

ZABURZENIA PSYCHICZNE U STUDENTÓW A ICH RETROSPEKTYWNA OCENA POSTAW RODZICIELSKICH. IMPLIKACJE DO PSYCHOTERAPII

THE MENTAL DISORDERS IN STUDENTS AND THE RETROSPECTIVE ASSESSMENT OF PARENTAL ATTITUDES. IMPLICATIONS FOR PSYCHOTHERAPY

Zakład Psychologii, Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Rzeszowskiego
Kierownik zakładu: dr hab. Andrzej Łukasik, prof. UR

**retrospective parental attitudes
mental disorders
young adults**

Autorzy prezentują wyniki badań, którymi objęto 378 studentów różnych kierunków studiów. Badania dotyczyły związku retrospektywnie ocenianych postaw rodzicielskich z występowaniem zaburzeń psychicznych a także poszukiwania odpowiedzi na pytanie, które postawy ojców i matek są istotne w przypadku występowania zaburzeń psychicznych. Autorzy podkreślają istotność diagnozy relacji z rodzicami przy podejmowaniu decyzji o leczeniu u młodych dorosłych zaburzeń psychicznych, metodami psychoterapii.

Summary: The article presents the research of the correlation between the relations with the parents, assessed retrospectively, and the symptoms of different mental disorders affecting students.

The research involved 387 students. The participants evaluated themselves using the Retrospective Assessment of Parental Attitude Questionnaire (KPR-Roc) and the Symptom Questionnaire based on the Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR SCID-I (DSM-5-compliant).

The men perceived their fathers' attitudes as having a stronger impact than the mothers' attitudes. The following attitudes of the fathers have a significant role in connection with the appearance of mental disorders: low intensity of the acceptance and autonomy approach, low or high intensity of the demanding attitude, and high intensity of the inconsistency. The women evaluate both their fathers and mothers' attitudes as being a significant factor with respect to the appearance of their mental disorders.

The perception of the parental attitudes by young adults is predictive of the occurrence of mental disorders. The diagnosis of the patient's relation with the parents seems crucial in planning the treatment of the mental disorders using psychotherapy, especially family therapy.

Wprowadzenie

Intensywne przemiany cywilizacyjne i kulturowe sprawiają, że przed młodymi ludźmi stoi wiele wyzwań o charakterze psychologicznym, społecznym i fizycznym. Poczucie niepewności odnośnie do znalezienia pracy, wzrost wymagań, presja społeczna związana z nadmiernymi oczekiwaniami przyczyniają się do narastania zaburzeń psychicznych. Wiele

osób w okresie wczesnej dorosłości, nie radząc sobie z problemami, ucieka w chorobę, w uzależnienia.

Z badań wynika, że niektóre zaburzenia psychiczne występują w tym czasie z większą częstotliwością niż w innych okresach życia (np. rozpowszechnienie depresji większej dla osób w wieku 18–29 lat jest trzykrotnie wyższe niż dla osób powyżej 60. r.ż.) [1, 2]. Ważna jest zatem szczegółowa diagnoza problemu, analiza złożonych uwarunkowań zaburzeń psychicznych w grupie osób młodych. Umożliwia to podjęcie właściwych oddziaływań profilaktycznych oraz zorganizowanie różnych form wsparcia. Wczesna diagnoza zaburzeń oraz czynników ryzyka jest warunkiem szybkiego podjęcia działań terapeutycznych.

Prowadzone przez nas badania koncentrują się na jednym z aspektów czynników ryzyka zaburzeń psychicznych — analizie sytuacji w rodzinie pochodzenia. Istotne jest ustalenie, czy typ zaburzeń psychicznych ma związek z określonym spostrzeganiem postaw rodziców przez osoby ujawniające dysfunkcje w sferze psychicznej.

Determinanty zaburzeń zdrowia psychicznego a retrospektywna ocena postaw rodziców (przegląd badań)

W literaturze zwykle wyodrębnia się kilka grup czynników ryzyka zdrowia psychicznego, m.in.: uwarunkowania biologiczne, doświadczenia indywidualne, oddziaływania kulturowe, relacje społeczne i zasoby społeczne [3, 4]. Analizując socjodemograficzne uwarunkowania zaburzeń psychicznych, nie wykazano korelacji ze związkiem małżeńskim, wykształceniem czy rodzajem zatrudnienia. Analizy wskazują natomiast na istotny związek z sytuacjami traumatycznymi, sytuacją finansową, kryzysem ekonomicznym oraz utratą pracy [5]. Zwykle nieradzenie sobie w codziennych sytuacjach wiąże się nie tylko z brakiem zasobów indywidualnych, ale i społecznych (nieuzyskiwanie pomocy ze strony innych osób). Brak wsparcia może także wynikać m.in. ze specyfiki funkcjonowania jednostki, która w wyniku niewłaściwych oddziaływań wobec innych osób negatywnie nastawia do siebie otoczenie.

Szczególne znaczenie dla prawidłowego rozwoju człowieka przypisuje się doświadczeniom z dzieciństwa, związanym głównie z rodziną pochodzenia. Rodzice zwykle w początkowym okresie rozwoju dziecka są dla niego najważniejszymi osobami. Stanowią przykład do naśladowania i są układem odniesienia dla postaw wobec rzeczywistości. Są wzorami do identyfikacji. Doświadczenia z dzieciństwa zakodowane w różnej formie oddziałują na sposób realizacji potrzeb człowieka i formy jego aktywności życiowej. W rodzinie jednostki podejmują pierwsze interakcje z ludźmi, tworzą relacje z bliskimi, kształtują osobowość, obraz siebie, innych i świata oraz różne ważne umiejętności. Badania wskazują, że nie tylko jednorazowe, traumatyczne doświadczenia jednostki w okresie dzieciństwa mają wpływ na jej nieprawidłowe funkcjonowanie. Równie istotne znaczenie przypisuje się przewlekłym reakcjom awersyjnym związanym ze specyfiką relacji w systemie rodzinnym, co ściśle wiąże się z funkcjonowaniem jego poszczególnych członków, a szczególnie rodziców. W literaturze polskiej dokładnie opisano podejście systemowe w odniesieniu do rodziny [6–9]. Jest ona systemem, który jest częścią innych, większych systemów (np. lokalnej społeczności), a jednocześnie zawiera w sobie podsystemy, często zhierarchizowane (np. małżonkowie i dzieci). Rodzina stanowi całość, nie tylko sumę

