

Negatywne doświadczenia dzieciństwa a problemy zdrowia psychicznego.

Badania kieleckie

Redakcja naukowa: Krzysztof Gąsior, Anna Siudak, Mariusz G. Karbowski

Wydawnictwo Naukowe Episteme

Lublin 2025

Recenzja naukowa: dr hab. Joanna Miniszewska, prof. UŁ

Projekt okładki: Anna Siudak, Mariusz Stec

Przygotowanie do druku: Andrzej Wiśniewski

Realizacja procesu wydawniczego: atonce.pl

Redakcja językowa i korekta: Agnieszka Kosińska-Gałka | atonce.pl

Skład i łamanie: Tomasz Smółka | atonce.pl

Wydano staraniem:

Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Kielcach

Świętokrzyskiego Centrum Profilaktyki i Edukacji

Katedry Psychologii Uniwersytetu Jana Kochanowskiego

© Copyright by Świętokrzyskie Centrum Profilaktyki i Edukacji & UJK w Kielcach

© Copyright by Wydawnictwo Naukowe Episteme

Wydawnictwo Naukowe Episteme

Ul. Gabriela Narutowicza 57/4, 20-016 Lublin | 728 352 141 | wydawnictwoepisteme.pl

Druk: „Elpil”

Ul. Artyleryjska 11, 08-110 Siedlce

ISBN 978-83-67843-88-1

Spis treści

Wprowadzenie [7]

KRZYSZTOF GAŚSIOR, ANNA SIUDAK

Negatywne doświadczenia dzieciństwa – ukryta epidemia.

Badania kieleckie [11]

MARIUSZ G. KARBOWSKI

Potencjalne następstwa negatywnych doświadczeń z dzieciństwa [35]

TOMASZ WAJS, KATARZYNA LIPSKA

Rozpowszechnienie negatywnych doświadczeń dzieciństwa
wśród mieszkańców województwa świętokrzyskiego [51]

ANNA LINOWSKA

Trauma dzieciństwa a płeć [67]

MICHAŁ KANIA

Traumy dzieciństwa a zaburzenia nerwicowe [81]

SYLWIA GÓRSKA

Traumatyczne doświadczenia dzieciństwa
u osób po próbach samobójczych [95]

PAWEŁ ZYCH

**Funkcjonowanie psychospołeczne młodych dorosłych
w kontekście ich negatywnych doświadczeń dzieciństwa** [113]

DARIA RĘBIŚ

Trauma dzieciństwa u osób inkarcerowanych [139]

ANNA SIUDAK

Trauma dzieciństwa a uzależnienia [155]

ANNA SIUDAK

Trauma dzieciństwa u dorosłych dzieci alkoholików [177]

MONIKA NOWICKA-JASIŃSKA

**Związki pomiędzy negatywnymi doświadczeniami dzieciństwa
i stresem pourazowym a trudnościami związanymi z pandemią COVID-19** [201]

KRZYSZTOF GĄSIOR

**Negatywne doświadczenia dzieciństwa – badania polskie
wśród mieszkańców województwa świętokrzyskiego** [213]

Wprowadzenie

Badania nad negatywnymi doświadczeniami dzieciństwa (ang. *adverse childhood experiences*, ACE) zapoczątkowane zostały 30 lat temu. Początkowo obejmowały Stany Zjednoczone, by następnie objąć swym zasięgiem prawie cały świat. Szczególnie ostatnie dwie dekady przyniosły niesamowity wzrost zainteresowania traumami dzieciństwa powiązanymi z przemocą emocjonalną, fizyczną, seksualną, byciem świadkiem przemocy domowej, dysfunkcjami rodzinnymi jak uzależnienia, choroby psychiczne, inkarceracja czy rozpad rodziny. Do listy tej szybko dołączono zaniedbanie emocjonalne i fizyczne. Pierwszym i chyba najważniejszym odkryciem było skonstatowanie, że ACE występują nie tyle w specyficznych grupach społecznych i dysfunkcyjnych rodzinach, ale powszechnie. Zjawisko to jest właściwie ukrytą epidemią, której należy nie tylko się przyjrzeć, ale przede wszystkim jej przeciwdziałać. Badania nad ACE prowadzone były w grupach społecznościowych liczących po kilka czy kilkadziesiąt tysięcy osób. W Polsce do tej pory tego typu badania przeprowadzone zostały wśród studentów (Makaruk i in., 2018, $N = 1722$) i w populacji ogólnej (Rzeszutek i in., 2024; $N = 3557$). Te ostatnie badania miały charakter eksploracyjny i diagnostyczny. Dotyczyły związków między niekorzystnymi/negatywnymi doświadczeniami dzieciństwa (ACE) a objawami złożonego stresu pourazowego (CPTSD). Oba projekty uwzględniały 10 kategorii ACE ujętych binarnie.

Niniejsza publikacja prezentuje wyniki badań ACE (ujętych binarnie i frekwencyjnie wg ACE-IQ – 13 kategorii) w kontekście ich związków

z problemami zdrowia psychicznego, przywiązaniem czy samooceną. Badania przeprowadzone zostały w latach 2021–2025 w populacji ogólnej i w grupach specyficznych wśród mieszkańców województwa świętokrzyskiego. Projekt stworzony dzięki porozumieniu Uniwersytetu Jana Kochanowskiego i miasta Kielce objął badaniami 963 osoby, w tym 760 z populacji ogólnej.

Celem projektu jest nie tylko diagnoza mająca ukazać rozpowszechnienie ACE wśród mieszkańców Kielc i województwa świętokrzyskiego, ale także powiązanie tych negatywnych doświadczeń dzieciństwa z potencjalnymi następstwami, szczególnie w zakresie zdrowia psychicznego. Dziś wiadomo także, że skumulowane ACE w istotny sposób zwiększają występowanie chorób somatycznych. Ostatecznym celem projektu jest wypracowanie zaleceń co do profilaktyki, edukacji i terapii osób narażonych na ryzyka związane z ACE.

Przedstawiamy Szanownemu Czytelnikowi pierwszy tom książki *Negatywne doświadczenia dzieciństwa a problemy zdrowia psychicznego. Badania kieleckie*. Zawiera on 11 rozdziałów prezentujących wyniki badań nad ACE. Na pierwszy rozdział składają się wprowadzenie w zagadnienie i przedstawienie założeń badawczych projektu. Drugi rozdział prezentuje potencjalne następstwa ACE. Kolejny przedstawia rozpowszechnienie ACE wśród mieszkańców województwa świętokrzyskiego i ich związki z problemami zdrowia psychicznego. Dalsze rozdziały koncentrują się na porównaniach specyficznych grup (osoby uzależnione, z zaburzeniami nerwicowymi, osoby inkarcerowane, dorosłe dzieci alkoholików, młodzi dorośli czy osoby po próbach samobójczych) z grupą kontrolną. Ostatni rozdział jest podsumowaniem badań pokazującym również ich ograniczenia oraz kierunki badawcze na przyszłość.

W przygotowywanym drugim tomie przedstawione zostaną pogłębione analizy związków ACE z problemami zdrowia psychicznego, szczególnie w zakresie złożonego stresu pourazowego. Przede wszystkim jednak na podstawie wyników badań i analiz zaprezentowane zostaną różnorodne zalecenia dla praktyki społecznej, profilaktycznej i psychoterapeutycznej.

W projekt badawczy i jego część implementacyjną było i jest zaangażowanych wielu naukowców i praktyków nie tylko ze środowiska kieleckiego (Katedra Psychologii UJK), ale również łódzkiego (Instytut Psychologii UŁ).

Autorzy publikacji chcą w tym miejscu serdecznie podziękować za zielone światło i wsparcie byłemu Rektorowi i obecnej Rektor Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach. Szczególne słowa wdzięczności

kierujemy do Prezydent Miasta Kielce i Przewodniczącej Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Kielcach za zrozumienie, przychyłość i wsparcie finansowe.

Redaktorzy

Makaruk, K., Włodarczyk, J., Sethi, B., Michalski, B., Szredzińska, R., Karwowska, P. (2018). Negatywne doświadczenia w dzieciństwie i związane z nimi zachowania szkodliwe dla zdrowia wśród polskich studentów. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*. 17(2), 58–97.

Rzeszutek, M., Dragan, M., Lis-Turlejska, M., Schier, K., Kowalkowska, J., Drabarek, K., Van Hoy, A., Holas, P., Maison, D., Wdowczyk, G., Litwin, E., Wawrzyniak, J., Znamirowska, W., Szumiał, S., Desmond, M. (2024). Adverse childhood experiences and ICD-11 complex posttraumatic stress disorder in Poland: A population-based study. *European Journal of Psychotraumatology*, 15(1). <https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2420464>

KRZYSZTOF GAŚSIOR, ANNA SIUDAK

Negatywne doświadczenia dzieciństwa – ukryta epidemia. Badania kieleckie¹

Negatywne doświadczenia dzieciństwa² ujmowane są nie tyle jako doświadczenia niekorzystne, ale przede wszystkim traumatyczne. Początkowo traumę kojarzono przede wszystkim z nagłym i/lub katastroficznym zdarzeniem, takim jak wypadek, napad, działania wojenne czy terrorystyczne. Tego typu traumę wiązano ze stresem pourazowym jako pierwotnym następstwem. Klinicyści i psychoterapeuci zaczęli jednak stopniowo uświadamiać sobie powszechność występowania traum czy negatywnych doświadczeń życiowych (zwłaszcza w dzieciństwie) u osób z różnorodnymi problemami przystosowawczymi i zaburzeniami psychicznymi (Luxenberg i in., 2001). Badania nad traumami dzieciństwa wyraźnie wskazały na konieczność nowego spojrzenia na zagadnienie potraumatycznego stresu. Podobieństwo objawów i zaburzeń będących następstwem krytycznych zdarzeń życiowych zasugerowało poszerzenie definicji

1 Niniejszy rozdział stanowi poszerzenie i kontynuację doniesienia wstępnego z kieleckich badań nad ACE: Gaśsior, K., Stawecka, A. (2023). Trauma dzieciństwa i ich potencjalne następstwa. Badania kieleckie – doniesienia wstępne. W: P. Gasparski, M. Kania, A. Siudak, *Zagrożenia uzależnieniami i przemocą wśród dzieci i młodzieży. Badania porównawcze w latach 2008–2023* (s. 13–32). Wydawnictwo Naukowe Episteme.

2 ACE (ang. *adverse childhood experiences*) tłumaczone jest w języku polskim dwojako: jako „niekorzystne doświadczenia dzieciństwa” lub „negatywne doświadczenia dzieciństwa”. Biorąc pod uwagę, że *positive childhood experiences* (PCE) – ich przeciwieństwo – tłumaczone jest jako „pozytywne doświadczenia dzieciństwa”, zdecydowaliśmy się w niniejszej publikacji tłumaczyć ACE jako „negatywne doświadczenia dzieciństwa”.

traumy ujmowanej nie tylko jako jednostkowe katastroficzne wydarzenie, ale również jako serię, ciąg krytycznych sytuacji i zdarzeń występujących w dłuższym czasie. Pojawiły się pytania: czy mechanizmy tworzenia się i skutki jednostkowej traumy oraz traumy wielomodalnej są podobne, czy różne? Jakie znaczenie dla doświadczenia traumy ma określony etap rozwoju, na którym znajduje się jednostka (dzieciństwo, dojrzewanie, dorosłość, starość)?

Negatywne doświadczenia dzieciństwa – wprowadzenie w problematykę

Blisko 30 lat temu zainicjowano badania nad negatywnymi doświadczeniami dzieciństwa w populacji ogólnej. Dużo wcześniej wiązano traumy dzieciństwa z różnorodnymi problemami zdrowia psychicznego. Klinicyści czy terapeuci uważali jednak, że owe traumy występują tylko w rodzinach dysfunkcyjnych, jak np. rodziny z problemem przemocy czy uzależnień. Badania naukowe, praktyka terapeutyczna czy profilaktyczna aż do połowy lat 90. XX wieku skupiały się na izolowanych bądź wybranych typach traum chronicznych, jak np. alkoholizm w rodzinie, molestowanie w dzieciństwie czy krzywdzenie dziecka (Gąsior, 2012). Szczególne znaczenie miały badania nad przemocą fizyczną i emocjonalną oraz odkrycie zaniedbania emocjonalnego i fizycznego jako formy przemocy (Widera-Wysoczańska, 2011). Coraz częściej zaczęła pojawiać się potrzeba szerszego spojrzenia na negatywne doświadczenia dzieciństwa. Do końca lat 90. XX wieku uznawano, że zjawisko negatywnych doświadczeń dzieciństwa jest raczej wyjątkowe. Przełomem okazały się badania Felittiego i Andy wraz z zespołem przeprowadzone w latach 1995–1997 w San Diego w ramach projektu CDC – Kaiser ACE (Anda i in., 2006; Asmundson i Afifi, 2020; Felitti i in., 1998).

W tych klasycznych już badaniach uczestniczyło ponad 17 tys. pacjentów, w większości były to osoby białe z klasy średniej. Opracowano w pierw 8, potem 10 głównych kategorii ACE, które mogły wystąpić przed 18. rokiem życia u respondentów. Do kategorii takich jak przemoc fizyczna, emocjonalna, seksualna, bycie świadkiem przemocy, uzależnienie, choroba psychiczna, uwięzienie rodzica oraz rozwód/separacja dołączono zaniedbanie fizyczne i zaniedbanie emocjonalne dziecka. Okazało się, że przynajmniej jedno ACE wystąpiło u 63,9% respondentów, a cztery

i więcej u 12,5% badanych. W latach 2011–2014 badania nad ACE przeprowadzono w 23 stanach USA w ramach projektu BRFSS na grupie ponad 200 tys. respondentów (Merrick i in., 2018). Uzyskano podobne wyniki: wystąpienie jakiegokolwiek ACE zarejestrowano u 61,5%, a czterech i więcej u 15,8% badanych. Wyniki wskazały, że występowanie ACE ma charakter powszechny. Było to do pewnego stopnia dużym zaskoczeniem dla badających, ale i profesjonalistów zajmujących się zdrowiem.

Wczesna trauma a negatywne doświadczenia dzieciństwa

Negatywne doświadczenia życiowe w dzieciństwie definiowane są jako rozmaite formy złego traktowania i zaniedbywania dziecka przez rodziców (opiekunów), należą do nich też różne występujące w rodzinie dysfunkcje, które potencjalnie niekorzystnie wpływają na rozwój dziecka. Ustalono zostały główne typy negatywnych doświadczeń dzieciństwa. Początkowo koncentrowano się na rodzinie i wyodrębniono 10 typów ACE (Larkin i in., 2012). We wczesnych badaniach ACE używano zbliżonych narzędzi pomiarowych, do których pytania zaczerpnięto z różnych testów i kwestionariuszy (Ports i in., 2020). W wyniku prac WHO opracowana została inna wersja kwestionariusza ACE-IQ poszerzona o oddziaływania środowiskowe i dodatkowe trzy kategorie ACE (Pace i in., 2022). Wersja WHO obejmuje w sumie 13 kategorii: 10 związanych z rodziną i 3 ze środowiskiem pozarodzinnym. Kategorie te zostały przedstawione w tabeli 1.

Tabela 1. *Opis 13 kategorii negatywnych doświadczeń dzieciństwa wg ACE-IQ (WHO)*

ACE związane ze środowiskiem rodzinnym	
ACE1. Przemoc fizyczna	Policzkowanie przez rodzica, dawanie klapsów, kopanie, uderzenie pięścią, uderzenie przedmiotami takimi jak kij, butelka, nóż, patka
ACE2. Przemoc emocjonalna	Wrzeszczenie i krzyczenie, wyzywanie, obrażanie lub upokarzanie, grożenie wyrzuceniem lub rzeczywiste wyrzucenie z domu
ACE3. Nadużycie seksualne	Dotykane lub głaskanie w sposób seksualny, próbowanie dotykania w taki sposób, próbowanie współżycia seksualnego (oralnie, analnie lub waginalnie), rzeczywiste współżycie seksualne

ACE4. Nadużywanie alkoholu lub narkotyków	Problemy członka rodziny z nadużywaniem alkoholu, narkotyków lub leków bez recepty
ACE5. Inkarceracja domownika	Uwięzienie lub pobyt w areszcie członka rodziny
ACE6. Przewlekła depresja, choroba psychiczna lub próby samobójcze	Wystąpienie depresji, choroby psychicznej lub próby samobójczej u dorosłego domownika, opiekuna
ACE7. Bycie świadkiem przemocy w rodzinie	Bycie świadkiem tego, że rodzic krzyczał, kłął, obrażał lub upokarzał, szturczał, uderzał pięścią, kopał, bił, uderzał kijem, butelką, nożem lub pałką innego domownika
ACE8. Separacja, rozwód lub śmierć rodzica	Wystąpienie separacji lub rozwodu u rodziców, śmierć rodzica
ACE9. Zaniedbanie emocjonalne	Brak rozumienia problemów i zmartwień dziecka, brak rzeczywistej wiedzy, co dziecko robi w czasie wolnym od szkoły i nauki
ACE10. Zaniedbanie fizyczne	Niepodawanie jedzenia, choć było, brak opieki nad dzieckiem z powodu problemu z alkoholem czy narkotykami, nieposyłanie do szkoły, choć można było to zrobić
ACE związane ze środowiskiem lokalnym, pozarodzinnym	
ACE11. Mobbing w szkole	Prześladowanie w szkole: uderzenie, kopanie, pchanie, wyśmiewanie z powodu rasy, narodowości, religii, seksualne komentarze, wykluczenie ze wspólnej działalności, wyśmiewanie z powodu wyglądu, inne formy prześladowania
ACE12. Bycie świadkiem przemocy w środowisku	Bycie świadkiem rzeczywistego pobicia, uderzenia nożem, postrzeżenia lub grożenia nożem czy bronią kogoś z otoczenia
ACE13. Narażenie na przemoc zbiorową	Zmuszenie do opuszczenia swojego miejsca zamieszkania z powodu wojny, terroryzmu, konfliktów na tle politycznym lub etnicznym, porwania, torturowania lub wojny gangów czy bandytyzmu, zniszczenie domu z powodu wcześniej wymienionych wydarzeń, pobicie przez policję lub gang, zabicie lub pobicie kogoś z rodziny albo przyjaciół przez żołnierzy, policję lub gang

Źródło: World Health Organization (2018). *Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ)*. [https://www.who.int/publications/m/item/adverse-childhood-experiences-international-questionnaire-\(ace-iq\)](https://www.who.int/publications/m/item/adverse-childhood-experiences-international-questionnaire-(ace-iq)) [10.09.2021].

Dotychczasowe badania dotyczące rozpowszechnienia ACE prowadzą do poniższych wniosków (Bellis i in., 2014; Dube i in., 2001; Felitti i in., 1998; Hughes i in., 2017; Pace i in., 2022; Petruccioli i in., 2019).

1. Doświadczenie przez ludzi negatywnych zdarzeń dzieciństwa (ACE) jest zjawiskiem powszechnym: przeciętnie 50% badanej ogólnej populacji ujawnia występowanie negatywnych doświadczeń dzieciństwa. W poszczególnych krajach może być to zróżnicowane w granicach od około 40% do 70%. Gdy uwzględnimy się

- 13 kategorii wg ACE-IQ, wówczas górna granica rozpowszechnienia osiąga nawet ponad 95% (Pace i in., 2022).
2. Najczęściej występujące kategorie negatywnych doświadczeń dzieciństwa to: utrata rodzica, rozwód i rozpad rodziny, występowanie przemocy fizycznej, nadużywanie alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych, choroby psychiczne rodzica, zaniedbanie dziecka.
 3. Obserwuje się dość częste współwystępowanie różnych kategorii negatywnych doświadczeń dzieciństwa. Stopniowość występowania ACE powiązana jest z większym ryzykiem pojawienia się w życiu dorosłym negatywnych skutków zdrowotnych i przystosowawczych. Granicznym wynikiem dla skokowego narastania ryzyka negatywnych skutków wydaje się współwystępowanie czterech lub więcej kategorii negatywnych doświadczeń dzieciństwa. Taki stan pojawia się przeciętnie u kilku lub kilkunastu procent populacji (badania klasyczne Andy i in. (2006) – 12,5%, badania Bellisa i in. (2014) w Europie – 7,4%, badania Makaruk i in. (2018) w Polsce wśród studentów – 19,2%, badania Kesslera i in. (2010) wśród 21 państw – 7%). Poziom czterech lub więcej kategorii ACE częściej występuje w krajach o wysokim dochodzie (Kessler i in., 2010).
 4. Rozpowszechnienie występowania ACE wydaje się dość podobne w przypadku każdej z płci. Sytuacja zmienia się po przekroczeniu współwystępujących czterech lub więcej kategorii. Zdecydowana większość badań wskazuje, że w takim przypadku negatywne doświadczenia dzieciństwa prawie dwukrotnie częściej występują u kobiet niż u mężczyzn. Żeńska część społeczeństwa w odróżnieniu od męskiej częściej doświadczała wykorzystania seksualnego, zaniedbania emocjonalnego czy była świadkiem przemocy w domu. Tymczasem u mężczyzn częściej występowało doświadczenie przemocy fizycznej.

W populacyjnych badaniach polskich (Rzesutek i in., 2025) w grupie ogólnospołecznościowej ($N = 2231$) do najczęściej występujących ACE należały: nadużywanie substancji psychoaktywnych (30,4%), przemoc słowna (27,1%), zaniedbanie emocjonalne (23,3%), rozstanie lub rozwód rodziców (17,4%) oraz przemoc fizyczna (16,7%). Przynajmniej jedno ACE wystąpiło u 63% badanych. W tych samych badaniach wystąpienie objawów PTSD stwierdzono u 23,8% respondentów. W poszerzonej

polskiej grupie badawczej ($N = 3557$), w której badano związki między ACE a CPTSD, stwierdzono występowanie CPTSD u 11% badanych – 95% przedział ufności: od 9% do 13% (Rzeszutek i in., 2024).

Następstwa traumy/negatywnych doświadczeń życiowych mogą mieć głębokie i trwałe konsekwencje dla zdrowia i jakości życia człowieka (Dube i in., 2001; Felitti i in., 1998). Warto przyjrzeć się dwóm szerokim metaanalizom szeregu badań ukazującym związki między negatywnymi doświadczeniami dzieciństwa a potencjalnymi skutkami zdrowotnymi i behawioralnymi. Pierwsza szeroka metaanaliza badań dotyczących związków ACE z zachowaniami ryzykownymi dla zdrowia oraz problemami zdrowotnymi (23 zmienne) przeprowadzona została przez Hughes i zespół (2017). Wszystkie uwzględnione w analizie badania (37) wskazały związek między wzrostem liczby ACE (zwłaszcza ≥ 4 kategorii) a wzrostem ryzyka wystąpienia zachowań ryzykownych i problemów zdrowotnych. Nasilenie ilorazu szans (ang. *odds ratio*, OR) dla ACE ≥ 4 w porównaniu z osobami bez ACE wskazało na cztery podstawowe grupy związków:

- 1) związki słabe: brak aktywności fizycznej (1,25), otyłość (1,39), cukrzyca (1,52),
- 2) związki umiarkowane: choroby serca (2,07), nadużywanie alkoholu (2,20), nowotwory (2,31), choroby wątroby (2,76), palenie papierosów (2,82),
- 3) związki silne: choroby dróg oddechowych (3,05), ryzykowne kontakty seksualne (3,64), zaburzenia lękowe (3,7), niska satysfakcja z życia (4,36), depresja (4,4), problematyczne używanie alkoholu (5,84),
- 4) związki bardzo silne: wiktymizacja (7,51), doświadczenie przemocy (8,10), problematyczne używanie narkotyków (10,22), próba samobójcza (30,14).

Raport stwierdza, że występowanie negatywnych doświadczeń dzieciństwa jest powszechne (od 40% do 70% populacji), co uwidaczniają klasyczne metody pomiarowe. Gdy użyje się ACE-IQ, średnie występowanie ACE wynosi 75%, górna granica zaś osiąga nawet 95% (Pace i in., 2022). Związki ACE z zachowaniami ryzykownymi i problemami zdrowotnymi mają charakter stopniowalny. Ryzyko wystąpienia niebezpiecznych następstw w istotny sposób zwiększa się wraz z kumulacją czterech i więcej kategorii ACE.

Kolejną metaanalizę przeprowadzili Petruccelli, Davis i Berman (2019). Dokonali oni przeglądu 96 artykułów (pula wyjściowa liczyła 3167 doniesień). Analizując potencjalne skutki ACE, obliczyli iloraz szans (*OR*) dla wystąpienia poszczególnych problemów medycznych i psychospołecznych czy behawioralnych.

Przedstawione związki można również podzielić na cztery grupy:

- 1) związki słabe ($OR < 2$): cukrzyca, niska aktywność fizyczna,
- 2) związki umiarkowane ($2 < OR < 3$): choroby serca, niska ocena jakości życia, choroby układu oddechowego, ryzykowne zachowania seksualne,
- 3) związki silne ($3 < OR < 6$): depresja, problematyczne używanie alkoholu, wiktyimizacja,
- 4) związki bardzo silne ($OR > 6$): lęk, próba samobójcza.

Oszacowanie kosztów związanych z występowaniem ACE kształtowało się następująco:

- całkowite roczne koszty wyniosły 581 mld USD w Europie i 748 mld USD w Ameryce Północnej;
- ponad 75% tych kosztów powstało u osób z dwoma lub więcej ACE.

Bellis i in. (2019) opracowali koszty związane z występowaniem ACE. Model najniższych kosztów daje następujące wyniki: 233 mld USD dla Europy (co odpowiada 1,07% regionalnego PKB) i 448 mld USD dla Ameryki Północnej (2,13% PKB). W przypadku modelu o najwyższych kosztach obciążenia roczne dla Europy wyniosły 938 mld USD (4,31% zPKB), a dla Ameryki Północnej 1 bln USD (4,90% PKB). Na podstawie analiz Bellisa i zespołu (2019) można odnieść skonstruowane modele kosztów związanych z ACE do PKB Polski z 2018 r., które wynosiło 584 mld USD. W przypadku modelu o najniższych kosztach stwierdzić należy, że następstwa ACE w naszym kraju pochłaniają rocznie nie mniej niż 6,2 mld USD, czyli blisko 22 mld PLN. W przypadku modelu podstawowego będzie to kwota 15,8 mld USD, czyli 55 mld PLN, a w modelu o najwyższych kosztach 25,1 mld USD, czyli około 88 mld PLN.

Jakie mogą być następstwa negatywnych i traumatycznych doświadczeń dzieciństwa z punktu widzenia klinicznego? Jest to pytanie, na które trudno odpowiedzieć z wielu względów. Chociaż badania nad ACE wiele tu rozjaśniły, w gruncie rzeczy nie przybliżają nam mechanizmów prowadzących do ich następstw. Następstwa te bowiem mogą mieć zróżnicowaną i złożoną etiologię. Jak podaje James A. Chu (2011), jednym

ze sposobów zrozumienia hierarchii reakcji na wczesną traumę jest kategoryzacja objawów i zespołów psychopatologicznych jako pierwotnych lub wtórnych.

Reakcje pierwotne na traumę będą bezpośrednimi skutkami traumatyzacji związanymi z mechanizmami obronnymi, kiedy to jednostka na poziomie nieświadomym i świadomym próbuje poradzić sobie z zagrożeniem. Takimi podstawowymi mechanizmami obronnymi są dysocjacja i reakcja na stres. Stąd wśród pierwotnych zaburzeń wynikających z traumatyzacji wymienia się zaburzenia dysocjacyjne, prosty i złożony zespół stresu pourazowego oraz zaburzenia rozwoju osobowości i dojrzewania ze szczególnym wskazaniem na typ borderline.

Reakcje wtórne na traumę rozwijają się, gdy jednostka nie jest w stanie poradzić sobie z działaniem pierwotnych efektów. Co więcej, reakcje wtórne mają bardziej złożoną etiologię i mechanizmy związane np. z predyspozycjami biologicznymi czy temperamentalnymi. Wpływa na nie również zakres występowania czy też brak czynników chroniących. Właśnie badania nad skutkami ACE wskazują na te wtórne reakcje i powiązane z nimi zaburzenia. Tak więc wymienia się wśród nich najczęściej takie zaburzenia i problemy behawioralne oraz adaptacyjne jak uzależnienia, zaburzenia lękowe i depresyjne, zaburzenia odżywiania, zaburzenia więzi, zakłócenia w rozwoju osobowości.

Wieloletnie badania i analizy kliniczne dotyczące traumy złożonej o charakterze interpersonalnym doprowadziły do włączenia złożonego zespołu stresu pourazowego (ang. *complex PTSD*, CPTSD) do 11. rewizji ICD. CPTSD jest zespołem klinicznym będącym następstwem wydarzeń traumatycznych długotrwanie działających zarówno w dzieciństwie, jak i w dorosłości.

Kryteria **złożonego stresu pourazowego (CPTSD)** obejmują: charakter stresora (A), objawy CPTSD (B, C) oraz kryterium dotyczące upośledzenia w funkcjonowaniu psychospołecznym (D).

A. Charakter stresora

Stresor jest opisywany jako zdarzenie lub seria zdarzeń krańcowo groźnych lub o przerażającej naturze, długotrwanie oddziałujących, od których uwolnienie się jest bardzo trudne lub wręcz niemożliwe (np. tortury, niewolnictwo, długotrwała przemoc w rodzinie, wielokrotne nadużycia seksualne, fizyczne i emocjonalne znęcanie się).

B. Podstawowe objawy PTSD (ang. *post-traumatic stress disorders*):

1. Ponowne doświadczanie (ang. *re-experiencing*). Objawy występują w terażniejszości w postaci intruzywnych wspomnień, wtargnięć (ang. *flashback*) na jawie lub w formie koszmarów sennych. Towarzyszy im lęk, niepokój czy nawet przerażenie.
2. Unikanie (ang. *avoidance*). Odnosi się do unikania myśli czy wspomnień związanych z urazowym wydarzeniem (wydarzeniami) i/lub unikania czynności czy sytuacji, które mogą je przypominać.
3. Wzbudzenie i poczucie zagrożenia (ang. *sense of threat*). Objawy te związane są ze wzbudzeniem emocjonalnym połączonym z poczuciem zagrożenia, co może przejawiać się nadmierną czujnością lub wzmoczoną reakcją na bodźce.

C. Objawy związane z zakłóceniami w organizacji self (ang. *disturbances in self-organization, DSO*):

1. Zakłócenia regulacji afektu (ang. *affective dysregulation*). Dysregulacja afektu dotyczy problemów z regulacją napięcia i emocji, zwłaszcza takich jak lęk, wstyd czy poczucie winy.
2. Negatywny obraz siebie (ang. *negative self-concept*). Objawy koncentrują się wokół negatywnych przekonań o sobie, szczególnie w kontekście bezwartościowości. Towarzyszy temu głębokie poczucie wstydu, winy czy porażki.
3. Zakłócenia w relacjach (ang. *disturbances in relationships*). Objawy dotyczą trwałych problemów i zakłóceń w relacjach, zwłaszcza bliskich i intymnych. Prowadzi to do ostrożności w budowaniu relacji, a czasem do trzymania innych na dystans.

D. Zaburzenie powoduje znaczne upośledzenie w funkcjonowaniu osobistym, rodzinnym, zawodowym, edukacyjnym czy w innych obszarach życia

Rozpoznanie CPTSD wymaga wystąpienia objawów nie tylko DSO, ale również PTSD. Jest to warunek konieczny. Kryterium A poszerza zakres czynników traumatyzujących, które mogą wystąpić nie tylko w dzieciństwie, lecz również w dorosłości, stąd nie odnosi się wyłącznie do okresu rozwojowego.

Negatywne doświadczenia dzieciństwa – projekt badań kieleckich

Dzięki porozumieniu Uniwersytetu Jana Kochanowskiego (Katedra Psychologii) oraz Prezydenta Miasta Kielce (Świętokrzyskie Centrum Profilaktyki i Edukacji) zaprojektowano badania dotyczące negatywnych doświadczeń dzieciństwa i przeprowadzono je w dwóch falach: pierwszą w latach 2021–2023 oraz drugą, uzupełniającą, w latach 2024–2025. Celem projektu było zdiagnozowanie negatywnych doświadczeń dzieciństwa (alkoholizm w rodzinie, różnorodne formy przemocy, rozpad rodziny, przestępczość w rodzinie, choroby psychiczne w rodzinie), innych traum życiowych wraz z narażeniem na działanie COVID, co zostało uwzględnione po wybuchu pandemii. Kolejnym celem było określenie ich skutków w zakresie zdrowia psychicznego i przystosowania wśród dorosłych mieszkańców Kielc i województwa świętokrzyskiego. Końcowym celem jest opracowanie na podstawie przeprowadzonej diagnozy programów edukacyjnych, profilaktycznych i interwencyjno-pomocowych skierowanych do grup wysokiego ryzyka oraz zainicjowanie i wdrożenie kampanii społecznej kierowanej do ogółu mieszkańców, w tym dzieci i młodzieży.

Model badawczy

Badania zaprojektowane zostały z uwzględnieniem modeli szczegółowych oraz modelu ogólnego. Modele szczegółowe odnosiły się do badania różnic między wyodrębnionymi grupami:

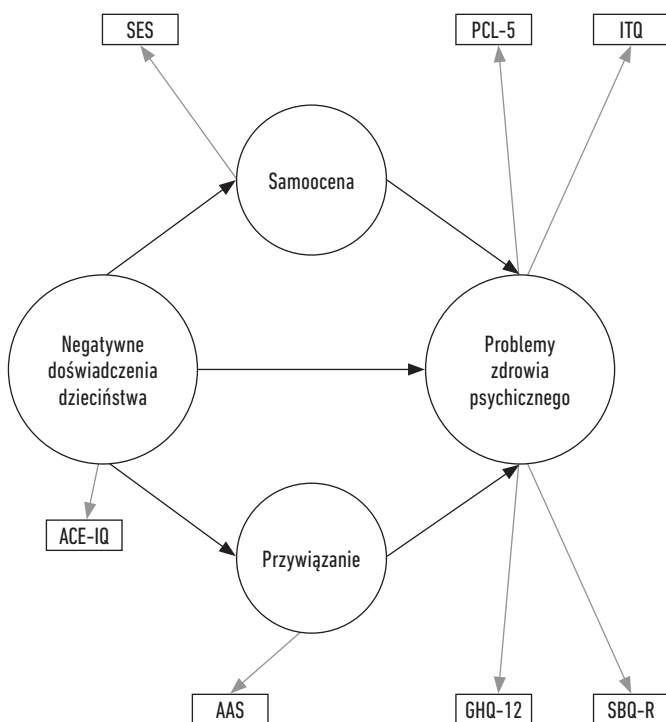
- osoby z zaburzeniami nerwicowymi (lękowymi, lękowo-depresyjnymi),
- osoby uzależnione,
- osoby inkarcerowane,
- dorosłe dzieci alkoholików,
- osoby po próbie samobójczej,
- grupa kontrolna (z wykluczeniem osób inkarcerowanych, uzależnionych czy z zaburzeniami nerwicowymi).

Ogólny model badawczy przedstawiony został na rysunku 1. Ujęto w nim związki między negatywnymi doświadczeniami dzieciństwa, samooceną, przywiązaniem a problemami zdrowia psychicznego powiązanimi z pierwotnymi następstwami traumy, jakimi jest stres pourazowy zarówno

prosty, jak i złożony. W tabeli 2 przedstawiono uszczegółowienie zmiennych, ich wskaźników wraz z operacjonalizacją i zastosowanymi narzędziami badawczymi. W modelu przyjęto, że zmiennymi pośredniczącymi między ACE a problemami zdrowia psychicznego będą: samoocena i typ przywiązania.

Model badawczy ze względu na zaistniałą w trakcie badań pandemię koronawirusa COVID-19 poszerzony został o badanie nasilenia trudności związanych z epidemią. Do tego celu użyto Skalę trudności epidemii M. Gambin i współpracowników (Gambin i in., 2021), którą uzupełniono o pytania dotyczące doświadczenia realnych zagrożeń życia lub śmierci bliskich osób.

Rysunek 1. Ogólny model badawczy związków między ACE, samooceną, przywiązaniem a zdrowiem psychicznym



Operacjonalizacja zmiennych i wskaźników szczegółowo przedstawiona została w tabeli 2.

Tabela 2. Zmienne i ich wskaźniki oraz zastosowane narzędzia badawcze

Zmienna	Test	Wskaźniki
A. Negatywne doświadczenia dzieciństwa	ACE-IQ	I. Przemoc wobec dziecka: 1–3 II. Dysfunkcje rodzinne: 4–8 III. Zaniedbanie dziecka: 9–10 IV. Przemoc środowiskowa: 11–13
B. Stres pourazowy (złożony)	ITQ	1. Intruzje 2. Unikanie 3. Poczucie ciągłego zagrożenia 4. Dysregulacja afektu 5. Negatywny obraz siebie 6. Zaburzenia w bliskich relacjach
C. Stres pourazowy (prosty)	PCL-5	1. Intruzje 2. Unikanie 3. Negatywne zmiany w procesach poznawczych 4. Zmiany w pobudzeniu i reaktywności
D. Zdrowie psychiczne	GHQ-12	Wskaźnik problemów ze zdrowiem psychicznym
E. Zagrożenie samobójstwem	SBQ-R	Wskaźnik zagrożenia samobójstwem
F. Samoocena	SES	Wskaźnik samooceny
G. Więzy romantyczna	AAS	Kategorie/typy więzi 1. Lękowa więź 2. Unikowa więź

Wyjaśnienie: ACE-IQ – *Międzynarodowy kwestionariusz negatywnych doświadczeń dzieciństwa*; ITQ – *Międzynarodowy kwestionariusz traumy*, PCL-5 – *Lista kontrolna PTSD*, GHQ-12 – *Kwestionariusz ogólnego stanu zdrowia*, SBQ-R – *Zrewidowany kwestionariusz zachowań samobójczych*, SES – *Skala samooceny Rosenberga*, AAS – *Skala przywiązania dorosłych*.

Narzędzia badawcze

W badaniach użyto szeregu narzędzi, do niniejszych wstępnych analiz wybrano poniższe testy.

Międzynarodowy kwestionariusz negatywnych doświadczeń dzieciństwa (ang. *Adverse Childhood Experiences – International Questionnaire*, ACE-IQ). Zaprojektowany został do badania negatywnych doświadczeń dzieciństwa. Zastosowana w badaniach wersja WHO (2018) opiera się na wcześniejszych amerykańskich wersjach skonstruowanych przez Felitti'ego i Andę (Bellis i in., 2014; Felitti i in., 1998). Jest to cała rodzina kwestionariuszy opartych na tych samych podstawach konstrukcyjnych

i metodologicznych. Kwestionariusz ACE-IQ bada 13 kategorii negatywnych doświadczeń dzieciństwa opisanych powyżej. Kwestionariusz w wersji binarnej (kodowanie: 0, 1) określa, czy u badanych wystąpiła, czy nie wystąpiła dana kategoria negatywnych doświadczeń. Badany może więc uzyskać od 0 do 13 punktów opisujących nasilenie ACE. Tymaczenia kwestionariusza za zgodą WHO dokonał Krzysztof Gąsior (2016). Jedną z wersji kwestionariusza była testowana w Polsce, gdzie przeprowadzono badania na grupie 1722 studentów (Makaruk i in., 2018), potwierdzono jej wartości diagnostyczne i prognostyczne. W badaniach kieleckich uzyskano również dobre wartości psychometryczne testu.

Międzynarodowy kwestionariusz traumy (ang. *The International Trauma Questionnaire*, ITQ). Kwestionariusz jest prostym, 12-itemowym narzędziem oceniającym podstawowe objawy PTSD i CPTSD. Jest zgodny z definicjami i objawami dla zaburzeń stresowych pourazowych ujętymi w przygotowywanej przez WHO klasyfikacji ICD-11 (Cloitre i in., 2018). Dzięki analizie czynnikowej uzyskano skorelowany sześcioczynnikowy model pierwszego rzędu i dwuczynnikowy model drugiego rzędu. Model dwuczynnikowy obejmuje typowe objawy stresu pourazowego (PTSD: intruzje, unikanie i wzbudzenie – pierwszy czynnik) oraz objawy dysregulacji self (DSO: dysregulacja afektu, negatywny obraz siebie i zaburzenia w relacjach – drugi czynnik). Warunkiem zdiagnozowania CPTSD jest wystąpienie zaburzeń na poziomie zarówno PTSD, jak i DSO. Właściwości psychometryczne narzędzia zostały potwierdzone na wielu próbkach (Cloitre i in., 2018; Hyland i in., 2017; Karatzias i in., 2017). Trafność wewnętrzna pozycji PTSD ($\alpha = 0,74$) oraz DSO ($\alpha = 0,81$) w badaniu Hylanda (2019) była dobra, w badaniach chińskich (Ho i in., 2019) nawet wyższa (0,89; 0,90). Istnieją dwie polskie wersje adaptacji ITQ. Pierwsza, opracowana przez Gąsiora i współpracowników, stała się wersją zastosowaną w prezentowanych badaniach. Uzyskała ona dobre właściwości psychometryczne, potwierdzone w badaniach (Gąsior, 2021, mps). Druga wersja, której walidacja została opublikowana, jest efektem pracy D. Draczyńskiej i zespołu (2025). Kwestionariusz znajduje się na stronie www.traumameasuresglobal.com/itq, tam również dostępna jest polska wersja językowa narzędzia.

Lista kontrolna PTSD (ang. *Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5*, PCL-5). Jest to skala samoopisowa i służy do oceny objawów PTSD wg DSM-5. Składa się z 20 itemów. Właściwości psychometryczne polskiej wersji PCL-5 są zadowalające. W diagnostyce różnicowej

optymalny punkt różnicowania to wynik większy niż 33. Wyniki konfirmacyjnej analizy czynnikowej wykazały, że model czteroczynnikowy (odpowiadający czterem objawom PTSD) wyjaśnił 58% wariacji, w tym zmiany pobudzenia i reaktywności na poziomie 36%. Rzetelność testu jest wysoka, współczynnik alfa Cronbacha wyniósł 0,96. Autorzy polskiej adaptacji stwierdzają, że PCL-5 jest wiarygodnym i dokładnym narzędziem do pomiaru PTSD (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2023).

Kwestionariusz ogólnego stanu zdrowia (ang. *General Health Questionnaire by D. Goldberg, GHQ-12*). Polskiej adaptacji dokonały Zofia Makowska i Dorota Merecz. Kwestionariusze GHQ-12 i GHQ-28 wywodzą się z podstawowej 60-pytaniowej wersji GHQ Davida Goldberga. W GHQ-12 uzyskuje się wynik ogólny będący wskaźnikiem stanu zdrowia oraz podwyższonego poziomu stresu psychicznego (dystresu). Zgodnie z literaturą jako wskaźnik podwyższonego poziomu dystresu przyjmuje się występowanie przynajmniej 3 spośród 12 objawów pogorszonego samopoczucia psychicznego, tj. uzyskanie co najmniej 3 punktów. Oba kwestionariusze, tj. podstawowy GHQ i GHQ-12, osiągnęły wysokie współczynniki zgodności wewnętrznej.

Zrewidowany kwestionariusz zachowań samobójczych A. Osmana i współpracowników (ang. *Suicide Behaviors Questionnaire – Revised, SBQ-R*). Polskiej adaptacji kwestionariusza dokonali J. Chodkiewicz i E. Gruszczyńska (2020). Kwestionariusz jest samoopisową miarą tendencji samobójczych (zachowań samobójczych, w tym myśli i prób samobójczych) składającą się z czterech pytań, na które odpowiada się na skali. Eksploracyjna i konfirmacyjna analiza czynnikowa w polskich badaniach adaptacyjnych potwierdziły założenie o jednowymiarowej strukturze kwestionariusza. Ponadto ma on zadowalającą spójność wewnętrzną, ocenianą za pomocą współczynnika alfa Cronbacha, równą 0,83.

Skala samooceny Morrisa Rosenberga (ang. *Rosenberg Self-Esteem Scale, SES*). Skala opracowana w 1965 r. nadal cieszy się dużą popularnością. Polskiej adaptacji dokonały M. Łaguna, K. Lachowicz-Tabaczek oraz I. Dzwonkowska (2007). Skala ta pozwala mierzyć ogólny poziom samooceny, który jest traktowany jako stosunkowo stała cecha, a nie chwilowy stan. Skala samooceny składa się z 10 twierdzeń. Osoba badana odpowiada, w jakim stopniu zgadza się z każdym z nich. Odpowiedzi udzielane są w skali czterestopniowej, a wyniki mieszczą się w przedziale 10–40 punktów. Polskie badania adaptacyjne wykazały dobre właściwości

psychometryczne testu, rzetelność (alfa Cronbacha) wyniosła od 0,81 do 0,83 (Łąguna i in., 2007).

Skala przywiązania dorosłych (ang. *Adult Attachment Scale*, AAS) Collins i Read (1990) w polskiej adaptacji Lubiewskiej (2019). Skali można użyć w dwóch wersjach: do badania dwóch pozabezpiecznych kategorii przywiązania lub trzech kategorii – trzecią stanowi przywiązanie bezpieczne, ufne. Pozabezpieczne kategorie przywiązania to niepokój przywiązaniowy i unikanie przywiązaniowe. Skala ma dobre właściwości psychometryczne i stosowana była w kilku polskich badaniach (Lubiewska, 2019; Lubiewska i Derbis, 2016; Lubiewska i van de Vijver, 2014). Skala w oryginalnej strukturze zawiera 18 twierdzeń dotyczących: zależności w bliskich związkach, zaufania wobec wsparcia innych, kiedy jest ono potrzebne, komfortu związanego z byciem blisko innych, niepokoju o to, że osoba bliska może jednostkę odtrącić. W celu ustosunkowania się do twierdzeń skali badani posługiwali się pięciostopniową skalą Likerta, w której 1 oznacza *zdecydowanie się nie zgadzam* natomiast 5 – *zdecydowanie się zgadzam*. Właściwości psychometryczne skali w badaniach Lubiewskiej (2019) wypadły dobrze.

Skala trudności epidemii M. Gambin i współpracowników (STE). Skala składa się z 11 twierdzeń dotyczących możliwych trudności doświadczanych podczas pandemii. Odpowiedzi udziela się na skali od 1 (*to w ogóle nie jest problem*) do 4 (*to zdecydowanie problem*). Na podstawie analizy czynnikowej wyodrębniono cztery podskale:

- 1) trudności w domu i relacjach, obejmującą poczucie przeciążenia codziennymi obowiązkami, poczucie osamotnienia, problemy w relacjach domowych (4 pozycje, $\alpha = 0,76$);
- 2) brak kontaktów społecznych (2 pozycje, $\alpha = 0,82$);
- 3) ograniczenia zewnętrzne odnoszące się do obowiązków nałożonych w celu powstrzymania rozprzestrzeniania się wirusa (3 pozycje, $\alpha = 0,66$);
- 4) niepokój co do rozprzestrzeniania się wirusa (2 pozycje, $\alpha = 0,68$).

Jest to metoda o dobrych właściwościach psychometrycznych (Gambin i in., 2021).

Badana grupa

Grupa A. Pierwotna badana grupa liczyła 764 osoby z populacji ogólnej (5 ankiet zostało wykluczonych ze względu na ich znaczącą niekompletność). Technika badania oparta została na metodzie kuli śnieżnej. Zrekrutowani do projektu studenci psychologii Uniwersytetu Jana Kochanowskiego mieli za zadanie przeprowadzić badanie ankietowe wśród pięciu osób ze swojego miejsca zamieszkania. Średni wiek badanych wynosił 44,2 lat ($SD = 19,3$). Nieco ponad 30% badanych pochodziło z dużego miasta, 22% zamieszkiwało miasta małe, reszta zaś (48%) wieś. Tymczasem wg danych Rocznika GUS w 2020 r. 54,6% mieszkańców województwa świętokrzyskiego zamieszkiwało wieś, a 45,4% miasto. Badana próba nie odbiega więc w większym stopniu od faktycznego stanu zamieszkiwania w województwie świętokrzyskim.

Rozkłady dotyczące wykształcenia badanych zostały przedstawione w tabeli 3.

Tabela 3. Rozkłady badanych ze względu na wykształcenie

Wykształcenie	N	Proc.
podstawowe	36	4,7
zawodowe	103	13,6
średnie	322	42,4
wyższe	291	38,4
brak danych	7	0,9
ogółem	759	100

Źródło: opracowanie własne.

W próbie dominują osoby z wykształceniem średnim (42,4%) oraz wyższym (38,3%). Osoby z wykształceniem zawodowym i podstawowym obejmują 18,3% grupy. W porównaniu z danymi GUS (za 2020 r.) dotyczącymi rozkładów mieszkańców województwa świętokrzyskiego w zależności od wykształcenia w badanej próbie znajdujemy nadreprezentację osób z wyższym wykształceniem (38,4% do 23,2% wg GUS) oraz niedoreprezentację z wykształceniem podstawowym (4,7% do 17,1%). Mimo tego ograniczenia stwierdzić można, że jest to w przybliżeniu reprezentatywna

próba z ogólnej populacji województwa świętokrzyskiego, ale pamiętać należy o istotnych różnicach dotyczących wykształcenia. W Polsce jedyne badania dotyczące ACE wykorzystujące inne narzędzia niż niniejsze przeprowadzone zostały do tej pory jedynie wśród studentów (Makaruk i in., 2018).

Grupa A+B. W drugiej fali badań (2024–2025) dołączono grupy specjalne ($N = 204$), takie jak osoby inkarcerowane ($n = 156$), uzależnione ($n = 34$) czy z zaburzeniami nerwicowymi ($n = 14$). Ogółem liczebność badanej próby wyniosła $N = 963$ osoby, przy czym wyjściowo liczyła ona 993 respondentów, lecz w przypadku 30 osób wystąpiły duże braki danych. Średnia wieku badanych wynosiła 43 lata ($SD = 17,9$). W grupie A+B było 600 kobiet (60,4%) i 378 mężczyzn (38,1%). Wykształcenie rozkładało się następująco: podstawowe 4,3%, zawodowe 11,8%, średnie 42,5% oraz wyższe 40,3%.

Opracowano procedurę umożliwiającą ustalenie grup specyficznych. Oparto się na deklaracjach respondentów w odniesieniu do występujących u nich problemów i zaburzeń zdrowia psychicznego. Nie dotyczyło to więźniów, ich badanie bowiem przeprowadzono w zakładzie karnym. Aby główne grupy nie pokrywały się w trakcie ich porównywania, w przypadku deklaracji uzależnienia wyłączano osoby ze współistniejącymi problemami nerwicowymi. Tak więc z grupy osób deklarujących zaburzenia nerwicowe lub depresyjne usunięto osoby uzależnione. Grupę osób z doświadczeniem próby samobójczej ustalono poprzez wynik kwestionariusza SBQ-R (ostatnie dwa pytania w tym teście odnoszą się do tego doświadczenia, stąd potwierdzenie jednego z nich kwalifikowało do grupy). W przypadku osób dorosłych, dzieci alkoholików grupę tę tworzyły osoby, które w teście ACE-IQ potwierdziły, że ktoś z ich rodziców (opiekunów) pił zbyt dużo alkoholu lub zażywał narkotyki i zaniedbywał opiekę nad nimi (ACE-IQ: P4). Grupę młodych dorosłych ustalono w wyniku przyjęcia kryterium wieku od 18. do 25. roku życia. Liczebność grup przedstawiała się następująco:

- osoby z problemem uzależnienia: $N = 139$,
- osoby z zaburzeniami nerwicowymi, depresyjnymi: $N = 201$,
- osoby po próbie samobójczej: $N = 71$,
- osoby dorosłe z rodzin z problemem uzależnienia: $N = 289$,
- osoby – młodzi dorośli od 18. do 25. roku życia: $N = 156$.

Ustalono też grupę kontrolną dla porównania z grupami specyficznymi: $N = 502$ (w przypadku porównania z grupą osób uzależnionych,

z zaburzeniami nerwicowymi czy depresyjnymi oraz z grupą więźniów), $N = 489$ (z grupą po próbach „S”), $N = 385$ (z grupą osób dorosłych, dzieci alkoholików), $N = 357$ (z grupą młodych dorosłych). Grupa kontrolna miała różną liczebność ze względu na wykluczanie z niej osób z zaburzeniami oraz z problemami, które kwalifikowały do grup specyficznych.

Podsumowanie

Badania kieleckie dotyczące negatywnych doświadczeń dzieciństwa przeprowadzone zostały na próbie z ogólnej populacji mieszkańców województwa świętokrzyskiego i to w dodatku z części lepiej wykształconej. Jest to region wyludniający się, o dużej stopie bezrobocia i niskich przychodach mieszkańców nie tylko na tle całej Polski, ale też i Europy (Raport o stanie województwa świętokrzyskiego w 2021). Jego historia również jest trudna, bieda panująca w tym regionie dotykała szeregu pokoleń wstecz. Jak wygląda rozpowszechnienie negatywnych doświadczeń dzieciństwa w tym regionie? Średni wiek badanej grupy wynosił ponad 44 lata ($SD = 19$). Tak więc wspomniane doświadczenia sięgają od kilkunastu do ponad 50–60 lat wstecz. Wiek badanych nie modyfikował częstości występowania tych doświadczeń. Wydają się one dość stabilne na przestrzeni dwóch pokoleń. Dane zbierano w dwóch falach: pierwsza pozwoliła zgromadzić dane z populacji ogólnej ($N = 759$), druga, w której uzupełniono grupy specyficzne, objęła $N = 963$ respondentów. W badaniach zastosowano cały szereg kwestionariuszy (ACE-IQ, PCL-5, ITQ, GHQ-12, SES, SBQ-R, AAS, STE). W pierwszym etapie analiz przedstawiono rozpowszechnienie ACE w próbie z ogólnej populacji mieszkańców województwa świętokrzyskiego. W kolejnym etapie dokonano porównań międzygrupowych w grupach osób z problemami nerwicowymi i/lub depresyjnymi, osób uzależnionych, inkarcerowanych, dorosłych dzieci alkoholików, osób po próbach samobójczych oraz młodych dorosłych z grupą kontrolną bez zaburzeń zdrowia psychicznego. Badano również związki między trudnościami związanymi z doświadczeniem epidemii COVID-19 a ACE i stresem pourazowym. W trzecim etapie analiz porównano wybrane grupy między sobą: osoby z zaburzeniami nerwicowymi/depresyjnymi, osoby uzależnione, osoby inkarcerowane oraz osoby z grupy kontrolnej. Wstępnie sprawdzono też związki między ACE,

samoocena, przywiązaniem a stresem pourazowym wg zaprojektowanego modelu (por. rysunek 1).

Bibliografia

- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, Ch., 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 and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174–186. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>
- Asmundson, G. J.G., Afifi, T. O. (red.). (2020). *Adverse childhood experiences: Using evidence to advance research, practice, policy, and prevention*. London: Elsevier.
- Bellis, M. A., Hughes, K., Ford, K., Ramos Rodriguez, G., Sethi, D., Passmore, J. (2019). Life course health consequences and associated annual costs of adverse childhood experiences across Europe and North America: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, 4(10), 517–528. [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30145-8](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30145-8)
- Bellis, M. A., Hughes, K., Leckenby, N., Jones, L., Baban, A., Kachaeva, M., Povilaitis, R., Pudule, I., Qirjako, G., Ulukol, B., Raleva, M., Terzic, N. (2014). Adverse childhood experiences and associations with health-harming behaviours in young adults: surveys in eight eastern European countries. *Bulletin of the World Health Organisation*, 92, 641–655. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.129247>
- Chodkiewicz, J., Gruszczyńska, E. (2020). Polska adaptacja Zrewidowanego Kwestionariusza Zachowań Samobójczych A. Osmana i współpracowników. *Psychiatria Polska*, 54(1), 101–111. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/93492>
- Chu, J. (2011). *Rebuilding shattered lives: Treating complex PTSD and dissociative disorders*. John Wiley & Sons.
- Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Maercker, A., Karatzias, T., Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(6), 536–546. <https://doi.org/10.1111/acps.12956>

- Collins, N. L., Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(4), 644–663. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.4.644>
- Draczyńska, D., Mokros, Ł., Nowakowska, A., Anczewska, M. (2025). Polish adaptation and validation of the International Trauma Questionnaire (ITQ) for PTSD and CPTSD according to ICD-11 in non-clinical and clinical samples. *European Journal of Psychotraumatology*, 16(1). <https://doi.org/10.1080/20008066.2025.2468116>
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D., Williamson, D. F., Giles, W. H. (2001). Childhood abuse, household dysfunction and the risk of attempted suicide throughout the life span: Findings from the Adverse Childhood Experiences study. *Journal of the American Medical Association*, 286, 3089–3096. <https://doi.org/10.1001/jama.286.24.3089>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)
- Gambin, M., Sękowski, M., Woźniak-Prus, M., Wnuk, A., Oleksy, T., Cudo, A., Hansen, K., Huflejt-Łukasik, M., Kubicka, K., Łyś, A. E., Gorgol, J., Holas, P., Kmita, G., Łojek, E., Maison, D. (2021). Generalized anxiety and depressive symptoms in various age groups during the COVID-19 lockdown in Poland: Specific predictors and differences in symptoms severity. *Comprehensive Psychiatry*, 105, artykuł 152222. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152222>
- Gąsior, K. (2012). *Funkcjonowanie noo-psychospołeczne i problemy psychiczne dorosłych dzieci alkoholików*. Difin.
- Gąsior, K. (2016). *Międzynarodowy Kwestionariusz Negatywnych Doświadczeń Dzieciństwa – Adverse Childhood Experiences – Internationele Questionnaire*. (polskie tłumaczenie i adaptacja – materiały niepublikowane).
- Gąsior, K. (2021). *Polska adaptacja Międzynarodowego Kwestionariusza Traumatyzacji ITQ*, (mps niepublikowany).
- Ho, G. W.K., Karatzias, T., Cloitre, M., Chan, A. C.Y., Bressington, D., Chien, W. T., Hyland, P., Shevlin, M. (2019). Translation and validation of the Chinese ICD-11 International Trauma Questionnaire (ITQ) for the assessment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Complex PTSD (CPTSD).

- European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), artykuł 1608718. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1608718>
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, Ch., Jones, L., Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, 2(8), 356–366. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(17)30118-4)
- Hyland, P., Shevlin, M., Elklit, A., Murphy, J., Vallières, F., Garvert, D. W., Cloitre, M. (2017). An assessment of the construct validity of the ICD-11 proposal for complex posttraumatic stress disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(1), 1–9. <https://doi.org/10.1037/tra0000114>
- Karatzias, T., Shevlin, M., Fyvie, C., Hyland, P., Efthymiadou, E., Wilson, D., Roberts, N., Bisson, J. I., Brewin, Ch. R., Clotire, M. (2017). Evidence of distinct profiles of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Complex Posttraumatic Stress Disorder (CPTSD) based on the new ICD-11 Trauma Questionnaire (ICD-TQ). *Journal of Affective Disorders*, 207, 181–187. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.09.032>
- Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., Aguilar-Gaxiola, S., Alhamzawi, A. O., Alonso, J., Angermeyer, M., Benjet, C., Bromet, E., Chatterji, S., de Girolamo, G., Demyttenaere, K., Fayyad, J., Florescu, S., Gal, G., Gureje, O., Haro, J. M., Hu, C. Y., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S., Lépine, J. P., Ormel, J., Posada-Villa, J., Sagar, R., Tsang, A., Ustün, T. B., Vassilev, S., Viana, M. C., Williams, D. R. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*, 197(5), 378–385. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.080499>
- Larkin, H., Shields, J. J., Anda, R. F. (2012). The health and social consequences of Adverse Childhood Experiences (ACE) across the lifespan: an introduction to prevention and intervention in the community. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 40(4), 263–270. <https://doi.org/10.1080/10852352.2012.707439>
- Lubiewska, K. (2019). *Przywiązanie w kontekście wrażliwości rodzicielskiej, socjalizacji oraz wpływów kulturowych*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Lubiewska, K., Derbis, R. (2016). Relations between parenting stress, attachment, and life satisfaction in mothers of adolescent children. *Polish Journal of Applied Psychology*, 14(2), 87–112. <http://dx.doi.org/10.1515/pjap-2015-0056>

- Lubiewska, K., Van de Vijver, A. J.R. (2014). *Attachment types or dimensions: Evidences form the Adult Attachment Scale across three generations.* (manuskrypt niepublikowany).
- Luxenberg, T., Spinazzola, J., van der Kolk, B. A. (2001). Complex trauma and disorders of extreme stress (DESNOS) diagnosis, part one: Assessment. *Directions in Psychiatry*, 21(25), 373–414.
- Łaguna, M., Lachowicz-Tabaczek, K., Dzwonkowska, I. (2007). Skala samooceny SES Morrissa Rosenberga – polska adaptacja metody. *Psychologia Społeczna*, 2(4), 164–176.
- Makaruk, K., Włodarczyk, J., Sethi, B., Michalski, B., Szredzińska, R., Karwowska, P. (2018). Negatywne doświadczenia w dzieciństwie i związane z nimi zachowania szkodliwe dla zdrowia wśród polskich studentów. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 17(2), 58–97.
- Makowska, Z., Merecz, D. (2001). Przydatność Kwestionariuszy Ogólnego Stanu Zdrowia: GHQ-12 i GHQ-28 D. Goldberga w diagnozowaniu zdrowia psychicznego osób pracujących. *Medycyna Pracy*, 51(6), 589–601.
- Merrick, M. T., Ford, D. C., Ports, K. A., Guinn, A. S. (2018). Prevalence of adverse childhood experiences from the 2011–2014 behavioral risk factor surveillance system in 23 states. *JAMA Pediatrics*, 172(11), 1038–1044. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.2537>
- Ogińska-Bulik, J., Juczyński, Z. (2023). Właściwości psychometryczne polskiej wersji Listy Zaburzeń po Stresie Traumatycznym według DSM-5 – PCL-5. *Psychiatria Polska*, 57(3), 607–619. <https://doi.org/10.12740/PP/149460>
- Pace, C. S., Muzi, S., Rogier, G., Meinero, L. L., Marcenaro, S. (2022). The Adverse Childhood Experiences – International Questionnaire (ACE-IQ) in community samples around the world: A systematic review (part I). *Child Abuse & Neglect*, 129, artykuł 105640. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105640>
- Petrucelli, K., Davis, J., Berman, T. (2019). Negatywne doświadczenia w dzieciństwie i związane z nimi skutki zdrowotne – przegląd systematyczny i meta-analiza. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 18(4), 175–206.
- Ports, K. A., Ford, D. C., Merrick, M. T., Guinn, A. S. (2020). ACEs: Definitions, measurement, and prevalence. W: G. J.G. Asmundson, T. O. Afifi (red.), *Adverse childhood experiences: Using evidence to advance research, practice, policy, and prevention*, London: Elsevier. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-816065-7.00002-1>
- Rzeszutek, M., Dragan, M., Lis-Turlejska, M., Schier, K., Kowalkowska, J., Drabarek, K., Van Hoy, A., Holas, P., Maison, D., Wdowczyk, G., Litwin, E.,

- Wawrzyniak, J., Znamirowska, W., Szumiał, S., Desmond, M. (2024). Adverse childhood experiences and ICD-11 complex posttraumatic stress disorder in Poland: a population-based study. *European Journal of Psychotraumatology*, 15(1), artykuł 2420464. <https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2420464>
- Rzeszutek, M., Grabowska, M., Dragan, M., Lis-Turlejska, M., Schier, K., Kowalkowska, J., Styśko-Kunkowska, M., Malinowska, E., Osiński, T., Bargiel-Matusiewicz, K., Sosińska, B., Ibisz, M., Almazova, S., Bagiński, M., Szumiał, S. (2025). Negative and positive childhood experiences with regard to PTSD and subjective well-being in the national sample of Poles. *Scientific Reports*, 15(1), artykuł 38825. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-22431-2>
- Widera-Wysoczańska, A. (2011). Istota traumy prostej i złożonej. W: A. Widera-Wysoczańska, A. Kuczyńska (red.), *Interpersonalna trauma. Mechanizmy i konsekwencje* (s. 21–63). Difin.
- World Health Organization. (2018). *Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ)*. [https://www.who.int/publications/m/item/adverse-childhood-experiences-international-questionnaire-\(ace-iq\)](https://www.who.int/publications/m/item/adverse-childhood-experiences-international-questionnaire-(ace-iq)) [10.09.2021].

