

Mgr Iwona Milewska

**Poziom aleksytymii a podejmowanie zachowań autoagresywnych
i objawy psychosomatyczne u członków rodziny w sytuacji rozvodu**

**Rozprawa na stopień naukowy doktora nauk medycznych i nauk o zdrowiu
w dyscyplinie nauki medyczne**

Promotor: dr hab. n. o zdr. Ewa Misterska

Promotor pomocniczy: dr Marta Majorczyk



**Kolegium Nauk Medycznych
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu**

Poznań, 2021

Podziękowania

Jestem głęboko wdzięczna dr hab. n. o zdr. Pani Ewie Misterskiej za merytoryczne prowadzenie, wsparcie i życzliwość okazywane mi na każdym etapie powstawania niniejszej pracy

Spis treści

1. Wykaz stosowanych skrótów	6
2. Wstęp	7
2.1 Wprowadzenie	7
2.2 Definicje, fazy rozwoju i wzorce zachowań w konflikcie	9
2.2.1 Definicje konfliktu	9
2.2.2 Fazy rozwoju konfliktu	9
2.2.3 Wzorce zachowań w konflikcie	10
2.3 Rozwód	12
2.3.1 Przyczyny i statystyki	12
2.3.2 Fazy procesu rozwodowego	12
2.3.3 Prawne podstawy rozwodu	14
2.4 Podstawy mediacji w oparciu o metodę Porozumienia bez Przemocy (PbP) Rosenberga	15
2.4.1 Podstawy mediacji	15
2.4.2 Wsparcie mediacyjne	15
2.4.3 Porozumienie bez Przemocy w mediacji	16
2.5 Wzbudzanie i regulacja emocji w ujęciu teoretycznym	17
2.6 Regulacja emocji w przykładowych metodach praktycznych	18
2.7 Aleksytymia	22
2.8 Objawy psychosomatyczne	27
2.9 Zachowania autoagresywne	29
2.10 Przegląd badań w obszarze związków pomiędzy zaburzeniami regulacji emocji a występowaniem objawów psychosomatycznych oraz zachowań agresywnych i autoagresywnych	32
2.10.1 Związki pomiędzy zaburzeniami regulacji emocji a występowaniem objawów psychosomatycznych	32
2.10.2 Związki pomiędzy zaburzeniami regulacji emocji a występowaniem zachowań agresywnych i autoagresywnych	33
3. Założenia i cele pracy	35
3.1 Założenia	35
3.2 Cele i hipotezy	35
4. Materiał i metodyka badań	37

4.1 Projekt badania	37
4.2 Obszar i organizacja badań	37
4.3 Szacowanie wielkości próby badawczej	37
4.4 Kryteria włączenia i wyłączenia	39
4.6 Metody badawcze	39
4.6.1. Narzędzia psychometryczne	39
4.6.2 Wywiad ustrukturyzowany	42
4.7 Metody statystyczne	44
4.8 Zagadnienia etyczne	44
5. Wyniki badań	46
5.1 Statystyka opisowa w grupach badawczych	46
5.2 Statystyka opisowa dla zmiennych zależnych	58
5.3 Zależności pomiędzy zmiennymi niezależnymi, a zależnymi	63
5.4 Zależności pomiędzy zmiennymi zależnymi	92
6. Dyskusja	99
7. Wnioski	119
8. Streszczenie	120
9. Abstract	123
10. Piśmiennictwo	126
11. Spis tabel	150
12. Załączniki	155
12.1 Zezwolenia Komisji Bioetycznej	155
12.2 Informacja dla osoby uczestniczącej w badaniu	158
12.3 Formularz świadomej zgody ochotnika	159
12.4 Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (RODO)	160
12.5 Metryczka	161
12.6 Wywiad ustrukturyzowany	166
12.7 Wytyczne Międzynarodowej Komisji ds. Testów	169

12.8 TAS-26	170
12.9 SDQ-20 PL	171
12.10 Inwentarz Pytań Dotyczących Samouszkodzeń Ciała Część I	174
12.11 Inwentarz Twierdzeń Dotyczących Samouszkodzeń Ciała Część II	177

1. Wykaz stosowanych skrótów

- BHI-12** – Kwestionariusz Nadziei Podstawowej (ang. *Basic Hope Inventory*)
- Dz. U.** – Dziennik Ustaw
- FISO** – Fundacja Inicjatyw Społecznie Odpowiedzialnych
- GCM** – Gdańskie Centrum Mediacji
- GUS** – Główny Urząd Statystyczny
- IO** – Integracja Oddechem (ang. *Conscious Breathing*)
- KKM** – Kwestionariusz Komunikacji Małżeńskiej
- K.p.c.** – Kodeks postępowania cywilnego
- KPS** – Kwestionariusz Poczucia Stresu
- KRK** – Kwestionariusz Rozwiązywania Konfliktów
- MOPR** – Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie
- OS** – odchylenie standardowe
- PbP** – Porozumienie bez Przemocy (ang. *Nonviolent communication*)
- RODK** – Rodzinny Ośrodek Diagnostyczno-Konsultacyjny
- rS** – współczynnik korelacji rang Spearmana
- SDQ-20** – Kwestionariusz Dysocjacji Somatoformicznej (ang. *Somatoform Dissociation Questionnaire*)
- Self-Reg** – Samoregulacja emocji (ang. *Self-Regulation*)
- SISRI** – Inwentarz Pytań Dotyczących Samouszkodzeń Ciała (ang. *Self-Injury Self-Report Inventory*)
- SWR** – System Wewnętrznej Rodziny (ang. *Internal Family System*)
- TAS-26** – Toronto Alexithymia Scale 26
- TRE** – Test Rozumienia Emocji

2. Wstęp

2.1 Wprowadzenie

Ludzie, jak wszystkie ssaki, w swym biologicznym oprogramowaniu posiadają potrzebę życia we wspólnocie [1]. Teoria przywiązania Bowlby'ego [2] zakłada zdolność i potrzebę ludzi do budowania więzi emocjonalnych z wybranymi osobami oraz odczuwania miłości i przynależności na biologicznym, kognitywnym, fizycznym i duchowym poziomie [3]. Więzi rodzinne, będące z założenia źródłem wsparcia i siły, powinny być gwarancją emocjonalnego, fizycznego, duchowego i intelektualnego rozwoju [4]. Potrzeba bezpiecznej więzi pojawia się wraz z narodzinami i pozostaje niezmienną do śmierci, niezależnie od wieku, płci i statusu społecznego człowieka [5].

Rozpad rodziny jest doświadczeniem utraty źródła dobrostanu oraz czasem, w którym jej członkom towarzyszy silne napięcie emocjonalne, związane z zagrożeniem straty ważnych osób, bliskości, bezpieczeństwa, a często także nadziei i sensu życia. Rozwód jest uznawany za istotne zagrożenie społeczne w dzisiejszym świecie, ze względu na konsekwencje, jakie niesie dla emocjonalnej i zdrowotnej kondycji człowieka. Wpływają na nią zarówno biologia, potencjał genetyczny, płeć biologiczna i kulturowa, wiek, ale też rodzaj podejmowanych zachowań. Charakter tych zachowań zależy z kolei od czynników społecznych, wiedzy i umiejętności kształtowanych przez uwarunkowania kulturowe, systemy norm, przekonań i przyjęte wzorce postępowania [6].

Stały wzrost wiedzy na temat związku stanu zdrowia człowieka z jego emocjami i zachowaniami wpłynął na rozszerzenie definicji zdrowia o psychiczny i społeczny dobrostan. Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia z 1948 roku definiuje: zdrowie, to poddająca się zmianom zdolność człowieka do osiągnięcia pełni własnych fizycznych, psychicznych i społecznych możliwości, jak i reagowania na wyzwania środowiska [7,8].

Związek psychiki z chorobą ciała można zrozumieć jedynie poprzez łączenie jej z wydarzeniami w życiu człowieka. Zachowania, emocje, objawy somatyczne są biologicznym przejawem stanów psychicznych i mogą służyć zauważeniu związku świadomości z ciałem [9]. Koncepcje wzajemnych zależności *psyche* i *somy* nieustannie ulegają zmianie i od zawsze były przedmiotem zainteresowania filozofów i lekarzy [10]. Włączenie *psyche* w obszar zdrowia i choroby przyczyniło się do rozwoju nowych kierunków: medycyny psychosomatycznej i behawioralnej oraz psychologii medycznej. W latach 20. XX wieku, wyodrębniono medycynę psychosomatyczną, holistycznie ujmującą

człowieka jako jedność biopsychospołeczną. Konsekwencją polietiologicznego postrzeżenia choroby było uznanie udziału konfliktów psychodynamicznych w powstawaniu chorób i dysfunkcji somatycznych, oraz uwzględnienie wpływu czynników psychospołecznych na rozwój choroby [11]. Od lat 70. XX wieku medycyna behawioralna zaleca interdyscyplinarną współpracę medycyny z socjologią, antropologią, epidemiologią, psychologią i fizjoterapią [12], a psychosomatyka bada wpływ przeżyć emocjonalnych na powstawanie chorób i wsparcia społecznego na ich przebieg [13].

Na poziomie społecznym, sytuacja rozstania, niezależnie od okoliczności, przynosi utratę oparcia w strukturze życiowej, w zakresie względnie stałej organizacji czasu i zadań, a na poziomie psychicznym dezorganizację wewnętrznego obrazu samego siebie oraz świata [14]. Wewnętrzna równowaga w psychologicznym funkcjonowaniu człowieka w relacji osoba–środowisko zostaje zakłócona, poprzez zmianę obrazu i oceny własnej osoby, a zewnętrzna poprzez utratę dotychczasowych źródeł wsparcia i zmianę sytuacji życiowej [15,16]. Badania prowadzone w Polsce, wśród osób będących w trakcie trwania procesu sądowego i po jego zakończeniu [17], wyłoniły charakterystyczne cechy psychospołecznego funkcjonowania rozwodzących się osób: usztywnienie postaw, polaryzację sądów, trudność w obiektywnej ocenie sytuacji, bezradność w prostych sytuacjach życiowych, uzależnienie od decyzji innych, obniżenie ogólnej wydolności organizmu, emocjonalne zaburzenia w obszarze samooceny oraz deficyt lub nadmiar zachowań obronnych [18,19]. Wymienione cechy obciążają i zaburzają funkcjonowanie organizmu, uruchamiają nowe, bądź reaktywują wcześniejsze, dysfunkcje somatyczne i psychologiczne, takie jak, aleksytymia czy zachowania autoagresywne [20, 21].

Rozstanie jako zdarzenie kryzysowe i stresogenne, obciąża jednostkę w sensie psychologicznym, społecznym i zdrowotnym, zakłócając funkcjonowanie rodziny. Towarzyszące mu napięcie istotnie wpływa na podejmowanie zachowań destrukcyjnych i autodestrukcyjnych oraz na kondycję zdrowotną wszystkich członków rodziny. Hierarchia systemowa, zgodnie z teorią więzi, nakłada na rodziców odpowiedzialność w zakresie zabezpieczania potrzeb dzieci i utrzymania właściwych warunków dla ich rozwoju [2]. Rodzice w sytuacji okołorozwodowej, która, burząc poczucie bezpieczeństwa, osłabia ich kondycję fizyczną i psychiczną, nie są w stanie, czasowo lub długofalowo, poradzić sobie z tą odpowiedzialnością [15, 22]. Punktem wyjścia do przywrócenia równowagi systemu jest udzielenie wsparcia w pierwszej kolejności rodzicom [23, 4].

Autorka pracy, aktywna mediatorka, specjalizująca się w prowadzeniu mediacji w sprawach rozwodowych, rodzinnych i karnych, obserwowała wśród uczestników

mediacji charakterystyczne zachowania w obszarze regulowania emocji. Były one inspiracją do podjęcia szerszych badań, dotyczących natężenia podejmowanych zachowań autoagresywnych oraz zdrowotnych konsekwencji rozwodu. Interesujące pozostają przyczyny wzbudzania silnych emocji oraz ich wpływ na pojawianie się zakłóceń poznawczych, objawów somatycznych i zachowań autoagresywnych, jak również zbadanie roli empatycznej komunikacji w ograniczaniu tych niepożądanych zjawisk u osób w trakcie rozwodu.

2.2 Definicje, fazy rozwoju i wzorce zachowań w konflikcie

2.2.1 Definicje konfliktu

Słowo „konflikt” wywodzi się z łacińskiego słowa *conflictus* [26], a jego dosłowne tłumaczenie oznacza zderzenie. W odniesieniu do aktualnego rozumienia słowa „konflikt”, oznacza ono zderzenie odmiennych postaw, poglądów, wartości czy interesów [25]. Konflikt, według definicji Cosera [26], to: „walka dotycząca wartości i roszczeń do ograniczonych zasobów, statusu i władzy, w której celem oponentów jest zneutralizowanie, narażenie na szwank lub wyeliminowanie rywala”; według Lowena [27], „konflikt jest walką o posiadanie racji, prowadzącą do zniszczenia i zerwania relacji”, a według Moore'a [28] „sporem przynajmniej dwóch współzależnych stron, które dają mu wyraz [...] [i] uznają, że ich cele są niezgodne, a zasoby ograniczone oraz stwierdzają, że wzajemnie przeszkadzają sobie w realizacji celów”. Zgodnie z powyższymi definicjami, umiejętność konstruktywnego rozwiązywania konfliktów, ze względu na bliską zależność pomiędzy partnerami, łączy się wprost z satysfakcją z małżeństwa [29, 30]. Nieporozumienia i spory, wynikające z zależności, różnic lub ograniczonych zasobów, są zjawiskiem powszechnym, nieuchronnym i normalnym w związku dwojga ludzi [31, 32].

2.2.2 Fazy rozwoju konfliktu

Konflikt utożsamiany jest z zachowaniami o charakterze komunikacyjnym. Powstaje on na poziomie intrapersonalnym, towarzyszy mu napięcie, mieszane uczucia i wewnętrzny dialog. Jednocześnie, w chwili włączenia werbalnej komunikacji, nieuchronnie przeradza się w konflikt interpersonalny [33]. Brak kompetencji komunikacyjnych wpływa na wzrost natężenia emocji, a te nierozpoznane skutecznie blokują konstruktywny dialog i prowadzą do eskalacji konfliktu w rodzinie [34]. Obrazują to trzy

etapy narastania wrogości w konflikcie według Glasla [35]:

1. werbalizacja wewnętrznych napięć, wynikających z różnicy zdań pomiędzy małżonkami, przenosi konflikt z fazy ukrytej do jawnej. Wyrażone oceny i oskarżenia antagonizują partnerów. Włączenie do dialogu neutralnego mediatora na tym etapie może zakończyć spór wygraną obu stron;
2. zniekształcenie poznawcze występujące u partnerów pozostających w stałej, wzajemnej zależności, przenosi konflikt na wyższe poziomy ogólności [36]. Konflikt przesuwana się z poziomu obserwacji konkretnych zachowań, gdzie dialog jest możliwy, na poziom oceny norm, pełnionych ról i funkcji w rodzinie, gdzie dialog jest trudny, lecz dalej możliwy, i wyżej, na poziom oceny cech osobowości i tożsamości partnera, które definitywnie blokują dialog [37]. Partnerzy szukając sojuszników w walce antagonizują członków rodziny oraz angażują w konflikt prawników lub instytucje pomocowe. Wzajemne oskarżanie się o moralną niewiarygodność jest próbą zachowania twarzy i utrzymania kontroli nad sytuacją [38, 39, 40]. Włączenie neutralnego mediatora na tym etapie może zahamować postępującą wrogość;
3. partnerzy podejmują działania na szkodę współmałżonka wbrew rozsądkowi i prawu, doprowadzając do strat w fizycznej, materialnej i emocjonalnej sferze obu stron [41]. Obecność neutralnego mediatora może ograniczyć eskalację destrukcyjnych zachowań.

Brak umiejętności w rozwiązywaniu codziennych konfliktów, niechęć do korzystania z zewnętrznego wsparcia zmienia relację małżeńską ze sprzyjająco-pozytywnej w objętą lub stresującą, która obciąża lub przekracza zasoby pary, i w konsekwencji prowadzi do rozpadu związku [42, 43].

2.2.3 Wzorce zachowań w konflikcie

Rozwód jako sytuacja utraty bezpieczeństwa, może uruchamiać cztery zachowania dostosowawcze, aktywowane automatycznie w obliczu zagrożenia [44]:

1. atak – ochrona przed zagrożeniem lub wyraz dominacji zostaje uruchamiany, gdy partner w konflikcie zostanie rozpoznany jako równy siłą lub słabszy w wymiarze fizycznym, materialnym, psychicznym, społecznym lub werbalnym. Jako zagrożenie diagnozowane są: krytyka, podważanie wartości, ograniczanie swobody itp. [45];
2. reakcja ucieczkowa – wycofanie się wynika z lęku przed porażką w konfrontacji;

3. apatia – ochrona przed bólem, wynikająca z bezradności, wyczerpania, zmęczenia; często przejawia się w tendencji do izolowania się lub dysocjacji;
4. uległość – unikanie nieprzyjemnej konfrontacji wynika z braku poczucia własnej siły lub wartości jest decyzją o pozostaniu w niesatysfakcjonującej relacji ze strachu przed agresją partnera i dostosowaniem się do jego wymagań [46].

Sposób radzenia sobie z konfliktem zależy od zasobów, przyjętych reguł i sposobu komunikacji w małżeństwie. Konflikty, ze względu na formę komunikacji, dzielą się na jawne i ukryte. Milczący, ukryty konflikt ma charakter destruktywny ze względu na brak woli jego rozwiązania przez obydwie strony. Jawny, wyrażony słownie, może przybrać formę destruktywną, gdy w jego przebiegu pojawiają się zachowania agresywne lub konstruktywną, gdy strony dążą do porozumienia i realizacji wypracowanych wspólnie rozwiązań [47].

Model Rusbult [48] uwzględnia dwa czynniki wspierające rozwiązywanie konfliktów w związku: konstruktywność vs destruktywność oraz aktywność vs bierność.

1. dialog - strategia aktywna i konstruktywna polega na omawianiu problemów z intencją ich rozwiązania;
2. lojalność - strategia pasywna i konstruktywna jest oczekiwaniem, że sprawy same się ułożą;
3. zaniedbanie - strategia pasywna i destrukcyjna polega na izolowaniu się lub szukaniu alternatywnych relacji;
4. wyjście - strategia aktywna i destrukcyjna jest definitywnym opuszczeniem relacji [49].

Rozpoznanie własnych deficytów umiejętności interpersonalnych, stanowiących poważny czynnik ryzyka rozpadu związku podczas kryzysu małżeństwa, ma kluczowe znaczenie dla rozwiązania konfliktu na wczesnym jego etapie. Badacze, Gottman [50], Amato i Rogers [51] oraz Plopa [52], zaliczają do nich: pogorszenie komunikacji, wzrastający krytycyzm, podejmowanie reakcji obronnych, trudności z kontrolowaniem negatywnych emocji oraz unikanie dialogu [53]. Badaczki Baxter i Montgomery [54] w Modelu Dialektyki Relacyjnej wychodzą z założenia, że utrzymanie związku małżeńskiego nie polega na osiągnięciu stabilności, lecz na codziennym radzeniu sobie z nieodłącznym w bliskiej więzi stresem, wynikającym ze sprzecznych potrzeb: zespolenia vs odrębności; pewności vs niepewności; otwartości vs skrytości [55].

2.3 Rozwód

2.3.1 Przyczyny i statystyki

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS), w Polsce w roku 1990 zostało zawartych ponad 250 000 związków małżeńskich. Rozpadło się ponad 42 000 [22]. W roku 2010 zawarto 228 337 małżeństw i orzeczono 65 761 rozwodów [56]. W roku 2018 zawarto 192 443 małżeństwa i orzeczono 62 843 rozwody [57].

Do głównych przyczyn rozwodów zaliczono: niezgodność charakterów, rozpad życia małżeńskiego, niewierność, nadużywanie alkoholu, naganny stosunek do członków rodziny, dłuższa nieobecność partnera, nieporozumienia na tle finansowym, różnice światopoglądowe, trudności mieszkaniowe, niedopasowanie seksualne i inne [58, 59]. Kobiety wśród przyczyn najczęściej wymieniały: stosowanie przemocy, poniżanie, nadużywanie alkoholu, brak zaufania i okazywania pozytywnych uczuć, wypalenie emocjonalne, zdrady, brak zainteresowania rodziną, nadmierną zależność od kolegów [58]. Najczęstszymi przyczynami rozwodów według mężczyzn były: zdrada, brak miłości, zaufania, wypalenie wspólnym życiem, rozbieżność charakterów, niegospodarność, zależność od rodziców, alkoholizm [60].

Zgodnie z danymi GUS, najczęściej podawaną przyczyną rozpadu związku była niezgodność charakterów, pod którą kryje się brak umiejętności rozwiązywania konfliktów [37, 59, 61, 62]. Decyzja o rozstaniu jest konsekwencją nieudanego życia małżeńskiego i ujemnego bilansu życiowego wynikającego z normatywnego kryzysu. Osoby rozwodzące się różnią się od pozostających w związku brakiem woli lub umiejętności rozwiązywania konfliktów, brakiem zdolności do empatii, niezdolnością do uwzględniania cudzej perspektywy w ocenie rzeczywistości oraz nieumiejętnością przyjmowania wsparcia [63].

2.3.2 Fazy procesu rozwodowego

Proces rozwodowy w Polsce trwa średnio od pół roku do pięciu lat, a długość poszczególnych etapów jest uzależniona od czynników indywidualnych i od rodzaju przyjętego kryterium. Jak wynika z badań Kressela [64], powrót do równowagi po rozwodzie, zabiera od dwóch do czterech lat. Jednocześnie wysoki poziom konfliktów w związku i nieporozumienia związane z opieką nad dziećmi mogą wydłużyć ten czas [65]. Rydzewski zaproponował podział etapów rozwodu ze względu na towarzyszące partnerom

emocje [60]:

1. faza dyssatisfakcji – wewnętrzna faza rozstania, w której napięcie, wynikające z nierozwiązanych problemów, narasta i wywołuje frustrację; małżonkowie, lub jeden z nich, uciekają w działania pozarodzinne i szukają uzasadnienia dla opuszczenia związku;
2. faza konfliktu – zewnętrzna faza rozstania, w której więź małżeńska zanika, partnerzy tracą do siebie zaufanie, nie dzielą się ze sobą przeżyciami, jawnie szukają wsparcia poza związkiem, doświadczają ambiwalentnych uczuć oraz silnych napięć;
3. faza separacji – u małżonków nasilają się uczucia lęku, bezsilności, przygnębienia, pojawia się poczucie odrzucenia, opuszczenia, wzajemna wrogość i obniżenie poczucia własnej wartości;
4. faza decyzyjna – małżonkowie lub jeden z nich definitywnie dążą do rozstania. Pojawiają się sprzeczne uczucia ulga związana z odzyskaniem wolności oraz lęk przed zmianą i samotnością;
5. faza stresu porozwodowego z charakterystycznym naprzemiennym doświadczaniem okresów dobrego samopoczucia i silnego stresu, poczucia straty, smutku, winy lub krzywdy oraz możliwością wystąpienia symptomów depresji lub objawów zespołu stresu pourazowego;
6. faza przystosowania i odbudowy – negatywne uczucia wygasają, czasem z psychologicznym wsparciem, pozwalając na odbudowę zaufania do życia, odzyskanie równowagi, powrót zdolności do obierania nowych celów życiowych i tworzenia innych relacji oraz adaptacji do funkcjonowania w zmienionym układzie rodziny [66].

Majkowski [67] przedstawia podział rozwodów w odniesieniu do obszarów tematycznych:

1. rozwód emocjonalny wiąże się z utratą zainteresowania związkiem, wycofaniem z relacji, oddaleniem emocjonalnym, rozczarowaniem i frustracją z powodu niezaspokojonych potrzeb;
2. rozwód prawny ustawia strony w roli przeciwników w walce podczas procesu sądowego;
3. rozwód rodzicielski przynosi zmiany w relacjach i kontaktach między rodzicami i dziećmi;
4. rozwód ekonomiczny prowadzi do zmiany statusu materialnego w wyniku podziału majątku;

5. rozwód środowiskowy niesie oskarżenia otoczenia dotyczące braku umiejętności współżycia oraz niedojrzałość, które przynoszą utratę części kontaktów;
6. rozwód psychiczny jest szansą na zwiększenie samoświadomości, ponownego zintegrowania się jako autonomicznej osoby, lub przynosi trudności w zaakceptowaniu nieodwracalności procesu i trwałą niezdolność do zamknięcia relacji, które często wymagają wsparcia psychologa lub psychiatry [67, 68].

Duck [69] z kolei bierze pod uwagę czas adaptacji partnerów do rozwodu:

1. wewnętrzna faza - jeden z partnerów osiąga krytyczny poziom niezadowolenia, wycofuje swoje zaangażowanie i komunikację z niezrozumiałych dla drugiej strony powodów;
2. wspólna faza - uczucia, wynikające z niezaspokojonych potrzeb jednej ze stron, stają się widoczne dla obu stron i przynoszą decyzję o ratowaniu relacji lub rozstaniu;
3. społeczna faza - silna polaryzacja postaw, związana z gotowością lub jej brakiem do zakomunikowania otoczeniu decyzji o rozstaniu;
4. zamknięcie relacji - podejmowanie działań na rzecz utrzymania pozytywnego obrazu własnej osoby.

Czas konieczny do zamykania kolejnych etapów rozstania jest zależny od ich różnych poziomów trudności dla małżonków, zawsze jednak służy wyciszeniu żalu po stracie i odzyskaniu równowagi.

2.3.3 Prawne podstawy rozwodu

Głównym aktem prawnym zawierającym przesłanki pozwalające na zgodne z prawem orzeczenie rozwodu w Polsce jest Kodeks rodzinny i opiekuńczy Dz. U. z 1964 r. Nr 9, poz. 59 – Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r., Art. 56, Art. 57, Art. 58.

Procedowanie spraw rozwodowych jest zgodne z Kodeksem postępowania cywilnego (k.p.c.), Ustawą z dnia 17 listopada 1964 r. Dz. U. 1964 nr 43 poz. 296.

Sprawy rozwodowe obejmują:

- separację, rozwód za porozumieniem stron, rozwód z orzekaniem o winie jednej ze stron;
- zabezpieczenie potrzeb rodziny, alimentację na rzecz małżonka;
- składniki Planu Rodzicielskiego tj.: alimentacja, ustalenie kontaktów z małoletnim, ustalenie stałego miejsca zamieszkania małoletniego, zakres sprawowania

- władzy rodzicielskiej;
- podział majątku wspólnego.

Postępowanie w sprawach karnych współtowarzyszących rozwodowi, np. przemocy w rodzinie, odbywa się zgodnie z przepisami prawa karnego, regulowanymi Kodeksem postępowania karnego z dnia 6 czerwca 1997 r., Dz. U. z 1997 r. Nr 89, poz. 555.

2.4 Podstawy mediacji w oparciu o metodę Porozumienia bez Przemocy (PbP) Rosenberga

2.4.1 Podstawy mediacji

W Polsce, zgodnie z art. 183 k.p.c., zmienionym w 2005 r. oraz niektórymi innymi ustawami, sądy wykorzystują mediację w sprawach cywilnych i rodzinnych jako alternatywny sposób rozwiązywania sporów. Z dniem 1 stycznia 2016 r. weszły w życie nowe przepisy k.p.c., tj. Ustawa z dnia 10 września 2015 r. zmieniająca zasady prowadzenia mediacji i wspierające polubowne metody rozwiązywania sporów. Celem nowelizacji jest skrócenie i zminimalizowanie kosztów procesów sądowych po stronie obywateli i państwa. Pełne informacje dotyczące zasad przeprowadzania mediacji znajdują się w Kodeksie postępowania cywilnego, Kodeksie postępowania karnego oraz w Ustawie o mediacji.

2.4.2 Wsparcie mediacyjne

Pojęcie “mediacji” pochodzi od łacińskiego słowa *medius* [70] i oznacza pośrednika. W trakcie spotkania prowadzonego w nurcie PbP pośrednik pełni rolę filtra zatrzymującego słowną agresję stron. Mediator wprowadza wielowątkową komunikację oraz wspiera obydwie strony, dbając o poprawne relacje pomiędzy nimi, umożliwiając swobodę wypowiedzi i wysłuchanie wzajemnych argumentów. Działania te przygotowują strony do samodzielnego wypracowania konstruktywnych rozwiązań zgodnie z ich potrzebami i interesami [71, 72].

Mediator udziela wsparcia:

- emocjonalnego – tworzy bezpieczną przestrzeń do wyrażania negatywnych emocji i obaw; tonuje emocje partnerów, wyraża i legitymuje emocje stron, pomaga w odczytaniu uczuć i potrzeb własnych, partnera i dziecka, uwalnia od napięcia [73];
- poznawczego – przekształca zarzuty i oskarżenia w neutralne komunikaty za

pomocą technik aktywnego słuchania (parafrazy, klaryfikacji, odzwierciedlenia, przeformułowania) w celu zmiany oceny poznawczej, pomaga w analizie skuteczności alternatywnych rozwiązań, przywołuje doświadczenia osób przeżywających podobne trudności, pomagając w głębszym zrozumieniu sytuacji [73];

– instrumentalnego – udziela informacji o obowiązujących regulacjach prawnych, procedurze sądowej i mediacyjnej oraz wymaganych elementach porozumienia [73, 74]. Rozchodzące się pary coraz częściej świadomie dążą do ograniczenia emocjonalnych obciążeń ustalając warunki rozwodu, zawierając porozumienia rodzicielskie oraz dokonując podziału majątku przy udziale mediatora [75]. Celem tych działań jest ograniczanie stresu związanego z procesem sądowym i skutków rozstania. Dotyczy to głównie sytuacji, gdy małżonkowie posiadają wspólne dzieci, łączą ich rodzinne, finansowe lub mieszkaniowe czynniki [22, 76, 77, 78].

2.4.3 Porozumienie bez Przemocy w mediacji

Mediator pomaga stronom dostrzec i zrozumieć rolę każdej z nich w zaistniałej sytuacji [79]. Kierując się podstawową zasadą PbP, mówiącą, że na poziomie potrzeb nie ma konfliktów, a dochodzi do nich na poziomie strategii, konkretnego działania nieuwzględniającego potrzeb własnych lub drugiego człowieka, mediator tworzy strukturę spotkania i porządkuje wypowiedzi [79]. Stosowanie tej metody w mediacji pomaga partnerom rozpoznać, nazwać i wyciszyć emocje, zauważyć potrzeby i dobrać adekwatne do nich rozwiązania [80, 81].

Metodę opisuje model o następującym przebiegu:

1. w związku ze zdarzeniem człowiek doświadcza wzbudzonej emocji i odczuwa ją w ciele;
2. włącza ocenę poznawczą;
3. identyfikuje uczucia wynikające z dokonanej oceny;
4. łączy przyczynę powstania emocji ze zdarzeniem;
5. rozpoznaje potrzebę, której zaspokojenie jest zagrożone w związku ze zdarzeniem;
6. świadomie szuka rozwiązań gwarantujących zaspokojenie rozpoznanej potrzeby samodzielnie lub przy wsparciu innych osób [82].

Spotkanie mediacyjne prowadzone według zasad PbP wprowadza jasny i czytelny język oparty na czterech krokach i komunikacie Ja:

1. fakt – partner opisuje działanie małżonka, poprzez które poczuł się zagrożony;

2. emocja – partner opisuje własne emocje związane z negatywnie postrzeganym zachowaniem małżonka;
3. potrzeba – partner opisuje własne potrzeby, których zaspokojenie jest zagrożone w związku z negatywnie postrzeganym zachowaniem małżonka;
4. strategia – partner wypowiada konkretną prośbę dotyczącą pożądanego zachowania, gwarantującego zaspokojenie jego potrzeb [83, 84].

Obie strony korzystają z możliwości wypowiedzi i bycia wysłuchanym w ustalonym porządku. W trakcie wypowiedzi stron mediator używa technik interwencyjnych i przywraca empatyczną komunikację, gdy trudne emocje i negatywna interpretacja zachowań partnera zniekształca rzeczową treść wypowiedzi [85, 86].

2.5 Wzbudzanie i regulacja emocji w ujęciu teoretycznym

Emocje wykształcone w trakcie ewolucji, ze względu na ich wartość adaptacyjną w zaspakajaniu podstawowych życiowych potrzeb, są wyrazem gotowości człowieka do działania i podejmowania określonych zachowań [87]. Współcześnie, odpowiadają głównie za zachowania interpersonalne oraz psychiczną i zdrowotną kondycję człowieka [88]. Emocja jest przeżywana, często wielokrotnie, w celu nadania jej znaczenia i oswojenia się z nią, a otoczenie w dużym stopniu wpływa na rozwój zdolności jej regulacji poprzez przyzwolenie lub brak przyzwolenia na okazywanie uczuć [89].

Każda emocja jest specyficzną reakcją na zdarzenie i prowadzi do adaptacyjnych zachowań o charakterystycznej postaci [90], jest rezultatem współpracy między czuciowym, autonomicznym i somatycznym układem nerwowym (odczuwanie w ciele), a korą mózgową (interpretacja w umyśle) oraz pozostaje widoczna w mimice i postawie ciała [91]. Reakcja emocjonalna jest: 1) następstwem odbioru bodźca i 2) wzbudzonej przez niego stymulacji, 3) świadomego lub nieświadomego odczucia, 4) przepływu impulsów drogami neuronalnymi, 5) wartościowania oraz 6) jego następstwa [92]. Proces wzbudzania emocji wyjaśniają dwie główne koncepcje wcześniejsza, psychologiczna, Zajonca [93] oraz późniejsza, neurobiologiczna teoria dróg nerwowych LeDoux [94]. Zgodnie z koncepcją LeDoux [95], warunkiem koniecznym powstania emocji jest wzbudzenie afektu w wyniku dotarcia stymulacji do ciała migdałowatego [96]. Istotą prac badawczych jest rozróżnienie mechanizmu nieświadomego lub świadomego odbioru emocji oraz zrozumienie pozostawania pod lub poza ich kontrolą [97].

W latach 60. XX wieku powstał teoretyczny model budowy mózgu MacLeana [98].

Górna, przednia warstwa (kora nowa), najmłodsza część mózgu wspiera wyższe funkcje: język, abstrakcyjne oraz symboliczne myślenie, inteligencję emocjonalną i samokontrolę. Niżej ulokowane paleolityczny układ limbiczny oraz prymitywny, odpowiadający za instynkty, pień mózgu, współpracują w obszarze regulacji pobudzenia i wyciszenia organizmu. Zgodnie z powyższym podziałem emocjonalne, społeczne i poznawcze stresory rozpoznane i uznane przez układ limbiczny za zagrożenie uruchamiają procedury alarmowe, często zanim kora przedczołowa rozstrzygnie o ich znaczeniu dokonując bilansu natychmiastowych i długoterminowych strat lub zysków [98, 99]. Dwa aspekty: umysłowy (rozum) i fizyczny (ciało) wpływają na siebie wzajemnie, posiadając odmienne funkcje. Ciało odczuwa sytuacje stresowe i wyraża związane z nimi emocje, a mózg rozpoznaje, nazywa i ocenia oraz łączy uczucia z sytuacją [100, 101]. Efektem braku współpracy pomiędzy tymi dwoma aspektami jest nierozpoznanie uczuć lub ich tłumienie, doprowadzające do gromadzenia energii w ciele, czego skutkiem może być powstawanie chorób psychosomatycznych lub podejmowanie zachowań autoagresywnych lub agresywnych [102, 103, 104].

2.6 Regulacja emocji w przykładowych metodach praktycznych

Dwie drogi niższej i wyższej kategorii funkcjonowania układów mózgu są odpowiedzialne za regulowanie emocji w stanie zagrożenia i zostały wypracowane w drodze ewolucji. Każda z nich uruchamia odmienne procesy i wywołuje inne konsekwencje psychologiczne. Wyższa kategoria włącza funkcje kory przedczołowej: logicznie rozumowanie i ocenę poznawczą, pozwalające na odzwierciedlanie rzeczywistości. Droga niższej kategorii, nie posiada tych funkcji wykonawczych, odpowiada za przekazywanie informacji sensorycznej bezpośrednio ze wzgórza do jądra migdałowatego [105, 106, 107]. W stanie świadomej uważności mózg jest zdolny do refleksji, która pomaga rozróżnić myśli, uczucia i doznania oraz integrować je w umyśle i ciele. Brak uważności włącza aktywność automatyczną, w której mózg jest reaktywny, a niekoniecznie receptywny [108]. Stałe zaprzeczanie uczuciom lub ich tłumienie wywołuje w ciele naprężenia podobne do sił fizycznych i poddaje narządy wewnętrzne chronicznym napięciom, które wymagają rozładowania [109, 110, 111]. Droga dolna przebiega na poziomie podkorowym: bodziec – wzgórze – ciało migdałowate – reakcja emocjonalna. Rezultatem jest afekt pierwotny, wzbudzany przed świadomym rozpoznaniem bodźca [112]. Emocja wzbudzana automatycznie ma charakter nieświadomy, dyfuzyjny i holistyczny.

Wzbudzony afekt pierwotny generuje jeden rodzaj emocji wpływający na całokształt oceny sytuacji bez możliwości refleksji [113, 114]. W sytuacji braku możliwości rozpoznania, z powodu trwałej lub czasowej niezdolności do analitycznej oceny sytuacji, nagromadzone w ciele emocje mogą być uwalniane jedynie przez ciało przy użyciu oddechu, ruchu, dotyku i dźwięku. Przykładem metod używanych do uwalniania napięć z ciała są: terapia czaszkowo-krzyżowa, masaż leczniczy, akupresura, taniec, joga, Ćwiczenia Uwalniające Traumy (ang. *Trauma Releasing Exercises*) lub medytacja [115]. Powszechną formą obrony przed pojawiającym się trudnym do przyjęcia uczuciem jest powstrzymanie się od jego wyrażania z jednoczesnym spłyceniem lub wstrzymaniem oddechu. Funkcja oddechowa jest zależna i jednocześnie niezależna od woli człowieka, dzięki temu odgrywa kluczową rolę w regulacji emocji. Wymienione metody kierują uwagę na pogłębienie oddechu, uspokojenie ciała i odzyskanie możliwości wyrażenia zatrzymanych myśli i uczuć [116].

Droga górna, bodziec – wzgórze – kora mózgowa – ciało migdałowate – reakcja emocjonalna, przebiega zgodnie z sekwencją: bodziec – rozpoznanie – bodźca – ocena bodźca – reakcja afektywna. Po rozpoznaniu bodźca i równoległym, bądź lekko opóźnionym przetworzeniu poznawczym i emocjonalnym, powstaje afekt wtórny [112]. Mechanizm opiera się na obserwacji uruchamianych przez układ limbiczny impulsów płynących z ciała. Łączenie ich w spójną całość jest możliwe za pomocą zdolności kory nowej do symbolicznego myślenia, identyfikacji i werbalizacji uczuć oraz wiązania ich z sytuacją. Zdolność ta przynosi zrozumienie własnych i cudzych emocji oraz przewidywanie reakcji innych [117, 118].

Droga górna umożliwia:

1. zachowanie poczucia bycia w zgodzie z własnym odczuwaniem (bez ukrywania, przed sobą i innymi, prawdziwych uczuć);
2. zaufania do siebie i własnych odczuć (bez zaprzeczania własnemu odczuwaniu, nawet jeśli drugi człowiek wymaga innych odczuć);
3. odróżnianie emocji własnych od cudzych (zachowanie spokoju i dystansu, pomimo silnych uczuć przeżywanych przez drugiego człowieka);
4. redukcję stresu (umiejętność regulowania własnego poziomu pobudzenia np. pogłębionym oddechem lub analizą sytuacji) i, w konsekwencji;
5. zachowanie zasobów energii [119, 120].

Odczuwanie emocji jest wrodzone i jednocześnie wyuczalne poprzez nawiązywanie z nimi kontaktu, przekształcanie i regulowanie ich za pomocą modyfikacji oceny

poznawczej. Pierwszym krokiem do świadomego uruchomienia drogi odgórnej jest zauważenie wzbudzenia emocjonalnego (wybuchowość, frustracja, poddawanie się, problemy z koncentracją, ignorowanie bodźców, brak empatii) i odczytanie go jako informacji wysyłanej przez ciało [121].

Teoria Lane'a i Schwartza [122, 123; por. 124, 125] wyróżnia pięć poziomów świadomości emocji:

1. odczuwanie oznak fizjologicznych: np. drżenie ciała, czerwienienie się, podwyższony puls, przyspieszony oddech, napięcie mięśni;
2. obserwacja tendencji ciała do działania: np. zaciśnięcie pięści, krzyk, płacz, skulenie pleców;
3. rozpoznanie pojedynczych emocji: np. smutku, lęku;
4. zauważenie współwystępowania emocji: np. niechęci i nieufności;
5. rozpoznanie emocji złożonych: np. wstyd może składać się z zażenowania i zakłopotania.

Drugim krokiem jest połączenie rozpoznanych uczuć z oceną sytuacji, która je wywołała. Refleksyjny sposób myślenia o zdarzeniu pozwala na zrozumienie jego wpływu na pojawiające się emocje i rozpoznanie charakterystycznej, wypracowanej latami reakcji fizjologicznej, ujawniającej się poprzez ból w konkretnych partiach ciała. Przykłady metod uczących kontaktu z własnymi uczuciami i sposobów regulacji emocji drogą odgórną to: Integracja Oddechem (IO, ang. *Conscious Breathing*) Sissona [126, 127], System Wewnętrznej Rodziny (SWR, ang. *Internal Family System*) Schwartza [128, 129], PbP Rosenberga [130], Samoregulacja emocji (Self-Reg) Shankera i Barker [131] oraz praktykowanie uważności *mindfulness*. Metody te polegają na obserwacji połączenia: myśl emocja reakcja fizjologiczna zachowanie i pozwoleniu sobie na odczucie i przeżycie zablokowanych emocji w celu zredukowania napięć. Zarówno aleksytymia, jak i zachowania autoagresywne, wynikające z zaburzeń w opracowywaniu emocji, utrudniają samodzielne korzystanie z tej drogi regulowania emocji.

Do szerszego kontekstu rozumienia zasobów wspierających radzenie sobie z emocjami nawiązuje pojęcie rezyliencji. Angielskie słowo *resilience* odnosi się do odporności psychicznej i mentalnych zasobów umożliwiających powrót do równowagi po trudnych przeżyciach. Zjawisko zdolności plastycznej ciała do odzyskania pierwotnej postaci po odkształceniu zostało zapożyczone z fizyki ciała stałego i odniesione do psychiki. Składają się na nią:

- zaufanie do siebie i samoświadomość umożliwiające poleganie na własnych siłach wewnętrznych;
- umiejętność budowania sieci wsparcia umożliwiające poleganie na siłach zewnętrznych;
- umiejętność proszenia o pomoc pozwalające na korzystanie z zasobów innych osób;
- kształcenie zdolności poznawczych powiększające zasoby konstruktywnych rozwiązań;
- praktykowanie kompetencji emocjonalnych rozwijające zdolność do samoregulowania emocji [132].

Zaburzenia procesu emocjonalnego wynikają z wyuczonego sposobu przeżywania emocji, nieradzenia sobie ze stresem, brakiem umiejętności dokonywania właściwej oceny poznawczej lub odróżniania prawdziwych zagrożeń od mechanizmów zniekształcających [133, 134]. Struktura społeczna, rodzinna, interpersonalne role, wyuczone we wczesnym dzieciństwie wzorce zachowań, wpływy środowiska oraz własne przekonania predysponują do dokonywania specyficznych ocen [135]. Możliwości w tym zakresie są determinowane między innymi przez temperament oraz poczucie bezpieczeństwa. Wzorzec przywiązania z dzieciństwa, wraz z określoną strukturą biologiczną, wpływa na rodzaj wzbudzanych emocji, zachowanie, pamięć autobiograficzną, osobistą narrację i relację tworzoną przez dorosłych pozostających w intymnych związkach, znacząco wpływając na ich zachowanie w sytuacjach stresowych [136].

1. Partner przywiązany bezpiecznie ocenia swoje relacje jako przyjazne, ufnie i szczęśliwe, akceptuje współpartnera niezależnie od jego wad, posiada umiejętność budowania długich i pełnych relacji.
2. Partner przywiązany lękowo-ambiwalentnie kocha w sposób obsesyjny, jest zazdrosny, ma stałą potrzebę sprawdzania czy jego uczucie jest odwzajemnione.
3. Partner przywiązany unikowo obawia się intymności i emocjonalnych uniesień, ma trudności z angażowaniem się w stabilną, długotrwałą relację [137, 138].

Podstawą typologii stylów przywiązania opartej na dwóch wymiarach lęku i unikaniu jest element poznawczy (obraz siebie i innych) w relacji.

1. Bezpieczny styl przywiązania przynosi łatwość w zbliżaniu się do innych, swobodę w proszeniu o pomoc i jej przyjmowaniu, poczucie komfortu, zarówno w bliskości,

- jak i w oddaleniu oraz przy braku akceptacji drugiej osoby.
2. Lękowy styl przywiązania przynosi dyskomfort w zbliżaniu się do innych, przy jednoczesnym pragnieniu bliskości oraz brak zaufania i niechęć do szukania wsparcia u innych, wynikające z obawy przed zranieniem.
 3. Zaabsorbowany styl przywiązania przynosi pragnienie bliskości w relacjach intymnych, z równoczesnym podejrzeniem o bycie odrzucanym, niechcianym i nieakceptowanym.
 4. Unikowy styl przywiązania przynosi konieczność bycia niezależnym i samowystarczalnym; nie uwzględnia sytuacji polegania na innych i bycia dla nich wsparciem [139, 140, 141].

Na podstawie teorii przywiązania można wyróżnić dwa podstawowe kryteria zdrowego funkcjonowania par: obecność i dostępność partnera oraz umiejętność rozpoznania go jako osoby godnej zaufania. Gdy jeden lub obydwa kryteria nie są spełnione w ocenie przynajmniej jednego z partnerów, pojawia się zagrożenie rozwodem. W sytuacji stresu rozwodowego dochodzi do odtwarzania zranień przywiązania: kontroli lub grożenia odejściem wynikających z lękowego przywiązania lub braku otwartości na potrzeby partnera, odrzucania gestów czułości i przywiązania wynikających z unikowego stylu przywiązania [142]. Adaptacji do rozwodu często towarzyszy wewnętrzna walka i duża amplituda emocji, wynikająca z potrzeby bycia blisko z jednoczesną chęcią odejścia [143]. Współistnienie skrajnych uczuć jest związane najczęściej z istniejącą nadal więzią, z której rozstający się małżonkowie nie zdają sobie sprawy, lub której chcą zaprzeczyć [144]. Zaburzenia w rozpoznawaniu i regulowaniu emocji prowadzą do pojawiania się niepożądanych zachowań w związku [145].

2.7 Alekstytmia

Założenie Schwartz [146] dotyczące wnoszenia przez partnerów do związku warunkowań wynikających z wczesnodziecięcych doświadczeń jest spójne z Teorią Przywiązania Bowlby'ego. Bezpieczne przywiązanie umożliwia budowanie więzi małżeńskiej opartej na wzajemnym szacunku i bliskości, pozabezpieczne może wprowadzić do związku kontrolę, zależność, zaborczość lub dystans.

Partnerzy wchodzący w relację z bagażem negatywnych uczuć (odrzućenia lub samotności) w trudnych momentach związku częściej doświadczają ekstremalnych emocji, których nie potrafią regulować. Jedną z przyczyn braku tych kompetencji jest

aleksytymia. Pojęcie tej dysfunkcji wprowadzone zostało w 1973 roku przez Sifneosa. Nazwa powstała z połączenia trzech słów greckich: *a* brak, *lexis* słowo i *thymos* emocja [147] i nie jest związana wyłącznie z małym zasobem słów niezbędnych do opisu odczuwania konkretnej sytuacji. Wynika z braku połączeń pomiędzy sferą fizyczną, emocjonalną, poznawczą i behawioralną człowieka. Osoba z aleksytymią wycisza pojawiające się uczucia, wchodząc w stan odrętwienia lub obojętności wobec bieżącej sytuacji, bez względu na jej znaczenie czy skalę, i nie diagnozuje u siebie uczuć, ponieważ jej mózg nie odbiera sygnału o konieczności reakcji. Niezdolność do rozpoznania i regulowania emocji wynika z wchodzenia w wypracowane przez ego, aktywizujące się w stresowych sytuacjach, mechanizmy zaprzeczania, represji lub dysocjacji [147].

Aleksytymia wskazuje na specyficzne deficyty emocjonalne i poznawcze. Pierwsze wiążą się z osłabioną zdolnością do spontanicznego różnicowania doznawanych uczuć, drugie z trudnością rozpoznawania uczuć własnych i cudzych, z problemem w odróżnianiu doświadczanych emocji od pobudzenia fizjologicznego oraz z trudnością z opisaniem przeżywanego stanu emocjonalnego i komunikowaniem go innym [148]. Osoba z aleksytymią zastępuje język emocji językiem działań [149]. Cechą charakterystyczną wynikającą z braku dostępu do wewnętrznych przeżyć jest również niezdolność do posługiwania się metaforami i językiem symboli oraz tendencja do koncentrowania się na zewnętrznych wydarzeniach [147]. W tworzeniu się tej struktury zakłada się prawdopodobieństwo współwystępowania trzech czynników: zaniedbań socjalizacyjnych we wczesnym dzieciństwie, uwarunkowania neurobiologicznego oraz obecności konfliktów emocjonalnych lub doświadczeń traumatycznych. Według Freybergera wpływ dwóch pierwszych czynników tworzy aleksytymię pierwotną, trzeci wtórną [150].

Zaniedbanie rodzicielskie przybiera postać odrzucenia dziecka, okazywania mu chłodu emocjonalnego, pozostawiania w dystansie do niego i zostawiania samego z trudnymi emocjami na etapie wczesnego dzieciństwa. Zachowania te blokują dziecku dostęp do emocji, niosą trudności w identyfikowaniu emocji i utrudniają ich różnicowanie [151]. Zachowania tego typu podejmują rodzice niepewni w swoich rolach, słownie lub fizycznie agresywni, niezdolni do wysyłania spójnych komunikatów [147].

Stały brak poczucia bezpieczeństwa w relacjach z opiekunami wywołuje u dziecka duże napięcie emocjonalne, które dążąc do rozładowania, budują mechanizmy umożliwiające funkcjonowanie w niesprzyjającym otoczeniu [152]. Występujący przy tym brak kontaktu cielesnego blokuje bliskość emocjonalną, obniżając w ten sposób poziom oksytocyny, zwanej hormonem przywiązania. Unikanie odczuwania trudnych emocji jest

wzmacniane przez dzisiejszą kulturę poprzez przekonanie, iż nieokazywanie emocji jest płynącym z wewnętrznej siły bohaterstwem [153]. Powoduje to, że odcinanie się od bolesnych przeżyć pozostaje jedynym znanym i dostępnym sposobem radzenia sobie ze stresem i w konsekwencji staje się nawykowe [154].

Brak adekwatnych wzorców ekspresji emocjonalnej prowadzi do naśladowania reakcji i zachowań w środowisku wychowawczym, które, w obrazie słownym, mimice i gestach, posiadają znikomy komponent emocjonalny [150]. Model operacyjny, według którego dziecko postrzega siebie i świat oraz reguluje własne emocje, jest kształtowany w relacji przywiązania poprzez proces uwewnętrzniania obserwowanych w najbliższym otoczeniu, powtarzających się interakcji [155]. Dziecko w kontakcie z opiekunem odrzucającym i chłodnym emocjonalnie uczy się modelu unikowego, z opiekunem niekonsekwentnym modelem lękowo-ambivalentnym, z opiekunem przemocowym zdezorganizowanego stylu przywiązania [140, 156]. Jedynie ufnie przywiązanie wprowadza mechanizm regulacji emocji w diadzie matka–dziecko, który polega na redukcji nadmiernego afektu, zmniejszaniu siły emocji negatywnych i wzmacnianiu emocji pozytywnych. Ponadto podczas prawidłowego emocjonalnego dostrajania zachodzi proces mentalizacji, pozwalający dziecku na pozostawanie w świadomości własnych uczuć z jednoczesnym dostępem do myśli i uczuć opiekuna. To istotny czynnik rozróżniający mentalizację od projekcji [157].

Podsumowując, pozabezpieczne wzorce przywiązania mogą prowadzić do zaburzeń w rozwoju emocjonalnym, a finalnie również do somatyzacji i aleksytymii [158]. Dysfunkcjonalność emocjonalna wynikająca z trudnych wczesnodziecięcych doświadczeń przynosi:

- niezdolność do werbalizacji emocji, co utrudnia adekwatną reakcję, przynosi dominację emocji negatywnych i brak zdolności do modulacji procesów emocjonalnych przez procesy poznawcze;
- niezdolność do odróżniania pobudzenia fizjologicznego od emocji prowadząc do somatyzacji;
- tłumienie doświadczeń emocjonalnych i doświadczanie emocji w formie somatycznej [159];
- ubóstwo wyobrażeń, marzeń i fantazji;
- operacyjny styl myślenia [43].

Sifneos [160] wiązał zjawisko aleksytymii z zaburzeniami psychosomatycznymi,

niepowodzeniem desomatyzacji i konsekwencjami traumy relacyjnej [161]. Współczesna psychoanaliza, w nurcie badań nad zaburzeniami psychosomatycznymi u dzieci, wyjaśnia mechanizm ten poprzez teorię desomatyzacji i resomatyzacji [162]. Desomatyzacja zachodzi podczas właściwego rozwoju struktur poznawczych niemowlęcia, umożliwiając rozwój i regulację emocji wraz z oddzielaniem się sfery psychicznej od somatycznej oraz uniezależnianie się od zautomatyzowanych procesów homeostatycznych. Dziecko stopniowo przestaje reagować somatyzacją na pobudzenie, a zjawiska rozładowania wegetatywnego zostają z czasem ograniczone. Do resomatyzacji, powrotu do somatyzacji oraz zakłóceń psychosomatycznych, dochodzi podczas odnawiania się wczesnodziecięcych konfliktów w sytuacjach stresowych w dorosłym życiu [163].

