



Lidia Cierpiatkowska
Iwona Grzegorzewska

Dzieci alkoholików

w perspektywie rozwojowej i klinicznej

Wydawnictwo Naukowe UAM

**Dzieci alkoholików
w perspektywie rozwojowej
i klinicznej**

UNIwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Lidia Cierpiałkowska, Iwona Grzegorzewska

Dzieci alkoholików w perspektywie rozwojowej i klinicznej



POZNAŃ 2016

Recenzent: dr hab. Anna Oleszkowicz, prof. UW

Publikacja dofinansowana przez
Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
oraz Rektora Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

© Lidia Cierpiałkowska, Iwona Grzegorzewska 2016
This edition © Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu,
Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2016

Projekt okładki: Helena Oszmiańska-Napierała

Redaktor: Elżbieta Kostecka

Redaktor techniczny: Dorota Borowiak

Łamanie komputerowe: Marcin Tyma

ISBN 978-83-232-3111-0

WYDAWNICTWO NAUKOWE UNIwersYTETU IM. ADAMA MICKIEWICZA W POZNANIU
61-701 POZNAŃ, UL. FREDRY 10
www.press.amu.edu.pl
Sekretariat: tel. 61 829 46 46, faks 61 829 46 47, e-mail: wyd nauk@amu.edu.pl
Dział Promocji i Sprzedaży: tel. 61 829 46 40, e-mail: press@amu.edu.pl
Wydanie I. Ark. wyd. 18,00. Ark. druk. 16,125
DRUK I OPRAWA: EXPOL, WŁOCŁAWEK, UL. BRZESKA 4

Spis treści

Wprowadzenie	7
Rozdział 1	
Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży w perspektywie psychopatologii rozwojowej	13
1.1. Zdrowie psychiczne – modele medyczne i rozwojowe	13
1.2. Psychopatologia rozwojowa jako nauka o zaburzeniach psychicznych w cyklu życia	16
Rozdział 2	
Modele i koncepcje podatności i odporności dzieci i młodzieży rodziców alkoholików	23
2.1. Rodzicielstwo pijących szkodliwie i w sposób uzależniony	23
2.2. Od determinizmu do indeterminizmu	30
2.2.1. Bio-psycho-społeczny i transakcyjny model rozwoju dzieci i młodzieży	31
2.2.2. Przywiązanie i mentalizacja a trajektorie rozwoju	42
2.2.3. Koncepcje podatności i odporności psychicznej dzieci z rodzin z problemem alkoholowym	52
2.3. Zdrowie i zaburzenia psychiczne	62
2.3.1. Zróżnicowanie populacji dzieci rodziców pijących szkodliwie i alkoholików	62
2.3.2. Zasoby i czynniki chroniące przed psychopatologią	66
Rozdział 3	
Alkoholizm rodzica a biologiczna podatność dzieci na zaburzenia zachowania i psychiczne	71
3.1. Dzieci alkoholików z perspektywy biologicznej	71
3.1.1. Genetyka molekularna	72
3.1.2. Genetyka behawioralna	75
3.1.3. Czynniki pośredniczące we wpływie genetyki na alkoholizm	82
3.1.4. Neurofizjologiczne mechanizmy ekspresji genów związanych z alkoholizmem	83
3.1.5. Specyficzne dysfunkcje intelektualne jako markery podatności na alkoholizm	86
3.2. Znaczenie czynników środowiskowych z perspektywy genetyki behawioralnej	88
3.3. Trudny temperament dzieci rodziców pijących szkodliwie i alkoholików	91

Rozdział 4

Rodzice szkodliwie pijący i uzależnieni jako źródło stresu życiowego dzieci . . . 99

- 4.1. Rodzinne źródła stresu życiowego dzieci alkoholików 99
- 4.2. Specyficzne i niespecyficzne wpływy alkoholu na rodzicielstwo 107
 - 4.2.1. Efekty specyficznie alkoholowe 108
 - 4.2.2. Efekty specyficznie niealkoholowe 115
 - 4.2.3. Interakcja czynników rodzinnych i środowiskowych a rozwój i przystosowanie dzieci alkoholików 117
- 4.3. Struktura i mechanizmy funkcjonowania rodziny alkoholowej 120
 - 4.3.1. Role rodzinne z perspektywy klinicznej 121
 - 4.3.2. Mechanizmy parentyfikacji w rodzinie alkoholowej 124
 - 4.3.3. Rytuály rodzinne w rodzinie z problemem alkoholowym 130

Rozdział 5

Ścieżki i efekty rozwoju dzieci alkoholików w świetle wyników badań 133

- 5.1. Czynniki ryzyka i zasoby w modelach ciągłości i zmienności rozwoju . 133
 - 5.1.1. Zagrożenia w okresie prenatalnym 141
 - 5.1.2. Czynniki ryzyka i zasoby a rozwój w okresie wczesnego dzieciństwa 146
 - 5.1.3. Czynniki ryzyka i zasoby a funkcjonowanie dzieci w wieku szkolnym 152
 - 5.1.4. Rozwój i funkcjonowanie adolescentów 161
- 5.2. Konsekwencje dorastania w rodzinach z problemem alkoholowym . . . 170
 - 5.2.1. Problemy psychospołeczne w okresie dzieciństwa 170
 - 5.2.2. Zdrowie psychiczne młodych dorosłych 176

Rozdział 6

Pomoc i poradnictwo psychologiczne dla dzieci alkoholików 184

- 6.1. Kryteria i ogólne cele pomocy psychospołecznej 184
- 6.2. Programy profilaktyczne 186
- 6.3. Strategie i interwencje psychospołeczne 187
- 6.4. Psychoterapia i poradnictwo psychologiczne 191
- 6.5. Pierwszy kontakt, pierwsze kroki w pomocy psychospołecznej dzieciom 198

Zakończenie 207

Bibliografia 216

Indeks rzeczowy 249

Children of alcoholics – developmental and clinical aspects (Summary) . . . 257

Wprowadzenie

W ostatnich latach można zaobserwować wzrost zainteresowania różnych dyscyplin naukowych kondycją fizyczną, psychiczną i społeczną potomstwa rodziców z różnymi problemami w zakresie zdrowia psychicznego. Dzieci, adolescenti i dorośli aktualnie żyjący lub pochodzący z rodzin, w których jedno lub oboje rodzice cierpieli z powodu nawracających lub trwających przez lata zaburzeń psychicznych, np. depresji, schizofrenii, uzależnienia od substancji psychoaktywnych czy poważnych zaburzeń osobowości, stanowią stosunkowo dużą grupę osób zmagających się z trudnymi, czasami traumatycznymi aktualnymi lub przeszłymi przeżyciami i doświadczeniami. Potomstwo rodziców cierpiących na przewlekłe zaburzenia psychiczne i choroby somatyczne jest narażone na działanie przewlekłego stresu, najczęściej wynikającego z niemożności należytego zaangażowania się tychże w sprawowanie zarówno instrumentalnych, jak i emocjonalnych funkcji rodzicielskich, odpowiednio dopasowanych i dostrojonych do potrzeb rozwojowych dziecka.

Dzieci i adolescenti wychowujący się w rodzinach z problemem alkoholowym stanowią dość dużą grupę, ponieważ w Polsce żyje ponad 850 tysięcy osób uzależnionych od alkoholu, a ponad 2 miliony pije w sposób szkodliwy, tj. powodujący negatywne skutki psychiczne i społeczne. Większość z nich pozostaje w związkach małżeńskich lub partnerskich, posiada potomstwo w różnym wieku. Liczbę niepełnoletnich dzieci wychowywanych przez pijących, przynajmniej w sposób szkodliwy, rodziców ocenia się na około 2 miliony (PARPA, 2012). Nawet bardzo ostrożne szacunki pozwalają przyjąć, że w każdej klasie szkolnej jest co najmniej dwoje, troje uczniów pochodzących z takich rodzin. Funkcjonowanie tych dzieci, pod wieloma względami, jest ogromnie zróżnicowane – część z nich ma mniej lub bardziej poważne problemy rozwojowe, przejawiające się niskimi osiągnięciami szkolnymi, problemami emocjonalnymi i społecznymi, część to dzieci sukcesu, prymusi, osiągający nie tylko doskonałe wyniki w szkole, ale także w różnych kontekstach społecznych i środowiskowych.

Nie ulega zatem wątpliwości, że problemy dzieci z rodzin alkoholowych koncentrują uwagę nie tylko różnych instytucji opiekuńczych, wychowawczych i szkolnych, ale także są ogromnym wyzwaniem dla wielu profesjonalistów zajmujących się pomocą psychologiczną, pedagogiczną czy społeczno-

-środowiskową. Żeby ta pomoc była adekwatna i skuteczna, a nie rutynowa i automatyczna, konieczne jest trafne zdiagnozowanie doświadczanych przez te dzieci trudności w radzeniu sobie z różnymi problemami w życiu, nie tylko w środowisku rodzinnym, ale także szkolnym i rówieśniczym. Wiarygodność i trafność postępowania diagnostycznego oraz pomocowego zależy od nagromadzonej wiedzy o przejawianych przez te dzieci trudnościach na różnych etapach życia, mechanizmach utrzymywania się zdrowia i zaburzeń psychicznych oraz wiedzy o czynnikach biologicznych, rodzinnych i psychicznych wpływających na ich prawidłowy i zaburzony rozwój.

Książka składa się z sześciu rozdziałów, w których przedstawiamy najważniejsze rezultaty dotychczasowych dociekań naukowych zarówno teoretycznych, jak i empirycznych na temat wpływu środowiska rodzinnego konstytuowanego przez jedno lub oboje rodziców z problemem alkoholowym na rozwój w cyklu życia, a także prezentujemy założenia, cele i zadania programów ogólnorozwojowych i terapeutycznych dla dzieci i adolescentów, którzy tej pomocy oczekują i potrzebują. Omawiamy nie tylko rezultaty badań prowadzonych w Europie Zachodniej i Stanach Zjednoczonych, ale naszym celem jest też przedstawienie znaczących badań zrealizowanych na polskich rodzinach i dzieciach z rodzin z problemem alkoholowym. Relacjonujemy także rezultaty własnych przeglądów literatury i omawiamy rezultaty własnych projektów badawczych, które realizowałyśmy przez ostatnie lata pracy badawczej i naukowej. Dzielimy się również doświadczeniami klinicznymi w pracy z dziećmi i dorosłymi z rodzin z problemem alkoholowym.

W rozdziale 1 zatytułowanym „Psychopatologia rozwojowa a zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży” przedstawiamy krótką historię sposobów konceptualizowania zagadnień zdrowia i zaburzeń psychicznych w modelach medycznych oraz konsekwencje podejścia kategorialnego i dymensjonalnego w psychopatologii. Omawiamy też sposoby rozumienia psychopatologii rozwojowej, którą definiujemy jako interdyscyplinarną i transteoretyczną dziedzinę nauki o dynamice rozwoju jednostki w cyklu życia. Przebieg rozwoju, jego dynamika i efekty są uwarunkowane specyficzną interakcją czynników ryzyka i zasobów o charakterze biologicznym, psychicznym oraz środowiskowym. Tworzą one podstawy intrapsychicznych mechanizmów wyznaczających ścieżki rozwoju, pozwalające zrozumieć, jak też wyjaśnić zdrowie i zaburzenia psychiczne w dzieciństwie, adolescencji i dorosłości.

Koniec lat osiemdziesiątych ubiegłego wieku, to schyłek myślenia deterministycznego o związkach między zaburzeniami psychicznymi rodziców, w tym tych pijących w sposób szkodliwy lub uzależniony, a psychopatologią u potomstwa. Na wstępie rozdziału 2 zatytułowanego „Modele i koncepcje podatności i odporności dzieci rodziców alkoholików” dokonujemy charakterystyki objawów zaburzeń psychicznych i zachowania oraz zmian w funk-

cjonowaniu psychospołecznym u osoby z zespołem uzależnienia od alkoholu, które mogą mieć znaczenie dla pełnienia funkcji rodzicielskich. Podstawowe pytanie, na które badacze i klinicyści próbują odpowiedzieć dotyczy tego, czy matka lub ojciec cierpiący na przewlekłe zaburzenia psychiczne może być „wystarczająco dobrym” rodzicem? Nie zawsze to pytanie brzmiało tak indeterministycznie. Do niedawna w literaturze pedagogicznej i psychologicznej dominowało przekonanie, że matka czy ojciec cierpiący z powodu problemów natury psychicznej są zawsze „złymi” rodzicami, a ich dzieci są skazane na poważne zaburzenia psychiczne. Rzeczywistość okazuje się jednak bardziej złożona i niejednoznaczna, czasami bardzo zaskakująca.

W rozdziale tym koncentrujemy się na pokazaniu założeń trzech najważniejszych koncepcji wyjaśniających ścieżki i dynamikę rozwoju zdrowia i zaburzeń psychicznych, tj. rozwojowego modelu podatność-stres w postaci paradygmatu bio-psycho-społecznego, transakcyjnego modelu podatność-stres, uwzględniającego dystalne i proksymalne czynniki podmiotowe i środowiskowe oraz modelu podatność-stres uwzględniającego podmiotowe i środowiskowe czynniki ryzyka i zasoby w cyklu życia jednostki. Każdy z tych modeli jest próbą uogólnienia wyników badań i obserwacji klinicznych wyjaśniających trajektorie rozwoju i aktualnego funkcjonowania psychospołecznego dzieci, młodzieży i dorosłych z rodzin, w których rodzice cierpieli z powodu przewlekłych zaburzeń psychicznych. Próby stworzenia ogólniejszych modeli, w ramach których można wyjaśnić „koleje losu” zdrowia i zaburzeń psychicznych potomstwa rodziców z poważnymi problemami zdrowotnymi wydają się zadaniem niedokończonym. Wychodzimy z założenia, potwierdzonego wieloma badaniami, że dzieci rodziców pijących szkodliwie lub w sposób uzależniony to grupa bardzo heterogeniczna pod względem zdrowia psychicznego i somatycznego, poczucia dobrostanu i szczęścia.

Rozdział 3 zatytułowany „Alkoholizm rodzica a biologiczna podatność dzieci na zaburzenia zachowania i psychiczne” oraz rozdział 4 „Rodzice szkodliwie pijący jako źródło stresu życiowego dzieci” są poświęcone dwóm głównym nurtom badawczym – biologicznemu i psychospołecznemu, zajmującym się wyjaśnieniem uwarunkowań podatności i odporności dzieci alkoholików na zaburzenia psychiczne. W pierwszym nurcie dominują dwa modele podatności, tj. model genetyki molekularnej i model genetyki behawioralnej, posługujące się innymi procedurami i narzędziami badawczymi. Drugi nurt badawczy skupia się na czynnikach psychicznych i społecznych, nasilających stres życiowy i pośredniczących w rozwoju zachowań problemowych u dzieci alkoholików. Oddzielnie omówiono zagadnienia związków między cechami temperamentu (różnymi ich konfiguracjami) a podatnością i odpornością na adaptacyjne bądź nieadaptacyjne zmagania się ze stresem rodzinnym. Wprawdzie w obu nurtach wykorzystuje się odmienne procedury

badawcze i koncentrują się one na innych aspektach podatności i odporności, to ich rezultaty zgodnie pokazują, że indywidualna podatność dzieci alkoholików na rozwój zaburzeń jest wypadkową oddziaływań genetycznych i środowiskowych (rodzinnych i pozarodzinnych). Pokazujemy wyniki zarówno klasycznych, jak i najbardziej aktualnych badań, które stanowią o wiedzy na temat udziału czynników podmiotowych i środowiskowych w rozwoju zdrowia i zaburzeń psychicznych.

Jeżeli w poprzednich dwóch rozdziałach perspektywa rozwojowa była w niewielkim stopniu uwzględniana, to w rozdziale 5 zatytułowanym „Ścieżki i efekty rozwoju dzieci alkoholików w świetle wyników badań” jest na tyle obecna, na ile pozwalają na to dotychczas zrealizowane projekty badawcze i metaanalizy ich rezultatów. Pierwsza część rozdziału jest poświęcona głównie prezentacji badań, które próbują odkryć krytyczne, istotne wydarzenia lub cechy i właściwości dziecka, środowiska rodzinnego i pozarodzinnego, które wchodząc we wzajemne interakcje wpływają na zmianę ciągłości rozwoju. Pokazujemy, w jakim stopniu badania potwierdzają hipotezy o ekwifinalności i ekwipotencjalności, a dokładnie, jak zmienia się dynamika i kierunek rozwoju dwójki dzieci z rodzin z problemem alkoholowym, które na początku są do siebie bardzo podobne, a na jakimś etapie życia ich ścieżki rozwojowe rozchodzą się i każde z nich wchodzi w dorosłość z innymi efektami rozwojowymi. Może być też odwrotnie: dwoje dzieci rozpoczyna z różnymi cechami, np. jedno ze zrównoważonym, drugie z trudnym temperamentem, a efekty ich rozwoju są podobne. W drugiej części rozdziału 5 przedstawiamy stan wiedzy i badań na temat rozpowszechnienia różnych problemów i trudności adaptacyjnych w poszczególnych okresach życia – od niemowlęstwa do dorosłości. Pokazujemy, że wiedza o dorosłych z rodzin alkoholowych nie zawsze jest spójna, ponieważ pochodzi z dwóch źródeł – z pojedynczych obserwacji klinicystów i terapeutów oraz badań naukowych na dużych populacjach. Ponieważ obserwacje pierwsze czynione są na grupach dzieci i dorosłych cierpiących z powodu różnych trudności i problemów psychicznych, drugie na grupach bardziej zróżnicowanych, często też osobach, które pomimo problemu alkoholowego w rodzinie nie doświadczają znaczącego stresu, dlatego można odnieść wrażenie, że dysponujemy dwoma zbiorami wiedzy. Zawarte w nich twierdzenia i wyjaśnienia nie zawsze są zgodne czy uzupełniające się, co wymaga od klinicystów i terapeutów szczególnej refleksyjności oraz monitorowania wpływu jednego z nich na działania diagnostyczne i terapeutyczne.

Wiedza zgromadzona przez różne dyscypliny naukowe ma służyć przede wszystkim wskazaniu, jaka pomoc, jakim dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym i w jakich okolicznościach będzie najbardziej potrzebna i efektywna dla ich dalszego niezakłóconego rozwoju. W rozdziale 6 „Pomoc i poradni-

ctwo psychologiczne dla dzieci alkoholików” prezentujemy aktualne modele teoretyczne i założenia na temat celów prewencji pierwotnej, wtórnej i trzeciorzędowej dla dzieci alkoholików. Zdrowotne poradnictwo psychologiczne i psychospołeczne wydaje się szczególnie istotne dla dzieci z grupy wysokiego ryzyka pojawienia się eksternalizacji i internalizacji problemów, natomiast psychoterapia paradygmatyczna (poznawczo-behawioralna, psychodynamiczna czy humanistyczna) bądź integracyjna dla dzieci o bardziej utrwalonych i całościowych zaburzeniach psychicznych. Istnieje całkowita zgodność, że zaburzenia adaptacyjne u dzieci z rodzin o różnych problemach zdrowotnych, w sprzyjających okolicznościach mają charakter dynamiczny i zanikają wraz z poprawieniem się klimatu rodzinnego i zaangażowania rodziców we właściwe sprawowanie funkcji rodzicielskich. Ponieważ problemy związane ze szkodliwym piciem i/lub uzależnieniem mają przewlekły charakter, to też sygnały i objawy zaburzeń u potomstwa mają tendencje do utrwalania się. Podkreślamy znaczenie uwzględniania poziomu rozwojowego dziecka w kontekście wyboru interwencji pomocowej, ale zagadnienia te jeszcze nie są zbyt wyczerpująco opracowane w literaturze. Biorąc pod uwagę fakt, że istotną funkcję w zapoczątkowaniu właściwej pomocy dziecku rodziców pijących szkodliwie mają nauczyciele/wychowawcy, podałyśmy kilka ważnych zasad, które należy uwzględnić podczas nawiązania kontaktu i określania rodzaju pomocy potrzebnej dziecku.

Zakończenie poświęciłyśmy wskazaniu wyzwań, jakie stoją przed badaczami zajmującymi się wyjaśnieniem uwarunkowań trajektorii rozwoju i osiąganych w ich wyniku efektów rozwojowych przez dzieci rodziców pijących szkodliwie i w sposób uzależniony. Niektóre z tych wyzwań pozostają w związku z konceptualizacją problemów badawczych, inne z metodologią badań i procedurami badawczymi, a jeszcze inne z pomiarami i kryteriami wyodrębniania porównywanych grup badawczych. Choć zebrana wiedza na temat uwarunkowań i przebiegu rozwoju dzieci z rodzin alkoholików wydaje się czasami imponująca, to jednak wiele problemów pozostało do wyjaśnienia.

Chociaż jest to monografia poświęcona dzieciom i dorosłym z rodzin, w których jedno lub oboje rodzice piją szkodliwie lub są uzależnieni od alkoholu, to często odnosimy się w niej do ogólniejszych założeń koncepcji teoretycznych i modeli czynników zagrażających i facylitujących zdrowie psychiczne osób należących do grupy wysokiego ryzyka zaburzeń. Zdecydowałyśmy się używać określenia „dzieci rodziców pijących szkodliwie lub w sposób uzależniony”, ponieważ większość badań posługiwało się w kwalifikowaniu osób do badań kryteriami i terminologią podręczników statystycznych chorób i zaburzeń psychicznych ICD-10 (WHO, 2000), DSM-IV (APA, 1994) lub DSM-IV-R (APA, 2000). Aktualnie, w związku z nowymi propozy-

cjami ujmowania alkoholizmu w podręczniku DSM-5 (APA, 2013), zwłaszcza zmianą podejścia kategorialnego na dymensjonalno-kategorialny, stosuje się coraz częściej określenie „zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem alkoholu lub innej substancji psychoaktywnej”. W książce stosujemy zamiennie terminologię z ICD-10, jak i DSM-5.

Monografia *Dzieci alkoholików w perspektywie rozwojowej i klinicznej* jest adresowana do wszystkich zainteresowanych tą problematyką, zwłaszcza do tych, którzy chcą przyjrzeć się bardziej wnikliwie ścieżce własnego rozwoju oraz mniej lub bardziej satysfakcjonującym jego efektom. Przede wszystkim kierowana jest do studentów nauk o zdrowiu, psychologii, pedagogiki i socjologii oraz praktyków nie tylko różnych instytucji opiekuńczych, wychowawczych i szkolnych, ale również tych zajmujących się szeroko rozumianym zdrowiem psychicznym i jego uwarunkowaniami. Na jej podstawie można zrewidować mity i przesady na temat rozwoju dzieci, młodzieży i dorosłych wychowywanych przez matkę, ojca bądź oboje rodziców z problemem alkoholowym.

W tym miejscu chcemy podziękować tym wszystkim, którzy przyczynili się do jej powstania i opublikowania. Bardzo dziękujemy dr hab. Annie Oleszkowicz, prof. UW, której cenne uwagi wpłynęły na ostateczną treść i wymowę monografii. Dziękujemy wszystkim badaczom, z których poglądów, koncepcji, przemyśleń czy wyników badań korzystałyśmy. Osobne podziękowania składamy Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, która obdarzyła nas zaufaniem i w znaczącym stopniu sfinansowała tę publikację.

Poznań – Zielona Góra, lipiec 2016

Lidia Cierpiatkowska, Iwona Grzegorzewska

Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży w perspektywie psychopatologii rozwojowej

1.1. Zdrowie psychiczne – modele medyczne i rozwojowe

Jeszcze na początku XX wieku nie przypisywano większej wagi do zdrowia i zaburzeń psychicznych w okresie dzieciństwa i adolescencji, dopiero dzięki pojawieniu się ruchów społecznych oraz pomocowych na rzecz zdrowia fizycznego i psychicznego dzieci i młodzieży wystąpiło większe zainteresowanie tymi zagadnieniami. W opublikowanym w 1883 r. klasycznym podręczniku klasyfikacji zaburzeń psychicznych Emila Kraepelina nie ma wzmianki o zaburzeniach psychicznych u dzieci, chociaż już w 1812 r. Benjamin Rush optował za stworzeniem takiej systematyki. W połowie ubiegłego stulecia nie istniał jeden obowiązujący system klasyfikacyjny, pomimo kolejnych wydań ICD (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, ICD – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych) przez Światową Organizację Zdrowia oraz pojedynczych prób systematyzowania problemów adaptacyjnych i psychicznych u dzieci i młodzieży w ramach różnych podejść w psychologii klinicznej (np. w psychoanalizie) (por. Mash, Dozois, 2003).

W pierwszym wydaniu podręcznika DSM-I (*Diagnostic and Statistical Manual, Mental Disorders*, DSM – Diagnostyczny i statystyczny podręcznik zaburzeń psychicznych) uwzględniono zaburzenia okresu dzieciństwa, wyodrębniając dwa typy chorób: schizofrenię dziecięcą i zaburzenia przystosowania u niemowląt i w dzieciństwie (DSM-I, APA, 1952). W wydaniu DSM-II (1968) wydzielono już odrębną klasę – IX Zaburzenia zachowania w dzieciństwie i adolescencji (308), w której opisano kilka kolejnych zaburzeń (obok tych zawartych w DSM-I), jak: reakcje hiperkinetyczne, reakcje lękowe, zachowania pozbawione kontroli, agresywne i antyspołeczne itp. W klasyfikacjach DSM i ICD (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, ICD – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, 2000) stosuje się podobne jak u dorosłych kryteria rozpozna-

nia zaburzeń zachowania i psychicznych, wskazując na czas występowania symptomów, ich liczbę oraz wielkość doświadczanego cierpienia. Wprawdzie uwzględnia się w nich wiedzę pochodzącą z różnych nauk o rozwoju człowieka (np. niektóre lęki czy zachowania agresywne w dzieciństwie uznaje się za normalne rozwojowo i przejściowe), ale nie zachęca się klinicystów do analizy dynamiki zmian i niestabilności niektórych procesów psychicznych i zachowania w dzieciństwie i adolescencji, co może powodować wiele błędów diagnostycznych, a w konsekwencji nieskuteczne oddziaływania terapeutyczne. Mniej kategorialne, a bardziej dymensjonalne podejście do zaburzeń psychicznych i zachowania okresu dzieciństwa i adolescencji uwiadacza się w najnowszej klasyfikacji DSM 5 (2013).

Po wielu latach stało się oczywiste, że zaburzenia zachowania i psychiczne u dzieci i młodzieży należy rozpatrywać w powiązaniu ze zmianami rozwojowymi zachodzącymi w procesie normalnego wzrostu na poszczególnych etapach życia. Carson i współautorzy (2003) wskazują, że istnieją **dwie główne dziedziny badań** nad przejawami, przyczynami i mechanizmami nieadaptacyjnych zachowań w kontekście normalnych procesów wzrostu: nauka o rozwoju i psychopatologia rozwojowa. Przedmiotem **nauki o rozwoju** jest badanie i opisywanie przejawów zmian rozwojowych, ich przebiegu i uwarunkowań w całym życiu człowieka. Każda z dyscyplin zajmujących się zmianami i rozwojem, jak nauki medyczne, biologiczne, socjologiczne, pedagogiczne czy psychologiczne, koncentruje się na innych jego aspektach. **Psychologia rozwoju** zajmuje się szeroko pojętymi zmianami psychicznymi i behawioralnymi, a w analizie ich przebiegu uwzględnia znaczenie trzech podstawowych kategorii zmian następujących wraz z wiekiem: (1) zmiany powszechne, wspólne dla gatunku i związane z konkretnym okresem rozwoju; (2) zmiany właściwe konkretnym podgrupom wyodrębnionym na podstawie kryterium, np. kulturowego czy pokoleniowego oraz (3) zmiany indywidualne związane z unikalnymi i wyjątkowymi przeżyciami osobistymi (Bee, 2004; Brzezińska, 2000). **Psychopatologia rozwojowa** najogólniej zajmuje się odróżnieniem nienormatywnych od normatywnych (typowych od atypowych) zmian zachodzących w cyklu życia człowieka, zwłaszcza tymi, które mają znaczenie kliniczne; opracowuje, odwołując się do wiedzy pochodzącej z różnych nauk o zdrowiu i zaburzeniach, interdyscyplinarne koncepcje i modele wyjaśniające trajektorie rozwoju oraz patomechanizmy zespołów i jednostek klinicznych występujących u dzieci, adolescentów i dorosłych. Psychologowie rozwojowi pokazali, że rozwój biologiczny, psychiczny i społeczny nie zawsze przebiega harmonijnie, a na różnych jego etapach mogą wystąpić opóźnienia i/lub przyspieszenia w niektórych obszarach funkcjonowania człowieka. Dysharmonijny czy atypowy przebieg zmian rozwojowych jest stosunkowo powszechnym zjawiskiem, które z jednej strony pozostaje w związku z przebiegiem dojrzewania mózgu, z drugiej z możliwościami dziecka w zmaganiu się z codziennym stresem, w obec-

ności wystarczającego wsparcia ze strony środowiska rodzinnego i pozarodzinnego (Kazdin, 1995).

Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży, podobnie jak dorosłych, często odnoszone jest do kryteriów normy i normalności rozwojowej, ustalonej na podstawie kryteriów obiektywnych i subiektywnych (szerzej por. rozdz. 5). Tworzeniem kryteriów zdrowia psychicznego i adaptacyjnych zachowań zajmuje się psychopatologia ogólna i szczegółowa, przy znaczącym współudziale psychiatrii oraz psychologii klinicznej dzieci i młodzieży. **Psychiatria i psychologia kliniczna dzieci i młodzieży** różnią się przedmiotem badań i jego konceptualizacją, ale ich wspólnym obszarem zainteresowań jest wyodrębnianie i opisywanie symptomów zaburzeń psychicznych i zachowania (por. Białecka-Pikul, 2011).

Blok rozszerzający 1.1

Norma rozwojowa a norma ilościowa, społeczno-kulturowa i teoretyczna

Norma i normalność są przedmiotem zainteresowania wielu dyscyplin naukowych zajmujących się zdrowiem i zaburzeniami psychicznymi. Przez **normę** rozumie się na ogół realny lub idealny wzorzec właściwości jednostki: osobowości, zachowania bądź przebiegu określonych zjawisk: procesów psychicznych, rozwoju jednostki czy rodziny. **Normalność** to przypisywana konkretnej osobie, grupie społecznej czy instytucji **właściwość** w przypadku spełniania – wszystkich lub niektórych – kryteriów określonych wzorcem. Wzorzec zaś może wywodzić się z podejścia ilościowego, społeczno-kulturowego i teoretycznego (prototypowego lub paradygmatycznego), w ramach których tworzy się specyficzne modele normy i zaburzeń.

Modele statystyczne opierają się na założeniu, że najtrafniejszym wskaźnikiem zdrowia jest **norma ilościowa i czasowa**. Jeśli zachowanie lub właściwość psychiczna człowieka różni się, czyli pojawia się nie w tym samym czasie, co u innych dzieci (punktualność vs niepunktualność wystąpienia pewnych zmian rozwojowych) i/lub odbiega istotnie od wartości przeciętnej odpowiedniej do wieku jego populacji, to jego rozwój można określić mianem anormalnego.

Norma rozwojowa wskazuje na poziom rozwoju konkretnej cechy czy umiejętności poznawczych, emocjonalnych, społecznych i innych, występujących w konkretnym przedziale wiekowym. Tak zdefiniowana norma rozwojowa ma charakter normy statystycznej.

W **modelu społeczno-kulturowym**, uznanym za najbardziej relatywistyczny, za normalne uznaje się takie zachowania jednostki, które są zgodne z **normami społeczno-kulturowymi** (moralnymi, religijnymi, etycznymi, prawnymi). Jeśli jednostka łamie normy społeczne, burząc porządek społeczny i/lub zagrażając innym ludziom, to jej zachowanie jest nieprzy-

stosowawcze, czyli anormalne. W medycynie i naukach społecznych tworzy się struktury pojęciowe lub systemy teoretyczne opisujące i wyjaśniające normalne i anormalne funkcjonowanie jednostki.

Norma teoretyczna w konkretnej koncepcji natury bio-psycho-społecznej człowieka staje się **wzorcem idealnym**, do którego odnosi się cechy konkretnej osoby. W psychologii, w każdym z paradygmatów: psychoanalitycznym, behawioralnym, poznawczym i humanistycznym sformułowano twierdzenia na temat normy, tj. zdrowia psychicznego i zachowań przystosowawczych oraz anormalności (patologii), tj. zaburzenia psychicznego lub nieprzystosowawczych wzorców zachowań.

Opracowano na podstawie Sowa, 1984; Sęk, 2005; Cierpiałkowska, 2007b; Schaffer, 2008.

Rozwój dzieci i młodzieży z rodzin z problemem alkoholowym rozpatrujemy w perspektywie psychopatologii i psychologii rozwojowej, ponieważ obie dyscypliny dają możliwość opisywania i wyjaśniania różnych trajektorii rozwoju zdrowia oraz zaburzeń zachowania i psychicznych. Dzieci i młodzież z tych rodzin są bardzo heterogeniczną grupą pod względem zdrowia psychicznego, co próbujemy wyjaśnić w następnych rozdziałach książki.

1.2. Psychopatologia rozwojowa jako nauka o zaburzeniach psychicznych w cyklu życia

Psychopatologia rozwojowa jest stosunkowo młodą dziedziną wiedzy, która w ostatnich latach rozwija się bardzo dynamicznie. Nie znaczy to, że **perspektywa rozwojowa** nie była obecna w psychologii klinicznej okresu dzieciństwa i adolescencji (por. blok rozszerzający 1.2). Historycznie rzecz ujmując, psychopatologia rozwojowa wyodrębniła się z psychopatologii, ponieważ uznano konieczność uwzględnienia w analizach teoretycznych i badaniach nad zaburzeniami psychicznymi aspektów rozwojowych. Jej podstawowym celem, na co zwrócili uwagę w jednym z pierwszych opracowań na ten temat Alan Sroufe i Michael Rutter (1984), jest konceptualizowanie zagadnień związanych z atypowym przebiegiem rozwoju w kontekście głównych zmian dokonujących się w cyklu życia. Uznali oni, że psychopatologia rozwojowa powinna koncentrować się na poszukiwaniu źródeł zaburzeń, opisywaniu zmian zachodzących w ich przebiegu i sposobie ujawniania się oraz przedstawieniu i wyjaśnieniu rozwojowej sekwencji ujawniania się zachowań zaburzonych i zdrowych.

Psychopatologia rozwojowa nie odwołuje się w wyjaśnianiu przyczyn i dynamiki kształtowania się zaburzeń do konkretnego, wybranego paradygmatu,

jak to się czyni w psychologii klinicznej czy psychiatrii. Stanowi raczej konceptualną ramę dla rozumienia złożoności ludzkiego rozwoju i wyjaśnienia mechanizmów ujawniania się różnych problemów w całej populacji dzieci, młodzieży i dorosłych, ze szczególnym uwzględnieniem grup wysokiego ryzyka wystąpienia psychopatologii. Jest raczej **podjęciem** czy **ujęciem transteoretycznym** (dop. L.C. i I.G.), nadrzędnym wobec paradygmatycznych koncepcji w psychiatrii, psychologii czy socjologii; ma bardziej ogólny charakter dzięki integrowaniu wyników badań, które pojawiły się w różnych dyscyplinach naukowych i klinicznych na temat nietypowego rozwoju jednostki (por. Achenbach, 1990). Chociaż psychopatologia rozwojowa znajduje zastosowanie do analizy różnych atypowych zmian w całym cyklu życia jednostki, to tradycyjnie odnosi się jej założenia do okresu dzieciństwa i adolescencji.

W literaturze znajdujemy coraz to inne propozycje definiowania istoty dziedziny określanej psychopatologią rozwojową (por. Grzegorzewska, Pisula, Borkowska 2016). Chociaż ogólna charakterystyka jej przedmiotu zainteresowań badawczych została przedstawiona, to warto jednak zwrócić uwagę na pewne różnice i podobieństwa między proponowanymi definicjami. Dość wąską definicję psychopatologii rozwojowej proponują Ann Masten i Jelena Obradovic (2006), twierdząc, że są to badania nad zaburzeniami behawioralnymi i emocjonalnymi oraz adaptacją w kontekście rozwoju jednostki. Definicja zaproponowana przez Institute of Medicine (1989) jest nieco szersza, ponieważ wyraźnie podkreśla, że psychopatologia rozwojowa to podejście, które nie powinno ograniczać się do badań nad zachowaniem jednostki, ale też koncentrować się na funkcjach poznawczych i językowych, procesach emocjonalnych i społecznych oraz zmianach zachodzących w budowie i strukturach anatomicznych, jak i fizjologicznych mózgu. Interdyscyplinarny charakter psychopatologii rozwojowej podkreśliły Lidia Cierpiałkowska i Marina Zalewska (2008), wskazując, że jest to dziedzina, w ramach której dokonuje się nie tylko opisu zaburzeń psychicznych i zachowania, lecz przede wszystkim podejmuje się próby integrowania wiedzy pochodzącej z różnych dziedzin, celem konceptualizowania specyfiki ich przebiegu i źródeł prawidłowego i nieprawidłowego rozwoju dzieci i młodzieży. Najszerszą koncepcję psychopatologii rozwojowej przedstawili Dante Cicchetti i John Cohen (2006; Cicchetti i Toth, 2009), którzy dostrzegli, że jest to dziedzina odznaczająca się względnie spójną wiedzą, pozwalającą na wyjaśnienie wzajemnych oddziaływań różnych czynników biologicznych, psychologicznych i społeczno-kontekstowych w procesie prawidłowego i zaburzonego rozwoju. Zadania, jakie stoją przed tą dziedziną, pojmowali bardzo szeroko: 1) identyfikowanie czynników ryzyka i chroniących przed powstaniem zaburzeń rozwoju; 2) wyjaśnienie ścieżek rozwoju i mechanizmu zdrowia oraz zaburzeń psychicznych; 3) wyjaśnienie zjawiska odporności psychicznej (*resilience*), która,

pomimo obecności trudnych, a czasami nawet traumatycznych wydarzeń życiowych, sprzyja prawidłowemu rozwojowi; 4) tworzenie na tle powyższej wiedzy efektywnych modeli terapii i profilaktyki zaburzeń w rozwoju. Cechą wspólną wszystkich przedstawionych powyżej definicji jest wskazanie, że dla rozumienia zdrowia psychicznego jednostki konieczne jest wykorzystanie, pochodzących z różnych nauk, teorii i wyników badań rozwojowych, a konsekwencją konceptualizowania zdrowia psychicznego z perspektywy rozwojowej jest pojawienie się zupełnie nowych pytań badawczych.

Rozważania podejmowane z perspektywy psychopatologii rozwojowej stanowią klucz do odpowiedzi na podstawowe pytania dotyczące kształtowania się zdrowia i zaburzeń w cyklu życia jednostki. Poszukuje się odpowiedzi, w jaki sposób kompetencje i zasoby jednostki w pewnym okresie rozwojowym wpływają na adaptację i funkcjonowanie jednostki w okresach późniejszych oraz które czynniki i w jaki sposób przyczyniają się do powstania i utrwalenia się zaburzeń psychicznych i zachowania.

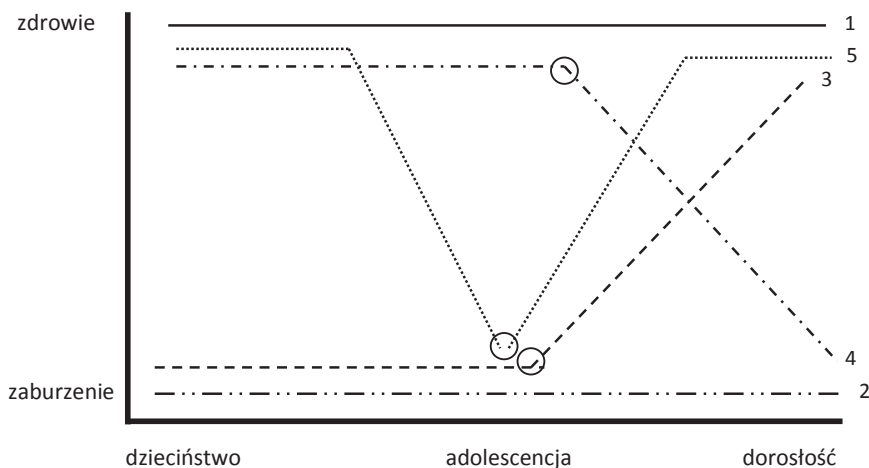
Blok rozszerzający 1.2

Perspektywa rozwojowa w psychologii klinicznej

Sebastiano Santostefano (1978) opisał cztery główne cechy podejścia rozwojowego w wyjaśnianiu zaburzeń, które są współcześnie rozwijane i uzupełniane przez innych badaczy, np. Dantego Cicchetti (2006). Po pierwsze, podejście rozwojowe odznacza się holizmem, który pozwala na oszacowanie konkretnego zachowania w kontekście całej struktury bio-psycho-społecznej jednostki, dzięki czemu to samo zachowanie w różnym kontekście może być oceniane raz jako typowe, innym razem jako atypowe. Po drugie, istotą rozwoju jest jego ukierunkowanie, dzięki przygotowaniu organizmu ludzkiego od poczęcia do późnej dorosłości do odbioru pewnych bodźców oraz do aktywności własnej. Jednostka wpływa na otoczenie, przez co zwrótnie wpływa na konstytuowanie własnych doświadczeń. Owe całościowe doświadczenia wyznaczają kierunek reorganizacji istniejącej struktury psychicznej i wzorców zachowania. Po trzecie, rozwój jednostki polega także na różnicowaniu się celów i sposobów ich osiągania, co zwiększać może plastyczność, ale także złożoność wzorców zachowania. Dzięki temu funkcjonowanie jednostki staje się coraz bardziej niezależne od bieżącej sytuacji, podlega bardziej samokontroli i samoregulacji. Poziom adaptacyjności jednostki zależy od rozwoju intrapsychicznych mechanizmów regulujących jej funkcjonowanie. Po czwarte, podejście rozwojowe uwzględnia to, że w ciągu życia jednostki dochodzi do zwiększania złożoności zachowań, hierarchicznej ich integracji oraz zmiany pełnionych przez nie funkcji. W sytuacjach trudnych lub ekstremalnych mogą ujawnić

nić się bardziej pierwotne wzorce zachowania (np. ucieczka, walka) niż te bardziej złożone i dojrzałe. Założenia sformułowane przez Santostefana (1978) wraz z zastosowaniem teorii systemów w naukach społecznych i psychologicznych zostały w części zmienione. Niemniej ich wpływ na rozumienie psychopatologii rozwojowej jest nie do przecenienia (szerzej Białecka-Pikul, 2011).

Założenia psychopatologii rozwojowej wypływają z podstaw psychologii rozwoju, w której zakłada się, że rozwój jest wynikiem, odbywających się na wielu poziomach, **złożonych interakcji między osobą a jej środowiskiem** (np. Baltes, Reese, Lipsitt, 1980; Rutter, Sroufe, 2000; Sameroff, 2000). Po pierwsze, przekonanie o złożoności przyczyn normalnego lub zaburzonego rozwoju implikuje wniosek, że osoby o początkowo podobnych warunkach rozwoju mogą uzyskiwać odmienne efekty rozwojowe (zasada ekwipotencjalności) oraz że początkowo różne warunki rozwojowe mogą prowadzić do tych samych rezultatów (zasada ekwifinalności). Mimo że rozwój spostrzegany jest jako proces spójny w czasie, uporządkowany i celowy (od początkowych wzorców adaptacji do późniejszych utrwalonych ścieżek rozwojowych), cechuje go również elastyczność oraz możliwość nieciągłości i zmiany (por. rys. 1.1). Zgodnie z tą zasadą podobne czynniki działające w trakcie rozwoju równie dobrze mogą kształtować zdrowie psychiczne jednostki, jak i prowadzić do zaburzeń.



Rys. 1.1. Procesy i dynamika zmian mechanizmów zdrowia i zaburzeń psychicznych i zachowania w okresie dzieciństwa, adolescencji i wczesnej dorosłości

Źródło: opracowano na podstawie Compas, Hinden, Gerhardt, 1995.

Drugie założenie, wynikające bezpośrednio z **teorii systemów** (Bronfenbrenner, 1979; Ford, Lerner, 1992; Granic, Hollenstein, 2003), podkreśla, że jednostka sama w sobie jest systemem, jednocześnie stanowi element szerszego systemu społecznego i ekosystemu. Żyje zawsze w określonym kontekście, które jest częścią większego operacyjnego systemu potencjalnych wpływów kształtujących rozwój. Wzajemne interakcje między nimi dokonują się na wielu poziomach („od neuronów do sąsiedztwa”; Shonkoff, Phillips, 2000), mają charakter dwukierunkowy i stanowią dynamiczne procesy ludzkiego rozwoju. Rozwój ten dokonuje się poprzez kumulację konsekwencji tych transakcji w obrębie i w poprzek systemów, a rozprzestrzenienie się ich jest określane mianem „kaskad rozwojowych” (*developmental cascades*) (Dodge i in., 2009; Masten i in., 2005) lub „łańcuchów reakcji” (*chain reactions*) (Rutter, 1999). W podejściu systemowym podkreśla się, że jednostka jest aktywnym elementem w procesie własnego rozwoju. Rozwój nie tyle się dokonuje „sam z siebie”, lecz raczej jednostka poprzez swoją aktywność wpływa na ostateczny kształt własnych ścieżek rozwojowych. Z jednej strony działania jednostki wywołują reakcje innych, działając na zasadzie sprzężenia zwrotnego, z drugiej zaś jednostka kształtuje konteksty własnego rozwoju poprzez wybór przyjaciół, szkoły, aktywności pozaszkolnej i innych aspektów środowiskowych, co ma znaczenie dla ostatecznych efektów rozwoju. Ta cecha rozwoju zdaje się nabierać większego znaczenia w okresie adolescencji i wczesnej dorosłości, gdy wzrasta poczucie sprawstwa.

Poza tym, konceptualizacja **rozwój jako hierarchicznego procesu** wskazuje, że jednostka, wykorzystując swoje możliwości psychiczne i zasoby, przystosowuje się do wymagań kolejnych faz rozwojowych. Tym samym, wcześniejsze wzorce przystosowania stanowią podwaliny pod późniejsze, kompleksowe i elastyczne sposoby funkcjonowania człowieka (Yates, Edeland, Sroufe, 2003). Pociąga to za sobą wiele jakościowych zmian, w których wcześniejsze osiągnięcia rozwojowe nie zanikają, ale stanowią podwaliny pod nowe wzorce adaptacji (Egeland i in., 1993). Podobnie jak w przypadku objawów psychopatologicznych pojawienie się pozytywnej adaptacji w okresach późniejszych nie jest zjawiskiem deterministycznym, ale probabilistycznym. To, czy dobrze przystosowane małe dziecko będzie właściwie funkcjonować w okresie adolescencji lub dorosłości, zależy od wielu wzajemnie powiązanych biologicznych, psychologicznych i społecznych procesów. Tak więc pozytywna lub negatywna adaptacja jest rozważana jako produkt wzajemnej interakcji pomiędzy indywidualną (biologiczną i psychologiczną) charakterystyką jednostki, historią dotychczasowej adaptacji i aktualnego kontekstu rozwoju (Boyce i in., 1998; Sroufe, 1997; Cichetti, 2006).

Blok rozszerzający 1.3

Pozytywne i negatywne aspekty buntu młodzieńczego

Dobłą ilustracją założeń dotyczących ciągłości i zmiany w przebiegu złożonych ścieżek rozwojowych jest model buntu młodzieńczego Anny Oleszkowicz (2006). Z perspektywy psychologicznej prezentowanej przez autorkę bunt młodzieńczy należy rozpatrywać jako wewnętrzną potrzebę jednostki sprzeciwiania się spostrzeganym zagrożeniom, ograniczeniom i rozbieżnościom wobec jej idealistycznych oczekiwań i wyobrażeń. Bunt, będąc zjawiskiem psychospołecznym, jest skierowany przeciw komuś i czemuś, powstaje w celu obrony własnych praw lub praw i interesów innych ludzi. Funkcją buntu jest przede wszystkim obrona, ekspansja i kreowanie własnego Ja, co czyni go niezwykle potrzebnym do zdefiniowania własnej osoby w celu odnalezienia siebie i jak najpełniejszego przygotowania do nadchodzącej dorosłości. To, co najważniejsze w tej koncepcji, to ukazanie buntu jako zjawiska, które w trakcie rozwoju równie dobrze może kształtować zdrowie psychiczne nastolatka, jak i prowadzić do poważnych problemów i zaburzeń. Pozytywne i negatywne aspekty buntu młodzieńczego odnoszą się do przyjętej w psychopatologii rozwojowej zasady ekwifinalności i ekwipotencjalności. Wiele dynamicznie działających i wzajemnie powiązanych czynników decyduje o tym, czy skutki buntu mają charakter rozwojowy, czy kliniczny, pozytywny, czy negatywny.

Opracowano na podstawie Oleszkowicz, 2006

Zrozumienie dynamiki wzajemnych wpływów – czynników ryzyka i zasobów – działających na jednostkę w cyklu życia i decydujących o kształcie i przebiegu jej ścieżek rozwojowych wymaga uwzględnienia w badaniach empirycznych **perspektywy longitudinalnej**. Badania poprzeczne dostarczają ważnych informacji w pewnych obszarach i mogą stanowić dobry punkt początkowy do dalszych eksploracji. Nie dostarczają nam jednak wiedzy na temat zmian dokonujących się na różnych bio-psycho-społecznych poziomach w zakresie różnicowania się czynników rozwoju, czasu ich działania i intensywności wpływu. Wnioskowanie na ich podstawie o dynamice zmian może prowadzić do mylących wniosków. Podobnie jak wnioskowanie na podstawie badań retrospektywnych. Dopiero badania podłużne uwzględniające charakterystykę jednostki i kontekstów jej rozwoju pozwalają na obserwację dokonujących się w cyklu życia zmian. W sposób bezpośredni można na ich podstawie domniemywać o rzeczywistym procesie w zakresie ciągłości i zmiany oraz monitorować kluczowe dla kształtowania się zdrowia lub zaburzeń punkty krytyczne w rozwoju. Obserwacja tych krytycznych punktów (np. dojrzewania) może pokazać zarówno gwałtowną zmienność dokonują-

cą się w tym okresie, jak i wskazywać na dużą wrażliwość jednostki w tym okresie na interwencje ukierunkowane na zmianę przebiegu adaptacji (Granic, Hollenstein, Dishion, Patterson, 2003).

I ostatecznie, szczególną uwagę zwraca się na zrozumienie natury prawidłowego i zaburzonego rozwoju w kontekście działania zarówno **czynników ryzyka, jak i czynników ochronnych** (Cicchetti, 1984). Z tej perspektywy podkreśla się znaczenie kompetencji i zasobów środowiskowych jednostki w radzeniu sobie z trudnymi warunkami życiowymi. Wskazuje się zarówno na nasilone ryzyko (np. choroba psychiczna rodzica, przemoc, kłótnie) i niekorzystne efekty rozwojowe (np. rozwój atypowy, nieprzystosowanie, zaburzenia), jak i na zasoby personalne i środowiskowe wspierające proces pozytywnej adaptacji (*resilience*) jednostki. Rozpoznanie obu, tak negatywnych, jak i pozytywnych wpływów rozwojowych jest kluczowe, gdyż wzajemne dynamiczne interakcje między nimi determinują kształt ścieżek rozwojowych.

Podsumowując, należy podkreślić, że psychopatologia rozwojowa, wywodząca się z badań nad przebiegiem normalnego rozwoju, próbuje wyjaśnić: po pierwsze, jak dochodzi do pojawienia się zaburzeń psychicznych i nieprzystosowawczych wzorów zachowania u jednostki w kontekście zadań rozwojowych, po drugie, jakie konfiguracje wzajemnych związków między czynnikami ryzyka i zasobów – biologicznymi, społecznymi i psychicznymi wpływają na ich zanikanie (przemijanie), a jakie na ich stabilizowanie się oraz po trzecie, jakie konfiguracje wzajemnych zależności czynników ryzyka i zasobów wyznaczają typowe i atypowe trajektorie rozwoju. Badania empiryczne dotyczące przebiegu rozwoju dzieci rodziców z zaburzeniami psychicznymi, podejmowane z perspektywy psychopatologii rozwojowej, poszukują zatem odpowiedzi na następujące pytania: (1) w jakich obszarach funkcjonowania dziecka jest najbardziej prawdopodobne, że ujawni się podatność dziecka na dane zaburzenie; (2) jakie typy stresorów (w izolacji lub interakcji) wpływają na podatność jednostki na zaburzenie; (3) czy i kiedy określone markery podatności mogą być rozpatrywane jako zmienne dychotomiczne lub ciągle; (4) jakie efekty rozwojowe są obserwowane w rozwoju tych dzieci oraz (5) jakie procesy wpływają na to, że niekorzystna sytuacja życiowa (jaką jest posiadanie rodzica z problemami psychicznymi) może wpływać lub wyjaśniać wzrost podatności dziecka na zaburzenia lub jej odporność na doświadczaną traumę (Richter, 1998; Cierpiałkowska, Zalewska, 2008; Grzegorzewska, 2013b; Grzegorzewska, Pisula, Borkowska, 2016).

Modele i koncepcje podatności i odporności dzieci i młodzieży rodziców alkoholików

2.1. Rodzicielstwo pijących szkodliwie i w sposób uzależniony

Zanim zostaną przedstawione wiedące w psychopatologii rozwojowej wieloczynnikowe modele wyjaśniające uwarunkowania rozwoju w okresie dzieciństwa i adolescencji, pokrótce wykażemy, jak szkodliwe i/lub uzależnione używanie alkoholu wpływa na biologiczne, psychiczne i społeczne aspekty funkcjonowania rodziców i pełnione przez nich role rodzinne.

We współczesnych systemach klasyfikacyjnych zaburzeń psychicznych i zachowania używa się dwóch odmiennych modeli rozpoznania (szacowania) zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu. W ICD-10 (WHO, 2000) stosuje się klasyczne **podejście kategoryjne**, w którym konkretna liczba symptomów i czas ich występowania wskazuje na szkodliwe picie lub zespół uzależnienia, natomiast w DSM 5 (APA, 2013) – **model dymen-sjonalny**, w którym szacuje się stopień nasilenia objawów zaburzeń psychicznych i zachowania spowodowanych używaniem substancji, np. alkoholu.

Blok rozszerzający 2.1

Kryteria rozpoznawania zespołu uzależnienia od alkoholu

1. Silne pragnienie (głód) lub przymus picia alkoholu.
2. Trudności z kontrolowaniem zachowań związanych z piciem alkoholu: zwłaszcza unikaniem rozpoczęcia picia, jego zakończeniem i z ilością wypijanego alkoholu.
3. Fizjologiczne objawy odstawienia (abstynencyjne) spowodowane zaprzestaniem picia lub zredukowaniem dawki alkoholu, które mogą przejawiać się w dwóch postaciach: a) wystąpienie zespołu abstynencyjnego, b) picie alkoholu lub używanie innych substancji psychoaktywnych w celu zmniejszenia nasilenia lub uniknięcia zespołu abstynencyjnego.

4. Występowanie tolerancji, która przejawia się potrzebą przyjmowania coraz większych dawek alkoholu, w celu wywołania skutków powodowanych uprzednio mniejszymi dawkami (dawki są tak duże, że osoba uzależniona może po ich przyjęciu umrzeć).
 5. Z powodu picia alkoholu występuje narastające zaniechanie i zaniedbywanie alternatywnych źródeł przyjemności lub zainteresowań, zwiększenie ilości czasu poświęconego na zdobywanie lub przyjmowanie alkoholu albo podejmowanie zachowań zmierzających do złagodzenia skutków jego działania.
 6. Kontynuowanie picia alkoholu pomimo dowodów na szkodliwe skutki jego działania, takie jak: uszkodzenie wątroby, stany depresyjne, padaczka alkoholowa czy poalkoholowe upośledzenie funkcji poznawczych.
- Podstawą rozpoznania zespołu uzależnienia od alkoholu jest wystąpienie u osoby trzech lub więcej objawów przez pewien okres w ciągu ostatniego roku.
- Opracowano na podstawie ICD-10 (WHO, 2000, s. 73-74).

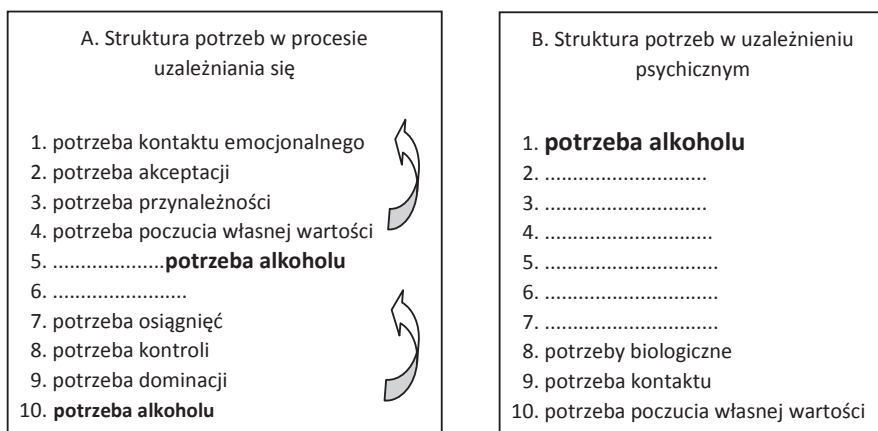
Szkodliwe używanie alkoholu wg ICD-10 występuje wówczas, gdy sposób picia prowadzi do negatywnych zdarzeń życiowych i powoduje szkody zdrowotne. Te negatywne konsekwencje dotyczą problemów zdrowotnych (urazy fizyczne, choroby wątroby, zaburzenia funkcjonowania CUN), prawnych (aresztowanie za jazdę pod wpływem alkoholu), zawodowych (utrata pracy, załamanie kariery, trudności finansowe) oraz społecznych (fizyczna i słowna agresja, problemy małżeńskie, utrata ważnych znajomości i relacji). Natomiast termin „uzależnienie od alkoholu” odnosi się do koncepcji Elvina Jellinka (1969) nałogu alkoholowego jako choroby. Cechą charakterystyczną alkoholizmu jako przewlekłego zaburzenia psychicznego jest trwały i nieodwracalny symptom utraty kontroli nad ilością wypijanego alkoholu po rozpoczęciu picia. Gdy symptom ten wystąpi, wówczas użycie nawet niewielkiej dawki alkoholu prowadzi do utraty kontroli ilościowej; alkoholik nie jest w stanie powrócić do kontrolowanego picia, może tylko powstrzymywać się od rozpoczęcia picia (Cierpiałkowska, 2010a).

Jak już wspomniano w DSM-5 (APA, 2013) zamiast podejścia kategoryjnego, użyto modelu wymiennego zaburzeń psychicznych i zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (*Substance use disorders*, SUD). W tym podejściu nie wyodrębnia się kategorii, tylko diagnozuje się stopień nasilenia patologicznego wzorca zachowań związanych z używaniem substancji. Liczba symptomów występujących u jednostki wskazuje na głębokość zaburzenia. Opisano 11 wskaźników zaburzeń psychicznych i zachowania związanych z używaniem substancji psychoaktywnej (np. alkoholu), dodając jeszcze cztery do tych wskazanych za istotne klinicznie w ICD-10. Owe jedenaście wskaźników obejmuje następujące kategorie zachowań i za-

burzeń: kryteria 1 – 4 opisują przejawy **osłabienia lub utraty kontroli nad piciem** (w tym głód alkoholowy), kryteria 5 – 7 – **zaburzenie funkcjonowania społecznego** (w rolach: zawodowej, rodzinnej, towarzyskiej), kryteria 8 – 9 charakteryzują **wzorec picia i jego konsekwencje zdrowotne** (np. niezdolność do powstrzymywania się od picia w sytuacjach mogących stwarzać zagrożenie dla życia lub zdrowia), a kryteria 10 – 11 opisują **reakcje fizjologiczne i psychiczne** będące skutkiem długotrwałego picia (zespół abstynencyjny, zmiana tolerancji). Ocena ciężkości zaburzenia przebiega następująco: lekki stopień 2 – 3 symptomy, umiarkowany 4 – 5 symptomów, ciężki – 6 lub więcej symptomów zaburzeń psychicznych i zachowania spowodowanych używaniem alkoholu (DSM 5, APA, 2013).

Propozycja ujęcia dymensjonalno-kategorialnego zaburzeń psychicznych i zachowania spowodowanych piciem alkoholu w DSM 5 jest podyktowana przede wszystkim dbałością o większą trafność diagnozy klinicznej, a co za tym idzie także większą efektywność terapii (por. Chodkiewicz, 2014). Nie bez znaczenia pozostaje też kwestia poczucia stygmatyzacji przez osoby, które uzyskują rozpoznanie „alkoholizm” i jej negatywnego wpływu na podjęcie leczenia.

Powstaje pytanie, jakie zmiany w strukturze osobowości zachodzą u osób w procesie utrwalania się szkodliwego, a następnie uzależnionego sposobu picia. Koncepcji psychologicznych wyjaśniających istotę **zależności psychicznej od alkoholu** jest kilka, jedna z nich wydaje się szczególnie ważna z punktu widzenia zrozumienia zmian w pełnieniu funkcji rodzicielskich. Jest to **regulacyjna koncepcja potrzeb** Borysa Bratusia (1974), rozwijana także przez Kazimierza Obuchowskiego (1983), w której zakłada się, że w wyniku systematycznego nadużywania alkoholu dochodzi do ukształtowania się nowej potrzeby, której przedmiotem jest alkohol (por. rys. 2.1).



Rys. 2.1. Zmiany w strukturze potrzeb w procesie uzależniania się psychicznego od alkoholu

Źródło: opracowano na podstawie Bratuś, 1974; Cierpiałkowska, 2010a.

Pierwsze kontakty jednostki z alkoholem wynikają z różnych, zarówno osobowościowych, jak i sytuacyjnych przyczyn, które początkowo pełnią funkcję aktywizującą i ukierunkowującą zachowanie na alkohol. W miarę systematycznego picia, między innymi, na skutek odczucia ulgi i odprężenia pod wpływem alkoholu, może dojść do powstania potrzeby z uświadomieniem sobie jej przedmiotu. Wówczas pierwotna przyczyna używania alkoholu schodzi na plan dalszy, a funkcję aktywizującą i ukierunkowującą zachowanie człowieka zaczyna pełnić potrzeba alkoholu. W koncepcji założono, że w miarę używania alkoholu zachodzi nie tylko zmiana treści potrzeby, ale dalsze nadużywanie prowadzi do wzrostu siły i dynamiki jej działania. Osoba przeżywa coraz silniejsze stany napięcia przy niezaspokojeniu tej potrzeby i coraz większą konieczność natychmiastowego jej zaspokojenia. Powstaje w ten sposób psychiczna zależność od alkoholu, która w okresach abstynencji powoduje poczucie dyskomfortu psychicznego, który może być zniesiony przez alkohol lub środki o podobnym działaniu farmakodynamicznym. Wzrost siły i dynamiki działania potrzeby alkoholu powoduje, że zajmuje ona coraz wyższą pozycję w strukturze potrzeb, podporządkowując sobie inne potrzeby, które mają już wówczas mniejszą moc regulacyjną (por. rys. 2.1).

Obserwacje kliniczne i badania potwierdzają, że wieloletnie picie powoduje, że **potrzeba alkoholu staje się dominującą w strukturze potrzeb**, czyli najsilniej reguluje funkcjonowanie człowieka, a pozostałe potrzeby, takie jak: kontaktu emocjonalnego (więzi), opieki nad własnym potomstwem, osiągnięć, a nawet potrzeby biologiczne mają niewielki wpływ na zachowanie. Zamiast zaangażowania w role zawodowe czy rodzinne osoba pijąca szkodliwie i w sposób uzależniony większość czasu spędza na organizowaniu alkoholu bądź środków finansowych na jego kupno, spożywaniu alkoholu i dochodzeniu do siebie. Leczący się alkoholicy doskonale wiedzą, że żadna potrzeba i żadne wartości, które kiedyś miały dla nich znaczenie, nie reguluje już wystarczająco silnie ich funkcjonowania. W konsekwencji wycofują się z pełnienia zadań w ramach ról rodzicielskich lub agresywnie odrzucają wszelkie zobowiązania rodzicielskie. Alkoholik może przysięgać dzieciom, że pójdzie z nimi do kina, a żonie, że odbierze dzieci z przedszkola lub pójdzie na wywiadówkę, ale gdy pojawi się okazja do picia, nie spełni owych przyrzeczeń, bo potrzeby więzi i przynależności straciły już moc wpływu na jego zachowanie. Koncepcja Bratusia wyjaśnia, dlaczego zaangażowanie się osoby pijącej szkodliwie lub w sposób uzależniony w inne sprawy niż te związane z używaniem alkoholu jest mało prawdopodobne.

Wyniki badań na grupie polskich ojców alkoholików pokazują, że w okresie picia i krótkich abstynencji albo wycofują się z pełnienia ról rodzinnych, albo zachowują się agresywnie, wymuszając na innych członkach rodzi-

ny realizację zadań, które należą do nich jako ojców. Choć badania te były prowadzone w dwóch różnych podejściach: jedno w ujęciu interakcyjnym (Cierpiałkowska, 1997), drugie, kilka lat później, w podejściu systemowym (Margasiński, 2010) to przyniosły podobne rezultaty na temat angażowania się w rodzicielstwo i sprawy rodziny.

Blok rozszerzający 2.2

Koncepcja zaangażowanego rodzicielstwa

Przez wiele dekad w psychologii, socjologii i pedagogice rodzicielstwo ujmowano w kategoriach postaw lub roli społecznej, w ramach której matka, ojciec realizują określone zadania instrumentalne i emocjonalne (Płopa, 1983, 2005). Aktualnie przyjmuje się szerszą perspektywę, uwzględniającą zarówno przedmiotowy, jak i podmiotowy charakter pełnienia ról rodzicielskich. Nawiązując do tych koncepcji, Lucyna Bakiera (2013) sformułowała tezę, że rodzicielstwo to obszar podmiotowej aktywności dorosłych dokonujący się w **dynamicznej dwukierunkowej relacji interpersonalnej**. Na doświadczanie rodzicielstwa, które ma charakter wielopłaszczyznowy, składają się jednocześnie doświadczanie siebie jako rodzica, dziecka oraz innych osób wchodzących z nim w interakcje. Odnosi się do zachowania rodzica względem dziecka w kontekście aktywności drugiego rodzica i aktywności dziecka oraz tego, co rodzic wnosi do relacji z dzieckiem (światopogląd, system wartości, przekonań, sposobów interpretacji świata, możliwości i umiejętności). Innymi słowy, rodzicielstwo to rodzaj zbierania doświadczeń wzbogacających życie jednostki, który można przedstawić na kontinuum: od pełnego zaangażowania do obojętności i odrzucenia. Kluczowym elementem rodzicielstwa w tej koncepcji jest zatem poziom zaangażowania rodzica w pełnienie swojej roli rodzicielskiej, czyli na ile doświadczenia rodzicielstwa zdobywane są aktywnie z podmiotowym udziałem jednostki.

Zaangażowane rodzicielstwo definiowane jest zatem jako dyspozycja do długotrwałego koncentrowania aktywności i przeżyć z nią związanych na roli matki/ojca, potwierdzającej akceptację tej roli przez dorosłego. Najważniejszym wskaźnikiem zaangażowanego rodzicielstwa jest nie tyle deklaratywna intencja, ile realnie podejmowane działania opiekuńcze i wychowawcze. Dorośli nie tylko biernie obserwują czy towarzyszą zmianom w życiu dziecka, lecz je wywołują i modyfikują. Brak zaangażowania oznacza obojętność i lekceważenie potomka oraz nadmierną koncentrację dorosłych na własnych potrzebach. Na zaangażowanie składa się zatem aspekt behawioralny (np. regularna opieka nad dzieckiem, kreatywność w spędzaniu wolnego czasu, aktywność w życiu szkolnym dziecka),

aspekt poznawczo-emocjonalny (skoncentrowanie myśli, uwagi, pamięci i emocji na roli matki/ojca) oraz aspekt wolicjonalny (ważność rodzicielstwa w systemie wartości jednostki). Zaangażowane rodzicielstwo sprzyja zarówno rozwojowi dziecka, jak i rozwojowi dorosłego dzięki poszerzeniu własnych kompetencji i umiejętności radzenia sobie z istotnymi zadaniami życiowymi.

Dzisiaj już wiemy, że **nie ma jednego typu alkoholików**, ponieważ jest to grupa osób bardzo zróżnicowanych pod względem nie tylko zaburzeń psychicznych i zachowania związanych z piciem, ale także patomechanizmu i patogenezy ich powstania. Jedną z najważniejszych różnic jest związana z patogenezą pozwalająca na wyodrębnienie dwóch typów alkoholików. Cloninger (1987) na podstawie badań nad osobami adoptowanymi we wczesnym okresie życia, wyróżnił – posługując się następującymi kryteriami: wiek, płeć, okres powstania uzależnienia, sposób picia, charakterystyka rodzin biologicznych i adopcyjnych oraz ich właściwości osobowościowe – dwa podstawowe typy alkoholików. Typ I alkoholizmu jest **uwarunkowany środowiskowo** i charakteryzuje się późnym rozpoczęciem choroby (zazwyczaj po 25. roku życia), rzadkim występowaniem alkoholizmu w rodzinie biologicznej, wyraźnymi tendencjami do picia okresowego z długimi przerwami, utratą kontroli oraz współwystępowaniem takich cech osobowości, jak: silne uzależnienie od nagrody oraz unikanie szkody. Ten typ alkoholizmu występuje zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet. Typ II alkoholizmu jest **uwarunkowany genetycznie** i charakteryzuje się wczesnym rozpoczęciem choroby (zazwyczaj w okresie dorastania), występowaniem uzależnienia w rodzinie, wyraźnymi tendencjami do systematycznego picia bez większych przerw oraz silnym poszukiwaniem nowości i występowaniem osobowości antyspołecznej, jeszcze przed uzależnieniem. Ten typ alkoholizmu występuje przede wszystkim u mężczyzn.

Typologia Cloningera okazała się wyjątkowo użyteczna w badaniach nad dziećmi alkoholików. Wskazuje bowiem na genetyczną i społeczną transmisję (przenoszenie) alkoholizmu w rodzinie. Szczegółowe badania wykazały, że istotne znaczenie dla ryzyka alkoholizmu typu I u kobiet i mężczyzn mają przede wszystkim czynniki środowiskowe, jednakże u kobiet istnieją także powiązania między czasem przebywania (przed adopcją) pod opieką biologicznej, uzależnionej od alkoholu matki a nasileniem, po osiągnięciu dorosłości, problemów z piciem. W przypadku alkoholizmu typu II – uwarunkowanego genetycznie – występuje transmisja uzależnienia z biologicznego ojca (często przejawiającego różnego typu zachowania antyspołeczne) na syna. Późniejsze badania (Penick i wsp., 1990) nie do końca potwierdziły

różnice między alkoholikami typu I i II pod względem wskaźników obciążeń rodzinnych problemami z alkoholem. Wskazano jeszcze na III typ alkoholików, podobno najgłębiej uzależnionych, którzy odznaczają się sposobem picia, dynamiką i konsekwencjami psychospołecznymi oraz uwarunkowaniami osobowościowymi charakterystycznymi zarówno dla alkoholików typu I, jak i II.

Alkoholicy typu I i II różnią się typem temperamentu i osobowości w okresie przed powstaniem oraz po ukształtowaniu się uzależnienia od alkoholu (por. rys. 2.1). Typ I alkoholików charakteryzuje się częściej osobowością zależną i temperamentem skłaniającym do ostrożności i lęklivosti, natomiast typ II osobowością antyspołeczną i temperamentem skłaniającym do poszukiwania stymulacji i nowości.

Tabela 2.1. Cechy temperamentu i charakteru typu I i II alkoholików wg Cloningera

Temperament			
Typ 1 Pasywno- zależny/ lękliwy	Przewidujący	Spontaniczny ↔ Impulsywny	Typ 2 Poszukujący stymulacji i nowości
	Ostrożny	Unikający ryzyka ↔ Podejmujący ryzyko	
	Przyjacielski	Uzależniony od nagrody ↔ Wycofany	
Osobowość zależna	Osobowość		Osobowość antyspołeczna
	Wrażliwy uczuciowy	↔ Agresywny mściwy	

Źródło: opracowano na podstawie Cloninger, 1987.

Alkoholizm współwystępuje bardzo często z innymi zaburzeniami psychicznymi, nie tylko zaburzeniami osobowości. Podejmując zagadnienie współwystępowania, konieczne jest uwzględnienie **następstwa temporalnego** zaburzeń psychicznych. Analizując czasowe następstwa zaburzeń, John Helzer i Thomas Pryzbeck (1988) dokonali rozróżnienia między pierwotnym a wtórnym alkoholizmem. **Pierwotny alkoholizm**, jak nazwa wskazuje, pojawia się jako pierwszy w stosunku do kolejnych zaburzeń psychicznych i może być przyczyną ich ukształtowania się, np. depresji, neuropatii, zespołów paranoidalnych i innych zespołów psychotycznych. **Wtórny alkoholizm** pojawia się w przebiegu i jest często efektem innych zaburzeń psychicznych, głównie depresji, uogólnionych i napadowych stanów lękowych (lęki typu

społecznego) i antyspołecznego zaburzenia osobowości (Nace, 2005; Cierpiałkowska, 2010b). Wyniki dotychczasowych badań (Merikangas i in., 1985; Schuckit, 2002) wskazują, że rozróżnienie na pierwotny/wtórny alkoholizm ma znaczenie dla ustalenia zakresu i przebiegu zaburzeń funkcjonowania rodziny, a w konsekwencji dla przewidywania doświadczeń życiowych, podatności i skutków rozwojowych u dzieci. Podobnie jak w przypadku innych zaburzeń psychicznych alkoholizm rodzica wpływa na rozwój dzieci w dwóch głównych obszarach ich funkcjonowania: po pierwsze, zwiększając ich podatność genetyczną i neurofizjologiczną na powstawanie różnorodnych objawów psychopatologicznych, w tym alkoholizmu, po drugie, narażając dzieci na przewlekły, negatywny stres życiowy, który może być bardziej lub mniej bezpośrednio związany ze szkodliwym bądź uzależnionym piciem.

2.2. Od determinizmu do indeterminizmu

We współczesnej psychologii zdrowia i klinicznej zagadnienia dotyczące funkcjonowania dzieci i młodzieży z grupy wysokiego ryzyka zajmują bardzo znaczącą pozycję. Przez wiele lat wiedza na temat tej grupy miała bardziej intuicyjny niż naukowy charakter, ponieważ pochodziła nie tyle z wiarygodnych badań naukowych, ile z obserwacji klinicznych i publikacji autobiograficznych. Powszechnie dominowało przekonanie, że dzieci z tych rodzin mają poważne problemy na różnych etapach i w wielu obszarach życia – od poznawczego przez emocjonalny do społecznego. Równocześnie pomijano i nie uwzględniano tych dzieci z grupy wysokiego ryzyka, które w tych samych obszarach funkcjonowania osiągały sukcesy i powodzenie. Wiedza o dzieciach rodziców szkodliwie pijących i alkoholików pochodzi z trzech źródeł:

- (1) od terapeutów, pracowników socjalnych i praktyków klinicznych, którzy pomagają im w różnych trudnościach i problemach na wielu etapach życia;
- (2) od dorosłych pochodzących z rodzin z problemem alkoholowym, którzy podjęli terapię z powodu różnych problemów i trudności w radzeniu sobie ze stresem i wyzwaniom dorosłego życia, zwłaszcza od tych uczestniczących w grupach Dorosłych Dzieci Alkoholików, którzy często podejmują pracę na rzecz dzieci o podobnej historii życia;
- (3) z badań naukowych – retrospektywnych lub prospektywnych (stosunkowo niewiele badań prowadzono zgodnie z procedurą longitudinalną).

Spoglądając w przeszłość, można stwierdzić, że do końca lat osiemdziesiątych ubiegłego wieku dominowało **podejście** (myślenie) **deterministyczne**, którego celem było empiryczne udokumentowanie tezy, że problemy psychiczne i trudności adaptacyjne dzieci alkoholików są nieodłączną cechą

ich funkcjonowania i z całą pewnością ujawnia się pod różną postacią na poszczególnych etapach życia. Formułowano założenia o prostych związkach przyczynowo-skutkowych; jeśli dziecko jest wychowywane przez rodzica z problemami alkoholowymi, to problemy psychiczne rodzica (badanymi byli głównie ojcowie, rzadko matki) staną się źródłem psychopatologii dziecka. Wiele obserwacji klinicznych potwierdzało tezę, że problemy w zakresie zdrowia psychicznego często przechodzą z pokolenia na pokolenie, np. synowie alkoholików stają się alkoholikami. Wraz z postępem badań naukowych, zwłaszcza na temat dziedziczenia oraz na temat wpływu innych czynników środowiskowych niż rodzinne na rozwój potomstwa, konceptualizacja związków między cechami rodziców i ich dzieci ewoluowała w kierunku **podejścia indeterministycznego**. W 1990 roku zostaje opublikowany przełomowy artykuł zatytułowany *Czy dzieci alkoholików są różne? (Children of Alcoholics: Are They Different?)*, który zawierał wnioski oparte na analizach wyników badań przeprowadzonych przez grupy robocze *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*. Konkluzja była wówczas zaskakująca, stwierdzono bowiem, że jest to **grupa heterogeniczna**, bardzo zróżnicowana co do poziomu funkcjonowania poznawczego, emocjonalnego, społecznego i fizycznego. Badania pozwalające na sformułowanie powyższej konkluzji uwzględniały nie tylko wpływ wielu czynników na rozwój dzieci (w tym jego aktywność własną), ale także brano w nich pod uwagę znaczenie **czynników pośredniczących i moderujących proces i przebieg** (trajektorie) **rozwoju** potomstwa rodziców z problemami i bez problemów związanych z piciem alkoholu.

We współczesnej psychopatologii rozwojowej dominuje podejście indeterministyczne, które rozwija się bardzo dynamicznie, przynosząc coraz bardziej złożone i wieloaspektowe modele i koncepcje wyjaśniające rozwój zdrowia i problemów psychicznych potomstwa z rodzin alkoholowych. W rozdziale tym przedstawiono, jakie czynniki uwzględnia się w modelach i koncepcjach wyjaśniających mechanizmy zdrowia i zaburzeń u dzieci i młodzieży.

2.2.1. Bio-psycho-społeczny i transakcyjny model rozwoju dzieci i młodzieży

Jak już wspomniano w początkowych badaniach znaczenia zaburzeń psychicznych rodziców spowodowanych używaniem alkoholu w genezie zdrowia psychicznego i psychopatologii dzieci i młodzieży, dominował nurt deterministyczny, w którym próbowano ustalić ścieżki rozwoju patologii od dzieciństwa do wczesnej dorosłości. Zakładano w nich, że rozwój dzieci alkoholików jest zdeterminowany występowaniem problemów psychicznych, a ryzyko wystąpienia zaburzeń wykazuje **ciągłość homotypową** (te same zaburzenia w różnych okresach rozwojowych) lub **heterotypową** (różne zabu-

zenia w kolejnych fazach życia) (por. Cierpiałkowska, 2010e). W projektach badawczych dominowały wówczas liniowe, addytywne modele przyczynowo-skutkowe, w których kładziono nacisk wyłącznie na działanie jednej zmiennej (alkoholizm ojca) lub sumowano stałe oddziaływanie dwóch lub więcej czynników (alkoholizm ojca, postawa rodzicielska matki).

Wzrastająca liczba badań populacji dzieci alkoholików, a zwłaszcza duże zróżnicowanie otrzymywanych wyników doprowadziły do powstania zintegrowanych, wieloczynnikowych modeli wyjaśniających ścieżki rozwoju. Modele te, w odróżnieniu od klasycznych jednoczynnikowych ujęć przyczynowo-skutkowych, określane jako **dynamiczne, rozwojowe modele podatność-stres**, zwane początkowo rozwojowym paradygmatem bio-psycho-społecznym (Windle, Searles, 1990; Zucker, Fitzgerald, Moses, 1995), odwołują się do kilku podstawowych tez. Po pierwsze, proces rozwoju polega na ciągłych dynamicznych zmianach dających się scharakteryzować na różnych poziomach funkcjonowania jednostki: biologicznym, psychologicznym i społecznym. Po drugie, czynniki rozwoju wchodzi ze sobą w dynamiczne interakcje, tworząc sieć wzajemnych zależności, a ich rola w procesie rozwoju może przybierać różną formę, w zależności od podatności dziecka i kontekstów jego rozwoju; stąd konieczność uwzględniania w badaniach nad dziećmi alkoholików oprócz źródeł ryzyka również zasobów. W trakcie rozwoju zachodzi złożona interakcja ryzyka i czynników ochronnych, która decyduje o ostatecznym kształcie ścieżek rozwojowych. I ostatecznie, wzajemne powiązania czynników podmiotowych i środowiskowych zmieniają się w czasie i stopniowo przybierają postać regularnych wzorców zachowania (Windle, Davies, 2003).

Obecnie, w literaturze przedmiotu dotyczącej dzieci alkoholików dynamiczne modele psychopatologii rozwojowej opierają się na różnych założeniach o ważności poszczególnych czynników biologicznych, środowiskowych i psychicznych oraz zachodzących między nimi interakcjach na różnych etapach życia. W klasycznym już **rozwojowym modelu podatność-stres** Michel Windle (2000) podejmuje próbę całościowego spojrzenia na funkcjonowanie dzieci alkoholików z podkreśleniem wieloczynnikowej patogenezy nieprawidłowości ich rozwoju. Model ten podkreśla wagę związków zachodzących między wrodzonymi predyspozycjami dziecka do powstania jakiegoś zaburzenia (np. genetyczna podatność na alkoholizm) a stresującymi zdarzeniami występującymi w jego otoczeniu, które mogą te wrodzoną skłonność uaktywnić.

W innych modelach próbuje się wyjaśnić heterogeniczność funkcjonowania dzieci alkoholików, poszukując różnorodnych źródeł ryzyka i zasobów, zwłaszcza po stronie środowiska rodzinnego, które ostatecznie decydują o przebiegu ich rozwoju. Modelem, który uwzględnia rolę, jaką środowisko

rodzinne odgrywa w psychopatologii potomstwa alkoholików, jest ujęcie zaproponowane przez Theorore'a Jacoba i Sheri Johnson (2000). Autorzy proponują, aby źródeł zaburzeń u dzieci alkoholików poszukiwać w specyficznych i niespecyficznych aspektach zachowań rodziców szkodliwie lub w sposób uzależniony pijących. **Aspekty specyficzne** są bezpośrednim wyrazem spożywania przez rodziców alkoholu i jako takie stanowią wybiórczy wskaźnik eksternalizacji problemów, zwłaszcza tych związanych z nadużywaniem substancji psychoaktywnych. **Aspekty niespecyficzne** wynikają z bardziej ogólnych cech środowiska wychowawczego dzieci alkoholików (np. nasilenie stresu życiowego, konflikty wewnątrzrodzinne, przemoc, trudności finansowe, ograniczone możliwości intelektualne rodziców, dyspozycje do pełnienia funkcji rodzicielskich), które mogą zwiększać prawdopodobieństwo niekorzystnego rozwoju.

Podobne założenia o znaczeniu czynników środowiskowych dla funkcjonowania dzieci alkoholików przyjęli Ruth Seilhammer i Theodore Jacob (1990). W ich modelu zróżnicowanie efektów rozwojowych u dzieci alkoholików jest wyrazem dynamicznych związków między bezpośrednim wpływem alkoholizmu rodzica (związanym głównie ze zmianą reakcji behawioralnych, poznawczych i emocjonalnych uzależnionego rodzica na skutek chronicznej intoksykacji alkoholowej) a czynnikami pośrednimi związanymi z zaburzeniami funkcjonowania systemu rodzinnego i niedoborach w sprawowaniu funkcji rodzicielskich (więcej w podrozdz. 4.1.3).

Obok modeli przypisujących największe znaczenie interakcji czynników związanych z podatnością biologiczną i środowiskiem pojawiły się także podejścia, w których największe znaczenie w powstawaniu objawów psychopatologicznych dostrzegano w **interakcji czynników osobowościowych z czynnikami środowiskowymi** potomstwa. Jedną z ważniejszych koncepcji podatności opartej na czynnikach osobowościowych i rodzinnych jest model zaproponowany przez Kennetha Shera (2000). Podstawę tego modelu stanowi założenie, że cechy osobowości stanowią ogniwo pośredniczące między patologią rodziny a ryzykiem alkoholizmu i innych zaburzeń psychicznych. Badania pokazały, że dzieci alkoholików różnią się od dzieci niealkoholików podstawowymi cechami osobowości, a różnice te wyjaśniają podatność dzieci alkoholików na zaburzenia. Wyodrębniono trzy szerokie kategorie cech osobowości, pośredniczących w powstawaniu wielu zaburzeń psychicznych. Są to: (1) negatywna emocjonalność; (2) impulsywność oraz (3) pozytywna uczuciowość. Pierwszy wymiar obejmuje takie cechy osobowości, jak: skłonność do doświadczenia negatywnych stanów emocjonalnych, podwyższona wrażliwość na krytykę oraz tendencja do nasilonego doświadczenia poczucia winy. Chociaż wyniki badań empirycznych nie są jednoznaczne, często podkreśla się, że dzieci alkoholików cechują się podwyższonym po-

ziomem neurotyzmu i depresji (Sher, 1991; Moss, Billings, 1982). Wymiar negatywnej emocjonalności jest powiązany z samooceną dzieci alkoholików, w tym znaczeniu, że zaniżona samoocena może być odzwierciedleniem wysokiego poziomu neurotyzmu i przejściowych stanów depresyjnych. Nie ma jednak w literaturze jednoznacznego potwierdzenia, że wymiar negatywnej emocjonalności jest ściśle związany ze statusem dziecka alkoholika. Druga kategoria czynników osobowościowych jest związana z nadmierną impulsywnością. Podkreśla się, że ten wymiar osobowości jest najsilniej związany z wychowywaniem się w rodzinie alkoholowej i stanowi ważne źródło podatności dzieci alkoholików na zaburzenia, zwłaszcza tych z tendencją do eksternalizacji. Do cech charakterystycznych tego wymiaru zalicza się rozhamowanie, poszukiwanie doznań, agresywność i trudności z kontrolą impulsów. Trzecia kategoria cech osobowości to tzw. pozytywna emocjonalność. Zalicza się tutaj takie wymiary, jak ekstrawersja, pogodne usposobienie, postawy prospołeczne, skłonność do dominacji i wysoki poziom energii. Nie ma jednak zgody wśród badaczy, czy cechy te rzeczywiście odróżniają dzieci alkoholików od niealkoholików (Sher, 1991). Część badaczy podkreśla, że pozytywna emocjonalność może być efektem maskującym, tworzącym tzw. pozorne uspołecznienie, które jest wynikiem rozhamowania, a nie ekstrawersji (Tarter, 1988). Model Shera i związane z jego weryfikacją badania empiryczne pozwoliły na wyodrębnienie **dwóch osobowościowych ścieżek rozwoju podatności** dzieci alkoholików na zaburzenia: ścieżki eksternalizacji związanej z impulsywnością i odhamowaniem oraz ścieżki internalizacji związanej z wysokim poziomem lęku i depresji (por. Achenbach, 1990; Cierpiałkowska, 2010e).

Modelem wyrastającym z głównych założeń psychopatologii rozwojowej jest **transakcyjny model rozwojowy podatność-stres**, uwzględniający znaczenie aktywności własnej dziecka w postaci **zadań rozwojowych** Lidii Cierpiałkowskiej (2005, 2007a). Podstawą tego modelu jest teza, że ostateczny efekt rozwojowy obserwowany u dzieci i młodzieży jest wynikiem wzajemnej interakcji między dystalnymi, podmiotowymi czynnikami jednostki i jej społecznym kontekstem rozwoju w transakcji z poziomem realizacji przeszłych i aktualnych zadań rozwojowych. Wspomniane konteksty pochodzą z czterech źródeł: podmiotowego (czynniki biologiczne i psychiczne), społecznego rodzinnego, społecznego pozarodzinnego, normatywnych i nienormatywnych zdarzeń stresowych. Podstawowe założenia modelu nawiązujące do psychopatologii rozwojowej są następujące: (1) zdrowie lub zaburzenia ujawniające się u potomstwa osób pijących szkodliwie lub w sposób uzależniony są wynikiem interakcji między czynnikami ryzyka a zasobami jednostki; (2) siła działania tych czynników jest odmienna na konkretnych etapach życia dziecka; (3) aktywność własna dziecka w postaci zaangażowania w realizację

zadań rozwojowych jest istotnym czynnikiem modyfikującym siłę czynników ryzyka i zasobów; 4) ścieżki rozwoju zdrowia psychicznego lub zaburzeń na konkretnym etapie życia dziecka są wielorakie, ponieważ są efektem dynamicznych interakcji między wieloma czynnikami, które mogą mieć działanie salutogenetyczne lub patogenetyczne (por. rys. 1.1).

Model ten, podkreślając rozwojowy charakter kształtowania się adaptacyjnych i nieadaptacyjnych form zachowania dzieci rodziców z zaburzeniami spowodowanymi piciem alkoholu, ważną rolę powierza **zadaniom rozwojowym**. Empiryczna weryfikacja tego modelu, uwzględniająca zarówno podmiotowe, jak i środowiskowe czynniki ryzyka powstawania zaburzeń, wskazała na istotne znaczenie cech temperamentu i różnych aspektów relacji dziecko – rodzic mających decydujące znaczenie dla powstania wzorca radzenia sobie, polegającego na internalizacji lub eksternalizacji trudności i problemów życiowych (Grzegorzewska, 2011b; Cierpiałkowska, Ziarko, 2006, 2009).

Analiza tego modelu pozwala odpowiedzieć na dwa podstawowe pytania: co model wnosi do myślenia o dzieciach alkoholików oraz co model wnosi do badań nad dziećmi alkoholików (por. tab. 2.2). Dzięki temu modelowi wiemy, jakie czynniki stanowią ryzyko dla prawidłowego rozwoju i funkcjonowania potomstwa osób nadużywających alkoholu oraz jakie zasoby, po stronie dziecka i jego środowiska, wpływają na ich pozytywne przystosowanie mimo obiektywnie niekorzystnych warunków życiowych.

Tabela 2.2. Znaczenie transakcyjnego modelu podatność-stres dla teorii i praktyki

Co model wnosi do myślenia o dzieciach alkoholików?	Co model wnosi do badań nad dziećmi alkoholików?
- Wyjaśnienie znaczenia wczesnych okresów życia i roli zadań rozwojowych - Rozwikłanie wielokrotnych związków między kontekstami rozwoju a funkcjonowaniem - Zróżnicowanie ścieżek rozwojowych wraz z upływem czasu	- Multipotencjalność - Multifinalność - Czynniki pośredniczące (mediacyjne) - Czynniki moderacyjne - Ciągłość heterotypowa - Wzajemna interakcja ryzyka i zasobów

Źródło: opracowanie własne.

W modelu Cierpiałkowskiej wskazuje się na zróżnicowanie czynników ryzyka działających na dzieci w rodzinach z problemem alkoholowym oraz na ich złożoność, zwłaszcza w kontekście czynników zwiększających podatność na zaburzenia oraz czynników nasilających stres życiowy tych dzieci. Podkreśla się także zróżnicowanie obserwowanych u dzieci efektów rozwojowych, w postaci pozytywnej lub negatywnej adaptacji.

Omawiany transakcyjny model rozwoju uwzględnia także wpływ **zmiennych mediujących** lub **moderujących** na siłę związków między zmiennymi niezależnymi (np. cechy temperamentu dziecka, pełnienie funkcji rodzicielskich przez pijącego ojca, matkę) i zależnymi (np. zdrowie psychiczne dzieci albo eksternalizacja i internalizacja problemów). Mediatorami są najczęściej zmienne pośredniczące (np. stany lub procesy psychiczne lub cechy środowiska pozarodzinnego dziecka), które odpowiadają na pytanie, jak i dlaczego dochodzi do wystąpienia objawów psychopatologicznych. Z punktu widzenia procesu rozwojowego ważne jest bowiem rozpoznanie mechanizmów odpowiadających za interakcje i dynamikę związków między czynnikami ryzyka i ochronnymi. Poszukuje się odpowiedzi na pytanie, dlaczego i jak różne konfiguracje zmiennych konstytuują względnie spójne, acz sztywne wzorce radzenia sobie z trudnościami (np. ekspresja zaburzeń związanych z nadużywaniem substancji psychoaktywnych). Podkreśla się, że szukanie związków między objawami psychopatologicznymi a zmiennymi identyfikowanymi wyłącznie we wczesnym dzieciństwie (np. zaburzenia psychiczne rodziców będące źródłem nasilonego stresu życiowego u dziecka) nie jest wystarczające do wyjaśnienia obserwowanych różnic między osobami w grupach ryzyka wystąpienia zaburzeń psychicznych. Różnorodność i niejednorodność wielu zmiennych działających na dzieci rodziców z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem alkoholu jest wynikiem kombinacji zmiennych ryzyka i zmiennych ochronnych, które decydują o tym, jakie ostatecznie formy przyjmie zachowanie. Mediatory zatem przynajmniej częściowo pozwalają wyjaśnić ścieżki wpływu zmiennej niezależnej – alkoholizm rodzica na zmienną zależną – rozwój dziecka. Pośredniczenie może mieć charakter pełny lub częściowy (Windle, Davies, 2003). Jeśli jest pełne, oznacza to, że zmienna pośrednicząca w sposób całkowity wyjaśnia wpływ cech i właściwości rodzica na rozwój określonych objawów psychopatologicznych u dziecka. Za taką zmienną uważa się współwystępowanie po stronie pijącego ojca antyspołecznych zaburzeń osobowości; po stronie dziecka – agresywności, nadpobudliwości psychoruchowej lub zaburzeń (kontroli) zachowania. Alkoholizm i zaburzenia osobowości u rodzica zwiększają ryzyko powstawania nieadaptacyjnych zachowań u dzieci, a wystąpienie u dziecka nasilonej agresji lub syndromu nadpobudliwości psychoruchowej zwiększa istotnie ryzyko eksternalizacji problemów na późniejszych etapach życia (por. Paterson, Reid, Dishion, 1992; Zucker, Donovan, Masten, Mattson, Moss, 2009).

Zjawisko **częściowego pośredniczenia** pokazuje natomiast, że w przypadku pojawienia się u dzieci alkoholików eksternalizacji problemów istotne znaczenie mają także inne zmienne związane z problemami alkoholowymi w rodzinie (np. problemy finansowe rodziny, nasilenie kłótni wewnątrzrodzinnych czy też słaba jakość sprawowania funkcji rodzicielskich). Model

pełnego i częściowego pośredniczenia może być rozszerzony o liczne zmienne dodatkowe (ingerujące), tworząc wówczas wielozmienny model pośredniczenia w przenoszeniu wpływu zmiennej pierwotnej (np. zaburzenia psychiczne rodziców spowodowane alkoholem) na zmienne zależne (np. objawy psychopatologiczne, trudności w relacjach społecznych czy niepowodzenia w nauce (Chassin, Pillow i in., 1993)). Empirycznie zweryfikowane mediatory w przebiegu rozwoju dzieci alkoholików to zaburzenia zachowania, wrażliwość na etanol, zakłócenia w funkcjonowaniu rodziny, konflikt małżeński, kontrola rodzicielska (Windle, Davies, 2003; Bryant, Windle, West, 1997; Chassin, Pillow i in., 1993; Keller i in., 2005).

Inny wpływ na związki między ryzykiem a zasobami obserwujemy w przypadku niektórych **moderatorów**. Zmienne modyfikujące, zwane inaczej moderatorami, decydują o sile i kierunku zależności między zmiennymi niezależnymi (np. łękliwość, nadwrażliwość dziecka, nadopiekuńcza matka) a formami przystosowania dziecka. Innymi słowy, moderatory osłabiają lub wzmacniają związki między czynnikami ryzyka a obserwowanymi efektami rozwojowymi. Moderatory albo wchodzi w interakcję ze zmiennymi niezależnymi, albo wpływają na siłę ich związku (synergia) ze zmienną zależną. Interakcja odnosi się do związków między zmiennymi indywidualnymi jednostki (np. podatność na zaburzenia, temperament, zdolności intelektualne) a zmiennymi środowiskowymi (np. obecność znaczącej spoza rodziny osoby dorosłej lub zachowanie rytuałów rodzinnych w rodzinach alkoholowych). Wpływy o charakterze interakcyjnym zazwyczaj osłabiają wpływ zmiennej niezależnej (ryzyko) na zmienną zależną (efekty rozwojowe). Na przykład, wsparcie ze strony matki w rodzinach z pijącym ojcem ma wpływ na związek między problemem alkoholizmu a przystosowaniem dziecka. W tym przypadku wyższy poziom wsparcia powodował zmniejszenie negatywnego wpływu alkoholizmu ojca na funkcjonowanie potomstwa (Windle, Davies, 2003). Natomiast z synergią mamy do czynienia wówczas, gdy współwystępowanie wielu czynników ryzyka wywołuje bardziej szkodliwy wpływ niż suma tych czynników rozważanych pojedynczo. Przykładem takiego nasilenia może być współwystępowanie tzw. trudnego temperamentu zarówno u ojców, którzy są alkoholikami, jak i u ich synów. Można bowiem domniemywać, że takie współdziałanie czynników temperamentalnych znacznie wzmocni konflikt w rodzinie i skłonność do zachowań o charakterze przemocowym (Rutter, 1984).

Dzięki uwzględnieniu zmiennych mediujących znajdujemy bardziej zadowalające wyjaśnienia kwestii, **jak** i **dłaczego** dochodzi do wystąpienia objawów psychopatologicznych u dzieci z grup ryzyka, natomiast dzięki zmiennym moderującym dowiadujemy się, **kto** z grupy wysokiego ryzyka i **kiedy**, czyli, w jakich okolicznościach ujawni problemy psychiczne i zachowania.

