

# Doświadczenia z dzieciństwa i aktywność noetyczna a nasilenie problemów psychicznych u dorosłych z rodzin z problemem alkoholowym

Krzysztof Gąsior\*

Uniwersytet Jana Kochanowskiego, Kielce

Jan Chodkiewicz

Uniwersytet Łódzki, Łódź

DIVERSIFYING CHILDHOOD EXPERIENCES AND NOETIC ACTIVITY AND THE SEVERITY OF MENTAL  
HEALTH PROBLEMS IN ADULTS WITH FAMILIES WITH ALCOHOL PROBLEMS

*Introduction.* The aim of the study was to determine the relationship between adverse childhood experiences and intensity of post-traumatic stress and problems of adaptation in the context of protective factors. What is the noetic activity associated with a meaning of life of the ACOAs. *Method.* The following tests were used: Jones' Children of Alcoholics Scenning Test (CAST), Gąsior's Family of Origin Dysfunctional Scale (FoODS), Derogatis, Lipman and Covi's Symptom Checklist (SCL-90), Briere's Trauma Symptom Inventory (TSI-A), Popielski's noetic activity test (TND) and the questionnaire about social functioning by Gąsior. The study group consisted of 350 ACOA. Average age of respondents was 30.2 years, (70% women). Cluster analysis, variance analysis and structural modeling (PLS-SEM) was used for the statistical analysis. *Results.* It was possible to distinguish three types of childhood experiences, primarily related to the severity of traumatic factors and the functioning of the parents. Types of these experiences were significantly associated with the severity of symptoms of post-traumatic stress. In contrast, noetic activity / skill relating to the ability to build self-support, shaping and achieving life goals and a sense of life are an important protecting factor. *Conclusions.* ACOAs childhood experiences are significantly different. They are linked to the severity of post-traumatic stress and problems of adaptation to adult life stages of the ACOAs. Noetic skills are an important factor that protects against psychopathology. *Summary.* Relations between adverse childhood experiences and their effects in different phases of life require further studies, which include the effect of protective factors.

**Key words:** Adult Children of Alcoholics, adverse childhood experiences, posttraumatic stress disorder, meaning of life, PLS-SEM

## WPROWADZENIE

Od kilku dekad konsekwentnie wzrasta zainteresowanie wpływem negatywnych doświadczeń z dzieciństwa na funkcjonowanie osób w różnych etapach dorosłego życia. Do przełomu lat 70/80 ub. wieku powszechnie przyjmowana była teza o nieodwracalności skutków takich doświadczeń (Schaffer, 2006). Przykładem jest tu koncepcja „syndromu DDA”. Według niej każde dziecko wzrastające w rodzinie z problemem alkoholowym w życiu dorosłym doświadcza różnorodnych problemów psychicznych i przystosowawczych (Cermak, 1984). Nowsze badania zaczęły zdecydowanie przeczyć tej tezie (Giglio i Kaufman, 1990; Windle i Searles, 1990; Sher, 1991). Wnioski z tych badań

nie są jednak tak oczywiste. Badania mające na celu wyjaśnienie tych sprzeczności oraz mechanizmów wpływających na transmisję zaburzeń psychicznych i problemów przystosowawczych prowadzone były wśród różnorodnych grup osób dorosłych i rodzin. Żadna z tych grup nie była jednak tak szeroko zbadana jak rodziny z problemem alkoholowym i dzieci alkoholików w różnych fazach ich życia (Goldenberg i Goldenberg, 2006; Harter, 2000). Okazało się, że dzieci alkoholików są grupą wysoce zróżnicowaną, u niektórych z nich pojawiają się znaczne problemy psychiczne i przystosowawcze, a część, mimo doświadczonej przeciwności losu funkcjonuje ponadnormatywnie (Werner, 1986; Benard, 1991; 2004; Cierpialkowska, 2007; Grzegorzewska, 2013). W badaniach nad rozwojem problemów psychicznych przyjęcie założenia o zróżnicowaniu doświadczeń z dzieciństwa w kontekście koncepcji podatność – stres pozwala na budowanie interakcyjnych i indeterministycznych modeli psychopatologii rozwojowej (Cicchetti, 2006). Nim jednak podjęta zostanie próba

\* Korespondencję dotyczącą artykułu można kierować na adres: Krzysztof Gąsior, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Świętokrzyskie Centrum Profilaktyki i Edukacji, ul. J. Nowaka-Jeziorańskiego 65, 25-432 Kielce. [gasion@profilaktyka.com](mailto:gasion@profilaktyka.com)

budowy takiego modelu przyjrzyjmy się pokrótce efektom badań prowadzonych wśród DDA w kontekście doświadczeń dzieciństwa. Pozwoli to na sformułowanie pytań problemowych.

### **PROCESY RODZINNE A PROBLEMY PRZYSTOSOWAWCZE U DDA**

Na rozwój dziecka w rodzinie dysfunkcyjnej wpływa wiele czynników. Wśród nich najczęściej wymienia się: uwarunkowania prenatalne, temperament i potencjał rozwojowy dziecka, postawy i praktyki rodzicielskie, zaburzenia psychiczne rodziców, przemoc w rodzinie oraz relacje z rodzeństwem (Windle i Davies, 2003). Potwierdzono hipotezy o niszczącym wpływie rodzica pijącego na rozwój dziecka, ale okazał się on niespecyficzny. Wpływ ten może być porównywalny z innymi destrukcyjnymi zachowaniami rodziców, szczególnie z przemocą w jej różnorodnych formach (Cuijpers, Langendoen i Bijl, 1999; Sher, 1991, Widera-Wysoczańska, 2010; Zucker i in., 1996). Model tzw. „rodziny alkoholowej” Steinglassa (1992) czy Wegscheider-Cruse (2000) opisuje tylko część rodzin z problemem uzależnienia. Badania Coyle’a i in. (2009) wskazały na znaczne zróżnicowanie tychże rodzin, zarówno pod względem problemów, jak i prężności, czyli odporności na przeciwności losu. Rodziny te nie rozwijają się według jednego schematu, ani nie doświadczają identycznych skutków związanych z nadużywaniem alkoholu przez rodzica. Nawet dezadaptacyjne role rodzinne nie są tylko i wyłącznie charakterystyczne dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym (Vernig, 2011). Biorąc pod uwagę z jednej strony przemianę w systemowym rozumieniu i terapii rodzin, z drugiej zaś wyniki weryfikacji dotychczasowych modeli „rodzin alkoholowych” wielu autorów wskazuje na konieczność poszukiwania nowej teorii, badań i praktyk terapeutycznych uwzględniających złożoność problemów funkcjonowania rodzin w przewlekłym stresie (Józefik, 2003; Pirooz Sholevar i Shoeri, 2003).

Aby zrozumieć funkcjonowanie rodziny wieloproblemowej i jej wpływ na rozwój potomstwa nie wystarczy rozeznanie czynników zagrażających. Koniecznym jest uwzględnienie w jej rozwoju procesów i mechanizmów chroniących, wśród których istotne miejsce zajmują duchowe i transcendentne wartości rodzinne (Walsh, 1996, 2003). Podsumowując powyższe rozważania postawić można pytanie: jakie czynniki związane z funkcjonowaniem rodziny i w jakim zakresie wpływają na zróżnicowanie doświadczeń dzieciństwa u DDA?

### **DOŚWIADCZENIA Z DZIECIŃSTWA A EFEKTY PRZYSTOSOWAWCZE I ZDROWOTNE DDA**

Dzieci alkoholików należą niewątpliwie do grupy podwyższonego ryzyka występowania uzależnień, zaburzeń psychicznych oraz przystosowawczych (Domenico i Windle, 1993; Anda i in., 2002; Bijttebier, Goethals i Ansoms, 2006; Grzegorzewska, 2011). Badania porównawcze (wewnątrzgrupowe, międzygrupowe, longitudinalne) najczęściej

wskazują na zwiększone ryzyko pojawienia się u nich przede wszystkim takich problemów psychicznych jak: stres pourazowy ostry i chroniczny, uzależnienia, zachowania antysocjalne, zaburzenia lękowe oraz zaburzenia afektywne (Harter, 2000; Cierpiałkowska i Ziarko, 2010; Schuckit i in., 2009). Najczęściej występujące problemy przystosowawcze odnoszą się do zaburzeń związanych z kontaktami społecznymi i bliskimi relacjami, poczuciem własnej wartości oraz podejmowaniem ról życiowych (Hall i Webster, 2007a). Longitudinalne badania nad zaburzeniami eksternalizacyjnymi i internalizacyjnymi wśród dzieci alkoholików od okresu przedszkolnego do wczesnej dorosłości wskazują na ich silne powiązanie nie tyle z alkoholizmem rodzica, ale przede wszystkim z jego zachowaniami agresywnymi i przemocowymi (Schuckit i in., 2003; Eiden i in., 2009; Brook i in., 2010). Wśród części DDA i ofiar przemocy w dzieciństwie występuje tendencja do kumulowania się w dłuższym okresie niekorzystnych doświadczeń dzieciństwa, co związane jest ze złożoną interpersonalną traumą (Anda i in., 2002). Jest to typ traumy o długotrwałym, wieloczynnikowym i złożonym charakterze. Badania wyraźnie wskazują na trzy obszary reakcji psychicznej na złożoną traumę w dzieciństwie. Są to: stres pourazowy jako logiczna konsekwencja traumy, zaburzenia dysocjacyjne jako forma obrony dziecka oraz zaburzenia rozwoju osobowości jako forma trwałego przystosowania osobowości (Chu, 2011; Popiel i Pragłowska, 2009). Badania nad efektami traumy wśród studentów prowadzili Hall i Webster (2002, 2007b), wykorzystując m.in. *Trauma Symptom Inventory* J. Briere’a oraz *Hall Resilience Scale*. Wyniki jakie uzyskali wskazały, że osoby dorosłe dzieci alkoholików funkcjonowały gorzej niż nieDDA. Doświadczali oni większego nasilenia zaburzeń nastroju i objawów stresu pourazowego. Cechowała ich też mniejsza prężność. Autorzy badań nie mierzyli jednak nasilenia czynników urazowych czy innych (poza alkoholizmem i przemocą) niekorzystnych doświadczeń dzieciństwa. Również inne badania wskazują na obniżenie u DDA zasobów odpornościowych. Klosterman i in. (2011) stwierdzili na podstawie badania grupy studentów (N=565), że u DDA (w odróżnieniu do nieDDA) występuje większe nasilenie objawów depresyjnych, a dominującymi strategiami radzenia sobie ze stresem są strategie unikowe. Zakładając, że podłożem doświadczeń dzieciństwa u DDA jest złożona trauma postawić można kolejne pytanie problemowe: w jakim zakresie niekorzystne doświadczenia dzieciństwa powstałe w wyniku interpersonalnej traumy powiązane są z problemami przystosowawczymi i psychopatologicznymi u DDA?