MARIUSZ G. KARBOWSKI

Potencjalne następstwa negatywnych doświadczeń z dzieciństwa

W ostatnich latach pojawia się coraz więcej dowodów naukowych wskazujących na związek pomiędzy negatywnymi doświadczeniami z dzieciństwa a potencjalnymi zagrożeniami dla zdrowia, w szczególności pogorszeniem kondycji fizycznej oraz zwiększonym ryzykiem występowania chorób przewlekłych. Wyniki te potwierdzają wszechobecny wpływ wczesnych doświadczeń życiowych na funkcjonowanie jednostki. Dlatego celem niniejszego rozdziału jest wieloaspektowa analiza omawianego zjawiska oraz przedstawienie potencjalnych następstw wynikających z jego występowania na kanwie koncepcji obciążenia allostatycznego.

Koncepcja obciążenia allostatycznego

Pojęcie allostazy zostało wprowadzone do literatury naukowej w 1988 r. przez Petera Sterlinga i Joe Eyera, którzy zaproponowali je jako nowy sposób rozumienia mechanizmów utrzymywania równowagi w organizmie (Sterling i Eyer, 1988). W przeciwieństwie do tradycyjnego pojęcia homeostazy zakładającego utrzymanie stałości środowiska wewnętrznego poprzez powrót do określonego punktu odniesienia, koncepcja allostazy podkreśla dynamiczny i elastyczny charakter regulacji fizjologicznej. Sterling i Eyer wskazywali, że organizm nieustannie dostosowuje swoje parametry – takie jak poziom hormonów, ciśnienie krwi czy częstość akcji serca – do zmieniających się wymogów środowiska zewnętrznego,

aby zachować funkcjonalną równowagę i zdolność przetrwania (Sterling, 2012).

W kolejnych latach koncepcja ta została rozwinięta przez Bruce'a S. McEwena i Eliota Stellara (McEwen i Stellar, 1993), którzy zaproponowali, by rozumieć allostazę nie tylko jako proces, lecz przede wszystkim jako zdolność organizmu do adaptacyjnego reagowania na stresory. Ich zdaniem zdolność ta polega na elastycznym zwiększaniu lub zmniejszaniu aktywności układów fizjologicznych w zależności od aktualnych potrzeb i zmian zachodzących w otoczeniu. Takie ujęcie pozwala postrzegać organizm jako system otwarty, który nie tyle utrzymuje niezmiennosc, co raczej osiąga stabilność poprzez zmienność (ang. *stability through change*).

Współczesne badania kontynuujące myśl McEwena i Wingfielda (2007) (Omsjoe i in., 2009; Wingfield i Sapolsky, 2003) wskazują, że allostaza stanowi podstawowy mechanizm adaptacyjny umożliwiający jednostce skuteczne funkcjonowanie w obliczu stresu, wyzwań i nieprzewidywalnych zmian środowiskowych. Oznacza to, że organizm dąży do równowagi nie przez powrót do stanu pierwotnego, lecz poprzez ciągłe modyfikacje swoich procesów fizjologicznych, co pozwala mu na bardziej złożone i elastyczne reagowanie na bodźce zewnętrzne.

Natomiast koncepcja obciążenia allostatycznego (ang. *allostaticload*) odnosi się do tzw. zużycia organizmu, rozumianego jako skumulowany wpływ powtarzającego się lub przewlekłego stresu na funkcjonowanie biologiczne jednostki (McEwen i Stellar, 1993). Obejmuje ona konsekwencje ciągłej aktywacji mechanizmów adaptacyjnych, które w warunkach chronicznego stresu przestają pełnić funkcję ochronną, co prowadzi do zaburzeń w homeostazie i nadmiernego obciążenia fizjologicznego. Liczne badania potwierdzają, że stres wywiera istotny wpływ na strukturę i funkcjonowanie układów nerwowego oraz hormonalnego, bo modyfikuje sposób, w jaki systemy te reagują zarówno w stanie spoczynku, jak i w odpowiedzi na nowe bodźce stresowe (McEwen i Gianaros, 2010). Ze względu na ściśle powiązania między układami organizmu zaburzenia w obrębie układów nerwowego i endokrynnego wywołują kaskadowe zmiany w innych systemach, w tym przede wszystkim w układzie odpornościowym. W rezultacie nadmierne obciążenie allostatyczne prowadzi do tzw. biologicznego zużycia organizmu, co zwiększa podatność na szereg problemów zdrowotnych takich jak zaburzenia metaboliczne, choroby sercowo-naczyniowe, a także osłabienie odporności (Danese i McEwen, 2012). Choć koncepcja obciążenia allostatycznego nie odnosi

się wyłącznie do wpływu stresu we wczesnym okresie życia, to stanowi kluczowy mechanizm wyjaśniający negatywne skutki długotrwałego stresu dla zdrowia fizycznego w całym cyklu życia. W ostatnich latach coraz większe zainteresowanie badaczy budzi integracja tej koncepcji z modelem tzw. osadzania biologicznego (ang. *biological embedding*), który pozwala lepiej zrozumieć, w jaki sposób stres i negatywne doświadczenia z dzieciństwa (ACE) prowadzą do trwałych zmian biologicznych i rozwojowych (Berens i in., 2017). Osadzanie biologiczne odnosi się do procesów, w wyniku których doświadczenia życiowe – zwłaszcza te związane z chronicznym stresem, deprawacją emocjonalną lub przemocą – zostają trwale wpisane w biologię jednostki i modyfikują funkcjonowanie układów fizjologicznych i neurohormonalnych. Proces ten skutkuje długofalowymi zmianami w zdrowiu fizycznym, dobrostanie emocjonalnym i zachowaniu (Hertzman, 1999, 2012). Na gruncie tej koncepcji Miller, Chen i Parker (Miller i in., 2011) sformułowali model biologicznego zakorzenienia przeciwności losu w dzieciństwie (ang. *biological embedding of childhood adversity model*). Zakłada on, że stres doświadczany we wczesnych etapach życia działa podskórnie (ang. *under the skin*) i prowadzi do szeregu zmian biologicznych – m.in. w funkcjonowaniu osi podwzgórze–przysadka–nadnercza (HPA), w ekspresji genów oraz w procesach zapalnych. Zmiany te wchodzi w interakcje z indywidualnymi tendencjami behawioralnymi (np. unikanie, impulsywność, nadmierne czuwanie), co w konsekwencji zwiększa ryzyko występowania chorób somatycznych i psychicznych w ciągu całego życia.

Obciążenia allostatyczne a potencjalne następstwa behawioralne

Koncepcja obciążenia allostatycznego w kontekście negatywnych doświadczeń z dzieciństwa dostarcza ram teoretycznych pozwalających zrozumieć mechanizmy, poprzez które wczesne stresory życiowe mogą prowadzić do angażowania się w zachowania wysokiego ryzyka zdrowotnego. W literaturze wskazuje się, że chroniczne obciążenie fizjologiczne wynikające z trwałej aktywacji układów stresu sprzyja rozwojowi wzorców zachowań takich jak zaburzenia odżywiania, nadużywanie substancji psychoaktywnych czy impulsywne reagowanie na stres (Mersky i in., 2013). Empiryczne badania potwierdzają, że relacja pomiędzy ACE

a ryzykownymi zachowaniami zdrowotnymi odpowiada schematowi bodziec–reakcja: im większa liczba i częstotliwość doświadczeń traumatycznych, tym większe prawdopodobieństwo wystąpienia zachowań nieadaptacyjnych (Campbell i in., 2016). Mechanizm ten tłumaczy się częściowo utrwaleniem wzmożonej reaktywności emocjonalnej i behawioralnej, która stanowi pozostałość po długotrwałej ekspozycji na stres w dzieciństwie.

Naukowcy podkreślają, że osoby, które w okresie dzieciństwa doświadczały przemocy, zaniedbania lub deprivacji emocjonalnej, częściej przejawiają zwiększoną impulsywność behawioralną (Lovallo, 2013), a także skłonność do stosowania strategii radzenia sobie o charakterze nieumiejętności dostosowania. Do strategii tych zalicza się m.in. obwinianie siebie, unikanie, wycofanie emocjonalne oraz bierność poznawczą, które przeciwstawiane są konstruktywnym mechanizmom radzenia sobie, takim jak planowanie, aktywne rozwiązywanie problemów, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego czy poznawcze przeformułowanie sytuacji (Helitzer i in., 2015).

Impulsywność oraz nieadaptacyjne strategie radzenia sobie ściśle wiążą się z tzw. negatywnym stylem poznawczym obejmującym dysfunkcjonalne postawy, przekonania i schematy „Ja”. W tym ujęciu jednostki z wysokim poziomem ACE częściej przypisują przyczyny negatywnych wydarzeń czynnikom stabilnym („zawsze tak jest”) i globalnym („we wszystkich obszarach życia mi się nie udaje”), co sprzyja utrwaleniu negatywnego obrazu siebie (Karbowski, 2025). Taki sposób interpretacji doświadczeń prowadzi do powstania wewnętrznych schematów deprecjonujących własną wartość oraz przekonań o braku sprawczości, które mogą stanowić podłoże dla emocji wtórnych, takich jak żal, zazdrość czy resentyment.

Długotrwałe funkcjonowanie według tych dysfunkcjonalnych wzorców poznawczych i emocjonalnych sprzyja katastroficznemu myśleniu o sobie, osłabionej regulacji emocji oraz utrwaleniu nieadaptacyjnych form reagowania. W konsekwencji prowadzi to do rozwoju zaburzeń psychicznych, takich jak depresja, zaburzenia lękowe, zaburzenia osobowości czy uzależnienia, a także do pogorszenia zdrowia fizycznego. W świetle powyższego, koncepcja obciążenia allostatycznego w połączeniu z modelem poznawczo-behawioralnym dostarcza spójnego wyjaśnienia, w jaki sposób wczesne przeciwności losu – negatywne doświadczenia z dzieciństwa – mogą prowadzić do trwałych zaburzeń w funkcjonowaniu

psychosomatycznym jednostki. Ukazuje ona, że skutki negatywnych doświadczeń dzieciństwa nie ograniczają się do poziomu biologicznego, lecz są głęboko zakorzenione w strukturach poznawczych i emocjonalnych, które kształtują sposób, w jaki jednostka interpretuje siebie i świat, reaguje na stres oraz reguluje emocje w dorosłym życiu.

Obciążenie allostajyczne a potencjalne następstwa biologiczne

Jak wskazano powyżej, obciążenie allostajyczne sprzyja zmianom w układzie nerwowym, które z biegiem czasu negatywnie wpływają na zdrowie fizyczne jednostki. Zmiany te oraz ich konsekwencje wynikają z długotrwałej ekspozycji na stres, w tym z doświadczenia różnorodnych form stresu przewlekłego, takich jak negatywne doświadczenia z dzieciństwa. Należy jednak podkreślić, że nie wszystkie formy stresu przewlekłego prowadzą do identycznych zmian biologicznych. Wiele modeli teoretycznych i badań empirycznych wskazuje, iż to właśnie stres doświadczany w okresach wczesnorozwojowych ma szczególne, długofalowe konsekwencje dla funkcjonowania organizmu, gdyż oddziałuje w tzw. okresach krytycznych lub wrażliwych dla rozwoju biologicznego (Ben-Shlomo, 2002).

Zgodnie z modelem biologicznego uwarunkowania przeciwności losu w dzieciństwie (Ben-Shlomo, 2002) stres doświadczany w tych kluczowych fazach rozwoju prowadzi do trwałego przestrojenia funkcjonowania układów fizjologicznych – zjawiska określanego mianem programowania biologicznego (ang. *biological programming*). Obejmuje ono m.in. zmiany w regulacji komórek układu odpornościowego, które oddziałują na oś podwzgórze–przysadka–nadnercza (HPA), układ autonomiczny oraz procesy metaboliczne, a także na zachowania zdrowotne. W efekcie dochodzi do utrzymywania się niskiego, chronicznego poziomu aktywacji reakcji zapalnej, co prowadzi do rozwoju tzw. fenotypu prozapalnego.

Spośród licznych biologicznych następstw ACE to właśnie zaburzenia regulacji układu odpornościowego stanowią jeden z najlepiej udokumentowanych mechanizmów. Badania wskazują, że osoby, które w dzieciństwie doświadczyły przemocy, zaniedbania lub innych form wczesnego stresu, wykazują wyższe poziomy biomarkerów zapalnych, takich jak białko C-reaktywne (CRP) czy interleukina-6 (IL-6), w porównaniu z osobami bez tego rodzaju doświadczeń (Danese i McEwen, 2012; Lin i in., 2016). Dodatkowo, badania przeprowadzone wśród osób starszych

wykazały, że negatywne doświadczenia z dzieciństwa wiążą się ze zwiększoną ekspresją genów prozapalnych, co sugeruje trwałe zmiany w funkcjonowaniu układu immunologicznego (Levine i in., 2015).

Na podstawie tych obserwacji sformułowano hipotezę, że ACE mogą prowadzić do rozwoju fenotypu prozapalnego, który zwiększa podatność jednostki na szereg problemów zdrowotnych, w tym choroby sercowo-naczyniowe, nowotworowe, autoimmunologiczne oraz metaboliczne (Libby, 2008; Elwenspoek i in., 2017). Utrzymujący się stan zapalny stanowi istotny czynnik ryzyka w patogenezie wielu chorób przewlekłych, bo wpływa zarówno na procesy komórkowe, jak i systemową równowagę fizjologiczną.

Negatywne doświadczenia z dzieciństwa wiążą się również z dysregulacją funkcjonowania osi podwzgórze–przysadka–nadnercza (HPA), kluczowej dla regulacji reakcji stresowej. Badania wskazują, że u osób z historią ACE częściej występuje zarówno nadreaktywność, jak i hiporeaktywność osi HPA, co skutkuje zaburzeniami w wydzielaniu kortyzolu oraz zaburzoną adaptacją organizmu do stresu (Strüber i in., 2014). Dysfunkcje te przyczyniają się do pogorszenia stanu zdrowia poprzez zwiększanie obciążenia allostacyjnego, zaburzenia procesów metabolicznych oraz upośledzenie regeneracji organizmu (Ganzel i in., 2010).

Podsumowując, biologiczne konsekwencje negatywnych doświadczeń z dzieciństwa obejmują trwałe zmiany w regulacji układów stresu, odpornościowego i endokrynnego prowadzące do przewlekłego stanu zapalnego, zaburzeń metabolicznych i zwiększonego ryzyka chorób somatycznych. Wskazuje to, że wczesne doświadczenia mają zdolność „wdrukowania się” w biologię jednostki, przez co wpływają na jej fizjologiczne funkcjonowanie przez całe życie. Zrozumienie tych procesów jest kluczowe dla opracowania skutecznych strategii profilaktycznych i interwencyjnych, które mogłyby ograniczyć długofalowe skutki ACE dla zdrowia fizycznego i psychicznego.

Potencjalne następstwa negatywnych doświadczeń dzieciństwa w koncepcji allostazy

Choroby układu sercowo-naczyniowego

Jednym z najlepiej udokumentowanych obszarów konsekwencji ACE są choroby układu krążenia. Analizy danych z oryginalnego badania ACE wykazały, że niemal wszystkie rodzaje negatywnych doświadczeń wiążą się ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia choroby niedokrwiennej serca (Dong i in., 2004). Efekt ten wykazuje charakter zależny od wielości przeżyć – ryzyko wzrasta wraz z liczbą doświadczonych ACE. Dodatkowo, badania populacji dzieci ewakuowanych podczas II wojny światowej wskazały, że osoby poddane separacji od rodziców były dwukrotnie bardziej narażone na rozwój chorób sercowo-naczyniowych w dorosłości (Alastalo i in., 2009). Metaanalizy potwierdzają te zależności: Hughes i współpracownicy (2017) stwierdzili, że osoby z czterema lub większą liczbą zmiennych z ACE są ponad dwukrotnie bardziej narażone na choroby układu krążenia, natomiast Wegman i Stetler wykazali średniej mocy korelację między przemocą wobec dzieci a tymi chorobami (Wegman i Stetler, 2009). Warto zaznaczyć, że związek ten jest częściowo mediowany przez czynniki pośredniczące takie jak niezdrowe zachowania (palenie tytoniu, brak aktywności fizycznej), niski status socjoekonomiczny, stres finansowy czy zaburzenia relacji z rodzicami (Doom i in., 2017).

Zaburzenia metaboliczne

Kolejnym obszarem następstw ACE są zaburzenia metaboliczne, w tym otyłość i cukrzyca typu 2. Badania wskazują, że osoby, które doświadczyły wielu przeciwności w dzieciństwie, są istotnie bardziej narażone na wystąpienie tych schorzeń w dorosłości (Rich-Edwards i in., 2010). Metaanaliza Danese i Tan obejmująca 41 badań wykazała, że ekspozycja na ACE zwiększa prawdopodobieństwo otyłości w wieku dorosłym o 36%. Co interesujące, efekt ten utrzymuje się niezależnie od zachowań zdrowotnych, co sugeruje udział mechanizmów biologicznych takich jak deregulacja osi podwzgórze–przysadka–nadnercza (HPA) czy przewlekły stan zapalny (Danese i Tan, 2014). Z kolei Hughes oraz Wegman i Stetler potwierdzają umiarkowaną, ale istotną zależność między ACE

a zaburzeniami metabolicznymi, wskazując, że stres wczesnodziecięcy może prowadzić do trwałych zmian w funkcjonowaniu układu hormonalnego i immunologicznego (Wegman i Stetler, 2009; Bellis i in., 2017).

Inne schorzenia fizyczne

Badania ujawniają związek ACE nie tylko z chorobami układów sercowo-naczyniowego i metabolicznego, lecz także z szeregiem innych schorzeń somatycznych. Doświadczenie przemocy w dzieciństwie koreluje z wyższym ryzykiem wystąpienia zaburzeń neurologicznych, żołądkowo-jelitowych oraz chorób autoimmunologicznych (Anda i in., 2008). Osoby z trzema lub większą liczbą ACE częściej zapadają na infekcje przenoszone drogą płciową, nowotwory oraz choroby wątroby i układu pokarmowego (Bellis i in., 2014). W badaniach retrospektywnych wykazano również, że ACE wiążą się z większym ryzykiem przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP) – osoby, które doświadczyły pięciu lub więcej ACE, są ponad dwa i pół raza bardziej narażone na tę chorobę (Anda i in., 2008). Podobne wyniki dotyczą chorób układu oddechowego i mięśniowo-szkieletowego, przy czym siła efektu waha się od umiarkowanej do dużej (Davis i in., 2005).

Czynniki ryzyka złego stanu zdrowia fizycznego

ACE wiążą się także z występowaniem licznych czynników ryzyka chorób przewlekłych. Osoby, które w dzieciństwie doświadczyły przeciwności losu, wykazują wyższe wartości ciśnienia krwi, BMI, tętna oraz obwodu talii (Pretty i in., 2013). Dorośli z ACE częściej cierpią na nadciśnienie (Alastalo i in., 2009). Badania prospektywne wykazały, że ekspozycja na wiele ACE wiąże się z większym ryzykiem występowania kumulatywnych czynników metabolicznych, takich jak hipercholesterolemia czy nadwaga (Danese i in., 2009). Niektóre wyniki wskazują jednak na zróżnicowanie efektów w zależności od płci, rodzaju i nasilenia doświadczonej przemocy – np. kobiety, które w dzieciństwie doświadczyły cięższych form przemocy fizycznej lub seksualnej, wykazują większe ryzyko rozwoju nadciśnienia tętniczego (Riley i in., 2010). Koncepcja obciążenia allostatycznego (Juster i in., 2010) dostarcza ram teoretycznych do wyjaśnienia

tych zależności: chroniczny stres w dzieciństwie prowadzi do trwałej dysregulacji fizjologicznej w układach stresu, co sprzyja rozwojowi chorób somatycznych. Badania prospektywne potwierdzają, że ACE są predyktorem podwyższonego obciążenia allostatycznego w dorosłości (Barboza Solís i in., 2015).

Potencjalne emocjonalne następstwa rozważane w perspektywie resentymetu

Niekorzystne doświadczenia z dzieciństwa oddziałują nie tylko na funkcjonowanie somatyczne, lecz również – w sposób głęboki i długotrwały – na sferę emocjonalno-uczuciową jednostki. Badania wskazują, że przewlekła ekspozycja dziecka na stres, przemoc, zaniedbanie lub brak bezpiecznej więzi przywiązania prowadzi do trwałej dysregulacji układów neurobiologicznych odpowiedzialnych za kontrolę emocji, w tym osi podwzgórze–przysadka–nadnercza (HPA) oraz struktur limbicznych, m.in. ciała migdałowatego i hipokampa (McCrory i in., 2011). Skutkiem tego jest zwiększona reaktywność emocjonalna, obniżony próg tolerancji na frustrację oraz tendencja do utrwalania negatywnych wzorców interpretacji doświadczeń społecznych. W ujęciu psychologicznym konsekwencją ACE jest rozwój nieadaptacyjnych schematów poznawczych dotyczących „Ja”, innych ludzi i świata (Young i in., 2003). Osoby te częściej przejawiają poczucie krzywdy, zranienia i niesprawiedliwości, które – w połączeniu z tłumionym gniewem i chronicznym poczuciem bezsilności – może prowadzić do powstawania resentymetu (Karbowski, 2025). Resentyment rozumiany jest jako złożony konstrukt emocjonalno-poznawczy, łączący elementy urazy, zazdrości i moralnego oburzenia, utrwalany poprzez powtarzające się procesy porównań społecznych (Nietzsche, 2022; Scheler, 2022; Weber, 2018).

Dlatego resentyment to postawa kształtująca się na gruncie zniekształconej i uogólnionej percepcji rzeczywistości, prowadząca do wewnętrznej, tłumionej reakcji o charakterze emocjonalno-poznawczym, skierowanej wobec osób, sytuacji lub samego siebie. Obejmuje ona negatywne komponenty afektywne takie jak niechęć, zazdrość, nienawiść, zawiść czy pragnienie zemsty. Emocje te mogą pełnić funkcję kompensacyjną wobec poczucia bezsilności, niesprawiedliwości lub upokorzenia. Z perspektywy neuropsychologicznej resentyment można postrzegać jako

przejaw nieefektywnej regulacji emocji wtórnej wobec wczesnodziecięcego stresu i braku adekwatnych strategii samoregulacyjnych. Dlatego wczesne doświadczenia deprywacji emocjonalnej sprzyjają rozwojowi mechanizmów obronnych o charakterze kompensacyjnym – takich jak nadmierna kontrola, projekcja czy tłumienie gniewu – które utrudniają autentyczne przepracowanie emocji zranienia (Herman, 2022). W rezultacie jednostka interpretuje świat przez pryzmat niesprawiedliwości, porażki i upokorzenia, a emocje negatywne (zazdrość, gniew, poczucie skrzywdzenia) zostają utrwalone i ukierunkowane na innych w formie niejawnej wrogości. Długofalowo taki stan emocjonalny wiąże się z obniżeniem dobrostanu psychicznego, zwiększonym poziomem stresu, problemami w relacjach interpersonalnych oraz podatnością na zaburzenia afektywne i lękowe (Ewin, 2004). Utrwalony resentyment sprzyja również rozwojowi postaw defensywnych, niskiej zdolności do empatii i przebaczenia oraz tendencji do wycofania społecznego. Badania potwierdzają, że chroniczne utrzymywanie negatywnych emocji, takich jak złość czy uraza, koreluje z wyższym poziomem biomarkerów stresu (np. kortyzolu i CRP), co stanowi pośredni mechanizm łączący ACE z chorobami psychosomatycznymi (Danese i McEwen, 2012).

Podsumowanie

Zgromadzone badania i ich analiza potwierdzają, że niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie stanowią istotny predyktor gorszego stanu zdrowia fizycznego w dorosłości na tle czynników psychospołecznych związanych z przeciążeniem allostatycznym. Najsilniejsze i najbardziej konsekwentne zależności dotyczą chorób układu sercowo-naczyniowego, zaburzeń metabolicznych oraz schorzeń układów oddechowego, neurologicznego i immunologicznego, powstania resentymentu. Wyniki licznych badań prospektywnych i metaanalitycznych konsekwentnie potwierdzają, że niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie stanowią istotny predyktor nie tylko gorszego zdrowia psychicznego, lecz również szerokiego spektrum negatywnych skutków somatycznych w dorosłości.

Po pierwsze, ACE znacząco zwiększają ryzyko przedwczesnej śmierci – szacuje się, że osoby, które doświadczyły wielu przeciwności losu w dzieciństwie, wykazują od 57% do 80% wyższe prawdopodobieństwo zgonu

w wieku dorosłym w porównaniu z osobami pozbawionymi takich doświadczeń (Kelly-Irving i in., 2013).

Po drugie, badania epidemiologiczne dowodzą, że dorośli z historią ACE częściej cierpią na zaburzenia fizyczne i przewlekłe choroby somatyczne, a także zgłaszają większą liczbę objawów somatycznych i diagnoz medycznych (Sareen i in., 2007).

Kluczowe badanie Felittiego i współpracowników (1998) wykazało, że osoby z czterema lub większą liczbą ACE są istotnie bardziej narażone na wystąpienie choroby niedokrwiennej serca, udaru mózgu, cukrzycy, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP), chorób wątroby, nowotworów oraz złamań kości. Wyniki te wykazują silną zależność typu dawka–odpowiedź, zgodnie z którą wzrost liczby ACE wiąże się z proporcjonalnym wzrostem prawdopodobieństwa wystąpienia problemów zdrowotnych (Hughes i in., 2017).

Zależność ta utrzymuje się również po uwzględnieniu zmiennych socjodemograficznych, co wskazuje, że ACE działają jako autonomiczny czynnik ryzyka dla rozwoju chorób przewlekłych w dorosłości. Mechanizmy te interpretowane są w literaturze w świetle koncepcji obciążenia allostatycznego (McEwen, 1998) – długotrwała ekspozycja na stres w dzieciństwie prowadzi do deregulacji układów neuroendokrynych, immunologicznych i metabolicznych, co z czasem skutkuje trwałymi zaburzeniami homeostazy organizmu.

W ujęciu biopsychospołecznym ACE przyczyniają się zatem do powstania kumulatywnego ryzyka zdrowotnego obejmującego zarówno zaburzenia fizjologiczne (np. nadciśnienie, hiperglikemię, otyłość), jak i psychosomatyczne konsekwencje przewlekłego stresu. Osoby z wysokim poziomem ACE cechuje także większe prawdopodobieństwo angażowania się w zachowania ryzykowne dla zdrowia (np. palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, ograniczona aktywność fizyczna), co stanowi mechanizm pośredniczący w relacji między ACE a gorszym stanem zdrowia fizycznego (Campbell i in., 2016). W efekcie ACE stanowią istotny czynnik ryzyka dla długoterminowego zdrowia populacyjnego, a ich wpływ ma charakter zarówno bezpośredni (biologiczny), jak i pośredni (behawioralno-emocjonalny).

Bibliografia

- Alatalo, H., Rääkkönen, K., Pesonen, A. K., Osmond, C., Barker, D. J.P., Kajantie, E., Heinonen, K., Forsén, T. J., Eriksson, J. G. (2009). Cardiovascular health of Finnish war evacuees 60 years later. *Annals of Medicine*, 41(1), 66–72. <https://doi.org/10.1080/07853890802301983>
- Anda, R. F., Brown, D. W., Felitti, V. J., Dube, S. R., Giles, W. H. (2008). Adverse childhood experiences and prescription drug use in a cohort study of adult HMO patients. *BMC Public Health*, 8(1), artykuł 198. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-198>
- Barboza Solís, C., Kelly-Irving, M., Fantin, R., Darnaudéry, M., Torrisani, J., Lang, T., Delpierre, C. (2015). Adverse childhood experiences and physiological wear-and-tear in midlife: Findings from the 1958 British birth cohort. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 112(7), 738–746. <https://doi.org/10.1073/pnas.1417325112>
- Bellis, M. A., Lowey, H., Leckenby, N., Hughes, K., Harrison, D. (2014). Adverse childhood experiences: retrospective study to determine their impact on adult health behaviours and health outcomes in a UK population. *Journal of Public Health*, 36(1), 81–91. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdto38>
- Bellis, M. A., Hughes, K., Hardcastle, K., Ashton, K., Ford, K., Quigg, Z., Davies, A. (2017). The impact of adverse childhood experiences on health service use across the life course using a retrospective cohort study. *Journal of Health Services Research & Policy*, 22(3), 168–177. <https://doi.org/10.1177/1355819617706720>
- Ben-Shlomo, Y. (2002). A life course approach to chronic disease epidemiology: Conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *International Journal of Epidemiology*, 31(2), 285–293. <https://doi.org/10.1093/ije/31.2.285>
- Berens, A. E., Jensen, S. K.G., Nelson, Ch. A. (2017). Biological embedding of childhood adversity: From physiological mechanisms to clinical implications. *BMC Medicine*, 15(1), artykuł 135. <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0895-4>
- Campbell, J. A., Walker, R. J., Egede, L. E. (2016). Associations between adverse childhood experiences, high-risk behaviors, and morbidity in adulthood. *American Journal of Preventive Medicine*, 50(3), 344–352. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.07.022>

- Danese, A., McEwen, B. S. (2012). Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease. *Physiology & Behavior*, 106(1), 29–39. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2011.08.019>
- Danese, A., Moffitt, T. E., Harrington, H., Milne, B. J., Polanczyk, G., Pariante, C. M., Poulton, R., Caspi, A. (2009). Adverse childhood experiences and adult risk factors for age-related disease: Depression, inflammation, and clustering of metabolic risk markers. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 163(12), 1135–1143. <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2009.214>
- Danese, A., Tan, M. (2014). Childhood maltreatment and obesity: Systematic review and meta-analysis. *Molecular Psychiatry*, 19(5), 544–554. <https://doi.org/10.1038/mp.2013.54>
- Davis, D. A., Luecken, L. J., Zautra, A. J. (2005). Are reports of childhood abuse related to the experience of chronic pain in adulthood? A meta-analytic review of the literature. *The Clinical Journal of Pain*, 21(5), 398–405. <https://doi.org/10.1097/01.ajp.0000149795.08746.31>
- Dong, M., Giles, W. H., Felitti, V. J., Dube, S. R., Williams, J. E., Chapman, D. P., Anda, R. F. (2004). Insights into causal pathways for ischemic heart disease: Adverse childhood experiences study. *Circulation*, 110(13), 1761–1766. <https://doi.org/10.1161/01.CIR.0000143074.54995.7F>
- Doom, J. R., Mason, S. M., Suglia, S. F., Clark, C. J. (2017). Pathways between childhood/adolescent adversity, adolescent socioeconomic status, and long-term cardiovascular disease risk in young adulthood. *Social Science & Medicine*, 188, 166–175. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.06.044>
- Elwenspoek, M. M.C., Kuehn, A., Muller, C. P., Turner, J. D. (2017). The effects of early life adversity on the immune system. *Psychoneuroendocrinology*, 82, 140–154. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2017.05.012>
- Ewin, D. M. (2004). *Helping clients forgive: An empirical guide for resolving anger and restoring hope*. R. D. Enright and R. P. Fitzgibbons, Editors. American Psychological Association, Washington, DC (2002). xiii + 376 Pages. \$39.95. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 46(4), 361–363. <https://doi.org/10.1080/00029157.2004.10403623>
- Ganzel, B. L., Morris, P. A., Wethington, E. (2010). Allostasis and the human brain: Integrating models of stress from the social and life sciences. *Psychological Review*, 117(1), 134–174. <https://doi.org/10.1037/a0017773>
- Helitzer, D., Graeber, D., LaNoue, M., Newbill, S. (2015). Don't step on the tiger's tail: A mixed methods study of the relationship between adult

- impact of childhood adversity and use of coping strategies. *Community Mental Health Journal*, 51(7), 768–774. <https://doi.org/10.1007/s10597-014-9815-7>
- Herman, J. L. (2022). *Trauma and recovery: the aftermath of violence – from domestic abuse to political terror*. Basic Books.
- Hertzman, C. (1999). The biological embedding of early experience and its effects on health in adulthood. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896(1), 85–95. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1999.tb08107.x>
- Hertzman, C. (2012). Putting the concept of biological embedding in historical perspective. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109, 17160–17167. <https://doi.org/10.1073/pnas.1202203109>
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, Ch., Jones, L., Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, 2(8), 356–366. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)
- Juster, R. P., McEwen, B. S., Lupien, S. J. (2010). Allostatic load biomarkers of chronic stress and impact on health and cognition. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(1), 2–16. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2009.10.002>
- Karbowski, M. G. (2025). *Odstąpienie resentmentu. Analiza psychologiczna w wymiarze indywidualnym i społecznym*. Dom Wydawniczy Elipsa.
- Kelly-Irving, M., Lepage, B., Dedieu, D., Bartley, M., Blane, D., Grosclaude, P., Lang, T., Delpierre, C. (2013). Adverse childhood experiences and premature all-cause mortality. *European Journal of Epidemiology*, 28(9), 721–734. <https://doi.org/10.1007/s10654-013-9832-9>
- Levine, M. E., Cole, S. W., Weir, D. R., Crimmins, E. M. (2015). Childhood and later life stressors and increased inflammatory gene expression at older ages. *Social Science & Medicine*, 130, 16–22. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.01.030>
- Libby, P. (2008). Inflammatory mechanisms: The molecular basis of inflammation and disease. *Nutrition Reviews*, 65, 140–146. <https://doi.org/10.1111/j.1753-4887.2007.tb00352.x>
- Lin, J. E., Neylan, T. C., Epel, E., O'Donovan, A. (2016). Associations of childhood adversity and adulthood trauma with C-reactive protein: A cross-sectional population-based study. *Brain, Behavior, and Immunity*, 53, 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.jbbi.2015.11.015>
- Lovallo, W. R. (2013). Early life adversity reduces stress reactivity and enhances impulsive behavior: Implications for health behaviors. *International*

- Journal of Psychophysiology*, 90(1), 8–16. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2012.10.006>
- McCrary, E., De Brito, S. A., Viding, E. (2011). The Impact of childhood maltreatment: A review of neurobiological and genetic factors. *Frontiers in Psychiatry*, 2. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2011.00048>
- McEwen, B. S., Stellar, E. (1993). Stress and the individual: Mechanisms leading to disease. *Archives of Internal Medicine*, 153(18), 2093–2101. <https://doi.org/10.1001/archinte.1993.00410180039004>
- McEwen, B. S., Gianaros, P. J. (2010). Central role of the brain in stress and adaptation: Links to socioeconomic status, health, and disease. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186(1), 190–222. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.05331.x>
- Mersky, J. P., Topitzes, J., Reynolds, A. J. (2013). Impacts of adverse childhood experiences on health, mental health, and substance use in early adulthood: A cohort study of an urban, minority sample in the U. S. *Child Abuse & Neglect*, 37(11), 917–925. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.07.011>
- Miller, G. E., Chen, E., Parker, K. J. (2011). Psychological stress in childhood and susceptibility to the chronic diseases of aging: Moving toward a model of behavioral and biological mechanisms. *Psychological Bulletin*, 137(6), 959–997. <https://doi.org/10.1037/a0024768>
- Nietzsche, F. (2022). *Z genealogii moralności*. Vis-à-vis/Etiuda.
- Omsjoe, E. H., Stien, A., Irvine, J., Albon, S. D., Dahl, E., Thoresen, S. I., Rustad, E., Ropstad, E. (2009). Evaluating capture stress and its effects on reproductive success in Svalbard reindeer. *Canadian Journal of Zoology*, 87(1), 73–85. <https://doi.org/10.1139/Z08-139>
- Pretty, Ch., O'Leary, D. D., Cairney, J., Wade, T. J. (2013). Adverse childhood experiences and the cardiovascular health of children: A cross-sectional study. *BMC Pediatrics*, 13(1), artykuł 208. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-13-208>
- Rich-Edwards, J. W., Spiegelman, D., Lividoti Hibert, E. N., Jun, H. J., Todd, T. J., Kawachi, I., Wright, R. J. (2010). Abuse in childhood and adolescence as a predictor of type 2 diabetes in adult women. *American Journal of Preventive Medicine*, 39(6), 529–536. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2010.09.007>
- Riley, E. H., Wright, R. J., Jun, H. J., Hibert, E. N., Rich-Edwards, J. W. (2010). Hypertension in adult survivors of child abuse: Observations from the Nurses' Health Study II. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 64(5), 413–418. <https://doi.org/10.1136/jech.2009.095109>

- Sareen, J., Cox, B. J., Stein, M. B., Afifi, T. O., Fleet, C., Asmundson, G. J. G. (2007). Physical and mental comorbidity, disability, and suicidal behavior associated with posttraumatic stress disorder in a large community sample. *Psychosomatic Medicine*, 69(3), 242–248. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31803146d8>
- Scheler, M. (2022). *Resentyment w strukturze systemów moralnych*. Wydawnictwo Aletheia.
- Sterling, P. (2012). Allostasis: A model of predictive regulation. *Physiology & Behavior*, 106(1), 5–15. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2011.06.004>
- Sterling, P., Eyer, J. (1988). Allostasis: A new paradigm to explain arousal pathology. W: S. Fisher, J. Reason (red.). *Handbook of life stress, cognition and health* (s. 629–649). John Wiley & Sons.
- Strüber, N., Strüber, D., Roth, G. (2014). Impact of early adversity on glucocorticoid regulation and later mental disorders. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 38, 17–37. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2013.10.015>
- Weber, M. (2018). *Szkice z socjologii religii*. Wydawnictwo Vis-à-vis Etiuda.
- Wegman, H. L., Stetler, C. (2009). A meta-analytic review of the effects of childhood abuse on medical outcomes in adulthood. *Psychosomatic Medicine*, 71(8), 805–812. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181bb2b46>
- Wingfield, J. C., Sapolsky, R. M. (2003). Reproduction and resistance to stress: When and how. *Journal of Neuroendocrinology*, 15(8), 711–724. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2826.2003.01033.x>
- Young, J. E., Klosko, J. S., Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. The Guilford Press.

TOMASZ WAJS, KATARZYNA LIPSKA

Rozpowszechnienie negatywnych doświadczeń dzieciństwa wśród mieszkańców województwa świętokrzyskiego

Wprowadzenie

Doświadczenia wczesnodziecięce są istotnym predyktorem budowania przez dziecko, a następnie dorosłego, narracji i oczekiwań odnośnie do innych osób, przyszłości, obrazu samego siebie itd. Stanowią także impuls motywacji do podejmowanych zachowań i podatności na dobór działań i wybór ścieżek życiowych (Bowlby, 2007; van der Kolk, 2025). W tym kontekście ważnego znaczenia nabiera doświadczenie wczesnodziecięcych traum mających swoje implikacje dla życia i zdrowia, w tym psychicznego, rozwijającego się organizmu.

Badania oparte na kwestionariuszu kategoryzującym ACE pozwoliły zebrać informacje o przeżyciach i doświadczeniach wczesnodziecięcych. Praktyka życia społecznego znalazła swoje poparcie w badaniach naukowych podejmowanych w obszarze psychologii klinicznej, rozwojowej, a także w sferze zdrowia publicznego. Liczne doniesienia naukowe potwierdzają, jak wczesne negatywne doświadczenia o charakterze traumatycznym wpływają na neurobiologiczny, emocjonalny i społeczny rozwój dziecka (van der Kolk, 2023), oraz że ich kumulacja może prowadzić do trwałych zmian w funkcjonowaniu jednostki, kiedy wkracza ona w poszczególne okresy rozwojowe i odgrywa role społeczne. W prowadzonych w tym obszarze badaniach istotne jest uwrażliwienie na znaczenie tych doświadczeń w kontekście rozwoju kolejnych pokoleń, na długofalowe skutki i konsekwencje nie tylko dla samej jednostki, ale także

finansów publicznych państwa. Wnioski z badań pozwalają na tworzenie programów i oddziaływań profilaktycznych dotyczących czynników ryzyka oraz działań ochronnych w obszarze zdrowia psychicznego.

Wyniki badań prowadzonych w województwie świętokrzyskim są spójne z tymi uzyskanymi w badaniach w innych populacjach w Polsce i na świecie, aczkolwiek występują również istotne różnice. Podobnie jak w pierwotnych badaniach wykazał Felitti, negatywne doświadczenia dzieciństwa są częstsze niż można byłoby przypuszczać, a trudne przeżycia są ze sobą powiązane (van der Kolk, 2023). W praktyce większość przypadków maltretowania dzieci pozostaje niewykryta, gdyż istnieją znaczne różnice w częstotliwości potwierdzonych przypadków maltretowania zgłaszanych odpowiednim służbom a retrospektywnie zgłaszanymi przypadkami, jakie opisują badane osoby w kwestionariuszu ACE (www.cdc.gov).

Termin „negatywne wczesnodziecięce doświadczenia” (ang. *adverse childhood experiences*, ACE) odnosi się do szeregu przewlekłych czy intensywnych doświadczeń przeciążenia stresem w dzieciństwie – w wieku od 0 do 18 lat – wśród których wymienić można: różne rodzaje stosowanej wobec dziecka przemocy (fizycznej, emocjonalnej, seksualnej), zaniedbanie fizyczne czy emocjonalne, trudności wynikające z systemu rodzinnego w postaci: uzależnień rodzica, bycia świadkiem przemocy w rodzinie, utraty czy separacji od rodzica (Felitti i in., 1998; Hughes i in., 2017), a także narażenie na doświadczenie przemocy poza środowiskiem rodzinnym, w tym np. mobbing rówieśniczy.

Felitti i in. (1998) badali siedem z ośmiu negatywnych doświadczeń dzieciństwa, tj.: przemoc fizyczną, przemoc emocjonalną, przemoc seksualną, dorastanie w domu narażonym na nieleczone choroby psychiczne, nadużywanie substancji psychoaktywnych w domu, bycie świadkiem przemocy wobec matki oraz nieobecność członka rodziny z powodu uwięzienia, w korelacji z rzeczywistymi i głównymi przyczynami śmierci w Stanach Zjednoczonych. Następnie dodano miary ACE takie jak: zaniedbanie fizyczne i emocjonalne (Dube i in., 2001).

Zagrożenie poczucia bezpieczeństwa, w tym naruszalności sfery fizycznej, deprywacji emocjonalnej ma swoje skutki w rozwoju psychospołecznym dziecka i konsekwencje na jego zdolności do adaptacji w dorosłym życiu.

Fundamentalnymi badaniami dla rozumienia mechanizmów ACE są badania Felittiego i współpracowników (1998) przeprowadzone w ramach

projektu CDC-Keiser Permanente ACE Study. Wykazali oni, że wczesna ekspozycja na stres przekraczająca możliwości regulacyjne dziecka może zaburzać rozwój układu nerwowego, wpływać bezpośrednio na systemy odpowiedzialne za reakcję stresową – dysregulować układ odpowiedzi na stres (np. osi HPA), powodować zmiany neurobiologiczne i epigenetyczne oraz kształtować negatywne wzorce interpersonalne sprzyjające podatności na zaburzenia psychiczne, choroby somatyczne (Anda i in., 2006; Remmers i in., 2024). Takie doświadczenia zostawiają trwały ślad na predyspozycjach genetycznych mających związek z późniejszymi zaburzeniami uczenia się, zachowania oraz dobrostanu fizycznego i psychicznego jednostki. Analizy wskazują, że wiele chorób ujawniających się u dorosłych jest konsekwencją zaburzenia rozwojowego mającego początek na wczesnym etapie życia (Anda i in., 2006; Shonkoff i Garner, 2012). Dodatkowo Felitti i jego zespół odkryli, że „dzieci nie wyrastały z efektów wczesnych doświadczeń” (van der Kolk, 2023, s. 190). Badania te zostały poszerzone na inne stany USA w ramach systemu nadzoru czynników ryzyka behawioralnego – BRFSS (Dube i in., 2001). Badania amerykańskie obejmowały od ośmiu do dziesięciu kategorii ACE. Tymczasem pod auspicjami WHO opracowano poszerzoną ankietę ACE-IQ obejmującą dodatkowe trzy kategorie ACE odnoszące się do czynników pozarodzinnych. Metaanaliza badań tą ankietą wykazała, że uwzględnienie nowych kategorii istotnie zwiększa rozpowszechnienie ACE w populacji ogólnej (Dube, 2001). W naszym autorskim projekcie zastosowano ACE-IQ.

W populacyjnych badaniach polskich (Rzesutek i in., 2025) w grupie społecznościowej ($N = 2231$) przynajmniej jedno ACE wystąpiło u 63% badanych. Autorzy podali, że do najczęściej występujących ACE należały: nadużywanie substancji psychoaktywnych (30,4%), przemoc słowna (27,1%), zaniedbanie emocjonalne (23,3%), rozstanie lub rozwód rodziców (17,4%) oraz przemoc fizyczna (16,7%). Wystąpienie objawów PTSD stwierdzono u 23,8% respondentów. W poszerzonej polskiej grupie badawczej ($N = 3557$), w której badano związki między ACE a CPTSD, występowanie CPTSD stwierdzono u 11% badanych (95% przedział ufności: od 9% do 13%) (Rzesutek i in., 2024).

Podsumowując, ważne jest uwzględnianie wyników badań nad negatywnymi doświadczeniami dzieciństwa w formułowaniu działań profilaktycznych, które uwzględniać powinny zarówno identyfikację czynników ryzyka i rozpoznawanie objawów, jak i wdrażanie adekwatnych form wsparcia i interwencji. ACE stanowią czynniki ryzyka dla

następnego pokolenia, ponieważ ich międzypokoleniowe przeniesienie może generować kolejne traumatyczne doświadczenia wśród potomków osób, które miały takie doświadczenia i narażają swoje dzieci na przemoc, zaniedbanie lub stres w rodzinie (Larkin i in., 2012).

Brak uwzględniania wpływu ACE w analizach może powodować błędne rozumienie specyfiki reakcji pourazowych u dzieci, co w konsekwencji może prowadzić do złej interpretacji i kojarzenia reakcji dzieci jako trudności wychowawczych lub zaburzeń zachowania, a nie skutków traum. Wynikami takich wniosków będzie opóźnienie udzielania właściwej pomocy (Cook i in., 2005).

Badana grupa

Badaniem objęto 759 dorosłych mieszkańców województwa świętokrzyskiego. W próbie znalazło się 456 kobiet (60,1%), 290 mężczyzn (38,2%) oraz 13 osób identyfikujących się inaczej lub nieudzielających odpowiedzi w zakresie płci (1,7%). Wiek respondentów wahał się od 19 do 88 lat ($M = 44,7$; $SD = 13,6$). Najliczniejsze grupy wiekowe stanowili uczestnicy w wieku 18–24 lata (24,2%), 45–54 lata (17,1%) oraz 65 lat i starsi (21,9%). Pod względem wykształcenia największy odsetek badanych posiadał wykształcenie średnie (42,8%) lub wyższe (38,7%), a 18,5% miało wykształcenie podstawowe lub zawodowe. W momencie badania 19,5% respondentów pozostawało na emeryturze. Próba obejmowała zatem zróżnicowaną populację dorosłych reprezentatywną dla struktury społecznej regionu.

Rozpowszechnienie negatywnych doświadczeń dzieciństwa

Tabela 1 przedstawia częstość występowania trzynastu kategorii negatywnych doświadczeń dzieciństwa (ACE) w próbie ogólnej. Dla każdej kategorii podano liczbę respondentów, którzy potwierdzili dane doświadczenie oraz odsetek w całej próbie.

Tabela 1. Występowanie poszczególnych kategorii ACE w badanej próbie ($N = 759$)

Nr	Kategoria ACE	Potwierdzenie występowania	Proc. badanych
1	Przemoc fizyczna	382	50,3%
2	Przemoc emocjonalna	477	62,8%
3	Nadużycie seksualne	86	11,3%
4	Nadużywanie alkoholu lub narkotyków przez domownika	219	28,9%
5	Uwięzienie (inkarceracja) domownika	56	7,4%
6	Choroba psychiczna, depresja lub samobójstwo w rodzinie	116	15,3%
7	Świadek przemocy domowej	542	71,4%
8	Separacja, rozwód lub śmierć rodzica	316	41,6%
9	Zaniedbanie emocjonalne	40	5,3%
10	Zaniedbanie fizyczne	259	34,1%
11	Przemoc rówieśnicza (mobbing w szkole)	282	37,2%
12	Świadectwo przemocy w środowisku (poza rodziną)	512	67,5%
13	Narażenie na przemoc zbiorową	98	12,9%

Źródło: opracowanie własne.

Najczęściej występującymi kategoriami były: przemoc emocjonalna (62,8%), bycie świadkiem przemocy domowej (71,4%) oraz przemoc fizyczna (50,3%). Relatywnie rzadziej deklarowano zaniedbanie emocjonalne (5,3%) i inkarcerację domownika (7,4%). Dane te wskazują na wysokie nasycenie doświadczeniami przemocowymi w środowisku zarówno rodzinnym, jak i społecznym.

Suma negatywnych doświadczeń

Wartość sumaryczna liczby negatywnych doświadczeń mieściła się w przedziale od 0 do 12, przy średniej $M = 4,0$ ($SD = 2,6$) i $Me = 4$. Rozkład miał charakter prawoskośny, co oznacza, że dominowały osoby o umiarkowanym lub wysokim poziomie obciążenia ACE. Jedynie 12,1% badanych ($n = 92$) nie zgłosiło żadnego ACE, natomiast 87,9% miało przynajmniej jedno doświadczenie. Rozkład przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Rozkład liczby ACE w badanej próbie (N = 759)

ACE/liczba	Częstość	Procent	Procent skumulowany
0	92	12,1	12,1
1	76	10,0	22,1
2	86	11,3	33,5
3	123	16,2	49,7
4	103	13,6	63,2
5	103	13,6	76,8
6	62	8,2	85,0
7	46	6,1	91,0
8	30	4,0	95,0
9	14	1,8	96,8
10	15	2,0	98,8
11	7	0,9	99,7
12	2	0,3	100,0
13	0	0	100,0
Ogółem	759	100,0	

Źródło: opracowanie własne.

Ponad 63% dorosłych w regionie doświadczyło czterech lub więcej kategorii ACE, co wskazuje na wysoką kumulację wczesnodziecięcych traum. Najczęściej współwystępującymi formami były przemoc emocjonalna, przemoc fizyczna i bycie świadkiem przemocy domowej, czyli doświadczenia, które zazwyczaj pojawiają się łącznie w środowisku rodzin dysfunkcyjnych. Współwystępowanie ACE potwierdza obserwacje z literatury międzynarodowej wskazujące, że doświadczenia przemocy i zaniedbania tworzą wzajemnie wzmacniający się system, w którym jedno traumatyczne zdarzenie zwiększa ryzyko kolejnych (Hughes i in., 2017).

Różnice ze względu na płeć, wiek i wykształcenie

W celu zbadania różnic w rozpowszechnieniu negatywnych doświadczeń z dzieciństwa (ACE) przeanalizowano średnią ich liczbę oraz odsetek osób z przynajmniej jednym (≥ 1) i czterema lub więcej (≥ 4)

doświadczeniami w zależności od płci, wieku i wykształcenia. Wyniki przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Średnia liczba ACE oraz odsetek osób z ≥ 1 i ≥ 4 ACE w zależności od płci, wieku i wykształcenia ($N = 759$)

Zmienna	Kategorie	M	SD	≥ 1 ACE (w proc.)	≥ 4 ACE (w proc.)
Płeć	Kobiety	3,6	2,6	85,5	45,8
	Mężczyźni	4,1	2,6	91,0	56,2
Wiek (w latach)	18–24	4,5	2,8	90,8	63,0
	25–34	4,1	2,5	92,2	59,4
	35–44	4,3	2,7	93,6	57,7
	45–54	3,7	2,6	84,6	48,5
	55–64	3,0	2,2	83,6	30,1
	65 lat i więcej	2,9	2,3	83,1	36,1
Wykształcenie	Podstawowe/ zawodowe	3,5	2,6	87,8	42,4
	Średnie	4,1	2,7	88,2	57,1
	Wyższe	3,5	2,4	87,3	46,0

$p < 0,05$

W analizie statystycznej zastosowano odpowiednie testy: test t-Studenta do porównań średnich między płciami, analizę wariancji (ANOVA) do porównań w grupach wiekowych i ze względu na wykształcenie oraz test chi-kwadrat (χ^2) do oceny różnic w rozkładach proporcji (≥ 1 ACE oraz ≥ 4 ACE).

W odniesieniu do płci analiza wykazała istotną statystycznie przewagę mężczyzn w średniej liczbie ACE ($t(627, 744) = -2,15$; $p = 0,032$) oraz w odsetku osób z ≥ 1 ACE ($\chi^2(1) = 4,97$; $p = 0,026$), a także ≥ 4 ACE ($\chi^2(1) = 7,63$; $p = 0,006$). Choć wyniki sugerują, że płeć stanowi czynnik istotnie różnicujący ogólny poziom narażenia na wczesne doświadczenia traumatyczne, różnice te nie są duże. Zaobserwowano niewielkie różnice w częstości niektórych typów ACE, np. przemoc emocjonalna jest częstsza wśród kobiet, a fizyczna wśród mężczyzn.

W przypadku wieku analiza wariancji wykazała istotne różnice między grupami ($F(5, 753) = 9,92$; $p < 0,001$). Najwyższą średnią liczbę ACE

odnotowano w grupie wiekowej 18–24 lata ($M = 4,9$), a najniższą w grupie osób w wieku 65 lat i więcej ($M = 3,2$).

Różnice w zależności od poziomu wykształcenia okazały się istotne. Średnia liczba ACE była najwyższa w grupie osób z wykształceniem średnim ($M = 4,11$), a najniższa u osób z wykształceniem podstawowym/zawodowym ($M = 3,47$); analiza wariancji ($F(2, 749) = 8,72$; $p = 0,005$) potwierdziła istotność tych różnic.

Warto podkreślić, że niezależnie od analizowanych zmiennych społeczno-demograficznych ponad 88% uczestników deklarowało wystąpienie przynajmniej jednego doświadczenia ACE. Podkreśla to powszechność tego zjawiska i znaczenie jego dalszej analizy w ujęciu epidemiologicznym i klinicznym. Należy również pamiętać, że przedstawione wyniki mają charakter korelacyjny i nie pozwalają na wnioskowanie przyczynowe.

Podsumowując, uzyskane dane wskazują na wysokie rozpowszechnienie ACE w populacji dorosłych mieszkańców województwa świętokrzyskiego, co stanowi punkt wyjścia do porównań z innymi badaniami krajowymi i międzynarodowymi.

Dyskusja wyników

Wyniki uzyskane w populacji ogólnej województwa świętokrzyskiego wskazują, że negatywne doświadczenia dzieciństwa stanowią zjawisko o charakterze powszechnym i wielowymiarowym. Aż dziewięciu na dziesięciu badanych dorosłych zadeklarowało przynajmniej jedno ACE, a ponad 63% doświadczyło czterech lub więcej kategorii negatywnych doświadczeń. Oznacza to, że ekspozycja na traumatyczne wydarzenia w dzieciństwie w tej części Polski ma charakter znacznie bardziej rozpowszechniony niż w innych krajach. Warto jednak zwrócić uwagę na typ zastosowanego w badaniach testu. W odróżnieniu od badań klasycznych, w próbie polskiej z populacji ogólnej użyto poszerzonego narzędzia ACE-IQ, które bada 13 kategorii ACE, w tym 3 pozarodzinne. Porównanie częstości występowania ACE w badaniach tym samym narzędziem daje zdecydowanie bardziej zbliżone wyniki. Przykładowo w próbie amerykańskiej (Smith i in., 2019) uzyskano wynik 89,9%, w kenijskiej (Goodman i in., 2017) 98,7%, a w nigeryjskiej (Agbaje i in., 2021) 86,7%. Pace i in. (2022) w przeglądzie badań ACE-IQ w próbach społecznościowych średnią występowania przynajmniej jednej kategorii ACE oceniła na 75%.

Pace zwraca uwagę na to, że badania z użyciem ACE-IQ przeprowadzane były głównie na obszarach pozaeuropejskich – 76,5% (Azja, Afryka, Ameryka Północna), w samej Europie tylko 9,8%.

Dla lepszego zobrazowania skali zjawiska dane z województwa świętokrzyskiego zestawiono z wynikami badań prowadzonych w Polsce oraz w innych krajach (tabela 4). Uwzględniono badania populacyjne i akademickie, które opierały się na klasycznej skali ACE (Felitti i in., 1998) lub jej rozszerzonych wersjach, takich jak ACE-IQ (WHO).

Tabela 4. Porównanie rozpowszechnienia ACE (≥ 1) w województwie świętokrzyskim i wybranych badaniach

Kraj/próba, rok; badania	≥ 1 ACE (%)	Źródło
Polska – woj. świętokrzyskie, próba społeczno- ściowa, 2025; ACE-IQ	87,9	Gąsior, Siudak, Karbowski (2025), badania własne
Polska – studenci, 2018; ACE	76,6	Makaruk i Włodarczyk (2018)
Polska – próba społecznościowa, 2024; ACE	63	Rzeszutek i in. (2025), Rzeszutek i in. (2024)
USA – Kaiser ACE Study, próba społecznościowa, 1998; ACE	52,0	Felitti i in. (1998)
USA – dorośli, BRFSS 2011–2020; ACE	63,9	Swedo i in. (2023)
Anglia – próba społecznościowa, 2013–2014; ACE	47,0	Bellis i in. (2014)
Walia – dorośli, 2015; ACE	47,0	Public Health Wales, <i>ACE Survey</i> , (2015)
Kenia – próba społecznościowa, 2017; ACE-IQ	98,7	Goodman i in. (2017)
USA – dorośli, 2019; ACE-IQ	89,9	Smith i in. (2019)
Nigeria – próba społecznościowa, 2021; ACE-IQ	86,7	Agbaje i in. (2021)
Metaanaliza badań w 22 krajach, 2023; ACE	60,1	Madigan i in. (2023)
Irlandia Północna – dorośli, 2025; ACE	60,0	Walsh i in. (2025)

Typ testu: ACE – do 10 kategorii, ACE-IQ – 13 kategorii

Wskaźnik ≥ 4 ACE dla województwa świętokrzyskiego (63,2%) jest niemal czterokrotnie wyższy niż średnia dla populacji dorosłych w USA (17,3%; Swedo i in., 2023), ale użyto w tych badaniach różnych testów. W przypadku badań z wykorzystaniem ACE-IQ w Afryce średnia występowania ACE wynosiła 3,53, a wskaźnik rozpowszechnienia 58,9%, w USA

ta sama średnia wynosiła 5,3, a wskaźnik rozpowszechnienia 94,3% (Pace, 2022). W badaniach kieleckich średnia występowania ACE wyniosła 4,4 (rozpowszechnienie 87,1%). W polskich badaniach Rzeszutka i in. (2024, 2025) z zastosowaniem klasycznego testu ACE-10 średnia wynosiła 1,53 (rozpowszechnienie 63%).

Najczęściej zgłaszane formy ACE w populacji świętokrzyskiej – przemoc emocjonalna, przemoc fizyczna i bycie świadkiem przemocy domowej – wpisują się w globalne wzorce, według których to właśnie te doświadczenia są najsilniej związane z późniejszym ryzykiem zaburzeń psychicznych, somatycznych i behawioralnych. Wysoki odsetek osób będących świadkami przemocy domowej (ponad 70%) może odzwierciedlać wielopokoleniową transmisję wzorców agresji i zaniedbania emocjonalnego w rodzinach. W kontekście polskim istotne mogą być także historyczne i kulturowe czynniki związane z normalizacją i powszechnością kar cielesnych, chorobą alkoholową w rodzinie oraz traktowaniem zdrowia psychicznego jako tematu tabu.

Warto zaznaczyć, że w niniejszym projekcie zastosowano opracowane przez Światową Organizację Zdrowia narzędzie ACE-IQ, które obejmuje szerszy zakres doświadczeń niż klasyczny zestaw 8–10 kategorii stosowany w badaniach amerykańskich (Felitti i in., 1998). ACE-IQ uwzględnia m.in.: przemoc rówieśniczą, przemoc w społeczności oraz narażenie na przemoc zbiorową, co częściowo tłumaczy wyższe odsetki ACE w próbie populacji województwa świętokrzyskiego. Niemniej nawet po uwzględnieniu tych różnic metodologicznych skala kumulacji doświadczeń jest wyraźnie większa niż w większości populacji zachodnich, jednak zbliżona do wyników osiągniętych w Ameryce Północnej i Afryce.

Wysoki poziom wskaźników ACE w regionie świętokrzyskim należy interpretować jako sygnał alarmowy o potencjalnie zwiększonym ryzyku występowania zaburzeń zdrowia psychicznego, zachowań ryzykownych i somatyzacji w dorosłym życiu jego mieszkańców. Dotychczasowe badania międzynarodowe wskazują, że posiadanie czterech lub więcej ACE istotnie zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia depresji, uzależnień, prób samobójczych oraz chorób sercowo-naczyniowych (Felitti i in., 1998; Hughes i in., 2017). Z tego punktu widzenia populacja świętokrzyska może być szczególnie narażona na długofalowe skutki wczesnej traumy i wymaga ukierunkowanych działań profilaktycznych i terapeutycznych.

Uzyskane wyniki wskazują, że negatywne doświadczenia dzieciństwa są w województwie świętokrzyskim nie tylko zjawiskiem powszechnym,

ale także głęboko zakorzenionym społecznie. Ich skala i struktura są na tyle duże, że wywołuje to konieczność prowadzenia dalszych badań oraz wdrażania programów profilaktyki przemocy i wczesnego wsparcia psychospołecznego. Region ten stanowi ważny kontekst do analizy długofalowych skutków ACE – z jednej strony charakteryzuje się relatywnie silnymi więziami rodzinnymi i partnerskimi, z drugiej natomiast notuje się w nim jeden z najniższych w kraju wskaźników dostępności specjalistycznych usług psychiatrycznych i psychologicznych, w tym deficyt psychoterapeutów i psychiatrów dziecięcych (Narodowy Fundusz Zdrowia, 2022; Najwyższa Izba Kontroli, 2021).

Refleksja interpretacyjna i ograniczenia badania

Przy interpretacji uzyskanych wyników należy podkreślić, że negatywne doświadczenia dzieciństwa, choć stanowią istotny czynnik ryzyka dla zdrowia psychicznego i społecznego funkcjonowania, nie determinują jednoznacznie trajektorii życia jednostki. Współczesne badania wskazują, że wpływ ACE jest modulowany przez obecność czynników ochronnych, takich jak wsparcie społeczne, bezpieczna więź z co najmniej jednym opiekunem, kompetencje emocjonalne czy strategie radzenia sobie ze stresem. Oznacza to, że nawet w grupie osób o wysokim obciążeniu ACE część jednostek zachowuje dobrą adaptację dzięki działającym zasobom osobistym i środowiskowym (Masten, 2021). Wpływ traumatycznych zdarzeń życiowych jest modulowany przez czynniki ochronne i odporność psychiczną (ang. *resilience*). Badania wskazują, że *resilience* jest dynamicznym procesem adaptacji mimo przeciwności losu (Luthar i in., 2000; Masten, 2021; Rutter, 2012), którymi są wczesnodziecięce zdarzenia traumatyczne.

Należy jednak pamiętać, że pomiar ACE opiera się na retrospektywnych samoopisach, co może prowadzić do zniekształceń pamięci (ang. *recall bias*) (Hardt i Rutter, 2004). Pomimo tych ograniczeń dane tego typu wykazują wysoką trafność i stabilność w badaniach populacyjnych.

Nie bez znaczenia pozostaje również fakt, że w niniejszej analizie porównywano dane pochodzące z jednego województwa z wynikami badań krajowych lub międzynarodowych. Tego rodzaju zestawienia mają wartość orientacyjną, ale wiążą się z ograniczeniami metodologicznymi. Próba z województwa świętokrzyskiego, choć liczebna i zróżnicowana,

nie jest w pełni reprezentatywna dla całej populacji Polski, a różnice w konstrukcji narzędzi (ACE-IQ vs klasyczna skala Felitti'ego), sposobie doboru próby czy roku realizacji badań mogą wpływać na uzyskane proporcje. Dlatego przy interpretacji tych danych należy zachować ostrożność i unikać bezpośrednich generalizacji.

