

Psychiatr. Pol. ONLINE FIRST Nr 89: 1–13

Published ahead of print 29 December 2017

www.psychiatriapolska.pl

ISSN 0033-2674 (PRINT), ISSN 2391-5854 (ONLINE)

DOI: <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/76823>

Związki stresu pourazowego, wzorów przywiązania i jakości życia u kobiet inkarcerowanych oraz uzależnionych. Rola prężności

The links between posttraumatic stress, attachment patterns and quality of life in incarcerated and addicted women. The role of resilience

Krzysztof Gąsior

Instytut Pedagogiki i Psychologii UJK, Świętokrzyskie Centrum Profilaktyki i Edukacji

Summary

Aim. The aim of the study was to determine the relationships between negative as well as traumatic childhood experiences and posttraumatic stress, quality of life and attachment in addicted and/or incarcerated women.

Methods. Family of Origin Dysfunction Scale (Skala Dysfunkcyjności Rodziny Pochodzenia, SDRP-2) by Gąsior, Trauma Symptom Inventory (TSI-2) by Briere, Adult Attachment Scale (AAS) by Collins and Read, Life Satisfaction Questionnaire by Fahrenberg et al., and Resilience Measure Questionnaire (Kwestionariusz Oceny Prężności, KOP-26) by Gąsior, Chodkiewicz and Cechowski. The study group comprised incarcerated and/or addicted women.

Results: There is a link between intensification of childhood trauma and posttraumatic stress, quality of life and attachment. The link is diverse depending on interrelations between threatening and protective factors.

Conclusions: The highest intensity of childhood traumatic experiences occurs in women who are both incarcerated and addicted. Traumatic childhood experiences are linked with both the symptoms of the posttraumatic stress and insecure attachment patterns. Resilience is an important protective factor which guards against psychopathological problems.

Słowa kluczowe: stres pourazowy, przywiązanie, uzależnienie od alkoholu

Key words: posttraumatic stress, attachment, alcohol addiction

Wstęp

W ostatnich trzech dekadach obserwuje się istotny wzrost przestępczości kobiet, szczególnie w zakresie przestępstw agresywnych, związanych z przemocą [1]. W USA w pierwszym dziesięcioleciu XXI wieku liczba skazanych kobiet wzrosła o 31%,

a w ciągu lat 1970 – 2014 aż 14-krotnie, z 8 tys. do 110 tys. [2]. W Polsce liczba osadzonych i skazanych kobiet kształtuje się na poziomie 7–10% ogółu skazanych, w latach 1999–2008 zaś wzrosła aż o 260% [3, 4].

Wydaje się, że czynniki ryzyka prowadzące do przestępczości kobiet w znacznej mierze mają inny charakter niż te, które powiązane są z przestępczością mężczyzn [5–7]. Z badań Steadmana i wsp. [8] wynika, że poważne problemy psychiczne (depresja, choroba afektywna dwubiegunowa, schizofrenia) występują u 32% uwięzionych kobiet i 14,5% mężczyzn. Jest to sześciokrotnie częściej niż w ogólnej populacji kobiet w USA. Badania Lynch i wsp. [9] również potwierdzają te tendencje. Poważne zaburzenia psychiczne występowały u 32% kobiet inkarcerowanych, stres pourazowy w przebiegu życia u 53%, a nadużywanie lub uzależnienie od alkoholu lub innych substancji w trakcie całego życia aż u 82% badanych. Green i wsp. [10] wykazali, że 25% osadzonych kobiet aktualnie cierpi na PTSD, a problemy z uzależnieniami od środków psychoaktywnych dotyczą 39–46% spośród nich. Wskazano więc trzy główne typy problemów psychicznych występujące u osadzonych kobiet – uzależnienia, stres pourazowy oraz poważne zaburzenia psychiczne (depresja, choroby afektywne czy schizofrenia) [9, 11, 12]. Jakie czynniki warunkują powstawanie tych zaburzeń?

Od dwóch dekad prowadzone są populacyjne badania mające na celu określenie ryzyka występowania problemów zdrowotnych u osób, które w dzieciństwie doznały szeregu niekorzystnych doświadczeń w rodzinach pochodzenia (*Adverse Childhood Experiences* – ACE). ACEs zdefiniowane zostały jako doświadczone przez jednostkę wydarzenia, które zaistniały przed 18. r.ż. i obejmują różne formy przemocy w rodzinie, molestowanie seksualne, nadużywanie alkoholu lub środków psychoaktywnych, chorobę psychiczną, rozwód oraz inkarcerację rodzica [13]. W tym kontekście niewiele badań dotyczyło osadzonych kobiet, ale jedno z nich [14], prowadzone wśród 500 przestępczyń uzależnionych od środków psychoaktywnych, wskazało, że aż 31,8% spośród nich doświadczyło czterech lub więcej ACEs w dzieciństwie (19,3% w grupie kobiet nieosadzonych). W tym samym badaniu wyniki logistycznej analizy regresji ujawniły, że wpływ traumatycznych doświadczeń dzieciństwa na zdrowie jest silny i narastający. Ross wraz z zespołem [15] w badaniach nad typologią ACEs wśród osadzonych wykorzystała dane z NERSAC (*National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*, $N = 34\ 653$). W wyniku zastosowania analizy klas ukrytych (*Latent Class Analysis*) uzyskano 5 różnych typów ACEs. W oparciu o regresję logistyczną zbadano również związki między typami ACEs a długością uwięzienia. Prawdopodobieństwo inkarceracji dla trzech typów ACEs powiązanych ze stosowaniem przemocy i uzależnionym rodzicem okazało się wysokie (15–20% mężczyźni oraz 2–8% kobiety). Występowanie jednak brutalnej przemocy wobec dziecka, w tym molestowania seksualnego, powodowało, że prawdopodobieństwo inkarceracji u kobiet było wyższe niż u mężczyzn [15].

