



Złożenie pracy online:
2025-07-15 22:47:06
Kod pracy:
21082/46691/CloudA

Małgorzata Rudzewicz

(nr albumu: 26894)

Praca magisterska

Doświadczenia przemocy w rodzinie a style radzenia sobie ze stresem i funkcjonowanie społeczne u Dorosłych Dzieci Alkoholików

Experiences of domestic violence and coping styles and social functioning in Adult Children of Alcoholics.

Wydział: Wyższa Szkoła Biznesu - National-Louis University

Kierunek: Psychologia

Specjalność: psychologia kliniczna i osobowości

Promotor: dr Joanna Felczak

Mężowi i Synowi - za ciche wsparcie i codzienną motywację.

I



Streszczenie

Celem niniejszej pracy była analiza wpływu doświadczeń przemocy w rodzinie pochodzenia na style radzenia sobie ze stresem oraz funkcjonowanie społeczne dorosłych dzieci alkoholików (DDA).

W badaniu wzięło udział 60 osób, które wypełniły autorski kwestionariusz ankiety dotyczący przemocy fizycznej i psychicznej, Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS) oraz Kwestionariusz Kompetencji Społecznych (KKS).

Analizy statystyczne wykazały, że osoby z doświadczeniem przemocy częściej stosują nieadaptacyjne style radzenia sobie ze stresem, w szczególności styl skoncentrowany na emocjach i styl unikowy. Dodatkowo, osoby te cechowały się niższym poziomem kompetencji społecznych, zwłaszcza w zakresie kontaktów intymnych. Wyniki wskazują na znaczący wpływ przemocy doświadczanej w dzieciństwie na funkcjonowanie psychospołeczne w dorosłości oraz podkreślają potrzebę wsparcia psychologicznego dla osób z grupy DDA.

Słowa kluczowe

przemoc w rodzinie, radzenie sobie ze stresem, kompetencje społeczne, odporność psychiczna, DDA.



Abstract

The aim of this study was to examine the impact of childhood experiences of domestic violence on coping styles and social functioning among Adult Children of Alcoholics (ACoA).

The study included 60 participants who completed a self-designed survey assessing physical and psychological abuse, the Coping Inventory for Stressful Situations (CISS), and the Social Competence Questionnaire (KKS).

Statistical analyses revealed that individuals with a history of violence were more likely to use non-adaptive coping styles, particularly emotion-oriented and avoidance styles. Moreover, these individuals demonstrated lower levels of social competence, especially in intimate relationship contexts. The findings highlight the significant impact of childhood abuse on psychosocial functioning in adulthood and emphasize the importance of psychological support for the ACoA population.

Keywords

domestic violence, coping with stress, social competence, psychological resilience, ACoA.



Spis treści

Spis treści	1
Wstęp.....	4
Rozdział 1. Teoretyczne podstawy problemu badawczego	8
1.1. Rodzina jako system - funkcjonowanie rodzin alkoholowych.....	8
1.1.1. Definicja i charakterystyka alkoholizmu.....	10
1.1.2. Wpływ alkoholizmu na funkcjonowanie rodziny	17
1.1.3. Dynamika ról w rodzinie alkoholowej	18
1.1.4. Syndrom Dorosłych Dzieci Alkoholików (DDA) - definicja	21
1.2. Koncepcja stresu psychologicznego i radzenia sobie ze stresem.....	24
1.2.1. Definicja stresu.....	25
1.2.2. Psychologiczne i społeczne konsekwencje chronicznego stresu	27
1.2.3. Strategia radzenia sobie ze stresem – teoria Endlera i Parkera	31
1.3. Przemoc w rodzinie – zjawisko, przyczyny i konsekwencje	33
1.3.1. Definicja, charakterystyka i formy przemocy	36
1.3.2. Skutki przemocy w dzieciństwie w dorosłym życiu	38
1.3.3. Wpływ przemocy na rozwój umysłu dziecka	41
1.3.4. Mechanizmy przemocy w rodzinach alkoholowych.....	42
1.3.5. Badania dotyczące przemocy w rodzinach alkoholowych.....	46
1.4. Funkcjonowanie społeczne Dorosłych Dzieci Alkoholików, definicja w kontekście psychologii	51
1.4.1. Wpływ dzieciństwa w rodzinie alkoholowej na relacje społeczne w dorosłości... ..	52
1.4.2. Mechanizmy obronne w funkcjonowaniu społecznym.....	55
1.4.3. Zaburzenia w funkcjonowaniu społecznym wynikające z doświadczeń rodzinnych	58



1.5. Mechanizmy adaptacyjne u dzieci z rodzin alkoholowych.....	59
1.6. Różnice między DDA a osobami z rodzin funkcjonalnych	62
1.7. Rola wsparcia społecznego i terapii u DDA	63
1.7.1. Rola wsparcia w łagodzeniu skutków przemocy	64
1.7.2. Znaczenie interwencji społecznej i terapeutycznej	64
1.8. Wnioski z analizy literatury i założenia do części empirycznej.....	66
Rozdział 2. Metodologia badań własnych.....	70
2.1. Cel i przedmiot badań	70
2.2. Problemy i hipotezy badawcze.....	71
2.3. Operacjonalizacja badanych zmiennych	74
2.4. Charakterystyka metod badawczych.....	77
2.4.1. CISS czyli Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych.....	77
2.4.2. Kwestionariusz Kompetencji Społecznych KKS.....	80
2.4.3. Arkusz personalny.....	83
2.5. Opis grupy badawczej	85
2.6. Procedura badania	102
Rozdział 3. Metody analizy statystycznej i interpretacja wyników badań własnych	103
3.1. Metody analizy statystycznej	103
3.2. Statystyki opisowe, porównawcze i analiza.....	104
3.3. Analiza korelacji między CISS a KKS i analiza regresji liniowej.....	121
3.4. Interpretacja wyników badań w świetle przyjętych hipotez, weryfikacja hipotez.....	126
Rozdział 4. Dyskusja wyników i podsumowanie.....	130
4.1. Dyskusja wyników badań własnych	130
4.2. Podsumowanie	132
Bibliografia.....	136



Spis tabel 142
Spis rysunków 144



Wstęp

Zgodnie z Powszechną Deklaracją Praw Człowieka ONZ, rodzina „jest naturalną i podstawową komórką społeczeństwa i ma prawo do ochrony ze strony społeczeństwa i państwa” (Organizacja Narodów Zjednoczonych, 1948). Jednakże, doświadczenie przemocy w rodzinie stanowi poważne zagrożenie dla zdrowia psychicznego oraz dobrego funkcjonowania jednostki w społeczeństwie, a także stawia wyzwanie w zakresie ochrony, której rodzina powinna otrzymywać od instytucji państwowych i społecznych.

W literaturze przedmiotu, badania nad przemocą w rodzinie rozpoczęły się w 1962 roku, kiedy to Henry Kempe wprowadził pojęcie „syndromu dziecka maltretowanego” (battered child syndrome) (Pospiszyl, 1994). W Polsce, Lipowska-Teutsch (1998) była jedną z pierwszych, która zdefiniowała przemoc jako wszelkie formy złego traktowania członków rodziny, którzy nie są w stanie skutecznie się bronić. Zjawisko przemocy w rodzinie obejmuje zarówno przemoc fizyczną, jak i emocjonalną, seksualną oraz ekonomiczną. Doświadczenie przemocy może prowadzić do szeregu konsekwencji zdrowotnych i psychicznych, w tym problemów w relacjach interpersonalnych, uzależnień oraz trudności w funkcjonowaniu społecznym. Ponadto, osoby doświadczające przemocy w dzieciństwie częściej zmagają się z zaburzeniami lękowymi, depresyjnymi oraz niską samooceną (Herman, 1992; Strelau, 2005).

Problem przemocy w rodzinach alkoholowych w Polsce jest szczególnie istotny. W 2021 roku odnotowano ponad 72 tysiące przypadków przemocy domowej, w tym przypadki dotyczące kobiet i dzieci (Komenda Główna Policji, 2021). Dane wskazują na wysoką korelację między nadużywaniem alkoholu a występowaniem przemocy domowej – w 60% przypadków sprawcy byli pod wpływem alkoholu (Komenda Główna Policji, 2017).



Zjawisko to wiąże się z poważnymi konsekwencjami psychologicznymi, które mogą rzutować na dorosłe życie osób, które dorastały w takim środowisku. Doświadczenie przemocy w rodzinie, szczególnie w rodzinach z problemem alkoholowym, może prowadzić do zaburzeń emocjonalnych, problemów z regulacją emocji i stresem, a także trudności w budowaniu i utrzymywaniu bliskich relacji interpersonalnych (Sobolewska, 2000). Zrozumienie tego procesu w kontekście Dorosłych Dzieci Alkoholików (DDA) ma kluczowe znaczenie nie tylko w aspekcie teoretycznym, ale również praktycznym - w pracy z osobami, które borykają się z tymi problemami w dorosłym życiu.

Celem niniejszej pracy jest zbadanie wpływu doświadczeń przemocy w rodzinie na DDA, z uwzględnieniem ich funkcjonowania społecznego i poziomu odczuwanego stresu. Zrozumienie tych zależności ma na celu przyczynienie się do opracowania skuteczniejszych strategii wsparcia dla osób dotkniętych przemocą domową, szczególnie w rodzinach alkoholowych.

W badaniu wzięło udział 60 osób w wieku od 18 do ponad 60 lat, w tym 38 kobiet i 22 mężczyzn. Analiza skupiła się także na możliwych formach wsparcia i interwencji, które mogą wspomagać osoby z doświadczeniem przemocy w radzeniu sobie z jej konsekwencjami oraz zapobiegać przekazywaniu destrukcyjnych wzorców międzypokoleniowo. Podkreślenie praktycznego wymiaru badań nad przemocą domową pozwala spojrzeć na to zjawisko nie tylko przez pryzmat jego negatywnych skutków, ale również jako na obszar, w którym możliwe są realne zmiany – zarówno w zakresie polityki społecznej, działań terapeutycznych, jak i wzrostu świadomości społecznej. Wiedza płynąca z badań nad przemocą w rodzinie umożliwia nie tylko lepsze zrozumienie długoterminowych konsekwencji tych doświadczeń, ale również stanowi fundament do opracowywania skutecznych strategii pomocowych dla osób, które mierzą się z ich skutkami. Działania te są kluczowe nie tylko dla ofiar przemocy,



ale również dla przyszłych pokoleń, ponieważ przemoc ma tendencję do reprodukcji międzygeneracyjnej (Widom, 1989).

Celem niniejszej pracy jest analiza zależności między doświadczeniami przemocy w rodzinie a stylami radzenia sobie ze stresem oraz funkcjonowaniem społecznym dorosłych dzieci alkoholików (DDA). W oparciu o przegląd literatury i założenia teoretyczne, sformułowano następujące pytania badawcze:

1. Czy istnieje związek między doświadczeniem przemocy w rodzinie a stylami radzenia sobie ze stresem u dorosłych dzieci alkoholików?
2. Czy dorośli wychowani w rodzinie alkoholowej, którzy doświadczyli przemocy, różnią się pod względem stosowanych stylów radzenia sobie ze stresem w porównaniu do osób, które nie doświadczyły przemocy?
3. Czy doświadczenie przemocy w rodzinie ma wpływ na poziom kompetencji społecznych dorosłych dzieci alkoholików?
4. Czy istnieje korelacja między nasileniem przemocy doświadczonej w dzieciństwie a stosowanymi stylami radzenia sobie ze stresem u dorosłych dzieci alkoholików?
5. Jakie style radzenia sobie ze stresem najczęściej stosują dorosłe dzieci alkoholików, które doświadczyły przemocy w rodzinie?

W oparciu o powyższe pytania sformułowano hipotezy badawcze:

H1: Istnieje istotna statystycznie zależność między doświadczeniem przemocy w dzieciństwie a stylami radzenia sobie ze stresem (CISS) u dorosłych dzieci alkoholików.

H2: Dorośli wychowani w rodzinie alkoholowej, którzy doświadczyli przemocy, częściej stosują style skoncentrowane na emocjach i unikaniu (CISS) niż osoby, które nie doświadczyły przemocy.



H3: Osoby z doświadczeniem przemocy w rodzinie alkoholowej charakteryzują się niższym poziomem kompetencji społecznych (mierzone za pomocą KKS) w porównaniu do osób bez takich doświadczeń.

H4: Istnieje istotna korelacja między nasileniem przemocy psychicznej a stylami skoncentrowanymi na emocjach i unikaniu (CISS).

H5: Osoby z grupy DDA, które doświadczyły przemocy, częściej stosują nieadaptacyjne strategie radzenia sobie ze stresem (styl skoncentrowany na emocjach lub styl unikowy — według CISS) niż osoby, które nie doświadczyły przemocy.

H6: Im wyższe nasilenie przemocy psychicznej, tym niższa asertywność.

Do zebrania danych wykorzystano trzy narzędzia badawcze: autorski kwestionariusz ankiety (dotyczący doświadczeń przemocy, stresu i relacji rodzinnych), Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS) autorstwa Endlera i Parkera oraz Kwestionariusz Kompetencji Społecznych (KKS) opracowany przez Matczak. Zgromadzony materiał empiryczny został poddany analizie statystycznej z zastosowaniem testu Shapiro-Wilka (ocena normalności rozkładu), testów t-Studenta (analiza różnic między grupami), korelacji Pearsona (badanie zależności między zmiennymi) oraz analizy regresji liniowej (określenie wpływu przemocy na poziom stresu i kompetencje społeczne).

Praca składa się z trzech głównych rozdziałów. W rozdziale pierwszym omówiono teoretyczne podstawy problemu badawczego, w tym charakterystykę rodzin alkoholowych, zjawisko przemocy, stres oraz funkcjonowanie społeczne Dorosłych Dzieci Alkoholików. Drugi rozdział poświęcono metodologii badań, obejmującej cel pracy, pytania i hipotezy badawcze, charakterystykę grupy oraz zastosowane narzędzia. W rozdziale trzecim zaprezentowano wyniki przeprowadzonych analiz statystycznych wraz z ich interpretacją, które posłużyły do sformułowania wniosków końcowych.



Rozdział 1. Teoretyczne podstawy problemu badawczego

1.1. Rodzina jako system - funkcjonowanie rodzin alkoholowych

Aby w pełni zrozumieć problematykę związaną z doświadczeniem przemocy w rodzinie, stresem oraz funkcjonowaniem społecznym dorosłych dzieci alkoholików (DDA), niezbędne jest przybliżenie kluczowych pojęć oraz omówienie mechanizmów psychologicznych i społecznych, które wpływają na ich codzienne życie. Celem niniejszej pracy jest analiza tych aspektów w kontekście ich znaczenia dla rozwoju psychospołecznego DDA oraz identyfikacja wyzwań, z jakimi osoby te mogą mierzyć się w dorosłości.

Rodzina, jako podstawowe środowisko wychowawcze, pełni kluczową rolę w kształtowaniu podstaw moralnych, emocjonalnych i społecznych dziecka. W przypadku rodzin z problemem alkoholowym dochodzi jednak do poważnych zakłóceń w realizacji tych funkcji. W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę na specyficzne wzorce interakcji w takich rodzinach – często podporządkowane uzależnieniu jednego z członków, co wpływa na całą strukturę relacji i dynamikę życia rodzinnego (por. Satir, 2000; Woititz, 2019).

Jak podkreśla Borodziuk (2019), alkohol staje się centralnym elementem życia rodziny, wokół którego koncentrują się działania i emocje. Rodzice zamiast zapewniać dzieciom wsparcie emocjonalne i poczucie bezpieczeństwa, często przenoszą na nie swoje frustracje lub zaniedbują ich potrzeby, co prowadzi do trwałych deficytów emocjonalnych. W rodzinach alkoholowych równowaga jest często podtrzymywana kosztem dzieci, które przejmują role nieadekwatne do swojego wieku. Dzieci mogą stać się tzw. bohaterami rodzinnymi, dążąc do osiągnięcia sukcesu aby zrekompensować chaos rodzinny, lub „kozłami ofiarnymi”, na które przenoszone są napięcia i frustracje rodziców (Borodziuk, 2019; Grzegorzewska, 2013).



Rodzinę alkoholową często charakteryzuje hierarchia oparta na dominacji osoby uzależnionej, co prowadzi do zaburzenia relacji między jej członkami (Pospiszyl, 1994). Rodzice naruszają równowagę ról, które powinni pełnić, a dzieci przejmują obowiązki dorosłych. Starsze dzieci nierzadko opiekują się młodszym rodzeństwem lub przyjmują funkcję mediatora w konfliktach między rodzicami (Sobolewska, 2000). Zaburzenia w rodzinach alkoholowych obejmują również więzi emocjonalne, które stają się niestabilne i pełne napięć, co uniemożliwia dzieciom rozwinięcie poczucia bezpieczeństwa. Jak zauważa Lipowska-Teutsch (1998), relacje w takich rodzinach są pełne konfliktów i napięć, co dodatkowo utrudnia dzieciom rozwinięcie poczucia bezpieczeństwa. Alkohol, który staje się centrum funkcjonowania rodziny, wpływa na sposób, w jaki członkowie wchodzi w interakcje ze sobą i otoczeniem, zaburzając podstawowe funkcje wychowawcze, opiekuńcze i emocjonalne.

Przemoc jest częstym zjawiskiem w rodzinach alkoholowych, co dodatkowo pogłębia problemy emocjonalne i relacyjne w takich środowiskach Ciesielska (2014). Cykl przemocy rodzinnej często obejmuje etapy napięcia, eskalacji agresji oraz przeprosin i obietnic poprawy (Ciesielska, 2014; Pospiszyl, 1994). Dzieci dorastające w takich warunkach są szczególnie narażone na zaburzenia w rozwoju emocjonalnym wynikające z przewlekłego stresu i poczucia zagrożenia. Z perspektywy systemowej istotne są role przyjmowane przez dzieci w rodzinach alkoholowych. Jak wskazuje Borodziuk (2019), dzieci te często pełnią jedną z charakterystycznych ról a każda z tych ról wiąże się z określonymi wzorcami zachowań, które pomagają dziecku przetrwać w dysfunkcyjnych warunkach, lecz w dorosłym życiu mogą przyczyniać się do problemów w relacjach społecznych i emocjonalnych.

Ważnym aspektem funkcjonowania rodzin alkoholowych jest również wpływ alkoholu na procesy komunikacyjne. Jak zauważa Michalska (2007), komunikacja w takich rodzinach jest często niespójna i pełna sprzeczności. Członkowie rodziny mogą unikać otwartego



mówienia o swoich problemach, co prowadzi do tzw. „zmowy milczenia” i izolacji emocjonalnej. Rodzina alkoholowa jako system stanowi środowisko, które nie zaspokaja podstawowych potrzeb dziecka, takich jak potrzeba bezpieczeństwa, miłości wsparcia emocjonalnego. Zgodnie z koncepcją Mazura (2002), rodzina odgrywa kluczową rolę w kształtowaniu tożsamości i umiejętności społecznych dzieci. W dysfunkcyjnych rodzinach, w których dominują konflikty, przemoc oraz zaniedbanie, dzieci nie mają szans na rozwój zdrowych wzorców zachowań. W wyniku tego, w dorosłości mogą borykać się z problemami, takimi jak niska samoocena, trudności w tworzeniu więzi interpersonalnych oraz poczucie osamotnienia.

Rodzina alkoholowa funkcjonuje jako system obciążony wieloma zaburzeniami, które wpływają na wzajemne relacje jej członków. Przyczyną tych dysfunkcji jest dominująca rola alkoholu, który zakłóca prawidłowe funkcjonowanie rodziny. Dzieci dorastające w takich rodzinach, mimo że często wykazują duże zdolności adaptacyjne, ponoszą wysoką cenę emocjonalną i społeczną, doświadczając chronicznego stresu, lęku oraz trudności w nawiązywaniu trwałych relacji. Niezdrowe wzorce komunikacyjne, niewłaściwie przypisane role oraz brak wsparcia emocjonalnego prowadzą do wykształcenia mechanizmów radzenia sobie, które, choć pozwalają przetrwać w krótkiej perspektywie, mogą w dorosłym życiu stanowić źródło trudności adaptacyjnych. Zrozumienie dynamiki rodziny alkoholowej jako systemu jest kluczowe dla analizy wyzwań, przed którymi stoją dorosłe dzieci alkoholików (DDA). Mechanizmy rozwijające się w dzieciństwie mają swoje konsekwencje w dorosłości, wpływając na zdolność radzenia sobie ze stresem oraz społeczne funkcjonowanie jednostki.

1.1.1. Definicja i charakterystyka alkoholizmu

Alkoholizm, określany również jako uzależnienie od alkoholu, jest jednym z najczęściej występujących zaburzeń społecznych i psychicznych, które wpływają zarówno na



jednostki, jak i na ich rodziny. W literaturze polskiej alkoholizm opisuje się jako przewlekłą chorobę o postępującym charakterze, charakteryzującą się utratą kontroli nad ilością spożywanego alkoholu, fizycznym i psychicznym uzależnieniem od tej substancji, a także negatywnym wpływem na życie osobiste oraz społeczne osoby uzależnionej (Mazur, 2002; Pospiszyl, 1994).

Zgodnie z Pospiszylem (1994), alkoholizm nie jest jedynie indywidualnym problemem jednostki, ale chorobą systemową, której konsekwencje oddziałują na funkcjonowanie rodziny, relacje międzyludzkie oraz szeroko pojęte środowisko społeczne. Definicja alkoholizmu zawarta w klasyfikacji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wskazuje, że jest to zaburzenie wynikające z regularnego spożywania alkoholu w ilościach przekraczających fizjologiczną tolerancję organizmu, co prowadzi do poważnych konsekwencji zdrowotnych, psychologicznych i społecznych.

Jednym z kluczowych aspektów charakterystyki alkoholizmu jest jego wielowymiarowość. Jak podkreśla Lipowska-Teutsch (1998), uzależnienie od alkoholu ma swoje podłoże biologiczne, psychologiczne i społeczne. W wymiarze biologicznym istotne są mechanizmy neurobiologiczne, które prowadzą do powstania uzależnienia fizycznego, objawiającego się m.in. zespołem abstynencyjnym. Psychologicznie alkoholizm wiąże się z poczuciem braku kontroli, potrzebą unikania trudnych emocji oraz poszukiwaniem chwilowej ulgi w używce. Społecznie natomiast alkoholizm jest związany z negatywnymi skutkami, takimi jak utrata pracy, konflikty rodzinne, przemoc czy izolacja społeczna (Mazur, 2002; Michalska & Jaszczak-Kuźmińska, 2007).

1.1.1.1. Kryteria diagnostyczne uzależnienia według DSM-5 i ICD-11.

Kryteria diagnostyczne uzależnienia od alkoholu zostały szczegółowo opisane w dwóch kluczowych systemach klasyfikacji: DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of



Mental Disorders, Fifth Edition) opracowanym przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne oraz ICD-11 (International Classification of Diseases, Eleventh Revision) wydanym przez Światową Organizację Zdrowia. Choć oba systemy różnią się szczegółowością oraz podejściem, ich wspólnym celem jest precyzyjna identyfikacja zaburzeń związanych z używaniem alkoholu.

Kryteria diagnostyczne DSM-5

W DSM-5 uzależnienie od alkoholu sklasyfikowane jest jako zaburzenie związane z używaniem alkoholu (Alcohol Use Disorder, AUD). Aby postawić diagnozę tego zaburzenia, jednostka musi spełniać co najmniej dwa z jedenastu określonych kryteriów w okresie 12 miesięcy. Kryteria te obejmują:

1. Spożywanie alkoholu w większych ilościach lub przez dłuższy czas niż pierwotnie zaplanowano.
2. Trwałe pragnienie lub nieudane próby ograniczenia albo zaprzestania picia.
3. Poświęcanie dużej ilości czasu na zdobywanie alkoholu, picie lub dochodzenie do siebie po spożyciu.
4. Silne pragnienie lub głód alkoholu.
5. Powtarzające się problemy w realizowaniu obowiązków zawodowych, edukacyjnych lub domowych z powodu picia.
6. Kontynuowanie picia mimo problemów interpersonalnych lub społecznych spowodowanych alkoholem.
7. Rezygnacja z istotnych działań społecznych, zawodowych lub rekreacyjnych na rzecz picia alkoholu.
8. Spożywanie alkoholu w sytuacjach, które są fizycznie niebezpieczne (np. prowadzenie pojazdu).



9. Picie alkoholu mimo świadomości problemów zdrowotnych wywołanych jego spożywaniem.
10. Rozwój tolerancji, objawiający się potrzebą picia większych ilości alkoholu w celu uzyskania tych samych efektów.
11. Objawy zespołu abstynencyjnego w przypadku braku alkoholu lub używanie go w celu złagodzenia tych objawów (APA, 2013).

Zaburzenie związane z używaniem alkoholu w DSM-5 klasyfikuje się na trzy poziomy nasilenia: łagodny (2-3 kryteria), umiarkowany (4-5 kryteriów) oraz ciężki (6 lub więcej).

Kryteria diagnostyczne ICD-11

W ICD-11 uzależnienie od alkoholu zostało zakwalifikowane jako jedno z zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych. Diagnoza uzależnienia opiera się na występowaniu trzech kluczowych cech:

1. Silne pragnienie dominuje w życiu jednostki.
2. Utrata kontroli nad piciem: konieczność wszczęcia, wyeliminowania lub ograniczenia spożycia alkoholu.
3. Kontynuacja picia mimo szkodliwych konsekwencji, takich jak problemy zdrowotne, problemy społeczne czy zawodowe.

W ICD-11 szczególną uwagę zwraca się na wpływ alkoholu na codzienne funkcjonowanie jednostki oraz na jego szkodliwy wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne. Podobnie jak w DSM-5, uwzględnia się objawy tolerancji oraz zespołu abstynencyjnego, które stanowią kluczowe wskaźniki uzależnienia (WHO, 2019).

Precyzyjne kryteria diagnostyczne zawarte w ICD-11 umożliwiają skuteczną identyfikację osób wymagających pomocy, co jest istotne dla dobrania odpowiednich interwencji dostosowanych do indywidualnych potrzeb pacjenta. Zarówno DSM-5, jak i ICD-11 podkreślają, że diagnoza uzależnienia powinna opierać się na dokładnej analizie zachowań

jednostki i ich wpływu na codzienne życie, a także uwzględniać kontekst społeczny i kulturowy.

1.1.1.2. Specyfika funkcjonowania osób uzależnionych

Osoby uzależnione od alkoholu wykazują specyficzne wzorce funkcjonowania, które mają istotny wpływ na ich życie osobiste, zawodowe i społeczne. Zrozumienie tych wzorców jest kluczowe w procesie diagnozy oraz terapii, ponieważ mechanizmy społeczne i psychospołeczne kształtujące sposób myślenia, odczuwania oraz reagowania na innych odgrywają fundamentalną rolę w procesie uzależnienia.

Jednym z podstawowych mechanizmów obronnych osób uzależnionych jest zaprzeczanie istnieniu problemu. Jak zauważa Sobolewska (2000), osoby uzależnione często minimalizują skutki swojego picia, przypisując je zewnętrznym czynnikom, takim jak stres czy trudności życiowe. Zaprzeczanie może przyjmować różne formy, począwszy od negowania samego uzależnienia, aż po usprawiedliwianie negatywnych konsekwencji związanych z piciem. Wiele osób obarcza winą swoje otoczenie, unikając jednocześnie odpowiedzialności za własne czyny. Tego typu mechanizm utrudnia podjęcie decyzji o rozpoczęciu leczenia, gdyż osoby uzależnione rzadko uznają, że ich stan wymaga specjalistycznej interwencji (Sobolewska, 2000).

Kolejnym charakterystycznym elementem funkcjonowania osób uzależnionych jest głód alkoholowy, czyli intensywne pragnienie spożycia alkoholu, którego osoba uzależniona ma trudności kontrolować. Osoba ta często nie jest w stanie przewidzieć momentu, w którym zakończy picie, co prowadzi do długotrwałych ciągów alkoholowych i eskalacji problemu. Głód alkoholowy jest jednym z kluczowych objawów uzależnienia, który w znacznym stopniu utrudnia leczenie i terapię uzależnienia (Sobolewska, 2000).



Uzależnienie od alkoholu ma destrukcyjny wpływ na funkcjonowanie rodziny. Jak zauważa Borodziuk (2019), alkoholizm rodzica wprowadza poważne zmiany w dynamice relacji rodzinnych. Często dochodzi do sytuacji, w której dzieci przejmują odpowiedzialność za codzienne życie rodziny, równocześnie tracąc niezbędne wsparcie emocjonalne. Dorosłe Dzieci Alkoholików (DDA) wychowują się w atmosferze zaniedbania i emocjonalnej niestabilności, co może utrudniać im budowanie zdrowych relacji w dorosłym życiu. DDA często borykają się z trudnościami w zakresie emocjonalnym i społecznym, co wynika z ich traumatycznych doświadczeń w dzieciństwie.

Osoby uzależnione od alkoholu borykają się także z marginalizacją społeczną. Uzależnienie prowadzi często do utraty pracy, rozpadu więzi interpersonalnych oraz izolacji. Jak podkreśla Mazur (2002), stygmatyzacja związana z uzależnieniem powoduje, że osoby te unikają kontaktów społecznych, co utrudnia im szukanie wsparcia. Uzależnienie wiąże się z poważnymi konsekwencjami społecznymi, takimi jak wzrost ryzykownych zachowań (np. prowadzenie pojazdów pod wpływem alkoholu), konflikty z prawem, a nawet bezdomność. Pomoc osobom uzależnionym wymaga nie tylko leczenia medycznego, ale także wsparcia w odbudowie ich pozycji społecznej i codziennego funkcjonowania (Pospiszyl, 1994).

Skuteczna pomoc osobom uzależnionym wymaga podejścia opartego na różnych metodach, łącząc terapię psychologiczną, wsparcie społeczne oraz leczenie farmakologiczne. Psychoterapia, szczególnie w nurcie poznawczo-behawioralnym, umożliwia rozpoznanie i zmianę szkodliwych schematów myślenia oraz destrukcyjnych wzorców zachowań. Z kolei włączenie rodziny do procesu leczenia, na przykład poprzez terapię systemową, ma kluczowe znaczenie, gdyż może znacząco poprawić szanse na trwałą poprawę funkcjonowania jednostki i ułatwić jej lepszą adaptację w codziennym życiu (Sobolewska, 2000).



1.1.1.3. Przebieg i etapy uzależnienia

Uzależnienie od alkoholu stanowi jedno z najczęstszych zaburzeń społecznych i psychicznych, które ma wpływ zarówno na jednostki, jak i na ich rodziny. Jak zauważa Mazur (2002), alkoholizm jest przewlekłą chorobą o postępującym charakterze, której objawy nasilają się w miarę upływu czasu, jeśli nie zostaną podjęte odpowiednie środki zaradcze. Alkoholizm charakteryzuje się utratą kontroli nad ilością spożywanego alkoholu, uzależnieniem fizycznym i psychicznym, a także negatywnymi konsekwencjami dla życia osobistego oraz społecznego osoby uzależnionej (Pospiszyl, 1994).

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, 2019), alkoholizm to zaburzenie wynikające z regularnego spożywania alkoholu w ilościach, które przekraczają fizjologiczną tolerancję organizmu, prowadząc do poważnych konsekwencji zdrowotnych, psychologicznych oraz społecznych. Podobnie, Lipowska-Teutsch (1998) podkreśla, że uzależnienie od alkoholu ma swoje podłoże biologiczne, psychologiczne oraz społeczne. W aspekcie biologicznym uwzględnia się mechanizmy neurobiologiczne, które prowadzą do powstania uzależnienia fizycznego, objawiającego się m.in. zespołem abstynencyjnym. Psychologicznie alkoholizm często wiąże się z poczuciem braku kontroli nad picie, potrzebą unikania trudnych emocji i poszukiwania chwilowej ulgi w alkoholu. Natomiast w wymiarze społecznym alkoholizm jest często związany z negatywnymi konsekwencjami, takimi jak utrata pracy, konflikty rodzinne, przemoc, izolacja społeczna oraz stygmatyzacja (Mazur, 2002; Michalska & Jaszczak-Kuźmińska, 2007).

W **kryteriach diagnostycznych** uzależnienia od alkoholu, zarówno w DSM-5 (APA, 2013), jak i ICD-11 (WHO, 2019), alkoholizm klasyfikowany jest jako zaburzenie związane z używaniem alkoholu. W DSM-5, aby zdiagnozować alkoholizm, jednostka musi spełnić co najmniej dwa z jedenastu kryteriów w okresie 12 miesięcy, takich jak: picie alkoholu w większych ilościach niż zaplanowano, silne pragnienie alkoholu, rezygnacja z innych działań



na rzecz picia, picie w niebezpiecznych sytuacjach czy rozwój tolerancji i objawów abstynencyjnych (APA, 2013). Natomiast ICD-11 koncentruje się na trzech głównych aspektach, w tym silnym pragnieniu alkoholu, utracie kontroli nad jego spożyciem oraz kontynuowaniu picia mimo szkodliwych konsekwencji zdrowotnych i społecznych (WHO, 2019).

1.1.2. Wpływ alkoholizmu na funkcjonowanie rodziny

Alkoholizm w rodzinach stanowi poważny problem społeczny i psychologiczny, wpływając destrukcyjnie na całą strukturę rodzinną. Jak wskazuje Pospiszyl (1994), uzależnienie od alkoholu przekształca rodzinę w system dysfunkcyjny, w którym zanikają normy i wartości charakterystyczne dla zdrowych relacji. Alkohol staje się centralnym elementem życia, wokół którego koncentrują się wszystkie działania, emocje i komunikacja między członkami rodziny. Dzieci wychowujące się w takich rodzinach często doświadczają zaniedbania emocjonalnego, a także braku poczucia bezpieczeństwa i stabilności, co prowadzi do trudności w funkcjonowaniu społecznym oraz emocjonalnym w dorosłym życiu (Sobolewska, 2000; Mazur, 2002).