Dotychczasowe badania związków między alkoholizmem rodziców a efektami rozwojowymi u dzieci nie potwierdziły hipotez na temat moderującej roli czynników psychologicznych i środowiskowych. Prawdopodobnie zmienna alkoholizm rodzica jest zbyt silnie skorelowana z czynnikami ryzyka, tak że kolejne zmienne nie wywołują specyficznej zmiany. Dodatkowo alkoholizm rodzica jest tak silnym predyktorem zaburzeń u dzieci, że obecność lub brak dodatkowych zmiennych nie zmienia relacji między psychopatologią rodzica a wynikami rozwojowymi obserwowanymi u dzieci. Empirycznie zweryfikowane dotychczas moderatory w przebiegu rozwoju dzieci alkoholików to płeć pijącego rodzica, płeć dziecka, wsparcie od niepijącego rodzica, trudny temperament u ojców i synów (Chen, Weitzman, 2005; Christensen, Bilenberg, 2000; Windle, Davies, 2003).

Transakcyjny model rozwoju dzieci z rodzin z problemem alkoholowym Cierpiałkowskiej wskazuje także na znaczenie analizy ścieżek ich rozwoju. Wykorzystuje się ją do wyjaśnienia różnicowania pomiędzy osobami manifestującymi podobne objawy psychopatologiczne spowodowane innymi warunkami początkowymi (multipotencjalność) oraz między osobami o podobnych warunkach początkowych, ale innych końcowych efektach rozwoju (multifinalność). Termin ścieżka rozwojowa odnosi się do sposobu, w jaki jednostka osiąga przystosowany lub nieadaptacyjny wzorzec funkcjonowania. W praktyce oznacza to analizę zmian rozwojowych dokonujących się w czasie w cyklu życia jednostki; uwzględnia działanie czynników ryzyka i czynników ochronnych oraz mechanizmów, zarówno wewnętrznych jednostki, jak i tych działających w jej środowisku. Szczególnie analizuje się, w jaki sposób wyposażenie biologiczne dziecka, jego kompetencje i sposób realizacji zadań rozwojowych oraz charakter i specyfika jego otoczenia społecznego modyfikuje pojawienie się zaburzeń albo prowadzi do pojawienia się nowych objawów lub trudności. Dla kształtu ścieżek rozwojowych istotne znaczenie ma również rozpoznanie specyfiki działających stresorów, ich dynamiki przebiegu i interakcji, kontekstu, w którym działają oraz czasu ich wystąpienia (zarówno długości działania czynnika ryzyka, jak i umiejscowienia w cyklu rozwoju, tzw. *development point*). Dobrą ilustrację tego zagadnienia stanowi analiza ścieżek rozwojowych dzieci matek alkoholiczek. Same tylko biologiczne czynniki ryzyka (genetyczne i teratogenne) działające na dziecko w okresie płodowym nie mogą stanowić pełnego wyjaśnienia przyczyn upośledzonego funkcjonowania dzieci, których matki w czasie ciąży piły duże ilości alkoholu. Należy również uwzględnić złożony układ pozostałych czynników ryzyka działających w okresie płodowym (np. brak opieki lekarskiej w czasie ciąży lub zła dieta), okołoporodowym (np. urazy okołoporodowe czy niedotlenienie), noworodkowym (niski status socjoekonomiczny rodziny, brak prawidłowej opieki rodzicielskiej).

skiej) oraz w późniejszych fazach rozwojowych (Streissguth i wsp., 1990). Jednocześnie trzeba pamiętać, że ścieżki rozwojowe początkowo podobne ze względu na wczesny kontekst ryzyka (np. narażenie na intoksykację alkoholową w okresie prenatalnym) wraz z upływem czasu stają się coraz bardziej zróżnicowane i niejednorodne. Tak więc, u niemowląt matek alkoholiczek wpływ biologicznych źródeł ryzyka wraz z rozwojem ulega osłabieniu (Windle, Tubman, 1999), a tym samym wiele z nich, początkowo funkcjonujących nieprawidłowo, zyskuje umiejętność radzenia sobie z wymaganiami rozwojowymi, gdy tymczasem inne, początkowo wykazujące przystosowawcze wzorce funkcjonowania nie radzą sobie z oczekiwaniami społecznymi i stresem życiowym, manifestując w okresach późniejszych różnorodne objawy psychopatologiczne (Windle, Davies, 2003).

Jak podkreślają zwolennicy psychopatologii rozwojowej, należy odróżnić **czynniki inicjujące** przebieg rozwoju od **czynników utrzymujących** lub **zmieniających** jego kierunek. Dodatkowo o indywidualnym przebiegu rozwoju jednostki decyduje również specyfika wpływów społecznych i kulturowych (np. wartości, przekonania, normy), a zwłaszcza integracja przeszłych doświadczeń, jak i aktualnych wpływów (Coll, Akerman, Cicchetti, 2000). Szczególną rolę w tym procesie odgrywa sama jednostka, bowiem jej doświadczenia nie zależą tylko od wpływów zewnętrznych, środowiskowych, ale w dużej mierze są aktywnie kreowane przez nią samą w powiązaniu ze zmieniającym się światem (Cummings, Davies, Campbell, 2000). Inaczej mówiąc, na ostateczny kształt indywidualnych ścieżek rozwojowych mają wpływ nieustanne interakcje pomiędzy aktywnością jednostki, jej zmieniającymi się w trakcie rozwoju indywidualnymi właściwościami, dotychczasową historią adaptacji i radzenia sobie ze stresem życiowym oraz stale dynamicznym, społeczno-kulturowym kontekstem rozwoju (Cicchetti, 2003).

Co więcej, wcześnie ukształtowane ścieżki rozwojowe są bardziej trwałe. Zgodnie bowiem z tzw. **zasadą kanalizacji** im dłużej jednostka rozwija się w określonym kierunku (np. kroczy po adaptacyjnych lub nieadaptacyjnych ścieżkach rozwojowych), tym mniej prawdopodobna jest zmiana kierunku rozwoju (Windle, Davies, 2003). Inaczej mówiąc, wczesny rozwój nieprzystosowania skłania jednostkę do coraz bardziej wyraźnych i coraz bardziej trwałych patologicznych wzorców zachowania, które obejmują coraz więcej obszarów funkcjonowania. Na przykład, dzieci z zaburzonymi wzorcami przywiązania i z negatywnym afektem w okresie dzieciństwa, częściej doświadczają trudności w nauce i problemów społecznych w okresie szkolnym, a w adolescencji prezentują już szeroki wachlarz zaburzeń, takich jak: zaburzenia zachowania, konflikty z prawem, nadużywanie substancji psychoaktywnych itp. (Zucker i in., 1995).

Jak już wspomniano, badania empiryczne odwołujące się do założeń transakcyjnego modelu rozwoju dzieci rodziców z problemem alkoholowym koncentrują się na sprawdzaniu, czy ryzyko wystąpienia zaburzeń u tych dzieci charakteryzuje się **ciągłością homotypową**, czyli podobną symptomatologią zaburzeń u osoby w cyklu życia czy **heterotypową**, czyli zmiennością przejawów i ich nasilenia w ciągu całego życia, nawet jeśli rodzaj zaburzenia i jego znaczenie pozostają względnie niezmiennie. Na przykład, u dzieci alkoholików w linii męskiej eksternalizacja problemów może ujawniać się inaczej w różnych okresach rozwojowych: wczesne dzieciństwo – nadpobudliwość, impulsywność; wiek przedszkolny – zachowania opozycyjne; wiek szkolny – wczesne zaburzenia zachowania; dorastanie – nadużywanie substancji psychoaktywnych oraz antyspołeczne zaburzenie osobowości; dorosłość – alkoholizm i zachowania przestępcze (por. Patterson i in., 1992; Loukas i in., 2001).

Ważną kwestią poruszaną w analizach teoretycznych i badaniach empirycznych dotyczących dzieci z rodzin z problemem alkoholowym są zagadnienia związane z interakcją czynników ryzyka i zasobów w cyklu życia dziecka. Problematyka uwzględnia trzy główne obszary:

- (1) ciągłość i zmiana jako funkcja dynamicznej interakcji między aktywnymi/reaktywnymi predyspozycjami indywidualnymi a aktywnym/reaktywnym kontekstem środowiskowym;
- (2) zmiana siły i znaczenia ich oddziaływania w zależności od wieku (por. tab. 2.3);
- (3) dynamika zaburzeń ujawniająca się w różnych ścieżkach rozwojowych potomstwa rodziców z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu.

Tabela. 2.3. Dynamika ryzyka i zasobów dzieci alkoholików w cyklu życia

Etapy cyklu życia	Ryzyko  Zasoby
Wczesne dzieciństwo	Dominacja aspektów biologicznych Przywiązanie
Okres przedszkolny	Dominacja czynników środowiskowych Wczesne skrypty motywacyjne i instruktażowe dotyczące alkoholu
Okres szkolny	Dominacja czynników szkolnych i aktywność własna w środowisku Rozwój oczekiwań dotyczących działania alkoholu i klimat panujący w rodzinie
Adolescencja	Dominująca rola temperamentu i osobowości Jakość sprawowania funkcji rodzicielskich: dyscyplina i wsparcie Psychopatologia rodzica

Źródło: opracowanie własne.

Analiza działania różnych czynników w różnych fazach rozwoju dzieci (szerzej w rozdz. 5) wskazuje, że w okresie niemowlęstwa i wczesnego dzieciństwa występuje dominacja biologicznych czynników ryzyka i ochronnych w różnych konfiguracjach, związanych albo z podatnością genetyczną i wrodzonym ryzykiem bezpośrednio spowodowanym alkoholizmem rodzica (np. koncepcja Cloningera, 1987), albo teratogennym wpływem alkoholu na niemowlęta (np. koncepcja Streissguth, 1986), albo z odpornością wynikającą z braku obciążeń genetycznych (np. nierównoważony lub zrównoważony typ temperamentu). Podkreśla się także pośredniczące wpływy czynników genetycznych – addytywnych lub zwielokrotniających podatność biologiczną (np. wybiórczy dobór partnerów, współistniejące z alkoholizmem zaburzenia psychiczne) oraz role pozabezpiecznych wzorców przywiązania ukształtowanych na bazie wczesnych doświadczeń dziecka ze znaczącą osobą dorosłą, zazwyczaj matką. Jeśli pije matka, dominującą rolę w tworzeniu ryzyka odgrywa jej negatywny afekt, brak synchronii i niechęć matki do dziecka oraz niepewne wzorce przywiązania (O'Connor i wsp., 1993). Jeśli pije ojciec, wpływa to negatywnie na samopoczucie matki (np. depresja) oraz obniża satysfakcję z małżeństwa, co w konsekwencji prowadzi do mniejszej dostępności emocjonalnej matki, zakłóceń w jej relacji z dzieckiem oraz braku bezpieczeństwa (Eiden, Leonard, 1996). Ochronną rolę w tym okresie może natomiast pełnić niepijący rodzic lub inne znaczące osoby w życiu dziecka, które otaczając go miłością i opieką, budują poczucie więzi i zaufania. W okresie przedszkolnym zaczyna się proces socjalizacji oparty głównie na modelowaniu zachowań rodziców i uczeniu się społecznym. W rodzinach z problemem alkoholowym dziecko zdobywa wiedzę na temat zróżnicowania napojów alkoholowych i ich skuteczności w radzeniu sobie ze stresem, zwłaszcza jeśli piją obydwie rodzice lub pijący rodzic obdarzany jest autorytetem. Stanowi to podstawę do rozwijania wczesnych skryptów instruktażowych dotyczących używania alkoholu (Zucker, Kincaid, Fitzgerald, Bingham, 1995). W tym okresie wiedza i edukacja dziecka na temat zdrowych, konstruktywnych sposobów wyrażania negatywnych emocji i radzenia sobie ze stresem może pełnić funkcję ochronną. W okresie szkolnym wraz z rozwojem myślenia i innych funkcji poznawczych dziecka następuje rozwój pozytywnych lub negatywnych oczekiwań dotyczących działania alkoholu. Alkoholizm rodzica pojawiający się na progu życia dziecka staje się wyraźną przeszkodą w realizacji zadań rozwojowych i utrzymaniu zdrowia (Grzegorzewska, 2011a, 2011b). Dzieci w wieku szkolnym, u których dominują czynniki ryzyka, często charakteryzują swoje życie rodzinne jako samotne, straszne i bez jakiegokolwiek struktury (Hussong i in., 2008), co znacząco wpływa na przebieg ich rozwoju i ujawnianie się psychopatologii. W tym okresie coraz większą rolę odgrywa też środowisko rówieśnicze i szkolne związane z poziomem edukacji i klimatem

panującym w klasie. Od ich jakości w dużej mierze zależy kształt i przebieg ścieżek rozwojowych dzieci alkoholików. Na przykład, dobre wyniki w nauce, znaczące osiągnięcia szkolne, ciepły i akceptujący wychowawca, wspierający nauczyciele czy też dobre samopoczucie dziecka w grupie klasowej mogą decydować o prawidłowym rozwoju i zmniejszeniu negatywnych konsekwencji wynikających z picia rodzica. Adolescenci, bardziej niż dzieci i dorośli są narażeni na negatywne wpływy wywołane problemem alkoholowym rodzica z powodu większej skłonności do impulsywności i zachowań ryzykownych. Dodatkowo, uzależnieni rodzice i ich partnerzy mogą mieć kłopot w utrzymaniu dyscypliny i zachowaniu kontroli nad zachowaniem nastolatka, a niska jakość sprawowania funkcji rodzicielskich jest głównym powodem zachowań aspołecznych w okresie adolescencji (Patterson, i in., 1992; Cierpiałkowska, Ziarko, 2006). Jednocześnie wzrastająca w tym okresie refleksyjność młodych ludzi oraz ich dążenie do autonomii mogą zwiększać dystans nastolatka do problemów związanych z piciem rodzica, a tym samym przyczyniać się do obniżenia siły negatywnych wpływów alkoholizmu w rodzinie. Bardzo często w tej fazie rozwojowej młodzi ludzie podejmują decyzje o tym, żeby prowadzić swoje życie w sposób zdrowy i wolny od nałogów. Koncentracja na teraźniejszości i przyszłości, budowanie konstruktywnych celów i dążenie do ich realizacji, rozwijanie zainteresowań i pasji, troska o satysfakcjonujące relacje rówieśnicze i intymne stanowią często bardzo mocne zasoby młodego człowieka. Zasoby, które chronią go przed destrukcyjnym wpływem rodzicielskiego picia.

2.2.2. Przywiązanie i mentalizacja a trajektorie rozwoju

Próby wyjaśnienia mechanizmów funkcjonowania dzieci rodziców, zwłaszcza matki z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem alkoholu są podejmowane niezmiennie rzadko. Po pierwsze, dlatego że kobiety nieczęsto zgłaszają się na leczenie odwykowe, po drugie, jeszcze rzadziej uczestniczą w badaniach naukowych, zwłaszcza gdy ich celem jest poznanie efektów i przebiegu rozwoju ich dzieci. Jedną z najbardziej współczesnych i przydatnych koncepcji wyjaśniających źródła problemów i zaburzeń psychicznych związanych z deficytami w zakresie zdolności do regulacji emocjonalnej jest koncepcja przywiązania Johna Bowlby'ego i mentalizacji Petera Fonagy'ego.

John Bowlby (1969 [1988]) sformułował **teorię więzi** na podstawie obserwacji poczynionych na niemowlętach i małych dzieciach, które wykazywały problemy i zaburzenia emocjonalne po oddzieleniu od matki. Bowlby przyjął założenie, że każdy człowiek ma uwarunkowaną genetycznie skłonność do tworzenia silnych więzi emocjonalnych z innymi ludźmi, z których pierwszą

i najbardziej znaczącą jest relacja matka – dziecko. Definiując istotę przywiązania, wskazywał, że oznacza ono celowe poszukiwanie i chęć bycia blisko z osobą, która udzieli opieki i emocjonalnego wsparcia. Gdy doświadczenia związane z realną relacją dziecka z matką zostaną zinternalizowane (uewnętrznione), wówczas powstają intrapsychiczne reprezentacje przywiązania, które w sytuacji aktywowania ujawniają się w postaci charakterystycznego poznawczo-emocjonalno-behawioralnego wzorca. Dziecko wiąże się z opiekunem, który jest najbardziej dostępny i responsywny na jego potrzeby emocjonalne, a gdy doświadcza obecności takiej osoby, czuje się bezpiecznie, jest ciekawe i swobodne, wtedy może poznawać i eksplorować siebie i otoczenie (Bowlby, 1988; Ainsworth i in., 1978; Wallin, 2011).

Zgodnie z koncepcją Bowlby'ego (1988) operacyjne modele przywiązania ukształtowane w dzieciństwie wykazują silną stabilność w czasie, służą regulacji, interpretacji i przewidywania zarówno emocji, jak i zachowań własnych i innych osób. Na **wewnętrzny model przywiązania** składają się trzy reprezentacje umysłowe: model osoby, do której dziecko jest przywiązane (model obiektu przywiązania), model samego siebie (model *self*) oraz model relacji między *self* i obiektem. W zależności od zachowania figury przywiązania (czyli głównego opiekuna) w kontaktach z dzieckiem tworzą się wewnętrzne modele operacyjne oparte na pozytywnych lub negatywnych reprezentacjach *self* z obiektem. Jeśli opiekun jest dostępny, wrażliwy na potrzeby dziecka, model ten przyjmuje postać **bezpiecznego przywiązania**. W takim przypadku dziecko będzie zdolne do rozwoju, do eksploracji otoczenia, do autonomii i elastyczności oraz do nawiązywania satysfakcjonujących relacji z innymi ludźmi. Zaufanie do opiekuna jako źródło komfortu i opieki stanowi korzystną bazę do radzenia sobie z kolejnymi zadaniami rozwojowymi (Sroufe, 2005; Thompson, 2008). Jeśli relacja przywiązania jest nasycona negatywnymi emocjami w związku z brakiem, zaniedbaniem czy agresją matki (opiekuna), wewnętrzny model przyjmuje postać **przywiązania pozabezpiecznego**, które powoduje poczucie zagrożenia i lęku, skoncentrowanie albo na unikaniu, albo przywieraniu do różnych dostępnych „opiekunów”. Wewnętrzne modele przywiązania stabilizują się około czwartego roku życia (Bretherton, Munholland, 1999). Badacze wskazują, że wzorce przywiązania działają również w późniejszych latach życia, od niemowlęstwa aż do okresu dorosłości, z zaznaczeniem, że wewnętrzne reprezentacje mogą ulegać zmianie (pozytywnej lub negatywnej) pod wpływem realnych doświadczeń życiowych (Waters, Merrick i in., 2000).

W okresie adolescencji przywiązanie może ulegać różnym transformacjom, ponieważ młodzi ludzie dokonują ogromnych zmian, w celu stania się mniej zależnymi od wcześniejszych figur przywiązania. Stopniowo rozwijają też zdolność do nawiązywania potencjalnych relacji romantycznych i opieko-

wania się w przyszłości swoimi dziećmi. Dodatkowo, w tym czasie dochodzi do dalszych etapów różnicowania siebie od innych (nie tylko w realnych relacjach, ale także w obrębie reprezentacji *self* w relacji z obiektem), co pozwala dorastającym na bardziej refleksyjne spojrzenie na siebie, innych ludzi i relacje z nimi (Fewell, 2011). Jednocześnie, o ile rozwojowym celem nastolatka jest zmniejszenie zależności od rodziców, to tylko względnie trwała i stabilna więź z nimi stanowi najważniejszą podstawę do wprowadzania pożądanych zmian w kierunku niezależności.

Wewnętrzne modele operacyjne przywiązania w wysokim stopniu wpływają na przebieg i efekty relacji z innymi ludźmi, zwłaszcza relacji partnerskich w dorosłości. Bezpieczny styl przywiązania najczęściej wpływa na występowanie zrównoważonej zależności i niezależności w związku partnerskim, pozabezpieczny – na tendencje do zbyt nasilonej zależności (osoby, które „kochają za bardzo”) albo zbyt silnej niezależności (sztywne granice i brak bliskości w związku). Istnieje pewna stałość wzorców przywiązania w ciągu życia jednostki, która została poparta kilkoma badaniami, wskazującymi na stosunkowo wysoką stabilność zarówno bezpiecznych, jak i pozabezpiecznych wzorców przywiązania od niemowlęstwa do wczesnej dorosłości (Waters i in., 2000; Weinfeld, Sroufe, Egeland, 2000).

Przez pierwsze lata życia u większości dzieci kształtuje się charakterystyczny styl przywiązania, a razem z nim pojawia się dyspozycja do korzystania z określonych strategii radzenia sobie ze stresem i zagrożeniami ze strony środowiska (por. tab. 2.4). Wyróżniamy cztery główne wzorce przywiązania: bezpieczny, pozabezpieczny – unikający, pozabezpieczny ambiwalentny i pozabezpieczny zdeorganizowany. Dzieci z **bezpiecznym wzorcem przywiązania** uczą się, że w sytuacji stresu jest pewne, że opiekun zareaguje na ich potrzeby tak szybko, jak to możliwe. Wiedza o dostępności pomocy ze strony rodzica pozwala dzieciom swobodnie doświadczać i poznawać rzeczywistość. Dzięki temu są one opisywane jako pogodne, radosne, odważne, ciekawe świata i siebie. W okresie przedszkolnym łatwo nawiązują kontakty z innymi dziećmi, dobrze współpracują w grupie, dobrze radzą sobie w różnych sytuacjach i łatwo powracają do równowagi w sytuacji stresu. Również w okresach późniejszych dzieci z bezpiecznym wzorcem przywiązania charakteryzują się wysoką tolerancją frustracji, prawidłową regulacją emocji, dużą odpornością na stres, wysokim poziomem zaangażowania i współpracy, zadowoleniem z relacji intymnych. Z kolei dzieci ze **stylem pozabezpiecznym unikającym** spostrzegają rodziców i innych jako mało pewnych w sytuacji trudności i dzięki temu uczą się, że w takich sytuacjach lepiej liczyć tylko na siebie. Rodzice tych dzieci są mniej wrażliwi emocjonalnie na ich potrzeby, mniej wspierający i pomocni dziecku, a w wielu wypadkach opisywani są jako osoby chłodne, wycofane i kontrolujące (Hesse,

Main, 2000). Dzieci o unikającym wzorcu przywiązania spostrzegane są jako odizolowane emocjonalnie od innych, często wrogo nastawione do otoczenia lub zachowujące się antyspołecznie oraz jako nadmiernie poszukujące uwagi. Zachowują one dystans w stosunku do rodzica i ignorują inicjowanie przez niego kontaktu. Nie podejmują osobistych tematów w rozmowach. W okresie adolescencji charakteryzują się niską samooceną, trudnościami w relacjach z innymi, silną kontrolą emocji negatywnych i fałszywą ekspresją emocji pozytywnych. Powoduje to duże trudności w rozpoznawaniu własnych stanów emocjonalnych i zafałszowuje obraz ich emocjonalności (Crittenden, 1997). U osób z unikającym wzorcem przywiązania stwierdzono tendencję do agresji i wyższy poziom zaburzeń zachowania. Dzieci, które mają ukształtowany **ambiwalentny wzorzec przywiązania**, posiadają rodziców, którzy reagują na potrzeby niemowlęcia z lękiem, a nie czułością (Hesse, Main, 2000). W konsekwencji dzieci nie potrafią poradzić sobie z emocjami ani uspokoić się i mogą być przytłoczone doświadczanym stresem. Są zajęte poszukiwaniem sygnałów, które mogą je ukoić i przynieść pomoc, co koliduje z poczuciem zaufania do otoczenia. Dzieci wykazujące **ambiwalentne wzorce przywiązania** wyróżniają się silnym napięciem, impulsywnością, poszukiwaniem uwagi i brakiem zdolności do radzenia sobie w sytuacjach trudnych (frustracja, bezradność). Ich problemem jest brak odpowiedzialności za regulację swoich stanów emocjonalnych. Dzieci te mają kłopot z oceną sytuacji stresowej i często wyolbrzymiają zagrożenia. Nie mają pewności co do swoich umiejętności poradzenia sobie ze stresem i w związku z tym wykazują skłonność do manipulowania otoczeniem (Crittenden, 1997; Wallin, 2011). Często prezentują skrajnie silne emocje, zazwyczaj ambiwalentne (np. jednocześnie sympatię i niechęć) albo negatywne: lęk i złość. Ekspresja ich emocji jest nieadekwatna do sytuacji, ponieważ nie doświadczyły ukojenia. Często mogą czuć się przytłoczone stresem i nieustannie poszukiwać wskazówek, które mogą pomóc im w przyszłości.

Wymienione wyżej style przywiązania mają charakter w miarę spójny i zorganizowany, który pozwala im w lepszy lub gorszy sposób poradzić sobie ze stresem. Dzieci ze stylem zdezorganizowanym nie mają takiego wzorca. **Przywiązanie zdezorganizowane** powstaje prawdopodobnie na skutek doświadczeń krzywdzenia i przemocy, a ich źródeł dopatruje się w traumie wczesnodziecięcej. Na poziomie behawioralnym dominuje silna kontrola, trudności z opanowaniem emocji, obronne, nieadekwatne do sytuacji reakcje. Świat spostrzegany jest jako zagrażający, a w sferze emocjonalnej występują bezradność, lęk i wysoka labilność. Dzieci te pokazują strach, ale nie są w stanie szukać pomocy w poradzeniu sobie z nim. Są szczególnie wrażliwe na stan emocjonalny rodziców, a gdy stają się starsze, często nie radzą sobie z własnymi problemami.

Tabela 2.4. Charakterystyka stylów przywiązania w kontekście mentalizacji

Styl przywiązania	Alternatywne określenia	Reprezentacja siebie	Reprezentacja innych	Zachowanie dziecka
bezpieczny	zrównoważony stabilny autonomiczny	niezależny współzależny pewny siebie	dostępni czuli wrażliwi	dobrze przystosowany elastyczny
pozabezpieczny ambiwalentny	wytrzymały zaabsorbowany uwikłany kompulsywny zależny	mało zdolny zależny wątpiący w siebie	odrzucający nieдоступni bardziej zdolni	ciągle czegoś potrzebujący dużo złości lepkość
pozabezpieczny unikający	oderwany obronny lękowy ograniczony	niezależny samodzielny	niepewni niegodni zaufania nieinteligentni	wrogość dystans kontrola zachowania antyspołeczne
pozabezpieczny zdezorganizowany	zdezorientowany niezdecydowany	słabo określony	zmieszani niepewni niezdecydowani	zdezorganizowanie labilność sprzeczność irracjonalność

Źródło: opracowano na podstawie Rich (2006), Fonagy, Target (1997), Fewell (2011), Wolin, 2011.

Wyniki analiz dotyczących wpływu przywiązania na dalszy rozwój i przystosowanie jednostki wskazują, że typ przywiązania jest powiązany z występowaniem u dzieci objawów psychopatologicznych. I tak, dzieci wykazujące niepewny lub zdezorganizowany typ relacji z matką częściej przejawiają zaburzenia w zakresie regulacji emocji oraz są bardziej narażone na występowanie eksternalizacji i internalizacji problemów (Van Ijzendoorn, Sagi, 1999; Cicchetti, 1995; Sroufe, 1983; Stams, Juffer, van Ijzendoorn, 2002). Przywiązanie nie tylko w bezpośredni sposób oddziałuje na rozwój, ale może również stanowić czynnik utrudniający lub podtrzymujący pozytywną adaptację w sytuacji podwyższonego ryzyka. Dotychczasowe badania pokazały moderujący wpływ przywiązania na związki między ryzykiem a rozwojem dziecka (np. Beeghly, Cicchetti, 1994; DeKleyen, Greenberg, 2008; Cierpiąłkowska, Ziarko, 2006), a zwłaszcza rolę bezpiecznego przywiązania w kontekście ochrony przed negatywnymi

skutkami stresu (np. Ahnert i wsp., 2004; Gilissen i wsp., 2008). Związki te wymagają jednak bardziej szczegółowych analiz, szczególnie w kontekście zróżnicowanych ścieżek rozwojowych dzieci rodziców cierpiących na zaburzenia psychiczne.

Chociaż większość analiz skupia się na związkach między relacją z matką a zachowaniem dziecka w pierwszych latach życia, przywiązanie odgrywa znaczącą rolę również w następnych okresach (Kerns, 2008; Alink i in., 2009). Wraz z postępującym rozwojem, na podstawie relacji z opiekunem, wzorce przywiązania ulegają internalizacji i jako poznawczo-afektywne, nieświadome konstrukty decydują o sposobie atrybucji siebie, rodziców i świata zewnętrznego. Jakość wczesnej opieki wpływa więc na to, w jaki sposób w wieku późniejszym dziecko spostrzega swoją osobę, swoich bliskich, w jaki sposób interpretuje doświadczenia życiowe oraz jakie stosuje strategie radzenia sobie ze stresem. Przywiązanie w okresie późnego dzieciństwa odzwierciedla na przykład, jak przebiega komunikacja między dzieckiem a rodzicami, czy rodzic jest fizycznie i emocjonalnie dostępny oraz czy udziela konstruktywnego wsparcia w sytuacjach trudnych (Kerns i in., 2000). Podobnie jak w pierwszych latach życia, w okresie późnego dzieciństwa bezpieczne wzorce przywiązania decydują o umiejętnościach regulacji emocji, bardziej skutecznych sposobach radzenia sobie oraz o umiejętności utrzymania pozytywnego nastroju (Gilissen i wsp., 2008; Kerns i wsp., 2007). Istnieją pewne dowody empiryczne świadczące o tym, że również w okresie adolescencji istnieje związek między przywiązaniem a zdrowiem psychicznym, umiejętnościami radzenia sobie czy dobrym samopoczuciem (Raja i in., 1992; Greenberg i in., 1983; Grzegorzewska, 2013c). Badań tych jednak jest stosunkowo niewiele i dają one dość niejednoznaczne wyniki. Już sama kwestia związku między bezpiecznym vs. pozabezpiecznym wzorcem przywiązania a jakością relacji dorastających z rodzicami wzbudza sporo kontrowersji. Z jednej strony psychologowie sugerują, że w okresie adolescencji kształtowanie się autonomii i własnej tożsamości jest ściśle związane z rozluźnianiem więzi z rodzicami, a nawiązywaniem coraz bardziej ścisłych relacji z rówieśnikami. Kiedy proces odchodzenia od rodziców zaczyna się dość wcześnie, słabnie poczucie własnej samodzielności u dorastających, a tym samym wzrasta podatność na wpływy rówieśnicze, zwłaszcza te o charakterze antyspołecznym (Steinberg, Silverberg, 1986). W alternatywnym spojrzeniu na kwestie przywiązania w okresie adolescencji podkreśla się, że wpływy rodzinne i wpływy rówieśnicze to jakby dwa odrębne „światy społeczne”, które są od siebie niezależne. W tym znaczeniu ważność relacji z rodzicami lub relacji z rówieśnikami jest zależna od tego, która grupa stanowi ważniejsze (w sensie bardziej znaczące) odniesienie do

samooceny dorastających. Zgodnie z tym poglądem w sytuacji ekspozycji na długotrwałe ryzyko lub silny stres słabe więzi z rodzicami mogą być rekompensowane silnym przywiązaniem do rówieśników. Takie myślenie jest zgodne z wynikami badań dotyczących wpływu wsparcia społecznego na zdrowie psychiczne adolescentów (Boyce, 1985). Badania związków między przywiązaniem a przebiegiem rozwoju dorastających wskazują na silną predyktywność więzi z rodzicami w zakresie kształtowania pozytywnej/negatywnej adaptacji (Greenberg i in., 1983; Grzegorzewska, Farnicka, 2016). Wskazują również na ochronną rolę bezpiecznego przywiązania, gdyż nieadekwatność opieki ma wpływ na ujawnienie się w adolescencji np. genetycznie uwarunkowanych zaburzeń zdrowia psychicznego (Tienari i wsp., 1994).

Pozabezpieczne style przywiązania wpływają na pojawienie i utrzymywanie się pewnych stanów intrapsychicznych i mechanizmów przystosowania jednostki: (1) **gotowości do reagowania negatywnymi emocjami** – lękiem, gniewem i brakiem zaufania do siebie i innych ludzi; (2) **deficytów w zakresie regulacji emocji**, które powodują zahamowanie rozwoju zdolności do mentalizowania, co prowadzi do znacznej impulsywności lub kompletnego nierozpoznawania emocji (ujawniają się często w postaci zaburzeń somatycznych); (3) ukształtowania się **wadliwej motywacji do utrzymywania relacji społecznych**, nasilonej rywalizacji bądź podporządkowania i uległości jednostki (Greenberg, 1999). W literaturze wskazuje się, że pozabezpieczne wzorce przywiązania same w sobie nie są wskaźnikiem zaburzeń, ale stanowią istotny element zwiększający ryzyko psychopatologii w kontekście deficytów zdolności do mentalizacji, w konsekwencji regulacji emocjonalnej i kontroli impulsów agresywnych i seksualnych (Greenberg, 1999; Kobak i wsp., 2006; Sroufe, 2005; Cierpiałkowska, Gór-ska, 2016).

Koncepcja mentalizacji Petera Fonagy'ego (1997) opracowana początkowo w celu wyjaśnienia mechanizmu powstania zaburzenia osobowości *borderline* odwołuje się do założeń teorii przywiązania. Analizując zachowania społeczne człowieka, Fonagy (1997) zauważył, że ich podstawę stanowi zdolność jednostki do **rozpoznawania i rozumienia umysłu** (np. emocji, nastawień, przekonań, oczekiwań) innych osób oraz własnych stanów psychicznych. Zdolność ta została nazwana **mentalizacją** i opisywana jest jako wyobrażeniowa aktywność umysłowa umożliwiająca spostrzeżenie, uświadomienie sobie i interpretowanie ludzkiego zachowania w kategoriach intencjonalnych stanów umysłu, takich jak potrzeby, pragnienia, uczucia, wierzenia, przekonania, cele, zamiary, przyczyny, powody itp. (Weinberg, 2006; Allen, Fonagy, Bateman, 2008). Mentalizacja traktowana jest jako metapoznanie, czyli zdolność do wyobrażenia sobie stanów umy-

słowych swoich i innych. Operacjonalizowana jest natomiast jako refleksyjne działanie powstałe w wyniku transformacji systemu przywiązania na wyższy poziom. W takim kontekście mentalizacja ujawnia się w kontekście relacji niemowlę – dorosły (szerzej Górska, Cierpiałkowska, 2016).

Blok rozszerzający 2.3

Konsekwencje deficytów zdolności do mentalizacji

Brak empatycznej reakcji ze strony opiekuna i ukształtowanie się pozabezpiecznych reprezentacji przywiązania przyczynia się do powstawania wyraźnych zaburzeń w zakresie zdolności do mentalizacji, które w dorosłym życiu przejawiają się jako: 1) nieumiejętność rozpoznawania i poddawania refleksji własnych oraz cudzych stanów mentalnych, 2) brak zdolności do samoregulacji oraz tolerowania dyskomfortu powodowanego testowaniem wewnętrznej i zewnętrznej rzeczywistości z różnych perspektyw oraz 3) utrata możliwości doświadczania prawdziwych, intersubiektywnych relacji (Fonagy i in., 1991; Allen, Fonagy, Bateman, 2014).

Kształtowanie się i rozwój zdolności mentalizowania są ściśle związane z jakością relacji przywiązania we wczesnym dzieciństwie, a w szczególności z bezpiecznym stylem przywiązania. Najważniejszą rolę w tym procesie odgrywa sposób odzwierciedlania przez opiekunów subiektywnych doświadczeń dziecka, który jest niezbędny do rozwoju tzw. intersubiektywności (*intersubjectivity*). Oznacza to, że dzieci stają się niezależnymi istotami tylko wtedy, gdy zostaną przez opiekunów uznane za takowe – posiadające własny umysł i uczucia oraz wolną wolę. Tak więc wrażliwy opiekun traktuje niemowlę jako niezależną osobę na długo przed tym, jak zacznie ono posiadać jakąkolwiek koncepcję umysłu, zarówno dotyczącą siebie, jak i innych (Allen, Fonagy, Bateman, 2014).

Konstrukt Fonagy'ego to **model społecznego biofeedbacku**, konsolidujący teorię przywiązania i teorię umysłu. W tej koncepcji emocjonalne odzwierciedlenie stanowi główny mechanizm, dzięki któremu u dziecka rozwija się regulacja afektu. Rola rodziców ujawnia się już w momencie urodzenia (Beebe, Lachmann, Jaffe, 1997). Odpowiedź opiekunów na emocje dziecka pozwala mu na pierwotną „refleksję” dotyczącą własnych stanów emocjonalnych. Jest to początek procesu odpowiedzialnego za regulację emocji i samokontrolę. W mentalizacji ogromną rolę odgrywają zatem rodzice. Kiedy matka jest zdolna reflektować obydwa (własne i dziecka) stany umysłowe i właściwie na nie odpowiedzieć, to kształtuje się u dziecka wewnętrzna reprezentacja siebie. W ten sposób niemowlę poprzez proces odzwierciedlania uczy się rozpoznawania i nazywania emocji oraz radzenia sobie z nimi

w różnych sytuacjach życiowych. Odpowiedź opiekuna musi odpowiadać rzeczywistym stanom umysłowym niemowlęcia i zapewnić adekwatną formę ukojenia. W procesie tym rodzice ukazują się dziecku jako osoby, które z jednej strony biorą pod uwagę stany dziecka, z drugiej zaś mają świadomość własnych uczuć, myśli i motywacji. Dzięki temu dziecko zaczyna być zdolne do zrozumienia stanów emocjonalnych innych osób, równie dobrze jak własnych. Jeśli matka nie jest w stanie właściwie odzwierciedlać stanów dziecka, albo jeśli jest nadmiernie zaabsorbowana własnymi emocjami, dziecko nie będzie potrafiło rozwinąć spójnego obrazu siebie jako oddzielnej osoby z własnymi emocjami i myślami (Fonagy i wsp., 2002).

Wrażliwe i adekwatne odzwierciedlanie stanów umysłowych dziecka przez opiekunów jest możliwe tylko w przypadku bezpiecznego przywiązania. Wnikliwe zrozumienie dziecka przy dużej samoświadomości własnej rodzica pozwala dziecku na naukę koncentracji i uważności na siebie i innych. Modelowanie to osiąga swoją kulminację, kiedy dziecko nabiera zdolności do refleksji i zrozumienia własnych doświadczeń. Jest to proces przejścia od asystowania dziecku do osiągania przez niego niezależności i umiejętności obserwowania siebie. Możliwe jest to tylko dzięki zdrowym i stabilnym relacjom między rodzicami a dzieckiem. Jeśli styl przywiązania jest pozabezpieczny, oznacza to, że rodzic nie jest w stanie adekwatnie reagować na zachowanie dziecka. Jeśli rodzic nie potrafi adekwatnie odzwierciedlać stanów umysłowych dziecka, nie dostaje ono instrukcji niezbędnych do rozwoju zdolności rozumienia siebie, w konsekwencji innych ludzi. Innymi słowy, jeśli informacja zwrotna, którą dziecko otrzymuje od rodzica, jest błędna albo niedokładna, dziecko nie ma możliwości pełnego rozwoju w zakresie mentalizacji. Dlatego dzieci nie uczą się, jak rozumieć własne emocje, potrzeby, myśli i uczucia oraz jak rozumieć emocje, myśli, potrzeby i uczucia innych.

Zdolność do mentalizacji umożliwia dziecku **rozwój tożsamości** oraz **stabilnej samooceny**. Zwiększa to zrozumienie emocji i motywacji, zarówno własnych, jak i innych. To zrozumienie powoduje wzrost świadomości społecznej i sytuacyjnej. To z kolei pomaga dzieciom w nauce elastycznego dostosowania się do różnych sytuacji w celu osiągnięcia zaplanowanych celów. Zdefiniowana w ten sposób mentalizacja staje się warunkiem koniecznym do rozwoju społecznego, samouspokojenia, empatii i innych aspektów inteligencji emocjonalnej i emocjonalno-społecznej dojrzałości. Właściwe rozumienie siebie i innych połączone z elastycznym podejściem do różnych sytuacji życiowych jest fundamentem zdrowej osobowości.

Rozwój zdolności do mentalizowania i rozwój spójnego poczucia *selfi* tożsamości są często zaburzone na skutek **traumy relacyjnej** (np. porzucenie, poważne zaniedbanie przez opiekuna). Jak podaje Fonagy i Target (1997), dzieci, które **doświadczyły maltretowania**, mają osłabioną zdolność do re-

fleksji na temat własnych stanów umysłowych. W rodzinach, w których dzieci doświadczają przemocy lub bycia nieważnym, rozwój mentalizacji może być istotnie zablokowany. Wynika to stąd, że rodzice zazwyczaj zaprzeczają lub zniekształcają intencje, które stoją za zachowaniem opartym na **przemocy lub pozbawianiu ważności**. Nie są też w stanie właściwie odwzorowywać stanów umysłowych dziecka, wręcz odwrotnie, nierozpoznany własny stan umysłu przypisują dziecku. To blokuje potrzebę dziecka testowania własnych i cudzych uczuć, myśli i motywacji. Dodatkowo, jeśli dziecko podejmie próbę zrozumienia myśli i uczucia rodzica stosującego przemoc, jest konfrontowane z bolesnymi emocjami na temat siebie. Na przykład, analiza zachowania rodzica może doprowadzić dziecko do wniosku, że jest ono złe lub bezwartościowe i nie zasługuje na lepsze traktowanie (Fonagy i wsp., 2002). Tak więc, w przypadku dzieci doświadczających traumy, ograniczona zdolność do mentalizowania często w danym momencie może pełnić funkcję ochronną i adaptacyjną. Dzięki temu mechanizmowi obronnemu dziecko może dalej utrzymywać relacje z rodzicami pomimo doświadczania (acz nierozpoznawania) istoty traumy. Jednakże, brak zdolności rozumienia stanów własnych i cudzych może być przyczyną późniejszych trudności interpersonalnych.

Badania nad przywiązaniem i mentalizacją w rodzinach z problemem różnego rodzaju uzależnień nie są jeszcze dość liczne, ale widać znaczący ich wzrost w ostatnich latach (szerzej podrozdz. 6.3). Większość dotychczasowych badań sugeruje negatywny wpływ alkoholizmu w rodzinie na kształtowanie się wzorców przywiązania u potomstwa. Jednakże warto podkreślić, że ten związek nie zawsze jest zdeterminowany negatywnie w kierunku pozabezpiecznych stylów. Chociaż nie zostało to zweryfikowane empirycznie, można założyć, że w niektórych rodzinach możliwe jest takie zachowanie znaczących, niepijących dorosłych w życiu dziecka (np. trzeźwego rodzica, dziadków, starszego rodzeństwa, dalszej rodziny), dzięki któremu dziecko będzie doświadczało poczucia bezpieczeństwa i stabilizacji. Dobra opieka nad niemowlęciem przez trzeźwego, wrażliwego na jego potrzeby dorosłego może stanowić istotny zasób kształtujący zdolność dziecka do prawidłowego rozwoju, autonomii i elastyczności w radzeniu sobie z wyzwaniami życiowymi. **Pozabezpieczne style przywiązania** są charakterystyczne zarówno dla dzieci **uzależnionych od alkoholu matek** (O'Connor i in., 2002), jak i dla dzieci **szkodliwie pijących ojców** (Eiden, Leonard, 1996). Polskie badania pokazały, że dzieci ojców alkoholików w wieku przedszkolnym, szkolnym i w okresie dorastania częściej niż dzieci w tych samych okresach rozwojowych z rodzin bez problemu alkoholowego charakteryzują się pozabezpiecznym stylem przywiązania – lękowym i ambiwalentnym (Cierpiałkowska, Ziarko, 2006). Rezultaty te zostały

potwierdzone na grupie adolescentów w badaniach Iwony Grzegorzewskiej (2013b, 2013c). Rodzice z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi nadużywaniem alkoholu mają trudności w dostosowaniu się do potrzeb dziecka, okazują mu mniej pozytywnych emocji oraz mają więcej wymagań co do ich samodzielności (Whipple, Fitzgerald, Zucker, 1995). Fakt, że pozabezpieczne wzorce rozwijają się w tak wczesnym wieku oraz że alkoholizm rodziców wpływa na kształtowanie się pozabezpiecznych wzorców, sugeruje potrzebę pracy terapeutycznej z całym systemem rodzinnym (Fewell, 2011).

Jak dotąd niewiele jest badań na temat kształtowania się zdolności do mentalizacji u dzieci uzależnionych rodziców. Istnieją badania dotyczące mentalizacji u dzieci rodziców uzależnionych od metadonu (Ostler, Bahan, Jesse, 2010) oraz dzieci rodziców uzależnionych od alkoholu (Fewell, 2006). Potwierdzają one znacząco wyższy poziom pozabezpiecznego przywiązania u dorosłych dzieci uzależnionych rodziców oraz wysoki poziom refleksyjnego funkcjonowania wobec niepijących matek. Jednocześnie obserwuje się u nich znacząco wysoki poziom stresu, który może być wyjaśniany uaktywnianiem się (hiperaktywacją) lękowych aspektów pozabezpiecznego przywiązania, ukierunkowanych na utrzymanie relacji z obiektem więzi, jako źródłem łagodzenia poczucia braku bezpieczeństwa. Może to oznaczać, że dorosłe dzieci uzależnionych rodziców próbują empatycznie zrozumieć motywację i stan umysłu nieuzależnionego rodzica, co jednak nie chroni ich przed psychologicznym dystresem (Fewell, 2011).

2.2.3. Koncepcje podatności i odporności psychicznej dzieci z rodzin z problemem alkoholowym

Celem wielu badań poszukujących możliwych różnic między dziećmi z rodzin alkoholowych i niealkoholowych jest ustalenie cech charakterystycznych, które predysponują dzieci alkoholików do rozwoju określonych problemów i zaburzeń, a szczególnie używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Zgodnie z wynikami badań dzieci alkoholików są cztery razy bardziej podatne na uzależnienia (por. Windle, 2000) oraz mają trzykrotnie niższe szanse na pozytywną adaptację niż ich rówieśnicy (Grzegorzewska, Cierpiąłkowska, 2015). Te **czynniki predysponujące** do rozwoju określonych zaburzeń nazywa się **czynnikami ryzyka**, a **podatność** definiuje się jako wzrastające prawdopodobieństwo rozwoju zaburzeń w przyszłości, a nie aktualnie. Jak podkreśla Sher (1991), to rozróżnienie między podatnością a aktualnie przejawianymi zaburzeniami ma krytyczne znaczenie zarówno dla rozważań teoretycznych, jak i badań empirycznych.

Należy przy tym podkreślić, że nie wszystkie dzieci rodziców z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem alkoholu są biologicznie podatne na używanie substancji psychoaktywnych. Część z nich w okresie dorosłości funkcjonuje prawidłowo i nie przejawia poważnych problemów zaburzających ich życie. Jednocześnie w grupie osób, które wychowywane były przez niepijących rodziców, są jednostki bardziej podatne na uzależnienia niż ich rówieśnicy, ale ich procent w populacji jest stosunkowo mniejszy niż w grupie dzieci alkoholików.

Warto jednocześnie zaznaczyć, że nie u wszystkich podatnych dzieci alkoholików rozwiną się zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych lub inne problemy. Podatność implikuje tylko zwiększone prawdopodobieństwo rozwoju zaburzeń, a nie ich nieuchronność.

Tabela 2.5. Proste modele mediacyjne zwiększające podatność dzieci alkoholików

Indywidualne różnice w reakcji na alkohol	Indywidualne różnice w motywacji sięgania po alkohol	Inne modele
A. wrażliwość na wzmacniające działanie alkoholu B. początkowa niewrażliwość na wzmacniające działanie alkoholu C. niewrażliwość na nieprzyjemne efekty alkoholu D. skłonność do rozwoju tolerancji na alkohol E. skłonność do rozwoju medycznych konsekwencji alkoholizmu	A. predyspozycje do doświadczania negatywnych stanów emocjonalnych B. predyspozycje do poszukiwania wrażeń C. impulsywność D. niekonstruktywne sposoby radzenia sobie ze stresem E. pozytywne oczekiwania w związku z działaniem alkoholu	A. skłonność do niepowodzeń szkolnych i ich psychospołecznych konsekwencji B. ekspozycja (narażenie) na alkohol

Źródło: opracowanie własne na podstawie Sher (1991).

Podstawowe **mechanizmy podatności na rozwój zaburzeń** u dzieci z rodzin z problemem alkoholowym dotyczą procesów mediacyjnych. W literaturze wyróżnia się dwa główne typy modeli podatności: proste i złożone modele mediacyjne. Proste modele mediacyjne oparte są na hipotetycznie podstawowych psychobiologicznych mechanizmach odpowiedzialnych za zwiększoną podatność dzieci alkoholików. Można wyodrębnić trzy szerokie kategorie prostych modeli mediacyjnych:

- 1) modele powiązane z indywidualnymi różnicami w zakresie reakcji na alkohol;
- 2) modele związane z indywidualnymi różnicami w zakresie motywacji sięgania po alkohol;
- 3) inne modele, które nie mieszczą się w dwóch pierwszych kategoriach (por. tab. 2.5)

Pierwsza grupa prostych modeli podatności oparta jest na hipotezie, że **dzieci alkoholików reagują na etanol w specyficzny sposób** i ta reakcja stanowi wyraźny czynnik ryzyka rozwoju alkoholizmu w przyszłości. Założenie o wrodzonej predyspozycji do specyficznego reagowania na alkohol oznacza większą wrażliwość na wzmacniające i pozytywne skutki działania alkoholu. Biorąc pod uwagę fakt, że picie alkoholu jest podstawowym warunkiem rozwijania się zaburzeń psychicznych związanych z jego używaniem, to pozytywna reakcja dzieci alkoholików na wzmacniające działanie etanolu czyni je grupą zwiększonego ryzyka alkoholizmu. Zwiększona wrażliwość na wzmacniające skutki działania alkoholu (np. odprężenie, pozytywna zmiana nastroju, zmniejszenie odczuwanego stresu) sugeruje, że dzieci alkoholików mogą doświadczać więcej pozytywnych reakcji po spożyciu podobnej dawki alkoholu jak ich rówieśnicy (Finn i in., 1990). Wzrost pozytywnych doświadczeń po wypiciu alkoholu może prowadzić do wzrostu częstości i ilości wypijanego alkoholu. Aczkolwiek, obecność podwyższonej wrażliwości na pozytywne skutki alkoholu nie może być jedyną podstawą do określenia indywidualnego ryzyka i podatności. Te efekty muszą być powiązane z indywidualnymi różnicami w gotowości do dobrowolnego sięgania po alkohol. Badania pokazują, że wzrost dobrowolnej konsumpcji alkoholu obserwowany u dzieci alkoholików jest powiązany z odpowiednimi warunkami środowiskowymi (np. mocno pijące towarzystwo, sytuacje życiowe nasilające stres przy mocno ograniczonych możliwościach radzenia sobie) (Sher, 1991; Park, Schepp, 2005).

Alternatywny model skoncentrowany na wzmacniających skutkach działania alkoholu opiera się na założeniu, że podatność jest skutkiem początkowej niewrażliwości jednostki na te pozytywne efekty. Taki brak pozytywnej reakcji oraz brak samoświadomości u dziecka uzależnionych rodziców może prowadzić do zwiększenia konsumpcji alkoholu w celu osiągnięcia pożądanych efektów jego działania. W dłuższym okresie wzrost konsumpcji alkoholu może prowadzić do względnie szybkiego wzrostu tolerancji i innych symptomów uzależnień.

Inne procesy związane z tym prostym modelem mediacyjnym to brak wrażliwości na negatywne skutki picia alkoholu, skłonność do rozwoju tolerancji na alkohol czy też zwiększone oczekiwania dotyczące pozytywnego działania alkoholu.

Druga grupa prostych modeli podatności opiera się na założeniu, że dzieci osób z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem alkoholu są bardziej **wewnętrznie zmotywowane do spożywania alkoholu** niż dzieci z rodzin bez problemu alkoholowego. Wewnętrzna motywacja do sięgania po alkohol oparta jest na wielu różnych powodach. Jeden z nich związany jest ze skłonnością dzieci alkoholików do doświadczania negatywnych stanów emocjonalnych, a w konsekwencji do częstszego sięgania po alkohol w celu doznania ulgi i „samouleczenia” (Cloninger, 1987). Inny mechanizm odpowiedzialny za zwiększoną motywację to poszukiwanie zmienionych stanów świadomości tzw. poszukiwanie sensacji (*sensation seeking*). Pojęcie to jest podobne, ale nie identyczne z inną cechą temperamentu zwaną poszukiwaniem nowości (*novelty seeking*). Badania wykazały, że dzieci uzależnionych rodziców są bardziej narażone na sięganie po różne substancje psychoaktywne, w tym narkotyki i alkohol (Cadoret i in., 1986), co może sugerować, że zachowania związane z używaniem substancji psychoaktywnych nie są tylko wynikiem specyficznej reakcji na alkohol, ale mają związek ze zmianami w zakresie motywacji i świadomości jednostki. Częściowo potwierdzają to uzyskiwane wyniki badań, że dzieci uzależnionych rodziców wykazują zwiększone nasilenie cechy zwanej poszukiwaniem sensacji (Zuckerman, Buschbaum, Murphy, 1980) i poszukiwaniem nowości (Sher, Walitzer, Wood, Brent, 1991).

Innym mediatorem podatności dzieci alkoholików jest **impulsywność**. Wskazuje się, że trudności z kontrolą swoich reakcji stanowią istotny element przyczyniający się do obniżonej refleksyjności i umiejętności rozważania alternatywnych opcji reakcji, w konsekwencji do słabszego rozwoju mechanizmów odpowiedzialnych za efektywną kontrolę picia. Koncepcja impulsywności, aczkolwiek etiologicznie bardzo atrakcyjna, nie uzyskała jednak pełnego potwierdzenia empirycznego. Z impulsywnością wiąże się też koncepcja nieefektywnych sposobów radzenia sobie, jako istotnych mediatorów rozwoju problemów u dzieci alkoholików. Wskazuje się, że szkodzące jednostce sposoby radzenia sobie ze stresem dotyczą zarówno słabszych możliwości intelektualnych oraz deficytów poznawczych, jak i osłabionych umiejętności rozwiązywania problemów osobistych i społecznych (por. Poprawa, 2016). Jednostka preferująca nieefektywne sposoby radzenia sobie może wybierać spożywanie alkoholu jako sposób na poradzenie sobie z trudną sytuacją, w odróżnieniu od innych osób mających szerszy wachlarz możliwości do wyboru.

Mediatorem zwiększającym podatność są także **pozytywne oczekiwania jednostki względem działania alkoholu**. Jak już wcześniej wspomniano, oczekiwania wobec alkoholu wynikają po części z czynników genetycznych, po części z indywidualnej reakcji jednostki na alkohol. Wskazuje się również, że wczesne obcowanie dzieci alkoholików z osobami pijącymi intensywnie (rodzicami) przyczynia się do szybkiego rozwoju pozytywnych oczekiwań wo-

bec alkoholu, znacznie wcześniejszych niż pierwsze doświadczenia związane z jego spożywaniem. Tym samym, oczekiwania wobec pozytywnych skutków działania alkoholu mogą stać się wczesnymi skryptami motywacyjnymi sięgania po alkohol. Problematyka ta jest szerzej poruszana w podrozdziale 4.2.

Inne proste modele podatności, nie związane bezpośrednio ze spożywaniem alkoholu dotyczą **społecznego funkcjonowania dzieci alkoholików**. Szczególną rolę odgrywają tutaj ich niepowodzenia szkolne, które mogą prowadzić do odrzucenia społecznego, obniżenia samooceny, zwiększonej gotowości do wchodzenia w dewiacyjne grupy rówieśnicze. Rolę doświadczeń szkolnych i sukcesów w nauce potwierdzają dotychczasowe badania empiryczne (Loeber, 1990; Grzegorzewska, 2013b).

Tabela 2.6. Wczesne złożone modele podatności dzieci alkoholików

Koncepcja	Autor	Podstawowe założenia
Modele temperamentalne	Tarter (1988) Cloninger (1987)	- dewiacje w cechach temperamentu (takich jak aktywność, emocjonalność, zdolność do samouspokojenia) zwiększają podatność na alkoholizm - szczególna rola trzech cech temperamentu: poszukiwanie nowości, unikanie szkody i zależność od nagrody w kształtowaniu podstawowej motywacji do sięgania po alkohol
Model rozwojowy	Zucker (1987)	- cztery niezależne ścieżki prowadzące do rozwoju czterech podtypów alkoholizmu: 1) antyspołeczny alkoholizm; 2) rozwojowo skumulowany alkoholizm; 3) rozwojowo ograniczony alkoholizm oraz 4) alkoholizm związany z negatywnym nastrojem
Model efektów alkoholowych	Newlin, Thomson (1990)	- odnosi się tylko do synów alkoholików - rola podwyższonej wrażliwości na działanie alkoholu i zmniejszonej tolerancji na jego skutki w podejmowaniu aktywności związanej ze spożywaniem alkoholu
Model intergatywny	Pihl, Peterson, Finn (1990)	- czynniki zwiększające podatność to wzajemna interakcja pomiędzy zmiennymi biochemicznymi, zlokalizowanymi strukturami mózgu (kora przedczołowa i system limbiczny), aktywnością autonomicznego u.n. oraz aktywnością neuropsychologiczną, funkcjonowaniem poznawczym jednostki, dziecięcymi zaburzeniami zachowania oraz wzmacniającymi efektami działania alkoholu

Źródło: opracowanie własne.

Złożone modele próbujące wyjaśnić **podatność dzieci alkoholików** na zaburzenia wynikają z potrzeby uwzględniania w analizach dotyczących transmisji alkoholizmu wieloczynnikowych interakcji wynikających z wpływów biologicznych i środowiskowych. W literaturze można wyróżnić kilka takich modeli, z których najnowsze są szczegółowo omawiane w dalszych rozdziałach. Początkowe, złożone modele podatności (por. tab. 2.6) opierały się na założeniach o biologicznych czynnikach zwiększających prawdopodobieństwo rozwoju alkoholizmu u potomstwa osób uzależnionych, współczesne uwzględniają wzajemną dynamikę między czynnikami biologicznymi, psychologicznymi i środowiskowymi.

Współczesne badania pokazują, że bycie dzieckiem rodziców z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem alkoholu to nie tylko zwiększone ryzyko powstawania zaburzeń. I chociaż w społecznym przekonaniu wszystkie dzieci alkoholików charakteryzuje nasilone występowanie różnorodnych problemów psychicznych, to opierając się na wynikach doniesień empirycznych, należy podkreślić, że dzieci alkoholików to grupa niejednorodna i wiele z nich funkcjonuje prawidłowo, mimo niekorzystnych warunków rozwojowych spowodowanych pićiem rodziców.

Zagadnienia **odporności psychicznej** (*resilience*) dzieci osób uzależnionych od alkoholu eksplorowane są stosunkowo niedawno. W wielu wczesnych badaniach obserwowano brak poprawności metodologicznej i staranności definicyjnej omawianych problemów, jednak współcześnie coraz większą wagę przykładą się do tego typu zagadnień. W literaturze odporność psychiczna traktowana jest jako złożony, wieloczynnikowy proces efektywnego radzenia sobie z trudną sytuacją życiową prowadzący do pozytywnej adaptacji (Luthar i in., 2000; Ogińska-Bulik, Kobylarczyk, 2015; Grzegorzewska, 2013a, 2013b). W procesie tym indywidualne, rodzinne i pozarodzinne czynniki ochrony podlegają interakcji z czynnikami ryzyka, redukując lub kompensując ich negatywny wpływ. Powyższa definicja zakłada dwa konieczne warunki: (1) ekspozycję na niekorzystne zdarzenia życiowe oraz (2) osiąganie pozytywnych wyników, pomimo poważnych zakłóceń procesu rozwojowego. Koncepcja odporności, chociaż dotyczy dzieci narażonych na długotrwały stres, skupia się raczej na zasobach niż deficytach. Taka orientacja pozwala lepiej zrozumieć zdrowy przebieg rozwoju dzieci i młodzieży mimo ekspozycji na czynniki ryzyka wynikające z choroby alkoholowej rodziców.

Modele odporności psychicznej skupiają się na działaniu tzw. **czynników moderacyjnych**, które wchodząc w interakcję z czynnikami ryzyka, wywierają wpływ na ostateczne efekty rozwojowe. Mechanizmy odpowiedzialne za ten proces dotyczą procesów, które mogą albo równoważyć niszczącą siłę czynników ryzyka, albo zredukować ich wpływ na jednostkę. Pierwszy model omawiający **mechanizmy pozytywnej adaptacji u dzieci z grup ryzyka** za-

proponował Norman Garmezy (Garmezy i in., 1984). Wyróżnił on trzy hipotetyczne modele tej interakcji: model zrównoważonego ryzyka (*compensatory model*), model redukcji ryzyka (*immunity or protective model*) i model uodpornienia na ryzyko (*challenge model*). W modelu **zrównoważonego ryzyka** zakłada się, że czynniki ochronne, oddziałując bezpośrednio na zachowanie, powodują obniżenie negatywnego wpływu czynników ryzyka lub skracają czas ekspozycji dziecka na działanie tych czynników. Na przykład w rodzinach z pijącym rodzicem istnieje stały poziom negatywnego, nadmiernego stresu powodujący u dziecka problemy z zachowaniem. Jednak obecność znaczącej pozytywnej osoby dorosłej w jego życiu (np. cioci, nauczyciela, trenera) może modyfikować wpływ ryzyka wynikającego ze środowiska rodzinnego. W **modelu redukcji ryzyka** przyjmuje się, że czynniki ochrony, wchodząc w interakcje z czynnikami ryzyka, redukują ich negatywny wpływ na zachowanie jednostki oraz obniżają negatywną reakcję łańcuchową, występującą po niekorzystnych doświadczeniach życiowych. Przykładem może być ochronna funkcja wsparcia rodzicielskiego w okresie adolescencji, która zmniejsza rolę rówieśników kroczących po nieprzystosowanych ścieżkach rozwojowych. W trzecim natomiast modelu zakłada się, że umiarkowany poziom ryzyka może uodparniać jednostkę na szkodliwe działanie tych czynników i jednocześnie przygotowywać ją do nowych i trudniejszych wyzwań. Zdrowy rozwój może zostać zakłócony poprzez zbyt mały lub zbyt duży poziom ryzyka. Dobrze ilustruje ten model sytuacja, w której dziecko doświadcza dość słabej jakości opieki rodzicielskiej. Jest ona na tyle słaba, że niejako wymusza na dziecku samodzielność oraz dobrą umiejętność radzenia sobie z wyzwaniami stawianymi w danym okresie rozwojowym. Dzięki tak, dość wcześnie wypracowanej, zdolności radzenia sobie dziecko jest lepiej przygotowane do kolejnych wyzwań życiowych. Nadmierna ochrona rodzicielska dezorganizuje funkcjonowanie dziecka i powoduje, że dziecko nie radzi sobie nawet w sytuacji drobnej frustracji; natomiast zbyt niska jakość opieki całkowicie dezorganizuje funkcjonowanie dziecka, powodując albo przedwczesną dojrzałość albo rozwój poważnych zaburzeń.

Trzeci hipotetyczny model odporności psychicznej Garmezy'ego okazał się zbyt wąski do wyjaśnienia złożonych mechanizmów odpowiedzialnych za rozwój pozytywnej adaptacji dzieci z grup ryzyka. Próbę uzupełnienia tych hipotetycznych ujęć Garmezy'ego podjęli Stevenson Fergus i Marc Zimmerman (2005), którzy zaproponowali trzy kolejne teoretyczne modele wyjaśniające mechanizm powstawania odporności psychicznej: model stabilizujący ryzyko (*protective-stabilizing*), model ochronno-reaktywny (*protective-reactive*) oraz model szczepienia (*inoculation*).

W **modelu stabilizującym ryzyko** czynniki ochronne pomagają neutralizować negatywne efekty ryzyka. Oznacza to, że wysoki poziom ryzyka wiąże się

z nasileniem zaburzeń tylko w sytuacji nieobecności czynników ochronnych. Dzieje się tak na przykład w sytuacji ryzyka polegającej na braku rodzicielskiej opieki rodzicielskiej. W okresie adolescencji brak wsparcia i dyscypliny dość często prowadzi do eksternalizacji problemów u dorastających w sytuacji braku znaczącej osoby dorosłej (np. mentora, trenera, wspierającego nauczyciela). Obecność tzw. dobrego dorosłego neutralizuje negatywny efekt braku rodzicielskiego nadzoru. W **modelu ochronno-reaktywnym** obecność czynników ochronnych zmniejsza, ale nie redukuje całkowicie związku między ryzykiem a powstawaniem zaburzeń. Dobrym przykładem tego modelu jest związek między spożywaniem przez dorastających alkoholu (czynnik ryzyka) a ryzykownymi zachowaniami seksualnymi (negatywny efekt). Związek ten jest silniejszy, jeśli nie występują czynniki ochronne, np. w postaci uczestnictwa w programach edukacyjnych dotyczących ryzyka związanego z zachowaniami seksualnymi. W ostatnim zaproponowanym modelu, tzw. **modelu szczepienia** sugeruje się, że stała lub powtarzająca się ekspozycja na niewielki poziom ryzyka uodparnia jednostkę na jego negatywne oddziaływanie. Model ten jest podobny do modelu Garmezy'ego uodpornienia na ryzyko. Podkreśla on, że czynniki oddziałujące na jednostkę mogą wyglądać jak ryzyko, jeśli prowadzą do negatywnych efektów rozwojowych, ale mogą mieć charakter ochronny, jeśli w wyniku ich oddziaływania jednostka uczy się jak mobilizować osobiste zasoby i źródła społecznego wsparcia w sytuacji narażenia na niekorzystne doświadczenia życiowe. Jeśli młody człowiek z sukcesem poradzi sobie z niskim poziomem ryzyka istnieje duże prawdopodobieństwo, że jeśli ryzyko w przyszłości nasili się, będzie potrafił stawić jemu czoła.

Alternatywne spojrzenie na hipotetyczne mechanizmy powstawania odporności psychicznej wśród osób narażonych na negatywne warunki rozwoju proponuje Michael Rutter (1987). Autor wyróżnia cztery mechanizmy modyfikowania negatywnego wpływu ryzyka: (a) redukcję wpływu ryzyka, (b) zmianę ekspozycji na działanie czynników ryzyka, (c) przerwanie łańcucha zdarzeń, które następują po sobie w wyniku ekspozycji na ryzyko oraz (d) wzmacnianie samooceny i poczucia skuteczności. Mechanizm redukcji wpływu ryzyka polega na minimalizowaniu jego negatywnych skutków poprzez reinterpretację poznawczą działającego zagrożenia albo poprzez obniżenie wymagań dotyczących realizacji wybranego zadania rozwojowego, jednocześnie przy uzyskaniu pomocy przy jego wypełnianiu. Przykładem reinterpretacji poznawczej działającego ryzyka może być poszukiwanie jego pozytywnych stron (np. emocjonalna nieobecność matki z powodu jej choroby psychicznej przyczynia się do większej autonomii i niezależności dziecka) albo powolne „dawkovanie” stresu, co powoduje możliwość dobrego przygotowania się do sytuacji stresowej. Dobrą ilustracją drugiego sposobu minimalizowania ryzyka jest pomoc rodzinie w realizacji jej podstawowych funk-

cji poprzez obecność np. asystenta rodziny. Kolejna strategia zmniejszania siły działania ryzyka to mechanizm zmiany ekspozycji na działanie czynników ryzyka. Można zmienić stopień narażenia jednostki na działanie szkodliwych czynników poprzez zmianę czasu przebywania dziecka w zagrożonej sytuacji (np. częsta opieka ze strony innych wspierających dorosłych: babci, sąsiadów itp.) albo poprzez zmniejszenie zaangażowania dziecka w działania ryzykowne (np. zamiast przebywać z rówieśnikami skłaniającymi do przestępstw, młody człowiek aktywnie uprawia wybraną dyscyplinę sportową). Strategia zmiany ekspozycji na działanie ryzyka wykorzystuje zasoby osobnicze dziecka (np. stabilny nastrój, pozytywny temperament, otwartość w kontaktach interpersonalnych) albo jego aktywność własną. Dzięki samodzielnemu działaniu w różnych sytuacjach społecznych i zaangażowaniu w realizację swoich pasji i zainteresowań młody człowiek w sensie dosłownym (fizycznym) może oddalić się od czynników ryzyka (np. przemoc i konfliktowość w rodzinie) i/albo nabrać emocjonalnego dystansu do sytuacji, w której się znajduje. Innym mechanizmem zmniejszającym działanie ryzyka może być przerwanie łańcucha następujących po sobie zdarzeń, które mogą przyczynić się do nasilenia lub utrwalenia ich negatywnych konsekwencji. Jest to możliwe dzięki pewnym osobniczym cechom dziecka (np. płeć żeńska, miłe usposobienie, dobry potencjał intelektualny), które powodują, że otoczenie lepiej reaguje na jego zachowanie, przyczyniając się tym samym do zmniejszenia prawdopodobieństwa wystąpienia wzajemnych interakcji negatywnych wzorców zachowania. Innym sposobem przerywania łańcucha negatywnych konsekwencji ryzyka jest wspieranie tzw. dostępnego rodzica w efektywnym sprawowaniu funkcji rodzicielskich. Ostatnim mechanizmem tworzenia się odporności psychicznej jest, według Ruttera, wzmacnianie samooceny i rozwój poczucia własnej skuteczności. W sytuacji permanentnego ryzyka dobre mniemanie o sobie, prawidłowa ocena własnej wartości oraz przekonanie, że można z powodzeniem podołać nowemu zadaniu, może mieć wpływ na to, czy jednostka uruchomi dostępne jej zasoby, by poradzić sobie z przeciwnościami losu.

Interakcja czynników ryzyka i zasobów w przebiegu rozwoju dzieci rodziców z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu uwidacznia się także w **zróżnicowaniu ścieżek rozwojowych**. Najbardziej powtarzalne i spójne wyniki uzyskuje się w zakresie ścieżek rozwoju eksternalizacji problemów u chłopców i mężczyzn. Badania wykazują, że istnieje związek między alkoholizmem rodzica (zwłaszcza jeśli piją obydwoje) a eksternalizacją problemów u ich potomstwa. Generalnie, wyróżniono trzy ścieżki rozwojowe znacząco powiązane z piciem alkoholu przez rodzica. Ścieżka pierwsza, tzw. **wczesna** dotyczy ujawniania się trudności w pierwszych latach życia dziecka. Istniejące odchylenia od normatywnego rozwoju zaczynają się między 3.

a 4. rokiem życia. W badaniach Edwardsa (1996) wykazano, że normatywnie agresywne zachowanie rozpoczyna się między 18. miesiącem a 3. rokiem życia, szczyt przypada około 3. roku życia, a potem następuje spadek. Natomiast u dzieci rodziców z zaburzeniami spowodowanymi piciem alkoholu nie ma spadku agresji po 3. roku życia, a obserwowane wcześniej zachowania agresywne są bardziej nasilone niż przeciętnie. Wczesna ścieżka rozwoju zaburzeń eksternalizacyjnych ma swój początek w okresie przejścia z wieku poniemowlęcego do przedszkolnego i jest związana ze słabą kontrolą zachowań i eksternalizacją problemów we wczesnym dzieciństwie, zaburzeniami zachowania w okresie szkolnym oraz zawyżonymi zachowaniami społecznymi i nadużywaniem substancji w okresie adolescencji i dorosłości (Zucker, 2006). Ścieżka ta podkreśla interakcję: „geny x środowisko” i interakcję: „podatność temperamentalna x ryzyko środowiskowe w przewidywaniu efektów rozwojowych u dzieci jako skutek rodzicielskiego alkoholizmu”. **Druga ścieżka**, tzw. późna jest związana z ujawnianiem się zaburzeń w okresie dorastania. Adolescencja to okres szczególnie z punktu widzenia etiologii zaburzeń, głównie ze względu na intensywne zmiany dokonujące się w zakresie dojrzewania, kształtowania się tożsamości osobistej i seksualnej oraz rozwoju poznawczego opartego na zdolności do abstrahowania i racjonalnego myślenia. Zaburzenia i problemy psychiczne znajdujące swój początek w tym okresie mogą wynikać z dwóch źródeł: 1) wzrastająca introspekcja i izolacja społeczna mogą prowadzić do nasilenia negatywnego afektu i w konsekwencji do rozwoju psychopatologii, 2) silne relacje z rówieśnikami ze skłonnościami do zachowań ryzykownych połączone z odseparowaniem się od domu mogą generować eksternalizację problemów (Cleaver i in., 2007; Velleman, Orford, 1999; McKeganey i in., 2002). **Trzecia ścieżka**, tzw. **fluktuacyjna** wynika ze zmienności choroby alkoholowej rodzica. Heterogeniczność zaburzeń u dzieci wynika z fluktuacji problemów alkoholowych (okresy remisji i nawrotów). Tym samym w przebiegu rozwoju dzieci alkoholików następuje zmienność, co do występowania i nasilenia problemów eksternalizacyjnych. Moss i współpracownicy (1997) wykazali, że dzieci rodziców, którzy podjęli terapię w ciągu pierwszych 6 lat życia dziecka, nie różniły się od swoich rówieśników w zakresie poziomu funkcjonowania i rozwoju psychopatologii. W innych badaniach skupionych na analizie funkcjonowania w zależności od fazy choroby rodzica wykazano, że dzieci alkoholików w nawrocie funkcjonowały znacznie gorzej emocjonalnie i społecznie niż pozostałe (Moss, Billings, 1987). Badania nad wpływem procesu zdrowienia rodzica na funkcjonowanie dzieci pokazały, że dopiero okres leczenia powyżej 5 lat oznacza: po pierwsze, zmiany w pełnieniu ról rodzinnych leczącego się rodzica alkoholika (Cierpiałkowska, 1994, 1997), po drugie, większe prawdopodobieństwo zaobserwowania pozytywnych zmian w funkcjonowaniu dzieci (DeLucia i wsp., 2001; Husong i wsp., 2007; Grzegorzewska, 2011a, 2011b).

2.3. Zdrowie i zaburzenia psychiczne

2.3.1. Zróżnicowanie populacji dzieci rodziców pijących szkodliwie i alkoholików

Czytając popularne poradniki lub artykuły w czasopismach na temat dzieci alkoholików, można odnieść wrażenie jakby istniały dwa, odrębne „światy” wiedzy na temat dzieci alkoholików. Pierwszy z nich wywodzi się ze środowiska kliniczno-terapeutycznego i przyjmuje założenie o homogeniczności tej populacji. Wielu specjalistów pracujących bezpośrednio z rodzinami i dziećmi alkoholików podkreśla nasilenie ryzyka i patologii w tej grupie dzieci, zaznaczając specyfikę ich funkcjonowania ze względu na problem alkoholowy w rodzinie (np. koncepcja ról rodzinnych; Wegscheider-Cruse (2000)). Te założenia są niejako wzmacniane przez wybrane osoby dorosłe, które opowiadając lub opisując swoje doświadczenia wychowywania się w cieniu pijącej matki albo ojca, wskazują na pojawiające się problemy i trudności. Drugi, oparty na doniesieniach z badań empirycznych, wyraźnie podkreśla heterogeniczność populacji dzieci pijących rodziców i wskazuje na złożoną interakcję między czynnikami ryzyka i czynnikami ochronnymi. Konsekwencją tych dynamicznych wzajemnych oddziaływań jest zróżnicowanie ostatecznych efektów rozwojowych, co powoduje, że losy dzieci alkoholików toczą się po różnych trajektoriach.

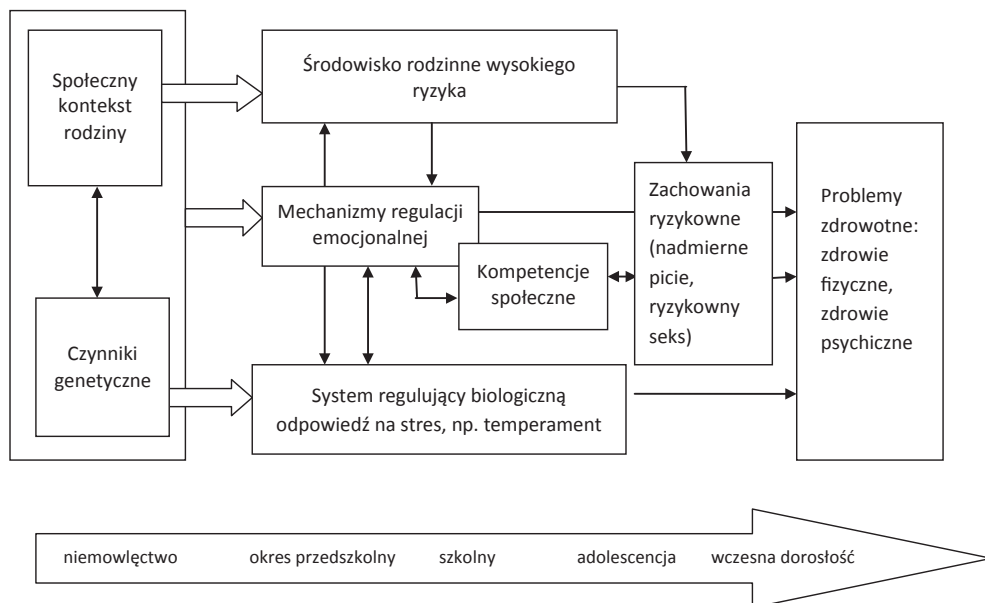
W świetle aktualnych rezultatów badań naukowych heterogeniczność populacji dzieci alkoholików jest niezaprzeczalnym faktem. Zmienność dotyczy zarówno całej populacji, jak i poszczególnych rodzin w cyklu życia, a ujawnia się w kilku ważnych aspektach mających swoje konsekwencje rozwojowe. Zróżnicowanie populacji dzieci alkoholików dotyczy przede wszystkim dwóch ważnych obszarów: nasilenia czynników ryzyka i obserwowanych efektów rozwojowych.

Zróżnicowanie nasilenia czynników ryzyka oznacza, że **rodziny z problemem alkoholowym nie są grupą homogeniczną**. Różnią się między sobą typem alkoholizmu w rodzinie i jego nasileniem, występowaniem u rodziców innych objawów psychopatologii, strukturą rodziny, sposobem prowadzenia domu i wychowywania dzieci oraz zmiennością w zakresie doświadczanego stresu. Czynniki te różnicują nie tylko rodziny między sobą, ale także daną rodzinę w różnych punktach czasowych, związanych z cyklem życia rodziny. Co oznacza, że analizując przebieg rozwoju dzieci alkoholików, należy przyjąć, że różne czynniki ryzyka mogą wywierać maksymalny wpływ w różnych fazach rozwojowych. Na przykład słaba umiejętność rozwiązywania problemów w rodzinach z problemem alkoholowym może okazać się najbardziej szkodliwa w okresie dorastania, kiedy nastolatki muszą renegocjować swoje relacje z rodzicami.

Analiza funkcjonowania rodzin z problemem alkoholowym pozwala wyróżnić w tej populacji rodziny „wysokiego ryzyka” i „niskiego ryzyka”. **Rodziny wysokiego ryzyka** charakteryzują się pewnymi cechami (m.in. jawny konflikt w rodzinie, wybuchy złości i agresji, brak wsparcia, zaniedbanie), które wpływają niszcząco na zdrowie fizyczne i psychiczne jej członków (Repetti, Shelley, Taylor, Seemann, 2002). Czynniki ryzyka kumulują się w perspektywie całego okresu funkcjonowania rodziny, poczynwszy od jej początków. Rodziny wysokiego ryzyka zwiększają podatność dzieci na zaburzenia, nie tylko poprzez bezpośrednie narażenie na przemoc i wykorzystanie, ale również kładąc podwaliny pod biologiczną i genetyczną ich podatność. Model rodziny wysokiego ryzyka z uwzględnieniem szerokiego bio-psycho-społecznego tła jej funkcjonowania zaproponowała R. Repetti i współpracownicy (2002). Uwzględniono w nim zarówno czynniki genetyczne, jak i społeczne, które w sposób pośredni lub bezpośredni wpływają na ostateczny przebieg rozwoju (por. rys. 2.2). Środowisko rodzin wysokiego ryzyka generalnie charakteryzuje się dwiema znaczącymi cechami: konfliktem i agresją oraz chłodem emocjonalnym, brakiem wsparcia i zaniedbaniem. Ryzyko w tych rodzinach oddziałuje na rozwój dzieci w wieloraki sposób. Po pierwsze, część czynników ryzyka, zwłaszcza **przemoc fizyczna i zaniedbanie** bezpośrednio wpływają na życie i bezpieczeństwo dzieci. Po drugie, jednostki, które przez całe swoje dzieciństwo muszą podejmować **nieustanne wysiłki zmagania się i adaptowania** do stresujących okoliczności wykazują zwiększenie podatności na choroby i częstszą śmiertelność w okresie dorosłości (por. Repetti i wsp., 2002). Po trzecie, czynniki ryzyka mogą modyfikować i podtrzymywać negatywne efekty rozwojowe w związku z **zahamowaniem rozwoju zdolności** dziecka do bardziej aktywnego fizjologicznego i behawioralnego **zmagania się ze stresem**. Prowadzi to często do wykształcenia u potomstwa braku zdolności do efektywnego radzenia sobie ze stresem, korzystania ze wsparcia społecznego i radzenia sobie w sytuacjach interpersonalnych (słabe kompetencje społeczne). Słaba umiejętność regulacji emocjonalnej (zaburzone procesy emocjonalne) stanowi ogniwo pośrednie pomiędzy środowiskiem wysokiego ryzyka a zaburzeniami psychicznymi (Valentiner i in., 1994). W konsekwencji, rodziny wysokiego ryzyka zwiększają podatność dzieci na zaburzenia zachowania i uzależnienia od alkoholu, narkotyków i nadmiernej aktywności seksualnej, a także negatywnie wpływają na zdrowie fizyczne i psychiczne potomstwa.

W odniesieniu do rodzin z problemem alkoholowym użyteczna jest koncepcja agregatów, która przy szacowaniu ryzyka u dzieci alkoholików opiera się na schemacie probabilistyczno-rozwojowym (Ellis, Zucker, Fitzgerald, 2000). Rodziny alkoholowe wysokiego ryzyka wyróżniają się kumulacją wielu negatywnych czynników (biologicznych, genetycznych, rodzinnych i środowiskowych). Współdziałanie zmiennych genetycznych i środowiskowych

prowadzi u potomstwa do zaburzeń psychicznych. Na przykład dzieci alkoholików podatnych genetycznie częściej przejawiają zaburzenia zachowania, przy działaniu choćby minimalnego stresu środowiskowego (Zucker, Gombert, 1986).



Rys. 2.2. Model rodzin wysokiego ryzyka

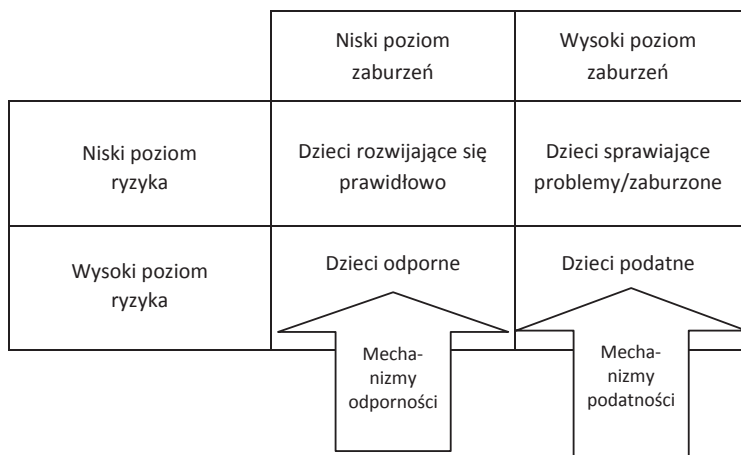
Źródło: opracowano na podstawie Repetti, Taylor, Seeman, 2002.

Rodziny alkoholowe wysokiego ryzyka charakteryzują się nasilonym występowaniem zmiennych specyficznych i niespecyficznych dla alkoholu. Są to:

- współwystępowanie u rodzica z problemem alkoholowym innego rodzaju zaburzeń psychicznych,
- wybiórczy dobór małżeński (najprawdopodobniej oboje rodzice są uzależnieni),
- podobne wzorce picia alkoholu u rodziców,
- bardzo intensywne i nałogowe picie alkoholu,
- osobowość aspołeczna,
- niskie możliwości intelektualne rodziców,
- wysoki wskaźnik agresji wobec dziecka,
- wysoki wskaźnik konfliktów i przemocy między rodzicami,
- niski status socjoekonomiczny rodziny,
- wysoki wskaźnik pozytywnych oczekiwań co do wzmacniającego działania alkoholu (por. rys. 3.3).

Zmienność nasilenia ryzyka w rodzinach alkoholowych jest procesem stale zachodzącym w czasie i zależnym od liczby i częstości występowania czynników ryzyka. Zgodnie z zasadą psychopatologii rozwojowej naturalną drogą dzieci jest pozytywna adaptacja. Trwale zaburzenia psychiczne powstają dopiero pod wpływem ciągle powtarzających się sytuacji traumatycznych (Cichett, Cohen, 1995). W rezultacie, mimo iż większość dzieci alkoholików wykazuje dobre przystosowanie w okresie dorosłym, prawdopodobieństwo pozytywnej adaptacji będzie małe dla osób wychowujących się w rodzinach, w których synchronicznie działają czynniki ryzyka, a występowanie czynników ochronnych jest mocno ograniczone (Ellis, Zucker, Fitzgerald, 2000).

Rozpoznawanie rodzin alkoholowych wysokiego ryzyka ma istotne znaczenie dla interwencji i terapii. Zgodnie z koncepcją agregacji silniejsze zmiany terapeutyczne można zaobserwować w rodzinach alkoholowych niskiego ryzyka, w których czynniki ryzyka wydają się podatniejsze na interwencję. Jednocześnie oddziaływania terapeutyczne w rodzinach wysokiego ryzyka muszą być bardziej złożone, wielopłaszczyznowe i odwołujące się do wielu systemów: do poziomu dziecka, pary małżeńskiej, rodziny jako całości i społeczności lokalnej (grupy rówieśnicze, szkoła itp.).



Rys. 2.3. Zróżnicowanie obserwowanych efektów rozwojowych u dzieci alkoholików

Źródło: opracowanie własne.

Drugi obszar zróżnicowania populacji dzieci alkoholików dotyczy obserwowanych efektów przebiegu ich rozwoju (por. rys. 2.3). Jak już wcześniej wspomniano, mimo nagromadzenia niekorzystnych zdarzeń życiowych, nie wszystkie dzieci alkoholików wykazują objawy psychopatologiczne. Część

z nich rozwija się prawidłowo, prowadząc szczęśliwe, pozytywne życie w okresie dorosłości.

Analizując zróżnicowane nasilenie ryzyka i obserwowanych efektów rozwojowych, można wyróżnić cztery grupy dzieci rodziców z zaburzeniami związanymi z używaniem alkoholu. Pierwsza grupa to **dzieci rozwijające się prawidłowo** – to grupa dzieci wychowywanych w warunkach słabego nasilenia czynników i prezentująca odpowiedni do wieku poziom adaptacji i realizacji zadań rozwojowych. Dzieci te często określane są jako zdrowe psychicznie, dobrze funkcjonujące w środowisku domowym, rówieśniczym i szkolnym. Druga grupa to dzieci sprawiające problemy, czyli dzieci, które mimo wychowywania się w warunkach względnie niskiego poziomu ryzyka nie radzą sobie z wymaganiami społecznymi, prezentując wysoki poziom eksternalizacji i internalizacji problemów.

Tabela 2.7. Obserwowane umiejętności dzieci alkoholików w różnych sytuacjach

Sytuacje życiowe	asertywność, adekwatne poczucie własnej wartości i skuteczności, prawidłowo rozwinięta tożsamość ułatwiająca wybór celów życiowych i wartości osobistych
Sytuacje społeczne	odpowiedzialność, elastyczność, empatia, troskliwość, poczucie humoru, umiejętności komunikacyjne, zachowania prospołeczne
Sytuacje zadaniowe	motywacja do osiągnięć, orientacja na cel, aspiracje edukacyjne, wytrwałość, nadzieja, wiara, optymistyczne spojrzenie na rzeczywistość, orientacja na sukces
Sytuacje problemowe	zdolność do myślenia abstrakcyjnego, refleksyjność, giętkość, umiejętność poszukiwania alternatywnych rozwiązań

Źródło: opracowanie własne.

Kolejna grupa to **dzieci podatne**, które zgodnie z oczekiwaniami ujawniają wiele problemów psychicznych, bezpośrednio i pośrednio związanych ze szkodliwym piciem rodzica. Po części jest to związane z biologiczną podatnością na zaburzenia, po części z doświadczaniem wielu negatywnych zdarzeń, w tym przemocy, biedy czy izolacji społecznej. I ostatnia grupa, to **dzieci odporne**, czyli te, które wykazują pozytywną adaptację mimo narażenia na negatywne skutki picia rodziców. Odporność psychiczna może ujawniać się w wielu sytuacjach społecznych, życiowych, problemowych czy też zadaniowych (por. tab. 2.7).

2.3.2. Zasoby i czynniki chroniące przed psychopatologią

Czy w psychopatologii rozwojowej i psychologii klinicznej dzieci istnieje wystarczająca wiedza, która umożliwia postawienie **wiarygodnej diagnozy prognostycznej** na temat przebiegu rozwoju dzieci z rodzin z problemem

alkoholowym? Dokładniej, czy istnieje możliwość wskazania, które dziecko przejdzie kolejne fazy rozwoju w stopniu satysfakcjonującym, czyli okaże się odporne i radzące sobie z wyzwaniami rozwojowymi, a które będzie podatne na problemy i zaburzenia psychiczne, czyli jego zmaganie się ze stresem rodzinnym i kryzysami rozwojowymi okaże się mało skuteczne? Są to pytania, na które możemy odpowiedzieć tylko w szczątkowym stopniu. Przede wszystkim dlatego, że w badaniach koncentrowano się na **grupie klinicznej**, czyli dzieciach, młodzieży i dorosłych, którzy trafiali do różnych instytucji z problemami i zaburzeniami psychicznymi, dzieci **grupy nieklinicznej były nieobecne** bądź, co najwyżej, ujawniały się w badaniach nad skutecznością środowiskowych programów profilaktycznych. Można zatem postawić tezę, że opisy zdrowia psychicznego i ścieżek rozwoju potomstwa z rodzin alkoholowych pochodzą z badań nad uwarunkowaniami jakiegoś typu psychopatologii, np. najczęściej uzależnienia od alkoholu, zaburzeń osobowości, depresji i innych.

Zagadnienie odporności dzieci z rodzin alkoholowych na szkodliwe działanie czynników ryzyka, na gruncie teoretycznym, jak i empirycznym dopiero zaczyna się rozwijać od końca lat 80. Nie ma jeszcze zbyt wielu opracowań wyjaśniających **mechanizm resilience** w tej populacji, chociaż na podstawie badań longitudinalnych dzieci alkoholików (od urodzenia do wczesnej dorosłości), Emma Werner i Ruth Smith (1992) odkryły, iż około jedna trzecia badanych wyrosła na kompetentnych i dobrze przystosowanych społecznie dorosłych. Mimo ogólnego przekonania, że dzieci z rodzin alkoholowych są bardziej zagrożone patologią, ponad połowa z nich nie przejawia na przykład żadnych problemów z alkoholem (Jacob, Johnson, 2000; Grzegorzewska, 2013b). Ponadto wiele dzieci alkoholików (mimo niesprzyjających warunków środowiskowych) wykazuje wysoką odporność na negatywne wpływy otoczenia. W literaturze odporność definiuje się jako wieloczynnikowy proces radzenia sobie z niekorzystnymi warunkami rozwoju i prowadzący do pozytywnej adaptacji. W procesie tym indywidualne i środowiskowe czynniki ochrony podlegają interakcji z czynnikami ryzyka, redukując lub kompensując ich negatywny wpływ.

W literaturze przedmiotu **indywidualne czynniki ochronne** zostały pogrupowane w cztery główne kategorie: (1) kompetencje społeczne, (2) umiejętności rozwiązywania problemów, 3) autonomia oraz (4) poczucie celu i sensu (zob. Cierpiałkowska, 2007a). Są to **czynniki niespecyficzne** charakterystyczne dla wszystkich dzieci z rodzin z problemami i bez problemów psychicznych rodziców. Analizując proces budowania odporności w rodzinach z problemem alkoholowym, odkryto również **czynniki specyficzne** dla tej populacji.

Do **indywidualnych czynników chroniących** dzieci alkoholików przed zaburzeniem zaliczyć można: dobry poziom intelektualny, adekwatne umiejętności komunikacyjne, dążenie do osiągnięć, zdolność do uzyskania pozytywnej uwagi ze strony innych (Werner, 1986), wysoki poziom samoświadomości, poczucie kontroli nad otoczeniem oraz efektywne umiejętności radzenia sobie ze stresem (Hussong, Chassin, 1997).

Dotychczasowe badania nad odpornymi dziećmi alkoholików wskazują na znaczącą rolę w kształtowaniu odporności **umiejętności rozwiązywania problemów**. Adolescenci, którzy skutecznie radzą sobie z zaburzeniami uzależnionych rodziców, potrafią także odróżnić swoje problemy od ich problemów (Mylant i in., 2002; Klostermann, Chen, Kelley, 2011). Jednocześnie mają świadomość, że nie przyczynili się do ich choroby i nie mogą ich kontrolować (Beardslee, Podorefsky, 1988). Jedyne co mogą zrobić, to nauczyć się z tym sobie radzić i wzmacniać w sobie odpowiedzialność za własne wybory i zachowania. Jednym ze skutecznych sposobów radzenia sobie jest adaptacyjne dystansowanie się, czyli zdrowe oddzielenie się od rodziców alkoholików.

W rodzinach z problemem alkoholowym szczególną rolę ochronną odgrywa też **wiedza o problemach uzależnienia**. Udowodniono na przykład, że dzieci alkoholików często identyfikują tylko pozytywne aspekty używania alkoholu (Mann, Chassin, Sher, 1987), co znacząco wzmacnia ryzyko wystąpienia problemów. Natomiast rozmowa na temat używania i nadużywania alkoholu oraz na temat genetycznej i rodzinnej podatności może chronić dzieci alkoholików przed rozwojem uzależnienia. Dzieci alkoholików, które są świadome zwiększonej podatności na alkoholizm, piją znacząco mniej w porównaniu z dziećmi bez świadomości tego zagrożenia (Kumpfer, 1989).

Niewątpliwie ważny obszar zasobów rodzin alkoholowych stanowią środowiskowe czynniki ochrony. Dotyczą one zmiennych rodzinnych (np. płeć i psychiczny stan niepijącego rodzica, czas trwania i intensywność nadużywania alkoholu), jak i pozarodzinnych (np. wpływy rówieśnicze, wsparcie organizacji społecznych oraz nieformalne zasoby społeczne). Zmienne rodzinne dotyczą zarówno funkcjonowania uzależnionego rodzica i jego partnera, jak i funkcjonowania rodziny jako całości. Negatywny wpływ uzależnienia rodziców może być hamowany przez takie zmienne, jak stopień uzależnienia od alkoholu, styl radzenia sobie przez rodziców ze stresem, płeć i stan psychiczny niepijącego rodzica (jeśli taki jest w domu), częstotliwość i przewidywalność picia (Hawkins, 1997).

W odniesieniu do **zasobów rodzinnych** (systemowych) Wolin i współpracownicy (1980) odkryli, co zostało potwierdzone w polskich badaniach przez Joannę Mazur (2005), że w rodzinach alkoholowych, w których występują relatywnie stabilne wzorce zachowania dotyczące codziennej aktywności, na przykład posiłki oraz świętowanie uroczystości (np. urodziny, śluby, wa-

kacje, święta religijne), dzieci wykazywały wyższy poziom przystosowania i mniej problemów z alkoholem niż w rodzinach, które przerwały rodzinne rytuały z powodu alkoholizmu jednego z jej członków. **Kultywowanie rodzinnych rytuałów** prowadzi do większej stabilności, przewidywalności i intensywniejszego postrzegania wsparcia w rodzinie. Specyficznym czynnikiem ochrony w rodzinach alkoholowych jest **struktura rodziny**. Chociaż rozwód rodziców jest typowym zdarzeniem kojarzonym z dysfunkcją rodziny, jak wykazały badania Johnsona (2002), paradoksalnie w rodzinach z problemem alkoholowym może on wzmacniać procesy pozytywnej adaptacji poprzez redukcję czasu, jaki alkoholik spędza z rodziną.

Tabela 2.8. Zasoby i kompetencje dzieci alkoholików wskazane w badaniach

Kompetencje indywidualne	Zasoby środowiskowe
- Dobry intelekt - Umiejętności komunikacyjne - Dążenie do osiągnięć (Werner, 1986) - Samoświadomość - Kontrola nad otoczeniem - Radzenie sobie ze stresem (Hussong, Chassin, 1987) - Adaptacyjne dystansowanie się - Skuteczne radzenie sobie z zaburzeniami rodziców (Mylant i wsp., 2002) - Kompetencje społeczne - Autonomia - Poczucie celu i sensu - Wiedza o problemach uzależnienia (Kumpfer, 1989) - Prężność psychiczna - Bezpieczne wzorce przywiązania (Grzegorzewska, 2013b)	- Płeć i stan psychiczny niepijącego rodzica - Czas trwania i intensywność nadużywania alkoholu (Miller, Jang, 1977) - Zachowanie rytuałów rodzinnych (Wolin i wsp., 1980) - Rozwód rodziców (Johnson, 2002) - Pozytywne emocjonalne więzi - Stałe i jasne reguły - Otwarte sposoby komunikacji - Wysoki status socjoekonomiczny - Alkoholizm tylko jednego rodzica (Harford i in., 1979) - Kolejność narodzin (Keltner i in., 1986) - Wsparcie społeczne - Zaangażowanie w aktywność społeczną (Grzegorzewska, 2013b)

Źródło: opracowanie własne.

