

Zapamiętane postawy rodziców pacjenta a obraz zaburzeń nerwicowych – objawy związane i niezwiązane z seksualnością

Parental attitudes recollected by patients and neurotic disorders picture – sexuality-related and sexuality-unrelated symptoms

Jerzy A. Sobański¹, Katarzyna Klasa², Krzysztof Rutkowski¹,
Edyta Dembińska¹, Łukasz Müldner-Nieckowski¹, Katarzyna Cyranka¹

¹Katedra Psychoterapii UJ CM

p.o. kierownika: dr hab. n. med. K. Rutkowski

²Zakład Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

Kierownik: dr hab. n. med. K. Rutkowski

Summary

Objectives. To evaluate the risks associated with non-optimal characteristics of the picture of parents in the patient's memories, concerning the sexuality-related symptoms and other areas of neurotic disorders.

Methods. Coexistence of memories of parental attitudes and the current symptoms were analyzed on the basis of KO"0" Checklist and Life Inventory completed prior to treatment in the day hospital for neurotic disorders.

Results. In questionnaires, obtained from 2582 females and 1347 males between 1980-2002, there was a significant incidence of memories of adverse parental attitudes, the feeling of not being loved, the parent indifference, rejection. Regression analysis showed a significant relationship between the parental attitudes and symptoms, for instance reluctance of men to sexual contacts coexisted (OR=3.41) with hostile mother's attitude, the same association in women was weaker (OR=1.64) but still significant. Also, the absence of mother in childhood was associated with a risk of disruptions in the conduct of intercourse (erectile dysfunction or pain) in women (OR=2.43) and men (OR=3.29). Other analyzed symptoms, also sexuality-unrelated, though weaker and less frequently, were associated with non-optimal pictures of parents, e.g. pessimism in women with the hostile mother (OR=1.97). Higher global severity of symptoms was associated with non-optimal parental attitudes.

Conclusions. The type of recollected attitudes of parents was associated with a higher incidence of symptoms, primarily in the field of sexuality, and with other selected symptoms, as well as with higher global symptom level. The results indicate importance of life circumstances in the development of psychopathology and encourage to further research.

Słowa kluczowe: objawy zaburzeń nerwicowych, postawy rodziców pacjenta, problemy seksualne

Key words: symptoms of neurotic disorders, parental attitudes, sexual problems

Wstęp

Piśmiennictwo omawiające szkodliwość urazów psychicznych (traumatic events) i niekorzystnych wydarzeń i okoliczności życiowych (adversities) koncentruje się na kilku głównych obszarach: 1) nadużyciach seksualnych (abuse) w dzieciństwie oraz – w mniejszym stopniu – w wieku dorosłym [1], 2) nieseksualnym przekraczaniu granic dzieci i osób dorosłych w postaci maltretowania fizycznego (physical abuse) [2, 3] oraz 3) nieoptymalnych (a przynajmniej tak zapamiętanych przez pacjenta) stylów wychowania (rearing) i postaw rodziców [4], 4) zaniedbywaniu dzieci (neglect) [5–8] oraz nadużyciach psychicznych dzieci i osób dorosłych.

Wydarzenia życiowe mogą oczywiście być powiązane, a ich oddziaływania złożone – wykazano m.in. większe prawdopodobieństwo nadużyć seksualnych wobec dziecka w rodzinach o nieprawidłowym funkcjonowaniu, zaniedbujących, stosujących przemoc fizyczną, nacechowanych niezgodą między rodzicami [9], dysfunkcją matki, zakłóceniem więzi między matką a jej matką [10].

Nie jest jasny mechanizm wpływu poszczególnych okoliczności dzieciństwa, np. postaci rodziców, na obecność czy obraz zaburzenia osoby dorosłej (np. trudno przewidzieć, kiedy rodzic alkoholik wychowa syna alkoholika, kiedy abstynenta cierpiącego na natręctwa, a kiedy osobę zdrową) [11].

Jak się wydaje, ze względu na złożoność zjawiska nie jest także możliwe jednoznaczne określenie „stopnia szkodliwości” oddziaływań wymienionych rodzajów urazów. Ponadto nałożenie wielu, trudno uchwytnych lub nieuchwytnie powiązanych, potęgujących się lub zmniejszających swoje oddziaływania okoliczności to kolejny czynnik zakłócający.

Badania wskazują, że częsta przemoc psychiczna (opisywana przez pacjentów) ze strony jednego z rodziców, nawet bez towarzyszącej przemocy fizycznej lub seksualnej, wydaje się niemalże dorównywać szkodliwością tym ostatnim [12–14], wiążąc się w konsekwencji z wrogością, zaburzeniami lękowymi, depresją w wieku dorosłym.

Przegląd piśmiennictwa wskazuje, iż skutki zakłóceń relacji z rodzicami obejmują szerokie spektrum zaburzeń: od zaburzeń lękowych, w tym zaburzeń dysocjacyjnych, do aleksytymii, depresji i innych poważnych trudności rozpoznawania i/lub regulacji afektu [np. 15–18], a także dysfunkcji seksualnych – odrębnych albo stanowiących tylko składnik zaburzeń nerwicowych [19–22]). Powiązania między zaburzeniami bądź objawami nieseksualnymi a seksualnymi, np. u pacjentów z fobią społeczną czy somatyzacją, pozwalają domniemywać ich wspólne tło i mechanizmy przyczynowe oraz podtrzymujące [23, 24].

Z kolei m.in. Johnson i wsp. w wielu badaniach wykazali istnienie powiązań między zachowaniami i postawami rodzicielskimi a ryzykiem rozwoju zaburzeń osobowości u potomstwa, wskazując na znaczenie okoliczności, m.in. takich jak ataki słowne ze strony matek, chłód emocjonalny, niska opiekuńczość, brak nadzoru rodzicielskiego, zaniedbanie fizyczne, surowe kary [25–27].

Powiązania sytuacji separacji oraz niekorzystnych sposobów wychowania przez rodziców z lękiem społecznym okazały się silniejsze w przypadku doświadczenia nadużycia seksualnego w dzieciństwie [28], podobnie związki fizycznego przekraczania

granic dziecka z późniejszym lękiem napadowym [29, 30]. Nadużyć fizycznych w dzieciństwie, ale i konfliktów z rodzicami bez możliwości ich omówienia i rozwiązania częściej doznawali także pacjenci z zespołami psychogenego bólu przewlekłego [31, 32]. Pacjenci cierpiący na zaburzenia somatyzacyjne częściej zgłaszali pochodzenie z rodzin cechujących się chłodem, dystansem i brakiem wsparcia [33].

Szkodliwe okazało się również narażenie na bycie świadkiem przemocy psychicznej [14].

Wiele badań poświęcono roli i charakterystyce rodzica danej płci oraz jego relacji z dzieckiem w kontekście późniejszych zaburzeń zdrowia psychicznego dziecka w wieku dorosłym. Wprawdzie sporo autorów od czasów Bowlby'ego koncentruje się na relacjach matka-dziecko [34, 35], badania wskazują również jednak na znaczenie postaci ojca [np. 36–38]. Inni autorzy podnoszą rolę obojga rodziców [2, 39–42]. Opisano m.in. powiązania fobii społecznej z nadopiekuńczością, ale i odrzuceniem ze strony rodziców [43], agorafobii z oceną obojga rodziców jako chłodnych emocjonalnie, a matek jako odrzucających [44, 45], lęku napadowego z agorafobią ze wspomnieniami rodziców jako mniej opiekuńczych i chroniących [46, 47], nerwicy natręctw z odrzuceniem przez ojca [48].

Warto zwrócić uwagę, że przy analizie tego rodzaju danych należy pamiętać o możliwym zjawisku „nałożenia się” wpływów sytuacji z dzieciństwa z obecnymi zakłóceniami, np. w relacjach partnerskich lub zawodowych [1, 49, 50], czy wpływie „świeższych” urazów [51]. Co więcej, obraz rodziny pochodzenia może oczywiście być w znacznym stopniu zniekształcony przez bieżące przeżywanie pacjenta, a nawet diagnosty [np. 52]. Subiektywne zniekształcenia można uznać albo za „realne okoliczności” (ojciec błędnie zapamiętany jako nadmiernie surowy „staje się takim”), albo za nie dość powszechne, by zakłóciły obraz zweryfikowany metodami statystycznymi w dużej grupie pacjentów.

Pomimo wymienionych trudności udaje się zaobserwować w praktyce klinicznej powiązania wydarzenia życiowe – objawy psychopatologiczne. Wśród nich najmniej zbadane wydają się analizy prawdopodobieństwa pojedynczych objawów wśród pacjentów o różnych cechach rodziny pochodzenia. Wydaje się, że można oczekiwać, zgodnie z teoriami psychopatologii i etiopatogenezy, szczególnie psychoanalizy i psychologii rozwojowej, najsilniejszych powiązań dla cech relacji z matką, zakłóceń przywiązania, dysfunkcji pary rodzicielskiej, [53, 54, 55, 56], opuszczenia [57] czy maltretowania, wreszcie relacji z ojcem (nie bez różnic związanych z płcią pacjenta). Prawdopodobnie jedne okoliczności życiowe mogą „uruchamiać” łącznie więcej, inne mniej objawów bądź wiązać się z ryzykiem odmiennych ich zestawów.

Najbardziej zatem prawdopodobne wydaje się ujęcie opisanych powiązań w kategoriach prawdopodobieństwa – ryzyka – poszczególnych objawów przy obecności określonych cech rodziny pochodzenia.

Zarówno dokonany przegląd literatury [np. 7, 58], jak i obserwacje kliniczne wskazują na częstsze występowanie oraz większe nasilenie niekorzystnych, urazowych doświadczeń z dzieciństwa w grupie pacjentów niż wśród zdrowych dorosłych. Dotyczy to nie tylko poważnych nadużyć fizycznych czy seksualnych, ale także innych form przemocy (lub bycia jej świadkiem), w tym także werbalnej, zaniedbywania, separacji od rodziców, poważniejszych chorób dziecięcych. Skutki zakłóceń relacji z rodzicami obejmują szerokie spektrum zaburzeń i dysfunkcji. Choć ze względu na złożoność zjawiska trudno jednoznacznie określić mechanizm wpływu poszczególnych

okoliczności z dzieciństwa na rozwój konkretnego zaburzenia lub objawów w okresie dorosłym, to jednak wydaje się, że można, zgodnie z teoriami i praktyką kliniczną, oczekiwać powiązań pomiędzy wydarzeniami życiowymi a objawami psychopatologicznymi, najsilniejszych dla cech relacji z rodzicami.

Zasadna zdaje się zatem ocena powiązań takich doświadczeń z występowaniem wybranych objawów z zakresu seksualności w porównaniu z innymi obszarami zaburzeń nerwicowych zgłaszanych przez pacjentów dziennego oddziału leczenia, co jest celem niniejszej pracy.

Cel

Niniejsze badanie oceniało powiązania wspomnień dotyczących relacji pacjentów z rodzicami w dzieciństwie i adolescencji z występowaniem wybranych objawów z zakresu seksualności w porównaniu z innymi obszarami zaburzeń nerwicowych.