Czynnik neurobiologiczny wskazuje na deficyt połączeń i zakłócenie w automatycznym przetwarzaniu pobudzenia emocjonalnego na poziomie centralnego układu nerwowego. Drożność połączeń nerwowych pomiędzy strukturami mózgu warunkuje intensywność stanów emocjonalnych i towarzyszących im reakcji fizjologicznych, pozwala na świadome przeżywanie emocji i uruchamia zdolności poznawcze. Zablockowanie przepływu impulsów między prawą a lewą półkulą, układem limbicznym i korą mózgową utrudnia prawidłową regulację emocji [164, 165, 166].

Sytuacje traumatyczne blokują mechanizmy komunikacji między półkulami mózgu, ograniczając zdolność do symbolicznego i werbalnego opracowania doświadczeń emocjonalnych. Odcięcie się od trudnych do zaakceptowania emocji przynosi utratę umiejętności ich rozpoznawania. Słabsze połączenie z wewnętrznymi odczuciami wpływa na mniejszą aktywność ośrodków mózgowych odpowiedzialnych za odczuwanie i przynosi, niezależnie od reakcji, jaką jest zwykle dysocjacja lub nieproporcjonalna agresja, trudności ze wskazaniem przyczyny emocji. Organizm odpowiada na bodziec wysokim stopniem pobudzenia ciała i zawężeniem percepcji [167, 168].

Zdaniem Tomalskiego [150] aleksytymia nie jest konstruktem homogennym i występuje jako cecha lub stan. Cecha jest uwarunkowanym biologicznie, stałym brakiem kompetencji dotyczącym świadomości pobudzenia emocjonalnego i związaną z nim małą sprawnością w rozpoznawaniu emocji. Stan zachowuje zdolność doświadczenia emocji, deficyt dotyczy jedynie funkcji poznawczych i jest prawdopodobnie związany z trudnymi przeżyciami i traumą.

Powyższe rozróżnienie pozwala na założenie, iż uwolnienie się od napięcia może uruchomić funkcje poznawcze, umożliwiając ocenę i analizę reakcji emocjonalnej na wydarzenia zewnętrzne, przywrócić umiejętność reprezentacji emocji i w rezultacie

uruchomić połączenie z wewnętrznymi doznaniem, umożliwiając werbalizację [167]. Emocje nie są rejestrowane przez osobę z aleksytymią jako informacje o braku zaspokojenia potrzeb bądź jako dyskomfort emocjonalny, lecz jako fizyczne dolegliwości. Niezdolność do nawiązania kontaktu z emocjami uniemożliwia wyrażanie i obronę własnego zdania oraz zaburza poczucie sensu, a brak umiejętności rozpoznawania cudzych uczuć prowadzi do problemów z budowaniem relacji intymnych [169].

Skupienie uwagi na szczegółach zdarzenia blokuje dostęp do świadomości różnorodności rozwiązań i zniechęca do podejmowania prób rozwiązania problemu [43]. Ten styl myślenia opisany przez Marty'ego i de M'Uzana, w 1963 roku, nazywany jest myśleniem mechanicznym. Zdaniem tych autorów, jego cechami są: brak fantazji i zdominowanie przez detale dotyczące świata zewnętrznego [170]. Osoby z aleksytymią ignorują problem, blokując fizyczne sygnały niepokoju, które ujawniają się w postaci objawów somatycznych, takich jak: przewlekłe bóle pleców, karku, fibromialgia, migrena, zespół jelita drażliwego, przewlekłe zmęczenie i niektóre objawy astmy [104].

Rozwód jako sytuacja wysoce stresogenna, przynosi duże napięcie emocjonalne, które może uaktywnić mechanizmy obronne ego wypracowane w dzieciństwie, nasilać poziom aleksytymii u rodziców lub generować ją u dzieci [171, 172]. Wpływ zakłóceń w przetwarzaniu pobudzenia emocjonalnego na stan psychiczny i zdrowotny oraz na jakość podejmowanych decyzji życiowych może okazać się kluczowy dla kondycji psychofizycznej i ogólnego funkcjonowania członków rodziny podczas i po rozstaniu.

2.8 Objawy psychosomatyczne

Zaburzenia psychosomatyczne to choroby, w których etiopatogenezie i przebiegu istotną rolę odgrywają czynniki emocjonalne [173]. Światowa Organizacja Zdrowia uznała w 1964 roku za psychosomatyczne choroby przebiegające pod postacią zaburzeń funkcji lub zmian organicznych, dotyczących poszczególnych narządów czy układów, w przebiegu których czynniki psychiczne odgrywają istotną rolę zarówno, jeśli chodzi o występowanie objawów chorobowych, ich zaostrzenie, jak i zaistnienie choroby [174]. W zaburzeniach psychosomatycznych etiologia, przebieg oraz terapia są uwarunkowane czynnikami psychicznymi, głównie emocjonalnymi i socjokulturowymi, a metody stosowanie przy ich leczeniu są uzależnione od czynników etiologicznych, charakteru choroby, indywidualnych właściwości oraz środowiska.

Medycyna klasyczna bada chorobę pod kątem neurobiologicznym oraz biochemicznym, w związku z przypisaniem procesów fizycznych medycynie organicznej, a umysłowych psychologii. Na połączenie zwrotne psychiki z ciałem wskazuje oddychanie, posiadające źródłosłów w greckim *psyche* [175]. Psychika uruchamia wewnętrzne mechanizmy ciała, wpływając na kondycję fizyczną i psychiczną człowieka poprzez zarówno wzbudzanie emocji, jak i ich wyciszenie [176]. Świadomość pochodzenia zmian w ciele u osób cierpiących na zaburzenia psychosomatyczne może pojawić się w wyniku powiązania somatycznych przejawów z uczuciami [177]. Somatyzacje obejmują dolegliwości psychosomatyczne lub pochodne stresu, w których czynniki psychologiczne są rozpoznawalne, ale też zaburzenia niewynikające z widocznych przyczyn [178]. Pogorszenie zdrowia w związku z przeżywaniem stresujących sytuacji badali Łosiak [179] i Sapolsky [180] i uznali je za czynnik ryzyka, szczególnie w zakłóceniach pracy układów: immunologicznego, hormonalnego, krążeniowo-oddechowego, pokarmowego i mięśniowego [181]. Leczenie farmakologiczne w chorobach i zaburzeniach psychosomatycznych jest niezbędne, a jednocześnie niewystarczające wymaga ujęcia terapii w biopsychospołeczne ramy poprzez włączenie w proces leczenia terapeuty, psychologa, fizjoterapeuty oraz wspierającego otoczenia [182]. Kabat-Zinn [183], pionier medycyny psychosomatycznej, zalecał *mindfulness* jako metodę rozwiązywania problemów wspomagającą leczenie objawów psychosomatycznych. Skuteczność tej metody w powrocie do zdrowia potwierdziły badania Holzel i Lazar [184].

Literatura przedmiotu [104, 185, 186] najczęściej podaje trzy główne koncepcje stresu jako przyczyny chorób psychosomatycznych:

1. Koncepcja konfliktów swoistych Alexandra zakłada, że zewnętrzny bodziec wraz z pośredniczącym lękiem powoduje swoisty konflikt dla określonej choroby, a jego wynikiem mogą być reakcje regresyjne na poziomie behawioralnym i fizjologicznym [185]. Chorobowe objawy psychosomatyczne uważane są w niej za cielesną reprezentację nieświadomych konfliktów wewnętrznych.
2. Koncepcja reakcji niespecyficznych Mahla [187] zakłada, że bodziec środowiskowy wywołuje długotrwały stres i wraz z towarzyszącym mu chronicznym lękiem, wpływa na reakcje fizjologiczne, lecz pojawienie się objawów psychosomatycznych jest zdeterminowane wrodzoną słabością danego organu.
3. Koncepcja indywidualnej reakcji swoistej zakłada, że stresogenne bodźce środowiskowe powodują reakcję emocjonalną uzależnioną od specyficznych cech jednostki, a nie od rodzaju konfliktu [185].

Każda z powyższych koncepcji wynika z założenia, że zdarzenie odebrane przez człowieka jako zagrażające uruchamia w organizmie fizjologiczne reakcje. Brak komunikowania emocji za pomocą słów, trudności w ich nazwaniu, odróżnianiu oraz lokalizowaniu reakcji uczuciowych we własnym ciele, może być przyczyną dolegliwości i objawów psychosomatycznych [186, 104].

Również Bleuler [174] podjął próbę klasyfikacji chorób psychosomatycznych i wyróżnił:

1. choroby organiczne: nadciśnienie tętnicze, wrzód żołądka i dwunastnicy, wrzodziejące zapalenie jelita grubego, choroba niedokrwienna serca, przewlekły gościec stawowy;
2. zaburzenia funkcjonalne: przewlekłe zaparcia, moczenie mimowolne, większość zaburzeń seksualnych, choroba tikowa i inne;
3. pośrednie zaburzenia psychosomatyczne: otyłość, uzależnienia lekowe, narkomania, alkoholizm, samouszkodzenia i samobójstwa.

Klasyfikacja zaburzeń psychosomatycznych Engela [188] jest następująca:

1. zaburzenia psychogenne, czyli zjawiska pierwotnie psychiczne, które nie dotyczą ciała lub dotyczą go w wyobrażeniu pacjenta objawy konwersyjne, reakcje hipochondryczne, reakcje na zaburzenia psychopatologiczne;
2. zaburzenia psychofizjologiczne, czyli reakcje somatyczne wyzwalane przez czynniki psychiczne objawy fizjologiczne towarzyszące emocjom i stanom afektywnym, zaburzenia organiczne nasilane przez stres;

Ścigała proponuje inny podział zaburzeń psychosomatycznych:

1. bodziec psychiczny jako czynnik etiologiczny: nerwice wegetatywne, bóle głowy na podłożu napięcia psychicznego, nawykowe wymioty, jadłowstręt psychiczny, niektóre postacie otyłości;
2. urazy psychiczne jako czynnik istotny, choć nie wyłączny: choroba wrzodowa żołądka, dwunastnicy, zapalenie jelita grubego, samoistne nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa, dychawica oskrzelowa, choroby alergiczne: astma, atopowe zapalenie skóry;
3. bodziec psychiczny jako czynnik zaostrzający proces chorobowy: cukrzyca, nadczynność tarczycy, gościec pierwotnie przewlekły [174].

2.9 Zachowania autoagresywne

Okaleczenia dokonywane samodzielnie lub przez wspólnotę są elementem uniwersalnej tradycji ludzkości, społecznego dziedzictwa oraz nośnikiem symbolicznych treści religijnych, ale też elementem niektórych praktyk uzdrawiających, polegających na podejmowaniu prób usunięcia choroby z ciała [189].

Definicja samouszkodzenia podawana przez Babiker i Arnold [190] obejmuje samozniszczenie, drastyczne formy zachowań o charakterze autodestrukcyjnym oraz ich mniej szkodliwe społecznie formy: zaburzenia łaknienia, wielokrotne zabiegi chirurgiczne, nadużywanie alkoholu, ryzykowne zachowania seksualne, przedawkowanie, wyczerpywanie ciała ćwiczeniami fizycznymi, tatuowanie, kolczykowanie, palenie papierosów, ryzykowna jazda samochodem, pracoholizm oraz uprawianie niebezpiecznych sportów [190]. Najczęstsze formy autoagresji to: nacinanie skóry, zadawanie sobie ciosów, obijanie się o ściany, drapanie, nakłuwanie, przyżeganie, uderzanie, gryzienie, wprowadzanie pod skórę ostrych przedmiotów, wrywanie włosów i rzęs, szorowanie skóry

doprowadzające do abrazyj, połykanie przedmiotów lub szkodliwych substancji [190].

Bezpośrednie zachowania samouszkodzające posiadają natychmiastowy i widoczny związek pomiędzy zachowaniem, a jego konsekwencją, w pośrednich związek jest odległy i niejednoznaczny. Oba łączy autodestrukcyjny element, wykorzystujący karanie własnej osoby w celu redukcji odczuwanego napięcia [191].

Agresja jako zachowanie adaptacyjne pojawia się u dzieci pomiędzy między drugim, a czwartym rokiem życia, pełniąc funkcję komunikacyjną na etapie słabej werbalizacji. W procesie socjalizacji zachowania przemocowe są niwelowane dzięki mentalizacji, która rozwija się prawidłowo w bezpiecznej więzi przywiązania, dzięki wysokiemu poziomowi empatycznej reaktywności opiekuna na dziecko [192].

Niezbędna do rozwoju dojrzałej komunikacji interpersonalnej mentalizacja, pierwotna u opiekuna, a wtórna u dziecka, jest zdolnością do rozumienia zachowań własnych i cudzych w zakresie odczytywania i interpretowania niewidocznych stanów mentalnych, myśli, pragnień i uczuć [157]. W pozabezpiecznych stylach przywiązania, w których proces mentalizowania jest zaburzony, agresja i autoagresja pozostają jedyną dostępną formą ekspresji, szczególnie w sytuacjach emocjonalnego pobudzenia (bliskości lub oddalenia) [193].

Etiologia samouszkodzeń wskazuje na znaczenie doświadczeń z wczesnego dzieciństwa (etapu słabej werbalizacji) lub sytuacji, w których język i komunikacja symboliczna przestały być adekwatne i zmusiły dziecko do komunikacji poprzez ciało [194]. Najczęściej wymieniane przyczyny podejmowania zachowań autoagresywnych to: doświadczenie przemocy, fizyczne bądź seksualne wykorzystanie, depresja rodziców, długotrwała rozłąka z jednym lub obojgiem rodziców, znaczące straty dotyczące śmierci rodziców lub rodzeństwa, brak wsparcia, alkoholizm rodziców, brak komunikacji dotyczący uczuć i rozwiązywania problemów, niewłaściwe traktowanie, zaniedbania lub utrata autonomii. Powyższe czynniki sytuacyjne prowadzą do pojawienia się poczucia straty, bezradności, złości, wstydu i poczucia winy u dziecka [195].

Wymienione okoliczności skłaniają do zachowań autodestrukcyjnych na wczesnym etapie życia, a ich wyzwalaczem w dorosłym życiu jest powtórne doświadczenie przemocy emocjonalnej lub fizycznej, wynikające często z braku pozytywnej komunikacji w związku małżeńskim [196]. Dodatkową trudnością jest nieumiejętność nawiązywania wspierających, długotrwałych, opartych na zaufaniu i otwartości związków [197]. Radzenie sobie za pomocą autoagresji z poczuciem straty bądź odłączenia, pojawiającym się w trakcie lub po rozpadzie związku, charakteryzuje osoby, u których wczesnodziecięce

doświadczenia ukształtowały specyficzne cechy uruchamiające tę skłonność: podatność na poczucie straty, przyjmowanie roli ofiary, zniekształcony i wyalienowany obraz ciała oraz tendencja do impulsywnych zachowań [198]. Na powiązanie między doświadczeniem przemocy w dzieciństwie, a późniejszymi samookaleczeniami wskazują:

1. brak autonomicznych sposobów radzenia sobie, który zmusza do wielokrotnego przeżywania trudnych emocji i generuje obawę, że traumatycznego doświadczenia można nie przetrwać;
2. odnowienie poczucia niskiej wartości, pojawienie się uczuć nienawiści, żalu, lęku, bezradności, winy i wstydu oraz poczucie bycia zdradzonym przez bliskich [199, 200].

Dodatkowo, jak wskazują Babiker i Wycisk [201, 202] zachowania autoagresywne mogą pełnić różnorodne funkcje:

1. radzenie sobie z gniewem z powodu braku kompetencji w wyrażaniu gniewu wprost, w sposób akceptowany społecznie, autoagresja uwalnia od bezsilności i napięcia;
2. zapanowanie nad bólem psychicznym przekierowanie napięcia i lęku na fizyczny ból;
3. wzmocnienie własnego ja – daje poczucie władzy, autonomii i kontroli;
4. wywołanie poczucia wpływu na rzeczywistość i poczucia mocy akt samookaleczenia pozwala zmienić rolę z napadniętego na napastnika, z obiektu działania na działającego, z karanego na karzącego, pomaga przywracać porządek i wpływ;
5. doświadczenie styczności z daną chwilą akt autoagresji wstrząsa ciałem i przywraca odbiór rzeczywistości w sytuacjach dysocjacji lub depersonalizacji;
6. zaopiekowanie się sobą okres następujący po samouszkodzeniu w wypadku niektórych osób jest jedynym momentem doświadczenia zaopiekowania, troski i spokoju;
7. wyrażanie siebie jest osobistym świadectwem przeżywania uczuć strachu i żalu u osób, które spotykają się z zaprzeczeniem i ignorowaniem;
8. karanie własnej osoby uwalnia od ponownie wzbudzonego poczucia winy i wstydu; karanie prześladowcy budzenie poczucia odpowiedzialności u sprawców;

Podsumowując, brak umiejętności opowiadania o własnych przeżyciach nie pozwala na przetwarzanie uczuć związanych z wydarzeniami za pomocą języka [203]. Odebrany bodziec emocjonalny wywołuje pobudzenie i przejawia się w objawie somatycznym lub skumulowany, wyraża się w gwałtownej i nieadekwatnej do bodźca reakcji behawioralnej [147].

2.10 Przegląd badań w obszarze związków pomiędzy zaburzeniami regulacji emocji a występowaniem objawów psychosomatycznych oraz zachowań agresywnych i autoagresywnych

2.10.1 Związki pomiędzy zaburzeniami regulacji emocji a występowaniem objawów psychosomatycznych

Funkcja układu limbicznego związana jest z procesami odczuwania emocji. Jego połączenie z płatem czołowym kory mózgowej i ośrodkowym układem nerwowym aktywizuje, pod wpływem bodźca, cały organizm. Praca struktur nerwowych w tym układzie wpływa na wydzielanie hormonów regulujących czynności narządów wewnętrznych bez udziału świadomości. Autonomiczny układ nerwowy składa się z dwóch antagonistycznych i ściśle współpracujących części: przywspółczulnej, parasympatycznej wyciszającej, oraz współczulnej, sympatycznej aktywizującej organizm [204]. Konsekwencją wzmożonego napięcia emocjonalnego, wynikającego z trwania w konflikcie przekraczającym zasoby człowieka, jest zwiększenie wydzielania hormonów, co wpływa na stan podwyższonej aktywności ustroju. Wielokrotnie doświadczane, długo utrzymujące się negatywne emocje o dużej sile, podtrzymują intensywne działanie systemów autonomicznych, co może prowadzić do trwałych zmian w tkankach lub chorób somatycznych [174, 205, 206].

Geneza mechanizmów powstawania zaburzeń i dysfunkcji somatycznych pozwala na wyjaśnianie ich poprzez czynniki psychologiczne, osobowościowe, procesualne i sytuacyjne. Emocje, napięcia oraz doświadczenia traumatyczne, szczególnie wczesnodziecięce, mogą wpływać na dysfunkcje i choroby somatyczne, powodując następujące schorzenia: migrena, jadłowstręt i otyłość. Wraz z innymi predyktorami, są one czynnikami ryzyka: chorób reumatycznych, cukrzycy, powstawania i utrzymywania się nadciśnienia tętniczego samoistnego, choroby niedokrwiennej serca, zawału serca, astmy, wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, choroby wrzodowej żołądka, nadczynności tarczycy, pokrzywki przewlekłej i infekcji [158, 207]. Rozwiązywanie konfliktów intrapsychicznych za pomocą konwersji pozwala traktować to zaburzenie jako rodzaj ucieczki od trudności [208]. Czynniki warunkujące powstawanie dysfunkcji somatycznych zostały ujęte systemowo w Systemowej Teorii Rodzin [209]. Dysfunkcjonalność rodzin cechujących się uwikłaniem, nadopiekuńczością, unikaniem lub małą tolerancją konfliktu oraz sztywnością postaw, wywołuje objawy somatyczne u osób uwrażliwionych somatycznie lub

wykazujących słabość narządową [209].

Głównymi predyktorami zaburzeń psychosomatycznych jest niski poziom inteligencji emocjonalnej z charakterystycznym negatywnym nastawieniem emocjonalnym, wynikającym z braku umiejętności regulowania emocji i odczuwania empatii, przy jednoczesnym znacznym nasileniu aleksytymii [210]. Dodatkowo, predyktorami tych zaburzeń są deficyty poznawcze: mała złożoność poznawcza, czarno-białe postrzeganie i sztywność poglądów, wraz z układami odporności biologicznej pozostającymi pod kontrolą autonomicznego i ośrodkowego układu nerwowego [211].

2.10.2 Związki pomiędzy zaburzeniami regulacji emocji a występowaniem zachowań agresywnych i autoagresywnych

Zdaniem Herman [212], zachowania autoagresywne należy traktować jako formy pozawerbalnych komunikatów, obrazujące wewnętrzny konflikt jednostki między potrzebą werbalizacji emocji, a pragnieniem zaprzeczenia im. Zachowania te obejmują procesy emocjonalne, poznawcze, interpersonalne oraz intrapsychiczne [213]. Komunikacja werbalna wspiera regulację stanów afektywnych i wskazuje na powiązania somatyzacji z aleksytymią, ponieważ czucie jest związane z ciałem [214]. Negatywna i agresywna komunikacja pomiędzy partnerami w czasie rozpadu związku zaburza ich oceny poznawcze i prowadzi do kumulowania napięć w ciele, przekształcając je w doznania somatyczne lub gwałtowne, niekontrolowane reakcje behawioralne [150].

Samouszkodzenie jest krótką formą ekspresji afektu prowadzącą od stanu pobudzenia, bez faz pośredniczących (uświadomienia, identyfikacji, ekspresji uczuć i uspokojenia), do działania [215]. Ciało jest jednocześnie aktywnym podmiotem i biernym odbiorcą, rejestruje i zapisuje historię oraz symbolicznie wyraża jej treść [216].

Werbalizacja aktywizuje ośrodki korowe, stymulując procesy percepcji i wpływa w konsekwencji na zmianę procesów emocjonalnych i zachowań, natomiast jej brak ogranicza możliwość takiej zmiany. Techniki psychologiczne oddziałując na korę mózgową, czyli ośrodek oceny poznawczej mogą na nowo zintegrować procesy percepcyjno-myślowne. Zaburzenia w wyrażaniu i regulowaniu uczuć prowadzą do nieumiejętności zaspokajania własnych potrzeb emocjonalnych, nieradzenia sobie z napięciami, niezdolności do uwewnętrzniania miłości i troski, na poziomie wystarczającym do budowania wewnętrznych zasobów, i umiejętności łagodzenia stanów napięcia [217].

Rozwinięta w niewystarczającym stopniu umiejętność werbalizowania,

rozpoznawania swoich przeżyć, uczuć i potrzeb, mała zdolność do różnicowania lub wykluczenie ekspresji emocjonalnej i werbalnej, wymusza redukcję napięć poprzez agresję i autoagresję [218, 219].

Według niektórych badań, m.in. Arnold [220], kobiety często przyjmują na siebie odpowiedzialność za emocjonalną kondycję związku i w sytuacji jego rozpadu obwiniają siebie lub akceptują bycie obwinianą przez partnera i otoczenie. Mężczyźni z kolei, zgodnie z kulturowymi normami, rzadziej okazują słabości, co może skutkować poczuciem wyobcowania z własnego ciała [221]. Dokonywanie samouszkodzeń łączy się u nich z gwałtownym i jawnym demonstrowaniem siły lub poczuciem bezradności, wynikającym z nieumiejętności zaspokojenia własnych potrzeb emocjonalnych. Część mężczyzn katalizuje złość stosując przemoc i dokonując czynów przestępczych [222, 223]. Podsumowując, narastające poczucie krzywdy i frustracja w przełomowym czasie rozvodu prowadzi do nasilenia objawów dysfunkcji somatycznych oraz zachowań agresywnych i autoagresywnych w rodzinach, w których brakuje otwartej komunikacji na temat istniejących trudności. [171].

Style przywiązania, mające swoje źródło w doświadczeniach z dzieciństwa, determinują w znacznym stopniu rodzaj pojawiających się w wyniku rozvodu emocji. Wynikają one z lęku separacyjnego, który łączy się ze wzorem reagowania na utratę figury przywiązania [224].

Podsumowując, badania wskazują, że:

1. przywiązanie bezpieczne umożliwia dostęp do emocji i reagowanie adekwatnie do ich rodzaju i siły;
2. przywiązanie lękowo-ambiwalentne przynosi dużą ekspresję emocji, brak ufności we własne zasoby oraz nieadekwatne poczucie bezradności;
3. przywiązanie lękowe niesie chroniczną żalobę uniemożliwiając zorientowanie się na przyszłość;
4. przywiązanie unikowe blokuje możliwość przeżywania uczuć poprzez hamowanie ekspresji emocji i ukrywanie ich pod fasadą radzenia sobie [225].

Nietypowa ekspresja emocji, będąca konsekwencją między innymi pozabezpieczonego stylu przywiązania, wymaga użycia odpowiednich technik ich wyciszenia, dopasowanych do indywidualnych potrzeb [226].

3. Założenia i cele pracy

3.1 Założenia

Dotychczas przeprowadzone badania nie wyczerpują obrazu zależności pomiędzy aleksytymią, rozumianą jako brak zdolności do rozpoznawania i nazywania uczuć, a podejmowaniem zachowań autoagresywnych i agresywnych oraz występowaniem objawów psychosomatycznych u członków rodziny w sytuacji rozwodu. Podobnie, badania w obszarze wpływu deficytów kompetencji emocjonalnych rodziców, ujawniających się podczas postępowania rozwodowego, na wzmożoną intensywność przeżywanych stanów emocjonalnych, nieadekwatną ocenę poznawczą, reakcje behawioralne i występowanie objawów psychosomatycznych, w dalszym ciągu nie pozwalają na wyciągnięcie jednoznacznych wniosków w tym zakresie.

Jednocześnie, brak kompetencji emocjonalnych u rozwodzących się rodziców podczas postępowania rozwodowego może być wskazaniem do wprowadzenia w Polsce obligatoryjnej mediacji opartej na metodzie PbP, szczególnie w sprawach rodzinnych [228, 229]. Uwzględnienie aleksytymii jako czynnika wpływającego na brak inicjatywy w korzystaniu z własnej woli ze wsparcia społecznego i psychologicznego oraz stosowanie unikowego stylu radzenia sobie ze stresem, być może zainspiruje organizacje pomocowe do udzielania z urzędu kompleksowego wsparcia dla rozwodzących się par [147].

3.2 Cele i hipotezy

Mając na uwadze powyższe ustalenia, celem pracy jest porównanie i ocena różnic występujących pomiędzy małżonkami korzystającymi i niekorzystającymi z pomocy mediatora w sytuacji okołorozwodowej w obszarach:

1. poziomu i wymiarów aleksytymii;
2. struktury doznań stresowych w obszarze wymiarów: napięcia emocjonalnego, stresu zewnętrznego oraz intrapsychoicznego;
3. nadziei podstawowej rozumianej jako przeświadczenia jednostki o uporządkowaniu i sensowności świata oraz jego przychylności ludziom, warunkującego konstruktywne reagowanie człowieka na zmiany i przełomowe wydarzenia, zwłaszcza na sytuacje ponoszenia nieodwracalnych strat;

4. zdolności do rozumienia emocji, traktowanej jako jeden z podstawowych komponentów inteligencji emocjonalnej;
5. zachowań komunikacyjnych małżonków w zakresie wymiarów: wsparcia, zaangażowania i deprecjacji;
6. rodzaju i częstotliwości występowania objawów somatycznych oraz zachowań autoagresywnych u osoby badanej;
7. zależności pomiędzy zmiennymi społeczno-demograficznymi oraz dotyczącymi sprawy rozwodowej, a poziomem i wymiarami aleksytymii, podejmowaniem zachowań autoagresywnych oraz nasileniem objawów somatycznych u małżonków w sytuacji rozwodu;
8. zależności pomiędzy poziomem i wymiarami aleksytymii, a podejmowaniem zachowań autoagresywnych oraz nasileniem objawów somatycznych u małżonków w sytuacji rozwodu oraz zachowaniami komunikacyjnymi małżonków w obszarze wymiarów: wsparcia, zaangażowania i deprecjacji; strukturą doznań stresowych w obszarze wymiarów: napięcie emocjonalne, stres zewnętrzny i stres intrapsychiczny; nadzieją podstawową oraz zdolnością do rozumienia emocji.

Przyjęto następujące hipotezy:

1. Osoby w sytuacji rozwodu będą posiadały podwyższony: poziom cech charakterystycznych dla aleksytymii, podwyższony poziom stresu oraz obniżony poziom nadziei podstawowej w odniesieniu do norm.
2. Osoby w sytuacji rozwodu, korzystające z pomocy mediatora, będzie cechować niższy poziom: cech charakterystycznych dla aleksytymii; stresu; natężenia zachowań autoagresywnych i objawów somatycznych oraz wyższy poziom nadziei podstawowej, w porównaniu z osobami niekorzystającymi ze wsparcia mediatora.
3. Osoby w sytuacji rozwodu, korzystające z pomocy mediatora, będzie cechować niższy poziom deprecjacji małżonka.
4. Poziom aleksytymii oraz umiejętność rozumienia emocji będą powiązane z ilością i natężeniem zachowań autoagresywnych i objawów somatycznych w grupie osób niekorzystających ze wsparcia mediatora.

4. Materiał i metodyka badań

4.1 Projekt badania

Badanie ma charakter przekrojowy i obejmuje osoby pozostające w związku małżeńskim na etapie złożenia pozwu rozwodowego, formalnego rozwodu lub po orzeczeniu rozwodu, lecz nadal pozostające w zależności rodzicielskiej, ekonomicznej czy mieszkaniowej z współmałżonkiem. Badanie dotyczy porównania pomiędzy dwoma grupami badawczymi: osobami korzystającymi oraz niekorzystającymi z pomocy mediatora w sytuacji okołorozwodowej. Dobór osób do badań miał charakter celowy, zgodny z kryteriami włączenia i wyłączenia. Grupa osób biorących udział w mediacji (oznaczona jako grupa A) liczy 50 osób. Warunkiem kwalifikacji do niej było uczestnictwo w co najmniej jednym spotkaniu mediacyjnym dotyczącym rozwodu. Grupa osób niebiorących udziału w mediacji (oznaczona, jako grupa B) liczy 50 osób. Warunkiem kwalifikacji do niej był brak udziału w spotkaniu mediacyjnym dotyczącym rozwodu, ze względu na brak zgody własnej, małżonka(-ki) lub brak skierowania do mediacji przez uprawnione do tego instytucje.

4.2 Obszar i organizacja badań

Obszar czasowy badania zawierał się w okresie od lutego 2019 do marca 2020 roku. Badania zostały przeprowadzone na terenie Gdańskiego Centrum Mediacji (GCM) przy Fundacji Inicjatyw Społecznie Odpowiedzialnych (FISO), w Gdańsku, przy ul. Gdyńskich Kosynierów 11, przez jedną osobę, autorkę pracy. W procedurze zostały uwzględnione warunki zapewniające osobom badanym anonimowość i komfort podczas badania. Na prowadzenie badań do niniejszej pracy uzyskano pisemną zgodę prezesa GCM. Osoby były rekrutowane spośród osób kierowanych do mediacji przez: Sądy Okręgowe, instytucje pomocowe, np. Miejskie Ośrodki Pomocy Rodzinie, lub spośród osób zgłaszających się do GCM prywatnie w przedmiocie rozwodu.

4.3 Szacowanie wielkości próby badawczej

Podstawą szacowania wielkości próby badawczej była liczba 62 tysięcy rozwodów orzeczonych w Polsce w roku 2018 [57]. Kluczowym czynnikiem brany pod uwagę przy szacowaniu wielkości grupy badawczej był wskaźnik mediacji (odsetek spraw skierowanych do mediacji w stosunku do spraw wpływających do sądów, w których mediacja

może być zastosowana), wynoszący zaledwie 1,3 % w skali kraju. W grupie badawczej zastosowano podział na występowanie lub brak występowania cechy. Uwzględnioną cechą był udział osoby w postępowaniu mediacyjnym dotyczącym rozwodu. Przyjęto następujący wzór na minimalną liczebność próby:

$$N_{\min} = NP \cdot (\alpha^2 \cdot f(1-f))$$

$$NP \cdot e^2 + \alpha^2 \cdot f(1-f)$$

Wyjaśnienie symboli:

N_{\min} – minimalna liczebność próby

NP – wielkość populacji, z której brana jest próba

α – poziom ufności dla wyników, wartość wyniku Z w rozkładzie normalnym dla założonego poziomu istotności 1,96 (dla $\alpha = 0,05$)

f – wielkość frakcji 0,5

e – założony błąd maksymalny, wyrażony w liczbie ułamkowej 10% to 0,10

Należy podkreślić, że wartość wielkości frakcji oraz błąd maksymalny powinny się mieścić w przedziale 0–1. Jeżeli nie jest znana wartości frakcji w populacji, należy podać wartość 0,5. W przypadku poziomu istotności do wzoru podstawiono wartość rozkładu normalnego przypisanego danemu poziomowi istotności, dla 95% ($\alpha = 0,05$) będzie to wartość 1,96. Wzór na minimalną liczebność próby pozwala na oszacowanie liczby osób, które należy przebadać, aby wyniki z określonym poziomem ufności i założonym błędem maksymalnym estymowały prawdziwe wyniki w populacji.

Obliczenia dla 124000 osób rozwiedzionych (62000 rozwodów x 2 osoby w parze)

$$N_{\min} = 124000 (1,962 \cdot 0,5 (1 - 0,5))$$

$$124000 \cdot 0,12 + 1,962 \cdot 0,5 (1 - 0,5)$$

$$N_{\min} = 124000 (0,96)$$

$$124000 \cdot 0,01 + 0,96$$

$$N_{\min} = 119040$$

$$1240,96$$

$$N_{\min} = 95,93$$

96 to wymagana minimalna liczba osób.

Finalnie przebadano 100 osób.

4.4 Kryteria włączenia i wyłączenia

Kryteria włączenia osób do badań były następujące: wiek 25–65 lat; płeć żeńska lub męska; pozostawanie w związku małżeńskim (na etapie: wniesienia pozwu rozwodowego do sądu; złożenia wniosku o mediację do GCM w sprawie rozwodu; uczestnictwo w toczącym się przed sądem postępowaniu rozwodowym; po orzecznym rozwodzie z jednoczesnym pozostawaniem w zależności rodzicielskiej, ekonomicznej lub mieszkaniowej); pisemna i świadoma zgoda na udział w badaniach; posiadanie dziecka lub dzieci. Dodatkowym kryterium włączenia w grupie osób badanych, korzystających z pomocy mediatora w sytuacji okołorozwodowej, było uczestniczenie w postępowaniu mediacyjnym w przedmiocie rozwodu.

Kryteria wyłączenia z badań w obydwu grupach stanowiły: zdiagnozowana choroba psychiczna; stosowanie zakazanych prawnie substancji psychoaktywnych; nieposiadanie dzieci.

4.6 Metody badawcze

Wszystkie badane osoby wypełniły metryczkę danych: społeczno-demograficznych, dotyczących sprawy rozwodowej, obszaru zmiennych podmiotowych związanych ze stanem zdrowia (w tym, z udziałem w konsultacjach specjalistycznych i stosowanego leczenia, obserwacji występowania i nasilania się (w stosunku do okresu poprzedzającego rozwód) objawów somatycznych i chorób oraz obserwowanego wzrostu natężenia emocji, zachowań agresywnych i autoagresywnych (w stosunku do okresu poprzedzającego rozwód) w skali od 1 (brak wzrostu natężenia) do 10 (maksymalny wzrost natężenia) punktów). Następnie zostały ocenione za pomocą wskazanych niżej narzędzi psychometrycznych oraz wywiadu ustrukturyzowanego. Metryczka stanowi załącznik do przedstawianej pracy.

4.6.1. Narzędzia psychometryczne

1. Toronto Alexithymia Scale 26 (TAS-26) w polskiej adaptacji Maruszewskiego i Ścigały [227] zastosowano do oceny poziomu i wymiarów aleksytymii. Kwestionariusz zawiera 26 twierdzeń. Każdy item jest oceniany w 5-punktowej skali Likerta, w rozpiętości ocen od 1 („twierdzenie charakteryzuje mnie w minimalnym stopniu”) do 5 („twierdzenie charakteryzuje mnie w dużym stopniu”). Analiza wyników testu obejmuje 4 skale: trudności w identyfikacji uczuć, trudności w opisywaniu uczuć, operacyjny styl myślenia

i ubóstwo wyobraźni. Analizy można dokonać opierając się na poszczególnych skalach lub na wyniku ogólnym, będącym sumą czterech wyników cząstkowych. Wynik ogólny mieści się w przedziale od 26 do 130 punktów. Zaburzenie jest diagnozowane powyżej 78 punktów w zakresie wyniku ogólnego [227].

2. Test Rozumienia Emocji (TRE), autorstwa Matczak i Piekarskiej [230], użyty do pomiaru wiedzy o emocjach, składa się z 30 twierdzeń pogrupowanych w pięć podtestów, z których każdy obejmuje sześć zadań do wykonania. Wszystkie zadania mają charakter zamknięty i służą do oceny następujących elementów: umiejętności stopniowania emocji; znajomości nazw emocji; wiedzy o relacjach pomiędzy emocjami (emocje przeciwstawne, proste, złożone); sytuacyjnych przyczyn występowania emocji oraz okoliczności warunkujących pojawienie się określonego sposobu reagowania. W zadaniach pierwszego podtestu należy uporządkować podane elementy we właściwej kolejności, w pozostałych prawidłowa odpowiedź jest wybierana spośród czterech wskazanych [231]. Wszystkie udzielone przez badanych odpowiedzi są porównywane z kluczem Testu Rozumienia Emocji. Za każdą zgodną z kluczem odpowiedź przyznaje się 1 punkt, za błędną odpowiedź lub jej brak 0 punktów. W pierwszym podteście za poprawną odpowiedź uważa się w pełni zgodną z kluczem podaną kolejność emocji. W poszczególnych podtestach można uzyskać maksymalnie 6 punktów, a w całym teście 30 punktów [231].

3. Kwestionariusz Komunikacji Małżeńskiej (KKM), autorstwa Kaźmierczak i Plopy [52], zastosowano do badania zachowań komunikacyjnych w małżeństwie. Kwestionariusz występuje w dwóch wersjach – oceny zachowań komunikacyjnych własnych i partnera. Ponieważ w badaniu nie uczestniczyły pary, a tylko jeden z małżonków, uwzględniono jedynie ocenę dokonaną przez osobę badaną dotyczącą zachowań komunikacyjnych partnera. Kwestionariusz składa się z 30 pozycji i uwzględnia trzy wymiary: wsparcie (10 pozycji), zaangażowanie (9 pozycji) i deprecjację (11 pozycji), z możliwością wyboru odpowiedzi, dotyczących częstotliwości zachowań partnera: 1 – nigdy, 2 – rzadko, 3 – czasami, 4 – często, 5 – zawsze. Kwestionariusz jest dostępny w wersji dla kobiet i mężczyzn. Wyniki wyrażone w stenach określają stopień nasilenia danej zmiennej [233].

4. Kwestionariusz Poczucia Stresu KPS, autorstwa Plopy i Makarowskiego [234], zastosowano do pomiaru przekraczającego zasoby jednostki, uogólnionego poziomu stresu za pomocą trzech wymiarów struktury doznań stresowych: napięcia emocjonalnego, stresu zewnętrznego, stresu intrapsychicznego (trzy podskale diagnostyczne) oraz dodatkowej skali kłamstwa. Kwestionariusz zawiera 27 pytań z możliwością wyboru

jednej z pięciu odpowiedzi: „prawda”, „raczej prawda”, „trudno powiedzieć”, „raczej nieprawda” oraz „nieprawda”. KPS występuje w wersji dla kobiet i mężczyzn. Wynik ogólny mieści się w granicach od 21 do 105 punktów. W skład podskal diagnostycznych wchodzi po siedem itemów, rozpiętość wyników mieści się między 7 a 35 punktów [234].

5. Kwestionariusz Nadziei Podstawowej BHI-12, autorstwa Trzebińskiego i Zięby [235], zastosowano do pomiaru poziomu nadziei podstawowej rozumianej, zgodnie z teorią Ericksona [236], jako przeświadczenie jednostki o uporządkowaniu i sensowności świata oraz jego przychylności ludziom. Czynnikiem warunkującym jest konstruktywne reagowanie na zmiany związane z ponoszeniem strat w przełomowych momentach życia (rozvodu). Kwestionariusz składa się z 12 stwierdzeń określających stopień w jakim osoba badana zgadza się z każdym z nich: 1 – „zdecydowanie nie zgadzam się”, 2 – „raczej nie zgadzam się”, 3 – „ani się nie zgadzam, ani zgadzam”, 4 – „raczej zgadzam się”, 5 – „zdecydowanie zgadzam się”. Trzy pozycje nie są brane pod uwagę przy obliczaniu wyników. Wskaźnikiem siły nadziei podstawowej jest suma punktów ze skal diagnostycznych. Wynik mieści się w granicach od 12 do 60 punktów. Im wyższy wskaźnik, tym silniejsza nadzieja [235].

6. Inwentarz Pytań Dotyczących Samouszkodzeń Ciała Część I, autorstwa Kubiak [237], zastosowano do określenia formy zachowań autoagresywnych. Badanie wyklucza uszkodzenia wynikające z powodów medycznych, kosmetycznych lub estetycznych i uwzględnia jedynie celowe uszkodzanie ciała. Ta część kwestionariusza umożliwia pomiar takich aspektów zjawiska jak forma, częstotliwość, wiek rozpoczęcia samouszkodzeń oraz czas ostatniego podjęcia tego zachowania, a także kwestię spontaniczności versus planowania samouszkodzeń, świadomości podejmowanego zachowania i doświadczenia bólu podczas aktu samouszkodzenia. Kwestionariusz zawiera 11 rodzajów samouszkodzeń do wskazania, jak np. gryzienie, klucie swojego ciała, cięcie skóry oraz opcję podania innych, zaobserwowanych u siebie, a nie ujętych w inwentarzu rodzajów samouszkodzeń. Forma tej części inwentarza była inspirowana narzędziem Self-Injury Self-Report Inventory (SISRI) autorstwa Juzwin [238].

7. Inwentarz Twierdzeń Dotyczących Samouszkodzeń Ciała Część II, autorstwa Klonsky'ego [239], zastosowano do określenia funkcji podejmowania samouszkodzeń. Część II zawiera listę 39 stwierdzeń do wyboru. Istnieje opcja podania innych, zaobserwowanych u siebie, a nie ujętych w inwentarzu funkcji samouszkodzeń. Narzędzie mierzy 13 rodzajów funkcji samouszkodzeń: regulacja afektu, przerwanie stanu dysocjacji, zapobieganie samobójstwu, zaznaczanie dystresu, nawiązywanie więzi z rówieśnikami,

samoopieka, samokaranie, zemsta, poszukiwanie stymulacji, okazywanie wytrzymałości. Poziom ważności każdej z funkcji dla osoby badanej jest szacowany na 3-stopniowej skali [239].

8. Kwestionariusz Dysocjacji Somatoformicznej SDQ-20 PL, autorstwa Pietkiewicza i Tomalskiego [240], zastosowano do oceny symptomów fizycznych i doświadczeń cielesnych występujących u osób w sytuacji rozvodu. Kwestionariusz zawiera 20 stwierdzeń, określających brak występowania cechy (1 – nie dotyczy wcale) lub występowanie cechy wraz z uwzględnieniem stopnia jej odczuwania (2 – dotyczy trochę, 3 – dotyczy umiarkowanie, 4 – dotyczy znacznie, 5 – dotyczy w ogromnym stopniu). Każde stwierdzenie jest uzupełnione pytaniem o ewentualną znaną fizyczną przyczynę występowania symptomu lub doświadczenia. Metoda umożliwia uzyskanie wyniku w przedziale 20–100 punktów po zsumowaniu wartości poszczególnych itemów. Punkt odcięcia umożliwiający osiągnięcie maksymalnej czułości i swoistości narzędzia dla rozpoznania zaburzeń dysocjacyjnych (konwersyjnych) wynosi 29,5 punktów [241].

4.6.2 Wywiad ustrukturyzowany

W pierwszej części wywiadu ustrukturyzowanego uczestnik badania został poproszony o samodzielny opis obserwacji dokonanych podczas trwania sytuacji okołorozwodowej:

- a) Uczestnik badania samodzielnie opisał: słowa i oceny, które słyszał od partnera; własne emocje i potrzeby; destrukcyjne i autodestrukcyjne zachowania, które sam podejmował; somatyczne objawy, które obserwował u siebie.
- b) Uczestnik badania samodzielnie opisał: słowa i oceny, których używał w stosunku do partnera; emocje i potrzeby partnera; destrukcyjne i autodestrukcyjne zachowania podejmowane przez partnera; somatyczne objawy które obserwował u partnera.
- c) Uczestnik badania rodzic samodzielnie opisał słowa i oceny, które dziecko słyszało od partnera; słowa, oceny, które dziecko słyszało od uczestnika badania; emocje i potrzeby dziecka; destrukcyjne i autodestrukcyjne zachowania podejmowane przez dziecko; somatyczne objawy które obserwował u dziecka.

Druga część, z powtórzonymi pytaniami z części pierwszej, była uzupełniana przez uczestnika badania o dodatkowe obserwacje, które pojawiały się w wyniku włączenia przez mediatora (autorkę pracy) empatycznej komunikacji. Tą część wywiadu zaprojektowano w oparciu o metodę PbP Rosenberga [82], dzięki której:

- a) Uczestnik badania opisał przy wsparciu mediatorki używającej empatycznej komunikacji: słowa i oceny, które słyszał od partnera; własne emocje i potrzeby; destrukcyjne i autodestrukcyjne zachowania, które sam podejmował; somatyczne objawy, które obserwował u siebie.
- b) Uczestnik badania opisał przy wsparciu mediatorki używającej empatycznej komunikacji: słowa i oceny, których używał w stosunku do partnera; emocje i potrzeby partnera; destrukcyjne i autodestrukcyjne zachowania podejmowane przez partnera; somatyczne objawy które obserwował u partnera.
- c) Uczestnik badania rodzic opisał przy wsparciu mediatorki używającej empatycznej komunikacji słowa i oceny, które dziecko słyszało od partnera; słowa, oceny, które słyszało dziecko od uczestnika badania; emocje i potrzeby dziecka; destrukcyjne i autodestrukcyjne zachowania podejmowane przez dziecko; somatyczne objawy które obserwował u dziecka.

Wybór kategorii pytań dotyczących zachowań agresywnych i autoagresywnych był podyktowany rozróżnieniem stosowanym przez innych badaczy [242] oraz dwunastoletnim doświadczeniem autorki pracy w prowadzeniu mediacji rozwodowych:

1. agresja słowna: obrażanie, poniżanie, wyzwiska;
2. agresja bierna: milczenie, izolacja, opuszczenie w nauce, wagary;
3. agresja fizyczna: szarpanie, pobicie, zniszczenie rzeczy, kradzież;
4. autoagresja: zaniedbanie własnego zdrowia, przejadanie się, głodzenie, uszkodzenia ciała, próby samobójcze, obgryzanie paznokci;
5. ekstremalne zachowania: jazda z dużą prędkością, przypadkowy seks, ucieczki z domu, uprawianie ekstremalnych sportów, wagary;
6. uzależnienia: papierosy, alkohol, narkotyki, leki, hazard, gry;
7. przemoc ekonomiczna: brak alimentacji, zablokowanie dostępu do konta, brak podziału majątku, brak wydania rzeczy, brak opuszczenia mieszkania pomimo eksmisji;
8. przemoc psychiczna: znęcanie się;
9. zdrady małżeńskie.

Objawy somatyczne, których wybór wynikał z podanych przez uczestników badania dolegliwości podzielono na:

1. zaburzenia pokarmowe: utrata lub wzrost wagi, anoreksja, biegunki, refluks, jadłowstręt, mdłości, wymioty, objadanie się, brak apetytu;
2. zaburzenia snu: nadmierna senność, bezsenność, koszmary senne;
3. zaburzenia nastroju: wzrost odczuwanego lęku, apatia;
4. dolegliwości bólowe: głowy, karku, pleców, kręgosłupa, stawów i mięśni.

4.7 Metody statystyczne

W zakresie statystyki cech ilościowych, określono wartość minimalną i maksymalną, średnią i odchylenie standardowe. W zakresie cech jakościowych (porządkowych i nominalnych) podano liczbę jednostek należących do wyróżnionych kategorii danej cechy i odpowiadające im wartości procentowe. Analizy cech jakościowych dokonano przy użyciu testu χ^2 metodą Pearsona. Zmienne ilościowe niezależne, spełniające założenia dla testów parametrycznych analizowane były za pomocą testu t-Studenta. Zmienne ilościowe, niespełniające założeń testów parametrycznych, analizowano za pomocą testów nieparametrycznych (odpowiedników ANOVA): testu U Manna-Whitneya (porównania dwóch prób) bądź Kruskala-Wallisa (porównania wielu prób). W celu precyzyjnego określenia, które z analizowanych grup różnią się między sobą, przeprowadzono porównania wielokrotne (testy post-hoc). Do opisu zależności pomiędzy zmiennymi ilościowymi posłużono się współczynnikiem korelacji rang Spearmana (oznaczonego przez r_s). Za graniczny poziom istotności statystycznej przyjęto $p = 0,05$. Wyniki testów przy poziomach mniejszych od tej wartości uznano za statystycznie istotne i wyróżniono w tabelach gwiazdką (*).

Obliczenia statystyczne wykonano przy użyciu programu Statistica, wersja 12.0. (StatSoft, Inc. 2015).

4.8 Zagadnienia etyczne

Na prowadzenie badań uzyskano zezwolenie Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu nr 47/2019 wraz z aneksami nr 363/19 i 881/19. Ostatni aneks dotyczył pozwolenia na włączenie do oceny trzeciej grupy badawczej, czyli osób nie wyrażających zgody na udział w badaniu właściwym (narzędzia psychometryczne, wywiad ustrukturyzowany). Grupa ta ostatecznie nie

została ujęta w badaniu ze względu na odmowę udzielania istotnych dla zaprojektowanej oceny informacji (metryczka). Zezwolenia stanowią załączniki do przedstawianej pracy.

Badania były prowadzone zgodnie z międzynarodowymi zasadami etycznymi. Wszyscy badani otrzymali wyczerpującą informację na temat celu pracy i zostali zapewnieni o anonimowości danych. Następnie osoby badane wyraziły pisemną zgodę na udział w badaniu. Wszystkie biorące udział w badaniu osoby zostały poinformowane o dobrowolności badania. Dodatkowo wszystkie osoby podpisały klauzulę RODO Ustawy o ochronie danych osobowych, zawierającą informację o przysługujących im prawach, wyrażając tym samym zgodę na przetwarzanie danych osobowych w ustalonym zakresie.

5. Wyniki badań

5.1 Statystyka opisowa w grupach badawczych

Zmienne niezależne, dotyczące płci, wykształcenia, statusu materialnego i liczby posiadanych dzieci zostały zebrane za pomocą metryczki. Istotną różnicę pomiędzy grupami odnotowano jedynie dla zmiennej płeć ($p = 0,02$), w grupie B występuje ponad trzykrotnie mniejsza ilość mężczyzn niż w grupie A. Liczba osób z wyższym i średnim wykształceniem pozostawała na zbliżonym poziomie w obu grupach. Osoby z podstawowym wykształceniem nie były w badaniu reprezentowane. Osoby z dochodami powyżej średniej krajowej stanowiły około 60% badanych w obu grupach. W zakresie tych zmiennych nie odnotowano istotnych różnic pomiędzy grupami. Zmienne dotyczące wieku osób badanych, liczby posiadanych dzieci i stażu małżeńskiego zebrano za pomocą metryczki. Odnotowano istotną różnicę pomiędzy grupami ($p < 0,001$) w zakresie wieku, przy czym średnia wieku w grupie A wynosi 43,6 lat (OS 6,5), a średnia wieku w grupie B wynosi 50 lat (OS 9,6). W zakresie średniej stażu małżeńskiego i liczby dzieci w rodzinie nie odnotowano istotnych różnic pomiędzy grupami. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela nr 1.

Tabela 1. Wyniki dotyczące płci, wykształcenia, statusu materialnego, wieku osoby badanej, stażu małżeńskiego oraz liczby dzieci w rodzinie

	Grupa A		Grupa B		poziom istotności (p)
	liczba osób	n%	liczba osób	n%	
Płeć					
mężczyzna	13	26%	4	8%	p = 0,02*
kobieta	37	74%	46	92%	
Wykształcenie					
podstawowe	0	0	0	0	p = 1
zawodowe	1	2%	1	2%	
średnie	15	30%	13	26%	
wyższe	34	68%	36	72%	
Dochody					
poniżej średniej	20	40%	17	34%	p = 0,53
powyżej średniej	30	60%	33	66%	

	średnia (OS)	min-max	średnia (OS)	min-max	poziom istotności (p)
Wiek osoby badanej	43,6 (6,5)	32-59	50 (9,6)	32-64	p < 0,001*
Staż małżeński	13,4 (6,2)	5-33	14,8 (8,2)	3-33	p = 0,57
Liczba dzieci	1,9 (0,84)	1-4	1,78 (0,89)	1-4	p = 0,34

* p < 0,05; OS – odchylenie standardowe;

Grupa A – osoby korzystające z mediacji; Grupa B – osoby niekorzystające z mediacji

Do niezależnych zaliczono również zmienne dotyczące sprawy rozwodowej ocenione za pomocą metryczki. Nie odnotowano istotnych różnic pomiędzy grupami w zakresie etapu sprawy rozwodowej i osób wnoszących pozew rozwodowy. Istotną różnicę zarejestrowano w zakresie zasady kierowania do mediacji, jedynie cztery osoby w grupie B otrzymały skierowanie do mediacji, trzy z sądu (p < 0,00001), jedna z MOPR-u, a sześć złożyło osobisty wniosek o mediację (p = 0,0002). Odnotowano również różnice w obszarze przedmiotu sprawy rozwodowej. Więcej rodziców z grupy A regulowało formalnie elementy Planu Rodzicielskiego (miejsce zamieszkania (p = 0,005), władza rodzicielska (p = 0,008) i kontakty (p < 0,001). Wyjątek stanowiła alimentacja, rodzice z obu grup prawnie regulowali jej wysokość w podczas rozvodu. Sprawom rozwodowym w grupie A towarzyszyło więcej spraw karnych, a w grupie B spraw cywilnych. Porozumienia rozwodowe lub rodzicielskie zawarło 70% osób z grupy A. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela nr 2.