Badania nad sytuacją życiową osadzonych kobiet wskazują na znaczną rolę w ich życiu wiktymizacji [12, 16]. Wpływ traumatycznych doświadczeń w dzieciństwie na dalszy rozwój jednostki nie budzi wątpliwości. Jednak mało poznane są dynamika oraz zakres, a przede wszystkim mechanizmy powodujące, że u niektórych osób związek ten jest silniejszy, u innych słabszy, a w pewnej grupie nic nieznaczący [17,

18]. Z badań wynika, że długotrwałe występująca trauma interpersonalna pociąga za sobą dwa rodzaje skutków [19, 20]. Pierwszy to skutki bezpośrednie, najczęściej występujące pod postacią PTSD lub złożonego PTSD (*complex PTSD*), zaburzeń dysocjacyjnych oraz osobowości z pogranicza. Drugi rodzaj to skutki wtórne przejawiające się uzależnieniami, zaburzeniami jedzenia, zaburzeniami somatyzacyjnymi czy nieprzystosowaniem i przestępczością. Doświadczenia kliniczne oraz badania naukowe nad pierwotnymi skutkami interpersonalnej traumy w postaci stresu pourazowego wyraźnie wskazują, że spektrum możliwych objawów tego zespołu jest dużo szersze niż w prostym PTSD [21]. Złożony zespół PTSD (*complex PTSD*) oprócz typowych (ostrych) objawów (intruzje, unikanie, pobudzenie lękowe, dysforyczne) obejmuje również takie objawy (chroniczne), jak zaburzenia w relacjach interpersonalnych czy negatywna samoocena [21].

Ważnym nurtem badań nad traumą wczesnodziecięcą były badania rodzin dysfunkcyjnych, szczególnie tych dotkniętych alkoholizmem i przemocą. Wykazano, że skutki interpersonalnej traumy dzieciństwa zależne są nie tylko od czynników zagrażających rozwojowi dziecka, ale też od czynników chroniących [22, 23]. Czynniki chroniące mogą być powiązane zarówno z właściwościami jednostki (np. koncepcja *hardiness*), jak i procesami obejmującymi swym oddziaływaniem jednostkę i jej środowisko. Z tym ostatnim ujęciem związana jest koncepcja prężności (*resilience*), która czynniki chroniące ujmuje jako procesy odpornościowe powiązane z wymiarem biologicznym, społecznym i kulturowym funkcjonowania jednostki w środowisku [24]. Prężność oznacza zdolność powrotu do równowagi umysłowej po traumatycznych przeżyciach. Ma ona silne związki z zadowoleniem i jakością życia. Badania nad prężnością u inkarcerowanych kobiet (choć jeszcze nieliczne) dowodzą, że jej wysoki poziom wiąże się z lepszą kondycją psychiczną [25]. Przejawia się ona przede wszystkim tolerancją negatywnych emocji i wyższymi kompetencjami osobistymi i społecznymi.

Poszukiwano różnorodnych czynników pośredniczących między interpersonalną traumą dzieciństwa a problemami psychicznymi i adaptacyjnymi. Związek ten nie wydaje się ani bezpośredni, ani prosty [22]. Trauma dzieciństwa ma szczególne znaczenie w przypadku tworzenia bliskich więzi (przywiązania). Wzorce przywiązania tworzące się w dzieciństwie są podstawą budowania więzi interpersonalnych i intymnych w dorosłości [26]. Pozabezpieczne wzorce przywiązania ukształtowane w traumatycznym dzieciństwie łączą się bowiem z wysokim ryzykiem ich wystąpienia w dorosłości, ale również z różnego rodzaju psychopatologią i problemami przystosowawczymi [27]. Wiele wskazuje na to, że zaburzenia przywiązania są istotną zmienną pośredniczącą w przypadku występowania przestępczości. Badania nad wzorcami przywiązania u osadzonych kobiet ujawniają, że istotnie częściej u nich niż u kobiet z ogólnej populacji czy mężczyzn występuje pozabezpieczny wzorec przywiązania w bliskich związkach, co łączy się także z niższą jakością życia [28].

Biorąc pod uwagę, że uwarunkowania przestępczości u kobiet są silnie powiązane zarówno z interpersonalną traumą wczesnodziecięcą, uzależnieniem, jak i problemami psychicznymi, zaprojektowane zostały badania mające na celu bliższe poznanie tych związków. Skoncentrowano się w nich m.in. na możliwych powiązaniach ostrego

i chronicznego stresu pourazowego z pozabezpiecznymi wzorcami przywiązania. Uwzględniono również zadowolenie z życia oraz prężność jako możliwe czynniki chroniące. W projektowanych badaniach stres pourazowy ujęty został nie tylko w postaci typowych (ostrych) objawów, ale i tych chronicznych, łączących się z potencjalnymi następstwami wiktymizacji w dzieciństwie czy dorosłości. Miało to swoje konsekwencje przy wyborze narzędzia badawczego.