Material i metoda

Jako źródła informacji o subiektywnie zapamiętanych przez pacjentów obciążających okolicznościach życiowych z okresu dzieciństwa i adolescencji użyto Ankiety Życiorysowej [59]. Do uzyskania danych o objawach zgłaszanych przez pacjentów kwalifikowanych do psychoterapii użyto kwestionariuszy objawowych KO₀ [60]. Oba narzędzia kwestionariuszowe (których instrukcje i fragmenty wykorzystane w niniejszym badaniu zamieszczono w Aneksie) są rutynowo wypełniane przed leczeniem psychoterapią na dziennym oddziale leczenia nerwic. Obecnie stosowana wersja Ankiety Życiorysowej została zmodyfikowana w 2002 roku (zebrane za jej pomocą dane nie osiągnęły jeszcze niezbędnej liczebności), w niniejszym badaniu opierano się na wersji aAnkiety oraz danych z lat 1980–2002. Kwalifikacja do leczenia, obok kwestionariuszy, obejmowała zazwyczaj przynajmniej dwa badania psychiatryczne, badanie psychologiczne oraz baterię kilku kwestionariuszy, pozwalając na wykluczenie innych zaburzeń (m.in. afektywnych, psychoz schizofrenicznych, zaburzeń egzogennych bądź rzekomonerwicowych i ciężkich chorób somatycznych) uniemożliwiających podejmowanie psychoterapii na oddziale dziennym [61].

Uzyskano dane dotyczące pacjentów z rozpoznaniami zaburzeń nerwicowych, behawioralnych i zaburzeń osobowości (kody F4, F5, F6 według ICD-10), przy czym większość spośród 3 929 osób badanych (średni wiek kobiet 33 lata, mężczyzn 32) miała rozpoznane jedno z zaburzeń nerwicowych lub zaburzenie osobowości i wtórnie występujące zaburzenie nerwicowe (tab. 1-3) [62].

Dane uzyskane w wyniku rutynowych badań diagnostycznych wykorzystano za zgodą pacjentów, przechowywano je i opracowywano w postaci anonimowej. Oszacowania różnic między odsetkami przeprowadzano za pomocą dwustronnego testu dla dwóch wskaźników struktury. Oszacowania współczynników ryzyka (OR) dla współwystępowania wartości dwóch zmiennych nominalnych (okoliczności życiowej oraz objawu zakodowanych w postaci 0-1) dokonano metodą regresji logistycznej. Porównań rozkładów wartości globalnego nasilenia objawów (OWK), odpowiadającego sumie punktów ważonych dla wszystkich zgłoszonych przez pacjenta objawów, doko-

nano metodą ANOVA z zastosowaniem testów post-hoc dla najmniejszych istotnych różnic. Używano licencjonowanego pakietu statystycznego STATISTICA PL.

Tabela 1. Nasilenie objawów oraz rodzaj zaburzeń wg ICD-10

	Kobiety (n=2582)	Mężczyźni (n=1347)
Ogólna Wartość Kwestionariusza (OWK): średnia±odch.standardowe (mediana)	394±152 (mediana 387)	349±151 (mediana 336)
Rozpoznanie (główne)		
F44/45 Zab. dysocjacyjne lub somatyzacyjne	29%	25%
F60 Zab. osobowości	23%	29%
F40/F41 Zab. lękowe	17%	16%
F48 Neurastenia	7%	14%
F34 Dystymia	7%	5%
F50 Zab. odżywiania się	5%	0%
F42 Zab. obsesyjno-kompulsyjne	2%	2%
F43 Reakcja na stres i zab. adaptacyjne	1%	2%
Inne	3%	2%
Brak danych	6%	6%

Tabela 2. Cechy socjodemograficzne badanych

	Kobiety (n=2582)	Mężczyźni (n=1347)
Wiek (lata) średnia±odch.stand. (mediana)	33±9 (mediana 33)	32±9 (mediana 28)
Wykształcenie		
Brak/podstawowe	9%	12%
Średnie (w tym studenci)	57%	56%
Wyższe	34%	32%
Zatrudnienie		
Pracuje	59%	70%
Nie pracuje	41%	30%
w tym renta	10%	7%
Studenci	23%	24%

Tabela 3. Informacje o związkach i aktywności seksualnej

	Kobiety (n=2582)	Mężczyźni (n=1347)
Stabilny związek/małżeństwo	43%	47%
Niestabilny związek/małżeństwo	26%	21%
Nie jest w związku	31%	32%
Nie ma kontaktów seksualnych	40%	35%
Ma kontakty seksualne	60%	65%
Dłuższy związek	55%	53%
Przelotne, przypadkowe	3%	7%
Przelotne oraz dłuższe	2%	5%

Spośród zmiennych ujętych w kwestionariuszu objawowym „0” wybrano 6 objawów z zakresu seksualności i 9 z zakresu dolegliwości innych niż seksualne – dla uproszczenia nazywanych tu „nieseksualnymi” (tab. 4). Kryterium wyboru itemów stanowiło ich względnie jasne sformułowanie oraz powiązanie z centralnym objawem zaburzenia. Najczęstszą skargą z zakresu zdrowia seksualnego było w badanej grupie niezadowolenie z życia seksualnego, którego zarówno obecność, jak i znaczna uciążliwość były zgłaszane przez najwyższe odsetki kobiet i mężczyzn.

Tabela 4. Występowanie i nasilenie objawów z zakresu zdrowia seksualnego

		Kobiety	Mężczyźni
		n=2582	n=1347
OBJAWY	odsetek całości	66%	34%
Objawy dysfunkcji seksualnych			
7. Niezadowolenie z życia seksualnego	maks. nasilenie	19%	20%
	występowanie	***53%	***59%
27. Trudności we współżyciu seksualnym	maks. nasilenie	**8%	**11%
	występowanie	***25%	***36%
47. Niechęć do kontaktów heteroseksualnych	maks. nasilenie	***17%	***9%
	występowanie	***43%	***33%
67. Znaczące osłabienie lub utrata popędu seksualnego	maks. nasilenie	***18%	***9%
	występowanie	53%	50%
70. Trudności w kontaktach z osobami przeciwnej płci	maks. nasilenie	9%	8%
	występowanie	41%	42%
87. Przykre uczucia zw. z uprawianiem samogwałtu	maks. nasilenie	**3%	**5%
	występowanie	***9%	***22%
Objawy nieseksualne – markery wybranych zaburzeń nerwicowych			
61. Lęk na otwartej przestrzeni	maks. nasilenie	***9%	***4%
	występowanie	***27%	***21%
104. Lęk społeczny	maks. nasilenie	26%	24%
	występowanie	72%	74%
44. Ataki paniki	maks. nasilenie	***18%	***10%
	występowanie	***51%	***41%
12. Natrętne sprawdzanie	maks. nasilenie	**22%	**18%
	występowanie	65%	65%
43. Przejściowy niedowład	maks. nasilenie	**5%	**3%
	występowanie	**23%	**19%
40. Bóle serca	maks. nasilenie	*16%	*13%
	występowanie	*63%	*59%

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

69. Biegunki	maks. nasilenie	6%	5%
	występowanie	30%	31%
97. Lęk hipochondryczny	maks. nasilenie	17%	16%
	występowanie	***46%	***55%
82. Pesymizm	maks. nasilenie	***36%	***24%
	występowanie	***81%	***74%

*p < 0,05, **p < 0,005, ***p < 0,0005 – test dla dwóch wskaźników struktury

Drugim symptomem obecnym u przynajmniej połowy badanych było osłabienie popędu seksualnego. Najbardziej zgłaszanym objawem był dyskomfort towarzyszący masturbacji. Mężczyźni zgłaszali istotnie częściej niż kobiety niezadowolenie z życia seksualnego (59% vs 53%, p < 0,05), trudności we współżyciu seksualnym (36% vs 25%, p < 0,05), dyskomfort towarzyszący masturbacji (22% vs 9%, p < 0,05). Kobiety częściej zgłaszały niechęć do kontaktów heteroseksualnych (43% vs 33%, p < 0,05), także w maksymalnym nasileniu (tab. 4). W zakresie 9 objawów nieseksualnych najczęściej występowały pesymizm oraz lęk społeczny (u ponad 70% badanych).

Wyniki

Tabela 5 zawiera uzyskane od pacjentów z grupy badanej dane z Ankiety Życiorysowej, w której wybierali oni odpowiedzi opisujące postawy matek i ojców pacjentów zapamiętane z okresu dzieciństwa i adolescencji.

Tabela 5. Postawy rodziców we wspomnieniach pacjentów

		Kobiety (n = 2582)	Mężczyźni (n = 1347)
Nastawienie matki	bardzo kochała	46%***	62%***
	raczej kochała	37%**	32%**
	obojętna	10%***	3%***
	wroga	5%***	2%***
	nieobecna, nieznaną	1%	1%
Nastawienie ojca	bardzo kochał	37%***	32%***
	raczej kochał	37%***	43%***
	obojętny	15%	15%
	wrogi	6%*	4%*
	nieobecny, nieznaną	6%	6%
Reakcje matki na kłopoty w dzieciństwie	wspierała	57%***	69%***
	obojętna	17%***	12%***
	atakowała	25%***	18%***
	nieobecna	1%	1%
nie wiadomo			
Reakcje ojca na kłopoty w dzieciństwie	wspierał	40%	40%
	obojętny	32%	29%
	atakował	18%***	23%***
	nieobecny	9%	8%
nie wiadomo			

Istotności różnic w teście dla dwóch wskaźników struktury (odsetków) oznaczono **p < 0,005, ***p < 0,0005

Jak wynika z tabeli 5, niesprzyjające okoliczności biograficzne, przynajmniej w ocenie pacjentów, polegające na ocenie nastawienia rodzica jako innego niż jednoznaczna bezwarunkowa miłość, nie były rzadkie. Coraz bardziej negatywne postawy rodziców – od niejednoznacznej miłości, przez obojętność, wrogość aż do nieobecności (porzucenia, niedostępności) – okazały się coraz radsze. Odsetki ocen zachowania matek w reakcji na kłopoty zarówno pacjentów, jak i pacjentek, w dzieciństwie i adolescencji, były jednak większe niż odsetki obojętności.

Więcej mężczyzn niż kobiet (62% vs 46%, $p < 0,0001$) zaznaczyło odpowiedź „matka bardzo kochała”, nieco mniej „raczej kochała” (32% vs 37%, $p < 0,005$), oraz mniej mężczyzn wybrało warianty skrajnych odpowiedzi – „był matce obojętny” (3% vs 10%, $p < 0,0001$), „matka nienawidziła” (2% vs 5%, $p < 0,0001$). Pozbawiony kontaktu z matką był podobny – niewielki – odsetek mężczyzn i kobiet (1%). Częstsza nieobecność ojców w pytaniu o kłopoty (8%–9%) niż w pytaniu o miłość (6%) wynika zapewne z ich częstszego niż matek Niemieszkania z rodziną (kochać wprawdzie mogli, ale pomagać w kłopotach to już nie tak często – nie będąc dostępni). Kobiety częściej wspominają u matek postawy wrogości i obojętności oraz są częściej ambiwalentne (więcej odpowiedzi z wariantem „raczej kochała”) w ocenie matek niż mężczyźni, natomiast mężczyźni przeciwnie – okazali się częściej ambiwalentni w stosunku do ojca („raczej”). Podobne okazało się rozpowszechnienie wspomnienia pacjentek i pacjentów o wspierającej w kłopotach postawie ich ojców.

Stanowiące główny nurt tego badania analizy regresji logistycznej posłużyły oszacowaniu istotności statystycznej powiązań między analizowanymi aspektami relacji z rodzicami a objawami (tab. 6).