W innych rodzinach czynniki ochrony dotyczą pozytywnych, emocjonalnych więzi (np. ciepło i opieka) z innymi niż alkoholik członkami rodziny, stałych i jasnych reguł wobec zachowań dziecka oraz **otwartych sposobów komunikacji** między trzeźwym rodzicem a dziećmi (Barnes, 1990, por. Margasiński, 2010). Ta emocjonalna siła w relacjach rodzic – dziecko przyczynia się do prawidłowego przebiegu rozwoju dzieci i młodzieży. Podobnie, rodzicielska kontrola i utrzymanie dyscypliny (jasne i klarowne reguły obowiązujące nastolatka, dotyczące na przykład godziny powrotu do domu czy obowiązków domowych), są związane z mniejszym zagrożeniem wystąpie-

nia zaburzeń zachowania czy wnikania się w dewiacyjne grupy rówieśnicze. Komunikacja rodzice – dzieci odgrywa znaczącą rolę zarówno w tworzeniu i podtrzymywaniu emocjonalnych więzi, jak i w promowaniu wzajemnego zrozumienia reguł zachowania. Dzieci alkoholików mogą bardziej otwarcie komunikować się z trzeźwym rodzicem, jeśli wierzą, że nie zostaną skrytykowane i zlekceważone. Otwarta komunikacja na temat zachowania dziecka może ułatwiać dorastającym ludziom zrozumienie zawłości własnego postępowania i odgrywać takie role w podejmowaniu decyzji, które mogą mieć wpływ na ich dalsze życie.

Pochodzenie ze środowiska o wysokim statusie socjoekonomicznym oraz **alkoholizm tylko jednego rodzica** (zwłaszcza ojca) zmniejsza ryzyko powstania problemów rozwojowych u dzieci (Harford i in., 1979). Także kolejność narodzin dziecka ma wpływ na stopień przystosowania. Badania wykazały, że dzieci, które narodziły się jako pierwsze, łatwiej radzą sobie z problemami, w porównaniu z dziećmi środkowymi lub najmłodszymi, które są bardziej podatne na rozwój problemów psychicznych związanych z życiem w rodzinie alkoholowej (Keltner, McIntyre, Gee, 1986; Wegscheider-Cruse, 2000).

W badaniach nad odpornością psychiczną dzieci alkoholików prowadzonych przez Grzegorzewską (2013b) okazało się, że poszczególne czynniki ochronne odgrywają **zróżnicowaną rolę w różnych okresach rozwojowych**. Na podstawie uzyskanych wyników można przyjąć, że **siła oddziaływania zasobów w populacji dzieci alkoholików zmienia się wraz z wiekiem**. W okresie szkolnym istotnymi czynnikami wspierającymi proces odporności okazały się osiągnięcia szkolne, dobra komunikacja z matką, niski poziom wrogości do ojca, wsparcie rówieśnicze oraz duże zaangażowanie w aktywność w środowisku. W okresie dorastania dzieci alkoholików wzrasta ochronna rola czynników osobowościowych, pozostaje na tym samym wysokim poziomie znaczenie dla zdrowia psychicznego wzorca przywiązania do matki. W fazie późnej adolescencji większej mocy chroniącej nabiera prężność psychiczna dzieci alkoholików i ich strategie radzenia sobie ze stresem, a maleje znaczenie wsparcia społecznego. Wciąż istotna jest rola matki we wzmacnianiu procesu odporności psychicznej.

Alkoholizm rodzica a biologiczna podatność dzieci na zaburzenia zachowania i psychiczne

Historia alkoholizmu w rodzinie może w sposób istotny wpływać na wystąpienie zaburzeń funkcjonowania u dzieci alkoholików. Podobieństwo między rodzicami alkoholikami a ich dziećmi w odniesieniu do określonych zachowań może wynikać z posiadania jednakowych genów, z oddziaływań wspólnego im środowiska lub ze wzajemnej interakcji pomiędzy nimi. Współcześnie, w centrum zainteresowania naukowców jest analiza rozwoju dzieci alkoholików, która służy ocenie ryzyka związanego z historią alkoholizmu oraz lepszemu zrozumieniu mechanizmów transmisji tego ryzyka.

Pod koniec ubiegłego wieku znacznie wzrosła liczba badań w tej populacji, co umożliwiło głębsze zrozumienie znaczenia niektórych procesów zwiększających **biologiczną podatność dzieci alkoholików** na problemy alkoholowe i inne zaburzenia psychiczne. Priorytetowe wydaje się rozróżnienie i ustalenie roli odmiennych czynników etiologicznych, z jednej strony genetycznych, związanych ze zwiększoną podatnością dzieci na zaburzenia, z drugiej środowiskowych, narażających potomstwo alkoholików na przelekły, nadmierny stres życiowy.

3.1. Dzieci alkoholików z perspektywy biologicznej

W badaniach nad zdrowiem psychicznym dzieci alkoholików wyróżnia się dwa główne nurty – biologiczny i psychospołeczny. W pierwszym nurcie dominują dwa modele podatności, które posługują się innymi procedurami i narzędziami badawczymi, tj. model genetyki molekularnej i model genetyki behawioralnej. Drugi nurt badawczy skupia się na czynnikach psychicznych i społecznych, nasilających stres życiowy i pośredniczących w rozwoju zachowań problemowych u dzieci alkoholików. Pomimo iż badania prowadzone

w ramach obu nurtów wykorzystują odmienne procedury i koncentrują się na innych celach badawczych, to ich autorzy zgodnie podkreślają, że indywidualna podatność dzieci alkoholików na rozwój zaburzeń jest wypadkową oddziaływań genetycznych i środowiskowych (np. Ellis i in., 2000; McGue, 1997, 2000). Dwa nurty, dwie perspektywy, każda z nich próbuje spojrzeć na to samo zjawisko z różnych stron.

3.1.1. Genetyka molekularna

Genetyka molekularna zajmuje się przede wszystkim analizą zmienności wewnątrzsobniczej i poszukiwaniem genów odpowiedzialnych za ujawnienie się alkoholizmu. Strategie badawcze dominujące w **genetyce molekularnej** zalicza się do tzw. **strategii „wstępującej”**, polegającej na przechodzeniu w kolejnych etapach badań empirycznych **od analizy genomu ludzkiego**, poprzez wskazanie zmiennych pośredniczących **do identyfikacji zachowań**, za które konkretny gen jest odpowiedzialny (Iacano, Malone, McGue, 2003). Najważniejsze prace w tym obszarze dotyczą poznawania układu i znaczenia genów, procesów kodowania informacji genetycznej w cząsteczkach DNA czy mechanizmów ekspresji genów. Odkrycie genu odpowiedzialnego za alkoholizm stałoby się spektakularnym i ekscytującym wydarzeniem w obszarze badań nad uzależnieniem. Jednak złożoność i różnorodność fenotypowego obrazu choroby alkoholowej w zasadzie wyklucza istnienie specyficznego miejsca genowego odpowiedzialnego za zaburzenia związane z używaniem alkoholu. Postępy w mapowaniu ludzkiego genomu stwarzają jednak nadzieję na zwiększenie wiedzy o specyficznych genach przyczyniających się do podatności na alkoholizm.

Podstawowym zadaniem badań z zakresu genetyki molekularnej jest próba określenia udziału czynników genetycznych w genezie zaburzeń związanych z używaniem alkoholu. W tym celu wykorzystuje się trzy główne strategie, tj. badania skojarzeń, metodę powiązań i badania na modelach zwierzęcych.

Badanie, jako jedna z najstarszych metod identyfikacji genów, polega na porównywaniu częstości wystąpienia alternatywnej formy genu lub markera genetycznego (tzw. allele) w grupie osób cierpiących na alkoholizm i grupie kontrolnej. Istnieją dwa mechanizmy wystąpienia skojarzenia genetycznego: (1) gen podatności na zaburzenie, czyli gen kodujący białko odpowiedzialne za wystąpienie np. alkoholizmu oraz (2) tzw. „nierównowaga powiązania” polegająca na bliskim fizycznym położeniu niekodującego markera genetycznego i regionu chromosomu odpowiedzialnego na podatność na daną chorobę, np. alkoholizm. Poszukiwanie genów odpowiedzialnych za alkoholizm metodą skojarzeń prowadził Blum z zespołem (1990). Ich badania potwierdziły silny związek między alkoholizmem

a specyficznym allelem (A1) kodującym ważny rodzaj receptora dopaminy (D2) różnicującego grupę alkoholików (69%) i niealkoholików (20%). Początkowo sądzono, że odkrycie to może sugerować istnienie pojedynczego genu odpowiedzialnego za wystąpienie większości przypadków choroby alkoholowej. Współczesne badania empiryczne doprowadziły jednak do wniosku, że cechą charakterystyczną różnicującą porównywane grupy kliniczne (alkoholicy) i kontrolne (ludzie zdrowi) nie jest występowanie allele A1, a częstość występowania allele A2 (Hill, Neiswanger, 1997). Wskazuje to bardziej na chroniącą funkcję allele A2 niż zwiększone ryzyko alkoholizmu w przypadku allele A1.

Postępy genetyki molekularnej sprawiły, że udało się zidentyfikować **geny odpowiedzialne za metabolizm alkoholizmu** (ADH i ALDH). Jest to o tyle ważne, że geny kodujące funkcjonalnie odmienne formy dehydrogenazy alkoholowej (ADH) i dehydrogenazy aldehydu octowego (ALDH) są potencjalnie ważnymi czynnikami wywierającymi specyficzne wpływy genetyczne na zachowania związane z piciem. Odkryto, że istotne znaczenie ma prosta punktowa mutacja w obrębie mitochondrialnej formy izoenzymu odpowiedzialnego za rozkład aldehydu octowego w komórce (ALDH2), która prowadzi do niedoboru aktywności tego enzymu. Jak wykazały badania, niedobór ALDH2 występuje tylko w populacjach południowoazjatyckich¹ i ma działanie chroniące przed alkoholizmem (Harada, Argawal, Goedde, Tagaki, Ishikwa, 1982) poprzez wystąpienie reakcji napadowego zaczerwienienia skóry twarzy, uderzenia gorąca i pocenia się po spożyciu nawet niewielkiej ilości etanolu (Higuchi, Parrish, Dufur, Kowle, Harford, 1994). Reakcje ochronne związane z niedoborem dehydrogenazy aldehydu octowego mogą być przełamane przez czynniki kulturowe. Jak wykazały badania Higuchi i współpracowników (1994), hamujący efekt niedoboru tego enzymu (ALDH2) uległ zmniejszeniu, gdy w Japonii wzrosło spożycie alkoholu w przeliczeniu na jednego mieszkańca, a japońska kultura w większym stopniu zaczęła akceptować konsumpcję alkoholu. Aktualne badania zmierzają do wykazania związków między aktywnością enzymu ALDH2 a oczekiwaniami względem alkoholu i zachowaniami alkoholowymi. Rezultaty są dość obiecujące, bowiem grupa Azjoamerykanów z enzymem ALDH2 odznaczała się bardziej negatywnymi oczekiwaniami wobec alkoholu, co wyjaśniało częstość i wielkość jednorazowo wypijanych dawek alkoholu (por. Hendershot i in., 2009). Skojarzenie ALDH z ochroną przed ekspresją alkoholizmu stanowi użyteczny model pokazujący, w jaki sposób geny mogą wpływać na końcowy efekt zachowań związanych z alkoholem. Oznacza to, że geny związane z alkoholi-

¹ Częstość występowania kopii allele ALDH2-2 w u osób pochodzenia japońskiego czy chińskiego wynosi 30 – 50%, a w pozostałych populacjach 0% (Agarwal, Goedde, 1989).

zmem mogą być czynnikiem ryzyka popychającym w kierunku uzależnienia lub czynnikiem ochronnym pobudzającym zachowania abstynenckie.

Badania **metodą powiązań całego genomu ludzkiego** stały się standardową metodą poszukiwania miejsc genowych odpowiedzialnych za podatność na zaburzenia o złożonym fenotypie, np. alkoholizmu, schizofrenii. Analiza powiązań jest procedurą statystyczną, której celem jest identyfikacja skojarzeń między markerem genetycznym a badanym zaburzeniem. Dwa geny powiązane fizycznie, czyli zlokalizowane obok siebie na tym samym chromosomie występujące w obrębie jednej rodziny oznaczają istnienie odpowiedzialnego za podatność na dane zaburzenie miejsca genowego położonego w pobliżu markera. Dzieje się tak dzięki zwiększonemu prawdopodobieństwu, że geny położone blisko siebie pozostaną bliżej siebie podczas mejozy niż te, które są zlokalizowane w pewnej odległości. Należy przy tym podkreślić, że metoda powiązań oznacza korelację między alkoholizmem a markerem w danej rodzinie, a nie w całej populacji. Metoda powiązań jest bardzo obiecująca, gdyż może dostarczyć przekonujących dowodów na genetyczną podatność na alkoholizm. Odkrycie lokalizacji specyficznych genów odpowiedzialnych za to zaburzenie pozwoli również na indywidualną identyfikację osób, które są w grupie ryzyka. Aktualnie, rozróżnienie dzieci alkoholików genetycznie podatnych na alkoholizm od tych, które podatności nie odziedziczyły, nie jest możliwe. Ostatecznie wiedza na temat specyficznego położenia genów odpowiedzialnych za alkoholizm może mieć ogromne znaczenie dla profilaktyki i terapii.

Aczkolwiek metoda analizy powiązań w przyszłości może dać bardzo znaczące rezultaty, współcześnie żaden z przeanalizowanych markerów nie spełnia kryteriów istotności powiązań (Reich i wsp., 1998; Plomin, 2001). Najbardziej przekonujące dowody (jednak nie do końca potwierdzone) wskazują na chromosomy 1, 2 lub 7 jako te miejsca genowe, które zwiększają ryzyko alkoholizmu. Jednocześnie też (podobnie jak działanie allela A2) wskazano na lokalizację genu chroniącego przed alkoholizmem na chromosomie 4 (por. McGue, 2003). Mimo coraz częstszych doniesień o związkach między konkretną lokalizacją chromosomalną a występowaniem alkoholizmu, żadnego badania nie udało się w sposób jasny i wyraźny powtórzyć. Nadal nie ma przekonujących dowodów na istnienie specyficznego miejsca w ludzkim genomie odpowiedzialnego za nadużywanie i uzależnienie od alkoholu.

Badania genetyczne nad alkoholizmem na ludzkim genomie mają, oprócz oczywiście finansowych, również metodologiczne i etyczne ograniczenia. Stąd poszukiwanie innych alternatywnych metod analiz. Jedną z nich są **badania genetyczne na zwierzętach**, które dzięki ścisłej kontroli nad sposobami hodowli oraz warunkami wychowywania zwierząt umożliwiają sprawdzenie, czy istnieje wpływ dziedziczności na fenotypy behawioralne związane

z nadmiernym piciem alkoholu. Udało się ustalić, że pewne efekty działania alkoholu (akceptacja etanolu, metabolizm, wrażliwość, tolerancja i podatność na występowanie objawów odstawienia) (McClearn, Kakihana, 1981; Crabbe, Belknap, Buck, 1994) mogą być kontrolowane przez czynniki genetyczne. Ponadto, dostępność tak wyselekcjonowanych do badań eksperymentalnych zwierząt pozwala na analizę biologicznych mechanizmów pośredniczących w genetycznej transmisji efektów nadużywania alkoholu (McGue, 2003). Trafność odniesienia modeli zwierzęcych do rozumienia ludzkiego alkoholizmu jest współcześnie sprawą otwartą, która może zadecydować o podobieństwie między ludzkim alkoholizmem a charakterystyką wybranych linii hodowlanych (głównie gryzoni). Oczywiście modele te nie są w stanie odzwierciedlić wszystkich motywacyjnych i poznawczych aspektów picia alkoholu przez ludzi, jednak podstawowe działanie biochemiczne, fizjologiczne i farmakologiczne etanolu są prawdopodobnie podobne u różnych gatunków. W przyszłości istnienie dobrze poznanych modeli zwierzęcych może okazać się istotne dla identyfikacji miejsc genowych odpowiedzialnych za podatność na alkoholizm oraz dla zapewnienia układu doświadczalnego do badania efektów działania zidentyfikowanych genów.

3.1.2. Genetyka behawioralna

Genetyka behawioralna, zwana inaczej **genetyką ilościową** zajmuje się zmiennością osobniczą pozwalającą określić różnice fenotypowe obserwowane na poziomie zachowania i cech osobowości. Jest to tzw. **strategia „zstępująca”** określania szlaku prowadzącego **od zachowania do genu** (McGue, 2003). Identyfikacja szlaków genetycznych podatności na alkoholizm rozpoczyna się od opisu zachowania, a następnie, poprzez układy pośredniczące dochodzi do rozpoznania genu. Badania prowadzone zgodnie z tą strategią wymagają uproszczenia bardzo złożonego obrazu genotypowego alkoholizmu na spójniejsze wewnętrznie podtypy alkoholizmu. Analiza grup porównawczych osób spokrewnionych pozwala określić względny udział czynników genetycznych i środowiskowych w powstawaniu danego zaburzenia, np. alkoholizmu. Jest to możliwe dzięki wyróżnieniu trzech szlaków wpływów, które decydują o różnicach i podobieństwach między ludźmi. Są to: (1) czynniki genetyczne, (2) czynniki środowiskowe u wspólnione, czyli podzielane z innymi krewnymi, np. rodzeństwem oraz (3) czynniki środowiskowe nieu wspólnione, czyli wynikające np. ze zróżnicowanego sprawowania funkcji rodzicielskich wobec rodzeństwa. Podobieństwo fenotypowe osób spokrewnionych wynikać może zatem z czynników genetycznych lub u wspólnionych czynników środowiskowych.

Siła współczesnych dowodów naukowych (Cloninger, Sigvardsson, Bohman, 2000; Goodwin, 1988; Schuckit, 1985) wskazuje, że czynniki genetyczne

odgrywają istotną rolę w powstawaniu niektórych form alkoholizmu. Opierając się na aktualnych wynikach badań, można uznać, że nadużywanie i uzależnienie od alkoholu jest zdeterminowane genetycznie. Wiedza na ten temat pochodzi z trzech źródeł: badania nad osobami adoptowanymi, badania nad bliźniętami i badania z użyciem markerów genetycznych.

Blok rozszerzający 3.1

Metody genetyki behawioralnej

A) Badania nad dziećmi adoptowanymi

Z perspektywy genetyki behawioralnej badania nad dziećmi oddanymi do adopcji lub do rodzin zastępczych pozwalają na rozróżnienie skutków działania czynników genetycznych od u Wspólnionych czynników środowiskowych. Czynniki środowiskowe u Wspólnione działają jednakowo na wszystkich członków rodziny i przyczyniają się do podobieństwa między parą rodzicielską a jej potomstwem. Do u Wspólnionych czynników środowiskowych zaliczyć można, na przykład, style wychowawcze rodziców, ich zachowania związane z zaburzeniami psychicznymi czy status społeczny rodziny. W rodzinach adoptowanych u Wspólnione czynniki środowiskowe kształtują podobieństwo między dziećmi przysposobionymi a ich rodzicami, natomiast czynniki genetyczne kształtują podobieństwo między tymi dziećmi a ich biologicznymi rodzicami. W rodzinach naturalnych oba rodzaje tych czynników mogą przyczyniać się do podobieństwa między rodzicami a dziećmi w odniesieniu do takiej cechy, jaką jest np. alkoholizm. Badania nad dziećmi adoptowanymi pozwalają zatem na określenie względnego udziału czynników genetycznych i środowiskowych. Ryzyko alkoholizmu u oddanego do adopcji dziecka alkoholika (czyli obciążonego genetycznie) zwiększa się, jeśli dziecko wychowuje się w otoczeniu sprzyjającym czy prowokującym do wystąpienia choroby alkoholowej. I odwrotnie, niekorzystne wpływy środowiska, np. zaniechania wychowawcze mogą nie mieć większego znaczenia u oddanych do adopcji dzieci niealkoholików, czyli u osób obciążonych niewielkim ryzykiem choroby alkoholowej. Badania nad dziećmi adoptowanymi pozwalają wysunąć wniosek, że skutki oddziaływań wychowawczych zależą od genotypu jednostki.

B) Badania nad bliźniętami

Najpopularniejszym sposobem zbadania wpływu genów na zachowanie jest analiza cech behawioralnych występujących u bliźniąt jednojajowych (MZ) rozdzielonych tuż po urodzeniu i wychowywanych w różnych rodzinach. Te dzieci mają wspólnie geny, ale wpływ śro-

dowiska wychowawczego jest w przypadku każdego z nich zupełnie inny. Jeśli zatem okaże się, że jeden bliźniak jest zupełnie inny niż drugi w zakresie skłonności do nadużywania alkoholu, należałoby to przypisać wpływom środowiska, w tym przypadku rodziny zastępczej.

W przypadku łatwego do określenia fenotypu, jakim jest na przykład alkoholizm, istnieje możliwość porównywania bliźniąt wychowujących się w tych samych rodzinach. Dokonuje się tego za pomocą tzw. statystyki zgodności, czyli częstości występowania alkoholizmu u drugiego bliźniaka, jeśli pierwszy jest alkoholikiem. Jest to możliwe, jeśli przyjmiemy założenie, że u bliźniaków wpływy środowiskowe są uwspólnione. Wówczas, jeśli podobieństwo fenotypowe bliźniąt jednojajowych (MZ) jest większe niż u bliźniąt dwujajowych (DZ), wskazuje to na wynik działania czynników genetycznych, a jeśli występuje podobieństwo fenotypowe bliźniaków jedno- i dwujajowych, wówczas większą rolę w kształtowaniu danej cechy odgrywają czynniki środowiskowe.

C) **Markery genetyczne**

Wykazanie istnienia markerów genetycznych, czyli określonych sekwencji genetycznych odpowiedzialnych za alkoholizm powoli staje się możliwe dzięki pracom z zakresu genetyki molekularnej. Dotychczasowe osiągnięcia nie są jednak spektakularne, ze względu na złożoność fenotypów behawioralnych, takich jak alkoholizm. Tym niemniej ustalono geny odpowiedzialne za metabolizm etanolu, nadal jednak żadna sekwencja genetyczna nie została jednoznacznie przypisana ryzyku uzależnienia.

Opracowano na podstawie McGue, 2000, 2003.

Badania nad dziećmi adoptowanymi

Badania adopcyjne, określane też mianem **eksperymentu naturalnego** są najbardziej bezpośrednim sposobem umożliwiającym odróżnienie genetycznych i środowiskowych źródeł podobieństwa rodzinnego w zakresie występowania alkoholizmu. Adopcja stwarza sytuację, w której osoba adoptowana ma wspólne geny tylko z rodzicami biologicznymi, jednocześnie dzieli podobne środowisko wychowawcze tylko z rodzicami adopcyjnymi. W ten sposób dochodzi do względnego rozdzielenia wpływów genetycznych i środowiskowych (Plomin i in., 2001). Przy założeniu o genetycznym podłożu alkoholizmu autorzy badań oczekują, że poziom zaburzeń związany z nadmiernym piciem w grupie dzieci biologicznych rodziców alkoholików wychowanych w rodzinach adopcyjnych przez rodziców niealkoholików będzie

wyższy niż w grupie adoptowanych dzieci biologicznych rodziców niealkoholików, wychowywanych w analogicznym do grupy pierwszej środowisku adopcyjnym (Cierpiałkowska, 2000).

Pierwsze badania adopcyjne dzieci alkoholików pochodzą z lat czterdziestych (Roe, 1944; Roe, Burks, 1945, za: Sher, 1991). Dokonano porównania w zakresie poziomu przystosowania 36 dorosłych (średnia wieku – 32) adoptowanych osób, których biologiczny rodzic był uzależniony od alkoholu (zazwyczaj ojciec) z 25 osobami (średnia wieku – 28), których biologiczni rodzice nie byli alkoholikami. Uzyskane wówczas rezultaty nie wykazały istnienia wyższych wskaźników alkoholizmu u biologicznych synów i córek alkoholików w porównaniu z grupą kontrolną, ale przeprowadzonym badaniom zarzucono wiele uchybień metodologicznych. Po pierwsze, zbyt mała liczebność grupy; po drugie, nierówny udział mężczyzn w porównywanych grupach – 42% w grupie dzieci alkoholików i 56% w grupie dzieci niealkoholików; natomiast od kiedy wiadomo, że **genetyczna transmisja alkoholizmu ma związek z płcią**, przypuszcza się, że brak jedności porównywanych grup pod względem liczby kobiet i mężczyzn może maskować rzeczywisty udział czynników genetycznych. Innym uchybieniem był brak jednoznacznych kryteriów diagnozy alkoholizmu u biologicznych rodziców oraz zbyt duże zróżnicowanie czynników socjodemograficznych porównywanych grup (ponad dwie trzecie dzieci alkoholików pochodziło z terenów wiejskich, przy 28% dzieci niealkoholików). Badania Roe, choć obciążone błędami metodologicznymi, były bardzo ważne z punktu widzenia studiów nad alkoholizmem i jego psychospołecznymi skutkami, nie tylko ze względu na swój prekursorski charakter. Wskazują bowiem na istnienie wzajemnych związków między indywidualnymi predyspozycjami jednostki (w tym genetycznej podatności na alkoholizm) a warunkami środowiska. Wzajemne korelacje genów i środowiska stały się inspiracją dla kolejnych badań z zakresu genetyki behawioralnej.

Najważniejsze badania nad dziećmi adoptowanymi wywodzą się z krajów skandynawskich (Goodwin, 1985; Bohman, Cloninger i in., 1984; Sigvardsson i wsp., 1996) i z Ameryki (Cadoret, Cain, Grave, 1980; Cadoret, Troughton, O’Gorman, 1987). W latach siedemdziesiątych, wykorzystując metodę porównywania wskaźników alkoholizmu w grupach adoptowanych dzieci biologicznych rodziców alkoholików i niealkoholików, badania nad genetycznymi uwarunkowaniami alkoholizmu przeprowadził zespół badawczy pod kierunkiem Goodwina (1973; 1974; 1977, za: Sher, 1991). Badania te znane są pod nazwą Duńskie Badania Adopcyjne (*The Danish Adoption Studies*). Badaniami objęto populację 5483 osób adoptowanych przez niespokrewnione rodziny. Wyniki badań przeprowadzone wśród mężczyzn wyraźnie wskazały na istnienie zależności między nadmiernym piciem/alkoholizmem biologicznych rodziców a alkoholizmem ich synów oddanych

do adopcji. Wykazana korelacja jest znacząca, a częstość występowania problemu alkoholowego u przysposobionych synów jest dwa, trzy razy większa niż u oddanych do adopcji synów niealkoholików (wskaźniki alkoholizmu wyniosły odpowiednio 18% i 5%). Co więcej, analizy porównawcze wyników uzyskanych przez adoptowanych synów alkoholików i ich nieadoptowanych braci pokazały, że wskaźnik wystąpienia alkoholizmu w obu grupach jest podobny. W grupie kobiet ryzyko alkoholizmu u adoptowanych córek biologicznych rodziców alkoholików było nieznacznie niższe niż u córek biologicznych rodziców niealkoholików. Wskaźniki alkoholizmu wyniosły odpowiednio 2% i 4%. Uzyskane rezultaty z jednej strony potwierdziły hipotezę o wpływie dziedziczności na podatność alkoholików na alkoholizm, z drugiej zaś nie przyniosły żadnych dowodów na wpływ czynników genetycznych na rozwój alkoholizmu u kobiet.

Problematyka dziedzicznych i środowiskowych uwarunkowań alkoholizmu została ponownie podjęta w latach osiemdziesiątych w ramach projektu **Sztokholmskie Badania Adopcyjne** (*The Stockholm Adoption Study*). Badania miały objąć wówczas grupę ponad 1000 kobiet i mężczyzn adoptowanych we wczesnym dzieciństwie (około trzeciego miesiąca życia). Wyniki badań wykazały, że nadużywanie alkoholu przez rodziców biologicznych, ojca i/lub matkę, zwiększa ryzyko pojawienia się alkoholizmu u oddanych do adopcji synów. I tak, wskaźniki alkoholizmu u mężczyzn, u których żadne z biologicznych rodziców nie miało problemu z alkoholem, wyniosły około 14,7%; gdy alkoholikiem był biologiczny ojciec wskaźnik wzrastał do 22,4%, gdy matka – do 26%; natomiast, gdy pili oboje rodzice, ryzyko alkoholizmu wynosiło aż 33,3% (por. Bohman i wsp., 1981; Cloninger i in., 1981).

Analiza wyników sztokholmskich badań metodą adopcyjną w odniesieniu do kobiet dała zaskakujące rezultaty (Bohman i wsp., 1981). Po pierwsze, okazało się, że ryzyko uzależnienia od alkoholu u oddanych do adopcji córek było najwyższe, gdy piła biologiczna matka (wśród dziewcząt oddanych do adopcji matek alkoholiczek częstotliwość nadużywania alkoholu była znacząco wyższa (9,8%) w porównaniu z przysposobionymi córkami, których matki biologiczne nie miały problemu z alkoholem (2,8%). Po drugie, nadużywanie alkoholu przez biologicznych ojców nie miało większego znaczenia. I ostatecznie, można z dużym prawdopodobieństwem przyjąć, że wpływ czynników genetycznych jest bardziej wyraźny i jednoznaczny u płci męskiej niż żeńskiej (szerzej Cierpiałkowska, 2010c).

Otrzymane w sztokholmskich badaniach rezultaty były szczególne nie tylko ze względu na liczbę zbadanych osób i jakość przeprowadzonych badań (co pozwoliło utworzyć założenie o wpływie genów na rozwój problemów z piciem), ale też dlatego, że umożliwiły identyfikowanie specyficznych mechanizmów rozwoju odmiennych form alkoholizmu. Opierając się na kon-

cepcji Cloningera (1987), wysunięto hipotezę, że różne rodzaje alkoholizmu mogą być dziedziczone w różny sposób. Weryfikacja empiryczna hipotezy o istnieniu alkoholizmu typu I i II wskazuje, że typ drugi alkoholizmu jest bardziej uwarunkowany genetycznie. Na przykład, w szwedzkich badaniach Sigvardssona i współpracowników (1996) stwierdzono, że **czynnikiem genetycznym** można przypisać 90% podatności na alkoholizm typu II, a mniej niż 40% na alkoholizm typu I. Alkoholizm typu I występuje z równą częstością u kobiet i mężczyzn, ma dość łagodny przebieg, a wśród biologicznych rodziców alkoholików rzadko występują konflikty z prawem. Alkoholizm typu II występuje przede wszystkim u mężczyzn i jest związany z ciężkim przebiegiem nadużywania alkoholu, występowaniem przestępczości oraz historią alkoholizmu wśród biologicznych ojców adoptowanych synów. Według Cloningera ten typ alkoholizmu jest mało podatny na wpływy środowiskowe. W odniesieniu do płci żeńskiej uzyskane wyniki badań są niejednoznaczne. Córkę w rodzinach z alkoholiakiem typu II nie wykazują zwiększonej podatności na alkoholizm, natomiast istnieje u nich zwiększona częstotliwość występowania problemów psychosomatycznych (Cloninger i in., 1985). W innych pracach badawczych nad alkoholizmem kobiet wskazuje się, że czynniki genetyczne odgrywają pewną rolę w rozwoju choroby alkoholowej u osób płci żeńskiej.

Szwedzkie badania adopcyjne były niezwykle ważne, pozwoliły bowiem na postawienie kilku ważnych wniosków: (1) ścieżki rozwoju alkoholizmu są uwarunkowane wieloczynnikowo; (2) mężczyźni i kobiety różnią się przebiegiem i typem choroby alkoholowej; (3) jedna z form alkoholizmu (typ II według Cloningera) jest wysoce dziedziczna i odnosi się przede wszystkim do mężczyzn; (4) czynniki środowiskowe odgrywają istotną rolę w rozwoju alkoholizmu (por. Searles, 1990).

Kolejne ważne badania z zakresu genetyki behawioralnej to badania nad dziećmi adopcyjnymi ze stanu Iowa (*The Iowa Adoption Studies*). Prowadzone od 1974 roku badania Cadoreta i współpracowników objęły populację osób dorosłych adoptowanych zaraz po urodzeniu. Kontrolowano pochodzenie tych dzieci w zakresie obecności różnych form psychopatologii u biologicznych rodziców, poczynając od alkoholizmu poprzez depresję i problemy kryminalne. Przeprowadzono również wywiady z rodzicami adopcyjnymi pod kątem czynników indywidualnych mogących kształtować środowisko wychowawcze oraz determinować rozwój adopcyjnych dzieci i ich osiągnięcia szkolne (Cadoret, O'Gorman, Troughton, Heywood, 1985). Biologiczni rodzice byli diagnozowani w obszarze problemów z alkoholem i osobowości antyspołecznej. W porównaniu z pierwszymi badaniami z zakresu genetyki behawioralnej *The Iowa Adoption Studies* charakteryzowały się dużą poprawnością metodologiczną, zwłaszcza w zakresie ujęć definicyjnych objawów

psychopatologicznych obserwowanych u biologicznych rodziców. Alkoholizm definiowano jako poważne problemy z piciem połączone z negatywnymi skutkami spowodowanymi alkoholem, takimi jak problemy z policją, trudności społeczne, kłopoty z zatrudnieniem, problemy zdrowotne, w tym hospitalizacja w związku z odtruciem lub leczeniem alkoholizmu. Generalnie osoby te były określane jako alkoholicy o ciężkim przebiegu uzależnienia lub osoby pijące w sposób nadmierny, szkodzący ich dobru fizycznemu, psychicznemu i społecznemu. Zachowania antyspołeczne u biologicznych rodziców charakteryzowały się znikaniem z domu, wandalizmem, wykroczeniami prawnymi, problemami z policją, skazaniem za ciężkie i poważne przestępstwa. Kontrolowano również czynniki na podstawie danych z agencji adopcyjnych oraz indywidualnych wywiadów z rodzicami adopcyjnymi. Badane rodziny pogrupowano ze względu na czynniki środowiskowe na kilka grup: (1) problemy alkoholowe u członków rodzin adopcyjnych, (2) zachowania antyspołeczne w rodzinie, (3) inne zaburzenia psychiczne u członków rodziny, (4) choroby somatyczne u rodziców adopcyjnych, (5) zaburzenia życia rodziny adopcyjnej poprzez rozwód, separację lub śmierć, (6) poziom życia społeczno-ekonomicznego w rodzinach, (7) środowisko wiejskie lub miejskie, (8) wiek opuszczenia rodziny adopcyjnej oraz (9) czynniki prenatalne i postprenatalne mogące oddziaływać na przebieg rozwoju dzieci adopcyjnych, takie jak niska waga urodzeniowa, wcześniactwo czy picie matki w ciąży.

Badania nad bliźniętami

Znaczący udział czynników genetycznych w kształtowaniu zwiększonej podatności na zaburzenia dzieci alkoholików potwierdzają również badania nad bliźniakami. Wiarygodność badań porównawczych opiera się na założeniu, że wpływy genetyczne występują wtedy, gdy **bliźnięta jednojajowe** (monozygotyczne MZ) cechuje większe podobieństwo fenotypowe do **bliźniąt dwujajowych** (dizygotycznych DZ); przy czym zakłada się identyczność podobieństw środowiskowych. Badania nad bliźniętami stanowią mocny test hipotezy o genetycznej transmisji alkoholizmu, ponieważ dopuszczają jakościową ocenę dziedziczności genetycznej. Dzieje się tak, ponieważ bliźnięta MZ posiadają identyczny genotyp, w odróżnieniu od bliźniąt DZ, które mają wspólne geny tylko w 50%. Oznacza to, że cecha jest genetycznie zdeterminowana wtedy, gdy bliźnięta MZ są bardziej podobne w obrębie danej cechy niż bliźnięta DZ. W odniesieniu do alkoholizmu zgodność wskaźników alkoholizmu powinna być wyższa u bliźniąt jednojajowych niż u dwujajowych. Nie należy jednak zapomnieć o nieustannej ocenie podobieństwa środowisk wychowawczych dla porównywanych grup.

Analiza danych dotyczących wychowywanych razem bliźniąt płci męskiej w odniesieniu do alkoholizmu generalnie wskazuje, że bliźnięta jednojajowe

wykazują większy poziom zgodności w porównaniu z bliźniętami dwujajowymi (Hrubec i Omenn, 1981). Średni poziom zgodności w grupie mężczyzn bliźniąt MZ wynosi około 60%, a w grupie bliźniąt DZ około 39%. Występowanie zgodności w parach bliźniąt mężczyzn MZ jest stale i znacząco wyższe niż w parach DZ (por. Cierpiałkowska, 2010c). Wyniki badań porównawczych między parami bliźniąt płci męskiej są spójne i konsekwentnie wskazują na genetyczne podłoże alkoholizmu. W dodatku wykazano, że czynniki genetyczne są odpowiedzialne za pewne aspekty nadużywania alkoholu, takie jak skłonność do prowadzenia samochodu pod wpływem alkoholu (Martin, Boomsma, 1989) czy samoocena siły intoksykacji alkoholowej po zmianie dawki alkoholu (Neale, Martin, 1989).

Uzyskane w pierwszych badaniach nad bliźniętami płci żeńskiej wyniki okazały się bardzo niespójne. Z sześciu opublikowanych prac z udziałem bliźniąt i dotyczących alkoholizmu kobiet tylko trzy wykazały znacznie wyższą zgodność w grupie bliźniąt jednojajowych (MZ) niż w grupie bliźniąt dwujajowych (DZ) (McGue, 2003). W najnowszych i lepiej zaplanowanych badaniach z udziałem bliźniąt płci żeńskiej zaobserwowano istotny wpływ czynników genetycznych. W dwóch największych badaniach porównawczych kobiet amerykańskich (Kendler i wsp., 1992) oraz australijskich (Heath i wsp., 1998) zgodność występowania alkoholizmu była istotnie wyższa w grupie bliźniąt MZ (odpowiednio 32% i 30%) niż bliźniąt DZ (24% i 17%). Chociaż wyniki badań nad alkoholizmem mężczyzn i kobiet różnią się udziałem czynników genetycznych, a mechanizm wyjaśniający modyfikowanie przez płeć nie został w pełni poznany, to nie można pomijać występowania również w populacji kobiet większego ryzyka zaburzeń spowodowanych nadmiernym spożywaniem alkoholu wynikającego z wpływów genetycznych (por. McGue, 2003).

3.1.3. Czynniki pośredniczące we wpływie genetyki na alkoholizm

Aktualny stan wiedzy płynącej z genetyczno-behawioralnych badań nad dziećmi alkoholików podkreśla znaczenie czynników genetycznych w etiologii alkoholizmu i innych problemów rozwojowych u dzieci alkoholików oraz nasila poszukiwania genów i innych markerów podatności na ten rodzaj zaburzenia. Naukowcy zidentyfikowali wiele cech biologicznych, które przenoszone są genetycznie wraz z podatnością na alkoholizm. Cechy te mogą posłużyć jako markery identyfikujące osoby z grupy podwyższonego ryzyka. Poszukiwanie genetycznych obciążeń alkoholizmem (markerów) stanowi zupełnie odmienną, jeśli chodzi o cel i procedury badawcze strategię przeszukiwania ludzkiego genomu pod kątem dziedzicznych czynników zwiększających ryzyko zachorowania. W badaniach nad dziećmi alkoholików

poszukuje się tzw. **markerów cechy**, które związane są z indywidualną predyspozycją do wystąpienia zaburzenia i pojawiają się zazwyczaj przed wystąpieniem choroby. W badaniach tego typu porównuje się osoby o wysokim ryzyku uzależnienia (dzieci alkoholików) z osobami o niskim ryzyku uzależnienia, pochodzące z rodzin bez problemu alkoholowego (Cierpiałkowska, 2000; Schuckit, 2000). Tego typu markerami mogą być, oprócz genów, wrażliwość na etanol, aktywność neurofizjologiczna, czynność elektryczna mózgu (tzw. potencjały wywołane) oraz czynniki biochemiczne.

Główny obszar badań z zakresu identyfikacji biologicznych markerów alkoholizmu dotyczy pomiaru **wrażliwości na alkohol**. Za jej wskaźnik przyjmuje się poziom stężenia alkoholu we krwi, aktywność mózgu, stopień zaburzenia równowagi, poziom odpowiednich hormonów oraz informacje od badanych o ilości drinków potrzebnych do uzyskania efektu upicia się. O ile badania nad dorosłymi alkoholikami wskazują na obniżenie wrażliwości na alkohol w populacji (Grant i in., 1999; Schuckit, 2000), o tyle analiza wyników badań nad dziećmi alkoholików ujawnia sprzeczne rezultaty. Generalnie, większość badań potwierdza, że synowie alkoholików (około 40%) charakteryzują się zmniejszoną wrażliwością na alkohol w porównaniu z synami niealkoholików (około 10%) (Schuckit i in., 2000; Schuckit, 2000, 1998; Grant i in., 1999). Podobnie obniżony poziom wrażliwości na alkohol dotyczy córek alkoholików (Schuckit i in., 2000).

3.1.4. Neurofizjologiczne mechanizmy ekspresji genów związanych z alkoholizmem

Opierając się na dostępnej wiedzy z zakresu genetyki behawioralnej dotyczącej dziedzicznego podłoża alkoholizmu, naukowcy usiłują zidentyfikować **biologiczne ścieżki ekspresji genów** odpowiedzialnych za to zaburzenie. Badania dotyczą zazwyczaj dzieci alkoholików, ponieważ, jak stwierdzono empirycznie, są one sześciokrotnie bardziej narażone na alkoholizm niż dzieci rodziców nie pijących (Cloninger, Bohman, Sigvaardson, 1981). Poszukiwania te oparte są na założeniu, że procesy neurofizjologiczne leżą u podłoża podatności dzieci na alkoholizm, co wyraża się w obserwowanych w tej populacji zaburzeniach w zachowaniu (Goodwin, 1985) oraz problemach emocjonalnych (Robins i wsp., 1996). Trudności te mają związek z dysfunkcjonalnością układu nerwowego, stąd poszukiwania podatności w mechanizmach neurofizjologicznych, takich jak procesy przetwarzania bodźców i informacji czy kontrola pobudzenia mierzona potencjałami wywołanymi lub specjalnym zastosowaniem EEG (tzw. analiza widmowa). Istnieją jeszcze dwa dodatkowe powody poszukiwania związków między czynnikami neurobehawioralnymi a podatnością na alkoholizm. Po pierwsze, stwierdzono istnienie związku pomiędzy alkoholizmem rodziców a zaburzeniami zachowania u synów al-

koholików z towarzyszącą im nadpobudliwością i zaburzeniami koncentracji uwagi (Stewart, de Blois, Cummings, 1980), przy czym analiza tych zaburzeń jako efektu deficytów w zakresie procesów neurofizjologicznych nie została w pełni podjęta. Po drugie, u dzieci alkoholików stwierdzono występowanie problemów w nauce (Knop, Teasdale, Schulsinger, 1985; Tarter i in., 1977), co może mieć związek ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się, których podłożem są deficyty w funkcjonowaniu centralnego układu nerwowego.

Badania neurofizjologiczne dzieci alkoholików dotyczą zazwyczaj płci męskiej i opierają się na pomiarach **czynności elektrycznej mózgu** (tzw. EEG) oraz **potencjałów wywołanych** (*event-related potentials* – ERP). Chociaż synowie alkoholików nie stanowią jednorodnej populacji, niektóre mechanizmy neurofizjologiczne często są dla nich charakterystyczne. Badanie czynności elektrycznej mózgu wskazuje na występowanie różnic pomiędzy dziećmi alkoholików i niealkoholików (Tarter, Laird, Moss, 1990). Aktywność encefalograficzna EEG jest niespecyficzna dla leżących u jej podłoża mechanizmów neuronalnych i odnosi się do wzajemnych interakcji procesów korowych i podkorowych. Jednak odkrycie różnic między badanymi populacjami jest ważne, pozwala bowiem na wyodrębnienie zaburzeń w funkcjonowaniu centralnego układu nerwowego (CUN). Ponieważ fale mózgowe w znacznej większości są zależne od czynników genetycznych, można wysnuć wniosek, że obserwowane w tym zakresie różnice u dzieci alkoholików i niealkoholików świadczą o podatności genetycznej alkoholizmu. Dotychczasowe badania wskazują na występowanie podwyższonej aktywności elektrycznej mózgu (EEG) u synów alkoholików (Gabrielli i wsp., 1982), a zwłaszcza fal alfa (Pollock i wsp., 1983). Jednocześnie podkreśla się dwojaką odpowiedź dzieci alkoholików na działanie alkoholu; jest to kombinacja efektu uspokojenia i pobudzenia. Jeśli ta hipoteza potwierdzi się, będzie to wskazywać na różnice indywidualne dzieci alkoholików w zakresie wzmacniającego efektu etanolu (Windle, 1990).

Potencjały wywołane (ERP) stanowią natomiast bardziej specyficzną analizę neurofizjologicznych zjawisk, której dokonuje się dzięki specjalnemu zastosowaniu encefalogramu (EEG). Potencjały wywołane EEG są śladami odpowiedzi mózgu na bodźce. Ich wyodrębnienie z tak zwanego tła EEG, czyli manifestacji elektrycznej innych trwających w tym samym czasie w mózgu procesów (aktywny prąd niezależny), wymaga w dniu dzisiejszym zapisu odpowiedzi na szereg powtórzeń tego samego bodźca. Pierwsze potencjały wywołane pokazano pod koniec lat czterdziestych. Z czasem skomplikowane urządzenia analogowe zastąpione zostały przez cyfrowe uśrednianie kolejnych fragmentów EEG, zsynchronizowanych według momentu wystąpienia bodźca, łatwo realizowane za pomocą komputera. Techniki te opierają się na założeniu, że zawarta w EEG odpowiedź mózgu na każdy z kolejnych

bodźców jest niezmienna. Potencjały wywołane stanowią tzw. elektryczną odpowiedź na stymulację sensoryczną mózgu. Elektrody umieszczone na powierzchni głowy rejestrują potencjały wywołane z określonych miejsc głowy. Wysokość amplitudy mierzona jest w jednostkach nasilenia elektrycznego, czyli w mikrowoltach. Amplituda składowej P300 lub P3, czyli duże dodatnie wychylenie, pojawiające się w 300 do 500 milisekund po podaniu bodźca, ulega zmniejszeniu zarówno u synów, jak i u córek ojców alkoholików. Wszystkie dotychczasowe wyniki podkreślają, że niska amplituda P3 poprzedza rozwój alkoholizmu i stanowi wskaźnik podwyższonego ryzyka podatności na alkoholizm. Potwierdzają to bardzo ważne badania Begleitera i współpracowników (1984) prowadzone na adolescentach, którzy w czasie badania nie otrzymywali alkoholu. Wykorzystując złożone bodźce wizualne, synowie alkoholików uzyskali obniżenie fal P300 w porównaniu z grupą kontrolną. Wyniki te jednoznacznie odnoszą się do funkcjonowania centralnego układu nerwowego niezwiązanego bezpośrednio z ostrym lub chronicznym działaniem etanolu. Empirycznie założenie o znaczeniu składowej P3 dla prognozowania podatności na alkoholizm potwierdziła również metaanaliza przeprowadzona przez Policha i współpracowników (1994) oraz analiza wyników badań nad genetycznym uwarunkowaniem alkoholizmu (COGA). Z pracy Policha wynika, że niska amplituda składowej P3 u małych dzieci stanowiła pewien wskaźnik nadmiernego picia w okresie dorastania. Natomiast dane z COAG wskazują, że w porównaniu z grupą kontrolną amplituda składowej P3 jest znacząco niższa u potomków alkoholików płci męskiej w rodzinach o wysokiej gęstości alkoholizmu (czyli w rodzinach, których przynajmniej trzech krewnych pierwszego stopnia jest alkoholikami). W odniesieniu do dziewcząt uzyskane różnice są nieco niższe. Chociaż nie dotyczy to wszystkich dzieci alkoholików można jednak uznać, że niska amplituda składowej P3 stanowi cechę charakterystyczną dla dzieci alkoholików wychowujących się w rodzinach o wysokiej gęstości alkoholizmu i może stać się markerem podwyższonego ryzyka podatności na alkoholizm. Oznacza to, że ryzyko rozwinięcia się choroby alkoholowej u dzieci alkoholików z obniżonym napięciem składowej P3 jest rzeczywiście większe niż u innych dzieci alkoholików. Ponieważ uzyskane dane skłaniają do wniosku, że amplituda składowa P3 może mieć podłoże genetyczne, stąd przypuszczenie, że predyspozycja związana z podatnością na alkoholizm jest dziedziczna (Porjesz, Begleiter, 2000). Oczywiście, nie każde dziecko alkoholika z obniżonym potencjałem składowym P3 będzie wykazywać problemy z alkoholem. Ostateczny efekt behawioralny, jak zawsze, zależy bowiem od interakcji pomiędzy genetyczną podatnością a czynnikami środowiskowymi. Tak więc o alkoholizmie danej osoby przesądzą dwa główne elementy jej życia: podwyższone ryzyko podatności na alkoholizm i niekorzystny układ cech otoczenia wychowawczego.

3.1.5. Specyficzne dysfunkcje intelektualne jako markery podatności na alkoholizm

Poszukiwania behawioralnej ekspresji genów odpowiedzialnych za alkoholizm przebiegają również w obszarze neuropsychologii. Zaczęto zastanawiać się, czy markerami podatności na alkoholizm mogą być **specyficzne dysfunkcje intelektualne** ujawnione dzięki testom neuropsychologicznym. Procesy poznawcze zajmują istotną rolę w życiu człowieka. Dzięki nim pozyskujemy, porządkujemy i przetwarzamy uzyskiwane z otoczenia informacje. Do poddawanych analizie elementów aktywności umysłowej zaliczamy m.in. werbalne i wzrokowo-przestrzenne sposoby przetwarzania informacji, umiejętności poznawczo-ruchowe, procesy uczenia się i zapamiętywania oraz myślenie abstrakcyjne czy umiejętność rozwiązywania problemów. Początki poszukiwania markerów podatności na alkoholizm w obszarze neuropsychologicznym u dzieci alkoholików wywodzą się z obserwowanych u odtruwanych alkoholików niedoborów intelektualnych (Parsons, 1987). Chociaż nie ma pewności, czy obserwowane deficyty są efektem zaburzeń funkcjonowania poznawczego sprzed okresu picia, czy też są bezpośrednim efektem spożywanego alkoholu, badacze sugerują, że podobne problemy intelektualne mogą ujawniać dzieci alkoholików, zanim zaczną pić (Gillen, Hesselbrock, 1992; Nixon, Philips, Tivis, 2000).

Uzyskane dotychczas wyniki badań w tym obszarze są niejednoznaczne i kontrowersyjne, tym niemniej generalnie wskazuje się, że dzieci alkoholików wykazują **nieharmonijność funkcjonowania poznawczego**. Etiologia manifestowanych objawów, ich przebieg i konfiguracja oraz leżące u ich podłoża dysfunkcjonalne procesy neuroanatomiczne nie zostały jeszcze do końca poznane, ale trwają prace w tym obszarze (Tarter, Laird, Moss, 1990). Prekursorami takich badań byli Tarter ze współpracownikami (1984), którzy dowiedli, że synowie alkoholików z przestępczą działalnością uzyskują niższe wyniki w testach mierzących pamięć i myślenie słowno-pojęciowe oraz prezentują niższy poziom osiągnięć szkolnych w porównaniu z synami niealkoholików z przestępczą przeszłością. Oczywiście, w przypadku takich badań bardzo trudno jest rozdzielić wpływy związane z zaburzonym środowiskiem (w tym przemoc fizyczna czy seksualna) od wpływów bezpośrednio wynikających z historii alkoholizmu w rodzinie na uzyskiwane deficyty poznawcze. Późniejsze badania porównawcze prowadzone na dzieciach alkoholików w różnym wieku wykazały istnienie ograniczeń w funkcjonowaniu poznawczym w zakresie: orientacji wizualno-przestrzennej (Schandler i wsp., 1988), zdolności wytrwania w aktywności ukierunkowanej na cel (Drejer i wsp., 1985), spostrzegawczości i zdolności planowania (Tarter i wsp., 1989), umiejętności koncentracji uwagi (Ozkaragoz, Noble, 1985) oraz zdolności do porządkowa-

nia i klasyfikowania nowych informacji (Peterson i wsp., 1992). Wyniki tych badań (z udziałem osób nie będących alkoholikami) sugerują, że obserwowane u dzieci alkoholików niedobory intelektualne mogą poprzedzać późniejsze problemy z nadużywaniem alkoholu. Jednak nie wszystkie doniesienia empiryczne są tak jednoznaczne. Kontrowersje wokół badań z zakresu neuropsychologii w odniesieniu do dzieci alkoholików ujawniają się wtedy, gdy dobór badanej grupy nie jest celowy i nie wiąże się z domniemanymi predyspozycjami w zachowaniu (np. zaburzenia zachowania), związanymi z wysokim ryzykiem alkoholizmu. W niektórych pracach nie stwierdzono niedoborów poznawczych u niepijących dzieci alkoholików. Bennett, Wolin i Reiss (1988) wskazują, że dzieci alkoholików uzyskują w testach neuropsychologicznych wyniki na poziomie normy, aczkolwiek są one statystycznie niższe niż wyniki dzieci z grupy kontrolnej, których rodzice nie mają problemów z alkoholem. Badania Workman-Daniels i Hesselbrocka (1987) oraz Hesselbrocka i współpracowników (1985) nie wykazały istnienia różnic pomiędzy dorosłymi dziećmi alkoholików a niealkoholikami w zakresie funkcjonowania poznawczego.

Teoretyczne próby uzasadnienia związku pomiędzy deficytami poznawczymi a podatnością na alkoholizm stanowią pewien tylko aspekt wyjaśnienia etiologii wieloczynnikowego zjawiska, jakim jest alkoholizm. Najważniejsze procesy poznawcze (w tym poznanie, uwaga, pamięć) są integralną funkcją układu nerwowego, zwłaszcza jego osi kora przedczołowa – śródmózgowie. Powiązania z systemem neuroanatomicznym stanowią pośredni dowód na genetyczne podłoże alkoholizmu. Zgodnie z modelem podatność–stres deficyty poznawcze stanowią jeden z elementów kształtujących zwiększoną podatność. Wiele czynników o biologicznym podłożu decyduje o podatności na alkoholizm, ale oprócz podatności istotną rolę odgrywają okoliczności zewnętrzne życia jednostki. Środowisko społeczne sprzyjające spożywaniu napojów wysokokowych oraz inne socjoekonomiczne i kulturowe aspekty funkcjonowania decydują w ostateczności o rozwoju alkoholizmu.

Neuropsychologiczne wyjaśnienia podatności na alkoholizm mają swoje ograniczenia i w dużej mierze dotyczą tylko pewnej podgrupy osób z podwyższonym ryzykiem wystąpienia tego zaburzenia. Duża heterogeniczność zarówno populacji alkoholików, jak i samego zaburzenia uniemożliwia stworzenie jednej wszechstronnej teorii, która wyjaśniałaby specyfikę i etiologię podatności na alkoholizm i jej indywidualne zróżnicowanie. Dotychczasowe analizy opierają się na neurobehawioralnych korelatach pewnego typu alkoholizmu, określonego według Cloningera jako typ II alkoholizmu. W związku z tym teoretyczne wyjaśnienia związku między neuropsychologią a podatnością na alkoholizm dotyczą osób, które stosunkowo wcześniej zaczęły nadużywać alkoholu, przy czym nie stwierdzono u nich występowania gwałtownych i ostrych objawów alkoholizmu ani skłonności antyspo-

lecznych. Neurobiologiczna podatność na alkoholizm nie odnosi się również do osób, dla których problem z alkoholem jest objawem wtórnym w stosunku do innych zaburzeń oraz dla których picie stanowi nawyk lub reakcję na stres. Jednocześnie podkreśla się, że osoby charakteryzujące się pewnymi dysfunkcjami w obszarze funkcjonowania poznawczego są bardziej wrażliwe w porównaniu z innymi na szkodliwe działanie etanolu. Częściej doświadczają zamroczeń poalkoholowych i drgawek delirycznych (Segal i in., 1970; za: Sher, 1991). Dotychczasowe szczegółowe badania wskazują, że związek między deficytami poznawczymi a podatnością na alkoholizm jest wynikiem wzajemnej integracji wielu aspektów funkcjonowania człowieka: procesów poznawczych (kontrolowanych przez korę czołową), emocjonalnych i motywacyjnych (kontrolowanych przez okolice limbiczne i przedczołowe) oraz pobudzenia fizjologicznego (za które odpowiada między- i śródmózgowie). Wymienione wyżej obszary mózgowe odgrywają istotną rolę w funkcjonalnej integracji systemu nerwowego, a jednocześnie stanowią istotny element kształtowania się podatności na alkoholizm (Tarter, Laird, Moss, 1990).

Podsumowując stan badań nad dziećmi alkoholików w obszarze neuropsychologii, można uznać, mimo braku jednoznacznych wyników, deficyty poznawcze za jeden z markerów genetycznej podatności na alkoholizm. Trudności te mają podłoże rodzinne i w pewnym podtypie alkoholizmu mogą poprzedzać rozwój uzależnienia.

3.2. Wpływ czynników środowiskowych z perspektywy genetyki behawioralnej

Rezultaty wielu badań pokazują związek między genetyką a pewnymi zachowaniami związanymi z nadużywaniem alkoholu. Problem ten jest rozpatrywany w ramach dwóch podejść teoretycznych na temat uwarunkowanych genetycznie zachowań, a mianowicie w **modelu interakcji genotyp – środowisko** i **modelu korelacji genotyp – środowisko** (McGue, 2000; Searles, 1990). Generalnie, podstawowe założenia **genetyki behawioralnej** dotyczą istnienia genotypowej zmienności, którą można rozłożyć na czynniki pierwsze, dające się przypisać genom lub środowisku. Model interakcji genotyp – środowisko sugeruje, że nie wszyscy ludzie są jednakowo podatni na wpływy środowiskowe. Aby powstał pewien określony fenotyp (np. skłonność do uzależnienia) jednostka z jednej strony musi odziedziczyć geny podatne na to zaburzenie, z drugiej zaś – musi zostać poddana prowokującym to zaburzenie działaniom środowiskowym (tzw. model podatność-stres). Potwierdzają to po części badania Sigvardssona i wsp. (1996), które wykazują, że wśród adoptowanych w niemowlęctwie mężczyzn, którzy byli obciążeni genetycznie oraz wycho-

wywali się w sprzyjających rozwojowi uzależnienia warunkach środowiskowych, występuje istotnie wyższy odsetek nasilonego alkoholizmu typu I. Natomiast u mężczyzn ze słabym obciążeniem genetycznym jakość środowiska wychowawczego nie wpływała na częstość występowania alkoholizmu typu I.

Zatem aktualna wiedza na temat **interakcji genów ze środowiskiem** pozwala na stwierdzenie, że skutki oddziaływań wychowawczych zależą od genotypu jednostki. Im bardziej dana osoba jest obciążona genetycznie ryzykiem alkoholizmu, tym większy wpływ środowiska rodzinnego na rozwój tego zaburzenia. I odwrotnie, wpływy rodzinne mogą nie mieć większego znaczenia u dzieci, które nie odziedziczyły (lub odziedziczyły tylko pojedyncze geny) ryzyka choroby alkoholowej.

Drugi teoretyczny model pozwalający określić względny udział czynników genetycznych i środowiskowych w powstawaniu alkoholizmu to model korelacji genotyp – środowisko. Odnosi się on do procesów odpowiedzialnych za pojawienie się korelacji oddziaływań genetycznych i środowiskowych na fenotyp związany z alkoholizmem. W badaniach nad uzależnieniami wyróżniono trzy typy związków, które uaktywniają inne mechanizmy:

(1) **korelacja genotyp – środowisko typu pasywnego** – odnosi się do sytuacji, kiedy środowisko społeczne jednostki jest zależne od jej dziedzictwa genetycznego. Na przykład, dzieci inteligentnych rodziców, oprócz genów wysokiej inteligencji otrzymują jeszcze wychowanie stymulujące aktywność poznawczą i rozwój myślenia. W odniesieniu do rozwoju alkoholizmu oczekiwano związku pomiędzy temperamentem a poziomem aktywności, jednak wyniki badań z projektu „Colorado Adoption Project” wskazują na słabą siłę korelacji gen – środowisko w tym zakresie (Loehlin, DeFries, 1987).

(2) **korelacja genotyp – środowisko typu wywołanego** – opiera się na przesłance, że środowisko jednostki, przynajmniej w pewnym zakresie, jest zdeterminowane reakcjami otoczenia na zachowanie jednostki, a jednostki reagują na bodźce środowiskowe w różny, zależny od genotypu, sposób. Na przykład dzieci aktywne społecznie, z dobrym temperamentem uzyskują inną odpowiedź środowiskową niż dzieci nieśmiałe lub agresywne, co pozwala na ocenę korelacji genotyp – środowisko typu wywołanego (oczywiście przy założeniu, że temperament i zdolności społeczne mają podłoże genetyczne).

(3) **korelacja genotyp – środowisko typu aktywnego** – opiera się na założeniu, że jednostka samodzielnie poszukuje środowiska, które jest komplementarne z jej genotypem. Tym samym, jej wybory życiowe są zależne od cech i zdolności uwarunkowanych genetycznie. Na przykład ekstrawertycy, w odróżnieniu od introwertyków dobrze radzą sobie z aktywnością społeczną i aktywnie poszukują okazji do jej realizacji (Plomin, 2001).

Koncepcje dotyczące **korelacji genotyp – środowisko** nie są jeszcze w pełni potwierdzone empirycznie, zwłaszcza co do zachowań związanych z al-

koholizmem. Jednak w rozważaniach teoretycznych podkreśla się ogromne znaczenie tych modeli w zakresie poszukiwania przyczyn i mechanizmów kształtowania się złożonych zachowań związanych z nadużywaniem alkoholu. Istnieje kilka ścieżek odzwierciedlających różne związki między genotypem i środowiskiem w odniesieniu do alkoholizmu. Przykładem związku **genotyp – środowisko typu pasywnego** jest bezpośrednie spożywanie etanolu przez niemowlę poprzez łóżysko lub wraz z mlekiem matki. Jeśli matka alkoholiczka tworzy dziecku nieprzyjazne środowisko wewnątrzmaciczne jeszcze przed urodzeniem, może to skutkować dla niemowlęcia poważnymi komplikacjami zdrowotnymi (np. FAS). Fakt, że nie wszystkie dzieci wystawiane na działanie etanolu w łonie matki będą przejawiały jego negatywne konsekwencje, wyjaśnia się różnicą ich podatności genetycznej na działanie alkoholu. Pośrednim dowodem na istnienie związków **genotyp – środowisko typu wywołanego** są doniesienia z badań Tartera i współpracowników (1985) wskazujące, że co najmniej pierwotny typ alkoholizmu jest powiązany z niekorzystnymi cechami temperamentu i osobowości. Dzieci impulsywne i pobudliwe różnią się swoim zachowaniem od dzieci nieśmiałych, co może mieć wpływ na rodzaj ich relacji rówieśniczych, a tym samym wpływać na wczesne decyzje o spożywaniu alkoholu (Kandel, 1985). Wybór otoczenia społecznego przez jednostkę, np. grupy osób preferujących zachowania ryzykowne czy spożywanie alkoholu przynajmniej częściowo jest zdeterminowany przez czynniki genetyczne w postaci pewnych cech temperamentu. Dotychczasowe przykłady wskazywały na niewielką rolę jednostki w kształtowaniu swoich decyzji o piciu lub nie. W modelu związku **genotyp – środowisko typu aktywnego** podkreśla się znaczenie aktywności jednostki lub jej najbliższych osób w podejmowaniu decyzji o spożywaniu alkoholu. Może być tak, że dziecko wychowujące się w rodzinie alkoholowej aktywnie unika lub eliminuje ze swojego otoczenia wszystkie elementy związane z alkoholem. W bardziej pasywnej formie, to nie dziecko aktywnie unika alkoholu, ale osoba dorosła z najbliższego otoczenia dziecka (np. niepijący rodzic lub dziadkowie) zabiega i troszczy się o utrzymanie abstynencji, organizując w odpowiedni sposób czas wolny dziecka, kształtując i wzmacniając tym samym jego prozdrowotne nawyki.

Podsumowując wyniki badań genetyki behawioralnej w odniesieniu do alkoholizmu, należy przyjąć, że u synów alkoholików układ genów ma istotne znaczenie w rozwoju uzależnienia i problemowego picia. W odniesieniu do osób płci żeńskiej uzyskane wyniki nie są tak jednoznaczne. Tym niemniej wysokiego ryzyka uzależnienia od alkoholu u osób obojga płci nie da się wyjaśnić tylko predyspozycjami genetycznymi. Badacze genetyki behawioralnej wskazują, że prace prowadzone nad osobami adoptowanymi i bliźniakami pozwalają określić dziedziczne podłoże problemów z alkoholem, a nie jego genetyczną determinację. Rozwój choroby alkoholowej jest procesem złożo-

nym, zależnym z jednej strony od predyspozycji genetycznej jednostki, z drugiej zaś od jakości środowiska społecznego, w którym się wychowuje. Innymi słowy, chociaż stwierdza się udział czynników genetycznych w etiologii alkoholizmu, nie jest to zjawisko czysto biologiczne. Związek między układem genów a określonym fenotypem złożonych zachowań nie jest prostoliniowy; może on podlegać różnorodnym modyfikacjom pod wpływem wielu procesów fizjologicznych, psychologicznych i społecznych.

3.3. Temperament dzieci alkoholików

Charakterystyka dzieci alkoholików z punktu widzenia ich temperamentu stała się jednym z centralnych obszarów badawczych, ponieważ – zgodnie z pracami Cloningera (1987) **cechy temperamentu** stanowią jeden z najistotniejszych czynników etiologii alkoholizmu. Temperament jest pewnego rodzaju dyspozycją, trwałą właściwością i jednocześnie jednym z mechanizmów regulujących zachowanie. Mechanizm ten, w porównaniu z innymi właściwościami psychicznymi, należy do zjawisk najbardziej stałych, w znacznym stopniu dziedzicznych i ujawniających się we wczesnych stadiach rozwoju człowieka. Istnieje kilka historycznych i współczesnych podejść do temperamentu, które różnią się sposobem definiowania, metodami pomiaru czy poziomem analizy. Zgodnie z koncepcją Strelaua (1978, 1985) temperament stanowi zespół formalnych i względnie stałych cech zachowania regulujących czynności w dwóch podstawowych aspektach: poziomu energetycznego i charakterystyki czasowej zachowania. Cechy te są pierwotnie biologicznie zdeterminowane, co oznacza, że podstawę temperamentu stanowi mechanizm fizjologiczny, kształtujący się w okresie życia płodowego, na podłożu wyposażenia genetycznego. Podobne podejście do temperamentu przyjmują Buss i Plomin (1984), którzy traktują temperament jako czynnik dziedziczny ujawniający się zaraz po urodzeniu. Rothbart i Derryberry (1984, 1981) natomiast definiują temperament jako konstytucjonalne różnice w reaktywności (układu hormonalnego, somatycznego oraz centralnego i autonomicznego układu nerwowego) i samoregulacji (w zakresie procesów emocjonalno-motywacyjnych). Thomas i Chess (1977) oraz Windle i wsp. (1986) traktują temperament jako wskaźnik „dobroci dopasowania”, w którym efekty rozwojowe są wynikiem mniejszej lub większej zgodności między uwarunkowaniami osobowościowymi a wymaganiami otoczenia (szerzej Grzegorzewska, 2011a).

Przegląd licznych badań z dziedziny temperamentu potwierdza słuszność poglądu, że koncepcje temperamentu mogą być przydatne do wyjaśnienia genezy indywidualnych różnic w przebiegu rozwoju dzieci i młodzieży, zwłaszcza w zakresie nieprzystosowania i rozwoju alkoholizmu (Tarter, Alterman, Edwards, 1985). Chociaż liczba precyzyjnych i jasno sfor-

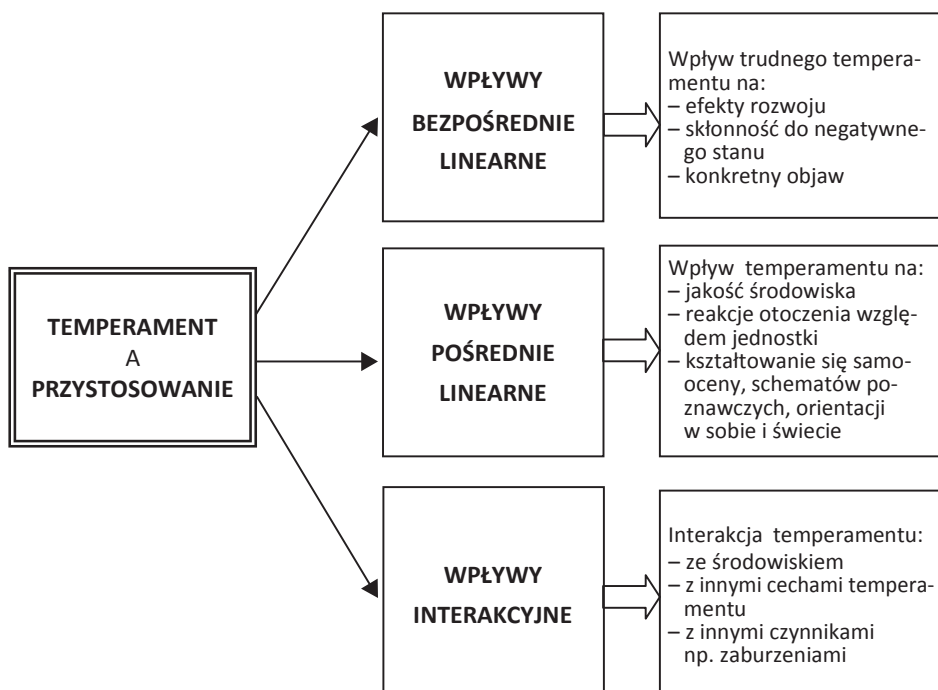
mułowanych badań nie jest zbyt duża, naukowcy sugerują, że temperament i alkoholizm pozostają w empirycznej zależności. Analiza relacji między temperamentem a przystosowaniem wymaga uwzględnienia wielu kontekstów rozwoju dziecka. Sposób funkcjonowania jednostki w danym kontekście może ulegać zmianie, ale ogólny poziom jej przystosowania będzie zależny od jakości danego kontekstu oraz relacji społecznych, rodzinnych i środowiskowych. (Chess, Thomas, 1984; Lerner, Lerner, 1994). Analizy wyników badań nad czynnikami prognozującymi zaburzenia w przystosowaniu i przestępczość wśród młodzieży wskazywały na dziecięcy temperament jako zmienną o większej sile przewidywania, w porównaniu z jakością oddziaływań rodzicielskich.

Wyniki współczesnych badań nie pozwalają na precyzyjne wyznaczenie, które konkretnie aspekty temperamentu powodują określone rezultaty rozwojowe. Wiele badań łączących temperament z przebiegiem rozwoju koncentruje się raczej na niesprzyjających cechach temperamentu, które mogą wyzwać niesprzyjające rezultaty rozwojowe, niż na wyróżnianiu właściwości i cech temperamentu a przystosowania.

Pytanie, w jaki sposób temperament warunkuje rozwój alkoholizmu, pozostaje nadal ważne. Wskazuje się, że temperament może wpływać na rozwój problemów w zachowaniu i zwiększać ryzyko wystąpienia zaburzeń (jako czynnik ryzyka) na kilka sposobów. Clark, Watson i Mineka (1994) wyróżnili cztery drogi łączące specyficzne cechy osobowości z odpowiednim nastrojem i zaburzeniami emocjonalnymi: (1) **model braku odporności** – w którym osoba jest jakby predysponowana do wystąpienia zaburzeń w rozwoju, na przykład w swojej reakcji na stres; (2) **model „patoplastyki”** – będący odmianą modelu braku odporności, w którym osobowość kształtuje przebieg zaburzenia, na przykład poprzez tworzenie środowiska podtrzymującego zaburzenie; (3) **hipoteza blizny** – w której zaburzenie powoduje trwałe zmiany w osobowości, na przykład wzrastający poziom niepewności; (4) **hipoteza kontynuacji lub spectrum** – w której psychopatologiczny stan w ekstremalnych warunkach jest manifestacją podstawowych cech osobowości.

Rothbart i współpracownicy (1995) wyróżnili różne ścieżki wpływu temperamentu na zwiększenie ryzyka psychopatologii (rys. 3.1). Relacje między temperamentem a przystosowaniem wynikają z trzech źródeł: wpływów bezpośrednich – linearnych, pośrednich – linearnych i wpływów interakcyjnych.

We współczesnych teoriach psychopatologii, odnoszących się do temperamentu, indywidualne różnice w specyficznym układzie procesów nerwowych są związane z osobniczymi, charakterystycznymi formami motywacji lub funkcjonowania (Bates, 1989; Clark, Watson, Mineka, 1994; Rothbart, Derriberry, Posner, 1994).



Rys. 3.1. Procesy łączące temperament z przystosowaniem

Źródło: opracowanie własne na podstawie Rothbart, Bates, 1998.

Istnieje kilka dowodów na to, że specyfika systemu nerwowego wpływa na kształtowanie się cech zachowania poprzez trzy różne procesy: (1) skrajny temperament (*extreme temperament*) sprzyja psychopatologii lub pozytywnej adaptacji (np. skrajna wstydliwość, deficyty uwagi, wysoki poziom kontroli uwagi); (2) skrajny temperament tworzy skłonność do wystąpienia związków między stanami psychicznymi (np. lękliwość → zaburzenia uogólnionego lęku, agorafobia/napady paniki; wysoki poziom koncentracji → dobre społeczne przystosowanie); (3) cechy temperamentu wpływają na konkretny objaw danego zaburzenia (np. niepokój lub beznadziejność w depresji).

Istnieją badania wspierające hipotezę o bezpośrednich zależnościach między cechami temperamentu i przystosowaniem (Rothbart, Bates, 1998). Konkretnie, specyficzne wymiary temperamentu na różne sposoby łączą się z eksternalizacją i internalizacją problemów w zachowaniu, przy czym wczesne zahamowanie bardziej przyczynia się do późniejszych problemów o charakterze uwewnętrznionym, wczesna „kryzysowość” i upartość częściej prowadzi do późniejszych problemów o charakterze uzewnętrznionym, a negatywna emocjonalność ma związek z obu tymi wymiarami.

Wielu badaczy temperamentu podziela pogląd, że temperament sam w sobie nie tworzy pozytywnego lub negatywnego przystosowania, lecz cechy temperamentu w trakcie przebiegu procesów rozwojowych mogą determinować przystosowanie. Ta koncepcja lepiej pasuje do modelu braku odporności niż do modelu spectrum (lub kontynuacji).

Wśród publikacji naukowych dominuje pogląd, że właściwości temperamentu mogą mieć linearny wpływ na rezultaty przystosowania, bardziej jednak w sposób pośredni niż bezpośredni. Wyróżniono trzy podstawowe, pośrednie procesy: (1) temperament kształtuje środowisko, które potem wpływa na dobre lub złe przystosowanie (np. *wysoki poziom poszukiwania stymulacji* → *wczesne opuszczenie domu rodzinnego* → *słaba jakość małżeństwa*; *wysoki poziom umiejętności koncentracji* → *planowanie* → *dobre wyniki w szkole*); (2) temperament niejako „nastawia” otoczenie do zachowania się wobec jednostki w określony sposób, który prowadzi do doświadczeń z zakresu wysokiego ryzyka, psychopatologii lub bardziej pozytywnych rezultatów (np. *wysoki pozytywny afekt* → *dużo uwagi ze strony opiekunów różnych instytucji*; *nadmierzna pobudliwość niemowlęcia* → *metody przymusu u rodziców* → *reakcje dziecka*); (3) temperament wpływa na procesy informacji o sobie i innych, kształtując poznawcze podstawy psychopatologii lub pozytywnego przystosowania (np. *negatywny afekt* → *negatywnie nasycony proces społecznej komunikacji* → *agresywność*; *pozytywny afekt* → *pozytywnie nasycony proces społecznej komunikacji* → *optymistyczne podejście do świata i ludzi*).

Wśród wyróżnionych procesów pierwsze dwa obejmują pośredniczenie temperamentu poprzez doświadczenia lub wydarzenia, które zazwyczaj traktowane są jako część środowiska.

W pierwszym modelu **temperament predysponuje dziecko** do poszukiwania doświadczeń związanych z **zachowaniami ryzykownymi**, które przyczyniają się do rozwoju źródeł stresu, takich jak odrzucenie przez rówieśników, niepowodzenia szkolne, problemy z prawem, fizyczne skaleczenia i urazy lub napięcia i problemy finansowe mogące prowadzić do zaburzeń w rozwoju, na przykład do depresji. Opisane procesy znajdują potwierdzenie zarówno w obserwacjach klinicznych, jak i badaniach naukowych (na przykład depresja jako wtórne zaburzenie wobec zachowań antyspołecznych u chłopców – por. Patterson i in., 1992).

W drugim przypadku **dziecięcy temperament „wyzwala” specyficzne zachowania rodziców**, pośrednio kształtując poziom jakości sprawowania funkcji rodzicielskich, który w znaczący sposób przyczynia się do realizacji zadań rozwojowych i przystosowania. Część badaczy podziela przekonanie, że niekorzystny temperament może być modyfikowany w procesie rozwoju i przystosowania przez sprawowanie funkcji rodzicielskich (np. Reid i Patterson, 1989). Pogląd ten nie ma jeszcze mocnego oparcia w badaniach naukowych, jednak prace Willsa i współpracowników (2001), dotyczące roli temperamentu w uzależnieniu od narkotyków, stają się zaczątkiem umacniania tej koncep-

cji. W tych badaniach wysoki poziom aktywności i negatywna emocjonalność zwiększają ryzyko nadużywania substancji psychoaktywnych, a wysoki poziom orientacji na zadania i pozytywna emocjonalność zmniejszają to ryzyko. Ta korelacja może zostać wyjaśniona w modelu pośredniczenia. Na przykład związek negatywnej emocjonalności i poziomu aktywności z nadużywaniem narkotyków łączy się z eksternalizacją problemów w zachowaniu. Z kolei na relacje między eksternalizacją zaburzeń a uzależnieniem mają wpływ negatywne wydarzenia życiowe oraz posiadanie przyjaciół zażywających narkotyki. Natomiast łagodzący efekt pozytywnej emocjonalności jest wzmacniany poprzez pozytywne doświadczenia radzenia sobie z sytuacjami stresowymi. Związek procesów rodzinnych i jakości sprawowania funkcji rodzicielskich z temperamentem i przystosowaniem stawia interesujące pytania przed naukowcami, a przede wszystkim wymaga dalszej eksploracji empirycznej.

Innym wysoce prawdopodobnym procesem, łączącym przystosowanie z temperamentem, są związki o charakterze interakcyjnym. W tych koncepcjach problemy z zachowaniem są rezultatem wzajemnych interakcji między właściwościami temperamentu dziecka a rodzicielskimi reakcjami na wyzwania wyznaczane przez ten temperament. W ten sposób skłonność do dystresu i wymagający temperament w dzieciństwie mogą przyczyniać się do niedostosowania tylko wówczas, gdy rodzice reagują silną konfrontacją lub poddaniem się. Większość badaczy zgadza się, że taki model przebiegu rozwoju jest wielce prawdopodobny.

Rothbart i Bates (1998) dokonali następującej kategoryzacji tych interakcji: **interakcje temperamentu i środowiska:** (1) temperament osłabia działanie czynników ryzyka albo stresorów (np. *strach chroni przed agresją lub przestępczymi zachowaniami; pozytywny afekt ochrania przed odrzuceniem przez rodziców lub rówieśników*); (2) temperament wzmacnia reakcje na wydarzenia (np. *negatywny afekt zwiększa odpowiedź na stres, powiększając też ryzyko depresji lub zaburzeń posttraumatycznych*); **interakcje temperamentu i temperamentu:** (1) samokontrola w skrajnym temperamencie jakościowo zmienia jego ekspresję (np. *wysoki poziom braku regulacji → ADHD, natomiast wysoki poziom dobrej kontroli → wysoki poziom kompetencji; wysoka negatywna emocjonalność z niskim poziomem koncentracji uwagi → nadmierna wrażliwość i wzrastający niepokój, natomiast wysoka negatywna emocjonalność przy wysokim poziomie koncentracji uwagi → brak niedostosowania*); (2) jedna cecha temperamentu chroni przed ryzykownymi konsekwencjami innej bazowej cechy temperamentu (np. *lękliwość albo wysoki poziom koncentracji uwagi chronią przed impulsywnością*); oraz **interakcje mieszane:** (1) różne charakterystyki temperamentu mogą predysponować do podobnych rezultatów rozwojowych (np. *nieśmiałość, impulsywność, słaba przynależność i negatywizm – każda z tych cech może przyczyniać się do rozwoju społecznej izolacji*); (2) temperament lub osobowość mogą być kształtowane przez zaburzenia z obszaru psychopatologii (np. *zaburzenia nerwicowe → wzrastająca zależność*).

Temperament i jego rola w rozwoju i kształtowaniu się poziomu przystosowania nabiera szczególnego znaczenia w rodzinach z problemem alkoholowym. Teoretyczne i empiryczne poszukiwania związków pomiędzy temperamentem dzieci a alkoholizmem rodziców pochodzą z dwóch źródeł; pierwsze – analizuje poszczególne wymiary temperamentu jako czynniki ryzyka lub czynniki ochronne w odniesieniu do różnorodnych zaburzeń, w tym problemów z alkoholem; drugie – koncentruje się na analizie nadpobudliwości psychoruchowej u dzieci alkoholików i opiera się na klinicznych doniesieniach psychiatrów i psychologów.

Próby wyjaśnienia zjawiska alkoholizmu na podstawie analizy wymiarów temperamentu są ograniczone ramami przyjętej perspektywy teoretycznej. W odniesieniu do koncepcji temperamentu jako wskaźnika dobroci dopasowania czynników podmiotowych do wymagań otoczenia podkreśla się wzajemne dwukierunkowe relacje między osobowością a środowiskiem, w tym znaczeniu, że jednostka ze swoją indywidualnością kształtuje otoczenie, a otoczenie wpływa na rozwój osobowości (Windle i wsp., 1986; Lerner, Busch-Rossnagel, 1981). Jeden z takich modeli to wprowadzone przez Thomasa i Chessa (1977) pojęcie tzw. trudnego temperamentu. **Trudny temperament** charakteryzuje się pewnym specyficznym wzorcem reakcji i zachowania: powolny proces adaptacji, wycofująca odpowiedź, negatywny nastrój, nadmierna wrażliwość, nieregularność zachowania. Jak wskazują badania, dzieci z tym profilem temperamentu częściej mają problemy z rodzicami, rówieśnikami i nauczycielami (Thomas, Chess, 1977), częściej podejmują zachowania ryzykowne, jak palenie papierosów, używanie narkotyków czy alkoholu (Lerner, Vicary, 1984) oraz częściej doświadczają krytyki i wrogości ze strony dorosłych niż ich rówieśnicy (Quinton, Rutter, 1988). W odniesieniu do dzieci alkoholików odwrotność tego profilu, czyli pozytywny temperament stanowi istotny wskaźnik ochrony jednostki przed zaburzeniami. Jak wskazują badania Wernera (1986), dzieci alkoholików z tym profilem temperamentu wykazują dwa razy mniej problemów z zachowaniem i trudności szkolnych niż inne dzieci.

W koncepcji Tartera i współpracowników (1985) dokonano integracji wyników badań genetyki behawioralnej nad temperamentem z wynikami poszukiwań nad czynnikami ryzyka zachorowania na alkoholizm. Wskazuje się, że wieloczynnikowe, dziedziczne wymiary temperamentu i ich neurobehawioralne odpowiedniki mogą przyczyniać się do identyfikacji tzw. przedalkoholowego lub przedchorobowego profilu. Przy założeniu o genetycznym podłożu temperamentu można przypuszczać, że wrodzona podatność na alkoholizm może kształtować źródła, rozwój i końcowe efekty nadmiernego używania alkoholu. Wyróżniono sześć wymiarów temperamentu, które mają dziedziczne podłoże. Są to poziom aktywności, zdolność do wyciszenia w następstwie stresu, emocjonalność, reakcja na jedzenie (skłonność do wyszukiwania nowości i testowania różnorodnych potraw) oraz towarzyskość.

W literaturze sugeruje się, że zaburzenia w obszarze tych sześciu wymiarów temperamentu stanowią podstawę do określenia profilu osobowości, który stanowi czynnik wysokiego ryzyka zagrożenia alkoholizmem.

Współcześnie najbardziej popularny psychobiologiczny model temperamentu w odniesieniu do genezy i mechanizmów uzależnienia przedstawił Cloninger (1987). Koncepcja ta, nieustannie modyfikowana i weryfikowana, wyróżnia trzy centralne układy biologiczne wyznaczające odpowiednie właściwości temperamentu:

- 1) cecha: **poszukiwanie nowości** wyznaczana przez centralny układ „motywacyjny” /aktywacyjny;
- 2) cecha: **unikanie szkody** wyznaczana przez centralny układ „karania” / hamowania działań pod wpływem bodźców negatywnych;
- 3) cecha: **uzależnienie od nagrody** wyznaczana przez układ „nagrody” / utrzymywanie zachowania.

Później wzbogacono tę koncepcję o czwarty wymiar – **wytrwałość**, charakteryzujący się poziomem odporności na frustrację oraz szybkością pojawienia się zmęczenia. Główne wymiary temperamentu są odzwierciedleniem leżących u ich podstaw układów neuroprzekaznikowych: poszukiwanie nowości – obniżony poziom dopaminy, unikanie szkody – z wysoką aktywnością serotoniny, a uzależnienie od nagrody – z niskim poziomem noradrenaliny. Poza ogólnym podziałem obu typów alkoholizmu według kryterium zaburzeń osobowości (typ I – osobowość zależna; typ II – osobowość antyspołeczna) uzyskane wyniki badań wskazywały na bardziej szczegółowe istotne różnice osobowościowe między alkoholikami typu I i II. Alkoholicy, których problem alkoholowy jest uwarunkowany środowiskiem (typ I), charakteryzują się unikaniem wzmocnień negatywnych i są wysoce zależni od pozytywnych wzmocnień społecznych. Natomiast alkoholicy typu II (uwarunkowanego genetycznie) wykazują następujący profil temperamentu: poszukiwanie nowości, ciekawość poznawcza, wysoki poziom ekstrawagancji, impulsywność i słabe zdyscyplinowanie. Wyniki innych badań empirycznych weryfikujących to założenie nie były już tak jednoznaczne (por. Sher, 2000). Polskie próby weryfikacji typologii Cloningera wykazały, że zwiększoną podatność na używanie substancji psychoaktywnych mają osoby o nasilonej tendencji do poszukiwania doznań, z trudnościami w zakresie samokierowania oraz obniżonej zdolności do współpracy (Pałczyński, 2002; Hornowska, 2006).

Alternatywne w stosunku do badań naukowych są doniesienia psychiatrów i psychologów na temat sposobów zachowania dzieci alkoholików. Raporty kliniczne o cechach temperamentu tej grupy pochodzą z dwóch źródeł: z bezpośredniej obserwacji i diagnozy tej populacji oraz z retrospektywnych doniesień dorosłych alkoholików. Pierwsze kliniczne obserwacje w tym zakresie poczyniono już w latach siedemdziesiątych, stwierdzając wysokie rozpowszechnienie alkoholizmu w rodzinach dzieci nadpobudliwych

(por. Cantwell, 1972; Fine i wsp., 1976). Późniejsze badania opierały się głównie na kryteriach klinicznych zaburzeń DSM - III. I tak, Stewart, DeBlois i Cummings (1980) analizowali rodzinną patologię wśród 126 chłopców w wieku 5 - 15 lat, u których zdiagnozowano (1) antysocjalną agresję; (2) antysocjalną agresję połączoną z nadpobudliwością; (3) nadpobudliwość oraz (4) inne objawy psychopatologii. Okazało się, że istnieje związek między piciem i zachowaniami antyspołecznymi rodzica a diagnozą antysocjalnej agresji u dzieci, natomiast nie stwierdzono takiego związku w odniesieniu do dziecięcej nadpobudliwości. Podobne wyniki uzyskano również w innych badaniach, stwierdzając wysoką pozytywną korelację między alkoholizmem rodzica a zaburzeniami zachowania u potomstwa (August, Stewart, Holmes, 1983; Stewart, DeBlois, Singer, 1979). Na podstawie dotychczasowych raportów można przyjąć hipotezę, że antyspołeczne, agresywne zachowanie w dzieciństwie jest istotnym predyktorem nadużywania alkoholu w dorosłości (por. August, Stewart, 1983).

Badania retrospektywne dotyczące dorosłych alkoholików prowadzone były w kilku kierunkach: porównywanie przebiegu rozwoju adoptowanych alkoholików i niealkoholików, retrospektywne badania alkoholików oraz analiza rozwoju osób, które w dzieciństwie przejawiały w zachowaniu wyraźne cechy nadpobudliwości. Uzyskane wyniki badań pozwalają na sformułowanie następujących wniosków:

- 1) alkoholizm biologicznych rodziców jest ściśle związany z wysokim poziomem nadpobudliwości u adoptowanych dzieci,
- 2) nasilenie nadpobudliwości psychoruchowej jest szeroko rozpowszechnione wśród adoptowanych dzieci alkoholików, które były wychowane przez niepijących rodziców;
- 3) nadpobudliwość w dużym stopniu cechuje dorosłych mężczyzn, którzy mają problem z alkoholem (Huessy, Howell, 1985; Nace, 2005).

Podsumowując dotychczasowy stan wiedzy, można wysunąć wniosek, że istnieje związek pomiędzy alkoholizmem rodziców, nadpobudliwością dzieci i występującymi u nich później problemami alkoholowymi. Stworzony na podstawie badań model interakcji między zmiennymi wskazuje, że rodzicielski alkoholizm powiązany z zachowaniami antyspołecznymi przyczynia się do powstawania zaburzeń zachowania u męskiej części potomstwa, które w konsekwencji prowadzą do nadmiernego picia w okresie dorastania, problemów szkolnych oraz aktywności przestępczej. W przyszłości mężczyźni ci charakteryzują się wysokim poziomem alkoholizmu, zaburzeniami osobowości typu antyspołecznego oraz konfliktami z prawem (por. Lukas i in., 2001; Schuckit, 2002; Nace, 2005).

Rodzice szkodliwie pijący i uzależnieni jako źródło stresu życiowego dzieci

4.1. Rodzinne źródła stresu życiowego dzieci alkoholików

Rodziny z problemem alkoholowym odznaczają się pewną specyfiką funkcjonowania, która, między innymi, jest związana zarówno z powtarzającym się, jak i incydentalnym stresem. Dzieci alkoholików stanowią grupę podwyższonego ryzyka stykania się ze zdarzeniami stresowymi o różnym charakterze oraz ich doświadczania – od uciążliwości życia codziennego do zdarzeń traumatycznych. Źródła i konsekwencje tych zdarzeń dla młodszych i starszych dzieci są odmiennie opisywane w różnych koncepcjach rodziny. W ramach pedagogiki, socjologii i psychologii do opisu owej specyfiki funkcjonowania najczęściej wykorzystuje się różne koncepcje, takie jak: podejścia linearne, inaczej jednostkowe (np. podejście psychodynamiczne, poznawczo-behawioralne, humanistyczne), teorie interakcyjne i systemowe (w tym modele międzypokoleniowe). Najwcześniejszy, bardzo dynamiczny opis funkcjonowania rodziny i występujących w niej zdarzeń stresowych przedstawiła w 1954 roku Joan Jackson w słynnym artykule zatytułowanym *Przystosowanie rodziny do alkoholizmu* (*The adjustment of the family to alcoholism*), którego główne tezy przez lata badacze próbowali zweryfikować empirycznie. Po przeszło pół wieku badań dysponujemy jeszcze niewystarczającą wiedzą, pozwalającą na wyjaśnienie wpływu stresu rodzinnego na rozwój dzieci, adolescentów i dorosłych z rodzin z problemem alkoholowym (Hassan, Sher, Hussong, Curran, 2013).

Współczesne koncepcje funkcjonowania rodziny, bez względu na swój teoretyczny rodowód, często nawiązują do teorii systemowej, w której pojawienie się objawów zaburzeń psychicznych u jednego z członków rodziny traktowane jest jako przejaw ukonstytuowanych zasad podtrzymujących określone wzorce relacji i komunikacji (Goldberg, Goldberg, 2006). Każda z koncepcji inaczej próbuje pokazać stres w rodzinie i jego konsekwencje

(por. podrozdz. 4.2), wnosząc coraz to nowe wątki do zrozumienia funkcjonowania rodziny z problemem szkodliwego i/lub uzależnionego picia:

(1) **Koncepcje linearne**, jednostkowe, w których próbuje się wyjaśnić zdrowie psychiczne dziecka w rodzinie jako efekt oddziaływania rodziców, którzy role rodzicielskie mogą odgrywać mniej lub bardziej adekwatnie. W tym podejściu używa się określenia patologiczna lub dysfunkcyjna rodzina, czyli taka, w której wszyscy członkowie rodziny mają różne problemy psychiczne, w konsekwencji szkodliwego czy uzależnionego picia jednego z rodziców. Alkoholik traktowany jest jako „sprawca”, **źródło wszelkiego stresu**, pozostali członkowie rodziny jako „ofiary” jego działania. Wśród tych ujęć wyróżniają się podejścia psychodynamiczne, humanistyczne czy egzystencjalne, w ramach których opisuje się i bada wpływy rodzica pijącego i zdarzeń stresowych, które towarzyszą picciu, na kształtowanie się struktury psychicznej dziecka, rozwój poznawczy, emocjonalny czy przebieg procesu socjalizacji (por. Cierpiałkowska, 2000).

(2) **Podejścia interakcyjne**, w których zakłada się, że funkcjonowanie rodziny należy badać poprzez sieć interakcji i komunikacji między rodzicami, między rodzicami a dziećmi czy między dziećmi. Elementarna jednostka komunikacji składa się z przekazów między nadawcą a odbiorcą, a seria między nimi tworzy interakcję. W rodzinach alkoholowych występują charakterystyczne sieci (wzorce) powtarzających się interakcji, które tworzą **strukturę interakcyjno-komunikacyjną rodziny**. Wzorce relacji i komunikacji między dwoma członkami rodziny mogą być źródłem stresu i cierpienia (np. wzorec unieważniania, odrzucenia). Sformułowano różne zasady prawidłowej i zaburzonej komunikacji i interakcji, charakterystyczne dla osób z problemami psychicznymi. W rodzinach z problemem alkoholowym opisano np. w podejściu poznawczo-behawioralnym wzorec „negatywnego przypatrywania się sobie” małżonków, w Analizie Transakcyjnej wzorce jawnej i niejawnej komunikacji i gier transakcyjnych (np. Alkoholik; Idź napij się, to ci pomoże!) (por. Miller, 1984; Gaś, 1994; Cierpiałkowska, 2000).

(3) **Podejście systemowe**, którego fundamentalne założenie brzmi, że alkoholizm jednego z członków rodziny jest symptomem manifestującym trudności i dysfunkcyjność całego systemu rodzinnego. Decyzja kobiety o pozostaniu w związku z pijącym szkodliwie lub w sposób uzależniony mężczyzną staje się początkiem tworzenia się **alkoholowego systemu rodzinnego**, w którym zasady konstytuujące i podtrzymujące wzorce interakcji i komunikacji służą utrzymaniu rodziny w całości (Steinglass, 1980). Zasady funkcjonowania systemu alkoholowego wyznaczają role poszczególnym członkom rodziny, także dzieciom, a ich indywidualne zadania rozwojowe są podporządkowane utrzymywaniu *status quo* rodziny. Z perspektywy systemowej rodzina powinna charakteryzować się spójnością, elastycznością oraz

jednoznaczną komunikacją (por. Walsh, 1990, Barnes, 1990). **Spójność** rodziny oznacza istnienie emocjonalnych więzi między jej członkami, a **elastyczność** dotyczy zdolności rodziny (w sytuacji doświadczania normatywnego i nienormatywnego stresu) do zmian dotyczących ról, przywództwa i reguł rządzących relacjami. **Komunikatywność** to umiejętność członków rodziny wzajemnego słuchania się oraz jasnego wyrażania swoich potrzeb i intencji. Dobrze funkcjonujące rodziny charakteryzują się równowagą pomiędzy stabilnością a zmianą (elastyczność) oraz między splątaniem a brakiem zaangażowania (spójność); oznacza to, że w sytuacji zmieniających się okoliczności rodzina musi jednocześnie zachować poczucie trwania znanego porządku i dostosować się do pojawiających się zmian oraz utrzymać stan równowagi pomiędzy wzajemnym wsparciem i potrzebą bycia we wspólnocie a niezależnością i autonomią poszczególnych członków (por. Olson i in., 1989; Margański, 2010 oraz podrozdz. 4.3 dotyczący struktury i mechanizmów funkcjonowania rodziny alkoholowej).