części, gdzie zmiana w jednym z jej elementów prowadzi do modyfikacji całego systemu, a jednocześnie zmiana każdego elementu zależy od innych elementów całego systemu. Ten rodzaj oddziaływania ma charakter wielokierunkowy. Dziecko ujawniające zaburzenia zachowania w szkole może oddziaływać na rodzinę i na zmianę zachowania poszczególnych jej członków (np. na narastanie konfliktów lub przeciwnie — współpracę rodziców ukierunkowaną na rozwiązanie problemu), lecz również konflikty między małżonkami mogą poprzedzać wzrost zachowań agresywnych dziecka w szkole. I chociaż charakterystyczne dla tego podejścia myślenie cyrkularne unika szukania jednoznacznych przyczyn różnych zjawisk w rodzinie, przedkładając ponad to współzależność wzajemnych oddziaływań na siebie jej członków, to jednak zachowania, postawy, przekonania czy ekspresję osobowości dorosłych traktuje się jako bardzo istotne czynniki odpowiedzialne za to, co dzieje się w rodzinie i w jakim kierunku ona zmierza. Ze strukturą rodziny, czyli schematami interakcji wewnątrz niej, wiążą się role podejmowane przez jej członków. Część z nich wynika z cech biologicznych danej osoby, część jest wynikiem swobodnego wyboru czy aktywności, a część ma związek z niezamierzonym przejściem ról pełnionych (lub doświadczanych) w rodzinie pochodzenia. Z rodziną wiążą się granice, lojalności, przekazy, reguły, a także przymierza i koalicje. Przymierza inicjowane są w celu realizacji jakiegoś celu, zazwyczaj pozytywnego, natomiast koalicje mogą tworzyć dwie lub więcej osób przeciwko innym członkom rodziny. Kiedy na przykład narasta konflikt między małżonkami, matka może stworzyć koalicję z dzieckiem, co zaspokaja jej potrzeby przynależności czy miłości, a jednocześnie „wiąże” dziecko i zmienia jego relacje z ojcem, rodzeństwem czy rówieśnikami (a nieraz z przyszłym partnerem życiowym). Tego rodzaju interakcje mogą prowadzić do różnorodnych zaburzeń funkcjonowania systemu rodzinnego. Często nieprawidłowości występujące u jednego członka rodziny (np. u dziecka) mogą być rozumiane jako ekspresja zaburzenia całego systemu rodzinnego projektowanego na tę właśnie jednostkę. Jeżeli osoba ta, pomimo wejścia w okres dorosłości, jest ciągle uwikłana w problemy rodziny pochodzenia, czyli w dalszym ciągu nie jest odseparowana i zależna od niej, skuteczniejsze może okazać się zajmowanie się całą rodziną niż „identyfikowanym pacjentem”. Rodzina jest strukturą dynamiczną i podlega procesowi rozwoju w czasie. Haley wyróżnił sześć faz rozwoju rodziny [10]. Autor ten nawiązuje do poglądów Ericksona, który uważał, że symptomy psychopatologiczne pojawiają się, gdy w cyklu rozwoju rodziny następują zakłócenia. Na przykład doświadczanie silnego niepokoju przez młodą kobietę, która właśnie urodziła dziecko, jest przejawem problemu pary w osiągnięciu etapu wychowywania dzieci. Oprócz koncentracji na objawach celem terapii jest tu rozwiązanie problemu danej rodziny i ponowne uruchomienie cyklu rozwojowego. Wielu młodych ludzi nigdy nie oddzieli się w stopniu wystarczającym od rodziny pochodzenia, co utrudnia im realizację kolejnych etapów: znalezienia partnera i budowania własnego związku.

Wśród relacji rodzinnych akcentuje się ważną rolę postaw rodzicielskich [11]. Młodzi dorośli, a więc i studenci, to osoby, które postawy swoich rodziców mogą postrzegać w sposób mniej egocentryczny i bardziej obiektywny, bo mają większą perspektywę czasową niż dzieci będące bezpośrednio pod opieką ojca i matki. Niektórzy badacze uważają, że właśnie retrospektywna ocena postaw rodziców jest bardziej obiektywnym wskaźnikiem wpływu wychowawczego niż same postawy rodzicielskie (zatem bardziej trafne wydają się wyniki badań wśród dorosłych w odniesieniu do spostrzeganych przez nich postaw ich

rodziców). Na wychowanie, osobowość, funkcjonowanie młodego dorosłego istotniejszy wydaje się wpływ wytworzonego w relacji obrazu rodziców i nadanie mu subiektywnego znaczenia przez przedmiot tych oddziaływań niż same oddziaływania spostrzegane z perspektywy osób oddziałujących [12, 13]. Okres wczesnej dorosłości to etap prawdziwej empirycznej weryfikacji, czy nabyte w rodzinie pochodzenia zasoby pozwolą młodemu człowiekowi na wystarczająco dojrzałe stworzenie bliskich relacji i związków, podjęcie dorosłych ról i obowiązków, budowanie koherentnej tożsamości, określenie swych granic, przejście kontroli nad własnym życiem, przekształcenie zależnej relacji rodzic — dziecko we współzależną relację dorosły — dorosły [14].

