

ANNA SIUDEM

Zespół stresu pourazowego u kobiet współuzależnionych

Post-traumatic stress disorder in co-addicted women

WPROWADZENIE

Zespół stresu pourazowego (PTSD) nie jest zjawiskiem nowym, a obecnie rodzaje i forma zdarzeń traumatycznych zmieniły się tylko w niewielkim stopniu. Również zespół objawów następujących bezpośrednio po zdarzeniu, a także tych utrzymujących się przez dłuższy czas pozostał bez zmian.

Natomiast na przestrzeni ostatnich dwudziestu lat wyłonił się nowy obszar badawczy w psychologii i w psychiatrii, dotyczący wpływu szczególnie nasilonego stresu na ludzką psychikę. Ten obszar określany jest mianem badań nad traumatycznym stresem, katastroficzną traumą i skrajnym stresem środowiskowym.

Punktem przełomowym w rozwoju badań nad stresem traumatycznym było wprowadzenie w 1980 roku do obowiązującego w Stanach Zjednoczonych systemu klasyfikacji zaburzeń psychicznych (DSM-III) nowej jednostki chorobowej, określanej mianem zaburzenia po stresie traumatycznym (PTSD). Wprowadzając tę jednostkę chorobową, uznano fakt, że trwałe zaburzenia psychiczne mogą wystąpić u normalnych ludzi w wyniku ekstremalnie przykrych doświadczeń oraz że są one przejawem trudności dotyczącej zaadaptowania się do trudnej sytuacji (Dudek 2003).

W literaturze polskojęzycznej nie ma skrótu określającego zespół zaburzeń po stresie traumatycznym, toteż w dalszej części będzie stosowany akronim angielskiej nazwy zaburzenia, czyli PTSD. W literaturze przedmiotu można spotkać również takie określenia, jak: „zaburzenie po stresie traumatycznym, zaburzenie stresowe pourazowe, pourazowe zaburzenie stresowe, zespół stresu pourazowego, stres traumatyczny”.

Według *Słownika psychologii*, pourazowe zaburzenie stresowe (*Post-Traumatic Stress Disorder*, PTSD) to „lękowe zaburzenie występujące po zdarzeniu, które było psychicznie wyczerpujące i traumatyczne, takie jak klęska żywiołowa, wypadek, wojna, gwałt. Objawy obejmują ponowne przeżywanie urazów w snach, powracające myśli i obrazy, pewien rodzaj psychicznego odrętwienia przy współwystępowaniu zmniejszonego poczucia zaangażowania w sprawy otaczającego świata, nadmiernej czujności oraz wzmożenia” (Reber i Reber 2005, s. 563).

Natomiast na podstawie klasyfikacji ICD-10 przyjęto, że zaburzenie stresowe pourazowe „powstaje jako opóźniona lub/i przedłużona reakcja na stresujące wydarzenie lub sytuację (krótkotrwałe lub długotrwałe) o charakterze wyjątkowo zagrażającym lub katastroficznym, które mogłyby prawie dla każdego stanowić głęboko przejmujące nieszczęście (np. klęska żywiołowa lub spowodowana przez człowieka wojna, poważny wypadek, obecność przy czyjejś gwałtownej śmierci lub torturach, aktach terroryzmu, gwałtu czy innego przestępstwa)” (Pużyński i Wciórka 1997, s. 129).

Zaburzenie to powstaje lub też wyłania się ze stanu ostrego dystresu, silnej reakcji pourazowej, która uruchamiana jest przez to zdarzenie, ale nie należy traktować tego jako bezpośrednie następstwo traumatycznego zdarzenia (Lis-Turlejska 2002).

Przebieg rozwoju PTSD jest długofalowy i można go podzielić na trzy etapy: ostra reakcja pourazowa, chroniczna reakcja na traumatyczne zdarzenie oraz adaptacja jednostki do konieczności znoszenia chronicznego stanu PTSD.

Bezpośrednią psychologiczną konsekwencją przeżycia traumatycznych zdarzeń jest wspomniany powyżej zespół ostrego stresu, który zwykle po upływie jednego miesiąca przeradza się w stres pourazowy. Dla takiej chronicznej formy zaburzenia charakterystyczne jest nieustanne przeżywanie i rozpamiętywanie traumatycznego wydarzenia, unikanie bodźców, które mogą być bezpośrednio kojarzone z traumą, oraz ogólne odrętwienie i utrzymywanie się stanu zwiększonego pobudzenia. Funkcjonowanie w tak złożonym stanie zakłóca społeczną i zawodową sferę funkcjonowania człowieka.

O tym, czy dojdzie do powstania PTSD, decyduje splot czynników, które występują w trzech okresach:

1. Okres przedtraumatyczny – zawiera dwie grupy czynników; pierwsza to cechy, które ukształtowały się u jednostki, zanim znalazła się w traumatycznej sytuacji i które pomagają jej w specyficznym reagowaniu i ocenianiu zjawisk zachodzących w jej osobistym otoczeniu, a drugi czynnik to stan, w jakim osoba znajdowała się, zanim zaczęła doświadczać traumy.