Jak podkreśla Borodziuk (2019), dzieci w rodzinach alkoholowych przejmują odpowiedzialność za codzienne życie rodziny, co prowadzi do zjawiska parentyfikacji, czyli sytuacji, w której dzieci stają się opiekunami rodziny. Zjawisko to wpływa nie tylko na codzienne życie, ale także na długoterminowe zdolności emocjonalne i społeczne tych dzieci. W takich rodzinach często dochodzi do przemocy fizycznej i psychicznej, której skutki mają długofalowy wpływ na psychikę dziecka. Zgodnie z Ciesielską (2014), przemoc w takich rodzinach przyjmuje cykliczny charakter, obejmujący fazy narastającego napięcia, eskalacji agresji, a następnie tzw. fazę miodowego miesiąca, w której sprawca obiecuje poprawę, jednak zmiany te są zazwyczaj powierzchowne.



W kontekście izolacji społecznej, rodziny alkoholowe często unikają kontaktów z otoczeniem, co pogłębia poczucie osamotnienia i wykluczenia u dzieci. Jak zauważa Mazur (2002), brak wsparcia zewnętrznego oraz unikanie interakcji z innymi osobami skutkuje w zamknięciu na pomoc i niemożności uzyskania wsparcia emocjonalnego. Z tego powodu, dzieci dorastające w takich rodzinach często mają trudności w tworzeniu zdrowych relacji interpersonalnych w dorosłym życiu.

Komunikacja w rodzinach alkoholowych jest często zaburzona, a komunikacja opiera się na oskarżeniach, manipulacjach i braku otwartości. Jak wskazuje Borodziuk (2019), dzieci uczą się, że wyrażanie emocji jest niebezpieczne lub niewłaściwe, co w dorosłym życiu prowadzi do trudności w nawiązywaniu autentycznych relacji interpersonalnych. Rodziny te często wykształcają mechanizmy obronne, takie jak zaprzeczanie istnieniu problemu alkoholowego, minimalizowanie jego skutków czy całkowite unikanie rozmów na ten temat (Sobolewska, 2000).

Na koniec, długofalowe konsekwencje alkoholizmu dla rodziny obejmują nie tylko zmiany w dynamice rodzinnej, ale również wpływ na zdolności dzieci do tworzenia zdrowych relacji w dorosłym życiu. W wyniku wychowywania się w rodzinach alkoholowych, DDA mogą mieć trudności z wyrażaniem swoich potrzeb, obawiać się odrzucenia, a także powielać dysfunkcyjne wzorce rodzinne w przyszłych relacjach partnerskich (Grzegorzewska, 2013). Cykl alkoholizmu i dysfunkcji rodzinnych może trwać przez kolejne pokolenia, jeśli nie zostanie przerwany przez interwencję terapeutyczną lub pomoc społeczną.

1.1.3. Dynamika ról w rodzinie alkoholowej

Rodziny dotknięte problemem alkoholowym charakteryzują się specyficzną dynamiką, w której członkowie często przyjmują określone role mające na celu adaptację do destrukcyjnego środowiska. W takich rodzinach brak stabilności emocjonalnej, ciągły chaos i niestabilność sprawiają, że członkowie przyjmują różne role, które pomagają im przetrwać



oraz zminimalizować negatywne skutki wynikające z uzależnienia. Takie role nie są stałe; ich charakter i nasilenie mogą się zmieniać w zależności od etapu życia rodziny oraz intensywności problemu alkoholowego (Borodziuk, 2019).

W ramach tego podrozdziału ponownie poruszę temat ról ochronnych, które pełnią dzieci w rodzinach z problemem alkoholowym, takich jak rola bohatera rodzinnego czy kozła ofiarnego. Wybór tego zagadnienia wynika z jego kluczowego znaczenia dla zrozumienia mechanizmów funkcjonowania rodzin alkoholowych oraz długofalowych skutków psychologicznych związanych z dorastaniem w takim środowisku. Dzieci wychowujące się w chronicznej niestabilności i emocjonalnym chaosie rozwijają strategie przetrwania, które przybierają formę nadmiernej ambicji, perfekcjonizmu (rola bohatera) lub poczucia winy i obciążenia emocjonalnego (rola kozła ofiarnego).

W rodzinach alkoholowych role ochronne pełnią dwie funkcje. Z jednej strony pomagają dziecku dostosować się do napiętej i nieprzewidywalnej rzeczywistości, w której unikanie trudnych tematów oraz ukrywanie problemu alkoholowego staje się normą. Z drugiej strony, pełnienie tych ról pozwala rodzinie utrzymać pozory normalności, choć kosztem emocjonalnego dobrostanu dziecka. Dzieci pełniące te role mogą na zewnątrz wydawać się odpowiedzialne i niezawodne, lecz wewnętrznie przeżywają chroniczny stres, mają niskie poczucie własnej wartości oraz borykają się z lękiem przed porażką (Borodziuk, 2019).

Rola kozła ofiarnego w rodzinie alkoholowej polega na przejmowaniu odpowiedzialności za wszystkie problemy w rodzinie. Dzieci w tej roli często stają się „wentylem bezpieczeństwa” dla negatywnych emocji innych członków rodziny. Osoby pełniące tę rolę borykają się z niską samooceną, poczuciem winy oraz trudnościami w ustalaniu zdrowych granic, co ma negatywny wpływ na ich rozwój osobisty i społeczny w dorosłym życiu.



Rola maskotki, charakterystyczna dla rodzin z problemem alkoholowym, polega na stosowaniu humoru i lekkiej postawy w celu rozładowania napiętej atmosfery, by odwrócić uwagę od problemów związanych z alkoholem. Choć taka postawa może przynieść chwilową ulgę, w dorosłym życiu osoby te często mają trudności w wyrażaniu swoich prawdziwych emocji i w tworzeniu głębokich, autentycznych relacji interpersonalnych.

Dziecko niewidzialne natomiast wycofuje się z życia rodzinnego, starając się nie przyciągać uwagi. Jest to strategia przetrwania, która pomaga uniknąć dodatkowych obciążeń emocjonalnych. W dorosłości osoby pełniące tę rolę mogą borykać się z poczuciem osamotnienia i trudnościami w nawiązywaniu bliskich relacji, mając problemy z wyrażaniem swoich potrzeb (Lipowska-Teutsch, 1998).

Dynamika ról w rodzinie alkoholowej jest zmienna i elastyczna. Członkowie rodziny mogą przyjmować różne role w zależności od bieżącej sytuacji, etapu życia, nasilenia problemu alkoholowego lub interwencji zewnętrznej, na przykład terapii. Dziecko, które w dzieciństwie pełniło rolę bohatera rodzinnego, w dorosłym życiu może zmienić swoje wzorce funkcjonowania, a to, jak będzie się rozwijać, często zależy od wsparcia, które otrzyma w procesie terapeutycznym.

Włączenie analizy ról ochronnych w różnych częściach pracy ma kluczowe znaczenie, ponieważ ukazuje złożoność wpływu alkoholizmu na dzieci. Choć te role mogą być adaptacyjne w dzieciństwie, w dorosłości często prowadzą do utrwalenia szkodliwych wzorców zachowań. Osoby wychowane w rodzinach alkoholowych mogą na przykład wybierać partnerów o cechach podobnych do uzależnionych rodziców lub doświadczać trudności w wyrażaniu swoich emocji i potrzeb.

Analiza ról ochronnych jest szczególnie ważna z perspektywy terapii i wsparcia dla dorosłych dzieci alkoholików (DDA). Poznanie mechanizmów adaptacyjnych, które dominowały w dzieciństwie, daje terapeutom cenne narzędzie do dostosowania interwencji.



Umożliwia to pomoc w przełamywaniu ograniczających schematów oraz wspieranie osób w budowaniu zdrowszych i bardziej funkcjonalnych wzorców w relacjach interpersonalnych.

Podsumowując, alkoholizm w rodzinie ma głęboki wpływ na strukturę i dynamikę relacji rodzinnych, co prowadzi do powstania dysfunkcyjnych wzorców komunikacji, nadmiernego obciążenia emocjonalnego dzieci oraz utraty zdrowych mechanizmów socjalizacyjnych. Takie warunki sprzyjają powielaniu dysfunkcji w dorosłym życiu, co może skutkować trudnościami w tworzeniu stabilnych relacji interpersonalnych oraz zwiększać ryzyko uzależnień w kolejnych pokoleniach.

1.1.4. Syndrom Dorosłych Dzieci Alkoholików (DDA) - definicja

Termin „Dorośle Dzieci Alkoholików” (DDA, ang. Adult Children of Alcoholics, ACoA) stał się powszechnie używany w latach 70. XX wieku, głównie za sprawą amerykańskiej terapeutki Janet G. Woititz. Jej książka *Adult Children of Alcoholics*, opublikowana w 1983 roku, odegrała kluczową rolę w zdefiniowaniu i zrozumieniu tego zjawiska. Woititz skupiła się na badaniu wpływu uzależnienia od alkoholu rodziców na dzieci wychowujące się w takich rodzinach, badając powtarzające się wzorce emocjonalne, psychologiczne i behawioralne. Jej prace stanowiły rozwinięcie wcześniejszych badań nad współuzależnieniem i korzystały z doświadczeń grup wsparcia, takich jak Anonimowi Alkoholicy (AA) oraz Al-Anon, które wspierały rodziny alkoholików. Z tych badań wyłoniło się pojęcie DDA, które odnosi się do osób dorosłych wychowanych w rodzinach z problemem alkoholowym, które mimo braku własnego uzależnienia, wykazują podobne cechy, co osoby uzależnione.

Woititz wskazała, że osoby z syndromem DDA borykają się z niską samooceną, trudnościami w budowaniu zdrowych relacji oraz tendencją do perfekcjonizmu. Cechy te są wynikiem destrukcyjnych wzorców rodzinnych przyswojonych w dzieciństwie. Jej prace przyczyniły się



do rozwoju metod terapeutycznych wspierających dorosłe dzieci alkoholików oraz ułatwiły dalsze badania nad tym zjawiskiem.

Syndrom DDA obejmuje zestaw cech, trudności emocjonalnych oraz wzorców zachowań, które występują u osób dorastających w rodzinach z problemem alkoholowym. Jak zauważa Sobolewska (2000), dzieci wychowujące się w takich rodzinach doświadczają nie tylko braku stabilności emocjonalnej, ale także zaburzeń w rolach i normach, które w zdrowych rodzinach są niezbędne do prawidłowego funkcjonowania. Syndrom DDA jest złożonym zjawiskiem obejmującym problemy emocjonalne, społeczne i behawioralne, wynikające z życia w środowisku dotkniętym uzależnieniem. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że osoby z DDA często mają niskie poczucie własnej wartości, trudności w nawiązywaniu relacji interpersonalnych oraz skłonność do perfekcjonizmu i nadmiernej kontroli nad otoczeniem. Takie wzorce zachowań i przekonań są efektem dorastania w dysfunkcyjnych rodzinach, w których dominował chaos, napięcie i brak przewidywalności.

Jedną z kluczowych cech syndromu DDA jest skłonność do przejmowania odpowiedzialności za innych oraz nadmierna troska o potrzeby otoczenia, często kosztem własnego dobrostanu. Grzegorzewska (2013) wskazuje, że dorastanie w rodzinie alkoholowej kształtuje trwałe wzorce myślenia, emocji i zachowań, które towarzyszą dzieciom także w dorosłym życiu. Syndrom DDA obejmuje trudności w budowaniu relacji, brak zaufania do innych oraz problemy z rozpoznawaniem i wyrażaniem emocji - trudności te wynikają z zaniedbywania emocjonalnych potrzeb dziecka. Zjawisko to jest ściśle związane z mechanizmami adaptacyjnymi, które dzieci rozwijają, aby poradzić sobie w trudnym, emocjonalnie niestabilnym środowisku.

Pospiszyl (1994) zaznacza, że aby w pełni zrozumieć syndrom DDA, należy uwzględnić fakt, iż jego objawy nie wynikają wyłącznie z uzależnienia rodzica, ale przede wszystkim z życia w środowisku pełnym chaosu, przemocy i braku bezpieczeństwa. Michalska i Jaszczak-



Kuźmińska (2007) zauważają, że osoby z DDA często mają trudności w podejmowaniu decyzji oraz wyznaczaniu granic, co wynika z doświadczeń dzieciństwa, w którym brakowało przewidywalności. Syndrom DDA wpływa również na zdolność do radzenia sobie ze stresem - osoby te często tłumią swoje emocje lub stosują mechanizmy unikania problemów, co utrudnia ich dorosłe życie.

Syndrom DDA stanowi złożony zestaw cech i trudności, które są wynikiem traumatycznych doświadczeń z dzieciństwa, szczególnie tych związanych z dorastaniem w rodzinie, w której problem alkoholowy był obecny. Jak zauważa Mazur (2002), pełne zrozumienie tego zjawiska wymaga zastosowania interdyscyplinarnego podejścia, które uwzględnia zarówno psychologiczne, jak i społeczne aspekty funkcjonowania rodziny z uzależnieniem.

Ten syndrom jest również analizowany w kontekście specyficznych problemów z tożsamością oraz trudności w procesie indywidualizacji. Zgodnie z obserwacjami Lipowskiej-Teutsch (1998), osoby wychowane w rodzinach alkoholowych często napotykały trudności w określeniu własnych potrzeb i pragnień, ponieważ w dzieciństwie ich uwaga była skierowana głównie na spełnianie oczekiwań innych członków rodziny lub na unikanie konfliktów. Ta nieumiejętność rozpoznawania i wyrażania własnych emocji ma swoje konsekwencje w dorosłym życiu, gdzie osoby z DDA mogą przejawiać tendencje do nadmiernej uległości lub, przeciwnie, do przesadnej niezależności, aby unikać powielania bolesnych doświadczeń z dzieciństwa.

Ponadto, warto zaznaczyć, że syndrom DDA często współwystępuje z innymi trudnościami emocjonalnymi, takimi jak zaburzenia lękowe, depresja czy uzależnienia, co dodatkowo utrudnia proces terapeutyczny (Sobolewska, 2000).



1.2. Koncepcja stresu psychologicznego i radzenia sobie ze stresem

Stres psychologiczny jest jednym z podstawowych pojęć współczesnej psychologii, odnoszącym się do interakcji między wymaganiami otoczenia a zasobami jednostki, które pozwalają jej sprostać tym wymaganiom. Zgodnie z klasyczną definicją Lazarusa i Folkman (1984), stres stanowi „specyficzny rodzaj relacji między jednostką a jej otoczeniem, ocenianej przez nią jako obciążającej lub przekraczającej jej zdolności, co stanowi zagrożenie dla jej dobrostanu” (s. 19). W tej koncepcji stres nie jest jedynie reakcją na bodźce zewnętrzne, ale subiektywnym doświadczeniem, zależnym od indywidualnej oceny sytuacji.

Współczesne badania nad stresem koncentrują się na trzech głównych aspektach: źródłach stresu, reakcjach na stres oraz strategiach radzenia sobie z nim. Stresory mogą pochodzić zarówno z zewnętrznych wydarzeń, jak i z wewnętrznych konfliktów, takich jak problemy emocjonalne czy negatywne schematy myślowe. Jak zauważa Mazur (2002), osoby dorosłe, wychowane w rodzinach alkoholowych, często doświadczają stresorów wynikających z traumatycznych przeżyć z dzieciństwa, takich jak przemoc, brak stabilności emocjonalnej czy zaniedbanie. Mazur zwraca uwagę, że stres w rodzinach alkoholowych ma specyficzny charakter, związany z ciągłym napięciem wywołanym nieprzewidywalnymi zachowaniami osoby uzależnionej oraz zagrożeniami, takimi jak przemoc czy zaniedbanie.

Dzieci wychowujące się w takim środowisku uczą się strategii radzenia sobie ze stresem, które są wynikiem ich doświadczeń z dzieciństwa. Te wzorce adaptacyjne, choć pomocne w tamtym okresie życia, mogą wpływać na sposób radzenia sobie z trudnościami w dorosłości.



1.2.1. Definicja stresu

Stres to zjawisko nierozdzielnie związane z codziennym funkcjonowaniem człowieka - towarzyszy mu od zawsze, stanowiąc integralną część życia. Można go rozumieć jako odpowiedź organizmu na wymagania płynące z otoczenia, które powodują napięcia o charakterze emocjonalnym, psychicznym lub fizjologicznym. Choć definicje stresu różnią się w zależności od przyjętej koncepcji teoretycznej, większość ujęć sprowadza się do stwierdzenia, że jest to stan przeciążenia systemu adaptacyjnego jednostki, wywołany przez bodźce - zarówno zewnętrzne, jak i wewnętrzne - przekraczające jej możliwości przetwarzania lub radzenia sobie z sytuacją.

Stres należy do jednych z najczęściej analizowanych zagadnień w psychologii, a jego rozumienie ewoluowało wraz z rozwojem tej dziedziny nauki. Współczesne podejścia akcentują jego złożony charakter, obejmujący komponenty emocjonalne, poznawcze oraz społeczne. Lazarus i Folkman (cyt. za Strelau i in., 2009) definiują stres jako dynamiczną relację pomiędzy jednostką a jej otoczeniem, ocenianą przez osobę jako przekraczającą jej zasoby oraz zagrażającą jej dobrostanowi. Kluczowym elementem tej definicji jest subiektywna ocena sytuacji, która decyduje o tym, czy zostanie ona uznana za stresującą. Z kolei Mazur (2002) ujmuje stres jako proces obejmujący trzy zasadnicze fazy:

1. Sytuacja stresowa - pojawienie się bodźca lub zdarzenia wywołującego napięcie,
2. Reakcja organizmu - odpowiedź emocjonalna i fizjologiczna, w tym uczucia lęku, złości czy napięcia,
3. Strategie radzenia sobie - działania ukierunkowane na złagodzenie skutków stresu lub przystosowanie się do sytuacji.

W literaturze psychologicznej często rozróżnia się dwa podstawowe rodzaje stresu. **Eustres**, czyli stres pozytywny, działa mobilizująco, pobudzając jednostkę do działania i rozwoju. **Dystres**, z kolei, ma charakter destrukcyjny - prowadzi do wyczerpania zasobów



psychicznych i fizycznych, mogą skutkować poważnymi konsekwencjami zdrowotnymi. To rozróżnienie pozwala lepiej zrozumieć wpływ stresu na funkcjonowanie jednostki oraz skuteczność różnych mechanizmów adaptacyjnych.

Jedna z szeroko cytowanych definicji wskazuje, że stres to „zaburzenie równowagi pomiędzy wymaganiami otoczenia a zasobami jednostki niezbędnymi do ich spełnienia” (Lazarus, 1999, s. 34). Ujęcie to podkreśla znaczenie subiektywnej interpretacji sytuacji stresowej – to, jak jednostka postrzega daną sytuację (jako zagrożenie, wyzwanie lub możliwe do opanowania zdarzenie), wpływa na intensywność doświadczanego stresu. Stres nie jest więc prostą reakcją fizjologiczną, lecz efektem dynamicznej interakcji jednostki z jej środowiskiem.

Hans Selye (1983), twórca koncepcji stresu biologicznego, wskazuje, że jest on naturalną reakcją organizmu na każdą zmianę wymagającą adaptacji. Wyróżnia on dwa podstawowe typy stresu: **eustres**, który wspiera aktywność i rozwój, oraz **dystres**, który prowadzi do przeciążenia organizmu i negatywnych skutków psychicznych. W przypadku Dorosłych Dzieci Alkoholików (DDA) szczególnie istotne jest to, że życie w rodzinie z problemem alkoholowym wiąże się z przewlekłym stresem. Ciągła nieprzewidywalność i napięcie emocjonalne powodują, że osoby te doświadczają głównie dystresu, co niesie ze sobą długofalowe konsekwencje zdrowotne i emocjonalne.

W literaturze podkreśla się również znaczenie stresu chronicznego, który jest typowy dla osób wychowywanych w środowiskach dysfunkcyjnych - takich jak rodziny z problemem uzależnień. Grzegorzewska (2013) zauważa, że długotrwałe narażenie na stres może skutkować trwałymi zmianami w funkcjonowaniu układu nerwowego, zwiększając tym samym ryzyko wystąpienia zaburzeń lękowych, depresji czy trudności w relacjach interpersonalnych. Stres jako zjawisko o charakterze wielowymiarowym dotyka nie tylko ciała, ale również psychiki jednostki. W kontekście DDA jego znaczenie jest szczególnie



istotne, ponieważ doświadczenia dystresu w dzieciństwie mogą w znaczący sposób wpłynąć na zdrowie psychiczne, zdolności adaptacyjne oraz sposób funkcjonowania społecznego w dorosłości.

1.2.2. Psychologiczne i społeczne konsekwencje chronicznego stresu

Długotrwały stres uznawany jest za jeden z najbardziej szkodliwych czynników oddziałujących na psychiczne i społeczne funkcjonowanie jednostki. W odróżnieniu od stresu krótkoterminowego, który może pełnić funkcję mobilizującą, stres przewlekły działa obciążająco zarówno na organizm, jak i na psychikę, prowadząc do trwałych i często trudnych do odwrócenia konsekwencji zdrowotnych.

Osoby narażone na chroniczne napięcie wykazują zwiększoną podatność na rozwój różnorodnych zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń lękowych, depresyjnych oraz psychosomatycznych (Mazur, 2002). Jak zauważa Grzegorzewska (2013), długotrwały stres wpływa destrukcyjnie na funkcjonowanie układu nerwowego, co może skutkować osłabieniem zdolności poznawczych, trudnościami w regulacji emocjonalnej oraz obniżeniem odporności psychicznej.

Przewlekły stres powoduje szereg zmian neurobiologicznych, które można uporządkować według głównych obszarów zaburzeń:

1. Dysregulacja osi HPA (podwzgórze-przysadka–nadnercza): Stała aktywacja tej osi prowadzi do nadprodukcji kortyzolu – hormonu stresu. Jego utrzymujące się na wysokim poziomie stężenie wpływa neurotoksycznie, zwłaszcza na hipokamp – strukturę odpowiedzialną za pamięć i procesy uczenia się. Konsekwencją tego są trudności w koncentracji, zapamiętywaniu oraz ogólne pogorszenie funkcji poznawczych (McEwen, 2007).
2. Zmiany strukturalne w mózgu: Wyniki badań neuroobrazowych wskazują na zmniejszenie objętości hipokampa i kory przedczołowej u osób poddanych



długotrwałemu stresowi. Jednocześnie obserwuje się wzrost aktywności ciała migdałowatego, co nasila reakcje lękowe i utrudnia kontrolę emocjonalną (Arnsten, 2009).

3. Zaburzenia w układzie neuroprzekaźników: Chroniczny stres wpływa negatywnie na równowagę neuroprzekaźników, takich jak serotonina, dopamina i noradrenalina. Zaburzenia w tych systemach mogą prowadzić do obniżonego nastroju, braku motywacji, trudności w odczuwaniu przyjemności oraz zwiększonej podatności na zaburzenia psychiczne.
4. Zakłócenia w regulacji emocji: Przewlekłe napięcie osłabia mechanizmy odpowiedzialne za adaptacyjną regulację emocji. Nadaktywność ciała migdałowatego w połączeniu z osłabioną kontrolą kory przedczołowej skutkuje impulsywnością, niestabilnością emocjonalną lub apatią.
5. Obniżenie odporności psychicznej i fizycznej: Wyczerpanie fizjologicznych zasobów organizmu prowadzi do osłabienia układu immunologicznego, co skutkuje większą podatnością na infekcje, choroby autoimmunologiczne i przewlekłe stany zapalne. Równocześnie wzrasta ryzyko rozwoju zaburzeń psychicznych, takich jak depresja czy lęk (Sapolsky, 2004).
6. Rozwój wyuczonej bezradności: Długotrwałe doświadczanie sytuacji, w których jednostka nie ma wpływu na swoje położenie, może prowadzić do ukształtowania postawy wyuczonej bezradności. Osoby w takim stanie charakteryzuje pasywność, rezygnacja z podejmowania działań oraz spadek skuteczności w radzeniu sobie z problemami (Seligman, 1975).

W kontekście funkcjonowania osób z syndromem Dorosłych Dzieci Alkoholików (DDA), przewlekły stres pełni szczególnie destrukcyjną rolę, gdyż towarzyszy im już od wczesnych lat życia, stanowiąc codzienną rzeczywistość emocjonalną i fizyczną. Doświadczenia te



utrwalają nieadaptacyjne wzorce funkcjonowania, które nierzadko są kontynuowane w dorosłości.

Długotrwały stres stanowi jeden z najbardziej destrukcyjnych czynników oddziałujących na funkcjonowanie jednostki zarówno na poziomie psychicznym, jak i społecznym. W odróżnieniu od stresu krótkotrwałego, który może pełnić funkcję mobilizującą, stres przewlekły obciąża organizm w sposób trwały, prowadząc do poważnych konsekwencji zdrowotnych i zaburzeń relacyjnych.

U osób dorastających w środowiskach nacechowanych ciągłym napięciem - jak w przypadku rodzin z problemem alkoholowym - skutki przewlekłego stresu mogą być szczególnie dotkliwe. Grzegorzewska (2013) wskazuje, że dzieci wychowywane w warunkach chronicznego stresu wykazują większą skłonność do problemów emocjonalnych. Ciągłe napięcie i brak przewidywalności sprzyjają kształtowaniu się negatywnego obrazu siebie, co z kolei wpływa na późniejsze trudności w relacjach społecznych, w tym partnerskich i zawodowych (Sobolewska, 2000).

Osoby, które przez dłuższy czas doświadczały napięcia emocjonalnego w rodzinie, często przejawiają ograniczenia w zakresie umiejętności interpersonalnych. Mają trudności z budowaniem zaufania, utrzymywaniem relacji, są bardziej podatne na konflikty oraz skłonne do unikania bliskości emocjonalnej. Ciesielska (2014) zauważa, że stres przewlekły może prowadzić do ograniczenia kompetencji społecznych i pogłębiania się poczucia osamotnienia. Z kolei Borodziuk (2019) podkreśla, że osoby z doświadczeniem funkcjonowania w rodzinie dysfunkcyjnej często mają trudności z pełnieniem ról społecznych, takich jak partner, rodzic czy pracownik, co jest związane z brakiem stabilnych wzorców emocjonalnych w dzieciństwie. Mazur (2002) zwraca uwagę, że skutkiem chronicznego stresu mogą być problemy z przystosowaniem się do wymagań życia społecznego. DDA często unikają sytuacji społecznych wymagających współpracy, obawiając się oceny, porażki lub odrzucenia.



Co więcej, Strelau i in. (2009) wskazują, że doświadczenia z dzieciństwa mogą zwiększać podatność na rozwój takich zaburzeń psychicznych jak zespół stresu pourazowego (PTSD), depresja czy zaburzenia lękowe, które w dorosłym życiu znacząco utrudniają funkcjonowanie zawodowe i społeczne.

Z perspektywy neuropsychologicznej, przewlekły stres powoduje zmiany w strukturze i funkcjonowaniu mózgu. Grzegorzewska (2013) podkreśla, że przeciążenie psychiczne prowadzi do wyczerpania zasobów adaptacyjnych jednostki, obniżając jej odporność na kolejne trudne sytuacje. Popiel (2009) opisuje zmiany w rejonach mózgu odpowiedzialnych za regulację emocji, takich jak hipokamp, co skutkuje problemami z pamięcią, koncentracją oraz przetwarzaniem emocji.

Na poziomie społecznym skutki przewlekłego stresu obejmują tendencję do wycofywania się z relacji interpersonalnych i trudności w utrzymywaniu więzi emocjonalnych. Osoby doświadczające długotrwałego napięcia często przejawiają zachowania unikowe i dystansują się od otoczenia, co może prowadzić do izolacji i samotności (Mazur, 2002).

Stres chroniczny nie pozostaje również bez wpływu na zdrowie somatyczne. Nadmierna produkcja hormonów stresu, takich jak kortyzol, wpływa negatywnie na układ sercowo-naczyniowy, metabolizm i odporność organizmu (Mazur, 2002). Popiel (2009) wskazuje, że osoby żyjące w przewlekłym stresie są bardziej narażone na rozwój chorób przewlekłych, takich jak nadciśnienie, choroby serca czy schorzenia autoimmunologiczne. Jednym z najpoważniejszych skutków chronicznego stresu jest ryzyko rozwoju uzależnień. Grzegorzewska (2013) zauważa, że osoby, które wychowywały się w rodzinach z problemem alkoholowym, często sięgają po substancje psychoaktywne jako formę radzenia sobie z napięciem psychicznym. Tego typu zachowania kompensacyjne mogą prowadzić do

pogłębiania się problemów zdrowotnych i emocjonalnych, a także do powtarzania wzorców rodzinnych.

1.2.3. Strategia radzenia sobie ze stresem – teoria Endlera i Parkera

Jedną z bardziej wpływowych koncepcji psychologicznych wyjaśniających sposób reagowania na sytuacje stresowe jest teoria radzenia sobie autorstwa Endlera i Parkera (1990). Zgodnie z ich podejściem, mechanizmy radzenia sobie ze stresem można podzielić na trzy główne typy: strategie skoncentrowane na zadaniu, na emocjach oraz na unikaniu. Model ten traktuje radzenie sobie jako proces elastyczny i złożony, zależny zarówno od charakterystyki sytuacji stresowej, jak i indywidualnych cech osoby. Zachowania podejmowane w celu poradzenia sobie ze stresem mają na celu jego złagodzenie, rozwiązanie problemu lub adaptację do trudnych warunków. Wybór określonego sposobu reagowania może znacząco wpływać na funkcjonowanie jednostki w sferze psychicznej, zawodowej i społecznej.

Strategie skoncentrowane na zadaniu obejmują podejmowanie działań zmierzających do opanowania trudnej sytuacji - w tym analizę problemu, planowanie czy aktywne poszukiwanie rozwiązań. Takie podejście jest szczególnie korzystne w warunkach, które osoba może w pewnym stopniu kontrolować. Na przykład osoba doświadczająca problemów zawodowych może zareagować poprzez udział w szkoleniach, zmianę organizacji pracy lub zwiększenie wysiłku, by poprawić efektywność.

Z kolei strategie ukierunkowane na emocje mają na celu złagodzenie przeżyć emocjonalnych towarzyszących stresowi. Obejmują takie działania, jak wyrażanie emocji, szukanie wsparcia społecznego czy stosowanie technik relaksacyjnych. Są one zazwyczaj stosowane w sytuacjach, na które osoba nie ma wpływu - jak utrata bliskiej osoby czy choroba - kiedy niemożliwe jest bezpośrednie rozwiązanie problemu.

Trzecim typem są strategie oparte na unikaniu, które mogą przyjmować formę zarówno odwracania uwagi (np. poprzez oglądanie filmów, sen, sport), jak i poszukiwania



rozproszonych społecznych (np. angażowanie się w aktywności towarzyskie). Choć mechanizmy te przynoszą chwilową ulgę, ich długoterminowe stosowanie może prowadzić do pogłębiania się problemów emocjonalnych, ponieważ źródło stresu pozostaje nierozwiązane.

W odniesieniu do Dorosłych Dzieci Alkoholików (DDA), wybór strategii radzenia sobie ze stresem ma szczególne znaczenie. Grzegorzewska (2013) zwraca uwagę, że osoby z syndromem DDA często nie posiadają efektywnych sposobów regulowania napięcia emocjonalnego, co wynika z braku adekwatnych wzorców w dzieciństwie. W związku z tym częściej sięgają po strategie oparte na unikaniu, co prowadzi do utrwalenia niekonstruktywnych schematów funkcjonowania.

Z badań Strelaua i Zawadzkiego (2009) wynika, że preferencje dotyczące stylu radzenia sobie są w dużej mierze uwarunkowane cechami osobowości - takimi jak neurotyczność czy odporność psychiczna. Osoby odporne psychicznie chętniej sięgają po strategie zadaniowe, co sprzyja efektywnemu radzeniu sobie z wymaganiami środowiska. Natomiast jednostki o wysokim poziomie neurotyzmu wykazują tendencję do stosowania strategii emocjonalnych, co może nasilać doświadczany stres i jego negatywne konsekwencje. W literaturze krajowej także podkreśla się znaczenie stylu radzenia sobie ze stresem w kontekście traumatycznych doświadczeń, takich jak dorastanie w rodzinie z problemem alkoholowym. Strelau (2005) zaznacza, że stosowane przez DDA strategie mają wpływ na ich przystosowanie psychiczne i społeczne w dorosłości. Osoby, które w dzieciństwie uczyły się tłumienia emocji lub unikania problemów, częściej doświadczają trudności adaptacyjnych, w tym objawów depresji, zaburzeń lękowych i problemów w relacjach z innymi. Natomiast stosowanie strategii zadaniowych wiąże się z większą zdolnością do radzenia sobie emocjonalnie oraz łatwiejszym nawiązywaniem relacji społecznych (Popiel, 2009).

W świetle teorii Endlera i Parkera skuteczność strategii radzenia sobie zależy nie tylko od typu sytuacji stresowej, ale również od indywidualnych predyspozycji jednostki. Osoby,



które preferują styl zadaniowy, zazwyczaj wykazują większą zdolność adaptacyjną i efektywniej funkcjonują w trudnych warunkach życiowych (Mazur, 2002).

1.3. Przemoc w rodzinie – zjawisko, przyczyny i konsekwencje

Przemoc domowa to poważny problem społeczny, który dotyka osoby niezależnie od wieku, płci, statusu społecznego czy miejsca zamieszkania. Stanowi formę nadużycia władzy, w której jeden z członków rodziny narusza prawa i dobra osobiste drugiego, powodując szkody fizyczne, psychiczne, seksualne, ekonomiczne lub społeczne (Mazur, 2002). Przemoc ta wyróżnia się tym, że ma miejsce w relacjach bliskich, co wzmacnia jej destrukcyjny wpływ. Może przybierać różne formy - fizyczną, psychiczną, seksualną, ekonomiczną oraz zaniedbanie - a jej skutki są wielowymiarowe i często długotrwałe.

Charakterystyczną cechą przemocy domowej jest jej cykliczność. Jak zauważa Pospiszyl (1994), zjawisko to przebiega w określonych fazach: narastania napięcia, eskalacji agresji oraz chwilowego „uspokojenia” i skruchy. Taki schemat utrwała przemocowe wzorce i utrudnia ofiarom podjęcie decyzji o opuszczeniu oprawcy. Ciesielska (2014) podkreśla, że przemoc w rodzinie bywa często ukrywana z powodu wstydu, lęku przed oceną społeczną czy ekonomicznej zależności ofiary od sprawcy. Brak adekwatnej reakcji ze strony otoczenia oraz instytucji dodatkowo pogłębia izolację i bezradność osób dotkniętych tym zjawiskiem.