W literaturze przedmiotu wiele badań poświęcono zależności różnych cech czy aspektów psychicznego funkcjonowania jednostki od postaw rodzicielskich i retrospektywnie percypowanych postaw rodziców. Z perspektywy występowania objawów psychopatologicznych istotne jest znalezienie związku między postawami rodzicielskimi a osiowym objawem wielu zaburzeń — lękiem. Badania potwierdzają, iż postawa akceptacji rodziców sprzyja rozwojowi zdolności do nawiązywania przez dzieci trwałej więzi emocjonalnej oraz umiejętności ekspresji uczuć. Z kolei odrzucenie wiąże się z kształtowaniem się u dziecka skłonności do agresji, nieposłuszeństwa, ujawniania się zaburzeń rozwoju uczuć wyższych, pojawiania się zachowań społecznych czy nawet antyspołecznych. Odrzucenie może być jedną z istotnych przyczyn poczucia bezradności, zastraszenia, trudności adaptacyjnych spowodowanych zahamowaniem, którego istotnym komponentem jest występowanie lęku [15, 16]. Z badań wynika, że postawy rodzicielskie matki i ojca wpływają inaczej na córkę i inaczej na syna. I tak odrzucenie ze strony ojca oddziałuje na rozwój zachowań introwertywnych córek, a postawa zaniedbująca matek istotnie koreluje z objawami introwertywnymi, wrogością wobec otoczenia oraz pobudliwością emocjonalną synów. Płopa empirycznie wykazał, że postawa wymagająca ojców sprzyja negatywnym nastawieniom i pobudliwości emocjonalnej dzieci obojga płci. Wadliwe, sztywne postawy rodzicielskie mogą przyczynić się do zahamowania procesu indywidualizacji [13], a to może być jednym z ważnych czynników sprzyjających pojawieniu się objawów psychopatologicznych u młodych dorosłych.

Zależność pomiędzy retrospektywnymi postawami rodzicielskimi a lękiem jako stanem i cechą u młodych dorosłych badała Jankowska [15]. Okazało się, że postrzegana nadmiernie wymagająca postawa ojca koreluje z lękiem jako cechą i stanem u mężczyzn, a postawa odrzucająca — z lękiem jako stanem. Żadna z percypowanych postaw rodzicielskich ojców względem córek nie miała istotnego wpływu na nasilenie objawów lęku (brak różnic istotnych statystycznie). Spostrzegana nadmiernie wymagająca postawa oraz ograniczanie autonomii przez matki koreluje natomiast z lękiem jako cechą synów. Badanie wykazało także związek postawy niekonsekwentnej matki z lękiem jako cechą córek oraz zależności między postawami matek: nadmiernie wymagającą, odrzucającą i ograniczającą autonomię z lękiem jako stanem.

Z badań Witkowskiej dotyczących retrospektywnej oceny postaw matek wobec kobiet chorujących na anoreksję psychiczną wynika, że córki oceniały je jako bardziej wymagające i odrzucające w porównaniu z ocenami dokonanyymi przez zdrowe kobiety, które określały swoje matki jako bardziej kochające, ochraniające i liberalne. Kobiety z

grupy klinicznej spostrzegają swoich ojców jako bardziej odrzucających w porównaniu ze zdrowymi rówieśnikami [16].

Porównując pacjentów z bulimią psychiczną (w większości kobiety) z grupą osób zdrowych, przekonujemy się, że cechą osób z tej pierwszej grupy jest spostrzeganie swoich matek jako osób ujawniających nadmiernie wymagającą postawę [17].

Z kolei pacjenci z atakami paniki, w porównaniu z osobami bez objawów zaburzeń psychicznych, czuli się obdarzeni mniejszą troską i uwagą, a także opisywali postawy swoich rodziców jako nadmiernie wymagające i mniej akceptujące [18].

Spostrzegana postawa nadmiernego ochraniańa ze strony matki oraz jej nadodpowiedzialność stanowią czynnik ryzyka pojawienia się zbytnej wrażliwości emocjonalnej i ma związek z rozwojem symptomatologii obsesyjno-kompulsyjnej u osób dorosłych [19].

Badanie Nishikawy, Sundboma i Hagglofa dotyczyło m.in. związku między spostrzeganymi postawami rodzicielskimi i problemami psychicznymi adolescentów. Autorzy stwierdzili, że zależności te były silniejsze w grupie badanych kobiet niż mężczyzn. Postawa odrzucająca rodziców była predyktorem wewnętrznych zaburzeń mężczyzn (depresja, lękliwość, problemy somatyczne, wycofywanie się) oraz zewnętrznych (skłonność do zachowań agresywnych, wykraczania poza prawo). W grupie kobiet istotnymi czynnikami predysponującymi do wystąpienia obu rodzajów zaburzeń były wszystkie trzy uwzględnione przez autorów negatywne postawy rodzicielskie: odrzucenie, lękliwość, nadopiekuńczość [20].

Sideridis i Kafetsios [21] wykazali, że postawa nadmiernego ochraniańa, w porównaniu z postawą normalnej troski rodzicielskiej, sprzyja pojawieniu się większego nasilenia lęku i stresu oraz mniejszej efektywności wykonywania zadań u nastoletnich uczniów i studentów. Troskliwa postawa ojców w większym stopniu ma związek z niższym poziomem lęku przed porażką, lękiem i depresją niż taka postawa matek.

Postawa ojców i matek akceptacji i ograniczonej kontroli w kierunku większej autonomii adolescentów wiąże się z mniejszym nasileniem u nich objawów depresyjnych. Wysoki poziom akceptacji ze strony matek koreluje ujemnie z częstością nadużywania alkoholu i marihuany [22]. W opinii młodych ludzi pozytywne postawy rodzicielskie zmniejszają prawdopodobieństwo nadużywania przez nich substancji psychoaktywnych [23], a wyniki badania podłużnego wskazywały, że styl wychowania oparty na wsparciu społecznym i kontroli sprzyjał unikaniu nadużywania alkoholu i substancji psychoaktywnych [24].

Najbardziej istotna dla kształtowania się skłonności do uzależnienia od pracy jest postawa wymagań prezentowana przez oboje rodziców. Wskazuje się tu na szczególne znaczenie postawy ojca dla ukształtowania się cech pracoholika u będących u progu dorosłości synów. Synowie, którzy retrospektywnie spostrzegali ojców jako nadmiernie wymagających, nieakceptujących, ograniczających ich autonomię oraz niekonsekwentnych, ujawniali tendencje do uzależniania się od pracy (w porównaniu z badanymi z innych grup) [25].

Prowadzono również badania podłużne, w których przedmiotem analiz był związek postawy wsparcia rodziców dla dzieci wchodzących w wiek młodej dorosłości z ich poczuciem satysfakcji z życia w wieku średnim [26]. Postawa wsparcia ze strony ojca sprzyjała subiektywnemu poczuciu lepszego stanu zdrowia, mniejszemu natężeniu objawów depresyjnych w powtórnym badaniu po ponad 30 latach. Większe wsparcie ze strony

matek współwystępowało z pozytywnymi emocjami. Nie stwierdzono istotnych różnic między wynikami synów i córek.