Material i metoda

Cel badań

Celem prezentowanych badań była odpowiedź na następujące pytania badawcze:

1. Jakie są różnice między kobietami osadzonymi i/lub uzależnionymi w zakresie doświadczeń dzieciństwa, nasilenia stresu pourazowego, jakości życia, przywiązania i prężności?
2. Jaka relacja zachodzi między interpersonalną traumą dzieciństwa związaną z negatywnymi doświadczeniami dzieciństwa i stresem pourazowym a jakością życia i przywiązaniem u kobiet inkarcerowanych i/lub uzależnionych?
3. Czy prężność jako czynnik chroniący ma wpływ na związek stresu pourazowego i wzorca przywiązania bądź jakości życia u kobiet inkarcerowanych i/lub uzależnionych?

Odpowiedzi na postawione pytania poszukiwano, porównując trzy grupy kobiet (osadzone, uzależnione oraz jednocześnie osadzone i uzależnione) w zakresie doświadczeń dzieciństwa, nasilenia stresu pourazowego, jakości życia, przywiązania oraz prężności. Ponadto zbudowano model badawczy w oparciu o równania strukturalne, który uwzględniał analizę związków między stresem pourazowym powiązaniem z funkcjonowaniem rodziny pochodzenia i uzależnieniem a jakością życia i przywiązaniem w kontekście prężności jako czynnika chroniącego.

Badana grupa

Do badań zakwalifikowano kobiety osadzone ($N = 118$, spośród nich 39 było uzależnionych) oraz kobiety tylko uzależnione ($N = 36$). Cała grupa badawcza liczyła 154 osoby. Wiek badanych mieścił się w przedziale od 21 do 65 lat, średnia wieku wynosiła 38,2 lat. Wykształcenie podstawowe i zawodowe posiadało 48,7% badanych, średnie 35,5%, wyższe 15,6%. Ponad 39% było stanu wolnego, 23,4% zamężnych, 20,8% rozwiedzionych, a 14,3% to wdowy.

Narzędzia

W badaniach zastosowano następujące narzędzia:

Skala Dysfunkcjonalności Rodziny Pochodzenia (SDRP) Gąsiora [22]. Służy do oceny stopnia dysfunkcjonalności rodziny pochodzenia w kontekście czynników

zagrożających i chroniących. Składa się z 4 części, takich jak: ocena funkcjonowania rodziny pochodzenia oraz obecności czynników urazowych, ocena obrazu rodziców oraz praktyk rodzicielskich. Właściwości psychometryczne skali są zadowalające, metoda była stosowana w badaniach m.in. nad Dorosłymi Dziećmi Alkoholików [29].

Inwentarz Symptomów Traumatycznych (*Trauma Symptom Inventory – 2 – TSI-2*) Johna Briere’a [30]. Jest nowszą wersją inwentarza TSI badającego objawy stresu pourazowego i innych psychologicznych następstw wydarzeń urazowych. Tłumaczenia za zgodą autora i wydawnictwa PCI dokonał Krzysztof Gąsior. TSI-2 ocenia szeroki obszar symptomatologii stresu pourazowego (wychodzący poza typową koncepcję PTSD) związany m.in. z wiktymizacją w dzieciństwie i dorosłości. Zakres badanych objawów odwołuje się więc do koncepcji złożonego stresu pourazowego (*complex PTSD*) i obejmuje ostre i chroniczne objawy PTSD. Właśnie z tego względu zdecydowano o zastosowaniu w badaniach tego narzędzia, tym bardziej że jego wartość diagnostyczna pod kątem symulacji była sprawdzana również wśród osób uwięzionych. TSI-2 zawiera 136 pozycji ujętych w 2 skale kontrolne oraz 12 skal klinicznych. Wstępnie oceniono rzetelność testu, alfa Cronbacha wyniosła 0,97. Obie wersje testu posiadają dobre właściwości psychometryczne wykazane zarówno w badaniach amerykańskich, jak i polskich [22, 30].

Kwestionariusz Oceny Prężności (KOP-26) Gąsiora, Chodkiewicza i Cechowskiego [31]. Składa się z 26 pozycji odnoszących się do czynników chroniących związanych z kompetencjami osobistymi, społecznymi i relacjami rodzinnymi. Właściwości psychometryczne kwestionariusza są zadowalające: wskaźnik rzetelności alfa Cronbacha wynosi 0,90. Struktura testu uzyskana w wyniku eksploracyjnej analizy czynnikowej została potwierdzona konfirmacyjną analizą czynnikową.

Skala Przywiązania Dorosłych (*Adult Attachment Scale – AAS*) Collins i Reada w polskiej adaptacji Łubiewskiej. Metoda bada dwie kategorie (dwa wzorce) pozabezpiecznego przywiązania: niepokój przywiązaniowy i unikanie przywiązaniowe. Skalę cechują dobre właściwości psychometryczne [32].

Kwestionariusz Zadovolnienia z Życia Fahrenberga i wsp., w adaptacji Chodkiewicza [33]. Metoda służy do badania ogólnego zadowolenia z życia oraz zadowolenia z różnych jego aspektów. W niniejszym badaniu użyto podskal dotyczących zadowolenia z własnej osoby, krewnych, znajomych i przyjaciół oraz ze związku intymnego. Test ma zadowalające właściwości psychometryczne [33].

Do analiz statystycznych wykorzystano pakiet Statistica-12 oraz WARP 5.0¹. Twórcą pakietu WARP jest Ned Kock [34]. Służy on do analiz równań strukturalnych metodą cząstkowych najmniejszych kwadratów (*Partial Least Squares Path Modeling – PLS-PM*). Metoda PLS-PM opiera się na objaśnianiu wariancji, a jej założenia są nieparametryczne. Z zastosowaniami PLS-PM można się spotkać w badaniach różnorodnych grup klinicznych, których wyniki nie spełniają warunków liniowości i normalności rozkładu, a takie grupy tworzą np. kobiety uzależnione czy osadzone.