Dzieci alkoholików stanowią grupę podwyższonego ryzyka w zakresie wystąpienia negatywnych zdarzeń życiowych związanych z alkoholizmem w rodzinie. Zdarzenie życiowe można określić, zdaniem Bruce Dohrenweda (2000), mianem **stresora**, wtedy gdy: (1) dotyczy ważnych i wartościowych aspektów życia, (2) ma chroniczny (powtarzalny) lub incydentalny charakter oraz (3) spostrzegane jest jako znaczące i dotkliwe (bolesne) w konsekwencjach. Zaś **wydarzenie traumatyczne** to bardziej ekstremalne negatywne wydarzenie (kiedyś definiowane jako wykraczające poza zakres normalnych przeżyć jednostki), któremu osoba podlega lub jest świadkiem, doświadczając jednocześnie poczucia bezsilności i bezradności (Lis-Turlejska, 2005). Zarówno obserwacje klinicystów, jak i niemal wszystkie badania wskazują, że dzieci w rodzinach z problemem uzależnienia są bardziej narażone na doświadczanie zdarzeń stresowych i traumy niż dzieci z rodzin niealkoholowych. Niektóre dzieci alkoholików doświadczają w rodzinie zdarzeń, które mają bardziej **traumatyczny, jawny i bezsporny** charakter, jak: maltretowanie fizyczne i psychiczne, porzucenie, wykorzystanie seksualne czy poważne zaniedbania; inne dzieci doświadczają zdarzeń, które mają **mniej wyraźny i oczywisty** obraz w postaci lekceważenia, unieważniania, pomniejszania potrzeb dziecka czy chaotyczności i nieprzewidywalności wydarzeń w codziennym życiu rodziny (Windle, Searles, 1990; Dube, Anda, Felitti i in., 2001). Aktualnie zmierza się do wykazania powiązań między stresem środowiskowym, rodzinnym i pozarodzinnym a zmianami na poziomie biologicznym (fizjologicznym), zwłaszcza negatywnymi konsekwencjami dla rozwoju i dojrzewania mózgu (De Bellis, 2001).

Prowadzone badania nad obecnością stresu i zdarzeń traumatycznych w życiu dzieci alkoholików koncentrują się z jednej strony na **rozpozna-**

niu i opisanii typów tych zdarzeń oraz kontekstów społecznych, w jakich się pojawiają; z drugiej – na **wyjaśnieniu ich znaczenia i wpływu** na rozwój zdrowia psychicznego jednostki. Częściej prowadzi się badania oparte na procedurach porównań poprzecznych niż podłużnych, których wyniki powszechnie uznaje się za najbardziej wiarygodne. Dzieci alkoholików są bardziej narażone na negatywne doświadczenia nie tylko na terenie rodziny (Anda i wsp., 2002; Dube i wsp., 2001; Floyd, Cranford, Daugherty, Fitzgerald, Zucker, 2006; Pillow, Barrera, Chassin, 1998), ale także podczas edukacji szkolnej (Jacob, Windle, 2000; McGrath, Watson, Chassin, 1999; Poon, Ellis, Fitzgerald, Zucker, 2000; Sher, Walitzer, Wood Brent, 1991) oraz w przebiegu relacji interpersonalnych z rówieśnikami i dorosłymi spoza rodziny (Husong, Zucker, Wong, Fitzgerald, Puttler, 2005).

Wśród różnych cech rodziny z problemem alkoholowym, które sprzyjają pojawieniu się bardziej dotkliwych (wywołujących cierpienie fizyczne i/lub psychiczne dziecka) i przewlekłych zdarzeń stresowych, najczęściej wymienia się: współwystępowanie innych zaburzeń psychicznych, zwłaszcza przejawiających się nasiloną agresją; zaburzenia psychiczne u obojga rodziców, biedę i ubóstwo oraz cechy środowiska społecznego, w którym rodzina żyje (np. dzielnica przestępcza, slumsy).

Większe zagrożenie i nasilenie zdarzeń stresowych i traumatycznych występuje w przypadku, gdy szkodliwe lub uzależnione picie **współwystępuje z innymi zaburzeniami psychicznymi** u rodzica, takimi jak: zaburzenia osobowości, zwłaszcza osobowość antyspołeczna i *borderline*, zaburzenia afektywne jedno- i dwubiegunowe (depresja lub naprzemiennie mania i depresja) czy zaburzenia lękowe (por. Jacob, Johnson, 2000). Niemal 20% alkoholików spełnia kryteria osobowości aspołecznej, co najczęściej wskazuje na II typ alkoholizmu wg Cloningera, charakteryzujący się głębszym uzależnieniem i bardziej negatywnymi jego konsekwencjami fizycznymi i psychicznymi (np. występowanie deliriów alkoholowych, padaczki czy psychoz alkoholowych). Przy czym, w wielu rodzinach zdarza się, że **zaburzenia psychiczne występują u obojga rodziców**. Jest to szczególnie trudna sytuacja, w której liczba zdarzeń stresowych gwałtownie wzrasta, a dezorganizacja codziennego życia przyjmuje niewyobrażalny charakter. Współwystępowanie dodatkowych zaburzeń psychicznych lub zaburzeń psychicznych u obojga rodziców prowadzi do większych deficytów w zakresie pełnienia zadań rodzicielskich, głębszej dezorganizacji we wzorcach interakcji i komunikacji oraz pogłębiającego się chaosu, który nasila u dzieci poczucie braku bezpieczeństwa i przynależności (Park, Schepp, 2015).

Wśród zdarzeń ekstremalnych, które mogą przyjąć postać **zdarzeń traumatycznych**, najczęściej w badaniach stwierdza się występowanie traumy relacyjnej, zwłaszcza poważnego zaniedbania emocjonalnego i fizycznego,

najczęściej na skutek porzucenia lub opuszczenia dzieci, przemoc psychiczną i fizyczną oraz nadużycia seksualne (Dube, Anda, Felitti i in., 2001). Od dawna w licznych pracach (zwłaszcza klinicznych) wskazuje się na powiązania między alkoholizmem a **przemocą psychiczną i fizyczną w rodzinie** (Ochmański, 1993; Sher, 1991; Zucker i in., 1995). Dotyczy to szczególnie tych rodzin, w których alkoholizm współlistnieje z osobowością aspołeczną i *borderline*, co manifestuje się znaczną impulsywnością i dysregulacją emocjonalną. Rodzice tacy często wszczynają awantury i bójki, stosując przemoc fizyczną i psychiczną nie tylko wobec partnerów, ale także wobec dzieci. Dzieci alkoholików dwukrotnie częściej są narażone na maltretowanie, obrażenia fizyczne i zatrucia niż dzieci z innych rodzin (Weinberg, 1997), a synowie alkoholików są istotnie częściej narażeni na pobicia z urazem głowy (Tarter i in., 1984). Na podstawie danych statystycznych Bijur, Kurzon, Overpeck i Scheidt (1992) odkryli, że dzieci matek mających problem z alkoholem są ponaddwukrotnie częściej narażone na obrażenia fizyczne niż dzieci niepijących matek oraz że ryzyko wzrasta, gdy matki te pozostają w związku z pijącym mężczyzną. Chociaż od lat terapeuci i pracownicy socjalni informowali o związkach między alkoholizmem rodziców a przemocą fizyczną i psychiczną (przemoc między małżonkami, wobec dzieci oraz nadużycia seksualne), to dopiero w ostatnich latach dysponujemy coraz większą liczbą badań, które potwierdzają ten związek (Dube, Anda, Felitti i in., 2001; Whitaker, Orzol, Kahn, 2006). Wiele analiz wskazujących na wzrastające ryzyko przemocy domowej i zaniedbania dzieci uzależnionych rodziców (Bays, 1990; Weinberg, 1997; Bijur i in., 1992) opiera się na danych pochodzących z akt sądowych i raportów policyjnych.

Istnieją koncepcje i badania, które wskazują na **zjawisko transmisji międzypokoleniowej** nadużyć fizycznych, psychicznych i seksualnych dzieci, w których istotne znaczenie pośredniczące przypisuje się używaniu alkoholu (McCloskey, Bailey, 2000). Wnikliwe procedury diagnostyczne ofiar kazirodztwa wskazują, że nadużywanie alkoholu przez sprawcę jest ściśle skorelowane z podwyższonym ryzykiem zaburzeń psychicznych u ofiary, która w dorosłości może identyfikować się ze sprawcą i podejmować zachowania kazirodcze. Wzorzec ten pokazuje, jak prawdopodobnie przebiega międzypokoleniowy cykl wykorzystania w rodzinach alkoholowych (Sirles, Smith i Kusama, 1991). Niektóre badania ujawniły, że rodzice pijący szkodliwie i uzależnieni, motywowani jakimiś doraźnymi celami, podają dzieciom alkohol, środki uspokajające lub inne substancje psychoaktywne (Bays, 1990). Nawet jeśli dzieci nie są same obiektem nadużyć, są bardziej niż ich rówieśnicy narażone na byciem świadkiem przemocy, co również negatywnie wpływa na ich rozwój.

Nie tylko na określonych etapach rozwoju dziecko jest podatne na specyficzny typ stresory, ale także owa podatność zmienia się wraz z wiekiem

dziecka. Zróżnicowanie podatności wyjaśnia się w różny sposób, najczęściej wskazując, że wraz z wiekiem, a dokładnie z rozwojem poznawczym, emocjonalnym i fizycznym osoba posiada coraz większe możliwości w radzeniu sobie z coraz dotkliwszym stresem. O ile zaniedbania i porzucenie dziecka do pierwszego roku życia jest skrajną traumą, o tyle dla adolescenta może okazać się wyzwaniem albo stresowym wydarzeniem życiowym.

Wychodząc z założenia, że podatność na stres u dzieci zmienia się wraz z wiekiem, Andrea Hussong i współpracownicy (2008) uważają, że można tę kwestię rozważać z perspektywy **zadań rozwojowych** przynależnych konkretnemu okresowi życia. Wyzwania rozwojowe, które stoją przed dzieckiem alkoholika, mogą zwiększać jego podatność na stres, między innymi dlatego, że ich osiągnięcie wymaga większych możliwości u dziecka, ale także, albo przede wszystkim, zainteresowania i wsparcia ze strony rodziny. Jednakże pozytywne poradzenie sobie z zadaniami rozwojowymi danego etapu zwiększa szansę dziecka na elastyczność i pozytywną adaptację, stając się znaczącym czynnikiem ochronnym budującym jego odporność. Na przykład, w **okresie wczesnego dzieciństwa** potomstwo jest bardziej podatne na negatywne doświadczenia życiowe związane z funkcjonowaniem matki, która jest zaabsorbowana piciem partnera i często doświadcza w relacji z nim poczucia zagrożenia i niepewności. Najważniejszym zadaniem rozwojowym w tym okresie jest uwewnętrznienie relacji z wystarczająco dobrą matką, czyli obecną i responsywną na potrzeby więzi i przynależności dziecka. Matką gotową do nawiązania najpierw relacji symbiotycznej, a później towarzyszenia dziecku w długotrwałym i dość trudnym procesie w różnicowaniu się od niej (Havighurst, 1981; Bowlby, 1988). Jednocześnie warto zauważyć, że partnerki/partnerzy osób uzależnionych w różny sposób reagują na uzależnienie w zależności od ich cech osobowości i otrzymywanego wsparcia społecznego. Chroniczny stres związany z posiadaniem pijącego członka rodziny (rozumiany jako aktywne zakłócenia i niepokojące, często destrukcyjne zachowania) wymusza wypracowanie mniej lub bardziej konstruktywnych strategii radzenia sobie. Im sposób funkcjonowania partnera/partnerki jest bardziej niezależny od zachowań uzależnionej/go współmałżonki/ka, tym większa jego emocjonalna dostępność i tym większe szanse dziecka na budowanie odporności psychicznej.

Wraz z **dojrzewaniem** wzrasta rola rówieśników i relacji przyjacielskich, a zmniejsza się rola rodziny, co powoduje albo zmniejszenie podatności i nabranie dystansu (por. podrozdz. 2.3.2), albo zwiększenie wrażliwości skutkujące tym, że w sferze relacji społecznych negatywne doświadczenia życiowe są przeżywane najbardziej dotkliwie. Są to takie doświadczenia, jak bycie koźłem ofiarnym w grupie rówieśników i/lub bycie osobą wykluczoną lub odrzuconą przez rówieśników. Stres rodzinny pozostaje nadal ważny, szczegól-

nie konflikty w rodzinie, problemy finansowe i związane z pracą rodziców. Chociaż z czasem pojawiają się tendencje do osiągnięcia większej niezależności i autonomii, to w **okresie wczesnej dorosłości** źródłem stresu pozostają problemy związane z edukacją i zatrudnieniem (Hussong i in., 1981).

Zgodnie z koncepcją zadań rozwojowych wyzwania im towarzyszące mogą zwiększać podatność dzieci alkoholików na negatywne wydarzenia życiowe. Dzieje się tak, ponieważ nowe obszary wzrostu mogą napotykać na nierozwiązane trudności z poprzednich okresów rozwojowych, co może skutkować **kumulacją trudności i brakiem odpowiednich możliwości** niezbędnych do poradzenia sobie z tymi nowymi wyzwaniami. Sumowanie się problemów z poprzednich okresów rozwojowych staje się szczególnie widoczne w okresie wczesnej dorosłości, co czyni go podatnym na wystąpienie różnych nieadaptacyjnych rozwiązań, polegających na eksternalizacji lub internalizacji problemów (por. Jacob, Windle, 2000; McGrath i in., 1999; Poon i in., 2000; Sher, 1991).

Blok rozszerzający 4.1

Eksternalizacja i internalizacja problemów psychicznych u dzieci i młodzieży

Nie zrównoważenie czynników ryzyka i zasobów – podmiotowych: biologicznych i psychicznych oraz środowiskowych: rodzinnych i pozarodzinnych, działających w przeszłości i teraźniejszości, z wymaganiami rozwojowymi dziecka na danym etapie życia może powodować powstanie mechanizmów intrapsychicznych, które prowadzą do eksternalizacji (uewnętrznianiu) i/lub internalizacji (uwewnętrznianiu) problemów.

Eksternalizacja problemów u dzieci i młodzieży przejawia się w postaci zespołu nadpobudliwości psychoruchowej, zaburzeń opozycyjno-buntowniczych, zaburzeń zachowania, zaburzeń socjalizacji i szkodliwego używania substancji psychoaktywnych, które pojawiają się we wcześniejszym okresie życia, natomiast mechanizm internalizacji problemów prowadzi do ukształtowania się zaburzeń lękowych, depresyjnych, mieszanych depresyjno-lękowych oraz szkodliwego używania substancji psychoaktywnych ujawniających się w późniejszym okresie życia (Achenbach, 1991; Sher, Trull, Bartholow, Vieth, 2003).

Niezależnie od siły i chroniczności stresorów rodzinnych dzieci alkoholików mogą różnić się w ocenie ich dotkliwości (Hussong i in., 2008). Chociaż negatywne zdarzenia stresowe mają źródła w codziennych kłopotach i trudnościach, to mogą stać się elementem bardziej złożonego i wieloaspektowego procesu, który daje początek poważniejszym problemom. U dzieci alkoholików

występują one w bardziej złożonym i skomplikowanym kontekście, mają szerszy wpływ na ich codzienne życie i powodują dużo poważniejsze konsekwencje. Tym samym, dzieci z rodzin alkoholowych, doświadczając podobnych trudności jak dzieci niealkoholików, mogą doświadczać negatywnych zdarzeń życiowych jako bardziej dotkliwych ze względu na emocjonalną niedostępność rodziców, brak wsparcia i pozytywnych wzorców funkcjonowania rodziny czy niedostatki w osobistych zasobach radzenia sobie ze stresem. Innymi słowy, chaotyczna i konfliktowa atmosfera rodziny alkoholowej może jak soczewka powiększać wydarzenia życiowe w taki sposób, że są spostrzegane przez ich członków jako bardziej bolesne. Pośrednio potwierdzają tę sugestię doniesienia o wyższym wskaźniku występowania zaburzeń psychicznych u dzieci alkoholików (Chassin i in., 1999), ponieważ sugerują, że wczesnodziecięce negatywne doświadczenia mogą przyczyniać się zarówno do zahamowania rozwoju mózgu, jak i bardziej trwałych, niekorzystnych cech osobowości, co wpływa na obniżenie zdolności jednostki do radzenia sobie ze stresem. Tym samym wyjaśnienie wzajemnych złożonych związków pomiędzy negatywnymi stresorami a podatnością dzieci alkoholików na ich wyolbrzymianie może stać się kluczem do zrozumienia ich funkcjonowania (orientacja na problemie lub orientacja na emocjach) oraz stanowić podstawę do konstruowania skutecznych programów profilaktycznych (Hussong i in., 2008).

Tak więc, dzieci alkoholików w porównaniu z dziećmi niealkoholików mogą doświadczać więcej negatywnych zdarzeń życiowych, bo mają mniejsze możliwości unikania negatywnych zdarzeń lub wychodzenia z nich obronną ręką. Opierając się na dotychczasowych badaniach (Hussong i wsp., 2008), można również uznać, że negatywne zdarzenia życiowe występujące u dzieci alkoholików charakteryzują się większą **powtarzalnością**. Wcześniejsze badania sugerują (Hammen i in., 1987; Pearlin i in., 1981), że chroniczny stres doświadczany w środowisku rodzinnym powoduje emocjonalne zubożenie, co w konsekwencji przyczynia się do spotęgowania tego stresu oraz generowania nowych trudności. U dzieci alkoholików negatywne doświadczenia życiowe mogą być bardziej powtarzalne z dwóch powodów; po pierwsze, mają one mniejsze zasoby (emocjonalne, osobiste, finansowe, społeczne) potrzebne do łagodzenia niekorzystnych okoliczności życiowych, a po drugie aktualnie działające stresory są bardziej złożone, mocniej utrwalone i odgrywają w ich życiu większą rolę niż u ich rówieśników. Tak więc, chroniczne negatywne doświadczenia życiowe będące udziałem wszystkich członków rodziny alkoholowej mogą doprowadzić do nagromadzenia się stresu w czasie, zwiększając tym samym fizjologiczne, emocjonalne i somatyczne koszty jego działania, w porównaniu ze stresem epizodycznym, będącym udziałem dzieci z rodzin niealkoholowych (Lepore, Miles, Levy, 1997, Park, Schepp, 2015).

Powtarzalność negatywnych doświadczeń w życiu dzieci alkoholików wskazuje na ich **gorsze umiejętności radzenia sobie z nim i/lub mniejsze możliwości jego unikania**. Można więc powiedzieć, że dzieci alkoholików, w pewnym sensie, słabiej uczą się na swoich błędach. Analizując indywidualne losy tych osób, można zatem spodziewać się, jak będzie wyglądała ich przyszłość w zakresie doświadczania zdarzeń stresowych i traumatycznych. Stanowi to ważną wskazówkę dla profilaktyków i terapeutów pracujących w obszarze pomocy osobom współuzależnionym. Pozwala bowiem wnioskować, że częścią udanej interwencji wobec osób wychowujących się w rodzinach z problemem uzależnienia może być tworzenie realnych oczekiwań i planów poradzenia sobie z możliwymi do wystąpienia przeciwnościami losu. Takie podejście może być wspierane przez **perspektywę zapobiegania nawrotom**, w której identyfikowane są potencjalne „wyzwalacze” nadmiernego stresu, a konstruktywne sposoby poradzenia sobie we „wrażliwej” sytuacji są wcześniej przećwiczone i utrwalone (Hapes, Strosahl, Wilson, 1999).

Podsumowując, należy uznać, że dzieci alkoholików nie tylko są bardziej narażone na negatywny stres życiowy niż ich rówieśnicy, lecz także różnią się od nich rodzajem stresorów, ich chronicznością i dotkliwością. Na podstawie badań coraz lepiej i wyraziściej rozumiemy, że jest to bardzo zagrożona ryzykiem zaburzeń psychicznych populacja, ponieważ doświadczanie relacyjnej traumy i chronicznego stresu w środowisku rodzinnym i pozarodzinnym zwiększa podatność na zaburzenia psychiczne. W literaturze wskazuje się, że alkoholizm rodziców może zwiększać stres życiowy dziecka poprzez specyficzne i niespecyficzne dla alkoholu oddziaływania rodzicielskie oraz poprzez zmianę struktury rodziny i negatywny klimat w niej panujący.

4.2. Specyficzne i niespecyficzne wpływy alkoholu na rodzicielstwo

Wpływ środowiska rodzinnego na rozwój potomstwa dynamicznie zmienia się wraz z wiekiem. W związku ze zmianami i wyzwaniem rozwojowymi w cyklu życia, od rodziców oczekuje się takich **umiejętności i zaangażowania rodzicielskiego** w zakresie opieki (miłości) i dyscypliny (kontroli), żeby były wystarczająco dopasowane do wyłaniających się potrzeb i pragnień dzieci. Spoglądając na rodziców pijących szkodliwie lub w sposób uzależniony z tej perspektywy, można przyjąć, że używanie przez nich alkoholu wpływa bardziej lub mniej specyficznie na sprawowanie zadań i funkcji rodzicielskich w procesie wychowania (Jacob, Johnson, 2000; Grzegorzewska, Cierpiałkowska, 2012). Efekty **specyficznie alkoholowe** są związane z tym, że wzorce zachowania pijącego rodzica, który dla dziecka jest ważną i zna-

czącą osobą, podlegają uwewnętrznieniu poprzez identyfikację, naśladowanie i internalizację rodzicielskich oczekiwań wobec alkoholu i wzorców picia oraz wybranych aspektów relacji rodzic – dziecko związanych, np. z radzeniem sobie ze stresem. Mają one szczególne znaczenie w kształtowaniu się podobnych wzorców picia do wzorców rodzicielskich. Natomiast wpływy **specyficznie niealkoholowe** dotyczą bardziej ogólnych cech funkcjonowania rodzicielskiego, takich jak: możliwości (przygotowanie i gotowość) rodzica do pełnienia funkcji rodzicielskich w zakresie opieki, sprawowania kontroli i dyscypliny, wzorce relacji rodzica z dzieckiem w różnych sytuacjach i kontekstach społecznych (np. towarzyskich, zabawowych, sportowych), poziom wywiązywania się z roli rodzica czy współwystępowanie innych zaburzeń psychicznych u rodziców. Potencjalnie mogą to być czynniki ryzyka lub zasoby, ponieważ te aspekty mogą zwiększać lub zmniejszać prawdopodobieństwo rozwinięcia się u dzieci alkoholików zdrowia lub spectrum zaburzeń psychicznych związanych z eksternalizacją lub internalizacją problemów.

4.2.1. Efekty specyficznie alkoholowe

Szkodliwe i uzależnione sposoby picia rodziców mają szczególne znaczenie w kształtowaniu się u potomstwa intrapsychicznego **mechanizmu eksternalizacji problemów**, który jest powszechnie uznany za istotny dla uaktywnienia się ścieżki prowadzącej do szkodliwego picia i uzależnienia od alkoholu. Wpływ rodziców pijących polega w szczególności na naśladowaniu zachowań związanych z alkoholem, oczekiwaniach dzieci co do skutków picia alkoholu oraz szczególnymi relacjami rodzic – dziecko. Analiza specyficznie alkoholowych mechanizmów oddziaływań rodzicielskich doprowadziła do rozróżnienia wpływów na wpływy indywidualne (teorie linearne), efekt diady (konceptje interpersonalne) i wpływy ogólnorodzinne (teorie systemowe).

W podejściu linearnym rozważa się przede wszystkim **wpływy indywidualne** obejmujące oddziaływania jednego z rodziców na rozwój dziecka. Prace badawcze w tym obszarze skoncentrowały się głównie na **dziecięcym naśladownictwie i identyfikacji** z rodzicielskimi zachowaniami oraz na rozwoju oczekiwań co do skutków picia alkoholu w rodzinach z problemem uzależnienia. Ponieważ ojciec alkoholik to często osoba dominująca i autorytarna, więc wzorce bardziej uległej i podporządkowanej matki mogą być mniej ważne i atrakcyjne dla dzieci. W rodzinie brakuje innych bardziej interesujących wzorców do naśladowania, stąd dzieci znajdują się w bardzo trudnej sytuacji, gdyż stają w obliczu dwóch nie do zaakceptowania wyborów – identyfikacji z pijącym ojcem lub identyfikacji ze współuzależnioną matką. Naśladowanie i identyfikacja z rodzicem ma ogromne znaczenie w kształtowaniu

się identyfikacji płciowej, a także tożsamości (Brown, 1995). Co więcej, w późniejszych okresach życia, np. dorosłości potomstwo może opóźnić realizację zadań rozwojowych związanych z tworzeniem związków partnerskich czy rodzicielstwem, obawiając się identyfikacji ze wzorcami zachowania rodziców (por. Leonard, Eiden, 2007).

Modele społecznego uczenia się pozwoliły na opisanie **dwóch ścieżek rozwoju szkodliwego picia u synów alkoholików**, które pozostają w ścisłych związkach z **identyfikacją z uzależnionym ojcem**. Jedna ścieżka została opisana przez Cloningera (1987), który na podstawie badań pokazał, że synowie alkoholików wykazują się nie tylko pewną wrażliwością biologiczną i temperamentalną na alkohol, ale identyfikują się także z niekontrolowanymi i antyspołecznymi zachowaniami ojca. Identyfikowanie się synów ze wzorcami zachowania rodzica szkodliwie pijącego, zwłaszcza w okresie dojrzewania, często wiąże się także z chęcią pozyskania podobnej do ojca pozycji władzy i kontroli w rodzinie. Druga ścieżka została przedstawiona przez McCorda (1988), który stwierdził, że transmisja alkoholizmu z ojca na syna odbywa się wtedy, gdy ojciec odznacza się wyższą samooceną niż matka. Wysoka samoocena i poczucie własnej wartości ojca, bez względu na ich kompensacyjny charakter, czynią go z oczywistych względów bardziej atrakcyjnym obiektem do naśladowania i identyfikacji. Ponadto, jeśli zachowania związane z piciem oraz towarzyszące im relacje społeczne są wysoko oceniane przez środowisko, to owa ocena stanowi dodatkowy czynnik wzmacniający procesy identyfikacji.

Jeśli silną osobowość i wyższe poczucie własnej wartości ma rodzic niepijący, pojawia się większe prawdopodobieństwo naśladowania jego zachowań i identyfikacji z jego postawami i wartościami. Wówczas potomstwo koncentruje wysiłki na niepicciu, które mogą mieć bardziej jawny, aktywny lub bardziej pasywny charakter. **Identyfikacja z rodzicem niepijącym** często prowadzi do zahamowania spontaniczności i rozwijania nadmiernej samokontroli, co współwystępuje z usztywnieniem i zawężeniem procesów poznawczych (np. spostrzegania, myślenia) oraz zaprzeczaniem i tłumieniem odczuwania różnych emocji, zwłaszcza negatywnych (np. złości, lęku). Utożsamianie się z niepijącym rodzicem prowadzi do przyswojenia schematu relacji między rodzicami, opartego na dychotomii „wszystko albo nic”, czyli w relacjach społecznych można albo dominować i być „lepszym”, albo podporządkowywać i „być gorszym”. Taki sposób doświadczania i funkcjonowania interpersonalnego określany jest wzorcem współuzależnienia (Cermak, 1988; Sobolewska-Mellibruda, 2011). Dorosłe dzieci alkoholików często tworzą związki miłosne (partnerskie), w których dominują komplementarne wzorce relacji i komunikacji, między innymi dlatego, że ich rodzice funkcjonowali w koluzjach, opartych na wzajemnej zależności i lęku przed niezależnością (Woititz, 1992).

Blok rozszerzający 4.2

Naśladownictwo w rodzinach alkoholowych

Rezultaty badań jednoznacznie potwierdzają tezę, że występują silne związki między wzorcami picia rodziców i ich dorastających dzieci (Chassin i wsp., 1993; Webster i wsp., 1989; Zucker i wsp., 1995). Dotyczy to zarówno częstości i ilości wypijanego alkoholu, jak i częstości osiągnięcia stanów upicia się oraz towarzyszących im oczekiwań, co do efektów działania (samopoczucia) alkoholu. Badania, których celem było oszacowanie wpływu rodzicielskiego picia na kształtowanie się u dzieci określonych postaw dotyczących konsumpcji alkoholu, wykazały, że:

- (1) im częściej dzieci towarzyszyły rodzicom podczas picia i obserwowały ilość wypijanego przez nich alkoholu, tym częściej same sięgały po alkohol (Kandel, Anders, 1987; Brook i wsp., 1990);
- (2) dzieci w rodzinach z problemem alkoholowym częściej i wcześniej niż większość rówieśników mają kontakt z alkoholem wypijanym przez rodziców (Nace, 2005);
- (3) dzieci i rodzice wykazują podobne zwyczaje podczas picia, co świadczy o dużej roli naśladownictwa w kształtowaniu się późniejszych wzorów konsumpcji alkoholu (Webster i wsp., 1989; Zucker i wsp., 1995);
- (4) naśladownictwo wzorców picia przez dzieci jest bardziej prawdopodobne, gdy rodzic obdarzany jest autorytetem, np. wtedy, gdy matki obdarzają swoich pijących mężów dużym poważaniem (McCord, 1988).

Podsumowując, naśladowanie wzorców picia ojca lub wzorców zachowania matki jest bardziej prawdopodobne, gdy w relacji dziecka z rodzicem zachodzą warunki uznane za istotne przez ogólną teorię uczenia się zachowań od rodziców (por. blok rozszerzający 4.2). Młody człowiek albo utożsamia się z alkoholikiem i trwa w poczuciu bezkarności i braku ograniczeń, albo identyfikuje się z postawą bardziej uległej i pasywnej matki.

Zaburzenia zachowania i kształtowania się tożsamości dzieci szkodliwie pijących alkohol rodziców są też silnie związane z **poziomem nasilenia zaprzeczania problemom alkoholowym w rodzinie** (Brown, 1995). Modelowanie staje się szczególnym problemem w rodzinach, gdzie oboje rodzice piją i jednocześnie zaprzeczają utracie kontroli nad piciem. Istnieje bowiem małe prawdopodobieństwo, że dziecko znajdzie inny, alternatywny wzór do naśladowania. Pozbawione właściwych obiektów przywiązania i możliwości kształtowania się niezależnego wzorca funkcjonowania musi zadowolić się wizją świata eksponowaną przez rodziców. Dla zachowania poczucia bezpieczeństwa i przynależności przystaje na „prawdy” oraz wartości przekazywane przez rodziców. Dziecko rezygnuje z poznawania najbliższego otoczenia

zgodnie z własnymi doświadczeniami, przystaje na świat „prezentowany” przez rodziców. Powoduje to zaburzenia w rozwoju poznawczym i emocjonalnym dziecka, co wpływa na jego osiągnięcia rozwojowe na kolejnych etapach życia. Według Brown (1995), większość dzieci alkoholików objętych terapią pochodzi z rodzin, w których rodzice rozpoczęli leczenie, czyli rozpoznali i uznali problem.

Są jeszcze inne czynniki, np. okres rozwoju dziecka, w którym pojawia się problem uzależnienia czy znaczenie alkoholu w systemie rodzinnym, które wpływają na naśladowanie przez dzieci rodziców. Modelowanie nie dotyczy tylko sposobu używania alkoholu, ale także wzorców regulacji emocji, samokontroli, relacji interpersonalnych czy komunikowania się. Dzieci identyfikują się też z przekonaniami rodziców dotyczącymi, np. odpowiedzialności czy utraty kontroli. Dla wielu dorosłych dzieci alkoholików **zaprzeczanie słabości i utracie kontroli** stanowi istotny element procesu, który kieruje je w stronę budowania poczucia siły i samokontroli w różnych obszarach życia. Osoby te całą energię skupiają na tym, aby nie upodobnić się do pozbawionego kontroli szkodliwie pijącego lub pasywnego i zależnego rodzica (Park, Schepp, 2015).

Konsekwencje pośredniego wpływu alkoholizmu rodziców na rozwój dziecka to: przejęcie nadmiernej odpowiedzialności, zaburzenia socjalizacji oraz konflikt między wiernością więziom rodzinnym, podtrzymywanym przez zaprzeczanie i zniekształcenia podstawowych przekonań rodzinnych a potrzebą odłączenia się, niezależności i włączenia się w świat zewnętrzny.

W podejściu interakcyjnym badacze koncentrują się na **efekcie diady** (np. żona – mąż, matka – dziecko czy ojciec – dziecko), czyli wzajemnym oddziaływaniu na siebie dwóch członków rodziny. Analizuje się interakcje pomiędzy małżonkami, między rodzicem a dzieckiem oraz między rodzeństwem. Z tych rozmaitych par występujących w rodzinie alkoholowej największej uwagi poświęcono interakcji rodzic – dziecko. Wyniki wielu badań wskazują, że specyficzne dla tej grupy jest zdecydowanie mniejsze zainteresowanie potrzebami rozwojowymi, trudnościami i problemami dzieci. Badania porównawcze między rodzinami alkoholowymi i niealkoholowymi wskazują, że istnieją wyraźne różnice między tymi rodzinami w zakresie jakości relacji rodzic – dziecko, na niekorzyść uzależnionych rodziców (Chasin i wsp., 1993, 1996; Kandel, Andrews, 1987; Cierpiąłkowska, 2003; Grzegorzewska, 2011a, 2011b). Jak wykazali w swoich badaniach Black i Mayer (1980), w Polsce Cierpiąłkowska (1997), już na etapie szkodliwego picia ojcowie koncentrują się na rytuałach związanych z piciem, generalnie wycofują się z kontaktów z dziećmi, nie poświęcając im żadnej uwagi, co prowadzi do słabej komunikacji i dużych zaniedbań opiekuńczych, wychowawczych i emocjonalnych. Obok wzorca unikająco-wycofującego się, obserwuje się wzorzec agresywno-wymuszający

(Cierpiałkowska, 1997). Stosunek dzieci do pijących ojców – pomimo nasilonej tęsknoty i chęci zwrócenia na siebie uwagi – nacechowany jest albo ambiwalencją (na przemian miłością i nienawiścią), albo obojętnością, pod którą są bardzo intensywne, nierozpoznane emocje. Kontakty z drugim rodzicem (zazwyczaj niepijącą matką) także były dalekie od oczekiwanych, bowiem zapracowana, przemęczona i sfrustrowana matka zazwyczaj nie ma czasu na zaangażowanie się w autentyczne relacje ze swoimi dziećmi (Black, Mayer, 1980).

Na podstawie literatury można sformułować hipotezę o **dwóch głównych wzorcach relacji z niepijącą matką**, które aktywują dwie **różne ścieżki internalizacji problemów i trudności w relacjach interpersonalnych**. Pierwsza związana jest z identyfikacją z uległą i podporządkowaną matką na bazie relacji zależności i wzajemnego opiekowania się i wspierania, w opozycji do pijącego ojca. W tej relacji zachodzi też wzajemna idealizacja; matka jest podziwiana za wysiłki na rzecz rodziny, a dziecko za wspieranie matki i poświęćliwość w okazywaniu swoich pragnień i potrzeb. Córk i synowie będący w takich relacjach z matką izolują się od rówieśników, czują się winne za ewentualne pozostawianie matki samej z pijącym ojcem, co z czasem powoduje coraz większe trudności w relacjach z rówieśnikami i prowadzi do **internalizacji problemów** (np. zaburzeń lękowych, depresji). Druga ścieżka dotyczy zarówno synów, jak i córek, dzieci, które prawdopodobnie są mniej zależne od matek. Ze względu na typ temperamentu i wczesnodziecięce bardziej bezpieczne relacje z matką lub innymi osobami pełniącymi taką funkcję, dzieci odczuwają niższy poziom lęku separacyjnego i w trudnych sytuacjach rodzinnych kierują pretensje do matki, obarczając ją winą za złą sytuację rodzinną i brak podejmowania działań w kierunku zmiany na lepsze. Jeśli matka ujawnia wówczas poczucie krzywdy i jednocześnie wzbudza poczucie winy u dzieci, to na bazie empatii z jej cierpieniem i złości na siebie za agresywne zachowania, kierują złość na siebie, co aktywizuje **mechanizm internalizacji problemów** (por. Eiden, Edwards, Leonard, 2006).

Blok rozszerzający 4.3

Wzorce picia w domu i poza domem a satysfakcja małżeńska

Jedną z pierwszych prób opisanie wpływu codziennego nadużywania alkoholu na relacje w rodzinie podjęto na podstawie badań ośmiu par, które przez trzy miesiące prowadziły zapisy obejmujące: ocenę wielkości wypitej dawki alkoholu, satysfakcji małżeńskiej i nasilenia objawów zaburzeń psychicznych. Projekt badań opierał się na założeniu, które sformułowano na podstawie doniesień z innych badań, że wielkość wypijanej dawki alkoholu przez męża zależała od poziomu poczucia satysfakcji w związku oraz nasilenia zaburzeń i problemów natury psychicznej. Ponieważ uzyskano zróżnicowane wyniki w zależności od miejsca systematycznego picia

męża – w domu, poza domem – dlatego badane pary podzielono według kryterium miejsca picia. Rezultaty pokazały, że u dwóch, z trzech pijących w domu alkoholików, dawka wypitego alkoholu była pozytywnie skorelowana z poziomem satysfakcji z życia małżeńskiego w ocenie żon, podczas gdy u wszystkich alkoholików pijących poza domem, poczucie małżeńskiej satysfakcji zawsze obniżało się w następstwie konsumpcji alkoholu. Rezultaty te posłużyły sformułowaniu wniosku, że włączenie używania alkoholu w życie rodzinne może powodować wzrost spożycia alkoholu przez męża oraz niższy spadek satysfakcji ze związku partnerskiego u żon niż w przypadku par, w których alkoholik pije poza domem.

Opracowano na podstawie Jacob, Dunn, Leonard, 1983; Seilhammer, Jacob, 1990.

Rozważając zagadnienia **wpływu alkoholu na funkcjonowanie całej rodziny**, należy zwrócić uwagę na klasyczne teorie systemowe (szerzej podrozdz. 4.3), które próbują wyjaśnić bardzo różne zjawiska i procesy w niej zachodzące. Część z nich koncentruje się na analizie wzorców relacji i komunikacji, inna na opisanu klimatu funkcjonowania rodzin w okresie picia i leczenia, a także na pokazaniu, jak przebiega ścieżka przenoszenia szkodliwego picia z perspektywy wielu pokoleń. Wprawdzie w każdym z podejść psychologicznych opisuje się różne aspekty funkcjonowania rodziny alkoholowej, jednakowoż dopiero pytanie Stevena Wolina i współpracowników (1979, 1980) o udział czynników środowiskowych w transmisji alkoholizmu z pokolenia na pokolenie, stało się bardzo inspirujące. Badania nad transmisją międzypokoleniową alkoholizmu w ujęciu psychodynamicznym wywodzą się również z koncepcji Murraya Bowena (1976), który sformułował założenia na temat transmisji całego spektrum zaburzeń psychicznych, poczynając od schizofrenii.

Jedne z pierwszych badań przeprowadzonych przez Wolina i współpracowników (1980) pokazały, że **transmisja alkoholizmu** zachodzi przede wszystkim w tych rodzinach, w których nastąpiły istotne zmiany w rytuałach i rutynach rodzinnych, w mniejszym, gdy picie alkoholu ich nie zburzyło. Prawdopodobieństwo alkoholizmu u synów zwiększa się, gdy szkodliwe lub uzależnione picie alkoholu występuje zarówno u ojca, jak i matki, ponieważ wtedy dochodzi do poważniejszych zmian w takich rytuałach rodzinnych, jak: obchodzenie świąt, rytuały dotyczące posiłków czy sposoby spędzania wolnego czasu (Wolin, Bennett, Noonan, Teitelbaum, 1980; Jacob, Leonard, 1988). Badania prowadzone na podstawie założeń transgeneracyjnej koncepcji Bowena pozwoliły do pewnego stopnia wyjaśnić, który z synów alkoholików będzie osobą najbardziej podatną na alkoholizm. Okazało się, że wśród różnych czynników znaczącą rolę odgrywa poziom zróżnicowania Ja osobistego od Ja rodzinnego potomka (Świtała, 2005).

Blok rozszerzający 4.4

Rodzina alkoholowa w środowisku społecznym

Szkodliwe i uzależnione picie jednego z członków rodziny, zwłaszcza rodzica wpływa na życie społeczne rodziny, na które składają się dwa podstawowe aspekty: aktywność społeczna oraz relacje jej członków ze światem zewnętrznym (Eurocare, 1998). W rodzinach z problemem alkoholowym aktywność rodziny, szczególnie w jej aspekcie rekreacyjnym staje się mocno ograniczona ze względu na nieprzewidywalność zachowań pijącego rodzica i jego niezdolność lub niechęć do uczestniczenia we wspólnym spędzaniu wolnego czasu. W konsekwencji pozostali członkowie rodziny starają się unikać tego typu aktywności, obawiając się rozczarowania lub wstydu (Velleman, 2011). Ograniczeniu aktywności rekreacyjnej rodziny sprzyja także tendencja do utrzymywania problemu alkoholowego rodzica w tajemnicy. Jej ujawnienie może zostać odczytane jako akt zdrady lub nielojalności. Tym samym znacznie utrudnione jest „wyjście” rodziny na zewnątrz, spotykanie się z innymi osobami czy też zapraszanie rówieśników czy znajomych do siebie do domu. Z czasem izolacja społeczna rodziny narasta, a reguły kontaktu ze światem poddane są ostrym restrykcjom. Zazwyczaj, jeśli pozostałym członkom rodziny uda się zachować relacje społeczne, to są one sztywno odseparowane od domu rodzinnego.

Nadmierne picie alkoholu przez rodzica wpływa także na standard życia rodziny. I chociaż uzyskiwane w badaniach wyniki nie zawsze są jednoznaczne (Grzegorzewska, 2013b), problemy finansowe, bezrobocie, stres to potencjalne czynniki ryzyka w rodzinie z problemem alkoholowym. Gdy nie ma wystarczającej ilości pieniędzy za zakup żywności czy ubrań wymusza to często „specjalną” aktywność dzieci w celu zdobycia środków niezbędnych do życia. Ten efekt szkodliwego picia rodzica jest często porównywany do efektu „biedy”, który prowadzi do wielu niekorzystnych zachowań i problemów dziecięcych (Dodge i in., 1995). Badania wskazują, że poważne nadużycia w zakresie picia alkoholu niezależnie od problemów finansowych rodziny, ograniczają także standard życia rodziny poprzez zmniejszenie zaangażowania w aktywność sportową dzieci, realizację zainteresowań czy też życie towarzyskie. Ogranicza to jednocześnie stymulację intelektualną i środowiskową dziecka i czyni życie rodzinne mniej spójnym i zorganizowanym (Jester i in., 2000; Moos, Moos, 1984). Co nie jest zaskoczeniem, niski standard życia rodziny z problemem alkoholowym powoduje, że częściej stają się one klientami pomocy społecznej i innych służb socjalnych. Na przykład, w badaniach Mutzell (1995) okazało się, że dzieci pijących matek miały częstszy kontakt z odpowiednimi służbami pomocowymi niż inne dzieci oraz znacząco częściej trafiały do opieki zastępczej niż dzieci z innych grup ryzyka.

Najszerze opracowania w tym zakresie dotyczą prac Bennett i Wolin (1990) nad **kulturowym modelem funkcjonowania rodzin z problemem alkoholowym**. Centralnym pojęciem tego modelu są rytuały rodzinne, rozumiane jako symboliczne formy komunikacji pomiędzy poszczególnymi członkami rodziny. Rytuały to relatywnie stabilne wzorce zachowania dotyczące codziennej aktywności, na przykład spożywanie posiłków oraz świętowanie uroczystości (np. urodziny, śluby, wakacje, święta religijne). Członkowie rodziny doświadczają satysfakcji ze wzajemnych relacji, jeśli rytuały powtarzają się w określony sposób przez dłuższy czas. Ich symboliczne znaczenie i powtarzalność powoduje, że rytuały przyczyniają się do poczucia stałości, przewidywalności i wspólnoty, co często składa się na tzw. tożsamość rodziny (Bennett, Wolin, McAvity, 1988; Wolin, Benett, Jacobs, 1988). **Rytuały rodzinne** odgrywają szczególnie istotną rolę w organizowaniu życia rodziny, a w okresach silnego stresu i gwałtownych zmian wzmacniają często jej stabilność. Prezentowane we współczesnej literaturze rozważania oraz wyniki badań dowodzą, iż rytuały mają ogromne znaczenie dla zapobiegania patologiom w funkcjonowaniu rodziny, gdyż są jednym z najbardziej przewidywalnych aspektów funkcjonowania systemu rodzinnego. Jedną z głównych funkcji rytuałów jest zapobieganie działaniu różnych sił destrukcyjnych i odśrodkowych w rodzinie w obliczu, np. normatywnych i nienormatywnych kryzysów. W rodzinach o wysokim ryzyku wystąpienia patologii rytuały rodzinne służą stabilizowaniu rodziny oraz nadawaniu znaczenia własnym doświadczeniom w sytuacji stresu, jakiego rodzina doświadcza. Rytuały rodzinne stanowią specyficzne zwierciadło, które ułatwia ogląd rodziny i pozwala ocenić wpływ chronicznych problemów związanych z alkoholizmem na jej życie (Wolin, Benett, 1984; Steinglass, Benett, Wolin, Reiss, 1987; Hawkins, 1997; Imber-Black, Roberts, 1992).

4.2.2. Efekty specyficzne niealkoholowe

Wpływy specyficznie niealkoholowe uwzględniają bardziej ogólne cechy środowiska rodzinnego i rodziców, które występują w każdej rodzinie i oddziałują na dzieci. Wpływy specyficzne niealkoholowe to poziom konfliktów małżeńskich, umiejętności komunikowania się małżonków, jakość sprawowanych funkcji rodzicielskich, zdrowie psychiczne rodziców czy niewłaściwy klimat panujący w rodzinie. Można by je nazwać ogólnymi cechami i umiejętnościami współżycia z bliskimi, które wiążą się z szeroko rozumianymi umiejętnościami społecznymi. Oddziaływania rodzinne niespecyficzne dla alkoholu są istotnym czynnikiem prognostycznym przebiegu i efektów rozwoju zdrowia psychicznego dzieci w różnym wieku. Mają szczególne znaczenie w genezie wielu zaburzeń psychicznych,

między innymi osobowości aspołecznej, depresji, alkoholizmu (Ellis, Zuckerman, Fitzgerald, 2000).

Szczególnym, **niespecyficznym dla alkoholu** czynnikiem oddziałującym na rozwój dzieci jest **jakość sprawowania funkcji rodzicielskich**. Wyniki badań z zakresu psychopatologii rozwojowej, a zwłaszcza prace Pattersona i współpracowników (1992) wskazują na istotną rolę dwóch wymiarów sprawowania funkcji rodzicielskich: **wsparcia** (akceptacji, miłości) i **kontroli** (dyscypliny). Do czynników najbardziej determinujących nieprawidłowy rozwój emocjonalno-społeczny dzieci zaliczono brak miłości i wysoki poziom wrogości (w tym krytyczne nastawienie do dziecka), niski poziom zaangażowania w wychowanie, brak konsekwencji w reagowaniu na nieprawidłowe zachowania dziecka oraz niejasne oczekiwania rodziców co do prawidłowych wzorców zachowań dziecięcych. Takie postawy rodziców w relacjach z dzieckiem prowadzą albo do **osłabienia więzi i kontroli**, co w konsekwencji skutkuje jego odrzuceniem i opuszczeniem lub **nadmiernej kontroli i dyscypliny**, co powoduje zazwyczaj nasilenie zachowań buntowniczych, istotne trudności we wzajemnym zrozumieniu i komunikacji, w końcu coraz słabszy kontakt z dzieckiem. W okresie dorastania takie wzorce oddziaływań rodzicielskich mogą zaburzać proces realizacji zadań rozwojowych, prowadząc w konsekwencji do wykształcenia u dzieci utrwalonych zachowań buntowniczych, zaburzeń kontroli zachowania i osobowości antyspołecznej. Aktualne badania zmierzają do ustalenia, jaki wpływ na kształtowanie się tego typu zaburzeń mają cechy rodziców związane ze **zdolnościami do regulacji emocji i samokontroli**. Rodzice szkodliwie pijący wykazują zazwyczaj istotne deficyty w tym obszarze, co poprzez mechanizmy uczenia się może powodować podobne deficyty u ich potomstwa. W wielu badaniach potwierdzono tezę, że niski poziom samooceny oraz słabe zdolności samoregulacji zwiększają podatność na zaburzenia psychiczne (Edwards, Eiden, Colder i in., 2006), natomiast wysokie zdolności w zakresie regulacji emocji pełnią funkcję bufora i są ważnym zasobem chroniącym (Pearson, D'Lima, Kelley, 2011).

Zachowania buntownicze i zaburzenia kontroli zachowania, u podłoża których leżą często **patomechanizmy regulacji emocjonalnej**, zwłaszcza w zakresie radzenia sobie z negatywnymi uczuciami, ujawniają się także w relacjach z rówieśnikami. Badania wskazują, że deficyty kontroli stanów emocjonalnych i towarzysząca temu impulsywność często jest przyczyną odrzucenia przez przystosowane do wymagań społecznych grupy rówieśnicze. Doświadczenie odrzucenia skłania do poszukiwania innych grup odniesienia, które zazwyczaj są stworzone przez dzieci z podobnych powodów odrzucone. W tych grupach rówieśniczych impulsywność i agresja stają się „normą”, co więcej czasami przybierają bardziej skrajną postać ryzykownych i przestępczych zachowań, co skutkuje jeszcze większymi problemami adap-

tacyjnymi i pogłębia istniejące już trudności w zakresie samoregulacji. Deficyty w zakresie regulacji afektów i samokontroli znacząco utrudniają, a nawet uniemożliwiają osiągnięcie niektórych ważnych zadań rozwojowych okresu adolescencji, np. osiągnięć szkolnych czy zdolności poznawczych (por. Chassin, Sher, Hussong i in., 2013).

Badania nad wzorcem interakcji w rodzinach alkoholowych doprowadziły do wniosku, że **styl sprawowania funkcji rodzicielskich** pozostaje w związku z typem alkoholizmu rodzica. Najmniej korzystny dla rozwoju dziecka jest alkoholizm typu II według Cloningera (1987), który współwystępuje z osobowością aspołeczną. W populacji amerykańskiej, według Zuckera (1994), osobowość aspołeczna występuje 21 razy częściej u osób nadużywających alkoholu niż pijących okazjonalnie. Osoby o tego typu alkoholizmie charakteryzują się upośledzeniem kontaktów społecznych, rodzinnych i zawodowych. Silna korelacja między osobowością aspołeczną a alkoholizmem wskazuje, że zaburzone interakcje rodzic – dziecko, sprzyjające rozwojowi zachowań agresywnych, odgrywają istotną rolę w etiologii zaburzeń rozwojowych (Jacob, Johnson, 2000; Park, Schepp, 2015).

Do innych niespecyficznych dla alkoholu rodzinnych czynników ryzyka występujących w rodzinie z problemem alkoholowym zaliczyć można:

- zaburzenia psychiczne rodziców: zaburzenia psychotyczne, zaburzenia nastroju, zaburzenia lękowe, a zwłaszcza PTSD, czyli zaburzenia stresu pourazowego, zespoły anamnesticzne (por. Cierpiałkowska, 2010a, 2007b);
- dysfunkcje procesów poznawczych i zespoły otępienne rodzica alkoholika (Eiden, Edwards, Leonard, 2006);
- zaburzenia w funkcjonowaniu społecznym rodziców, w tym agresja i przemoc (Sher, 1991; Hall, Bolen, Webster, 1994; Kerr, Hill, 1992), wykorzystanie seksualne (Rossow, 2000); niski status socjoekonomiczny rodziny (Robins, Regier, 1991; Zucker i wsp., 1996);
- konflikty małżeńskie, częstsze doświadczanie rozvodu (Johnson, 2001; Park, Schepp, 2015).

Wszystkie te czynniki zwiększają dysfunkcjonalność rodzin z problemem alkoholowym, a tym samym stanowią podwyższone ryzyko nieprawidłowego rozwoju u potomstwa.

4.2.3. Interakcja czynników rodzinnych i pozarodzinnych a rozwój i przystosowanie dzieci alkoholików

W koncepcjach **interakcyjno-rozwojowych** wpływ rodziny z problemem alkoholowym na przystosowanie potomstwa wyjaśnia się na gruncie wzajemnych związków między czynnikami osobowymi a środowiskiem społecz-

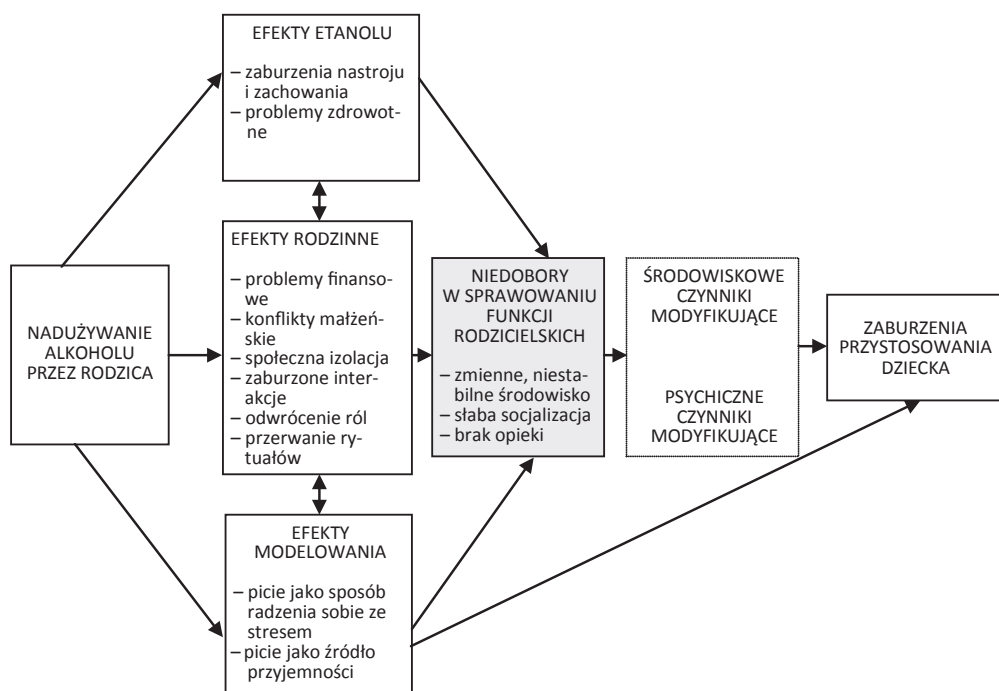
nym bądź specyficzną konfiguracją interakcji między nimi. Są to bardziej złożone modele wyjaśniające niż te prezentowane powyżej.

Jeden z pierwszych **modeli interakcyjnych** zaproponował Moore (1982; za: Seilhammer, Jacob, 1990), który założył, że wpływ alkoholizmu rodziców na dzieci ma charakter złożony zarówno pierwotny, jak i wtórny. Przystosowanie dzieci jest zależne od chroniczności i wielkości nieprawidłowości w zakresie: jakości i stylu relacji między rodzicem a dzieckiem, stylu i konsekwencji rodzicielskiej kontroli oraz poziomu i stylu bezpośrednich oddziaływań wychowawczych rodziców. Poziom przystosowania dzieci jest modyfikowany przez tzw. czynniki wtórne, które zakłócają działanie tych pierwotnych, podstawowych. Do wtórnych czynników zaliczyć można: konflikty małżeńskie, kryzysy rodzinne, izolację społeczną, bezrobocie i alkoholizm. Funkcjonowanie dzieci zależy od interakcji między jakością sprawowania funkcji rodzicielskich a owymi czynnikami wtórnymi. Alkoholizm jest szczególnie szkodliwym czynnikiem, ponieważ uczestniczy w genezie i utrwalaniu innych stresorów rodzinnych, takich jak konflikty między małżonkami, rozpad związku małżeńskiego, społeczna izolacja, bezrobocie i problemy finansowe.

Podobny model wyjaśniający wpływ alkoholizmu rodzica na dzieci zaproponował Ackerman (1983), w którym sformułował założenie, że proces ten odbywa się na skutek przerwania wykonywania na rzecz dzieci podstawowych funkcji rodzicielskich. Niezależnie od tego, czy pije ojciec czy matka, emocjonalne napięcie u obojga rodziców zakłóca ich zdolność do sprawowania opieki i tworzenia dzieciom prawidłowego środowiska rozwojowego. Odwołując się do tradycji eriksonowskiej, Ackerman opisuje, w jaki sposób **deficyty w sprawowaniu funkcji rodzicielskich** udaremniają realizację zadań rozwojowych i prawidłowe rozwiązywanie kryzysów charakterystycznych dla danego etapu życia dziecka. W zależności od tego, na jakim etapie rozwoju dziecka ujawnił się problem szkodliwego picia oraz jaki jest zakres deficytów w sprawowaniu funkcji rodzicielskich, dziecko może doznawać niepowodzeń w tworzeniu koncepcji własnego Ja, rozumianej jako poczucie własnej wartości, samokontroli i autonomii. Wyniki badań wskazują na powiązania między przystosowaniem dziecka a interakcją zmiennych zależnych po stronie dziecka (wiek, płeć, temperament, poziom intelektu), po stronie rodziców (płeć pijącego rodzica, wzorce picia i czas trwania uzależnienia) oraz po stronie innych czynników modyfikujących, występujących w szerszym – szkolnym, rówieśniczym – środowisku dziecka.

Model zaproponowany przez Seilhammera i Jacoba (1990) wyrasta z nurtu **psychopatologii rozwojowej** i przedstawia ścieżki wpływu alkoholizmu rodziców na przystosowanie ich potomstwa. Nadużywanie alkoholu przez rodzica wpływa na funkcjonowanie dzieci w sposób bezpośredni i pośred-

ni. Ścieżka bezpośrednia wynika wprost z efektów modelowania i dotyczy traktowania picia alkoholu jako efektywnego sposobu radzenia sobie z trudnościami dnia codziennego. **Wpływy pośrednie** to efekty etanolu i efekty rodzinne, które – poprzez przyczynianie się do deficytów w sprawowaniu funkcji rodzicielskich – oddziałują na patomechanizmy zaburzeń przystosowania dziecka. Wpływy te mogą być modyfikowane poprzez czynniki konstytucjonalne i środowiskowe. Efekty etanolu bezpośrednio wpływają na negatywne funkcjonowanie rodzica, tym samym zwiększając stres życiowy dziecka. Spożywanie alkoholu w nadmiernych ilościach zmienia poznawczy i emocjonalny stan uzależnionego rodzica oraz wpływa na jego reakcje behawioralne. Takie zaburzenia, jak chwiejność nastroju, chwilowe utraty pamięci, wybuchy agresji i zaburzenia motoryczne powodują obniżenie zdolności do efektywnego sprawowania funkcji rodzicielskich. W dłuższej perspektywie chroniczna intoksykacja alkoholowa jest w stanie wywoływać lub pogorszyć wiele zdrowotnych problemów, mogących przyczyniać się do trudności finansowych, powodować częste nieobecności w pracy spowodowane hospitalizacją oraz prowadzić do przewlekłych chorób, co istotnie obniża jakość środowiska wychowawczego dziecka.



Rys. 4.1. Wpływ alkoholizmu rodziców na przystosowanie potomstwa

Źródło: opracowanie własne na podstawie Seilhammer, Jacob, 1990, s. 168.

Według Seilhammer i Jacob (1990) nadmierne picie alkoholu prowadzi bezpośrednio do zwielokrotnienia rodzinnych stresów, włączając w to finansowe trudności, małżeńskie nieporozumienia, izolację, unikanie wsparcia społecznego, przeciążenie niepijącego rodzica, nadodpowiedzialność dzieci, przerwanie codziennych religijnych lub kulturowych rytuałów. Zmiana interakcji wewnątrzrodzinnych dotyczy ekspresji emocjonalnej oraz umiejętności rozwiązywania problemów. W efekcie, zmiany te wpływają na zdolność obojga rodziców do tworzenia stałego, spójnego i wspierającego środowiska rodzinnego, w którym dzieci mogą dobrze żyć i realizować zadania charakterystyczne dla swojego etapu rozwojowego. Nadużywanie alkoholu wpływa również na takie czynniki środowiska rodzinnego, jak: zaburzenia w organizacji życia rodzinnego, poziom spójności, przewidywalność, dyscyplina, wyrażanie emocji oraz trenowanie podstawowych umiejętności życiowych.

Niezależnie od zakłóceń w funkcjonowaniu rodziców oraz całej rodziny jako systemu, nadmierne spożywanie alkoholu może bezpośrednio wpływać na przystosowanie dziecka i poziom realizacji jego zadań rozwojowych poprzez modelowanie. Proces modelowania działa w ten sposób, że rodzic staje się dla dziecka wzorem sposobów radzenia sobie ze stresem, co wpływa na wzorce przejścia w dorosłość oraz ekspresję ról płciowych. W nawiązaniu do nabywania zachowań związanych z piciem Zucker (1976) sugeruje, że efekty modelowania wywołane przez rodzicielskie picie są modyfikowane przez wiek i osobowość dziecka, wpływy rówieśnicze oraz rodzicielskie interakcje w sytuacjach związanych z alkoholem.

4.3. Struktura i mechanizmy funkcjonowania rodziny alkoholowej

Rodzina z problemem alkoholowym, jako system dysfunkcjonalny charakteryzuje się specyficznymi regułami wyznaczającymi zasady komunikowania się i wzajemnych relacji, które często ujawniają się w klimacie i strukturze rodziny. Próba opisu funkcjonowania **alkoholowego systemu rodzinnego** pozwala określić charakterystyczne dla niego cechy oraz warunki, w jakich rozwija się i dorasta, narażone na nadmierny stres dziecko (Steinglass, 1980). Obraz rodziny, jaki wyłania się z tego opisu, wskazuje na podwyższony poziom konfliktów rodzinnych (szczególnie ukrytych i nierozwiązanych) (Moos, Billings, 1986; Tubman, Windle, 1995; Johnson, 2001; Gąsior, 2012), niski poziom wspólnotowości i poczucia bliskości, słaby poziom werbalnego i fizycznego wyrażania pozytywnych uczuć (ciepło, troska, czułość) przy jednoczesnym natężeniu komunikatów negatywnych (Barry, Fleming, 1990; Tubman, Windle, 1995; Margasiński, 2010). Ponadto, w ro-

dzinach alkoholowych wyższy jest też poziom otwarcie wyrażanej złości, co przejawia się w częstych kłótniach, bijatykach czy obwinianiu (Johnson, 2001) i jest prawdopodobnie związane z obniżoną zdolnością do rozwiązywania problemów przez członków rodziny (Jacob i in., 1991). W porównaniu z rodzinami niealkoholowymi, w rodzinach z pijącym rodzicem słabsza jest też organizacja życia rodzinnego (por. Johnson, Left, 1999), a często dochodzi do wypaczenia wzorców interakcji rodzinnych (Wolin i wsp., 1980). Dzieci alkoholików częściej niż ich rówieśnicy doświadczają w rodzinie przemocy lub są jej świadkami, zwłaszcza gdy alkoholizm rodzica współwystępuje z osobowością społeczną.

Obok nasilonych konfliktów i napięć, dysfunkcjonalność rodziny alkoholowej wyraża się również w jej patologicznej strukturze. W literaturze próbuje się odpowiedzieć na dwa pytania: (1) jakie specyficzne dla systemu role są przyjmowane przez członków rodziny; (2) czy hierarchia władzy, kontroli, bliskości w rodzinie jest prawidłowa, a każdy jej członek zajmuje przynależne mu miejsce w rodzinie.

4.3.1. Role rodzinne z perspektywy klinicznej

Analizując **strukturę rodziny**, a także obowiązujące w niej **reguły i role rodzinne**, często wykorzystuje się założenia leżące u podstaw systemowo-strukturalnych teorii terapii rodzin, w których zakłada się, że alkoholizm jednego z członków rodziny jest istotnym objawem utrzymującym homeostazę w systemie rodzinnym. Patologia systemu pogłębia się wraz z rozwojem alkoholizmu i determinuje funkcjonowanie wszystkich członków rodziny, w tym także rozwój dzieci. Znaczącą koncepcją, formułowaną w ramach podejść systemowych, prezentuje Peter Steinglass (1980) i Sharon Wegscheider-Cruse (2000).

Wegscheider-Cruse (2000) przedstawia kliniczny obraz funkcjonowania dzieci alkoholików w rodzinie z perspektywy poczynionych przez psychologów, psychiatrów i terapeutów obserwacji. Rozwój problemów alkoholowych u dziecka jest bezpośrednią konsekwencją przekształcania rodziny w system alkoholowy oraz podjęcia przez dziecko określonych **ról rodzinnych**. W przeciwieństwie do ról społecznych podejmowanych w przebiegu rozwoju przez każdą osobę w swoim otoczeniu, role przypisane dzieciom w systemie alkoholowym **blokują rozwój potencjalnych możliwości jednostki**, są sztywne i nie uwzględniają zmian w otaczającej rzeczywistości. Role te są podejmowane w sposób nieświadomy i służą utrzymaniu stabilności systemu, w którym panuje chaos, niekonsekwencja, totalna nieprzewidywalność i brak stałości (Brown, 1995). Typ podjętej przez dziecko roli rodzinnej: Bohatera, Kozła Ofiarnego, Zapomnianego Dziecka czy Maskotki

zależy od wielu czynników, w tym od określonego zapotrzebowania systemu rodzinnego, kolejności narodzin, zdolności i predyspozycji dziecka oraz płci i typu temperamentu. Każda z tych ról jest bezwzględnie podporządkowana realizacji celów systemowych, a tym samym niezwykle sztywna i ograniczająca. Wśród dzieci alkoholików najczęściej spotykane są role: Bohatera, Kozła Ofiarnego, Zapomnianego Dziecka i Maskotki.

Zadaniem dziecka, które odgrywa w rodzinie **rolę Bohatera**, jest bycie „wizytówką rodziny”. Rola ta zazwyczaj przypada najstarszemu dziecku bez względu na płeć. Oczekuje się od niego sukcesów i powodzenia we wszystkich sferach, a wraz z dorastaniem – udzielania pomocy i wsparcia wszystkim członkom rodziny. Bohater funkcjonuje według zasad: *bądź miły, pomagaj innym, bądź doskonały, nie mów nigdy o piciu ojca* (Cierpiałkowska, 2010e). Pierworodny wchodzi w swoją rolę bardzo wcześnie, a oczekiwania formułowane wobec niego są bardzo wysokie i zawsze nieco wyższe niż jego osiągnięcia w danym momencie. Dziecko szybko rozumie, że ma być dobre, grzeczne, uprzejme, odnosić sukcesy we wszystkich dziedzinach, a pochwały, jakie zbierze, mają wzmacniać poczucie własnej wartości jego i pozostałych członków rodziny. Ten cel jednak nigdy nie zostanie zrealizowany, dopóki uzależniony członek rodziny nie przestanie pić, a rodzina nie podejmie zmiany w procesie terapeutycznym. Wysiłki Bohatera nie mogą wyrównać deficytu rodziny, bowiem istota problemu wynika z nadmiernego picia alkoholika i trudności doświadczanych przez jego partnerkę (jeśli pije ojciec).

Dziecko, które występuje w **roli Kozła Ofiarnego**, jest osobą, na której koncentruje się negatywna uwaga pozostałych członków rodziny. Pozwala to odwrócić uwagę od głównego problemu rodziny, jakim jest alkoholizm. Ponieważ niemożliwe jest uzyskanie takiej akceptacji i uwagi, jakiej doświadcza dziecko odgrywające rolę Bohatera, drugie dziecko podejmuje dramatyczną decyzję, że lepiej być zauważanym w sposób negatywny niż w żaden. Jego sposób funkcjonowania jest odwrotnością roli Bohatera. Bohater odnosi sukcesy, Kozioł Ofiarny ciągle wpada w kłopoty; Bohater martwi się o rodzinę i stara się zaspokajać potrzeby wszystkich członków rodziny, Kozioł Ofiarny lekceważy innych i wydaje się nimi nie przejmować; Bohater nieustannie stara się być miły i dobry, Kozioł Ofiarny przyjmuje rolę „złego”, buntuje się, jest agresywny, często popada w konflikt z prawem. Taka postawa jest źródłem nieustannej frustracji i cierpienia, u której podstaw leżą nadmierne intensywne picie uzależnionego, brak możliwości zaspokojenia potrzeby bliskości i kontaktu emocjonalnego oraz brak pozytywnych wzmocnień ze strony rodziców. Kozła Ofiarnego cechuje znaczne obniżenie samooceny i poczucia własnej wartości, złość i nienawiść do samego siebie i innych oraz wstyd i poczucie winy. Złość i nienawiść przeżywana przez dziecko,

często przechodząca w utrwaloną postawę wrogości oraz nieustanna frustracja potrzeb jest rozładowywana w zachowaniach buntowniczych i w aktach autodestrukcji. Kozioł Ofiarny bardzo wcześnie opuszcza rodzinę, szukając akceptacji i bliskości w grupach rówieśniczych ze skłonnościami do podejmowania zachowań ryzykownych. Bardzo często też nadmiernie używa alkoholu, a nadmierne picie stopniowo może przybierać formę uzależnienia. Tak poważne konsekwencje wynikają z faktu, że nieświadome odgrywanie w systemie alkoholowym roli Kozła Ofiarnego determinuje funkcjonowanie jednostki w dalszym życiu, nawet po wczesnym opuszczeniu rodziny pochodzenia.

Po narodzinach pierwszego i drugiego dziecka centralne „pozytywne” i „negatywne” miejsca w rodzinie są już zajęte. Kolejne dziecko nie ma innego wyjścia, jak przyjąć rolę niewidzialnego, izolującego się od innych członków rodziny, którzy są bardzo zajęci realizacją zadań w ramach swojej roli. **Rola Zapomnianego Dziecka** polega na stopniowym usuwaniu się z systemu rodzinnego, a przyjęta postawa sprzyja stabilności systemu rodzinnego. Dziecko, które nie potrzebuje opieki i uwagi, jest dla pozostałych członków rodziny bardzo wygodne, pozwala bowiem umacniać funkcjonowanie w swoich dotychczasowych rolach. Rola Zapomnianego Dziecka polega na izolacji fizycznej i psychicznej. Niewidzialne dziecko szybko dąży do samodzielności i najlepiej czuje się w samotności. Podłożem tego rodzaju zachowań jest cierpienie spowodowane chaosem rodzinnym. Zapomniane Dziecko doświadcza lęku, smutku i przerażenia, nie tylko wśród najbliższych, ale także w środowisku pozarodzinnym. Wycofanie, które chroni go przed negatywnymi wpływami rodziny alkoholowej, równocześnie uniemożliwia zaspokojenie potrzeb emocjonalnych: przynależności, akceptacji, bliskości. W kontaktach społecznych dziecko pełniące rolę zapomnianego jest pasywne, zahamowane i wycofane. Jego kontakty z otoczeniem są ograniczone i powierzchowne, a tym samym w trakcie rozwoju dziecko nie nabywa umiejętności współpracy i współdziałania w grupie.

Najmłodszemu dziecku w rodzinie przypada **rola Maskotki**. Jego zadaniem jest rozładowanie napięcia i łagodzenie cierpienia pozostałych członków rodziny. Realizuje je poprzez nagłe i niespodziewane zachowania, które wzbudzają śmiech i odprężenie. Potrafi manipulować sytuacją w celu osiągnięcia upragnionego celu. Stosuje taktykę polegającą na odwróceniu uwagi od podstawowego problemu rodziny alkoholowej poprzez skupienie jej na sobie i swoim właściwie zaprezentowanym zachowaniu. Oprócz stabilizującej i ochronnej roli systemu alkoholowego, blaznowanie najmłodszego zapewnia mu też akceptację i uwagę pozostałych członków rodziny. W rodzinie alkoholowej Maskotka doświadcza nadmiernej ochrony i nadopiekuńczości. Mimo skłonności do żartów i wygłupów podstawę funkcjonowania Maskot-

ki stanowi strach, lęk i cierpienie. Chociaż otrzymuje wiele pozytywnych wzmocnień, za fasadą śmiechu i uwagi ze strony innych czai się samotność i ból. Osoba w roli Maskotki często spostrzegana jest jako bardziej niedojrzała niż większość jej rówieśników. Ma trudności w radzeniu sobie ze stresem, nie umie podejmować decyzji, nie potrafi rozwiązywać problemów. Gdy utarte zachowania zawodzą, Maskotka czuje się bezradna i wycofuje się z sytuacji, oczekując ochrony (szerzej Cierpiałkowska, 2010e).

Niewiele jest współczesnych badań, których celem byłaby weryfikacja założeń koncepcji Wegscheider-Cruse, ponieważ istnieją trudności z operacjonalizacją terminów, a w konsekwencji skonstruowaniem trafnych narzędzi do pomiaru poszczególnych ról. Te istniejące, albo wskazują, że wyodrębnione role, jakie podejmują dzieci w rodzinach, nie są charakterystyczne dla systemów alkoholowych, i w ogóle dla rodzin dysfunkcyjnych (Alford, 1988), albo w ogóle nie potwierdzają hipotezy, że dzieci alkoholików przejawiają spójne wzorce zachowania, które można by zakwalifikować do opisanych przez Wegscheider-Cruse ról rodzinnych (por. Harter, 2000).

4.3.2. Mechanizmy parentyfikacji w rodzinie alkoholowej

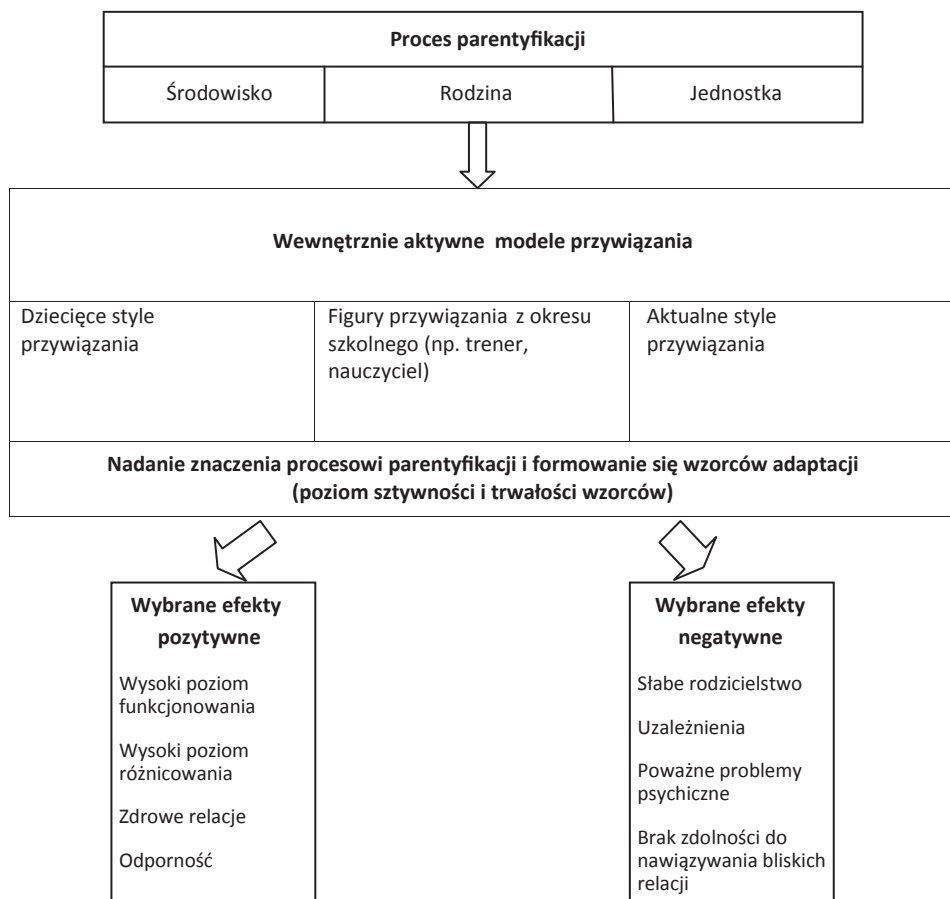
W alkoholowym systemie rodzinnym, jak twierdzi Wegscheider-Cruse (2000), wszyscy są pełnomocnikami, bez pomocy i wsparcia których system rodzinny nie mógłby istnieć. Jednym z najistotniejszych zjawisk w takich rodzinach jest fenomen mieszania i odwracania ról, co jest przejawem zaburzeń hierarchii władzy i dominacji w rodzinie (Chase, Demind, Wells, 1998; Goglia, Jurkovic, Burt, Burge-Callaway, 1992; Sheridan, Green, 1993; Burnett, Jones, Bliwise, Ross, 2006; Crespi, Sabatelli, 1997). Zjawisko odwracania ról nazywane jest **parentyfikacją**, ponieważ dziecko przyjmuje rolę i obowiązki tradycyjnie zarezerwowane dla dorosłych, dorośli zaś porzucają lub zwalniają się z ich pełnienia (Shier, 2014; Grzegorzewska 2016). Parentyfikacja jest szczególną **formą zaniedbywania dzieci**, uważana jest także za **przejaw wykorzystania i przemocy**. Proces parentyfikacji zazwyczaj blokuje lub zaburza rozwój dziecka, prowadząc do poważnych zakłóceń przywiązania, trudności w separowaniu się od rodziców oraz niskich możliwości rozróżniania samego siebie (*self*) od rodziny pochodzenia w dzieciństwie i później w dorosłości (Chase, 1999; Robinson, 1999; Hooper, 2011).

W literaturze nie ma zgodności co do sposobu definiowania parentyfikacji. W zależności od koncepcji kładzie się nacisk na różne elementy tego procesu (np. zachowanie, emocje, albo jedno i drugie). Tym niemniej można wyróżnić kilka uniwersalnych elementów, które są wspólne dla wszystkich teoretycznych modeli: przyjęcie przez dziecko obowiązków i zadań dorosłego,

odwrócenie ról oraz zaburzenia w więziach pokoleniowych. W odpowiedzi na rezygnację dorosłego z przyjęcia odpowiedzialności za swoją rolę, dziecko odpowiada poświęceniem swoich własnych potrzeb opieki i bezpieczeństwa na rzecz przystosowania się do zaspokajania logistycznych, emocjonalnych i osobistych potrzeb rodziców (Hooper, 2011).

W celu opieki nad dorosłymi „parentyfikowane” dziecko może prezentować różnorodne formy zachowania, poczynając od otwartych sposobów fizycznej opieki nad dorosłym do zamaskowanych form zapewnienia rodzicowi psychicznego bezpieczeństwa, komfortu i ochrony. W literaturze przedmiotu wskazuje się, że zaburzenia więzi pokoleniowej w rodzinie ostatecznie przyjmują dwie formy: dziecko-jako-rodzic i dziecko-jako-partner (Gogli, Jurkovic, Burt, Burt-Callaway, 1992). Jednocześnie parentyfikacja może dotyczyć wypełniania zadań logistycznych (tzw. instrumentalna parentyfikacja), emocjonalnych (tzw. emocjonalna parentyfikacja) albo obu jednocześnie. **Parentyfikacja instrumentalna** dotyczy przejmowania przez dziecko zadań związanych z prowadzeniem domu, takich jak przygotowanie posiłków, robienie zakupów, sprzątnięcie, opieka i wychowywanie młodszego rodzeństwa, rozdział prac domowych czy zarabianie pieniędzy i zarządzanie domowym budżetem. **Parentyfikacja emocjonalna** polega na troszczeniu się o potrzeby emocjonalne rodzica (zwłaszcza te, które są związane z jego poczuciem własnej wartości). Dziecko służy rodzicowi jako powiernik, rozjemca albo mediator. Często stanowi dla niego jedyne źródło wsparcia (Chase i in., 1998). Trwający w czasie, zazwyczaj niesprecyzowany co do długości okres parentyfikacji wpływa negatywnie na przebieg rozwoju dziecka. Stłumienie swoich potrzeb na rzecz potrzeb rodziców czy rodzeństwa pociąga za sobą koszty emocjonalne i rozwojowe, a w ostateczności przyczynia się do zaburzeń w prawidłowym funkcjonowaniu w przyszłości, zwłaszcza w odniesieniu do umiejętności nawiązywania dorosłych form relacji przywiązania. W konsekwencji większość badaczy skupia się na negatywnych, rozwojowych efektach parentyfikacji (Earley, Cushway, 2002; Jurkovic i in., 2001).

Użyteczny model wyjaśniający **związek parentyfikacji z pozytywnym lub negatywnym poziomem funkcjonowania** proponuje Lisa Hooper (2007). W tej koncepcji fenomen parentyfikacji jest wyjaśniany na gruncie teorii przywiązania i koncepcji systemowych oraz psychopatologii rozwojowej. Pokazuje on, w jaki sposób dzieci doświadczające parentyfikacji, w życiu dorosłym mogą funkcjonować na wysokim poziomie, w dobrych relacjach intymnych, społecznych i zawodowych, unikając powtórki tych samych szkodliwych zachowań z przeszłości. Model Hooper pozwala na analizę zjawiska parentyfikacji z perspektywy całego życia jednostki (*life-span*).



Rys. 4.2. Teoretyczny model wyjaśniający ekwifinalność procesu parentyfikacji

Źródło: opracowano na podstawie Hooper, 2007.

Centralnym elementem tej koncepcji są wewnętrzne aktywne modele związane z procesem tworzenia się przywiązania. Modele te kształtują więzi i reguły (dotyczące myśli, uczuć i zachowań), dzięki którym jednostka spostrzega siebie i innych. Wewnętrznie aktywne modele powstają jako rezultat procesu przywiązania i wczesnodziecięcych doświadczeń jednostki. Służą one trzem celom: po pierwsze, pomagają interpretować zachowania innych; po drugie, ułatwiają przewidywanie zachowań innych w przyszłości, a także organizują spostrzeganie siebie i innych (Main, Kaplan, Cassidy, 1985). Jak wskazują teoretycy rozwoju, wewnętrzne modele aktywności mogą charakteryzować się stałością lub ciągłością.

Blok rozszerzający 4.5

Przykład parentyfikacji w rodzinie z problemem alkoholowym

List matki – żony alkoholika do córki lat 17 (pisownia oryginalna)

Kochana Asiu,

Wiem, że mogę na tobie polegać. Kiedykolwiek bym Cię potrzebowała, zawsze mogłam i mogę na Ciebie liczyć. Chodzi mi tu nie tylko o jakąś zwykłą pomoc. Już jako małe dziecko wspierałaś mnie w trudnych chwilach życiowych, bardzo mnie wspierałaś. Dawałaś mi otuchę, nadzieję i poczucie, że nie jestem sama. Za co bardzo ci dziękuję. Pisząc to wszystko, tak sobie myślę, nie raz ty Asiu i ja tak jakbyśmy zamieniły się rolami. I to ty byłaś mi mamą. Musiało Ci być bardzo ciężko. Szybko byłaś samodzielna, sama sobie radziłaś w szkole, nigdy nie musiałam gonić cię do lekcji; nawet śniadania szykowałam sobie sama mając 10 lat. Nie chciałaś, abym wstawała tak wcześnie rano, martwiłaś się o mnie! A które dziecko w wieku 10 lat tak by myślało i tak się zachowywało! Drugiego takiego nie znam. Jesteś Asiu wyjątkowa, silna i odważna. I bardzo, bardzo Ciebie KOCHAM.

Mama

Oznacza to, że u jednej osoby wczesnodziecięce wzorce przywiązania mogą utrzymać się aż do okresu dorostania, u innych mogą się zmieniać i na podstawie późniejszych doświadczeń relacyjnych tworzyć nowe wzorce. Wczesnodziecięce wzorce przywiązania wpływają na kształtowanie się relacji jednostki z innymi ludźmi, szczególnie w aspekcie wzorców relacyjnych, stylów interpersonalnych oraz społecznych zachowań. Relacje między dzieckiem a rodzicem sprzyjają indywiduacji i wyodrębnianiu się Ja, uczą dziecko spostrzegania siebie i innych, pomagają zrozumieć, w jaki sposób korzystając z aktywnych wewnętrznych modeli, jednostka nadaje znaczenie przyszłym relacjom i sposobom wzajemnych interakcji. Oczywiście, jeśli system rodzinny sprzyja zaniedbaniom czy maltretowaniu dziecka, ma to potencjalnie szkodliwy wpływ na efekty rozwojowe i późniejsze funkcjonowanie dziecka w życiu dorosłym. Jednakże, procesy nadawania znaczenia poprzez wewnętrznie aktywne modele oraz różnorodne style przywiązania, w zależności od jakości różnych systemów (indywidualnych, rodzinnych czy środowiskowych) mogą w ostateczności prowadzić do różnorodnych, w tym pozytywnych efektów rozwojowych (Hooper, 2007).

Parentyfikacja jest poważnym problemem w rodzinach alkoholowych. Badania porównawcze dzieci alkoholików i niealkoholików wskazują na **wyższy wskaźnik parentyfikacji** w tej populacji (Goglia i in., 1992). Dzieci wychowujące się w rodzinach, w których panuje otwarta komunikacja, mają więcej

doświadczeń związanych z różnorodnością i elastycznością w pełnieniu ról rodzinnych. Dzieci alkoholików rzadko doświadczają zmienności i różnorodności w tym zakresie. Co więcej, mają tendencję do sztywnego trzymania się swojej roli, co w ich postrzeganiu jest niezbędne do przeżycia i przynosi stabilność w życiu (Black, Mayer, 1980).

Dzieci alkoholików są bardziej podatne na zaburzenia procesu **separacji – indywiduacji** w porównaniu z dziećmi niealkoholików, co sprzyja zjawisku odwrócenia ról (Crespi, Sabatelli, 1997; Jankowski, Hooper, 2014). Użytkiwana w okresie wczesnego dzieciństwa indywiduacja oznacza zdolność do uzyskania autonomii, co z kolei stanowi podstawę do rozwoju tożsamości w adolescencji i względnej integracji osobowości w okresie dorosłości. Kształtowanie własnej tożsamości przy zachowaniu emocjonalnej więzi ze znaczącymi osobami dorosłymi to centralne zadanie okresu dorastania. Powodzenie w jego realizacji oznacza sukces w radzeniu sobie z wyzwaniami wczesnej dorosłości, zwłaszcza w zakresie przejmowania odpowiedzialności (Anderson, Sabatelli, 1990). Adolescenci muszą dokonać reinterpretacji swoich więzi z rodziną, a rodzina powinna ułatwić przebieg tego procesu.

Proces ten ma wiele wspólnego z koncepcją Bowena (1978) zróżnicowania Ja osobistego w kontekście Ja rodzinnego i transmisji pewnych zaburzeń na następne pokolenie. Osoba dobrze zróżnicowana potrafi zachować obiektywizm i elastyczność mimo emocjonalnych wstrząsów targających rodziną (np. silny lęk panujący w rodzinie, atmosfera pełna napięcia). Celem zróżnicowanego Ja pozostaje równowaga pomiędzy uczuciami a myślami. Według Bowena wszystkie rodziny charakteryzują się pewnym poziomem zróżnicowania ich członków, który mieści się na kontinuum od dobrego do słabego zróżnicowania. Zależy to od tego, jak rodziny regulują wzajemne relacje, jak radzą sobie z emocjonalnym klimatem w rodzinie oraz czy wspierają proces autonomii i indywiduacji poszczególnych jej członków. W dobrze zróżnicowanych rodzinach pozwala się każdej jednostce na indywidualność i zachowanie własnej autonomii. Szanuje się prywatność i prawa członków rodziny. W tych systemach członkowie rodzin są na siebie uważni, wykazują się wrażliwością i empatią. Słabo zróżnicowane rodziny charakteryzują się niską tolerancją na indywidualność. W tych rodzinach siła fuzji może być tak duża, że neguje się autonomię jednostki, traktując ją jako brak lojalności i zagrożenie dla zdrowia rodziny. Zahamowanie procesu zróżnicowania przejawia się często poprzez oddelegowanie jednego z członków rodziny do zaspokajania potrzeb całego systemu. Reakcja jednostki może być dwojaka. Może ona poddać się presji rodziny, wiodąc życie sterowane przez system emocjonalny i reakcje innych (tzw. fuzja emocjonalna z rodziną). Jedną z możliwych konsekwencji takiej fuzji jest wówczas parentyfikacja. Innym sposobem jest odcięcie się emocjonalne, które Bowen (1978) traktuje jako rzekomą wolność, czyli rozpaczliwą próbę poradzenia sobie z trwającą ciągle fuzją z co najmniej jednym z rodziców. Konsekwencją takiej ucieczki jest coraz większe dystansowanie się i odcinanie od innych.

Istnieje wiele dróg wpływu rodziny alkoholowej na proces różnicowania i późniejsze przystosowanie młodzieży. Generalnie wskazuje się, że aktualne nieuregulowane relacje pomiędzy rodzicami a dziećmi utrudniają zachowanie emocjonalnego dystansu, a tym samym, właściwy przebieg procesów tożsamościowych w rodzinach z problemem alkoholowym staje się problematyczny (Crespi, 1990; Crespi, Sabatelli, 1997; Park, Schepp, 2015). W kontekście dysfunkcyjności rodziny alkoholowej często sugeruje się, że emocjonalne oddzielanie się dziecka od rodziny pochodzenia może być negatywnie spostrzegane przez rodziców. Uzależniony rodzic potrzebuje dziecka jako narzędzia do wspierania swoich alkoholowych zachowań, natomiast niepijący rodzic potrzebuje dziecka do zaspokajania potrzeb emocjonalnych (Crespi, 1990). Proces emocjonalnego oddzielania jest często spostrzegany w tych rodzinach jako zachowanie agresywne, co w konsekwencji prowadzi do podejmowania niezdrowych ról. Delegowanie dziecka do opiekowania się systemem rodzinnym stabilizuje system, ale kosztem rozwoju dziecka.

Parentyfikacja ogranicza rozwojowe możliwości dziecka, co ma konkretne konsekwencje w przyszłości. W życiu dorosłym dzieci alkoholików mają problemy z podejmowaniem ról i z nawiązywaniem satysfakcjonujących relacji. Nierozwiązane trudności z autonomią w rodzinie pochodzenia powodują nasilenie niepokoju i negatywne spostrzeganie siebie w relacjach z przyjaciółmi, partnerami i dziećmi (Crespi, Sabatelli, 1997; Chassin, Sher, Hussong i in., 2013). Jako konsekwencję parentyfikacji w rodzinach z problemem alkoholowym traktuje się również decyzje potomstwa co do wyboru małżonka i stylu życia. Część parentyfikowanych dzieci w relacjach intymnych czuje się komfortowo, tylko wtedy, gdy mają możliwość opiekowania się partnerem. W związku z tym w życiu dorosłym mogą nieświadomie szukać takich związków, w których nadal będą mogły zajmować pozycję „nadodpowiedzialności”. Fakt, że dzieci alkoholików często wybierają na swoich partnerów osoby uzależnione od alkoholu lub innych środków psychoaktywnych, może być tłumaczone jako efekt zahamowanego procesu separacji i indywiduacji (Crespi, Sabatelli, 1997) albo procesu kształtowania się własnej tożsamości w rodzinie pochodzenia. Innym efektem tego procesu może być wybieranie na partnerów osoby, które mają znaczne deficyty w zakresie doznawania troski i opieki. Wybór takiego partnera pozwala na uzyskanie względnej równowagi w relacji na zasadzie komplementarności: nadodpowiedzialność/brak odpowiedzialności. W takim układzie jedna i druga strona relacji charakteryzuje się brakiem adekwatnej autonomii.

Dzieci alkoholików, mniej zaangażowane w chorobę rodziny, mają większą szansę rozwinąć w sobie zdolność opierania się fuzji oraz kształtowania procesu własnej autonomii. Częściej potrafią oprzeć się negatywnym przekazom i nakazom rodziny alkoholowej. Są zdolne do osiągnięcia autonomii w dorosłym życiu oraz równowagi między uczuciami a procesami poznawczymi. Potrafią również nawiązywać ciepłe, bliskie relacje z innymi (Beard-

slee i in., 1998). Nazywa się je **dziećmi odpornymi** (por. rozdz. 5). Dzieci bardziej zaangażowane w chorobę systemu próbują różnych strategii poradzenia sobie z przewlekłym stresem. Zazwyczaj podejmują rolę dorosłych (parentyfikacja), rzadziej próbują emocjonalnego odcięcia (Crespi, Sabatelli, 1997). Emocjonalne odcięcie zazwyczaj przyjmuje formę separacji geograficznej, stosowania barier psychologicznych albo oszukiwania samego siebie, że są wolni od wpływów rodziny pochodzenia, ponieważ nie utrzymują z nią kontaktów. Czasami przyjmuje to formę całkowitego odrzucenia wszystkiego i wszystkich związanych w jakiś sposób z alkoholem. Paradoksalnie osoba taka nadal jest silnie zależna od swojej rodziny i panującego w niej alkoholu. Do odcięcia dochodzi najczęściej w rodzinach, w których utrzymuje się wysoki poziom lęku i zależności emocjonalnej.

Dzieci „parentyfikowane” wymagają szczególnej troski ze strony pedagogów, terapeutów i wychowawców. Ważne jest, aby uzyskały pomoc w zakresie konstruktywnej akceptacji alkoholizmu rodziców i w zrozumieniu, że nie są odpowiedzialne za chorobę i rozwiązywanie ich personalnych problemów. Tylko w ten sposób można zatrzymać negatywne konsekwencje parentyfikacji oraz przyczynić się do rozwoju własnej autonomii i niezależności dzieci alkoholików.

4.3.3. Rytuały rodzinne w rodzinie z problemem alkoholowym

W ostatnich latach znacznie wzrosło zainteresowanie problematyką **roli rytuałów w rozwoju rodzin** oraz w terapii. Aktualne analizy teoretyczne i wyniki badań pozwalają stwierdzić, że rytuały odgrywają istotną rolę w organizowaniu życia rodziny, a w okresach silnego stresu i gwałtownych zmian wzmacniają jej stabilność. Mają też ogromne znaczenie dla procesu zapobiegania patologii funkcjonowania rodziny (Wolin, Bennett, 1984; Steinglass i in., 1987; Hawkins, 1997; Fiese i in., 2002; Imber-Black i wsp., 2003).

W literaturze przedmiotu nie ma jednoznacznej definicji rytuałów rodzinnych, istnieją różnice poglądów co do istoty, typu i zakresu aktywności rodziny, którą można nazwać rytuałem. Wyróżnić jednak można dwa główne podejścia. Pierwsze, reprezentowane przez Eakera i Waltersa (2002), przyjmuje, że **rytuały to zdarzenia**, które są powtarzane w podobny sposób za każdym razem, kiedy okoliczność tego wymaga. Zachowania podejmowane przez członków w ramach rytuałów są przewidywalne i stabilne na przestrzeni czasu, nabierają specyficznego dla danej rodziny charakteru i często cech tradycji, którą trudno zmienić. Istotnym kryterium rozpoznawczym tego podejścia jest powtarzalność danego zachowania. Przedstawiciele drugiego podejścia (Wolin, Bennett, 1984; Fiese, 2006) kładą nacisk na **symboliczne znaczenie** aktywności rytualnej dla rodziny. W ramach tego nurtu rytuały rodzinne to symboliczne, systematycznie powtarzane formy komunikacji między poszczególnymi członkami rodziny. Charakteryzują się stałoś-

cią ról rodzinnych, powtarzalnością w czasie, jasno określonymi granicami czasowymi oraz odpornością na zmiany. Stanowią dla nich źródło satysfakcji i służą do wykształcenia i utrzymania rodzinnego, wspólnotowego poczucia tożsamości. Symboliczność aktywności rytualnej przejawia się w wyrażaniu i ponownym zatwierdzeniu centralnych idei i standardów życia rodzinnego.

Istnieją trzy podstawowe obszary aktywności rytualnej: silny komponent międzypokoleniowy, obszar związany z poczuciem tożsamości rodzinnej i przynależności do systemu oraz obszar związany z organizacją funkcjonowania poszczególnych członków rodziny wokół rytuałów. Ten ostatni jest jednocześnie wyrazem wspólnego systemu przekonań dotyczących świata społecznego (Fiese, 1992). Wyróżniono dwa typy aktywności rytualnej rodziny (Fiese i wsp., 2002): procedury życia rodzinnego i rytuały życia rodzinnego. **Procedury życia rodzinnego** dotyczą codziennych sytuacji, w których informacje przekazywane są w sposób instrumentalny („co trzeba zrobić”) i wymagają chwilowego zaangażowania członków rodziny. To zaangażowanie znika, gdy czynność zostanie wykonana. Ten typ aktywności jest łatwy do zaobserwowania przez osoby postronne i dzięki powtarzalności i ciągłości w czasie możliwy do rozpoznania. Rytuały rodzinne pozwalają określić ten aspekt tożsamości rodziny („kim jesteśmy jako grupa”), który daje poczucie przynależności i przekonanie co do słuszności podejmowanych działań. **Wymagają zaangażowania emocjonalnego** poszczególnych członków rodziny, które nie znika, gdy aktywność rytualna zostanie zakończona. Rytuały powinny być kontynuowane w następnych pokoleniach, a ich zaniechanie poważnie zagraża spójności rodziny. W ramach koncepcji akcentujących znaczenie symbolicznego wymiaru aktywności rytualnej wyróżniono trzy grupy rytuałów: uroczystości rodzinne, tradycje rodzinne i ustrukturyzowane interakcje rodzinne (Bennett, Wolin, 1984; Bennett i in., 1988; Steinglass i in., 1987). Uroczystości rodzinne to święta i uroczystości obchodzone w ramach społeczno-kulturowego kontekstu funkcjonowania rodziny. Obejmują one rytuały przejścia (chrzty, śluby, pogrzeby), coroczne uroczystości religijne (Wielkanoc, Boże Narodzenie) czy świeckie (sylwester, Święto Niepodległości). Natomiast tradycje rodzinne są specyficzne dla danej rodziny i dotyczą sytuacji związanych z obchodzeniem urodzin, imienin czy sposobem spędzania wakacji. Choć powtarzają się z pewną regularnością, nie mają takiej wyraźnej struktury, jak uroczystości rodzinne. Ostatni rodzaj rytuałów to ustrukturyzowane interakcje rodzinne, do których zaliczyć można regularne posiłki, wspólne praktyki religijne czy spędzanie wolnego czasu. Nie są one planowane świadomie, a mimo to odgrywają istotną rolę w budowaniu tożsamości i ekspresji tożsamości rodziny.