### **CZYNNIKI I MECHANIZMY CHRONIĄCE PRZED PSYCHOPATOLOGIĄ U CZŁONKÓW RODZIN WIELOPROBLEMOWYCH**

Wśród czynników, które mogą oddziaływać chroniąco na dziecko jako najważniejsze wymienia się temperament, własny potencjał rozwojowy dziecka, funkcjonowanie

w rodzinie dorosłej osoby niepijącej, specyficzne zainteresowania dziecka, praktyki rodzicielskie, relacje z rodzeństwem, duchowość w rodzinie czy wsparcie pozarodzinne (Walsh, 2006; Grzegorzewska i Farnicka, 2013; Zautra i in., 2010; Werner i Smith, 2001). Tak więc to, czy u dziecka powstanie jakaś dysfunkcja czy nie, zależy z jednej strony od liczby i siły stresorów, ale również od występowania czynników chroniących. Wśród różnorodnych koncepcji dotyczących czynników chroniących na plan pierwszy wysuwa się koncepcja resilience (prężności). Koncepcja ta ujmuje czynniki chroniące nie tylko w postaci szczególnych właściwości dziecka, ale również jako procesy i mechanizmy zmieniające się w czasie. Powiązane są one z funkcjonowaniem osobistym dziecka oraz wpływami dalszej rodziny i środowiska pozarodzinnego (Borucka, 2011; Benard, 2004). Luthar (2006) definiuje prężność jako zjawisko lub proces względnie pozytywnej adaptacji pomimo przeciwności jakie jednostka napotyka na swojej drodze. Badania nad prężnością przeprowadzono również wśród DDA (Harter, 2000; Hall i Webster, 2007a; Carle i Chassin, 2004; Palmer 1997). Wskazują one na to, że DDA w porównaniu z innymi grupami ryzyka nie są grupą ani specyficzną ani wyjątkową. Znaczną część spośród nich cechuje wysoko rozwinięta prężność, dzięki której dobrze adaptują się do warunków życia. U niektórych, podobnie jak i u innych osób doświadczonych interpersonalną traumą, pojawia się pourazowy, ponadnormatywny wzrost (Werner i Smith, 2001; Ogińska-Bulik, 2013; Masten i O'Dougherty-Wright, 2010). Badania wskazują też, że u podłoża dobrego funkcjonowania ludzi mimo doświadczanych przeciwności losu w dzieciństwie leży poczucie sensu życia i ukierunkowanie na cele w życiu (Werner i Smith, 2001; Benard, 2004). Włączenie przez V.E. Frankla (1984; Marshall i Marshall, 2012) do psychologicznych rozważań wymiaru duchowego (nazwanego przez niego noetycznym) było ważnym krokiem w badaniach nad czynnikami chroniącymi i zdrowiem psychicznym. Irvin Yalom (2008) stwierdził, że niewielu pracujących klinicznie terapeutów wniosło tak znaczący wkład do rozważań nad rolą sensu życia w psychoterapii jak Frankl. Pojawia się pytanie, w jakim zakresie czynnik chroniący jakim jest poczucie sensu życia i ukierunkowanie na cele życiowe powiązany jest z nasileniem stresu pourazowego i aktualnymi kontaktami społecznymi u DDA?

## PROBLEMATYKA BADAŃ WŁASNYCH

### CEL BADAŃ

Przedstawiony powyżej przegląd literatury dotyczącej badań nad DDA pozwolił na sformułowanie następujących pytań do badań własnych:

1. Od jakich najważniejszych czynników zależy zróżnicowanie niekorzystnych doświadczeń z dzieciństwa związanych ze wzrastaniem w rodzinie z problemem alkoholowym?
2. Jakie są związki między niekorzystnymi doświadczeniami z dzieciństwa a nasileniem problemów

psychopatologicznych i przystosowawczych w życiu dorosłym?

3. Jakie są związki między niekorzystnymi doświadczeniami dzieciństwa DDA, relacjami społecznymi i intymnymi oraz czynnikiem chroniącym za jaki uznano aktywności noetyczne i poczucie sensu życia?

W modelu badawczym uwzględnione zostały następujące zmienne: zmienna kryterialna – rodzina z problemem alkoholowym, zmienna niezależna – doświadczenia z dzieciństwa, zmienna zależna – problemy psychopatologiczne oraz relacje społeczne, zmienna modyfikująca – aktywność noetyczna.

### BADANA GRUPA

Dorośle Dzieci Alkoholików są grupą bardzo zróżnicowaną. Próbując temu choćby częściowo zaradzić ustalono celowy dobór badanej grupy. Uwzględnione zostały DDA korzystające i niekorzystające z terapii, w tym również uzależnione. DDA niekorzystające z terapii wyłoniono spośród studentów kierunków pedagogicznych. Studenci nie mieli żadnych korzyści z badań, ani nie była na nich wywierana jakakolwiek presja. Uczestnicy badań poinformowani zostali o ich celu, wypełnili też Children of Alcoholics Screening Test. Do grupy DDA zakwalifikowano osoby, które w CAST osiągnęły 6 lub więcej punktów. Grupa osób korzystających z terapii to pacjenci ośrodków leczenia uzależnień i innych ośrodków terapeutycznych. Średni wiek badanych to 30,2 lat ( $SD=7.66$ ; od 18 do 61 lat), kobiety stanowiły 70% badanej grupy ( $N=245$ ). Ogólnie zbadano 350 osób, z czego 155 nie korzystało z terapii (44.3%), 147 (42%) pozostawało w terapii, a 48 (13.7%) osób było uzależnionych i również korzystało z terapii.

### NARZĘDZIA I ZASTOSOWANE ANALIZY

W badaniach zastosowano następujące narzędzia: *Children of Alcoholics Screening Test* (CAST) Jones'a (1983) składa się z 30 pozycji. Odnoszą się one do doświadczeń związanych z zachowaniem pijącego rodzica. Test jest często stosowany do identyfikowania dzieci alkoholików, jego wartości psychometryczne zarówno w wersji angielskiej jak i polskiej są dobre (Robinson i Rhoden, 2005; Ryś, 2007).

Skala Dysfunkcjonalności Rodziny Pochodzenia „Moja Rodzina i Mój Dom” (SDRP) Gąsiora (2012). Skala składa się z 40 pozycji ujętych w trzech częściach. Pierwsza odnosi się do struktury i funkcjonowania rodziny pochodzenia (SR) oraz nasilenia czynników urazowych (CUR), druga to opis obrazu rodziców (OBRM – obraz matki, OBRO – obraz ojca) w oparciu o zestaw 9 przeciwstawnych par przymiotników, trzecia zaś to ocena praktyk rodzicielskich (PRM – praktyki matki, PRO – praktyki ojca) w kategoriach miłości, opieki, kontroli i komunikacji. Skala zawiera też opcjonalnie możliwość dokonania oceny poziomu i źródeł wsparcia pozarodzinnego. Narzę-

dzie wykazuje dobre wartości psychometryczne, wartość *alfa* Cronbacha dla SDRP wynosiła .91 (Gąsior, 2014).

Inwentarz Symptomów Traumatycznych (TSI-A) Briere'a (1995). Jest to skrócona wersja kwestionariusza TSI, składająca się z 86 pozycji testowych stosowana do oceny ostrych objawów stresu pourazowego oraz przewlekłych psychologicznych następstw wydarzeń urazowych związanych m.in. z przemocą i zaniedbywaniem dziecka. W celu zbadania rzetelności tej wersji inwentarza w opisywanych badaniach użyto współczynnika alfa Cronbacha (.96), jako miary określającej spójność pozycji wchodzących w jego skład.