¹ www.scriptwarp.com (dostęp: 7.03.2017).

Wyniki

Pierwszym etapem analiz było zbadanie różnic między trzema grupami kobiet (osadzonych, uzależnionych oraz osadzonych i uzależnionych) w zakresie doświadczeń związanych z funkcjonowaniem rodziny pochodzenia i nasileniem stresu pourazowego oraz w zakresie jakości życia, przywiązania i prężności (tab. 1).

Tabela 1. Funkcjonowanie rodziny pochodzenia (SDRP), stres pourazowy (TSI-2), jakość życia (KZZ), przywiązanie (AAS) i prężność (KOP-26) – w trzech grupach kobiet: inkarcerowanych (I), uzależnionych (U) oraz inkarcerowanych i uzależnionych (IU) – analiza wariancji

Test	Skale	Nazwa skali	I (1)	U (2)	IU (3)	df	F	p	Test post-hoc Dunnetta
Funkcjonowanie rodziny pochodzenia (SDRP)	SR	Struktura rodziny	-6,16	-6,75	-1,90	151	8,97	<0,001	1–3, 2–3
	CUR	Czynniki urazowe	-0,85	-1,44	5,46	151	5,36	0,006	1–3, 2–3
	OBM	Obraz matki	15,65	15,11	20,82	151	4,11	0,018	1–3
	OBO	Obraz ojca	17,13	16,42	19,77	151	0,84	0,434	n.i.
	PRM	Praktyki matki	14,60	18,06	19,36	151	3,97	0,021	1–3
	PRO	Praktyki ojca	16,33	16,83	19,23	151	1,20	0,304	n.i.
	WDRP	Ogólny wskaźnik	50,32	50,14	73,03	151	3,55	0,031	n.i.
Stres pourazowy (TSI-2)	AA	Niepokój	10,77	13,81	14,85	151	7,25	0,001	1–2, 1–3
	D	Depresja	13,11	16,53	18,26	151	6,29	0,002	1–3
	ANG	Złość / drażliwość	8,46	14,91	15,05	151	18,03	<0,001	1–3, 2–3
	IE	Doświadczenia intruzywne	11,24	14,89	16,44	151	6,67	0,001	1–3, 2–3
	DA	Unikanie obronne	13,51	17,11	17,67	151	5,03	0,008	1–3
	DIS	Dysocjacja	6,96	10,11	12,46	151	8,45	<0,001	1–3
	SOM	Somatyzacja	10,63	11,72	12,69	151	1,38	0,255	n.i.
	SXD	Zaburzenia seksualne	2,87	4,22	6,74	151	7,22	0,001	1–3
	SUI	Zagrożenie samobójstwem	3,63	4,53	9,90	151	10,18	0,001	1–3, 2–3
	IA	Przywiązanie pozabezpieczne	10,08	12,08	14,69	151	6,28	0,002	1–3
	ISR	Zaburzenia Self	7,33	12,61	12,36	151	10,11	<0,001	1–2, 1–3
	TRB	Zachowania redukujące napięcie	5,70	10,56	11,56	151	11,86	<0,001	1–2, 1–3
	SELF	Zaburzenia Self	30,52	41,22	45,31	151	8,22	<0,001	1–2, 1–3
	TRAUMA	Stres pourazowy	42,48	55,92	61,41	151	8,25	<0,001	1–2, 1–3
	EXT	Eksternalizacja	20,66	34,22	43,26	151	13,70	<0,001	1–2, 1–3
SOMA	Somatyzacja	10,63	11,72	12,69	151	1,38	0,255		
TSI-2	Wynik ogólny	104,29	143,08	162,67	151	10,14	<0,001	1–2, 1–3	

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Jakość życia (KZZ)	KZZO	Życie osobiste	31,44	29,83	27,18	151	3,73	0,03	1-3
	KZZP	Relacje z przyjaciółmi	33,51	33,75	28,15	151	5,20	0,007	1-3, 2-3
	KZZI	Relacje w związku	23,94	23,78	21,13	151	0,28	0,75	n.i.
Przywiązanie (AAS)	Av	Unikanie przywiązaniowe	23,27	24,19	25,51	151	1,89	0,154	n.i.
	Ax	Niepokój przywiązaniowy	28,39	33,83	37,28	151	9,11	0,001	1-2, 1-3
Prężność (KOP-26)	KO	Kompetencje osobiste	37,70	32,97	34,36	151	6,68	0,002	1-2, 1-3
	KS	Kompetencje społeczne	19,81	19,67	19,97	151	0,03	0,970	
	RR	Relacje rodzinne	48,34	44,78	38,18	151	13,47	<0,001	1-2, 1-3