Tabela 6 zawiera współczynniki ilorazów szans opisujące powiązania wybranych przez pacjentki-kobiety odpowiedzi opisujących ogólne nastawienie uczuciowe rodziców. Wrogość ojca w okresie dzieciństwa oraz adolescencji okazała się powiązana ze wszystkimi zgłaszanymi przez kobiety objawami z zakresu seksualności, poza dyskomfortem dotyczącym masturbacji. Takie zjawisko nie miało miejsca w odniesieniu do 8 spośród 9 objawów nieseksualnych (wyjątkiem był ból w okolicy serca). Wspomnienie wrogości matki pacjentek, choć słabo powiązane z obszarem nieseksualnym, wskazuje jednak istotne „miejsca oddziaływania”: bóle w okolicy serca (analogicznie do pacjentów-mężczyzn) oraz pesymizm.

Tabela 6. Powiązania nastawień rodziców z występowaniem problemów seksualnych i wybranych nieseksualnych objawów zaburzeń nerwicowych. Wspomnienia pacjentek

	Nastawienie matki					Nastawienie ojca				
	bardzo kochała	raczej kochała	obojętna	wroga	nieobecna	bardzo kochał	raczej kochał	obojętny	wrogi	nieobecny
Objawy dysfunkcji seksualnych										
7. Niezadowolenie z życia seksualnego	0,71*** (0,61-0,83)	1,27** (1,08-1,50)	1,23 (0,95-1,60)	1,22 (0,86-1,74)	1,25 (0,53-2,93)	0,86 (0,73-1,01)	1,00 (0,84-1,20)	1,10 (0,88-1,37)	1,43* (1,02-2,01)	1,07 (0,77-1,49)

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

27. Trudności podczas stosunku	0,81* (0,67-0,96)	1,09 (0,91-1,31)	1,17 (0,88-1,56)	1,22 (0,83-1,80)	2,43* (1,04-5,65)	0,83 (0,69-1,00)	1,04 (0,87-1,26)	1,03 (0,84-1,22)	1,85*** (1,31-2,61)	0,96 (0,66-1,40)
47. Niechęć do kontaktów seksualnych	0,71*** (0,60-0,83)	1,23* (1,04-1,44)	1,15 (0,89-1,49)	1,64* (1,16-2,34)	1,56 (0,67-3,63)	0,73*** (0,62-0,86)	1,09 (0,93-1,29)	1,19 (0,96-1,48)	1,95*** (1,39-2,74)	0,94 (0,67-1,31)
67. Znaczne zmniejszenie pożądania seks.	0,76** (0,65-0,89)	1,19* (1,01-1,39)	1,26 (0,97-1,63)	1,24 (0,87-1,77)	1,06 (0,45-2,46)	0,81* (0,69-0,95)	1,09 (0,93-1,28)	1,02 (0,83-1,24)	1,65** (1,17-2,34)	0,98 (0,71-1,33)
70. Trudności w kontaktach z płcią przeciwną	0,73*** (0,62-0,85)	1,12 (0,96-1,32)	1,52** (1,18-1,97)	1,26 (0,88-1,79)	1,17 (0,50-2,72)	0,77** (0,65-0,90)	1,02 (0,87-1,19)	1,46** (1,17-1,82)	1,58* (1,13-2,21)	0,72 (0,51-1,01)
87. Dyskomfort związany z masturbacją	1,06 (0,82-1,38)	0,78 (0,59-1,03)	1,12 (0,74-1,70)	1,48 (0,88-2,48)	2,05 (0,69-6,12)	0,91 (0,69-1,19)	1,18 (0,91-1,54)	1,16 (0,82-1,65)	0,73 (0,39-1,37)	0,49 (0,24-1,02)
Objawy nieseksualne – markery wybranych zaburzeń nerwicowych										
61. Lęk na otwartej przestrzeni	0,92 (0,78-1,10)	0,98 (0,81-1,17)	1,19 (0,90-1,57)	1,30 (0,90-1,90)	1,00 (0,84-1,19)	0,91 (0,76-1,10)	1,02 (0,85-1,22)	1,03 (0,82-1,30)	1,19 (0,83-1,70)	1,05 (0,73-1,51)
104. Lęk społeczny	0,88 (0,67-1,16)	0,97 (0,74-1,28)	1,20 (0,74-1,94)	1,56 (0,75-3,23)	2,08 (0,28-15,6)	0,89 (0,67-1,17)	1,04 (0,76-1,41)	1,41 (0,92-2,15)	0,80 (0,47-1,36)	0,90 (0,52-1,56)
44. Ataki paniki	0,82* (0,70-0,96)	1,16 (0,95-1,42)	1,25 (0,96-1,61)	0,99 (0,68-1,43)	1,69 (0,70-4,03)	0,99 (0,81-1,22)	0,96 (0,82-1,12)	1,10 (0,88-1,36)	1,34 (0,95-1,87)	0,72 (0,52-1,00)
12. Natrętne sprawdzanie	0,96 (0,81-1,14)	0,92 (0,78-1,09)	1,25 (0,95-1,66)	1,06 (0,73-1,53)	1,41 (0,55-3,63)	0,95 (0,81-1,13)	1,01 (0,89-1,14)	1,04 (0,82-1,31)	1,03 (0,72-1,47)	1,05 (0,74-1,49)
43. Przejściowy niedowład	0,89 (0,74-1,07)	1,02 (0,83-1,24)	1,23 (0,92-1,65)	1,19 (0,80-1,77)	0,72 (0,24-2,15)	0,97 (0,80-1,18)	1,06 (0,88-1,28)	0,96 (0,74-1,25)	1,06 (0,72-1,56)	0,86 (0,58-1,29)
40. Bóle serca	0,89 (0,76-1,05)	1,10 (0,93-1,30)	0,82 (0,63-1,07)	1,59* (1,07-2,35)	0,70 (0,30-1,62)	1,01 (0,77-1,33)	0,88 (0,74-1,03)	1,04 (0,83-1,32)	1,54* (1,06-2,23)	0,97 (0,69-1,37)
69. Biegunki	1,01 (0,80-1,27)	1,00 (0,94-1,06)	1,03 (0,78-1,38)	0,86 (0,58-1,27)	1,08 (0,44-2,65)	1,02 (0,87-1,20)	0,88 (0,74-1,05)	1,18 (0,94-1,49)	0,95 (0,66-1,38)	1,14 (0,80-1,62)
97. Lęk hipochondryczny	0,99 (0,89-1,11)	1,04 (0,88-1,23)	0,90 (0,70-1,17)	1,11 (0,78-1,58)	0,81 (0,35-1,91)	1,05 (0,90-1,24)	1,01 (0,88-1,15)	0,87 (0,70-1,08)	1,04 (0,75-1,44)	0,98 (0,88-1,15)
82. Pesymizm	0,80* (0,65-0,97)	1,15 (0,93-1,42)	0,87 (0,63-1,20)	1,97* (1,12-3,47)	4,82 (0,65-35,9)	0,89 (0,73-1,10)	0,92 (0,75-1,13)	1,35 (1,00-1,82)	1,18 (0,75-1,85)	1,11 (0,72-1,72)

Istotność statystyczną współczynników OR (ilorazów szans wraz z ich oszacowanymi przedziałami ufności) oznaczono * $p < 0,05$, ** $p < 0,005$, *** $p < 0,0005$

U pacjentów-mężczyzn nie stwierdzono żadnych istotnych powiązań wskazujących na ryzyko współwystępowania 9 nieseksualnych objawów nerwicowych z nastawieniem ojca. Natomiast najwięcej silnych i statystycznie istotnych powiązań stwierdzono dla postawy matki oraz objawów związanych z seksualnością (lewy górny kwadrant z tabeli 7), kolejno zaś dla postawy ojca pacjentów i objawów seksualnych, a najmniej dla objawów nieseksualnych. Wątpliwości, ambiwalencja wyrażone w opisie postawy matki jako „raczej” kochającej okazały się powiązane z występowaniem kilku objawów dysfunkcji seksualnych u obu płci, natomiast takie przeżywanie ojca – jedynie u mężczyzn. W zakresie symptomów nieseksualnych u kobiet nie stwierdzono powiązań z „raczej” kochaniem, u mężczyzn dotyczyły one „tylko” lęku społecznego (OR = 1,91). Tabela 7– na następnej stronie.

Poza informacjami o powiązaniach oznaczających ryzyko objawów można w tabeli 7 znaleźć także współczynniki wskazujące na mniejsze prawdopodobieństwo występowania objawu natrętnego sprawdzania u mężczyzn, którzy zapamiętali nastawienie swoich matek jako wrogie, a wspomnienie wrogości ojców wiązało się z lękiem hipochondrycznym.

Tabela 7. Powiązania nastawień rodziców z występowaniem problemów seksualnych i wybranych nieseksualnych objawów zaburzeń nerwicowych. Wspomnienia pacjentów