Cechy te to względnie stałe różnice indywidualne, uwarunkowania społeczne i biologiczne. Można je też podzielić na cechy temperamentalne, osobowościowe, jak również uzdolnienia i sprawności. W pewnym stopniu cechy te będą decydowały o tym, jak dana jednostka oceni traumatyczne zdarzenie oraz czy i jaką aktywność podejmie w czasie jego trwania. Cechy te decydować mogą również o tym, w jaki sposób jednostka będzie przetwarzać informacje podczas całego okresu rozwoju zaburzenia.

2. Okres traumy – to czas, w którym trwa zdarzenie traumatyczne i jednocześnie w sposób ciągły oddziałuje na jednostkę. Osoba będąca w takiej trudnej sytuacji okres ten może przeżyć jako ofiara lub jako uczestnik zdarzenia lub w roli świadka albo osoby pomagającej ofierze, np. ratownik. Należy zwrócić uwagę na fakt, iż PTSD może się rozwinąć zarówno u ofiary, jak i u innych uczestników zdarzenia. Decyduje o tym nie rola, jaką jednostka odgrywa w trudnym zdarzeniu, ale siła jej doznań.

3. Okres potraumatyczny – zaczyna się wtedy, kiedy zdarzenie traumatyczne realnie się skończyło, choć nadal istnieje w umyśle, w świadomości jednostki. Jest to okres, gdzie zachodzą na przemian pojawiające się natrętne wspomnienia traumy i próby ich unikania. Osoba doświadczająca przykrych zdarzeń próbuje przetworzyć te informacje, zasymilować je i zakomodować z jej dotychczasowymi strukturami poznawczymi. Powracanie reprezentacji traumatycznego wydarzenia umożliwia proces ich przetwarzania, który musi się zakończyć, aby jednostka mogła uwolnić się od traumy. W procesie przetwarzania dużą rolę odgrywają emocje, toteż to wszystko, co wyznacza ich siłę, może czynić jednostkę mniej lub bardziej podatną na rozwój PTSD (Dudek 2003).

Z badań empirycznych wynika, że to, jaki odsetek osób doświadczy PTSD, w dużej mierze zależy od rodzaju i formy traumatycznego zdarzenia, np. odsetek ten waha się od kilku procent wśród ofiar katastrof naturalnych do ponad pięćdziesięciu procent wśród ofiar gwałtu (Zawadzki 2005).

Obecnie badacze podkreślają znaczenie aspektów osobowościowych w powstawaniu zjawiska PTSD. Wśród czynników zwiększających ryzyko pojawienia się tego zaburzenia badacze wymieniają introwersję, wysoką neurotyczność, małą skłonność do poszukiwania doznań oraz silną tendencję do odbierania i postrzegania świata jako niezrozumiałego i pozbawionego ogólnego sensu.

Spśród właściwości osobowościowych sprzyjających powstawaniu objawów PTSD można również wymienić zgeneralizowaną i stabilną tendencję do reagowania silnymi, a zarazem negatywnymi emocjami. Jest ona określana mianem reaktywności emocjonalnej. Istotną rolę odgrywa tutaj styl radzenia sobie ze stresem, który między innymi polega na koncentrowaniu się na emocjach i skłonności do obronnego reagowania na sytuacje trudne (Zawadzki 2005).

Opierając się na powyższych rozważaniach, w niniejszej pracy podjęto próbę określenia zależności pomiędzy wybranymi cechami osobowości a występowaniem stresu pourazowego u kobiet współzależnionych poddawanych terapii.

Termin „współzależnienie” pojawił się w literaturze i leczeniu odwykowym pod koniec lat siedemdziesiątych ubiegłego wieku. W literaturze przedmiotu można odnaleźć kilka różnych definicji i koncepcji dotyczących zdefiniowania omawianego pojęcia zarówno ze względu na klasyfikację współzależnienia jako choroby, po zaburzenie osobowości, aż do reakcji na stresową sytuację życia z osobą uzależnioną od alkoholu.

W najbardziej ogólnym i najszerszym znaczeniu współzależnienie można rozumieć jako uzależnienie od ludzi, zachowań bądź też od przedmiotów i dóbr materialnych. Jest ono fałszywym przekonaniem, iż osoba jest w stanie kontrolować

wewnętrzne uczucia poprzez sprawowanie kontroli nad ludźmi, rzeczami i wydarzeniami na zewnątrz. Dla osób współzależnionych kontrola lub też jej brak jest centralnym aspektem życia (Hemfelt, Minirth i Meier 2004).

Hanna Szczepańska (1994, s. 55) uważa, że:

Interpretowanie współzależnienia jako jednostki chorobowej jest szczególnie popularne w środowiskach samopomocowych. Ponieważ żony alkoholików [...] potrzebują często jasnego i przekonującego uzasadnienia, dlatego mają prawo zająć się swoimi własnymi problemami. Nazwanie tych problemów chorobą czy współzależnieniem pomaga przełamać pierwsze opory [...]. Używając interpretacji współzależnienia jako choroby warto pamiętać, że jest to tylko jedna z możliwych hipotez wyjaśniających specyfikę funkcjonowania żony alkoholika i że brak jest dla niej przekonującego uzasadnienia mającego oparcie w danych empirycznych.