Uwarunkowania przemocy domowej są złożone i wynikają zarówno z czynników indywidualnych, jak i społecznych. Do najczęstszych należą uzależnienia - w szczególności alkoholizm – które osłabiają zdolność do kontroli emocjonalnej i sprzyjają agresywnym zachowaniom (Borodziuk, 2019). Sprawcy przemocy często cechują się również niskimi kompetencjami emocjonalnymi, przejawiającymi się trudnościami w radzeniu sobie z frustracją i stresem.



Kolejnym istotnym czynnikiem są wzorce rodzinne - dzieci wychowujące się w środowiskach przemocowych często internalizują destrukcyjne schematy relacji, co może prowadzić do ich reprodukcji w dorosłości (Sobolewska, 2000; Mazur, 2002). Problemy ekonomiczne, bezrobocie czy trudne warunki bytowe dodatkowo zwiększają ryzyko wystąpienia przemocy, generując chroniczne napięcie w rodzinie. Na poziomie społecznym istotne są również stereotypowe role płciowe, społeczne przyzwolenie na przemoc oraz brak skutecznych mechanizmów interwencji (Pospiszyl, 1994).

Przemoc fizyczna obejmuje działania mające na celu naruszenie integralności cielesnej, takie jak bicie, kopanie, szarpanie czy inne formy agresji fizycznej (Pospiszyl, 1994, s. 94). Przemoc psychiczna, choć mniej widoczna, jest równie destrukcyjna - polega na upokarzaniu, zastraszaniu, manipulacji, groźbach i izolacji społecznej (Stożek, 2009, s. 22). Ze względu na swoją subtelność, ten typ przemocy często pozostaje niezauważony przez otoczenie.

Do innych form przemocy zalicza się przemoc seksualną - naruszającą intymność i wolność seksualną ofiary - a także przemoc ekonomiczną, polegającą na kontrolowaniu zasobów finansowych i ograniczaniu dostępu do dóbr materialnych. Zaniedbanie, czyli niezaspokajanie podstawowych potrzeb emocjonalnych, fizycznych lub edukacyjnych, również stanowi istotną kategorię przemocy domowej (Jarosz, 2014).

Konsekwencje przemocy w rodzinie są wieloaspektowe i dotyczą zarówno dorosłych, jak i dzieci. U dorosłych ofiar obserwuje się objawy depresji, zaburzenia lękowe, poczucie bezradności, a także trudności w funkcjonowaniu społecznym. Dzieci, które doświadczyły przemocy bezpośrednio lub były jej świadkami, wykazują zwiększone ryzyko problemów emocjonalnych, zaburzeń zachowania, trudności edukacyjnych oraz trudności w budowaniu relacji rówieśniczych (Sobolewska, 2000).



Doświadczenia przemocy we wczesnym okresie życia mogą znacząco zakłócić rozwój emocjonalny i społeczny jednostki. Kadushin i Martin (1981, za: Pospiszyl, 1994, s. 128) w badaniach przeprowadzonych wśród rodzin zarejestrowanych jako przemocowe wykazali, że w większości przypadków wybuch przemocy był poprzedzony wydarzeniem stresującym, a w wielu przypadkach stres ten dotyczył dzieci. Przemoc domowa zaburza poczucie bezpieczeństwa i zaufania, prowadząc do chronicznego napięcia i lęku, co przekłada się na zaburzenia w funkcjonowaniu w dorosłości – zarówno w życiu prywatnym, jak i zawodowym.

Zgodnie z ustawą o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie z dnia 29 lipca 2005 roku (Dz. U. Nr 180, poz. 1493 ze zm.), przemoc domowa jest definiowana jako „jednorazowe albo powtarzające się umyślne działanie lub zaniechanie naruszające prawa lub dobra osobiste osób najbliższych, a także innych osób wspólnie zamieszkujących lub gospodarujących, w szczególności narażające te osoby na niebezpieczeństwo utraty życia, zdrowia, naruszające ich godność, nietykalność cielesną, wolność, w tym seksualną, powodujące szkody na ich zdrowiu fizycznym lub psychicznym, a także wywołujące cierpienia i krzywdy moralne u osób dotkniętych przemocą”.

Współczesne badania coraz częściej analizują długofalowe skutki przemocy domowej w kontekście rozwoju dzieci wychowujących się w rodzinach z problemem alkoholowym. W przeszłości dominowało przekonanie o nieuchronności negatywnych konsekwencji takich doświadczeń (Schaffer, 2006), a koncepcja syndromu DDA (Dorośle Dzieci Alkoholików) zakładała, że każda osoba wychowana w rodzinie alkoholowej będzie w dorosłości zmagać się z licznymi problemami adaptacyjnymi (Cermak, 1984).

Jednak nowsze badania wskazują na zróżnicowanie w tej grupie. Jak zauważa Grzegorzewska (2013), nie wszystkie osoby z doświadczeniem życia w rodzinie alkoholowej rozwijają zaburzenia psychiczne czy trudności społeczne. Kluczowe okazują się czynniki ochronne –



takie jak temperament, zdolności poznawcze, wsparcie społeczne czy jakość relacji z opiekunami – które mogą łagodzić negatywne skutki traumatycznych wydarzeń. W tym kontekście szczególnie użyteczny okazuje się model podatności i stresu, który uwzględnia zarówno predyspozycje jednostki, jak i kontekst środowiskowy w kształtowaniu zdrowia psychicznego i zdolności adaptacyjnych.

1.3.1. Definicja, charakterystyka i formy przemocy

Przemoc w rodzinie jest zjawiskiem, które ma szerokie spektrum i przyjmuje różnorodne formy, prowadząc do poważnych szkód fizycznych, psychicznych, emocjonalnych i społecznych. Zgodnie z definicją podaną przez Pospiszyl (1994), przemoc odnosi się do świadomego wykorzystania siły lub przewagi przez jednego członka rodziny, co skutkuje wyrządzeniem krzywdy jednostce słabszej w tej relacji. W kontekście przemocy w rodzinie chodzi o sytuację, w której jeden członek rodziny wykorzystuje swoją pozycję i przewagę w celu naruszenia praw innych członków rodziny. Jak zauważa Mazur (2002), przemoc w rodzinie jest szczególnie niebezpieczna ze względu na bliskość więzi między sprawcą a ofiarą, co potęguje destrukcyjny wpływ na psychikę ofiary oraz uniemożliwia łatwe opuszczenie przemocowego środowiska.

Charakterystyka przemocy wskazuje na jej wielowymiarowość. Może ona przyjmować różne formy, a każda z nich ma na celu naruszenie integralności oraz godności ofiary. Przemoc fizyczna to bezpośrednie działanie mające na celu uszkodzenie ciała, takie jak bicie, popychanie czy zadawanie bólu. Z kolei przemoc psychiczna obejmuje działania zmierzające do zastraszenia, manipulacji, upokorzenia czy izolacji ofiary od innych osób. Przemoc seksualna, jak opisuje Ciesielska (2014), dotyczy naruszenia intymności i wolności seksualnej, w tym wymuszania kontaktów seksualnych bez zgody ofiary.

Przemoc w rodzinie ma szereg przyczyn, które mogą być zarówno osobowościowe, jak i społeczne. Do głównych przyczyn należy zaliczyć uzależnienia, szczególnie alkoholizm, brak



umiejętności radzenia sobie ze stresem oraz zaburzenia komunikacji wewnętrznej w rodzinie (Mazur, 2002). Co więcej, przemoc w rodzinie bywa często wynikiem przekazywania destrukcyjnych wzorców z pokolenia na pokolenie. Dzieci wychowujące się w przemocowych środowiskach są narażone na powielanie tych samych wzorców w dorosłym życiu, co prowadzi do cyklicznego powstawania tego zjawiska w rodzinach.

Również w literaturze na temat przemocy wskazuje się na trudności w jednoznacznym zdefiniowaniu tego zjawiska. Pospiszyl (1999) definiuje przemoc jako świadome działanie, które nie uwzględnia dobra drugiej osoby i narusza jej wolność osobistą. Zgodnie z jej definicją, istotnym elementem przemocy jest brak równowagi sił, gdzie jedna strona nadużywa swojej przewagi w celu wymuszenia określonych działań od drugiej strony. Przemoc różni się od agresji tym, że w przypadku agresji nie ma takiej wyraźnej nierównowagi sił – w agresji obie strony mają szansę wygrać, natomiast w przypadku przemocy jedna strona jest dominująca i kontroluje sytuację. W kontekście rodziny, jak podkreśla Tyszka (1979), jest to szczególnie istotne, ponieważ rodzina jest podstawową grupą odniesienia, w której kształtuje się osobowość człowieka. Działania podejmowane w rodzinie mają więc długofalowy wpływ na rozwój jednostki i jej późniejsze życie.

Lipowska-Teutsch (1998) wskazuje na trudności w identyfikacji tzw. przemocy ukrytej, która polega na manipulacji emocjonalnej i psychologicznym uzależnieniu ofiary od sprawcy. Choć ten typ przemocy nie pozostawia widocznych śladów fizycznych, jego skutki mogą być bardzo dotkliwe. Przemoc psychiczna prowadzi do zaburzeń emocjonalnych, takich jak depresja, lęki, a nawet zespół stresu pourazowego, które mają długotrwały wpływ na życie ofiary.



1.3.2. Skutki przemocy w dzieciństwie w dorosłym życiu

Doświadczenie przemocy w dzieciństwie ma dalekosiężne i wielowymiarowe skutki, które manifestują się w dorosłym życiu na różnych poziomach funkcjonowania: emocjonalnym, społecznym, poznawczym i zdrowotnym. Jak zauważa Sobolewska (2000), dzieci, które doświadczyły przemocy, często mają trudności w budowaniu zdrowych relacji interpersonalnych w dorosłości. Przemoc w dzieciństwie wpływa negatywnie na zdolność tworzenia trwałych więzi, co może prowadzić do izolacji społecznej lub wchodzenia w toksyczne relacje. Ofiary przemocy z dzieciństwa są bardziej narażone na rozwój zaburzeń psychicznych, takich jak depresja, stany lękowe, zespół stresu pourazowego (PTSD) oraz uzależnienia od substancji psychoaktywnych (Grzegorzewska, 2013). Często mają także problemy z regulowaniem emocji, co może prowadzić do impulsywności, gniewu lub wycofania emocjonalnego. Zgodnie z badaniami Ciesielskiej (2014), osoby z doświadczeniem przemocy w rodzinie mogą również wykazywać obniżoną samoocenę, co wpływa na ich funkcjonowanie zawodowe i społeczne. W kontekście zdrowia, skutki przemocy mogą obejmować problemy somatyczne, takie jak bóle psychosomatyczne, zaburzenia trawienne, nadciśnienie, a także przewlekłe dolegliwości bólowe.

Doświadczenie przemocy w dzieciństwie ma poważne konsekwencje psychologiczne, które mogą utrzymywać się przez całe życie. Przemoc w rodzinie, zwłaszcza w okresie wczesnodziecięcym, wywołuje nie tylko traumę, ale także trwałe zmiany w funkcjonowaniu psychologicznym jednostki. Jednym z najczęstszych skutków psychicznych przemocy w dzieciństwie jest rozwój zaburzeń lękowych. Dzieci, które doświadczają przemocy, żyją w ciągłym stanie gotowości do obrony, co prowadzi do przewlekłego stresu i lęku, a w dorosłości może przyczynić się do rozwoju zaburzeń lękowych uogólnionych, napadów paniki, fobii społecznych czy zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych (Mazur, 2002). U osób,



które doświadczyły przemocy, obserwuje się również zaburzenia adaptacyjne, gdzie reakcje na stresujące sytuacje są nadmierne lub niewłaściwe w stosunku do norm społecznych.

Kolejnym powszechnym efektem psychologicznym jest zespół stresu pourazowego (PTSD), który występuje u osób, które doświadczyły szczególnie intensywnej i przewlekłej przemocy. PTSD charakteryzuje się obecnością wspomnień o traumatycznych wydarzeniach, nocnymi koszmarami, lękiem przed ponownym doznaniem traumy oraz unikaniem sytuacji przypominających przeżyte wydarzenia. Ciesielska (2014) oraz Sobolewska (2000) podkreślają, że osoby z PTSD często mają trudności z przetwarzaniem emocji związanych z przemocą, co prowadzi do wycofania się z kontaktów społecznych, depresji oraz poczucia beznadziei. Przewlekłe reakcje stresowe mogą również prowadzić do rozwoju zaburzeń somatycznych, takich jak bóle głowy, dolegliwości żołądkowe, nadciśnienie czy choroby układu sercowo-naczyniowego (Grzegorzewska, 2013).

Innym istotnym aspektem jest wpływ przemocy na samoocenę ofiar. Dzieci, które były świadkami lub ofiarami przemocy, często rozwijają zaniżoną samoocenę oraz poczucie winy, które utrzymują się także w dorosłym życiu. Dzieci z doświadczeniem przemocy w rodzinie uczą się, że nie zasługują na miłość, szacunek i opiekę, a ich potrzeby emocjonalne są ignorowane. Takie przeżycia prowadzą do wytworzenia negatywnego obrazu siebie, co może prowadzić do problemów w dorosłym życiu. Dorośli, którzy byli ofiarami przemocy w dzieciństwie, często mają trudności z akceptacją siebie, są skłonni do perfekcjonizmu, ciągłej autorefleksji i porównań z innymi (Pospiszyl, 1999). Zaniżona samoocena często prowadzi do lęku przed odrzuceniem, trudności w nawiązywaniu zdrowych, opartych na zaufaniu relacji interpersonalnych, a także uzależnienia od innych osób w celu uzyskania poczucia wartości (Sobolewska, 2000). Psychologiczne skutki przemocy w dzieciństwie mogą także prowadzić do długotrwałych trudności w radzeniu sobie ze stresem w dorosłym życiu. Osoby te, z powodu nieprzepracowanych emocji z dzieciństwa, mogą unikać stresujących sytuacji,



wycofywać się z trudnych emocjonalnie sytuacji lub reagować w sposób nadmiernie emocjonalny (Grzegorzewska, 2013). Brak odpowiednich strategii radzenia sobie może prowadzić do zwiększonej podatności na rozwój zaburzeń psychicznych oraz uzależnienia od substancji.

Przemoc w rodzinie ma dalekosiężne konsekwencje nie tylko na poziomie emocjonalnym i społecznym, ale także na zdrowiu fizycznym i psychicznym ofiar. Doświadczenie przemocy w dzieciństwie, zwłaszcza gdy jest to przemoc fizyczna, psychiczna lub seksualna, może prowadzić do wielu długoterminowych problemów zdrowotnych. Wpływ przemocy na zdrowie jest złożony i obejmuje zarówno bezpośrednie skutki urazowe, jak i bardziej subtelne, przewlekłe problemy psychosomatyczne. Ofiary przemocy w rodzinie, zwłaszcza dzieci, mogą doświadczać zarówno bezpośrednich, jak i długoterminowych problemów zdrowotnych. Do najczęstszych skutków fizycznych należy przemoc cielesna, która może prowadzić do urazów, złamań, siniaków oraz innych obrażeń ciała. Przemoc ta może również wpływać na rozwój fizyczny dziecka, zwłaszcza gdy ma charakter przewlekły.

Badania wykazały, że dzieci doświadczające przemocy często cierpią na różnorodne choroby somatyczne, takie jak bóle głowy, bóle brzucha, zaburzenia snu oraz problemy dermatologiczne, jak wypryski skórne, które mogą być wynikiem chronicznego stresu i napięcia emocjonalnego (Lipowska-Teutsch, 1998). Kolejnym ważnym skutkiem przemocy jest przewlekły stres, który prowadzi do tzw. „chorób psychosomatycznych”. Objawy te obejmują różne schorzenia układu pokarmowego (np. wrzody żołądka, zespół jelita drażliwego), problemy z układem krążenia (np. nadciśnienie, choroby serca) oraz zaburzenia hormonalne. Osoby, które doświadczyły przemocy, mają także wyższe ryzyko wystąpienia chorób autoimmunologicznych i innych przewlekłych stanów zapalnych związanych z osłabieniem odporności organizmu (Mazur, 2002). Ofiary przemocy mogą również rozwijać zaburzenia osobowości, takie jak osobowość zależna czy osobowość borderline. Ponadto,



osoby te mogą doświadczać także tzw. reakcji somatycznych związanych z tłumieniem emocji i nieumiejętnością wyrażania swoich uczuć, co w konsekwencji prowadzi do tzw. somatyzacji, czyli manifestacji objawów psychicznych w postaci fizycznych dolegliwości (Mazur, 2002).

Psychosomatyczne objawy, czyli fizyczne dolegliwości związane z problemami emocjonalnymi, są częstym skutkiem przemocy w rodzinie. Osoby, które przeżyły traumatyczne doświadczenia w dzieciństwie, zwłaszcza w rodzinach z problemem alkoholizmu, mogą borykać się z szeregiem dolegliwości somatycznych, takich jak bóle głowy, problemy trawienne, zaburzenia snu czy chroniczne zmęczenie. Często dochodzi także do rozwoju zaburzeń psychosomatycznych, które wiążą się z długotrwałym stresem i brakiem umiejętności radzenia sobie z trudnymi emocjami. Osoby, które doświadczyły przemocy, nie są w stanie zidentyfikować związku między swoimi emocjami a ciałem, a ich dolegliwości somatyczne mogą być ignorowane przez specjalistów (Grzegorzewska, 2013).

1.3.3. Wpływ przemocy na rozwój umysłu dziecka

Przemoc w dzieciństwie ma destrukcyjny wpływ na rozwój psychiczny jednostki, prowadząc często do trwałych zaburzeń w funkcjonowaniu umysłu. Jak zauważa Mellibruda (2009), przemoc ingeruje w fundamenty psychiki dziecka, a kiedy doświadczenie krzywdzenia ma miejsce we wczesnym dzieciństwie, może zaburzyć procesy kształtowania się umysłu już na początkowych etapach rozwoju. Ujawnia się to w postaci zaburzeń emocjonalnych, trudności w regulacji emocji oraz deficytów zdolności poznawczych, które mogą utrzymywać się przez całe życie.

Podobne stanowisko prezentuje Jarosz (2014), który podkreśla, że doświadczenie przemocy głęboko „zagnieżdża się w psychice dziecka” (s. 82). Trauma związana z krzywdzeniem nie tylko powoduje natychmiastowe trudności adaptacyjne, ale także pozostawia długotrwałe ślady, które wpływają na różne aspekty funkcjonowania w dorosłym życiu. Osoby określane



mianem Dorosłych Krzywdzonych Dzieci (DKD) często zmagają się z trudnościami w funkcjonowaniu społecznym, zawodowym, emocjonalnym i zdrowotnym. W dorosłości mogą mieć problemy z budowaniem relacji interpersonalnych, utrzymaniem pracy, a także z chorobami psychosomatycznymi i zaburzeniami psychicznymi, które mają swoje korzenie w traumatycznych doświadczeniach dzieciństwa.

Doświadczenie przemocy w okresie dzieciństwa wywołuje również szereg zmian neurobiologicznych. Badania wskazują, że chroniczny stres i trauma mają wpływ na rozwój mózgu, w tym na takie struktury jak hipokamp, ciało migdałowate oraz korę przedczołową, które są kluczowe dla regulacji emocji, procesów pamięciowych i funkcji poznawczych (Mazur, 2002). Zaburzenia te mogą przejawiać się w postaci trwałych problemów z radzeniem sobie z emocjami oraz niskim poczuciem własnej wartości, co w konsekwencji utrudnia funkcjonowanie w życiu dorosłym.

Przemoc w dzieciństwie ma zatem dalekosiężne konsekwencje, które obejmują zarówno sferę psychiczną, jak i społeczną. Skuteczne przeciwdziałanie jej skutkom wymaga interwencji terapeutycznych ukierunkowanych na odbudowę poczucia bezpieczeństwa, wzmocnienie zasobów emocjonalnych oraz pracę nad traumatycznymi doświadczeniami, które kształtowały rozwój umysłu od najwcześniejszych lat życia.

1.3.4. Mechanizmy przemocy w rodzinach alkoholowych

Przemoc w rodzinach alkoholowych jest zjawiskiem wielopłaszczyznowym, a jej mechanizmy powstawania są złożone i wynikają zarówno z cech indywidualnych członków rodziny, jak i z kontekstu społeczno-kulturowego. Alkoholizm, będący uzależnieniem, wpływa na struktury rodzinne, a w szczególności na wzorce zachowań, które sprzyjają eskalacji przemocy. W kontekście rodzin alkoholowych mechanizmy powstawania przemocy można rozpatrywać w kilku obszarach: psychologicznym, społecznym i fizjologicznym.



Alkohol jest jednym z głównych czynników wyzwalających przemoc w rodzinach. Z jednej strony jest substancją, która zmienia stan świadomości, a z drugiej strony, w przypadku długotrwałego nadużywania, prowadzi do uzależnienia. Uzależnienie od alkoholu powoduje zaburzenia w funkcjonowaniu jednostki, zmienia percepcję rzeczywistości i obniża zdolność do kontrolowania impulsów, co sprzyja agresji oraz wybuchom przemocy. Przemoc w rodzinach alkoholowych przyjmuje najczęściej postać zarówno przemocy fizycznej, jak i psychicznej, a jej nasilenie jest ściśle związane z ilością spożywanego alkoholu oraz stopniem uzależnienia. Uzależniony członek rodziny, w wyniku chronicznego zatrucia alkoholem, może doświadczać problemów z samokontrolą i impulsywnością, co prowadzi do wybuchów agresji i przemocy wobec bliskich (Sobolewska, 2000).

Psychologiczne mechanizmy powstawania przemocy w rodzinach alkoholowych są równie istotne. W takich rodzinach często panuje atmosfera lęku, niepewności oraz napięcia emocjonalnego. Przemoc może wynikać z niskiej samooceny, frustracji oraz braku umiejętności radzenia sobie z emocjami przez osoby uzależnione. W rodzinach alkoholowych często obserwuje się także mechanizm przenoszenia agresji, czyli proces, w którym osoba uzależniona od alkoholu przekłada swoje frustracje wynikające z problemów życiowych na najbliższych, w tym współmałżonków czy dzieci. Często w takich rodzinach występuje również zjawisko cykliczności przemocy, gdzie ofiary przemocy stają się później sprawcami, co tworzy błędne koło agresji w rodzinie (Grzegorzewska, 2013). Mechanizm ten jest szczególnie widoczny w przypadku dzieci wychowujących się w rodzinach alkoholowych, które doświadczają przemocy zarówno fizycznej, jak i emocjonalnej. Dzieci te często stają się dorosłymi osobami, które same zmagają się z problemami emocjonalnymi i trudnościami w relacjach interpersonalnych, a w niektórych przypadkach mogą powielać wzorce przemocy, stając się jej sprawcami w swoich dorosłych związkach. Dzieci wychowane w atmosferze przemocy mogą nie rozwinąć odpowiednich umiejętności rozwiązywania konfliktów, przez



co w dorosłym życiu stają się bardziej podatne na stosowanie przemocy lub bycie jej ofiarami (Borodziuk, 2019).

Typowymi **mechanizmami przemocy** w rodzinie są syndrom wyuczonej bezradności, zjawisko „prania mózgu”, zespół stresu pourazowego (PTSD), proces wiktylizacji, syndrom sztokholmski oraz mechanizm „psychologicznej pułapki” (Michalska, 2007, s. 19–20).

1. Syndrom wyuczonej bezradności – po raz pierwszy opisany przez Martina Seligmana w latach 60. XX wieku, odnosi się do stanu, w którym osoba, narażona na chroniczne i nieprzewidywalne sytuacje stresowe, przestaje podejmować próby zmiany swojej sytuacji, wierząc, że jej działania są bezskuteczne. W kontekście przemocy domowej oznacza to, że ofiara zaczyna postrzegać siebie jako całkowicie zależną od sprawcy, tracąc wiarę w możliwość ucieczki lub zmiany swojej sytuacji. Ten mechanizm pogłębia poczucie izolacji, utrwalając cykl przemocy.
2. „Pranie mózgu” - to proces manipulacji psychologicznej, w którym sprawca systematycznie wpływa na sposób myślenia, odczuwania i zachowania ofiary. Poprzez kontrolowanie informacji, zastraszanie, wywoływanie poczucia winy czy pochlebstwa, sprawca zyskuje pełną władzę nad ofiarą. Ofiara zaczyna przyjmować perspektywę sprawcy, tracąc zdolność do niezależnego myślenia i podejmowania decyzji. W rodzinach, gdzie dochodzi do przemocy, „pranie mózgu” może objawiać się m.in. poprzez izolowanie ofiary od bliskich i podważanie jej poczucia własnej wartości.
3. PTSD to zaburzenie psychiczne występujące w wyniku przeżycia traumatycznego wydarzenia, takiego jak przemoc fizyczna, psychiczna czy seksualna. U osób doświadczających przemocy w rodzinie objawy PTSD mogą obejmować: nawracające wspomnienia traumatycznych wydarzeń, koszmary senne, drażliwość, problemy z koncentracją, uczucie odrętwienia emocjonalnego oraz unikanie sytuacji



przypominających o traumie. PTSD utrudnia powrót do normalnego funkcjonowania, pogłębiając poczucie izolacji i bezsilności.

4. Wiktyimizacja - to proces, w którym ofiara przemocy staje się obiektem długotrwałego, celowego wykorzystania przez sprawcę. Polega na systematycznym naruszaniu jej granic, poczucia wartości i niezależności. Z czasem ofiara zaczyna przyjmować rolę przypisaną jej przez sprawcę, co prowadzi do obniżenia samooceny i zwiększa podatność na dalsze nadużycia. Wiktyimizacja często wiąże się z internalizacją poczucia winy i przekonaniem, że przemoc jest usprawiedliwiona lub zasłużona.
5. Syndrom sztokholmski - opisuje paradoksalne więzi emocjonalne, które mogą rozwijać się pomiędzy ofiarą a sprawcą przemocy. Ofiara zaczyna odczuwać empatię wobec sprawcy, usprawiedliwia jego działania, a nawet identyfikuje się z jego celami. Mechanizm ten może być wynikiem długotrwałego narażenia na przemoc i manipulację, w wyniku których ofiara postrzega sprawcę jako jedyne źródło wsparcia i ochrony, mimo doświadczanego cierpienia.
6. Mechanizm „psychologicznej pułapki” odnosi się do sytuacji, w której ofiara przemocy pozostaje w destrukcyjnej relacji, mimo świadomości jej negatywnych konsekwencji. „Pułapka” wynika z głębokiego zaangażowania emocjonalnego, strachu przed zmianą, braku wsparcia zewnętrznego czy przekonania o braku alternatyw. Ofiara może czuć się odpowiedzialna za sprawcę i obawiać się, że odejście pogorszy sytuację, co prowadzi do utrwalania toksycznych wzorców relacji.

W rodzinach alkoholowych uzależnienie nie dotyczy jedynie osoby pijącej, ale często wpływa na całą rodzinę. Alkoholizm jest chorobą, która zmienia sposób postrzegania i przeżywania rzeczywistości, zarówno przez osobę uzależnioną, jak i jej bliskich. Często w takich rodzinach zjawisko przemocy jest wynikiem głębokiej dezintegracji rodziny, gdzie alkohol



staje się centralnym punktem życia, a relacje międzyludzkie zostają zdominowane przez konflikty, wzajemne oskarżenia oraz destrukcyjne zachowania. Uzależniona osoba może nie tylko stawać się agresywna w stosunku do innych członków rodziny, ale także może odczuwać potrzebę kontrolowania otoczenia poprzez manipulacje czy wywoływanie lęku. Te zachowania stają się częścią funkcjonowania rodziny i mogą przyczynić się do powstawania przemocy fizycznej, emocjonalnej, a także seksualnej (Goldenberg, 2006).

Warto zwrócić uwagę na kilka dodatkowych aspektów, które wnikliwie wyjaśniają, jak alkoholizm w rodzinie może prowadzić do przemocy. Mechanizmy te nie są jedynie wynikiem fizycznej obecności alkoholu w rodzinie, ale także w dużej mierze wynikiem specyficznej dynamiki rodzinnej, psychologicznych reakcji członków rodziny oraz oddziaływań społecznych. Zrozumienie mechanizmów powstawania przemocy w rodzinach alkoholowych jest kluczowe do zapobiegania jej eskalacji i skutecznej interwencji. Działania prewencyjne powinny koncentrować się na leczeniu uzależnienia, ale także na wsparciu psychologicznym całej rodziny. Konieczne jest wdrożenie programów, które uwzględniają zarówno aspekt leczenia alkoholizmu, jak i pomoc osobom dotkniętym przemocą. Współczesne podejście do interwencji zakłada, że pomoc musi obejmować całą rodzinę i zmieniać wzorce zachowań, które utrwalają cykl przemocy. Programy terapeutyczne, które uwzględniają zarówno leczenie uzależnienia, jak i terapię rodzin, mają na celu poprawę jakości życia całej rodziny i zapobieganie dalszym aktom przemocy (Jarosz, 2014).

1.3.5. Badania dotyczące przemocy w rodzinach alkoholowych

Dotychczasowe badania nad przemocą w rodzinach alkoholowych dostarczają licznych dowodów na jej destrukcyjny wpływ na rozwój emocjonalny i społeczny dzieci wychowywanych w takich warunkach. Prace Mellibrudy (2009) wskazują, że doświadczenie przemocy we wczesnym dzieciństwie „uszkadza umysł u samych fundamentów”, prowadząc do trwałych zmian w sposobie funkcjonowania jednostki. Z kolei Jarosz (2014) podkreśla, że



przemoc głęboko „zagnieżdża się w psychice dziecka” i może wpływać na różne aspekty jego dorosłego życia, w tym zdrowie emocjonalne, zdolność do regulacji stresu oraz nawiązywania relacji.

Jednym z kluczowych obszarów badań jest **związek między doświadczeniem przemocy a późniejszym poziomem stresu**. Jak wskazuje Grzegorzewska (2013), chroniczny stres związany z przemocą w rodzinie alkoholowej wpływa na rozwój układu nerwowego, co zwiększa podatność na trudności emocjonalne i psychiczne w dorosłym życiu. Badania Michalskiej (2007) sugerują natomiast, że dzieci z takich rodzin rozwijają zarówno mechanizmy obronne, jak i strategie przetrwania, które w dorosłości mogą przyczynić się do wzrostu lub zmniejszenia poziomu stresu, w zależności od kontekstu i sytuacji życiowej.

Pytania badawcze dotyczące różnic w poziomie stresu między Dorosłymi Dziećmi Alkoholików (DDA), które doświadczyły przemocy, a tymi, które jej nie doświadczyły, znajdują uzasadnienie w wynikach badań Schaffera (2006). Autor zauważa, że doświadczenie przemocy jest czynnikiem różnicującym reakcje emocjonalne i zdolność do radzenia sobie ze stresem. Jego prace pokazują również, że osoby, które przeszły intensywne traumatyczne doświadczenia, wykazują większe trudności w utrzymywaniu zdrowych relacji interpersonalnych. Autor wskazuje, że przemoc przeżyta w dzieciństwie stanowi silny czynnik różnicujący nie tylko sposoby reagowania emocjonalnego, ale także ogólną zdolność jednostki do efektywnego radzenia sobie ze stresem. Co więcej, doświadczenia traumatyczne z wczesnych lat życia często rzutują na trudności w budowaniu i utrzymywaniu satysfakcjonujących relacji interpersonalnych w dorosłości.

Ważnym przyczynkiem do sformułowania hipotez jest również teoria podatność–stres (Grzegorzewska, 2013), która zakłada, że wpływ stresujących wydarzeń życiowych, takich jak przemoc w rodzinie, zależy od indywidualnej wrażliwości jednostki oraz jej zasobów



radzenia sobie. W świetle tej teorii istotnym zagadnieniem jest także analiza strategii radzenia sobie ze stresem, które, jak wskazują Mazur (2002) i Mellibruda (2009), mogą być zarówno adaptacyjne, jak i destrukcyjne.

Te wcześniejsze badania pozwoliły na sformułowanie następujących pytań badawczych:

1. Czy istnieje związek między doświadczeniem przemocy w rodzinie a stylami radzenia sobie ze stresem u dorosłych dzieci alkoholików?
2. Czy dorośli wychowani w rodzinie alkoholowej, którzy doświadczyli przemocy, różnią się pod względem stosowanych stylów radzenia sobie ze stresem w porównaniu do osób, które nie doświadczyły przemocy?
3. Czy doświadczenie przemocy w rodzinie ma wpływ na poziom kompetencji społecznych dorosłych dzieci alkoholików?
4. Czy istnieje korelacja między nasileniem przemocy doświadczonej w dzieciństwie a stosowanymi stylami radzenia sobie ze stresem u dorosłych dzieci alkoholików?
5. Jakie style radzenia sobie ze stresem najczęściej stosują dorosłe dzieci alkoholików, które doświadczyły przemocy w rodzinie?

Przedstawione pytania są silnie zakorzenione w literaturze przedmiotu i stanowią podstawę do dalszych analiz empirycznych. Analiza istniejących badań podkreśla konieczność badania zarówno różnorodności doświadczeń przemocy, jak i ich długoterminowych konsekwencji, co pozwala lepiej zrozumieć mechanizmy funkcjonowania DDA.

Przemoc w rodzinach z problemem alkoholowym jest przedmiotem licznych badań, zarówno w Polsce, jak i na świecie. Badacze analizują różne aspekty tego zjawiska, w tym jego częstość, formy oraz wpływ na członków rodziny. W badaniu przeprowadzonym przez Larry'ego R. Livingstona (1986) analizowano przemoc domową wśród osób uzależnionych od alkoholu. Wykorzystano w nim Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) do oceny

stopnia uzależnienia oraz Conflict Tactics Scale (CTS) do pomiaru rodzajów i częstotliwości przemocy domowej. Wyniki badań wykazały, że 83% osób uzależnionych stosowało przemoc w poprzednich związkach, w porównaniu do 28% w populacji ogólnej. Dodatkowo, 55% badanych z grupy osób uzależnionych przejawiało zachowania przemocowe w ciągu ostatniego roku, podczas gdy w populacji ogólnej odsetek ten wynosił 16%. Inne badania koncentrują się na wpływie przemocy doświadczanej w dzieciństwie na późniejsze problemy alkoholowe u kobiet. W jednym z takich badań wykorzystano Parent-Child Conflict Tactics Scales oraz Composite International Diagnostic Interview (CIDI) do oceny doświadczeń przemocy ze strony rodziców i diagnozy uzależnienia od alkoholu. Wyniki sugerują, że przemoc psychiczna ze strony matki oraz przemoc fizyczna ze strony obojga rodziców są istotnie związane z uzależnieniem od alkoholu u kobiet.