W rodzinach z problemem alkoholowym rytuały rodzinne mogą zostać zachowane i nadal pełnić swoje podstawowe funkcje symboliczne związane z kształtowaniem tożsamości rodzinnej, mogą ulec destrukcji poprzez usztywnienie w celu utrzymania równowagi systemu alkoholowego albo

może dojść do całkowitej rezygnacji z życia rytualnego (Steinglass, 1987; Jacobs, Wolin, 1989; Bennett, Wolin, 1990). W bardzo ciekawych badaniach Wolin i współpracowników (1980) wyróżniono dwie grupy rytuałów w tego typu rodzinach. Za kryterium tego rozróżnienia posłużyła wielkość zmiany rytuałów, która nastąpiła na skutek rozwoju alkoholizmu rodzica. Pierwsza grupa to rytuały nie podlegające wpływowi alkoholizmu, tzw. **rytuały odróżniające się** (*distinctive rituals*). Przyjęto, że skoro rytuały te podlegają minimalnym zmianom wskutek nadużywania alkoholu przez rodzica to zachowana została ich integralność i ciągłość. Jeśli dochodzi do zmiany w obrębie tych rytuałów, są to zmiany naturalne, przypadkowe. Rytuały te występują w rodzinach, które posiadają zdolność do stworzenia nieprzekraczalnej granicy między aktywnością związaną z rytuałami a zachowaniami alkoholowymi. Do drugiej grupy zaliczono **rytuały podległe** (*subsumptive rituals*), które ulegają zmianom pod wpływem alkoholizmu rodzica. Zmiana następuje wraz z pogłębianiem się picia i dotyczy zarówno struktury rytuałów (stają się prostsze, bardziej sztywne, nieprzewidywalne), jak i znaczenia przypisywanemu im przez członków rodziny. Zmiana w obrębie rytuałów jest stopniowa lub nagła, a jej konsekwencją jest albo zdominowanie rytuałów przez zachowania alkoholowe, albo ich całkowite porzucenie.

Według Steinglassa i współpracowników (1987) moment podporządkowania rytuałów alkoholizmowi rodzica następuje w środkowej fazie rozwoju tożsamości rodzinnej. Dzieje się tak w chwili, gdy rodzina z problemem alkoholowym musi podjąć decyzję kluczową dla jej dalszego funkcjonowania: utrzymać ważne życie rytualne czy utrzymać *status quo* rodziny kosztem zgody na zdominowanie ważnych obszarów codzienności przez alkoholizm jednego z jej członków. Decyzja ta zazwyczaj nie jest podejmowana świadomie. Obrazuje procesy zachodzące w danej fazie rozwoju rodziny oraz zakres dominacji problemu alkoholowego. W zależności od jej charakteru życie rodziny podlega określonym zmianom i może przyjąć jedną z dwóch postaci. W pierwszej z nich alkoholik zostaje zmuszony do podporządkowania swojego picia tożsamości rodziny (i wtedy życie rytualne zostaje zachowane), w drugiej zaś tożsamość rodziny jest organizowana wokół alkoholu (i wtedy rytuały ulegają usztywnieniu lub zostają porzucone). Zachowanie rodzinnych rytuałów prowadzi do większej stabilności, przewidywalności i intensywniejszego postrzegania wsparcia w rodzinie. W badaniach Wolin i współpracowników (1980) wykazano, że w rodzinach z problemem alkoholowym, w których zachowano relatywnie stabilne wzorce zachowania dotyczące codziennej aktywności, na przykład posiłki oraz świętowanie uroczystości (np. urodziny, śluby, wakacje, święta religijne), dzieci wykazywały wyższy poziom przystosowania i mniej problemów z alkoholem niż w rodzinach, które przerwały rodzinne rytuały z powodu alkoholizmu jednego z jej członków.

Ścieżki i efekty rozwoju dzieci alkoholików w świetle wyników badań

5.1. Czynniki ryzyka i zasoby w modelach ciągłości i zmienności rozwoju

Analiza przebiegu i efektów rozwoju u dzieci alkoholików powinna odbywać się w kontekście zasad prawidłowego rozwoju. Dla prawidłowego rozwoju dzieci potrzebują stabilnego i bezpiecznego środowiska rodzinnego, właściwej opieki rodzicielskiej opartej na miłości i akceptacji, sprzyjających rozwojowi potrzeby więzi i zależności, stawiania wymagań i kontroli odpowiedniej do wieku, pozwalających na rozwój niezależności i autonomii, których realizacja sprzyja kształtowaniu adekwatnej tożsamości, w tym tożsamości seksualnej (Bee, 2010; Brzezińska, 2000; Janicka, Liberska, 2014). W perspektywie psychopatologii rozwojowej rozwój rozumie się jako następujące po sobie wzorce określonych zmian w funkcjonowaniu biologicznym, poznawczym, emocjonalnym i społecznym jednostki, dokonujące się na podłożu interakcji czynników ryzyka i zasobów (podmiotowych i środowiskowych), które zmierzają do osiągnięcia coraz większej dojrzałości, a następnie starzenia się i śmierci (por. Holmbeck, Greenley, Franks, 2006). Chociaż ludzie zmieniają się w przeciągu całego swojego życia, większość znaczących, normatywnych i nienormatywnych zdarzeń życiowych konstytuujących ich strukturę osobowości ma miejsce w okresie dzieciństwa i adolescencji. Wiele z tych zdarzeń ma potencjalny wpływ na przebieg ścieżek rozwoju dzieci alkoholików.

Najszerzej zbadane i opisane jest **zdrowie psychiczne i problemy rozwojowe** u dzieci alkoholików w okresie wczesnej i późnej adolescencji. Jest to po części związane z charakterystyczną dla tego okresu skłonnością do podejmowania zachowań ryzykownych, które na tyle niepokoją i/lub przeszkadzają dorosłym, że stały się przedmiotem wielu badań, w różnych kontekstach środowiskowych – rodzinnych i pozarodzinnych, zwłaszcza szkolnych (Park, Schepp, 2015). Paradygmat rozwojowy podkreśla jednak, że wpływ

różnych kontekstów wychowywania się w rodzinie z problemem uzależnień na zdrowie psychiczne potomstwa i sposób jego funkcjonowania rozpoczyna się we wcześniejszych okresach życia. Oznacza to, że ewentualne zaburzenia u dzieci alkoholików można rozpatrywać jako **rezultat rozwojowej historii niepowodzeń przystosowawczych** w sferze kluczowych zadań rozwojowych. Te początkowe niepowodzenia są potencjalnie podatne na zmiany, tak więc dalsze sukcesy w radzeniu sobie z wyzwaniami życia są możliwe i mogą przyczyniać się do pozytywnych efektów rozwojowych i dobrego przystosowania (Sroufe, 1997; Windle, Davies, 2003).

W psychologii rozwoju człowieka rozważania na temat istoty rozwoju oraz warunkujących go czynników mają długą historię. Obserwuje się też duże zróżnicowanie w zakresie przyjmowanych perspektyw teoretycznych i podejmowanych w ich nurtach działań empirycznych. Jedno z ważniejszych pytań, jakie stawiają teoretycy rozwoju, niezależnie od przyjętej perspektywy, dotyczy kryteriów wyróżniania modeli zmiany rozwojowej. Znalezienie wyraźnych kryteriów pozwalających w sposób jednoznaczny dokonać podziału i uporządkowania teorii psychologii rozwoju jest bardzo trudne. Najogólniej rzecz ujmując, podjęte dotychczas próby doprowadziły do wyodrębnienia takich kryteriów, jak: 1) natura człowieka, 2) charakter zmiany i 3) przebieg zmiany (por. Brzezińska, 2000). Większość teorii, koncepcji i modeli zmiany rozwojowej opisywana jest w obrębie trzech głównych podejść do analizy rozwoju: mechanistycznego, organizmicznego i kontekstualnego (por. tab. 5.1). Modele te wyrażają różnorodność, ale równocześnie ewolucję poglądów na temat mechanizmu zmiany rozwojowej (Brzezińska, 2000; Trempała, 2012). Podejścia te przynajmniej w pewnych zakresach można traktować jako nadrzędne w stosunku do takich koncepcji, jak poznawcza, ekologiczna czy transakcyjna (Trempała, 2001).

W literaturze z obszaru psychopatologii rozwojowej integrującej podejście kliniczne i rozwojowe wskazuje się na kilka, istotnych z punktu widzenia analiz rozwoju dzieci z grup ryzyka, **modeli opisywania zmian rozwojowych** dokonujących się w cyklu życia, zwłaszcza przez jego pierwsze dwie dekady. To one zazwyczaj wyznaczają czas pobytu dziecka w rodzinie alkoholowej. Modele w dużej mierze są kompatybilne z tradycyjnymi podejściami z psychologii rozwoju człowieka (por. tab. 5.1). Pierwszy, najbardziej tradycyjny sposób kategoryzowania zmian rozwojowych to **podział cyklu życia na odpowiednie do wieku fazy**. Podstawowym kryterium ich wyróżnienia było wskazanie charakterystycznych dla każdego z etapów **normatywnych zmian** biologicznych, psychicznych i w zachowaniu. Każda faza rozwojowa zaczyna się i kończy znaczącym normatywnym zdarzeniem życiowym, takim jak: np. narodziny czy rozpoczęcie nauki w szkole. Przez pierwsze trzy dekady życia wyróżnia się kilka faz, wspólnych dla wszystkich koncepcji rozwojo-

wych: wczesne dzieciństwo (okres niemowlęcy, poniemowlęcy i wiek przed-szkolny), średnie dzieciństwo (okres szkolny) oraz adolescencja (okres dora-stania). W najnowszych koncepcjach wyróżnia się również nowy okres zwany „przejście-do-dorobkości” lub wylaniająca się dorobkość, obejmujący przedział wiekowy 18 – 25 lat (Arnett, 2000). Takie ujmowanie zmiany rozwojowej jest obecne w wielu psychologicznych koncepcjach rozwoju, np. stadia rozwoju psychospołecznego Eriksona czy stadia rozwoju struktur umysłu Piageta (por. Trempała, 2011).

Tabela 5.1. Modele zmiany rozwojowej

Aspekty	Podęjsie mechanistyczne	Podęjsie organizmiczne	Podęjsie kontekstualne
Natura człowieka	Zmiana zdetermi-nowana działaniem czynników zewnętrznych	Zmiana zdetermi-nowana działaniem czynników wewnętrznych, poprzez własną aktywność podmiotu w interakcji ze środowiskiem	Zmiana zdetermi-nowana dynamicznymi powięzaniemipomiedzy ciągłymi zmianami na róż-nych poziomach organizacji w świecie (zewnętrznymi i wewnętrznymi, zarówno fizycznymi, biologicznymi, jak i psychicznymi), w których kontekście dokonuje się rozwój
Charakter zmiany	Zmiana ma charakter kumulacji doświad-czenia indywidualnego; nowe doświad-czenie istnieje obok starego; a nowa struk-tura zastępuje starą	Zmiany dokonują się jako kumulacja doświad-czeń w relacjach między częściami konstytuującymi or-ganizm; zmiany jego części zależą głównie od aktywności organi-zmu, jaką podejmuje on w interakcjach z otoczeniem	Zmiana ma charakter transformacji; brak jedności i stałości, stałe są tylko zmiany; zmiana jako efekt ciągłych, dynamicznych i wzajemnych interakcji między różnymi poziomami organizacji
Przebieg zmiany	liniowy	skokowy, stadialny	cykliczno-fazowy, z występującymi okresami progresu, plateau, regresu i kry-zysu

Źródło: opracowano na podstawie Brzezińska, 2000; Trempała, 2012.

Drugi sposób opisywania zmian rozwojowych dokonuje się na podstawie wyodrębnienia charakterystycznych **zadań rozwojowych** (na płaszczyźnie biologicznej, psychicznej, społecznej) oraz **wymagań i oczekiwań społecznych** w odniesieniu do danego momentu w cyklu życia. Społeczeństwo i rodzice przez całe życie oczekują, aby jednostka osiągała coraz wyższą dojrzałość na kolejnym etapie rozwoju (Masten i in., 2009). W modelu tym uznano, że osiąganie tych standardów jest **istotnym zasobem** i przyczynia się do uzyskania pełnej gotowości do życia dorosłego – sukcesów życia rodzinnego i zawodowego. Niepowodzenia w ich realizacji są istotnym **czynnikiem ryzyka**, mogą pociągać za sobą poważne konsekwencje rozwojowe w zakresie aktualnych i przyszłych zachowań, pozycji wśród rówieśników, samooceny i relacji z rodzicami (Cierpiałkowska, 2010e). Niektóre z zadań rozwojowych są uniwersalne (np. uczenie się chodzenia), inne są specyficzne dla danej kultury czy szerokości geograficznej. Niezależnie od tego we wszystkich kulturach ważne obszary przejściowe (z jednej fazy do drugiej) są celebrowane, świętowane i wspierane przez rodzinne, społeczne i religijne rytuały. Podejście to można odnaleźć w koncepcji zadań rozwojowych Havighursta (1948, 1981) czy też w dynamiczno-strukturalnym modelu zadań rozwojowych Oertera (1986). Do problematyki zadań rozwojowych nawiązywał również Wygotski (por. Brzezińska, 2000; Trempała, 2011).

Blok rozszerzający 5.1

Zadania rozwojowe w okresie dzieciństwa i adolescencji

Wczesne dzieciństwo (0 – 6)

- Tworzenie opartych na poczuciu bezpieczeństwa więzi przywiązania z opiekunami
- Tworzenie harmonijnych i synchronicznych relacji z rodzicami
- Modulowanie pobudzenia i afektu negatywnego
- Rozumienie mowy i porozumiewanie się z członkami rodziny
- Rozwój kamieni milowych w zakresie lokomocji: siedzenie, chodzenie, bieganie
- Osiągnięcie świadomości siebie jako odrębnej istoty
- Kontrola impulsów i regulacja zachowania
- Trening czystości
- Zabawa w grupie
- Rozumienie emocjonalnych stanów innych osób (obniżenie poziomu egocentryzmu)

Średnie dzieciństwo (6 – 12)

- Gwałtowny rozwój sfery poznawczej
- Współpraca z rówieśnikami
- Przystosowanie do nauki i warunków szkolnych

- Akceptacja w grupie rówieśniczej
- Rozwój umiejętności czytania, pisania i liczenia

Wiek młodzieńczy (12 – 19)

- Rozwój fizyczny (dojrzewanie)
 - Przechodzenie z względnie bliskiego otoczenia szkoły podstawowej do często szerszego i bardziej bezosobowego środowiska szkół gimnazjalnych i średnich
 - Rozwój tożsamości
 - Niezależność i autonomia w kontaktach z rodzicami
 - Wzrost zaufania do samego siebie
 - Radzenie sobie z presją wywieraną przez rówieśników
 - Rozwój więzów przyjaźni i kontaktów o charakterze heteroseksualnym
- Opracowano na podstawie Bee, 2010.

Jeszcze innym sposobem opisywania zmian rozwojowych jest ich ujmowanie w kategorii złożonych, **bio-psycho-społecznych procesów i poziomów** wyznaczających funkcjonowanie jednostki. Poziomy te odnoszą się do głównych adaptacyjnych zdolności jednostki. W tym podejściu procesy rozwojowe są często opisywane w kontekście zmian biologicznych (np. dojrzewanie), poznawczych (np. rozwój spostrzegania, pamięci, myślenia) czy emocjonalno-społecznych (takich jak: osobowość, motywacja, relacje z innymi). Całościowym modelem dynamicznej interakcji między rozwijającą się osobą a zmieniającym się środowiskiem jest na przykład propozycja Gotlieba (2003) nazywana teorią probabilistycznej epigenezy (por. Trempała, 2012).

Ostatni model ujmowania zmian rozwojowych koncentruje się na opisie i analizie **szerokiego kontekstu** życia jednostki, uwzględniając znajdujące się w nim czynniki ryzyka i zasoby. To, jak przebiegają ścieżki rozwojowe dziecka, zależy od tego, jakie jest jego **otoczenie fizyczne**, w jakim przebywa środowisku społecznym (np. rodzina, przyjaciele, drużyna sportowa), **kulturowym** (religia, system przekonań, wartości, rytuały) i **medialno-wirtualnym** (kino, telewizja, gry komputerowe). W tym podejściu niektóre zmiany są bezpośrednio wywołane aktywnością społeczną jednostki (np. przynależność do określonej drużyny sportowej), inne są wynikiem zdarzeń życiowych niezależnych od dziecka, takich jak przeprowadzka czy utrata pracy przez rodziców. Kontekstualne zmiany wnoszą w życie jednostki nowe wyzwania i możliwości. W zależności od zasobów dziecka (w tym uzyskiwanego wsparcia społecznego) mogą prowadzić do bardziej lub mniej adaptacyjnych ścieżek rozwojowych (por. tab. 5.2). Przykładem koncepcji ujmującej rozwój jednostki łącznie z jej kontekstem środowiskowym jest teoria Bronfenbrennera (1979), która podkreśla w procesie rozwoju rolę wzajemnych związków między jednostką, jej aktywnością i stosunkami z poszczególnymi subsystemami środowiska.

Tabela 5.2. Zagrożenia realizacji zadań rozwojowych poszczególnych etapów

Okres rozwoju	Konteksty rozwoju	Zagrożenia realizacji zadań
Wczesne dzieciństwo	- środowisko prenatalne - relacje z opiekunami - rodzina, dom, sąsiedztwo - codzienna opieka - jakość opieki przedszkolnej - zabawy z rówieśnikami i aktywność grupowa - media (telewizja)	- czynniki genetyczne zwiększające podatność - trudny temperament - urazy okołoporodowe - niestabilne, niedostępne lub odrzucające zachowania rodziców, zwłaszcza matki - wpływy psychospołeczne - niska jakość oferty opiekuńczej w przedszkolu - niewłaściwy sposób egzekwowania dyscypliny i brak konsekwencji w wychowaniu - negatywny wpływ telewizji
Średnie dzieciństwo	- klasa szkolna - przyjaźnie - rodzina, dom, sąsiedztwo - szkoła - relacje z rodzicami - nauczyciele, doradcy - aktywność fizyczna - media (gry komputerowe, internet) - relacje z rodzeństwem	- preferowanie kontaktów z aspołecznymi rówieśnikami - słaba pozycja w grupie, odrzucenie - słaba jakość szkoły - niski intelekt, brak osiągnięć szkolnych - brak wsparcia rodziców i nauczycieli w procesie nauczania - niewłaściwe style wychowawcze - ryzykowne korzystanie z telefonów, gier komputerowych, internetu
Dorastanie	- relacje z rodzicami - relacje z rodzeństwem - koledzy i przyjaciele - gimnazjum i szkoła ponadgimnazjalna - zainteresowania sportowe - nauczyciele i trenerzy - inni wspierający dorośli - wpływy sąsiedzkie - zwiększenie kontaktów z coraz szerszym środowiskiem - media	- brak rodzicielskiego wsparcia i kontroli nad zachowaniem nastolatka - częste podejmowanie zachowań ryzykownych - zbyt wczesna inicjacja seksualna - używanie alkoholu i innych środków psychoaktywnych

Źródło: opracowanie własne.

Warto zauważyć, że modele te nie są rozłączne, nie można bowiem zmian rozwojowych opisywać w oderwaniu od poszczególnych mechanizmów i kontekstów rozwoju. Wielokrotnie na przykład wskazywano na podobieństwo między koncepcją zadań rozwojowych Havighursta a teorią rozwoju psychospołecznego Eriksona czy też na bio-psycho-społeczne procesy leżące u podłoża etapów czy zadań rozwojowych (por. Oerter, Montanda, 1982). Dotychczasowe badania nad rozwojem człowieka w ciągu jego życia pokazały, że przeciwstawienie sobie różnych modeli upraszcza dyskusję na temat mechanizmu zmian rozwojowych.

Rezultaty badań naukowych prowadzone w perspektywie rozwojowej wzbogacają wiedzę o sytuacji dzieci z rodzin alkoholowych, ze szczególnym uwzględnieniem **czynników ochronnych i czynników ryzyka**, wpływających na przebieg ich rozwoju i uzyskiwane efekty adaptacyjne, zwłaszcza w postaci realizacji zadań rozwojowych. Analiza dynamiki wzajemnych wpływów czynników ryzyka i zasobów na przebieg rozwoju jest ogromnie złożonym i trudnym zagadnieniem, dlatego najczęściej dokonuje się pewnych uproszczeń i odwołań do modeli jednoczynnikowych w wyjaśnieniu różnic rozwojowych pomiędzy dziećmi alkoholików i niealkoholików. Wzajemne powiązania między bio-psycho-społecznymi czynnikami oddziałującymi na dzieci w środowisku wychowawczym oraz intraindywidualne różnice w ilościowych (np. hormonalne zmiany w okresie dojrzewania) i jakościowych (np. wzrastające zdolności umysłowe) zmianach rozwojowych nie ułatwiają zrozumienia, dlaczego ścieżki rozwojowe dzieci alkoholików toczą się w stronę mniej lub bardziej adaptacyjnych możliwości.

Blok rozszerzający 5.2

Punktualność i niepunktualność zadań rozwojowych

Zrozumienie determinantów rozwoju w okresie dzieciństwa i adolescencji wpływających na późniejsze funkcjonowanie w życiu dorosłym stanowi fundamentalne zadanie psychopatologii rozwojowej. Badania naukowe koncentrują się na identyfikacji czynników ryzyka wystąpienia internalizacji i eksternalizacji problemów (stanowiących początek niedostosowania), a także na uwypukleniu ich wewnętrznej dynamiki oraz interakcyjnej natury (Windle, Davies, 2003). W dynamicznym modelu wrodzonej podatności na stres, oprócz analizy, w jaki sposób normatywne zadania rozwojowe mogą wpływać na przebieg ścieżek rozwojowych, znaczną uwagę poświęca się zrozumieniu, w jaki sposób czas podejmowanych zadań rozwojowych wpływa na manifestowanie się zaburzeń zachowania. Generalnie wskazuje się, że oczekiwania rozwojowe, jakie stoją przed dziećmi i młodzieżą, są możliwe do realizacji w sposób punktual-

ny, gdyż większość z nich prezentuje odpowiedni poziom gotowości do ich podjęcia. Niezbędne warunki, które muszą być spełnione to przebiegający bez zakłóceń proces dojrzewania biologicznego oraz dopasowanie wymagań do możliwości dziecka (Brzezińska, Hornowska, 2007). Terminowość realizacji zadań rozwojowych przyczynia się do wysokiego poziomu kompetencji osobistych i społecznych jednostki w różnych obszarach życia. Pozwala to na efektywne radzenie sobie z wymaganiami życiowymi, przyczynia się do rozwoju gotowości do podejmowania nowych, coraz trudniejszych zadań oraz samodzielnego stawiania realistycznych zadań (bliskich i dalekich).

Istnieje kilka koncepcji mówiących o tym, że czas realizacji najważniejszych zadań danego etapu ma istotne znaczenie w osiąganiu sukcesu i prawidłowym funkcjonowaniu (Newcomb, 1996). Wskazuje się na dwa rodzaje niepunktualności: zbyt wczesne lub zbyt późne podejmowanie wyzwań życiowych. Dla rozwoju niedostosowania istotne znaczenie ma zarówno zbyt wczesna, jak i zbyt późna realizacja tych zadań.

A. Brzezińska (Brzezińska, Hornowska, 2007) wskazuje, że opóźnienia w realizacji zadań rozwojowych mają konsekwencje natychmiastowe i długofalowe. Natychmiastowe konsekwencje są widoczne w aktualnym zachowaniu dziecka i przejawiają się w postaci opóźnienia tempa rozwoju dziecka, zakłócenia rytmu jego funkcjonowania, obniżenia kompetencji osobistych (niski poziom wiedzy i podstawowych umiejętności szkolnych), zaburzonego procesu socjalizacji oraz zawężonego poczucia kompetencji. Konsekwencje długofalowe, ujawniające się w następnych fazach rozwojowych to utrudnienia w realizacji celów życiowych, utrwalanie się niedostosowanych i nieefektywnych strategii radzenia sobie ze stresem oraz zakłócony proces budowania tożsamości osobistej i społecznej.

Badania ostatnich lat ujawniły wiele bio-psycho-społecznych czynników wiążących się z występowaniem alkoholizmu w rodzinie, które mogą odgrywać istotną rolę w realizacji przez potomstwo zadań rozwojowych. Analizie poddaje się, w jaki sposób powyższe czynniki, wchodząc w reakcję z ogólnozyciowymi czynnikami stresującymi, wywierają wpływ na przebieg rozwoju dzieci alkoholików. Chociaż wszyscy badacze są zgodni, że dzieci z rodzin alkoholowych są bardziej narażeni na występowanie zaburzeń, podkreśla się, że manifestacja problemów rozwojowych nie jest nieuchronnie związana ze statusem dziecka alkoholika. Aktualna wiedza oparta na teoretycznych analizach i badaniach naukowych wskazuje, że dzieci alkoholików, zależnie od predyspozycji indywidualnych, różnią się między sobą względną podatnością na zaburzenia, zaś określone czynniki sytuacyjne, mogą zainicjować wystąpienie objawów zaburzonego zachowania (Windle, 2000; Johnson, Rolf, 1990).

Pomimo realizacji coraz bardziej złożonych projektów badawczych, wyjaśnienie znaczenia interakcji czynników ryzyka i zasobów dla rozwoju dzieci i młodzieży na kolejnych etapach życia nie jest zadaniem łatwym. Nadal dominują badania przekrojowe, a brakuje badań longitudinalnych, których rezultaty pozwoliłyby w sposób wiarygodny wyjaśniać zawilości rozwoju potomstwa z rodzin z problemem alkoholowym. Jednak, co kilka lat pojawiają się w literaturze przeglądy i metaanalizy co ważniejszych badań prowadzonych w ostatnich dziesięcioleciach, które pozwalają na sformułowanie bardziej ogólnych wniosków. Przedstawiając zagadnienia **interakcji czynników ryzyka i zasobów** na poszczególnych **etapach życia**, odwołujemy się do dwóch ważnych publikacji, w których próbowano dokonać przeglądu i metaanalizy wyników badań. Przegląd Laurie Chassin i współautorów (2013) poświęcony został analizie badań z ostatnich 25 lat nad podatnością dzieci alkoholików na zaburzenia związane z używaniem alkoholu, natomiast podobną analizę na ukazanie związków między podatnością i odpornością tej grupy dzieci przedstawili Sihyuna Park i Karen Schepp (2015).

5.1.1. Zagrożenia w okresie prenatalnym

Wczesne ryzyko spowodowane bezpośrednio alkoholizmem rodziców jest widoczne już w okresie prenatalnym i niemowlęcym, zarówno wtedy, gdy osobą pijącą szkodliwie jest matka, jak i ojciec. Negatywne wpływy specyficzne poprzez matkę to przede wszystkim narażenie dziecka na **ekspozycję alkoholową w okresie płodowym**, natomiast poprzez ojca odbywa się w związku z dziedziczeniem genotypu, który ujawnia się w postaci **wrodzonej podatności** dziecka na zaburzenia psychiczne. Kontakt z alkoholem w okresie życia płodowego stanowi znaczący czynnik ryzyka trudności w realizacji zadań rozwojowych tak okresu wczesnego dzieciństwa, jak i późniejszych jego etapów. Badania wskazują, że nawet relatywnie niski poziom spożywania alkoholu w czasie ciąży może mieć negatywny wpływ na rozwój płodu. **Alkohol jest czynnikiem teratogennym**, czyli po spożyciu przez matkę i przeniknięciu przez łożysko działa bezpośrednio na układ nerwowy embrionu i płodu, co może powodować większą lub mniejszą liczbą charakterystycznych objawów. Skutki alkoholu wypijanego przez matkę w czasie ciąży obejmują **spektrum zaburzeń spowodowanych użyciem alkoholu** (*Fetal Alcohol Spectrum Disorder*, FASD), które można umieścić na kontinuum – od najcięższych i rozległych do łagodnych (DSM 5, APA, 2013). Stopień, w jakim układ nerwowy dziecka zostanie uszkodzony, zależy od wielu czynników, między innymi od ilości wypitego w czasie ciąży alkoholu, od fazy ciąży i długości okresu picia. Natomiast wpływ uszkodzenia na rozwój dziecka jest modyfikowany przez inne czynniki środowiskowe, takie jak: indywidualne

cechy matki (np. współwystępujące zaburzenia i choroby psychiczne) oraz cechy środowiska pozarodzinne, które czasami odgrywają znaczącą rolę w późniejszych okresach życia dziecka (Larkby, Day, 2000).

Picie alkoholu w czasie ciąży, mimo licznych kampanii prewencyjnych, nadal jest dość powszechne. Wyniki badania przeprowadzonego przez PBS na zlecenie PARPA w 2005 r. wskazują, że co trzecia kobieta (33%) w wieku prokreacyjnym (18 – 40 lat) piła alkohol w czasie ciąży. Mimo, że zdecydowana większość badanych (88%) była zdania, iż nawet niewielka ilość alkoholu wypitego przez kobietę w ciąży może mieć negatywny wpływ na zdrowie jej dziecka, w populacji pijących ciężarnych odsetek ten wyniósł tylko 53%. Co jest niezwykle niebezpieczne, część z tych kobiet, nie wiedząc o swoim stanie, pije alkohol w pierwszych tygodniach ciąży, kiedy płód rozwija się najszybciej. Jednak picie w drugim i trzecim trymestrze ciąży też jest niebezpieczne, najbardziej bowiem narażony na toksyczne skutki alkoholu jest wówczas mózg i rozwijający się układ nerwowy (PARPA, 2005).

Wyniki badań wskazują, że istnieje związek między piciem przez kobietę w czasie ciąży a poziomem neurobehawioralnego funkcjonowania niemowląt i małych dzieci (Jacobson, 2000). Wpływ ten dotyczy nie tylko uzależnionych od alkoholu kobiet, ale wszystkich, które piją alkohol w czasie ciąży. Należy zatem przyjąć, że **każda dawka alkoholu jest niebezpieczna dla płodu**. Tak więc, chociaż matka nie jest alkoholiką, jej dziecko może być narażone na działanie etanolu w okresie płodowym i doświadczać pełnych negatywnych konsekwencji jego wpływu. Wiedza, uzyskana zarówno z badań nad ludźmi, jak i zwierzętami wskazuje, że teratogeny wpływ alkoholu przejawia się w postaci zaburzeń rozwoju fizycznego, intelektualnego oraz emocjonalno-społecznego (Goldsmith i in., 2007; Jacobson i wsp., 1998; Zucker i in., 2009). Noworodki matek pijących w czasie ciąży alkohol wykazują większą drażliwość, osłabienie zdolności koncentracji uwagi, słabe organizowanie przestrzeni, słabą pamięć krótkotrwałą, upośledzenie procesów przetwarzania informacji oraz zaburzenia procesów adaptacyjnych (Streissguth, Barr, Sampson, 1990; Windle, Davies, 2003; Jacobson, 2000). Wyniki te są znaczące, mimo konieczności odróżnienia efektów prenatalnych od efektów występujących po porodzie. Okazuje się bowiem, że picie w czasie ciąży i picie pourodzeniowe są ze sobą umiarkowanie skorelowane (Jacobson, 2000). Rodzi to pewne problemy metodologiczne, albowiem nie zawsze, gdy matka pije przed i po porodzie, jest możliwe dokładne określenie wpływów teratogenywnych i czynników środowiskowych.

Zaburzenia wynikające z prenatalnego narażenia płodu na działanie alkoholu określone są pojęciem Spektrum Poalkoholowych Zaburzeń Płodu (FASD – *Fetal Alcohol Spectrum Disorders*). Termin ten nie jest wykorzystywany w diagnostyce klinicznej, służy natomiast do opisu różnorodnych trudności doświadczanych u osób, których matki piły w czasie ciąży. W skład tego określenia wchodzi następujące kategorie diagnostyczne: **1. Alkoholowy**

zespół płodowy (FAS – *Fetal Alcohol Syndrom*); **2. Płodowy efekt alkoholowy** (FAE – *Fetal Alcohol Effect*); **3. Poalkoholowe zaburzenia neurorozwojowe** (ARND – *Alcohol Related Neurodevelopmental Disorder*); **4. Wady wrodzone spowodowane alkoholem** (ARBD – *Alcohol Related Birth Defects*). Jak wskazuje się w literaturze, termin FAE został aktualnie zastąpiony terminem ARND (Klecka, Janas-Kozik, 2009), w związku z tym można traktować te dwie kategorie zamiennie. Poalkoholowe zaburzenia rozwojowe (FASD) obejmują szeroką gamę możliwych objawów, w tym trudności fizyczne, umysłowe, behawioralne i poznawcze. Objawy te mogą trwać przez całe życie.

Z klinicznego punktu widzenia diagnoza różnicowa w obrębie omawianych kategorii nie jest prosta. Nie zawsze jest też konieczna, zazwyczaj bowiem stosuje się podejście dymensjonalne, a nie kategorialne w ocenie zaburzeń spowodowanych piciem alkoholu przez kobiety ciężarne. Przyjmuje się, że pełnoobjawowe zaburzenia związane z prenatalną ekspozycją na alkohol to FAS. **Rozpoznanie płodowego zespołu alkoholowego** odbywa się na podstawie wywiadu i innych badań medycznych i psychologicznych matki i dziecka, w wyniku czego dochodzi do potwierdzenia picia alkoholu przez matkę w czasie ciąży, stwierdzenia w okresie prenatalnym i postnatalnym niedoboru wzrostu, wagi i obwodu głowy u dziecka, uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego oraz zespołu anomalii fizycznych ujawniających się w postaci nieprawidłowości w budowie twarzy, kończyn i narządów wewnętrznych. Symptomy te nazywane są **objawami pierwotnymi**, bo wynikają bezpośrednio z uszkodzenia mózgu przez alkohol. **Objawy wtórne** to pośrednie (uboczne) konsekwencje deficytów neurologicznych, które mają źródło w niewłaściwej opiece nad dzieckiem, często spowodowanej późnym rozpoznaniem zaburzenia, (uboczne) konsekwencje w postaci deficytów neurologicznych, które wynikają z niewłaściwej opieki nad dzieckiem, często spowodowanej późnym rozpoznaniem zaburzenia (Streissguth, Sampson, Barr i in., 2004; Liszcz, 2011). Zaburzenia FAE/ARND nie są łagodniejszą formą FAS, różnią się przede wszystkim widocznymi charakterystycznymi cechami budowy twarzy, obecnością niskiego wzrostu i zaburzeniami motoryki dużej (objawy te występują tylko w pełnoobjawowym FAS). Obraz kliniczny zaburzeń u dzieci matek pijących w czasie ciąży może być zróżnicowany pod względem natężenia (postać łagodna, umiarkowana lub ciężka). Zależy to m.in. od dawki spożywanego w czasie ciąży alkoholu, okresu ciąży, w którym dochodziło do picia, historii picia i stanu zdrowia matki.

Dzieci z FASD wymagają wszechstronnej pomocy medycznej, rehabilitacyjnej, psychologicznej i społecznej. Mimo intensywnej terapii od urodzenia (co jest bardzo rzadkie) objawy, w różnym nasileniu utrzymują się przez całe życie. Można zatem uznać, że rehabilitacja i pomoc psychologiczna są skuteczne w ograniczonym stopniu, bowiem wpływają na osłabienie, a nie zniwelowanie objawów pierwotnych (Jadczak-Szumilo, 2008).

Tabela 5.3. Kliniczne objawy FAS w różnych fazach rozwoju

Sfery	Objawy pierwotne	Objawy wtórne
fizyczna	- cechy dymorficzne twarzy: małe szpary oczne, krótki nos, płaska twarz, skrócone szpary powiekowe, szeroko rozstawione oczodoły, szeroka nasada nosa, brak rylenki podnosowej, wąska górna warga, słabo rozwinięta żuchwa - zaburzenia narządu wzroku: zez, niedorozwój nerwu wzrokowego, zwiększona krętość naczyń siatkówki - zaburzenia narządu słuchu: uszkodzenia słuchu, nieprawidłowa budowa narządu, nawracające choroby uszu - wady serca: ubytki w przegrodach międzykomorowych i międzyprzedsionkowych, zmniejszenie masy mięśnia sercowego, obniżenie kurczliwości włókien sercowych - zaburzenia motoryki dużej: osłabione lub wzmożone napięcie mięśniowe, słaby rozwój aparatu mięśniowego, zaburzenia równowagi, słaba koordynacja ruchów - zaburzenia motoryki małej: słaba precyzja ruchów, apraksja konstrukcyjna (niezdolność do składania pojedynczych elementów w jedną konstrukcję przestrzenną), apraksja ideomotoryczna (niezdolność do wykonania (na polecenie słowne) ruchów sekwencyjnych pomimo znajomości przez dziecko planu poszczególnych czynności), drżenie zamiarowe - zaburzenia neurofizjologiczne: drgawki, ataki padaczkowe, napady nieświadomości - niedojrzałe lub przetrwałe odruchy	- problemy zdrowotne, częste hospitalizacje - łamliwość kości, problemy ze stawami - braki w zakresie umiejętności samoobsługi i codziennych czynności (ubieranie się, jedzenie) - niesprawność manualna, trudności w rysowaniu, wycinaniu, wiązaniu, nieprawidłowy sposób trzymania ołówka, długopisu, powolne ruchy, brak precyzji i zręczności manualnej - nadmierne napięcie mięśniowe, zbyt silny nacisk przyboru pisaćcego, zbyt mocne kreślenie linii, stąd przedzieranie kartki i łamanie ołówka; w rysunkach przeważają linie proste, pogrubione, rzadko występują linie faliste - zbyt małe napięcie mięśniowe, brak siły do wycinania nożyczkami, słaba chwytliwość palców, stąd częste upuszczanie przedmiotów z dłoni; linie rysunku są słabo widoczne, linie proste są nierówne, faliste, przeważają rysunki drobne i małe - skrzyżowana lateralizacja

percepcyjna	- zaburzenia dotyku: nieprawidłowe czucie w kończynach, zaburzenia czucia głębokiego, zmieniony próg odczuwania bólu i temperatury - zaburzenia percepcji słuchowej: głuchota neurosensoryczna, utrudniona analiza i synteza słuchowa - zaburzenia percepcji wzrokowej: nieprawidłowe widzenie, trudności z orientacją przestrzenną, słaba spostrzegawczość, trudności w odróżnianiu szczegółów istotnych od nieistotnych - nieprawidłowy odbiór bodźców węchowych i smakowych: w skrajnej postaci możliwość halucynacji	- ogólne trudności w odbiorze wrażeń - nieodczuwanie sytości i głodu - nadwrażliwość lub niedowrażliwość na dotyk - trudności z oceną odległości - ubogie słownictwo, agramatyzmy, zniekształcanie wyrazów, opóźnienie i zaburzenia mowy - niewłaściwe rozumienie i stosowanie się do poleceń słownych - problemy z uczeniem się na pamięć wierszyków i piosenek - męczenie się podczas słuchania dłuższych opowiadań i historyjek - trudności w ćwiczeniach i zabawach rytmicznych - trudności z wyodrębnianiem dźwięków ze struktur złożonych (analiza słuchowa), tzn. sylab i głosek w wyrazie, wyrazów w zdaniu oraz ze scalaniem pojedynczych dźwięków w całość (synteza słuchowa), np. głosek i sylab w wyraz - ubogi opis obrazka, dziecko zauważa małą liczbę szczegółów - ubogie i niedokładne rysunki, trudności w przerysowywaniu i odtwarzaniu różnych form graficznych i figur geometrycznych - trudności z wyodrębnianiem elementów z całości, a także z łączeniem ich w całość, niechęć do układania obrazków wg wzoru, puzzli i historyjek obrazkowych
poznawcza	- zróżnicowany poziom intelektualny; u wielu dzieci upośledzone możliwości intelektualne - zaburzenia pamięci - osłabione myślenie abstrakcyjne i logiczne (w tym planowanie, przewidywanie, uogólnianie) - upośledzenie wnioskowania przyczynowo-skutkowego - zaburzenia funkcji wykonawczych	- poważne trudności w uczeniu się - specyficzne trudności w uczeniu się matematyki, tzw. dyskalkulia - deficyt uwagi - osłabienie refleksyjności - trudności w uczeniu się na błędach - opóźnienia rozwoju mowy, zaburzenia mowy - problemy z organizacją pracy

psychiczna	- drażliwość i nerwowość - trudności adaptacyjne - impulsywność - niedojrzałość psychiczna objawiająca się m.in. słabą refleksyjnością, podatnością na wpływy - podatność na uzależnienia - zaburzenia motywacji - zależność od innych	- trudności z podejmowaniem decyzji - specyficzna reakcja na stres: wycofanie lub wybuchowość - sztywność zachowań, brak elastyczności - bezradność i wycofanie - niska samoocena i brak wiary we własne możliwości - trudności z nawiązywaniem i utrzymywaniem satysfakcjonujących relacji rówieśniczych - dominacja negatywnego afektu, w tym złości, smutku, niepokoju - upór, zachowania opozycyjno-buntownicze - agresja, konflikty z prawem - niechęć do wysiłku i pracy intelektualnej - nieprzystosowanie społeczne
------------	--	---

Źródło: opracowanie własne na podstawie Bertrand i in., 2005; Klecka, 2007; Klecka, Janas-Kozik, 2009; Jadczak-Szumilo, 2008; Liszcz, 2011.

Badania przeprowadzone przez Annę Streissguth wraz z zespołem (2004) na grupie 415 pacjentów (mediana wieku 14 lat, przedział 6 – 51 lat; mediana IQ 86, przedział 29-126) z FAS lub FAE pokazały, że około osiemdziesiąt procent z nich nie było wychowywanych przez biologiczną matkę. W ciągu życia osoby ujawniały liczne zaburzenia i trudności adaptacyjne, takie jak: problemy szkolne (61%), problemy z prawem (60%), przebywanie w ośrodkach resocjalizacyjnych lub psychiatrycznych (50%), powtarzające, niewłaściwe zachowania seksualne (49%) oraz szkodliwe lub uzależnione używanie środków psychoaktywnych (35%). Badania te potwierdziły tezę, że najważniejszym czynnikiem ochronnym i obniżającym nasilenie problemów (2 – 4 razy) była wcześniej postawiona diagnoza i podjęcie działań pomocowych.

5.1.2. Czynniki ryzyka i zasoby a rozwój w okresie wczesnego dzieciństwa

Wiek dziecka, w jakim pojawia się u rodzica szkodliwy lub uzależniony sposób picia, jest ważnym wskaźnikiem tego, jakie mogą ujawnić się zakłócenia czy zahamowania jego rozwoju. Odnosząc się do wiedzy z zakresu psychologii i psychopatologii rozwojowej można wskazać, jakie zadania rozwojowe

przypadające na okres, w którym u rodzica obserwuje się skierowanie zaangażowania nie tyle na wychowanie i wspieranie rozwoju dziecka, ile na organizowanie warunków picia i dochodzenie do siebie po intoksykacji. W różnych okresach rozwoju i realizacji zadań rozwojowych dziecko potrzebuje innego rodzaju wsparcia czy kontroli rodzicielskiej. W literaturze podkreśla się, że dzieci poniżej piątego roku są szczególnie narażone na wszelkie konsekwencje fizyczne i psychologiczne funkcjonowania rodziców, podczas gdy starsze dzieci mają większe możliwości nie tylko poszukiwania wsparcia i opieki u innych ludzi, ale także podejmowania świadomej aktywności polegającej na dystansowaniu się psychicznym i izolowaniu fizycznym od negatywnych skutków rodzicielstwa (Girling i in., 2006). Nie oznacza to oczywiście, że młodsze dzieci nie cierpią psychicznie z powodu nadmiernego picia rodziców, tylko że zaistniała sytuacja nie pozwala im odseparować się czy odłączyć od destrukcyjnych opiekunów, w taki sposób, jak robią to starsze dzieci.

Jeden z najbardziej dynamicznych okresów wzrostu i rozwoju na wszystkich płaszczyznach i poziomach funkcjonowania występuje w pierwszych latach życia dziecka. Zmiany rozwojowe następują bardzo szybko i są widoczne prawie z dnia na dzień, zwłaszcza w początkowych momentach. Szczególnemu rozwojowi podlega struktura, organizacja i funkcjonowanie mózgu, a także umiejętność samoregulacji i regulacji kontaktów społecznych (Zucker i in., 2009). W tym okresie kształtują się ważne aspekty i mechanizmy funkcjonowania osobowości będące podstawą do dalszego rozwoju jednostki. Kształtują się i dojrzewają wewnętrzne modele operacyjne przywiązania, które wpływają na mechanizmy regulacji emocji, zdolności poznawcze, podstawowe wzorce radzenia sobie ze stresem i sytuacjami trudnymi, różne umiejętności społeczne (relacyjne i komunikacyjne) oraz zręby poczucia własnej tożsamości (Sroufe, 1990; Zucker i in., 2009). W okresie poprzedzającym rozpoczęcie nauki szkolnej dochodzi do stopniowego dojrzewania i poszerzania obszarów funkcjonowania poza rodziną pochodzenia. Jak podkreśla się w modelach psychopatologii **rozwijowej, dynamiczne wzajemne powiązania między podatnością biologiczną i środowiskową a zasobami wrodzonymi i środowiskowymi** zaczynają wyznaczać **odmienne jakościowo ścieżki rozwoju**, które mogą ulec zmianie pod wpływem kolejnych czynników zagrażających lub facylitujących rozwój. Na każdym etapie cyklu życia dziecka problemy alkoholowe rodziców są potencjalnym źródłem zagrożeń dla prawidłowego rozwoju.

Na podstawie systematycznej analizy najbardziej znaczących wyników badań opublikowanych na przestrzeni ostatnich 30 lat Park i Schepp (2015) stwierdziły, że w okresie niemowlęstwa i wczesnego dzieciństwa najistotniejszy wpływ mają **czynniki ryzyka i zasoby po stronie środowiska rodzinnego** oraz po stronie pewnych **cech i właściwości intrapsychicznych dziecka** (por. tab. 5.4). Oczywiście znaczenie mają także inne czynniki, ale zostaną one omówione podczas analizy późniejszych etapów rozwoju.

Tabela 5.4. Czynniki ryzyka i ochronne w zakresie rodzicielstwa i czynników podmiotowych

Czynniki ryzyka	Rodzicielstwo i rodzice	Czynniki ochronne
Przywiązanie pozabezpieczne	Przywiązanie do rodzica niealkoholika	Przywiązanie bezpieczne
Konfliktowe	Relacje rodzic – dziecko	Pozytywne
Negatywne i niespójne	Rodzicielstwo	Pozytywne i spójne
Wysoka	Parentyfikacja	Brak
Czynniki indywidualne		
Młodsze	Wiek dziecka a alkoholizm rodzica	Starsze
Trudny	Temperament	Elastyczny i optymistyczny
Niska	Samoocena	Wysoka
Niska	Samoregulacja	Wysoka
Niskie	Zdolności poznawcze i osiągnięcia szkolne	Wysokie
Chłopiec Dziewczynka	Płeć	Chłopiec Dziewczynka

Źródło: opracowano na podstawie Park, Schepp, 2015, s. 1225.

Jak pokazuje analiza wyników badań, czynniki związane z podatnością i odpornością na **poziomie jednostki** obejmują przede wszystkim cechy temperamentu, zdolności poznawcze, poziom samooceny i zdolność do samoregulacji, a na **poziomie rodzicielstwa** styl przywiązania, relacje rodzic – dziecko, poziom pozytywnego rodzicielstwa i wystąpienie parentyfikacji.

Wewnętrzne modele przywiązania, czyli poznawczo-afektywne struktury psychiczne determinujące rozwój dziecka, tworzą się na bazie doświadczeń dziecka z relacjach z matką (Bowlby 1971; Ainsworth i in., 1978). Główną rolę w zakresie kształtowania się **stylów przywiązania** odgrywa matka, jej zaangażowanie i stan psychiczny (por. podrozdz. 2.2). Na jakość opieki matczyńskiej ma wpływ zarówno jej środowisko społeczne, w tym relacje z ojcem dziecka i innymi wspierającymi ją osobami dorosłymi (Zucker i in., 2000; Eckenrode i in., 2001), jak i wcześniejsze doświadczenia socjalizacyjne, takie jak historia przemocy lub innego rodzaju traumy (Eiden i in. 2004). Badania dowiodły, że dzieci matek niepijących w rodzinie alkoholowej częściej charakteryzują się bezpiecznym stylem przywiązania niż pijących alkohol (Edwards,

Eiden, Lepnard, 2006). Również zachowanie ojca ma wpływ na rodzaj tworzącego się przywiązania. Ojcowie alkoholicy, w porównaniu z nie pijącymi ojcami, są mniej wrażliwi na potrzeby dziecka i wykazują więcej negatywnych emocji w stosunku do niego. Konsekwencją takiej postawy jest zmniejszona emocjonalna odpowiedź niemowlęcia na reakcje rodziców, co zwiększa ryzyko wystąpienia zaburzeń we wzajemnej interakcji (Eiden i in., 2004).

Wyniki wielu badań wskazują, że alkoholizm ojców jest w sposób pośredni związany z kształtowaniem się u niemowląt relacji opartych na pozabezpiecznym przywiązaniu (Eiden, Leonard, 1996). Zakłócenia rozwoju opartego na pewności przywiązania następują na skutek wzajemnych oddziaływań pomiędzy uzależnieniem ojca od alkoholu, depresją matki oraz zaburzeniami relacji wewnątrzrodzinnych. Co więcej, alkoholizm partnera jest w znaczącym stopniu związany z niższą satysfakcją z macierzyństwa, co zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia u potomstwa pozabezpiecznych wewnętrznych modeli operacyjnych przywiązania. Inne prace również potwierdzają trudności w kształtowaniu się więzi w rodzinach z problemem alkoholowym. Badania porównawcze na grupie polskich dzieci w wieku 3 – 5 lat pokazały, że wśród dzieci z rodzin alkoholowych częściej, w porównaniu z potomstwem rodziców nieuzależnionych, pojawiają się pozabezpieczne – lękowo-unikające i zdeorganizowane wzorce przywiązania (por. Cierpiakowska, Ziarko, 2006).

Kształtujące się w okresie niemowlęstwa przywiązanie do opiekuna jest fundamentem poczucia bezpieczeństwa jednostki i stanowi podstawę jej funkcjonowania w dorosłości, szczególnie w sferze relacji interpersonalnych, związków intymnych i kształtowania się zdrowia psychicznego (Grzegorzewska, Farnicka, 2016).

Czuła i emocjonalna gotowość rodziców do realizacji potrzeb małego dziecka przyczynia się stopniowo do rozwoju **umiejętności samoregulacji** (Calkins, 1994; Eiden i in., 2009) i **adekwatnej samooceny** (por. Park, Schepp, 2015). Wraz ze wzrostem zdolności poznawczych i werbalnych zachodzi proces kształtowania się większych umiejętności w zakresie kontroli afektu, co z kolei u małych dzieci zmniejsza tendencję do agresji fizycznej i zachowań buntowniczych (Loukas i in., 2003). Dynamika przebiegu tego procesu jest podobna do toku normalnego rozwoju, ponieważ do 3. roku życia agresja i zachowania opozycyjne narastają, a następnie zanikają (Nagin, Tremblay, 1999; Shaw i in., 2000). Jeśli w rodzinach z problemem alkoholowym istnieje osoba dorosła, która jest dojrzała i stabilna oraz okazuje dziecku czułość, bliskość i dobrze reaguje na jego różne stany emocjonalne, ma ono okazję uczyć się prawidłowego regulowania uczuć. Taka sytuacja może mieć na przykład miejsce, kiedy pije tylko jeden rodzic, gdy rodzice nie cierpią na inne zaburzenia psychiczne albo kiedy obowiązki rodzicielskie przejmuje ktoś inny,

np. babcia i jednocześnie prezentuje spójne i stabilne oddziaływania wychowawcze. Szanse prawidłowego rozwoju wzrastają, jeśli dochodzi do kumulacji czynników ochronnych. Na przykład, dziecko ze zrównoważonym typem temperamentu jest pogodne, zadowolone, spokojne. Częściej więc spotyka się z pozytywną reakcją osób dorosłych, jest zauważane, chwalone, głaskane. Chętniej też inne osoby spoza rodziny są gotowe się nim zająć, poświęcić mu swój czas i swoją uwagę. Dziecko częściej zatem ma okazję uczyć się właściwych i adekwatnych sposobów reagowania w różnych sytuacjach. Jednakże dzieci w rodzinach z problemem alkoholowym są bardziej narażone na zaburzenia w zakresie umiejętności regulacji emocji i kontroli zachowania w porównaniu z innymi dziećmi, co może przeszkadzać w pojawianiu się normatywnej tendencji do stopniowego zanikania reakcji agresywnych po 3. roku życia (Edwards, Eiden, Colder, Leonard, 2006). Zwiększone ryzyko jest spowodowane obniżoną jakością sprawowania opieki rodzicielskiej w okresie wczesnego dzieciństwa (Eiden i in., 1999, 2006). W rodzinach z problemem alkoholowym istnieje wiele zmiennych (niespecyficznych dla problemu alkoholowego), które działając w izolacji lub dynamicznym powiązaniu, mogą stanowić istotne zagrożenie dla prawidłowego rozwoju umiejętności samoregulacji u małych dzieci. U rodziców tych często występuje wysoki poziom depresji, agresji i zachowań antyspołecznych (Edwards, Leonard, Eiden, 2002; Loukas i in., 2003; Puttler i in., 1996). Pijący rodzice i ich współmałżonkowie częściej przyczyniają się też do tworzenia konfliktowej i napiętej atmosfery rodzinnej, co zmniejsza szansę dzieci na prawidłowy rozwój umiejętności regulacji afektu i kontroli własnego zachowania (Campbell i in., 2002; Zucker i in., 2009).

Negatywne wpływy rodzinne, specyficzne dla alkoholu, nie są tylko ograniczone do okresu niemowlęcego i poniemowlęcego. Okres przedszkolny to czas dojrzewania i poszerzania się funkcjonowania dziecka, zwłaszcza w zakresie sfery poznawczej i społecznej. Poziom rozwoju **zdolności poznawczych i społecznych** może być czynnikiem ryzyka lub zasobem dalszego rozwoju. Gwałtowny rozwój myślenia powoduje, że dziecko coraz pełniej posługuje się schematami poznawczymi jako wyznacznikami rozumienia różnorodnych sytuacji społecznych. Wychowując się w cieniu pijącego ojca, dziecko zdobywa coraz większą wiedzę na temat alkoholu oraz efektów jego działania, co stanowi podstawę do kształtowania się wczesnych skryptów motywacyjnych i instruktażowych (Zucker, Kincaid, Fitzgerald, Bingham, 1995). Efekty socjalizacji przebiegającej w bliskości osoby nadużywającej alkoholu i oparte na rozwojowym różnicowaniu i integracji schematów poznawczych związanych z alkoholem znajdują swoją kulminację w okresie nauki szkolnej.

Obok czynników indywidualnych, istotne znaczenie dla rozwoju zdolności do samoregulacji i adekwatnej samooceny mają relacje między rodzicami, zwłaszcza ich **sposoby rozwiązywania konfliktów** (tzw. klimat rodzinny). Wczesne doświadczenia z dzieciństwa (takie jak: stres, brak opieki, przemoc fizyczna, napięta i konfliktowa atmosfera w rodzinie) wpływają na przebieg rozwoju małego dziecka (Zucker i in., 2009). Dzieci alkoholików (w porównaniu z dziećmi nie pijących rodziców) są częściej narażone na obserwowanie kłótni między rodzicami, przemoc we wzajemnych relacjach i chwiejność emocjonalną (Leonard, Senchak, 1993). Jak wskazują badania, niezgoda między rodzicami może stanowić istotny czynnik pośredniczący pomiędzy specyficznymi niealkoholowymi wpływami rodzinnymi we wczesnym dzieciństwie a późniejszymi zachowaniami dziecka (El-Sheikh, Cummnigs, 1997). Jest to po części związane z osiągnięciem zadań rozwojowych – rozumienie stanów emocjonalnych innych osób oraz rozwój przystosowawczych strategii regulowania afektu. Rozwój tych nowych umiejętności może przyczynić się do wzrostu wrażliwości małego dziecka na szkodliwy klimat emocjonalny rodziny z problemem alkoholowym, a tym samym stanowić czynnik ryzyka, zwiększający podatność dziecka na późniejszy rozwój zaburzeń (Windle, Davies, 2003).

■ Julia, lat 6

Dziewczynka od miesiąca jest pod opieką ojca, ponieważ mama leczy się w szpitalu psychiatrycznym na oddziale odwykowym. Rodzice dziewczynki rozstali się trzy lata temu z powodu kłótni i nieporozumień. Ojciec dziecka wynajął dla nich mieszkanie i utrzymuje je finansowo. Matka dziewczynki, wykształcenie wyższe, nie pracuje. Julia jest dzieckiem z pierwszej ciąży, bez powikłań i obciążeń okołoporodowych. Rozwija się prawidłowo, nie choruje. Ma zrównoważony temperament, jest spokojna i pogodna. Łatwo nawiązuje kontakt z osobami dorosłymi i rówieśnikami. Jest lubiana, ma dużo koleżanek, potrafi współdziałać w grupie. Dziewczynka długo nie mówiła ojcu, że w domu dzieje się coś złego. Kryła matkę, zapytana wprost zaprzeczała, że matka spożywa alkohol. Sprawa osiągnęła punkt kulminacyjny, gdy Julia zadzwoniła do taty, że mama już bardzo długo leży w łóżku i nie może się obudzić. Po wezwaniu policji i karetki, okazało się, że matka miała ponad 3 promile alkoholu we krwi. Trafiła na oddział detoksykacyjny, a potem na leczenie stacjonarne do szpitala. Julia na spotkaniu z psychologiem chętnie opowiadała o sytuacji w domu: o przemocy, o wyzwiskach, szarpaniu i biciu. „Mama często zostawiała mnie samą. Ale ja jestem taka sprytna i zawsze sobie coś znalazłam do jedzenia. Jakieś chrupki albo bułkę”; „Jak mama pojechała to sprzątałyśmy z babcią w domu. Butelki z wódką były wszędzie. Pochowane nawet w moich zabawkach”. Zmartwiona opowiada o tym, że mama nie

ma pracy: „Nigdzie nie mogła utrzymać się dłużej. Ciągłe ją wyrzucali, więc sprzedawała wszystko co w domu było. Telewizor, czajnik, żelazko. Mój rower. Ale tata go już dwa razy z lombardu odkupił”. Wypowiada się pełnymi zdaniami, słownictwo jest nieadekwatne do wieku, jest nad wyraz dojrzała i opanowana. Dziewczynka bardzo tęskni za mamą, odwiedza ją w szpitalu regularnie. Zarówno ojciec dziecka, jak i jego rodzice wspierają Julię oraz jej mamę (zwłaszcza w procesie trzeźwienia).

Klimat w rodzinach z problemem alkoholowym jest zróżnicowany. Nasiłenie konfliktów zależy m.in. od stabilności emocjonalnej drugiego, niepijącego rodzica (o ile jest), szacunku i pozycji pijącego w rodzinie i środowisku, otrzymywanego przez rodzinę wsparcia społecznego, kontaktów społecznych i zawodowych trzeźwego rodzica, otwartości rodziny na innych ludzi. Im nasiłenie niezgody mniejsze, tym większa szansa na budowanie odporności psychicznej u dzieci. Należy podkreślić, że istotnym czynnikiem ochronnym jest podjęcie leczenia przez pijącego i/lub współzależnego rodzica (por. podrozdz. 2.3). Dodatkowo warto pamiętać o zróżnicowanym czasie nasiłenia problemów alkoholowych u rodzica i związanych z tym negatywnych konsekwencji w jego zachowaniu. Naukowcy zajmujący się tą problematyką podkreślają, że im później w życiu dziecka pojawiają się trudności wynikające z alkoholizmu rodzica, tym większe jego szanse na pozytywną adaptację. Zakłada się przy tym, że kluczowy moment to okres przejścia między dzieciństwem a adolescencją (por. Park, Schepp, 2015).

5.1.3. Czynniki ryzyka i zasoby a funkcjonowanie dzieci w wieku szkolnym

Chociaż zmiany rozwojowe są kontynuowane przez całe życie człowieka, wydaje się, że w okresie szkolnym dochodzi do uformowania i utrwalenia głównego z mechanizmów adaptacyjnych do sytuacji trudnych i wyzwań życiowych. Jest to czas intensywnego rozwoju sfery poznawczej, emocjonalnej i społecznej. Kształtują się podstawy osobowości dziecka oraz podstawowe umiejętności zapewniające prawidłową regulację stosunków z otoczeniem: radzenie sobie ze stresem, umiejętność rozwiązywania problemów, kontrola emocjonalna oraz odpowiedzialność za naukę.

■ Agata, lat 11

Dziewczynka była wychowywana przez biologiczną matkę do 10. roku życia. Matka Agaty urodziła ją w wieku 17 lat. Wychowywała ją samotnie, ale przez dom często przewijali się przypadkowi mężczyźni lub krótkotrwali partnerzy matki. Matka jest czynną alkoholiczką, zaniedbującą córkę fizycznie, psy-

chicznie i seksualnie. Sąsiedzi zgłaszali, że Agata często wieczorami spędza samotnie czas na ulicach. Dziewczynka przyznaje, że zdarzało się to często, zwłaszcza podczas wizyt gości u matki. Bywało też tak, że dziewczynka spędzała noc w jednym łóżku z matką i jej gościem. Na lekcjach często zasypiała, będąc w ostatniej klasie podczas pobytu u matki wykradała dzieciom kanapki, znacząco opuściła się w nauce. Mimo wysokiego potencjału intelektualnego z trudem otrzymała promocję do następnej klasy. Szkoła nie zauważyła nic niepokojącego.

Dziewczynka została zabrana z domu rodzinnego przez ciocię, która zaniepokoiła się opowieściami w rodzinie o losach dziewczynki. Przez pierwszych kilka tygodni pobytu w nowym domu dziewczynka musiała przyzwyczaić się do nowych reguł. Była rozdrażniona i zaniepokojona. Ciocia podaje, że dziewczynka nie знаła ciepłego jedzenia. Jadła głównie słodkiz i parówki. Nie była przyzwyczajona do stałego rytmu dnia, nie rozumiała, że rzeczy trzeba odkładać na miejsce i myć się co najmniej dwa razy dziennie. W tym czasie niczego się nie domagała, nigdy nic nie chciała, niczego nie potrzebowała. Po roku Agata funkcjonuje zdecydowanie korzystniej. Dobrze czuje się w szkole, bardziej „pasuje” do rówieśników, zarówno pod względem ubioru, jak i stylu życia. Oceny otrzymane na półroczu lokują się w granicach dobrej średniej. Z niektórych przedmiotów nawet powyżej średniej. Stopniowo nadrabia zaległości, chętnie chodzi do szkoły, ma więcej koleżanek. Powoli odkrywa swoje zainteresowania. Z radością chodzi na kółko plastyczne. Ciocia cieszy się, gdy dziewczynka wyraża swoje zdanie lub próbuje się buntować. Ciągłe jednak zdarza się to rzadko. Wciąż leczy zaniedbane zdrowie fizyczne. Jest pod stałą opieką ortopedy, ortodonta, neurologa i dietetyka.

Rodzaje negatywnych, niespecyficznych dla problemu alkoholowego wpływów działających na dziecko w okresie szkolnym są stosunkowo słabo rozpoznane. Wśród czynników ryzyka i zasobów duże znaczenie przypisuje się tym, które są obecne w środowisku rodzinnym i pozarodzinnym (rówieśniczym), a także czynnikom indywidualnym. Wśród **czynników rodzinnych** za istotne uznaje się wystąpienie przemocy i nasilenie konfliktowości w rodzinie, natomiast w środowisku pozarodzinnym, np. umiejętności interpersonalne, poziom aktywności własnej i angażowania się dziecka w zajęcia pozalekcyjne. Wśród **czynników indywidualnych** przede wszystkim wskazuje się na osiągnięcia szkolne i zdolność do samoregulacji (por. Chassin i in., 2013; Park, Schepp, 2015).

Analiza uzyskanych przez badaczy wyników wskazuje, że warunki środowiskowe uczniów z rodzin alkoholowych nie sprzyjają rozwojowi ich **potencjału umysłowego**, rozumianego jako zbiór uzdolnień pozwalających

przewidywać skutki określonych działań, dostosowywać się do nowych sytuacji i otrzymywanych informacji. Ocena rozwoju funkcji intelektualnych młodzieży z rodzin alkoholowych w porównaniu z ich rówieśnikami wypada na niekorzyść grupy podstawowej. Ochmański (1975), prowadząc badania inteligencji polskich dzieci w wieku 7 – 12 lat, stwierdził, że ogólny iloraz inteligencji dzieci ojców alkoholików jest statystycznie niższy niż pochodzących z innych rodzin. Szczególne różnice dotyczyły funkcjonowania intelektualnego tych dzieci w zakresie: myślenia na konkretach, kojarzenia faktów przedstawionych w sposób graficzny, wyobraźni przestrzennej, rozumowania arytmetycznego. Od tych badań minęło sporo lat, ale żadne z obecnie używanych wyników nie podważa powyższego wniosku.

Tabela 5.5. Czynniki ryzyka i ochronne w środowisku rodzinnym i pozarodzinnym

Czynniki ryzyka	Środowisko rodzinne	Czynniki ochronne
Wyższe	Rozpowszechnienie alkoholizmu w rodzinie	Niższe
Obecne	Współwystępowanie zaburzeń psychicznych u rodziców	Brak
Wysokie	Przemoc i konflikty w rodzinie	Niskie
Niska	Spójność, adaptacyjność i interakcje w rodzinie	Wysoka
Brak	Inni członkowie rodziny wzbudzający zaufanie	Obecni
Środowisko pozarodzinne		
Brak	Społeczne wsparcie	Obecne
Brak	Udział w zajęciach pozalekcyjnych	Uczestnictwo
Brak	Pozytywne interpersonalne relacje	Obecne

Źródło: opracowano na podstawie Park, Schepp, 2015, s. 1225.

Badania prowadzone w innych krajach potwierdzają występowanie poznawczych, neuropsychologicznych i neurofizjologicznych różnic między dziećmi alkoholików i dziećmi z rodzin rodziców pijących okazjonalnie w rozwoju zdolności poznawczych i wykonawczych. Ogólnie uważa się, że dzieci alkoholików wykazują **słabsze osiągnięcia szkolne** (Reich i in., 1993) i uzyskują **gorsze wyniki w nauce** (por. Pihl i wsp., 1990; Sher, 1991; Chassin i in., 2013). Nadużywanie alkoholu przez rodzica może być rozpoznawane jako czynnik przyczyniający się do występowania u dzieci **specyficznych trudności w nauce**. Badania wskazują na ogólne obniżenie poziomu IQ (Noll

i in., 2004), pogorszenie funkcjonowania w zakresie zdolności werbalnych oraz rozumowania abstrakcyjnego i pojęciowego (Tarter i in., 1984; Tarter, Laird, Moss, 1990), upośledzenie percepcji przestrzennej (Schandler i in., 1991) oraz gorsze funkcjonowanie wykonawcze, które przejawia się między innymi w sztywnym i mało elastycznym podejściu do rozwiązywania problemów oraz w obniżonej zdolności wytrwania w aktywności nakierowanej na cel (Noll i in., 2004; Drejer i in., 1985). Jednocześnie istnieją doniesienia o badaniach, w których nie potwierdzono występowania deficytów intelektualnych u dzieci alkoholików (np. Gillen, Hesselbrock, 1992).

Tak więc, odpowiedzi na pytania o szkodliwy wpływ uzależnienia rodzica na funkcjonowanie intelektualne dzieci wciąż pozostają niejasne. Wynika to z dużej różnorodności biologicznych, psychologicznych i społecznych czynników związanych z alkoholizmem rodziców, a mogących przyczyniać się do pogorszenia funkcjonowania intelektualnego ich dzieci. Do tych czynników należą m.in.: narażenie płodu na intoksykację alkoholową, zaniechanie (w tym niski poziom opieki), wysoki wskaźnik nadużyć (zwłaszcza obrażenia głowy) i zakłócenia w systemie rodzinnym. Warto też pamiętać, że dzieci alkoholików zdecydowanie bardziej negatywnie niż dzieci z rodzin bez problemu alkoholowego postrzegają swoje kompetencje poznawcze, co może prowadzić do spadku motywacji do wykonania zadania i wtórnie obniżać ich zdolności poznawcze (Johnson, Rolf, 1988). Dzieci alkoholików, które cechują się dobrą sprawnością intelektualną i chętnie uczestniczą w życiu szkolnym, są bardziej odporne na negatywne konsekwencje alkoholizmu rodziców. Wysoki potencjał intelektualny dziecka zwiększa jego szansę na osiągnięcia szkolne, a tym samym przyczynia się do bardziej pozytywnego funkcjonowania. Im mniej niepowodzeń szkolnych, tym większe prawdopodobieństwo pozytywnej adaptacji. Miarą osiągnięć szkolnych są uzyskiwane oceny, wyniki sprawdzianów i testów kompetencyjnych oraz otrzymywanie promocji do następnej klasy (DiPerna, Volpe, Elliott, 2002). Zasoby indywidualne bezpośrednio związane z osiągnięciami szkolnymi to zdolności poznawcze, motywacja oraz osobiste przekonania na temat szkoły. Iloraz inteligencji, jako miara poziomu rozwoju intelektualnego dziecka, jest często traktowany jako najpotężniejszy czynnik predykcyjny osiągnięć szkolnych. W dużej mierze oznacza on dobre zdolności uczenia się, wysoki poziom podstawowych umiejętności szkolnych oraz dobry poziom zdolności werbalnych (Masten i Powell, 2003; Werner, 1989, 1993). Chociaż dowody empiryczne na ochronną funkcję intelektu nie są liczne, w wielu badaniach sugeruje się istnienie związku między potencjałem intelektualnym a odpornością psychiczną dzieci i młodzieży. Dość często okazuje się, że dzieci zagrożone niekorzystnymi warunkami rozwojowymi, ale prezentujące stosunkowo wysoki poziom adaptacji, charakteryzują się dobrym funkcjonowaniem w szkole w zakresie uży-

skiwanych ocen, osiągnięć w testach kompetencyjnych oraz podstawowych umiejętności szkolnych, takich jak czytanie, pisanie, liczenie (Benard, 1991; Brown, Rhodes, 1991). Cechuje ich również dobra umiejętność rozwiązywania problemów, w tym zdolność do myślenia abstrakcyjnego, refleksyjność, elastyczność rozumowania oraz umiejętność znajdowania alternatywnych rozwiązań, zarówno problemów poznawczych, jak i społecznych (Benard, 1991). Dobry poziom osiągnięć szkolnych jest również związany z motywacją ucznia do nauki, z jego przekonaniami na temat uczenia się i szkoły (Stevenson, Chen, Lee, 1993; Stevenson, Stigler, 1992) oraz z subiektywnym postrzeganiem własnych osiągnięć szkolnych (Harter, 1982; Greene, Miller, 1996). Lepsze osiągnięcia szkolne mają uczniowie, których charakteryzuje przekonanie, że ich sukces zależy od wysiłku i systematycznej pracy (Stipek, Gralinski, 1996). Wyniki badań nad zjawiskiem *resilience* wskazują, że zdolności poznawcze, jak i uzyskiwane przez dziecko osiągnięcia szkolne mogą w istotny sposób wspierać odporność dzieci z grup ryzyka poprzez zarówno wzmacnianie pozytywnych aspektów funkcjonowania, jak zachowania prospołeczne, dobre relacje z rówieśnikami, wysoki poziom aktywności własnej (Masten i in., 1988; Masten, Coatsworth, 1998), jak i redukcję objawów psychopatologicznych (Kandel, i in., 1988; White, Moffitt, Silva, 1989). Istnieje kilka powodów, dla których zdolności poznawcze i osiągnięcia szkolne mogą mieć działanie ochronne w sytuacjach narażenia dzieci na wysokie ryzyko. Po pierwsze, dzieci z wysokim ilorazem inteligencji efektywniej przetwarzają informacje i mają lepsze umiejętności rozwiązywania problemów, co pozwala im dobrze radzić sobie ze stresem, jaki napotykają w codziennym życiu. Dzieci te również lepiej funkcjonują w szkole, a dobre osiągnięcia szkolne, wiele pozytywnych ocen i sukcesy w konkursach szkolnych i testach kompetencyjnych powodują lepsze przyswojenie norm społecznych i lepszą integrację społeczną w grupie rówieśniczej (Masten, Coatsworth, 1998).

W literaturze podkreśla się istotną rolę nauczycieli, wychowawców i pozytywnych doświadczeń edukacyjnych młodych ludzi w kształtowaniu pozytywnej adaptacji i odporności psychicznej, zwłaszcza u osób z grup ryzyka zagrożenia psychopatią. Szkoła jako miejsce, w którym dziecko spędza większość czasu stanowi istotny element kształtujący prawidłowe warunki rozwoju. Badania pokazują, że więzi łączące młodego człowieka ze szkołą mają bardzo silne działanie chroniące, zarówno chłopców, jak i dziewczęta, przed nadmiernym spożywaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, porzuceniem szkoły, przedwczesną aktywnością seksualną czy innymi zachowaniami ryzykownymi (Resnick i wsp., 1997). W tych samych badaniach szkoła stanowiła drugi pod względem ważności (po środowisku rodzinnym) zasób chroniący młodych ludzi przed zaburzeniami emocjonalnymi, zaburzeniami odżywiania i zachowaniami suicydalnymi. Dobre więzi

ze szkołą wpływają także istotnie na osiągnięcia szkolne uczniów, w tym na wyniki nauczania, regularną obecność na zajęciach czy uzyskiwane wyniki na testach i egzaminach. Z kolei wiemy, że im lepsze sukcesy i oceny szkolne, tym mniejsza szansa na angażowanie się w zachowania ryzykowne. Czynniki ochronne związane bezpośrednio ze szkołą pochodzą z kilku źródeł. Są związane z przekonaniami ucznia na temat swojej skuteczności, zaangażowaniem ucznia w proces edukacji i osiąganymi przez niego efektami, wspierającymi i autentycznymi relacjami nauczycieli z uczniami, satysfakcjonującymi, pozytywnymi relacjami rówieśniczymi oraz dobrą organizacją życia szkoły.

Czynnikami ryzyka powodującymi zakłócenia poziomu realizacji zadań rozwojowych okresu szkolnego są niewłaściwy przebieg **procesu socjalizacji** i **niskie umiejętności społeczne**. Zagrożenia wynikają zarówno z trudnego temperamentu dziecka, jak i z obniżonej jakości sprawowania funkcji rodzicielskich oraz negatywnej atmosfery rodzinnej i nasilenia konfliktów między rodzicami. Ryzyko zaburzeń procesu socjalizacji wzrasta w sytuacji, gdy oboje rodzice piją szkodliwie lub są uzależnieni (Schuckit i in., 2002). Jeśli pije i ojciec, i matka obniża się jakość relacji dziecka z obojgiem rodziców oraz wzrasta ryzyko spowodowane osłabieniem relacji małżeńskich (Fuller i in., 2003; Edwards, Eiden, Colder i Leonard, 2006). Wpływa to zarówno na niski poziom rodzicielskiej kontroli i nadzoru, jak i udzielania dziecku stosownej do potrzeb opieki i wsparcia. W efekcie dochodzi do zwiększenia prawdopodobieństwa występowania u dzieci alkoholików, takich problemów socjalizacyjnych, jak udział w dewiacyjnych grupach rówieśniczych, nasilona agresja czy konflikty z prawem. W tej grupie młodzieży zaobserwowano tendencje do **eksternalizacji problemów** (Chilcoat, Anthony, 1996; Patterson i in., 1984). Natomiast trwałe i satysfakcjonujące relacje dzieci alkoholików z dobrze przystosowanymi rówieśnikami (np. w klasie szkolnej, w drużynie harcerskiej czy sportowej) oraz obecność w ich życiu znaczącej osoby dorosłej (np. nauczyciel, trener) może modyfikować wpływ ryzyka wynikającego ze środowiska rodzinnego.

Klimat panujący w rodzinie alkoholowej (a zwłaszcza brak jedności i nasilone konflikty między rodzicami) może zyskiwać jeszcze większe znaczenie jako czynnik pośredniczący między alkoholizmem w rodzinie, **trudnym temperamentem** a **problemami w regulacji emocji** (lęku i agresji). Jak pokazują badania Edwardsa i wsp. (2006) trudny temperament (wysoka reaktywność i negatywizm) stanowi czynnik ryzyka, natomiast **temperament zrównoważony** (optymizm i plastyczność) zdaje się mieć istotne znaczenie ochronne (Moe i in., 2007). W związku z pozabezpiecznym stylem przywiązania, trudnym temperamentem (tendencją do reagowania negatywnymi emocjami) oraz niższymi zdolnościami poznawczymi, dzieci alkoholików ujawniają deficyty w regulacji emocji i zdolności do kontrolowania zachowania (Chassin i in., 2013).

Inną cechą osobowości odgrywającą istotną rolę ochronną w przebiegu rozwoju dzieci alkoholików jest **prężność psychiczna** (por. Grzegorzewska, 2013b). Co prawda, największego znaczenia nabiera ona w okresie adolescencji, ale jej pozytywny wpływ widoczny jest już w okresie szkolnym. Termin prężność oznacza dyspozycję osobowości decydującą o elastycznym podejściu do ciągle zmieniających się wymagań życiowych (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2010). Prężność jest pojęciem dychotomicznym: na jednym krańcu tego kontinuum znajdują się osoby wykazujące się zdolnością do adekwatnego radzenia sobie z codziennymi wyzwaniami żywymi; na drugim – osoby „kruche”, mało elastyczne, posiadające niski próg frustracji, sztywno reagujące w sytuacjach trudnych i odczuwające silny niepokój w zmieniających się okolicznościach życia. Prężność psychiczna (*resiliency*), podobnie jak proces odporności psychicznej (*resilience*), ujawnia się wtedy, gdy dziecko znajduje się pod wpływem silnego, przewlekłego stresu życiowego, a mimo to zachowuje zdrowie psychiczne i punktualnie realizuje zadania rozwojowe (Cierpiałkowska, Sęk, 2006; Cierpiałkowska, 2010e). Współcześnie podkreśla się, że prężność psychiczna to właściwość wieloaspektowa, na którą składają się takie cechy, jak poczucie biegłości, poczucie przynależności oraz emocjonalna reaktywność (Prince-Embury, 2006, 2007). Poczucie biegłości wywodzi się z naturalnej ciekawości dziecka, która daje wewnętrzną satysfakcję i jest źródłem umiejętności rozwiązywania problemów. Badania empiryczne pokazują ochronną funkcję pozytywnych oczekiwań na temat własnych działań. Pozytywne oczekiwania co do własnej skuteczności pozwalają na przewidywanie dobrej adaptacji do warunków stresowych u 10- i 12-letnich dzieci (Cowen i in., 1991) oraz pozytywnie korelują z niskim poziomem niepokoju, dobrymi osiągnięciami szkolnymi oraz lepszą kontrolą zachowania (Wyman, Cowen, Work i Kerley, 1993). Drugi wymiar prężności – poczucie przynależności odnosi się do sfery społecznej dziecka i oznacza umiejętność budowania poczucia zaufania, komfortu i bezpieczeństwa w relacjach z innymi, spostrzegania możliwości otrzymywania wsparcia i tolerancji dla inności. Poczucie przynależności wspiera proces odporności psychicznej na kilka sposobów. Po pierwsze młodzi ludzie mogą spostrzegać relacje społeczne jako źródło wsparcia, generalnie dostępne w razie potrzeby. Dodatkowo mogą je spostrzegać jako istotny element pomocy w sytuacjach trudnych i problemowych. Po drugie, wewnętrzne mechanizmy poznawczo-emocjonalne jednostki ukształtowane na bazie dotychczasowych doświadczeń związanych z otrzymywaniem wsparcia społecznego mogą chronić dziecko przed negatywnymi skutkami stresu i traumy (Prince-Embury, 2008). Relacje z innymi ludźmi i umiejętności społeczne dziecka jako mediatory odporności psychicznej są testowane w badaniach empirycznych od czasu klasycznych już studiów Emmy Werner i Ruth Smith (1982). Kolejne analizy pokazały istnienie związku między psy-

chologicznym dobrostanem a umiejętnościami społecznymi dzieci (Barrera, 1986; Thompson, Flood, Goodwin, 2006). Innym wymiarem rozpatrywanym w kontekście prężności psychicznej jest reaktywność emocjonalna. Istotnym elementem reaktywności jest kontrola własnego Ja. W kontekście odporności na działanie czynników ryzyka Claire Kopp (1982) wprowadza rozróżnienie między samokontrolą, rozumianą jako umiejętność powstrzymywania się od zachowania w sytuacji zewnętrznych wymagań, a samoregulacją odnoszącą się do zdolności dostosowania się do nowej sytuacji. W tym znaczeniu umiejętność regulowania swoich emocji i impulsów decyduje o sztywności vs elastyczności w obliczu różnych sytuacji. Tym samym stanowi ważny, naturalny element rozwoju *self* dokonujący się w ciągu życia człowieka (Deci, Ryan, 2000). Wysoki poziom reaktywności jest często traktowany jako wskaźnik podatności na zaburzenia i nadmiernego pobudzenia w sytuacji stresu oraz jako próg tolerancji na doświadczanie niekorzystnych zdarzeń życiowych. Mary Rothbart i Douglas Derryberry (1981) wskazują, że reaktywność jako psychologiczna baza wielu wymiarów funkcjonowania człowieka, takich jak temperament, zdolności do uczenia się, umiejętność koncentracji uwagi, może być modyfikowana przez negatywne doświadczenia. Wskazuje się też na związek między emocjonalną reaktywnością, samoregulacją a procesem kształtowania się odporności psychicznej (Eisenberg i in., 2004).

Rozwój umiejętności przyjmowania perspektywy społecznej i spadek egocentryzmu przyczynia się do wzrostu zaangażowania dziecka w problemy rodziny lub nabierania dystansu i stopniowego uniezależniania swojego samopoczucia od zachowań rodzica alkoholika (Cicchetti, Cummings, Greenberg, Marvin, 1990). Badania potwierdzają hipotezę, że ogólny klimat emocjonalny rodziny odgrywa istotniejszą rolę w pojawianiu się **obaw i lęków o picie rodziców** niż samo picie. Wzrastająca troska dzieci o dobrostan fizyczny i psychiczny poszczególnych członków rodziny może z kolei zwiększać ich podatność na internalizację problemów (por. Windle, Davies, 2003).

Przebieg realizacji zadań rozwojowych wieku szkolnego przez dzieci alkoholików jest również utrudniony przez wpływy rodzinne specyficzne dla alkoholu. Gwałtowne poszerzenie możliwości intelektualnych potomstwa w istotny sposób wpływa na kształtowanie się **dziecięcych przekonań i oczekiwań wobec alkoholu**. W miarę rozwoju dzieci stają się coraz bardziej świadome znaczenia alkoholu w życiu im najbliższych osób. W tym okresie obserwacja osób pijących stanowi najważniejszy czynnik determinujący nastawienie dzieci do alkoholu i ich oczekiwania co do skutków jego działania. Wiele badań wskazuje, że wpływ ten nie jest bez znaczenia (por. Zucker i in., 2009). Przekonania dzieci dotyczące efektów działania alkoholu rozwijają się już w pierwszych latach szkolnych, zdecydowanie szybciej, nim dzieci alkoholików samodzielnie sięgną po większe ilości alkoholu (Ellis, Zucker, Fitzge-

rald, 2000). Im dzieci są starsze, tym szybciej uczą się, że alkohol powoduje zmiany w myśleniu, uczuciach i zachowaniu oraz wpływa na relacje z innymi ludźmi. Szybko odkrywają, kto pije, dlaczego pije i ostatecznie dokonują selekcji i własnej interpretacji wartości społecznych na temat używania alkoholu. Te dziecięce, ukształtowane poprzez obserwację wzorców rodzicielskiego picia, przekonania odzwierciedlają przyjęte przez nich normy związane z alkoholem. Wyniki badań porównawczych wskazują, że dzieci alkoholików bardziej **pozytywnie oceniają skutki działania alkoholu** niż dzieci z rodzin niealkoholowych (Sher i wsp., 1991). Jednocześnie na podstawie dotychczasowej wiedzy można przyjąć, że oczekiwania odnoszące się do skutków używania alkoholu stanowią jeden z mechanizmów rozwoju późniejszych problemów alkoholowych wśród dzieci alkoholików.

Dodatkowo rodzice odgrywają istotną rolę w procesie realizacji zadań rozwojowych okresu szkolnego poprzez dawanie przykładu w zakresie konsumpcji alkoholu. Badacze od kilku dekad systematycznie wskazują, że mechanizm naśladownictwa pijących rodziców stanowi istotny czynnik ryzyka w przebiegu rozwoju dzieci alkoholików. Badania Jacksona (1997) wskazują, że problemowe picie u adolescentów pozytywnie koreluje z obserwacją rodzicielskiego picia w okresach wcześniejszych. Negatywny wpływ pijących rodziców odbywa się poprzez modelowanie picia alkoholu, dostępność alkoholu w domu, zwiększenie odwagi dzieci w eksperymentowaniu z alkoholem oraz poprzez niejawne nauczanie, że picie alkoholu jest akceptowanym, a w pewnym sensie nawet atrakcyjnym i pożądanym zachowaniem. Przyjęta hipoteza o znaczącej roli mechanizmu naśladownictwa w przebiegu zaburzonych ścieżek rozwoju u dzieci alkoholików ma pewne ograniczenia (por. rozdz. 4). Jest to możliwe w rodzinach, w których alkoholizm ojca rozpoczął się późno, z mniejszym nasileniem i bez dodatkowych współistniejących zaburzeń psychicznych (Jacob, Leonard, 1994; McCord, 1984).

Można jednocześnie założyć, że w rodzinach alkoholowych modelowanie zachowań w sytuacjach trudnych dotyczy nie tylko sięgania po alkohol. W wielu badaniach wykazano bowiem, że jednym z istotnych czynników mających znaczący wpływ na związek między doświadczaniem stresu życiowego a fizycznym i psychicznym funkcjonowaniem jest sposób radzenia sobie (*coping*). Richard Lazarus i Susan Folkman (1984) wskazują, że sposoby radzenia sobie wpływają na to, w jaki sposób jednostka spostrzega trudne doświadczenie życiowe i jak sobie z nim radzi. Istotne znaczenie dla kształtowania się adaptacyjnych lub nieadaptacyjnych ścieżek rozwoju mają dwa podstawowe style radzenia sobie: skoncentrowanie się na emocjach oraz na problemie. Pierwszy z nich oznacza wybór zachowań służących samoregulacji emocji (obniżenie napięcia), do których zalicza się: poszukiwanie wsparcia emocjonalnego, spożywanie substancji psychoaktywnych, zaprzeczanie,

pozytywne przewartościowanie, wycofanie oraz dezorganizację zachowania. Drugi sposób opiera się na zachowaniach służących zmniejszeniu lub zlikwidowaniu problemu, wśród których wyróżnia się: aktywne radzenie sobie ze stresem, planowanie rozwiązania problemu oraz poszukiwanie wsparcia społecznego (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2010). W uzupełnieniu tej taksonomii Norman Endler i James Parker (1990) wyróżnili jeszcze trzeci sposób radzenia sobie ze stresem polegający na niwelowaniu negatywnych skutków działania stresora poprzez jego unikanie. Radzenie sobie ze stresem może mieć charakter bierny (płacz, modlitwa) lub czynny (zaangażowanie w realizację hobby), może być dyspozycyjny (od zawsze stosowany w życiu przez daną osobę, np. „nigdy niczym się nie przejmuję”) albo aktualny, związany z daną sytuacją życiową („próbuję się z kimś zaprzyjaźnić”). Radzenie sobie ze stresem nie zawsze jest związane z pozytywnymi efektami. Są to działania podejmowane w celu poradzenia sobie z wyzwaniami życiowymi, bez względu na ich wartość lub skuteczność (por. Grzegorzewska, 2013b). W zależności od tego, jaki sposób radzenia sobie preferuje znaczący dla dziecka rodzic, tak przebiegają u dziecka procesy uczenia się oparte na naśladownictwie. Jeśli jest styl zorientowany na działanie, istnieje większe prawdopodobieństwo prawidłowego rozwoju dziecka, w odróżnieniu np. od stylu opartego na unikaniu, który może nasilać trudności. Co prawda, badania empiryczne w zakresie związków między strategiami radzenia sobie a zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży nie dają jednoznacznych odpowiedzi; tym niemniej podkreśla się, że podejście oparte na zadaniu jest pozytywniej skorelowane ze zdrowiem psychicznym (np. mniej objawów psychopatologicznych), podczas gdy unikanie lub radzenie sobie skoncentrowane na emocjach jest związane z pojawianiem się większej liczby zaburzeń (np. Endler Higgins, 1995).

5.1.4. Rozwój i funkcjonowanie adolescentów

Okres pomiędzy 10. – 13. a 20. – 23. rokiem życia obejmuje cały (wczesny i późny) etap dorastania. Charakteryzuje się on **gwałtownymi zmianami** w zakresie biologicznej, poznawczej, emocjonalnej i społecznej sfery funkcjonowania jednostki. Charakterystyczną cechą tego okresu jest dojrzewanie fizyczne, które w ostatnich latach dziecka uległo znacznemu przyspieszeniu. Jest to czas, w którym młodzi ludzie eksperymentują z różnymi formami aktywności, podejmując często zachowania ryzykowne i niebezpieczne. Jest to moment, w którym muszą poradzić sobie ze zmianą szkoły (na gimnazjum, a potem szkołę ponadgimnazjalną) oraz dostosować się do coraz większych wymagań edukacyjnych. W sferze społecznej młodzież staje przed wyzwaniami związanymi przede wszystkim z: (1) osiąganiem autonomii w relacjach z rodzicami; (2) tworzeniem bardziej dojrzałych kontaktów z rówieśnikami

obu płci oraz (3) nawiązaniem i utrzymaniem relacji intymnych (Oleszkowicz, Senejko, 2013). Aby zrozumieć, w jaki sposób kształtują się ścieżki rozwojowe adolescentów z rodzin alkoholowych niezbędna jest analiza czynników ryzyka i zasobów występujących na płaszczyźnie indywidualnej, rodzinnej i pozarodzinnej.

Przebieg i dynamika zmian rozwojowych w okresie dorastania ma **charakter indywidualny**. Niektóre zmiany przychodzą szybciej, inne zaś są bardziej wyrównane, np. dojrzewanie biologiczne, zainteresowanie płcią przeciwną czy wzrost znaczenia grupy rówieśniczej. Proces wypełniania zadań rozwojowych ma charakter transakcyjny i dwukierunkowy. To, jak będą przebiegały ścieżki rozwojowe dorastających (zwłaszcza w odniesieniu do radzenia sobie z presją grupy), w dużej mierze zależy od ich predyspozycji indywidualnych (np. dojrzewanie, osobowość) oraz od skutecznych i zintegrowanych metod sprawowania nadzoru przez rodziców nad zachowaniami nastolatka i jego grupą rówieśniczą.

Blok rozszerzający 5.3

Koncepcja pseudodojrzałości Newcomba

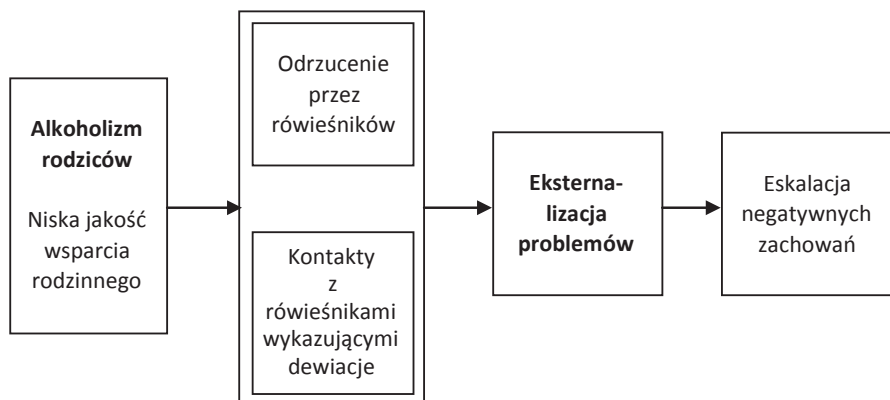
Koncepcja pseudodojrzałości Newcomba (1996) stanowi próbę wyjaśnienia, w jaki sposób zbyt wczesna realizacja zadań rozwojowych wpływa na przebieg rozwoju młodego człowieka. Jest to bio-psycho-społeczna teoria odwołująca się do paradygmatu psychopatologii rozwojowej. Główne założenie dotyczy inicjowania przez dorastających aktywności i odpowiedzialności, charakterystycznej dla funkcjonowania dorosłych, wcześniej niż inni. Ta przedwczesna dojrzałość wpływa na obniżenie umiejętności, które są niezbędne do realizacji tych dorosłych zadań: umiejętności, które normatywnie kształtują się w krytycznym okresie adolescencji. Realizacja zadań rozwojowych okresu dorastania i przejście do następnej fazy są szczególnie istotne, ponieważ rozwijają i stabilizują umiejętności niezbędne do poradzenia sobie z wyzwaniami dorosłości. Newcomb wskazuje, że czas realizacji zadań ma duże znaczenie dla osiągnięcia sukcesu. Szczególnie podkreśla zbyt wczesne pojawianie się niektórych zdarzeń, które, podobnie jak opóźnienia w ich realizacji, zaburza osiąganie biegłości w radzeniu sobie z zadaniami rozwojowymi.

Zgodnie z tą koncepcją, zbyt wczesne podejmowanie zadań rozwojowych utrudnia efektywne przyswojenie umiejętności psychospołecznych, niezbędnych do poradzenia sobie z wyzwaniami okresu dorastania. Przedwczesne przemiany rozwojowe mają swoje bliższe i dalsze konsekwencje. Na danym etapie rozwoju następstwa zbyt wczesnych przemian mają charakter zarówno pozytywny (np. szybszy wiek osiągania niezależności finansowej), jak i negatywny (np. szybszy wiek inicjacji używania środków

psychoaktywnych, zachowania patologiczne) – bez względu jednak na to, czy uzyskiwane w wyniku pseudodojrzałości zachowania są kulturowo pożądane, czy też patologiczne, ich długofalowe skutki mają zazwyczaj charakter negatywny. W badaniach empirycznych ustalono bowiem, że istnieje korelacja między zdobyciem samodzielności finansowej, rozpoczęciem samodzielnego życia i nawiązaniem intymnych relacji we wczesnym okresie adolescencji a manifestowaniem zachowań dewiacyjnych oraz wczesnym rozpoczynaniem picia alkoholu i używania innych środków psychoaktywnych (Newcomb, 1996).

Teoria pseudodojrzałości, podkreślając szkodliwość zbyt wczesnych przemian rozwojowych, wskazuje również na ich odległe następstwa: picie problemowe w okresie wczesnej dorosłości, trudności z realizacją nowych zadań, wynikających z podejmowania roli rodzica: emocjonalna niedostępność, osłabienie nadzoru, molestowanie i zaniedbywanie dzieci (Chassin i wsp., 1993; Reich i in., 1988) oraz zaburzenia w ważnych obszarach życia małżeńskiego: problemy emocjonalne, rozpad więzi, przemoc (Fitzgerald, Zucker, Yang, 1995, Leonard, 1990).

W teorii pseudodojrzałości innym ważnym zagadnieniem jest ustalenie czynników etiologicznych, odpowiedzialnych za uruchomienie procesu zbyt wczesnego podejmowania zadań rozwojowych. Szczególne miejsce zajmuje hipoteza, że alkoholizm rodziców prowadzi do zwiększenia stresu u potomstwa oraz do kształtowania się wzorów nadodpowiedzialności w zachowaniu, co przyspiesza przedwczesne podejmowanie ról dorosłych. Uwzględniając koncepcję różnorodności ostatecznych rezultatów, można przyjąć, że dysfunkcjonalność i trudna sytuacja rodziny z problemem alkoholowym może prowadzić do rozwoju co najmniej dwóch różnych ścieżek rozwojowych, zwiększających ryzyko niedostosowania i zaburzeń u potomstwa. Pierwsza ścieżka rozwija się w rodzinach o **wysokim poziomie dysharmonii** i zmierza w kierunku wykształcenia się w rodzinie tzw. **procesu „odwrócenia ról”**. Taka zamiana powoduje, że młody człowiek przejmuje zwolnione przez uzależnionego lub współuzależnionego rodzica miejsce, stając się „nadodpowiedzialnym” i wykonując obowiązki dorosłych (np. por. mechanizm parentyfikacji). Odwrócenie ról powoduje, że adolescent jednocześnie wikła się w inne problemy rodzinne, co w ostateczności może prowadzić do przeciążenia i wyczerpania się zdolności do radzenia sobie ze stresem. Konsekwencją takiego procesu staje się często przyspieszenie inicjacji alkoholowej i coraz intensywniejsze jego spożywanie. Druga ścieżka wykształca się wtedy, gdy odpowiedzią młodego człowieka na **dysharmonię w rodzinie jest emocjonalne „opuszczenie” rodziny**. W wyniku rozluźnienia więzi może dojść do konieczności przedwczesnego podjęcia roli dorosłego, przy niskim jeszcze poziomie kompetencji społecznych.



Rys. 5.2. Model pośredniczenia przez inne zmienne wpływu pierwotnej zmiennej – alkoholizm w rodzinie na problemy rozwojowe okresu dorastania

Źródło: opracowanie własne.