Podobne poglądy prezentuje Anna Wobiz (2001, s. 20), która uważa, że:

Współzależnienie to choroba lub też zespół zaburzeń o podłożu psychicznym. W jej wyniku życie emocjonalne ulega degradacji, a wola praktycznie przestaje działać. Traci się zdolność do utrzymywania zdrowych relacji z drugą osobą, opartych na partnerstwie i poszanowaniu, a także zdolność do prawidłowego rozpoznawania współodpowiedzialności za jakość swego związku, jak również pełnej odpowiedzialności za siebie: swoje uczucia, swoje myśli, swoje reakcje i zachowania (osoba współzależniona odpowiedzialnością za swoje stany emocjonalne obarcza partnera, a jakby w zamian za to przyjmuje na siebie pełną odpowiedzialność za niego: za jego uczucia, myśli i zachowania).

Współzależnienie traktowane jest również jako zaburzenie w racjonalnym zachowaniu, co oznacza, że „współzależnioną jest osoba, która pozawala na to, by zachowanie innej osoby oddziaływało na nią ujemnie i która obsesyjnie stara się kontrolować zachowanie oddziałującej na nią w ten sposób osoby” (Beattie 2003, s. 53).

Natomiast Wanda Sztandar (1997, s. 38) podkreśla, że współzależnienie nie jest chorobą. Jej zdaniem, „jest to nadmierna sztywność myślenia i działania powstała w wyniku niesprzyjających doświadczeń życiowych (o wiele wcześniejszych niż małżeństwo z alkoholikiem) utwierdzona w życiu z osobą uzależnioną, sztywność uniemożliwiająca korzystne i skuteczne rozwiązywanie trudności własnych i swojej rodziny”.

Według Zofii Sobolewskiej (1996, s. 6) współzależnienie można określić jako:

[...] taki sposób reagowania na silnie stresową sytuację współżycia z alkoholikiem bądź inną osobą działającą destrukcyjnie, który powoduje postępujące uwikłanie w tę sytuację. Powstaje taki patologiczny układ rodziny i takie przystosowanie do niego, które uniemożliwia zobaczenie rozwiązania. Osoba współzależniona będzie próbowała wprowadzać zmiany, zmierzające jej zdaniem do poprawy sytuacji, jednak to, co będzie robiła, i tak będzie tę sytuację utrwałać i pogarszać. [...] A zatem współzależnienie ostatecznie sprowadza się do przystosowania w szkodliwy sposób do czegoś, co niszczy, i w tym sensie jest podobne do uzależnienia od alkoholu.

Literatura przedmiotu wskazuje, że interesujące poznawczo, jak również efektywne w praktyce klinicznej okazało się rozumienie współzależnienia jako zjawiska związanego z procesem adaptacji do przewlekłego i chronicznego przebywania w sytuacji stresowej, w jakiej jedna osoba wprowadza wiele destrukcyjnych zachowań dla drugiej osoby.

Współzależnienie można więc określić jako utrwaloną formę funkcjonowania w długotrwałej, trudnej i niszczącej sytuacji życiowej, związanej z patologicznymi zachowaniami partnera, ograniczającą w sposób istotny swobodę wyboru postępowania, prowadzącą do pogorszenia własnego stanu i utrudniającą zamianę własnego położenia na lepsze (Mellibruda i Sobolewska 1997, s. 423).

Warto też podkreślić, że nie wszystkie osoby wchodzą w związek z osobami uzależnionymi i trwają w nim jako osoby współzależnione. Istnieje kilka grup czynników, które decydują o tym, czy wystąpi współzależnienie.

Pierwszą grupę stanowią czynniki związane z tak zwaną zewnętrzną sytuacją w małżeństwie i rodzinie. Składa się na to struktura rodziny, liczba jej członków; liczba dzieci, trudności lokalowe, zależności finansowe i materialne członków rodziny oraz oparcie w rodzinie, sposób pełnienia ról i wypełniania obowiązków. Powstawaniu współzależnienia sprzyja silna zależność materialna i emocjonalna, słaba pozycja zawodowa, izolacja rodziny i nacisk ze strony otoczenia na utrzymywanie związku (małżeństwa) za wszelką cenę.

Drugą istotną sprawą, która ma wpływ na wystąpienie zjawiska współzależnienia, jest osobowość i wyposażenie osobiste, czyli to, co dana osoba wnosi do związku. Każdy człowiek, który wchodzi w związek, jest już w pewien sposób ukształtowany, posiada doświadczenia z dzieciństwa, zapisany w pamięci obraz rodziny macierzystej. Bardzo ważne również jest to, jakie osoba współzależniona posiada umiejętności radzenia sobie w trudnych sytuacjach, czy potrafi rozwiązywać problemy, trafnie oceniać sytuację, radzić sobie z przykrymi emocjami oraz to, jak funkcjonuje w układach interpersonalnych i czy potrafi zadbać o siebie.

Trzecią grupą czynników są zmiany w funkcjonowaniu psychologicznym, jakie powstają na skutek przebywania w długotrwałym stresie i patologicznym związku. Dotyczą one wszystkich sfer psychiki.

Współzależnieniu sprzyjają również zmiany w sferze intelektualnej – zmiany w kierunku „myślenia magicznego”, zaprzeczania, przekonania, że „wszystko mogę, powinnam i jestem w stanie kontrolować”. Pojawia się zawężenie myślenia do jednego punktu widzenia oraz trudności w koncentracji uwagi (Mellibruda i Sobolewska 1997).