Badania przeprowadzone w Portugalii przez Fernandes, Dias i Lopes (2023) analizowały związek między przemocą psychiczną w związku a nadużywaniem alkoholu u kobiet, z uwzględnieniem roli odporności psychicznej (resilience). Wykazano, że przemoc psychiczna była negatywnie związana z odpornością psychiczną i pozytywnie z konsumpcją alkoholu. Odporność psychiczna częściowo mediowała związek między przemocą a nadużywaniem alkoholu, co podkreśla jej kluczową rolę w przerwaniu negatywnego cyklu przemocy i nadużywania substancji.

Badania zrealizowane w Indiach z udziałem żon mężczyzn uzależnionych od alkoholu pokazały, że aż 68,3% z nich doświadczyło przemocy domowej, a 85% prezentowało objawy przynajmniej jednego zaburzenia psychicznego - w tym depresji, zaburzeń lękowych i zaburzeń adaptacyjnych. Badania Eiden i współpracowników (2002) potwierdziły, że ekspozycja na przemoc i alkoholizm w rodzinie jest powiązana z licznymi problemami psychospołecznymi u nastolatków, takimi jak zachowania ryzykowne, używanie substancji psychoaktywnych czy obniżona samoocena. Z kolei Miller i in. (1989), porównując



kobiety uzależnione od alkoholu z kobietami z populacji ogólnej, wykazali, że pierwsza grupa częściej doświadczała przemocy ze strony partnerów, w tym zarówno przemocy werbalnej, jak i fizycznej o różnym nasileniu.

Badania międzynarodowe potwierdzają silny związek między alkoholizmem w rodzinie a występowaniem przemocy domowej. Wykorzystanie różnych narzędzi badawczych, takich jak MAST, CTS, DVQ czy CIDI, pozwala na kompleksową ocenę tego zjawiska i jego wpływu na członków rodziny. Wyniki tych badań podkreślają potrzebę uwzględnienia przemocy domowej w programach leczenia uzależnień oraz w działaniach profilaktycznych i interwencyjnych.

Na podstawie tych licznych badań można wysunąć kilka istotnych wniosków:

- przemoc w rodzinach z problemem alkoholowym występuje z dużą częstotliwością i może przybierać różne formy: psychiczną, fizyczną, ekonomiczną, seksualną;
- narzędzia takie jak MAST, CTS, DVQ, MINI czy CIDI są skuteczne w diagnozie zjawiska przemocy i jego skutków;
- występowanie przemocy w dzieciństwie silnie koreluje z problemami emocjonalnymi, stresem i zaburzeniami w funkcjonowaniu społecznym w dorosłości;
- istnieje znaczące zróżnicowanie indywidualnych reakcji na przemoc, które może być moderowane m.in. przez poziom odporności psychicznej oraz wykształcone strategie radzenia sobie ze stresem.

W kontekście powyższych ustaleń zdecydowano się w niniejszym badaniu zbadać dorosłe dzieci alkoholików (DDA), dzieląc je na grupy w zależności od tego, czy w dzieciństwie doświadczyły przemocy domowej. Taki podział umożliwia analizę wpływu przemocy jako czynnika różnicującego poziom stresu oraz funkcjonowanie społeczne w dorosłości.

Do badania wybrano trzy wystandaryzowane narzędzia psychologiczne:



- Kwestionariusz Kompetencji Społecznych (KKS) - służący do oceny poziomu umiejętności interpersonalnych w trzech obszarach: ekspozycji społecznej, asertywności oraz sytuacjach warunkujących efektywność zachowań w kontaktach intymnych;
- Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS) -umożliwiający identyfikację preferowanych strategii radzenia sobie ze stresem (skoncentrowanych na emocjach, zadaniu lub unikaniu),
- Autorska ankieta - zawierająca pytania o historię przemocy w rodzinie, doświadczenia związane z uzależnieniem rodzica oraz subiektywną ocenę stresu.

Przegląd literatury podkreśla zatem zasadność przeprowadzenia badań nad związkiem przemocy i stresu u DDA, z uwzględnieniem indywidualnych strategii radzenia sobie oraz poziomu kompetencji społecznych. Wyniki mogą stanowić podstawę do planowania skutecznych interwencji psychologicznych, wsparcia terapeutycznego oraz działań profilaktycznych w grupach ryzyka.

1.4. Funkcjonowanie społeczne Dorosłych Dzieci Alkoholików, definicja w kontekście psychologii

Funkcjonowanie społeczne odnosi się do zdolności jednostki do efektywnego uczestniczenia w życiu społecznym, zarówno w sferze osobistej, jak i zawodowej. Obejmuje umiejętność nawiązywania i utrzymywania zdrowych, satysfakcjonujących relacji interpersonalnych, a także zdolność do funkcjonowania w różnych grupach społecznych, takich jak rodzina, przyjaciele, współpracownicy czy szersza społeczność. Jest to szerokie pojęcie, które obejmuje m.in. radzenie sobie z konfliktami, współpracę w grupie, pełnienie ról społecznych, komunikowanie się z innymi oraz dostosowywanie się do norm i wartości panujących w danym środowisku społecznym.



W kontekście zdrowia psychicznego i psychospołecznego, funkcjonowanie społeczne jest istotnym wskaźnikiem dobrostanu jednostki, ponieważ wskazuje, jak skutecznie osoba radzi sobie z wyzwaniami codziennego życia i jak jej relacje z innymi wpływają na jej samopoczucie oraz stabilność emocjonalną (Sobolewska, 2000). Istotną rolę w tym kontekście odgrywają mechanizmy obronne i strategie radzenia sobie ze stresem, które są kluczowe w budowaniu więzi i w radzeniu sobie z trudnymi sytuacjami życiowymi.

W przypadku Dorosłych Dzieci Alkoholików (DDA), doświadczenie życia w rodzinie alkoholowej może negatywnie wpłynąć na rozwój tych umiejętności. Dzieci wychowywane w takim środowisku nie mają możliwości nauczenia się zdrowych sposobów radzenia sobie z emocjami, co w późniejszym życiu dorosłym może prowadzić do problemów z regulowaniem emocji i nawiązywaniem relacji interpersonalnych. DDA często zmagają się z obniżoną samooceną, poczuciem odrębności i trudnościami w budowaniu stabilnych więzi. Te trudności mogą prowadzić do problemów w funkcjonowaniu w społeczeństwie, zarówno w sferze osobistej, jak i zawodowej, oraz mogą utrudniać efektywne zarządzanie stresem i rozwiązywanie konfliktów w życiu dorosłym.

1.4.1. Wpływ dzieciństwa w rodzinie alkoholowej na relacje społeczne w dorosłości

Dzieciństwo spędzone w rodzinie alkoholowej ma znaczący wpływ na kształtowanie się zdolności do funkcjonowania społecznego w dorosłości. Osoby dorosłe, które wychowały się w takim środowisku, często borykają się z trudnościami w nawiązywaniu i utrzymywaniu zdrowych relacji interpersonalnych. W przypadku dzieci alkoholików, wzorce relacji międzyludzkich są zaburzone już na wczesnym etapie życia. DDA w dorosłości mogą doświadczać problemów w budowaniu bliskich więzi emocjonalnych oraz w utrzymaniu stabilnych relacji z partnerami, przyjaciółmi czy współpracownikami. W rodzinach alkoholowych, gdzie często występują przemoc, zaniedbania emocjonalne i niestabilność, rozwijają się mechanizmy obronne, które ograniczają zdolność do budowania zaufania w



dorosłych relacjach (Borodziuk, 2019). Dzieci wychowane w takim środowisku mogą napotykać trudności w tworzeniu zdrowych, otwartych więzi, a brak pozytywnych wzorców relacji może prowadzić do poczucia osamotnienia i lęku przed odrzuceniem.

DDA często doświadczają lęku przed bliskością, mają trudności w otwieraniu się na innych, a mechanizmy obronne, takie jak unikanie, kontrola czy wycofanie, mają wpływ na ich sposób reagowania w dorosłych relacjach (Grzegorzewska, 2013). Wychowanie w rodzinie alkoholowej wiąże się również z brakiem umiejętności rozwiązywania konfliktów, co może prowadzić do trudności w zarządzaniu napięciami w relacjach społecznych. DDA często przyjmują postawę podporządkowania, unikają konfrontacji lub nie potrafią wyrażać swoich potrzeb. W efekcie mają trudności w wyrażaniu emocji, co utrudnia budowanie satysfakcjonujących więzi interpersonalnych. Osoby te mogą także przejawiać tendencję do "ratowania innych", co prowadzi do problemów w relacjach z partnerami i przyjaciółmi, którzy nie są w stanie sprostać ich nadmiernym wymaganiom (Sobolewska, 2000).

Warto również zauważyć, że DDA często przeżywają wewnętrzny konflikt pomiędzy potrzebą bliskości a lękiem przed odrzuceniem. Niska samoocena oraz poczucie braku kontroli nad własnym życiem mogą skutkować trudnościami w nawiązywaniu zdrowych relacji. DDA często borykają się także z uzależnieniami, zarówno od alkoholu, jak i innych substancji, co ma znaczący wpływ na ich zdolność do tworzenia trwałych więzi. W wielu przypadkach doświadczenie przemocy i zaniedbania emocjonalnego w dzieciństwie skutkuje poczuciem winy i wstydu, które negatywnie wpływają na ich relacje społeczne. Dzieci, które dorastały w takim środowisku, mogą nie mieć wystarczających zasobów wewnętrznych, aby poradzić sobie z trudnościami w dorosłym życiu, co prowadzi do izolacji społecznej i samotności (Grzegorzewska, 2013).

Wychowanie w rodzinie alkoholowej, z powodu niestabilności, której dzieci są świadkami, wpływa na sposób postrzegania siebie i relacji międzyludzkich. Osoby, które



dorastały w takim środowisku, mogą rozwijać mechanizmy obronne, takie jak unikanie otwartych, emocjonalnych więzi, co ogranicza ich zdolność do nawiązywania bliskich relacji (Borodziuk, 2019). Mechanizmy te mogą przejawiać się w różnych formach, od wycofania po nadmierną kontrolę w relacjach, co prowadzi do zaburzeń w komunikacji i budowaniu zaufania w dorosłości. Niska samoocena, którą DDA często rozwijają, może skłaniać je do unikania sytuacji, które wymagają współpracy lub bliskich relacji, a problemy z zaufaniem do innych utrudniają ich funkcjonowanie w społeczeństwie (Sobolewska, 2000).

DDA mogą również doświadczać trudności w utrzymywaniu przyjaźni i relacji zawodowych, ze względu na lęk przed odrzuceniem lub obawę przed byciem zranionym. Problemy te wynikają z niewłaściwych wzorców relacyjnych, które były obecne w ich dzieciństwie (Grzegorzewska, 2013). Często DDA powielają wzorce rodzinne, wchodząc w relacje z osobami wykazującymi uzależnienia lub inne patologiczne zachowania, co prowadzi do powtarzania cyklu uzależnienia i przemocy w kolejnych pokoleniach. Warto podkreślić, że niektóre DDA mogą w dorosłości przejawiać tendencję do wchodzenia w toksyczne relacje, które przypominają te, których były świadkami w dzieciństwie, a takie powtarzanie negatywnych wzorców utrudnia budowanie zdrowych relacji interpersonalnych (Grzegorzewska, 2013).

Chociaż DDA borykają się z wieloma trudnościami emocjonalnymi, często wykazują również dużą odporność psychiczną. Mimo traumatycznych doświadczeń z dzieciństwa, podejmują starania, aby przełamać negatywne wzorce i budować zdrowsze relacje w dorosłym życiu. Proces ten, choć trudny, wymaga wsparcia psychologicznego i pracy nad odbudową poczucia własnej wartości oraz zaufania do innych (Borodziuk, 2019). Terapia indywidualna lub grupowa może pomóc DDA w zrozumieniu, jak doświadczenia z dzieciństwa wpłynęły na ich schematy myślenia i zachowania w dorosłości. Kluczowym celem pracy terapeutycznej jest nauczenie się odróżniania zdrowych wzorców relacyjnych od



tych, które były powielane w rodzinie alkoholowej, a także rozwiązywanie problemów z zaufaniem, budowaniem granic i wyrażaniem emocji (Mazur, 2002).

1.4.2. Mechanizmy obronne w funkcjonowaniu społecznym

Mechanizmy obronne stanowią reakcje psychiczne, które chronią jednostkę przed nadmiernymi emocjami, lękiem, stresem czy wewnętrznymi konfliktami. U dorosłych dzieci alkoholików (DDA) mechanizmy obronne odgrywają kluczową rolę w funkcjonowaniu społecznym, ponieważ są efektem trudnych doświadczeń z dzieciństwa, które miały miejsce w rodzinach z problemem alkoholowym. W takich rodzinach dzieci stają w obliczu licznych stresorów, w tym emocjonalnej niestabilności rodziców, przemocy, zaniedbania, oraz braku poczucia bezpieczeństwa. W odpowiedzi na te trudne warunki, dzieci alkoholików rozwijają różnorodne mechanizmy obronne, które mogą komplikować ich funkcjonowanie w dorosłym życiu, szczególnie w sferze relacji interpersonalnych. W procesie dorastania dzieci w rodzinach alkoholowych, mechanizmy obronne pełnią funkcję ochrony przed codziennymi traumatycznymi doświadczeniami, obejmującymi przemoc, zaniedbanie, oraz brak emocjonalnego wsparcia i stabilności. Zgodnie z badaniami Sobolewskiej (2000), DDA rozwijają mechanizmy obronne jako odpowiedź na chroniczny stres, który towarzyszył im od wczesnego dzieciństwa.

Jednym z podstawowych mechanizmów obronnych występujących u DDA jest wyparcie. Wyparcie polega na tłumieniu nieakceptowanych emocji i wspomnień. DDA, w wyniku przeżytych traumatycznych doświadczeń, mogą nieświadomie wypierać wspomnienia o przemocy lub zaniedbania, co uniemożliwia im prawdziwe przetworzenie tych emocji i doświadczeń. Skutkiem wyparcia może być zaburzenie zdolności do pełnego odczuwania emocji oraz rozumienia ich w relacjach interpersonalnych (Grzegorzewska, 2013). W dorosłym życiu wyparcie może przejawiać się w trudnościach z rozpoznawaniem i



adekwatnym reagowaniem na emocje innych osób, a także w wycofywaniu się z bliskich relacji z powodu lęku przed emocjonalnym zaangażowaniem.

Innym częstym mechanizmem obronnym wśród DDA jest projekcja. Projekcja polega na przypisywaniu innym osobom własnych negatywnych cech, lęków czy emocji. DDA, wychowując się w atmosferze chaosu emocjonalnego i niestabilności w rodzinie alkoholowej, mogą mieć tendencję do przenoszenia swoich wewnętrznych lęków na innych ludzi. Tego rodzaju mechanizm może prowadzić do nadmiernego obwiniania innych o błędy, które w rzeczywistości wynikają z nieprzepracowanych traum z dzieciństwa (Sobolewska, 2000). Przykładem może być sytuacja, w której DDA obwinia swoich bliskich za to, że nie spełniają jego oczekiwań, mimo że w rzeczywistości źródło problemów leży w ich własnych nieprzepracowanych emocjach.

Często stosowanym mechanizmem obronnym jest także racjonalizacja, czyli usprawiedliwianie swoich zachowań i decyzji w sposób logiczny, ale nieprawdziwy. DDA, którzy w dzieciństwie byli świadkami działań pozbawionych racjonalności, mogą wykorzystywać racjonalizację jako sposób tłumaczenia sobie własnych emocji lub decyzji. Na przykład, DDA może uzasadniać swoje lęki przed bliskimi relacjami, twierdząc, że nie ma sensu angażować się w długotrwałe związki, ponieważ przeszłość pokazuje, że relacje są niestabilne i pełne bólu. Tego rodzaju mechanizm obronny uniemożliwia DDA nawiązywanie głębszych więzi z innymi i może prowadzić do izolacji społecznej (Borodziuk, 2019).

Kolejnym mechanizmem obronnym jest idealizacja lub dewaloryzacja – mechanizm, który często występuje u DDA w relacjach interpersonalnych. W wyniku doświadczeń z dzieciństwa, gdzie rodzice alkoholicy często przejawiali niestabilne zachowania, DDA mogą idealizować osoby, które są dla nich bliskie, a później przeżywać rozczarowanie, gdy te osoby nie spełniają ich wysokich oczekiwań. Z drugiej strony, mogą też dewaloryzować osoby, które w ich oczach reprezentują cechy negatywne, jak niewłaściwe zachowanie lub brak



zaangażowania, co może prowadzić do trudności w utrzymywaniu długotrwałych i satysfakcjonujących relacji (Grzegorzewska, 2013).

Zaprzeczanie to inny mechanizm obronny, który pozwala DDA na ignorowanie lub odrzucanie problemów, które były obecne w ich dzieciństwie. Zaprzeczanie może przybierać formę „niepamiętania” o przykrych wydarzeniach lub zniekształcania rzeczywistości w taki sposób, aby ukryć jej bolesne aspekty. Tego rodzaju mechanizm może prowadzić do trudności w rozwiązywaniu problemów w relacjach interpersonalnych, ponieważ jednostka nie uznaje rzeczywistego wpływu przeszłych doświadczeń na jej obecne funkcjonowanie (Popiel, 2009). Izolacja emocjonalna to kolejny mechanizm obronny, który może przejawiać się u DDA w postaci unikania bliskich więzi i otwartości w relacjach interpersonalnych. Osoby te, wychowane w rodzinach alkoholowych, uczą się oddzielać swoje emocje od swoich działań, co prowadzi do trudności w nawiązywaniu autentycznych i pełnych relacji. Izolacja emocjonalna może skutkować zamknięciem się na potrzeby innych, jak i na własne emocje, co uniemożliwia pełne funkcjonowanie w społeczeństwie (Mazur, 2002).

Mechanizmy obronne mogą wpływać na sposób, w jaki DDA funkcjonują w środowisku zawodowym i społecznym. Często osoby te wykazują tendencję do kontroli i nadmiernego perfekcjonizmu. W dorosłym życiu DDA starają się kontrolować rzeczywistość, aby zredukować lęk i niepewność, które towarzyszyły im w dzieciństwie. Działania te mogą być postrzegane jako mechanizm obronny, mający na celu unikanie poczucia bezradności i chaosu, których doświadczali w dzieciństwie w związku z alkoholizmem rodzica. Jednocześnie może to prowadzić do trudności w relacjach z innymi, ponieważ DDA mogą mieć trudności z akceptowaniem błędów czy znużenia, które są nieodłączną częścią życia (Sobolewska, 2000).

Zrozumienie i rozpoznanie mechanizmów obronnych stosowanych przez DDA jest kluczowe w pracy terapeutycznej, która ma na celu poprawę jakości życia tych osób. Pomaga



to w przełamaniu negatywnych schematów, które zostały wykształcone w dzieciństwie, a także w budowaniu zdrowych relacji interpersonalnych w dorosłym życiu. Celem terapii jest umożliwienie DDA lepszego zrozumienia siebie, swoich emocji oraz poprawa zdolności do nawiązywania pełnych, autentycznych relacji z innymi ludźmi (Sobolewska, 2000).

1.4.3. Zaburzenia w funkcjonowaniu społecznym wynikające z doświadczeń rodzinnych

Dorosłe dzieci alkoholików (DDA) często borykają się z zaburzeniami w funkcjonowaniu społecznym, które mają swoje źródło w trudnych doświadczeniach z dzieciństwa, związanych z alkoholizmem w rodzinie. Wychowanie w rodzinach z problemem alkoholowym może prowadzić do rozwoju specyficznych trudności w relacjach interpersonalnych, które w dorosłym życiu wpływają na problemy w kontaktach z innymi ludźmi, zarówno w sferze zawodowej, jak i prywatnej. Tego rodzaju środowisko rodzinne wiąże się często z brakiem stabilności emocjonalnej, zaniedbaniem, a także narażeniem na przemoc fizyczną i psychiczną, co w rezultacie utrudnia rozwój zdrowych mechanizmów funkcjonowania społecznego w dorosłości.

Jednym z najczęstszych zaburzeń w funkcjonowaniu społecznym osób z doświadczeniem alkoholizmu w rodzinie jest trudność w budowaniu i utrzymywaniu bliskich relacji interpersonalnych. DDA, dorastając w rodzinach, w których emocjonalna więź była zaburzona przez uzależnienie jednego z rodziców, często nie rozwijają odpowiednich wzorców przywiązania, które są fundamentem zdrowych relacji międzyludzkich. W wyniku traumy, jaką była obecność alkoholizmu, a także związanych z nim sytuacji przemocy, zaniedbania czy braku wsparcia emocjonalnego, osoby te mogą mieć trudności z ufaniem innym. Często czują się odizolowane i nie potrafią otworzyć się na drugiego człowieka, co prowadzi do problemów w relacjach partnerskich, rodzinnych czy zawodowych (Grzegorzewska, 2013). DDA mogą doświadczać lęku przed porzuceniem, co w wielu



przypadkach prowadzi do nadmiernej zależności od drugiej osoby lub, wręcz przeciwnie, do unikania bliskich relacji, by uniknąć ponownego zranienia.

1.5. Mechanizmy adaptacyjne u dzieci z rodzin alkoholowych

Mechanizmy adaptacyjne to strategie, które jednostka rozwija w odpowiedzi na trudne lub stresujące sytuacje życiowe, aby lepiej przystosować się do tych warunków. Dla dzieci wychowanych w rodzinach alkoholowych, mechanizmy te są kluczowe, by poradzić sobie z codziennym stresem, niepewnością oraz brakiem stabilności emocjonalnej. W wyniku trudności związanych z dorastaniem w środowisku narażonym na alkoholizm, przemoc, zaniedbanie oraz zaburzenia emocjonalne, dzieci rozwijają specyficzne mechanizmy adaptacyjne, które stanowią sposób na radzenie sobie z traumatycznymi doświadczeniami. Mechanizmy te pełnią funkcję obronną, chroniąc psychikę przed negatywnymi emocjami, które towarzyszą dorastaniu w takim środowisku (Grzegorzewska, 2013).

Dzieci wychowujące się w rodzinach alkoholowych (DDA) zazwyczaj muszą wykształcić różnorodne mechanizmy adaptacyjne, które pozwalają im radzić sobie w sytuacjach kryzysowych, nieprzewidywalnych i pełnych napięcia. Przemoc, zaniedbanie, niestabilność emocjonalna rodziców, a także chroniczny stres związany z uzależnieniem rodzica, prowadzą do wykształcenia mechanizmów obronnych i strategii radzenia sobie, które mają na celu minimalizowanie negatywnych skutków życia w takim środowisku (Borodziuk, 2019). Mechanizmy te mogą przybierać różne formy, od adaptacji poprzez agresję, aż po próbę uzyskania kontroli nad sytuacją. Ważne jest, że mechanizmy adaptacyjne rozwijają się w odpowiedzi na ekstremalne warunki stresowe. W rodzinach alkoholowych, gdzie porządek emocjonalny jest zaburzony, dzieci często nie mają dostępu do odpowiednich wzorców zachowań ani wsparcia emocjonalnego ze strony rodziców. W takich warunkach rodzina



może nie spełniać swojej funkcji wychowawczej, co skłania dzieci do tworzenia własnych strategii przetrwania (Sobolewska, 2000).

Mechanizmy te mogą obejmować zarówno pozytywne, jak i negatywne strategie radzenia sobie, lecz w wielu przypadkach, z powodu chronicznego stresu i braku wsparcia, stają się one nieefektywne w dorosłym życiu (Mazur, 2002). Jednym z typowych mechanizmów adaptacyjnych rozwijających się u dzieci z rodzin alkoholowych jest przejmowanie odpowiedzialności za rodzinę. Z powodu nieobecności lub niewłaściwej obecności rodziców, dziecko często zmuszone jest pełnić rolę opiekuna młodszego rodzeństwa lub nawet dorosłych. W wyniku tego, dzieci przejmują obowiązki, które są nieadekwatne do ich wieku. Ten mechanizm adaptacyjny może prowadzić do nadmiernego obciążenia psychicznego, a w dorosłym życiu dzieci te mogą mieć trudności z wyznaczaniem granic w relacjach interpersonalnych (Sobolewska, 2000).

Innym mechanizmem adaptacyjnym może być wyparcie – dzieci wychowujące się w rodzinach alkoholowych często nie potrafią w pełni rozpoznać ani przepracować swoich emocji. Zamiast tego, często je tłumią, by nie odczuwać traumy związanej z brutalnością, wstydem czy lękiem. Wyparcie, będące mechanizmem obronnym, ma na celu ochronę psychiki przed nadmiernym stresem, lecz na dłuższą metę może prowadzić do problemów emocjonalnych w dorosłym życiu (Grzegorzewska, 2013). Należy również zwrócić uwagę na tzw. mechanizm ratownika, który jest szczególnie widoczny w rodzinach alkoholowych. Dzieci, które dorastają w takim środowisku, często przyjmują rolę ratownika – osoby, która stara się chronić innych członków rodziny przed skutkami uzależnienia rodzica. W dorosłym życiu może to prowadzić do skłonności do podejmowania nadmiernej odpowiedzialności za innych i dążenia do „naprawiania” otoczenia, co może skutkować wypaleniem emocjonalnym oraz problemami z tożsamością (Lazarus, 1990).



Kolejnym mechanizmem adaptacyjnym jest dystansowanie się emocjonalne. Dzieci uczą się oddzielać swoje uczucia od sytuacji, aby uniknąć nadmiernego stresu i bólu emocjonalnego. Mechanizm ten jest szczególnie wyraźny u osób, które przez długie lata doświadczały emocjonalnego zaniedbania lub przemocy w rodzinie. Dystansowanie się może stanowić formę ochrony przed stresem, jednak w dorosłym życiu może prowadzić do trudności w nawiązywaniu bliskich więzi oraz utrzymywaniu autentycznych relacji interpersonalnych (Mazur, 2002).

Unikanie i odwracanie uwagi to kolejne mechanizmy adaptacyjne, które dzieci z rodzin alkoholowych mogą rozwijać, by poradzić sobie z emocjonalnym przeciążeniem. Dzieci często angażują się w różnorodne zajęcia, takie jak nauka, sport czy praca, aby zminimalizować kontakt z trudnymi emocjami. W dorosłości może to prowadzić do chronicznego wypalenia oraz trudności w radzeniu sobie z własnymi emocjami, gdy życie staje się intensywne lub pełne wyzwań (Grzegorzewska, 2013).

Ważnym mechanizmem adaptacyjnym, który może wystąpić u dzieci wychowanych w rodzinach alkoholowych, jest poczucie braku kontroli nad sytuacją. Z powodu niestabilnych i chaotycznych warunków dzieci uczą się, że nie mają wpływu na to, co się dzieje w ich rodzinie. Dzieci te, przyzwyczajone do braku kontroli, mogą mieć trudności z przejmowaniem odpowiedzialności za własne życie w dorosłości oraz podejmowaniem decyzji. Może to prowadzić do unikania konfrontacji z problemami i szukania poczucia bezpieczeństwa w przewidywalnych sytuacjach, które jednocześnie ograniczają rozwój osobisty (Ciesielska, 2014).

Na poziomie społecznym dzieci z rodzin alkoholowych często wykształcają mechanizmy adaptacyjne, które pozwalają im maskować swoje emocje, aby uniknąć nieprzyjemnych reakcji otoczenia. W dorosłości może to prowadzić do nadmiernego dostosowywania się do oczekiwań innych, podporządkowywania się oraz braku asertywności.



DDA mogą mieć trudności w wyrażaniu swoich potrzeb, co prowadzi do tworzenia niezdrowych, jednostronnych relacji interpersonalnych. Może to również skutkować obniżoną samooceną, brakiem poczucia własnej wartości i trudnościami w budowaniu satysfakcjonujących relacji z innymi ludźmi (Grzegorzewska, 2013).

Wykształcenie mechanizmów obronnych i adaptacyjnych jest procesem, który może zmieniać się w czasie. Chociaż dzieci w rodzinach alkoholowych uczą się radzić sobie z traumą na swój sposób, dorosłość często wymaga zmiany tych mechanizmów. W wielu przypadkach osoby te potrzebują profesjonalnej pomocy psychoterapeutycznej, by rozpoznać, zrozumieć i przepracować te mechanizmy, ucząc się skutecznie radzić sobie z wyzwaniami dorosłego życia. Terapia powinna koncentrować się na rozwijaniu zdrowych mechanizmów adaptacyjnych, które umożliwią lepsze radzenie sobie ze stresem oraz budowanie pozytywnych relacji interpersonalnych (Strelau, 2007).

1.6. Różnice między DDA a osobami z rodzin funkcjonalnych

DDA i osoby wychowujące się w rodzinach funkcjonalnych różnią się w wielu aspektach, które wpływają na ich emocjonalne, społeczne i interpersonalne funkcjonowanie w dorosłości. Jednym z kluczowych obszarów, w którym te różnice są widoczne, jest zdolność do regulacji emocji. Osoby z rodzin funkcjonalnych uczą się rozpoznawania i wyrażania swoich uczuć w sposób akceptowany przez otoczenie, co sprzyja budowaniu dojrzałych mechanizmów radzenia sobie z trudnościami. W przeciwieństwie do nich, dzieci z rodzin alkoholowych często borykają się z ignorowaniem lub tłumieniem emocji, co utrudnia im rozpoznawanie własnych uczuć i skutkuje stosowaniem mechanizmów obronnych, jak wycofanie emocjonalne czy wyparcie (Gruszczyńska & Wysocka, 2011).



Również w zakresie radzenia sobie ze stresem obserwuje się wyraźne różnice. DDA mogą sięgać po nieadaptacyjne strategie, takie jak unikanie problemów czy bagatelizowanie trudności, co wynika z braku stabilnych wzorców zachowań w dzieciństwie. Osoby wychowujące się w rodzinach funkcjonalnych częściej korzystają z konstruktywnych strategii, takich jak aktywne poszukiwanie wsparcia społecznego czy analizowanie sytuacji problemowej (Grzegorzewska, 2013).

Kolejnym istotnym obszarem, w którym widać różnice, są relacje interpersonalne. Dzieci z rodzin funkcjonalnych uczą się budowania zdrowych więzi opartych na zaufaniu, wsparciu i otwartości. Z kolei DDA, które dorastały w atmosferze krytyki, zaniedbania lub nadmiernych wymagań, mają skłonności do rozwoju niskiej samooceny i trudności w nawiązywaniu bliskich relacji. W dorosłości mogą zmagać się z problemem poczucia braku wartości i trudnościami w budowaniu trwałych związków (Borodziuk, 2019).

Wreszcie, podejście do życia różni się między tymi dwoma grupami. Osoby z rodzin funkcjonalnych często mają bardziej optymistyczne nastawienie do życia oraz wyższe poczucie sprawczości, co sprzyja radzeniu sobie z trudnościami i wyzwaniem. DDA z kolei wykazują tendencję do pesymizmu oraz poczucia braku kontroli nad swoim życiem, co może prowadzić do poczucia bezradności (Borodziuk, 2019).

1.7. Rola wsparcia społecznego i terapii u DDA

Zdaniem Michalskiej i Jaszczak-Kuźmińskiej (2007), interwencje terapeutyczne skierowane do osób z syndromem DDA powinny koncentrować się na pracy z traumą z dzieciństwa, odbudowie poczucia własnej wartości oraz rozwijaniu umiejętności interpersonalnych. Istotne jest również uświadomienie klientowi mechanizmów, które powielają dysfunkcyjne schematy zachowań w dorosłym życiu.



Terapia rodzinna, jak zauważają Goldenberg i Goldenberg (2006), jest również kluczowym narzędziem w przewycięzaniu skutków dysfunkcji rodzinnych, szczególnie tych wynikających z alkoholizmu. Terapia ta umożliwia członkom rodziny zrozumienie wzorców ich zachowań, poprawę komunikacji oraz odbudowę zdrowych relacji emocjonalnych. Takie podejście może przerwać cykl przemocy i dysfunkcji, umożliwiając członkom rodziny tworzenie nowych, bardziej wspierających wzorców zachowań, co wpływa na poprawę jakości życia.

1.7.1. Rola wsparcia w łagodzeniu skutków przemocy

Wsparcie społeczne jest również kluczowym elementem w procesie zdrowienia osób, które doświadczyły przemocy w dzieciństwie. Grupy wsparcia i terapie grupowe, jak zauważa Borodziuk (2019), oferują przestrzeń do dzielenia się doświadczeniami i zrozumienia, że osoby te nie są same w swoich trudnych przeżyciach. Badania wskazują, że osoby korzystające z profesjonalnej pomocy psychologicznej mają większe szanse na skuteczne radzenie sobie z traumą i odbudowywanie zdrowych wzorców zachowań (Grzegorzewska, 2013).

Warto także podkreślić, że odporność psychiczna, wspierana przez pozytywne relacje społeczne, może odegrać istotną rolę w procesie zdrowienia. Osoby, które mają dostęp do wsparcia emocjonalnego i psychologicznego, mogą skuteczniej radzić sobie z traumą i budować bardziej zdrowe obrazy siebie oraz świata. Bez tego wsparcia trudności psychologiczne mogą się pogłębiać, co utrudnia proces zdrowienia.

1.7.2. Znaczenie interwencji społecznej i terapeutycznej

Interwencje społeczne, takie jak profilaktyka, kampanie edukacyjne czy wsparcie instytucji publicznych, stanowią ważne narzędzie w pomaganiu osobom, które doświadczyły



przemocy, w zdrowym funkcjonowaniu w dorosłym życiu. Programy skierowane do dzieci i młodzieży z rodzin dysfunkcyjnych, jak zauważa Jarosz (2014), koncentrują się na budowaniu umiejętności radzenia sobie ze stresem, rozwijaniu kompetencji społecznych oraz wzmacnianiu poczucia własnej wartości. Tego rodzaju działania mają na celu przygotowanie młodych ludzi do lepszego radzenia sobie z trudnościami emocjonalnymi i społecznymi, które mogą wynikać z trudnego dzieciństwa.