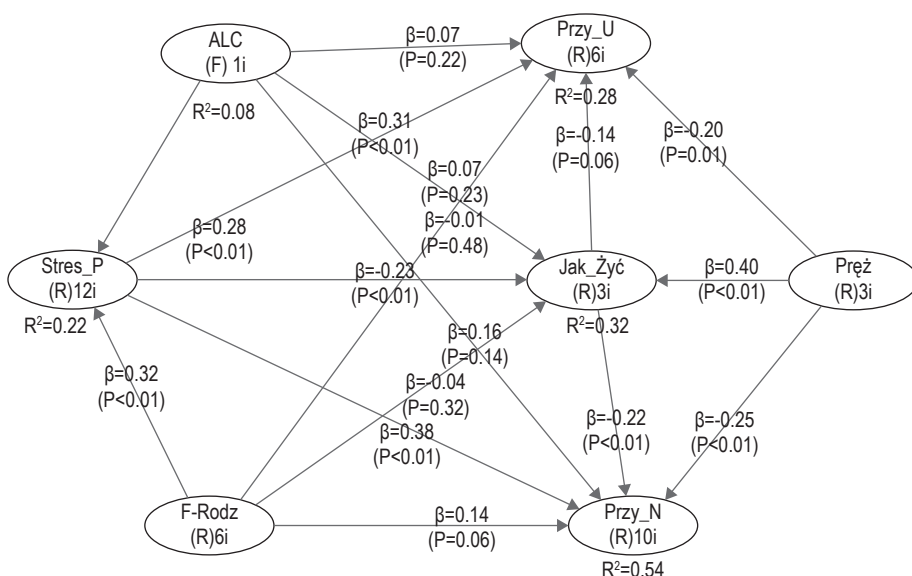
Analiza wariancji wskazała na szereg istotnych różnic dotyczących badanych podgrup. Największe różnice występują między kobietami osadzonymi a uzależnionymi i osadzonymi. Ta ostatnia grupa cechuje się najbardziej dysfunkcjonalną strukturą rodziny pochodzenia (SR), najwyższym nasileniem negatywnych doświadczeń dzieciństwa (CUR) i najbardziej negatywnym obrazem matki (OBM) i jej praktyk rodzicielskich (PRM). Obraz i praktyki rodzicielskie ojca (OBO, PRO) nie różnicują badanych grup. Ogólne nasilenie ostrego i chronicznego stresu pourazowego (TSI-2) również jest najwyższe u kobiet osadzonych i uzależnionych. Różnice dotyczą zdecydowanej większości analizowanych podskal zarówno w obszarze zaburzeń Self (SELF), objawów ostrego stresu pourazowego (TRAUMA), jak i zaburzeń eksternalizacyjnych (EXT). Jedynie somatyzacja (SOM) nie różnicuje badanych kobiet. Najniższe wskaźniki dotyczące zadowolenia z życia w zakresie życia osobistego (KZZO) i relacji z przyjaciółmi i znajomymi (KZZP) występują również u kobiet osadzonych i uzależnionych. Podobnie rzecz się ma z prężnością, a dotyczy to zwłaszcza kompetencji osobistych (KO) i relacji rodzinnych (RR). Unikanie przywiązaniowe (Av) nie różnicuje badanych, natomiast niepokój przywiązaniowy (Ax) istotnie różnicuje grupę osadzonych i uzależnionych kobiet.

W drugim etapie analiz zbudowano model ścieżkowy według PLS-PM, który ujmuje w całej grupie badanych zależności między niekorzystnymi doświadczeniami dzieciństwa i złożonym stresem pourazowym a jakością życia, wzorcami przywiązania i czynnikiem chroniącym, jakim jest prężność. W modelu uwzględniono uzależnienie jako zmienną pośredniczącą i modyfikującą związki. Analiza modelu zewnętrznego potwierdziła zasadność doboru zmiennych, ponieważ obliczone ładunki przekraczały wartość 0,5 oraz $p \leq 0,05$. Weryfikacja rzetelności wskaźników w odniesieniu do zmiennych jest pozytywna: złożony współczynnik rzetelności osiąga wartość powyżej 0,7, a alfa Cronbacha między 0,65 a 0,97. Wartości wariancji wyodrębnionej (AVE) również są akceptowalne (powyżej 0,4).

Poniżej przedstawiono charakterystykę otrzymanego modelu (ramka 1 i schemat 1).

Ramka 1. Charakterystyka modelu strukturalnego wraz z oceną jego parametrów

Przeciętny współczynnik ścieżki / Average path coefficient (APC) = 0,200, $P < 0,001$
 Przeciętny R2 / Average R-squared (ARS) = 0,286, $P < 0,001$
 Przeciętny skorygowany R2 / Average adjusted R-squared (AARS) = 0,266, $P < 0,001$
 Przeciętny blok VIF (AVIF) / Average block VIF (AVIF) = 1,328, akceptowane jeśli ≤ 5 , idealne $\leq 3,3$
 Przeciętna pełna współliniowość VIF (AVIF) / Average full collinearity VIF (AFVIF) 1,625, akceptowane ≤ 5 , idealne $\leq 3,3$
 Wskaźnik GoF Tenenhaus / (GoF) = 0,422, niski $\geq 0,1$, średni $\geq 0,25$, wysoki $\geq 0,36$
 Paradoks Simpsona / Sympton's paradox ratio (SPR) = 0,941, akceptowane $\geq 0,7$, idealne = 1



Schemat 1. Model strukturalny zależności między zmiennymi latentnymi

F-Rodz – funkcjonowanie rodziny; Stres_P – stres pourazowy; Przy_U – unikanie przywiązaniowe; Przy_N – niepokój przywiązaniowy; Jak_Życ – jakość życia; Pręż – prężność; Alc – alkoholizm. Współczynniki ścieżek i wartość p

Źródło: opracowanie własne.