Skala Objawów Psychopatologicznych (SCL-90). Jest to narzędzie służące do oceny występowania i nasilenia różnych objawów psychopatologicznych, wielokrotnie używany w licznych badaniach, o potwierdzonych dobrych właściwościach psychometrycznych (Derogatis, Lipman i Covi, 1973, Włodawiec, 2007). Narzędzie składa się z 90 pozycji, odnoszących się do dziewięciu podstawowych zespołów objawów, które tworzą następujące skale: somatyzacje, natręctwa, nadwrażliwość interpersonalna, depresja, lęk, wrogość, fobie, myślenie paranooidalne, psychotyczność.

Aktywności noetyczne to grupa 13 podskal (26 pozycji) z Testu Noodynamiki Popielskiego (1991, 1994). Test opiera się na koncepcji logoterapii V.E. Frankla i służy do badania noetycznego wymiaru ludzkiej egzystencji oraz poczucia sensu życia. Aktywności noetyczne to umiejętności i zdolności służące realizacji i spełniania się ludzkiej egzystencji oraz kształtowaniu celów życiowych i sensu własnego życia. Terminologia dotycząca duchowego wymiaru ludzkiej egzystencji w ujęciu Frankla i jego uczniów pozostaje nadal niejasna, co wynika z charakteru przedmiotu do jakiego się odnosi (Różycka i Skrzypińska, 2011). Niemniej dla celów niniejszych badań aktywność noetyczna określona została przez określone umiejętności (skills), które aktywizują dążenia człowieka do kształtowania sensu własnej egzystencji w perspektywie osobistego świata wartości. Popielski (1991) spośród tych umiejętności wymienia m.in. samopotwierdzenie, autodystans, nastawienie dialogalne, traktowanie życia jako zadania, czerpanie satysfakcji z osiągnięć, afirmacja życia oraz zreflektowana ocena poczucia sensu życia. Umiejętności te oceniane są na 5-stopniowej skali Likerta. Test w sposób zamierzony przez Autora nie został znormalizowany. Jego interpretacja oparta jest na porównaniach wyników wewnątrzgrupowych czy międzygrupowych oraz na analizie jakościowej (Popielski, 1991).

Funkcjonowanie w kontaktach społecznych. Ankieta autorska (Gąsior, 2012) służąca do badania kontaktów społecznych i bliskich relacji u osób dorosłych. Składa się z 8 pozycji i oparta jest na skali 5-stopniowej Likerta: cztery pytania odnoszą się do funkcjonowania w kontaktach społecznych (łatwość nawiązywania kontaktu, ufność wobec innych, stabilność grupy społecznej), a cztery do funkcjonowania w bliskich i intymnych relacjach (stabilność i bliskość w związku, zadowolenie z życia seksualnego oraz rozwiązywanie konfliktów).

Analizy statystyczne zgromadzonego materiału badawczego przeprowadzono w trzech etapach. W I etapie przy pomocy analizy skupień metodą *k*-średnich wyodrębniono trzy typy DDA z istotnie zróżnicowanymi doświadczeniami dzieciństwa ze względu na nasilenie czynników traumatycznych, obraz rodziców i praktyki rodzicielskie oraz koncentrację w dzieciństwie na problemach z używaniem alkoholu przez rodzica. W II etapie zbadano związki między typami doświadczeń a nasileniem problemów psychicznych i przystosowawczych. W tym celu wykorzystano jednoczynnikową analizę wariancji. W III etapie weryfikowano zbudowany w oparciu o metodę cząstkowych najmniejszych kwadratów (PLS-SEM/PM) model zależności między doświadczeniami dzieciństwa, a stresem pourazowym oraz umiejętnościami noetycznymi związanymi z ukierunkowaniem na cele życiowe i poczucie sensu życia. Zdecydowano się zastosować tę metodę ze względu na brak założenia o rozkładzie zmiennych obserwowalnych. PLS-SM/PM można stosować w badaniach grup klinicznych, których wyniki nie spełniają warunków liniowości i normalności rozkładu (Przechlewski, 2011). Właśnie w takim przypadku mamy do czynienia w prezentowanych badaniach DDA. Weryfikacja modelu PLS-SEM/PM oparta została na ocenie trafności doboru wskaźników opisujących zmienne latentne, jakości modelu zewnętrznego i wewnętrznego, oceny modelu jako całości oraz oceny istotności oszacowanych parametrów (Espozito-Vinzi i in., 2010). Do analiz statystycznych wykorzystano pakiet Statistica oraz WarpPLS.5 (Kock, 2015).

## WYNIKI

W pierwszym etapie badań zastosowano analizę skupień celem wyodrębnienia osób o odmiennych typach doświadczeń związanych z wychowywaniem się w rodzinie z problemem alkoholowym. Do grupowania badanych osób wybrano następujące zmienne różnicujące: 1) SR – struktura i funkcjonowanie rodziny pochodzenia: atmosfera domowa, warunki materialne, stabilność małżeństwa rodziców, relacje z rodzeństwem; 2) CUR – nasilenie czynników urazowych: nadużywanie alkoholu przez rodziców, występowanie przemocy ze strony ojca i/lub matki, molestowanie seksualne, zaburzenia psychiczne u rodziców w ocenie dorosłych dzieci; 3) OBRM i 4) OBRO – obraz matki i ojca w percepcji dziecka; 5) PRM i 6) PRO – ocena praktyk rodzicielskich matki i ojca; 7) CAST – ocena doświadczeń z dzieciństwa (odczucia, postawy, zachowania) związanych z funkcjonowaniem pijącego rodzica. Zmienne 1-6 oceniane były w oparciu o Skalę Dysfunkcjonalności Rodziny Pochodzenia (SDRP), zaś zmienna 7 w oparciu o CAST. Analizy skupień dokonano metodą *k*-średnich sortując odległości oraz przyjmując obserwacje przy stałym interwale. W wyniku przeprowadzonej analizy wyodrębniono trzy skupienia (Tabela 1, Tabela 2).



**Tabela 1**

Analiza wariancji zmiennych grupujących

Variable	MS	df	Błąd MS	df	F	p
SR	1397.05	2	15.66	327	89.24	.000
CUR	8527.61	2	32.87	327	259.44	.000
OBRM	4540.61	2	29.30	327	154.98	.000
OBRO	3697.64	2	21.56	327	171.55	.000
PRM	2996.12	2	33.56	327	89.30	.000
PRO	3920.98	2	30.83	327	127.17	.000
CAST	1290.32	2	26.10	327	49.45	.000

SR – struktura rodziny, CUR – doświadczenia traumatyczne, OBRM – obraz matki, OBRO – obraz ojca, PRM – praktyki matki, PRO – praktyki ojca, CAST – test CAST.

Źródło: opracowanie własne

**Tabela 2**

Średnie dla czynników kryterialnych 3 skupień oraz istotne statystycznie różnice między poszczególnymi parami skupień. (N=329)

Grupa	SR	CUR	OBRM	OBRO	PRM	PRO	CAST
skupienie 1/S1 (N=131)	-3.93↑	8.28↓	19.45↓	31.98↑	13.96↓	27.40↑	20.27↓
skupienie 2/S2 (N=115)	-8.45↓	-2.80↓	18.50↓	21.78↑	13.88↓	16.90↓	14.54↓
skupienie 3/S3 (N=125)	-1.54↑	14.28↑	29.86↑	29.20↑	23.80↑	27.06↑	20.61↑
Istotne różnice w parach (test Dunkana)	1-2 1-3 2-3	1-2 1-2 2-3	1-3 2-3	1-2 1-3 2-3	1-3 2-3	1-2 2-3	1-2 1-3 2-3

Ocena nasilenia czynników: ( $p < .05$ ), ↑ – wysokie, ↓ – średnie, ↓ – niskie;

Źródło: opracowanie własne

Porównanie średnich dla czynników kryterialnych uzyskanych skupień pozwoliło na opisanie trzech typów doświadczeń związanych ze wzrastaniem w rodzinie pochodzenia. Wysoce negatywne i traumatyczne doświadczenia z dzieciństwa (S3) z nieznaczną obecnością czynników chroniących charakteryzowały osoby ze skupienia 3. W doświadczeniach tych osób dominowało największe nasilenie czynników urazowych związanych z alkoholizmem rodzica, występowaniem przemocy w jej różnych postaciach oraz z problemami psychicznymi rodziców. Obraz obojga rodziców ukształtowany w dzieciństwie był negatywny, podobnie jak ich praktyki rodzicielskie. Atmosfera rodzinna była zła a relacje z rodzeństwem trudne. Doświadczenia z dzieciństwa u osób ze skupienia 2 (S2) były zróżnicowane, z silną obecnością doświadczeń korzystnych i ochraniających. Pomimo alkoholizmu rodzica w tej grupie osób występowało najniższe nasilenie przemocy (lub jej brak) oraz innych czynników urazowych. Matka, jako osoba niepijąca była opiekuńcza i dobrze funkcjonowała. Atmosfera domowa jak i relacje z rodzeństwem oceniane były oceniane jako w miarę dobre. Kolejna podgrupa badanych tworząca skupienie 1 (S1) oceniła swe doświadczenia z dzieciństwa jako nieko-

rzystne i stresowe, jednak bez znamion traumy. W porównaniu z pozostałymi dwoma skupieniami nasilenie przemocy i czynników urazowych było średnie. Choć ojciec źle funkcjonował i jego praktyki rodzicielskie były dysfunkcyjne, to matka była zdecydowanie ochraniająca i wspierająca dziecko oraz otaczająca je miłością.