Tabela 2. Wyniki dotyczące zasad kierowania do mediacji, wnoszenia pozwu rozwodowego oraz etapu, przedmiotu sprawy rozwodowej i zawartego porozumienia

	Grupa A		Grupa B		poziom istotności (p)
	liczba osób	n%	liczba osób	n%	
Etap sprawy rozwodowej					
etap złożenia pozwu	7	14%	2	4%	p = 0,08
etap formalnego postępowania sądowego	7	14%	4	8%	p = 0,34
etap po orzeczeniu rozvodu przez sąd	36	72%	44	88%	p = 0,04
Wniesienie pozwu do sądu					
osoba badana	31	62%	37	74%	p = 0,20
drugi rodzic	19	38%	13	26%	p = 0,20
Skierowanie do mediacji					
wniosek osobisty	23	46%	6	12%	p = 0,0002*
wniosek sądu	26	52%	3	6%	p < 0,00001*
wniosek MOPR	1	2%	1	2%	p = 1
brak skierowania	0	0%	40	80%	p < 0,00001*

Przedmiot mediacji					
władza rodzicielska	27	54%	14	28%	p = 0,008*
kontakty	34	68%	17	34%	p < 0,001*
miejsce zamieszkania	29	58%	15	30%	p = 0,005*
alimentacja	38	76%	30	60%	p = 0,09
zabezpieczenie potrzeb rodziny	4	8%	2	4%	p = 0,40
sprawy karne	6	12%	3	6%	p = 0,29
sprawy cywilne	2	4%	7	14%	p = 0,08
Zawarte porozumienie	35	70%	0	0%	p < 0,001*

* p < 0,05;

Grupa A – osoby korzystające z mediacji; Grupa B – osoby niekorzystające z mediacji

Zmienne podmiotowe z zakresu korzystania ze wsparcia medycznego, terapeutycznego, instytucjonalnego i farmakologicznego oraz w zakresie zdrowia psychicznego zbadano za pomocą metryczki. Nie odnotowano istotnych różnic pomiędzy grupami w zakresie udzielanego wsparcia medycznego, z wyjątkiem udzielanego dzieciom wsparcia fizykoterapeuty (występowało ono jedynie w grupie A). Istotną różnicę odnotowano w zakresie wsparcia w obszarze zdrowia psychicznego: rodzice z grupy A częściej korzystali ze wsparcia psychiatry (p = 0,03). W terapiach uwzględnionych w badaniu uczestniczyło 74% rodziców z grupy A i 54% z grupy B (p = 0,03). Rodzice z grupy A częściej uczestniczyli w terapii małżeńskiej (p = 0,009). Sytuacja dzieci rodziców z grupy A częściej pozostawała pod kontrolą przydzielonego im sądownie kuratora (p = 0,01) który w jednym przypadku zdecydował o umieszczeniu dziecka w placówce opiekuńczej, Domu Dziecka. Istotna różnica pomiędzy grupami dotyczy również stosowania leków antydepresyjnych (p = 0,03), częściej sięgali po nie rodzice z grupy A. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela nr 3.

Tabela 3. Wyniki dotyczące korzystania ze wsparcia medycznego, w zakresie zdrowia psychicznego, terapeutycznego, instytucjonalnego i farmakologicznego przez osobę badaną i dzieci

	Grupa A		Grupa B		poziom istotności (p)
	liczba osób	n%	liczba osób	n%	
Wsparcie medyczne udzielane osobie badanej					
lekarz	28	56%	28	56%	p = 1
hospitalizacja	12	24%	10	20%	p = 0,63
rehabilitacja	8	16%	9	18%	p = 0,79
fizykoterapia	7	14%	11	22%	p = 0,30

Wsparcie medyczne udzielane dzieciom					
lekarz	14	28%	12	24%	p = 0,65
hospitalizacja	9	18%	5	10%	p = 0,25
rehabilitacja	3	6%	1	2%	p = 0,31
fizykoterapia	4	8%	0	0%	p = 0,04*
Wsparcie w zakresie zdrowia psychicznego udzielane osobie badanej					
psycholog	34	68%	27	54%	p = 0,15
psychiatra	22	44%	12	24%	p = 0,03*
Wsparcie w zakresie zdrowia psychicznego udzielane dzieciom					
psycholog	24	48%	20	40%	p = 0,42
psychiatra	8	16%	7	14%	p = 0,78
Uczestnictwo osoby badanej w terapii					
małżeńska	21	42%	9	18%	p = 0,009*
indywidualna	20	40%	20	40%	p = 1
odwykowa	1	2%	3	6%	p = 0,31
szkoła dla rodziców	10	20%	4	8%	p = 0,08
Wsparcie udzielane dzieciom przez instytucje					
kurator	22	44%	10	20%	p = 0,01*
RODK	13	26%	9	18%	p = 0,33
dom dziecka	0	0%	1	2%	p = 0,31
Leczenie farmakologiczne osoby badanej					
leki przeciwbólowe	6	12%	8	16%	p = 0,56
leki nasenne	10	20%	7	14%	p = 0,42
leki antydepresyjne	21	42%	11	22%	p = 0,03*
inne leki	7	14%	10	20%	p = 0,42
Leczenie farmakologiczne dzieci					
leki przeciwbólowe	3	6%	4	8%	p = 0,70
leki antydepresyjne	6	12%	6	12%	p = 1
inne leki	7	14%	7	14%	p = 1

*p < 0,05

RODK- Rodzinny Ośrodek Diagnostyczno Konsultacyjny

Grupa A – osoby korzystające z mediacji; Grupa B – osoby niekorzystające z mediacji

Zmienną dotyczącą pojawienia się nowych objawów somatycznych zbadano za pomocą metryczki i potwierdzono podczas wywiadu ustrukturyzowanego. Jako najczęściej występujące, zaobserwowano zaburzenia pokarmowe, snu, nastroju oraz dolegliwości

bólowe. Nie odnotowano istotnych różnic pomiędzy grupami. W tabeli uwzględniono podział na pierwsze i kolejne dzieci w rodzinie ze względu na sugestie Juula [243] dotyczące odmiennego sposobu reagowania dzieci na konflikt pomiędzy rodzicami w zależności od kolejności pojawiania się ich w rodzinie. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela nr 4.

Tabela 4. Wyniki dotyczące pojawienia się nowych objawów somatycznych u osoby badanej, partnera i dzieci

	Grupa A		Grupa B		poziom istotności (p)
	liczba osób	n%	liczba osób	n%	
Zaobserwowane nowe objawy somatyczne u osoby badanej					
zaburzenia pokarmowe	25	50%	25	50%	p = 1
zaburzenia snu	20	40%	20	40%	p = 1
zaburzenia krążenia	7	14%	9	18%	p = 0,59
dolegliwości bólowe	17	34%	17	34%	p = 1
alergie	3	6%	2	4%	p = 0,65
przeziębienia	3	6%	2	4%	p = 0,65
zaburzenia nastroju	26	52%	19	38%	p = 0,16
brak objawów	6	12%	8	16%	p = 0,56
Zaobserwowane nowe objawy somatyczne u partnera					
zaburzenia pokarmowe	10	20%	6	12%	p = 0,28
zaburzenia snu	1	2%	1	2%	p = 1
urazy	0	0%	1	2%	p = 0,31
dolegliwości bólowe	3	6%	2	4%	p = 0,65
alergie	1	2%	2	4%	p = 0,56
przeziębienia	1	2%	1	2%	p = 1
zaburzenia nastroju	9	18%	3	6%	p = 0,06
brak objawów	1	2%	3	6%	p = 0,31
brak wiedzy o objawach	29	58%	32	64%	p = 0,54
Zaobserwowane nowe objawy somatyczne u pierwszego dziecka					
zaburzenia pokarmowe	3	6%	8	16%	p = 0,11
zaburzenia snu	2	4%	5	10%	p = 0,24
zaburzenia nastroju	13	26%	10	20%	p = 0,48
dolegliwości bólowe	5	10%	4	8%	p = 0,73

alergie	3	6%	4	8%	p = 0,70
przeziębienia	2	4%	3	6%	p = 0,65
brak objawów	24	48%	23	46%	p = 0,84
brak wiedzy o objawach	3	6%	2	4%	p = 0,65
Zaobserwowane nowe objawy somatyczne u pozostałych dzieci					
zaburzenia pokarmowe	2	4%	0	0%	p = 0,15
zaburzenia snu	0	0%	2	4%	p = 0,15
dolegliwości bólowe	3	6%	0	0%	p = 0,08
alergie	1	2%	2	4%	p = 0,65
przeziębienia	1	2%	1	2%	p = 1
zaburzenia nastroju	8	16%	6	12%	p = 0,56
brak objawów	20	40%	15	30%	p = 0,29
brak wiedzy o objawach	0	0%	2	4%	p = 0,15

Grupa A – osoby korzystające z mediacji; Grupa B – osoby niekorzystające z mediacji

Zmienną dotyczącą nasilenia się wcześniejszych objawów somatycznych zbadano za pomocą metryczki. Nie odnotowano znaczącego nasilenia się wcześniejszych objawów w żadnej z grup oraz istotnych różnic pomiędzy grupami. Szczegółowe wyniki przedstawiają tabele nr 5 i 5.1.

Tabela 5. Wyniki dotyczące nasilenia się wcześniejszych objawów somatycznych u osoby badanej, partnera i dzieci

	Grupa A		Grupa B		poziom istotności (p)
	liczba osób	n%	liczba osób	n%	
Zaobserwowane nasilenie wcześniejszych objawów somatycznych u osoby badanej					
zaburzenia pokarmowe	3	6%	1	2%	p = 0,31
zaburzenia snu	1	2%	0	0%	p = 0,31
zaburzenia krążenia	1	2%	2	4%	p = 0,56
dolegliwości bólowe	4	8%	5	10%	p = 0,73
alergie	1	2%	0	0%	p = 0,31
przeziębienia	2	4%	3	6%	p = 0,65
zaburzenia nastroju	3	6%	2	4%	p = 0,65
brak objawów	38	76%	40	80%	p = 0,63
Zaobserwowane nasilenie wcześniejszych objawów somatycznych u partnera					
zaburzenia pokarmowe	0	0%	3	6%	p = 0,08
strata zębów	0	0%	1	2%	p = 0,31

zaburzenia nastroju	3	6%	2	4%	p = 0,65
brak objawów	7	14%	8	16%	p = 0,78
brak wiedzy o objawach	43	86%	39	78%	p = 0,30
Zaobserwowane nasilenie wcześniejszych objawów somatycznych u dzieci					
zaburzenia pokarmowe	2	4%	0	0%	p = 0,15
dolegliwości bólowe	1	2%	0	0%	p = 0,31
przeziębienia	0	0%	1	2%	p = 0,31
zaburzenia nastroju	1	2%	0	0%	p = 0,31
brak objawów	46	92%	49	98%	p = 0,17
brak wiedzy o objawach	1	2%	3	6%	p = 0,31

Grupa A – osoby korzystające z mediacji; Grupa B – osoby niekorzystające z mediacji

Tabela 5.1. Wyniki dotyczące nasilenia się wcześniejszych objawów somatycznych u osoby badanej, partnera i dzieci

	Grupa A			Grupa B			poziom istotności (p)
	średnia (OS)	min–max	mediana	średnia (OS)	min–max	mediana	
osoba badana	7,08 (2,65)	1–10	8	6,56 (3,38)	1–10	8	p = 0,70
partner	3,22 (4,04)	0–10	0	2,48 (3,64)	0–10	1	p = 0,63
pierwsze dziecko	3,62 (3,43)	1–10	1,5	3,36 (3,47)	0–10	1	p = 0,34
pozostałe dzieci	3,66 (3,09)	1–10	2,5	3,54 (3,5)	0–10	1,5	p = 0,65

OS – odchylenie standardowe

Grupa A – osoby korzystające z mediacji; Grupa B – osoby niekorzystające z mediacji

Zmienną dotyczącą pojawienia się nowych i nasilenia wcześniejszych chorób zbadano za pomocą metryczki. Odnotowano istotną różnicę pomiędzy grupami dotyczącą pojawienia się nowych zdiagnozowanych chorób. W grupie B o 20% więcej osób zgłosiło wystąpienie u siebie nowej zdiagnozowanej choroby (p = 0,045). Różnica ta nie dotyczy nasilenia wcześniej zdiagnozowanych chorób. Jednocześnie wartości odnotowania są wysokie poziomy: 72% osób w grupie A i 70% w grupie B nieposiadających wiedzy na temat nowych chorób u współmałżonka (-ki). Szczegółowe wyniki przedstawia tabela nr 6.

Tabela 6. Wyniki dotyczące ilości nowych zdiagnozowanych chorób i ilości nasilenia się wcześniej zdiagnozowanych chorób u osoby badanej, partnera i dzieci

	Grupa A				Grupa B				poziom istotności (p)
	liczba osób chorych	n%	brak wiedzy	n%	liczba osób chorych	n%	brak wiedzy	n%	
Nowe zdiagnozowane choroby									
osoba badana	19	38%	–	–	29	58%	–	–	p = 0,045*
partner	8	16%	36	72%	12	24%	35	70%	p = 0,40
pierwsze dziecko	12	24%	2	4%	18	36%	2	4%	p = 0,42
pozostałe dzieci	4	12,12%	0	0%	5	18,52%	2	7,41%	p = 0,20
Nasilenie wcześniej zdiagnozowanych chorób									
osoba badana	5	10%	–	–	5	10%	–	–	p = 1
partner	1	2%	42	84%	1	2%	41	82%	p = 0,96
dzieci	0	0%	1	2%	2	4%	3	6%	p = 0,20

* p < 0,05

Grupa A – osoby korzystające z mediacji; Grupa B – osoby niekorzystające z mediacji

Grupy nie różnią się między sobą w zakresie ilości nowych zdiagnozowanych chorób u osoby badanej, partnera i dzieci. Szczegóły przedstawia tabela nr 6.1.

Tabela 6.1. Wyniki dotyczące ilości nowych zdiagnozowanych chorób u osoby badanej, partnera i dzieci

	Grupa A			Grupa B			poziom istotności (p)
	średnia (OS)	min–max	mediana	średnia (OS)	min–max	mediana	
osoba badana	3,78 (3,6)	1–10	1	4,68 (3,86)	1–10	4	p = 0,27
partner	1,96 (3,13)	0–10	0	1,56 (2,76)	0–10	1	p = 0,95
pierwsze dziecko	2,48 (2,95)	1–10	1	3,08 (3,43)	0–10	1	p = 0,73
pozostałe dzieci	2,21 (2,63)	1–10	1	3,03 (3,53)	0–10	1	p = 0,66

* p < 0,05

OS – odchylenie standardowe

Grupa A – osoby korzystające z mediacji; Grupa B – osoby niekorzystające z mediacji

Zmienną dotyczącą podejmowania zachowań agresywnych i autoagresywnych zbadało się za pomocą metryczki i uzupełniono podczas wywiadu ustrukturyzowanego. Najliczniej reprezentowane w obu badanych grupach były przejawy agresji biernej i fizycznej oraz uzależnienia. Istotną różnicę pomiędzy grupami zaobserwowano w częstotliwości występowania uzależnień u dzieci (p = 0,01), które miały miejsce ośmiokrotnie częściej

u dzieci rodziców z grupy B. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela nr 7.

Tabela 7. Wyniki dotyczące podejmowania zachowań agresywnych i autoagresywnych przez osobę badaną, partnera i dzieci

	Grupa A		Grupa B		poziom istotności (p)
	liczba osób	n%	liczba osób	n%	
Zaobserwowane przez osobę badaną własne agresywne i autoagresywne zachowania					
agresja bierna	11	22%	13	26%	p = 0,64
agresja słowna	16	32%	10	20%	p = 0,17
agresja fizyczna	4	8%	7	14%	p = 0,34
samouszkodzenia	4	8%	8	16%	p = 0,22
ekstremalne zachowania	5	10%	6	12%	p = 0,75
uzależnienia	10	20%	11	22%	p = 0,81
zdrady	1	2%	1	2%	p = 1
brak zachowań	14	28%	13	26%	p = 0,81
Zaobserwowane przez osobę badaną agresywne i autoagresywne zachowania partnera					
agresja bierna	12	24%	12	24%	p = 1
agresja słowna	23	46%	21	42%	p = 0,69
agresja fizyczna	11	22%	16	32%	p = 0,26
samouszkodzenia	3	6%	5	10%	p = 0,46
ekstremalne zachowania	4	8%	6	12%	p = 0,50
uzależnienia	11	22%	19	38%	p = 0,08
zdrady	7	14%	3	6%	p = 0,18
przemoc psychiczna	2	4%	0	0%	p = 0,15
przemoc ekonomiczna	1	2%	2	4%	p = 0,56
brak wiedzy	5	10%	2	4%	p = 0,24
brak zachowań	2	4%	5	10%	p = 0,24
Zaobserwowane przez osobę badaną agresywne i autoagresywne zachowania dzieci					
agresja bierna	11	22%	11	22%	p = 1
agresja słowna	8	16%	9	18%	p = 0,79
agresja fizyczna	3	6%	8	16%	p = 0,11
samouszkodzenia	8	16%	4	8%	p = 0,22
ekstremalne zachowania	3	6%	4	8%	p = 0,70
uzależnienia	1	2%	8	16%	p = 0,01*
brak wiedzy	26	52%	21	42%	p = 0,32

* p < 0,05

Grupa A – osoby korzystające z mediacji; Grupa B – osoby niekorzystające z mediacji

Zmienna dotycząca komunikacji słownej w rodzinie podczas sytuacji okołorozwodowej została zbadana za pomocą wywiadu ustrukturyzowanego. Nie odnotowano istotnych różnic pomiędzy grupami. Warto odnotowania jest fakt, iż w grupie A 66% osób badanych, a w grupie B –60%, oceniło komunikaty słowne małżonka jako ocenę ich tożsamości (przykłady pejoratywnych ocen pochodzących z wywiadu ustrukturyzowanego i dotyczących: 1) pochodzenia – „Powinnaś mi dziękować, że wyciągnąłem cię z bagna w którym się wychowywałaś”; 2) światopoglądu – „Przestałaś wierzyć w Boga, więc nie mogę pozwolić byś wychowywała nasze dzieci”; 3) charakteru – „dusigrosz”, „oszustka” i 4) cech fizycznych „Popatrz na siebie jaka jesteś gruba”). Ponad połowa rodziców z obu grup deklaruje udzielanie wsparcia dziecku i jednocześnie nisko oceniła komunikaty drugiego rodzica w zakresie wspierania dziecka. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela nr 8.

Tabela 8. Wyniki dotyczące komunikacji pomiędzy małżonkami i dziećmi w rodzinie

	Grupa A		Grupa B		poziom istotności (p)
	liczba osób	n%	liczba osób	n%	
Słowa słyszane od partnera					
wsparcie	0	0%	1	2%	p = 0,31
milczenie	3	6%	5	10%	p = 0,46
ocena zachowania	5	10%	9	18%	p = 0,25
ocena pełnionej roli	4	8%	2	4%	p = 0,40
ocena tożsamości	33	66%	30	60%	p = 0,53
groźby	5	10%	3	6%	p = 0,46
Słowa wypowiedane do partnera					
wsparcie	3	6%	0	0%	p = 0,08
milczenie	6	12%	6	12%	p = 1
ocena zachowania	16	32%	14	28%	p = 0,66
ocena pełnionej roli	2	4%	1	2%	p = 0,56
ocena tożsamości	22	44%	26	52%	p = 0,42
groźby	1	2%	2	4%	p = 0,56
brak pamięci	0	0%	1	2%	p = 0,31
Słowa wypowiedane do dziecka przez osobę badaną					
wsparcie	37	74%	30	60%	p = 0,14
milczenie	6	12%	6	12%	p = 1

ocena zachowania	1	2%	5	10%	p = 0,09
ocena tożsamości	2	4%	3	6%	p = 0,65
groźby	0	0%	1	2%	p = 0,31
włączanie w konflikt	4	8%	5	10%	p = 0,73
Słowa wypowiedziane do dziecka przez partnera					
wsparcie	11	22%	7	14%	p = 0,30
milczenie	3	6%	7	14%	p = 0,18
ocena zachowania	0	0%	2	4%	p = 0,15
ocena tożsamości	11	22%	12	24%	p = 0,81
groźby	3	6%	2	4%	p = 0,65
włączanie w konflikt	12	24%	9	18%	p = 0,46
brak wiedzy	10	20%	11	22%	p = 0,81

Grupa A – osoby korzystające z mediacji; Grupa B – osoby niekorzystające z mediacji

Zmienna dotycząca stopnia nasilenia się emocji negatywnych oraz zachowań agresywnych i autoagresywnych podejmowanych przez członków rodziny została zbadana za pomocą metryczki i wywiadu ustrukturyzowanego. W obu badanych grupach średnie nasilenie się emocji negatywnych, zachowań agresywnych i autoagresywnych były na zbliżonym poziomie. Osoby badane wysoko, z średnią 8,9 (OS 1,75) w grupie A oraz 8,74 (OS 1,88) w grupie B w 10-punktowej skali, oceniały nasilenie się własnych negatywnych emocji. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela nr 9.

Tabela 9. Wyniki dotyczące nasilenia się negatywnych emocji, podejmowania zachowań autoagresywnych i agresywnych u osoby badanej, partnera i dzieci

	Grupa A			Grupa B			poziom istotności (p)
	średnia (OS)	min–max	me-diana	średnia (OS)	min–max	me-diana	
Stopień nasilenia się emocji negatywnych							
osoba badana	8,9 (1,75)	1–10	10	8,74 (1,88)	1–10	9	p = 0,59
partner	7,18 (3,85)	0–10	9	6,26 (3,93)	0–10	8	p = 0,19
pierwsze dziecko	7,04 (2,7)	1–10	8	6,38 (3,25)	0–10	7	p = 0,38
pozostałe dzieci	6,63 (2,8)	1–10	7	6,03 (3,08)	0–10	6	p = 0,48
Stopień nasilenia się zachowań autoagresywnych							
osoba badana	4,82 (3,4)	1–10	5	4,82 (3,42)	1–10	5	p = 0,82
partner	4,56 (3,97)	0–10	5	3,74 (3,89)	0–10	1	p = 0,44

pierwsze dziecko	3,18 (3,26)	1–10	1	3,82 (3,08)	0–10	2,5	p = 0,28
pozostałe dzieci	2,88 (2,93)	1–10	1	3,43 (3,04)	0–10	1	p = 0,37
Stopień nasilenia się zachowań agresywnych							
osoba badana	3,38 (2,78)	1–10	2	4,48 (3,56)	1–10	4	p = 0,27
partner	5,5 (3,63)	0–10	6	4,52 (4,1)	0–10	3	p = 0,37
pierwsze dziecko	3,44 (3,03)	1–10	2	3,44 (3,3)	0–10	1	p = 0,69
pozostałe dzieci	2,94 (2,57)	1–9	2	3,61 (3,3)	1–10	2	p = 0,58

OS – odchylenie standardowe

Grupa A – osoby korzystające z mediacji; Grupa B – osoby niekorzystające z mediacji

Zmienna dotycząca rozpoznania i opisu emocji własnych, partnera i dzieci została zbadana za pomocą wywiadu ustrukturyzowanego w dwóch etapach. Na pierwszym etapie osoba badana dokonywała samodzielnego rozpoznania i nazwania emocji. Na drugim etapie mediator odzwierciedlał prawdopodobnie występujące emocje własne i członków rodziny, pomagając osobie badanej w ich rozpoznaniu i nazwaniu. Nie odnotowano różnic pomiędzy grupami w tych obszarach. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela nr 10.

Tabela 10. Wyniki dotyczące ilości emocji własnych, partnera i dzieci opisanych samodzielnie przez osobę badaną oraz przy wsparciu mediatora

	Grupa A			Grupa B			poziom istotności (p)
	średnia (OS)	min–max	mediana	średnia (OS)	min–max	mediana	
Ilość emocji opisanych samodzielnie przez osobę badaną							
własne	2,30 (1,72)	0–9	2	2,66 (1,57)	1–7	2,5	p = 0,23
partnera	1,44 (1,23)	0–5	1	1,16 (0,93)	0–4	1	p = 0,37
dzieci	2,14 (1,18)	0–5	2	2,14 (1,37)	0–5	2	p = 0,96
Ilość emocji opisanych przez osobę badaną przy wsparciu mediatora							
własne	7,74 (3,64)	2–24	7	7,86 (2,92)	2–16	8	p = 0,47
partnera	5,28 (2,58)	0–10	6	5,06 (2,57)	0–13	5	p = 0,51
dzieci	6,38 (2,63)	0–13	6,5	6,44 (3,67)	0–17	5,5	p = 0,57

OS – odchylenie standardowe

Grupa A – osoby korzystające z mediacji; Grupa B – osoby niekorzystające z mediacji

Zmienna dotycząca rozpoznania i nazwania potrzeb własnych, partnera i dzieci została zbadana za pomocą wywiadu ustrukturyzowanego w dwóch etapach. Na pierwszym etapie osoba badana dokonywała samodzielnego rozpoznania i nazwania niezaspokojonych potrzeb własnych i pozostałych członków rodziny. Na drugim etapie mediator reformułował oceny i oskarżenia, wypowiedane przez osobę badaną i słyszane od partnera, w ich potencjalne potrzeby. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela nr 11.

Tabela 11. Wyniki dotyczące ilości potrzeb własnych opisanych przez osobę badaną samodzielnie oraz przy wsparciu mediatora

	Grupa A			Grupa B			poziom istotności (p)
	średnia (OS)	min-max	mediana	średnia (OS)	min-max	mediana	
Ilość potrzeb opisanych samodzielnie przez osobę badaną							
własne	2,30 (1,47)	0-6	2	2,18 (1,21)	0-6	2	p = 0,98
part-nera	1,30 (0,97)	0-5	1	1,26 (1,19)	0-5	1	p = 0,56
dzieci	1,56 (0,99)	0-4	1	1,98 (1,44)	0-7	2	p = 0,19
Ilość potrzeb opisanych przez osobę badaną przy wsparciu mediatora							
własne	7,78 (3,19)	3-16	7	6,78 (2,41)	1-12	7	p = 0,25
part-nera	3,68 (2,08)	0-9	4	4,04 (2,26)	1-10	4	p = 0,61
dzieci	5,46 (2,72)	0-16	6	5,84 (3,01)	0-13	6	p = 0,61

OS – odchylenie standardowe

Grupa A – osoby korzystające z mediacji; Grupa B – osoby niekorzystające z mediacji

5.2 Statystyka opisowa dla zmiennych zależnych

Wyniki dotyczące poziomu i wymiarów aleksytymii, badanych za pomocą TAS-26, w obydwu grupach osiągały zbliżone wartości. Średnia wartość punktów dla wyniku ogólnego w grupie A wynosiła 60,9 (OS 9,8), a w grupie B – 59,8 (OS 12,1). Szczegółowe wyniki przedstawia tabela nr 12.

Tabela 12. Wyniki dotyczące poziomu i wymiarów aleksytymii zebrane za pomocą TAS-26

TAS-26	Grupa A			Grupa B			poziom istotności (p)
	średnia (OS)	przedział ufności (95%)	min-max	średnia (OS)	przedział ufności (95%)	min-max	
trudności w identyfikacji uczuć	24,1 (7,3)	22-26,1	15-41	24,2 (7,3)	22,1-26,3	15-51	p = 0,92
wyobrażenia	13,7 (4,6)	12,4-15,1	5-24	12,6 (4,9)	11,2-13,9	5-25	p = 0,22
operacyjny styl myślenia	13,1 (3,5)	12,1-14,1	5-21	12,7 (2,6)	11,9-13,4	9-19	p = 0,70
trudności w opisywaniu uczuć	9,9 (3)	9,1-10,8	5-18	10,4 (4,2)	9,2-11,6	5-22	p = 0,71
wynik ogólny	60,9 (9,8)	58,1-63,7	44-84	59,8 (12,1)	56,4-63,3	34-88	p = 0,75
osoby powyżej punktu odcięcia (78)	(4%)			(2%)			p = 0,56

OS – odchylenie standardowe

Grupa A – osoby korzystające z mediacji; Grupa B – osoby niekorzystające z mediacji

Średnie wartości punktów określające zdolność rozumienia emocji, mierzone za pomocą TRE, w grupie A osiągnęły poziom 16,9 (OS 3,9), a w grupie B wyniosły 17,8 (OS 3,9). Nie odnotowano różnic pomiędzy grupami. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela nr 13.

Tabela 13. Wyniki dotyczące poziomu rozumienia emocji zebrane za pomocą TRE

TRE	Grupa A			Grupa B			poziom istotności (p)
	średnia (OS)	przedział ufności (95%)	min-max	średnia (OS)	przedział ufności (95%)	min-max	
wynik ogólny	16,9 (3,9)	15,7-17,9	9-27	17,8 (3,9)	16,7-18,9	9-26	p = 0,16

OS – odchylenie standardowe

Grupa A – osoby korzystające z mediacji; Grupa B – osoby niekorzystające z mediacji

Średnia wartość punktów określająca ilość i natężenie symptomów fizycznych, mierzona za pomocą SDQ-20, w grupie A osiągnęła poziom 23,7 (OS 8), a w grupie B poziom 24,1 (OS 6,2). Nie odnotowano różnic pomiędzy grupami. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela nr 14.

Tabela 14. Wyniki dotyczące występowania symptomów fizycznych zebrane za pomocą SDQ-20

SDQ-20	Grupa A			Grupa B			poziom istotności (p)
	średnia (OS)	przedział ufności (95%)	min-max	średnia (OS)	przedział ufności (95%)	min-max	
wynik ogólny	23,7 (8)	21,4-25,9	18-52	24,1 (6,2)	22,4-25,9	18-46	p = 0,12
powyżej punktu odcięcia (29,5)	(20%)			(16%)			p = 0,60

OS – odchylenie standardowe

Grupa A – osoby korzystające z mediacji; Grupa B – osoby niekorzystające z mediacji

Istotna różnica pomiędzy grupami dotyczy jedynie czasu dokonywania samouszkodzeń. Osoby z grupy B częściej dokonywały aktów autoagresji w roku bieżącym (p = 0,03), niż w latach wcześniejszych. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela nr 15.

Tabela 15. Wyniki dotyczące obecności samouszkodzeń, czasu ich podejmowania, sposobu działania oraz odczuwania bólu zebrane za pomocą Inwentarza Pytań Dotyczących Samouszkodzeń Ciała Część I

Inwentarz Pytań Dotyczących Samouszkodzeń Ciała Część I	Grupa A		Grupa B		poziom istotności (p)
	liczba osób	n%	liczba osób	n%	
Obecność samouszkodzenia	15	30%	20	40%	p = 0,29
Czas podjęcia samouszkodzenia					
dokonane w tym roku	7	46,67%	16	80%	p = 0,03*
dokonane dawniej	8	53,33%	4	20%	p = 0,22
Sposób działania					
zaplanowane	2	13,33%	6	30%	p = 0,14
spontaniczne	13	86,67%	14	70%	p = 0,82
świadome	6	40%	9	45%	p = 0,40
bezwiedne	9	60%	11	55%	p = 0,62
Odczuwanie bólu					
obecność bólu	5	33,33%	7	35%	p = 0,54
brak bólu	8	53,33%	10	50%	p = 0,60
ból zależał od sytuacji	2	13,33%	3	15%	p = 0,65

* p < 0,05

Grupa A – osoby korzystające z mediacji; Grupa B – osoby niekorzystające z mediacji

Nie zaobserwowano różnic pomiędzy grupami dotyczących funkcji jakie pełniły podejmowane samouszkodzenia. Warto odnotowania jest 30% obecność samouszkodzeń w grupie A i 40% ich występowanie w grupie B. Spośród osób podejmujących samouszkodzenie 100% osób w grupie A i 95% liczba osób w grupie B dokonywało aktów auto-agresji w celu rozładowania napięcia emocjonalnego. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela nr 15.1.

Tabela 15.1. Wyniki dotyczące funkcji podejmowanego samouszkodzenia i jego natężenia zebrane za pomocą Inwentarza Twierdzeń Dotyczących Samouszkodzeń Ciała Część II

Inwentarz Twierdzeń Dotyczących Samouszkodzeń Ciała Część II	Grupa A		Grupa B		poziom istotności (p)
	liczba osób	n%	liczba osób	n%	
Obecność samouszkodzenia	15	30%	20	40%	p = 0,29
Funkcja podejmowanego samouszkodzenia					
napięciowe	15	100%	19	95%	p = 0,16
nie napięciowe	0	0%	1	5%	p = 0,31
Natężenie funkcji podejmowanego samouszkodzenia					

dotyczy w całości	10	66,67%	12	60%	p = 0,63
dotyczy częściowo	5	33,33%	8	40%	p = 0,37

Grupa A – osoby korzystające z mediacji; Grupa B – osoby niekorzystające z mediacji

Pomiędzy grupami nie zaobserwowano istotnych różnic dotyczących zachowań komunikacyjnych w małżeństwie, zarówno pod względem wyniku ogólnego, jak i poszczególnych domen KKM. Średnia wartość punktów dla wyniku ogólnego KKM w grupie A osiągnęła poziom 70,2 (OS 22,3), a w grupie B wyniosła 70,7 (OS 20,7). Szczegółowe wyniki przedstawia tabela nr 16.

Tabela 16. Wyniki dotyczące zachowań komunikacyjnych w małżeństwie zebrane za pomocą KKM

KKM	Grupa A			Grupa B			poziom istotności (p)
	średnia (OS)	przedział ufności (95%)	min–max	średnia (OS)	przedział ufności (95%)	min–max	
wsparcie	22,3 (8,8)	19,8–24,8	10–46	22 (7,8)	19,8–24,3	10–45	p = 0,97
zaangażowanie	18 (6,7)	16,1–19,3	9–37	19,1 (6,7)	17,2–21	9–43	p = 0,35
deprecjacja	35,9 (10,5)	32,9–38,9	13–54	35,3 (9,6)	32,6–38	15–52	p = 0,76
wynik ogólny	70,2 (22,3)	63,9–76,5	32–136	70,7 (20,7)	64,8–76,6	34–138	p = 0,73

OS – odchylenie standardowe

Grupa A – osoby korzystające z mediacji; Grupa B – osoby niekorzystające z mediacji

Zastosowanie skali stenowej pozwoliło na interpretację poziomu osiąganego w trzech ocenianych wymiarach komunikacji małżeńskiej. Nie stwierdzono istotnych różnic pomiędzy grupami. Warto odnotowania jest jednak występowanie bardzo niskich poziomów wsparcia i zaangażowania partnera odczuwanego przez osoby badane oraz bardzo wysoki poziom odczuwania deprecjacji w obu grupach. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela nr 16.1.

Tabela 16.1. Wyniki dotyczące domen wsparcia, zaangażowania i deprecjacji w małżeństwie zebrane za pomocą KKM w odniesieniu do norm stenowych

	Poziom				
	bardzo niski	niski	przeciętny	wysoki	bardzo wysoki
Domena wsparcia (poziom istotności p = 0,55)					
Grupa A	41	6	2	1	0
	82%	14%	4%	2%	0%
Grupa B	42	7	0	1	0
	84%	14%	0%	2%	0%

Domena zaangażowania (poziom istotności $p = 0,44$)					
Grupa A	37	9	3	1	0
	74%	18%	6%	2%	0%
Grupa B	35	13	1	0	1
	70%	26%	2%	0%	2%
Domena deprecjacji (poziom istotności $p = 0,85$)					
Grupa A	1	3	3	12	31
	2%	6%	6%	24%	62%
Grupa B	0	4	3	14	29
	0%	8%	6%	28%	58%

Grupa A – osoby korzystające z mediacji; Grupa B – osoby niekorzystające z mediacji

Średnia wartość punktów dla wyniku ogólnego KPS wyniosła 73,1 (OS 18,3) w grupie A, a w grupie B osiągnęła poziom 72,6 (OS 18,6). Nie zaobserwowano istotnych różnic pomiędzy grupami dotyczących poszczególnych podskal stresu. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela nr 17.

Tabela 17. Dane dotyczące wyniku ogólnego i dla podskal zebrane za pomocą KPS

KPS	Grupa A			Grupa B			poziom istotności (p)
	średnia (OS)	przedział ufności (95%)	min–max	średnia (OS)	przedział ufności (95%)	min–max	
napięcie emocjonalne	23,5 (7)	21,5–25,5	7–35	21,9 (7,6)	19,8–24,1	7–35	$p = 0,31$
stres zewnętrzny	25,2 (7,1)	23,2–27,2	9–35	25,6 (6,5)	23,8–27,5	12–35	$p = 0,84$
stres intrapsy- chiczny	24,4 (6,7)	22,5–26,3	10–35	25 (6,9)	23,1–26,9	10–35	$p = 0,67$
skala kłamstwa	17,3 (4,8)	15,9–18,7	7–29	17,9 (5,1)	16,5–19,4	7–29	$p = 0,40$
wynik ogólny	73,1 (18,3)	67,9–78,2	31–104	72,6 (18,6)	67,3–77,9	33–104	$p = 0,96$

OS – odchylenie standardowe

Grupa A – osoby korzystające z mediacji; Grupa B – osoby niekorzystające z mediacji

Średnia wartość punktów dotycząca poziomu nadziei podstawowej, mierzona za pomocą BHI-12, dla wyniku ogólnego w grupie A osiągnęła poziom 31,0 (OS 3,8), a w grupie B 31,5 (OS 3,5). Nie zaobserwowano istotnych różnic pomiędzy grupami. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela nr 18.

Tabela 18. Wyniki dotyczące poziomu nadziei podstawowej zebrane za pomocą Kwestionariusza BHI-12

BHI-12	Grupa A			Grupa B			poziom istotności (p)
	średnia (OS)	przedział ufności (95%)	min-max	średnia (OS)	przedział ufności (95%)	min-max	
wynik ogólny	31 (3,8)	29,9–32,1	19–38	31,5 (3,5)	30,6–32,5	22–40	p = 0,46

OS – odchylenie standardowe

Grupa A – osoby korzystające z mediacji; Grupa B – osoby niekorzystające z mediacji

5.3 Zależności pomiędzy zmiennymi niezależnymi, a zależnymi

Poniżej przedstawiono analizę korelacji pomiędzy danymi społeczno-demograficznymi oraz dotyczącymi sprawy rozwodowej, a poziomem i wymiarami aleksytymii, podejmowaniem zachowań autoagresywnych oraz nasileniem symptomów somatycznych u małżonków w sytuacji rozwodu.

W obszarze zależności pomiędzy zmiennymi dotyczącym płci i wieku badanych oraz liczbą posiadanych przez nich dzieci, a TAS-26, KKM i KPS zaobserwowano istotne statystycznie zależności. Analiza liniowej współzależności zmiennych, przeprowadzona za pomocą współczynnika r_S Spearmana, wykazała w grupie A słabą ujemną korelację pomiędzy wiekiem, a domeną zaangażowania KKM ($r_S = -0,30$) oraz podskalą stresu intrapsychnicznego KPS ($r_S = -0,31$). Również w grupie A zaobserwowano słabą ujemną korelację pomiędzy liczbą dzieci, a domenami KKM: wsparcia ($r_S = -0,39$) oraz zaangażowania ($r_S = -0,37$), dodatnią korelację dla domeny deprecjacji ($r_S = 0,50$) oraz ujemną korelację dla wyniku ogólnego ($r_S = -0,50$). W grupie A zaobserwowano słabą ujemną korelację pomiędzy liczbą dzieci, a podskalą stresu intrapsychnicznego KPS ($r_S = -0,31$). W grupie B występuje natomiast słaba ujemna korelacja ($r_S = -0,32$) pomiędzy wiekiem rodzica, a podskalą wyobraźni TAS-26. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela nr 19.

Tabela 19. Wyniki dotyczące zależności pomiędzy zmiennymi płeć, wiek i liczba dzieci, a danymi zebranymi za pomocą kwestionariuszy

	Płeć		Wiek		Liczba dzieci	
	grupa A	grupa B	grupa A	grupa B	grupa A	grupa B
TAS-26						
trudności w identyfikacji uczuć	p = 0,71	p = 0,87	$r_S = -0,05$ p = 0,73	$r_S = -0,04$ p = 0,63	$r_S = 0,13$ p = 0,38	$r_S = 0,21$ p = 0,15
wyobraźnia	p = 0,91	p = 0,76	$r_S = 0,19$ p = 0,18	$r_S = -0,32$ p = 0,03*	$r_S = -0,09$ p = 0,53	$r_S = -0,13$ p = 0,37
operacyjny styl myślenia	p = 0,57	p = 0,23	$r_S = -0,05$ p = 0,71	$r_S = -0,04$ p = 0,78	$r_S = -0,07$ p = 0,61	$r_S = -0,11$ p = 0,44

trudności w opisywaniu uczuć	p = 0,84	p = 0,28	rS = -0,03 p = 0,86	rS = 0,02 p = 0,87	rS = -0,18 p = 0,22	rS = -0,06 p = 0,69
wynik ogólny	p = 0,91	p = 0,51	rS = 0,06 p = 0,69	rS = -0,13 p = 0,36	rS = -0,3 p = 0,82	rS = 0,10 p = 0,49
osoby powyżej punktu odcięcia (78)	p = 0,39	p = 0,77	p = 0,98	p = 1	–	–
TRE						
wynik ogólny	p = 0,74	p = 0,63	rS = 0,11 p = 0,45	rS = -0,27 p = 0,06	rS = 0,12 p = 0,41	rS = 0,10 p = 0,50
SDQ-20						
wynik ogólny	p = 0,38	p = 0,44	rS = 0,15 p = 0,31	rS = -0,02 p = 0,91	rS = 0,04 p = 0,78	rS = 0,27 p = 0,06
powyżej punktu odcięcia (29,5)	p = 0,63	p = 0,36	p = 0,58	p = 0,75	p = 0,63	p = 0,26
Inwentarz Pytań Dotyczących Samouszkodzeń Ciała Część I						
obecność samouszkodzenia	p = 0,94	p = 0,67	p = 0,66	p = 0,59	p = 0,51	p = 0,38
w tym roku/dawniej	p = 0,88	p = 0,26	p = 0,10	p = 0,26	p = 0,38	p = 0,29
zaplanowane/spontaniczne	p = 0,42	p = 0,33	p = 0,15	p = 0,71	p = 0,85	p = 0,11
świadome/bezwiedne	p = 0,09	p = 0,88	p = 0,38	p = 0,59	p = 0,45	p = 0,33
ból/brak bólu/ból zależy	p = 0,24	p = 0,79	p = 0,98	p = 0,79	p = 0,91	p = 0,34
Inwentarz Twierdzeń Dotyczących Samouszkodzeń Ciała Część II						
napięciowe/ nie napięciowe	wszyscy napięciowe	p = 0,73	wszyscy napięciowe	p = 1	wszyscy napięciowe	p = 0,79
dotyczy: częściowo/w całości	p = 0,41	p = 0,76	p = 0,76	p = 0,82	p = 0,74	p = 0,17
KKM						
wsparcie	p = 0,15	p = 0,30	rS = -0,21 p = 0,14	rS = -0,01 p = 0,94	rS = -0,39 p = 0,005*	rS = -0,08 p = 0,55
zaangażowanie	p = 0,14	p = 0,65	rS = -0,30 p = 0,03	rS = 0,09 p = 0,53	rS = -0,37 p = 0,009*	rS = 0,02 p = 0,90
deprecjacja	p = 0,43	p = 0,86	rS = 0,06 p = 0,70	rS = -0,01 p = 0,99	rS = 0,50 p = 0,0003*	rS = 0,15 p = 0,28
wynik ogólny	p = 0,17	p = 0,77	rS = -0,19 p = 0,19	rS = -0,10 p = 0,95	rS = -0,50 p = 0,00007*	rS = -0,07 p = 0,61
KPS						
napięcie emocjonalne	p = 0,65	p = 0,93	rS = -0,09 p = 0,54	rS = 0,04 p = 0,78	rS = -0,11 p = 0,45	rS = 0,11 p = 0,46
stres zewnętrzny	p = 0,89	p = 0,68	rS = 0,11 p = 0,47	rS = 0,06 p = 0,69	rS = -0,19 p = 0,19	rS = 0,03 p = 0,85
stres intrapsychiczny	p = 0,89	p = 0,17	rS = -0,31 p = 0,03*	rS = 0,14 p = 0,32	rS = -0,31 p = 0,03*	rS = 0,09 p = 0,52
skala kłamstwa	p = 0,49	p = 0,94	rS = 0,05 p = 0,74	rS = 0,10 p = 0,48	rS = 0,22 p = 0,12	rS = -0,24 p = 0,10

wynik ogólny	p = 0,76	p = 0,43	rS = -0,09 p = 0,53	rS = 0,05 p = 0,75	rS = -0,22 p = 0,13	rS = 0,06 p = 0,66
BHI-12						
wynik ogólny	p = 0,39	p = 0,54	rS = -0,14 p = 0,32	rS = -0,01 p = 0,93	rS = -0,05 p = 0,73	rS = -0,01 p = 0,10

* p < 0,05;

OS – odchylenie standardowe;

Grupa A – osoby korzystające z mediacji; Grupa B – osoby niekorzystające z mediacji

W obszarze zależności pomiędzy zmiennymi dotyczącymi długości stażu małżeńskiego, a KKM zaobserwowano istotną statystycznie zależność. Analiza liniowej współzależności zmiennych wykazała w grupie A słabą ujemną korelację pomiędzy długością stażu małżeńskiego, a domeną zaangażowania (rS = -0,34). Szczegółowe wyniki przedstawia tabela nr 20.

Tabela 20. Wyniki przedstawiające zależności pomiędzy zmiennymi dotyczącymi poziomu wykształcenia, długości stażu małżeńskiego i statusu materialnego, a danymi zebranymi za pomocą kwestionariuszy

	Wykształcenie		Staż małżeński		Status materialny	
	grupa A	grupa B	grupa A	grupa B	grupa A	grupa B
TAS-26						
trudności w identyfikacji uczuć	p = 0,01*	p > 0,05	rS = 0,03 p = 0,84	rS = -0,06 p = 0,68	p = 0,02*	p = 0,052
wyobrażenia	p > 0,05	p > 0,05	rS = 0,22 p = 0,12	rS = -0,14 p = 0,32	p = 0,84	p = 0,49
operacyjny styl myślenia	p > 0,05	p > 0,05	rS = -0,19 p = 0,19	rS = 0,01 p = 0,96	p = 0,71	p = 0,50
trudności w opisywaniu uczuć	p > 0,05	p > 0,05	rS = -0,05 p = 0,74	rS = -0,15 p = 0,31	p = 0,07	p = 0,054
wynik ogólny	p > 0,05	p > 0,05	rS = 0,15 p = 0,29	rS = -0,03 p = 0,84	p = 0,01*	p = 0,08
powyżej punktu odcięcia (78)	p = 0,81	p = 0,23	p = 0,65	p = 1	p = 0,08	p = 0,16
TRE						
wynik ogólny	p > 0,05	p = 0,14	rS = -0,08 p = 0,56	rS = 0,17 p = 0,23	p = 0,05	p = 0,13
SDQ-20						
wynik ogólny	p > 0,05	p > 0,05	rS = 0,01 p = 0,94	rS = -0,21 p = 0,14	p = 0,05	p = 0,35
powyżej punktu odcięcia (29,5)	p = 0,08	p = 0,67	p = 0,53	p = 0,92	p = 0,004*	p = 0,82
Inwentarz Pytań Dotyczących Samouszkodzeń Ciała Część I						
obecność samouszkodzenia	p = 0,74	p = 0,70	p = 0,43	p = 0,77	p = 1	p = 0,46
w tym roku/dawniej	p = 0,98	p = 0,43	p = 0,60	p = 0,008*	p = 0,83	p = 0,49
zaplanowane/spontaniczne	p = 0,66	p = 0,85	p = 0,70	p = 0,17	p = 0,21	p = 0,11

świadome/bezwiedne	p = 0,25	p = 0,43	p = 0,81	p = 0,18	p = 0,67	p = 0,19
ból/brak bólu/ból zależy	p = 0,17	p = 0,88	p = 0,12	p = 0,92	p = 0,43	p = 0,96
Inwentarz Twierdzeń Dotyczących Samouszkodzeń Ciała Część II						
napięciowe/nie napięciowe	wszyscy napięciowe	p = 0,84	wszyscy napięciowe	p = 1	wszyscy napięciowe	p = 0,21
dotyczy: częściowo/w całości	p = 0,92	p = 1	p = 0,42	p = 0,26	p = 0,26	p = 0,46
KKM						
wsparcie	p > 0,05	p > 0,05	rS = -0,17 p = 0,25	rS = -0,05 p = 0,74	p > 0,05	p > 0,05
zaangażowanie	p > 0,05	p > 0,05	rS = -0,34 p < 0,02*	rS = -0,06 p = 0,67	p > 0,05	p > 0,05
deprecjacja	p > 0,05	p > 0,05	rS = 0,10 p = 0,49	rS = 0,01 p = 0,99	p > 0,05	p > 0,05
wynik ogólny	p = 0,42	p = 0,04*	rS = -0,21 p = 0,13	rS = -0,07 p = 0,63	p > 0,05	p > 0,05
KPS						
napięcie emocjonalne	p = 0,57	p = 0,45	rS = -0,01 p = 0,95	rS = 0,18 p = 0,21	p = 0,65	p = 0,65
stres zewnętrzny	p = 0,58	p = 0,08	rS = 0,05 p = 0,75	rS = 0,21 p = 0,15	p < 0,05*	p = 0,007*
stres intrapsychiczny	p = 0,52	p = 0,16	rS = -0,24 p = 0,09	rS = 0,19 p = 0,19	p > 0,05	p = 0,04*
skala kłamstwa	p = 0,42	p = 0,34	rS = 0,01 p = 0,96	rS = 0,01 p = 0,96	p > 0,05	p > 0,05
wynik ogólny	p = 0,42	p = 0,45	rS = -0,08 p = 0,58	rS = 0,16 p = 0,27	p > 0,05	p = 0,01*
BHI-12						
wynik ogólny	p > 0,05	p > 0,05	rS = -0,18 p = 0,20	rS = 0,19 p = 0,20	p = 0,21	p = 0,06

* p < 0,05

Grupa A – osoby korzystające z mediacji; Grupa B – osoby niekorzystające z mediacji

Wykazano zależności pomiędzy poziomem wykształcenia, a poziomem aleksytymii mierzonym za pomocą TAS-26 ($p > 0,05$ w grupach A i B). Porównania wielokrotne wykazały, że zależności te w grupie A dotyczą różnic w zakresie wyniku ogólnego TAS-26 pomiędzy osobami z wykształceniem zawodowym i wyższym ($p = 0,005$, wyniki 41 u jednej osoby z wykształceniem zawodowym i 21,97 (5,81) u osób z wykształceniem wyższym). Następnie pomiędzy osobami z wykształceniem średnim i wyższym ($p < 0,005$, wyniki 21,97 (5,81) u osób z wykształceniem wyższym i 27,87 (7,65) u osób z wykształceniem średnim). W grupie B zależności te dotyczą różnic w zakresie wyniku ogólnego TAS-26 pomiędzy osobami z wykształceniem średnim i wyższym ($p < 0,008$, wyniki 67,08 (OS 9,3) u osób z wykształceniem średnim i 56,89 (OS 11,95) u osób

z wykształceniem wyższym). Szczegółowe wyniki przedstawia tabela nr 21.

Tabela 21. Dane dotyczące zależności pomiędzy poziomem wykształcenia, a TAS-26 w grupach A i B

	Wykształcenie			
Wykształcenie	średnie	wyższe	zawodowe	średnia (OS)
Grupa A				
średnie	–	$p < 0,005^*$	$p = 0,05$	27,87(7,65)
wyższe	$p < 0,005^*$	–	$p = 0,005^*$	21,97(5,81)
zawodowe	$p = 0,05$	$p = 0,005^*$	–	41
Grupa B				
średnie	–	$p < 0,008^*$	$p = 0,68$	67,08(9,3)
wyższe	$p < 0,008^*$	–	$p = 0,19$	56,89 (11,95)
zawodowe	$p = 0,68$	$p = 0,19$	–	72

* $p < 0,05$;

OS – odchylenie standardowe;

Grupa A – osoby korzystające z mediacji; Grupa B – osoby niekorzystające z mediacji

Brak OS dla zawodowego poziomu wykształcenia wynika z jednoosobowej reprezentacji w tej grupie

Wykazano zależności pomiędzy poziomem wykształcenia, a poziomem rozumienia emocji, mierzonym za pomocą TRE ($p = 0,14$ w grupie B). Porównania wielokrotne wykazały, że zależności te dotyczą różnic w zakresie wyniku ogólnego TRE pomiędzy osobami z wykształceniem średnim i wyższym ($p < 0,01$, wyniki 15,54 (OS 4,52) u osób z wykształceniem średnim i 18,83 (OS 3,36) u osób z wykształceniem wyższym). W grupie A nie wykazano zależności w tym obszarze. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela nr 22.