Podsumowując, badania potwierdzają wiele zależności między spostrzeganymi postawami rodzicielskimi a specyfiką zaburzeń psychicznych.

Cel badań

Do tej pory przeprowadzono niewiele analiz kondycji psychicznej studentów i uwarunkowań zaburzeń z perspektywy młodych ludzi. Celem niniejszych badań jest ustalenie, jak studenci ujawniający zaburzenia psychiczne oceniają retrospektywnie postawy rodziców. W badaniach poszukiwano odpowiedzi na następujące pytania:

— Czy istnieje związek między retrospektywną oceną postaw matek przez studentów (z uwzględnieniem płci) a występowaniem objawów określonych zaburzeń psychicznych?

— Jaka jest zależność między specyfiką postaw ojców (retrospektywna ocena) a określonymi nieprawidłowościami w sferze psychicznej u studentów (z uwzględnieniem płci)?

— Czy istnieją różnice między mężczyznami i kobietami ujawniającymi różne typy zaburzeń, w zakresie percepcji siły oddziaływań ojców i matek?

Materiał i metoda

Przedmiotem analiz są wyniki badań osób studiujących. Zgodnie z procedurą badawczą chodziło o wyłonienie wśród studentów osób ujawniających różnego typu zespoły zaburzeń psychicznych. Do badań zakwalifikowano 97 studiujących pacjentów, którzy leczyli się w poradni zdrowia psychicznego. Pozostałe 90 osób wyłoniono z grupy losowo badanych 290 studentów. Zatem łącznie diagnozowano 387 studentów (113 mężczyzn i 274 kobiety), z czego do dalszych analiz zakwalifikowano 187 osób, u których zaburzenia występowały aktualnie lub w przeszłości. Wśród badanych duży odsetek stanowiły osoby ujawniające więcej niż jedno zaburzenie psychiczne (w tabelach znajdujących się w części „Omówienie wyników” podano liczbę osób, u których na podstawie kryteriów DSM-5 zdiagnozowano poszczególne zespoły zaburzeń). Badani studiowali na Uniwersytecie Rzeszowskim (57,6%) oraz Politechnice Rzeszowskiej (42,4%) na różnych kierunkach (bezpieczeństwo wewnętrzne, dietetyka, ekonomia, filologia germańska, fizjoterapia, filologia polska, informatyka, mechanika, mechatronika, pedagogika, położnictwo, prawo, wychowanie fizyczne, zarządzanie).

W badaniach zastosowano następujące techniki badawcze: Kwestionariusz do badania zaburzeń psychicznych (zgodny z DSM-5) oparty o zmodyfikowany Ustrukturalizowany Wywiad Kliniczny do Badania Zaburzeń Psychicznych SCID-I [27] i Kwestionariusz Retrospektywnej Oceny Postaw Rodziców (KPR-Roc) Plopy [28].

Omówienie wyników

Badania miały na celu m.in. ustalenie siły związku między spostrzeganymi postawami rodzicielskimi a określonymi objawami zaburzeń psychicznych. Rezultaty przedstawiają poniższe tabele.

Tabela 1. Korelacje spostrzeganych postaw matek z nasileniem zaburzeń psychicznych u synów

Zaburzenie	Matka — akceptacja	Matka — wymagania	Matka — autonomia	Matka — niekonsekwencja	Matka — ochranianie
Depresja (N = 30)	-0,059	-0,012	-0,058	0,093	0,035
Panika (N = 38) (uwzględniono w tej grupie także panikę z agorafobią)	-0,085	-0,027	0,009	0,028	0,037
PTSD (N = 30)	-0,014	0,018	0,010	0,076	0,096
Nadużywanie alkoholu (N = 37)	-0,075	0,117	-0,135	0,238*	0,172
Nadużywanie substancji psychoaktywnych (N = 23)	-0,048	0,233*	-0,097	0,215*	0,163
Zaburzenia pod postacią somatyczną (N = 34)	-0,141	0,171	-0,122	0,244*	0,153
Zaburzenia psychiczne (N = 18)	-0,078	0,216*	-0,120	0,267**	0,246**

*korelacja istotna na poziomie 0,05, **korelacja istotna na poziomie 0,01, N — liczebność

Analiza wyników w tabeli 1 wskazuje na istnienie zależności między spostrzeganymi postawami matek a występowaniem określonych zaburzeń psychicznych u synów. Okazało się, że objawy psychotyczne mają związek ($p < 0,01$) z postawą nadmiernego ochraniańa, a jednocześnie brakiem konsekwencji ze strony matek. Synowie z tego typu zaburzeniami częściej też oceniali matki jako bardziej wymagające. Z kolei badani ujawniający zaburzenia somatyczne częściej spostrzegali matki jako niekonsekwentne ($p < 0,05$). Okazało się także, że postrzegana postawa wymagająca i niekonsekwentna matek ma związek z nadużywaniem substancji psychoaktywnych u synów ($p < 0,05$).

Tabela 2 wskazuje, iż brak jest związku między postrzeganą postawą ochraniającą ze strony ojca a występowaniem dysfunkcji psychicznych u synów. Natomiast zwykle osoby z zaburzeniami oceniają ojców jako niekonsekwentnych. Uwzględniając poszczególne nieprawidłowości — zaburzenia depresyjne korelują z brakiem konsekwencji ($p < 0,01$) w zachowaniu ojca, brakiem akceptacji ($p < 0,01$) i dawaniem pełnej swobody ($p < 0,01$) oraz z wysokimi wymaganiami ($p < 0,01$). Synowie z zespołem lękowym z napadami paniki częściej oceniali ojców jako niekonsekwentnych ($p < 0,01$), dających dużą autonomię ($p < 0,05$), nieakceptujących ($p < 0,05$) i wymagających ($p < 0,01$). Podobne zależności dotyczyły zespołu stresu pourazowego. W przypadku zaburzeń pod postacią somatyczną synowie oceniali ojców jako bardzo wymagających i niekonsekwentnych ($p < 0,01$).