Z perspektywy badawczej warto również pamiętać, że ACE stanowią jedynie jeden z wielu komponentów złożonej układanki doświadczeń życiowych. Wielowymiarowy charakter negatywnych wczesnodziecięcych doświadczeń wyznacza kolejne kierunki współczesnych badań, w tym koncepcje tzw. poszerzonych ACE (ang. *expanded ACEs*), uwzględniające czynniki takie jak ubóstwo, bullying (mobbing szkolny) czy niestabilność społeczno-ekonomiczna, czynniki stresogenne związane z migracją i pieczę zastępczą (Cronholm i in., 2015). Ich wpływ nie jest jednak ani deterministyczny, ani nieuchronny – pełne zrozumienie skutków traum dzieciństwa wymaga uwzględnienia interakcji między czynnikami ryzyka i ochronnymi, środowiskiem społecznym, dostępem do wsparcia psychologicznego oraz indywidualnymi strategiami radzenia sobie. W tym sensie wyniki niniejszego badania nie tyle opisują „determinizm życia”, ile raczej sygnalizują obszary wymagające wczesniej profilaktyki i wzmacniania odporności psychicznej w populacji dorosłych Polaków zamieszkujących województwo świętokrzyskie.

Bibliografia

- Agbaje, O. S., Nnaji, C. P., Nwagu, E. N., Iweama, C. N., Umoke, P. Ch. I., Ozoemena, L. E., Abba, Ch. Ch. (2021). Adverse childhood experiences and psychological distress among higher education students in Southeast Nigeria: An institutional-based cross-sectional study. *Archives of Public Health.*, 79(1), artykuł 62. <https://doi.org/10.1186/s13690-021-00587-3>. Errata w: *Archives of Public Health.* (2021); 79(1):98. <https://doi.org/10.1186/s13690-021-00625-0>
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, Ch., 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 and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174–186. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>

- Bellis, M. A., Hughes, K., Leckenby, N., Perkins, C., Lowey, H. (2014). *National household survey of adverse childhood experiences and their relationship with resilience to health-harming behaviors in England*. *BMC Medicine*, 12(72). <https://doi.org/10.1186/1741-7015-12-72>
- Bowlby, J. (2007). *Przywiązanie*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- California Department of Public Health. (2017). *Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) 2011–2017 ACE module data*. CDPH.
- Centers for Disease Control and Prevention (2009). Adverse childhood experiences reported by adults – five states, 2009. <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5949a1.htm>
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, Ch., Blaustein, M., Cloitre, M., DeRosa, R., Hubbard, R., Kagan, R., Liataud, J., Mallah, K., Olafson, E., van der Kolk, B. A. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390–398. <https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-05>
- Cronholm, P. F., Forke, C. M., Wade, R., Bair-Merritt, M. H., Davis, M., Harkins-Schwarz, M., Pachter, L. M., Fein, J. A. (2015). Adverse childhood experiences: Expanding the concept of adversity. *American Journal of Preventive Medicine*, 49(3), 354–361. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.02.001>
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Croft, J. B., Edwards, V. J., Giles, W. H. (2001). Growing up with parental alcohol abuse: Exposure to childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse & Neglect*, 25(12), 1627–1640. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(01\)00293-9](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(01)00293-9)
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Goodman, M. L., Grouls, A., Chen, C. X., Keiser, P. H., & Gitari, S. (2017). Adverse childhood experiences predict alcohol consumption patterns among Kenyan mothers. *Substance Use & Misuse*, 52(5), 632–638. <https://doi.org/10.1080/10826084.2016.1245748>
- Hardt, J., Rutter, M. (2004). *Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: Review of the evidence*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(2), 260–273. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00218.x>
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, Ch., Jones, L., Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood

- experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, 2(8), 356–366. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(17)30118-4)
- Larkin, H., Shields, J. J., Anda, R. F. (2012). The health and social consequences of adverse childhood experiences (ACE) across the lifespan: An introduction to prevention and intervention in the community. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 40(4), 263–270. <https://doi.org/10.1080/10852352.2012.707439>
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543–562. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00164>
- Madigan, S., Deneault, A. A., Racine, N., Park, J., Thiemann, R., Zhu, J., Dimitropoulos, G., Williamson, T., Fearon, P., Cénat, J. M., McDonald, S., Devereux, C., Neville, R. D. (2023). Adverse childhood experiences: a meta-analysis of prevalence and moderators among half a million adults in 206 studies. *World Psychiatry*, 22(3), 463–471. <https://doi.org/10.1002/wps.21122>
- Makaruk, K., Włodarczyk, J. (2018). *Doświadczenia traumatyczne dzieciństwa (ACE) wśród studentów w Polsce*. Instytut Badań nad Przestępczością / WHO Europe.
- Masten, A. S., Cicchetti, D. (2016). Resilience in development: Progress and transformation. W: D. Cicchetti (red.), *Developmental psychopathology: Risk, resilience, and intervention* (s. 271–333). John Wiley & Sons.
- Najwyższa Izba Kontroli (2021). *Dostępność leczenia psychiatrycznego dzieci i młodzieży*. <https://www.nik.gov.pl/najnowsze-informacje-o-wynikach-kontroli/lecznictwo-psychiatryczne-dzieci-i-mlodziezy.html>
- Narodowy Fundusz Zdrowia (2022). *Mapy potrzeb zdrowotnych. Psychiatria dziecięca i dorosłych – województwo świętokrzyskie*. <https://www.nfz.gov.pl>
- Pace, C. S., Muzi, S., Rogier, G., Meinero, L. L., Marcenaro, S. (2022). The Adverse Childhood Experiences – International Questionnaire (ACE-IQ) in community samples around the world: A systematic review (part I). *Child Abuse & Neglect*, 129, artykuł 105640. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105640>
- Public Health Wales (2015). *Adverse childhood experiences (ACE) and their impact on health-harming behaviours in the Welsh adult population*. Public Health Wales NHS Trust.
- Remmers, M. C.C., Reijts, R. P., Hoebe, Ch. J. P.A. (2024). Defining and distinguishing early life stress, trauma, adversity, toxic and chronic stress and

- allostatic load: A descriptive review. *Scandinavian Journal of Public Health*, 53(6), 670–684. <https://doi.org/10.1177/14034948241260105>
- Rutter, M. (2012). *Resilience as a dynamic concept. Development and Psychopathology*, 24(2), 335–344. <https://doi.org/10.1017/s0954579412000028>
- Rzeszutek, M., Grabowska, M., Dragan, M., Lis-Turlejska, M., Schier, K., Kowalkowska, J., Styśko-Kunkowska, M., Malinowska, E., Osiński, T., Bargiel-Matusiewicz, K., Sosińska, B., Ibisz, M., Almazova, S., Bagiński, M., Szumiał, S. (2025). Negative and positive childhood experiences with regard to PTSD and subjective well-being in the national sample of Poles. *Scientific Reports*, 15(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-025-22431-2>
- Rzeszutek, M., Dragan, M., Lis-Turlejska, M., Schier, K., Kowalkowska, J., Drabarek, K., Van Hoy, A., Holas, P., Maison, D., Wdowczyk, G., Litwin, E., Wawrzyniak, J., Znamirska, W., Szumiał, S., Desmond, M. (2024). Adverse childhood experiences and ICD-11 complex posttraumatic stress disorder in Poland: a population-based study. *European Journal of Psychotraumatology*, 15(1). <https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2420464>
- Shonkoff, J. P., Garner, A. S. (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 129(1), 232–246, <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2663>
- Smith, G. C., Infurna, F. J., Webster, B. A., Dolbin-MacNab, M. L., Crowley, M., Musil, C. M. (2019). Adverse childhood experiences reported by custodial grandmothers and their adolescent grandchildren. *Innovation in Aging*, 3(suplement 1), 283. <https://doi.org/10.1093/geroni/igzo38.1045>
- Swedo, E. A., Aslam, M. V., Dahlberg, L. L., Niolon, P. H., Guinn, A. S., Simon, T. R., Mercy, J. A. (2023). Prevalence of adverse childhood experiences among U. S. adults – Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2011–2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 72(26), 707–715. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7226a2>
- van der Kolk, B. A. (2023). *Strach ucieleśniony. Mózg, umysł i ciało w terapii traumy*. Wydawnictwo Czarna Owca.
- van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C., Weisaeth, L. (2025). *Traumatyczny stres. Wpływ wstrząsających doświadczeń na umysł i ciało człowieka*. Wydawnictwo Czarna Owca.
- Walsh, C., Bunting, L., Davidson, G., Doherty, N., McCartan, C., Mulholland, C. C., Shevlin, M. (2025). The prevalence and impact of adverse childhood experiences in Northern Ireland [Raport]. The Executive Programme on Paramilitarism and Organised Crime. <https://www.drugsandalcohol.ie/42643/>

ANNA LINOWSKA

Trauma dzieciństwa a płeć

Trauma jest osobliwym rodzajem stresora oddziałującym na jednostkę w sposób niekontrolowany, nagły i zagrażający zdrowiu bądź życiu, skutkującym intensywnymi reakcjami emocjonalnymi i długofalowymi konsekwencjami psychicznymi (Steuden i Janowski, 2016). Coventry i współpracownicy (2020) wskazują, że trauma związana jest z ekspozycją na intensywne, długotrwałe bądź wielokrotne, mające interpersonalne znaczenie wydarzenia, które odbierane są jako nadzwyczaj zagrażające, a uniknięcie ich jest utrudnione lub całkiem niemożliwe. Zawadzki i Strelau (2008) określają traumę jako kondycję psychiczną lub fizyczną jednostki w odpowiedzi na oddziaływanie zewnętrznych bodźców zagrażających zdrowiu lub życiu człowieka. Wpływ tych czynników pochodzących ze środowiska zarówno naturalnego, jak i społecznego, skutkuje długofalowymi i głębokimi zmianami w sposobie funkcjonowania jednostki, czego wyrazem są trudności psychiczne i zaburzenia somatyczne. Draczyńska (2024) ujmuje traumę jako uraz psychiczny będący następstwem przykrego i gwałtownego doświadczenia, które obejmuje zagrożenie życia lub zdrowia bądź bycie świadkiem tegoż wydarzenia.

Trauma dzieciństwa jest rozumiana jako psychiczny uraz spowodowany doświadczeniami zaniedbania, przemocy czy nadużycia przeżywanymi przez dziecko w relacji władzy, zaufania bądź zależności względem dorosłych, zwykle rodziców lub opiekunów (Draczyńska, 2024).

Pojęcie ACE (ang. *adverse childhood experiences*) odnosi się do doświadczeń przemocy emocjonalnej, seksualnej i fizycznej oraz do

zaniedbań zarówno emocjonalnych, jak i fizycznych występujących przed ukończeniem 18. roku życia i związane jest z doświadczaniem silnego stresu (Brown i in., 2021). Badacze wskazują również na inne czynniki wywołujące traumę dziecięcą, jakimi są utrata rodziców czy dysfunkcje rodzinne, jednak ujmują także w tej definicji jednorazowe zdarzenia o katastroficznym charakterze (Karimov-Zwienenberg i in., 2024).

W literaturze wskazuje się na różnice w przeżywaniu objawów PTSD w zależności od płci. Badanie Liang i Yang (2023) prowadzone wśród osób z doświadczeniem traumy w dzieciństwie ujawniło, że u kobiet częściej przejawiały się objawy związane z poczuciem ciągłego zagrożenia, natomiast u mężczyzn dominowały koszmary senne.

Z uwagi na obecność badań wskazujących na częstsze występowanie traum, zarówno w dzieciństwie, jak i w dorosłości, wśród kobiet (Gąsior i Chodkiewicz, 2020), przedstawiona analiza skupiała się na różnicowaniu płci w badanych wskaźnikach. Według badań Gąsiora i Chodkiewicza (2020) kobiety częściej doświadczały wielokrotnej ekspozycji na traumę w różnych okresach życia. Autorzy wskazali również, że u kobiet objawy lęku i depresji były silniej związane z traumami z dzieciństwa, co wiązało się z większym nasileniem psychopatologii. Badanie Whitakera i in. (2021) wskazuje na większe rozpowszechnienie wśród kobiet zaburzeń lękowych oraz epizodów depresyjnych związanych z ACE w porównaniu z mężczyznami, przy czym nie stwierdzono różnic w ogólnej liczbie ACE między płciami. Badanie Haahr-Pedersen i in. (2020) wskazuje na częstsze rozwijanie się objawów psychopatologicznych, jak lęk, depresja i PTSD, u kobiet niż u mężczyzn, przy czym szczególnie istotnym czynnikiem patogennym było tu wychowywanie się w dysfunkcyjnej rodzinie. Wyniki badań Christiansen i Berke (2020) ukazały, że kobiety przejawiają około dwa razy wyższe ryzyko zmagania się z PTSD niż mężczyźni, przy czym PTSD u kobiet jest silniejsze, bardziej chroniczne, a wyniki badań wskazują również na wyższe współwystępowanie innych zaburzeń, np. lęku czy depresji.

Grupa badanych

W badaniu uczestniczyły 963 osoby dorosłe, w tym 547 kobiet i 403 mężczyzn. Badani wypełnili standaryzowane narzędzia badawcze ITQ (służący do pomiaru objawów zespołu stresu pourazowego i złożonego

zespołu stresu pourazowego), PCL-5 (służący do oceny objawów PTSD), ACE-IQ (służący do oceny negatywnych doświadczeń z dzieciństwa), ITEM (służący do oceny ekspozycji na wydarzenia traumatyczne w ciągu życia), GHQ-12 (służący do oceny ogólnego zdrowia psychicznego), SES (badający poziom samooceny), SBQ-R (badający ryzyko zagrożenia samobójstwem) oraz kwestionariusz AAS (służący do oceny więzi romantycznej). W badaniu zastosowano również autorski kwestionariusz służący ocenie ekspozycji na wirusa COVID-19 oraz lęku związanego z pandemią.

Kwestionariusz ITEM pozwala na określenie zakresu ekspozycji na traumę w różnych okresach życia, natomiast arkusz ACE-IQ mierzy trzy główne obszary negatywnych doświadczeń z dzieciństwa: zaniedbanie, dysfunkcję środowiska rodzinnego i przemoc.

Negatywne doświadczenia z dzieciństwa

Analiza wyników kwestionariusza ACE nie wskazała istotnych statystycznie różnic między kobietami a mężczyznami. Średnia liczba negatywnych doświadczeń z dzieciństwa nieznacznie różniła się między płciami (kobiety $M = 4,03$; mężczyźni $M = 4,36$), jednak różnica nie była istotna statystycznie ($p > 0,05$, zob. tabela 1). Wynik ten wskazuje, że stopień narażenia na wczesne negatywne doświadczenia był w badanej próbie podobny niezależnie od płci.

Tabela 1. Porównanie średnich sumarycznych wyników negatywnych doświadczeń dzieciństwa w zależności od płci

Zmienna zależna	Kobiety ($n = 547$)		Mężczyźni ($n = 403$)		p
	M	SD	M	SD	
Wynik sumaryczny ACE	4,03	2,70	4,36	2,69	$> 0,05$

n – liczba obserwacji; M – średnia; SD – odchylenie standardowe; p – wartość p dla testu t

W przypadku skali ACEB (która wyłącza negatywne doświadczenia ze środowiska dziecka) średnie wartości były zbliżone dla obu płci i w tym przypadku również różnice nie były istotne statystycznie (kobiety

$M = 2,98$; mężczyźni $M = 3,01$; $p > 0,5$, zob. tabela 2). Oznacza to, że obie grupy w podobnym stopniu deklarowały obecność wczesnych trudnych doświadczeń odnoszących się do relacji rodzinnych i bezpośredniej opieki, z wyłączeniem przemocy środowiskowej.

Tabela 2. Porównanie średnich wyników podskali ACEB (negatywne doświadczenia bez uwzględnienia czynników środowiskowych) w zależności od płci

Zmienna zależna	Kobiety ($n = 547$)		Mężczyźni ($n = 403$)		p
	M	SD	M	SD	
ACEB	2,98	2,23	3,01	2,14	$> 0,05$

n – liczba obserwacji; M – średnia; SD – odchylenie standardowe; p – wartość p dla testu t

Wyniki te wskazują, że w badanej próbie płeć nie różnicuje liczby ani typu negatywnych doświadczeń dzieciństwa zarówno wtedy, gdy uwzględniony zostaje pełen zakres ACE, jak i wtedy, gdy uwzględnione zostają doświadczenia po wyłączeniu czynników środowiskowych.

Objawy PTSD i CPTSD

W odróżnieniu od wyników skali ACE analiza objawów zespołu stresu pourazowego ujawniła znaczące różnice między płciami. Zarówno w kwestionariuszu PCL-5, jak i w ITQ kobiety osiągnęły istotnie wyższe wyniki niż mężczyźni. Wyniki kwestionariusza PCL-5 wskazują na wyższe nasilenie intruzji, unikania, negatywnych zmian w procesach poznawczych i nastroju oraz wyższe pobudzenie i reaktywność (zob. tabela 3).

Tabela 3. Porównanie sumarycznych wyników skali PCL-5 (objawy PTSD wg DSM-5) w zależności od płci

Zmienna zależna	Kobiety ($n = 547$)		Mężczyźni ($n = 403$)		p
	M	SD	M	SD	
Wynik sumaryczny PCL-5	26,02	17,36	20,72	16,58	$< 0,001$

n – liczba obserwacji; M – średnia; SD – odchylenie standardowe; p – wartość p dla testu t

Wyniki przedstawione w tabeli 3 wskazują, że sumaryczny wynik w skali PCL-5 był istotnie wyższy u kobiet ($M = 26,02$) niż u mężczyzn ($M = 20,72$; $p < 0,001$), co oznacza silniejsze nasilenie objawów stresu pourazowego u kobiet. Wynik ten potwierdza obecność znaczących różnic płciowych w intensywności objawów PTSD.

Analiza wyników przedstawionych w tabeli 4 pokazała, że kobiety osiągnęły wyższy wynik w trzech wymiarach kwestionariusza PCL-5. Pierwszym z nich jest intruzja (kobiety $M = 6,49$; mężczyźni $M = 4,85$, $p < 0,001$). Podobny wzorzec zaobserwowano w odniesieniu do negatywnych zmian w procesach poznawczych i nastroju (kobiety $M = 8,98$; mężczyźni $M = 7,05$, $p < 0,001$) oraz zmian w pobudzeniu i reaktywności (kobiety $M = 7,72$; mężczyźni $M = 6,59$; $p < 0,005$), co oznacza, że kobiety doświadczają silniejszych objawów PTSD obejmujących natrętne wspomnienia, trudności emocjonalno-poznawcze i podwyższoną reaktywność w porównaniu z mężczyznami.

Tabela 4. Porównanie nasilenia objawów intruzji, negatywnych zmian w procesach poznawczych i nastroju oraz zmian w pobudzeniu i reaktywności (PCL-5) w zależności od płci

Zmienna zależna	Kobiety ($n = 547$)		Mężczyźni ($n = 403$)		p
	M	SD	M	SD	
Intruzja	6,49	5,06	4,85	4,59	< 0,001
Negatywne zmiany w procesach poznawczych i nastroju	8,98	6,89	7,05	6,47	< 0,001
Zmiany w pobudzeniu i reaktywności	7,72	5,44	6,59	5,32	< 0,005

n – liczba obserwacji; M – średnia; SD – odchylenie standardowe; p – wartość p dla testu t

Jak przedstawiono w tabeli 5, kobiety uzyskały istotnie wyższy poziom unikania ($M = 2,84$) niż mężczyźni ($M = 2,27$), a różnica ta była statystycznie istotna. Wynik ten wskazuje, że kobiety częściej stosują strategie unikania bodźców, myśli i sytuacji związanych z doświadczeniem traumatycznym niż mężczyźni, co wskazuje na większą intensywność tego wymiaru PTSD wśród kobiet.

Tabela 5. Porównanie nasilenia objawów unikania (PCL-5) w zależności od płci

Zmienna zależna	Kobiety (n = 547)		Mężczyźni (n = 403)		p
	M	SD	M	SD	
Unikanie	2,84	2,30	2,27	2,13	< 0,001

n – liczba obserwacji; M – średnia; SD – odchylenie standardowe; p – wartość p dla testu t

Porównywalne różnice zaobserwowano w analizie wyników kwestionariusza ITQ, w którym kobiety uzyskały wyższe wyniki w trzech badanych kategoriach: powtórne doświadczanie, unikanie i poczucie ciągłego zagrożenia.

W tabeli 6 zaprezentowano porównanie wyników dwóch wymiarów PTSD według ICD-11. Kobiety uzyskały istotnie wyższe wyniki zarówno w zakresie powtórnego doświadczania ($M = 2,53$) niż mężczyźni ($M = 1,91$; $p < 0,001$), jak i w zakresie poczucia ciągłego zagrożenia (kobiety $M = 2,88$; mężczyźni $M = 2,15$; $p < 0,001$). Dane te wskazują, że kobiety częściej i intensywniej przeżywają ponowne intruzje traumy oraz utrzymujące się poczucie zagrożenia, co jest spójne z mocniejszym nasileniem objawów PTSD obserwowanym u kobiet w badanej próbie.

Tabela 6. Porównanie wyników podskal ITQ (powtórne doświadczanie, poczucie ciągłego zagrożenia) w zależności od płci

Zmienna zależna	Kobiety (n = 547)		Mężczyźni (n = 403)		p
	M	SD	M	SD	
Powtórne doświadczanie (Re)	2,53	2,25	1,91	2,43	< 0,001
Poczucie ciągłego zagrożenia (Th)	2,88	2,47	2,15	2,17	< 0,001

n – liczba obserwacji; M – średnia; SD – odchylenie standardowe; p – wartość p dla testu t

Tabela 7 pokazuje, że kobiety uzyskały wyższy poziom unikania mierzonego skalą ITQ ($M = 2,89$) w porównaniu z mężczyznami ($M = 2,24$; $p < 0,001$). Wynik ten wskazuje, że również w pomiarze zgodnym z klasyfikacją ICD-11 kobiety częściej stosują strategie unikania związane

z traumą, co potwierdza utrzymujący się we wszystkich narzędziach pomiarowych wzorec różnic płciowych. Sumaryczny wynik kwestionariusza ITQ również dostarczył informacji o istotnych różnicach między płciami.

Tabela 7. Porównanie podskali ITQ (unikanie) w zależności od płci

Zmienna zależna	Kobiety (n = 542)		Mężczyźni (n = 400)		p
	M	SD	M	SD	
Unikanie (Av)	2,89	2,42	2,24	2,25	< 0,001

n – liczba obserwacji; M – średnia; SD – odchylenie standardowe; p – wartość p dla testu t

Wyniki przedstawione w tabeli 8 wskazują, że kobiety osiągnęły istotnie wyższy sumaryczny wynik w skali ITQ ($M = 8,30$) niż mężczyźni ($M = 6,29$; $p < 0,001$). Oznacza to, że nasilenie objawów PTSD zgodnie z klasyfikacją ICD-11 było wyraźnie większe u kobiet, co jest zgodne z wcześniejszymi analizami przedstawiającymi różnice płciowe w intensywności objawów pourazowych.

Tabela 8. Porównanie sumarycznych wyników skali ITQ (PTSD wg ICD-11) w zależności od płci

Zmienna zależna	Kobiety (n = 542)		Mężczyźni (n = 402)		p
	M	SD	M	SD	
Wynik sumaryczny ITQ	8,30	6,10	6,29	5,68	< 0,001

n – liczba obserwacji; M – średnia; SD – odchylenie standardowe; p – wartość p dla testu t

W zakresie wyników kwestionariusza badającego złożone PTSD (DSO) kobiety również uzyskały istotnie wyższe wyniki w wymiarach: *chwiejność emocjonalna, negatywny obraz siebie i zaburzenia relacji interpersonalnych*.

Jak zaprezentowano w tabeli 9, kobiety uzyskały istotnie wyższy poziom *chwiejności emocjonalnej* ($M = 3,61$) w porównaniu z mężczyznami

($M = 2,91$; $p < 0,001$). Wynik ten wskazuje, że kobiety częściej doświadczają trudności w zakresie regulacji emocji, co stanowi jeden z podstawowych wymiarów złożonego zespołu stresu pourazowego (CPTSD).

Tabela 9. Porównanie nasilenia skali *Chwiejność emocjonalna* w zależności od płci

Zmienna zależna	Kobiety ($n = 547$)		Mężczyźni ($n = 403$)		p
	M	SD	M	SD	
Chwiejność emocjonalna (AD)	3,61	1,96	2,91	1,93	< 0,001

n – liczba obserwacji; M – średnia; SD – odchylenie standardowe; p – wartość p dla testu t

Tabela 10 pokazuje, że kobiety osiągnęły wyższy wynik w skali *negatywnego obrazu siebie* ($M = 2,26$) niż mężczyźni ($M = 1,67$; $p < 0,001$). Wynik ten sugeruje, że kobiety częściej doświadczają obniżonego poczucia własnej wartości, samokrytycyzmu oraz negatywnych przekonań na temat siebie, co również jest kluczowym elementem CPTSD.

Tabela 10. Porównanie nasilenia skali *Negatywny obraz siebie* w zależności od płci

Zmienna zależna	Kobiety ($n = 545$)		Mężczyźni ($n = 403$)		p
	M	SD	M	SD	
Negatywny obraz siebie (NSC)	2,26	2,44	1,67	2,12	< 0,001

n – liczba obserwacji; M – średnia; SD – odchylenie standardowe; p – wartość p dla testu t

W tabeli 11 przedstawiono porównanie nasilenia trudności interpersonalnych. Kobiety osiągnęły istotnie wyższe wyniki ($M = 2,70$) niż mężczyźni ($M = 2,28$; $p < 0,001$), co wskazuje, że częściej doświadczają problemów w relacjach z innymi, takich jak wycofanie, unikanie bliskości czy trudności z zaufaniem. Jest to kolejny wymiar świadczący o nasileniu objawów CPTSD.

Tabela 11. Porównanie nasilenia skali Zaburzenia relacji interpersonalnych w zależności od płci

Zmienna zależna	Kobiety (n = 546)		Mężczyźni (n = 403)		p
	M	SD	M	SD	
Zaburzenia relacji interpersonalnych (DR)	2,70	2,33	2,28	2,18	< 0,001

n – liczba obserwacji; M – średnia; SD – odchylenie standardowe; p – wartość p dla testu t

W tabeli 12 przedstawiono sumaryczny wynik kwestionariusza DSO, który był wyższy wśród kobiet ($M = 8,58$) niż wśród mężczyzn ($M = 6,87$; $p < 0,001$), co wskazuje na silniejsze średnie nasilenie objawów PTSD. Wynik złożonego zespołu stresu pourazowego, na który składały się wskaźniki PTSD i DSO, również różnicował płcie, gdyż kobiety osiągnęły wyższą średnią ($M = 16,88$) niż mężczyźni ($M = 13,16$; $p < 0,001$), co wskazuje na większą intensywność objawów złożonego PTSD wśród kobiet i potwierdza tendencję widoczną we wszystkich wcześniejszych analizach. Przedstawione wyniki wskazują na wyższe nasilenie objawów stresu pourazowego wśród kobiet w zakresie traumy zarówno prostej, jak i złożonej.

Tabela 12. Porównanie sumarycznego wyniku DSO oraz wyniku CPTSD (PTSD + DSO) w zależności od płci

Zmienna zależna	Kobiety (n = 547)		Mężczyźni (n = 403)		Kobiety (n = 542)		Mężczyźni (n = 402)		p
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
DSO	8,58	5,86	6,87	5,45					< 0,001
CPTSD (PTSD + DSO)					16,88	10,34	13,16	9,82	< 0,001

n – liczba obserwacji; M – średnia; SD – odchylenie standardowe; p – wartość p dla testu t

Zdrowie psychiczne, samoocena, trudności związane z pandemią

W tabeli 13 przedstawiono wyniki kwestionariusza GHQ-12, które wskazały na istotne różnice pomiędzy kobietami ($M = 26,29$) a mężczyznami ($M = 23,77$; $p < 0,001$), co ukazuje wyższe nasilenie zgłaszanych trudności ze zdrowiem psychicznym i dystresu psychicznego wśród kobiet. Oznacza to, że w badanej próbie kobiety doświadczały silniejszego dystresu psychicznego i większej liczby objawów pogorszenia samopoczucia psychicznego.

Tabela 13. Porównanie wyników GHQ-12 w zależności od płci

Zmienna zależna	Kobiety ($n = 547$)		Mężczyźni ($n = 403$)		p
	M	SD	M	SD	
GHQ-12	26,29	6,59	23,77	6,59	< 0,001

n – liczba obserwacji; M – średnia; SD – odchylenie standardowe; p – wartość p dla testu t

Tabela 14 wskazuje na wyniki skali badającej trudności związane z pandemią. W tym przypadku kobiety również osiągnęły wyższy wynik ($M = 2,41$) niż mężczyźni ($M = 2,22$; $p < 0,001$). Wyniki te wskazują na wniosek, że okres pandemii był bardziej obciążający psychicznie dla kobiet w porównaniu z mężczyznami, co prowadziło do silniejszego stresu, lęku i trudności emocjonalnych.

Tabela 14. Porównanie nasilenia trudności związanych z pandemią COVID-19 w zależności od płci

Zmienna zależna	Kobiety ($n = 544$)		Mężczyźni ($n = 402$)		p
	M	SD	M	SD	
Trudności związane z pandemią COVID-19	2,41	0,60	2,22	0,62	< 0,001

n – liczba obserwacji; M – średnia; SD – odchylenie standardowe; p – wartość p dla testu t

Z kolei odwrotny kierunek różnic zaobserwowano we wskaźniku samooceny globalnej mierzonej za pomocą skali samooceny Rosenberga

(SES), której analizy przedstawiono w tabeli 15. Mężczyźni osiągnęli wyższe wyniki samooceny ($M = 29,24$) niż kobiety ($M = 28,53$; $p < 0,05$). W badanej próbie mężczyźni charakteryzowali się wyższą oceną siebie niż kobiety przy jednoczesnym niższym nasileniu problemów ze zdrowiem psychicznym i objawów pourazowych.

Tabela 15. Porównanie poziomu samooceny (SES) w zależności od płci

Zmienna zależna	Kobiety ($n = 543$)		Mężczyźni ($n = 398$)		p
	M	SD	M	SD	
SES	28,53	5,12	29,24	4,83	$p < 0,05$

n – liczba obserwacji; M – średnia; SD – odchylenie standardowe; p – wartość p dla testu t

Dyskusja i omówienie

Celem niniejszego opracowania było zidentyfikowanie różnic płciowych w zakresie przeżywanych objawów PTSD i CPTSD oraz zdrowia psychicznego w kontekście negatywnych doświadczeń z dzieciństwa. Uzyskane wyniki wskazują na istotny kontrast: płeć nie różnicowała liczby negatywnych doświadczeń z dzieciństwa, natomiast różnicowała nasilenie konsekwencji psychicznych, w tym objawów PTSD/CPTSD, oraz ogólny dobrostan psychiczny. Zarówno kobiety, jak i mężczyźni deklarowali porównywalną liczbę negatywnych doświadczeń z dzieciństwa, co wskazuje na przybliżony poziom ekspozycji na wczesne czynniki ryzyka, jednak to kobiety prezentowały wyraźnie wyższe nasilenie objawów zespołu stresu pourazowego, zaburzeń psychicznych i niższą samoocenę. Brak istotnych różnic w zakresie negatywnych doświadczeń z dzieciństwa między płciami potwierdza, że obie grupy w podobnym stopniu narażone były na traumatyczne wydarzenia w dzieciństwie, co spójne jest z wcześniejszymi obserwacjami Whitakera i in. (2021), którzy nie zaobserwowali istotnych różnic w liczbie ACE między płciami.

W przedstawionym badaniu kobiety wykazały istotnie większe nasilenie objawów PTSD i CPTSD niż mężczyźni oraz wyższe wyniki w skalach intruzji, unikania, procesach poznawczych, pobudzenia i negatywnych zmian nastroju. Dane te zgodne są z badaniem Liang i Yang (2023),

w którym stwierdzono częstsze występowanie poczucia ciągłego zagrożenia u kobiet, u mężczyzn zaś dominowały koszmary senne, a to potwierdza różnicę w ekspresji symptomów i przeżywaniu PTSD w zależności od płci. Również w skali ITQ kobiety charakteryzowały się wyższym niż mężczyźni poziomem powtórnego doświadczenia, uczucia ciągłego zagrożenia i unikania. W zakresie objawów związanych z CPTSD, takich jak negatywny obraz siebie, chwiejność emocjonalna i trudności relacyjne, również to kobiety uzyskały istotnie wyższe wyniki, co pozostaje spójne z wcześniejszymi badaniami wskazującymi na większą wrażliwość kobiet na złożone skutki traumy i częstsze rozwijanie objawów dysregulacji afektywnej (Coventry i in., 2020; Karimov-Zwienenberg i in., 2024).

Wyniki uzyskane w skali GHQ-12 pozostają zgodne z ustaleniami Haahr-Pedersen i in. (2020) i wskazują na wyższy poziom ogólnych problemów ze zdrowiem psychicznym wśród kobiet. Potwierdzają one również obserwacje Brown i in. (2021) dotyczące większej podatności kobiet na rozwinięcie lęku, depresji czy objawów PTSD. Należy wspomnieć, że kobiety zgłaszały większe trudności psychiczne w okresie pandemii COVID-19, co wskazywać może na wyższy poziom reaktywności emocjonalnej w obliczu wydarzeń kryzysowych. Analizy innych badań (Rokosz i in., 2021) również wskazują na podobne obserwacje różnic międzypłciowych w funkcjonowaniu psychicznym w obliczu długotrwałego kryzysu pandemii COVID-19. W badaniu tym wskazano, iż kobiety i mężczyźni różnili się nie tyle poziomem ekspozycji na stresory, ile sposobem reagowania na ich nagromadzenie. Różnice międzypłciowe widoczne były również w poniesionych kosztach dostosowania się do zmienionych warunków życia, a szczególnie w sferze regulowania podstawowych potrzeb psychologicznych: autonomii, kompetencji oraz relacyjności. Kobiety odczuwały istotny spadek zaspokojenia tychże potrzeb, któremu towarzyszył jednoczesny wzrost frustracji skutkujący ograniczeniem poczucia sprawczości, skuteczności i jakości relacji interpersonalnych.

Wyniki przeprowadzonych analiz wskazują na różnicowanie płci ze względu na skutki emocjonalnego przetwarzania, a nie samą liczbę traumatycznych doświadczeń dzieciństwa. Kobiety są bardziej podatne na rozwój objawów PTSD i CPTSD, co wskazuje na konieczność dostosowania podejść terapeutycznych do płci.

Wnioski

Przeprowadzone analizy porównawcze pozwalają na sformułowanie następujących wniosków.

- 1) Brak jest istotnych różnic w liczbie negatywnych doświadczeń dzieciństwa (ACE) w grupach kobiet i mężczyzn.
- 2) Stwierdzono istotnie wyższy poziom objawów PTSD u kobiet w odróżnieniu od mężczyzn.
- 3) Objawy CPTSD są istotnie bardziej nasilone wśród kobiet.
- 4) Zróżnicowanie płciowe obejmuje skutki, a nie samą ekspozycję na traumę dzieciństwa.
- 5) Stan ogólnego zdrowia psychicznego u kobiet również jest istotnie gorszy niż u mężczyzn.
- 6) U mężczyzn występuje natomiast wyższa samoocena, a u kobiet silniejsze obciążenie psychiczne związane z pandemią COVID-19.

Bibliografia

- Brown, M., Worrell, C., Pariante, C. M. (2021). Inflammation and early life stress: An updated review of childhood trauma and inflammatory markers in adulthood. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 211, artykuł 173291. <https://doi.org/10.1016/j.pbb.2021.173291>
- Christiansen, D. M., Berke, E. T. (2020). Gender- and sex-based contributors to sex differences in PTSD. *Current Psychiatry Reports*. 22, artykuł 19. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-1140-y>
- Coventry, P. A., Meader, N., Melton, H., Temple, M., Dale, H., Wright, K., Cloitre, M., Karatzias, T., Bisson, J., Roberts, N. P., Brown, J. V.E., Barbui, C., Churchill, R., Lovell, K., McMillan, D., Gilbody, S. (2020). Psychological and pharmacological interventions for posttraumatic stress disorder and comorbid mental health problems following complex traumatic events: Systematic review and component network meta-analysis. *PLOS Medicine*, 17(8), artykuł 1003262. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003262>
- Draczyńska, D. (2024). Trauma relacyjna. *Psychiatria Polska*, 58(1), 5–18. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/156722>
- Gąsior, K., Chodkiewicz, J. (2020). Adverse childhood experiences in women with externalisation and internalisation disorders. *Current Issues in Personality Psychology*, 8(2), 119–130. <https://doi.org/10.5114/cipp.2020.96087>

- Haahr-Pedersen, I., Perera, C., Hyland, P., Vallières, F., Murphy, D., Hansen, M., Spitz, P., Hansen, P., Cloitre, M. (2020). Females have more complex patterns of childhood adversity: Implications for mental, social, and emotional outcomes in adulthood. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), artykuł 1708618. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1708618>
- Karimov-Zwienenberg, M., Symphor, W., Peraud, W., Décamps, G. (2024). Childhood trauma, PTSD/CPTSD and chronic pain: A systematic review. *PLOS One*, 19(8), artykuł 0309332. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0309332>
- Liang, Y., Yang, L. (2023). Sex differences in complex posttraumatic stress disorder network among chinese young adults. *Behavioral Sciences*, 13(10), artykuł 846. <https://doi.org/10.3390/bs13100846>
- Rokosz, M., Poprawa, R., Tabiś, K., Barański, M., Lewandowska, B. (2021). Analiza zmian w zakresie zaspokojenia i frustracji podstawowych potrzeb psychologicznych oraz stresu i radzenia sobie z nim w pierwszych miesiącach pandemii COVID-19 w 2020 roku wśród kobiet. *Polskie Forum Psychologiczne*, 26(3), 330–348. <https://doi.org/10.34767/PFP.2021.03.06>
- Sikorska, I. (2014). Dziecięca trauma – psychologiczne konsekwencje dla dalszego rozwoju. *Sztuka Leczenia*, 29(3–4), 55–70.
- Steuden, S., Janowski, K. (2016). Trauma – kontrowersje wokół pojęcia, diagnoza, następstwa, implikacje praktyczne. *Roczniki Psychologiczne*, 19(3), 549–565. <http://dx.doi.org/10.18290/rpsych.2016.19.3-5pl>
- Whitaker, R. C., Dearth-Wesley, T., Herman, A. N., Block, A. E., Holderness, M. H., Waring, N. A., Oakes, J. M. (2021). The interaction of adverse childhood experiences and gender as risk factors for depression and anxiety disorders in US adults: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 21, artykuł 2078. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12058-z>
- Zawadzki, B., Strelau, J. (2008). Zaburzenia pourazowe jako następstwo kataklizmu. *Nauka*, 2, 47–55.

MICHAŁ KANIA

Traumy dzieciństwa a zaburzenia nerwicowe

Wprowadzenie

Negatywne doświadczenia dzieciństwa (ACE) zostały po raz pierwszy opisane w 1998 r. jako doświadczenia w wieku dziecięcym, które związane są z przemocą emocjonalną, przemocą fizyczną, wykorzystywaniem seksualnym oraz dysfunkcją w rodzinie (Asmundson i Afifi, 2020). Od tego czasu starano się jak najlepiej je zrozumieć i opisać, ale również podkreślić ich znaczenie dla funkcjonowania po doświadczeniach traumatycznych. Zgodnie z raportem Centers for Disease Control and Prevention (2019) w Stanach Zjednoczonych 62% mieszkańców przynajmniej raz w swoim dziecięcym życiu było narażone na kontakt z potencjalnie traumatycznym bodźcem. Tak duży odsetek populacji budzi wyjątkową troskę, biorąc pod uwagę, że ofiarami są dzieci, dla których prawidłowego rozwoju tak ważne jest zapewnienie bezpiecznego środowiska. Jak wynika z raportu opublikowanego przez Fundację Dajemy Dzieciom Siłę (Makaruk i in., 2023), aż 79% dzieci i nastolatków w Polsce doświadczyło przemocy lub zaniedbania przynajmniej raz w swoim życiu, natomiast drugą najczęstszą zgłaszaną przemocą była ta ze strony bliskich osób dorosłych (32%). Zgodnie z raportem UNICEF (2014) na całym świecie szacunkowo 6 na 10 dzieci doświadcza regularnego karania ze strony opiekunów. Draczyńska (2024) zauważa, że trauma często bywa rozumiana jako pojedyncze, silnie zagrażające wydarzenie życiowe, choć coraz częściej zwraca się również uwagę na pojęcie traumy relacyjnej. Jest to określenie, nad którym

w literaturze wciąż trwają dyskusje dotyczące trafnego opisanego zjawiska. Herman (1989, za: Draczyńska, 2024) określiła traumę relacyjną jako tę, która odbywa się na tle zaburzeń w relacji z opiekunem. Wydaje się wobec tego, że trudno byłoby przyglądać się traumatycznym wydarzeniom z dzieciństwa bez uwzględnienia kontekstu relacyjnego. W literaturze pojawia się również określenie „wydarzenia potencjalnie traumatycznego”, choć zwraca się uwagę, że wymusza to wystąpienie objawów posttraumatycznych, aby ocenić zdarzenie jako traumatyczne, więc traci na swojej obiektywności (Lis-Turlejska, 2000, za: Studen i Jankowski, 2016). Wydaje się, że właśnie poszukiwanie pewnej obiektywizacji w opisie traum utrudnia badanie zjawiska i jego rozumienie, część badaczy koncentruje się wokół somatycznych następstw zdarzeń o charakterze traumatycznym.

Kalita (2023) w swojej pracy zwraca uwagę na istotność biologicznych mechanizmów, które tworzą się pod wpływem traumatycznych doświadczeń, a które zdają się podkreślać, jak poważne konsekwencje niosą za sobą takie doświadczenia. Oś HPA odpowiada za odpowiednią regulację emocjonalną w sytuacjach o charakterze stresowym. U osób, u których wystąpiła jednak sytuacja stresowa o nasileniu emocjonalnym zbyt silnym dla właściwego funkcjonowania owego układu, dochodzi do nadprodukcji glikokortykosteroidów i katecholamin. Nadmierny stres prowadzi wobec tego do stanu, w którym osoba go doświadczająca staje się nadmiernie pobudzona, co powoduje nadwrażliwość na bodźce o charakterze zagrożenia lub odwrotnością – uniewrażliwieniem. Jedną z konsekwencji przeciążenia osi HPA może być nieprawidłowa regulacja pracy kory przedczołowej, co wpływa na zaburzenia w sferze kontroli hamowania, ale również na zaburzenia w przepływie dopaminy, serotoniny oraz oksytocyny – hormonów tak istotnych w powstawaniu zaburzeń nastroju czy pozabezpiecznych strategii przywiązaniowych (Kalita, 2023). Ze względu na zmiany w strukturach funkcjonowania układu HPA zauważa się, że u osób doświadczających traumy może wystąpić wzmocnienie pobudliwości bądź wyraźny spadek czułości na bodźce, co wywołuje w środowisku klinicznym liczne dyskusje o możliwym związku między doświadczaniem traumy a neuroatypowością. Ów stan ciągłego pobudzenia lub nadmiernego wycofywania się w koncepcjach systemowych często kojarzony jest kolejno z objawami zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD) bądź objawami zaburzeń ze spektrum autyzmu (ASD), których dokładny mechanizm powstawania nie jest znany (Dallos i Vetere, 2025). Nie miałyby to zaprzeczać

jednak występowaniu zaburzeń neurorozwojowych, ale budzić pewną refleksję nad podobieństwem objawów. Song i współpracownicy (2024) w swoich badaniach zwrócili jednak uwagę, że wymienione zaburzenia raczej zwiększają ryzyko pojawienia się objawów PTSD w późniejszym wieku, niż miałyby być wywoływane poprzez doświadczenia traumatyczne, przy czym związek między ADHD a objawami zespołu stresu pourazowego jest wyraźnie silniejszy ($r = 0,70$) niż w przypadku relacji z ASD ($r = 0,34$). W badaniach Reuben z zespołem (2021) wskazali, że nawet 77% osób z diagnozą zaburzeń ze spektrum autyzmu doświadczyło traumatycznych wydarzeń w dzieciństwie, 45% spełniało kryteria PTSD po kontakcie z traumatyzującym bodźcem, natomiast aż u 61% stwierdzono większe ryzyko wystąpienia objawów stresu posttraumatycznego w dorosłości. Wiedząc, jak wiele osób jest narażonych lub wręcz doświadcza w swoim życiu wydarzeń o charakterze traumatycznym oraz jakie niesie to za sobą konsekwencje w funkcjonowaniu somatycznym, od wielu lat badacze zastanawiają się nad możliwymi konsekwencjami wydarzeń traumatycznych.

W raporcie Kuzminskaite i in. (2021) wskazują, że ryzyko wystąpienia zaburzeń lękowych wzrasta o 6% w grupie osób doświadczających dziecięcej traumy. Negele i współpracownicy (2015, za: Kalita, 2023) w swoich badaniach na grupie 350 uczestników leczących się z powodu przewlekłych zaburzeń depresyjnych wykazali, że 75% z nich miało doświadczenie traumy wczesnodziecięcej, natomiast 37% dotkniętych zostało wielokrotnym traumatyzowaniem. Badania owe wykazały również, że większa liczba doświadczeń traumatycznych wiąże się z większym nasileniem objawów afektywnych. Odachowska i Woźniak-Prus (2018) zauważają również, że dzieci – zależne od opiekuna, który w wielu sytuacjach jest sprawcą, a przynajmniej nie daje im wystarczającej ochrony przed bolesnymi sytuacjami – w doświadczeniach traumy nie wykształcają w sobie odpowiednich umiejętności radzenia sobie ze stresem. Rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych na świecie szacuje się nawet na poziomie 14,4–18% (Pełka-Wysiecka i Samochowiec, 2014), natomiast w badaniach populacji polskiej występowanie określa się na poziomie 3–4% (Kiejna i in., 2015). Według raportu WHO w Europie na problemy natury psychicznej cierpi nawet 38% populacji, z czego aż 14% dotykają zaburzenia lękowe, depresyjne zaś 6,9% (Wittchen i in., 2011). Urazy wczesnego dzieciństwa w następstwie pojawienia się strachu, braku poczucia kontroli i bezpieczeństwa często objawiają się w życiu dorosłego

pod postacią zaburzeń depresyjnych, lękowych czy osobowościowych (Levitan i in., 2003, za: Odachowska i Woźniak-Prus, 2018). Wiele badań wykazało, że stresory w dzieciństwie takie jak wykorzystanie czy bycie świadkiem przemocy mogą prowadzić do uzależnień, prób samobójczych czy depresji (Brodsky, 1997; Hefferman, 2000; Kendall-Tackett, 1993; Kendler, 2000; Kingree, 1999; Osofsky, 1999; Putnam, 2003; Rohsenow, 1988, van der Kolk, 1991; za: Anda i in., 2006).

Zaprezentowany przegląd literatury wskazuje, że negatywne doświadczenia z dzieciństwa stanowią istotny i powszechny czynnik ryzyka zaburzeń rozwojowych oraz psychopatologii w późniejszych etapach życia. Wysokie rozpowszechnienie ACE, udokumentowane w badaniach zarówno międzynarodowych, jak i krajowych, podkreśla konieczność ujmowania traumy w szerokim kontekście relacyjnym z uwzględnieniem chronicznego braku bezpieczeństwa oraz dysfunkcji środowiska opiekuńczego. Współczesne ujęcia teoretyczne oraz wyniki badań empirycznych akcentują wielowymiarowość konsekwencji traumatyzacji obejmującą zarówno deregulację osi HPA, zmiany w neuroprzekazywaniu, jak i długofalowe trudności w zakresie regulacji emocji oraz relacji interpersonalnych.

Cel i problem badawczy

Podstawowym celem badania było określenie związku między natężeniem negatywnych doświadczeń dzieciństwa (ACE) a natężeniem objawów traumy u osób z zaburzeniami nerwicowymi. Jak zauważył choćby Kalita (2023) w swoim przeglądzie badań dotyczących traumy dziecięcej, silnie stresujące wydarzenia z okresu dzieciństwa bardzo często skutkują obniżeniem samooceny czy odczuwaniem silnego poczucia bezradności. Biorąc pod uwagę tak liczne badania i teoretyczne opisy zjawiska, szczególnie istotne wydawało się, by móc przyrzeć się bliżej ich rozpowszechnieniu w środowisku lokalnym. Najważniejszym problemem badawczym było poszukiwanie odpowiedzi na pytanie: *Czy istnieje związek między negatywnymi doświadczeniami dzieciństwa a traumą u osób z zaburzeniami nerwicowymi?*, a zgodnie z opisanymi wcześniej założeniami teoretycznymi przyjęto następujące hipotezy:

- H1 (korelacyjna): Natężenie negatywnych doświadczeń dzieciństwa (ACE) wiąże się dodatnio z nasileniem zaburzeń nerwicowych w populacji ogólnej.

H₂ (różnicowa): Osoby z zaburzeniami nerwicowymi charakteryzują się wyższym natężeniem negatywnych doświadczeń dzieciństwa (ACE) w porównaniu z osobami z grupy kontrolnej.

H₃ (korelacyjna): Istnieje dodatni związek pomiędzy natężeniem negatywnych doświadczeń dzieciństwa (ACE) a nasileniem objawów stresu pourazowego (PTSD i CPTSD) u osób z zaburzeniami nerwicowymi.

W celu ich weryfikacji badano natężenie dobrostanu psychicznego, objawów traumy oraz negatywnych doświadczeń dzieciństwa, a następnie porównano grupę kontrolną z grupą osób z zaburzeniami nerwicowymi oraz przeanalizowano związek między natężeniem ACE a natężeniem objawów opisywanych zaburzeń.

Zastosowane testy opisane zostały w artykule Gąsiora i Siudak w niniejszej monografii.

Metodologia

Z ogólnej grupy badanej na podstawie deklaracji respondentów wyodrębniono osoby, które ujawniły występowanie u siebie zaburzeń nerwicowych. Nie było to potwierdzone diagnozą kliniczną ani nie określono objawów towarzyszących problemom zdrowotnym. Z tego względu z dużą ostrożnością należy podchodzić do sposobu wyodrębnienia tej podgrupy i uzyskanych wyników badań. Badania w tej grupie należy traktować jako pilotażowe i eksploracyjne.

W grupie badawczej znalazło się 201 osób, z czego 135 stanowiły kobiety, mężczyzn zaś zbadano 66. Najmłodsza z tych osób miała 19 lat, a najstarsza 83 lata. Około 50% osób było w wieku poniżej 38. roku życia, druga połowa była starsza. Wykształcenie wyższe miały 64 osoby (31,8%), średnie 95 osób (47,3%), przy czym wykształcenie zawodowe ($N = 21$; 10,4%) oraz podstawowe ($N = 17$; 8,5%) miała zdecydowana mniejszość osób badanych. Respondenci pytani byli również o wykonywany zawód, a zdecydowanie najczęściej byli to kolejno: pracownicy fizyczni (21,9%), uczniowie (18,9%) oraz pracownicy biurowi (16,4%). Osoby badane najrzadziej były rencistami (2%) oraz bezrobotnymi (3%). Ankietowani najczęściej byli w związkach małżeńskich (37,8%) oraz w związkach nieformalnych (26,4%), choć nie brakowało również osób samotnych (18,9%), wdowców (8,5%) oraz rozwodników (8%). Ponad 50% osób była jednakże

po ślubie, przy czym najwcześniej związek małżeński zawierano w wieku 18 lat, a najpóźniej w wieku 38 lat, a częstotliwość ta malała wraz z wiekiem, szczególnie powyżej 27. roku życia. Osoby mające dzieci stanowiły 55% grupy badawczej, blisko 80% pochodziło z rodzin pełnych, przy czym niespełna 14% posiadało rodzeństwo, osoby badane najczęściej miały jedną osobę z rodzeństwa (38,3%), choć jeden z ankietowanych miał ich nawet dziewięcioro (0,5%). Grupa kontrolna składała się zaś z 502 osób, z czego 303 to były kobiety, a 192 osoby określiły swoją płęć jako męską (7 osób wstrzymało się od odpowiedzi). Rozkład wieku, wykształcenia czy innych pozostałych cech był zbliżony do grupy badawczej. Do przeprowadzenia analiz statystycznych wykorzystano program IBM SPSS Statistics w wersji 30.

Analiza statystyczna

W początkowej fazie obliczeń statystycznych przeprowadzono analizę korelacji między wynikami w kwestionariuszu GHQ a negatywnymi doświadczeniami dzieciństwa mierzonymi testem ACE-IQ zarówno w grupie osób z diagnozą zaburzeń nerwicowych, jak i w grupie kontrolnej. Wyniki przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Korelacje między zdrowiem psychicznym a negatywnymi doświadczeniami dzieciństwa

ACE	Zdrowie psychiczne	
	Grupa badawcza	Grupa kontrolna
Przemoc fizyczna	0,06	0,08
Przemoc emocjonalna	0,10	0,19**
Nadużycie seksualne	0,08	0,13**
Nadużywanie alkoholu lub narkotyków przez domownika	0,05	0,15**
Inkarceracja domownika	0,11	0,01
Przewlekła depresja, choroba psychiczna lub samobójstwo	0,08	0,15**
Bycie świadkiem przemocy w rodzinie	0,12	0,14**
Separacja, rozwód lub śmierć rodzica	0,10	0,04

Zaniedbanie emocjonalne	-0,02	-0,01
Zaniedbanie fizyczne	0,01	0,20**
Mobbing w szkole	0,07	0,19**
Bycie świadkiem przemocy w środowisku	0,05	0,02
Narażenie na przemoc zbiorową	-0,07	-0,01
Suma negatywnych doświadczeń dzieciństwa	0,12	0,23**

** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Jak można zauważyć w grupie badawczej, u osób z zaburzeniami nerwicowymi nie zauważono żadnej istotnej statystycznie korelacji pomiędzy negatywnymi doświadczeniami dzieciństwa a wynikami w kwestionariuszu GHQ. Oznacza to, że nie zaobserwowano, aby negatywne doświadczenia dzieciństwa miały związek z nasileniem objawów. W grupie kontrolnej jednak zauważa się, że istnieją dodatnie, niskie korelacje między przemocą emocjonalną, nadużyciem seksualnym, nadużywaniem alkoholu i narkotyków przez domownika, przewlekłą depresją, zaburzeniami psychicznymi lub samobójstwem, byciem świadkiem przemocy w rodzinie, zaniedbaniem fizycznym, mobbingiem w szkole oraz ogólnym natężeniem negatywnych doświadczeń dzieciństwa ($r = 0,19$; $r = 0,13$; $r = 0,15$; $r = 0,15$; $r = 0,14$; $r = 0,20$; $r = 0,19$; $r = 0,23$; $p < 0,01$).

Ponadto przeprowadzono analizę statystyczną różnic między wynikami negatywnych doświadczeń dzieciństwa osób z zaburzeniami nerwicowymi a osób z grupy kontrolnej. Wykorzystano test t studenta dla prób niezależnych, którego wyniki przedstawiono w tabeli 2. Ze względu na brak spełnienia założenia o jednorodności wariancji wykorzystano test z poprawką na niejednorodność wariancji.

Tabela 2. Analiza różnic w negatywnych doświadczeniach dzieciństwa między grupą kontrolną a osobami z zaburzeniami depresyjno-lękowymi

	Grupa badawcza		Grupa kontrolna		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>d Cohena</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>				
Przemoc fizyczna	0,56	0,50	0,47	0,50	-1,84	184,52	0,066	-
Przemoc emocjonalna	0,67	0,47	0,59	0,49	-1,78	189,96	0,077	-
Nadużycie seksualne	0,20	0,40	0,09	0,29	-2,81	155,05	0,006	0,32
Nadużywanie alkoholu lub narkotyków przez domownika	0,40	0,49	0,24	0,43	-3,26	169,41	0,047	0,35
Inkarceracja domownika	0,10	0,30	0,06	0,24	-1,15	164,32	0,251	-
Przewlekła depresja, choroba psychiczna lub samobójstwo	0,28	0,45	0,12	0,32	-3,85	153,88	<0,001	0,41
Bycie świadkiem przemocy w rodzinie	0,80	0,40	0,68	0,47	-2,98	206,79	0,003	0,30
Separacja, rozwód lub śmierć rodzica	0,24	0,43	0,11	0,31	-3,32	154,40	0,001	0,35
Zaniedbanie emocjonalne	0,06	0,25	0,04	0,20	-1,00	162,20	0,318	-
Zaniedbanie fizyczne	0,41	0,49	0,29	0,46	-2,33	175,06	0,021	0,25
Mobbing w szkole	0,48	0,50	0,33	0,47	-3,07	176,36	0,002	0,31
Bycie świadkiem przemocy w środowisku	0,69	0,46	0,64	0,48	-1,01	188,22	0,313	-
Narażenie na przemoc zbiorową	0,14	0,35	0,11	0,31	-1,08	169,97	0,284	-
Suma negatywnych doświadczeń dzieciństwa	5,02	2,67	3,77	2,47	-4,83	175,29	<0,001	0,49

Jak można zauważyć, nie w każdym negatywnym doświadczeniu z dzieciństwa zauważa się różnice istotne statystycznie między grupą osób z zaburzeniami nerwicowymi a osobami z grupy kontrolnej. Wydaje się, że osoby z zaburzeniami nerwicowymi nie różnią się istotnie statystycznie pod względem doświadczeń przemocy fizycznej i emocjonalnej, inkarceracji domownika, zaniedbania emocjonalnego oraz bycia świadkiem przemocy w środowisku i bycia narażonym na przemoc zbiorową od osób z grupy kontrolnej. Największa różnica między osobami z zaburzeniami nerwicowymi a osobami z grupy kontrolnej występuje przy analizie ogólnego wyniku ACE ($t(175,29) = -4,83; p < 0,001; d = 0,49$), natomiast

kiedy weźmiemy pod uwagę poszczególne doświadczenia, to wydaje się, że grupa osób z zaburzeniami nerwicowymi ma wyraźnie więcej doświadczeń depresji czy chorób psychicznych w bliskim otoczeniu niż osoby z grupy kontrolnej ($t(153,88) = -3,85$; $p < 0,001$; $d = 0,41$). Są to jednak różnice o niskiej sile efektu mierzonej współczynnikiem *d Cohena*, więc osoby z grupy badawczej mają nieznacznie więcej negatywnych doświadczeń z dzieciństwa niż osoby z grupy kontrolnej.

W celu określenia poziomu objawów posttraumatycznych w badanej grupie zastosowano korelacyjną analizę statystyczną związku między negatywnymi doświadczeniami dzieciństwa a objawami stresu pourazowego, której wyniki przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Analiza statystyczna związku między ACE a stresem pourazowym u osób z zaburzeniami lękowo-depresyjnymi

Zmienna	Re	Av	Th	PTSD	AD	NSC	DR	DSO	CPTSD
Przemoc fizyczna	0,07	0,02	-0,05	0,02	0,06	0,20**	0,024	0,11	0,07
Przemoc emocjonalna	0,08	0,10	0,14*	0,13	0,19**	0,18*	0,09	0,17*	0,17*
Nadużycie seksualne	0,13	0,06	0,06	0,08	0,06	0,11	0,11	0,11	0,12
Nadużywanie alkoholu lub narkotyków	0,13	0,50	0,21**	0,22**	0,14	0,12	0,20**	0,17*	0,21**
Inkarceracja domownika	0,12	0,20**	0,17*	0,14*	0,15*	0,19**	0,04	0,14*	0,15*
Przewlekła depresja, choroba psychiczna	0,04	0,07	0,09	0,11	0,17*	0,12	0,18*	0,18*	0,16*
Bycie świadkiem przemocy w rodzinie	0,12	0,08	0,06	0,07	0,14*	0,21**	0,14*	0,19**	0,14
Separacja, rozwód lub śmierć rodzica	0,26	0,06	0,13	0,16*	0,30***	0,22**	0,31***	0,32***	0,27***
Zaniedbanie emocjonalne	-0,02	0,13	-0,04	-0,03	0,05	0,18*	0,04	0,11	0,05
Zaniedbanie fizyczne	0,06	0,20**	0,13	0,07	0,01	0,07	0,06	0,06	0,07
Mobbing w szkole	0,03	0,00	0,05	0,07	0,05	0,16*	0,10	0,12	0,11
Bycie świadkiem przemocy w środowisku	0,05	-0,01	-0,02	0,05	-0,01	0,05	-0,02	0,00	0,02
Narażenie na przemoc zbiorową	0,04	0,11	0,10	0,08	0,01	0,00	0,02	0,01	0,05
Suma ACE	0,14	0,08	0,15*	0,17*	0,19**	0,26***	0,19**	0,25***	0,23**

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Jak można zauważyć w powyższej tabeli (tabela 3), ACE nie mają związku lub są powiązane w niewielkim stopniu z objawami PTSD u osób z zaburzeniami nerwicowymi, jednakże negatywne doświadczenia z dzieciństwa wiążą się z każdym z komponentów złożonego stresu pourazowego ($0,19 \leq r \leq 0,27$) oraz z ogólnym poziomem CPTSD ($r = 0,23; p < 0,01$). Wyjątkowo niespodziewanymi wynikami jest jednak praktycznie zupełny brak korelacji między przemocą fizyczną a objawami poza negatywnym obrazem siebie ($r = 0,20; p < 0,01$). Najsilniejszy związek z objawami PTSD wydaje się mieć doświadczenie nadużywania alkoholu lub narkotyków przez domownika ($r = 0,22; p < 0,01$), natomiast z objawami złożonego stresu pourazowego najsilniejszy związek występuje przy doświadczeniach separacji, rozvodu lub śmierci rodzica ($r = 0,27; p < 0,001$). Związek ten jest jednak bardzo nieznaczący z ogólnym zespołem stresu pourazowego ($r = 0,16; p < 0,05$), natomiast na wyraźnie wyższym poziomie to doświadczenie koreluje z każdym z komponentów złożonego zespołu stresu pourazowego.

Dyskusja wyników

Analiza wyników wskazuje na istotne różnice w natężeniu negatywnych doświadczeń dzieciństwa między osobami z zaburzeniami nerwicowymi a grupą kontrolną. Wyniki te pozostają spójne z założonymi hipotezami badawczymi, co jednak wydaje się ciekawe, Karakus (2012, za: Kalita, 2023) w swoich badaniach zwrócił uwagę na liniowość związku między poczuciem wartości a nasileniem traumy – im większe nasilenie traumy, tym niższe poczucie własnej wartości. W wyżej opisywanym badaniu jednak nie zauważono żadnego statystycznie istotnego związku między nasileniem negatywnych doświadczeń dzieciństwa a nasileniem problemów zdrowia psychicznego (GHQ) u osób, u których występują zaburzenia nerwicowe. Możliwe, że osoby te były już objęte leczeniem lub psychoterapią, co mogło sprzyjać rozwinięciu większych zasobów radzenia sobie mimo doświadczeń traumatycznych. Podobne zależności opisują Jaworska-Andrzejewska i Rybakowski (2016) w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej – osoby z doświadczeniem traumy dziecięcej wykazywały wyższy poziom nasilenia objawów afektywnych. Możliwe jest, że istotną rolę stanowiła płeć osób badanych – Szalas i Bryńska (2022) zwracają bowiem uwagę, że u kobiet z ACE dużo częściej diagnozuje się

zaburzenia lękowe czy depresyjne, a w przypadku mężczyzn najczęściej zauważa się jednak trudności w regulacji agresji, zaburzenia zachowania czy uzależnienie od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. W dalszych badaniach i analizach statystycznych prawdopodobnie należałoby wobec tego bliżej przyjrzeć się roli płci w pojawianiu się negatywnych skutków doświadczeń traumatycznych. W badaniach prawie dwóch tysięcy studentów w Polsce zauważono, że im większa liczba występujących negatywnych doświadczeń dzieciństwa, tym większe ryzyko występowania trudności emocjonalnych w przyszłości (Makaruk i in., 2018). Być może wskazuje to na potrzebę pogłębienia rozważań o analizie różnicowe między osobami bez negatywnych doświadczeń dzieciństwa a osobami o zróżnicowanej częstotliwości występowania ACE. Metaanaliza Humphreys i in. (2020) wskazała również na to, że najsilniejszy efekt związku między ACE a depresją występuje w przypadku przemocy emocjonalnej i zaniedbania emocjonalnego. W badaniach własnych faktycznie zauważa się, że w grupie kontrolnej korelacja między przemocą emocjonalną a zaburzeniami psychicznymi jest jedną z silniejszych ($r = 0,19; p < 0,01$), aczkolwiek zaniedbanie fizyczne nie miało istotnego statystycznie związku z zaburzeniami nerwicowymi ($r = -0,01; p > 0,05$). Autorzy tejże metaanalizy zwracają jednak uwagę, że istotnym moderatorem siły efektów był również sposób zbierania danych – zależności w grupie ogólnej charakteryzowały się większą siłą efektu niż te zbierane np. w grupach klinicznych, co mogłoby wyjaśniać brak istotnych statystycznie związków między nasileniem objawów a nasileniem negatywnych doświadczeń dzieciństwa w grupie osób z zaburzeniami nerwicowymi. W badaniach własnych zauważono również, że negatywne doświadczenia dzieciństwa dużo częściej wiążą się ze złożonym zespołem stresu pourazowego (CPTSD) niż z samym PTSD, co może podkreślać istotność znaczenia powtarzalnej traumy na trudności w funkcjonowaniu emocjonalnym. Powyższa analiza wyników badań wskazuje przede wszystkim na potrzebę pogłębienia analiz, próby zrozumienia czynników, które mogą moderować związek, a także uwzględnienia w kolejnych badaniach dokładniejszych metod badających nasilenie objawów zaburzeń nerwicowych.