	Nastawienie matki					Nastawienie ojca				
	bardzo kochała	raczej kochała	obojętna	wroga	nieobecna	bardzo kochał	raczej kochał	obojętny	wrogi	nieobecny
Objawy dysfunkcji seksualnych										
7. Niezadowolenie z życia seksualnego	0,77* (0,62-0,97)	1,20 (0,95-1,51)	1,31 (0,71-2,43)	1,74 (0,67-4,53)	0,69 (0,24-1,98)	0,81 (0,64-1,03)	1,31* (1,05-1,64)	0,95 (0,70-1,30)	1,44 (0,82-2,53)	0,50** (0,31-0,79)
27. Trudności podczas stosunku	0,71** (0,56-0,89)	1,28* (1,01-1,63)	1,28 (0,70-2,33)	1,36 (0,57-3,26)	3,29* (1,10-9,90)	0,90 (0,71-1,15)	1,15 (0,92-1,44)	0,96 (0,70-1,32)	1,39 (0,82-2,37)	0,71 (0,43-1,18)
47. Niechęć do kontaktów seksualnych	0,67** (0,53-0,84)	1,35* (1,06-1,71)	1,21 (0,66-2,23)	3,41* (1,40-8,29)	0,82 (0,26-2,63)	0,71* (0,55-0,91)	1,29* (1,02-1,62)	1,09 (0,79-1,49)	1,37 (0,80-2,35)	0,71 (0,42-1,19)
67. Znaczne zmniejszenie pożądania seks.	0,80* (0,64-0,99)	1,09 (0,86-1,38)	1,43 (0,79-2,58)	2,52 (0,97-6,55)	1,80 (0,60-5,38)	0,85 (0,68-1,07)	1,26* (1,01-1,56)	0,90 (0,67-1,22)	0,94 (0,47-2,01)	0,77 (0,49-1,23)
70. Trudności w kontaktach z płcią przeciwną	0,56*** (0,44-0,70)	1,44** (1,14-1,81)	2,40** (1,30-4,41)	4,46** (1,62-12,3)	1,37 (0,48-3,93)	0,78* (0,62-0,99)	0,93 (0,75-1,16)	1,34 (0,99-1,81)	1,99* (1,17-3,40)	1,02 (0,65-1,61)
87. Dyskomfort związany z masturbacją	0,71* (0,55-0,92)	1,11 (0,85-1,46)	2,58** (1,41-4,71)	2,69* (1,12-6,45)	0,96 (0,26-3,53)	0,94 (0,71-1,24)	0,98 (0,74-1,28)	1,19 (0,84-1,69)	2,24** (1,30-3,88)	0,39* (0,19-0,82)
Objawy nieseksualne – markery wybranych zaburzeń nerwicowych										
61. Lęk na otwartej przestrzeni	0,98 (0,77-1,25)	0,97 (0,74-1,28)	1,02 (0,51-2,06)	0,86 (0,29-2,59)	2,06 (0,68-6,20)	1,02 (0,74-1,40)	0,96 (0,74-1,26)	1,02 (0,72-1,46)	1,07 (0,57-2,00)	0,81 (0,45-1,46)
104. Lęk społeczny	0,46*** (0,32-0,68)	1,91** (1,28-2,86)	6,18 (0,84-45,2)	1,27 (0,29-5,50)	0,80 (0,18-3,59)	0,73 (0,51-1,03)	1,14 (0,82-1,61)	1,60 (0,93-2,76)	0,82 (0,38-1,77)	0,88 (0,44-1,76)
44. Ataki paniki	0,83 (0,66-1,04)	1,14 (0,91-1,44)	1,11 (0,61-2,01)	1,08 (0,45-2,58)	1,93 (0,66-5,59)	0,91 (0,72-1,15)	0,87 (0,69-1,08)	1,33 (0,98-1,80)	1,26 (0,75-2,14)	1,02 (0,62-1,68)
12. Natrętne sprawdzanie	0,89 (0,71-1,12)	1,27 (1,00-1,63)	0,82 (0,45-1,50)	0,39* (0,16-0,94)	1,33 (0,41-4,27)	0,94 (0,74-1,19)	1,05 (0,84-1,32)	1,02 (0,72-1,43)	1,09 (0,62-1,92)	0,98 (0,60-1,61)
43. Przejściowy niedowład	0,77 (0,58-1,01)	1,09 (0,81-1,46)	2,36* (1,26-4,40)	0,71 (0,21-2,42)	3,25* (1,12-9,46)	0,81 (0,60-1,10)	0,97 (0,74-1,28)	1,26 (0,87-1,82)	1,12 (0,58-2,14)	1,22 (0,70-2,13)
40. Bóle serca	0,94 (0,75-1,17)	1,08 (0,86-1,37)	1,09 (0,60-1,99)	0,52 (0,22-1,24)	1,76 (0,55-5,63)	0,86 (0,68-1,08)	1,16 (0,93-1,45)	1,04 (0,76-1,41)	0,99 (0,56-1,74)	1,10 (0,69-1,76)
69. Biegunki	0,76* (0,60-0,97)	1,22 (0,95-1,56)	1,21 (0,65-2,25)	2,08 (0,88-4,95)	1,26 (0,42-3,79)	0,81 (0,63-1,05)	1,05 (0,83-1,33)	1,32 (0,96-1,81)	0,94 (0,53-1,67)	0,90 (0,54-1,50)
97. Lęk hipochondryczny	1,13 (0,91-1,41)	0,98 (0,79-1,23)	0,57 (0,31-1,03)	0,61 (0,26-1,46)	2,07 (0,64-6,62)	1,01 (0,81-1,27)	1,20 (0,96-1,49)	0,96 (0,71-1,30)	0,56* (0,33-0,96)	0,79 (0,50-1,25)
82. Pesymizm	0,84 (0,65-1,08)	1,19 (0,92-1,56)	1,47 (0,70-3,08)	1,51 (0,51-4,53)	0,47 (0,16-1,36)	0,83 (0,64-1,07)	1,07 (0,84-1,37)	1,37 (0,95-1,98)	1,37 (0,72-2,62)	0,77 (0,47-1,27)

Istotność statystyczną współczynników OR (ilorazów szans wraz z ich oszacowanymi przedziałami ufności) oznaczono * $p < 0,05$, ** $p < 0,005$, *** $p < 0,0005$

Ojciec był zapamiętany częściej jako wspierający w kłopotach w dzieciństwie (rozumiejący, pomagający) u pacjentów rzadziej sprawozdających objawy i problemy seksualne, natomiast ojciec obojętny lub – szczególnie – atakujący w kłopotach – przeciwnie (tab. 9 – *na następnej stronie*).

Częste wspomnienie matki wspierającej w okresie dzieciństwa było powiązane z rzadszym występowaniem objawów, natomiast matki obojętnej lub atakującej w dzieciństwie – przeciwnie. Nie stwierdzono natomiast związku dyskomfortu dotyczącego masturbacji u kobiet ze wsparciem lub jego brakiem ze strony matki ani ojca (tab. 8 i 9). W grupie mężczyzn (tab. 9) powiązania takie wskazują na obojętność przynajmniej jednego rodzica jako na czynnik ryzyka.

Ryzyko występowania kilku objawów nieseksualnych było istotnie powiązane u mężczyzn ze wspomnieniem bycia atakowanymi w sytuacjach kłopotów (pacjentów) w dzieciństwie lub okresie dojrzewania, natomiast powiązania te różniły się zależnie od płci rodzica atakującego: ze strony matki – z bólem w okolicy serca i lękiem społecznym, ze strony ojca – z atakami paniki. Wspomnienie atakującego ojca lub matki wiązało się z ryzykiem biegunek.

Ostatnim prezentowanym wynikiem analiz (tab. 10 – *na str. 839*) jest powiązanie wyniku kwestionariusza objawowego (OWK) stanowiącego informację o globalnym nasileniu wszystkich zawartych w nim objawów ze wspomnieniami postaw rodziców.

Tabela 8. Powiązania zapamiętanych reakcji rodziców na kłopoty pacjentek w dzieciństwie z występowaniem problemów seksualnych i wybranych nieseksualnych objawów zaburzeń nerwicowych

	Podczas kłopotów pacjentki w dzieciństwie, matka			Podczas kłopotów pacjentki w dzieciństwie, ojciec		
	wspierała	była obojętna	atakowała	wspierał	był obojętny	atakował
Objawy dysfunkcji seksualnych						
7. Niezadowolenie z życia seksualnego	0,64*** (0,55-0,75)	1,40** (1,14-1,73)	1,34** (1,12-1,61)	0,74*** (0,63-0,87)	1,02 (0,86-1,21)	1,50*** (1,22-1,85)
27. Trudności podczas stosunku	0,72*** (0,60-0,86)	1,28* (1,02-1,61)	1,20 (0,98-1,47)	0,82* (0,68-0,99)	1,04 (0,85-1,27)	1,24 (0,99-1,55)
47. Niechęć do kontaktów seksualnych	0,69*** (0,59-0,81)	1,18 (0,96-1,45)	1,40*** (1,17-1,68)	0,69*** (0,59-0,81)	1,16 (0,98-1,37)	1,41** (1,15-1,72)
67. Znaczne zmniejszenie pożądania seks.	0,74*** (0,63-0,87)	1,26* (1,03-1,56)	1,26* (1,05-1,51)	0,81* (0,69-0,95)	1,03 (0,84-1,22)	1,34* (1,09-1,64)
70. Trudności w kontaktach z płcią przeciwną	0,72*** (0,61-0,84)	1,39** (1,13-1,71)	1,19 (0,99-1,42)	0,71*** (0,61-0,84)	1,18 (1,00-1,40)	1,38** (1,13-1,69)
87. Dyskomfort związany z masturbacją	0,87 (0,67-1,12)	1,05 (0,87-1,39)	1,16 (0,87-1,56)	0,93 (0,71-1,21)	0,90 (0,67-1,19)	1,31 (0,96-1,80)

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Objawy nieseksualne – markery wybranych zaburzeń nerwicowych						
61. Lęk na otwartej przestrzeni	0,81* (0,68-0,97)	1,29* (1,03-1,61)	1,09 (0,89-1,33)	0,88 (0,74-1,06)	1,00 (0,98-1,02)	1,15 (0,92-1,43)
104. Lęk społeczny	0,80 (0,61-1,06)	1,20 (0,82-1,76)	1,17 (0,85-1,62)	0,80 (0,61-1,05)	1,08 (0,81-1,44)	1,32 (0,91-1,93)
44. Ataki paniki	0,81** (0,69-0,94)	---	1,05 (0,87-1,25)	0,98 (0,83-1,12)	1,02 (0,86-1,21)	1,16 (0,95-1,42)
12. Natrętne sprawdzanie	0,90 (0,76-1,06)	1,20 (0,96-1,50)	1,02 (0,86-1,21)	0,97 (0,82-1,15)	0,85 (0,71-1,01)	1,15 (0,93-1,43)
43. Przejściowy niedowład	0,91 (0,76-1,09)	1,12 (0,89-1,42)	1,06 (0,86-1,31)	1,06 (0,88-1,27)	0,92 (0,75-1,12)	1,04 (0,83-1,31)
40. Bóle serca	0,94 (0,80-1,12)	1,09 (0,88-1,35)	0,99 (0,80-1,23)	0,98 (0,80-1,20)	0,97 (0,81-1,15)	1,10 (0,89-1,36)
69. Biegunki	0,87 (0,73-1,03)	1,05 (0,85-1,31)	1,19 (0,99-1,45)	0,96 (0,82-1,14)	1,01 (0,88-1,15)	1,05 (0,84-1,31)
97. Lęk hipochondryczny	0,99 (0,87-1,12)	1,20 (0,98-1,48)	0,90 (0,75-1,08)	1,19* (1,02-1,40)	0,93 (0,79-1,10)	0,88 (0,72-1,08)
82. Pesymizm	0,89 (0,73-1,09)	0,90 (0,69-1,16)	1,23 (0,97-1,57)	0,86 (0,70-1,05)	0,97 (0,80-1,18)	1,55** (1,16-2,06)

Istotność statystyczną współczynników OR (ilorazów szans wraz z ich oszacowanymi przedziałami ufności) oznaczono * $p < 0,05$, ** $p < 0,005$, *** $p < 0,0005$

Tabela 9. Powiązania zapamiętanych reakcji rodziców na kłopoty pacjentów w dzieciństwie z występowaniem problemów seksualnych i wybranych nieseksualnych objawów zaburzeń nerwicowych

	Podczas kłopotów pacjenta w dzieciństwie, matka			Podczas kłopotów pacjenta w dzieciństwie, ojciec		
	wspierała	była obojętna	atakowała	wspierał	był obojętny	atakował
Objawy dysfunkcji seksualnych						
7. Niezadowolenie z życia seksualnego	0,70** (0,55-0,89)	1,41 (0,99-2,01)	1,32 (0,99-1,76)	0,85 (0,68-1,06)	1,08 (0,84-1,37)	1,35* (1,04-1,76)
27. Trudności podczas stosunku	0,79* (0,62-1,00)	1,36 (0,97-1,91)	1,02 (0,77-1,34)	0,84 (0,67-1,06)	1,04 (0,82-1,32)	1,27 (0,98-1,65)
47. Niechęć do kontaktów seksualnych	0,63*** (0,49-0,80)	1,78** (1,27-2,49)	1,24 (0,93-1,66)	0,70** (0,55-0,88)	1,31* (1,02-1,68)	1,19 (0,91-1,55)
67. Znaczne zmniejszenie pożądania seks.	0,80 (0,63-1,00)	1,16 (0,83-1,63)	1,17 (0,89-1,55)	0,83 (0,67-1,04)	1,06 (0,84-1,34)	1,21 (0,94-1,57)
70. Trudności w kontaktach z płcią przeciwną	0,66*** (0,53-0,83)	1,72** (1,23-2,40)	1,18 (0,90-1,56)	0,82 (0,65-1,02)	1,21 (0,95-1,53)	1,01 (0,74-1,38)
87. Dyskomfort związany z masturbacją	0,65** (0,50-0,86)	1,54* (1,06-2,24)	1,31 (0,95-1,81)	0,83 (0,64-1,09)	1,43* (1,09-1,88)	1,10 (0,81-1,48)