Rozważając współzależnienie jako zaburzenie osobowości, warto przyjrzeć się portretowi osobowości zależnej. T. Millon (1981) uważa, że osoba o takiej osobowości charakteryzuje się uległością, unikaniem współzawodnictwa i konfliktów. Reprezentuje nastawienie pojednawcze, skłonności do poświęceń, brak wiary w siebie, deficyty umiejętności radzenia sobie z trudnościami interpersonalnymi, brak zdolności do samodzielności i odpowiedzialności. Takie osoby cechuje pasywny, jednostajny i podporządkowany tryb życia.

Natomiast J. Bradshaw (1988, s. 199) rozszerza pojęcie współzależnienia na wszystkie osoby żyjące w rodzinach dysfunkcyjnych. Uważa, że „współzależnienie może być definiowane jako rozpoznawalny wzór sztywnych cech osobowości, zakorzenionych w zinternalizowanym wstydzie, będącym rezultatem zaniedbania, które zazwyczaj dotyczy każdej osoby w systemie dysfunkcyjnym”. Podkreśla, że jest to efekt zaburzenia systemu rodzinnego, a główna cecha osób współzależnionych to sterowanie z zewnątrz i brak własnej autonomii.

W niniejszej eksploracji skoncentrowano się na funkcjonowaniu kobiet współzależnionych od alkoholu, ze stwierdzonym stresem pourazowym (PTSD). U tych kobiet, a także u ofiar przemocy domowej rozpoznaje się takie objawy PTSD, jak: przeżywanie specyficznego emocjonalnego paraliżu, unikanie sytuacji, zdarzeń przypominających uraz oraz bolesne powracanie śladów doświadczeń urazowych. Pomimo upływu czasu od przykrych, trudnych i raniących sytuacji u ofiar pojawiają się koszmary senne i bezsenność, uskarżają się one na bolesne i niezrozumiałe stany emocjonalne i somatyczne, na wciąż powracające wstrząsające wspomnienia i wizje na jawie. Ofiary opisują siebie w sposób, jakby ich uczucia znajdowały się w stanie zawieszenia, zamrożenia lub związania. Jednocześnie towarzyszy temu nagła i niepoahamowana gotowość do walki lub ucieczki, bez jakiegokolwiek sensownego sytuacyjnie wyjaśnienia. Ofiary przemocy nie rozumieją tego, co się z nimi dzieje (Mellibruda 1998).

Analizując sposób funkcjonowania kobiet współzależnionych od alkoholu, dotkniętych zaburzeniem stresu pourazowego, należy podkreślić, iż pod wpływem wyżej wymienionych zjawisk oraz powtarzania się aktów przemocy i w efekcie małej skuteczności radzenia sobie z urazami kobieta współzależniona zaczyna na stałe przystosowywać się do roli ofiary i jednocześnie przestaje się bronić. Uaktywnia się myślenie, w którym spostrzega siebie i swoje życie tak, jakby bycie ofiarą przemocy było jej przeznaczonym i nieuchronnym aspektem życia. Takie doświadczenia powodują, że kobieta staje się nietolerancyjna wobec własnych słabości i popełnianych błędów. Obwinia się i odmawia sobie elementarnych i niezbywalnych praw ludzkich, przestaje oczekiwać poprawy swojej sytuacji. Traci nadzieję i poczucie godności. Na szczęście, tylko u części ofiar proces wiktyimizacji osiąga ostatni etap, czyli zamach na swoje życie lub na życie sprawcy przemocy (Mellibruda 2000).

METODOLOGIA BADAŃ

W niniejszej pracy badawczej skoncentrowano się głównie na określeniu różnic w zakresie wybranych cech osobowości pomiędzy kobietami współzależnymi od alkoholu z syndromem stresu pourazowego i kobietami bez PTSD. Inspiracją do zajęcia się tą problematyką był fakt, iż do tej pory przeprowadzono stosunkowo niewiele badań odnoszących się do tego zjawiska w grupie osób współzależnionych.

Na podstawie literatury przedmiotu dotyczącej specyfiki stresu pourazowego u kobiet współzależnionych sformułowano następujący problem badawczy: Czy istnieją różnice pomiędzy kobietami z PTSD a kobietami bez PTSD w zakresie takich cech osobowości, jak: neurotyczność, ekstrawersja, otwartość, ugodowość, sumienność?

W odpowiedzi na powyższy problem badawczy postawiono następującą hipotezę badawczą: Istnieją różnice pomiędzy kobietami z PTSD a kobietami bez PTSD w zakresie takich cech osobowości, jak: neurotyczność, ekstrawersja, otwartość, ugodowość, sumienność.

Badania przeprowadzono wśród 85 kobiet z rodzin z problemem alkoholowym uczęszczających na terapię. Spośród tej grupy wyłoniono 30 kobiet, u których wystąpiło zjawisko stresu pourazowego (PTSD) i 30 kobiet, u których to zjawisko nie wystąpiło pomimo doświadczania przemocy w środowisku rodzinnym i małżeńskim.