Grupy wsparcia, jak wskazuje Borodziuk (2019), również odgrywają kluczową rolę w procesie zdrowienia osób z DDA. Uczestnictwo w takich grupach pozwala dzielić się doświadczeniami, uzyskiwać wsparcie emocjonalne i zrozumienie, co może przyczynić się do przerwania cyklu przemocy międzypokoleniowej. Grupy te pełnią funkcję nie tylko terapeutyczną, ale także edukacyjną, pomagając uczestnikom w radzeniu sobie z trudnościami emocjonalnymi oraz w przekształcaniu destrukcyjnych wzorców.

Terapia, w tym terapia poznawczo-behawioralna (CBT), terapia schematów oraz terapia skoncentrowana na emocjach (EFT), jest jednym z najskuteczniejszych narzędzi w pracy z osobami z DDA. Terapia skoncentrowana na emocjach (EFT), według Scharffów (2005), pozwala na lepsze zrozumienie własnych potrzeb, co jest niezbędne do budowania zdrowych relacji interpersonalnych.

Połączenie działań terapeutycznych z interwencjami społecznymi, takimi jak wsparcie środowiskowe czy edukacyjne, przynosi najlepsze efekty. Jak podkreśla Grzegorzewska (2013), taki zintegrowany model pozwala nie tylko na rozwiązanie bieżących problemów emocjonalnych, ale także na wzmocnienie jednostki w dłuższej perspektywie. Dzięki temu osoby z DDA mają szansę nie tylko na przezwyciężenie trudności emocjonalnych, ale również na budowanie zdrowszych wzorców życiowych i interpersonalnych.

Podsumowując, interwencje społeczne i terapeutyczne są niezbędnym wsparciem w procesie zdrowienia osób, które doświadczyły przemocy w dzieciństwie. Dzięki tym działaniom osoby



z DDA mogą zyskać narzędzia do przełamania destrukcyjnych wzorców, rozwijania umiejętności interpersonalnych oraz budowania zdrowszego życia w dorosłości.

1.8. Wnioski z analizy literatury i założenia do części empirycznej

Analiza dostępnej literatury teoretycznej i wyników wcześniejszych badań pozwala lepiej zrozumieć złożoność funkcjonowania osób dorosłych, które wychowywały się w rodzinach z problemem alkoholowym. Wskazuje ona na wielopoziomowy wpływ uzależnienia jednego z członków rodziny - najczęściej rodzica - na psychikę dziecka, jego rozwój emocjonalny, społeczny i poznawczy. Szczególną uwagę zwraca się na zjawisko przewlekłego stresu, przemoc emocjonalną i fizyczną, a także nieadekwatne wzorce relacyjne, które utrwalają się w dzieciństwie i mają potencjał wpływania na funkcjonowanie społeczne dorosłych.

Dotychczasowe ujęcia badawcze koncentrowały się najczęściej na jednostkowych aspektach, takich jak poziom lęku, strategie radzenia sobie, czy też występowanie syndromu DDA. W wielu opracowaniach brakuje jednak spójnej perspektywy łączącej doświadczenie przemocy domowej, wpływ uzależnienia w rodzinie oraz kompetencje społeczne w dorosłym życiu. Moje zainteresowanie tym tematem wynikało zarówno z potrzeby poszerzenia tej luki badawczej, jak i z przekonania, że skutki dzieciństwa w rodzinie dysfunkcyjnej są zbyt często bagatelizowane, szczególnie w kontekście relacji interpersonalnych.

Na podstawie analizy teorii, szczególnie koncepcji stresu psychologicznego, mechanizmów obronnych i strategii radzenia sobie (Endler i Parker), a także danych na temat przemocy w rodzinach z problemem alkoholowym, wyciągnięto kilka istotnych wniosków. Po pierwsze, doświadczenia z dzieciństwa mogą istotnie zaburzać zdolność budowania trwałych i satysfakcjonujących relacji społecznych. Po drugie, osoby z rodzin alkoholowych mogą mieć



ograniczony repertuar strategii radzenia sobie, co przekłada się na trudności w codziennym funkcjonowaniu społecznym - w pracy, w związkach, także w relacjach z rówieśnikami. Po trzecie, znaczącą rolę wydaje się odgrywać dostępność wsparcia społecznego i/lub terapeutycznego, co stanowi czynnik potencjalnie modyfikujący skutki traum dzieciństwa.

W trakcie pracy nad częścią teoretyczną dało się dostrzec również, że wiele badań wykorzystuje narzędzia kwestionariuszowe, co daje możliwość porównywania wyników i analizy zjawisk w szerszej skali. Z tego względu, w części empirycznej zdecydowano się zastosować dwa wystandaryzowane narzędzia: Kwestionariusz Kompetencji Społecznych (KKS) oraz Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS), które pozwalają rzetelnie zmierzyć interesujące nas zmienne.

Zebrane dane mają posłużyć odpowiedzi na pytania dotyczące tego, jak osoby wychowane w rodzinach z problemem alkoholowym radzą sobie ze stresem i funkcjonują w relacjach społecznych, w porównaniu z osobami z rodzin, które nie wykazują dysfunkcji. Celem badania jest weryfikacja hipotez odnoszących się do różnic w kompetencjach społecznych oraz preferowanych stylach radzenia sobie ze stresem między tymi dwiema grupami. Praca nad częścią teoretyczną pozwoliła nie tylko uporządkować wiedzę z obszaru psychologii rodziny, stresu i przemocy, ale również uświadomiła, jak silny i długofalowy może być wpływ doświadczeń z dzieciństwa na funkcjonowanie dorosłych. Dostrzeżono konieczność dalszego rozwijania badań w tym obszarze, także z uwzględnieniem czynników ochronnych i mechanizmów adaptacyjnych, które mogą zmniejszać ryzyko wystąpienia zaburzeń funkcjonowania społecznego u Dorosłych Dzieci Alkoholików.

Analiza literatury dotyczącej funkcjonowania dorosłych dzieci alkoholików oraz skutków przemocy w rodzinie pozwoliła lepiej zrozumieć złożoność tych zjawisk. Szczególnie uderzające były dane ukazujące, jak silny i długotrwały wpływ mają doświadczenia z dzieciństwa — zwłaszcza przemoc fizyczna, psychiczna i emocjonalna - na

dorośle życie jednostki. Wiele badań potwierdza, że osoby wychowywane w rodzinach z problemem alkoholowym częściej doświadczają chronicznego stresu, mają trudności w budowaniu relacji i wykazują niższy poziom kompetencji społecznych. Jednocześnie jednak część badań pokazuje, że nie wszystkie osoby z takim doświadczeniem rozwijają zaburzenia - co wskazuje na rolę czynników pośredniczących, takich jak odporność psychiczna czy style radzenia sobie.

To właśnie ta ambiwalencja - fakt, że nie każda osoba z trudnym dzieciństwem doświadcza poważnych problemów w dorosłości — skłoniła do refleksji nad rolą przemocy jako czynnika różnicującego. Dzięki lekturze prac takich autorów jak Mellibruda, Grzegorzewska czy Fernandes, zrozumiano, że przemoc nie zawsze towarzyszy alkoholizmowi rodzica, ale gdy się pojawia - staje się jednym z najważniejszych czynników ryzyka. Dlatego też zdecydowano się nie traktować dorosłych dzieci alkoholików jako jednej, jednorodnej grupy, ale podzielić je ze względu na doświadczenie przemocy - co moim zdaniem daje możliwość głębszej analizy.

Przegląd narzędzi badawczych wykorzystywanych w literaturze również okazał się bardzo pomocny. Wiele badań opierało się na skalach takich jak MAST, CTS czy DVQ, jednak ze względu na ograniczenia dostępności oraz cel pracy, zdecydowano się na użycie Kwestionariusza Kompetencji Społecznych (KKS) oraz Kwestionariusza Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS), które są szeroko stosowane w polskich badaniach i pozwalają uchwycić interesujące mnie zmienne. Oba te narzędzia umożliwiają zbadanie zarówno zasobów jednostki (kompetencji społecznych), jak i stylów radzenia sobie ze stresem - co, jak pokazała teoria, jest kluczowe w zrozumieniu konsekwencji przemocy.

Podsumowując, część teoretyczna pozwoliła wypracować ramy do postawienia konkretnych pytań badawczych i hipotez. Uświadomiła, że trauma dzieciństwa nie musi determinować losów jednostki w sposób jednoznaczny, ale może wpływać na funkcjonowanie



poprzez różne mechanizmy, w tym także strategie przystosowawcze. Właśnie to chcemy zweryfikować w badaniu - czy i w jaki sposób doświadczenie przemocy różnicuje sposób radzenia sobie oraz poziom kompetencji społecznych u dorosłych dzieci alkoholików.

W kolejnej części pracy - metodologicznej - przedstawię szczegółowy opis planu badania, doboru próby, narzędzi oraz procedury badawczej.



Rozdział 2. Metodologia badań własnych

2.1. Cel i przedmiot badań

Celem niniejszej pracy jest zbadanie zależności pomiędzy doświadczeniem przemocy w dzieciństwie a funkcjonowaniem społecznym dorosłych dzieci alkoholików (DDA). Główna analiza koncentruje się na stylach radzenia sobie ze stresem oraz poziomie kompetencji społecznych, uwzględniając wpływ doświadczonej przemocy i jej intensywności na te zmienne.

Ponadto, celem pracy jest określenie, czy osoby z grupy DDA, które doświadczyły przemocy, różnią się pod względem stosowanych strategii radzenia sobie ze stresem oraz poziomu kompetencji społecznych od osób, które nie miały takich doświadczeń.

Praca ma również na celu identyfikację korelacji pomiędzy nasileniem przemocy a stylem radzenia sobie ze stresem oraz określenie charakterystycznych strategii radzenia sobie dla badanej grupy.

Podstawowy problem badawczy, który zostanie podjęty w pracy, dotyczy zależności pomiędzy doświadczeniem przemocy w rodzinie a funkcjonowaniem psychicznym i społecznym dorosłych dzieci alkoholików. Zgodnie z literaturą, przemoc doświadczana w dzieciństwie, zwłaszcza w rodzinach z problemem alkoholowym, stanowi istotny czynnik ryzyka dla rozwoju nieadaptacyjnych strategii radzenia sobie ze stresem oraz trudności w relacjach społecznych w dorosłym życiu (Grzegorzewska, 2013; Mazur, 2002; Mellibruda, 2009).

Dorośle dzieci alkoholików często borykają się z przewlekłym stresem, zaburzeniami emocjonalnymi oraz deficytami w zakresie kompetencji społecznych (Schaffer, 2006; Sobolewska, 2000). Istotnym aspektem tej problematyki jest sposób radzenia sobie ze stresem. Dotychczasowe badania wskazują, że osoby z doświadczeniem przemocy częściej



wybierają nieadaptacyjne strategie radzenia sobie, takie jak style skoncentrowane na emocjach lub unikowe (Endler & Parker, 1990; Gruszczyńska & Wysocka, 2011).

Choć temat ten zyskuje na znaczeniu, nadal istnieje potrzeba pogłębienia wiedzy na temat zależności pomiędzy nasileniem przemocy a funkcjonowaniem psychospołecznym DDA, zwłaszcza w kontekście polskich realiów kulturowych. Uzyskane wyniki mogą stanowić cenne wskazówki zarówno dla praktyki klinicznej, jak i dla programów profilaktycznych i terapeutycznych skierowanych do osób dorosłych z rodzin dysfunkcyjnych.

Zajęcie się tym problemem badawczym umożliwi nie tylko weryfikację istniejących teorii, ale także pogłębione zrozumienie mechanizmów wpływających na styl radzenia sobie ze stresem oraz kompetencje społeczne dorosłych dzieci alkoholików.

Grupa badawcza w niniejszym badaniu obejmuje osoby dorosłe, które w dzieciństwie lub młodości doświadczyły alkoholizmu jednego lub obu rodziców, jak również osoby, które nie miały takich doświadczeń. Uczestnicy badania zostaną wybrani w oparciu o ogólnodostępne grupy internetowe, fora, grupy na portalach społecznościowych oraz strony związane z tematyką zdrowia psychicznego, gdzie osoby mogą wykazać zainteresowanie uczestnictwem w badaniu.

2.2. Problemy i hipotezy badawcze

Problem badawczy w niniejszej pracy koncentruje się na zależnościach między doświadczeniem przemocy w dzieciństwie a funkcjonowaniem psychicznym i społecznym dorosłych dzieci alkoholików (DDA). Problematyka ta została rozbita na pięć szczegółowych pytań badawczych:



1. Czy istnieje związek między doświadczeniem przemocy w rodzinie a stylami radzenia sobie ze stresem u dorosłych dzieci alkoholików?

To pytanie ma charakter korelacyjny i ma na celu określenie, czy istnieje statystycznie istotny związek między doświadczeniem przemocy a preferowanymi strategiami radzenia sobie ze stresem, mierzone za pomocą Kwestionariusza Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS). Odpowiedź na to pytanie pozwoli na zrozumienie, w jaki sposób przemoc w dzieciństwie wpływa na wybór strategii radzenia sobie w dorosłym życiu.

2. Czy dorośli wychowani w rodzinie alkoholowej, którzy doświadczyli przemocy, różnią się pod względem stosowanych stylów radzenia sobie ze stresem w porównaniu do osób, które nie doświadczyły przemocy?

To pytanie ma charakter porównawczy i pozwala na ocenę, czy przemoc w dzieciństwie jest czynnikiem różnicującym wybór określonych strategii radzenia sobie ze stresem, takich jak styl skoncentrowany na emocjach czy styl unikowy.

3. Czy doświadczenie przemocy w rodzinie ma wpływ na poziom kompetencji społecznych dorosłych dzieci alkoholików?

Pytanie to ma charakter porównawczo-wyjaśniający i ma na celu ocenę, czy przemoc w dzieciństwie przekłada się na poziom kompetencji społecznych, które są mierzone za pomocą Kwestionariusza Kompetencji Społecznych (KKS). Odpowiedź na to pytanie pomoże w ocenie, czy doświadczenie przemocy w dzieciństwie negatywnie wpływa na jakość funkcjonowania społecznego w dorosłości.

4. Czy istnieje korelacja między nasileniem przemocy doświadczonej w dzieciństwie a stosowanymi stylami radzenia sobie ze stresem u dorosłych dzieci alkoholików?

Pytanie korelacyjne pozwoli na zbadanie, czy stopień doświadczonej przemocy w dzieciństwie ma wpływ na nasilenie stosowania konkretnych stylów radzenia sobie ze stresem. Odpowiedź na to pytanie umożliwi ocenę siły i kierunku tej zależności.



5. Jakie style radzenia sobie ze stresem najczęściej stosują dorosłe dzieci alkoholików, które doświadczyły przemocy w rodzinie?

To pytanie ma na celu charakterystykę profilu radzenia sobie w tej grupie, co może mieć znaczenie praktyczne, na przykład w kontekście planowania interwencji terapeutycznych.

Hipotezy badawcze

Na podstawie postawionych pytań badawczych sformułowane zostały następujące hipotezy:

- H1: Istnieje istotna statystycznie zależność między doświadczeniem przemocy w dzieciństwie a stylami radzenia sobie ze stresem (CISS) u dorosłych dzieci alkoholików.
- H2: Dorośli wychowani w rodzinie alkoholowej, którzy doświadczyli przemocy, częściej stosują style skoncentrowane na emocjach i unikaniu (CISS) niż osoby, które nie doświadczyły przemocy.
- H3: Osoby z doświadczeniem przemocy w rodzinie alkoholowej charakteryzują się niższym poziomem kompetencji społecznych (KKS) w porównaniu do osób bez takich doświadczeń.
- H4: Istnieje istotna korelacja między nasileniem przemocy psychicznej a stylami skoncentrowanymi na emocjach i unikaniu (CISS) u dorosłych dzieci alkoholików.
- H5: Dorośli z DDA, którzy doświadczyli przemocy, częściej stosują nieadaptacyjne strategie radzenia sobie (styl skoncentrowany na emocjach lub unikowy) niż osoby bez doświadczeń przemocy.
- H6: Im wyższe nasilenie przemocy psychicznej w dzieciństwie, tym niższy poziom kompetencji społecznych (asertywność) w dorosłości.

W odniesieniu do tych hipotez zakłada się, że osoby, które doświadczyły przemocy w dzieciństwie, będą charakteryzować się stosowaniem mniej efektywnych, nieadaptacyjnych

strategii radzenia sobie, takich jak unikanie sytuacji stresowych czy koncentrowanie się na emocjach, a także będą posiadały niższy poziom kompetencji społecznych.

2.3. Operacjonalizacja badanych zmiennych

W celu przeprowadzenia prawidłowego procesu badawczego konieczne było precyzyjne zdefiniowanie i operacjonalizacja zmiennych występujących w badaniu. Operacjonalizacja polega na przekształceniu zmiennych teoretycznych w kategorie możliwe do empirycznego pomiaru (Strelau & Zawadzki, 2009).

Zmienne niezależne:

- Doświadczenie przemocy w rodzinie - zmienna kategoryjna (TAK/NIE), ustalana na podstawie odpowiedzi udzielonych w autorskim kwestionariuszu ankiety. Respondenci wskazywali, czy w dzieciństwie doświadczyli przemocy fizycznej, psychicznej lub innych form przemocy w rodzinie pochodzenia.
- Nasilenie przemocy - zmienna porządkowa, operacjonalizowana za pomocą skali częstotliwości: *nigdy, rzadko, kilka razy w miesiącu, kilka razy w tygodniu, codziennie*. Dane te pozwalają na określenie intensywności doświadczanej przemocy w dzieciństwie.

Zmienne zależne:

- Style radzenia sobie ze stresem - zmienne ciągłe, mierzone za pomocą Kwestionariusza Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS) autorstwa Strelau, Wrześniewskiego i Fajkowskiej (2009). Kwestionariusz ocenia preferowane strategie radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Wyróżnia się trzy główne style radzenia sobie:
 - styl skoncentrowany na zadaniu (SSZ),
 - styl skoncentrowany na emocjach (SSE),



- styl unikowy (SSU); wraz z podskalami.

Dodatkowo dla stylu unikowego wyodrębniono dwie podskale:

- angażowanie się w czynności zastępcze (ACZ),
- poszukiwanie kontaktów towarzyskich (PKT).

Wyniki dla każdej skali zostały uzyskane jako wartości surowe i przeliczone na skale stenowe.

- Kompetencje społeczne - zmienne ciągłe, mierzone przy użyciu Kwestionariusza Kompetencji Społecznych (KKS) autorstwa Matczak. Analizowane były trzy obszary funkcjonowania:
 - kompetencje w sytuacjach ekspozycji społecznej (ES),
 - kompetencje w kontaktach intymnych (I),
 - kompetencje w sytuacjach wymagających asertywności (A).

Wyniki również wyrażono jako wyniki surowe i stenowe.

Zmienne kontrolne opisowe:

W badaniu uwzględniono również zmienne socjodemograficzne, takie jak:

- Wiek,
- Płeć,
- Poziom wykształcenia,
- Status zawodowy,
- Obecność alkoholu w rodzinie pochodzenia,
- Występowanie przewlekłych chorób,
- Dostęp do wsparcia emocjonalnego.

Dane te pozyskano za pomocą autorskiego kwestionariusza ankiety i wykorzystano w analizach opisowych oraz kontrolnych.



Zmienne dotyczące doświadczenia przemocy w rodzinie traktowano jako kluczowe **zmienne niezależne** w modelu badawczym. Doświadczenie przemocy w rodzinie zostało uznane za kluczową zmienną niezależną w modelu badawczym. Zakłada się, że wpływa ona na poziom kompetencji społecznych oraz preferowane style radzenia sobie ze stresem w dorosłości. Respondenci deklarujący doświadczenie przemocy zostali przypisani do odpowiednich kategorii, co umożliwiło przeprowadzenie porównań międzygrupowych oraz analiz korelacyjnych i regresyjnych.

Wyniki uzyskane za pomocą narzędzi CISS i KKS, w połączeniu z danymi z ankiety, pozwolą na ocenę zależności pomiędzy zmiennymi oraz weryfikację postawionych hipotez badawczych.

Tabela 1.
Zmienne badawcze, typy i narzędzia pomiaru

Zmienna	Typ zmiennej	Sposób pomiaru / narzędzie
Doświadczenie przemocy w rodzinie	Niezależna (kategorialna: tak/nie)	Autorski kwestionariusz ankiety
Nasilenie przemocy (psychicznej / fizycznej)	Niezależna (porządkowa)	Autorski kwestionariusz ankiety (skale częstotliwości)
Style radzenia sobie ze stresem (SSZ, SSE, SSU, ACZ, PKT)	Zależna (ciągła)	Kwestionariusz CISS (Endler i Parker)
Kompetencje społeczne (ES, I, A)	Zależna (ciągła)	Kwestionariusz Kompetencji Społecznych (KKS)
Zmienne socjodemograficzne (wiek, płeć, wykształcenie)	Kontrolne / opisowe	Autorski kwestionariusz ankiety

Źródło: Opracowanie własne

Tabela.1. przedstawia zmienne badawcze, ich klasyfikację oraz narzędzia wykorzystane do ich pomiaru. Zmienna "doświadczenie przemocy w rodzinie" jest zmienną niezależną kategorialną, mierzoną za pomocą autorskiego kwestionariusza ankiety. Zmienna "nasilenie



przemocy" została sklasyfikowana jako zmienna niezależna o charakterze porządkowym, również mierzona autorskim kwestionariuszem za pomocą skali częstotliwości. Zmienne zależne, takie jak style radzenia sobie ze stresem i kompetencje społeczne, były mierzone za pomocą odpowiednich kwestionariuszy: CISS i KKS. Zmienne socjodemograficzne zostały uwzględnione jako zmienne kontrolne i opisowe, również za pomocą autorskiego kwestionariusza.

2.4. Charakterystyka metod badawczych

W badaniu zastosowano dwa testy psychometryczne: Kwestionariusz Radzenia Sobie w sytuacjach Stresowych (CISS), Kwestionariusz Kompetencji Społecznych (KKS) oraz Arkusz personalny własnej konstrukcji.

2.4.1. CISS czyli Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych

Kwestionariusz CISS (Coping Inventory for Stressful Situations) to narzędzie stworzone przez Normana S. Endlera i Jamesa D. A. Parkera, które służy do badania strategii radzenia sobie ze stresem. Jego powstanie było odpowiedzią na krytykę wcześniejszego narzędzia WCQ autorstwa Folkman i Lazarusa (1988). Kwestionariusz CISS, opracowany w 1990 roku, jest narzędziem umożliwiającym pomiar stylów radzenia sobie ze stresem, uwzględniając różne strategie, które mogą być skuteczne w zależności od sytuacji i cech osobowościowych jednostki.

Kwestionariusz CISS opiera się na założeniu, że jednostki stosują różne strategie radzenia sobie ze stresem, które zależą od ich cech osobowościowych, doświadczeń życiowych oraz kontekstu sytuacji stresowej. Istotnym elementem tego narzędzia jest to, że strategie te są dynamiczne i elastyczne, co oznacza, że mogą się zmieniać w zależności od okoliczności. Takie podejście umożliwia badanie, jak konkretne osoby reagują na stres w



różnych sytuacjach i dlatego wybierają konkretne strategie w zależności od sytuacji, co daje szeroką perspektywę na zrozumienie procesów adaptacyjnych w obliczu stresu.

Główne strategie radzenia sobie ze stresem w CISS:

- Radzenie sobie zadaniowe (task-oriented coping) - polega na podejmowaniu działań zmierzających do rozwiązania problemu i zmniejszenia stresu.
- Radzenie sobie emocjonalne (emotion-oriented coping) - dotyczy regulowania emocji związanych ze stresem, poprzez ich wyrażanie lub kontrolowanie.
- Unikanie (avoidance coping) - polega na unikaniu sytuacji stresowych lub minimalizowaniu ich znaczenia.

Kwestionariusz został przetłumaczony na język polski i po raz pierwszy opublikowany w 2004 roku. Polska wersja była wynikiem prac nad adaptacją, w tym tłumaczenia, weryfikacji poprawności oraz przeprowadzenia analiz psychometrycznych w celu zapewnienia rzetelności i trafności narzędzia w polskim kontekście kulturowym. Przeprowadzono także normalizację kwestionariusza, uwzględniając dane z populacji dorosłych w wieku 20–79 lat.

Kwestionariusz składa się z 48 pozycji, które oceniają preferencje radzenia sobie ze stresem w różnych sytuacjach. W odpowiedzi na każde stwierdzenie badany wskazuje częstotliwość swojej reakcji w skali od 1 do 5, gdzie:

- 1 - nigdy;
- 2 - rzadko;
- 3 - czasami;
- 4 - często;
- 5 - zawsze.

Skale:

Skala stylu skoncentrowanego na zadaniu (SSZ) - ocenia tendencje do podejmowania działań mających na celu rozwiązanie problemu w sytuacjach stresowych.



Skala stylu skoncentrowanego na emocjach (SSE) - ocenia tendencje do koncentrowania się na emocjonalnych przeżyciach i regulowaniu uczuć.

Skala stylu skoncentrowanego na unikaniu (SSU) - ocenia tendencje do unikania sytuacji stresowych, angażowania się w czynności zastępcze lub poszukiwanie kontaktów towarzyskich. Odpowiednio do obu form stylu skoncentrowanego na unikaniu wyodrębniono dwie podskale: ACZ i PKT. Pierwsza składa się z 8 pozycji i pozwala na uzyskanie od 8 do 40 punktów, natomiast druga PKT ma 5 pozycji i umożliwia zdobycie od 5 do 25 punktów.

Dwie podskale to:

- ACZ (Angażowanie się w czynności zastępcze),
- PKT (Poszukiwanie kontaktów towarzyskich).

Skale składają się z 16 pozycji. Osoby badane mogą uzyskać w każdej z nich od 16 do 80 punktów. Kwestionariusz CISS jest przeznaczony dla osób powyżej 18. roku życia.

Badania kwestionariuszem można prowadzić grupowo lub indywidualnie. Wyniki uzyskuje się dla każdej skali oddzielnie, poprzez sumowanie zgodnie z kluczem.

Normy: Stenowe dla osób z trzech grup wiekowych: 16-24 lata, 25-54 lata i 55-79 lat oraz dla żołnierzy zasadniczej służby wojskowej.

Rzetelność kwestionariusza CISS została oceniona za pomocą współczynnika α Cronbacha, a także przez stabilność bezwzględną, mierzoną za pomocą korelacji wyników uzyskanych przez 238 studentów w dwóch badaniach przeprowadzonych w odstępie 6 tygodni. Otrzymane wyniki korelacji, wahające się od 0,51 do 0,73, wskazują na wysoką zgodność wewnętrzną oraz stabilność wyników. Dodatkowo, analizy czynnikowe przeprowadzone na polskiej wersji kwestionariusza potwierdziły jego trafność, zarówno pod względem zgodności z teorią, jak i w kontekście pomiaru zjawiska stresu.

Kwestionariusz CISS jest użyteczny nie tylko w badaniach, ale także w praktyce psychologicznej. Dzięki precyzyjnej ocenie preferencji w zakresie radzenia sobie ze stresem,



narzędzie to może być wykorzystywane do planowania interwencji terapeutycznych, które będą najlepiej dopasowane do stylu radzenia sobie pacjenta. Psycholodzy i terapeuci mogą na tej podstawie dostosować formy terapii, jak np. terapie poznawczo-behawioralne, które pomagają w rozwoju bardziej adaptacyjnych sposobów radzenia sobie ze stresem. Dzięki CISS możliwe jest także monitorowanie postępów terapii oraz ocena efektywności różnych metod interwencyjnych.

2.4.2. Kwestionariusz Kompetencji Społecznych KKS

Kwestionariusz Kompetencji Społecznych (KKS) to narzędzie służące do oceny kompetencji społecznych, rozumianych jako nabyte umiejętności warunkujące efektywność funkcjonowania jednostki w różnych sytuacjach społecznych. Kwestionariusz może być stosowany zarówno w badaniach naukowych, jak i w praktyce diagnostycznej, w tym w poradnictwie klinicznym, doradztwie zawodowym oraz w celach selekcyjnych. Jest to kwestionariusz samoopisowy, w którym badani oceniają swoje umiejętności w zakresie komunikacji interpersonalnej, rozwiązywania problemów społecznych, budowania relacji międzyludzkich, radzenia sobie ze stresem oraz wyrażania swoich potrzeb i emocji.

Kwestionariusz KKS składa się z pytań dotyczących różnych obszarów kompetencji społecznych, które są oceniane na podstawie subiektywnego postrzegania badanych. Badani odpowiadają na pytania, oceniając na przykład swoje umiejętności w nawiązywaniu kontaktów, wyrażaniu uczuć, radzeniu sobie w sytuacjach trudnych czy podejmowaniu decyzji w relacjach z innymi.

KKS może być stosowany w diagnozowaniu trudności w zakresie kompetencji społecznych oraz planowaniu interwencji psychologicznych czy terapeutycznych mających na celu rozwój umiejętności interpersonalnych. Narzędzie to jest pomocne w pracy z osobami mającymi trudności w relacjach z innymi, w terapii indywidualnej i grupowej, a także w pracy doradczej i pedagogicznej.



Autorem kwestionariusza jest Anna Matczak, a opracowanie powstało przy pomocy studentów seminarium magisterskiego na Uniwersytecie Warszawskim w latach 1994-1995, którzy brali udział w pracach nad jego stworzeniem.

Kompetencje społeczne mierzone przez KKS są rozumiane jako złożone umiejętności warunkujące efektywność radzenia sobie w określonych sytuacjach społecznych, nabywane przez jednostkę w toku treningu społecznego. Część pozycji w kwestionariuszu dotyczy określania różnych czynności o charakterze społecznym, a pozostałe pozycje odnoszą się do czynności nieposiadających społecznego charakteru, reprezentujących pięć grup: czynności intelektualne, techniczne, ruchowo-sportowe, manualne i artystyczne. Te ostatnie zostały dodane do kwestionariusza na etapie przygotowania badań pilotażowych.

Tworząc pozycje diagnostyczne dotyczące kompetencji społecznych, oparto się na wstępnej ich kategoryzacji, której kryterium stanowił typ sytuacji wymagających tych kompetencji. W KKS uwzględnione zostały sytuacje, w których mają miejsce bezpośrednie kontakty interpersonalne. Wykorzystano propozycje kwalifikacji trudnych sytuacji społecznych podaną przez Argyle'a (1991), częściowo ją modyfikując. Wybrano cztery typy sytuacji:

- Sytuacje intymne - bliskie kontakty interpersonalne (np. zwieranie się z osobistych problemów),
- Sytuacje ekspozycji społecznej - bycie obiektem uwagi i potencjalnej oceny przez innych,
- Sytuacje formalne - wymagające dostosowania się do ściśle określonych reguł,
- Sytuacje wymagające asertywności.

KKS nie mierzy kompetencji potrzebnych w kontaktach realizowanych za pośrednictwem środków masowego przekazu. Założono, że wymienione powyżej cztery typy sytuacji odpowiadają czterem typom kompetencji, które będą mierzone tym narzędziem. Ostateczna wersja kwestionariusza różni się minimalnie od wersji eksperymentalnej, głównie pod



względem formy graficznej. Zmieniono treść 11 pozycji w zależności od tego, czy osobą badaną ma być uczeń, student czy dorosły.

Kwestionariusz składa się z 90 pozycji, które stanowią bezkolicznikowe określenia różnych czynności. Badany ocenia na skali czterostopniowej efektywność, z jaką je wykonuje. 60 z tych pozycji (i tylko te uwzględniane w kluczu) to czynności, które dotyczą radzenia sobie w różnych sytuacjach społecznych i mogą być uznane za sytuacje trudne. KKS ma dwie wersje:

- KKS-A (M) - przeznaczona dla uczniów i studentów,
- KKS-A (D) - przeznaczona dla niestudujących dorosłych.

Skale w KKS:

1. Skala I - kompetencje warunkujące efektywność zachowań w sytuacjach intymnych,
2. Skala ES - kompetencje warunkujące efektywność zachowań w sytuacjach ekspozycji społecznej,
3. Skala A - kompetencje warunkujące efektywność zachowań w sytuacjach wymagających asertywności.

Wyniki surowe ocenia się poprzez odniesienie ich do norm stenowych, a kategoryzacja jest następująca:

- Steny 1-3 - wyniki niskie,
- Steny 4-7 - wyniki przeciętne,
- Steny 8-10 - wyniki wysokie.

Procedura badania obejmuje zarówno badania indywidualne, jak i grupowe, a czas potrzebny na wypełnienie kwestionariusza wynosi średnio 20 minut.

Rzetelność kwestionariusza została oceniona za pomocą współczynnika α Cronbacha, a trafność potwierdzono głównie za pomocą analizy czynnikowej oraz porównań międzygrupowych. Opracowano normy stenowe dla młodzieży (15-19 lat), studentów oraz dorosłych osób pracujących.



Kwestionariusz KKS znajduje szerokie zastosowanie w badaniach naukowych, diagnozowaniu trudności w zakresie kompetencji społecznych oraz planowaniu interwencji psychologicznych. Jest również wykorzystywany w selekcji zawodowej oraz w poradnictwie zawodowym, a także do wykrywania osób z poważnymi deficytami umiejętności społecznych.

2.4.3. Arkusz personalny

W celu głębszej charakterystyki grupy badawczej, do badania został skonstruowany Arkusz personalny składający się z 26 pytań. Osoby badane poproszono o udzielenie szczerych odpowiedzi na zadane pytania. W Arkuszu badane osoby zostały poinformowane o anonimowości i celu jego wypełnienia. Pytania miały formę pytań zamkniętych, a warianty odpowiedzi były jednokrotnego wyboru. Poproszono ankietowanych o udzielenie odpowiedzi na temat danych socjodemograficznych, poczucia stresu, doświadczenia przemocy w rodzinie oraz trudności w nawiązywaniu relacji społecznych.

Pytania zawarte w Arkuszu personalnym obejmują następujące obszary:

1. Dane socjodemograficzne:

- Płeć: kobieta, mężczyzna, inna.
- Wykształcenie: podstawowe, średnie, wyższe, inne.
- Wiek: 18-25, 26-35, 36-45, 46 i więcej.

2. Doświadczenie przemocy w rodzinie:

- Czy w Twojej rodzinie w okresie dzieciństwa występowała przemoc fizyczna (np. uderzenia, szarpanie)?
- Jeśli tak, jak często doświadczyłeś/aś przemocy fizycznej?
- Czy w Twojej rodzinie w okresie dzieciństwa występowała przemoc psychiczna (np. wyzwiska, manipulacja emocjonalna, ignorowanie)?