Uzyskane wyniki mają istotne implikacje kliniczne. Wskazują one, że u osób z zaburzeniami nerwicowymi doświadczenia traumatyczne z dzieciństwa mogą manifestować się poprzez trudności charakterystyczne dla złożonego stresu pourazowego, takie jak negatywny obraz siebie, zaburzenia regulacji emocji czy trudności w relacjach interpersonalnych.

Podkreśla to konieczność uwzględniania historii wczesnodziecięcej traumy w procesie diagnostycznym oraz planowaniu oddziaływań terapeutycznych, w szczególności w kontekście terapii ukierunkowanych na traumę i relację terapeutyczną.

Zakończenie

Przeprowadzone badania potwierdzają, że negatywne doświadczenia dzieciństwa stanowią istotny czynnik różnicujący osoby z zaburzeniami nerwicowymi i osoby z populacji ogólnej. Choć nie wykazano bezpośredniego związku pomiędzy natężeniem ACE a aktualnym nasileniem objawów nerwicowych w grupie klinicznej, uzyskane wyniki sugerują, że doświadczenia traumatyczne z dzieciństwa mogą pełnić funkcję czynnika predysponującego do rozwoju zaburzeń psychicznych, a niekoniecznie determinującego bieżący poziom ich nasilenia. Szczególnie istotnym rezultatem jest wykazanie wyraźniejszych zależności pomiędzy ACE a objawami złożonego stresu pourazowego, co podkreśla znaczenie chronicznej, relacyjnej traumy w kształtowaniu długotrwałych zaburzeń funkcjonowania emocjonalnego.

Wyniki te wpisują się w aktualne tendencje badawcze akcentujące potrzebę odróżniania PTSD od CPTSD oraz uwzględniania kontekstu rozwojowego i relacyjnego w diagnozie oraz terapii osób dorosłych z doświadczeniem wczesnodziecięcej traumy. Badanie posiada jednak pewne ograniczenia, w tym przekrojowy charakter, opieranie się na metodach samoopisowych oraz brak kontroli zmiennych moderujących, takich jak płeć, czas trwania leczenia czy aktualne wsparcie społeczne. W przyszłych badaniach zasadne wydaje się zastosowanie podejścia podłużnego oraz uwzględnienie czynników ochronnych, które mogą osłabiać negatywne skutki ACE. Uzyskane rezultaty mają istotne implikacje kliniczne, ponieważ wskazują na konieczność systematycznego uwzględniania doświadczeń z dzieciństwa w procesie diagnozy i planowania oddziaływań terapeutycznych u osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego

Bibliografia

- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, Ch., 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 and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174–186. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>
- Asmundson, G. J.G., Afifi, T. O. (2020). Preface. W: G. J.G. Asmundson, T. O. Afifi (red.). *Adverse childhood experiences*. (s. xvii–xix). Elsevier.
- Centers for Disease Control and Prevention (2019). *Adverse Childhood Experiences (ACEs) prevention resource for action: A compilation of the best available evidence*. National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.
- Dallos, R., Vetere, A. (2025). *Psychoterapia systemowa i narracje więzi. Zastosowania w zróżnicowanych warunkach klinicznych*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Draczyńska, D. (2024). Relational trauma. *Psychiatria Polska*, 58(3), 529–539. <https://doi.org/10.12740/pp/onlinefirst/156722>
- Humphreys, K. L., LeMoult, J., Wear, J. G., Piersiak, H. A., Lee, A., Gotlib, I. H. (2020). Child maltreatment and depression: A meta-analysis of studies using the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 102, artykuł 104361. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104361>
- Jaworska-Andryszewska, P., Rybakowski, J. (2016). Negative experiences in childhood and the development and course of bipolar disorder. *Psychiatria Polska*, 50(5), 989–1000. <https://doi.org/10.12740/pp/61159>
- Kalita, L. (2023). Utrzymywanie się szkodliwych konsekwencji dziecięcej traumy w adolescencji i w dorosłym życiu: mechanizmy biologiczne, skutki psychologiczne, przykłady kliniczne. *Psychoterapia*, 206(3), 55–70. <https://doi.org/10.12740/PT/176376>
- Kiejna, A., Piotrowski, P., Adamowski, T., Moskalewicz, J., Wciórka, J., Stokwiszewski, J., Rabczenko, D., Kessler, R. C. (2015). The prevalence of common mental disorders in the population of adult Poles by sex and age structure – an EZOP Poland study. *Psychiatria Polska*, 49(1), 15–27. <https://doi.org/10.12740/pp/30811>
- Kuzminskaite, E., Penninx, B. W.J. H., van Harmelen, A. L., Elzinga, B. M., Hovens, J. G.F. M., & Vinkers, Ch. H. (2021). Childhood trauma in adult depressive and anxiety disorders: An integrated review on psychological

- and biological mechanisms in the NESDA cohort. *Journal of Affective Disorders*, 283, 179–191. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.054>
- Makaruk, K., Drabarek, K., Popyk, A., Wójcik, S. (2023). *Diagnoza przemocy wobec dzieci w Polsce*. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę.
- Makaruk, K., Włodarczyk, J., Sethi, B., Michalski, B., Szredzińska, R., Karwowska, P. (2018). Negatywne doświadczenia w dzieciństwie i związane z nimi zachowania szkodliwe dla zdrowia wśród polskich studentów. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 17(2), 58–97.
- Odachowska, E., Woźniak-Prus, M. (2018). Trudna diagnoza. Kontrowersje wokół PTSD i ADHD. *Psychologia Wychowawcza*, 55(13), 7–24. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0012.4750>
- Pełka-Wysiecka, J., Samochowiec, J. (2014). Depresja – czy faktycznie zróżnicowana farmakoterapia? *Psychiatria*, 11(3), 141–147.
- Reuben, K. E., Stanzone, C. M., Singleton, J. L. (2021). Interpersonal trauma and posttraumatic stress in autistic adults. *Autism in Adulthood*, 3(3), 247–256. <https://doi.org/10.1089/aut.2020.0073>
- Song, Y., Zhao, Y., Baranova, A., Cao, H., Yue, W., Zhang, F. (2024). Causal association of attention-deficit/hyperactivity disorder and autism spectrum disorder with post-traumatic stress disorder. *Psychiatric Genetics*, 34(2), 37–42. <https://doi.org/10.1097/ypg.0000000000000357>
- Studen, S., Janowski, K. (2016). Trauma – kontrowersje wokół pojęcia, diagnoza, następstwa, implikacje praktyczne. *Roczniki psychologiczne*, 19(3), 549–565. <http://dx.doi.org/10.18290/rpsych.2016.19.3-5pl>
- Szalas, N., Bryńska, A. (2022). Adverse childhood experiences – characteristics and links with mental disorders, suicidal behaviours and self-injury among children and adolescents. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 23(1), 52–61. <https://doi.org/10.15557/PiPK.2023.0007>
- UNICEF (2014). *Hidden in plain sight: A statistical analysis of violence against children*. United Nations Children's Fund.
- Wittchen, H., U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R., Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655–679. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>

SYLWIA GÓRSKA

Traumatyczne doświadczenia dzieciństwa u osób po próbach samobójczych

Wprowadzenie

Mimo licznych badań populacyjnych wciąż niewiele analiz koncentruje się na bezpośrednim porównaniu osób, które podejmowały próby samobójcze, z resztą społeczeństwa w kontekście pełnego zakresu ACE. Potrzebna jest szczegółowa analiza, które z rodzajów traumatycznych przeżyć mają wyjątkowe powiązanie z zagrożeniem samobójczym oraz czy pełnią podobną funkcję w przewidywaniu ryzyka w różnych grupach społecznych. Znaczenie przemocy rówieśniczej, w tym zastraszania w szkołach, jest istotnym, lecz często pomijanym zagadnieniem badawczym, a jej wpływ na zachowania samobójcze wydaje się szczególnie złożony i długotrwały (Barzilay i in., 2017; Holt i in., 2015).

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie wyników badań dotyczących związku między traumatycznymi doświadczeniami z dzieciństwa a zagrożeniem samobójstwem u osób dorosłych. Analiza obejmuje porównanie poziomu ACE między grupą osób, które próbowały popełnić samobójstwo, a grupą kontrolną, a także oceny związku między różnymi kategoriami ACE a tendencjami do samobójstw. Użycie dwóch grup badawczych pozwala na identyfikację obszarów traumatyzacji, które w szczególności różnią doświadczenia osób z próbami samobójczymi od ogółu populacji, jak również tych mających istotne znaczenie prognostyczne niezależnie od przynależności do konkretnej grupy.

Prezentowane wyniki dostarczają cennych informacji na temat wpływu traum z dzieciństwa na zwiększoną podatność na myśli oraz zachowania samobójcze. Podkreślają również konieczność wczesnego identyfikowania oraz interweniowania w przypadku osób, które mogą być narażone na przemoc, zaniedbanie lub bullying. Zebrane dane mogą stanowić podstawę dla dalszych badań nad psychologicznymi i neurobiologicznymi mechanizmami wpływu ACE na zachowania samobójcze. Mogą one także posłużyć do opracowywania skuteczniejszych programów profilaktycznych i terapeutycznych.

Wczesne traumy jako czynnik ryzyka zaburzeń psychicznych i zachowań suicydalnych

Traumatyczne doświadczenia z dzieciństwa stanowią jeden z czynników ryzyka dla rozwoju zaburzeń psychicznych, problemów zdrowotnych oraz trudności społecznych w późniejszym życiu. Od wielu lat uznawane są za jeden z najistotniejszych czynników ryzyka zachowań samobójczych. Liczne badania wykazują, że przemoc fizyczna, seksualna, emocjonalna oraz zaniedbanie znacząco zwiększają prawdopodobieństwo podjęcia próby samobójczej w trakcie życia (Dube i in., 2001). Negatywne doświadczenia z dzieciństwa (ang. *adverse childhood experiences*, ACE) od ponad dwóch dekad stanowią jeden z najważniejszych, empirycznie potwierdzonych predyktorów zachowań suicydalnych w okresie dorosłości. W projekcie badawczym przeprowadzonym przez Felitti'ego i współpracowników autorzy wykazali, że dysfunkcje rodzinne, zaniedbanie oraz ekspozycja na przemoc mają charakter kumulacyjny i w sposób proporcjonalny zwiększają prawdopodobieństwo prób samobójczych przy jednoczesnym wzroście problemów zdrowia psychicznego, somatycznego i społecznego (Felitti i in., 1998; Felitti, 2002).

W świetle koncepcji ACE liczba negatywnych doświadczeń kumuluje się, a ryzyko samobójstwa rośnie wraz z ich intensywnością i różnorodnością (Felitti i in., 1998). W szczególności osoby z historią przemocy seksualnej w dzieciństwie wykazują istotnie wyższe ryzyko zachowań autodestrukcyjnych oraz zaburzeń depresyjnych, które są kluczowymi predyktorami prób samobójczych (Briere i Elliott, 2003). Koncepcja ACE stała się punktem wyjścia do licznych analiz dotyczących kumulatywnych skutków traum oraz ich wpływu na zdrowie psychiczne i fizyczne

człowieka. Zależność ta została wielokrotnie potwierdzona w badaniach populacyjnych i klinicznych wskazujących, że ACE wywierają długoterminowy wpływ na regulację emocji, podatność na stres oraz sposoby funkcjonowania interpersonalnego (Dąbkowska, 2006; Gąsior i Chodkiewicz, 2020). Dube i in. (2001) dowiedli, że osoby obciążone co najmniej siedmioma kategoriami ACE podejmują próby samobójcze nawet dziesięciokrotnie częściej niż osoby bez traumatycznych doświadczeń. W metaanalizie Zattiego i współautorów (2017) obejmującej dekadę badań wykazano, że ACE są jednym z najsilniejszych predyktorów zachowań suicydalnych niezależnie od współwystępujących zaburzeń.

Wczesna trauma a podatność na zachowania samobójcze: mechanizmy neurobiologiczne, emocjonalne i społeczne

Wczesne wydarzenia o charakterze stresowym takie jak przemoc fizyczna i emocjonalna, zaniedbanie, doświadczenie przemocy seksualnej, utrata opiekuna czy chroniczne poczucie zagrożenia mogą prowadzić do głębokich, długotrwałych i wielowymiarowych konsekwencji rozwojowych (Cicchetti i Toth, 2016). W badaniach nad traumą rozwojową wskazuje się, że tego rodzaju doświadczenia wpływają na rozwój emocjonalny, poznawczy i społeczny, zaburzając procesy regulacji emocji, kształtowanie tożsamości oraz zdolność budowania bezpiecznych relacji interpersonalnych (van der Kolk, 2014). Wśród młodych dorosłych traumy relacyjne (zaniedbanie, przemoc w środowisku szkolnym i doświadczenia wykorzystania) silnie korelują zarówno z myślami samobójczymi, jak i z historią prób samobójczych. Mechanizmy leżące u podstaw tego związku mają charakter wieloczynnikowy (psychologiczny i neurobiologiczny). Badania wskazują, że długotrwały stres i trauma rozwojowa prowadzą do deregulacji osi HPA oraz zwiększonej reaktywności systemu stresu, co sprzyja powstawaniu przewlekłego napięcia, impulsywności i dysregulacji emocjonalnej (Teicher i Samson, 2016). Dysregulacja ta jest jedną z cech szczególnie często obserwowanych wśród osób po próbach samobójczych, zwłaszcza tych, które doświadczyły wczesnej przemocy. Badania neurobiologiczne dostarczają dodatkowych dowodów na to, że wczesnie doświadczony stres wpływa także na rozwój struktur mózgowych (kora przedczołowa) odpowiedzialnych za kontrolę impulsów i ocenę ryzyka, co może utrudniać adaptacyjne radzenie sobie ze stresem i zwiększać

podatność na zachowania autodestrukcyjne (Teicher i Samson, 2016). Ekspozycja na chroniczną traumę w dzieciństwie prowadzi do trwałej deregulacji osi podwzgórze–przysadka–nadnercza (HPA) odpowiedzialnej za reakcję stresową organizmu. Nadreaktywność osi HPA, wielokrotnie obserwowana u osób z historią prób samobójczych, prowadzi do wzrostu impulsywności, drażliwości oraz trudności w modulowaniu emocji (Berardelli i in., 2020). Zmiany te sprzyjają tzw. *psychache* – chronicznemu bólowi psychicznemu uznawanemu za bezpośredni czynnik prowadzący do działań samobójczych (Pompili i in., 2022).

W literaturze szczególne znaczenie przypisuje się również traumie emocjonalnej – często niedostrzeganej i rzadziej zgłaszanej, jednak w badaniach okazującej się jednym z najsilniejszych predyktorów depresji, dysocjacji i zachowań samobójczych (Chu i Dill, 1990; Sanders i Giolas, 1991; Zdankiewicz-Ścigała, 2017). Zaniedbanie emocjonalne, przemoc psychiczna oraz brak stabilnej opieki prowadzą do utrwalenia przekonań o braku wartości, niegodności miłości i niezdolności do radzenia sobie, co współcześnie dobrze opisuje teoria wczesnych nieadaptacyjnych schematów Younga (Bach i in., 2018; Young i in., 2015).

Istotnym aspektem zrozumienia skutków traumatycznych doświadczeń jest również perspektywa relacyjna oparta na teorii przywiązania. Bowlby (1988) wskazywał, że stabilna, responsywna relacja z opiekunem w okresie dzieciństwa stanowi fundament późniejszego funkcjonowania emocjonalnego i społecznego. W sytuacji, gdy opiekun jest jednocześnie źródłem zagrożenia, np. stosuje przemoc, zaniedbuje lub nie zapewnia podstawowego poczucia bezpieczeństwa, w dziecku mogą rozwijać się zdeorganizowane wzorce przywiązania (Lyons-Ruth i Jacobvitz, 2016). Wzorce te w dorosłości wiążą się z trudnościami w budowaniu relacji, niestabilnością emocjonalną oraz większą podatnością na zaburzenia psychiczne. Badania wskazują również, że negatywne doświadczenia z dzieciństwa wpływają na rozwój dezadaptacyjnych wzorców przywiązania – lękowego i unikowego (Liotti, 1999; Ihme i in., 2022) – które utrudniają regulowanie emocji, obniżają poczucie wartości oraz zwiększają wrażliwość interpersonalną, co wyraźnie nasila podatność na zachowania autodestrukcyjne. W licznych badaniach potwierdzono, że szczególnie traumatyczne są doświadczenia ACE mające charakter interpersonalny, a więc zawierające element celowego skrzywdzenia, odrzucenia lub długotrwałego zaniedbania (Popiel i Pragłowska, 2009; Pietkiewicz i Tomalski, 2018).

W populacji osób po próbach samobójczych często obserwuje się także zjawisko przeciążenia zasobów (Hobfoll, 2006). W ujęciu teorii zachowania zasobów chroniczne traumy z dzieciństwa prowadzą do trwałego deficytu zasobów takich jak poczucie kontroli, sprawczość, wsparcie społeczne czy stabilna tożsamość. Ich brak zwiększa podatność na kolejne stresory oraz obniża zdolność adaptacyjnego radzenia sobie z trudnościami, co może sprzyjać zachowaniom samobójczym w dorosłości. Osoby z historią wczesnej traumy często odczuwają tzw. spiralę straty, w której kolejne niepowodzenia i stresory wzmacniają poczucie bezradności i bezsensu, co prowadzi do kryzysów suicydalnych.

Traumatyczne doświadczenia z dzieciństwa odgrywają znaczącą rolę w kształtowaniu podatności na zachowania samobójcze. Wpływają na mechanizmy zarówno neurobiologiczne, jak i psychologiczne, relacyjne oraz zasobowe. Zrozumienie tych zależności ma znaczenie nie tylko teoretyczne, ale również praktyczne, co pozwala na lepsze profilowanie ryzyka, projektowanie interwencji terapeutycznych oraz wspieranie osób po próbach samobójczych w budowaniu trwałych ochronnych zasobów.

Badana grupa

W badaniu wzięły udział dwie grupy dorosłych: grupa osób po próbach samobójczych ($N = 71$) oraz grupa kontrolna ($N = 502$). W grupie osób po próbach samobójczych 59,2% stanowiły kobiety, a 40,8% mężczyźni. Uczestnicy tej grupy byli średnio młodsi ze średnią wieku 33,69 lat ($SD = 13,16$; zakres 20–68 lat). W grupie kontrolnej proporcje płci były zbliżone (61,2% kobiet, 38,8% mężczyzn), a średnia wieku wynosiła 44,60 lat ($SD = 19,07$; zakres 19–80 lat). Różnice w liczebności próby między analizami wynikają z faktu, że N dla każdej zmiennej obliczane było wyłącznie na podstawie przypadków z danymi ważnymi. Jest to typowa cecha danych kwestionariuszowych. Poszczególne zmienne mogą mieć różną liczbę braków odpowiedzi, dlatego N w analizach korelacyjnych i opisowych nie jest jednorodne.

Najliczniej reprezentowaną kategorią stanu cywilnego w grupie osób po próbach samobójczych ($N = 66$; 5 braków danych) były osoby pozostające w związku nieformalnym (konkubinat) – 40,8% badanych. W dalszej kolejności znalazły się osoby samotne – 23,9% – oraz pozostające w związkach małżeńskich – 19,7%. Rozwiedzeni stanowili 9,9% badanej

grupy, a osoby owdowiałe 5,6%. W grupie kontrolnej ($N = 494$; 8 braków danych) dominowały osoby pozostające w związkach małżeńskich – 47,4%, natomiast udział osób żyjących w konkubinacie był znacznie niższy – 22,1%. Pozostałe kategorie, czyli: osoby samotne (15,9%), owdowiałe (8,0%) oraz rozwiedzione (5,0%) występowały rzadziej. W zakresie statusu rodziny w badanej grupie najczęściej występowały rodziny pełne (67,6%), jednak ich odsetek był znacząco niższy niż w grupie kontrolnej (87,1%). Rodziny niepełne stanowiły 25,4% badanych po próbach samobójczych (wobec 11,4% w grupie kontrolnej), a rodziny zrekonstruowane 5,6% (wobec 1,4% w grupie kontrolnej).

Uzyskane wyniki wskazują, że osoby po próbach samobójczych częściej funkcjonowały w mniej stabilnych strukturach rodzinnych (konkubinacie, rodziny niepełne lub zrekonstruowane), co może stanowić istotny czynnik ryzyka zaburzeń emocjonalnych oraz trudności w zakresie wsparcia społecznego.

Analiza wyników badań

Analizę wyników badań rozpoczęto od zaprezentowania statystyk opisowych w zastosowanych kwestionariuszach psychologicznych. W tym celu w tabeli 1 przedstawiono zestawienie danych otrzymanych w *Kwestionariuszu negatywnych doświadczeń dzieciństwa* (ACE-IQ) w grupie osób po próbach samobójczych ($N = 71$) oraz w grupie kontrolnej ($N = 502$).

Tabela 1. Analizy porównawcze negatywnych doświadczeń dzieciństwa między grupą osób po próbach samobójczych ($N = 71$) a grupą kontrolną ($N = 489$)

Zmienna	Grupa osób po pr. sam.			Grupa kontr.			Test Levene'a				
	M	SD	SEM	M	SD	SEM	F	p	t (558)	p	różnica M
ACE1	0,718	0,453	0,054	0,464	0,499	0,023	8,45	0,004	-3,84	< 0,001	-0,254
ACE2	0,859	0,350	0,041	0,585	0,493	0,022	19,11	0,000	-4,50	< 0,001	-0,274
ACE3	0,324	0,471	0,056	0,086	0,281	0,013	22,68	0,000	-4,39	< 0,001	-0,238
ACE4	0,606	0,492	0,058	0,223	0,417	0,019	10,84	0,001	-5,40	< 0,001	-0,383
ACE5	0,211	0,410	0,049	0,047	0,211	0,010	37,22	0,000	-3,48	< 0,001	-0,164
ACE6	0,268	0,446	0,053	0,113	0,317	0,014	11,55	0,001	-2,48	0,014	-0,155

ACE7	0,845	0,365	0,043	0,683	0,465	0,021	13,77	0,000	-2,66	0,008	-0,162
ACE8	0,366	0,485	0,057	0,102	0,303	0,014	18,32	0,000	-4,65	< 0,001	-0,264
ACE9	0,197	0,400	0,047	0,037	0,190	0,009	27,11	0,000	-4,00	< 0,001	-0,160
ACE10	0,521	0,503	0,060	0,280	0,449	0,020	9,14	0,003	-3,98	< 0,001	-0,241
ACE11	0,535	0,502	0,059	0,331	0,471	0,021	4,77	0,029	-3,02	0,003	-0,204
ACE12	0,817	0,389	0,046	0,636	0,482	0,022	11,26	0,001	-2,82	0,005	-0,181
ACE13	0,423	0,498	0,059	0,098	0,298	0,013	29,44	0,000	-5,84	< 0,001	-0,325
ACE_Sum	6,690	4,028	0,482	3,685	3,571	0,161	6,12	0,014	-7,23	< 0,001	-3,005

Źródło: opracowanie własne.

Wszystkie analizowane wskaźniki ACE były istotnie wyższe w grupie osób z historią prób samobójczych niż w grupie kontrolnej, co wskazuje na znacznie większą ekspozycję tej grupy na różne formy przemocy, zaniedbania oraz dysfunkcje środowiska rodzinnego. Najsilniejsze różnice odnotowano dla: nadużywania substancji przez domownika (ACE4), $t(558) = -5,40, p < 0,001$; przemocy zbiorowej (ACE13), $t(558) = -5,84, p < 0,001$; nadużycia seksualnego (ACE3), $t(558) = -4,39, p < 0,001$; separacji lub śmierci rodzica (ACE8), $t(558) = -4,65, p < 0,001$; oraz przemocy emocjonalnej (ACE2), $t(558) = -4,50, p < 0,001$. Wyniki te wskazują na szerokie, wielowymiarowe spektrum traumatyzacji w tej grupie. Również wskaźnik sumaryczny ACE_Sum będący miarą łącznego obciążenia doświadczeniami traumatycznymi wykazał bardzo dużą różnicę między grupami: osoby po próbach samobójczych uzyskały średnio ponad 3 punkty więcej niż osoby z grupy kontrolnej ($M = 6,69$ vs $M = 3,69$). Różnica ta była istotna statystycznie i bardzo wyraźna, $t(558) = -7,23, p < 0,001$.

Podwyższony poziom ACE w grupie po próbach samobójczych obejmował również doświadczenia takie jak przemoc fizyczna (ACE1), $t(558) = -3,84, p < 0,001$, unikanie lub brak reakcji emocjonalnej rodziców (ACE9), $t(558) = -4,00, p < 0,001$, zaniedbanie fizyczne (ACE10), $t(558) = -3,98, p < 0,001$, oraz mobbing szkolny (ACE11), $t(558) = -3,02, p = 0,003$. Wyniki te potwierdzają, że osoby z historią zachowań samobójczych częściej wychowywały się w środowisku obciążonym wieloma różnymi formami przemocy interpersonalnej i dysfunkcji rodzinnych.

Wszystkie wskaźniki ACE wykazały istotne statystycznie różnice pomiędzy badanymi grupami. Dane te wskazują, że osoby

z doświadczeniem próby samobójczej charakteryzują się znacząco wyższą liczbą negatywnych doświadczeń z dzieciństwa zarówno w zakresie pojedynczych kategorii ACE, jak i ich sumy.

Korelacje w grupie osób z historią prób samobójczych (N = 71)

W grupie osób z historią prób samobójczych przeanalizowano związki pomiędzy zmiennymi ACE₁–ACE₁₃ i indeksem ACE_Sum (zob. tabela 2). Korelacje przedstawiono jako współczynniki Pearsona *r*. Wskazano tylko korelacje istotne statystycznie.

Tabela 2. *Korelacje między negatywnymi doświadczeniami z dzieciństwa (ACE) a SBQ i ACE_Sum w grupie osób z historią prób samobójczych (N = 71)*

Zmienna	SBQ	ACE_Sum
ACE1 – przemoc fizyczna	0,12	0,71***
ACE2 – przemoc emocjonalna	-0,05	0,74***
ACE3 – nadużycie seksualne	0,20	0,45***
ACE4 – uzależnienie domownika	-0,02	0,55***
ACE5 – inkarceracja	0,01	0,48***
ACE6 – choroba psychiczna/samobójstwo	0,17	0,56***
ACE7 – przemoc domowa	0,05	0,69***
ACE8 – separacja/śmierć	-0,17	0,54***
ACE9 – zaniedbanie emocjonalne	0,19	0,49***
ACE10 – zaniedbanie fizyczne	0,12	0,71***
ACE11 – mobbing szkolny	0,28*	0,54***
ACE12 – przemoc w środowisku	-0,12	0,29*
ACE13 – przemoc zbiorowa	-0,09	0,22
ACE_Sum – suma traum	0,12	-

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Źródło: opracowanie własne.

Analiza korelacji przeprowadzona w grupie osób z historią prób samobójczych ujawniła, że związek między tendencjami samobójczymi (SBQ)

a negatywnymi doświadczeniami z dzieciństwa (ACE) ma charakter selektywny i ograniczony. Spośród trzynastu kategorii ACE jedynie mobbing szkolny (ACE₁₁) wykazał istotny statystycznie związek z nasileniem tendencji samobójczych ($r = 0,28, p < 0,05$). Wynik ten wskazuje, że osoby, które w dzieciństwie doświadczały częstych i nasilonych form przemocy rówieśniczej, przejawiają wyższy poziom myśli i zachowań samobójczych w życiu dorosłym. W przypadku pozostałych kategorii korelacje były słabe i nieosiągające istotności, co oznacza, że pojedyncze formy przemocy czy zaniedbania nie różnicują poziomu SBQ w tej grupie.

Należy podkreślić, że większość kategorii ACE była silnie skorelowana z łącznym wskaźnikiem ACE_Sum ($0,45 \leq r \leq 0,74$), co potwierdza obraz tej grupy jako silnie, wielokierunkowo i kumulatywnie dotkniętej traumą. Najwyższe korelacje z ACE_Sum odnotowano dla przemocy emocjonalnej (ACE₂), przemocy fizycznej (ACE₁) i zaniedbania fizycznego (ACE₁₀). Wskazuje to, że osoby po próbach samobójczych zazwyczaj nie doświadczają jednego rodzaju trudności, lecz całego ich zespołu – obejmującego jednocześnie przemoc, zaniedbanie i dysfunkcje rodzinne.

Brak istotnych korelacji SBQ z większością kategorii ACE w tej grupie nie oznacza braku związku między traumą a ryzykiem samobójczym, a raczej odzwierciedla wysoką jednorodność traumatycznych doświadczeń w tej populacji. Poziom ACE jest tu z reguły równomiernie wysoki, co prowadzi do niskiej zmienności i utrudnia wykrywanie liniowych zależności statystycznych. Innymi słowy, w tej grupie niemal wszyscy mają wysokie ACE, więc ACE nie różnicuje już poziomu SBQ. Jedynie mobbing szkolny wyróżnia się jako doświadczenie, którego intensywność pozostaje wystarczająco zróżnicowana, by wiązać się z poziomem tendencji samobójczych również w tak obciążonej klinicznie populacji.

Korelacje w grupie kontrolnej ($N \approx 500$)

W grupie kontrolnej zaobserwowano wyraźny i konsekwentny związek pomiędzy negatywnymi doświadczeniami z dzieciństwa a nasileniem tendencji samobójczych, mierzony za pomocą SBQ. W przeciwieństwie do grupy osób po próbie samobójczej, w populacji ogólnej większość kategorii ACE korelowała istotnie z SBQ, co wskazuje, że traumy dziecięce pełnią tu ważną rolę różnicującą poziom ryzyka suicydalnego (tabela 3).

Spośród wszystkich analizowanych kategorii ACE najsilniejszą korelację z SBQ odnotowano dla ACE11 – mobbingu szkolnego ($r = 0,348$, $p < 0,001$). Wynik ten podkreśla szczególne znaczenie przemocy rówieśniczej jako czynnika, który w populacji ogólnej najtrafniej prognozuje tendencje samobójcze.

Tabela 3. Korelacje między negatywnymi doświadczeniami z dzieciństwa (ACE) a SBQ i ACE_Sum w grupie kontrolnej ($N \approx 500$)

Zmienna	SBQ	ACE_Sum
ACE1 – przemoc fizyczna	0,164**	0,48***
ACE2 – przemoc emocjonalna	0,241***	0,60***
ACE3 – nadużycie seksualne	0,221***	0,38***
ACE4 – uzależnienie domownika	0,152**	0,44***
ACE5 – inkarceracja	0,124*	0,29***
ACE6 – choroba psychiczna/samobójstwo	0,146**	0,39***
ACE7 – przemoc domowa	0,207***	0,56***
ACE8 – separacja/śmierć	0,073	0,34***
ACE9 – zaniedbanie emocjonalne	0,006	0,19***
ACE10 – zaniedbanie fizyczne	0,218***	0,49***
ACE11 – mobbing szkolny	0,348***	0,46***
ACE12 – przemoc w środowisku	0,106*	0,31***
ACE13 – przemoc zbiorowa	-0,088	0,14**
ACE_Sum – suma traum	0,350***	-

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Źródło: opracowanie własne.

Istotne korelacje stwierdzono również dla wielu innych kategorii ACE, m.in.: ACE2 – przemocy emocjonalnej ($r = 0,241$, $p < 0,01$), ACE3 – nadużycia seksualnego ($r = 0,221$, $p < 0,01$), ACE4 – nadużywania substancji przez domownika ($r = 0,152$, $p < 0,01$), ACE7 – przemocy domowej ($r = 0,207$, $p < 0,01$), ACE10 – zaniedbania fizycznego ($r = 0,218$, $p < 0,01$), ACE12 – przemocy w środowisku ($r = 0,106$, $p < 0,05$).

Powyższe wartości w tej grupie wskazują, że tendencje samobójcze nie wynikają z jednego izolowanego doświadczenia, lecz

powiązane są z szerokim zakresem negatywnych doświadczeń rodzinnych i pozarodzinnych.

Istotny okazał się również wskaźnik sumaryczny ACE_Sum wskazujący na łączny poziom traumatyzacji ($r = 0,350, p < 0,001$). Korelacja ta była jedną z najsilniejszych w całej macierzy. Wynik ten oznacza, że im więcej różnych form negatywnych doświadczeń jednostka zebrała w dzieciństwie, tym wyższe wykazuje aktualne tendencje samobójcze. Oznacza to, że to nie tylko pojedyncza trauma, lecz kumulacja obciążeń zwiększa ryzyko.

Część kategorii ACE nie wykazała istotnych związków z SBQ (np. ACE8 – separacja/śmierć rodzica; ACE9 – zaniedbanie emocjonalne; ACE13 – przemoc zbiorowa). Brak istotnych zależności w tych przypadkach może wynikać z niższego rozpowszechnienia lub mniejszej zmienności tych doświadczeń w grupie kontrolnej, co ogranicza możliwość wykrycia korelacji.

Porównanie korelacji w obu grupach

W obu grupach SBQ najsilniej koreluje z ACE11 (mobbing szkolny). W grupie kontrolnej korelacje SBQ–ACE są liczniejsze i silniejsze. W grupie osób po próbach samobójczych głównym problemem jest wysoka współwystępowalność ACE, co osłabia zróżnicowanie SBQ. ACE_Sum silnie koreluje ze wszystkimi kategoriami ACE w obu grupach.

Analiza korelacji między negatywnymi doświadczeniami z dzieciństwa a tendencjami samobójczymi ujawniła wyraźnie odmienne wzorce zależności w dwóch porównywanych grupach. W grupie kontrolnej ($N \approx 500$) stwierdzono liczne i istotne statystycznie związki pomiędzy poszczególnymi kategoriami ACE a nasileniem tendencji samobójczych, przy czym korelacje te były w większości słabe lub umiarkowane, ale konsekwentne i jednoznacznie dodatnie. Najsilniejszą zależność odnotowano w grupie kontrolnej dla mobbingu szkolnego (ACE11), który wiązał się z wyższym poziomem SBQ ($r = 0,348, p < 0,001$). Ponadto istotne korelacje pojawiły się między SBQ a przemocą emocjonalną (ACE2), nadużyciem seksualnym (ACE3), przemocą domową (ACE7), zaniedbaniem fizycznym (ACE10), przemocą środowiskową (ACE12) oraz sumarycznym wskaźnikiem traum (ACE_Sum). Wzorzec zależności w tej grupie wskazuje, że w populacji ogólnej negatywne doświadczenia z dzieciństwa mają wyraźny wpływ na aktualne nasilenie myśli i tendencji samobójczych.

W grupie osób z historią prób samobójczych ($N = 71$) liczba istotnych zależności była znacząco mniejsza. Spośród wszystkich kategorii ACE jedynie mobbing szkolny (ACE_{11}) wykazał umiarkowaną i istotną statystycznie korelację z tendencjami samobójczymi ($r = 0,28, p < 0,05$). Pozostałe korelacje były słabe i nieosiągające poziomu istotności, mimo że kierunek zależności pozostawał w wielu przypadkach dodatni. Zauważalne jest przy tym, że u osób po próbie samobójczej poszczególne ACE są bardzo silnie skorelowane między sobą oraz z łącznym wskaźnikiem ACE_Sum , co odzwierciedla wysoce skumulowaną ekspozycję na traumatyczne doświadczenia.

Różnica w liczbie i sile zależności pomiędzy grupami tłumaczy się głównie odmienną strukturą rozkładu ACE. W grupie samobójców poziom traumatyzacji jest wysoki, wyrównany i obejmuje wiele kategorii jednocześnie, co prowadzi do znacznego ograniczenia zmienności. Ten tzw. efekt sufitu sprawia, że trudno uchwycić prosty liniowy związek między pojedynczymi traumami a nasileniem tendencji samobójczych – SBQ przestaje różnicować osoby w tak samo precyzyjny sposób jak w populacji ogólnej. Natomiast w grupie kontrolnej ACE charakteryzują się większym zróżnicowaniem, co pozwala na wyraźniejsze ujawnienie zależności między natężeniem doświadczeń traumatycznych a tendencjami samobójczymi.

Wyniki wskazują, że w grupie kontrolnej pojedyncze formy negatywnych doświadczeń z dzieciństwa są związane z tendencjami samobójczymi w sposób czytelny i statystycznie istotny. Natomiast w grupie osób po próbie samobójczej związek ten jest wyraźnie słabszy i ograniczony do pojedynczych kategorii, co najprawdopodobniej wynika z wielokrotnego, nakładającego się charakteru traum oraz złożonego profilu czynników ryzyka w tej grupie klinicznej. Szczególną rolę w obu grupach odgrywa przemoc rówieśnicza, co podkreśla znaczenie środowiska szkolnego jako obszaru generowania długoterminowego ryzyka samobójczego.

Dyskusja i wnioski

Celem badania było porównanie, w jakim stopniu negatywne doświadczenia dzieciństwa (ACE) wiążą się z tendencjami samobójczymi w dwóch odmiennych populacjach: w grupie osób z historią prób samobójczych oraz w grupie kontrolnej z populacji ogólnej. Uzyskane wyniki

ujawniły wyraźnie różne wzorce zależności, które rzucają światło na mechanizmy ryzyka suicydalnego w obu grupach.

W grupie kontrolnej stwierdzono liczne i istotne statystycznie korelacje między ACE a tendencjami samobójczymi, co jest w pełni zgodne z dotychczasowymi badaniami populacyjnymi. Już klasyczne badania Felitti, Andy i współpracowników (1998) wykazały, że ACE mają charakter kumulacyjny i im więcej kategorii traum jednostka doświadcza, tym wyższe ryzyko zachowań samobójczych (Felitti i in., 1998; Dube i in., 2001). Wynik sumaryczny ACE_Sum ($r = 0,350$) w grupie kontrolnej potwierdza tę zależność. Kategorie takie jak przemoc emocjonalna (ACE2; $r = 0,241$), nadużycie seksualne (ACE3; $r = 0,221$), przemoc domowa (ACE7; $r = 0,207$) czy zaniedbanie fizyczne (ACE10; $r = 0,218$) wykazały istotną statystycznie dodatnią korelację z SBQ, co znajduje liczne potwierdzenie w metaanalizach pokazujących, że doświadczenia interpersonalne (szczególnie te dotyczące przemocy emocjonalnej lub relacyjnej) stanowią najważniejsze predyktory przyszłych prób samobójczych (Zatti i in., 2017).

Najsilniejszym predyktorem SBQ w populacji ogólnej okazał się mobbing szkolny (ACE11; $r = 0,348$). Wynik ten jest spójny z literaturą, co podkreśla centralną rolę przemocy rówieśniczej jako predyktora myśli i zachowań samobójczych u osób z populacji ogólnej. Metaanalizy pokazują, że ofiary bullingu wykazują dwa, trzy razy wyższe ryzyko ideacji i prób samobójczych (Holt i in., 2015). Badania Yang i współpracowników (2021) również wskazują, że wiktyimizacja rówieśnicza u młodych dorosłych jest silnie związana z myślami samobójczymi. Podobne wnioski płyną z badań Barzilay i in. (2017) pokazujących, że przemoc relacyjna w grupie rówieśniczej może wyzwalać ideację samobójczą silniej niż przemoc ze strony dorosłych.

W populacji ogólnej ACE okazują się więc zjawiskiem różnicującym – im więcej negatywnych doświadczeń, tym wyższy poziom ryzyka, co potwierdza model „kumulacji stresu” (Felitti, 2002; Petruccelli i in., 2019).

Odmienny profil zależności ujawnił się u osób z przebytą próbą samobójczą. W tej grupie tylko jedna kategoria ACE wykazała istotny związek z SBQ – **mobbing szkolny** (ACE11; $r = 0,28$). Żadna inna forma traumy, w tym przemoc fizyczna (ACE1; $r = 0,12$), przemoc emocjonalna (ACE2; $r = -0,05$), nadużycie seksualne (ACE3; $r = 0,20$) czy zaniedbanie (ACE9; $r = 0,19$; ACE10; $r = 0,12$), nie była istotnie związana z poziomem tendencji samobójczych. Wzorec ten sugeruje, że w grupie

klinicznej pojedyncze doświadczenia z dzieciństwa nie różnicują już poziomu ryzyka suicydalnego, tak jak ma to miejsce w populacji ogólnej zaniedbania (Ihme i in., 2022; Pompili i in., 2022).

Wyjaśnieniem tego zjawiska jest prawdopodobnie **wysoka, skumulowana ekspozycja na traumę** w grupie osób z historią samobójczą. W tej grupie wszystkie ACE osiągały silne korelacje z sumarycznym wskaźnikiem ACE_Sum: przemoc emocjonalna (ACE2; $r = 0,74$), przemoc fizyczna (ACE1; $r = 0,71$) czy zaniedbanie fizyczne (ACE10; $r = 0,71$). Oznacza to, że osoby po próbach samobójczych charakteryzuje przewlekłe, wielokrotnie nakładające się obciążenie traumą. Taki profil doświadczeń prowadzi do **zbyt małego zróżnicowania ACE w obrębie grupy**, co statystycznie ogranicza możliwość wykrycia zależności z SBQ – niemal wszyscy mają wysoki wynik ACE, więc pojedyncze ACE przestają odróżniać osoby o wyższych lub niższych tendencjach samobójczych.

Warto zauważyć, że zarówno w grupie kontrolnej, jak i w grupie po próbach samobójczych najsilniejszym pojedynczym predyktorem tendencji samobójczych okazał się **mobbing szkolny (grupa kontrolna: $r = 0,348$; grupa osób po próbach samobójczych: $r = 0,28$)**. Jest to niezwykle spójny i ważny wynik, sugerujący, że przemoc rówieśnicza może mieć wyjątkowo trwały wpływ na rozwój ryzyka suicydalnego (Barzilay i in., 2017) – niezależnie od tego, czy osoba znajduje się jeszcze w populacji ogólnej, czy już w grupie klinicznej. Mobbing szkolny często wiąże się ze społecznym wykluczeniem, poczuciem bezradności, utratą bezpieczeństwa i chronicznym stresem, co może stanowić trwały element podatności suicydalnej, a nawet działać jako doświadczenie wyzwalające pierwsze zachowania autodestrukcyjne (Yang i in., 2021).

Zakończenie

Przeprowadzone badania wykazały mocny i złożony związek między traumatycznymi przeżyciami z okresu dzieciństwa (ACE) a prawdopodobieństwem podejmowania prób samobójczych w dorosłym życiu. Osoby z doświadczeniem zachowań suicydalnych miały znacząco wyższe wyniki w prawie wszystkich kategoriach ACE. Zgadza się to z wcześniejszymi badaniami Felittiego i jego zespołu, które sugerują, że na zdrowie psychiczne i ryzyko samobójstwa wpływa kumulacja traumatycznych doświadczeń z dzieciństwa (Felitti i in., 1998; Dube i in., 2001).

Warto również podkreślić, że jednym z najmocniejszych wskaźników tendencji samobójczych w obu analizowanych grupach okazał się mobbing szkolny. Jego znaczenie potwierdzają także badania międzynarodowe. Prace Barzilay i współpracowników (2017) wskazały, że przemoc ze strony rówieśników ma silny związek z myślami samobójczymi wśród młodzieży w 10 europejskich krajach. Z kolei metaanaliza Holt i in. (2015) pokazuje, że ofiary bullingingu są nawet dwa do trzech razy bardziej narażone na myśli i próby samobójcze.

Podsumowując – badanie ujawniło rozległe spektrum traum w grupie osób po próbach samobójczych oraz ich znaczący wpływ na późniejsze funkcjonowanie psychiczne. Wyniki badań podkreślają potrzebę wczesnego identyfikowania i interweniowania w przypadkach dzieci narażonych na przemoc, zaniedbanie oraz mobbing, a także wspierania odbudowy zasobów psychologicznych w dorosłości. Ujęcie historii ACE w procesie oceny klinicznej terapii może być znaczącym elementem skutecznego wsparcia osób zagrożonych próbami samobójczymi.

Bibliografia

- Bach, B., Lockwood, G., Young, J. E. (2018). A new look at the schema therapy model: Organization and role of early maladaptive schemas. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(4), 328–349. <https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1410566>
- Barzilay, S., Klomek, A. B., Apter, A., Carli, V., Wasserman, C., Hadlaczky, G., Hoven, Ch. W., Sarchiapone, M., Balazs, J., Kereszteny, A., Brunner, R., Kaess, M., Bobes, J., Saiz, P., Cosman, D., Haring, Ch., Banzer, R., Corcoran, P., Kahn, J. P., Postuvan, V., Podlogar, T., Sisask, M., Varnik, A., Wasserman, D. (2017). Bullying victimization and suicide ideation and behavior among adolescents in Europe: A 10-country study. *Journal of Adolescent Health*, 61(2), 179–186. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.02.002>
- Berardelli, I., Serafini, G., Cortese, N., Fiaschè, F., O'Connor, R. C., Pompili, M. (2020). The involvement of Hypothalamus-Pituitary-Adrenal (HPA) axis in suicide risk. *Brain Sciences*, 10(9), artykuł 653. <https://doi.org/10.3390/brainsci10090653>
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books.

- Briere, J., Elliott, D. M. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*, 27(10), 1205–1222. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.09.008>
- Chang, Y. W., Buerke, M., Galfalvy, H., Szanto, K. (2024). Childhood trauma is associated with early-onset but not late-onset suicidal behavior in late-life depression. *International Psychogeriatrics*, 36(5), 371–384. <https://doi.org/10.1017/s1041610223000662>
- Chu, J. A., Dill, D. L. (1990). Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *American Journal of Psychiatry*, 147(7), 887–892. <https://doi.org/10.1176/ajp.147.7.887>
- Cicchetti, D., Toth, S. L. (2016). Child maltreatment and developmental psychopathology: A multilevel perspective. W: D. Cicchetti (red.), *Developmental psychopathology: Maladaptation and psychopathology* (s. 457–512). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781119125556.devpsy311>
- Dąbkowska, M. (2006). Traumatyczne doświadczenia w dzieciństwie jako czynniki ryzyka zaburzeń psychicznych. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 6(4), 203–210.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D. P., Williamson, D. F., Giles, W. H. (2001). Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: Findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA*, 286(24), 3089–3096. <https://doi.org/10.1001/jama.286.24.3089>
- Felitti, V. J. (2002). The relation between adverse childhood experiences and adult health: Turning gold into lead. *The Permanente Journal*, 6(1), 44–47. <https://doi.org/10.7812/tpp/02.994>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)
- Gąsior, K., Chodkiewicz, J. (2020). Adverse childhood experiences in women with externalisation and internalisation disorders. *Current Issues in Personality Psychology*, 8(2), 119–130. <https://doi.org/10.5114/cipp.2020.96087>
- Hobfoll, S. E. (2006). *Stress, culture, and community: The psychology of resource loss*. Springer.

- Holt, M. K., Vivolo-Kantor, A. M., Polanin, J. R., Holland, K. M., DeGue, S., Matjasko, J. L., Wolfe, M., Reid, G. (2015). Bullying and suicidal ideation and behaviors: A meta-analysis. *Pediatrics*, 135(2), e496–e509. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1864>
- Ihme, H., Olié, E., Courtet, P., El-Hage, W., Zendjidjian, X., Mazzola-Pomietto, P., Consoloni, J. L., Deruelle, C., Belzeaux, R. (2022). Childhood trauma increases vulnerability to suicide attempts through avoidant attachment. *Comprehensive Psychiatry*, 117, artykuł 152331. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2022.152333>
- Liotti, G. (1999). Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology. W: J. Solomon, C. George (red.), *Attachment disorganization* (s. 291–317). The Guilford Press.
- Lyons-Ruth, K., Jacobvitz, D. (2016). Attachment disorganization: Genetic factors, parenting contexts, and developmental transformation. W: J. Cassidy, P. R. Shaver (red.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (s. 667–695). The Guilford Press.
- Petrucelli, K., Davis, J., Berman, T. (2019). Negatywne doświadczenia w dzieciństwie i związane z nimi skutki zdrowotne – przegląd systematyczny i meta-analiza. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 18(4), 175–206.
- Pietkiewicz, I., Tomalski, R. (2018). Zaburzenia związane z traumą – perspektywa teoretyczna. *Czasopismo Psychologiczne*, 24(2), 261–268.
- Pompili, M., Erbuto, D., Innamorati, M., Luciano, M., Sampogna, G., Abbate-Daga, G., Barlati, S., Carmassi, C., Castellini, G., De Fazio, P., Di Lorenzo, G., Di Nicola, M., Ferrari, S., Gramaglia, C., Nanni, M. G., Pasquini, M., Pinna, F., Poloni, N., Serafini, [...] U., Fiorillo, A. (2022). The relationship between mental pain, suicide risk, and childhood traumatic experiences: Results from a multicenter study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 83(4), artykuł 21m14176. <https://doi.org/10.4088/jcp.21m14176>
- Popiel, A., Pragłowska, E. (2009). Psychopatologia reakcji na traumatyczne wydarzenia. W: Strelau J., Zawadzki B., Kaczmarek M. (red.). *Konsekwencje psychiczne traumy: uwarunkowania i terapia* (s. 31–36). Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Sanders, B., Giolas, M. H. (1991). Dissociation and childhood trauma in psychologically disturbed adolescents. *The American Journal of Psychiatry*, 148(1), 50–54. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.1.50>
- Teicher, M. H., Samson, J. A. (2016). Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(3), 241–266. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12507>

- van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Viking.
- Young, J., Klosko, J. S., Weishaar M. E. (2014). *Terapia schematów. Przewodnik praktyka*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Zatti, C., Rosa, V., Barros, A., Valdivia, L., Calegario, V. C., Freitas, L. H., Ceresér, K. M.M., da Rocha, N. S., Bastos, A. G., Schuch, F. B. (2017). Childhood trauma and suicide attempt: A meta-analysis of longitudinal studies from the last decade. *Psychiatry Research*, 256, 353–358. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.082>
- Zdankiewicz-Ścigała, E. (2017). *Aleksytymia i dysocjacja jako podstawowe czynniki zjawisk potraumatycznych*. Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Funkcjonowanie psychospołeczne młodych dorosłych w kontekście ich negatywnych doświadczeń dzieciństwa

Wprowadzenie

Negatywne doświadczenia dzieciństwa określane w literaturze przedmiotu mianem *adverse childhood experiences* (ACE) obejmują szerokie spektrum niekorzystnych zdarzeń i warunków środowiskowych, które mogą istotnie zakłócać prawidłowy rozwój jednostki (Felitti i in., 1998). Badania jednoznacznie wskazują, że ACE stanowią ważny czynnik ryzyka rozwoju zaburzeń nie tylko zdrowia psychicznego, ale i somatycznego, zarówno w dzieciństwie, jak i w dorosłości (Hughes i in., 2017; McLoughlin i in., 2019). Wraz ze wzrostem świadomości powagi tego zjawiska w literaturze przedmiotu refleksje prowadzą się do konkluzji, że skrzywdzenie dziecka – w różnych postaciach – stanowi nadal nieujawniony społecznie problem o dalekosiężnych konsekwencjach (Dragan, 2018; Reuben i in., 2016).

Naukowe, systematyczne zainteresowanie długofalowymi konsekwencjami traumy dziecięcej rozpoczęło się stosunkowo późno, bo dopiero w XX w. Przełomowym momentem było opublikowanie wyników badania *Adverse Childhood Experiences Study*, w którym Felitti i współpracownicy (1998) wykazali w badaniach epidemiologicznych istnienie silnego związku między negatywnymi doświadczeniami z dzieciństwa a ryzykiem pojawienia się problemów ze zdrowiem w dorosłości. Zwróćmy uwagę na to, że we wczesnym okresie badań nad ACE interesowano się szeroko postrzegany okres dorosłości, który ujmowano jako

relatywnie jednorodny okres życia bez rozróżniania w nim określonych faz. Podejście to zmieniło się jednak pod wpływem badań longitudinalnych i kohortowych, z których wynikało, że skutki traumy z dzieciństwa mogą manifestować się odmiennie w zależności od fazy rozwoju, co szczególnie zauważono w okresie przejścia z adolescencji do dorosłości (Schilling i in., 2007).

Istotnym teoretycznym impulsem dla rozwoju badań nad ACE w początkowym okresie dorosłości było wprowadzenie przez Arnetta (2000) konceptu pojęciowego określanego jako *emerging adulthood* (wylaniającej się dorosłości). Koncept ten jest definiowany jako specyficzny, odrębny etap rozwojowy przypadający na wiek od 18. do 25. roku życia, charakteryzujący się niestabilnością ról społecznych, intensywną eksploracją tożsamości oraz zwiększoną ekspozycją na stres. Pojęcie to jest tożsamy ze zwrotem używanym w literaturze przedmiotu jako *wczesna dorosłość*. Implikacja tej perspektywy umożliwiła w badaniach bardziej precyzyjne analizy mechanizmów ACE i funkcjonowania jednostki w okresie wchodzenia w dorosłość.

W jednym z takich badań Stangeland i współpracownicy (2023) skupili się nad problemowym używaniem alkoholu (ang. *problematic alcohol use*, PAU) przez młodych dorosłych. Respondenci z historią potencjalnie traumatycznych zdarzeń zostali zbadani po raz pierwszy w wieku 12–20 lat, a następnie po 10 latach, w wieku 22–32 lat. W badaniu wykazano zwiększone ryzyko PAU, szczególnie w przypadku takich kategorii potencjalnie traumatycznych zdarzeń jak: bezpośrednia przemoc fizyczna (największy iloraz szans $OR = 2,38$), bycie świadkiem przemocy ($OR = 1,55$) oraz doświadczenie wypadku, katastrofy lub innego traumatycznego wydarzenia (dla każdego $OR = 1,60$). Podobne badanie, przeprowadzone wśród uczniów ostatnich klas szkół średnich, w kilku punktach ich wieku na przestrzeni od 16. do ponad 20. roku życia zrealizowała Schilling wraz ze współpracownikami (2007). W badaniu tym zaobserwowano, że dla zmiennych takich jak: objawy depresji, nadużywanie narkotyków i zachowania antyspołeczne, ocenionych po dwóch latach, wskaźniki ich pomiaru były istotnie dodatnio skorelowane ze skumulowanym czy też partykularnym wskaźnikiem ACE.

Pod wpływem rozwijających się badań zaczęto formułować tezę o nielinowym charakterze trajektorii rozwojowych po traumie w okresie wczesnej dorosłości. I tak Shin i współpracownicy (2018) wykazali, że istnieją odrębne grupy ACE, które wiążą się z różnym ryzykiem używania

substancji psychoaktywnych i występowaniem różnych zaburzeń zdrowia psychicznego. Badanie to ujawniło, że u wielu młodych dorosłych ACE nie występowały pojedynczo, lecz tworzyły profile (klasy) doświadczeń ACE. Badani, których zidentyfikowano jako reprezentujących klasę wysokiego wskaźnika doświadczeń ACE, mieli więcej negatywnych konsekwencji związanych z używaniem alkoholu, większe prawdopodobieństwo kontynuowania palenia tytoniu oraz doświadczali więcej symptomów pogorszenia zdrowia psychicznego w porównaniu z osobami z niskimi wskaźnikami ACE. Podobnie, Lee i współpracownicy (2020) analizując klasy utajone w ACE, wskazali na ich różny wpływ na ryzyko wystąpienia depresji, lęku czy też PTSD w okresie wczesnej dorosłości. Inne badanie, przeprowadzone przez Davisa i współpracowników (2021), ukazało różne trajektorie używania substancji psychoaktywnych w okresie wczesnej dorosłości. W badaniu wykazano, że osoby z historią ACE rzadziej przechodziły z umiarkowanego do niższego ryzyka używania substancji psychoaktywnych albo częściej utrzymywały się na tym samym poziomie lub przechodziły do bardziej intensywnych wzorców ryzykownego używania tych substancji.

Inaczej przedstawia się sytuacja w grupie osób bez doświadczeń ACE, w której bardziej typowe było pozostawanie na tym samym poziomie lub przechodzenie do mniej ryzykownych wzorców używania substancji psychoaktywnych. Ciekawy projekt badawczy zrealizowała Landi i współpracownicy (2025). Dotyczył on oceny wpływu ACE u osób pełniących – w przeszłości lub nadal – funkcję opiekuna w najbliższej rodzinie lub będących członkami rodzin, w których są osoby potrzebujące pomocy, najczęściej ze względów zdrowotnych. Wykazano, że młodzi dorośli pełniący funkcje opiekuna lub mający chorego członka rodziny różnili się od swoich rówieśników niebędących w takiej sytuacji w wymiarach ACE takich jak: przemoc emocjonalna, zaniedbanie emocjonalne oraz dysfunkcja środowiska rodzinnego.

W ostatnich latach w badaniach nad ACE zaczęto uwzględniać konteksty kulturowe i populacyjne. I tak, na gruncie polskim badania reprezentatywne przeprowadzone w ramach projektu World Health Organization (2018b) potwierdziły wysoką częstość występowania ACE wśród studentów. W badaniu analizowano m.in. związek ACE z używaniem substancji psychoaktywnych czy zachowaniami autodestrukcyjnymi i wykazano, że zależności obserwowane w polskiej populacji znajdują potwierdzenie w innych krajach Europy Środkowej. Inne badanie dotyczące ACE oraz

diagnozy PTSD i CPTSD realizowane na rodzimym gruncie, obejmujące osoby w przedziale wiekowym od 18. do 99. roku życia. ($M = 46,90$) dostarcza również interesujących informacji. Wynika z niego, że wskaźnik rozpowszechnienia CPTSD w badanej grupie Polaków wynosił 11%. Natomiast, w zawężonej grupie wiekowej od 18. do 24. roku życia był on najwyższy. Sięgał od 16% do 28% w porównaniu z pozostałymi grupami wiekowymi. I tak dla porównania, u osób w wieku 70+ był on oszacowany od 0% do 10% (Rzesutek i in., 2024). Widzimy zatem, że rozwój badań nad ACE przechodził drogę od ogólnych analiz w dorosłości ku coraz bardziej precyzyjnemu, rozwojowemu ujęciu obejmującemu różne etapy życia. Ujęcie to wykazało specyfikę wpływu ACE na sensytywny wiek rozwojowy, jakim jest wczesna dorosłość. W niniejszym rozdziale podejmiemy próbę ukazania związków ACE z wybranymi zmiennymi określającymi funkcjonowanie psychospołeczne w populacji młodych dorosłych Polaków.

Badana grupa

W badaniu uczestniczyło 245 młodych dorosłych Polaków w wieku od 18. do 25. roku życia. ($M = 22,7$; $SD = 1,6$). Kobiety stanowiły 60,8% próby badawczej ($N = 149$). Najliczniej reprezentowane były osoby w wieku 21 lat ($N = 50$; 20,2%) oraz 23 lat ($N = 50$; 20,2%). Najmniejszą grupę stanowili 18-latkowie ($N = 1$; 0,4%). Pod względem poziomu wykształcenia większość respondentów deklarowała wykształcenie średnie (74,7%), 14,5% – wykształcenie wyższe, 6,6% – podstawowe, natomiast 4,1% – zasadnicze zawodowe. W zakresie statusu cywilnego 60,7% badanych określiło się jako osoby pozostające w związku nieformalnym (konkubinacie), 35,5% jako osoby samotne, 2,9% jako pozostające w związku małżeńskim, a 0,8% badanych deklarowało wdowieństwo. W próbie badawczej odnotowano nadreprezentację studentów, którzy stanowili 57,3% uczestników badania. Ponadto, 18,7% respondentów wykonywało pracę fizyczną, 11,8% pracę biurową, natomiast 4,1% badanych deklarowało brak zatrudnienia. Pozostałe formy aktywności zawodowej, takie jak samozatrudnienie lub praca w gospodarstwie domowym, nie przekraczały 3% próby. Analiza struktury rodzeństwa wykazała, że 54,2% respondentów wychowywało się z jednym rodzeństwem, 25,7% z dwojgiem, natomiast 3,7% badanych było jedynakami. Pozostali uczestnicy badania dorastali

w rodzinach wielodzietnych, liczących od czworga (4,1%) do sześciorga dzieci (0,9%).

Narzędzia badawcze

W badaniu zastosowano zestaw standaryzowanych narzędzi psychometrycznych obejmujący: *Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ)* opracowany przez Światową Organizację Zdrowia, wykorzystany w polskiej wersji językowej w tłumaczeniu i adaptacji Gąsiora (2016); *General Health Questionnaire – 12 (GHQ-12)* autorstwa Davida Goldberga, w polskiej adaptacji Makowskiej i Merecz (2000); *Suicide Behaviors Questionnaire – Revised (SBQ-R)* w adaptacji Chodkiewiczza i Gruszczyńskiej (2020); oraz *Skalę samooceny (SES)* autorstwa M. Rosenberga w adaptacji Łaguny, Lachowicz-Tabaczek i Dzwonkowskiej (2007). Narzędzia psychologiczne opisane w artykule Gąsiora i Siudak w niniejszej monografii.

Analiza wyników

W celu zbadania związku między negatywnymi doświadczeniami dzieciństwa (ACE) z wybranymi domenami funkcjonowania młodych dorosłych oraz pomiędzy tymi domenami w badanej grupie przeprowadzono analizę korelacji *r*-Pearsona. Wyniki tej analizy przedstawiono w tabeli 1.

W analizie wyników ujęto sześć zasadniczych kategorii: negatywne doświadczenia dzieciństwa, zaburzenia stresowe, zdrowie psychiczne, samoocena, style przywiązania w dorosłości oraz tendencje samobójcze. Przy czym negatywne doświadczenia dzieciństwa zostały uszczegółowione do ogólnego wskaźnika tych doświadczeń (ACE-Sum) oraz grupy tych, które są związane z dysfunkcją rodziny (ACED). Natomiast, w kategorii zaburzeń stresowych zostały wyodrębnione wskaźniki: zespołu stresu pourazowego (PTSD), dysregulacji w sferze self (DSO) oraz złożonego zespołu stresu pourazowego (CPTSD). Styl przywiązania został dookreślony przez dwie kategorie pozabezpieczonego przywiązania, którymi są przywiązanie unikowe (AAS-Ava) oraz przywiązanie lękowe (AAS-Ax).

Tabela 1. Współczynniki korelacji *r*-Pearsona pomiędzy badanymi domenami w grupie młodych dorosłych

Zmienne	ACE-S	ACE-D	PTSD	DSO	CPTSD	GHQ	SES	AAS-Ava	AAS-Ax	SBQ
ACE-S	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ACE-D	0,96	1	-	-	-	-	-	-	-	-
PTSD	0,31*	0,32*	1*	-	-	-	-	-	-	-
DSO	0,37*	0,35*	0,51*	1	-	-	-	-	-	-
CPTSD	0,39*	0,38*	0,86*	0,88*	1	-	-	-	-	-
GHQ	0,33*	0,31*	0,49*	0,66*	0,67*	1	-	-	-	-
SES	-0,32*	-0,31*	-0,4*	-0,73*	-0,66*	-0,64*	1	-	-	-
AAS-Ava	0,11	0,11	0,24*	0,45*	0,4*	0,38*	-0,42*	1	-	-
AAS-Ax	0,38*	0,35*	0,39*	0,66*	0,61*	0,54*	-0,65*	0,46*	1	-
SBQ	0,45*	0,41*	0,44*	0,66*	0,64*	0,54*	-0,64*	0,35*	0,61*	1

* $p \leq 0,01$ (dwustronnie)

ACE-S (Adverse Childhood Experience – Sum) – suma negatywnych doświadczeń dzieciństwa, ACE-D (Adverse Childhood Experience – Dysfunction) – negatywne doświadczenia dzieciństwa związane z dysfunkcją w rodzinie, PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder) – zespół stresu pourazowego, DSO (Disturbance in Self-Organization) – dysregulacja self, CPTSD (Complex Post-Traumatic Stress Disorder) – złożony zespół stresu pourazowego, GHQ (General Health Questionnaire) – zdrowie psychiczne, SES (Self-Esteem Scale) – samoocena, AAS-Ava (Adult Attachment Scale – Avoidant Style) – pozabezpieczny styl przywiązania unikowego, AAS-Ax (Adult Attachment Scale – Anxious Style) – pozabezpieczny styl przywiązania lękowego, SBQ (Suicide Behaviors Questionnaire) – tendencje samobójcze.