W literaturze przedmiotu pojawiają się hipotezy, że dojrzewanie biologiczne dzieci alkoholików może nasilać istniejącą u nich podatność na zaburzenia oraz zwiększać stres i napięcia u pozostałych członków rodziny (Steinberg, 1990; Molina, Chassin, 1996), a tym samym przyczyniać się do zwiększenia ryzyka zaburzeń psychicznych i trudności w realizacji zadań rozwojowych (Windle, Davies, 2003; Cierpiałkowska, Ziarko, 2006). Oprócz czynników związanych z dojrzewaniem proces wypełniania zadań rozwojowych adolescencji może być utrudniony przez inne niespecyficzne dla alkoholu zmienne. Jedną z nich jest **temperament i osobowość**. Czynniki temperamentalne i osobowościowe są bardzo istotne w radzeniu sobie z wyzwaniami życiowymi, gdyż odpowiadają za emocjonalną reaktywność i regulację zachowania. W kształtowaniu się ścieżek rozwojowych, podobnie jak w wieku szkolnym, szczególną rolę odgrywa tzw. **trudny temperament**, który jest istotnym predyktorem późniejszych problemów rozwojowych. Trudny temperament oznacza w okresie adolescencji, m.in. wysoki poziom pobudzenia, niską orientację na cel, impulsywność, sztywność oraz negatywny nastrój (Windle i in., 2009). Istotnymi cechami osobowości, które mogą zaburzać przebieg rozwoju młodzieży, jest znaczne zapotrzebowanie na stymulację, silna zależność od nagrody, słaba wrażliwość na karę, agresywność oraz niska kontrola behawioralna. Cechy te stanowią istotny czynnik ryzyka w zakresie wczesnej inicjacji alkoholowej oraz zwiększają podatność na uzależnienia i inne zaburzenia psychiczne (Cloninger i in., 1988; Tubman i Windle, 1995; Zucker, 2006).

■ Adam, lat 20

Adam był wychowywany przez oboje rodziców nadużywających alkoholu. Dodatkowo ojciec przejawiał zachowania antyspołeczne. Adam mieszkał wraz z rodzicami i czworgiem rodzeństwa w starej kamienicy w centrum

miasta. Jego dzieciństwo było bardzo trudne, naznaczone licznymi negatywnymi doświadczeniami życiowymi. Konflikty rodzinne, przemoc, zaniedbanie, bieda, patologiczne środowisko rodzinne i lokalne. W jego otoczeniu wszyscy dorośli pili i nikt nie pracował. Pili, palili i ćpali też starsi koledzy. Życie rodzinne i towarzyskie toczyło się na podwórku. W szkole podstawowej chłopiec z trudem przechodził z klasy do klasy. Nie uczył się, wagarował, sprawiał problemy wychowawcze. Problemy nasiliły się w gimnazjum. Adam wchodził w konflikt z prawem, miał „na koncie” włamania, podpalenia itp. Przypadkowo w ostatniej klasie gimnazjum trafił na trening piłki ręcznej. Jego dobry refleks, siłę, szybkość i zwinność szybko wypatrzył trener. Chłopak zwiększył częstotliwość treningów i osiągał coraz więcej sukcesów. Został powołany do kadry wojewódzkiej. Dzięki wsparciu finansowemu klubu jeździł na obozy, zgrupowania i sparingi wyjazdowe. Warunkiem uzyskania tej pomocy było jednak dobre świadectwo. Adam obiecał trenerowi, że będzie systematycznie chodził do szkoły i bez problemu zdawał do klasy. Przy wsparciu i życzliwości trenera słowa dotrzymał. Chłopiec ukończył gimnazjum, potem technikum, zdał maturę i dostał się na studia (kierunek: wychowanie fizyczne). Jest członkiem uniwersyteckiej drużyny piłki ręcznej. Jak sam mówi: „Jak na razie odniosłem w życiu sukces, ale zawsze pamiętam, skąd pochodzę. Gdyby trener we mnie nie uwierzył, nigdy by mnie tu nie było. Będę mu wdzięczny do końca życia. Mam więcej kolegów w więzieniu niż na wolności. Jestem jedynym członkiem bliższej i dalszej rodziny, który zdał maturę. Ale ciągle jestem dzieckiem swojej ulicy. I muszę się pilnować. Moje życie nieustannie zależy od moich kolejnych decyzji”.

W okresie dorastania, mimo wzrastającej niezależności nastolatków, relacje z rodzicami stanowią ważny czynnik wpływający na przebieg ścieżek rozwoju. Biorąc pod uwagę dotychczasową wiedzę i aktualny stan badań, można wnioskować, że alkoholizm rodziców wraz z współlistniejącymi z nim problemami upośledza jakość sprawowania funkcji rodzicielskich, szczególnie w zakresie udzielanego wsparcia i utrzymania konsekwentnej dyscypliny (Zucker, Ellis, Bingham, Fitzgerald, 2000; Cierpiałkowska, 2003; Grzegorzewska, 2011a). Specyfika choroby alkoholowej powoduje, że zarówno pijący, jak i niepijący rodzice przejawiają trudności w zakresie okazywania zainteresowania dzieciom i kierowania ich rozwojem (np. niekonsekwencja zachowań rodzicielskich, agresywność alkoholika podczas egzekwowania obowiązków, emocjonalna niedostępność w sytuacjach trudnych). Inne czynniki ryzyka związane bezpośrednio z alkoholizmem rodzica to brak stabilności w oddziaływaniach rodziców, niski poziom wsparcia, wysoki poziom konfliktów oraz nadmierny stres, który upośledza funkcjonowanie poszczególnych członków rodziny. Wpływy niespecyficzne dla alkoholu związane są z ogólnie niską

predyspozycją osobowościową i środowiskową do pełnienia roli rodzicielskiej, m.in. z powodu współistniejących zaburzeń psychicznych czy ogólnie niższych umiejętności rozpoznawania i dopasowywania się do potrzeb rozwojowych nastolatka (Cierpiałkowska, 2005; Cierpiałkowska, Ziarko, 2006). Na tej podstawie można uznać istnienie jednej z możliwych, powiązanych wzajemnymi zależnościami ścieżek ryzyka związanych z alkoholizmem rodziców.

Wpływ rodziny alkoholowej na realizację zadań rozwojowych okresu dorastania w sposób pośredni ujawnia się w doborze grup rówieśniczych. Trudna sytuacja domowa zwiększa prawdopodobieństwo, że dzieci alkoholików wybierają rówieśników o podobnych nastawieniach i zachowaniach, jakie sami mają (Farrell, 1984). Jest to tak zwany model selekcji rówieśniczej. Potwierdzają go badania Currana, Stice i Chassina (1997), w których stwierdzono, że adolescenty z rodzin z problemem alkoholowym i ich koledzy spożywali więcej środków psychoaktywnych niż ich rówieśnicy z rodzin bez tego problemu. Zgodnie z hipotezą wzrostu identyfikacji płciowej w okresie dorastania chłopcy są bardziej skłonni do podporządkowania się rówieśnikom i akceptacji norm grupowych oraz podejmowania w związku z tym zachowań ryzykownych i aspołecznych (Aseltine, 1995). Działa tu mechanizm odmiennych dla płci nacisków socjalizacyjnych – od chłopców społeczeństwo wymaga podejmowania nowych wyzwań oraz większej autonomii i samodzielności w podejmowaniu decyzji, co sprzyja eksperymentowaniu i nasila zachowania ryzykowne w grupach rówieśniczych. Zgodnie z tradycyjnymi zadaniami dla ról kobiecych – od dziewcząt wymaga się dbałości o harmonię w związkach interpersonalnych i większej ostrożności wobec nowości, co może opóźniać proces eksperymentowania i naśladowania zachowań niedostosowanych społecznie (Windle, Davies, 2003). Badania prowadzone z perspektywy psychopatologii rozwojowej wskazują na płeć jako czynnik modyfikujący przebieg rozwoju dzieci alkoholików. I chociaż nie wszystkie wyniki są jednoznaczne, można przypuszczać, że przebieg rozwoju młodych dziewcząt wychowujących się w rodzinach z problemem alkoholowym jest jakościowo różny od ścieżek rozwojowych chłopców. Z jednej strony typowa dla dziewcząt troska o harmonijne więzi i dobry klimat w rodzinie może pełnić funkcje adaptacyjne; z drugiej zaś – podwyższona wrażliwość na dysharmonię, powodując zwiększenie stresu i obciążeń psychicznych, przyczynia się do nasilenia zaburzeń, zwłaszcza o charakterze internalizacyjnym (Chase-Lansdale, Wakschlag, Brooks-Gun, 1995; Davies, Windle, 1997). U chłopców, synów alkoholików istnieje zaś zwiększone prawdopodobieństwo trudności w samoregulacji i kontroli zachowań (po części uwarunkowane temperamentalnie), co może powodować większe trudności w nauce i niższe osiągnięcia szkolne, a brak sukcesów i konflikty interpersonalne sprzyjają wykluczeniu

z normatywnych grup rówieśniczych i wchodzenie w grupy o podobnych problemach emocjonalno-społecznych (Pihl i Bruce, 1995; Chassin i in., 2013). Czynniki konstytucjonalne związane z historią alkoholizmu w rodzinie z jednej strony, agresja i przemoc między rodzicami z drugiej sprzyjają zachowaniom impulsywnym i nadmiernej aktywności u potomstwa. Zachowania te nasilają trudności interpersonalne oraz ograniczają możliwości osiągania pozytywnych stanów emocjonalnych. Taki układ cech osobowości sprzyja eksternalizacji problemów u chłopców.

Badania prowadzone na gruncie amerykańskim wskazują na istotne trudności doświadczane przez dzieci alkoholików podczas realizacji wybranych zadań rozwojowych okresu dorastania. Na przykład, badania nad kształtowaniem **relacji interpersonalnych** w okresie młodzieńczym ujawniły, że nieprawidłowe relacje z rówieśnikami miało aż 87% nastolatków z rodzin alkoholowych, a 64% wykazało trudności w nawiązywaniu relacji z osobami przeciwnej płci, co było spowodowane brakiem zaufania i nadmierną podejrzliwością (Booz-Allen, Hamilton, 1974). Równocześnie jedną z poważniejszych konsekwencji rozwojowych dorastania w rodzinie alkoholowej jest nieprawidłowy rozwój **poczucia tożsamości** opartego na zintegrowanym i względnie spójnym Ja (Beletsis, Brown, 1981). Trudności w kształtowaniu się poczucia tożsamości opartego na eksplorowaniu i doświadczaniu różnych aspektów siebie oraz adekwatnych, zgodnych z zasadą rzeczywistości informacjach zwrotnych od rodziców i rówieśników może powodować poważniejsze problemy z identyfikacją (por. Park, Schepp, 2015).

Zgodnie z **zasadą kanalizacji**, im dłużej dziecko pozostaje na dostosowanych lub niedostosowanych ścieżkach rozwojowych, tym są one bardziej trwałe. Potwierdzają to liczne badania wskazujące, że wczesny rozwój niedostosowania przyczynia się do utrwalenia niewłaściwych wzorców zachowań, zwłaszcza o charakterze eksternalizacji problemów. Wydaje się więc wysoce prawdopodobne, że ścieżki rozwojowe prowadzące do zachowań problemów, które, pojawiając się dopiero w adolescencji, będą miały charakter tymczasowy i nietrwały (Cicchetti, Cohen, 1995; Zucker i wsp., 1995). Wyjaśnianie złożonej struktury czynników psychospołecznych i konstytucjonalnych, które stanowią podstawę związków między alkoholizmem rodziców a podatnością potomstwa na zaburzenia, dokonywane jest według modeli wielu zmiennych pośredniczących, a także modeli wielu zmiennych modyfikujących. Chassin i współpracownicy (1996, także Chassin i in., 2013) opisali złożoną strukturę czynników przenoszących, czyli pośredniczących w działaniu zmiennej – alkoholizm rodziców. Do zmiennych pośredniczących w omawianym modelu zaliczyli: rozluźnienie nadzoru rodzicielskiego, negatywny afekt oraz kontakty z rówieśnikami nadużywającymi środków psychoaktywnych.

Natomiast modele wielu zmiennych modyfikujących muszą uwzględniać **zasadę relatywizmu kontekstualnego i ekologicznego**. Najnowsze badania podają w wątpliwość tezę, że czynniki ochronne występujące w rodzinie alkoholowej (np. dobre relacje rodzic – dziecko) posiadają działanie zabezpieczające we wszystkich kontekstach. Badanie Andrews, Hopsa i Ducana (1997) wykazało, że w rodzinach, gdzie nadużywa się alkoholu, dobre więzi między rodzicami a dziećmi zamiast zmniejszać, mogą zwiększać podatność młodzieży na rozwój zaburzeń w zakresie pewnych obszarów funkcjonowania (np. używanie środków psychoaktywnych). Dobra relacja alkoholik – dziecko zwiększa bowiem prawdopodobieństwo, że zachowanie potomka będzie kształtowane prezentowanym przez rodzica wzorcem spożycia alkoholu. Tak więc dynamiczne modele kontekstualne podkreślają, że charakter modyfikującego wpływu jakiegoś czynnika zależy od szerszego kontekstu ekologicznego.

Model modyfikującego pośrednictwa wspierają również badania Manuela Barrera, Susan Li i Laurie Chassin (1995), których wyniki potwierdziły tezę, że nasilenie konfliktów w rodzinie jest jednym z czynników sprzyjających procesowi przenoszenia skutków alkoholizmu rodzica na poziom stresu u potomstwa. Ustalono, że konflikty w rodzinie odgrywają ważną rolę pośredniczącą w interakcji między stresem a symptomami alkoholizmu wyłącznie u dzieci alkoholików.

Nieliczne badania na temat **poziomu realizacji zadań rozwojowych** przez dzieci z rodzin alkoholowych, prowadzone na gruncie polskim, dały niejednoznaczne rezultaty. Stępień (1991) dokonała analizy porównawczej między grupą dzieci alkoholików a dziećmi z grupy kontrolnej w zakresie aktualnej realizacji zadań rozwojowych okresu dorastania, pilności własnych dążeń w ich urzeczywistnianiu oraz wsparcia uzyskiwanego od rodziców w realizacji tych zadań. Badaniami objęto 48 rodzin z problemem alkoholowym oraz 43 rodziny z grupy kontrolnej, w której nie zidentyfikowano problemu alkoholowego. Badano pięć typowych zadań rozwojowych adolescencji: (1) mieć grono bliskich przyjaciół (koledzy), (2) wyglądać jak osoba dorosła (wygląd), (3) radzić sobie samodzielnie ze swoimi sprawami (samodzielność), (4) wiedzieć jak funkcjonuje państwo (polityka) oraz (5) planować swoje dorosłe życie (przyszłość).

Uzyskane wyniki badań wskazały, że pod względem ogólnej oceny własnych aktualnych osiągnięć w realizacji zadań, młodzież z rodzin alkoholowych nieznacznie różniła się od młodzieży z rodzin bez tego problemu. Zaobserwowano natomiast różnice, które najprawdopodobniej wynikają ze specyfiki doświadczeń wychowawczych w rodzinach z problemem alkoholowym. Dotyczyły one mniejszej samodzielności i słabszej orientacji w życiu politycznym. Jednocześnie młodzież z rodzin alkoholowych okazała się

w istotnie mniejszym stopniu zainteresowana szybką realizacją zadań rozwojowych okresu dorastania aniżeli młodzież z grupy kontrolnej. Znaczące różnice dotyczyły przede wszystkim zadań związanych z tworzeniem własnej perspektywy życiowej oraz samodzielny radzeniem sobie ze swoimi sprawami, z podobną tendencją w zakresie zadań pozostałych. Ponadto okazało się, że młodzież z obu grup uważa za najpilniejsze i najmniej pilne do realizacji te same zadania, co oznacza, że problem alkoholowy w rodzinie nie powoduje u dorastających jednostek zmian w strukturze ważności zadań – choć globalnie obniża gotowość do szybkiej ich realizacji.

W badaniach Grzegorzewskiej (2011b) prowadzonych na grupie 91 dzieci pijących i leczących się alkoholików wykazano, że dzieci nie pijących, leczących się alkoholików realizują zadania rozwojowe (poza zadaniem osiągnięcia niezależności) na podobnym poziomie jak dzieci pijących alkoholików oraz dzieci z rodzin bez problemu alkoholowego. Wskazuje to na zapoczątkowanie w tych rodzinach pozytywnych zmian rozwojowych. Co zaskakujące, dzieci z rodzin alkoholowych, niezależnie od tego, czy uzależniony ojciec pije czy utrzymuje abstynencję, wykazują **niską aktywność** w zakresie osiągnięcia **samodzielności i niezależności w relacjach z rodzicami**. Najniższy poziom osiągnięcia zadań rozwojowych okresu dorastania stwierdzono u dzieci pijących alkoholików, co potwierdza tezę o destrukcyjnym wpływie alkoholizmu rodziców na rozwój dzieci. Porównanie uwarunkowań realizacji zadań rozwojowych w rodzinach alkoholowych z nie leczącym się i leczącym się ojcem alkoholikiem oraz w rodzinach bez problemu alkoholowego wskazuje, że w każdej grupie badanych ujawnia się inny układ czynników wpływających na osiągnięcie zadań rozwojowych. Na podstawie otrzymanych rezultatów zdołano wyszczególnić następujące **czynniki facylitujące realizację zadań rozwojowych**: (a) w grupie dzieci pijących alkoholików – sprawowanie funkcji rodzicielskich przez matkę dziecka: wysoki poziom więzi i kontroli, (b) w grupie dzieci leczących się alkoholików – cechy temperamentu dziecka: duża siła procesu hamowania, ruchliwość i równowaga procesów nerwowych oraz wysokie nasilenie pozytywnych doświadczeń życiowych, (c) w grupie dzieci niealkoholików – cechy temperamentu dziecka: duża siła procesu pobudzenia i hamowania, ruchliwość i równowaga procesów nerwowych oraz sprawowanie funkcji rodzicielskich przez obojga rodziców: wysoki poziom więzi i kontroli. Do **czynników hamujących** osiągnięcie niezależności od rodziców zaliczono w grupie dzieci leczących się alkoholików – wysoki poziom kontroli sprawowanej przez matkę dziecka, natomiast w grupie dzieci niealkoholików – duże nasilenie negatywnych doświadczeń życiowych.

Podsumowując, można uznać, że istnieje wiele czynników ryzyka i zasobów towarzyszących dzieciom alkoholików na drodze ich rozwoju. Są to

czynniki występujące na płaszczyźnie indywidualnej, rodzicielskiej, rodzinnej i pozarodzinnej (rówieśniczej). Należy jednak być bardzo ostrożnym w przypisywaniu patologii rozwojowej tym dzieciom, ponieważ wielu z nich rozwija się prawidłowo, po bardziej lub mniej prostych trajektoriach. Poziom realizacji zadań rozwojowych poszczególnych etapów jest zależny od wzajemnie oddziałujących zmiennych, związanych z podatnością i odpornością dzieci alkoholików. Kluczowym zadaniem dla badaczy staje się więc poszukiwanie czynników ochronnych, pośredniczących i modyfikujących działanie czynników, które przyczynią się do zrozumienia zjawiska zróżnicowanych ścieżek rozwojowych i losów dzieci alkoholików.

5.2. Konsekwencje dorastania w rodzinach z problemem alkoholowym

Zwiększone ryzyko wystąpienia problemów ze zdrowiem psychicznym wynika z działania specyficznych, jak i niespecyficznych czynników leżących po stronie rodziców nadużywających lub uzależnionych od alkoholu, podatności i odporności dzieci oraz właściwości prozdrowotnych środowiska pozarodzinnego. W sytuacji kumulowania się różnych czynników ryzyka, przy braku lub niskich zasobach, pojawia się większe prawdopodobieństwo wystąpienia problemów psychicznych u potomstwa rodziców pijących szkodliwie lub uzależnionych. Teza ta znalazła potwierdzenie nie tylko w doniesieniach klinicznych, ale także w wielu badaniach empirycznych. Trudności ujawniają się na różnych etapach życia dzieci, młodzieży i osób dorosłych w wielu sferach ich funkcjonowania, które mają u podłoża albo tendencję do eksternalizacji lub internalizacji problemów.

5.2.1. Problemy psychospołeczne w okresie dzieciństwa

Zagadnienia związane z konsekwencjami picia rodziców na zdrowie i funkcjonowanie dzieci od lat zwracają uwagę zarówno badaczy, jak i praktyków klinicznych. Wiele badań podejmowanych w tym obszarze wskazuje, że taki wpływ istnieje, a jego skutki można obserwować w pięciu głównych obszarach: 1) zdrowia fizycznego; 2) zaburzeń behawioralnych; 3) wczesnego i intensywnego picie alkoholu; 4) problemów emocjonalnych oraz 5) trudności w nauce.

Zdrowie fizyczne dzieci pijących rodziców

Dzieci rodziców pijących szkodliwie są szczególnie narażone na różne schorzenia, dolegliwości i urazy fizyczne. Pierwszy podstawowy problem, który się pojawia dotyczy dzieci obciążonych piciem matki w czasie ciąży.

Negatywne skutki takiego zachowania matki objawiają się nie tylko zespołem FAS u dzieci (szerzej o tym w poprzednim rozdziale), lecz także innymi problemami fizycznymi. Skala tego problemu jest ogromna, bo jak podaje WHO (2006), FAS jest jednym z trzech głównych powodów opóźnień rozwojowych u niemowląt, oprócz zespołu Downa i zespołu kruchego chromosomu X (*Fragile X Syndrom*). Wczesne badania nad zdrowiem noworodków matek pijących w czasie ciąży wykazały, że ujawniają one po urodzeniu dwukrotnie więcej nieprawidłowości niż dzieci matek niepijących (Ouellette, Rosett, Rosman, 1977) oraz znacznie częściej wolniej rosną i wolniej przybierają na wadze (Streissguth 1977). Nowsze badania pokazują, że konsekwencje picia w czasie ciąży, oprócz spontanicznych poronień, dotyczą także niedoboru wzrostu w okresie prenatalnym i postnatalnym, urazów okołoporodowych, deficytów neurorozwojowych, w tym upośledzenia umysłowego potomstwa (Kesmodel i in., 2002; Sokol, Delaney-Blac, Nordstrom, 2003; Stratton, Howe, Battaglia, 1996).

Dzieci pijących rodziców doznają także innych problemów zdrowotnych, co w sposób istotny związane jest z problemem alkoholowym w rodzinie. Na przykład, w wieku przedszkolnym dzieci z rodzin alkoholowych 65% częściej **chorują somatycznie** niż dzieci z grupy kontrolnej (Putnam, 1985), częściej też mają **skłonności do alergii, przeziębień**, chorób gardła i anemii (Moos, Billings, 1982), **schorzeń układu pokarmowego i zaburzeń odżywiania**, w tym obżarstwa (Chandy i in., 1995; Kanter, Willimas, Cummings, 1992) oraz **zaburzeń snu** (Jangalapalli, 2009). W badaniach Woodside i współpracowników (1993) wykazano, że dzieci alkoholików w porównaniu ze swoimi rówieśnikami więcej dni spędzają na zwolnieniach lekarskich i w szpitalach, są też bardziej podatne na specyficzne urazy fizyczne (jak złamania, zwichnięcia i skręcenia) oraz zatrucia. Dodatkowo, synowie alkoholików częściej wykazują poważne choroby i niepełnosprawności, a córki są częściej hospitalizowane (Putnam, 1985). Dzieci z rodzin alkoholowych powyżej 15. roku życia znacząco częściej korzystają z pomocy lekarskiej, ich dolegliwości częściej wymagają poważnego leczenia, a urazy i zranienia interwencji medycznej (Adger, 2004; Gance-Cleveland, Mays, Steffen, 2008; Jangalapalli, 2009).

Oslabienie zdrowia fizycznego u dzieci z rodzin z problemem alkoholowym to także mniej zdrowy styl życia, obejmujący palenie, picie i używanie narkotyków, osłabienie aktywności fizycznej, złe nawyki żywieniowe (mało warzyw i owoców, dużo przetworzonej, gotowej żywności) i nadmierne korzystanie z mediów elektronicznych (telefonu, gier komputerowych, telewizji) (Serec i in., 2012).

Zaburzenia zachowania

Rezultaty badań potwierdzają, że dzieci pijących rodziców wykazują bardziej nasilone problemy z zachowaniem niż ich rówieśnicy – od niewielkich, przemijających trudności do poważniejszych zaburzeń psychicznych o **charakterze eksternalizacyjnym**. Udokumentowano, że dzieci alkoholików w wieku 6 – 17 lat wykazują więcej objawów **nadpobudliwości psychoruchowej** z deficytem uwagi i kontroli zachowania (ADHD) i **zaburzeń opozycyjno-buntowniczych** (ODD) niż dzieci z grupy kontrolnej (Earls i in., 1998; Park, Schepp, 2015). Dodatkowo stwierdzono, że dzieci uzależnionych od alkoholu rodziców często ujawniają następującą ścieżkę zaburzeń – niski poziom empatii wpływa na obniżenie umiejętności i adekwatności społecznej, co powoduje negatywne oceny ze strony dorosłych i rówieśników, obniżające samoocenę. Negatywne oceny ze strony innych oraz niska samoocena są źródłem stresu, z którym dziecko nie radzi sobie inaczej niż przez zachowania impulsywne (Jones, 1968). Badania Leonarda i Eidena (2007) pokazują, że zwiększona podatność dzieci alkoholików na eksternalizację problemów jest wynikiem ich cech temperamentu, osłabionej jakości sprawowania funkcji rodzicielskich (niskie ciepło i wrażliwość u matek) oraz deficytów w zdolnościach do samoregulacji od niemowlęctwa do okresu przedszkolnego.

Szczególną rolę w kształtowaniu podatności na zaburzenia zachowania u dzieci pijących rodziców odgrywają **współwystępujące z alkoholizmem inne zaburzenia**, zwłaszcza antyspołeczne zaburzenia osobowości i zaburzenia afektywne (depresja) (Fitzgerald, Davies, Zucker, 2002; Zucker, Ellis, Bingham, Fitzgerald, 1996). Zarówno depresja, jak i antyspołeczne zachowania wpływają na osłabienie jakości rodzicielstwa, w postaci mniejszego zaangażowania emocjonalnego i słabszej werbalnej i emocjonalnej odpowiedzi na reakcje i zachowanie dziecka (Florsheim, Moore, Zollinger, MacDonald, Sumida, 1999; Jameson, Gelfand, Kulcsar, Teti, 1997; Martinez i in., 1996; Rosenblum i in., 1997). Dodatkowo, matki pijące szkodliwie, u których występują jednocześnie zaburzenia antyspołeczne i depresja ujawniają nasilone tendencje do wrogości i fizycznej przemocy wobec dziecka (Cohen, Caspi, Rutter, Tomas, Moffitt, 2006), co w interakcji z tendencją do reagowania przez dziecko negatywnymi afektami powoduje pojawienie się zaburzeń zachowania (Rhule, McMahon, Spieker, 2004). Wydaje się zatem, że te aspekty zachowania rodziców mogą być bezpośrednim predyktorem wyższego wskaźnika zaburzeń behawioralnych u dzieci z rodzin z problemem alkoholowym.

Poniżej przedstawiono wyniki przeglądu badań z ostatnich 30 lat dokonane przez Park i Schepp (2013) na temat rodzaju rozpoznawanych u dzieci i adolescentów alkoholików problemów psychicznych i zachowania. Uwzględniono niektóre, najważniejsze rezultaty.

Tabela 5.6. Trudności i zaburzenia psychiczne u dzieci rodziców szkodliwie pijących

Wiek dziecka	Konsekwencje	Wiek dziecka	Konsekwencje
Dzieci 6 – 12 lat	Eksternalizacja problemów	Adolescenci 13 – 18 lat	Eksternalizacja problemów
	Internalizacja problemów – depresja, lęki		Internalizacja problemów – depresja, lęki
	Niski poziom osiągnięć szkolnych		Niski poziom zdobytego wykształcenia
	Niski poziom kompetencji społecznych		Niskie zdolności poznawcze i osiągnięcia szkolne
	Zaburzenia psychiczne np. ADHD, fobie, tiki, moczenie nocne, zaburzenia lękowe i afektywne		Zaburzenia psychiczne np. nadużywanie substancji psychoaktywnych, próby samobójcze, zaburzenia odżywiania
			Postawy antyspołeczne i zachowania przestępcze

Źródło: opracowano na podstawie Park, Schepp, 2013, s. 1224.

Wczesne i intensywne picie alkoholu

Związki między alkoholizmem rodziców, zwłaszcza ojców a późniejszymi problemami z uzależnieniem ich potomstwa od lat stanowią jeden z ważniejszych problemów badawczych. Uzyskane dotąd rezultaty bezsprzecznie wskazują, że alkoholizm i uzależnienia od innych substancji psychoaktywnych mają przebieg rodzinny, co oznacza, że potomstwo jest bardziej podatne niż dzieci z innych rodzin na problemy z piciem alkoholu i używaniem narkotyków. Jest to spowodowane zarówno czynnikami genetycznymi (por. rozdz. 3), jak i środowiskowymi (por. rozdz. 4). Na podstawie aktualnej wiedzy w tym zakresie można uznać, że wśród dzieci alkoholików **podatność na uzależnienie jest czterokrotnie większa** niż u ich rówieśników (Schuckit, Goodwin, Winokur, 1972; Goodwin, 1985). Dotyczy ona nie tylko picia alkoholu, ale także zażywania narkotyków czy leków.

Zależność między uzależnieniem rodzica a zbyt wczesnym i intensywnym piciem przez potomstwo lub spożywaniem innych substancji psychoaktywnych jest bardzo silna (Barnes, Windle, 1987; Lieb i in., 2002). Badania longitudinalne Jennison i Johnson (1998) pokazały, że synowie alkoholików w porównaniu z synami niealkoholików piją częściej i zdecydowanie większe dawki alkoholu, wcześniej zaczynają ujawniać problemy z alkoholem, a objawy uzależnienia wskazują na jego głębszą postać. W innych badaniach udokumentowano związek pomiędzy zaburzeniami psychicznymi rodziców

spowodowanymi używaniem alkoholu a wzorcami picia u ich potomstwa, zwłaszcza w zakresie ujawniania objawów uzależnienia (Lieb i in., 2002). Ponadto, Lindgaard (2005) stwierdził, że dzieci uzależnionych rodziców nie tylko same częściej piją szkodliwie, ale też częściej wchodzi w związki partnerskie z osobą uzależnioną.

W literaturze powszechnie wskazuje się, że wpływ problemowego picia rodzica na późniejsze problemy dzieci z uzależnieniem dotyczy głównie ojców i synów. Tym niemniej, pojawiają się także doniesienia o **negatywnym wpływie pijących matek** na późniejsze problemy z alkoholem ich dzieci. Na przykład, w badaniach Zhang i współpracowników (Zhang, Wang, Lu, Qiu, Fang, 2004) zaobserwowano, że problemowe picie matek jest znaczącym czynnikiem ryzyka alkoholizmu u ich dzieci. Natomiast w pracy Ohannessian i współpracowników (Ohannessian i in., 2004) wykazano, że zmartwienia związane z piciem matki są silnym predyktorem przyszłych problemów potomstwa z uzależnieniem i depresją, natomiast zmartwienia związane z piciem ojca korelują tylko z problemami behawioralnymi, w tym z alkoholem. Generalnie, uzyskane wyniki pozwalają na sformułowanie wniosku, że szkodliwe picie matki wpływa na sposób używania alkoholu przez ich dzieci, chociaż zagadnienie to wymaga dalszych badań.

Problemy emocjonalne

Konsekwencje wychowywania się w rodzinie z problemem alkoholowym nie dotyczą tylko zaburzeń zachowania i wczesnych problemów z uzależnieniem od środków psychoaktywnych, ale także różnych problemów emocjonalnych. Wykazano związki między alkoholizmem rodziców a takimi zaburzeniami u potomstwa, jak: depresja, lęki, fobie, zaburzenia posttraumatyczne i zachowania suicydalne (Langeland i wsp., 2005; Christofferson, Soothill, 2003; Locke, Newcomb, 2004). Na przykład, wyniki badań wskazują na większy odsetek symptomów **obniżonego nastroju i zaburzeń depresyjnych** u dzieci z rodzin z problemem alkoholowym w porównaniu z dziećmi z rodzin bez problemu alkoholowego (Fitzgerald i in., 1993). Problemy emocjonalne nasilają się, jeśli dziecko doświadcza w domu rodzinnym wielu niekorzystnych doświadczeń życiowych, związanych przede wszystkim z piciem rodzica (Anda i in., 2002). Dodatkowo, dzieci uzależnionych rodziców częściej cierpią na **uogólnione zaburzenia lękowe** (Earls i in., 1998) i częściej są hospitalizowane z powodu zaburzeń psychicznych (West i Prinz, 1987). Ich problemy emocjonalne dotyczą także obniżonej samooceny, psychosomatycznych reakcji na stres czy trudności z tożsamością (Hughes, 1977; Sher, 1991; Reich, 1993; Kanus, 2014). W innych badaniach wykazano, że dzieci pijących rodziców charakteryzują się wyższym poziomem negatywnej emocjonalności niż ich rówieśnicy z rodzin bez problemu alkoholowego oraz wyższym poziomem samotności, wyobcowania i za-

burzeń związanych ze stresem (Elkins i in., 2004). W badaniach Christensen i Bilenberg (2000) wykryto związek między problemami emocjonalnymi a płcią dziecka. W rodzinach z problemem alkoholowym więcej internalizacyjnych problemów doświadczały dziewczynki. Dodatkowo okazało się, że związek ten jest modyfikowany przez płeć pijącego rodzica. W rodzinach z pijącą matką córki wykazywały wyższe wyniki w symptomatologii depresji i innych zaburzeń emocjonalnych, natomiast w rodzinach z pijącym ojcem większy odsetek problemów emocjonalnych ujawniali synowie.

Problemy emocjonalne dzieci pijących rodziców są wynikiem bezpośredniego i pośredniego wpływu picia rodzica na funkcjonowanie psychiczne jego dziecka. Po pierwsze, dzieci pijących rodziców mogą mieć trudności z normalnym wyrażaniem gniewu i innych negatywnych emocji z powodu strachu przed złym humorem lub rozdrażnieniem rodzica. Złość na pijącego rodzica, a częściej złość w stosunku do niepijącego rodzica za brak wsparcia i ochrony to częste doświadczenia emocjonalne potomstwa. Tłumienie tych emocji przyczynia się do obniżenia poczucia własnej wartości i w konsekwencji do rozwoju poważniejszych problemów emocjonalnych. Po drugie, dzieci alkoholików często doznają konfuzji spowodowanej niestabilnością środowiska domowego i niestabilnością zachowań i reakcji rodzica (zmiana od miłości do złości następuje bardzo często). Ten brak stabilności przyczynia się do nasilenia wstydu, winy i poczucia osamotnienia. Dodatkowo, picie rodzica powoduje, że typowe interakcje między rodzicami a dziećmi w rodzinach z problemem alkoholowym występują rzadko lub w ogóle nie występują, ponieważ rodzic jest zajęty pozyskiwaniem alkoholu, piciem lub trzeźwieniem. Poza tym pijący rodzice mają zazwyczaj inne priorytety niż nie pijący rodzice i ich głównym celem staje się pozyskanie i używanie alkoholu, a nie wychowywanie dzieci. Oprócz tego, zachowania wielu alkoholików są nieprzewidywalne, a ich dzieci tracą wiele energii na rozpoznanie i przewidywanie nastroju rodzica oraz na odgadnięcie, czego on może chcieć lub potrzebować. Wywołuje to ogromne napięcie i stres, a w konsekwencji poczucie zmęczenia i wyczerpania. W wyniku tego stale i konsekwentnie zaniedbywane są potrzeby dzieci, co negatywnie wpływa na ich stan emocjonalny.

Problemy szkolne

Kolejne pytanie, jakie pojawia się w związku z analizą konsekwencji picia rodzica na zdrowie potomstwa, dotyczy funkcjonowania szkolnego dzieci. Niższe osiągnięcia szkolne uzyskiwane przez dzieci alkoholików są dość dobrze udokumentowane. W badaniach wykazano deficyty w wybranych obszarach funkcjonowania poznawczego dzieci aktywnie pijących alkoholików, w tym zaburzenia wzrokowo-przestrzenne, deficyty uwagi, zaburzenia pamięci (Ozkaragoz, Satz, Noble, 1997). Podobne rezultaty uzyskał Tarter ze

współpracownikami (1989), wskazując na obniżony iloraz inteligencji słownej dzieci alkoholików oraz trudności w zakresie koncentracji uwagi. Dodatkowo, dzieci alkoholików gorzej radziły sobie z wieloma przedmiotami, osiągając niższe oceny z czytania, matematyki i języka ojczystego (McGrath, Watson, Chassin, 1999; Marcus, 1986; Hyphantis, Koutras, Liakos, Marselos, 1991). Ogólnie, dzieci pijących rodziców doświadczają więcej problemów szkolnych, częściej wagarują i nie kończą szkoły oraz znacznie częściej z powodu doświadczanych trudności w nauce są odsyłani do pedagoga lub psychologa szkolnego (Sher, 1997; Corrao i in., 1993).

W literaturze podejmowane są próby wyjaśnienia **mechanizmów wpływu alkoholizmu rodzica na osiągnięcia szkolne** dzieci, ale wyniki badań są na tyle niejednoznaczne, że uznano hipotezę o różnych ścieżkach pojawienia się niskich wyników w nauce. Przede wszystkim wskazuje się na neurobiologiczne podłoże obserwowanych trudności (Tarter, 1989), przy znaczącym współudziale czynników środowiskowych. Na przykład, Casas-Gil i Navarro-Guzman (2002) wskazują, że niepowodzenia edukacyjne dzieci z rodzin z problemem alkoholowym są wynikiem, z jednej strony codziennego opuszczania zajęć, z drugiej – wydalenia ze szkoły. W innych badaniach wskazuje się na rolę takich czynników, jak słaba kontrola rodzicielska, brak wsparcia dziecka w obszarze edukacji, słaba ogólna opieka nad dzieckiem (wyżywienie, ubranie, warunki mieszkaniowe) oraz brak codziennej pomocy przy odrabianiu lekcji (de Marsh, Kumpfer, 1985). Inni badacze sugerują, że trudności szkolne dzieci alkoholików mogą być wynikiem obserwowanej w tej populacji negatywnej oceny własnych kompetencji edukacyjnych. Johnson i Rolf (1988) wykazali w swoich badaniach znaczące różnice w ocenie kompetencji szkolnych przez matki i dzieci z rodzin z problemem i bez problemu alkoholowego. W rodzinach alkoholowych zarówno matki, jak i dzieci zaniżały subiektywną ocenę możliwości i potencjału dziecka, co jak sugerują autorzy badań, może mieć wpływ na zaniżoną motywację do osiągnięć.

5.2.2. Zdrowie psychiczne młodych dorosłych

Zdrowie psychiczne i funkcjonowanie w różnych sferach życia dorosłych z rodzin z problemem alkoholowych jest przedstawiane w literaturze klinicznej i naukowej nieco inaczej, co ma swoje źródła w obserwacjach i badaniach czynionych na nieco innych populacjach. Taki stan sprzyja istnieniu **dwóch zbiorów wiedzy**, które z oczywistych względów nie dysponują podobnymi danymi. Pierwszy, kliniczny, obecny w literaturze popularnej i poradnikach samopomocowych odwołuje się do doświadczeń terapeutycznych, na podstawie których formułowane są opisy funkcjonowania dorosłych w kategoriach tzw. syndromu dorosłych dzieci alkoholików (DDA). Wiedza ta po-

chodzi z pracy terapeutycznej z osobami, które aktywnie poszukują pomocy w związku z cierpieniem psychicznym i zaburzeniami psychicznymi (por. Woititz, 1983 [1993]; Wegscheider-Cruse, 1985; Cermak, 1988; Soblewska-Mellibruda, 2011). Drugi zbiór wiedzy opiera się na wynikach badań, których celem jest stwierdzenie wpływu rodziny alkoholowej na rozwój zdrowia lub zaburzeń dzieci, adolescentów i dorosłych za pomocą procedury porównań międzygrupowych (prospektywnych, retrospektywnych lub longitudinalnych) lub procedury porównań poprzecznych w populacji potomstwa alkoholików. Badania te najczęściej prowadzone są w różnych instytucjach szkolnych, akademickich i/lub pomocowych, dlatego obejmują znacznie szerszą grupę osób niż tylko kliniczną.

Zainteresowanie grupą **dorosłych dzieci alkoholików** znacznie wzrosło po opublikowaniu pracy Janet Woititz *Dorośle Dzieci Alkoholików* (1983, wyd. polskie, 1992). Rozpowszechniło się po doniesieniach zarówno klinicystów, jak i naukowców, że z tej populacji wywodzi się liczna grupa mężczyzn ujawniających problemy z alkoholem (Cloninger, 1987), znaczna liczba kobiet wchodzących w związki małżeńskie z osobami uzależnionymi (Hoenigmann-Lion, Whitehead, 2006) oraz spora grupa osób rozpoczynających terapię problemów psychicznych i małżeńskich. W większości wczesnych prac poświęconych dorosłości dzieci wychowywanych w rodzinach alkoholowych osoby te opisywane były w kategoriach współuzależnienia.

Blok rozszerzający 5.4

Kryteria diagnostyczne współuzależnienia

- A. Poczucie własnej wartości jest uzależnione od spostrzeganej zdolności kontrolowania i wywierania wpływu na uczucia i zachowania własne oraz innych ludzi
- B. Przejęcie odpowiedzialności za zaspokojenie potrzeb innych z pominięciem własnych
- C. Lęk i zaburzenia własnego Ja w relacjach interpersonalnych
- D. Tendencja do utrzymywania bliskich związków z osobami o zaburzonej osobowości, uzależnionych od środków chemicznych, współuzależnionych i/lub impulsywnych
- E. Trzy objawy lub więcej z następujących:
 - 1) zaburzenia regulacji procesów emocjonalnych
 - 2) zaprzeczanie
 - 3) stany depresyjne
 - 4) nadmierna czujność
 - 5) niepokój

- 6) tendencje kompulsywne
 - 7) nadużywanie substancji psychoaktywnych
 - 8) bycie(aktualnie lub w przeszłości) ofiarą przemocy fizycznej lub seksualnej
 - 9) choroby psychosomatyczne
 - 10) utrzymywanie intymnych relacji z osobą uzależnioną przez ostatnie dwa lata, bez szukania pomocy z zewnątrz
- Opracowano na podstawie Cermak, 1988

Początkowo termin **współuzależnienie** był zarezerwowany dla partnerów przejawiających podobne cechy osobowości, jakie uznano za charakterystyczne dla ich uzależnionych mężów lub żon. Z czasem termin ten rozszerzono na wszystkie osoby, które pozostają w związkach miłosnych lub małżeńskich z alkoholikiem oraz te, które mają (lub mieli) jedno lub dwoje rodziców bądź dziadków alkoholików (Wegscheider-Cruse, 1985; Cierpiałkowska, 2010d).

Wraz z rozwojem koncepcji współuzależnienia powstawały coraz to nowe ujęcia dotyczące istoty, genezy oraz przejawów tego zjawiska. Obecnie aktualne są trzy podejścia do tego problemu: współuzależnienie jako choroba, współuzależnienie jako zaburzenie osobowości i współuzależnienie jako wyuczony wzorzec osobowości. W **modelu biologicznym współuzależnienie** traktowane jest jako choroba o nieznanym dotąd patomechanizmie i nieznaney etiologii, wywodząca się z szeroko pojętego procesu chorobowego zwanego procesem nałogowym. Od uzależnienia różni się tym, że osoba współuzależniona nie używa alkoholu (Cierpiałkowska, 2001). W **modelach psychospołecznych współuzależnienie** rozpatrywane jest bardziej w kategoriach jednostki klinicznej, która może mieć swoje źródło w doświadczeniach okresu wczesnodziecięcego i/lub w doświadczeniach z okresu dorosłości, powstałych w wyniku relacji z osobą uzależnioną. W odniesieniu do dzieci alkoholików oba podejścia traktują współuzależnienie jako kształtującą się od dzieciństwa zaburzoną strukturę osobowości lub rozwijające się od dzieciństwa charakterystyczne wzorce zachowania, które można traktować jako dezadaptacyjne wzorce radzenia sobie ze stresem. Szerzej problematyka współuzależnienia omówiona jest w pozycjach Cierpiałkowskiej (2001, 2010d).

Pomimo powszechnego stosowania terminów współuzależnienie i dorosłe dzieci alkoholików żadne z nich nie doczekało się jednoznacznej i powszechnie akceptowanej definicji. Podobnie jak w przypadku współuzależnienia konstrukt **dorosłe dzieci alkoholików** (DDA) pierwotnie został stworzony w celu opracowania efektywnych programów terapeutycznych, przez terapeutów zajmujących się pomocą alkoholikowi lub rodzinie z problemem alkoholowym. Należy pamiętać, że ani **współuzależnienie**, ani **dorosłe dzieci**

alkoholików nie są zaburzeniem psychicznym, w klasycznym tego słowa znaczeniu, i pomimo wieloletnich prób umieszczenia ich w kolejnych wydaniach klasyfikacji ICD i DSM, nigdy nie uzyskały statusu odrębnej **jednostki klinicznej**. Zespoły objawów obserwowane u osób nazywanych współuzależnionymi i u dorosłych dzieci alkoholików są tak różnorodne, że należy je uznać za zespoły objawów, które są obecne w różnych zaburzeniach psychicznych, np. zaburzeniach osobowości masochistycznej, zależnej czy zaburzeniach afektywnych (por. blok rozszerzający 5.5).

Blok rozszerzający 5.5

Efekt Barnuma w badaniach dorosłych dzieci alkoholików

Określenie *efekt Barnuma* (inaczej *efekt Forera* lub *efekt horoskopowy*) nawiązuje do amerykańskiego showmana i cyrkowca Phineasa T. Barnuma, który w reklamowaniu swoich występów cyrkowych świadomie posługiwał się dwuznacznymi i niejasnymi przekazami mającymi na celu zainteresowanie wszystkich mieszkańców. Nierzadko posługiwał się półprawdą i mistyfikacją. W psychologii osobowości *efekt Barnuma*, zdaniem Paula E. Meehla (1956), polega na tym, że ludzie uznają ogólne opisy osobowości jako trafne w odniesieniu do siebie, pomimo że w rzeczywistości zawierają one cechy i właściwości ogólnikowe, wieloznaczne, ale też społecznie akceptowane. Efekt jest tym większy, im bardziej osoba jest przekonana o tym, że opis został wykonany przez autorytet, specjalnie dla niej i zawiera pozytywne cechy. Horoskopy, między innymi, dlatego cieszą się tak dużą popularnością, bo zawarte w nich opisy spełniają wszystkie kryteria.

Mary Logue, Kenneth Sher i Peter Frensch (1992) postawili hipotezę, którą następnie zweryfikowali empirycznie, że opisy osobowości dorosłych dzieci alkoholików w popularnej literaturze są podobne do opisów, zwanych też oświadczeniami Barnuma. Badanych poproszono o wypełnienie różnych kwestionariuszy osobowościowych, a następnie dostarczono im opisy ich osobowości, które w rzeczywistości nie były wynikami badań, ale jednym z czterech specjalnie przygotowanych profili osobowości (dwa zestawy zawierały cechy osobowości stworzone zgodnie z kryteriami Barnuma, dwa pozostałe były opisami właściwości charakterystycznych dla DDA). Następnie poproszono badanych o ocenę ich trafności. Porównano grupę DDA oraz nDDA i: 1) stwierdzono niezależnie od historii problemów alkoholowych w rodzinie, że badani z obu grup w podobnym stopniu wybierali profile DDA jako te, które opisują ich Ja; 2) nie stwierdzono różnic między osobami z grupy DDA i nie-DDA w ocenie trafności przydzielanych im profili osobowości, co znaczy, że profile Barnuma i DDA nie spełniają kryteriów pozwalających na ich różnicowanie (szerzej Margasiński, 2010).

Termin DDA jest dość trudny do zdefiniowania, m.in. ze względu na połączenie dwóch pozornie przeciwstawnych określeń „dorosły” i „dziecko”. Stefani Brown (1995) definiuje pojęcie „dorosłe dziecko” jako posiadanie podwójnej tożsamości: z chronologicznego i funkcjonalnego punktu widzenia jest to osoba dorosła, z klinicznego punktu widzenia jej przeszłość współwyznacza jej teraźniejszość; stąd określenie „dorosłe dziecko”. Pierwsze kryteria syndromu DDA zaproponowała Woititz (1992). Na podstawie własnych obserwacji klinicznych wyodrębniła kilkanaście cech, które, jej zdaniem, charakteryzują dorosłe dzieci alkoholików. Kryteria te w znacznym stopniu były powtarzane i rozwijane przez innych autorów (por. tab. 5.7).

Lista cech i właściwości charakterystycznych dla dorosłych pacjentów pochodzących z rodzin alkoholowych została sformułowana nie na podstawie wyników badań naukowych, ale na podstawie swoistej autocharakterystyki, dokonanej w trakcie terapii (Cierpiałkowska, 2010e). Opisanie w latach osiemdziesiątych syndromu DDA spotkało się z olbrzymim oddźwiękiem, zarówno wśród klinicystów, jak i samych zainteresowanych. Szczególne miejsce odegrało w ruchu samopomocowym Al-Ateen. Niestety, brak oparcia empirycznego oraz bardzo liczne, nieostre, a często nawet sprzeczne kryteria diagnostyczne spowodowały szeroką krytykę tego syndromu w środowiskach naukowych. Tym niemniej, na jego podstawie powstały liczne i znaczące badania wyjaśniające wpływy rodziny z problemem alkoholowym na przebieg rozwoju dzieci, które osiągnęły wiek dorosłości (Ryś, 2007; Gąsior, 2012; Pasternak, Shier, 2012). Niektóre rezultaty tych badań przedstawiono w poprzednich rozdziałach.

Badania przynoszą **bardzo niejednoznaczne** rezultaty. Z jednej strony, badacze wskazują, że dorośli wychowywani w rodzinach alkoholowych różnią się od dorosłych wychowywanych w rodzinach niealkoholowych pod względem wielu cech osobowości, jak i zachowania. Różnice te dotyczą: zwiększonej liczby incydentów związanych z nadużywaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych (Devor, 1994; Jacob i in., 1999), większej częstotliwości występowania objawów depresyjnych (Bush, Ballard, Fremouw, 1995; Domenico, Windle, 1993; Hawkins, 1997) i lękowych (Hinkin, Kahn, 1995; Harter, 2000), podwyższonego poziomu neurotyzmu (Sher i in., 1991), obniżonej samooceny (Beaudoin, Murray, Bond, Barnes, 1997; Currier, Aponte, 1991), bardziej negatywnej oceny życia rodzinnego (Jarmas, Kazak, 1992), trudności szkolnych (Gabarino, Strange, 1993; Hill, Ross, Muld, Blow, 1997), zmniejszonej satysfakcji z pożycia małżeńskiego (Domenico, Windle, 1993; Kerr, Hill, 1992) oraz zwiększenia problemów wynikających z braku zaufania i trudności z odkryciem siebie (Currier, Aponte, 1991; Drozd, Dalenberg, 1994; Martin, 1995). Dokonując porównań międzygrupowych, odkryto również, że dorosłe dzieci alkoholików wykazują zwiększone ryzyko wystąpienia problemów alkoholowych (Russell i wsp., 1990; Jacob i wsp., 1999; Sher i wsp., 1991).

Tabela 5.7. Opisy kliniczne syndromu DDA

Woitz (1984 [1992])	Brown (1988)	Cernak (1984)	Wegscheider-Cruse (1985)
1. zgadują co jest normalne 2. mają trudności w konsekwentnej i skutecznej realizacji dążeń 3. kłamią, chociaż prościej byłoby powiedzieć prawdę 4. formułują bardzo surowe i kataryczne oceny 5. mają duże trudności z przeżywaniem radości i zadowolenia 6. trudno im nawiązać bliskie relacje 7. przesadnie reagują na zmiany, na które nie mają wpływu 8. nieustannie poszukują potwierdzenia własnej wartości 9. są przekonane, że różnią się od wszystkich innych 10. są nadmiernie odpowiedzialne lub nieodpowiedzialne 11. są niezwykle lojalne, nawet gdy druga osoba jest nie- lojalna 12. ulegają impulsom bez sprawdzenia konsekwencji działań	1. zaprzeczenie 2. myślenie dychotomiczne typu wszystko-albo-nic 3. nadmierna kontrola 4. samozawstydzanie 5. przekonanie o byciu odpowiedzialnym za innych 6. intensywna złość	1. izolacja i psychiczny paraliż 2. depresja skojarzona z poczuciem winy 3. reakcje lękowe 4. zaburzenia snu i koszmarnie 5. myśli intrusyjne 6. złość 7. unikanie uczuć	1 – 14 objawy tożsame z J. Woitz 15. szukają napięcia i kryzysów, a następnie narzekają na ich skutki 16. unikają konfliktu i pogłębiania konfliktu; rzadko dobrze sobie radzą z sytuacjami konfliktowymi 17. boją się odrzucenia i porzucenia, chociaż sami odrzucają innych 18. przeżywają niepowodzenie, ale nie zwracają uwagi na sukces 19. boją się krytyki i osadzenia, chociaż sami krytykują i osadzają innych 20. źle gospodarują czasem i nie porządkują spraw według hierarchii ważności, by działało to na ich korzyść.

Analizy uzyskanych wyników pozwoliły na wysunięcie dwóch istotnych konkluzji: (1) podwyższone ryzyko alkoholizmu jest większe w grupie kobiet DDA niż w grupie mężczyzn DDD oraz (2) kobiety mogą być bardziej podatne na oddziaływania środowiska rodzinnego w odniesieniu do wzorców picia niż mężczyźni (którzy mają większe przyzwolenie społeczne na picie alkoholu) (Jennison, Johnson, 2001). Mimo uzyskiwanych w badaniach istotnych statystycznie różnic między dorosłymi dziećmi alkoholików a dorosłymi z rodzin niealkoholików w funkcjonowaniu psychospołecznym, wielu badaczy kwestionuje te wyniki z powodu braków metodycznych i metodologicznych w badaniach. Wskazują na tendencyjny dobór próby badawczej, nie odpowiadającą wymaganiom grupę kontrolną oraz słaby pomiar historii alkoholizmu w rodzinie i innych znaczących zmiennych (np. Burk, Sher, 1988; Sher, 1991; Windle, Searles, 1990; Domenico, Windle, 1993).

Wyniki przeglądu badań z ostatnich 30 lat Park i Schepp (2013) na temat rodzaju **najczęściej rozpoznawanych problemów i zaburzeń psychicznych** u dorosłych z rodzin alkoholowych wskazują, że należą do nich: eksternalizacja i internalizacja problemów, uzależnienie od substancji psychoaktywnych, lęki interpersonalne, lękowy styl przywiązania, niski poziom samooceny, poczucie winy oraz niski poziom wykształcenia, zdolności poznawczych i werbalnych.

Tak więc, chociaż część badaczy wskazuje na istniejące różnice między osobami dorosłymi wychowanymi w dzieciństwie w rodzinach z problemem alkoholowym a pozostałymi, wielu podkreśla, że jest to grupa niejednorodna. Specyfika osobowości oraz unikalny wzorzec emocjonalnych i behawioralnych problemów opisywany w odniesieniu do DDA i osób współuzależnionych nie znajduje jednoznacznego potwierdzenia w literaturze empirycznej (Gotham, Sher, 1996; Seefeldt, Luton, 1992). Alterman, Searles i Hall (1989) **nie znaleźli żadnych różnic pomiędzy dziećmi alkoholików a grupą kontrolną** w zakresie zmiennych osobowościowych, problemów psychicznych czy zachowań związanych z uzależnieniem. Podobne badania przeprowadzili Seefeldt i Lyon (1992), którzy analizowali różnice w trzech grupach osób: dorosłych dzieci niealkoholików, dorosłych dzieci alkoholików, które nie były poddane terapii oraz dorosłych dzieci alkoholików, które były poddane terapii. Dokonali porównań międzygrupowych pod kątem różnic w zakresie 11 cech opisanych przez Woititz (1983) jako charakterystycznych dla dorosłych dzieci alkoholików. Nie zaobserwowano żadnych istotnych różnic. W innych badaniach wykazano, że dorosłe dzieci alkoholików statystycznie nie różnią się istotnie od dorosłych dzieci niealkoholików w zakresie (1) stopnia zamartwiania się, męczliwości i hipochondrii; (2) poziomu nierealistycznej oceny siebie i innych; (3) przeceniania

swoich zdolności i możliwości oraz (4) zakresu oczekiwań wobec pozytywnych skutków alkoholu (Cuijpers i in., 1999; Jacob i in., 1999).

Konkludując, można zatem przyjąć, że portret DDA i współlistniejące z nim objawy współzależnienia, obecne w wielu popularnych i klinicznych publikacjach nie są spójne z wynikami badań empirycznych. Skutkiem tego wielu naukowców jest przeciwnych etykietowaniu dorosłych osób, których rodzice w okresie ich dzieciństwa mieli problem z alkoholem, poprzez przypisywanie im specjalnego zestawu cech lub zaburzeń. Co więcej, Sher (1997) sugeruje, że kiedy dzieci alkoholików w trakcie terapii podkreślają nasilony poziom lęku czy depresji, może to być rezultat nie tyle alkoholizmu ich rodziców, ile dorastania w ogólnie destrukcyjnym środowisku domowym. Jednocześnie część badaczy podkreśla, że przypisywanie określonych cech osobom z populacji DDA może wynikać z tzw. „efektu Barnuma” (Goodman, 1987; Seefeldt, Lyon, 1992). Oznacza to, że wiele opisów DDA i osób współzależnionych jest podobnych do tych używanych w horoskopach. Aczkolwiek na pierwszy rzut oka wyglądają one na specyficzne dla danej grupy, w rzeczywistości są mało precyzyjne i pasują tak naprawdę do wszystkich osób (Thombs, 2006; Longue, Sher, Frensch, 1992). Na przykład, są wieloznaczne i nieostre – *dzieci alkoholików mają trudności z rozróżnieniem, co jest normalne* (Woititz, 1992); stanowią krańcowe cechy dymensji – *dzieci alkoholików są nadmiernie odpowiedzialne lub nieodpowiedzialne* (Woititz, 1992) albo opisują cechy charakterystyczne dla większej części populacji, bez względu na rodzinę pochodzenia – *dzieci źle gospodarują czasem* (Wegcheider-Cruse, 2000). Pomimo tych wątpliwości istnieją dowody potwierdzające zwiększone ryzyko problemów w tej populacji, jednak odsetek osób ujawniających zaburzenia psychiczne nie jest tak duży, jak się wydaje na podstawie doniesień klinicznych (Sher, 1997; Park, Schepp, 2015).

Klinicyści i terapeuci powinni być szczególnie uważni i refleksyjni podczas **postępowania diagnostycznego**, którego celem jest stwierdzenie, jakie problemy są źródłem cierpienia i trudności dorosłych z rodzin alkoholowych. Łatwo można sobie wyobrazić, że **zbieranie i agregowanie danych diagnostycznych** może być tendencyjne, podporządkowane opisom DDA przedstawianym w poradnikach. Klinicysta może popełnić błąd, który generalnie polega na tym, że przypisuje konkretnej osobie cechy i problemy, uznane za charakterystyczne dla populacji klinicznej, a nie mające uzasadnienia. Błędy takie są spowodowane także tym, że sami dorośli z rodzin alkoholowych **identyfikują się** z opisami przedstawianymi w literaturze, co powoduje z jednej strony poczucie podobieństwa i przynależenia do grupy, z drugiej – uwalnia od wysiłku, często współwystępującego z lękiem przed odkrywaniem własnej tożsamości.

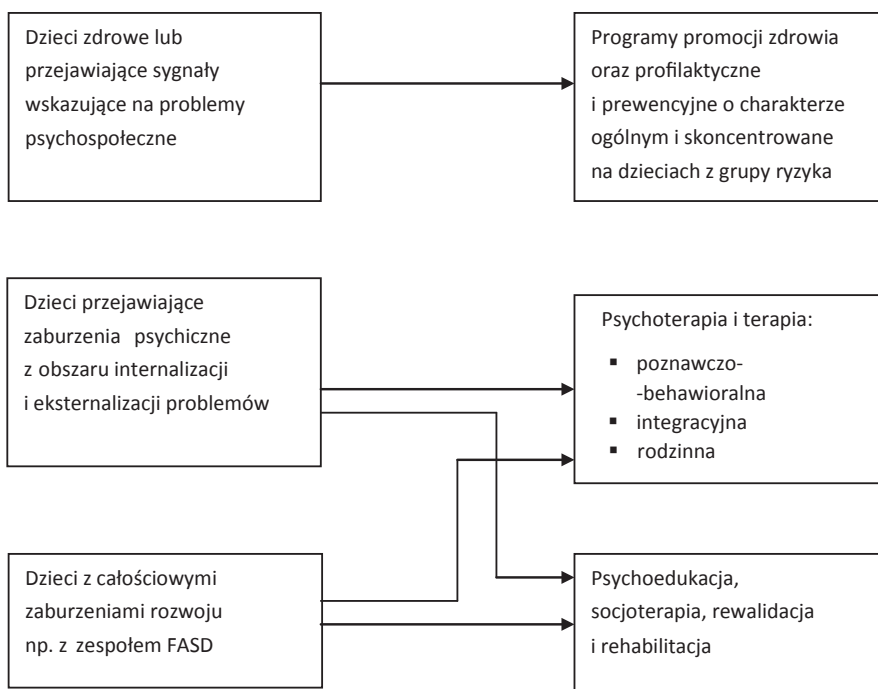
Pomoc i poradnictwo psychologiczne dla dzieci alkoholików

6.1. Kryteria i ogólne cele pomocy psychospołecznej

Dzieci alkoholików jako grupa podwyższonego ryzyka występowania problemów behawioralnych i emocjonalnych, w tym alkoholizmu, znajdują się w centrum zainteresowania zarówno profilaktyków, jak i terapeutów. Szeroko zakrojone w ostatnich latach badania naukowe pomogły w opracowaniu licznych programów profilaktycznych i interwencyjnych mających na celu zmniejszenie tego ryzyka poprzez modyfikowanie towarzyszących mu czynników. W literaturze opisuje się różnorodne formy pomocy psychologicznej dla dzieci i młodzieży. W odniesieniu do dzieci alkoholików najczęściej proponuje się wyróżnienie trzech poziomów pomocy. Pierwszy poziom to tzw. **prewencja pierwotna**, oznaczająca programy profilaktyczne skierowane do dzieci, które nie wykazują żadnych specyficznych problemów, ale znajdują się w grupie ryzyka ze względu na ewentualne narażenie na negatywne czynniki genetyczne i/lub środowiskowe. Drugi poziom to **prewencja wtórna**, czyli interwencja adresowana do dzieci z grupy wysokiego ryzyka szkodliwego używania substancji psychoaktywnych bądź do dzieci ujawniających objawy zachowań dezadaptacyjnych i/lub zaburzeń psychicznych, które mogą się utrwalić w przyszłości. Celem trzeciego poziomu pomocy psychicznej jest **terapia i leczenie dzieci alkoholików** wykazujących poważne problemy rozwojowe i zaburzenia psychiczne o charakterze nieustępującym, ciągłym (przewlekłym). W tej grupie znajdują się też dzieci, które wymagają rehabilitacji i resocjalizacji (Williams, 1990; Price, Emshoff, 2000).

Dzieci alkoholików nie są grupą jednorodną, dlatego działania do nich kierowane muszą być zróżnicowane. Systematykę różnorodnych form pomocy psychologicznej dzieciom alkoholików uwzględniającą ich heterogeniczność pod względem problemów ujawniających się na poszczególnych etapach ich rozwoju psychospołecznego proponuje Cierpiałkowska (2010f). Podstawy tego modelu opierają się z jednej strony na założeniach natury ogólnej dotyczących pożądanых zmian w procesie terapii konkretnych zaburzeń, z drugiej zaś – wy-

nikają z założeń o specyficzności funkcjonowania dzieci z rodzin alkoholowych. Zgodnie z tym przyjęto, że populacja dzieci alkoholików jest na tyle heterogeniczna, iż wymaga zróżnicowania pod kątem proponowanych form pomocy. Generalnie, biorąc pod uwagę przebieg rozwoju i sposób ich funkcjonowania na poszczególnych etapach dorastania, dzieci alkoholików można podzielić na cztery grupy: (1) dzieci zdrowe, rozwijające się prawidłowo; (2) dzieci z grupy podwyższonego ryzyka wystąpienia trudności społecznych; (3) dzieci przejawiające nieprzystosowawcze wzorce funkcjonowania w postaci eksternalizacji i internalizacji problemów oraz (4) dzieci z całościowymi zaburzeniami rozwoju. Każda grupa wymaga innych **form pomocy psychologicznej**, za wyjątkiem grupy pierwszej, wobec której nie stosuje się żadnych specjalnych oddziaływań, a jedynie programy promocji zdrowia i edukacyjne o charakterze ogólnym (przeznaczone dla wszystkich dzieci). Dzieci z grupy drugiej, zagrożone niedostosowaniem społecznym, bez objawów zaburzeń psychicznych obejmowane są różnorodnymi programami o charakterze profilaktycznym i prewencyjnym, specjalnie ukierunkowanymi na pracę z grupami ryzyka. Dzieci z grupy trzeciej i czwartej wymagają specjalistycznej pomocy adresowanej do osób z konkretnymi problemami rozwojowymi i rodzinnymi (por. rys. 6.1).



Rys. 6.1. Pomoc psychologiczna i terapeutyczna dzieciom rodzin z problemem alkoholowym (Cierpiałkowska, 2010f, s. 329)

Ze względu na specyfikę sytuacji rodzinnej udzielanie pomocy psychologicznej dzieciom alkoholików może być trudne i należy liczyć się z różnymi barierami: (1) dzieci (bez względu na wiek) mogą nie chcieć, aby ich rodzice wiedzieli o tym, że poszukują pomocy; (2) rodzice mogą minimalizować lub ignorować potrzeby dzieci, stąd dzieci mogą mieć trudności z uzyskaniem od nich zgody na terapię; (3) dzieci mogą mieć trudności w dostępie do terapeuty, włączając w to trudności z dojazdem czy kwestie płatności; (4) dzieci mogą doświadczać wielu negatywnych emocji utrudniających kontakt terapeutyczny, takich jak: lęk, niepewność, brak zaufania, zmieszanie (Morehouse, 2000).

6.2. Programy profilaktyczne

Profilaktyka i promocja zdrowia są na stałe wpisane w cykl życia człowieka. Podstawowych **zasad profilaktycznych** nie da się oddzielić od osiągnięć psychologii rozwoju, m.in. ze względu na oczekiwania społeczne i zadania rozwojowe charakterystyczne dla każdej fazy rozwoju człowieka. W odniesieniu do dzieci alkoholików szczególną uwagę należy zwrócić na okres dzieciństwa (cel profilaktyki: nabywanie nawyków zdrowotnych); adolescencję (cel: ochrona przed zachowaniami ryzykownymi) oraz okres wczesnej dorosłości (cel: kształtowanie prozdrowotnego stylu życia) (Ziarko, 2010). Działania profilaktyczne są skierowane do wszystkich dzieci, niezależnie od ich historii rodzinnych i pochodzenia, zanim zaczną pić alkohol lub zanim ujawnią jakiekolwiek problemy z jego używaniem (Williams, 1990). Ich celem jest **promowanie prawidłowych nawyków i zdrowego stylu życia** w celu redukcji zagrożenia alkoholizmem. Są to działania podejmowane we wszystkich grupach wiekowych i na wszystkich poziomach ryzyka. Dla niektórych dzieci alkoholików, zwłaszcza tych odpornych psychicznie, informacja na temat ewentualnych zagrożeń może być jedyną rzeczą, której potrzebują, aby uchronić się od alkoholizmu i innych zaburzeń.

Ryzyko wystąpienia problemów emocjonalnych i behawioralnych u dzieci alkoholików wzrasta wraz z nasileniem stresu, pojawieniem się trudności szkolnych i kłopotów w nauce, a maleje wraz ze wzrostem wsparcia społecznego i poprawą relacji interpersonalnych (por. Hussong i in., 2008). Programy profilaktyczne powinny zatem być **skoncentrowane na wyrównywaniu braków edukacyjnych** i poprawie sytuacji szkolnej dzieci alkoholików, **podniesieniu ich samooceny i umiejętności radzenia sobie ze stresem, rozwijaniu umiejętności intra- i interpersonalnych**. Treści programów profilaktycznych powinny również uwzględniać edukację w zakresie profilaktyki uzależnień. Informacja na temat zagrożeń, budowanie systemu wartości oraz kształtowanie różnorodnych umiejętności społecznych (np. asertywność) mogą przy-

czynić się do indywidualnych wyborów w zakresie abstynencji albo modyfikacji dotychczasowych zachowań związanych z piciem alkoholu. Obniża to ryzyko rozwoju problemów z uzależnieniem w przyszłości (Heath, 1980).

Programy profilaktyczne kierowane do całej populacji pomogą edukować dzieci alkoholików (nawet jeśli nie zostały one rozpoznane we własnym środowisku jako potencjalnie zagrożone) pod kątem ryzyka i zagrożeń. Opiekunowie i inne osoby z ich otoczenia również powinny zostać objęte edukacją w zakresie rozpoznawania źródeł zagrożeń i budowania zasobów osobistych sprzyjających budowaniu ich odporności psychicznej. Podejmowanie działań profilaktycznych sprzyja niwelowaniu stygmatyzacji dzieci alkoholików i daje możliwość identyfikacji tych osób, które rzeczywiście wymagają specjalistycznej pomocy i bardziej zaawansowanych działań.

6.3. Strategie i interwencje psychospołeczne

Interwencje psychospołeczne wobec dzieci alkoholików stosowane są wówczas, gdy występują **sygnały** lub **wczesne stadium rozwoju różnorodnych problemów behawioralnych i emocjonalnych**, które w przyszłości mogą stać się przyczyną poważniejszych problemów zdrowotnych. Dotyczy to problemów na poziomie: fizycznym (choroby somatyczne, wypadki, wszelkiego typu urazy, dolegliwości psychosomatyczne), poznawczym (niski potencjał intelektualny, kłopoty w nauce, deficyty neurologiczne), afektywnym (rozwiązywanie problemów, obniżony nastrój, niska samoocena) oraz behawioralnym (impulsywność, agresja, zachowania typu *acting-out*, przekraczanie norm moralnych i prawnych). Zwiększone ryzyko zaburzeń może wystąpić na skutek działania negatywnych czynników w środowisku rodzinnym, w którym dziecko się wychowuje, takich jak: rozwód, separacja, niedostępność fizyczna lub emocjonalna rodzica, niestabilność finansowa rodziny, przemoc domowa, zaniedbanie czy nieadekwatne sprawowanie funkcji rodzicielskich (Williams, 1990). Należy zwrócić uwagę na fakt, że, w przypadku dzieci alkoholików, naturalne systemy wsparcia mogą zawodzić ze względu na nasilenie stresów życiowych. W szczególny zatem sposób mogą wymagać pomocy z zewnątrz w sytuacji pojawienia się trudności. W odpowiedzi na te problemy podejmowane są różnorodne formy interwencji wobec chłopców i dziewcząt wychowywanych w rodzinach z problemem alkoholowym. **Cele interwencji psychospołecznych** są następujące: (1) edukacja na temat alkoholizmu i jego wpływu na funkcjonowanie rodziny i jej poszczególnych członków; (2) wzrost samoświadomości emocjonalnej, w tym identyfikacja i ekspresja uczuć; (3) rozwijanie zdrowych relacji z rówieśnikami i innymi dorosłymi oraz (4) kształtowanie skutecznych sposobów rozwiązywania problemów i radzenia sobie ze stresem (Bingham, Bargar, 1985).

Blok rozszerzający 6.1

Pespektywa rozwojowa w psychoterapii i poradnictwie

Jakie wskaźniki pozwalają rozpoznać, czy konkretne oddziaływania psychospołeczne i terapeutyczne są zorientowane rozwojowo, czyli uwzględniają fakt, że odbiorcy pomocy stanowią „ruchome cele” pod względem rozwojowym (Holmbeck, Greenley, Franks, 2006, s. 23)? Odpowiedź na to pytanie nie jest prosta, ponieważ od niedawna koncentruje uwagę klinicystów i badaczy. Spośród wielu najczęściej wskazuje się na trzy kryteria:

- (1) Zakres i stopień uwzględniania w diagnozie i terapii trudności i problemów pojawiających się u dzieci, znaczenia krytycznych zadań rozwojowych oraz tzw. kamieni milowych istotnych w danym okresie rozwojowym.
 - (2) Procedury, strategie i interwencje terapeutyczne są opracowane w taki sposób, że można je dostosować do wieku rozwojowego dziecka, uwzględniają zdolności poznawcze, takie jak: autorefleksja czy samo monitorowanie.
 - (3) Stopień uwzględniania w terapii znaczenia kontekstu społecznego rodzinnego i pozarodzinnego dzieci, zwłaszcza szkolnego, rówieśniczego czy opiekuńczego dla uzyskania zmiany rozwojowej. Znaczenie kontekstu środowiskowego dla zmiany rozwojowej ulega dynamicznym zmianom w okresie adolescencji.
- Opracowano na podstawie Holmbeck, Greenley, Franks, 2006.

Wspólną cechą dzieci alkoholików jest słabe rozumienie problemów związanych z uzależnieniem i brak odpowiedniej wiedzy w zakresie alkoholizmu. Wiele programów interwencyjnych zawiera w sobie elementy **edukacji** na temat objawów i mechanizmów uzależnienia, sposobu funkcjonowania alkoholika i wpływu problemów z piciem na życie alkoholika i jego rodziny. Wiedza na ten temat z jednej strony pozwala potomstwu pozbyć się wstydu i poczucia winy z powodu picia rodzica, z drugiej zaś – ułatwia identyfikację czynników ryzyka, które mogą wpływać na przebieg ich rozwoju. Świadomość osobistych zagrożeń powoduje, że dzieci alkoholików posiadające taką wiedzę piją alkohol rzadziej i w mniejszych ilościach niż dzieci alkoholików bez takiej świadomości (Kumpfler, 1989).

Innym obszarem działań interwencyjnych jest pomoc dzieciom alkoholików w budowaniu odpowiednich **umiejętności interpersonalnych** pomocnych w radzeniu sobie ze stresem wynikającym z alkoholizmu rodzica. Strategie zorientowane na kształtowanie zasobów osobistych (wywodzące się z koncepcji odporności psychicznej tzw. *resilience*) są alternatywą w stosunku do programów interwencyjnych opartych na modelu deficytów. Wielu

współczesnych badaczy sugeruje, że interwencje społeczne, socjalne i wychowawcze oraz oddziaływania profilaktyczne oparte na modelach czynników ochronnych stwarzają większe szanse na ich skuteczność niż modele oparte na ryzyku (Brown, 2001). Dla dzieci alkoholików indywidualne kompetencje w radzeniu sobie z codziennymi trudnościami stanowią istotny czynnik chroniący je przed uzależnieniami i innymi problemami rozwojowymi. **Kształtowanie osobistych zasobów** skupia się na budowaniu z jednej strony kompetencji personalnych, z drugiej – kompetencji społecznych. Budowanie **kompetencji personalnych** dotyczy: samooceny, poczucia osobistej wartości i godności, poczucia własnej skuteczności, umiejętności utrzymania stabilnego nastroju i pozytywnego obrazu własnej osoby (Nastasi, DeZolt, 1994). Samoocena dzieci alkoholików bardzo często oparta jest na perfekcjonizmie. Taka podbudowa osobowości jest oczywiście mało stabilna, co często prowadzi dzieci alkoholików do niepowodzeń. Nauka alternatywnych sposobów osiągnięcia pozytywnego obrazu siebie i dobrego samopoczucia jest jednym z ważniejszych celów interwencji (Emshoff, Price, 1999). **Budowanie zasobów społecznych** w najbardziej naturalny sposób odbywa się w grupie. Stąd wiele programów interwencyjnych przebiega w ramach spotkań grupowych, gdzie uczestnicy mogą dzielić się podobnymi doświadczeniami wynikającymi z alkoholizmu jednego z rodziców. Przeżywanie podobnych problemów i uruchamianie podobnych mechanizmów radzenia sobie buduje porozumienie i poczucie wspólnoty. Dla wielu uczestników takich spotkań jest to pierwsze doświadczenie typu „nie jesteś sam”, „nie tylko ty przeżywasz picie rodzica”, „są też inni młodzi na świecie, którzy doświadczają chaosu rodziny z problemem alkoholowym” itp.

Specyficzną formą działań interwencyjnych jest proponowanie dzieciom alkoholików atrakcyjnych **pozaszkolnych zajęć alternatywnych**. Są to działania, które dostarczają okazji do uczestniczenia w zajęciach wykluczających używanie substancji psychoaktywnych. Najczęściej są to zajęcia sportowe, harcerskie, obozy młodzieżowe, religijne czy inne formy spędzania wolnego czasu. Udział z zajęciach alternatywnych przyczynia się do podniesienia poczucia własnej wartości i rozwoju zaufania co do swoich możliwości, poprawia umiejętności komunikacyjne, społeczne i interpersonalne. Co ważne, zajęcia wprowadzają dzieci alkoholików w grupę rówieśniczą o pozytywnych normach i akceptowanych społecznie wzorach postępowania (Price, Emshoff, 1999).

Istotnym celem programów interwencyjnych jest skupienie się na **kształtowaniu umiejętności rozwiązywania problemów i radzenia sobie ze stresem**. W tym wypadku proponowane są dwa kierunki pracy: orientacja na emocje i orientacja na umiejętności rozwiązywania problemów (Nastasi, DeZolt, 1994). **Strategie zorientowane na emocje** polegają na zwiększaniu umiejętności rozpoznawania i nazywania doświadczanych uczuć oraz na kształto-

waniu zdolności do modyfikowania przeżywanego stresu bez konieczności zmieniania źródła tego stresu. Jest to proces pośredni, dzięki któremu dzieci alkoholików wykorzystują różnorodne strategie radzenia sobie z negatywnym afektem (takie jak: dystansowanie się, przeformułowanie negatywnych aspektów sytuacji czy koncentracja na pozytywnych stronach) oraz uczą się poszukiwać alternatywnych źródeł wsparcia (Emshoff, Price, 1999). Jest to szczególnie ważna umiejętność dla dzieci alkoholików, które w żaden sposób nie mogą kontrolować picia uzależnionego rodzica.

Strategie skoncentrowane na kształtowaniu umiejętności rozwiązywania problemów odnoszą się natomiast do sytuacji, kiedy zmiana lub modyfikacja źródeł stresu jest możliwa i/lub konieczna. W przypadku dzieci alkoholików są to specyficzne umiejętności radzenia sobie z chronicznym stresem, jakim jest dorastanie w rodzinach z problemem alkoholowym (np. jak przeżyć w chaotycznej i nieprzewidywalnej atmosferze, co zrobić, gdy pijany rodzic siada za kierownicą, jak wyjaśnić zachowanie rodzica kolegom) oraz umiejętności ogólne, takie jak: podejmowanie decyzji, odmawianie w relacjach rówieśniczych, rozwiązywanie problemów, radzenie sobie z naciskiem społecznym, efektywne komunikowanie się itp. W ramach programów interwencyjnych dzieci alkoholików uczą się technik obu strategii oraz umiejętności odróżniania sytuacji wymagających odpowiednich umiejętności. Istotną częścią sukcesu prowadzonych interwencji jest stworzenie dzieciom okazji do ćwiczenia zdobytych umiejętności.

Specyficzną formą interwencji jest udział dzieci alkoholików w **grupach samopomocowych Alateen**. Alateen jest częścią grup rodzinnych Al-Anon – wspólnoty ludzi, których życie aktualnie lub w przeszłości upływało w bliskim kontakcie z osobą uzależnioną od alkoholu. Do Alateen należą dzieci i młodzież, których rodzic jest alkoholikiem. Członkowie Alateen spotykają się na mityngach, żeby pomóc sobie w rozwiązywaniu problemów, jakie są im wspólne. Wspierają się wzajemnie, dzielą się doświadczeniem, uczą się o alkoholizmie jako o chorobie rodziny i koncentrują się na osobistym rozwoju, aby zmniejszyć działanie skutków alkoholizmu na swoje życie. W ramach spotkań wspólnoty młodzi ludzie poznają swoje mocne i słabe strony, uczą się rozmawiać o swoich problemach oraz pomagają sobie w rozwiązywaniu bieżących trudności. Podstawą interwencji w grupach samopomocowych jest program Dwunastu Stopni przyjęty od Anonimowych Alkoholików. Głównym zadaniem uczestników jest uznanie swojej bezsilności wobec alkoholu oraz przyznanie, że jako dzieci alkoholików powinni oddzielić się emocjonalnie od problemów pijącej osoby, nie przestając jej kochać. Jednocześnie ważne jest uznanie, że nie są w żaden sposób winni picia lub zachowania tej osoby, nie są w stanie zmienić lub kontrolować nikogo z wyjątkiem siebie samego oraz że mogą rozwijać swoje możliwości bez względu na to, co się

dzieje w domu. Dzięki spotkaniom w ramach wspólnoty dzieci alkoholików nawiązują przyjaźnie, uczą się współpracy, przestają być samotne i wyobcowane. Dojrzewają emocjonalnie i duchowo, stają się pogodniejsze i pełniej realizują swoje potrzeby i cele życiowe. Jeśli jednocześnie następują również pozytywne zmiany u innych członków rodziny, dzięki mityngom Alateen dzieci alkoholików mają większe szanse na bardziej harmonijny rozwój.

Blok rozszerzający 6.2

Dwanaście Stopni Alateen

1. Przyznaliśmy, że jesteśmy bezsilni wobec alkoholu i że nie jesteśmy w stanie kierować naszym życiem.
2. Uwierziliśmy, że Siła Większa od naszej własnej może przywrócić nam równowagę ducha i umysłu.
3. Postanowiliśmy powierzyć naszą wolę i nasze życie opiece Boga, jakkolwiek Go pojmujemy.
4. Przeprowadziliśmy szczerzy i odważny rachunek sumienia.
5. Wyznaliśmy Bogu, sobie – we własnym sumieniu – i innemu człowiekowi istotę naszych błędów.
6. Z całkowitą gotowością powierzyliśmy Bogu usuwanie wszelkich słabości naszego charakteru.
7. Prosił Boga z pokorą, aby usunął nasze wady.
8. Sporządziliśmy listę osób przez nas skrzywdzonych i postanowiliśmy im wszystkim zadośćuczynić.
9. Naprawiliśmy błędy popełnione wobec wszystkich ludzi – gdy tylko było to możliwe bez krzywdy dla nich lub dla innych.
10. Prowadziliśmy w dalszym ciągu rachunek sumienia; w razie popełnienia błędu jesteśmy gotowi przyznać się do tego.
11. Poszukiwaliśmy przez modlitwę i medytację coraz doskonalszej więzi z Bogiem – jakkolwiek Go pojmujemy, prosząc jedynie o poznanie Jego woli wobec nas i o siłę do jej spełnienia.
12. Dzięki stosowaniu Dwunastu Stopni dostąpiliśmy duchowego przebudzenia i staraliśmy się nieść posłannictwo innym ludziom, a zasady te stosować we wszystkich naszych sprawach (Al-Anon, 2004).

6.4. Terapia i zdrowotne poradnictwo psychologiczne

Trzeci poziom pomocy psychologicznej udzielanej dzieciom alkoholików to **psychoterapia**. Stosuje się ją wobec osób, które ujawniają mechanizmy albo **eksternalizacji problemów**, np. szkodliwe picie, zaburzenia kontroli zachowania, albo **internalizacji problemów**, np. zaburzenia lękowe, afektywne, za-

chowania samobójcze. Profesjonalne programy leczenia wywodzą się z dwóch źródeł: z założeń terapii uzależnień, które w sposób szczególny koncentrują się na specyfice rodziny alkoholowej albo z różnych szkół terapeutycznych, które zajmują się konkretnym zaburzeniem występującym u danego dziecka (Cierpiałkowska, 2010f).

W ramach pomocy specjalistycznej terapeuci podejmują się przepracowania problemów wynikających bezpośrednio z uzależnienia rodzica. Podstawy teoretyczne tak prowadzonej terapii nie są do końca jasne i nie zawsze poparte badaniami empirycznymi. W wielu przypadkach podkreśla się jednak, że terapia dzieci alkoholików jest podobna do osób doświadczających ekstremalnie negatywnego stresu i powinna opierać się na wskazaniach do terapii osób doświadczających kombinacji objawów współuzależnienia z objawami zespołu stresu pourazowego – PTSD (Cermak, 1985; Robinson, 1998). Inni specjaliści podkreślają, że terapia dzieci alkoholików oraz towarzyszenie im w procesie zdrowienia nie różni się od leczenia dzieci z rodzin o innym typie zaburzeń lub dysfunkcji, a PTSD i współuzależnienie jest tylko częścią występujących wówczas trudności (Whitfield, 1987). Tym niemniej, praca terapeutyczna dotyczy przepracowania przez nich urazów emocjonalnych (takich jak: poczucie winy, nadmierna złość, zaprzeczanie, doświadczanie przemocy, wstyd, niska samoocena czy nadmierne poczucie odpowiedzialności) oraz rozpoznania zadań i ról przypisanych przez rodzinę alkoholową. Chociaż każde dziecko musi w trakcie dorastania zmagać się z różnymi problemami, dla wielu dzieci alkoholików życie codzienne przynosi nadmierny stres i wymusza stosowanie silnych mechanizmów obronnych. Celem terapii jest przede wszystkim pomoc w odzyskaniu poczucia panowania nad sobą, swoim życiem i środowiskiem. Dokonuje się tego poprzez budowanie samooceny, rozwijanie autonomii, kształtowanie umiejętności dokonywania wyborów, budowanie zdolności rozpoznawania i wyrażania emocji oraz zachęcanie do różnorodnych form aktywności sprzyjającej zdrowemu stylowi życia, wysiłkowi fizycznemu czy nawiązywaniu relacji.

Konstruując **programy terapeutyczne** dla dzieci alkoholików, należy uwzględnić kilka **podstawowych zasad**: (1) praca w grupie pozwala zniwelować poczucie izolacji, stygmatyzacji i odosobnienia; (2) grupy powinny być ujednolicone pod względem wieku i poziomu rozwoju; (3) techniki terapeutyczne powinny być dostosowane do potrzeb i możliwości każdej grupy wiekowej z uwzględnieniem przeżyć i doświadczeń w wymiarze ruchowym, intelektualnym, społecznym, emocjonalnym i duchowym; (4) należy unikać umieszczania rodzeństwa w tej samej grupie, gdyż nasila to mechanizmy obronne i utrudnia proces leczenia; (5) szczególnie nacisk należy położyć na zabawę, relaks i doświadczanie radości bez względu na wiek dziecka; (6) zajęcia powinny przewidywać różnorodność działań i materiałów, aby w ten

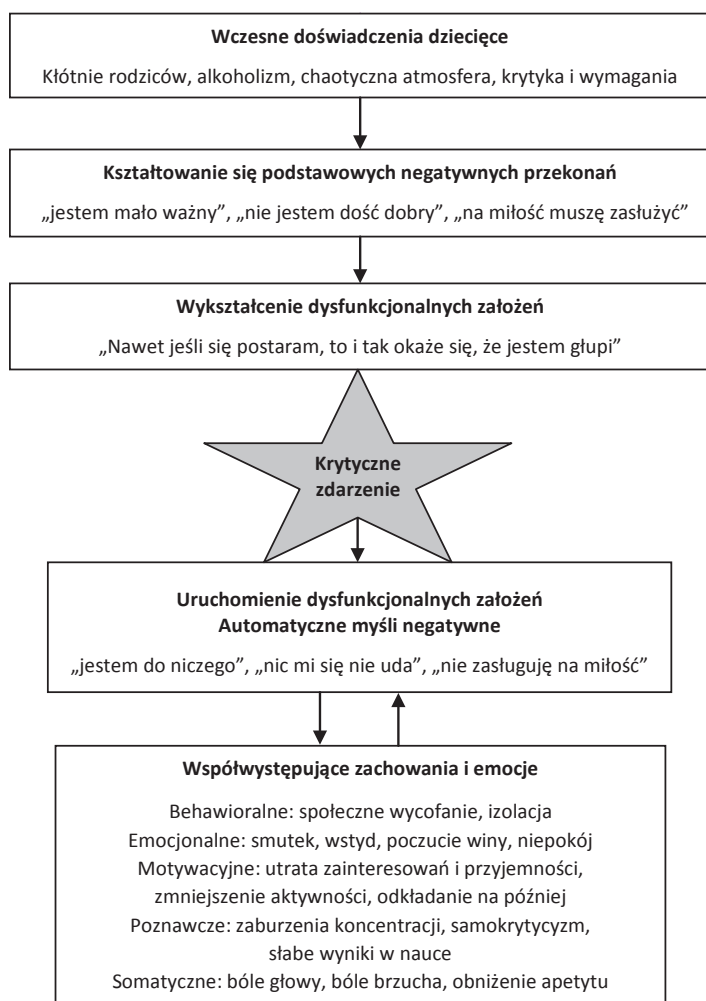
sposób angażować wiele zmysłów dziecka oraz wyzwalać jego ekspresję i kreatywność; (7) reguły funkcjonowania w grupie powinny mieć charakter stwierdzeń pozytywnych, modelujących właściwy sposób zachowania i postępowania; należy unikać zakazów i tzw. reguł zabraniających (np. lepiej: „zachowujemy wszystkie informacje dla siebie” niż „nie wolno wynosić informacji poza grupę”); (8) w trakcie zajęć stwarzać dzieciom okazję do dokonywania wyborów i podejmowania decyzji; dzięki temu uczą się niezależności, aktywnego zaangażowania i odpowiedzialności za swoje zachowanie oraz (9) cele programu powinny być realizowane z uwzględnieniem czasu wolnego i spontanicznych form aktywności uczestników grupy (Robinson, 1998).

Specjalistyczną pomoc dla dzieci alkoholików proponują również różne **systemy terapeutyczne**, zorientowane na leczenie konkretnych objawów. Opierają się one na dynamicznie rozwijających się modelach wyjaśniających genezę i mechanizmy powstawania zaburzeń i konstruowania określonych technik terapeutycznych. Najbardziej popularne kierunki pomocy wywodzą się z teorii społecznego uczenia się, z psychologii behawioralno-poznawczej oraz z teorii systemów.

Blok rozszerzający 6.3 Terapia poznawcza: technika terapeutyczna „Dziennik myśli”						
Co się stało?	Emocje	Automatyczne myśli	Behawioralne skutki automatycznych myśli	Alternatywne myśli/radzenie sobie	Behawioralne skutki alternatywnych myśli	Jak się teraz czujesz?
Co powoduje twój smutek? Zdarzenia i sytuacje. Czas i miejsce	Bądź precyzyjny co do swoich uczuć: smutek/niepokój/złość. Określ ich natężenie (0 – 10)	Zapisuj wszystkie automatyczne myśli, które pojawiają się przed wystąpieniem uczuć. Oceń, jak bardzo wierzysz w te przekonania (0 – 10)	Jak się zachowujesz, gdy czujesz ten smutek?	Napisz myśli pozytywne, które byłyby alternatywą dla automatycznych myśli negatywnych. Oceń ich siłę (0 – 10)	Jakie działania mógłbyś teraz podjąć?	Oceń emocje ponownie (0 – 10) Oceń ponownie siłę negatywnych myśli (0 – 10)

Źródło: opracowano na podstawie Bailey, 2001.

Terapia poznawczo-behawioralna wykorzystuje różnorodne strategie do zmiany funkcjonowania dziecka w zakresie myślenia, samopoczucia i zachowania. Techniki poznawczo-behawioralne stosuje się w leczeniu zaburzeń zachowania, ADHD, zaburzeń emocjonalnych, depresji, zaburzeń lękowych, dolegliwości psychosomatycznych oraz objawów stresu pourazowego. Podstawowe zasady terapii zostały zaczerpnięte z leczenia osób dorosłych z uwzględnieniem poziomu rozwoju dzieci, ich zdolności poznawczych oraz umiejętności określania emocji. Cele terapeutyczne koncentrują się wokół zmiany nieprzystosowawczych i zniekształconych sposobów myślenia, które prowadzą do powstawania objawów psychopatologicznych (por. rys. 6.2).



Rys. 6.2. Poznawczy model depresji u dzieci alkoholików

Źródło: opracowano na podstawie Kendall, 1993; Bailey, 2001.

Proces terapii opiera się na indywidualnych sesjach, z których każda składa się z ustalenia porządku spotkania, analizy zadania domowego z poprzedniej sesji, określenia aktualnych celów i zadań do pracy oraz ćwiczenia zdobytych umiejętności. Techniki terapeutyczne dotyczą restrukturyzacji zniekształceń poznawczych (monitorowanie i ewaluacja myśli, rozpoznawanie automatycznych myśli negatywnych, realne testowanie tych myśli na podstawie dowodów z rzeczywistości, poszukiwanie alternatywnych wyjaśnień), zwiększenia samoświadomości emocjonalnej (umiejętność rozpoznawania i nazywania własnych stanów emocjonalnych, łączenia ich z wydarzeniami i konkretnymi myślami) oraz treningu umiejętności społecznych i rozwiązywania problemów. Im młodsze dziecko, tym terapia jest bardziej dyrektywna, z przewagą technik behawioralnych nad strategiami poznawczymi.

Blok rozszerzający 6.4

Kluczowe aspekty systemowego spojrzenia na rodzinę

1. **Rodzina jako system jest czymś więcej niż sumą poszczególnych części.** Systemy rodzinne składają się ze swoich członków, których wzajemne relacje, więzi, wzorce, granice i zasady określają funkcjonowanie systemu rodzinnego. Panuje zasada wzajemnej cyrkularności, tzn. poszczególne osoby wpływają na system jako całość, a system jako całość oddziałuje na swoich członków.
2. **Zmiana w jakiegokolwiek części systemu pociąga za sobą zmianę w całym systemie.** Na skutek normatywnych i nienormatywnych zmian zachodzących u poszczególnych członków rodziny dochodzi do zmian w zakresie struktury rodziny i wzajemnych interakcji między jej członkami.
3. **Podsystemy są częścią większej całości, jaką jest system rodzinny.** Niektóre podsystemy są proste, jak podsystem małżeński czy podsystem rodzeństwa, inne mogą być bardziej złożone, jak podsystemy: dziadkowie – wnuki, przybrane rodzeństwo, nowi partnerzy matki czy ojca, eksmałżonkowie czy ich dzieci. Podsystemy nie funkcjonują w oderwaniu od rodziny. Ich sposób działania jest wyznaczony przez cechy systemu jako całości. Interakcje na poziomie podsystemu mogą mieć wpływ na innych członków rodziny i inne podsystemy w sposób pośredni i bezpośredni.
4. **Rodzina funkcjonuje w szerszym kontekście społecznym.** Kształt i struktura rodziny są zależne nie tylko od wzajemnych relacji między jej członkami, ale również od interakcji z innymi systemami społecznymi. Na rodzinę mają wpływ zdarzenia dziejące się w najbliższym sąsiedztwie, szkole, miejscu pracy czy szerszej rozumianym otoczeniu kulturowym i historycznym.

5. **Rodziny są wielopokoleniowe.** Rodziny znajdują się pod wpływem swojej własnej historii w takim samym stopniu, jak pod wpływem świadomości własnej przyszłości. Na poszczególnych członków rodziny wpływają cechy systemu przenoszone z pokolenia na pokolenie.

Koncepcje systemowe zaczęły być wykorzystywane do terapii alkoholików i ich rodzin na początku lat siedemdziesiątych. Od tego czasu zaczęto analizować wpływ nadużywania alkoholu na dynamikę procesów rodzinnych oraz stosować założenia **systemowej terapii rodzin** do rozwiązywania problemów spowodowanych alkoholizmem. Szczególną uwagę skupiono również na ustaleniu prawdopodobnych wpływów rodziny alkoholowej na rozwój problemów z uzależnieniem u potomstwa. Jak wiadomo (por. rozdz. 2 i 4) dzieci alkoholików, w porównaniu z innymi, są bardziej narażone na eksternalizację i internalizację problemów, ale mechanizmy podatności nie zostały do końca poznane. Problemy z alkoholem (i inne zaburzenia) są silnie powiązane z różnymi czynnikami rodzinnymi, takimi jak: uzależnienie rodziców, picie alkoholu przez rodzeństwo, preferowane przez rodzinę wartości, oczekiwania wobec używania substancji psychoaktywnych, dynamika procesów rodzinnych i wzorce relacyjne oraz wzajemne dynamiczne powiązania między podatnością genetyczną a stresem życiowym (Waldron, Slesnick, 1998). Podstawą stosowania terapii rodzinnej w rozwiązywaniu problemów alkoholowych jest założenie, że rozwiązywanie powiązanych trudności w tym samym czasie daje lepsze rezultaty (O'Farrell, 1989).

Terapia rodzinna dla systemów alkoholowych jest stosowana w okresie **powrotu rodzica alkoholika do trzeźwości**. Jej wpływ na rozwój i funkcjonowanie dzieci może mieć charakter bezpośredni (poprzez aktywny udział dzieci w sesjach rodzinnych) lub pośredni (poprzez udział rodziców w terapii małżeńskiej). Przyjmuje się założenie, że osoby uzależnione powinny zachować przynajmniej rok trzeźwości przed podjęciem terapii rodzinnej lub małżeńskiej (O'Farrell, 1989). Jak podają terapeuci, rodziny z problemem alkoholowym są bardzo **sztywnym systemem i z dużym oporem reagują na zmiany**. Podczas picia system rodzinny osiągnął pewien poziom stabilności i względnej homeostazy, a wysiłki wszystkich członków rodziny zostały ukierunkowane na utrzymanie tej z trudem uzyskanej równowagi. Utrzymanie abstynencji i zmiana funkcjonowania uzależnionego rodzica może potencjalnie mieć destabilizujący wpływ na funkcjonowanie rodziny jako całości. We wczesnych próbach rozwiązania kryzysu odpowiedzią na stale narastający poziom stresu w rodzinie jest albo wzrost używania alkoholu, albo próby powstrzymania się od picia. Reorganizacja systemu rodzinnego z „pijącej rodziny alkoholowej” na „suchą (z czasem trzeźwą) rodzinę alkoholową” wymaga

fundamentalnych zmian we wszystkich sferach życia rodzinnego i zazwyczaj zainicjowane zmiany, bez wsparcia terapeutycznego, kończą się niepowodzeniem (Steinglass, Davis, Berenson, 1977; Orford, 1975). Do obszarów funkcjonowania rodziny, w których mogą pojawić się trudności w związku z podjęciem długotrwałego procesu leczenia przez uzależnionego jej członka należą (Zweben, Perlman, 1983):

- (1) zmiana ról rodzinnych wypracowanych w wyniku wcześniejszego nadużywania przez rodzica alkoholu, a zwłaszcza przywrócenie alkoholikowi opuszczonego miejsca w rodzinie (np. udział w podejmowaniu decyzji, autorytet, pozycje małżeńskie, intymność i inne relacje wzajemności i wymiany),
- (2) trudności w relacjach rodzic – dziecko, zwłaszcza w obszarze komunikacji i dyscypliny wobec dorastających dzieci,
- (3) zmiany w rodzinie następujące w wyniku rozwoju dzieci, przechodzenia rodziny jako systemu przez normatywne i nienormatywne zmiany życiowe (np. opuszczenie domu przez dorosłe dzieci, utrata pracy).