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Objawy nieseksualne – markery wybranych zaburzeń nerwicowych						
61. Lęk na otwartej przestrzeni	0,99 (0,63-1,57)	1,11 (0,74-1,65)	0,93 (0,66-1,31)	1,05 (0,81-1,38)	0,83 (0,62-1,11)	1,28 (0,95-1,72)
104. Lęk społeczny	0,60* (0,40-0,88)	1,29 (0,74-2,27)	1,72* (1,04-2,83)	0,75 (0,53-1,04)	1,12 (0,77-1,64)	1,30 (0,86-1,98)
44. Ataki paniki	0,78* (0,62-0,98)	1,49* (1,06-2,08)	1,03 (0,78-1,36)	0,59*** (0,47-0,74)	1,19 (0,94-1,51)	1,55** (1,20-2,00)
12. Natrętne sprawdzanie	0,90 (0,71-1,15)	1,05 (0,74-1,48)	1,09 (0,81-1,46)	0,88 (0,70-1,10)	0,98 (0,90-1,21)	1,28 (0,97-1,68)
43. Przejściowy niedowład	0,67* (0,51-0,89)	1,60* (1,09-2,36)	1,19 (0,84-1,67)	0,88 (0,66-1,16)	0,92 (0,68-1,25)	1,22 (0,89-1,67)
40. Bóle serca	0,80 (0,63-1,02)	0,99 (0,71-1,37)	1,34* (1,00-1,78)	0,84 (0,67-1,05)	1,03 (0,81-1,31)	1,19 (0,91-1,54)
69. Biegunki	0,70** (0,55-0,90)	1,38 (0,97-1,95)	1,34* (1,00-1,79)	0,79 (0,62-1,00)	0,99 (0,88-1,27)	1,57** (1,20-2,04)
97. Lęk hipochondryczny	1,14 (0,91-1,44)	0,94 (0,67-1,31)	0,81 (0,61-1,07)	1,06 (0,85-1,31)	1,04 (0,82-1,33)	0,93 (0,72-1,20)
82. Pesymizm	0,82 (0,63-1,07)	1,27 (0,85-1,88)	1,21 (0,87-1,67)	0,69** (0,54-0,88)	1,39* (1,05-1,84)	1,33 (0,98-1,80)

Istotność statystyczną współczynników OR (ilorazów szans wraz z ich oszacowanymi przedziałami ufności) oznaczono * $p < 0,05$, ** $p < 0,005$, *** $p < 0,0005$

We wszystkich porównaniach zawartych w tabeli 10 (*poniżej*) okazało się, że istotnie niższe wartości globalnego nasilenia objawów (OWK) stwierdzano w grupach osób wspominających rodziców jako bardzo kochających niż wrogich lub obojętnych oraz jako pomocnych i wspierających, a nie obojętnych lub atakujących w kłopotach.

Tabela 10. Związki globalnego nasilenia objawów (OWK) ze wspomnianymi postawami rodziców pacjentów

	N	Średnia±SD	Mediana i kwartyle	ANOVA Kruskal-Wallis efekt główny	Testy post hoc
Nastawienie matki we wspomnieniach kobiet					
Bardzo kochała	1195	371±152	359 (257; 470)	$p < 0,0001$	① ② ③
Raczej kochała	963	400±150	393 (295; 497)		① $p < 0,0001$
Obojętna	259	428±154	424 (312; 538)		② $p < 0,0001$
Wroga	132	435±142	421 (317; 527)		③ $p < 0,0001$
Nieobecna	22	428±182	390 (340; 539)		

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Nastawienie matki we wspomnieniach mężczyzn					
Bardzo kochała	827	335±155	318 (224; 435)	p<0,0005	① ②
Raczej kochała	432	357±142	348 (264; 458)		① p<0,05
Obojętna	46	391±149	385 (265; 505)		
Wroga	21	437±122	455 (363; 521)		② p<0,01
Nieobecna	14	399±190	384 (280; 534)		
Nastawienie ojca we wspomnieniach kobiet					
Bardzo kochał	947	378±154	372 (264; 478)	p<0,0005	① ②
Raczej kochał	945	391±154	378 (277; 498)		
Obojętny	381	409±149	395 (311; 507)		① p<0,05
Wrogi	147	432±144	433 (326; 526)		② p<0,0005
Nieobecny	152	386±144	380 (285; 473)		
Nastawienie ojca we wspomnieniach mężczyzn					
Bardzo kochał	426	329±154	313 (224; 423)	p<0,001	①
Raczej kochał	576	347±147	332 (244; 454)		
Obojętny	198	378±148	369 (280; 488)		① p<0,0005
Wrogi	58	370±154	344 (273; 484)		
Nieobecny	77	335±167	328 (223; 415)		
Wsparcie od matki we wspomnieniach kobiet					
Pomagała	1455	370±149	359 (259; 467)	p<0,0001	① ②
Obojętna	436	418±159	400 (306; 532)		① p<0,0001
Atakowała	634	419±147	416 (311; 515)		② p<0,0001
Nieobecna	35	426±157	404 (333; 539)		
Wsparcie od matki we wspomnieniach mężczyzn					
Pomagała	918	331±152	317 (224; 435)	p<0,0001	① ②
Obojętna	157	381±142	369 (283; 479)		① p<0,0005
Atakowała	245	375±149	365 (276; 466)		② p<0,0005
Nieobecna	20	398±165	366 (294; 519)		
Wsparcie od ojca we wspomnieniach kobiet					
Pomagał	1018	373±156	363 (256; 478)	p<0,0001	① ②
Obojętny	817	397±148	384 (284; 492)		① p<0,05
Atakował	469	419±153	407 (306; 523)		② p<0,0001
Nieobecny	238	396±147	391 (294; 488)		

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Wsparcie od ojca we wspomnieniach mężczyzn					
Pomagał	529	320±147	308 (216; 413)	p<0,0001	① ②
Obojętny	386	355±149	345 (254; 447)		① p<0,005
Atakował	308	384±154	377 (268; 492)		② p<0,0001 ③ p<0,05
Nieobecny	108	338±158	324 (230; 451)		③

① ② ③ oznaczono istotności statystyczne testów post hoc dla porównań parami

Dyskusja

Omawiane analizy przeprowadzono odrębnie w grupach kobiet i mężczyzn z uwagi na liczne dowody odmiennego sposobu przeżywania bądź zgłaszania objawów związanych z płcią, powodujące między innymi ustalenie różnych punktów odcięcia dla ogólnej wartości kwestionariusza objawowego [60]. Zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn mniejsze ryzyko występowania większości objawów zaburzeń seksualnych i niektórych objawów nieseksualnych wiązało się z poczuciem bycia bardzo kochaną(y) przez matkę oraz w mniejszym stopniu przez ojca. Odmiennie powiązanie w grupie objawów i problemów seksualnych – a dokładniej jego brak – stwierdzono wyłącznie u kobiet dla objawów dyskomfortu związanego z masturbacją oraz bólów i innych dolegliwości narządów płciowych. Ponadto przeżywanie matki jako wrogiej wobec pacjenta wiązało się u mężczyzn z występowaniem wielu problemów seksualnych. Nieco bardziej zbliżone u kobiet i mężczyzn było powiązanie dolegliwości z poczuciem w jakimś stopniu niepełnej miłości matki („raczej kochała”). Zaobserwowano u mężczyzn silne powiązanie objawu „trudności w kontaktach z płcią przeciwną” z postrzeganym deficytem miłości od matki.

Ograniczenie uzyskanych wyników może stanowić metoda oceny postaw rodziców dokonywanej w oparciu o całkowicie subiektywne wspomnienia dorosłych pacjentów, sprawozdawane w okresie kryzysu psychicznego – zgłoszenia się do leczenia psychoterapią. Z drugiej strony taki charakter mają jednak niemal wszystkie dane pochodzące z wywiadu od pacjenta. Wobec powszechności przekonań o „toksyczności” relacji z rodzicami może to stanowić źródło artefaktów. Ponadto aktualne, konfliktowe przeżywanie może zakłócać wspomnienia dotyczące podobnej problematyki, jak podkreślili to Peter i wsp. [63], w odniesieniu do retrospektywnych pomiarów dziecięcego lęku separacyjnego – zakłócanych przez sytuacje separacji z okresu dorosłości. Podobne zastrzeżenia wyrazili też Dube i wsp. [64] w odniesieniu do trudności ustalania związków przyczynowo-skutkowych na podstawie danych z retrospekcji. Z drugiej strony jednak wielu autorów podkreśla trafność i obiektywność wspomnień dotyczących rodziców [46], a nawet większe znaczenie właśnie subiektywnych przeświadczeń pacjentów na temat realności niż prób jej obiektywizacji (przynajmniej w odniesieniu do zaburzeń niepsychotycznych, gdzie weryfikacja realności jest podstawą diagnozy m.in. objawów wytwórczych). Liczne doniesienia z piśmiennictwa także wskazują na znaczenie postaw rodziców przypominanych i ocenianych przez pacjentów jako osoby dorosłe i podkreślają ich związki z obrazem psychopatologicznym [25].

Innym ograniczeniem wnioskowania jest niedostępność grupy kontrolnej – spowodowana retrospektywnym, wieloletnim charakterem badania, które było oparte m.in. o rozległy wywiad życiorysowy (Ankietę Życiorysową), nie przeprowadzany w ówczesnych dekadach w grupach kontrolnych ani porównawczych. Także jedynie przybliżone rozpoznania (z powodu przekładu na główne kody ICD-10) uniemożliwiają analizy wpływu rodzaju zaburzenia na badane powiązania.

Dodatkowym możliwym ograniczeniem trafności wnioskowania może być rozłożenie uzyskiwania danych w okresie ponad 20 lat, chociażby z uwagi na przemiany kulturowe oraz inne przyczyny zmiany częstości występowania objawów zaburzeń nerwicowych [65, 66]. W rezultacie analizy analogicznych powiązań objawów z cechami rodziców w grupach badanych przed i po 1990 roku stwierdzono, że uzyskane wyniki częściowo są zgodne z omówionymi wynikami dla całej grupy, a częściowo są nieweryfikowalne statystycznie, prawdopodobnie z powodu około dwukrotnego zmniejszenia liczebności podgrup.