Tabela 2. Korelacje spostrzeganych postaw ojców z nasileniem zaburzeń psychicznych u synów

Zaburzenie	Ojciec — akceptacja	Ojciec — wymagania	Ojciec — autonomia	Ojciec — niekonsekwencja	Ojciec — ochranianie
Depresja (N = 30)	-0,374**	0,282**	0,278**	0,409**	0,031
Panika (N = 38) (uwzględniono w tej grupie także panikę z agorafobią)	-0,213*	0,218*	-0,243*	0,283**	0,033
PTSD (N = 30)	-0,259**	0,231*	0,258**	0,338**	0,085
Nadużywanie alkoholu (N = 37)	-0,160	0,175	-0,131	0,238*	-0,109
Nadużywanie substancji psychoaktywnych (N = 23)	0,070	0,104	-0,035	0,065	-0,065
Zaburzenia pod postacią somatyczną (N = 34)	-0,125	0,340**	-0,162	0,360**	0,166
Zaburzenia psychotyczne (N = 18)	-0,223*	0,367**	-0,272**	0,474**	0,117

*korelacja istotna na poziomie 0,05, **korelacja istotna na poziomie 0,01, N — liczebność

Tabela 3. Korelacje spostrzeganych postaw matek z nasileniem zaburzeń psychicznych u córek

Zaburzenie	Matka — akceptacja	Matka — wymagania	Matka — autonomia	Matka — niekonsekwencja	Matka — ochranianie
Depresja (N = 81)	-0,078	0,132	-0,021	-0,129*	0,057
Panika (N = 38) (uwzględniono w tej grupie także panikę z agorafobią)	-0,130*	0,242**	-0,096	0,240**	0,029
PTSD (N = 100)	-0,278**	0,247**	-0,301**	0,281**	-0,033
Anoreksja psychiczna (N = 17)	-0,164**	0,109	-0,102	0,117	0,015
Bulimia psychiczna (N = 29)	-0,097	0,099	-0,107	0,138*	0,039
Nadużywanie alkoholu (N = 32)	-0,090	0,116	-0,057	0,190**	0,077
Nadużywanie substancji psychoaktywnych (N = 12)	0,242**	0,165**	-0,115	0,173**	-0,031
Zaburzenia pod postacią somatyczną (N = 81)	-0,126*	0,101	-0,116	0,059	0,054
Zaburzenia psychotyczne (N = 24)	-0,235**	0,174**	-0,230**	0,150*	0,032

*korelacja istotna na poziomie 0,05, **korelacja istotna na poziomie 0,01, N — liczebność

Analizując zależności między określonymi postawami matek a specyfiką zaburzeń (tabela 3) dało się zauważyć, że studentki ujawniające PTSD, anoreksję psychiczną, nadużywające substancji psychoaktywnych istotnie częściej deklarowały brak akceptacji ze strony matek ($p < 0,01$). Osoby z napadami paniki oraz ujawniające zaburzenia pod

postacią somatyczną również częściej odczuwały niedobór aprobaty z ich strony ($p < 0,05$). Analizy potwierdzają również istnienie związku między percepcją postawy matki jako nadmiernie wymagającej a zachowaniami panicznymi, PTSD, nadużywaniem substancji psychoaktywnych i objawami psychotycznymi ($p < 0,01$). Brak zgody na autonomię ze strony matek deklarowały studentki z PTSD i objawami psychotycznymi ($p < 0,01$). Studentki z napadami paniki, z PTSD, nadużywające alkoholu i innych substancji psychoaktywnych częściej dostrzegały brak konsekwencji ze strony matek ($p < 0,01$). Nieco mniej wyraziste zależności tego typu stwierdzono w przypadku kobiet z depresją i objawami psychotycznymi ($p < 0,05$). Stwierdzono także istnienie korelacji między postawami matek a nasileniem anoreksji psychicznej. Studentki z tym zaburzeniem deklarowały brak akceptacji ze strony matek ($p < 0,01$).

Tabela 4. Korelacje postrzeganych postaw ojców z nasileniem zaburzeń psychicznych u córek

Zaburzenie	Ojciec — akceptacja	Ojciec — wymagania	Ojciec — autonomia	Ojciec — niekonsekwencja	Ojciec — ochranianie
Depresja (N = 81)	-0,184**	0,133*	-0,112	0,180**	-0,060
Panika (N = 38) (uwzględniono w tej grupie także panikę z agorafobią)	-0,080	0,136*	-0,104	0,213**	0,023
PTSD (N = 100)	-0,292**	0,177**	-0,226**	0,260**	-0,085
Anoreksja psychiczna (N = 17)	-0,102	0,143*	-0,069	0,057	0,040
Bulimia psychiczna (N = 29)	-0,127	0,117	-0,077	0,110	0,033
Nadużywanie alkoholu (N = 32)	-0,055	0,120	-0,056	0,089	0,050
Nadużywanie substancji psychoaktywnych (N = 12)	-0,132*	0,063	-0,099	0,089	-0,012
Zaburzenia pod postacią somatyczną (N = 81)	-0,199**	0,155*	-0,175*	0,224	0,009
Zaburzenia psychotyczne (N = 24)	-0,246**	0,183**	0,207**	0,223**	0,00

*korelacja istotna na poziomie 0,05, **korelacja istotna na poziomie 0,01, N — liczebność

Biorąc pod uwagę retrospektywną ocenę postaw ojców dokonaną przez córki (tabela 4), okazało się, że nie ma zależności między postawą nadmiernie ochraniającą a występowaniem określonych typów zaburzeń. Studentki z objawami PTSD oraz z objawami psychotycznymi najczęściej ($p < 0,01$) określały ojców jako nadmiernie wymagających, niedających pełnej swobody, niekonsekwentnych oraz niedoceniających ich możliwości. Osoby ujawniające zaburzenia pod postacią somatyczną podkreślały przede wszystkim brak akceptacji ze strony ojców ($p < 0,01$) oraz oceniały ich jako nadmiernie wymagających i kontrolujących ($p < 0,05$). Z kolei w przypadku objawów depresyjnych studentki

najczęściej deklarowały brak docenienia ze strony ojców, niekonsekwencję ($p < 0,01$) i w mniejszym stopniu nadmierne wymagania ($p < 0,05$). Reakcje paniczne częściej zdarzały się osobom, które spostrzegały ojców jako niekonsekwentnych ($p < 0,01$). Badania nie potwierdziły istnienia zależności między specyficznymi postawami ojców a bulimią psychiczną u córek. Jedynie studentki z anoreksją psychiczną częściej określały ojców jako bardziej wymagających ($p < 0,05$).