Drugi etap analiz koncentrował się na analizie powiązań typów doświadczeń z dzieciństwa z występowaniem u badanych w okresie dorosłości problemów psychopatologicznych oraz czynników chroniących związanych z poczuciem sensu życia. W tym celu porównano wyniki Skali Dysfunkcyjności Rodziny Pochodzenia z wynikami SCL-90, TSI-A oraz TND (Aktywności noetycznej).

Analiza wariancji wskazuje na to, że różnice w zakresie występowania objawów psychopatologicznych mierzonych SCL-90 (Tabela 3) dotyczą przede wszystkim skupień 2-3 i 1-3. Nasilenie ogólnego psychologicznego dystresu nie różnicuje badanych ze skupienia 1 i 2.

Najwyższe nasilenie różnych objawów psychopatologicznych (SCL-90) charakteryzuje badanych z wysoce negatywnymi i traumatycznymi doświadczeniami dzieciństwa (S3). Osoby te charakteryzuje istotnie większe nasilenie objawów depresyjnych i lękowych oraz nad-

**Tabela 3**

Porównanie średnich nasilenia objawów psychopatologicznych (SCL-90) w poszczególnych skupieniach

Variables/zmienna	Skupienie 1		Skupienie 2		Skupienie 3		F	df	p	Eta <sup>2</sup>	test post hoc
	N=101		N=111		N=118						
	M	SD	M	SD	M	SD					
Somatyzacja	12.03	9.80	11.31	8.31	12.80	8.66	.78	2; 316	.4588	.005	n.i.
Natężenia	12.99	7.42	12.72	7.95	17.74	8.44	13.93	2; 325	.0000	.079	3-2; 3-1
Nadwrażliwość interp.	11.95	8.68	9.93	7.14	16.73	8.73	20.70	2; 326	.0000	.113	3-2; 3-1
Depresja	16.06	10.62	14.72	10.75	22.31	10.96	16.03	2; 325	.0000	.080	3-2; 3-1
Lęk	11.54	8.08	10.69	8.07	16.82	9.76	16.47	2; 325	.0000	.092	3-2; 3-1
Wrogość	6.17	4.52	6.03	4.10	7.96	5.05	5.56	2; 327	.0042	.033	3-2; 3-1
Fobie	3.53	4.26	3.98	4.46	5.44	5.40	4.86	2; 326	.0083	.029	3-1; 3-2
Myślenie paranoidalne	7.40	5.13	6.82	5.00	9.36	5.33	7.60	2; 327	.0006	.044	3-2; 3-1
Psychotyczność	6.70	5.94	6.19	6.45	10.46	7.18	14.23	2; 324	.0000	.081	3-2; 3-1
Wynik ogólny	76.22	47.94	70.61	48.65	106.30	52.87	16.81	2; 327	.0000	.093	3-2; 3-1

Zastosowano test Duncana różnic między grupami (1,2,3). Podano istotne statystycznie ( $p < .05$ ) różnice między poszczególnymi skupieniami (1-2,3). Źródło: opracowanie własne

wrażliwość interpersonalna. Najniższe nasilenie problemów psychicznych i dystresu cechuje osoby ze zróżnicowanymi i korzystnymi doświadczeniami dzieciństwa (S2). Istotnym czynnikiem chroniącym okazało się być funkcjonowanie rodzica niepijącego, matki oraz niekonfliktowa atmosfera domowa. Interesująco wygląda porównanie wyników SDRP z wynikami TSI-A (Tabela 4).

Skale związane z zaburzeniami nastroju różnicują wszystkie skupienia. Największe nasilenie zaburzeń nastroju występuje w przypadku skupienia 3, czyli osób z wysoce traumatycznymi doświadczeniami dzieciństwa. Umiarkowane problemy dotyczące zaburzeń nastroju cechują osoby ze skupienia 1, a niskie z 2 skupienia. Największe nasilenie objawów typowych dla stresu pourazo-

**Tabela 4**

Porównanie średnich nasilenia objawów stresu pourazowego (TSI-A) w poszczególnych skupieniach

Variables/zmienna	Skupienie 1		Skupienie 2		Skupienie 3		F	df	p	Eta <sup>2</sup>	test post hoc
	N=101		N=111		N=118						
	M	SD	M	SD	M	SD					
AA – Niepokój	10.39	6.18	8.59	5.35	12.81	5.94	15.08	2; 33	.0000	.085	3-2; 3-1; 1-2
D – Depresja	10.58	6.06	8.94	5.34	13.25	5.70	16.52	2; 33	.0000	.092	3-2; 3-1; 1-2
AI – Złość/drażliwość	11.70	7.22	10.53	6.45	14.08	6.54	8.31	2; 33	.0003	.048	3-2; 3-1
IE – Intruzje	9.22	5.81	7.86	5.35	12.07	6.25	15.51	2; 33	.0000	.087	3-2; 3-1
DA – Unikanie obronne	10.46	6.15	9.05	6.07	11.30	6.83	3.58	2; 32	.0289	.022	3-2
DIS – Dysocjacja	7.35	5.99	6.36	5.70	10.24	7.23	11.26	2; 32	.0000	.066	3-2; 3-1
ISR – Zaufanie do siebie	10.66	6.87	9.45	5.62	14.25	6.74	17.33	2; 33	.0000	.096	3-2; 3-1
TRB – Redukcja napięcia	3.53	3.51	4.11	4.23	5.23	4.26	5.05	2; 33	.0069	.030	3-2; 3-1
DMS – Zaburzenia nastroju	32.67	17.85	28.04	15.53	40.22	16.41	15.51	2; 33	.0000	.088	3-2; 3-1; 1-2
SP – Stres pourazowy	26.74	15.71	23.40	15.76	33.74	18.44	11.03	2; 32	.0000	.065	3-2; 3-1
DSelf. – dysfunkcje Self	14.21	9.42	13.47	8.94	19.42	9.87	13.36	2; 32	.0000	.076	3-2; 3-1
TSI – wynik ogólny	93.38	48.39	81.98	45.06	116.40	49.00	15.59	2; 33	.0000	.087	3-2; 3-1

Zastosowano test Duncana różnic między grupami (1,2,3). Podano istotne statystycznie ( $p < .05$ ) różnice między poszczególnymi skupieniami (1-2,3). Źródło: opracowanie własne

wego oraz zaburzeń *self* występuje u osób ze skupienia 3. Natomiast istotnie niższe, lecz porównywalne nasilenie tych objawów występuje u osób ze skupienia 1 i 2. Przyjrzyjmy się różnicom w nasileniu aktywności noetycznych (Tabela 5).

niono poprzez zmienne stanowiące trzy podgrupy skal testu TSI-A: zaburzenia nastroju (DMS), stres pourazowy (SP) oraz dysfunkcje w obszarze self (DSelf). Funkcjonowanie w relacjach opisane zostało przez dwa wskaźniki: kontakty społeczne (kont\_spo: 4 pozycje oceniające

**Tabela 5**

Porównanie średnich nasilenia Aktywności Noetycznych (TND) poszczególnych skupieniach

Variables/zmienna	Skupienie 1 N=101		Skupienie 2 N=111		Skupienie 3 N=118		F	df	p	Eta <sup>2</sup>	test post hoc
	M	SD	M	SD	M	SD					
Samopowierzenie	3.50	.88	3.75	.92	3.43	1.03	4.94	2; 327	.0077	.029	1-3; 2-3
Autotranscendencja	3.27	.75	3.30	.73	3.40	.78	.97	2; 327	.3813	.006	brak
Autodystans	3.29	.93	3.25	.80	3.07	.99	1.95	2; 327	.1439	.012	brak
Życie jako zadanie	3.89	.80	4.00	.80	3.67	.86	4.63	2; 327	.0104	.028	2-3
Satysfakcja z osiągnięć	3.59	1.10	3.60	.99	3.21	1.01	5.29	2; 327	.0055	.031	1-3; 2-3
Kierowanie się sumieniem	3.42	.90	3.43	.80	3.74	.86	5.26	2; 327	.0056	.031	1-3; 2-3
Afirmacja życia	3.76	.77	3.69	.77	3.51	.94	2.57	2; 327	.0777	.015	1-3
Kreatywność	3.75	.75	3.67	.81	3.63	.86	.57	2; 327	.5663	.003	brak
Nastawienie diagonalne	3.84	.87	3.88	.87	3.52	.91	5.89	2; 327	.0031	.035	1-3; 2-3
Gotowość do wyrzeczeń	3.13	.84	3.23	.81	3.36	.92	1.83	2; 327	.1614	.011	brak
Akceptacja innych	3.50	.91	3.57	.73	3.14	.90	8.22	2; 327	.0003	.048	1-3; 2-3
Życzliwość wobec innych	4.11	.61	4.05	.77	4.06	.66	.24	2; 327	.7855	.001	brak
Ocena poczucia sensu życia	3.86	1.05	4.06	.87	3.46	1.12	9.20	2; 327	.0001	.053	1-3; 2-3
Ogólny wynik AKTNOE	47.2	6.49	47.5	6.42	45.2	6.93	3.92	2; 327	.0208	.023	1-3; 2-3

Zastosowano test Duncana różnic między grupami (1,2,3). Podano istotne statystycznie ( $p < .05$ ) różnice między poszczególnymi skupieniami (1-2,3). Źródło: opracowanie własne

Autotranscendencja, autodystans, kreatywność, gotowość do wyrzeczeń oraz życzliwość wobec innych nie różnicuje wyodrębnionych skupień. Nasilenie aktywności noetycznych jest podobne w przypadku skupień 1 i 2. Największe różnice natomiast zaobserwować można między skupieniami 3 i 1 oraz 3 i 2. Osoby ze skupienia 3 (o największym nasileniu niekorzystnych doświadczeń dzieciństwa) cechuje również najniższe nasilenie aktywności noetycznych zwłaszcza w zakresie samopowierzenia, traktowania życia jako zadania, satysfakcji z osiągnięć, afirmacji życia, nastawienia dialogalnego, akceptacji innych czy własnej oceny poczucia sensu życia.