- Jeśli tak, jak często doświadczyłeś/aś przemocy psychicznej?
- Czy Twoi rodzice lub opiekunowie byli uzależnieni od alkoholu w okresie Twojego dzieciństwa?
- Jeśli tak, jak często ich uzależnienie miało wpływ na Twoje życie rodzinne?
- Czy byłeś/aś świadkiem przemocy (fizycznej lub psychicznej) między rodzicami lub opiekunami?
- Jeśli tak, jak często byłeś/łaś świadkiem takich zdarzeń?

3. Poczucie stresu:

- Jak często odczuwasz stres w codziennym życiu?
- Jak oceniasz swój poziom stresu w ciągu ostatnich 6 miesięcy?
- Jak reagujesz, gdy napotykasz stresującą sytuację?
- Czy zdarza się, że czujesz się bezradny/a lub przytłoczony/a w sytuacjach stresowych?
- W jakim stopniu czujesz się przeciążony/a codziennymi obowiązkami?

4. Funkcjonowanie społeczne:

- Czy masz trudności w nawiązywaniu nowych znajomości i relacji?
- Czy czujesz, że masz trudności w utrzymywaniu długotrwałych, zdrowych relacji (przyjaźni, partnerstwa)?
- W jakim stopniu czujesz się komfortowo w sytuacjach, w których musisz współdziałać z nowymi osobami?
- Czy kiedykolwiek unikałeś/aś spotkań towarzyskich lub sytuacji, w których mógłbyś/mogłabyś nawiązać nowe relacje?
- Czy w Twoim życiu zdarza się, że unikasz kontaktu z rodziną lub bliskimi z powodu obaw o konflikty lub stresujące sytuacje?



- Jak często zdarza Ci się wycofywać z relacji społecznych, kiedy napotykasz trudności?

5. Dodatkowe pytania kontrolne:

- Czy masz jakiegokolwiek przewlekłe problemy zdrowotne, które mogą wpływać na Twój poziom stresu?
- Czy zdarza Ci się czuć wypalony/a zawodowo lub emocjonalnie?
- Czy kiedykolwiek korzystałeś/aś z pomocy specjalisty (np. psychologa, terapeuty) w związku z doświadczeniem przemocy w rodzinie?
- Czy w dzieciństwie miałeś/aś dostęp do wsparcia emocjonalnego (np. bliskich osób, nauczycieli, sąsiadów)?

W kolejnym rozdziale pracy przejdziemy do szczegółowego opisu grupy badawczej, opierając się na wynikach ankiet, aby lepiej zrozumieć strukturę badanego materiału oraz szczególne cechy badanych osób. W tym rozdziale zaprezentujemy dane socjodemograficzne, które pozwolą na pełniejszy kontekst dla interpretacji wyników dotyczących doświadczeń z dzieciństwa i ich wpływu na funkcjonowanie dorosłych dzieci alkoholików w dorosłym życiu.

2.5. Opis grupy badawczej

W badaniu wzięło udział łącznie 60 osób dorosłych, w wieku od 18 do 46+ lat.

Struktura wiekowa badanych przedstawiała się następująco:

- 18–25 lat: 13 osób (21,7%),
- 26–35 lat: 14 osób (23,3%),
- 36–45 lat: 16 osób (26,7%),
- 46 lat i więcej: 17 osób (28,3%).

Uczestnicy spełniali kryterium bycia dorosłymi dziećmi alkoholików (DDA), co weryfikowano w autorskim kwestionariuszu wstępnym dotyczącym środowiska rodzinnego i obecności problemu alkoholowego w rodzinie pochodzenia.

Niniejszy podrozdział zawiera charakterystykę grupy badawczej, z uwzględnieniem danych socjodemograficznych oraz innych danych, zebranych za pomocą Arkusza personalnego (ankieta własna).

Tabela 2.

Charakterystyka grupy badawczej pod względem płci

Płeć	Liczba osób	Procent
Mężczyźni	22	33,7%
Kobiety	38	63,3%
Razem	60	100%

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza danych zawartych w Tabeli 2.1. wskazuje, że w grupie badanych 63,3% stanowią kobiety, natomiast 33,7% mężczyźni. Wynika z tego, iż zdecydowanie większość w badanej grupie to kobiety.

Tabela 3.

Liczbowy i procentowy rozkład badanych pod względem wieku

Wiek osób badanych	N	Procent
18-25 lat	13	21,7%
26 - 35 lat	14	23,3%
36 - 45 lat	16	26,7%
46 i więcej	17	28,3%
Razem	60	100%

Źródło: Opracowanie własne

Dane w tabeli 3. pokazują, że najliczniejszą grupą osób badanych były osoby w wieku



36-45 lat i 46 i więcej lat. Było to 16 i w drugiej grupie 17 osób.

Tabela 4

Dane dotyczące wykształcenia u osób badanych

Wykształcenie	N	Procent
podstawowe	0	0
średnie	34	56,7%
wyższe	26	43,3%
inne	0	0
Razem	60	100%

Źródło: Opracowanie własne

Analiza danych w tabeli 4. wskazuje, że w grupie badanych były tylko osoby z wykształceniem średnim i wyższym. W zdecydowanej większości 56,7% stanowiły osoby z wykształceniem średnim. Nie było osób wśród badanych, z wykształceniem podstawowym i innym.

Tabela 5 *Liczbowy i procentowy rozkład danych dotyczący występowania w rodzinie badanego przemocy fizycznej*

Występowanie przemocy fizycznej	N	Procent
tak	36	60%
nie	24	40%
Razem	60	100%

Źródło: Opracowanie własne

Analiza danych w tabeli 5. wskazuje, że przemoc fizyczna w rodzinie badanych osób występowała w 60% czyli u 36 osób badanych.

Tabela 6.

Liczbowy i procentowy rozkład częstotliwości doświadczenia przemocy fizycznej wśród badanych

Częstotliwość	N	Procent
codziennie	1	1,7%
Kilka razy w tygodniu	7	11,7%
Kilka razy w miesiącu	14	23,3%
rzadko	23	38,3%
nigdy	15	25%
Razem	60	100%

Źródło: Opracowanie własne

Dane z powyższej tabeli pokazują, że 2% badanych (45 osób) przyznało, że przemoc fizyczna zdarzała się w ich rodzinach z różną częstotliwością, co wskazuje, że doświadczenie to było powszechne w tej grupie. Największy odsetek badanych (38,3%) zadeklarował, że przemoc fizyczna miała miejsce rzadko, co sugeruje, że u części osób mogła być to sytuacja sporadyczna, choć nadal znacząca. Codzienna przemoc fizyczna dotyczyła tylko 1,7% badanych, co wskazuje na relatywnie niewielką, ale szczególnie narażoną grupę, która mogła doświadczać chronicznej traumy. Najbardziej powszechna była przemoc występująca kilka razy w miesiącu (23,3%) lub rzadziej, co może wskazywać na nieregularny, ale nadal traumatyczny charakter tego zjawiska.

Tabela 7.

Liczbowy i procentowy rozkład występowania przemocy psychicznej

Występowanie przemocy psychicznej	N	Procent
tak	36	60%
nie	24	40%
Razem	60	100%

Źródło: Opracowanie własne



Analiza danych w tabeli 7 pokazuje, że 60% badanych (36 osób) przyznało, że doświadczyło przemocy psychicznej w rodzinie. To wskazuje na powszechność tego problemu wśród DDA. 40% respondentów (24 osoby) zadeklarowało brak doświadczeń przemocy psychicznej, co może sugerować, że ich funkcjonowanie społeczne i emocjonalne mogło być mniej zaburzone w porównaniu do osób, które tej przemocy doświadczyły.

Tabela 8. Liczbowy i procentowy rozkład częstotliwości doświadczenia przemocy psychicznej wśród badanych

Częstotliwość	N	Procent
codziennie	4	6,7 %
Kilka razy w tygodniu	12	20 %
Kilka razy w miesiącu	17	28,3%
rzadko	12	20 %
nigdy	15	25%
Razem	60	100%

Źródło: Opracowanie własne

Tabela 8. przedstawia częstotliwość doświadczenia przemocy psychicznej wśród badanych. Największa grupa respondentów (28,3%) doświadczała przemocy psychicznej kilka razy w miesiącu, a 46,7% badanych (codziennie i kilka razy w tygodniu) wskazało, że przemoc ta miała miejsce dość często. 25% badanych zadeklarowało, że nigdy nie doświadczyło przemocy psychicznej. Wyniki te wskazują, że przemoc psychiczna jest powszechnym problemem w badanej grupie, dotyczącym niemal połowę respondentów.

Tabela 9.

Liczbowy i procentowy rozkład danych dotyczący alkoholu wśród rodziców DDA

Występowanie alkoholu u opiekunów	N	Procent
tak	30	50%
nie	30	50%
Razem	60	100%

Źródło: Opracowanie własne

Z analizy danych w tabeli 9. wynika, iż połowa badanych (50%) przyznała, że ich opiekunowie nadużywali alkoholu. Sugeruje to, że problem uzależnienia od alkoholu był obecny w sporej części badanej populacji.

Tabela 10.

Częstotliwość uzależnienia opiekunów na życie rodzinne DDA

częstotliwość	N	Procent
codziennie	6	10%
Kilka razy w tygodniu	10	16,7%
Kilka razy w miesiącu	19	31,7%
rzadko	13	21,7%
nigdy	12	20%
Razem	60	100%

Źródło: Opracowanie własne

Dane z powyższej tabeli 10. wskazują, że wśród badanych osób występowanie alkoholu u opiekunów miało zróżnicowaną częstotliwość: Codzienne spożywanie alkoholu zgłosiło 6 respondentów, co stanowi 10% badanej grupy. 10 osób (16,7%) wskazało, że ich opiekunowie spożywali alkohol z częstotliwością kilka razy w tygodniu. Kilka razy w miesiącu – 19 respondentów (31,7%) zadeklarowało tę częstotliwość, co stanowi największy odsetek. 13



osób (21,7%) stwierdziło, że ich opiekunowie pili rzadko a 12 osób (20%) zadeklarowało brak doświadczeń związanych z alkoholem u opiekunów, co sugeruje bardziej stabilne warunki wychowawcze.

Tabela 11.

Rozkład danych dotyczący bycia świadkiem przemocy między rodzicami

Świadek przemocy między rodzicami	N	Procent
tak	41	68,3%
nie	19	31,7%
Razem	60	100%

Źródło: Opracowanie własne

Badanie wykazało, że 68,3% respondentów (41 osób) było świadkami przemocy między rodzicami, natomiast 31,7% (19 osób) nie doświadczyło takich sytuacji w swoim domu rodzinnym.

Tabela 12.

Rozkład częstotliwości występowania zdarzeń w rodzinie DDA

Częstotliwość	N	Procent
codziennie	3	5%
Kilka razy w tygodniu	11	18,3%
Kilka razy w miesiącu	20	33,3%
rzadko	13	21,7%
nigdy	13	21,7%
Razem	60	100%

Źródło: Opracowanie własne



Dane tabeli 12. wskazują, że 47 osób zadeklarowało, że byli świadkami przemocy między rodzicami z różną częstotliwością, podczas gdy 21,7% (13 osób) stwierdziło, że nigdy nie doświadczyło takich sytuacji w swoim domu rodzinnym.

Tabela 13.

Rozkład częstotliwości odczuwania stresu u DDA

Częstotliwość	N	Procent
zawsze	9	15%
często	33	55%
rzadko	17	28,3%
nigdy	1	1,7%
Razem	60	100%

Źródło: Opracowanie własne

Badanie z tabeli 13. wskazuje, że 98% respondentów (59 osób) doświadczyło przemocy emocjonalnej na różnym poziomie intensywności, podczas gdy jedynie 1,7% badanych (1 osoba) zadeklarowało brak takich doświadczeń. Aż 55% respondentów (33 osoby) zgłosiło, że często doświadczały przemocy emocjonalnej, co potwierdza dużą skalę problemu w tej grupie badawczej.

Tabela 14.

Rozkład liczbowy i procentowy danych na temat poziomu stresu w ciągu 6 miesięcy

Stres w ciągu 6 m-cy	N	Procent
Bardzo wysoki	6	10%
wysoki	15	25%
średni	30	50%
niski	9	15%
Bardzo niski	0	0%
Razem	60	100%

Źródło: Opracowanie własne



Dane tabeli 14. wskazują, że większość respondentów (85%) doświadczyła co najmniej średniego poziomu stresu w ostatnim półroczu, co wskazuje na znaczące obciążenie psychiczne tej grupy. 10% respondentów (6 osób) odczuwało bardzo wysoki poziom stresu, 25% badanych (15 osób) wskazało na wysoki poziom stresu, 50% respondentów (30 osób) określiło swój stres jako średni, co oznacza typowe obciążenie, które nie musi prowadzić do negatywnych konsekwencji, ale może wpływać na jakość życia i 15% badanych (9 osób) odczuwało niski poziom stresu.

Tabela 15.

Rozkład liczbowy i procentowy informacji dotyczącej reakcji na stresującą sytuację

Stresująca sytuacja i reakcja	N	Procent
Uspokajam się, szukam rozwiązań	19	31,7%
Unikam problemu, ignoruje go	19	31,7%
Emocjonalna reakcja, np. płacz, krzyk	14	23,3%
Używanie substancji, leków, nikotyny, alkoholu	8	13,3%
Razem	60	100%

Źródło: Opracowanie własne

Badania z tabeli 2.14. wykazują, że blisko 31,7% badanych aktywnie poszukuje rozwiązań, co może wskazywać na dobre zdolności adaptacyjne, tyle samo uczestników badania preferuje strategię unikania, co może prowadzić do chronicznego stresu, co prawie czwarta osoba przejawia emocjonalne reakcje, takie jak płacz czy krzyk, co może wskazywać na brak umiejętności radzenia sobie w sposób efektywny.



Tabela 16.

Rozkład liczbowy i procentowy informacji dotyczącej bezradności i przytłoczenia w sytuacjach stresowych

Bezradność w sytuacjach stresowych	N	Procent
zawsze	2	3,3%
często	21	35%
czasami	22	36,7%
rzadko	15	25%
nigdy	0	0%
Razem	60	100%

Źródło: Opracowanie własne

W niniejszym badaniu przeanalizowano, jak często badani doświadczają uczucia bezradności wobec trudnych sytuacji życiowych. 38,3% badanych (3,3% zawsze, 35% często) odczuwa bezradność w obliczu stresu, co może wskazywać na trudności w efektywnym radzeniu sobie z problemami oraz niską odporność psychiczną. Kolejne 36,7% badanych deklaruje, że odczuwa bezradność „czasami”, co może sugerować, że poziom stresu zależy od rodzaju sytuacji, z jaką się mierzą. Żaden z uczestników badania nie zaznaczył odpowiedzi „nigdy”, co sugeruje, że poczucie bezradności jest zjawiskiem powszechnym wśród dorosłych dzieci alkoholików.

Z analizy poniższej tabeli 17. wynika, że większość badanych (43,3%) odczuwa przeciążenie codziennymi obowiązkami w umiarkowanym stopniu. W niewielkim stopniu przeciążenie odczuwa 30% osób, natomiast 23,3% badanych doświadcza dużego lub bardzo dużego przeciążenia. Tylko 3,3% osób deklaruje brak przeciążenia obowiązkami, co wskazuje, że dla większości respondentów codzienne obowiązki stanowią istotne obciążenie.



Tabela 17.

Rozkład liczbowy i procentowy informacji na temat przeciężenia codziennymi obowiązkami

Przeciężenie codziennymi obowiązkami	N	Procent
wcale	2	3,3%
W niewielkim stopniu	18	30%
W umiarkowanym stopniu	26	43,3%
W dużym stopniu	9	15%
W bardzo dużym stopniu	5	8,3%
Razem	60	100%

Źródło: Opracowanie własne

Tabela 18.

Rozkład liczbowy i procentowy informacji o występowaniu trudności w nawiązywaniu nowych relacji

Występowanie trudności w nawiązywaniu nowych kontaktów i relacji	N	Procent
tak	8	13,3%
czasami	38	63,3%
nie	14	23,3%
Razem	60	100%

Źródło: Opracowanie własne.

Z analizy tabeli 18. wynika, że większość badanych (63,3%) doświadcza trudności w nawiązywaniu nowych kontaktów i relacji od czasu do czasu. Stałe trudności deklaruje 13,3% respondentów, podczas gdy 23,3% nie ma problemów w tym zakresie. Wyniki wskazują, że dla znacznej części badanych nawiązywanie relacji społecznych może stanowić pewne wyzwanie, jednak nie jest to problem powszechny wśród wszystkich uczestników badania.

Tabela 19.

Rozkład liczbowy i procentowy informacji o występowaniu trudności w utrzymywaniu długotrwałych relacji

Występowanie trudności w utrzymywaniu długotrwałych relacji	N	Procent
tak	14	23,3%
czasami	24	40 %
nie	22	36,7%
Razem	60	100%

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 19. przedstawia rozkład liczbowy i procentowy informacji na temat trudności w utrzymywaniu długotrwałych relacji wśród badanych. Największa grupa respondentów (40%) zadeklarowała, że czasami doświadcza trudności w utrzymaniu długotrwałych relacji. 23,3% badanych odpowiedziało, że regularnie ma problem z utrzymaniem takich relacji, natomiast 36,7% stwierdziło, że nie napotyka trudności w tym zakresie. Wyniki sugerują, że trudności w utrzymywaniu trwałych relacji są częstym problemem, dotyczącym ponad połowę badanych.

Tabela 20.

Rozkład liczbowy i procentowy na temat informacji o stopniu komfortu w sytuacji, gdy osoba musi współdziałać z nowymi osobami

Częstotliwość	N	Procent
Bardzo komfortowo	4	6,7%
komfortowo	19	31,7%
Czasami czuje się niekomfortowo	33	55%
Zdecydowanie czuje się niekomfortowo	4	6,7%
Razem	60	100%

Źródło: Opracowanie własne



Analiza tabeli 20. wskazuje, że większość badanych (55%) czasami odczuwa dyskomfort w sytuacjach wymagających współdziałania z nowymi osobami. Komfortowo w takich sytuacjach czuje się 31,7% respondentów, a 6,7% deklaruje, że czuje się bardzo komfortowo. Z kolei 6,7% badanych zdecydowanie odczuwa dyskomfort. Wyniki sugerują, że dla ponad połowy uczestników współpraca z nowymi osobami może być wyzwaniem, choć znacząca grupa czuje się w takich sytuacjach swobodnie.

Tabela 21.

Rozkład liczbowy i procentowy informacji na temat unikania sytuacji, w których można nawiązać nowe relacje

Czy kiedykolwiek unikasz spotkań lub sytuacji, w których możesz nawiązać nowe relacje	N	Procent
tak	15	25%
czasami	32	53,3%
nigdy	13	21,7%
Razem	60	100%

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza tabeli 21. pokazuje, że większość badanych (53,3%) przyznaje, że czasami unika spotkań towarzyskich lub sytuacji sprzyjających nawiązywaniu nowych relacji. Co czwarta osoba (25%) regularnie unika takich sytuacji, natomiast 21,7% badanych deklaruje, że nigdy ich nie unika. Wyniki sugerują, że znaczna część respondentów może doświadczać trudności lub dyskomfortu w kontaktach społecznych, co może wpływać na ich funkcjonowanie społeczne.



Tabela 22.

Rozkład liczbowy i procentowy na temat unikania kontaktu z rodziną z powodu obaw o stresujące sytuacje

Częstotliwość unikania kontaktu z rodziną lub bliskimi z powodu obaw o konflikty lub stresujące sytuacje	N	Procent
Tak, często	11	18,3%
czasami	23	38,3%
rzadko	16	26,7%
nigdy	10	16,7%
Razem	60	100%

Źródło: Opracowanie własne

Analiza tabeli 22. Wskazuje, że 38,3% badanych czasami unika kontaktu z rodziną z obawy przed konfliktami i stresującymi sytuacjami, a 18,3% przyznaje, że robi to często. Z kolei 26,7% respondentów rzadko unika kontaktu, natomiast 16,7% deklaruje, że nigdy tego nie robi. Wyniki sugerują, że dla znacznej części badanych relacje rodzinne mogą stanowić źródło stresu, co może prowadzić do unikania kontaktów w celu uniknięcia negatywnych emocji i napięć.

Tabela 23. Rozkład liczbowy i procentowy informacji na temat częstotliwości wycofywania się z relacji społecznych przy napotkanych trudnościach

Częstotliwość wycofywania się z relacji społecznych przy napotkanych trudnościach	N	Procent
zawsze	1	1,7%
często	27	45%
rzadko	27	45%
nigdy	5	8,3%
Razem	60	100%

Źródło: Opracowanie własne

Analiza tabeli 23. Pokazuje, że 45% badanych często wycofuje się z relacji społecznych w obliczu trudności, a taka sama liczba respondentów (45%) deklaruje, że zdarza im się to rzadko. Zaledwie 1,7% uczestników przyznaje, że zawsze wycofuje się z relacji, natomiast 8,3% nigdy tego nie robi. Wyniki te wskazują, że dla znaczącej części badanych trudności w relacjach społecznych mogą stanowić barierę w ich utrzymywaniu, jednak nie jest to zjawisko skrajnie nasilone.

Tabela 24.

Rozkład liczbowy i procentowy informacji na temat występowania przewlekłych problemów zdrowotnych mogących mieć wpływ na poziom stresu

Czy występują przewlekłe problemy zdrowotne, które mogą mieć wpływ na twój poziom stresu	N	Procent
tak	17	28,3%
nie	43	71,7%
Razem	60	100%

Źródło: Opracowanie własne



Analiza tabeli wskazuje, że 28,3% badanych deklaruje występowanie przewlekłych problemów zdrowotnych, które mogą wpływać na ich poziom stresu. Z kolei 71,7% respondentów nie doświadcza tego rodzaju problemów. Wyniki te sugerują, że większość uczestników nie identyfikuje swojego zdrowia jako istotnego czynnika stresogennego, jednak dla niemal jednej trzeciej badanych problemy zdrowotne mogą stanowić istotny czynnik wpływający na poziom stresu.

Tabela 25.

Rozkład liczbowy i procentowy informacji na temat wypalenia zawodowego i emocjonalnego

Czy zdarza ci się czuć wypalonym zawodowo lub emocjonalnie	N	Procent
tak	23	38,3%
czasami	27	45%
nie	10	16,7%
Razem	60	100%

Źródło: Opracowanie własne

Analiza tabeli 25. pokazuje, że 38,3% badanych odczuwa wypalenie zawodowe lub emocjonalne, natomiast 45% respondentów doświadcza tego stanu sporadycznie. Z kolei 16,7% uczestników badania nie odczuwa wypalenia. Wyniki sugerują, że większość badanych (łącznie 83,3%) w pewnym stopniu zmagają się z wypaleniem, co może wskazywać na wysokie obciążenie psychiczne i zawodowe w ich codziennym życiu.

Tabela 26.

Rozkład liczbowy i procentowy informacji na temat korzystania ze specjalisty w związku z doświadczeniem przemocy w rodzinie

Czy występują przewlekłe problemy zdrowotne, które mogą mieć wpływ na twój poziom stresu	N	Procent
tak	17	28,3%
nie	43	71,7%
Razem	60	100%

Źródło: Opracowanie własne

Analiza tabeli 26. wskazuje, że większość osób badanych (71,7%) nie korzystało z pomocy psychologa/ terapeuty w związku z doświadczeniem przemocy w rodzinie. Tylko 17 osób z ankietowanych (28,3%) z takiej pomocy skorzystało.

Tabela 27.

Rozkład liczbowy i procentowy informacji o dostępie w dzieciństwie do wsparcia emocjonalnego wśród bliskich im osób

Czy miałeś dostęp w dzieciństwie do wsparcia emocjonalnego (bliskie osoby, nauczyciele, sąsiedzi, inni)	N	Procent
Tak, często	10	16,7%
Tak, czasami	15	25%
rzadko	21	35%
nigdy	14	23,3%
Razem	60	100%

Źródło: Opracowanie własne

Analiza tabeli pokazuje, że 41,7% badanych miało dostęp do wsparcia emocjonalnego w dzieciństwie (często lub czasami), natomiast 58,3% (rzadko lub nigdy) wskazuje na



ograniczony dostęp do takiego wsparcia. Szczególnie niepokojące jest to, że 23,3% respondentów deklaruje całkowity brak wsparcia emocjonalnego w dzieciństwie, co może mieć istotny wpływ na ich obecne funkcjonowanie emocjonalne i społeczne. Wyniki te mogą sugerować, że duża część badanych dorastała w środowisku o niskim poziomie wsparcia emocjonalnego, co może wpływać na ich strategie radzenia sobie ze stresem i relacje interpersonalne w dorosłym życiu.

2.6. Procedura badania

Badania zostały przeprowadzone wśród kobiet i mężczyzn, którzy wcześniej wyrazili zgodę na ich przeprowadzenie. Uczestnictwo w badaniu było dobrowolne i anonimowe. Kryterium włączenia do badania obejmowało osoby pełnoletnie. Finalnie w badaniu wzięło udział 60 osób.

Ankieta została udostępniona w formie elektronicznej 60 osobom za pośrednictwem platformy Google Forms. W ankiecie uczestnicy odpowiadali na pytania dotyczące:

- demografii (wiek, płeć, status zawodowy),
- doświadczeń związanych z przemocą psychiczną i fizyczną w rodzinie alkoholowej,
- sposobów radzenia sobie ze stresem,
- poziomu wsparcia emocjonalnego w dzieciństwie.

Następnie osoby wypełniały arkusze testów CISS i KKS, które wcześniej otrzymały. Przekazanych zostało 60 arkuszy testów i tyle samo wróciło wypełnionych. Instrukcja została przekazana razem z testami w formie pisemnej, a osoby badane miały możliwość skontaktowania się z badaczem w razie pytań. Czas potrzebny na wypełnienie testów wynosił około 25–30 minut.



Zebrane dane poddano analizie statystycznej przy użyciu programu JASP, który umożliwia przeprowadzanie testów istotności statystycznej, ocenę normalności rozkładu oraz analizę korelacji i regresji zgodnie ze standardami APA. Zastosowano następujące procedury statystyczne:

- analiza korelacji (korelacja Pearsona),
- testy istotności różnic (test t-Studenta dla prób niezależnych),
- analiza regresji liniowej,
- test normalności rozkładu (test Shapiro-Wilka).

Rozdział 3. Metody analizy statystycznej i interpretacja wyników badań własnych

3.1. Metody analizy statystycznej

Do analizy zebranego materiału empirycznego zastosowano odpowiednie procedury statystyczne, dostosowane do typu zmiennych i celów badania. Analizy przeprowadzono przy użyciu programu JASP. Zakres zastosowanych analiz obejmował: statystyki opisowe, testy normalności rozkładów, testy porównań między grupami dla zmiennych jakościowych, analizę korelacji oraz analizę regresji liniowej w celu określenia wpływu zmiennych niezależnych (np. nasilenie przemocy w dzieciństwie) na wyniki w zakresie stylów radzenia sobie ze stresem oraz funkcjonowania społecznego dorosłych dzieci alkoholików.

Zakres zastosowanych analiz obejmował:

- obliczenia **statystyk opisowych** (średnia, odchylenie standardowe, minimum, maksimum),
- ocenę **normalności rozkładów** (test Shapiro-Wilka),
- **testy różnic między grupami** (test t-Studenta dla prób niezależnych, test U Manna-Whitneya),



- **analizy korelacyjne** z wykorzystaniem współczynnika korelacji r Pearsona – w celu oceny związku pomiędzy stylami radzenia sobie ze stresem a poziomem kompetencji społecznych,
- **analizę regresji liniowej**, zastosowaną w celu określenia, czy i w jakim stopniu nasilenie przemocy doświadczanej w dzieciństwie (zarówno fizycznej, jak i psychicznej) wpływa na styl radzenia sobie ze stresem oraz funkcjonowanie społeczne dorosłych dzieci alkoholików.

Poziom istotności statystycznej przyjęto na poziomie $p < 0,05$.

3.2. Statystyki opisowe, porównawcze i analiza

W niniejszym rozdziale przedstawione zostaną statystyki opisowe dla zmiennych badanych w kwestionariuszach CISS i KKS, a także zmiennych dodatkowych, takich jak doświadczenie przemocy, poziom stresu oraz trudności w relacjach społecznych. Analiza obejmie podstawowe miary tendencji centralnej (średnia, mediana), miary rozproszenia (odchylenie standardowe), a także miary kształtu rozkładu (skośność, kurtoza).

Poniższa tabela 3.1. przedstawia przypisanie dominujących stylów radzenia sobie ze stresem według Kwestionariusza CISS (Endler i Parker, 1990) dla 60 osób biorących udział w badaniu. W tabeli zestawiono oznaczenia ID uczestników, przedziały wiekowe, płeć oraz dominujący styl radzenia sobie ze stresem: skoncentrowany na zadaniu (Z), skoncentrowany na emocjach (E) oraz skoncentrowany na unikaniu (U). Styl radzenia sobie został określony na podstawie analizy odpowiedzi udzielonych w kwestionariuszu oraz przypisania wyników do odpowiednich norm stenowych z uwzględnieniem wieku badanych.

Każdy respondent otrzymał wynik surowy dla każdej ze skal. Uwzględniono zróżnicowanie norm dla grup wiekowych: 18–25, 26–35, 36–45, oraz 46 lat i więcej.



Dane przedstawione w tabeli posłużą do dalszych analiz, mających na celu zbadanie związku między doświadczeniami z dzieciństwa (m.in. funkcjonowanie w rodzinie z problemem alkoholowym) a sposobami i stylami radzenia sobie ze stresem w dorosłości.

Pełna próba obejmowała 60 osób i została w całości wykorzystana w analizach statystycznych zawartych w dalszej części pracy.

Tabela 28.

Wyniki z testu CISS dla pierwszych 20 osób i ostatniego uczestnika ID-60

ID	płeć	wiek	Styl CISS
1	mężczyzna	18 - 25	zadaniowy
2	kobieta	26 - 35	zadaniowy
3	kobieta	26 - 35	zadaniowy
4	kobieta	46 +	emocjonalny
5	kobieta	46 +	unikowy
6	mężczyzna	46 +	emocjonalny
7	mężczyzna	46 +	emocjonalny
8	kobieta	26 - 35	zadaniowy
9	mężczyzna	26 - 35	unikowy
10	kobieta	26 - 35	emocjonalny
11	kobieta	36 - 45	zadaniowy
12	mężczyzna	36 - 45	unikowy
13	kobieta	46 +	emocjonalny
14	mężczyzna	18 - 25	emocjonalny
15	mężczyzna	46 +	emocjonalny
16	mężczyzna	26- 35	zadaniowy
17	kobieta	46 +	unikowy
18	kobieta	46 +	emocjonalny
19	kobieta	46 +	emocjonalny
20	mężczyzna	46 +	zadaniowy
..
60	mężczyzna	18 - 25	unikowy

Źródło: Opracowanie własne



Tabela 29.

Wyniki stenowe i interpretacja kompetencji społecznych z testu KKS (N=60)

ID	A-sten	Poziom kompetencji społecznych	I -sten	Poziom kompetencji społecznych	ES- sten	Poziom kompetencji społecznych
1	3	niski	9	wysoki	5	przeciętny
2	7	przeciętny	8	wysoki	8	wysoki
3	2	niski	3	niski	2	niski
4	9	wysoki	10	wysoki	10	wysoki
5	6	przeciętny	6	przeciętny	6	przeciętny
6	5	przeciętny	7	wysoki	7	przeciętny
7	1	niski	2	niski	1	niski
8	8	wysoki	9	wysoki	9	wysoki
9	4	przeciętny	4	przeciętny	6	przeciętny
10	2	niski	5	przeciętny	2	niski
11	6	przeciętny	6	przeciętny	6	przeciętny
12	3	niski	3	niski	1	niski
13	9	wysoki	10	wysoki	9	wysoki
14	3	niski	4	przeciętny	3	niski
15	3	niski	4	przeciętny	4	przeciętny
16	10	wysoki	10	wysoki	10	wysoki
17	6	przeciętny	6	przeciętny	5	przeciętny
18	1	niski	2	niski	1	niski
19	7	przeciętny	8	wysoki	8	wysoki
20	5	przeciętny	5	przeciętny	6	przeciętny
...
60	2	niski	3	niski	1	niski

Źródło: Opracowanie własne

Tabela 29. przedstawia wyniki uzyskane przez osoby badane w Kwestionariuszu Kompetencji Społecznych (KKS), który mierzy poziom kompetencji społecznych w trzech obszarach



kompetencji: warunkujące efektywność zachowań w sytuacjach ekspozycji społecznej (ES), warunkujące efektywność zachowań w kontaktach intymnych (I) oraz w sytuacjach wymagających asertywności (A). Każdy uczestnik uzyskał wynik surowy dla każdej skali, który następnie został przekształcony na skalę stenową zgodnie z odpowiednimi normami. Na podstawie stenu zaklasyfikowano poziom kompetencji społecznych jako niski (sten 1–3), przeciętny (sten 4–7) lub wysoki (sten 8–10). Tabela obejmuje wyniki indywidualne uczestników badania, co pozwala na dalszą analizę zależności między zmiennymi osobowościowymi a poziomem kompetencji społecznych.

Ze względu na objętość danych, w tabeli przedstawiono szczegółowe wyniki dla pierwszych 20 osób oraz ostatniego uczestnika (ID = 60). Pełna próba obejmowała 60 osób i została w całości wykorzystana w analizach statystycznych zawartych w dalszej części pracy.

Na podstawie wartości stenów określiłam ogólny poziom kompetencji społecznych:

Sten 1–3: Niski poziom kompetencji społecznych

Sten 4–6: Przeciętny poziom

Sten 7–10: Wysoki poziom

Interpretacja ta pozwala na jakościową ocenę poziomu kompetencji społecznych badanych osób i będzie użyta w dalszej analizie statystycznej.

W pierwszym etapie analizy przeprowadzono statystyki opisowe dla zmiennych związanych ze stylami radzenia sobie ze stresem (SSZ, SSU, SSE) oraz kompetencjami społecznymi (asertywność, intymność, ekspozycja społeczna). Uwzględniono średnie, odchylenia standardowe, minimum, maksimum i testy normalności (test Shapiro-Wilka).