Analiza danych wykazała, że jeśli istnieją związki między badanymi zmiennymi, to wówczas są to związki istotne statystycznie na poziomie $p \leq 0,01$. Jest to dość rygorystyczne kryterium. Wśród wszystkich badanych zmiennych nie wykazano statystycznie istotnego związku jedynie między unikowym stylem przywiązania (AAS-Ava) i ogólnym wskaźnikiem negatywnych doświadczeń dzieciństwa (ACE-S) oraz unikowym stylem przywiązania (AAS-Ava) i negatywnymi doświadczeniami

dzieciństwa związanymi z dysfunkcjonalnością rodziny (ACE-D). Kierunek siły zaistniałych efektów między zmiennymi jest zasadniczo dodatni. Jedynie w przypadku zmiennych, które korelują z samooceną, jest on ujemny. Przyjrzyjmy się zatem szczegółowo uzyskanym korelacjom.

Związki negatywnych doświadczeń dzieciństwa z badanymi domenami

Po pierwsze, zauważamy brak istotnego związku między negatywnymi doświadczeniami dzieciństwa (tak dla ACE, jak i dla ACE-D) i unikowym stylem przywiązania (AAS-Ava). Następnie, ujawnia się umiarkowany związek negatywnych doświadczeń dzieciństwa z tendencjami samobójczymi (SBQ), tak dla sumy tych doświadczeń (ACE), gdzie $r = 0,445$, oraz doświadczeń związanych tylko z dysfunkcją rodziny (ACE-D), gdzie $r = 0,411$. Pozostałe domeny wchodzą w korelacje o słabych związkach. I tak, dla zespołu stresu pourazowego (PTSD) i ACE przy $r = 0,306$, a dla ACE-D przy $r = 0,315$, dla dysregulacji self (DSO) i ACE przy $r = 0,365$, a dla ACE-D przy $r = 0,347$, dla złożonego stresu pourazowego (CPTSD) i ACE przy $r = 0,386$, a dla ACE-D przy $r = 0,380$, dla zdrowia psychicznego (GHQ) i ACE przy $r = 0,328$, a dla ACE-D przy $r = 0,311$, dla samooceny (SES) i ACE przy $r = -0,320$, a dla ACE-D przy $r = -0,311$, oraz dla lękowego stylu przywiązania (AAS-Ax) i ACE przy $r = 0,380$, a dla ACE-D przy $r = 0,411$.

Związki zaburzeń stresowych z badanymi domenami

Przyglądając się korelacjom zaburzeń stresowych z różnymi domenami, widzimy, że zakłócenia w organizacji self (DSO) silnie korelują z kilkoma z nich: z samooceną (SES), dla której siła efektu wynosi $r = -0,729$, ze zdrowiem psychicznym (GHQ), gdzie $r = 0,664$, ze stylem przywiązania lękowego (AAS-Ax), gdzie $r = 0,664$, oraz z tendencjami samobójczymi (SBQ), gdzie $r = 0,659$. Natomiast nieco słabsza, bo umiarkowana moc związku dotyczy unikowego stylu przywiązania (AAS-Ava), gdzie $r = 0,446$.

Analiza związków złożonego stresu pourazowego (CPTSD) z badanymi domenami wykazuje, że w większości przypadków jest on dość silny

i wynosi kolejno dla: zdrowia psychicznego (GHQ) $r = 0,665$, samooceny (SES) $r = -0,656$, tendencji samobójczych (SBQ) $r = 0,638$, oraz nieco słabszy, bo umiarkowany, dotyczy lękowego stylu przywiązania (ASS-Ax), gdzie $r = 0,401$.

Przyglądając się korelacji wskaźnika zespołu stresu pourazowego (PTSD) z badanymi domenami, widzimy, że są one nieco niższe w stosunku do złożonego zespołu stresu pourazowego (CPTSD). Otóż, w zakresie umiarkowanego mieszczą się jego związki ze zdrowiem psychicznym (GHQ) dla którego $r = 0,487$ oraz tendencji samobójczych (SBQ), gdzie $r = 0,444$. W kategorii słabej siły związku znajduje się jego korelacja z samooceną (SES), gdzie $r = -0,397$ oraz stylem przywiązania lękowego (ASS-Ax), gdzie $r = 0,389$. Słaby zaś związek ujawnił się ze stylem unikowego przywiązania (ASS-Ava), gdzie $r = 0,242$.

Związki zdrowia psychicznego z badanymi domenami

Analiza danych ujawnia słabą korelację między zdrowiem psychicznym (GHQ) i negatywnymi doświadczeniami dzieciństwa, tak w przypadku sumarycznego wskaźnika (ACE), gdzie $r = 0,328$, jak i doświadczeń związanych tylko z dysfunkcyjnością środowiska rodzinnego (ACE-D), gdzie $r = 0,311$. Podobnie słaba moc związku dotyczy stylu przywiązania unikowego (AAS-Ava), gdzie $r = 0,378$. Z kolei umiarkowane związki ujawniono w przypadku sumarycznego wskaźnika negatywnych doświadczeń (ACE), gdzie $r = 0,487$, tendencji suicydalnych (SBQ), gdzie $r = 0,535$, oraz lękowego stylu przywiązania (AAS-Ax), gdzie $r = 0,538$. Natomiast silna korelacja istnieje w przypadku złożonego stresu pourazowego (CPTSD), gdzie $r = 0,665$, zakłócenia organizacji self (DSO), gdzie $r = 0,664$, oraz samooceny (SES), gdzie $r = -0,637$.

Związki samooceny z badanymi domenami

W przypadku zmiennej samooceny widzimy, że jej silny związek ujawnia się w przypadku kilku domen: zakłócenia organizacji w sferze self (DSO), gdzie $r = -0,729$, złożonego zespołu stresu pourazowego (CPTSD), gdzie $r = -0,656$, tendencji samobójczych (SBQ), gdzie $r = -0,639$, oraz lękowego stylu przywiązania (AAS-Ax), gdzie $r = -0,646$. Natomiast, dla

unikowego stylu przywiązania (AAS-Ava) związek ten jest umiarkowany, gdzie $r = -0,423$. Na poziomie słabego związku zidentyfikowano: zespół stresu pourazowego (PTSD), gdzie $r = -0,397$, oraz dwie kategorie negatywnych doświadczeń dzieciństwa – sumaryczne ACE, gdzie $r = -0,320$, oraz to, które jest związane głównie z dysfunkcją rodziny (ACE-D), gdzie $r = -0,311$.

Związki pozabezpiecznych stylów przywiązania z badanymi domenami

Wyniki badań wskazują, że unikowy styl przywiązania (AAS-Ava) nie koreluje istotnie z negatywnymi doświadczeniami dzieciństwa (ACE oraz ACE-D). Natomiast wchodzi on w słabą korelację z zespołem stresu pourazowego (PTSD), gdzie $r = 0,242$, zdrowiem psychicznym (GHQ), gdzie $r = 0,378$ oraz tendencjami samobójczymi (SBQ), gdzie $r = 0,353$. Umiarkowane związki zaś zaobserwowano z lękowym stylem przywiązania (AAS-Ax), gdzie $r = 0,457$, dysregulacją w sferze self (DSO), gdzie $r = 0,446$, złożonym zespołem stresu pourazowego (CPTSD), gdzie $r = 0,401$, oraz samooceną (SES), gdzie $r = -0,423$.

W przypadku przywiązania o stylu lękowym (AAS-Ax) w słaby związek weszły negatywne doświadczenia dzieciństwa jako sumy tych doświadczeń (ACE), gdzie $r = 0,380$, oraz doświadczenia związane z dysfunkcją rodziny (ACE-D), gdzie $r = 0,346$. Podobnie jest w przypadku zespołu stresu pourazowego (PTSD), gdzie $r = 0,389$. W umiarkowanym związku pozostało zdrowie psychiczne (GHQ), gdzie $r = 0,538$. Silne związki dotyczą zaś dysregulacji w sferze self (DSO), gdzie $r = 0,664$, samooceny (SES), gdzie $r = -0,646$, oraz tendencji samobójczych (SBQ), gdzie $r = 0,611$.

Związki tendencji samobójczych z badanymi domenami

Dane zawarte w tabeli 1 pozwalają stwierdzić, że spośród wszystkich domen tendencje samobójcze (SBQ) najbardziej wiążą się z zakłóceniami w organizacji self (DSO), gdzie $r = 0,659$, następnie z samooceną (SES), gdzie $r = -0,639$, złożonym zespołem stresu pourazowego (CPTSD), gdzie $r = 0,638$, oraz lękowym stylem przywiązania (AAS-Ax), gdzie $r = 0,611$. Są to silne związki. Umiarkowana siła efektu korelacji dotyczy zaś zdrowia

psychicznego (GHQ), gdzie $r = 0,535$, zespołu stresu pourazowego (PTSD), gdzie $r = 0,444$, sumowanych negatywnych doświadczeń dzieciństwa (ACE-S), gdzie $r = 0,445$, oraz negatywnych doświadczeń dzieciństwa związanych z dysfunkcją rodziny (ACE-D), gdzie $r = 0,411$. Natomiast słabą siłą związku zaobserwowano z unikowym stylem przywiązania (ASS-Ava), gdzie $r = 0,353$.

Dyskusja

Badanie ujawniło słabe, bezpośrednie korelacje między ACE a tradycyjnie ujętymi zaburzeniami stresu pourazowego (PTSD), zaburzeniami w funkcjonowaniu sfery self (DSO), objawami złożonego zespołu stresu pourazowego (CPTSD), poziomem ogólnego zdrowia psychicznego (GHQ), samooceną (SES), pozabezpiecznym lękowym stylem przywiązania (AAS-Ax) oraz nieistotny związek w przypadku pozabezpiecznego przywiązania stylu unikowego (AAS-Ava). Wyjątkiem jest umiarkowany związek między ACE a zachowaniami samobójczymi (SBQ), co może wskazywać na większą wrażliwość zachowań autodestrukcyjnych na umiarkowaną kumulację traumatycznych wydarzeń w dzieciństwie. Po drugie, zaobserwowano, że zmienne psychologiczne i społeczne ujęte w niniejszym badaniu wykazywały silne wzajemne powiązania, co sugeruje złożone mechanizmy współwystępowania problemów psychospołecznych w tej grupie. Natomiast bardzo silne związki istnieją między wewnątrzstrukturalnymi miarami ACE i PTSD. Przypatrzmy się kolejno poszczególnym rodzajom związków, poświęcając im – zależnie od konieczności i możliwości ich wyjaśnienia – mniej lub więcej uwagi.

Związki PTSD i DSO

Umiarkowana korelacja między objawami PTSD a zakłóceniami w organizacji self (DSO, $r = 0,513$) wskazuje na istotne współwystępowanie obu zespołów objawów przy jednoczesnym zachowaniu ich odrębności konstrukcyjnej. Wynik ten jest zgodny z koncepcją złożonego stresu pourazowego (CPTSD) zaproponowaną w klasyfikacji ICD-11, która rozróżnia objawy specyficzne dla PTSD, głównie reakcje lękowe związane z poczuciem aktualnego zagrożenia (ponowne przeżywanie, unikanie,

nadmierne pobudzenie), od bardziej trwałych zaburzeń regulacji emocji, negatywnego obrazu siebie oraz funkcjonowania interpersonalnego, składających się na DSO (WHO, 2018a). Badania empiryczne wskazują bowiem, że choć PTSD i DSO mają wspólną etiologię traumy, ich struktura czynnikowa oraz mechanizmy psychologiczne są częściowo niezależne (Brewin i in., 2017; Cloitre i in., 2013). To wskazywałoby na to, że oba wymiary współwystępują ze sobą, jednak nie stanowią jednego konstruktu i mogą rozwijać się niezależnie, w zależności od rodzaju, czasu trwania i kontekstu doświadczeń traumatycznych. Uzyskany poziom związku sugeruje zatem, że PTSD i DSO dzielą część wariancji, bo wspierają trafność rozróżnienia tych wymiarów w modelu diagnostycznym ICD-11 tak w badaniach naukowych, jak i w praktyce klinicznej.

Umiarkowana korelacja pomiędzy objawami PTSD i zakłóceniami w funkcjonowaniu sfery self (DSO, $r = 0,513$) może być również częściowo wyjaśniona charakterystyką próby badawczej. Otóż, okres wczesnej dorosłości stanowi fazę intensywnej konsolidacji struktur self, regulacji emocjonalnej oraz wzorców relacyjnych, które w ujęciu ICD-11 są kluczowymi komponentami DSO (Arnett, 2000; Cloitre i in., 2013). W tej grupie wiekowej objawy PTSD mogą mieć bardziej reaktywny i sytuacyjny charakter związany z relatywnie niedawną ekspozycją na zdarzenia traumatyczne, podczas gdy zakłócenia w organizacji self mogą być jeszcze słabiej ustrukturyzowane lub mniej utrwalone rozwojowo. Badania wskazują bowiem, że różnicowanie się wskaźników PTSD i DSO jest szczególnie wyraźne w młodszych i nieklinicznych próbach, gdzie korelacje między tymi wymiarami są niższe niż w populacjach klinicznych i starszych wiekowo, u których długotrwała ekspozycja na traumę sprzyja większej integracji obu zespołów objawów (Brewin i in., 2017; Hyland i in., 2017). Zatem uzyskany przez nas wynik wspiera założenie o rozwojowej zmienności relacji między PTSD i DSO.

Związki ACE z innymi badanymi zmiennymi

Słabe, bezpośrednie korelacyjne związki ACE z większością badanych zmiennych mogą wynikać z ograniczonej wariancji liczby doświadczeń w badanej próbie. Wiemy, że większość uczestników badania miała przynajmniej jedno doświadczenie traumatyczne. To mogło doprowadzić do efektu nasycenia i ograniczyć moc predykcyjną ACE w odniesieniu do

pojedynczych symptomów. Literatura wskazuje bowiem, że ACE często oddziałują pośrednio przez inne mechanizmy takie jak dysfunkcje regulacji emocji, styl przywiązania czy też obniżone funkcjonowanie społeczne, a nie bezpośrednio determinują rozwój trudności rozwojowych (Felitti i in., 1998; McLaughlin i in., 2019). Z modelu sieciowego psychopatologii wiemy bowiem, że np. symptomy PTSD, CPTSD i DSO mogą się wzajemnie wzmacniać i tworzyć samoutrzymującą się strukturę, w której pierwotna rola ACE staje się pośrednia (Borsboom, 2017; McElroy i in., 2019).

Związki między zmiennymi niezależne od bezpośredniego wpływu ACE

Najbardziej znaczącym wynikiem jest fakt, że w analizowanej próbie zmienne psychologiczne i społeczne były ze sobą silnie związane niezależnie od bezpośredniego wpływu ACE. Wynika to z tego, że tworzą specyficzną sieć i wskazują na to, że w kontekście młodych dorosłych z historią ACE procesy psychologiczne i społeczne mogą nie tylko współwystępować, ale i wzmacniać się wzajemnie (Borsboom, 2017). Przykładowo, w modelu sieciowym w psychopatologii objawy stresu pourazowego mogą być bezpośrednim napędem dla dysfunkcji regulacyjnych self, które z kolei wpływają na zdrowie psychiczne i style relacyjne, tworząc samoutrzymującą się strukturę patologiczną. Zatem przyjrzyjmy się im bardziej szczegółowo.

Związki GHQ z PTSD, DSO oraz CPTSD

Wyniki prezentowanych badań wskazały na silny związek stanu zdrowia psychicznego mierzonego za pomocą *General Health Questionnaire* (GHQ) a zaburzeniami struktury self (DSO). Fakt, że GHQ jest narzędziem służącym do pomiaru globalnego dystresu psychicznego i subiektywnego pogorszenia funkcjonowania, czyni go szczególnie wrażliwym na objawy o charakterze transdiagnostycznym, które stanowią rdzeń DSO – dysregulacja emocjonalna, negatywny obraz siebie oraz trudności interpersonalne (Goldberg i Williams, 1988). Wiemy bowiem, że DSO obejmuje obszary funkcjonowania psychicznego oceniane przez

GHQ (Cloitre i in., 2013; Shevlin i in., 2018). Z dotychczasowych badań wynika, że np. dysregulacja emocjonalna prowadzi do zwiększonej reaktywności na stres, a negatywna organizacja self sprzyja internalizacji objawów depresyjnych i lękowych, co przekłada się na wyższe wyniki GHQ (Hyland i in., 2017). Zatem silne korelacje GHQ z DSO mogą odzwierciedlać znaczne nakładanie się zakresów pojęciowych w GHQ i DSO, czy też ujawniać fakt, że DSO opisuje głębokie, strukturalne zaburzenia funkcjonowania psychicznego, które manifestują się jako globalny dystres w GHQ.

Druga silna relacja zdrowia psychicznego (GHQ) dotyczy złożonego stresu pourazowego (CPTSD). Należy uważać, że fakt ten ma związek z tym, że CPTSD integruje zarówno klasyczne objawy PTSD, jak i zaburzenia organizacji self (DSO) obejmujące spektrum objawów emocjonalnych, poznawczych i interpersonalnych, które istotnie wpływają na ogólne funkcjonowanie psychiczne jednostki (Cloitre i in., 2013; Karatzias i in., 2016). W przeciwieństwie do PTSD, które – jak wykazuje nasze badanie – wiąże się z GHQ na umiarkowanym poziomie, a którego objawy mają bardziej specyficzny i sytuacyjny charakter, należy sądzić, że to właśnie CPTSD, które wiąże się bardziej z chronicznym i uogólnionym dystresem psychicznym, stanowi bardziej rozległą i obciążającą dla zdrowia młodych dorosłych formę psychopatologii pourazowej. Zatem, prezentowane tu wyniki badań znajdują potwierdzenie nie tylko w założeniach teoretycznych wg ICD-11, ale i w dotychczasowych badaniach empirycznych (Goldberg i Williams, 1988; Herman, 1992; Hyland i in., 2018; Shevlin i in., 2018).

Związek SES z DSO, CPTSD oraz GHQ

W prezentowanych wynikach badań widzimy silny związek samooceny (SES) z dysregulacją w sferze self (DSO). Pierwszym tłumaczącym taki stan rzeczy faktem jest, że negatywny obraz siebie stanowi jeden z centralnych komponentów DSO. W modelu CPTSD komponenty negatywnego obrazu siebie odzwierciedla bowiem przekonanie dotyczące własnej wartości, kompetencji i sprawczości, które ulegają zaburzeniu w wyniku doświadczonej traumy (Karatzias i in., 2016). Możemy sądzić, że ACE prowadzą do internalizacji poczucia wstydu, winy i przekonania o byciu gorszym, co skutkuje obniżoną samooceną. Ponadto, istnieją badania, które wskazują, że niska samoocena pełni funkcję nasilającą dla

pozostałych aspektów DSO poprzez to, że jego poznawczy komponent – negatywne przekonanie o sobie – zwiększa reaktywność emocjonalną oraz utrudnia tworzenie satysfakcjonujących więzi interpersonalnych (Herman, 1992; Hyland i in., 2017; Orth i in., 2012; Shevlin i in., 2018). W konsekwencji samoocena i DSO wykazują silne powiązania, które odnoszą się do wspólnego rdzenia psychopatologii CPTSD – zaburzenia struktury i regulacji self. Nie dziwi zatem fakt, że w prezentowanych tu wynikach badań samoocena ma równie silny związek z CPTSD, czego już nie obserwujemy w przypadku PTSD.

Wyniki badań ujawniają również silny związek samooceny (SES) ze zdrowiem psychicznym (GHQ). Szukając wyjaśnienia tego związku, zwróćmy uwagę na to, że badania nad ACE wskazują, iż wczesna ekspozycja na przemoc, zaniedbanie lub chroniczną deprivację relacji z opiekunem prowadzi do trwałych zmian w sposobie postrzegania siebie i świata oraz podwyższonego poziomu globalnego dystresu psychicznego w dorosłości (Anda i in., 2006; Felitti i in., 1998). Niska samoocena może być zatem rozumiana jako efekt internalizacji negatywnych doświadczeń relacyjnych, w których dziecko przypisuje sobie odpowiedzialność za doznawaną krzywdę, co następnie sprzyja powstawaniu trwałych przekonań, najpierw o własnej bezwartościowości, a potem braku sprawczości (Cloitre i in., 2018; Herman, 1992). Sądzymy, że konsekwencją tego mechanizmu jest osłabienie zdolności radzenia sobie ze stresem. Stąd też samoocena, która z założenia powinna pełnić funkcję zasobu ochronnego, obniżona staje się czynnikiem podatności na zaburzenia zdrowia psychicznego. Dotychczasowe badania wskazały już, że niska samoocena pośredniczy w relacji między ACE a nasileniem objawów depresyjnych, lękowych i somatycznych, co sugeruje, że stanowi ona kluczowy mechanizm łączący wczesną traumę z globalnym pogorszeniem zdrowia psychicznego w późniejszych etapach życia (Goldberg i Williams, 1988; Shevlin i in., 2018; Sowislo i Orth, 2013; Orth i Robins, 2013).

Związek SBQ z PTSD, DSO, CPTSD, GHQ, SES oraz AAS-Ava i AAS-Ax

Wyniki niniejszego badania wskazują, że tendencje samobójcze (SBQ) są dość silnie związane z zaburzeniami organizacji self (DSO) oraz złożonym zespołem stresu pourazowego (CPTSD), ale już mniej z zespołem stresu pourazowego (PTSD). Wykazano to już we wcześniejszych badaniach (Cloitre i in., 2013; Hyland i in., 2017). Możemy to wytłumaczyć tym, że w przeciwieństwie do PTSD, którego objawy mają głównie charakter reakcji lękowych na przypomnienie traumy, DSO odzwierciedla głębokie i utrwalone zmiany w obrębie tożsamości jako skutek jej doświadczenia (Joiner, 2005). Inne badania, angażujące analizy mediacyjne, wskazują bowiem na to, że komponenty DSO, a w szczególności negatywny obraz siebie i dysregulacja emocjonalna, pośredniczą w relacji między objawami traumy a myślami samobójczymi, co wyjaśnia tym samym, dlaczego osoby spełniające kryteria CPTSD wykazują wyższe tendencje samobójcze niż osoby z PTSD bez DSO (Karatzias i in., 2016; Raudales i in., 2020).

W prezentowanych tu wynikach badań mocno ujawnia się konstatacja, że tendencje samobójcze (SBQ) są silnie związane z niską samooceną (SES). Potwierdzają to wyniki innych badań, w których stwierdzono, że osoby o negatywnym obrazie siebie częściej doświadczają poczucia beznadziejności i winy, co sprzyja rozwojowi myśli samobójczych (Joiner, 2005; Orth i in., 2009). Ponadto wykazano, że niska samoocena (SES) może działać jako mediator między traumą a myślami samobójczymi (SBQ), szczególnie w kontekście chronicznego dystresu emocjonalnego i zaburzeń obrazu siebie charakterystycznych dla CPTSD. W kontekście naszych rozważań nad wpływem ACE przywołajmy również doniesienie o tym, że osoby z niską samooceną (SES) częściej interpretują negatywne zdarzenia jako potwierdzenie swojej niekompetencji i bezwartościowości, co zwiększa ryzyko zachowań autodestrukcyjnych (Hawton i in., 2012; Robins i in., 2001).

Następnie, prezentowane tu wyniki badań wskazują na to, że lękowy styl przywiązania (AAS-Ax) jest silnie powiązany z tendencjami samobójczymi (SBQ). Otóż, osoby o pozabezpiecznym lękowym stylu przywiązania (AAS-Ax) charakteryzują się nadmierną zależnością od innych, silnym lękiem przed odrzuceniem oraz chroniczną potrzebą bliskości i potwierdzenia własnej wartości. To z kolei sprzyja nasileniu poczucia bezradności i beznadziejności, kluczowych predyktorów suicydalności (Mickelson i in.,

1997). Jak w zapętleniu, lękowy styl przywiązania (AAS-Ax) zwiększa wrażliwość na odrzucenie interpersonalne i konflikty w relacjach, co może wywoływać intensywny dystres emocjonalny i prowadzić do myśli i zachowań samobójczych. W przeciwieństwie do tego, unikowy styl przywiązania (AAS-Ava) charakteryzujący się dystansowaniem się od innych i tłumieniem emocji wykazuje słabe powiązanie z tendencjami samobójczymi (SBQ). Sądzymy, że wynika to z tego, iż osoby unikowe mają tendencję do internalizacji problemów i ograniczania ekspresji emocji, co zmniejsza prawdopodobieństwo ujawniania myśli samobójczych lub podejmowania działań samobójczych (Mikulincer i Shaver, 2012). Wyniki te wskazują, że wrażliwość interpersonalna i potrzeba bliskości charakterystyczne dla lękowego przywiązania odgrywają kluczową rolę dla tendencji samobójczych, podczas gdy dystans emocjonalny osób unikowych może działać jako częściowy czynnik ochronny przed zachowaniami samobójczymi.

Zwróćmy również uwagę na to, że wyniki niniejszych badań ujawniły umiarkowany związek zachowań suicydalnych (SBQ) ze zdrowiem psychicznym (GHQ). Sądzymy, że obserwacja ta może mieć związek z tym, że chroniczny i tożsamościowy charakter objawów CPTSD sprzyja utrwaleniu globalnego dystresu psychicznego, co zaobserwowano już w badaniach Goldberg i Williams (1988). Znajdujemy tu zatem potwierdzenie dla tezy znanej z innych badań, że to nie sama ekspozycja na traumę jak ACE, lecz jej konsekwencje dla regulacji emocji i struktury self stanowią kluczowy mechanizm zwiększający ryzyko suicydalne w CPTSD (Cloitre i in., 2013; Hyland i in., 2017).

Związek AAS-Ax z DOS, CPTSD oraz SES

Z prezentowanych wyników badań wynika, że dezadaptacyjny lękowy styl przywiązania (AAS-Ax) ma silny związek z dezorganizowaną strukturą self (DSO) oraz ze złożonym zespołem stresu pourazowego (CPTSD). Chcąc wytłumaczyć ten związek, zwróćmy uwagę na to, że lękowy styl przywiązania rozwija się w warunkach, w których dostępność figury przywiązania w okresie dzieciństwa i dorastania jest niepewna. To z kolei prowadzi do kształtowania się hiperaktywnego systemu przywiązania, trwałego wzmożenia negatywnego afektu oraz internalizacji przekonań o własnej niewystarczalności i braku wartości (Mikulincer i Shaver, 2016).

Okazuje się, że te same doświadczenia sprzyjają powstawaniu kluczowych komponentów DSO – zaburzeń regulacji emocji, negatywnego obrazu siebie oraz trudności w relacjach interpersonalnych, które stanowią rdzeń CPTSD w ujęciu ICD-11 (Cloitre i in., 2013). Stąd związek AAS-Ax z DSO, jak i z CPTSD jest naturalną konsekwencją rozumienia zaburzeń stresowych w ICD-11.

Równie silny związek AAS-Ax z samooceną (SES) możemy wytłumaczyć tym, że chroniczna ekspozycja na stres o charakterze traumatycznym prowadzi do utrwalenia dezadaptacyjnego modelu self jako bezradnego, wadliwego i zależnego od zewnętrznej walidacji, co bezpośrednio przekłada się na obniżoną i niestabilną samoocenę jednostki (Bowlby, 1988; Schore, 2012).

Związki między omawianymi zmiennymi nabierają szczególnego znaczenia w kontekście okresu rozwojowego, który charakteryzował badaną grupę. Okres ten stanowi krytyczny etap konsolidacji tożsamości, autonomii emocjonalnej oraz względnie stabilnego obrazu siebie, a także intensyfikacji relacji intymnych, które aktywują systemy przywiązania w sposób znaczący (Arnett, 2000; Mikulincer i Shaver, 2016). U osób z lękowym stylem przywiązania zadania rozwojowe wczesnej dorosłości – takie jak separacja-indywiduacja, internalizacja poczucia sprawstwa oraz budowanie partnerskiej intymności – mogą uruchamiać utrwalone strategie hiperaktywacji przywiązania i prowadzić do eskalacji trudności w regulacji emocji, nasilonego lęku przed odrzuceniem oraz wzmacniania negatywnego obrazu self.

Związki AAS-Ava z CPTSD, DOS, SES, PTSD, GHQ oraz ACE

Na podstawie danych zebranych na temat powiązania pozabezpiecznego unikowego stylu przywiązania (AAS-Ava) z innymi zmiennymi stwierdzamy, że należą one do tych, w których nie osiągnięto silnych, lecz umiarkowane i słabe związki.

I tak, umiarkowany związek unikowego stylu przywiązania (AAS-Ava) jest właściwy dla złożonego zespołu stresu pourazowego (CPTSD), co wydaje się teoretycznie spójne. Wynika to z faktu, że koncepcja CPTSD zgodnie z klasyfikacją ICD-11 obejmuje nie tylko objawy pourazowe, lecz także zaburzenia w regulacji emocji, negatywny obraz siebie oraz trudności w relacjach interpersonalnych (Cloitre i in., 2018). Są to obszary

powiązane z wewnętrznymi modelami operacyjnymi przywiązania. Sądzymy więc, że unikowy styl przywiązania (AAS-Ava) ukształtowany w kontekście chronicznych ACE może sprzyjać rozwojowi negatywnego, zinternalizowanego obrazu relacji oraz przekonań o konieczności samowystarczalności emocjonalnej, co znajduje odzwierciedlenie w komponentach CPTSD.

Podobnie, umiarkowany związek unikowego stylu przywiązania (AAS-Ava) z dysfunkcjami w obrębie self (DSO) oraz obniżoną samooceną (SES) dostarcza istotnych informacji rozwojowych. Związek ten można wytłumaczyć z punktu widzenia teorii przywiązania, według której unikowe strategie regulacji emocji sprzyjają rozszczepieniu obrazu siebie. Wykazano to w badaniach, w których stwierdzono, że na poziomie deklaracyjnym jednostka może prezentować pozornie stabilne i pozytywne self, jednak na głębszym poziomie obecne są schematy nieadekwatności i braku przekonania o swojej wartości (Mikulincer i in., 1993).

Jednym z interesujących wyników jest słaby związek unikowego stylu przywiązania (AAS-Ava) z objawami PTSD oraz ogólnym poziomem zdrowia psychicznego (GHQ). Wynik ten można interpretować na kilku poziomach. I tak, zgodnie z teorią przywiązania osoby o unikowym stylu przywiązania (AAS-Ava) charakteryzują się tendencją do dezaktywacji afektu, zaprzeczania podatności na stres oraz minimalizowania znaczenia doświadczeń emocjonalnych (Fraley i Shaver, 2000). Mechanizmy te prowadzą do obniżonej samoświadomości objawów stresu oraz mniejszej skłonności do ich raportowania bądź mogą być obecne na poziomie fizjologicznym lub interpersonalnym, lecz niekoniecznie muszą manifestować się jako subiektywnie doświadczany dystres (Roisman i in., 2007). Po drugie, klasyczne kryteria PTSD koncentrują się na reakcji wobec jednorazowego, wyraźnie zdefiniowanego zdarzenia traumatycznego, podczas gdy ACE skupia się na wydarzeniach, które często mają charakter rozwojowy, relacyjny i chroniczny. Taki profil doświadczeń jest słabiej uchwytany przez model PTSD, co może skutkować zaniżoną siłą korelacji między tymi zmiennymi (van der Kolk, 2005).

Ostatecznie, nasze badania donoszą o braku statystycznie istotnego związku pomiędzy ACE a unikowym stylem przywiązania (AAS-Ava). Jest to ciekawa informacja. Kluczowym wyjaśnieniem takiego stanu rzeczy jest fakt, iż wskaźnik ACE ma charakter sumaryczny i niespecyficzny, agregujący jakościowo odmienne doświadczenia (przemoc fizyczną, wykorzystywanie seksualne, zaniedbanie emocjonalne, dysfunkcje

systemu rodzinnego). Literatura przedmiotu wskazuje, że nie wszystkie kategorie ACE w równym stopniu sprzyjają rozwojowi unikowych strategii przywiązania (AAS-Ava). I tak, zaniedbanie emocjonalne oraz chroniczna niedostępność opiekuna są silniej powiązane z unikowym stylem przywiązania, podczas gdy doświadczenia przemocy lub chaosu rodzinnego częściej korelują z lękowym lub zdezorganizowanym wzorcem przywiązania (Lyons-Ruth i in., 2003; Riggs, 2010). W konsekwencji użycie globalnego wskaźnika ACE mogło doprowadzić do rozmycia specyficznych zależności i skutkować brakiem istotnej korelacji między zmiennymi.

Inne wyjaśnienie, z perspektywy teorii przywiązania, wskazuje na to, że styl przywiązania nie jest prostą funkcją liczby traumatycznych doświadczeń. Jest on raczej rezultatem długofalowej jakości relacji obejmującej wrażliwość opiekuna, zdolność do jego mentalizacji oraz spójność reakcji emocjonalnych (Bowlby, 1988; Fonagy i in., 2002). Oznacza to, że nawet przy wysokim poziomie ACE możliwe jest wykształcenie względnie bezpiecznych lub mieszanych strategii przywiązania, jeśli w środowisku dziecka obecne były czynniki chroniące, jak np. jedna stabilna figura przywiązania. Tym samym brak istotnego związku ACE z AAS-Ava może odzwierciedlać dużą zmienność indywidualnych trajektorii rozwojowych, a nie brak istotnych związków pomiędzy tymi konstruktami. Oczywisty jest również kontekst interpretacyjny, jakim jest wiek badanych. Badania longitudinalne wskazują, że style przywiązania we wczesnej dorosłości cechują się plastycznością, a ich organizacja może ulegać zmianom pod wpływem istotnych relacji rówieśniczych i romantycznych (Fraleay, 2002). Teoria rozwoju psychospołecznego Eriksona (1968) rzuca tu pewne światło interpretacyjne poprzez odwołanie się do konieczności sprostania wyzwaniu rozwojowemu, jakim jest przejście z kryzysu „konsolidacji tożsamości vs rozproszenia ról do osiągnięcia w związkach intymności vs izolacji”. Otóż, w tym czasie relacje partnerskie mogą pełnić funkcję wtórnych figur przywiązania, częściowo reorganizując wcześniejsze modele operacyjne. Zatem wpływ ACE na aktualnie deklarowany styl przywiązania mógł zostać osłabiony lub przefiltrowany przez późniejsze doświadczenia relacyjne. Podobnie w koncepcji statusów tożsamości Marci (1980) brak istotnego związku ACE z AAS-Ava może wskazywać na to, że w okresie wczesnej dorosłości styl przywiązania jest silniej powiązany z aktualnym statusem tożsamości niż z historią rozwojową. Strategie relacyjne mogą tu pełnić funkcję adaptacyjną wobec aktualnych zadań

rozwojowych, jakimi w tym okresie rozwoju są separacja od rodziny pochodzenia czy też eksploracja ról społecznych, co w efekcie może osłabiać bezpośredni związek z negatywnymi doświadczeniami dzieciństwa (ACE).

Podsumowanie

Celem niniejszego badania było zbadanie relacji pomiędzy negatywnymi doświadczeniami z dzieciństwa (ACE) a wskaźnikami zdrowia psychicznego i funkcjonowania społecznego u młodych dorosłych. Uzyskane wyniki wskazują, że bezpośredni wpływ ACE na większość analizowanych zmiennych jest statystycznie istotny, poza unikowym stylem przywiązania. Wykazano silne i umiarkowane zależności pomiędzy zmiennymi psychologicznymi i społecznymi niezależnie od bezpośredniego oddziaływania ACE.

Kluczowym rezultatem jest potwierdzenie centralnej roli zaburzeń organizacji self (DSO) oraz złożonego zespołu stresu pourazowego (CPTSD), które wykazywały silniejsze związki z GHQ, SES i SBQ niż zespół stresu pourazowego (PTSD), co wspiera trafność rozróżnienia diagnostycznego ICD-11 oraz wskazuje na większe znaczenie trwałych, tożsamościowych i regulacyjnych konsekwencji traumy niż objawów reaktywnych. Samoocena oraz lękowy styl przywiązania odgrywały rolę kluczowych węzłów sieci psychopatologicznej, wzmacniały współwystępowanie dystresu, dysregulacji self i ryzyka suicydalnego. Ostatecznie możemy stwierdzić, że wyniki te są spójne z sieciowym modelem psychopatologii, zgodnie z którym symptomy i procesy psychologiczne wzajemnie się podtrzymują, a rola ACE ma w dużej mierze charakter pośredni i rozwojowo modulowany.

Ograniczenia badania

Badanie ma kilka istotnych ograniczeń. Po pierwsze, przekrojowy charakter uniemożliwia wnioskowanie przyczynowe oraz ocenę dynamiki rozwojowej badanych zależności. Po drugie, zastosowanie globalnego wskaźnika ACE mogło prowadzić do rozmycia specyficznych efektów poszczególnych kategorii doświadczeń traumatycznych. Po trzecie, wykorzystanie

wyłącznie metod samoopisowych zwiększa ryzyko błędów wynikających z tendencyjności raportowania, zwłaszcza u osób o unikowych strategiach regulacji emocji. Po czwarte, niekliniczna i jednorodna wiekowo próba młodych dorosłych ogranicza możliwość generalizacji wyników na populacje kliniczne i starsze grupy wiekowe.

Perspektywy dalszych badań

Przyszłe badania powinny mieć charakter longitudinalny, aby uchwycić rozwojową zmienność relacji między ACE i zmiennymi badającymi funkcjonowanie psychospołeczne młodych dorosłych. Wskazane jest także różnicowanie typów ACE w badaniach oraz uwzględnienie w nich modeli z mediacjami i moderacjami. Zastosowanie podejścia sieciowego oraz metod wieloźródłowych, jak dane kliniczne lub wskaźniki fizjologiczne, pozwoliłoby lepiej zrozumieć mechanizmy podtrzymujące dystres i ryzyko suicydalne – zjawisk, które obecnie nasilają się w grupie młodych dorosłych. Z perspektywy klinicznej szczególnie obiecujące wydają się badania nad interwencjami ukierunkowanymi na wzmocnienie samooceny, reorganizację struktury self oraz modyfikację dezadaptacyjnych wzorców przywiązania u młodych dorosłych z historią ACE.

Bibliografia

- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, Ch., 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 and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174–186. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469–480. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469>
- Borsboom, D. (2017). A network theory of mental disorders. *World Psychiatry*, 16(1), 5–13. <https://doi.org/10.1002/wps.20375>
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books.

- Brewin, Ch. R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R. A., Humayun, A., Jones, L. M., Kagee, A., Rousseau, C., Somasundaram, D., Suzuki, Y., Wessely, S., van Ommeren, M., Reed, G. M. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical Psychology Review*, 58, 1–15. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.001>
- Chodkiewicz, J., Gruszczyńska, E. (2020). Polska adaptacja Zrewidowanego Kwestionariusza Zachowań Samobójczych A. Osmana i współpracowników. *Psychiatria Polska*, 54(1), 101–111. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/93492>
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Brewin, Ch. R., Bryant, R. A., Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 4(1), artykuł 20706. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.20706>
- Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Maercker, A., Karatzias, T., Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(6), 536–546. <https://doi.org/10.1111/acps.12956>
- Davis, J. P., Tucker, J. S., Stein, B. D., D'Amico, E. J. (2021). Longitudinal effects of adverse childhood experiences on substance use transition patterns during young adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 120, artykuł 105201. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105201>
- Dong, M., Anda, R. F., Felitti, V. J., Dube, S. R., Williamson, D. F., Thompson, T. J., Loo, C. M., Giles, W. H. (2004). The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse & Neglect*, 28(7), 771–784. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.01.008>
- Dragan, M. (2018). Zaburzenia psychiczne u dorosłych krzywdzonych w dzieciństwie – badanie z zastosowaniem wywiadu strukturalizowanego SCID-I. *Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 17(2), 9–25.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. W. W. Norton & Company.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)

- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Other Press.
- Fraley, R. C. (2002). Attachment stability from infancy to adulthood: Meta-analysis and dynamic modeling of developmental mechanisms. *Personality and Social Psychology Review*, 6(2), 123–151. https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0602_03
- Fraley, R. C., Shaver, P. R. (2000). Adult romantic attachment: Theoretical developments, emerging controversies, and unanswered questions. *Review of General Psychology*, 4(2), 132–154. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.4.2.132>
- Gąsior, K. (2016). *Międzynarodowy Kwestionariusz Negatywnych Doświadczeń Dzieciństwa – Adverse Childhood Experiences – Internationele Questionnaire*. (polskie tłumaczenie i adaptacja – materiały niepublikowane).
- Goldberg, D. P., Williams, P. (1988). *A user's guide to the General Health Questionnaire user's guide to the General Health Questionnaire*. NFER-Nelson.
- Hawton, K., Saunders, K. E.A., O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379(9834), 2373–2382. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60322-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5)
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. Basic Books/Hachette Book Group.
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, Ch., Jones, L., Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, 2(8), 356–366. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)
- Hyland, P., Shevlin, M., Fyvie, C., Karatzias, T. (2018). Posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in DSM-5 and ICD-11: Clinical and behavioral correlates. *Journal of Traumatic Stress*, 31(2), 174–180. <https://doi.org/10.1002/jts.22272>
- Hyland, P., Shevlin, M., Brewin, C. R., Cloitre, M., Downes, A. J., Jumbe, S., Karatzias, T., Bisson, J. I., Roberts, N. P. (2017). Validation of post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD using the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 136(3), 313–322. <https://doi.org/10.1111/acps.12771>
- Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.
- Karatzias, T., Shevlin, M., Fyvie, C., Hyland, P., Efthymiadou, E., Wilson, D., Roberts, N., Bisson, J. I., Brewin, Ch. R., Cloitre, M. (2016). An initial psychometric assessment of an ICD-11 based measure of PTSD and complex PTSD (ICD-TQ): Evidence of construct validity. *Journal of Anxiety Disorders*, 44, 73–79. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.10.009>

- Lee, H., Kim, Y., Terry, J. (2020). Adverse childhood experiences (ACEs) on mental disorders in young adulthood: Latent classes and community violence exposure. *Preventive Medicine*, 134, artykuł 106039. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106039>
- Landi, G., Grangel, A. B., Pakenham, K. I., Gallagher, S., Grandi, S., Tossani, E. (2025). Adverse childhood experiences (ACEs) in young adult carers relative to non-carer peers and relations with mental health, caregiving, and socio-demographics. *Child Indicators Research*, 18(3), 1393–1414. <https://doi.org/10.1007/s12187-025-10237-7>
- Lyons-Ruth, K., Yellin, C., Melnick, S., Atwood, G. (2003). Childhood experiences of trauma and loss have different relations to maternal unresolved and hostile-helpless states of mind on the AAI. *Attachment & Human Development*, 5(4), 330–414. <https://doi.org/10.1080/14616730310001633410>
- Łaguna, M., Lachowicz-Tabaczek, K., Dzwonkowska, I. (2007). Skala samooceny SES Morrisa Rosenberga – polska adaptacja metody. *Psychologia Społeczna*, 2(4), 164–176.
- Makowska, Z., Merecz, D. (2001). Przydatność Kwestionariuszy Ogólnego Stanu Zdrowia: GHQ-12 i GHQ-28 D. Goldberga w diagnozowaniu zdrowia psychicznego osób pracujących. *Medycyna Pracy*, 51(6), 589–601.
- Marcia, J. E. (1980). Identity in adolescence. W: J. Adelson (red.), *Handbook of adolescent psychology* (s. 159–187). Wiley.
- McElroy, E., Shevlin, M., Murphy, S., Roberts, B., Makhshvili, N., Javakhishvili, J., Bisson, J., Ben-Ezra, M., Hyland, P. (2019). ICD-11 PTSD and complex PTSD: Structural validation using network analysis. *World Psychiatry*, 18(2), 236–237. <https://doi.org/10.1002/wps.20638>
- McLaughlin, K. A., Weissman, D., Bitrán, D. (2019). Childhood adversity and neural development: A systematic review. *Annual Review of Developmental Psychology*, 1(1), 277–312. <https://doi.org/10.1146/annurev-devpsych-121318-084950>
- Mickelson, K. D., Kessler, R. C., Shaver, P. R. (1997). Adult attachment in a nationally representative sample. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(5), 1092–1106. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.73.5.1092>
- Mikulincer, M., Florian, V., Weller, A. (1993). Attachment styles, coping strategies, and posttraumatic psychological distress: The impact of the Gulf War in Israel. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(5), 817–826. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.64.5.817>

- Mikulincer, M., Shaver, P. R. (2012). An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry*, 11(1), 11–15. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.01.003>
- Mikulincer, M., Shaver, P. R. (2016). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. The Guilford Press.
- Orth, U., Robins, R. W., Meier, L. L. (2009). Disentangling the effects of low self-esteem and stressful events on depression: Findings from three longitudinal studies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97(2), 307–321. <https://doi.org/10.1037/a0015645>
- Orth, U., Robins, R. W., Widaman, K. F. (2012). Life-span development of self-esteem and its effects on important life outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102(6), 1271–1288. <https://doi.org/10.1037/a0025558>
- Orth, U., Robins, R. W. (2013). Understanding the link between low self-esteem and depression. *Current Directions in Psychological Science*, 22(6), 455–460. <https://doi.org/10.1177/0963721413492763>
- Raudales, A. M., Preston, T. J., Albanese, B. J., Schmidt, N. B. (2020). Emotion dysregulation as a maintenance factor for posttraumatic stress symptoms: The role of anxiety sensitivity. *Journal of Clinical Psychology*, 76(12), 2183–2197. <https://doi.org/10.1002/jclp.22966>
- Reuben, A., Moffitt, T. E., Caspi, A., Belsky, D. W., Harrington, H., Schroeder, F., Hogan, S., Ramrakha, S., Poulton, R., Danese, A. (2016). Lest we forget: Comparing retrospective and prospective assessments of adverse childhood experiences in the prediction of adult health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(10), 1103–1112. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12621>
- Riggs, S. A. (2010). Childhood emotional abuse and the attachment system across the life cycle: What theory and research tell us. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 19(1), 5–51. <https://doi.org/10.1080/10926770903475968>
- Robins, R. W., Hendin, H. M., Trzesniewski, K. H. (2001). Measuring global self-esteem: Construct validation of a single-item measure and the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27(2), 151–161. <https://doi.org/10.1177/0146167201272002>
- Roisman, G. I., Holland, A., Fortuna, K., Fraley, R. C., Clausell, E., Clarke, A. (2007). The Adult Attachment Interview and self-reports of attachment style: An empirical rapprochement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(4), 678–697. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.92.4.678>

- Rzeszutek, M., Dragan, M., Lis-Turlejska, M., Schier, K., Kowalkowska, J., Drabarek, K., Van Hoy, A., Holas, P., Maison, D., Wdowczyk, G., Litwin, E., Wawrzyniak, J., Znamirowska, W., Szumiał, S., Desmond, M. (2024). Adverse childhood experiences and ICD-11 complex posttraumatic stress disorder in Poland: a population-based study. *European Journal of Psychotraumatology*, 15(1). <https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2420464>
- Schilling, E. A., Aseltine, R. H., Gore, S. (2007). Adverse childhood experiences and mental health in young adults: A longitudinal survey. *BMC Public Health*, 7, artykuł 30. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-30>
- Schore, A. N. (2012). *The science of the art of psychotherapy*. W. W. Norton & Company.
- Shevlin, M., Hyland, P., Roberts, N. P., Bisson, J. I., Brewin, Ch. R., Cloitre, M. (2018). A psychometric assessment of disturbances in self-organization symptom indicators for ICD-11 complex PTSD using the International Trauma Questionnaire. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), artykuł 1419749. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1419749>
- Shin, S. H., McDonald, S. E., Conley, D. (2018). Patterns of adverse childhood experiences and substance use among young adults: A latent class analysis. *Addictive Behaviors*, 78, 187–192. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.11.020>
- Sowislo, J. F., Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 139(1), 213–240. <https://doi.org/10.1037/a0028931>
- Stangeland, H., Aakvaag, H. F., Baumann-Larsen, M., Wentzel-Larsen, T., Storrheim, K., Zwart, J. A., Dyb, G., Stensland, S. Ø. (2023). Problematic alcohol use in young adults exposed to childhood trauma: The Trøndelag Health (HUNT) Study. *Journal of Traumatic Stress*, 36(5), 968–979. <https://doi.org/10.1002/jts.22965>
- van der Kolk, B. A. (2005). Developmental Trauma Disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401–408. <https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-06>
- World Health Organization (2018a). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th ed.; ICD-11)*. World Health Organization.
- World Health Organization (2018b). *Survey of adverse childhood experiences and associated health-harming behaviours among Polish students*. World Health Organization Regional Office for Europe.

DARIA RĘBIŚ

Trauma dzieciństwa u osób inkarcerowanych

Wprowadzenie

Doświadczenia z wczesnego okresu życia oraz atmosfera środowiska wychowawczego rodziny pochodzenia bez wątpienia wpływają na przebieg rozwoju emocjonalnego, społecznego i osobowościowego jednostki (Szczurek-Boruta, 2022). Środowiska dysfunkcyjne oraz patologiczne charakteryzują się występowaniem wychowawczych zaniedbań, ekspozycją na przemoc lub jej bezpośrednim doświadczaniem, problemami uzależnień od substancji psychoaktywnych, a także trudnościami natury psychicznej obecnymi u opiekunów. Dzieci dorastające w takich środowiskach najczęściej interpretować będą wymienione wzorce zachowań w kategoriach obowiązujących norm społecznych, a w dalszej kolejności mogą samodzielnie je powielać. Dlatego też zjawiska te traktowane są jako potencjalne czynniki ryzyka dla przyszłych zachowań przestępczych (Pessoa i Almeida, 2024). Jeśli w otoczeniu nie pojawiają się inne modele oferujące alternatywne punkty odniesienia, wówczas dzieci kształtują i internalizują określone negatywne przekonania o sobie, relacjach i wartościach, bazując jedynie na owych dysfunkcjach środowiskowych. Niedostateczna opieka ze strony opiekunów, brak szeroko rozumianego wsparcia czy emocjonalne zaniedbanie najczęściej prowadzić będą do niskiej samooceny oraz występowania zaburzeń w relacjach z innymi ludźmi (Okoniewska i Rębiś, 2024), tym samym uniemożliwiając zdobywanie i rozwijanie podmiotowych zasobów ochronnych (Moore i Tatman,

2016), które nabywane są przede wszystkim w środowisku rodzinnym (Modrzyński, 2018). Większość skazanych wywodzi się z dysfunkcyjnych środowisk, które nie sprzyjają rozwijaniu zasobów osobistych (Peterman, 2022).

Dzieci z doświadczeniami traumy ujawniają liczne zaburzenia w zdrowiu psychicznym, ale w literaturze naukowej zwraca się także uwagę na fakt, iż traumatyczne zdarzenia mogą torować drogę do podatności na negatywne wpływy społeczne, skłonności do antyspołecznych postaw, a nawet zachowań przestępczych w dorosłości (Drury i in., 2017). Wyniki badań wskazują, że trauma z dzieciństwa może być jednym z głównych czynników warunkujących zachowania przestępcze wśród populacji więziennej (Cantürk i in., 2021; Heirigs i in., 2020; Likitha i Mishra, 2021; Shold i in., 2023). Osoby doświadczające różnych form przemocy w dzieciństwie powielają obserwowane wzorce, a nierzadko same stają się oprawcami (Miley i in., 2020; Okoniewska i Rębiś, 2024). Badania prowadzone przez zespół pod kierunkiem M. Cantürk (Cantürk i in., 2021) z udziałem 313 osób inkarcerowanych w tureckim więzieniu usytuowanym w Mersin potwierdziły związki między obecnością traum z dzieciństwa a działalnością przestępczą w dorosłości. W porównaniu z osobami izolowanymi po raz pierwszy, u recydywistów penitencjarnych odnotowano większą częstotliwość doświadczania przemocy fizycznej oraz seksualnej w dzieciństwie. Do podobnych wniosków doszedł zespół badawczy prowadzony przez K. Wolff (Wolff i in., 2015). Jego członkowie odkryli, że negatywne doświadczenia z dzieciństwa nie tylko sprzyjają wchodzeniu w konflikt z prawem, ale także, że im więcej jednostka ma za sobą traumatycznych doświadczeń, tym szybciej po opuszczeniu więziennej izolacji powraca do przestępczej działalności.

Traumatyczne doświadczenia z dzieciństwa wywierają trwały wpływ na rozwój jednostki, kształtując wzorce zachowań, które mogą prowadzić do przestępczości w dorosłym życiu. Szczególnie w populacji osób inkarcerowanych często obserwuje się nasilenie symptomów związanych z traumą, co podkreśla znaczenie rozumienia tych doświadczeń w kontekście badanych zjawisk.

Metody

W badaniach zastosowano *Międzynarodowy kwestionariusz negatywnych doświadczeń dzieciństwa* (ACE-IQ), *Międzynarodowy kwestionariusz traumy* (ITQ) oraz *Kwestionariusz ogólnego stanu zdrowia* (GHQ-12), a także autorską ankietę ujmującą zmienne socjodemograficzne.

Badana grupa

W badaniach uczestniczyło 156 osób przebywających w warunkach izolacji penitencjarnej, w tym 71 kobiet (45,5%) oraz 85 mężczyzn (54,5%). Wiek inkarcerowanych respondentów zawierał się w przedziale między 18 a 68 lat ($M = 38,08$; $SD = 11,63$).

Grupę kontrolną stanowiły 502 osoby reprezentujące populację ogólną, w tym 303 kobiety (60,4%) oraz 192 mężczyzn (38,2%). Siedmioro badanych nie wskazało swojej płci. Zakres wieku badanych wynosił od 19 do 86 lat ($M = 44,31$; $SD = 19,07$).

W tabeli 1 zaprezentowano socjodemograficzną charakterystykę grupy badanej oraz grupy kontrolnej z uwagi na wykształcenie i status zawodowy.

Tabela 1. Charakterystyka socjodemograficzna grupy badanej ($n = 156$) oraz grupy kontrolnej ($n = 502$)

Zmienna	Osoby inkarcerowane ($n = 156$)		Grupa kontrolna ($n = 502$)	
	liczba	proc.	liczba	proc.
Wykształcenie^a				
podstawowe	44	28,2	23	4,6
zawodowe	38	24,4	62	12,4
średnie	51	32,7	209	41,6
wyższe	17	10,9	206	41,0
Status zawodowy^b				
pracownik biurowy lub urzędnik	13	8,3	150	29,9
pracownik fizyczny	79	50,6	72	14,3

samozastrudnienie lub własna firma	18	11,5	54	10,8
uczeń lub student	4	2,6	97	19,3
gospodarstwo domowe	11	7,1	15	3,0
emeryt/rencista	4	2,5	103	20,5
bezrobotny	24	15,4	9	1,8

^a W zmiennej *wykształcenie* w grupie badanej pojawiło się 6 braków danych ($n = 150$), natomiast w grupie kontrolnej – 2 braki danych ($n = 500$).

^b W zmiennej *status zawodowy* w grupie badanej pojawiły się 3 braki danych ($n = 153$), natomiast w grupie kontrolnej – 2 braki danych ($n = 500$).

Źródło: opracowanie własne.

Osoby inkarcerowane najliczniej legitymowały się wykształceniem średnim (32,7%) oraz podstawowym (28,2%). Jedynie nieliczni respondenci zdecydowali się na kontynuowanie edukacji i uzyskali wykształcenie wyższe (10,9%). Z kolei w grupie kontrolnej wiodący odsetek badanych posiadał wykształcenie średnie (41,6%) lub wyższe (41,0%). Wskazuje to na niższy poziom wyedukowania osób trafiających do zakładów karnych.

Osoby osadzone zawodowo najczęściej trudniły się wykonywaniem prac fizycznych (50,6%), natomiast badani przynależący do grupy kontrolnej – umysłową pracą administracyjną (29,9%). Osoby inkarcerowane zdecydowanie częściej niż respondenci przynależący do grupy kontrolnej deklarowały brak posiadania stałego źródła dochodu, czyli wskazywali status osoby bezrobotnej (15,4%).

W tabeli 2 przedstawiono charakterystykę sytuacji rodzinnej osób przynależących do grupy badanej ($n = 156$) oraz grupy kontrolnej ($n = 502$) z uwzględnieniem stanu cywilnego oraz statusu rodziny.

Tabela 2. Charakterystyka sytuacji rodzinnej grupy badanej ($n = 156$) oraz grupy kontrolnej ($n = 502$)

Zmienna	Osoby inkarcerowane ($n = 156$)		Grupa kontrolna ($n = 502$)	
	liczba	proc.	liczba	proc.
Stan cywilny^a				
małżeństwo	36	23,1	238	47,4
konkubinat	47	30,1	111	22,1

rozwód	22	14,1	25	5,0
samotny	35	22,4	80	15,9
wdowieństwo	10	6,4	40	8,0
Status rodziny^b				
pełna	118	75,6	437	87,1
niepełna	26	16,7	57	11,4
zrekonstruowana	9	5,8	7	1,4

^a W zmiennej *stan cywilny* w grupie badanej pojawiło się 6 braków danych ($n = 150$), natomiast w grupie kontrolnej – 8 braków danych ($n = 494$).

^b W zmiennej *status rodziny* w grupie badanej pojawiły się 3 braki danych ($n = 153$), natomiast w grupie kontrolnej – 1 brak danych ($n = 501$).

Źródło: opracowanie własne.

W przeciwieństwie do osób reprezentujących populację ogólną preferujących formalizowanie relacji romantycznych (47,4%), osoby inkarcеровane częściej wybierały pozostawanie w konkubinacie (30,1%), nieco rzadziej zaś decydowały się na zawarcie związku małżeńskiego (23,1%). Ponadto u wyższego odsetka skazanych zaobserwować można było rozpad związków sformalizowanych, sfinalizowanych rozwodem (14,1%). W porównaniu z populacją ogólną osadzeni częściej deklaruwali nieposiadanie partnera romantycznego (22,4%). Podsumowując dane dotyczące częstotliwości trwania w konkubinacie, odsetka rozpadów związków małżeńskich oraz nieposiadania partnera romantycznego, można przypuszczać, iż osoby trafiające do izolacji penitencjarnej budowały mniej ustabilizowane związki partnerskie. W porównaniu z populacją ogólną badani inkarcеровani nieco częściej wywodzili się z rodzin niepełnych lub zrekonstruowanych, co mogło mieć wpływ na charakter i trwałość samodzielnie budowanych relacji partnerskich w dorosłości.

Analiza wyników badań

Analizę wyników badań rozpoczęto od zaprezentowania statystyk opisowych w zastosowanych kwestionariuszach psychologicznych. W tym celu w tabeli 3 przedstawiono zestawienie danych otrzymanych w *Kwestionariuszu negatywnych doświadczeń z dzieciństwa* (ACE-IQ) w grupie osób inkarcеровanych ($n = 156$) oraz w grupie kontrolnej ($n = 502$).

Tabela 3. Analizy porównawcze negatywnych doświadczeń z dzieciństwa (ACE-IQ) w grupie osób inkarcerowanych ($n = 156$) oraz w grupie kontrolnej ($n = 502$)

Zmienna	Osoby inkarcerowane		Grupa kontrolna		Test Levene'a			Test t równo- ści średnich	
	M	SD	M	SD	F	p	t	p	różnica M
ACE-1	0,39	0,49	0,48	0,50	19,46	0,000	1,886	0,060	0,085
ACE-2	0,46	0,50	0,59	0,49	4,245	0,040	2,751	0,006**	0,1257
ACE-3	0,07	0,27	0,09	0,30	2,490	0,115	0,777	0,437	0,0207
ACE-4	0,31	0,47	0,23	0,42	13,915	0,000	-1,939	0,054	-0,0810
ACE-5	0,15	0,36	0,05	0,22	69,469	0,000	-3,332	0,001***	-0,1020
ACE-6	0,07	0,27	0,12	0,32	7,937	0,005	1,501	0,134	0,0386
ACE-7	0,52	0,50	0,69	0,46	24,745	0,000	3,720	0,000***	0,1680
ACE-8	0,30	0,46	0,11	0,31	117,430	0,000	-4,921	0,000***	-0,1937
ACE-9	0,08	0,28	0,04	0,19	20,884	0,000	-1,913	0,057	-0,0455
ACE-10	0,36	0,48	0,29	0,45	8,966	0,003	-1,611	0,108	-0,0701
ACE-11	0,13	0,34	0,34	0,48	180,845	0,000	6,056	0,000***	0,2100
ACE-12	0,62	0,49	0,64	0,48	0,754	0,386	0,453	0,651	0,0201
ACE-13	0,40	0,49	0,10	0,31	217,478	0,000	-7,064	0,000***	-0,2939
ACE-Sum	3,89	2,94	3,77	2,39	18,374	0,000	-0,456	0,649	-0,1181

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$. ACE-1 – przemoc fizyczna; ACE-2 – przemoc emocjonalna; ACE-3 – nadużycie seksualne; ACE-4 – nadużywanie alkoholu lub (i) narkotyków; ACE-5 – inkarceracja domownika; ACE-6 – przewlekła depresja, choroba psychiczna; ACE-7 – bycie świadkiem przemocy w rodzinie; ACE-8 – separacja, rozpad rodziny; ACE-9 – zaniedbanie emocjonalne; ACE-10 – zaniedbanie fizyczne; ACE-11 – mobbing w szkole; ACE-12 – bycie świadkiem przemocy w środowisku; ACE-12 – narażenie na przemoc zbiorową; ACE-Sum – suma negatywnych doświadczeń w dzieciństwie.

Źródło: opracowanie własne.

Osoby inkarcerowane nie wyróżniały się na tle populacji ogólnej pod względem sumy negatywnych doświadczeń w dzieciństwie. Wyniki przeprowadzonych badań nie wykazały istotnych statystycznie różnic międzygrupowych w zakresie doświadczania przemocy fizycznej lub seksualnej. Badane grupy nie różniły się także pod względem obecności dysfunkcji rodzinnych takich jak ekspozycja na problemowe sięganie po substancje psychoaktywne przez współzamieszkujących domowników,

bycie świadkiem choroby psychicznej, depresji lub samobójstwa opiekuna. Nie odnotowano również istotnych statystycznie różnic w obszarze poczucia emocjonalnego lub fizycznego zaniedbania, a także narażenia na przemoc środowiskową.

Wśród negatywnych doświadczeń z dzieciństwa osoby pozbawione wolności istotnie częściej wskazywały na nieobecność opiekunów spowodowaną ich inkarcerowaniem ($t = -3,332, p \leq 0,001$) oraz na przeżycia związane z obserwacją depresji lub śmierci rodzica oraz rozpadu związku rodziców ($t = -4,921, p \leq 0,001$). Ponadto większy odsetek badanych narażony był na przemoc zbiorową ($t = -7,064, p \leq 0,001$).

Wśród respondentów przynależących do grupy kontrolnej badani w odniesieniu do okresu dzieciństwa częściej identyfikowali się jako ofiary przemocy emocjonalnej ($t = 2,751, p \leq 0,06$) oraz obserwowali zachowania przemocowe wobec innych członków rodziny ($t = 3,720, p \leq 0,00$), natomiast w odniesieniu do rówieśniczego środowiska szkolnego częściej stawali się ofiarami mobbingu ($t = 6,056, p \leq 0,00$).

W tabeli 4 zaprezentowano porównanie statystyk opisowych w *Kwestionariuszu objawów złożonego zespołu stresu pourazowego (ITQ)* oraz w *Kwestionariuszu ogólnego stanu zdrowia (GHQ-12)* w grupie osób pozbawionych wolności ($n = 156$) oraz w grupie kontrolnej ($n = 502$).