Trzeci etap analiz, to próba budowy modelu ścieżkowego wg PLS-SM, który miał ująć zależności między doświadczeniami dzieciństwa, stresem pourazowym oraz umiejętnościami noetycznymi i funkcjonowaniem w relacjach społecznych. Doświadczenia dzieciństwa (DD) jako zmienna latentna opisane zostały poprzez zmienne obserwowalne stanowiące trzy grupy podskal testu SDRP: doświadczenia traumatyczne, obraz i praktyki rodzicielskie matki oraz obraz ojca i praktyki rodzicielskie ojca. Psychologiczne następstwa doświadczeń urazowych oce-

łatwość nawiązywania kontaktów, posiadanie przyjaciół i znajomych, zaufanie do ludzi oraz zadowolenie z życia towarzyskiego) i kontakty intymne (bliski\_zw: 4 pozycje oceniające stabilność i bliskość w związku, zadowolenie z życia seksualnego oraz umiejętność rozwiązywania konfliktów). Do budowy ostatecznej wersji modelu wykorzystano część testu TND odnoszącą się do 13 umiejętności noetycznych związanych z realizacją własnej egzystencji (AKTNOE).

Analiza modelu zewnętrznego potwierdziła zasadność doboru poszczególnych zmiennych, ponieważ obliczone ładunki przekraczały wartość .5 oraz wartość  $p < .05$  (por. wartości prognozy wg Hair i in, 2012, 2014). W przypadku narzędzi niewystandaryzowanych i nieznormalizowanych eliminowano podskale czy pozycje, których wartości były niższe od wartości rekomendowanych (Kock, 2015). W Tabeli 6. przedstawiono ostatecznie uzyskane wartości *alfa* Cronbacha (CA), złożonego współczynnika rzetelności (CR), przeciętną wariancję wyodrębnioną (AVE) oraz zasadność dyskryminacyjną zmiennych (konstruktów) w postaci pierwiastka z AVE (zaznaczone na przekątnej). (Tabela 6)

**Tabela 6**

Wartości alfa Cronbacha (CA), złożonego współczynnika rzetelności (CR), przeciętnej wariancji wyodrębnionej (AVE) oraz zasadność dyskryminacyjna zmiennych (konstruktów)

	CA	CR	AVE	kont_spo	bliski_z	DD	DMS	SP	Dself	AKTNOE
kont_spo	.70	.81	.52	<b>.723</b>						
bliski_z	.80	.87	.63	.325	<b>.796</b>					
DD	.80	.85	.46	-.297	-.191	<b>.677</b>				
DMS	.90	.94	.84	-.416	-.299	.389	<b>.915</b>			
SP	.89	.93	.81	-.338	-.325	.350	.811	<b>.902</b>		
Dself	.76	.89	.81	-.290	-.339	.297	.849	.795	<b>.898</b>	
AKTNOE	.89	.92	.61	.443	.281	-.244	-.650	-.574	-.565	<b>.780</b>

SR – struktura rodziny, T – doświadczenia traumatyczne, DD – doświadczenia dzieciństwa, DMS – zaburzenia nastroju, SP – stres pourazowy, DSelf – zaburzenia w obszarze Self, AN – aktywności noetyczne. Źródło: opracowanie własne.

Weryfikacja rzetelności tychże wskaźników w odniesieniu do zmiennych jest pozytywna: alfa Cronbacha i złożony współczynnik rzetelności (CR) osiągają wartości powyżej .70. Również zadawalające wartości prezentuje przeciętna wariancja wyodrębniona (powyżej wymaganego progu

nego). Zarówno przeciętny współczynnik ścieżki jak i przeciętny i skorygowany  $R^2$  osiągają wartości zadawalające. Dotyczy to również pozostałych eksperymentalnych (jak je określa N. Kock) wskaźników, jak np. paradoks Simpsona.

#### Ramka 1. Charakterystyka modelu strukturalnego wraz z oceną jego parametrów

Przeciętny współczynnik ścieżki /Average path coefficient (APC)=.249,  $P<.001$   
 Przeciętny  $R^2$  /Average R-squared (ARS)=0.361,  $P<.001$   
 Przeciętny skorygowany  $R^2$  /Average adjusted R-squared (AARS)=.355,  $P<.001$   
 Przeciętny blok VIF (AVIF) /Average block VIF (AVIF)=2.207, akceptowany/ acceptable if  $\leq 5$ , idealny/ ideally  $\leq 3.3$   
 Przeciętna pełna współliniowość VIF (AFVIF) /Average full collinearity VIF (AFVIF)=2.684, akceptowana/ acceptable if  $\leq 5$ , idealna/ ideally  $\leq 3.3$   
 Wskaźnik GoF Tenenhaus/ Tenenhaus GoF (GoF)=.491, niski/ small  $\geq .1$ , średni/ medium  $\geq .25$ , wysoki/ large  $\geq .36$   
 Paradoks Simpsona/ Sympon's paradox ratio (SPR)=1.000, akceptowany/ acceptable if  $\geq .7$ , doskonały/ ideally = 1  
 Kontrybucyjny  $R^2$  /R-squared contribution ratio (RSCR)=1.000, akceptowany /acceptable if  $\geq .9$ , doskonały /ideally = 1

.5). Konstrukcja DD (doświadczenia dzieciństwa) nie osiąga kryterialnych wartości AVE, ale cechuje go zadawalająca wartość CA i CR. Jeśli chodzi o zasadność dyskryminacyjną, każda z osobną ze zmiennych (konstruktów) spełnia konieczny przy jej ocenie warunek mówienia pierwiastka z AVE nad korelacjami z pozostałymi konstrukcjami (przekątna w Tabeli 6).

W kolejnym kroku przeprowadzono charakterystykę modelu strukturalnego (schemat 1. i ramka 1.) wraz z oceną jego parametrów<sup>1</sup>.

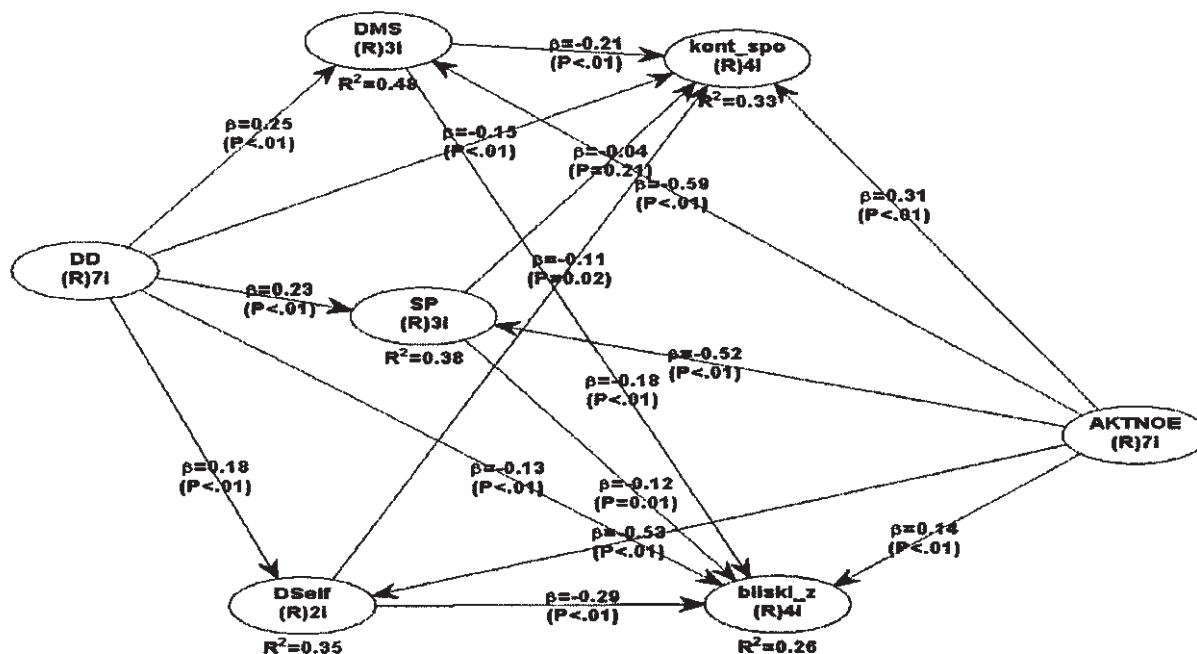
Czynnik inflacji wariancji VIF (AFVIF) = 2.21 nie przekracza wartości 3.3 rekomendowanych dla „doskonałych” modeli. Stąd wnioskować można, że nie występują w modelu problemy związane ze współliniowością. Również wskaźnik GoF Tenenhaus (.49) osiąga wartości znaczące, co świadczy o dobrym łącznym dopasowaniu modelu wewnętrznego i strukturalnego (zewnątrz-

Współczynnik  $R^2$  dla analizowanych zmiennych DSelf, SP, DMS i „kont\_spo” osiąga wartości od .35 do .48, ocenę jako można jako umiarkowane. Ten sam współczynnik dla zmiennej „bliski\_z” osiąga wartość .26, ocenę ją należy jako słabą. Można wyróżnić dwie grupy związków między zmiennymi, co do ich siły. Najsilniejsze negatywne związki występują pomiędzy umiejętnościami/ aktywnościami noetycznymi, a zmiennymi dot. przewlekłych efektów stresu pourazowego ( $\beta$  od -.52 do -.59). Słabsze związki choć nadal istotne i pozytywne występują między doświadczeniami dzieciństwa (DD) a objawami stresu pourazowego ( $\beta$  od .18 do -.25).