Postawy rodziców często oceniane były za pomocą narzędzi dużo bardziej skomplikowanych niż fragment Ankiety Życiorysowej, takich jak Parental Bonding Instrument [46, 47], Childhood Trauma Questionnaire, Trauma History Questionnaire [5, 6, 13, 17] albo Verbal Abuse Questionnaire [14] czy kwestionariusz EMBU [44]. Wyniki niniejszego badania, choć uzyskane znacznie prostszą metodą (co wydaje się jedną z jego zalet), potwierdzają przede wszystkim zarówno podstawowe znaczenie więzi z rodzicami dla prawidłowego przebiegu rozwoju psychoseksualnego (i vice versa, jej zakłóceń wiążących się z występowaniem objawów), jak i szczególne znaczenie dobrej więzi z matką (rozumianej jako wspomnienie jednoznacznej miłości oraz dawania wsparcia i zrozumienia w kłopotach), a mniejsze – choć istotne – relacji z ojcem. Inne wyjaśnienie „dziedzicznego ryzyka” rozmaitych dysfunkcji może stanowić częściowe wyuczanie zaburzeń przejawianych przez rodziców pacjentów, szczególnie przez matki, co wykazano za pomocą współczynników ryzyka, np. dla zaburzeń somatyzacyjnych (OR = 16,0, jeśli dzieci cierpiały na czynnościowe bóle brzucha), choć powiązania te często nie są „dokładne” (wśród ww. matek częstsze niż w grupie kontrolnej były także inne zaburzenia, m.in. lękowe i depresyjne OR = 6,1) [67].

Między innymi z uwagi na własności materiału pochodzącego z analiz retrospektywnych nie można nigdy rozstrzygnąć jednoznacznie wątpliwości w odniesieniu do rozmaitego, subiektywnego znaczenia treści zmiennych. Podobne zastrzeżenia wymienili Kendler i wsp. [68] w odniesieniu do wywiadu od pacjenta (jako zależnego od trafności samoobserwacji), nie zawsze obiektywnego wywiadu od członków rodziny czy danych o jego historii. Zarazem jednak Rogers [69] informacje z genogramu uznaje za wiarygodne dane dla analiz ryzyka występowania zaburzeń.

Bandelow i wsp. [30] przy użyciu retrospektywnej ankiety życiorysowej o podobnie szerokim zakresie 203 pytań dotyczących traumatycznych wydarzeń z dzieciństwa, postaw rodziców, występowania zaburzeń psychicznych w rodzinie itp. uzyskali potwierdzenie (w grupie 115 pacjentów) wyższej częstości śmierci ojca, separacji z rodzicami, choroby w dzieciństwie, nadużywania alkoholu przez rodziców, przemocy w rodzinie, nadużyć seksualnych u pacjentów cierpiących na lęk napadowy. Opisali

oni także rodziców pacjentów wspomnianych jako zapewniających mniej wsparcia, opieki i uwagi – co znajduje potwierdzenie także w niniejszej pracy.

Deficyt dobrych relacji z ojcem (lub takich wewnątrzpsychicznych reprezentacji ojca) wydaje się w grupie mężczyzn znacznie rzadziej powiązany z występowaniem analizowanych dolegliwości, a szczególnie objawów nieseksualnych.

Za szczególnie interesujące należy uznać bardzo wyraźne powiązanie objawu „trudności w kontaktach z płcią przeciwną” w grupie mężczyzn z postrzeganym deficytem miłości od matki, zgodnie z danymi z piśmiennictwa i z praktyki klinicznej.

Wyniki niniejszej pracy są zgodne z doniesieniami wskazującymi na powiązanie wielu czynników gorszej jakości relacji z rodzicami z urazami w dzieciństwie (np. nadużyciami seksualnymi), co jest zgodne z teoriami etiologii wieloczynnikowej [50]. Także niezgoda między nastolatkiem a rodzicami (oddziałująca przez zaburzenie internalizacji) jest uważana za czynnik ryzyka zaburzeń lękowych [70].

Wyniki badań przy użyciu wielowymiarowych kwestionariuszy reakcji pourazowych, jak np. Trauma Symptom Checklist, sugerują seksualizację obojętnych treściowo (nieseksualnych, ale zagrażających fizycznie) urazów wczesnodziecięcych. Wskazuje na to zawyżenie wyników skali urazów seksualnych przy wykluczeniu takowych doświadczeń [71].

Wprawdzie Harlow [19] wskazał na bardzo silny (i statystycznie istotny) związek wulwodynii z niedoborem wsparcia w dzieciństwie (OR = 2,6), a jeszcze silniejszy z częstym nadużyciem fizycznym (OR = 4,1), seksualnym (OR = 6,5) oraz przez najbliższego krewnego (fizycznym OR = 3,6 lub seksualnym OR = 4,4), prawdopodobnie dla mniej „seksualnych” lub „mniej traumatycznych” okoliczności życiowych, takich jak postrzegane nastawienia rodziców, należy spodziewać się odmiennych wyników (np. słabszych) powiązań.

Choć wyniki niniejszego badania częściowo stanowią potwierdzenie zależności obserwowanych klinicznie i opisywanych w literaturze przedmiotu, to jednak wydają się one istotne ze względu na liczną grupę badanych oraz dzięki wciąż nieczęsto spotykanej w polskim piśmiennictwie analizie występowania objawów z zakresu seksualności.

Wnioski

1. Postawy rodziców wspomniane przez pacjentów w wieku dorosłym wiążą się z występowaniem objawów, przede wszystkim z zakresu seksualności, oraz niektórych spośród wybranych objawów zaburzeń nerwicowych z innych zakresów.
2. Prawdopodobnie dysfunkcyjne relacje z rodzicami – przeżywanie ich opieki jako niepełnej („raczej kochał/a”), braku wsparcia z ich strony, obojętności w kłopotach czy nawet wrogości (atakowania) wiązały się z istotnie wyższymi nasileniami objawów ogółem (OWK), jak i występowaniem większości z analizowanych problemów seksualnych.
3. Istotnie niższe wartości globalnego nasilenia objawów (OWK) stwierdzano w grupach osób wspominających rodziców jako bardzo kochających niż wrogich lub

- obojętnych oraz jako pomocnych i wspierających, a nie obojętnych lub atakujących w kłopotach.
4. W niniejszym badaniu opartym na materiale retrospektywnym i dotyczącym jedynie pacjentów nie było możliwe uzyskanie informacji o podobnych powiązaniach lub ich braku w populacji nieklinicznej, co powinno stać się przedmiotem dalszych badań.
 5. Niniejsze badanie podkreśla konieczność ujawniania i zmniejszania szkód powodowanych przez dysfunkcyjne relacje z rodzicami oraz potrzebę zapobiegania im poprzez kształtowanie pożądanych postaw rodzicielskich korzystnych dla przyszłego funkcjonowania dzieci.

Запомненные поведения родителей пациентов и картина невротических нарушений – симптомы, связанные и не связанные с сексуальностью

Содержание

Задание. Оценка риска, связанного с неоптимальными чертами картины родителей в воспоминаниях пациента из периода его детства и юношества, относящаяся к симптомам сексуальности и иных невротических нарушений.

Метод. Сосуществование воспоминаний относящихся к поведениям родителей пациента и актуальных симптомов были оценены при помощи глоссрий КО „0”, а также анамнестических анкет, заполняемых перед лечением в Дневном отделении неврозов.

Результаты. В анкетных, полученных от 2582 женщин и 1347 мужчин, леченных в 1980–2002 годах отмечена значительное число данных о негативных типах поведения родителей: чувство отсутствия любви родителей, равнодушие или по-просту отверженность. Анализы регрессии показали статистически существенные связи между анализированными поведениями родителей и симптомами, как нп. нежелание мужчин к сексуальным контактам во взрослом возрасте, которое сосуществовала (OR = 3,41) с оценкой поведения матери вражески настроенной к ребенку в детстве. Такое же поведение и связь была меньшей (OR = 1,64), однако оставались существенными. Также отсутствие матери в детстве связывалась с большим риском нарушений течения отношений между ними (нарушениями эрекции или болью) у женщин (OR = 2,43) и мужчин (OR = 3,29). Иные анализированные симптомы – „не сексуальные” также, хотя слабее и реже, связывались с неоптимальными картинами родителя, нп. пессимизм у женщин с оценкой матери как враждебной личности (OR = 1,97). Более высокое общее утяжеление симптомов связывалось с неоптимальными поведениями родителей.

Выводы. Тип запомненных пациентами поведений родителей связывается с более частым появлением симптомов в области сексуальности так иных симптомов невротических нарушений, как и более высоким общим утяжелением болезненных ощущений. Полученные результаты указывают на значение отягчающих жизненных ситуаций в формировании психопатологической картины и требует последующих наблюдений над более точными аспектами взаимоотношений детей с родителями.

Ключевые слова: симптомы невротических нарушений, поведения родителей пациента, сексуальные проблемы

Haltungen der Eltern in Erinnerung des Patienten und das Bild der Nervenstörungen – mit der Sexualität verbundene und nicht verbundene Symptome

Zusammenfassung

Ziel. Die Einschätzung vom Risiko, das mit den nicht optimalen Eigenschaften des Elternbildes in der Erinnerung des Patienten aus der Kindheit und Adoleszenz zu den Symptomen aus dem Bereich der Sexualität und anderer Bereichen der Nervenstörungen.

Methode. Komorbidität von Erinnerungen zu den Haltungen der Eltern des Patienten und der aktuell auftretenden Symptomen analysierte man aufgrund der KO „0“ - Fragebogen und Lebenslauf – Umfragen, die vor der Behandlung in der Tagesabteilung für Nervenbehandlung ausgefüllt wurden.

Ergebnisse. In den Umfragen – Interviews, die von der Gruppe der 2 582 Frauen und 1 347 Männern gesammelt wurden, die in den Jahren 1980 – 2002 behandelt wurden, wurden häufige Erinnerungen an die negativen Haltungen der Eltern nachgewiesen: Gefühl, nicht ohne Vorbehalte geliebt zu sein; Gleichgültigkeit eines Elternteils oder Ablehnung. Die Regressionsanalysen zeigten statistisch signifikante Zusammenhänge zwischen den analysierten Haltungen der Eltern und den Symptomen, z.B. Abneigung der Männer gegenüber den sexuellen Kontakten im Erwachsenenalter war komorbid (OR=3,41) mit der Bewertung der Haltung der Mutter als feindlich gegenüber sie im Kindesalter; dieselbe Bindung bei den Frauen war schwächer (OR=1,64), aber immer noch signifikant. Auch die Abwesenheit der Mutter in der Kindheit hing mit einem höheren Risiko der Störungen beim Geschlechtsverkehr (Dysfunktionen der Erektion oder Schmerz) bei den Frauen (OR=2,43) und bei den Männern (OR=3,29). Andere analysierten Symptome - „nicht sexuellen“ hingen auch, obwohl schwächer, mit dem nicht optimalen Bild der Eltern zusammen, z.B. Pessimismus bei den Frauen mit der Wahrnehmung der Mutter als feindlich (OR=1,97). Eine global höhere Intensität der Symptome hing mit den nicht optimalen Haltungen der Eltern zusammen.

Schlussfolgerungen. Die Art der Haltungen der Eltern in den Erinnerungen der Patienten hängt mit dem häufigeren Auftreten vor allem der Symptome aus dem Bereich der Sexualität und anderer Nervenstörungen zusammen. Es ist auch mit der höheren globalen Intensität der Beschwerden verbunden. Die erzielten Ergebnisse zeigen auf die Bedeutung der belastenden Lebensumstände in der Gestaltung des psychopathologischen Bildes und regen zu weiteren Studien an den Aspekten der Beziehungen zu den Eltern an.

Schlüsselwörter: Symptome der Nervenstörungen, Haltungen der Eltern des Patienten, sexuelle Probleme

Les attitudes des parents gardées dans la mémoire des patients et l'image des troubles névrotiques – symptômes liés et non liés avec la sexualité

Résumé

Objectif. Evaluer le risque lié avec non optimales caractéristiques de l'image des parents dans les souvenirs des patients venant de leur enfance et de leur adolescence et concernant les symptômes liés avec la sexualité et d'autres dimensions des troubles névrotiques.