Tabela 4. Analizy porównawcze objawów złożonego zespołu stresu pourazowego (ITQ) i ogólnego stanu zdrowia (GHQ-12) w grupie osób inkarcerowanych ($n = 156$) oraz w grupie kontrolnej ($n = 502$)

Zmienna	Osoby inkarcerowane			Grupa kontrolna			Test Levene'a		Test t równości średnich		
	M	SD	SEM	M	SD	SEM	F	p	t	p	różnica M
ITQ											
RE	2,41	2,59	0,21	2,01	2,32	0,10	15,702	0,000	-1,685	0,093	-0,39242
AV	2,76	2,71	0,22	2,31	2,16	0,09	23,847	0,000	-1,876	0,062	-0,44666
TH	2,76	2,63	0,21	2,11	2,10	0,09	20,850	0,000	-2,813	0,005**	-0,65085
PTSD	7,93	7,22	0,58	6,43	5,29	0,24	36,365	0,000	-2,386	0,018*	-1,49416
AD	2,74	2,24	0,18	3,09	1,66	0,07	28,690	0,000	1,803	0,073	0,35004
NSC	1,81	2,58	0,21	1,64	1,97	0,09	17,138	0,000	-0,744	0,458	-0,16697
DR	2,44	2,46	0,20	2,15	1,20	0,09	15,494	0,000	-1,315	0,190	-0,28450

DSO	6,99	6,34	0,51	6,88	4,79	0,21	25,075	0,000	-1,190	0,849	-0,10471
CPTSD	14,92	12,47	1,00	13,28	8,32	0,37	61,916	0,000	-1,527	0,128	-1,63156
GHQ-12	25,23	7,99	0,64	23,90	4,57	0,20	104,990	0,000	-1,976	0,050*	-1,32639

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

RE – ponowne doświadczanie urazowego wydarzenia w teraźniejszości; AV – unikanie; TH – aktualne poczucie zagrożenia; PTSD – zespół stresu pourazowego; AD – dysregulacja afektu; NSC – negatywny obraz siebie; DR – zaburzenia w relacjach; DSO – zaburzenia organizacji self; CPTSD – złożony zespół stresu pourazowego; GHQ-12 – wskaźnik problemów ze zdrowiem psychicznym.

Źródło: opracowanie własne.

Nie odnotowano statystycznie istotnych różnic międzygrupowych w obszarze intruzji, unikania, dysregulacji afektu, negatywnego obrazu siebie, zaburzeń w relacjach oraz zaburzeń w organizacji osobowości.

W porównaniu z reprezentantami populacji ogólnej osoby pozbawione wolności istotnie częściej przejawiały objawy typowe dla PTSD ($t = -2,813$, $p = 0,005$), szczególnie w zakresie funkcjonowania w poczuciu ciągłego zagrożenia ($t = -2,386$, $p = 0,018$). Ponadto odnotowywano u nich istotnie wyższe nasilenie problemów związanych ze zdrowiem psychicznym ($t = -1,976$, $p = 0,050$).

W tabeli 5 przedstawiono analizę korelacyjną badanych zmiennych w grupie osób inkarcerowanych ($n = 156$).

Tabela 5. Korelacje między negatywnymi doświadczeniami z dzieciństwa (ACE-IQ) a objawami złożonego zespołu stresu pourazowego (ITQ) i ogólnym stanem zdrowia (GHQ-12) w grupie osób inkarcerowanych ($n = 156$)

Zmienne	RE	AV	TH	PTSD	AD	NSC	DR	DSO	CPTSD	GHQ-12
ACE-1	0,177*	0,134	0,098	0,150	0,292**	0,234**	0,211**	0,280**	0,230**	0,224**
ACE-2	0,236**	0,198*	0,135	0,209**	0,367**	0,290**	0,210**	0,329**	0,289**	0,231**
ACE-3	0,113	0,124	0,100	0,124	0,065	0,153	0,106	0,126	0,136	0,067
ACE-4	0,337**	0,359**	0,327**	0,375**	0,325**	0,309**	0,240**	0,334**	0,389**	0,183*
ACE-5	0,050	0,077	0,087	0,079	0,001	0,046	-0,076	-0,010	0,040	-0,053
ACE-6	0,132	0,195*	0,229**	0,204*	0,249**	0,096	0,292**	0,241**	0,241**	0,070
ACE-7	0,215**	0,207**	0,164*	0,215**	0,326**	0,262**	0,234**	0,313**	0,285**	0,212**

ACE-8	0,314**	0,251**	0,269**	0,305**	0,238**	0,098	0,225**	0,211**	0,285**	0,155
ACE-9	0,186*	0,199*	0,214**	0,220**	0,232**	0,384**	0,154	0,298**	0,279**	0,221**
ACE-10	0,027	0,007	0,043	0,028	0,020	0,077	0,036	0,052	0,043	-0,127
ACE-11	0,076	0,126	0,079	0,103	0,003	0,125	0,175*	0,120	0,121	0,102
ACE-12	0,115	0,141	0,084	0,125	0,204*	0,146	0,151	0,190*	0,169*	0,187*
ACE-13	-0,004	0,008	0,038	0,015	0,164*	0,071	0,128	0,136	0,079	0,065
ACE-Total	0,285**	0,284**	0,257**	0,303**	0,370**	0,325**	0,298**	0,379**	0,368**	0,226**

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

ACE-1 – przemoc fizyczna; ACE-2 – przemoc emocjonalna; ACE-3 – nadużycie seksualne; ACE-4 – nadużywanie alkoholu lub (i) narkotyków; ACE-5 – inkarcercja domownika; ACE-6 – przewlekła depresja, choroba psychiczna; ACE-7 – bycie świadkiem przemocy w rodzinie; ACE-8 – separacja, rozpad rodziny; ACE-9 – zaniedbanie emocjonalne; ACE-10 – zaniedbanie fizyczne; ACE-11 – mobbing w szkole; ACE-12 – bycie świadkiem przemocy w środowisku; ACE-13 – narażenie na przemoc zbiorową; ACE-Total – suma negatywnych doświadczeń w dzieciństwie; RE – ponowne doświadczanie urazowego wydarzenia w teraźniejszości; AV – unikanie; TH – aktualne poczucie zagrożenia; PTSD – zespół stresu pourazowego; AD – dysregulacja afektu; NSC – negatywny obraz siebie; DR – zaburzenia w relacjach; DSO – zaburzenia organizacji self; CPTSD – złożony zespół stresu pourazowego; GHQ-12 – wskaźnik problemów ze zdrowiem psychicznym.

Źródło: opracowanie własne.

W grupie osób skazanych odnotowano słabe i umiarkowane związki między negatywnymi doświadczeniami z dzieciństwa a objawami złożonego stresu pourazowego (ACE-Total + CPTSD: $r = 0,368$, $p \leq 0,01$) i nasileniem problemów ze zdrowiem psychicznym (ACE-Total + GHQ-12: $r = 0,226$, $p \leq 0,01$), przy czym jeśli uwzględnimy całokształt różnych negatywnych doświadczeń z dzieciństwa, najbardziej rzutowały one na wystąpienie zaburzeń w organizacji osobowości (ACE-Total + DSO: $r = 0,379$, $p \leq 0,01$) oraz deregulacji afektu w okresie dorosłości (ACE-Total + AD: $r = 0,370$, $p \leq 0,01$).

Najliczniejsze pozytywne współzależności między wszystkimi objawami charakterystycznymi dla CPTSD ($r = 0,389$, $p \leq 0,05$) oraz problemami ze zdrowiem psychicznym dotyczyły ekspozycji na alkoholizowanie się lub narkotyzowanie się opiekuna w okresie dzieciństwa. Doświadczanie przemocy emocjonalnej sprzyjało dysregulacji afektu ($r = 0,367$, $p \leq 0,01$) i wystąpieniu zaburzeń w organizacji osobowości w dorosłości ($r = 0,329$, $p \leq 0,01$), podobnie jak sama obserwacja przemocy w środowisku rodzinnym, przy czym bycie świadkiem stosowania przemocy

wobec innych domowników ujawniało nieco słabsze związki w zakresie omawianych objawów CPTSD (ACE-7 + AD: $r = 0,326, p \leq 0,01$; ACE-7 + DSO: $r = 0,313, p \leq 0,01$). Jednostki doświadczające w dzieciństwie emocjonalnego zaniedbania (ACE-2 + NSC: $r = 0,384, p \leq 0,01$) oraz przemocy emocjonalnej (ACE-2 + NSC: $r = 0,290, p \leq 0,01$) w dorosłości rozwinęły negatywny obraz siebie, chociaż – jak wynika z pozyskanych wyników – na jego ukształtowanie większy wpływ miało zaniedbanie niż przemoc. Obserwowanie w okresie dzieciństwa zmagania rodzica z depresją, przeżycie rozwodu opiekunów lub utrata jednego z nich w wyniku śmierci wywierało u badanych donioślejszy wpływ na rozwój objawów PTSD (ACE-8 + PTSD: $r = 0,305, p \leq 0,01$) niż ekspozycja na przemoc (ACE-7 + PTSD: $r = 0,215, p \leq 0,01$).

Dyskusja i wnioski

Traumatyczne doświadczenia z okresu dzieciństwa mają trwałe i negatywne wpływy na zdrowie psychiczne jednostki, często prowadzą do rozwoju zaburzeń takich jak złożony zespół stresu pourazowego. Za szczególnie istotną uznaje się rolę rodzinnych traum, które sprzyjają kształtowaniu nieadaptacyjnych wzorców zachowań oraz zwiększają prawdopodobieństwo podejmowania działań kryminalnych w dorosłości. W odniesieniu do osób odbywających karę pozbawienia wolności doświadczenia te mogą stanowić kluczowy element objaśniający problematykę ich zdrowia psychicznego oraz zachowań niezgodnych z prawem. Niniejsze badanie miało na celu zgłębienie zależności występujących między negatywnymi doświadczeniami z dzieciństwa, nasileniem objawów CPTSD oraz problemami zdrowia psychicznego wśród osób inkarcerowanych.

Przeprowadzone porównania międzygrupowe ujawniły, że na tle populacji ogólnej osoby inkarcerowane istotnie częściej prezentowały objawy charakterystyczne dla PTSD, szczególnie w zakresie funkcjonowania w poczuciu ciągłego zagrożenia. Znajduje to potwierdzenie w badaniach autorstwa B. Belet i współpracowników (Belet i in., 2020), zgodnie z którymi nasilenie PTSD wśród osadzonych jest istotnie wyższe w porównaniu z populacją ogólną i waha się od 17% do 33% wśród skazanych mężczyzn oraz od 40% do 48% u osadzonych kobiet. Nieco odmienną częstotliwość występowania PTSD w populacji więźniów wykazały metaanalizy 56 badań empirycznych opublikowanych od 1980 r.

do 2017 r. przeprowadzone przez G. Baranyi i współpracowników (Baranyi i in., 2018). Zdaniem autorów częstotliwość występowania zespołu stresu pourazowego wahała się od 0,1% do 27% w populacji osadzonych mężczyzn oraz od 12% do 38% u osadzonych kobiet. Dla porównania badania dotyczące rozpowszechnienia PTSD w populacji ogólnej wskazują, że odsetek ten wynosi 9% w populacji izraelskiej (Ben-Ezra i in., 2018), 2% w populacji holenderskiej (Knipscheer i in., 2020) i 5,3% u mieszkańców Wielkiej Brytanii (Karatzias i in., 2019). Wskaźnik ten okazał się istotnie wyższy wśród Polaków, a tym samym odznaczał się na tle innych krajów – wynosił 18,8% dla PTSD (Rzeszutek i in., 2023) oraz 11% dla CPTSD (Rzeszutek i in., 2024).

Wśród osób inkarcerowanych najliczniejsze związki między objawami charakterystycznymi dla CPTSD oraz problemami ze zdrowiem psychicznym dotyczyły ekspozycji w dzieciństwie na zachowania rodzica związane z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych lub środków odurzających. Wyniki te znajdują swoje odzwierciedlenie we wnioskach z badań prowadzonych przez N. L. Miley i współpracowników (Miley i in., 2020), według których bycie świadkiem nadużywania substancji psychoaktywnych w rodzinie pochodzenia istotnie zwiększało ryzyko zachowań przestępczych na kolejnych etapach rozwoju. Metaanalizy dotyczące związków między PTSD a nasileniem problemów związanych ze zdrowiem psychicznym wśród skazanych stały się również przedmiotem zainteresowania zespołu prowadzonego pod kierunkiem E. Facer-Irwin (Facer-Irwin i in., 2019). Poprzez analizę 36 prac badawczych autorzy potwierdzili współwystępowanie objawów PTSD i zaburzeń depresyjnych, zaburzeń lękowych, problemowego używania substancji psychoaktywnych oraz skłonności samobójczych. Jest to spójne z wynikami niniejszych badań – analizy otrzymanych danych dowiodły, że osadzeni charakteryzowali się istotnie wyższym nasileniem problemów związanych ze zdrowiem psychicznym.

Jak wynika z analiz otrzymanych wyników, osoby przebywające w izolacji penitencjarnej nie wyróżniały się na tle populacji ogólnej pod względem sumy negatywnych doświadczeń w dzieciństwie. Wyniki te pozostają w sprzeczności z danymi z badań przeprowadzonych przez zespół pod kierunkiem M. Basto-Pereira (Basto-Pereira i in., 2016), według których osoby dopuszczające się przestępstw częściej doświadczają skumulowanych negatywnych doświadczeń z dzieciństwa niż populacja ogólna.

W grupie osób skazanych odnotowano umiarkowane związki między sumą negatywnych doświadczeń z dzieciństwa a objawami CPTSD w wieku dorosłym. Jeśli uwzględnimy całokształt negatywnych doświadczeń z dzieciństwa, najmocniej rzutowały one na wystąpienie zaburzeń w organizacji osobowości oraz deregulacji afektu w dorosłości. Wyniki te pozostają zgodne z ustaleniami badań z udziałem 126 inkarcerowanych kobiet, przeprowadzonych przez S. Naidoo i współpracowników (Naidoo i in., 2024), według których u skazanych współwystępowały powiązania między kumulującymi się trudnymi doświadczeniami z dzieciństwa a stresem pourazowym. W badanej grupie najliczniej zgłaszane negatywne doświadczenia z dzieciństwa dotyczyły przemocy fizycznej i emocjonalnej oraz ekspozycji na przemoc występującą między opiekunami. W badaniach autorstwa H. Bielas i współpracowników (Bielas i in., 2016), w których uczestniczyło 30 młodocianych przestępców, całokształt negatywnych doświadczeń z dzieciństwa uznano za wartościowy wskaźnik predykcyjny dla wystąpienia w okresie dorosłości zaburzeń depresyjnych i lękowych, skłonności samobójczych, a także objawów zespołu stresu pourazowego. Ponadto dzięki zgłębieniu związków między negatywnymi doświadczeniami z dzieciństwa a PTSD wśród pozbawionych wolności mężczyzn M. Quiñones (Quiñones, 2019) wykazał, że pozabezpieczny styl przywiązania pełni funkcję mediacyjną pomiędzy obecnością ACE a objawami charakterystycznymi dla PTSD.

Na podstawie wyników niniejszych badań oraz zaprezentowanego przeglądu literatury przedmiotu za uzasadnione można uznać twierdzenie, że nasilenie wczesnych negatywnych doświadczeń, a w szczególności niektórych ich kategorii, jak inkarceracja opiekunów, depresja lub śmierć rodzica, rozpad związku rodziców, czy narażenie na przemoc zbiorową, istotnie przyczynia się do rozwoju CPTSD, a także nasilonych problemów zdrowia psychicznego wśród osób inkarcerowanych. Aby efektywnie zredukować długofalowe skutki negatywnych doświadczeń oraz adekwatnie wspierać reintegrację społeczną osób pozbawionych wolności, interwencje terapeutyczne oraz oddziaływania resocjalizacyjne powinny koncentrować się na kompleksowym uwzględnieniu historii traumatycznych przeżyć skazanych. Integracja doniesień z badań dotyczących zjawiska traumy odnajdująca praktyczne zastosowanie w działaniach penitencjarnych może przyczynić się do skuteczniejszego zapobiegania recydywie przestępczych zachowań.

Bibliografia

- Baranyi, G., Cassidy, M., Fazel, S., Priebe, S., Mundt, A. P. (2018). Prevalence of posttraumatic stress disorder in prisoners. *Epidemiologic Reviews*, 40(1), 134–145. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxx015>
- Basto-Pereira, M., Miranda, A., Ribeiro, S., Maia, Â. (2016). Growing up with adversity: From juvenile justice involvement to criminal persistence and psychosocial problems in young adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 62, 63–75. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.10.011>
- Belet, B., D'Hondt, F., Horn, M., Amad, A., Carton, F., Thomas, P., Vaiva, G., Fovet, T. (2020). Trouble de stress post-traumatique en milieu pénitentiaire. *L'Encéphale*, 46(6), 493–499. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.017>
- Ben-Ezra, M., Karatzias, T., Hyland, P., Brewin, Ch. R., Cloitre, M., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Lueger-Schuster, B., Shevlin, M. (2018). Posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD) as per ICD-11 proposals: A population study in Israel. *Depression and Anxiety*, 35(3), 264–274. <https://doi.org/10.1002/da.22723>
- Bielas, H., Barra, S., Skrivanek, Ch., Aebi, M., Steinhausen, H. Ch., Bessler, C., Plattner, B. (2016). The associations of cumulative adverse childhood experiences and irritability with mental disorders in detained male adolescent offenders. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 10, artykuł 34. <https://doi.org/10.1186/s13034-016-0122-7>
- Cantürk, M., Faraji, H., Tezcan, A. E. (2021). The relationship between childhood traumas and crime in male prisoners. *Alpha Psychiatry*, 22(1), 56–60. <https://doi.org/10.5455/apd.111825>
- Drury, A., Heinrichs, T., Elbert, M., Tahja, K., DeLisi, M., Caropreso, D. (2017). Adverse childhood experiences, paraphilias, and serious criminal violence among federal sex offenders. *Journal of Criminal Psychology*, 7(2), 105–119. <https://doi.org/10.1108/jcp-11-2016-0039>
- Facer-Irwin, E., Blackwood, N. J., Bird, A., Dickson, H., McGlade, D., Alves-Costa, F., MacManus, D. (2019). PTSD in prison settings: A systematic review and meta-analysis of comorbid mental disorders and problematic behaviours. *PLOS ONE*, 14(9), artykuł e0222407. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222407>
- Heirigs, M., Tatman, T., Richey, T., Loudon, A., & Bell, H. (2020). Predicting recidivism using adverse childhood experiences & the level of service inventory. *Justice Policy Journal*, 17(1), 1–16.

- Karatzias, T., Hyland, P., Bradley, A., Cloitre, M., Roberts, N. P., Bisson, J. I., Shevlin, M. (2019). Risk factors and comorbidity of ICD-11 PTSD and complex PTSD: Findings from a trauma-exposed population based sample of adults in the United Kingdom. *Depression and Anxiety*, 36(9), 887–894. <https://doi.org/10.1002/da.22934>
- Knipscheer, J., Sleijpen, M., Frank, L., de Graaf, R., Kleber, R., ten Have, M., Dückers, M. (2020). Prevalence of potentially traumatic events, other life events and subsequent reactions indicative for posttraumatic stress disorder in the Netherlands: A general population study based on the trauma screening questionnaire. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1725. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051725>
- Likitha, S., Mishra, K. K. (2021). A Review on relationship of childhood trauma with offending behaviour. *Mind and Society*, 10(01–02), 15–21. <https://doi.org/10.56011/mind-mri-101-2-20212>
- Miley, L. N., Fox, B., Muniz, C. N., Perkins, R., DeLisi, M. (2020). Does childhood victimization predict specific adolescent offending? An analysis of generality versus specificity in the victim-offender overlap. *Child Abuse & Neglect*, 101, artykuł 104328. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104328>
- Modrzyński, R. (2018). Conservation of Resources Theory by Stevan E. Hobfoll and prediction of alcohol dependent persons' abstinence. *Alcoholism and Drug Addiction*, 31(2), 147–170. <https://doi.org/10.5114/ain.2018.79992>
- Moore, M. D., Tatman, A. W. (2016). Adverse childhood experiences and offender risk to re-offend in the United States: A quantitative examination. *International Journal of Criminal Justice Sciences*, 11(2), 148–158.
- Naidoo, S., Paruk, S., Ferreira, L., Subramaney, U. (2024). Adverse childhood experiences, mental illness, HIV and offending among female inmates in Durban, South Africa. *South African Journal of Psychiatry*, 30, artykuł 2108. <https://doi.org/10.4102/sajpsy.2024.2108>
- Okoniewska, E., Rębiś, D. (2024). Biografie sprawców przemocy w kontekście relacji partnerskiej. Mechanizmy psychologiczne relacji przemocowej. *Biografistyka Pedagogiczna*, 9(2), 509–542. <https://doi.org/10.36578/bp.2024.09.58>
- Pessoa, T. M.G., Almeida, T. C. (2024). The link between adverse childhood experiences and mental health in offenders: A systematic review. *Crime & Delinquency*. <https://doi.org/10.1177/00111287241242478>
- Peterman, S. (2022). Rodzina dysfunkcyjna źródłem zachowań przestępczych na przykładzie województwa opolskiego. *Teologia i Moralność*, 17(1(31)), 271–320. <https://doi.org/10.14746/tim.2022.31.1.20>

- Quiñones, M. (2019). *Adverse childhood experiences, attachment, and PTSD symptoms among male offenders in court-ordered diversion* [doctoral dissertation]. Nova Southeastern University.
- Rzeszutek, M., Dragan, M., Lis-Turlejska, M., Schier, K., Holas, P., Drabarek, K., Van Hoy, A., Pięta, M., Poncyliusz, C., Michałowska, M., Wdowczyk, G., Borowska, N., Szumiał, S. (2023). Exposure to self-reported traumatic events and probable PTSD in a national sample of Poles: Why does Poland's PTSD prevalence differ from other national estimates? *PLOS ONE*, 18(7): artykuł e0287854. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0287854>
- Rzeszutek, M., Dragan, M., Lis-Turlejska, M., Schier, K., Kowalkowska, J., Drabarek, K., Van Hoy, A., Holas, P., Maison, D., Wdowczyk, G., Litwin, E., Wawrzyniak, J., Znamirowska, W., Szumiał, S., Desmond, M. (2024). Adverse childhood experiences and ICD-11 complex posttraumatic stress disorder in Poland: a population-based study. *European Journal of Psychotraumatology*, 15(1). <https://doi.org/10.1080/20080666.2024.2420464>
- Shold, J. N., Maurer, J. M., Reynolds, B. L., Gullapalli, A. R., Allen, C. H., Edwards, B. G., Anderson, N. E., Harenski, C. L., Neumann, C. S., Kiehl, K. A. (2023). Psychometric properties of the Trauma Checklist 2.0 and its predictive utility of felony re-offending among high-risk juvenile offenders. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 17, artykuł 111. <https://doi.org/10.1186/s13034-023-00656-1>
- Szczurek-Boruta, A. (2022). Doświadczenia z okresu dzieciństwa i ich znaczenie w dorosłości – przyczynek do badań nauczycieli przedszkoli i szkół z polskim językiem nauczania na Zaolziu w Republice Czeskiej. *Edukacja Międzykulturowa*, 1(16), 101–118. <https://doi.org/10.15804/em.2022.01.07>
- Wolff, K. T., Baglivio, M. T., Piquero, A. R. (2015). The relationship between adverse childhood experiences and recidivism in a sample of juvenile offenders in community-based treatment. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 61(11), 1210–1242. <https://doi.org/10.1177/0306624x15613992>

Trauma dzieciństwa a uzależnienia

Wprowadzenie

Substancje psychoaktywne, z których najbardziej popularną jest alkohol, używane są powszechnie na całym świecie przez osoby w różnym wieku, a większość z nich nie doświadcza problemów z tego powodu. Jeśli jednak używanie substancji staje się problematyczne, spektrum zaburzeń rozciąga się od używania ryzykownego, przez używanie szkodliwe, do uzależnienia (Modrzyński, 2022).

Zgodnie z ICD-11 główne cechy uzależnienia to:

- 1) upośledzona kontrola używania substancji – połączenie objawów ujętych wcześniej w ICD-10 jako utrata kontroli nad ilością spożywanej substancji, okolicznościami oraz momentem rozpoczynania lub zakończenia używania oraz głód substancji, czyli subiektywna, silna potrzeba; przy czym najnowsza klasyfikacja zakłada, że głód substancji nie zawsze musi towarzyszyć zaburzonej kontroli;
- 2) używanie substancji staje się priorytetowe – uzyskuje pierwszeństwo nad zainteresowaniami, przyjemnościami, codzienną aktywnością, obowiązkami czy zdrowiem i dbaniem o siebie; używanie substancji zaczyna odgrywać centralną rolę i odsuwa pozostałe obszary życia na dalszy plan, często jest kontynuowane pomimo szkodliwych konsekwencji z tym związanych;

- 3) cechy fizjologiczne – takie jak: a) tolerancja, b) objawy odstawiennicze występujące w następstwie przerwania lub ograniczenia użycia lub c) powtarzające się stosowanie substancji (lub farmakologicznie do niej podobnej), aby złagodzić lub nie dopuścić do pojawienia się objawów odstawienia (Modrzyński, 2019).

Aby zdiagnozować uzależnienie, dwie lub trzy z wyżej wymienionych cech muszą występować jednocześnie i powtarzać się wielokrotnie w ostatnich 12 miesiącach lub używanie substancji musi mieć charakter ciągły (codzienny lub prawie codzienny) przez co najmniej 3 miesiące (WHO, 2022; Modrzyński, 2022).

Zmiany, jakie zachodzą w sposobie nazywania i rozumienia zaburzeń związanych z używaniem substancji, widoczne w najnowszej rewizji ICD, pokazują złożoność problemu ze względu na rozszerzające się klasy substancji uzależniających, szkodliwe wzorce ich używania oraz użyteczność kryteriów diagnostycznych w praktyce klinicznej.

Literatura przedmiotu nie pozostawia wątpliwości, że uzależnienie od substancji wiąże się z szeregiem zaburzeń psychicznych, takich jak zaburzenia nastroju, zaburzenia lękowe czy zaburzenia osobowości (Duncan i in., 1996; Hasin i in., 2007; Walvoort i in., 2012). Badania epidemiologiczne wskazują, że ryzyko uzależnienia jest większe u mężczyzn niż u kobiet (Teesson i in., 2005). Mężczyźni piją ryzykownie trzykrotnie częściej niż kobiety (Rowicka i in., 2021).

Współcześnie podkreśla się złożoną, biopsychospołeczną etiologię zaburzeń. Jednym z czynników, który niewątpliwie łączy się z problematycznym używaniem alkoholu – wczesnym wiekiem inicjacji, szkodliwym używaniem i uzależnieniem – jest trauma dzieciństwa. Osoby uzależnione, które w dzieciństwie narażone były na powtarzające się lub długotrwałe doświadczenia urazowe, charakteryzują się cięższym przebiegiem uzależnienia i gorszymi wynikami leczenia, częściej współwystępują u nich zaburzenia nastroju, zespół stresu pourazowego (PTSD) i zaburzenia lękowe (Zaorska i Jakubczyk, 2019).

Negatywne doświadczenia życiowe w dzieciństwie (ang. *adverse childhood experiences*, ACE) opisywane są jako stresujące i/lub traumatyczne doświadczenia występujące przed ukończeniem 18. roku życia. Definiowane są jako narażenie na 1 lub więcej z 10 kategorii przemocy w dzieciństwie, zaniedbania i dysfunkcji domowych, obejmujących: przemoc emocjonalną, fizyczną lub seksualną, zaniedbanie emocjonalne lub fizyczne, przemoc domową, nadużywanie substancji przez rodziców

(opiekunów), choroby psychiczne domownika, inkarcerację domownika, separację rodziców oraz utratę rodzica (Korotana i in., 2016). ACE zazwyczaj wiążą się z niewystarczającą i/lub nieodpowiednią jakością opieki w środowisku rodzinnym, jednak katalog doświadczeń urazowych obejmuje także te związane ze środowiskiem pozarodzinnym: mobbing w szkole, bycie świadkiem przemocy w środowisku czy narażenie na przemoc zbiorową (Pace i in., 2022).

Choć występowanie negatywnych doświadczeń w dzieciństwie jest zjawiskiem powszechnym (Felitti i in., 1998; Dong i in., 2004), warto podkreślić, że ACE podlegają regule efektu-dawki. Większa liczba ACE w życiu człowieka skutkuje poważniejszymi konsekwencjami dla jego zdrowia psychicznego i fizycznego oraz funkcjonowania społecznego (Felitti i in., 1998). Powtarzające się krzywdzące doświadczenia w dzieciństwie nazwane w literaturze traumą dzieciństwa mogą skutkować rozwojem traumy złożonej o charakterze interpersonalnym – złożonego zespołu stresu pourazowego (ang. *complex post-traumatic stress disorder*, CPTSD).

Z szerokiej metaanalizy badań nad związkami ACE z zachowaniami ryzykownymi dla zdrowia oraz problemami zdrowotnymi wynika, że ACE są związane z problematycznym używaniem narkotyków – związki bardzo silne, alkoholu – związki silne – i nadużywaniem alkoholu – związki umiarkowane (Hughes i in., 2017). Związek uzależnienia od substancji z traumą dzieciństwa jest dobrze udokumentowany w badaniach empirycznych (Breslau i in., 2003; Kilpatrick i in., 2000; Perkonig i in., 2016; Reed i in., 2007).

Teoria samoleczenia (ang. *self-medication hypothesis*) ujmuje uzależnienie jako wtórną, maladaptacyjną próbę regulacji emocji. Osoby rozwijające uzależnienie nie używają substancji przypadkowo – wybór określonej substancji jest względnie specyficzny i związany z jej zdolnością do łagodzenia dominujących problemów afektywnych, takich jak lęk, złość, wstyd, pustka czy nadmierne pobudzenie. Substancja pełni funkcję zewnętrznego regulatora. Kompensuje deficyty w zakresie regulacji emocji, poczucia spójnego „ja” oraz zdolności do samouspokajania, które często mają źródło we wczesnych doświadczeniach relacyjnych i zaburzeniach przywiązania. Choć samoleczenie może początkowo przynosić ulgę, długofalowo prowadzi do pogłębiania dysregulacji i utrwalenia cyklu uzależnienia, w którym substancja staje się niezbędnym, lecz destrukcyjnym narzędziem radzenia sobie (Khantzian, 2013).

Wpływ ACE na rozwój uzależnień można opisać, korzystając z teorii przywiązania Bowlby'ego (Schindler, 2019). Wczesne doświadczenia relacyjne kształtują trwałe, wewnętrzne modele operacyjne złożone z umysłowych reprezentacji siebie, innych osób oraz związków z nimi. Stanowią one podstawę do interpretacji doświadczeń, kierowania swoim zachowaniem oraz regulacji nastroju. Wpływają na funkcjonowanie interpersonalne przez całe życie. Prawidłowa relacja z opiekunami we wczesnym dzieciństwie pozwala na eksplorację i rozwój niezależności, zapewnia poczucie bezpieczeństwa i koi nieprzyjemne emocje. Potrzeby przywiązaniowe są uruchamiane w sytuacji zagrożenia, a zaspokajane poprzez bliskość opiekunów i ich szybkie reakcje w kierunku zapewnienia komfortu i opieki (Stusiński i in., 2022). Gdy wczesne relacje z opiekunami są niespójne, zagrażające lub pozbawione bezpiecznego ukojenia, jednostka rozwija mniej adaptacyjne strategie radzenia sobie z napięciem i bliskością. Substancja (lub zachowanie nałogowe) może pełnić funkcję obiektu przywiązania – szybko obniża pobudzenie i daje przewidywalną ulgę, ale kosztem pogłębiania dysregulacji emocji i trudności w relacjach (Fairbairn i in., 2018). Pozabezpieczny styl przywiązania – rozwijający się w konsekwencji wczesnej traumy – jest szczególnie związany z rozwojem psychopatologii, w tym zaburzeń związanych z używaniem substancji (Mikulincer i Shaver, 2012). Styl przywiązania jest ściśle powiązany nie tylko z regulacją afektów i więziami społecznymi, ale także z rozwojem neurobiologicznym (Feldman, 2017; Schindler, 2019).

Model wspólnej podatności na PTSD oraz uzależnienia (María-Ríos i Morrow, 2020) zakłada, że ACE kształtują podatność neurobiologiczną i psychologiczną, która sprzyja rozwojowi obu zaburzeń.

Wczesny przewlekły stres wynikający z ACE prowadzi do długofalowej dysregulacji osi podwzgórze–przysadka–nadnercza (HPA), upośledza dojrzewanie układu nagrody – szczególnie mezolimbicznego szlaku dopaminergicznego. Zaburza także rozwój struktur odpowiedzialnych za regulację emocji i kontrolę poznawczą, w szczególności struktur limbicznych i kory przedczołowej. Powyższe zmiany wiążą się z trudnościami w wygaszaniu reakcji lękowych, ograniczoną zdolnością do modulowania zachowania w zależności od kontekstu oraz osłabioną kontrolą impulsów. Stanowią wspólne podłoże dla utrwalonych reakcji lękowych oraz kompulsywnego używania substancji mimo negatywnych konsekwencji. Na poziomie behawioralnym ACE sprzyjają rozwojowi względnie stabilnych cech podatności, takich jak impulsywność, wysoka reaktywność na

bodźce emocjonalne oraz skłonność do reagowania działaniem w sytuacji silnego afektu. Wydarzenia, które następują w życiu osób z ACE – trauma w dorosłości lub ekspozycja na substancje psychoaktywne – nie inicjują patologii od zera, lecz uruchamiają procesy już wcześniej biologicznie i psychologicznie przygotowane. Model wspólnej podatności pozwala zrozumieć i wyjaśnić wysokie współwystępowanie ACE, PTSD i CPTSD oraz uzależnień (María-Ríos i Morrow, 2020).

Uzależnienie od substancji można uznać także za reakcję dysocjacyjną osób mających trudności w identyfikowaniu, wyrażaniu i regulowaniu emocji (Craparo i in. 2014). Wczesna trauma zakłóca rozwój przetwarzania poznawczego i afektywnego, integrację myślenia i odczuwania oraz zdolność do rozumienia i wyrażania stanów emocjonalnych. Dysocjacja i aleksytymia należą do pierwotnych reakcji pourazowych w dzieciństwie. Aleksytymia, dysocjacja i trauma u osób uzależnionych od substancji są ze sobą silnie powiązane (Craparo i in., 2014; Zdankiewicz-Ścigała i Ścigała, 2018). Wiek w momencie pierwszego traumatycznego doświadczenia (w szczególności przemocy emocjonalnej) odgrywa kluczową rolę w aktywowaniu reakcji dysocjacyjnych takich jak mechanizmy obronne dysocjacyjne i późniejsze patologiczne spożycie. Wyższe obciążenie wczesnymi przeciwnościami losu wiąże się z wyższym wskaźnikiem objawów dysocjacyjnych (Schäfer i in., 2010). Osoby z dużym nasileniem ACE mogą doświadczać zarówno wzmożonego nasilenia negatywnych stanów emocjonalnych, jak i trudności w odczuwaniu lub identyfikowaniu emocji w ogóle. Patologiczne picie czy zażywanie narkotyków stanowi kompensacyjną strategię regulacji afektu (Zaorska i Jakubczyk, 2019).

Związek ACE z uzależnieniem warunkowany jest nie tyle konkretnym mechanizmem, ile splotem procesów biologicznych, psychologicznych i społecznych, które wzajemnie się wzmacniają. Projektowanie skutecznych interwencji terapeutycznych i profilaktycznych w obszarze uzależnień wymaga zbadania skali współwystępowania zjawisk i zrozumienia tych zależności. Niniejsze badania empiryczne mają na celu zbadanie rozpowszechnienia ACE wśród osób uzależnionych w województwie świętokrzyskim. Przytoczone teorie potwierdzają zastosowanie teoretycznego modelu badań kieleckich dla analizy wzajemnych związków między nasileniem ACE, PTSD, CPTSD i stylami przywiązania u osób uzależnionych. Niniejsze badania empiryczne mają na celu zbadanie nasilenia zmiennych wśród osób uzależnionych w województwie świętokrzyskim oraz analizę zależności między nimi.

Mając na względzie powyższe rozważania, przyjęto hipotezy badawcze:

- H1 Osoby uzależnione mają większe nasilenie ACE, PTSD, DSO, CPTSD, więzi unikowej (Ava), więzi lękowej (Ax) od osób z grupy kontrolnej.
- H2 Nasilenie objawów PTSD, DSO, CPTSD i więzi lękowej jest silniejsze u uzależnionych kobiet niż u uzależnionych mężczyzn.
- H3 Związki między nasileniem ACE, PTSD, DSO, CPTSD, więzi unikowej (Ava), więzi lękowej (Ax) są silniejsze w grupie uzależnionych niż w grupie kontrolnej.

Badana grupa

Grupa osób uzależnionych obejmowała 139 respondentów z województwa świętokrzyskiego, z czego 63,3% stanowili mężczyźni, a 36,7% kobiety. Średnia wieku wynosiła 38,51 lat ($SD = 14,30$) przy rozpiętości od 20 do 78 lat. Wykształcenie podstawowe miało 12,4% badanych, 16,8% zasadnicze zawodowe, 46,7% średnie oraz 24,1% wyższe. Największą część badanych uzależnionych stanowili pracownicy fizyczni (39,4%), następnie pracownicy biurowi (15,3%) oraz osoby prowadzące własną działalność gospodarczą (10,2%). Pozostałe kategorie reprezentowane były rzadziej. Przeważająca część badanych była w związkach: 32,1% w małżeństwie, a 33,6% w konkubinacie. Osoby samotne stanowiły 19,7% całości, natomiast rozwiedzione – 10,2%. Większość badanych wychowywała się w rodzinach pełnych (82,6%), z rodzin niepełnych pochodziło 15,2% grupy. Grupę kontrolną stanowiły osoby nieuzależnione, z populacji ogólnej, u których nie występował deklarowany problem uzależnienia w rodzinie pochodzenia ($N = 512$).

Analiza wyników badań

Analizy statystyczne przeprowadzono z wykorzystaniem pakietu IBM SPSS Statistics. Przed przystąpieniem do analiz zweryfikowano rozkłady badanych zmiennych. Ze względu na niespełnienie założeń normalności rozkładu zastosowano metody nieparametryczne.

Do porównań międzygrupowych wykorzystano test U Manna-Whitney'a dla prób niezależnych. Analizy dotyczyły porównań pomiędzy

grupą kliniczną (osoby uzależnione) a grupą kontrolną, a także innych porównań dwugrupowych uwzględnionych w badaniu.

Jako miarę znaczenia praktycznego uzyskanych wyników obliczono wielkość efektu r . Interpretację wielkości efektu oparto na kryteriach Cohena, zgodnie z którymi wartości około 0,10 uznawano za małe, około 0,30 za umiarkowane, a około 0,50 za duże. W przypadku analiz zależności pomiędzy zmiennymi zastosowano współczynnik korelacji ρ Spearmana. Korelacje obliczano osobno w poszczególnych grupach badanych.

Dodatkowo przeprowadzono analizy porównawcze w celu sprawdzenia, czy siła korelacji pomiędzy tymi samymi parami zmiennych istotnie różni się pomiędzy grupami. W tym celu stosowano procedury porównywania współczynników korelacji obliczonych w niezależnych próbach z wykorzystaniem transformacji z Fishera.

Sprawdzono różnice w nasileniu kategorii negatywnych doświadczeń dzieciństwa (ACE_sum), zespołu stresu pourazowego (PTSD), zakłóceń organizacji self (DSO), złożonego zespołu stresu pourazowego (cPTSD) oraz stylu więzi unikowym (Ava), stylu więzi lękowym (Ax) między badanymi z uzależnieniami a badanymi z grupy kontrolnej (tabela 1).

Tabela 1. Porównanie osób z uzależnieniami i grupy kontrolnej w zakresie ACE, objawów potraumatycznych i stylów więzi

Zmienna	Uzależnieni $M(SD)$	Kontrola $M(SD)$	U	Z	p	r
ACE_sum	5,85 (2,70)	2,92 (2,07)	13 383,00	-10,53	< 0,001	0,42
PTSD	8,87 (6,63)	5,94 (5,30)	24 248,00	-4,49	< 0,001	0,18
DSO	10,24 (6,45)	5,96 (4,62)	20 191,50	-6,84	< 0,001	0,27
CPTSD	19,28 (11,56)	11,90 (8,41)	20 198,00	-6,55	< 0,001	0,26
Ava	21,30 (7,17)	18,51 (6,22)	25 175,00	-3,81	< 0,001	0,15
Ax	34,91 (11,23)	27,57 (9,76)	20 003,00	-6,56	< 0,001	0,26

Źródło: opracowanie własne.

Osoby z uzależnieniami uzyskały istotnie wyższe wyniki w zakresie kumulacji negatywnych doświadczeń dzieciństwa niż osoby z grupy kontrolnej ($U = 13\ 383,00$, $Z = -10,53$, $p < 0,001$, $r = 0,42$), co wskazuje na duży efekt różnicy międzygrupowej. Istotne różnice stwierdzono również w nasileniu wszystkich pozostałych zmiennych. Osoby uzależnione

wskazały większe nasilenie objawów PTSD, DSO oraz CPTSD od osób z grupy kontrolnej. Wielkości efektów mieściły się w zakresie od małych do umiarkowanych.

Analiza stylów więzi wykazała, że osoby z uzależnieniami charakteryzowały się istotnie wyższym nasileniem stylu więzi lękowego oraz stylu więzi unikowego, przy czym efekt dla stylu unikowego był słaby. Bezpieczne przywiązanie jest czynnikiem chroniącym przed uzależnieniami.

Sprawdzono częstości ACE w grupie uzależnionych i w grupie kontrolnej (tabela 2).

Tabela 2. Częstość doświadczeń ACE. Osoby uzależnione ($N = 129$) vs grupa kontrolna ($N = 512$)

Doświadczenie ACE	Uzależnieni liczba (proc.)	Grupa kontrolna liczba (proc.)
Przemoc fizyczna	86 (66,7)	193 (37,7)
Przemoc emocjonalna	102 (79,1)	246 (48,0)
Nadużycie seksualne	19 (14,7)	30 (5,9)
Nadużywanie alkoholu lub narkotyków przez domownika	67 (51,9)	0 (0,0)
Inkarceracja domownika	20 (15,5)	23 (4,5)
Przewlekła depresja, choroba psychiczna lub samobójstwo w rodzinie	24 (18,6)	34 (6,6)
Bycie świadkiem przemocy w rodzinie	107 (82,9)	279 (54,5)
Separacja, rozwód lub śmierć rodzica	32 (24,8)	50 (9,8)
Zaniedbanie emocjonalne	19 (14,7)	14 (2,7)
Zaniedbanie fizyczne	70 (54,3)	113 (22,1)
Mobbing w szkole	52 (40,3)	135 (26,4)
Bycie świadkiem przemocy w środowisku	112 (86,8)	310 (60,5)
Narażenie na przemoc zbiorową	44 (34,1)	66 (12,9)

Źródło: opracowanie własne.

Częstości ACE w grupie uzależnionych i kontrolnej porównano ze sobą i sprawdzono istotność statystyczną różnic (tabela 3).

Tabela 3. Porównanie grup. Test χ^2 (2×2) i siła efektu (*V Craméra*)

Doświadczenie ACE	χ^2	<i>p</i>	<i>V Craméra</i>
Przemoc fizyczna	35,18	< 0,001	0,23
Przemoc emocjonalna	39,96	< 0,001	0,25
Nadużycie seksualne	11,48	< 0,001	0,13
Nadużywanie alkoholu lub narkotyków przez domownika	296,96	< 0,001	0,68
Inkarceracja domownika	19,96	< 0,001	0,18
Przewlekła depresja, choroba psychiczna lub samobójstwo w rodzinie	17,92	< 0,001	0,17
Bycie świadkiem przemocy w rodzinie	34,82	< 0,001	0,23
Separacja, rozwód lub śmierć rodzica	20,89	< 0,001	0,18
Zaniedbanie emocjonalne	30,36	< 0,001	0,22
Zaniedbanie fizyczne	52,35	< 0,001	0,29
Mobbing w szkole	9,69	0,002	0,12
Bycie świadkiem przemocy w środowisku	31,63	< 0,001	0,22
Narażenie na przemoc zbiorową	32,63	< 0,001	0,23

Źródło: opracowanie własne.

Analiza częstości doświadczeń z dzieciństwa (ACE) wykazała, że osoby uzależnione istotnie częściej niż osoby z grupy kontrolnej deklarowały wystąpienie wszystkich analizowanych kategorii ACE. Różnice te były widoczne już na poziomie opisowym, gdzie w grupie osób uzależnionych odsetki doświadczeń ACE były konsekwentnie wyższe niż w grupie kontrolnej. Niepokoi fakt, że w grupie osób uzależnionych wychowywanie się w rodzinie z problemem uzależnienia zgłosiła ponad połowa badanych (51,9%).

Istotne i relatywnie silne różnice stwierdzono w zakresie zaniedbania fizycznego (54,3% vs 22,1%), przemocy emocjonalnej (79,1% vs 48,0%) oraz przemocy fizycznej (66,7% vs 37,7%). Duże różnice dotyczyły także bycia świadkiem przemocy w rodzinie oraz w środowisku pozarodzinnym, gdzie odsetki w grupie osób uzależnionych przekraczały 80%.

Doświadczenia związane z zaniedbaniem emocjonalnym, separacją, rozwodem lub śmiercią rodzica, inkarceracją domownika oraz obecnością przewlekłej depresji, choroby psychicznej lub samobójstwa w rodzinie również istotnie częściej występowały w grupie osób uzależnionych, przy

czym siła tych efektów mieściła się w zakresie małych do umiarkowanych (V Craméra w przedziale 0,17–0,22).

Mniejsze, choć nadal istotne statystycznie różnice odnotowano w przypadku nadużyć seksualnych ($\chi^2 = 11,48$; $p = 0,001$; $V = 0,13$) oraz mobbingu w szkole ($\chi^2 = 9,69$; $p = 0,002$; $V = 0,12$), co wskazuje, że również te doświadczenia były częstsze w grupie osób uzależnionych, jednak ich siła różnicowania grup była słabsza.

Sprawdzono rozkłady współwystępowania ACE w grupie uzależnionych wg 13 kategorii ACE-IQ (rodzina i środowisko lokalne). Dane przedstawiono w tabeli 4.

Tabela 4. Rozkłady współwystępowania ACE w grupie uzależnionych wg 13 kategorii ACE-IQ

Liczba ACE	Częstość	Procent	Procent skumulowany
0	0	0	0
1	12	7,1	7,1
2	9	5,3	12,4
3	16	9,5	21,9
4	19	11,2	33,1
5	29	17,2	50,3
6	24	14,2	64,5
7	15	8,9	73,4
8	18	10,7	84,1
9	13	7,7	91,8
10	9	5,3	97,1
11	4	2,4	99,5
12	1	0,6	100,0
13	0	0	100,0
Ogółem	139		

Źródło: opracowanie własne.

W grupie osób uzależnionych 78% doświadczyło czterech i więcej kategorii negatywnych doświadczeń dzieciństwa, a najwięcej osób (42,6%) – od czterech do sześciu ACE.

Uzyskane wyniki potwierdzają, zgodnie z przewidywaniami, że osoby z uzależnieniami różnią się od osób z grupy kontrolnej pod względem

analizowanych zmiennych psychologicznych, przy czym najsilniejsze różnice dotyczą kumulatywności negatywnych doświadczeń dzieciństwa.

Sprawdzono różnice w kumulatywności negatywnych doświadczeń dzieciństwa (ACE_sum), zespołu stresu pourazowego (PTSD), zakłóceń w organizacji self (DSO), złożonego zespołu stresu pourazowego (CPTSD) oraz stylów więzi: unikowego (Ava) i lękowego (Ax) między badanymi kobietami i mężczyznami z grupy osób z uzależnieniami (tabela 5).

Tabela 5. Porównanie kobiet i mężczyzn z grupy osób z uzależnieniami w zakresie ACE, objawów potraumatycznych i stylów więzi

Zmienna	Kobiety <i>M (SD)</i>	Mężczyźni <i>M (SD)</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
ACE_sum	5,64 (2,89)	5,95 (2,61)	2 016,00	0,63	0,531	0,06
PTSD	12,43 (7,18)	7,00 (5,51)	1 045,50	-4,03	< 0,001	0,36
DSO	12,98 (6,43)	8,77 (6,00)	1 201,00	-3,41	0,001	0,30
CPTSD	25,55 (11,14)	15,96 (10,40)	969,50	-4,34	< 0,001	0,38
Ava	22,33 (6,70)	20,73 (7,40)	1 623,00	-1,12	0,262	0,10
Ax	38,18 (12,54)	33,11 (10,08)	1 409,50	-2,20	0,028	0,19

Źródło: opracowanie własne.

Nie stwierdzono istotnych różnic między kobietami i mężczyznami z grupy osób uzależnionych w zakresie nasilenia kategorii negatywnych doświadczeń dzieciństwa ($U = 2\ 016,00$, $Z = 0,63$, $p = 0,531$, $r = 0,06$). Różnice w nasileniu stylu więzi unikowego okazały się nieistotne statystycznie ($U = 1\ 623,00$, $Z = -1,12$, $p = 0,262$, $r = 0,10$).

Istotnie statystycznie różnice ujawniły się natomiast w zakresie objawów potraumatycznych. Uzależnione kobiety uzyskały istotnie wyższe wyniki PTSD niż uzależnieni mężczyźni ($U = 1\ 045,50$, $Z = -4,03$, $p < 0,001$, $r = 0,36$), a także wyższe nasilenie zakłóceń organizacji self ($U = 1\ 201,00$, $Z = -3,41$, $p = 0,001$, $r = 0,30$) oraz złożonego zespołu stresu pourazowego ($U = 969,50$, $Z = -4,34$, $p < 0,001$, $r = 0,38$). Wielkości efektów mieściły się w zakresie umiarkowanym.

Ponadto uzależnione kobiety charakteryzowały się istotnie wyższym nasileniem stylu więzi lękowego w porównaniu z uzależnionymi mężczyznami ($U = 1\ 409,50$, $Z = -2,20$, $p = 0,028$, $r = 0,19$), przy czym siła efektu była niewielka.

Uzależnione kobiety, mimo iż nie różnią się od mężczyzn pod względem nasilenia kategorii negatywnych doświadczeń dzieciństwa, mają bardziej nasilone objawy PTSD, DSO, CPTSD oraz stylu więzi lękowego. Różnice międzypłciowe nie dotyczą stylu więzi unikowego.

Przeanalizowano korelacje między nasileniem negatywnych doświadczeń dzieciństwa a nasileniem objawów stresu pourazowego prostego i złożonego, zaburzeń organizacji self oraz przywiązaniem lękowym i unikowym w grupie osób uzależnionych i w grupie kontrolnej (tabela 6).

Tabela 6. Porównanie korelacji rang Spearmana (ρ) między grupą osób uzależnionych i grupą kontrolną

Zmienna 1	Zmienna 2	ρ uzależnieni	ρ kontrolna	Z (r-z)	p	q Cohena
ACE_Sum	PTSD	0,26**	0,18**	1,41	0,159	0,08
ACE_Sum	DSO	0,29**	0,27**	0,33	0,741	0,02
ACE_Sum	CPTSD	0,30**	0,26**	0,71	0,477	0,04
ACE_Sum	Ava	0,19*	0,13**	1,02	0,307	0,06
ACE_Sum	Ax	0,27**	0,25**	0,37	0,711	0,02
PTSD	DSO	0,58**	0,46**	2,07	0,038	0,12
PTSD	CPTSD	0,88**	0,87**	0,52	0,604	0,01
PTSD	Ava	0,19*	0,25**	-1,05	0,294	0,06
PTSD	Ax	0,46**	0,30**	2,76	0,006	0,16
DSO	CPTSD	0,89**	0,82**	2,44	0,015	0,14
DSO	Ava	0,40**	0,31**	1,66	0,097	0,09
DSO	Ax	0,61**	0,39**	3,73	< 0,001	0,22
CPTSD	Ava	0,34**	0,33**	0,18	0,857	0,01
CPTSD	Ax	0,62**	0,40**	3,78	< 0,001	0,22
Ava	Ax	0,55**	0,60**	-0,98	0,327	0,05

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Źródło: opracowanie własne.

W obu grupach stwierdzono istotne dodatnie korelacje pomiędzy sumą negatywnych doświadczeń z dzieciństwa (ACE_Sum) a nasileniem objawów PTSD, DSO oraz CPTSD. Nie wykazano jednak istotnych

różnic między grupami w zakresie siły korelacji ACE_Sum z większością analizowanych zmiennych, w tym z PTSD ($\rho = 0,26$ vs $\rho = 0,18$), DSO ($\rho = 0,29$ vs $\rho = 0,27$) oraz CPTSD ($\rho = 0,30$ vs $\rho = 0,26$).

Istotne różnice między grupami ujawniły się natomiast w zakresie relacji pomiędzy objawami potraumatycznymi. Korelacja między PTSD a DSO była istotnie silniejsza w grupie osób uzależnionych ($\rho = 0,58$, $p < 0,01$) niż w grupie kontrolnej ($\rho = 0,46$, $p < 0,01$), przy małej sile efektu ($q = 0,12$). Analiza stylów przywiązania wykazała, że związki pomiędzy objawami potraumatycznymi a stylem przywiązania lękowym (Ax) były istotnie silniejsze w grupie osób uzależnionych niż w grupie kontrolnej. Dotyczyło to korelacji PTSD z Ax ($\rho = 0,46$ vs $\rho = 0,30$), DSO z Ax ($\rho = 0,61$ vs $\rho = 0,39$) oraz CPTSD z Ax ($\rho = 0,62$ vs $\rho = 0,40$).

Korelacja pomiędzy stylami przywiązania unikowym i lękowym nie różniła się istotnie między grupami.

Dyskusja i wnioski

Celem badania była analiza występowania negatywnych doświadczeń dzieciństwa, ich związku z zaburzeniami potraumatycznymi, stylami przywiązania w grupie osób uzależnionych z województwa świętokrzyskiego na tle grupy osób zdrowych psychicznie, które wychowywały się w rodzinach wolnych od problemów uzależnień (grupa kontrolna). Wyniki badań potwierdziły, że osoby uzależnione od zdrowych psychicznie odróżnia większe nasilenie ACE, objawów CPTSD, DSO i PTSD oraz więzi lękowych i unikowych. W badaniu wykazano, że związek ACE z nasileniem objawów PTSD, DSO i CPTSD oraz pozabezpiecznymi stylami więzi jest pozytywny i uniwersalny dla wszystkich badanych. Siła zależności jest porównywalna w grupach osób uzależnionych i zdrowych (kontrolnej), nie różnicuje grup. Wykazano jednocześnie, że u osób uzależnionych od substancji związki pomiędzy przywiązaniem lękowym (ale nie unikowym) a PTSD, DSO i CPTSD są silniejsze.

Najsilniejsza różnica dotyczy współwystępowania różnych kategorii ACE. Osoby uzależnione cechuje większa kumulatywność negatywnych doświadczeń dzieciństwa. Uzależnieni średnio doświadczali powyżej pięciu różnych kategorii zdarzeń negatywnych, podczas gdy osoby z grupy kontrolnej – poniżej trzech. Aż 78% uzależnionych doświadczyło czterech i więcej kategorii negatywnych doświadczeń dzieciństwa. Pierwsze lata

życia osób uzależnionych przepełnione były przemocą. Zdecydowana większość z nich kilka lub wiele razy była świadkami przemocy w środowisku (87%, 61% w grupie kontrolnej), w rodzinie (83%, 55% w grupie kontrolnej), doświadczała przemocy emocjonalnej (79%, 48% w grupie kontrolnej) czy fizycznej (67%, 38% w grupie kontrolnej). Ponad połowa uzależnionych była w dzieciństwie zaniedbana fizycznie (54%, 22% w grupie kontrolnej) i wychowywała się w domu, gdzie co najmniej jeden z rodziców (opiekunów) nadużywał alkoholu lub narkotyków (52%, brak zjawiska w grupie kontrolnej). Mobbingu w szkole doświadczyło ponad 40% uzależnionych (26% w grupie kontrolnej), niewielu mniej narażonych było na przemoc zbiorową (34%, 13% w grupie kontrolnej). Separacja, rozwód lub śmierć rodzica dotknęła jedną czwartą tej grupy (25%, 10% w grupie kontrolnej). Prawie 20% doświadczyło przewlekłej depresji, choroby psychicznej lub samobójstwa członka rodziny (19%, 7% w grupie kontrolnej). Doświadczenia inkarceracji bliskich, zaniedbania emocjonalnego czy przemocy seksualnej w dzieciństwie uzależnionych występowały najrzadziej, jednak ciągle dotyczyły około 15% badanych (odpowiednio 4,5%, 5,9% i 2,7% w grupie kontrolnej). W porównaniu z grupą osób zdrowych psychicznie, bez problemu uzależnień w rodzinie pochodzenia, środowisko dorastania osób uzależnionych było zdecydowanie bardziej niesprzyjające. Skala przemocy psychicznej i fizycznej doświadczanej i obserwowanej przez osoby uzależnione z województwa świętokrzyskiego znacznie przewyższa tę obserwowaną w badaniach ogólnopolskich na populacji ogólnej (Rzeszutek i in., 2024) oraz jest większa niż wskazana w badaniach nad negatywnymi doświadczeniami dzieciństwa u osób uzależnionych w Niemczech (Lotzin i in., 2016).

Zgodnie z przewidywaniami, w porównaniu z grupą kontrolną osoby uzależnione mają także silniejsze natężenie objawów PTSD, DSO i CPTSD oraz więzi pozabezpiecznych.

Wyniki te potwierdzają, że ACE podlegają zasadzie efektu-dawki. Im więcej negatywnych doświadczeń spotyka osoby w dzieciństwie, tym większe są konsekwencje dla ich funkcjonowania i zdrowia psychicznego (Brewin i in., 2017; Hughes i in., 2017; Rzeszutek i in., 2024). Badania z województwa świętokrzyskiego są zgodne z doniesieniami innych badaczy, wg których nasilenie ACE wiąże się z PTSD, CPTSD i problematycznym używaniem alkoholu i narkotyków (Chiu i in., 2023; Karatzias i in., 2017; Kuksis i in., 2017; Su i Stone, 2020). Wykazana w badaniach nadreprezentacja pozabezpiecznych stylów przywiązania

u osób uzależnionych jest także potwierdzona w literaturze przedmiotu (De Rick i Vanheule, 2007). Dowiedliśmy także, że związek przywiązania lękowego z objawami PTSD, CPTSD oraz DSO jest istotnie silniejszy wśród osób uzależnionych. Więzy pozabezpieczne są czynnikiem ryzyka rozwoju uzależnień niezależnie od rodzinnego (biologicznego) obciążenia alkoholizmem (Vungkhanching i in., 2004).

Teoria przywiązania i neurobiologia wyjaśniają, w jaki sposób ukształtowana w dzieciństwie więź lękowa łączy się z rozwojem uzależnienia. Nadreaktywność stresowa osłabia zdolność do korzystania z relacji jako źródła bezpieczeństwa i sprzyja chemicznej regulacji napięcia. Układy dopaminergiczne zaangażowane w poszukiwanie nagrody są neurobiologicznie powiązane z systemami przywiązania. W uzależnieniu dochodzi do ich „przejęcia” przez substancję, która zaczyna pełnić funkcję obiektu przywiązania kosztem relacji interpersonalnych. Integracja sygnałów cielesnych z emocjami u osób uzależnionych jest zaburzona. Osłabia się świadomość stanów wewnętrznych, powstają trudności w rozpoznawaniu emocjonalnych potrzeb. To z kolei wtórnie ogranicza zdolność do bezpiecznego przywiązania. Uzależnieni, szczególnie ci z lękowym stylem przywiązania, mają także zaburzoną łączność sieci mózgowych związanych z przetwarzaniem relacyjnym. Zmiany te wiążą się z trudnościami w mentalizacji, regulacji emocji i budowaniu stabilnych więzi. Co ciekawe, mają także zmniejszoną biologiczną wrażliwość na sygnały relacyjne (Feldman, 2017), co w praktyce oznacza słabszą zdolność do budowania sieci wsparcia społecznego. Substancja psychoaktywna pełni w tym kontekście funkcję zastępczego regulatora i obiektu przywiązania, kompensując deficyty relacyjne zakorzenione w rozwoju (Unterrainer, 2025).

Przedstawione analizy nie pokazały różnic w nasileniu ACE ze względu na płeć. Pokazały natomiast, że nasilenie objawów PTSD, DSO oraz CPTSD jest większe w grupie uzależnionych kobiet niż uzależnionych mężczyzn. Jest to zgodne z dotychczasowymi badaniami – prawdopodobieństwo wystąpienia PTSD, DSO i CPTSD jest większe u kobiet niż u mężczyzn (Chiu i in., 2023). Choć mężczyźni doświadczający przemocy w dzieciństwie częściej mają problem z używaniem narkotyków i alkoholu, to kobiety są bardziej narażone na rozwój problemów ze zdrowiem psychicznym (Lee i in., 2026). Kobiety uzależnione mają większe niż mężczyźni nasilenie przywiązania lękowego. Można to wytłumaczyć, powołując się na metaanalizę 41 badań nad różnicami międzypłciowymi w ACE, która konsekwentnie pokazuje, że kobiety mierzą się z bardziej złożonymi

wzorcami trudności w dzieciństwie. Przemoc fizyczna i szkolna są bardziej powszechne wśród mężczyzn, natomiast traumy relacyjne takie jak wykorzystywanie seksualne i emocjonalne zaniedbanie ze strony rodziców częściej dotyczą kobiet (Lee i in., 2026).

Biorąc pod uwagę powyższe oraz brak różnic między płciowych w nasileniu ACE u kobiet i mężczyzn, a także dysproporcje liczebności płci w grupie uzależnionych, można przypuszczać, że w przypadku mężczyzn związki ACE z używaniem alkoholu częściej będą tłumaczone także w kontekście innych niż samoleczenie, teoria więzi czy model podwójnej podatności koncepcji powstawania uzależnień, jak np. modelowanie zachowań. Innym wyjaśnieniem jest warunkowane społecznie i kulturowo występowanie czynników ryzyka i ochronnych w biegu życia kobiet i mężczyzn narażonych na ACE. Być może motywacje społeczne do używania alkoholu przez mężczyzn wiążą się z jednoczesnym zapewnieniem czynnika ochronnego przed rozwojem CPTSD czy PTSD w postaci akceptacji (dysfunkcyjnego) środowiska i satysfakcjonujących relacji z innymi, nawet jeśli ceną za tę ochronę jest rozwój uzależnienia.

Jeżeli w konsekwencji ACE u jednostki rozwinię się złożony zespół stresu pourazowego (CPTSD), zwiększa się ryzyko powtórnej wiktyimizacji i narażenia na doświadczenia urazowe skutkujące PTSD, szczególnie u kobiet (van der Kolk, 2018). Osoby, które doświadczyły negatywnych wydarzeń w dzieciństwie, doznają większej liczby traumatyzujących wydarzeń w ciągu życia (Farrugia i in., 2011). Dodatkowo uzależnieni tylko ze względu na działanie substancji często uczestniczą w bójkach, awanturach, kradzieżach, wypadkach, są sprawcami bądź ofiarami przemocy seksualnej, mają konflikty z prawem itd. Osoby, które przeżyły traumę relacyjną w dzieciństwie, mają większe trudności w regulacji emocji niż osoby bez traumy oraz osoby po traumach późno pojawiających się, niereacyjnych (Ehring i Quack, 2010). Narażenie na traumatyczne wydarzenia życiowe z dzieciństwa wiąże się szczególnie ze zwiększonym prawdopodobieństwem rozwoju złożonego zespołu stresu pourazowego – CPTSD (Karatzias i in., 2017).

Wydaje się, że zdolność do oceny zagrożenia i podejmowania racjonalnych decyzji jest zaburzona – na skutek używania substancji – w podobny sposób, jak dzieje się to w przypadku wczesnodziecięcej traumy. Mechanizmy uzależnienia, neurobiologiczne „odłączenie” systemów odpowiedzialnych za bezpieczne przywiązanie i regulację emocji następujące na skutek wczesnej traumy relacyjnej oraz społeczne czynniki ryzyka, np.

niski poziom wykształcenia, niesprzyjające otoczenie czy wzorce i wartości z rodziny pochodzenia wzajemnie się wzmacniają.

Przeprowadzone badania, choć wykazały wyraźny związek ACE z uzależnieniami, nie są wolne od ograniczeń. W przypadku osób uzależnionych najważniejszym z nich jest samoopisowy charakter badań. Jako że podstawowym mechanizmem psychologicznym w uzależnieniu jest zaprzeczanie, można się spodziewać, że liczba badanych uzależnionych jest niedoszacowana. Badani deklarowali uzależnienie lub jego brak w jednej z pozycji kwestionariusza. Nie było możliwości różnicowania, czy badana osoba jest w czynnym uzależnieniu, w trakcie leczenia, czy też ukończyła już terapię. Podjęcie terapii przez osoby uzależnione może łagodzić zarówno objawy uzależnienia, jak i PTSD czy CPTSD, zatem brak takiego rozdzielenia może nieco zniekształcać siłę badanych zależności.