Tabela 22. Wyniki dotyczące zależności pomiędzy poziomem wykształcenia, a TRE w grupie B.

	Wykształcenie			
Wykształcenie	średnie	wyższe	zawodowe	średnia (OS)
średnie	–	$p < 0,01^*$	$p = 0,36$	15,54(4,52)
wyższe	$p < 0,01^*$	–	$p = 0,07$	18,83(3,36)
zawodowe	$p = 0,36$	$p = 0,07$	–	12

* $p < 0,05$;

OS – odchylenie standardowe;

Grupa A – osoby korzystające z mediacji; Grupa B – osoby niekorzystające z mediacji

Brak OS dla zawodowego poziomu wykształcenia wynika z jednoosobowej reprezentacji w tej grupie

Wykazano zależności pomiędzy poziomem wykształcenia, a poziomem komunikacji małżeńskiej ($p = 0,04$ w grupie B), mierzonej za pomocą KKM. Jednocześnie porównania wielokrotne nie potwierdziły zależności w tym obszarze. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela nr 23.

Tabela 23. Wyniki dotyczące zależności pomiędzy poziomem wykształcenia, a KKM w grupie B

	Wykształcenie			
Wykształcenie	średnie	wyższe	zawodowe	średnia (OS)
średnie	–	$p = 0,07$	$p = 0,30$	62,62 (16,68)
wyższe	$p = 0,07$	–	$p = 0,10$	74,42 (20,97)
zawodowe	$p = 0,30$	$p = 0,10$	–	41

* $p < 0,05$;

OS – odchylenie standardowe;

Grupa A – osoby korzystające z mediacji; Grupa B – osoby niekorzystające z mediacji

Brak OS dla zawodowego poziomu wykształcenia wynika z jednoosobowej reprezentacji w tej grupie

Wykazano również zależności pomiędzy poziomem wykształcenia, a wynikiem ogólnym KPS ($p = 0,42$ w grupie A, $p = 0,45$ w grupie B) oraz podskalami napięcia emocjonalnego ($p = 0,57$ w grupie A, $p = 0,45$ w grupie B), stresu zewnętrznego ($p = 0,58$ w grupie A, $p = 0,08$ w grupie B) i stresu intrapsychicznego ($p = 0,05$ w grupie A, $p = 0,16$ w grupie B).

Porównania wielokrotne wykazały, że zależności te w grupie A dotyczą różnic w zakresie podskali napięcia emocjonalnego pomiędzy osobami z wykształceniem zawodowym i średnim ($p < 0,02$, wyniki – 7 u jednej osoby z wykształceniem zawodowym i 24,13 (OS 6,62) u osób z wykształceniem średnim), następnie pomiędzy osobami z wykształceniem zawodowym i wyższym ($p < 0,02$, wyniki – 7 u jednej osoby z wykształceniem zawodowym i 23,65 (OS 6,79) u osób z wykształceniem wyższym). Porównania wielokrotne wykazały, że zależności te w grupie B dotyczą różnic w zakresie podskali napięcia emocjonalnego pomiędzy osobami z wykształceniem zawodowym i średnim ($p < 0,04$, wyniki – 35 u jednej osoby z wykształceniem zawodowym i 18,85 (OS 9,29) u osób z wykształceniem średnim).

Porównania wielokrotne wykazały, że zależności te w grupie A dotyczą również różnic w zakresie podskali stresu zewnętrznego pomiędzy osobami z wykształceniem zawodowym i średnim ($p < 0,05$, wyniki – 11 u jednej osoby z wykształceniem zawodowym i 25,6 (OS 6,27) u osób z średnim wykształceniem), następnie pomiędzy osobami z wykształceniem zawodowym i wyższym ($p < 0,05$, wyniki – 11 u osoby

z wykształceniem zawodowym i 25,41 (OS 7,15) u osób z wykształceniem wyższym).

Porównania wielokrotne wykazały, że zależności te w grupie B dotyczą różnic w zakresie podskali stresu zewnętrznego pomiędzy osobami z wykształceniem średnim i wyższym ($p = 0,02$, wyniki 22 (OS 7,76) u osób z wykształceniem średnim i 26,86 (OS 5,63) u osób z wykształceniem wyższym).

Porównania wielokrotne wykazały, że zależności te dotyczą różnic w zakresie podskali stresu intrapsychicznego i występują tylko w grupie B pomiędzy osobami z wykształceniem średnim i wyższym ($p < 0,01$, wyniki – 20,77 (OS 8,35) u osób z wykształceniem średnim i 26,5 (OS 5,75) u osób z wyższym wykształceniem).

Porównania wielokrotne wykazały, że zależności te w grupie A dotyczą różnic w zakresie wyniku ogólnego pomiędzy osobami z wykształceniem zawodowym i średnim ($p = 0,02$, wyniki – 31 u osoby z wykształceniem zawodowym i 74,07 (OS 15,71) u osób z wykształceniem średnim), następnie pomiędzy osobami z wykształceniem zawodowym i wyższym ($p = 0,02$, wyniki – 31 u osoby z wykształceniem zawodowym i 3,85 (OS 18,32) u osób z wykształceniem wyższym).

Porównania wielokrotne wykazały, że zależności te w grupie B dotyczą różnic w zakresie wyniku ogólnego pomiędzy osobami z wykształceniem średnim i wyższym ($p = 0,01$, wyniki – 61,62 (OS 24,29) u osób z wykształceniem średnim i 76,03 (OS 14,56) u osób z wykształceniem wyższym). Szczegółowe wyniki przedstawia tabela nr 24.

Tabela 24. Wyniki dotyczące zależności pomiędzy poziomem wykształcenia, a KPS w grupach A i B

	Wykształcenie			
Wykształcenie	średnie	wyższe	zawodowe	średnia (OS)
– a podskala napięcia emocjonalnego w grupie A				
średnie	–	p = 0,82	p < 0,02*	24,13(6,62)
wyższe	p = 0,82	–	p < 0,02*	23,65(6,79)
zawodowe	p < 0,02*	p < 0,02*	–	7
– a podskala napięcia emocjonalnego w grupie B				
średnie	–	p = 0,11	p < 0,04*	18,85(9,29)
wyższe	p = 0,11	–	p = 0,10	22,67(6,42)
zawodowe	p < 0,04*	p = 0,10	–	35
– a podskala stresu zewnętrznego w grupie A				
średnie	–	p = 0,93	p < 0,05*	25,6(6,27)
wyższe	p = 0,93	–	p < 0,05*	25,41(7,15)
zawodowe	p < 0,05*	p < 0,05*	–	11
– a podskala stresu zewnętrznego w grupie B				
średnie	–	p = 0,02*	p = 0,29	22(7,76)
wyższe	p = 0,02*	–	p = 0,74	26,86(5,63)
zawodowe	p = 0,29	p = 0,74	–	29
– a podskala stresu intrapsychicznego w grupie B				
średnie	–	p < 0,01*	p = 0,29	20,77(8,35)
wyższe	p < 0,01*	–	p = 0,82	26,5(5,75)
zawodowe	p = 0,29	p = 0,82	–	28
– a wynik ogólny KPS w grupie A				
średnie	–	p = 0,97	p = 0,02*	74,07(15,71)
wyższe	p = 0,97	–	p = 0,02*	73,85(18,32)
zawodowe	p = 0,02*	p = 0,02*	–	31
– a wynik ogólny KPS w grupie B				
średnie	–	p = 0,01*	p = 0,10	61,62(24,29)
wyższe	p = 0,01*	–	p = 0,37	76,03(14,56)
zawodowe	p = 0,10	p = 0,37	–	92

* p < 0,05;

OS – odchylenie standardowe;

Grupa A – osoby korzystające z mediacji; Grupa B – osoby niekorzystające z mediacji;

Brak OS dla zawodowego poziomu wykształcenia wynika z jednoosobowej reprezentacji w tej grupie

Analiza związków w obszarze zależności pomiędzy zmienną dotyczącą długości stażu małżeńskiego, a czasem podejmowanego samouszkodzenia, mierzonym za pomocą Inwentarza Pytań Dotyczących Samouszkodzeń Ciała Część II, wykazała istotne statystycznie zależności w grupie B. Samouszkodzenia dokonywane dawniej pozostawały na poziomie średniej 25 (OS 4,32) i zmalały do poziomu 12,06 (OS 7,27) u osób podejmujących je w ostatnim roku (różnica jest istotna statystycznie na poziomie $p = 0,008$). W grupie A nie zaobserwowano zależności w obszarze tych zmiennych. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela nr 25.

Tabela 25. Wyniki dotyczące zależności pomiędzy długością stażu małżeńskiego, a Inwentarzem Pytań Dotyczących Samouszkodzeń Ciała Część II w grupie B

Czas podjęcia samouszkodzenia a staż małżeński w grupie B	średnia (OS)	przedział ufności (95%)	min–max	poziom istotności (p)
dawniej	25(4,32)	18,13–31,87	19–29	p = 0,008*
w tym roku	12,06(7,27)	8,19–15,94	3–24	

* $p < 0,05$;

OS – odchylenie standardowe;

Grupa B – osoby niekorzystające z mediacji

Analiza związków w obszarze zależności pomiędzy zmienną dotyczącą statusu materialnego, a wynikiem ogólnym i domeną trudności w identyfikacji uczuć, mierzonymi za pomocą TAS-26, wykazała istotne statystycznie zależności w grupie A. Poziom trudności identyfikacji uczuć u osób z dochodami powyżej średniej pozostawał na poziomie średniej 21,8 (OS 5,29) i wzrastał do poziomu 27,6 (OS 8,49) u osób z dochodami poniżej średniej (różnica istotna statystycznie na poziomie $p = 0,02$). Ogólny wynik u osób z dochodami powyżej średniej pozostawał na poziomie średniej 58,13 (OS 7,87) i wzrastał do poziomu 65 (OS 11,21) u osób z dochodami poniżej średniej (różnica istotna statystycznie na poziomie $p = 0,01$). W grupie B nie zaobserwowano zależności w obszarze tych zmiennych. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela nr 26.

Tabela 26. Wyniki dotyczące zależności pomiędzy statusem materialnym, a TAS-26 w grupie A

Status materialny	średnia (OS)	przedział ufności (95%)	min-max	poziom istotności (p)
– a domena trudności w identyfikacji uczuć w grupie A				
dochody powyżej średniej	21,8(5,29)	19,82–23,77	15–36	p = 0,02*
dochody poniżej średniej	27,6(8,49)	23,62–31,58	16–41	
– a wynik ogólny TAS-26 w grupie A				
dochody powyżej średniej	58,13(7,87)	55,19–61,07	44–72	p = 0,01*
dochody poniżej średniej	65(11,21)	59,76–70,24	44–84	

* p < 0,05;

OS – odchylenie standardowe;

Grupa A – osoby korzystające z mediacji

Analiza związków w obszarze zależności pomiędzy statusem materialnym, a wynikiem ogólnym oraz podskalami stresu zewnętrznego i intrapsychnicznego, mierzonych za pomocą KPS, wykazała istotne statystycznie zależności. W grupie A poziom stresu zewnętrznego u osób z dochodami powyżej średniej w grupie A pozostawał na poziomie średniej 23,57 (OS 7,07) i wzrastał do poziomu 27,6 (OS 6,48) u osób z dochodami poniżej średniej (różnica istotna statystycznie na poziomie $p < 0,05$). W grupie B zaobserwowano odwrotną zależność: u osób z dochodami powyżej średniej poziom stresu zewnętrznego pozostawał na poziomie średniej 27,85 (OS 4,53) i zmalał do poziomu 21,35 (OS 7,66) u osób z dochodami poniżej średniej (różnica jest istotna statystycznie na poziomie $p = 0,007$).

W grupie B poziom stresu intrapsychnicznego u osób z dochodami powyżej średniej pozostawał na poziomie średniej 26,64 (OS 6,28) i zmalał do poziomu średniej 21,94 (OS 7,09) u osób z dochodami poniżej średniej (różnica istotna statystycznie na poziomie $p = 0,04$). Wynik ogólny u osób z dochodami powyżej średniej w grupie B pozostawał na poziomie średniej 77,64 (OS 15,95) i zmalał do poziomu średniej 62,82 (OS 19,79) u osób z dochodami poniżej średniej (różnica istotna statystycznie na poziomie $p = 0,01$). Szczegółowe wyniki przedstawia tabela nr 27.

Tabela 27. Wyniki dotyczące zależności pomiędzy statusem materialnym, a KPS w grupach A i B

Status materialny	średnia (OS)	przedział ufności (95%)	min-max	poziom istotności (p)
– a podskala stresu zewnętrznego w grupie A				
dochody powyżej średniej	23,57 (7,07)	20,93–26,21	9–35	p < 0,05*
dochody poniżej średniej	27,6 (6,48)	24,57–30,63	11–35	
– a podskala stresu zewnętrznego w grupie B				
dochody powyżej średniej	27,85 (4,53)	26,24–29,45	19–35	p = 0,007*
dochody poniżej średniej	21,35 (7,66)	17,42–25,29	12–35	
– a podskala stresu intrapsychnicznego w grupie B				
dochody powyżej średniej	26,64 (6,28)	24,41–28,86	10–35	p = 0,04*
dochody poniżej średniej	21,94 (7,09)	18,29–25,59	11–31	
– a wynik ogólny KPS w grupie B				
dochody powyżej średniej	77,64 (15,95)	71,98–83,29	40–104	p = 0,01*
dochody poniżej średniej	62,82 (19,79)	52,65–73	33–93	

* p < 0,05;

OS – odchylenie standardowe;

Grupa A – osoby korzystające z mediacji; Grupa B – osoby niekorzystające z mediacji

Zaobserwowano istotne statystycznie zależności pomiędzy zmiennymi dotyczącymi: etapu rozwodu, a KKM (w grupie B) i KPS (w grupie A); skierowania do mediacji, a KKM (w grupie A) i (KPS w grupach A i B) oraz osoby kierującej pozew, a TAS-26 (w grupie A), KKM (w grupie A) i KPS (w grupach A i B). Szczegółowe wyniki przedstawia tabela nr 28.

Tabela 28. Wyniki przedstawiające zależności pomiędzy zmiennymi dotyczącymi etapu rozwodu, osoby wnoszącej wniosek o mediację, zawartego porozumienia oraz osoby kierującej pozew, a danymi kwestionariuszowymi

	Etap rozwodu		Skierowanie do mediacji		Zawarte porozumienie	Kierujący pozew	
	grupa A	grupa B	grupa A	grupa B	grupa A	grupa A	grupa B
TAS-26							
trudności w identyfikacji uczuć	p > 0,05	p > 0,05	p = 0,54	p > 0,05	p = 0,65	p = 0,42	p = 0,91
wyobrażenia	p > 0,05	p > 0,05	p > 0,05	p > 0,05	p = 0,80	p = 0,03*	p = 0,62
operacyjny styl myślenia	p > 0,05	p > 0,05	p > 0,05	p > 0,05	p = 0,85	p = 0,72	p = 0,77
trudności w opisywaniu uczuć	p > 0,05	p > 0,05	p > 0,05	p > 0,05	p = 0,40	p = 0,95	p = 0,81
wynik ogólny	p > 0,05	p > 0,05	p > 0,05	p > 0,05	p = 0,69	p = 0,16	p = 0,83

osoby powyżej punktu odcięcia	p = 0,67	p = 0,93	p = 0,13	p = 0,27	p = 0,53	p = 0,26	p = 0,55
TRE							
wynik ogólny	p > 0,05	p > 0,05	p > 0,05	p > 0,05	p = 0,76	p = 0,85	p = 0,87
SDQ-20							
wynik ogólny	p > 0,05	p > 0,05	p > 0,05	p > 0,05	p = 0,92	p = 0,89	p = 0,07
powyżej punktu odcięcia	p = 0,79	p = 0,52	p = 0,13	p = 0,73	p = 0,44	p = 0,88	p = 0,09
Inwentarz Pytań Dotyczących Samouszkodzeń Ciała Część I							
obecność samouszkodzenia	p = 0,60	p = 0,87	p = 0,38	p = 0,54	p = 0,31	p = 0,85	p = 0,90
w tym roku/dawniej	p = 0,12	p = 0,49	p = 0,70	wszyscy w tym roku	p = 0,83	p = 0,057	p = 0,20
zaplanowane/spontaniczne	p = 0,25	p = 0,47	p = 0,95	p = 1,0	p = 0,76	p = 0,76	p = 0,57
świadome/bezwiedne	p = 0,41	p = 0,65	p = 0,80	p = 1,0	p = 0,67	p = 0,52	p = 0,07
ból/brak bólu/ból zależy	p = 0,07	p = 0,29	p = 0,80	wszyscy brak bólu	p = 0,33	p = 0,95	p = 0,31
Inwentarz Twierdzeń Dotyczących Samouszkodzeń Ciała Część II							
napięciowe/nie napięciowe	wszyscy napięciowe	p = 0,91	wszyscy napięciowe	wszyscy napięciowe	wszyscy napięciowe	wszyscy napięciowe	p = 0,55
dotyczy: częściowo/w całości	p = 0,22	p = 0,31	p = 1,0	wszyscy w całości	p = 0,26	p = 0,26	p = 1,0
KKM							
wsparcie	p > 0,05	p > 0,05	p = 0,04*	p = 0,22	p = 0,10	p = 0,26	p = 0,69
zaangażowanie	p > 0,05	p < 0,05*	p > 0,05	p > 0,05	p = 0,30	p = 0,57	p = 0,83
deprecjacja	p > 0,05	p > 0,05	p > 0,05	p > 0,05	p = 0,08	p = 0,03*	p = 0,27
wynik ogólny	p > 0,05	p = 0,12	p = 0,1	p = 0,07	p = 0,09	p = 0,19	p = 0,60
KPS							
napięcie emocjonalne	p = 0,48	p > 0,05	p = 0,11	p > 0,05	p = 0,50	p = 0,10	p = 0,11
stres zewnętrzny	p = 0,13	p > 0,05	p = 0,03*	p > 0,05	p = 0,79	p = 0,50	p = 0,62
stres intrapsychniczny	p = 0,12	p > 0,05	p = 0,18	p = 0,03*	p = 0,84	p = 0,04*	p = 0,03*
skala kłamstwa	p = 0,67	p > 0,05	p = 0,32	p > 0,05	p = 0,27	p = 0,26	p = 0,62
wynik ogólny	p = 0,02*	p > 0,05	p = 0,06	p > 0,05	p = 0,69	p = 0,09	p = 0,057
BHI-12							
wynik ogólny	p > 0,05	p > 0,05	p > 0,05	p > 0,05	p = 0,20	p = 0,37	p = 0,16

* p < 0,05

Grupa A – osoby korzystające z mediacji; Grupa B – osoby niekorzystające z mediacji

Wykazano również zależności pomiędzy etapem rozvodu, a wynikiem ogólnym (p > 0,05 w grupie A i p = 0,12 w grupie B) oraz domeną zaangażowania (p < 0,05 w grupie B), mierzonymi za pomocą KKM.

Porównania wielokrotne wykazały, że zależności te dotyczą w grupie B różnic w zakresie domeny zaangażowania pomiędzy osobami będącymi na etapie kierowania pozwu rozwodowego, a osobami będącymi na etapie formalnego rozwodu ($p < 0,03$, wyniki – 28 (OS 0) u osób będących na etapie kierowania pozwu rozwodowego i 15 (OS 4,7) u osób na etapie formalnego rozwodu).

Porównania wielokrotne wykazały, że zależności te dotyczą w grupie B różnic w zakresie wyniku ogólnego pomiędzy osobami będącymi na etapie kierowania pozwu rozwodowego, a będącymi na etapie formalnego rozwodu ($p < 0,04$, wyniki – 99,5 (OS 17,68) u osób będących na etapie kierowania pozwu rozwodowego i 62,75 (OS 8,38) u osób na etapie formalnego rozwodu), następnie pomiędzy osobami będącymi na etapie kierowania pozwu rozwodowego, a osobami po zatwierdzeniu rozwodu przez sąd ($p < 0,05$, wyniki – 99,5 (OS 17,68) u osób będących na etapie kierowania pozwu rozwodowego i 70,1 (OS 20,74) u osób po zatwierdzeniu rozwodu przez sąd). W grupie A nie zaobserwowano istotnych zależności w obszarze tych zmiennych. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela nr 29.

Tabela 29. Wyniki przedstawiające zależności pomiędzy zmienną dotyczącą etapu rozwodu, a KKM w grupie B

	Etap rozwodu			
Etap rozwodu	po rozwodzie	formalny rozwód	pozew	średnia (OS)
– a domena zaangażowania KKM w grupie B				
po rozwodzie	–	$p = 0,23$	$p = 0,07$	19,11 (6,71)
formalny rozwód	$p = 0,23$	–	$p < 0,03^*$	15 (4,69)
pozew	$p = 0,07$	$p < 0,03^*$	–	28 (0)
– a wynik ogólny KKM w grupie B				
po rozwodzie	–	$p = 0,49$	$p < 0,05^*$	70,10 (20,74)
formalny rozwód	$p = 0,49$	–	$p < 0,04^*$	62,75 (8,38)
pozew	$p < 0,05^*$	$p < 0,04^*$	–	99,5 (17,68)

* $p < 0,05$;

OS – odchylenie standardowe;

Grupa B – osoby niekorzystające z mediacji

Wykazano także zależności pomiędzy etapem rozwodu, a mierzonymi za pomocą KPS podskalami: napięcia emocjonalnego ($p = 0,48$), stresu zewnętrznego ($p = 0,13$) i stresu intrapsychicznego ($p = 0,12$) oraz wynikiem ogólnym ($p = 0,02$) jedynie w grupie A.

Porównania wielokrotne wykazały, że zależności te dotyczą różnic w zakresie podskali napięcia emocjonalnego pomiędzy osobami będącymi na etapie formalnego rozwodu i osobami po orzeczeniu rozwodu ($p = 0,04$, wyniki – 18,43 (OS 6,95) u osób na etapie formalnego rozwodu i 24,39 (OS 7,13) u osób po orzeczeniu rozwodu).

Porównania wielokrotne wykazały, że zależności te dotyczą różnic w zakresie podskali stresu zewnętrznego pomiędzy osobami będącymi na etapie formalnego rozwodu i osobami po orzeczeniu rozwodu ($p < 0,02$, wyniki – 19,29 (OS 6,8) u osób na etapie formalnego rozwodu i 26,17 (OS 6,73) u osób po orzeczeniu rozwodu).

Porównania wielokrotne wykazały, że zależności te dotyczą różnic w zakresie podskali stresu intrapsychicznego pomiędzy osobami będącymi na etapie kierowania pozwu rozwodowego i będącymi na etapie formalnego rozwodu ($p = 0,02$, wyniki – 26,43 (OS 6,75 u osób na etapie kierowania pozwu rozwodowego i 18,43 (OS 5,13) u osób na etapie formalnego rozwodu), następnie pomiędzy osobami będącymi na etapie formalnego rozwodu i osobami po orzeczeniu rozwodu ($p = 0,01$, wyniki – 18,43 (OS 5,13) u osób na etapie formalnego rozwodu i 25,19 (OS 6,48) u osób po orzeczeniu rozwodu).

Porównania wielokrotne wykazały, że zależności te dotyczą różnic w zakresie wyniku ogólnego pomiędzy osobami będącymi na etapie kierowania pozwu rozwodowego i będącymi na etapie formalnego rozwodu ($p < 0,04$, wyniki odpowiednio 76,14 (OS 14,68) u osób na etapie kierowania pozwu rozwodowego i 56,14 (OS 12,73) u osób na etapie formalnego rozwodu, następnie pomiędzy osobami będącymi na etapie formalnego rozwodu i osobami po orzeczeniu rozwodu ($p = 0,008$, wyniki – 56,14 (OS 12,73) u osób na etapie formalnego rozwodu i 75,75 (OS 18,31) u osób po orzeczeniu rozwodu). Szczegółowe wyniki przedstawia tabela nr 30.

Tabela 30. Dane przedstawiające zależności pomiędzy zmienną dotyczącą etapu rozwodu, a KPS w grupie A

	Etap rozwodu			
Etap rozwodu	po rozwodzie	formalny rozwód	pozew	średnia (OS)
– a podskala napięcia emocjonalnego w grupie A				
po rozwodzie	–	p = 0,04*	p = 0,81	24,39(7,13)
formalny rozwód	p = 0,04*	–	p = 0,16	18,43(6,95)
pozew	p = 0,81	p = 0,16	–	23,71(4,75)
– a podskala stresu zewnętrznego w grupie A				
po rozwodzie	–	p < 0,02*	p = 0,95	26,17(6,73)
formalny rozwód	p < 0,02*	–	p = 0,07	19,29(6,8)
pozew	p = 0,95	p = 0,07	–	26(7,02)
– a podskala stresu intrapsychniczego w grupie A				
po rozwodzie	–	p = 0,01*	p = 0,64	25,19(6,48)
formalny rozwód	p = 0,01*	–	p = 0,02*	18,43(5,13)
pozew	p = 0,64	p = 0,02*	–	26,43(6,75)
– a wynik ogólny KPS w grupie A				
po rozwodzie	–	p = 0,008*	p = 0,96	75,75(18,31)
formalny rozwód	p = 0,008*	–	p < 0,04*	56,14(12,73)
pozew	p = 0,96	p < 0,04*	–	76,14(14,68)

* p < 0,05;

OS – odchylenie standardowe;

Grupa A – osoby korzystające z mediacji;

Wykazano również zależności pomiędzy zmienną dotyczącą skierowania do mediacji, a domeną trudności w identyfikacji uczuć (p = 0,54 w grupie A) mierzoną za pomocą TAS-26.

Porównania wielokrotne wykazały, że zależności te dotyczą różnic w zakresie domeny trudności w identyfikacji uczuć TAS-26 pomiędzy osobą kierowaną do mediacji przez MOPR, a osobami osobiście kierującymi wniosek o mediację (p < 0,02, wyniki – 41 u osoby kierowanej do mediacji przez MOPR i 23,3 (OS 5,9) u osób osobiście kierujących wniosek), następnie pomiędzy osobą kierowaną do mediacji przez MOPR i osobami kierowanymi do mediacji przez sąd (p = 0,02, wyniki – 41 u osoby kierowanej do mediacji przez MOPR i 24,19 (OS 7,8) u osób kierowanych do mediacji przez sąd). W grupie B nie zaobserwowano istotnych zależności w obszarze tej zmiennej. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela nr 31.

Tabela 31. Wyniki dotyczące zależności pomiędzy kierującym wniosek na mediację, a TAS-26 w grupie A

Wniosek o mediację a domena trudności w identyfikacji uczuć w grupie A				
	wniosek sądu	wniosek osobisty	wniosek MOPR	średnia (OS)
wniosek sądu	–	p = 0,66	p = 0,02*	24,19(7,8)
wniosek osobisty	p = 0,66	–	p < 0,02*	23,3(5,9)
wniosek MOPR	p = 0,02*	p < 0,02*	–	41

* p < 0,05;

OS – odchylenie standardowe;

Grupa A – osoby korzystające z mediacji;

Brak OS dla grupy osób kierowanych do mediacji na wniosek MOPR wynika z jednoosobowej reprezentacji w tej grupie

Wykazano również zależności pomiędzy zmienną dotyczącą skierowania do mediacji, a wynikiem ogólnym (p = 0,1 w grupie A i p = 0,07 w grupie B), a także domeną wsparcia (p = 0,04 w grupie A), mierzonymi za pomocą KKM.

Porównania wielokrotne w grupie A wykazały, że zależności dotyczą różnic w zakresie wyniku ogólnego KKM pomiędzy osobą kierowaną do mediacji przez MOPR, a osobami osobiście kierującymi wniosek o mediację (p < 0,05, wyniki – 32 u osoby kierowanej do mediacji przez MOPR i 76,7 (OS 22,57) u osób osobiście kierujących wniosek o mediację).

Porównania wielokrotne w grupie B wykazały, że zależności dotyczą różnic w zakresie wyniku ogólnego KKM pomiędzy osobami osobiście kierującymi wniosek o mediację, a osobami kierowanymi do mediacji przez sąd (p < 0,03, wyniki – 64 (OS 7,18) u osób osobiście kierujących wniosek o mediację i 79,33 (OS 9,29) u osób kierowanych do mediacji przez sąd).

Porównania wielokrotne w grupie B wykazały, że zależności dotyczą różnic w zakresie domeny wsparcia pomiędzy osobą kierowaną do mediacji przez MOPR, a osobami kierowanymi do mediacji przez sąd (p < 0,003, wyniki – 14 u osoby kierowanej do mediacji przez MOPR i 27,67 (OS 1,54) u osób kierowanych do mediacji przez sąd); następnie, pomiędzy osobami osobiście kierującymi wniosek o mediację i osobami kierowanymi do mediacji przez sąd (p < 0,002, wyniki – 18,83 (OS 2,99) u osób osobiście kierujących wniosek o mediację i 27,67 (OS 1,54) u osób kierowanych do mediacji przez sąd). W grupie A nie zaobserwowano istotnych zależności w obszarze tej zmiennej. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela nr 32.

Tabela 32. Dane dotyczące zależności pomiędzy kierującym wnioskiem na mediację, a KKM w grupach A i B

	Wniosek o mediację			
Wniosek o mediację	wniosek sądu	wniosek osobisty	wniosek MOPR	średnia (OS)
– a domena wsparcia w małżeństwie w grupie B				
wniosek sądu	–	$p < 0,002^*$	$p < 0,003^*$	27,67(1,54)
wniosek osobisty	$p < 0,002^*$	–	$p = 0,13$	18,83(2,99)
wniosek MOPR	$p < 0,003^*$	$p = 0,13$	–	14
– a wynik ogólny KKM w grupie A				
wniosek sądu	–	$p = 0,09$	$p = 0,13$	65,92(20,3)
wniosek osobisty	$p = 0,09$	–	$p < 0,05^*$	76,7(22,57)
wniosek MOPR	$p = 0,13$	$p < 0,05^*$	–	32
– a wynik ogólny KKM w grupie B				
wniosek sądu	–	$p < 0,03^*$	$p = 0,05$	79,33(9,29)
wniosek osobisty	$p < 0,03^*$	–	$p = 0,50$	64(7,18)
wniosek MOPR	$p = 0,05$	$p = 0,50$	–	58

* $p < 0,05$;

OS – odchylenie standardowe;

Grupa A – osoby korzystające z mediacji; Grupa B – osoby niekorzystające z mediacji

Brak OS dla grupy osób kierowanych do mediacji na wniosek MOPR wynika z jednoosobowej reprezentacji w tej grupie

Wykazano również zależności pomiędzy zmienną dotyczącą skierowania do mediacji, a wynikiem ogólnym ($p = 0,06$ w grupie A) i podskalami: napięcia emocjonalnego ($p = 0,11$ w grupie A), stresu zewnętrznego ($p = 0,03$ w grupie A) stresu intrapsychoicznego ($p = 0,03$ w grupie B) mierzonymi za pomocą KPS.

Porównania wielokrotne w grupie A wykazały, że zależności dotyczą różnic w zakresie podskali napięcia emocjonalnego pomiędzy osobą kierowaną do mediacji przez MOPR, a osobami osobiście kierującymi wnioskiem ($p < 0,03$, wyniki – 7 u osoby kierowanej do mediacji przez MOPR i 22,04 (OS 7,06) u osób osobiście kierujących wnioskiem o mediację), następnie pomiędzy osobą kierowaną do mediacji przez MOPR i osobami kierowanymi do mediacji przez sąd ($p = 0,008$, wyniki – 7 u osoby kierowanej do mediacji przez MOPR i 25,35 (OS 6,02) u osób kierowanych do mediacji przez sąd). W grupie B nie odnotowano istotnych zależności w tym obszarze.

Porównania wielokrotne w grupie A wykazały, że zależności dotyczą różnic w zakresie podskali stresu zewnętrznego pomiędzy osobą kierowaną do mediacji przez MOPR, a osobami kierowanymi do mediacji przez sąd ($p < 0,02$, wyniki – 11 u osoby kierowanej do mediacji przez MOPR i 27,35 (OS 6,73) u osób kierowanych do mediacji

przez sąd), następnie pomiędzy osobami osobiście kierującymi wniosek o mediację i osobami kierowanymi do mediacji przez sąd ($p < 0,04$, wyniki odpowiednio 23,35 (OS 6,43) u osób osobiście kierujących wniosek o mediację i 27,35 (OS 6,73) u osób kierowanych do mediacji przez sąd). W grupie B nie odnotowano istotnych zależności w tym obszarze.

Porównania wielokrotne w grupie B wykazały, że zależności dotyczą różnic w zakresie podskali stresu intrapsychnicznego pomiędzy osobami osobiście kierującymi wniosek o mediację i osobami kierowanymi do mediacji przez sąd ($p < 0,0008$, wyniki – 28,83 (OS 3,06) u osób osobiście kierujących wniosek o mediację i 15,33 (OS 4,04) u osób kierowanych do mediacji przez sąd). W grupie A nie odnotowano istotnych zależności w tym obszarze.

Porównania wielokrotne w grupie A wykazały, że zależności dotyczą różnic w zakresie wyniku ogólnego pomiędzy osobą kierowaną do mediacji przez MOPR, a osobami kierowanymi do mediacji przez sąd ($p < 0,009$, wyniki – 31 u osoby kierowanej do mediacji przez MOPR i 78,31 (OS 16,57) u osób kierowanych do mediacji przez sąd), następnie pomiędzy osobą kierowaną do mediacji przez MOPR i osobami osobiście kierującymi wniosek o mediację ($p = 0,03$, wyniki – 31 u osoby kierowanej do mediacji przez MOPR i 68,96 (OS 17,31) u osób osobiście kierujących wniosek do mediacji). W grupie B nie odnotowano istotnych zależności w tym obszarze. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela nr 33.

Tabela 33. Dane dotyczące zależności pomiędzy kierującym wniosek o mediację, a KPS w grupach A i B

	Wniosek o mediację			
Wniosek o mediację	wniosek sądu	wniosek osobisty	wniosek MOPR	średnia (OS)
– a podskala napięcia emocjonalnego w grupie A				
wniosek sądu	–	$p = 0,08$	$p = 0,008^*$	25,35(6,02)
wniosek osobisty	$p = 0,08$	–	$p < 0,03^*$	22,04(7,06)
wniosek MOPR	$p = 0,008^*$	$p < 0,03^*$	–	7
– a podskala stresu zewnętrznego w grupie A				
wniosek sądu	–	$p < 0,04^*$	$p < 0,02^*$	27,35(6,73)
wniosek osobisty	$p < 0,04^*$	–	$p = 0,07$	23,35(6,43)
wniosek MOPR	$p < 0,02^*$	$p = 0,07$	–	11
– a podskala stresu intrapsychnicznego w grupie B				
wniosek sądu	–	$p < 0,0008^*$	$p = 0,13$	15,33(4,04)
wniosek osobisty	$p < 0,0008^*$	–	$p = 0,10$	28,83(3,06)

wniosek MOPR	p = 0,13	p = 0,10	–	22
– a wynik ogólny KPS w grupie A				
wniosek sądu	–	p = 0,06	p < 0,009*	78,31(16,57)
wniosek osobisty	p = 0,06	–	p = 0,03*	68,96(17,31)
wniosek MOPR	p < 0,009*	p = 0,03*	–	31

* p < 0,05;

OS – odchylenie standardowe;

Grupa A – osoby korzystające z mediacji; Grupa B – osoby niekorzystające z mediacji

Brak OS dla grupy osób kierowanych do mediacji na wniosek MOPR wynika z jednoosobowej reprezentacji w tej grupie

Analiza związków w obszarze zależności pomiędzy zmienną dotyczącą osoby kierującej pozwem, a domeną wyobraźni mierzoną za pomocą TAS-26 wykazała istotne zależności w grupie A. Wyniki w domenie wyobraźni u osób kierujących pozwem rozwodowy pozostawały na poziomie średniej 12,71 (OS 4,61) i wzrastał do poziomu 15,37 (OS 4,25) u osób pozwanych (różnica istotna statystycznie na poziomie p = 0,03). W grupie B nie zaobserwowano zależności w tym obszarze. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela nr 34.

Tabela 34. Wyniki przedstawiające zależności pomiędzy zmienną dotyczącą kierowania pozwu rozwodowego, a TAS-26 w grupie A

Strona pozwu	Domena wyobraźni w grupie A			
	średnia (OS)	przedział ufności (95%)	min–max	poziom istotności (p)
osoba pozwana	15,37(4,25)	13,32-17,41	5-22	p = 0,03*
osoba kierująca pozwem	12,71(4,61)	11,02-14,4	5-24	

* p < 0,05;

OS – odchylenie standardowe;

Grupa A – osoby korzystające z mediacji; Grupa B – osoby niekorzystające z mediacji

Analiza związków w obszarze zależności pomiędzy zmienną dotyczącą osoby kierującej pozwem, a domeną deprecjacji mierzoną za pomocą KKM, wykazała istotnie statystycznie zależności w grupie A. Poziom deprecjacji u osób kierujących pozwem rozwodowy pozostawał na poziomie średniej 38,42 (OS 9,23) i malał do poziomu 31,84 (OS 11,42) u osób pozwanych (różnica istotna statystycznie na poziomie p = 0,03). W grupie B nie zaobserwowano zależności w tym obszarze. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela nr 35.

Tabela 35. Wyniki przedstawiające zależności pomiędzy zmienną dotyczącą kierowania pozwu rozwodowego, a KKM w grupie A

	Domena deprecjacji w grupie A			
Strona pozwu	średnia (OS)	przedział ufności (95%)	min-max	poziom istotności (p)
osoba pozwana	31,84(11,42)	26,34–37,35	13–52	p = 0,03*
osoba kierująca pozew	38,42(9,23)	35,03–41,8	17–54	

* p < 0,05;

OS – odchylenie standardowe;

Grupa A – osoby korzystające z mediacji; Grupa B – osoby niekorzystające z mediacji

Analiza związków w obszarze zależności pomiędzy zmienną dotyczącą osoby kierującej pozew, a podskalą stresu intrapsychnicznego mierzoną za pomocą KPS, wykazała istotne zależności w grupach A i B. Poziom stresu intrapsychnicznego u osób kierujących pozew rozwodowy w grupie A pozostawał na poziomie średniej 26,06 (OS 5,95) i malał do poziomu 21,74 (OS 7,16) u osób pozwanych (różnica istotna statystycznie na poziomie p = 0,04). W grupie B poziom stresu intrapsychnicznego u osób kierujących pozew rozwodowy pozostawał na poziomie średniej 26,3 (OS 6,41) i zmalał do poziomu 21,46 (OS 7,15) u osób pozwanych (różnica istotna statystycznie na poziomie p = 0,03). Szczegółowe wyniki przedstawia tabela nr 36.

Tabela 36. Wyniki przedstawiające zależności pomiędzy zmienną dotyczącą kierowania pozwu rozwodowego, a KPS w grupach A i B

	Podskala stresu intrapsychnicznego			
Strona pozwu	średnia (OS)	przedział ufności (95%)	min-max	poziom istotności (p)
Grupa A				
osoba pozwana	21,74(7,16)	18,28–25,19	10-32	p = 0,04*
osoba kierująca pozew	26,06(5,95)	23,88–28,25	13-35	
Grupa B				
osoba pozwana	21,46(7,15)	17,14–25,78	11–35	p = 0,03*
osoba kierująca pozew	26,3(6,41)	24,16–28,43	10–35	

* p < 0,05

OS – odchylenie standardowe;

Grupa A – osoby korzystające z mediacji; Grupa B – osoby niekorzystające z mediacji

Zaobserwowano zależności w obszarze pomiędzy zmiennymi dotyczącymi podziału majątku, a Inwentarzem Pytań Dotyczących Samouszkodzeń Ciała Część I w grupie B oraz KPS w grupie A; następnie, w obszarze pomiędzy zmiennymi dotyczącymi zabezpieczenia potrzeb rodziny, a KKM w grupie A oraz w obszarze pomiędzy zmiennymi dotyczącymi alimentacji, a Inwentarzem Pytań Dotyczących Samouszkodzeń Ciała Część I w grupie A. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela nr 37.

Tabela 37. Wyniki przedstawiające zależności pomiędzy zmiennymi dotyczącymi przedmiotu sprawy rozwodowej, a Inwentarzem Pytań Dotyczących Samouszkodzeń Ciała Część I oraz KKM i KPS

	Przedmiot sprawy					
	podział majątku		zabezpieczenie potrzeb rodziny		alimentacja	
	grupa A	grupa B	grupa A	grupa B	grupa A	grupa B
Inwentarz Pytań Dotyczących Samouszkodzeń Ciała Część I						
w tym roku/dawniej	p > 0,05	p = 0,04*	p > 0,05	p > 0,05	p = 0,04*	p > 0,05
KKM						
wynik ogólny	p > 0,05	p > 0,05	p < 0,05*	p > 0,05	p > 0,05	p > 0,05
KPS						
stres intrapsychiczny	p = 0,03*	p > 0,05	p > 0,05	p > 0,05	p > 0,05	p > 0,05

* p < 0,05;

OS – odchylenie standardowe;

Grupa A – osoby korzystające z mediacji; Grupa B – osoby niekorzystające z mediacji

Analiza związków w obszarze zależności pomiędzy zmienną dotyczącą podziału majątku podczas rozwodu, a czasem podjęcia samouszkodzenia, mierzonym za pomocą Inwentarza Pytań Dotyczących Samouszkodzeń Ciała Część I, wykazała istotne zależności w grupie B. W grupie niedokonującej podziału majątku znalazło się 84,21% osób, które podjęły samouszkodzenie podczas ostatniego roku i 15,79% osób, które podjęły je dawniej. W grupie dzielącej majątek 100% osób podjęło samouszkodzenia dawnej (różnica istotna statystycznie na poziomie p = 0,04). W grupie A nie zaobserwowano zależności w obszarze tych zmiennych. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela nr 38.

Tabela 38. Wyniki przedstawiające zależności pomiędzy zmienną dotyczącą podziału majątku, a Inwentarzem Pytań Dotyczących Samouszkodzeń Ciała I Część w grupie B

Podział majątku podczas rozwodu	Czas podjęcia samouszkodzenia		
	samouszkodzenie podjęte dawniej	samouszkodzenie podjęte w tym roku	poziom istotności (p)
liczba osób bez podziału majątku	3	16	p = 0,04*
procent osób	15,79	84,21	
liczba osób z podziałem majątku	1	0	
procent osób	100	0	

* p < 0,05;

Grupa A – osoby korzystające z mediacji; Grupa B – osoby niekorzystające z mediacji

Analiza związków w obszarze zależności pomiędzy zmienną dotyczącą podziału majątku podczas rozwodu, a podskalą stresu intrapsychicznego, mierzoną za pomocą KPS, w grupie A wykazała istotne statystycznie zależności. Poziom stresu

intrapsychicznego u osób niedzielących majątku pozostawał na poziomie średniej 24,13 (OS 7,3) i wzrastał u osób dzielących majątek podczas rozvodu do poziomu 24,67 (OS 6,29) (różnica istotna statystycznie na poziomie $p = 0,03$). W grupie B nie zaobserwowano zależności w tym obszarze. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela nr 39.

Tabela 39. Wyniki przedstawiające zależności pomiędzy zmienną dotyczącą podziału majątku, a KPS w grupie A

	Podskala stresu intrapsychicznego (grupa A)			
Podział majątku	średnia (OS)	przedział ufności (95%)	min–max	poziom istotności (p)
rozwód bez podziału majątku	24,13(7,3)	20,97–27,29	13–35	p = 0,03*
rozwód z podziałem majątku	24,67(6,29)	22,18–27,15	10–35	

* $p < 0,05$;

OS – odchylenie standardowe;

Grupa A – osoby korzystające z mediacji; Grupa B – osoby niekorzystające z mediacji

Analiza związków w obszarze zależności pomiędzy zmienną dotyczącą zabezpieczenia potrzeb rodziny, a poziomem doznań stresowych, mierzonych za pomocą KKM, w grupie A wykazała istotne zależności. Wynik ogólny u osób, które nie zabezpieczyły potrzeb rodziny podczas rozvodu pozostawał na poziomie średniej 71,8 (OS 22,56) i zmalał do poziomu 51,75 (OS 3,69) u osób zabezpieczających potrzeby rodziny (różnica istotna statystycznie na poziomie $p = 0,04$). W grupie B nie zaobserwowano zależności w tym obszarze. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela nr 40.

Tabela 40. Dane przedstawiające zależności pomiędzy zmienną dotyczącą zabezpieczenia potrzeb rodziny, a KKM w grupie A

	Wynik ogólny KKM (grupa A)			
Zabezpieczenie potrzeb rodziny	średnia (OS)	przedział ufności (95%)	min–max	poziom istotności (p)
rozwód bez zabezpieczenia potrzeb rodziny	71,8 (22,56)	65,1–78,5	32–136	p = 0,04*
rozwód z zabezpieczeniem potrzeb rodziny	51,75 (3,69)	45,89–57,6	47–56	

* $p < 0,05$;

OS – odchylenie standardowe;

Grupa A – osoby korzystające z mediacji; Grupa B – osoby niekorzystające z mediacji

Analiza związków w obszarze zależności pomiędzy zmienną dotyczącą ustalania alimentacji podczas rozvodu, a czasem podjęcia samouszkodzenia mierzonym za pomocą Inwentarza Pytań Dotyczących Samouszkodzeń Ciała Część I wykazała istotne zależności w grupie A. W grupie nieustalającej alimentacji podczas rozvodu 100% osób podjęło samouszkodzenie podczas ostatniego roku. W grupie ustalającej alimentację

33,33% osób podjęło samouszkodzenia podczas ostatniego roku (różnica istotna statystycznie na poziomie $p = 0,04$). W grupie B nie zaobserwowano zależności w obszarze tych zmiennych. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela nr 41.

Tabela 41. Wyniki przedstawiające zależności pomiędzy zmienną dotyczącą ustalania alimentacji, a Inwentarzem Pytań Dotyczących Samouszkodzeń Ciała Część I w grupie A

Alimentacja	Czas podjęcia samouszkodzenia (grupa A)		
	samouszkodzenie podjęte dawniej	samouszkodzenie podjęte w tym roku	poziom istotności (p)
liczba osób bez ustalania alimentacji	0	3	p = 0,04*
procent osób	0	100	
liczba osób z ustaleniem alimentacji	8	4	
procent osób	66,67	33,33	

* $p < 0,05$;

Grupa A – osoby korzystające z mediacji

Zaobserwowano istotne statystycznie zależności w grupie B w obszarze pomiędzy zmiennymi dotyczącymi spraw o ustalenie kontaktów rodzicielskich, a TAS-26 i TRE. Następnie w obszarze spraw o ustalenie władzy rodzicielskiej, a Inwentarzem Twierdzeń Dotyczących Samouszkodzeń Ciała Część II oraz spraw o ustalenie miejsca zamieszkania dziecka, a TAS-26. W grupie A nie zaobserwowano istotnych statystycznie zależności. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela nr 42.

Tabela 42. Wyniki dla zależności pomiędzy zmiennymi dotyczącymi przedmiotu spraw towarzyszących rozwodowi, a TAS-26, TRE i Inwentarzem Twierdzeń Dotyczących Samouszkodzeń Ciała II Część II

	Przedmiot sprawy					
	kontakty rodzicielskie		władza rodzicielska		miejsce zamieszkania dziecka	
	grupa A	grupa B	grupa A	grupa B	grupa A	grupa B
TAS-26						
wyobrażenia	p > 0,05	p = 0,004*	p > 0,05	p > 0,05	p > 0,05	p = 0,02*
TRE						
wynik ogólny	p > 0,05	p = 0,017*	p > 0,05	p > 0,05	p > 0,05	p > 0,05
Inwentarz Twierdzeń Dotyczących Samouszkodzeń Ciała Część II						
napięciowe/nie napięciowe	p > 0,05	p > 0,05	p > 0,05	p = 0,014*	p > 0,05	p > 0,05

* $p < 0,05$;

Grupa A – osoby korzystające z mediacji; Grupa B – osoby niekorzystające z mediacji

Analiza związków w obszarze zależności pomiędzy zmienną dotyczącą ustalania kontaktów rodzicielskich podczas rozvodu, a domeną wyobraźni mierzoną za pomocą TAS-26, wykazała istotne zależności w grupie B. Poziom wyobraźni u osób nieustalających kontaktów rodzicielskich pozostawał na poziomie średniej 11,12 (OS 4,54) i wzrastał do poziomu 15,35 (OS 4,53) u osób ustalających kontakty rodzicielskie (różnica istotna statystycznie na poziomie $p = 0,004$). W grupie A nie zaobserwowano zależności w obszarze tych zmiennych. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela nr 43.

Tabela 43. Wyniki przedstawiające zależności pomiędzy zmienną dotyczącą ustalania kontaktów rodzicielskich podczas rozvodu, a TAS-26 w grupie B

Domena wyobraźni (grupa B)				
Kontakty rodzicielskie	średnia (OS)	przedział ufności (95%)	min-max	poziom istotności (p)
rozwód bez ustalania kontaktów rodzicielskich	11,12(4,54)	9,51(12,73)	5-21	p = 0,004*
rozwód z ustalaniem kontaktów rodzicielskich	15,35(4,53)	13,03(17,68)	7-25	

* $p < 0,05$;

OS – odchylenie standardowe;

Grupa B – osoby niekorzystające z mediacji

Analiza związków w obszarze zależności pomiędzy zmienną dotyczącą ustalania kontaktów rodzicielskich podczas rozvodu, a poziomem rozumienia emocji mierzonym za pomocą TRE wykazała istotne zależności w grupie B. Poziom rozumienia emocji u osób nie ustalających kontaktów rodzicielskich pozostawał na poziomie średniej 16,88 (OS 3,87) i wzrastał do poziomu 19,71 (OS 3,6) u osób ustalających kontakty rodzicielskie (różnica istotna statystycznie na poziomie $p < 0,02$). W grupie A nie zaobserwowano zależności w obszarze tych zmiennych. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela nr 44.

Tabela 44. Dane przedstawiające zależności pomiędzy zmienną dotyczącą ustalania kontaktów rodzicielskich podczas rozvodu, a TRE w grupie B

Kontakty rodzicielskie	Wynik ogólny TRE w grupie B			
	średnia (OS)	przedział ufności (95%)	min-max	poziom istotności (p)
rozwód bez ustalania kontaktów rodzicielskich	16,88(3,87)	15,51-18,25	9-25	p < 0,02*
rozwód z ustalaniem kontaktów rodzicielskich	19,71(3,6)	17,85-21,56	13-26	

* $p < 0,05$;

OS – odchylenie standardowe;

Grupa A – osoby korzystające z mediacji; Grupa B – osoby niekorzystające z mediacji

Analiza związków w obszarze zależności pomiędzy zmienną dotyczącą ograniczenia władzy rodzicielskiej drugiemu rodzicowi podczas rozwodu, a funkcją podejmowanego samouszkodzenia, mierzoną za pomocą Inwentarza Twierdzeń Dotyczących Samouszkodzeń Ciała Część II, wykazała istotne zależności w grupie B. W grupie nieograniczającej władzy rodzicielskiej samouszkodzenie pełniło funkcję redukcji napięcia u 10,53% osób, by wzrosnąć do poziomu 89,47% u osób ograniczających władzę rodzicielską drugiemu rodzicowi. Jednocześnie, 100% osób nieograniczających władzy rodzicielskiej drugiemu rodzicowi dokonywało samouszkodzeń nieredukujących napięcia (różnica istotna statystycznie na poziomie $p = 0,01$). W grupie A nie zaobserwowano zależności w obszarze tych zmiennych. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela nr 45.

Tabela 45. Wyniki przedstawiające zależności pomiędzy zmienną dotyczącą ograniczenia władzy rodzicielskiej, a Inwentarzem Twierdzeń Dotyczących Samouszkodzeń Ciała Część II w grupie B

Władza rodzicielska	Funkcja podejmowanego samouszkodzenia (grupa B)		poziom istotności (p)
	samouszkodzenie redukujące napięcie	samouszkodzenie nieredukujące napięcia	
liczba osób ograniczających władzę rodzicielską	17	0	p = 0,01*
procent osób	89,47	0	
liczba osób nie ograniczająca władzy rodzicielskiej	2	1	
procent osób	10,53	100	

* $p < 0,05$;

Grupa B – osoby niekorzystające z mediacji

Analiza związków w obszarze zależności pomiędzy zmienną dotyczącą ustalenia miejsca zamieszkania dziecka, a domeną wyobraźni, mierzoną za pomocą TAS-26, wykazała istotne zależności w grupie B. Poziom wyobraźni u osób nie ustalających miejsca zamieszkania dziecka pozostawał na poziomie średniej 11,49 (OS 4,44) i wzrastał do poziomu 15,07 (OS 5,23) u osób ustalających miejsce zamieszkania dziecka (różnica istotna statystycznie na poziomie $p = 0,02$). W grupie A nie zaobserwowano zależności w obszarze tych zmiennych. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela nr 46.

Tabela 46. Wyniki przedstawiające zależności pomiędzy zmienną dotyczącą ustalania miejsca zamieszkania dziecka, a TAS-26 w grupie B

Miejsce zamieszkania dziecka	Domena wyobraźni (grupa B)			
	średnia (OS)	przedział ufności (95%)	min–max	poziom istotności (p)
rozwód bez ustalania miejsca zamieszkania dziecka	11,49(4,44)	9,96–13,01	5–21	p = 0,02*
rozwód z ustalaniem miejsca zamieszkania dziecka	15,07(5,23)	12,17–17,96	6–25	

* p < 0,05;

OS – odchylenie standardowe;

Grupa B – osoby niekorzystające z mediacji

Zaobserwowano następujące istotne statystycznie zależności w obszarze pomiędzy zmiennymi dotyczącymi współwystępowania z rozwodem spraw karnych, a TAS-26, SDQ-20 i KKM w grupie A oraz w obszarze pomiędzy zmiennymi dotyczącymi współwystępowania z rozwodem spraw cywilnych, a TAS-26 w grupach A i B. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela nr 47.