Najwięcej badanych kobiet było w wieku 41–50 lat i mieszkało w mieście. W obu grupach większość kobiet miała wykształcenie średnie, a najczęściej zawierany związek partnerski to małżeństwo. W obu badanych grupach średni czas trwania związku partnerskiego wynosił 21–30 lat – zdecydowana większość kobiet była matkami. Również w obu grupach najczęściej osobą uzależnioną od alkoholu był mąż.

Kobiety z grupy badawczej (z PTSD) to osoby, u których występowało w okresie przynajmniej dłuższym niż jeden miesiąc powracanie przeszłych doświadczeń typu:

- * Smutne myśli, uporczywie powracające przykre wyobrażenia.
- * Koszmarne sny na temat przykrego doświadczenia.
- * Odczuwanie działania lub czucie się tak, jakby traumatyczne zdarzenie miało miejsce ponownie (również w postaci złudzeń i halucynacji).
- * Pojawianie się silnego napięcia psychicznego w sytuacjach, które przypominają lub symbolizują trudne i bolesne doświadczenie.
- * Pojawianie się reakcji fizjologicznych w sytuacjach, które przypominają lub symbolizują jakiś aspekt traumatycznego zdarzenia.

Kolejnym wskaźnikiem predysponującym do zakwalifikowania do grupy badawczej było utrzymywanie się (również przez okres dłuższy niż jeden miesiąc) unikania bodźców kojarzonych z traumą i osłabienie ogólnej reaktywności, które przejawiało się w:

- * Usiłowaniu unikania myśli, uczuć i rozmów kojarzących się z traumatycznym przeżyciem.
- * Podejmowaniu prób uniknięcia aktywności, czynności, miejsc lub ludzi przypominających uraz.
- * Pojawianiu się wyraźnej obojętności i zmniejszaniu zainteresowania oraz uczestnictwa w jakichś sferach działalności.
- * Pojawianiu się i odczuwaniu obojętności lub chłodu wobec innych.
- * Niezdolności do przeżywania miłych, ciepłych i serdecznych uczuć.

* Poczuciu słabej, nieciekawej wizji dalszej przyszłości, spodziewaniu się, że życie będzie krótkie.

Następnym wyznacznikiem kwalifikującym kobiety współzależnione do grupy z PTSD było występowanie przez okres dłuższy niż jeden miesiąc: wyraźnych trudności z zasypianiem lub snem, trudności z koncentracją, nadmiernej czujności, nasilonej reakcji na bodźce i drażliwości lub wybuchów gniewu.

Końcowym kryterium było ustosunkowanie się badanych kobiet do tego, czy doznany uraz zaburzył w jakiś istotny sposób funkcjonowanie w sferze społecznej, zawodowej lub w innych ważnych sferach życiowych.

W niniejszych badaniach w celu weryfikacji postawionej hipotezy wykorzystano dwie metody badawcze: Ankiety własnej konstrukcji i Kwestionariusz NEO-FFI Paula T. Costy i Roberta R. McCrea.

Dzięki pierwszej metodzie kobiety współzależnione od alkoholu subiektywnie oceniały swoje doświadczenia i przeżycia w kontekście funkcjonowania w związku i rodzinie z problemem alkoholowym. Ankieta miała na celu wyodrębnienie dwóch grup kobiet. Pierwszą grupę stanowiły kobiety, u których pomimo uczestnictwa w grupie terapeutycznej występowało zjawisko stresu pourazowego (PTSD). Natomiast druga grupa to kobiety, u których to zjawisko nie występuje.

Ankieta została stworzona na podstawie kryterium diagnostycznego DSM-IV i skonstruowana w formie wywiadu strukturalizowanego. Zawierała pięć aspektów mających na celu:

1. Zweryfikowanie uczestnictwa w bezpośrednim zagrożeniu życia i bezpieczeństwa badanych kobiet oraz doświadczania traumatycznych zdarzeń.

2. Określenie, czy u badanych kobiet występuje nawracanie przeszłych doświadczeń.

3. Stwierdzenie, czy występują utrzymujące się reakcje unikania bodźców skojarzonych z traumą i osłabienie ogólnej reaktywności.

4. Ocenę, czy utrzymują się objawy zwiększonego pobudzenia, nieobecne przed traumą

5. Ustalenie, czy doznany uraz w jakiś istotny sposób zaburzył funkcjonowanie w sferze społecznej, zawodowej lub w innej ważnej sferze życiowej.

Drugą metodą był Kwestionariusz NEO-FFI, który zawiera pięć skal pozwalających na pomiar podstawowych cech osobowości, takich jak:

1. Neurotyczność (NEU) – cecha osobowości odzwierciedlająca przystosowanie emocjonalne *versus* emocjonalne niezrównoważenie – podatność na doświadczanie negatywnych emocji, takich jak strach, zmieszanie, niezadowolenie, gniew, poczucie winy, oraz wrażliwość na stres psychologiczny.

2. Ekstrawersja (EKS) – cecha osobowości charakteryzująca jakość i ilość interakcji społecznych oraz poziom aktywności, energii i zdolności do odczuwania pozytywnych emocji.

3. Otwartość na doświadczenie (OTW) – cecha osobowości opisująca tendencję jednostki do poszukiwania i pozytywnego wartościowania doświadczeń życiowych, tolerancję na nowości i ciekawość poznawczą.