Méthodes. On analyse la coexistence des souvenirs des patients concernant les attitudes des parents et les symptômes actuels des troubles avec les questionnaires KO « 0 » Checklist and Life Inventory, complétés avant l'hospitalisation.

Résultats. Dans les questionnaires, complétés par 2582 femmes et 1347 hommes, traités durant les années 1980-2002, on note la signifiante fréquence des souvenirs défavorables concernant les attitudes des parents : sentiment d'être rejeté, manque d'amour sans conditions, indifférence des parents. Les analyses des régressions démontrent l'existence de fortes corrélations de ces attitudes analysées et des symptômes par ex. l'aversion pour les contacts sexuels des hommes adultes corrèle (OR=3,41) avec les attitudes hostiles de la mère durant l'enfance ; la même corrélation chez les femmes est plus faible (OR=1,64), pourtant encore importante. Et encore l'absence de la mère pendant l'enfance se lie avec le plus grand risque au cours de l'acte sexuel (troubles de l'érection, douleur) – (OR=2,43 – femmes, OR=3,29 – hommes). Les autres symptômes analysés – non sexuels – corrélaient aussi, bien que rarement et faiblement, avec les images défavorables des parents par ex. le pessimisme (des femmes) se lie avec la perception de la mère comme hostile (OR=1,97). En général les symptômes plus sévères corrélaient avec les attitudes défavorables des parents.

Conclusions. Le type des attitudes des parents gardées dans la mémoire des patients se lie avant tout avec la plus grande fréquence des symptômes du champ de la sexualité, avec aussi d'autres symptômes choisis ainsi qu'avec leur plus grande sévérité. Ces résultats soulignent aussi l'importance

des circonstances dans le développement de la psychopathologie et ils encouragent aux recherches futures en question.

Mots clés : symptômes des troubles névrotiques, attitudes des parents, problèmes sexuels

Piśmiennictwo

1. Plante AF, Kamm MA. *Life events in patients with vulvodynia*. BJOG 2008; 115 (4): 509–514.
2. Ozcetin A, Belli H, Ertem U, Bahcebasi T, Ataoglu A, Canan F. *Childhood trauma and dissociation in women with pseudoseizure-type conversion disorder*. Nord. J. Psychiatry 2009; 63 (6): 462–468.
3. Nickel R, Egle UT. *Psychological defense styles, childhood adversities and psychopathology in adulthood*. Child Abuse Negl. 2006; 30 (2): 157–170.
4. Binzer M, Eisemann M. *Childhood experiences and personality traits in patients with motor conversion symptoms*. Acta Psychiatr. Scand. 1998; 98 (4): 288–295.
5. Bierer LM, Yehuda R, Schmeidler J, Mitropoulou V. i wsp. *Abuse and neglect in childhood: relationship to personality disorder diagnoses*. CNS Spectr. 2003; 8 (10): 737–754.
6. Lochner C, Seedat S, Hemmings SMJ, Kinnear CJ. i wsp. *Dissociative experiences in obsessive-compulsive disorder and trichotillomania: Clinical and genetic findings*. Compr. Psychiatry. 2004; 45 (5): 384–391.
7. Saleptsi E, Bichescu D, Rockstroh B, Neuner F. i wsp. *Negative and positive childhood experiences across developmental periods in psychiatric patients with different diagnoses - an explorative study*. BMC Psychiatry 2004; 4: 40.
8. Johnson SK, Schmalong KB, Dmochowski J, Bernstein D. *An investigation of victimization and the clinical course of chronic fatigue syndrome*. J. Health Psychology 2010; 15 (3): 351–361.
9. Young EA, Abelson JL, Curtis GC, Nesse RM. *Childhood adversity and vulnerability to mood and anxiety disorders*. Depress. Anxiety 1997; 5 (2): 66–72.
10. Leifer M, Kilbane T, Jacobsen T, Grossman G. *A three-generational study of transmission of risk for sexual abuse*. J. Clin. Child Adolesc. Psychol. 2004; 33 (4): 662–672.
11. Lelek A, Bętkowska-Korpała B, Jabłoński M. *Lęk a obraz własnego ciała u kobiet dorastających w rodzinie z problemem uzależnienia*. Psychiatr. Pol. 2011; 45: 683–692.
12. Greenfield EA, Marks NF. *Identifying experiences of physical and psychological violence in childhood that jeopardize mental health in adulthood*. Child Abuse Negl. 2010; 34 (3): 161–171.
13. Spertus IL, Yehuda R, Wong CM, Halligan S, Seremetis SV. *Childhood emotional abuse and neglect as predictors of psychological and physical symptoms in women presenting to a primary care practice*. Child Abuse Negl. 2003; 27 (11): 1247–1258.
14. Teicher MH, Samson JA, Polcari A, McGreenery CE. *Sticks, stones, and hurtful words: relative effects of various forms of childhood maltreatment*. Am. J. Psychiatry 2006; 163: 993–1000.
15. Kooiman CG, Vellinga SV, Spinhoven P, Draijer N. i wsp. *Childhood adversities as risk factors for alexithymia and other aspects of affect dysregulation in adulthood*. Psychother. Psychosom. 2004; 73 (2): 107–116.
16. Kendler KS, Myers J, Prescott CA. *Parenting and adult mood, anxiety and substance use disorders in female twins: an epidemiological, multi-informant, retrospective study*. Psychol. Med. 2000; 30 (2): 281–294.
17. Roy A. *Childhood trauma and hostility as an adult: relevance to suicidal behavior. Brief report*. Psychiatry Res. 2001; 102 (1): 97–101.
18. Sobański JA, Rutkowski K, Klasa K. *Występowanie złości u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi*. W: Bereza B. red. *Oblicza złości*. Warszawa: Difin; 2012. s. 223–251.
19. Harlow BL. *Adult-onset vulvodynia in relation to childhood violence victimization*. Am. J. Epidemiol. 2005; 161 (9): 871–880.

20. Hayes RD, Dennerstein L, Bennett CM, Fairley CK. *What is the „true” prevalence of female sexual dysfunctions and does the way we assess these conditions have an impact?* J. Sex. Med. 2008; 5: 777–787.
21. Bandini E, Corona G, Ricca V, Fisher AD. i wsp. *Hysterical traits are not from the uterus but from the testis: A study in men with sexual dysfunction.* J. Sex. Med. 2009; 6: 2321–2331.
22. Tignol J, Martin-Guehl C, Aouizerate B, Grabot D, Auriacombe M. *Social phobia and premature ejaculation: A case-control study.* *Depress. Anxiety* 2006; 23 (3): 153–157.
23. Bodinger L, Hermesh H, Aizenberg D. i wsp. *Sexual function and behavior in social phobia.* J. Clin. Psychiatry 2002; 63 (10): 874–879.
24. Corona G, Ricca V, Bandini E. i wsp. *Association between psychiatric symptoms and erectile dysfunction.* J. Sex. Med. 2008; 5 (2): 458–468.
25. Johnson JG, Cohen P, Smailes EM, Skodol AE. i wsp. *Childhood verbal abuse and risk for personality disorders during adolescence and early adulthood.* *Compr. Psychiatry* 2001; 42 (1): 16–23.
26. Johnson JG, Smailes EM, Cohen P, Brown J, Bernstein DP. *Associations between four types of childhood neglect and personality disorder symptoms during adolescence and early adulthood: findings of a community-based longitudinal study.* J. Pers. Disord. 2000; 14 (2): 171–187.
27. Johnson JG, Cohen P, Chen H, Kasen S, Brook JS. *Parenting behaviors associated with risk for offspring personality disorder during adulthood.* *Arch. Gen. Psychiatry* 2006; 63 (5): 579–587.
28. Bandelow B, Charimo Torrente A, Wedekind D, Broocks A, Hajak G, Rütther E. *Early traumatic life events, parental rearing styles, family history of mental disorders, and birth risk factors in patients with social anxiety disorder.* *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 2004; 254 (6): 397–405.
29. Friedman S, Smith L, Fogel D, Paradis C, Viswanathan R, Ackerman R, Trappler B. *The incidence and influence of early traumatic life events in patients with panic disorder: a comparison with other psychiatric outpatients.* J. Anxiety Disord. 2002; 16 (3): 259–272.
30. Bandelow B, Späth C, Tichauer GA, Broocks A, Hajak G, Rütther E. *Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with panic disorder.* *Compr. Psychiatry* 2002; 43 (4): 269–278.
31. Egle UT, Kissinger D, Schwab R. *Eltern-Kind-Beziehung als Prädisposition für ein psychogenes Schmerzsyndrom im Erwachsenenalter. Eine kontrollierte, retrospektive Studie zu GL Engels „pain-proneness“.* *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* 1991; 41 (7): 247–256.
32. von Plessen K, Schultz-Venrath U. *Ist eine frühe Differenzierung psychogener von somatogenen Lumbago-Ischialgie-Syndrom Patienten mittels Anamnese möglich?* *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* 1998; 48 (11): 451–456.
33. Brown RJ, Schrag A, Trimble MR. *Dissociation, childhood interpersonal trauma, and family functioning in patients with somatization disorder.* *Am. J. Psychiatry* 2005; 162 (5): 899–905.
34. Draijer N, Langeland W. *Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatients.* *Am. J. Psychiatry* 1999; 156 (3): 379–385.
35. Johnson JG, Cohen P, Smailes EM, Skodol AE. i wsp. *Childhood verbal abuse and risk for personality disorders during adolescence and early adulthood.* *Compr. Psychiatry* 2001; 42 (1): 16–23.
36. Weich S, Lewis G, Mann A. *Effect of early life experiences and personality on the reporting of psychosocial distress in general practice. A preliminary investigation.* *Br. J. Psychiatry* 1996; 168 (1): 116–120.
37. Kooiman CG, Vellinga SV, Spinhoven P, Draijer N. i wsp. *Childhood adversities as risk factors for alexithymia and other aspects of affect dysregulation in adulthood.* *Psychother. Psychosom.* 2004; 73 (2): 107–116.