Tabela 47. Wyniki przedstawiające zależności pomiędzy zmiennymi dotyczącymi przedmiotu sprawy rozwodowej, a danymi zebranymi za pomocą TAS-26, SDQ-20 i KKM

	Przedmiot sprawy			
	sprawy karne		sprawy cywilne	
	grupa A	grupa B	grupa A	grupa B
TAS-26				
wyobraźnia	p > 0,05	p > 0,05	p > 0,05	p > 0,05
operacyjny styl myślenia	p > 0,05	p > 0,05	p = 0,033*	p > 0,05
osoby powyżej punktu odcięcia (78)	p = 0,0009*	p > 0,05	p = 0,007*	p = 0,01*
SDQ-20				
wynik ogólny	p = 0,045*	p > 0,05	p > 0,05	p > 0,05
osoby powyżej punktu odcięcia (29,5)	p = 0,05*	p > 0,05	p > 0,05	p > 0,05
KKM				
deprecjacja	p = 0,009*	p > 0,05	p > 0,05	p > 0,05
wynik ogólny	p = 0,019*	p > 0,05	p > 0,05	p > 0,05

* p < 0,05;

Grupa A – osoby korzystające z mediacji; Grupa B – osoby niekorzystające z mediacji

Analiza związków w obszarze zależności pomiędzy zmienną dotyczącą współwystępowania spraw karnych z rozwodem, a występowaniem aleksytymii mierzoną za pomocą TAS-26 wykazała istotne zależności w grupie A. Wszystkie osoby

rozводzące się bez współwystępowania spraw karnych znajdowały się poniżej punktu odcięcia. W grupie z współwystępowaniem spraw karnych, 33,33% osób znajdowało się powyżej punktu odcięcia, informującego o występowaniu aleksytymii (różnica istotna statystycznie na poziomie $p = 0,0009$). W grupie B nie zaobserwowano zależności w obszarze tych zmiennych. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela nr 48.

Tabela 48. Dane przedstawiające zależności pomiędzy zmienną dotyczącą współwystępowania spraw karnych z rozwodem, a TAS-26 w grupie A

Sprawy karne	Wynik ogólny TAS-26 (grupa A)		
	poniżej punktu odcięcia (78)	powyżej punktu odcięcia (78)	poziom istotności (p)
liczba osób bez współwystępowania spraw karnych	44	0	p = 0,0009*
procent osób	100	0	
liczba osób z współwystępowaniem spraw karnych	4	2	
procent osób	66,67	33,33	

* $p < 0,05$;

Grupa A – osoby korzystające z mediacji

Analiza związków w obszarze zależności pomiędzy zmienną dotyczącą współwystępowania spraw karnych z rozwodem, a ilością i natężeniem symptomów fizycznych, mierzonych za pomocą SDQ-20, wykazała istotne zależności w grupie A. Wynik ogólny u osób rozwodzących się bez współwystępowania spraw karnych pozostawał na poziomie średniej 22,7 (OS 6,72) i wzrastał do poziomu 31 (OS 12,92) u osób rozwodzących się z współwystępowaniem spraw karnych (różnica istotna statystycznie na poziomie $p < 0,05$). W grupie B nie zaobserwowano zależności w obszarze tych zmiennych. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela nr 49.

Tabela 49. Dane przedstawiające zależności pomiędzy zmienną dotyczącą spraw karnych współwystępujących z rozwodem, a SDQ-20 w grupie A

Sprawy karne	Wynik ogólny SDQ-20 (grupa A)			
	średnia (OS)	przedział ufności (95%)	min-max	poziom istotności (p)
liczba osób bez współwystępowania spraw karnych	22,7(6,72)	20,66–24,75	18–46	p < 0,05*
liczba osób z współwystępowaniem sprawami karnymi	31(12,92)	17,45–44,55	19–52	

* $p < 0,05$;

OS – odchylenie standardowe;

Grupa A – osoby korzystające z mediacji

Analiza związków w obszarze zależności pomiędzy zmienną dotyczącą

współwystępowania spraw karnych z rozwodem, a punktem odcięcia dla natężenia symptomów fizycznych, mierzonym za pomocą SDQ-20, wykazała istotne zależności w grupie A. Wśród osób rozwodzących się bez współwystępowania spraw karnych, 15,91% znajdowało się powyżej punktu odcięcia. U osób rozwodzących się z współwystępowaniem spraw karnych, 50% znajdowało się powyżej punktu odcięcia (różnica istotna statystycznie na poziomie $p = 0,05$). W grupie B nie zaobserwowano zależności w obszarze tych zmiennych. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela nr 50.

Tabela 50. Wyniki przedstawiające zależności pomiędzy zmienną dotyczącą współwystępowania spraw karnych z rozwodem, a SDQ-20 w grupie A

Sprawy karne	Natężenie występowania symptomów fizycznych (grupa A)		
	poniżej punktu odcięcia (29,5)	powyżej punktu odcięcia (29,5)	poziom istotności (p)
liczba osób bez współwystępowania spraw karnych	37	7	p = 0,05*
procent osób	84,09	15,91	
liczba osób z współwystępowaniem spraw karnych	3	3	
procent osób	50	50	

* $p < 0,05$;

OS – odchylenie standardowe;

Grupa A – osoby korzystające z mediacji

Analiza związków w obszarze zależności pomiędzy zmienną dotyczącą współwystępowania spraw karnych z rozwodem, a ogólnym wynikiem i domeną deprecjacji, mierzonymi za pomocą KKM, wykazała istotne zależności w grupie A. Poziom deprecjacji u osób rozwodzących się bez współwystępowania spraw karnych pozostawał na poziomie średniej 34,57 (OS 10,37) i wzrastał do poziomu 45,83 (OS 4,88) u osób rozwodzących się z współwystępowaniem spraw karnych (różnica istotna statystycznie na poziomie $p < 0,01$). Wynik ogólny u osób rozwodzących się bez współwystępowania spraw karnych pozostawał na poziomie średniej 72,68 (OS 22,4) i zmalał do poziomu 52 (OS 10,86) u osób rozwodzących się z współwystępowaniem spraw karnych (różnica istotna statystycznie na poziomie $p < 0,02$). W grupie B nie zaobserwowano zależności w obszarze tych zmiennych. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela nr 51.

Tabela 51. Wyniki przedstawiające zależności pomiędzy zmienną dotyczącą współwystępowania spraw karnych z rozwodem, a KKM w grupie A

Sprawy karne	KKM (grupa A)			
	średnia (OS)	przedział ufności (95%)	min-max	poziom istotności (p)
– a domena deprecjacji w grupie A				
rozwód bez współwystępowania spraw karnych	34,57(10,37)	31,42–37,72	13–54	p < 0,01*
rozwód z współwystępowaniem spraw karnych	45,83(4,88)	40,72–50,95	39–52	
– a wynik ogólny KKM w grupie A				
rozwód bez współwystępowania spraw karnych	72,68(22,4)	65,87–79,49	32–136	p < 0,02*
rozwód z współwystępowaniem spraw karnych	52(10,86)	40,6–63,4	37–66	

* p < 0,05;

OS – odchylenie standardowe;

Grupa A – osoby korzystające z mediacji

Analiza związków w obszarze zależności pomiędzy zmienną dotyczącą współwystępowania spraw cywilnych z rozwodem, a domeną operacyjnego stylu myślenia, mierzoną za pomocą TAS-26, wykazała istotne zależności w grupie A. Operacyjny styl myślenia u osób rozwodzących się bez współwystępowania spraw cywilnych pozostawał na poziomie średniej 13,31 (OS 3,33) i zmalał do poziomu 7 (OS 2,83) u osób rozwodzących się z współwystępowaniem spraw cywilnych (różnica istotna statystycznie na poziomie $p = 0,033$). W grupie B nie zaobserwowano zależności w obszarze tych zmiennych. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela nr 52.

Tabela 52. Wyniki przedstawiające zależności pomiędzy zmienną dotyczącą współwystępowania spraw cywilnych z rozwodem, a TAS-26 w grupie A

Sprawy cywilne	Domena operacyjnego stylu myślenia (grupa A)			
	średnia (OS)	przedział ufności (95%)	min-max	poziom istotności (p)
Osoby bez współwystępowania spraw cywilnych	13,31(3,33)	12,35–14,28	8–21	p = 0,033*
Osoby ze współwystępowaniem spraw cywilnych	7(2,83)	18,41–32,41	5–9	

* p < 0,05;

OS – odchylenie standardowe;

Grupa A – osoby korzystające z mediacji

Analiza związków w obszarze zależności pomiędzy zmienną dotyczącą współwystępowania spraw cywilnych z rozwodem, a występowaniem aleksytymii, mierzonej za pomocą TAS-26, wykazała istotne zależności w grupach A i B.

W grupie A u rozwodzących się bez współwystępowania spraw cywilnych, 2,08% osób znajdowało się powyżej punktu odcięcia wskazującego na występowanie aleksytymii. W grupie z współwystępowaniem spraw cywilnych 50% osób znajdowało się powyżej punktu odcięcia (różnica istotna statystycznie na poziomie $p < 0,01$).

W grupie B wszystkie osoby rozwodzące się bez współwystępowania spraw cywilnych znajdowały się poniżej punktu odcięcia. W grupie z współwystępowaniem spraw cywilnych 14,29% osób znajdowało się powyżej punktu odcięcia (różnica istotna statystycznie na poziomie $p = 0,01$). Szczegółowe wyniki przedstawia tabela nr 53.

Tabela 53. Wyniki przedstawiające zależności pomiędzy zmienną dotyczącą spraw cywilnych współwystępujących z rozwodem, a występowaniem aleksytymii TAS-26 w grupach A i B

Sprawy cywilne	Występowanie aleksytymii		
	poniżej punktu odcięcia (78)	powyżej punktu odcięcia (78)	poziom istotności (p)
Grupa A			
Osoby bez współwystępowania spraw cywilnych	47	1	$p < 0,01^*$
procent osób	97,92	2,08	
Osoby z współwystępowaniem spraw cywilnych	1	1	
procent osób	50	50	
Grupa B			
Osoby bez współwystępowania spraw cywilnych	43	0	$p = 0,01^*$
procent osób	100	0	
Osoby z współwystępowaniem spraw cywilnych	6	1	
procent osób	85,71	14,29	

* $p < 0,05$;

OS – odchylenie standardowe;

Grupa A – osoby korzystające z mediacji; Grupa B – osoby niekorzystające z mediacji

5.4 Zależności pomiędzy zmiennymi zależnymi

Poniżej przedstawiono analizę korelacji pomiędzy poziomem i domenami aleksytymii TAS-26, a wynikami zebranymi za pomocą Inwentarza Pytań Dotyczących Samouszkodzeń Ciała Część I, Inwentarza Twierdzeń Dotyczących Samouszkodzeń Ciała Część II, TRE, SDQ-20, KKM, KPS i BHI-12.

Analiza korelacji pomiędzy TAS-26, a Inwentarzem Pytań Dotyczących Samouszkodzeń Ciała Część I wykazała w grupie A istotne statystycznie zależności pomiędzy domeną wyobraźni, a odczuwaniem bólu ($p < 0,01$) oraz domeną trudności w opisywaniu

uczuciu, a odczuwaniem bólu ($p = 0,03$) podczas dokonywania samouszkodzeń. W grupie B nie odnotowano statystycznie istotnych zależności w obszarze tych zmiennych.

W obszarze korelacji pomiędzy TAS-26, a Inwentarzem Twierdzeń Dotyczących Samouszkodzeń Ciała Część II nie wykazano statystycznie istotnych zależności pomiędzy zmiennymi. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela nr 54.

Tabela 54. Wyniki przedstawiające zależności pomiędzy TAS-26, a Inwentarzem Pytań Dotyczących Samouszkodzeń Ciała Część I oraz Inwentarzem Twierdzeń Dotyczących Samouszkodzeń Ciała Część II

	Grupa A					Grupa B				
	trudności w identyfikacji uczuć	wyobrażenia	operacyjny styl myślenia	trudności w opisywaniu uczuć	wynik ogólny	trudności w identyfikacji uczuć	wyobrażenia	operacyjny styl myślenia	trudności w opisywaniu uczuć	wynik ogólny
TAS-26 a Inwentarz Pytań Dotyczących Samouszkodzeń Ciała część I										
obecność samouszkodzenia	$p = 0,19$	$p = 0,80$	$p = 0,53$	$p = 0,75$	$p = 0,76$	$p = 0,19$	$p = 0,73$	$p = 0,81$	$p = 0,56$	$p = 0,46$
w tym roku/dawniej	$p = 0,22$	$p = 0,08$	$p = 0,82$	$p = 0,73$	$p = 0,07$	$p = 0,85$	$p = 0,78$	$p = 0,81$	$p = 0,89$	$p = 0,89$
zaplanowane/spontaniczne	$p = 0,10$	$p = 0,40$	$p = 0,93$	$p = 0,20$	$p = 0,61$	$p = 0,27$	$p = 0,27$	$p = 0,27$	$p = 0,87$	$p = 0,20$
świadome/bezświadome	$p = 0,29$	$p = 0,05$	$p = 0,95$	$p = 0,81$	$p = 0,72$	$p = 0,45$	$p = 0,31$	$p = 0,37$	$p = 0,11$	$p = 0,45$
ból/brak bólu/ ból zależał od sytuacji	$p = 0,38$	$p < 0,01^*$	$p = 0,16$	$p = 0,03^*$	$p = 0,66$	$p = 0,52$	$p = 0,57$	$p = 0,33$	$p = 0,48$	$p = 0,46$
TAS-26 a Inwentarz Twierdzeń Dotyczących Samouszkodzeń Ciała część II										
napięciowe/ nie napięciowe	wszyscy napięciowe					$p = 1$	$p = 1$	$p = 1$	$p = 1$	$p = 1$
dotyczy: częściowo/ w całości	$p = 0,14$	$p = 0,76$	$p = 0,62$	$p = 0,58$	$p = 0,11$	$p = 0,76$	$p = 0,70$	$p = 0,11$	$p = 0,70$	$p = 0,79$

* $p < 0,05$;

Grupa A – osoby korzystające z mediacji; Grupa B – osoby niekorzystające z mediacji

Analiza zależności pomiędzy TAS-26, a Inwentarzem Pytań Dotyczących Samouszkodzeń Ciała Część I wykazała istotne statystycznie zależności pomiędzy domenami wyobraźni i trudności w opisywaniu uczuć, a obecnością bólu podczas dokonywania samouszkodzenia jedynie w grupie A.

Porównania wielokrotne wykazały, że zależności dotyczą różnic w zakresie domeny wyobraźni pomiędzy osobami odczuwających ból, a osobami nie odczuwającymi bólu ($p = 0,03$, wyniki – 16,4 (OS 0,89) u osób odczuwających ból i 11,38 (OS 3,42) u osób nie odczuwających bólu).

Porównania wielokrotne wykazały, że zależności dotyczą również różnic w zakresie domeny trudności w opisywaniu uczuć pomiędzy osobami odczuwających ból, a osobami nie odczuwającymi bólu ($p = 0,02$, wyniki – 8,6 (OS 1,67) u osób odczuwających ból i 11,88 (OS 2,59) u osób nie odczuwających bólu), następnie pomiędzy osobami u których ból był obecny lub nieobecny w zależności od konkretnej sytuacji, a osobami nie odczuwającymi bólu ($p = 0,01$, wyniki – 6,5 (OS 0,71) u osób, u których ból był obecny lub nieobecny w zależności od konkretnej sytuacji i 11,88 (OS 2,59) u osób nie odczuwających bólu). Szczegółowe wyniki przedstawia tabela nr 55.

Tabela 55. Wyniki przedstawiające zależności pomiędzy TAS-26, a Inwentarzem Pytań Dotyczących Samouszkodzeń Ciała Część I w grupie A

	Domena wyobraźni TAS-26			
Obecność bólu podczas samouszkodzenia	brak bólu	ból	ból zależał od sytuacji	średnia (OS)
brak bólu	–	$p = 0,03^*$	$p = 0,46$	11,38(3,42)
ból	$p = 0,03^*$	–	$p = 0,34$	16,4(0,89)
ból zależał od sytuacji	$p = 0,46$	$p = 0,34$	–	13,5(7,78)
	Domena trudności w opisywaniu uczuć TAS-26			
brak bólu	–	$p = 0,02^*$	$p = 0,01^*$	11,88(2,59)
ból	$p = 0,02^*$	–	$p = 0,28$	8,6(1,67)
ból zależał od sytuacji	$p = 0,01^*$	$p = 0,28$	–	6,5(0,71)

* $p < 0,05$;

OS – odchylenie standardowe;

Grupa A – osoby korzystające z mediacji

W obszarze korelacji pomiędzy wynikami TAS-26, a BHI-12 wykazano w grupie A istotne statystycznie, ujemne korelacje pomiędzy domeną operacyjnego stylu myślenia TAS-26, a nadzieją podstawową BHI-12 ($rS = -0,3$). Z kolei w grupie B wykazano istotne statystycznie, ujemne korelacje pomiędzy domenami TAS-26: trudnością w identyfikacji uczuć ($rS = -0,29$) i trudnością w opisywaniu uczuć ($rS = -0,4$), a wynikiem ogólnym BHI-12. W obszarze korelacji, pomiędzy wynikami TAS-26, a TRE nie wykazano istotnych korelacji pomiędzy zmiennymi w żadnej z grup. W obszarze korelacji pomiędzy TAS-26, a SDQ-20 wykazano w grupie B istotne statystycznie, dodatnie korelacje pomiędzy domeną trudności w identyfikacji uczuć TAS-26, a wynikiem ogólnym SDQ-20 ($rS = 0,28$). Szczegółowe wyniki przedstawia tabela nr 56.

Tabela 56. Dane przedstawiające zależności pomiędzy TAS-26, a BHI-12, TRE oraz SDQ-20 w grupach A i B

Domeny TAS-26	Wynik ogólny BHI-12		Wynik ogólny TRE		Wynik ogólny SDQ-20	
	grupa A	grupa B	grupa A	grupa B	grupa A	grupa B
	rS/p	rS/p	rS/p	rS/p	rS/p	rS/p
trudności w identyfikacji uczuć	rS = -0,07 p = 0,62	rS = -0,29 p < 0,05*	rS = -0,18 p = 0,20	rS = -0,07 p = 0,64	rS = 0,22 p = 0,12	rS = 0,28 p = 0,05*
wyobraźnia	rS = -0,09 p = 0,54	rS = 0,10 p = 0,48	rS = -0,03 p = 0,85	rS = 0,20 p = 0,15	rS = -0,11 p = 0,43	rS = -0,15 p = 0,29
operacyjny styl myślenia	rS = -0,30 p = 0,03*	rS = -0,09 p = 0,55	rS = -0,19 p = 0,19	rS = -0,13 p = 0,39	rS = -0,08 p = 0,57	rS = -0,06 p = 0,69
trudności w opisywaniu uczuć	rS = -0,05 p = 0,73	rS = -0,40 p = 0,004*	rS = 0,60 p = 0,08	rS = -0,15 p = 0,29	rS = 0,25 p = 0,08	rS = 0,07 p = 0,61
wynik ogólny	rS = -0,26 p = 0,07	rS = -0,24 p = 0,09	rS = -0,27 p = 0,06	rS = -0,03 p = 0,85	rS = 0,16 p = 0,26	rS = 0,11 p = 0,47

* p < 0,05;

Grupa A – osoby korzystające z mediacji; Grupa B – osoby niekorzystające z mediacji

W obszarze korelacji, pomiędzy wynikami TAS-26, a KKM w grupie A nie wykazano istotnych statystycznie korelacji pomiędzy zmiennymi. W grupie B wykazano słabe ujemne korelacje pomiędzy domeną operacyjnego stylu myślenia TAS-26, a domenami wsparcia (rS = -0,33) oraz zaangażowania (rS = -0,4) KKM. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela nr 57.

Tabela 57. Dane przedstawiające zależności pomiędzy TAS-26, a KKM w grupach A i B

Domeny TAS-26	Domeny KKM					
	wsparcie		zaangażowanie		depresja	
	grupa A	grupa B	grupa A	grupa B	grupa A	grupa B
	rS/p	rS/p	rS/p	rS/p	rS/p	rS/p
trudności w identyfikacji uczuć	rS = -0,01 p = 0,94	rS = -0,20 p = 0,17	rS = 0,07 p = 0,65	rS = -0,05 p = 0,74	rS = 0,05 p = 0,73	rS = 0,02 p = 0,88
wyobraźnia	rS = 0,12 p = 0,42	rS = -0,14 p = 0,34	rS = 0,04 p = 0,81	rS = -0,26 p = 0,07	rS = -0,17 p = 0,25	rS = 0,04 p = 0,77
operacyjny styl myślenia	rS = 0,09 p = 0,54	rS = -0,33 p = 0,02*	rS = 0,26 p = 0,07	rS = -0,40 p = 0,004	rS = 0,04 p = 0,77	rS = 0,06 p = 0,69
trudności w opisywaniu uczuć	rS = 0,05 p = 0,74	rS = -0,15 p = 0,30	rS = 0,07 p = 0,65	rS = -0,18 p = 0,21	rS = -0,07 p = 0,63	rS = 0,12 p = 0,42
wynik ogólny	rS = 0,09 p = 0,55	rS = -0,27 p = 0,05	rS = 0,18 p = 0,22	rS = -0,27 p = 0,06	rS = -0,04 p = 0,79	rS = 0,14 p = 0,32

* p < 0,05; Grupa A – osoby korzystające z mediacji; Grupa B – osoby niekorzystające z mediacji

W obszarze korelacji pomiędzy wynikami TAS-26, a KPS, w grupie A wykazano słabe ujemne korelacje pomiędzy domeną trudności w identyfikacji uczuć, a podskalami: napięciem emocjonalnym (rS = -0,28), stresem intrapsychicznym (rS = -0,35) i wynikiem ogólnym KPS (rS = -0,34). Wykazano również w grupie A słabe ujemne korelacje

pomiędzy wynikiem ogólnym TAS-26, a podskalami: napięciem emocjonalnym ($rS = -0,32$), stresem intrapsychicznym ($rS = -0,34$) i wynikiem ogólnym KPS ($rS = -0,32$).

W obszarze korelacji pomiędzy wynikami TAS-26, a KPS w grupie B wykazano słabe ujemne korelacje pomiędzy domeną trudności w identyfikacji uczuć, a podskalami KPS: napięciem emocjonalnym ($rS = -0,41$), stresem zewnętrznym ($rS = -0,43$), stresem intrapsychicznym ($rS = -0,38$) oraz wynikiem ogólnym KPS ($rS = -0,43$). W grupie B wykazano również zależności pomiędzy domeną trudności w opisywaniu uczuć TAS-26, a podskalami: napięciem emocjonalnym ($rS = -0,41$), stresem zewnętrznym ($rS = -0,53$), stresem intrapsychicznym ($rS = -0,51$) i wynikiem ogólnym KPS ($rS = -0,5$). Dodatkowo wykazano ujemne korelacje pomiędzy wynikiem ogólnym TAS-26, a podskalami: napięciem emocjonalnym ($rS = -0,37$), stresem zewnętrznym ($rS = -0,41$), stresem intrapsychicznym ($rS = -0,36$) i wynikiem ogólnym KPS ($rS = -0,38$). Szczegółowe wyniki przedstawia tabela nr 58.

Tabela 58. Dane przedstawiające korelacje pomiędzy TAS-26, a KPS w grupach A i B

Domeny TAS-26	Podskale KPS				
	napięcie emocjonalne	stres zewnętrzny	stres intrapsychiczny	skala kłamstwa	wynik ogólny
	rS/p	rS/p	rS/p	rS/p	rS/p
Grupa A					
trudności w identyfikacji uczuć	rS = -0,28 p = 0,05*	rS = -0,24 p = 0,09	rS = -0,35 p = 0,01*	rS = 0,24 p = 0,09	rS = -0,34 p = 0,02*
wyobrażenia	rS = 0,05 p = 0,71	rS = 0,12 p = 0,42	rS = -0,04 p = 0,79	rS = -0,16 p = 0,28	rS = 0,05 p = 0,73
operacyjny styl myślenia	rS = -0,27 p = 0,06	rS = -0,11 p = 0,45	rS = -0,12 p = 0,39	rS = 0,03 p = 0,82	rS = -0,19 p = 0,18
trudności w opisywaniu uczuć	rS = -0,09 p = 0,49	rS = -0,05 p = 0,74	rS = -0,12 p = 0,41	rS = -0,09 p = 0,55	rS = -0,10 p = 0,47
wynik ogólny	rS = -0,32 p = 0,02*	rS = -0,17 p = 0,23	rS = -0,34 p = 0,02*	rS = 0,07 p = 0,64	rS = -0,32 p = 0,02*
Grupa B					
trudności w identyfikacji uczuć	rS = -0,41 p = 0,003*	rS = -0,43 p = 0,002*	rS = -0,38 p = 0,006*	rS = -0,23 p = 0,11	rS = -0,43 p = 0,002*
wyobrażenia	rS = -0,02 p = 0,87	rS = 0,09 p = 0,51	rS = 0,16 p = 0,25	rS = -0,05 p = 0,71	rS = 0,13 p = 0,39
operacyjny styl myślenia	rS = -0,03 p = 0,86	rS = -0,22 p = 0,12	rS = -0,19 p = 0,18	rS = 0,23 p = 0,11	rS = -0,13 p = 0,38
trudności w opisywaniu uczuć	rS = -0,41 p = 0,003*	rS = -0,53 p = 0,00007*	rS = -0,51 p = 0,0002*	rS = -0,01 p = 0,94	rS = -0,50 p = 0,0002*
wynik ogólny	rS = -0,37 p = 0,008*	rS = -0,41 p = 0,003*	rS = -0,36 p = 0,01*	rS = -0,10 p = 0,48	rS = -0,38 p = 0,006*

* p < 0,05;

Grupa A – osoby korzystające z mediacji; Grupa B – osoby niekorzystające z mediacji

W obszarze korelacji, pomiędzy wynikami TRE, a KPS nie wykazano korelacji pomiędzy wynikiem ogólnym TRE, a wynikiem ogólnym i strukturą doznań stresowych KPS w żadnej z grup.

W obszarze korelacji, pomiędzy wynikami TRE, a KKM, w grupie A wykazano słabe ujemne korelacje pomiędzy wynikiem ogólnym TRE, a domeną zaangażowania ($rS = -0,29$). Z kolei w grupie B wykazano słabe ujemne korelacje pomiędzy wynikiem ogólnym TRE, a domeną wsparcia ($rS = -0,29$) i wynikiem ogólnym KKM ($rS = -0,05$). Szczegółowe wyniki przedstawia tabela nr 59.

Tabela 59. Dane przedstawiające korelacje pomiędzy TRE, a KPS i KKM w grupach A i B

TRE a podskale KPS	Grupa A	Grupa B	TRE a domeny KKM	Grupa A	Grupa B
	rS/p	rS/p		rS/p	rS/p
napięcie emocjonalne	rS = 0,26 p = 0,07	rS = 0,06 p = 0,70	wsparcie	rS = -0,11 p = 0,43	rS = 0,29 p = 0,04*
stres zewnętrzny	rS = 0,24 p = 0,10	rS = 0,25 p = 0,08	zaangażowanie	rS = -0,29 p = 0,04*	rS = 0,05 p = 0,72
stres intrapsychiczny	rS = 0,06 p = 0,69	rS = 0,20 p = 0,16	deprecjacja	rS = -0,03 p = 0,85	rS = -0,24 p = 0,09
skala kłamstwa	rS = 0,02 p = 0,89	rS = -0,05 p = 0,75	wynik ogólny	rS = -0,11 p = 0,45	rS = 0,28 p = 0,05*
wynik ogólny	rS = 0,24 p = 0,09	rS = 0,16 p = 0,28			

* $p < 0,05$;

Grupa A – osoby korzystające z mediacji; Grupa B – osoby niekorzystające z mediacji

W obszarze korelacji, pomiędzy wynikami TRE, a SDQ-20 oraz TRE, a BHI-12 nie wykazano istotnych statystycznie zależności pomiędzy zmiennymi. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela nr 60.

Tabela 60. Dane przedstawiające korelacje pomiędzy TRE, a SDQ-20 i BHI-12 w grupach A i B

Wynik ogólny TRE a:	Grupa A	Grupa B
	rS/p	rS/p
wynik ogólny SDQ-20	rS = -0,16 p = 0,28	rS = 0,04 p = 0,81
wynik ogólny BHI-12	rS = 0,27 p = 0,06	rS = 0,16 p = 0,27

Grupa A – osoby korzystające z mediacji; Grupa B – osoby niekorzystające z mediacji

W obszarze korelacji, pomiędzy wynikami TRE, a Inwentarzem Pytań Dotyczących Samouszkodzeń Ciała Część I oraz Inwentarzem Twierdzeń Dotyczących Samouszkodzeń Ciała Część II nie wykazano istotnych zależności pomiędzy zmiennymi w żadnej z grup. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela nr 61.

Tabela 61. Dane przedstawiające zależności pomiędzy TRE, a Inwentarzem Pytań Dotyczących Samouszkodzeń Ciała Część I i Inwentarzem Twierdzeń Dotyczących Samouszkodzeń Ciała Część II

	Grupa A	Grupa B
TRE a samouszkodzenia część I		
obecność samouszkodzenia	p = 0,15	p = 0,60
w tym roku/dawniej	p = 0,39	p = 0,22
zaplanowane/spontaniczne	p = 0,82	p = 0,51
świadome/bezwiedne	p = 0,40	p = 0,68
ból/brak bólu/ból zależy od sytuacji	p = 0,14	p = 0,05
TRE a samouszkodzenia część II		
napięciowe/nie napięciowe	wszyscy napięciowe	p = 1
dotyczy: częściowo/w całości	p = 0,13	p = 0,79

Grupa A – osoby korzystające z mediacji; Grupa B – osoby niekorzystające z mediacji

6. Dyskusja

Rozwód występuje we wszystkich kulturach i jest udziałem osób bez względu na ich wykształcenie, wiek, status materialny, posiadanie dzieci czy otaczające środowisko. Wielu badaczy wskazuje, że problemy w budowaniu i utrzymywaniu bliskich relacji mogą wynikać z braku umiejętności przetwarzania informacji emocjonalnych, często wynikających z aleksytymii [244, 245]. Trudności z rozpoznawaniem i opisem uczuć własnych oraz partnera, charakterystyczne dla osób z aleksytymią, mogą być odczytywane jako brak zaangażowania w związek i sprawiać, że małżonkowie tych osób czują się nieakceptowani, ignorowani lub odrzuceni [246]. Z tego względu założono, że aleksytymia może w znacznym stopniu wpływać na funkcjonowanie par w konfliktach małżeńskich występujących podczas rozvodu.

Jak wskazuje Howe [247], otoczenie człowieka opieką wzmacnia jego poczucie bezpieczeństwa oraz uruchamia zdolności adaptacyjne sprzyjające skuteczniejszemu rozwiązywaniu problemów. Z metaanaliz wielu badań [248] wynika, że osoby zdolne do zbudowania silnego przymierza terapeutycznego [249] uzyskują lepsze wyniki pracy dzięki niespecyficznym czynnikom relacyjnym – okazywaniu zainteresowania, życzliwości, ciepła i współczucia [250]. Współczesne badania potwierdzają skuteczność empatii w praktyce wszystkich zawodów pomocowych [251, 252]. Doświadczenia mediacyjne autorki pracy, wynikające z przeprowadzania ponad 500 mediacji rozwodowych, również potwierdzają nieocenioną rolę empatii w kontakcie z drugim człowiekiem w krytycznym dla niego momencie życia. Z tego też powodu w badaniach podjęto próbę potwierdzenia pozytywnego wpływu udzielania empatycznego wsparcia w mediacji na ograniczenie pojawiania się objawów somatycznych i podejmowania zachowań autoagresywnych u rozwodzących się par.

Wobec powyższego, celem niniejszej dysertacji jest ocena znaczenia ograniczonych kompetencji emocjonalnych jako przyczyny występowania objawów psychosomatycznych oraz podejmowania zachowań agresywnych i autoagresywnych przez osoby pozostające w sytuacji okołorozwodowej, bazująca na bezpośrednim doświadczeniu mediacyjnym autorki pracy. Intencją pogłębiania wiedzy na temat wpływu braku zdolności w zakresie rozpoznawania i regulowania emocji na utrudnienia komunikacyjne w bliskich związkach jest możliwość udzielania skuteczniejszego wsparcia uczestnikom mediacji rozwodowych. Literatura przedmiotu [253, 254, 255] szeroko opisuje potencjalne przyczyny rozpadu rodzin. Jednocześnie skala zjawiska zachęca do głębszych poszukiwań,

prowadzących do rozpoznania pełnego obrazu skutków rozwodu.

Celem przeprowadzonych badań była ocena różnic występujących pomiędzy osobami badanymi, które w sytuacji okołorozwodowej otrzymały wsparcie mediacyjne oraz tymi, które takiego wsparcia nie poszukiwały. Decyzja wynikała z własnego wyboru, braku zgody współmałżonka na udział w mediacji lub braku skierowania. Porównywane grupy oceniono pod kątem następujących zmiennych: zachowań komunikacyjnych małżonków w zakresie wymiarów: wsparcia, zaangażowania i deprecjacji; struktury doznań stresowych w obszarze wymiarów: napięcia emocjonalnego, stresu zewnętrznego oraz intrapsychnicznego; nadziei podstawowej i zdolności do rozumienia emocji; poziomu i wymiarów aleksytymii; rodzaju i częstotliwości występowania objawów somatycznych oraz zachowań autoagresywnych; czynników społeczno-demograficznych: płci, wykształcenia, statusu materialnego, stażu małżeńskiego oraz liczby posiadanych dzieci; czynników dotyczących sprawy rozwodowej: etapu rozwodu, osoby lub instytucji kierującej wniosek do mediacji i pozew rozwodowy, informacji o zawartym porozumieniu mediacyjnym, przedmiocie sprawy rozwodowej i towarzyszących rozwodowi sprawach cywilnych i karnych.

Udział w mediacji jest dobrowolny i wynika ze skierowania na wniosek sądu lub organizacji pomocowej bądź z prywatnej decyzji. W przeprowadzonym badaniu osoby skierowane przez sąd i składające osobisty wniosek o przeprowadzenie mediacji stanowiły równoliczne grupy 29 osób, podczas gdy skierowania do mediacji przez MOPR dotyczyły dwóch osób. W grupie nieuczestniczącej w mediacji zaledwie 10 osób posiadało skierowanie, z którego nie skorzystało. Znacznym utrudnieniem w skompletowaniu grupy spełniającej kryteria włączenia do badań była utrzymująca się mała popularność mediacji, wynikająca z niewystarczającej wiedzy o korzyściach z tego alternatywnego sposobu rozwiązywania sporów oraz, pomimo podejmowanych przez mediatorów i sądy działań, utrzymującej się niechęci do korzystania z tego rodzaju wsparcia.

Psychologiczne i zdrowotne koszty rozwodu, jak wskazują Kitson i Morgan [256], Thompson i Amato, [257, 258] oraz Błażek i Lewandowska-Walter [22], pozostają wysokie nawet kilkanaście lat po rozwodzie, szczególnie w sytuacjach, w których istnieją emocjonalne, rodzinne i finansowe czynniki wiążące rozwiedzioną parę. Również Bartosz i Żurko [259], w badaniu przeprowadzonym w formie autobiograficznego, narracyjnego wywiadu z osobami rozwiedzionymi [260], uzyskały informację o utrzymującym się, mimo upływu czasu, silnym emocjonalnym przeżywaniu tej sytuacji przez kobiety [261]. Z tego względu w niniejszym badaniu zostały uwzględnione osoby pozostające na

trzech etapach rozpadu małżeństwa: złożenia pozwu rozwodowego, formalnego procesu oraz po orzeczeniu rozvodu przez sąd. Najliczniej reprezentowane w obydwu grupach były osoby po orzeczeniu rozvodu. Wynikało to z dwóch powodów. Pierwszy z nich stanowiły formalne ograniczenia, gdyż ustawa o mediacji, wykluczając prowadzenie mediacji przez mediatora osobiście znającego strony lub stronę mediacji, zmniejszyła możliwość zaproszenia do badania osób na etapie pozwu rozwodowego i formalnego rozvodu. Ograniczenie to nabierało znaczenia w sytuacji, gdy czas prowadzenia badań pokrywał się z wykonywaniem obowiązków zawodowych przez autorkę dysertacji, będącą jednocześnie czynną mediatorką. Osoby pozostające na etapie pozwu rozwodowego i formalnego rozvodu brały udział w badaniu jedynie w przypadku prowadzenia ich mediacji przez innych mediatorów. Drugim powodem częstszego wyrażania zgody na udział w badaniu osób po orzeczeniu rozvodu była chęć podsumowania i zamknięcia tego trudnego etapu w życiu.

Ponadto, autorka pracy zaprosiła do badania wyłącznie osoby posiadające dzieci, z uwagi na fakt ich większego obciążenia emocjonalnego, związanego z zachodzącymi w rodzinie procesami przemian [60, 253, 262, 263].

Aleksytymia

W dostępnej literaturze przedmiotu brakuje badań dotyczących znaczenia aleksytymii dla trwałości związków małżeńskich. Niemniej, dostępne wyniki wskazują na negatywny wpływ niezdolności do rozumienia własnych i cudzych uczuć na jakość międzyludzkich relacji [264, 265, 266]. Zgodnie z wynikami Humphreys i wsp. [267], aleksytymia ogranicza odczuwanie satysfakcji ze związku. Również badania Frye-Cox, Hesse i Floyd [268] potwierdzają pośredniczącą rolę aleksytymii dla zależności pomiędzy poczuciem bliskości, a satysfakcją ze związku małżeńskiego [269].

Wyniki ogólne TAS-26, uzyskane w przeprowadzonym przez autorkę badaniu, oscylują w granicach 60 punktów, nie wskazując na podwyższone poziomy aleksytymii w żadnej z analizowanych grup. Grupy nie różnią się w sposób statystycznie istotny również w zakresie częstości przekroczenia punktu odcięcia, wskazującego na aleksytymię. Niemniej jednak, zaobserwowano pewne istotne statystycznie zależności.

Dostępne badania [270, 271] ujawniają cechy aleksytymii u około 10% populacji ogólnej, z większą częstością występowania jej u płci męskiej. W przeprowadzonym przez autorkę badaniu wzięło udział łącznie 17 mężczyzn. W grupie niekorzystającej ze wsparcia mediatora było ich ponad trzykrotnie mniej, co uniemożliwiło zastosowanie

porównania różnic w występowaniu aleksytymii w odniesieniu do płci.

Liczba osób z wyższym i średnim wykształceniem pozostawała na podobnym poziomie w obydwu grupach. Osoby z podstawowym wykształceniem nie były w badaniu reprezentowane, osoby z wykształceniem zawodowym miały dwuosobową reprezentację. Autorka postawiła hipotezę o braku wpływu wykształcenia na zdolność do identyfikacji i opisywania uczuć, co nie znalazło potwierdzenia w przeprowadzonych analizach. Wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia, malał ogólny poziom aleksytymii w obydwu porównywanych grupach. Przykłady wzrostu kompetencji emocjonalnych w trakcie procesu kształcenia podaje m.in. Goleman [229]. Dodatkowo, w grupie korzystającej ze wsparcia mediatora, wzrost statusu materialnego był powiązany z większą łatwością w identyfikacji uczuć i niższym ogólnym poziomem aleksytymii, co zaprzecza postawionej hipotezie o braku zależności pomiędzy statusem materialnym, a aleksytymią. W grupie korzystającej ze wsparcia mediatora, u osób kierowanych do mediacji przez instytucje pomocowe, stwierdzono wyższy poziom trudności w identyfikacji uczuć, w porównaniu z osobami samodzielnie kierującymi wniosek do ośrodków mediacyjnych i wyrażającymi zgodę na udział w mediacji po otrzymaniu skierowania przez sąd. Zależność ta może wskazywać na większe zaufanie badanych do samodzielnie podejmowanych decyzji [228]. Ponadto, Nitsch i inni [272] wskazują, że czynnikami ryzyka dla występowania zaburzeń somatyzacyjnych, mających swoje uzasadnienie między innymi w aleksytymii, mogą być: niski status materialny i poziom wykształcenia, wiek oraz bezrobocie [273]. Interesującym rezultatem, uzyskanym w grupie osób niekorzystających z mediacji, była zależność pomiędzy niższym poziomem wyobraźni, a brakiem ustalania zasad dotyczących kontaktów rodzicielskich i miejsca zamieszkania dziecka podczas rozwodu. Pozostaje to istotną wskazówką dla mediatorów i sędziów, że przyczyną braku ustalania Planu Rodzicielskiego może być brak antycypacji rodziców dotyczący opieki nad dziećmi po rozwodzie.

Interesującym wynikiem w grupie osób korzystających z mediacji okazało się stwierdzenie aleksytymii u dwóch osób badanych, którym w rozwodzie towarzyszyły sprawy karne. Wyjaśnieniem tej zależności może być charakterystyczne dla osób z aleksytymią kumulowanie, a następnie uwalnianie napięcia w sposób agresywny lub autoagresywny [147, 214], a także ograniczona zdolność do wczuwania się w stany emocjonalne innych czy niezdolność do okazywania emocji w bezpieczny dla siebie oraz innych sposób [275, 276, 277]. Również Jackowska podaje niezdolność do modulowania emocji jako cechę charakterystyczną aleksytymii, mogącą przyczyniać się do pojawiania się

gwałtownych, nieadekwatnych do bodźca reakcji behawioralnych [147]. Potwierdzenie powyższych rezultatów mogą stanowić także badania Fossati i innych [278], wskazujące, że trudność identyfikacji uczuć istotnie wpływa na skłonność do przejawiania zachowań impulsywnych [147].

Ponadto, w grupie korzystającej z mediacji, zaobserwowano wyższy poziom operacyjnego stylu myślenia u osób rozwodzących się z współtowarzyszającymi sprawami cywilnymi. Można zatem wysnuć wniosek, że podwyższone wskaźniki operacyjnego stylu myślenia mogą mieć znaczenie dla preferencji osób rozwodzących się do formalnego rozwiązywania spraw rodzinnych, na przykład podziału majątku.

Badania przeprowadzone przez Uziאלę [228] potwierdzają różnicę w obszarze radzenia sobie ze stresem pomiędzy osobami o wysokim poziomie świadomości emocji i z umiejętnością ich regulowania, a osobami z aleksytymią. Wynikają one z mniejszego dostępu do konstruktywnych mechanizmów radzenia sobie w sytuacjach stresowych oraz mniejszego zaufania do umiejętności podejmowania własnych decyzji. Z kolei wyniki badań Besharat [280] dowodzą, że osoby z aleksytymią preferują unikowy styl radzenia sobie ze stresem. Podobne wnioski przynoszą wyniki badaczy Bilotta, Giacomantonio i Leone [281]. Znikomą tendencją do poszukiwania wsparcia medycznego przez osoby z aleksytymią sugerują również wyniki uzyskane przez Meloni, Montisci, Pippia i innych. Zbadany przez nich czas podjęcia decyzji, dotyczącej wezwania pomocy medycznej, od momentu pojawienia się symptomów ostrej niewydolności serca, u osób z aleksytymią był ponad czterokrotnie dłuższy niż u osób, u których nie stwierdzono aleksytymii. W tym przypadku różnica mogła wynikać z niechęci do szukania wsparcia w sytuacjach zagrożenia, ale również ze słabego rozpoznania niepokojących symptomów somatycznych [282]. Badania Sullivana, Camic i Brown, przeprowadzone na populacji 581 mężczyzn, również wskazują na negatywną korelację między natężeniem aleksytymii, a decyzją o poszukiwaniu wsparcia [283].

Według Lazarusa obecność i dostępność społecznych zasobów ma istotny wpływ na jakość szeroko rozumianego funkcjonowania zdrowotnego człowieka [284]. Osoby zdolne do przyjmowania i korzystania ze wsparcia charakteryzują się niższym poziomem lęku, rzadziej koncentrują się na negatywnych doznaniach i jedynie czasowo odczuwają spadek jakości życia [285, 286]. U osób niezdolnych do sięgania po wsparcie obecny już stres może się potęgować [287].

W celu weryfikacji umiejętności sięgania po pomoc przez osoby w trakcie rozwodu autorka dysertacji uwzględniła w metryczce pytania dotyczące rodzaju wsparcia, z

którego korzystały osoby w sytuacji rozwodowej: psychologa, psychiatry, lekarza, fizykoterapeuty czy rehabilitanta. Osoby badane najchętniej i z podobną częstotliwością w obydwu grupach korzystały z konsultacji medycznych. Jedyną różnicę pomiędzy grupami stanowiła fizykoterapia, z której korzystały tylko dzieci rodziców nieuczestniczących w mediacji.

Następstwem deficytów emocjonalnych jest niezdolność do regulowania własnego poziomu pobudzenia oraz brak rozumienia emocji innych ludzi, która powoduje zniekształcenia w percepcji emocji i ich błędne interpretacje. Zwolennicy podejścia humanistycznego w terapii [288] zwracają uwagę na konieczność udzielania wsparcia w tym obszarze. Z uwagi na powyższe, w metryczce znajdowało się również pytanie o rodzaj terapii, w której brały udział osoby badane, z własnej woli lub w wyniku decyzji sądu, przy czym brano pod uwagę: terapię małżeńską, indywidualną, leczenia uzależnień oraz Szkołę dla Rodziców. W przeprowadzonym przez autorkę badaniu zaobserwowano istotne różnice pomiędzy grupami w zakresie poszukiwania wsparcia w obszarze zdrowia psychicznego. Osoby korzystające z mediacji znacznie częściej brały udział w terapii małżeńskiej, korzystały z konsultacji z psychiatrą oraz przyjmowały leki antydepresyjne. Dodatkowo, ich dzieci częściej pozostawały pod opieką kuratora sądowego, przydzielonego im przez sąd. Wniosek, że osoby korzystające ze wsparcia mediacyjnego wykazywały większą łatwość w sięganiu po wsparcie w innych obszarach wydaje się uzasadniony.

Rozpoznawanie emocji

Zdolność rozpoznawania emocji pozwala na rozumienie i przewidywanie własnych oraz cudzych reakcji emocjonalnych i zachowań [289], wpływając na możliwość nawiązywania i utrzymywania satysfakcjonujących relacji społecznych [229, 290].

Uzyskane w przeprowadzonym badaniu średnie wartości punktów, określające zdolność rozumienia emocji, mierzone za pomocą TRE, mieściły się w obydwu grupach w granicach 17 punktów, przy maksymalnym możliwym do uzyskania wyniku 30 punktów. U osób niekorzystających z mediacji, które wykazały wyższy poziom rozumienia emocji zaobserwowano wzrost poziomu odczuwanego wsparcia, a ogólny poziom komunikacji w związku był wyższy, niż u osób z niższym wynikiem testu TRE, co potwierdza wyniki przytoczonych powyżej badań Jaworowskiej i Matczak. Ciekawym rezultatem w grupie korzystającej z mediacji był niski poziom zaangażowania w związek u osób z wyższym poziomem rozumienia emocji. Być może kontakt z własnymi emocjami,

odzwierciedlonymi przez mediatora, pozwolił im na wycofanie zaangażowania ze związku, w który decydowały się już nie inwestować.

Dane wiążące poziom inteligencji emocjonalnej z umiejętnością budowania i utrzymywania satysfakcjonujących związków można znaleźć u Amitay i Mongrain [291], Brackett, Warner i Bosco [292], Ciarrochi, Chan i Caputi [293] oraz Jaworowskiej i Matczak [290]. Toć [294] badał związek między wynikami TRE, a tendencją do wyboru określonych strategii rozwiązywania konfliktów małżeńskich u 40 par, używając Kwestionariusza Rozwiązywania Konfliktów (KRK) autorstwa Kiergielewicz. Uzyskane rezultaty wskazują na ujemną korelację między wynikami TRE, a preferowaniem strategii wycofania w radzeniu sobie z konfliktami, co może wskazywać na to, że osoby z niższym poziomem rozumienia emocji częściej stosują niekonstruktywne strategie ich rozwiązywania [295].

W uzyskanych przez autorkę rezultatach znaleziono potwierdzenie powyższych obserwacji. Rodzice korzystający z mediacji, którzy uzyskali wyższe wyniki w TRE, częściej ustalali zasady przebiegu kontaktów rodzicielskich podczas rozwodu. Poświadczeniem posiadania zdolności do konstruktywnego rozwiązywania konfliktów były podpisane przez 70% uczestników badania ugody mediacyjne. Dodatkowo, w niniejszym badaniu wykazano też wzrost umiejętności rozpoznawania emocji wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia u osób niekorzystających z mediacji. Osoby z wykształceniem zawodowym uzyskały najniższe wyniki TRE, podczas gdy osoby z wyższym poziomem wykształcenia wyniki najwyższe, co może dowodzić, że podnoszenie ogólnego wykształcenia wspiera rozwój kompetencji emocjonalnych w zakresie rozpoznawania emocji [272, 296].

Ponadto, uzyskane wyniki wskazują na wysokie natężenie emocji negatywnych (żału, złości, smutku, lęku), które osiągnęło w obydwu grupach średni poziom 8 punktów w 10-stopniowej skali, przyjętej na potrzeby badania. Dodatkowe założenie, że natężenie emocji u osób w sytuacji rozwodowej utrudnia im samodzielne rozpoznanie emocji i potrzeb, również się potwierdziło [297]. W pierwszej części wywiadu ustrukturyzowanego, w której osoba badana samodzielnie rozpoznawała i nazywała emocje własne, partnera i dziecka, zarejestrowano znacznie mniejszą ich ilość, niż w części drugiej, uwzględniającej pomoc mediatora. Można zatem postawić hipotezę, że odzwierciedlenie emocji przez mediatora ułatwiało ich nazywanie przez uczestników spotkania. Podobna zależność występowała w odniesieniu do potrzeb, a wynikiem wsparcia udzielanego przez autorkę dyktacji, dokonującej przeformułowania ocen i oskarżeń w potrzeby, była pełniejsza lista

potrzeb sformułowanych przez osoby badane. Różnice te potwierdzono w obydwu badanych populacjach.

Komunikacja małżeńska

W grupie 216 irańskich małżeństw posiadających dzieci przeprowadzono badanie, mające na celu opracowanie modelu opisującego relacje pomiędzy aleksytymią, wsparciem społecznym, osamotnieniem, a satysfakcją z małżeństwa [298]. Rezultaty były zgodne z wynikami wcześniej przedstawionymi przez Frye-Cox i Hesse [268]. Obydwa badania wykazały, że brak wsparcia społecznego wpływa, poprzez poczucie osamotnienia, na obniżoną satysfakcję z małżeństwa. Wyniki te są spójne z rezultatami uzyskanymi przez Rostami i in. [299, 300] i wskazują na rolę, jaką może odgrywać wsparcie zewnętrzne w przypadku malejącego wsparcia udzielanego sobie nawzajem przez małżonków w sytuacji okołorozwodowej.

Potwierdzeniem wysokiego poczucia osamotnienia w małżeństwie mogą być wyniki otrzymane przez autorkę badania, wykazujące, że w grupie korzystającej ze wsparcia mediatora wraz z wiekiem współmałżonków i stażem związku malał poziom odczuwanego przez nich zaangażowania partnera. Dodatkowo, w grupie tej wraz ze wzrostem liczby dzieci w rodzinie malał poziom odczuwanego wsparcia i zaangażowania ze strony współmałżonka oraz ogólny poziom komunikacji w związku, a wzrastał poziom odczuwanej deprecjacji.

Ponadto, wzrost poziomu wykształcenia u osób niekorzystających z mediacji przekładał się na wyższy poziom komunikacji w związku, potwierdzając znaczenie podnoszenia ogólnego poziomu wiedzy dla umiejętności porozumiewania się, co może wpływać na odczuwanie zaangażowania partnera. Uzasadnionym wydaje się więc propagowanie mediacji naprawczych dla małżeństw, ponieważ celem ich jest poprawa jakości codziennej komunikacji poprzez budowanie indywidualnych kompetencji emocjonalnych małżonków [301, 302].

Efektywność komunikacji małżeńskiej zależy w równym stopniu od przekazywanych treści, jak i od sposobu ich przekazywania [72]. Zmiany w jej przebiegu są szczególnie widoczne podczas różnych etapów rozpadu związku [303].

W niniejszej dysertacji wykazano zależność, występującą pomiędzy etapem rozvodu, a komunikacją w małżeństwie u osób nie korzystających ze wsparcia mediatora. Poziom zaangażowania małżonka w związek oraz poziom ogólnej komunikacji spadał do najniższego poziomu podczas formalnego procesu, by nieznacznie wzrosnąć w grupie

osób po orzeczeniu rozwodu. Wyniki te potwierdzają obserwacje innych autorów badań w obszarze umiejętności komunikacyjnych, dotyczące obecnej podczas rozstania dużej polaryzacji postaw, blokującej wzajemną ciekawość i współczucie [304, 19].