Zweryfikowany model wskazuje, że doświadczenia dzieciństwa powiązane są w sposób co najmniej umiarkowany (ale i zróżnicowany) z występowaniem w dorosłych fazach życia psychologicznych następstw wydarzeń urazowych i stresujących. Silniejsze związki dotyczą zaburzeń nastroju, a w dalszej kolejności typowych objawów stresu pourazowego. Zaburzenia afektywne zdają się silniej wpływać na relacje międzyludzkie ( $\beta=-.21$ ) niż na intymne kontakty ( $\beta=-.18$ ). Odwrotne zależności występują w przypadku zaburzeń self, które głównie oddziałują na intymne relacje ( $\beta=-.29$ ). Bezpośrednie związki

<sup>1</sup> Konstrukcja, opis i interpretacja parametrów zastosowanych w ocenie modelu PLS-PM zastosowanych w programie WarpPLS 5.0 znajduje się w podręczniku N. Kock (2015). WarpPLS 5.0 User manual. www.scriptwarp.com. Por. też: Kock, Lynn (2012).





Schemat 1. Model strukturalny zależności między zmiennymi latentnymi: DD – doświadczenia dzieciństwa; DMS – zaburzenia nastroju; SP – stres pourazowy; DSelf – dysfunkcje Self; kont\_spo – kontakty społeczne; bliski\_z – bliski związek; AKTNOE – aktywności/ umiejętności noetyczne. Współczynniki ścieżek i wartość  $p < .01$ . Źródło: opracowanie własne

doświadczeń dzieciństwa i kontaktów społecznych choć istotne, są jednak słabe ( $\beta$  od  $-.13$  do  $.15$ ). Objawy stresu pourazowego i przewlekłe psychologiczne następstwa doświadczeń urazowych są istotne, choć co najwyżej umiarkowanie powiązane z funkcjonowaniem badanych w relacjach międzyludzkich. Umiejętności/aktywności noetyczne są natomiast istotnym i silnie chroniącym czynnikiem przed problemami przystosowawczymi i psychicznymi ( $\beta$  od  $-.52$  do  $-.09$ ) oraz trudnościami w relacjach międzyludzkich. To ostatnie bardziej jednak dotyczy ogólnych kontaktów społecznych ( $\beta = .31$ ) niż bliskich i intymnych relacji w związku ( $\beta = .14$ ). Pierwotnie model uwzględniał wszystkie 13 podskal TND odnoszących się do aktywności noetycznych. Analiza zewnętrznego modelu, jak wspomniano wyżej, ograniczyła ich ilość (ze względu np. na osiąganą wartość *alfa* Cronbacha) do 7 podstawowych umiejętności. Natomiast analiza jakościowa wyników pozwoliła na wyodrębnienie trzech podgrup umiejętności noetycznych związanych z: a) budowaniem oparcia w sobie i innych (samopotwierdzenie, autodystans, nastawienie dialogalne), b) kształtowaniem celów życiowych (życie jako zadanie, satysfakcja z osiągnięć) oraz poczuciem sensu i wartości własnego życia (afirmacja życia, poczucie sensu życia). Są to umiejętności często wymieniane jako podstawowe w kształtowaniu wymiaru prężności związanego z poczuciem sensu i zdolnością do realizacji celów życiowych (Benard, 2004).

## DYSKUSJA I WNIOSKI

Doświadczenia dzieciństwa wśród badanej grupy DDA są wyraźnie zróżnicowane, od traumatycznych i zagrażających aż po w miarę korzystne rozwojowo. Wczesniejsze badania z wykorzystaniem analizy skupień dotyczące DDA (D'Andrea, Fisher i Harrison, 1994; Gašior 2014), rodzin z problemem alkoholowym (Coyle i in., 2009) czy też rodzin z dziećmi leczącymi się psychiatrycznie (Davies, 2013) pozwoliły na wyodrębnienie trzech typów opisujących zróżnicowanie funkcjonowania tychże rodzin oraz ich członków. Również wyniki niniejszych badań wskazują, że wśród badanych DDA wyodrębnić można trzy podgrupy z wyraźnie zróżnicowanymi doświadczeniami związanymi ze wzrastaniem w rodzinie. Główne czynniki mające wpływ na zróżnicowanie tych doświadczeń to nasilenie czynników urazowych i traumatycznych (szczególnie związanych z przemocą i zaniedbywaniem dziecka), funkcjonowanie rodzica niepijącego, którym najczęściej była matka oraz ogólna atmosfera domu rodzinnego, szczególnie relacje z rodzeństwem. Podsumowując, przeprowadzone badania pozwoliły na wyodrębnienie następujących trzech grup osób o różnych typach doświadczeń z dzieciństwa:

1. osoby z traumatycznymi doświadczeniami (skupienie S3) wśród których dominowała przemoc, oboje

rodzice źle funkcjonowali, a obecność czynników chroniących w rodzinie była niewielka;

2. Osoby o niekorzystnych doświadczeniach (skupienie S1) związanych z przemocą i źle funkcjonującym rodzicem pijącym ale chroniącą i opiekuńczą matką;
3. oraz osoby o zróżnicowanych, zarówno niekorzystnych ale i korzystnych, chroniących dziecko doświadczeniach (skupienie S2).

Niekorzystne doświadczenia z dzieciństwa ujęte w wyżej opisane typy istotnie powiązane są z występowaniem ogólnego psychologicznego dystresu. W sposób ogólny wniosek ten potwierdzają badania Hall i Webster (2002, 2007b) prowadzone wśród DDA. Niemniej, zgodnie z uzyskanymi wynikami w prezentowanych badaniach własnych związki te są zróżnicowane. Zależą nie tylko od nasilenia niekorzystnych i traumatycznych wydarzeń, ale i obecności czynników chroniących, zarówno w okresie dzieciństwa jak i dorosłości. Rozległość i nasilenie przemocy oraz złe funkcjonowanie obojga rodziców okazało się zmienną najsilniej powiązaną z problemami przystosowawczymi i przewlekłym stresem pourazowym u badanych ze skupienia 3. W przypadku jednak dobrego funkcjonowania rodzica niepijącego, mimo występowania alkoholizmu i przemocy ze strony ojca problemy przystosowawcze badanych ze skupienia 1 i 2 były istotnie mniejsze. Funkcjonowanie rodzica niepijącego i jego więź z dzieckiem jest więc głównym i dominującym czynnikiem chroniącym przed psychopatologią.

Odróżniając przemoc od złego traktowania dziecka zgodnie ze spostrzeżeniami Emery i Laurmann-Billings (1998) oraz biorąc pod uwagę wyniki niniejszych badań stwierdzić można, że przemoc nie zawsze jest obecna w rodzinach z problemem alkoholowym. W tych rodzinach, gdzie nasilenie przemocy wobec dziecka czy innych domowników jest duże oraz połączone z innymi niekorzystnymi doświadczeniami, istotnie wzrasta prawdopodobieństwo wystąpienia w życiu dorosłym potomstwa poważnych problemów zdrowotnych (por. Repetti, Taylor i Seeman, 2002; Anda i in., 2006). U części DDA występuje zjawisko kumulowania się różnorodnych czynników urazowych, wśród których dominuje przemoc emocjonalna i fizyczna, zaniedbywanie dziecka oraz problemy psychiczne rodziców. Związki między doświadczeniem w dzieciństwie przewlekłej przemocy a problemami przystosowawczymi były silniejsze niż samo występowanie alkoholizmu w rodzinie.

Zaobserwowano istotną zależność między nasileniem objawów przewlekłego stresu pourazowego, a kontaktami społecznymi w życiu dorosłym u badanych. Nasilenie Dysfunkcji *Self* w sposób istotny wpływa na bliskie i intymne relacje w związkach, silniej niż na ogólne kontakty społeczne o charakterze towarzyskim. Tymczasem w przypadku zaburzeń nastroju obserwujemy odmienną zależność: silniej oddziałują one na problemy w ogólnych kontaktach społecznych niż na bliskie związki. Może wynikać to stąd, że przewlekłe doświadczenia trauma-

tyczne, których skutkiem są zmiany w obszarze *Self* prowadzą do głębszych uszkodzeń w tworzeniu bliskich więzi. Wskazywały na to wcześniejsze badania (Kelly i in., 2005). Pozostaje jednak kwestią nadal otwartą na ile interpersonalna trauma i w oparciu o jakie mechanizmy bezpośrednio wpływa na etiologię zaburzeń psychicznych (Mauritz, Gossens, Draijer i Achtenberg, 2013).