Zastosowanie testu Z Fishera pozwoliło na ustalenie różnic między kobietami i mężczyznami odnośnie do percepcji siły związku między postawami ojców i matek a nasileniem określonych typów zaburzeń psychicznych. Badania wykazały większą siłę wpływu ojców na synów w porównaniu z córkami. Spostrzegana przez studentów postawa niekonsekwencji ojców miała silniejszy związek z występowaniem depresji u mężczyzn w porównaniu z kobietami (różnice istotne statystycznie, $Z = 2,15$; $p < 0,03$) oraz ujawnieniem objawów psychotycznych ($Z = 2,46$; $p < 0,01$). W przypadku braku akceptacji ojców stwierdzono pewną tendencję, mianowicie częstszy wpływ takiej postawy na ujawnienie zachowań depresyjnych u synów niż u córek ($Z = 1,76$; $p < 0,08$). Analizy potwierdziły, iż nadmierne wymagania ojców również częściej mają związek z występowaniem zaburzeń pod postacią somatyczną ($Z = 1,68$; $p < 0,09$) oraz zaburzeń psychotycznych ($Z = 1,7$; $p < 0,09$) u synów.

Analizując percepcję postaw rodzicielskich matek i związków z występowaniem objawów zaburzeń psychicznych u mężczyzn i kobiet, stwierdzono znacznie większą siłę ich oddziaływań na córki. Okazało się, że studentki ujawniające napady paniki istotnie statystycznie częściej niż synowie spostrzegały matki jako mało wymagające ($Z = -2,37$; $p < 0,02$). Podobnie — występowanie PTSD częściej wiązało się u kobiet niż u mężczyzn z niewłaściwymi wymaganiami matek ($Z = -2,03$; $p < 0,04$) oraz uzależnianiem córek od siebie (brak autonomii — $Z = 2,78$; $p < 0,01$). Tendencję w kierunku różnic zaobserwowano odnośnie do zależności między brakiem wymagań matek a nadużywaniem substancji psychoaktywnych ($Z = 1,72$, $p < 0,09$). Kobiety z PTSD nieco częściej niż mężczyźni (tendencja w zakresie różnic $Z = -1,88$; $p < 0,06$) oceniały swoje matki jako niekonsekwentne. Postawa wyrażająca się w braku właściwego egzekwowania zachowań przez matki częściej miała związek z występowaniem napadów paniki u córek niż u synów (tendencja do różnic — $Z = -1,84$; $p < 0,06$).

Jedynie w przypadku postawy nadmiernie ochraniającej matek stwierdzono silniejsze zależności między synami a ich rodzicielkami. Mężczyźni nadużywający substancji psychoaktywnych nieco częściej (tendencja do różnic) oceniali matki jako nadmiernie opiekuńcze ($Z = 1,69$, $p < 0,09$). Podobnie zaobserwowano tendencję w zakresie silniejszego związku między zaburzeniami psychotycznymi a nadmierną koncentracją matek na swoich synach ($Z = 1,9$, $p < 0,06$).

Dyskusja wyników i implikacje do psychoterapii

Biorąc pod uwagę nasilenie zaburzeń psychicznych u mężczyzn, stwierdzono znacznie mniej zależności w odniesieniu do spostrzeganych oddziaływań matek, a więcej w zakresie spostrzeganych jako niewłaściwe postaw ojców (szczególnie brak akceptacji, zbyt duża autonomia lub jej brak, nadmierne wymagania i niekonsekwencja w zachowaniu sprzyjały

ujawnianiu depresji i PTSD). Z kolei kobiety z zaburzeniami częściej oceniały percypowane postawy zarówno matek, jak i ojców jako niewłaściwe (szczególnie badani z objawami PTSD i zaburzeniami psychotycznymi). Jedyne w przypadku nadużywania substancji psychoaktywnych przez studentów — stwierdzono istotne znaczenie braku akceptacji i nadmiernych wymagań ze strony matek.

Uwzględniając różnice w zakresie siły wpływu rodziców na studentów i studentki (test Z Fishera) okazało się, że bardziej istotne związki odnosiły się do relacji ojciec–syn; matka–córka, co potwierdza znaczenie identyfikacji z rodzicem tej samej płci. W literaturze przedmiotu częściej podkreśla się jednak rolę matek [29]. Badania Plopy również wskazują na istnienie zależności między niewłaściwymi postawami matek a cechami neurotycznymi osób dorosłych, lecz więcej istotnych korelacji odnosiło się do relacji matka–syn niż matka–córka. Stwierdzono również więcej zależności odnośnie do oddziaływań matek wobec dzieci niż w przypadku postaw ojców wobec synów i córek. Objawy neurotyczne u synów miały związek z ujawnianiem ze strony matek postaw: nadmiernie wymagającej, nadmiernie ochraniającej, niekonsekwentnej, a także z niskim stopniem autonomii i akceptacji. Im matki były bardziej wymagające, a jednocześnie niekonsekwentne, tym częściej synowie cechowali się niższym poziomem ugodowości. Z kolei zachowania neurotyczne córek miały związek z nadmiernymi wymaganiami i niekonsekwencją ze strony matek. Biorąc pod uwagę oddziaływania ojców, ich wysokie wymagania, nadmierne ochranianie oraz niekonsekwencja korelowały z neurotyzmem u synów [28].