Mimo wskazanych ograniczeń wnioski z przedstawionych analiz mają implikacje praktyczne dla profilaktyki i leczenia uzależnień. Trudności w regulacji emocji są czynnikiem ryzyka rozwoju, przebiegu i nawrotów uzależnienia. Badania nad wpływem traumy dziecięcej na profil kliniczny osób uzależnionych ze współistniejącym PTSD pokazały, że wiąże się ona z trudniejszym przebiegiem i większym nasileniem objawów zarówno uzależnienia, jak i PTSD (Farrugia i in., 2011; Molina i Whittaker, 2022). Nasilenie ACE, obok większej ekspozycji na traumę, implikuje również wcześniejszą inicjację alkoholową, większe zróżnicowanie używanych substancji i bardziej destrukcyjne ich używanie. Osoby uzależnione z PTSD, które doświadczyły traum dzieciństwa, trudniej poddają się leczeniu w porównaniu z uzależnionymi, u których zdarzenia traumatyczne wystąpiły wyłącznie w dorosłości (Farrugia i in., 2011). W obliczu powyższych analiz wydaje się oczywiste, że pierwszorzędowa profilaktyka uzależnień zaczyna się od rozważnej i konsekwentnej strategii wspomagania rodzin i środowisk szkolnych, w których dzieci narażone są na doświadczenia urazowe. Ponadto specjaliści ds. uzależnień nie mogą lekceważyć historii negatywnych doświadczeń dzieciństwa u swoich pacjentów, aby podejmowane przez nich interwencje były skuteczne. Skutki ACE, choć w obrazie klinicznym mogą pokrywać się z konsekwencjami wynikającymi z problematycznego używania substancji, wymagają rozpoznania i doboru odpowiednich metod terapeutycznych – budowania bezpiecznej więzi, mentalizacji (Molina i Whittaker, 2022). Zaleca się pogłębienie analiz o historię leczenia uzależnień przez osoby z ACE oraz zbadanie związków

między ACE u osób uzależnionych i występowaniem czynników ryzyka i chroniących przed wypadnięciem z leczenia.

Bibliografia

- Breslau, N., Davis, G. C., Schultz, L. R. (2003). Posttraumatic stress disorder and the incidence of nicotine, alcohol, and other drug disorders in persons who have experienced trauma. *Archives of General Psychiatry*, 60(3), 289–294. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.3.289>
- Brewin, Ch. R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R. A., Humayun, A., Jones, L. M., Kagee, A., Rousseau, C., Somasundaram, D., Suzuki, Y., Wessely, S., van Ommeren, M., Reed, G. M. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical Psychology Review*, 58(1), 1–15. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.001>
- Chiu, H. T.S., Alberici, A., Claxton, J., Meiser-Stedman, R. (2023). The prevalence, latent structure and psychosocial and cognitive correlates of complex post-traumatic stress disorder in an adolescent community sample. *Journal of Affective Disorders*, 340, 482–489. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.08.033>
- Craparo, G., Ardino, V., Gori, A., Caretti, V. (2014). The relationships between early trauma, dissociation, and alexithymia in alcohol addiction. *Psychiatry Investigation*, 11(3), 330–335. <https://doi.org/10.4306/pi.2014.11.3.330>
- Dong, M., Anda, R. F., Felitti, V. J., Dube, S. R., Williamson, D. F., Thompson, T. J., Loo, C. M., Giles, W. H. (2004). The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse & Neglect*, 28(7), 771–784. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.01.008>
- Duncan, R. D., Saunders, B. E., Kilpatrick, D. G., Hanson, R. F., Resnick, H. S. (1996). Childhood physical assault as a risk factor for PTSD, depression, and substance abuse: Findings from a national survey. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66(3), 437–448. <https://doi.org/10.1037/hoo80194>
- Ehring, T., Quack, D. (2010). Emotion regulation difficulties in trauma survivors: The role of trauma type and PTSD symptom severity, *Behavior Therapy*, 41(4), 587–598. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.04.004>
- Fairbairn, C. E., Briley, D. A., Kang, D., Fraley, R. C., Hankin, B. L., Ariss, T. (2018). A meta-analysis of longitudinal associations between substance

- use and interpersonal attachment security. *Psychological Bulletin*, 144(5), 532–555. <https://doi.org/10.1037/bul0000141>
- Farrugia, P. L., Mills, K. L., Barrett, E., Back, S. E., Teesson, M., Baker, A., Sannibale, C., Hopwood, S., Merz, S., Rosenfeld, J., Brady, K. T. (2011). Childhood trauma among individuals with co-morbid substance use and post-traumatic stress disorder. *Mental Health and Substance Use*, 4(4), 314–326. <https://doi.org/10.1080/17523281.2011.598462>
- Feldman, R. (2017). The neurobiology of human attachments. *Trends in cognitive sciences*, 21(2), 80–99. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2016.11.007>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., Marks, J. S. (1998). The relationship of adult health status to childhood abuse and household dysfunction. *American Journal of Preventive Medicine*, 4, 245–258. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)
- Hasin, D. S., Stinson, F. S., Ogburn, E., Grant, B. F. (2007). Prevalence, correlates, disability, and co morbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 64(7), 830–842. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.7.830>
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, Ch., Jones, L., Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, 2(8), 356–366. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(17)30118-4)
- Karatzias, T., Shevlin, M., Fyvie, C., Grandison, G., Garozi, M., Latham, E., Sinclair, M., Ho, G. W.K., McAnee, G., Ford, J. D., Hyland, P. (2017). Evidence of distinct profiles of posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) based on the new ICD-11 Trauma Questionnaire (ICD-TQ). *Journal of Affective Disorders*, 207, 181–187. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.09.032>
- Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(5), 231–244. <https://doi.org/10.3109/10673229709030550>
- Khantzian, E. J. (2013). Addiction as a self-regulation disorder and the role of self-medication. *Addiction*, 108(4), 668–669. <https://doi.org/10.1111/add.12004>
- Kilpatrick, D. G., Acierno, R., Saunders, B., Resnick, H. S., Best, C. L., Schnurr, P. P. (2000). Risk factors for adolescent substance abuse and dependence: Data from a national sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(1), 19–30. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.68.1.19>

- Korotana, L. M., Dobson, K. S., Pusch, D., Josephson, T. (2016). A review of primary care interventions to improve health outcomes in adult survivors of adverse childhood experiences. *Clinical Psychology Review*, 46, 59–90. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.007>
- Kuksis, M., Di Prospero, C., Hawken, E., Finch, S. (2017). The correlation between trauma, PTSD, and substance abuse in a community sample seeking outpatient treatment for addiction. *Canadian Journal of Addiction*, 8(1), 18–24. <https://doi.org/10.1097/02024458-201706000-00005>
- Lee, J. Y., Chung, I. J., Nam, Y. (2026). Gender differences in adverse childhood experiences and mental health outcomes: A systematic review. *Child Indicators Research*, 19, 35–85 <https://doi.org/10.1007/s12187-025-10286-y>
- Lotzin, A., Haupt, L., von Schönfels, J., Wingenfeld, K., Schäfer, I. (2016). Profiles of childhood trauma in patients with alcohol dependence and their associations with addiction-related problems. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 40(3), 543–552. <https://doi.org/10.1111/acer.12990>
- María-Ríos, C. E., Morrow, J. D. (2020). Mechanisms of shared vulnerability to post-traumatic stress disorder and substance use disorders. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 14(6). <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2020.00006>
- Modrzyński, R. (2019). Zaburzenia związane z używaniem alkoholu – propozycje zmian w klasyfikacji ICD-11. *Polskie Forum Psychologiczne*, 24(3), 324–333. <https://doi.org/10.14656/PFP20190304>
- Modrzyński, R. (2022). Zaburzenia wynikające z używania substancji w ICD-11. Zmiany w diagnostyce klinicznej. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 22(4), 248–252. <https://doi.org/10.15557/PiPK.2022.0031>
- Mikulincer, M., Shaver, P. R. (2012). An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry*, 11(1), 11–15. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.01.003>
- Molina, G., Whittaker, A. (2022). Treatment of post-traumatic stress disorder and substance use disorder in adults with a history of adverse childhood experiences: A systematic review of psychological interventions. *Drug and Alcohol Dependence Reports*, 2, artykuł 100028. <https://doi.org/10.1016/j.dadr.2022.100028>
- Pace, C. S., Muzi, S., Rogier, G., Meinerio, L. L., Marcenaro, S. (2022). The Adverse Childhood Experiences – International Questionnaire (ACE-IQ) in community samples around the world: A systematic review (part I). *Child Abuse & Neglect*, 129, artykuł 105640. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105640>

- Perkonig, A., Hofler, M., Cloitre, M., Wittchen, H. U., Trautmann, S., Maercker, A., (2016). Evidence for two different ICD-11 posttraumatic stress disorders in a community sample of adolescents and young adults. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 266(4), 317–328, <https://doi.org/10.1007/s00406-015-0639-4>
- Reed, P. L., Anthony, J. C., Breslau, N. (2007). Incidence of drug problems in young adults exposed to trauma and posttraumatic stress disorder: Do early life experiences and predispositions matter? *Archives of General Psychiatry*, 64(12), 1435–1444. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.12.1435>
- De Rick, A., Vanheule, S. (2007). Attachment styles in alcoholic inpatients. *European Addiction Research*, 13(2), 101–108. <https://doi.org/10.1159/000097940>
- Rowicka, M., Postek, S., Zin-Sędek, M. (2021) *Wzory konsumpcji alkoholu w Polsce. Raport z badań kwestionariuszowych 2020 r.* Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- Rzeszutek, M., Dragan, M., Lis-Turlejska, M., Schier, K., Kowalkowska, J., Drabarek, K., Van Hoy, A., Holas, P., Maison, D., Wdowczyk, G., Litwin, E., Wawrzyniak, J., Znamirowska, W., Szumiał, S., Desmond, M. (2024). Adverse childhood experiences and ICD-11 complex posttraumatic stress disorder in Poland: a population-based study. *European Journal of Psychotraumatology*, 15(1). <https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2420464>
- Schäfer, I., Langeland, W., Hissbach, J., Luedecke, Ch., Ohlmeier, M. D., Chodzinski, C., Kemper, U., Keiper, P., Wedekind, D., Havemann-Reinecke, U., Teunissen, S., Weirich, S., Driessen, M. (2010). Childhood trauma and dissociation in patients with alcohol dependence, drug dependence, or both – A multi-center study, *Drug and Alcohol Dependence*, 109(1–3), 84–89. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.12.012>
- Schindler, A. (2019). Attachment and substance use disorders-theoretical models, empirical evidence, and implications for treatment. *Frontiers in Psychiatry*, 10, artykuł 727. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00727>
- Stusiński, J., Merk, W., Lew-Starowicz, M. (2022). Charakterystyka stylów przywiązania u dorosłych osób z rozpoznaniem zaburzeń psychiatrycznych – przegląd badań. *Psychiatria Polska*, 56(2), 261–276. <https://doi.org/10.12740/PP/131623>
- Su, W. M., Stone, L. (2020). Adult survivors of childhood trauma: Complex trauma, complex needs. *Australian Journal of General Practice*, 49(7), 423–430. <https://doi.org/10.31128/ajgp-08-19-5039>

- Teesson, M., Degenhardt, L., Hall, W. (2005). *Uzależnienia*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Unterrainer, H. F. (2025). Addiction, attachment, and the brain: A focused review of empirical findings and future directions. *Frontiers in Human Neuroscience*, 19, 1625–1880. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2025.1625880>
- van der Kolk, B. (2018). *Strach ucieleśniony. Mózg, umysł i ciało w terapii traumy*. Czarna Owca.
- Vungkhanching, M., Sher, K. J., Jackson, K. M., Parra, G. R. (2004). Relation of attachment style to family history of alcoholism and alcohol use disorders in early adulthood. *Drug and Alcohol Dependence*, 75(1), 47–53. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2004.01.013>
- Walvoort, S., Wesyer, A., Egger, J. (2012). Assessment of psychopathology and personality with the MMPI-2 in patients with Alcohol Use Disorder (AUD): Should we not correct for associated cognitive dysfunctions? *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, 9(6), 212–220.
- World Health Organization (2022). *ICD-11 for mortality and morbidity statistics*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- Zaorska, J., Jakubczyk, A. (2019). The prevalence and significance of childhood trauma in alcohol-dependent patients. *Alcoholism and Drug Addiction*, 32(2), 131–152. <https://doi.org/10.5114/ain.2019.87628>
- Zdankiewicz-Ścigała, E., Ścigała, D. K. (2018). Trauma, temperament, alexithymia, and dissociation among persons addicted to alcohol: Mediation model of dependencies. *Frontiers in Psychology*, 9, artykuł 1570. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01570>

ANNA SIUDAK

Trauma dzieciństwa u dorosłych dzieci alkoholików

Wprowadzenie

Termin *dorośle dzieci alkoholików* (DDA; ang. *adult children of alcoholics*, ACoA) jest powszechnie znany i odnosi się do osób, których rozwój przebiegał w warunkach podwyższonego ryzyka psychospołecznego wynikającego z długotrwałego funkcjonowania w rodzinie, w której przynajmniej jedno z rodziców (opiekunów) nadużywało alkoholu. Badania prowadzone szczególnie intensywnie w latach 90. ubiegłego wieku nad osobami dorosłymi, dziećmi alkoholików, ujawniły, że jest to grupa niezwykle zróżnicowana – od osób zdrowych i funkcjonujących ponadprzeciętnie aż po osoby, u których występują różne zaburzenia psychiczne jak uzależnienia czy zaburzenia osobowości (Gąsior, 2010). Choć stwierdzono, że nie istnieje tzw. syndrom DDA, czyli zespół symptomów charakterystyczny dla tej grupy, osoby DDA wciąż pozostają w kręgu zainteresowań badaczy. W literaturze przedmiotu opisuje się, że dorastanie w rodzinie z problemem alkoholowym wiąże się z chronicznym stresem, ograniczoną dostępnością opieki i wsparcia ze strony dorosłych oraz większym prawdopodobieństwem przemocy, zaniedbania i parentyfikacji (Haugland i in., 2021). Badania wskazują na bardzo silny związek między problemami alkoholowymi rodziców a doświadczaniem środowiska rodzinnego jako dysfunkcyjnego, charakteryzującego się kłótniami, napięciami, konfliktami lub słabą komunikacją.

Różne trajektorie rozwoju dzieci z rodzin z problemem alkoholowym wyznacza obecność lub brak ochronnych czynników:

- biologicznych – genetyczna i biologiczna odporność na zaburzenia,
- indywidualnych – np. wysoka samoocena, poczucie skuteczności, wysoki intelekt, responsywność, spokojny temperament, duchowość, specjalne zainteresowania,
- rodzinnych – spójność rodziny, funkcjonalne style rodzicielskie, bliskie relacje przynajmniej z jednym z rodziców, dobra sytuacja materialna,
- środowiskowych/społecznościowych – bezpieczne i przyjazne sąsiedztwo, wsparcie pozarodzinne, dobry system edukacyjny, przynależność do prospołecznych grup i organizacji (Gąsior, 2012).

Destrukcyjna, jaką do rodziny pochodzenia wnosi uzależnienie rodzica (rodziców), wpływa u dzieci na nasilenie doświadczeń urazowych, czyniąc tę grupę badanych szczególnie narażoną na rozwój złożonego zespołu stresu pourazowego. Środowisko rodzinne dzieci z rodzin z problemem uzależnienia nie sprzyja kształtowaniu się pozytywnej samooceny ani bezpiecznych więzi z innymi ludźmi, ograniczając tym samym zasoby chroniące przed psychopatologią. W prezentowanych kieleckich badaniach nad konsekwencjami negatywnych doświadczeń dzieciństwa osoby dorosłe, które dorastały z jednym lub obojgiem uzależnionych rodziców, stanowią liczną grupę. Ogólnie przyjęty model badań zakłada związki między negatywnymi doświadczeniami dzieciństwa a problemami zdrowia psychicznego powiązanych z pierwotnymi następstwami traumy – stresem pourazowym prostym i złożonym. Samoocena i styl przywiązania stanowią mechanizmy pośredniczące w tych zależnościach.

Dla pewnej grupy osób dorastających z uzależnionym rodzicem (opiekunem) konsekwencje tego faktu w dorosłości manifestują się poważnymi problemami zdrowotnymi (Bellis i in., 2019) i psychicznymi – zaburzeniami osobowości, afektu, lękowymi, występowaniem PTSD (ang. *post-traumatic stress disorder*) oraz CPTSD (ang. *complex post-traumatic stress disorder, complex PTSD*), a także uzależnieniami (Glahn i in., 2007).

Zamieszkiwanie w dzieciństwie z członkiem rodziny, który miał problem z nadużywaniem alkoholu, narkotyków czy leków bez recepty, stanowi odrębną kategorię negatywnych doświadczeń dzieciństwa (ang. *adverse childhood experiences, ACE*). Jednocześnie jest czynnikiem

zwiększającym prawdopodobieństwo współwystępowania innych form krzywdzenia. Dzieci uzależnionych rodziców (opiekunów) częściej niż inne doświadczają przemocy emocjonalnej, przemocy fizycznej, zaniedbania fizycznego i emocjonalnego czy innych dysfunkcji domowych (Dube i in., 2001; Sobolewska-Mellibruda, 2011). Wyniki badań populacyjnych sugerują, że problem uzależnienia jednego lub obojga rodziców wiąże się ze zwiększonym nasileniem innych przeciwności w dzieciństwie i z późniejszymi trudnościami w dorosłości (Haugland i in., 2021).

Zofia Sobolewska-Mellibruda (2011) podaje, że istnieje kilka podstawowych grup doświadczeń będących udziałem znacznej części dorosłych dzieci alkoholików.

- Odrzucenie przez rodziców. Dziecko może być odrzucone nie tylko przez alkoholika, ale i przez osobę współuzależnioną (najczęściej matkę), dla której ważniejsza niż dziecko jest np. kontrola nad alkoholikiem. Poczucie odrzucenia przez rodziców może być tak silnie przeżywane w kategoriach cierpienia, że prowadzi do stłumienia i wyparcia uczuć, a nawet potrzeb. Powtarzające się odrzucające zachowania rodziców utrwalają wzory relacji, które nie zaspokajają podstawowych potrzeb rozwojowych dziecka – potrzeby miłości i bezpieczeństwa. Psychologicznymi konsekwencjami tych doświadczeń są destrukcyjne schematy w osobowości.
- Atmosfera zagrożenia i przemoc w rodzinie. Podstawową reakcją dziecka jest poczucie stałego zagrożenia nawet wtedy, gdy nic się pozornie nie dzieje. Prowadzi to do zgeneralizowania lęku. Atmosfera zagrożenia wynika także z obawy o osobę uzależnioną, jej życie i zdrowie.
- Nadużycia seksualne. Picie alkoholu, z powodu jego rozhamowującego działania na układ nerwowy, sprzyja sytuacjom takim jak molestowanie przez pijanych członków rodziny lub ich gości, dokonywanie przez pijanego rodzica czynności seksualnych na oczach dziecka, przekraczanie sfery intymności dziecka, wulgarnie odnoszenie się przez rodziców do spraw związanych z seksualnością dziecka, wyśmiewanie się z rozwoju seksualnego dziecka, opowiadanie dziecku o własnym życiu seksualnym, wymierzanie dziecku kary w sposób naruszający jego godność osobistą. Dodatkowe obciążenie stanowią często zasady

rodzinne traktujące takie doświadczenia jako głęboko wstydlive i zakazujące rozmowy o nich.

- Nieprzewidywalność zachowań rodziców oraz chwiejność zasad i systemu wartości. Pijany rodzic nie kontroluje swojego zachowania, natomiast rodzic współzależniony nie potrafi skutecznie zapanować nad sytuacją. Dziecko nie wie, czego się spodziewać po swoich rodzicach. Kłamstwa, zmiana zdania, niedotrzymywanie obietnic uniemożliwiają zaufanie rodzicom i szacunek do nich. Niejasność i chaos w systemie wartości ma zasadniczy wpływ na kształtowanie się poczucia sensu życia. Silna kontrola lub kompletny chaos to krańcowe postawy ujawniane w życiu dorosłym jako reakcja na doświadczenia zagrożenia i chaosu w dzieciństwie.

Konsekwencje długotrwałej ekspozycji na stres i urazy rozwojowe u osób DDA mogą manifestować się także w postaci objawów pourazowych. Aby opisać różnorodność problemów psychicznych osób doświadczających traumy wielokrotnie i na długiej przestrzeni czasu, jak w przypadku osób DDA, w 11. wersji ICD, która wkrótce zacznie obowiązywać w Polsce, pojawiło się rozpoznanie złożonego zespołu stresu pourazowego – CPTSD (Cloitre i in., 2013). Istotną cechą traumy złożonej jest jej kumulatywność. Współwystępowanie czterech lub więcej rodzajów ACE powoduje skokowy wzrost zagrożenia negatywnymi skutkami w życiu dorosłym (Haugland i in., 2021). Trauma skumulowana jest bardziej szkodliwa niż pojedynczy epizod urazowy (Kezelman i in., 2015). Związek ten jest niemal dwukrotnie silniejszy u kobiet niż u mężczyzn. Kobiety są też bardziej podatne na zaburzenia CPTSD niż mężczyźni (Perkonig i in., 2016). W zagrażającym środowisku rodzinnym zaburzona zostaje – obok umiejętności samoregulacji i efektywnych strategii radzenia sobie – zdolność do rozpoznawania sytuacji bezpiecznych i ryzykownych. Nastolatki z doświadczeniem traumy złożonej (w szczególności z doświadczeniami molestowania) mają negatywny obraz siebie, słabiej rozwinięte umiejętności społeczne, gorzej potrafią rozpoznać i nazwać to, co czują, nie mają umiejętności uzgadniania związków z innymi ludźmi. Przy tym ich sieć wsparcia społecznego jest słabiej rozwinięta niż u ich rówieśników, których środowisko dorastania było przyjazne (van der Kolk, 2018). Te czynniki czynią je bardziej podatnymi na powtórne doświadczanie przemocy. Badania Kornaszewskiej-Polak (2019) wykazały, że

związki romantyczne kobiet DDA są nacechowane przemocą i poczuciem osamotnienia oraz w małym stopniu satysfakcjonujące.

Wysoka samoocena jest jednym z istotnych czynników ochronnych przed rozwojem psychopatologii u osób narażonych na traumę dzieciństwa. Badania nad emocjonalnymi doświadczeniami osób DDA w dzieciństwie (Simonič i Osewska, 2023) wskazują na ich związek z samooceną. Silne uczucia strachu, wstydu, smutku i obrzydzenia wobec swoich rodziców, których doświadczały jako dzieci, skutkują niską samooceną i poczuciem niższości. Jeśli pozostaną nieprzetworzone, skutki rozciągają się na dorosłość. DDA zmagają się w konsekwencji z negatywnym obrazem siebie, trudnościami w relacjach międzyludzkich (problemy w związkach, brak zaufania, fobia społeczna, stres rodzicielski, skomplikowane relacje z rodzicami) oraz w codziennym funkcjonowaniu (radzenie sobie z własnym uzależnieniem, dysfunkcyjnymi wzorcami zachowań). Duże nasilenie ACE u osób DDA, rozciągnięte w czasie, utrwała negatywny obraz siebie, nieadaptacyjne strategie regulacji emocji i interpersonalne wzorce funkcjonowania, które ujawniają się także jako obniżone zasoby psychologiczne i gorszy dobrostan. Udokumentowano związki doświadczeń przemocy i dysfunkcji rodzinnej z późniejszym funkcjonowaniem osób DDA oraz z ich samooceną (Zakrzewska i Samochowiec, 2017).

Istotnym mechanizmem łączącym doświadczenia ACE z funkcjonowaniem w dorosłości mogą być wzorce przywiązania. Z perspektywy teorii przywiązania chronicznie niespójna, odrzucająca lub zagrażająca opieka sprzyja kształtowaniu strategii hiperaktywujących (związanych z lękiem przywiazaniowym) lub dezaktywujących (związanych z unikaniem przywiazaniowym). Pozabezpieczne przywiązanie może wpływać na sposób przeżywania i interpretowania relacji, utrudniać korzystanie ze wsparcia, a także wzmacniać tendencję do unikania bodźców kojarzących się z zagrożeniem. To z kolei nasila i utrwała objawy pourazowe. W badaniach nad DDA wykazywano wysoki odsetek pozabezpiecznych wzorców przywiązania (w tym konfiguracji lękowo-unikowej) oraz związki stylów przywiązania z jakością relacji romantycznych (Kornaszewska-Polak, 2019).

Bezpieczne przywiązanie wiąże się ze zmniejszonym nasileniem objawów pourazowych (Barazzone i in., 2019; Woodhouse, i in., 2015), pozabezpieczne przywiązanie sprzyja nasileniu objawów złożonego stresu pourazowego (Karatzias i in., 2017), przy czym wyższy poziom zaburzeń organizacji self i PTSD mają osoby z lękowym stylem przywiązania (Barazzone i in., 2019, Karatzias i in., 2022).

Celem niniejszego badania jest analiza sytuacji osób DDA z województwa świętokrzyskiego pod względem nasilenia ACE i ich potencjalnych konsekwencji – objawów PTSD i CPTSD, wymiarów przywiązania (lęk i unikanie) oraz samooceny (SES), różnych aspektów zdrowia psychicznego i fizycznego oraz zbadanie zależności korelacyjnych między tymi zmiennymi. Ważnym aspektem badania jest porównanie nasilenia zmiennych i korelacji między nimi względem grupy kontrolnej, którą stanowią osoby z rodzin pochodzenia wolnych od problemu uzależnień. Na podstawie dotychczasowych ustaleń postawiono poniższe hipotezy.

- H1 Osoby DDA charakteryzują się wyższym nasileniem ACE (ACE_sum) i objawów PTSD, zakłóceń w organizacji self (DSO), CPTSD oraz stylów więzi: unikowego (Ava) i lękowego (Ax) oraz niższą samooceną (SES) niż osoby z grupy kontrolnej. Kobiety DDA częściej niż mężczyźni doświadczają nadużyć seksualnych i mają większe nasilenie objawów CPTSD.
- H2 Istnieją związki liczby kategorii ACE_sum z nasileniem objawów PTSD, zakłóceń w organizacji self (DSO), CPTSD, przywiązaniem unikowym (Ava) i lękowym (Ax) (dodatnie) oraz z samooceną (SES) (ujemne) w grupie DDA i grupie kontrolnej. Związki ACE_sum z więzią lękową i samooceną są silniejsze w grupie osób DDA.
- H3 Osoby DDA doświadczają większych problemów w zakresie zdrowia fizycznego i psychicznego niż osoby z grupy kontrolnej. Kobiety i mężczyźni DDA mają różne konsekwencje zdrowotne.

Badana grupa

Grupę DDA stanowiło 289 badanych z województwa świętokrzyskiego, z których 59,8% stanowiły kobiety, a 40,2% mężczyźni. Średnia wieku wynosiła 39,17 lat ($SD = 15,75$), przy znacznym rozproszeniu wyników – od 19 do 82 lat. Pod względem wykształcenia dominowały osoby z wykształceniem średnim (46,7%) oraz wyższym (30,3%). Wykształcenie zasadnicze zawodowe posiadało 12,9% badanych, a podstawowe – 10,1%. Jeśli chodzi o zatrudnienie, największą grupę stanowili pracownicy fizyczni (26,6%), a kolejne pracownicy biurowi (17,1%) oraz osoby uczące się lub studiujące (18,5%). Pozostałe grupy zawodowe były reprezentowane w mniejszym odsetku. W zakresie sytuacji rodzinnej 35,9% osób

pozostawało w związku małżeńskim, 27,5% w konkubinacie, 22,6% określało się jako osoby samotne, natomiast 7,0% było po rozwodzie. Ponad połowa badanych (50,9%) deklarowała bycie w związku małżeńskim w przeszłości. Większość osób wychowywała się w rodzinach pełnych (76,3%), a z rodzin niepełnych lub zrekonstruowanych pochodziło łącznie 23,7% osób DDA. Grupę kontrolną stanowiły osoby z populacji ogólnej, u których nie występował deklarowany problem uzależnienia w rodzinie pochodzenia ($N = 658$).

Analiza wyników badań

Analizy statystyczne przeprowadzono z wykorzystaniem pakietu IBM SPSS Statistics. Przed przystąpieniem do analiz zweryfikowano rozkłady badanych zmiennych. Ze względu na niespełnienie założeń normalności rozkładu zastosowano metody nieparametryczne.

Do porównań międzygrupowych wykorzystano test U Manna-Whitney'a dla prób niezależnych. Analizy dotyczyły porównań pomiędzy grupami klinicznymi (osoby z grupy DDA) a grupą kontrolną, a także innych porównań dwugrupowych uwzględnionych w badaniu. Jako miarę znaczenia praktycznego uzyskanych wyników obliczano wielkość efektu r według wzoru $r = |Z| / \sqrt{N}$, gdzie Z oznacza wartość statystyki testowej, a N liczbę obserwacji uwzględnionych w danym porównaniu. Interpretację wielkości efektu oparto na kryteriach Cohena, zgodnie z którymi wartości około 0,10 uznawano za małe, około 0,30 za umiarkowane, a około 0,50 za duże.

W przypadku analiz zależności pomiędzy zmiennymi zastosowano współczynnik korelacji ρ Spearmana odpowiedni dla danych o rozkładach odbiegających od normalnych. Korelacje obliczono osobno w poszczególnych grupach badanych.

Dodatkowo przeprowadzono analizy porównawcze w celu sprawdzenia, czy siła korelacji pomiędzy tymi samymi parami zmiennych istotnie różni się pomiędzy grupami. W tym celu stosowano procedury porównywania współczynników korelacji obliczonych w niezależnych próbach z wykorzystaniem transformacji z Fishera.

Sprawdzono nasilenie występowania różnych kategorii negatywnych doświadczeń dzieciństwa (ACE_sum), zespołu stresu pourazowego (PTSD), zakłóceń w organizacji self (DSO), złożonego zespołu stresu

pourazowego (CPTSD), samooceny (SES) oraz stylów więzi: unikowego (Ava) i lękowego (Ax) w grupie osób DDA oraz zbadano różnice między badanymi DDA a badanymi z grupy kontrolnej (tabela 1).

Tabela 1. Porównanie osób DDA i grupy kontrolnej w zakresie ACE_sum, objawów potraumatycznych, samooceny i stylów więzi

Zmienna	DDA <i>M (SD)</i>	Gr. kontrolna <i>M (SD)</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
ACE_sum	6,56 (2,32)	2,92 (2,07)	19 153,50	-17,53	< 0,001	0,62
PTSD	9,41 (6,23)	5,94 (5,30)	48 679,50	-7,84	< 0,001	0,28
DSO	9,90 (6,08)	5,96 (4,62)	45 533,50	-9,07	< 0,001	0,32
CPTSD	19,28 (10,69)	11,90 (8,41)	43 410,50	-9,52	< 0,001	0,34
SES	27,51 (5,30)	30,14 (4,35)	94 015,00	6,88	< 0,001	0,24
Ava	21,12 (7,11)	18,51 (6,22)	57 306,00	-4,98	< 0,001	0,18
Ax	33,45 (11,28)	27,57 (9,76)	50 187,50	-7,14	< 0,001	0,25

Źródło: opracowanie własne.

Osoby DDA doświadczyły zdecydowanie więcej kategorii ACE niż osoby z grupy kontrolnej, przy bardzo dużej wielkości efektu. Uzależnienie rodzica (rodziców) zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia doświadczeń urazowych w dzieciństwie. Istotne różnice stwierdzono również w nasileniu objawów PTSD, zakłóceń organizacji self oraz CPTSD. Wielkości efektów w tym zakresie mieściły się w przedziale od umiarkowanych do dużych. Dorastanie w rodzinie z problemem uzależnienia wiąże się z ograniczonymi możliwościami radzenia sobie ze stresem potraumatycznym i nasileniem objawów psychopatologii pourazowej. Istotne i niekorzystne dla DDA różnice wystąpiły również w poziomie zmiennych, które w modelu badawczym przyjęto za pośredniczące w związku ACE z PTSD i CPTSD. W zakresie samooceny osoby DDA uzyskały istotnie niższe wyniki niż osoby z grupy kontrolnej. Analiza stylów więzi wykazała, że osoby DDA charakteryzowały się istotnie wyższym nasileniem więzi zarówno unikowej, jak i lękowej, przy czym siła efektów była mała do umiarkowanej.

Hipoteza pierwsza została w pełni potwierdzona. Osoby DDA istotnie różnią się od osób z grupy kontrolnej pod względem wszystkich analizowanych zmiennych.

Przeanalizowano różnice w nasileniu kategorii ACE, PTSD, DSO, CPTSD, SES oraz więzi lękowej (Ax) i unikowej (Ava) między kobietami i mężczyznami z grupy DDA (tabela 2).

Tabela 2. Porównanie kobiet i mężczyzn z grupy DDA w zakresie ACE_sum, objawów potraumatycznych, samooceny i stylów więzi

Zmienna	Kobiety <i>M (SD)</i>	Mężczyźni <i>M (SD)</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
ACE_sum	6,30 (2,43)	6,90 (2,11)	11 335,00	2,21	0,027	0,13
PTSD	9,70 (6,39)	9,02 (6,05)	9 164,50	-0,82	0,415	0,05
DSO	10,49 (6,22)	9,10 (5,82)	8 636,00	-1,75	0,081	0,10
CPTSD	20,12 (10,84)	18,12 (10,47)	8 764,50	-1,40	0,161	0,08
SES	27,46 (5,43)	27,60 (5,18)	9 838,00	0,09	0,926	0,01
Ava	21,32 (7,24)	20,76 (6,89)	10 804,50	1,70	0,090	0,10
Ax	33,61 (12,03)	33,00 (10,00)	9 603,50	0,04	0,967	< 0,01

Źródło: opracowanie własne.

Analiza wykazała istotną statystycznie różnicę między kobietami i mężczyznami z grupy DDA wyłącznie w zakresie nasilenia negatywnych doświadczeń dzieciństwa. Mężczyźni uzyskali istotnie wyższe wyniki ACE niż kobiety ($U = 11\ 335,00$, $Z = 2,21$, $p = 0,027$, $r = 0,13$) przy małej wielkości efektu.

Nie stwierdzono natomiast istotnych różnic międzypłciowych w zakresie objawów zespołu stresu pourazowego, zakłóceń organizacji self, złożonego zespołu stresu pourazowego ani samooceny. Różnice w nasileniu stylów więzi również nie osiągnęły istotności statystycznej dla stylu zarówno unikowego, jak i lękowego. Dorastanie w rodzinie z problemem alkoholowym wiąże się z zaburzeniami więzi, niższą samooceną i poważnymi konsekwencjami dla zdrowia psychicznego w postaci psychopatologii pourazowej jednakowo dla kobiet, jak i dla mężczyzn.

Sprawdzono rozkłady współwystępowania ACE w grupie DDA wg 13 kategorii ACE-IQ – rodzina i środowisko lokalne (tabela 3).

Tabela 3. Rozkłady współwystępowania ACE w grupie DDA wg 13 kategorii ACE-IQ

Liczba ACE	Częstość	Proc.	Proc. skumulowany
0	0	0	0
1	1	0,3	0,3
2	7	2,4	2,7
3	13	4,5	7,2
4	32	11,1	18,3
5	30	10,4	28,7
6	38	13,1	41,8
7	53	18,3	60,1
8	47	16,3	76,4
9	27	9,3	85,7
10	27	9,4	95,1
11	12	4,2	99,1
12	2	0,7	100
13	0	0	100
Ogółem	289		

Źródło: opracowanie własne.

W grupie DDA 90% badanych doświadczyło czterech i więcej kategorii negatywnych doświadczeń dzieciństwa. Ponad 70% osób DDA cierpiało kilka lub wiele razy z powodu sześciu i więcej kategorii ACE.

Ponadto przeanalizowano różnice międzypłciowe w zakresie częstości występowania poszczególnych kategorii ACE (tabela 4).

Tabela 4. Częstość występowania doświadczeń ACE w grupie osób DDA w zależności od płci (procenty obliczono w obrębie płci)

Doświadczenie ACE	Kobiety (N= 171) liczba (proc.)	Mężczyźni (N= 115) liczba (proc.)
Przemoc fizyczna	108 (63,2%)	82 (71,3%)
Przemoc emocjonalna	133 (77,8%)	102 (88,7%)
Nadużycie seksualne	40 (23,4%)	10 (8,7%)

Nadużywanie alkoholu lub narkotyków	171 (100,0%)	115 (100,0%)
Inkarcercja domownika	29 (17,0%)	27 (23,5%)
Przewlekła depresja, choroba psychiczna	52 (30,4%)	23 (20,0%)
Bycie świadkiem przemocy w rodzinie	158 (92,4%)	109 (94,8%)
Separacja, rozwód lub śmierć rodzica	52 (30,4%)	37 (32,2%)
Zaniedbanie emocjonalne	18 (10,5%)	11 (9,6%)
Zaniedbanie fizyczne	98 (57,3%)	84 (73,0%)
Mobbing w szkole	72 (42,1%)	54 (47,0%)
Bycie świadkiem przemocy w środowisku	118 (69,0%)	99 (86,1%)
Narażenie na przemoc zbiorową	28 (16,4%)	41 (35,7%)

Źródło: opracowanie własne.

Sprawdzono istotność statystyczną różnic międzypłciowych (tabela 5).

Tabela 5. Różnice międzypłciowe w częstości ACE w grupie DDA.

Test χ^2 (2×2) i V Craméra

Doświadczenie ACE	χ^2	p	V Craméra
Przemoc fizyczna	1,90	0,168	0,08
Przemoc emocjonalna	5,52	0,019	0,14
Nadużycie seksualne	9,47	0,002	0,18
Nadużywanie alkoholu lub narkotyków przez domownika	–	–	0,00
Inkarcercja domownika	1,92	0,166	0,08
Przewlekła depresja, choroba psychiczna	3,33	0,068	0,11
Bycie świadkiem przemocy w rodzinie	0,72	0,397	0,05
Separacja, rozwód lub śmierć rodzica	0,09	0,760	0,02
Zaniedbanie emocjonalne	0,05	0,820	0,01
Zaniedbanie fizyczne	6,55	0,010	0,15
Mobbing w szkole	0,63	0,427	0,05
Bycie świadkiem przemocy w środowisku	9,92	0,002	0,19
Narażenie na przemoc zbiorową	11,89	< 0,001	0,20

Źródło: opracowanie własne.

Mężczyźni z grupy DDA istotnie częściej niż kobiety deklarowali doświadczenie przemocy emocjonalnej ($\chi^2 = 5,52$; $p = 0,019$), zaniedbania fizycznego ($\chi^2 = 6,55$; $p = 0,010$), bycia świadkiem przemocy w środowisku ($\chi^2 = 9,92$; $p = 0,002$) oraz narażenia na przemoc zbiorową ($\chi^2 = 11,89$; $p < 0,001$). Siła tych zależności była mała, lecz konsekwentna (V w przedziale 0,15–0,20), co sugeruje systematyczny, choć umiarkowany charakter różnic.

Z kolei kobiety z grupy DDA istotnie częściej zgłaszały doświadczenie nadużyć seksualnych w dzieciństwie ($\chi^2 = 9,47$; $p = 0,002$). Różnica ta charakteryzowała się jedną z najwyższych wartości siły efektu w analizie ($V = 0,18$).

Dla pozostałych kategorii ACE, takich jak przemoc fizyczna, inkarceracja domownika, przewlekła depresja, choroba psychiczna lub samobójstwo w rodzinie, bycie świadkiem przemocy w rodzinie, separacja, rozwód lub śmierć rodzica, zaniedbanie emocjonalne oraz mobbing w szkole, nie stwierdzono istotnych różnic międzypłciowych ($p > 0,05$).

Hipoteza druga została w przeważającej części niepotwierdzona. Różnice międzypłciowe w grupie DDA dotyczą wyłącznie nasilenia negatywnych doświadczeń dzieciństwa, przy czym efekt ten ma niewielką siłę. W pozostałych analizowanych obszarach funkcjonowania psychicznego kobiety i mężczyźni DDA nie różnią się istotnie. Jeśli chodzi o kategorie ACE, różnice międzypłciowe dotyczą tylko doświadczenia przemocy emocjonalnej, zaniedbania fizycznego, bycia świadkiem przemocy w środowisku, narażenia na przemoc zbiorową (częściej mężczyźni) oraz nadużyć seksualnych (częściej kobiety).

Zbadano wzajemne związki między ACE_sum, PTSD, CPTSD, DSO, SES w grupie DDA i w grupie kontrolnej i porównano je ze sobą (tabela 6).

Tabela 6. Korelacje rang Spearmana (ρ) w grupie DDA i grupie kontrolnej oraz porównanie siły korelacji między grupami

Zmienna 1	Zmienna 2	ρ DDA	ρ kontrolna	Z ($r-z$)	p	q Cohena
ACE_Sum	PTSD	0,23**	0,18**	0,96	0,337	0,05
ACE_Sum	DSO	0,23**	0,27**	-0,73	0,466	0,04
ACE_Sum	CPTSD	0,27**	0,26**	0,18	0,859	0,01
ACE_Sum	SES	-0,33**	-0,16**	-3,12	0,002	0,18

ACE_Sum	Ava	0,14*	0,13**	0,16	0,874	0,01
ACE_Sum	Ax	0,32**	0,25**	1,42	0,156	0,08
PTSD	DSO	0,50**	0,46**	0,73	0,465	0,04
PTSD	CPTSD	0,87**	0,87**	-0,08	0,936	0,00
PTSD	SES	-0,33**	-0,26**	-1,38	0,168	0,07
PTSD	Ava	0,23**	0,25**	-0,41	0,681	0,02
PTSD	Ax	0,40**	0,30**	2,01	0,044	0,12
DSO	CPTSD	0,86**	0,82**	1,88	0,060	0,11
DSO	SES	-0,68**	-0,51**	-3,87	< 0,001	0,23
DSO	Ava	0,43**	0,31**	2,43	0,015	0,14
DSO	Ax	0,60**	0,39**	4,45	< 0,001	0,26
CPTSD	SES	-0,57**	-0,44**	-2,85	0,004	0,17
CPTSD	Ava	0,38**	0,33**	1,07	0,286	0,06
CPTSD	Ax	0,57**	0,40**	3,76	< 0,001	0,22
SES	Ava	-0,36**	-0,29**	-1,47	0,142	0,07
SES	Ax	-0,55**	-0,43**	-2,70	0,007	0,16
Ava	Ax	0,53**	0,60**	-1,56	0,119	0,08

** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Źródło: opracowanie własne.

W obu grupach stwierdzono istotne dodatnie korelacje pomiędzy sumą negatywnych doświadczeń z dzieciństwa (ACE_Sum) a nasileniem objawów PTSD, DSO, CPTSD oraz pozabezpiecznymi stylami przywiązania – lękowym (Ax) oraz unikowym (Ava), a także istotne ujemne korelacje ACE_Sum z poziomem samooceny (SES), co jest zgodne z przyjętą hipotezą.

Różnica między grupami w sile związku ACE_Sum z SES była istotna statystycznie i silniejsza w grupie DDA ($\rho = -0,33$) niż w grupie kontrolnej ($\rho = -0,16$) przy umiarkowanej sile efektu, co wskazuje na złożony charakter zależności w tej grupie. Grupę DDA wyróżnia silniejszy ($\rho = -0,55$) niż w grupie kontrolnej ($\rho = -0,43$) związek samooceny z przywiązaniem lękowym. Stwierdzono także, że związki samooceny z objawami traumy złożonej były istotnie silniejsze w grupie DDA niż w grupie kontrolnej. Dotyczyło to korelacji SES z DSO ($\rho = -0,68$ vs $\rho = -0,51$) oraz z CPTSD ($\rho = -0,57$ vs $\rho = -0,44$). Różnica w sile korelacji SES z PTSD nie osiągnęła istotności statystycznej.

Istotne różnice między grupami dotyczyły również związków objawów potraumatycznych ze stylami przywiązania. Korelacja między PTSD a stylem przywiązania lękowym (Ax) była silniejsza w grupie DDA ($\rho = 0,40$) niż w grupie kontrolnej ($\rho = 0,30$). Związki DSO z Ax ($\rho = 0,60$ vs $\rho = 0,39$) oraz CPTSD z Ax ($\rho = 0,57$ vs $\rho = 0,40$) były także silniejsze w grupie DDA.

Ponadto stwierdzono istotną różnicę między grupami w sile korelacji pomiędzy DSO a stylem przywiązania unikowym (Ava), która była silniejsza w grupie DDA ($\rho = 0,43$) niż w grupie kontrolnej ($\rho = 0,31$). Pozostałe porównania korelacji, w tym korelacja pomiędzy stylem przywiązania unikowym a samooceną, nie wykazały istotnych różnic między grupami.

Podsumowując, doświadczanie większej liczby kategorii ACE ma dodatni związek z CPTSD, PTSD i więzią lękową i unikową oraz ujemny z samooceną. Grupę DDA charakteryzują silniejsze niż w grupie kontrolnej zależności między ACE a samooceną, samooceną a lękowym stylem więzi, zaburzeniami organizacji self oraz CPTSD, lękowym stylem więzi a objawami PTSD, DSO i CPTSD. Dorastanie w rodzinie z problemem uzależnienia ma znaczenie dla funkcjonowania psychicznego, a kierunek zależności między zmiennymi nie jest jednoznaczny i wykracza poza zakres niniejszego opracowania.

Przeanalizowano częstość występowania problemów zdrowia fizycznego i psychicznego w grupie DDA oraz w grupie kontrolnej (tabela 7).

Tabela 7. Częstość występowania problemów zdrowotnych oraz porównanie grup DDA vs kontrolna – χ^2 i *V Craméra*

Problem zdrowotny	DDA liczba (proc.)	Kontrolna liczba (proc.)	χ^2	<i>p</i>	<i>V Craméra</i>
Choroby serca i układu krążenia	73 (27,1%)	168 (27,3%)	0,01	0,921	0,00
Choroby nowotworowe	10 (3,8%)	36 (5,9%)	1,62	0,203	0,05
Zaburzenia alergiczne	81 (30,3%)	180 (29,7%)	0,03	0,869	0,01
Urazy i złamania	83 (31,1%)	195 (31,8%)	0,04	0,848	0,01
Choroby i urazy głowy	38 (14,4%)	56 (9,3%)	5,06	0,024	0,09
Uzależnienia	67 (25,2%)	59 (9,8%)	35,74	<0,001	0,21
Choroby wzroku i słuchu	88 (32,7%)	222 (36,3%)	1,02	0,313	0,04
Zaburzenia nerwicowe i depresyjne	86 (32,2%)	110 (18,2%)	19,41	<0,001	0,16
Zaburzenia psychiczne	32 (12,1%)	28 (4,7%)	13,77	<0,001	0,14
Choroby układu trawienia	36 (25,0%)	57 (16,2%)	7,63	0,006	0,11

Źródło: opracowanie własne.

Analiza porównawcza wykazała, że grupa DDA istotnie różni się od grupy kontrolnej w zakresie kilku problemów zdrowotnych, przede wszystkim dotyczących zdrowia psychicznego i uzależnień. Uzależnienia występowały istotnie częściej w grupie DDA (25,2%) niż w grupie kontrolnej (9,8%). Również zaburzenia nerwicowe i depresyjne były częstsze w grupie DDA (32,2%) niż w grupie kontrolnej (18,2%), podobnie jak zaburzenia psychiczne (12,1% vs 4,7%).

Istotne różnice stwierdzono także w przypadku chorób i urazów głowy, które częściej występowały w grupie DDA (14,4%) niż w grupie kontrolnej (9,3%), oraz chorób układu trawienia (25,0% vs 16,2%). W obu przypadkach siła efektu była niewielka.

Nie stwierdzono natomiast istotnych różnic między grupami w zakresie chorób serca i układu krążenia (27,1% vs 27,3%), chorób nowotworowych (3,8% vs 5,9%), zaburzeń alergicznych (30,3% vs 29,7%), urazów i złamań (31,1% vs 31,8%) oraz chorób wzroku i słuchu (32,7% vs 36,3%).

Uzyskane wyniki potwierdzają postawioną hipotezę. W połowie badanych kategorii zdrowia psychicznego i fizycznego osoby z rodzin z problemem uzależnienia wskazywały na częstsze występowanie objawów niż osoby z grupy kontrolnej.

Przeanalizowano częstość występowania problemów zdrowia fizycznego i psychicznego wśród kobiet i mężczyzn DDA oraz porównano je ze sobą celem wyłonienia istotnych statystycznie różnic międzypłciowych (tabela 8).

Tabela 8. Częstość występowania problemów zdrowotnych w zależności od płci w grupie DDA oraz porównanie grup kobiet i mężczyzn (χ^2 i V Craméra)

Problem zdrowotny	Kobiety liczba (proc.)	Mężczyźni liczba (proc.)	χ^2	p	V Craméra
Choroby serca i układu krążenia	148 (28,8%)	94 (24,8%)	1,61	0,205	0,04
Choroby nowotworowe	33 (6,5%)	16 (4,2%)	1,79	0,181	0,05
Zaburzenia alergiczne	177 (35,0%)	86 (22,9%)	14,36	<0,001	0,13
Urazy i złamania	144 (28,5%)	136 (35,6%)	4,82	0,028	0,07
Choroby i urazy głowy	45 (9,0%)	47 (12,6%)	2,57	0,109	0,05
Uzależnienia	45 (9,0%)	84 (22,3%)	29,63	<0,001	0,18
Choroby wzroku, słuchu	183 (36,1%)	128 (33,8%)	0,42	0,519	0,02

Zaburzenia nerwicowe i depresyjne	134 (26,5%)	65 (17,4%)	9,67	0,002	0,10
Zaburzenia psychiczne	39 (7,8%)	22 (5,9%)	0,93	0,335	0,03
Choroby układu trawienia	53 (18,0%)	36 (18,1%)	0,00	1,000	0,00

Źródło: opracowanie własne.

Istotne różnice międzypłciowe dotyczyły częstszego występowania zaburzeń alergicznych oraz zaburzeń nerwicowych i depresyjnych u kobiet DDA, a także częstszego występowania urazów i złamań oraz uzależnień u mężczyzn DDA. Choć siła tych efektów była mała, charakter różnic jest zgodny z kierunkami badań i wskazuje na tendencję do uwewnętrzniania problemów przez kobiety oraz eksternalizacji przez mężczyzn.

Dyskusja i wnioski

Uzależnienie, obok wielu skutków zdrowotnych, społecznych i psychicznych dla osób używających substancji, wiąże się także z szeregiem negatywnych konsekwencji dla ich bliskich. Celem badania była analiza sytuacji osób dorastających w rodzinach z problemem uzależnienia pod kątem występowania innych negatywnych doświadczeń dzieciństwa, nasilenia objawów stresu potraumatycznego, zaburzeń organizacji self, poziomu samooceny i pozabezpiecznych więzi, a także problemów zdrowotnych. Wykazano, że osoby DDA istotnie różnią się poziomem analizowanych zmiennych od osób, które dorastały w rodzinach wolnych od uzależnień. Największe różnice dotyczą kumulacji ACE – średnia liczba kategorii ACE u DDA wynosi 6,5 (poniżej 3 w grupie kontrolnej), 90% badanych doświadczyło 4 i więcej rodzajów zdarzeń urazowych, a ponad 70% cierpiało w dzieciństwie z powodu 6 i więcej kategorii negatywnych przeżyć. Kumulacja ACE u kobiet była nieznacznie (ale istotnie) niższa niż u mężczyzn. Jednak nie przekładało się na występowanie różnic w nasileniu pozostałych badanych zmiennych. W grupie DDA nasilenie zaburzeń organizacji self i objawów złożonego stresu pourazowego, także PTSD, więzi pozabezpiecznych, szczególnie przywiązania lękowego, było istotnie wyższe niż w grupie kontrolnej. Osoby DDA miały także niższą samoocenę.

Najbardziej powszechnym doświadczeniem w życiu osób, których co najmniej jeden rodzic (opiekun) był uzależniony, jest przemoc domowa.

Ponad 90% badanych DDA było świadkami przemocy w rodzinie, 66% doświadczyło przemocy fizycznej – bez istotnych różnic dla płci. Przemoc emocjonalna dotknęła prawie 80% kobiet i 90% mężczyzn (różnice między płciami istotne statystycznie). Dorastające w rodzinach z problemem alkoholowym kobiety (23%) częściej niż mężczyźni (9%) doświadczały nadużyć seksualnych. Mężczyźni zaś znacznie częściej (73%) niż kobiety (57%) byli zaniedbywani fizycznie. Jedna trzecia badanych – bez różnic względem płci – przeżyła rozwód, separację lub śmierć rodzica, jedna czwarta przewlekłą depresję, chorobę psychiczną czy samobójstwo w rodzinie, jedna piąta osadzenie rodzica w zakładzie karnym. Około 10% badanych ujawniło zaniechanie emocjonalne w dzieciństwie. Różnice między płciami dotyczyły także doświadczeń związanych ze środowiskiem pozarodzinnym – prawie połowa badanych kobiet i mężczyzn DDA padła ofiarą przemocy szkolnej, jednak mężczyźni częściej widzieli przemoc w środowisku (86% i odpowiednio 69% kobiet) i narażeni byli na przemoc zbiorową (36% i odpowiednio 16%).

Nadużywanie alkoholu, ze względu na jego wpływ neurofizjologiczny i psychospołeczny, wiąże się z występowaniem przemocy domowej i jest to potwierdzone w badaniach, a także znajduje odzwierciedlenie w statystykach policyjnych (Szcukiewicz, 2019). Problem alkoholowy w rodzinie jest czynnikiem ryzyka wystąpienia pozostałych kategorii ACE, nakręca spiralę negatywnych zdarzeń. Dysfunkcja systemu rodzinnego obejmuje zaburzone relacje, brak reguł i prawidłowo postawionych granic. Doświadczenie długotrwałego lub powtarzającego się krzywdzenia ze strony osób najbliższych, które powinny zapewnić troskę, opiekę i bezpieczeństwo, skutkuje zaburzeniami obejmującymi trudności z regulacją emocji, relacjami, samooceną i poczuciem tożsamości, wykraczającymi poza typowe objawy PTSD. Wyniki badań potwierdziły uniwersalny związek między kumulacją ACE oraz PTSD, DOS, CPTSD, SES, więzią lękową i unikową. Wśród osób, które dorastały w rodzinie z problemem alkoholowym, negatywny związek między liczbą kategorii negatywnych doświadczeń dzieciństwa a samooceną jest jednak istotnie wyższy niż w grupie osób dorastających w sprzyjających warunkach.

Samoocena jest poznawczą oceną całościowej wiedzy na swój temat. Choć proces tworzenia samooceny rozpoczyna się około 11. roku życia i jest dynamiczny przez jego resztę, podstawą kształtowania samooceny jest postawa rodziców wobec dziecka i jego problemów (Zbonikowski, 2011). Samoocena wiąże się z poczuciem sprawczości i wartości i ma

zasadnicze znaczenie dla radzenia sobie z przeciwnościami losu. Uzależniony rodzic krzywdzi i zaniedbuje. Mechanizmy współzależnienia, które rozwijają się u drugiego rodzica na skutek adaptacji do sytuacji nadużywania alkoholu przez partnera, wiążą się z brakiem konsekwencji rodzicielskich i emocjonalnym wklęaniem dziecka. Dzieci w trwale niestabilnych warunkach rodzinnych, gdzie trudno o przewidywalność i typowe jest ciągle napięcie emocjonalne, odczuwają lęk, bezradność, wstyd, złość i poczucie winy. Sposobem na adaptację do dysfunkcyjnego systemu jest, często nieświadome, wejście w rolę i/lub przejęcie opieki nad rodzicami (Szcukiewicz, 2016). Destrukcja, którą do środowiska rodzinnego wnosi uzależniony, uniemożliwia dzieciom kształtowanie prawidłowego obrazu własnej osoby. Doświadczenie przewlekłej traumy relacyjnej we wczesnych etapach rozwoju trwale zakłóca świadomość i rozumienie własnych emocji (Ehring i Quack, 2010), czyniąc obraz siebie niestabilnym i przekłamanym na długo, a niekiedy na zawsze. Zamęt tożsamościowy dziecka pogłębiony jest przez internalizację negatywnych komunikatów na swój temat lub dysonans pomiędzy poczuciem bycia ważnym a potrzebnym w rodzinie. Sprzyja to kształtowaniu niskiej samooceny bądź w ogóle trudnościom w jej ukształtowaniu. Badania kieleckie, podobnie jak badania Zakrzewskiej i Samochowiec (2017), pokazały, że samoocena kobiet i mężczyzn DDA jest jednakowo niska. Jednocześnie badania wykazały, że związek samooceny z objawami złożonego zespołu stresu pourazowego, a szczególnie zaburzeniami organizacji self, a także z więzią lękową, jest silniejszy wśród dorosłych dzieci alkoholików.

Szczególną siłą tych powiązań, wyróżniającą grupę DDA, można tłumaczyć na podstawie wywodzącej się z teorii przywiązania koncepcji mentalizacji (Fonagy i Target, 1997). Mentalizacja oznacza aktywność wyobrazeniową umysłu, która umożliwia spostrzeżenie, uświadomienie sobie i interpretowanie zachowań swoich i innych ludzi w kategoriach intencjonalnych stanów umysłu – m.in. potrzeb, pragnień, uczuć, przekonań (Bateman i in., 2023). Procesy mentalizacji są fundamentem samoświadomości i integracji doświadczeń i w tym sensie warunkują adekwatną samoocenę. Umiejętność mentalizowania kształtuje się w pierwszych latach życia przede wszystkim poprzez odzwierciedlanie subiektywnego doświadczenia dziecka przez znaczącego opiekuna i ma związek ze stylem przywiązania. Dzięki prawidłowo mentalizującemu dorosłemu dziecko poznaje strategię wyrażania emocji, uczy się wiązać stany psychiczne z zachowaniami, w efekcie uczy się samoregulacji

(Papińska, 2021). Kluczowym elementem mentalizacji jest zdolność werbalizowania własnych uczuć i intencji wobec innych (Ensink i in., 2017). Odziaływania środowiskowe, bardziej niż geny, wpływają na rozwój umiejętności bądź deficyty mentalizowania. Osłabiona mentalizacja rodzicielska skutkuje mniejszą zdolnością mentalizowania u dziecka, zaburza jego prawidłowy rozwój emocjonalno-poznawczo-społeczny i już od najmłodszych lat zwiększa liczbę problemów eksternalizacyjnych i internalizacyjnych (Dollberg i in., 2020). Zaburzona zdolność do mentalizacji zwiększa lęk przed bliskością i obniża samoocenę (Riazi i Manouchehri, 2024). Deficyt mentalizacji jest podstawą rozwoju CPTSD (Bateman i in., 2023).

Dzieci alkoholików są w szczególnie trudnej sytuacji. Dysocjacja i aleksytymia, które są pierwotnymi reakcjami pourazowymi na traumy dzieciństwa, zaburzają procesy mentalizacji. Rodzice będący w psychologicznych mechanizmach uzależnienia – nałogowego regulowania emocji, rozproszenia „Ja” oraz iluzji i zaprzeczeń – skoncentrowani na uzależnieniu stanowią negatywne wzorce i jednocześnie nie mają możliwości rozwijania umiejętności mentalizowania u dzieci. W tym kontekście zatrwajające wydają się, znane z praktyki klinicznej, powszechne usprawiedliwienia samych uzależnionych, ale także ich partnerów/partnerek – „dzieci są małe i nie rozumieją” czy „dzieci nigdy nie widziały ojca pijanego” itd. Dramatyczne dla dzieci konsekwencje uzależnienia w rodzinie zdają się lekceważyć nie tylko uzależnieni (co zresztą wynika bezpośrednio z objawów choroby), ale także ich partnerki/partnerzy, którzy często są niedostępni emocjonalnie, niekonsekwentni, nadmiernie wymagający bądź nadmiernie chroniący wobec swoich dzieci. Niezwykle ważnym czynnikiem chroniącym dla dzieci z rodzin alkoholowych staje się więc obecność właściwie mentalizującego dorosłego – np. babci, dziadka, nauczyciela. Ciekawe światło na tę sprawę rzucają badania Zakrzewskiej i Samochowiec (2017). Wynika z nich, że samoocena i satysfakcja z życia u dorosłych dzieci alkoholików nie mają związku z postawami rodzicielskimi uzależnionego ojca, ale matki. Szczególne znaczenie ma sposób odnoszenia się matki do dziecka w wymiarze akceptacji-odrzućcia.

Wtórne konsekwencje dzieciństwa w rodzinie z problemem alkoholowym sięgają dorosłego życia. Nasze badanie pokazało, że osoby DDA częściej niż inni uzależniają się, cierpią na zaburzenia nerwicowe i depresyjne oraz inne zaburzenia psychiczne, częściej doznają chorób i urazów głowy, częściej mają dolegliwości układu trawiennego. Jest to zgodne

z doniesieniami innych badaczy (Glahn i in., 2007; Hughes i in., 2017; Petruccelli i in., 2019). U kobiet DDA stwierdzono częstsze występowanie zaburzeń depresyjnych i nerwicowych oraz alergii, podczas gdy u mężczyzn DDA częstsze były uzależnienia, urazy i złamania. Przewagę problemów internalizacyjnych u kobiet i eksternalizacyjnych u mężczyzn w następstwie przewlekłej traumy na wczesnym etapie życia potwierdzają liczne badania empiryczne (Hoffmann i Su, 1998; Mathew i in., 1993; Schilling i in., 2007; Zhu i in., 2025). Ryzyko uzależnienia u kobiet najbardziej związane jest z doświadczeniem przemocy seksualnej (Dragan, 2016). Urazy i złamania mogą być tłumaczone jako konsekwencja podejmowania ryzykownych zachowań. Również choroby układu trawienego są często konsekwencją przewlekłego stresu i wtórnie – używania substancji i leków.

Przeprowadzone badania wykazały wyraźny związek ACE z problemami zdrowia psychicznego i fizycznego u osób dorastających w rodzinach z problemem alkoholowym. Ograniczeniem badań jest z pewnością ich samoopisowy i przekrojowy charakter. W analizach nie uwzględniono trajektorii rozwoju uzależnienia w rodzinie – moment pojawienia się uzależnienia czy podjęcie leczenia przez rodzica lub oboje rodziców może znacznie różnicować sytuację dzieci. Należy także podkreślić rolę pandemii COVID-19 w momencie zbierania danych – sama w sobie była bodźcem traumatyzującym, dostęp do wsparcia społecznego był utrudniony, objawy patologiczne nasilały się. Mimo ograniczeń uzyskane wyniki mają duże implikacje praktyczne dla profilaktyki zdrowotnej oraz interwencji medycznych i terapeutycznych. Wydaje się, że u osób z historią uzależnienia w rodzinie pochodzenia doświadczających różnych problemów zdrowotnych, obok leczenia objawowego niezwykle istotna będzie odpowiednia terapia zblizniająca rany dzieciństwa. Wyniki tego badania mogą stanowić podstawę do opracowywania lokalnych i ponadlokalnych programów edukacyjnych i terapeutycznych dedykowanych DDA. Uwydatniają także konieczność wielokontekstowych oddziaływań w wymiarze osobistym, społecznym, instytucjonalnym na rzecz rodzin z problemem uzależnienia, a szczególnie dzieci z tych rodzin. Potrzebujemy szkolić specjalistów w środowiskach szkolnych, aby mogli jak najwcześniej wzmacniać i rozwijać u dzieci umiejętności mentalizacji. Terapia i wsparcie osób współuzależnionych będą w znacznym stopniu zwiększać szansę na prawidłowe funkcjonowanie psychospołeczne i zdrowie dzieci, także w ich dorosłości. Skala rozpowszechnienia ACE

wśród DDA w województwie świętokrzyskim skłania do zweryfikowania indywidualnych i systemowych strategii pomocy w tym obszarze.

Wnioski z badania mogą także być cenne dla projektowania przyszłych badań. Warto byłoby użyć metod jakościowych, które pozwolą lepiej eksplorować złożoną sytuację DDA, ich zdolności mentalizacji. Warty uwagi badaczy wydaje się także wpływ ewentualnej terapii rodziców uzależnionych i współuzależnionych na kształtowanie się samooceny u ich dzieci. Ciekawe byłyby również badania podłużne, szczególnie dotyczące wpływu różnych modalności terapeutycznych (w tym terapii opartej na mentalizacji) na poprawę funkcjonowania osób, których dzieciństwo obciążone było uzależnieniem w rodzinie.