Wykorzystując koncepcje systemowe w leczeniu dzieci alkoholików i ich rodzin, niezwykle ważne jest, aby w **procesie zdrowienia uzależnionego** wziąć pod uwagę **potrzeby pozostałych członków rodziny** oraz kontekst społeczny, w którym rodzina funkcjonuje (dziadkowie, rodzeństwo, znajomi, sąsiedzi). System rodzinny jest ważny dla leczącego się rodzica, częściowo dlatego, że rodzinne relacje interpersonalne są częstym źródłem problemów (Jacob, Leonard, 1988; McCrady, 1986). W niektórych przypadkach, społeczny kontekst stosunków rodzinnych może być istotnym czynnikiem utrzymania problemów alkoholowych (Shoham, Rohrbaugh, Stickle, Jacob, 1998), a szczególny charakter interakcji rodzinnych może sprzyjać kontynuacji picia (np. silne negatywne emocje, nasilenie konfliktów). W innych sytuacjach rodzina może ułatwiać leczenie i powrót alkoholika do zdrowia (Borkovec, Whisman, 1996).

Podsumowując, pomimo statusu przynależności do grupy wysokiego ryzyka, większość dzieci alkoholików jest zadziwiająco dobrze przystosowana do życia. Część z nich, ze względu na zwiększoną podatność i nasilenie stresów życiowych wykazuje problemy behawioralne i emocjonalne. Badania naukowe pomogły w opracowaniu wielu programów pomocowych, mających na celu redukcję ryzyka i zmniejszenie prezentowanych objawów. Programy interwencji prewencyjnych powinny obejmować podstawowe elementy informacji na temat alkoholizmu, trening umiejętności życia społecznego i radzenia sobie z trudnościami oraz proponowanie atrakcyjnej działalności alternatywnej. Programy terapeutyczne, indywidualne lub rodzinne, powinny dotyczyć rozwiązywania specyficznych problemów związanych z przebywaniem w rodzinie alkoholowej i/lub leczenia objawów problemów rozwojowych i zaburzeń psychicznych.

6.5. Pierwszy kontakt, pierwsze kroki w pomocy psychospołecznej dzieciom

Dzieci rodziców z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem alkoholu są grupą zróżnicowaną. Oznacza to, że ich zdrowie psychiczne mieści się na kontinuum: od poważnych zaburzeń w sferze emocjonalnej i behawioralnej do odporności psychicznej (*resilience*) przejawiającej się dobrym funkcjonowaniem w życiu. Negatywny wpływ zaburzeń rodziców na zdrowie potomstwa jest wynikiem bezpośrednich biologicznych skutków spożywania alkoholu w czasie ciąży, podatności genetycznej (m.in. na uzależnienia), jak i wpływów środowiskowych (słabe rodzicielstwo, bieda, izolacja rodziny, zdarzenia traumatyczne). To, jak dziecko poradzi sobie z tymi wpływami, zależy zarówno od jego indywidualnych predyspozycji (np. temperament, osobowość, poziom inteligencji), jak i zasobów środowiskowych (np. zachowanie rytuałów rodzinnych, obecność trzeźwych, znaczących osób spoza najbliższej rodziny). Niezależnie od faktu, że część dzieci z rodzin z problemem alkoholowym funkcjonuje prawidłowo, wiodąc relatywnie szczęśliwe życie, wiele z nich doświadcza licznych problemów, bezpośrednio lub pośrednio związanych z piciem alkoholu przez rodziców. Warto pamiętać, że siła wpływu rodzicielskich zaburzeń związanych z używaniem alkoholu na rozwój potomstwa (jak to omówiono wcześniej) jest zależna od tego, czy pije ojciec, matka, czy też oboje, jakości wczesnego przywiązania, zdolności radzenia sobie nieuzależnionego rodzica, wieku dziecka, kiedy picie stało się problematyczne, fizycznego i psychicznego stanu zdrowia rodziców i innych członków rodziny, sieci wsparcia, doświadczeń przemocy i wykorzystania oraz istnienia wewnętrznych zasobów i potencjału dziecka.

Biorąc pod uwagę znaczne rozpowszechnienie problemów alkoholowych w społeczeństwie oraz wiele negatywnych konsekwencji z tego wynikających dla osób pijących i ich rodzin, osoby pracujące z dziećmi i młodzieżą (kuratorzy sądowi, pracownicy socjalni, pedagodzy, nauczyciele, wychowawcy świetlic) powinni rutynowo zadawać pytania dotyczące picia alkoholu w rodzinie. Proste pytanie: „Czy kiedykolwiek byłeś(łaś) zaniepokojony(a) kimś w rodzinie, kto pije alkohol?” może otwierać przestrzeń do rozmowy na temat przeżyć dziecka i szczerzej dyskusji na temat problemu uzależnienia w rodzinie. Sygnały w zachowaniu rodzica, o którym mówi dziecko, jakie mogą wskazywać na problemy alkoholowe, oprócz bezpośrednich wypowiedzi o piciu, to: utrata przez rodzica zainteresowania aktywnością, która wcześniej sprawiała radość, zmiany w charakterystyce psychologicznej dorosłego (dotyczące wartości, przekonań, osobistego stylu), zmiany w wyglądzie (zaniedbanie ubioru, higieny), obniżenie koncentracji i pamięci, problemy emocjonalne (smutek, lęk, depresja), problemy finansowe, zawodowe,

rodzinne, skargi zdrowotne. **Sygnaly w zachowaniu dziecka**, które powinny wzbudzić czujność dorosłych to: zmiany w zachowaniu, ospałość, zasypianie na lekcji, opieszałość, nawracające epizody urazu lub przemocy (siniaki, zranienia), niespecyficzne skargi somatyczne, zaniedbania w higienie i ubiorze, narastające problemy finansowe (np. trudności z uregulowaniem podstawowych opłat szkolnych), objawy głodu lub niedożywienia.

Osoby pracujące z dziećmi mogą mieć **trudności w rozpoznaniu dzieci, które potrzebują pomocy**. Specyfiką funkcjonowania rodzin z problemem alkoholowym jest bowiem utrzymywanie tego **problemu w tajemnicy**. Dodatkowo, dzieci uczą się, że nie można ufać dorosłym i nie warto prosić o pomoc. Nie jest to dobra wiadomość dla osób bezpośrednio pracujących z młodymi ludźmi. Ale są też dobre informacje. Osoby mające stały, codzienny/tygodniowy kontakt z dziećmi (np. w szkole, świetlicy środowiskowej) są w wyjątkowej sytuacji sprzyjającej pomocy i skutecznej interwencji. Identyfikacja konkretnych dzieci z rodzin z problemem alkoholowym nie zawsze jest potrzebna, aby im pomóc. Będąc życzliwym i otwartym dla wszystkich podopiecznych, można pomóc także tym, którzy cierpią z powodu alkoholizmu rodzica. W rozmowach dotyczących problemu używania środków psychoaktywnych można także poruszać informacje na temat wpływu uzależnienia rodzica na funkcjonowanie rodziny i poszczególnych jej członków. Wszystkie dzieci mogą skorzystać z takich otwartych dyskusji. W prosty sposób można się też przygotować do sytuacji, kiedy uczeń przyjdzie do nauczyciela indywidualnie z osobistym problemem. Nie warto od razu odsyłać go do psychologa czy pedagoga szkolnego. Wiele bowiem zależy od tej pierwszej rozmowy i dziecko nie zawsze jest gotowe udać się do kogoś innego. Czasami podzielenie się swoim problemem z jedną dorosłą osobą jest wystarczająco trudne i dziecko nie ma gotowości powtarzać tego w obecności kogoś innego. Warto jednak wcześniej rozpoznać, jakie są możliwości pomocy w środowisku lokalnym, tak aby w odpowiednim momencie zaproponować dziecku i jego rodzinie specjalistyczną pomoc. Warto też przygotować się do aktywnego słuchania oraz wiedzieć co można, a czego nie należy mówić. W rzeczywistości można wiele zrobić w takim pierwszym kontakcie z dzieckiem. Podkreślając zaufanie, jakim obdarzyło dziecko osobę, do której zwraca się po pomoc, warto budować bezpieczny kontakt, ułatwiający interwencję. Warto pokazać dziecku, jak może zadbać o swoje bezpieczeństwo, jak zwracać się po pomoc do dorosłych, jak rozpoznać, który kontakt jest bezpieczny oraz jak zadbać o swoje dzieciństwo, radość i spełnienie.

Uwzględniając fakt, że dzieci z rodzin alkoholowych stanowią grupę niejednorodną, **nie ma jednej specyficznej i skutecznej strategii pomagania**. Wiele dzieci alkoholików nie cierpi na żadne zaburzenia psychiczne, dlatego nie mają one statusu „dziecka zaburzonego”, nawet gdy jego rodzic ujawnia

zaburzenia związane z używaniem alkoholu. Wiele dzieci z rodzin z problemem alkoholowym funkcjonuje dobrze i potrzebuje „tylko” i „aż” **informacji, wsparcia i przewodnictwa**. Osoby pracujące z dziećmi powinny delikatnie ocenić sytuację dziecka i zapewnić wsparcie lub interwencję na poziomie, który będzie zaspokajał potrzeby dziecka.

Podstawowe zadania osób mających w pracy zawodowej kontakt z dziećmi rodziców cierpiących na zaburzenia spowodowane alkoholem są następujące:

- (1) edukacja – czyli przekazywanie właściwych, dostosowanych do wieku dziecka informacji na temat alkoholu, choroby alkoholowej i zniszczeń, jakie ona wywołuje w rodzinie;
- (2) budowanie umiejętności życiowych niezbędnych do radzenia sobie;
- (3) tworzenie z dzieckiem bliskich, opartych na zaufaniu i bezpieczeństwie więzi.

Edukacja

Problemy związane ze szkodliwym piciem i uzależnieniem od alkoholu dotyczą całą rodzinę. Wiele dzieci cierpi, doświadczając różnorodnych trudności z tym związanych. Ważne zatem, aby zapobiegać zbędnemu wstydowi czy poczuciu winy, wynikającemu z uzależnienia ich rodziców od alkoholu. Poprzez efektywną prewencję nauczyciele, wychowawcy, trenerzy mogą odgrywać istotną rolę w tym procesie.

W rodzinach z problemem alkoholowym zaprzeczanie oraz zasada milczenia o sytuacji domowej jest jedną z ważniejszych reguł obowiązujących wszystkich członków rodziny. W związku z tym dzieci uzależnionych rodziców nie zawsze rozumieją, co się dzieje w ich rodzinach, co się dzieje z ich rodzicami i z nimi samymi. Dominującym uczuciem, wbrew pozorom, często nie jest lęk czy złość, ale przytłaczające zmieszanie. Stąd konieczność, w ramach szeroko pojętych działań praktycznych, edukacji na temat picia alkoholu, jego skutków, mechanizmów powstawania uzależnienia i procesów im towarzyszących, takich jak zaprzeczanie, utraty pamięci czy nawroty. Podstawowa wiedza na ten temat pozwoli dziecku uporządkować doświadczenia, zrozumieć co się dzieje z nim i w jego rodzinie oraz ustalić zakres odpowiedzialności. Ten ostatni element jest niezwykle ważny, bowiem wiele dzieci alkoholików ma przekonanie, że problemy w rodzinie są z jego winy, albo że nie robią czegoś, co mogłoby uczynić sytuację lepszą. Główne tematy edukacji powinny dotyczyć zatem takich zagadnień, jak: alkoholizm jako choroba, odpowiedzialność, troszczenie się o siebie. Sposób i zakres przekazywanych informacji powinien być dostosowany do potrzeb i wieku dzieci. Podstawowy przekaz kierowany do dziecka powinien zawierać następujące komunikaty:

- alkoholizm jest chorobą,
- nie możesz zmienić sytuacji domowej,
- możesz zadbać i chronić siebie,
- nie jesteś sam,
- istnieją bezpieczne miejsca, w których możesz uzyskać pomoc,
- trzeba mieć nadzieję.

Amerykańskie Narodowe Stowarzyszenie dla Dzieci Alkoholików (*National Association for Children of Alcoholics*) opracowało siedem podstawowych komunikatów, które powinno usłyszeć dziecko z rodziny alkoholowej (por. blok rozszerzający 6.5).

Blok rozszerzający 6.5

Siedem wskazówek dla dzieci alkoholików opracowane przez amerykańskie Narodowe Stowarzyszenie dla Dzieci Alkoholików *National Association for Children of Alcoholics* (NACoA)

- To nie jest moja wina
- Nie mogę nikogo wyleczyć
- Nie mogę nikogo kontrolować
- Mogę zadbać o siebie poprzez:
 - Wyrażanie swoich uczuć
 - Dokonywanie zdrowych wyborów
 - Akceptację (celebrację) siebie

Budowanie umiejętności życiowych

Jak już wcześniej wspomniano, dzieci rodziców cierpiących na zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem alkoholu są zagrożone wystąpieniem problemów behawioralnych i emocjonalnych. Wyposażenie ich w różne umiejętności życiowe pozwoli im lepiej radzić sobie z wyzwaniami żywymi i przynajmniej częściowo uchronić przed negatywnymi skutkami alkoholizmu rodziców. Na przykład, wiele dzieci ma skłonność do tłumienia negatywnych uczuć, co skutkuje nagłymi, nieoczekiwanymi wybuchami złości albo objawami psychosomatycznymi, jak bóle brzucha czy głowy. Nauczyciel może pomóc takim dzieciom w rozpoznawaniu, nazywaniu i wyrażaniu w zdrowy sposób tych emocji, szczególnie w bezpiecznym kontakcie z zaufanym dorosłym. Inne – mogą mieć problemy z samooceną i poczuciem własnej wartości. Dla tych dzieci ważna jest umiejętność dbania o siebie poprzez rozwijanie zainteresowań i mocnych stron swojej osobowości. Jak wskazują wyniki badań nad zjawiskiem *resilience* (patrz rozdz. 5), różnorodne umiejętności życiowe dziecka pozwalają mu przezwyciężyć niekorzystne doświadczenia życiowe, które stały się jego udziałem z powodu alkoholizmu rodzica (jak niestabilność życia, przemoc, molestowanie, bieda).

Umiejętności życiowe dzieci i młodzieży, które **chronią je przed trudnymi zdarzeniami życiowymi i budują ich odporność** to m.in.:

- autonomia i niezależność,
- dobre umiejętności społeczne,
- umiejętność angażowania się w prospołeczne zachowania,
- konstruktywne strategie radzenia sobie ze stresem,
- zdolność do spostrzegania przeżywanych doświadczeń w konstruktywny, pozytywny sposób,
- zdolność do pozyskiwania pozytywnej uwagi ze strony innych,
- posiadanie spójnej, pozytywnej wizji świata i siebie,
- rozwój bliskich więzi z innymi.

Współcześnie w wielu miejscach oferowane są programy edukacyjne dla dzieci, które pomagają rozwijać te umiejętności. Wiele dobrego można też zrobić w bezpośrednim, indywidualnym kontakcie z młodym człowiekiem. I nawet, gdy wraca on potem do swojego rodzinnego domu, pełnego chaosu i problemów związanych z piciem rodzica, to jeśli wcześniej został wyposażony w odpowiednie umiejętności życiowe, lepiej będzie sobie radzić z pojawiającymi się trudnościami.

Bliska więź z dzieckiem

Przekazywanie dzieciom alkoholików ważnych, odpowiednich do wieku informacji oraz pomoc w budowaniu konstruktywnych umiejętności życiowych to niewątpliwie ważne zadania. Jednak nie wiadomo, czy nie najważniejsze jest budowanie z dzieckiem bezpiecznego, opartego na zaufaniu kontaktu. W wyniku wielu złamanych obietnic, przemocy, milczenia, izolacji i niestabilności dzieci te aż za dobrze przyswoiły sobie zasadę: NIE UFAJ. Dzieci te wzrastając w takim środowisku, mogą w przyszłości mieć problemy z budowaniem zdrowych relacji ze swoimi dziećmi. Stąd zatem tak ważna jest idea budowania z nimi pozytywnych, opartych na zdrowych zasadach relacji. **Budowanie więzi i zaufania** to proces, a nie **jednorazowe wydarzenie**. Kluczem do sukcesu jest czas. W bliskiej relacji słowa nauczyciela czy wychowawcy nabierają nowej głębi i nowego znaczenia. Dziecko może usłyszeć potrzebne informacje na temat uzależnienia i jego skutków w sposób, który ułatwi ich przyjęcie i zrozumienie. Co więcej, dziecko może budować swoją siłę, swoje zasoby i odporność, opierając się na modelu świadomego prowadzenia przez zaufaną osobę dorosłą. Gdy młody człowiek uczy się zaufania, uczy się także czuć dobrze niezależnie od tego, kim jest i w jakiej rodzinie się wychowuje. Rozwija także umiejętności świadomego dbania o swój stan emocjonalny, podejmowania dobrych decyzji pozwalających na przyjęcie kontroli nad własnym życiem. Zaufanie i bliskość

w kontaktach z dorosłymi pozwala im obniżyć wstyd i poczucie winy oraz uczyć się wytrwałości w dążeniu do celu.

Ważne miejsce w życiu dzieci z rodzin alkoholowych odgrywają **wychowawcy świetlic środowiskowych**. Ich codzienna obecność jest nie do przecenienia, może stanowić wyraźny czynnik chroniący dzieci przed patologią i rozwojem zaburzeń emocjonalnych i behawioralnych. Świetlica to miejsce, w którym dziecko pijącego rodzica może:

- nauczyć się jak alkohol i inne używki ranią każdego w rodzinie,
- dowiedzieć się, jak czuć się bezpieczniej i być mniej zestresowanym,
- znaleźć nowe sposoby radzenia sobie z kłopotami w domu,
- odnaleźć nadzieję, nawet jeśli rodzice się nie zmieniają.

Blok rozszerzający 6.6

Przesłanie dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym

- Mówienie o tym, co się dzieje w domu, jest w porządku. Masz prawo dzielić się swoimi uczuciami i doświadczeniami.
- Pamiętaj, że jesteś dzieckiem: baw się.
- Angażuj się w różne zajęcia pozaszkolne. Pozwoli ci to uwierzyć w siebie, rozwijać swoje zainteresowania i przynajmniej na jakiś czas zapomnieć o domu.
- Jeśli mieszkasz z pijącym rodzicem miłość i nienawiść, jakie odczuwasz, są normalne.
- Jeśli twój rodzic pije, nie znaczy, że ty będziesz alkoholiczkiem. Pamiętaj tylko nie pij i nie bierz narkotyków (nawet w minimalnych ilościach), bo jesteś bardziej narażony na uzależnienie niż inni.

Pozostaje zatem pytanie, co **konkretnie dorosły może zrobić w kontakcie dzieckiem** z rodziny z problemem alkoholowym. Po pierwsze, **być uważnym słuchaczem i rozmówcą**. Pomoże to mu poradzić sobie ze swoimi uczuciami, wątpliwościami i trudnościami. Jedną z ważniejszych trudności doświadczanych przez dzieci alkoholików jest brak możliwości porozmawiania o nich. Z pewnymi ograniczeniami każdy wychowawca jest w stanie porozmawiać z dzieckiem na temat jego lęków, nadziei i wątpliwości, na temat tego, co lubi i czego nie lubi w swoim życiu. Po drugie, **posiadać wiedzę**, która pozwoli rozpoznać, kiedy wystarczy zwykła rozmowa, a kiedy należy skierować dziecko na konsultację do specjalistów. Kluczowa jest zatem znajomość własnych kompetencji i ograniczeń. Po trzecie, mieć **refleksję** nad tym, co można, a czego nie powinno się robić w kontakcie z dzieckiem i **postępować legalnie**, czyli uwzględniać zagadnienia etyczne

i prawne oraz posiadane kompetencje niezbędne do planowania systemu pomocy i podjęcia właściwej decyzji. Jest bardzo ważne, aby nauczyciel/ wychowawca szukał pomocy specjalistów w obszarach, w których brak mu właściwych kompetencji.

Jak powinien przebiegać **pierwszy kontakt i rozmowa**? Przede wszystkim ważne jest **nawiązanie kontaktu z dzieckiem**, słuchanie i rozmawianie na te tematy, które są dla niego ważne. W zależności od tego, jaki problem dla dziecka jest istotny, rozmowa może podążać w kilku kierunkach:

1. Można ustalić z dzieckiem listę życzliwych, ważnych dla niego osób (cioc, wujków, dziadków, sąsiadów, trenera, itp.), do których może zwrócić się w trudnej lub problemowej sytuacji.
2. Można skoncentrować się na uczuciach dziecka, pomóc mu zorientować się, co czuje i dlaczego. Samo odreagowanie napięcia może przynieść dziecku ulgę.
3. Warto przygotować tzw. „listę ratunkową”, czyli zakres czynności, jakie dziecko powinno wykonać, gdy jego lub kogoś innego z rodziny zdrowie lub życie będzie zagrożone.
4. Można skoncentrować się na zasobach i mocnych stronach dziecka. Poszukać, w jakich obszarach odnosi sukcesy, co mu się udaje, podkreślając nawet drobne osiągnięcia.
5. Należy uważnie obserwować dziecko w środowisku, aby ustalić, w jakich obszarach ma trudności. Jeśli problemy dotyczą nauki, warto zadbać o dodatkowe wsparcie w postaci pomocy koleżeńskiej, wolontariatu studenckiego czy popołudniowych zajęć z nauczycielem. Jeśli dziecko ma trudności w relacjach społecznych, warto podnieść jego pozycję w grupie poprzez powierzanie mu ważnych społecznie funkcji w klasie lub szkole, prace projektowe w małych grupach czy udział w zajęciach socjoterapeutycznych.
6. Uważna obserwacja powinna także dotyczyć wyczulenia na sygnały przemocy, molestowania i/lub maltretowania. W przypadku zaobserwowania takich symptomów nauczyciel/ wychowawca ma obowiązek zareagowania i powiadomienia o tym dyrektora placówki. Jego obowiązkiem natomiast jest poinformowanie odpowiednich służb (prokuratura, sąd rodzinny i nieletnich, ośrodki pomocy społecznej), w celu zapewnienia dziecku maksymalnej ochrony.
7. Poza oczywistymi objawami przemocy, należy także być uważnym na bardziej subtelne objawy, jak zmęczenie, apatia, czy zasypianie na lekcji. Takie zachowania dziecka mogą pojawiać się okresowo i być zależne od nasilenia konfliktów w rodzinie. Na przykład, jeśli rodzic alkoholik pił intensywnie w weekend, dziecko w poniedziałek może być niewyspane lub apatyczne. Po stosunkowo dobrym funkcjonowaniu od środy do czwartku, w piątek może pojawić się napięcie, rozdrażnienie, niepokój, w związku z nadchodzącym weekendem. Oczywiście, u każdego dziecka taki wzorzec funkcjonowania będzie inny. Ale jego znajomość ułatwia zrozumienie zachowań dziecka, zarówno na poziomie funkcjonowania

w klasie, jak i przygotowania do zajęć. Ze względu na zwiększone zagrożenie wystąpieniem zachowań ryzykownych warto zaangażować dziecko w prozdrowotną aktywność, pamiętając jednocześnie, że zachęcenie dziecka to tego może być trudne. Młodemu człowiekowi udział w tego typu zajęciach może kojarzyć się jako kolejny nieprzyjemny obowiązek, a nie jako konstruktywna możliwość spędzenia wolnego czasu. Dodatkowo, niska samoocena i słabe poczucie własnej wartości mogą utrudniać dziecku włączenie się w grupę rówieśniczą, tworząc przekonanie o niesprostaniu wymaganiom grupy. Jednakże pobyt na zajęciach pozalekcyjnych oznacza skrócenie czasu spędzanego przez dziecko z uzależnionym rodzicem i tym samym ograniczenie traumatycznych doświadczeń, co może ułatwić mu proces wzmacniania własnej odporności. Udział w dodatkowej aktywności to także znakomita okazja dla dziecka do realizowania swoich pasji, budowania osobistych zasobów i kształtowania poczucia własnej wartości. Dla dziecka może to być dobry moment na otwarcie się, gdyż nauczyciel/ wychowawca jest wtedy zazwyczaj mniej formalny, co sprzyja rozmowie na bardziej osobiste tematy. Ogólne wskazania do rozmowy z dzieckiem umieszczono w tabeli 6.1.

Tabela 6.1. Wskazówki do rozmowy z dzieckiem

Co warto robić w kontakcie z dzieckiem?	Czego lepiej unikać?
- Znaj adresy placówek, które udzielą pomocy terapeutycznej. - Zgromadź bibliotekę pozycji dla dzieci. - Upewnij się, że dziecko wie: (1) że nie jest jedyne z tym problemem; (2) nie jest odpowiedzialne za trudności rodzinne i nie może kontrolować życia rodziców; (3) jest wartościowe niezależnie od tego, z jakimi problemami zmagają się jego rodzice. - Rozmawiaj, bądź otwarty, przeanalizuj sieć dostępnych źródeł wsparcia. - Pamiętaj, że możesz być jedyną osobą, przed którą dziecko się otworzyło. Nie trać z nim kontaktu. - Bądź uważny, okazując dziecku pozytywne uczucia. Dzieci uzależnionych rodziców mogą bać się bezpośredniego kontaktu, zwłaszcza fizycznego.	- Nie okazuj złości i zniecierpliwienia. Twoja reakcja może zawstydić dziecko i zniechęcić je do poszukiwania pomocy. - Nie bagatelizuj uczuć dziecka i jego lęków. To może wzmacniać poczucie niezrozumienia, osamotnienia i bezradności. - Nie krytykuj pijącego rodzica w celu okazania współczucia. To, co naprawdę pomaga to wysłuchanie i zrozumienie dla uczuć dziecka. - Nie obiecuj rzeczy, których nie jesteś w stanie zrobić. Stabilne i spójne relacje są podstawą rozwoju zaufania. - Nie opowiadaj o problemach dziecka osobom, które nie powinny o nich wiedzieć. Nie plotkuj o jego rodzinie. - Nie pozbawiaj dziecka profesjonalnej pomocy.

Źródło: opracowanie własne.

Podając się działań wobec dzieci z rodzin z problemem alkoholowym, warto pamiętać o **barierach i ograniczeniach towarzyszących takim działaniom**. Ograniczenia stojące po stronie nauczyciela/wychowawcy/terapeuty mogą dotyczyć zarówno jego kompetencji, jak i własnych, bolesnych doświadczeń z dzieciństwa. Ograniczenia i bariery mogą również stać po stronie dziecka i jego rodziny. Zwłaszcza w okresie adolescencji może pojawić się trudność przed rozmową i korzystaniem ze specjalistycznej pomocy psychologicznej, głównie z powodu strachu o własny wizerunek w oczach innych. Mogą też pojawiać się trudności w uzyskaniu zgody rodziców na korzystanie przez dziecko z pomocy terapeutycznej. Warto o tym pamiętać, podejmując się pomocy młodym ludziom wychowującym się w rodzinach dotkniętych problemem uzależnienia lub szkodliwego picia.

Wyzwania i przyszłe kierunki badań nad dziećmi i adolescentami rodziców z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem alkoholu

Wzrastająca wiedza, zarówno teoretyczna, jak i empiryczna na temat funkcjonowania osób uzależnionych od alkoholu i członków ich rodzin stawia przed badaczami coraz bardziej skomplikowane zadania. Zmieniająca się struktura rodziny, współwystępujące inne zaburzenia psychiczne u rodziców i w rodzinie, heterogeniczność rodzin alkoholowych to wyzwania, które stoją współcześnie przed badaczami podejmującymi problemy zdrowia psychicznego i zaburzeń psychicznych populacji dzieci alkoholików. Opisany wcześniej model psychopatologii rozwojowej stał się impulsem do doskonalenia i rozwoju zarówno metodologii badań, jak i analiz statystycznych. Współczesne badania mają głównie charakter prospektywny, uwzględniający wiele zmiennych mierzonych w różnych punktach czasowych. Stałe doskonalenie procedur badawczych i najnowsze osiągnięcia w metodologii wciąż jednak nie chronią naukowców przed wieloma trudnymi zagadnieniami, z którymi muszą się zmierzyć, projektując badania w obszarze rodzin osób pijących i nadużywających alkoholu.

Pierwsze podstawowe wyzwanie to zmieniająca się **struktura rodziny**. Współczesne demograficzne trendy kreują znaczną różnorodność w zakresie struktury rodziny, co znacznie komplikuje badania nad rodzinami alkoholowymi (Bumpass, 2004). Warto zauważyć, że wzrasta liczba samotnych i związków kohabitacyjnych, wzrasta wiek urodzenia pierwszego dziecka, liczba rozwodów sięga nawet 50%, spada płodność, prawie 1/3 dzieci przez dłuższy czas wychowywana jest przez samotnego rodzica. Konsekwencją tych tendencji jest wzrastająca różnorodność struktury rodziny i skomplikowanie wzajemnych ustaleń i uzgodnień opiekuńczych w rodzinach. W badaniach podłużnych istnieje wiele tranzyjacji bez wyraźnych określonych sekwencji rozwojowych. Problem ten jest jeszcze bardziej skomplikowany przez

fakt, że problem alkoholowy w rodzinie jest w sposób szczególny związany ze strukturą rodziny i większym prawdopodobieństwem zmian w tym obszarze.

Kolejne wyzwanie to **sposób kwalifikowania dzieci** do grupy klinicznej lub kontrolnej. Złożoność problemów występujących w związku ze szkodliwym używaniem alkoholu rodzi wiele metodologicznych trudności. Wśród osób pijących są tacy rodzice, u których z medycznego punktu widzenia zdiagnozowano zaburzenia spowodowane nadużywaniem alkoholu, ale są też tacy, którzy nie mają takiej diagnozy, a ich negatywny wpływ na funkcjonowanie dzieci jest równie znaczący. W badaniach populacji dzieci pijących rodziców można zauważyć dwa szerokie sposoby oceny problemu alkoholowego w rodzinie: metoda bezpośrednia i metoda rodzinna (Cuijpers, Smit, 2001). **Metoda bezpośrednia** polega na ocenie problemu alkoholowego poprzez bezpośredni wywiad z pacjentem albo poprzez analizę jego dokumentacji medycznej (Grzegorzewska, Farnicka, 2013). W metodzie tej często wykorzystuje się też techniki kwestionariuszowe, które stosowane w praktyce klinicznej mają za zadanie rozpoznanie osób mających objawy ryzykownego lub szkodliwego picia alkoholu. Do najczęściej używanych w warunkach klinicznych i empirycznych testów należą: test CAGE, 25-itemowy test MAST (*Michigan Alcoholism Screening Test*), jego skrócone wersje SMAST (13 pytań) oraz BMAST (10 pytań) oraz test do samooceny SAAST (*Self-Administred Alcoholism Screening Test*). Metody te oparte są na podobnej zasadzie: zadaniem badanej osoby jest odpowiedź na pytania dotyczące picia alkoholu, np. *Czy zdarzały się w twoim życiu okresy, kiedy odczuwałeś konieczność ograniczenia swojego picia?*; *Czy miałeś kiedyś kłopoty w pracy z powodu picia alkoholu?* Odpowiedź twierdząca na co najmniej 2 – 5 pytań (w zależności od testu) jest, zdaniem niektórych badaczy, wystarczającym kryterium do rozpoznania uzależnienia od alkoholu. Inną metodą jest zaproponowany przez Światową Organizację Zdrowia test AUDIT (*The Alcohol Use Disorders Identification Test*), który umożliwia rozpoznanie osób pijących w sposób ryzykowny lub szkodliwy dla zdrowia. Jego budowa jest oparta na kryteriach diagnostycznych Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10). Test składa się z dwóch części: wywiadu alkoholowego oraz badania fizykalnego.

Metoda rodzinna polega na diagnozie problemu alkoholowego poprzez kontakt z najbliższą rodziną. Dotyczy szacowania zaburzeń psychicznych doświadczanych przez osobę pijącą prowadzonych według ściśle określonych kryteriów. W badaniach dotyczących dzieci z rodzin z problemem alkoholowym najczęściej wykorzystuje się techniki kwestionariuszowe adresowane bezpośrednio do nich. Najczęściej stosowaną metodą jest Test Przesiewowy dla Dzieci Alkoholików CAST (*Children of Alcoholics Screening Test*). Test ten

składa się z 30 pozycji bezpośrednio odnoszących się do doświadczeń związanych z zachowaniami pijącego ojca (Jones, 1983). Zawiera takie pytania, jak: *Czy kiedykolwiek przyszło ci do głowy, że jedno z twoich rodziców ma problem alkoholowy? Czy kiedykolwiek namawiałeś swoich rodziców, by skończyli z piciem? Czy kiedykolwiek pragnąłeś, by któreś z twoich rodziców przestało pić?*

Ogólnie rzecz biorąc, **metoda bezpośrednia jest bardziej wiarygodna** niż metoda rodzinna (Cuijpers, Smit, 2001). Okazało się, że trafniej szacuje spectrum zaburzeń rodzica związanych z używaniem alkoholu ($> 0,90$), wykazuje też większą rzetelność ($k > 0,70$) (Andreasen i in., 1977; Crews, Sher, 1992; Schuckit, Klein, Twitchell, 1995). Jednak gdy rodzice zgadzają się na udział dziecka w badaniach, ale odmawiają własnego zaangażowania lub z innych powodów są niedostępni, metoda pośrednia (rodzinna) jest często jedynym dostępnym i możliwym wyborem. Jest poza tym szybsza, tańsza i bardziej efektywna niż metoda bezpośrednia. Dlatego w wielu przypadkach, a zwłaszcza przy dużych grupach badawczych, stanowi preferowany sposób szacowania problemów alkoholowych w rodzinie.

Współcześnie w badaniach nad konsekwencjami rodzicielskiego alkoholizmu powoli odchodzi się od tradycyjnego podziału na rodziny alkoholowe i niealkoholowe. Coraz częściej pojawiają się badania wykorzystujące złożone analizy statystyczne w celu oceny problemów alkoholowych w rodzinie. Naukowcy **porzucają tradycyjne podejście dychotomiczne** (obecność lub brak alkoholizmu) na rzecz szacowania problemów alkoholowych na kontinuum nasilenia objawów (Heath i in., 1994; Kendler, Karkowski, Prescott, Pedersen, 1998; Chassin, Sher, Hussong, Curran, 2013). Wykorzystuje się w tym celu analizę klas latentnych. Co prawda, nie udało się zidentyfikować specyficznych grup o różnych profilach problemów alkoholowych, ale uzyskano dowody na zmienność nasilenia tych problemów u poszczególnych osób (Nelson, Heath, Kessler, 1998). Na podstawie badań Kruegera i współpracowników (2004) na próbie 1000 osób opartych na analizie klas latentnych (*Latent Trait Modelling*; LTM) opracowano formalny model różnicowania i szacowania nasilenia problemów alkoholowych. Wyszło na to, że optymalna konceptualizacja problemów z piciem jest możliwa na podstawie analizy wielkości (dymensji) nasilenia ich symptomów. W tym modelu podkreśla się, że różne objawy mają odmienne znaczenie; różne wskaźniki picia nie mogą mieć takiej samej wagi w szacowaniu występowania problemów alkoholowych u danej osoby. Inaczej mówiąc, wskaźniki, które empirycznie lokują się wyżej na kontinuum, wskazują ogólnie na większe nasilenie problemów alkoholowych, stąd mogą być traktowane jako bardziej poważne (Krueger i in., 2005). Powyższe przypuszczenia są zgodne z klinicznym ujęciem problemów i zaburzeń związanych z używaniem alkoholu, tzn. średni stopień nasilenia symptomów (wg ICD-10 – picie szkodliwe; wg DSM-IV – nadużywanie al-

koholu) i poważny stopień nasilenia symptomów (wg ICD-10 i DSM-5 uzależnienie od alkoholu). Konsekwencją tych analiz było wprowadzenie przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne zmian w opisie i klasyfikacji zaburzeń związanych z używaniem alkoholu (APA, 2013). Jedną z zmian jest efektem rezygnacji z jednoznacznie kategoryjnego podejścia do klasyfikacji zaburzeń związanych z uzależnieniami substancjalnymi i dotyczy połączenia dwóch niezależnych kategorii diagnostycznych, tj: nadużywania i uzależnienia od alkoholu w jedną: zaburzenia związane z używaniem alkoholu.

W DSM-5 zgodnie z uzyskanymi wynikami badań empirycznych położono nacisk na stopniowe nasilanie się symptomów zaburzeń związanych z używaniem alkoholu. Jest to wynik odejścia od kategoryjnego w kierunku dymensjonalnego podejścia do rozumienia i ujmowania problemów i zaburzeń używania alkoholu, które w klasyfikacji zawartej w DSM-5 mają charakter hybrydowy (por. Poprawa, 2015; Cierpiałkowska, 2016). Zgodnie z powyższym, w literaturze dotyczącej dzieci z rodzin alkoholowych coraz częściej traktuje się rodzicielskie problemy związane z piciem alkoholu nie jako odmienne jakościowo kategorie („rodzic jest lub nie jest alkoholikiem”), lecz jako **stopniowalne, ilościowo nasilające się szkodliwe objawy używania alkoholu** (Krueger i in., 2005; 2007). Wydaje się, że subtelne różnice pojawiające się w funkcjonowaniu pijących rodziców są istotne dla oceny związków pomiędzy alkoholowymi problemami rodziców a przebiegiem ścieżek rozwojowych ich potomstwa.

Kolejnym wyzwaniem w badaniach nad wpływem rodziców pijących szkodliwie lub w sposób uzależniony jest fakt **współwystępowania innych zaburzeń psychicznych**, które mogą znacząco modyfikować wielkość doświadczanego przez dzieci stresu i traumy. Nadmierne picie i alkoholizm są powiązane z wieloma zaburzeniami psychicznymi, a wzajemne związki między nimi nie są do końca poznane (Kessler i in., 1997). Te współistniejące zaburzenia mogą mieć „sumaryczny” wpływ na funkcjonowanie alkoholika i jego rodziny, ale mogą też modyfikować obraz (ekspresję) alkoholizmu w rodzinie. Jeśli na przykład, osoba pijąca ujawnia dodatkowo impulsywność lub antyspołeczne zaburzenia osobowości to jej sposób funkcjonowania w rodzinie różni się od funkcjonowania osoby pijącej bez tego typu problemu (np. nasilenie przemocy fizycznej czy psychicznej) (Poprawa, 2014). W rodzinach, w których z alkoholizmem dodatkowo współwystępują inne zaburzenia psychiczne, nasileniu ulega genetyczne i środowiskowe ryzyko pojawienia się u potomstwa problemów alkoholowych albo innych form nieprzystosowania (por. Park, Schepp, 2015). Zaburzenia psychiczne mogą występować nie tylko u alkoholika, ale także u niepijącego rodzica (np. depresja czy zaburzenia lękowe), być rezultatem uzależnienia współmałżonka, ale mogą też być od niego niezależne. Współwystępowanie zaburzeń u niepijącego rodzi-

ca również nasila czynniki ryzyka w środowisku rodzinnym dziecka, a jej wystąpienie zwiększa prawdopodobieństwo problemów rozwojowych u potomstwa. W tym kontekście wyodrębnienie zmiennych zależnych bezpośrednio od alkoholizmu jest bardzo trudne.

Kolejny problem, który powinien być zauważony i rozstrzygnięty przez badaczy to **zróżnicowanie i złożoność problemów alkoholowych** występujących w rodzinie. Odmienne wyniki uzyskiwane w wielu badaniach nad dziećmi rodziców z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem alkoholu ukazują wielkość potencjalnych trudności, np. w zakresie sposobów rekrutacji rodzin do grupy badanych. W wielu badaniach obserwuje się nadreprezentację grup klinicznych lub studenckich, zbyt małą liczebność próby lub brak grup porównawczych (kontrolnych). Inne trudności związane ze złożonością problemu alkoholowego to często ukryte nadmierne picie u drugiego rodzica, nasilenie uzależnienia, rodzaj picia (ostre lub chroniczne), długość trwania alkoholizmu, wiek dziecka, w którym picie zaczęło być problemowe oraz współwystępowanie innych problemów w rodzinie, jak np. przemoc małżeńska czy izolacja rodziny. Problemy te ujawniają się już na początku prowadzenia badań, bowiem uzyskiwane wyniki badań mogą się znacznie różnić zależnie od składu badanej grupy. Na przykład, w wielu pracach dotyczących dzieci uzależnionych rodziców zastosowano nieprobabilistyczny (*nonprobability sampling method*) sposób dobierania osób do badań, jak np. tylko dzieci rodziców klientów poradni odwykowych, ochotnicy z grup samopomocowych, studenci. Taki dobór badanej próby zniekształca uzyskiwane wyniki badań, m.in. z powodu nadgeneralizowania wyników lub niedoszacowania problemów. Współwystępowanie z nadmiernym i szkodliwym piciem innych problemów, a zwłaszcza obecność dodatkowych zaburzeń psychicznych czy też przemocy domowej komplikuje możliwość weryfikacji uzyskanych wyników. Podobne trudności pojawiają się z powodu wielu negatywnych konsekwencji alkoholizmu: prawnych (np. aresztowanie), finansowych (np. utrata pracy), społecznych i interpersonalnych (np. utrata znajomych, problemy zdrowotne). W rodzinach z problemem alkoholowym działa tak wiele zmiennych (specyficznych i niespecyficznych, ryzyka i ochronnych), że trudno dokładnie wyjaśnić mechanizmy funkcjonowania i ostateczne efekty rozwojowe u dzieci alkoholików.

Ostatnie omawiane zagadnienie, z którym muszą się zmierzyć badacze, dotyczy uwzględnienia w badaniach nad populacją dzieci alkoholików **zmian rozwojowych zachodzących w cyklu życia**. Należy bowiem pamiętać, że badanie procesów rozwoju opiera się na **idei progresywności**, hołdującej założeniu, że zmiana rozumiana jest jako stale wzrastające zróżnicowanie i hierarchiczna integracja w obrębie różnych systemów psychologicznych jednostki (Trempała, 2000). W psychopatologii rozwojowej zmiany rozwojowe

traktuje się często w kategoriach tzw. **ciągłości heterotypowej**, dwoje dzieci osiąga ten sam efekt rozwojowy innymi ścieżkami i transakcjami między wieloma czynnikami (Cicchetti, 1984; Sameroff, 200; Sroufe, Rutter, 1984). Podejście transakcyjne uwzględnia ciągłość i różnorodność zmiany rozwojowej. Podkreśla się, że nie można wyjaśnić konkretnego efektu fenotypowego (np. wczesnego picia alkoholu przez dzieci uzależnionych rodziców) jedną zmienną (np. geny). Zachowania jednostki podlegają ciągłej zmianie, która jest efektem działania zarówno predyspozycji indywidualnych jednostki, jak i jej dotychczasowych doświadczeń, aktywności własnej i aktualnych warunków społeczno-kulturowych (Windle, Davies 2003). Do pełnego zrozumienia adaptacyjnego i nieadaptacyjnego przebiegu rozwoju dzieci z rodzin z problemem alkoholowym niezbędne jest uwzględnienie tak ciągłości rozwoju, jak i momentów jego zahamowania lub zmiany kierunku z bardziej zdrowotnego na przerwanie oraz różnic indywidualnych występujących w poszczególnych okresach rozwojowych i utrzymujących się pomiędzy kolejnymi okresami, co pozwala na lepsze zrozumienie konsekwencji wychowywania się w niekorzystnych warunkach życiowych (por. Grzegorzewska, 2013a). Jest to możliwe dzięki stałemu doskonaleniu metodologii badań i analiz statystycznych w ramach opisanego wcześniej modelu psychopatologii rozwojowej. Prace empiryczne nad przebiegiem rozwoju dzieci alkoholików z uwzględnieniem zmian zachodzących w trakcie ich rozwoju wymagają zatem z jednej strony prowadzenia badań prospektywnych, z drugiej zastosowania, dopasowanych do natury badanego problemu, odpowiednich kwestii metodologicznych.

Dopiero badania longitudinalne i przekrojowe, stosujące trafne **kryteria wyznaczenia punktów czasowych** pozwolą uchwycić istotne zmiany w zachowaniu badanych dzieci, umożliwią opisanie kluczowych wymiarów zmiany (np. intensywność, częstotliwość), wskażą na mechanizmy i procesy leżące u podłoża zmian, z uwzględnieniem istniejących między dziećmi różnic tempa rozwoju psychospołecznego oraz zmian zachodzących w ich środowisku rodzinnym i pozarodzinnym (np. rozpoczęcie lub przerwanie procesu leczenia przez pijącego rodzica, podjęcie terapii przez partnera pijącego rodzica, zmiana struktury rodziny, zmiana szkoły). Brak obecnie prostej odpowiedzi na pytanie, jaka jest optymalna liczba i czas pomiarów w badaniach prospektywnych dotyczących dzieci rodziców z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem alkoholu. Jest to spowodowane niewystarczającą wiedzą na temat antecedensów leżących u podstaw obserwowanych zjawisk. Jednak badacze powinni starać się podczas planowania badań tak dobrać odpowiednie odstępy czasowe kolejnych pomiarów, aby były one zgodne z istniejącą literaturą tematu (np. znaczenie wieku dziecka, w którym zaczęły się problemy rodzica z alkoholem; przebieg procesu zdrowienia uzależnionego rodzica) oraz umożliwiałały maksymalizowanie zysków

i minimalizowanie strat w celu optymalnego wyjaśnienia zakładanych w badaniu związków przyczynowo-skutkowych.

Uwzględnienie w badaniach empirycznych zmian rozwojowych dokonujących się w cyklu życia badanych dzieci alkoholików wymaga zastosowania **koncepcji zmiennych modyfikujących i pośredniczących**. Ich wykorzystanie pomaga w opisowym statystycznym testowaniu dynamiki procesów będących elementami wzajemnych relacji zachodzących między zmiennymi (Baron, Kenny, 1986; Park, Schepp, 2015). Zastosowanie modelu modyfikowania i pośredniczenia ma istotne znaczenie dla wyjaśniania nieliniowych korelacji, jakie stwierdza się czasami w badaniach nad rozwojem dzieci rodziców z zaburzeniami psychicznymi. Pomaga bowiem zrozumieć naturę pytań, jakie można postawić z perspektywy psychopatologii rozwojowej odnośnie do wielokrotnych związków i zróżnicowanych efektów wynikających z teorii rozwojowych i psychopatologicznych. Uwzględnienie czynników modyfikujących i pośredniczących umożliwia wyjaśnienie złożonej matrycy procesów konstytucjonalnych i psychospołecznych, stanowiących podłoże związków między alkoholizmem rodziców a podatnością ich potomstwa na zaburzenia. Pozwala też na **testowanie modeli czynników ryzyka i czynników ochronnych** stanowiących pierwszy krok do ostatecznego zrozumienia wzajemnej dynamiki bio-psycho-społecznych czynników oddziałujących na dzieci alkoholików w trakcie rozwoju.

Jednocześnie koncepcja ścieżek rozwojowych albo trajektorii rozwoju powinna być uszczegółowiana, aby można było lepiej zrozumieć **dynamikę ich przebiegu**. Z metodologicznego punktu widzenia oznacza to rozłożoną w czasie obserwację wielu zmiennych w przemyślanych odstępach czasowych uwzględniających specyfikę rozwoju, zmienność działających czynników oraz realizację normatywnych zadań rozwojowych. Takie metodologiczne podejście do badań umożliwia wyodrębnienie odmiennych ścieżek rozwojowych dla osób, które początkowo były do siebie podobne (np. w okresie młodszoszkolnym funkcjonowały prawidłowo), ale w okresach przejściowych (np. wczesna adolescencja lub początek wczesnej dorosłości) ich drogi rozeszły się w różnych kierunkach zależnych od określonego zbioru zmiennych (np. dobra jakość sprawowania funkcji rodzicielskich przez niepijącego rodzica lub podjęcie leczenia przez pijącego rodzica). Włączenie koncepcji ścieżek rozwojowych do badań nad funkcjonowaniem dzieci rodziców z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem alkoholu może przyczynić się do rozwikłania wielokrotnych związków i sprowadzenia ich do postaci określonego układu zmiennych interesujących badaczy. Pozwala też na dookreślenie znaczących wzorów (lub podtypów), które, być może, trafniej wyjaśniają niejednorodność obserwowaną w większości obszarów poddawanych badaniom (por. Windle, Davies, 2003; Chassini in., 2013).

Ostatecznie, badania nad funkcjonowaniem dzieci rodziców z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu powinny uwzględniać **intra-indywidualną** (jednostkową) **zmiennność procesu rozwoju**, czyli analizować zmiany zachodzące w czasie u jednej osoby. W najnowszych badaniach empirycznych coraz częściej dominuje pogląd, że ludzie (również dzieci uzależnionych rodziców) różnią się pod względem ujawnianych w czasie zaburzeń, a wyodrębnionych na tej podstawie podtypów zaburzeń w zależności od tego, kiedy pojawiły się po raz pierwszy. Różnice te dotyczą nie tylko początków pojawienia się pierwszych objawów, lecz także przebiegu osobniczych ścieżek rozwojowych osób należących do różnych podtypów oraz czynników podatności zapowiadających kierunki zmian tych ścieżek (por. Windle, Davies, 2003). Próby kontrolowania źródeł zmienności uzyskiwanych wyników zaowocowały pojawieniem się dwóch metod modelowania statystycznego, użytecznych w budowaniu modeli indywidualnych różnic zmian wewnątrz-osobniczych. Są to analiza latentnych krzywych rozwojowych (LGCA) oraz hierarchiczne modelowanie liniowe (HLM). Analiza latentnych krzywych rozwojowych (LGCA – *Latent Growth Curve Analysis*) charakteryzuje zmianę jako proces ciągły posiadający pewną charakterystykę różniącą się między osobami. Takie podejście do analizy procesów zmiany pozwala na testowanie hipotez rozwojowych odnoszących się do korelacji między statusem początkowym i tempem zmiany oraz czynników wyjaśniających to interindywidualne zróżnicowanie (por. Konarski, 2004). Konsekwencją takich analiz jest ustalenie typowej (średniej) trajektorii zmiany oraz zróżnicowanie indywidualnych trajektorii zmiany dookoła średniej trajektorii. Tym samym, zadaniem analiz statystycznych jest ustalenie, jak przebiega proces zmiany, jaki dana osoba doświadcza w czasie. Pozwala to na ustalenie charakterystyki indywidualnych krzywych rozwojowych, zamiast określenia ilości zmiany, jaka wystąpiła między arbitralnymi chwilami pomiarowymi.

Hierarchiczne modelowanie liniowe (HLM – *Hierarchical Linear Models*) jest alternatywnym (w stosunku do jednozmiennowej analizy wariancji) sposobem analizy danych uzyskanych z powtarzanych pomiarów. Hierarchiczne modelowanie liniowe należy do tak zwanych analiz wielopoziomowych (*multilevel analysis*). Charakterystyczną cechą tego podejścia jest uwzględnianie hierarchicznego układu danych, w którym obserwacje są pogrupowane zgodnie z jakąś nadrzędną strukturą. W analizie dopuszczamy możliwość, że podobieństwo wyników w obrębie takiej grupy jest większe niż podobieństwo wyników między grupami, co sprawia, że nie można takich danych traktować jako całkowicie niezależnych (por. Zieliński, 2010). Hierarchiczne modele liniowe mogą być z powodzeniem stosowane jako trafna metoda analizy danych z powtarzanym pomiarem. Metoda ta cechuje się bardziej liberalnymi założeniami i większą elastycznością w modelowaniu danych.

Podsumowując, należy podkreślić, że choć wiedza o ścieżkach rozwoju dzieci z rodzin z problem alkoholowym znacząco się poszerzyła, to ciągle badacze stoją przed ogromnym wyzwaniem, którego celem jest wyjaśnienie charakteru dynamiki zmian czynników ryzyka i zasobów prowadzących do różnych efektów rozwojowych na poszczególnych etapach życia jednostki. Najbardziej potwierdzona jest specyficzna ścieżka podatności na uzależnienia, pozostałe zdają się mieć charakter niespecyficzny. Priorytetem jest coraz bardziej adekwatny opis i ocena złożonych związków między czynnikami biologicznymi, psychologicznymi i społecznymi działającymi na dzieci uzależnionych rodziców w trakcie ich rozwoju. Stanowią one podłoże ukształtowania się mechanizmów pozytywnej lub negatywnej adaptacji; podatności lub odporności psychicznej potomstwa rodziców z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem alkoholu. Wszechstronna i wiarygodna wiedza pozwoli na bardziej efektywną pomoc w „prostowaniu” ścieżek rozwoju dzieci, adolescentów i dorosłych.

Bibliografia

- Aase, J.M. (1998). Kliniczne rozpoznawanie Alkoholowego Zespołu Płodowego (FAS). Trudności w wykrywaniu i diagnostyce. *Alkohol a Zdrowie*, 17, 1-12.
- Achenbach, T.M. (1990). Conceptualization of developmental psychopathology. W: M. Lewis, S.M. Miller (red.), *Handbook of developmental psychopathology*. New York: Plenum Press.
- Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Ackerman, R.J. (1983). *Children of alcoholics*. New York: Simon & Schuster.
- Adger, H. (2004). *The role of primary care physicians*. Dostępne na: <http://www.nacoa.net/role.htm> (dostęp: lipiec 2011).
- Agarwal, D.P., Goedde, H.W. (1989). Human aldehyde dehydrogenases: their role in alcoholism. *Alcohol*, 6(6), 517-523.
- Ahnert, L., Gunnar, M., Lamb, M.E., Barthel, M. (2004). Transition to child care: Associations of infant-mother attachment, infant negative emotion and cortisol elevations. *Child Development*, 75, 639-650.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., Wall, S. (1978). *Patterns of attachment*. New Jersey: LEA.
- Al-Anon Family Group Headquarters (2004). *Nadzieja dla dzieci alkoholików Alateen*. Poznań: Stowarzyszenie Służb Grup Rodzinnych Al-Anon.
- Alford, K.M. (1998). Family roles, alcoholism, and family dysfunction. *Journal of Mental Health Counseling*, 20, 250-260.
- Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A.W. (2008). Introduction. W: J.G. Allen, P. Fonagy, A.W. Bateman (red.), *Mentalizing in clinical practice* (s. 1-24). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A.W. (2014). *Mentalizowanie w praktyce klinicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Alink, L.R.A., Mesman, J., Van Zeijl, J. i in. (2009). Maternal sensitivity moderates the relation between negative discipline and aggression in early childhood. *Social Development*, 18, 99-120.
- Alterman, A., Searles, J.S., Hall, J.G. (1989). Failure to find differences in drinking behavior as a function of familial risk for alcoholism: a replication. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 50-53.
- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and Statistical Manual, Mental Disorders, DSM-I*. Washington: American Psychiatric Association Mental Hospital Services.
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-II*. Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM 5*. Washington: American Psychiatric Association.
- Anda, R., Whitfield, Ch., Felitti, J., Chapman, D., Edwards, V. Dube, S., Williamson, D. (2002). Adverse Childhood Experiences, Alcoholic Parents, and Later Risk of Alcoholism and Depression. *Psychiatric Service*, 53, 1001-1009.

- Anderson, S.A., Sabatelli, R.M. (1990). Differentiating differentiation and individuation: Conceptual and operational challenges. *American Journal of Family Therapy*, 18, 1, 32-50.
- Andreasen, N.C., Rice, J., Endicott, J. et al. (1977). The family history method using diagnostic criteria: reliability and validity. *Archives of General Psychiatry*, 34, 1229-1235.
- Andreasen, N.C., Endicott, J., Spitzer, R.L. et al. (1986). The family history approach to diagnosis; how useful is it? *Archives of General Psychiatry*, 43, 421-429.
- Andrews, J.A., Hops, H., Duncan, S.C. (1997). Adolescent modeling of parent substance use: The moderating effect of the relationship with the parent. *Journal of Family Psychology*, 11, 259-270.
- Arnett, J.J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55, 469-480.
- Aseltine, R.H. (1995). A reconsideration of parental and peer influences on adolescent deviance. *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 103-121.
- August, G.J., Stewart, M.A. (1983). Familial subtypes of childhood hyperactivity. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 362-368.
- Bailey, V. (2001). Cognitive-behavioral therapies for children and adolescents. *Advances in Psychiatric Treatment*, 7, 224-232.
- Baltes, P.B., Reese, H., Lipsett, L. (1980). Lifespan developmental psychology, *Annual Review of Psychology*, 31, 65-110.
- Barnes, G.M. (1990). Impact of the family on adolescent drinking patterns. W: R.L. Collins, K.E. Leonard, J.S. Searles (red.), *Alcoholism and the family* (137-161). Guilford: New York.
- Barnes, G.M., Windle, M. (1987). Family factors in adolescent alcohol and drug abuse. *Pediatrician*, 14, 13-18.
- Baron, R.M., Kenny, D.A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Barrera, M. Jr (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14, 413-445.
- Barrera, M. Jr, Li, S.A., Chassin, L. (1995). Effects of parental alcoholism and life stress on Hispanic and non-Hispanic Caucasian adolescents: A prospective study. *American Journal of Community Psychology*, 23, 479-507.
- Barry, K.L., Fleming, M.F. (1990). Family cohesion, expressiveness and conflict in alcoholic families. *British Journal of Addiction*, 85, 1, 81-87.
- Bays, J. (1990). Substance abuse and child abuse: Impact of addiction on the child. *Pediatric Clinics of North America*, 37, 881-904.
- Beardslee, W.R., Versage, E.M., Gladstone, T.R.G. (1998). Children of affectively ill parents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37, 1134-1141.
- Beardslee, W.R., Podorefsky, D. (1988). Resilient adolescents whose parents have serious affective and other psychiatric disorders: The importance of self-understanding and relationships. *American Journal of Psychiatry*, 145, 63-69.
- Beaudoin, C.M., Murray, R.P., Bond, J., Barnes, G.E. (1997). Personality characteristics of depressed or alcoholic adult children of alcoholics. *Personality and Individual Differences*, 92, 559-567.
- Bee, H. (2004). *Psychologia rozwoju człowieka*. Poznań: Zysk i S-ka.
- Beebe, B., Lachmann, F.L., Jaffe, J. (1997). Mother-infant interaction structures and pre-symbolic self and object representations. *Psychoanalytic Dialogues*, 7, 2, 133-182.

- Beeghly M., Cicchetti D. (1994). Child maltreatment, attachment, and the self system: Emergence of an internal state lexicon in toddlers at high social risk. *Development and Psychopathology*, 6, 5-30.
- Begleiter, H., Porjesz, B., Bihari, B., Kissin, B. (1984). Even treated brain potentials in boys at risk for alcoholism, *Science*, 225, 1493-1496.
- Beletsis, S., Brown, S. (1981). A developmental framework for understanding the children of alcoholics. Focus on women. *Journal of Health and the Addictions*, 2 (winter), 1-32.
- Benard B. (1991). *Fostering resiliency in kids: Protective factors in the family, school, and community*. Portland, OR: Northwest Regional Educational Laboratory.
- Bennet, L., Wolin, S.J. (1990). Family culture and alcohol transmission. W: R.L. Collins, K.E. Leonard, J.S. Searles (red.). *Alcohol and the family: Research and clinical perspectives* (s. 137-167). New York: Guilford Press.
- Bennett, L., Wolin, S.J., McAvity, K. (1988). Family identity, ritual, and myth: A cultural perspective on life cycle transitions. W: C. Falicov (red.), *Family transitions* (s. 211-234). New York: The Guilford Press.
- Bennett, L.A., Wolin, S.J., Reiss, D. (1988). Deliberate family process: A strategy for protecting children of alcoholics. *British Journal of Addiction*, 83, 821-829.
- Bennett, L.A., Wolin, S.J., Reiss, D., Teitelbaum, M.A. (1987). Couples at risk for transmission of alcoholics: Protective influence. *Family Process*, 26, 111-129.
- Benson, C.S., Heller, K. (1987). Factors in the current adjustment of young adult daughters of alcoholic and problem drinking fathers. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 305-312.
- Berkowitz, A., Perkins, H.W. (1988). Personality characteristics of children of alcoholics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 206-209.
- Bertrand, J., Floyd, R.L., Weber, M.K., O'Connor, M., Riley, E.P., Johnson, K.A., Cohen, D.E., and National Task Force on Fetal Alcohol Syndrome and Fetal Alcohol Effect (2004). *Fetal Alcohol Syndrome: Guidelines for Referral and Diagnosis Centers for Disease Control and Prevention* (s. 1-62). Atlanta, GA.
- Bialecka-Pikul, M. (2011). Psychopatologia rozwojowa jako dziedzina badań nad rozwojem atypowym. *Psychologia Wychowawcza*, 16, 3, 15-25.
- Bijur, P.E., Kurzon, M., Overpeck, M.D., Scheidt, P.C. (1992). Parental alcohol use, problem drinking, and children's injuries. *Journal of the American Medical Association*, 267, 3166-3171.
- Bingham, A., Bargar, J. (1985). Children of alcoholic families: A group treatment approach for latency age children. *Journal of Psychosocial Nursing*, 23, 13-15.
- Black, R., Mayer, J. (1980). Parents with special problems: Alcoholism and opiate addiction. *Child Abuse and Neglect*, 4, 45-54.
- Bohman, M., Cloninger, C.R., von Knorring, A.L., Sigvardsson, S. (1984). An adoption study of somatoform disorders, IH. Cross-fostering analysis of genetic relationship to alcoholism and criminality. *Archives General Psychiatry*, 41, 872-878.
- Bohman, M., Sigvardsson, S., Cloninger, C.R. (1981). Maternal inheritance of alcohol abuse: Cross-fostering analysis of adopted women. *Archives of General Psychiatry*, 38, 965-969.
- Booz, A., Hamilton, I. (1974). *An Assessment of the Needs of and Resources for Children of Alcoholic Parents*. Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Borkovec, T.D., Whisman, M.A. (1996). Psychosocial treatment for generalized anxiety disorder. W: M. Mavissakalian, R. Prien (red.), *Long-term treatment of anxiety disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bowen, M. (1970). *Family therapy on clinical practice*. New York: Basic Books.

- Bowen, M. (1978). *Family Therapy in Clinical Practice*, New York – and London: Jason Aronson.
- Bowlby, J. (1988). *A Secure base. Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Bowlby, J. (2007). *Przywiązanie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Boyce, W.T. (1985). Social support, family relations, and children. W: S. Cohen, L.S. Syme (red.). *Social support and health* (s. 151-173). San Diego, CA: Academic Press.
- Boyce, W.T., Frank, E., Jensen, P.S., Kessler, R.C., Nelson, C.A., Steinberg, L. i in. (1998). Social context in developmental psychopathology: Recommendations for future research from the MacArthur Network on Psychopathology and Development. *Development and Psychopathology*, 10, 143-164.
- Bradley, R.H., Corwyn, R. (2013). From parent to child to parent. Paths in and out of problem behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41, 515-529.
- Bretherton, I., Munholland, K.A. (1999). Internal working models in attachment: A construct revisited. W: J. Cassidy, P. Shaver (red.), *Handbook of Attachment: Theory, research and clinical application* (s. 89-111). New York: Guilford.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Brook, J.S., Brook, D.W., Gordon, H.S., Whiteman, M., Cohen, P. (1990). The psychosocial etiology of adolescent drug use: A family interactional approach. *Genetic, Social and General Psychology Monographs*, 116, 2, 513-531.
- Brown, J.H. (2001). Systemic reform concerning resilience in education. *Association for Education, Communications and Technology*, 45, 4, 47-54.
- Brown, S. (1988). *Treating adult children of alcoholics: A developmental perspective*. New York: John Wiley & Sons.
- Brown, S. (1995). *Bezpieczne przejście. Powrót do zdrowia dorosłych dzieci alkoholików*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychiatrii i Neurologii.
- Brown, S.A., Creamer, V.A., Stetson, B.A. (1987). Adolescent alcohol expectancies in relation to personal and parental drinking patterns. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 117-121.
- Brown, W.K., Rhodes, W.A. (1991). Factors that promote invulnerability and resiliency in at-risk children. W: W.K. Brown, W.A. Rhodes (red.), *Why some children succeed despite the odds* (171-177). New York: Praeger.
- Bryant, K., Windle, M., West, S. (1997). *The science of prevention*, APA: Washington DC.
- Brzezińska, A. (2000). *Spółeczna psychologia rozwoju*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Brzezińska, A., Hornowska, E. (2007). *Dzieci i młodzież wobec agresji i przemocy*. Warszawa: Wydawnictwo Scholar.
- Bumpass, L. (2004). *Social Change and the American Family*. *Annals of the New York Academy of Science*, 1038, 213-219.
- Burk, J.P., Sher, K.J. (1988). The “forgotten children” revisited: Neglected areas of COA research. *Clinical Psychology Review*, 8, 285-302.
- Burnett, G., Jones, R., Bliwise, N.G., Ross, L.T. (2006). Family unpredictability, parental alcoholism, and the development of parentification. *American Journal of Family Therapy*, 34, 181-189.
- Bush, S.I., Ballard, M.E., Fremouw, W. (1995). Attributional style, depressive features, and self-esteem: Adult children of alcoholic and non-alcoholic parents. *Journal of Youth and Adolescence*, 24, 177-185.

- Buss, A., Plomin, R. (1984). *Temperament: Early developing personality traits*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cadore, R.J., O'Gorman, T., Troughton, E., Heywood, E. (1985). Alcoholism and antisocial personality: Interrelationships, genetic and environmental factors. *Archives of General Psychiatry*, 42, 161-167.
- Cadore, R.J., Troughton, E., O'Gorman, T.W., Heywood, E. (1987). An adoption study of genetic and environmental factors in drug abuse. *Archives of General Psychiatry*, 43, 1131-1136.
- Calkins, S.D. (1994). Origins and outcomes of individual differences in emotional regulation. W: N.A. Fox (red.), *Emotion regulation: Behavioral and biological considerations*. Monographs of the Society for Research in Child Development. Chicago, Ill: University of Chicago Press.
- Campbell, S.B. (2002). *Behavior problems in preschool children: Clinical and developmental issues*. New York: Guilford Press.
- Cantwell, D.P. (1972). Psychiatric illness in the families of hyperactive children. *Archives of General Psychiatry*, 27, 414-417.
- Cantwell, D.P. (1975). Genetics of hyperactivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 16, 3, 261-264.
- Carson, R.C., Butcher, J.N., Mineka, S. (2003). *Psychologia zaburzeń* (t. 2). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Casas-Gil, M.J., Navarro-Guzman, J.I. (2002). School characteristics among children of alcoholic parents. *Psychology Report*, 90, 1, 341-348.
- Cermak, T.L. (1984). Children of alcoholics and the case for a new diagnostic category of co-dependency. *Alcohol, Health and Research World*, 8, 38-42.
- Cermak, T.L. (1988). *Time to heal. The road to recovery for adult children of alcoholics*. Los Angeles: J.P. Tarcher Institute.
- Chandy, J.M., Harris, L., Blum, R.W., Resnick, M.D. (1995). Female adolescents of alcohol misusers – disordered eating features. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 283-289.
- Chase, N.D. (1999). Parentification: An overview of theory, research, and societal issues. W: N.D. Chase (red.), *Burdened children: Theory, research, and treatment of parentification* (s. 3-33). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Chase, N.D., Deming, M.P., Wells, M.C. (1998). Parentification, parental alcoholism, and academic status among young adults. *American Journal of Family Therapy*, 26, 2, 105-114.
- Chase-Lansdale, P.L., Wakschlag, L.S., Brooks-Gun, J. (1995). A psychological perspective on the development of caring in children and youth: The role of the family. *Journal of Adolescence*, 18, 5, 515-556.
- Chassin, L., Curran, P.J., Hussong, A.M., Colder, E.R. (1996). The relation of parent alcoholism to adolescent substance use: A test of three mediating mechanisms. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 1, 70-80.
- Chassin, L., Pillow, D.R., Curran, P.J., Molina, B.S.G., Barrera, M. Jr (1993). Relation of parental alcoholism to early adolescent substance use: A test of three mediating mechanisms. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 1, 3-19.
- Chassin, L., Pitts, S.C., DeLucia, C., Todd, M. (1999). A longitudinal study of children of alcoholics: predicting young adult substance use disorders, anxiety, and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 106-119.
- Chassin, L., Rogosch, F., Barrera, M. Jr. (1991). Substance use and symptomatology among adolescent children of alcoholics. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 4, 449-463.

- Chassin, L., Sher, K.J., Hussong, A., Curran, P. (2013). The developmental psychopathology of alcohol use and alcohol disorders: Research achievements and future directions. *Development and Psychopathology*, 25, 1567-1584.
- Chess, S., Thomas, A. (1984). *Origins and evolution of behavior disorders*. New York: Bruner/Mazel.
- Chilcoat, H.D., Anthony, J.C. (1996). Impact of parent monitoring on initiation of drug use through late childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1, 91-100.
- Chodkiewicz, J. (2014). *Odbić się od dna. Rola jakości życia w przebiegu i efektach terapii osób uzależnionych od alkoholu*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Christensen, H., Bilenberg, N. (2000). Behavioural and emotional problems in children of alcoholic mothers and fathers. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 9, 219-226.
- Christofferson, M., Soothill, K. (2003). The long-term consequences of parental alcohol abuse: a cohort study of children in Denmark. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25, 107-116.
- Cicchetti, D. (1984). The emergence of developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 1-7.
- Cicchetti, D. (1995). A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 541-65.
- Cicchetti, D. (red.) (2003). Experiments of nature: Contributions to developmental theory [Special Issue]. *Development and Psychopathology*, 15(4), 833-1106.
- Cicchetti, D. (2006). Development and Psychopathology. W: D. Cicchetti (red.), *Developmental Psychopathology* (wyd. 2). *Theory and Method* (s. 1-23). New York: Wiley.
- Cicchetti, D., Cohen, D.J. (red.), (2006). *Developmental psychopathology*. New York: Wiley.
- Cicchetti, D., Toth, S.L. (2009). The past achievements and future promises of developmental psychopathology: The coming of age of discipline. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 1-2, 16-25.
- Cicchetti, D., Cummings, E.M. (red.), (1990). *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention* (s. 3-49), Chicago: University of Chicago Press.
- Cicchetti, D., Cummings, E.M., Greenberg, M.T., Marvin, R.S. (1990). An organizational perspective on attachment beyond infancy: Implication for theory, measurement, and research. W: M.T. Greenberg, Cicchetti, D., Cummings, E.M. (red.), *Attachment in the preschool years: Theory research and intervention* (3-49), Chicago: University of Chicago Press.
- Cicchetti, D., Cohen D.J. (1995). Perspectives on developmental psychopathology. W: D. Cicchetti, D.J. Cohen (red.) *Developmental psychopathology* (t. 1). *Theory and methods* (s. 3-22). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Cierpiąłowska, L. (1994). *Alcoholism. Self-help groups and Professional therapy*. Poznań – Warszawa – Rotterdam: Eburon – Delft.
- Cierpiąłowska, L. (1997). *Alkoholizm. Małżeństwa w procesie zdrowienia*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Cierpiąłowska, L. (2001). *Alkoholizm. Przyczyny – leczenie – profilaktyka*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Cierpiąłowska, L. (2005). *Dzieci z grup wysokiego ryzyka – perspektywa transakcyjnej psychopatologii rozwojowej*. Materiały Konferencyjne II Poznańskiego Forum Trzeźwości (s. 1-2). Poznań: WZ Urząd Miasta Poznania.
- Cierpiąłowska, L. (2007a). Dzieci alkoholików w perspektywie rozwojowego modelu podatności i odporności na zaburzenia psychiczne. *Czasopismo Psychologiczne*, 13, 7-18.
- Cierpiąłowska, L. (2007b). *Psychopatologia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

- Cierpiałkowska, L. (2010a). Efekty krótkotrwałego i długotrwałego działania alkoholu na organizm człowieka. W: L. Cierpiałkowska, M. Ziarko (red.), *Psychologia uzależnień – alkoholizm* (s. 19-59). Warszawa: Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne.
- Cierpiałkowska, L. (2010b). Szkodliwe używanie i uzależnienie od alkoholu. W: L. Cierpiałkowska, M. Ziarko (red.), *Psychologia uzależnień – alkoholizm* (s. 60-112). Warszawa: Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne.
- Cierpiałkowska, L. (2010c). Modele genetyczne i koncepcje psychologiczne zaburzeń związanych z używaniem alkoholu. W: L. Cierpiałkowska, M. Ziarko (red.), *Psychologia uzależnień – alkoholizm* (s. 113-186). Warszawa: Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne.
- Cierpiałkowska, L. (2010d). Rodzina i małżeństwo z problemem alkoholowym – podejście interakcyjne i systemowe. W: L. Cierpiałkowska, M. Ziarko (red.), *Psychologia uzależnień – alkoholizm* (s. 187-252). Warszawa: Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne.
- Cierpiałkowska, L. (2010e). Funkcjonowanie dzieci alkoholików – psychospołeczne źródła deficytów i zasobów. W: L. Cierpiałkowska, M. Ziarko (red.), *Psychologia uzależnień – alkoholizm* (s. 253-289). Warszawa: Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne.
- Cierpiałkowska, L. (2010f). Modele i programy terapii jednostki i rodziny z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu. W: L. Cierpiałkowska, M. Ziarko (red.), *Psychologia uzależnień – alkoholizm* (s. 289-351). Warszawa: Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne.
- Cierpiałkowska, L. (2016). Psychologia uzależnień. W: L., Cierpiałkowska, H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna* (s. 383-406). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Cierpiałkowska, L., Górka, D. (2016). *Mentalizacja z perspektywy rozwojowej i klinicznej*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Cierpiałkowska, L., Kwiecień, A., Miśko, N. (2016). Mentalizacja jako stan i jako cecha – perspektywa strukturalno-procesualna. W: L. Cierpiałkowska, D. Górka (red.), *Mentalizacja z perspektywy rozwojowej i klinicznej* (s. 10-40). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Cierpiałkowska, L., Sęk, H. (2006). Zdrowie i zaburzenia w perspektywie rozwojowej i procesualnej. W: T. Pasikowski, H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia. Teoria, metodologia i empiria* (s. 21-40). Poznań: Bogucki Wydawnictwa Naukowe.
- Cierpiałkowska, L., Sęk, H. (red.), (2016). *Psychologia kliniczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Cierpiałkowska, L., Zalewska, M. (2008), *Psychopatologia* W: J. Strelau, D. Doliński (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (s. 545-580). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Cierpiałkowska, L., Ziarko, M. (2006). Eksternalizacja i internalizacja problemów u dzieci alkoholików i niealkoholików. *Forum Oświatowe*, 35, 2, 77-96.
- Cierpiałkowska, L. Ziarko, M. (2009). Uwarunkowania internalizacji i eksternalizacji zaburzeń u dzieci i młodzieży. *Czasopismo Psychologiczne*, 15, 1, 71-85.
- Clark, L.A., Watson, D., Mineka, S. (1994). Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 103-116.
- Cleaver, H., Nicholson, D., Tarr, S., Cleaver, D. (2007). *Child Protection, Domestic Violence and Parental Substance Misuse: Family Experiences and Effective Practice*. London: Jessica Kingsley Publishers.

- Cloninger, C.R. (1987). Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. *Science*, 236, 410-416.
- Cloninger, C.R., Bohman, M., Sigvardsson, S. (1981). Inheritance of alcohol abuse: Cross-fostering analysis of adopted men. *Archives of General Psychiatry*, 38, 861-868.
- Cloninger, C.R., Bohman, M., Sigvardsson, S., von Knorring, A.-L. (1985). Psychopathology in adopted-out children of alcoholics: The Stockholm Adoption Study. W: M. Galtner (red.), *Recent Developments in Alcoholism* (t. 3, s. 37-51). New York: Plenum Press.
- Cloninger, C.R., Sigvardsson, S., Gilligan, S.B., von Knorring, A.L., Reich, T., Bohman, M. (1988). Genetic heterogeneity and the classification of alcoholism. *Advances in Alcohol & Substance Abuse*, 7, 3-16.
- Cloninger, C.R., Sigvardsson, S., Bohman, M. (2000). Typ I i typ II alkoholizmu – uaktualnienie badań. W: R. Durda (red.), *Alkohol a zdrowie. Typologia alkoholizmu*, nr 24 (s. 50-64). Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- Cohen, J.K., Caspi, A., Rutter, M., Tomas, M.P., Moffitt, T.E. (2006). The caregiving environments provided to children by depressed mothers with or without an antisocial history. *American Journal of Psychiatry*, 16, 1009-1018.
- Coll, C., Akerman, A., Cicchetti, D. (2000). Cultural influences on developmental processes and outcomes: Implications for the study of development and psychopathology. *Development and Psychopathology*, 12, 333-356.
- Compas, B.E., Hinden, B.R., Gerhardt, C.A. (1995). Adolescent development: pathways and processes of risk and resilience. *Annual Review of Psychology*, 46, 265-293.
- Corrao, G., Busellu, G., Valenti, M., Lepore, A.R., Sconci, V., Casacchia, M., di Orio, F. (1993). Alcohol-related problems within the family and global functioning of the children: A population-based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28, 4-8.
- Cowen, B.L., Work, W.C. (1988). Resilient children, psychological wellness, and primary prevention. *American Journal of Community Psychology*, 16, 4, 591- 607.
- Crabbe, J.C., Belknap, J.K., Buck, K.J. (1994). Genetic animal models of alcohol and drug abuse. *Science*, 17, 264, 1715-1723.
- Crespi, T.D. (1990). *Becoming an Adult Child of an Alcoholic*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Crespi, T.D., Sabatelli, R.M. (1997). Children of Alcoholics and Adolescence: Individuation, Development, and Family Systems. *Adolescence*, 32, 126.
- Crews, T.M., Sher, K.J. (1992). Using adapted short MASTs for assessing parental alcoholism: reliability and validity. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 16, 576-584.
- Crittenden P. (1997). Patterns of attachment and sexual behavior: risk of dysfunction versus opportunity for creative integration. W: L. Atkinson, K.J. Zucker (red.), *Attachment and psychopathology* (s. 47-97). New York: The Guilford Press.
- Crews, T.M., Sher, K.J. (1992). Using adapted short MASTs for assessing parental alcoholism: reliability and validity. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 16, 576-584.
- Cuijpers, P., Smit, F. (2001). Assessing parental alcoholism: A comparison of the Family History Research Diagnostic Criteria versus a single-question method. *Addictive Behaviors*, 26, 741-748.
- Cummings, E.M., Davies, P.T., Campbell, S.B. (2000). *Developmental Psychopathology and Family Process*. New York: The Guilford Press.
- Curran, P.J., Stice, E., Chassin, L. (1997). The relation between adolescent alcohol use and peer alcohol use: A longitudinal random coefficients model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 130-140.

- Currier, K.D., Aponte, J.F. (1991). Sexual dysfunction in female adult children of alcoholics. *International Journal of Addictions*, 26, 2, 195-201.
- De Bellis, M.D. (2001). Developmental traumatology: The psychobiological development of maltreated children and its implications for research, treatment, and policy. *Development and Psychopathology*, 13, 539-564.
- Deci, E.L., Ryan, R.M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 4, 227-268.
- DeKleyen, M., Greenberg, M.T. (2008). Attachment and psychopathology in childhood. W: J.C. Shaver, Phillip R. (red.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (s. 348-365). New York, NY, US: Guilford Press.
- DeLucia, C., Belz, A., Chassin, L. (2001). Do adolescent symptomatology and family environment vary over time with fluctuations in paternal alcohol impairment? *Developmental Psychology*, 37, 207-216.
- Devor, E.J. (1994). A developmental-genetic model of alcoholism: Implications for genetic research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1108-1115.
- DiPerna, J.C., Volpe, R.J., Elliott, S.N. (2002). A model of academic enablers and elementary reading/language arts achievement. *School Psychology Review*, 31, 298-312.
- Dodge, K.A., Pettit, G.S., Bates, J.E., Valente, E. (1995). Social information-processing patterns partially mediate the effect of early physical abuse on later conduct problems. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 632-643.
- Dodge, K.A., Price, J.M., Bachorowski, J.A., Newman, J.P. (1990). Attributional biases in severely aggressive adolescents. *Journal Abnormal Psychology*, 99, 385-392.
- Dohrenwend, B.P. (2000). The role of adversity and stress in psychopathology: some evidence and its implications for theory and research. *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 1-19.
- Domenico, D., Windle, M. (1993). Intrapersonal and interpersonal functioning among middle-aged female adult children of alcoholics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 4, 659-666.
- Drapkin, M.L., Eddie, D., Buffington, A.J., McCrady, B.S. (2015). Alcohol-Specific coping styles of adult children of individuals with alcohol use disorders and associations with psychosocial functioning alcohol and alcoholism. *Alcohol, Alcohol*, 50, 4, 463-469.
- Drejer, K., Theilgaard, A., Teasdale, T.W., Schulsinger, F., Goodwin, D.W. (1985). A prospective study of young men at high risk of alcoholism: Neuropsychological assessment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 9, 498-501.
- Drozd, L.M., Dalenberg, C.J. (1994). The self as mediator in the psychopathology of female children of alcoholics. *International Journal of Addiction*, 29, 1787-1800.
- Dube, S.R., Anda, R.F., Felitti, V.J., Croft, J.B., Edwards, V.J., Giles, W.H. (2001). Growing up with parental alcohol abuse: Exposure to childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse & Neglect*, 25, 1627-1640.
- Dunn, N.J., Jacob, T., Hummon, N., Seilhamer, R.A. (1987). Marital stability in alcoholic-spouse relationships as a function of drinking pattern and location. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 99-107.
- Eaker, D.G., Walters, L.H. (2002). Adolescent satisfaction in family rituals and psychosocial development: A developmental systems theory perspective. *Journal of Family Psychology*, 16, 406-414.
- Earley, L., Cushway, D.J. (2002). The parentified child. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7, 163-178.

- Earls, F., Reich, W., Jung, K.G., Cloninger, C.R. (1998). Psychopathology in children of alcoholic and antisocial parents. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 12, 481-487.
- Eckenrode, J., Zielinski, D., Smith, E., Marcynyszyn, L.A., Henderson, C.R. Jr, Kitzman, H., Cole, R., Powers, J., Olds, D.L. (2001). Child maltreatment and the early onset of problem behaviors: Can a program of nurse home visitation break the link? *Development and Psychopathology*, 13, 873-890.
- Edwards, C.P. (1996). Parenting toddlers. W: M.H. Bornstein (red.), *Handbook of parenting: Children and parenting* (t. 1, s. 41-63). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Edwards, E.P., Eiden, R.D., Leonard, K.E. (2006). Behavior problems in 18- to 36-month-old children of alcoholic fathers: Secure mother-infant attachment as a protective factor. *Development and Psychopathology*, 18, 395-407.
- Edwards, E.P., Eiden, R.D., Colder, C., Leonard, K.E. (2006). The development of aggression in 18 to 48 month old children of alcoholic parents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34, 3, 409-423.
- Edwards, E.P., Leonard, K.E., Eiden R.D. (2002). Temperament and behavioral problems among infants in alcoholic families. *Infant Mental Health Journal*, 22, 374-392.
- Egeland, B., Carlson, E., Sroufe L.A. (1993). Resilience as process. *Development and Psychopathology*, 5, 517-528.
- Eiden, R.D., Chavez, F., Leonard, K.E. (1999). Parent – infant interactions in alcoholic and control families. *Development and Psychopathology*, 11, 745-762.
- Eiden, R.D., Colder, C., Edwards, E.P., Leonard, K.E. (2009). A longitudinal study of social competence among children of alcoholic and nonalcoholic parents: Role of parental psychopathology, parental warmth, and self-regulation. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23, 1, 36-46.
- Eiden, R.D., Edwards, E.P., Leonard, K.E. (2006). Children's Internalization of Rules of Conduct: Role of Parenting in Alcoholic Families. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20, 3, 305-315.
- Eiden, R.D., Leonard, K.E. (1996). Paternal alcohol use and the mother – infant relationship. *Development and Psychopathology*, 8, 307-323.
- Eiden, R.D., Leonard, K.E., Hoyle, R.H., Chavez, F. (2004). A transactional model of parent – infant interactions in alcoholic families. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18, 350-361.
- Eisenberg, N., Spinrad, T.L. (2004). Emotion-related regulation: Sharpening the definition. *Child Development*, 75, 334-339.
- El-Sheikh, M., Cummings, E.M. (1997). Marital conflict, emotional regulation and the adjustment of children of alcoholics. W: K.C. Barrett (red.), *New directions in child development: Emotion and communication* (s. 25-44). San Francisco: Jossey-Bass.
- Elkins, I., McGue, M., Malone, S., Iacono, W.G. (2004). The effect of parental alcoholism and drug disorders on adolescent personality. *American Journal of Psychiatry*, 161, 4, 119-129.
- Ellis, D., Zucker, R., Fitzgerald, H. (2000). Rola oddziaływań rodzicielskich z punktu widzenia rozwoju i oceny ryzyka choroby alkoholowej. *Alkohol a zdrowie*, 26, 91-111.
- Emshoff, J.G., Price, A.W. (1999). Prevention and intervention strategies with children alcoholics, *Pediatrics*, 103, 1112-1121.
- Higgins, J.E., Endler, N. (1995). Coping, Life Stress and Psychological and Somatic Distress. *European Journal of Personality*, 9, 253-270.
- Endler, N.S, Parker, J.D.A. (1992). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 5, 844-854.

- Erickson, E.H. (1982). *The life cycle completed*. New York – London: W.W. Norton.
- Essex, M.J., Klein, M.H., Cho, E., Kraemer, H.C. (2003). Exposure to maternal depression and marital conflict: Gender differences in children's later mental health symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42, 6, 728-737.
- Eurocare (1998). *Alcohol problems in the family. A report to the European Union*.
- Farrell, R.A. (1984). Deviance importations: Early recollection and the reconstruction of self. *International Journal of Social Psychiatry*, 30, 4, 189-199.
- Fawzy, F.I., Coombs, R.H., Gerber, B. (1983). Generational continuity in the use of substances: the impact of parental substance use on adolescent substance use. *Addictive Behaviors*, 8, 109-114.
- Fergus, S., Zimmerman, M.A. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 26, 399-419.
- Fergusson, D., Beautrais, A., Horwood, L. (2003). Vulnerability and resilience to suicidal behaviours in young people. *Psychological Medicine* 33, 61-73.
- Fewell, C. (2006). *Attachment, reflective function, family dysfunction, and college students with alcoholic parents. Dissertation Abstracts International*. New York: NYU Dissertation.
- Fewell, Ch.H. (2011). An attachment and mentalizing perspective on children of substance-abusing parents. W: S., Lala, A., Straussner, Ch. Fewell (red.), *Children of substance-abusing parents. Dynamic and treatment* (s. 29-49). New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Fiese, B.H. (1992). Dimensions of family rituals across two generations: Relation to adolescent identity. *Family Process*, 31, 151-162.
- Fiese, B.H. (2006). *Family routines and rituals*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Fiese, B.H., Tomcho, T., Douglas, M., Josephs, K., Poltrock, S., Baker, T. (2002). Fifty years of research on naturally occurring rituals: Cause for celebration? *Journal of Family Psychology*, 16, 381-390.
- Fine, E., Yudin, L., Holmes, J., Heinemann, S. (1976). Behavioral disorders in children with parental alcoholism. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 273, 507-517.
- Finn, P.R., Justus, A. (2000). Reakcje fizjologiczne występujące u synów alkoholików. *Alkohol a zdrowie*, 26, 112-124.
- Finn, P.R., Phil, R.O. (1987). Men at high risk for alcoholism: The effect of alcohol on cardiovascular response to unavoidable shock. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 230-236.
- Finn, P.R., Zeitouni, N.C., Pihl, R.O. (1990). Effects of alcohol on psychophysiological hyperreactivity to nonaversive and aversive stimuli in men at high risk for alcoholism. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 79-85.
- Fitzgerald, H.E., Davies, W.H., Zucker, R.A. (2002). Growing up in an alcoholic family: Structuring pathways for risk aggregation and theory-driven intervention. W: R.J. McMahon, R.D. Peters (red.), *The effects of parental dysfunction on children* (s. 127-146). New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Fitzgerald, H.E., Sullivan, L.A., Ham, H.P., Zucker, R.A., Bruckel, S., Schneider, A.M., Noll, R.B. (1993). Predictors of behavior problems in three-year-old sons of alcoholics: early evidence for the onset of risk. *Child Development*, 64, 110-123.
- Florsheim, P., Moore, D., Zollinger, L., MacDonald, J., Sumida, E. (1999). The transition to parenthood among adolescent fathers and their partners: Does antisocial behavior predict problems in parenting? *Journal of Applied Developmental Science*, 3, 178-191.

- Floyd, F.J., Cranford, J.A., Daugherty, M.K., Fitzgerald, H.E., Zucker, R.A. (2006). Marital interaction in alcoholic and nonalcoholic couples: Alcoholic subtype variations and wives' alcoholism status. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 1, 121-130.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. et al (2002). *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. New York: Other Press.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G.S., Higgitt, A.C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 12, 3, 201-218.
- Fonagy, P., Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9(4), 697-700.
- Ford, D.H., Lerner, R.M. (1992). *Developmental systems theory: An integrative approach*. Newbury Park, CA: Sage.
- Gabrielli, W.F., Mednick, S.A., Volavka, J., Pollock, V.E., Schulsinger, F., Itu, T. (1982). Electroencephalograms in children of alcoholic fathers. *Psychophysiology*, 19, 404-407.
- Gabrielli, W.F., Plomin, R. (1985). Individual differences in anticipation of alcohol sensitivity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 2, 111-114.
- Gance-Cleveland, B., Mays, M.Z., Steffen, A. (2008) Association of adolescent physical and emotional health with perceived severity of parental substance abuse. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 13, 15-25.
- Garbarino, C., Strange, C. (1993). College adjustment and family environments of students reporting parental alcohol problems. *Journal of College Student Development*, 34, 261-266.
- Garnezy, N., Masten, A.S., Tellegen, A. (1984). The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 97-111.
- Gaś, Z.B. (1994). *Rodzina a uzależnienia*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Gąsior K. (2012). *Funkcjonowanie noo-psychospołeczne i problemy psychiczne dorosłych dzieci alkoholików*. Warszawa: Difin SA.
- Gillen, R., Hesselbrock, V. (1992). Cognitive functioning, ASP, and family history of alcoholism in young men at risk for alcoholism. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 16, 2, 206-214.
- Gilissen, R., Bakermans-Kranenburg, M.J., Van IJzendoorn, M.H., Van der Veer, R. (2008). Parent-child relationship, temperament, and physiological reactions to fearinducing film clips: further evidence for differential susceptibility. *Journal of Experimental Child Psychology*, 99, 182-195.
- Girling, M., Huakau, J., Casswell, S., Conway, K. (2006). *Families and Heavy Drinking: Impacts on Children's Wellbeing*. Centre for Social and Health Outcomes Research and Evaluation and Te Ropu Whariki, Massey University.
- Goglia, L.R., Jurkovic, G.J., Burt, A.M., Burge-Callaway, K.G. (1992). Generational boundary distortions by adult children of alcoholics: Child-as-parent and child-as-mate. *American Journal of Family Therapy*, 20, 219-299.
- Goldberg, H., Goldberg, I. (2006). *Terapia rodzin*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Goldsmith, H.H., Lemery-Chalfant, K., Schmidt, N.L., Arnerson, C.L., Schmidt, C.K. (2007). Longitudinal analyses of affect, temperament, and childhood psychopathology. *Twin Research and Human Genetics*, 10(1), 118-126.
- Goodman, R.W. (1987). Adult children of alcoholics. *Journal of Counseling and Development*, 66, 162-163.

- Goodwin, D.W. (1985). Alcoholism and genetics. *Archives of General Psychiatry*, 42, 171-174.
- Goodwin, D.W. (1988). *Is alcoholism hereditary?* 2d ed. New York: Balantine Books.
- Goodwin, D.W., Schulsinger, F., Hermansen, L., Guze, S., Winokur, G. (1975). Alcoholism and the hyperactivity child syndrome. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 160, 349-353.
- Goodwin, D.W., Schulsinger, F., Hermansen L. i in. (1973). Alcohol problems in adoptees raised apart from alcoholic biological parents. *Archives of General Psychiatry*, 28, 238-243.
- Goodwin, D.W., Schulsinger, F., Knop, J., Mednick, S. (1977). Psychopathology in adopted and nonadopted daughters of alcoholics. *Archives of General Psychiatry*, 34, 1005-1009.
- Gotham, G.J., Sher, K.J. (1996). Do codependent traits involve more than basic dimensions of personality and psychopathology? *Journal of Studies on Alcohol*, 57, 34-39.
- Gottlieb, G. (2003), Probabilistic Epigenesis of Development W: J. Valsiner, K.J. Connolly (red.), *Handbook of developmental psychology* (s. 3-17). Thousand Oaks: Sage.
- Górska, D., Cierpiałkowska, L. (2016). Mentalizacja jako stan i jako cecha – perspektywa strukturalno-procesualna. W: L. Cierpiałkowska, D. Górska (red.), *Mentalizacja z perspektywy rozwojowej i klinicznej* (s. 10-40). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Graber, J. (2004) Internalizing problems during adolescence. W: R.M. Lerner, L. Steinberg (red.), *Handbook of adolescent psychology* (s. 587-626). Hoboken, NJ: Wiley & Sons.
- Granic, I. Hollenstein, T.P. (2003). Dynamic systems methods for models of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 15(3), 641-669.
- Granic, I., Hollenstein, T.P., Dishion, T.J. Patterson, G.R. (2003). Longitudinal analysis of flexibility and reorganization in early adolescence: A dynamic systems perspective on normative development. W: G.R. Adams, M.D. Berzonsky (red.), *Blackwell handbook of adolescence* (s. 60-91). Malden, MA: Blackwell.
- Grant, T., Ernst, C.C., Streissguth, A.P. (1999). Intervention with high-risk alcohol and drug-abusing mothers: I. Administrative strategies of the Seattle Model of Paraprofessional Advocacy. *Journal of Community Psychology*, 27, 1-18.
- Greenberg, M.T. (1999). Attachment and psychopathology in childhood. W: J. Cassidy, P.R. Shaver (red.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (s. 469-496), New York: Guilford.
- Greenberg M., Siegel J., Leitch, C. (1983). The nature and importance of attachment relationships to parents and peers during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 12, 373-386.
- Greene, B.A., Miller, R.B. (1996). Influences on achievement: Goals, perceived ability, and cognitive engagement. *Contemporary Educational Psychology*, 21, 181-192.
- Grekin, E.R., Brennan, P.A., Hammen, G. (2005). Parental alcohol use disorders and child delinquency: the mediating effects of executive functioning and chronic family stress. *Journal of Studies on Alcohol*, 66, 1, 14-22.
- Grzegorzewska, I. (2011a). *Dorastanie w rodzinach z problemem alkoholowym*. Warszawa: Wydawnictwo Scholar.
- Grzegorzewska, I. (2011b). Realizacja zadań rozwojowych przez dorastające dzieci alkoholików. *Alkoholizm i Narkomania*, 24(3), 175-187.
- Grzegorzewska, I. (2013a). Aktualny stan badań nad zjawiskiem odporności psychicznej w populacji dzieci alkoholików. *Polskie Forum Psychologiczne*, 18, 4, 385-399.
- Grzegorzewska, I. (2013b). *Odporność psychiczna dzieci alkoholików*. Warszawa: Wydawnictwo Scholar.
- Grzegorzewska, I. (2013c). Individual predispositions and positive adaptation of children of alcoholics. *Current Issues in Personality Psychology*, 1, 11-25.