4. Ugodowość (UGD) – cecha osobowości opisująca pozytywne *versus* negatywne nastawienie do innych ludzi, interpersonalną orientację przejawiającą się w altruizmie *versus* antagonizmie, doświadczanych uczuciach, myślach i działaniu.

5. Sumienność (SUM) – cecha osobowości charakteryzująca stopień zorganizowania, wytrwałości i motywacji jednostki w działaniach zorientowanych na cel czy – inaczej mówiąc – opisująca stosunek człowieka do pracy (Zawadzki, Strelau, Szczepaniak, Śliwińska 1998).

ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ

Analizując wyniki badań, w pierwszej części skoncentrowano się na ogólnej analizie wyników całej badanej grupy kobiet, następnie poddano analizie wyniki uzyskane przez kobiety współuzależnione z PTSD i osobno kobiety współuzależnione bez PTSD.

W dalszej kolejności dokonano weryfikacji założonej hipotezy badawczej, w tym celu wyniki badań opracowano przy pomocy testu istotności różnic między średnimi w porównywanych grupach badanych.

Tab. 1. Wyniki ogólne kobiet współuzależnionych w skalach Testu NEO-FFI
Total results of co-addicted women in scales of the test NEO-FFI

| Nazwa skali | Wyniki niskie (%) | Wyniki przeciętne (%) | Wyniki wysokie (%) |
|---------------|-------------------|-----------------------|--------------------|
| Neurotyczność | 10,0 | 30,0 | 60,0 |
| Ekstrawersja | 36,7 | 41,6 | 21,7 |
| Otwartość | 50,0 | 28,3 | 21,7 |
| Ugodowość | 48,3 | 33,3 | 18,4 |
| Sumienność | 41,6 | 35,0 | 23,4 |

Z analizy danych zawartych w tabeli 1 wynika, że badane kobiety współuzależnione (z obu grup łącznie) uzyskały najwyższe wyniki w skali: neurotyczność (60%), co pozwala przypuszczać, że badane kobiety mają duże skłonności do doświadczania negatywnych emocji, takich jak strach, gniew, poczucie winy, oraz podwyższoną wrażliwość na stres psychologiczny.

Ponadto około 20% badanych uzyskało wysokie wyniki w pozostałych skalach: ekstrawersja (21,7%), otwartość (21,7%), ugodowość (18,4%) i sumienność (23,4%), co charakteryzuje badane jako osoby skłonne do poszukiwania stymulacji oraz wykazywania życiowego optymizmu oraz jako osoby, które mają bogatsze życie pod względem liczby doświadczeń i przeżyć; są sympatyczne wobec innych oraz skłonne do udzielania im pomocy.

Jeśli chodzi o niskie wyniki, to najwyższy odsetek badanych kobiet uzyskał takie wyniki w skalach: otwartość na doświadczenia (50%), ugodowość (48,3%)

i sumienność (41,6%). Można zatem wnioskować, że w tej grupie występują takie cechy, jak konwencjonalność w zachowaniu i sztywność w poglądach, co w połączeniu z niską ugodowością daje obraz kobiet sceptycznych w opiniach na temat pozytywnych intencji innych ludzi.

Warto podkreślić, że tylko 10% kobiet uzyskało bardzo niskie wyniki w skali neurotyczności.

Tab. 2. Wyniki ogólne kobiet współzależnionych z PTSD w skalach Testu NEO-FFI
Total results of co-addicted women with PTSD in scales of the test NEO-FFI

| Nazwa skali | Wyniki niskie (%) | Wyniki przeciętne (%) | Wyniki wysokie (%) |
|---------------|-------------------|-----------------------|--------------------|
| Neurotyczność | 3,3 | 36,7 | 60,0 |
| Ekstrawersja | 46,8 | 26,6 | 26,6 |
| Otwartość | 53,4 | 23,3 | 23,3 |
| Ugodowość | 50,0 | 26,6 | 24,4 |
| Sumienność | 36,7 | 43,3 | 20,0 |

Na podstawie wyników zawartych w tabeli 2 można stwierdzić, że kobiety współzależnione ze stwierdzonym stresem pourazowym (PTSD) uzyskały wysokie wyniki w skali neurotyczności (60%), co pozwala przypuszczać, że przejawiają one skłonności do zmagania się z negatywnymi emocjami oraz podwyższonej wrażliwości na stres psychologiczny.

Natomiast interpretując wyniki niskie, warto podkreślić, że 53,4% badanych kobiet z PTSD uzyskało je w skali otwartość na doświadczenia, 46,8% w skali ekstrawersji i 50% w ugodowości.

Taki rozkład wyników sugeruje, że te kobiety przejawiają więcej cech introwertywnych, co wskazuje, że mają one skłonności do dystansowania się w kontaktach społecznych oraz preferencje do przebywania w samotności i nieśmiałość. Ponadto mają skłonności do sceptycznych zachowań w kontaktach interpersonalnych, co w połączeniu z niską otwartością na doświadczenia sugeruje, że są to kobiety konwencjonalne w zachowaniu i konserwatywne w poglądach.

Tab. 3. Wyniki ogólne kobiet współzależnionych bez PTSD w skalach Testu NEO-FFI
Total results of co-addicted women without PTSD in scales of the test NEO-FFI

| Nazwa skali | Wyniki niskie (%) | Wyniki przeciętne (%) | Wyniki wysokie (%) |
|---------------|-------------------|-----------------------|--------------------|
| Neurotyczność | 16,7 | 23,3 | 60,0 |
| Ekstrawersja | 26,7 | 56,7 | 16,6 |
| Otwartość | 46,7 | 33,3 | 20,0 |
| Ugodowość | 46,7 | 40,0 | 13,3 |
| Sumienność | 46,8 | 26,6 | 26,6 |

Z analizy danych zawartych w tabeli 3 wynika, że 60% kobiet bez stwierdzonego stresu pourazowego (PTSD) uzyskało wysokie wyniki w skali neurotyczności, co predysponuje je do podwyższonej skłonności do zmagania się z negatywnymi emocjami oraz podwyższonej wrażliwości na stres psychologiczny.

Natomiast prawie połowa badanych kobiet z tej grupy uzyskała niskie wyniki w skalach: otwartość na doświadczenia (46,7%), ugodowość (46,7%) i sumienność (46,8%). Taki rozkład wyników pozwala przypuszczać, że kobiety bez stwierdzonego PTSD mają predyspozycje do konwencjonalnych zachowań i konserwatywnych poglądów. Natomiast niski poziom ugodowości predysponuje je do sceptycznych zachowań i opinii na temat intencji innych ludzi. Obniżony poziom sumienności pozwala przypuszczać, że kobiety bez PTSD cechuje mała wytrwałość w dążeniu do celu i realizacji wyznaczonych zadań.

Tab. 4. Różnice w skalach Testu NEO-FFI pomiędzy kobietami z PTSD (grupa badawcza) i bez PTSD (grupa kontrolna)
Differences in scales of the test NEO-FFI between women with PTSD (research group) and without PTSD (test group)

| Rodzaj zmiennej | Średnia grupy badawczej X | Średnia grupy kontrolnej X | T | pi |
|-----------------|------------------------------|-------------------------------|--------|-------|
| Neurotyczność | 7,00 | 6,77 | 4,39 | 0,000 |
| Ekstrawersja | 4,87 | 5,03 | -3,178 | 0,001 |
| Otwartość | 4,47 | 4,70 | -4,42 | 0,000 |
| Ugodowość | 4,97 | 4,73 | 4,60 | 0,000 |
| Sumienność | 5,17 | 5,00 | 3,58 | 0,000 |

X – średnia w danej grupie, T – test istotności różnic między grupami, pi – poziom istotności.

Jak wynika z przedstawionych w tabeli 4 danych, pomiędzy badanymi grupami istnieją statystycznie istotne różnice w zakresie wszystkich badanych zmiennych, co potwierdza założoną wcześniej hipotezę badawczą.

Wyższy poziom neurotyczności w grupie badawczej wskazuje, że kobiety ze stwierdzonym PTSD przejawiają w większym stopniu skłonności do doświadczania negatywnych emocji, takich jak poczucie winy, strach, oraz wrażliwość na stres psychologiczny. Ze względu na to, że negatywne emocje rzutują na adaptację jednostki do środowiska, osoby z wysoką neurotycznością są stosunkowo mało zdolne do kontrolowania swoich popędów oraz zmagania się ze stresem.

Wyższy poziom ekstrawersji w grupie kontrolnej wskazuje natomiast, że kobiety bez stwierdzonego PTSD wykazują wyższy poziom aktywności społecznej, większą zdolność do odczuwania pozytywnych emocji. Ponadto można przypuszczać, że kobiety bez PTSD wykazują życiowy optymizm, są bardziej komunikatywne i skłonne do poszukiwania dodatkowych stymulacji, przez co zwiększają się ich szanse na pomyślną terapię w zakresie współzależnienia.

Wyższy poziom otwartości na doświadczenie wśród kobiet bez PTSD wskazuje na występowanie w tej grupie badanych tendencji do poszukiwania i pozytywnego wartościowania doświadczeń życiowych, większą tolerancję wobec nowości i ciekawość poznawczą, a co za tym idzie – większą skłonność do udziału w programie terapeutycznym.

W zakresie ugodowości wyższy poziom występuje w grupie badawczej. Na podstawie tego można wnioskować, że kobiety współzależnione z PTSD wykazują większą skłonność do udzielania pomocy innym ludziom, są zaabsorbowane tym, co się dzieje w ich środowisku społecznym i rodzinnym.

Również wyższy poziom cech sumiennosci w grupie badawczej wskazuje na to, iż badane mają predyspozycje do zmotywowanego działania oraz wytrwałości w realizowaniu postawionych sobie zadań zorientowanych na cel. Jednakże istnieje ryzyko, że zbyt duże nasilenie cechy sumiennosci może predysponować do tendencji negatywnych w postaci uciążliwego perfekcjonizmu i pracoholizmu.

PODSUMOWANIE

Problematyka stresu pourazowego w badaniach naukowych to zagadnienie stosunkowo nowe, aczkolwiek dynamika rozprzestrzenienia się PTSD, obserwowana wśród ofiar przemocy, skłania pracowników służb ratowniczych i medycznych do zwrócenia szczególnej uwagi na to zagadnienie. Z całą pewnością należy to zjawisko zgłębiać po to, by móc skutecznie zapobiegać oraz pomagać osobom dotkniętym tym zaburzeniem.