Wszystkie uzyskane wartości parametrów odzwierciedlają ich dobre dopasowanie do modelu. W modelu nie występują problemy związane ze współliniowością (VIF/AVIF), a wskaźnik GoF Tenenhaus osiąga wartości znaczące, co świadczy o dobrym dopasowaniu modelu wewnętrznego i strukturalnego (zewnętrznego). Na nasilenie stresu pourazowego mają wpływ zarówno funkcjonowanie rodziny pochodzenia, jak i aktualne występowanie uzależnienia. Interesująco wyglądają związki między stresem pourazowym a jakością życia i wzorcami przywiązaniowymi. W obu wy-

padkach związków ten jest istotny i co najwyżej umiarkowany. W modelu najwyższy współczynnik determinacji $R^2 = 0,54$ dotyczy zmiennej niepokój przywiązaniowy. Połowa wariancji tej zmiennej wyjaśniana jest przez pozytywny związek ze stresem pourazowym ($\beta = 0,38$) i funkcjonowaniem rodziny ($\beta = 0,14$; na granicy istotności) oraz negatywny związek z jakością życia ($\beta = -0,22$) i prężnością ($\beta = -0,25$). Jakość życia jest negatywnie powiązana ze stresem pourazowym i funkcjonowaniem rodziny pochodzenia, pozytywnie zaś z prężnością ($\beta = 0,40$). Prężność jest ważnym czynnikiem chroniącym, negatywnie powiązany z unikaniem przywiązaniowym ($\beta = -0,20$) i niepokojem przywiązaniowym ($\beta = -0,25$), a dodatkowo powiązany z jakością życia.

Omówienie i wnioski

Grupa uzależnionych przestępczyń na tle pozostałych przestępczyń i kobiet tylko uzależnionych jawi się jako specyficzna zarówno pod względem występowania niekorzystnych doświadczeń i traumy dzieciństwa, jak i aktualnych problemów psychicznych i adaptacyjnych. Analiza doświadczeń dzieciństwa wskazuje na największe nasilenie u tych kobiet czynników urazowych w postaci przemocy i alkoholizmu rodzica oraz dysfunkcyjnych praktyk rodzicielskich i obrazu matki. Grupa ta cechuje się też największym nasileniem objawów stresu pourazowego, szczególnie zaburzeń *Self* i zaburzeń eksternalizacyjnych.

Prezentowane badanie potwierdza więc, że funkcjonowanie rodziny wpływa na nasilenie stresu pourazowego, podobnie jak i aktualne uzależnienie. Uwagę zwraca brak związku między funkcjonowaniem rodziny a pozabezpiecznymi wzorcami przywiązania. Związek taki wykazywano w badaniach Golder i wsp. [35]. Stwierdzono jednak, że grupa kobiet przestępczyń jest wysoce heterogeniczna. W prezentowanych badaniach stres pourazowy okazał się tymczasem istotnym czynnikiem pośredniczącym między funkcjonowaniem rodziny a wzorcami przywiązania. Jego wysokie nasilenie wyraźnie łączy się z występowaniem u badanych kobiet pozabezpiecznych wzorców przywiązania. Z badań Winham i wsp. [28] prowadzonych wśród ponad 400 kobiet zwolnionych warunkowo z więzienia wynika, że pozabezpieczne przywiązanie (badane testem AAS – Skala Przywiązania Dorosłych) odgrywa rolę mediatora między dziecięcą wiktymizacją a objawami psychologicznego dystresu. Opisywane w niniejszym artykule badanie autorskie wskazuje na to, że trauma dzieciństwa związana z funkcjonowaniem rodziny i stres pourazowy korelują w istotny sposób z niepokojem przywiązaniowym, który przejawia się silnym przeżywaniem antycypowanego odrzucenia i brakiem poczucia bezpieczeństwa. Tymczasem unikanie przywiązaniowe jest istotnie, choć słabiej powiązane z objawami stresu pourazowego. Nie jest jednak jasne dlaczego tak się dzieje. Prawdopodobnie u badanych kobiet w ich bliskich relacjach niepokój i lęk dominują nad innymi objawami stresu pourazowego.

Warto przyjrzeć się roli czynników chroniących związanych z prężnością. Prężność rozumiana jest tu jako wypadkowa właściwości osoby (kompetencje osobiste i społeczne) oraz utrzymywania dobrych relacji rodzinnych i korzystania ze wsparcia rodzinnego [31]. Prężność powiązana jest negatywnie z niepokojem przywiązaniowym ($\beta = -0,25$) i unikaniem przywiązaniowym ($\beta = -0,20$), pozytywnie zaś z jakością

życia ($\beta = 0,40$). Znaczenie wczesnodziecięcej traumy w rozwoju problemów zdrowotnych i przystosowawczych potwierdzone zostało we wcześniejszych badaniach [36, 37], niemniej mało uwagi zwracano na czynniki chroniące. Tymczasem może to mieć istotne znaczenie dla praktyki terapeutycznej. Programy terapeutyczne czy resocjalizacyjne winny koncentrować się nie tylko na leczeniu traumy, ale i wzmacnianiu czynników chroniących i modyfikujących jej potencjalnie negatywne efekty. Biorąc pod uwagę specyficzną i silniejszą u kobiet niż u mężczyzn rolę interpersonalnej traumy w etiologii zachowań eksternalizacyjnych, takich jak przestępczość czy uzależnienie [28, 38], można wnioskować, że w ich resocjalizacji i terapii istotną rolę może odgrywać rozwijanie bezpiecznych wzorców przywiązania w relacjach interpersonalnych. Przykładem takich oddziaływań jest program „Teatr, mama, tata i ja” prowadzony w Areszcie Śledczym w Kielcach². W tym aspekcie zastosowanie może znaleźć również terapia schematów w ujęciu Younga i wsp. [39], w której istotna rola terapeuty polega m.in. na zbudowaniu bezpiecznej i pełnej zaufania relacji terapeutycznej (tzw. ograniczone powtórne rodzicielstwo). Terapia taka jest z powodzeniem stosowana u osób z zaburzeniami osobowości typu *borderline* i ofiar traumy wczesnodziecięcej [40].