Prowadzone przez nas badania nie wykazały związku między nasileniem ochraniań a występowaniem zaburzeń. Jedyne korelacje odnosiły się do postawy nadmiernie ochraniającej ze strony matek w stosunku do synów z objawami psychotycznymi, co mogło wynikać (jako zjawisko wtórne) m.in. z potrzeby wsparcia w sytuacji nasilenia objawów choroby. Należałoby zatem ustalić, skąd różnice w wynikach. Konieczne jest więc prowadzenie dalszych badań w tym zakresie. Być może w przypadku ujawnienia zaburzeń psychicznych większego znaczenia nabierają również czynniki genetyczne. Analizując ocenę postaw rodziców przez badanych, należy wziąć pod uwagę wzajemną zależność w zakresie oddziaływań. Z jednej strony studenci z zaburzeniami częściej negatywnie oceniają swoich rodziców, z drugiej strony to specyfika funkcjonowania syna lub córki prowokuje określone zachowania opiekunów. Zatem zachodzące tu negatywne sprzężenia zwrotne między rodzicem a dzieckiem mogą nasilać nieprawidłowości w funkcjonowaniu całego systemu rodzinnego, a jednocześnie na zasadzie cyrkularności potęgować dysfunkcje u poszczególnych osób w rodzinie. Pomocna może tu być m.in. terapia systemowa rodziny, zmierzająca do rozpoznania mechanizmów nieprawidłowych zachowań członków systemu rodzinnego i do przywrócenia właściwej homeostazy w rodzinie. To z kolei jest podstawą właściwego procesu indywidualizacji i osiągnięcia dojrzałości do podjęcia ról w rodzinie prokreacyjnej.

Odchodzenie młodych dorosłych od rodziców często stanowi sytuację kryzysową [10]. Rodzina na nowo musi zdefiniować swoją tożsamość, przystosować się do zmian. Funkcjonowanie bez rozwiązania zaległych problemów w relacjach może nie wystarczać i uruchamiać się mogą nieświadome procesy podtrzymujące istniejące lub generujące nowe zaburzenia psychiczne. Jeżeli objawy psychopatologiczne dotyczą dorosłych już dzieci, identyfikowany pacjent, będący często na podobnym poziomie zróżnicowania, co inni

członkowie rodziny, jest zazwyczaj w regresji, zależności emocjonalnej czy materialnej od rodziny. Ponadto może tworzyć nienaturalnie bliski związek z którymś z rodziców, czyli zostać przez niego striangulowanym. Rodzic ten nie chce stracić bliskiego związku emocjonalnego, co w efekcie może uniemożliwić młodemu człowiekowi faktyczny, niezależny, pełen miłości związek partnerski [30]. To wszystko sprawia, że oddzielenie się od rodziny pochodzenia może być trudnym doświadczeniem. Skuteczną w pracy z rodziną jest m.in. ericksonowska psychoterapia rodzinna [31]. Korzysta ona z dorobku różnych kierunków systemowej terapii rodzin, ale zaznacza też swoją specyfikę [32]. Terapeuta ericksonowski poprzez swoją aktywność i kreatywne interwencje wprowadza kontekst do zmian, uaktywnia pacjentów podczas pracy w gabinecie, ale zwłaszcza poza nim (kiedy to w codziennym życiu mają oni za zadanie realizować uzgodnione wcześniej sposoby postępowania). Terapia ma na celu przeprowadzenie zmian, a zmiana oznacza wypróbowywanie nowych form zachowań rozwijających adekwatne wzorce relacji (wgląd czy rozumienie nie stanowią koniecznego warunku zmiany). Centralnym zagadnieniem tej terapii jest spożytkowanie¹, które może być realizowane z jednej strony poprzez akceptację, a następnie wykorzystanie różnych form zachowań czy postaw członków rodziny w sposób ułatwiający oczekiwaną, z terapeutycznego punktu widzenia, zmianę (zamiast traktowania jej jako np. przejawu oporu). W drugim znaczeniu spożytkowanie odnosi się do wykorzystywania zasobów i potencjalności poszczególnych osób czy rodzin. Dzięki temu terapeuta i system rodzinny rozwijają szeroki wachlarz możliwości zmian — uprzednie doświadczenia rodziny czy osób w pokonywaniu trudności czy cechy poszczególnych osób stanowią podstawę dla przyszłego radzenia sobie z problemami. Proces zmiany facylituje także „doświadczeniowy” język terapeuty i spotykanie rodziny w ich modelu świata.

Kolejne cechy tej terapii to niedyrektywność i metaforyczność sugestii terapeuty, pozwalające członkom rodziny na swobodne korzystanie z nich. Terapia ericksonowska jest zorientowana na przyszłość i integrację rodziny. Bazuje ona też na hipnoterapii [32], używaniu metafor, anegdot, opowieści, przykładów [33], co ułatwia wprowadzanie początkowo niewielkich zmian w funkcjonowaniu rodziny (rozwiązywanie mniej i bardziej istotnych problemów, konfliktów, próbowanie nowych zachowań, kształtowanie relacji rodzinnych, komunikowania się). Terapia korzysta też z technik paradoksalnych, gdzie pacjent zachęany jest do podtrzymywania objawu i jego powtarzania [34]. Oprócz opisanego powyżej podejścia ericksonowskiego, skuteczne są również inne formy systemowej terapii rodzin. Niemalże znaczenie odgrywa również psychoterapia indywidualna. Wybór określonych oddziaływań zależy od wielu czynników, a przede wszystkim od kwalifikacji terapeuty i sytuacji pacjenta.

¹Jeffrey Zeig (1992) definiuje spożytkowanie jako gotowość terapeuty do strategicznego reagowania na wszystko, co wiąże się z pacjentem lub środowiskiem, w którym pacjent przebywa. Mieszczą się w tym świadome i nieświadome wypowiedzi, zasoby, mocne strony, doświadczenia, zdolności (lub słabości), związki, postawy, problemy, objawy, braki, zamięłowania, awersje, emocje... Lista jest nieograniczona, lecz dotyczy centralnej idei: jeśli coś jest częścią życia pacjenta, może się przydać w osiągnięciu celu terapeutycznego; a jeśli pacjent wnosi to do terapii może to być cenniejsze niż cokolwiek, co może zaproponować terapeuta. Zeig JK, Munion WM. Milton H. Erickson. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005, s. 70–71.

Wyniki badań wskazują na częste występowanie zaburzeń psychicznych wśród badanych studentów. Okazało się jednak, że zaledwie jedna trzecia spośród losowo wyłonionych studentów z zaburzeniami korzysta lub korzystała w przeszłości z pomocy psychologa lub psychiatry. Niestety, wielu młodych ludzi ma obawy przed zgłaszaniem się do terapeutów. Przyczyną tego jest między innymi lęk przed stygmatyzacją oraz brak odpowiedniej informacji dotyczącej możliwości wsparcia ze strony specjalistów. Zatem niezbędne jest wzbudzenie motywacji do leczenia wśród tej grupy osób. Przydatne może tu być organizowanie wykładów na temat trudności rozwojowych, sytuacji kryzysowych na tym etapie życia i wskazywanie odpowiednich placówek pomocowych. Nie tylko psychoterapia indywidualna czy grupowa, ale także szeroko zakrojone oddziaływania profilaktyczne stanowią istotny warunek zdrowia psychicznego młodych dorosłych.