- Grzegorzewska, I. (2016). Parentyfikacja w rodzinach z problemem alkoholowym. *Alkoholizm i Narkomania*, 29(1), 27-38.
- Grzegorzewska, I., Pisula, E., Borkowska, A.R. (2016). Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży. W: L.Cierpiałkowska, H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna* (s. 499-499). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Grzegorzewska, I., Cierpiałkowska, L. (2015). Pozytywna i negatywna adaptacja dzieci i młodzieży rodziców uzależnionych od alkoholu, *Alkoholizm i Narkomania*, 4, w druku.
- Grzegorzewska, I., Farnicka, M. (2013). The Correlates of the Resilience of the Children of Alcoholics. *Psychology*, 4(12), 956-962.
- Grzegorzewska, I., Farnicka, M. (2016). Attachment and the risk of mental health disorders during adolescence. *Health Psychology Report*, 4(1), w druku.
- Hall, C.W., Bolen, L.M., Webster, R.E. (1994). Adjustment issues with adult children of alcoholics. *Journal of Clinical Psychology*, 50, 786-792.
- Hammen, C., Adrian, C., Gordon, D., Burge, D., Jaenicke, C., Hiroto, D. (1987). Children of depressed mothers: maternal strain and symptom predictors of dysfunction. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 190-198.
- Haples, S., Strosahl, K.D., Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press: New York.
- Harada, S., Agarwal, D.P., Goedde, H.W., Takagi, S., Ishikawa, B. (1982). Possible protective role against alcoholism for aldehyde dehydrogenase deficiency in Japan, *Lancet*, 2, 827.
- Harford, T.C., Parker, D., Paulter, C. (1979). Relationship between the number of on-premise outlets and alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol*, 40(11), 1053-1057.
- Harter, S. (1982). The perceived competence scale for children. *Child Development*, 53, 87-97.
- Harter, S.L. (2000). Psychological adjustment of adult children of alcoholics: A review of the recent empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 20 (3), 311-337.
- Havighurst, R.I. (1948 [1981]). *Developmental tasks and education*. New York: Longman.
- Hawkins, J.D. (1997). Academic performance and school success: Sources and consequences. W: R.P. Weissberg, T.P. Gullotta, R.I.L. Hampton, B.A. Ryan, G.R. Adams (red.), *Enhancing children's wellness* (s. 278-305). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Heath, D.B. (1980). A critical review of the sociocultural model of alcohol use. W: T.C. Hartford, D.A. Parker, L. Light (red.), *Normative approaches to the prevention of alcohol abuse and alcoholism*. NIAA Research Monograph (nr 3, s. 1-18). DHEW Publication.
- Heath, A.C., Bucholz, K.K., Slutske, W.S., Madden, P.A.F., Dinwiddie, S.H., Dunne, M.P. i in. (1994). The assessment of alcoholism in surveys of the general community: What are we measuring? Some insights from the Australian twin panel interview survey. *International Review of Psychiatry*, 6, 295-307.
- Heath, A.C., Slutske, W., Madden, P.A.F. (1998). Gender differences in the genetic contribution to alcoholism risk and alcohol consumption patterns. W: R.W., Wilsnack, S.C., Wilsnack (red.), *Gender and Alcohol: Individual and Social Perspectives* (s. 114-149). Rutgers, NJ: Rutgers University Press.
- Hendershot, Ch.S., Neighbors, C., George, W.H., McCarthy, D.M., Wall, T.M. i in. (2009). ALDH2, ADH1B and alcohol expectancies: Integrating genetic and learning perspectives. *Psychology of Addictive Behaviours*, 23, 3, 452-463.
- Hesse, E., Main, M. (2000). Disorganized infant, child, and adult attachment: Collapse in the behavioral and attentional strategies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48, 1097-1127.

- Hesselbrock, V.M. (1995). The genetic epidemiology of alcoholism. W: H. Begleiter, B. Kissin (red.), *Alcohol and Alcoholism: The Genetics of Alcoholism* (t. 1, 17-39). New York: Oxford University Press.
- Hesselbrock, V.M., Hesselbrock, M.N. Stabenau, J.R. (1985). Alcoholism in men patients subtyped by family history and antisocial personality. *Journal of Studies on Alcohol*, 46, 59-64.
- Higuchi, S., Parrish, K.M., Dufour, M.C., Towle, L.H., Harford, T.C. (1994). Relationship between age and drinking patterns and drinking problems among Japanese, Japanese - Americans, and Caucasians. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 18, 305-310.
- Hill, S.Y., Neiswanger, K. (1997). The value of narrow psychiatric phenotypes and super normal controls. W: K. Blum, B.E. Noble (red.), *Handbook of Psychiatric Genetics* (s. 37-49). Florida: CRC Press, Boca Raton.
- Hill, E.M., Ross, L.T., Mudd, S.A., Blow, F.C. (1997). Adulthood functioning: The joint effects of parental alcoholism, gender, and childhood socioeconomic status. *Addiction*, 92, 583-596.
- Hinkin, C.H., Kahn, M.W. (1995). Psychological symptomatology in spouses and adult children of alcoholics: An examination of the hypothesized personality characteristics of codependency. *International Journal of the Addictions*, 30, 843- 861.
- Hoenigmann-Lion, N.M., Whitehead, G.I. (2006). The relationship between codependency and borderline and dependent personality traits. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 24, 4, 55-77.
- Hooper, L.M. (2007). Expanding the discussion regarding parentification and its varied outcomes: Implications for mental health research and practice. *Journal of Mental Health Counseling*, 29(2), 322-337.
- Hooper, L.M. (2011). Parentification. W: R.J.R. Levesque (red.), *Encyclopedia of adolescence* (s. 2023-2031). New York, NY: Springer.
- Hornowska, E., (2006). Temperament a zachowania ryzykowne. Wokół temperamentalnego czynnika ryzyka uzależnień. *Przegląd Psychologiczny*, 49(3), 243-259.
- Hrubec, Z., Omenn, G.S. (1981). Evidence of genetic predisposition to alcoholic cirrhosis and psychosis: Twin concordances for alcoholism and its biological points by zygosity among male veterans. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 5, 207-215.
- Huessy, H.R. Howell, D.C. (1985). *The behaviours associated with ADD from age seven to twenty-one: differences between males and females*. Paper presented at Conference on New Developments in Child and Adolescent Mental Health, Ottawa, Ontario, Canada.
- Hussong, A.M., Bauer, D.J., Huang, W., Chassin, L., Sher, K.J, Zucker, R.A. (2008). Characterizing the Life Stressors of Children of Alcoholic Parents. *Journal Family Psychology*, 22(6), 819-832.
- Hussong, A.M., Cai, L., Curran, P.J., Flora, D.B., Chassin, L.A., Zucker, R.A. (2007). Disaggregating the distal, proximal, and time-varying effects of parent alcoholism on children's internalizing symptoms. *Journal of abnormal child psychology*, 36 (3), 335-346.
- Hussong A.M., Chassin, L. (1997). Substance use initiation among adolescent children of alcoholics: testing protective factors. *Journal Studies on Alcohol*, 58, 272-279.
- Hussong, A.M., Chassin, L. (2004). Stress and coping among children of alcoholic parents through the young adult transition. *Development and Psychopathology*, 16(4), 985-1006.
- Hussong, A.M., Flora, D.B., Curran, P.J., Chassin, L.A., Zucker, R.A. (2008). Defining Risk Heterogeneity for Internalizing Symptoms among Children of Alcoholic Parents. *Developmental Psychopathology*, 20(1), 165-193.

- Hussong, A.M., Huang, W., Curran, P.J., Chassin, L.A., Zucker, R.A. (2010). Parent Alcoholism Impacts the Severity and Timing of Children's Externalizing Symptoms. *Journal Abnormal Child Psychology*, 38, 367-380.
- Hussong, A.M., Wirth, R.J., Edwards, M.C., Curran, P.J., Chassin, L.A., Zucker, R.A. (2007). Externalizing Symptoms among Children of Alcoholic Parents: Entry Points for an Antisocial Pathway to Alcoholism. *Journal Abnormal Psychology*, 116(3), 529-542.
- Hussong, A.M., Zucker, R.A., Wong, M.W., Fitzgerald, H.E., Puttler, L.I. (2005). Social competence in children of alcoholic parents. *Developmental Psychology*, 41, 747-759.
- Hughes, J. (1977). Adolescent children of alcoholic parents and the relationship of Alateen to these children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45(5), 946-947.
- Hyphantis, T., Koutras, V., Liakos, A., Marselos, M. (1991). Alcohol and drug use, family situation and school performance in adolescent children of alcoholics. *International Journal of Social Psychiatry*, 37, 35-42.
- Iacono, W.G., Malone, S.M., McGue, M. (2003). Substance use disorders, externalizing psychopathology, and P300 event-related potential amplitude. *International Journal of Psychophysiology*, 48(2), 147-178.
- ICD (2000). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne* (wyd. 2). Kraków – Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius” Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Imber-Black, E., Roberts, J. (1992). *Rituals for our times*. New York: HarperCollins.
- Imber-Black, E., Roberts, J., Whiting, R. (red.), (2003). *Rituals in families and family therapy* (wyd. 2). New York: Norton.
- Institute of Medicine (1989). *Report. New England Journal of Medicine*, 17, 321(7), 480-484.
- Jackson, C. (1997). Initial and experimental stages of tobacco and alcohol use during late childhood: relation to peer, parent, and personal risk factors. *Addiction Behaviour*, 22, 685-698.
- Jackson, J. (1954). The adjustment of the family to the crisis of alcoholism. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 15, 562-586.
- Jacob, T., Dunn, N.J., Leonard, K. (1983). Patterns of alcohol abuse and family stability. *Alcoholism and Experimental Research*, 7, 382-385.
- Jacob T., Johnson S. (2000). Styl sprawowania funkcji rodzicielskich a nasilenie problemów alkoholowych. *Alkohol a zdrowie*, 26, 56-71.
- Jacob, T., Leonard, K. (1986). Psychological functioning in children of alcoholic fathers, depressed fathers, and normal control fathers. *Journal of Studies on Alcohol*, 47(5), 373-380.
- Jacob, T., Leonard, K. (1994). Family and peer influences in the development of adolescent alcohol abuse. W: R.A. Zucker, G.M. Boyd, J. Howard (red.), *Development of alcohol problems: Exploring the biopsychosocial matrix of risk* (s. 123-155). NIAAA Research Monograph No. 26. Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Jacob, T., Windle, M. (2000). Young adult children of alcoholic, depressed, and nondistressed parents. *Journal of Studies on Alcohol*, 61, 836-844.
- Jacob, T., Windle, M., Seilhamer, R.A., Bost, J. (1999). Adult children of alcoholics: drinking, psychiatric and psychosocial status. *Psychology of Addictive Behaviors*, 13(1), 3-21.
- Jacobs, J., Wolin, S.J. (1989). Alcoholism and family factors: A critical review. W: *Recent developments in alcoholism* (t. 7, 147-164). New York: Plenum.
- Jacobson, J.L., Jacobson, S.W. (1998). Narażenie na działanie alkoholu w życiu płodowym a rozwój neurobehawioralny. Gdzie leży granica ryzyka? *Alkohol a Zdrowie*, 17, 51-64.
- Jadczak-Szumilo, T. (2008). *Neuropsychologiczny profil dziecka z FASD. Studium przypadku*. Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia.

- Jangalapalli, A. (2009). *Children of Alcoholics' Physical Health Outcomes in Early Childhood*. University of Michigan.
- Janicka, I., Liberska, H. (red.) (2014). *Psychologia rodziny*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Jankowski, P., Hooper, L. (2014). Parentification and Alcohol Use: Conditional Effects of Religious Service Attendance. *Counseling and Values*, 59 (2), 174-191.
- Jansen, R.E., Fitzgerald, H.E., Ham, H.P., Zucker, R.A. (1995). Pathways into risk: Temperament and behavior problems in three-to-five year-old sons of alcoholics. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 19, 501-509.
- Jarmas, A.L., Kazak, A. (1992). Young adult children of alcoholic fathers: Depressive experiences, coping styles, and family systems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (2), 244-251.
- Jennison, K.M., Johnson, K.A. (2001). Parental alcoholism as a risk factors for DSM-IV-defined alcohol abuse and dependence in American women: The prospective of dyadic cohesion in marital communication. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 5, 21.
- Jester, J.M., Jacobson, S.W., Sokol, R.J., Tuttle, B.S., Jacobson, J.L. (2000). The influence of maternal drinking and drug use on the quality of the home environment of school-aged children. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 24, 1187-1197.
- Jester, J.M., Nigg, J.T., Buu, A., Puttler, L.I., Glass, J.M., Fitzgerald, H.E., Zucker, R.A. (2008). Trajectories of childhood aggression and inattention/hyperactivity: Differential effects on substance abuse in adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(10), 1158-1165.
- Johnson, J.L., Leff, M. (1999). Children of substance abusers: overview of research findings. *Pediatrics*, 103(5), 1085-99.
- Johnson, J.L., Rolf, J.E. (1988). Cognitive functioning in children from alcoholic and non-alcoholic families. *British Journal of Addiction*, 83, 849-857.
- Johnson, J.L., Sher, K.J., Rolf, J.E. (1991). Models of vulnerability to psychopathology in children of alcoholics. *Alcohol Health and Research World*, 15, 33-42.
- Johnson, P. (2001). Dimensions of functioning in alcoholic and non-alcoholic families. *Journal of Mental Health Counseling*, 23, 127-136.
- Johnson, P. (2002). Predictors of family functioning within alcoholic families. *Contemporary Family Therapy*, 24(2), 371-384.
- Jameson, P.B., Gelfand, D.M., Kulcsar, E., Teti, D.M. (1997). Mother – toddler interaction patterns associated with maternal depression. *Developmental Psychopathology*, 9, 557-590.
- Jones, M.C. (1968). Personality correlates and antecedents of drinking patterns in adult males. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 2-12.
- Jurkovic, G.J., Thirkield, A., Morrell, R. (2001). Parentification of adult children of divorce: A multidimensional analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 30, 245-257.
- Kalat, W.J. (2007). *Biologiczne podstawy psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kandel, D.B. (1985). On processes of peer influence in adolescent drug use: A developmental perspective. *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 4, 139-163.
- Kandel, D.B., Andrews, K. (1987). Process of adolescent socialization by parents and peers. *International Journal of Addictions*, 22, 319-342.
- Kandel, E., Mednick, S.A., Kirkegaard-Sorensen, L., Hutchings, B., Knop, J., Roscnberg, R., Schulsinger, F. (1988). IQ as a protective factor for subjects at high risk for antisocial behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 22-226.

- Kanter, R.A., Williams, B.E., Cummings, C. (1992). Personal and parental alcohol-abuse, and victimization in obese binge eaters and nonbinging obese. *Addictive Behaviors*, 17, 439-445.
- Kanus E. (2014) Differences in Self-Esteem Scores of Students Whose Parents Abuse Alcohol and Those Who Do Not in Kosirai Division, Nandi North District, Kenya. *International Journal of Humanities and Social Science*, 4(5), 276-284.
- Kazdin, A.E. (1995). *Conduct disorders in childhood and adolescence*. Yale University: Sage Publications.
- Keller, P.S., Cummings, E.M., Davies, P.T. (2005). The role of marital discord and parenting in relations between parental problem drinking and child adjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(9), 943-951.
- Keltner, N.L., McIntyre, C.W., Gee, R. (1986). Birth order effects in second-generation alcoholics. *Journal Studies on Alcohol*, 47(6), 495-497.
- Kendal, P.(1993). Cognitive behavioral therapies with youth: guiding theory, current status and emerging developments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 235-247.
- Kendler, K.S., Karkowski, L.M., Prescott, C.A., Pedersen, N.L. (1998). Latent class analysis of temperance board registrations in Swedish male-male twin pairs born 1902 to 1949: Searching for subtypes of alcoholism. *Psychological Medicine*, 28, 803-813.
- Kendler, K.S., Neale, M.C., Heath, A.C., Kessler, R.C., Eaves, L.J. (1992). A population-based twin study of major depression in women: The impact of varying definitions of illness. *Archives of General Psychiatry*, 49, 257-266.
- Kerns, K.A. (2008). Attachment in middle childhood. W: J. Cassidy, P. Shaver (red), *Handbook of Attachment* (s. 366-382). N.Y.: Guilford.
- Kerns, K.A., Abraham, M.M., Schlegelmilch, A., Morgan, T.A. (2007). Mother-child attachment in later middle childhood: Assessment approaches and associations with mood and emotion regulation. *Attachment and Human Development*, 9, 33-53.
- Kerns, K.A., Tomich, P.L., Aspelmeier, J.E., Contreras, J.M. (2000). Attachment based assessments of parent-child relationships in middle childhood. *Developmental Psychology*, 36, 614-626.
- Kerr, A.S., Hill, E.W. (1992). An exploratory study comparing ACOAs to non-ACOAs on family of origin relationships. *Australian Journal of Marriage and Family*, 13, 24-33.
- Kesmodel, U., Wisborg, K., Olsen, S.F. i in. (2002). Moderate alcohol intake during pregnancy and the risk of stillbirth and death in the first year of life. *American Journal of Epidemiology*, 155(4), 305-312.
- Kessler, R.C., Crum, R.M., Warner, L.A. i in. (1997). Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 43, 313-321.
- Klecka, M. (2007). *FAScynujące dzieci*. Kraków: Wydawnictwo Św. Stanisława BM Archidiecezji Krakowskiej.
- Klecka, M. Janas-Kozik, M. (2009). *Dziecko z FASD : rozpoznania różnicowe i podstawy terapii*. Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia.
- Klostermann, K., Chen, R., Kelley, M.L. i in. (2011) Coping behavior and depressive symptoms in adult children of alcoholics. *Substance Use Misuse*, 46, 1162-1168.
- Knop, J., Teasdale, T.W., Schulsinger, F., Goodwin, D.W. (1985). A prospective study of young men at high risk for alcoholism: school behavior and achievement. *Journal of Study on Alcohol*, 46, 273-278.

- Kobak, R., Cassidy, J., Lyons-Ruth, K., Zir, Y. (2006). Attachment, stress and psychopathology: A developmental pathways model. W: D. Cicchetti, D.J. Cohen (red.), *Handbook of Developmental Psychopathology*, (t. 1, s. 333-369). Cambridge: University Press.
- Konarski, R. (2004). Model cechy latentnej w analizie psychometrycznej testów i pozycji testowych. W: B. Niemiecko, H. Szaleniec (red.), *Standardy wymagań i normy testowe w diagnostyce edukacyjnej*. Kraków: Polskie Towarzystwo Diagnostyki Edukacyjnej.
- Kopp, C. (1982). The antecedents of self-regulation: A developmental perspective. *Developmental Psychology*, 18, 199-214.
- Krueger, R.F., Markon, K.E., Patrick, C.J., Benning, S.D., Kramer, M. (2007). Linking antisocial behavior, substance use, and personality: an integrative quantitative model of the adult externalizing spectrum. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 645-666.
- Krueger, R.F., Markon, K.E., Patrick, C.J., Iacono, W.G. (2005). Externalizing psychopathology in adulthood: A dimensional-spectrum conceptualization and its implications for DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 537-550.
- Krueger, R.F., Nichol, P.E., Hicks, B.M., Markon, K.E., Patrick, C.J., Iacono, W. i in. (2004). Using latent trait modeling to conceptualize an alcohol problems continuum. *Psychological Assessment*, 16, 107-119.
- Kumpfer, K.L. (1989). Prevention of mental disorders, alcohol and other drug use in children and adolescents. W: D. Shaffer, I. Philips, N.B. Enzer (red.), *Prevention of Mental Disorders, Alcohol, and Other Drug Abuse in Children and Adolescents* (t. 2, s. 309-373). Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- Kumpfer, K.L. (1999). Outcome measures of interventions in the study of children of substance-abusing parents. *Pediatrics*. Supplement, 103(5), 1128-1144.
- Kushner, M.G., Sher, K.J., Beitman, B.D. (1990). The relation between alcohol problems and the anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 147, 685-695.
- Langeland, W., Draijer, N., van den Brink, W. (2004). Psychiatric comorbidity in treatment-seeking alcoholics: the role of childhood trauma and perceived parental dysfunction. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28(3), 441-447.
- Larkby, C., Day, N. (2000). Skutki działania alkoholu na płód. *Alkohol a Zdrowie*, 26, 26-44.
- Lazarus R., Folkman S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Co.
- Leonard, K.E., Eiden, R.D. (2007). Marital and family processes in the context of alcohol use and alcohol disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 285-310.
- Leonard, K.E., Senchak, M. (1993). Alcohol and premarital aggression among newlywed couples. *Journal of Studies on Alcohol*, 11 (Supplement), 96-108.
- Lepore, S.J., Miles, H.J., Levy, J.S. (1997). Relation of chronic and episodic stressors to psychological distress, reactivity and health problems. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 39-59.
- Lerner, J.V., Lerner, R.M. (1994). Explorations of the goodness-of-fit model in early adolescence. W: W.B. Carey, S.C. McDevitt (red.), *Prevention and early intervention: Individual differences as risk factors for the mental health of children. A festschrift for Stella Chess and Alexander Thomas* (s. 161-169). New York: Brunner/Mazel.
- Lerner, J.V., Vicary, J.R. (1984). Difficult temperament and drug use. *Journal of Drug Education*, 14, 1-8.
- Lerner, R.M., Busch-Rosnagel, N. (red.), (1981). *Individuals as producers of their development: A life-span perspective*. New York: Academic Press.
- Lieb, R., Merikangas, K.R., Hofler, M., Pfister, H., Isensee, B., Wittchen, H.U. (2002). Parental alcohol use disorders and alcohol use and disorders in offspring: A community study. *Psychological Medicine*, 32, 63-78.

- Lindgaard, H. (2005). Adult children of alcoholics: Are they different? *Nordisk Psykologi*, 57, 107-129.
- Lis-Turlejska, M. (2005). Psychologiczne następstwa stresu traumatycznego W: H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna* (t. 2, s. 120-133). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Liszczy, K. (2011). *Dziecko z FAS w szkole i w domu*. Kraków: Wydawnictwo Rubikon.
- Locke, T.F., Newcomb, M. (2004). Child maltreatment, parent alcohol- and drug-related problems, polydrug problems, and parenting practices: A test of gender differences and four theoretical perspectives. *Journal of Family Psychology*, 18(1), 120-134.
- Loeber, R. (1990). Development and risk factors of juvenile antisocial behavior and delinquency. *Clinical Psychology Review*, 10, 1-41.
- Loehlin, J., DeFries, J. (1987). Genotype-environment correlation and IQ. *Behavior Genetics*, 17(3), 263-277.
- Longue, M., Sher, K., Frensch, P. (1992). Purported characteristic of adult children of alcoholics: A possible "Barnum effects". *Professional Psychology: Research and Practice*, 23(3), 226-232.
- Loukas, A., Fitzgerald, H.E., Zucker, R.A., von Eye, A. (2001) Parental alcoholism and co-occurring antisocial behavior: Prospective relationships to externalizing behavior problems in their young sons. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29(2), 91-106.
- Loukas, A., Piejak, L.A., Bingham, C.R., Fitzgerald, H.E., Zucker, R.A. (2001). Parental distress as a mediator of problem behaviors in sons of alcohol-involved families. *Family Relations*, 50, 293-301.
- Loukas, A., Zucker, R.A., Fitzgerald, H.E., Krull, J.L. (2003). Developmental trajectories of disruptive behavior problems among sons of alcoholics: Effects of parent psychopathology, family conflict, and child under control. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(1), 119-131.
- Luthar, S.S., Suchman, N.E. (2000). Relational Psychotherapy Mothers' Group: A developmentally informed intervention for at-risk mothers. *Development and Psychopathology*, 12, 235-253.
- Main, M., Kaplan, N., Cassidy, J. (1995). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. W: I. Bretherton, E. Waters (red.), *Growing points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50 (209, Serial No. 1-2).
- Malone, P.S., Lansford, J.E., Castellino, D.R., Berlin, L.J., Dodge, K.A., Bates, J.E. et al. (2004). Divorce and Child Behavior Problems: Applying Latent Change Score Models to Life Event Data. *Structural Equation Modeling*, 11(3), 401-423.
- Mann, M.L., Chassin, L., Sher, K.J. (1987). Alcohol expectancies and the risk for alcoholism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 411-441.
- Marcus, A. (1986). Academic achievement in elementary school children of alcoholic mothers. *Journal of Clinical Psychology*, 42, 372-376.
- Margasiński, A. (2010). *Rodzina alkoholowa z uzależnionym w leczeniu*. Kraków: Impuls.
- deMarsh, J.P., Kumpfer, K.L. (1985). Family-Oriented Interventions for the Prevention of Chemical Dependency in Children and Adolescence. W: S. Ezekoye, K. Kumpfer, W. Bukoski (red.), *Childhood and Chemical Abuse: Prevention and Intervention* (s. 117-151). New York: The Haworth Press.
- Marshall, M., Molina, B., Pelham, W., Cheong, J. (2003). Attention-deficit /hyperactivity disorder moderates the life stress pathway to alcohol problems in children of alcoholics. *Alcohol Clinical and Experimental Research*, 31, 4, 564-574.

- Martin, J.I. (1995). Intimacy, loneliness, and openness to feelings in adult children of alcoholics. *Health and Social Work*, 20, 52-59.
- Martin, N.G., Boomsma, D.I. (1989). Willingness to drive when drunk and personality: A twin study. *Behavior Genetics*, 19, 97-111.
- Martinez, A., Malphurs, J., Field, T., Pickens, J., Yando, R., Bendell, D. i in. (1996). Depressed mothers' and their infants' interactions with nondepressed partners. *Infant Mental Health Journal*, 17, 74-80.
- Mash, E.J., Dozois, D.J. (2003). Children psychopathology: A development-system perspective. W: E.J. Mash, R.A. Berkley (red.), *Child psychopathology* (wyd. 2, s. 3-74). New York: Guilford Press.
- Masten, A.S., Coatsworth, J.D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist*, 53(2), 205-220.
- Masten, A.S., Garmezy, N., Tellegen, A., Peltegrini, D.S., Larkin, K., Larsen, A. (1988). Competence and stress in school children: The moderating effects of individual and family-qualities. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 29, 745-764.
- Masten, A.S., Obradović, J. (2006). Competence and resilience in development. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 13-27.
- Masten, A.S., Powell, J.L. (2003). A resilience framework for research, policy, and practice. W: S.S. Luthar (red.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (s. 1-25). New York: Cambridge University Press.
- Masten, A.S., Roisman, G.I., Long, J.D., Burt, K.B., Obradovic, J., Riley, J.R. i in. (2005). Developmental cascades: Linking academic achievement and externalizing and internalizing symptoms over 20 years. *Developmental Psychology*, 41, 733-746.
- Masten, A.S., Wright, M.O. (2009). Resilience over the lifespan: Developmental perspectives on resistance, recovery, and transformation. W: J.W. Reich, A.J. Zautra, J.S. Hall (red.), *Handbook of adult resilience* (s. 213-237). New York: Guilford Press.
- Mazur, J. (2005). *Rodzinne uwarunkowania międzypokoleniowej transmisji alkoholizmu*. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.
- McClearn, G.E., Plomin, R., Gora-Maslak, G., Crabbe, J.C. (1992). The gene chase in behavioral science. *Psychological Science*, 2, 222-229.
- McCloskey, A.M., Bailey, J. (2000). The intergenerational transmission of risk for child sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 15, 1019-1035.
- McCrary, B.S. (1986). The family in the change process. W: W.R. Miller, N. Heather (red.), *Treating addictive behaviors* (s. 305-318). New York: Plenum Press.
- McCord, J. (1988). Identifying developmental paradigms leading to alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol*, 49, 357-362.
- McGrath, C.E., Watson, A.L., Chassin, L. (1999). Academic achievement in adolescent children of alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 18-26.
- McGue, M. (1994). Genes, environment and the etiology of alcoholism. W: R. Zucker, G. Boyd, J. Howards (red.), *The Development of Alcohol Problems: Exploring the Biopsychosocial Matrix of Risk*. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Research Monograph (Nr 26, s. 1-40). Washington, DC: The Institute.
- McGue, M. (1997). A behavioral-genetic perspective on children of alcoholics. *Alcohol Health and Research World*, 21, 3, 210-217.
- McKeganey, N., Barnard, M., McIntosh, J. (2002). Paying the price for their parents' addiction: Meeting the needs of children of drug-using parents. *Drugs: Education, prevention and policy*, 9, 233-246.

- Meehl, P.E. (1956). "Wanted--a good cook-book". *American Psychologist*, 11, 6, 263-272.
- Merinkangas, K.R., Leckman, J.F., Prusoff, B.A., Pauls, D.L., Weismann, M.M. (1985). Familial transmission of depression and alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 42(4), 367-372.
- Miller, D., Jang, M. (1977). Children of alcoholics: A 20-year longitudinal study. *Social Work Research Abstracts*, 13, 23-29.
- Miller, P.M. (1984). *Behawioralna terapia alkoholizmu*. Warszawa: Studium Pomocy Psychologicznej PTP.
- Moe, J., Johnson, J.L., Wade, W. (2007). Resilience in children of substance users: In their own words. *Substance Use and Misuse*, 42(2-3), 381-398.
- Moffitt, T.E., Caspi, A., Rutter, M., Silva, P.A. (2001). *Sex differences in antisocial behaviour: Conduct disorder, delinquency, and violence in the Dunedin Longitudinal Study*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Molina, B.S.G., Chassin, L. (1996). The parent-adolescent relationship at puberty: Hispanic ethnicity and parent alcoholism as moderators. *Developmental Psychology*, 32, 675-686.
- Molina, B.S.G., Pelham, W.E. Jr. (2003). Childhood predictors of adolescent substance use in a longitudinal study of children with ADHD. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(3), 497-507.
- Moss, H.B., Clark, D.B., Kirisci, L. (1997). Timing of paternal substance use disorder cessation and effects on problem behaviors in sons. *American Journal of Addiction*, 6(1), 30-37.
- Moos, R., Moos, B. (1984). The process of recovery from alcoholism. III. Comparing functioning in families of alcoholics and matched control families. *Journal of Studies on Alcohol*, 45, 111-118.
- Moos, R.H., Billings, A.G. (1982). Children of alcoholics during the recovery process: Alcoholic and matched control families. *Addictive Behaviours*, 7, 155-163.
- Moss, R.H., Yao, J.K., Paddock, J.M. (1989). Responses by sons of alcoholic fathers to alcoholic and placebo drinks: Perceived mood, intoxication, and plasma prolactin. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 13, 252-257.
- Morehouse, E.R. (2000). Matching services and the needs of children of alcoholic parents: A spectrum of help. W: S. Abbott (red.), *Children of Alcoholics, Selected Readings*, (t. 2, s. 95-117). Rockville, MD: National Association of Children of Alcoholics.
- Mutzell, S. (1995). Are children of alcoholic mothers more psychologically damaged compared with children of mothers from the general population? *Early Child Development and Care*, 109, 159-173.
- Mylant, M.L., Ide, B., Cuevas, E., Meehan, M. (2002). Adolescent children of alcoholics: Vulnerable or resilient? *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 18(2), 57-64.
- Nace, E.P. (2005). Alcohol. W: R.J. Frances, S.J. Miller, A.H. Mack (red.), *Clinical textbook of addictive disorders* (wyd. 3, s. 271-302). New York: The Guilford Press.
- Nagin, D.S., Tremblay, R. (1999). Trajectories of boys' physical aggression, opposition, and hyperactivity on the path to physically violent and non-violent juvenile delinquency. *Child Development*, 70, 1181-1196.
- Nastasi, B.K., DeZolt, B.M. (1994). *School Interventions for Children of Alcoholics*. New York: Guilford Press.
- Neale, M.C., Martin, N.G. (1989). The effects of age, sex and genotype on self-reports drunkenness following a challenge dose of alcohol. *Behavior Genetics*, 19, 63-78.
- Nelson, C.B., Heath, A.C., Kessler, R.C. (1998). Temporal progression of alcohol dependence symptoms in the U. S. household population: Results from the National Comorbidity Survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 474-483.

- Newcomb, M.D. (1996). Pseudomaturity among adolescents: Construct validation, sex differences, and associations in adulthood. *Journal of Drug Issues*, 26, 477-504.
- Newlin, D.B., Thomson, J.B. (1990). Alcohol challenge with sons of alcoholics: A critical review and analysis. *Psychological Bulletin*, 108, 383-402.
- Nixon, S.J., Phillips, M., Tivis, R. (2000). Characteristics of American-Indian clients seeking inpatient treatment for substance abuse. *Journal of Study on Alcoholism*, 1(4), 541-547.
- Noll, R.B., Zucker, R.A., Fitzgerald, H.E., Curtis, W.J. (2004). Cognitive and Motoric Functioning of Sons of Alcoholic Fathers and Controls the Early Childhood Years. *Developmental Psychology*, 28 (4), 665-675.
- Noyes, R., Reich, J., Clancy, J. O'Gorman, T.W. (1986). Reduction in hypochondriasis with treatment of panic disorder. *British Journal of Psychiatry*, 149, 631-635.
- O'Connor, M.J., Kogan, N., Findlay, R. (2002). Prenatal Alcohol Exposure and Attachment Behavior in Children. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26, 10, 1592-1602.
- O'Connor, M.J., Sigman, M., Kasari, C. (1992). Attachment behavior of infants exposed prenatally to alcohol: Mediating effects of infant affect and mother infant interaction. *Development & Psychopathology*, 4, 243-256.
- O'Connor, M.J., Sigman, M., Kasari, C., Sigman, M. (1993). Interactional model for the association among maternal alcohol use, mother infant interaction, and infant cognitive development. *Infant Behavior & Development*, 16, 177-192.
- Ochmański, M. (1993). *Nadużywanie alkoholu przez ojców a sytuacja domowa i szkolna dzieci alkoholików*. Lublin: Wydawnictwo Naukowe UMCS.
- Oerter, R. (1986). Developmental tasks through the life-span: A new approach to an old concept. W: P.B. Bates, D.L. Featherman, R.M. Lerner (red.), *Life-span developmental and behavior* (t. 7, s. 240-260). Hillsdale, NJ: Earlbaum.
- Oerter, R., Montada, L. (1982). *Entwicklungspsychologie*. München – Wien – Baltimore: Urban & Schwarzenberg.
- O'Farrell, T.J., (1989.) Martial and family therapy in alcoholism treatment. *Journal Substance of Abuse Treatment*, 6 (1), 23-29.
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2010). *Osobowość. Stres a zdrowie*. Warszawa: Difin SA.
- Ogińska-Bulik, N., Kobylarczyk, M. (2015). Resiliency and social support as factors promoting the process of resilience in adolescents – wards of children's homes. *Health Psychology Report*, 3(3), 210-219.
- O'hannessian, C.M., Hesselbrock, V.M., Kramer, J., Bucholz, K.K., Schuckit, M.A., Kuperman, S., Nurnberger, J.I. Jr (2004). Parental substance use consequences and adolescent psychopathology. *Journal of Studies on Alcohol*, 65, 725-730.
- Oleszkowicz, A. Senejko, A. (1995). *Psychologia dorastania. Zmiany rozwojowe w dobie globalizacji*. Warszawa: PWN.
- Olson, D.H., Russel, C.S., Sprenkle, D.H (1989). *Circumplex model: Systematic assessment and treatment of families*. Binghampton, New York: Haworth.
- Orford, J. (1975). Alcoholism and marriage: The argument against specialism. *Journal of Studies on Alcohol*, 36, 1537-1564.
- Ostler, T., Bahar, O.S., Jessee, A. (2010). Mentalization in children exposed to parental methamphetamine abuse: relations to children's mental health and behavioral outcomes. *Attachment Human Development*, 12 (3), 193-207.
- Ouellette, E., Rosett, H., Rosman, N., Weiner, L. (1977). Adverse effects on offspring of maternal alcohol abuse during pregnancy. *New England Journal of Medicine*, 297, 528-530.

- Ozkaragoz, T., Satz, P., Noble, E.P. (1997). Neuropsychological functioning in sons of active alcoholic, recovering alcoholic, and social drinking fathers. *Alcohol*, 14, 31-37.
- Pałczyński, J. (2002). *Temperamentalne uwarunkowania zażywania marihuany i haszyszu*. Poznań: Instytut Psychologii UAM (nie opublikowany maszynopis pracy magisterskiej).
- Park, S., Schepp, K.G. (2015). A systematic review of research on children of alcoholics: Their inherent resilience and vulnerability. *Journal of Child and Family Studies*, 24, 5, 1222-1231.
- PARPA (2005). *Statystyki. Populacje osób, u których występują różne kategorie problemów alkoholowych*. Dostępne na stronach: www.parpa.pl.
- Parsons, O.A. (1987). Neuropsychological aspects of alcohol abuse: Many questions – some answers. W: O.A. Parsons, N. Butters, P.E. Nathan (red). *Neuropsychology of Alcoholism: Implications for Diagnosis and Treatment* (s. 153-175). New York: Guilford Press.
- Pasternak, A., Shier, K. (2012). The role reversal in the families of Adult Children of Alcoholics. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 3, 51-57.
- Patterson, G.R., Reid, J., Dishion, T. (1992). *Antisocial Boys*. Eugene, OR: Castillia.
- Patterson, G.R., Stouthamer-Loeber, M. (1984). The correlation of family management practices and delinquency. *Child Development*, 33, 1299-1307.
- Pearlin, L.I., Menaghan, E.G., Lieberman, M.A., Mullan, J.T. (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 337-356.
- Pearson, M.R., D'Lima, G.M., Kelley, M.L. (2011). Selfregulation as a buffer of the relationship between parental alcohol misuse and alcohol-related outcomes in first-year college students. *Addictive Behaviors*, 36, 12, 1309-1312.
- Penick, E.C., Nickel, E.J., Powell, B.J., Bingham, S.F., Liskow, B.I. (1990). A comparison of familial and nonfamilial male alcoholic patients without a coexisting psychiatric disorder. *Journal of Studies on Alcohol*, 51, 443-447.
- Peterson, J., Finn, P., Pihl, R. (1992). Cognitive dysfunction and the inherited predisposition to alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol*, 53, 154-160.
- Pihl, R.L., Bruce, K.N. (1995). Cognitive impairment in children of alcoholics. *Alcohol Health and Research World*, 19, 142-147.
- Pihl, R.O., Petersen, J., Finn, P. (1990). Inherited predisposition to alcoholism: Characteristics of sons of male alcoholics. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 291-301.
- Pillow, D.R., Barrera, M. Jr, Chassin, L. (1998). Using cluster analysis to assess the effects of stressful life events: Probing the impact of parental alcoholism on child stress and substance use. *Journal of Community Psychology*, 26(4), 361-380.
- Plomin, R., DeFries, J.C., McClearn, G.E. i in. (2001). *Behavioral Genetics*. New York: Worth.
- Plopa, M. (1983). Czynniki typologie postaw rodzicielskich. *Psychologia Wychowawcza*, 4, 412-419.
- Plopa, M. (2005). *Psychologia rodziny: teoria i badania* (wyd. 3). Kraków: Wydawnictwo Impuls.
- Polich, J., Pollock, V.E., Bloom, F.E. (1994). Meta-analysis of P300 amplitude from males at risk for alcoholism. *Psychological Bulletin*, 115(1), 55-73.
- Pollock, V.E., Teasdale, T.W., Gabrielli, W.F., Knopp, J. (1986). Subjective and objective measures of response to alcohol among young men at risk for alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol*, 47, 297-304.
- Pollock, V.E., Volavka, J., Goodwin, D.W., Mednick, S.A., Gabriel, W.F., Knop, J., Schulsinger, F. (1983). The EEG after alcohol administration in men at risk for alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 40, 857-861.

- Poon, E., Ellis, D.A., Fitzgerald, H.E., Zucker, R.A. (2000). Intellectual, cognitive, and academic performance among sons of alcoholics during the early school years: Differences related to subtypes of familial alcoholism. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24(7), 1020-1027.
- Poprawa, R. (2014). *Skazani na problem. W poszukiwaniu osobowościowych uwarunkowań angażowania się mężczyzn w picie alkoholu*. Warszawa: Wydawnictwo Scholar.
- Porjesz, B., Begleiter, H. (2000). Potencjały wywołane u dzieci alkoholików. *Alkohol a Zdrowie*, 26, 138-147.
- Price, A.W., Emshoff, J.G. (2000). Przełamywanie cyklu uzależnień. Prewencja i działania interwencyjne w odniesieniu do dzieci alkoholików. *Alkohol a Zdrowie*, 26, 148-163.
- Prince-Embury, S. (2007, [2006]). *Resiliency Scales for Children and Adolescents: A Profile of Personal Strengths*. San Antonio, TX: Harcourt Assessment, Inc.
- Prince-Embury, S. (2008). Resiliency Scales for Children and Adolescents, psychological symptoms and clinical status in adolescents. *Canadian Journal of School Psychology*, 23, 41-56.
- Putnam, S. (1985). *Are children of alcoholics sicker than other children? A study of illness experience and utilization behavior in a health maintenance organization*. The Annual meeting of the American Public Health Association; Washington, DC.
- Puttler, L.I. Zucker, R.A. Fitzgerald, H.E. Bingham, C.R. (1996). Outcome differences among female COAs during early and middle childhood as a function of change in paternal recovery status. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 21, 127-135.
- Raja, S.N., McGee, R., Stanton, W.R. (1992). Perceived attachment to parents and peers and psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 21(4), 471-485.
- Raubo, H. (1985). Niektóre aspekty rozwoju psychicznego i wychowania młodzieży w rodzinach obciążonych alkoholizmem. W: M. Tyszkowa (red.), *Rozwój dziecka w rodzinie i poza rodziną*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Reich, W., Earls, F., Powell, J. (1988). A comparison of the home and social environments of children of alcoholic and non-alcoholic parents. *British Journal of Addiction*, 83, 831-839.
- Reich, W., Earls, F., Frankel, O., Shayka, J.J. (1993). Psychopathology in children alcoholics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 995-1002.
- Reid, J.B., Patterson, G.R. (1989). The development of antisocial behaviour patterns in childhood and adolescence. *European Journal of Personality*, 3, 107-119.
- Repetti, R.L., Taylor, S.E., Seeman, T.E. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128, 330-366.
- Resnick, M.D., Bearman, P.S., Blum, R.W. i in. (1997). Protecting adolescents from harm. Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *JAMA*, 278(10), 823-832.
- Rhule, D.M., McMahon, R.J., Spieker, S.J. (2004). Relation of adolescent mothers' history of antisocial behavior to child conduct problems and social competence. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 524-535.
- Rich, P. (2006). *Attachment and Sexual Offending: Understanding and Applying Attachment Theory to the Treatment of Juvenile Sexual Offenders*. Canada: John Wiley & Sons.
- Richter, S.K. (1998). Overview of Normal Adolescent Development. W: L.T. Flaherty, R.M. Sarles (red.), *Child and Adolescent Psychiatry* (s. 15-25). New York: Wiley & Sons, Inc.
- Robins, L.N., Regier, D.A. (red.), (1991). *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study*. New York: The Free Press.

- Robins, R.W., John, O.P., Caspi, A., Moffitt, T.E., Stouthamer-Loeber, M. (1996). Resilient, overcontrolled, and undercontrolled boys: Three replicable personality types. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 157-171.
- Robinson, B.E. (1998). *Pomoc psychologiczna dla dzieci alkoholików*. Warszawa: PARPA.
- Robinson, B.E. (1999). Workaholic children: One method of fulfilling the parentification role. W: N.D. Chase (red.), *Burdened children: Theory, research, and treatment of parentification* (s. 56-76). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Rolf, J.E., Johnson, J.L., Israel, E., Balwin, J., Chandra, A. (1988). Depressive affects in school-aged children of alcoholics. *British Journal of Addiction*, 83, 841-848.
- Rosen, H. (1985). *Piagetian Dimensions of Clinical Relevance*. New York: Columbia University Press.
- Rosenblum, O., Mazet, P., Benony, H. (1997). Mother and infant affective involvement states and maternal depression. *Infant Mental Health Journal*, 18, 350-363.
- Rossow, I. (2000). Suicide, Violence and Child Abuse: Review of the Impact of Alcohol Consumption on Social Problems. *Contemporary Drug Problems*, 27, 397-434.
- Rothbart, M.K., Bates, J.E. (1998). Temperament. W: W. Damon (red.), *Handbook of Child Psychology*. (t. 3, s. 105-176). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Rothbart M.K., Derryberry D. (1981). Development of individual differences in temperament. W: M.E. Lamb, A.L. Brown (red.), *Advances in developmental psychology*, (t. 1, s. 37-86). Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.
- Rothbart, M.K., Derryberry, D., Posner, M.I. (1994). A psychobiological approach to the development of temperament. W: J.E. Bates i T.D. Wachs (red.), *Temperament: Individual differences at the interface of biology and behaviour* (s. 83-116). Washington, DC: American Psychological Association.
- Rothbart, M.K., Posner, M.I., Hershey, K.L. (1995). Temperament, attention, and developmental psychopathology. W: D. Cicchetti i D.J. Cohen (red.), *Manual of developmental psychopathology* (t. 1, s. 315-340). New York: Wiley.
- Russell, M. (1990). Prevalence of alcoholism among children of alcoholism. W: M. Windle, J. Searles (red.), *Children of Alcoholics: Critical Perspectives* (s. 9-38). New York: Guilford Press.
- Russell, M., Henderson, C., Blume, S.B. (1985). *Children of alcoholics: A review of the literature*. New York: Children of Alcoholics Foundation.
- Rutter, M. (1984). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 3, 316-331.
- Rutter, M.L. (1999). Resilience concepts and findings. Implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21, 119-144.
- Rutter, M., Sroufe, L.A. (2000). Developmental psychopathology: Concepts and challenges. *Development and Psychopathology*, 3, 265-296.
- Ryś M. (2007). *Rodzinne uwarunkowania psychospołecznego funkcjonowania Dorosłych Dzieci Alkoholików*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Quinton, D., Rutter, M. (1988). *Parenting Breakdown: The Making and Breaking of Inter-generational Links*. Aldershot: Avebury.
- Sameroff, A.J. (2000). Developmental systems and psychopathology. *Development and Psychopathology*, 12, 297-312.

- Santostefano, S. (1978). *A biodevelopmental approach to clinical child psychology*. New York: Wiley.
- Schaffer, H.R. (2008). *Psychologia dziecka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Schandler, S.L., Brannock, J.C., Cohen, M.J., Antick, J., Caine, K. (1988). Visuospatial learning in elementary school children with and without a family history of alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol*, 49(6), 538-545.
- Schandler, S.L., Cohen, M.J., McArthur, D.L., Antick, J.R., Brannock, J.C. (1991). Spatial Learning Deficits in adult children of alcoholics parents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(2), 312-317.
- Schuckit, M.A. (1982) A study of young men with alcoholic close relatives. *American Journal of Psychiatry*, 139, 791-794.
- Schuckit, M.A. (1985). Ethanol-induced body sway in men at high alcoholism risk. *Archive of General Psychiatry*, 42, 375-379.
- Schuckit, M.A. (2000). Genetics of the risk for alcoholism. *American Journal of Addictions*, 9, 103-112.
- Schuckit, M.A. (2002). Vulnerability factors for alcoholism. W: K.L. Davis, D. Charney, J.T. Coyle, C. Nemeroff (red.), *Neuropsychopharmacology. The Fifth Generation of Progress* (s. 1399-1411). New York: Lippincott Williams & Wilkins, A Wolters Kluwer Co.
- Schuckit, M.A., Goodwin, D.A., Winokur, G. (1972). A study of alcoholism in half siblings. *American Journal of Psychiatry*, 128, 1132-1136.
- Schuckit, M.A., Klein, J.L., Twitchell, G.R. (1995). The misclassification of family history status in studies in children of alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 56, 47-50.
- Schuckit, M.A., Smith, T.L., Kalmijn, J., Tsuang, J., Hesselbrock, V., Bucholz, K. (2000). Response to alcohol in daughters of alcoholics: A pilot study and a comparison with sons of alcoholics. *Alcohol and Alcoholism*, 35(3), 242-248.
- Schulsinger, M.D., Knop, J., Goodwin, D.W., Teasdale, T.W., Mikkelsen, U. (1986). A prospective study of young men at high risk for alcoholism: Social and psychological characteristics. *Archives of General Psychiatry*, 43(8), 755-760.
- Scott, T. (2002). Classification of psychiatric disorders in childhood and adolescence: building castles in the sand? *Adolescence Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 205-213.
- Searles, J.S. (1990). Behaviour genetic research and risk for alcoholism among children of alcoholics. W: M. Windle i J.S. Searles (red.), *Children of alcoholics: Critical perspectives*. New York: Guilford Press.
- Seefeldt, R.W., Lyon, M.A. (1992). Personality characteristics of adult children of alcoholics. *Journal of Counseling and Development*, 70, 588-593.
- Seilhamer, R.A., Jacob, T. (1990). Family factors and adjustment of children of alcoholics. W: M. Windle i J.S. Searles (red.), *Children of alcoholics: Critical perspectives* (s. 168-186). New York: Guilford Press.
- Serec, M., Svab, I., Kolsek, M., Svab, V., Moesgen, D., Klein, M. (2012). Health-related lifestyle, physical and mental health in children of alcoholic parents. *Drug and Alcohol Review*, 31, 861-870.
- Sęk, H. (2005). Pojęcie normy, normalności i zdrowia. W: H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna* (t. 1, s. 55-64). Warszawa: Wydawnictwo PWN.
- Shaw, D.S., Bell, R.Q., Gilliom, R. (2000). A truly early starter model of antisocial behavior. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3, 155-172.
- Sher, K.J. (1987). Stress response dampening. W: H. Blane, K.E. Leonard (red.), *Psychological theories of drinking and alcoholism* (s. 227-271). New York: Guilford Press.

- Sher, K.J. (1991). *Children of Alcoholics: A Critical Appraisal of Theory and Research*. Chicago: University of Chicago Press.
- Sher, K.J. (1993). Children of alcoholics: A critical appraisal of theory and research. *Psychology of Addictive Behaviors*, 7(3), 201-202.
- Sher, K.J. (1997). Psychological characteristics of children of alcoholics. *Alcohol Health and Research World*, 21, 3, 247-254.
- Sher, K.J. (2000). Charakterystyka psychologiczna dzieci alkoholików. *Alkohol a Zdrowie*, 26, 164-183.
- Sher, K.J., Walitzer, K.S., Wood, P.K., Brent, E.E. (1991). Characteristics of children of alcoholics: Putative factors, substance use and abuse, and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 100 (4), 427-448.
- Sheridan, M.J., Green, R.G. (1993). Family dynamics and individual characteristics of adult children of alcoholics: An empirical analysis. *Journal of Social Service Research*, 17, 73-79.
- Shonkoff, J., Phillips, D. (red.), (2000). *From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development*. Washington, DC: National Academy Press.
- Shoham, V., Rohrbaugh, M.J., Stickle, T.R., Jacob, T. (1998). Demand-withdraw couple interaction moderates retention in cognitive-behavioral vs family-systems treatments for alcoholism. *Journal of Family Psychology*, 12, 557-577.
- Sigvardsson, S., Bohman, M., Cloninger, C.R. (1996). Replication of the Stockholm Adoption Study of alcoholism: Confirmatory cross-fostering analysis. *Archives of General Psychiatry*, 53, 681-687.
- Sirles, E.A., Smith, J.A., Kusama, H. (1991). Psychiatric status of intrafamilial child sexual abuse victims. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 225-229.
- Skiffington, E.W., Brown, P.M. (1981). Personal, home, and school factors related to eleventh graders' drug attitudes. *International Journal of the Addictions*, 16(5), 879-892.
- Steinberg, L. (1990). Autonomy, conflict and harmony in the family relationship. W: S. Feldman, G. Elliot (red.), *At the threshold: The developing adolescent* (s. 255-276). Cambridge: MA Harvard University Press.
- Śtepień, E. (1991). Realizacja zadań rozwojowych przez dzieci i młodzież z rodzin z problemem alkoholowym. *Alkoholizm i Narkomania*, 24, 3, 144-158.
- Stipek, D., Gralinski, J. (1996). Children's beliefs about intelligence and school performance. *Journal of Educational Psychology*, 88(3), 397-407.
- Sobolewska-Mellibruda, Z. (2011). *Psychoterapia dorosłych dzieci alkoholików*. Warszawa: Wydawnictwo Zielone Drzewo, Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
- Sokol, R.J., Ager, J.W., Martier, S. (1988). Toward defining an overall fetal alcohol dose – response relationship in human pregnancy. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 12, 339-346.
- Sokol, R.J., Ager, J., Martier, S., Debanne, S., Ernhart, C., Kuzma, J., Miller, S. (1998). Significant determinants of susceptibility to alcohol teratogenicity. *Annals of the New York Academy of Science*, 477, 87-102.
- Sokol, R.J., Delaney-Black, V., Nordstrom, B. (2003). Fetal Alcohol Spectrum Disorder. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 290(22), 2996-2999.
- Sowa, J. (1984). *Kulturowe założenia pojęcia normalności w psychiatrii*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Sroufe, L.A. (1983). Infant-caregiver attachment and patterns of adaptation in preschool: The roots of maladaptation and competence. W: M. Perlmutter (red.), *Minnesota Symposium in Child Psychology* (s. 41-83). Hillsdale, NJ: Erlbaum Associates.

- Sroufe, L.A. (1997). Psychopathology as an outcome of development. *Development and Psychopathology*, 9, 251-268.
- Sroufe, A. (2005). Attachment and development: a prospective, longitudinal, study from birth to adulthood. *Attachment and Human Development*, 7(4), 349-367.
- Sroufe, L.A., Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 17-29.
- Stams, G.J., Juffer, F., Van Ijzendoorn, M.H. (2002). Maternal sensitivity, infant attachment, and temperament predict adjustment in middle childhood: The case of adopted children and their biologically unrelated parents. *Developmental Psychology*, 38, 806-821.
- Steinberg, L., Silverberg, S.B. (1986). The Vicissitudes of Autonomy in Early Adolescence. *Child Development*, 57, 841-851.
- Steinglass, P. (1980). A life history model of the alcoholic family. *Family Process*, 18, 337-354.
- Steinglass, P., Bennett, L.A., Wolin, S.J., Reiss, D. (1987). *The Alcoholic Family*. New York: Basic Books, Inc., Publishers.
- Steinglass, P. Davis, D.I., Berenson, D. (1977). Observations of conjointly hospitalized alcoholic couples during sobriety and intoxication. *Family Process*, 16, 1-16.
- Steinhausen, H., Gobel, D., Nesler, V. (1984). Psychopathology in the offspring of alcoholic parents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 23, 465-471.
- Stevenson, H.W., Chen, C., Lee, S.Y. (1993). Mathematics achievement of Chinese, Japanese, and American children: Ten years later. *Science*, 259, 53-58.
- Stevenson, H.W., Stigler, J.W. (1992). *The learning gap*. New York: Free Press.
- Stewart, M.A., deBlois, C.S., Cummings, C. (1980). Psychiatric disorder in the parents of hyperactive boys and those with conduct disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 21, 283-292.
- Stratton, K., Howe, C., Battaglia, F. (red.), (1996). *Institute of Medicine. Fetal Alcohol Syndrome: Diagnosis, Epidemiology, Prevention, and Treatment*. Washington, DC: National Academy Press.
- Streissguth, A. (1977). Maternal drinking and outcome of pregnancy – implications for child mental health. *American Journal of Orthopsychiatry*, 47, 422-431.
- Streissguth, A.P. (1986). Alcohol and motherhood. *Physiological findings and the fetal alcohol syndrome. Women and Alcohol: Health-related Issues* (Research Monograph Nr 16). Rockville, Md: U.S. Department of Health and Human Services.
- Streissguth, A.P. (1998). Odległe rokowanie w FAS. Uszkodzenia płodu wywołane alkoholem. *Alkohol a Zdrowie*, 17, 143-154.
- Streissguth, A.P., Aase, J.M., Clarren, S.K. i in. (1991). Fetal alcohol syndrome in adolescents and adults. *Journal of the American Medical Association*, 265, 1961-1967.
- Streissguth, A.P., Barr, H.M., Sampson, P.D. (1990). Moderate prenatal alcohol exposure: Effects on child IQ and learning problems at age 7 1/2 years. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 14, 662-669.
- Streissguth, A.P., Bookstein, F.L., Barr, H.M., Sampson, P.D., O'Malley, K., Young, J.K. (2004). Risk Factors for Adverse Life Outcomes in Fetal Alcohol Syndrome and Fetal Alcohol Effects. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 25, 4, 228-238.
- Strelau, J. (1978). *Rola temperamentu w rozwoju psychicznym*. Warszawa: WSiP.
- Strelau, J. (1985). *Temperament – osobowość – działanie*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Świtała, J. (2005). *Transmisja międzypokoleniowa alkoholizmu u mężczyzn*. Poznań (niepublikowana praca doktorska).

- Tarter, R. (1988). Are there inherited behavioral traits that predispose to substance abuse? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 189-196.
- Tarter, R.E., Alterman, A.I., Edwards, K.L. (1985). Vulnerability to alcoholism in men: A behavior-genetic perspective. *Journal of Studies on Alcohol*, 46, 329-356.
- Tarter, R.E., Blackson, T.C., Martin, C.S., Loeber, R., Moss, H.B. (1993). Characteristics and correlates of child discipline practices in substance abuse and normal families. *The American Journal on Addictions*, 2 (1), 18-25.
- Tarter, R.E., Hegedus, A.M., Goldstein, G., Shelly, D., Alterman, A.I. (1984). Adolescent sons of alcoholics: Neuropsychological and personality characteristics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 8, 216-221.
- Tarter, R., Jacob, T., Bremer, D. (1989). Cognitive status of sons of alcoholic men. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 13, 232-235.
- Tarter, R.E., Laird, S.B., Moss, H.B. (1990). Neuropsychological and neurophysiological characteristics of children of alcoholics. W: M. Windle, J.S. Searles (red.), *Children of Alcoholics: critical perspectives. The Guilford Substance Abuse series* (s. 73-98). New York: Guilford Press.
- Tarter, R., McBride, H., Buonpane, N., Schneider, D. (1977). Differentiation of alcoholics: Childhood history of minimal brain dysfunction, family history, and drinking pattern. *Archives of General Psychiatry*, 34, 761-768.
- Thompson, R.A. (2008). Early attachment and later development: Familiar questions, new answers. W: J.C. Shaver, R. Phillip (red.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (s. 348-365). New York, NY, US: Guilford Press.
- Tienari, P., Wynne, L.C., Moring, J. i in. (1994). The Finnish adoptive family study of schizophrenia. Implications for family research. *British Journal of Psychiatry*, 163 (suppl. 23), 20-26.
- Tiet, Q.Q., Huizinga, D. (2002). Dimensions of the construct of resilience and adaptation among inner city youth. *Journal of Adolescent Research*, 17(3), 260-276.
- Thomas, A., Chess, S. (1977). *Temperament and development*. New York: Brunner/Mazel.
- Thombs, J.L. (2006). *Introduction to Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press.
- Thompson, R.A., Flood, M.F., Goodvin, R. (2006) Social support and developmental psychopathology. W: D. Cicchetti, D. Cohen (red.), *Developmental Psychopathology. Risk, disorder, and adaptation* (t. 3, s. 1-37). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Trempała, J. (2000). *Modele rozwoju psychicznego. Czas i zmiana*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej.
- Trempała, J. (red.), (2011). *Psychologia rozwoju człowieka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Trempała, J. (2012). Psychologia rozwoju jako nauka o genezie życia psychicznego: przełomowe dokonania i kierunki przyszłych badań. *Psychologia Rozwojowa*, 17, 1, 17-29.
- Tubman, J.G., Windle, M. (1995). Continuity of difficult temperament in adolescence: Relations with depression, life events, family support, and substance use across a one year period. *Journal of Youth and Adolescence*, 24, 133-153.
- Van Ijzendoorn, M.H., Sagi, A. (1999). Cross-Cultural Patterns of Attachment: Universal and Contextual Dimensions. W: J. Cassidy, P. Shaver (red.), *Handbook of attachment theory and research* (s. 713-734). New York: Guilford Press.
- Valentiner, D.P., Holahan, C.J., Moos, R.H. (1994). Social support, appraisals of event controllability, and coping: An integrative model. *Journal Personality and Social Psychology*, 66, 1094-1102.

- Velleman, R. (2011). *Counselling for Alcohol Problems. Therapy in Practice* (3 wyd.). London: Sage Publications Ltd.
- Velleman, R. Orford, J. (red) (1999). *Risk and resilience: Adults who were the children of problem drinkers*. Harwood Academic.
- Waldron, H.B., Slesnick, N. (1998). Treating the family. W: W.R. Miller, N. Heather (red.), *Treating addictive behaviors* (wyd. 2) (s. 271-283). New York: Plenum Press.
- Wallin, D.J. (2011). *Przywiązanie w psychoterapii*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Walsh, F. (1990). *Spiritual resources in family therapy*. New York: Guilford Press.
- Waters, E., Merick, S., Treboux, D., Crowell, J., Albersheim, L. (2000). Attachment security in infancy and early adulthood: A twenty-year longitudinal study. *Child Development*, 71, 684-689.
- Webster, D., Harburg, E., Gleiberman, L., Schork, A., DiFranceisco, W. (1989). Familial transmission of alcohol use: I. Parent and adult offspring use over 17 years. *Journal of Studies on Alcohol*, 50, 557-566.
- Wegscheider-Cruse, S. (1985 [2000]). *Nowa szansa. Nadzieja dla rodziny alkoholowej*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia. Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
- Weinberg, E. (2006). Mentalization, affect regulation, and development of the self. *Journal of American Psychoanalysis Association*, 54, 251-269.
- Weinberg, N.Z. (1997). Developmental effects of parental alcohol use. W: N. Alessi (red.), *Handbook of Child and Adolescent Psychiatry* (t. 4, s. 171-187). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Weinfeld, N.S., Sroufe, L.A., Egelund, B. (2000). Attachment from infancy to early adulthood in a high-risk sample: Continuity, discontinuity, and their correlates. *Child Development*, 71, 695-702.
- Weitzman, E.R., Chen, Y. (2005). Risk modifying effect of social capital on measures of heavy alcohol consumption, alcohol abuse, harms, and secondhand effects: National survey findings. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 303-309.
- Werner E. (1984). Resilient children. *Young Children*, 40, 68-72.
- Werner, E. (1986). Resilient offspring of alcoholics: A longitudinal study from birth to age 18. *Journal of Studies on Alcohol*, 47(1), 34-40.
- Werner, E. (1993). Risk, resilience and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. *Development and Psychopathology*, 5, 503-515.
- Werner, E., Johnson, J.L. (1999). Can we apply resilience? W: M. Glantz, J.L. Johnson (red.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (s. 259-268). New York: Plenum Press.
- Werner, E., Smith, R.S. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Ithaca, New York: Cornell University Press.
- West, M.O., Prinz, R.J. (1987). Parental alcoholism and childhood psychopathology. *Psychological Bulletin*, 102, 204-218.
- WHO (1995). *Reported in Alcohol, Health and Society*.
- Whipple, E.E., Fitzgerald, H.E., Zucker, R.A. (1995). Parent-child interactions in alcoholic and nonalcoholic families. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65, 153-159.
- Whitaker, R.C., Orzol, S.M., Kahn, R.S. (2006). Maternal mental health, substance use, and domestic violence in the year after delivery and subsequent behavior problems in children at age 3 years. *Archives of General Psychiatry*, 63, 551-560.
- White, J.L., Moffitt, T.E., Silva, P.A. (1989). A prospective replication of the protective effects of IQ in subjects at high risk for juvenile delinquency. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 719-724.

- Whitfield, Ch. (1987). *Healing the child within: Discovery and recovery for adult children of dysfunctional families*. Beach: Health Communications.
- Williams, C.N. (1990) Prevention and treatment approaches for children of alcoholics. W: M. Windle, J. Searles (red.), *Children of Alcoholics: Critical Perspectives* (s. 187-216). New York: Guilford Press.
- Wills, T.A., Cleary, S.D., Filer, M., Shinar, O., Mariani, J., Spera, K. (2001). Temperament, self-control, and early substance use. *Prevention Science* 2, 145-163.
- Wills, T.A., Sandy, J.M., Yaeger, A.M. i in. (2001). Coping dimensions, life stress, and adolescent substance use: A latent growth analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 309-323.
- Windle, M. (1996). On the discriminative validity of family history of problem drinking index with national sample of young adults. *Journal of Study of Alcohol*, 57, 378-386.
- Windle, M. (2000). Stan badań nad dziećmi alkoholików: aktualne koncepcje i problemy. *Alkohol a Zdrowie*, 26, 10-26.
- Windle, M., Davies, P.T. (2003). Teoria rozwojowa i związane z nią badania. W: K.E. Leonard, H.T. Blane (red.), *Picie i alkoholizm w świetle teorii psychologicznych* (s. 209-254). Warszawa: PARPA.
- Windle, M., Searles, J.S. (1990). *Children of alcoholics: Critical perspectives*. New York: Guilford Press.
- Windle, M., Tubman, J.G. (1999). Children of alcoholics. W: W.K. Silverman (red), *Development issues in the clinical treatment of children* (s. 393-414). Boston, MA, USA: Allyn & Bacon.
- Woititz, J.G. (1983 [1992]). *Dorośle dzieci alkoholików*. Warszawa: Instytut Psychologia Zdrowia i Trzeźwości.
- Wolin, S.J., Bennett, L.A. (1984). Family Rituals. *Family Process*, 23, 401-420.
- Wolin, S.J., Bennett, L.A., Jacobs, J.S. (1988). Assessing Family Rituals in Alcoholic Families, W: E. Imber-Black i in. (red.), *Rituals in Families and Family Therapy*. New York: W.W. Norton.
- Wolin, S.J., Bennett, L.A., Noonan, D.L. (1979). Family rituals and the recurrence of alcoholism over generations. *American Journal of Psychiatry*, 136, 589-593.
- Wolin, S.J., Bennett, L.A., Noonan, D.L., Teitelbaum, M.A. (1980). Disrupted family rituals: A factor in the intergenerational transmission of alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol*, 41, 199-214.
- Woodside, M., Coughy, K., Cohen, R. (1993). Medical costs of children of alcoholics – pay now or pay later. *Journal of Substance Abuse*, 5, 281-287.
- Workman-Daniels, K.L., Hesselbrock, V.M. (1987). Childhood problem behavior and neuropsychological functioning in persons at risk for alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol*, 48(3), 187-193.
- World Health Organization. (2006). Accessed November, 2005, from <http://www.who.int>
- Wyman, P.A., Cowen, E.L., Work, W.C., Kerley, J.H. (1993). The role of children's future expectations in self-system functioning and adjustment to life-stress. *Development and Psychopathology*, 5, 649-661.
- Velleman, R. (1993). *Alcohol and the Family*. IAS.
- Velleman, R., Orford, J. (1990). Young adult offspring of parents with drinking problems: Recollections of parents' drinking and its immediate effects. *British Journal of Clinical Psychology*, 29, 297-317.

- Yates, T.M., Egeland, B., Sroufe, C. (2003). A. Rethinking resilience. A developmental process perspective. W: S.S. Luthar (red.), *Resilience and Vulnerability* (s. 243-259). New York: Cambridge University Press.
- Zajączkowski, K. (1996). Rodzina z problemem alkoholowym a sytuacja szkolna dziecka. *Szkola Specjalna*, 1, 21-28.
- Zhang, J.F., Wang, J.C., Lu, Y.X., Qiu, X.X., Fang, Y. (2004). Alcohol abuse in a metropolitan city in China: A study of the prevalence and risk factors. *Addiction*, 99, 1103-1110.
- Zahn-Waxler C., Iannotti R.J., Cummings E.M., Denham S. (1990). Antecedents of problem behaviors in children of depressed mothers. *Development and Psychopathology*, 2(3), 271-291.
- Zieliński, P. (2010). Schemat powtarzanych pomiarów w ujęciu analizy wielopoziomowej – hierarchiczny model liniowy jako alternatywa dla analizy wariancji z powtarzanym pomiarem. *Psychologia Społeczna*, 5, 2-3 (14), 234-259.
- Zucker, R.A. (1976). Parental influences on the drinking patterns of their children. W: M. Greenblatt, M. Schuckit (red.), *Alcoholism problems in women and children* (s. 211-238). New York: Grune & Stratton.
- Zucker, R.A. (1987). The four alcoholisms: A developmental account of the etiologic process. W: P.C. Rivers (red.), *Alcohol and Addictive Behaviors* (s. 27-83). Lincoln, Ne: University of Nebraska Press.
- Zucker, R.A. (1994). Pathways to alcohol problems and alcoholism: A developmental account of the evidence for multiple alcoholisms and for contextual contributions to risk. W: R.A. Zucker, J. Howard, G.M. Boyd (red.), *The development of alcohol problems: Exploring the biopsychosocial matrix of risk* (nr 6, s. 255-289). Rockville, MD: US DHHS.
- Zucker, R.A. (2006). Alcohol use and alcohol use disorders: A developmental-biopsychosocial systems formulation covering the life course. W: D. Cicchetti, D.J. Cohen (red.), *Developmental Psychopathology. Risk, Disorder and Adaptation* (wyd. 2). (t. 3, 620-656). Hoboken, NJ: Wiley & Sons.
- Zucker, R.A., Donovan, J.E., Masten, A.S., Mattson, M.E., Moss, H.B. (2009). Developmental processes and mechanisms: Ages 0-10. *Alcohol Research Health*, 32(1), 16-29.
- Zucker, R.A., Ellis, D.A., Bingham, C.R., Fitzgerald, H.E. (1996). The development of alcoholic subtypes: Risk variation among alcoholic families during the early childhood years. *Alcohol Health and Research World*, 20, 46-55.
- Zucker, R.A., Gomberg, E.S.L. (1986). Etiology of alcoholism reconsidered: The case for a biopsychosocial process. *American Psychologist*, 41(7), 783-793.
- Zucker, R.A., Fitzgerald, H.E., Moses, H.D. (1995). Emergence of alcohol problems and the several alcoholism: A developmental perspective and etiologic theory and life trajectory. W: D. Cicchetti, D.J. Cohen (red.), *Developmental psychopathology* (t. 2, s. 677-711). New York: Wiley.
- Zucker, R.A., Kincaid, S.B., Fitzgerald, H.E., Bingham, C.R. (1995). Alcohol schema acquisition in preschoolers: Differences between children of alcoholics and children of nonalcoholics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 19, 1-7.
- Zuckerman, M., Buchsbaum, M., Murphy, D. (1980). Sensation seeking and biological correlates. *Psychological Bulletin*, 88, 187-214.
- Zweben, A., Pearlman, S. (1983). Evaluating the effectiveness of conjoint treatment of alcohol-complicated marriages: Clinical and methodological issues. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9(1), 61-72.

Indeks rzeczowy

A

alkoholik 8-12, 23, 24, 26, 28-38, 40, 42, 51-57, 61-74, 76-91, 96-111, 113, 117, 121, 122, 124, 127-130, 132-134, 139-141, 148, 151, 154, 155, 157-160, 164-173, 175-180, 182-194, 196, 197, 199-204, 207, 208, 210-213

alkoholizm (por. zespół uzależnienia od alkoholu 23) 9, 12, 24, 25, 28-30, 32, 33, 36-38, 40-42, 51-54, 56, 57, 60-62, 68-92, 97-101, 103, 107, 109, 111, 113, 115-119, 121, 122, 130, 132, 140, 141, 148, 149, 152, 154, 155, 157, 160, 163, 164-169, 172-174, 176, 182-184, 186-190, 194, 196, 197, 199, 200, 201, 209-211, 213

- pierwotny 29, 30, 90
- uwarunkowany genetycznie 28
- uwarunkowany środowiskowo 28
- wtórny 29, 30
- regulacyjna koncepcja potrzeb 25

alkoholowy system rodzinny 100, 120, 121, 123, 124, 132

- aspekty niespecyficzne 33
- aspekty specyficzne 33

alkoholowy zespół płodowy (por. FAS) 90, 142-146, 171

B

badania nad przyczynami uzależnienia 76

- bliźniętami 76, 81-82, 90
- dziećmi adoptowanymi 76, 77-81, 90

badanie porównawcze dzieci alkoholików 72, 81, 82, 86, 111, 127, 149, 160, 168

- bliźnięta dwujajowe 77, 81, 82
- bliźnięta jednojajowe 76, 77, 81, 82
- grupa heterogeniczna 9, 16, 31
- grupa homogeniczna 62
- grupa kliniczna 67, 73, 208, 211
- grupa niekliniczna 67

- grupy ryzyka 37, 57, 58, 82

badania nad alkoholizmem 82

- strategia „wstępująca” 72
- strategia „zstępująca” 75

biologiczna podatność 9, 66, 71-98, 147

- analiza genomu ludzkiego 72, 74, 82
- ścieżki ekspresji genów 83-84
- wrażliwość na alkohol 37, 83, 109
- wrodzona podatność na zaburzenia psychiczne 37, 53, 57, 63, 66, 71-98, 107, 116, 140, 141, 164, 213, 215

bunt młodzieńczy 21

C

cechy intrapsychiczne dziecka 147

czynniki wpływające na rozwój

- facylitujące realizację zadań rozwojowych 11, 147, 169
 - genetyczne 64, 72, 75-82, 84, 89, 90, 91, 138, 173, 184
 - indywidualne 153
 - inicjujące 39
 - niespecyficzne 67, 164
 - ochronne 22, 65, 67-70, 74, 96, 104, 139, 146, 148, 150, 152, 154, 157, 168, 189, 213
 - predysponujące 52
 - rodzinne 117, 153, 196
 - ryzyka 22, 52, 65, 67, 74, 92, 95-97, 105, 108, 114, 117, 133, 136, 139, 147, 148, 151, 152, 154, 157, 159, 160, 164, 165, 170, 174, 188, 211, 213
 - ryzyka i zasoby 8, 9, 21, 22, 32, 35, 40, 60, 105, 137, 139, 141, 146-153, 162, 169, 215
 - specyficzne 67
- czynniki (zmienne) w modelach badawczych
- mediujące 36, 37
 - moderacyjne, moderujące 35-38, 57

- moderator 37, 38
 - pośredniczące 31, 35, 36, 82-83
 - utrzymujące kierunek 39
 - zmieniające kierunek 39
- cykl życia 8, 9, 14, 16-22, 38, 40, 62, 107, 134, 136, 147, 186, 211, 213

D

- Dwanaście Stopni Alateen 190-191
- dynamiczna dwukierunkowa relacja interpersonalna 27
- dzieci alkoholików
- czynność elektryczna mózgu 83, 84
 - odporne 130
 - dorosłe dzieci alkoholików 52, 87, 109, 129, 176-182
- dziecięce naśladownictwo 108, 110, 160

E

- edukacja 156, 157, 161, 176, 186-188, 200
- efekt Barnuma 179, 183
- efekt diady 108, 111
- eksperyment naturalny 77
- elastyczność rodziny 100, 101
- emocjonalne „opuszczenie” rodziny 163

F

- FAS (por. FASD 141, 142, 143, 185, FAE 143, 146) 90, 143, 144, 146, 171
- ekspozycja alkoholowa 53, 141, 143
 - płodowy efekt alkoholowy 143
 - poalkoholowe zaburzenia neurorozwojowe 143
- funkcjonowanie dzieci alkoholików 33, 62
- emocjonalne 160
 - intelektualne 155
 - kompetencje personalne 188, 189
 - pseudodojrzałość 162, 163
 - społeczne 56

G

- genetyka 9, 71-73, 75-78, 80, 82, 83, 88, 90, 96
- gen 72-75
 - genetyczna transmisja alkoholizmu 28, 75, 78, 81
 - genetyka behawioralna (ilościowa) 9, 71, 75-83, 88, 90, 96
 - genetyka molekularna 9, 71-75, 77
 - geny odpowiedzialne za metabolizm alkoholizmu 73
 - interakcja genów-środowiska 61, 78, 89

- mechanizmy ekspresji genów 72, 83-86
- metoda powiązań całego genomu ludzkiego 72, 74

Grupy Samopomocowe Alateen 190, 191

H

- hipoteza bliźny 92
- hipoteza kontynuacji lub spectrum 92, 94

I

- idea progresywności 211
- identyfikacja zachowań 72, 108, 109
- z rodzicem niepijącym 109
 - z rodzicielskimi zachowaniami 108
 - z uzależnionym ojcem 109
- indywidualne czynniki ochronne 67, 68
- interakcja czynników
- mieszane 95
 - osobowościowych z czynnikami środowiskowymi 33
 - pozarodzinnych 105, 117-120
 - rodzinnych 117-120
 - ryzyka i zasobów 60, 141
 - temperamentu i środowiska 93, 95
 - temperamentu i temperamentu 95
- interwencje psychospołeczne 187-191
- intraindywidualna (jednostkowa) zmienność procesu rozwoju 214

K

- komunikatywność rodziny 101
- koncepcja
- interakcyjno-rozwojowe 117, 118
 - linearne 100
 - podatności i odporności dzieci i młodzieży 23
 - zmiennych modyfikujących 213
 - zmiennych pośredniczących 213
- kontrola 34, 37, 45, 46, 55, 61, 69, 83, 136, 152, 158, 159, 164, 176, 181, 182

M

- maltretowanie 50, 101, 103, 127, 204
- markery 22, 74, 83, 85, 86
- cechy 82, 83
 - genetyczne 72, 74, 76, 77
- mechanizm
- eksternalizacji problemów 11, 33-36, 40, 46, 59-61, 66, 93, 95, 105, 108, 139, 157, 164, 167, 170, 172, 173, 182, 185, 191, 196

- funkcjonowania rodziny alkoholowej 101, 113, 120-130
 - podatności na rozwój zaburzeń 10, 53, 72, 151, 168
 - pozytywnej adaptacji 20, 22, 35, 46, 48, 52, 57, 58, 65-67, 69, 93, 104, 152, 155, 156
 - *resilience* 17, 22, 57, 67, 156, 158, 188, 198, 201
 - mentalizacja 42-52
 - metoda bezpośrednia 208, 209
 - metoda rodzinna 208, 209
 - metody genetyki behawioralnej 76
 - model interakcji genotyp – środowisko 88-90
 - korelacja genotyp – środowisko typu aktywnego 89, 90
 - korelacja genotyp – środowisko typu pasywnego 89, 90
 - korelacja genotyp – środowisko typu wywołanego 89, 90
 - model alkoholizmu, uzależnienia od alkoholu 23
 - dymensjonalny 8, 12, 14, 23-25, 143, 210
 - kategorialny 8, 12, 14, 23-25, 143, 210
 - model społecznego biofeedbacku 49
 - modele rozwoju dzieci
 - bio-psycho-społeczny 31-42
 - braku odporności 92, 94
 - ciągłość heterotypowa 31, 35, 40, 212
 - ciągłość homotypowa 31, 40
 - dynamiczne 32
 - ochronno-reaktywny 58, 59
 - „patoplastyki” 92
 - redukcji ryzyka 58
 - rozwojowe 13, 32
 - transakcyjny model rozwoju 9, 31-42
 - stabilizujący ryzyko 58
 - szczepienia 58, 59
 - modele medyczne 8, 13-16
 - modele psychopatologii rozwojowej 32, 34, 118, 147
 - ciągłości i zmienności rozwoju 133
 - czynników ochronnych 213
 - czynników ryzyka 213
 - modele rozwojowe 13, 32
 - podatności i odporności dzieci i młodzieży 23
 - podatność-stres 32, 34
 - zrównoważonego ryzyka 58
 - modele statystyczne 15
 - motywy spożywania alkoholu 53-56
 - wewnętrzne motywy spożywania alkoholu 55
- ## N
- następstwo temporalne 29
 - nauka o rozwoju 14
 - psychologia rozwoju 14, 16
 - psychopatologia rozwojowa 8, 13-23, 31, 32, 34, 39, 66, 116, 118, 125, 133, 134, 139, 146, 147, 162, 166, 207, 211-213
 - negatywny wpływ pijących matek 174
 - nieharmonijność funkcjonowania poznawczego 86
 - norma 15
 - czasowa 15
 - ilościowa 15
 - rozwojowa 15
 - społeczno-kulturowa 15
 - teoretyczna 15
 - Normalność 15, 16
- ## O
- obniżony nastrój 174, 187
 - odporność psychiczna dzieci 17, 52-61, 215
 - okresy rozwoju
 - dojrzewanie 21, 61, 104, 109, 137, 139, 140, 147, 150, 161, 162, 164
 - wczesnego dzieciństwa 36, 40, 41, 49, 61, 79, 104, 128, 135, 136, 138, 141, 146, 147, 150, 153
 - wczesnej dorosłości 19, 20, 31, 44, 64, 67, 105, 163, 186, 213
 - osobowość dzieci 164
 - emocjonalność 33, 34, 45, 56, 93, 95, 96, 174
 - impulsywność 33, 34, 40, 42, 45, 48, 53, 55, 90, 95, 116, 146, 164, 167, 172, 187
 - osobowościowe ścieżki rozwoju podatności 34
 - poczucie tożsamości 47, 50, 61, 66, 109, 110, 128, 129, 131, 133, 137, 140, 147, 167
 - potencjał umysłowy 60, 153, 155, 187

- samoocena 34, 45, 48, 50, 59, 50, 93, 122, 136, 146, 149, 151, 172, 174, 186, 187, 189, 192, 201, 205, 208
- temperament 97
- osobowość alkoholika 97
 - poszukiwanie nowości 97
 - unikanie szkody 97
 - uzależnienie od nagrody 97
- otoczenie
 - fizyczne 137
 - kulturowe 137
 - medialno-wirtualne 137
- otwarte sposoby komunikacji 69

P

- parentyfikacja 124-130, 148, 163
 - emocjonalna 125
 - instrumentalna 125, 129
 - proces „odwrócenia ról” 119, 124, 125, 128, 163
- perspektywa rozwojowa 10, 12, 16, 18, 139
 - longitudinalna 21
- perspektywa zapobiegania nawrotom 107
- płeć 28, 38, 60, 68, 69, 78-82, 84, 85, 90, 118, 122, 148, 162, 166, 167, 175
- podatność 52-55, 79, 83-85, 90, 97, 103, 107, 116, 138-141, 146-148, 159, 164, 167, 168, 170, 173, 196-198, 213, 214, 215
 - na alkoholizm 78, 80, 82, 83, 85-88, 96, 113
 - psychiczna dzieci 52, 53, 81-83, 103-106, 141, 151, 164, 172
- podejście do rodziny 99
 - interakcyjne 99, 100
 - linearne 99, 100
 - systemowe 99, 100
 - transteoretyczne 17
- pomoc psychospołeczna dzieciom 184-186, 198-206
- poradnictwo 188
 - poradnictwo psychologiczne 10-11, 184-206
- potencjały wywołane 83-85
- pozaszkolne zajęcia alternatywne 189
- pozbawianie dziecka ważności 51
- pozytywne oczekiwania jednostki względem działania alkoholu 41, 53-56, 64, 159, 160, 183

- prawidłowe nawyki 186
- prewencja 200
 - pierwotna 11, 184
 - wtórna 11, 184
- prężność psychiczna 69, 70, 158, 159
- problemy alkoholowe 12, 15, 61, 71, 81, 121, 147, 160, 179, 180, 196-198, 209-211
- problemy dzieci
 - behawioralne 187
 - emocjonalne 187, 174, 187
 - psychospołeczne 170
 - rozwojowe 133
 - szkolne dzieci pijących rodziców 175-176
- proces separacji - indywiduacji 128, 129
- proces socjalizacji 41, 100, 140, 157
- procesy bio-psycho-społeczne 137, 139
- programy terapeutyczne 178, 192, 193, 197
- przemoc 22, 33, 45, 51, 60, 63, 64, 66, 103, 117, 121, 124, 148, 151, 153, 154, 163, 165, 167, 187, 192, 198, 199, 201, 202, 204, 211
 - fizyczna w rodzinie 63, 86, 101, 103, 151, 172, 178, 210
 - psychiczna w rodzinie 103, 151, 210
 - wykorzystanie seksualne 101, 103, 117, 178
 - zaniedbanie 43, 50, 63, 101-104, 111, 127, 155, 165, 187, 198, 199
- przywiązanie 42, 46-51, 110, 124-127, 136, 147-149, 157, 182, 198
 - ambiwalentny wzorzec przywiązania 44-46, 51
 - bezpieczne 43, 44, 46-50, 69, 148
 - osłabienie więzi 116
 - pozabezpieczne 43, 44, 46-52, 148, 149, 157
 - styl pozabezpieczny unikający 44-46, 149
 - style przywiązania 44-46, 126, 127, 148
 - teoria więzi 42
 - wzorce relacji z niepijącą matką 112
 - wewnętrzny model przywiązania 43, 44, 126, 127, 147, 148
 - zdeorganizowane 44-46, 149
- psychiatria 15, 17
- psychologia kliniczna 13, 15-18, 66
- psychoterapia 11, 185, 188, 191

R

- radzenie sobie ze stresem 30, 39, 41, 44, 45, 47, 53, 55, 63, 68-70, 95, 104, 106, 108, 119, 120, 124, 130, 140, 147, 152, 161, 163, 178, 186-190, 202
- regulacja emocji 42, 44-49, 63, 64, 111, 116, 147, 150, 157, 177
 - deficyt w regulacji emocji 42, 48, 116
 - patomechanizmy regulacji emocjonalnej 116
- relacje interpersonalne 27, 60, 63, 102, 111, 112, 149, 154, 167, 177, 186, 197
- rodzice
 - rodzice szkodliwie pijący 23, 26, 30, 33, 34, 51, 62, 66, 99, 100, 102, 103, 107-111, 113, 114, 116, 118, 141, 157, 170, 172-174
 - rodzice uzależnieni 52, 99, 129
 - rodzicielstwo 23, 27, 28, 107, 109, 126, 147, 148, 172, 198
- rodziny z problemem alkoholowym 7, 8, 10, 12, 16, 30, 35, 38, 40, 41, 52, 53, 62-64, 66-69, 96, 99, 100, 102, 110, 114, 115, 117, 120, 127, 129-132, 141, 149-152, 163, 166, 168, 170-172, 174-176, 178, 180, 182, 185, 187, 189, 190, 196, 198-200, 203, 206, 208, 211, 212
 - komunikatywność rodziny 101
 - kulturowy model 15, 115
 - mechanizmy funkcjonowania 18, 120-132, 211
 - naśladownictwo w rodzinach alkoholowych 108, 110, 160, 161
 - rodzina alkoholowa 7, 10, 31, 34, 37, 52, 63-65, 67-70, 90, 100, 101, 103, 106, 110, 111, 113, 114, 117, 120, 121, 123, 124, 127, 129, 139, 140, 148, 149, 153, 154, 157, 160, 162, 166-169, 171, 176, 177, 180, 182, 183, 185, 192, 196, 197, 199, 201, 203, 207
 - rodzina wysokiego ryzyka 63-65, 115
 - spójność rodziny 101, 120, 131, 154
 - struktura interakcyjno-komunikacyjna rodziny 100
 - struktura rodziny 62, 69, 107, 120, 121, 195, 207-208, 212
 - styl sprawowania funkcji rodzicielskich 117
 - transmisja międzypokoleniowa 103, 113

- wpływ alkoholu na funkcjonowanie całej rodziny 113, 165, 187, 196, 199
- wpływy niespecyficzne alkoholu na rodzicielstwo 107, 115-117, 150, 153, 164, 165, 170, 211
- wpływy specyficznie niealkoholowe 108, 115, 151
- zaprzeczania problemom alkoholowym w rodzinie 110
- role rodzinne 23, 61, 62, 121, 124, 128, 131, 197
 - Bohatera 121, 122
 - Kozła Ofiarnego 104, 121-123
 - Maskotki 121-124
 - Zapomnianego Dziecka 121-123
- rozwój dzieci alkoholików 10, 33, 37, 38, 42, 55, 61, 62, 65, 71, 82, 117, 133, 140, 158, 160, 166, 212
 - etapy rozwoju 103, 118, 120, 133-170
 - przystosowanie dzieci alkoholików 37, 65, 69, 70, 99, 117, 120, 129, 132, 197
 - punktualność zadań rozwojowych 139, 140, 158
 - ryzyko 65, 66, 68, 70
 - tożsamości 47, 50, 61, 66, 109, 110, 128, 129, 133, 137, 140, 147, 167, 174
 - zagrożenia w okresie prenatalnym 141-146
- rytuały rodzinne 37, 69, 113, 115, 119, 130-132, 198
 - kultywowanie rodzinnych rytuałów 69
 - odróżniające się 132
 - podległe 132

S

- sposoby rozwiązywania konfliktów 151
- stabilna samoocena 50
- strategia pomagania 199
 - skoncentrowane na umiejętnościach rozwiązywania problemów 190
 - zorientowane na emocje 189
- stres 7, 9, 10, 14, 30, 33, 35, 36, 39, 41, 44, 45, 47, 48, 52-55, 57-59, 63, 64, 67-71, 88, 92, 94-96, 99-108, 114, 115, 117, 119, 120, 124, 130, 139, 140, 146, 147, 151, 152, 156, 158-161, 163-166, 168, 172, 174, 175, 178, 186-190, 192, 194, 196, 197, 202, 210
 - stres życiowy dzieci 99, 197

systemy terapeutyczne 193
Sztokholmskie Badania Adopcyjne 79
ścieżka rozwoju 31, 32, 35, 38-40, 58, 60, 61,
133, 137, 139, 147, 162, 167, 215
- eksternalizacji 34
- fluktuacyjna 61
- internalizacji 34
- późna 61
- wczesna 60

T

temperament 94, 159, 164, 198
- cechy temperamentu 91
- temperament dzieci alkoholików 91,
148, 169, 172
- temperament zrównoważony 150,
151, 157
- trudny temperament 96, 148, 157, 164
- wytrwałość 66, 97, 203

teorie rozwoju

- determinizm 30
- indeterminizm 31
- trajektorie rozwoju 9, 42
- modele zmian rozwojowych 134

terapia i leczenie dzieci alkoholików 111,
143, 171, 183-186, 188, 191-195, 197

terapia poznawczo-behawioralna 11, 185, 194
transmisja alkoholizmu 28, 57, 78, 81, 109,
113

trauma relacyjna 50, 102, 117

trudności w relacjach interpersonalnych 51,
112, 167

U

umiejętności dzieci i adolescentów 66, 162,
190, 202

- interpersonalne 153, 186, 188
- intrapersonalne 186
- kształtowania adekwatnej samooceny 149, 151
- rozwiązywania problemów 55, 62, 67,
68, 86, 120, 152, 156, 158, 189, 190
- samoregulacji 147, 149, 150
- społeczne 15, 115, 147, 157-159, 186,
195, 202

W

wady wrodzone spowodowane alkoholem
143

wiedza o problemach uzależnienia 68, 69

wsparcie 15, 37, 38, 40, 43, 47, 48, 58, 59, 63,
68-70, 77, 101, 104, 106, 116, 120, 122,
124, 125, 132, 137, 138, 147, 152, 154, 157,
158, 160, 161, 164, 165, 168, 175, 176, 186,
187, 190, 197, 198, 200, 204, 205

współzależnienie 109, 177, 178, 183, 192

wydarzenia traumatyczne 18, 99, 101, 102,
107, 198

wyrównywanie braków edukacyjnych 196

wzorce picia 64, 118

- poza domem 112, 113
- w domu 112, 113

wzorce relacji dziecka

- wzorzec idealny 16
- z niepijącą matką 112

Z

zaangażowane rodzicielstwo 27

zaburzenia psychiczne i zachowania u dzie-
ci 9, 11, 13-16, 33, 47, 61, 62, 64, 67, 71,
76, 172-174, 177, 179, 182-185, 197-199,
201, 207, 208, 210-213, 215

- depresyjne 34, 105, 174, 177
- dysfunkcje intelektualne 86-88
- eksternalizacja problemów 93, 95,
105, 108, 139, 157, 164, 167, 170, 172,
173, 182, 185, 191, 196
- gotowość do reagowania negatywnymi
emocjami 48
- impulsywność 33, 34, 40, 42, 45, 48,
53, 55, 95, 116, 146, 164, 187
- internalizacja problemów 34-36, 46,
47, 66, 93, 105, 108, 112, 139, 159, 166,
170, 173, 175, 182, 185, 191, 196
- nadpobudliwość psychoruchowa 36,
96, 98, 105, 172
- opozycyjno-buntownicze 105, 146, 172
- uogólnione zaburzenia lękowe 174
- zachowania dzieci 9, 13, 14, 16, 37, 39,
40, 56, 61, 63-65, 69, 70, 83, 87, 98, 105,
110, 116, 119, 140, 170-172, 174, 194
- zachowania ryzykowne 42, 59, 61, 64,
90, 94, 96, 116, 123, 133, 138, 156, 157,
161, 166, 186, 205

zachowania rodziców 27, 51, 94, 109, 138,
172

zachowanie 8, 9, 12-19, 22-28, 32, 35-37, 39,
40, 42, 45-48, 50, 51, 55, 56, 58-61, 63, 64,
66, 68-71, 73-76, 81, 83, 87-98, 104, 105,
107-110, 112, 115, 116, 119, 123-126, 128-

- 130, 132, 134, 136, 138-140, 146, 149, 150-152, 156-164, 166-168, 172-175, 177, 178, 180, 187, 190, 191, 193, 194, 198, 199, 202, 204, 209, 212
- zadania rozwojowe 34, 35, 38, 43, 59, 100, 104, 136, 139, 146, 158, 162, 169, 186
- niepunktualność zadań rozwojowych 139, 140
 - w okresie dzieciństwa i adolescencji 136, 137
- zahamowanie rozwoju zdolności dziecka 63
- zaniedbanie 43, 50, 63, 155, 165, 187
- zasada kanalizacji 39, 167
- zasada relatywizmu kontekstualnego i ekologicznego 168
- zasoby 8, 9, 18, 20-22, 32, 34, 35, 37, 40, 42, 51, 57, 60, 66, 68-70, 105, 106, 108, 116, 133, 136, 137, 139, 141, 146, 147, 150, 152, 153, 155, 156, 162, 169, 170, 189, 198, 202, 204, 215
- osobiste 59, 106, 187-189, 205
 - rodzinne 68, 70
- zdolności dzieci 37, 43, 45, 48-52, 56, 61, 63, 66, 68, 86, 89, 96, 97, 106, 116, 118, 119, 122, 126, 128, 129, 137, 139, 142, 147, 151, 153, 155, 156, 158, 159, 163, 173, 177, 182, 183, 190, 192, 198, 202
- do regulacji emocji i samokontroli 42, 116
 - poznawcze 117, 147-150, 154-157, 182, 188, 194
 - społeczne 89, 150
- zdrowie psychiczne 7-9, 11-13, 15, 16, 18, 19, 21, 31, 35, 36, 48, 64, 67, 70, 100, 102, 115, 133, 134, 149, 158, 176, 198, 207
- dzieci 15
 - dzieci pijących rodziców 170, 171
 - młodych dorosłych 176-183
 - młodzieży 15
- zdrowy styl życia 186, 187
- zjawisko transmisji międzypokoleniowej 103, 113
- zróżnicowanie ścieżek rozwojowych 35, 47, 60

opracowała Małgorzata Szkudlarska

Children of alcoholics – developmental and clinical aspects

Summary

In various scientific fields attempts are made to describe the physical and mental health of children, adolescents and adults and how they function socially in families where one or both parents suffer from psychological and behavioural disorders stemming from alcohol abuse. The issues raised in “Children of alcoholics – clinical and developmental aspects” are, to a certain extent, unique; we use the latest research findings to illustrate the developmental paths of health and psychological problems from infancy to adulthood. Not only everyday observations but also research findings show that children in such families constitute a highly heterogeneous group in terms of their mental health and feeling of well-being – some present psychological problems and disorders, while others enjoy success and happiness in their professional and family life. This prompts the question: which circumstances cause children of alcoholic parents to develop properly through their life?

Our knowledge on such children is not always coherent, because it comes from two sources – the observations of clinicians and therapists, and from scientific research on large populations. The first set of observations are carried out on groups of children and adults suffering various difficulties and psychological problems, while the second are far more diverse groups and often individuals who do not experience significant difficulties, despite the alcohol abuse in their family. For this reason, we may get the impression that we have two knowledge sets, one of which looks at the children of alcoholics through the prism of psychopathology, while the other focuses on their ability to deal with stress and their considerable mental resilience.

The discussion begins with a presentation of different concepts in the development of mental health and disorders in children and young people. Medical models are discussed, especially the ICD-10 and DSM 5 international classifications of illnesses and the principles of developmental psychopathology. This is an interdisciplinary and trans-theoretical field of science, which deals with describing and explaining the determinants of the dynamics of an individual’s development during their life. The course, trajectories and effects of this development are determined by the specific interaction of risk factors and biological, mental and environmental resources.

In addition to developmental psychopathology, the principles underpinning the three most important concepts for explaining the development paths and dynamic of mental health and disorders are presented. These include a developmental model of stress-susceptibility in the form of the biopsychosocial paradigm, a transactional model of stress-susceptibility taking into account distal and proximal subjective and environmental factors, and the individual’s resources in their life cycle. These models serve to elucidate the paths through which the mechanisms for externalising and internalising problems are shaped. Each model constitutes an attempt to generalise findings and clinical observations explain-

ing the factors determining the current psychosocial functioning of children, young people and adults in families where the parents drank to harmful levels or were alcohol-dependent.

The book shows that according to the traditional literature, being the child of a mother or father who drinks to excess on the one hand involves a high risk of inheriting a biological susceptibility to psychological problems and disorders, while on the other, it also involves being influenced by a family environment where risk factors usually dominate over both the individual's and their environment's resources. However, research provides evidence that the children of alcoholics do not necessarily inherit difficult temperaments, and parents who drink to excess differ significantly with regard to their ability to fulfill their parental duties in both the instrumental and emotional sense. Reduced opportunities are not solely determined by alcohol abuse, but also stem from parents' character features. Consequently, parents differ with respect to their responsiveness to changes in their children's needs for bonding, dependence and care, and later in their life in their need for separation, independence and autonomy. Families with alcohol abuse problems are different in the way they avail themselves of social support, especially from the family of origin, and children differ in their involvement in actively searching for social relations outside the family that foster normal development.

This publication provides up-to-date knowledge on the psychological resilience of children whose parents suffer from psychological and behavioural disorders determined by alcohol abuse. They comprise a specific group of children, adolescents and adults who, despite their experience of extreme stress in various stages of their life, are characterized by their ability to cope with various difficulties in life and treat them usually as challenges and developmental tasks. Knowledge about the determinants of their development is important for formulating preventive and therapeutic programmes. It is essential for children, adolescents and adults to receive psychological and therapeutic assistance tailored to their problems and difficulties. Therefore, this publication discusses the most important issues related to the procedure of providing psychological and psychosocial support.

This book has been prepared especially for people who work directly with children and young people and has the aim of enabling them to make informed decisions which take into account the relations between the way that children of addicted parents function and the broadly understood contexts in which they develop, especially those that foster their development and improve their quality of life. This publication can also be used by health service employees, addiction therapists, counsellors, teachers and form teachers to afford a better understanding of their patients and of those in their care. Finally, this publication can also be of interest to partners and children living with addicted people by helping them take a closer look at their experience, understand the source of the difficulties they face and enable them to find positive consequences. In other words, this book can be of interest to everybody who cares about children from families with alcohol abuse problems.

Translated by Rob Pagett



ISBN 978-83-232-3111-0