38. Lackner JM, Gudleski GD, Blanchard EB. *Beyond abuse: the association among parenting style, abdominal pain, and somatization in IBS patients*. Behav. Res. Ther. 2004; 42 (1): 41–56.
39. Briere J, Rickards S. *Self-awareness, affect regulation, and relatedness - differential sequels of childhood versus adult victimization experiences*. J. Nerv. Ment. Dis. 2007; 195 (6): 497–503.
40. Weich S, Lewis G, Mann A. *Effect of early life experiences and personality on the reporting of psychosocial distress in general practice. A preliminary investigation*. Br. J. Psychiatry 1996; 168 (1): 116–120.
41. Binzer M, Eisemann M. *Childhood experiences and personality traits in patients with motor conversion symptoms*. Acta Psychiatr. Scand. 1998; 98 (4): 288–295.
42. Draijer N, Langeland W. *Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatients*. Am. J. Psychiatry 1999; 156 (3): 379–385.
43. Lieb R, Wittchen HU, Höfler M, Fuetsch M. i wsp. *Parental psychopathology, parenting styles, and the risk of social phobia in offspring: a prospective-longitudinal community study*. Arch. Gen. Psychiatry 2000; 57 (9): 859–866.
44. Arrindell WA, Kwee MG, Methorst GJ, van der Ende J, Pol E, Moritz BJ. *Perceived parental rearing styles of agoraphobic and socially phobic in-patients*. Br. J. Psychiatry 1989; 155: 526–535.
45. Faravelli C, Panichi C, Pallanti S, Paterniti S, Grecu LM, Rivelli S. *Perception of early parenting in panic and agoraphobia*. Acta Psychiatr. Scand. 1991; 84 (1): 6–8.
46. Pacchierotti C, Bossini L, Castrogiovanni A, Pieraccini F, Soreca I, Castrogiovanni P. *Attachment and panic disorder*. Psychopathology 2002; 35 (6): 347–354.
47. Wiborg IM, Dahl AA. *The recollection of parental rearing styles in patients with panic disorder*. Acta Psychiatr. Scand. 1997; 96 (1): 58–63.
48. Alonso P, Menchón JM, Mataix-Cols D, Pifarré J. i wsp. *Perceived parental rearing style in obsessive-compulsive disorder: relation to symptom dimensions*. Psychiatry Res. 2004; 127 (3): 267–278.
49. Sarwer DB, Durlak JA. *Childhood sexual abuse as a predictor of adult female sexual dysfunction: A study of couples seeking sex therapy*. Child Abuse Negl. 1996; 20 (10): 963–972.
50. Roelofs K, Spinhoven P, Sandijck P, Moene FC, Hoogduin KA. *The impact of early trauma and recent life-events on symptom severity in patients with conversion disorder*. J. Nerv. Ment. Dis. 2005; 193 (8): 508–514.
51. Nijenhuis ER, van Dyck R, ter Kuile MM, Mourits MJ, Spinhoven P, van der Hart O. *Evidence for associations among somatoform dissociation, psychological dissociation and reported trauma in patients with chronic pelvic pain*. J. Psychosom. Obstet. Gynaecol. 2003; 24 (2): 87–98.
52. Żechowski C. *Trudności diagnostyczne u pacjentów w okresie dojrzewania – czynniki subiektywne po stronie lekarza*. Psychiatr. Pol. 2012; 46: 241–247.
53. Józefik B, Iniewicz G, Ulańska R. *Wzory przywiązania, samoocena i pleć psychologiczna w anoreksji i bulimii psychicznej*. Psychiatr. Pol. 2010; 44: 665–676.
54. Iniewicz G, Dziekan K, Wiśniewska D, Czuszkiewicz A. *Wzory przywiązania i lęk u adolescentów z diagnozą zaburzeń zachowania i emocji*. Psychiatr. Pol. 2011; 45: 693–702.
55. Iniewicz G, Wiśniewska D, Dziekan K, Czuszkiewicz A. *Wzory przywiązania i zachowania agresywne wśród młodzieży z diagnozą zaburzeń zachowania i emocji*. Psychiatr. Pol. 2011; 45: 703–711.
56. Mandal E, Zalewska K. *Style przywiązania, traumatyczne doświadczenia z okresu dzieciństwa i dorosłości, stany psychiczne oraz metody podejmowania prób samobójczych przez kobiety leczone psychiatrycznie*. Psychiatr. Pol. 2012; 46: 75–84.
57. Nowak M, Gawęda A, Janas-Kozik M. *Zjawisko eurosieroctwa a kierunki pracy terapeutycznej i leczenia psychiatrycznego – prezentacja przypadku*. Psychiatr. Pol. 2012; 46: 295–304.

58. Bandelow B, Krause J, Wedekind D, Broocks A, Hajak G, Ruther E. *Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with borderline personality disorder and healthy controls*. *Psychiatry Res.* 2005; 134 (2): 169–179.
59. Aleksandrowicz JW, Bierzyński K, Kołbik I, Kowalczyk E. i wsp. *Minimum informacji o pacjentach nerwicowych i ich leczeniu*. *Psychoterapia* 1981; 37: 3–10.
60. Aleksandrowicz JW, Hamuda G. *Kwestionariusze objawowe w diagnozie i w badaniach epidemiologicznych zaburzeń nerwicowych*. *Psychiatr. Pol.* 1994; 28 (6): 667–676.
61. Sobański JA, Klasa K, Rutkowski K, Dembińska E, Müldner-Nieckowski Ł. *Kwalifikacja do intensywnej psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic*. *Psychiatr. Psychoter.* 2011; 7 (4): 20–34.
62. Sobański JA, Müldner-Nieckowski Ł, Klasa K, Rutkowski K, Dembińska E. *Objawy i problemy z zakresu zdrowia seksualnego w populacji pacjentów dziennego oddziału leczenia zaburzeń nerwicowych*. *Psychiatr. Pol.* 2012; 46: 35–49.
63. Peter H, Brückner E, Hand I, Rufer M. *Childhood separation anxiety and separation events in women with agoraphobia with or without panic disorder*. *Can. J. Psychiatry* 2005; 50 (14): 941–944.
64. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Croft JB. i wsp. *Growing up with parental alcohol abuse: exposure to childhood abuse, neglect, and household dysfunction*. *Child Abuse Negl.* 2001; 25 (12): 1627–1640.
65. Aleksandrowicz JW. *Częstość objawów nerwicowych*. *Psychiatr. Pol.* 2000; 34: 5–20.
66. Aleksandrowicz JW. *Zmiany częstości występowania objawów nerwicowych*. *Psychiatr. Pol.* 2001; 35: 351–377.
67. Campo JV, Bridge J, Lucas A, Savorelli S. i wsp. *Physical and emotional health of mothers of youth with functional abdominal pain*. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 2007; 161 (2): 131–137.
68. Kendler KS, Prescott CA, Jacobson K, Myers J, Neale MC. *The joint analysis of personal interview and family history diagnoses: evidence for validity of diagnosis and increased heritability estimates*. *Psychol. Med.* 2002; 32 (5): 829–842.
69. Rogers JC. *Can physicians use family genogram information to identify patients at risk of anxiety or depression?* *Arch. Fam. Med.* 1994; 3 (12): 1093–1098.
70. Rueter MA, Scaramella L, Ebert Wallace L, Conger RD. *First onset of depressive or anxiety disorders predicted by the longitudinal course of internalizing symptoms and parent-adolescent disagreements*. *Arch. Gen. Psychiatry* 1999; 56: 726–732.
71. Rutkowski K. *Następstwa urazów psychicznych doznanych w dzieciństwie*. Kraków: Wydawnictwo Oddziału PAN w Krakowie; 2006.

Adres: Jerzy A. Sobański,
Katedra Psychoterapii UJ CM
31-138 Kraków, ul. Lenartowicza 14

Otrzymano: 22.01.2013
Zrecenzowano: 29.04.2013
Otrzymano po poprawie: 16.05.2013
Przyjęto do druku: 9.08.2013

PODZIĘKOWANIA: Konsultacje statystyczne – dr Maciej Sobański. Badanie było częściowo realizowane w ramach grantów: K/ZDS/000422 oraz 501/NKL/270/L (dr J.A. Sobański), K/ZDS/002318 (dr hab. K. Rutkowski) i K/DSC/000018 (dr Ł. Müldner-Nieckowski) realizowanych w Katedrze Psychoterapii UJ CM.

Konflikt interesów: Nie było.

ANEKS

Instrukcja i wybrane zmienne kwestionariusza objawowego KO„0”

Pytania tego kwestionariusza odnoszą się do dolegliwości i trudności, które niekiedy występują w przebiegu nerwicy. Informacja o tym, które z nich pojawiły się **w ciągu ubiegłych 7 dni**, pozwoli lepiej zrozumieć, co Pani/Panu aktualnie dolega. Prosimy o uważne przeczytanie każdego pytania i zaznaczenie odpowiedzi **najlepiej określającej, w jakim stopniu ta dolegliwość była uciążliwa**.

Jeśli w tym okresie dolegliwość **w ogóle nie występowała**, proszę otoczyć kółkiem znak „0”.
Jeśli występowała, ale była **tylko nieznacznie uciążliwa**, proszę otoczyć kółkiem literę „a”.
Jeśli była **średnio uciążliwa**, proszę otoczyć kółkiem literę „b”.
Jeśli była **bardzo uciążliwa**, proszę otoczyć kółkiem literę „c”.

Prosimy o odpowiadanie na pytania możliwie szybko, ale rzetelnie.

7. Niezadowolenie z życia seksualnego
0 a b c
12. Wielokrotne, utrudniające życie natrętne sprawdzanie, czy wszystko zostało dokładnie wykonane (drzwi zamknięte, gaz zakręcony itp.)
0 a b c
27. Trudności we współżyciu seksualnym – np. z powodu bolesnego skurczu mięśni u kobiet, braku wzwodu lub przedwczesnego wytrysku u mężczyzn
0 a b c
40. Ból serca
0 a b c
43. Przejściowy niedowład, porażenie rąk lub nóg
0 a b c
44. Ataki panicznego przerażenia
0 a b c
47. Niechęć do podejmowania kontaktów seksualnych z osobami przeciwnej płci
0 a b c
61. Lęki pojawiające się zawsze w czasie przebywania na otwartej przestrzeni, np. na rozległym placu
0 a b c
67. Znaczne osłabienie lub utrata popędu seksualnego
0 a b c
69. Biegunki
0 a b c
70. Zawstydzenie i skrępowanie w obecności osób przeciwnej płci
0 a b c
82. Pesymizm, przewidywanie niepowodzeń i klęsk w przyszłości
0 a b c

87. Przykre uczucia związane z uprawianiem samogwałtu
0 a b c
97. Odczucie, że jesteś chory na jakąś ciężką, zagrażającą życiu chorobę
0 a b c
104. Odczucie tremy, niepokoju przed jakimiś wydarzeniami, spotkaniami itp.
0 a b c

Instrukcja i wybrane zmienne Ankiety Życiorysowej

Ankieta ta dotyczy przebiegu Twojego życia, sytuacji, w jakich się znajdowałeś/znajdowałaś i problemów, z jakimi trzeba było sobie radzić. Przy każdym pytaniu wymieniono kilka możliwości odpowiedzi. Przeczytaj najpierw uważnie te odpowiedzi, a następnie wybierz **tylko jedną** z nich, otaczając kółkiem jej numer.

Po wypełnieniu ankiety sprawdź, czy któreś z pytań nie zostało pominięte.

Będąc dzieckiem, na ogół odczuwałaś/odczuwał, że:

39. matka

- 0 nie dotyczy, nie było matki
- 1 bardzo mnie kochała
- 2 raczej mniej kochała
- 3 czułem, że jestem jej obojętny
- 4 czułem jej wrogość do mnie

40. ojciec

- 0 nie dotyczy, nie było ojca
- 1 bardzo mnie kochał
- 2 raczej mniej kochał
- 3 czułem, że jestem mu obojętny
- 4 czułem jego wrogość do mnie

Gdy w dzieciństwie zdarzyły Ci się kłopoty, traktowano Cię:

43. matka

- 0 nie dotyczy, nie było matki
- 1 ze zrozumieniem, współczuciem, pomocą
- 2 z obojętnością, brakiem zrozumienia, pomocy
- 3. miała do mnie pretensje, „dokładała” mi

44. ojciec

- 0 nie dotyczy, nie było ojca
- 1 ze zrozumieniem, współczuciem, pomocą
- 2 z obojętnością, brakiem zrozumienia, pomocy
- 3. miał do mnie pretensje, „dokładał” mi