Bibliografia

- Barazzone, N., Santos, I., McGowan, J., Donaghay-Spire, E. (2019). The links between adult attachment and post-traumatic stress: A systematic review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 92(1), 131–147. <https://doi.org/10.1111/papt.12181>
- Bateman, A., Rüfenacht, E., Perroud, N., Debbané, M., Nolte, T., Shaverin, L., Fonagy, P. (2023). Childhood maltreatment, dissociation and borderline personality disorder: Preliminary data on the mediational role of mentalizing in complex post-traumatic stress disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 97(suplement 1), 58–74. <https://doi.org/10.1111/papt.12514>
- Bellis, M. A., Hughes, K., Ford, K., Ramos Rodriguez, G., Sethi, D., Passmore, J. (2019). Life course health consequences and associated annual costs of adverse childhood experiences across Europe and North America: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, 4(10), 517–528. [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30145-8](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30145-8)
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Brewin, Ch. R., Bryant, R. A., Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 4(1). <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.20706>
- Dollberg, D. G., Hanetz Gamliel, K., Levy, S. (2020). Mediating and moderating links between coparenting, parental mentalization, parents' anxiety, and children's behavior problems. *Journal of Family Psychology*, 35(3), 324–334. <https://doi.org/10.1037/fam0000728>

- Dragan, M. (2016). *Problemowe picie alkoholu przez młode kobiety. Rola niekorzystnych doświadczeń i samoregulacji emocji*. Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Croft, J. B., Edwards, V. J., Giles, W. H. (2001). Growing up with parental alcohol abuse: Exposure to childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse & Neglect*, 25(12), 1627–40. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(01\)00293-9](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(01)00293-9)
- Ehring, T., Quack, D. (2010). Emotion regulation difficulties in trauma survivors: The role of trauma type and PTSD symptom severity. *Behavior Therapy*, 41(4), 587–598. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.04.004>
- Ensink, K., Bégin, M., Normandin, L., Godbout, N., Fonagy, P. (2017). Mentalization and dissociation in the context of trauma: Implications for child psychopathology. *Journal of Trauma & Dissociation*, 18(1), 11–30. <https://doi.org/10.1080/15299732.2016.1172536>
- Fonagy, P., Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology* 9(4), 679–700. <https://doi.org/10.1017/s0954579497001399>
- Gąsior, K. (2010). Dorośli, dzieci alkoholików: kim są i czy potrzebują terapii? *Świat Problemów*, 6, 5–8.
- Gąsior, K. (2012). *Funkcjonowanie noo-psychospołeczne i problemy psychiczne dorosłych dzieci alkoholików*. Difin.
- Glahn, D. C., Lovallo, W. R., Fox, P. T. (2007). Reduced amygdala activation in young adults at high risk of alcoholism: Studies from the Oklahoma Family Health Patterns Project. *Biological Psychiatry*, 61(11), 1306–1309. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.09.041>
- Haugland, S. H., Carvalho, B., Stea, T. H., Strandheim, A., Vederhus, J. K. (2021). Associations between parental alcohol problems in childhood and adversities during childhood and later adulthood: A cross-sectional study of 28047 adults from the general population. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 16, artykuł 47. <https://doi.org/10.1186/s13011-021-00384-9>
- Hoffmann, J. P., Su, S. S. (1998). Stressful life events and adolescent substance use and depression: Conditional and gender differentiated effects. *Substance Use & Misuse*, 33(11), 2219–2262. <https://doi.org/10.3109/10826089809056256>
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, Ch., Jones, L., Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood

- experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, 2(8), 356–366. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(17)30118-4)
- Karatzias, T., Shevlin, M., Ford, J. D., Fyvie, C., Grandison, G., Hyland, P., Cloitre, M. (2022). Childhood trauma, attachment orientation, and complex PTSD (CPTSD) symptoms in a clinical sample: Implications for treatment. *Development and Psychopathology*, 34(3), 1192–1197. <https://doi.org/10.1017/S0954579420001509>
- Kezelman, C., Hossack, N., Stavropoulos, P., Burley, P. (2015). *The cost of unresolved childhood trauma and abuse in adults in Australia*. Blue Knot Foundation.
- Kornaszewska-Polak, M. (2019). Mothers' co-dependence and their daughters' patterns of attachment and romantic relationships as adult children of alcoholics: an explorative study. *Alcoholism and Drug Addiction*, 32(3), 153–174. <https://doi.org/10.5114/ain.2019.90999>
- Mathew, R. J., Wilson, W. H., Blazer, D. G., George, L. K. (1993). Psychiatric disorders in adult children of alcoholics: Data from the Epidemiologic Catchment Area project. *The American Journal of Psychiatry*, 150(5), 793–800. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.5.793>
- Papińska, A. (2021) Mentalizacja jako czynnik ochronny pomiędzy pozabezpieczonym przywiązaniem a rozwojem zaburzeń psychopatologicznych. *Psychologia Rozwojowa*, 26(1), 9–20. doi: 10.4467/20843879PR.21.001.14115
- Perkonig, A., Höfler, M., Cloitre, M., Wittchen, H. U., Trautmann, S., Maercker, A. (2016). Evidence for two different ICD-11 posttraumatic stress disorders in a community sample of adolescents and young adults. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 266(4), 317–328. <https://doi.org/10.1007/s00406-015-0639-4>
- Petrucelli, K., Davis, J., Berman, T. (2019). Negatywne doświadczenia w dzieciństwie i związane z nimi skutki zdrowotne – przegląd systematyczny i metaanaliza. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 18(4), 175–206.
- Riazi, S. S., Manouchehri, M. (2024). The mediating role of mentalization and integrative self-knowledge in the relationship between childhood trauma and fear of intimacy. *Frontiers in Psychology*, 15:1384573. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1384573>
- Schilling, E. A., Aseltine, R. H., Gore, S. (2007). Adverse childhood experiences and mental health in young adults: A longitudinal survey. *BMC Public Health*, 7, artykuł 30. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-30>
- Simonič, B., Osewska, E. W. (2023). Emotional experience and consequences of growing up in a family with alcoholism in adult children of alcoholics,

- The Person and the Challenges*, 13(1), 63–81. <https://doi.org/10.15633/pch.13105>
- Sobolewska-Melibruda, Z. (2011). *Psychoterapia dorosłych dzieci alkoholików. Strategie, procedury i opisy przypadków pracy psychoterapeutycznej*. Wydawnictwo Zielone Drzewo.
- Szczukiewicz, P. (2016). Sposoby adaptacji dzieci w rodzinie alkoholowej. *Świat Problemów*, 10, 33–36.
- Szczukiewicz, P. (2019). Specyfika problemów alkoholowych a przemoc domowa. W: Z. B. Gaś (red.), *Profilaktyka zachowań ryzykownych w teorii i praktyce* (s. 183–195). Innovatio Press.
- van der Kolk, B. (2018). *Strach ucieleśniony. Mózg, umysł i ciało w terapii traumy*. Czarna Owca.
- Woodhouse, S., Ayers, S., Field, A. P. (2015). The relationship between adult attachment style and post-traumatic stress symptoms: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 35, 103–117. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.07.002>
- Zakrzewska, I., Samochowiec, A. (2017). Characteristics of selected traits of adult children of alcoholics in the context of their parents' attitudes. *Current Problems of Psychiatry*, 18(4), 331–341. <https://doi.org/10.1515/cpp-2017-0026>
- Zbonikowski, A. (2011). Poczucie własnej wartości dziecka z ograniczeniami w rozwoju. *Pedagogika Rodziny*, 1(3/4), 59–68.
- Zhu, S., Cheng, S., Liu, W., Ma, J., Sun, W., Xiao, W., Liu, J., Thai, T. T., Al Shawi, A. F., Zhang, D., Ortega, I., Kim, Y. H., Song, P. (2025). Gender differences in the associations of adverse childhood experiences with depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 378, 47–57. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.02.074>

MONIKA NOWICKA-JASIŃSKA

Związki pomiędzy negatywnymi doświadczeniami dzieciństwa i stresem pourazowym a trudnościami związanymi z pandemią COVID-19

Wprowadzenie

Pandemia COVID-19 stała się poważnym wyzwaniem na całym świecie, a liczne badania dokumentowały wzrost zachorowań na choroby psychiczne, takie jak depresja, zaburzenia lękowe i inne związane ze stresem (Ahmed i in., 2023; Santomauro i in., 2021; Weiss i in., 2025). Dodatkowo w mediach epidemia COVID-19 została określona jako doświadczenie traumatyczne lub trauma zbiorowa (Kaubisch i in., 2022).

Współcześnie nie ma przy tym jednej obowiązującej definicji traumy. Jedenasta rewizja Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, ICD-11 (WHO, 2019) definiuje zdarzenie traumatyczne jako „wyjątkowo groźne lub stresujące zdarzenie”, które może być pojedynczym zdarzeniem lub serią zdarzeń. Podręcznik diagnostyczny i statystyczny zaburzeń psychicznych, piąte wydanie (DSM-5), definiuje zdarzenia traumatyczne jako bezpośrednią lub pośrednią konfrontację ze śmiercią, faktyczną lub groźącą, a także z poważnymi obrażeniami lub przemocą seksualną. Chociaż zgodnie z tymi kryteriami epidemii COVID-19 nie można sklasyfikować jako zdarzenia traumatycznego, wielu badaczy twierdzi, że spełnia ona wymagania klasyfikacji traumy i uważa ją za zdarzenie traumatyczne (Wang i in., 2023).

Niezależnie od dyskusji na temat tego, czy epidemia COVID-19 jest formalnie sklasyfikowana jako wydarzenie traumatyczne, wstępne badania sugerują, że osoby z wcześniejszymi traumatycznymi wydarzeniami

życiowymi, szczególnie traumą z dzieciństwa, mogą być bardziej podatne na nasilenie lęku, depresji i objawów stresu pourazowego w następstwie pandemii COVID-19 (Goldstein i in., 2023; Peng i in., 2023; Tsur i Abu-Raiya, 2020). Wiadomo, że indywidualna ekspozycja na stresory środowiskowe we wczesnym okresie życia upośledza adaptacyjne strategie radzenia sobie, a tym samym zwiększa podatność na przyszłe stresory. Im więcej w życiu jednostki wystąpiło negatywnych doświadczeń w dzieciństwie, tym większe ryzyko pojawienia się w życiu dorosłym jakiejś choroby, problemów zdrowia psychicznego czy problemów przystosowawczych, behawioralnych (Asmundson i Afifi, 2020).

Badania analizujące wpływ traumy z dzieciństwa na zdrowie psychiczne podczas epidemii COVID-19 wykazały, że trauma z dzieciństwa i negatywne doświadczenia z dzieciństwa negatywnie wpłynęły na zdrowie psychiczne (Alradhi i in., 2022; Xia i in., 2023). W literaturze podkreśla się, że doświadczenie przemocy emocjonalnej w dzieciństwie wiązało się z wyższym poziomem depresji i PTSD podczas pandemii (Stanislawski i in., 2023). Potwierdzono pozytywny związek między traumą z dzieciństwa, stresem psychologicznym związanym z pandemią a depresją, lękiem i stresem (Xie i in., 2021). Z drugiej strony, bezpieczne przywiązanie w dzieciństwie może służyć jako czynnik ochronny przed rozwojem objawów psychologicznych (Bussone i in., 2020). W związku z tym niniejsze badanie przekrojowe ma na celu określenie związku między negatywnymi doświadczeniami dzieciństwa i stresem pourazowym oraz narażeniem na działanie koronawirusa a trudnościami związanymi z epidemią w wieku dorosłym.

Przedmiot badań

Celem badań było określenie związku między negatywnymi doświadczeniami dzieciństwa i stresem pourazowym a trudnościami związanymi z pandemią COVID-19 w wieku dorosłym.

Problem główny zdefiniowano w formie pytania: Jaki związek występuje między doświadczeniami dzieciństwa i stresem pourazowym oraz narażeniem na działanie koronawirusa a trudnościami związanymi z epidemią?

Narzędzia badawcze i badana grupa

W badaniach zastosowano następujące narzędzia psychologiczne opisane w artykule Gąsiora i Siudak w niniejszej monografii: *Skala trudności epidemii* (STE), *Międzynarodowy kwestionariusz negatywnych doświadczeń dzieciństwa* (ACE-IQ), *Międzynarodowy kwestionariusz traumy* (ITQ), *Lista kontrolna PTSD* (PCL-5).

W badaniu wzięło udział 759 osób ($N = 759$), z czego 61,1% stanowiły kobiety, a pozostałe 38,9% mężczyźni (tzw. Grupa A). Szczegółowa charakterystyka grupy również przedstawiona została w artykule Gąsiora i Siudak (tabela 1).

Wyniki badań

Wyniki i analizy badań przedstawione zostaną w następującej kolejności: najpierw statystyki opisowe dotyczące STE, następnie korelacje STE z ACE, PTSD i CPTSD. W tabeli 1 przedstawiono podstawowe charakterystyki opisowe wyników testu STE. Przypomnijmy, że składa się on z czterech podskal:

- STE₁ – brak kontaktów społecznych;
- STE₂ – trudności w domu i relacjach, obejmujące poczucie przeciążenia codziennymi obowiązkami, poczucie osamotnienia, problemy w relacjach domowych;
- STE₃ – ograniczenia zewnętrzne odnoszące się do obowiązków nałożonych w celu powstrzymania rozprzestrzeniania się wirusa;
- STE₄ – niepokój co do rozprzestrzeniania się wirusa.

W teście uzyskujemy również wynik ogólny (STESum), który odnosi się do sumarycznych trudności związanych z doświadczaniem epidemii.

Tabela 1. Statystyki opisowe Skali trudności epidemii (STE)

STE – zmienne/wskaźniki	N	M	SD	Skośność	Kurtoza
STE1 – trudności związane z ograniczeniem kontaktów	757	2,52	0,96	-0,07	-1,06
STE2 – trudności w domu i relacjach z bliskimi	747	2,18	0,70	0,08	-0,65
STE3 – niepokój związany z rozprzestrzenianiem się epidemii	755	2,52	0,90	-0,03	-0,93
STE4 – trudności związane z restrykcjami poza domem	755	2,36	0,83	0,16	-0,72
STESum – wynik ogólny	758	2,35	0,61	-0,29	-0,46

Źródło: opracowanie własne.

Wartości dotyczące skośności i kurtozy świadczą o tym, że rozkłady danych nie odbiegają istotnie od rozkładu normalnego.

W tabeli 2 przedstawiono wartości współczynnika korelacji między poszczególnymi kategoriami ACE a skalami testu STE.

Istotne korelacje, choć słabe, występują między sumą ACE a STE₂ (brak kontaktów społecznych), STE₄ (niepokój związany z rozprzestrzenianiem się wirusa) oraz całkowitą sumą trudności związanych z epidemią. Biorąc pod uwagę poszczególne kategorie ACE, należy zauważyć, że najczęściej z trudnościami związanymi z epidemią koreluje: ACE₃ – nadużycie seksualne, ACE₄ – nadużywanie alkoholu/narkotyków przez domownika, ACE₇ – bycie świadkiem przemocy domowej oraz ACE₁₁ – narażenie na przemoc w środowisku szkolnym.

Tabela 2. Korelacje między poszczególnymi kategoriami ACE a skalami STE

ACE	STE1	STE2	STE3	STE4	STESum
ACE1	-0,137*	0,059	-0,003	0,003	0,002
ACE2	-0,026	0,133*	-0,003	0,066	0,080*
ACE3	0,005	0,084*	0,093*	0,031	0,081*
ACE4	-0,006	0,114*	0,038	0,095*	0,094**
ACE5	-0,077*	0,055	-0,019	0,051	0,02
ACE6	0,025	0,099*	0,052	0,028	0,073*
ACE7	0,03	0,142*	0,041	0,083*	0,117**
ACE8	-0,001	0,033	0,048	0,015	0,014

ACE9	-0,055	-0,039	-0,01	0,045	-0,014
ACE10	-0,033	0,120*	0,049	0,027	0,057
ACE11	-0,058	0,150*	-0,015	0,076*	0,080*
ACE12	0,02	0,106*	-0,005	0,052	0,074*
ACE13	-0,061	-0,012	0,036	-0,002	-0,013
ACE-sum	-0,056	0,178**	0,047	0,090*	0,111*

** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

ACE1 – przemoc fizyczna; ACE2 – przemoc emocjonalna; ACE3 – nadużycie seksualne; ACE4 – nadużywanie alkoholu/narkotyków; ACE5 – inkarceracja domownika; ACE6 – przewlekła depresja, choroba psychiczna; ACE7 – bycie świadkiem przemocy w rodzinie; ACE8 – separacja, rozpad rodziny; ACE9 – zaniedbanie emocjonalne; ACE10 – zaniedbanie fizyczne; ACE11 – mobbing w szkole; ACE12 – bycie świadkiem przemocy w środowisku; ACE13 – narażenie na przemoc zbiorową; ACE-sum – suma negatywnych doświadczeń w dzieciństwie; STE1 – brak kontaktów społecznych; STE2 – trudności w domu i relacjach, obejmujące poczucie przeciążenia codziennymi obowiązkami, poczucie osamotnienia, problemy w relacjach domowych; STE3 – niepokój co do rozprzestrzeniania się wirusa; STE4 – ograniczenia zewnętrzne odnoszące się do obowiązków nałożonych w celu powstrzymania rozprzestrzeniania się wirusa; STEsum – wynik ogólny testu

Źródło: opracowanie własne.

W tabeli 3 przedstawiono korelacje trudności odnoszących się do epidemii (STE) z objawami stresu pourazowego (PCL-5) wg DSM-5.

Ogólne nasilenie trudności związanych z epidemią istotnie, choć w sposób zróżnicowany, koreluje z nasileniem objawów PTSD (wg DSM-5). Najsilniejsze korelacje wyniku ogólnego PCL zbliżające się do umiarkowanych związane są z trudnościami w relacjach z bliskimi w domu ($r = 0,33$). Zarówno niepokój związany z rozprzestrzenianiem się epidemii (STE3), jak i trudności związane z restrykcjami (STE4) korelują z PCL słabo.

Tabela 3. Korelacje między trudnościami związanymi z epidemią (STE) a objawami stresu pourazowego – PTSD (PCL-5)

Skale STE		Skale PCL-5				
		B.	C.	D.	E.	PCL
STE1	Trudności związane z ograniczeniem kontaktów	0,068	0,051	-0,018	0,031	0,029
STE2	Trudności w domu i relacjach	0,281**	0,238**	0,303**	0,314**	0,332**
STE3	Niepokój z rozprzestrzenianiem się epidemii	0,188**	0,192**	0,096**	0,140**	0,162**
STE4	Trudności z restrykcjami poza domem	0,070	0,079*	0,095**	0,124**	0,107**
STESum	Ogólna suma trudności związanych z epidemią	0,216**	0,198**	0,192**	0,228**	0,237**

** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

B. – intruzje; C. – unikanie; D. – negatywne zmiany w procesach poznawczych i nastroju; E. – zmiany w pobudzeniu i reaktywności; PCL – ogólny wynik testu PCL-5

Źródło: opracowanie własne.

W tabeli 4 przedstawiono korelacje trudności związanych z epidemią w odniesieniu do złożonego stresu pourazowego CPTSD (wg ICD-11).

Tabela 4. Korelacje między trudnościami związanymi z epidemią (STE) a złożonym stresem pourazowym CPTSD wg ICD-11 (ITQ)

Skala	Re	Av	Th	PTSD	AD	NSC	DR	DSO	CPTSD
STE1	0,000	0,017	0,053	0,028	-0,010	-0,051	-0,092*	-0,062	-0,017
STE2	0,169**	0,238**	0,201**	0,244**	0,225**	0,212**	0,247**	0,261**	0,298**
STE3	0,131**	0,212**	0,195**	0,218**	0,122**	0,061	0,046	0,084*	0,181**
STE4	0,049	0,092*	0,118**	0,104**	0,096**	0,044	0,050	0,070	0,102**
STESum	0,125**	0,197**	0,198**	0,210**	0,166**	0,112**	0,114**	0,146**	0,211**

** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

STE1 – trudności związane z ograniczeniem kontaktów; STE2 – trudności w domu i relacjach z bliskimi; STE3 – niepokój związany z rozprzestrzenianiem się epidemii; STE4 – trudności związane z restrykcjami poza domem; STESum – wynik ogólny; Re – intruzje; Av – unikanie; Th – wzbudzenie; PTSD – zespół stresu pourazowego; AD – dysregulacja afektu; NSC – negatywny obraz siebie; DR – zaburzenia w relacjach; DSO – zaburzenia organizacji self.

Źródło: opracowanie własne.

Korelacje między trudnościami związanymi z epidemią a CPTSD są w większości istotne, ale słabe. Na uwagę zasługują związki między trudnościami wynikającymi z relacji w domu (STE2) oraz niepokojem dotyczącym rozpowszechniania się epidemii (STE3) a złożonym stresem pourazowym. Wskazują one na to, że im większe objawy CPTSD, tym silniejsze doświadczanie tych trudności.

Kolejnym krokiem w analizach statystycznych było zastosowanie analizy mediacji. W analizach mediacji posłużono się programem Process IBM SPSS i modelami Hayes'a (2017). Model i wyniki analiz przedstawiono na rysunku 1 i w tabeli 5.

Rysunek 1. Diagram statystyczny modelu mediacji ujmujący wpływ CPTSD na relację między negatywnymi doświadczeniami dzieciństwa (ACE) a trudnościami związanymi z epidemią (STE)

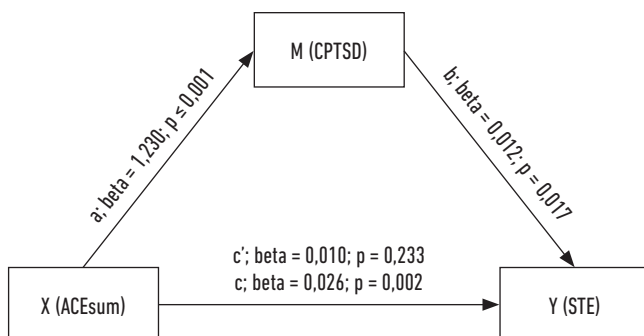


Tabela 5. Analiza mediacji ACE → CPTSD → STE (wyniki kompletnie standaryzowane)

Ścieżka	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	LLCI	ULCI	Wynik testu
ACE → STE efekt całkowity	0,026	0,008	3,059	< 0,002	0,009	0,042	+
ACE → STE efekt bezpośredni	0,010	0,009	1,193	0,233	-0,007	0,028	-
EFEKTY POŚREDNIE							
ACE → CPTSD → STE	0,066	0,016			0,038	0,098	+

Uwaga: poziom ufności dla testu bootstrapowego wynosi 95%. Liczba próbek bootstrapowych dla procentowego bootstrapowego przedziału ufności: 10 000.

Źródło: opracowanie własne.

Model jest dobrze dopasowany do danych [$F(1,752) = 95,247$; $p \leq 0,01$]. Bezpośredni efekt X (ACEsum) do Y (STE) nie jest istotny (c': beta = 0,010; $p = 0,233$; ci95% -0,007 : 0,028). Istotny natomiast jest efekt pośredni X do Y uwzględniający M (ścieżka ab: beta = 0,066; bootLLCI: bootULCI 0,038 : 0,098). Całkowity efekt również jest istotny (c: beta = 0,026; $p \leq 0,01$; ci95% (0,009 : 0,042). Powyższe wskazuje na to, że negatywne doświadczenia dzieciństwa nie wpływają bezpośrednio na doświadczanie trudności związanych z epidemią. Jednak w połączeniu z objawami stresu pourazowego zarówno prostego, jak i złożonego wynikającego z traum interpersonalnych zaistniałych nawet w odległej przeszłości sytuacja się zmienia. Im wyższy poziom ACE i CPTSD, tym silniejsze doświadczanie trudności i problemów związanych z epidemią COVID-19.

Podsumowanie badań i wnioski

Czy negatywne doświadczenia dzieciństwa wpływają na nasilenie doświadczanych trudności w czasie epidemii? Choć ACE miały miejsce niejednokrotnie wiele lat czy nawet dziesiątków lat przed epidemią koronawirusa, to jednak okazuje się, że częstokroć mogą one pogłębiać doświadczanie trudności wynikających z epidemii. Analizy przeprowadzonych badań pozwalają na wyciągnięcie następujących wniosków:

- 1) analiza korelacji wskazuje na istotne, choć słabe, związki między sumą ACE i sumą trudności związanych z epidemią,
- 2) szczegółowe analizy wykazały, że z ACE powiązane są przede wszystkim trudności takie jak brak kontaktów społecznych oraz ograniczenia wynikające z obowiązków nałożonych w czasie epidemii,
- 3) z trudnościami związanymi z epidemią związane są kategorie ACE takie jak nadużycie seksualne, alkoholizm w rodzinie, bycie świadkiem przemocy oraz mobbing w szkole,
- 4) występowanie PTSD czy CPTSD związane jest przede wszystkim z trudnościami w domu i w relacjach z bliskimi,
- 5) analiza mediacji wykazała, że CPTSD jest istotnym czynnikiem pośredniczącym w relacji ACE i trudności związanych z epidemią. Można stwierdzić, że im wyższe nasilenie CPTSD, tym silniejszy związek między negatywnymi doświadczeniami

dzieciństwa a trudnościami doświadczanymi w czasie epidemii, zwłaszcza w relacjach z bliskimi.

Badania Russo i in. (2022) oraz Weissa i in. (2025) wskazały na to, że u badanych z negatywnymi doświadczeniami z dzieciństwa stresory związane z pandemią odnosiły się przede wszystkim do osób z mniejszymi deficytami regulacji emocji. W innych badaniach również wskazywano na to, że u osób z ACE i większymi deficytami regulacji emocji dodatkowy stres spowodowany pandemią COVID-19 nie generował dalszego pogorszenia stanu zdrowia psychicznego (Dube, 2023; Ports i in., 2023). Tymczasem nasze badania przywołują inne wnioski. Stwierdziliśmy bowiem ewidentnie, że choć korelacje między ACE a STE były słabe, a w analizie mediacji nie było bezpośredniego związku między tymi zmiennymi, to jednak występowanie CPTSD czy PTSD ustanawiało taki związek. Prawdopodobnie związek ten jest bardziej zróżnicowany. Osoby z poważnymi doświadczeniami traumatycznymi często postrzegają relacje jako źródło zagrożenia (Charuvastra i Cloitre, 2008), co potwierdzono w niniejszym badaniu w odniesieniu do kontaktów w domu i relacji z bliskimi. Niektóre badania nad stronniczością uwagi potwierdzają tę tezę, sugerując, że osoby, które doświadczyły wcześniej traumy, mogą być bardziej skłonne do unikania sygnałów zagrożenia lub mieć wyższy próg ich postrzegania, co prowadzi do mniejszego strachu lub stresu związanego z pandemią (Sipos i in., 2014). Z kolei inne badania wykazały, że przeszłe narażenie na traumę wiąże się z tendencyjnością uwagi skierowaną w stronę zagrożenia, co potencjalnie przyczynia się do nasilenia problemów ze zdrowiem psychicznym podczas pandemii COVID-19 (Cisler i Koster, 2010; Depierro i in., 2013). Wiele badań jednak wskazuje na to, że związek ACE z różnego rodzaju problemami zdrowia psychicznego czy somatycznego jest złożony. Natomiast pojawienie się CPTSD zwiększa siłę powiązania ACE z różnego rodzaju problemami przystosowawczymi czy zdrowotnymi (Asmundson i Afifi, 2020).

Bibliografia

Ahmed, N., Barnett, P., Greenburgh, A., Pemovska, T., Stefanidou, T., Lyons, N., Ikhtabi, S., Talwar, S., Francis, E. R., Harris, S. M., Shah, P., Machin, K., Jeffreys, S., Mitchell, L., Lynch, C., Foye, U., Schlieff, M., Appleton, R., Saunders, K. R.K., Baldwin, H., Allan, S. M., Sheridan-Rains, L., Kharboutly,

- O., Kular, A., Goldblatt, P., Stewart, R., Kirkbride, J. B., Lloyd-Evans, B., Johnson, S. (2023). Mental health in Europe during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Lancet Psychiatry*, 10(7), 537–556. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(23\)00113-x](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(23)00113-x)
- Alradhi, M. A., Moore, J., Patte, K. A., O'Leary, D. D., Wade, T. J. (2022). Adverse childhood experiences and COVID-19 stress on changes in mental health among young adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19), artykuł 12874. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912874>
- Asmundson, G. J.G., Afifi, T. O. (red.). (2020). *Adverse childhood experiences: Using evidence to advance research, practice, policy, and prevention*. Elsevier.
- Bussone, S., Pesca, Ch., Tambelli, R., Carola, V. (2020). Psychological health issues subsequent to SARS-CoV 2 restrictive measures: The role of parental bonding and attachment style. *Front Psychiatry*, 11, artykuł 589444. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.589444>
- Charuvastra, A., Cloitre, M. (2008). Social bonds and posttraumatic stress disorder. *Annual Review of Psychology*, 59, 301–328. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085650>
- Cisler, J. M., Koster, E. H.W. (2010). Mechanisms of attentional biases towards threat in anxiety disorders: An integrative review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 203–216. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.003>
- Depierro, J., D'Andrea, W., Pole, N. (2013). Attention biases in female survivors of chronic interpersonal violence: Relationship to trauma-related symptoms and physiology. *European Journal of Psychotraumatology*, 4, 1–10. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.19135>
- Dube, S. R. (2020). *Twenty years and counting: the past, present, and future of ACEs research*. W: G. J.G. Asmundson, T. O. Afifi (red.), *Adverse Childhood Experiences: Using Evidence to Advance Research, Practice, Policy, and Prevention* (s. 3–16). Elsevier.
- Goldstein, E., Topitzes, J., Brown, R. L., Jussel, A. B. (2023). Mental health among university employees during the COVID-19 pandemic: The role of previous life trauma and current posttraumatic stress symptoms. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 15(3), 536–545. <https://doi.org/10.1037/tra0001332>
- Peng, P., Hao, Y., Liu, Y., Chen, S., Wang, Y., Yang, Q., Wang, X., Li, M., Wang, Y., He, L., Wang, Q., Ma, Y., He, H., Zhou, Y., Wu, Q., Liu, T. (2023). The prevalence and risk factors of mental problems in medical students during COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis.

- Journal of Affective Disorders*, 321, 167–181. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.10.040>
- Ports, K. A., Ford, D. C., Merrick, M. T., Guinn, A. S. (2023). ACEs: Definitions, measurement, and prevalence. W: G. J.G. Asmundson, T. O. Afifi (red.), *Adverse childhood experiences: Using evidence to advance research, practice, policy, and prevention* (s. 3–16). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-816065-7.00002-1>
- Russo, J. E., Dhruve, D. M., Oliveros, A. D. (2022). Coping with COVID-19: Testing the stress sensitization hypothesis among adults with and without a history of adverse childhood experiences. *Journal of Affective Disorders Reports*, 10, artykuł 100379. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2022.100379>
- Santomauro, D. F., Mantilla-Herrera, A. M., Shadid, J., Zheng, P., Ashbaugh, C., Pigott, D. M., Abbafati, C., Adolph, C., Amlag, J. O., Aravkin, A. Y., Bang-Jen-sen, B. L., Bertolacci, G. J., Bloom, S. S., Castellano, R., Castro, E., Chakrabarti, S., Chattopadhyay, J., Cogen, R. M., Collins, J. K., [...] Whiteford, H. A. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet*, 398(10312), 1700–1712. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)02143-7)
- Sipos, M. L., Bar-Haim, Y., Abend, R., Adler, A. B., Bliese, P. D. (2014). Postdeployment threat-related attention bias interacts with combat exposure to account for PTSD and anxiety symptoms in soldiers. *Depression and Anxiety*, 31(2), 124–129. <https://doi.org/10.1002/da.22157>
- Stanislawski, E. R., Saali, A., Magill, E. B., Deshpande, R., Kumar, V., Chan, C., Hurtado, A., Charney, D. S., Ripp, J., Katz, C. L. (2023). Longitudinal mental health outcomes of third-year medical students rotating through the wards during COVID-19. *Psychiatry Research*, 320, artykuł 115030. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.115030>
- Tomalski, R., Pietkiewicz, I. J. (2020). Złożony zespół stresu pourazowego – przełom w leczeniu zaburzeń osobowości. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 20(1), 54–60. <https://doi.org/10.15557/PiPK.2020.0006>
- Tsur, N., Abu-Raiya, H. (2020). COVID-19-related fear and stress among individuals who experienced child abuse: The mediating effect of complex posttraumatic stress disorder. *Child Abuse & Neglect*, 110(2), artykuł 104694. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104694>
- Wang, Y., Xu, S., Chen, Y., Liu, H. (2023). A decline in perceived social status leads to post-traumatic stress disorder symptoms in adults half a year after the outbreak of the COVID-19 pandemic: consideration of the mediation

- effect of perceived vulnerability to disease. *Frontiers in Psychiatry*, 14, artykuł 1217264. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1217264>
- Weiss, E. M., Fink, A., Papousek, I., Exenberger-Vanham, S., Lampe, A., Dresen, V., Canazei, M. (2025). No particularly negative impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of individuals with higher levels of childhood trauma. *Frontiers in Psychiatry*, 16, artykuł 1452732. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1452732>
- World Health Organization (2019). *ICD-11: International classification of diseases (11th Revision)*. <https://icd.who.int/>
- Xia, J., Zhu, L., Huang, H., Fan, P., Zhou, M., Cai, X. L., He, H. (2023). Relationships between childhood trauma and mental health during the COVID-19 pandemic: A network analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 14, artykuł 1251473. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1251473>
- Xie, M., Tang, Y., Zhu, L., Dai, M., Wu, Y., Huang, Y., Liu, Y., Xiao, L., Li, T., Wang, Q. (2021). Childhood trauma and mental health status in general population: A series mediation examination of psychological distress in COVID-19 pandemic and global sleep quality. *Frontiers in Psychiatry*, 12, artykuł 782913. <https://psycnet.apa.org/doi/10.3389/fpsyt.2021.782913>

KRZYSZTOF GĄSIOR

Negatywne doświadczenia dzieciństwa – badania polskie wśród mieszkańców województwa świętokrzyskiego

Prezentowane w niniejszej monografii badania nad negatywnymi doświadczeniami dzieciństwa objęły grupę blisko tysiąca mieszkańców województwa świętokrzyskiego, w tym 759 osób z populacji ogólnej.

W odróżnieniu od badań Makaruk i współpracowników (2018) czy Rzeszutka i współpracowników (2024, 2025) w kieleckich badaniach zastosowano bardziej złożone narzędzie, obejmujące 13 kategorii negatywnych rodzinnych i pozarodzinnych doświadczeń dzieciństwa – ACE-IQ. W projekcie badawczym uwzględniono całą gamę zmiennych i związanych z nimi kwestionariuszy, a mianowicie: ITQ – *Międzynarodowy kwestionariusz traumy*, PCL-5 – *Lista kontrolna PTSD*, GHQ-12 – *Kwestionariusz ogólnego stanu zdrowia*, SBQ-R – *Zrewidowany kwestionariusz zachowań samobójczych*, SES – *Skala samooceny Rosenberga*, AAS – *Skala przywiązania dorosłych*. Rozkład badanych ze względu na wiek i dane socjodemograficzne jest podobny do grupy badanej w projekcie Rzeszutka i współpracowników (2024, 2025).

Rozpowszechnienie ACE wśród mieszkańców województwa świętokrzyskiego

Częstość występowania przynajmniej jednej kategorii ACE wynosi 87,9%. Jest to wynik istotnie odbiegający (wyższy) od 76,6% uzyskanych przez Makaruk i in. (2018) czy 63% u Rzeszutka i in. (2025). Jednak wyniki te

są podobne do uzyskanych w badaniach w Ameryce Północnej (Smith i in., 2019), Nigerii (Agbaje i in., 2012) czy w Kenii (Goodman i in., 2017). Może to wynikać z zastosowanego narzędzia, w badaniach kieleckich i wyżej przytoczonych amerykańskich czy afrykańskich zastosowano bowiem to samo narzędzie ACE-IQ. Tymczasem w cytowanych polskich badaniach było to inne, węższe narzędzie – ACE-Q (klasyczne). Z drugiej strony region świętokrzyski należy do najuboższych w Polsce czy Europie (niższa średnia dochodów, wyludnianie, wyższy poziom występowania zaburzeń psychicznych itp.). Sytuacja ta obserwowana jest przynajmniej od kilku pokoleń. Najczęściej występujące kategorie ACE w badaniach kieleckich to: bycie świadkiem przemocy domowej (71%), bycie świadkiem przemocy w środowisku pozarodzinnym (68%), przemoc emocjonalna w domu (63%), przemoc fizyczna w rodzinie (50%), rozpad rodziny (42%), mobbing w szkole (34%) czy uzależnienie rodzica (29%). Jak widać, rozpowszechnienie i doświadczenie ACE silnie powiązane jest nie tylko ze środowiskiem rodzinnym, ale i pozarodzinnym. Płeć nie różnicowała badanych ze względu na częstość doświadczenia ACE.

Związki ACE z następstwami pierwotnymi traumy – PTSD i CPTSD

Potencjalne pierwotne następstwa ACE wiążą się przede wszystkim z objawami PTSD i CPTSD. W badanej grupie z populacji ogólnej województwa świętokrzyskiego 13,8% respondentów spełniało kryteria występowania CPTSD. Tymczasem w badaniach Rzeszutka i in. (2024) kryteria te spełniało 11% badanych (w rozrzucie od 9% do 13%). Wynik w naszych badaniach nie odbiega więc od wyniku ogólnopolskiego – nieznacznie przekracza jego górną granicę. Tak duże rozpowszechnienie CPTSD w polskiej populacji jest nie tylko zastanawiające, ale i wymagające pilnego podjęcia odpowiednich środków edukacyjnych, profilaktycznych oraz terapeutycznych. Nie tylko ACE mogą być bowiem ukrytą epidemią, ale i ich negatywne i potraumatyczne następstwa.

W dalszych rozważaniach nad uzyskanymi wynikami warto przyjrzeć się korelacjom występującym między ACE a CPTSD (tabela 1). W celu zbadania tego związku zastosowano testy ACE-IQ oraz ITQ, które zostały opisane w artykule otwierającym niniejszą monografię Gaśsiora i Siudak, oraz współczynnik korelacji r Pearsona. Badana grupa A – również

opisana w artykule wstępnym – liczyła 759 respondentów z populacji ogólnej województwa świętokrzyskiego. Siła związku między CPTSD a ogólnym wynikiem ACE jest umiarkowana i wynosi 0,37, przy czym współczynnik korelacji jest wyższy w przypadku składowej DSO (0,36) niż dla PTSD (0,27). Najwyższe wartości współczynnika korelacji (choć ogólnie o słabym, ale istotnym nasileniu) występują w relacji DSO do ACE takich jak: mobbing w szkole (0,31), bycie świadkiem przemocy w rodzinie (0,25), stosowanie przemocy emocjonalnej przez rodzica (0,24) oraz występowanie alkoholizmu u rodzica (0,21).

Negatywne doświadczenia dzieciństwa istotnie powiązane są z objawami złożonego stresu pourazowego. Jednak silniejsze związki dotyczą składowej CPTSD odnoszącej się do zakłóceń w regulacji self (ang. *disturbances in self-organization*, DSO) niż podstawowych objawów PTSD. Powyższe wskazuje na to, że trauma interpersonalna w dzieciństwie powiązana jest przede wszystkim z rozwojem umiejętności dotyczących regulacji emocji i afektu, kształtowaniem się negatywnego obrazu siebie z poczuciem bezwartościowości oraz z trudnościami w budowaniu relacji międzyludzkich, zwłaszcza tych bliskich, intymnych.

Tabela 1. Korelacje między kategoriami ACE a objawami CPTSD, DSO i PTSD

Test	Skala	PTSD	DSO	CPTSD
ACE1	Przemoc fizyczna	0,092*	0,170**	0,155**
ACE2	Przemoc emocjonalna	0,154**	0,236**	0,231**
ACE3	Nadużycie seksualne	0,127**	0,182**	0,180**
ACE4	Nadużywanie alkoholu lub (i) narkotyków przez domownika	0,174**	0,209**	0,219**
ACE5	Inkarceracja domownika	0,123**	0,085*	0,122**
ACE6	Przewlekła depresja, choroba psychiczna lub samobójstwo	0,113**	0,180**	0,170**
ACE7	Bycie świadkiem przemocy w rodzinie	0,214**	0,250**	0,273**
ACE8	Separacja, rozwód lub śmierć rodzica	0,097	0,163	0,152
ACE9	Zaniedbanie emocjonalne	0,051	0,085*	0,079*
ACE10	Zaniedbanie fizyczne	0,171**	0,171**	0,195**
ACE11	Mobbing w szkole	0,199**	0,312**	0,293**
ACE12	Bycie świadkiem przemocy w środowisku	0,090	0,177*	0,156*
ACE13	Narażenie na przemoc zbiorową	0,070	0,037	0,063
Suma ACE	Wynik ogólny	0,265**	0,363**	0,365**

Źródło: opracowanie własne.

Porównania międzygrupowe

Wśród badanej poszerzonej grupy AB ($N = 963$) celem porównania wyodrębnione zostały specyficzne podgrupy. Sposób wyodrębnienia grup oraz ich charakterystyka statystyczna opisane zostały we wcześniejszych rozdziałach. Grupa 1 (ogólna – O) to osoby pochodzące z populacji ogólnej, z której wykluczono osoby deklarujące się jako uzależnione, cierpiące na zaburzenia nerwicowe czy przebywające w więzieniu. Grupa 2 (nerwice – N) to osoby deklarujące występowanie u nich zaburzeń nerwicowych (lękowo-depresyjnych). Grupa 3 (więźniowie – W) to osoby (mężczyźni) przebywające w więzieniu w trakcie badania. Grupa 4 (uzależnieni – U) to osoby deklarujące, że są uzależnione od alkoholu lub leczące się z tego powodu.

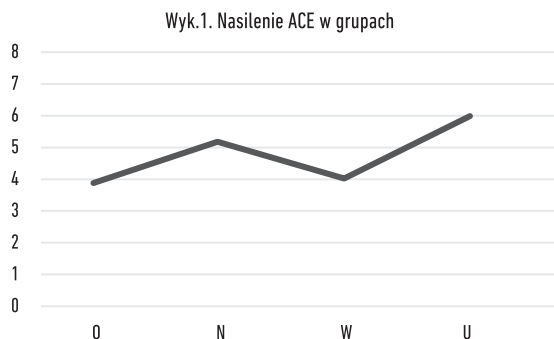
W tabeli 2 i na wykresie 1 przedstawiono jednoczynnikową analizę wariancji dla wyodrębnionych grup w odniesieniu do ACE. Uzyskano wartość $F = 24,794$; $p \leq 0,0001$. Nasilenie ACE jest istotnie wyższe u osób uzależnionych i z problemami nerwicowymi w porównaniu z osobami inkarcerowanymi i z grupy kontrolnej z populacji ogólnej. Dla grupy kontrolnej z populacji ogólnej średnia wartość ACE wynosiła 3,8, dla osób inkarcerowanych zaś 3,9. Tymczasem średnia ACE w grupie osób uzależnionych osiągnęła wartość 5,9, a u osób z problemami nerwicowymi 5,0. Przypomnijmy, że w badaniach Rzeszutka średnia występowania ACE w polskiej populacji wynosiła 1,53 (Rzeszutek i in., 2025, 2024).

Tabela 2. Jednoczynnikowa analiza wariancji wraz z testem post-hoc dla poszczególnych grup

Grupy	<i>M</i>	<i>S</i>	<i>SD</i>	95% min	95% max	post hoc
Ogólna (O)	3,77	2,47	0,10	3,57	3,98	1–2,4
Osoby z problemami nerwicowymi (N)	5,02	2,66	0,24	4,55	5,49	2–1,3
Osoby inkarcerowane (W)	3,89	2,94	0,24	3,43	4,36	3–2,4
Osoby uzależnione (U)	5,87	2,73	0,26	5,35	6,39	4–1,3

O – grupa kontrolna z populacji ogólnej, N – osoby z problemami nerwicowymi, W – osoby inkarcerowane, U – osoby uzależnione.

Źródło: opracowanie własne.



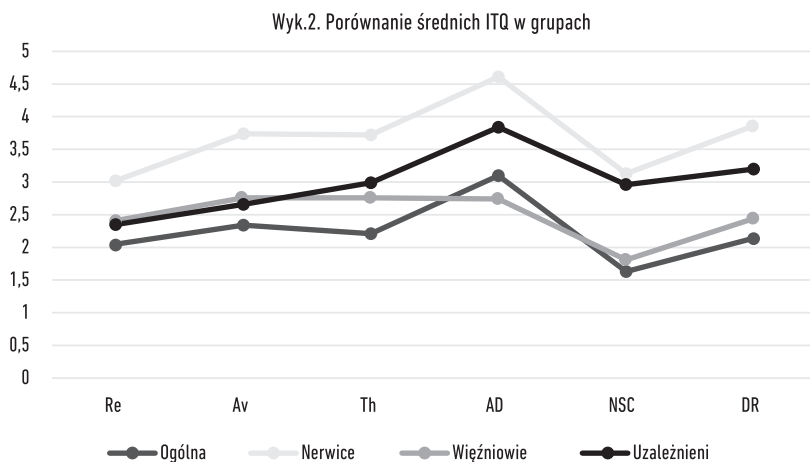
W tabeli 3 i na wykresie 2 przedstawiono średnie w poszczególnych grupach dla skal testu ITQ.

Tabela 3. Średnie skal ITQ dla wyodrębnionych grup specyficznych

Grupa/skala ITQ	Re	Av	Th	AD	NSC	DR
Ogólna	2,05	2,34	2,21	3,10	1,63	2,14
Nerwice	3,02	3,74	3,72	4,61	3,13	3,86
Więźniowie	2,41	2,76	2,76	2,74	1,81	2,44
Uzależnieni	2,35	2,66	2,99	3,84	2,96	3,20

Skale ITQ: Re – intruzje; Av – unikanie; Th – poczucie zagrożenia; AD – dysregulacja afektu; NSC – negatywny obraz siebie; DR – zaburzenia w relacjach.

Źródło: opracowanie własne.



Celem porównania grup w zakresie testu ITQ (CPTSD) przeprowadzono jednoczynnikową analizę wariancji z testem post-hoc (tabela 4).

Tabela 4. Jednoczynnikowa analiza wariancji skal ITQ dla porównywanych grup

Skale ITQ	Suma kwadratów	Stopnie swobody	F	p	Post-hoc
Re	102,267	3;952	6,294	≤ 0,001	1-2,3,4
Av	205,182	3;951	12,686	≤ 0,001	1-2; 2-3,4
Th	265,336	3;952	16,409	≤ 0,001	1-2,4; 2-3
PTSD	1618,352	3;953	15,684	≤ 0,001	1-2; 2-3,4
AD	319,669	3;959	29,615	≤ 0,001	1-2,4; 2-3,4
NSC	345,012	3;957	22,609	≤ 0,001	1-2,4; 2-3; 3-4
DR	361,737	3;958	25,123	≤ 0,001	1-2,4; 2-3
DSO	2916,886	3;959	32,467	≤ 0,001	1-2,4; 2-3; 3-4
CPTSD	8623,703	3;953	29,739	≤ 0,001	1-2,4; 2-3,4;

1. Grupa kontrolna z populacji ogólnej, 2. Osoby z problemami nerwicowymi, 3. Osoby inkarcerowane, 4. Osoby uzależnione. Skale ITQ: Re – intruzje; Av – unikanie; Th – poczucie zagrożenia; AD – dysregulacja afektu; NSC – negatywny obraz siebie; DR – zaburzenia w relacjach

Źródło: opracowanie własne.

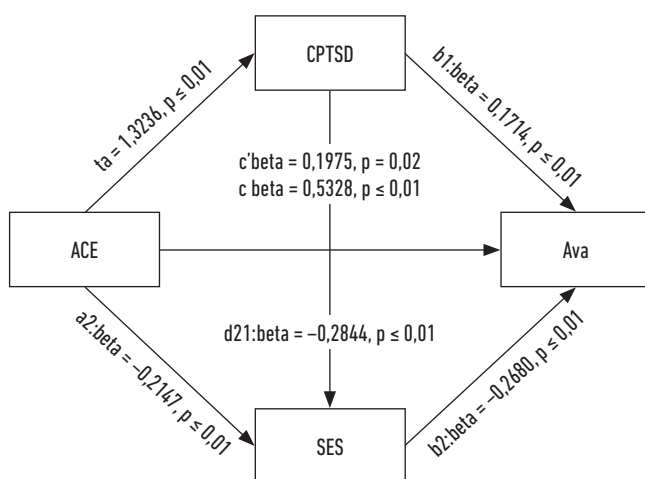
Grupa osób z problemami nerwicowymi wyraźnie różni się od pozostałych grup. Właśnie w tej grupie występuje najwyższe nasilenie poszczególnych objawów CPTSD (ITQ). Dotyczy to głównie podskal tworzących DSO, czyli zaburzeń w organizacji self (samoregulacji). Osoby te zgłaszają problemy w regulacji afektu oraz trudności w relacjach z innymi ludźmi, zwłaszcza bliskimi. Również osoby uzależnione przejawiają istotnie wyższe nasilenie objawów CPTSD (zwłaszcza w zakresie DSO) w odróżnieniu do osób inkarcerowanych i z ogólnej populacji.

Dotychczasowe analizy porównawcze pozwalają stwierdzić, że szczególnie obciążone czynnikami ryzyka związanymi z ACE spośród badanych są grupy osób z problemami nerwicowymi oraz osoby uzależnione. W grupach tych obserwujemy również wysokie nasilenie objawów CPTSD. W przypadku osób inkarcerowanych uzyskane przez nich wyniki

testów ACE i ITQ są zbliżone do grupy kontrolnej. Warto jednak pamiętać, że badaniami objęto wyłącznie uwieczonych mężczyzn. Badania wśród kobiet wskazują, że zarówno doświadczenia traumatyczne, jak i stres pourazowy mogą inaczej się rozkładać niż u mężczyzn.

W kolejnym kroku badań przeprowadzona została analiza mediacji na podstawie zbudowanego modelu. W modelu tym badano wpływ złożonego zespołu stresu pourazowego (CPTSD) i samooceny (SES) na relację pomiędzy negatywnymi doświadczeniami dzieciństwa (ACE) i pozabezpiecznym przywiązaniem unikowym (Ava) i lękowym (Ax). Przywiązanie badano testem AAS opisanym we wstępnym rozdziale monografii. Wyniki analiz zostały przedstawione na rysunku 1 i rysunku 2.

Rysunek 1. Diagram statystyczny modelu szeregowej wielokrotnej mediacji ujmujący wpływ złożonego stresu pourazowego (CPTSD) oraz samooceny (SES) na relację między traumą (ACE) a pozabezpiecznym przywiązaniem unikowym (Ava)



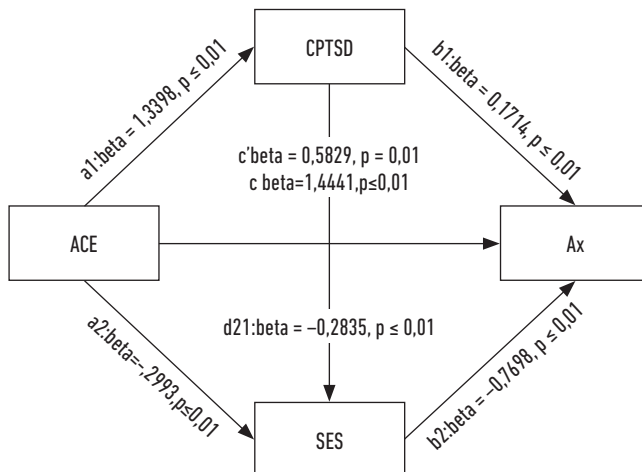
Źródło: opracowanie własne.

Tabela 5. Analiza mediacji z użyciem makra PROCESS V.4.1: CPTSD oraz samoocena (SES) jako mediatory w relacji negatywnych doświadczeń dzieciństwa (ACE) i przywiązania unikowego (Ava)

Ścieżka	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	DGPU	GGPU	Wynik testu
ACEsum → Ava efekt całkowity	0,583	0,089	6,55	0,000	0,408	0,757	+
ACEsum → Ava efekt bezpośredni	0,197	0,087	2,27	0,023	0,027	0,368	+
EFEKTY POŚREDNIE (Ind)							
Sumaryczny efekt pośredni	0,152	0,018			0,119	0,191	+
Ind1: ACEsum → CPTSD → Ava	0,089	0,017			0,059	0,126	+
Ind2 ACEsum → SES → Ava	0,023	0,008			0,010	0,042	+
Ind3 ACEsum → CPTSD → → SES → Ava	0,040	0,009			0,023	0,061	+
KONTRASTY MIĘDZY EFEKTAMI POŚREDNIMI							
Ind1 minus Ind2	0,067	0,021			0,026	0,108	+
Ind1 minus Ind3	0,050	0,021			0,008	0,093	+
Ind2 minus Ind3	-0,017	0,010			-0,040	-0,001	+

Źródło: opracowanie własne.

Rysunek 2. Diagram statystyczny modelu szeregowej wielokrotnej mediacji ujmujący wpływ złożonego stresu pourazowego (CPTSD) oraz samooceny (SES) na relację między traumą (ACE) a pozabezpiecznym przywiązaniem lękowym (Ax)



Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6. Analiza mediacji z użyciem makra PROCESS V.4.1: CPTSD oraz samoocena (SES) jako mediatorzy w relacji negatywnych doświadczeń dzieciństwa (ACE) i przywiązania lękowego (Ax)

Ścieżka	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	DGPU	GGPU	Wynik testu
ACEsum → Ax efekt całkowity	1,444	0,149	9,679	0,000	1,151	1,737	+
ACEsum → Ax efekt bezpośredni	0,583	0,131	4,461	0,000	0,326	0,839	+
EFEKTY POŚREDNIE (Ind)							
Sumaryczny efekt pośredni	0,213	0,022			0,170	0,257	+
Ind1: ACEsum → CPTSD → Ax	0,099	0,017			0,068	0,135	+
Ind2 ACEsum → SES → Ax	0,042	0,013			0,018	0,068	+
Ind3 ACEsum → CPTSD → SES → Ax	0,072	0,11			0,052	0,097	+
KONTRASTY MIĘDZY EFEKTAMI POŚREDNIMI							
Ind1 minus Ind2	0,058	0,023			0,012	0,103	+
Ind1 minus Ind3	0,027	0,021			-0,014	0,068	-
Ind2 minus Ind3	-0,031	0,017			-0,066	0,000	-

Źródło: opracowanie własne.

Analiza mediacji potwierdziła istotną mediującą rolę złożonego stresu pourazowego oraz samooceny na relację między negatywnymi doświadczeniami dzieciństwa i pozabezpiecznego unikowego typu przywiązania. Im większe nasilenie CPTSD (ścieżka a1 i b1) i bardziej negatywna samoocena SES (ścieżka a2 i b2 oraz d21), tym silniejsza relacja między ACE a unikowym typem przywiązania. Podobne zależności ujawniono w przypadku pozabezpiecznego przywiązania lękowego (Ax). W ramach podsumowania można stwierdzić, że związek negatywnych doświadczeń dzieciństwa i pozabezpiecznych typów przywiązania – zarówno unikowego, jak i lękowego – jest mediowany poprzez złożony zespół stresu pourazowego i negatywną samoocenę.

Podsumowanie

Rekapitulując zarówno przedstawione wyżej, jak i opisane w poprzednich rozdziałach analizy porównawcze różnych specyficznych grup oraz dotyczące całej próby z populacji ogólnej, można wyciągnąć następujące wnioski:

- 1) rozpowszechnienie ACE w badanej próbie jest wysokie; 87,9% badanych przeżyło przynajmniej jedno negatywne doświadczenie dzieciństwa;
- 2) wśród osób z problemami nerwicowymi, osób uzależnionych, dorosłych dzieci alkoholików oraz osób po próbach samobójczych rejestrujemy istotnie wyższe nasilenie negatywnych doświadczeń dzieciństwa (ACE) niż w populacji ogólnej;
- 3) średnie nasilenie ACE (rozpiętość od 0 do 13) w całej badanej grupie z populacji ogólnej wyniosło 4,4 negatywnego doświadczenia, co jest zdecydowanie wyższe niż w innych polskich badaniach (Rzeszutek i in., 2024, 2025), ale one uwzględniały do 10 kategorii ACE;
- 4) potencjalne następstwa ACE wiążą się przede wszystkim z PTSD i CPTSD; rozpowszechnienie CPTSD w badanej próbie wyniosło 13,8%, co jest bardzo wysokim wskaźnikiem świadczącym o dużej traumatyzacji społeczeństwa województwa świętokrzyskiego;
- 5) badania porównawcze ze względu na płeć wskazały brak różnicy między płciami ze względu na zakres doświadczania ACE; jednak istotne różnice pojawiają się w przypadku potencjalnych następstw ACE; u kobiet w porównaniu z mężczyznami istotnie częściej i w sposób bardziej nasilony występują objawy PTSD czy CPTSD;
- 6) pandemia, która dotknęła Polskę i świat w latach 2020–2023, przyniosła ze sobą indywidualne i globalne zagrożenia zdrowia i życia ludności; z kieleckich badań wynika, że wcześniejsze doświadczenia ACE były istotnie powiązane z trudniejszym przeżywaniem pandemii, co ujawniało się przede wszystkim w domowych i bliskich relacjach, negatywnie na nie wpływając;
- 7) grupy specyficzne, jak np. osoby z problemami nerwicowymi, osoby uzależnione, inkarcerowane czy dorosłe dzieci alkoholików, cechował wyższy poziom negatywnych doświadczeń

dzieciństwa (ACE) niż grupę kontrolną; nie zawsze przekładało się to na problemy zdrowia psychicznego; trajektorie rozwojowe związane z doświadczeniem ACE są bardzo zróżnicowane i zależne również (a może przede wszystkim) od czynników chroniących, których właściwie nie uwzględniano w projekcie badawczym;

- 8) szczególną grupą w niniejszych badaniach okazali się młodzi dorośli, czyli osoby między 18. a 25. rokiem życia; jest to pokolenie, które urodziło się i wzrastało już w wolnej Polsce, niemniej należy stwierdzić, że skutki transformacji ustrojowej, ekonomicznej czy społecznej zachodzącej w ostatnich trzech dekadach w naszym kraju prawdopodobnie silnie dotknęły zarówno ich, jak i ich rodziców; w grupie tej wystąpiły istotne umiarkowane korelacje między nasileniem ACE a takimi domenami jak zwłaszcza: nasilenie tendencji samobójczych ($r = 0,45$), złożony zespół stresu pourazowego ($r = 0,39$) oraz poza-bezpieczny lękowy typ przywiązania ($r = 0,38$) – już samo to wskazuje na konieczność podjęcia szeregu środków ochronnych i pomocowych dla tej grupy.

Ograniczenia i mocne strony badań

Podstawowe ograniczenia badań związane są z doбором grupy badawczej (metoda śnieżnej kuli). Rozkład danych socjodemograficznych grupy jest podobny do próby ogólnopolskiej Rzeszutka i in. (2025). Kolejnym ograniczeniem jest sposób podziału i uzupełnienia dla grup specyficznych. Dobór do poszczególnych podgrup odbywał się na zasadzie deklaracji respondentów. Grupa osób inkarcerowanych była badana w miejscu odbywania kary więzienia. Dużą dyskusję podjęto odnośnie do charakteru narzędzi badających ACE (Ports i in., 2020). Wskazano na ich podstawowe ograniczenia, np. klasyczne kwestionariusze ACE, czasami sygnowane jako ACE-Q, są narzędziami oceniającymi występowanie poszczególnych kategorii ACE w sposób binarny (tak – nie). Jest to ograniczenie, które nie pozwala ocenić nasilenia negatywnego doświadczenia. W kwestionariuszu ACE-IQ wydanym pod auspicjami WHO można już określać stopień nasilenia poszczególnych ACE, ale nie ma możliwości oceny długości trwania traumy ani etapu rozwojowego, w którym to

doświadczenie zaistniało. W badaniach kieleckich zastosowano ACE-IQ, ale wyniki jego wersji frekwencyjnej (badającej nasilenie) są dopiero w opracowywaniu. Ograniczenia modelu badawczego związane są z brakiem oceny czynników chroniących, poza samooceną (SES). Oczywiście ograniczeniem, na które należałoby zwrócić uwagę w pierwszej kolejności, jest sposób zbierania danych poprzez kwestionariusze samoopisowe.

Mocne strony badań kieleckich związane są z użyciem bardziej wszechstronnego narzędzia do badania ACE-IQ, które uwzględnia prócz czynników rodzinnych również czynniki środowiskowe. Do oceny PTSD i CPTSD użyto narzędzi korespondujących w kolejności z DSM-5 oraz ICD-11. To poszerza możliwość bardziej rzetelnej oceny tego zaburzenia. Sądzymy, że mocną stroną naszego projektu jest też użyty w badaniach wachlarz narzędzi, dzięki którym można ocenić różne rodzaje czynników ryzyka powiązanych z ACE. Projekt kielecki realizowany był w jednym z regionów Polski obciążonych licznymi niekorzystnymi zjawiskami społeczno-ekonomicznymi. W sumie projekt pozwoli wypracować środki zaradcze, profilaktyczne czy terapeutyczne pozwalające na przeciwdziałanie następstwom tej „ukrytej epidemii”.

Rozwój badań nad niekorzystnymi czy negatywnymi doświadczeniami dzieciństwa (ACE) przybiera coraz szersze i bardziej wnikliwe formy (Dube, 2020). Wiele się zmieniło od czasu pierwszych klasycznych już badań nad ACE (Felitti i in., 1998). To już nie tylko proste badania epidemiologiczne, ale coraz bardziej rozwinięte projekty uwzględniające dużą złożoność zjawiska. Zarówno w tych projektach, jak i w tworzonych modelach uwzględnia się coraz częściej znaczenie czynników chroniących (ang. *positive childhood experiences*, PCE). W badaniach ACE i PCE bierze się pod uwagę nie tylko ich różnorodne kategorie, ale i nasilenie, czas występowania i złożony charakter ich związków.

Bibliografia

- Asmundson, G. J.G., Afifi, T. O. (red.). (2020). *Adverse childhood experiences: Using evidence to advance research, practice, policy, and prevention*. Elsevier.
- Dube, S. R. (2020). Twenty years and counting: the past, present, and future of ACEs research. W: G. J. G. Asmundson, T. O. Afifi (red.). *Adverse childhood experiences: Using evidence to advance research, practice, policy, and prevention*, (s. 3–16). Academic Press.

- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Lee, H., Boyd, R., Slack, K. S., Mather, R. S., Murray, R. K. (2022). Adverse childhood experiences, positive childhood experiences, and adult health. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 13(3), 441–61.
- Makaruk, K., Włodarczyk, J., Sethi, B., Michalski, B., Szredzińska, R., Karwowska, P. (2018). Negatywne doświadczenia w dzieciństwie i związane z nimi zachowania szkodliwe dla zdrowia wśród polskich studentów. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*. 17(2), 58–97.
- Ports, K. A., Ford, D. C., Merrick, M. T., Guinn, A. S. (2020). ACEs: Definitions, measurement, and prevalence. W: G. J.G. Asmundson, T. O. Afifi (red.), *Adverse childhood experiences: Using evidence to advance research, practice, policy, and prevention* (s. 17–34). Academic Press. <https://doi.org/110.1016/b978-0-12-816065-7.00002-1>
- Rzeszutek, M., Dragan, M., Lis-Turlejska, M., Schier, K., Kowalkowska, J., Drabarek, K., Van Hoy, A., Holas, P., Maison, D., Wdowczyk, G., Litwin, E., Wawrzyniak, J., Znamirowska, W., Szumiał, S., Desmond, M. (2024). Adverse childhood experiences and ICD-11 complex posttraumatic stress disorder in Poland: a population-based study. *European Journal of Psychotraumatology*, 15(1). <https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2420464>
- Rzeszutek, M., Grabowska, M., Dragan, M., Lis-Turlejska, M., Schier, K., Kowalkowska, J., Styśko-Kunkowska, M., Malinowska, E., Osiński, T., Bargiel-Matusiewicz, K., Sosińska, B., Ibisz, M., Almazova, S., Bagiński, M., Szumiał, S. (2025). Negative and positive childhood experiences with regard to PTSD and subjective well-being in the national sample of Poles. *Scientific Reports*, 15(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-025-22431-2>