Ograniczenia niniejszego badania wynikają ze stosunkowo mało licznej grupy badanych kobiet, co zmniejsza siłę wyciąganych wniosków. Ponadto u badanych kobiet nie kontrolowano długości ich pobytu w więzieniu czy czasu trwania problemów związanych z nadużywaniem alkoholu. Z badań Ross i wsp. [15] wynika, że jest to ważna zmienna modyfikująca wyniki. Uzyskane dane wymagają dalszych, bardziej rozbudowanych badań. Jednakże biorąc pod uwagę niewielką liczbę badań dotyczących tej tematyki u kobiet odbywających karę pozbawienia wolności, wyniki te mogą stanowić dobry punkt wyjścia do dalszych poszukiwań. Stres pourazowy jako zmienna została zoperacjonalizowana w prezentowanym badaniu za pomocą jednego z najnowszych narzędzi do badania zaburzeń potraumatycznych – TSI-2. Narzędzie to odwołuje się do koncepcji PTSD, nie określa jednak w sposób ścisły objawów tworzących ten zespół. Ujmuje natomiast potencjalne objawy związane z wiktymizacją zaistniałą w dzieciństwie i dorosłości. Ogranicza to możliwość porównywania wyników niniejszego badania i innych badań, ale otwiera jednocześnie pole do dyskusji nad chronicznym stresem pourazowym.

Podsumowanie

Badanie miało na celu poszukiwanie związków między negatywnymi doświadczeniami dzieciństwa (interpersonalna trauma) oraz stresem pourazowym, wzorcami przywiązaniowymi i czynnikami chroniącymi u kobiet inkarcerowanych i/lub uzależnionych. Na podstawie przeprowadzonych analiz można wyciągnąć następujące wnioski:

1. Porównanie trzech grup kobiet (osadzonych, uzależnionych oraz osadzonych i uzależnionych) wskazało, że największe nasilenie niekorzystnych doświadczeń

² www.teatrklubus.pl/teatr-mama-tata-i-ja (dostęp: 7.03.2017).

- dzieciństwa, stresu pourazowego i pozabezpiecznych wzorców przywiązania występuje u kobiet osadzonych i uzależnionych. Grupa ta uzyskała najniższe wyniki, jeśli chodzi o ocenę jakości życia i w zakresie prężności. Negatywne doświadczenia dzieciństwa związane były głównie z występowaniem przemocy i problemów alkoholowych w rodzinie oraz ze źle funkcjonującą matką, stosującą dysfunkcjonalne praktyki rodzicielskie.
2. Funkcjonowanie rodziny pochodzenia koreluje w dużym stopniu z nasileniem stresu pourazowego, który istotnie, choć umiarkowanie łączy się z pozabezpiecznymi wzorcami przywiązania, szczególnie z niepokojem przywiązaniowym.
 3. Prężność jako wypadkowa kompetencji osobistych, społecznych i rodzinnych jest ważnym czynnikiem chroniącym, istotnie negatywnie powiązany z pozabezpiecznymi wzorcami przywiązania oraz pozytywnie z jakością życia badanych kobiet.

Piśmiennictwo

1. Cabalski J. *Przemoc stosowana przez kobiety. Studium kryminologiczne*. Kraków: Impuls; 2014.
2. Lynch SM, DeHart DD, Belknap JE, Green BL. *Women's pathways to jail: The roles & intersections of serious mental illness & trauma*. Bureau of Justice Assistance; 2012. www.bja.gov/Publications/Women_Pathways_to_Jail_pdf (dostęp: 21.03.2017).
3. Machel H. *Przestępczość kobiet i wobec kobiet – spojrzenie kryminologiczno-penitencjarne*. Resocjalizacja Polska. 2014; 8: 13–25.
4. Szatkowska A. *Przestępczość kobiet w Polsce – w XIX, XX i XXI wieku*. Przegląd Więziennictwa Polskiego. 2012; 74–75: 213–230.
5. Biel K. *Przestępczość dziewcząt. Rodzaje i uwarunkowania*. Kraków: Wydawnictwo WAM; 2008.
6. Mallicoate SL. *Women and crime*. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2014.
7. Sitnik K. *Czynniki socjologiczne a przestępczość kobiet. Wybrane teorie kryminologiczne*. Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego. 2015; 36: 83–97.
8. Steadman HJ, Osher FC, Robbins PC, Case B, Samuels S. *Prevalence of serious mental illness among jail inmates*. Psychiatr. Serv. 2009; 60(6): 761–765.
9. Lynch SM, DeHart DD, Belknap JE, Green BL, Dass-Brailsford P, Johnson KA i wsp. *A multisite study of the prevalence of serious mental illness, PTSD, and Substance Use Disorders of women in jail*. Psychiatr. Serv. 2014. Doi: 10.1176/appi.ps.201300172 (dostęp: 21.03.2017).
10. Green BL, Miranda J, Daroowalla A, Siddique J. *Trauma exposure, mental health functioning and program needs of women in jail*. Crime and Delinquency. 2005; 51: 133–151.
11. Swavola E, Riley K, Subramanian R. *Overlooked: Women and jails in an era of reform*. New York: Vera Institute of Justice; 2016.
12. Sosnowska E. *Sytuacja życiowa kobiet przestępczyń – wybrane aspekty wiktyimizacyjne*. Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie. 2012; 21: 263–273.
13. Felitti VJ. *The relation between Adverse Childhood Experiences and adult health: Turning gold into lead*. The Permanente Journal. 2002; 6(1): 44–47.
14. Messina N, Grella C. *Childhood trauma and women's health outcomes in California prison population*. Am. J. Public Health. 2006; 96(10): 1842–1848.