Z mediacyjnego punktu widzenia istotne wydają się badania specyficznych wzorców komunikacji prowadzących do rozwodu, przeprowadzone przez Markmana [305]. Autor podkreśla wagę deprecjacji jako automatycznie włączanego wzorca zachowania w konflikcie. W związku ma ona miejsce, gdy jeden z partnerów usiłuje za pomocą słów odebrać znaczenie uczuciom, myślom oraz tożsamości małżonka [62]. Braiker i Kelley [306], w oparciu o model współzależności w diadzie [36], wyselekcjonowali trzy poziomy oceny: zachowań, pełnionych ról oraz tożsamości. Uznali przypisywanie zachowaniom partnera trwałych, postrzeganych negatywnie cech osobowości za szczególnie zagrażające dla trwałości związku. Zagadnienia te były też poruszane w pracach Baxter i Montgomery [54] w ramach Modelu Dialektyki Relacyjnej. Podobnie, rezultaty uzyskane w niniejszym badaniu pozwoliły zaobserwować w obydwu badanych grupach bardzo wysokie poziomy deprecjacji małżonka, przy bardzo niskich poziomach wsparcia i zaangażowania odczuwanych w związku. Dodatkowo, u osób niekorzystających ze wsparcia mediatora wykazano zależności pomiędzy stosowaniem operacyjnego stylu myślenia, a niższym poziomem odczuwanego wsparcia oraz zaangażowania współmałżonka. Inni autorzy, m.in. Płońska, również potwierdzają, że trudności w identyfikowaniu emocji wynikające z aleksytymii, powodują dysfunkcjonalne zaangażowanie uczuciowe i mogą być odczuwane przez partnera jako brak wsparcia i zaangażowania. Badania te wykazują również, że operacyjny styl myślenia, łączony z nieefektywną kontrolą zachowań i brakiem empatycznej komunikacji, może być odczytywany przez partnera jako deprecjacja [307].

Charakterystyczny wydaje się także zaobserwowany przez autorkę badań wyższy poziom deprecjacji u osób kierujących pozew rozwodowy, widoczny w grupie korzystającej z pomocy mediatora. Jako możliwe uzasadnienie tego rezultatu należy wymienić specyficzne wymogi pism procesowych. Wyniki uzyskane w badaniach nie potwierdzają jednak postawionej przez autorkę hipotezy o niższym poziomie deprecjacji u osób korzystających ze wsparcia mediatora.

Jednocześnie, w udzielanych w wywiadzie ustrukturyzowanym odpowiedziach, znaczna większość badanych z obydwu grup negatywnie oceniała tożsamość partnera i doświadczyła tego rodzaju oceny ze strony współmałżonka. Pejoratywne oceny tożsamości dotyczyły: pochodzenia („Powinnaś mi dziękować, że wyciągnąłem cię z bagna, w którym się wychowywałaś”), światopoglądu („Przestałaś wierzyć w Boga, więc nie mogę

pozwoić byś wychowywała nasze dzieci”), charakteru („dusigrosz”, „oszustka”) oraz cech fizycznych („Popatrz na siebie jaka jesteś gruba”). Co ciekawe, słowa kierowane przez drugiego rodzica do dziecka, częściej niż własne słowa, osoby badane traktowały jako negatywną ocenę tożsamości dziecka. Ponad połowa badanych w obydwu grupach deklarowała udzielanie wsparcia dziecku, przy jednoczesnej krytycznej ocenie udziału drugiego rodzica we wspieraniu dziecka. Kilka osób badanych potwierdziło włączenie dziecka w konflikt rodzicielski i częściej oceniło w ten sposób zachowania współmałżonka.

Rogge, Bradbury, Hahlweg, Engl i Thurmaier [308] uważają, że destrukcyjne wzorce zachowań komunikacyjnych, rozumiane jako deficyt zdolności do empatii oraz podwyższoną gotowość do podejmowania zachowań agresywnych wraz z predyspozycją do chronicznego przeżywania negatywnych stanów emocjonalnych, zmniejszają szanse na przetrwanie związku. W przeprowadzonym na potrzeby dysertacji badaniu wysoki poziom deprecjacji wobec partnera wiązał się z obecnością spraw karnych u osób w grupie korzystającej z mediacji. U osób bez towarzyszących spraw karnych ogólny poziom komunikacji był wyższy. Jakość komunikacji również w badaniach Karney i Bradbury była istotnym czynnikiem wyróżniającym pary odczuwające satysfakcję ze związku [309].

Wyniki przeprowadzonego na potrzeby dysertacji badania ujawniły, zarówno w grupie wspieranej, jak i niewspieranej przez mediatora, najniższy wynik KKM u osób kierowanych do mediacji przez instytucje pomocowe. Dodatkowo, u osób niekorzystających z mediacji zaobserwowano najniższy poziom odczuwanego wsparcia. Otrzymane dane mogą wskazywać na występowanie znacznie głębszych problemów komunikacyjnych w rodzinach będących pod opieką instytucji pomocowych, co częstokroć jest pochodną niższego poziomu wykształcenia i statusu materialnego [273].

Dodatkowo, rezultaty niniejszego badania wykazują, że wraz ze wzrostem umiejętności rozpoznawania emocji, poprawiał się poziom komunikacji małżeńskiej u osób niekorzystających ze wsparcia mediatora. Osoby korzystające ze wsparcia mediatora i jednocześnie zabezpieczające finansowe potrzeby rodziny, charakteryzowały się niskim poziomem komunikacji małżeńskiej. Jedną z prób wyjaśnienia tego rezultatu może być obserwacja autorki, że dbałość o zabezpieczenie finansowe stanowiła próbę rekompensaty za osłabione relacje w rodzinie [310].

Ciekawą zależność zaobserwowano w grupie korzystającej z mediacji, gdzie malejące zaangażowanie wpływało na wzrost poziomu komunikacji w związku. Jedną z hipotez wyjaśniających powyższy rezultat może być udrożnienie komunikacji pomiędzy

małżonkami przez mediatora, pomimo braku ich zaangażowania w związek.

Poczucie stresu

Krytyczne wydarzenie życiowe, w tym rozwód, nazywane jest w psychologii rozwojowej „wydarzeniem życiowym wymagającym adaptacji”, a w psychologii klinicznej „wydarzeniem krytycznym” [311, 312]. Bez względu na zastosowaną definicję, rozwód, jako wydarzenie stresogenne, wymaga od uczestnika adaptacji do nowej sytuacji. Proces ten może przebiegać sprawniej u osób posiadających umiejętność regulowania własnych emocji [313, 314]. Jednocześnie, średnia wartość ogólnego poziomu stresu w obydwu badanych przez autorkę grupach, osiągająca nieco powyżej 70 punktów, nie pozwala potwierdzić hipotezy o niższym poziomie stresu u osób korzystających ze wsparcia mediatora.

Stres jest reakcją organizmu wynikającą z oceny poznawczej wydarzenia jako zagrożenia, a podjęte strategie obronne są wynikiem tej oceny. Deficyty i defekty poznawcze mogą obniżać zdolności adaptacyjne człowieka lub całkowicie je blokować [315, 316, 317].

Obserwacje Rydzewskiego dotyczące występowania najwyższego poziomu stresu u osób po zatwierdzeniu rozwodu potwierdziły się w przedstawianym przez autorkę badaniu [318]. W grupie osób korzystających z mediacji poziomy napięcia emocjonalnego i stresu zewnętrznego były najwyższe u osób po orzeczeniu rozwodu przez sąd. Być może wynika to z konieczności opanowania następstw stresu oraz adaptacji do nowych warunków życia [319].

Koncepcja Caplana [320] zwraca uwagę na dwa przeciwstawne kierunki, związane z procesem radzenia sobie z długofalowym przeżywaniem podwyższonego poziomu stresu, wynikające z posiadanych zasobów lub ich braku. Są one widoczne w natężeniu przeżywanego lęku i niepewności [321]. W przeprowadzonym przez autorkę badaniu najwyższe poziomy stresu intrapsychicznego i jego ogólnego poziomu występowały w grupie osób korzystających z mediacji, u osób na etapie wnoszenia pozwu do sądu. Jedną z hipotez wyjaśniających ten rezultat może być brak pewności co do podejmowanych decyzji oraz oczekiwanie na wyrok. Dodatkowo, poziom stresu intrapsychicznego był wyższy u osób kierujących pozew do sądu w obydwu grupach. Rezultat ten można tłumaczyć tym, że osoby inicjujące rozwód mogą doświadczać negatywnych ocen ze strony otoczenia. Również u osób dzielących majątek przy rozwodzie zaobserwowano, w grupie korzystającej z mediacji, wyższy poziom stresu intrapsychicznego niż u osób

niedzielących majątku, co może wynikać z braku wiary we własne kompetencje negocjacyjne.

W przeprowadzonych badaniach zaobserwowano również, że wraz z wiekiem i liczbą posiadanych dzieci, w grupie korzystającej ze wsparcia mediatora malał poziom stresu intrapsychicznego. Nasuwa się wniosek, że rodzice z długoletnim stażem, doświadczeni życiowymi sytuacjami, mogą cechować się wyższym poziomem zaufania do własnych kompetencji. Osoby skierowane na mediację przez sąd i z niej korzystające, odczuwały najwyższy poziom napięcia emocjonalnego, stresu zewnętrznego i ogólnego poziomu stresu w porównaniu z osobami samodzielnie kierującymi wniosek lub kierowanymi przez MOPR. Osoby kierowane przez sąd i niekorzystające z mediacji również cechowały się najwyższym poziomem stresu ogólnego w porównaniu z osobami samodzielnie kierującymi wniosek i kierowanymi przez MOPR. Rezultaty te mogły wynikać z przekonania o konieczności podporządkowania się decyzjom sądu.

Ciekawe zależności zaobserwowano pomiędzy stresem i jego strukturą, a poziomem aleksytymii. W grupie korzystającej ze wsparcia mediatora napięcie emocjonalne było niższe u osób, które wykazywały się większą trudnością w identyfikacji uczuć oraz wyższym poziomem cech charakterystycznych dla aleksytymii. U osób nie korzystających z pomocy mediatora zaobserwowano podobną zależność, dodatkowo połączoną z trudnością w obszarze opisu uczuć. Poziom stresu zewnętrznego był niższy u osób charakteryzujących się trudnością w zakresie identyfikacji i opisu uczuć oraz poziomem stresu ogólnego jedynie w grupie niekorzystającej z mediacji. Poziom stresu intrapsychicznego, zarówno w grupie korzystającej, jak i niekorzystającej z mediacji, był niższy u osób posiadających trudności w identyfikacji uczuć i z wyższymi wynikami ogólnymi TAS-26. Przyczyną tych rezultatów może być fakt, że aleksytymia jest rozpatrywana również jako mechanizm radzenia sobie ze stresem [322].

Uzyskane w badaniu autorki wyniki mogą wskazywać na występowanie obronnego mechanizmu zaprzeczania, podobnego do dysocjacji. Polega on na odmowie akceptacji jednego z aspektów rzeczywistości zewnętrznej. Tomalski dodatkowo wyjaśnia, że dysocjacja stanowi rodzaj „radzenia sobie z informacją o utracie bliskiej osoby, gdy uznaje się zaistnienie tego faktu, ale postępuje się tak, jakby nie miał on miejsca” [150].

Trudności z radzeniem sobie z sytuacją stresową, wynikające z włączania się złożonych procesów zniekształcania rzeczywistości, zamrażania emocji lub dysocjacji, występują zdaniem Zdankiewicz-Ścigały głównie u osób z doświadczeniem wczesnodziecięcej traumy [323]. Jackowska wskazuje, że osoby z ograniczonym dostępem do

własnych uczuć są często określane jako „blade emocjonalnie” [147]. Osoby te zaprzeczają odczuwaniu stresu, gdyż nie rejestrują go na poziomie świadomym, a ich pobudzenie zostaje zapisane w reakcji cielesnej, w objawie somatycznym [273]; następnie jest ono rozładowane przez nadmiarową reakcję behawioralną. Literatura przedmiotu wskazuje tu głównie na samouszkodzenia lub stosowanie środków psychoaktywnych: alkoholu, narkotyków lub leków [323, 324, 325, 326, 327].

Objawy somatyczne

Koncepcja typów kontroli Kuhla [328] zakłada, że właściwością wolicjonalną, aktywizującą zmianę, jest orientacja człowieka na działanie, a nieefektywna strategia dążąca do zachowania status quo warunkuje orientację na stan. Również wyniki badań Gollwitzera i in. [329, 330] wskazują na obniżoną efektywność kontroli emocjonalnej u osób zorientowanych na stan. Ponadto, rezultaty badań łączą orientację na stan z występowaniem objawów psychosomatycznych, stosowaniem większej ilości środków przeciwbólowych, mniejszą efektywnością oddziaływań terapeutycznych, niższym poziomem optymizmu oraz obniżonym nastrojem [331, 332].

Objawy somatyczne, nieposiadające podłoża organicznego, mogą wynikać z biologicznie uwarunkowanych mechanizmów reagowania na zagrożenie [333]. Opisując te objawy, stosuje się pojęcie dysocjacji psychoformicznej, która obejmuje procesy umysłowe, takie jak: logiczne myślenie, pamięć czy percepcja rzeczywistości. Dysocjacja somatoformiczna dotyczy natomiast objawów bólowych, występujących bez uchwytnych przyczyn medycznej, lękowych, depresyjnych, zaburzeń jedzenia, uzależnień oraz objawów pod postacią somatyczną [334]. Dysocjacje, bez względu na ich rodzaj, zakłócają lub blokują człowiekowi dostęp do funkcji i umiejętności pozostających do dyspozycji w normalnych warunkach. Zakłócenia te wynikają ze stanu wzmożonej aktywności autonomicznego układu nerwowego, a ich konsekwencjami są zaburzenia naturalnych odczuć fizjologicznych, np. snu, aktywności czy głodu [335, 336, 337].

Autorka użyła w badaniach kwestionariusza SDQ-20, który analizuje częstotliwość i natężenie objawów zarówno z obszaru psychoformicznego, jak i somatoformicznego. Średnie wartości określające ilość i natężenie symptomów w obydwu grupach były na zbliżonych poziomach, około 24 punktów, co nie pozwala potwierdzić hipotezy o mniejszej ilości i natężeniu wskazanych symptomów w grupie korzystającej ze wsparcia mediatora. Wśród badaczy istnieje jednak obawa o rzetelność otrzymywanych odpowiedzi. Wynika ona z faktu niezgłaszania występowania objawów przez osoby badane ze

względu na postrzeganie ich jako dziwne i wstydlive [338]. Zastrzeżenia są uzasadnione również ze względu na rezultaty otrzymywane przez osoby z wysokim poziomem aleksytymii, które cechuje deficyt interocepcji [339, 340]. Autorka dysertacji potwierdza podstawy do sformułowanych przez innych badaczy zastrzeżeń. Informacje uzyskane podczas mediacji pozwoliły na zauważenie rozbieżności pomiędzy danymi podawanymi przez badanych w kwestionariuszu SDQ-20, a tymi na spotkaniu mediacyjnym. Pomimo poufności badania, rodzice obawiali się ujawniania jakichkolwiek nietypowych objawów, mogących negatywnie wpłynąć na ocenę ich kompetencji rodzicielskich w diagnozie wysłanej przez RODK do sądu.

Wpływ stresu na pogorszenie stanu zdrowia był przedmiotem wielu badań, między innymi Sapolsky'ego [180] i Łosiaka [181]. Badacze są zgodni, że stres, zakłócając pracę układów: immunologicznego, hormonalnego, krążeniowo-oddechowego, pokarmowego i mięśniowego, pozostaje ważnym czynnikiem ryzyka pogorszenia stanu zdrowia [341, 342]. W literaturze przedmiotu łączy się występowanie chronicznego stresu z zaburzeniami depresyjnymi i lękowymi [343]. Współcześnie aleksytymię niemal rutynowo wiąże się z chorobami, w których stres jest uwzględniany jako komponent etiologiczny [148, 244, 344]. Związek aleksytymii z czynnościowymi zaburzeniami pracy jelit jest dobrze udokumentowany w badaniach Portincasa, Moschetta, Baldassarre, Altomare, Palasciano [345] oraz Taylora – wśród pacjentów leczonych z powodu zespołu jelita drażliwego lub czynnościowej dyspepsji u 66% stwierdzono aleksytymię [164, 273].

W wywiadzie ustrukturyzowanym niniejszego badania, uwzględniono pytania dotyczące występowania zakłóceń w stanie zdrowia u osób w sytuacji okołorozwodowej. Osoby badane w obydwu grupach najczęściej zgłaszały występowanie zaburzeń pokarmowych (utrata lub wzrost wagi, biegunki, refluks, jadłowstręt, mdłości, wymioty, objadanie się lub brak apetytu); obniżonej regulacji emocji (wzrost odczuwanego lęku, apatii); zaburzeń snu (nadmierna senność lub bezsenność) oraz dolegliwości bólowych (ból głowy, karku, pleców, kręgosłupa, stawów, mięśni oraz migreny). Istotną statystycznie różnicę zaobserwowano jedynie w częstości występowania nowych zdiagnozowanych chorób w grupie niekorzystającej ze wsparcia mediatora, przy czym było w niej 20% więcej takich osób niż w grupie osób korzystających ze wsparcia mediatora.

W niniejszym badaniu zaobserwowano u osób niekorzystających z mediacji, że wraz z rosnącą trudnością w identyfikacji uczuć rośnie natężenie deklaryowanych przez nie symptomów fizycznych. Clark i Watson [346] uważają zdolność do ujawniania emocji rozpacz, żalu oraz czasowego niskiego poczucia własnej wartości, za pożyteczny

mechanizm adaptacyjny w sytuacji postresowej. Celem ich ujawniania i przeżywania jest osiągnięcie spokoju emocjonalnego [347]. Potwierdzeniem tej zależności w prezentowanych przez autorkę badaniach jest obserwowany w grupie osób niekorzystających z mediacji wzrost natężenia objawów mierzonych za pomocą SDQ-20, połączony ze wzrostem trudności w identyfikacji uczuć. W grupie korzystającej ze wsparcia mediatora, odzwierciedlającego emocje osób badanych, taka zależność nie występowała.

Aleksytymia wprawdzie dotyczy głównie kompetencji emocjonalnych, jest jednak ściśle powiązana ze sferą poznawczą i motoryczno-behawioralną, a także fizjologią człowieka. Z tego połączenia wynikają dwa istotne, z punktu widzenia klinicznego, sposoby radzenia sobie struktury ego z napięciem. Pierwszy z nich polega na przeniesieniu napięcia na objawy somatyczne. Odebrany bodziec emocjonalny zostaje zapisany w reakcji cielesnej i objawie somatycznym, a ponieważ nie następuje jego świadoma percepcja, świadome przeżywanie emocji zostaje zablokowane, będąc klasycznym przykładem konwersji lub objawu psychosomatycznego. Drugi sposób radzenia sobie przez ego ze wzrostem napięcia stanowi kumulowanie go, a następnie uwalnianie w przypadkowych sytuacjach, często w sposób agresywny lub autoagresywny [147, 274].

Mechanizm ten opisuje również teoria redukcji napięcia Briere'a i uczenia się skrajnie unikowego stylu radzenia sobie z nim [213, 348]. Dodatkowo, jak podkreśla Doliński, brak oceny poznawczej zdarzenia, które wywołało reakcję sprawia, że rozładowanie nagromadzonego napięcia odbywa się poza kontrolą i świadomością człowieka [349]. Obydwa przywołane powyżej sposoby wskazują na obecność mechanizmów blokowania procesów identyfikacji i werbalizacji emocji, wykluczających użycie słów do regulacji i kontroli pobudzenia. Strategie te przyczyniają się do rozładowania emocji poprzez zachowania agresywne, autoagresywne i objawy psychosomatyczne [147].

W przeprowadzonym przez autorkę badaniu, w grupie niekorzystającej ze wsparcia mediatora, zarejestrowano mniejszą ilość i natężenie symptomów fizycznych u osób, którym nie towarzyszyły sprawy karne, w porównaniu z osobami rozwodzącymi się z współtowarzyszącymi sprawami karnymi. Dodatkowo, wśród osób rozwodzących się bez spraw karnych znajdowało się mniej osób powyżej punktu odcięcia w SDQ-20, wskazując, że umiejętność werbalizacji emocji może przynosić zdolność do bezpiecznego rozładowywania napięcia.

Jak wskazują Gottman i wsp. [350] charakter i jakość związku determinuje dobrostan psychiczny i fizyczny pary. Zależność pomiędzy jakością relacji małżeńskiej, a zdrowiem fizycznym badali Sbarra, Hasselmo i Bourassa [351, 352] i wykazali, że

doświadczenie rozwodu lub separacji wpływa na pogorszenie stanu zdrowia i zwiększa o 23% prawdopodobieństwo śmierci. Jednocześnie, wysoki poziom rezyliencji sprawia, że jedynie 10–15% rozwodzących się osób zмага się z długoterminowymi trudnościami w powrocie do równowagi [118].

Samouszkodzenia

Arnold i Babiker [353] oraz van der Kolk [354] są zdania, że zablokowane i nieprzepracowane emocje, związane z wcześniejszymi traumatycznymi doświadczeniami, są reaktywowane w emocjonalnie trudnym czasie rozwodu, związanym z powtórny doświadczeniem odrzucenia i utraty bliskiej osoby. Proces wyciszania emocji bywa u tych osób trudniejszy, a jak wskazują Coleman i inni [355], może prowadzić do podejmowania zachowań autoagresywnych [225]. W badaniu Arnold impulsem do podjęcia samouszkodzeń w grupie badanych kobiet było pojawienie się przemocy emocjonalnej lub fizycznej w związku, ale także odczuwanie złości z powodu braku wsparcia i komunikacji z partnerem [356].

Badania z zastosowaniem Inwentarza Pytań Dotyczących Samouszkodzeń Ciała I Część wykazały występowanie samouszkodzeń u 30% osób korzystających i u 40% osób niekorzystających z mediacji, przy czym odnotowano tu jeden przypadek próby samobójczej. Aż 80% osób niekorzystających ze wsparcia mediatora dokonało autoagresji w ostatnim roku, w grupie korzystającej ze wsparcia było ich nieco powyżej 45%. W Inwentarzu Twierdzeń Dotyczących Samouszkodzeń Ciała Części II i wywiadzie ustrukturyzowanym osoby z obydwu badanych grup wymieniały podobne przykłady dokonywanych samouszkodzeń: bicie się, ranienie, szarpanie, gryzienie, ale też nałogowe palenie papierosów, nadmierne i celowe przeciążanie się pracą, uprawianie ryzykownych sportów, ryzykowną jazdę samochodem i nadużywanie alkoholu, jako charakterystyczne dla nich zachowania w czasie okołorozwodowym. Zgłaszane przez badanych zachowania autoagresywne są tożsame z kategoriami opisywanymi przez innych autorów, m.in. Babiker i Arnold [357].

Tjosvld i Vliert [45, 358] zwracają uwagę na wpływ zależności emocjonalnej lub ekonomicznej od partnera na sposób funkcjonowania pary w konflikcie. Z przeprowadzonego przez autorkę dysertacji badania wynika, że ponad 80% osób niedzielących majątku i niekorzystających ze wsparcia mediatora podejmowało samouszkodzenie podczas ostatniego roku. Z kolei 100% osób nieustalających alimentacji w grupie osób korzystających ze wsparcia mediatora podejmowało samouszkodzenia podczas ostatniego roku.

Rezultaty te mogą wskazywać na związek pomiędzy nasileniem lęku o bezpieczeństwo emocjonalne i finansowe rodziny, a dokonywaniem samouszkodzeń. W grupie niekorzystającej ze wsparcia mediatora, u osób nieograniczających władzy rodzicielskiej drugiemu rodzicowi, samouszkodzenie pełniło funkcję redukcji napięcia, co wskazuje na brak autonomicznych sposobów radzenia sobie z napięciem w sytuacji ograniczania praw rodzicielskich [204, 359]. Dodatkowo wykazano, że osoby z dłuższym stażem małżeńskim niekorzystające ze wsparcia mediatora podejmowały mniej samouszkodzeń w ostatnim roku, co może świadczyć o wypracowaniu wraz z wiekiem konstruktywnych sposobów rozładowywania napięcia.

Te rezultaty są o tyle istotne, że, jak wykazały badania prospektywne, osamotnienie w związku jest czynnikiem predykcyjnym dla stanu zdrowia psychicznego [360], satysfakcji małżeńskiej [361], śmiertelności osób starszych [362], ryzyka myśli samobójczych [363] i nadużywania alkoholu [364].

Nadzieja podstawowa

Zgodnie z teorią Eriksona [236], nadzieja podstawowa jest szczególnym przeświadczeniem człowieka o uporządkowaniu i sensowności świata, pozwalającym na założenie o jego przychylności [40]. Nie ma ona wyłącznie poznawczego charakteru, ponieważ przejawia się w sposobie interpretowania i prognozowania rozwoju wydarzeń, na bazie powiązanych z nimi uczuć, oraz pozostaje kluczowa dla powstania funkcji kontrolnych u człowieka [365, 366].

Rozwód, przynosząc załamanie się dotychczasowego porządku życia, utratę grupy odniesienia, jaką była rodzina i wiary w umiejętność utrzymania bliskich relacji, podważa skuteczność dotychczasowych sposobów funkcjonowania [380]. Dodatkowo, jak wskazują badania Trzebińskiego, poziom nadziei podstawowej wiąże się z nasileniem objawów somatycznych [367, 368].

W przeprowadzonym przez autorkę badaniu wartość nadziei podstawowej w obydwu grupach osiągała podobne wartości, co nie pozwala potwierdzić hipotezy o jej wyższym poziomie u osób korzystających ze wsparcia mediatora. Uzyskane średnie, wynoszące około 30 punktów, w odniesieniu do możliwego do osiągnięcia wyniku 60 punktów, wskazują na jej względnie niewysoki poziom u badanych osób, ponieważ wyższy wynik odzwierciedla wyższy poziom nadziei podstawowej. W badaniu zaobserwowano, w grupie niekorzystającej ze wsparcia mediatora, niższy poziom nadziei podstawowej u osób, które charakteryzował wyższy poziom trudności w identyfikacji i opisywaniu uczuć.

Z kolei u osób korzystających ze wsparcia mediatora niższy poziom nadziei podstawowej był powiązany z wyższym poziomem operacyjnego stylu myślenia. Rezultaty te wskazują na znaczenie wymiarów aleksytymii dla poziomu nadziei podstawowej. Również Gillath i wsp., Allen i wsp., Padesky i wsp. oraz Zdankiewicz-Ściagała podkreślają, że brak siły i odporności w radzeniu sobie z trudnymi sytuacjami relacyjnymi w wieku dorosłym ma często źródło w trudnościach z komunikowaniem własnych emocji i potrzeb [369, 370, 371, 372].

Ograniczenia badania

Głównym celem przeprowadzonego badania było potwierdzenie występowania różnic w wybranych populacjach. Utrzymująca się tendencja spadkowa w liczbie zawieranych małżeństw oraz brak gotowości rozwodzących się osób do dzielenia się intymnymi szczegółami ze swojego życia z obcą osobą, czyli mediatorem, były sporym utrudnieniem w skompletowaniu wymaganej liczebności osób do badań. Dodatkowo, w Polsce popularność mediacji jako sposobu rozwiązywania sporów jest nadal niewielka, a uzyskanie zgody na udział w badaniu przez obydwu małżonków, będących na różnych etapach adaptacji do nowej sytuacji, stanowiło dodatkowe utrudnienie. Z tego względu w badaniu wzięły udział rozwodzące się osoby, a nie pary. W obydwu badanych grupach występowała znaczna przewaga kobiet, co mogło być przeszkodą w wykazaniu związków pomiędzy poziomem kompetencji emocjonalnych, a płcią badanych osób. Ponadto, dysproporcja ta może stanowić ograniczenie w zakresie możliwości uogólnienia uzyskanych rezultatów na szersze populacje. Dodatkowym ograniczeniem prezentowanych badań jest również ich przekrojowy, a nie podłużny charakter, co pozwala jedynie na zaobserwowanie różnic pomiędzy badanymi populacjami, a nie na wykazanie zależności przyczynowo-skutkowych w odniesieniu do analizowanych zjawisk.

Implikacje do przyszłych badań

Traumatyczne przeżycia, mogą powodować utratę zdolności do werbalnego opracowania przeżywanych emocji, a przekształcanie ich w formę somatyczną często prowadzi do dysfunkcji wielu układów fizjologicznych [373]. Z tego względu, analizując przyszłe kierunki badawcze w rozpatrywanym obszarze, nowe interesujące ustalenia mogłoby przynieść badanie zmian w obszarze zdrowia somatycznego, w zależności od etapu sprawy rozwodowej, zaprojektowane jako badanie podłużne. Chronologiczne rejestrowanie objawów, u konkretnych osób, na trzech etapach sprawy rozwodowej pozwoliłoby

uzyskać pełen obraz przebiegu rozwoju jednostek chorobowych w zależności od procesu adaptacji do sytuacji stresowej.

Autorka badania, jako mediatorka stosująca metodę PbP, byłaby również zainteresowana przeprowadzeniem eksperymentu dotyczącego obserwacji zmian w poziomie rozumienia emocji u osób wyrażających wolę udziału w mediacjach naprawczych na wstępnym etapie rozpadu związku. Zastosowanie testu TRE i kwestionariuszy KKM i KPS w momencie zgłoszenia się osób w kryzysie małżeńskim, a następnie powtórzenie ich po roku uczestnictwa w zajęciach grupy praktykującej PbP, mogłoby stanowić miarodajne źródło informacji o wzroście kompetencji emocjonalnych i ich przewidywanym wpływie na poprawę komunikacji małżeńskiej i obniżeniu poziomu stresu.

Podobnie, ciekawe rezultaty mogłoby przynieść badanie porównawcze, przeprowadzone po minimum sześciu miesiącach realizacji ustalonego planu rodzicielskiego, pomiędzy osobami, które tworzyły plan opieki nad dziećmi przy współdziałaniu mediatora, a tymi, które wypełniały zalecenia planu opieki narzuconego przez sąd.

Interesujące ustalenia mogłyby wnieść badania opisujące różnice w poziomie przeżywanego stresu na różnych etapach sprawy rozwodowej, występujące pomiędzy małżonkami zależnymi ekonomicznie od byłego partnera, a osobami niezależnymi finansowo.

Praktyczne wnioski

Jak wskazuje Kubacka-Jasiecka [374], w sytuacji doznawania silnego i długotrwałego stresu istotne jest dostosowanie formy wsparcia do potrzeb jego odbiorcy. Uczestnictwo w dwóch lub trzech spotkaniach mediacyjnych, praktykowane w Polsce, może być traktowane jedynie jako element dłuższej i wielowymiarowej pomocy udzielanej rozwodzącym się parom.

Jednocześnie, wszelkie instytucjonalne interwencje oraz profilaktyczne działania wspierające identyfikację emocjonalnej ekspresji mogą znacząco poprawiać funkcjonowanie rodzin podczas nasilonego stresu związanego z sytuacją rozwodową. Przedstawione w niniejszej dysertacji rezultaty, jak również wieloletnie doświadczenie autorki, wskazują na znaczenie stosowania przez mediatora technik aktywnego słuchania. Nie do przecenienia jest w szczególności umiejętność odzwierciedlania emocji i potrzeb. Konkluzja ta ma znaczenie o tyle, że jak wykazano, u osób nieposzukujących i korzystających z pomocy odzwierciedlającego emocje i potrzeby mediatora, trudności w obszarze rozpoznawania i regulacji emocji są wyraźnie powiązane z ilością i natężeniem symptomów

fizycznych, poziomem nadziei podstawowej, poziomem i wymiarami stresu, ale także z umiejętnością poszukiwania fachowego wsparcia w trudnym czasie rozvodu.

7. Wnioski

1. Nie stwierdzono podwyższonych poziomów cech charakterystycznych dla aleksytymii w żadnej z grup.
2. Nie potwierdzono istotnych różnic w strukturze doznań stresowych pomiędzy osobami korzystającymi, a niekorzystającymi z pomocy mediatora w sytuacji rozwodu. Odnotowano jednak podwyższony poziom stresu ogólnego w obydwu grupach.
3. Nie potwierdzono istotnych różnic w poziomach nadziei podstawowej pomiędzy osobami korzystającymi, a niekorzystającymi z pomocy mediatora w sytuacji rozwodu. Odnotowano jednak obniżone poziomy nadziei podstawowej w odniesieniu do norm w obydwu grupach.
4. Nie potwierdzono istotnych różnic w poziomach rozumienia emocji pomiędzy osobami korzystającymi, a niekorzystającymi z pomocy mediatora w sytuacji rozwodu.
5. Nie zaobserwowano różnic w zachowaniach komunikacyjnych małżonków w zakresie wymiarów: wsparcia, zaangażowania i deprecjacji pomiędzy małżonkami korzystającymi i niekorzystającymi z pomocy mediatora. Jednocześnie w obydwu badanych grupach zaobserwowano występowanie niskich poziomów zaangażowania i wsparcia w małżeństwie współwystępujących z wysokim poziomem deprecjacji małżonka.
6. Osoby korzystające ze wsparcia mediatora częściej poszukiwały wsparcia w obszarze zdrowia psychicznego, konsultowały się u lekarza psychiatry, stosowały leki przeciwdepresyjne oraz uczestniczyły w terapii małżeńskiej, a także rzadziej dokonywały aktów autoagresji w ciągu ostatniego roku. Rzadziej też diagnozowano u nich nowe choroby somatyczne w porównaniu z osobami nie korzystającymi ze wsparcia mediatora.
7. W obydwu badanych grupach zmienne społeczno-demograficzne oraz dotyczące sprawy rozwodowej, były powiązane z podejmowaniem zachowań autoagresywnych oraz nasileniem symptomów fizycznych.
8. W grupie osób korzystających z pomocy mediatora poszczególne wymiary aleksytymii były powiązane z odczuwaniem bólu podczas podejmowania zachowań autoagresywnych, z poziomem nadziei podstawowej oraz poziomem i wymiarami stresu, a umiejętność rozumienia emocji z poziomem zaangażowania w związku. W grupie osób niekorzystających ze wsparcia mediatora poszczególne wymiary aleksytymii były powiązane z ilością i natężeniem symptomów fizycznych, poziomem nadziei podstawowej, poziomem i wymiarami stresu, umiejętnością rozumienia emocji i kompetencjami w obszarze komunikacji małżeńskiej.

8. Streszczenie

Sposób, w jaki małżonkowie radzą sobie ze stresem obecnym w sytuacji okołorozwodowej zależy, między innymi, od posiadanych przez nich kompetencji emocjonalnych, które wpływają na jakość komunikacji oraz umiejętność korzystania z formalnych i pozaformalnych źródeł wsparcia. Kompetencje te w dużej mierze determinują skalę psychicznych i zdrowotnych konsekwencji ponoszonych przez osoby pozostające w sytuacji okołorozwodowej. Dotychczas przeprowadzone badania nie wyczerpują obrazu zależności pomiędzy aleksytymią, a podejmowaniem zachowań autoagresywnych oraz występowaniem objawów psychosomatycznych u członków rodziny w sytuacji rozvodu. Podobnie, badania w obszarze wpływu deficytów kompetencji emocjonalnych, ujawniających się podczas postępowania rozwodowego, na wzmożoną intensywność przeżywanych stanów emocjonalnych i występowanie objawów psychosomatycznych w dalszym ciągu nie pozwalają na wyciągnięcie jednoznacznych wniosków w tym zakresie.

Głównym celem pracy było porównanie i ocena różnic występujących pomiędzy małżonkami korzystającymi (grupa A) lub niekorzystającymi (grupa B) z pomocy mediatora w sytuacji okołorozwodowej w obszarach: zachowań komunikacyjnych małżonków, struktury doznań stresowych, poziomu nadziei podstawowej, rozumienia emocji, poziomu i wymiarów aleksytymii oraz rodzaju i częstotliwości występowania objawów somatycznych oraz zachowań autoagresywnych u osoby badanej, partnera oraz dziecka.

Badanie miało charakter przekrojowy. Dobór osób do badań miał charakter celowy, zgodny z kryteriami włączenia i wyłączenia. Kryteria włączenia osób do badań były następujące: wiek 25–65 lat; pozostawanie w związku małżeńskim (na etapie: wniesienia pozwu rozwodowego do sądu; złożenia wniosku o mediację do Gdańskiego Centrum Mediacji (GCM) w sprawie rozvodu; uczestnictwo w toczącym się przed sądem postępowaniu rozwodowym; po orzecznym rozwodzie z jednoczesnym pozostawaniem w zależności rodzicielskiej, ekonomicznej lub mieszkaniowej); pisemna i świadoma zgoda na udział w badaniach; posiadanie dziecka lub dzieci. Dodatkowym kryterium włączenia w grupie A (n=50) było uczestniczenie w postępowaniu mediacyjnym w przedmiocie rozvodu. Grupa B (n=50) nie uczestniczyła w spotkaniach mediacyjnych z względu na brak zgody własnej, małżonka(-ki) lub brak skierowania do mediacji przez uprawnione do tego instytucje. Kryteria wyłączenia z badań w grupach A i B stanowiły: zdiagnozowana choroba psychiczna; stosowanie substancji psychoaktywnych; nieposiadanie dzieci. Badania zostały przeprowadzone na terenie GCM przez jedną osobę, autorkę pracy, w okresie

od lutego 2019 do marca 2020 roku. Wszystkie badane osoby wypełniły metryczkę danych: społeczno-demograficznych, dotyczących sprawy rozwodowej, obszaru zmienionych podmiotowych związanych ze stanem zdrowia, tj.: udział w konsultacjach specjalistycznych i stosowane leczenie, obserwacja występowania i nasilania się (w stosunku do okresu poprzedzającego rozwód) objawów somatycznych i chorób oraz obserwowany wzrost natężenia emocji, zachowań destrukcyjnych i autodestrukcyjnych (w stosunku do okresu poprzedzającego rozwód) w skali od 1 (brak wzrostu natężenia) do 10 punktów (maksymalny wzrost natężenia) punktów. Następnie zostały ocenione za pomocą narzędzi psychometrycznych oraz wywiadu ustrukturyzowanego. Osoby badane wypełniły polskie wersje: Toronto Alexithymia Scale-26 (TAS-26), Test Rozumienia Emocji (TRE), Kwestionariusz Poziomu Stresu (KPS), Kwestionariusz Komunikacji Małżeńskiej (KKM), Kwestionariusz Nadziei Podstawowej (BHI-12), Kwestionariusz Dysocjacji Somatoformicznej SDQ-20, Inwentarz Pytań Dotyczących Samouszkodzeń – Część I i Inwentarz Twierdzeń Dotyczących Samouszkodzeń Ciała – Część II. Dodatkowe dane, dotyczące umiejętności samodzielnego oraz przy wsparciu mediatora, rozpoznawania emocji i potrzeb własnych, partnera oraz dziecka, uzyskano w wywiadzie ustrukturyzowanym.

W obydwu badanych grupach nie stwierdzono podwyższonych poziomów cech charakterystycznych dla aleksytymii, odnotowano jednak podwyższony poziom stresu ogólnego, a także obniżone poziomy nadziei podstawowej w odniesieniu do norm. Nie potwierdzono istotnych różnic w poziomach aleksytymii, rozumienia emocji, nadziei podstawowej oraz w strukturze doznań stresowych, zachowaniach komunikacyjnych czy częstotliwości podejmowanych zachowań autoagresywnych, pomiędzy osobami korzystającymi, a niekorzystającymi z pomocy mediatora w sytuacji rozwodu. Osoby korzystające ze wsparcia mediatora częściej poszukiwały wsparcia w obszarze zdrowia psychicznego, konsultowały się u lekarza psychiatry, stosowały leki przeciwdepresyjne oraz uczestniczyły w terapii małżeńskiej, a także rzadziej dokonywały aktów autoagresji w ciągu ostatniego roku. Rzadziej też diagnozowano u nich nowe choroby somatyczne w porównaniu z osobami nie korzystającymi ze wsparcia mediatora. W grupie osób korzystających ze wsparcia mediatora poszczególne wymiary aleksytymii były powiązane z odczuwaniem bólu podczas podejmowania zachowań autoagresywnych, z poziomem nadziei podstawowej oraz poziomem i wymiarami stresu, a umiejętność rozumienia emocji z poziomem zaangażowania w związku. W grupie osób niekorzystających ze wsparcia mediatora poszczególne wymiary aleksytymii były powiązane z ilością i natężeniem

symptomów fizycznych, poziomem nadziei podstawowej, poziomem i wymiarami stresu, umiejętnością rozumienia emocji i kompetencjami w obszarze komunikacji małżeńskiej. W obydwu badanych grupach zmienne społeczno-demograficzne oraz dotyczące sprawy rozwodowej, były powiązane z poziomem i wymiarami aleksytymii, podejmowaniem zachowań autoagresywnych oraz nasileniem symptomów fizycznych. W obydwu badanych grupach zaobserwowano również występowanie niskich poziomów zaangażowania i wsparcia w małżeństwie, współwystępujących z wysokim poziomem deprecjacji małżonka.

9. Abstract

The way spouses cope with divorce-related stress depends, among other things, on their emotional competence, which influences the quality of communication and their ability to use formal and non-formal sources of support. Emotional competence also largely determines the scale of mental and physical health consequences borne by people undergoing a divorce. Studies conducted so far do not cover the whole scope of the relationship between alexithymia and engaging in auto-aggressive behavior, as well as the occurrence of psychosomatic symptoms in family members in the event of divorce. Similarly, research on the impact of emotional competence deficit, revealed during divorce proceedings, on the increased intensity of emotional states and the occurrence of psychosomatic symptoms, still does not allow for drawing unequivocal conclusions in this regard.

The main objective of the study was to compare and assess the differences between spouses who use (group A) or do not use (group B) the help of a mediator during a divorce, in terms of: communication behavior of the spouses, the structure of the experience of stress, the level of basic hope, understanding emotions, the level and dimensions of alexithymia, as well as the type and frequency of somatic symptoms and auto-aggressive behavior in the study participant, their partner and their child.

The study was of a cross-sectional nature. The selection of study participants was deliberate, in line with the inclusion and exclusion criteria. The inclusion criteria for the study participants were as follows: age 25-65; being married (at the stage of: filing for divorce in court; applying for divorce mediation at the Gdańsk Mediation Center (GCM); participation in the divorce proceedings pending in court; after the divorce, while remaining in parental, economic or housing dependence); written, informed consent to participate in research; having a child or children. An additional inclusion criterion in group A (n = 50) was participation in divorce mediation proceedings. Group B (n = 50) did not participate in mediation meetings due to the lack of consent of their own or their spouse, or the lack of referral to mediation by authorized institutions. The criteria for exclusion from the studies in groups A and B were: diagnosed mental illness; the use of psychoactive substances; not having children. The research was carried out in GCM by one person, the author of the work, in the period from February 2019 to March 2020. All respondents filled in the data sheet concerning: the socio-demographic information, information related to the divorce case, the area of subjective variables related to health (including

participation in specialist consultations and treatment, the occurrence and intensification (compared to the period preceding the divorce) of somatic symptoms and diseases, as well as increased intensity of emotion, destructive and self-destructive behavior (compared to the period preceding the divorce) on a scale from 1 (no increase in intensity) to 10 points (maximum increase in intensity)). Then, the participants were assessed using the indicated psychometric tools and a structured interview. The respondents completed the Polish versions of: the Toronto Alexithymia Scale-26 (TAS-26), the Emotional Understanding Test (TRE), the Stress Level Questionnaire (KPS), the Marital Communication Questionnaire (KKM), the Basic Hope Questionnaire (BHI-12), the Somatoform Dissociation Questionnaire SDQ-20, the Inventory of Self-Injury Questions – Part I and the Inventory of Self-Injury Claims – Part II. Additional data on the participants' ability to recognize emotion and needs of their own, their partners and their children, be it independently or with the support of the mediator, were obtained in a structured interview.

In both groups there were no elevated levels of alexithymia characteristics; however, an increased level of general stress has been recorded in these individuals, as well as a decreased level of basic hope, in relation to the norm. The obtained results do not suggest significant differences in levels of alexithymia, understanding emotion, basic hope and the structure of stress experiences, communication behaviors and frequency of self-aggressive behaviors between respondents assisted and not assisted by a divorce mediator. Individuals who benefited from the support of a mediator more frequently sought mental health support, consulted a psychiatrist, used antidepressants, participated in marital therapy; additionally, they self-harmed less frequently in the preceding year. These participants were also less likely to be diagnosed with new somatic diseases, compared to individuals not assisted by a mediator. Among those seeking assistance of a divorce mediator, the dimensions of alexithymia were connected with the perception of pain while engaging in self-aggressive behaviors, the level of basic hope and the level and dimensions of stress, while the ability to understand emotion was connected to the level of commitment in the relationship. Among those who did not use the mediator's support, the individual dimensions of alexithymia were related to the number and intensity of physical symptoms, the level of basic hope, the level and dimensions of stress, the ability to understand emotion and competence in the area of marital communication. In both groups, the socio-demographic variables, as well as the divorce variables, were linked with the level and dimensions of alexithymia, engaging in self-aggressive behaviors and the

intensity of physical symptoms. In both groups, the lowered levels of commitment and support in the relationship were observed, along with a high level of depreciation of the spouse.

10. Piśmiennictwo

1. Wohlleben P., *Duchowe życie zwierząt*. Wydawnictwo Otwarte, Kraków 2017: 128.
2. Bowlby J., *Przywiązanie*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
3. van der Kolk B., *Strach ucieleśniony*. Czarna Owca, Warszawa 2018: 149, 275.
4. Kashtan M., *Niezwykłe świadome życie*. NVC Zone, Poznań 2017: 104.
5. Brown B., *Dary niedoskonałości*. Media Rodzina, Poznań 2012: 39.
6. Sygit M., *Zdrowie publiczne, 2. wydanie*. Wolters Kluwer, Warszawa 2017: 32.
7. Słońska Z., Misiuna M., *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*. Agencja Promo-Lider, Warszawa 1993: 68.
8. Heszen I., Sęk H., *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007: 48.
9. Odoul M., *Powiedz mi co cię boli, powiem ci dlaczego*. Co Libris, Siewierz 2018: 16.
10. Wrześniewski 2000 za: Heszen I., Sęk H., *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007: 178.
11. Heszen I., Sęk H., *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007: 28
12. Schwartz G. E., Weiss S. M., *Yale Conference on Behavioral Medicine: A proposed definition and statement of goals*. Journal of Behavioral Medicine 1978; 1: 3–12.
13. Heszen I., Sęk H., *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007: 31.
14. Popenoe D., *War over the family*. Transaction Publishers, New Brunswick, NJ 2005.
15. Beisert M., *Rozwód. Proces radzenia sobie z kryzysem*. Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2000.
16. Błażek M., Lewandowska-Walter A., *Rozwód jako proces. Perspektywa dorosłych i dzieci*. Difin, Warszawa 2017: 53.
17. Błażek M., Kazimierczak M., Pastwa-Wojciechowska B., Lewandowska-Walter A., *Funkcjonowanie mężczyzn i kobiet w sytuacji rozwodowej; Analiza psychologiczna*. Polskie Forum Psychologiczne 2012; 17(1): 62–78.
18. McKay M., Paleg K., *Związek wolny od złości*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2014.
19. Błażek M., Lewandowska-Walter A., *Rozwód jako proces. Perspektywa dorosłych i dzieci*. Difin, Warszawa 2017: 54.

20. Babiker G., Arnold L., *Autoagresja, mowa zranionego ciała*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003: 107.
21. Walsh B. W., Rosen P. M., *Self-mutilation: theory research and treatment*. Guilford Press, Nowy Jork 1988.
22. Błażek M., Lewandowska-Walter A., *Rozwód jako proces. Perspektywa dorosłych i dzieci*, Difin, Warszawa 2017: 19.
23. Shanker S., Barker T., *Self-Reg. Relacja*, Warszawa 2016: 200.
24. „Conflictus”, Plezia M. (red.), *Słownik łacińsko-polski, tom 1*. PWN, Warszawa 1959: 675.
25. Gierszewski J., *Bezpieczeństwo Społeczne. Studium z zakresu bezpieczeństwa narodowego*. Difin, Warszawa 2013: 8–9.
26. Coser L. A., *Funkcje konfliktu społecznego*. Nomos, Kraków 2009: 5.
27. Lowen A., *Miłość, seks i serce*. Czarna Owca, Warszawa 2016: 195.
28. Moore C., *Mediacje. Praktyczne strategie rozwiązywania konfliktów*. Wolters Kluwer, Warszawa 2016.
29. Kurdek 1995: 153, za: Wilmot W. W., Hocker L. J., *Konflikty między ludźmi*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011: 25.
30. Gottman J. M., *What predicts divorce? The relationship between marital processes and marital outcomes*. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ 1994.
31. Moore C., *The mediation process, 2nd edition*. Jossey-Bass, San Francisco 1996.
32. Comstock, Strzyżewski 1990, za: Wilmot W. W., Hocker L. J., *Konflikty między ludźmi*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011: 25.
33. Young 1973: 22, za: Wilmot W. W., Hocker L. J., *Konflikty między ludźmi*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011: 34.
34. Lindemann G., Heim V., *Komunikacja konstruktywna w biznesie*. Dialogue Unlimited, Poznań 2013: 28–30.
35. Glasl 1980, za: Lindemann G., Heim V., *Komunikacja konstruktywna w biznesie*. Dialogue Unlimited Event, Poznań 2013: 28–30.
36. Kelly H. H., Thibault J., *Interpersonal relations: the theory of independence*. Wiley, Nowy Jork 1978.
37. Larsson L., *Wstyd, złość i poczucie winy – dzwonki alarmowe*, Dialogue Unlimited, Poznań 2020: 143.
38. Baryła W., Wojciszke B., *Struktura i korelaty poczucia krzywdy Polaków w roku 1994 i 1998*. Czasopismo Psychologiczne 2000; 6: 3–4, 267–276.

39. Baryła W., Wojciszke B., *Kwestionariusz ruminacji*. *Studia Psychologiczne* 2005; 43: 5–22.
40. Gruszecka E., Trzebiński J., *Siła nadziei podstawowej, poziom samooceny i typ więzi między ludźmi a odczuwanie i wybaczenie krzywd – badanie autobiograficzne*. *Przegląd Psychologiczny* 2012; 55: 215–232.
41. Lindemann G., Heim V., *Komunikacja konstruktywna w biznesie*. Dialogue Unlimited, Poznań 2013: 28–30.
42. Lazarus i Folkman 1984: 19, za: Heszen I., Sęk H., *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007: 145.
43. Maruszewski T., Ścigała E., *Emocje – aleksytymia – poznanie*. Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 1998: 134–238.
44. Morris C. W. (red), *Mind, self and society from the standpoint of a social behaviorist (Works of George Herbert Mead, vol. 1)*. The University of Chicago Press: Chicago 1934, za: Nordhelle G., *Mediacja. Sztuka rozwiązywania konfliktów*. FISO, Gdańsk 2010: 89.
45. Nordhelle G., *Mediacja. Sztuka rozwiązywania konfliktów*. FISO, Gdańsk 2010: 111.
46. Nordhelle G., *Mediacja. Sztuka rozwiązywania konfliktów*. FISO, Gdańsk 2010: 87–97.
47. Kazimierczak M., Plopa M., *Style przywiązaniowe partnerów a jakość komunikacji w małżeństwie*. *Psychologia Rozwojowa* 2006; 4: 115–126.
48. Rusbult C. E., Zembrodt I. M., Gunn L. K., *Exit, voice, loyalty, and neglect: Responses to dissatisfaction in romantic involvements*. *Journal of Personality and Social Psychology* 1982; 43(6): 1230–1242.
49. Błazek M., Lewandowska-Walter A., *Rozwód jako proces. Perspektywa dorosłych i dzieci*, Difin, Warszawa 2017: 73.
50. Gottman J., Silver N., *Siedem zasad udanego małżeństwa*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006.
51. Amato P. R., Rogers S. J., *A longitudinal study of marital problems and subsequent divorce*. *Journal of Marriage and Family* 1997; 59(3): 612–624.
52. Plopa M., *Psychologia rodziny. Teoria i badania*. Wydawnictwo Impuls, Kraków 2008.
53. Błazek M., Lewandowska-Walter A., *Rozwód jako proces. Perspektywa dorosłych i dzieci*, Difin, Warszawa 2017: 92, 103.

54. Baxter L. A., Montgomery, B. M., *Relations: Dialogues and dialectics*. Guilford, Nowy Jork, NY 1996.
55. Błażek M., Lewandowska-Walter A., *Rozwód jako proces. Perspektywa dorosłych i dzieci*. Difin, Warszawa 2017: 104–105 za: Tosi H. L., Rizzo J. R., *Model stylów reakcji na konflikt*. 1990
56. Główny Urząd Statystyczny, *Rocznik statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej*. Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2019: 181.
57. Główny Urząd Statystyczny, *Rocznik statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej*. Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2019: 230.
58. Błażek M., Lewandowska-Walter A., *Rozwód jako proces. Perspektywa dorosłych i dzieci*. Difin, Warszawa 2017: 20.
59. Główny Urząd Statystyczny, *Rocznik statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej*, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2019: 236.
60. Rydzewski P., *Przyczyny rozwodów*. Ruch prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny 1991; 53(4): 235–245.
61. Błażek M., Lewandowska-Walter A., *Rozwód jako proces. Perspektywa dorosłych i dzieci*. Difin, Warszawa 2017: 48.
62. Nordhelle G., *Mediacja. Sztuka rozwiązywania konfliktów*. FISO, Gdańsk 2010: 90.
63. Strelau 2002, za: Błażek M., Lewandowska-Walter A., *Rozwód jako proces. Perspektywa dorosłych i dzieci*. Difin, Warszawa 2017: 23.
64. Kressel K., *Patterns of Coping in Divorce*. W: Moos R. H. (red.), *Coping with Life Crises*. Springer, Boston 1986: 145–153.
65. Wallerstein J. S., Kelly J. B., *Surviving the breakup. How children and parents cope with divorce*. Basic Books, Nowy Jork, 1980.
66. Błażek M., Lewandowska-Walter A., *Rozwód jako proces. Perspektywa dorosłych i dzieci*. Difin, Warszawa 2017: 105–108.
67. Majkowski W., *Czynniki dezintegracji współczesnej rodziny polskiej: studium socjologiczne*. Wydawnictwo Księży Sercanów, Kraków 1997.
68. Błażek M., Lewandowska-Walter A., *Rozwód jako proces. Perspektywa dorosłych i dzieci*. Difin, Warszawa 2017: 111.
69. Duck S., *A topography of relationship disengagement and dissolution*. Personal Relationships 1982; 4: 1–30, za: Błażek M., Lewandowska –Walter A., *Rozwód jako proces. Perspektywa dorosłych i dzieci*. Difin Warszawa 2017: 113–114.
70. „Medius”, Tokarski J. (red.), *Słownik wyrazów obcych*. PWN, Warszawa 1980: 462.