Wyniki prezentowanych badań wskazały, że niekorzystne doświadczenia dzieciństwa w sposób umiarkowany powiązane są z występowaniem odległych skutków stresu pourazowego. Tymczasem umiejętności/aktywności noetyczne okazały się istotnymi czynnikami chroniącymi. Wydają się one być silniej powiązane z nasileniem chronicznego stresu pourazowego niż czynniki urazowe. Jest to bardzo optymistyczny wniosek, ale należy traktować go ostrożnie. W ostatnich kilku dekadach dynamicznie rozwinęły się badania nad czynnikami chroniącymi. Główne kierunki poszukiwań związane są z koncepcją rezyliencji, salutogenezy i wzrostu pourazowego (Junik, 2011; Garmezy, 1993; Ungar, 2008). Koncepcja Frankla noetycznego wymiaru ludzkiej egzystencji niewątpliwie powiązana jest z konstruktem resiliencji. Mamy nadal jednak ograniczoną wiedzę zarówno na temat jego istoty, jak i mechanizmów wpływających na jego rozwój. Pomimo to, prezentowane wyniki badań wskazują na konieczność tworzenia programów pomocowych skoncentrowanych na rozwijaniu prężności i umiejętności noetycznych, które winny być kierowane do rodzin z problemem alkoholowym czy osób, które w nich wzrastały. Dobrym przykładem implementacji badań nad prężnością rodzin z problemem alkoholowym do terapii są propozycje Coyle'a (2011, Coyle i in., 2009).

## OGRANICZENIA BADAŃ I PODSUMOWANIE

Prezentowane badania mają swoje ograniczenia. Dobór badanej grupy do pewnego stopnia zawęża siłę wyciąganych wniosków. Częściowo ograniczenie to równoważyło uwzględnienie w badaniach DDA korzystających jak i niekorzystających z terapii, w tym osób uzależnionych. W badanej grupie dominowały kobiety (70%), co również ogranicza możliwości uogólniania wniosków na populację mężczyzn. Inne ograniczenia wynikają z zastosowanych narzędzi czy przyjętego ogólnego modelu badawczego. W modelu tym nie uwzględniono ani wpływów środowiska pozarodzinnego ani cech podmiotowych, jak np. temperament. W przyszłości model ten koniecznie należy poszerzyć.

Wyniki badań mogą mieć istotne znaczenie dla profilaktyków i terapeutów. Zróżnicowanie doświadczeń i powiązanych z nimi dalekosiężnych skutków zmienia nie tylko cele ale i sposoby pomagania. Dla większości osób z traumatycznymi doświadczeniami dzieciństwa pomoc terapeutyczna nie jest potrzebna. Niemniej poszerzenie świadomości swoich potencjalności, jak i ograniczeń związanych z rodziną pochodzenia może, jak to stwierdziła Dana Bain (2011), kreować ich

nowe możliwości. Część pozostała osób, które doznały w dzieciństwie interpersonalnej traumy korzystając z psychoterapii może skutecznie poradzić sobie z problemami i trudnościami życiowymi. Ważne jest, aby terapia oparta była na racjonalnych i zweryfikowanych również badawczo przesłankach, w przeciwnym razie pociągnie za sobą efekty jatrogenne (por. Harter, 2000).

Patrząc w przyszłość, warto podkreślić konieczność prowadzenia dalszych badań wśród osób, które w dzieciństwie zaznały szeregu traum czy innych niekorzystnych doświadczeń, szczególnie w zakresie zróżnicowanego rozwoju chronicznego stresu pourazowego. Badania te winny koncentrować się na dalszym rozpoznawaniu czynników zagrażających rozwojowi dziecka ale przede wszystkim na wyjaśnianiu mechanizmów oraz procesów wpływających na budowanie odporności na przeciwności losu.

## LITERATURA

- Anda, R.F., Whitfield, C.L., Felitti, V.J., Chapman, D., Edwards, V.J., Dube, S.R., Williamson D.F. (2002). Adverse childhood experiences, alcoholic parents, and later risk of alcoholism and depression. *Psychiatric Services*, 53, 8, 1001-1009.
- Anda, R.F., Felitti, V.J., Bremner, J.D., Walker, J.D., Whitfield, C., Perry, B.D., Dube, S.R., Giles, W.H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry Clinical Neuroscience*, 256, 174-186.
- Bain, D. (2011). *Awareness creates opportunity: A narrative study of resilience in adult children of alcoholics*. [http://library.usask.ca/theses/submitted/etd-05202011-105331/unrestricted/Bain\\_Dana\\_2011.pdf](http://library.usask.ca/theses/submitted/etd-05202011-105331/unrestricted/Bain_Dana_2011.pdf) z dn. 10.03.2012.
- Benard, B. (1991). *Fostering resiliency in kids: Protective factors in the family, school, and community*. Portland: Northwest Regional Educational Laboratory.
- Benard, B. (2004). *Resiliency. What we have learned*. San Francisco: WestEnd.
- Bijtebier, P., Goethals, E., Ansoms, S. (2006). Parental drinking as a risk factor for children's maladjustment: The mediating role of family environment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20, 2, 126-130.
- Borucka, A. (2011). Koncepcja resiliency. Podstawowe założenia i nurty badań. W: W. Junik (red.). *Resilience. Teoria – badania – praktyka* (s. 11-28). Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia.
- Briere, J. (1995). *Trauma Symptom Inventory. Professional manual*. Odessa: PAR Inc.
- Brook, J.S., Balka, E.B., Crossman, A.M., Dermatis, H., Galanter, M., Brook, D.W. (2010). The relationship between parental alcohol use, early and late adolescent alcohol use, and young adult psychological symptoms: A longitudinal study. *American Journal on Addictions*, 19, 6, 534-542.
- Carle, A.C., Chassin, L. (2004). Resilience in a community sample of children of alcoholics: Its prevalence and relation to internalizing symptomatology and positive affect. *Applied Developmental Psychology*, 25, 577-595.
- Cermak, T. (1984). Children of alcoholics and the case for a new diagnostics category of codependency. *Alcohol, Health and Research World*, 8, 38-42.
- Chu, J. (2011). *Rebuilding shattered lives. Treating complex PTSD and dissociative disorders*. New York: John Wiley & Sons.
- Cicchetti, D. (2006). Development and Psychopathology. W: D. Cicchetti., D.J. Cohen (red.), *Developmental psychopathology: Theory and method* (tom 1, s. 1-23. New York, NY: Wiley.
- Cierpiałkowska, L. (2007). Dzieci alkoholików w perspektywie rozwojowego modelu podatności i odporności na zaburzenia psychiczne. *Czasopismo Psychologiczne*, 13, 1, 3-19.
- Cierpiałkowska, L., Ziarko, M. (2010). *Psychologia uzależnień – alkoholizm*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Coyle, J. P. (2011). Resilient families help make resilient children. *Journal of Family Strengths*, 11, 1, Article 5. <http://digitalcommons.library.tmc.edu/jfs/vol11/iss1/5>
- Coyle, J.P., Nochajski, T., Maguin, E., Safyer, E., DeWit, D., Macdonald, S. (2009). An exploratory study of the nature of family resilience in families affected by parental alcohol abuse. *Journal of Family Issues*, 30, 12, 1606-1623. <http://jfi.sagepub.com/content/early/2009/06/30/0192513X09339478>
- Cuipers, P., Langendoen, Y., Bijl, R.V. (1999). Psychiatric disorders in adult children of problem drinkers: prevalence, first onset and comparison with other risk factors. *Addiction*, 94, 10, 1489-1498.
- Davies, K.E., (2013). *A typology of family functioning in a child and adolescent outpatient community mental health treatment facility*. Doctoral Dissertation, University of Pittsburgh. <http://d-scholarship.pitt.edu/16466/>
- D'Andrea, L.M., Fisher, G.L., Harrison, T.C. (1994). Cluster analysis of adult children of alcoholics. *International Journal of Addiction*, 29, 4, 565-582.
- Derogatis, L.R., Lipman R.S., Covi L. (1973). SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale – preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9, 1,13-28.
- Domenico, D., Windle, M. (1993). Intrapersonal and interpersonal functioning middle-aged female adult children of alcoholics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 4, 659-666.
- Eiden, R.D., Molnar, D.S., Colder, C., Edwards, E.P., Leonard, K.E. (2009). A conceptual model predicting internalizing problems in middle childhood among children of alcoholic and nonalcoholic fathers: The role of marital aggression. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70, 741-750.
- Emery, R.E., Laumann-Billings L. (1998). An overview of the nature, causes, and consequences of abusive family relationships: Toward differentiating maltreatment and violence. *American Psychologist*, 35, 2, 121-135.
- Espozito Vinzi, V., Chin, W.W., Henseler, J., Wang, H. (2010). *Handbook of partial least squares concepts, methods and applications*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag. (<http://www.springer.com/series/7286>)
- Frankl, V.E. (1984). *Man's search for meaning: An introduction to logotherapy*. New York: Simon & Schuster.
- Garmezy, N. (1993). Risk and resilience. W: D.C. Funder, R.D. Parke, C. Tomlinson-Keasey, K. Widaman (red.),