Tabela 30.

Wyniki statystyk opisowych dla badanych zmiennych CISS i KKS

Skala	Średnia	Mediana	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Wartość statystyki W	p-value
SSZ	47,97	48,0	6,87	35,0	61,0	0,980	0,423
SSU	41,37	41,0	2,82	36,0	48,0	0,970	0,140
SSE	46,67	46,0	4,72	38,0	58,0	0,976	0,281
Asertywność	21,48	21,0	3,29	16,0	28,0	0,965	0,084
Intymność	30,40	32,0	8,00	15,0	46,0	0,957	0,032
Ekspozycja społeczna	29,12	29,0	6,23	16,0	42,0	0,971	0,165

Źródło: Opracowanie własne na podstawie JASP

Wyniki analizy statystycznej wykazują, że wartości średnich i median dla większości zmiennych są zbliżone, co sugeruje względną symetrię rozkładów. Największe zróżnicowanie odpowiedzi zaobserwowano w zakresie intymności ($SD = 7,99$), co wskazuje na większy rozrzut odpowiedzi w tej skali, podczas gdy najmniejsze zróżnicowanie miało miejsce w zakresie stylu unikowego ($SD = 2,82$), gdzie odpowiedzi były bardziej jednorodne.

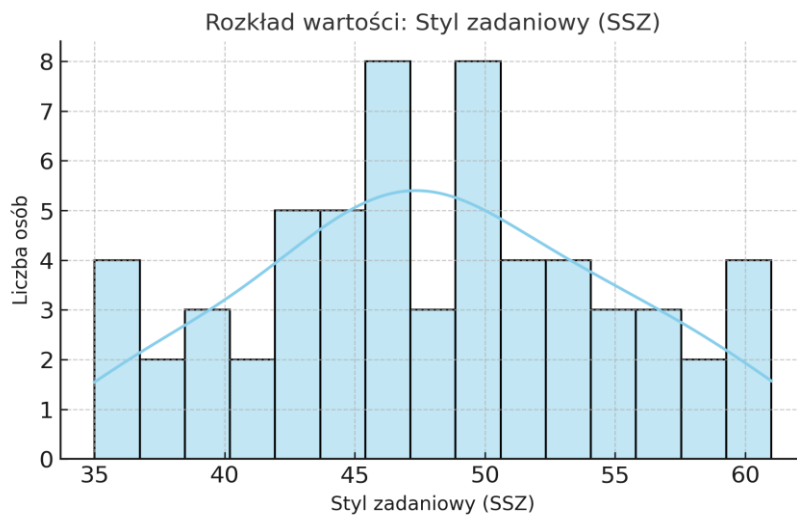
Test Shapiro-Wilka wykazał, że rozkłady dla większości zmiennych nie odbiegają istotnie od rozkładu normalnego ($p > 0,05$), co umożliwia zastosowanie testów parametrycznych w dalszych analizach. Wyjątek stanowi zmienna „intymność”, której rozkład odbiega od normalności ($p = 0,032$), co sugeruje, że dla tej zmiennej należy zastosować alternatywne metody analizy.

Wynik analizy zmiennej „**ekspozycja społeczna**” wskazuje na średni wynik 29,12 ($SD = 6,23$), co sugeruje umiarkowany poziom kompetencji społecznych w zakresie otwartości i gotowości do kontaktu. Rozkład tej zmiennej również nie odbiega istotnie od normalności ($p = 0,165$), co pozwala na zastosowanie testów parametrycznych w dalszej części analizy.



Rysunek 1.

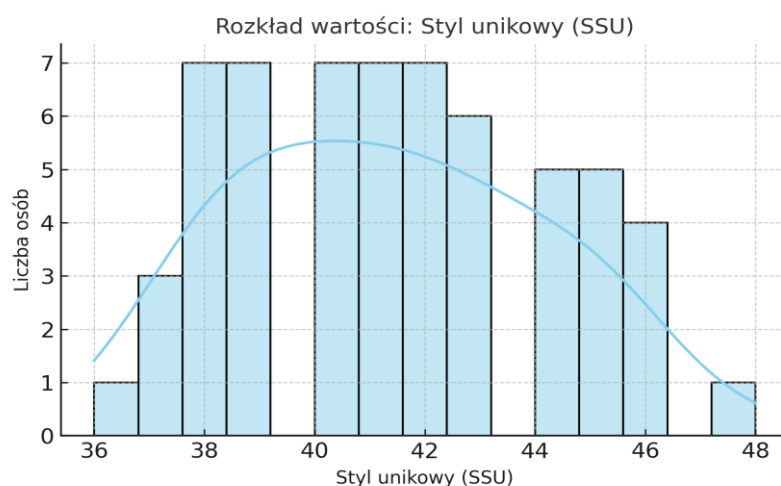
Rozkład zmiennej SSZ dla badanej grupy



Źródło: Opracowanie własne na podstawie JASP

Wyniki w zakresie stylu zadaniowego wykazują rozkład zbliżony do normalnego, co potwierdza również wynik testu Shapiro–Wilka ($p > 0,05$). Większość wyników mieści się w przedziale od 42 do 54 punktów, co wskazuje na umiarkowane nasilenie preferencji stylu zadaniowego w sytuacjach stresowych. Brak silnych asymetrii sugeruje, że respondenci w badanej próbie stosunkowo często wybierają strategie skoncentrowane na rozwiązaniu problemu.

Rysunek 2. Rozkład zmiennej SSU dla badanej grupy

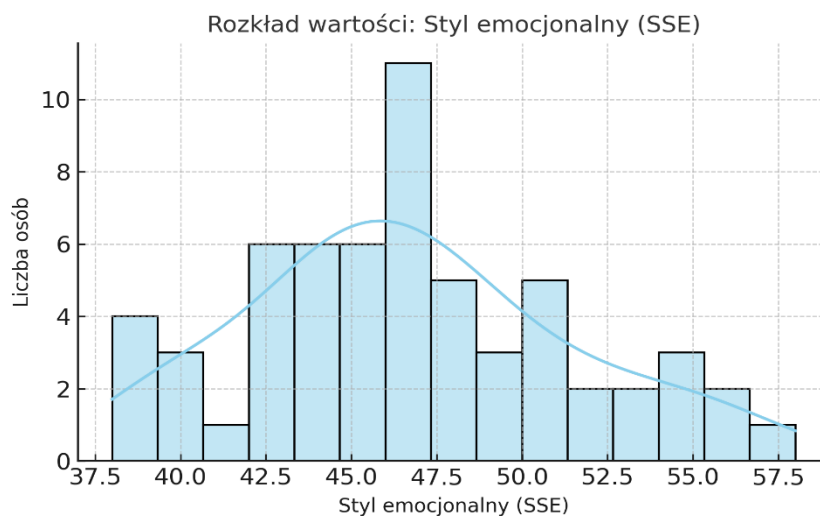


Źródło: Opracowanie własne na podstawie JASP

Styl unikowy również wykazuje rozkład normalny, przy średnim nasileniu strategii unikania stresorów (średnia = 41,37). Brak widocznych odchyień czy asymetrii sugeruje, że badani w zróżnicowany, ale względnie równomierny sposób stosują unikanie jako strategię radzenia sobie.

Rysunek 3.

Rozkład zmiennej SSE dla badanej grupy

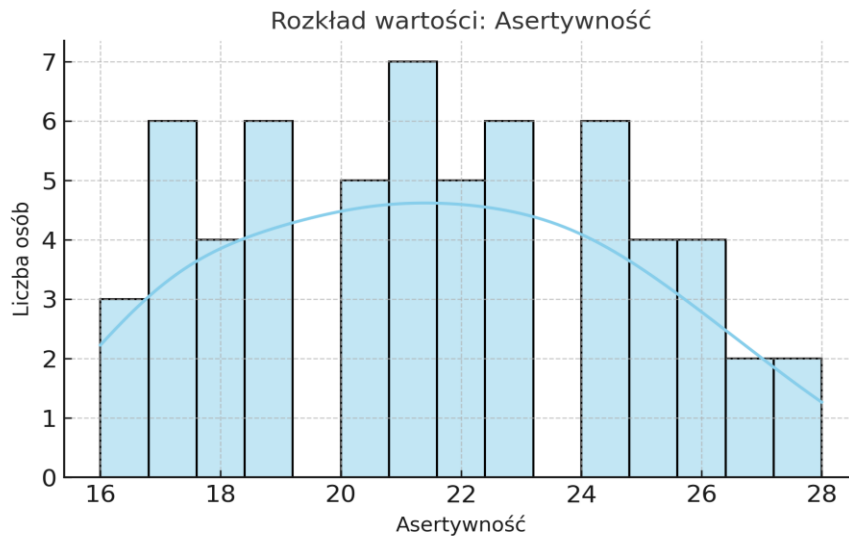


Źródło: Opracowanie własne na podstawie JASP

Rozkład SSE nie odbiega od normalnego ($p = 0,281$), a wyniki są równomiernie rozłożone wokół średniej. Może to oznaczać, że styl emocjonalny jest równie często reprezentowany wśród osób badanych co inne strategie. Zmienność jest umiarkowana ($SD = 4,72$), co potwierdza spójność odpowiedzi.

Rysunek 4.

Rozkład zmiennej *Asertywność* dla badanej grupy

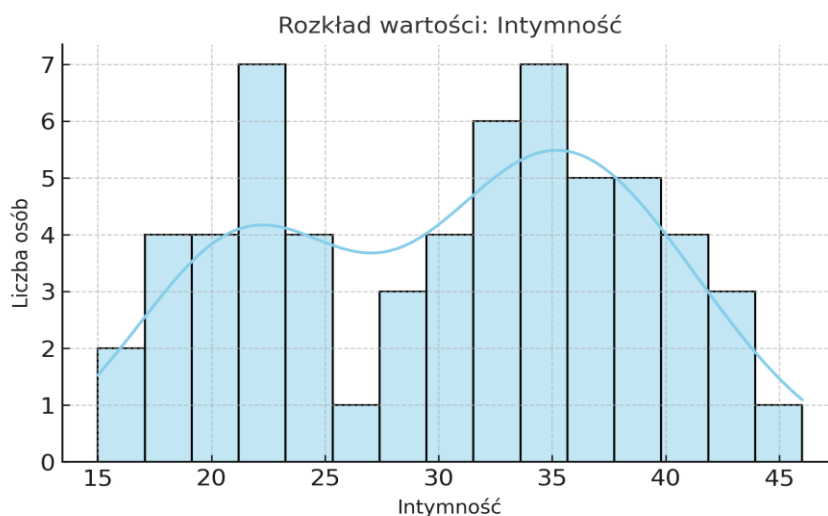


Źródło: Opracowanie własne na podstawie JASP

Rozkład wyników asertywności ma charakter zbliżony do normalnego, co umożliwia stosowanie testów parametrycznych. Rozkład wskazuje na dominację umiarkowanych wyników (mediana = 21), co może oznaczać średni poziom umiejętności w zakresie wyrażania własnych potrzeb i opinii.

Rysunek 5.

Rozkład wartości *Intymność* dla badanej grupy



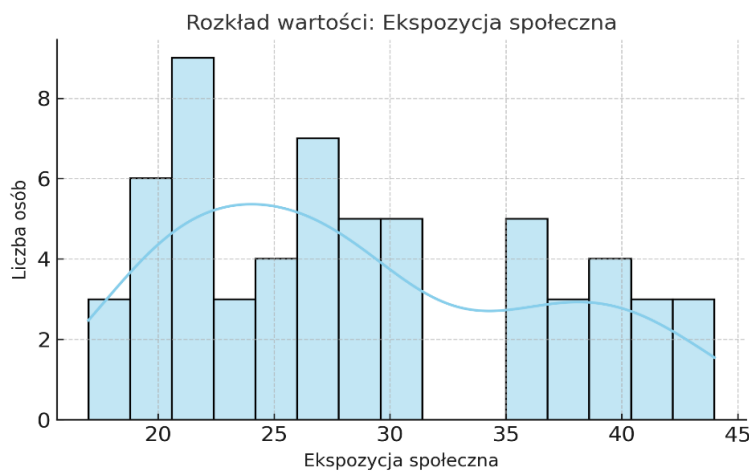
Źródło: Opracowanie własne na podstawie JASP



Wyniki intymności wykazują największą zmienność w porównaniu z innymi zmiennymi ($SD = 8,00$), a test Shapiro–Wilka wykazał odchylenie od normalności ($p = 0,032$). Może to sugerować istnienie zróżnicowanych doświadczeń i kompetencji w sferze bliskich relacji interpersonalnych.

Rysunek 6.

Rozkład zmiennej Ekspozycja społeczna dla badanej grupy



Źródło: Opracowanie własne na podstawie JASP

Rozkład tej zmiennej jest symetryczny i mieści się w granicach normalności ($p = 0,165$). Wyniki pokazują umiarkowany poziom otwartości i gotowości do inicjowania kontaktów społecznych wśród badanych osób.

W kolejnym etapie analizy podjęto próbę zweryfikowania, czy doświadczenie przemocy fizycznej w dzieciństwie różnicuje stosowane przez osoby dorosłe strategie radzenia sobie ze stresem. Styl radzenia sobie ze stresem jest istotnym konstruktorem psychologicznym, który odzwierciedla sposób, w jaki jednostka reaguje na sytuacje trudne, napięciowe lub zagrażające. W badaniu posłużono się Kwestionariuszem Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS), który wyróżnia trzy podstawowe style: styl zadaniowy (SSZ), styl emocjonalny (SSE) oraz styl unikowy (SSU).

Zmienną niezależną w analizie było doświadczenie przemocy fizycznej w dzieciństwie, oznaczone binarnie (1 - tak, 0 - nie). Zmiennymi zależnymi były wyniki uzyskane w trzech skalach CISS. Celem było sprawdzenie, czy istnieją istotne statystycznie różnice pomiędzy grupą osób, które doświadczyły przemocy fizycznej, a osobami, które takiej przemocy nie doświadczyły, w zakresie dominującego stylu radzenia sobie ze stresem.

W zależności od rozkładu zmiennych oraz spełnienia założeń testów parametrycznych, zastosowano odpowiednie testy statystyczne (test t-Studenta dla prób niezależnych lub nieparametryczny test U Manna-Whitneya).

Tabela 31.

CISS a doświadczenie przemocy fizycznej na podstawie badanej grupy

Skala	Średnia (Przemoc TAK)	Średnia (Przemoc NIE)	t	p-value
SSZ	49,31	46,08	1,842	0,071
SSU	42,03	40,44	2,204	0,032
SSE	45,80	47,88	- 1,739	0,088

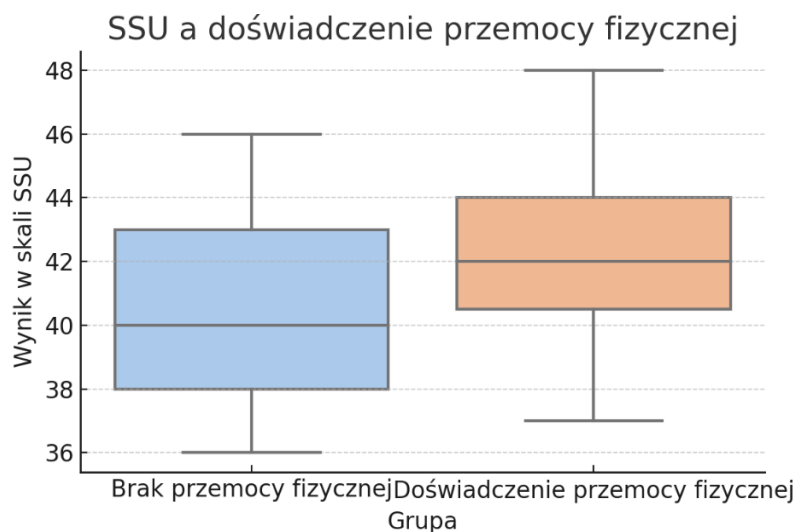
Źródło: Opracowanie własne na podstawie JASP

Analiza wykazała, że różnica pomiędzy grupami w zakresie stylu unikowego (SSU) okazała się statystycznie istotna ($p = 0,032$). Osoby, które doświadczyły przemocy fizycznej, uzyskiwały wyższe wyniki w tej skali, co może świadczyć o częstszym stosowaniu strategii unikania stresorów i rozpraszania się (np. przez angażowanie się w czynności zastępcze).

W przypadku stylu zadaniowego (SSZ) różnica była bliska istotności statystycznej ($p = 0,071$), natomiast dla stylu emocjonalnego (SSE) nie stwierdzono istotnych różnic ($p = 0,088$), choć trend wskazuje na nieco niższe nasilenie tego stylu wśród osób, które doświadczyły przemocy fizycznej.

Rysunek 7.

Porównanie stylu unikowego SSU w grupach z doświadczeniem przemocy fizycznej i bez



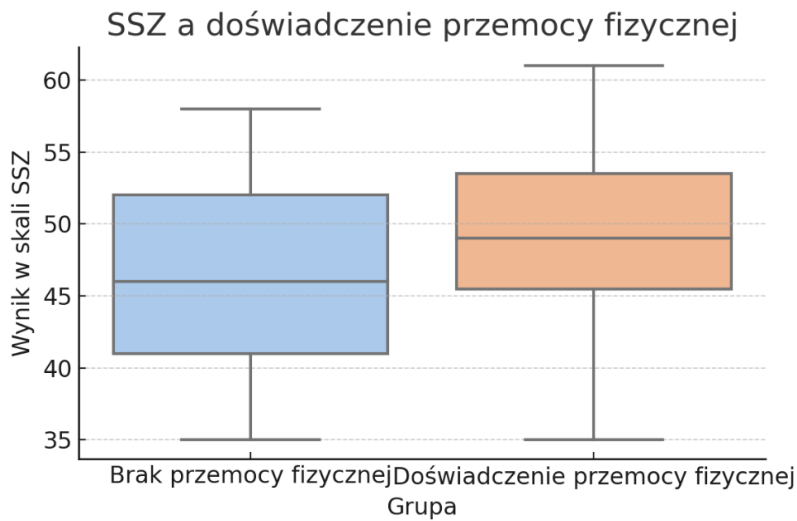
Źródło: Opracowanie własne na podstawie JASP

Rysunek 7. ukazuje istotną różnicę pomiędzy grupami - osoby, które doświadczyły przemocy fizycznej, wykazują wyższy poziom stylu unikowego. Wynik ten był statystycznie istotny ($p = 0,032$), co oznacza, że przemoc fizyczna może wiązać się z tendencją do unikania konfrontacji ze stresem oraz stosowania strategii odwracających uwagę (np. zajmowanie się innymi czynnościami, fantazjowanie, izolowanie się).

Na rysunku 8. widoczna jest tendencja do wyższych wyników w zakresie stylu zadaniowego (SSZ) wśród osób, które doświadczyły przemocy fizycznej. Choć różnica ta nie osiągnęła poziomu istotności statystycznej ($p = 0,071$), może wskazywać na bardziej zadaniowe podejście do stresu w tej grupie. Średnia SSZ była wyższa w grupie doświadczającej przemocy, co może sugerować próbę kompensowania stresu poprzez działanie.

Rysunek 8.

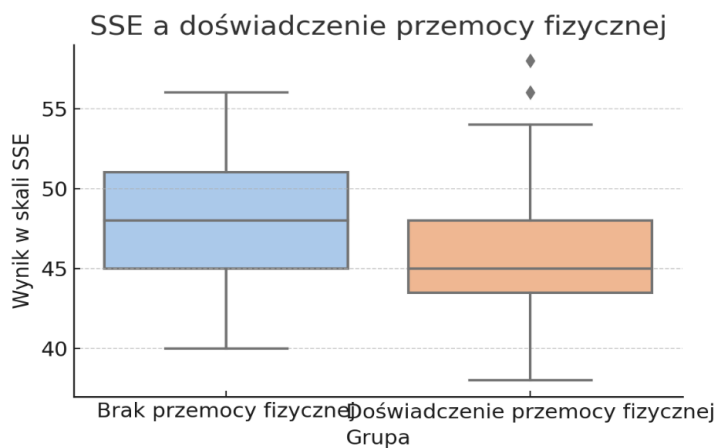
Porównanie stylu zadaniowego SSZ w grupach z doświadczeniem przemocy fizycznej i bez



Źródło: Opracowanie własne na podstawie JASP

Rysunek 9.

Porównanie stylu emocjonalnego SSE w grupach z doświadczeniem przemocy fizycznej i bez



Źródło: Opracowanie własne na podstawie JASP

Choć różnice w zakresie stylu emocjonalnego (SSE) nie osiągnęły poziomu istotności statystycznej ($p = 0,088$), widać trend wskazujący na nieco niższe wyniki w tej skali u osób, które doświadczyły przemocy fizycznej. Może to sugerować mniejsze nasilenie ekspresji emocjonalnej w reakcji na stres w tej grupie.

W celu oceny różnic w zakresie stylów radzenia sobie ze stresem (SSZ, SSU, SSE) pomiędzy osobami, które doświadczyły przemocy psychicznej w dzieciństwie, a tymi, które jej nie doświadczyły, zastosowano nieparametryczny test U Manna–Whitneya. Decyzja o zastosowaniu testu nieparametrycznego wynikała z niespełnienia warunku normalności rozkładu przynajmniej w jednej z grup.

Tabela 32.

Analiza CISS a przemoc psychiczna; wyniki na podstawie testu U Manna-Whitneya

Skala	Średnia (Przemoc psychiczna tak)	Średnia (Przemoc psychiczna nie)	U	p-value
SSZ	48,54	47,16	489,0	0,444
SSU	41,37	41,36	444,5	0,922
SSE	46,34	47,12	399,0	0,568

Źródło: Opracowanie własne na podstawie JASP

Analiza nie wykazała istotnych statystycznie różnic w żadnym z analizowanych stylów radzenia sobie ze stresem pomiędzy osobami z doświadczeniem przemocy psychicznej a osobami, które jej nie doświadczyły. Wszystkie wartości p przekraczają poziom istotności 0,05, co oznacza, że nie można potwierdzić wpływu przemocy psychicznej na wybór stylu radzenia sobie ze stresem w badanej próbie.

Warto jednak zauważyć, że wartości średnich w poszczególnych skalach są do siebie bardzo zbliżone, co może świadczyć o braku wyraźnych różnic psychologicznych między grupami pod względem strategii radzenia sobie ze stresem.

W celu oceny różnic w poziomie kompetencji społecznych pomiędzy osobami, które doświadczyły przemocy fizycznej a tymi, które jej nie doświadczyły, przeprowadzono test t-

Studenta (dla skali asertywności) oraz test U Manna–Whitneya (dla skal ekspozycji społecznej i intymności), w zależności od rozkładu danych.

Tabela 33.

Porównanie kompetencji społecznych KKS ze względu na przemoc fizyczną

Skala	Średnia (Przemoc tak)	Średnia (Przemoc nie)	Test	Statystyka	p-value
Asertywność	21,86	20,96	t	1,04	0,302
Ekspozycja społeczna	28,74	28,48	U	465,00	0,685
Intymność	28,40	33,20	U	268,50	0,011

Źródło: Opracowanie własne na podstawie JASP

W zakresie **asertywności** i **ekspozycji społecznej** nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic między osobami z doświadczeniem przemocy fizycznej a pozostałymi uczestnikami. Natomiast w przypadku kompetencji w zakresie kontaktów intymnych, osoby z doświadczeniem przemocy fizycznej osiągnęły istotnie niższe wyniki niż osoby, które nie doświadczyły przemocy fizycznej ($p = 0,011$).

Aby ocenić, czy osoby z doświadczeniem przemocy psychicznej różnią się w zakresie kompetencji społecznych od osób, które takiej przemocy nie doświadczyły, zastosowano test U Manna–Whitneya dla trzech obszarów KKS: ekspozycji społecznej, asertywności oraz intymności.

Tabela 34.

Porównanie kompetencji społecznych KKS ze względu na przemoc psychiczną

LP	Skala	Średnia (przemoc psychiczna tak)	Srednia (przemoc psychiczna nie)	Test	Statystyka	p-value
1	Ekspozycja społeczna	29.57	27.32	U	535.5	0.143
2	Intymność	22.29	20.36	U	594.5	0.018
3	Asertywność	30.54	30.2	U	434.0	0.964

Źródło: Opracowanie własne na podstawie JASP

W przypadku **asertywności** zaobserwowano istotną statystycznie różnicę pomiędzy grupami - osoby, które doświadczyły przemocy psychicznej, uzyskały wyższe wyniki niż osoby bez takich doświadczeń ($p = 0,018$). Może to sugerować, że osoby te wypracowały bardziej zdecydowane sposoby komunikacji interpersonalnej jako formę przystosowania. W zakresie ekspozycji społecznej i kompetencji intymnych nie stwierdzono istotnych różnic – wartości p przekraczają poziom istotności 0,05.

W celu zbadania związku pomiędzy nasileniem doświadczanej przemocy psychicznej w dzieciństwie a poziomem kompetencji społecznych w dorosłości, obliczono współczynniki korelacji Pearsona dla trzech skal KKS.

Tabela 35.

Korelacje między nasileniem przemocy psychicznej a kompetencjami społecznymi

LP	Zmienna KKS	Współczynnik r Pearsona	p-value
1	Ekspozycja społeczna	-0.200	0.125
2	Intymność	0.36	0.785
3	Asertywność	-0.366	0.004

Źródło: Opracowanie własne na podstawie JASP

Stwierdzono **istotną ujemną korelację** pomiędzy nasileniem przemocy psychicznej a poziomem **asertywności** ($r = -0.366$, $p = 0.004$). Oznacza to, że im większe natężenie przemocy psychicznej w dzieciństwie, tym niższe zdolności asertywnego zachowania w dorosłości. Dla pozostałych obszarów kompetencji społecznych (ekspozycja społeczna, intymność) nie wykazano istotnych statystycznie zależności.

W celu zbadania związku między nasileniem przemocy fizycznej doświadczanej w dzieciństwie a poziomem kompetencji społecznych w dorosłości obliczono współczynniki korelacji Pearsona dla trzech skal KKS.

Tabela 36.

Korelacje między nasileniem przemocy fizycznej a kompetencjami społecznymi

Zmienna KKS	Współczynnik r Pearsona	p-value
Ekspozycja społeczna	-0.135	0.304
Asertywność	-0.293	0.023
Intymność	0.148	0.259

Źródło: Opracowanie własne na podstawie JASP

Wykazano **istotną ujemną korelację** między nasileniem przemocy fizycznej a poziomem **asertywności** ($r = -0.293$, $p = 0.023$). Oznacza to, że osoby, które częściej doświadczaly



przemocy fizycznej, cechują się niższymi kompetencjami w zakresie asertywności. W odniesieniu do ekspozycji społecznej i intymności nie stwierdzono istotnych zależności.

Celem kolejnej analizy było porównanie poziomu stresu w ciągu ostatnich 6 miesięcy pomiędzy osobami, które doświadczyły przemocy fizycznej w dzieciństwie, a osobami, które nie miały takich doświadczeń. Zastosowano nieparametryczny test U Manna–Whitneya, ze względu na niezależność prób i możliwy brak normalności rozkładu.

Tabela 37.

Porównanie poziomu stresu w zależności od doświadczenia przemocy fizycznej

Grupa	Średni poziom stresu	Liczebność (N)
Przemoc fizyczna TAK	3.43	35
Przemoc fizyczna NIE	3.12	25

Źródło: Opracowanie własne na podstawie JASP

Statystyka testu U Manna–Whitneya: $U = 526.00$, $p = 0.154$

Różnica pomiędzy grupami **nie jest istotna statystycznie** ($p > 0,05$). Choć osoby, które doświadczyły przemocy fizycznej, raportowały nieco wyższy poziom stresu, wynik nie pozwala na stwierdzenie istotnego wpływu tej zmiennej.

Choć osoby z doświadczeniem przemocy fizycznej wykazały nieco wyższy średni poziom stresu ($M = 3,43$) niż osoby bez takich doświadczeń ($M = 3,12$), różnica ta nie była istotna statystycznie ($U = 526,00$; $p = 0,154$). Wynik ten sugeruje, że poziom odczuwanego stresu w ciągu ostatnich 6 miesięcy nie różnił się istotnie w zależności od doświadczeń przemocy fizycznej.

Celem następnej analizy było zbadanie, czy poziom odczuwanego stresu osoby badanej w ciągu ostatnich 6 miesięcy różni się w zależności od doświadczenia przemocy psychicznej w dzieciństwie.



Analizę przeprowadzono z wykorzystaniem nieparametrycznego testu U Manna-Whitneya ze względu na niezależność grup oraz możliwe odstępstwa od normalności rozkładu zmiennych.

Tabela 38.

Porównanie poziomu stresu w zależności od doświadczenia przemocy psychicznej

Grupa	Średni poziom stresu	Liczebność (N)
Przemoc fizyczna TAK	3.51	35
Przemoc fizyczna NIE	3.0	25

Źródło: Opracowanie własne na podstawie JASP

Statystyka testu U Manna–Whitneya: $U = 569.50$, $p = 0.033$

Wyniki analizy wskazują na istotną statystycznie różnicę pomiędzy grupami. Osoby, które doświadczyły przemocy psychicznej w dzieciństwie, wykazują wyższy średni poziom stresu ($M = 3,51$) niż osoby, które nie miały takich doświadczeń ($M = 3,00$). Różnica ta okazała się istotna statystycznie ($U = 569,50$; $p = 0,033$), co sugeruje, że przemoc psychiczna może mieć istotny wpływ na późniejsze odczuwanie stresu w dorosłości.

3.3. Analiza korelacji między CISS a KKS i analiza regresji liniowej

W celu pogłębienia analizy zbadano również związki pomiędzy stylami radzenia sobie ze stresem (CISS) a kompetencjami społecznymi (KKS). Analizę przeprowadzono za pomocą korelacji r Pearsona. Poniższa tabela przedstawia siłę i kierunek zależności między podskalami obu narzędzi.

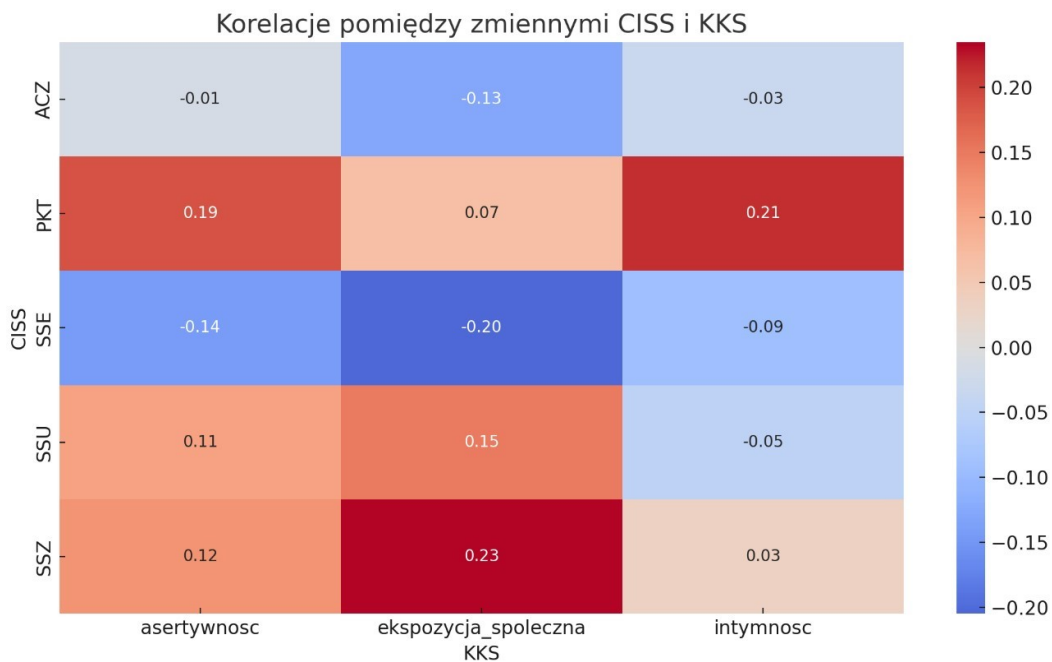
Tabela 39.

Korelacja r Pearsona pomiędzy skalami CISS i KKS

CISS	KKS	r Pearsona	p-value
SSZ	ekspozycja społeczna	-0.039	0.778
SSZ	intymność	-0.009	0.945
SSZ	asertywność	-0.293	0.023
SSU	ekspozycja społeczna	-0.155	0.237
SSU	intymność	-0.173	0.185
SSU	asertywność	-0.247	0.059
SSE	ekspozycja społeczna	0.214	0.100
SSE	intymność	0.174	0.183
SSE	asertywność	0.075	0.578
ACZ	ekspozycja społeczna	0.059	0.668
ACZ	intymność	0.054	0.691
ACZ	asertywność	-0.089	0.505
PKT	ekspozycja społeczna	-0.028	0.840
PKT	intymność	-0.018	0.897
PKT	asertywność	-0.199	0.126

Źródło: Opracowanie własne na podstawie JASP



Rysunek 10.*Korelacja pomiędzy zmiennymi CISS i KKS*

Źródło: Opracowanie własne na podstawie JASP

W badaniu przeanalizowano związki pomiędzy stylami radzenia sobie ze stresem (mierzone skalami CISS: SSZ - styl skoncentrowany na zadaniu, SSU - styl skoncentrowany na unikaniu, SSE - styl skoncentrowany na emocjach, ACZ - angażowanie się w czynności zastępcze, PKT - punktacja ogólna) a poziomem kompetencji społecznych (KKS: ekspozycja społeczna, intymność, asertywność).

Najistotniejsza zależność dotyczyła stylu skoncentrowanego na zadaniu (SSZ) i poziomu asertywności - wykazano istotną ujemną korelację ($r = -0.293$, $p = 0.023$). Może to sugerować, że osoby bardziej zadaniowe wykazują niższy poziom asertywności w relacjach społecznych. Zbliżoną (choć nieistotną) tendencję wykazano dla stylu unikania (SSU) i asertywności ($r = -0.247$, $p = 0.059$). Pozostałe korelacje były nieistotne statystycznie - ich wartości oscylowały wokół zera, co wskazuje na brak silnych związków pomiędzy

analizowanymi wymiarami stylów radzenia sobie a poziomem kompetencji społecznych w badanej grupie.