71. Nordhelle G., *Mediacja. Sztuka rozwiązywania konfliktów*. FISO, Gdańsk 2010.
72. Larsson L., *Porozumienie bez przemocy w związkach. Zadbaj o swoje relacje*. Czarna Owca, Warszawa 2011.
73. Heszen I., Sęk H., *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007: 167.
74. Nordhelle G., *Mediacja. Sztuka rozwiązywania konfliktów*. FISO, Gdańsk 2010: 33.
75. Szukalski P., *Małżeństwo: początek i koniec*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2013.
76. Kitson G. C., Morgan L. A., *The multiple consequences of divorce: A decade review*. *Journal of Marriage and the Family* 1990; 52: 913–924.
77. Thompson R. A., Amato P. R. (red.), *The postdivorce family: children, parenting, and society*. Sage, Thousand Oaks 1999: 191–232.
78. Amato P. R., *The Consequences of Divorce for Adults and Children: An Update*. *Journal of Marriage and Family* 2000; 62(4): 1269–1287.
79. Rosenberg M., *W świecie porozumienia bez przemocy. Praktyczne narzędzia do budowania więzi komunikacji*. MiND, Warszawa 2013: 56.
80. Larsson L., *Wstyd, złość i poczucie winy – dzwonki alarmowe*. Dialogue Unlimited, Poznań 2020.
81. Rosenberg M., *Porozumienie bez przemocy. O języku serca*. Czarna Owca, Warszawa 1998: 125.
82. Rosenberg M., *W świecie porozumienia bez przemocy. Praktyczne narzędzia do budowania więzi komunikacji*. MiND, Warszawa 2013: 159.
83. Nordhelle G., *Mediacja. Sztuka rozwiązywania konfliktów*. FISO, 2010: 149.
84. Larsson L., *Porozumienie bez przemocy w mediacjach. Jak być trzecią stroną w konflikcie*. Czarna Owca, Warszawa 2009.
85. Nordhelle G., *Mediacja. Sztuka rozwiązywania konfliktów*. FISO, Gdańsk 2010: 152.
86. Larsson L., *Wstyd, złość i poczucie winy – dzwonki alarmowe*. Dialogue Unlimited, Poznań 2020: 40–45.
87. Darwin K., *O wyrazie uczuć u człowieka i zwierząt*. PWN, Warszawa 1988. 99
88. Goleman D., *Inteligencja emocjonalna*. Media Rodzina, Poznań 1997: 27. 100
89. Shanker S., Barker T., *Self-Reg. Relacja*, Warszawa 2016: 22. 101
90. Ekman P., Davidson R. J., *Natura emocji. Podstawowe zagadnienia*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2012: 146. 102

91. Rothschild B., *Ciało pamięta. Psychofizjologia traumy i terapia osób po urazie psychicznym*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014: 82. 103
92. Jarymowicz I. w: Doliński D., Błaszczak W., *Dynamika emocji. Teoria i praktyka*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011: 15. 104
93. Zajnoc 1980/1985 za: Jarymowicz, Imbir, w: Doliński D., Błaszczak W., *Dynamika emocji. Teoria i praktyka*. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa 2011: 15. 105
94. LeDoux J. E., *Mózg emocjonalny*. Media Rodzina, Poznań 2000. 106
95. LeDoux J.E., *Mózgowe interakcje poznawczo – emocjonalne*. W: Ekman P., Davidson R.J. (red) *Natura emocji. Podstawowe zagadnienia*. Gdańskie wydawnictwo psychologiczne, Gdańsk 1998: 190–197. 107
96. Jarymowicz M., Imbir K. *O dynamice emocji wzbudzanych automatycznie bądź refleksyjnie*. w: Doliński D., Błaszczak W., *Dynamika emocji. Teoria i praktyka*. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa 2011: 15. 108
97. Jarymowicz M., Imbir K. *O dynamice emocji wzbudzanych automatycznie bądź refleksyjnie*. w: Doliński D., Błaszczak W., *Dynamika emocji. Teoria i praktyka*. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa 2011: 18. 109
98. MacLean P. D., *The triune brain in evolution. Role in paleocerebral functions*. Springer, Nowy Jork 1990.
99. van der Kolk B., *Strach ucieleśniony*, Czarna Owca, Warszawa 2018: 85.
100. Damasio A., *The feeling of what happens: body and emotion in the making of consciousness*. Hartcourt Brace, Nowy Jork 1999.
101. Lowen A., *Miłość, seks i serce*. Czarna Owca, Warszawa 2016: 43.
102. Lowen A., *Miłość, seks i serce*. Czarna Owca, Warszawa 2016: 37–45.
103. Lowen A., *Depresja i ciało*. Czarna Owca, Warszawa 2015: 71–78.
104. van der Kolk B., *Strach ucieleśniony*. Czarna Owca, Warszawa 2018: 127.
105. LeDoux J., *The emotional brain, fear, and the amygdala*. Cellular and Molecular Neurobiology 2003; 23(4–5): 727–738.
106. van der Kolk B., *Strach ucieleśniony*. Czarna Owca, Warszawa 2018: 85.
107. Siegel 2009; Siegel i Hartzell 2004, za: Behary W. T., *Rozbroić narcyza. Jak radzić sobie z osobą zapatrzoną w siebie*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2020: 136.
108. Siegel 2007, za: Behary W. T., *Rozbroić narcyza. Jak radzić sobie z osobą zapatrzoną w siebie*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2020: 155.
109. Lowen A., *Miłość, seks i serce*. Czarna Owca, Warszawa 2016: 37–45, 102–129.

110. Lowen A., *Depresja i ciało*. Czarna Owca, Warszawa 2015: 71.
111. van der Kolk B., *Strach ucieleśniony*. Czarna Owca, Warszawa 2018: 281–283.
112. Jarymowicz, Imbir w: Doliński D., Błaszczak W., *Dynamika emocji. Teoria i praktyka*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011: 16.
113. Zajonc R.B., *Feelings and thinking: preferences need no inferences*. *American Psychologist*, 35 (2): 151–175.
114. Jarymowicz M., Imbir K. *O dynamice emocji wzbudzanych automatycznie bądź refleksyjnie*. w: Doliński D., Błaszczak W., *Dynamika emocji. Teoria i praktyka*. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa 2011: 15–19.
115. van der Kolk B., *Strach ucieleśniony*. Czarna Owca, Warszawa 2018: 271, 282, 317.
116. Lowen A., *Miłość, seks i serce*. Czarna Owca, Warszawa 2016: 37–45, 83–90.
117. Shanker S., Barker T., *Self-Reg. Relacja*, Warszawa 2016: 35.
118. Błazek M., Lewandowska-Walter A., *Rozwód jako proces. Perspektywa dorosłych i dzieci*. Difin, Warszawa 2017: 55.
119. Shanker S., Barker T., *Self-Reg. Relacja*, Warszawa 2016: 199.
120. van der Kolk B., *Strach ucieleśniony*. Czarna Owca, Warszawa 2018: 124.
121. Shanker S., Barker T., *Self-Reg. Relacja*, Warszawa 2016: 15.
122. Lane R. D., *Levels of emotional awareness: Neurological, psychological and social perspectives*. W: Bar-On R., Parker, J. D. A. (red.), *The handbook of emotional intelligence*. Jossey-Bass, San Francisco 2000: 171–191.
123. Lane R. D., Schwartz G., *Levels of emotional awareness: a cognitive-developmental theory and its application to psychopathology*. *American Journal of Psychiatry* 1987; 54: 309–313.
124. Szczygieł D., *Zdolniejsze kobiety czy mniej zmotywowani mężczyźni? Różnice między płciami w różnicowaniu i złożoności werbalizacji emocji*. *Psychologia. Edukacja i Społeczeństwo* 2007; 4: 47–66.
125. Szczygieł D., Kolańczyk A., 2000, za: Matczak A., Piekarska J., *Test rozumienia emocji. Podręcznik*. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2011: 13.
126. Sisson C. P., *Wewnętrzne Przebudzenie*. Medium, Konstancin-Jeziorna 2000.
127. Sisson C. P., *Podróż w głąb siebie*. Medium, Konstancin-Jeziorna 2006.
128. Schwartz R. C., *To na siebie od zawsze czekasz*. Dialogue Unlimited, Poznań 2019.
129. Spiegel L., *Wszystkie części mile widziane. System wewnętrznej rodziny. IFS w praktyce z dziećmi i dorosłymi*. Dialogue Unlimited, Poznań 2019.

130. Rosenberg M., *To, co powiesz może zmienić świat. O języku pokoju w świecie konfliktów*. Czarna Owca, Warszawa 2005.
131. Shanker S., Barker T., *Self-Reg. Relacja*, Warszawa 2016.
132. Hanson F., Hanson R., *Rezyliencja, jak ukształtować fundament spokoju, siły i szczęścia*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2018.
133. Ekman P., Davidson R. J., *Natura emocji. Podstawowe zagadnienia*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2012: 150.
134. Farnicka M., Liberska H., Niewiedział D., *Psychologia agresji, wybrane problemy*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2016: 130.
135. Lazarus 1991, za: Ekman P., Davidson R. J., *Natura emocji. Podstawowe zagadnienia*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2012: 151.
136. Siegel D. J., *Rozwój umysłu. Jak stajemy się tym kim jesteśmy*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2009, za: Behary W. T., *Rozbroić narcyza. Jak radzić sobie z osobą zapatrzoną w siebie*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2020: 86.
137. Hazan C., Shaver P., *Romantic Love conceptualized as an attachment process*, 1987, za: Błażek M., Lewandowska-Walter A., *Rozwód jako proces. Perspektywa dorosłych i dzieci*. Difin, Warszawa 2017: 64.
138. Liberska H., Suwalska D., *Styl przywiązania, a relacje partnerskie we wczesnej dorosłości*. Psychologia Rozwojowa 2011; 16(1): 25–39.
139. Bartholomew K., Horowitz L. M., *Attachment styles among young adults: a test of a four-category model*. Journal of Personality and Social Psychology 1991; 61(2): 226–244.
140. Schwartz R. C., *To na siebie od zawsze czekasz*. Dialogue Unlimited, Poznań 2019: 74–76.
141. van der Kolk B., *Strach ucieleśniony*. Czarna Owca, Warszawa 2018: 286.
142. Schwartz R. C., *To na siebie od zawsze czekasz*. Dialogue Unlimited, Poznań 2019: 76 – 79.
143. Mikulincer M., Florian V., *Coping and adaptation to trauma and loss*; w: Zeidner M., Endler N. S. (red.), *Handbook of coping: theory, research, applications*. Wiley & Sons, Hoboken, NJ 1996: 554–572.
144. Reibstein J. 1998, za: Błażek M., Lewandowska-Walter A., *Rozwód jako proces. Perspektywa dorosłych i dzieci*. Difin, Warszawa 2017: 65.

145. Schwartz R. C., *To na siebie od zawsze czekasz*. Dialogue Unlimited, Poznań 2019: 34.
146. Schwartz R. C., *To na siebie od zawsze czekasz*. Dialogue Unlimited, Poznań 2019: 14.
147. Jackowska E., *Zrozumieć aleksytymię*. Borgis – Medycyna Rodzinna 2018; 21(2): 139–146.
148. Taylor G. J., Bagby R. M., *New Trends of Alexithymia Research*. Psychotherapy and psychosomatics 2004; 73(2): 67–77.
149. Kosten K., Giller F. Jr., *Alexithymia as a predictor of treatment response in post-traumatic stress disorder*. Journal of Traumatic Stress 1992; 5(4): 563–573.
150. Tomalski R., *Aleksytymia i Dysocjacja*. Psychoterapia 2008; 2(145): 35–43.
151. Heszen I., Sęk H., *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007: 181.
152. Behary W. T., *Rozbroić narcyza. Jak radzić sobie z osobą zapatrzoną w siebie*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2020: 80.
153. Levine P., Frederick A., *Obudźcie tygrysa. Leczenie traumy*. Czarna Owca, Warszawa 2012: 72.
154. van der Kolk B., *Strach ucieleśniony*. Czarna Owca, Warszawa 2018: 55–56.
155. Liberska, Matuszewska 2014, za: Farnicka M., Liberska H., Niewiedział D., *Psychologia agresji, wybrane problemy*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2016: 106.
156. van der Kolk B., *Strach ucieleśniony*. Czarna Owca, Warszawa 2018: 154.
157. Piasecka B. (red.), *Agresja – perspektywa psychoterapeutów*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2017: 152.
158. Schier K., *Bez tchu i bez słowa*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.
159. Lowen A., *Depresja i ciało*. Czarna Owca, Warszawa 2015: 91–95.
160. Sifneos P. E., *The prevalence of “alexithemic” characteristics in psychosomatic patients*. W: Freyberger H. (red.), *Topics of Psychosomatic Research*. Karger, Basle 1972.
161. Krystal H., *Desomatization and the consequences of infantile psychic trauma*. Psychoanalytic Inquiry 1997; 17(2): 126–150.
162. Schura M. 1955, za: Schier K., *Bez tchu i bez słowa*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.

163. Heszen I., Sęk H., *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007: 180.
164. Taylor G. J., *Recent developments in alexithymia theory and research*. Canadian Journal of Psychiatry 2000; 45(2): 134–142, za: Jackowska E., *Zrozumieć aleksytymię*. Borgis – Medycyna Rodzinna 2018; 21(2): 139–146.
165. Farnicka M., Liberska H., Niewiedział D., *Psychologia agresji, wybrane problemy*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2016: 94.
166. Suslow T., Junghanns K., *Impairments of emotion situation priming in alexithymia*. Personality and Individual Differences 2002; 32: 541–550.
167. van der Kolk B., *Strach ucieleśniony*. Czarna Owca, Warszawa 2018: 128.
168. Schier K., *Bez tchu i bez słowa*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005: 61–67.
169. van der Kolk B., *Strach ucieleśniony*. Czarna Owca, Warszawa 2018: 130.
170. Suzuki T., *Hypnotic imagery – therapy for a hives patient with alexithymic characteristics*. Contemporary Hypnosis 2005; 2: 94–98, za: Jackowska E., *Zrozumieć aleksytymię*. Borgis – Medycyna Rodzinna 2018; 21(2): 139–146.
171. Heszen I., Sęk H., *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007: 183.
172. Yekta M., Besharat M. A., Roknoldini E., *Explanation of alexithymia in terms of personality dimensions in a sample of general populations*. Social and Behavioral Sciences 2011; 30: 133–137.
173. Jarosz M., *Psychologia lekarska*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1987: 207.
174. Tylka J., *Podejście psychosomatyczne w wyjaśnieniu przyczyn i ustalenia sposobów terapii zaburzeń zdrowia*. Family Medicine and Primary Care Review 2010; 12(1): 97–103.
175. „Psyche”, Tokarski J. (red.) *Słownik wyrazów obcych*, PWN, Warszawa 1980: 613.
176. Lowen A., *Miłość, seks i serce*. Czarna Owca, Warszawa 2016: 33–35.
177. Babiker G., Arnold L., *Autoagresja, mowa zranionego ciała*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003: 29.
178. Babiker G., Arnold L., *Autoagresja, mowa zranionego ciała*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003: 25.

179. Łosiak W., *Psychologia stresu*. Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2008.
180. Sapolsky R. M., *Dlaczego zebry nie mają wrzodów? Psychofizjologia stresu*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010.
181. Łosiak 2008, za: Doliński D., Błaszczak W., *Dynamika emocji. Teoria i praktyka*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011: 369.
182. van der Kolk B., *Strach ucieleśniony*. Czarna Owca, Warszawa 2018: 294.
183. Kabat-Zinn, za: van der Kolk B., *Strach ucieleśniony*. Czarna Owca, Warszawa 2018: 273.
184. Holzel 2010: 11–17, za: van der Kolk B., *Strach ucieleśniony*. Czarna Owca, Warszawa 2018: 274.
185. Terelak J. F., *Człowiek i stres: koncepcje, źródła, reakcje, radzenie sobie*. Branta, Bydgoszcz–Warszawa, 2008.
186. Babiker G., Arnold L., *Autoagresja, mowa zranionego ciała*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003: 101.
187. Harasim K., *Stres w zawodach wysokiego ryzyka*. Humanum 2018; 28(1): 43–66.
188. Engel G. L., *The concept of psychosomatic disorder*. Journal of Psychosomatic Research 1967; 11(3), za: Tylka J., *Podejście psychosomatyczne w wyjaśnieniu przyczyn i ustalenia sposobów terapii zaburzeń zdrowia*. Family Medicine and Primary Care Review 2010; 12(1): 97–103.
189. Favazza A. R., *Bodies Under Siege*. Johns Hopkins University Press, Baltimore 1987, za: Babiker G., Arnold L., *Autoagresja, mowa zranionego ciała*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003: 45.
190. Babiker G., Arnold L., *Autoagresja, mowa zranionego ciała*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003: 21.
191. Ross R. R., McKay H. B., *Self-Mutilation*. Lexington Books: Lexington 1997, za: Babiker G., Arnold L., *Autoagresja, mowa zranionego ciała*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003: 24–25.
192. Piasecka B. (red.), *Agresja – perspektywa psychoterapeutów*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2017: 151.
193. Piasecka B. (red.), *Agresja – perspektywa psychoterapeutów*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2017: 153.
194. Babiker G., Arnold L., *Autoagresja, mowa zranionego ciała*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003: 40.

- 195 Babiker G., Arnold L., *Autoagresja, mowa zranionego ciała*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003: 93–95.
196. Babiker G., Arnold L., *Autoagresja, mowa zranionego ciała*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003: 97.
197. Babiker G., Arnold L., *Autoagresja, mowa zranionego ciała*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003: 108.
198. Walsh B. W., Rosen P. M., *Self-mutilation: theory, research and treatment*. Guilford Press, Nowy Jork 1988, za: Babiker G., Arnold L., *Autoagresja, mowa zranionego ciała*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003: 96.
199. Babiker G., Arnold L., *Autoagresja, mowa zranionego ciała*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003: 98.
200. van der Kolk B., *Strach ucieleśniony*. Czarna Owca, Warszawa 2018: 174.
201. Babiker G., Arnold L., *Autoagresja, mowa zranionego ciała*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003: 115–125.
202. Wycisk J., *Okaleczanie ciała. Wybrane uwarunkowania psychologiczne*. Bogucki Wydawnictwo Naukowe, Poznań 2004.
203. van der Kolk B., *Strach ucieleśniony*. Czarna Owca, Warszawa 2018: 304.
204. van der Kolk B., *Strach ucieleśniony*. Czarna Owca, Warszawa 2018: 100.
205. Florkowski A., *Kompleksowe terapie chorób psychosomatycznych*. Med Biol 1999: 3–4.
206. Piegza M., Gorczyca P., Hese R., *Wybrane zagadnienia dotyczące zaburzeń psychicznych pod postacią somatyczną*. Wiadomości Lekarskie 2005; LVIII.
207. Heszen I., Sęk H., *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
208. Heszen I., Sęk H., *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007: 179.
209. Heszen I., Sęk H., *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007: 182.
210. Matczak A., *Kwestionariusz Kompetencji Społecznych. Podręcznik*. Wydawnictwo Laboratorium Polskie Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 2001.
211. Heszen I., Sęk H., *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007: 163.
212. Herman, za: Babiker G., Arnold L., *Autoagresja, mowa zranionego ciała*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003: 19.

213. Babiker G., Arnold L., *Autoagresja, mowa zranionego ciała*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003: 112.
214. van der Kolk B., *Strach ucieleśniony*. Czarna Owca, Warszawa 2018: 128–130, 357.
215. Dieter i Pearlman, za: Babiker G., Arnold L., *Autoagresja, mowa zranionego ciała*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003: 101.
216. Babiker G., Arnold L., *Autoagresja, mowa zranionego ciała*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003: 20.
217. Arnold L., *Woman and self-injury: a survey of 76 women*. Bristol Crisis Service for Women, Bristol 1995, za: Babiker G., Arnold L., *Autoagresja, mowa zranionego ciała*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003: 97–98.
218. van der Kolk B., *Strach ucieleśniony*. Czarna Owca, Warszawa 2018: 272.
219. Babiker G., Arnold L., *Autoagresja, mowa zranionego ciała*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003: 110–112.
220. Arnold 1995, Shapiro 1987, za: Babiker G., Arnold L., *Autoagresja, mowa zranionego ciała*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003: 98.
221. Graff, Mallin, 1967, za: Babiker G., Arnold L., *Autoagresja, mowa zranionego ciała*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003: 75.
222. Babiker G., Arnold L., *Autoagresja, mowa zranionego ciała*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003: 73–75.
223. Toch H., *Men in crisis*. Aldine, Chicago 1975.
224. Bowlby J., *Loss: sadness and despair (Attachment and loss, vol. 3)*. Basic Books, Nowy Jork 1980.
225. Błażek M., Lewandowska-Walter A., *Rozwód jako proces. Perspektywa dorosłych i dzieci*. Difin, Warszawa 2017: 250–251.
226. Barsky, M., *When grief underlines the conflict*. Conflict Resolution Quarterly 1993; 11(1): 39–53.
227. Taylor G. J., Bagby R. M., Parker J. D. A., *The development and regulation of affect*, [polska adaptacja] Maruszewski T., Ścigała E., *Emocje – aleksytymia – poznanie*. Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 1998: 24–25.
228. Uziałło J., *Ocena wybranych parametrów osobowości aleksytymicznej*. Postępy Psychiatrii i Neurologii 1999; 9: 477–480.
229. Goleman D., *Inteligencja emocjonalna*. Media Rodzina, Poznań 1997.

230. Matczak A., Piekarska J., *Test Rozumienia emocji. Podręcznik*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2011.
231. Matczak A., Piekarska J., *Test Rozumienia emocji. Podręcznik*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2011: 14.
232. Matczak A., Piekarska J., *Test Rozumienia emocji. Podręcznik*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2011: 50–51.
233. Kaźmierczak M., Plopa M., *Kwestionariusz Komunikacji Matżeńskiej. Podręcznik*. Vizja Press, Warszawa 2008.
234. Plopa M., Makarowski R., *Kwestionariusz Poczucia Stresu KPS*. 2010.
235. Trzebiński J., Zięba M., *Kwestionariusz Nadziei Podstawowej BHI-12*. 2003.
236. Erikson E., *Dzieciństwo i społeczeństwo*. Rebis, Poznań 1997.
237. Kubiak, A. *Inwentarz Pytań Dotyczących Samouszkodzeń Ciała – Część I*. 2011.
238. Juzwin K., *Self-Injury Self-Report Inventory (SISRI)*. 2004.
239. Klonsky D. E., *Inwentarz Twierdzeń Dotyczących Samouszkodzeń Ciała – Część II*. 2008.
240. Pietkiewicz I., Tomalski R., *Kwestionariusz Dysocjacji Somatoformicznej SDQ-20 PL*. 2016.
241. Pietkiewicz I., Hełka A. M., Tomalski R., *Validity and reliability of the Polish online and pen-and-paper versions of the Somatoform Dissociation Questionnaires (SDQ-20 and PSDQ-5)*. European Journal of Trauma & Dissociation 2019; 3(1): 23–31.
242. Babiker G., Arnold L., *Autoagresja, mowa zranionego ciała*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003.
243. Juul J., *Agresja – Nowe tabu? Dlaczego jest potrzebna nam i naszym dzieciom?* MiND, Podkowa Leśna 2013: 68.
244. Taylor G. J., *Recent developments in alexithymia theory and research*. Canadian Journal of Psychiatry 2000; 45: 134–142.
245. Suslow T., Junghanns K., *Impairments of emotion situation priming in alexithymia*. Personality and Individual Differences 2002; 32: 541–550.
246. Jackowska E., *Aleksytymia jako wyjaśnienie zaburzeń w relacjach społecznych u dzieci i dorosłych*. W: Kaldon B., Kurlak I. (red.), *Człowiek w obliczu trudnej sytuacji życiowej*. Wydawnictwo Naukowe UKSW, Sandomierz–Warszawa 2011: 39–55.

247. Howe D., *Empatia: co to jest i dlaczego jest taka ważna*. Ingenium, Warszawa 2013: 124–125.
248. Wampold B. E., *The great psychotherapy debate: models, methods, and findings*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers, Nowy Jork 2001.
249. Bentall R. P., *Doctoring the mind: is our current treatment of mental illness really any good?* New York University Press, Nowy Jork 2009: 260.
250. Howe D., *Empatia: co to jest i dlaczego jest taka ważna*. Ingenium, Warszawa 2013: 127.
251. Bohart A. C., *The client is the most important common factor: clients' self-healing capacities and psychotherapy*. *Journal of Psychotherapy Integration* 2000; 10: 127–150.
252. Bohart A. C., Greenberg L. S. *Empathy and psychotherapy: an introductory overview*. W: Bohart A. C., Greenberg L. S. (red.), *Empathy reconsidered*. American Psychological Association, Washington DC 1997: 4–31.
253. Kratochvil S., *Terapia małżeńska*. Via Medica, Gdańsk 2006: 144–147.
254. O'Neil N., O'Neil G., *Open marriage. A new life style of couples*. Avon Books, Nowy Jork 1973.
255. Dicks H. W., *Marital tensions*. Basic Books: Nowy Jork 1967.
256. Kitson G. C., Morgan L. A., *The multiple consequences of divorce: A decade review*. *Journal of Marriage and Family* 1990; 52(4): 913.
257. Thompson R. A., Amato P. R. (red.), *The postdivorce family: Children, parenting, and society*. Sage, Thousand Oaks, CA 1999.
258. Amato P. R., *The consequences of divorce for adults and children*. *Journal of Marriage and Family* 2000; 62(4): 1269–1287.
259. Bartosz B., Żurko M., *Badania narracyjne w podejściu interpretatywnym – wskazówka metodologiczna*. *Terazniejszość–Człowiek–Edukacja* 2014; 68(4): 19–38.
260. Żurko M., *O przydatności metody biograficznej w psychologii*. W: Straś-Romanowska M. (red.), *Na tropach psychologii jako nauki humanistycznej*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1996: 143–156.
261. Błażek M., Lewandowska-Walter A., *Rozwód jako proces. Perspektywa dorosłych i dzieci*. Difin, Warszawa 2017: 52.
262. Błażek M., Lewandowska-Walter A., *Rozwód jako proces. Perspektywa dorosłych i dzieci*. Difin, Warszawa 2017: 189–227.

263. Sokołowska E., *Dorośle dzieci rozwiedzionych rodziców – przegląd teorii i badań*. Ogrody Nauk i Sztuk 2013; 3: 110–111.
264. Hesse C., Floyd K., *The impact of alexithymia on initial interactions*. Personal Relationships. 2011; 18(3): 453–470.
265. Qualter P., Wagner H., Quinton S. J., Brown S., *Loneliness, interpersonal distrust, and alexithymia in university students*. Journal of Applied Social Psychology 2009; 39: 1461–1479.
266. Yelsma P., Marrow S., *An examination of couples' difficulties with emotional expressiveness and their marital satisfaction*. Journal of Family Communication 2003; 3: 41–62.
267. Humphreys T. P., Wood L. M., Parker J. D., *Alexithymia and satisfaction in intimate relationships*. Personality and Individual Differences 2009; 46: 43–47.
268. Frye-Cox N. E., Hesse C. R., *Alexithymia and marital quality: The mediating roles of loneliness and intimate communication*. Journal of Family Psychology 2013; 27: 203–211.
269. Hesse C., Floyd K., *Affectionate experience mediates the effects of alexithymia on mental health and interpersonal relationships*. Journal of Social and Personal Relationships 2008; 5: 793–810.
270. Samur D., Tops M., Schlinken C. i wsp., *Four decades of research on alexithymia: moving toward clinical applications*. Frontiers in Psychology 2013; 4: 861.
271. Franz M., Popp K., Schaefer R. i wsp., *Alexithymia in the German general population*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2008; 43: 54–62.
272. Nitsch K., Jabłonski M., Samochowiec J., Kurpisz J., *Zaburzenia pod postacią somatyczną: problematyczne zjawisko – problematyczna diagnoza*. Psychiatria 2015; 12(2): 77–84.
273. Nitsch K., Jabłonski M., Samochowiec J., Kurpisz J., *Zaburzenia pod postacią somatyczną: problematyczne zjawisko – problematyczna diagnoza*. Psychiatria 2015; 12(2): 81.
274. van der Kolk B., *Strach ucieleśniony*. Czarna Owca, Warszawa 2018: 129–130.
275. Taylor G. J., Bagby R. M., Parker J. D., *Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness*. Cambridge University Press, Nowy Jork 1997.
276. Guttman H., Laporte L., *Alexithymia, empathy, and psychological symptoms in a family context*. Journal of Comprehensive Psychiatry 2002; 43: 448–455.

277. Nicolò G., Semerari A., Lysaker P. H., Dimaggio G., Conti L., D'Angerio S. i wsp., *Alexithymia in personality disorders: Correlations with symptoms and interpersonal functioning*. *Psychiatry Research* 2011; 190: 37–42.
278. Fossati A., Acquarini E., Feeney J. A., Borroni S., Grazioli F., Giarolli L. E. i wsp., *Alexithymia and attachment insecurities in impulsive aggression*. *Attachment and Human Development* 2009; 11(2), 165–182.
279. Zdankiewicz-Ścigała E., *Postawy rodzicielskie a skłonność do impulsywnej agresji. Mediacyjna rola aleksytymii*. *Psychologia wychowawcza* 2018; 14: 141.
280. Besharat M. A., *Relationship of alexithymia with coping styles and interpersonal problems*. *Procedia – Social and Behavioral Sciences* 2010; 5: 614–618.
281. Bilotta E., Giacomantonio M., Leone L. i wsp., *Being alexithymic: Necessity or convenience, negative emotionality, avoidant coping interactions and alexithymia*. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 2016; 89(3): 261–275.
282. Meloni L., Montisci R., Pippia V. i wsp., *Alexithymia affects the time from symptom onset to calling the emergency system in STEMI patients referred for primary PCI*. *International Journal of Cardiology* 2016; 15(219): 428–432.
283. Sullivan L, Camic P. M., Brown J. S. L., *Masculinity, alexithymia, and fear of intimacy as predictors of UK men's attitudes towards seeking professional psychological help*. *British Journal of Health Psychology* 2015; 20(1): 194–211.
284. Lazarus R. S., *Coping theory and research: past, present, and future*. *Psychosomatic Medicine* 1993; 55(3): 234–247.
285. Terelak J., *Stres zawodowy: charakterystyka psychologiczna wybranych zawodów stresowych*. Wydawnictwo UKSW, Warszawa 2007: 56–90.
286. Płopa M., *Stres w izolacji morskiej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2005: 192–210.
287. Beehr T. A., King L. A., King D. W., *Social support and occupational stress: talking to supervisors*. *Journal of Vocational Behavior* 1990; 36(1): 61–81.
288. Howe D., *Empatia: co to jest i dlaczego jest taka ważna*. Ingenium, Warszawa 2013: 105.
289. Matczak A., Piekarska J., *Test Rozumienia Emocji. Podręcznik*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2011: 31–33.
290. Jaworowska A., Matczak A., *Kwestionariusz Inteligencji Emocjonalnej*
INTE N. S. Schutte, J. M. Malouffa, L. E. Hall, D. J. Haggerty'ego, J. T. Cooper, C.

- J. Goldena, L. Dornheim. *Podręcznik. Wydanie drugie zmienione*. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2008.
291. Amitay O. A., Mongrain M., *From emotional intelligence to intelligent choice of partner*. *The Journal of Social Psychology* 2007; 14: 325–343.
292. Brackett M. A., Warner, R. M., Bosco J. S., *Emotional Intelligence and relationship quality among couples*. *Personal relationships* 2005; 12: 197–212.
293. Ciarrochi J. V., Chan, A. Y. C., Caputi P., *A critical evaluation of the emotional intelligence construct*. *Personality and Individual Differences* 2000; 28: 539–561.
294. Toć, M., *Inteligencja emocjonalna a strategie rozwiązywania konfliktów w małżeństwie*. Niepublikowana praca magisterska. Warszawa: Wydział Filozofii Chrześcijańskiej UKSW, Warszawa 2006.
295. Matczak A., Piekarska J., *Test Rozumienia Emocji. Podręcznik*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2011: 43.
296. Goleman D., *Inteligencja emocjonalna*. Media Rodzina. Poznań 1997: 403–435.
297. Lowen A., *Głos ciała. Rola ciała w psychoterapii*. Czarna owca, Warszawa 2021: 64–66.
298. Panahi M. S., *Formulating a model for the relationship between alexitimia, social support, loneliness, and marital satisfaction: Part analysis model*. *Journal of Family Medicine and Primary Care* 2018; 7(5): 1068–1073.
299. Rostami A., Ghazinour M., Richter J., *Marital satisfaction: The differential impact of social support dependent on situation and gender in medical staff in Iran*. *Global Journal of Health Science* 2013; 5: 151–164.
300. van Leeuwen C. M., Post M. W., van Asbeck F. W., van der Woude L. H., de Groot S., Lindeman E., *Social support and life satisfaction in spinal cord injury during and up to one year after inpatient rehabilitation*. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2010; 42: 265–271.
301. Plopa M., *Więzi w małżeństwie i rodzinie*. Impuls, Kraków 2007.
302. Harwas-Napierała B., *Komunikacja interpersonalna w rodzinie*. Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2006.
303. Cyranka K., Rutkowski K., Król J., Krok D., *Różnice w komunikacji małżeńskiej i postawach rodzicielskich między rodzicami dzieci zdrowych a rodzicami dzieci chorych na cukrzycę typu 1*. *Psychiatria Polska* 2012; XLVI(4): 523–538.
304. Nordhelle G., *Mediacja. Sztuka rozwiązywania konfliktów*. FISO, Gdańsk 2010: 250.

305. Markman H. J., Stanley S. M., Blumberg S. L., *Fighting for your marriage: positive steps for preventing divorce and preserving a lasting love*. Jossey-Bass, San Francisco 1994.
306. Braiker, H. B., Kelley, H. H., *Conflict in the development of close relationships*. Academic Press: Nowy Jork 1979: 135–168.
307. Płońska D., Hnat L., Grzesiewska J., Czernikiewicz A., *Aleksytymia, ciągle wiele pytań. Część II. Aleksytymia w wybranych zaburzeniach psychicznych i somatycznych*. *Psychiatria* 2006; 3(1): 12.
308. Rogge R. D., Bradbury T. N., Hahlweg K., Engl J., Thurmaier F., *Predicting marital distress and dissolution: defining the two-factor hypothesis*. *Journal of Family Psychology* 2006; 20(1): 156–159.
309. Karney B. R., Bradbury T. N., *The longitudinal course of marital quality and stability: A review of theory, methods, and research*. *Psychological Bulletin* 1995; 118(1): 3.
310. Łukasiewicz R. A., *Isharyō as a way to compensation for moral injury in case of divorce in Japan*. *Comparative Legilinguistics* 2019; 35: 121–136.
311. Sęk H., *Salutogeneza i funkcjonalne właściwości poczucia koherencji*. W: Sęk H., Pasikowski T. (red), *Zdrowie – stres – zasoby*. Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2001: 177–190.
312. Heszen I., *Psychologia stresu*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2014.
313. Heszen I., Sęk H., *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007: 153.
314. Heszen-Niejodek I., *Emocje, ocena poznawcza i strategie w procesie radzenia sobie*. W: Heszen-Niejodek I. (red.), *Teoretyczne i kliniczne aspekty radzenia sobie ze stresem psychologicznym*. Stowarzyszenie Psychologia i Architektura, Poznań 2002: 174–197.
315. Heszen I., *Psychologia stresu*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2014: 164.
316. Lazarus R. S., Folkman S., *Stress, appraisal, and coping*. Springer, Nowy Jork 1984: 145–149.
317. Błazek M., Lewandowska-Walter A., *Rozwód jako proces. Perspektywa dorosłych i dzieci*. Difin, Warszawa 2017.
318. Rydzewski, P., *Rozwód – zjawisko wielowymiarowe*. *Studia Demograficzne* 1994; 3(117): 96.

319. Kratochvil S., *Terapia małżeńska*. Via Medica, Gdańsk 2006: 218.
320. Pasewark R. A., Albers D. A., *Crisis intervention: theory in search of a program*. *Social Work* 1972; 17(2): 70–77.
321. Szczurkiewicz P., 2005. *Pomoc psychologiczna w kryzysie psychicznym – spojrzenie z perspektywy logoterapii*. W: Kubacka-Jasiecka D., Mudyń K. (red.), *Kryzys, interwencja i pomoc psychologiczna. Nowe ujęcie i możliwości*. Wydawnictwo A. Marszałek, Toruń 2005: 264–284.
322. Płońska D., Czernikiewicz A., *Aleksytmia – ciągle wiele pytań. Część II. Aleksytmia w wybranych zaburzeniach psychicznych i somatycznych*. *Psychiatria* 2006; 3(1): 9.
323. Zdankiewicz-Ścigała E., *Aleksytmia i dysocjacja jako podstawowe czynniki zjawisk potraumatycznych*. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2019: 22.
324. Terelak J., *Stres zawodowy: charakterystyka psychologiczna wybranych zawodów stresowych*. Wydawnictwo UKSW, Warszawa 2007: 56–90,
325. Craparo G., Ardino V., Gori A., Caretti V., *The relationships between early trauma, dissociation and alexithymia in alcohol addiction*. *Psychiatry Investigation* 2014; 11 (3): 330–335.
326. Thorberg F. A., Young R. M., Sullivan K. A., Lyvers M., *Alexithymia and alcohol use disorders: a critical review*. *Addictive Behaviors* 2009; 34 (3), 237–245.
327. van der Kolk B., *Strach ucieleśniony Czarna Owca*, Warszawa 2018.
328. Marszał-Wiśniewska M., *Adaptacja skali kontroli działania J. Kuhla (ACS-90)*. *Studia Psychologiczne* 2002; 40 (2), 77–106.
329. Gollwitzer P. M., *Implementation intentions. Strong effect of simple plans*. *American Psychologist* 1999; 54: 493–503.
330. Gollwitzer P. M., Oettingen G., *The emergence and implementation of health goals*. *Psychology and Health* 1998; 13: 687–715.
331. Marszał-Wiśniewska M. 1999, za: Doliński D., Błaszczak W., *Dynamika emocji. Teoria i praktyka*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011: 191.
332. Nitsch K., Jabłonski M., Samochowiec J., Kurpisz J., *Zaburzenia pod postacią somatyczną: problematyczne zjawisko – problematyczna diagnoza*. *Psychiatria* 2015; 12(2): 80.
333. Tomalski R., Pietkiewicz I., *Rozpoznawanie i różnicowanie zaburzeń dysocjacyjnych – wyzwania w praktyce klinicznej*. *Czasopismo Psychologiczne* 2019; 25(1): 43.

334. Tomalski R., Pietkiewicz I., *Rozpoznawanie i różnicowanie zaburzeń dysocjacyjnych – wyzwania w praktyce klinicznej*. Czasopismo Psychologiczne 2019; 25(1): 48.
335. Zdankiewicz-Ścigała E., Przybylska M., *Trauma. Proces i diagnoza. Mechanizmy psychoneurofizjologiczne*. Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN i Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Warszawa 2002.
336. Zdankiewicz-Ścigała E., *Aleksytymia i dysocjacja jako podstawowe czynniki zjawisk potraumatycznych*. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2019: 33.
337. Bilikiewicz, Pużyński, Rybakowski i Wciórka 2002, za: Tomalski R., Pietkiewicz I., *Rozpoznawanie i różnicowanie zaburzeń dysocjacyjnych – wyzwania w praktyce klinicznej*. Czasopismo Psychologiczne 2019; 25(1): 43–46.
338. Tomalski R., Pietkiewicz I., *Rozpoznawanie i różnicowanie zaburzeń dysocjacyjnych – wyzwania w praktyce klinicznej*. Czasopismo Psychologiczne 2019; 25(1): 50.
339. Brewer K., Cook R., Bird G., *Alexithymia: a general deficit of interoception*. Royal Society Open Science 2016; 3. DOI: 10.1098/rsos.150664
340. Zdankiewicz-Ścigała E., *Postawy rodzicielskie a skłonność do impulsywnej agresji. Mediacyjna rola aleksytymii*. Psychologia wychowawcza 2018; 14: 139.
341. Doliński D., Błaszczak W., *Dynamika emocji. Teoria i praktyka*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011: 368–369.
342. van der Kolk B., *Strach ucieleśniony*. Czarna Owca, Warszawa 2018: 113.
343. Clayton 1974, Cernovsky 1984, Miller i wsp. 1989, Ganley 1989, za: Terelak J. *Stres zawodowy: charakterystyka psychologiczna wybranych zawodów stresowych*. Wydawnictwo UKSW, Warszawa 2007: 56–90.
344. Tacon A., *Alexithymia: a challenge for mental health nursing practice*. Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing 2001; 10: 229–235.
345. Portincasa P., Moschetta A., Baldassarre G., Altomare D. F., Palasciano G., *Panenteric dysmotility, impaired quality of life and alexithymia in a large group of patients meeting ROME II criteria for irritable bowel syndrome*. World Journal of Gastroenterology 2003; 9: 2293–2299, za: Płońska D., Czernikiewicz A., *Aleksytymia – ciągle wiele pytań. Część II. Aleksytymia w wybranych zaburzeniach psychicznych i somatycznych*. Psychiatria 2006; 3(1): 8–14.
346. Watson D., Clark L. A., Tellegen, A., *Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales*. Journal of Personality and Social Psychology 1988; 54(6): 1063–1070.

347. Rosenberg M., *Rozwiązywanie konfliktów poprzez Porozumienie bez przemocy*. Czarna Owca, Warszawa 1998.
348. Briere, J., *Therapy for adults molested as children: beyond survival, 2nd edition*. Springer, Nowy Jork 1996.
349. Doliński D., Błaszczak W., *Dynamika emocji. Teoria i praktyka*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011: 19.
350. Gottman J. M. i wsp. 1998, za: Capaldi D. M., Crosby L., *Generalizability of Gottman and colleagues' affective process models of couples' relationship outcomes*. *Journal of Marriage and Family* 2007; 69(1): 55–72.
351. Sbarra D. A., Hasselmo K., Bourassa K. J., *Divorce and health: beyond individual differences*. *Current directions in psychological science* 2015; 24(2): 109–113.
352. Sbarra D. A., *Divorce and health: current trends and future direction*. *Psychosomatics Medicine* 2016; 77(3): 227–236.
353. Babiker G., Arnold L., *Autoagresja, mowa zranionego ciała*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003: 97–98.
354. van der Kolk B., *Strach ucieleśniony*. Czarna Owca, Warszawa 2018: 150–154.
355. Coleman M., Ganong L., Russell L., Frye-Cox N., *Stepchildren's views about former step-relationships following stepfamily dissolution*. *Journal of Marriage and Family* 2015; 77(3): 775–790.
356. Arnold L., *Woman and self-injury: a survey of 76 women*. Bristol Crisis Service for Women, Bristol 1995.
357. Babiker G., Arnold L., *Autoagresja, mowa zranionego ciała*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003: 22.
358. Tojtsvold D., van de Vliert E., *Applying Cooperative and Competitive Conflict Theory to Mediation*, *Meditation Quarterly* 1994; 11(4): 303–331.
359. Schwartz R. C., *To na siebie od zawsze czekasz*. Dialogue Unlimited, Poznań 2019: 75.
360. Wilson R. S., Krueger K. R., Arnold S. E., Schneider J. A., Kelly J. F., Barnes L. L. i wsp., *Loneliness and risk of Alzheimer disease*. *Archives of General Psychiatry* 2007; 64: 234–240.
361. Segrin C., Flora J., *Perceptions of relational histories, marital quality, and loneliness when communication is limited: an examination of married prison inmates*. *Journal of Family Communication* 2001; 1(3): 151–173.

362. Penninx B. W., van Tilburg T., Kriegsman D. M., Deeg D. J., Boeke A. J., van Eijk J. T. i wsp., *Effects of social support and personal coping resources on mortality in older age: the longitudinal aging study Amsterdam*. *American Journal of Epidemiology* 1997; 146(6): 510–9.
363. Stravynski A., Boyer R., *Loneliness in relation to suicide ideation and parasuicide: A population-wide study*. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2001; 31: 32–40.
364. Akerlind I., Hörnquist J. O., *Loneliness and alcohol abuse: A review of evidences of an interplay*. *Social Science and Medicine* 1992; 34: 405–414.
365. Erikson E., *Dopełniony cykl życia*. Rebis, Poznań 2002.
366. Trzebiński J., Zięba M., *Nadzieja, strata i rozwój*. *Psychologia Jakości Życia* 2003; 2(1): 26.
367. Zdankiewicz-Ścigała E., *Aleksytymia i dysocjacja jako podstawowe czynniki zjawisk potraumatycznych*. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa, 2019: 13.
368. Trzebiński J., Zięba M., *Nadzieja, strata i rozwój*. *Psychologia Jakości Życia* 2003; 2(1): 25–27.
369. Gillath O., Shaver P. R., *Effects of attachment style and relationship context on selection among relational strategies*. *Journal of research in personality* 2007; 41(4): 968–976.
370. Allen J. G., Fonagy P., Bateman A., *Mentalizowanie w praktyce klinicznej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014.
371. Padesky C. A., Greenberger D., *Umysł ponad nastrojem*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2017.
372. Zdankiewicz-Ścigała E., *Postawy rodzicielskie a skłonność do impulsywnej agresji. Mediacyjna rola aleksytymii*. *Psychologia Wychowawcza* 2018; 14: 136.
373. Maruszewski T., *Psychologia poznania. Sposoby rozumienia siebie i świata*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2001.
374. Kubacka-Jasiecka D., *Wsparcie społeczne jako podstawa oddziaływania interwencyjnego*. W: Kubacka-Jasiecka D. (red.), *Interwencja kryzysowa Pomoc w kryzysach psychologicznych*. Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2010: 165–187.

Akty prawne:

Dz. U. z 1964 r. Nr 9, poz. 59 z późn. zm. Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. –

Kodeks rodzinny i opiekuńczy

Dz. U. z 1964 r. Nr 43, poz. 296 z późn. zm. Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. –

Kodeks postępowania cywilnego

Dz. U. z 1997 r. Nr 89, poz. 555 z późn. zm. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego.

Dz. U. z 2005 r. Nr 172, poz. 1438. Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o zmianie ustawy

Kodeks postępowania cywilnego oraz niektórych innych ustaw

Dz. U. z 2015 r. poz. 1595 Ustawa z dnia 10 września 2015 r. o zmianie niektórych ustaw w związku ze wspieraniem polubownych metod rozwiązywania sporów

11. Spis tabel

Tabela 1. Wyniki dotyczące płci, wykształcenia, statusu materialnego, wieku osoby badanej, stażu małżeńskiego oraz liczby dzieci w rodzinie

Tabela 2. Wyniki dotyczące zasad kierowania do mediacji, wnoszenia pozwu rozwodowego oraz etapu, przedmiotu sprawy rozwodowej i zawartego porozumienia

Tabela 3. Wyniki dotyczące korzystania ze wsparcia medycznego, w zakresie zdrowia psychicznego, terapeutycznego, instytucjonalnego i farmakologicznego przez osobę badaną i dzieci

Tabela 4. Wyniki dotyczące pojawienia się nowych objawów somatycznych u osoby badanej, partnera i dzieci

Tabela 5. Wyniki dotyczące nasilenia się wcześniejszych objawów somatycznych u osoby badanej, partnera i dzieci

Tabela 5.1. Wyniki dotyczące nasilenia się wcześniejszych objawów somatycznych u osoby badanej, partnera i dzieci

Tabela 6. Wyniki dotyczące ilości nowych zdiagnozowanych chorób i ilości nasilenia się wcześniej zdiagnozowanych chorób u osoby badanej, partnera i dzieci

Tabela 6.1. Wyniki dotyczące ilości nowych zdiagnozowanych chorób u osoby badanej, partnera i dzieci

Tabela 7. Wyniki dotyczące podejmowania zachowań agresywnych i autoagresywnych przez osobę badaną, partnera i dzieci

Tabela 8. Wyniki dotyczące komunikacji pomiędzy małżonkami i dziećmi w rodzinie

Tabela 9. Wyniki dotyczące nasilenia się negatywnych emocji, podejmowania zachowań autoagresywnych i agresywnych u osoby badanej, partnera i dzieci

Tabela 10. Wyniki dotyczące ilości emocji własnych, partnera i dzieci opisanych samodzielnie przez osobę badaną oraz przy wsparciu mediatora

Tabela 11. Wyniki dotyczące ilości potrzeb własnych opisanych przez osobę badaną samodzielnie oraz przy wsparciu mediatora

Tabela 12. Wyniki dotyczące poziomu i wymiarów aleksytymii zebrane za pomocą TAS-26

Tabela 13. Wyniki dotyczące poziomu rozumienia emocji zebrane za pomocą TRE

Tabela 14. Wyniki dotyczące występowania symptomów fizycznych zebrane za pomocą SDQ-20

Tabela 15. Wyniki dotyczące obecności samouszkodzeń, czasu ich podejmowania,

sposobu działania oraz odczuwania bólu zebrane za pomocą Inwentarza Pytań Dotyczących Samouszkodzeń Ciała Część I

Tabela 15.1. Wyniki dotyczące funkcji podejmowanego samouszkodzenia i jego natężenia zebrane za pomocą Inwentarza Twierdzeń Dotyczących Samouszkodzeń Ciała Część II

Tabela 16. Wyniki dotyczące zachowań komunikacyjnych w małżeństwie zebrane za pomocą KKM

Tabela 16.1. Wyniki dotyczące domen wsparcia, zaangażowania i deprecjacji w małżeństwie zebrane za pomocą KKM w odniesieniu do norm stenowych

Tabela 17. Dane dotyczące wyniku ogólnego i dla podskal zebrane za pomocą KPS

Tabela 18. Wyniki dotyczące poziomu nadziei podstawowej zebrane za pomocą Kwestionariusza BHI-12

Tabela 19. Wyniki dotyczące zależności pomiędzy zmiennymi płeć, wiek i liczba dzieci, a danymi zebranymi za pomocą Kwestionariuszy

Tabela 20. Wyniki przedstawiające zależności pomiędzy zmiennymi dotyczącymi poziomu wykształcenia, długości stażu małżeńskiego i statusu materialnego, a danymi zebranymi za pomocą Kwestionariuszy

Tabela 21. Dane dotyczące zależności pomiędzy poziomem wykształcenia, a TAS-26 w grupach A i B

Tabela 22. Wyniki dotyczące zależności pomiędzy poziomem wykształcenia, a TRE w grupie B

Tabela 23. Wyniki dotyczące zależności pomiędzy poziomem wykształcenia, a KKM w grupie B

Tabela 24. Wyniki dotyczące zależności pomiędzy poziomem wykształcenia, a KPS w grupach A i B

Tabela 25. Wyniki dotyczące zależności pomiędzy długością stażu małżeńskiego, a Inwentarzem Pytań Dotyczących Samouszkodzeń Ciała Część II w grupie B

Tabela 26. Wyniki dotyczące zależności pomiędzy statusem materialnym, a TAS-26 w grupie A

Tabela 27. Wyniki dotyczące zależności pomiędzy statusem materialnym, a KPS w grupach A i B

Tabela 28. Wyniki przedstawiające zależności pomiędzy zmiennymi dotyczącymi etapu rozwodu, osoby wnoszącej wniosek o mediację, zawartego porozumienia oraz osoby kierującej pozew, a danymi kwestionariuszowymi

Tabela 29. Wyniki przedstawiające zależności pomiędzy zmienną dotyczącą etapu rozwodu, a KKM w grupie B

Tabela 30. Dane przedstawiające zależności pomiędzy zmienną dotyczącą etapu rozwodu, a KPS w grupie A

Tabela 31. Wyniki dotyczące zależności pomiędzy kierującym wnioskiem na mediację, a TAS-26 w grupie A

Tabela 32. Dane dotyczące zależności pomiędzy kierującym wnioskiem na mediację, a KKM w grupach A i B

Tabela 33. Dane dotyczące zależności pomiędzy kierującym wnioskiem o mediację, a KPS w grupach A i B

Tabela 34. Wyniki przedstawiające zależności pomiędzy zmienną dotyczącą kierowania pozwu rozwodowego, a TAS-26 w grupie A

Tabela 35. Wyniki przedstawiające zależności pomiędzy zmienną dotyczącą kierowania pozwu rozwodowego, a KKM w grupie A

Tabela 36. Wyniki przedstawiające zależności pomiędzy zmienną dotyczącą kierowania pozwu rozwodowego, a KPS w grupach A i B

Tabela 37. Wyniki przedstawiające zależności pomiędzy zmiennymi dotyczącymi przedmiotu sprawy rozwodowej, a Inwentarzem Pytań Dotyczących Samouszkodzeń Ciała Część I oraz KKM i KPS

Tabela 38. Wyniki przedstawiające zależności pomiędzy zmienną dotyczącą podziału majątku, a Inwentarzem Pytań Dotyczących Samouszkodzeń Ciała Część I w grupie B

Tabela 39. Wyniki przedstawiające zależności pomiędzy zmienną dotyczącą podziału majątku, a KPS w grupie A

Tabela 40. Dane przedstawiające zależności pomiędzy zmienną dotyczącą zabezpieczenia potrzeb rodziny, a KKM w grupie A

Tabela 41. Wyniki przedstawiające zależności pomiędzy zmienną dotyczącą ustalania alimentacji, a Inwentarzem Pytań Dotyczących Samouszkodzeń Ciała Część II w grupie A

Tabela 42. Wyniki dla zależności pomiędzy zmiennymi dotyczącymi przedmiotu spraw towarzyszących rozwodowi, a TAS-26, TRE i Inwentarzem Twierdzeń Dotyczących Samouszkodzeń Ciała Część II

Tabela 43. Wyniki przedstawiające zależności pomiędzy zmienną dotyczącą ustalania kontaktów rodzicielskich podczas rozwodu, a TAS-26 w grupie B

Tabela 44. Dane przedstawiające zależności pomiędzy zmienną dotyczącą ustalania

kontaktów rodzicielskich podczas rozwodu, a TRE w grupie B

Tabela 45. Wyniki przedstawiające zależności pomiędzy zmienną dotyczącą ograniczania władzy rodzicielskiej, a Inwentarzem Twierdzeń Dotyczących Samouszkodzeń Ciała Część II w grupie B

Tabela 46. Wyniki przedstawiające zależności pomiędzy zmienną dotyczącą ustalania miejsca zamieszkania dziecka, a TAS-26 w grupie B

Tabela 47. Wyniki przedstawiające zależności pomiędzy zmiennymi dotyczącymi przedmiotu sprawy rozwodowej, a danymi zebranymi za pomocą TAS-26, SDQ-20 i KKM

Tabela 48. Dane przedstawiające zależności pomiędzy zmienną dotyczącą współwystępowania spraw karnych z rozwodem, a TAS-26 w grupie A

Tabela 49. Dane przedstawiające zależności pomiędzy zmienną dotyczącą spraw karnych współwystępujących z rozwodem, a SDQ-20 w grupie A

Tabela 50. Wyniki przedstawiające zależności pomiędzy zmienną dotyczącą współwystępowania spraw karnych z rozwodem, a SDQ-20 w grupie A

Tabela 51. Wyniki przedstawiające zależności pomiędzy zmienną dotyczącą współwystępowania spraw karnych z rozwodem, a KKM w grupie A

Tabela 52. Wyniki przedstawiające zależności pomiędzy zmienną dotyczącą współwystępowania spraw cywilnych z rozwodem, a TAS-26 w grupie A

Tabela 53. Wyniki przedstawiające zależności pomiędzy zmienną dotyczącą spraw cywilnych współwystępujących z rozwodem, a występowaniem aleksytymii TAS-26 w grupach A i B

Tabela 54. Wyniki przedstawiające zależności pomiędzy TAS-26, a Inwentarzem Pytań Dotyczących Samouszkodzeń Ciała Część I oraz Inwentarzem Twierdzeń Dotyczących Samouszkodzeń Ciała Część II

Tabela 55. Wyniki przedstawiające zależności pomiędzy TAS-26, a Inwentarzem Pytań Dotyczących Samouszkodzeń Ciała Część I w grupie A

Tabela 56. Dane przedstawiające zależności pomiędzy TAS-26, a BHI-12, TRE oraz SDQ-20 w grupach A i B

Tabela 57. Dane przedstawiające zależności pomiędzy TAS-26, a KKM w grupach A i B

Tabela 58. Dane przedstawiające korelacje pomiędzy TAS-26, a KPS w grupach A i B

Tabela 59. Dane przedstawiające korelacje pomiędzy TRE, a KPS i KKM w grupach A i B

Tabela 60. Dane przedstawiające korelacje pomiędzy TRE, a SDQ-20 i BHI-12 w grupach A i B

Tabela 61. Dane przedstawiające zależności pomiędzy TRE, a Inwentarzem Pytań Dotyczących Samouszkodzeń Ciała Część I i Inwentarzem Twierdzeń Dotyczących Samouszkodzeń Ciała Część II

12. Załączniki

12.1 Zezwolenia Komisji Bioetycznej



UNIwersytet Medyczny Im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

KOMISJA BIOETYCZNA PRZY UNIwersytecie Medycznym
Im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Collegium Stomatologicum
ul. Bukowska 70
60-812 Poznań

tel. (+48 61) 854 73 36
www.bioetyka.ump.edu.pl

Uchwała nr 47/19

Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 617 z późn. zm.); Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 11 maja 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad powoływania i finansowania oraz trybu działania komisji bioetycznych (Dz. U. z 1999 r., Nr 47, poz. 480); Ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 2211 z późn. zm.); Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 30 kwietnia 2004 r. w sprawie odpowiedzialności cywilnej badacza i sponsora (Dz. U. z 2004 Nr 101, poz. 1034 z późn. zm.); Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 18 maja 2005 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia w sprawie sposobu prowadzenia badań klinicznych z udziałem małoletnich (Dz. U. z 2005 r. Nr 101, poz. 845); Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2004 r. w sprawie zgłaszania niespodziewanego ciężkiego niepożądanego działania produktu leczniczego (Dz. U. z 2004 r. Nr 104, poz. 1108); Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 lutego 2016 r. w sprawie wzorów wniosków związanych z badaniem klinicznym wyrobu medycznego lub aktywnego wyrobu medycznego do implantacji oraz wysokości opłat za złożenie tych wniosków (Dz. U. z 2016 r., poz. 208); Ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 211, z późn. zm.); Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 6 października 2010 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej sponsora i badacza klinicznego w związku z prowadzeniem badania klinicznego wyrobów (Dz. U. z 2010 r. Nr 194, poz. 1290); Ustawy z dnia 18 marca 2011 r. o Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 1718 z późn. zm.); Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 maja 2012 r. w sprawie Dobrej Praktyki Klinicznej (Dz. U. z 2012 r., poz. 489); Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 października 2018 r. w sprawie wzorów dokumentów przedkładanych w związku z badaniem klinicznym produktu leczniczego oraz opłat za złożenie wniosku o rozpoczęcie badania klinicznego (Dz. U. z 2018 r., poz. 1994); w oparciu o Deklarację Helsińską - Zasady Etycznego Postępowania w Eksperymentach Medycznych z Udziałem Ludzi oraz przepisy ICH GCP.