- Studying lives through time: Personality and development* (s. 377-398). Washington, DC: American Psychological Association.
- Gąsior, K. (2012). *Funkcjonowanie noo-psychospołeczne i problemy psychiczne Dorosłych Dzieci Alkoholików*. Warszawa: Difin.
- Gąsior, K. (2014). Diversifying childhood experiences of adult children of alcoholics. *Alcoholism and Drug Addiction*, 27, 4, 289-304.
- Giglio, J.J., Kaufman, E. (1990). The relationship between child and adult psychopathology in children of alcoholics. *International Journal of the Addictions*, 25, 3, 263-290.
- Goldenberg, H., Goldenberg, I. (2006). *Terapia rodzin*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Grzegorzewska, I. (2011). *Dorastanie w rodzinach z problemem alkoholowym*. Warszawa: Wyd. Naukowe Scholar.
- Grzegorzewska, I. (2013). Odporność psychiczna dzieci alkoholików. Warszawa: Scholar.
- Grzegorzewska, I., Farnicka, M. (2013). The correlates of the resilience of the children of alcoholics. *Psychology*, 4, 12, 956-962.
- Hair, J.F., Hult, G.T.M., Ringle, C.M., Sarstedt, M. (2014). *A primer on partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM)*. Los Angeles: Sage Publications Inc.
- Hair, J.F., Sarstedt, M., Pieper, T.M., Ringle, C.M. (2012). The use of partial least squares structural equation modelling in strategic management research: A review of past practices and recommendations for future applications. *Long Range Planning*, 45, 320-340.
- Hall, C.W., Webster, R.E. (2002). Traumatic symptomatology characteristics of adult children of alcoholics. *Journal Drug Education*, 32, 3, 195-211.
- Hall, C.W., Webster, R.E. (2007a). Risk factors among adult children of alcoholics. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 3, 4, 494-511.
- Hall, C.W., Webster, R.E. (2007b). Multiple stressors and adjustment among adult children of alcoholics. *Addiction Research and Theory*, 15, 4, 425-434.
- Harter, S.L. (2000). Psychosocial adjustment of adult children of alcoholics: a review of the recent empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 20, 3, 311-337.
- Jones, J.W. (1983). Children of Alcoholics Screening Test (CAST). Chicago: Camelot Unlimited.
- Józefik, B. (2003). Założenia podejścia strategicznego a zmiana paradygmatu w terapii rodzin. W: L. Górniak, B. Józefik (red.), *Ewolucja myślenia systemowego w terapii rodzin. Od metafory cybernetycznej do dialogu i narracji* (s. 99-118). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Junik, W. (red.). (2011). *Resilience. Teoria – badania – praktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA.
- Kelley, M.L., Nair, V., Rawlings, T., Cash, T.F., Steer, K., Fals-Stewart, W. (2005). Retrospective reports of parenting received in their families of origin: Relationships to adult attachment in adult children of alcoholics. *Addictive Behaviors*, 30, 1479-1495.
- Klostermann, K., Chen, R., Kelley, M.L., Schroeder, V.M., Braitman, A.L., Mignone, T. (2011). Coping behavior and depressive symptoms in Adult Children of Alcoholics. *Substance Use & Misuse*, 46, 1162-1168, DOI: 10.3109/10826080903452546.
- Kock, N. (2015). *WarpPLS 5.0, User manual*. Laredo Texas: ScriptWarp Systems.
- Kock, N., Lynn, G.S., (2012). Lateral collinearity and misleading results in variance – based SEM: An illustration and recommendations. *Journal of the Association for Information Systems*, 13, 7, 546-580.
- Luthar, S. (2006). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. W: D. Cicchetti, D.J. Cohen (red.), *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation* (s. 739-795). New York: Wiley.
- Marshall, M., Marshall, E. (2012). *Logotherapy revisited. Review of the tenets of Victor's Frankl's logotherapy*. Ottawa: Ottawa Institute of Logotherapy.
- Masten, A.S., O'Dougherty-Wright, M. (2010). Resilience over the lifespan: Developmental perspectives on resistance, recovery, and transformation. W: J.W. Reich, A.J. Zautra, J.S. Hall (red.), *Handbook of adult resilience* (s. 213-237). New York: The Guilford Press.
- Mauritz, M.W., Goossens, P.J.J., Draijer, N., van Achterberg, T. (2013). Prevalence of interpersonal trauma exposure and trauma-related disorders in severe mental illness. *European Journal of Psychotraumatology*, 4, 19985-<http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.19985>
- Ogińska-Bulik, N. (2013). *Pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych czyli kiedy łzy zamieniają się w perły*. Warszawa: Difin.
- Palmer, N. (1997). Resilience in Adult Children of Alcoholics: A nonpathological approach to social work practice. *Health & Social Work*, 22, 3, 201-209.
- Pirooz-Sholevar, G., Shoeri, L.D. (2003). Alcoholic and substance-abusing families. W: G. Pirooz Sholevar, L.D. Shoeri (red.), *Textbook of family and couples therapy. Clinical application* (s. 671-694). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Popiel, A., Pragłowska, E. (2009). Psychopatologia reakcji na traumatyczne wydarzenia W: J. Strelau, B. Zawadzki, M. Kaczmarek (red.), *Konsekwencje psychiczne traumy* (s. 34-63). Warszawa: Wyd. Naukowe Scholar.
- Popielski, K. (1991). *Analiza poczucia sensu życia. Test Noo-Dynamiki*. Lublin: KUL.
- Popielski, K. (1994). *Noetyczny wymiar osobowości*. Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.
- Przechlewski, T. (2011). *Akceptacja oprogramowania Open Source. Metody i modele informatyki ekonomicznej*. <http://pinkaccordions.homelinux.org/staff/tp/Pubs/aos/aos.pdf>
- Repetti, R.L., Taylor, S.E., Seeman, T.E. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128, 2, 330-366.
- Robinson, B.E., Rhoden, J.L. (2005). *Pomoc psychologiczna dla dzieci alkoholików*. Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne PARPA.
- Różycka J., Skrzypińska K. (2011). Perspektywa noetyczna w psychologicznym funkcjonowaniu człowieka. *Roczniki Psychologiczne*, 14, 2, 101-121.
- Ryś, M. (2007). *Rodzinne uwarunkowania psychospołeczne funkcjonowania Dorosłych Dzieci Alkoholików*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.



- Schaffer, H.R. (2006). *Rozwój społeczny. Dzieciństwo i młodość*. Kraków: UJK
- Schuckit, M.A., Smith, T.L., Barnow, S., Preuss, U., Luczak, S., Radzimiński, S. (2003). Correlates of externalizing symptoms in children from families of alcoholics and controls. *Alcohol & Alcoholism*, 38, 6, 559-567.
- Schuckit, M.A., Smith, T.L., Danko, G.P., Trim, R., Bucholz, K.K., Edenberg, H.J., Hesselbrock, V., Kramer, J.J., Dick, D.M. (2009). An evaluation of the full level of response to alcohol model of heavy drinking and problems in COGA Offspring. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70, 436-445.
- Sher, K.J. (1991). *Children of alcoholics. Critical appraisal of theory and research*. Chicago: University of Chicago Press.
- Steinglass, P. (1992). Family systems approaches to the alcoholic family: Research findings and their clinical applications. W: S. Saitoh, P. Steinglass, M.A. Schuckit (red.), *Alcoholism and the family* (s. 155-171). New York, NY: Brunner/Mazel.
- Ungar, M. (2008). Resilience across cultures. *British Journal of Social Work*, 38, 218-235.
- Vernig, P.M. (2011). Family roles in homes with alcohol-dependent parents: An evidence-based review. *Substance Use & Misuse*, 46, 535-542.
- Walsh, F. (1996). The concept of family resilience: Crisis and challenge. *Family Process*, 35, 261-281.
- Walsh, F. (2003). A Family resilience: A framework for clinical practice. *Family Process*, 42, 1-18.
- Walsh, F. (2006). *Strengthening family resilience*. New York, NY: Guilford Press.
- Wegscheider-Cruse, S. (2000). *Nowa szansa. Nadzieja dla rodziny alkoholowej*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
- Werner, E. (1986). Resilient offspring of alcoholics: A longitudinal study from birth to age 18. *Journal of Studies on Alcohol*, 14, 34-40.
- Werner, E., Smith, R. (2001). *Journeys from childhood to the midlife: Risk, resilience and recovery*. New York: Cornell University Press.
- Widera-Wysoczańska, A. (2010). *Mechanizmy przemocy w rodzinie. Z pokolenia na pokolenie*. Warszawa: Difin/Engram.
- Windle, M., Davies, P.T. (2003). Teoria rozwojowa i związane z nią badania. W: K.E. Leonard, H.T. Blane (red.), *Picie i alkoholizm w świetle teorii psychologicznych* (s. 209-254). Warszawa: PARPA.
- Windle, M., Searles, J.S. (red.). (1990). *Children of alcoholics: Critical perspective*. New York, NY: Guilford Press.
- Włodawiec, B. (2007). *Zastosowanie kwestionariusza SCL-90 w badaniach nad efektywnością psychoterapii*, www.psychologia.net.pl/arttykul.php?level=298 z dn. 1.09.2009.
- Yalom, I.D. (2008). *Psychologia egzystencjalna*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia, PTP.
- Zautra, A.J., Hall, J.S., Murray, K.E. (2010). Resilience. A new definition of health for people and communities. W: J.W. Reich, A.J. Zautra, J.S. Hall (red.), *Handbook of adult resilience* (s. 3-29). New York: The Guilford Press.
- Zucker, R.A., Ellis, D.A., Fitzgerald, H.E., Bingham, C.R., Sanford, K.P. (1996). Other evidence for at least two alcoholisms: II. Life course variation in antisociality and heterogeneity of alcoholic outcome. *Development and Psychopathology*, 8, 831-848.