15. Ross LE, Afifi TO, Gamache MC, Pietrzak RH, Tsai J, Sareen J. *Linking typologies of childhood adversity to adult incarceration: Findings from a Nationally Representative Sample*. Am. J. Orthopsychiatry. 2016; 86(5): 584–593.
16. Reichert J, Bostwick L. *Post-traumatic stress disorder and victimisation among female prisoners in Illinois*. Illinois Criminal Justice Information Authority; 2010. http://www.saferfoundation.org/files/documents/PTSD_Female_Prisoners_Report_1110.pdf (dostęp: 8.08.2017).
17. Agaibi CE, Wilson JP. *Trauma, PTSD, and resilience. A review of the literature*. Trauma Violence Abuse. 2005; 6(3): 195–216.
18. Ardino V. *Offending behaviour: The role of trauma and PTSD*. Eur. J. Psychotraumatol. 2012; 3: 10. <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v3i0.1896> (dostęp: 8.08.2017).
19. Chu J. *Rebuilding shattered lives. Treating complex PTSD and dissociative disorders*. New York: John Wiley & Sons; 2011.
20. Popiel A, Pragłowska E. *Psychopatologia reakcji na traumatyczne wydarzenia*. W: Strelau J, Zawadzki B, Kaczmarek M. red. *Konsekwencje psychiczne traumy*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2009. s. 34–63.
21. Cloitre M, Garvert DW, Weiss B, Carlson EB, Bryant RA. *Distinguishing PTSD, Complex PTSD, and Borderline Personality Disorder: A latent class analysis*. Eur. J. Psychotraumatol. 2014; 5: 25097. Doi: 10.3402/ejpt.v5.25097 (dostęp: 8.08.2017).
22. Gąsior K. *Funkcjonowanie neo-psychospołeczne i problemy psychiczne Dorosłych Dzieci Alkoholików*. Warszawa: Difin; 2012.
23. Hall CW, Webster RE. *Multiple stressors and adjustment among adult children of alcoholics*. Addiction Research and Theory. 2007; 15(4): 425–434.
24. Ogińska-Bulik N. *Pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych, czyli kiedy lzy zamieniają się w perły*. Warszawa: Difin; 2013.
25. Sygit-Kowalkowska E, Szrajda J, Weber-Rajek M, Porażyński K, Ziółkowski M. *Prężność jako predyktor zdrowia psychicznego kobiet odbywających karę pozbawienia wolności*. Psychiatr. Pol. 2016; 47: 1–12. Doi: <http://dx.doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/62617>.
26. Bowlby J. *Przywiązanie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2007.
27. Ma K. *Attachment theory in adult psychiatry. Part 1: Conceptualisations, measurement and clinical research findings*. Advances in Psychiatric Treatment. 2006; 12: 440–449.
28. Winham KM, Engstrom M, Golder S, Renn T, Higgins GE, Logan TK. *Childhood victimization, attachment, psychological distress, and substance use among women on probation and parole*. Am. J. Orthopsychiatry. 2015; 85(2): 145–158.
29. Gąsior K. *Diversifying childhood experiences of Adult Children of Alcoholics*. Alkoholizm i Narkomania. 2014; 27: 289–304.
30. Briere J. *Trauma Symptom Inventory-2*. Psychological Assessment Inc.; 2012.
31. Gąsior K, Chodkiewicz J, Cechowski W. *Kwestionariusz Oceny Prężności (KOP-26). Konstrukcja i właściwości psychometryczne narzędzia*. Polskie Forum Psychologiczne. 2016; 21(1): 76–92.
32. Łubiewska K, Van de Vijver AJR. *Attachment types or dimensions: Evidences from the Adult Attachment Scale across three generations*. 6th International Attachment Conference, August 30th–September 1st, 2013, Pavia, Italy, (mps).
33. Chodkiewicz J. *Adaptacja polska Kwestionariusza Zadovolenia z Życia (FLZ)*. Studia Psychologiczne. 2009; 47(3): 5–21.
34. Kock N. *WarpPLS 5.0, User manual*. Laredo Texas: ScriptWarp Systems; 2015.

35. Golder S, Engstrom M, Hall MT, Higgins G, Logan TK. *Psychological distress among victimized women on probation and parole: A latent class analysis*. Am. J. Orthopsychiatry. 2015; 85(4): 382–391. Doi:10.1037/ort0000057 (dostęp: 8.08.2017).
36. Edwards VJ, Holden GW, Felitti VJ, Anda RF. *Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: Results from the Adverse Childhood Experiences Study*. Am. J. Psychiatry. 2003; 160: 1453–1460.
37. Grella CE, Lovinger K, Warda US. *Relationships among trauma exposure, familial characteristics, and PTSD: A case-control study of women in prison and in the general population*. Women & Criminal Justice. 2013; 23(1): 63–79.
38. Dragan M. *Problemowe picie alkoholu przez młode kobiety. Rola niekorzystnych doświadczeń i samoregulacji emocji*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2016.
39. Young J, Klosko J, Weishaar M. *Terapia schematów. Przewodnik praktyka*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2014.
40. Arntz A, Genderen van A. *Terapia schematów w zaburzeniu osobowości typu borderline*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2016.

Adres: Krzysztof Gąsior
Uniwersytet Jana Kochanowskiego
Świętokrzyskie Centrum Profilaktyki i Edukacji
25-432 Kielce, ul. J. Nowaka-Jeziorańskiego 65

Otrzymano: 4.04.2017

Zrecenzowano: 22.07.2017

Otrzymano po poprawie: 17.08.2017

Przyjęto do druku: 4.09.2017