Komisja Bioetyczna, na posiedzeniu w dniu 10 stycznia 2019 r.

rozpatrzyła wniosek dotyczący prowadzenia badań naukowych.

Kierownik projektu: dr hab. Ewa Misterna

Miejsce prowadzenia badań:

Katedra Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Główny badacz: mgr Iwona Milewska

Członkowie zespołu

**badawczego: dr hab. Ewa Misterna
mgr Iwona Milewska**

Temat badań:

„Poziom aleksytymii a podejmowanie zachowań autoagresywnych i objawy psychosomatyczne u członków rodziny w sytuacji rozwodu”.

Komisja wydała uchwałę o pozytywnym zaopiniowaniu tego wniosku

Przewodniczący Komisji

prof. zw. dr hab. med. Paweł Chęciński



UNIwersytet Medyczny Im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Komisja Bioetyczna przy Uniwersytecie Medycznym
Im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Collegium Stomatologicum
ul. Bukowska 70
60-812 Poznań

tel. (+48 61) 854 73 36
www.bioetyka.ump.edu.pl

Uchwała nr 363/19

Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 617 z późn. zm.); Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 11 maja 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad powoływania i finansowania oraz trybu działania komisji bioetycznych (Dz. U. z 1999 r., Nr 47, poz. 480); Ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 2211 z późn. zm.); Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 30 kwietnia 2004 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej badacza i sponsora (Dz. U. z 2004 Nr 101, poz. 1034 z późn. zm.); Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 18 maja 2005 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej badacza i sponsora (Dz. U. z 2005 r. Nr 101, poz. 845); Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2004 r. w sprawie sposobu prowadzenia badań klinicznych z udziałem małoletnich (Dz. U. z 2004 r. Nr 104, poz. 1108); Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2004 r. w sprawie zgłaszania niespodziewanego ciężkiego niepożądanego działania produktu leczniczego (Dz. U. z 2004 r. Nr 104, poz. 1107); Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 lutego 2016 r. w sprawie wzorów wniosków związanych z badaniem klinicznym wyrobu medycznego lub aktywnego wyrobu medycznego do implantacji oraz wysokości opłat za złożenie tych wniosków (Dz. U. z 2016 r., poz. 208); Ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 211, z późn. zm.); Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 6 października 2010 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej sponsora i badacza klinicznego w związku z prowadzeniem badania klinicznego wyrobów (Dz. U. z 2010 r. Nr 194, poz. 1290); Ustawy z dnia 18 marca 2011 r. o Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 1718 z późn. zm.); Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 maja 2012 r. w sprawie Dobrej Praktyki Klinicznej (Dz. U. z 2012 r., poz. 489); Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 października 2018 r. w sprawie wzorów dokumentów przedkładanych w związku z badaniem klinicznym produktu leczniczego oraz opłat za złożenie wniosku o rozpoczęcie badania klinicznego (Dz. U. z 2018 r., poz. 1994); w oparciu o Deklarację Helsińską - Zasadę Etycznego Postępowania w Eksperymentach Medycznych z Udziałem Ludzi oraz przepisy ICH GCP.

Komisja Bioetyczna, na posiedzeniu w dniu 07 marca 2019 r.

rozpatrzyła wniosek dotyczący prowadzenia badań naukowych.

Kierownik projektu: dr hab. Ewa Misterna

Miejsce prowadzenia badań:

Katedra Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Główny badacz: mgr Iwona Milewska

Członkowie zespołu

**badawczego: dr hab. Ewa Misterna
mgr Iwona Milewska**

Temat badań:

„Poziom aleksytymii a podejmowanie zachowań autoagresywnych i objawy psychosomatyczne u członków rodziny w sytuacji rozwodu”.

Komisja podjęła Uchwałę o pozytywnym zaopiniowaniu zmian wprowadzonych do protokołu powyższego badania, polegających na poszerzeniu metodyki badania oraz włączeniu dodatkowo 50 uczestników do badania, zgodnie z Aneksm nr 1 z dnia 07.03.2019r. do Uchwały Komisji Bioetycznej nr 47/19 z dnia 10.01.2019r.

Przewodniczący Komisji

prof. zw. dr hab. med. Paweł Chęciński



UNIWERSYTET MEDYCZNY IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU

KOMISJA BIOETYCZNA PRZY UNIWERSYTECIE MEDYCZNYM
IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU

Collegium Stomatologicum
ul. Bukowska 70
60-812 Poznań

tel. (+48 61) 854 73 36
www.bioetyka.ump.edu.pl

Uchwała nr 881/19

Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 617 z późn. zm.); Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 11 maja 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad powoływania i finansowania oraz trybu działania komisji bioetycznych (Dz. U. z 1999 r., Nr 47, poz. 480); Ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 2211 z późn. zm.); Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 30 kwietnia 2004 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej badacza i sponsora (Dz. U. z 2004 Nr 101, poz. 1034 z późn. zm.); Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 18 maja 2005 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej badacza i sponsora (Dz. U. z 2005 r. Nr 101, poz. 845); Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2004 r. w sprawie sposobu prowadzenia badań klinicznych z udziałem małoletnich (Dz. U. z 2004 r. Nr 104, poz. 1108); Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2004 r. w sprawie zgłoszenia niespodziewanego ciężkiego niepożądanego działania produktu leczniczego (Dz. U. z 2004 r. Nr 104, poz. 1107); Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 lutego 2016 r. w sprawie wzorów wniosków związanych z badaniem klinicznym wyrobu medycznego (lub aktywnego wyrobu medycznego do implantacji) oraz wysokości opłat za złożenie tych wniosków (Dz. U. z 2016 r., poz. 208); Ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 211, z późn. zm.); Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 6 października 2010 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej sponsora i badacza klinicznego w związku z prowadzeniem badania klinicznego wyrobów (Dz. U. z 2010 r. Nr 194, poz. 1290); Ustawy z dnia 18 marca 2011 r. o Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 1718 z późn. zm.); Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 maja 2012 r. w sprawie Dobrej Praktyki Klinicznej (Dz. U. z 2012 r., poz. 489); Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 października 2018 r. w sprawie wzorów dokumentów przedkładanych w związku z badaniem klinicznym produktu leczniczego oraz opłat za złożenie wniosku o rozpoczęcie badania klinicznego (Dz. U. z 2018 r., poz. 1994); w oparciu o Deklarację Helsińską - Zasady Etycznego Postępowania w Eksperymentach Medycznych z Udziałem Ludzi oraz przepisy ICH GCP.

Komisja Bioetyczna, na posiedzeniu w dniu 12 września 2019 r.

rozpatrzyła wniosek dotyczący prowadzenia badań naukowych.

Kierownik projektu: dr hab. Ewa Misterska

Miejsce prowadzenia badań:

Katedra Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Główny badacz: mgr Iwona Milewska

Członkowie zespołu

badawczego: dr hab. Ewa Misterska

mgr Iwona Milewska

Temat badań:

„Poziom aleksytymii a podejmowanie zachowań autoagresywnych i objawy psychosomatyczne u członków rodziny w sytuacji rozwodu”.

Komisja podjęła Uchwałę o pozytywnym zaopiniowaniu poprawek wprowadzonych do powyższego badania, polegających na włączeniu dodatkowej grupy badanej, zgodnie z Aneks nr 2 z dnia 12.09.2019r. do Uchwały Komisji Bioetycznej nr 47/19 z dnia 10.01.2019r. (Aneks nr 1 z dnia 07.03.2019r.)

Metodyka badania nie uległa zmianom.

Przewodniczący Komisji

prof. zw. dr hab. med. Paweł Chęciński

12.2 Informacja dla osoby uczestniczącej w badaniu

Bierze Pani/Pan udział w badaniach, które posłużą w napisaniu rozprawy doktorskiej:

Poziom aleksytymii a podejmowanie zachowań autoagresywnych i objawy psychosomatyczne u członków rodziny w sytuacji rozwodu.

Występujące podczas rozwodu trudne stany emocjonalne, nasilenie uczucia gniewu, lęku, obniżają komfort życia całego systemu rodzinnego. Zależność pomiędzy brakiem umiejętności samoregulacji emocji a podejmowaniem zachowań destrukcyjnych i autodestrukcyjnych może wpływać na pojawianie się objawów somatycznych i zakłócać funkcjonowanie członków rodziny w sytuacji rozwodu.

Świadomość emocjonalnych i zdrowotnych konsekwencji uczestnictwa w postępowaniu rozwodowym może okazać się ważna dla zainteresowanych, ich bliskich, przedstawicieli organów sprawiedliwości (sędziów, prokuratorów), mediatorów i adwokatów prowadzących sprawy rozwodowe.

Badania, w których będą brał Państwo udział, mogą pomóc w ocenie umiejętności rozpoznawania własnych i cudzych uczuć, poszerzyć wiedzę na temat ich wpływu na podejmowanie działań autodestrukcyjnych i występowanie objawów somatycznych w sytuacji okołorozwodowej. Wyniki badań mogą zainspirować Państwa do podjęcia decyzji o poszerzeniu własnych kompetencji komunikacyjnych. Instytucje wymiaru sprawiedliwości zachęcić do wprowadzenia kompleksowego wsparcia dla rodziny w trakcie postępowania rozwodowego, empatycznej komunikacji w mediacji oraz obowiązkowej mediacji naprawczej w sprawach dotyczących rozwodu. W społeczeństwie rośnie świadomość potrzeby wspierania dzieci rozwodzących się rodziców, jednocześnie brakuje świadomości w zakresie potrzeb osób dorosłych, także potrzebujących wsparcia w tym trudnym czasie.

12.3 Formularz świadomej zgody ochotnika

Formularz zgody osoby badanej

Osoba badana powinna własnoręcznie wypełnić całą tę stronę.

Czy przeczytała Pani/Pan „Informację dla osoby uczestniczącej w badaniu”? Tak Nie

Czy miała Pani/Pan możliwość zadania pytań i przedyskutowania badania? Tak Nie

Czy otrzymała Pani/Pan wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania? Tak Nie

Czy otrzymała Pani/Pan wystarczające informacje na temat programu badawczego? Tak Nie

Z kim Pani/ Pan rozmawiała? (proszę podać nazwisko)

Czy rozumie Pani/Pan, że w każdej chwili może Pani/Pan przerwać udział w badaniu bez podawania powodów? Tak Nie

Czy zgadza się Pani/Pan na udział w badaniu? Tak Nie

Nazwisko

Data

Osoba, która prosiła o wyrażenie zgody

Nazwisko

Podpis

Data

12.4 Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (RODO)

Ja niżej podpisana/y wyrażam zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. tzw. RODO świadomą i dobrowolną zgodę na zbieranie i przetwarzanie moich danych osobowych przez mgr Iwonę Milewską w celu przeprowadzenia przez nią badań służących rozprawie doktorskiej na temat: Podejmowanie zachowań destrukcyjnych i autodestrukcyjnych oraz występowanie objawów somatycznych u członków rodziny w sytuacji rozwodu.

Jednocześnie oświadczam, że moja zgoda spełnia wszystkie warunki, o których mowa w art. 7 RODO. Mam świadomość, że przysługuje mi możliwość jej wycofania w każdym momencie badań. Zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w zrozumiałej dla mnie formie oraz zostałam/łem poinformowana/y o warunku możliwości jej rozliczalności. Zostałam/łem poinformowana/y o tym, że dane zbierane są przez mgr Iwonę Milewską, o celu ich zbierania, o dobrowolności podania, o prawie wglądu i o możliwości ich poprawiania oraz że moje dane nie będą udostępniane innym podmiotom bez mojej zgody.

czytelny podpis osoby uczestniczącej w badaniu

.....

12.5 Metryczka

Metryczka została zaprojektowana przez autorkę pracy.

Proszę wpisać lub zakreślić właściwą odpowiedź.

CZEŚĆ A. DANE SPOŁECZNO-DEMOGRAFICZNE

Płeć: M K

Wiek lat

Ilość dzieci.....

Wiek dzieci: dziecko 1.....dziecko 2.....dziecko 3.....dziecko 4.....

Wykształcenie: a. podstawowe b. zawodowe c. średnie e. wyższe

Staż małżeński:lat

Związek małżeński: a. pierwszy b. drugi c. trzeci

Dochody Pana/Pani: a. poniżej średniej krajowej b. powyżej średniej krajowej (średnia krajowa według GUS za II kwartał 2018 roku wynosiła netto 3210 PLN)

CZEŚĆ B. DANE DOTYCZĄCE ROZWODU

Na jakim etapie jest sprawa rozwodowa? a. złożenia pozwu do sądu b. w trakcie postępowania mediacyjnego c. w trakcie postępowania sądowego d. po orzeczeniu rozwodu przez sąd

Czy Pan/Pani złożył/a wniosek o przeprowadzenie mediacji? a. tak b. nie

Czy sąd skierował Pana/Panią do mediacji? a. tak b. nie

Czy postępowanie mediacyjne się odbyło? a. tak b. nie

Czy w postępowaniu mediacyjnym zostało zawarte porozumienie? a. tak b. nie

Jaki był przedmiot sprawy sądowej? a. rozwód b. podział majątku wspólnego c. zabezpieczenie potrzeb rodziny

d. alimentacja e. kontakty rodzicielskie f. władza rodzicielska g. miejsce zamieszkania dziecka

Kto wniósł pozew do sądu? a. uczestnik badania b. drugi rodzic

Czy sprawa rozwodowa jest lub była powiązana z innymi postępowaniami sądowymi? a. karnymi b. cywilnymi c. rodzinnymi d. samodzielna sprawa rozwodowa

Jaki był przedmiot powiązanych postępowań sądowych?

.....

CZEŚĆ C. DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI ROZWODOWEJ

Czy podczas sytuacji rozwodowej pojawiły się u Pana/Pani: a. nowe objawy somatyczne (jeśli tak, to jakie?.....) b. nasilenie wcześniejszych objawów somatycznych (jeśli tak, to jakich?.....)

Czy podczas sytuacji rozwodowej pojawiły się u Pana/Pani: a. nowe zdiagnozowane choroby (jeśli tak, to jakie?.....) b. nasilenie wcześniejszych chorób (jeśli tak, to jakich?.....)

Czy podczas sytuacji rozwodowej pojawiły się u drugiego rodzica: a. nowe objawy somatyczne (jeśli tak, to jakie?.....) b. nasilenie wcześniejszych objawów somatycznych (jeśli tak, to jakich?.....)

Czy podczas sytuacji rozwodowej pojawiły się u drugiego rodzica: a. nowe zdiagnozowane choroby (jeśli tak, to jakie?.....) b. nasilenie wcześniejszych chorób (jeśli tak, to jakich?.....)

Czy podczas sytuacji rozwodowej korzystał/a Pan/Pani z: a. hospitalizacji b. konsultacji lekarskich c. fizykoterapii d. rehabilitacji

Czy podczas sytuacji rozwodowej korzystał/a Pan/Pani z wsparcia: a. psychologa b. psychiatry

Czy podczas sytuacji rozwodowej zażywał/a Pan/Pani dodatkowe leki, niezwiązane z wcześniej zdiagnozowanymi chorobami? a. przeciwbólowe b. nasenne c. antydepresanty d. inne

Czy podczas sytuacji rozwodowej podjął/a Pan/Pani samodzielną decyzję o udziale w: a. terapii małżeńskiej b. uczęszczaniu do szkoły rodziców c. terapii odwykowej d. terapii indywidualnej

Czy sąd skierował Pana/Panią: a. na terapię małżeńską b. do szkoły rodziców c. na terapię indywidualną d. na terapię odwykową

Czy sąd skierował dziecko: a. na badania RODK (Rodzinny Ośrodek Diagnostyczno Konsultacyjny) b. do domu dziecka c. wyznaczył kuratora

Czy podczas sytuacji rozwodowej dziecko korzystało z: a. hospitalizacji b. konsultacji lekarskich c. fizykoterapii d. rehabilitacji

Czy podczas sytuacji rozwodowej dziecko korzystało z wsparcia: a. psychologa b. psychiatry

Czy podczas sytuacji rozwodowej pojawiły się u dziecka: a. nowe objawy somatyczne (jeśli tak, to jakie?.....) b. nasilenie wcześniejszych objawów somatycznych (jeśli tak, to jakich?.....)

Czy podczas sytuacji rozwodowej pojawiły się u dziecka: a. nowe zdiagnozowane choroby (jeśli tak, to jakie?.....) b. nasilenie wcześniejszych chorób (jeśli tak, to jakich?.....)

Czy podczas sytuacji rozwodowej dziecko zażywało dodatkowe leki niezwiązane z wcześniej zdiagnozowanymi chorobami? a. przeciwbólowe b. nasenne c. antydepresanty d. inne

Proszę ocenić stopień nasilenia negatywnych emocji u Pana/Pani w sytuacji rozwodu zaznaczając jedną z cyfr od 1 do 10, gdzie 1 oznacza: niewielki stopień nasilenia, 5 oznacza: umiarkowany stopień nasilenia a 10 oznacza: bardzo wysoki stopień intensywności emocji.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Proszę ocenić stopień nasilenia negatywnych emocji u partnera/partnerki zaznaczając jedną z cyfr od 1 do 10, gdzie 1 oznacza: niewielki stopień nasilenia, 5 oznacza: umiarkowany stopień nasilenia a 10 oznacza: bardzo wysoki stopień intensywności emocji.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Proszę ocenić stopień nasilenia negatywnych emocji u dziecka zaznaczając jedną z cyfr od 1 do 10, gdzie 1 oznacza: niewielki stopień nasilenia, 5 oznacza: umiarkowany stopień nasilenia a 10 oznacza: bardzo wysoki stopień intensywności emocji.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Proszę ocenić, jak bardzo okoliczności sytuacji rozwodowej wpływają na podejmowanie przez Pana/Panią zachowań autodestrukcyjnych, gdzie 1 oznacza: niewielki wpływ, 5 oznacza: umiarkowany wpływ a 10 oznacza: bardzo duży wpływ.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Proszę ocenić, jak bardzo okoliczności sytuacji rozwodowej wpływają na podejmowanie zachowań autodestrukcyjnych przez partnera/partnerkę, gdzie 1 oznacza: niewielki wpływ, 5 oznacza: umiarkowany wpływ a 10 oznacza: bardzo duży wpływ.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Proszę ocenić, jak bardzo okoliczności sytuacji rozwodowej wpływają na podejmowanie zachowań autodestrukcyjnych przez dziecko, gdzie 1 oznacza: niewielki wpływ, 5 oznacza: umiarkowany wpływ a 10 oznacza: bardzo duży wpływ, gdzie 1 oznacza: niewielki wpływ, 5 oznacza: umiarkowany wpływ a 10 oznacza: bardzo duży wpływ.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Proszę ocenić, jak bardzo okoliczności sytuacji rozwodowej wpływają na podejmowanie przez Pana/Panią zachowań destrukcyjnych, gdzie 1 oznacza: niewielki wpływ, 5 oznacza: umiarkowany wpływ a 10 oznacza: bardzo duży wpływ.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Proszę ocenić, jak bardzo okoliczności sytuacji rozwodowej wpływają na podejmowanie zachowań destrukcyjnych przez partnera/partnerkę, gdzie 1 oznacza: niewielki wpływ, 5 oznacza: umiarkowany wpływ a 10 oznacza: bardzo duży wpływ.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Proszę ocenić, jak bardzo okoliczności sytuacji rozwodowej wpływają na podejmowanie zachowań destrukcyjnych przez dziecko, gdzie 1 oznacza: niewielki wpływ, 5 oznacza: umiarkowany wpływ a 10 oznacza: bardzo duży wpływ, gdzie 1 oznacza: niewielki wpływ, 5 oznacza: umiarkowany wpływ a 10 oznacza: bardzo duży wpływ.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Proszę ocenić, jak bardzo okoliczności sytuacji rozwodowej wpływają na pojawianie się u Pana/Pani dodatkowych objawów somatycznych, gdzie 1 oznacza: niewielki wpływ, 5 oznacza: umiarkowany wpływ a 10 oznacza: bardzo duży wpływ.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Proszę ocenić, jak bardzo okoliczności sytuacji rozwodowej wpływają na pojawianie się u partnera/partnerki dodatkowych objawów somatycznych, gdzie 1 oznacza: niewielki wpływ, 5 oznacza: umiarkowany wpływ a 10 oznacza: bardzo duży wpływ.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Proszę ocenić, jak bardzo okoliczności sytuacji rozwodowej wpływają na pojawianie się u dziecka dodatkowych objawów somatycznych, gdzie 1 oznacza: niewielki wpływ, 5 oznacza: umiarkowany wpływ a 10 oznacza: bardzo duży wpływ.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Proszę ocenić, jak bardzo okoliczności sytuacji rozwodowej wpływają na pojawianie się u Pana/Pani dodatkowych zdiagnozowanych chorób, gdzie 1 oznacza: niewielki wpływ, 5 oznacza: umiarkowany wpływ a 10 oznacza: bardzo duży wpływ.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Proszę ocenić, jak bardzo okoliczności sytuacji rozwodowej wpływają na pojawianie się u partnera/partnerki dodatkowych zdiagnozowanych chorób, gdzie 1 oznacza: niewielki wpływ, 5 oznacza: umiarkowany wpływ a 10 oznacza: bardzo duży wpływ.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Proszę ocenić, jak bardzo okoliczności sytuacji rozwodowej wpływają na pojawianie się u dziecka dodatkowych zdiagnozowanych chorób, gdzie 1 oznacza: niewielki wpływ, 5 oznacza: umiarkowany wpływ a 10 oznacza: bardzo duży wpływ.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12.6 Wywiad ustrukturyzowany

Wywiad został zaprojektowany przez autorkę pracy.

Pierwsza część wywiadu.

Samodzielny opis obserwacji podczas sytuacji około-rozwodowej dokonany przez osobę badaną:

- słowa wypowiedziane przez partnera/kę do mnie:
 -
- oceny wypowiedziane przez partnera/kę do mnie:
 -
- emocje moje:
 -
- potrzeby moje:
 -
- destrukcyjne i autodestrukcyjne zachowania podejmowane przeze mnie:
 -
- somatyczne objawy zaobserwowane u mnie:
 -
- słowa wypowiedziane przeze mnie do partnera/ki:
 -
- oceny wypowiedziane przeze mnie do partnera/ki:
 -
- emocje partnera/ki:
 -
- potrzeby partnera/ki:
 -
- destrukcyjne i autodestrukcyjne zachowania podejmowane przez partnera/kę:
 -
- somatyczne objawy zaobserwowane u partnera/ki:
 -
- słowa wypowiedziane przeze mnie do dziecka:
 -
- słowa wypowiedziane przez partnera/kę do dziecka:
 -

- oceny wypowiedziane przeze mnie do dziecka:
-
- oceny wypowiedziane przez partnera/kę do dziecka:
-
- emocje dziecka:
-
- potrzeby dziecka:
-
- destrukcyjne i autodestrukcyjne zachowania podejmowane przez dziecko:
-
- somatyczne objawy zaobserwowane u dziecka:
-

Druga część wywiadu.

Opis obserwacji podczas sytuacji około-rozwodowej dokonany przez osobę badaną przy udziale odzwierciedlającej mediatorki, używającej empatycznej komunikacji:

- słowa wypowiedziane przez partnera/kę do mnie :
-
- oceny wypowiedziane przez partnera/kę do mnie:
-
- emocje moje:
-
- potrzeby moje:
-
- destrukcyjne i autodestrukcyjne zachowania podejmowane przeze mnie:
-
- somatyczne objawy zaobserwowane u mnie:
-
- słowa wypowiedziane przeze mnie do partnera/ki:
-
- oceny wypowiedziane przeze mnie do partnera/ki:
-
- emocje partnera/ki:
-

- potrzeby partnera/ki:
 -
- destrukcyjne i autodestrukcyjne zachowania podejmowane przez partnera/kę:
 -
- somatyczne objawy zaobserwowane u partnera/ki:
 -
- słowa wypowiedziane przeze mnie do dziecka:
 -
- słowa wypowiedziane przez partnera/kę do dziecka:
 -
- oceny wypowiedziane przeze mnie do dziecka:
 -
- oceny wypowiedziane przez partnera/kę do dziecka:
 -
- emocje dziecka:
 -
- potrzeby dziecka:
 -
- destrukcyjne i autodestrukcyjne zachowania podejmowane przez dziecko:
 -
- somatyczne objawy zaobserwowane u dziecka:
 -

12.7 Wytyczne Międzynarodowej Komisji ds. Testów

Zgodnie z wytycznymi Międzynarodowej Komisji ds. Testów (International Test Commission- ITC) z 2000 roku, dotyczącymi stosowania testów psychologicznych następujące używane w badaniach narzędzia badawcze: KKM - K, KKM - M; KPS - K; KPS - M; BHI-12, TRE nie mogą stanowić załączników do powyższej dysertacji. Pozostałe zastosowane narzędzia badawcze są ogólnie dostępne i zostały załączone do dysertacji.

12.8 TAS-26

Taylor G. J., Bagby R. M., Parker J. D. A., The development and regulation of affect, polska adaptacja - Maruszewski T., Ścigala E.

Kwestionariusz, który masz przed sobą zawiera 26 twierdzeń, używanych zwykle przez ludzi do opisu swoich zachowań. Bardzo proszę, abyś uważnie przeczytał/a poniższe twierdzenia i starał/a się odnieść je do siebie. Obok każdego twierdzenia znajdują się cyfry od 1 do 5. Oznaczają one stopień, w jakim dana cecha może Ciebie opisywać. Przeczytaj uważnie każde twierdzenie i zaznacz kółkiem jedna cyfrę określającą stopień, w jakim dana cecha odnosi się do Ciebie. **Jeśli zakreślisz 1 oznacza to, że twierdzenie charakteryzuje Ciebie w minimalnym stopniu; gdy zakreślisz 5 oznacza to, że twierdzenie to odnosi się do Ciebie w dużym stopniu.** Nie ma tu ani złych ani dobrych odpowiedzi, gdyż każdy człowiek jest niepowtarzalną jednostką.

1. Kiedy zdarzy mi się płakać, zawsze wiem dlaczego. 1-2-3-4-5
2. Myślenie o niebieskich migdałach jest stratą czasu. 1-2-3-4-5
3. Żałuję, że jestem taki nieśmiała/y. 1-2-3-4-5
4. Często nie potrafię określić emocji, którą odczuwam. 1-2-3-4-5
5. Często marzę o przyszłości. 1-2-3-4-5
6. Wydaje mi się, że potrafię zyskiwać przyjaciół równie łatwo jak inni ludzie. 1-2-3-4-5
7. Znajomość odpowiedzi na pytanie jest dla mnie ważniejsza niż poznanie jej uzasadnienia. 1-2-3-4-5
8. Trudno mi znaleźć właściwe określenia dla moich uczuć. 1-2-3-4-5
9. Lubię, gdy ludzie znają moje stanowisko w pewnej sprawie. 1-2-3-4-5
10. Mam takie dolegliwości fizyczne, których nawet lekarze nie rozumieją. 1-2-3-4-5
11. Nie wystarcza mi świadomość, że coś się stało; chciałbym/łabym wiedzieć, jak i dlaczego do tego doszło. 1-2-3-4-5
12. Potrafię z łatwością opisywać swoje uczucia. 1-2-3-4-5
13. Wolę raczej analizować problemy niż tylko je opisywać. 1-2-3-4-5
14. W stanie zdenerwowania trudno mi określić, czy jestem smutna/y, przerażona/y, czy zła/y. 1-2-3-4-
15. Często wykorzystuję swoją wyobraźnię. 1-2-3-4-5
16. Kiedy nie mam nic do zrobienia spędzam wiele czasu na rozmyślaniach. 1-2-3-4-5
17. Moje odczucia cielesne często są dla mnie zagadką. 1-2-3-4-5
18. Rzadko oddaję się marzeniom. 1-2-3-4-5
19. Wolę pozostawić raczej rzeczy swojemu biegowi niż podejmować próby ich zrozumienia. 1-2-3-4-5
20. Przeżywam uczucia, których w ogóle nie potrafię rozpoznać. 1-2-3-4-5
21. Kontakt z emocjami ma dla mnie zasadnicze znaczenie. 1-2-3-4-5
22. Trudno mi opisać, co czuję w stosunku do innych ludzi. 1-2-3-4-5
23. Ludzie mówią mi, bym dokładniej opisywał swoje uczucia. 1-2-3-4-5
24. Należy poszukiwać głębszych wyjaśnień. 1-2-3-4-5
25. Nie wiem, co się ze mną dzieje. 1-2-3-4-5
26. Często nie zdaję sobie sprawy z tego, że jestem zła/y. 1-2-3-4-5

12.9 SDQ-20 PL

© Nijenhuis, Van der Hart & Vanderlinden Assen-Amsterdam-Leuven

Przeład na język polski: Pietkiewicz & Tomalski, 2016

Pytania w poniższym kwestionariuszu dotyczą różnych symptomów fizycznych lub doświadczeń cielesnych, które mogłeś/łaś doświadczać przez krótki moment albo przez dłuższy okres.

Proszę zaznaczyć, w jakim stopniu w ciągu ostatniego roku doświadczenia te dotyczyły ciebie.

Obok każdej wypowiedzi znajdują się cyfry od 1 do 5. Zakreśl tą, która najbardziej odnosi się do ciebie. Możliwości wyboru są następujące:

- 1 = to mnie NIE DOTYCZY WCALE
- 2 = to mnie DOTYCZY TROCHĘ
- 3 = to mnie DOTYCZY UMIARKOWANIE
- 4 = to mnie DOTYCZY ZNACZNIE
- 5 = to mnie DOTYCZY W OGROMNYM STOPNIU

Jeżeli dany symptom lub doświadczenie wystąpiło u ciebie, proszę zaznaczyć, czy zostało ono uznane przez lekarza jako przejaw choroby fizycznej. Aby to zrobić, zakreśl TAK lub NIE w kolumnie “Czy przyczyna fizyczna jest znana?”. Jeżeli zaznaczyłeś/łaś TAK i znasz przyczynę dolegliwości, proszę o jej podanie.

Przykład:

	W jakim stopniu zdarzenie odnosi się do ciebie?	Czy przyczyna fizyczna jest znana?
Czasami:		
“Szczękam zębami”		
Mam skurcze w łydkach	1 2 3 4 5	NIE / TAK, tj.....
	1 2 3 4 5	NIE / TAK, tj.....

Jeżeli zaznaczyłeś(aś) 1 w pierwszej kolumnie (tj. To mnie NIE DOTYCZY WCALE), to nie musisz odpowiadać na pytanie dotyczące fizycznej przyczyny.

Jeżeli jednak zakreśliłeś(aś) odpowiedź 2, 3, 4 lub 5, należy zaznaczyć NIE lub TAK w kolumnie “Czy przyczyna fizyczna jest znana?”

Proszę udzielić odpowiedzi na wszystkie 20 pytań.

Dziękujemy za współpracę.

PYTANIA:

- 1 = to mnie NIE DOTYCZY WCALE
 2 = to mnie DOTYCZY TROCHĘ
 3 = to mnie DOTYCZY UMIARKOWANIE
 4 = to mnie DOTYCZY ZNACZNIE
 5 = to mnie DOTYCZY W OGROMNYM STOPNIU

Czasami:	W jakim stopniu zdarzenie odnosi sie do ciebie?	Czy przyczyna fizyczna jest znana?
1. Mam trudność z oddawaniem moczu		
Nie pasują mi smaki, które zazwyczaj lubię	1 2 3 4 5	NIE / TAK, tj.....
2. (kobiety: w okresach innych niż ciąża lub w czasie miesiączki)		
Słyszę okoliczne dźwięki, tak jakby dochodziły z oddali	1 2 3 4 5	NIE / TAK, tj.....
3. Słyszę okoliczne dźwięki, tak jakby dochodziły z oddali		
Odczuwam ból w trakcie oddawania moczu	1 2 3 4 5	NIE / TAK, tj.....
4. Odczuwam ból w trakcie oddawania moczu		
Mam wrażenie, że moje ciało lub jego część są odrętwiałe	1 2 3 4 5	NIE / TAK, tj.....
5. Mam wrażenie, że moje ciało lub jego część są odrętwiałe		
Ludzie i przedmioty wydają się większe niż normalnie	1 2 3 4 5	NIE / TAK, tj.....
6. Ludzie i przedmioty wydają się większe niż normalnie		
Mam atak drgawek przypominający padaczkę	1 2 3 4 5	NIE / TAK, tj.....
7. Mam atak drgawek przypominający padaczkę		
Moje ciało lub jego część jest niewrażliwe na ból	1 2 3 4 5	NIE / TAK, tj.....
8. Moje ciało lub jego część jest niewrażliwe na ból		
Nie pasują mi zapachy, które zazwyczaj lubię	1 2 3 4 5	NIE / TAK, tj.....
9. Nie pasują mi zapachy, które zazwyczaj lubię		
Odczuwam ból w narządach płciowych (w sytuacjach INNYCH aniżeli stosunek seksualny)	1 2 3 4 5	NIE / TAK, tj.....
10. Odczuwam ból w narządach płciowych (w sytuacjach INNYCH aniżeli stosunek seksualny)		

- 1 = to mnie NIE DOTYCZY WCALE
 2 = to mnie DOTYCZY TROCHE
 3 = to mnie DOTYCZY UMIARKOWANIE
 4 = to mnie DOTYCZY ZNACZNIE
 5 = to mnie DOTYCZY W OGROMNYM STOPNIU

Czasami:	W jakim stopniu zdarzenie odnosi sie do ciebie?	Czy przyczyna fizyczna jest znana?
11. Nie słyszę przez chwilę (jakbym był/a osobą głuchą)	1 2 3 4 5	NIE / TAK, tj.....
12. Tracę na chwilę wzrok (jakbym był/a osobą niewidomą)		
Widzę otaczające mnie rzeczy inaczej niż zwykle	1 2 3 4 5	NIE / TAK, tj.....
13. (na przykład, jakbym patrzył/a przez tunel albo dostrzegał/a tylko część przedmiotu)	1 2 3 4 5	NIE / TAK, tj.....
14. Mój węch jest dużo LEPSZY lub GORSZY niż zwykle (choć nie mam przeziębienia)	1 2 3 4 5	NIE / TAK, tj.....
15. Moje ciało lub jego część jakby zniknęło	1 2 3 4 5	NIE / TAK, tj.....
16. Nie mogę połykać lub mam dużą trudność z przełykaniem	1 2 3 4 5	NIE / TAK, tj.....
17. Nie mogę spać kilka nocy z rzędu, ale pozostaję bardzo aktywny/a w czasie dnia.	1 2 3 4 5	NIE / TAK, tj.....
18. Nie mogę mówić lub mówię z wielkim wysiłkiem, albo tylko szeptem.	1 2 3 4 5	NIE / TAK, tj.....
19. Jestem przez chwilę sparaliżowany(a)	1 2 3 4 5	NIE / TAK, tj.....
20. Sztywnieję przez chwilę	1 2 3 4 5	NIE / TAK, tj.....

12.10 Inwentarz Pytań Dotyczących Samouszkodzeń Ciała Część I

INWENTARZ PYTAŃ DOTYCZĄCYCH SAMOUSKODZEŃ CIAŁA – I CZĘŚĆ (Anna Kubiak, 2011)

Wiek: _____

Poniżej znajdują się pytania dotyczące różnych zachowań powodujących uszkodzenie własnego ciała, ewentualnego doświadczania bólu podczas tych zachowań, częstości ich podejmowania oraz momentu pojawienia się ich w ciągu życia. Proszę, odpowiedz na te pytania zgodnie z Twoimi doświadczeniami. W sytuacji, gdy odpowiedzi są już podane, zaznacz krzyżykiem albo kółkiem prawdziwą dla Ciebie odpowiedź. Jeśli przy pytaniu podane jest wolne miejsce, wpisz własną odpowiedź.

Lp.	Czy kiedykolwiek CELOWO (nieprzypadkowo) zachowałeś się w któryś z podanych niżej sposobów? (Zaznacz krzyżykiem lub kółkiem te zachowania, które Ciebie dotyczą)	Kiedy ostatni raz to się zdarzyło?							Określ, mniej więcej, ile razy w ciągu ostatnich sześciu miesięcy tak zrobiłeś/ś? (np. 1, 5, 10, 30, 100, etc.)	Ile miałeś/ś lat, gdy pierwszy raz tak zrobiłeś/ś?	Twoje zachowanie było		Czy czujesz lub czułeś/ś ból, gdy tak robisz lub zrobiłeś/ś? (Zaznacz krzyżykiem lub kółkiem odpowiednią kratkę lub wpisz odpowiedź)					
		TAK	NIE	Dziś	W tym tygodniu	W tym miesiącu	W ciągu 6-ciu miesięcy	W tym roku			Jeszcze dawniej	zaplansowane		spontaniczne	świadome (wiedziałeś/ś, że tak robisz) czy bezwiedne (dopiero po fakcie, zorientowałeś/ś się co się stało)?	TAK	NIE	To zależy/ Inne:
1.	Gryzienie swojego ciała.	TAK	NIE	Dziś	W tym tygodniu	W tym miesiącu	W ciągu 6-ciu miesięcy	W tym roku	Jeszcze dawniej			zaplansowane	spontaniczne	świadome	bezwiedne	TAK	NIE	To zależy/ Inne:
2.	Rozdrapywanie ran i/lub zmian skórnych.	TAK	NIE	Dziś	W tym tygodniu	W tym miesiącu	W ciągu sześciu miesięcy	W tym roku	Jeszcze dawniej			zaplansowane	spontaniczne	świadome	bezwiedne	TAK	NIE	To zależy/ Inne:
3.	Drapanie lub szorowanie skóry do jej uszkodzenia lub zranienia.	TAK	NIE	Dziś	W tym tygodniu	W tym miesiącu	W ciągu sześciu miesięcy	W tym roku	Jeszcze dawniej			zaplansowane	spontaniczne	świadome	bezwiedne	TAK	NIE	To zależy/ Inne:

Lp.	Czy kiedykolwiek CELOWO (nieprzypadkowo) zachowałeś/ęś się w któryś z podanych niżej sposobów? (Zaznacz krzyżykiem lub kółkiem te zachowania, które Ciebie dotyczą)	Kiedy ostatni raz to się zdarzyło?							Określ, mniej więcej, ile razy w ciągu ostatnich sześciu miesięcy tak zrobiłeś/ęś? (np. 1, 5, 10, 30, 100, etc.)	Ile miałeś/ęś lat, gdy pierwszy raz tak zrobiłeś/ęś?	Twoje zachowanie było zaplanowane czy spontaniczne?		Twoje zachowanie było świadome (wiedzieliś/ęś, że tak robisz) czy bezwiedne (dopiero po fakcie, zorientowałeś/ęś się co się stało)?		Czy czujesz lub czułeś/ęś ból, gdy tak robisz lub zrobiłeś/ęś? (Zaznacz krzyżykiem lub kółkiem odpowiednią kratkę lub wpisz odpowiedź)			
		TAK	NIE	Dziś	W tym tygodniu	W tym miesiącu	W ciągu sześciu miesięcy	W tym roku			Jeszcze dawniej	zaplanowane	spontaniczne	świadome		bezwiedne	TAK	NIE
4.	Bicie się.	TAK	NIE	Dziś	W tym tygodniu	W tym miesiącu	W ciągu sześciu miesięcy	W tym roku	Jeszcze dawniej			zaplanowane	spontaniczne	świadome	bezwiedne	TAK	NIE	To zależy/ Inne:
5.	Uderzenie głową i/lub innymi częściami ciała o coś innego (np. ściana, stół).	TAK	NIE	Dziś	W tym tygodniu	W tym miesiącu	W ciągu sześciu miesięcy	W tym roku	Jeszcze dawniej			zaplanowane	spontaniczne	świadome	bezwiedne	TAK	NIE	To zależy/ Inne:
6.	Cięcie skóry na swoim ciele.	TAK	NIE	Dziś	W tym tygodniu	W tym miesiącu	W ciągu sześciu miesięcy	W tym roku	Jeszcze dawniej			zaplanowane	spontaniczne	świadome	bezwiedne	TAK	NIE	To zależy/ Inne:
7.	Szczypanie swojego ciała.	TAK	NIE	Dziś	W tym tygodniu	W tym miesiącu	W ciągu sześciu miesięcy	W tym roku	Jeszcze dawniej			zaplanowane	spontaniczne	świadome	bezwiedne	TAK	NIE	To zależy/ Inne:
8.	Przypalenie ciała i/lub dotykanie gorących przedmiotów.	TAK	NIE	Dziś	W tym tygodniu	W tym miesiącu	W ciągu sześciu miesięcy	W tym roku	Jeszcze dawniej			zaplanowane	spontaniczne	świadome	bezwiedne	TAK	NIE	To zależy/ Inne:

Lp.	Czy kiedykolwiek CELOWO (nieprzypadkowo) zachowałeś/ęś się w któryś z podanych niżej sposobów? (Zaznacz krzyżykiem lub kółkiem te zachowania, które Ciebie dotyczą)	Kiedy ostatni raz to się zdarzyło?						Określ, mniej więcej, ile razy w ciągu ostatnich sześciu miesięcy tak zrobiłeś/ęś? (np. 1, 5, 10, 30, 100, etc.)	Ile miałeś/ęś lat, gdy pierwszy raz tak zrobiłeś/ęś?	Twoje zachowanie było zaplanowane czy spontaniczne?		Twoje zachowanie było świadome (wiedziałeś/ęś, że tak robisz) czy bezwiedne (dopiero po fakcie, zorientowałeś/ęś się co się stało)?	Czy czujesz lub czułeś/ęś ból, gdy tak robisz lub zrobiłeś/ęś? (Zaznacz krzyżykiem lub kółkiem odpowiednią kratkę lub wpisz odpowiedź)				
		TAK	NIE	Dziś	W tym tygodniu	W tym miesiącu	W ciągu sześciu miesięcy			W tym roku	Jeszcze dawniej		zaplanowane	spontaniczne	świadome	bezwiedne	TAK
9.	Wyrwanie włosów, brwi lub rzęs (nie w celach kosmetycznych).	TAK	NIE	Dziś	W tym tygodniu	W tym miesiącu	W ciągu sześciu miesięcy	W tym roku	Jeszcze dawniej		zaplanowane	spontaniczne	świadome	bezwiedne	TAK	NIE	To zależy/ Inne:
10.	Kłucie swojego ciała.	TAK	NIE	Dziś	W tym tygodniu	W tym miesiącu	W ciągu sześciu miesięcy	W tym roku	Jeszcze dawniej		zaplanowane	spontaniczne	świadome	bezwiedne	TAK	NIE	To zależy/ Inne:
11.	Złamanie kończyny.	TAK	NIE	Dziś	W tym tygodniu	W tym miesiącu	W ciągu sześciu miesięcy	W tym roku	Jeszcze dawniej		zaplanowane	spontaniczne	świadome	bezwiedne	TAK	NIE	To zależy/ Inne:
12.	Inne (wpisz, jakie):	TAK	NIE	Dziś	W tym tygodniu	W tym miesiącu	W ciągu sześciu miesięcy	W tym roku	Jeszcze dawniej		zaplanowane	spontaniczne	świadome	bezwiedne	TAK	NIE	To zależy/ Inne:
13.	Inne (wpisz, jakie):	TAK	NIE	Dziś	W tym tygodniu	W tym miesiącu	W ciągu sześciu miesięcy	W tym roku	Jeszcze dawniej		zaplanowane	spontaniczne	świadome	bezwiedne	TAK	NIE	To zależy/ Inne:

12.11 Inwentarz Twierdzeń Dotyczących Samouszkodzeń Ciała Część II

INWENTARZ TWIERDZEŃ DOTYCZĄCYCH SAMOUSZKODZEŃ CIAŁA– CZĘŚĆ II

(David E. Klonsky, 2008)

Instrukcja:

Inwentarz ten został przygotowany, aby pomóc nam lepiej zrozumieć doświadczenia związane z samouszkodzeniami ciała bez intencji samobójczej. Poniżej znajduje się lista twierdzeń, które mogą, choć nie muszą, odnosić się do Twoich doświadczeń z samouszkodzeniami. Proszę ocenić, w jakim stopniu te twierdzenia Ciebie dotyczą:

- Zakreśl **0**, jeżeli twierdzenie **Ciebie nie dotyczy**
- Zakreśl **1**, jeśli twierdzenie **częściowo Ciebie dotyczy**
- Zakreśl **2**, jeżeli twierdzenie zdecydowanie **Ciebie dotyczy**

Dokonując samouszkodzeń...

Odpowiedź

1.	... uspokajam się	0	1	2
2.	... zaznaczam granicę między sobą a innymi	0	1	2
3.	... wymierzam sobie karę	0	1	2
4.	... daję sobie powód, by o siebie zadbać (przez pielęgnację ran)	0	1	2
5.	...zadaję sobie ból, przez co przerywam uczucie odrętwienia	0	1	2
6.	... unikam impulsu do podjęcia próby samobójczej	0	1	2
7.	... robię coś, by poczuć ekscytację lub euforię	0	1	2
8.	... tworzę więź z rówieśnikami	0	1	2
9.	... pokazuję innym rozmiar mojego bólu psychicznego	0	1	2
10.	... sprawdzam, czy jestem w stanie znieść ból	0	1	2
11.	... tworzę fizyczny znak tego, że czuję się okropnie	0	1	2
12.	... odgrywam się na kimś	0	1	2
13.	... dowodzę sobie, że jestem osobą samowystarczalną	0	1	2
14.	... rozładowuję skumulowane we mnie napięcie emocjonalne	0	1	2
15.	... pokazuję swoją odrębność od innych	0	1	2
16.	... wyrażam złość na siebie za swoją bezwartościowość lub głupotę	0	1	2
17.	... powoduję obrażenia fizyczne, którymi łatwiej się zająć niż moim bólem psychicznym	0	1	2
18.	... próbuję poczuć cokolwiek, nawet jeśli jest to ból fizyczny	0	1	2
19.	... reaguję na myśli samobójcze, nie podejmując jednak próby samobójczej	0	1	2
20.	... dostarczam sobie lub innym rozrywki, robiąc coś ekstremalnego	0	1	2

Dokonując samouszkodzeń...**Odpowiedź**

21.	... dopasowuję się do innych	0	1	2
22.	... szukam pomocy lub troski u innych	0	1	2
23.	... pokazuję, że jestem twardy/a lub silny/a	0	1	2
24.	... udowadniam sobie, że mój ból psychiczny jest prawdziwy	0	1	2
25.	... mszczę się na innych	0	1	2
26.	...udowadniam sobie, że nie muszę polegać na innych	0	1	2
27.	... zmniejszam niepokój, frustrację, złość lub inne przytłaczające mnie emocje	0	1	2
28.	... ustanawiam barierę między sobą a innymi	0	1	2
29.	... reaguję na uczucie niezadowolenia lub wstrętu odczuwanego do siebie	0	1	2
30.	... pozwalam sobie skupić się na leczeniu ran, co może zaspokajać lub dawać satysfakcję	0	1	2
31.	... upewniam się, czy wciąż żyję, kiedy czuję, że nie jestem realny/a	0	1	2
32.	... przerywam myśli samobójcze	0	1	2
33.	... testuję swoje granice w sposób podobny jak przy skoku ze spadochronem lub innych sportach ekstremalnych	0	1	2
34.	... tworzę znak przyjaźni lub więzi z przyjaciółmi lub najbliższymi	0	1	2
35.	... powstrzymuję bliską osobę przed odejściem lub porzuceniem mnie	0	1	2
36.	... udowadniam, że jestem w stanie znieść ból fizyczny	0	1	2
37.	... daję wyraz odczuwanego bólu psychicznego	0	1	2
38.	... próbuję skrzywdzić bliską mi osobę	0	1	2
39.	... dowodzę swojej niezależności i autonomii	0	1	2

(Opcjonalne) W polu poniżej, proszę podaj wszelkie stwierdzenia, które, w odniesieniu do Ciebie są trafniejsze niż te wymienione powyżej:

(Opcjonalne) W polu poniżej, proszę podaj wszelkie stwierdzenia, które, w Twoim odczuciu, powinny zostać dodane do powyższej listy, nawet jeśli nie zawsze odnoszą się do Ciebie: