypisuje się ochronie grup znajdujących się w sytuacji zwiększonego ryzyka, takich jak kobiety rdzennych społeczności oraz osoby zamieszkujące obszary wiejskie, które mogą napotykać liczne bariery w dostępie do pomocy i ochrony (Alarcón Camacho i Alza Collantes, 2023; MIMP, 2022).



Rozdział 4. Złożony zespół stresu pourazowego

4.1 Rozwój koncepcji stresu pourazowego

Nowy kierunek w badaniach nad zjawiskiem traumy wyznaczył amerykański chirurg Jacob Mendez da Costa. Lecząc weteranów wojny secesyjnej (1861-1865) zauważył u nich takie symptomy jak: duszności, palpacja serca, rozdrażnienie, dyskomfort w klatce piersiowej, zmęczenie i omdlenia. Cechą wspólną tych objawów było to, że mogą powtarzać się latami pomimo różnych prób leczenia (Paul, 1987). Objawy te zostały nazwane *zespołem da Costy (Da Costa Syndrome)*, znane również jako *serce żołnierskie (irritable heart)* (Gajewski, 2023). Podczas dalszych studiów Jacob Mendez da Costa odkrył, że zespół ten spowodowany jest przeciążeniem układu nerwowego (Friedman, 2024).

Niemiecki psychiatra Karl Jaspers (1913) w *Psychopatologii ogólnej* pisze o bezpośrednich reakcjach na doświadczenia traumatyczne. Wśród objawów wymienia koszmary nocne, odrętwienia oraz zaburzenia w reakcji emocjonalnej. Zauważa również urazy psychiczne, które mogą powodować trwałe zmiany konstytucji psychofizycznej, zalicza je do psychoz reaktywnych (Zawadzki i Popiel, 2014).

Po I Wojnie Światowej lekarze zaczęli używać terminu *szok pociskowy (shell shock)* lub *nerwica wojenna (war neuroses)* w odniesieniu do weteranów wojennych, u których zauważano reakcję taką, jak na eksplozję pocisków artyleryjskich. Wśród objawów występowały ataki paniki oraz problemy ze snem. Po II Wojnie Światowej zaczęto używać terminu *reakcja na stres bojowy (combat stress reaction)*, lub *wycieńczenie bitwą (battle fatigue)*. (Friedman, History of PTSD in Veterans: Civil War to DSM-5, 2024) Wśród badanych zauważono stany lękowe, koszmary nocne, otępienie afektu, zaburzenia pamięci, złość, stany depresyjne, chroniczne zmęczenie, trudności w koncentracji oraz rozdrażnienie (Saigh i Bremner, 1999).

4.1.1 Zespół stresu pourazowego w DSM

Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne porządkując wiedzę o zaburzeniach psychicznych (1952), wydało pierwszy podręcznik do celów diagnostycznych *DSM-I (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)* (Saigh i Bremner, 1999). Powojenne doświadczenia żołnierzy i cywilów, zostały opisane jako *uogólniona reakcja na stres (gross stress reaction)*. Według klasyfikacji, normalna osobowość w celu poradzenia sobie z dużym lub nietypowym stresem, wykorzystuje określone wzorce reakcji. W przypadku szybkiego zastosowania leczenia, stan pacjenta może się poprawić. Diagnoza ma miejsce na podstawie



ekspozycji na silny, emocjonalny stres, spowodowany wojną bądź katastrofami, takimi jak pożar, trzęsienie ziemi, wybuchy (APA, 1952).

W drugiej edycji DSM (APA, 1968) wyeliminowano *uogólnioną reakcję na stres* (*gross stress reaction*) i zastąpiono ją opisywanymi w rozdziale VIII *reakcjami adaptacyjnymi* (*adjustment reaction*) w okresie niemowlęcym, dziecięcym, młodzieńczym, dorosłym oraz podeszłego wieku. Sama klasyfikacja nie wymieniała konkretnych syndromów, jednak opisywała je ówczesna literatura. Zaliczano do nich syndromy traumy po m.in.: gwałcie, wojnie, pobycie w obozie koncentracyjnym a także u wykorzystywanych dzieci, maltretowanych kobiet czy jeńców wojennych (Friedman i in., 2011).

DSM-III. Termin *Zespół Stresu Pourazowego* (*Post-traumatic Stress Syndrome* [*PTSD*]) został wprowadzony w DSM-III w 1980 roku. Znajduje się w grupie zaburzeń lękowych i występuje obok zaburzeń paniki, uogólnionego zaburzenia lękowego, zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego oraz atypowego zaburzenia lękowego. Czynnikiem decydującym o traumatycznym przeżyciu jest *wydarzenie, które wykracza poza zakres normalnych ludzkich doświadczeń*. Mogą być nim wydarzenia, takie jak żałoba, przewlekła choroba, straty finansowe, konflikt małżeński. Traumatyczne wydarzenie może być doświadczone przez pojedynczą osobę (np. gwałt lub napad), w grupie osób (np. walka militarna). Czynniki mogą być naturalne klęski żywiołowe (np. trzęsienie ziemi, powódź), katastrofy spowodowane przez człowieka (wypadek samochodowy, katastrofa lotnicza, pożar) bądź celowe katastrofy spowodowane przez człowieka (bombardowanie, tortury, obozy koncentracyjne). Powstałe zaburzenie jest poważniejsze i trwa dłużej, jeżeli traumatyczne wydarzenie jest wywołane przez człowieka (APA, 1980).

Podręcznik opisuje szczegółowo symptomy, jakich może doświadczać osoba podczas ponownego przeżywania traumatycznego wydarzenia. Powszechnymi objawami są ból, natrętne wspomnienia wydarzenia, powracające myśli lub zmniejszona reakcja na świat zewnętrzny. Nazywana jest również *odrętwieniem psychicznym* lub *amnezją emocjonalną*. Osoba może czuć się odłączona od innych. Występują również symptomy nadmiernego pobudzenia, które mogą objawiać się w nadmiernej czujności, przesadnej reaktywności, zaburzeniami snu, upośledzeniem pamięci, trudnościami w koncentracji bądź poczuciu winy. Symptomy PTSD intensyfikują się, kiedy osoba przeżywa wydarzenia, które przypominają jej traumatyczne przeżycie (Saigh i Bremner, 1999).

DSM-III wymienia również symptomy innych zaburzeń, które występują w PTSD. Należą do nich objawy depresji, zaburzeń lękowych, a także agresywne zachowanie.



U niektórych osób, które przeżyły pobyt w obozach koncentracyjnych zauważono *organiczne zaburzenia psychiczne (organic mental disorder)*, które objawiają się w zaburzeniach pamięci, koncentracji, labilnością emocjonalną, bólami i zawrotami głowy (Saigh i Bremner, 1999).

Trzecie wydanie podręcznika klasyfikuje ostry (*acute*) zespół stresu pourazowego, kiedy symptomy występują w ciągu sześciu miesięcy od traumatycznego wydarzenia i trwają krócej niż sześć miesięcy. Wyróżnia również stan chroniczny (*chronic*), kiedy czas trwania symptomów jest dłuższy niż sześć miesięcy oraz opóźniony (*delayed*), kiedy symptomy występują po sześciu miesiącach od traumatycznego zdarzenia (APA, 1980).

Klasyfikacja przedstawia również szczegółowe kryteria wystąpienia zaburzenia:

- A. Doświadczenie wydarzenia wykraczającego poza zakres normalnych ludzkich doświadczeń, które mogłoby spowodować przenikliwie odczuwane cierpienie niemal u każdego.
- B. Ponowne przeżywanie traumy (przynajmniej jeden):
 - a. Powracające i natrętne wspomnienia wydarzenia.
 - b. Powracające sny o wydarzeniu.
 - c. Nagłe działanie lub uczucie, jakby traumatyczne wydarzenie powracało z powodu skojarzenia z bodźcem środowiskowym lub ideacyjnym.
- C. Osłabienie reakcji bądź zmniejszone zaangażowanie w świat zewnętrzny (przynajmniej jeden):
 - a. Znacznie zmniejszone jedną bądź kilku istotnymi czynnościami.
 - b. Poczucie oderwania bądź wyobcowania od innych.
 - c. Ograniczony afekt.
- D. Co najmniej dwa z następujących objawów, które nie występowały przed traumą:
 - a. Nadpobudliwość bądź przesadna reakcja.
 - b. Zaburzenia snu.
 - c. Poczucie winy, gdy inni nie przeżyli lub z trudem ocaleli.
 - d. Zaburzenia pamięci lub problemy z koncentracją.
 - e. Unikanie czynności, które powodują wspomnienie traumatycznego wydarzenia
 - f. Nasilenie objawów poprzez ekspozycje na wydarzenia symbolizujące lub przypominające traumatyczne wydarzenie (APA, 1980).

Największe kontrowersje spowodowało kryterium A. Od 1980 roku trwały liczne dyskusje mające na celu określenie, które wydarzenia mogą być uznawane za traumatyczne, a które nie (Saigh i Bremner, 1999).



Kolejne wydanie DSM-III-R (1987) nie zmieniło znacząco kryteriów. Wprowadziło natomiast informacje dotyczące cech charakterystycznych dla wieku. Pisząc o dzieciach zwraca uwagę, że mogą one nie mieć poczucia przeżywania przeszłości, a ponowne przeżywanie traumy może pojawiać się podczas czynności i powtarzających się zabaw. Pojawiające się niepokojące sny mogą z czasem przerodzić się w koszmary (Saigh i Bremner, 1999).

DSM-IV. Przygotowując kolejne wydanie podręcznika diagnostycznego, grupa badawcza odpowiedzialna za zespół stresu pourazowego, skoncentrowała się na wykazaniu związku pomiędzy różnymi stresorami a symptomami. Badania te miały ujawnić, czy: (a) stresory o małym natężeniu mogą wywołać PTSD, (b) różne zdarzenia stresowe mogą powodować objawy o różnym początku, (c) czas trwania wpłynie występowanie zaburzenia. Ostatecznie stwierdzono, że wydarzenia traumatyczne powodujące występowanie PTSD są niezależne i na podstawie objawów nie jest możliwe zaklasyfikowanie doświadczonego zdarzenia (Saigh i Bremner, 1999).

Czwarte wydanie DSM (APA, 1994) szczegółowo doprecyzowuje kryterium A. W części A1 wymienia w jaki sposób można doświadczyć wydarzenia traumatycznego:

- bezpośrednie doświadczenie:
 - (np. walka militarna, napaść seksualna, kradzież, rozbój),
 - w odniesieniu do dzieci DSM-IV dookreśla, że traumatyczne wydarzenia obejmują doświadczenia seksualne nieodpowiednie dla ich rozwoju bez groźby lub rzeczywistej przemocy,
- obserwacja wydarzeń traumatycznych,
- otrzymanie informacji o wydarzeniu, którego doświadczyli inni,
 - napaść, poważny wypadek, poważne obrażenia, którego doświadczył członek rodziny lub bliska osoba; otrzymanie informacji o nagłej i niespodziewanej śmierci członka rodziny lub bliskiej osoby. (APA, 1994).

Druga część kryterium klasyfikującego wydarzenie traumatyczne (A2) odnosi się do reakcji osoby na wydarzenie, które musi zawierać strach, bezsilność oraz przerażenie. Pozostałe kryteria diagnostyczne zostały nieznacznie przegrupowane (Saigh i Bremner, 1999)

Model zaprezentowany w DSM-IV zawiera czynniki: (a) B – ponowne doświadczanie traumatycznego wydarzenia, (b) C – unikanie/odrętwienie, (c) D – nadmierne pobudzenie. Dodano również warunek, aby symptomy z kryteriów B, C oraz D, występowały przynajmniej



miesiąc oraz powodowały znaczące utrudnienia. W kategorii B dookreślono, że u dzieci wspomnienie traumatycznego wydarzenia może prowadzić do powtarzających zabaw przypominających to wydarzenie (np. po wypadku samochodowym dziecko może wielokrotnie wracać do zabawy gdzie np. zabawkami symuluje zdarzenie), pojawiania się koszmarów bez rozpoznawalnej treści bądź odtwarzania wydarzenia (Marx i in., 2024).

W przypadku zespołu ostrego stresu (*acute*) czas trwania symptomów uległ skróceniu z sześciu do trzech miesięcy, podobnie w przypadku odmiany chronicznej (*chronic*), gdzie występowanie symptomów trwa trzy miesiące lub dłużej. W przypadku odmiany opóźnionej (*delayed*) pozostały niezmienione kryteria, mówiące o sześciomiesięcznym okresie pomiędzy traumatycznym wydarzeniem a występującymi symptomami. Do zaburzeń współistniejących zostały włączone: bolesne poczucie winy (*painful guilt feelings*), fobiczne unikanie (*phobic avoidance*), zaburzona modulację afektu (*impaired affect modulation*), zachowania autodestruktywne oraz impulsywne, objawy dysocjacyjne, dolegliwości somatyczne, poczucie braku skuteczności, wstyd, rozpacz, brak nadziei, uczucie trwałego uszkodzenia, utrata wcześniej wyznawanych wartości, wrogość, wycofanie społeczne, poczucie ciągłego zagrożenia, zaburzone relacje z innymi lub zmiany w osobowości (Saigh i Bremner, 1999).

W porównaniu do poprzedniego wydania, ten podręcznik w sposób szczegółowy opisywał, które zaburzenia występujące przed traumatycznym wydarzeniem mogą się wzmocnić. Należą do nich ataki paniki, agorafobia, zaburzenie obsesyjno-kompulsywne, specyficzne fobie (w tym społeczna), depresja, objawy somatyczne i uzależnienia. Jednocześnie zaznaczono, że nie jest wiadome, w jaki sposób te zaburzenia poprzedzają lub następują po wystąpieniu zespołu stresu pourazowego. Czynniki, które mogą oddziaływać na ich powstanie jest emigracja z rejonów, o znacznych niepokojach społecznych lub objętych konfliktem. Według przeprowadzonych badań od 1% do 14% osób jest objętych zespołem stresu pourazowego, natomiast w przypadku osób o większym ryzyku (np. weterani wojenni, ofiary katastrof naturalnych lub przestępstw) wskaźnik ten waha się od 5% do 58%. Ilość objawów oraz czas trwania, zależy od wsparcia społecznego, historii rodziny, doświadczeń z dzieciństwa, cech osobowości oraz występujących wcześniej zaburzeń (APA, 1994).

DSM-5. Kryteria diagnostyczne w DSM-5 zostały znacznie zmienione. Z czynnika A usunięto obecną w DSM-IV część A2 mówiącą o reakcji osoby na traumatyczne wydarzenie. Natomiast do pierwszej części, opisującej w jaki sposób osoba może doświadczyć traumatycznego wydarzenia, oprócz bezpośredniego doświadczenia, obserwacji wydarzeń oraz otrzymania informacji, dodano również „doświadczenie powtarzającego się lub



ekstremalnego narażenia na awersyjne szczegóły traumatycznego wydarzenia (np. w przypadku ratowników odpowiedzialnych za zbieranie ludzkich szczątków, lub policjantów zajmującymi się przypadkami molestowania dzieci” (Glasheen i in., 2016, s. 101).

Tabela 11

Kryterium A w DSM-5-TR w zależności od grup wiekowych

PTSD u osób w wieku powyżej 6 lat	PTSD u dzieci w wieku 6 lat i młodszych
<p>A. Narażenie na śmierć lub groźbę śmierci, poważny uraz lub przemoc seksualna w jeden (lub kilka) spośród wymienionych sposobów:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Uzyskanie informacji o tym, że członek bliskiej rodziny lub przyjaciel doświadczył traumatycznego przeżycia (przeżyć). W przypadku narażenia na śmierć lub wystąpienia groźby śmierci dotyczących członka rodziny lub przyjaciela wydarzenie (wydarzenia) to musi wynikać z aktu przemocy lub być przypadkowe. 2. Powtarzane lub bardzo duże narażenie na nieprzyjemne szczegóły danego wydarzenia (wydarzeń) traumatycznego wydarzenia (wydarzeń) (np. pierwsze osoby zbierające ludzkie szczątki; policjanci stale narażeni na obserwowanie krzywdzenia dzieci). 	<p>A. Narażenie na śmierć lub groźbę śmierci, poważny uraz lub przemoc seksualna u dzieci w wieku 6 lat lub młodszych w jeden (lub kilka) spośród wymienionych sposobów:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Uzyskanie informacji o tym, że rodzic lub opiekun doświadczył traumatycznego przeżycia (przeżyć).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Gałecki, 2024



Zdecydowana większość badań prowadzonych po wydaniu DSM-IV, przychyliła się do czteroczynnikowego modelu w opozycji do trzyczynnikowego zaprezentowanego w DSM-IV. Czteroczynnikowy model, w celu lepszej diagnozy proponuje oddzielenie badanych symptomów kategorii C – *unikanie i odrętwienie* na dwie osobne kategorie (Friedman i in., 2011).

Tak, jak w poprzedniej wersji, wymagane jest, aby objawy w kryteriach B, C, D oraz E utrzymywały się przynajmniej miesiąc oraz muszą one powodować „znaczny niepokój lub upośledzenie w codziennym funkcjonowaniu. Z podręcznika usunięto rozróżnienie na ostre, chroniczne PTSD. Znaczącą zmianą są wprowadzone kryteria dotyczące diagnozy dzieci w 6 lat i młodszych (Tabela 11; Glasheen i in., 2016).

Dodatkowo podręcznik wymienia wspólne dla obu grup wiekowych kryteria:

1. Bezpośrednie doświadczenie traumatycznego wydarzenia (przeżyć).
2. Bycie naocznym świadkiem traumatycznych dla innych osób wydarzeń (Gałęcki, 2024).

Kryterium A dotyczy wydarzeń, które są powiązane z zagrożeniem życia lub groźbą śmierci, obrażeniami bądź przemocą seksualną. Osoba może go doświadczać bezpośrednio (A1), być naocznym świadkiem (A2), otrzymać informację o wydarzeniu dotyczącym bliskiej osoby (A3) bądź podczas wykonywania obowiązków zawodowych (A4). W przypadku, gdy stresujące wydarzenie jest celowe oraz interpersonalne symptomy zaburzenia mogą być poważniejsze i długotrwałe, osoba może doświadczać wielu, różnych traumatycznych wydarzeń (np. jako dziecko w rodzinie dysfunkcyjnej a następnie jako dorosły podczas kataklizmów) lub tego samego wydarzenia wielokrotnie przez dłuższy czas. W przypadku osób doświadczających różnych traumatycznych wydarzeń, znaczące jest określenie, które z nich jest uważane za najtrudniejsze (Gałęcki, 2024).

Kryterium B jest wspólne dla obu grup wiekowych:

B. Obecność jednego (lub kilku) spośród następujących natrętnych objawów, związanych z traumatycznym wydarzeniem (bądź kilkoma), występujących po raz pierwszy po doświadczeniu traumatycznego przeżycia/przeżyć:

1. Nawracające i natrętne, dręczące wspomnienia traumatycznego wydarzenia (wydarzeń). [...] U dzieci mogą one nie mieć dręczącego charakteru i mogą być wyrażone poprzez ich odgrywanie w formie zabawy.
2. Nawracające, dręczące sny, których treść jest związana z traumatycznym wydarzeniem (wydarzeniami). [...] U dzieci mogą występować sny o trudnej

treści do zidentyfikowania oraz niemożliwym do ustalenia związku między traumatycznym przeżyciem a wydarzeniem a przerażającą treścią snu.

3. Reakcje dysocjacyjne (np. *flashback* krótkotrwałe powracanie przeżytych doznań, retrospektywne przebłyski), które powodują, że dziecko odczuwa lub zachowuje się, jakby ponownie doświadczało traumatycznego przeżycia (przeżyć). (Nasilenie opisanych reakcji przyjmuje formę kontinuum, z całkowitą utratą poczucia rzeczywistości jako skrajną postacią). U dzieci może wystąpić ponowne odgrywanie urazu w formie zabawy.
4. Nasilone i przedłużające się cierpienie psychiczne występujące w przypadku narażenia na wewnętrzne lub zewnętrzne sygnały, symbolizujące lub przypominające pewne aspekty traumatycznego wydarzenia (wydarzeń).
5. Zaznaczona reakcja fizjologiczna występująca w odpowiedzi na wewnętrzne lub zewnętrzne sygnały, symbolizujące lub przypominające pewne aspekty traumatycznego wydarzenia (wydarzeń; (Gałecki, 2024, s. 351).

Ponowne doświadczenie, o którym mówi kryterium B może przebiegać na różne sposoby. Często pojawiają się intruzje, czyli powracające, bezwiedne oraz męczące wspomnienia wydarzenia (B1), dręczące sny powiązane z traumatycznym wydarzeniem lub odtwarzające je, które u dzieci może występować w formie zabawy (B2). Pojawiają się również stany dysocjacyjne, podczas których osoba zachowuje się tak, jakby wydarzenie działo się w obecnym czasie. Same retrospektywne przebłyski są krótkotrwałe, jednak mogą się łączyć z cierpieniem psychicznym rozciągniętym w czasie, wraz z wyższym poziomem pobudzenia. Podczas stanów dysocjacyjnych może pojawić się całkowita utrata świadomości (B3). Podczas ekspozycji na sygnały, które przypominają lub symbolizują traumatyczne wydarzenie (B4) mieć miejsce wysoki poziom cierpienia psychicznego (B4) oraz zwiększona pobudliwość fizjologiczna (B5; Gałecki, 2024).

Kryterium C (Tabela 12) opisuje szczegółowo unikanie bodźców związanym z traumą.

Dodatkowo podane są kryteria dla obu grup wiekowych, dotyczące *przewlekłego unikania bodźca*:

1. Unikanie lub próby unikania czynności, miejsc lub obiektów dotyczących traumatycznego wydarzenia (wydarzeń) lub blisko z nim związanych.
2. Unikanie lub próby unikania ludzi, rozmów lub sytuacji kontaktu, które przywołują dręczące wspomnienia, myśli lub uczucia dotyczące traumatycznego wydarzenia (wydarzeń).



Osoby dotknięte PTSD dokładają wielu starań, aby unikać bodźców, które mogą być kojarzone z traumą, takich jak wspomnienia, myśli, uczucia czy mówienie o zdarzeniu traumatycznym (C1) oraz samych ludzi, sytuacji, a aktywności czy przedmiotów (C2) (Gałęcki, 2024).

Tabela 12

Kryterium C w DSM-5-TR w zależności od grup wiekowych

Kryterium C osób w wieku powyżej 6 lat	Kryterium C u dzieci w wieku 6 lat i młodszych
C. Utrwalone unikanie bodźców związanych z traumą, niewystępujące przed traumatycznym wydarzeniem (wydarzeniami), zdefiniowane jako jedno lub oba z poniższych:	C. Jeden (lub kilka) spośród wymienionych objawów, reprezentujących albo utrwalone unikanie bodźców związanych z traumą, albo niekorzystne zmiany w zakresie zdolności poznawczych i w nastroju niewystępujące przed traumatycznym wydarzeniem (wydarzeniami):
	Niekorzystne zmiany w zakresie zdolności poznawczych
	1. Znacznie częstsze występowanie negatywnych emocji (np. lęku, winy, smutku, wstydu, zagubienia).
	2. Znacząco zmniejszone zainteresowanie lub chęć udziału w ważnych czynnościach, w tym w zabawie.
	3. Wycofanie społeczne.
	4. Przewlekłe ograniczenie zdolności wyrażania pozytywnych uczuć.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Gałęcki, 2024



Kolejne z kryteriów dotyczy negatywnych zmian poznawczych i nastroju u osób powyżej 6 lat.

D. Niekorzystne zmiany w zakresie zdolności poznawczych i w nastroju, związane z traumatycznym wydarzeniem (wydarzeniami), doświadczane po raz pierwszy lub nasilające się po nim, zdefiniowane jako jedno (lub kilka) spośród poniższych:

1. Trudności w zapamiętywaniu ważnych aspektów traumatycznego wydarzenia lub kilku z nich (zwykle z powodu amnezji dysocjacyjnej, a nie innego czynnika, takiego jak uraz głowy, alkohol lub leki).
2. Uporczywe i nadmierne negatywne przekonania lub oczekiwania dotyczące samego siebie, innych osób lub świata (np. „Jestem złą osobą”, „Nikommu nie można ufać”, „Świat jest bardzo niebezpieczny”, „Mój cały układ nerwowy został trwale zniszczony”).
3. Utrwalone, zniekształcone postrzeganie przyczyn i skutków traumatycznego wydarzenia (wydarzeń), prowadzące daną osobę do obwiniania siebie lub innych.
4. Utrwalone stany negatywnych emocji (np. lęku, przerażenia, złości, winy lub wstydu)
5. Znacząco zmniejszone zainteresowanie lub chęć udziału w ważnych czynnościach.
6. Poczucie bycia odseparowanym od innych osób, oziębienia z nimi stosunków.
7. Uporczywe trudności w wyrażaniu pozytywnych uczuć (np. niezdolność do wyrażania radości, zadowolenia lub miłości).

Mogą się one przejawiać w braku możliwości przypomnienia ważnych aspektów traumatycznego wydarzenia (D1), negatywnych przekonań w stosunku do siebie, otoczenia lub przyszłości (D2), zniekształconego oceniania przyczyn traumatycznego wydarzenia przez co następuje obwinianie siebie oraz innych osób (D3), negatywne stany emocjonalne (D4), brak zainteresowania chęci udziału we wcześniej istotnych czynnościach (D5), poczucie oddalenia od innych osób (D6) a także utrudnione odczuwanie i wyrażanie pozytywnych emocji (D7) (Gałęcki, 2024).

Kryterium (E dla osób powyżej 6 roku życia oraz D dla osób w wieku 6 lat i młodszych) dotyczące „zmiany w zakresie pobudliwości związane z traumatycznym wydarzeniem (wydarzeniami), doświadczanie po raz pierwszy lub nasilające się po nim, zdefiniowane jako dwa (lub więcej) spośród poniższych” (Gałęcki, 2024, s. 351). Podręcznik wymienia szczegółowe kryteria dla obu grup wiekowych:



1. Drażliwość i wybuchy gniewu (bez bycia prowokowanym), zwykle wyrażane jako agresja słowna lub agresywne zachowania w stosunku do innych osób lub przedmiotów (w tym napady wściekłości).
2. Nadmierna czujność.
3. Wzmoczona reakcja na zaskoczenie.
4. Problemy z koncentracją.
5. Problemy ze snem (np. trudności w zaśnięciu lub w utrzymaniu snu albo sen niedający odpoczynku; Gałęcki, 2024, s. 352).

Dodatkowo dla osób powyżej 6 roku wymienione są *nieprzemysłane lub autodestruktywne zachowania*.

Do rozpoznania zaburzenia wymagane jest, aby objawy w kryteriach B, C, D oraz E trwały dłużej niż miesiąc. Mogą również wystąpić objawy depersonalizacji (poczucie oddzielenia od ciała) oraz derealizacji (poczucie oderwania od otoczenia). W przypadku wystąpienia objawów później niż 6 miesięcy od traumatycznego wydarzenia, stwierdza się opóźnione PTSD opóźnionym początkiem. Podczas przebiegu zaburzenia objawy zwykle ustępują po trzech miesiącach, ale w niektórych przypadkach trwają one ponad rok, nawet do 50 lat. Przebieg zaburzenia różni się w zależności od wieku. U dzieci i młodzieży jest często wywołany przez groźbę porzucenia, zaniedbania emocjonalne oraz ciężką chorobę, które są odbierane jako zagrożenie życia. U nastolatków często spotykanymi symptomami jest depresja oraz unikanie kontaktu z rówieśnikami. Objawy PTSD u osób w podeszłym wieku mogą nasilać się na skutek pojawiających się chorób, zniekształceń funkcji poznawczych, poczucia osamotnienia co może prowadzić nawet do myśli suicydalnych (Gałęcki, 2024).

Do czynników ryzyka wystąpienia zaburzenia DSM-5-TR zalicza temperament, szczególnie poziom neurotyzmu. Wcześniej istniejące zaburzenia psychiczne, problemy emocjonalne, choroby współistniejące związane z zachowaniami zewnętrznymi oraz związane z używaniem substancji. Istotne jest również środowisko, na większe prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzenia wpływa niższy poziom wykształcenia, przebyte urazy, trudności w dzieciństwie, niższy iloraz inteligencji, dyskryminacja ze względu na pochodzenie i rasizm a także niższy status społeczny lub ekonomiczny. Na ryzyko powstania zaburzenia nie mają wpływu uwarunkowania genetyczne, natomiast znaczenie mają wpływy epigenetyczne. Istotne jest kto powoduje traumatyczne wydarzenie, jeżeli jest to osoba bliska bądź np. z personelu wojskowego przebieg zaburzenia może być cięższy. Po przebytych wydarzeniu konieczna jest indywidualna ocena, strategie radzenia sobie ze stresem a także samo środowisko. Na negatywny wpływ wpływa ponowna ekspozycja na wydarzenie, wymuszona migracja,



ilość występujących stresorów oraz narażenie na dyskryminacje. Czynnikiem łagodzącym jest wsparcie rodzinne lub społeczne (Gałęcki, 2024).

Na powstanie i przebieg zaburzenia ma wpływ kultura. W niektórych społeczeństwach istnieją czynniki powodujące wielokrotne wydarzenia traumatyczne, ich wpływ na rozwój PTSD może być zmniejszony. Zmienne może być również występowanie objawów w zależności od danej społeczności, wpływ na nie ma koncepcja jednostki, postrzeganie prawa, przekonania duchowe czy koncepcje dystresu. Różnice zauważa się również w zależności od płci. Choć same objawy i czynniki PTSD są podobne zarówno u kobiet jak i mężczyzn, to samego zaburzenia częściej oraz przez dłuższy czas doświadczają kobiety. W trakcie jego przebiegu powszechne jest występowanie zachowań oraz myśli suicydalnych a także osłabienie funkcjonowania w społeczeństwie, na polu zawodowym, rodzinnym oraz w relacjach interpersonalnych (Gałęcki, 2024).

W diagnozie różnicowej znaczące jest szczegółowe zwrócenie uwagi na kryteria zaburzenia adaptacyjnego, lękowego, obsesyjno-kompulsywnego, osobowości, dysocjacyjnego, konwersyjnego, psychotycznego a także ostrego zaburzenia stresowego, większego zaburzenia depresyjnego, ADHD, urazowego uszkodzenia mózgu oraz innych stanów i zaburzeń pourazowych. Osoby z PTSD mają objawy więcej niż jednego zaburzenia. Zalicza się do nich depresję, chorobę afektywną dwubiegunową, zaburzenia lękowe oraz używania substancji (Gałęcki, 2024).

4.1.2 Zespół stresu pourazowego w ICD

Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób ICD (*International Classification of Diseases*) powstała w 1899 roku. Głównym czynnikiem była potrzeba międzynarodowej standaryzacji klasyfikacji chorób i przyczyn zgonów. Przed jej wprowadzeniem, każdy kraj posiadał własny system klasyfikowania chorób, co uniemożliwiało porównywanie danych o śmiertelności. Wprowadzenie międzynarodowego systemu, umożliwiało skuteczniejsze monitorowanie zdrowia publicznego, szczególnie podczas epidemii, a także wprowadzenie i ujednoczenie terminologii, która odpowiadałaby rozwijającej się medycynie. Pierwsze wydanie ICD opierało się na pracach Williama Farra oraz Jacquesa Bertillona i zostało rozwinięte dzięki współpracy z takimi instytucjami, jak Międzynarodowy Instytut Statystyki (*International Statistical Institute, ISI*) oraz *American Public Health Association (APA)*. ICD-1 zostało zaakceptowane podczas pierwszej Międzynarodowej Konferencji Rewizyjnej ICD w Paryżu w 1900 roku. Ustalono na niej również zasadę cyklicznych rewizji w odstępie 10 lat. Ma ona



na celu aktualizację klasyfikacji wraz z rozwojem medycyny. Pierwsze wydanie zawierało listę przyczyn śmierci. Natomiast od drugiego wydania klasyfikacja obejmowała również listę chorób (Moriyama i in., 2011).

Pierwsze wzmianki o chorobach związanych ze stresem, pojawiły się w ICD-6 (1949) gdzie pojawiło się *ostre niedostosowanie do sytuacji*, a w ICD-8 (1967) sformułowano *przejściowe zakłócenie związane z sytuacją*, które wyszczególnia *nerwicę wojenną*. ICD-9 (1975) klasyfikuje *ostrą reakcję stresową* oraz *przedłużone pourazowe zaburzenie stresowe* (*prolonged posttraumatic stress disorder*; Zawadzki i Popiel, 2014).

ICD-10. Dziesiąte wydanie ICD (1992) w rozdziale F43 poświęconemu *reakcjom na ciężki stres i zaburzeniom adaptacyjnym* wyszczególnia *zaburzenie stresowe pourazowe*. Możliwa jest *opóźniona* lub *przedłużona* reakcja na wydarzenie, która może być *krótkotrwała* bądź *długotrwała*. Cechami charakterystycznymi sytuacji jest wyjątkowe zagrożenie lub katastrofalność, która dla większości osób może być *głęboko przejmującym nieszczęściem* (WHO, 2000).

Czynnikami, które predysponują do wystąpienia zaburzenia, to pojawiające się wcześniej dekompensacje nerwicowe lub cechy osobowości, które mogą zaostrzyć przebieg zaburzenia lub obniżyć próg reakcji przy jego pojawieniu się. Samo zaburzenie ma miejsce po traumatycznym wydarzeniu i po upływie czasu utajenia. Zazwyczaj mieści się on w przedziale między kilkoma tygodniami a kilkoma miesiącami, rzadko przekracza okres 6 miesięcy. Symptomy pojawiają się zmiennie i falująco, w większości przypadków całkowicie ustępują. (WHO, 2000).

We wskazówkach diagnostycznych, podaje dwa warunki konieczne do poprawnego zdiagnozowania:

- Konieczność wystąpienia zaburzenia w ciągu 6 miesięcy od wydarzenia. Jeżeli okres czasu jest dłuższy, a objawy są typowe i nie można ich połączyć z inną diagnozą, wtedy określa je jako prawdopodobne.
- Ponowne przeżywanie wydarzenia we wspomnieniach lub wyobrażeniach. Może mieć to miejsce we śnie lub na jawie.

Jako objawy dodatkowe, które nie są konieczne, ale występują podczas przebiegu zaburzenia wymienia:

- Zobojętnienie uczuciowe.
- Odrętwienie.



- Unikanie bodźców mogących przywołać wspomnienie traumatycznego wydarzenia.
- Zaburzenia nastroju.
- Nieprawidłowości zachowania.

W przypadku niszczącego stresu, który jest przewlekły i utrzymuje się dziesiątki lat po wydarzeniu, należy klasyfikować je jako trwałe zmiany osobowości nie wynikające z uszkodzenia ani z choroby mózgu (WHO, 2000).

ICD-11. W podstawowych kryteriach, podręcznik wymienia konieczność wystąpienia 6 czynników.

1. Przeżycie wydarzenia krótkotrwałego bądź długotrwałego, które jest wyjątkowo groźne lub przerażające. Podręcznik dzieli wydarzenia na naturalne katastrofy i te wywołane przez ludzi, jednak nie ogranicza ich jedynie do tych podanych.
2. Ponowne przeżywanie wydarzenia (*re-experiencing*), które nie jest tylko przypomnianiem sobie, ale doświadczane jako występujące ponownie tu i teraz. Towarzyszą mu silne lub przytłaczające emocje oraz objawy fizyczne.
3. Celowe unikanie wspomnień, które mogłyby spowodować ponowne przeżywanie. Może ono dotyczyć unikania myśli, wspomnień, osób, miejsc lub wydarzeń przypominających traumatyczne wydarzenie. W najtrudniejszych przypadkach, aby uniknąć wspomnień, osoby mogą zmienić miejsce zamieszkania lub pracę.
4. Stałe poczucie zagrożenia, które może przejawiać się nadmierną czujnością lub przesadną reakcją na nagłe bodźce, prowadzące do łatwego wystraszenia się.
5. Zaburzenie doprowadza do znacznego upośledzenia w funkcjonowaniu osobistym, rodzinnym, społecznym, edukacyjnym, zawodowym lub w innych istotnych obszarach. Normalne funkcjonowanie jest możliwe tylko dzięki znacznemu wysiłkowi (WHO, 2024).

Dodatkowymi objawami są:

1. Często podczas zaburzenia mogą pojawiać się: dysforia, objawy dysocjacyjne, somatyzacja, myśli lub zachowania samobójcze, wycofanie się z życia społecznego. W celu unikania ponownego przeżywania lub zarządzania reakcjami emocjonalnymi, może pojawić się nadużywanie alkoholu lub narkotyków. W odpowiedzi na wspomnienie traumatycznego wydarzenia mogą wystąpić objawy lękowe włączając w nie panikę oraz obsesje lub kompulsje.



2. Emocjom towarzyszy często gniew, wstyd, smutek, upokorzenie lub poczucie winy (WHO, 2024).

Podręcznik zaznacza również, że wystąpienie traumatycznego wydarzenia nie warunkuje wystąpienia zaburzenia. Nie rozwija się ono u wszystkich osób doświadczających tej samej sytuacji. Samo wystąpienie PTSD nie jest ograniczone wiekowo, natomiast symptomy zwykle występują w ciągu 3 miesięcy. W przypadku opóźnień, mogą się ujawnić nawet rok po traumatycznym wydarzeniu. Objawy mogą się różnić w czasie oraz u osób. Niektóre osoby mogą przeżywać je przez miesiące lub lata, natomiast połowa diagnozowanych w pełni zdrowie w ciągu trzech miesięcy od wystąpienia (WHO, 2024).

4.1.3 Biologiczne implikacje

W powstaniu i rozwoju PTSD ważną rolę odgrywają czynniki genetyczne i epigenetyczne. Jak zauważyli amerykańscy badacze Hunter Howie, Chuda M. Rijal i Kerry J. Ressler (2019), przeprowadzone dotychczas badania sugerują, że czynniki dziedziczne odpowiadają za większą podatność na PTSD. Wśród nich wyszczególnia się gen SLC6A-4 związany z serotoniną, dopaminą i osią podwzgórze-przysadka-nadnercza (*hypothalamic–pituitary–adrenal axis [HPA]*), natomiast zmiany w genie FKBP5 związanym z wrażliwością receptora glukokortykosteroidowego wiążą się z większym ryzykiem wystąpienia PTSD szczególnie u młodszych osób (Howie i in., 2019; Sherin i Nemeroff, 2011). Badania nadzorowane przez konsorcje badawcze, takie jak grupa robocza ds. PTSD w ramach Psychiatric Genomics Consortium, opisują zmiany epigenetyczne, polegające na metylacji DNA u osób z PTSD, w genach odpowiadających za reakcję na stres i funkcjonowanie układu odpornościowego (Morrison i in., 2019).

Za reakcję na stres odpowiada oś HPA, która jest aktywowana przez kortyzol. Pacjenci z PTSD przeważnie charakteryzują się hipokortyzolizmem, natomiast w przypadku zetknięcia się ze stresorem wykazują nadmierne wzrosty poziomu kortyzolu, co hiperaktywuje oś HPA. Do dysregulacji osi HPA prowadzi również zwiększony poziom hormonów u osób z PTSD – dehydroepiandrosteronu [*DHEA*] oraz kortykotropiny (*Corticotropin Releasing Hormone, [CRH]*) przez którą powstaje ACTH (Schumacher i in., 2019). W odpowiedzi na stres wydzielane są również *katecholaminy* zwłaszcza *adrenalina* i *noradrenalina*. U pacjentów z PTSD zauważa się wyższy poziom adrenaliny i noradrenaliny, w porównaniu do osób, które nie były narażone na traumatyczne wydarzenia. Podwyższony poziom katecholamin powoduje



przesadne reakcje na stres oraz niepokój, koszmary senne, strach oraz impulsywność (Pan i in., 2018).

Kluczową rolę w zaburzeniach po wydarzeniach traumatycznych odgrywa układ GABA-ergiczny, będący głównym układem neuroprzekaźników hamujących w ośrodkowym układzie nerwowym (*central nervous system, [CNS]*) poprzez zmniejszenie pobudliwości neuronów i zapobiegając nadmiernej aktywacji sieci neuronalnych i utrzymując stabilność CNS. Reguluje takie funkcje jak nastrój, sen, kontrolę ruchu i zachowanie (Huang i in., 2023). U osób z PTSD zauważa się obniżony poziom GABA, zmniejszone wiązanie receptorów GABA-A w korze i hipokampie oraz dysfunkcję funkcji hamującej. Wiąże się to z niższą jakością snu, nadmiernym pobudzeniem i lękiem (Huang i in., 2023a). W trakcie zespołu stresu pourazowego dochodzi również do dysregulacji w sygnalizacji serotoniny (*5-hydroxytryptamine [5-HT]*) odpowiadającej za regulowanie nastroju, uwagę, funkcje poznawcze, oraz procesy fizjologiczne, takie jak apetyt, percepcja bólu oraz seksualność. Oddziałuje również z dopaminą, której zwiększone stężenie w korze przedczołowej (*prefrontal cortex [PFC]*) wpływa na podejmowanie decyzji oraz emocjonalne reakcje na stres (Drury i in., 2009).

Badania obrazowe mózgu wskazują na zmiany w różnych jego częściach. U osób ze wspomnianym zaburzeniem, zauważa się znacznie zmniejszoną objętość hipokampa. Zmniejszony rozmiar może być związany z nieprawidłowym rozwojem lub uszkodzeniem po traumatycznym wydarzeniu. Jego dysfunkcja wiąże się z pamięcią deklaratywną, może nastąpić nieprawidłowe kodowanie sygnałów bezpieczeństwa oraz zaburzona integracja informacji podczas stresującego wydarzenia. Hiperaktywność uszkodzonego obszaru mózgu w trakcie zaburzenia, powoduje nadmierne przetwarzanie emocji zamiast kodowania pamięci. Zauważalna jest także fragmentaryczność wspomnień, trudności odróżnieniu traumy od teraźniejszości oraz utrwalaniem fałszywych wspomnień (Fitzgerald i in., 2022; Sripada i in., 2013)

Kolejnym obszarem mózgu, którego dysfunkcja jest zauważalna to kora przedczołowa (*prefrontal cortex*) połączona z hipokampem. Jej zmniejszona aktywność prowadzi do osłabionej zdolności do kontrolowania reakcji strachu, negatywnych emocji oraz mniejszą zdolnością do adaptacji w trudnych sytuacjach. Kora przedczołowa jest połączona z ciałem migdałowatym hamując jego aktywność, natomiast podczas zmniejszenia, aktywacja prowadzi do hiperaktywacji ciała migdałowatego, co powoduje nasilenie objawów PTSD (Piggott i in., 2019).



4.1.4 Model poznawczy PTSD

Stworzony ów model przez Anke Ehlers i Davida Clark (2000) opisuje główne czynniki psychologiczne zwiększające ryzyko wystąpienia PTSD. Na pierwszym miejscu nakreśla negatywne interpretacje traumatycznego wydarzenia i jego konsekwencji. U osób rozwijających przewlekłe PTSD, zauważono błędne myśli sugerujące, że nadal są w zagrożeniu (np. „świat jest niebezpieczny”, „nigdy sobie z tym nie poradzę”, „jestem zbyt słaby”). Dodatkowo, zauważono zaburzenia pamięci autobiograficznej, które skutkują fragmentarycznymi i zdezorganizowanymi wspomnieniami traumatycznego wydarzenia, przy jednoczesnej skłonności do silnie naładowanych emocjonalnie wspomnień wywołujących stany lękowe. Poprzez silne skojarzeniowe uczenie się, osoba z PTSD traktuje nieszkodliwe bodźce przypominające o trudnym wydarzeniu jako zagrożenie, co aktywuje mechanizmy generujące lęk. Zauważono również niewłaściwe strategie utrwalające objawy. Unikanie myślenia o traumatycznym wydarzeniu powoduje niemożliwość przetworzenia wspomnień, celowe zaś tłumienie tych myśli, paradoksalnie powoduje większą ilość wspomnień przypominających wydarzenie. Dodatkowo potrzeba bezpieczeństwa, objawiająca się np. w ciągłym sprawdzaniu otoczenia, podtrzymuje poczucie zagrożenia i zakłóca przetwarzanie emocjonalne.

Podczas ponownej analizy modelu poznawczego dokonanej przez Esther Beierl oraz współpracowników (2020) wraz z autorami opisywanego modelu, opisali oni szczegółowo style przetwarzania podczas traumatycznego wydarzenia. Pierwszym z nich jest poczucie bezradności i porażki podczas wydarzenia, kolejnym skupienie się na szczegółach, takich jak kolory i dźwięki a nie na znaczeniu sytuacji, powodując przez to fragmentaryczność wspomnień. Zauważono również brak przetwarzania autorefencyjnego, polegającego na utracie ciągłości dotychczasowych doświadczeń, co również powoduje fragmentację wspomnień. Dostrzeżono także możliwość powstania *peritraumatycznej dysocjacji* (*peritraumatic dissociation*) w trakcie lub tuż po traumatycznym wydarzeniu. Obejmuje ona odłączenie się psychiczne lub zmienioną percepcję rzeczywistości. Stan ten charakteryzuje się uczuciem oderwania od rzeczywistości i brakiem pełnej rejestracji wydarzenia, częściowym lub całkowitym brakiem możliwości przypomnienia sobie fragmentów wydarzenia oraz poczucie odrealnienia (derealizacji) i oddzielenia od własnego ciała lub emocji (depersonalizacja).



4.1.5 Leczenie

Wśród zalecanych terapii przez Światową Organizację Zdrowia, Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne oraz brytyjską Instytucję Zdrowia Publicznego, silnie zalecane są formy terapii, które wykorzystują techniki ekspozycji zarówno na bodźce przypominające o traumie jak i wspomnienia z nią związane. Wśród najbardziej rekomendowanych są terapia poznawczo-behawioralna (*Cognitive-behavioral therapy [CBT]*) oraz terapia odwrażliwiania i ponownego przetwarzania za pomocą ruchu gałek ocznych (*Eye movement desensitisation and reprocessing [EMDR]*; Kowalski i in., 2024).

Terapia poznawczo-behawioralna może być realizowana indywidualnie lub grupowo. Wyróżnia się dwa protokoły: (a) przedłużonej ekspozycji oraz (b) przetwarzania poznawczego. Podczas terapii przetwarzania poznawczego pacjent stosuje identyfikację i analizę myśli, w czasie której osoba rozpoznaje myśli oraz przekonania utrudniające adaptację po trudnym wydarzeniu. Następnie, najczęściej z wykorzystaniem dialogu sokratejskiego, pracuje się nad zniekształceniami poznawczymi, kiedy to osoba rozpoznaje i zmienia niewłaściwe przekonania, w takich obszarach jak bezpieczeństwo, zaufanie, kontrola i poczucie winy. W protokole przedłużonej ekspozycji stosuje się ekspozycję na traumatyczne wydarzenia. Wśród stosowanych form pracy wyszczególnia się ekspozycję wyobrażeniową, podczas której pacjent wielokrotnie opisuje wydarzenie, stopniowo oswajając emocje oraz ekspozycję *in vivo*, gdy osoba sukcesywnie stawia czoła osobom, miejscom, sytuacjom lub rzeczom przywołującym traumatyczne wydarzenia. Zasadniczym celem stosowanego leczenia jest przetworzenie traumatycznych wspomnień za pomocą ekspozycji na bodźce, restrukturyzacja przekonań i możliwość powrotu do trudnych wydarzeń ze zmniejszającym się lękiem i poczuciem dyskomfortu (Kowalski i in., 2024; Watkins i in., 2018).

Terapia EMDR, w odróżnieniu od tradycyjnych terapii opiera się na adaptacyjnym przetwarzaniu informacji (*adaptive information processing*), które polega na przekształceniu traumatycznych wspomnień w mniej obciążające i bardziej pozytywne. W przeciwieństwie do CBT, EMDR nie wymaga (a) szczegółowych opisów wydarzenia, (b) bezpośredniego kwestionowania przekonań, (c) długotrwałej ekspozycji, (d) zadań domowych. Sama terapia EMDR składa się ośmiu etapów: (a) wywiad i planowanie leczenia (b) przygotowanie osoby do podjęcia terapii (c) ocena szczegółów wspomnienia, negatywnych przekonań, emocji oraz odczuć fizycznych z nim związanych (d) desensytyzacja polegająca na przetwarzaniu traumatycznego wspomnienia przy użyciu ruchu gałek ocznych (e) wzmocnienie i integracja przekonania powiązanego z przetworzonym wspomnieniem (f) zidentyfikowanie i przetworzenie pozostałych napięć fizycznych związanych z traumą (g) zamknięcie



i ustabilizowanie osoby (h) sprawdzenie postępów oraz ocena dotychczasowych efektów (Shapiro, 2014).

Jak zauważa Piotr Gałęcki (2024) przetwarzanie bodźców wywołujących zaburzenie odbywa się poprzez neuroprzebieżniki, co prowadzi do powstawania objawów. Farmakoterapia może złagodzić występujące objawy, jednak nie zapewnia pełnego powrotu do zdrowia. Stosowanie leków jest zalecane, gdy osoba z zaburzeniem nie chce podjąć odpowiedniej formy psychoterapii lub gdy okazała się ona nieskuteczna. Kolejnym z przypadków stosowania farmakoterapii jest współwystępowanie zaburzeń uniemożliwiających korzystanie z psychoterapii. W leczeniu zalecane są leki o działaniu przeciwdepresyjnym z grupy wychwyty zwrotnego serotoniny SSRI oraz inhibitorów zwrotnego serotoniny i noradrenaliny SNRI. Za najskuteczniejsze uznaje się sertralinę i paroksetynę, wysoką skuteczność zauważa się również w stosowaniu fluoksetyny i wenlafaksyny. Stosowane leczenie w przypadku zauważanych efektów powinno być realizowane przez 12 miesięcy.

Junhui Huang i jego współpracownicy (2023) wskazują na pozytywne efekty leczenia, które może przynieść stosowanie leków działających na układ GABAergiczny. Wśród nich znajdują się benzodiazepiny, topiramid oraz neurosteroidy. Choć wspomagają przywrócenie funkcjonalności układu, często są związane z działaniem niepożądanym, dlatego konieczne są dalsze badania nad skutecznymi i bezpiecznymi terapiami.

4.2 Powstanie koncepcji traumy złożonej.

Po zwróceniu oczu psychiatrów na zaburzenia stresu pourazowego w DSM-III, zaczęto prowadzić kolejne badania. Odkryto, że osoby u których zdiagnozowano zaburzenia dysocjacyjne (*disociative disorders*) często są ofiarami poważnej przemocy i zaniedbywania w okresie dziecięcym (Courtois, 2004). Amerykańska psychiatrka i badaczka Judith Herman (1992) jako pierwsza wprowadziła termin *złożonego zespołu stresu pourazowego*. Swoją koncepcję sformułowała po wnikliwej analizie badań wśród pacjentów. Odkryła, że dzieci, które przez lata doświadczały przemocy fizycznej, psychicznej lub seksualnej wykazują symptomy inne niż ujęte przez kryteria zespołu stresu pourazowego. Podczas obserwacji klinicznych, dostrzegła trzy wspólne cechy, które nie były ujęte przez ówczesne kryteria PTSD. Pierwszą z nich są bardziej złożone, rozproszone i uporczywe objawy niż w podstawowym modelu zespołu stresu pourazowego. Drugą są charakterystyczne zmiany w osobowości, włączając w nie zmiany w tożsamości oraz zaburzenia w relacjach. Trzecią jest wrażliwość na powtórzenie się urazu zarówno z własnej winy jak i ze strony innych (Herman, 1992).



Zauważono, że kryteria PTSD zostały opracowane na podstawie badanych dorosłych mężczyzn, narażonych na traumę wojenną. Jednak ich reakcje znacznie się różniły od reakcji osób, które w domu rodzinnym były ciągle narażane na traumatyczny stres. Osoby te zmagaly się problemami nieuwzględnionymi w diagnozie PTSD. Należą do nich depresja, lęk, nienawiść do siebie, dysocjacja, nadużywanie substancji, zachowania autodestrukcyjne i ryzykowne, problemy z relacjami interpersonalnymi i intymnymi a także z rodzicielstwem. Problemy te w klasyfikacji istniały jako warunki współistniejące a nie istotne elementy zaburzenia zespołu stresu pourazowego. Lekarze zauważyli również, że wspomniane problemy były trudne do wyleczenia i różniły się w zależności od wieku i urazu jakiego doświadczała osoba (Courtois, 2004).

Światowa Organizacja Zdrowia w ICD-10 (2000) umieściła *trwałą zmianę osobowości po katastrofach po przeżyciu sytuacji ekstremalnej (Enduring Personality Change After Catastrophic Experience [EPCACE])*. Podręcznik wskazuje, że stres, którego doświadcza osoba, powinien być na tyle skrajny, aby nie trzeba było rozważać poziomu wrażliwości osoby i jej wpływu na osobowość. EPCACE może rozwijać się bez zauważalnych pośrednich zaburzeń stresowych, które mogą go poprzedzać. Wspomnianego zaburzenia nie diagnozuje się po krótkotrwałych sytuacjach stresowych takich jak wypadek samochodowy, ponieważ ewentualne zmiany zależą wtedy od istniejącej uprzednio podatności psychologicznej (WHO, 2000).

Do diagnozy EPCACE konieczne jest:

1. Istnienie następujących cech, które nie występowały przed wydarzeniem:
 - a. „wroga i nieufna postawa wobec świata;
 - b. wycofanie z życia społecznego;
 - c. odczuwanie pustki lub beznadziejności;
 - d. przewlekłe uczucie bycia „na krawędzi”, jakby stałego zagrożenia
 - e. wyobcowanie” (WHO, 2000).
2. Zmiana osobowości trwająca przynajmniej 2 lata.
3. Brak wcześniej występujących zaburzeń oprócz PTSD.
4. Brak uszkodzeń mózgu lub jego chorób, które mogłyby skutkować podobnymi objawami klinicznymi.

Pomocne przy diagnozie są:

1. Trwałe zmiany osobowości, które cechuje:
 - a. sztywność i niedostosowanie;
 - b. zaburzenie funkcjonowania zawodowego, społecznego i międzyludzkiego.



2. Potwierdzenie zmiany osobowości przez miarodajne źródło.
3. Brak wcześniejszych zaburzeń innych niż PTSD (WHO, 2000).

Jak wykazały kolejne badania przeprowadzone przez Christine Courtois (2004), do trwałych zmian osobowości w większym stopniu prowadzą traumatyczne wydarzenia z dzieciństwa niż z dorosłości. Problem ten został podjęty przez klinicystów (Pelcovitz i in., 1997) opracowujących *zaburzenia związane ze stresem ekstremalnym nie określone inaczej (Disorders Of Extreme Stress, Not Otherwise Specified [DESNOS])*. Został on umieszczony jako jedna z cech PTSD w DSM-IV i diagnozuje zaburzenia związane z wielokrotną, długotrwałą lub powtarzającą się traumą. Kryteria obejmują sześć obszarów:

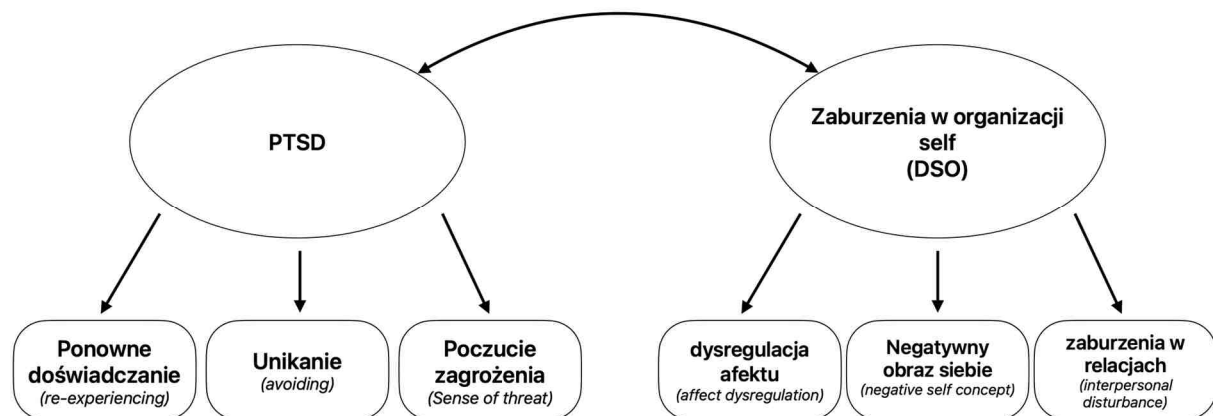
1. „Zmiany w regulacji afektu i impulsów.
2. Zmiany w zakresie uwagi i świadomości.
3. Zmiany w percepcji siebie.
4. Zmiany w relacjach z innymi.
5. Somatyzacje.
6. Zmiany w systemie wartości” (Tomalski i Pietkiewicz, 2020, s. 55).

4.3 Złożony Zespół Stresu Pourazowego w ICD-11

Podczas badań nad modelem DESNOS, wyodrębniono grupę objawów, które wykraczają poza kryteria diagnostyczne PTSD. Wśród zaburzeń występujących po wielu traumatycznych przeżyciach, z których ucieczka jest niemożliwa znajdują się *zaburzenia w organizacji self (disturbance of self-organization [DSO])*. Obejmują one dysregulację afektu (*affect dysregulation*), negatywny obraz siebie (*negative self concept*) oraz zaburzenia w relacjach (*interpersonal disturbance*) i odróżniają nową jednostkę chorobową (Shevlin i in., 2018).

Rysunek 7

Dwuczynnikowy model CPTSD



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Brewin i in., 2017

Opracowując kryteria złożonego zespołu stresu pourazowego, brano pod uwagę trzy modele: (a) strukturę czynnikową, gdzie wszystkie objawy są skorelowane ze sobą, (b) pojedynczy czynnik wyższego rzędu, powiązany z sześcioma obszarami zaburzeń oraz (c) dwuczynnikowy model składający się z PTSD oraz DSO (Rysunek 7). Na podstawie badań, (Tay i in., 2015) m.in. na grupie uchodźców z Papui Wschodniej oraz rok później (Nickerson i in., 2016) w badaniach na grupie uchodźców z różnych krajów przebywających w Szwajcarii ustalono, że złożone zaburzenie najlepiej opisuje model dwuczynnikowy (Brewin i in., 2017).

4.3.1 Kryteria diagnostyczne w ICD-11

Złożony zespół stresu pourazowego, został umieszczony w grupie zaburzeń specyficznych, związanych ze stresem (*disorders specifically associated with stress*) i jest oznaczony kodem 6B41. Aby zdiagnozować zaburzenie, wymagane jest narażenie na „wydarzenie lub serię wydarzeń o wyjątkowo zagrażającym bądź przerażającym charakterze, najczęściej długotrwałych lub powtarzających, od których ucieczka jest trudna lub niemożliwa” (Gałecki i Szulc, 2023, s.359). Dodatkowo wymienione są przykładowe wydarzenia mogące spowodować wystąpienie CPTSD, należą do nich niewolnictwo, tortury, pobyt w obozach koncentracyjnych, kampanie ludobójstwa oraz inne zorganizowane formy przemocy. Spośród wymienionych przyczyn znajduje się także „długotrwała przemoc domowa oraz powtarzające się wykorzystywanie seksualne lub fizyczne w dzieciństwie” (Gałecki i Szulc, 2023). Do zdiagnozowania zaburzenia konieczne jest spełnienie wszystkich kryteriów dla PTSD, oprócz tego autorzy podręcznika szczegółowo opisują kryteria DSO:

1. Ciężkie i uporczywe problemy z regulacją afektu. Oprócz zwiększonej reaktywności emocjonalnej na mniejsze stresory, mogą występować „wybuchy agresji, zachowania lekkomyślne lub autodestrukcyjne, objawy dysocjacyjne w sytuacjach stresowych oraz odrętwienie emocjonalne w szczególności niezdolność do odczuwania przyjemności lub pozytywnych emocji”(Gałęcki i Szulc, 2023, s. 359).
2. Uporczywe przekonania o sobie samym jako pomniejszonym, pokonanym lub bezwartościowym, którym towarzyszy głębokie i wszechobecne poczucie wstydu, winy lub porażki związane ze stresem” (Gałęcki i Szulc, 2023, s.359).
3. „Utrzymujące się trudności w utrzymywaniu relacji i poczuciu bliskości z innymi. Osoba może konsekwentnie unikać, wyśmiewać lub mieć małe zainteresowanie związkami i ogólnie zaangażowaniem społecznym. Alternatywnie, mogą występować sporadyczne intensywne związki ale osoba ma trudności z ich utrzymaniem” (Gałęcki i Szulc, 2023, s.359).

Wymienione czynniki prowadzą do znacznego zaburzenia w życiu na różnych obszarach, takich jak: osobisty, rodzinny, społeczny czy zawodowy, natomiast normalne funkcjonowanie jest możliwe tylko dzięki znacznemu wysiłkowi. Do dodatkowych objawów, które mogą się pojawiać należą myśli i zachowania samobójcze, nadużywanie substancji, symptomy depresyjne oraz psychotyczne, a także dolegliwości somatyczne (WHO, 2024).

Objawy mogą się pojawić niezależnie od wieku, jednak są znacznie cięższe i utrzymują się dłużej niż w przypadku PTSD. Początek objawów CPTSD może wystąpić w ciągu całego życia, zwykle w przypadku narażenia na traumatyczne wydarzenie, które powtarza się przez kilka miesięcy lub kilka lat. Doświadczenie traumatycznych wydarzeń we wczesnym etapie rozwoju, powoduje większe ryzyko wystąpienia CPTSD niż PTSD. Dodatkowo kobiety znacznie częściej doświadczają zespołu stresu pourazowego niż mężczyźni a objawy zwykle są intensywniejsze (WHO, 2024).

4.3.2 Dzieci i młodzież

Dzieci i młodzież poniżej osiemnastego roku życia, które doświadczają różnych form znęcania, takich jak fizyczne, emocjonalne, seksualne a także zaniedbywanie, w znacznym stopniu wpływa na ich rozwój a także zwiększa ryzyko na wystąpienie zaburzeń psychicznych. Negatywne doświadczenia z dzieciństwa mogą objawiać się na różnych obszarach, takich jak psychologiczny, społeczny czy neurobiologiczny. Powiązane są one z wystąpieniem zaburzeń psychicznych u 45% dzieci i około 30% w późniejszym wieku. Według badań prowadzonych

przez Judith Herman oraz kontynuowanych później przez Bessel Van der Kolk, powtarzając się, traumatyczne wydarzenia z okresu dzieciństwa, mogą być determinantem do powstania złożonego zespołu stresu pourazowego (Marques-Feixa i in., 2023).

Światowa Organizacja Zdrowia szczegółowo opisując CPTSD, wyszczególnia jakich objawów mogą doświadczać dzieci i młodzież, zaznaczając również, że mogą wystąpić wszystkie objawy opisywane przy PTSD (WHO, 2024).

Szczególne objawy charakterystyczne dla PTSD:

1. Dzieci młodsze (*younger children*):

- a) Poprzez dopiero rozwijające się zdolności poznawcze i ograniczenia werbalne mają utrudnioną ocenę do raportowania przeżywanych stanów wewnętrznych, obecności ponownego przeżywania czy postrzegania podwyższonego zagrożenia.
- b) Ocena objawów powinna być również oparta na obserwacjach opiekunów po traumatycznym wydarzeniu.
- c) Symptomy mogą ujawniać się behawioralnie np. powtarzające się zabawy lub rysunki, przerażające sny bez jasnego kontekstu lub impulsywnością

2. Dzieci w wieku przedszkolnym (*preschooled-aged children*):

- a) Mogą mieć symptomy mniej specyficzne, obejmując zachowania zahamowane oraz pozbawione zahamowania.
- b) Nadmierna czujność może przejawiać zwiększonymi napadami złości, lękiem separacyjnym lub regresją w umiejętnościach, przesadnymi lękami lub nadmiernym płaczem.
- c) Zewnętrzne unikanie lub wyrażanie wspomnień o traumatycznym przeżyciu może świadczyć o nowych mechanizmach ochronnych lub niechęci do angażowania się w nowe działania oraz zbyt intensywnym szukaniu pocieszenia u zaufanego opiekuna

3. Dzieci oraz młodzież:

- a) Mogą niechętnie wyrażać wewnętrzne przeżycia oraz reagować na traumę. Należy wtedy obserwować zewnętrzne zachowania, takie jak zwiększona liczba odtwarzania lub jawne unikanie.
- b) Mogą zaprzeczać uczuciom niepokoju lub przerażenia związanym z ponownym przeżywaniem, jednocześnie raportując brak afektu lub silne, przytłaczające bądź niepokojące emocje.



- c) Gdy podczas zdarzenia doszło do utraty rodzica lub opiekuna ocena może być skomplikowana. Przykładem są dzieci, które były chronicznie wykorzystywane seksualnie. W przypadku odseparowania mogą kłaść większy nacisk na utratę głównego opiekuna niż na obiektywnie zagrażające doświadczenia.

4. Młodzież:

- a) W okresie dojrzewania niechęć do poszukiwania możliwości rozwojowych może oznaczać zaburzenia psychospołeczne.
- b) Samookaleczanie się lub zachowania ryzykowne.

Wyszczególnione tylko dla CPTSD u dzieci i młodzieży:

- a) Często doświadczają ciągłej depresji, zaburzeń odżywiania oraz snu, zespołu nadpobudliwości psychoruchowej, zaburzeń opozycyjno-buntowniczych oraz lęku separacyjnego.
- b) Doświadczają trudności poznawcze, które mogą zakłócać funkcjonowanie w obszarze edukacyjnym.
- c) Mogą również pojawić się inne zaburzenia, jednak w przypadku stwierdzenia muszą zostać spełnione wszystkie wymagane kryteria diagnostyczne (WHO, 2024).

Doświadczenia traumatyczne w okresie dzieciństwa mają znaczny wpływ na dorosłość. Badania przeprowadzone przez Marilyn Cloitre i współpracowników (2009) na grupie 582 dorosłych kobiet, które w dzieciństwie doświadczały wykorzystywania seksualnego, przemocy fizycznej i emocjonalnej wykazano, że skumulowane traumatyczne doświadczenia z dzieciństwa są silnie powiązane ze złożonością symptomów w dorosłym życiu, podczas gdy nie ma związku pomiędzy urazowymi wydarzeniami w dorosłym życiu a złożonością występujących symptomów. Z uwagi na znaczącą rolę skumulowanych traumatycznych wydarzeń rozpoczynających się we wczesnym dzieciństwie, Bessel van Der Kolk zaproponował nową kategorię diagnostyczną „zespół traumy rozwojowej” (Developmental Trauma Disorder; Cloitre i in., 2009).

Analizy znaczenia stylów przywiązania dokonali Thanos Karatzias i współpracownicy (2022) na grupie 331 dzieci. Wykazano, że lękowy styl przywiązania ma wpływ na wystąpienie DSO jednak nie ma związku z PTSD, natomiast unikający styl przywiązania jest mocno powiązany z symptomami PTSD oraz DSO. Badający wykazali również, że bezpieczny styl przywiązania ma istotne znaczenie prewencyjne wystąpienia CPTSD.



4.3.3 Wpływ czynników kulturowych

Wprowadzenie modelu oceny kulturowej. W ostatnich latach przeprowadzono szereg badań dotyczących tego, w jaki sposób ludzie w różnych kulturach rozumieją i wyrażają cierpienie psychiczne. W celu lepszej diagnozy, zaczęto uwzględniać kontekst kulturowy, który może oddziaływać na wyrażanie symptomów konkretnego zaburzenia a także na nadawanie znaczenia trudnym i stresującym wydarzeniom.

W DSM-4 (1994) wprowadzono *ramowy model oceny kulturowej (Outline for Cultural Formulation)* skupiający się głównie na mniejszościach etnicznych w USA. Zawierał on cztery główne elementy: (a) tożsamość kulturową, (b) kulturowe wyjaśnienia choroby, (c) kulturowe czynniki związane ze środowiskiem oraz (d) kulturowe elementy relacji lekarz-pacjent. W piątej edycji DSM, model ten został zastąpiony *formularzem wywiadu kulturowego (Cultural Formulation Interview)* mający szersze spojrzenie na kulturę oraz wykraczający poza kontekst rasowy i etniczny. Zawiera on 16 otwartych pytań, które pomagają pacjentowi przedstawić to, jak kulturowo rozumie chorobę, jego kontekst społeczny oraz podejmowane leczenie. DSM-5-TR podkreśla, jak różne kultury wpływają na doświadczenie choroby i procesu leczenia, dodatkowo zawiera syndromy kulturowe, modele cierpienia i ich wyjaśnienie (Aggarwal, 2023).

Wywiad kulturowy w DSM-5-TR opiera się na ocenie: (a) kulturowej tożsamości osoby, (b) kulturowych koncepcji dystresu, (c) stresorów psychospołecznych i kulturowych cech podatności i odporności, (d) kulturowe właściwości relacji między badanym a badającym, (e) ogólna ocena kultury. Określając kulturę wywiad kulturowy zwraca uwagę na: (a) czynniki, które wpływają na nadawanie znaczenia doświadczeniom. (np. wartości, orientacja, wiedza oraz zwyczaje) (b) dane dotyczące osoby, takie jak doświadczenia, kontekst społeczny, pochodzenie, przekonania, orientacja seksualna czy niepełnosprawność (c) wpływ rodziny, bliskich oraz innych osób (d) kontekst kulturowy systemu ochrony zdrowia.

W DSM-5-TR umieszczony został również model kulturowych koncepcji stresu (*cultural concepts of distress*). Dotyczy on trzech obszarów: (a) specyficzne dla danych kultur werbalne i niewerbalne sposoby wyrażania cierpienia, (b) modele wyjaśniające, dotyczące różnych koncepcji umysłu i ciała oraz przekonań duchowych a także (c) cechy charakterystyczne dla danych kultur, w których ważne są uwarunkowania socjologiczne, wzorce zachowań, obrzędy religijne, zwyczaje oraz światopogląd. W niektórych społeczeństwach zachowania rozumiane jako odbiegające od norm i niepożądane są akceptowane. W diagnozie ważne jest ustalenie uniwersalnych cech niezależnych od konkretnego społeczeństwa, jednak konieczne są kolejne badania dotyczące tego, jak



konkretne symptomy wyrażane są w różnych kulturach i tego co one w nich oznaczają (Heim i in., 2022).

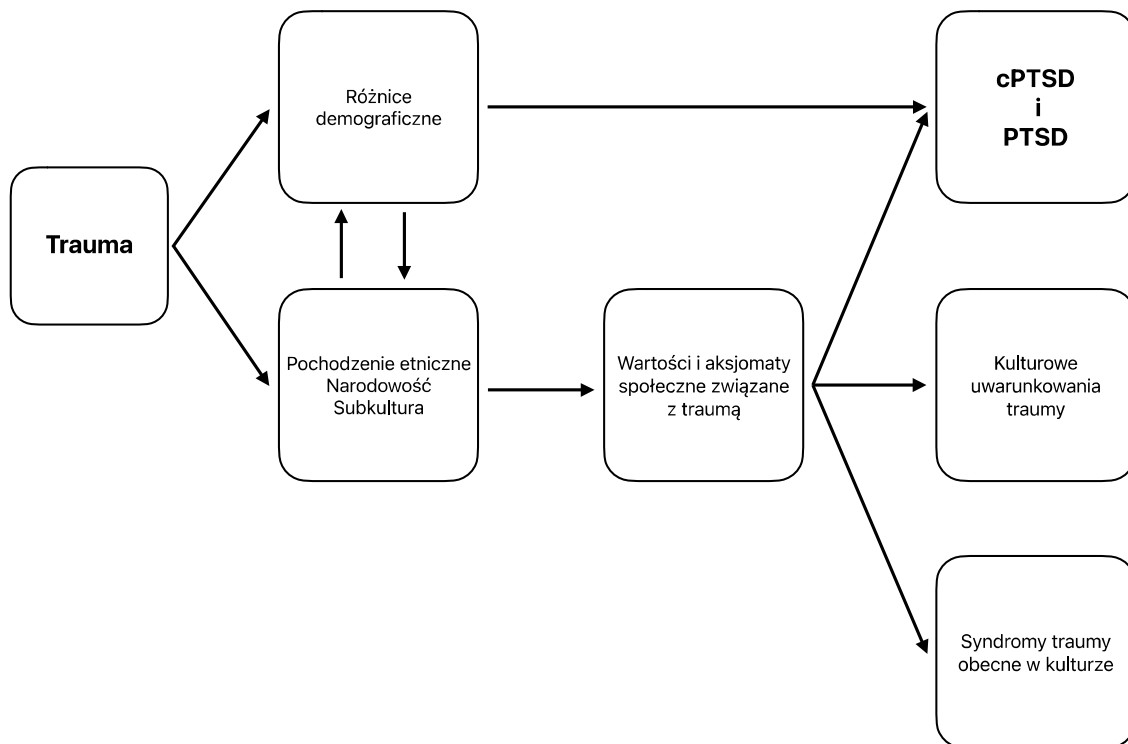
Wśród koncepcji kulturowych stresu w Ameryce Łacińskiej DSM-5-TR wymienia:

1. *Ataque de nervios (napad nerwów)*. Charakteryzuje się “silnym emocjonalnym wzburzeniem” (Gałęcki, 2024), byciem poza kontrolą, w niektórych przypadkach objawami dysocjacyjnymi. Bodźcem wyzwalającym napad nerwów może być trudne lub stresujące wydarzenie albo nagromadzone cierpienie.
2. *Nervios (nerwy)* odnosi się do, podatności na stres i objawia się emocjonalnym niepokojem, somatyzacją i trudnościami w codziennym funkcjonowaniu. Stan ten obejmuje symptomy takich zaburzeń, jak zaburzenia adaptacyjne, depresyjne, lękowe, dysocjacyjne, z objawami somatycznymi lub psychotycznymi, może również odnosić się do różnego rodzaju wyczerpania psychicznego, szczególnie związanego ze zmęczeniem, osłabieniem i niepokojem.
3. *Susto (przerażenie)* jest spowodowane wydarzeniem powodującym strach, w trakcie którego dusza opuszcza ciało. Stan ten powoduje objawy chorobowe oraz dysfunkcje w codziennym funkcjonowaniu. Może pojawić się po kilku dniach lub po kilku latach od wydarzenia, w niektórych przypadkach może być przyczyną śmierci. Wśród objawów wymienia się zmiany apetytu, czasu snu, smutek, obniżona samoocena, przewrażliwienia w relacjach. Wyróżnia się trzy rodzaje *susto*:
 - *Susto interpersonalne* dotyczące utraty rodziny lub porzucenia, symptomy przypominają większe zaburzenie depresyjne.
 - *Susto po traumatycznym wydarzeniu* odpowiadające PTSD.
 - *Susto z nawracającymi objawami somatycznymi* i poszukiwaniem pomocy medycznej w symptomach odpowiada zaburzeniom pod postacią somatyczną (Gałęcki, 2024).

Zaproponowany przez Yulia Chentsova Dutton i Andreas Maercker (2019) koncept *kulturowych skryptów traumy (cultural scripts of trauma)* próbuje opisać jak w poszczególnych kulturach trauma może być przeżywana zgodnie z obowiązującymi normami i wartościami, jak może być interpretowana i w jaki sposób leczona. Z klinicznego punktu widzenia wiedza na temat danej kultury może pomóc lepiej zrozumieć człowieka dotkniętego zaburzeniem, a także uwzględnić w kulturze czynniki w trakcie leczenia (Bachem i in., 2024).

Rysunek 8

Kaskadowy model czynników w wyrażaniu symptomów potraumatycznych



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Eberle i in., 2024

Kaskadowy model czynników kulturowych (Rysunek 8) w wyrażaniu potraumatycznych symptomów, przedstawia wzajemne powiązanie pomiędzy przeżytym traumatycznym wydarzeniem, różnicami demograficznymi i kulturowymi oraz ich łączny wpływ na następstwa w postaci objawów zaburzenia oraz reagowania w kulturowych uwarunkowaniach. Różnice demograficzne mogą określać płeć i wiek. Pochodzenie etniczne, narodowość czy przynależność do konkretnej subkultury odgrywają ważną rolę w kształtowaniu się światopoglądu oraz wartości. Aksjomaty społeczne i wartości mogą przyczyniać się do kulturowych uwarunkowań traumy oraz kształtować jej syndromy charakterystyczne dla danej kultury. Przykładem może być odbiór i manifestacja stresu na różnych poziomach, prowadzące do konkretnych symptomów takich jak *taijin kyofusho* w Japonii czy *baksbat* w Kambodży. Zaimplementowany model ma ułatwić kolejne badania mające na celu dostrzeżenie różnic w doświadczaniu i przeżywaniu CPTSD w różnych kulturach (Eberle i in., 2024).

Czynniki kulturowe w ICD-11. Symptomy cPTSD mogą mieć różną formę ze względu na zwyczaje oraz interpretacje psychologiczną, fizjologiczną i duchową zwyczajów religijnych. Ze względu na ciężką, długotrwałą i nawracającą formę traumatycznych wydarzeń mogą pojawiać się inne poważne cechy zaburzenia. W przypadku imigrantów a zwłaszcza uchodźców, zauważalne mogą stać się zaostrzone symptomy ze względu na stresory akulturowe i nowe otoczenie społeczne (WHO, 2024).

Różnice mogą dotyczyć również symptomów PTSD. W niektórych społeczeństwach gniew może być najbardziej widocznym objawem jako odpowiedni sposób wyrażania cierpienia wśród konkretnej ludności. Inne charakterystyczne objawy mogą nie być ujęte w podręczniku z powodu braku znajomości różnych form wyrażania się, w zależności od grup ludności. Różnica może dotyczyć również samych traumatycznych wydarzeń, które w niektórych terenach mogą mieć większe znaczenie. Dla części społeczeństw traumatycznym doznaniem może być zbezczeszczenie symboli religijnych lub odmowa ceremonii pogrzebu. Innym czynnikiem obecnym w wąskich grupach ludności są *katastroficzne procesy poznawcze*, które wpływają na rozwój zaburzeń lękowych w kontekście traumy oraz występowanie ataków paniki (WHO, 2024).

Kulturowe aspekty zaburzeń w organizacji self. Klinicyści (Eva Heim i współpracownicy (2022) podjęli się próby wyjaśnienia jak w zmieniających się kontekstach kulturowych mogą być rozumiane poszczególne kryteria z DSO (Heim i in., 2022).

Negatywny obraz siebie (*negative self concept*). Koncepcja self oraz poczucie własnej wartości zależą od konkretnej kultury. Wpływ ma to, czy kultura jest indywidualistyczna czy kolektywistyczna. W niezależnym kontekście kulturalnym na pierwszym miejscu jest autonomia i poczucie własnej wartości. Człowiek jako jednostka jest traktowany wyjątkowo, a ludzie w swoich zachowaniach kierują się własnymi postawami, celami i wartościami. We współzależnych (kolektywistycznych) kontekstach kulturowych, osoba jest częścią społeczeństwa a osobowość realizowana jest poprzez zaangażowanie w rodzinę i społeczeństwo. Poznanie siebie przez jednostkę dokonuje się poprzez skrypty kulturowe i wiedzę intersubiektywną. Ludzie pytani o wartości, kierują się tym, jakie są rozpowszechnione w konkretnej kulturze, natomiast przekonanie o sobie jest postrzegane przez pryzmat społeczeństwa. Często prowadzi to do negatywnego obrazu siebie, co również może być ukształtowane kulturowo. Jobson i O’Kearney wykazali, że osoby z kultur niezależnych



mają większy wpływ na psychologiczną adaptację po traumatycznym wydarzeniu niż osoby z kultur współzależnych (Heim i in., 2022).

Dysregulacja afektu. Opisywana w ICD-11 jako: *ciężkie i uporczywe problemy z regulacją afektu*. Oprócz zwiększonej reaktywności emocjonalnej na mniejsze stresory, mogą występować wybuchy przemocy, lekkomyślne lub autodestrukcyjne zachowania, objawy dysocjacyjne i odrętwienie emocjonalne. Szczególnie w odniesieniu do odczuwania przyjemności lub pozytywnych emocji” (WHO, 2024, s. 345).

Choć zestaw ludzkich reakcji emocjonalnych jest uniwersalny, to punktami odniesienia w wyznaczaniu normatywności regulacji afektu są kulturowe aspekty ekspresji, doświadczania oraz regulacji emocji. U podstaw reakcji emocjonalnej leży interpretacja samego wydarzenia. Chroniczne, powtarzające się traumatyczne wydarzenia wywołują cierpienie, prowadząc do emocji takich jak strach, bezradność czy przerażenie. Jednak sposób, w jaki są odbierane i interpretowane, zależy od kontekstu kulturowego. W niektórych przypadkach trauma może być postrzegana nie tylko jako zagrożenie dla jednostki, ale również jako zagrożenie społeczne. W takich sytuacjach może rodzić się poczucie upokorzenia, wstydu lub winy, szczególnie gdy doświadczenie traumy jest interpretowane jako niepowodzenie lub naruszenie norm społecznych w danej kulturze (Heim i in., 2022).

Wartości, które są niejako narzucane przez konkretne kultury, wpływają na to jak wyrażane są emocje. W diagnostyce zaburzeń po traumatycznych wydarzeniach brane są pod uwagę zarówno hiperaktywność jak i hipoaktywność emocjonalna. Kultury indywidualistyczne dowartościowują hiperaktywne wyrażanie emocji w społeczeństwie, podczas gdy kultury kolektywistyczne preferują zachowania o niskim zabarwieniu emocjonalnym, kładąc nacisk na harmonię społeczną i relacje międzyludzkie. W Ameryce Południowej rola męska jest kształtowana przez *machismo*, kładące nacisk na dominację i powściągliwość emocjonalną, czego konsekwencją może być tłumienie emocji. W przeprowadzonych badaniach przez Julię Kaiser i współpracowników (2020) wykazano, że wiąże się to wyższym ryzykiem wystąpienia objawów PTSD po traumie (Heim i in., 2022).

Zakłócenia w relacjach. Mogą one przybierać różne formy w zależności od rodzaju społeczeństwa. W kulturach indywidualistycznych relacje są bardziej elastyczne i zależą od konkretnej osoby. Sprzyja to wyrażaniu emocji oraz poszukiwaniu wsparcia. Natomiast w kulturach kolektywistycznych osoby są zakorzenione w związkach międzyludzkich, które są oparte na obowiązujących zasadach podtrzymujących wspólnotę, co ma negatywny wpływ



na jakość relacji. W kulturach, gdzie problemy dotyczące zdrowia psychicznego są stygmatyzowane, dochodzi do znacznego pogłębienia się symptomów PTSD (Heim i in., 2022).

4.3.4 Diagnoza różnicowa.

Podczas przebiegu cPTSD i PTSD mogą mieć miejsce objawy podobne do innych zaburzeń. Podręcznik w sposób szczegółowy wymienia, w jaki sposób należy odróżnić występowanie innego zaburzenia od objawów zespołu stresu pourazowego. W kontekście PTSD jest to:

- Zaburzenie związane z przedłużającą się żalobą (*prolonged grief disorder*), które może wystąpić w przypadku utraty bliskiej osoby podczas traumatycznych okoliczności. Osoba może doświadczać powracających wspomnień dotyczących okoliczności wydarzenia, jednak dotyczą one przeszłości, nie tak jak w przypadku ponownego doświadczenia (*re-experiencing*) charakterystycznego dla PTSD, które wydarza się na nowo w czasie terażniejszym.
- Zaburzenia adaptacyjne (*adjustment disorder*) może być wywołane przez wydarzenie stresujące, które niekoniecznie jest wyjątkowo groźne lub o przerażającym charakterze. Mogą wystąpić symptomy podobne do PTSD, jeżeli jednak nie zostaną spełnione wszystkie kryteria to trafniejszą diagnozą będą zaburzenia adaptacyjne.
- Ostra reakcja na stres (*acute stress reaction*), podczas której mogą występować wszystkie symptomy PTSD, jednak zaczynają ustępować w ciągu pierwszego tygodnia od niebezpiecznej sytuacji lub w ciągu miesiąca od powtarzających się wydarzeń.
- Schizofrenia oraz zaburzenia schizotypowe i urojeniowe cechują się pseudo halucynacjami słuchowymi, uznawanymi za własne myśli. Podczas PTSD mogą występować takie objawy, jak retrospekcja o charakterze halucynacyjnym czy paranoidalna nadmierna wrażliwość. Nie powinny być one uznawane za symptomy zaburzeń psychiatrycznych.
- Podczas epizodów depresyjnych intruzywne myśli dotyczą przeszłości i nie wydarzają się w terażniejszości, często towarzyszy im ruminacja. Stany depresyjne często występują razem z zespołem stresu pourazowego, jednak jeśli jest to uzasadnione, powinny być zdiagnozowane jako osobne zaburzenie.



- Zaburzenia lękowe z napadami lęku, lęk paniczny (*panic disorder*) w przypadku PTSD mogą zostać wywołane przez wspomnienie traumatycznych wydarzeń podczas ponownego doświadczania. W tym przypadku nie należy diagnozować go jako osobne zaburzenie, jednak w przypadku nieoczekiwanego pojawienia się symptomów i spełnienia pozostałych kryteriów (MB23.H) uzasadnionym jest postawienie dodatkowej diagnozy.
- Zaburzenia lękowe w postaci fobii (*specific phobia*) mogą się ujawnić po ekspozycji na traumatyczne wydarzenie, jednak tym co je odróżnia od PTSD jest brak ponownego doświadczania. Myśli podczas zaburzeń lękowych dotyczą przeszłości, a nie teraźniejszości.
- Zaburzenia dysocjacyjne (*dissociative disorders*), którego różne symptomy mogą mieć miejsce podczas zespołu stresu pourazowego, włączając somatyzację, zaburzenia pamięci, retrospekcję, stany podobne do transu, zmiany tożsamości i poczucia działania, a także doświadczenia depersonalizacji. Nie powinno być diagnozowane jako osobne zaburzenie, jeśli symptomy pojawiają się podczas epizodu ponownego doświadczania (*re-experiencing*), jednak jeśli występują w innych sytuacjach, należy zdiagnozować osobne zaburzenie.
- Inne zaburzenia (*other mental disorders*) często pojawiają się w następstwie zespołu stresu pourazowego. Po przeżyciu traumatycznego wydarzenia mogą się pojawić zaburzenia depresyjne, lękowe i związane z lękiem, dysocjacyjne, nadużywanie substancji przy jednoczesnym braku PTSD (WHO, 2024).

Inne zaburzenia oraz z pogranicza borderline. W przypadku diagnozy innych zaburzeń należy wziąć pod uwagę te, które mogą występować podczas PTSD. Dodatkowo w przypadku traumatycznych wydarzeń w dzieciństwie i wystąpienia dysregulacji afektu możliwe jest wystąpienie zarówno CPTSD jak i zaburzenia osobowości, w szczególności z wzorcem borderline. Wyszczególnia się kilka objawów rozróżniających zaburzenia przedstawione w *Tabeli 13*. Diagnoza obu zaburzeń następuje w zależności od konkretnej sytuacji, jeśli są spełnione wszystkie wymagania (WHO, 2024).

Zarówno borderline (BPD), jak i złożony zespół stresu pourazowego mają te wspólne elementy. Niejednokrotnie są połączone z traumatycznym przeżyciem, często powtarzającym się. Jednak w przypadku cPTSD jest ono warunkiem koniecznym do stwierdzenia zaburzenia,



a w przypadku BPD nie jest ono wymagane. W obydwu, występują zaburzenia regulacji emocji i poczucia tożsamości (Brewin, 2020).

Tabela 13

Różnice między CPTSD a borderline

CPTSD	Borderline
<ul style="list-style-type: none"> • Unikanie relacji i poczucie odłączenia • Negatywny obraz siebie • Wydają się być rzadziej i mniej impulsywne. Występuje również wyższa śmiertelność 	<ul style="list-style-type: none"> • Strach przed porzuceniem oraz niestabilność w intensywnych relacjach • Niestabilne poczucie siebie • Impulsywne zachowania, w tym skłonności samobójcze.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: WHO, 2024

4.3.5 Teoria poliwagalna

Biologicznym wyjaśnieniem mechanizmu złożonego zespołu stresu pourazowego jest *teoria poliwagalna*. Amerykański psycholog i jej twórca Stephen Porges opiera ją na funkcjonowaniu autonomicznego układu nerwowego (AUN), składającego się z układu współczulnego (*Sympathetic Nervous System*,) odpowiadającego za reakcję „walcz lub uciekaj” (*fight or flight*), układu przywspółczulnego (*Parasympathetic Nervous System*), odpowiadającego za reakcję „odpoczywaj i traw” (*rest and digest*) oraz regulującego go nerwu błędnego (*nervus vagus*) związanego z nerwem czaszkowym oraz z mięśniami wokół oczu, ust, ucha wewnętrznego a także krtanią, gardłem, sercem, płucami i narządami trawiennymi. Stephen Porges zakłada *hierarchiczny model samoregulacji*, polegający na naturalnej zdolności do utrzymania homeostazy neuronalnej, która to jest podstawą do wyższych funkcji organizmu. W swojej teorii opisuje cztery poziomy. Pierwszy poziom odpowiada za regularny oddech oraz rytm serca, kolejny jest zintegrowany z brzuszny nerw błędny, który we wczesnych fazach rozwoju umożliwia karmienie piersią i uspokajanie, a następnie przekształca się w *zintegrowany system zaangażowania społecznego*, który dzięki sygnałom bezpieczeństwa może wywoływać stany spokoju. Trzeci poziom odpowiada za procesy motoryczne, w tym ruchy i mimika ciała. Natomiast poziom czwarty to procesy, które



odzwierciedlają procesy motoryczne (np. ton głosu czy stan ciała w relacjach). Jest on zależny od sygnałów i informacji ze środowiska zewnętrznego (Porges, 2022).

Wyróżnia również trzy hierarchiczne stany autonomicznego układu nerwowego. Pierwszym z nich jest *stan brzuszny nerwu błędnego (nerval vagal state)* odpowiadający za poczucie bezpieczeństwa, spokój oraz funkcjonowanie społeczne, kolejnym *stan współczulny* aktywujący reakcję walki lub ucieczki w obliczu zagrożenia oraz *stan grzbietowy nerwu błędnego (dorsal vagal state)* aktywujący się w momencie zagrożenia i prowadzi do zamrożenia lub dysocjacji. Wprowadził również pojęcie *neurocepcji* będącej neuronalną oceną ryzyka i bezpieczeństwa, wywołującą reakcję autonomiczną. Występuje ona u większości organizmów, nawet jednokomórkowych, które automatycznie reagują na zagrożenie oraz sygnały bezpieczeństwa. U ludzi proces ten obejmuje mechanizmy interpretujące bodźce (np. głos, mimikę) oraz odpowiada za reakcję ciała (Porges, 2022).

Na podstawie tych założeń, niemieccy badacze traumy – Maggie Schauer oraz Thomas Elbert (2010) stworzyli model opisujący sześć etapów reakcji na traumatyczne wydarzenie (*The F's of Trauma Reactions*) zawierający następujące reakcje: (a) zamrożenie (*freeze*), (b) ucieczka (*flight*), (c) walka (*fight*), (d) strach (*fear*), (e) flaga (*flag*), (f) omdlenie (*faint*). Początkowym etapem jest reakcja zamrożenia unieruchamiająca organizm i zarządzana przez układ współczulny. Kolejne dwa etapy obejmują walkę i ucieczkę, również zarządzane przez ten sam układ. Reakcja strachu opisywana jako podwójna reakcja autonomiczna, obejmuje zmiany między układem współczulnym a grzbietowymi stanami błędnymi, mogą wtedy wystąpić objawy somatyczne (np. zawroty głowy, nudności, odrętwienie) oraz ataku paniki. Reakcja flagi jest utrzymywana przez grzbietowy kompleks błędny (*dorsal vagal complex*) i objawia się w poczuciu bezradności, dezorientacji, unieruchomienia i zmęczenia. Mogą również wystąpić dysfunkcje przetwarzania mowy oraz bodźców słuchowych, zauważalne jest też obniżenie ciśnienia krwi oraz tętna, co może prowadzić do ostatniego etapu jakim jest omdlenie (Schwartz, 2021).

Amerykański psycholog Pete Walker, zaproponował jeszcze jeden model, jakim jest reakcja *jelenia (fawn response)* zauważaną, gdy osoba wytwarza mechanizmy uspokajające lub zadowalające w celu przetrwania. W tym sposobie reagowania, dzieci mogą próbować uprzedzić lub odciągnąć sprawcę poprzez troszczenie się o jego potrzeby zapominając o swoich. W tym modelu dzieci doświadczają konfliktu między potrzebą ucieczki z niebezpieczeństwa a potrzebą przywiązania do opiekuna, co może stać się przyczyną wystąpienia zaburzeń dysocjacyjnych (Schwartz, 2021).



W przypadku dzieci doświadczających powtarzających się traumatycznych przeżyć, ich układ nerwowy rozwija się w kontekście środowiska, w którym się znajdują. Zauważa się szybszą aktywację stanu grzbietowego nerwu błędnego i unieruchomienie, ponieważ dzieci nie mają możliwości ucieczki lub walki z przemocą, co może doprowadzić do warunkowej reakcji unieruchomienia w przypadku spotkania się z bezsilnością i bezradnością. Jednym z możliwych biologicznych wyjaśnień tej reakcji jest *teoria wyuczonej bezradności* stworzona przez Martina Seligmana, szerzej opisana w podrozdziale 5.2.1 *Czynniki psychologiczne zaburzeń depresyjnych* (Schwartz, 2021).

Trwałe zmiany w mózgu, które powstały poprzez chroniczne niebezpieczeństwo w dzieciństwie powoduje liczne dysfunkcje w dorosłym życiu. Badania, wykonane przez Martina Teichera (2016) u dzieci, które były narażone na traumatyczne wydarzenia, wykazały trwałe zmiany w różnych ośrodkach mózgu. Wśród nich zaobserwowano utratę istoty szarej w korze oczodołowo-czołowej regulującą aktywność w dolnych ośrodkach mózgu oraz w korze sensomotorycznej. Ośrodki te pomagają w świadomej refleksji nad odczuciami dotyczącymi wspomnień z przeszłości. Osoby ze wspomnianymi deficytami mają tendencję do impulsywnego zachowania oraz natychmiastowego i bezrefleksyjnego zaspokajania potrzeb. Zmniejszona objętość i aktywność hipokampu prowadzi do trudności z koncentracją i utrzymaniem uwagi, problemami z przypominaniem sobie faktów i wydarzeń, a także brakiem spójnej narracji autobiograficznej. Hiperaktywowane ciało migdałowate, przetwarzające fragmentaryczne i niespójne wydarzenia poprzez otrzymanie niewłaściwych sygnałów z hipokampu, objawia się nadmierną reaktywnością na bodźce emocjonalne. Fragmentaryczne wspomnienia sensoryczne i emocjonalne związane z traumatycznym wydarzeniem, przechowywane w pamięci utajonej i ciele migdałowatym, mogą zostać uaktywnione przez bodźce o podobnych cechach. W efekcie może to prowadzić do zwiększonej impulsywności oraz trudności w kontrolowaniu emocji (Schwartz, 2021).

W reakcji na zagrożenie organizm wydziela katecholaminy, takie jak adrenalina i noradrenalina, a także kortyzol. Jednocześnie dochodzi do aktywacji osi HPA, która reguluje odpowiedź na stres. Kiedy zagrożenie mija, poziom hormonów stresu wraca do normy i następuje dezaktywacja osi HPA. W przypadku powtarzających się wydarzeń traumatycznych oraz ciągłego poczucia stresu, następują trwałe zmiany w funkcjonowaniu osi HPA, co prowadzi do obniżenia poziomu kortyzolu i trudnościach w utrzymaniu homeostazy, zakłócenia rytmu dobowego i zaburzeń trawienia. Najczęściej prowadzi to do zniekształconej interpretacji rzeczywistości, odbierając jako zagrożenie sytuację, która taka nie jest poprzez trudność w odróżnieniu trwałego wydarzenia od traumatycznych wydarzeń z przeszłości.



Osoby doświadczające rzeczywistego zagrożenia mają tendencję do pozostawania w nim, co stopniowo utrudnia im odczuwanie bezpieczeństwa i może prowadzić do błędnego koła lęku. U osób z dysocjacyjnym PTSD, obniżonym poziomem kortyzolu i zwiększoną aktywacją przywspółczulnego układu nerwowego często występują zaburzenia snu, objawiające się trudnościami z poranną czujnością oraz niemożnością spokojnego wypoczynku. Zaburzenia równowagi nerwu błędnego i autonomicznego układu nerwowego skutkują uczuciem przytłoczenia, niepokoju, trudnościami z koncentracją, dezorientacją, nadmiernym pobudzeniem oraz objawami depresyjnymi (Schwartz, 2021).

4.5 Terapia CPTSD

Obecnie wnikliwie przebadano terapię pod kątem leczenia PTSD, natomiast przy leczeniu złożonego zespołu stresu pourazowego terapię muszą uwzględniać objawy DSO. Najbardziej skuteczną jest terapia poznawczo-behawioralna skoncentrowana na traumie (*Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy [TF-CBT]*), trwają również intensywne prace nad rozszerzonym treningiem umiejętności w zakresie regulacji afektywnej i interpersonalnej (*Enhanced Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation [ESTAIR]*) w leczeniu osób z CPTSD.

4.5.1 Terapia poznawczo-behawioralna skoncentrowana na traumie

TF-CBT zawiera trzy fazy pomocy terapeutycznej: (a) stabilizacja, (b) aktywne przetwarzanie pamięci i znaczenia oraz odbudowa, (c) utrwalenie efektów leczenia i ponowne zaangażowanie w życie (Jensen i in., 2022).

W pierwszej fazie terapii kluczowe jest zapewnienie poczucia bezpieczeństwa i budowanie zaufania. Ze względu na częste trudności w relacjach i brak zaufania u osób z CPTSD, istotne jest nawiązanie bezpiecznej relacji terapeutycznej. W tym celu stosuje się psychoedukację, która wyjaśnia mechanizmy zaburzenia oraz jego wpływ na ciało i mózg. Ważnym elementem terapii jest także rozwijanie umiejętności regulacji emocji i tolerancji na pobudzenie, aby osoba mogła stopniowo zwiększać swoją zdolność do radzenia sobie z trudnymi stanami emocjonalnymi. Proces ten prowadzi do redukcji objawów oraz poszerzania tzw. „okna tolerancji” na negatywne emocje, co ułatwia lepsze funkcjonowanie (Rajkumar, 2024).

Celem drugiej fazy jest ograniczenie intensywności i natrętności wspomnień oraz odbudowanie pozytywnych przekonań o sobie oraz otoczeniu. Polega ona na zidentyfikowaniu



„gorących punktów” (*hot spots*) a następnie pomocy w zaktualizowaniu negatywnych przekonań na te, które bardziej odpowiadają rzeczywistości. Często wykorzystywanymi metodami są (a) wyobrazeniowe przeżywanie (*imaginal reliving*), w którym przy pomocy terapeuty odtwarzane są traumatyczne wydarzenia, tak jakby działały się w obecnym momencie (b) pisanie narracyjne (*narrative writing*) podczas którego pacjent szczegółowo zapisuje doświadczenia (c) przeformułowanie w wyobraźni (*imagery rescripting*) polegające na modyfikowaniu wyobrażeń związanych z wydarzeniem poprzez zmianę sposobu postrzegania i przeżywania wspomnień. Opisane techniki mają na celu zmniejszenie intensywności odczuć emocjonalnych oraz negatywnych przekonań związanych z traumatycznym wydarzeniem. Kolejnym etapem wspomnianej fazy jest odzyskanie i odbudowa życia poprzez zrozumienie poniesionych strat, stopniowy powrót do porzuconych aktywności, odbudowywanie relacji oraz minimalizacja niewłaściwych mechanizmów, które do tej pory pomagały funkcjonować (np. unikanie, używanie substancji czy izolacja; Rajkumar, 2024).

Trzecia faza skoncentrowana jest na odbudowaniu celów życiowych, zaangażowaniu w relacje z bliskimi a także wzrost poczucia niezależności i sprawczości. Umożliwia ona pacjentowi wdrożenie w życie zmian, które osiągnął w poprzednich etapach. Wykluczenie tej fazy może spowodować, że efekty terapii nie zostaną zintegrowane z życiem i pozostaną tylko na poziomie intelektualnym (Rajkumar, 2024).

4.5.2 Terapia STAIR

Jedną z form terapii, która jest obecnie szczegółowo badana to opracowany przez M. Cloitre Trening Umiejętności w Zakresie Regulacji Afektywnej i Interpersonalnej (*Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation, STAIR*). Powstał on na bazie terapii narracyjnej (*narrative therapy*; Karatzias, Glanaghy i Cloitre, 2023) i jest skierowany do osób, które jako dzieci doświadczały przemocy seksualnej, fizycznej, emocjonalnej lub zaniedbania (Cáceres Rubio i Crespo López, 2019).

Wspomnienia traumatycznych wydarzeń wywołują skrajnie bolesne emocje, takie jak uczucie terroru, upokorzenie i zdrada, natomiast powtarzające się urazy w dzieciństwie w znacznym stopniu zakłócają rozwój zdolności emocjonalnych i relacyjnych, a także poczucie własnej tożsamości. Z tego powodu urazowe wydarzenia nie są integrowane, a ich ponowne odtwarzanie zakłóca pełne życie w terażniejszości. W przypadku traumy złożonej nie jest możliwe bezpośrednie przeorganizowanie traumatycznych wydarzeń, dlatego został stworzony moduł STAIR, którego zadaniem jest regulacja emocji oraz wzmocnienie relacji



interpersonalnych (Cloitre i in., 2020). Pierwsze cztery sesje dotyczą regulacji emocji a dokładnie świadomości emocjonalnej, łagodzenie negatywnych emocji i wzmacnianie tych pozytywnych oraz zwiększenie tolerancji na stres. Kolejne cztery sesje dotyczą relacji interpersonalnych, na które składają się badanie i weryfikacja istniejących schematów, asertywność oraz elastyczność w relacjach (Karatzias i in., 2023).

Następnym etapem w terapii jest przejście do terapii narracyjnej i przepracowanie traumatycznych wydarzeń, tak aby stały się częścią życia. Rozpoczyna się ona od emocjonalnego przetworzenia traumatycznych wspomnień za pomocą tradycyjnych technik ekspozycji wyobraźniowej. Kolejnym krokiem jest kontekstualizacja w celu zorganizowania wspomnień i stworzenia narracji siebie (*narrative of self*). Dzięki tym strategiom, klient przy pomocy terapeuty może organizować poczucie samego siebie (*sense of self*) wokół dwóch wstydu i zdrady oraz straty i żaloby które często dotyczą osoby po traumatycznym wydarzeniu (Cloitre, Brewin, i in., 2020).

Implementując STAIR do diagnozy CPTSD w ICD-11 utworzono ESTAIR. Jest to model terapii, który zawiera moduły leczenia wszystkich objawów umieszczonych w klasyfikacji ICD-11. Umożliwia on elastyczne dostosowanie planu terapii, poprzez skoncentrowanie się na najbardziej uciążliwych symptomach. Struktura ESTAIR pozwala na powrót do wcześniejszych modułów lub pominięcie mniej ważnych dla pacjenta, co pozwala w sposób dynamiczny dostosować proces terapii do procesu zdrowienia klienta. Terapia obejmująca wszystkie symptomy składa się z dwudziestu pięciu sesji. Podczas pierwszej oceniany jest stan zdrowia pacjenta, następnie dostępne są cztery moduły, które składają się z sześciu sesji. Nowo zaimplementowana forma terapii jest we wczesnej fazie badań, dodatkowo wymaga dodatkowych umiejętności od terapeuty, takich jak właściwa ocena celów i obszarów terapii, wybór niezbędnych dla pacjenta modułów oraz na podstawie oceny stanu zdrowia pacjenta umieszczenie ich we właściwej kolejności. Dodatkowo konieczne jest dostosowanie terapii do PTSD, która wymaga mniejszej ilości modułów (Karatzias i in., 2023).

Przeprowadzone badanie RESTORE jest pierwszym, które analizowało skuteczność terapii modułowej ukierunkowanej na wszystkie objawów CPTSD u weteranów. Zostało ono wykonane w celu oceny wykonalności, bezpieczeństwa oraz akceptowalności metody ESTAIR oraz porównaniu ze zwykłym leczeniem. Przebadano 92 osoby, spośród których 56 zakwalifikowano do leczenia. Połowa z nich była leczona metodą ESTAIR, natomiast pozostałe 28 osób było poddane zwykłemu leczeniu. Wyniki badania wskazują, że terapia modułowa jest wykonalna, bezpieczna oraz potencjalnie skuteczna. Objawy CPTSD oraz

współistniejące objawy depresji i lęku zostały znacznie zmniejszone w porównaniu do osób poddanych zwykłemu leczeniu (Karatzias i in., 2023).



Rozdział 5. Zaburzenia depresyjne

Wśród zaburzeń nastroju wyszczególnione są zaburzenia depresyjne jednobiegunowe odpowiadające badanym w pracy objawom. Są one powszechnym zaburzeniem psychicznym, najczęściej diagnozowanym u osób w wieku 20 - 40 lat. Występowanie zaburzeń jest związane ze znacznym ryzykiem zachowań samobójczych, u 15% osób są one skuteczne. U 5-10% pacjentów, u których wystąpił epizod depresyjny występuje choroba afektywna dwubiegunowa, dystymia występuje u 5% osób, natomiast częstość występowania cyklotomii mieści się w przedziale 0,4-3%. (Gałęcki i Szulc, 2023) Samo słowo *depresja* pochodzi od łacińskiego *depressio*, które oznacza zanurzenie lub opadanie. Osoba, która cierpi na wspomniane zaburzenie odczuwa przygnębienie, tak jakby przygniatał ją ciężar (Rondón Bernard, 2018).

5.1 Ewolucja rozumienia i diagnozy

5.1.1 Historia

Pierwsze zmianki o depresji występują u Hipokratesa (V w. p.n.e.), który stworzył teorię humoralną opierającą się na założeniu mówiącym o płynach wewnątrzustrojowych będących podstawą emocji i zachowania. Według teorii *czarna żółć* odpowiada za temperament melancholiczny, który jest utożsamiany ze zmianami nastroju, które są chorobowe. Jego autorstwu przypisywane są również stosowane do dziś pojęcia *łeku* oraz *dystymii*. Kolejni greccy uczeni kontynuowali myśl Hipokratesa rozwijając biologiczne podejście do melancholii. Arystoteles odróżnił cechy temperamentu od zaburzeń nastroju, Soranos z Efezu wyszczególnił zaburzenia o podłożu egzogennym. W średniowieczu panowało przekonanie mówiące, że melancholia jest karą za grzechy, ale w tym czasie Awicenna oraz Albert Wielki prezentowali odrębne przekonanie mówiące o schorzeniu fizjologicznym (Musiał, 2007).

W renesansie melancholia była postrzegana nie tyle jako choroba, lecz jako oznaka geniuszu, na którą zapadli artyści i intelektualiści. Brytyjski humanista R. Burton w swoim dziele *Anatomia melancholii* (1621) opisywał ją jako stan chorobowy oraz twórczy. Uważał również, że emocje wpływają na organizm: gniew podnosi temperaturę ciała, a smutek ją obniża, zaburzając trawienie i zdolność myślenia, zauważył również związek między utratą więzi a zaburzeniami nastroju. W XVII wieku uważano, że melancholię można leczyć przez odpowiednią dietę, aktywność fizyczną oraz terapie wodne i upusty krwi. Brytyjski lekarz T. Willis (1672) uważał manie i melancholię za dwie części tego samego zaburzenia,



podkreślając, że mania często następuje po melancholii i może się w nią z powrotem przekształcić. Znaczącą rolę w badaniach nad zaburzeniami depresyjnymi odegrał niemiecki profesor psychiatrii W. Griesinger (1871), który był przekonany, że choroby psychiczne mają podstawy fizjologiczne w mózgu uwzględniając warunki społeczne. Stworzył klasyfikację chorób psychicznych, wymieniając w niej depresję z apatią, destruktywnością lub nadmiernym pobudzeniem woli. Niemiecki psychiatra E. Kraepelin skodyfikował zaburzenia nastroju pod nazwą *choroba maniakalno-depresyjna (insania maniaco-depressiva)* opisując również *stupor maniakalny* (1893), *manię z zahamowaniem* (1899), *depresję z euforią* (1904) oraz *depresyjną manię lękową* (1913). Twórca psychoanalizy Z. Freud (1917) w eseju *Żaloba i melancholia* zauważył, że obydwa stany cechuje smutek, z tą różnicą, że w żałobie był on spowodowany utratą obiektu, natomiast w przypadku melancholii strata była doświadczana nieświadomie (Stein i in., 2005).

Szwajcarski psychiatra A. Meyer (1908) na spotkaniu Nowojorskiego Towarzystwa Psychiatrycznego zaproponował używanie terminu *depresja* w odniesieniu do stanów określanych melancholią, co odzwierciedliło się w podręcznikach diagnostycznych. Pierwsze wydanie DSM połączyło podejście A. Meyera z terminologią E. Kraepelina, co spowodowało podzielenie objawów depresji na dwie oddzielne kategorie. Pierwsza z nich została zaliczona do kategorii *zaburzenia psychotyczne* jako *reakcja maniakalno-depresyjna* wraz z podtypem maniakalnym i depresyjnym, natomiast druga została przypisana do kategorii *zaburzenia psychoneurotyczne*, jako *reakcja depresyjna*. W sposób bardzo zbliżony przedstawiony został podział w ICD-6 (1949). Nowy kierunek rozwoju pojęcia depresji wyznaczyła klasyfikacja DSM-III, w której zniesiono podział na psychotyczną i nerwicową wprowadzając ustrukturyzowane ramy diagnostyczne wprowadzając podział na *zaburzenie adaptacyjne z obniżonym nastrojem*, *depresję w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej*, *depresję większą (major depression)*, *dystymię* oraz *depresję atypową*. Było to przełomem w diagnostyce psychiatrycznej, poprzez dostarczenie strukturalnego podejścia do klasyfikowania i rozumienia depresji. Kryteria diagnostyczne w trzecim wydaniu DSM stały się podstawą dla kolejnych edycji podręczników diagnostycznych (Jansson, 2020).

Współczesne teorie opisujące depresję jednobiegunową uwzględniają czynniki biologiczne (a) zaburzenia hormonalne, (b) zmniejszona aktywność neuroprzekaźników, (c) predyspozycje genetyczne, (d) zaburzenia snu, (e) osłabienie układu odpornościowego oraz psychospołeczne: (a) psychoanaliza (np. utrata, problem separacyjny, wewnętrzna złość), (b) teorie poznawczo-behawioralne (np. triada depresyjna Becka, wyuczona bezradność Seligmana; Musiał, 2007) Depresja jest definiowana jako zaburzenie wieloczynnikowe, które



obejmuje objawy: (a) behawioralne (pobudzenie lub spowolnienie ruchowe, zachowania samobójcze, zahamowanie, płacz, ubogie słownictwo, uzależnienia, oznaki beznadziejności i smutku na twarzy, autoagresja, negatywne wypowiedzi, skargi, zaniedbany wygląd), (b) poznawcze (negatywna ocena siebie, otoczenia i przyszłości), (c) społeczne (wzrost zależności od innych, unikanie interakcji) oraz (d) biologiczne (wzrost/spadek masy ciała, hipo lub hipersomnia, zmęczenie, utrata energii i apetytu, zaburzenia funkcji seksualnych, ból ciała, osłabienie). Tym co odróżnia ją od smutku jest czas trwania oraz utrudnianie w codziennym funkcjonowaniu. (Rondón Bernard, 2018; Cui i in., 2024)

5.1.2 Kryteria diagnostyczne DSM-5-TR oraz w ICD11

W klasyfikacji ICD-11 jednobiegunowe zaburzenia depresyjne umieszczone są w grupie zaburzeń nastroju (*mood disorders*) w bloku L2-6A7. Kryteria diagnostyczne oraz podział zaburzeń nie uległy znacznej zmianie w stosunku do poprzedniej wersji klasyfikacji. Objawy w zaburzeniu depresyjnym z pojedynczym epizodem podzielono na trzy kategorie: (a) afektywne (b) neurovegetatywne (c) poznawcze. Pięć z wymienionych objawów musi być spełnionych przez znaczną część dnia przez przynajmniej dwa tygodnie. Podtrzymano tak zwane wykluczenie żałoby z poprzedniej wersji klasyfikacji w nieco zmienionej formie. Aby stwierdzić zaburzenie depresyjne w czasie trwania żałoby typowe objawy depresyjne muszą się utrzymywać przez okres większy niż czterech tygodni. Klasyfikacja przedstawia następujące rodzaje zaburzeń depresyjnych: (Harrison i in., 2021; Krawczyk i Święcicki, 2020; Seemüller, 2023)

Zaburzenie depresyjne z pojedynczym epizodem (6A70) zwane również *epizodem depresyjnym*. Do zdiagnozowania wymagana jest obecność przynajmniej pięciu z następujących objawów przez większą część dnia, przez przynajmniej 2 tygodnie, w tym wymagany jest przynajmniej jeden objaw z klastra afektywnego.

1. Klaster afektywny:

- a. Zgłaszany przez osobę odczuwany nastrój depresyjny (uczucie przygnębienia, smutek) lub obserwowany (np. płaczliwość lub zmieniony wygląd).
- b. Istotne obniżenie zainteresowania lub odczuwanej satysfakcji z wykonywania czynności, które zazwyczaj dostarczały przyjemności. Może również dotyczyć zmniejszonego popędu seksualnego.



2. Klaster poznawczo-behawioralny:

- a. Niezdecydowanie lub deficyty uwagi i koncentracji.
- b. Przekonania o niskim poczuciu własnej wartości oraz nieadekwatnym poczuciu winy, w niektórych przypadkach przybierające charakter urojeniowy. Jeśli poczucie winy i wyrzuty sumienia dotyczą wyłącznie depresji to nie powinny być brane pod uwagę.
- c. Poczucie beznadziejności w odniesieniu do przyszłości.
- d. Powracające myśli o śmierci obejmujące nie tylko strach przed nią, myśli suicydalne z konkretnym planem lub bez, bądź dowody na próbę samobójczą.

3. Klaster neurowegetatywny:

- a. Zakłócenia rytmu snu
- b. Znacząca zmiana apetytu bądź masy ciała obejmująca zwiększenie lub zmniejszenie
- c. Obserwowane przez innych spowolnienie lub pobudzenie psychomotoryczne. Zmiana ta nie może być tylko zauważalna subiektywnie.
- d. Zmniejszona energia lub zmęczenie przy minimalnym wysiłku (WHO, 2024).

Opisane kryteria nie mogą być lepiej wyjaśnione przez inne zaburzenie a także powodują znaczącą dysfunkcję w codziennym funkcjonowaniu. Afektywny komponent epizodu depresyjnego może być doświadczany jako drażliwość lub brak doświadczenia emocjonalnego. W niektórych przypadkach u osób doświadczających ciężkiego epizodu depresyjnego może wystąpić opór lub trudność w ujawnianiu i opisywaniu przeżywanych symptomów, konieczna jest wtedy obserwacja oraz informacje pozyskane od dodatkowego informatora. Podczas epizodów depresyjnych może być zauważalne zwiększone spożycie alkoholu bądź innych substancji, zaostrzenie istniejących wcześniej objawów psychologicznych oraz pojawieniem się obaw somatycznych. Epizod depresyjny różni się od normatywnej reakcji na niekorzystne wydarzenia życiowe nasileniem, zakresem i czasem trwania objawów. Pewne symptomy depresji mogą być również zauważane o osób przeżywających żałobę, jednak epizod depresyjny może nałożyć się na przeżywany smutek. Należy wtedy zbadać wcześniejszą historię zaburzeń depresyjnych lub choroby afektywno-dwubiegunowej oraz zbadać czy przeżywana żałoba jest zgodna z kontekstem religijnym i kulturowym. Epizody depresyjne występują rzadko w dzieciństwie, w przypadku ich



występowania zarówno u dzieci jak i u młodzieży obserwuje się wszystkie cechy charakterystyczne. Ocena kliniczna powinna opierać się na informacjach innych osób (np. rodzice lub opiekunowie) o objawach i stopniu w jakim występują. Objawy z klastra afektywnego u dzieci mogą objawiać się dolegliwościami somatycznymi, płaczliwością lub zwiększonym lękiem separacyjnym. U dzieci oraz u młodzieży może wystąpić drażliwość, jednak nie jest ona predyktorem zaburzenia. Mniejsza zdolność koncentracji lub utrzymania uwagi z klastra poznawczo-behawioralnego może skutkować pogorszeniem wyników w nauce, wydłużonym czasem potrzebnym na wykonanie zadań lub niezdolnością do ich wykonania. Objawy te są czasowo związane ze zmianami nastroju lub energii. Objawy z klastra neurovegetatywnego takie jak hipersomnia i hiperfagia są często spotykane u dzieci. Zaburzenia apetytu u dzieci i młodzieży rzadko są związane z utratą masy ciała, lecz z brakiem jej przyrostu zgodnie z normami rozwojowymi. Myśli i zachowania suicydalne wśród dzieci mogą być zauważalne przez bierne stwierdzenia (np. „nie chcę tu być”) lub jako element śmierci podczas zabawy. Spotykane są również zachowania samookalaczące u małych dzieci w postaci drapania się lub uderzania głowy ścianę, natomiast wśród młodzieży jako palenie lub cięcie (WHO, 2024).

Klasyfikacja ICD-11, charakteryzuje zaburzenia depresyjne z pojedynczym epizodem na:

- a. Łagodne (6A70.0), gdy epizod jest łagodny, a żaden z objawów nie jest nasilony.
- b. Umiarkowane, bez objawów psychotycznych (6A70.1), gdy objawy mają umiarkowane nasilenie i nie występują urojenia ani omamy.
- c. Umiarkowane, z objawami psychotycznymi (6A70.2), gdy objawy są umiarkowanie ciężkie i występują urojenia lub omamy.
- d. Ciężkie, bez objawów psychotycznych (6A70.3), gdy epizod jest ciężki i nie występują urojenia ani omamy.
- e. Ciężkie, z objawami psychotycznymi (6A70.4), gdy objawy są ciężkie oraz występują urojenia lub omamy.
- f. O nieokreślonym nasileniu (6A70.5), gdy nie ma informacji odnośnie poprzednich epizodów depresyjnych a także nie jest możliwe określenie nasilenia obecnego epizodu depresyjnego.
- g. W częściowej remisji (6A70.6), gdy nie są spełnione wszystkie wymagania dla epizodu depresyjnego i nie ma historii wcześniejszych przypadków występowania zaburzenia.



- h. W pełnej remisji (6A70.7), gdy są spełnione kryteria dla jednego epizodu depresyjnego w przeszłości i nie występują znaczące zmiany w nastroju.
- i. Inne zaburzenia depresyjne z pojedynczym epizodem (6A70.Y).
- j. Zaburzenia depresyjne z pojedynczym epizodem nieokreślone (6A70.Z).

W diagnozie różnicowej należy uwzględnić epizod mieszany, zespół nadpobudliwości ruchowej z deficytem uwagi, zaburzenie związane z przedłużającą się żalobą oraz demencja (WHO, 2024).

Zaburzenia depresyjne nawracające (6A71) odpowiadające *depresji jednobiegunowej* występują, gdy zdiagnozowano przynajmniej dwa epizody depresyjne w odstępie przynajmniej kilku miesięcy. Charakteryzują się prawie codziennym obniżeniem nastroju lub zmniejszonym zainteresowaniem czynnościami przez przynajmniej dwa tygodnie. W trakcie zaburzenia występują objawy takie, jak niska samoocena, poczucie winy, problemy z koncentracją, odczucie beznadziejności, nawracające myśli o śmierci, samobójstwie, zmiany w rytmie snu lub w apetycie, spowolnienie lub pobudzenie psychoruchowe, zmęczenie lub mniejsza energia. W historii pacjenta nie mogą występować epizody maniakalne, hipomaniakalne lub mieszane. Analogicznie do zaburzeń depresyjnych z pojedynczym epizodem, klasyfikacja ICD-11 wyszczególnia następujące warianty zaburzenia:

- k. Bieżący epizod łagodny (6A71.0).
- l. Aktualny epizod umiarkowany, bez objawów psychotycznych (6A71.1)..
- m. Bieżący epizod umiarkowany, z objawami psychotycznymi (6A71.2)
- n. Aktualny epizod ciężki, bez objawów psychotycznych (6A71.3).
- o. Bieżący epizod ciężki, z objawami psychotycznymi (6A71.4).
- p. O nieokreślonym nasileniu (6A71.5).
- q. W częściowej remisji (6A71.6).
- r. W pełnej remisji (6A71.6).
- s. Inne zaburzenia depresyjne z pojedynczym epizodem (6A71.Y).
- t. Zaburzenia depresyjne z pojedynczym epizodem nieokreślone (6A71.Z).

Zaburzenia dystymiczne (*dysthymic disorder*) (6A72) charakteryzujące się uporczywym nastrojem depresyjnym trwającym 2 lata bądź dłużej, przez przeważającą część dnia i dni w podanym przedziale czasowym. We wspomnianym czasie, nie występują okresy bezobjawowe dłuższe niż 2 miesiące, a w przeszłości nie stwierdzono epizodów maniakalnych,

hipomaniakalnych ani mieszanych. U osób, ze stwierdzonym zaburzeniem istnieje większe ryzyko popełnienia samobójstwa (WHO, 2024).

Mieszane zaburzenie depresyjne i lękowe (6A73), podczas którego występują objawy zarówno lęku jak i depresji przez przynajmniej dwa tygodnie. Diagnozowane objawy nie mogą być na tyle ciężkie, aby uzasadnić inne zaburzenie, jednak powodują znaczny stres oraz upośledzenie w codziennym funkcjonowaniu. Obecność objawów depresyjnych i lękowych powinna występować przez większość czasu, przez ponad 2 tygodnie, powodując utratę zainteresowania lub przyjemności z wykonywanych zajęć (WHO, 2024).

Objawy i przebieg epizodów zaburzeń nastroju (6A80) wskazujące na cechy przebiegu epizodów. Podane w klasyfikacji kody służą jako uzupełnienie w przypadku, kiedy występują ważne z punktu widzenia klinicznego objawy:

1. Znaczące objawy lękowe w epizodach zaburzeń nastroju (6A80.0) występujące przez znaczny okres czasu w trakcie trwania epizodu depresyjnego, maniakalnego, mieszanego lub hipomaniakalnego.
2. Napady paniki w epizodach zaburzeń nastroju (6A80.1) w przypadku, kiedy w ciągu ostatniego miesiąca wystąpiły przynajmniej dwa powracające ataki paniki, będące szczególnie odpowiedzią na lęk spowodowany objawami epizodu zaburzeń nastroju. Jeżeli ataki paniki miały inne podłoże należy postawić inną diagnozę.
3. Trwały epizod depresyjny (6A80.2) diagnozuje się, gdy objawy są spełnione nieprzerwanie przez co najmniej dwa lata.
4. Aktualny epizod depresyjny z melancholią (6A80.3) kiedy towarzyszą objawy anhedonii, niska reaktywność emocjonalna na czynności, które sprawiały przyjemność, bezsenność a objawy depresji są zwiększone rano.
5. Sezonowość pojawiania się epizodu zaburzeń nastroju (6A80.4) kiedy w przypadku zaburzeń depresyjnych oraz dwubiegunowych I lub II zauważalny był powtarzający się, często sezonowy wzorzec występowania i remisji.
6. Szybkie cykle/zmiany nastroju, kiedy w ciągu ostatnich dwunastu miesięcy często pojawiały się zaburzenia nastroju, przynajmniej cztery razy. Okresy występowania objawów mogą być krótsze, np. kilka dni. W przypadku kiedy symptomy zmieniają się codziennie lub w ciągu dnia należy rozpoznać epizod mieszany (WHO, 2024).

W klasyfikacji DSM-5-TR wprowadzono nowe rozpoznanie: *dezorganizujące regulacji nastroju*, odnoszące się do dzieci do lat 12. Wprowadzone rozpoznanie jest



spowodowane obawą przed możliwością nadrozpoznienia zaburzenia dwubiegunowego. W DSM jest wyraźne rozróżnienie stanów smutku i żalu od epizodu depresyjnego, z uwzględnieniem cierpienia powodowanego przez żalobę, które nie jest zaburzeniem depresyjnym.

Dla *dezorganizującego zaburzenia regulacji nastroju* DSM-5-TR wymienia następujące kryteria:

1. Intensywne i powracające wybuchy gniewu wyrażane werbalnie bądź przez zachowanie, a ich natężenie lub czas trwania nie są adekwatne do bodźca.
2. Wspomniane wybuchy gniewu nie są spójne z etapem rozwoju osoby.
3. Wybuchy gniewu pojawiają się przynajmniej trzy razy w tygodniu.
4. Między epizodami wybuchów gniewu, nastrój zazwyczaj utrzymuje się na poziomie przewlekłego rozdrażnienia przez większość dnia, niemal codziennie, co mogą zauważyć osoby z otoczenia, np. rodzice, nauczyciele czy rówieśnicy (Gałęcki, 2024).

Opisane kryteria są zauważalne przynajmniej przez rok, nie zauważa się okresów bezobjawowych dłuższych niż trzy miesiące w przynajmniej dwóch obszarach takich jak szkoła, dom, wśród kolegów i koleżanek, natomiast przynajmniej w jednej przestrzeni objawy mają zwiększone natężenie. Pierwsze diagnozowanie powinno nastąpić pomiędzy szóstym a osiemnastym rokiem życia, nie występują wyłącznie podczas większego zaburzenia depresyjnego oraz nie mogą być wyjaśnione inną diagnozą, nie są również wywołane działaniem substancji bądź stanem medycznym lub neurologicznym. Początek objawów musi wystąpić przed 10 rokiem życia, natomiast rozpoznania nie dokonuje się u dzieci poniżej 6 roku życia. W przypadku przewlekłej drażliwości istnieje ryzyko wystąpienia jednobiegunowego zaburzenia depresyjnego bądź zaburzeń lękowych. Z powodu niskiego progu reaktywności emocjonalnej dzieci mają trudności w relacjach z rówieśnikami, osiąganiem oczekiwanych w szkole a także zakłócają życie rodzinne. Często spotykane są również zachowania agresywne oraz suicydalne. W diagnostyce różnicowej należy uwzględnić zaburzenia dwubiegunowe, opozycyjno-buntownicze, eksplozywne, depresyjne, lękowe, ze spektrum autyzmu i ADHD (Gałęcki, 2024).

Większe zaburzenie depresyjne diagnozuje się, gdy występuje pięć spośród wymienionych kryteriów przez przynajmniej dwa tygodnie, w tym kryterium 1 lub 2.

1. Obniżony nastrój, u dzieci i młodzieży może pojawić się drażliwość.
2. Zanik zainteresowań oraz brak zdolności do odczuwania przyjemności.



3. Zauważalny spadek lub wzrost masy ciała bądź apetytu.
4. Zaburzenia rytmu snu (insomnia lub hipersomnia).
5. Zauważalne przez inne osoby zwolnienie psychoruchowe lub pobudzenie.
6. Uczucie wyczerpania lub braku sił.
7. Obniżone poczucie własnej wartości lub nieuzasadnione, nadmierne poczucie winy.
8. Obniżona umiejętność skupienia, jasnego myślenia lub podejmowania decyzji.
9. Powracające rozważania na temat śmierci, myśli lub zachowania suicydalne.

Wymagane jest, aby spełniane kryteria występowały niemal każdego dnia, natomiast pierwsze dwa dodatkowo przez większą część dnia, powodując znaczne utrudnienie w codziennym funkcjonowaniu. Nie mogą być wywołane działaniem substancji ani stanem medycznym. Diagnozowany epizod nie może być trafniej opisany przez kryteria innego zaburzenia (Gałęcki, 2024).

Należy dookreślić czy diagnozowany epizod jest:

- Niepokojem.
- Objawami mieszanymi.
- Objawami melancholicznymi.
- Objawami atypowymi.
- Objawami psychotycznymi zgodnymi z nastrojem..
- Objawami psychotycznymi niezgodnymi z nastrojem.
- Katatonią.
- Początkiem w okresie okołoporodowym.
- Przebiegiem sezonowym.

Podczas występowania zaburzenia zauważa się wysoką śmiertelność spowodowaną zachowaniami suicydalnymi bądź szybko pogarszającym się stanem zdrowia np. u osób w domach opieki. W miarę upływu lat zwiększa się ryzyko rozwoju zaburzeń lękowych, ukrytych przez lata zaburzeń osobowości a także używania substancji. W diagnozie istotne jest zwrócenie uwagi na kontekst kulturowy, w którym mogą być obecne powszechnie akceptowane zachowania, takie jak osamotnienie, płaczliwość, rozdrażnienie czy rozlany ból. Diagnoza różnicowa uwzględnia epizody maniakalne z drażliwym nastrojem oraz epizody mieszane, zaburzenie afektywne dwubiegunowe typu I oraz II, a także inne określone zaburzenie afektywne dwubiegunowe, zaburzenia depresyjne, schizoafektywne, adaptacyjne z nastrojem depresyjnym, żalobę, smutek oraz ADHD (Gałęcki, 2024).

Uporczywe zaburzenie depresyjne (dystymia) jest połączeniem większego zaburzenia depresyjnego nawracającego a także dystymicznego opisanych w DSM-IV. Diagnostyka się je, gdy:

1. Przez dwa lata, prawie codziennie, przez większą część dnia obserwuje się obniżony nastrój.
2. Jeżeli podczas depresji występują przynajmniej dwa z poniższych kryteriów:
 - a. Zmniejszony lub zwiększony apetyt.
 - b. Hipersomnia lub insomnia.
 - c. Zanik energii lub uczucie zmęczenia.
 - d. Obniżona samoocena.
 - e. Niska umiejętność skupienia bądź brak zdecydowania.
 - f. Uczucie beznadziejności.

Podczas diagnozowanego czasu, epizody bezobjawowe nie trwały dłużej niż dwa miesiące, natomiast kryteria dla większego epizodu depresyjnego mogą być obecne dłużej, nie występowały objawy „zaburzenia schizoafektywnego, schizofrenii, zaburzenia urojeniowego lub innego określonego czy nieokreślonego zaburzenia należącego do spektrum schizofrenii i innego zaburzenia psychiatrycznego” (Gałęcki, 2024). Objawy nie są skutkiem działania substancji, stanem medycznym oraz powodują znaczne utrudnienie w codziennym funkcjonowaniu. W diagnozie należy uwzględnić, czy uporczywe zaburzenie depresyjne występuje z „(a) niepokojem, lub objawami atypowymi, (b) w częściowej remisji bądź w pełnej remisji, (c) o wczesnym (przed 21. rokiem życia), bądź późnym (w 21. roku życia lub później) początku (d) z czystym zespołem dystymicznym, z przewlekłym epizodem większego zaburzenia depresyjnego, z okresowo występującymi epizodami większego zaburzenia depresyjnego, z trwającym bądź bez trwającego epizodu” (Gałęcki, 2024). Zaburzenie to ma często początek we wczesnych latach życia, pozostaje ukryte oraz jest przewlekłe. W przypadku rozpoznania poniżej 21 roku życia wzrasta ryzyko wystąpienia zaburzeń osobowości oraz używania substancji (Gałęcki, 2024).

Inne określone zaburzenie depresyjne stosuje się, gdy objawy nie spełniają kryteriów innych zaburzeń depresyjnych podając konkretny powód:

- Krótkotrwała depresja nawracająca, w przypadku, gdy obserwuje się występowanie obniżonego nastroju i przynajmniej 4 objawy depresyjne w okresie od 2 do 13 dni przynajmniej raz w miesiącu, przez przynajmniej 12 kolejnych miesięcy.



- Krótkotrwały epizod depresyjny trwający od 4 do 13 dni a także spełniając przynajmniej 4 objawy większego zaburzenia depresyjnego.
- Epizod depresyjny z niepełnymi objawami, kiedy zauważa się obniżenie nastroju trwające przynajmniej 2 tygodnie oraz przynajmniej jeden z ośmiu symptomów większego zaburzenia depresyjnego.
- Większy epizod depresyjny „może nakładać się na schizofrenię, zaburzenie schizofrenopodobne, zaburzenie urojeniowe lub inne określone i nieokreślone zaburzenie należące do spektrum schizofrenii oraz inne zaburzenie psychiatryczne” (Gałęcki, 2024).

Nieokreślone zaburzenie depresyjne jest stosowane, kiedy nie można określić konkretnego rozpoznania, dla którego nie są spełnione kryteria. Klasyfikacja DSM-5-TR w rozdziale dotyczącym zaburzeń depresyjnych dodatkowo klasyfikuje *przedmestrucyjne zaburzenie dysforyczne, zaburzenie depresyjne wywołane substancją/lekiem, zaburzenie depresyjne spowodowane innym stanem medycznym*.

5.2 Etiologia zaburzeń depresyjnych

5.2.1 Czynniki psychologiczne

Wyróżnia się trzy główne hipotezy psychologiczne powstawania depresji. Brytyjski psychiatra i psychoanalityk J. Bowlby przyczyny zaburzeń depresyjnych widzi we wczesnych doświadczeniach z dzieciństwa wpływające na błędy poznawcze i uprzedzenia obserwowane zarówno w lęku jak i w depresji. Pozabezpieczny styl, będący konsekwencją odrzucenia lub zaniedbania przez opiekuna lub zagrażającej z jego strony relacji prowadzi do obniżonej samooceny, poczucia odpowiedzialności za trudne wydarzenia życiowe, zależności od zewnętrznej oceny a także bezzadności w osiągnięciu celów. Wytworzone w czasie dzieciństwa mechanizmy funkcjonowania takie jak trudności w rozpoznawaniu i regulowaniu emocji, negatywne przekonania o sobie, trudności w relacjach międzyludzkich oraz zaburzone poczucie własnej wartości są znaczącymi czynnikami, zwiększającymi ryzyko wystąpienia zaburzeń depresyjnych (Wang, 2023).

Współczesne badania pokazują, że osoby z pozabezpiecznym stylem przywiązania wykazują zmienioną aktywność w ciele migdałowatym, korze przedczołowej oraz korze zakrętu obręczy, co zwiększa reaktywność na stres i utrudnia regulowanie emocji. Zauważa się również podwyższony poziom stanu zapalnego, który wpływa na funkcje poznawcze i może

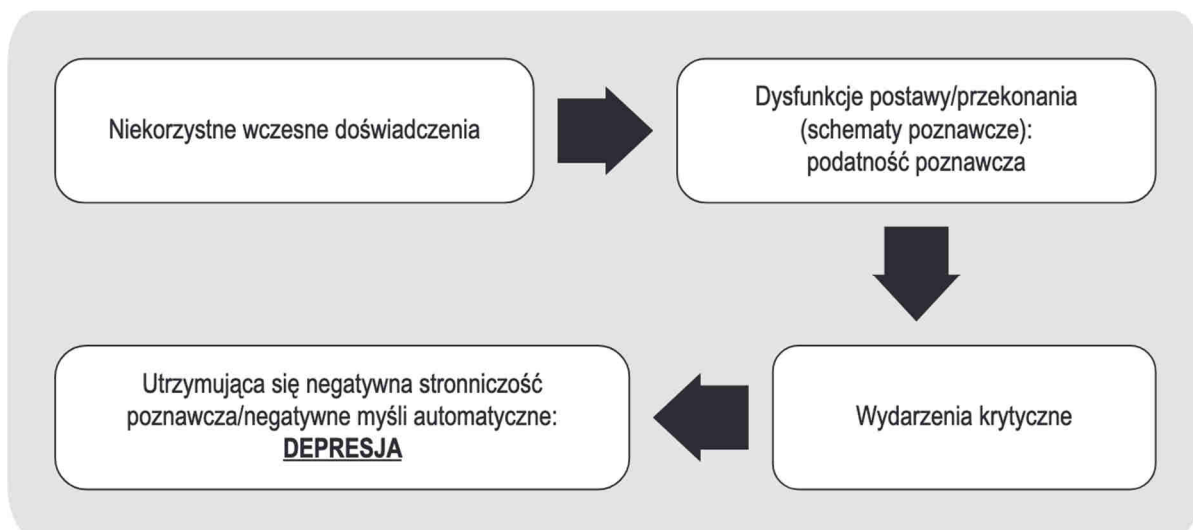


prowadzić do rozwoju objawów depresji. Współczesne badania potwierdzają również, że osoby te doświadczają cięższych objawów w czasie zaburzeń depresyjnych (Rajkumar, 2022).

Amerykański psychiatra i profesor Uniwersytetu w Pensylwanii A. Beck w podejściu poznawczym odkrył dwa mechanizmy wpływające na powstanie i rozwój zaburzeń depresyjnych. Należą do nich *triada poznawcza (cognitive triad)* oraz *błędy logiczne w myśleniu*. Do triady poznawczej należą negatywne przekonania dotyczące: (1) własnej osoby, (2) aktualnych i przeszłych wydarzeń (3) przyszłości (Golonka i in., 2024). Wśród błędów logicznych wymienia się: (1) myślenie w skrajnych kategoriach „wszystko albo nic”, (2) selektywną uwagę koncentrującą się tylko na negatywnych elementach wydarzenia, (3) konkluzje z niewielkiej ilości przesłanek, (4) uogólnione wnioskowanie na podstawie jednego czynnika lub wydarzenia, (5) branie odpowiedzialności za negatywne doświadczenia. Informacje są przetwarzane na trzech poziomach: (1) rejestrowanie informacji, (2) szybka analiza, (3) kolejna, dokładniejsza analiza (Romanowska i Dobroczyński, 2021; Zaiden i Mahfar, 2024).

Rysunek 9

Model rozwoju depresji oparty na podatności poznawczej i stresujących wydarzeniach życiowych



Źródło: (Golonka i in., 2024), s. 671

Negatywne przekonania oraz błędy w logicznym myśleniu mogą pozostawać niezauważone w normalnym życiu, kiedy osoba nie spotyka się z trudnościami. Ich aktywacja

może nastąpić w momencie krytycznych wydarzeń powodując zwiększone ryzyko powstania zaburzeń depresyjnych (Golonka i in., 2024).

Amerykański psycholog Martin Seligman opracował teorię *wyuczonej bezradności* na podstawie poznawczej teorii depresji A. Becka. Osoba, podczas powtarzających się negatywnych wydarzeń uczy się bezradności oraz przestaje widzieć związek między podejmowanymi działaniami a ich skutkami. Podczas powtarzania się trudnych wydarzeń, nie mając kontroli nad konsekwencjami, jednostka zaczyna wierzyć, że podejmowane przez nią działania nie mają wpływu na rzeczywistość. Prowadzi to do obniżenia motywacji, negatywnego myślenia o sobie oraz o otaczającej rzeczywistości a także objawów depresji. W odpowiedzi na model wyuczonej bezradności M. Seligman opracował model *PERMA*, służący do poprawy dobrostanu i wzmocnienia motywacji w różnych obszarach życia, składa się on z pięciu elementów (Al-Hendawi i in., 2024; Furchtlehner i in., 2024):

Rysunek 10

Model PERMA



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Furchtlehner i in., 2024

Pomoc psychologiczna oparta na modelu PERMA wykazuje znaczne efekty w poprawie stanu chorego oraz zmniejsza objawy depresji. Model ten pomaga w przeniesieniu



uwagi z wyuczonego schematu wyuczonej bezradności na odkrywanie zasobów, możliwości, motywacji, odzyskiwanie kontroli nad życiem oraz wiary we własne możliwości (Al-Hendawi i in., 2024).

5.2.2 Czynniki biologiczne

Przeprowadzone do tej pory badania sugerują, iż czynniki genetyczne mają duże znaczenie dla występowania zaburzenia i cechuje je dziedziczność na poziomie 30-50%. Zidentyfikowano ponad 100 loci genowych związanych z zaburzeniem. Są one związane z: (a) transportem pęcherzyków presynaptycznych (PCLO), (b) neurotransmisją dopaminergiczną, (c) receptorem glutaminianowym (GRIK5) i metabotropowym receptorem glutaminianowym (GRM5), (d) sygnalizacją wapniową w neuronach (CACNA1E, CACNA2D1). Badania całego genomu (GWAS) zidentyfikowały 178 loci ryzyka genetycznego oraz ponad 200 genów kandydackich. W badaniach transkryptomu wykazano niewydolność w transkrypcji somatostatyny (SST) zarówno w przedniej części zakrętu obręczy jak i w ciele migdałowatym. Badania genetyczne wykazały również różnice zależne od płci. Obniżona ekspresja genu *Dusp6* u kobiet powoduje większą podatność na stres, czego nie obserwuje się u mężczyzn. Pojedyncze czynniki genetyczne nie mają znaczącego wpływu na powstanie zaburzenia, ale ich interakcja z czynnikami środowiskowymi na występowanie i rozwój zaburzenia (Remes i in., 2021).

Obecne badania wskazują na oddziaływanie mikrobiomu, który komunikuje się z mózgiem poprzez oś mikrobiom-jelita-mózg. Nierównowaga w bakterjach jelitowych może rozpręgać regulację emocji, powodować stany zapalne oraz zaburzenia nastroju. Współczesny kierunek badań obejmuje również znaczenie stanów zapalnych, prozapalnych cytokin oraz aktywację szlaku kynureninowego, który stanowi powiązanie między stanami zapalnymi a depresją. Dużej depresji jednobiegunowej (MDD) towarzyszą zmiany poziomów cytokin prozapalnych i czynników troficznych, takich jak BDNF, interleukiny (IL-1 β , IL-6) oraz czynnik martwicy nowotworów alfa (TNF- α). Coraz więcej danych sugeruje, że produkcja określonych cytokin przez astrocyty w mózgu odgrywa ważną rolę w patogenezie MDD. Stan zapalny może zaburzać funkcje neuroendokrynne i immunologiczne, co z kolei przyczynia się do rozwoju różnych zaburzeń, w tym depresji. Chociaż depresja może powodować stan zapalny, jej przyczyna pozostaje niejasna i może być zależna od komórek układu odpornościowego, cytokin zapalnych oraz układu nerwowego. Cytokiny prozapalne są obecnie uznawane za wskaźniki patologiczne zaburzeń depresyjnych (Roohi i in., 2021).



Często spotykaną zmianą u osób z zaburzeniami depresyjnymi jest zwiększona aktywacja osi HPA powodowana przez stres i prowadząca również do zmian poznawczych i emocjonalnych. Głównym czynnikiem wpływającym na zwiększoną aktywność jest nadprodukcja kortykotropiny. W odpowiedzi na jej obecność przysadka mózgowa wydziela hormon adrenokortykotropowy pobudzający korę nadnerczy do produkcji glikokortykoidów (np. kortyzol). Receptory glikokortykoidów umieszczone głównie w przysadce mózgowej, podwzgórzu oraz różnych obszarach układu limbicznego (w tym w ciele migdałowatym, hipokampie i korze przedczołowej), odgrywają ważną rolę w funkcjach poznawczych i psychologicznych. Aby zapobiec utracie kontroli nad osią HPA, glikokortykoidy wywierają negatywne sprzężenie zwrotne na tę oś we wszystkich zaangażowanych obszarach (układ limbiczny, podwzgórze i przysadka). Ściśle powiązana z nią jest oś HPT (podwzgórze-przysadka-tarczyca), nadmiar kortyzolu może doprowadzić do zmniejszenia wydzielania TRH, którego obniżony poziom może prowadzić do zaburzeń funkcjonowania tarczycy, funkcji poznawczych i nastrojowych, oraz wzrostu i funkcjonowania neuronów co zwiększa ryzyko i pogłębia objawy depresyjne (Mikulska i in., 2021).

Bodźce stresowe są odbierane przez drogi sensoryczne i przekazywane do wzgórza, które przesyła informacje do ciała migdałowatego oraz kory przedczołowej. Ścieżka ta odpowiada za szybką reakcję, aktywując autonomiczny układ nerwowy oraz oś HPA. Ciało migdałowate odgrywa kluczową rolę w ocenie emocjonalnej bodźców, reguluje odpowiedzi układu nerwowego aktywując oś HPA. Stres doświadczany we wczesnych etapach życia może prowadzić do hiperaktywacji osi HPA, predysponując do nieadaptacyjnej reakcji na stres. U chorych na depresję zauważa się zwiększoną aktywność ciała migdałowatego oraz zmniejszoną objętość przedniej kory zakrętu obręczy współuczestniczącej w regulacji emocji. Dysfunkcja tych układów obniża zdolność do kontroli emocji, co może prowadzić do nasilenia objawów depresyjnych (Tafet i Nemeroff, 2016).

Oprócz opisanych czynników patogennych, przyczyną zaburzeń depresyjnych są niedobory neuroprzekaźników monoaminowych. Należą do nich serotonina, dopamina oraz norepinefryna. Liczne badania wykazały, że 5-HT jest kluczowym neuromodulatorem, ściśle powiązany z patofizjologicznym procesem rozwoju zaburzeń depresyjnych. U osób z zaburzeniem zauważa się obniżenie jego poziomu w płytkach krwi. W leczeniu stosuje się fluoksetynę, która jest inhibitorem wychwytu zwrotnego serotoniny. Kolejnym czynnikiem jest zaburzenie poziomu norepinefryny uwalnianej przez jądro miejsca sinawego. W przypadku depresji jednobiegunowej stosuje się atomoksetynę, inhibitor wychwytu zwrotnego norepinefryny, natomiast w przypadku niedoboru serotoniny i norepinefryny



stosuje się inhibitory deswenlafaksyna oraz wenlafaksyna. Obniżona neurotransmisja dopaminergiczna jest również zauważalna u osób z depresją. Pełni ona bardzo ważną funkcję w komunikacji między astrocytami a neuronami w prążkowie, który reguluje układ nagrody. Dysfunkcja astrocytów prowadzi do zwiększenia poziomu dopaminy, zmniejszenia aktywności neuronalnej wiążąc dopaminę z receptorami D2 a następnie depolaryzacji neuronów i zmniejszenia selektywności dopaminy dla receptorów D1 i hamowaniu dopaminy przez receptory D2. Może to powodować wzrost glutaminianu w przestrzeni zewnątrzkomórkowej. Jest on neuroprzekaźnikiem pobudzającym ośrodkowy układ nerwowy, w nadmiarze może prowadzić do utraty synaps oraz uszkodzeń neuronów. Zakłócenia w jego usuwaniu przez astrocyty są powiązane z depresją, lękiem, schizofrenią oraz innymi chorobami psychicznymi (Jiang i in., 2022).

Przekształcany w adenozyne trójfosforan adenozyne [ATP] działa na receptory A1 (hamujące) i A2AR (pobudzające). Zaburzenia w sygnalizacji purynowej, która wykorzystuje adenozyne, trójfosforan adenozyne oraz dwufosforan adenozyne są powiązane ze stanami depresyjnymi. Na dysregulację poziomu ATP wpływa przewlekły stres oraz zaburzenia snu (Jiang i in., 2022).

5.2.3 Wpływ traumatycznych wydarzeń.

Doświadczany przewlekły stres bardzo mocno oddziałuje na wrażliwość psychiczną, mogąc prowadzić do upośledzenia strategii poznawczych i behawioralnych do radzenia sobie z trudnymi wydarzeniami, co jest mocno związane z poczuciem bezradności. Wydarzenia stresowe powtarzające się w dzieciństwie mogą powstaniem i utrwaleniem niewłaściwych schematów poznawczych, które przez lata pozostają ukryte, a następnie aktywują się podczas stresujących wydarzeń w dorosłości, prowadząc do niewłaściwego przetwarzania poznawczego oraz nieadekwatnych reakcji emocjonalnych i behawioralnych. Do czynników stresowych, przyczyniających się do hiperaktywacji osi HPA oraz kształtowania się dysfunkcyjnych postaw, zalicza się doświadczenia straty, zaniedbywania, znęcania się lub innych rodzajów przemocy we wczesnym okresie życia. Powoduje to długotrwałe zmiany neurologiczne odpowiadające za reakcję na stres. Wraz z negatywnymi uprzedzeniami, wspomniany schemat może prowadzić do ograniczeń w przetwarzaniu procesów poznawczych a następnie poczucia bezradności i późniejszej depresji (Tafet i Nemeroff, 2016).

Dotychczasowe badania (Molnar i in., 2001; Widom i in., 2007 za: Liu i in., 2024) potwierdzają związek między trudnymi doświadczeniami z dzieciństwa a symptomami



depresji w życiu dorosłym. Badania uwzględniające klasyfikację ICD-11, przeprowadzone wśród studentów, którzy doświadczali traumatycznych przeżyć w dzieciństwie (A. Liu i in., 2024) wskazują na korelację objawów CPTSD oraz depresji. Złożony zespół stresu pourazowego w odróżnieniu od PTSD cechuje zaburzenia w organizacji self obejmujące negatywną samoocenę oraz zaburzenia w regulacji emocji, które przypominają objawy niskiej samooceny oraz negatywnych emocji w depresji. Do analizy zebranych danych posłużył model sieci panelowej (*Cross-Lagged Panel Network*), który jest statystyczną metodą analizującą relację objawów w czasie. Poza wykazaniem silnym związkiem między objawami depresji a DSO, wykazano, że długotrwałe negatywne postrzeganie siebie może nasilać trudności w regulacji emocjonalnej. Częste wahania nastroju mogą doprowadzić do ciągłego przebywania w stanie negatywnego afektu, a powracające traumatyczne wydarzenia w dzieciństwie mogą wywoływać poczucie zwątpienia w siebie i niską samoocenę. Powoduje to wytworzenie szkodliwego cyklu, który wyzwala inne objawy związane z traumą, takie jak nadmierne unikanie i poczucie ciągłego zagrożenia, zwiększając jego podatność na aktywację i utrwalenie. Przeprowadzona analiza badań wskazuje, że depresja może występować również jako prekursor kolejnych objawów PTSD (A. Liu i in., 2024).

5.3 Występowanie depresji

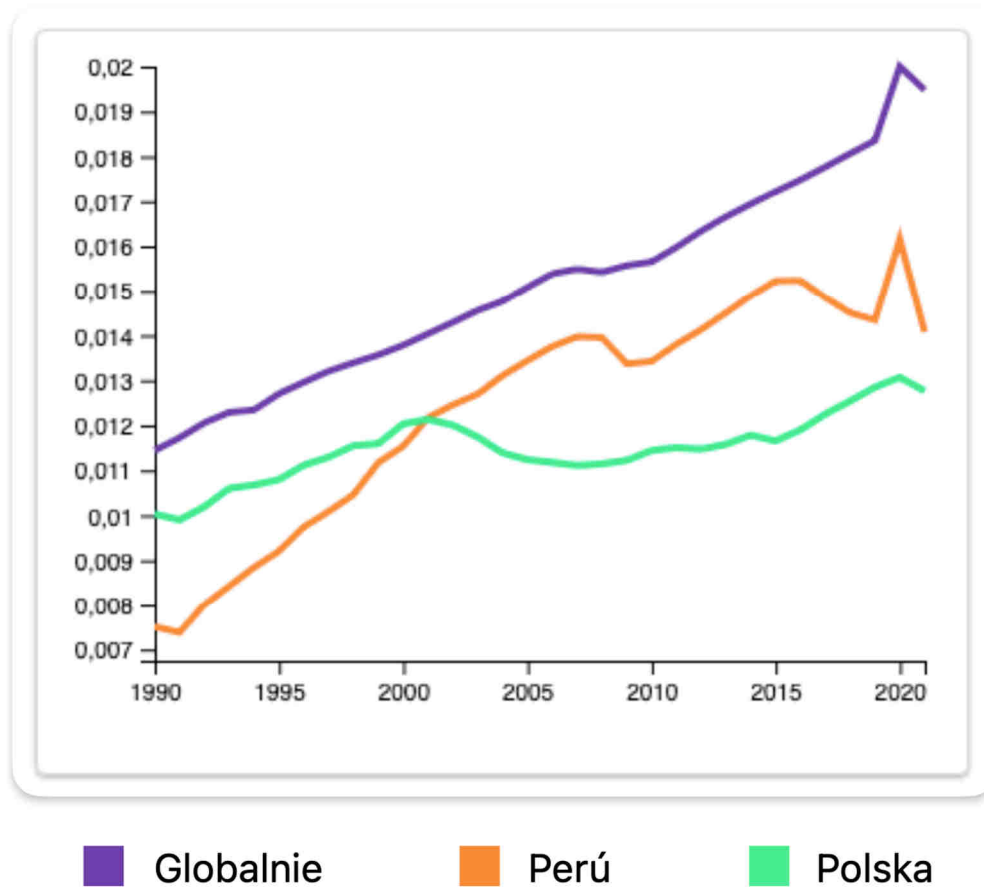
Według danych z Global Burden Disease liczba osób na świecie ze zdiagnozowanymi zaburzeniami depresyjnymi wzrosła o 89% z 176,327,213.74 w 1990 roku do 332,410,333.27 w 2021 roku. Wskaźniki zachorowalności są znacznie wyższe u osób z niepełnosprawnością oraz u kobiet. Obecnie szacuje się, że około 4,5 % populacji cierpi na zaburzenia depresyjne. Użyty do zaprezentowania danych wskaźnik DALY oznaczający *lata życia skorygowane o niepełnosprawność* (*Disability-Adjusted Life Years*) przedstawia różnicę pomiędzy aktualnym stanem zdrowia populacji a sytuacją idealną, w której każdy osiąga standardową długość życia w pełnym zdrowiu (Donev D i in., 2013).

Uwzględniając wskaźnik DALY liczba wzrosła o 90% z 29,674,665.80 w 1990 roku do 56,330,361.15 w 2021 roku. W Polsce liczba osób ze zdiagnozowaną depresją wzrosła o 32 % z 969,320.46 w 1990 roku do 1,281,239.61 w 2021 roku. Szacuje się, że na zaburzenia depresyjne cierpi obecnie około 3,5% Polaków. Dla wskaźnika DALY liczba ta wzrosła o 37 % z 144,918.02 w 1990 roku do 198,913.24 w 2021 roku. W Peru natomiast zachorowalność wzrosła o 137 % z 424,271.77 w 1990 roku do 1,004,952.18 w 2021 roku, natomiast wskaźnik DALY wzrósł o 143 % z 69,349.08 w 1990 roku do 168,242.96 w 2021 roku (Global Burden Disease, 2021).



Rysunek 11

Wskaźnik DALY (%) dla występowania zaburzeń depresyjnych w Polsce, Perú i na świecie



Źródło: Global Burden of Disease, 2021, <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results?params=gbd-api-2021-permalink/a3c1b0c35fe740b97f9a16f10875bd3c>

Powyższy wykres przedstawia procentową zmianę wartości DALY na świecie, w Polsce oraz w Perú. W 1990 roku wartość DALY dla depresji w Polsce była ponad dwukrotnie wyższa niż w Perú. Może to wynikać z różnic demograficznych, dostępu do opieki zdrowotnej, rozpoznawalności chorób psychicznych lub innych czynników społecznych i ekonomicznych. W 2021 roku wartości DALY wzrosły w obu krajach, jednak wzrost w Perú był znacznie większy niż w Polsce. W Polsce wzrost wyniósł około 37% w porównaniu do 1990, natomiast w Perú wzrost był bardziej dynamiczny – wyniósł około 143%. Znaczny wzrost wartości DALY w Perú wskazuje na większą skalę problemu depresji w ostatnich dekadach. Możliwe przyczyny to: zmiany społeczno-ekonomiczne, większa liczba diagnozowanych przypadków depresji, a także różnice w strukturze demograficznej. Choć oba kraje doświadczyły wzrostu wartości DALY związanych z depresją, w Perú skala wzrostu była

znacznie większa, co sugeruje pojawienie się rosnących wyzwań, związanych ze zdrowiem psychicznym w tym kraju. Wysoka wartość DALY w Polsce może oznaczać, że depresja jest bardziej rozpowszechniona lub lepiej diagnozowana niż w Peru (Global Burden Disease, 2021).

Dodatkowymi czynnikami wpływającymi na rozwój zaburzeń depresyjnych, obecnymi w Peru to niski (a) poziom wykształcenia, który powoduje ograniczony dostęp do zasobów oraz możliwości (b) życie w ubóstwie wpływające na niższą jakość życia oraz ograniczony dostęp do opieki zdrowotnej, (c) mieszkanie w odległych obszarach wiejskich prowadzące do izolacji i mniejszych możliwości ekonomicznych oraz (d) narażenie na przemoc ze strony partnera (Figuroa-Quiñones i in., 2022; Villarreal-Zegarra i in., 2020, 2021).

5.4 Leczenie

5.4.1 Farmakoterapia

Zaburzenia depresyjne należą do najczęściej występujących na całym świecie. Obecnie leki przeciwdepresyjne są najczęściej przepisywane dorosłym w Stanach Zjednoczonych. W przypadku ciężkiej depresji, stosuje się farmakoterapię wraz z psychoterapią, która również stanowi leczenie pierwszego rzutu. Wybierając lek, należy zwrócić uwagę na historię leczenia, współistniejące choroby oraz ryzyko skutków ubocznych. Efekty leczenia są zauważalne po okresie od dwóch do czterech tygodni, w przypadku zauważalnych efektów leczenie należy kontynuować przez przynajmniej sześć miesięcy (Kovich i in., 2023).

Według wytycznych Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i Konsultanta Krajowego ds. Psychiatrii Dorosłych (2021) w leczeniu zaburzeń depresyjnych powinno się postępować według następującego schematu:

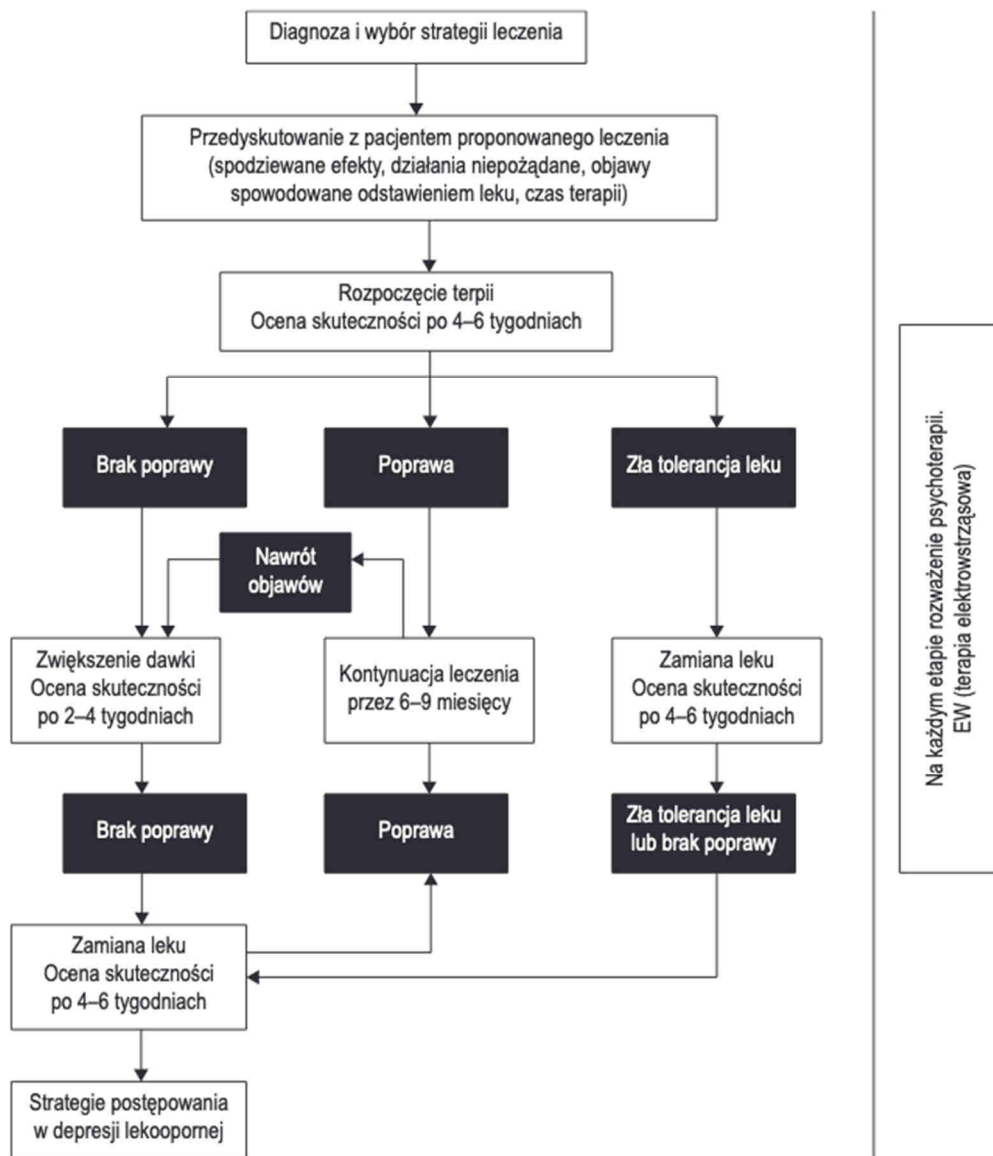
Jak przedstawia Rysunek 11, po odpowiedniej diagnozie i ustaleniu z chorym procedury leczenia, jej efektów, potencjalnych skutków ubocznych, objawów spowodowanych odstawieniem leku oraz czasie terapii, należy dokonać oceny skuteczności po okresie od czterech do sześciu tygodni. W przypadku poprawy stanu zdrowia należy kontynuować leczenie przez okres od sześciu do dziewięciu miesięcy. W przypadku nawrotu objawów bądź braku poprawy, należy zwiększyć skuteczność stosowanego leku i dokonać ponownie oceny po okresie od dwóch do czterech tygodni. Jeżeli poprawa nie nastąpi, należy zmienić lek i ponownie ocenić skuteczność stosowanego leku po okresie od czterech do sześciu tygodni. W przypadku braku poprawy stosuje się metody leczenia dla depresji lekoopornej, zaś gdy miejsce ma zła tolerancja na lek, należy go zmienić na inny. Jeżeli po ponownej ocenie stanu



zdrowia nie stwierdza się zmniejszenia objawów depresyjnych lub lek ponownie okazuje się nietolerowany, konieczna jest kolejna zmiana farmakoterapii. W przypadku braku poprawy stosuje się metody leczenia depresji lekoopornej (Samochowiec i in., 2021b).

Rysunek 12

Zasady leczenia epizodu depresyjnego



Źródło: Leczenie farmakologiczne epizodu depresji i zaburzeń depresyjnych nawracających – wytyczne Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i Konsultanta Krajowego ds. Psychiatrii Dorosłych: Samochowiec i in., 2021, s. 242

Stosowane w Polsce leki antydepresyjne dzieli się na dwie grupy: (1) pierwszego rzutu, do których należą leki drugiej generacji oraz (2) starsze leki pierwszej generacji, które

ze względu na możliwe większe ryzyko wystąpienia działań niepożądanych stosuje się w drugim rzucie. Do pierwszej grupy należą:

1. Selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny (*Selective Serotonin Reuptake Inhibitors – SSRI*) – fluoksetyna, fluwoksamina, citalopram, escitalopram, setralina, paroksetyna.
2. Selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (*Serotonin Norepinephrine Reuptake Inhibitors – SNRI*) – wenlafaksyna, duloksetyna.
3. Antagonista i inhibitor wychwyty zwrotnego serotoniny (*Serotonin Antagonist and Reuptake Inhibitor, SARI*) – trazodon.
4. Inhibitor wychwyty zwrotnego noradrenaliny i dopaminy (*Norepinephrine-Dopamine Reuptake Inhibitor, NDRI*) - bupropion.
5. Noradrenergiczne i specyficzne serotonergiczne leki przeciwdepresyjne (*Noradrenergic and Specific Serotonergic Antidepressants, NSSA*) – mirtazapina i mianseryna.
6. Odwracalny inhibitor monoaminooksydazy A (*Reversible Inhibitor of Monoamine Oxidase, RIMA*) – moklobemid.
7. Leki działające wieloreceptorowo (wortioksetyna, agomelatyna).

Do leków drugiego rzutu należą:

1. Trójcykliczne leki przeciwdepresyjne (*Tricyclic Antidepressants – TCA*) – kłomipramina, amitryptylina.
2. Selektynywny inhibitor wychwyty zwrotnego noradrenaliny (*Norepinephrine Reuptake Inhibitor, NRI*) – reboksetyna (Samochowicz i in., 2021b).

Wśród możliwego działania niepożądanego wyróżnia się:

1. Krwawienie z przewodu pokarmowego – może wystąpić w przypadku stosowania leków SSRI w połączeniu z lekami przeciwzapalnymi niesteroidowymi lub lekami przeciwplatetkowymi.
2. Hepatotoksyczność – polega na uszkodzeniu wątroby przy stosowaniu bupropionu, duloksetyny i trazodonu. Może być nasilone przez spożywanie alkoholu lub innych substancji chemicznych.
3. Hiponatremia – to obniżony poziom sodu we krwi, zaburzający równowagę wodno-elektrolitową oraz funkcjonowanie mięśni i stawów. Występuje najczęściej podczas stosowania SSRI, SNRI, mirtazapiny i TCA.
4. Osteoporoza i złamania – mogą mieć miejsce przy długotrwałym stosowaniu SSRI i SNRI



5. Ryzyko arytmii serca - przy stosowaniu citalopramu, escitalopramu oraz TCA
6. Przyrost masy ciała – możliwy efekt uboczny zażywania SSRI, SNRI, TLPD.

Podczas stosowania wszystkich leków zauważa się dysfunkcje seksualne, myśli samobójcze szczególnie o osób poniżej 18 roku życia. Niepożądane działanie po odstawieniu leków można opisać za pomocą akronimu FINISH pochodzącego od angielskich słów *flulike symptoms* – objawy grypopodobne, *insomnia* – bezsenność, *nausea* – nudności, *imbalance* – zaburzenia równowagi, *sensory disturbances* – zaburzenia sensoryczne, *hyperarousal* – nadmierne pobudzenie (Kovich i in., 2023).

Tabela 14

Czynniki ryzyka lekooporności

A – Nieadekwatność terapii	Nieadekwatny wybór leku przeciwdepresyjnego (profil objawów, typ depresji, tolerancja, interakcje z innymi lekami) Brak akceptacji leczenia przez pacjenta Nieadekwatny czas terapii i nieadekwatna dawka leku Poziom leku we krwi (metabolizm szybki vs. wolny) Niestosowanie strategii zwiększających skuteczność Niestosowanie psychoedukacji (brak współpracy terapeutycznej)
B – Behawioralne i zewnętrzne czynniki podtrzymujące chorobę	Wydarzenia życiowe wymagające adaptacji Problemy w relacjach rodzinnych, partnerskich Utraty Problemy socjoekonomiczne i zawodowe (brak pracy, ubóstwo) Wtórne korzyści z choroby Objawy jako element kontroli nad otoczeniem
C – Współpraca z pacjentem (Compliance)	40% chorych przerywa terapię w ciągu pierwszych 30 dni, dalsze 30% w ciągu kolejnych 60 dni Przy przyjmowaniu leku 1 × dziennie rano do zaleceń stosuje się 80% pacjentów, a przy schemacie podawania leku 1 × dziennie wieczorem zaleceń przestrzega 60% pacjentów
D – Diagnoza	Współistniejące choroby somatyczne (np. niedoczynność tarczycy) Niedobór witaminy B12 i kwasu foliowego Organiczne zaburzenia nastroju Epizody depresyjne w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej (ChAD) Współistniejące zaburzenia osobowości i/lub zaburzenia lękowe Uzależnienia i nadużywanie substancji psychoaktywnych (SPA)

Źródło: Depresja oporna na leczenie – zalecenia Konsultanta Krajowego w dziedzinie psychiatrii: Gałęcki i Bliźniewska-Kowalska, 2021, s. 11



Depresja lekooporna. Według Konsultanta Krajowego w dziedzinie Psychiatrii (2021) występuje u osób dorosłych w przypadku, gdy przynajmniej dwa różne leki przeciwdepresyjne nie zmniejszyły objawów depresji o nasileniu objawów od umiarkowanego do ciężkiego. Istnieje wiele przyczyn lekooporności depresji (Tabela 14) takie jak nieadekwatność terapii, behawioralne i zewnętrzne czynniki podtrzymujące chorobę, współpraca z pacjentem i diagnoza (Gałęcki i Bliźniewska-Kowalska, 2021).

Zgodnie z obowiązującymi wytycznymi efektywność terapii ocenia się po upływie 4-6 tygodni. W przypadku braku poprawy należy zwiększyć dawkę i dokonać ponownej oceny po 2-4 tygodniach. W przypadku braku oczekiwanych rezultatów zalecana jest zmiana leku i ponowna rewizja terapii po 4-6 tygodniach. Dopiero po tym czasie można uznać depresję za lekooporną i zastosować zalecane strategie. Wśród strategii znajduje się:

1. Optymalizacja zarówno czasu jak i dawkowania leku.
2. Zmiana leku.
3. Łączenie odpowiednich leków o działaniu przeciwdepresyjnym.
4. Potencjalizacja, polegająca na dołączeniu leku, który nie ma działania przeciwdepresyjnego.
5. Terapie nefarmakologiczne do których należy terapia elektrowstrząsowa i stymulacja nerwu błędnego.

Terapia elektrowstrząsowa (*electroconvulsive therapy* [EW]). Pionierem EW w Polsce był wileński lekarz K. Malaszewski (1861), który skutecznie zastosował ją podczas leczenia pacjenta z katatonią. Polega na wprowadzeniu impulsów elektrycznych do mózgu, powodując kontrolowany napad padaczkowy, dzięki któremu możliwe są zmiany w aktywności mózgu oraz połączeniach neuronalnych. Terapia początkowo skierowana dla chorych na schizofrenię jest obecnie wykorzystywana do leczenia ciężkich zaburzeń w tym depresyjnych. Podstawowa seria EW obejmuje 8–15 zabiegów wykonywanych 2–3 razy w tygodniu, jednak nie określono ilości koniecznych zabiegów. Powinno się je kontynuować aż do osiągnięcia remisji lub poprawy stanu zdrowia (Li i in., 2020; Nowak i in., 2024).

Wywoływany w trakcie terapii napad drgawkowy jest głównym czynnikiem wywierającym wpływ na obwody neuronalne. Działa on na systemy neuroprzekaźników odpowiedzialnych za serotoninę, dopaminę, kwas gamma-aminomasłowy (GABA) oraz zwiększa poziom czynnika neurotroficznego pochodzenia mózgowego (BDNF) zwiększając przez to neuroplastyczność mózgu. Odpowiednio dostosowane parametry terapii oddziałują



na zmiany strukturalne mózgu, zmniejszając znacząco objawy depresji przez: (1) zwiększenie objętości hipokampu oraz jego łączności z innymi częściami mózgu takimi jak płat skroniowy i zakręt kątowy (2) zwiększenie grubości kory przedniej zakrętu obręczy (3) zwiększenie objętości kory skroniowej (4) wzrost uporządkowania struktury włókien nerwowych w istocie białej (5) zwiększenie łączności między siecią domyślną (DMN) a siecią wykonawczą (CEN) (6) zwiększenie łączności funkcjonalnej grzbietowo-przyśrodkowej kory czołowej z tylną korą obręczy (Deng i in., 2024).

Do najczęściej spotykanych działań niepożądanych należą bóle głowy, suchość w jamie ustnej, nudności, bóle mięśni oraz dysfunkcje poznawcze. Objawy te zwykle ustępują w ciągu doby po wykonanym zabiegu. Do rzadkich powikłań należy wzrost temperatury ciała oraz stan padaczkowy, natomiast do bardzo rzadkich powikłań zalicza się dysfunkcje kardiologiczne takie jak ostra niewydolność układu sercowo-naczyniowego, zawały serca czy niemierności komorowe. Do często spotykanych niepożądanych efektów w czasie terapii elektrowstrząsowej należą zaburzenia pamięci. Wśród nich wymienia się amnezję wsteczną i następczą oraz zaburzenia pamięci operacyjnej. Większość z nich jest odwracalna i stan osoby chorej wraca do normy po kilku tygodniach lub miesiącach. Współczesne metody przeprowadzania terapii ograniczyły ryzyko trwałych uszkodzeń pamięci i funkcji poznawczych, a poprzez stosowanie znieczulenia i stałego monitorowania pracy serca także zaburzeń kardiologicznych (Dębski i in., 2021).

5.4.2 Psychoterapia

Terapia CBT. Popularnym podejściem w leczeniu depresji jest terapia poznawczo-behawioralna (CBT). Jest ona uznawana jako standardowe podejście w leczeniu i wykazuje wysoką skuteczność w redukcji objawów (Wang, 2023).

Kluczowymi elementami terapii są: (1) zbudowanie relacji z pacjentem, (2) psychoedukacja, podczas której pacjenci uczą się podstawowych zasad terapii oraz modeli depresji a także mechanizmu podatności stres oraz strategii radzenia sobie z nim, (3) aktywacja behawioralna polegająca na skupieniu się i zaangażowaniu w pozytywne aktywności, (4) rekonstrukcja poznawcza, będąca uczeniem się identyfikowania i przekształcaniu negatywnych myśli oraz przekonań wpływających na zaburzenie depresyjne (5) zapobieganie nawrotom poprzez identyfikację sygnałów depresji i rozwijanie strategii w trudnych sytuacjach (Furchtlehner i in., 2024).



Pozytywna Psychoterapia (PPT). Jest oparta na poszukiwaniu i wzmacnianiu zasobów pacjenta oraz wykorzystywany w niej jest opisany wcześniej model PERMA. W psychoterapii wykorzystuje się następujące elementy: (1) zbudowanie dobrej relacji z pacjentem, (2) psychoedukacja obejmująca wyjaśnienie znaczenia poszukiwania zasobów oraz przedstawienie i zastosowanie modelu PERMA, (3) identyfikacja mocnych stron charakteru, (4) wdzięczność i przebaczenie (5), refleksja nad pozytywnymi i negatywnymi wspomnieniami, (6) rozwijanie pozytywnych emocji, (7) budowanie relacji, (8) poszukiwanie sensu i celu w życiu, (9) relaksacja i docenianie osiągnięć. Elementy te znacznie poprawiają dobrostan psychiczny i odporność a także prowadzą do zmniejszenia objawów depresyjnych, dzięki czemu efekty terapeutyczne są trwałe (Furchtlehner i in., 2024).

W leczeniu depresji stosuje się również inne podejścia terapeutyczne z dużą skutecznością. Terapia Interpersonalna (*Interpersonal Therapy*) skupia się na relacjach interpersonalnych i rozwiązywaniu problemów związanych z komunikacją w relacjach. Terapia psychodynamiczna analizuje nieświadome procesy psychiczne i ich wpływ na życie, zaś terapia wspierająca koncentruje się na pomocy emocjonalnej bez intensywnego eksplorowania procesów psychicznych czy wzorców zachowań. Popularnymi są również terapie trzeciej fali, takie jak terapia akceptacji i zaangażowania (*Acceptance and Commitment Therapy*), terapia poznawcza oparta na uważności, stosujące techniki uważności, akceptacji i elastyczności (Cuijpers i in., 2023).



Rozdział 6. Zaburzenia lękowe

6.1 Ewolucja rozumienia i diagnozy

6.1.1 Historia

Badanie lęku rozpoczęło się razem z twórczością Hipokratesa. Jednak w starożytności lęku nie traktowano jako jednostkę chorobową a oznakę słabości. Mężczyźni w starożytnej Grecji byli oceniani na podstawie kontrolowania strachu w sytuacjach walki, kiedy to odwaga była zdolnością do kontrolowania strachu w chwilach zagrożenia. Nadmierny lęk natomiast, traktowany był jako tchórzostwo i postrzegany był jako wada, podobnie jak lekkomyślność, czyli z kolei brak jakiegokolwiek strachu. Dla Greków lęk był *oczekiwaniem zła* a dokładniej śmierci, choroby, hańby, ubóstwa i samotności. Opisywany w medycynie lęk był częścią innych zaburzeń takich jak *mania* czy *fobia*. Grecki stoik Cynceron odróżnił smutek od lęku definiując go jako stan zaburzenia (*aegritudo*), który klinicznie cechowało trwałe uciskanie, cierpienie, niepokój oraz ruminacje. Dokonał również rozróżnienia podatności na odczuwanie lęku jako cecha oraz aktualnego odczuwania lęku jako stan (Crocq, 2015; Horwitz, 2013).

Wraz z przyjęciem chrześcijaństwa, lęk postrzegano jako konsekwencję grzechu bądź karę, a jego źródłem był również strach przed wiecznym potępieniem. W XVII wieku choroby psychiczne - w tym lęk, zaczęto przypisywać zaburzeniom układu nerwowego oraz funkcjom mózgu, natomiast brytyjski lekarz T. Sydenham jako pierwszy zaproponował sklasyfikowanie lęku jako osobnego zaburzenia. Zyskał powszechną akceptację wśród wyższych klas społecznych nazywany jako *angielska przypadłość* (Crocq, 2015; Horwitz, 2013).

Kolejnym etapem ewolucji lęku jako jednostki chorobowej był wiek XIX, który charakteryzował się rozwojem w medycynie i nauce. Lekarze zaczęli używać mikroskopu do badania włókien nerwowych, wprowadzono termin *neuroza* obejmujący napięcie, drażliwość, lęk i zmęczenie. Amerykański neurolog G. Beard, wprowadził termin *neurastenia* opisując objawy zmęczenia, drażliwości, bólów głowy, problemów ze snem i lęku spowodowane nowym stylem życia, charakteryzującym się ciężką pracą i napięciem. Niemiecki neurolog i psychiatra C. Westphal, dokonał pierwszej próby wyodrębnienia specyficznego zaburzenia lękowego opisując *agorafobię*, a węgierski i francuski laryngolog M. Krishaber badał *neurozę cerebro-kardiologiczną* łącząc objawy lękowe z kołataniami serca i dusznością. Twórca teorii ewolucji C. Darwin, lęk opisywał jako mechanizm adaptacyjny służący przetrwaniu i ostrzegający przed zagrożeniami (Horwitz, 2013; Klein, 2002).

Rosyjski fizjolog I. Pawłow zauważył u restrykcyjnie uprzęzonych psów *szaleńcze pobudzenie* lub senność, natomiast w przypadku dobrze wyszkolonych psów trudne



doświadczenia takie jak nagła powódź, powodowały destrukcyjne i neurotyczne zachowania. Rozpoczęło to badania behawioralne, które zaowocowały powstaniem *teorii uczenia się*, opisywaną przez amerykańskiego psychologa O.H. Mowrer'a. Według tej teorii bodziec bezwarunkowy (np. szok) wywołuje reakcję bezwarunkową, którą jest strach uruchamiający mechanizmy ucieczkowe. Bodźce, które schematycznie poprzedzają bodziec bezwarunkowy wyzwalają lęk, wzmacniający zachowania unikania, co z kolei prowadzi do zachowań fobicznych, podtrzymywanych przez zmniejszanie odczuwanego lęku. Pod koniec XIX wieku niemiecki psychiatra E. Kraepelin opisał uogólniony lęk, obsesje, kompulsje, związek między obsesjami wywołującymi lęki a redukującymi go zachowaniami kompulsywnymi oraz fobie specyficzne, takie jak agorafobię, specyficzną i uogólnioną fobię społeczną. Opisał on również lęk w chorobie maniakalno-depresyjnej, uwzględnionego w klasyfikacji DSM-5 jako specyfikator „niepokój” (*anxious distress*) z DSM-5 dla zaburzeń dwubiegunowych (Horwitz, 2013; Klein, 2002).

Austriacki lekarz Z. Freud w swojej pracy zebrał takie zaburzenia jak uogólniony lęk, ataki paniki, fobie i obsesje tworząc jedną grupę zaburzeń lękowych, stanowiących centralne miejsce w teorii zaburzeń neurotycznych. Jego pierwotna teoria zakładała, że nagromadzone *libido* z powodu niesatysfakcjonującego życia seksualnego wywoływało wspomniane zaburzenia. W późniejszych latach życia dostrzegł jego adaptacyjny charakter, który może pełnić rolę destrukcyjną, kiedy zostanie zniekształcony przez konflikty wewnętrzne lub zewnętrzne zagrożenia (Klein, 2002).

W kolejnych latach lęk był badany przez przedstawicieli podejścia behawioralnego – amerykańskich psychologów J.B. Watsona i B.F. Skinnera, którzy w swoich badaniach opierali się na założeniach warunkowania klasycznego I. Pawłowa. Wywołanie lęku przez proces warunkowania klasycznego zostało opracowane przez J.B. Watsona, natomiast B.F. Skinner rozwinął koncepcję warunkowania instrumentalnego, polegającego na utrwaleniu mechanizmu powstawania lęku przez wzmocnienia. Badania dostarczyły narzędzi w nurcie terapii poznawczo-behawioralnej np. systematyczną desensytyzację, ekspozycję czy modelowanie (Horwitz, 2013).

W DSM-I lęk odpowiadał *zaburzeniom psychoneurotycznym*, w których był wyrażany i odczuwany bezpośrednio lub nieświadomie i automatycznie, a kontrolowany za pomocą mechanizmów obronnych, takich jak depresja lub konwersja. W pierwszym wydaniu podręcznika diagnostycznego traktowano lęk jako zaburzenie psychoneurotyczne, które miało swoje źródło w tłumionych lub skumulowanych impulsach. W drugim wydaniu rozszerzono klasyfikację zaburzeń lękowych, nadal koncentrując się na zaburzeniach



psychoneurotycznych. Wprowadzono bardziej szczegółowe kategorie lęku, takie jak nerwica lękowa i nerwica fobiczna. Znaczny przełom nastąpił w trzecim wydaniu podręcznika diagnostycznego, w którym określono konkretne podtypy takie jak zaburzenia paniczne, uogólnione zaburzenie lękowe oraz zaburzenia fobiczne, wprowadzono również kryteria diagnostyczne. DSM-IV opisywało bardziej szczegółowo zaburzenia lękowe, wprowadzając jego podtypy i specyfikatory pomagające w dokładniejszej diagnozie.

6.1.2 Kryteria diagnostyczne w ICD-11 oraz DSM-5-TR

W klasyfikacji ICD-11 zaburzenia związane z lękiem charakteryzują się zwiększonym strachem i niepokojem oraz zmianami w zachowaniu, powodującymi niepokój lub utrudnienie w funkcjonowaniu. Tym, co odróżnia poszczególne zaburzenia wyszczególnione w klasyfikacji jest skupienie się na bodźcach wywołujących strach lub niepokój. W niektórych grupach kulturowych obraz kliniczny może obejmować symptomy somatyczne, a nie wyłącznie poznawcze. Ponadto, źródła lęku bywają przypisywane czynnikom zewnętrznym, takim jak czary, magia czy zazdrość, zamiast być postrzegane jedynie jako wewnętrzne doświadczenie lub stan psychiczny.

Zespół lęku uogólnionego (generalized anxiety disorder [GAD]). Charakteryzuje się ogólnym lękiem, swobodnie unoszącym się niepokojem (*free-floating anxiety*), który nie jest związany z konkretną okolicznością bądź lęklwym oczekiwaniem i nadmiernym zamartwianiem się negatywnymi wydarzeniami z życia codziennego. Dodatkowo spotykane objawy to: (a) napięcie mięśniowe lub niepokój ruchowy, (b) nadaktywność układu współczulnego objawiająca się problemami żołądkowo-jelitowymi, kołataniem serca, poceniem się, drżeniem, suchością w ustach (c) subiektywne odczuwanie nerwowości lub bycia na krawędzi (d) trudnościami w koncentracji (e) drażliwość (f) zaburzenia snu. Dodatkowo można zaobserwować zmiany w zachowaniu, takie jak potrzeba uspokajania czy prokrastynacja mające na celu zmniejszenie odczuwania lęku (WHO, 2024).

Objawy nie są przejściowe i utrzymują się przez przynajmniej kilka miesięcy oraz przez większą część dni. Skutkują zwiększonym stresem, upośledzeniem w wykonywaniu codziennych czynności bądź funkcjonowaniem tylko dzięki dodatkowym i zwiększonym wysiłkom. Podczas diagnozy należy wykluczyć inne choroby, takie jak nadczynność tarczycy, wpływ substancji psychoaktywnych lub leków działających na ośrodkowy układ nerwowy oraz stan po odstawieniu substancji uzależniających. Należy także rozróżnić zaburzenia lękowe od



ataków paniki, fobii społecznej, zaburzeń adaptacyjnych, obsesyjno-kompulsywnych, hipochondrii oraz PTSD. Zespół lęku uogólnionego najczęściej występuje od dziecięcych lat do 25 roku życia i jest ono najczęściej diagnozowanym zaburzeniem wśród dzieci i młodzieży. Ze względu na mniej rozwinięte zdolności poznawcze rzadko występuje u dzieci poniżej piątego roku życia. Dzieci z tym zaburzeniem mogą często zwracać uwagę na niewłaściwe zachowania rówieśników i przyjmować wobec nich rolę autorytetu, co może kształtować ich relacje społeczne. Mogą także zadawać dużą liczbę pytań, intensywnie poszukiwać pocieszenia, odczuwać silny niepokój w sytuacjach niepewności oraz wykazywać skłonność do perfekcjonizmu i nadmiernej wrażliwości na krytykę. Wśród objawów somatycznych, u dzieci wymienia się częste bóle głowy, brzucha, zaburzenia żołądkowo-jelitowe oraz snu. Młodsze dzieci częściej martwią się o swoje zdrowie i bezpieczeństwo, natomiast młodzież koncentruje swoje obawy na osiągnięciach i dąży do perfekcjonizmu, starając się sprostać oczekiwaniom innych. Często prowadzi to do zwiększonej drażliwości oraz podwyższonego ryzyka wystąpienia objawów depresyjnych (WHO, 2024).

Podręcznik DSM-5-TR w ostatnim kryterium wymienia szczegółowo symptomy innych zaburzeń, które należy wykluczyć. Należą do nich: (a) strach przed napadami paniki w zaburzeniu panicznym, (b) lęk przed negatywną oceną w fobii społecznej, (c) natrętne myśli w zaburzeniu obsesyjno-kompulsywnym, (d) strach przed oddzieleniem od znaczącej osoby w zaburzeniu separacyjnym, (e) wspomnienia traumatycznych doświadczeń w PTSD, (f) somatyzacja w zaburzeniu somatycznym, (g) negatywne postrzeganie swojego wyglądu w cielesnym zaburzeniu dysmorficznym, (h) obawa o stan zdrowia w hipochondrii, (i) przekonania urojeniowe w przypadku schizofrenii lub zaburzenia urojeniowe. Wśród cech diagnostycznych podkreślane są trudności z opanowaniem niepokoju zakłócającego koncentrację podczas codziennych zadań. Objawy w zaburzeniu są silniejsze i wpływają na całość funkcjonowania psychicznego wywołując cierpienie. Rzadko zauważa się objawy somatyczne, natomiast powszechne jest odczuwanie złego samopoczucia. Wśród objawów somatycznych wymieniono napięcie mięśniowe i związane z nim drżenie i bóle w mięśniach, zauważa się także potliwość, dolegliwości żołądkowo-jelitowe oraz bóle głowy. Objawy są przewlekłe i długotrwałe, występują ze zmiennym natężeniem przez całe życie. W krajach biedniejszych przebieg jest trwalszy, natomiast w krajach o wyższych dochodach obserwuje się większy stopień utraty sprawności. Rzadko dochodzi do pełnej remisji. W przypadku wcześniejszego wystąpienia zaburzenia, zwiększa się ryzyko pojawienia się innych chorób oraz zaburzeń funkcjonalnych. W diagnozie należy zwrócić uwagę na uwarunkowania kulturowe i obecne w nich czynniki generujące strach (Gałecki, 2024).



Zaburzenia paniczne (panic disorder [PD]). Napady paniki to „dyskretne epizody intensywnego strachu lub lęku” (Gałęcki i Szulc, 2023, s. 308). W procesie diagnozowania zaburzenia kluczowe jest występowanie nagłych i nawracających ataków, które pojawiają się bez wyraźnej przyczyny lub konkretnego bodźca. Towarzyszą im następujące objawy: (a) palpacje serca lub zwiększone tętno, (b) potliwość, (c) drżenie, (d) uczucie krótkiego oddechu, (e) uczucie dławienia się, (f) ból w klatce piersiowej, (g) dolegliwości brzuszne lub nudności, (h) uczucie zawrotów głowy lub oszołomienia, (i) dreszcze lub uderzenia gorąca, (j) mrowienie lub brak czucia w kończynach, (k) depersonalizacja lub derealizacja, (l) strach przed utratą kontroli lub szaleństwem, (m) strach przed zbliżającą się śmiercią. Ataki paniki zwykle trwają kilka minut, różni się ich częstotliwość występowania - od kilku razy w ciągu dnia do kilku razy w ciągu miesiąca. Występujące objawy należą do najbardziej upośledzających z zaburzeń lękowych. Po atakach paniki przez kilka tygodni może utrzymywać się silny niepokój związany z możliwością ich nawrotu oraz obawy o ich wpływ na zdrowie. Może to prowadzić do unikania sytuacji, które mogłyby wywołać kolejny atak. Występują także napady z ograniczoną liczbą objawów, bez charakterystycznego momentu kulminacyjnego. Jednak do postawienia diagnozy konieczne jest stwierdzenie powtarzających się ataków paniki spełniających kryteria diagnostyczne. Osoby z zaburzeniem mogą również doświadczać nocnych ataków, wybudzając się ze snu w stanie paniki. Lęk w sytuacji realnego zagrożenia oraz ataki paniki są uważane za normatywną reakcję. *Zespół lęku napadowego* różni się natomiast częstą i nagłą powtarzalnością napadów, uporczywym zamartwianiem się bądź obawą o ich ciągłe powtarzanie się lub ich znaczenia dla zdrowia.

Częstotliwość objawów zwiększa się wraz z rozwojem funkcji poznawczych w okresie dojrzewania i wczesnej dorosłości, a zaburzenie lęku napadowego (PD) najczęściej pojawia się po 20. roku życia. Współwystępowanie innych zaburzeń może prowadzić do bardziej nasilonych objawów i dłuższego przebiegu choroby. U młodzieży z PD zauważa się zwiększone ryzyko na współwystąpienie zaburzeń depresyjnych oraz zaburzeń spowodowanych stosowaniem substancji. Nie ma różnic między płciami w cechach klinicznych, natomiast wśród kobiet PD występuje dwa razy częściej niż u mężczyzn. Podczas diagnozy należy odróżnić możliwość wystąpienia GAD, agorafobii, zaburzeń depresyjnych, hipochondrii, zaburzeń opozycyjno-buntowniczych. Prezentowane objawy mogą się różnić w zależności od kultury. Przykładem może być popularny w Ameryce Południowej *napad gniewu (ataque de nervios)* wykazujący objawy częściowo pokrywające się z atakami paniki (WHO, 2024).



Objawy, które podaje DSM-5-TR pokrywają się z ICD-11, natomiast opisane są tam dodatkowe cechy zaburzenia. Wymaga się, aby co najmniej jeden z napadów paniki wiązał się z co najmniej miesięcznym okresem, w którym utrzymuje się nasilony lęk przed kolejnymi atakami lub dochodzi do wyraźnych zmian w zachowaniu związanych z próbami ich unikania.

Odnosnie powtarzających się napadów, wymagany jest przynajmniej jeden niespodziewany atak, który nie był poprzedzony żadnym konkretnym sygnałem lub bodźcem. Może występować różny stopień nasilenia ataków oraz zmienna częstotliwość występowania, np. po wielotygodniowej przerwie mogą się pojawiać codziennie. Podręcznik dopuszcza możliwość napadów pełnoobjawowych spełniających przynajmniej cztery objawy oraz niepełnoobjawowych, podczas których występują maksymalnie trzy objawy, jednak warunkiem koniecznym do rozpoznania jest wystąpienie dwóch nagłych i pełnoobjawowych ataków. DSM-5-TR definiuje również *nocny atak paniki*, czyli budzenie się ze snu w stanie paniki, będące inne od ataku, który następuje po wybudzeniu. Osoby, które ich doświadczają razem z napadami w ciągu dnia, doświadczają bardziej nasilonych objawów. Z powodu obaw przed kolejnymi atakami wiele osób doświadcza ciągłego niepokoju, lęków przed podejmowaniem codziennych aktywności, spożywania substancji bądź podejmuje się skrajnych zachowań, takich jak ograniczanie żywności, unikanie konkretnych produktów bądź środków farmaceutycznych. Silne implikacje z zaburzeniem ma popularny u Latynosów *napad nerwów (ataque de nervios)*, może on objawiać się takimi symptomami jak drżenie, gwałtowny i niekontrolowany krzyk lub płacz, zachowania agresywne i suicydalne, a także depersonalizacja i derealizacja. Często objawy te trwają dłużej niż napady paniki (Gałęcki, 2024).

Agorafobia. Charakteryzuje się „wyraźnym i nadmiernym lękiem lub niepokojem, pojawiającym się w odpowiedzi na wiele sytuacji, w których ucieczka może być trudna lub pomoc może nie być dostępna” (Gałęcki i Szulc, 2023). Osoba jest stale przestraszona lub zaniepokojona określonymi sytuacjami z powodu możliwości pojawienia się ataków paniki, ich niektórych objawów lub innych obezwładniających lub krępujących objawów. Określone sytuacje są aktywnie unikane, akceptowane w określonych okolicznościach bądź znoszone z intensywnym lękiem lub strachem. Objawy zaburzenia nie są przemijające, trwają przez przynajmniej kilka miesięcy, skutkują znacznym stresem lub upośledzeniem w różnych, ważnych obszarach funkcjonowania. Jednostka może również mieć historię ataków paniki nie spełniając kryteriów diagnostycznych PD. Może także unikać sytuacji i miejsc, które mogłyby je wywołać, co prowadzi do braku ich występowania. Często stosuje również strategie



behawioralne umożliwiające funkcjonowanie w określonych sytuacjach, np. poprzez przebywanie w towarzystwie innej osoby lub noszenie przy sobie przedmiotów dających poczucie bezpieczeństwa (np. lekarstw). Kolejną cechą charakterystyczną jest unikanie stresujących sytuacji lub miejsc a niektóre osoby z powodu zaburzenia mogą pozostawać całkowicie zamknięte w domu. Krótkotrwałe i niezakłócające codziennego funkcjonowania zachowania unikowe są naturalnym elementem rozwoju, mogą pojawiać się w okresach wzmożonego stresu lub wynikać z norm danej kultury. Agorafobię diagnozuje się tylko wtedy, gdy powoduje upośledzenie w funkcjonowaniu większe niż się spodziewano (WHO, 2024).

Agorafobia występuje w późnym okresie dojrzewania. U większości osób symptomy pojawiają się przed 35 rokiem życia, rzadko obserwuje się występowanie zaburzenia u dzieci. Przebieg uważany jest za przewlekły i uporczywy, wiąże się z ryzykiem wystąpienia zaburzeń depresyjnych, dystymicznych oraz spowodowanych używaniem substancji. Choć objawy są spójne, to bodźce wywołujące reakcje lękową mogą się różnić w zależności od grupy wiekowej. U dzieci często występuje nadmierny strach przed samotnym przebywaniem poza domem lub zgubieniem się, dorośli częściej doświadczają lęku przed stanieniem w kolejce lub w otwartych bądź zamkniętych przestrzeniach, natomiast wśród osób starszych często występuje strach przed upadkiem. We wszystkich grupach wiekowych można zaobserwować tendencję do unikania określonych miejsc, sytuacji lub potrzeby towarzystwa bliskiej osoby. Zachorowalność jest dwa razy większa u kobiet niż u mężczyzn, przy czym u mężczyzn częściej zauważa się zaburzenia spowodowane używaniem substancji. Podczas diagnozowania należy odróżnić objawy od zaburzenia panicznego, lękowego z paniką, lęku społecznego, separacyjnego, fobii specyficznej, schizofrenii i innych zaburzeń psychotycznych, zaburzeń depresyjnych, zespołu stresu pourazowego, oraz zaburzeń opozycyjno-buntowniczych (WHO, 2024).

Podręcznik diagnostyczny DSM-5-TR doprecyzowuje wymagane kryteria do dwóch spośród pięciu określonych sytuacji: (a) używanie publicznych środków transportu, (b) pozostawanie w otwartych przestrzeniach, (c) znajdowanie się w zamkniętych pomieszczeniach, (d) pozostawanie w tłumie lub w kolejce, (e) znajdowanie się w osamotnieniu poza domem. Kolejnym kryterium jest fakt, że objawy nie ograniczają się wyłącznie do sytuacji społecznych, jak ma to miejsce w społecznym zaburzeniu lękowym. Nie wynikają również z obsesyjnych myśli, jak w zaburzeniu obsesyjno-kompulsywnym, ani z nadmiernego skupiania się na wadach i niedoskonałościach własnego wyglądu, charakterystycznego dla zaburzenia dysmorficznego. Ponadto, nie są związane z bodźcami przypominającymi traumatyczne wydarzenie, co jest typowe dla PTSD ani z oddzieleniem od



znaczących osób, jak w separacyjnym zaburzeniu lękowym. W większości przypadków zaburzenie ma swój początek przed 35 rokiem życia, natomiast średni wiek wystąpienia to 25-29 lat w przypadku niewystępujących wcześniej ataków paniki. Rzadko występują przypadki zachorowania w dzieciństwie, natomiast obserwuje się drugi etap przebiegu choroby po 40 roku życia. Autorzy podręcznika zachęcają do badania dzieci oraz młodzieży pod kątem zaburzenia, oceniając czy obecny strach bądź unikanie są nadmierne w stosunku do zagrożenia pomimo trudności w opisywaniu objawów w przypadku dzieci oraz niechętnie podejmowanej rozmowy przez młodzież (Gałęcki, 2024).

Fobia specyficzna. Według podręcznika ICD-11 do postawienia diagnozy wymagany jest „wyraźny lub nadmierny niepokój lub lęk przy ekspozycji lub przewidywaniu ekspozycji na jeden lub więcej swoistych obiektów lub sytuacji” (Gałęcki i Szulc, 2023, s.314). Jest on nieproporcjonalny do rzeczywistego zagrożenia stwarzanego przez określony przedmiot lub sytuację, które z kolei są unikane bądź tolerowane wraz z intensywnym niepokojem lub strachem. Określony wzorzec reakcji utrzymuje się przez co najmniej kilka miesięcy powodując znaczny stres lub upośledzenie funkcjonowania. Fobia specyficzna może dotyczyć różnych bodźców np. konkretnych zwierząt, wysokości, zamkniętych bądź otwartych przestrzeni, widoku krwi, latania, zabiegów medycznych lub dentystycznych. Wśród reakcji zauważa się uczucie wstrętu, przewidywanie niebezpieczeństwa lub krzywdy i objawy fizyczne (WHO, 2024).

U podstaw rozwoju zaburzenia mogą być bezpośrednie i negatywne doświadczenia, jednak nie są one konieczne. W przypadku reakcji lękowej na obiekty lub sytuacje, należy określić czy nie jest ono nadmierne oraz uwzględnić normy kulturowe i warunki środowiskowe. W przypadku dzieci i młodzieży niektóre lęki mogą być częścią rozwoju np. małe dzieci bojące się psów. Diagnoza fobii specyficznej może być postawiona, gdy reakcja jest zbyt duża w porównaniu do rówieśników. Objawy zaburzenia mogą wystąpić w każdym wieku, jednak najwięcej przypadków zauważa się u dzieci między siódmym a dziesiątym rokiem życia. U dzieci w wieku przedszkolnym wśród reakcji fobicznych może pojawić się płacz, zamarzanie lub napady złości, najczęściej w stosunku do przedmiotów materialnych. Reakcje fobiczne u młodzieży najczęściej są związane z potencjalnym zagrożeniem. Zachorowania w młodszym wieku często są związane z doświadczeniem sytuacji wywołującej strach. W wielu przypadkach fobie specyficzne utrzymujące się przez lata, rzadko ustępują spontanicznie i poprzedzają wystąpienie innych zaburzeń psychicznych (WHO, 2024).



Ważnym czynnikiem kształtującym reakcje jest kultura, w której określone bodźce mają różne znaczenie, dlatego też w diagnozie istotne jest zwrócenie uwagi czy reakcja lękowa wykracza poza przyjęte w danej kulturze normy. Omawiane zaburzenie jest dwa razy częściej diagnozowane u kobiet. W diagnozie różnicowej wyszczególnione są zaburzenia paniczne, agorafobia, fobia społeczna, zaburzenie obsesyjno-kompulsywne, hipochondria, zespół stresu pourazowego, złożony zespół stresu pourazowego, zaburzenia odżywiania się oraz zaburzenia opozycyjno-buntownicze (WHO, 2024).

DSM-5-TR w kryteriach wymienia dodatkowo informację, że bodziec wywołuje natychmiastowy lęk lub niepokój, zaś czas trwania symptomów jest nieprzerwany i trwa od 6 miesięcy wzwyż. Podręcznik szczegółowo opisuje również stopień nasilenia objawów, od lęku antycypacyjnego do ataków paniki. W wyniku wystąpienia lęku przez bodźce ze środowiska naturalnego lub jakiejś sytuacji aktywuje się układ sympatyczny, natomiast w przypadku bodźców takich jak krew, zranienie bądź zastrzyk następuje „odruchowe wazowagalne omdlenie lub nagłe zasłabnięcie: najpierw akcja serca ulega przyśpieszeniu a ciśnienie krwi podwyższeniu, po czym akcja serca ulega zwolnieniu, a ciśnienie krwi spada”(Gałęcki, 2024, s. 261-262). Wśród dysfunkcji neurologicznych wymienione jest ciało migdałowate, przedni zakręt obręczy, wzgórze i wyspy. W przypadku dzieci przelotny i niewpływający na funkcjonowanie strach jest uznawany za naturalną część rozwoju, natomiast dzieci nie rozumieją czym jest unikanie, więc często wyrażany jest krzykiem, napadami złości, znieruchomieniem lub przywieraniem. U osób starszych fobie specyficzne często występują razem z innymi problemami zdrowotnymi, są to często stany lękowe objawiające się jako mieszanina symptomów niepokoju i depresji, które przypisują innym chorobom medycznym. Wiąże się to z ryzykiem wystąpienia poważniejszego zaburzenia. (Gałęcki, 2024)

Fobia społeczna (*Social Anxiety Disorder*). Aby postawić diagnozę wg ICD-11 wymagany jest „wyraźny i nadmierny lęk lub niepokój, który występuje stale przy jednej lub więcej sytuacjach społecznych” (Gałęcki i Szulc, 2023, s. 317). Do owych sytuacji należą np. interakcje społeczne, robienie czegoś, czując się obserwowanym czy występowanie przed innymi. Lęk wynika z obawy przed negatywną oceną lub reakcją otoczenia na widoczne objawy zdenerwowania. Początek zaburzenia może być związany z wcześniejszym stresującym lub upokarzającym doświadczeniem społecznym. Określone sytuacje są unikane lub znoszone ze znacznym strachem/niepokojem. Objawy zaburzenia utrzymują się



nieprzerwanie przez przynajmniej kilka miesięcy, powodują znaczny stres lub upośledzenie funkcjonowania, które jest możliwe tylko dzięki wzmożonemu wysiłkowi.

Podczas fobii społecznej, często występują inne zaburzenia lękowe oraz depresyjne, wśród dodatkowych objawów może wystąpić rumieniec, pocenie się lub drżenie, dodatkowo osoby ze wspomnianym zaburzeniem mogą nie oceniać objawów strachu lub niepokoju jako nadmierne. Należy zastosować właściwą ocenę kliniczną, uwzględniając obowiązujące normy kulturowe oraz specyfikę środowiska, wykluczając normatywne reakcje spowodowane przez sytuacje społeczne, takie jak wystąpienia publiczne bądź nieśmiałość będącą cechą osobowości.

Największą ilość zachorowań diagnozuje się między 8 a 15 rokiem życia. Jeżeli występuje w późniejszych latach życia, wykazując się mniejszym stopniem upośledzenia i brakiem innych zaburzeń to wiąże się ze spontaniczną remisją. Zaburzenie rzadko występuje wśród dzieci poniżej 10 lat, natomiast występowanie objawów wzrasta w okresie dojrzewania. Wycofywanie się dzieci w nowych sytuacjach jest często związane z temperamentem, ale również czynnikiem ryzyka wystąpienia zaburzenia, natomiast zdiagnozowana fobia nie powinna być używana do opisu rozwoju lub nieśmiałości obcych. Objawy zaburzenia mogą się uwidocznic dopiero po rozpoczęciu edukacji szkolnej - podczas spotkań z rówieśnikami i nauczycielami. Młodsze dzieci częściej wykazują objawy w interakcji z dorosłymi, natomiast młodzież z rówieśnikami. Zarówno u dzieci, jak i młodzieży mogą występować trudności z inicjowaniem i prowadzeniem rozmowy, bądź wyrażaniem życzeń lub opinii. U młodzieży zauważa się odmowę uczęszczania do szkoły, niechęć do wyrażania potrzeb. Z powodu obawy przed konsekwencjami dla ich statusu społecznego, pomimo uporczywych objawów mogą uczestniczyć w aktywnościach społecznych. W diagnozie różnicowej istotne jest rozróżnienie między zespołem lęku uogólnionego, lękiem panicznym, zaburzeniem ze spektrum autyzmu, zaburzeniem dysmorficznym, zachowaniami opozycyjno-buntowniczymi a także agorafobią, lękiem specyficznym, mutyzmem wybiórczym (WHO, 2024).

W diagnozie kluczowe jest zwrócenie uwagi na kontekst kultury. W Ameryce Łacińskiej często spotykane jest oczekiwanie tańca publicznego, które może wiązać się z nadmiernym lękiem. Ważne jest również zwrócenie uwagi na normy obowiązujące w danej kulturze, ponieważ unikanie pewnych sytuacji społecznych może nie wskazywać na stan zaburzenia, ale na obowiązujące lokalnie zasady. W kulturach kolektywistycznych może występować wysoki poziom lęku społecznego, przy jednoczesnych niskich wskaźnikach diagnozowania fobii społecznej. Lęk społeczny jest spowodowany unikaniem wstydu oraz przestrzeganiem norm społecznych, natomiast osoby, które w innych społeczeństwach byłyby



uznane za cierpiące na fobię społeczną, w kulturach kolektywistycznych są postrzegane jako osoby zdrowe. Zachorowalność jest wyższa u kobiet niż u mężczyzn, natomiast zauważalne są rozbieżności w zależności od oczekiwań dotyczących ról płciowych w różnych środowiskach (WHO, 2024).

Kryteria diagnostyczne w DSM-5-TR są wyraźnie zbliżone, natomiast podręcznik zwraca uwagę na to, że wywołany lek jest niezależny i silniejszy od innych czynników, takich jak choroba Parkinsona, zmieniony wygląd zewnętrzny po urazie lub otyłość. W różnym stopniu może następować nasilenie lęku - od antycypacyjnego aż do napadów paniki. U dzieci manifestuje się przez krzyk, epizody gniewu, immobilizację, przywiązaniem do opiekuna oraz przyjmowaniem skurczonej postawy ciała. W cechach dodatkowych wymienia się nieśmiałość, skłonność do wycofania się, ograniczona otwartość oraz niechęć do ujawniania informacji o sobie. Osoby z zaburzeniem często wybierają zawody, które nie wymagają relacji interpersonalnych. Kobiety szukają pracy jako gospodynie lub opiekunki, mężczyźni w starszym wieku zawierają sakrament małżeństwa, spotyka się również stosowanie substancji np. spożywanie alkoholu przed spotkaniem. Zaburzenie często rozpoczyna się w dzieciństwie, rzadziej u dorosłych. Może rozwijać się w sposób utajony i stopniowy, bądź nagle (np. zwymiotowanie podczas występu publicznego). Osoby, które przeżywają strach przed inicjowaniem i uczestniczeniem w spotkaniach randkowych, mogą się wycofać po zawarciu małżeństwa, natomiast po rozwodzie ponownie nawiązywać relację. Pełniejsze objawy zaburzenia obserwuje się dopiero u młodzieży, młodsze osoby dorosłe mają wyższy poziom lęku objawiającego się w konkretnych sytuacjach, natomiast u osób dorosłych i starszych poziom lęku społecznego jest zauważalnie niższy. Ujawnia się on jednak w różnych sytuacjach i może być związany z pogarszającym się stanem zdrowia, obawą przed niepełnosprawnością, brakiem kontroli nad reakcjami fizjologicznymi, pojawiającymi się dysfunkcjami poznawczymi. Diagnoza zaburzenia u starszych osób może być utrudniona z powodu ograniczonego wglądu, koncentrowanie się na dolegliwościach somatycznych, zmiany środowiska i pełnionych ról. Odnosząc się do kultur, Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne zwraca uwagę również na to, że u Latynosów zaburzenie występuje później niż u innych grup etnicznych, natomiast manifestujące się objawy są uciążliwe w większym stopniu (Gałecki, 2024).

Lęk separacyjny (*separation anxiety disorder*). Według norm ICD-11, do postawienia diagnozy konieczny jest „wyraźny i nadmierny strach lub lęk przed separacją od konkretnych postaci przywiązania” (Gałecki i Szulc, 2023). Nienormatywny lęk w przypadku dzieci



i młodzieży dotyczy rodziców, opiekunów albo innych członków rodziny. U dorosłych lęk separacyjny koncentruje się na małżonku, romantycznym partnerze lub dzieciach. Objawy zależą od poziomu rozwoju i mogą obejmować: (a) uporczywe myśli o krzywdzie lub innym nieprzewidywanym wydarzeniu prowadzącym do separacji, (b) niechęć lub odmowa uczęszczania do szkoły lub pracy, (c) powracający nadmierny stres, (d) niechęć lub odmowa pójścia spać bez przebywania w pobliżu postaci przywiązania, (e) powtarzające się koszmary senne dotyczące separacji, (f) objawy fizyczne (np. nudności, wymioty, ból brzucha, ból głowy) podczas oddzielenia od postaci przywiązania w sytuacjach dnia codziennego. Objawy są ciągłe i utrzymują się przez co najmniej kilka miesięcy, powodując znaczny stres, upośledzenie w funkcjonowaniu będące możliwe jedynie dzięki wzmożonemu wysiłkowi. Lęk separacyjny pojawia się z powodu normalnego źródła strachu, jakim może być opuszczenie domu w celu podjęcia pracy lub studiów w nowym mieście, jednak cechą charakterystyczną zaburzenia jest skoncentrowanie się lęku na postaci przywiązania a nie na dostosowaniu się do nowych okoliczności (WHO, 2024).

Lęk separacyjny może mieć swój początek w dzieciństwie i trwać przez całe życie, jednak znaczna część osób dorosłych może nie pamiętać jego początku, a najczęściej pojawia się wśród małych dzieci. Występujące w dzieciństwie zaburzenie jest często związane z niewłaściwym stylem wychowania. Może przybierać różne formy, w zależności od grupy wiekowej. Młodsze dzieci mogą wykazywać mniej wiarygodne lęki (np. obawa przed porwaniami), natomiast starsze dzieci i młodzież bardziej wiarygodne (np. strach o wypadek samochodowy rodziców). Różnice dotyczą również objawów. Młodsze dzieci z powodu mniejszej zdolności do wyrażania zmartwień wykazują napady złości lub płacz, w środowisku domowym mogą nalegać na bliskość opiekuna a stany lękowe mogą pojawiać się, gdy znajdują się w innym pokoju lub na innym piętrze. Starsze dzieci, wyrażają swoje obawy przez np. wycofanie społeczne i naleganie na pozostanie w domu z członkami rodziny. W niektórych kulturach spędzanie czasu z dala od rodziny nie jest właściwe, dlatego też, jeśli lęk mieści się we wzorcach kulturowych nie powinien być diagnozowany jako nadmierny. Ważne jest również zwrócenie uwagi, że w niektórych kulturach, a także na całym świecie, coraz częściej obserwuje się tendencję do przedłużonego wspólnego mieszkania dorosłych dzieci z rodzicami. W diagnozie różnicowej należy zwrócić uwagę na zespół lęku uogólnionego, zaburzenia paniczne, agorafobię, lęk społeczny, zaburzenia depresyjne, zespół stresu pourazowego, zaburzenia dysocjalne oraz osobowości (WHO, 2024).

Kryteria diagnostyczne w DSM-5TR są bardzo zbliżone. Doprecyzowany jest czas trwania objawów wynoszący w przypadku dzieci przynajmniej 4 tygodnie oraz 6 miesięcy lub



więcej dla osób dorosłych. W cechach dodatkowych, ułatwiających rozpoznanie, znajduje się apatia, trudność w skupieniu oraz różne rodzaje lęku specyficznego związane potencjalnym zagrożeniem. Małe dzieci będące same po zapadnięciu zmroku mogą zgłaszać omamy (np. ludzi za oknem lub potworów). Dzieci często są „roszczeniowe, nachalne i wymuszające nieustanną uwagę otoczenia” (Gałęcki, 2024, s.253), natomiast u dorosłych zauważa się niedostateczną samodzielność i przesadną potrzebę wsparcia. W rodzinie często pojawia się wrogość i konflikty spowodowane zbyt wygórowanymi żądaniem. Podczas przebiegu zaburzenia obserwuje się epizody zaostrzonych objawów i remisji. U większości dzieci z zaburzeniem nie zauważa się zaburzeń lękowych w późniejszych okresach życia. Większe upośledzenie funkcjonowania występuje u chorych z krajów o średnich i wysokich dochodach w porównaniu do osób z krajów o średnich i niskich dochodach (Gałęcki, 2024).

Mutyzm wybiórczy. Według ICD-11 charakteryzuje się „stałą wybiórczością w mówieniu, w taki sposób, że dziecko wykazuje odpowiednie kompetencje językowe w określonych sytuacjach społecznych, zazwyczaj w domu, ale konsekwentnie nie mówi w innych, zazwyczaj w szkole” (Gałęcki i Szulc, 2023, s.321). Występujące objawy trwają przynajmniej miesiąc, bez ograniczenia do pierwszego miesiąca szkoły i nie wynikają z braku znajomości języka oraz są na tyle poważne, że utrudniają osiągnięcia edukacyjne bądź powodują deficyty w funkcjonowaniu (WHO, 2024).

Mutyzm wybiórczy bywa uważany za odmianę fobii społecznej, ponieważ doświadczany lęk występuje w sytuacjach społecznych, jednak w przeciwieństwie do fobii społecznej dzieci wykazują objawy we wcześniejszym wieku, w większości poniżej 5 roku życia, natomiast poważne zakłócenia w funkcjonowaniu mogą się pojawić po rozpoczęciu edukacji szkolnej. Ograniczenia powodowane przez zaburzenie, mogą się wiązać się z niezdolnością do wykonywania szkolnych zadań, niezdolnością do nawiązywania i podtrzymywania relacji z rówieśnikami, bycie celem zastraszania a także brakiem pomocy, ponieważ o nią nie proszą. Powszechne są inne współwystępujące zaburzenia lękowe, szczególnie fobia społeczna. Średni czas trwania zaburzenia wynosi około 8 lat, jednakże niektóre osoby mogą doświadczać dłuższego czasu trwania objawów lub pojawienia się innego zaburzenia, przede wszystkim lęku społecznego. Po remisji osoby często doświadczają trudności związanych z komunikacją. W obrębie kultur, które są oparte na wstydzie, ludzie mogą unikać poruszania niektórych tematów lub rozmów w sytuacjach, które wywoływałyby wstyd. W przypadku objawów akceptowanych przez społeczeństwo nie powinno się diagnozować tego zaburzenia. Podczas badania należy zróżnicować diagnozę, uwzględniając



specyficzne zaburzenia językowe (*developmental speech and language disorders, DLD*), spektrum autyzmu, zaburzenia rozwoju intelektualnego, schizofrenie, zaburzenia psychotyczne i fobię społeczną (WHO, 2024).

DSM-5-TR w kryteriach wskazuje się dodatkowo na możliwość lepiej pasującej diagnozy zaburzenia komunikacji oraz na konieczność wykluczenia spektrum autyzmu, schizofrenii lub innego zaburzenia psychotycznego. W dodatkowych cechach zaburzenia zwraca uwagę, że dzieci mogą wykazywać chęć nawiązywania relacji i podtrzymywania ich, jeśli jest to możliwe niewerbalnie np. podczas gier sportowych. Osoby dotknięte zaburzeniem mogą wykazywać nadmierną nieśmiałość, lęk przed upokorzeniem, poczucie osamotnienia, tendencję do wycofania społecznego, przywiązanie do innych osób, impulsywność, postawy negatywistyczne, epizody drażliwości oraz łagodne przejawy zachowań opozycyjnych (Gałecki, 2024).

Inne określone zaburzenia lękowe lub związane z lękiem (*Other specified anxiety or fear-related disorder*). Obejmują objawy lękowe mające wspólne cechy z innymi zaburzeniami lękowymi, jednak nie spełniają wymaganych kryteriów konkretnego zaburzenia. Wśród głównych cech ICD-11 wymienia: (a) nadmierne pobudzenie, niepokój oraz postawa unikowa (b) nie są lepiej wyjaśnione przez inne zaburzenie, (c) objawy nie są częścią rozwoju ani norm kulturowych, (d) nie są efektem choroby somatycznej, działania substancji psychoaktywnych bądź efektem odstawienia, (e) powodują znaczne cierpienie, dysfunkcje w funkcjonowaniu, bądź funkcjonowanie w normie ze wzmożonym wysiłkiem (WHO, 2024).

Zaburzenia lękowe lub związane z lękiem, nieokreślone (*Anxiety or fear-related disorder, unspecified*) zawiera specyfikator z *napadami paniki (MB23.H)*, który może być stosowany w kontekście zaburzeń lękowych z napadami paniki w określonych sytuacjach. W przypadku występowania ataków niezwiązanych z konkretnym bodźcem należy uwzględnić dodatkową diagnozę zaburzenia panicznego (WHO, 2024).

W podręczniku diagnostycznym DSM-5-TR wymienione są dodatkowo zaburzenia lękowe *wywołane substancją/lekiem* oraz *spowodowane innym stanem medycznym*.

6.2 Etiologia

Wpływ na rozwój zaburzeń lękowych ma wiele czynników biologicznych i środowiskowych. Szacuje się, że cierpi na nie co trzecia osoba na świecie, zwykle ma



charakter przewlekły lub nawracający. Są nie tylko rozpowszechnione, ale wiążą się również z obciążeniem psychicznym (Gautam i in., 2022).

6.2.1 Czynniki biologiczne

Neurotransmitery są uznawane za podstawowy czynnik w regulacji emocji. Jednym z czynników wpływających na powstawanie zaburzeń lękowych jest neurotransmisja GABAergiczna. Na ich powstanie wpływa nieprawidłowa regulacja pomiędzy dolnym szlakiem neuronalnym, w którym ciało migdałowate odpowiada za reakcję na zagrożenia, a górnym mechanizmem kontroli, gdzie kora przedczołowa ocenia znaczenie emocjonalne bodźców. W dysregulacji tego układu, nadaktywność ciała migdałowatego oraz mniejsza kontrola kory przedczołowej powodują niewłaściwe reakcje lękowe. Wpływ na powstanie zaburzeń lękowych ma serotonina (5-hydroksytryptamina, 5-HT), odpowiadająca za regulację nastroju, funkcje poznawcze, sen oraz reakcje emocjonalne, w zależności od aktywacji receptorów działa pobudzająco lub hamująco. Może zredukować lęk oraz go wywołać. Kolejnym neurotransmitterem odpowiedzialnym za reakcje lękowe jest dopamina, która poprzez interakcję z innymi neuroprzekaźnikami takimi jak GABA i serotonina może wywoływać lub wygaszać lęk. Neurony brzuszego pola nakrywki (VTA), w którym wytwarzana jest dopamina są połączone z korą przedczołową kontrolującą emocje, ciałem migdałowatym kontrolującym strach i reakcje lękowe oraz z jądrem półleżącym przetwarzającym nagrody i wygaszającym lęk (Łoś i Waszkiewicz, 2021; Nuss, 2015; Salinas-Hernández i Duvarci, 2021).

Zaburzenia lękowe są również spowodowane nadaktywnością osi HPA, jej nadmierna aktywność jest związana z występowaniem zaburzeń lękowych oraz większą podatnością na stres. Podwzgórze uwalnia kortykotropinę (CRH) w odpowiedzi na stres, następnie przysadka mózgowa produkuje hormon adrenokortykotropowy (ACTH) pobudzający nadnercza, które z kolei wydzielają kortyzol oddziałujący na organizm i przygotowujący go do reakcji „walcz lub uciekaj”. Dysfunkcja układu polega na tym, że gdy stres ustępuje, powinna również dezaktywować się oś HPA, natomiast w zaburzeniach lękowych dochodzi do zakłócenia działania mechanizmu sprzężenia zwrotnego i nadmiernej aktywacji osi. Osoby cierpiące na zaburzenia lękowe często mają chronicznie zwiększony poziom kortyzolu, co może powodować hiperaktywność ciała migdałowatego. Badania wykazały również, że przewlekły stres i nadmiar kortyzolu uszkadzają hipokamp, odpowiadający za pamięć i hamowanie reakcji lękowej (Hinds i Sanchez, 2022).



Przeprowadzone badania wskazują na dziedziczność zaburzeń lękowych w około 30%, natomiast uwzględniając czynniki środowiskowe może ona wynosić 60%. Wpływa na to dziedziczność genu transportera serotoniny (5-HTTLPR), którego krótsza wersja allelu odpowiada za większą podatność na lęk i negatywne reakcje emocjonalne, szczególnie u osób narażonych na stres w dzieciństwie lub traumatyczne doświadczenia. Genetycznie uwarunkowana może być również dysregulacja osi HPA odpowiadająca za reakcję organizmu na stres. Genetyczna predyspozycja nie predestynuje do rozwoju zaburzeń lękowych, kluczową rolę odgrywają czynniki środowiskowe (Adwas, 2019).

6.2.2 Czynniki psychologiczne

Wśród czynników psychologicznych wymieniane są takie cechy jak neurotyczność, która wiąże się ze zwiększoną wrażliwością na stres, nadmiernym zamartwianiem się i niestabilnością charakteru. Kolejną z nich jest *inhibicja behawioralna* oznaczająca tendencję do wycofywania się z nieznanymi sytuacjami. Jest ona zauważana już w dzieciństwie i zwiększa ryzyko wystąpienia lęku społecznego oraz zaburzenia lęku uogólnionego. Powtarzające się negatywne myśli odzwierciedlają się w ruminacji, czyli analizowaniem przeszłych i negatywnych wydarzeń oraz zamartwianiu się, będącym obsesyjną koncentracją na przyszłych zagrożeniach. Przyczyniają się do rozwoju oraz utrzymywania się zaburzeń lękowych poprzez błędną interpretację neutralnych sytuacji jako zagrażających. Ucieczka od negatywnych emocji prowadzi do tłumienia oraz unikania zamiast do przetwarzania, stanowi ryzyko rozwoju lęku uogólnionego i fobii społecznej. Wyuczone strategie unikania nie pozwalają na nauczenie się, że obawy są nieuzasadnione, co prowadzi do utrwalania lęku. Kolejnym czynnikiem jest reaktywność poznawcza oznaczająca tendencję do popadania w negatywne schematy myślenia po skonfrontowaniu się ze stresem lub smutkiem. Osoby te są w większym stopniu narażone na ataki paniki i lęk społeczny. Natomiast osoby z zewnętrznym poczuciem kontroli, czują się zależne od zewnętrznych czynników oraz wykazują niższy poziom sprawczości, co powoduje bezsilność wobec stresu. Schemat ten jest często obecny u ludzi z zaburzeniami panicznymi oraz lękiem uogólnionym. Kolejnymi predyktorami zaburzeń lękowych są niska samoocena oraz stronniczość uwagi cechująca się nadmiernym skupieniem na zagrożeniach oraz negatywnych aspektach wydarzeń, przy jednoczesnym ignorowaniu elementów pozytywnych (Struijs i in., 2021).

Można wyszczególnić czynniki zewnętrzne i środowiskowe dla zaburzeń lękowych. W przypadku fobii specyficznej, mechanizmy lęku mogą być nabyte poprzez klasyczne



warunkowanie, gdzie po negatywnym doświadczeniu związanym z bodźcem lub sytuacją może rozwinąć się intensywny lęk. Wśród czynników środowiskowych wpływających na rozwój społecznego zaburzenia lękowego wymienia się modelowanie zachowań lękowych przez rodziców i otoczenie, doświadczenia przemocy rówieśniczej (np. prześladowanie, upokorzenie, wyśmiewanie), a także nadopiekuńczość poprzez ograniczanie ekspozycji dzieci na sytuacje społeczne oraz brak wiary w zdolności dziecka do radzenia sobie. W przypadku zaburzenia panicznego wyszczególnia się takie czynniki ekspozycja na stres we wczesnym dzieciństwie oraz nadopiekuńczość. Ekspozycja na przewlekły stres w dzieciństwie powoduje nadreaktywność układu limbicznego oraz dysregulację osi HPA zwiększając podatność na lęk i panikę w dorosłości. Nadmiernie kontrolujące środowisko może wykształcić niską tolerancję na niepewność i lęk oraz prowadzić do silnych reakcji na pierwsze symptomy paniki w dorosłości. W przypadku agorafobii osoby pracujące poza domem rzadziej rozwijają zaburzenie niż osoby pracujące w domu, jednak odnosi się to głównie do mężczyzn, ponieważ kulturowo pozostawanie w domu przez kobiety rzadziej jest odbierane jako odstępstwo od normy. Wśród czynników środowiskowych i społecznych uogólnionego zaburzenia lękowego wymienia się wychowanie w chaotycznym i nieprzewidywalnym środowisku oraz przewlekły stres w dzieciństwie spowodowany np. rozwodem rodziców lub przemocą domową. Wpływ na rozwój zaburzenia ma także przyjęty przez rodziców styl wychowania. Nadopiekuńczy rodzice, poprzez ograniczanie samodzielności dzieci, powodują niską tolerancję na niepewność w dorosłości. Nadmierna krytyka natomiast lub wygórowane wymagania powodują, że dziecko uczy się mechanizmu przewidywania potencjalnych zagrożeń, aby unikać krytyki. Kolejnym czynnikiem jest życie w ciągłym stresie, np. z powodu problemów finansowych, presji zawodowej lub trudnych relacji. W ostatnich latach pandemia COVID-19 a także niepewność związana ze zdrowiem i bezpieczeństwem pogłębiły częstość występowania GAD (Zinbarg i in., 2022; Narmandakh i in., 2021).

6.2.3 Wpływ wydarzeń traumatycznych

Jednym z kryteriów wymaganych do diagnozy PTSD i zarazem CPTSD jest unikanie i strach związany z poczuciem ciągłego zagrożenia. Proces wygaszania strachu jest kluczowy po doświadczeniu traumatycznego wydarzenia lub bodźców wywołujących lęk i niepokój. Niewłaściwe mechanizmy wygaszania strachu mogą przyczyniać się do utrzymywania symptomów lęku. Stosując warunkowanie klasyczne podczas wygaszania strachu, zaangażowane są takie części mózgu jak brzusno-przyśrodkowa kora przedczołowa, grzbietowa przednia



kora zakrętu obręczy, hipokamp, ciało migdałowate i kora wyspowa. Podczas przeprowadzanych badań (Wen i in., 2022) zauważone zostały nakładające się nieprawidłowości w funkcjonowaniu kory przedczołowej, związek zaburzeń lękowych z zaburzoną percepcją i regulacją stanów przez nieprawidłową łączność między korą przedczołową a grzbietowo-boczną korą przedczołową. PTSD ma częstszy związek z niewłaściwą kontekstualizacją traumatycznych wydarzeń. Opisane deficyty powodują zaburzenie uwagi poznawczej i przetwarzania sensorycznego (A. Liu i in., 2024; Wen i in., 2022).

6.3 Występowanie

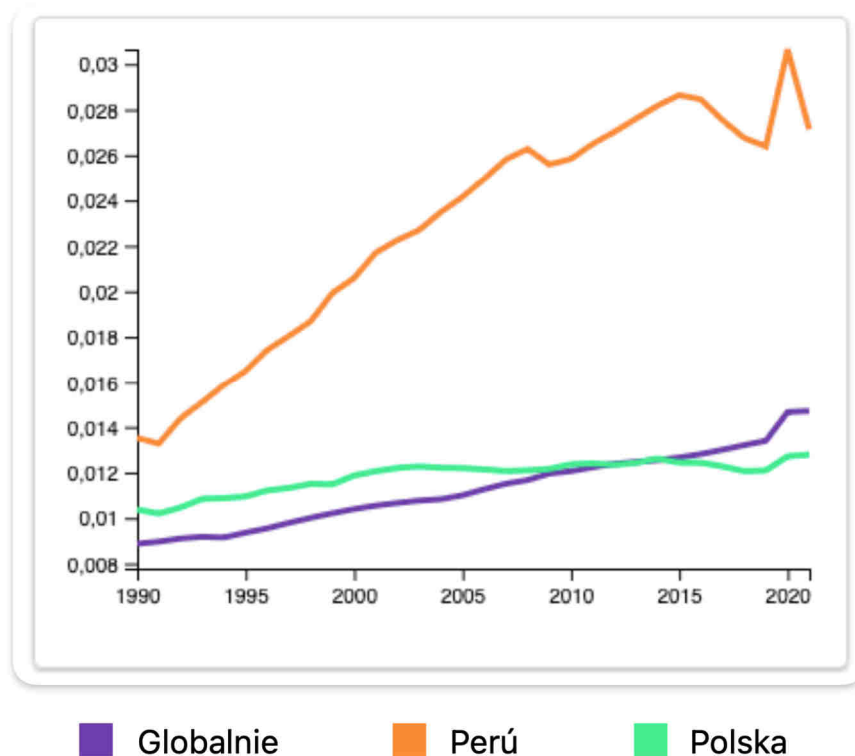
Wpływ na rozwój zaburzeń lękowych ma wiele czynników biologicznych i środowiskowych. Szacuje się, że cierpi na nie co trzecia osoba na świecie i zwykle ma charakter przewlekły lub nawracający. Są nie tylko rozpowszechnione, ale wiążą się również z obciążeniem psychicznym. Z danych statystycznych wynika, że na ryzyko wystąpienia zaburzeń lękowych bardziej są narażone kobiety, ludzie młodzi oraz obywatele krajów o wysokim wskaźniku zrównoważonego rozwoju (SDI). Współczynnik ścieżki dla korelacji między COVID-19 a lękiem wyniósł 0.224 ($p < 0.01$), co wskazuje na statystycznie znaczący wpływ pandemii na wzrost zaburzeń lękowych (Chen i in., 2025; Gautam i in., 2022).

Według danych z Global Burden Disease liczba osób na świecie ze zdiagnozowanymi zaburzeniami lękowymi wynosi więcej o 86,18 % ze 192,94 mln w 1990 r. do 359,21 mln w 2021 roku. Uwzględniając wskaźnik DALY (lata życia skorygowane niepełnosprawnością, jest on używany do określenia stanu zdrowia społeczeństwa) wartość wzrosła o 84,85 % z 22,99 mln w 1990 r. do 42,51 mln w 2021 r. Odsetek utraconych lat w stosunku do całkowitego obciążenia chorobami pozostał niski (ok. 0,01–0,02%), co sugeruje, że choć liczba przypadków wzrosła, to w skali globalnej obciążenie tymi zaburzeniami wciąż nie jest dominującym problemem zdrowotnym. W Polsce na przestrzeni wspomnianych lat nastąpił wzrost o 33,02 % z 149,7 tys. do 199,1 tys., odsetek DALY względem całkowitego obciążenia chorobami pozostaje niski (ok. 0,01–0,02%), co oznacza, że choć liczba przypadków rośnie, nie jest to główny problem zdrowia publicznego w Polsce. Największy wzrost o 159,83% nastąpił w Peru z 124,8 tys. do 324,3 tys., procentowy udział w ogólnym obciążeniu chorobami wzrósł z 0,01% w 1990 roku do 0,03% w 2021 roku – sugeruje to, że wpływ zaburzeń lękowych na zdrowie publiczne w Peru staje się coraz większym problemem (Global Burden Disease, 2021).



Rysunek 13

Wskaźnik DALY (%) dla występowania zaburzeń lękowych w Polsce, Perú i na świecie



Źródło: Global Burden of Disease, 2021, <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results?params=gbd-api-2021-permalink/6f8f3eb7cbdda1322abaf1d8ec2feb33>

Ogólny wzrost liczby DALY może wynikać ze wzrostu populacji, lepszej diagnostyki i większej świadomości problemów zdrowia psychicznego. Wzrost w Perú sugeruje, że czynniki społeczne, ekonomiczne i dostęp do opieki zdrowotnej mogły wpłynąć na rosnącą liczbę przypadków zaburzeń lękowych. W Polsce wzrost jest umiarkowany, co może wynikać z lepszego dostępu do terapii i większej świadomości społecznej na temat zdrowia psychicznego (Global Burden Disease, 2021).

6.4 Leczenie

6.4.1 Farmakoterapia

Zgodnie z rekomendacjami, najczęściej stosowaną grupą leków w leczeniu zaburzeń lękowych są selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny oraz inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny stosowane również w leczeniu zaburzeń depresyjnych. Badania kliniczne potwierdzają ich skuteczność w leczeniu zaburzenia lękowego uogólnionego, fobii społecznej i zaburzenia lękowego z napadami paniki. Podczas leczenia

obserwuje się zmniejszenie objawów emocjonalnych oraz fizycznych lęku. Wśród leków z grupy SSRI stosowane są: (a) escitalopram, (b) sertralina, (c) paroksetyna, (d) fluoksetyna, (e) citalopram. Spośród grupy leków SNRI stosuje się wenlafaksynę i duloksetynę. Oprócz leków przeciwdepresyjnych stosuje się również: (a) pregabalinę w leczeniu zaburzenia lękowego uogólnionego, (b) opipramol stosowany w lęku z objawami somatycznymi, (c) buspiron działający przeciwłękowo, (d) propranolol skuteczny w leczeniu fobii społecznej oraz objawów somatycznych, (e) hydroksyzynę stosowaną doraźnie, o działaniu uspokajającym. W grupie leków stosowanych rzadziej znajduje się trazodon, stosowany w leczeniu bezsenności związanej z lękiem, moklobemid stosowany w lęku społecznym oraz chlorprotiksen o działaniu przeciwłękowym. Wśród leków doraźnych wyszczególnia się benzodiazepiny działające szybko, jednak z wysokim ryzykiem uzależnienia oraz pregabalina, jako alternatywa dla benzodiazepin, ale bez ryzyka uzależnienia (Murawiec i in., 2023).

6.4.2 Psychoterapia

W leczeniu zaburzeń lękowych zalecana jest psychoterapia w nurcie poznawczo-behawioralnym zarówno indywidualna jak i grupowa. Proces terapeutyczny wynosi 8-20 cotygodniowych sesji i składa się z kilku kluczowych elementów:

1. Wywiad kliniczny, ocena nasilenia symptomów oraz zapoznanie pacjenta z mechanizmami lęku oraz wprowadzenie modelu CBT.
2. Identyfikacja myśli lękowych oraz schematów myślenia. Poprzez analizowanie sytuacji lękowych pacjent rozpoznaje automatyczne myśli, poziom, reakcje fizyczne i behawioralne, a także nielogiczne i przesadne myśli. Następuje też omówienie zależności między myślami, uczuciami i zachowaniami związanymi z lękiem.
3. Restrukturyzacja poznawcza polegająca na korygowaniu zniekształconych przekonań lękowych poprzez ich identyfikację i umiejętność przeformułowania w zależności od konkretnego zaburzenia.
4. Desensytyzacja polegająca na stopniowej ekspozycji i oswojaniu się z sytuacjami wywołującymi lęk. Może ona odbywać się w rzeczywistości, wyobraźniowo lub przez wywoływanie lęku w kontrolowanych warunkach (Szuhany i Simon, 2022).

Jako techniki wspomagające proces terapeutyczny zalecana jest aktywność fizyczna jako forma ekspozycji szczególnie u osób z nadwrażliwością somatyczną oraz treningi takie jak 8-tygodniowy *trening uważności redukujący stres (Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR)* obejmujący tzw. medytacje prowadzone, stosowanie technik oddechowych



i relaksacyjnych oraz *trening uważności łączący elementy terapii behawioralnej (Mindfulness-Based Cognitive Therapy, MBCT; Szuhany i Simon, 2022).*

Obecnie badana jest skuteczność terapii CBT przez Internet, która we wstępnych badaniach okazała się skuteczna w leczeniu lęku panicznego i agorafobii. Podkreśla się również skuteczność innych form terapii, takich jak biblioterapia czy aplikacje mobilne po zakończonym procesie terapeutycznym CBT w celu zapobiegania nawrotom (Miazgowski i in., 2021). W terapii poznawczo-behawioralnej wykorzystuje się także technologię wirtualnej rzeczywistości (*Virtual Reality-Assisted Cognitive Behavioral Therapy, VR-CBT*). Jej zastosowanie pozwala na kontrolowaną ekspozycję na bodźce lub sytuacje wywołujące lęk, zapewnia też większą elastyczność oraz możliwość dostosowania wirtualnego środowiska przez terapeutę, eliminując ograniczenia związane z aranżowaniem ekspozycji w rzeczywistości. Dodatkowo, VR-CBT sprzyja większemu zaangażowaniu pacjenta, jednocześnie minimalizując poczucie onieśmienia. Znajduje ona zastosowanie w leczeniu fobii specyficznych, zaburzenia lęku uogólnionego, lęku społecznego, zaburzenia panicznego i agorafobii oraz zespołu stresu pourazowego. Obecne ograniczenia w stosowaniu tej metody to przede wszystkim wysokie koszty i dostępność urządzeń oraz oprogramowania umożliwiających symulację wirtualnej rzeczywistości (Álvarez-Pérez i in., 2021; Wu i in., 2021).

6.5 Depresja i lęk jako choroby towarzyszące.

Zaburzenia lękowe często występują razem z zaburzeniami depresyjnymi. Na podstawie badań populacyjnych wykazano, że wśród osób ze zdiagnozowanym dużym zaburzeniem depresyjnym aż 51% cierpi na zaburzenia lękowe. W grupie pacjentów cierpiących na oba zaburzenia, stwierdza się zwiększone upośledzenie w funkcjonowaniu, zwiększone ryzyko popełnienia samobójstwa oraz zmniejszenie objawów lękowych poprzez stosowanie farmakoterapii i terapii ukierunkowanej na leczenie depresji. Zauważa się również większe ryzyko przerwania leczenia (T. Kaiser i in., 2021).

Amerykańscy psychologowie L.A. Clark oraz D. Watson zaprezentowali w 1991 r. *trójskładnikowy model lęku i depresji (The Tripartite Model of Anxiety and Depression)* składający się z trzech kluczowych elementów:

1. Negatywny afekt (*Negative Affect*) jako wspólna cecha zarówno lęku i depresji obejmuje uczucia niepokoju, smutku, gniewu, poczucia winy oraz strachu.



2. Pozytywny afekt (*Positive Affect*) jest cechą charakterystyczną dla depresji obejmującą radość, entuzjazm i energię, rzadko odczuwaną przez osoby z zaburzeniami depresyjnymi.
3. Fizjologiczna nadpobudliwość (*Physiological Hyperarousal*) obejmująca objawy somatyczne, takie jak napięcie mięśni, zawroty głowy oraz duszności. Początkowo traktowano ją jako charakterystyczną cechę lęku, jednak obecnie uznaje się, że może występować zarówno w lęku jak i w depresji.

Zaprezentowany model wspiera wymiarowe podejście, traktując objawy lęku i depresji jako spektrum, a nie jako odrębne zaburzenia. Poprzez wyodrębnienie wspólnych i specyficznych cech może pomóc w lepszym dopasowaniu terapii (Zeng i in., 2012).

Wśród biologicznych wspólnych przyczyn zaburzeń zarówno dla depresji jak i lęku należy wymienić dysfunkcję neurotransmiterów. Zaburzenia syntezy, uwalniania, transportu i wychwytu zwrotnego serotoniny (5-HT) przyczyniają się do powstawania depresji i lęku. Postsynaptyczny receptor 5-HT_{1A} znajdujący się w korze przedczołowej, hipokampie i ciele migdałowatym odpowiada za regulację nastroju i lęku. U chorych na depresję stwierdzono zwiększoną aktywność autoreceptorów 5-HT_{1A} co prowadzi do zmniejszenia uwalniania serotoniny i osłabienia jej działania. Znajdujący się w korze mózgu i ciele migdałowatym receptor 5-HT_{2A} jest związany z objawami depresji, lęku, a także zaburzeniami snu. Aktywacja receptorów 5-HT_{2C} w ciele migdałowatym może wywołać niepokój i lęk, natomiast znajdujące się w przewodzie pokarmowym i rdzeniu przedłużonym 5-HT₃ powoduje nudności i niepokój. Obecny w hipokampie receptor 5-HT₄ wpływa na pamięć i neuroplastyczność, zaś receptory 5-HT₆ i 5-HT₇ regulują funkcje poznawcze i nastrój. Dysfunkcja układu noradrenaliny (NE) wiąże się z objawami depresji takimi jak anhedonia, zmniejszona motywacja i zmęczenie a zbyt wysoki poziom NE prowadzi do nadmiernego pobudzenia, paniki oraz lęku. U pacjentów cierpiących na depresję zauważono również obniżony poziom wpływającej na motywację, koncentrację i zdolność do odczuwania przyjemności dopaminy. Zmniejszona aktywność dopaminergiczna może prowadzić do nadreaktywności ciała migdałowatego, co zwiększa poziom strachu i niepokoju (Y. Liu i in., 2018a). Powiązanie na gruncie biologicznym występuje również w osi HPA, której nadmierna aktywacja prowadzi do powstania lęku, a następnie do pojawienia się objawów depresyjnych (Jaeschke i in., 2010; Y. Liu i in., 2018b).

Wśród czynników ryzyka do ujawnienia zaburzenia wymienia się stres odpowiadający za aktywację osi HPA, który jeśli jest powtarzający się u osób podatnych to może doprowadzić do zaburzeń poprzez osłabienie neuroplastyczności, zanik neuronów w hipokampie



odpowiedzialnym za pamięć i regulację emocji, obniżenie poziomu serotoniny i dopaminy a także zwiększoną aktywność ciała migdałowatego, powodującego nadmierne odczuwanie stresu i lęku. Przewlekły stres aktywuje również układ odpornościowy, prowadząc do wytworzenia stanu zapalnego. U osób z depresją i lękiem obserwuje się podwyższony poziom markerów zapalnych, takich jak białko C-reaktywne, interleukina-6 oraz czynnik martwicy nowotworów alfa (Fabrazzo i in., 2021; Y. Liu i in., 2018b).

Amerykański psychiatra A. Beck, odróżniając zniekształcenia poznawcze zaproponował *hipotezę specyficzności treści (Beck's content-specificity hypothesis)* wyjaśniającą różnicę w myśleniu osób z lękiem i depresją. Osoby z zaburzeniem lękowym charakteryzują się nadmiernym skupieniem na temacie zagrożenia, przerysowują zarówno fizyczne i psychologiczne zagrożenie oraz jego konsekwencje. Natomiast u pacjentów z depresją występuje nadmierne skupienie na temacie samoobniżania wartości, co prowadzi do negatywnych przekonań o sobie, świecie i przyszłości. Te przekonania i schematy są reprezentowane w pamięci długotrwałej jako schematy poznawcze. Zniekształcenia poznawcze można podzielić na trzy główne rodzaje:

1. Zniekształcenia uwagowe (*attentional bias*) – osoby z zaburzeniami lękowymi wykazują tendencję do koncentrowania uwagi na bodźcach związanych z zagrożeniem, podczas gdy osoby z depresją ignorują pozytywne aspekty otoczenia, skupiając się wyłącznie na negatywnych treściach.
2. Zniekształcenia pamięciowe (*memory bias*) – u osób lękowych objawia się to lepszym zapamiętywaniem wydarzeń związanych z zagrożeniem, zaś osoby z depresją raczej utrwalają negatywne doświadczenia i mają trudność w przywoływaniu pozytywnych wspomnień.
3. Zniekształcenia interpretacyjne (*interpretive bias*) – osoby cierpiące na lęk mają skłonność do postrzegania neutralnych sytuacji jako potencjalnie niebezpiecznych, natomiast osoby z depresją interpretują przeszłe wydarzenia w sposób pesymistyczny i negatywny (Eysenck i Fajkowska, 2018).

Nieco inne podejście w badaniu współwystępowania zaburzeń lękowych i depresyjnych prezentują badania oparte na *teorii sieciowej (network theory)* zaburzeń przedstawione jako alternatywa dla szukania wspólnej przyczyny. Zamiast wyjaśniania współwystępowania objawów to teoria ta zakłada, że współzależności konstytuują współwystępowanie zaburzeń, a zbadanie ich może pomóc w planowaniu procesu leczenia. Beard i współpracownicy (2016) badając zależności oraz centralność objawów lęku i depresji wykazali zależność, że objawy były silniej powiązane wewnątrz danego zaburzenia niż pomiędzy nimi. Wśród centralnych objawów wymienia się smutny nastrój i anhedonię dla



depresji, natomiast dla lęku nadmierne zamartwianie się. Wśród objawów pomostowych wyszczególniony został niepokój ruchowy w lęku oraz objawy psychomotoryczne w depresji. Są one ze sobą silnie połączone, co może sugerować pomost pomiędzy zaburzeniami. Osoby doświadczające zaburzeń lękowych mogą doświadczać wyczerpania i spowolnienia, czego konsekwencją może być rozwój depresji, natomiast osoby z depresją mogą odczuwać epizody pobudzenia psychoruchowego przypominających niepokój lękowy. Do objawów pomostowych należy również poczucie winy wynikające z nadmiernego zamartwiania się w zaburzeniach lękowych oraz ruminacji w depresji. Badanie wykazało, że poczucie winy i zamartwianie się są ze sobą powiązane, zatem mogą się wzajemnie napędzać. Osoby z depresją mogą zacząć obsesyjnie rozmyślać o swoich błędach co będzie przypominać objawy lękowe, natomiast osoby z zaburzeniami lękowymi zaczną odczuwać poczucie winy z powodu zamartwiania się, co z kolei będzie wskazywać na objawy depresyjne. Kolejnymi objawami pomostowymi są smutny nastrój dla depresji oraz nerwowość w zaburzeniach lękowych. Osoby cierpiące na przewlekły niepokój mogą doświadczać przygnębienia i wyczerpania ciągłym napięciem, natomiast u osób z zaburzeniami depresyjnymi może występować drażliwość i niepokój charakterystyczne dla lęku. Przeprowadzone badanie wykazuje, że lęk często prowadzi do depresji przez wyczerpanie, a depresja zaś wywołuje czasem lęk przez negatywne myśli i poczucie winy. Jednym z wniosków badaczy jest skupienie się w pierwszej kolejności na objawach pomostowych w terapii, w celu skuteczniejszego leczenia obu zaburzeń jednocześnie (Beard i in., 2016; Kaiser i in., 2021).



Rozdział 7. Metodologia badań własnych

7.1 Przedmiot i cel badań

Przedmiotem badań w niniejszej pracy jest zjawisko związane z poziomem lęku, nasileniem objawów depresyjnych i występowaniem kompleksowego zespołu stresu pourazowego wśród dorosłych osób, pochodzących z rodzin dysfunkcyjnych w Polsce i Perú.

Celem badań jest analiza zależności między poziomem lęku, nasileniem objawów depresyjnych a występowaniem CPTSD wśród dorosłych osób pochodzących z rodzin dysfunkcyjnych w Polsce i Perú. Badania mają na celu porównanie tych zmiennych w kontekście kulturowych i społecznych różnic między Polską a Perú, z uwzględnieniem zależności takich czynników jak: wiek, płeć, wykształcenie, stan cywilny, miejsce zamieszkania oraz korzystanie z pomocy psychologicznej. Celem jest także określenie, jak te zmienne wpływają na występowanie i nasilenie objawów lęku, depresji i CPTSD w obu krajach.

7.2 Problem i hipotezy badawcze

Badania skupiają się na zidentyfikowaniu kluczowych czynników powiązanych z rozwojem CPTSD, nasileniem objawów depresyjnych oraz poziomem lęku (jako stan i cecha). Głównym zagadnieniem jest ustalenie, w jaki sposób dorastanie w rodzinach dysfunkcyjnych jest powiązane ze zdrowiem psychicznym dorosłych Polaków i Peruwiańczyków.

Główne pytania badawcze w niniejszej pracy brzmią:

1. Czy istnieje zależność pomiędzy poziomem lęku i nasileniem objawów depresyjnych a występowaniem CPTSD wśród dorosłych osób pochodzących z rodzin dysfunkcyjnych w Polsce i Perú?
2. Czy występują różnice w poziomie lęku, nasileniu objawów depresyjnych oraz częstości występowania CPTSD między osobami dorosłymi pochodzącymi z rodzin dysfunkcyjnych w Polsce a Perú?

Na podstawie sformułowanych pytań, przyjęto hipotezę ogólną:

H0. Istnieje zależność pomiędzy poziomem lęku jako stan i cecha, nasileniem objawów depresyjnych i występowaniem CPTSD wśród osób dorosłych, pochodzących z rodzin dysfunkcyjnych w Polsce i Perú.

Hipotezy szczegółowe zaś zakładają, że:

H1. Osoby, u których występuje CPTSD charakteryzują się wyższym poziomem lęku jako stan, wyższym poziomem lęku jako cecha, większym nasileniem objawów depresyjnych w porównaniu do osób bez CPTSD.

H2. Osoby dorosłe pochodzące z rodzin dysfunkcyjnych w Polsce, w porównaniu do takich osób z Perú, charakteryzują się:

- wyższym poziomem lęku jako stan,
- niższym poziomem lęku jako cecha,
- większym nasileniem objawów depresyjnych.

H3. Dorośli pochodzący z rodzin dysfunkcyjnych w Polsce z wyższym wykształceniem, w porównaniu do dorosłych z rodzin dysfunkcyjnych w Perú z wyższym wykształceniem, charakteryzują się:

- wyższym poziomem lęku jako stan,
- większym nasileniem objawów depresyjnych,
- częstszym występowaniem objawów CPTSD.

H4. Kobiety pochodzące z rodzin dysfunkcyjnych w Polsce, w porównaniu do kobiet z rodzin dysfunkcyjnych w Perú, charakteryzują się:

- wyższym poziomem lęku jako stan,
- wyższym poziomem lęku jako cecha,
- większym nasileniem objawów depresyjnych,
- częstszym występowaniem objawów CPTSD.

H5. Mężczyźni pochodzący z rodzin dysfunkcyjnych w Polsce, w porównaniu do mężczyzn z rodzin dysfunkcyjnych w Perú, charakteryzują się:

- wyższym poziomem lęku jako stan,
- wyższym poziomem lęku jako cecha,
- większym nasileniem objawów depresyjnych,
- częstszym występowaniem objawów CPTSD.

H6. Kobiety, u których zdiagnozowano CPTSD, pochodzące z rodzin dysfunkcyjnych w obu krajach, w porównaniu do mężczyzn, charakteryzują się:

- wyższym poziomem lęku jako stan
- wyższym poziomem lęku jako cecha
- większym nasileniem objawów depresyjnych

H7. Dorośli w Polsce zamieszkujący miasta powyżej 100 tys. mieszkańców, w porównaniu do mieszkańców miast powyżej 100 tys. w Perù, charakteryzują się:

- wyższym poziomem lęku jako stan,
- wyższym poziomem lęku jako cecha,
- większym nasileniem objawów depresyjnych,
- częstszym występowaniem objawów CPTSD.

H8. Dorośli w Polsce i Perù zamieszkujący miasta powyżej 100 tys. mieszkańców, w porównaniu do mieszkańców poniżej tej liczby, charakteryzują się:

- niższym poziomem lęku jako stan,
- niższym poziomem lęku jako cecha,
- minimalnym nasileniem objawów depresyjnych,
- rzadszym/niewystępowaniem CPTSD.

H9. Osoby dorosłe będące w związku nieformalnym lub małżeńskim w Polsce i w Perù, w porównaniu do osób samotnych, charakteryzują się:

- niższym poziomem lęku jako stan,
- słabszym natężeniem objawów depresyjnych,
- rzadszym/niewystępowaniem CPTSD.

H10. Osoby dorosłe będące w związku nieformalnym lub małżeńskim w Polsce, w porównaniu do osób w związkach małżeńskich w Perù charakteryzują się:

- wyższym poziomem lęku jako stan,
- większym natężeniem objawów depresyjnych,
- częstszym występowaniem CPTSD.

H11. Osoby dorosłe pochodzące z rodzin dysfunkcyjnych w Polsce i Perù, korzystające z profesjonalnej pomocy dotyczącej zdrowia psychicznego, w porównaniu do osób niekorzystających z takiej pomocy, charakteryzują się:

- niższym poziomem lęku jako stan,
- wyższym poziomem lęku jako cecha,
- mniejszym nasileniem objawów depresyjnych,
- częstszym występowaniem objawów CPTSD.

H12. Osoby dorosłe pochodzące z rodzin dysfunkcyjnych w Polsce niekorzystające z profesjonalnej pomocy dotyczącej zdrowia psychicznego, w porównaniu do osób niekorzystających z takiej pomocy w Perù, charakteryzują się:

- wyższym poziomem lęku jako stan,
- wyższym poziomem lęku jako cecha,



- większym nasileniem objawów depresyjnych,
- częstszym występowaniem CPTSD.

H13. U osób niekorzystających z profesjonalnej pomocy, poziom lęku i depresji jest wyższy od osób, które z pomocy skorzystały, przy czym różnica ta jest większa wśród Peruwiańczyków niż wśród Polaków.

7.3 Zmienne i wskaźniki

W badaniu uwzględniono następujące zmienne niezależne: wiek, płeć, miejsce zamieszkania, stan cywilny, wykształcenie oraz korzystanie z profesjonalnej pomocy w związku ze zdrowiem psychicznym.

Wiek to zmienna ilościowa mierzona w latach. Płeć, miejsce zamieszkania, stan cywilny, wykształcenie i korzystanie z pomocy psychologicznej to zmienne nominalne lub porządkowe, oceniane na podstawie pytań zamkniętych w kwestionariuszu.

W badaniu analizowano cztery zmienne zależne:

1. Lęk jako stan oraz
2. Lęk jako cecha – mierzone przez sumę odpowiedzi w skalach L-stan i L-cecha, określające poziom lęku.
3. Poziom depresji – wskaźnikiem jest suma odpowiedzi na 21 pozycji, pozwalająca określić nasilenie objawów depresyjnych.
4. Występowanie CPTSD – diagnozowane na podstawie oznaczenia występujących objawów dla skal PTSD (podskale: Re, Av, Th), CPTSD (podskale: AD, NSC, DR) oraz DSO.

7.4 Charakterystyka narzędzi badawczych

W niniejszej pracy zastosowano trzy standaryzowane narzędzia psychometryczne do pomiaru zmiennych zależnych: *Inwentarz stanu i cechy lęku* (STAI), *Inwentarz depresji Becka – wersja II* (BDI-II) oraz *Międzynarodowy kwestionariusz traumy* (ITQ). Narzędzia te wykorzystano w dwóch wersjach językowych: polskiej (dla respondentów z Polski) i hiszpańskiej (dla respondentów z Peru), które są oficjalnie przetłumaczone, zwalidowane i dostosowane do wskazanej populacji. Wszystkie zastosowane narzędzia charakteryzują się wysoką trafnością i rzetelnością, a ich wykorzystanie w dwóch wersjach językowych pozwoliło na przeprowadzenie porównań międzykulturowych, z uwzględnieniem specyfiki językowej i kulturowej dla badanych grup.

7.4.1 Inwentarz stanu i cechy lęku STAI (*State-Trait Anxiety Inventory*, STAI)

Polska wersja Inwentarza stanu i cechy lęku (STAI) została opracowana, jako adaptacja amerykańskiego kwestionariusza *State-Trait Anxiety Inventory* (Spielberger, Gorsuch, Lushene, 1970). Proces adaptacji przeprowadzili C.D. Spielberg, J. Strelau, M. Tysarczyk i K. Wrześniewski (1987), uwzględniając specyfikę językową i kulturową polskiej populacji. Wersja hiszpańska została adaptowana przez Gualberto Buena-Casal, Alejandro Guillén-Riquelme i Nicolás Seisdedos Cubero (1982, 2011) i jest podstawową wersją wykorzystywaną w badaniach, w krajach hiszpańskojęzycznych, w tym Ameryce Łacińskiej (Buena-Casal i in., 2023; Sosnowski i in., 2011).

Narzędzie składa się z dwóch skal: X-1, czyli lęk jako stan (w wersji hiszpańskiej *Ansiedad Estado* [A/E]) oraz X-2 - lęk jako cecha (hiszp. *Ansiedad Rasgo* [A/R]). Pierwsza z nich mierzy lęk, jako subiektywne odczuwanie przejściowego napięcia emocjonalnego „w tej chwili”, drugi natomiast odzwierciedla tendencję do stanu lękowego w różnych sytuacjach życiowych i skłonności do postrzegania sytuacji jako zagrażających, rozumiane jako cecha osobowości. Każda z nich zawiera po 20 pytań, a badani odpowiadają na pytania kwestionariuszowe w dwóch etapach. W pierwszym dotyczącym odczuć lęku „w tym momencie” (X-1, A/E), w kolejnym wskazując odczucia „na ogół” (X-2, A/R). Badany ma za zadanie zaznaczyć odpowiednią cyfrę na skali. W polskiej wersji STAI od 1 do 4, gdzie cyfry oznaczają:

Dla **X-1**:

- 1 - Zdecydowanie nie.
- 2 - Raczej nie.
- 3 - Raczej tak.
- 4 - Zdecydowanie tak.

Dla **X-2**:

- 1 - Prawie nigdy.
- 2 – Czasem.
- 3 – Często.
- 4 - Prawie zawsze (Sosnowski i in., 2011).

W hiszpańskiej wersji STAI tę skalę zmieniono na przedział od 0 do 3:

A/E:

- 0 - Nada (Wcale).
- 1 - Algo (Trochę).
- 2 - Bastante (Znacznie).



3 - Mucho (Bardzo).

A/R:

0 - Casi nunca (Prawie nigdy).

1 - A veces (Czasami).

2 - A menudo (Często).

3 - Casi siempre (Prawie zawsze; Buela-Casal i in., 2023).

W Polskiej wersji można uzyskać od 20 do 80 punktów, natomiast w hiszpańskiej przedział punktowy to 0-60. Uzyskane wyniki przelicza się na centyle oraz steny – im są wyższe, tym większy jest poziom lęku jako stanu lub/i jako cechy.

W polskiej adaptacji Inwentarz można zastosować u młodzieży od 15 do 18 roku życia, dorosłych do 79 lat oraz żołnierzy młodszych i starszych służbą. Normy zostały także adaptowane ze względu na płeć (Sosnowski i in., 2011).

W wersji hiszpańskiej normalizacja została opracowana z podziałem na płeć dla młodzieży w wieku 11-19 lat, studentów uniwersytetów oraz dorosłych powyżej 19 roku życia (Buela-Casal i in., 2023).

7.4.2 Inwentarz depresji Becka. Wydanie drugie (Beck Depression Inventory, BDI-II)

Inwentarz BDI-II, autorstwa Aarona T. Becka, Robert A. Steera i Gregory K. Browna, jest zrewidowaną wersją *Inwentarza depresji Becka* BDI-1 z 1961 roku oraz wersji BDI-IA z 1979 roku. W nowej wersji uwzględniono zmienione kryteria diagnostyczne z DSM-IV w zakresie objawów, poprawiono przedziały punktowe, zmieniono niektóre pytania, aby były bardziej zrozumiałe i dostosowane dla badanych w różnym wieku i z różnych kultur. Uwzględniono także dodatkowe objawy somatyczne (Aaron i in., 2019).

Wersja polska została znormalizowana przez Emilię Łojek oraz Joannę Stańczak, wersję hiszpańską opracowali Jesús Sanz i Carmelo Vázquez we współpracy z Działem Badań i Rozwoju *Pearson Clinical and Talent Assessment España* (Aaron i in., 2011, 2019).

Narzędzie to służy do pomiaru poziomu nasilenia objawów depresyjnych u osób dorosłych i młodzieży powyżej 13. roku życia. Pozwala on na przesiewową ocenę stanu pacjenta w zakresie różnych objawów depresji. Test zawiera 21 pytań, w których badany określa jedno, najbardziej trafne stwierdzenie dotyczące jego stanu i samopoczucia w ciągu ostatnich 14 dni, z dniem dzisiejszym włącznie. Pytania dotyczą m.in. obniżonego nastroju, niskiej samooceny, zaburzeń snu, zmian w apetycie, myśli samobójczych, problemów z koncentracją itp. Każde z nich zawiera 4 możliwe odpowiedzi punktowane w skali 0-3, gdzie:



- 0 - brak objawu,
- 1 - łagodny objaw,
- 2 - umiarkowany objaw,
- 3 - ciężki objaw.

Maksymalna ilość do uzyskania to 63 punkty, a wyniki interpretuje się według przedziałów: 0-13 – brak lub minimalne nasilenie depresji (wynik nieistotny klinicznie); 14-19 łagodne objawy depresyjne; 20-28 – objawy umiarkowane; 29-63 – objawy ciężkie (Aaron i in., 2019)

7.4.3 *Międzynarodowy kwestionariusz traumy (The International Trauma Questionnaire, ITQ)*

Międzynarodowy kwestionariusz traumy (ITQ) jest narzędziem, służącym ocenie objawów, związanych z zespołem stresu pourazowego (PTSD) oraz złożonym zespołem stresu pourazowego (CPTSD). Jego konstrukcja i psychometryczne właściwości zostały szeroko zbadane przez M. Cloitre i współpracowników w 2018 roku. Badania nad narzędziem wykazały, że obie podskale ITQ – dla objawów PTSD i DSO (zaburzenia organizacji *self*) – charakteryzują się wysoką wewnętrzną spójnością, potwierdzoną współczynnikiem α Cronbacha w różnych próbach badawczych, w tym epidemiologicznych, klinicznych, społecznych, a także w grupach szczególnych, takich jak uchodźcy oraz żołnierze. Jest on zgodny z kryteriami klinicznymi ICD-11, określonymi przez Światową Organizację Zdrowia (Cloitre i in., 2018).

Kwestionariusz składa się 12 pytań podzielonych na dwie, główne sekcje. Pierwsza dotyczy objawów PTSD i obejmuje trzy grupy: (a) powtórne przeżywanie traumy, (b) unikanie oraz (c) poczucie ciągłego zagrożenia. Każda grupa jest mierzona za pomocą dwóch pytań, co daje łącznie sześć pozycji diagnostycznych. Druga sekcja odnosi się do objawów DSO (zaburzenia organizacji „ja”) typowych dla CPTSD, które również podzielono na trzy grupy: (a) dysregulację afektywną, (b) negatywny obraz siebie oraz (c) problemy w relacjach. Każda z tych grup także zawiera po dwa pytania, dając w sumie sześć pozycji. Dodatkowo, ITQ ocenia korelację objawów PTSD i DSO na funkcjonowanie w kluczowych obszarach życia, takich jak relacje społeczne, aktywność zawodowa lub codzienna oraz inne ważne aspekty, np. edukacja czy rodzicielstwo. W tym celu stosowane są trzy dodatkowe pytania, jedno dla każdego obszaru. Wszystkie pytania w ITQ są oceniane na pięciopunktowej skali, w której 0 oznacza „zdecydowanie nie”, a 4 – „zdecydowanie tak”. Wyniki są interpretowane zgodnie z zasadą, że objaw uznaje się za obecny, jeśli uzyskał ocenę co najmniej 2 („umiarkowanie”). Wyniki



dla PTSD i DSO są sumowane oddzielnie, a ich zakres wynosi od 0 do 24 punktów dla każdej sekcji. Całkowity wynik CPTSD, będący sumą wyników PTSD i DSO, mieści się w zakresie od 0 do 48 punktów. Diagnoza PTSD wymaga obecności co najmniej jednego objawu z każdej z trzech grup objawów PTSD oraz przynajmniej jednego wskaźnika upośledzenia funkcjonowania. Diagnoza CPTSD wymaga dodatkowo obecności co najmniej jednego objawu z każdej, z trzech grup objawów DSO oraz przynajmniej jednego wskaźnika upośledzenia funkcjonowania w obu sekcjach (PTSD i DSO). Zgodnie z zasadami ICD-11 osoba spełniająca kryteria CPTSD nie może jednocześnie otrzymać diagnozy PTSD (Cloitre i in., 2018).

ITQ to proste narzędzie, przetłumaczone na kilkadziesiąt języków i dostępne do użytku zarówno dla klinicystów, jak i badaczy naukowych. Polska wersja została przetłumaczona przez Wojciecha Cechowskiego, Krzysztofa Gąsiora, Jana Chodkiewicza oraz Joanny Miniszewskiej. Kwestionariusz hiszpański dla Ameryki Południowej przetłumaczyli Andrés Fresno, Nadia Ramos, Rosario Spencer, Carolina Salgado, Daniel Núñez, Clara López, Neil Roberts i Jonathan Bisson (Cloitre i in., 2018).

7.4.4 Autorski kwestionariusz wywiadu

Do przeprowadzenia badań wykorzystano także autorski kwestionariusz w języku polskim oraz hiszpańskim. Składa się on z dziesięciu pytań. Pięć z nich miało charakter zamknięty a następne pięć otwarty (w tym dwa miały możliwość wielokrotnego wyboru lub dawały możliwość wpisania własnej propozycji). Pierwsza część koncentruje się na danych socjodemograficznych (wiek, płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie, stan cywilny). Kolejna część zawiera pytanie dotyczące występowania dysfunkcji w rodzinie pochodzenia badanego. Następne pytania w tej części, dotyczyły występowania u badanych traumy i posiadania ewentualnej diagnozy w tym kierunku oraz korzystania z pomocy specjalisty zdrowia psychicznego. Respondenci mogli także wskazać, z jakiego rodzaju specjalistycznej pomocy skorzystali, jeśli taka sytuacja miała miejsce. Dodatkowo, ankieta zawiera pytanie, które pozwala respondentom opisać wpływ otoczenia rodzinnego na ich zdrowie psychiczne. W kwestionariuszu zawarto także instrukcję do wypełnienia, zapewnienie o zachowaniu anonimowości badanych oraz cel przeprowadzenia badania.

7.5 Charakterystyka badanej grupy

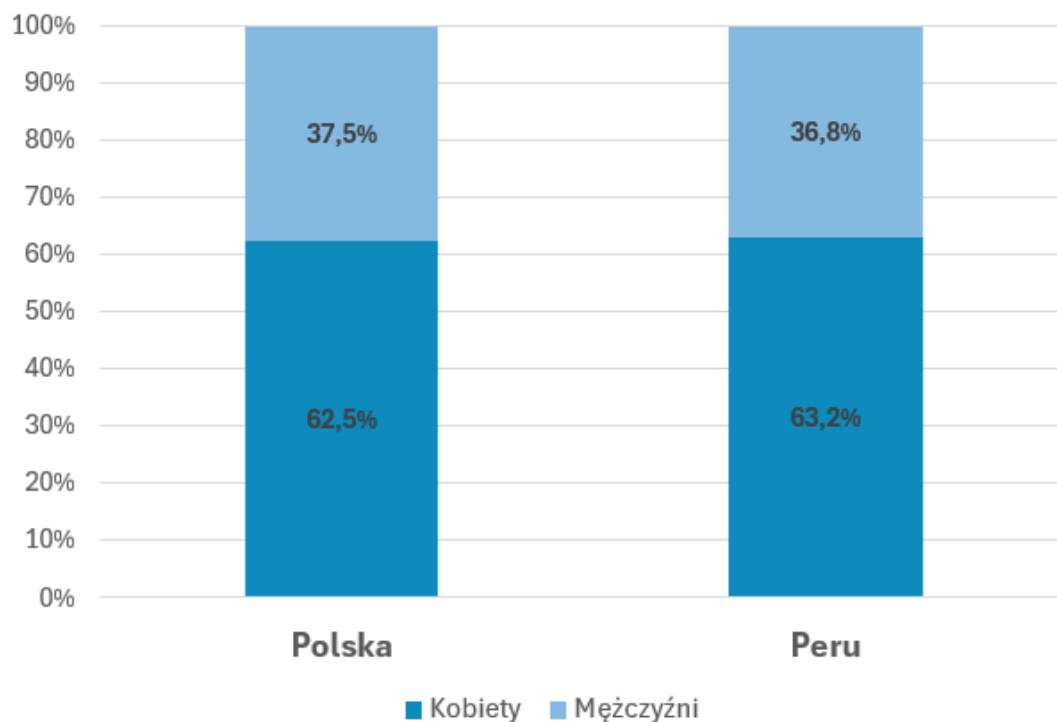
Badania przeprowadzono wśród osób z różnych środowisk w Polsce i Peru. Wśród nich znaleźli się: studenci Wyższej Szkoły Biznesu-National Louis University, pracownicy szkoły podstawowej na terenie województwa łódzkiego, członkowie grup przyparafialnych w Lime a także grup wsparcia, takich jak Anonimowi Alkoholicy, dla osób współzależnionych i Dorosłych Dzieci Alkoholików na terenie województwa łódzkiego.

W badaniu wzięło udział 230 osób, jednak na potrzeby analiz usunięto 4 osoby, które deklarowały brak problemów dysfunkcyjnych w rodzinie. Ostateczna liczebność wyniosła zatem 226 respondentów, z czego 112 to Polacy, a 114 to Peruwiańczycy.

Wiek ankietowanych Polaków to 21-73 lata, a Peruwiańczyków 19-56 lat. Polacy stanowią starszą grupę ($M = 41,8$ lat) od respondentów z Peru ($M = 31,5$ lat). Charakterystykę grupy w podziale na kraj przedstawiają poniższe wykresy.

Rysunek 14

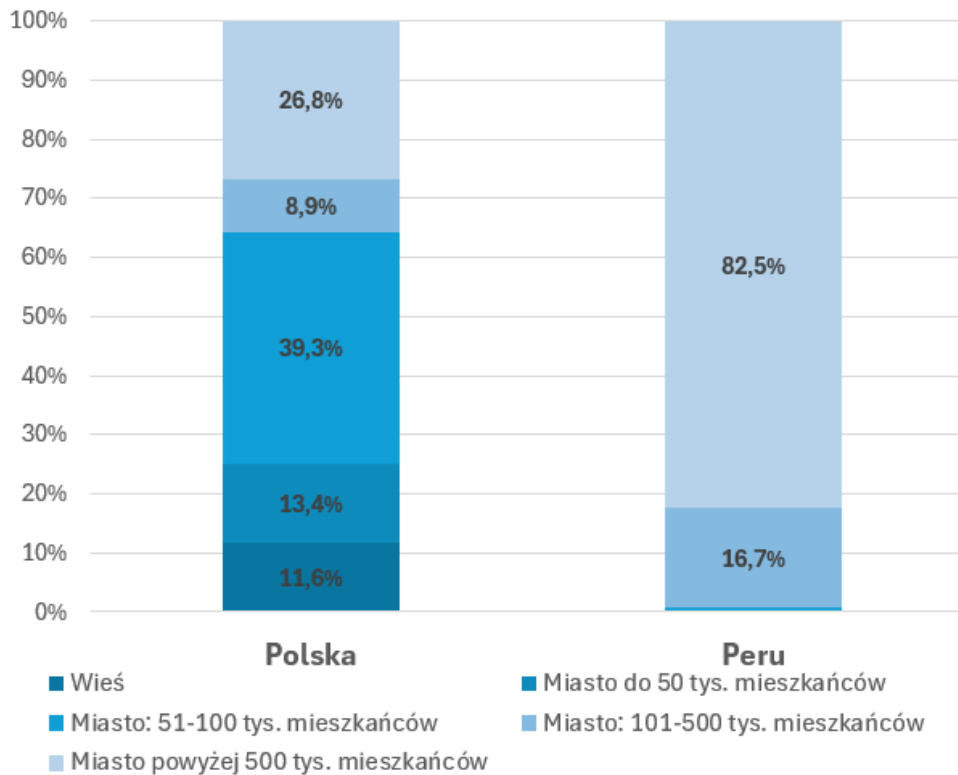
Odsetek płci w podziale na kraj pochodzenia



Źródło: Opracowanie własne

Rysunek 15

Miejsce zamieszkania w podziale na kraj pochodzenia

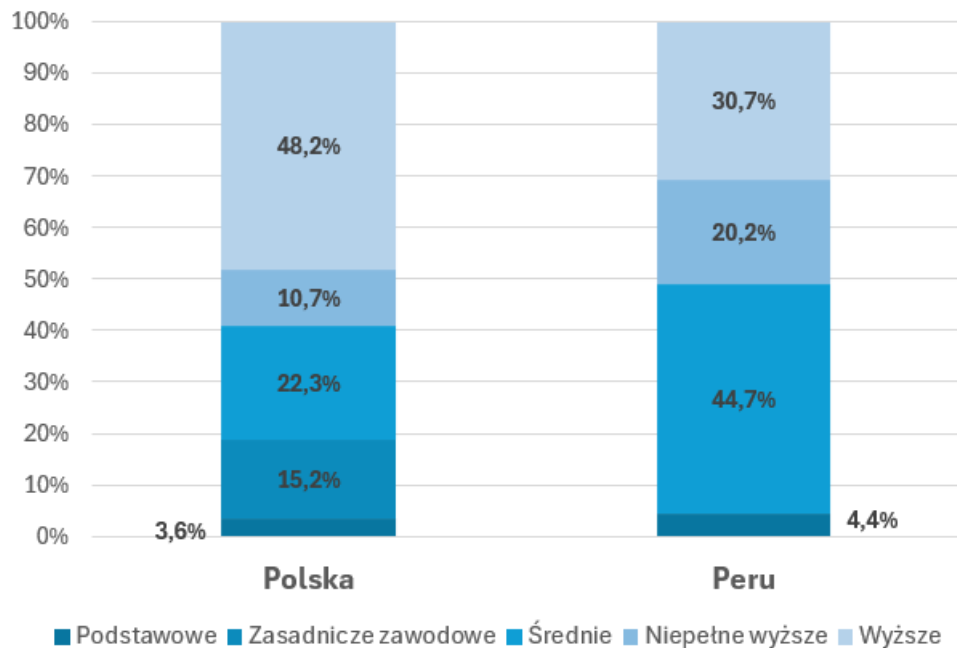


Źródło: Opracowanie własne

W obu krajach przeważały kobiety (ok. 2/3 grupy). Pod względem miejsca zamieszkania, Polacy są bardziej różnorodną grupą z przewagą mieszkańców miast w przedziale 51-100 tys. mieszkańców (ok. 40%). Zdecydowana większość Peruwianczyków (82%) to mieszkańcy miast powyżej 500 tys. mieszkańców. Nie ma wśród nich osób zamieszkałych na wsi i w miastach do 100 tys. mieszkańców.

Rysunek 16

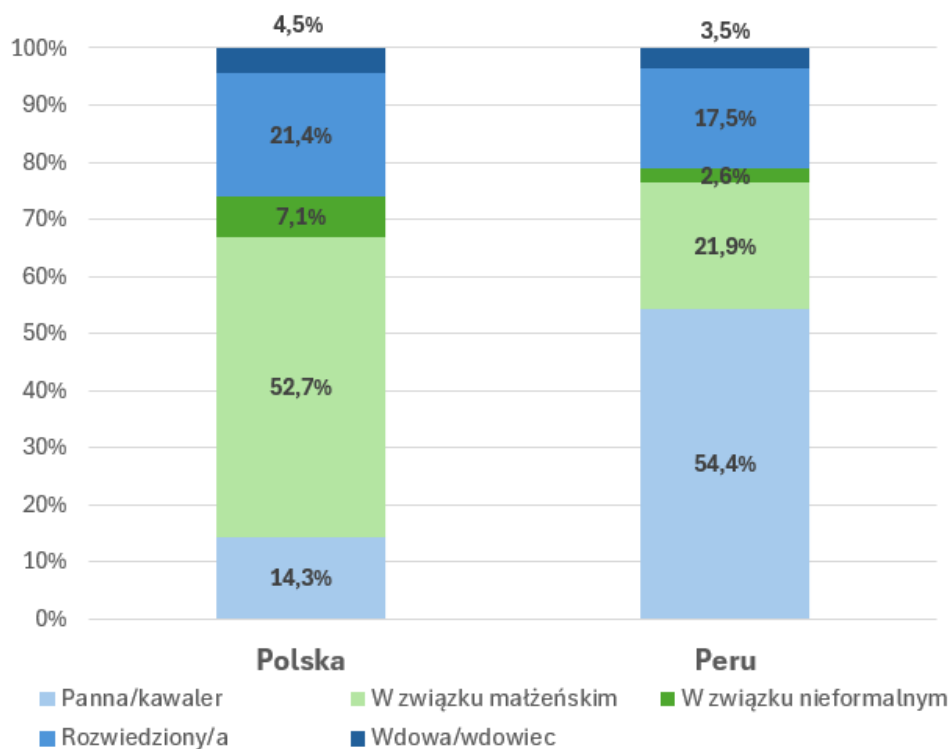
Poziom wykształcenia w podziale na kraj pochodzenia



Źródło: Opracowanie własne

Rysunek 17

Stan cywilny w podziale na kraj pochodzenia



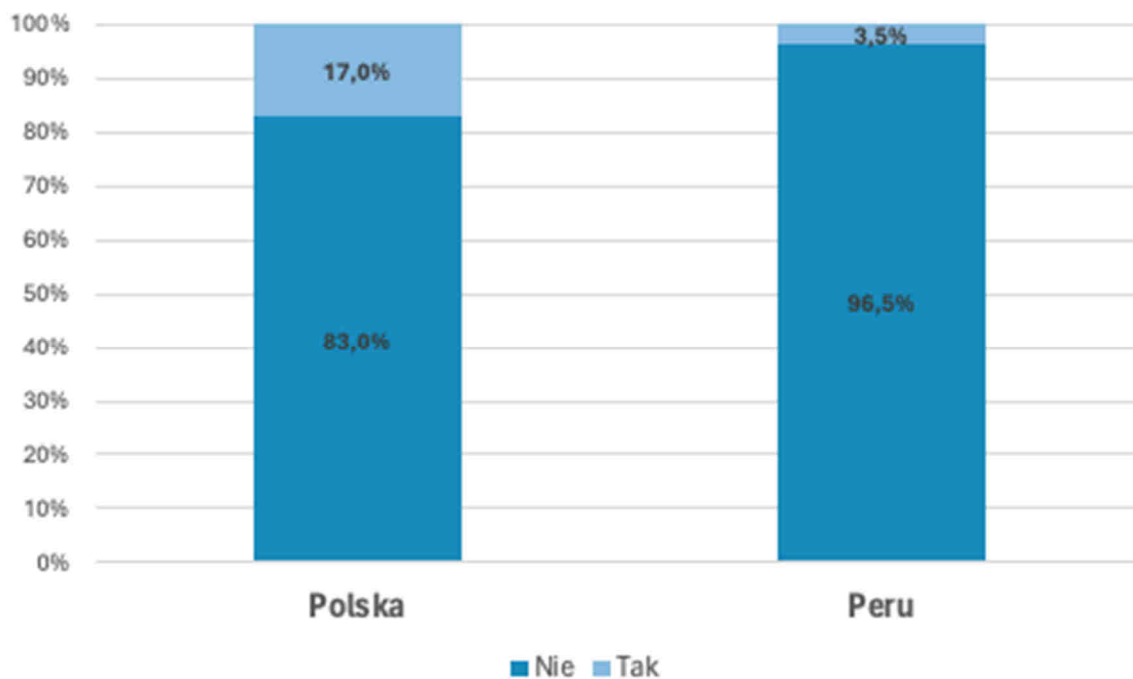
Źródło: Opracowanie własne



Prawie połowa Polaków ma wykształcenie wyższe, drugą liczebnie grupą są osoby z wykształceniem średnim. W przypadku Peruwianczyków, najliczniejszy odsetek stanowią osoby z wykształceniem średnim (45%), a prawie co trzecia osoba ma wykształcenie wyższe. Osoby będące w związkach stanowią 60% grupy Polaków, a w przypadku Peruwianczyków odsetek ten wyniósł 24%. Ponad połowa osób z Perú to panny lub kawalerowie.

Rysunek 18

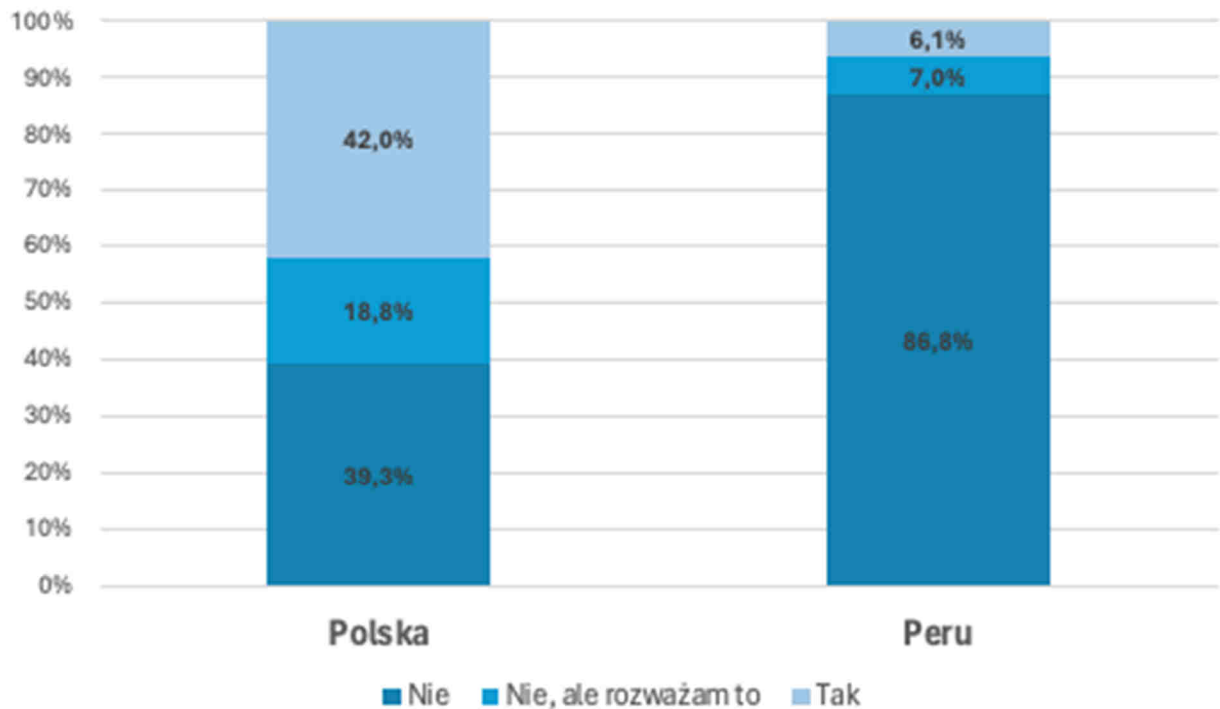
Odsetek osób ze zdiagnozowaną traumą w podziale na kraj pochodzenia



Źródło: Opracowanie własne

Rysunek 19

Odsetek osób, szukających profesjonalnej pomocy w podziale na kraj pochodzenia



Źródło: Opracowanie własne

Zdecydowanie przeważają osoby, które nie otrzymały diagnozy traumy, ale w przypadku Peruwianczyków to ponad 96% grupy. Nieco mniej niż połowa Polaków szukała profesjonalnej pomocy psychoterapeutycznej lub psychiatrycznej, podczas gdy w Peru było to zaledwie 6% badanej grupy. Prawie 90% badanych z Ameryki Południowej nie szukała pomocy i nie rozważa jej szukania.

Tabela 15

Rodzaje problemów dysfunkcyjnych u Polaków i Peruwianczyków w podziale na odsetki udzielonych odpowiedzi i odsetki liczebności grupy

	Polska (n=112)			Perú (n=114)		
	<i>n</i>	<i>%odpow.</i>	<i>%osób</i>	<i>n</i>	<i>%odpow.</i>	<i>%osób</i>
Uzależnienie	47	17%	42%	69	18%	61%
Przemoc fizyczna	46	16%	41%	81	21%	71%
Przemoc psychiczna	73	26%	65%	57	15%	50%
Przemoc ekonomiczna	19	7%	17%	20	5%	18%
Zaniedbanie emocjonalne	60	21%	54%	57	15%	50%
Przemoc seksualna	7	2%	6%	27	7%	24%
Niepełna rodzina	32	11%	29%	70	18%	61%
	284			381		

Źródło: Opracowanie własne

Polscy ankietowani najczęściej wskazywali przemoc psychiczną (26% wskazań) i zaniedbanie emocjonalne (21%). U Peruwianczyków dominowała przemoc fizyczna (21% odpowiedzi), a dalej uzależnienie i niepełność rodziny (po 18%). Przemocy psychicznej doświadczyło 65% Polaków, zaś ponad połowa także zaniedbania emocjonalnego. Siedmiu na dziesięciu Peruwianczyków doświadczyło przemocy psychicznej, a 60% miało uzależnionego rodzica lub rodziców i wychowywało się w niepełnej rodzinie. W przypadku przemocy seksualnej, czterokrotnie więcej Peruwianczyków niż Polaków było jej uczestnikami. Duże różnice na „korzyść” Peruwianczyków dotyczą wychowywania w niepełnej rodzinie i doświadczania przemocy fizycznej. Bardzo małe różnice w odsetkach dotyczą z kolei przemocy ekonomicznej i zaniedbania emocjonalnego.

Rozdział 8. Poziom lęku i nasilenie objawów depresyjnych a występowanie CPTSD wśród osób dorosłych pochodzących z rodzin dysfunkcyjnych w Polsce i Perú.

8.1 Poziom lęku i nasilenie objawów depresyjnych oraz występowanie CPTSD w badanych grupach

W tym podrozdziale przedstawiono wyniki analizy dotyczącej poziomu lęku, nasilenia objawów depresyjnych oraz częstości występowania CPTSD w badanych grupach respondentów. Zestawienia obejmują wyniki opisowe oraz statystyczne, pozwalające na porównanie wartości między uczestnikami z Polski i Perú. Zaprezentowane dane ukazują podobieństwa oraz różnice między badanymi populacjami w kontekście analizowanych zmiennych.

Tabela 16

Poziom lęku i objawów depresji w grupie Polaków i Peruwiańczyków.

	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Sk</i>	<i>K</i>	<i>SW</i>	<i>p</i>
POLSKA									
Lęk jako stan	6,86	7,00	2,07	1	10	-0,33	-0,53	0,95	<0,001
Lęk jako cecha	6,34	6,00	2,16	1	10	0,08	-0,73	0,95	0,001
Objawy depresji	13,20	12,00	9,34	0	37	0,61	-0,28	0,95	<0,001
PERU									
Lęk jako stan	8,00	8,00	1,89	2	10	-1,01	0,98	0,88	<0,001
Lęk jako cecha	7,76	8,00	1,79	2	10	-0,81	0,19	0,91	<0,001
Objawy depresji	26,31	23,50	17,94	0	58	0,29	-1,33	0,91	<0,001

SW – test normalności Shapiro-Wilka

Źródło: Opracowanie własne

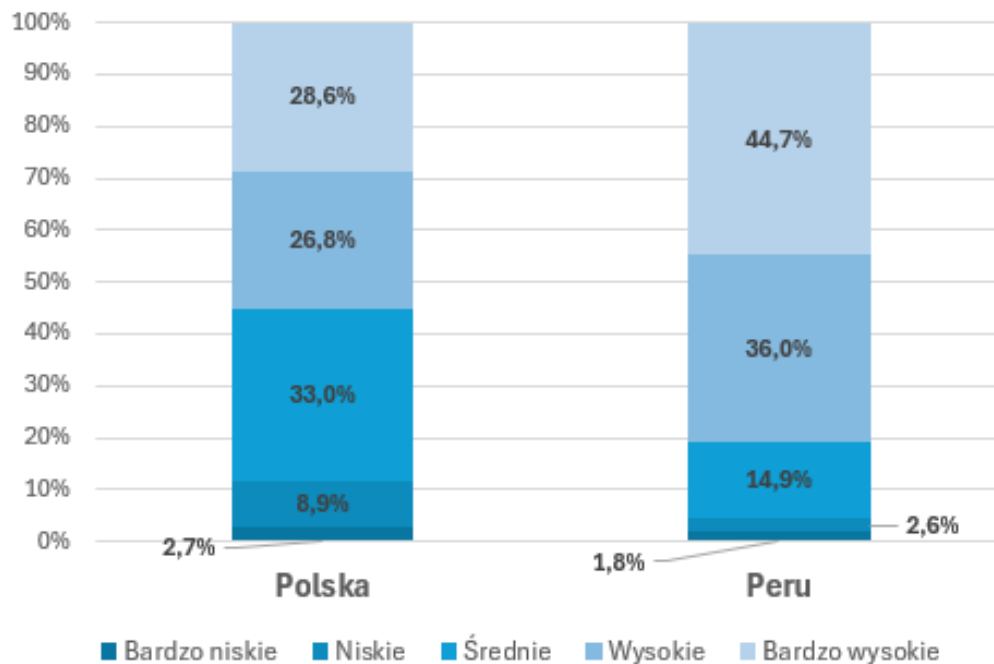
Zmienna dotycząca objawów depresji wykazuje większe zróżnicowanie wyników w porównaniu do zmiennych opisujących poziom lęku, co potwierdza wyższy stosunek odchylenia standardowego do średniej wartości. W przypadku objawów depresji, w grupie Polaków przeważają wyniki niższe od średniej, o czym świadczy dodatnia wartość skośności. W przypadku lęku u badanych z Perú, gdzie współczynniki są ujemne, przeważają wyniki wyższe w stosunku do przeciętnych. Żadna ze zmiennych nie ma rozkładu normalnego – istotne testy Shapiro-Wilka. Ponieważ badane grupy składają się z ponad 110 osób, a więc



znacznie przekraczają 30 osób, do weryfikacji hipotez obliczono parametryczne testy *t* Studenta.

Rysunek 20

Wyniki poziomu lęku (grupy diagnostyczne) jako stan w podziale na kraj pochodzenia

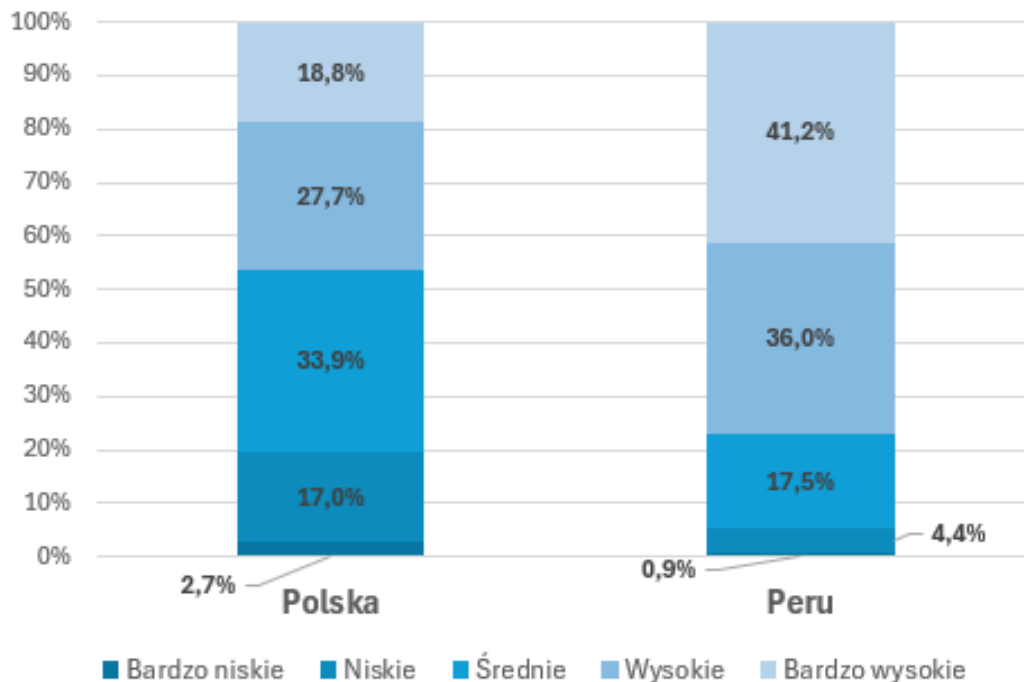


Źródło: Opracowanie własne

W poziomie lęku jako stan w przypadku respondentów z Polski najczęściej uzyskiwane wyniki mieszczą się w kategoriach średnich (33,0%) i niskich (26,8%). Znacznie mniejszy odsetek badanych z Polski znalazł się w kategoriach bardzo wysokich (28,6%) i bardzo niskich (2,7%). Ponad 80% respondentów z Peru znalazła się w grupie wyników wysokich i bardzo wysokich, podczas gdy wśród Polaków to nieco ponad połowa ankietowanych. W porównaniu do grupy polskiej, tylko niewielki procent ankietowanych z Peru uzyskał wyniki w kategoriach bardzo niskich (1,8%) oraz niskich (14,9%). Łącznie niskie i bardzo niskie wyniki uzyskało nieco ponad 10% Polaków i mniej niż 5% Peruwiańczyków.

Rysunek 21

Wyniki poziomu lęku (grupy diagnostyczne) jako cecha w podziale na kraj pochodzenia

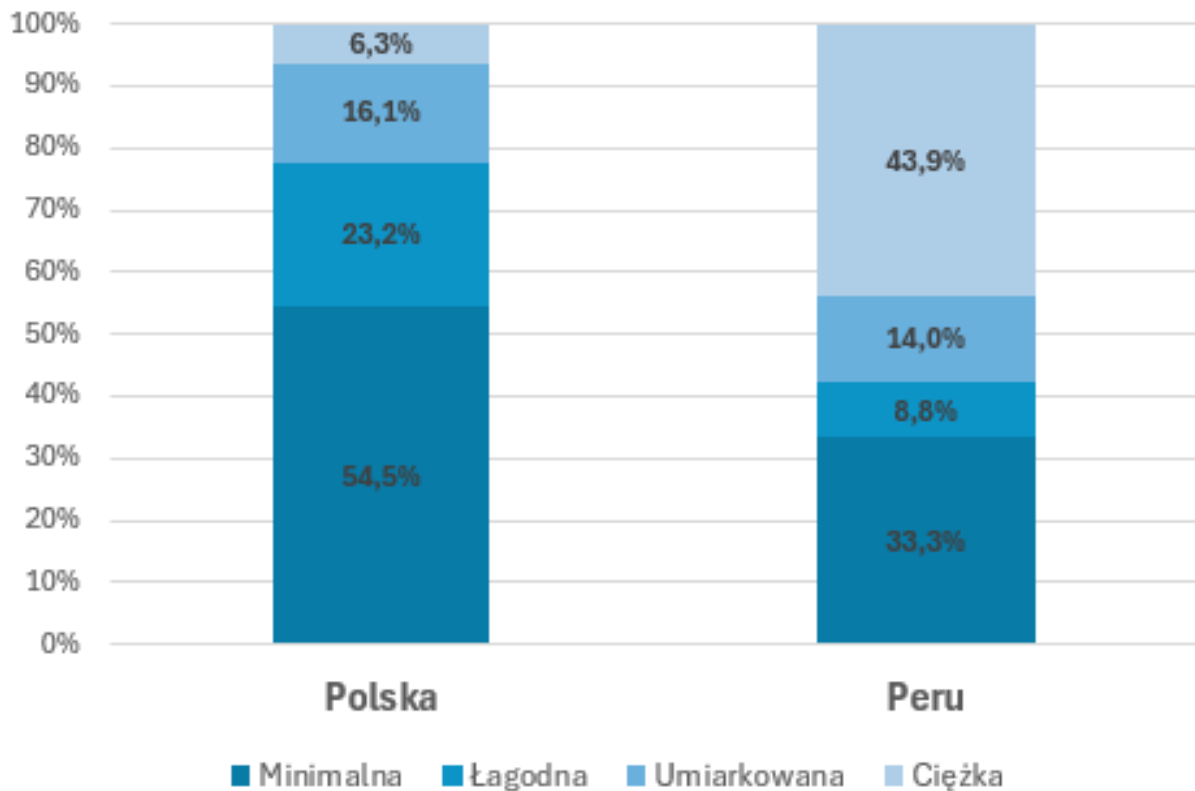


Źródło: Opracowanie własne

W kwestii lęku jako cecha wystąpił podobny rozkład grup wynikowych, jak w przypadku poprzednim. W grupie polskich badanych zauważalna jest przewaga wyników w zakresie średniego (33,9%) oraz niskiego (27,7%). U badanych z Peru, dominują wyniki w przedziale wysokim (36,0%) oraz bardzo wysokim (41,2%). Jedyne niewielki odsetek respondentów z Polski osiągnął wyniki w przedziałach bardzo wysokim (18,8%) i bardzo niskim (2,7%), natomiast w grupie peruwiańskiej poziomy te były jeszcze rzadsze, wynosząc odpowiednio 4,4% i 0,9%. Wyniki te wskazują na bardziej zróżnicowany rozkład lęku jako cechy w grupie Polaków, podczas gdy w przypadku Peruwiańczyków rozkład wyników jest przesunięty w stronę wyższych wartości.

Rysunek 22

Wyniki poziomu objawów depresji (grupy diagnostyczne) w podziale na kraj pochodzenia

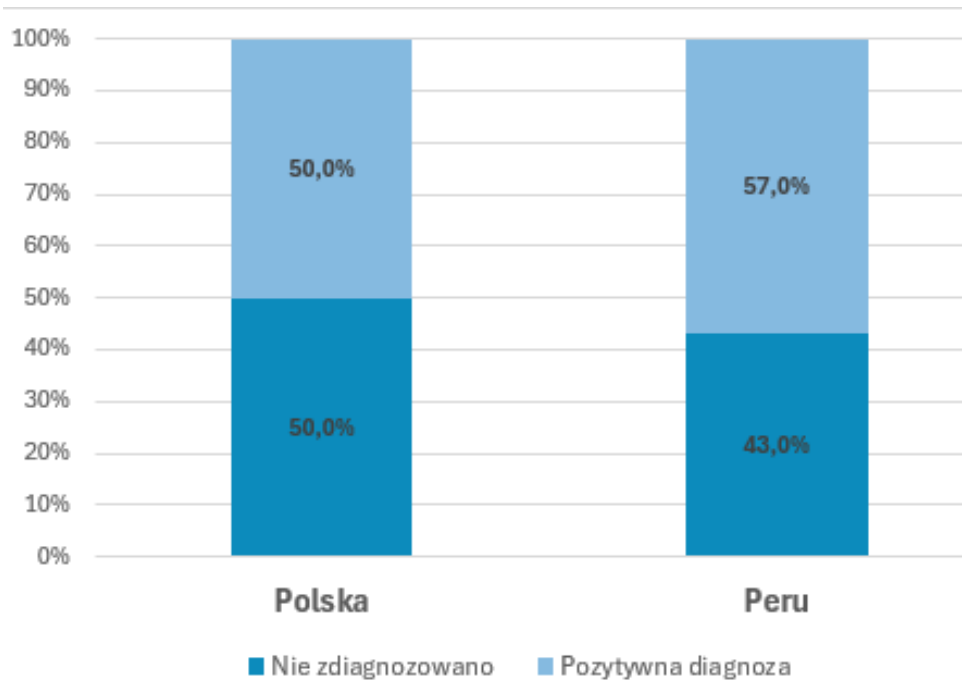


Źródło: Opracowanie własne

W grupie Polaków, ponad połowa badanych (54,5%) uzyskała wyniki wskazujące na minimalne, nieistotnie klinicznie objawy depresyjne. Łagodne objawy wystąpiły u 23,2% respondentów, a umiarkowane u 16,1%. Zaledwie 6,3% Polaków wykazało ciężkie nasilenie objawów depresyjnych. W grupie Peruwiańczyków rozkład wyników jest odmienny. Minimalne objawy depresyjne zaobserwowano u 33,3% badanych, natomiast łagodne u 8,8%. Umiarkowane nasilenie wystąpiło u 14% badanych, podczas gdy aż 43,9% Peruwiańczyków charakteryzowało się ciężkim nasileniem objawów depresyjnych. Porównując, ponad $\frac{3}{4}$ respondentów z Polski ma minimalne i łagodne objawy depresji, podczas gdy u Peruwiańczyków jest to nieco ponad 40% grupy. Blisko u połowy Peruwiańczyków występują ciężkie objawy depresji, a w przypadku Polaków odsetek takich osób jest dużo niższy.

Rysunek 23

Odsetki zdiagnozowanego CPTSD w podziale na kraj pochodzenia



Źródło: Opracowanie własne

Wśród Polaków dokładnie połowa badanych (50%) spełniała kryteria diagnozy CPTSD, podczas gdy druga połowa nie wykazywała objawów pozwalających na postawienie takiej diagnozy. W grupie Peruwiańczyków odsetek osób z pozytywną diagnozą był wyższy i wynosił 57%, a pozostałe 43% badanych nie spełniało kryteriów diagnostycznych.

8.2 Weryfikacja hipotez

W hipotezie ogólnej założono, że istnieje zależność pomiędzy poziomem lęku jako stan i cechą, nasileniem objawów depresyjnych a występowaniem CPTSD wśród osób dorosłych pochodzących z rodzin dysfunkcyjnych w Polsce i Peru. Celem sprawdzenia tego założenia, sformułowano szczegółowe hipotezy badawcze, które uwzględniają analizę zróżnicowania między grupami badanymi pod względem kluczowych zmiennych.

Pierwsza hipoteza zakłada, że osoby, u których występuje CPTSD charakteryzują się wyższym poziomem lęku jako stan, wyższym poziomem lęku jako cechą i większym nasileniem objawów depresyjnych w porównaniu do osób bez CPTSD.

Tabela 17*Poziom lęku i objawów depresji w podziale, na podstawie obecności CPTSD*

	Niepotwierdzone CPTSD (n=105)		Potwierdzone CPTSD (n=121)		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Lęk jako stan	6,20	1,98	8,50	1,44	-9,87*	<0,001	1,33
Lęk jako cecha	5,76	1,90	8,18	1,55	-10,55*	<0,001	1,40
Objawy depresji	11,28	9,88	27,21	16,16	-8,78*	<0,001	1,19

Źródło: Opracowanie własne

Analizy testem *t* Studenta pozwalają potwierdzić założoną hipotezę i wykazały istotne statystycznie różnice między osobami ze stwierdzonym CPTSD, a osobami bez tego zaburzenia w zakresie poziomu lęku jako stan i cecha oraz nasilenia objawów depresyjnych. W przypadku lęku i depresji osoby ze stwierdzonym CPTSD mają większe nasilenie objawów od osób bez CPTSD. Wszystkie efekty są silne (*d* Cohena > 0,80), a najsilniejszy efekt dotyczy lęku jako cecha (*d* = 1,40).

W drugiej hipotezie przyjęto, że osoby dorosłe pochodzące z rodzin dysfunkcyjnych w Polsce, w porównaniu do takich osób z Peru, charakteryzują się:

- wyższym poziomem lęku jako stan,
- niższym poziomem lęku jako cecha,
- większym nasileniem objawów depresyjnych.

Tabela 18*Poziom lęku i objawów depresji w podziale na kraje*

	Polska (n=112)		Peru (n=114)		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Lęk jako stan	6,86	2,07	8,00	1,89	-4,33*	<0,001	0,58
Lęk jako cecha	6,34	2,16	7,76	1,79	-5,40*	<0,001	0,72
Objawy depresji	13,20	9,34	26,31	17,94	-6,91*	<0,001	0,92

* test *t* z poprawką na nierówne wariancje

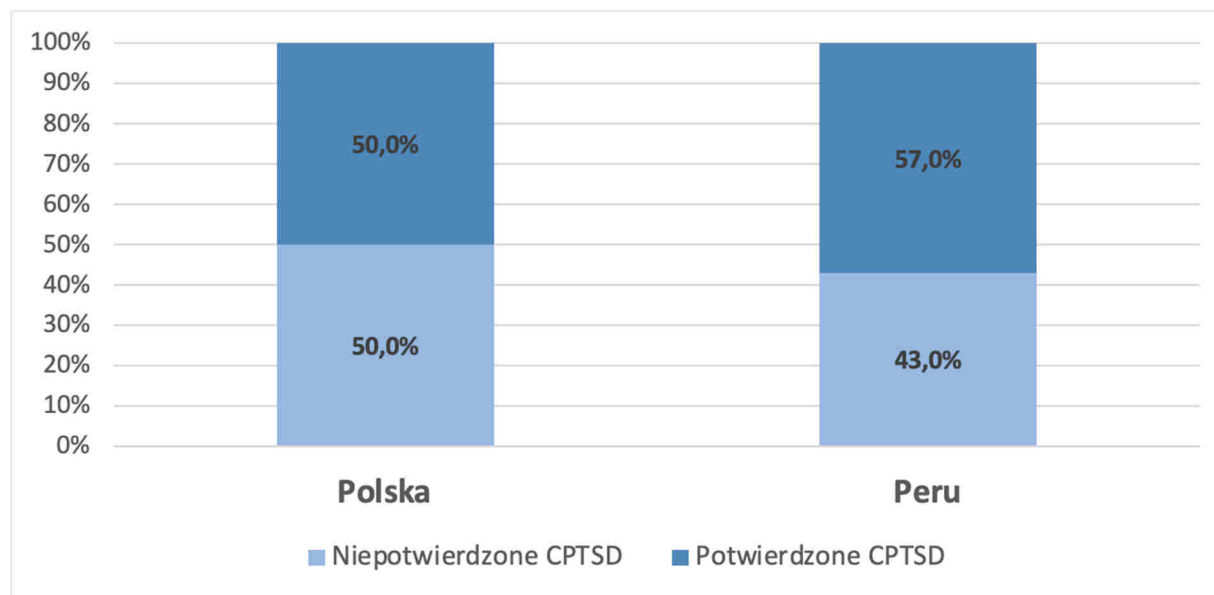
Źródło: Opracowanie własne



Hipoteza została potwierdzona dla jednej zmiennej – lęku jako cecha. Polacy charakteryzują się niższym nasileniem tej zmiennej (efekt umiarkowany $d = 0,72$). W przypadku lęku jako stan i objawów depresji stwierdzono odwrotne zależności od zakładanych. Wyniki dla obu zmiennych były istotnie wyższe w grupie osób z Peru niż w grupie Polaków.

Rysunek 24

Odsetki zdiagnozowanego CPTSD w podziale na kraj pochodzenia



Źródło: Opracowanie własne

Nie potwierdzono zależności między krajem zamieszkania a stwierdzeniem CPTSD, ponieważ różnice pomiędzy grupami są nieistotne statystycznie. Uzyskano nieistotny test chikwadrat: $X^2(1) = 1,12$; $p = 0,290$.

Hipoteza trzecia zakładała, że dorośli pochodzący z rodzin dysfunkcyjnych w Polsce z wyższym wykształceniem, w porównaniu do dorosłych z rodzin dysfunkcyjnych w Peru z wyższym wykształceniem, charakteryzują się:

- wyższym poziomem lęku jako stan,
- większym nasileniem objawów depresyjnych,
- częstszym występowaniem objawów CPTSD.

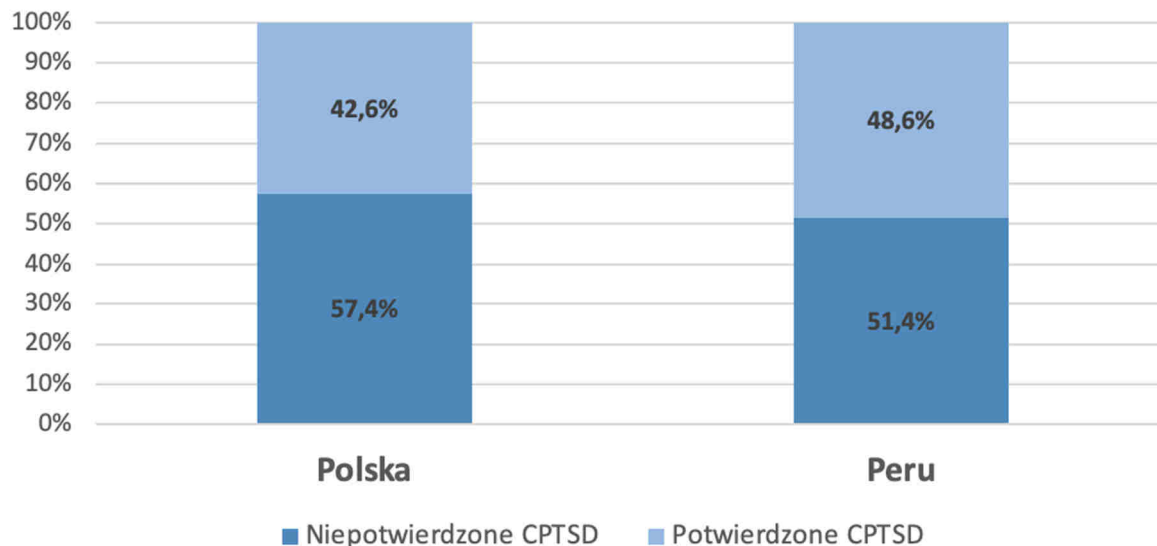
Tabela 19*Poziom lęku i objawów depresji u osób z wykształceniem wyższym w podziale na kraje*

	Polska (n=54)		Perú (n=35)		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Lęk jako stan	6,50	2,14	7,29	1,87	-1,77	0,040	0,39
Lęk jako cecha	6,20	2,15	7,20	1,91	-2,23	0,014	0,49
Objawy depresji	12,59	10,30	21,31	15,34	-2,96*	0,025	0,67

* test *t* z poprawką na nierówne wariancje

Źródło: Opracowanie własne

Uzyskano istotne wartości testów *t*, ale hipoteza nie została potwierdzona. Wyniki ukazują odwrotną zależność od zakładanej. Zarówno poziom lęku jako stan, jak i nasilenie objawów depresyjnych jest wyższe u osób z wyższym wykształceniem pochodzącym z Peru, w porównaniu do osób z Polski o takim samym poziomie wykształcenia. Silniejszy efekt wystąpił dla zmiennej określającej poziom depresji ($d = 0,67$).

Rysunek 25*Odsetki zdiagnozowanego CPTSD w podziale na kraj pochodzenia u osób z wyższym wykształceniem*

Źródło: Opracowanie własne

Nie potwierdzono zależności między krajem zamieszkania a stwierdzeniem CPTSD u absolwentów uczelni wyższych. Uzyskano nieistotny test chi kwadrat: $X^2(1) = 0,31; p = 0,580$.

Kraj zamieszkania nie jest powiązany z występowaniem CPTSD w tej grupie badanych.

W hipotezie czwartej zawarto, że kobiety pochodzące z rodzin dysfunkcyjnych w Polsce w porównaniu do kobiet z rodzin dysfunkcyjnych w Peru charakteryzują się:

- wyższym poziomem lęku jako stan,
- wyższym poziomem lęku jako cecha,
- większym nasileniem objawów depresyjnych,
- częstszym występowaniem objawów CPTSD.

Tabela 20

Poziom lęku i objawów depresji u kobiet w podziale na kraje

	Polki (n=70)		Peruwianki (n=72)		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Lęk jako stan	6,96	2,11	8,60	1,48	-5,35*	<0,001	0,90
Lęk jako cecha	6,34	2,16	7,90	1,82	-4,65*	<0,001	0,78
Objawy depresji	14,27	9,63	32,06	16,82	-7,76*	<0,001	1,30

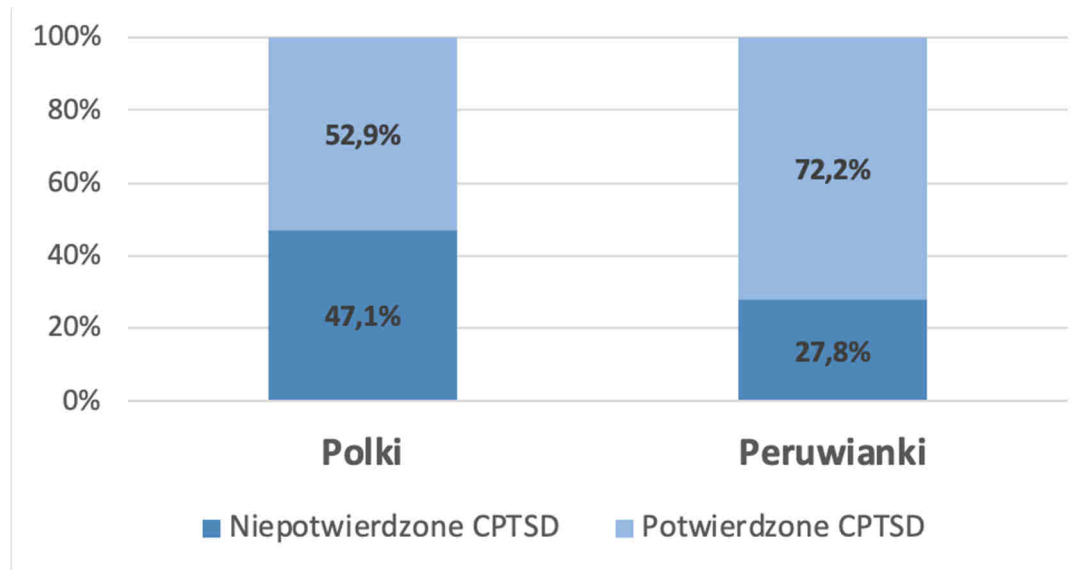
* test *t* z poprawką na nierówne wariancje

Źródło: Opracowanie własne

Uzyskano istotne wartości testów *t* pod względem różnic między badanymi grupami, ale hipoteza nie została potwierdzona. Wyniki wykazały odwrotne zależności od zakładanej. Kobiety z Peru charakteryzują się wyższym poziomem analizowanych zmiennych – lęku jako stan, lęku jako cecha oraz nasilenia objawów depresyjnych, w porównaniu do Polek. Najsilniejszy efekt wystąpił dla zmiennej określającej poziom depresji ($d = 1,30$).

Rysunek 26

Odsetki zdiagnozowanego CPTSD w podziale na kraj pochodzenia u kobiet



Źródło: Opracowanie własne

Stwierdzono zależność między krajem zamieszkania a diagnozą CPTSD. Jest to zależność w odwrotnym kierunku niż założona hipoteza. Peruwianki mają częściej stwierdzone CPTSD. Uzyskano istotny test chi kwadrat: $X^2(1) = 5,69$; $p = 0,017$; $V \text{ Cramera} = 0,20$.

W hipotezie piątej przyjęto, że mężczyźni pochodzący z rodzin dysfunkcyjnych w Polsce, w porównaniu do mężczyzn z rodzin dysfunkcyjnych w Peru, charakteryzują się:

- wyższym poziomem lęku jako stan,
- wyższym poziomem lęku jako cecha,
- większym nasileniem objawów depresyjnych,
- częstszym występowaniem objawów cPTSD.

Tabela 21

Poziom lęku i objawów depresji u mężczyzn w podziale na kraje

	Polacy (n=42)		Peruwiańczycy (n=42)		t	p	d
	M	SD	M	SD			
Lęk jako stan	6,69	2,03	6,98	2,09	-0,64	0,275	0,14
Lęk jako cecha	6,33	2,18	7,52	1,73	-2,77*	0,004	0,60
Objawy depresji	11,40	8,65	16,45	15,48	-1,85*	0,035	0,40

* test t z poprawką na nierówne wariancje

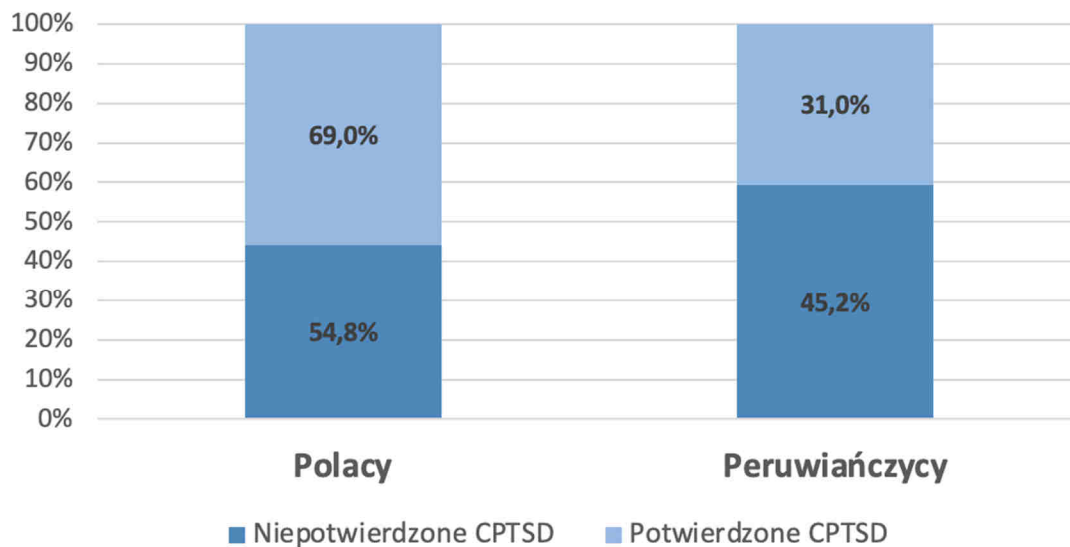
Źródło: Opracowanie własne



Hipoteza nie została potwierdzona. Uzyskano istotne wartości testów t , dla lęku jako cecha i objawów depresji, ale są to odwrotne zależności od zakładanej hipotezy. Poziom obu zmiennych jest wyższy w grupie mężczyzn z Perú, w porównaniu do Polaków. Silniejszy efekt wystąpił dla zmiennej określającej lęk jako cechę ($d = 0,60$). Nie stwierdzono natomiast istotnych różnic dla poziomu lęku jako stan, pomiędzy badanymi grupami.

Rysunek 27

Odsetki zdiagnozowanego CPTSD w podziale na kraj pochodzenia u mężczyzn



Źródło: Opracowanie własne

Nie potwierdzono zależności między krajem zamieszkania a stwierdzeniem CPTSD u mężczyzn w porównywanych państwach. Uzyskano nieistotny statystycznie wynik testu chi-kwadrat: $X^2(1) = 1,82; p = 0,178$.

Hipoteza szóstą obejmowała stwierdzenie, że kobiety, u których zdiagnozowano CPTSD, pochodzące z rodzin dysfunkcyjnych w obu krajach, w porównaniu do mężczyzn, charakteryzują się:

- wyższym poziomem lęku jako stan,
- wyższym poziomem lęku jako cecha,
- większym nasileniem objawów depresyjnych.

Tabela 22*Poziom lęku i symptomów depresji u kobiet i mężczyzn ze zdiagnozowanym CPTSD*

	Kobiety (n=89)		Mężczyźni (n=32)		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Lęk jako stan	8,51	1,52	8,50	1,22	0,02*	0,444	0,01
Lęk jako cecha	8,03	1,56	8,59	1,46	-1,77	0,039	0,37
Symptomy depresji	29,11	16,51	21,94	14,07	2,19	0,016	0,47

* test *t* z poprawką na nierówne wariancje

Źródło: Opracowanie własne

Hipoteza została potwierdzona dla nasilenia depresji. Kobiety z CPTSD mają wyższe nasilenie wspomnianej cechy (najsilniejszy efekt, $d=0,47$), wykazują zatem istotnie wyższy poziom objawów depresji niż mężczyźni. W przypadku lęku jako cechy, stwierdzono odwrotną zależność od zakładanej. Kobiety z CPTSD cechuje niższy poziom tej zmiennej (efekt mały, $d=0,37$). Brak istotnych różnic między kobietami i mężczyznami pod względem lęku jako stan ($d=0,01$). Hipoteza o wyższym poziomie lęku jako stan u którejś z grup nie znajduje potwierdzenia.

Hipoteza siódma zakładała, że dorośli w Polsce, zamieszkujący miasta powyżej 100 tys. mieszkańców, w porównaniu do mieszkańców miast powyżej 100 tys. w Peru, charakteryzują się:

- wyższym poziomem lęku jako stan,
- wyższym poziomem lęku jako cecha,
- większym nasileniem objawów depresyjnych,
- częstszym występowaniem objawów cPTSD.

Tabela 23*Poziom lęku i objawów depresji u mieszkańców miast powyżej 100 tys. w podziale na kraj*

	Polska (n=40)		Peru (n=113)		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Lęk jako stan	6,73	2,33	7,98	1,89	-3,07*	0,015	-0,59
Lęk jako cecha	5,98	2,12	7,75	1,79	-5,14	<0,001	-0,91
Objawy depresji	11,43	9,38	26,04	17,80	-6,54*	<0,001	-1,03

* test *t* z poprawką na nierówne wariancje

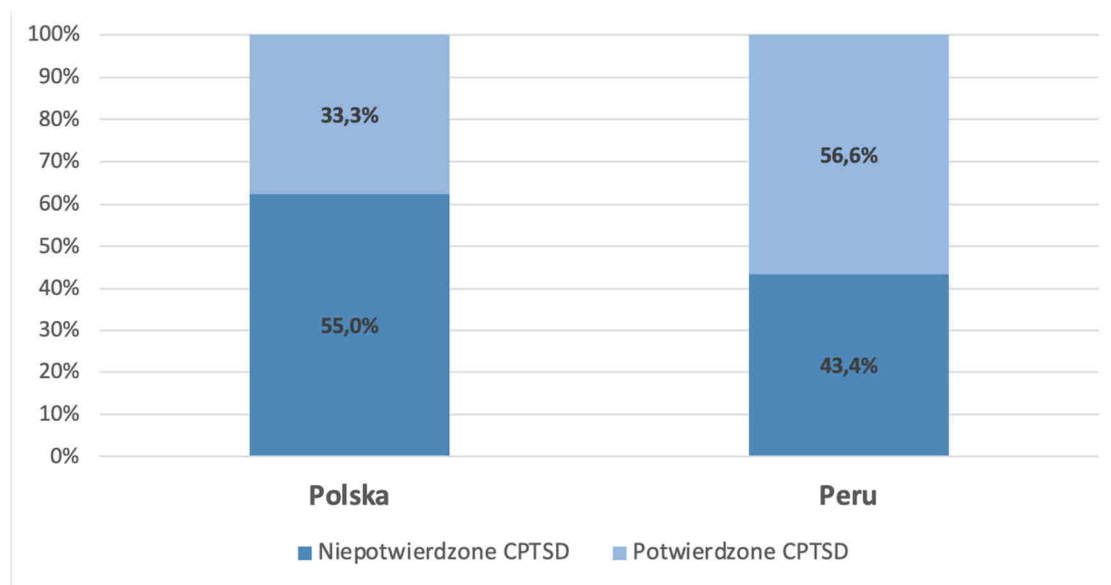
Źródło: Opracowanie własne



Uzyskano istotne wartości testów t , ale hipoteza nie została potwierdzona. Stwierdzono odwrotne zależności od zakładanej. Poziom analizowanych zmiennych, czyli lęku jako stan i cecha oraz objawów depresji jest wyższy wśród mieszkańców dużych miast w Peru w porównaniu do Polaków z dużych miast. Najsilniejszy efekt wystąpił dla zmiennej określającej poziom depresji ($d = -1,03$).

Rysunek 28

Odsetki zdiagnozowanego CPTSD w podziale na kraj pochodzenia u osób mieszkających w miastach powyżej 100 tys. mieszkańców



Źródło: Opracowanie własne

Nie potwierdzono zależności między krajem zamieszkania a stwierdzeniem CPTSD u w porównywanych grupach. Uzyskane różnice w odsetkach są niewystarczające. Uzyskano nieistotny test chi kwadrat: $\chi^2(1) = 1,61; p = 0,205$.

W hipotezie ósmej założono, że dorośli w Polsce i Peru zamieszkujący miasta powyżej 100 tys. mieszkańców, w porównaniu do mieszkańców poniżej tej liczby, charakteryzują się:

- niższym poziomem lęku jako stan,
- niższym poziomem lęku jako cecha,
- minimalnym nasileniem objawów depresyjnych,
- rzadszym/niewystępowaniem CPTSD.

Tabela 24

Poziom lęku i objawów depresji u mieszkańców miast powyżej 100 tys. w podziale na kraje

	Miasta < 100 tys. (n=73)		Miasta > 100 tys. (n=153)		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Lęk jako stan	6,97	1,95	7,65	2,08	-2,35	0,010	-0,34
Lęk jako cecha	6,58	2,17	7,29	2,03	-2,41	0,009	-0,34
Objawy depresji	14,75	10,40	22,22	17,25	-4,04*	<0,001	-0,52

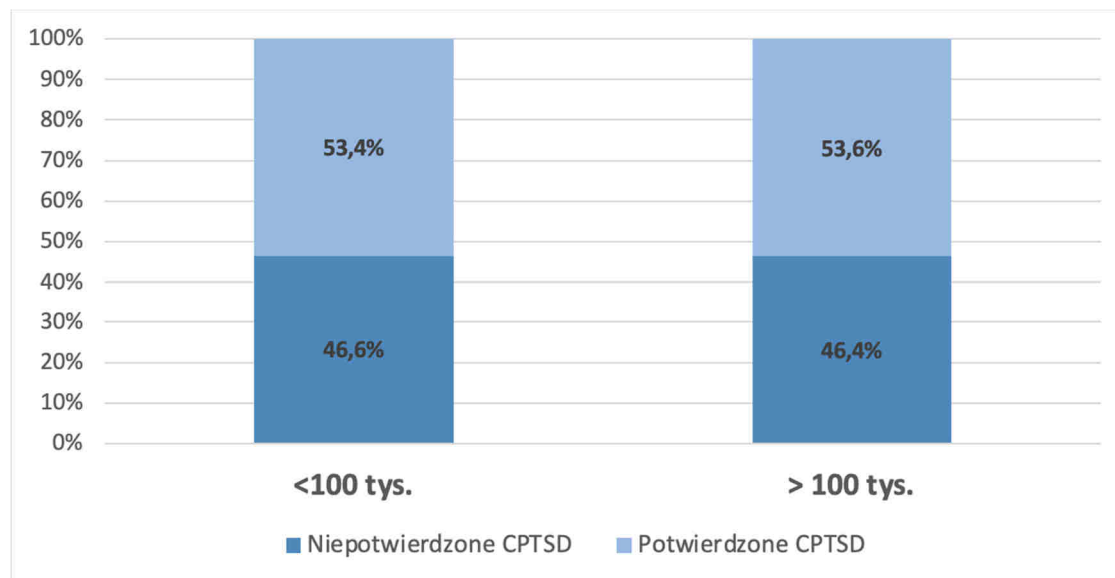
* test *t* z poprawką na nierówne wariancje

Źródło: Opracowanie własne

Hipoteza nie została potwierdzona dla wszystkich trzech zmiennych. Osoby mieszkające w mniejszych miastach w obu krajach, mają niższy poziom lęku (jako stan i cecha) oraz mniejsze nasilenie objawów depresyjnych niż mieszkańcy większych miast. Efekty nie są silne (największy efekt: $d = 0,52$ wystąpił dla objawów depresji).

Rysunek 29

Odsetki zdiagnozowanego CPTSD w podziale na wielkość miast



Źródło: Opracowanie własne

Odsetki w porównywanych grupach są niemal identyczne. Nie potwierdzono zależności między wielkością miast a występowaniem CPTSD: $\chi^2(1) = 0,001$; $p = 0,981$.

Hipoteza dziewiąta przyjmuje, że osoby dorosłe, będące w związku nieformalnym lub małżeńskim w Polsce i w Peru, w porównaniu do osób samotnych, charakteryzują się:

- niższym poziomem lęku jako stan,
- słabszym natężeniem objawów depresyjnych,
- rzadszym/niewystępowaniem CPTSD.

Tabela 25

Poziom lęku i objawów depresji u osób samotnych i będących w związkach

	Samotni (n=131)		W związku (n=95)		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Lęk jako stan	7,91	1,74	6,78	2,28	4,04*	<0,001	0,56
Lęk jako cecha	7,55	1,79	6,38	2,30	4,13*	<0,001	0,57
Objawy depresji	23,30	16,32	15,00	13,58	4,16*	<0,001	0,55

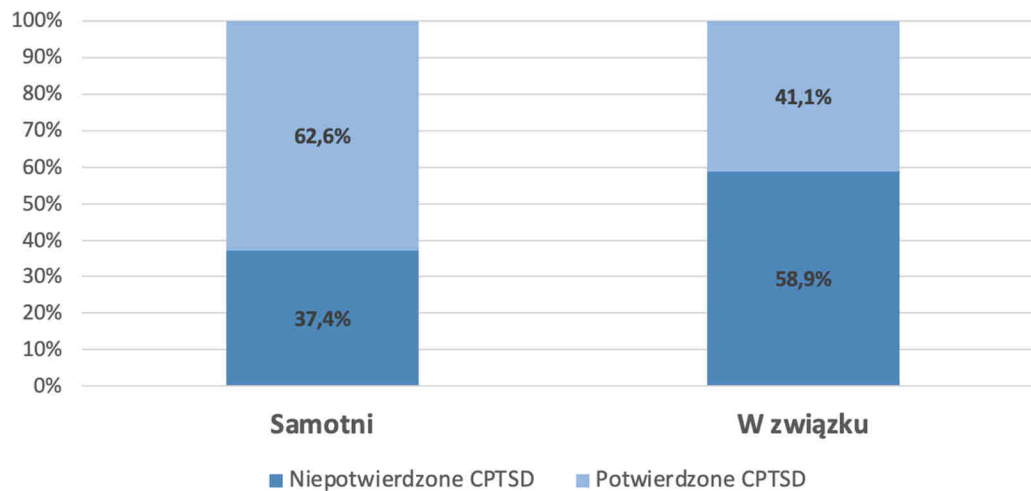
* test *t* z poprawką na nierówne wariancje

Źródło: Opracowanie własne

Hipoteza została potwierdzona dla obu zmiennych. Osoby będące w związkach, mają niższy poziom lęku (jako stan i cecha) oraz depresji niż mieszkańcy samotni (kawalerowie/panny, osoby po rozwodzie, owdowiali). Efekty nie są silne i bardzo podobne (największy efekt: $d = 0,57$ wystąpił dla lęku jako cecha, która to zmienna nie była ujęta w hipotezie).

Rysunek 30

Odsetki zdiagnozowanego CPTSD u osób samotnych i będących w związku



Źródło: Opracowanie własne

Stwierdzono zależność między byciem w związku a diagnozą CPTSD. Uzyskano istotny test chi kwadrat: $\chi^2(1) = 10,27$; $p = 0,001$; $V \text{ Cramera} = 0,21$. Osoby samotne znacznie częściej (63%) mają stwierdzone CPTSD w porównaniu do osób będących w związku (41,1%).

W hipotezie dziesiątej zawarto, że osoby dorosłe będące w związku nieformalnym lub małżeńskim w Polsce, w porównaniu do osób w związkach małżeńskich w Perú, charakteryzują się:

- wyższym poziomem lęku jako stan,
- większym natężeniem objawów depresyjnych,
- częstszym występowaniem CPTSD.

Tabela 26

Poziom lęku i objawów depresji u osób będących w związkach w podziale na kraj

	Polska (n=67)		Perú (n=28)		t	p	d
	M	SD	M	SD			
Lęk jako stan	6,54	2,23	7,36	2,34	-1,61	0,056	0,36
Lęk jako cecha	6,04	2,23	7,18	2,33	-2,23	0,014	0,50
Objawy depresji	11,36	9,20	23,71	17,99	-3,45*	0,001	0,86

* test *t* z poprawką na nierówne wariancje

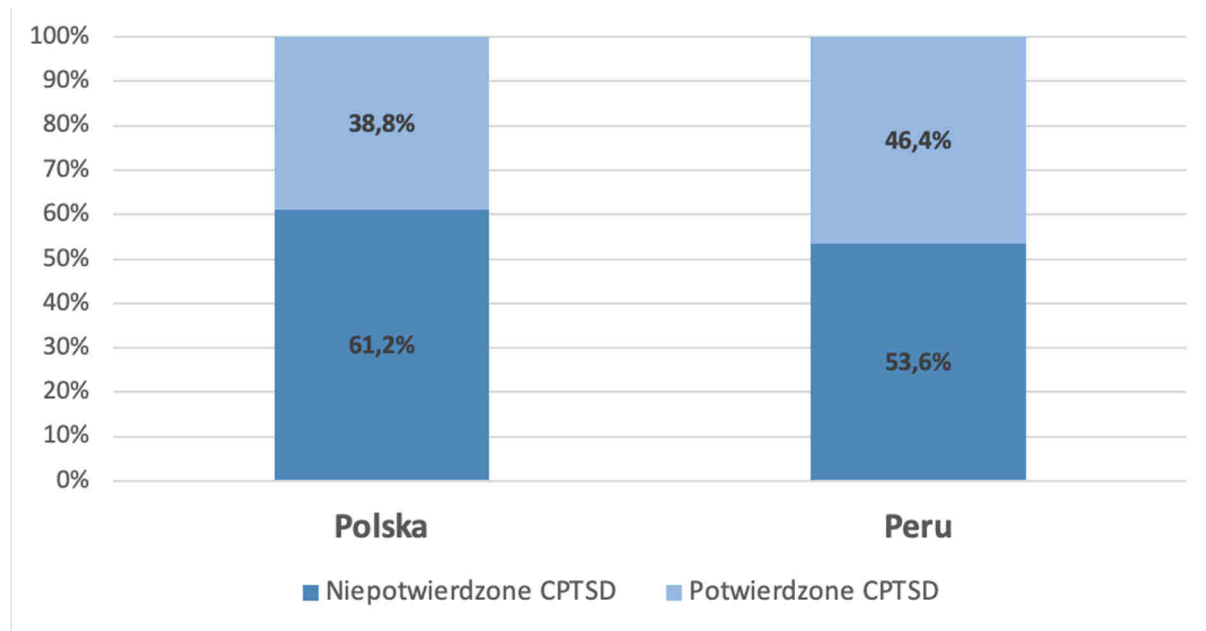
Źródło: Opracowanie własne



Uzyskano istotną wartości testu t dla poziomu depresji, ale hipoteza nie została potwierdzona. Stwierdzono odwrotne zależności od zakładanych. Polacy żyjący w związkach w porównaniu do Peruwiańczyków, mają niższy poziom objawów depresji oraz lęku jako stanu. Najsilniejszy efekt wystąpił dla zmiennej określającej poziom depresji ($d = 0,86$). Różnice w poziomie lęku jako stanu okazały się jednak nieistotne statystycznie ($p = 0,056$).

Rysunek 31

Odsetki zdiagnozowanego CPTSD u osób będących w związkach w podziale na kraj



Źródło: Opracowanie własne

Nie potwierdzono zakładanej zależności między krajem zamieszkania a diagnozą CPTSD wśród osób będących w związkach. Uzyskano nieistotny test chi kwadrat: $\chi^2(1) = 0,47$; $p = 0,491$. Udział osób ze stwierdzonym CPTSD wyniósł 61,2% w Polsce i 53,6% w Peru a więc zbliżone wartości w obu krajach, bez wyraźnej przewagi jednej z grup.

Hipoteza jedenasta zakłada, że osoby dorosłe pochodzące z rodzin dysfunkcyjnych w Polsce i Peru, korzystające z profesjonalnej pomocy dotyczącej zdrowia psychicznego, w porównaniu do osób niekorzystających z takiej pomocy, charakteryzują się:

- niższym poziomem lęku jako stan,
- wyższym poziomem lęku jako cecha,
- mniejszym nasileniem objawów depresyjnych,

- częstszym występowaniem objawów CPTSD.

Tabela 27

Poziom lęku i objawów depresji u korzystających z pomocy i nie korzystających

	Nie korzystali (n=83)		Korzystali (n=143)		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Lęk jako stan	7,60	2,05	6,91	2,01	2,17	0,016	0,34
Lęk jako cecha	7,29	2,03	6,31	2,18	3,03	0,002	0,46
Objawy depresji	21,35	17,01	14,89	9,27	3,57*	<0,001	0,47

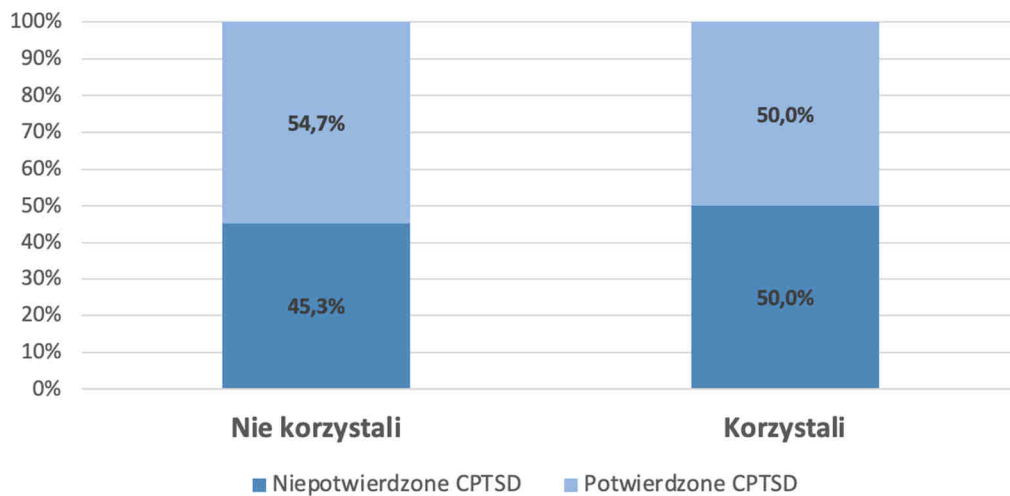
* test t z poprawką na nierówne wariancje

Źródło: Opracowanie własne

Potwierdziła się hipoteza dotycząca lęku jako stan i nasilenia objawów depresji. Osoby korzystające z pomocy profesjonalistów mają niższy poziom tych zmiennych w porównaniu do osób, które nie korzystały z takiej pomocy. W przypadku poziomu lęku jako cecha uzyskano istotne różnice, ale wskazujące na odwrotność od zakładanego kierunku. Korzystający z pomocy również charakteryzują się niższym poziomem lęku jako cecha. Największy efekt ($d = 0,47$) zaobserwowano dla nasilenia symptomów depresji.

Rysunek 32

Odsetki zdiagnozowanego CPTSD u osób korzystających i nie korzystających z profesjonalnej pomocy



Źródło: Opracowanie własne

Nieistotny test chi kwadrat: $X^2(1) = 0,36$; $p = 0,550$ nie pozwala stwierdzić zakładanej zależności między korzystaniem z pomocy a występowaniem CPTSD. Uzyskane wyniki sugerują, że odsetki osób zdiagnozowanych z CPTSD w grupie korzystających z pomocy (50,0%) oraz niekorzystających z niej (45,3%) są zbliżone i brak jest istotnych różnic między grupami.

W hipotezie dwunastej uznano, że osoby dorosłe pochodzące z rodzin dysfunkcyjnych w Polsce niekorzystające z profesjonalnej pomocy dotyczącej zdrowia psychicznego w porównaniu do osób niekorzystających z takiej pomocy w Perú, charakteryzują się:

- wyższym poziomem lęku jako stan,
- wyższym poziomem lęku jako cecha,
- większym nasileniem objawów depresyjnych,
- częstszym występowaniem CPTSD.

Tabela 28

Poziom lęku i symptomów depresji u niekorzystających z profesjonalnej pomocy w podziale na kraj

	Polska (n=65)		Perú (n=107)		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Lęk jako stan	6,68	2,21	8,16	1,74	-4,61*	<0,001	0,34
Lęk jako cecha	6,22	2,17	7,94	1,62	-5,55*	<0,001	0,46
Symptomy depresji	11,75	9,39	27,19	17,96	-7,38*	<0,001	0,47

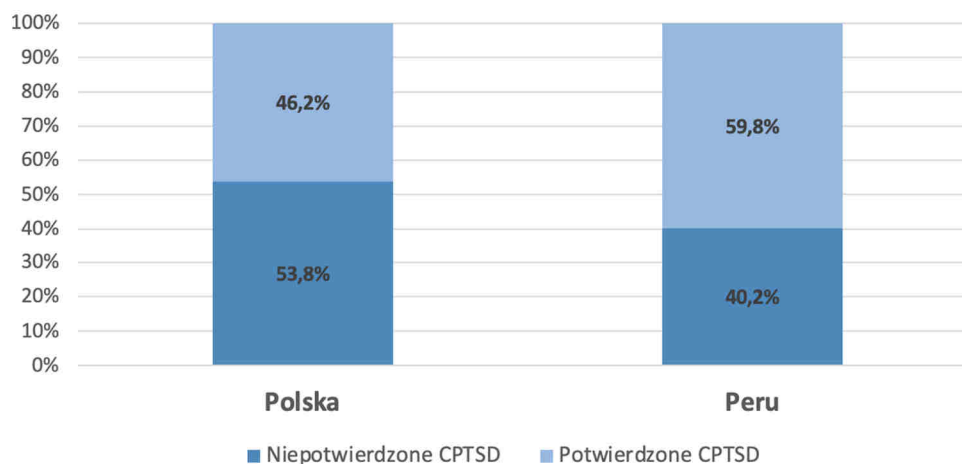
* test *t* z poprawką na nierówne wariancje

Źródło: Opracowanie własne

Uzyskano istotne wartości testów *t*, jednak hipoteza nie została potwierdzona. Stwierdzono odwrotne zależności od zakładanych. Osoby niekorzystające z pomocy psychologicznej w Perú cechują się wyższym poziomem lęku jako stan, lęku jako cecha oraz nasilenia objawów depresyjnych w porównaniu do osób z Polski. Najsilniejszy efekt zaobserwowano dla zmiennej określającej poziom depresji ($d = 0,47$). Wyniki te mogą wskazywać na istotne różnice kulturowe w doświadczeniach emocjonalnych oraz ich ekspresji między badanymi grupami.

Rysunek 33

Odsetki zdiagnozowanego CPTSD u osób niekorzystających z profesjonalnej pomocy w podziale na kraj



Źródło: Opracowanie własne



Nie potwierdzono zależności między Polakami i Peruwiańczykami niekorzystającymi z pomocy specjalisty a występowaniem CPTSD. Różnice w odsetkach osób zdiagnozowanych między obiema grupami (Polska: 53,8%; Peru: 40,2%) są niewystarczające. Uzyskano nieistotny test chi kwadrat: $X^2(1) = 3,04$; $p = 0,081$. Wyniki mogą sugerować, że pomimo różnic w dostępie do wsparcia profesjonalnego, poziom ryzyka CPTSD wśród osób niekorzystających z pomocy pozostaje zbliżony w obu badanych populacjach.

Ostatnia hipoteza zakłada, że u osób niekorzystających z profesjonalnej pomocy, poziom lęku i depresji jest wyższy od osób, które z pomocy skorzystały, przy czym różnica ta jest większa wśród Peruwiańczyków niż wśród Polaków.

Tabela 29

Poziom lęku jako stan (średnie brzegowe) w Polsce i Peru w zależności od korzystania z profesjonalnej pomocy. Wyniki dwuczynnikowej analizy wariancji

	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>eta</i> ²
Pomoc		6,57	0,011	0,03
Nie korzystali (n=83)	7,42			
Korzystali (n=143)	6,34			
Kraj		0,004	0,950	0,00
Polska (n=112)	6,89			
Peru (n=114)	6,87			
Pomoc * Kraj		12,85	<0,001	0,06

Źródło: Opracowanie własne

Uwzględniając średnie brzegowe, potwierdził się efekt główny dla zmiennej związanej z korzystaniem z pomocy. Osoby niekorzystające z profesjonalnej pomocy mają wyższy poziom lęku jako stan w porównaniu do osób, które z niej korzystają. Zaniknął jednak istotny związek kraju zamieszkania (średnie brzegowe w obu krajach są na bardzo podobnym poziomie).

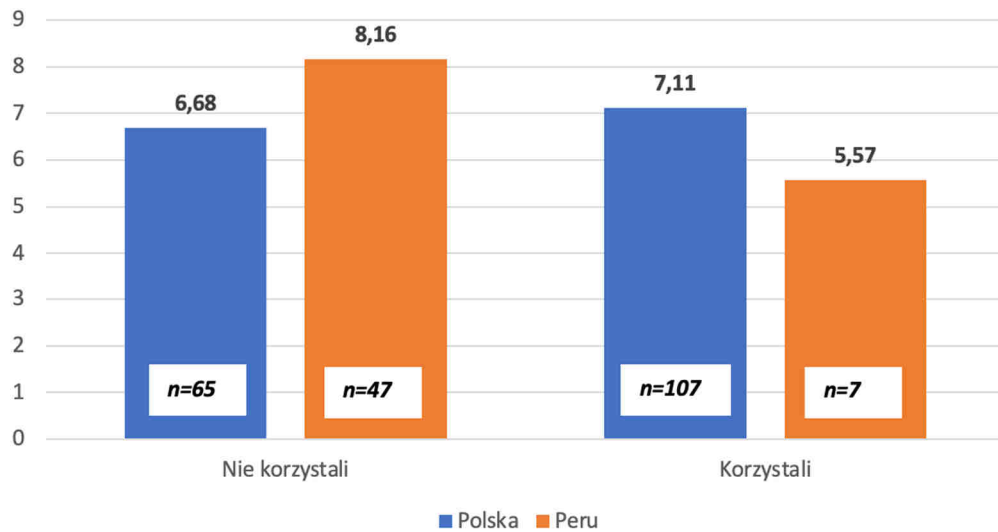
Istotny okazał się efekt interakcji: $F(1,222) = 12,85$; $p < 0,001$; $eta^2 = 0,06$.

Aby przekonać się na czym polega interakcja kraju zamieszkania, z korzystaniem z pomocy, sprawdzono efekty proste dla obu czynników, z porównaniami z poprawką Bonferroniego.



Rysunek 34

Poziom lęku jako stan w Polsce i Perú w zależności od korzystania z profesjonalnej pomocy.



Źródło: Opracowanie własne

Stwierdzono efekt prosty kraju. U osób niekorzystających z pomocy poziom lęku jako stan jest wyższy u Peruwianczyków ($M=8,16$) niż u Polaków ($M=6,68$) – różnica 1,48; $p < 0,001$. W przypadku korzystających z pomocy efekt ten jest na granicy istotności: różnica 1,54 ($8,16 - 5,57$); $p = 0,052$. Otrzymana różnica w średnich jest większa niż poprzednia, więc prawdopodobne jest stwierdzenie, że gdyby grupa Peruwianczyków była wyższa (liczebność wynosi zaledwie 7 osób) różnica w poziomie lęku jako stan byłaby istotnie niższa w grupie osób z Perú. Zatem zachodziłaby odwrotna zależność w porównaniu do grupy nie korzystającej z pomocy.

Efekt prosty korzystania z pomocy z kolei polega na tym, że u osób z Perú niekorzystających z pomocy poziom lęku jako stan jest wyższy ($M=8,16$) od Peruwianczyków, którzy z niej korzystali ($M=5,57$) - różnica 2,59; $p = 0,001$. Wśród Polaków, różnica w odwrotnym kierunku równa 0,43 okazała się nieistotna ($p = 0,248$).

Tabela 30

Poziom lęku jako cecha (średnie brzegowe) w Polsce i Perú w zależności od korzystania z profesjonalnej pomocy. Wyniki dwuczynnikowej analizy wariancji

	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>eta</i> ²
Pomoc		10,08	0,002	0,04
Nie korzystali (n=83)	7,08			
Korzystali (n=143)	5,76			
Kraj		0,07	0,794	0,00
Polska (n=112)	6,36			
Perú (n=114)	6,47			
Pomoc * Kraj		15,07	<0,001	0,06

Źródło: Opracowanie własne

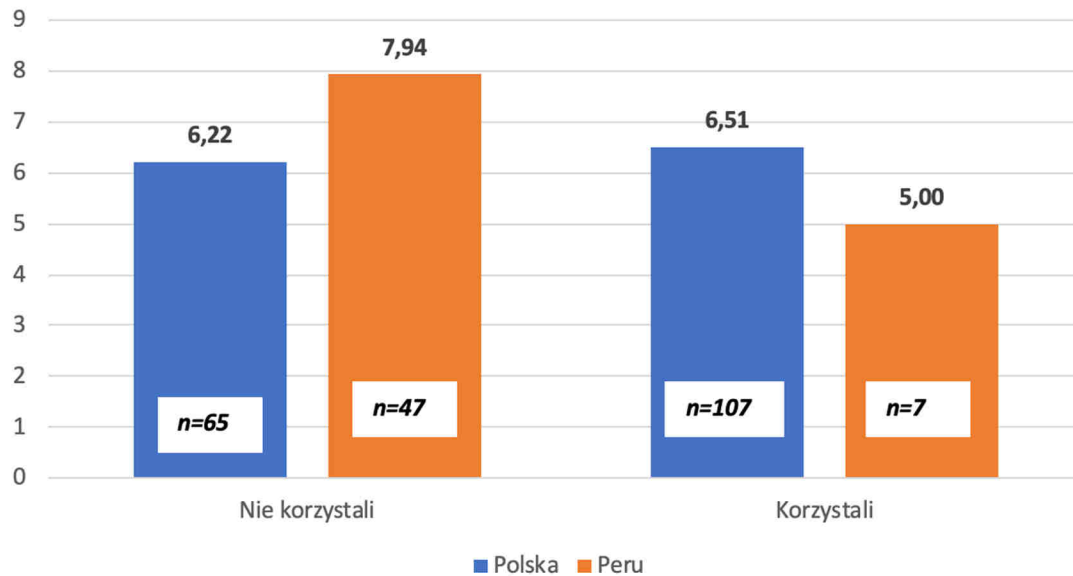
Uwzględniając średnie brzegowe, potwierdził się efekt główny dla zmiennej związanej z korzystaniem z pomocy. Osoby nie korzystające z profesjonalnej pomocy mają wyższy poziom lęku jako cecha. Zaniknął jednak istotny związek kraju zamieszkania (średnie brzegowe w obu krajach są na bardzo podobnym poziomie).

Istotny okazał się efekt interakcji: $F(1,222) = 15,07$; $p < 0,001$; $eta^2 = 0,06$.

Aby przekonać się na czym polega interakcja kraju zamieszkania z korzystaniem z pomocy, sprawdzono efekty proste dla obu czynników, z porównaniami z poprawką Bonferroniego.

Rysunek 35

Poziom lęku jako cecha w Polsce i Peru w zależności od korzystania z profesjonalnej pomocy



Źródło: Opracowanie własne

Stwierdzono efekt prosty kraju. U osób niekorzystających z pomocy, poziom lęku jako cecha jest wyższy u Peruwianczyków ($M=7,94$) w porównaniu do Polaków ($M=6,22$) – różnica 1,72; $p < 0,001$. W przypadku korzystających z pomocy efekt ten jest na granicy istotności: różnica 1,51; $p = 0,053$. Analogicznie jak w poprzedniej analizie, gdyby grupa Peruwianczyków była wyższa niż 7 osób, różnica w poziomie lęku jako cecha byłaby istotnie niższa w grupie osób z Peru. Ponownie zależność przebiegałaby w odwrotnym kierunku.

Efekt prosty korzystania z pomocy z kolei, polega na tym, że u osób z Peru niekorzystających z pomocy, poziom lęku jako cecha jest wyższy ($M=7,94$) od Peruwianczyków, którzy z niej korzystali ($M=5,00$) - różnica 2,94; $p < 0,001$. Wśród Polaków różnica w odwrotnym kierunku, równa 0,30 okazała się nieistotna ($p = 0,423$).

Tabela 31

Poziom symptomów depresji (średnie brzegowe) w Polsce i Peru w zależności od korzystania z profesjonalnej pomocy. Wyniki dwuczynnikowej analizy wariancji

	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>eta</i> ²
Pomoc		3,14	0,078	0,01
Nie korzystali (n=83)	19,47			
Korzystali (n=143)	14,02			
Kraj		4,55	0,034	0,02
Polska (n=112)	13,47			
Peru (n=114)	20,02			
Pomoc * Kraj		8,36	0,004	0,04

Źródło: Opracowanie własne

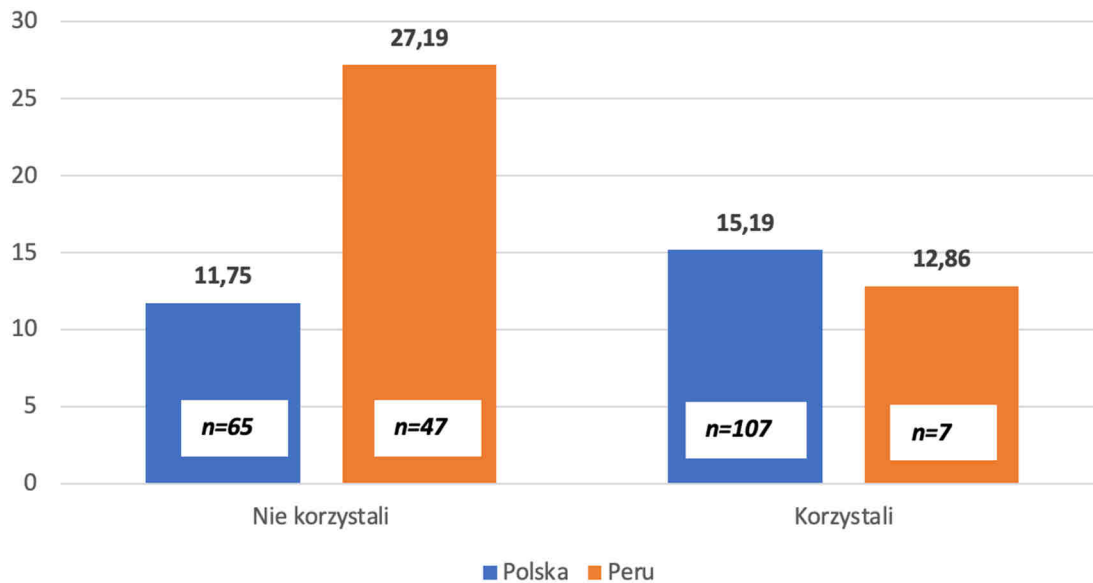
Uwzględniając średnie brzegowe, potwierdził się efekt główny dla zmiennej kraju. Peruwianczycy mają wyższy poziom depresji od Polaków. Z kolei efekt korzystania z pomocy okazał się nieistotny dla wyników depresji.

Istotny okazał się efekt interakcji: $F(1,222) = 8,36$; $p=0,004$; $eta^2 = 0,04$.

Aby przekonać się na czym polega interakcja kraju zamieszkania z korzystaniem z pomocy, sprawdzono efekty proste dla obu czynników, z porównaniami z poprawką Bonferroniego.

Rysunek 36

Poziom symptomów depresji w Polsce i Peru w zależności od korzystania z profesjonalnej pomocy.



Źródło: Opracowanie własne

Stwierdzono efekt prosty kraju. U osób niekorzystających z pomocy, poziom depresji jest znacznie wyższy u Peruwiańczyków ($M=27,19$) w porównaniu do Polaków ($M=11,75$) – różnica 15,43; $p < 0,001$. W przypadku korzystających z pomocy efekt ten jest nieistotny: różnica 2,33; $p = 0,684$.

Efekt prosty korzystania z pomocy z kolei polega na tym, że u osób z Peru niekorzystających z pomocy, poziom objawów depresyjnych jest zdecydowanie wyższy ($M=27,19$) od Peruwiańczyków, którzy z niej skorzystali ($M=12,86$) - różnica 14,33; $p = 0,010$. Wśród Polaków różnica w odwrotnym kierunku (3,44) okazała się nieistotna ($p = 0,205$).

8.3 Dyskusja

Celem niniejszych badań było sprawdzenie występowania zależności między poziomem lęku i nasileniem objawów depresyjnych a występowaniem złożonego zespołu stresu pourazowego wśród osób dorosłych, pochodzących z rodzin dysfunkcyjnych w Polsce i Peru. Wyniki analizy dostarczyły wniosków, które można odnieść do przyjętych hipotez badawczych.

Analiza wyników potwierdziła założenie, że istnieje zależność pomiędzy poziomem lęku jako stan i cecha, nasileniem objawów depresyjnych i występowaniem CPTSD wśród osób dorosłych, pochodzących z rodzin dysfunkcyjnych w Polsce i Peru. Wychowywanie się w rodzinach dysfunkcyjnych stanowi jeden z kluczowych czynników ryzyka dla rozwoju i nasilenia tych zaburzeń w dorosłości. Liczne badania wskazują, że osoby dorastające w środowiskach obciążonych przemocą, zaniedbaniem lub uzależnieniami, częściej doświadczają objawów lęku i depresji w dorosłym życiu, co stwarza możliwości rozwoju PTSD, CPTSD oraz innych zaburzeń psychicznych. Są także bardziej narażone na powielanie zachowań destrukcyjnych w przyszłości. Według badań Małgorzaty Dragan (2018) osoby, które dorastały w domach przemocowych i były zaniedbywane, częściej spełniały kryteria dla występowania PTSD, depresji i uogólnionego zaburzenia lękowego. Dodatkowo wykazano, że negatywne doświadczenia z dzieciństwa mogą prowadzić do współwystępowania jednocześnie wielu zaburzeń z obszaru zdrowia psychicznego (Makaruk i Malinowska-Cieślik, 2019; Dragan, 2018).

Potwierdzona pierwsza hipoteza, zakładająca, że osoby z CPTSD cechują się wyższym poziomem lęku jako stan i cecha oraz nasileniem objawów depresyjnych, została potwierdzona i ma silne podstawy teoretyczne. Warunkiem koniecznym do rozpoczęcia diagnozy CPTSD jest wystąpienie „wydarzenia lub serii wydarzeń o wyjątkowo zagrażającym bądź przerażającym charakterze” (Gałęcki i Szulc, 2023, s.359). W pracy badano osoby, które doświadczały powtarzających się traumatycznych wydarzeń w dzieciństwie, co wiązało się z ciągłym stresem. W przypadku narażenia na stres następuje aktywacja osi HPA, która reguluje działanie gospodarki hormonalnej oraz neuroprzekaźników w organizmie. Długotrwałe narażenie na stres skutkuje jej hiperaktywacją oraz nadwrażliwością powodując hipokortyzolizm, charakteryzujący się niższym poziomem kortyzolu w stanie spoczynku oraz gwałtownym wzrostem w momencie zetknięcia się nawet z niewielkim stresem (Morris i in., 2012). Dysfunkcja tego układu jest związana z takimi objawami CPTSD, jak poczucie zagrożenia objawiające się w zwiększonej czujności oraz unikania miejsc a także sytuacji przypominających traumatyczne wydarzenie (WHO, 2024). W przypadku zaburzeń lękowych



są podtrzymywane objawy lęku, oraz aktywowany jest współpracujący z osią HPA układ współczulny powodując przyspieszone bicie serca i nadmierne pobudzenie (von Majewski i in., 2023). Zwiększona wrażliwość osi HPA i objawiający się hiperkortyzolizm podczas nawet niewielkich, bądź powtarzających się stresujących bodźców może doprowadzić do dysfunkcji w regulacji sprzężenia zwrotnego przez receptory glukokortykoidowe, powodując objawy depresyjne i nawroty epizodów depresyjnych (Murphy i in., 2022).

Kolejnym wspólnym czynnikiem stanowiącym podłoże utrzymywania się symptomów omawianych zaburzeń jest dysfunkcja układu GABAergicznego. Niedobór kwasu gamma-aminomasłowego powoduje zaburzenie równowagi pomiędzy neuroprzekaznikiem hamującym (GABA) a pobudzającym (glutaminianem), co przyczynia się do powstawania objawów lękowych i depresyjnych oraz zaburzonej intensywności i czasu trwania reakcji na stres (Sherin i Nemeroff, 2011). Podczas występowania zaburzeń, zauważana jest też dysregulacja neurotransmiterów. Obniżony poziom serotoniny oraz dopaminy powoduje zmiany w regulacji nastroju charakterystyczne dla zaburzeń depresyjnych, niepokój i niewłaściwą reakcję na stres. Zbyt wysoki poziom noradrenaliny natomiast, odpowiada za warunkowanie strachu, kodowanie pamięci emocjonalnej oraz pobudzenie (Sherin i Nemeroff, 2011).

Zmiany w mózgu obserwowane podczas neuroobrazowania osób z PTSD mają implikacje w występowaniu symptomów lękowych oraz depresyjnych. Dysfunkcja hipokampa powoduje zmiany w konsolidowaniu pamięci oraz odróżnianiu bezpiecznych i niebezpiecznych wydarzeń. Nadaktywne lub nadwrażliwe ciało migdałowate, powoduje nadmierne uczucie strachu, zwiększoną czujność oraz trudności w kontrolowaniu emocji. Zmniejszona objętość kory przedczołowej po traumatycznym wydarzeniu, skutkuje większą reaktywnością emocjonalną oraz mniejszą zdolnością do hamowania stresowych reakcji i wygaszania strachu (Bremner, 2006).

Koreańscy psychiatrzy Yee Jin Shin i współpracownicy (2021) przeprowadzili badania na grupie 69 osób w wieku 10-19 lat, dokonując analizy występowania CPTSD i objawów depresyjnych i lękowych oraz działania funkcji poznawczych. Grupa osób ze złożonym zespołem stresu pourazowego, charakteryzowała się większymi zmianami w regulacji afektu i impulsów, uwagi lub świadomości, postrzeganiu siebie i w relacjach z innymi. Dodatkowo, osoby ze stwierdzonym złożonym zespołem stresu pourazowego wykazywały objawy depresji i lęku oraz niższy wskaźnik dokładności w teście percepcji emocjonalnej. Wyniki potwierdzają również korelację między wystąpieniem CPTSD a zaburzeniami funkcji poznawczych i emocjonalnych, mogących pogłębiać występujące objawy.



Brytyjscy psychologowie Jessica Memarzia i współpracownicy (2024), wykonali próbę na grupie 234 dzieci w wieku 8-17 lat, doświadczających pojedynczego, traumatycznego wydarzenia, dokonując analizy m.in. występowania PTSD oraz CPTSD, subiektywnego nasilenia zdarzenia oraz nasilenia objawów lękowych i depresyjnych. Przeprowadzone badanie wskazuje na silne korelacje między natrętnym myśleniem o traumatycznym wydarzeniu i negatywnymi przekonaniem na temat siebie obecnymi w CPTSD, a objawami depresji. Wykazano również, że uczucie paniki i dysocjacji, podczas traumatycznego wydarzenia zwiększa ryzyko wystąpienia CPTSD oraz zaburzeń lękowych. Wśród predyktorów wystąpienia zaburzeń, najmocniej oddziałują zniekształcone przekonania o traumatycznym wydarzeniu (np. „nigdy się z tego nie podniosę”) oraz brak wsparcia społecznego. Chociaż próba ta została przeprowadzona na osobach doświadczających jedynie pojedynczego traumatycznego wydarzenia, to wskazuje na możliwość wystąpienia złożonego zespołu stresu pourazowego i współwystępujących z nim objawami lęku i depresji.

Kolejnymi badaniami analizującymi podobną zależność były przeprowadzone przez Rossi i współpracowników (2024) na grupie 761 osób powyżej 18 roku życia, które doświadczyły przynajmniej jednego traumatycznego wydarzenia i analizowały jego wpływ na występowanie symptomów lęku oraz depresji. Owa próba wykazała silne korelacje pomiędzy intruzywnymi myślami i nadmiernym pobudzeniem a objawami depresji i lęku. Wykazano również powiązanie pomiędzy zniekształceniami poznawczymi i negatywnymi emocjami występującymi w PTSD a objawami depresji i lęku.

Przeprowadzone w naszej pracy badania wskazują na silną korelację symptomów PTSD oraz DSO składających się na CPTSD z objawami depresji i lęku, mają również znaczenie terapeutyczne. W przypadku gdy zaburzenia lękowe i depresyjne nie występowały wcześniej i są następstwem wystąpienia CPTSD, zasadnym jest skorzystanie z terapii zalecanych w leczeniu złożonego stresu pourazowego, opisanych szerzej w rozdziale 4.5 *Terapia CPTSD* jednocześnie koncentrując się na objawach najbardziej korelujących z zaburzeniami lękowymi i depresyjnymi. Ponieważ omawiane zaburzenia mają wyraźne powiązania na płaszczyźnie biologicznej, stąd właściwy dobór leków może pomóc w leczeniu zarówno CPTSD jak i objawów lękowych oraz depresyjnych.

W badanej próbie zauważalne były również różnice między Polakami a Peruwiańczykami, wskazujące na częściowe potwierdzenie hipotezy drugiej o różnicach kulturowych w nasileniu objawów lękowych i depresyjnych. Mimo iż CPTSD jako czynnik ryzyka dla tych zaburzeń występował na podobnym poziomie w obu grupach (53,8% w Polsce, 40,2% w Peru), to Peruwiańczycy uzyskali wyższe wyniki w zakresie lęku jako stan oraz



objawów depresyjnych. Sugeruje to, że uwarunkowania społeczne i kulturowe także pełnią kluczową rolę w nasileniu objawów.

Różnice w poziomie lęku i depresji między Polakami a Peruwiańczykami mogą wynikać z szeregu czynników, zarówno indywidualnych, jak i systemowych. Dorastanie w rodzinach dysfunkcyjnych, w których obecne były przemoc, uzależnienia czy zaniedbanie emocjonalne, stanowi czynnik ryzyka dla rozwoju zaburzeń psychicznych (Graczyk, 2018; Makaruk & Malinowska-Cieślak, 2019). W badanej próbie Peruwiańczycy częściej zgłaszali doświadczenie przemocy fizycznej (71%) w porównaniu do Polaków (41%). Również uzależnienia w rodzinie były częstsze w grupie peruwiańskiej (61%) niż polskiej (42%), podobnie jak przemoc seksualna (24% w Peru vs. 6% w Polsce).

Analiza danych dostępnych w literaturze przedmiotu wskazuje, że kraje Ameryki Południowej, w tym Peru, charakteryzują się wysoką ekspozycją na problemy społeczno-ekonomiczne, które mogą nasilać objawy zaburzeń lękowych i depresyjnych. Badania Caycho-Rodrígueza i współpracowników (2024) wykazały, że objawy depresji i lęku w trzech krajach Ameryki Południowej tj. Peru, Boliwii i Paragwaju, są ze sobą silnie skorelowane. Autorzy podkreślają, że kraje Ameryki Południowej borykają się z niedostatkami w systemie opieki zdrowotnej, nierównościami społecznymi i ograniczonym dostępem do leczenia psychiatrycznego, co może prowadzić do utrwalenia i nasilenia objawów depresji i lęku.

Dodatkowym czynnikiem kulturowym, mogącym tłumaczyć wyższy poziom podanych wskaźników wśród Peruwiańczyków jest wysoki dystans władzy oraz silnie zakorzeniona kultura patriarchalna, w której często normalizuje się przemoc. W społeczeństwach kolektywistycznych, które akcentują hierarchię, nacisk na zachowanie harmonii w grupie i podporządkowanie się autorytetom rodzinnym może utrudniać otwarte wyrażanie emocji i poszukiwanie pomocy (Hofstede i in., 2011; Scroope, 2018). Według raportu UNICEF (2019) w Peru aż 59,4% przypadków przemocy wobec dzieci miało charakter powtarzalny, a głównymi sprawcami byli członkowie rodziny. Co więcej, aż 48% dzieci i 40% nastolatków uważa, że rodzice mają prawo bić swoje dzieci za złe zachowanie, co może prowadzić do wewnętrznej normalizacji doświadczeń przemocowych i tłumienia emocji. W przypadku Polski, choć przemoc domowa również stanowi istotny problem społeczny, dane wskazują na większą skuteczność działań profilaktycznych i interwencyjnych. Programy socjalne, placówki wsparcia dziennego oraz wzrastająca świadomość społeczna dotycząca zdrowia psychicznego mogą stanowić elementy ochronne, zmniejszające długofalowy wpływ doświadczeń traumatycznych na zdrowie psychiczne (Kolankiewicz, 2022). Pomimo że dostęp do opieki psychiatrycznej w Polsce nadal pozostawia wiele do życzenia (CBOS, 2021), większa



otwartość na korzystanie z pomocy psychologicznej może tłumaczyć niższy poziom lęku jako cecha wśród polskich respondentów.

W ramach analizy czynników socjodemograficznych wpływających na poziom lęku i depresji, wykształcenie zostało wyodrębnione jako kluczowy aspekt w omawianej dyskusji. Przyjęto, że wyższy poziom wykształcenia może stanowić czynnik ochronny przed rozwojem zaburzeń lękowych i depresyjnych, ze względu na większą stabilność zawodową oraz wyższe dochody. Analiza przeprowadzona w kontekście Polski i Peru miała na celu zweryfikowanie, czy istnieją istotne różnice w poziomie lęku i depresji w zależności od poziomu wykształcenia, a także, czy efekt ten różni się między krajami o odmiennych warunkach społeczno-ekonomicznych.

Wyniki analizy hipotezy trzeciej wskazują na odwrotność założeń. Zamiast niższego poziomu lęku i objawów depresyjnych w grupie badanych z Peru, stwierdzono wyższe wartości tych zmiennych.

W krajach rozwiniętych, do których kwalifikuje się Polska, posiadanie przez osobę wyższego wykształcenia, często wiąże się z większą stabilnością finansową i społeczną, co może pozytywnie korelować z niższym poziomem lęku i objawów depresyjnych. Jak wskazują przytoczone w literaturze przedmiotu raporty (FTSE Russel, 2023; UNDP, 2024), Polska jest klasyfikowana jako kraj rozwinięty o wysokim poziomie stabilności gospodarczej, a więc może to przekładać się na większe poczucie bezpieczeństwa osób wykształconych. W przypadku Peru sytuacja wygląda odmiennie. Dane pokazują, że mimo posiadania wykształcenia wyższego, osoby te często borykają się z niestabilnym rynkiem pracy, brakiem pewności zatrudnienia oraz niskimi zarobkami. Badania Narodowego Stałego Badania Zatrudnienia (EPEN, 2022) wykazały, że kobiety w Peru, mimo posiadania wykształcenia wyższego, nadal mają niższe wskaźniki zatrudnienia, częściej pracują w warunkach subzatrudnienia oraz są gorzej opłacane za swoją pracę niż mężczyźni. Niepewność, co do warunków zatrudnienia oraz nierówności płacowe mogą przyczyniać się do wyższego poziomu lęku i depresji w tej grupie. Co więcej, raporty wskazują, że w Peru edukacja wyższa nie zawsze gwarantuje awans ekonomiczny, prowadząc do frustracji i zwiększonego poziomu stresu (IEP, 2023b).

Inne, dostępne badania potwierdzają istotną korelację między poziomem wykształcenia a nasileniem objawów lęku i depresji. Osoby z niższym wykształceniem częściej doświadczają silniejszych objawów tych zaburzeń. Przykładowo, w badaniu przeprowadzonym przez Pawła Grabowskiego i Bartosza Łożę (2013) stwierdzono, że średni poziom lęku u osób z wykształceniem podstawowym wynosił 7,84 a u osób z wykształceniem wyższym – 4,00.



Podobne zależności zaobserwowano w przypadku depresji, gdzie osoby z wykształceniem podstawowym osiągały średni wynik 9,55, a z wyższym – 6,67. Kolejna analiza przeprowadzona przez Adama Pawlaka i współpracowników (2010) wykazała, że pacjenci z niższym poziomem wykształcenia są bardziej narażeni występowanie zaburzeń depresyjnych w czasie okołoperacyjnym w wyniku choroby niedokrwiennej serca. Z kolei w badaniach Jeffrey A. Millsa i współpracowników (2022) ukazano, że czynniki, takie jak zatrudnienie, poziom wykształcenia czy osiągnięte dochody, mają istotne znaczenie dla efektów leczenia zaburzeń depresyjnych. Osoby bez wyższego wykształcenia miały o 9,6% mniejsze szanse na poprawę w trakcie terapii farmakologicznej, a osoby bez pracy – o 6,6%. Dodatkowo, osiągnięcie niższych dochodów wiązało się z o 4,8% mniejszą poprawą. Wyniki te ujawniły, że niski status społeczno-ekonomiczny utrudnia proces leczenia depresji, niezależnie od dostępności opieki zdrowotnej. Ponadto osoby z mniejszym wykształceniem, nawet gdy są zatrudnione, mogą mieć mniejsze poczucie bezpieczeństwa i bardziej stresujące warunki pracy, co z kolei może utrudniać poprawę w leczeniu depresji.

Dodatkowym czynnikiem mogącym tłumaczyć wyższy poziom lęku i depresji w grupie osób wykształconych w Peru jest większa niestabilność społeczna. Wskaźniki unikania niepewności wskazane przez Hofstede'go sugerują, że w społeczeństwach o wysokim poziomie unikania niepewności, takich jak Peru, brak stabilności zatrudnienia może wywoływać silniejsze reakcje lękowe. Osoby z wyższym wykształceniem mogą być bardziej świadome braku perspektyw, co prowadzi do stresu i objawów depresyjnych. Badania CBOS natomiast (2024) wskazują, że w Polsce coraz więcej osób oszczędza i planuje przyszłość, co może dawać poczucie większego bezpieczeństwa finansowego i emocjonalnego. Nierówności społeczno-ekonomiczne i wysoki poziom ubóstwa w Peru mogą dodatkowo nasilać zależność między wykształceniem a lękiem i depresją (Hofstede i in., 2011).

Arkusze personalny własnej konstrukcji, w którym znajdowało się pytanie o poziom wykształcenia badanych, ukazał, że wśród Polaków 48,2% osób ma wykształcenie wyższe, zaś Peruwiańczyków 30,7%. Biorąc pod uwagę powyżej przytoczone dane, większa ilość osób z wyższym wykształceniem w Polsce może częściowo tłumaczyć niższy poziom lęku i depresji w tej grupie.

Nie mniej ważnym czynnikiem, który warunkuje poziomy omawianych zmiennych jest płeć. W hipotezie czwartej założono, że kobiety z rodzin dysfunkcyjnych w Polsce charakteryzują się wyższym poziomem lęku jako stan, lęku jako cecha, nasileniem objawów depresyjnych oraz częstszym występowaniem CPTSD niż kobiety z rodzin dysfunkcyjnych w Peru. Wyniki jednak wykazały odwrotną tendencję – kobiety z Peru miały wyższy poziom



analizowanych zmiennych. Dodatkowo Peruwianki miały częściej zdiagnozowane CPTSD (72,2%) niż Polki (52,9%). Hipoteza piąta zakładająca analogiczne zależności wśród mężczyzn również nie została potwierdzona. W analizie wyników uzyskano częściowo odwrotne zależności. Peruwiańczycy mieli niewiele wyższy poziom lęku jako stan niż Polacy, wyższy poziom lęku jako cechę w stosunku do Polaków a także większe nasilenie objawów depresyjnych. Nie stwierdzono znaczących różnic między występowaniem objawów CPTSD.

Według danych w klasyfikacji ICD-11 częstość zaburzeń depresyjnych, lękowych (zespół lęku uogólnionego, agorafobia, zaburzenia paniczne) jest dwukrotnie wyższa u kobiet (WHO, 2024). Według danych przytoczonych przez Amaia Bacigalupe i jej współpracowniczek (2022) kobiety częściej są diagnozowane z depresją i lękiem oraz częściej są im przepisywane leki, bywają również bardziej obciążone obowiązkami domowymi i pracą, co jest dodatkowym czynnikiem ryzyka wystąpienia zaburzeń. Na podstawie analizy Roberty Alves i jej współpracowniczek (2021) można opisać trzy grupy czynników wpływających na występowanie zaburzeń psychicznych u kobiet, obejmujących stany lękowe, depresję, myśli samobójcze oraz drażliwość, bezsenność i uczucie zmęczenia. Do pierwszej z nich należą czynniki społeczno-ekonomiczne. Wśród nich wymienione zostały częstsze niż w przypadku mężczyzn bezrobocie, niższe dochody, zadłużenie oraz niższy poziom wykształcenia. Wśród czynników społecznych i osobistych na podstawie dokonanej analizy, wymienia bycie gospodynią domową, samotność z powodu rozwodu lub śmierci partnera, niska samoocena zdrowia i obecność nałogów, do których zalicza się palenie papierosów. W trzeciej grupie czynników biologicznych wymienione zostały zmiany hormonalne w okresie miesiączki, ciąży, menopauzy oraz podczas stosowania antykoncepcji hormonalnej.

Uzyskane wyniki we wspomnianych hipotezach potwierdzają wcześniej przytoczone badania dotyczące częstszego występowania zaburzeń lękowych i depresyjnych wśród Peruwiańczyków. Wyraźną korelację można również zauważyć odnosząc się do ogólnych różnic między płciami przedstawionymi w klasyfikacji ICD-11 (2024). Na uwagę zasługuje wyraźna różnica między występowaniem zaburzeń lękowych i depresyjnych między Peruwiankami a Polkami. Przywołana wcześniej baczka Alves (2021) w swojej analizie opisuje częstsze występowanie zaburzeń u kobiet w Ameryce Łacińskiej, z powodu warunków społeczno-ekonomicznych i ograniczonego dostępu do usług zdrowotnych. Według danych przytoczonych przez Edith Medina-Hernández wraz z współpracowniczkami (2021) kobiety w Ameryce Łacińskiej często doświadczają nierówności ekonomicznej. Zarobki ponad 50% kobiet są poniżej minimalnej płacy, kobiety również często pracują w sektorach o niskiej produktywności są zatem bardziej narażone na ubóstwo. Na znaczne nierówności wskazuje



także niska reprezentacja kobiet w polityce oraz na wyższych stanowiskach odpowiedzialnych za procesy decyzyjne. Istotnymi czynnikami wpływającym na brak poczucia bezpieczeństwa wśród peruwiańskich kobiet i na większe ryzyko wystąpienia CPTSD są kulturowo akceptowana przemoc domowa nazywana *machismo* oraz *femicidio* czyli powszechne morderstwa kobiet ze względu na płeć (zob. 3.3.1 Dane strukturalne dotyczące rodziny peruwiańskiej i występujących w niej dysfunkcji.).

Hipoteza szósta zakładająca, że kobiety, u których zdiagnozowano CPTSD, w obu krajach w porównaniu do mężczyzn, charakteryzują się wyższym poziomem lęku i większym nasileniem objawów depresyjnych została częściowo potwierdzona. Analiza wyników przedstawia różnice między kobietami i mężczyznami ze zdiagnozowanym CPTSD w zakresie poziomu lęku i depresji. Wyniki pokazują, że kobiety z CPTSD mają wyższy poziom symptomów depresyjnych niż mężczyźni, co jest zgodne z ogólnymi tendencjami epidemiologicznymi dotyczącymi zaburzeń psychicznych. Jak wskazują dane WHO (2024), zaburzenia depresyjne i lękowe są średnio dwukrotnie częstsze u kobiet niż u mężczyzn. Podobne informacje przedstawiają przytoczone wcześniej prace Amai Bacigalupe i jej współpracowniczek (2022) oraz Roberta Alves i jej współpracowniczek (2021) podkreślając, że kobiety częściej doświadczają depresji i lęku, co prawdopodobnie wynika zarówno z czynników biologicznych, jak i społecznych.

Interesująca jest jednak kwestia lęku jako cechy, gdzie uzyskano odwrotne wyniki niż zakładano. Kobiety z CPTSD wykazywały niższy poziom lęku jako cechy niż mężczyźni, co uwidacznia występujące różnice w ekspresji emocji i sposobach radzenia sobie ze stresem. Jak wskazują badania R. Alves, kobiety często mają silniejsze sieci wsparcia społecznego, co może częściowo zredukować lęk, choć jednocześnie są bardziej podatne na epizody depresyjne (Alves i in., 2021). Z kolei wyniki dla lęku jako stanu nie wykazały istotnych różnic między płciami, sugerując, że chwilowy („w tym momencie”) poziom lęku może być podobny w obu grupach, niezależnie od płci. Możliwe, że długoterminowe mechanizmy radzenia sobie z CPTSD różnią się między kobietami i mężczyznami, co znalazło odzwierciedlenie w różnicy w nasileniu lęku jako cechy. Kwestia wymaga jednak dalszych badań i analiz, w różnych kontekstach kulturowych.

Miejsce zamieszkania wyodrębniono jako kolejny ważny czynnik występujących różnic. Hipoteza ósma, dotycząca różnic między mieszkańcami dużych miast (>100 tys. mieszkańców) a mniejszych miejscowości (<100 tys.), została częściowo potwierdzona. Osoby zamieszkujące mniejsze miejscowości w Polsce i Peru charakteryzowały się niższym poziomem lęku jako stan i cecha oraz mniejszym nasileniem objawów depresyjnych niż



mieszkańcy większych miast. Jednocześnie nie wykazano różnic w odsetkach osób z diagnozą CPTSD między grupami zamieszkującymi małe i duże miasta, a więc ta część hipotezy nie została potwierdzona.

Niepotwierdzona pierwsza część hipotezy sugeruje, że mniejsze miejscowości są bardziej sprzyjające dobrostanowi. Przeprowadzono wiele badań analizujących wpływ czynników w większych miastach oraz mniejszych miejscowościach na powstawanie zaburzeń depresyjnych i lękowych. Próbę wyjaśnienia dokonał Levi Bonnell i współpracownicy (2022) badając 2762 dorosłych pacjentów z podstawowej opieki zdrowotnej, mających przynajmniej dwa przewlekłe schorzenia (np. choroby serca, płuc, cukrzyca, bezsenność) dodatkowo korzystających z podstawowej opieki zdrowotnej przynajmniej dwa razy ciągu 24 miesięcy, w tym jednej wizyty w ostatnich 6 miesiącach. Dane zostały zebrane przed pandemią COVID-19 w latach 2016-2021. Badana grupa to osoby w wieku 53 – 71 lat, z czego 64% to kobiety, 48% było w związku małżeńskim, 54% bez wyższego wykształcenia. Najczęściej występujące schorzenia wśród badanych to: (a) przewlekły ból (84%), (b) nadciśnienie (82%), (c) zaburzenia lękowe i depresja (64%), (d) choroby serca i cukrzyca (45%). Główną zmienną zależną było miejsce zamieszkania, określone na podstawie klasyfikacji opartej na gęstości zaludnienia i schematach dojazdów do pracy - RUCA (*Rural-Urban Commuting Areas*). Wśród badanych, zmierzono również poziom lęku, natężenie symptomów depresji, ogólną ocenę zdrowia psychicznego i fizycznego oraz pomiaru sprawności funkcjonalnej i zdolności do wykonywania czynności. Przeprowadzona próba wskazuje wyższe poziomy lęku oraz depresji u mieszkańców miast w stosunku osób zamieszkujących wioski. Mieszkańcy miast cechowali się również gorszym ogólnym zdrowiem psychicznym, mniejszą sprawnością funkcjonalną oraz przewlekłym bólem, ujawniając większe trudności w wykonywaniu codziennych aktywności. Badanie nie wykazało istotnych różnic w poziomie zmęczenia, snu oraz funkcjonowania społecznego.

Nieco inny rodzaj badania został przeprowadzony przez badacza Jiayuan Xu i jego współpracowników (2023) wśród 156 075 dorosłych mieszkańców Wielkiej Brytanii. Dotyczyło ono występowania objawów depresyjnych, lękowych i niestabilności emocjonalnej w różnych miejscach zamieszkania i narażeniu na czynniki miejskie, takie jak zanieczyszczenie powietrza i hałas, dostęp do zieleni przestrzeni wodnych, gęstość zabudowy i dostęp do usług miejskich oraz poziom deprivacji społecznej. Badane osoby były w wieku 41-77 lat, z czego 72 770 to mężczyźni. Badacze mieli dostęp do analizy asocjacji genomowej GWAS 76 508 osób oraz danych neuroobrazowania mózgu 14 988 uczestników. Wśród 8 705 osób zbadano interakcję genetyczną i objętość mózgu. Dane pochodziły z UK Biobank.



Wszystkie osoby wypełniały kwestionariusz opisujący objawy depresyjne i lękowe oraz niestabilności emocjonalnej. W wynikach zaprezentowano trzy profile środowiskowe, które były silnie skorelowane z grupami objawów zaburzeń psychicznych, czyli: (a) zanieczyszczenie środowiska i deprywacja społeczna wpływa na powstawanie zaburzeń depresyjnych, (b) bliskość zieleni i dostęp do natury powoduje zmniejszenie stanów lękowych, (c) gęsta zabudowa i wysoka urbanizacja sprzyja niestabilności emocjonalnej. Na podstawie analizy asocjacji genomowej GWAS ustalono, że geny, takie jak CRHR1 odpowiedzialne są za odpowiedź na stres, EXD3 odpowiadają za metabolizm serotoniny oraz IFT4 pełni ważną funkcję mediacji emocji. Na podstawie analizy moderowanej mediacji ustalono, że określone geny powodują większą wrażliwość na wpływ środowiska. Choć badanie to nie dotyczyło wprost podziału na wielkość miejscowości, to pokazało w jaki sposób zróżnicowane dzielnice miejskie wpływają na stan zdrowia psychicznego. U ludzi mieszkających w bezpiecznych dzielnicach z obszarami zieleni, niskim natężeniem hałasu oraz niskimi zabudowaniami podobnie jak w mniejszych miejscowości zauważa się niższe natężenia objawów depresyjnych i lękowych.

Przeanalizowane badania Bonnell i in. (2022) oraz Xu i in. (2023) wskazują na znaczące czynniki środowiskowe, które mogą wpływać na zdrowie psychiczne populacji miejskiej i wiejskiej. Wysokie natężenie stresorów środowiskowych w dużych miastach, np. zanieczyszczenie powietrza, hałas, deprywacja społeczna i ograniczony dostęp do terenów zielonych, także mogą oddziaływać na wystąpienie wyższych poziomów lęku i depresji. Wyniki te są zgodne z uzyskanymi danymi, które wykazały, że mieszkańcy mniejszych miejscowości w Polsce i Peru charakteryzowali się niższymi poziomami lęku i depresji niż mieszkańcy większych miast. Należy również zaznaczyć, że w Peru badane osoby pochodziły w większości z Limy, która jest dużym miastem. Dodatkowo brak różnic w częstości diagnoz CPTSD między grupami wskazuje, że na powstanie i rozwój zaburzenia mogą wpływać inne czynniki niż miejsce zamieszkania. Literatura przedmiotu opisując czynniki środowiskowe odnosi się do środowiska rodzinnego, stylów wychowania oraz przekonań. Analizując dalsze implikacje, wyniki badań Xu i in. (2023) sugerują, że czynniki genetyczne mogą odgrywać kluczową rolę w podatności na wpływ środowiska miejskiego. Wrażliwość genetyczna i psychiczna na stresory miejskie może prowadzić do większej podatności na zaburzenia lękowe i depresyjne w określonych populacjach. Wyniki te podkreślają konieczność podejścia interdyscyplinarnego, łączącego psychologię, genetykę i nauki o środowisku w badaniach nad zdrowiem psychicznym.



Hipoteza siódma zakładająca, że dorośli w Polsce zamieszkujący miasta powyżej 100 tys. mieszkańców w porównaniu do Peruwiańczyków żyjących w tych samych skupiskach miejskich charakteryzują się wyższym poziomem lęku jako stan i jako cecha, większym nasileniem objawów depresyjnych oraz częstszym występowaniem CPTSD nie została potwierdzona. Stwierdzono odwrotne zależności, z czego najsilniejszy efekt wystąpił dla zmiennej określającej poziom depresji, następnie dla lęku jako cecha oraz lęku jako stan.

Oprócz możliwego wyjaśnienia opisanego przy okazji hipotezy drugiej, mówiącego o kulturowych idiomach stresu wpływających na objawy depresyjne i lękowe, można również wskazać kolejny czynnik mogący przyczynić się do zwiększonych wskaźników występowania objawów lękowych i depresyjnych u Peruwiańczyków, mieszkających w miastach powyżej 100 tys. osób. Jak opisuje rozdział 3.3 *Przemiany społeczno-kulturowe a struktura życia rodzinnego w Peru* – Lima, wśród której byli badani z tego kraju, od lat jest miastem, do którego masowo migrują ludzie z wiosek w celu poszukiwania pracy i lepszych warunków życia oraz edukacji. Masowy wzrost migracji wewnątrz kraju odnotowano już w 1940 roku. Jak wskazują dane opublikowane przez INEI (2017) w Peru żyje 20,3% ludzi, którzy zmienili miejsce zamieszkania przeprowadzając się do większych miast. Jak zauważa brytyjski psychiatra Dinesh Bhugra (2004) osoby migrujące bardzo często doświadczają trudności adaptacyjnych związanych z nowym miejscem zamieszkania, brakiem stabilności ekonomicznej, trudnościami w znalezieniu pracy, gorszymi warunkami mieszkaniowymi a także brakiem wsparcia społecznego. Przejście z małych wiosek do wielkich miast może prowadzić do konfliktów kulturowych i społecznych, związanych również z utratą tradycyjnych więzi oraz koniecznością adaptacji do nowych norm i stylu życia. Biorąc pod uwagę wieloletnią falę migracji istnieje przypuszczenie, że na przestrzeni lat wiele rodzin zmagало się z trudnościami adaptacyjnymi, co mogło się przekładać na bezpieczeństwo wychowania dzieci. Amerykańska psycholog Ivellise Torres Fernández wraz z współpracownikami (2018), dokonując analizy wpływu psychologicznego migracji opisuje *akulturacyjny stres (acculturative stress)*. Migranci często muszą się zmierzyć z takimi trudnościami, jak brak stabilności, niepewność ekonomiczna czy izolacja społeczna, dodatkowo w miejscu pracy często doświadczają wyczerpania ekonomicznego, które mogą spowodować permanentny stres, pogarszając tym samym zdrowie psychiczne, szczególnie w wyższych objawach lękowych oraz depresyjnych. Powołując się na badania przytoczone w poprzedniej hipotezie, można wywnioskować, że kolejnym trudnym czynnikiem jest sam fakt życia w mieście i konieczność funkcjonowania w nim. Jak zauważa Piotr Gozdowski (2019) wielu migrantów osiedla się w sposób chaotyczny, tworząc osiedla biedy bez dostępu



do podstawowych usług takich jak elektryczność, woda, kanalizacja i Internet. Tym, z czym muszą zmierzyć się nie tylko osoby migrujące do wielkich miast w Peru, ale również i osoby mieszkające w nich od lat, to trudne i często pogarszające się warunki życia przez wyraźne przeludnienie.

Kolejnym, znaczącym czynnikiem wpływającym na podwyższony poziom lęku i depresji wśród mieszkańców dużych miast w Peru jest brak stabilności zatrudnienia i powszechność pracy w szarej strefie. Według raportu Światowego Banku z 2022 roku, ubóstwo dotknęło 27,5% mieszkańców miast w Peru co dało wzrost aż o 7,3% punktu procentowego od 2019 r. Obserwuje się również *urbanizację ubóstwa*, ponieważ aż 70% osób ubogich mieszka w miastach, natomiast 40% wszystkich Peruwiańczyków żyje w na granicy ubóstwa, przez co nawet niewielkie problemy lub chwilowe kryzysy mogą spowodować biedę w ich rodzinach. Trzy na cztery osoby w Peru pracują nieformalnie, co oznacza brak odprowadzanych składek ubezpieczeniowych i emerytalnych oraz niestabilność dochodów, a często także wycisk ekonomiczny. Przytoczone dane wskazują więc, że wyższy poziom lęku i depresji wśród mieszkańców dużych miast w Peru, w jakimś stopniu wynika z wieloletnich procesów migracyjnych, trudności adaptacyjnych, urbanizacji ubóstwa oraz niestabilności ekonomicznej. Czynniki te niewątpliwie mają znaczenie dla pojawiających się trudności w sferze emocjonalnej.

Bycie w związku, zarówno formalnym, jak i nieformalnym, jest następnym istotnym czynnikiem korelującym ze zdrowiem psychicznym, co potwierdzają wyniki badania dotyczące kolejnych założeń. Analiza hipotezy dziewiątej wykazała, że osoby pozostające w związkach charakteryzują się niższym poziomem lęku i depresji w porównaniu do osób samotnych. Wskazuje to na kluczową rolę wsparcia społecznego, które może stanowić mechanizm ochronny w radzeniu sobie z lękiem oraz traumą. Wyniki te są zgodne z ustaleniami innych badań, potwierdzających, że stabilne relacje interpersonalne przyczyniają się do lepszego funkcjonowania emocjonalnego i zmniejszenia ryzyka rozwoju zaburzeń psychicznych (Kirkbride i in., 2024).

Jednocześnie hipoteza dziesiąta, która zakładała, że osoby będące w związku w Polsce powinny cechować się wyższym poziomem lęku i depresji niż osoby w związkach w Peru, została odrzucona. W rzeczywistości wystąpiła odwrotna zależność – osoby w związkach w Peru mają wyższy poziom depresji i lęku niż ich odpowiednicy w Polsce. Różnica ta może wynikać z kulturowych norm dotyczących ról w związku oraz odmiennych wzorców relacji partnerskich w obu krajach. W kulturach latynoamerykańskich, w tym w Peru, tradycyjne role płciowe wciąż odgrywają istotną rolę, co może prowadzić do zwiększonego poziomu stresu



wśród partnerów, zwłaszcza kobiet, które często są odpowiedzialne zarówno za pracę zawodową, jak i obowiązki domowe (Mamani López, 2020). Dodatkowo w krajach o bardziej konserwatywnym podejściu do rodziny i małżeństwa, istnieje większa presja społeczna na utrzymanie związku, nawet jeśli jest on dysfunkcyjny, czego konsekwencją jest kumulacja negatywnych emocji i zwiększony poziom lęku i depresji. Nie bez znaczenia pozostaje wspomniana już kultura machismo, która znacząco „odciska się” na jakości relacji partnerskich.

Jak zostało wspomniane, wsparcie emocjonalne, które często jest obecne w zdrowych relacjach partnerskich, redukuje podatność na negatywne objawy psychiczne. Odzwierciedla się to w wielu innych badaniach, wykazując, że małżeństwo i związki partnerskie mają funkcję profilaktyczną wobec zdrowia psychicznego (Holt-Lunstad i in., 2015). Kolejne wyniki badań także wskazują na wyraźne powiązanie między satysfakcją małżeńską a zdrowiem psychicznym i fizycznym. Jak zauważa Tkacz (2024), szczęśliwe małżeństwa zapewniają poczucie bezpieczeństwa, co przekłada się na lepsze samopoczucie i mniejsze ryzyko wystąpienia depresji oraz zaburzeń lękowych. Natomiast konflikty w relacji, są czynnikiem ryzyka dla przewlekłego stresu i zwiększonej podatności także na choroby somatyczne. Badania Bookwala i Jacobs (2004) oraz Carr i współpracowników (2014) wykazały, że w starszych grupach wiekowych, satysfakcja ze związku jest silnie skorelowana z poziomem objawów depresyjnych – osoby pozostające w małżeństwach o wysokiej jakości (innymi słowy – szczęśliwych i wspierających w odczuciu badanych) wykazują mniejsze objawy depresji.

Badania empiryczne pokazują również mechanizmy leżące u podstaw tej zależności. Wysokiej jakości związki charakteryzują się większym poziomem wsparcia międzyludzkiego i są jednym z kluczowych czynników ochronnych przed depresją (Carr i in., 2014). W szczególności kobiety wydają się czerpać większe korzyści z małżeństwa w zakresie zdrowia psychicznego, gdyż otrzymują więcej wsparcia emocjonalnego od partnera. Ukazano również, że niski poziom wsparcia partnerskiego jest powiązany z objawami depresji, a wysoki poziom wsparcia skutkuje mniejszym nasileniem objawów (Choi i Ha, 2011).

Długofalowe analizy prezentują, że zadowolenie z małżeństwa wpływa także na ogólne poczucie dobrostanu i zadowolenia z życia (Margelish i in., 2017). Co istotne, badania uwidaczniają, że jakość relacji wpływa na zdrowie obojga partnerów, ale w różny sposób: kobiety częściej odczuwają skutki emocjonalne konfliktów w związku, natomiast mężczyźni są bardziej podatni na somatyczne konsekwencje stresu, takie jak choroby układu sercowo-naczyniowego (Liu & Waite, 2014).



Wyniki uzyskane w niniejszym badaniu są spójne z szeroko zakrojonymi badaniami międzykulturowymi nad związkiem między stanem cywilnym a ryzykiem występowania objawów depresji i lęku. Badanie przeprowadzone przez Zhai X. oraz współpracowników (2024) w siedmiu krajach potwierdziło, że osoby niebędące w związku małżeńskim są bardziej narażone na rozwój objawów depresyjnych. Autorzy podkreślili, że różnica ta była szczególnie widoczna w krajach zachodnich, takich jak USA, Wielka Brytania i Irlandia, gdzie samotne osoby, zwłaszcza wysoko wykształceni mężczyźni, cechowali się wyższym poziomem depresji niż ich zamężni/żonaci odpowiednicy. Podobne wyniki uzyskano w badaniach przekrojowych, które wykazały, że związki partnerskie i małżeństwo mogą pełnić funkcję ochronną przed negatywnymi skutkami zdrowotnymi. Analiza wykazała także, iż osoby pozostające w związkach rzadziej angażują się w zachowania ryzykowne np. nadmierne spożycie alkoholu i palenie tytoniu, które mogą dodatkowo zwiększać stany depresyjne. Autorzy zwracają także uwagę na możliwy wpływ norm kulturowych na zdrowie psychiczne. W społeczeństwach wschodnich i latynoamerykańskich, silnie zakorzenione są tradycyjne role płciowe oraz inne są oczekiwania wobec życia rodzinnego niż w krajach zachodnich. Może (choć nie musi) skutkować to dodatkowymi obciążeniami psychicznymi, szczególnie dla osób pozostających w związkach. Autorzy nie rozwijają szczegółowo tej kwestii, sugerując, że wzorce społeczne i normy dotyczące relacji mogą być czynnikiem ryzyka wyższego poziomu depresji w tym regionie. Badacze podkreślają również konieczność dalszych badań nad kulturowymi różnicami w zakresie zdrowia psychicznego i znaczenie stanu cywilnego na jego kondycję. Wskazują na potrzebę lepszego zrozumienia, w jaki sposób czynniki społeczno-kulturowe, takie jak stygmat samotności, normy płciowe oraz różnice w regulacji emocji, prowadzą do ryzyka depresji w poszczególnych państwach. Sugerują także, że samo bycie w związku niekoniecznie działa ochronnie w każdym kontekście kulturowym, a mechanizmy kształtujące dobrostan psychiczny mogą się różnić w zależności od lokalnych norm społecznych i obyczajów.

Wnioski te wpisują się w szerszą literaturę na temat psychologii związków – stabilne relacje są jednym z głównych czynników chroniących przed rozwojem zaburzeń psychicznych, ale tylko pod warunkiem, że opierają się na wsparciu emocjonalnym, a nie na presji społecznej, konstruktach kulturowych i nierównych oczekiwaniach wobec partnerów (Braithwaite i Holt-Lunstad, 2017).

Uzyskane wyniki w weryfikacji hipotez dotyczących korzystania z pomocy psychologicznej, dostarczyły kolejnych, istotnych informacji, podkreślających znaczenie profesjonalnego wsparcia w kontekście zdrowia psychicznego, osób pochodzących z rodzin



dysfunkcyjnych. Hipoteza jedenasta została częściowo potwierdzona – osoby korzystające z pomocy psychologicznej charakteryzowały się niższym poziomem lęku jako stan oraz mniejszym nasileniem objawów depresyjnych, w porównaniu do osób niekorzystających z pomocy psychologicznej. Wyniki te wskazują na skuteczność profesjonalnego wsparcia w redukcji negatywnych objawów emocjonalnych i psychologicznych. Obniżenie poziomu lęku jako stan sugeruje, że interwencje terapeutyczne przyczyniają się do zmniejszenia subiektywnego napięcia i niepokoju, związanego z bieżącymi wydarzeniami. Jednak w przypadku lęku jako cecha hipoteza nie została potwierdzona. Co więcej, osoby korzystające z pomocy psychologicznej ujawniły niższy poziom lęku jako cecha. Jest to zatem wynik odwrotnym od założeń.

Jak zauważa Francesca Saviola wraz z współpracownikami (2020), lęk jako cecha będący predyspozycją osobowościową do odczuwania lęku różnych sytuacjach oraz napięcia i niepokoju jest związany ze strukturalnymi zmianami w mózgu, w przeciwieństwie do lęku jako stan, będącym chwilowym, sytuacyjnym stanem emocjonalnym, wywołanym przez stresowe wydarzenie. Strukturalne zmiany obejmują przekształcenia w przednich obszarach mózgu, takich jak zakręt obręczy związany z przetwarzaniem emocji oraz przedniej części kory czołowej, odpowiedzialnej za kontrolę impulsów i podejmowanie decyzji. Zmiany zauważa się również w hipokampie, odpowiadającym za pamięć emocjonalną i skłonność do nadmiernego martwienia się o przyszłe wydarzenia a także w ciele migdałowatym, co w efekcie przyczynia się do nadwrażliwości na bodźce emocjonalne.

Podobne wnioski przedstawili badacze Ignatia Farmakopoulou i współpracownicy (2024) wskazując na wyższy poziom lęku jako cechy u osób pochodzących z rodzin dysfunkcyjnych oraz na pozytywny wpływ terapii poznawczo-behawioralnej, redukującej lęk jako stan poprzez techniki relaksacyjne i uważności, pozwalające lepiej regulować emocje w reakcji na stresującą sytuację. Zmniejszenie natężenia lęku jako cecha wymaga dłuższego okresu terapii CBT, pomagając pacjentowi w zmianie negatywnych schematów myślenia, które powodują lęk. Z badań prowadzonych przez Michała Mielimąkę i współpracowników (2017) wynika, że podczas stosowania psychoterapii grupowej w nurcie integracyjnym z dominującym podejściem psychodynamicznym oraz elementami terapii poznawczo-behawioralnej obserwowalna jest jej skuteczność w redukowaniu objawów zarówno lęku jako stan oraz lęku jako cecha.

Aktualne badania pokazują, że działanie terapeutyczne w odniesieniu do lęku jako stan szybko przynoszą efekty, natomiast lęk jako cecha charakteryzuje się poważniejszymi zmianami w strukturze mózgu i wymaga dłuższego leczenia. Przeprowadzone w niniejszej



pracy badania pokazują, że osoby korzystały ze skutecznej formy pomocy psychologicznej, która pomogła zmniejszyć objawy zarówno lęku jako stan jak i jako cecha, a także zmniejszyć nasilenie objawów depresyjnych.

Nie potwierdzono natomiast zależności między korzystaniem z pomocy a występowaniem CPTSD. Uzyskane różnice w odsetkach osób ze stwierdzonym CPTSD w okazały się nieistotne statystycznie. Ta niepotwierdzona część hipotezy może wynikać z faktu, że złożony zespół stresu pourazowego jest stosunkowo nową jednostką chorobową, a stosowane obecnie formy terapii zostały przebadane i sprawdzone pod kątem kryteriów PTSD. Jak opisano w rozdziale 4.3 *Złożony zespół stresu pourazowego w ICD-11*, charakteryzuje się dodatkowo objawami DSO, na które składają się trudności w regulowaniu emocji, negatywne przekonania o sobie oraz trudności w relacjach interpersonalnych. Standardowe podejście terapeutyczne, skupiające się tylko na objawach lękowych i depresyjnych jest niewystarczające w redukcji objawów CPTSD. Obecnie opracowywane są nowe formy terapii opisane w rozdziale 4.5 *Terapia CPTSD*, a także badana jest ich skuteczność, co potwierdza potrzebę stosowania adekwatnych form leczenia dla omówionej jednostki chorobowej.

Niestwierdzona istotna zależność między korzystaniem z pomocy a występowaniem CPTSD wskazuje na pewną, ograniczoną skuteczność standardowych form terapii w leczeniu objawów CPTSD. Prawdopodobnie istnieje konieczność wdrażania nowych, skuteczniejszych i bardziej kompleksowych form terapii uwzględniających specyfikę tego zaburzenia.

Hipoteza dwunasta, dotycząca porównania Polaków i Peruwiańczyków niekorzystających z pomocy psychologicznej, została odrzucona. Wyniki wskazały, że osoby z Perú, które nie korzystały z pomocy, charakteryzowały się wyższym poziomem lęku oraz nasileniem objawów depresyjnych, w porównaniu do Polaków z tej samej grupy. Co więcej, zależność między krajem zamieszkania a korzystaniem z pomocy psychologicznej wykazały, że u Peruwiańczyków, którzy nie korzystali z pomocy, poziom lęku jako stan był znacząco wyższy ($M = 8,16$) niż w przypadku Polaków ($M = 6,68$). Podobne zależności zaobserwowano dla lęku jako cecha i objawów depresyjnych.

Przytoczone w rozdziale 6.4 *Występowanie zaburzeń lękowych* obrazuje znacznie większy wzrost procentowej wartości w Perú niż Polsce i na świecie. Nagły wzrost diagnozowanych przypadków w ostatnich latach prawdopodobnie wynika zarówno z rzeczywistego wzrostu liczby zaburzeń, jak i z poprawy systemu diagnostycznego. Jest to konsekwencja wdrażania przez Ministerstwa Zdrowia programów, zwiększających dostęp do wsparcia w zakresie zdrowia psychicznego (Rondon, 2009). Dodatkowo opisany w rozdziale



4.3.3 *Wpływ czynników kulturowych* przedstawia trzy specyficzne koncepcje stresu występujące w Ameryce Łacińskiej, prowadzących do występowania i postrzegania zaburzeń.

Badania przeprowadzone przez Bruno Lima Nogueira i współpracowników (2015) wskazują, że kulturowe idiomy stresu, a zwłaszcza *ataque de nervios* są często związane z występowaniem zaburzeń lękowych, a także mogą być przyczyną zaburzeń depresyjnych. Osoby w Ameryce Południowej mogą również utożsamiać objawy zaburzeń ze stanami duchowymi oraz traktować je jako integralną część życia przez co nie szukają profesjonalnej pomocy.

Odnosząc się do analizy badań *World Mental Surveys* dokonanej przez Jordiego Alonso i współpracowników (2018) zauważa się, że w krajach o niskim i średnim dochodzie (w tym w Peru) jest bardzo ograniczony dostęp do leczenia, występuje również niska świadomość o potrzebie profesjonalnej pomocy, co więcej odnotowano jeden z najniższych poziomów leczenia zaburzeń lękowych. Dodatkowymi czynnikami, wyszczególnionymi w analizie jest brak wystarczającej ilości wykształconych psychoterapeutów, wysokie koszty leczenia sprawiające, że wiele osób nie może sobie pozwolić na profesjonalną pomoc, a także stygmatyzacja zdrowia psychicznego powodująca niechęć przed diagnozą i leczeniem. Powołując się na wcześniej przytoczone badania przeprowadzone przez Jiayuan Xu i jego współpracowników (2023) stwierdza się, że sam dostęp do możliwości leczenia powoduje poczucie większego bezpieczeństwa i nie przyczynia się do pogłębiania symptomów lęku i depresji.

Analiza badań nie wykazała też znaczących różnic w występowaniu CPTSD między grupami. Odsetki osób ze stwierdzonym CPTSD były zbliżone (53,8% w Polsce i 40,2% w Peru). Według badań prowadzonych przez Thomasa Karatzias wraz z współpracownikami (2019) osoby, które doświadczyły traumatycznych wydarzeń w dzieciństwie nie doświadczały szybkiej poprawy w czasie terapii w przeciwieństwie do innych osób. Natomiast wyniki przeprowadzonych analiz przez Marcina Rzeszutka wraz z współpracownikami (2024) wskazują, że znaczenie traumatycznych doświadczeń w dzieciństwie jest silnym predyktorem wystąpienia CPTSD. Ponieważ badana w pracy grupa osób, charakteryzowała się trudnymi doświadczeniami w rodzinie pochodzenia, przypuszcza się, że niskie wyniki terapii związane z obniżeniem symptomów złożonego zespołu stresu pourazowego wynikają ze skumulowanych traumatycznych przeżyć oraz złożoności zaburzenia. Choć podkreślane przez klasyfikacje ICD-11, DSM-5-TR a także w niniejszej pracy czynniki kulturowe, odgrywają istotne znaczenie w wystąpieniu CPTSD oraz jego ekspresji, to aby dokładniej poznać funkcjonujące mechanizmy, należałoby przeprowadzić dodatkowe badania



uwzględniające specyfikę kultury, różnice w traumatycznych doświadczeniach oraz dostępność adekwatnego wsparcia w populacjach i miejscu zamieszkania (Eberle i in., 2024).

Ostatnia hipoteza zakładała, że osoby niekorzystające z profesjonalnej pomocy psychologicznej mają wyższy poziom lęku i depresji w porównaniu do osób, które skorzystały z takiej pomocy, a różnica ta jest większa wśród Peruwiańczyków niż wśród Polaków. Wyniki badań potwierdziły tę hipotezę, wykazując istotne różnice zarówno w zakresie lęku jako stan, lęku jako cecha, jak i objawów depresyjnych.

Analiza tych założeń wykazała, że osoby niekorzystające z profesjonalnej pomocy miały wyższy poziom lęku jako stan oraz lęku jako cecha niż osoby, które z tej pomocy skorzystały. W przypadku objawów depresyjnych potwierdzono, że osoby niekorzystające z pomocy miały wyższy poziom symptomów depresji w porównaniu do osób, które skorzystały z terapii. W szczególności, Peruwiańczycy niekorzystający z pomocy wykazywali znacznie wyższy poziom depresji w porównaniu do Polaków z tej samej grupy sugerując, że brak dostępu do leczenia może mieć szczególnie negatywny wpływ na stan psychiczny mieszkańców Peru.

Wyniki analizy interakcji wskazały również, że osoby z Peru, które nie korzystały z pomocy, miały wyraźnie wyższy poziom lęku jako stan i jako cecha w porównaniu do Polaków niekorzystających z pomocy. Różnica między osobami korzystającymi i niekorzystającymi z pomocy była większa wśród Peruwiańczyków niż wśród Polaków. U Peruwiańczyków różnica w poziomie lęku jako stan wynosiła 2,59 punktu ($p=0,001$), podczas gdy u Polaków różnica była znacznie mniejsza i statystycznie nieistotna ($p=0,248$). Podobne zależności zaobserwowano dla objawów depresyjnych, gdzie różnica między osobami korzystającymi i niekorzystającymi z pomocy była znacznie większa w Peru niż w Polsce (14,33 punktu dla Peruwiańczyków, $p = 0,010$ i 3,44 dla Polaków, $p = 0,205$). Te wyniki potwierdzają, że brak dostępu do leczenia psychologicznego ma szczególnie negatywny wpływ na zdrowie psychiczne Peruwiańczyków, a osoby, które skorzystały z terapii, odniosły większe korzyści niż osoby korzystające z terapii w Polsce.

Kultura odgrywa zatem kluczową rolę w kształtowaniu zdrowia psychicznego jednostki, wpływając zarówno na jego występowanie, diagnozowanie, jak i skuteczność terapii. Badacze podkreślają, że kultura może pełnić rolę zarówno czynnika patogenego, czyli zwiększającego ryzyko wystąpienia określonych chorób, jak i terapeutycznego, działającego ochronnie. Normy społeczne, wartości kulturowe oraz wzorce zachowań mogą mieć wpływ na różnice w częstości występowania zaburzeń psychicznych, jak również na to, w jaki sposób są one postrzegane i leczone. Zaburzenia psychiczne mogą przyjmować różne formy w zależności



od kontekstu kulturowego. W kulturach zachodnich depresja często przejawia się w postaci obniżonego nastroju i poczucia winy, podczas gdy w kulturach wschodnich objawy mogą mieć charakter psychosomatyczny, np. zmęczenie czy bóle ciała. Różnice kulturowe mogą również stanowić przeszkodę w diagnozie i leczeniu zaburzeń psychicznych. Należy także zwrócić uwagę na patoplastyczność, czyli kulturowe uwarunkowanie wyrażania objawów chorób psychicznych, co czasami prowadzi do nadmiernej lub niedostatecznej patologizacji problemów pacjentów pochodzących z różnych kultur. W kulturach niezachodnich, w których nie akceptuje się otwartego wyrażania emocji, objawy depresji mogą być mylnie interpretowane jako dolegliwości somatyczne, w konsekwencji prowadząc do trudności w prawidłowej diagnozie. Kultura wpływa także na gotowość jednostek do poszukiwania pomocy psychologicznej. W niektórych społeczeństwach (np. Ameryka Łacińska) wciąż istnieje silna stygmatyzacja chorób psychicznych, co sprawia, że osoby cierpiące na depresję czy zaburzenia lękowe rzadziej zgłaszają się po pomoc. W literaturze zaznacza się, że w wielu krajach globalnego Południa pacjenci z zaburzeniami psychicznymi zgłaszają się do lekarza dopiero w bardzo zaawansowanych stadiach choroby, co wynika zarówno z ograniczonego dostępu do opieki zdrowotnej, jak i kulturowych przekonań na temat przyczyn chorób (np. wierzeń religijnych). W Ameryce Południowej, podobnie jak w niektórych społecznościach afrykańskich i azjatyckich, powszechne jest przekonanie, że zaburzenia psychiczne są wynikiem działania sił nadprzyrodzonych, duchów lub boskiej kary. Przykładem może być tzw. *susto* – w kulturze latynoamerykańskiej postrzegane jako utrata duszy spowodowana nagłym, traumatycznym wydarzeniem, co prowadzi do objawów przypominających depresję czy PTSD. Inny przykład to *tanatomania*, która najczęściej pojawia się u południowoamerykańskich Indian oraz ludności Afryki Środkowej. W jej wyniku u osoby rodzi się przekonanie, że rzucono na nią czar powodujący chorobę i musi zostać ukarana, za złamanie jakiegoś tabu. W konsekwencji zaczyna biec tak długo, aż doprowadzi się do stanu śmiertelnego wyczerpania. W wielu społecznościach rdzennej ludności Ameryki Południowej choroby psychiczne nie są traktowane jako medyczne zaburzenia, ale raczej jako brak równowagi duchowej. W takich przypadkach pacjenci częściej udają się do uzdrowicieli, szamanów lub kapłanów niż do lekarzy psychiatrów. Leczenie często obejmuje rytuały oczyszczające, stosowanie ziół czy modlitwy, a nie konwencjonalną psychoterapię czy farmakoterapię (Grzywa, 2017; Jakubik, 2003; Jaroszewska, 2013; Matsumoto i Juang, 2023).



8.4 Ograniczenia badań

Przeprowadzone badania dostarczyły wielu ważnych danych na temat występujących zależności między poziomem lęku, objawami depresyjnymi a występowaniem CPTSD w Polsce i Peru. Jednakże każde badanie ma swoje ograniczenia, które mogą w jakiś sposób zniekształcać lub utrudniać dokładną analizę. Uwzględnienie ich może być wzięte pod uwagę w przyszłych badaniach, by dokładniej zrozumieć mechanizmy kształtujące zdrowie psychiczne w różnych kontekstach kulturowych.

Jednym z kluczowych ograniczeń jest specyfika próby badawczej. W przypadku Peru badanie zostało przeprowadzone w Limie – stolicy kraju, która jest jednym z najbardziej zróżnicowanych miast pod względem demograficznym, kulturowym i społeczno-ekonomicznym. Brak informacji o tym, z jakich dzielnic pochodzili badani, stanowi istotny problem metodologiczny. Lima składa się zarówno z obszarów o wysokim standardzie życia, jak i z ubogich dzielnic, w których mieszkańcy mogą nie mieć dostępu do podstawowych usług, takich jak bieżąca woda, kanalizacja czy opieka zdrowotna. Istnieje możliwość, że różnice w zdrowiu psychicznym Peruwiańczyków były częściowo wynikiem ich sytuacji życiowej, która nie została dokładnie przeanalizowana w badaniu.

Peru jest krajem o niezwykle złożonej strukturze społecznej i etnicznej. Tworzą go trzy główne regiony geograficzne – wybrzeże (*costa*), góry (*sierra*) i dżungla (*selva*), a mieszkańcy kraju wywodzą się z 55 grup etnicznych, w tym rdzennych plemion indiańskich (Kamińska, 2021). Lima jako stolica jest miejscem migracji ludzi z całego kraju, co oznacza, że badani mogli pochodzić z różnych środowisk rodzinnych, mieć odmienne wartości kulturowe i różne mechanizmy radzenia sobie ze stresem. Brak uwzględnienia pochodzenia etnicznego i kontekstu społecznego badanych, utrudnia dokładną analizę czynników wpływających na zdrowie psychiczne.

Dodatkowo, badanie wykazało nierównowagę pod względem wieku respondentów. W Peru większość ankiet wypełnili młodzi ludzie, co może prowadzić do trudności w porównywaniu wyników z populacją starszych Polaków. Wyniki mogą nie być reprezentatywne dla całej populacji dorosłych mieszkańców Peru, szczególnie osób starszych, które mogą doświadczać odmiennych stanów psychicznych i społecznych.

Podobna nierównowaga wystąpiła w kwestii płci, gdyż w obu krajach większość ankiet wypełniły kobiety (ok 2/3 badanej grupy). Jest to istotny czynnik, biorąc pod uwagę, że kobiety częściej doświadczają objawów depresyjnych i lękowych. Nadreprezentacja kobiet w próbie może więc zawyżać średni poziom tych zmiennych i oddziaływać na interpretację wyników

oraz nie odzwierciedlać w pełni doświadczeń mężczyzn, którzy statystycznie rzadziej zgłaszają trudności psychiczne i są mniej skłonni do udziału w tego typu badaniach.

Kolejnym istotnym ograniczeniem jest brak badań porównawczych dotyczących zdrowia psychicznego między Polską a Perú. W literaturze nie znaleziono analiz uwzględniających jednocześnie oba kraje pod kątem CPTSD, lęku i depresji, co utrudnia bezpośrednie odniesienie uzyskanych wyników do wcześniejszych badań. Ponadto, nie odnaleziono także żadnych badań dotyczących występowania CPTSD oraz jego powiązań z lękiem i depresją w populacji peruwiańskiej, natomiast w Polsce dostępne analizy są nieliczne i nie ujmują tego zagadnienia w sposób kompleksowy. W związku z tym interpretacja wyników musiała opierać się na łączeniu danych pochodzących z różnych badań, prowadzonych w skali globalnej. Mogło to skutkować pewnymi uproszczeniami i ograniczać możliwość pełnego wyjaśnienia zaobserwowanych różnic.

Dodatkowym ograniczeniem jest fakt, że dominująca część literatury na temat zdrowia psychicznego i zaburzeń traumatycznych opiera się na zachodnich modelach teoretycznych i metodologicznych. Badania psychologiczne, zwłaszcza w zakresie PTSD i CPTSD, są w większości prowadzone w Europie Zachodniej i Ameryce Północnej, a więc w kulturach indywidualistycznych. Takie podejście często pomija istotne aspekty specyficzne dla kultur kolektywistycznych, np. wpływ wierzeń religijnych, norm społecznych czy rytuałów uzdrawiających, które w Ameryce Łacińskiej odgrywają istotną rolę w sposobie przeżywania wydarzeń stresowych. Brak uwzględnienia tych elementów w standardowych narzędziach diagnostycznych może prowadzić do niedoszacowania rzeczywistego poziomu zaburzeń w krajach latynoamerykańskich lub błędnej ich klasyfikacji.

Badanie nie uwzględniało także innych czynników, które mogły ingerować w wyniki. Nie zbierano szczegółowych danych dotyczących struktury rodziny pochodzenia badanych, poziomu wsparcia społecznego, stylu wychowania czy sytuacji ekonomicznej. Nie było zatem możliwe określenie, w jakim stopniu uzyskane dane są efektem okoliczności indywidualnych, a w jakim szczegółowych uwarunkowań środowiskowych. Głównie oparto się na informacji o typie występujących dysfunkcji w rodzinach pochodzenia respondentów.

Przeprowadzone badania miały miejsce w okresie popandemicznym, co także mogło oddziaływać na uzyskane dane. Pandemia Covid-19 miała ogólnoswiatowy wpływ na zdrowie psychiczne, zwiększając poziom lęku i depresji w różnych populacjach. Jednak reakcje społeczne, podjęte strategie i restrykcje różniły się w zależności od kraju. Skutki długoterminowe pandemii, takie jak destabilizacja gospodarcza, utrata pracy czy ograniczony

dostęp do pomocy psychologicznej, mogły przyczynić się do kształtowania wyników badania, ale nie zostały osobno uwzględnione w analizie.

Ważnym kontekstem, który może determinować wyniki badań przeprowadzonych w Polsce, jest trwająca wojna na Ukrainie. Konflikt ten ma wielowymiarowe konsekwencje, nie tylko dla samej Ukrainy, ale także dla sąsiadujących państw, w tym Polski, która od 2022 roku przyjęła kilka milionów uchodźców. Tak duża fala migracyjna stanowiła wyzwanie zarówno dla systemu społecznego, jak i gospodarczego. Mogło to także oddziaływać na stan psychiczny mieszkańców Polski. Wzrost poczucia zagrożenia, niestabilności oraz częstszy kontakt z osobami doświadczającymi traumy wojennej także mogły przyczynić się do pogorszenia samopoczucia psychicznego. Dodatkowo, badania pokazują, że bezpośrednia bliskość wojny, nawet jeśli dany kraj nie jest stroną konfliktu, wiąże się z konsekwencjami dla zdrowia psychicznego obywateli. Występują wtedy mechanizmy związane z niepokojem o przyszłość, zmienioną sytuacją gospodarczą oraz przeciążeniem systemu opieki zdrowotnej i społecznej (Zabłocka-Żytka i Lavdas, 2023). W Peru natomiast w ostatnich latach doświadczano poważnych kryzysów politycznych, masowych protestów i niepokoju społecznego, które także mogą w podobny sposób działać na pogorszone odczucie swojego wewnętrznego stanu (Łaciński, 2022).

Badanie miało charakter przekrojowy, czyli dane zostały zebrane w jednym momencie czasowym i nie oddają pełnego obrazu tego, czy obserwowane różnice wynikają z trwałych cech kulturowych, czy mogą ulegać zmianom wraz z upływem czasu i czynnikami sytuacyjnymi. Zalecane byłoby wykonanie badań podłużnych, dzięki którym możliwe byłoby jeszcze dokładniejsze zbadanie mechanizmów występowania CPTSD oraz jego korelację z poziomem lęku i objawów depresyjnych.



8.5 Wnioski

Przeprowadzone w niniejszej pracy badania stanowią pierwszą próbę porównania poziomu lęku, nasilenia objawów depresyjnych i złożonego zespołu stresu pourazowego wśród dorosłych z rodzin dysfunkcyjnych w Polsce i Peru. Dotychczasowa literatura nie obejmuje analiz porównawczych między tymi dwoma krajami w kontekście nasilenia lub występowania tych trzech zaburzeń psychicznych. Podkreśla to unikalność i pionierski charakter owej pracy. Uzyskane wyniki dostarczają istotnych informacji na temat wpływu czynników kulturowych, społeczno-ekonomicznych i systemowych na zdrowie psychiczne osób wychowujących się w rodzinach z trudnościami.

Główne wnioski z badania wskazują na występowanie zależności między CPTSD a nasileniem objawów lękowych i depresyjnych w obu analizowanych populacjach. Potwierdza to wcześniejsze badania nad traumą i jej długoterminowymi skutkami, ale jednocześnie ukazuje nowe aspekty, takie jak różnice w nasileniu tych objawów w zależności od kraju pochodzenia.

Ważnym wnioskiem wynikającym z badań jest potrzeba uwzględniania specyfiki kulturowej w psychologii klinicznej i badaniach nad traumą. Dominujące modele teoretyczne i narzędzia diagnostyczne są opracowywane głównie w kontekście zachodnim, co może prowadzić do ich ograniczonej trafności w kulturach, w których przeżywanie i interpretacja objawów psychicznych są odmienne. Nasze badanie wskazuje na konieczność poszerzenia badań nad CPTSD o populacje spoza Europy Zachodniej i Ameryki Północnej, uwzględniając lokalne normy społeczne, wierzenia oraz sposoby radzenia sobie ze stresem.

Kolejnym, zauważonym przez autorów pracy aspektem jest potrzeba dostosowania strategii terapeutycznych i interwencji psychiatrycznych do warunków kulturowych. Wdrażanie interwencji uwzględniających zarówno czynniki biologiczne, jak i specyfikę społeczno-ekonomiczną danego regionu, mogłoby poprawić skuteczność leczenia osób zmagających się z CPTSD, lękiem i depresją.

Dalsze badania powinny koncentrować się na pogłębieniu analizy czynników kulturowych oraz przeprowadzeniu badań podłużnych, które umożliwią lepsze zrozumienie mechanizmów rządzących występowaniem i nasileniem objawów tych zaburzeń. Wskazane byłoby także poszerzenie analiz o dodatkowe aspekty, takie jak wpływ relacji społecznych, dostęp do opieki psychologicznej oraz indywidualne strategie radzenia sobie z traumą w różnych kontekstach kulturowych.

Podsumowując, badania dokonane w tej pracy dostarczają w jakimś stopniu istotnych informacji na temat zdrowia psychicznego w Polsce i Peru, szczególnie w kontekście



konsekwencji dorastania w rodzinie dysfunkcyjnej. Analiza wyników wypełniła lukę w dotychczasowej literaturze. Stanowi także punkt wyjścia do dalszych analiz uwzględniających szersze spektrum czynników kształtujących zdrowie psychiczne w różnych kulturach.



Zakończenie

Zaprezentowana praca dyplomowa stanowi wkład w badania nad zdrowiem psychicznym osób dorosłych wychowanych w rodzinach dysfunkcyjnych, uwzględniając aspekt międzykulturowy na przykładzie Polski i Peru. Analiza zależności między poziomem lęku i objawami depresyjnymi a występowaniem złożonego zespołu stresu pourazowego, przyczyniła się do lepszego zrozumienia czynników ryzyka oraz możliwych mechanizmów prowadzących do rozwoju tych zaburzeń w obu krajach.

Jednym z kluczowych wniosków płynących z pracy to potrzeba uwzględniania perspektywy kulturowej zarówno w diagnozie, jak i w interwencjach terapeutycznych. Wyniki wskazują, że choć CPTSD oraz współwystępujące zaburzenia lękowe i depresyjne są zjawiskami globalnymi, to ich nasilenie i sposób manifestacji mogą różnić się w zależności od kontekstu społeczno-kulturowego. Tym samym uniwersalne modele psychologiczne powinny być elastyczne i dostosowywane do specyfiki danej populacji.

Badania potwierdzają także, że wczesne doświadczenia rodzinne odgrywają kluczową rolę w kształtowaniu zdrowia psychicznego w dorosłości. Podkreśla to konieczność wdrażania skutecznych programów profilaktycznych i terapeutycznych dla osób z trudnym dzieciństwem. Ponadto wyniki zwracają uwagę na znaczenie dostępności pomocy psychologicznej – zarówno w świadomości społecznej, jak i realnych możliwości skorzystania z terapii.

Przytoczona literatura przedmiotu oraz podmiotu dostarczyła szerokiego kontekstu teoretycznego, pozwalając na głębsze zrozumienie analizowanych zależności. Obejmuje ona zarówno klasyczne ujęcia teoretyczne dotyczące rodziny, psychologii międzykulturowej, traumy i zdrowia psychicznego, jak i najnowsze badania empiryczne, które ukazują aktualne tendencje w diagnostyce i terapii CPTSD, depresji oraz zaburzeń lękowych. Szczególnie istotne okazały się publikacje dotyczące wpływu kultury na psychopatologię, które uwidocznily konieczność uwzględniania społecznych kontekstów w interpretacji wyników badań nad zdrowiem psychicznym.

Mimo, że praca ta wypełnia lukę w dotychczasowych badaniach, to jest ona jedynie punktem wyjścia do dalszych analiz. W przyszłości warto uwzględnić szerszy zakres zmiennych, przeprowadzić badania podłużne oraz rozszerzyć analizę na inne grupy kulturowe.

Podsumowując, powyższe opracowanie podkreśla znaczenie badań międzykulturowych w psychologii klinicznej oraz potrzebę uwzględniania społecznych i kulturowych uwarunkowań zdrowia psychicznego.

Bibliografia

- Aaron, B. T., Steer, R. A., Brown, G. K. (2011). *BDI-II, Inventario de Depresión de Beck - II*. Pearson Educación, S.A.
- Aaron, B. T., Steer, R. A., Brown, G. K. (2019). *BDI-II Podręcznik Inwentarz Depresji Becka – Wydanie drugie*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Adams, A. E., Sullivan, C. M., Bybee, D., Greeson, M. R. (2008). Development of the Scale of Economic Abuse. *Violence Against Women, 14*(5), 563–588.
- Adamski, F. (1984). *Socjologia małżeństwa i rodziny*. PWN.
- Adamski, F. (2002). *Rodzina. Wymiar społeczno-kulturowy*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Adwas, A. A., Jbireal, J. M., Azab, A. E. (2019). Anxiety: Insights into Signs, Symptoms, Etiology. *Pathophysiology and Treatment, 10*(2), 580–591.
- Aggarwal, N. K. (2023). The Evolving Culture Concept in Psychiatric Cultural Formulation: Implications for Anthropological Theory and Psychiatric Practice. *Culture, Medicine, and Psychiatry, 47*(2), 555–575. <https://doi.org/10.1007/s11013-023-09821-9>
- Ainsworth, M. D. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Al-Hendawi, M., Alodat, A., Al-Zoubi, S., Bulut, S. (2024). A PERMA model approach to well-being: A psychometric properties study. *BMC Psychology, 12*(1), 414–429. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01909-0>
- Alarcón Camacho, D.S., Alza Collantes, C.J. (2023). Medidas de protección frente a la violencia familiar, una revisión de la literatura en américa latina 2018 – 2023. *Revista Científica WARMI intervención en violencia contra las mujeres, 3*(2), 37–49.
- Alonso, J., Liu, Z., Evans-Lacko, S., Sadikova, E., Sampson, N., Chatterji, S., Abdulmalik, J., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Andrade, L. H., Bruffaerts, R., Cardoso, G., Cia, A., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M., He, Y., de Jonge, P., Thornicroft, G. (2018). Treatment Gap for Anxiety Disorders is Global: Results of the World Mental Health Surveys in 21 countries. *Depression and anxiety, 35*(3), 195–208. <https://doi.org/10.1002/da.22711>

- Álvarez Pecol, J. (2018). *El ama de casa desea dejar el nido y volar muy alto*. Institut Public de Sondage d'Opinion Secteu. <https://www.ipsos.com/es-pe/el-ama-de-casa-desea-dejar-el-nido-y-volar-muy-alto>
- Álvarez-Pérez, Y., Rivero, F., Herrero, M., Viña, C., Fumero, A., Betancort, M., Peñate, W. (2021). Changes in Brain Activation through Cognitive-Behavioral Therapy with Exposure to Virtual Reality: A Neuroimaging Study of Specific Phobia. *Journal of Clinical Medicine*, 10(16), artykuł 16. <https://doi.org/10.3390/jcm10163505>
- Álvarez, J. (2019). *Con mi casa no te metas*. Institut Public de Sondage d'Opinion Secteu. Pobrane 21 stycznia 2025 z: <https://www.ipsos.com/es-pe/con-mi-casa-no-te-metas>
- Alves, H. de S., Alves, R. M., Nunes, A. D. da S., Barbosa, I. R. (2021). Prevalence and Associated Factors of Common Mental Disorders in Women: A Systematic Review. *Public Health Reviews*, 42, artykuł 1604234. <https://doi.org/10.3389/phrs.2021.1604234>
- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (2nd Edition) (DSM-II)*. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd Edition) (DSM-III)*. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. American Psychiatric Publishing.
- Arystoteles. (2001). *Polityka*. W: Arystoteles, *Dzieła wszystkie*, t. 6 (s. 49). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Bachem, R., Mazza, A., Eberle, D. J., Maercker, A. (2024). A new approach to cultural scripts of trauma sequelae assessment: The sample case of Switzerland. *PLOS ONE*, 19(4), artykuł e0301645. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0301645>
- Bacigalupe, A., González-Rábago, Y., Jiménez-Carrillo, M. (2022). Desigualdad de género y medicalización de la salud mental: Factores socioculturales determinantes desde el análisis de percepciones expertas. *Atención Primaria*, 54(7), artykuł 102378. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102378>
- Badorska, S., Czeredecka, B., Marzec, D. (2001) *Rodzina i formy jej wspomagania*. Oficyna Wydawnicza IMPULS
- Bar, W. (1999). *Na krwawym szlaku: Sendero Luminoso - prześladowca*. Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.



- Barbaro, B. d. (1999). *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Bartosik-Purgat, M., Schroeder, J. (2007). Polskie społeczeństwo w świetle "wymiarów kulturowych" europejskiego rynku. *Folia Oeconomica*, 209, 1–24.
- Baumrind, D. (1967). Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic Psychology Monographs*, 75(1), 43–88.
- Beard, C., Millner, A. J., Forgeard, M. J. C., Fried, E. I., Hsu, K. J., Treadway, M. T., Leonard, C. V., Kertz, S. J., Björgvinsson, T. (2016). Network analysis of depression and anxiety symptom relationships in a psychiatric sample. *Psychological Medicine*, 46(16), 3359–3369.
<https://doi.org/10.1017/S0033291716002300>
- Becker-Pestka, D., Dubis, M. i Różyńska, S. (2018). *Rodzina dysfunkcyjna i patologiczna w przestrzeni życiowej młodych dorastających*. Exante.
- Beierl, E. T., Böllinghaus, I., Clark, D. M., Glucksman, E., Ehlers, A. (2020). Cognitive paths from trauma to posttraumatic stress disorder: A prospective study of Ehlers and Clark's model in survivors of assaults or road traffic collisions. *Psychological Medicine*, 50(13), 2172–2181. <https://doi.org/10.1017/S0033291719002253>
- Bejda, G., Kułak-Bejda, A., Jeżyna, J. (2020). Wybrane aspekty uzależnienia od alkoholu. W: A. Kułak-Bejda i N. Waszkiewicz, *Współczesny wymiar uzależnień* (s. 97–123). Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.
- Bhugra, D. (2004). Migration and mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(4), 243–258. <https://doi.org/10.1046/j.0001-690X.2003.00246.x>
- Błażek, M. (2014). Rozwód jako sytuacja kryzysowa w rodzinie. W: I. Janicka i H. Liberska, *Psychologia rodziny* (s. 462–481). PWN.
- Boguszewski, R. (2019). Rozwody w opinii Polaków i ich osobistych doświadczeniach, W: Bożewicz, R. (red.) *Współczesna polska rodzina* (s. 75–89) CBOS.
- Bonnell, L. N., Clifton, J., Rose, G. L., Waddell, E. N., Littenberg, B. (2022). Urban-Rural Differences in Mental and Physical Health among Primary Care Patients with Multiple Chronic Conditions: A Secondary Analysis from a Randomized Clinical Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(23), artykuł 15580. <https://doi.org/10.3390/ijerph192315580>
- Bookwala, J., Jacobs, J. (2004). Age, Marital Processes, and Depressed Affect. *The Gerontologist*, 44(3), 328–338.



- Borodziuk, D. (2019). Życie dorosłych dzieci alkoholików. *Parezja. Czasopismo Forum Młodych Pedagogów przy Komitecie Nauk Pedagogicznych PAN*, 2(12), 79–93. <https://doi.org/10.15290/parezja.2019.12.06>
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss. Vol. 3. Loss, Sadness and Depression*. Basic Books.
- Bożewicz, M. (2019). *Współczesna polska rodzina*. Centrum Badania Opinii Społecznej.
- Bradshaw, J. (1994). *Zrozumieć rodzinę*. Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości
- Braithwaite, S., Holt-Lunstad, J. (2017). Romantic relationships and mental health. *Current opinion in psychology*, 13, 120–125. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.04.001>
- Braun-Gałkowska, M. (1992). *Psychologiczna analiza systemów rodzinnych osób zadowolonych i niezadowolonych z małżeństwa*. Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Braun-Gałkowska, M. (2007). *Poznanawanie systemu rodzinnego*. KUL.
- Bremner, J. D. (2006). Traumatic stress: Effects on the brain. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 8(4), 445–461.
- Brewin, C. R. (2020). Complex post-traumatic stress disorder: A new diagnosis in ICD-11. *BJPsych Advances*, 26(3), 145–152. <https://doi.org/10.1192/bja.2019.48>
- Brewin, C. R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R. A., Humayun, A., Jones, L. M., Kagee, A., Rousseau, C., Somasundaram, D., Suzuki, Y., Wessely, S., van Ommeren, M., Reed, G. M. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical Psychology Review*, 58, 1–15. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.001>
- Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme, A., Seisdedos Cubero, N. (2023). *STAI Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (10.a edición)*. TEA ediciones.
- Cáceres Rubio, M. J., Crespo López, M. (2019). La Terapia de Exposición Narrativa como alternativa terapéutica para el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo. *Revista de Victimología*, 9, 5–29.
- Carr, D., Freedman, V. A., Cornman, J. C., Schwarz, N. (2014). Happy marriage, happy life? Marital quality and subjective well-being in later life. *Journal of Marriage and Family*, 76(5), 930–948.
- Castillo Acobo, R. Y., Choque Soto, S. R. (2018). Percepción de violencia y sexismo en estudiantes universitarios. *Entorno*, 66, 51–61. <https://doi.org/10.5377/entorno.v0i66.6726>

- Castro, R., Cerellino, L., Rivera, R. (2017). Risk Factors of Violence against Women in Peru. *Journal of Family Violence*, 32(1), 69–85.
<https://doi.org/10.1007/s10896-017-9929-0>
- Cavagnoud, R. (2023). Transición demográfica y evolución de la morfología de las familias en Perú. *Población y Sociedad*, 30(2), artykuł 2023. <https://doi.org/10.19137/pys-2023-300204>
- Centrum Badania Opinii Społecznej. (2015). *Pracoholicy, siecioholicy, hazardziści... uzależnienia od zachowań*. https://www.cbos.pl/spiskom.pol/2015/k_076_15.pdf
- Centrum Badania Opinii Społecznej. (2019a). *Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących hazardu i innych uzależnień behawioralnych – edycja 2018/2019*. <https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2022/11/oszacowanie-rozpowszechnienia-oraz-identyfikacja-czynnikow-ryzyka-czynnikow-chroniacych-hazardu-innych-uzaleznienn-behawioralnych-edycja-2018-2019.pdf>
- Centrum Badania Opinii Społecznej. (2019b). *Czy warto było zmieniać ustrój? Ocena przemian po 1989 roku*. https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2019/K_076_19.PDF
- Centrum Badania Opinii Społecznej. (2019c). *Stosunek do rozwodów*. https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2019/K_007_19.PDF
- Centrum Badania Opinii Społecznej. (2020). *Modele życia małżeńsko-rodzinnego w Polsce*. https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2020/K_157_20.PDF
- Centrum Badania Opinii Społecznej. (2021). *Zdrowie psychiczne Polaków*. https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2021/K_154_21.PDF
- Centrum Badania Opinii Społecznej. (2022). *Polacy o wychowywaniu dzieci*. https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2022/K_125_22.PDF
- Centrum Badania Opinii Społecznej. (2023). *Przemoc wobec dzieci – opinie, doświadczenia, reagowanie*. https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2023/K_110_23.PDF
- Centrum Badania Opinii Społecznej. (2024a). *Oceny sytuacji finansowej gospodarstw domowych*. https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2024/K_039_24.PDF
- Centrum Badania Opinii Społecznej. (2024b). *Więzi społeczne A.D. 2024*. https://www.cbos.pl/spiskom.pol/2024/k_090_24.pdf
- Chen, S., Huang, W., Zhang, M., Song, Y., Zhao, C., Sun, H., Wang, Y., Wang, J., Sun, Y., Zhou, L., Zhu, Y., Wang, H., Xu, Z., Bai, Y., Chang, C. (2025). Dynamic changes and future trend predictions of the global burden of anxiety disorders: Analysis of 204 countries and regions from 1990 to 2021 and the impact of the COVID-19



- pandemic. *eClinicalMedicine*, 79, artykuł 103014.
<https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.103014>
- Choi, N. G., Ha, J. H. (2011). Relationship between spouse/partner support and depressive symptoms in older adults: gender difference. *Aging Mental Health*, 15(3), 307–317.
- Ciborowska, M., Kowalczyk, K. (2020). Uzależnienie od substancji psychoaktywnych – przegląd literatury. W: A. Kułak -Bejda i N. Wakszkiewicz (red.), *Współczesny wymiar uzależnień* (s. 124–136). Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.
- Ciborowska, M., Kowalczyk, K., (2020). Teorie uzależnień – przegląd literatury. W: A. Kułak-Bejda i N. Wakszkiewicz (red.), *Współczesny wymiar uzależnień* (s. 13–26). Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.
- Cloitre, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Hyland, P., Karatzias, T., Lueger-Schuster, B., Maercker, A., Roberts, N. P., Shevlin, M. (2020). Evidence for the coherence and integrity of the complex PTSD (CPTSD) diagnosis: Response to Achterhof et al., (2019) and Ford (2020). *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), artykuł 1739873. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1739873>
- Cloitre, M., Cohen, L. R., Ortigo, K. M., Jackson, C., Koenen, K. C. (2020). *Treating survivors of childhood abuse and interpersonal trauma: STAIR narrative therapy (2nd ed)*. The Guilford Press.
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., Kolk, B. V. D., Pynoos, R., Wang, J., Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 399–408. <https://doi.org/10.1002/jts.20444>
- Comisión de la Verdad y Reconciliación. (2013). *Conclusiones generales del Informe Final de la CVR*. <http://repositorio.pucp.edu.pe/index/handle/123456789/111953>
- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA). (2019) *Estudio nacional sobre prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2017*. DEVIDA. http://sisco.copolad.eu/web/uploads/documentos/Estudio_Nacional_sobre_Preencion_y_Consumo_de_Drogas_en_Estudiantes_de_Secundaria_2017.pdf
- Courtois, C. A. (2004). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(4), 412–425.
<https://doi.org/10.1037/0033-3204.41.4.412>
- Crocq, M.A. (2015). A history of anxiety: From Hippocrates to DSM. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 319–325. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/macrocq>



- Cudak, H. (2011). Dysfunkcje rodziny i jej zagrożenia opiekuńczo-wychowawcze, *Pedagogika Rodziny*, 1/2, 7–11.
- Cuesta, L., Rios-Salas, V., Meyer, D. R. (2017). The impact of family change on income poverty in Colombia and Peru. *Journal of Comparative Family Studies* 48(1): 67–96. <https://doi.org/10.3138/jcfs.48.1.67>.
- Cui, L., Li, S., Wang, S., Wu, X., Liu, Y., Yu, W., Wang, Y., Tang, Y., Xia, M., Li, B. (2024). Major depressive disorder: Hypothesis, mechanism, prevention and treatment. *Signal Transduction and Targeted Therapy*, 9(1), 1–32. <https://doi.org/10.1038/s41392-024-01738-y>
- Cuijpers, P., Miguel, C., Harrer, M., Plessen, C. Y., Ciharova, M., Ebert, D., Karyotaki, E. (2023). Cognitive behavior therapy vs. control conditions, other psychotherapies, pharmacotherapies and combined treatment for depression: A comprehensive meta-analysis including 409 trials with 52,702 patients. *World Psychiatry*, 22(1), 105–115. <https://doi.org/10.1002/wps.21069>
- Dąbrowska, A. (2018). Dorosłe dzieci z rodzin dysfunkcyjnych, czyli kilka słów o funkcjonowaniu oraz konsekwencjach życia w nieprawidłowym środowisku wychowawczym. *Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze*, 58(3(568)), 3–15. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0011.8293>
- Darling, N., Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113, 487–496.
- Dębski, P. G., Głowczyński, P., Badura-Brzoza, K. (2021). Terapia elektrowstrząsowa i jej wpływ na funkcje poznawcze – przegląd piśmiennictwa. *Psychiatria*, 19(1), 34–40. <https://doi.org/10.5603/PSYCH.a2021.0042>
- Dembicz, K. (2014). *Transformacje demograficzne w Ameryce Łacińskiej, a postawy prokreacyjne i plany rodzinne latynoamerykańskiej młodzieży akademickiej. Studia i Materiały (1. wyd.)*. Centrum Studiów Latynoamerykańskich Uniwersytetu Warszawskiego. <https://doi.org/10.13140/2.1.4496.3524>
- Deng, Z.-D., Robins, P. L., Regenold, W., Rohde, P., Dannhauer, M., Lisanby, S. H. (2024). How electroconvulsive therapy works in the treatment of depression: Is it the seizure, the electricity, or both? *Neuropsychopharmacology*, 49(1), 150–162. <https://doi.org/10.1038/s41386-023-01677-2>
- Dmochowska, H. (red.). (2011). *Warunki naturalne i ochrona środowiska. „Mały Rocznik Statystyczny Polski*. Główny Urząd Statystyczny. https://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/oz_maly_rocznik_statystyczny_2011.pdf



- Dragan, M. (2018). Zaburzenia psychiczne u dorosłych krzywdzonych w dzieciństwie – badanie z zastosowaniem wywiadu strukturalizowanego SCID-I. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 17(2), 9–25.
- Drożdżowicz, L. (1994). Ogólna teoria systemów. W: B. de Barbaro (red.), *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny* (s. 9–17). Wydawnictwo UJ.
- Drury, S. S., Theall, K. P., Keats, B. J. B., Scheeringa, M. (2009). The Role of the Dopamine Transporter (DAT) in the Development of PTSD in Preschool Children. *Journal of traumatic stress*, 22(6), 534–539. <https://doi.org/10.1002/jts.20475>
- Dyjakon, D. (2015). Przemoc ekonomiczna – ukryta nić zniewolenia. *Niebieska Linia*. 6(101), 1. https://www.niebieskalinia.pl/aktualnosci/aktualnosci/przemoc-ekonomiczna-ukryta-nic-zniewolenia#_ftnref2
- Dzierżyńska- Breś, S. (2023). „Nowe uzależnienia” – wprowadzenie w tematykę uzależnień behawioralnych. *Studia Paedagogica Ignatiana*, 26(2), 19–40. <https://doi.org/10.12775/SPI.2023.2.001>
- Dziukiewicz, J. U. (2018). Sytuacja psychospołeczna rodzin z problemem uzależnienia. *Studia Nad Rodziną*, 22(4(49)), 185–202. <https://doi.org/10.21697/snr.2018.49.4.10>
- Eberle, D. J., Maercker, A., Levin, Y., Mutuyimana, C., Wen, J., Makhshvili, N., Javakhishvili, D., Papava, A., Yu, X., Qian, W., Wang, J., Asatsa, S., Bachem, R. (2024). Cultural psychological factors in posttraumatic symptom development and expression: A study protocol. *European Journal of Psychotraumatology*, 15(1), artykuł 2364998. <https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2364998>
- Ehlers, A., Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319–345. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)
- Eysenck, M. W., Fajkowska, M. (2018). Anxiety and depression: Toward overlapping and distinctive features. *Cognition and Emotion*, 32(7), 1391–1400. <https://doi.org/10.1080/02699931.2017.1330255>
- Fabrazzo, M., Cipolla, S., Signoriello, S., Camerlengo, A., Calabrese, G., Giordano, G. M., Argenziano, G., Galderisi, S. (2021). A systematic review on shared biological mechanisms of depression and anxiety in comorbidity with psoriasis, atopic dermatitis, and hidradenitis suppurativa. *European Psychiatry*, 64(1), artykuł e71. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.2249>



- Farmakopoulou, I., Lekka, M., Gkintoni, E. (2024). Clinical Symptomatology of Anxiety and Family Function in Adolescents—The Self-Esteem Mediator. *Children*, 11(3), artykuł 338. <https://doi.org/10.3390/children11030338>
- Field, D. (1999). *Osobowości rodzinne*. Logos.
- Figuroa-Quiñones, J., Cjuno, J., Machay-Pak, D., Ipanaqué-Zapata, M. (2022). Quality of Life and Depressive Symptoms Among Peruvian University Students During the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Psychology*, 13, artykuł 781561. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.781561>
- Fitzgerald, J. M., Webb, E. K., Weis, C. N., Huggins, A. A., Bennett, K. P., Miskovich, T. A., Krukowski, J. L., deRoos-Cassini, T. A., Larson, C. L. (2022). Hippocampal Resting-State Functional Connectivity Forecasts Individual PTSD Symptoms: A Data-Driven Approach. *Biological psychiatry. Cognitive neuroscience and neuroimaging*, 7(2), 139–149. <https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2021.08.007>
- Frączek, Z. (2019). Funkcjonowanie i rozwój dziecka w rodzinie dysfunkcyjnej. *Збірник наукових праць Уманського державного педагогічного університету*, (1), 300–307. <https://doi.org/10.31499/2307-4906.1.2010.187934>
- Friedman M. J. *History of PTSD in veterans: Civil War to DSM 5*. <https://www.ptsd.va.gov/public/ptsd-overview/basics/history-of-ptsd-vets.asp>
- Friedman, M. J., Resick, P. A., Bryant, R. A., Brewin, C. R. (2011). Considering PTSD for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(9), 750–769. <https://doi.org/10.1002/da.20767>
- FTSE Russell. (2023). *FTSE country classification update - September 2023*. https://research.ftserussell.com/products/downloads/FTSE-Country-Classification-Update_latest.pdf
- Furchtlehner, L. M., Fischer, E., Schuster, R., Laireiter, A.-R. (2024). A Comparative Study on the Efficacy of Group Positive Psychotherapy and Group Cognitive Behavioral Therapy on Flourishing, Happiness and Satisfaction with Life: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Happiness Studies*, 25(7), artykuł 104. <https://doi.org/10.1007/s10902-024-00806-y>
- Gałecki, P. (2022). *Badanie stanu psychicznego. Rozpoznanie według ICD-11*. Edra Urban&Partner.
- Gałecki, P. (Red.). (2024). *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych: Text revision DSM-5-TR (Pierwsze wydanie w Polsce)*. Edra Urban Partner.

- Gałecki, P., Bliźniewska-Kowalska, K. (2021). Depresja oporna na leczenie – zalecenia Konsultanta Krajowego w dziedzinie psychiatrii. *Psychiatria Polska*, 55(1), 7–21. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/115208>
- Gałecki, P., Szulc, A. (red.). (2023). *Psychiatria. T. 1: Rozpoznanie według ICD-11*. Edra Urban Partner.
- Gardian-Miałkowska, R. (2020). Regulacje prawne odpowiedzialności pracowników oświaty w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie. Konsekwencje doświadczenia przemocy u dzieci. *Pedagogika Społeczna*, 3(77), 157–178. <https://doi.org/10.35464/1642-672X.PS.2020.3.08>
- Gautam, P., Mittal, P., Gautam, S., Rawat, V. (2022). Anxiety disorder: Definition, symptoms, causes, epidemiology and treatments. *Food and Health*, 4(4), artykuł 18. <https://doi.org/10.53388/FH20221101018>
- Gerlach P., Eriksson K. (2021). Measuring Cultural Dimensions: External Validity and Internal Consistency of Hofstede’s VSM 2013 Scales. *Front. Psychol*, 12, artykuł 662604. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.662604>
- Glasheen, C., Batts, K., Karg, R., Hunter, D. (2016). *Impact of the DSM-IV to DSM-5 Changes on the National Survey on Drug Use and Health*. Center for Behavioral Health Statistics and Quality
- Główny Urząd Statystyczny. (2024a). *Rocznik Demograficzny 2024*. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/rocznik-demograficzny-2024,3,18.html>
- Główny Urząd Statystyczny. (2024b). *Pieczna zastępcza w 2023 r.* <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/dzieci-i-rodzina/dzieci/pieczna-zastepcza-w-2023-roku,1,8.html>
- Główny Urząd Statystyczny. (2024c) *Zasięg ubóstwa ekonomicznego w Polsce w 2023 roku*. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/warunki-zycia/ubostwo-pomoc-spoleczna/zasieg-ubostwa-ekonomicznego-w-polsce-w-2023-roku,14,11.html>
- Goldberg, S. (2000). *Attachment and Development*. Hodder Arnold.
- Golonka, K., Piątek, E., Stach, R. (2024). Kierunki badań i rozwoju poznawczej teorii depresji. *Psychiatria Polska*, 58(4), 669–680. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/161676>
- Gozdowski, P. (2019). Peruwiański eksperyment. Pomoc rozwojowa poprzez współpracę wielu podmiotów z organizacją pozarządową jako liderem. *Studia z Polityki Publicznej*, 6(1(21)), 87–108. <https://doi.org/10.33119/KSzPP.2019.1.5>

- Grabowski, P., Łoza, B. (2013). Objawy depresyjne i lękowe zależne od cech demograficznych i klinicznych hospitalizowanych pacjentów. *Neuropsychiatria. Przegląd Kliniczny Review of Clinical Neuropsychiatry* 5(3), 169–174.
- Gronkowski, M. (2007). Zaburzenia psychiczne u pacjentki wykorzystywanej seksualnie w dzieciństwie – schizofrenia czy objawy złożonego PTSD (CPTSD). *Psychiatria Polska*, 41(4), 561–570.
- Grzywa, A. (2017). Kultura a zaburzenia psychiczne. *Via Medica Journals*, 14(3), 129–134.
- Guillen-Royo, M. (2008). Consumption and subjective wellbeing: Exploring basic needs, social comparison, social integration and Hedonism in Peru. *Social Indicators Research*, 89(3), 535–555. <https://doi.org/10.1007/s11205-008-9248-1>
- Guillen-Royo, M., Velazco, J. (2012). Happy Villages and Unhappy Slums? Understanding Happiness Determinants in Peru. W: H. Selin, G. Davey, (red.), *Happiness Across Cultures. Science Across Cultures: the History of Non-Western Science*, vol 6, (s. 253–270). Springer, Dordrecht. https://doi.org/10.1007/978-94-007-2700-7_18
- Habrat, B. (2016). Pracoholizm. W: B. Habrat, (red.), *Zaburzenia uprawiania hazardu i inne tak zwane nalogi behawioralne* (s. 351–378). Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Harrison, J. E., Weber, S., Jakob, R., Chute, C. G. (2021). ICD-11: An international classification of diseases for the twenty-first century. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 21(6), artykuł 206. <https://doi.org/10.1186/s12911-021-01534-6>
- Heim, E., Karatzias, T., Maercker, A. (2022). Cultural concepts of distress and complex PTSD: Future directions for research and treatment. *Clinical Psychology Review*, 93, artykuł 102143. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102143>
- Helios, J., Jedlecka, W. (2017). *Współczesne oblicza przemocy*. E-Wydawnictwo. Prawnicza i Ekonomiczna Biblioteka Cyfrowa. Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377–391. <https://doi.org/10.1002/jts.2490050305>
- Herrera Salas, D., Mamani López, V., Arias Gallegos, W. L., Rivera, R. (2019). Análisis psicométrico de la Escala de Machismo Sexual en estudiantes universitarios peruanos y chilenos. *Revista de Psicología*, 28(2), 1–11. <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2019.55806>

- Hinds, J. A., Sanchez, E. R. (2022). The Role of the Hypothalamus–Pituitary–Adrenal (HPA) Axis in Test-Induced Anxiety: Assessments, Physiological Responses, and Molecular Details. *Stresses*, 2(1), artykuł 1. <https://doi.org/10.3390/stresses2010011>
- Hofstede, G. (1980). *Culture's consequences: International differences in work-related values*. Sage.
- Hofstede, G. (1997). *Cultures and Organizations. Software of the Mind*. McGRAW-Hill.
- Hofstede, G., Bond, M. H. (1984). Hofstede's Culture Dimensions: An Independent Validation Using Rokeach's Value Survey. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 15(4), 417–433. <https://doi.org/10.1177/0022002184015004003>
- Hofstede, G., Hofstede, G. J., Minkov, M. (2011). *Kultury i organizacje: Zaprogramowanie umysłu (3 edycja)*. Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives on psychological science: a journal of the Association for Psychological Science*, 10(2), 227–237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>
- Horwitz, A. V. (2013). *Anxiety: A short history*. Johns Hopkins University Press.
- Howie, H., Rijal, C. M., Ressler, K. J. (2019). A review of epigenetic contributions to post-traumatic stress disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 21(4), 417–428. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2019.21.4/kressler>
- Huamani-Cahua, J. C., Ojeda-Flores, E. C., Arias-Gallegos, W. L., Ceballos Bejarano, F. E., Calizaya López, J. M. (2023). Análisis psicométrico de la Escala de Machismo Sexual (EMS-Sexismo-12) en estudiantes universitarios de Arequipa, Perú. *Interacciones*, 9, artykuł e301. <https://doi.org/10.24016/2023.v9.301>
- Huamani-Cahua, J. C., Ojeda-Flores, E. C., Arias-Gallegos, W. L., Ceballos Bejarano, F. E., Calizaya López, J. M. (2023). Validation Psychometrical analysis of Sexual Machism Scale (EMS-Sexism-12) among university students from Arequipa, Peru. *Interacciones*, 9, artykuł e301. <https://doi.org/10.24016/2023.v9.301>
- Huang, J., Xu, F., Yang, L., Tuolihong, L., Wang, X., Du, Z., Zhang, Y., Yin, X., Li, Y., Lu, K., Wang, W. (2023). Involvement of the GABAergic system in PTSD and its therapeutic significance. *Frontiers in Molecular Neuroscience*, 16, artykuł 1052288. <https://doi.org/10.3389/fnmol.2023.1052288>
- Hudson, R. A., Library Of Congress. Federal Research Division. (1993) *Peru: A Country Study*. Federal Research Division, Library of Congress. <https://www.loc.gov/item/93019676/>



- Institut Public de Sondage d'Opinion Secteu. (2023a). *Ranking de confianza global 2023*. Ipsos. <https://www.ipsos.com/es-pe/ranking-de-confianza-global-2023>
- Institut Public de Sondage d'Opinion Secteu. (2023b). *Día de la Salud Mental 2023*. Ipsos. <https://www.ipsos.com/es-pe/dia-de-la-salud-mental-2023>
- Institut Public de Sondage d'Opinion Secteu. (2024). *¿Qué sentimientos le genera el Perú? ¿Qué le regalaría el 2024? Encuesta Perú 21 -Ipsos*. Ipsos. <https://www.ipsos.com/es-pe/que-sentimientos-le-genera-el-peru-que-le-regalaria-el-2024encuesta-peru-21-ipsos>
- Instituto de Estudios Peruanos IEP. (2023a). *IEP Informe de Opinión- Octubre 2023 (edición especial)*. IEP. <https://iep.org.pe/noticias/iep-informe-de-opinion-octubre-2023-edicion-especial/>
- Instituto de Estudios Peruanos IEP. (2023b). *Informe especial por el Día Internacional de la Eliminación de la violencia contra la mujer – 25N*. IEP. <https://iep.org.pe/noticias/iep-informe-de-opinion-noviembre-2023-edicion-especial-25n/>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2018). *Perfil Sociodemográfico del Perú Censos Nacionales 2017*. INEI. https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaes/Est/Lib1539/index.html
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2023). *Perú: Evolución de la pobreza monetaria 2011-2022. Nota de prensa N° 065*. INEI. <https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/4215973-cifras-de-pobreza-2022>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2024). *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2023 - Nacional y Departamental*. INEI. <http://192.168.4.71:4000/handle/123456789/458>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2024a). *Perú. Compendio Estadístico 2024*. INEI. <https://www.gob.pe/es/institucion/inei/informes-publicaciones/6284790-peru-statistical-compendium-2024>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2024b). *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, Endes 2023*. INEI. <https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/5601739-peru-encuesta-demografica-y-de-salud-familiar-endes-2023>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2024c). *Perú: Femicidio y Violencia contra la Mujer, 2015 – 2023*. INEI.



https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1971/libro.pdf

- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2024d) *Estadísticas de Criminalidad, Seguridad Ciudadana y Violencia, Julio-Setiembre 2024*. INEI.
<https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/6334643-estadisticas-de-criminalidad-seguridad-ciudadana-y-violencia-julio-setiembre-2024>
- Izdebska, A., Pilarczyk-Parchanowicz, K., (2019). Wykorzystanie seksualne dziecka. Wyniki Ogólnopolskiej diagnozy skali i uwarunkowań krzywdzenia dzieci. *Dziecko Krzywdzone* 3(18). 68–97.
- Izdebska, J. (2000). *Dziecko w rodzinie u progu XXI wieku. Niepokoje i nadzieje*. Trans Humana.
- Izdebski, P., Kotyśko, M. (2016). Problemowe korzystanie z nowych mediów. W: B. Habrat, *Zaburzenia uprawiania hazardu i inne tak zwane nałogi behawioralne* (s. 219–300). Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Jaeschke, R., Siwek, M., Grabski, B., Dudek, D. (2010). Współwystępowanie zaburzeń depresyjnych i lękowych. *Psychiatria*, 7(5), 189–197
- Jakubik, A. (2003). Kultura a zaburzenia psychiczne. *Studia Psychologica*, 4, 133–150.
- Janiszewska, A. (2013). Drugie przejście demograficzne w Europie i jego implikacje. *Space – Society – Economy*, 12, 21–41. <https://doi.org/10.18778/1733-3180.12.02>.
- Jansson, Å. (2022). Melancholia to Depression: Disordered Mood in Nineteenth-Century Psychiatry. *History of Psychiatry*, 33(1), 47–64. <https://doi.org/10.1177/0957154X211062539>
- Januszewski, A. (2020). Trauma wywołana przemocą wobec dziecka. Rodzaje, skutki i propozycje terapeutyczne. W: E. Chodźko i K. Talarek (red.), *Wyzwania i problemy społeczeństwa w XXI wieku. Tom I* (s. 78–96). Wydawnictwo Naukowe TYGIEL.
- Jaroszevska, E. (2013). Kultura jako czynnik warunkujący zdrowie, diagnozowanie chorób i ich leczenie. *Problemy Polityki Społecznej*, 21, 71–84.
- Jędrzejko, M. Chmielewska, M. (2020). Uzależnienia – choroba XXI wieku. Zjawisko – mechanizmy – przyczyny – terapia. *Kwartalnik policyjny*, 4(55), 4–9.
- Jensen, T. K., Braathu, N., Birkeland, M. S., Ormhaug, S. M., Skar, A.-M. S. (2022). Complex PTSD and treatment outcomes in TF-CBT for youth: A naturalistic study. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(2), artykuł 2114630. <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2114630>



- Jiang, Y., Zou, D., Li, Y., Gu, S., Dong, J., Ma, X., Xu, S., Wang, F., Huang, J. H. (2022). Monoamine Neurotransmitters Control Basic Emotions and Affect Major Depressive Disorders. *Pharmaceuticals*, 15(10), artykuł 10. <https://doi.org/10.3390/ph15101203>
- Kağitçibaşı, Ç. (1996). *Family and human development across cultures: A view from the other side*. Routledge.
- Kağitçibaşı, Ç. (2017). *Family, Self, and Human Development Across Cultures: Theory and Applications, Second Edition*. Routledge.
- Kaiser, J., Hanschmidt, F., Kersting, A. (2020). The link between masculinity ideologies and posttraumatic stress: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(6), 599–608. <https://doi.org/10.1037/tra0000578>
- Kaiser, T., Herzog, P., Voderholzer, U., Brakemeier, E. (2021). Unraveling the comorbidity of depression and anxiety in a large inpatient sample: Network analysis to examine bridge symptoms. *Depression and Anxiety*, 38(3), 307–317. <https://doi.org/10.1002/da.23136>
- Kałdon, B. (2015). Wybrane aspekty funkcjonowania Dorosłych Dzieci Alkoholików w życiu społecznym. *Seminare. Poszukiwania Naukowe*, 36(3), 95–106. <https://doi.org/10.21852/sem.2015.3.08>
- Kamińska, J. (2022). Turystyka etniczna w Peru w opinii polskich turystów. *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis Studia Geographica*, 17, 79–111. <https://doi.org/10.24917/20845456.17.6>
- Kantowicz, E. (2022). Współczesne problemy badań nad rodziną i wspierania rodziny. W: A. Kacprzak, M. Gońda, I. Kudlińska-Chróścicka (red.) *Problemy społeczne. Trwałość i zmienność w dynamicznej rzeczywistości. Księga jubileuszowa z okazji 45-lecia pracy naukowej i dydaktycznej Profesor Jolanty Grotowskiej-Leder*. (s. 63-74). Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego
- Karatzias, T., Glanaghy, E. M., Cloitre, M. (2023). Enhanced Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation (ESTAIR): A New Modular Treatment for ICD-11 Complex Posttraumatic Stress Disorder (CPTSD). *Brain Sciences*, 13(9), artykuł 1300. <https://doi.org/10.3390/brainsci13091300>
- Karatzias, T., Murphy, P., Cloitre, M., Bisson, J., Roberts, N., Shevlin, M., Hyland, P., Maercker, A., Ben-Ezra, M., Coventry, P., Mason-Roberts, S., Bradley, A., Hutton, P. (2019). Psychological interventions for ICD-11 Complex PTSD symptoms:

- Systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 49(11), 1761–1775. <https://doi.org/10.1017/S0033291719000436>
- Karatzias, T., Shevlin, M., Ford, J. D., Fyvie, C., Grandison, G., Hyland, P., Cloitre, M. (2022). Childhood trauma, attachment orientation, and complex PTSD (CPTSD) symptoms in a clinical sample: Implications for treatment. *Development and Psychopathology*, 34(3), 1192–1197. <https://doi.org/10.1017/S0954579420001509>
- Katana, K., Masłowska, P. (2022). Dzieci wobec procedur prawnych. W: M. Sajkowska, R. Szredzińska (red.), *Dzieci się liczą 2022. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce*, 294–323. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę.
- Katz, L. (2017). *Negotiating International Business: The Negotiator's Reference Guide to 50 Countries Around the World*. Booksurge.
- Kawula, S. (2006). Rodzina o skumulowanych czynnikach patogennych. W: S. Kawula, J. Brągiel i A. Janke, (red.), *Pedagogika rodziny: obszary i panorama problematyki*. (s. 135-172). Adam Marszałek.
- Keller, H. (2013, 2). Attachment and culture. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 44, 175–194.
- Keller, H. (2013). Attachment and culture. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 44(2), 175–194. <https://doi.org/10.1177/0022022112472253>
- Kieszkowska, A. (2019). *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis*. 307. *Studia Sociologica*, 11(2), 125–138.
- Kirkbride, J. B., Anglin, D. M., Colman, I., Dykxhoorn, J., Jones, P. B., Patalay, P., Pitman, A., Sonesson, E., Steare, T., Wright, T., Griffiths, S. L. (2024). The social determinants of mental health and disorder: evidence, prevention and recommendations. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 23(1), 58–90. <https://doi.org/10.1002/wps.21160>
- Klein, D. F. (2002). Historical aspects of anxiety. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 4(3), 295–304. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2002.4.3/dklein>
- Kolankiewicz, M. (2022). Dzieci poza rodziną. W: M. Sajkowska, R. Szredzińska (red.), *Dzieci się liczą 2022. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce*, 56–87. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę.
- Komor, M., Schumann, J. H. (2015). Zróżnicowania kulturowe między Polską a Niemcami według wymiarów kultury Hofstede. *Gospodarka Narodowa. The Polish Journal of Economics*, 275(1), 83–102. <https://doi.org/10.33119/GN/100830>



- Kovich, H., Kim, W., Quaste, A. (2023). Pharmacologic Treatment of Depression. *American family physician*, 107(2), 173–181.
- Kowalski, J., Elżanowski, A., Śliwerski, A. (2024). Przegląd wybranych psychoterapii PTSD, ich skuteczności i zaleceń terapeutycznych w terapii osób dorosłych. *Psychiatria Polska*, 58(2), 315–328. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/157105>
- Kowalski, S. (1976). *Socjologia wychowania w zarysie*. PWN.
- Kozłowski, Ł., (2024). *Cultural dimensions for Polish counties*. <https://doi.org/10.18150/EFK483>, RepOD, V1
- Krawczyk, P., Święcicki, Ł. (2020). ICD-11 vs. ICD-10 – a review of updates and novelties introduced in the latest version of the WHO International Classification of Diseases. *Psychiatria Polska*, 54(1), 7–20. <https://doi.org/10.12740/PP/103876>
- Krzysińska-Żach, B. (2007). *Pedagogika rodziny. Przewodnik do ćwiczeń*. Trans Humana.
- Kubicka-Kraszyńska, U. (2022). Dzieci w rodzinie. W: M. Sajkowska, R. Szredzińska (red.), *Dzieci się liczą 2022. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce* (s. 12–55). Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę
- Kuzdak, M. (2018). Niepełna rodzina jako zaburzenie prawidłowego funkcjonowania struktur rodzinnych. *Acta Scientifica Academiae Ostroviensis. Sectio A, Nauki Humanistyczne, Społeczne i Techniczne* 11(1), 126–142.
- Kuźniewska, Z. (2019). Wpływ rozwodu rodziców na psychikę dziecka. *Cywilizacja I Polityka*, 17, 109–123. <https://czasopisma.bg.ug.edu.pl/index.php/cywilizacja/article/view/3834>
- Kwiatkowska, A. (2012). Uniwersalność i specyfika kulturowa relacji przywiązania. *Psychologia Wychowawcza*, 44(1-2), 26–43. <https://doi.org/10.5604/00332860.1094074>
- Łaciński, P. (2022). Wykoślawiona demokracja: Dysfunkcjonalność parlamentaryzacji prezydenckiego systemu rządów w kontekście kryzysu politycznego w Peru. *Ameryka Łacińska Kwartalnik analityczno-informacyjny*, 115, 47–58. <https://doi.org/10.7311/20811152.2022.115.04>
- Li, M., Yao, X., Sun, L., Zhao, L., Xu, W., Zhao, H., Zhao, F., Zou, X., Cheng, Z., Li, B., Yang, W., Cui, R. (2020). Effects of Electroconvulsive Therapy on Depression and Its Potential Mechanism. *Frontiers in Psychology*, 11, artykuł 80. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00080>
- Liberska, H. (2004). *Perspektywy życiowe młodzieży. Wybrane uwarunkowania*. WN UAM.

- Liberska, H. (2006). Orientacja przyszłościowa młodzieży a jej środowisko rodzinne. *Rocznik Socjologii Rodziny*, 17, 65–82.
- Liberska, H., Matuszewska, M. (2014). Modele funkcjonowania rodziny. Style wychowania. W: I. Janicka i H. Liberska (red.), *Psychologia rodziny* (s. 129). PWN.
- Lis-Kujawski, A. (2008). Postmodernizm w podróży do granic rodziny. W: Muszyński i E. Sikora (red.), *Miłość, wierność i uczciwość na rozstajach współczesności* (s. 17–35). Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Liu, A., Liu, M., Ren, Y., Zhang, L. M., Peng, Y. (2024). Dynamic networks of complex posttraumatic stress disorder and depression among college students with childhood trauma: Insights from cross-sectional and cross-lagged panel network analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 15(1), artykuł 2391656. <https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2391656>
- Liu, H., Waite, L. (2014). Bad marriage, broken heart? Age and gender differences in the link between marital quality and cardiovascular risks among older adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 55(4), 403–423.
- Liu, Y., Zhao, J., Guo, W. (2018). Emotional Roles of Mono-Aminergic Neurotransmitters in Major Depressive Disorder and Anxiety Disorders. *Frontiers in Psychology*, 9, artykuł 2201. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02201>
- Łoś, K., Waszkiewicz, N. (2021). Biological Markers in Anxiety Disorders. *Journal of Clinical Medicine*, 10(8), artykuł 8. <https://doi.org/10.3390/jcm10081744>
- Ludnościowa, R. R. (2024). *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2022-2023*. Główny Urząd Statystyczny.
- Makaruk, K., Drabarek, K., Popyk, A., Wójcik, S. (2023). *Diagnoza przemocy wobec dzieci w Polsce 2023*. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę
- Malczewski, A., Jabłoński, P. (2023). *Raport 2023 Uzależnienia w Polsce*. Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.
- Mamani López, V., Herrera Salas, D., Arias Gallegos, W. L. (2020). Análisis comparativo de machismo sexual en estudiantes universitarios peruanos y chilenos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 58(2), 106–115.
- Margelisch, K., Schneewind, K. A., Violette, J., Perrig-Chiello, P. (2017). Marital stability, satisfaction and well-being in old age: variability and continuity in long-term continuously married older persons. *Aging and Mental Health*, 21(4), 389–398.
- Marques-Feixa, L., Moya-Higueras, J., Romero, S., Santamarina-Pérez, P., San Martín-Gonzalez, N., Mas, A., Rapado-Castro, M., Blasco-Fontecilla, H., Zorrilla, I.,

- Forner-Puntonet, M., Anglada, E., Ramírez, M., Mayoral, M., Muñoz, M. J., Fañanás, L., Palma-Gudiel, H., Castro-Quintas, Á., Monteserín, J. L., Marín-Vila, M., [...] Rios, G. (2023). Complex post-traumatic stress disorder (CPTSD) of ICD-11 in youths with childhood maltreatment: Associations with age of exposure and clinical outcomes. *Journal of Affective Disorders*, 332, 92–104.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.03.088>
- Marx, B. P., Hall-Clark, B., Friedman, M. J., Holtzheimer, P., Schnurr, P. P. (2024). The PTSD Criterion A debate: A brief history, current status, and recommendations for moving forward. *Journal of Traumatic Stress*, 37(1), 5–15.
<https://doi.org/10.1002/jts.23007>
- Masterson, D. (2009). *The History of Peru. The Greenwood Histories of the Modern Nations*. Bloomsbury Publishing.
- Matsumoto, D., Juang, L. (2023). *Culture and psychology (7th ed.)*. Cengage Learning.
- Matysiak, A. (red.). (2014). *Nowe wzorce formowania i rozwoju rodziny w Polsce. Przyczyny oraz wpływ na zadowolenie z życia*. Wydawnictwo Scholar
- Medina-Hernández, E., Fernández-Gómez, M. J., Barrera-Mellado, I. (2021). Gender Inequality in Latin America: A Multidimensional Analysis Based on ECLAC Indicators. *Sustainability*, 13(23), artykuł 23. <https://doi.org/10.3390/su132313140>
- Memarzia, J., Lofthouse, K., Dalgleish, T., Boyle, A., McKinnon, A., Dixon, C., Smith, P., Meiser-Stedman, R. (2024). Predictive models of post-traumatic stress disorder, complex post-traumatic stress disorder, depression, and anxiety in children and adolescents following a single-event trauma. *Psychological Medicine*, 54(12), 3407–3416. <https://doi.org/10.1017/S0033291724001648>
- Merino Núñez, M., Córdova Chirinos, J. W., Aguirre Pintado, J. M., García Yovera, A. J., López Ñiquen, K. E. (2020). Nivel de percepción sobre la Pobreza en el Perú, causas y efectos sociales. *Revista Universidad y Sociedad*, 12(6), 46–53.
- Miazgowski, J., Tuskiewicz, M., Miazgowski, T. (2021). Skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej w zakresie uzyskiwania remisji i redukcji częstości nawrotów w zaburzeniach lękowych. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 21(4), 268–273.
<https://doi.org/10.15557/PiPK.2021.0030>
- Mielimąka, M., Rutkowski, K., Cyranka, K., Sobański, J., Dembińska, E., Müldner-Nieckowski, Ł. (2017). Trait and state anxiety in patients treated with intensive short-term group psychotherapy for neurotic and personality disorders. *Psychiatria Polska*, 51(6), 1165–1179. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/60537>



- Mikulska, J., Juszczak, G., Gawrońska-Grzywacz, M., Herbet, M. (2021). HPA Axis in the Pathomechanism of Depression and Schizophrenia: New Therapeutic Strategies Based on Its Participation. *Brain Sciences*, 11(10), artykuł 10.
<https://doi.org/10.3390/brainsci11101298>
- Miluska, J. (2014). Kulturowa różnorodność rodziny. W: I. Janicka i H. Liberska, (red.), *Psychologia rodziny* (s. 370–383). PWN.
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2022). *La Estrategia Nacional de Prevención de la Violencia de Género contra las Mujeres "Mujeres Libres de Violencia"*. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables
- Ministerio de Salud. (2021). *En 50% se ha incrementado la violencia en niños y adolescentes en Lima Metropolitana durante la pandemia*. Ministerio de Salud.
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/523605-en-50-se-ha-incrementado-la-violencia-en-ninos-y-adolescentes-en-lima-metropolitana-durante-la-pandemia/>
- Ministerio del Ambiente (2021). *Informe nacional sobre el estado del ambiente 2014-2019*. Ministerio del Ambiente.
- Ministerstwo Sprawiedliwości Centralny Zarząd Służby Więziennej. (2023). *Roczna informacja statystyczna*. <https://www.sw.gov.pl/strona/statystyka-roczna>
- Morán-Mariños, C., Alarcon-Ruiz, C.A., Alva-Diaz, C. (2019) Pobreza y su influencia en el riesgo y daño familiar en un distrito de Lima, Perú: resultados por sectorización y atención primaria en salud. *Medicina de Familia*, 45(4), 225–231.
<https://doi.org/10.1016/j.semerng.2019.02.007>
- Moriyama, I. M., Loy, R. M., Robb-Smith, A. H. T., Rosenberg, H. M., Hoyert, D. L. (2011). *History of the Statistical Classification of Diseases and Causes of Death*. National Center for Health Statistics.
- Morris, M. C., Compas, B. E., Garber, J. (2012). Relations among Posttraumatic Stress Disorder, Comorbid Major Depression, and HPA Function: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(4), 301–315.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.02.002>
- Morrison, F. G., Miller, M. W., Logue, M. W., Assef, M., Wolf, E. J. (2019). DNA methylation correlates of PTSD: Recent findings and technical challenges. *Progress in Neuro-Psychopharmacology Biological Psychiatry*, 90, 223–234.
<https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2018.11.011>



- Moskalewicz J., Wciórka J. (red.). (2021). *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski – Raport z badań „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań– EZOP II*. Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Murawiec, S., Olejnik, N., Kudlik, A. (2023). Farmakoterapia zaburzeń lękowych: Które substancje są wskazywane przez polskich psychiatrów jako leki pierwszego wyboru? *Psychiatria Spersonalizowana*, 2(1), 1 – 9.
- Murphy, F., Nasa, A., Cullinane, D., Raajakesary, K., Gazzaz, A., Sooknarine, V., Haines, M., Roman, E., Kelly, L., O’Neill, A., Cannon, M., Roddy, D. W. (2022). Childhood Trauma, the HPA Axis and Psychiatric Illnesses: A Targeted Literature Synthesis. *Frontiers in Psychiatry*, 13, artykuł 748372.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.748372>
- Namysłowska, I. (2000). *Terapia rodzin*. IPiN.
- Nickerson, A., Cloitre, M., Bryant, R. A., Schnyder, U., Morina, N., Schick, M. (2016). The factor structure of complex posttraumatic stress disorder in traumatized refugees. *European Journal of Psychotraumatology*, 7(1), artykuł 33253.
<https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.33253>
- Nogueira, B. L., Mari, J. de J., Razzouk, D. (2015). Culture-bound syndromes in Spanish speaking Latin America: The case of *Nervios*, *Susto* and *Ataques de Nervios*. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 42, 171–178.
<https://doi.org/10.1590/0101-60830000000070>
- Nowak, K., Wingralek, Z., Banaszek, A., Próchnicki, M. (2024). Methods for maintaining the effects of electroconvulsive therapy in depression treatment in various parts of the world. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 24(2), 152–158.
<https://doi.org/10.15557/PiPK.2024.0019>
- Nuss, P. (2015). Anxiety disorders and GABA neurotransmission: A disturbance of modulation. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 165–175.
<https://doi.org/10.2147/NDT.S58841>
- O’Donovan, M. R., Gapp, C., Stein, C. (2018). Burden of disease studies in the WHO European Region—A mapping exercise. *The European Journal of Public Health*, 28(4), 773–778. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky060>
- Omyła-Rudzka, M. (2019). Przemoc i konflikty w domu, W: Bożewicz, R. (red.), *Współczesna polska rodzina* (s. 94–107). CBOS
- Ostrouch-Kamińska, J. (2015). *Rodzina partnerska jako relacja współzależnych podmiotów*. Oficyna Wydawnicza Impuls.

- Pan, X., Kaminga, A. C., Wen, S. W., Liu, A. (2018). Catecholamines in Post-traumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Molecular Neuroscience*, 11, artykuł 450. <https://doi.org/10.3389/fnmol.2018.00450>
- Paul, O. (1987). Da Costa's syndrome or neurocirculatory asthenia. *British Heart Journal*, 58(4), 306–315.
- Pawlak, A., Krejca, M., Janas-Kozik, M., Krupka-Matuszczyk, I., Rajewska, J., Bochenek, A. (2012). Ocena lęku i depresji w okresie okołoperacyjnym u pacjentów poddawanych rewaskularyzacji mięśnia sercowego. *Psychiatria Polska*, 46(1), 63–74.
- Pelcovitz, D., Bvan der Kolk, B., Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S., Resick, P. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress*, 10(1), 3–16. <https://doi.org/10.1023/a:1024800212070>
- Piggott, V. M., Bosse, K. E., Lisieski, M. J., Strader, J. A., Stanley, J. A., Conti, A. C., Ghoddoussi, F., Perrine, S. A. (2019). Single-Prolonged Stress Impairs Prefrontal Cortex Control of Amygdala and Striatum in Rats. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 13, artykuł 18. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2019.00018>
- Piotrowski, J. (1970). *Ludzie starzy w Polsce i ich sprawność życiowa. Sprawozdanie końcowe z badań (1965–1969) pt. Potrzeby ludzi starych i związane z tym potrzeby urządzeń społecznych*". SGPiS.
- Plopa, M. (2014). Więzy małżeńskie i rodzinne w perspektywie teorii przywiązania. W: I. Janicka i H. Liberska (red.), *Psychologia rodziny* (s. 152–166). Warszawa: PWN.
- Poder Judicial del Perú (b.d.). *Código de los niños y adolescentes: Ley N° 27337*, Pobrane 15 stycznia 2025 z: <https://www.pj.gob.pe/wps/wcm/connect/fe44b080400d67cd8a23bf6976768c74/C%C3%B3digo+de+los+ni%C3%B1os+y+adolescentes+Ley+N%C2%B0+27337.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=fe44b080400d67cd8a23bf6976768c74>
- Poniatowski, M., Maciejczyk-Krysiak, N., Starybrat, J. (red.). (2024). *Wybrane aspekty prawne przeciwdziałania przemocy domowej*. Wydawnictwo Instytutu Wymiaru Sprawiedliwości
- Porges, S. W. (2022). Polyvagal Theory: A Science of Safety. *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 16, artykuł 871227. <https://doi.org/10.3389/fnint.2022.871227>
- Przetacznik-Gierowska, M., Włodarski, Z. (2002). *Psychologia wychowawcza*. PWN.



- Rabczak, S. (2018). Rodzina funkcjonalna a dysfunkcjonalna w procesie kształtowania nowych jednostek społecznych. *Rzeszowskie Studia Socjologiczne*, *11*, 103–115.
- Radochoński, M. (1987). *Choroba a rodzina*. Rzeszów: Wydawnictwo WSP.
- Radochoński, M. (1998). Wybrane zagadnienia psychopatologii w ujęciu systemowej koncepcji rodziny. *Roczniki Socjologii Rodziny*, *10*, 91–109.
- Radochoński, M., Perenc, L., Radochońska, A. (2014). Rodzina a zachowania antyspołeczne. W: I. Janicka i H. Liberska (red.), *Psychologia rodziny* (s. 519–520). PWN.
- Rajkumar, B. (2024). Cognitive-behavioural therapy for complex post-traumatic stress disorder. *BJPpsych Advances*, *31*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1192/bja.2024.29>
- Rajkumar, R. P. (2022). Comorbid depression and anxiety: Integration of insights from attachment theory and cognitive neuroscience, and their implications for research and treatment. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, *16*, artykuł 1104928. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2022.1104928>
- Ramirez Grados, G. Padilla, L. (2017). *Guia Tecnica para la Atencion de Pacientes con Trastornos Mentales y del Comportamiento debido al Consumo de Alcohol*. Ministerio de Salud
- Regulska, A. (2011). Przeobrażenia w modelu i funkcjach rodziny na przestrzeni XIX-XX wieku, *Studia nad Rodziną*, *15*(1-2) (28-29), 235-246.
- Reynolds, S. A. (2022). Household transitions between ages 5 and 15 and educational outcomes: Fathers and grandparents in Peru. *Demographic research*, *46*, 397–440. <https://doi.org/10.4054/demres.2022.46.14>
- Romanowska, M., Dobroczyński, B. (2021). Procesy nieświadome we współczesnej terapii poznawczej Aaron T. Becka. *Psychoterapia*, *3*(198), 5–15. <https://doi.org/10.12740/PT/142223>
- Rondon, M. B. (2009). Peru: Mental health in a complex country. *International Psychiatry*, *6*(1), 12–14.
- Roohi, E., Jaafari, N., Hashemian, F. (2021). On inflammatory hypothesis of depression: What is the role of IL-6 in the middle of the chaos? *Journal of Neuroinflammation*, *18*(1), artykuł 45. <https://doi.org/10.1186/s12974-021-02100-7>
- Rossi, A. A., Panzeri, A., Fernandez, I., Invernizzi, R., Taccini, F., Mannarini, S. (2024). The impact of trauma core dimensions on anxiety and depression: A latent regression model through the Post-Traumatic Symptom Questionnaire (PTSQ). *Scientific Reports*, *14*(1), artykuł 23036. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-72274-6>
- Rostowski, J. (2012). *Rozwój mózgu człowieka w cyklu życia*. Difin.



- Różycka, E. (red). (2006). *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku, Tom V*. Wydawnictwo Akademickie "Żak".
- Rydz, S. (2014). Samotne rodzicielstwo. W: I. Janicka i H. Liberska, (red.), *Psychologia rodziny* (s. 244–258). PWN.
- Ryś, M. (2004). *Systemy rodzinne. Metody badań struktury rodziny pochodzenia i rodziny własnej*. CMPP-P.
- Rzeszutek, M., Dragan, M., Lis-Turlejska, M., Schier, K., Kowalkowska, J., Drabarek, K., Van Hoy, A., Holas, P., Maison, D., Wdowczyk, G., Litwin, E., Wawrzyniak, J., Znamirowska, W., Szumił, S., Desmond, M. (2024). Adverse childhood experiences and ICD-11 complex posttraumatic stress disorder in Poland: A population-based study. *European Journal of Psychotraumatology*, 15(1), artykuł 2420464. <https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2420464>
- Saigh, P., Bremner, J. (1999). History of posttraumatic stress disorder. W: Saigh, P., Bremner, J. (red.), *Posttraumatic stress disorder: A comprehensive text* (s. 1–17). Allyn & Bacon.
- Sajkowska, M., Szredzińska, R. (2022). *Dzieci się liczą 2022. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce*. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę.
- Sajkowska, M., Szredzińska, R. (red.). (2022). *Dzieci się liczą 2022. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce*. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę.
- Salinas-Hernández, X. I., Duvarci, S. (2021). Dopamine in Fear Extinction. *Frontiers in Synaptic Neuroscience*, 13, artykuł 635879. <https://doi.org/10.3389/fnsyn.2021.635879>
- Samochowicz, J., Dudek, D., Kucharska Mazur, J., Murawiec, S., Rymaszewska, J., Cubała, W., Heitzman, J., Szulc, A., Bała, M., Gałecki, P. (2021a). Leczenie farmakologiczne epizodu depresji i zaburzeń depresyjnych nawracających – wytyczne Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i Konsultanta Krajowego ds. Psychiatrii Dorosłych. *Psychiatria Polska*, 55(2), 235–259. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/132496>
- Save the Children. (2022). *Informe sobre la violencia contra niñas, niños y adolescentes en el Perú para el examen periódico universal*. <https://www.savethechildren.org.pe/wp-content/uploads/2022/10/Informe-del-GIVNNA-Violencia-contraNNA-al-EPU2022-VF-12.07.22.pdf>

- Saviola, F., Pappaianni, E., Monti, A., Grecucci, A., Jovicich, J., De Pisapia, N. (2020). Trait and state anxiety are mapped differently in the human brain. *Scientific Reports*, 10(1), artykuł 11112. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-68008-z>
- Schumacher, S., Niemeyer, H., Engel, S., Cwik, J. C., Laufer, S., Klusmann, H., Knaevelsrud, C. (2019). HPA axis regulation in posttraumatic stress disorder: A meta-analysis focusing on potential moderators. *Neuroscience Biobehavioral Reviews*, 100, 35–57. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.02.005>
- Schwartz, A. (2021). *The Complex PTSD Treatment Manual: An Integrative, Mind-Body Approach to Trauma Recovery*. PESI.
- Scroope, C. (2018). *Peruvian Culture. Family*. Cultural Atlas. <https://culturalatlas.sbs.com.au/peruvian-culture>
- Seemüller, F. (2023). ICD-11 and mental disorders: Important changes, controversies, and future directions. *BMC Psychiatry*, 23(1), artykuł 698. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05186-w>
- Senator, D. (2012). Teoria więzi Bowlby’ego. W B. Tryjarska (red.), *Bliskość w rodzinie. Więzy w dzieciństwie a zaburzenia w dorosłości* (s. 18–38). Scholar.
- Shapiro, F. (2014). The Role of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy in Medicine: Addressing the Psychological and Physical Symptoms Stemming from Adverse Life Experiences. *The Permanente Journal*, 18(1), 71–77. <https://doi.org/10.7812/TPP/13-098>
- Sherin, J. E., Nemeroff, C. B. (2011). Post-traumatic stress disorder: The neurobiological impact of psychological trauma. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13(3), 263–278.
- Shevlin, M., Hyland, P., Roberts, N. P., Bisson, J. I., Brewin, C. R., Cloitre, M. (2018). A psychometric assessment of Disturbances in Self-Organization symptom indicators for ICD-11 Complex PTSD using the International Trauma Questionnaire. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), artykuł 1419749. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1419749>
- Shin, Y. J., Kim, S. M., Hong, J. S., Han, D. H. (2021). Correlations Between Cognitive Functions and Clinical Symptoms in Adolescents With Complex Post-traumatic Stress Disorder. *Frontiers in Public Health*, 9, artykuł 586389. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.586389>
- Shiraeve, E. B. i Levy, D. A. (2020). *Cross-Cultural Psychology: Critical Thinking and Contemporary Applications, Seventh Edition (7th ed.)*. Routledge.



- Silczuk, A. i Habrat, B. (2016). Zaburzenia uprawiania hazardu. W: B. Habrat, (red.), *Zaburzenia uprawiania hazardu i inne tak zwane nałogi behawioralne* (s. 83–136). Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Skałbani, J., Polewik, K., Pietkiewicz, I. J., Tomalski, R. (2021). Podzielony umysł- podzielony mózg. Neurobiologiczne podłoże dysocjacyjnego zaburzenia tożsamości z perspektywy teorii układów dynamicznych. *Psychiatr Psychol Klin* 2021, 21(1), 27–35. <https://doi.org/10.15557/PiPK.2021.0003>
- Słownik Języka Polskiego PWN*. (b.d.). Pobrane 28 września 2024 z <https://sjp.pwn.pl/slowniki/funkcja.html>
- Słownik Języka Polskiego PWN*. (b.d.). Pobrane 28 września 2024 z: <https://sjp.pwn.pl/szukaj/funkcjonalny.html>
- Smith, P. (2015). To lend helping hands: In-group favoritism, uncertainty avoidance, and the national frequency of pro-social behaviors. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 46(6), 759–771.
- Somarriba, N., Espina, P., Pastor, A. (2022). The Importance of the Neighbourhood Environment and Social Capital for Happiness in a Vulnerable District: The Case of the Pajarillos District in Spain. *Journal of Happiness Studies*, 23(5), artykuł 1. <https://doi.org/10.1007/s10902-021-00479-x>.
- Soriano, A. (2002). *Przemoc wobec dzieci*. eSPe.
- Sorrentino, R. M., Nezlek, J. B., Yasunaga, S., Kouhara, S., Otsubo, Y., Shuper, P. (2008). Uncertainty orientation and affective experiences: Individual differences within and across cultures. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 39(2), 129–146.
- Sosnowski, T., Wrześniewski, K., Jaworowska, A., Fecenec, D. (2011). *STAI Inwentarz Stanu i Cechy Lęku, Polska Adaptacja STAI*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Spurek, S. (2023). *Przeciwdziałanie przemocy domowej Komentarz*. Wolters Kluwer.
- Sripada, R. K., Garfinkel, S. N., Liberzon, I. (2013). Avoidant symptoms in PTSD predict fear circuit activation during multimodal fear extinction. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7, artykuł 672. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2013.00672>
- Stańczyk, J. (2015). „Eurosieroctwo” jako skutek migracji zarobkowej. *Zeszyty Naukowe Collegium Witelona* 4(17), 31–38.
- Stein, D. J., Kupfer, D. J., Schatzberg, A. F. (2005). *The American Psychiatric Publishing textbook of mood disorders* (1st ed). American Psychiatric Pub.

- Stepulak, M. Z. (2010). *Relacyjny wymiar rozwoju osobowego w systemie rodzinnym*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Straś-Romanowska, M. (2012). Refleksje o wychowaniu w perspektywie personalistycznej. *Psychologia Wychowawcza*, 1–2, 119–130.
- Struijs, S. Y., de Jong, P. J., Jeronimus, B. F., van der Does, W., Riese, H., Spinhoven, P. (2021). Psychological risk factors and the course of depression and anxiety disorders: A review of 15 years NESDA research. *Journal of Affective Disorders*, 295, 1347–1359. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.08.086>
- Sully de Luque, M., Matute G. (1999). Cross-cultural construct complexity: an initial empirical analysis of Perú. *Journal of Economics, Finance and Administrative Science*, 5(9-10), 47–67. <https://doi.org/10.46631/jefas.1999.n9-10.04>
- Summereder, S., Streicher, B., Batinic, B. (2013). Voice or consistency? What you perceive as procedurally fair depends on your level of power distance. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 45(2), 192–212.
- Świętochowski, W. (2014). Choroba przewlekła w systemie rodziny. W: I. Janicka i H. Liberska (red.), *Psychologia rodziny* (s. 388–409). PWN.
- Świętochowski, W. (2014). Choroba przewlekła w systemie rodziny. W: I. Janicka i H. Liberska (red.), *Psychologia rodziny* (s. 388–409). PWN.
- Świętochowski, W. (2014). Rodzina w ujęciu systemowym. W: I. Janicka i H. Liberska, (red.), *Psychologia Rodziny* (21–45). PWN.
- Świętochowski, W. (2014). Rodzina w ujęciu systemowym. W: I. Janicka i H. Liberska (red.), *Psychologia Rodziny* (s. 21–45). PWN.
- Szczepański, J. (1970). *Elementarne pojęcia socjologii*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Sztander, W. (2011). *Rodzina z problemem alkoholowym*. Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
- Szuhany, K. L., Simon, N. M. (2022). Anxiety Disorders: A Review. *JAMA*, 328(24), artykuł 2431. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.22744>
- Szychowska, J. (2022). Przemoc w rodzinie jako istotny problem społeczny. *Rzeszowskie Studia Socjologiczne*, 15, 47–67. <https://journals.ur.edu.pl/rss/article/view/8902>
- Tafet, G. E., Nemeroff, C. B. (2016). The Links Between Stress and Depression: Psychoneuroendocrinological, Genetic, and Environmental Interactions. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 28(2), 77–88. <https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.15030053>

- Takcz, B. (2024). Satysfakcja ze związku małżeńskiego a zdrowie osób w późnej dorosłości – przegląd literatury. *Exlibris Social Gerontology Journal*, 26(1), 87–116.
https://doi.org/10.57655/exlibris_1_2024_5.
- Tarkowska, E. (2011). Ubóstwo dzieci w Polsce, W: Ryszard Szarfenberg (red.), *Polski Raport Social Watch 2010. Ubóstwo i wykluczenie społeczne w Polsce. Raport krajowy Polskiej Koalicji Social Watch i Polskiego Komitetu European Anti-Poverty Network* (s. 1–15). Kampania Przeciw Homofobii.
- Tay, A. K., Rees, S., Chen, J., Kareth, M., Silove, D. (2015). The structure of post-traumatic stress disorder and complex post-traumatic stress disorder amongst West Papuan refugees. *BMC Psychiatry*, 15, artykuł 111. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0480-3>
- Toledo, E., Leon Reyes, V. (2023). Financial inclusion in Peru: Appraisal and perspectives. *Quipukamayoc*, 31(65), 73–84. <https://doi.org/10.15381/quipu.v31i65.25882>
- Topolski, J. (2022). *Historia Polski*. Wydawnictwo Poznańskie.
- Torres Fernández, I., Pereira, S. R., Aicart, J., Salas, G. (2018). Crossing International Borders in Search of a Better Life: Examining the Psychological Impact of the Immigration Experience. *Universitas Psychologica*, 16(5), 1–15.
<https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-5.cibs>
- Torres, A. (2017). *Hablemos de sexo*, Institut Public de Sondage d'Opinion Secteu.
<https://www.ipsos.com/es-pe/hablemos-de-sexo>
- Tyszka, Z. (1974). *Socjologia rodziny*. Warszawa: PWN.
- Tyszka, Z. (1997). *System metodologiczny poznańskiej szkoły socjologicznych badań nad rodziną (stan aktualny)*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Tyszka, Z. (2001). *System metodologiczny wieloaspektowej integralnej analizy życia rodzinnego*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Tyszka, Z. (2002). *Rodzina we współczesnym świecie*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- United Nations Children's Fund. (2019). *Cifras de la violencia hacia los niños, niñas y adolescentes en el Perú*. UNICEF.
<https://www.unicef.org/peru/sites/unicef.org/peru/files/2019-09/cifras-violencia-ninas-ninos-adolescentes-peru-2019.pdf>
- United Nations Development Programme. (2024). *2024 Global Multidimensional Poverty Index (MPI). Poverty amid conflict*. United Nations Development Programme

- United Nations Development Programme. (2024). *Human Development Report 2023-24: Breaking the gridlock: Reimagining cooperation in a polarized world*. New York.
- Villarreal-Zegarra, D., Cabrera-Alva, M., Carrillo-Larco, R. M., Bernabe-Ortiz, A. (2020). Trends in the prevalence and treatment of depressive symptoms in Peru: A population-based study. *BMJ Open*, *10*(7), artykuł e036777. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-036777>
- Villarreal-Zegarra, D., Copez-Lonzoy, A., Vilela-Estrada, A. L., Huarcaya-Victoria, J. (2021). Depression, post-traumatic stress, anxiety, and fear of COVID-19 in the general population and health-care workers: Prevalence, relationship, and explicative model in Peru. *BMC Psychiatry*, *21*(1), artykuł 455. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03456-z>
- von Majewski, K., Kraus, O., Rhein, C., Lieb, M., Erim, Y., Rohleder, N. (2023). Acute stress responses of autonomous nervous system, HPA axis, and inflammatory system in posttraumatic stress disorder. *Translational Psychiatry*, *13*(1), artykuł 36. <https://doi.org/10.1038/s41398-023-02331-7>
- Walczak, B. (2014). *Dziecko, rodzina i szkoła wobec migracji rodzicielskich: 10 lat po akcesji do Unii Europejskiej*. Pedagogium.
- Wałęcka-Matyja, K. (2014). Role i funkcje rodziny. W: I. Janicka i H. Liberska (red.), *Psychologia rodziny* (s. 95-114). PWN.
- Wang, H. (2023). Impact of Attachment Relationships on Anxiety and Depression. *SHS Web of Conferences*, *180*, artykuł 02028. <https://doi.org/10.1051/shsconf/202318002028>
- Watkins, L. E., Sprang, K. R., Rothbaum, B. O. (2018). Treating PTSD: A Review of Evidence-Based Psychotherapy Interventions. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, *12*, artykuł 258. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2018.00258>
- Wen, Z., Seo, J., Pace-Schott, E. F., Milad, M. R. (2022). Abnormal dynamic functional connectivity during fear extinction learning in PTSD and anxiety disorders. *Molecular Psychiatry*, *27*(4), 2216–2224. <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01462-5>
- WHO. (2024). *Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements for ICD-11 Mental, Behavioural and Neurodevelopmental Disorders* (1st ed). World Health Organization.
- Włodarczyk, J. (2022). Przemoc wobec dzieci i zaniedbanie dzieci. W: M. Sajkowska, R. Szredzińska (red.), *Dzieci się liczą 2022. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce* (s. 238–255). Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę.



- Wójcik, Sz. (2022). Ubóstwo dzieci. W: M. Sajkowska, R. Szredzińska (red.), *Dzieci się liczą 2022. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce* (s. 88–107). Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę.
- Wu, J., Sun, Y., Zhang, G., Zhou, Z., Ren, Z. (2021). Virtual Reality-Assisted Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry, 12*, artykuł 575094.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.575094>
- Xu, J., Liu, N., Polemiti, E., Garcia-Mondragon, L., Tang, J., Liu, X., Lett, T., Yu, L., Nöthen, M. M., Feng, J., Yu, C., Marquand, A., Schumann, G. (2023). Effects of urban living environments on mental health in adults. *Nature Medicine, 29*(6), 1456–1467. <https://doi.org/10.1038/s41591-023-02365-w>
- Zabłocka-Żytka, L., Lavdas, M. (2023). Stres wojny. Zalecenia dotyczące ochrony zdrowia psychicznego i dobrostanu zarówno uchodźców ukraińskich, jak i Polaków zaangażowanych w ich wsparcie. *Psychiatria Polska, 57*(4), 729–746.
<https://doi.org/10.12740/PP/156157>
- Zaborowski, Z. (1976). *Stosunki międzyludzkie*. Ossolineum.
- Zaborowski, Z. (1980). *Rodzina jako grupa społeczno-wychowawcza*. Nasza Księgarnia.
- Zaiden, F., Mahfar, M. (2024). Depression among Adolescents: A Review of Beck's Cognitive Behaviour Theory. *Jurnal Sains Kesihatan Malaysia, 22*(1), 1–11.
<https://doi.org/10.17576/JSKM-2024-2201-01>
- Zalewski, P. (2020) Polski system przeciwdziałania przemocy w rodzinie. *Disputationes Scientificalae Universitatis Catholicae in Ružomberok, 20*(3), 58–92.
- Zawadzki, B., Popiel, A. (2014). Na rozstaju dróg: Struktura objawów stresu pourazowego (PTSD) po DSM-5, a przed ICD-11. *Via Medica, 4*, 69–86.
- Zeng, R., Kushner, S., Tackett, J. L. (2012). The Tripartite Model of Anxiety and Depression: Function and Utility in a Youth Community Sample. *Graduate Student Journal of Psychology, 14*, 14–44. <https://doi.org/10.52214/gsjp.v14i.10878>
- Zhai, X., Tong, H. H. Y., Lam, C. K., Xing, A., Sha, Y., Luo, G., Meng, W., Li, J., Zhou, M., Huang, Y., Wong, L. S., Wang, C., Li, K. (2024). Association and causal mediation between marital status and depression in seven countries. *Nature human behaviour, 8*(12), 2392–2405. <https://doi.org/10.1038/s41562-024-02033-0>
- Ziemska, M. (1973). *Postawy Rodzicielskie*. Wiedza Powszechna.
- Ziemska, M. (1975). *Rodzina a osobowość*. Wiedza Powszechna.
- Ziemska, M. (1979). *Rodzina i dziecko*. PWN.



Zinbarg, R. E., Williams, A. L., Mineka, S. (2022). A Current Learning Theory Approach to the Etiology and Course of Anxiety and Related Disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 18(1), 233–258. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-072220-021010>

Zubrzycka, E. (1993). *Narzeczeństwo, małżeństwo, rodzina, rozwód?* GWP.



Spis tabel

Tabela 1 Funkcje rodziny.....	14
Tabela 2 Rodziny według typów w roku 2011 i 2021	63
Tabela 3 Rodziny z dziećmi według liczby dzieci i podziałem na miejsce zamieszkania	64
Tabela 4 Samotne matki i samotni ojcowie w liczbach bezwzględnych i strukturze poziomej (w %).....	66
Tabela 5 Spis ludności Peru według stanu cywilnego	82
Tabela 6 Gospodarstwa domowe w Peru według typu	83
Tabela 7 Gospodarstwa domowe według płci jako głowy rodziny w Peru.....	84
Tabela 8 Gospodarstwa domowe według liczby członków w Peru.....	85
Tabela 9 Liczba żywych urodzeń w Peru między 1993 a 2007 rokiem	85
Tabela 10 Ilość samotnych matek i ojców w 2007 i 2017 roku.....	86
Tabela 11 <i>Kryterium A w DSM-5-TR w zależności od grup wiekowych</i>	104
Tabela 12 <i>Kryterium C w DSM-5-TR w zależności od grup wiekowych</i>	107
Tabela 13 Różnice między CPTSD a borderline	131
Tabela 14 Czynniki ryzyka lekooporności.....	159
Tabela 15 Rodzaje problemów dysfunkcyjnych u Polaków i Peruwiańczyków w podziale na odsetki udzielonych odpowiedzi i odsetki liczebności grupy.....	200
Tabela 16 Poziom lęku i objawów depresji w grupie Polaków i Peruwiańczyków.	201
Tabela 17 Poziom lęku i objawów depresji w podziale, na podstawie obecności CPTSD ..	206
Tabela 18 Poziom lęku i objawów depresji w podziale na kraje	206
Tabela 19 Poziom lęku i objawów depresji u osób z wykształceniem wyższym w podziale na kraje	208
Tabela 20 Poziom lęku i objawów depresji u kobiet w podziale na kraje	209
Tabela 21 Poziom lęku i objawów depresji u mężczyzn w podziale na kraje	210
Tabela 22 Poziom lęku i symptomów depresji u kobiet i mężczyzn ze zdiagnozowanym CPTSD	212
Tabela 23 Poziom lęku i objawów depresji u mieszkańców miast powyżej 100 tys. w podziale na kraj	212
Tabela 24 Poziom lęku i objawów depresji u mieszkańców miast powyżej 100 tys. w podziale na kraje	214
Tabela 25 Poziom lęku i objawów depresji u osób samotnych i będących w związkach	215



Tabela 26 Poziom lęku i objawów depresji u osób będących w związkach w podziale na kraj	216
Tabela 27 Poziom lęku i objawów depresji u korzystających z pomocy i nie korzystających.....	218
Tabela 28 Poziom lęku i symptomów depresji u nie korzystających z profesjonalnej pomocy w podziale na kraj	220
Tabela 29 Poziom lęku jako stan (średnie brzegowe) w Polsce i Perú w zależności od korzystania z profesjonalnej pomocy. Wyniki dwuczynnikowej analizy wariancji.....	221
Tabela 30 Poziom lęku jako cecha (średnie brzegowe) w Polsce i Perú w zależności od korzystania z profesjonalnej pomocy. Wyniki dwuczynnikowej analizy wariancji.....	223
Tabela 31 Poziom symptomów depresji (średnie brzegowe) w Polsce i Perú w zależności od korzystania z profesjonalnej pomocy. Wyniki dwuczynnikowej analizy wariancji.....	225



Spis rysunków

Rysunek 1 Porównanie odpowiedzi ankietowanych z 1999 roku oraz z 2009 roku.....	58
Rysunek 2 Liczba rozwodów w Polsce w latach 1980-2021	65
Rysunek 3 Dzieci pochodzące z rozwiedzionych małżeństw od roku 2005 do 2023.....	66
Rysunek 4 Ilość pokrzywdzonych małoletnich z art. 207 § 1 kk między 2016 a 2021 rokiem	71
Rysunek 5 Doświadczenia różnych kategorii przemocy w ciągu życia i ostatniego roku osób w wieku 11-17 lat, N=2026	72
Rysunek 6 Samotni rodzice z dziećmi poniżej 18 roku życia według stanu cywilnego w 2017 roku	87
Rysunek 7 Dwuczynnikowy model CPTSD.....	120
Rysunek 8 Kaskadowy model czynników w wyrażaniu symptomów potraumatycznych ..	126
Rysunek 9 Model rozwoju depresji oparty na podatności poznawczej i stresujących wydarzeniach życiowych	149
Rysunek 10 Model PERMA	150
Rysunek 11 Wskaźnik DALY (%) dla występowania zaburzeń depresyjnych w Polsce, Perú i na świecie.....	155
Rysunek 12 Zasady leczenia epizodu depresyjnego	157
Rysunek 13 Wskaźnik DALY (%) dla występowania zaburzeń lękowych w Polsce, Perú i na świecie.....	181
Rysunek 14 Odsetek płci w podziale na kraj pochodzenia.....	195
Rysunek 15 Miejsce zamieszkania w podziale na kraj pochodzenia.....	196
Rysunek 16 Poziom wykształcenia w podziale na kraj pochodzenia	197
Rysunek 17 Stan cywilny w podziale na kraj pochodzenia	197
Rysunek 18 Odsetek osób ze zdiagnozowaną traumą w podziale na kraj pochodzenia.....	198
Rysunek 19 Odsetek osób, szukających profesjonalnej pomocy w podziale na kraj pochodzenia	199
Rysunek 20 Wyniki poziomu lęku (grupy diagnostyczne) jako stan w podziale na kraj pochodzenia	202
Rysunek 21 Wyniki poziomu lęku (grupy diagnostyczne) jako cecha w podziale na kraj pochodzenia	203
Rysunek 22 Wyniki poziomu objawów depresji (grupy diagnostyczne) w podziale na kraj pochodzenia	204



Rysunek 23 Odsetki zdiagnozowanego CPTSD w podziale na kraj pochodzenia	205
Rysunek 24 Odsetki zdiagnozowanego CPTSD w podziale na kraj pochodzenia	207
Rysunek 25 Odsetki zdiagnozowanego CPTSD w podziale na kraj pochodzenia u osób z wyższym wykształceniem	208
Rysunek 26 Odsetki zdiagnozowanego CPTSD w podziale na kraj pochodzenia u kobiet .	210
Rysunek 27 Odsetki zdiagnozowanego CPTSD w podziale na kraj pochodzenia u mężczyzn	211
Rysunek 28 Odsetki zdiagnozowanego CPTSD w podziale na kraj pochodzenia u osób mieszkających w miastach powyżej 100 tys. mieszkańców	213
Rysunek 29 Odsetki zdiagnozowanego CPTSD w podziale na wielkość miast.....	214
Rysunek 30 Odsetki zdiagnozowanego CPTSD u osób samotnych i będących w związku.	216
Rysunek 31 Odsetki zdiagnozowanego CPTSD u osób będących w związkach w podziale na kraj	217
Rysunek 32 Odsetki zdiagnozowanego CPTSD u osób korzystających i nie korzystających z profesjonalnej pomocy	219
Rysunek 33 Odsetki zdiagnozowanego CPTSD u osób niekorzystających z profesjonalnej pomocy w podziale na kraj	220
Rysunek 34 Poziom lęku jako stan w Polsce i Perú w zależności od korzystania z profesjonalnej pomocy.	222
Rysunek 35 Poziom lęku jako cecha w Polsce i Perú w zależności od korzystania z profesjonalnej pomocy	224
Rysunek 36 Poziom symptomów depresji w Polsce i Perú w zależności od korzystania z profesjonalnej pomocy.	226



Załączniki

Arkusz Personalny

1. Wiek:

2. Płeć:

- Kobieta Mężczyzna

3. Miejsce zamieszkania:

- Wieś Miasto do 50 tys. mieszkańców Miasto: 51-100 tys. mieszkańców
 Miasto: 101-500 tys. mieszkańców Miasto powyżej 500 tys. mieszkańców

4. Stan cywilny:

- Panna/kawaler W związku małżeńskim Wdowa/wdowiec
 Rozwiedziony/a W związku nieformalnym

5. Wykształcenie:

- Podstawowe Gimnazjalne Średnie
 Zasadnicze zawodowe Niepełne wyższe Wyższe

6. Jakie problemy dysfunkcyjne występowały w rodzinie, w której się wychowywałeś/aś?

- Uzależnienie (od alkoholu, narkotyków, hazardu, pracoholizmu itp.)
 Przemoc fizyczna (np. bicie, popchnięcia, policzkowanie, kopanie, duszenie)
 Przemoc psychiczna (np. zastraszanie, wyzwiska, poniżanie)
 Przemoc ekonomiczna (np. okradanie, niespełnianie podstawowych potrzeb)
 Zaniechanie emocjonalne (np. brak wsparcia, brak wyrażania uczuć)
 Przemoc seksualna (np. molestowanie, gwałt, wymuszanie pożycia)
 Rodzina niepełna (np. rozwód, śmierć jednego z rodziców, emigracja)
 Nie wystąpiły żadne problemy
 Inne: _____

7. Czy kiedykolwiek otrzymałeś/otrzymałaś diagnozę występowania u Ciebie traumy?

- Tak Nie

8. Czy szukałeś/szukałaś profesjonalnej pomocy w związku z Twoim zdrowiem psychicznym?



Tak Nie Nie, ale rozważam to

9. Jeśli tak, to jakiej profesjonalnej pomocy szukałeś/szukałaś?

Konsultacja psychologiczna Psychoterapia Konsultacja psychiatryczna

Inne: _____

10. Czy masz jakieś dodatkowe uwagi dotyczące wpływu Twojego otoczenia rodzinnego na Twoje zdrowie psychiczne?



Formulario Personal

1. Edad:

2. Sexo:

Hombre Mujer

3. Lugar de residencia:

Pueblo Ciudad: hasta 50 mil habitantes Ciudad: 50-100 mil habitantes

Ciudad: 101-500 mil habitantes Ciudad: más que 500 mil habitantes

4. Estado civil:

Soltero/soltera Casado/casada Viudo/viuda

Divorciado/divorciada En una relación informal

5. Nivel de educación:

Primaria Secundaria Universidad sin título

Universidad con título Formación profesional

6. ¿Qué problemas había en la familia en la que creciste?

Adicción (de alcohol, drogas, apuestas, trabajo)

Maltrato físico (ej. golpes, empujones, bofetadas, patadas, estrangulamientos)

Violencia psicológica (ej. intimidación, burlas, insultos, humillación)

Maltrato económico (ej. robo, no satisfacer necesidades básicas)

Abandono emocional (ej. falta de apoyo, falta de expresión de sentimientos)

Abuso sexual (ej. acoso, violación, relaciones forzadas)

Familia incompleta (ej. divorcio, muerte de uno de los padres, emigración)

No se han producido problemas

Otro: _____

7. ¿Ha recibido alguna vez un diagnóstico de trauma?

Sí No

8. ¿Ha buscado ayuda profesional en relación con su salud mental?

Sí No No, pero lo estoy considerando

9. En caso afirmativo, ¿qué ayuda profesional ha buscado?



Consulta psicológica Psicoterapia Consulta psiquiátrica

Otro: _____

10. ¿Tiene algún comentario adicional sobre el impacto de su entorno familiar en su salud mental?