Piśmiennictwo

1. Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J. *Psychiatria*. Wrocław: Urban & Partner; 2002.
2. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5*. Washington, DC, London, England: American Psychiatric Association; 2013.
3. Lehtinen V. *Building up good mental health*. Jyväskylä: StakesGummerus Printing; 2008.
4. Sokołowska E, Zabłocka-Żytka L, Kluczyńska S, Wojda-Kornacka J. *Zdrowie psychiczne młodych dorosłych. Wybrane zagadnienia*. Warszawa: Difin; 2015.
5. Iglesias GC, Saiz MP, Garcia-Portilla G, Bousono GM, Jimenez TL i wsp. Effects of the economic crisis on demand due to mental disorders in Asturias: data from the Asturias Psychiatric Case Register (2000-2010). *Actas. Esp. Psiquiatr.* 2014; 42 (3): 108–115.
6. Radochoński M. *Psychoterapia rodzinna w ujęciu systemowym*. Rzeszów: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej; 1984.
7. Namysłowska I. *Terapia rodzin*. Warszawa: Springer PWN; 1997.
8. Barbaro de B, red. *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1999.
9. Józefik B, Barbaro de B. *Terapia rodzin a perspektywa feministyczna*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2004.
10. Haley J. *Niezwykła terapia. Techniki terapeutyczne Milтона H. Ericksona*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 1995.
11. Ringelsen T, Raufelder D. The interplay of parental support, parental pressure and test anxiety. Gender differences in adolescents. *J. Adolesc.* 2015; 45: 7–79.
12. Przetacznik-Gierowska M, Włodarski Z. *Psychologia wychowawcza*. Warszawa: PWN; 2002.
13. Płopa M. *Psychologia rodziny. Teoria i badania*. Elbląg-Kraków: EUH-E, Oficyna Wydawnicza „Impuls”; 2004.
14. Płopa M. *Więzi w małżeństwie i rodzinie. Metody badań*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”; 2006.
15. Jankowska M. Postawy rodzicielskie matki i ojca a lęk jako stan i lęk jako cecha u młodych dorosłych. *Kwart. Nauk.* 2014; 4(18): 88–108.
16. Witkowska B. Percepcja postaw rodzicielskich a poziom samooceny dziewcząt z anoreksją psychiczną. *Psychiatr. Pol.* 2013; 3: 397–409.

17. Goncalves S, Machado BC, Martins C, Hoek HW, Machado PP. Retrospective correlates for bulimia nervosa: a matched case — control study. *Europ. Eat. Dis. Rev. J. Eat. Dis. Ass.* 2016; 24 (3): 197–203.
18. Bandelow B, Spath C, Tichauer GA, Broocks A, Hajak G, Ruther E. Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with panic disorder. *Compreh. Psych.* 2002; 43(4): 269–278.
19. Haciomeroglu B, Karanci AN. Perceived parental rearing behaviour, responsibility attitudes and life events as predictors of obsessive compulsive symptomatology: test of a cognitive model. *Beh. Cogn. Psychother.* 2014; 42(6): 641–652.
20. Nishikawa S, Sundbom E, Hagglof B. Influence of perceived parental rearing on adolescent self-concept and internalizing and externalizing problems in Japan. *J. Child Fam. Stud.* 2010; 12: 57–66.
21. Sideridis GD, Kafetsios K. Perceived parental bonding, fear of failure and stress during class presentations. *Int. J. Beh. Dev.* 2008; 32 (2): 119–130.
22. Ozer EJ, Flores E, Tschann JM, Pasch LA. parenting style, depressive symptoms, and substance use in Mexican adolescents. *Youth Soc.* 2013; 45 (3): 365–388.
23. Fleming CB, Mason WA, Thompson RW, Haggerty KP, Gross TJ. Child and parent report of parenting as predictors of substance use and suspensions from school. *J. Early Adol.* 2016; 36(5): 625–645.
24. Stice E, Barrera M. Impact of parenting styles on adolescent externalizing and substance use: a longitudinal study. Poster presented at the Annual Meeting of the West — National Inst. On Drug Abuse. Rockville; DHHS/PHS; 1992.
25. Lewandowska-Walter A, Wojdyło K. Spostrzeżenie ex post postaw rodziców przez osoby z tendencją do uzależniania się od pracy. *St. Psychol.* 2011; 49(2): 35–52.
26. Poon CYM, Knight BG. Parental emotional support during emerging adulthood and baby boomers' well-being in midlife. *Int. J. Beh. Devel.* 2013; 37(6): 498–504.
27. First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW. *Ustrukturalizowany Wywiad Kliniczny do Badania Zaburzeń Psychiczych z Osi I DSM-IV-TR (SCID-I)*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych; 2010.
28. Plopa M. *Kwestionariusz Retrospektywnej Oceny Postaw Rodziców (KPR-Roc)*. Podręcznik, Warszawa: Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania w Warszawie, Pracownia Testów Psychologicznych; 2008.
29. Shwalb H, Kawai S, Shoji K, Tsunetsugu K. The middle class Japanese father: a survey of parents of preschoolers. *J. Appl. Dev. Psychol.* 1997; 18: 497–511.
30. Goldenberg H, Goldenberg I. *Terapia rodzin*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2006.
31. Lankton S, Lankton C, Matthews W. Ericksonian family therapy. W: Gurman A, Kniskern D, red. *The handbook of family therapy, Vol. 2*. New York: Brunner Mazel, 1991, s. 239–283.
32. Lankton S, Lankton C. *Enchantment and intervention in family therapy. Using metaphors in family therapy*. Williston: Crown House Publishing Ltd., 2007.
33. Battino R, South TL. *Ericksonian approaches. A comprehensive manual*. Glasgow: Crown House Publishing Ltd; 2011.
34. Lorieo C, Vella G. *Paradox and the family system*. London: Taylor & Francis Ltd; 2014.

adres: jacekpasternak1@op.pl, dochojska@wp.pl