Celem niniejszej eksploracji było scharakteryzowanie problematyki stresu pourazowego (PTSD) u kobiet współzależnionych uczęszczających na terapię oraz zweryfikowanie założenia, czy wybrane cechy osobowości determinują powstawanie PTSD. Przewidywane założenie o istnieniu różnic w zakresie wybranych cech osobowości pomiędzy kobietami współzależnionymi z PTSD a kobietami bez PTSD potwierdziło się.

Badana grupa kobiet współzależnionych z PTSD cechuje się wyższym poziomem neurotyczności, ugodowości i sumiennosci. Pozwala to przypuszczać, że kobiety te przejawiają skłonności do doświadczania negatywnych emocji oraz są predysponowane do większej wrażliwości na stres psychologiczny. Ponadto wykazują zachowania prospołeczne, są zainteresowane tym, co się dzieje w ich środowisku społecznym i rodzinnym. Mają predyspozycje do umotywowanego działania oraz wytrwałości w realizowaniu postawionych sobie celów i zadań, co może być przydatne w kontekście uczestnictwa w grupie terapeutycznej i efektywnego wychodzenia ze współzależnienia.

Natomiast kobiety współzależnione bez PTSD charakteryzują się wyższym poziomem ekstrawersji i otwartości na doświadczenia niż kobiety z PTSD. Wykazują zatem wyższy poziom aktywności społecznej oraz większą zdolność do od-

czuwania pozytywnych emocji i ogólne optymistyczne nastawienie do otoczenia. Ponadto przejawiają wyższe skłonności do poszukiwania i pozytywnego wartościowania doświadczeń życiowych. Pomimo że zespół stresu pourazowego nie występuje w tej grupie, to jednak są to kobiety współuzależnione (doświadczające przemocy), które potrafią znajdować środki zaradcze, chociażby w poszukiwaniu pomocy.

BIBLIOGRAFIA

- Beattie M. (2003). *Koniec współuzależnienia. Jak przestać kontrolować życie innych i zacząć troszczyć się o siebie*. Poznań: Media Rodzina.
- Bradshaw J. (1994). *Zrozumieć rodzinę*. Warszawa: IPZiT PTP.
- Cermak T. L. (1986). *Diagnosing and treating co-dependence*. Minneapolis: Johnson Institute Books.
- Dudek B. (2003). *Zaburzenie po stresie traumatycznym*. Gdańsk: GWP.
- Hemfelt R., Minirth F., Meier P. (2004). *Miłość to wybór. O terapii współuzależnień*. Poznań: Wydawnictwo Polskiej Prowincji Dominikanów „W drodze”.
- Lis-Turlejska M. (2002). *Stres traumatyczny – występowanie, następstwa, terapia*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Mellibruda J., Sobolewska Z. (1997). Koncepcja i terapia współuzależnienia. *Alkoholizm i Narkomania*, 3.
- Mellibruda J. (1998). *O przemocy domowej – poradnik dla lekarza pediatry*. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- Mellibruda J. (2000). Wybrane problemy patologii życia rodzinnego. W: J. Strelau (red.). *Psychologia*, t. 3. Gdańsk: GWP.
- Sagadyn L. (1998). Nerwica czy życie z alkoholikiem? *Świat Problemów*, 2.
- Reber A. S., Reber E. S. (2005). *Słownik psychologii*. Warszawa: Wyd. Naukowe Scholar.
- Sobolewska Z. (1998). Współuzależnienie. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*, 2.
- Symes L. (1995). Posttraumatic stress disorder: An evolving concept. *Arch. Psychiatric Nurses*, 9.
- Szczepańska H. (1994). *Żony alkoholików*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości.
- Sztander W. (1997). *Poza kontrolą*. Warszawa: PARPA.
- Pużyński S., Wciórka J. (1997). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10*. Kraków–Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Wobiz A. (2001). *Współuzależnienie w rodzinie alkoholowej. Czy to się je i jak się tym nie udławić?* Warszawa: Wydawnictwo Akuracik.
- Zawadzki B. (2005). Życie po traumie. *Charaktery*, 9.
- Zawadzki B., Strelau J., Szczepaniak P., Śliwińska M. (1998). *Inwentarz Osobowości NEO-FFI Costy, McCrae. Adaptacja polska*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

SUMMARY

The contemporary man with the traumatic event has a chance to meet very often, both as the victim or the witness of such an event or as the person helping the aggrieved party. Post-traumatic stress (PTSD) is often a consequence of the participation in situations of this type. He can bring about deep and long-lasting changes of functioning both in the psychological and physiological sphere.

In our times researchers are emphasizing meaning of personality aspects in coming into existence of the PTSD phenomenon. This view became the inspiration of this research. Principal modifying establishing about the existence of differences, in the scope was their purpose of beloveds of features of the personality, between women with PTSD but women without PTSD.

Research findings showed that differences in the scope of all the examined variables existed: the Neuroticism, the Conciliatory manner, the Conscientiousness, the Extroversion and the Openness for experience.