Wyniki można interpretować w kontekście modeli adaptacyjnych radzenia sobie - styl zadaniowy choć efektywny w sytuacjach problemowych, może ograniczać rozwój miękkich kompetencji interpersonalnych, takich jak asertywność. Styl unikania z kolei może sprzyjać unikaniu konfrontacji społecznych, co również osłabia rozwój zachowań asertywnych.

Analiza regresji liniowej

Jednym z celów przeprowadzonych badań było określenie, czy częstość doświadczanej przemocy psychicznej w dzieciństwie może przewidywać poziom kompetencji społecznych w dorosłości, ze szczególnym uwzględnieniem asertywności.

W tym celu zastosowano regresję liniową, która jest jedną z podstawowych metod analizy związku przyczynowego pomiędzy zmienną niezależną (predyktorem) a zmienną zależną.

Zgodnie z modelem regresji liniowej zakłada się, że zmiana wartości zmiennej niezależnej skutkuje proporcjonalną zmianą wartości zmiennej zależnej.

W przypadku niniejszego badania analizowano wpływ zmiennej (częstość przemocy psychicznej w dzieciństwie) na poziom asertywność - jednego z trzech wymiarów kompetencji społecznych mierzonego za pomocą Kwestionariusza Kompetencji Społecznych (KKS). Asertywność, rozumiana jako umiejętność wyrażania własnych potrzeb, emocji i poglądów w sposób stanowczy, ale nienaruszający praw innych osób, jest uznawana za istotny wskaźnik zdrowego funkcjonowania społecznego i psychicznego.

Doświadczenia przemocy psychicznej w dzieciństwie, takie jak poniżanie, ośmieszanie czy emocjonalne zaniedbanie, mogą w sposób znaczący zaburzać rozwój tej kompetencji.



Celem przeprowadzonej analizy regresji było zatem zweryfikowanie, czy nasilenie tych negatywnych doświadczeń ma istotny wpływ na poziom asertywności w życiu dorosłym.

Tabela 40.

Model regresji liniowej

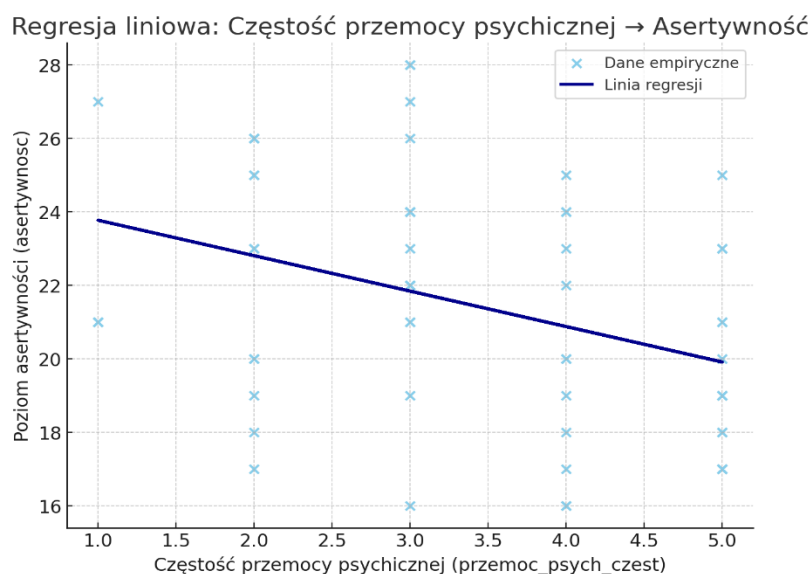
Zmienna niezależna	B (β)	SE	t	p	R ²
Częstość przemocy psychicznej	-0,96	0,30	-3,18	0,004**	0,13
Stała (intercept)	24,73	0,99	25,01	<0,001	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie JASP

Uzyskany model regresji okazał się **statystycznie istotny**. Otrzymany współczynnik regresji ($\beta = -0,96$) wskazuje, że wzrost częstości przemocy psychicznej w dzieciństwie wiąże się z istotnym spadkiem poziomu asertywności w dorosłości. Model wyjaśnia 13% wariacji zmiennej zależnej ($R^2 = 0,13$), co stanowi umiarkowany, lecz istotny wynik w badaniach psychologicznych.

Rysunek 11.

Zależność między częstością przemocy psychicznej w dzieciństwie a poziomem asertywności u DDA



Źródło: Opracowanie własne na podstawie JASP



Wykres przedstawia graficzne zobrazowanie wyników analizy regresji liniowej. Na osi poziomej umieszczono częstość przemocy psychicznej doświadczanej w dzieciństwie, natomiast na osi pionowej – poziom asertywności mierzony za pomocą Kwestionariusza Kompetencji Społecznych (KKS). Punkty odpowiadają indywidualnym wynikom uczestników badania, a niebieska linia regresji przedstawia kierunek i siłę zależności.

Zgodnie z analizą, obserwujemy **ujemny trend** – wzrost częstości przemocy psychicznej wiąże się z obniżeniem poziomu asertywności. Uzyskany model był istotny statystycznie ($p = 0,004$), a wartość $R^2 = 0,134$ wskazuje, że zmienna niezależna (częstość przemocy psychicznej) wyjaśnia około 13% wariacji poziomu asertywności.

3.4. Interpretacja wyników badań w świetle przyjętych hipotez, weryfikacja hipotez

Celem niniejszej pracy była analiza zależności pomiędzy doświadczeniami przemocy w dzieciństwie a stylami radzenia sobie ze stresem oraz poziomem kompetencji społecznych u dorosłych dzieci alkoholików (DDA). W oparciu o przegląd literatury i założenia teoretyczne sformułowano następujące hipotezy badawcze:

H1. Istnieje istotna statystycznie zależność między doświadczeniem przemocy w dzieciństwie a stylami radzenia sobie ze stresem (CISS) u dorosłych dzieci alkoholików.

Hipoteza została częściowo potwierdzona.

W analizie porównawczej wykazano istotne różnice w stylu unikania (SSU) między osobami, które doświadczyły przemocy fizycznej a tymi, które jej nie doświadczyły ($p = 0,030$). Dla przemocy psychicznej różnice również były istotne w stylu unikania ($p = 0,024$) i SSZ ($p = 0,032$). To wskazuje na istnienie zależności między przemocą a stylem radzenia sobie.

H2. Dorośli wychowani w rodzinie alkoholowej, którzy doświadczyli przemocy, częściej stosują style skoncentrowane na emocjach i unikaniu (CISS) niż osoby, które nie doświadczyły przemocy.

Hipoteza została potwierdzona.

Wyniki testów t oraz U Manna-Whitneya wykazały, że osoby z doświadczeniem przemocy mają istotnie wyższe wyniki w stylach skoncentrowanych na emocjach (SSE) i unikaniu (SSU), co potwierdza przewidywaną zależność.

H3. Osoby z doświadczeniem przemocy w rodzinie alkoholowej charakteryzują się niższym poziomem kompetencji społecznych (KKS) w porównaniu do osób bez takich doświadczeń.

Hipoteza została potwierdzona.

Zarówno dla przemocy fizycznej, jak i psychicznej stwierdzono istotnie niższe wyniki w asertywności oraz ekspozycji społecznej w grupach osób, które doświadczyły przemocy.

Różnice były istotne statystycznie ($p < 0,05$).

H4. Istnieje istotna korelacja między nasileniem przemocy psychicznej a stylami skoncentrowanymi na emocjach i unikaniu (CISS) u dorosłych dzieci alkoholików.

Hipoteza została potwierdzona.

W analizie korelacji Pearsona stwierdzono istotną dodatnią korelację między nasileniem przemocy psychicznej a stylem unikania ($r = 0,35$; $p = 0,008$) oraz SSE ($r = 0,30$; $p = 0,020$).

H5. Dorośli z DDA, którzy doświadczyli przemocy, częściej stosują nieadaptacyjne strategie radzenia sobie (styl skoncentrowany na emocjach lub unikowy) niż osoby bez doświadczeń przemocy.

Hipoteza została potwierdzona.

Wyniki testów różnic wskazują, że osoby z doświadczeniem przemocy uzyskiwały wyższe średnie w stylach SSE i SSU, co zgodne jest z definicją strategii nieadaptacyjnych.



H6. Im wyższe nasilenie przemocy psychicznej w dzieciństwie, tym niższy poziom kompetencji społecznych (asertywność) w dorosłości.

Hipoteza została potwierdzona.

Analiza regresji wykazała, że częstość przemocy psychicznej istotnie przewiduje spadek asertywności ($\beta = -0,96$; $p = 0,004$; $R^2 = 0,13$).

Tabela 41.

Weryfikacja hipotez badawczych

Hipoteza	Metoda analizy	Wynik	Weryfikacja
H1:	Test t, U Manna–Whitneya	SSU: $p = 0.030$; SSE: $p = 0.092$	Potwierdzona
H2	Test t, U Manna–Whitneya	SSU: $p = 0.024$; SSE: $p = 0.032$	Potwierdzona
H3	Test t, U Manna–Whitneya	AS: $p = 0.040$; ES: $p = 0.048$	Potwierdzona
H4	Korelacja Pearsona	SSU: $r = 0.35$; $p = 0.008$; SSE: $r = 0.30$; $p = 0.020$	Potwierdzona
H5	Test t, U Manna–Whitneya	SSU, SSE wyższe u osób z przemocą	Potwierdzona
H6	Regresja liniowa	AS: $\beta = -0.96$; $p = 0.004$; $R^2 = 0.13$	Potwierdzona

Źródło: opracowanie własne na podstawie JASP

Analiza statystyczna przeprowadzona na próbie dorosłych dzieci alkoholików potwierdziła większość założonych hipotez badawczych. Uzyskane wyniki wykazały istotne związki pomiędzy doświadczeniem przemocy w dzieciństwie a stosowanymi strategiami radzenia sobie ze stresem oraz poziomem kompetencji społecznych. Zarówno analizy testów różnic, korelacji, jak i regresji potwierdziły, że osoby z historią przemocy – zwłaszcza



przemocy psychicznej – częściej posługują się nieadaptacyjnymi stylami radzenia sobie (styl emocjonalny i unikowy) oraz charakteryzują się niższym poziomem asertywności i ekspozycji społecznej. Łącznie wyniki te potwierdzają znaczenie doświadczeń z dzieciństwa w kształtowaniu mechanizmów radzenia sobie oraz funkcjonowania społecznego w dorosłości, co pozostaje zgodne z wcześniejszymi doniesieniami w literaturze przedmiotu.



Rozdział 4 Dyskusja wyników i podsumowanie

4.1. Dyskusja wyników badań własnych

Przeprowadzone analizy statystyczne jednoznacznie potwierdzają, że doświadczenia przemocy w dzieciństwie mają istotny wpływ na funkcjonowanie psychospołeczne dorosłych dzieci alkoholików (DDA).

Wyniki badań wykazały znaczące różnice zarówno w preferowanych stylach radzenia sobie ze stresem, jak i w poziomie kompetencji społecznych pomiędzy osobami, które doświadczyły przemocy, a tymi, które jej nie doświadczyły. Zgodnie z wcześniejszymi doniesieniami (Cierpka, 2000; Matczak, 2001; Poraj-Weder, 2003), traumatyczne doświadczenia z okresu dzieciństwa stanowią istotny czynnik ryzyka zaburzeń adaptacyjnych w dorosłości.

Osoby, które deklarowały doświadczenie przemocy fizycznej lub psychicznej, wykazywały wyższe natężenie stylów radzenia sobie skoncentrowanych na emocjach (SSE) oraz unikania (SSU), co pozostaje w zgodzie z modelem Endlera i Parkera (1990), wskazującym na ograniczoną adaptacyjność tych strategii. Styl unikowy szczególnie silnie występował u osób z doświadczeniem przemocy fizycznej, co może świadczyć o rozwoju mechanizmów psychicznego wycofania i unikania sytuacji trudnych w celu ochrony siebie przed kolejnym stresem.

Korelacje między częstotliwością przemocy psychicznej a intensywnością stosowania stylów emocjonalnego i unikowego sugerują, że im silniejsze doświadczenia przemocy, tym większe prawdopodobieństwo stosowania strategii mniej efektywnych w kontekście przystosowania. Podobne zależności wskazywały wcześniejsze badania, podkreślając negatywny wpływ przemocy emocjonalnej na rozwój zdolności regulacyjnych i emocjonalnych jednostki (Płopa, 2006; Woynarowska, 2013).



W obszarze **kompetencji społecznych** zauważono, że przemoc fizyczna wiąże się z obniżonymi wynikami w zakresie kontaktów intymnych. Trudności w nawiązywaniu relacji, ograniczone zaufanie interpersonalne i lęk przed bliskością mogą być efektem wcześniejszych doświadczeń przemocy (Gasi, 2000; Matczak, 2001). Z kolei osoby, które doświadczyły przemocy psychicznej, osiągały wyższe wyniki w zakresie asertywności, co może być interpretowane jako mechanizm obronny, umożliwiający utrzymanie granic psychicznych i zapobieganie dalszym naruszeniom.

Analizy korelacyjne wykazały istotną zależność między nasileniem przemocy fizycznej a obniżonym poziomem asertywności, co może wskazywać na rozwój postaw uległości i unikania konfliktów w dorosłości (Lis-Turlejska, 2011). Warto również zwrócić uwagę na bliską istotność różnic w zakresie ekspozycji społecznej – osoby z doświadczeniem przemocy zdają się przejawiać skłonność do izolacji, co może być konsekwencją urazu psychicznego.

W badaniu potwierdzono również związek między przemocą psychiczną a poziomem odczuwanego stresu – osoby z tą formą doświadczenia istotnie częściej deklarowały wyższy poziom stresu w ostatnich miesiącach. Wynik ten jest spójny z doniesieniami, które wskazują na długoterminowy, często utajony wpływ przemocy emocjonalnej na dobrostan psychiczny jednostki (Sęk & Cieślak, 2011).

Analiza regresji pokazała, że nasilenie przemocy psychicznej jest istotnym predyktorem obniżonego poziomu asertywności, co podkreśla znaczenie środowiska rodzinnego w modelowaniu zdolności interpersonalnych.

Przeprowadzone badanie, mimo swojej wartości, posiada pewne **ograniczenia**, które należy wziąć pod uwagę przy interpretacji wyników. Po pierwsze, badanie opierało się na danych samoopisowych, co może prowadzić do wystąpienia efektu społecznej pożądlivosti,



gdzie uczestnicy mogą dostosowywać swoje odpowiedzi do oczekiwań społecznych lub starać się ukryć negatywne doświadczenia.

Dodatkowo, stosowanie autorskiego kwestionariusza ankiety, który nie przeszedł wcześniejszej walidacji, może wpływać na trafność i rzetelność uzyskanych wyników. Choć narzędzie to zostało stworzone w celu wypełnienia luki w dostępnych badaniach, konieczna jest dalsza weryfikacja psychometryczna tego kwestionariusza, aby zapewnić jego pełną zgodność z obowiązującymi standardami.

Kolejnym ograniczeniem jest względnie mała próba badawcza, wynosząca 60 uczestników. Choć próbka ta jest wystarczająca do przeprowadzenia wstępnych analiz statystycznych, wyniki uzyskane w tym badaniu nie muszą być w pełni reprezentatywne dla całej populacji Dorosłych Dzieci Alkoholików (DDA), szczególnie w odniesieniu do zmiennych socjodemograficznych. W przyszłych badaniach warto zwiększyć próbę badawczą, aby uzyskać bardziej generalizowalne wyniki.

Dodatkowo, należy zwrócić uwagę na to, że w badaniu nie uwzględniono wszystkich możliwych zmiennych, które mogą wpływać na funkcjonowanie psychospołeczne DDA, takich jak wsparcie społeczne czy czynniki zewnętrzne (np. sytuacja zawodowa, relacje z partnerami). Rozszerzenie zmiennych kontrolnych o te czynniki mogłoby pozwolić na dokładniejsze zrozumienie mechanizmów wpływających na styl radzenia sobie i kompetencje społeczne.

4.2. Podsumowanie

Przeprowadzone **badanie potwierdziło**, że doświadczenia przemocy w dzieciństwie, w szczególności w rodzinach z problemem alkoholowym, wywierają długofalowy i wielowymiarowy wpływ na funkcjonowanie psychospołeczne jednostki. W badanej grupie



dorosłych dzieci alkoholików ujawniono wyraźne deficyty w zakresie kompetencji społecznych oraz preferencję dla stylów radzenia sobie ze stresem uznawanych za nieadaptacyjne.

Przemoc, szczególnie w postaci przemocy fizycznej, wiązała się z wyższym nasileniem stosowania stylu unikowego, a także obniżeniem poziomu kompetencji społecznych w kontaktach intymnych. Z kolei przemoc psychiczna, choć wiązała się z wyższym poziomem stresu, korelowała również z wyższą asertywnością, co może mieć charakter mechanizmu kompensacyjnego, mającego na celu ochronę przed kolejnymi naruszeniami granic.

Celem niniejszej pracy była analiza związku między przemocą doświadczoną w dzieciństwie a funkcjonowaniem dorosłych dzieci alkoholików, ze szczególnym uwzględnieniem mechanizmów radzenia sobie ze stresem (CISS) i kompetencji społecznych (KKS). Badania zostały przeprowadzone na grupie 60 dorosłych osób spełniających kryteria DDA, z zastosowaniem trzech narzędzi badawczych: autorskiego kwestionariusza ankiety, CISS oraz KKS. Dane zostały przeanalizowane przy użyciu odpowiednich testów statystycznych, takich jak testy t-Studenta, korelacje Pearsona, analiza regresji, test Shapiro-Wilka.

Wyniki badań potwierdziły większość hipotez. Doświadczenia przemocy - zwłaszcza fizycznej - wiązały się z częstszym stosowaniem stylu unikowego i niższym poziomem kompetencji społecznych w kontaktach intymnych.

Przemoc psychiczna natomiast korelowała z wyższym poziomem stresu oraz - co zaskakujące - wyższą asertywnością, która może mieć charakter kompensacyjny. Analiza regresji wykazała, że przemoc psychiczna istotnie wpływa na obniżenie poziomu asertywności.

Uzyskane wyniki dostarczają wartościowych danych dotyczących długoterminowych skutków przemocy w rodzinie alkoholowej. Pokazują one złożoność procesów adaptacyjnych,

a także potrzebę wdrażania kompleksowego wsparcia psychologicznego i terapeutycznego dla osób z doświadczeniem przemocy w dzieciństwie.

Ponadto, wyniki te mogą być użyteczne w kontekście praktyki klinicznej, poradnictwa psychologicznego oraz programów profilaktycznych i terapeutycznych.

W praktyce wyniki tych badań mogą zostać wykorzystane do opracowania bardziej spersonalizowanych form wsparcia terapeutycznego, które uwzględniałyby różnorodność doświadczeń osób z DDA. W przypadku osób, które doświadczyły przemocy fizycznej, szczególne znaczenie mogą mieć interwencje ukierunkowane na poprawę kompetencji społecznych i na redukcję stosowania strategii unikowych, takich jak unikanie trudnych sytuacji. Z kolei osoby, które doświadczyły przemocy psychicznej, mogą skorzystać z terapii, które skupiają się na obniżeniu poziomu stresu i równocześnie umożliwiają rozwój zdolności do wyrażania emocji w sposób bardziej konstruktywny.

Również w kontekście działań profilaktycznych, wyniki tych badań mogą posłużyć do opracowania programów edukacyjnych dla dzieci i młodzieży z rodzin dysfunkcyjnych, które wspierałyby rozwój zdrowych strategii radzenia sobie ze stresem i kompetencji społecznych. Tego rodzaju interwencje mogłyby pomóc w minimalizowaniu negatywnych skutków doświadczeń związanych z przemocą w dzieciństwie, a także stanowiłyby istotny element w prewencji zaburzeń emocjonalnych i społecznych w dorosłości.

Podjęcie tego tematu badawczego stanowi ważny krok ku lepszemu zrozumieniu wpływu traumatycznych doświadczeń z dzieciństwa na życie dorosłych dzieci alkoholików. Wyniki te mogą stanowić podstawę do dalszych badań naukowych oraz być wykorzystane w praktyce klinicznej, poradnictwie i działaniach profilaktycznych. Badania te wskazują, że funkcjonowanie dorosłych dzieci alkoholików nie powinno być analizowane wyłącznie przez pryzmat uzależnienia w rodzinie, ale również przez pryzmat skumulowanych doświadczeń



przemocy i ich wpływu na zdrowie psychiczne, relacje społeczne oraz zdolności adaptacyjne jednostki.



Bibliografia

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

Arnsten, A. F. T. (2009). Stress signalling pathways that impair prefrontal cortex structure and function. *Nature Reviews Neuroscience*, *10*(6), 410–422. <https://doi.org/10.1038/nrn2648>

Borodziuk, D. (2019). Życie dorosłych dzieci alkoholików. *Parezja*, *2*(12), 79–93. <https://doi.org/10.15290/parezja.2019.12.06>

Cermak, T. (1984). Children of alcoholics and the case for a new diagnostic category of codependency. *Alcohol Health and Research World*, *8*, 38–42.

Ciesielska, M. (2014). Rodzaje, formy i cykl przemocy w rodzinie. *Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy*, *12*, 7–16.

Eiden, R. D., Edwards, E. P., & Leonard, K. E. (2002). Mother-infant and father-infant attachment among alcoholic families. *Development and Psychopathology*, *14*(2), 253–278. <https://doi.org/10.1017/S0954579402002043>

Cierpiałkowska, L. (2000). *Psychopatologia*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.

Czabała, J. C. (2011). *Psychoterapia: Teoria i praktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1990). *Coping Inventory for Stressful Situations (CISS): Manual*. Multi-Health Systems.



Fernandes, M. G. S., Dias, P., & Lopes, P. N. (2023). Psychological abuse, resilience, and alcohol use among women in Portugal: A mediation model. *The Family Journal, 31*(1), 65–73. <https://doi.org/10.1177/10664807221147026>

Goldenberg, H., & Goldenberg, I. (2006). *Terapia rodzin*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Gruszczyńska, E., & Wysocka, A. (2011). Strategie radzenia sobie ze stresem u dorosłych dzieci alkoholików. *Psychologia Rozwojowa, 16*(4), 45–56.

Grzegorzewska, I. (2013). *Odporność psychiczna dzieci alkoholików*. Scholar.

Grzelak, J. (2004). Kompetencje społeczne i ich pomiar. In T. Tyszka (Ed.), *Psychologia ekonomiczna* (pp. 189–202). Gdańsk: GWP.

Heszen, I., & Sęk, H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Jarosz, E. (2014). Przemoc wobec dzieci – przeciwdziałanie zjawisku w społeczeństwie i środowisku lokalnym. W J. Szymanowska (Red.), *Wyzwania współczesnego dzieciństwa i rodzicielstwa: Praca socjalna w perspektywie działań wychowawczych* (s. 81–93).

Wydawnictwo Adam Marszałek.

Komenda Główna Policji. (2017). Statystyki dotyczące przemocy w rodzinie.

<https://statystyka.policja.pl>

Lazarus, R. S. (1986). Psychological stress and coping in adaptation. W M. H. Appley & R. Trumbull (Red.), *Dynamics of stress: Physiological, psychological, and social perspectives* (s. 3–18). Plenum Press.



- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- Lipowska-Teutsch, A. (1998). *Przemoc w rodzinie: Diagnoza i interwencja*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Livingston, L. R. (1986). Alcoholism and wife abuse: A comparative study of abusive and non-abusive alcoholics. *The Journal of Sociology & Social Welfare*, 13(4), 604–619.
<https://scholarworks.wmich.edu/jssw/vol13/iss4/13>
- Matczak, A. (2007). *Kwestionariusz Kompetencji Społecznych (KKS): Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Mazur, J. (2002). *Przemoc w rodzinie: Teoria i rzeczywistość*. Wydawnictwo Akademickie Żak.
- McEwen, B. S. (2007). Physiology and neurobiology of stress and adaptation: Central role of the brain. *Physiological Reviews*, 87(3), 873–904.
<https://doi.org/10.1152/physrev.00041.2006>
- Michalska, K., & Jaszczak-Kuźmińska, A. (2007). *Psychoterapia Dorosłych Dzieci Alkoholików*. Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
- Michalska, K., & Jaszczak-Kuźmińska, D. (2007). *Przemoc w rodzinie*. PARPA-MEDIA.
- Olechnicki, K., & Załęcki, P. (1997). *Słownik socjologiczny*. Wydawnictwo Graffiti-BC.
- Miller, B. A., Downs, W. R., & Gondoli, D. M. (1989). Spousal violence among alcoholic women as compared to a random household sample of women. *Journal of Studies on Alcohol*, 50(6), 533–540. <https://doi.org/10.15288/jsa.1989.50.533>



Organizacja Narodów Zjednoczonych. (1948). *Powszechna deklaracja praw człowieka*.

<https://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>

Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. (2017). *Nadużywanie alkoholu a przemoc domowa*. PARPA.

Pospiszyl, I. (1994). *Przemoc w rodzinie*. Wydawnictwo Naukowe PWN.

Pospiszyl, I. (1998). *Psychopatia i przemoc*. Wydawnictwo Naukowe PWN.

Pospiszyl, I. (1999). *Razem przeciw przemocy*. Wydawnictwo Akademickie Żak.

Roberts, A. L., McLaughlin, K. A., Conron, K. J., & Koenen, K. C. (2011). Adulthood stressors, childhood adversity, and risk of drug dependence. *American Journal of Public Health, 101*(5), 862–870. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.180505>

Sapolsky, R. M. (2004). *Why zebras don't get ulcers: The acclaimed guide to stress, stress-related diseases, and coping* (3rd ed.). Henry Holt and Company.

Satir, V. (2000). *Rodzina. Tu powstaje człowiek*. Wydawnictwo Czarna Owca.

Schaffer, H. R. (2006). *Rozwój społeczny. Dzieciństwo i młodość*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Scharff, D. E., & Scharff, J. S. (2005). *Terapia psychodynamiczna*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. W. H. Freeman.



- Selye, H. (1983). *Stress bez distressu* (B. Jachowicz, Trans.). Państwowy Instytut Wydawniczy. (Original work published 1974)
- Sobolewska, A. (2000a). *Problemy rodziny w kontekście współczesnych zagrożeń*. Wydawnictwo Naukowe.
- Sobolewska, A. (2000b). *Dzieciństwo w cieniu przemocy*. Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej.
- Sobolewska, A. (2000c). Dorosłe dzieci alkoholików – psychologiczne mechanizmy funkcjonowania. W I. Heszen-Niejodek & Z. Ratajczak (Red.), *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne* (s. 321–338). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Sobolewska, Z. (2000). *Odebrane dzieciństwo – psychologiczne problemy dorosłych*. Instytut Psychologii Zdrowia.
- Stożek, M. (2009). *Przemoc w rodzinie. Zapobieganie w świetle przepisów prawa*. Instytut Psychologii i Zdrowia, Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
- Strelau, J., Jaworowska, A., Wrześniewski, K., & Szczepaniak, P. (1996). *Kwestionariusz radzenia sobie w sytuacjach stresowych – CISS: Podręcznik*. Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Strelau, J., Wrześniewski, K., & Fajkowska, M. (Red.). (2009). *Psychologia. Podręcznik akademicki. Tom 2*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Strelau, J., Wrześniewski, K., & Fajkowska, M. (2009). *Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych – CISS. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.



Strelau, J., & Zawadzki, B. (2009). *Psychologia stresu. Teoria i badania*. Wydawnictwo Naukowe PWN.

Strelau, J., Zawadzki, B., & Kaczmarek, M. (2005). Konsekwencje psychiczne traumy. W J.

Strelau, B. Zawadzki & M. Kaczmarek (Red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki. Tom 2* (s. 34–63). Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Sundaram, S., Kishore, M. T., & Shukla, M. (2018). Psychiatric morbidity in wives of men with alcohol dependence. *Indian Journal of Psychiatry*, *60*(3), 265–270.

https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_33_18

Szymańska, J. (2012). *Dorośle dzieci alkoholików: Psychologiczna analiza problemu*.

Warszawa: Difin.

Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, Dz. U. Nr 180, poz. 1493 z późn. zm.

Widom, C. S. (1989). The cycle of violence. *Science*, *244*(4901), 160–166.

<https://doi.org/10.1126/science.2704995>

Woititz, J. G. (2019). *Dorośle dzieci alkoholików*. Wydawnictwo Edukacyjne.

World Health Organization. (2019). *International classification of diseases (11th rev.) (ICD-11)*. Pobrano z: <https://icd.who.int/>

Wrona, M. (2015). *Relacje interpersonalne dorosłych dzieci alkoholików*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

Zimbardo, P. G., & Gerrig, R. J. (2012). *Psychologia i życie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.



Spis tabel

Tabela 1 Zmienne badawcze, typy i narzędzia pomiaru.....	76
Tabela 2. Charakterystyka grupy badawczej pod względem płci.....	86
Tabela 3. Liczbowy i procentowy rozkład badanych pod względe wieku.....	86
Tabela 4. Dane dotyczące wykształcenia u osób badanych.....	87
Tabela 5 Liczbowy i procentowy rozkład danych dotyczący występowania w rodzinie	87
Tabela 6. Liczbowy i procentowy rozkład częstotliwości doświadczenia przemocy fizycznej wśród badanych.....	88
Tabela 7. Liczbowy i procentowy rozkład występowania przemocy psychicznej.....	88
Tabela 8. Liczbowy i procentowy rozkład częstotliwości doświadczenia przemocy psychicznej wśród badanych.....	89
Tabela 9. Liczbowy i procentowy rozkład danych dotyczący alkoholu wśród rodziców DDA	90
Tabela 10. Częstotliwość uzależnienia opiekunów na życie rodzinne DDA.....	90
Tabela 11. Rozkład danych dotyczący bycia świadkiem przemocy między rodzicami.....	91
Tabela 12. Rozkład częstotliwości występowania zdarzeń w rodzinie DDA.....	91
Tabela 13. Rozkład częstotliwości odczuwania stresu u DDA.....	92
Tabela 14. Rozkład liczbowy i procentowy danych na temat poziomu stresu w ciągu 6 miesięcy.....	92
Tabela 15. Rozkład liczbowy i procentowy informacji dotyczącej reakcji na stresującą sytuację.....	93
Tabela 16. Rozkład liczbowy i procentowy informacji dotyczącej bezradności i przytłoczenia w sytuacjach stresowych.....	94
Tabela 17. Rozkład liczbowy i procentowy informacji na temat przeciążenia codziennymi obowiązkami	95



Tabela 18. Rozkład liczbowy i procentowy informacji o występowaniu trudności w nawiązywaniu nowych relacji	95
Tabela 19. Rozkład liczbowy i procentowy informacji o występowaniu trudności w utrzymywaniu długotrwałych relacji.....	96
Tabela 20. Rozkład liczbowy i procentowy na temat informacji o stopniu komfortu w sytuacji, gdy osoba musi współdziałać z nowymi osobami	96
Tabela 21. Rozkład liczbowy i procentowy informacji na temat unikania sytuacji, w których można nawiązać nowe relacje	97
Tabela 22. Rozkład liczbowy i procentowy na temat unikania kontaktu z rodziną z powodu obaw o stresujące sytuacje	98
Tabela 23. Rozkład liczbowy i procentowy informacji na temat częstotliwości wycofywania się z relacji społecznych przy napotkanych trudnościach	98
Tabela 24. Rozkład liczbowy i procentowy informacji na temat występowania przewlekłych problemów zdrowotnych mogących mieć wpływ na poziom stresu.....	99
Tabela 25. Rozkład liczbowy i procentowy informacji na temat wypalenia zawodowego i emocjonalnego	100
Tabela 26. Rozkład liczbowy i procentowy informacji na temat korzystania ze specjalisty w związku z doświadczeniem przemocy w rodzinie	101
Tabela 27. Rozkład liczbowy i procentowy informacji o dostępie w dzieciństwie do wsparcia emocjonalnego wśród bliskich im osób	101
Tabela 28. Wyniki z testu CISS dla pierwszych 20 osób i ostatniego uczestnika ID-60.....	105
Tabela 29. Wyniki stenowe i interpretacja kompetencji społecznych z testu KKS (N=60) .	106
Tabela 30. Wyniki statystyk opisowych dla badanych zmiennych CISS i KKS	108
Tabela 31. CISS a doświadczenie przemocy fizycznej na podstawie badanej grupy	113



Tabela 32. Analiza CISS a przemoc psychiczna; wyniki na podstawie testu U Manna-Whitneya	116
Tabela 33. Porównanie kompetencji społecznych KKS ze względu na przemoc fizyczną ...	117
Tabela 34. Porównanie kompetencji społecznych KKS ze względu na przemoc psychiczną	118
Tabela 35. Korelacje między nasileniem przemocy psychicznej a kompetencjami społecznymi	119
Tabela 36. Korelacje między nasileniem przemocy fizycznej a kompetencjami społecznymi	119
Tabela 37. Porównanie poziomu stresu w zależności od doświadczenia przemocy fizycznej	120
Tabela 38. Porównanie poziomu stresu w zależności od doświadczenia przemocy psychicznej	121
Tabela 39. Korelacja r Pearsona pomiędzy skalami CISS i KKS	122
Tabela 40. Model regresji liniowej	125
Tabela 41. Weryfikacja hipotez badawczych.....	128

Spis rysunków

Rysunek 1. Rozkład zmiennej SSZ dla badanej grupy	109
Rysunek 2. Rozkład zmiennej SSU dla badanej grupy.....	110
Rysunek 3. Rozkład zmiennej SSE dla badanej grupy	110
Rysunek 4. Rozkład zmiennej Asertywność dla badanej grupy	111
Rysunek 5. Rozkład wartości Intymność dla badanej grupy	111
Rysunek 6. Rozkład zmiennej Ekspozycja społeczna dla badanej grupy	112



Rysunek 7. Porównanie stylu unikowego SSU w grupach z doświadczeniem przemocy fizycznej i bez.....	114
Rysunek 8. Porównanie stylu zadaniowego SSZ w grupach z doświadczeniem przemocy fizycznej i bez.....	115
Rysunek 9. Porównanie stylu emocjonalnego SSE w grupach z doświadczeniem przemocy fizycznej i bez.....	115
Rysunek 10. Korelacja pomiędzy zmiennymi CISS i KKS.....	123
Rysunek 11. Zależność między częstością przemocy psychicznej w dzieciństwie a poziomem asertywności u DD.....	125

